



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΤΟΜΕΑΣ ΑΘΛΗΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ»

Βαλεντίνα-Ξανθή Μακρίδου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαρία Κοσκολού

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2024

© Copyright

Βαλεντίνα-Ξανθή Μακρίδου

Σημείωμα Συγγραφέα

Το δοκίμιο αυτό αποτελεί πτυχιακή εργασία που συντάχθηκε για το Προπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του ΤΕΦΑΑ στη Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του ΕΚΠΑ και υποβλήθηκε τον Φεβρουάριο του 2024.

Ο/Η συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων -όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο-, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

Περίληψη

Οι διατροφικές διαταραχές, παρουσιάζοντας αυξανόμενο ρυθμό εμφάνισης σε άτομα διαφόρων ηλικιακών ομάδων, αποτελούν αναμφίβολα ένα φαινόμενο με το οποίο αξίζει να ασχοληθούμε. Η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στην σύνδεση των διατροφικών διαταραχών και ιδιαίτερα της Νευρογενούς Ορθορεξίας-κατάστασης κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει εμμονικές τάσεις γύρω από την ποιότητα της τροφής που καταναλώνει- με την άσκηση. Η Νευρογενής Ορθορεξία, μπορεί να οφείλει την εμφάνισή της σε έναν συνδυασμό παραγόντων προδιάθεσης και πυροδότησης, ενώ εντοπίζονται αρκετά κοινά σημεία με την Νευρογενή Ανορεξία, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD), την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας (OCDP), αλλά και το φάσμα του αυτισμού. Ταυτόχρονα σημειώνεται αυξημένη τάση εμφάνισης ορθορεκτικών συμπεριφορών σε άτομα που υιοθετούν κάποιου είδους περιοριστική διατροφή, όπως είναι η χορτοφαγία. Οι συνέπειες της Νευρογενούς Ορθορεξίας στους πάσχοντες είναι άμεσες και αφορούν όλους τους τομείς της ζωής τους, συγκαταλέγοντας και την ψυχική τους υγεία, με συμπτώματα έντονου άγχους, απομόνωσης, ακόμα και κατάθλιψης. Η αντιμετώπιση της διαταραχής χρήζει την συνεργασία και υποστήριξη της οικογένειας, αλλά και την παράλληλη αρωγή ειδικών ψυχολόγων, διατροφολόγων και γυμναστών, προκειμένου να γίνει η επανένταξη στην άσκηση. Η παρούσα πτυχιακή εργασία εξετάζει εκτενέστερα τις παραπάνω παραμέτρους.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Διατροφικές διαταραχές, Νευρογενής Ορθορεξία, Άσκηση και διαταραχές τροφής, Αθλητική τριάδα, Σύνδεση διατροφικών διαταραχών με άλλες νόσους, σύνδεση Νευρογενούς Ορθορεξίας με βιγκανισμό, Διατροφικές Διαταραχές και ψυχική υγεία, ανάρρωση από Διατροφικές Διαταραχές

Πηγές αναζήτησης: PubMed, Scopus, Google Scholar, Research Gate

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....σελ.3

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Οι διατροφικές διαταραχέςσελ.5

1.2 Διατροφικές διαταραχές στο πεδίο του αθλητισμού.....σελ.5-6

1.3 Διατροφικές διαταραχές και εξάρτηση από την άσκησησελ.7-8

1.4 Εισαγωγή στην Νευρογενής Ορθορεξίασελ.8-9

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 Νευρογενής Ορθορεξία: ορισμός, ανάπτυξη, παράγοντες κινδύνου, εργαλεία
διάγνωσηςσελ.10-13

2.2 Σύνδεση Νευρογενούς Ορθορεξίας με άλλες διατροφικές διαταραχές
και περιοριστικές δίαιτεςσελ.13-18

2.3 Επίδραση Νευρογενούς Ορθορεξίας στην ψυχική υγείασελ.19-21

2.4 Αντιμετώπιση Διατροφικών Διαταραχών.....σελ.21-24

2.5 Ο ρόλος του γυμναστή στην διαχείριση ασκούμενων με Διατροφική
Διαταραχήσελ.24-26

III.ΣΥΖΗΤΗΣΗ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ.27-29

IV. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.30-41

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Οι διατροφικές διαταραχές

Η συστηματική άσκηση και η αυξημένη φυσική δραστηριότητα αποτελούν αποδεδειγμένα θεμέλιο για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, προάγοντας την υγεία του ατόμου σε σωματικό, πνευματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο και λειτουργώντας καθοριστικά στην πρόληψη, αλλά και αντιμετώπιση διαφόρων ασθενειών. Υπάρχουν ωστόσο περιπτώσεις όπου η ενασχόληση με την άσκηση παίρνει διαστάσεις εμμονής και εμφανίζει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου, συνδεδεμένη πολλές φορές και με διαταραχές πρόσληψης της τροφής.

