



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

Σχολή Επιστημών Υγείας – Ιατρική Σχολή

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Θεωρία του Νου στην Ψυχογενή Ανορεξία»

Οικονόμου Άννα Φιλιά

ΑΜ: 7450032100012

Τριμελής Επιτροπή:

Επόπτης: Μιχόπουλος Ιωάννης Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Μέλη: Γονιδάκης Φραγκίσκος Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,

Μουρίκης Ηρακλής Ψυχίατρος, ΕΔΙΠ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α

Περίληψη

Εισαγωγή: Η «Θεωρία του Νου» και οι εφαρμογές της, φαίνεται τα τελευταία χρόνια να προσελκύουν το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών. Η μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και η κατ' επέκταση αδεξιότητα σε κοινωνικά πλαίσια που εμφανίζουν τα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία αποτέλεσε έναυσμα μελέτης των διαστάσεων της «Θεωρίας του Νου» στη διαταραχή αυτή. Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση, ανίχνευση και αξιολόγηση των πιθανών ελλειμμάτων της «Θεωρίας του Νου» στη Ψυχογενή Ανορεξία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, και δευτερευόντως η κατανόηση των δυσκολιών για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Μεθοδολογία: Στην έρευνα συμμετείχαν 30 διαγνωσμένες περιπτώσεις Ψυχογενούς Ανορεξίας από το ιατρείο Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής του Αττικού και του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και 30 άτομα του γενικού πληθυσμού. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής ήταν το «*Eating Disorder Examination Questionnaire*» (EDE-Q-6.0) . Οι δοκιμασίες που χορηγήθηκαν για την ανίχνευση ελλειμμάτων στη «Θεωρία του Νου» ήταν η «*Εσφαλμένη πεποίθηση*», η «*Δοκιμασία Υπαινιγμού*» και η «*Faux pas*». Ο διαφοράς ως προς τις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου» ανάμεσα στις δύο ομάδες αξιολογήθηκαν μέσω συγκρίσεων ανεξάρτητων δειγμάτων, ενώ για την αξιολόγηση επίδρασης άλλων παραγόντων πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σε όλες τις δοκιμασίες και υποκατηγορίες της «Θεωρίας του Νου». Όσον αφορά τη βαρύτητα της διαταραχής, η ομάδα μελέτης κατηγοριοποιήθηκε σε δύο ομάδες βάσει βαρύτητας (ήπια και σοβαρή) και διενεργήθηκε έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων, όπου δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ήπιας και σοβαρής βαρύτητας. Τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν πως χαμηλά σκορ στον «ΔΜΣ» και στις δοκιμασίες «Υπαινιγμού και Faux Pas», αποτελούσαν παράγοντα πρόβλεψης της Διαταραχής.

Συζήτηση: Τα αποτελέσματα της μελέτης ήρθαν σε συμφωνία με τις θεωρητικές και εμπειρικές επισημάνσεις που επικρατούν στη βιβλιογραφία για την ύπαρξη ελλειμμάτων στη «Θεωρία του Νου» των ατόμων με Ψυχογενή Ανορεξία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Ενδιαφέρον για περαιτέρω μελέτη αποτελεί το γεγονός πως η βαρύτητα της διαταραχής δεν σχετίζεται με την ανίχνευση περισσότερων ελλειμμάτων, η ερμηνεία του οποίου συνοψίζεται στην ύπαρξη ενός ενδοφαινοτύπου που προϋπάρχει και έπεται της διάγνωσης.

Abstract

Introduction: The "Theory of Mind" and its applications have attracted the interest of many researchers in recent years. The reduced social interaction and consequent difficulty in social settings experienced by individuals with Anorexia Nervosa served as a stimulus for studying the dimensions of the Theory of Mind in this disorder. The main aim of this research was firstly to explore, detect, and evaluate potential deficits in Theory of Mind in Anorexia Nervosa compared to the general population, and secondarily to understand the difficulties for developing better therapeutic interventions.

Methodology: This study involved 30 diagnosed cases of Anorexia Nervosa from the Eating Disorders Clinics of Attikon and Eginition Hospital and 30 individuals from the general population. The questionnaire used to assess the Eating Disorder was the "Eating Disorder Examination Questionnaire" (EDE-Q-6.0). The tests administered to detect deficits in Theory of Mind were the "False Belief Task," the "Hinting Task," and the "Faux Pas" task. Differences in Theory of Mind tasks between the two groups were evaluated through independent samples comparisons, while multiple linear regression was conducted to assess the impact of other factors in Anorexia Nervosa diagnosis.

Results: The results showed statistically significant differences between the two groups in all Theory of Mind tasks and subcategories. Regarding the severity of the disorder, the study group was categorized into two severity groups (mild and severe), and an independent samples t-test was conducted, finding no statistically significant difference between mild and severe severity. The results of linear regression showed that low scores on "False Belief Task" and "Hinting Task", as well as low BMI, were predictors of the disorder.

Discussion: The results were in line with theoretical and empirical findings prevalent in the literature regarding deficits in Theory of Mind in individuals with Anorexia Nervosa compared to the general population. Significant interest for further study is the fact that the severity of the disorder is not related to the detection of more deficits, the interpretation of which is summarized in the existence of an endophenotype that predates and follows the diagnosis.

Περιεχόμενα

Περίληψη	2
1.Εισαγωγή	5
2.Μεθοδολογία	10
2.1.Ερευνητικός σχεδιασμός.....	10
2.2.Συμμετέχοντες/ουσες.....	10
2.3.Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού.....	11
2.4.Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	12
2.5.Μετρήσεις.....	12
2.6.Εργαλεία.....	12
2.7.Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	14
2.8.Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	15
3.Αποτελέσματα	17
3.1.Σύγκριση ομάδας ψυχογενούς ανορεξίας και ελέγχου ως προς το ερωτηματολόγιο «Eating Disorder Questionnaire».....	17
3.2.Σύγκριση ομάδας ψυχογενούς ανορεξίας και ελέγχου ως προς τις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου».....	17
3.3.Σύγκριση της βαρύτητας της διαταραχής στην ομάδα ψυχογενούς ανορεξίας ως προς τις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου».....	18
3.4.Συσχέτιση των δοκιμασιών της «Θεωρίας του Νου» με το ερωτηματολόγιο «Eating Questionnaire» και τις αντίστοιχες υποκλίμακες.....	19
3.5.Επίδραση παραγόντων στη Ψυχογενή Ανορεξία.....	20
4.Συζήτηση	20
5.Περιορισμοί και Προτάσεις	24
Βιβλιογραφία	26

1.Εισαγωγή

Ζητήματα γύρω από την κατηγοριοποίηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και ιδιαίτερα της Ψυχογενούς Ανορεξίας υπήρχαν διαχρονικά (Dell' Osso et al, 2016). Το 1940 οι Waller και οι συνεργάτες συνέδεσαν την «άρνηση τροφής» που παρατηρείται στην Ψυχογενή Ανορεξία με ασυνείδητους φόβους και επιθυμίες και συνεπώς εντάχθηκε στην ψυχοπαθολογία της Υστερίας (Bisaga & Walsh, 2005). Πρώτη φορά το 1973 από την Hilde Brunch παρουσιάστηκε ως ξεχωριστή διαταραχή με δική της συμπτωματολογία (Bisaga & Walsh, 2005). Στη συνέχεια, τα κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, αλλά και γενικότερα των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής άλλαζαν συνεχώς και διαφοροποιούνταν μεταξύ των DSM–III (1987), DSM–IV (2000) και DSM-5 (2013). Με βάση το τελευταίο ψυχιατρικό εγχειρίδιο DSM-5 (2013), κύρια χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι ο έντονος περιορισμός της προσλαμβανόμενης ενέργειας, το εξαιρετικά χαμηλό βάρος (<17), ο έντονος φόβος αύξησης του και η διαταραγμένη αντιληπτική/σκεπτική ικανότητα του ατόμου για το βάρος και το σχήμα του σώματος του (APA,2013). Η συμπτωματολογία αυτή που περιγράφηκε, φαίνεται πως δημιουργεί στα άτομα με Ψ.Α. επιπλέον δυσκολίες που δεν αφορούν αποκλειστικά τη σχέση τους με το σώμα, και επιδρούν σε άλλους τομείς της ζωής τους, δυσκολεύοντας την κοινωνική τους αλληλεπίδραση (Patel et al, 2016).

Τα τελευταία χρόνια φαίνεται να εντοπίζονται και σε άλλες διαταραχές παρόμοιες δυσκολίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης, οι οποίες συνδέονται όλο και περισσότερο με τη «Θεωρία του Νου» και τις εφαρμογές της (Corcoran,1997; Janssen,2003). Ο όρος «Θεωρία του Νου» έγινε ευρέως γνωστός το 1978 (Premack & Woodruff), ωστόσο ερευνητές ακόμη και μεταγενέστερων δεκαετιών προσπαθούν να περιγράψουν και να ορίσουν αυτήν την τόσο πολύπλοκη και διαστασιακή έννοια.

Το 2003 ο Gallagher προσέγγισε την έννοια ορίζοντας την ως εξής: «Μία πτυχή της κοινωνικής νόησης μας διακρίνει από τα άλλα πρωτεύοντα θηλαστικά. Υποστηρίζει την ικανότητα μας να εξαπατούμε, να συνεργαζόμαστε και να συμπάσχουμε, και να διαβάζουμε τη γλώσσα του σώματος των άλλων. Επίσης μας δίνει τη δυνατότητα να προβλέψουμε με ακρίβεια τη συμπεριφορά των άλλων, σχεδόν σαν να είχαμε διαβάσει το μυαλό τους. Αυτή η δυνατότητα μας ονομάζεται *Θεωρία του Νου*». (Gallagher, 2003).