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές ψυχικές νόσοι με υψηλά επίπεδα θνησιμότητας (Smink et al., 2012), ενώ η παρουσία τους στον πάσχοντα είναι συνήθως μακροχρόνια, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα της ζωής του. Η εμμονική ενασχόληση με το φαγητό, το σωματικό βάρος και την εμφάνιση είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα των διατροφικών διαταραχών, οδηγώντας σε αθέμιτες συμπεριφορές, όπως είναι οι εξαντλητικές δίαιτες ή νηστείες, η αδηφαγία αλλά και η υπερβολική άσκηση ή/και η αποβολή της τροφής. Η παθογένεια που περιγράφεται αποκτά τον πρωταρχικό ρόλο στην ζωή του πάσχοντα, με αποτέλεσμα άλλες πτυχές της ζωής του, όπως η οικογένεια, το σχολείο ή η εργασία και η κοινωνική του ζωή, να παραμελούνται ή να εγκαταλείπονται (Fairburn & Harrison, 2003). Για χρόνια οι διατροφικές διαταραχές θεωρούνταν αρνητικό «προνόμιο» των γυναικών, ωστόσο πλέον είναι ξεκάθαρο ότι αποτελούν ζήτημα και για τα δύο φύλα (Domine et al., 2009).

1.2. Διατροφικές διαταραχές στο πεδίο του αθλητισμού

Ιδιαίτερα σε ότι αφορά την παρουσία των διατροφικών διαταραχών στο πεδίο του αθλητισμού, μελέτες δείχνουν την σαφώς μεγαλύτερη εμφάνισή τους σε άνδρες και γυναίκες αθλητές και αθλήτριες, συγκριτικά με τα αντίστοιχα ποσοστά εμφάνισης σε πληθυσμούς που δεν ασκούνται (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Παράλληλα, περαιτέρω διαχωρισμός γίνεται στα ποσοστά εμφάνισης διατροφικών διαταραχών μεταξύ των δύο φύλων, με τις γυναίκες να κυριαρχούν (Byrne & McLean, 2001). Η συχνότητα των διατροφικών διαταραχών στο αθλητισμό εξαρτάται επίσης και από την φύση του κάθε αθλήματος. Στην πρώτη γραμμή κινδύνου βρίσκονται αθλήματα στα οποία απαιτείται η διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους και άλιπης μάζας. Μάλιστα, συχνά η απώλεια βάρους μπορεί να επιφέρει αρχική αύξηση της απόδοσης, ενθαρρύνοντας τον αθλητή για περαιτέρω υιοθέτηση συμπεριφορών που οδηγούν σε διατροφικές διαταραχές (Rodriguez et al., 2009). Πιο συγκεκριμένα, στον γυναικείο πληθυσμό, ενοχοποιούνται άμεσα τα αθλήματα αντοχής, αλλά και αυτά που σχετίζονται με την αισθητική, ενώ αντίστοιχα στον ανδρικό πληθυσμό, εκείνα που εμπεριέχουν κατηγορίες κιλών. Η επιθυμία των ανδρών για έντονη μυϊκότητα και η άμεσα συνδεδεμένη χρήση αναβολικών στεροειδών έχουν συσχετισθεί με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, συνθέτοντας σύμφωνα με πολλούς την ανδρική αθλητική τριάδα.

Στην προσπάθεια βαθύτερης κατανόησης και αντιμετώπισης του φαινομένου, πολλοί είναι οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με τους παράγοντες κινδύνου, κατηγοριοποιώντας τους σε παράγοντες που προδιαθέτουν, πυροδοτούν και διαιωνίζουν τις διατροφικές διαταραχές (Nattiv et al., 2007). Προδιαθεσικοί θεωρούνται οι βιολογικοί (γενετικά χαρακτηριστικά), ψυχολογικοί (δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος, χαμηλή αυτοπεποίθηση, τελειομανία κ.ά.) και κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες (επίδραση ΜΜΕ/κοινωνικών δικτύων, κοινωνικός εκφοβισμός κ.ά.) (Mazzeo & Bulik, 2009; Stice, 2002). Παράγοντες πυροδότησης μπορούν να θεωρηθούν τα αρνητικά σχόλια που αφορούν το σώμα, το βάρος ή την εμφάνιση, προσωπικές τραυματικές εμπειρίες κ.ά. (Stice, 2002), ενώ όσον αφορά τους παράγοντες διαίωξης, αυτοί περιλαμβάνουν στοιχεία όπως η αποδοχή και επιβράβευση των συμπεριφορών από προπονητές καθώς και απ' τον κοινωνικό περίγυρο, το αίσθημα της αρχικής επιτυχίας, οι ψυχικές επιρροές μίας εξαντλητικής δίαιτας κ.ά.

1.3. Διατροφικές διαταραχές και εξάρτηση από την άσκηση

Η επίμονη εξαντλητική άσκηση είναι επίσης ένα σύνηθες χαρακτηριστικό γνώρισμα των διατροφικών διαταραχών, με ποσοστά εμφάνισης 21-55% στους πάσχοντες (Shroff et al., 2006). Μάλιστα, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η εξαντλητική άσκηση έχει συνδεθεί με τα πρώτα στάδια εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών, με εντονότερα συμπτώματα αλλά και με μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στην νόσο. Ερευνώντας τις παθολογικές συμπεριφορές που συνδέονται με την άσκηση, μεταξύ των οποίων και η εξάρτηση από αυτήν, εξετάστηκαν 43 γυναίκες πάσχουσες από διατροφικές διαταραχές, προκειμένου να εντοπιστούν οι ψυχολογικές μεταβλητές που εξηγούν την συμβολή της άσκησης στην ανάπτυξη, διατήρηση και ορισμένες φορές υποτροπή των διαταραχών (Cook, Hausenblas, Crosby, Cao & Wonderlich, 2015). Τα αποτελέσματα των μετρήσεων (Exercise Dependence Scale, Leisure-time exercise Questionnaire, Eating Disorder Diagnostic Scale) επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι η εξάρτηση από την άσκηση διαμεσολαβεί στην σχέση μεταξύ άσκησης και διατροφικών διαταραχών. Παρεμβαίνοντας λοιπόν σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η εξάρτηση από την άσκηση, μπορεί να παρατηρηθούν θετικές επιδράσεις στον χειρισμό ασθενών με διατροφικές διαταραχές που ασκούνται υπερβολικά. Άλλωστε, τόσο η βιβλιογραφία που αφορά τις διατροφικές διαταραχές όσο και αυτή που αναφέρεται στην εξάρτηση από την άσκηση, υποδεικνύουν ότι η υπερβολική άσκηση έρχεται σε άμεση σύνδεση με το παθολογικό άγχος, την τελειομανία και τις εμμονές (Cook & Hausenblas, 2014; Shroff et al., 2006), την στιγμή που οι ίδιοι ακριβώς δείκτες αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Stice, 2002).

Στο σημείο αυτό, αναφέρεται ότι η εξάρτηση από την άσκηση είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει και να περιγράψει παθολογικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την άσκηση (Hausenblas & Symons Downs, 2002), ενώ στο παρελθόν έχει χαρακτηριστεί ως η εθιστική, ιδεοψυχαναγκαστική, υποχρεωτική άσκηση (Cook, Hausenblas & Freimuth, 2014), έχοντας παράλληλα αναγνωριστεί

ως σημαντική μεταβλητή στην συσχέτιση της άσκησης με τις διατροφικές διαταραχές (Bratland-Sanda et al., 2011).