Τα αρχικά στάδια μελέτης της τοποθετούνται στο τέλος της δεκαετίας του 70', όπου έγιναν τα πρώτα πειράματα για να ελεγχθεί αν χιμπατζήδες έχουν αυτό που ονομάστηκε

«Θεωρία του Νου», αν δηλαδή έχουν την ικανότητα να αντιληφθούν καταστάσεις με τον ίδιο τρόπο που θα τις αντιλαμβανόταν ένας άνθρωπος (Premack & Woodruff, 1978 όπως αναφέρεται στο Flavell, 2004). Τα αποτελέσματα των πειραμάτων έδειξαν ικανοποιητική κατανόηση των χιμπατζήδων σε νοητικές διεργασίες όπως πεποίθηση, προσποίηση, γνώση, σκέψη. Ωστόσο, οι ερευνητές τόνισαν πως καθώς οι διεργασίες της «θεωρίας του νου» είναι νοητικές, δεν μπορεί να δοθεί ακριβής απάντηση στο ερευνητικό τους ερώτημα, για αυτό προτείνουν περαιτέρω μελέτες αναπτυξιακού ενδιαφέροντος, σε παιδιά και ενήλικες (Premach & Woodruff, 1978).

Η έρευνα που εντατικοποιήθηκε μετά τα πρώτα πειράματα των Premach & Woodruff, στράφηκε στη μελέτη παιδιών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Το έναυσμα αυτού του ερευνητικού ενδιαφέροντος προκύπτει από το γεγονός ότι το χαμηλό IQ της πλειοψηφίας των παιδιών στο φάσμα του αυτισμού δεν μπορούσε να εξηγήσει πλήρως την αδυναμία τους στις κοινωνικές συνθήκες (Hermelin & O' Connor 1970, όπως αναφέρεται στο Cohen, 1985). Για το λόγο αυτό στη συνέχεια προτάθηκε το μοντέλο της «Θεωρίας του Νου», ο μηχανισμός του οποίου επιδρά και διαμορφώνει την κοινωνική αντίληψη των καταστάσεων και την κατανόηση από το ίδιο το άτομο των νοητικών λειτουργιών που διαθέτει (Cohen, 1985). Αυτό σημαίνει πως η ικανότητα αντίληψης συναισθημάτων, προθέσεων, σκέψεων και συμβολισμών, αφορούν εφαρμογές της «Θεωρίας του Νου», και η αδυναμία σε αυτές, φανερώνουν ελλείμματα σε αυτήν (Cohen, 1985).

Παράλληλα με αυτήν την ανακάλυψη, ερευνητές/τριες ξεκίνησαν να μελετούν σε παιδιά παρόμοιες νοητικές διεργασίες και όρους ως μέρος της διαμόρφωσης της «Θεωρίας του Νου», και προτάθηκαν έννοιες όπως η «εσφαλμένη πεποίθηση» (Wellman, 1985; Wimmer & Perner, 1983). Οι παραπάνω έρευνες, οδήγησαν το 1988 τους Astington και συνεργάτες στη δημοσίευση βιβλίου με τίτλο «Developing Theories of Mind», το οποίο έδειξε πως τα παιδιά όσο μεγαλώνουν, αποκτούν καλύτερη κατανόηση των «νοητικών όρων» (Flavell, 2004). Με βάση τη θεώρηση αυτή, έχει βρεθεί ότι περίπου στην ηλικία των 6 ετών τα παιδιά έχουν πλέον αναπτύξει ικανοποιητικά τη «Θεωρία του Νου», σε βαθμό που μοιάζει με των ενηλίκων (Keysar, 2003). Ωστόσο, δεν είναι ασυνήθιστο ακόμα και ενήλικες να υστερούν σε ζητήματα όπως την κατανόηση κοινωνικών δεξιοτήτων, «νοητικών καταστάσεων», αλλά και την ικανότητα ερμηνείας κοινωνικών συμπεριφορών τρίτων (Keysar, 2003).

Σύνδεση της «Θεωρίας του Νου» και της «Κοινωνικής Λειτουργικότητας», υπήρχε από το 1995, όταν οι Lalonde & Chandler εντόπισαν συσχετίσεις μεταξύ μειωμένων επιπέδων της

δοκιμασίας Θεωρίας του Νου «εσφαλμένη πεποίθηση», και περιορισμένων διαπροσωπικών ικανοτήτων στο σχολικό περιβάλλον σε παιδιά νηπίου. Πέντε χρόνια αργότερα, έρευνα έδειξε πως η ίδια δοκιμασία «διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη της «Θεωρίας του Νου» στα παιδιά και συνδέεται με την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων (Watson, 1999).

Παρόλο που η «Θεωρία του Νου», οι εφαρμογές της και οι δοκιμασίες ανίχνευσής της φαίνεται να αποτελούν αρχικά βασικό ερευνητικό ενδιαφέρον μόνο για τις διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού και όχι για την Ψυχογενή Ανορεξία, από το 1983 οι Gillberg και συνεργάτες εισήγαγαν την πιθανότητα κοινής εννοιολόγησης των δύο διαταραχών με κεντρικό άξονα της θεωρίας τους την μειωμένη ικανότητα ενσυναίσθησης (Tchanturia et al, 2013; Dell 'Osso et al, 2016), αλλά και κοινές συμπεριφορικές εκδηλώσεις όπως ευαισθησία σε υφές/τροφές και εμμονική ενασχόληση με την τροφή (Oldershaw et al, 2011). Στο ίδιο μοτίβο, το 2012 οι Schulte-Rüther και συνεργάτες δημοσίευσαν μελέτη, στην οποία μέσω νευροαπεικονήσεων παρατηρήθηκε υποενεργοποίηση σε σημεία του επικλινή πυρήνα και της αμυγδαλής στα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού ή έχουν Ψυχογενή Ανορεξία, γεγονός το οποίο υποθέτουν ότι σχετίζεται με τη μειωμένη ικανότητα στις κοινωνικές καταστάσεις. Εξάλλου, στην πρώτη κατηγοριοποίηση της διαταραχής στο DSM-III τόσο η Ψυχογενή Ανορεξία όσο και το φάσμα του αυτισμού ανήκαν στις παιδικο-εφηβικές διαταραχές που παρουσίαζαν ενσυναισθητικές δυσλειτουργίες (Halmi et al, 1981; Joseph et al, 1982).

Δεδομένων των παραπάνω, κι ενώ τη δεκαετία του 1990 ένα μέρος της ερευνητικής προσπάθειας κατευθύνθηκε στην ανίχνευση «αυτιστικόμορφων χαρακτηριστικών» σε άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία (Gillberg & Rastam, 1992; Gillberg & Coleman, 1996) δεν καθυστέρησε ιδιαίτερα η σταδιακή δημοσίευση μελετών στις αρχές του 2000 που προσπαθούσαν να ανιχνεύσουν ελλείμματα στη «Θεωρία του Νου» ατόμων με Ψυχογενή Ανορεξία (Tchanturia et al, 2004). Με τον σκοπό αυτό, λίγα χρόνια αργότερα ερευνητές υπέθεσαν πως ελλείμματα στη «Θεωρία του Νου» υπάρχουν σε άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία ανεξαρτήτως τη σύνδεσή τους με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού (Tchanturia et al, 2004).

Επιπρόσθετα, το 2011, στην προσπάθεια ερμηνείας της «κοινωνικής αδεξιότητας» των ατόμων με Ψυχογενή Ανορεξία, προτάθηκε η ύπαρξή της ως προϋπάρχον χαρακτηριστικό, το οποίο δεν υποχωρεί με την θεραπεία/βελτίωση της διαταραχής (Oldershaw et al 2011). Ομοίως, άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία συγκρινόμενα με υγιή πληθυσμό και άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία παρουσίαζαν μεγαλύτερες δυσκολίες σε δοκιμασίες Θεωρίας του Νου ανεξάρτητα από

την κλινική βαρύτητα της διαταραχής με τους ερευνητές να αποδίδουν τη δυσκολία αυτή ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ατόμων με Ψυχογενή Ανορεξία (Tarafoz Pereira de Sampaio et al, 2013). Ακολούθως, σύμφωνα με τους Russel και συνεργάτες το 2009, άτομα διαγνωσμένα με ψυχογενή ανορεξία παρουσίασαν δυσκολίες στην εκτέλεση δοκιμασιών της «Θεωρίας του Νου» (Russel et al, 2009)

Στο ίδιο πλαίσιο, σύγχρονη μετανάλυση, που συμπεριέλαβε μελέτες που σύγκριναν άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία, Ψυχογενή Βουλμία, αλλά και υγιή πληθυσμό, παρατήρησε σημαντικά ελλείμματα σε δοκιμασίες Θεωρίας του Νου, στα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία, τα οποία σχετίζονταν με χαμηλότερο ΔΜΣ και αυξημένα καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, οδηγώντας σε μεγαλύτερες δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και αντίσταση στη θεραπεία (Bora & Kose, 2016). Την ίδια χρονική περίοδο, έρευνα συσχέτισε την κοινωνική λειτουργικότητα/νόηση των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία με ελλείμματα και δυσκολίες στην ενσυναισθητική ικανότητα τους και όχι στη γνωσιακή αντίληψη των καταστάσεων (Brockmeyer et al, 2016), το οποίο έρχεται σε συμφωνία με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών (Andenzato et al, 2012; Caglar-Nazali et al, 2014).