Σε άμεση συσχέτιση με τα παραπάνω, μελετήθηκε εάν η υψηλού επιπέδου άσκηση σε συνδυασμό με την έντονη στέρηση φαγητού επιφέρουν μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, απ' ό,τι αν αυτοί έχουν μόνο χαμηλό βάρος ή μόνο ασκούνται έντονα (Davis et al., 1999). Για την συγκεκριμένη μελέτη ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία και Νευρογενή Βουλιμία χωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με το επίπεδο άσκησής τους πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Όσοι ασκούνταν σε υψηλό επίπεδο εκδήλωσαν περισσότερα ψυχικά προβλήματα από όσους ασκούνταν ήπια ή καθόλου, χωρίς να υπάρχει επίδραση από το σωματικό τους βάρος. Αυτό ίσως μπορεί να αποδοθεί σε βιολογικούς παράγοντες, όπως είναι η διαταραχή της ομοιόστασης του υποθαλαμικού μεταβολισμού της σεροτονίνης 5-HT με τον συνδυασμό έντονης άσκησης και δίαιτας (Aravich et al., 1994)- γεγονός το οποίο ενοχοποιείται άμεσα για την εμφάνιση του συνδρόμου OCD καθώς και για τον έλεγχο της πείνας, της διάθεσης και της κινητικότητας (Solanto et al., 1995). Τα παραπάνω έχουν επιβεβαιωθεί και από σχετική μελέτη που έγινε σε ζώα τα οποία εκτέθηκαν σε παρόμοιες συνθήκες περιορισμού τροφής, αυξάνοντας συνεχώς την φυσική τους δραστηριότητα εθελούσια, οδηγούμενα σε καταστροφική για την υγεία τους απώλεια βάρους.

1.4. Εισαγωγή στην Νευρογενή Ορθορεξία

Μεταξύ των διαταραχών πρόσληψης τροφής βρίσκεται και η Νευρογενής Ορθορεξία, στην οποία θα αναφερθούμε εκτενώς στην συνέχεια της ανασκόπησης. Πρόκειται για διατροφική διαταραχή η οποία σχετίζεται με την εμμονική προσπάθεια ελέγχου της ποιότητας της καταναλώμενης τροφής, ενώ η παρουσία της είναι εντονότερη σε άτομα που ασχολούνται με κάποιο άθλημα. Τα αθλήματα αντοχής, όντας στην πρώτη γραμμή κινδύνου για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, φαίνεται να ενοχοποιούνται και για ισχυρή παρουσία φαινομένων Νευρογενούς Ορθορεξίας στους αθλητές τους (Bert et al., 2019). Οι πάσχοντες από

Νευρογενή Ορθορεξία, μετατρέπουν την υγιεινή διατροφή(ανησυχία τόσο για την ποιότητα όσο και για την ποσότητα της τροφής) σε αυτοσκοπό της ζωής τους, ακολουθώντας συχνά υπερβολικά περιοριστικές δίαιτες, δίνοντας αξιοσημείωτη προσοχή στην προετοιμασία των γευμάτων και υιοθετώντας συμπεριφορές γύρω από το φαγητό που παίρνουν την μορφή ιεροτελεστίας. Κατ' αυτόν τον τρόπο αναλώνουν σημαντικό μέρος του χρόνου τους καθημερινά αναλύοντας την προέλευση, την παρασκευή, την επεξεργασία και την συσκευασία των προϊόντων που πρόκειται να αγοράσουν, σκεπτόμενοι τις επιδράσεις που μπορεί να έχουν στην υγεία τους (Koven & Abry, 2015). Οδηγούνται, λοιπόν, στην ολοκληρωτική αφοσίωση στην υγιεινή διατροφή, με ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα γύρω από την επιλογή και προετοιμασία της τροφής τους και με σοβαρές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική τους υγεία καθώς και στην κοινωνική τους ζωή. Τα προβλήματα τους συχνά περιλαμβάνουν διατροφικές ελλείψεις και απώλεια βάρους (Bundros et al., 2016), ενώ τα συμπτώματα διασταυρώνονται με αυτά της Νευρογενούς Ανορεξίας, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (OCD), της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας (OCPD), της διαταραχής σωματικών συμπτωμάτων, της αγχώδους διαταραχής και των διαταραχών του ψυχωτικού φάσματος (Koven & Abry, 2015). Σκοπός, λοιπόν, της βιβλιογραφικής ανασκόπησης στην παρούσα πτυχιακή εργασία είναι η εκτενής μελέτη της Νευρογενούς Ορθορεξίας, ως προς την εμφάνιση της, την σχέση της με την άσκηση και με άλλες διατροφικές διαταραχές, τις επιπτώσεις της στην ζωή του πάσχοντα, αλλά και τον ορθό τρόπο διαχείρισης της πάθησης από την πλευρά του γυμναστή, με σκοπό την επανένταξη, καθώς και την πρόληψη μελλοντικών φαινομένων.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1. Νευρογενής Ορθορεξία: ορισμός, ανάπτυξη, παράγοντες κινδύνου, εργαλεία διάγνωσης