Ως προς τις αιτίες εμφάνισης μειωμένων κοινωνικών δεξιοτήτων, το 2018 οι Cardi και συνεργάτες σε έρευνα που πραγματοποίησαν με 90 ασθενείς με διάγνωση Ψυχογενούς Ανορεξίας έδειξαν πως ο φόβος αρνητικής αξιολόγησης σχετιζόταν με μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες. Τέλος, όσον αφορά τη διερεύνηση ελλειμμάτων της θεωρίας του νου σε ελληνικό πληθυσμό μέσω των δοκιμασιών «Faux Pas», πρόσφατη έρευνα σύγκρινε άτομα με Ψ.Α. και υγιή πληθυσμό και ανέδειξε την επίδραση των ελλειμμάτων της Θεωρίας του Νου στις παραληρητικές σκέψεις των ατόμων με Ψυχογενή Ανορεξία για την εικόνα σώματος (Konstantakopoulos et al, 2020).

Τα τωρινά ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη «Θεωρία του Νου» στη Ψυχογενή Ανορεξία φαίνεται να είναι ελλιπή. Κύριος σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση και αξιολόγηση πιθανών ελλειμμάτων στην «Θεωρία του Νου» που εμφανίζουν τα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία. Ειδικοί σκοποί, είναι η διερεύνηση της συσχέτισης της βαρύτητας της διαταραχής με το μέγεθος των ελλειμμάτων σε βασικές δοκιμασίες της «Θεωρίας του Νου», η ανάδειξη των κεντρικών διαστάσεων της Θεωρίας του Νου στις οποίες τα άτομα με Ψ.Α. εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ελλείμματα, και η σύγκριση των στοιχείων, με σκοπό την κατανόηση

των διεργασιών που αφορούν την νοητική επεξεργασία κοινωνικών καταστάσεων. Ειδικότερα αναμένεται ότι:

- i. Τα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία θα εμφανίζουν περισσότερα ελλείμματα στις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου» σε σύγκριση με γενικό πληθυσμό
- ii. Τα ελλείμματα στις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου» σχετίζονται θετικά με την βαρύτητα της διαταραχής.

2.Μεθοδολογία

2.1Ερευνητικός σχεδιασμός

Πρόκειται για μια μελέτη παρατήρησης μη πειραματικού τύπου που διεξήχθη στο ειδικό ιατρείο Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής του Αιγινήτειου και του Αττικού Νοσοκομείου κατόπιν άδειας των Επιτροπών Ηθικής και Δεοντολογίας των νοσοκομείων. Στην έρευνα συμμετείχαν 30 άτομα με ψυχογενή ανορεξία, τα οποία έλαβαν διάγνωση, κατόπιν αξιολόγησης από τον υπεύθυνο ψυχίατρο της μονάδας Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Η ομάδα ελέγχου περιελάμβανε επίσης 30 άτομα, και αποτελούσαν δείγμα ευκολίας

Το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, το Αττικό Νοσοκομείο και όλοι οι συμμετέχοντες/ουσες της έρευνας δεν επιβαρύνθηκαν οικονομικά. Στα άτομα αυτά χορηγήθηκε αρχικά έντυπο συγκατάθεσης με το οποίο διευκρινίζεται η ανώνυμη και εθελοντική συμμετοχή τους. Επιπλέον, προσωπικά στοιχεία και τα δεδομένα που προκύπτουν από την έρευνα θα παρέμειναν απόρρητα.

2.2.Συμμετέχοντες/ουσες

Το συνολικό δείγμα της έρευνας ήταν 60 άτομα. Αποτελείτο από 30 γυναίκες με Ψυχογενή Ανορεξία και 30 υγιείς μάρτυρες. Μέση ηλικία των ατόμων με Ψ.Α ήταν τα 25,93 έτη και μέση ηλικία των υγιών μαρτύρων ήταν 25.87, καθώς υπήρχε αντιστοιχία σε φύλο και ηλικία. Στα άτομα με Ψ.Α. μέση τιμή του δείκτη μάζας σώματος ήταν 16,45, ενώ στα υγιή άτομα μέση τιμή ήταν το 22,4. Επιπλέον, μόνο το 20% των ατόμων με Ψ.Α. είχε έμμηνο ρύση, ενώ στα υγιή το ποσοστό αυτό ήταν στα 90%. Τέλος, μέση τιμή για τα χρόνια ασθένειας των ατόμων με Ψ.Α. ήταν τα 7,8 έτη. Περαιτέρω πληροφορίες που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1

Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

		Άτομα με Ψ.Α. (N=30)		Ομάδα ελέγχου (N=30)		p
		N	%	N	%	
Φύλο	Γυναίκα	30	100	30	100	
Ηλικία σε έτη, μέση τιμή(SD)		25.93(9.55)		25.87(9,52)		0.947
Δείκτης Μάζας Σώματος, μέση τιμή(SD)		16.22(2.41)		22.41(3.78)		≤ 001
Έμμηνος Ρύση	Ναι	6	20	27	90	≤ 001
	Όχι	24	80	3	10	
Κατοικία	Αστική	25	83.3	14	46.7	0.003
	Ημιαστική	5	16.7	16	53.3	
Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια	20	66.7	18	60	0.39
	Τριτοβάθμια	10	33.3	12	40	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	2	6.7	9	30	0.021
	Άγαμος	28	93.3	21	70	
Παιδιά	Ναι	2	6.7	7	23.3	0.07
	Όχι	28	93.3	23	76.7	
Εργασία	Εργαζόμενος	10	33.3	11	36.7	0.5
	Ανεργος	20	66.7	19	63.7	
Διαμονή	Οικογένεια	18	60	17	56.7	0.15
	Μόνος/η	9	30	13	43.3	
	Σύντροφος	3	10	-	-	
Χρόνια ασθένειας σε έτη, μέση τιμή(SD)		8.43(7.851)		-		
Αριθμός νοσηλειών, μέση τιμή(SD)		0.97(1.52)		-		
Φαρμακευτική αγωγή	Ναι	13	43.3	2	6.7	≤ 001
	Όχι	17	56.7	28	93.3	

2.3.Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού

Οι συμμετέχοντες/ουσες της μελέτης έπρεπε να έχουν λάβει διάγνωση ΨΑ βάσει κριτηρίων του DSM-5, και ήταν είτε ασθενείς υπό παρακολούθηση, είτε προσέρχονταν προς αξιολόγηση για πρώτη φορά. Ως κριτήρια αποκλεισμού και για τις δύο ομάδες θεωρήθηκε η αδυναμία κατανόησης και ομιλίας της ελληνικής γλώσσας και η συννόσηση με διαταραχή στο αυτιστικό φάσμα, καθώς βασικό γνωσιακό χαρακτηριστικό των ατόμων αυτών αποτελούσαν οι δυσκολίες στην κατανόηση της «θεωρίας του νου» (Baron-Cohen, 2001).

2.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το δείγμα αρχικά αξιολογήθηκε ως προς τα παραπάνω κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού. Οι συμμετέχουσες κάθε ομάδας ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης με τον ίδιο τρόπο. Μετά τη λήψη γραπτής συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα, συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια των αρχικών μετρήσεων. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε από την 31/1/2023 έως 15/11/2023.

2.5. Μετρήσεις

Και στις δύο ομάδες διανεμήθηκε το «*Eating Disorder Examination Questionnaire*» (EDE-Q-6.0) (Fairburn, 1994). Για τους διαγνωσμένους ασθενείς, η αξιολόγηση με αυτό το εργαλείο είχε σκοπό τη διερεύνηση της βαρύτητας της διαταραχής. Για την ομάδα ελέγχου, ο σκοπός συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι ο αποκλεισμός της πιθανότητας διατροφικής διαταραχής και ιδιαίτερα Ψυχογενούς Ανορεξίας. Και στις δύο ομάδες έγιναν 3 δοκιμασίες της «Θεωρίας του Νου». Η πρώτη είναι η «Faux pas» (Stone, 1998), έχει προσαρμοστεί και μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Παναγιώτη Πατρικέλης και Ευθύμιο Αγγελάκη. Η δεύτερη αφορά την «Εσφαλμένη πεποίθηση» (Dennett, 1978) και τέλος η τρίτη αφορά «Δοκιμασία Υπαινιγμού» (Corcoran et al. 1996).

2.6. Εργαλεία

«*Eating Disorder Examination Questionnaire*» (EDE-Q-6.0) (Fairburn, 1994). Πρόκειται για ένα εργαλείο αυτοαναφοράς, το οποίο αποτελείται από 28 λήμματα σε 7βάθμια κλίμακα Λίκερτ (0-6) και έχει κατασκευαστεί για να αξιολογήσει τη σοβαρότητα των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τη Διάγνωση Διαταραχών πρόσληψης. Η κλίμακα έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία (Pliatskidou et al, 2012) και την εγκυρότητα της (Pliatskidou et al, 2015) στον ελληνικό πληθυσμό. Από το *EDE-Q-6.0* προκύπτουν δύο τύποι δεδομένων. Ο ένας προκύπτει από την συχνότητα των συμπεριφοριστικών χαρακτηριστικών της διαταραχής σχετικά με τον αριθμό των επεισοδίων της συμπεριφοράς, και από τον άλλο προκύπτουν υποκλίμακες που αντανακλούν την βαρύτητα της διαταραχής (Περιορισμός, Ανησυχία για τη Διατροφή, το Βάρος, και το Σχήμα Σώματος). Επιπλέον μπορεί να υπολογιστεί ένα καθολικό σκορ που αφορά όλες τις παραπάνω κλίμακες. Μεγαλύτερα σκορ στις υποκλίμακες και στο καθολικό σχετίζονται θετικά με τη βαρύτητα της διαταραχής. «Cut off» σημείο στο καθολικό σκορ ορίζεται το 2.8.