Η τάση των καταναλωτών για αναζήτηση τροφών που θεωρούνται ασφαλείς για την υγεία τους παρουσιάζει ανοδική πορεία, γεγονός το οποίο αποτελεί αφενός θετική εξέλιξη και αφετέρου έδαφος για την παράπλευρη ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, όπως η Νευρογενής Ορθορεξία. Η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζεται σε ποσοστά που κυμαίνονται από 1-60% του συνολικού πληθυσμού, έχει άμεση σχέση με τον τρόπο ζωής των ατόμων και παρουσιάζει και αυτή ανοδική πορεία τα τελευταία 10 χρόνια. Είναι επίσης αξιοσημείωτη, τα τελευταία χρόνια, η δημοσίευση μεγάλου αριθμού ερευνών σχετικά με τις δυσμενείς διατροφικές συνήθειες, οι οποίες παρουσιάζονται ως καθοριστικός παράγοντας υγείας. Η υπερβολική κατανάλωση προϊόντων υψηλής επεξεργασίας με ανεπαρκή ισορροπία θρεπτικών στοιχείων έχει συμβάλει στην επιδείνωση της δημόσιας υγείας (WHO, 2003). Αυξητική πορεία παρουσιάζεται και στο ενδιαφέρον του καταναλωτικού κοινού για τα βιολογικά και υγιεινής προέλευσης τρόφιμα, δεδομένης της παρουσίας ασθενειών εξαρτώμενων από την διατροφή, καθώς και της επαγρύπνησης σχετικά με την μόλυνση του εδάφους, του νερού και του αέρα (Vos et al., 2017). Το παραπάνω πλαίσιο αποτελεί πεδίο εκμετάλλευσης των εταιρειών παραγωγής τροφίμων, προκειμένου να προωθήσουν την εισαγωγή καινοτόμων προϊόντων στην αγορά, υποκινώντας τις επιθυμητές διατροφικές συνήθειες (Hoek et al., 2017), ενώ με παρόμοιο τρόπο κινούνται και διάφορες κυβερνητικές δράσεις και παγκόσμιες οργανώσεις στοχεύοντας στην προώθηση του υγιεινού τρόπου ζωής (Jyoti & Justin, 2017). Παρ' όλο λοιπόν που ο υγιεινός τρόπος ζωής και η ισορροπημένη διατροφή έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία και αποτελούν αναμφίβολα επιθυμητούς στόχους, η υπέρμετρη αφοσίωση και εμμονή σε αυτά μπορούν εύκολα να μετατραπούν σε παθολογία, επιφέροντας αρνητικές επιδράσεις, όπως ακριβώς αποδεικνύει και η παρουσία της Νευρογενούς

Ορθορεξίας (Dell’Osso, Abelli, Carpita, Massimetti et al., 2016; Dell’Osso, Abelli, Carpita, Pini et al., 2016).