Δοκιμασίες της Θεωρίας του Νου: «Εσφαλμένη πεποίθηση», (Dennett, 1978), «Δοκιμασία Υπαινιγμού» (Corcoran et al. 1996) και η «Faux pas» (Stone, 1998) αποτελούν μέρος των δοκιμασιών της «Θεωρίας του Νου».

Η «Εσφαλμένη πεποίθηση» αφορά την ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τις πεποιθήσεις των άλλων για τα γεγονότα και τις καταστάσεις που συμβαίνουν. Η χορήγηση της δοκιμασίας προϋποθέτει τη φωνητική περιγραφή δύο καταστάσεων, των οποίων η κατανόηση τους βαθμολογείται με 1. Μετά από την περιγραφή του σεναρίου ακολουθεί *ερώτηση πραγματικότητας*, στην οποία κρίνεται αν υπάρχει πρόβλημα στην κατανόηση ή στην μνημονική λειτουργία. Αν ο εξεταζόμενος απαντήσει λανθασμένα, τότε η πιθανή του σωστή απάντηση στην κατανόηση του σεναρίου ακυρώνεται και παίρνει 0. Ανώτερη βαθμολογία που μπορεί να πάρει ο εξεταζόμενος στη δοκιμασία είναι το 2 (υποδηλώνει πλήρη κατανόηση), και μικρότερη είναι το 0 (καθόλου κατανόηση). Ένα παράδειγμα ερώτησης για τη δοκιμασία αυτή είναι: «Ο Γιάννης έχει αφήσει 5 τσιγάρα στο πακέτο του. Τοποθετεί το πακέτο στο τραπέζι και βγαίνει από το δωμάτιο. Εν τω μεταξύ, η Ευγενία μπαίνει στο δωμάτιο παίρνει ένα από τα τσιγάρα του Γιάννη και φεύγει από το δωμάτιο, χωρίς να το ξέρει ο Γιάννης. Όταν ο Γιάννης έρχεται πίσω για τα τσιγάρα του, πόσα τσιγάρα νομίζει ότι του έχουν απομείνει;»

Η «Δοκιμασία Υπαινιγμού» αξιολογεί την κατανόηση των ατόμων για καθημερινές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μέσω φωνητικής περιγραφής ιστοριών. Περιλαμβάνει 10 ιστορίες καθημερινών αλληλεπιδράσεων. Η κατανόηση του υπαινιγμού που περιγράφεται στην ιστορία βαθμολογείται με 2. Εάν ο εξεταζόμενος απαντήσει λανθασμένα, ακολουθεί δεύτερη ερώτηση πρόσθετου υπαινιγμού, στην οποία αν απαντήσει σωστά βαθμολογείται με 1. Λανθασμένες απαντήσεις και στις δύο ερωτήσεις βαθμολογούνται με 0. Συνολικά προβλέπονται 20 βαθμοί για την άριστη κατανόηση του υπαινιγμού. Ένα παράδειγμα ερώτησης για τη δοκιμασία αυτή είναι: «Η Ζωή μόλις κατέβηκε από το τραίνο με 3 βαριές βαλίτσες. Ο Στράτος είναι από πίσω της. Η Ζωή λέει στον Στράτο: «Πω πω αυτές οι βαλίτσες είναι μπελάς.» Τι θέλει πραγματικά να πει η Ζωή όταν το λέει αυτό;»

Η δοκιμασία «Faux pas» φανερώνει την ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται νοητικές καταστάσεις. Πιο συγκεκριμένα αφορά το έλλειμμα του ατόμου να κατανοήσει κοινωνικές καταστάσεις που φανερώνουν απρέπεια ή κάποιο είδος άτυπου κοινωνικού παραπτώματος που γίνεται άθελα και χωρίς κάποιο συγκεκριμένο σκοπό. Η δοκιμασία αποτελείται από 20 ιστορίες, με τις 10 να περιλαμβάνουν κάποιο είδος “faux pas” και τις άλλες

10 να αποτελούν ιστορίες ελέγχου. Ένα παράδειγμα ιστορίας με faux pas είναι: «Ο ξάδελφος της Καρολίνας, ο Νίκος, επρόκειτο να την επισκεφθεί και για το λόγο αυτό η Καρολίνα έφτιαξε μια μηλόπιτα ειδικά γι' αυτόν. Μετά το δείπνο εκείνη είπε. «Έχω φτιάξει μια πίτα ειδικά για εσένα. Βρίσκεται στην κουζίνα.» «Μμμμ,» αποκρίθηκε ο Νίκος, «Μυρίζει υπέροχα! Λατρεύω τις πίτες, εκτός απ' τη μηλόπιτα φυσικά». Από την άλλη ένα παράδειγμα ιστορίας ελέγχου είναι: «Η Βίκυ βρισκόταν σε ένα πάρτι στο σπίτι του φίλου της του Δημήτρη. Ενώ μιλούσε με το Δημήτρη μια γυναίκα τους πλησίασε. Ήταν μια κοπέλα από τη γειτονιά του Δημήτρη. Αφού χαιρέτησε γύρισε προς τη Βίκυ και είπε: «δεν νομίζω να έχουμε συναντηθεί ποτέ». Είμαι η Μαρία, εσύ πως λέγεσαι; «Με λένε Βίκυ». «Θα θέλατε να πιείτε κάτι;» Ρώτησε ο Δημήτρης».

Μετά την περιγραφή των ιστοριών ακολουθούν 8 ερωτήσεις (6 αφορούν την αναγνώριση του “faux pas” και 2 αφορούν έλεγχο πραγματικότητας). Στις 10 ιστορίες με “faux pas” σε κάθε ερώτηση (από τις 6) που ο εξεταζόμενος/η απαντήσει σωστά παίρνει 1 βαθμό. Συνολικά προβλέπονται 60 βαθμοί στις ιστορίες με “faux pas”. Για την αξιολόγηση της δοκιμασίας υπολογίζονται οι βαθμολογίες 4 υποκλιμάκων που προκύπτουν:

Αναγνώριση Faux pas «Είπε κάποιος κάτι το οποίο δεν θα έπρεπε να πει ή κάτι το ανάρμοστο; Και αν ναι ποιος και γιατί ήταν ανάρμοστο;» (άθροισμα βαθμολογιών 1^{ης} και 2^{ης} ερώτησης- σύνολο 20)

Συναισθηματική κατανόηση Faux pas «Γιατί πιστεύεις ότι το είπε;» (άθροισμα βαθμολογιών 3^{ης} ερώτησης-σύνολο 10)

Γνωστική κατανόηση Fau pas «Ηξερε ο Νίκος ότι η πίτα ήταν μηλόπιτα» (άθροισμα βαθμολογιών 4^{ης} ερώτησης-σύνολο 10)

Και Ικανότητα Ενσυναίσθησης «Πως αισθάνθηκε η Καρολίνα» (άθροισμα βαθμολογιών 6^{ης} ερώτησης- σύνολο 10)

2.7.Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Οι συμμετέχουσες και των δύο ομάδων ενημερώθηκαν ξεχωριστά και λεπτομερώς, ώστε να δηλώσουν οικειοθελώς την αφιλοκερδή συμμετοχή τους στη μελέτη. Οι συμμετέχουσες διατηρούσαν το δικαίωμα υπαναχώρησης από τη μελέτη χωρίς αρνητική επίδραση στην παρεχόμενη προς αυτές ιατρική φροντίδα.

2.8. Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκαν μέτρα όπως μέση τιμή, τυπική απόκλιση και ποσοστά. Για την επεξεργασία των μεταβλητών έγινε έλεγχος κανονικότητας του δείγματος με τον συντελεστή Shapiro-Wilk και έλεγχος ιστογραμμάτων. Η μεταβλητή που ακολουθούσε κανονική κατανομή στο δείγμα ήταν μόνο «το συνολικό σκορ «EDE-q». Για τη διερεύνηση των διαφορών των δύο ομάδων βάσει δημογραφικών χαρακτηριστικών πραγματοποιήθηκε έλεγχος chi square για τις κατηγορικές μεταβλητές και Mann-Whitney για τις συνεχείς.

Για τον έλεγχο της 1^{ης} υπόθεσης, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις των μέσων τιμών των δύο ομάδων. Για τη σύγκριση του συνολικού σκορ της μεταβλητής «EDE-q», διενεργήθηκε έλεγχος t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, αφού πρώτα ελέγχθηκε η ομοιογένεια των διασπορών σύμφωνα με το Levene's Test. Για τις συγκρίσεις των υποκλιμάκων και των αποτελεσμάτων των δοκιμασιών Θεωρίας του Νου μεταξύ των ομάδων, διενεργήθηκε έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων Mann-Whitney U, καθώς το δείγμα δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή.

Για τις συσχετίσεις του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου Ede-q και των υποκλιμάκων του με τα συνολικά σκορ των δοκιμασιών «Θεωρίας του Νου» και των υποκλιμάκων του «Faux Pas», χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman rho,

Για τον έλεγχο της 2^{ης} υπόθεσης, δημιουργήθηκε μια νέα δίτιμη κατηγορική μεταβλητή που αφορούσε τη βαρύτητα της Ψ.Α. Η μεταβλητή αυτή προέκυψε από τον διαχωρισμό της ομάδας Ψ.Α. σε 2 υποομάδες, η μία περιλάμβανε άτομα με δείκτη μάζας σώματος μικρότερο του 15.99 (σοβαρή βαρύτητα) και η άλλη με ΔΜΣ μεγαλύτερο ή ίσο του 16 (ήπια βαρύτητα) (APA,2013). Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης μάζας σώματος ως καλύτερη μεταβλητή διαγνωστικής αξίας της Ψ.Α, είναι γιατί βαριές περιπτώσεις Ψ.Α. με χαμηλή εναισθησία δεν σκόραραν άνω του σημείου τομής στο ερωτηματολόγιο EDE-q. Στη συνέχεια, έγινε έλεγχος Mann Whitney U, λόγω απουσίας κανονικής κατανομής κατά Gauss.

Για την αξιολόγηση της επίδρασης άλλων παραγόντων, διενεργήθηκε πολλαπλό μοντέλο παλινδρόμησης Στο μοντέλο αυτό οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν: « ΔΜΣ», «συνολικό σκορ δοκιμασίας α' τάξεως», «συνολικό σκορ δοκιμασίας υπαινιγμού», «συνολικό σκορ δοκιμασίας faux pas» και η εξαρτημένη ήταν «η ομάδα». Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκε η ομάδα ως εξαρτημένη μεταβλητή και όχι το συνολικό σκορ του Ede-q έχει εξηγηθεί προηγουμένως.

Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0.05$. Για τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το SPSS (25).

3.Αποτελέσματα

3.1.Σύγκριση ομάδας ψυχογενούς ανορεξίας και ελέγχου ως προς το ερωτηματολόγιο «Eating Disorder Questionnaire»

Για τη σύγκριση μέσω των τιμών ομάδας ψυχογενούς ανορεξίας ($M=3.42$) και ελέγχου ($M=0.83$) ως προς τον περιορισμό τροφής, τις σκέψεις για τη διατροφή, το βάρος και το σχήμα του σώματος αρχικά υπολογίστηκε το συνολικό σκορ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια διενεργήθηκε έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων t-test, λόγω ύπαρξης κανονικής κατανομής κατά Gauss.

Έπειτα, διερευνήθηκε και απορρίφθηκε η ομοιογένεια των διασπορών σύμφωνα με το Levene's Test ($F=17.74, p<.001$). Σχετικά με τον έλεγχο t-test διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές των δύο ομάδων ($t=10.038, p<.001$). Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι η διαφορά 2.6 μονάδων που έχει η ομάδα της Ψ.Α. σε σχέση με την ομάδα ελέγχου είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Όσον αφορά τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ξεχωριστά, για τη σύγκριση των δύο ομάδων διενεργήθηκε έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων Mann Whitney U, λόγω απουσίας κανονικής κατανομής κατά Gauss. Για την Υποκλίμακα «Περιορισμού» η ανάλυση έδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας με Ψ.Α. ($M.R.=40.05$) και της ομάδας ελέγχου ($M.R.=20.95$), ($U=163.5, p<.001$). Για την Υποκλίμακα «Ανησυχίας για το βάρος» η ανάλυση έδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας με Ψ.Α. ($M.R.=44.87$) και της ομάδας ελέγχου ($M.R.=16.13$), ($U=19.0, p<.001$). Παρομοίως, για την Υποκλίμακα «Ανησυχίας για το σχήμα του σώματος» η ανάλυση έδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας με Ψ.Α. ($M.R.=44.17$) και της ομάδας ελέγχου ($M.R.=16.83$), ($U=40, p<.001$). Τέλος, για την Υποκλίμακα «Ανησυχίας για τη διατροφή» η ανάλυση έδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας με Ψ.Α. ($M.R.=44.08$) και της ομάδας ελέγχου ($M.R.=16.92$), ($U=42.5, p<.001$)

3.2.Σύγκριση ομάδας ψυχογενούς ανορεξίας και ελέγχου ως προς τις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου»

Για τη σύγκριση μέσω των τιμών ομάδας ψυχογενούς ανορεξίας ($M.R=27.3$) και ελέγχου ($M.R=33.7$) ως προς τη δοκιμασία «Α' Τάξεως» εσφαλμένη πεποίθηση, διενεργήθηκε έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων Mann Whitney U, λόγω απουσίας κανονικής κατανομής κατά Gauss. Η

ανάλυση έδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($U=546$, $p<.042$) σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Για τη σύγκριση μέσων τιμών ομάδας ψυχογενούς ανορεξίας ($M.R.=23.5$) και ελέγχου ($M.R.=37.5$) ως προς τη δοκιμασία «Υπαινιγμού», διενεργήθηκε έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων Mann Whitney U, λόγω απουσίας κανονικής κατανομής κατά Gauss. Η ανάλυση έδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($U=660$, $p<.001$) σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Δοκιμασία Faux Pas

Για τη σύγκριση μέσων τιμών ομάδας ψυχογενούς ανορεξίας ($M.R.=22.92$) και ελέγχου ($M.R.=38.08$) ως προς τη δοκιμασία «Faux Pas» αρχικά υπολογίστηκε το συνολικό σκορ των υποκλιμάκων που περιλαμβάνονται στη δοκιμασία. Έπειτα, διενεργήθηκε έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων Mann Whitney U, λόγω απουσίας κανονικής κατανομής κατά Gauss. Η ανάλυση έδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($U=677$, $p<.001$) σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Επιπλέον, εντοπίστηκαν διαφορές σε κάθε υποκλίμακα της δοκιμασίας ξεχωριστά οι οποίες παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 2

Σύγκριση ατόμων με Ψ.Α και Ομάδα ελέγχου ως προς τις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου»

	Άτομα με Ψ.Α.		Ομάδα ελέγχου				
	N	MR	N	MR	U	p	
Δοκιμασία Ά τάξεως	30	27.3	30	33.7	546	0,042	
Δοκιμασία Υπαινιγμού	30	23.5	30	37.5	660	≤.001	
Δοκιμασία Faux Pas	Σύνολο	30	22.92	30	38.08	677	≤.001
	Αναγνώριση	30	21.98	30	39.02	705	≤.001
	Κατανόηση	30	24.35	30	36.02	634	0.005
	Αντίληψη	30	24.23	30	36.65	638	0.005
	Ενσυναίσθηση	30	22.77	30	38.23	682	≤.001

3.3. Σύγκριση της βαρύτητας της διαταραχής στην ομάδα ψυχογενούς ανορεξίας ως προς τις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου»

Για τη σύγκριση μέσων τιμών της ομάδας Ψ.Α. ως προς τις δοκιμασίες «θεωρίας του Νου» και τις υποκατηγορίες τους, αρχικά υπολογίστηκε η βαρύτητα της διαταραχής με τη μεταβλητή «δείκτη μάζας σώματος». Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης μάζας σώματος ως καλύτερη μεταβλητή διαγνωστικής αξίας της Ψ.Α, είναι γιατί βαριές περιπτώσεις Ψ.Α. με

χαμηλή εναισθησία δεν σκόραραν άνω του cut off score στο ερωτηματολόγιο EDE-q. Η μεταβλητή αυτή μετατράπηκε σε κατηγορική με 2 υποκατηγορίες, η μία περιλαμβάνει τις ήπιες περιπτώσεις ($\Delta M\Sigma \geq 16$), και η άλλη περιλαμβάνει τις πιο σοβαρές ($\Delta M\Sigma < 16$). Στη συνέχεια διενεργήθηκε έλεγχος Mann Whitney U, λόγω απουσίας κανονικής κατανομής κατά Gauss. Δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ δοκιμασιών «α' τάξεως» ($p=0.225$), «υπαινιμού» ($p=186$), «faux pas» ($p=0.110$) και της βαρύτητας της διαταραχής.

3.4.Συσχέτιση των δοκιμασιών της «Θεωρίας του Νου» με το ερωτηματολόγιο «Eating Questionnaire» και τις αντίστοιχες υποκλίμακες.

Όσον αφορά τη συσχέτιση του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου «EDE-q» με τις υπόλοιπες δοκιμασίες της «Θεωρίας του Νου» και τις υποκατηγορίες τους ως προς το σύνολο του δείγματος υπολογίστηκε ο δείκτης συσχέτισης «Spearman Rho», λόγω απουσίας κανονικής κατανομής κατά Gauss. Από την ανάλυση βρέθηκαν οι εξής στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις:

Για τη δοκιμασία «Α' Τάξεως εσφαλμένη πεποίθηση», βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση ($r=-0.256, p=0.048$). Επιπλέον, για τη δοκιμασία «Υπαινιμού», βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση ($r=-0.412, p<.001$). Τέλος, και για το συνολικό σκορ της δοκιμασίας «Faux Pas», βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση ($r=-0.422, p=, .001$).

Όσον αφορά τις Υποκατηγορίες της δοκιμασίας Faux Pas βρέθηκαν επίσης στατιστικώς σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις για την Υποκατηγορία Αναγνώρισης, ($r=-0.534, p<.001$), την Υποκατηγορία Κατανόησης, ($r=-0.355, p=0.005$), την Υποκατηγορία Γνωστικής Αντίληψης, ($r=-0,348, p=0.006$) και τέλος την Υποκατηγορία Συναισθητικής ικανότητας, ($r=-0,429, p<.001$).

Οι στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις που βρέθηκαν μεταξύ των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου «EDE-q», και των υποκλιμάκων «Faux Pas», παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3

Συσχέτιση των δοκιμασιών της «Θεωρίας του Νου» με το ερωτηματολόγιο «Eating Questionnaire» και τις αντίστοιχες υποκλίμακες.

	EDE-q Σύνολο		Περιορισμός		Ανησυχία σχήματος		Ανησυχία βάρους		Ανησυχία φαγητού		
	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	
Α' τάξεως	-0.256	0.048	-0.228	0.08	-0.309	0,01	-0.241	0.06	-0.245	0.06	
Υπαινιμού	-0.412	0.001	-0.248	0.056	-0.418	≤.001	-0.451	≤.001	-0.367	0.04	
Faux Pas	Σύνολο	-0.422	≤.001	-0.239	0.06	-0.470	≤.001	-0.411	≤.001	-0.425	≤.001
	Αναγνώριση	-0.534	≤.001	-0.422	≤.001	-0.548	≤.001	-0.476	≤.001	-0.531	≤.001
	Κατανόηση	-0.355	0.005	-0.205	0.11	-0.398	0.005	-0.363	0.005	-0.361	0.005
	Αντίληψη	-0.348	0.006	-0.315	0.10	-0.379	0.003	-0.315	0.014	-0.346	0.007
	Ενσυναίσθηση	-0.429	≤.001	-0.276	0.03	-0.471	≤.001	-0.432	≤.001	-0.432	≤.001

3.5.Επίδραση παραγόντων στη Ψυχογενή Ανορεξία

Για την αξιολόγηση της επίδρασης παραγόντων στη Ψυχογενή Ανορεξία, διενεργήθηκε πολλαπλό μοντέλο παλινδρόμησης. Στο μοντέλο αυτό οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν: «συνολικό σκορ δοκιμασίας α' τάξεως», «συνολικό σκορ δοκιμασίας υπαινιμού», «συνολικό σκορ δοκιμασίας faux pas», «ΔΜΣ» και η εξαρτημένη ήταν «η ομάδα». Ο λόγος που θεωρήθηκε ο διαχωρισμός σε ομάδα ελέγχου και ανορεξία ως πιο αντιπροσωπευτικός διαγνωστικός δείκτης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, οφείλεται στο γεγονός ότι στην αξιολόγηση της βαρύτητας της διαταραχής μέσω του EDE-q, πολύ βαριές περιπτώσεις Ψ.Α., δίχως εναισθησία δεν σκόραραν αρκετά, και βρίσκονταν κάτω του σημείου τομής των βαθμολογιών. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό $R^2=.572$, $F(4)=18.373$, $p<.001$. Το μοντέλο εξηγούσε το 57,2% της συνολικής διακύμανσης της διάγνωσης. Τρεις από τους τέσσερις παράγοντες φαίνεται να έχουν δύναμη πρόβλεψης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, που σημαίνει πως χαμηλότερα σκορ στις δοκιμασίες «υπαινιμού» ($p=0.046$) και «faux pas» ($p=0.019$) και χαμηλό «ΔΜΣ» ($p\leq.001$), έχουν αυξημένη πιθανότητα να συνοδευτούν από τη διάγνωση Ψυχογενούς Ανορεξίας, ενώ η δοκιμασία «α' τάξεως» δεν φαίνεται να προβλέπει τη διάγνωση ($p=0.834$).

Πίνακας 4

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον διαχωρισμό των συμμετεχόντων σε Ομάδα ελέγχου και Ψ.Α.

Εξαρτημένη μεταβλητή: Ομάδα(Ψ.Α./ Υγιείς)	Εκτίμηση	Τυπικό σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης		p
			Χαμηλότερο	Υψηλότερο	
Δοκιμασία Α' τάξεως	-0.036	0.170	-0.376	0.304	0.834
Δοκιμασία Υπαινιμού	1.356	0.664	0.025	2.686	0.046
Δοκιμασία Faux Pas	0.610	0.253	0.104	1.117	0.019
ΔΜΣ	0.064	0.012	0.041	0.088	≤.001

4.Συζήτηση

Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των πιθανών ελλειμμάτων στη «Θεωρία του Νου» ατόμων με Ψυχογενή Ανορεξία και η σύγκριση τους με γενικό πληθυσμό. Δευτερογενής σκοπός ήταν η διερεύνηση των ελλειμμάτων που θα αναδεικνύονταν βάσει βαρύτητας της διαταραχής. Τέλος, εξετάστηκε η δυνατότητα πρόβλεψης της διάγνωσης Ψ.Α. από τον βαθμό ικανότητας των ατόμων στις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου».

Σχετικά με το πρώτο ερώτημα, παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές σε κάθε δοκιμασία «Θεωρίας του Νου» (α' τάξεως, υπαινιγμού, faux pas) των ατόμων με Ψ.Α σε σύγκριση με γενικό πληθυσμό, και πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με Ψ.Α. σκόραραν χαμηλότερα στις δοκιμασίες αυτές, γεγονός που αναδεικνύει περισσότερα ελλείμματα. Το εύρημα αυτό ήρθε σε συμφωνία με την πλειονότητα προγενέστερων ερευνών που μελετούσαν διαφορές ατόμων με Ψ.Α. και γενικού πληθυσμού. (Bora & Kose, 2016, Tarajoz et al, 2013; Adenzato et al, 2012).

Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι παρότι οι δοκιμασίες που χρησιμοποιήθηκαν στις παραπάνω έρευνες ήταν ποικιλόμορφες («Faux Pas» (Gal et al, 2011; Tarajoz et al, 2013), «RMET-Reading The Mind in Eyes Test» (Adenzato et al, 2012), « Happes Cartoon Task» (Russel et al, 2009), τα ευρήματα έδειξαν σταθερές διαφορές μεταξύ ασθενών και υγιών μαρτύρων. Σε αντίθετα αποτελέσματα κατέληξε πρόσφατη μελέτη, στην οποία ενώ παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές σε δοκιμασίες που αφορούσαν την ενσυναίσθηση, δεν παρατηρήθηκε το ίδιο σε υποκατηγορίες που αφορούσαν την κατανόηση και την αναγνώριση της «Θεωρίας του Νου» (Brockmeyer et al, 2016). Επίσης, μελέτη του 2012 δεν εντόπισε διαφορές ατόμων με Ψ.Α και γενικού πληθυσμού, όσον αφορά την κατανόηση πολύπλοκων συναισθημάτων (Medina-Pradas et al, 2012).

Η κύρια ερμηνεία που έχει συζητηθεί για τα ευρήματα των ερευνών ως προς τα ελλείμματα που παρουσιάζουν τα άτομα με διάγνωση Ψ.Α. στη «Θεωρία του Νου», συνοψίζεται στην ύπαρξη κοινών δυσκολιών σε συμπεριφορές, σκέψεις, συναισθήματα και κατ' επέκταση κοινωνικές δεξιότητες με τη διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού (Kinnaird & Tchanturia, 2021, Lepannen et al, 2018, Tsanturia et al, 2013), και την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Tulaci et al, 2018; Davis & Kaptein, 2006; Sayin et al, 2010), χωρίς ωστόσο να πληρούνται κριτήρια και για τις διαγνώσεις αυτές. Περιγράφοντας μια διαφορετική οπτική, σε αμερικάνικη μελέτη με ανδρικό δείγμα που ακολούθησε περιορισμένη διατροφή για 6 μήνες, παρατηρήθηκαν δυσκολίες στην κοινωνική συναναστροφή. Τα αποτελέσματα αποδόθηκαν στον υποσιτισμό, και ανέδειξαν

εκτός από τη βιολογική, και μια κοινωνική διάσταση του προβλήματος του μακροχρόνιου περιορισμού (Keys et al, 1950).

Όσον αφορά τις συσχετίσεις του ερωτηματολογίου «EDE-q» με τις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου», τα αποτελέσματα έδειξαν μετρίου βαθμού συσχετίσεις για τις περισσότερες δοκιμασίες και υποκλίμακες τους. Αυτό συνάδει με τη γενικότερη άποψη πως, οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές που εμφανίζουν τα άτομα με διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με τις κοινωνικές δυσκολίες που παρουσιάζουν, ως αποτέλεσμα ελλειμμάτων στη «Θεωρία του Νου» (Hamatani et al, 2016; Russel et al , 2009)

Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις όσον αφορά την υποκλίμακα «Περιορισμού» του ερωτηματολογίου «EDE-q» με το σύνολο των δοκιμασιών, αλλά βρέθηκαν μόνο με τις υποκατηγορίες «Αναγνώρισης» και «Ενσυναίσθησης» του «Faux Pas». Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός πως κύριες δυσκολίες στη «Θεωρία του Νου», βιβλιογραφικά αποδίδονται στην ενσυναισθητική λειτουργία, και όχι σε πιο πολύπλοκες νοητικές λειτουργίες που αφορούν τη γνωστική αντίληψη (Kerr-Gaffney et al, 2019; Brockmeyer et al, 2016) . Επιπλέον, όσον αφορά την δοκιμασία «Α' τάξεως», στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις με το «EDE-q», βρέθηκαν μόνο μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών του ερωτηματολογίου και στην υποκατηγορία «Ανησυχία για το σχήμα, γεγονός που είναι σύμφωνο με την παραπάνω άποψη. επικράτησης δυσκολιών σε κεντρικούς άξονες της «Θεωρίας του Νου» όπως την ενσυναίσθηση και όχι σε πιο βαθιές νοητικές δεξιότητες, το οποίο είναι και πιο δύσκολο στην ανίχνευση του. (Adenzato et al, 2012). Πρόσφατη απεικονιστική (MRI) μελέτη, διερεύνησε το βαθμό ενεργοποίησης συγκεκριμένων νευρώνων μέσω προβολής βίντεο που αναπαριστούσαν πολύπλοκες κοινωνικές συναναστροφές. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορές στα άτομα με Ψ.Α. και γενικού πληθυσμού, ενισχύοντας περαιτέρω τη συγκεκριμένη άποψη (Leslie et al, 2020).

Σχετικά με το 2^ο ερώτημα, δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη βαρύτητα της διαταραχής. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν μελέτες που έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως η βαρύτητα της διαταραχής είτε οριζόμενη από τη διάρκεια νόσου (Bora & Kose, 2016), είτε από τη συννοσηρότητα με αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές (Codart et al, 2004), σχετίζεται με περισσότερα ελλείμματα σε δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου», η πλειονότητα των ερευνών τονίζει το αντίθετο (Brockmeyer et al, 2016; Tarajóz Pereira de Sampaio, 2013; Russell et al, 2009). Η ερμηνεία που αναδεικνύεται από τη παρούσα μελέτη και

φαίνεται να επικρατεί και βιβλιογραφικά, προέρχεται από την ιδέα ύπαρξης ενός προϋπάρχοντος χαρακτηριστικού-ενδοφαινότυπου στη Ψ.Α., το οποίο παραμένει αμετάβλητο είτε σε μια πρόδρομη (Troop et al, 2002; Fairburn et al 1999), είτε σε μεταγενέστερες φάσεις, απουσίας διάγνωσης της διαταραχής (Zucker et al, 2007). Με βάση το σκεπτικό αυτό, άτομα που έχουν θεραπευτεί από τη Ψ.Α. είναι πιθανόν να εμφανίζουν παρόμοια ελλείμματα με άτομα με ενεργή διάγνωση (Wentz et al, 2001). Στον αντίλογο αυτού έρευνα παρατήρησε διαφορές μεταξύ των διαγνωσμένων και των πλέον θεραπευμένων περιπτώσεων Ψ.Α., οι οποίοι είχαν τα ίδια σκορ στις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου» με τους Υγιείς Μάρτυρες (Oldersaw et al, 2012).

Στο ίδιο μήκος κύματος, στην παρούσα μελέτη μέσω ανάλυσης πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι ο «ΔΜΣ», η δοκιμασία «Υπαιγιμού» και η δοκιμασία «Faux Pas», αποτελούν παράγοντα πρόβλεψης της διάγνωσης Ψ.Α., ωστόσο αυτό δεν βρέθηκε για την δοκιμασία «Α' τάξεως». Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο στο γεγονός πως η συγκεκριμένη δοκιμασία δεν απαιτεί ιδιαίτερη νοητική επεξεργασία και οι συμμετέχουσες απάντησαν σωστά, όσο και στο γεγονός πως η δοκιμασία αυτή έχει χρησιμοποιηθεί κατά κύριο λόγο στα άτομα που έχουν Σχιζοφρένεια (Corcoran et al, 1996). Αξίζει, ωστόσο να αναφερθεί πως το μοντέλο παλινδρόμησης εξηγούσε ικανοποιητικό μέρος της διακύμανσης (57.2%), για το λόγο αυτό θα ήταν σημαντικό μελλοντικά να διερευνηθούν περισσότερο οι συγκεκριμένοι παράγοντες που μπορεί να δρουν ως «ενδοφαινότυποι» και να επηρεάζουν τη διάγνωση της Ψ.Α.

5.Περιορισμοί, Θετικά σημεία και Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Σημαντικότερος περιορισμός της έρευνας αποτελεί το μέγεθος του δείγματος. Επιπλέον, παρά την αντιστοιχία μεταξύ των δύο ομάδων σε επίπεδο φύλου και ηλικίας δεν υπήρξε αντιστοιχία σε άλλες μεταβλητές (π.χ. εκπαίδευση, διαμονή), ώστε να μειωθούν όσο το δυνατόν περισσότερο οι παράγοντες που μπορεί να επηρέασαν τις μετρήσεις. Σχετικά με το δείγμα, είναι επίσης σημαντικό να επισημανθεί πως στο σύνολο του ήταν αποκλειστικά γυναίκες γεγονός που δυσκολεύει την γενίκευση των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό. Ενδιαφέρον θα είχε η μελέτη παρόμοιας θεματολογίας και σε ανδρικό πληθυσμό, το οποίο φαίνεται πως βιβλιογραφικά δεν έχει ερευνηθεί αρκετά.

Ένας ακόμα σημαντικός περιορισμός της έρευνας αφορά τις δοκιμασίες «Θεωρίας του Νου» που χρησιμοποιήθηκαν, οι οποίες δεν είναι σταθμισμένες σε ελληνικό πληθυσμό και οι βαθμολογίες τους δεν σημείο τομής. Μελλοντικά θα ήταν σημαντικό να σταθμιστούν τα εργαλεία αυτά στη χώρα μας για την πιο έγκυρη χρήση τους. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι δύο από τις τρεις δοκιμασίες (α' τάξεως, υπαινιγμού), δεν έχουν ξαναχρησιμοποιηθεί σε άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία, για αυτό τα αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνεύονται με επιφύλαξη.

Τέλος, ένας ακόμα περιορισμός αφορά το ερωτηματολόγιο «EDE-q», και πιο συγκεκριμένα, την αξιολόγηση των ακραίων περιπτώσεων Ψ.Α. που δεν είχαν εναισθησία και δεν σκόραραν πάνω του σημείου τομής του ερωτηματολογίου, επηρεάζοντας μερικώς τα αποτελέσματα. Αυτό είναι συχνό φαινόμενο σε βαριές περιπτώσεις διαταραχών που δεν αντιλαμβάνονται το νοσηρό, ωστόσο αποτελεί πρόβλημα στις μετρήσεις. Για αυτόν τον λόγο, για την αξιολόγηση της βαρύτητας, χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή ΔΜΣ, η οποία ενώ προσδίδει μια αντικειμενικότητα στη διάγνωση της νόσου, από την άλλη, υπάρχουν πολλοί παράγοντες από τους οποίους μπορεί να οριστεί η βαρύτητα (π.χ. χρόνια νόσου, συννοσηρότητα), οι οποίοι δεν λήφθηκαν υπόψιν.

Η παρούσα έρευνα φέρει κάποια ισχυρά σημεία που πρέπει να αναφερθούν. Έως τώρα στον ελληνικό χώρο υπήρχε μόνο μία έρευνα η οποία μελέτησε την επίδραση της «Θεωρία του Νου» στις παραληρητικές ιδέες των ατόμων με Ψ.Α. (Konstantakopoulos et al, 2020). Η καινοτομία της παρούσας μελέτης έγκειται στο γεγονός πως χρησιμοποιήθηκαν βασικές δοκιμασίες ανίχνευσης ελλειμμάτων στη «Θεωρία του Νου», οι δύο από τις οποίες δεν είχαν ξαναχρησιμοποιηθεί σε άτομα με Ψ.Α. Επιπλέον, οι δοκιμασίες αυτές συντέλεσαν σε μια

σφαιρική προσέγγιση του ζητήματος, καθώς αξιολογούν ένα μεγάλο φάσμα διεργασιών σχετικών με τη «Θεωρία του Νου». Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τα ελλείμματα των ατόμων με Ψ.Α. και το εύρημα αυτό ανοίγει το δρόμο για περαιτέρω μελέτη, και αξιολόγηση και άλλων διαστάσεων της «Θεωρίας του Νου» που τα άτομα με Ψ.Α. υστερούν, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν.

Λαμβάνοντας υπόψιν τους προαναφερθέντες περιορισμούς, και τα δυνατά σημεία της παρούσας μελέτης, μπορούν να γίνουν διάφορες συστάσεις για περαιτέρω έρευνα στον τομέα αυτό. Αρχικά, η χρήση έγκυρων και σταθμισμένων δοκιμασιών για την αξιολόγηση της «Θεωρίας του Νου», αποτελεί ζήτημα κύριας σημασίας. Στο ίδιο πλαίσιο, η ελλιπής μελέτη της «Θεωρίας του Νου», στην Ψ.Α., χρήζει αναγκαία την προσπάθεια για περαιτέρω έρευνα, και την εφαρμογή δοκιμασιών που ανταποκρίνονται ενδεχομένως καλύτερα στη συγκεκριμένη διάγνωση.

Επιπλέον, όπως φάνηκε από τη μελέτη αυτή, τα ελλείμματα της Ψ.Α. στη «Θεωρία του Νου» και κατ' επέκταση η κοινωνική αδεξιότητα που τα άτομα αυτά εμφανίζουν, ευθύνεται πιθανόν στην ύπαρξη ενός ενδοφαινοτύπου, ενός δηλαδή προϋπάρχοντος χαρακτηριστικού των ατόμων που παραμένει αμετάβλητο στο χρόνο. Στο πλαίσιο αυτό, έχει ερευνητικό ενδιαφέρον η μελέτη του ενδοφαινοτύπου τόσο σε μια πρόδρομη φάση, αλλά και σε μια μεταγενέστερη φάση της διαταραχής και η σύνδεση του και με άλλα χαρακτηριστικά που φαίνεται να κυριαρχούν στην Ψυχογενή Ανορεξία. Σε παρόμοιο μοτίβο σκέψης, η ανίχνευση του ενδοφαινοτύπου και σε άλλες διαταραχές, (π.χ. Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή), είναι πιθανόν να σχετίζεται με παρόμοιες δυσκολίες. Λαμβάνοντας υπόψιν τις ομοιότητες που βιβλιογραφικά η Ψ.Α. έχει με την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, τόσο στη βιολογική όσο και στην κοινωνική τους διάσταση (Davis & Kaptein, 2006), αλλά και τις δυσκολίες που άτομα με ΙΔΨ φαίνεται να έχουν στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση (Misir et al, 2008), προτείνεται περαιτέρω έρευνα σύγκρισης των ατόμων αυτών και μελέτης των ενδοφαινοτύπων που βιβλιογραφικά φαίνεται να μοιράζονται.

Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή συμβάλει σε μια προσπάθεια βαθύτερης κατανόησης των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της Ψ.Α., που καλύπτουν ένα ευρύτερο φάσμα των δυσκολιών και σκοπεύουν στη δημιουργία καλύτερων και πιο εξατομικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων.

Βιβλιογραφία

- Adenzato, M., Todisco, P., & Ardito, R. B. (2012). Social cognition in anorexia nervosa: evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Antony Joseph, Isaac K. Wood, Solomon C. Goldberg, (1982). Determining populations at risk for developing anorexia nervosa based on selection of college major, *Psychiatry Research*, Volume 7, Issue 1
- Baron-Cohen, S. (2001). *Theory of mind and autism: A review. In L. M. Glidden (Ed.), International review of research in mental retardation: Autism (Vol. 23, pp. 169–184).* Academic Press.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Bisaga, K., & Walsh, B. T. (2005). History of the classification of eating disorders. *EDNOS. Eating Disorders Not Otherwise Specified*, 10-40
- Bora, E., & Köse, S. (2016). Meta-analysis of theory of mind in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A specific impairment of cognitive perspective taking in anorexia nervosa *International Journal of Eating Disorders*, 49(8), 739-740.
- Brockmeyer, T., Pellegrino, J., Münch, H., Herzog, W., Dziobek, I., & Friederich, H. C. (2016). Social cognition in anorexia nervosa: Specific difficulties in decoding emotional but not nonemotional mental states. *International Journal of Eating Disorders*, 49(9), 883-890.
- Bruch, H. (1973). Psychiatric aspects of obesity. *Psychiatric Annals*, 3(7), 6-9.
- Caglar-Nazali HP, Corfield F, Cardi V, Ambwani S, Leppanen J, Olabintan O, Deriziotis S, Hadjimichalis A, Scognamiglio P, Eshkevari E, Micali N, Treasure J. (2014) A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neurosci Biobehav*

- Cardi, V., Mallorqui-Bague, N., Albano, G., Monteleone, A. M., Fernandez-Aranda, F., & Treasure, J. (2018). Social difficulties as risk and maintaining factors in anorexia nervosa: a mixed-method investigation. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Cohen, (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology, and social inference: investigating theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr Res* 1995; 17: 5–13.
- Cullen, B., Samuels, J., Grados, M., Landa, R., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., ... & Nestadt, G. (2008). Social and communication difficulties and obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 41(3), 194-200.
- Davis, C., & Kaptein, S. (2006). Anorexia nervosa with excessive exercise: a phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 142(2-3), 209-217.
- Dell’Osso, Liliana, et al. "Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive–compulsive spectrum." *Neuropsychiatric disease and treatment* 12 (2016): 1651.
- Daniel C. Dennett (1978). Beliefs about beliefs [P&W, SR&B] *Behavioral and Brain Sciences* 1 (4):568-570
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Welch, S.L., 1999. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry* 56, 468–476.
- Flavell, J. H. (2004). Theory-of-mind development: Retrospect and prospect. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(3), 274–290.
- Gallagher, H. L., & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), 77–83.
- Gal Z, Egyed K, P_aszthy B, N_emeth D. (20011) [Impaired theory of mind in anorexia nervosa]. *Psychiatr Hung*;26:12–25.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M.(1982) *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective* New York: Brunner Mazel.
- Gillberg C, Coleman (1996). Autism and medical disorders: a review of the literature. *Dev Med Child Neurol*.

- Gillberg, C., & Råstam, M. (1992). Do some cases of anorexia nervosa reflect underlying autistic-like conditions?. *Behavioural Neurology*, *5*(1), 27-32.
- Gillberg, C. (1983). Are autism and anorexia nervosa related?. *The British Journal of Psychiatry*, *142*(4), 428-428.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J. L., Halfon, O., ... & Flament, M. F. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *9*, 249-257.
- Halmi, K. A., Falk, J. R., & Schwartz, E. (1981). Binge-eating and vomiting: A survey of a college population. *Psychological Medicine*, *11*(4), 697-706
- Hamatani, S., Tomotake, M., Takeda, T., Kameoka, N., Kawabata, M., Kubo, H., ... & Ohmori, T. (2016). Impaired social cognition in anorexia nervosa patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2527-2531.
- Hermelin, B., & O'Connor, N. (1970) Psychological experiments with autistic children Oxford Pergamon Press
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., (1950). *The Biology of Human Starvation*, vol. 2. Minnesota University Press, Minneapolis, Minn.
- Keysar, B., Lin, S., & Barr, D. J. (2003). Limits on theory of mind use in adults. *Cognition*, *89*(1), 25–41.
- Kerr-Gaffney, J., Harrison, A., & Tchanturia, K. (2019). Cognitive and affective empathy in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 102.
- Kinnaird, E., & Tchanturia, K. (2021). Looking beneath the surface: Distinguishing between common features in autism and anorexia nervosa. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, *31*(1), 3-13.
- Konstantakopoulos, G., Ioannidi, N., Patrikelis, P., & Gonidakis, F. (2020). The impact of theory of mind and neurocognition on delusionality in anorexia nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *42*(6), 611-621.
- Leppanen, J., Sedgewick, F., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2018). Differences in the Theory of Mind profiles of patients with anorexia nervosa and individuals on the autism spectrum: a meta-analytic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *90*, 146-163.

- Leslie, M., Halls, D., Leppanen, J., Sedgewick, F., Smith, K., Hayward, H., ... & Tchanturia, K. (2020). Neural correlates of theory of mind are preserved in young women with anorexia nervosa. *Frontiers in psychology*, 2348.
- Lalonde, C. E., & Chandler, M. J. (1995). False belief understanding goes to school: On the social-emotional consequences of coming early or late to a first theory of mind. *Cognition & Emotion*, 9(2-3), 167-185.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., Álvarez-Moya, E. M., Grau, A., & Obiols, J. E. (2012). Emotional theory of mind in eating disorders. *International journal of clinical and health psychology*, 12(2), 189-202.
- MısıR, E., Bora, E., & Akdede, B. B. (2018). Relationship between social-cognitive and social-perceptual aspects of theory of mind and neurocognitive deficits, insight level and schizotypal traits in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 83, 1-6.
- Oldershaw A, Treasure J, Hambrook D, Tchanturia K, Schmidt U. (2011) *Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders?* Eur Eat Disord Rev.
- Patel K, Tchanturia K, Harrison A. (2016) An Exploration of Social Functioning in Young People with Eating Disorders: A Qualitative Study. PLoS One.
- Pliatskidou S, Samakouri M, Kalamara E, Goulemtzakis C, Koutrouvi K, Papageorgiou E, Livadites M. (2012) *Reliability of the Greek version of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in a sample of adolescent students.*
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4),
- Russell, T. A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V., & Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry research*, 168(3), 181-185.
- Sayın, A., Oral, N., Utku, C., Baysak, E., & Candansayar, S. E. L. Ç. U. K. (2010). Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls. *European Psychiatry*, 25(2), 116-122.
- Schulte-Rüther, M., Mainz, V., Fink, G. R., Herpertz-Dahlmann, B., & Konrad, K. (2012). Theory of mind and the brain in anorexia nervosa: Relation to treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(8), 832–841.

- S Pliatskidou, M Samakouri, E Kalamara, E Papageorgiou , K Koutrouvi , C Goulemtzakis, E Nikolaou, M Livaditis (2015). Validity of the Greek Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0 (EDE-Q-6.0) among Greek adolescents.
- Stone, V.E., Baron-Cohen, S. & Knight, R.T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10, 640-656
- Tapajoz Pereira de Sampaio, F., Soneira, S., Aulicino, A., & Allegri, R. F. (2013). Theory of mind in eating disorders and their relationship to clinical profile. *European Eating Disorders Review*, 21(6), 479-487.
- Tchanturia K, Lloyd S, Lang K. (2013) Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: current evidence and future research directions. *Int J Eat Disord*.
- Tchanturia K, Anderluh MB, Morris RG (2004), Rabe-Hesketh S, Collier DA, Sanchez P, Treasure JL. Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Int Neuropsychol Soc*.
- Troop, N.A., Bifulco, A., 2002. Childhood social arena and cognitive sets in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 41, 205–211
- Tulaci, R. G., Cankurtaran, E. Ş., Özdel, K., Öztürk, N., Kuru, E., & Özdemir, İ. (2018). The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. *Nordic journal of psychiatry*, 72(4), 273-280.
- Watson, A. C., Nixon, C. L., Wilson, A., & Capage, L. (1999). Social interaction skills and theory of mind in young children. *Developmental psychology*, 35(2), 386.
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining functions of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128
- Waller, J. V., Kaufman, N. R., & Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*.
- Wellman, H. M. (1985). The child's theory of mind: The development of conceptions of cognition. In S. R. Yussen (Ed.), *The growth of reflection in children* (pp. 169–206). San Diego, CA: Academic Press.
- Wentz, E., Gillberg, C., Gillberg, I.C., Råstam, M., 2001. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioning scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42, 613–622.

World Health Organization(WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization, 1993.

Zucker, N. L., Losh, M., Bulik, C. M., LaBar, K. S., Piven, J., & Pelphrey, K. A. (2007). Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological bulletin*, 133(6), 976.