Σε μερικές περιπτώσεις, αυτοκαθαριζόμενοι, από το ίδιο το άτομο, διατροφικοί κανόνες οι οποίοι στοχεύουν στην βελτίωση της υγείας, είναι δυνατόν να επιφέρουν τα ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα, έχοντας δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία (Bratman, 1997). Αναλύοντας το περιεχόμενο του όρου «Νευρογενής Ορθορεξία» (NO), αναφέρουμε ότι πρόκειται για μία σύνθετη λέξη με ελληνική προέλευση, πρώτο συνθετικό το πρόθεμα -ORTHO/-ΟΡΘΟ το οποίο έχει τη σημασία του σωστού, ορθού, και δεύτερο την επίσης ελληνική λέξη «όρεξις». Παρόλο που η σημασία του όρου έχει θετική χροιά, καθώς αποδίδεται ως «ορθή όρεξη», χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό μίας νέας -πιθανής- διατροφικής διαταραχής, κατά την οποία το άτομο στο «κυνήγι» στην απόλυτης διατροφικής αγνότητας, παρουσιάζει υπερβάλλουσα αφοσίωση στην τροφή, οδηγούμενο σε διαταραγμένη πρόσληψη αυτής. Μελετώντας σχετική αφηγηματική ανασκόπηση (Cena et al., 2019), στην προσπάθεια ορισμού της Νευρογενούς Ορθορεξίας, πολλοί συγγραφείς καταλήγουν σε όρους που αφορούν τα συναισθήματα γύρω από την αναζήτηση τροφής, όπως είναι η εμμονή, η εξάρτηση και η συνεχής ανησυχία για την εύρεση ποιοτικής, υγιεινής τροφής. Τους παραπάνω όρους συνοδεύουν επίθετα όπως εθιστικός, υπέρμετρος/υπερβολικός, ανθυγιεινός, καταναγκαστικός, παθολογικός, αυστηρός/χειριστικός, μανιακός, χρονοβόρος, συντριπτικός/ακατανίκητος. Η τροφή που κυρίως επιλέγεται είναι αυτή που αναφέρεται ως υγιεινή/κατάλληλη/σωστή, ορισμένες φορές βιολογική, αγνή και ασφαλής, ενώ αντίθετα η τροφή που θεωρείται επιβλαβής αναφέρεται ως ανθυγιεινή, μολυσμένη ή επεξεργασμένη. Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες, αυτές αναφέρονται από τους συγγραφείς ως περιοριστικές, αυστηρά ελεγχόμενες, διαστρεβλωμένες, με επιλεκτική αποφυγή τροφίμων και χαρακτηριστικά ιεροτελεστίας. Οι παραπάνω τακτικές εγκυμονούν κινδύνους έλλειψης θρεπτικών συστατικών, υποσιτισμού, υπερβολικά χαμηλού σωματικού βάρους αλλά και κοινωνικής αποξένωσης εξαιτίας της προσήλωσης στο φαγητό.

Ποια είναι λοιπόν τα εργαλεία διάγνωσης της παραπάνω παθογένειας; Παρ’ όλο που η Νευρογενής Ορθορεξία συγκεντρώνει συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον

γύρω από την μελέτη της, τα κριτήρια διάγνωσης της παραμένουν υπό διερεύνηση, ενώ τα υπάρχοντα ψυχομετρικά τεστ της βιβλιογραφίας παρουσιάζουν ορισμένα ελαττώματα. Σύμφωνα με την προαναφερθείσα αφηγηματική ανασκόπηση (Cena et al., 2019), οι περισσότερες μελέτες παρουσιάζουν ως κυρίαρχα εργαλεία διάγνωσης την εμμονική ή παθολογική ενασχόληση με την υγιεινή διατροφή (αυστηροί και μη ευέλικτοι διατροφικοί κανόνες, ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές γύρω από την τροφή), την ύπαρξη επιπτώσεων στην ψυχολογία (άγχος, ενοχές κτλ.) σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με τους αυτοκαθοριζόμενους διατροφικούς κανόνες, καθώς και την εμφάνιση δυσλειτουργιών σε ψυχοκοινωνικούς τομείς της ζωής του ατόμου, ταυτόχρονα με την διαταραγμένη εικόνα σώματος, τον υποσιτισμό και την απώλεια βάρους. Το γεγονός ότι τα διαγνωστικά κριτήρια που αναφέρονται παραπάνω δεν έχουν οριστεί επίσημα, δημιουργεί πεδίο αντιπαραθέσεων για το αν η Νευρογενής Ορθορεξία πρέπει να θεωρηθεί ξεχωριστή διατροφική διαταραχή, παρακλάδι κάποιας υπάρχουσας διατροφικής διαταραχής, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή απλά μία διαταραγμένη διατροφική συνήθεια. Ωστόσο, το γεγονός ότι πολλά από τα παραπάνω διαγνωστικά κριτήρια παραμένουν σταθερά και επαναλαμβάνονται στις υπάρχουσες μελέτες, δημιουργεί μία αφετηρία για τον σαφή ορισμό τους, αφήνοντας περιθώριο αφαίρεσης ή πρόσθεσης κάποιου επιπλέον κριτηρίου.

Όσον αφορά τα ψυχομετρικά τεστ που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση της Νευρογενούς Ορθορεξίας, ξεχωρίζουν το ORTHO-15 (συμπεριλαμβανομένων των εκδοχών που συγκεντρώνουν μικρότερο αριθμό μελετών) καθώς και το Orthorexia Self-Test. Όπως έχει αναφερθεί (Missbach et al., 2017), ένα εργαλείο με σκοπό την αξιολόγηση χαρακτηριστικών συμπεριφοράς πρέπει να είναι σταθερό και να έχει εφαρμογή σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες (ανεξάρτητα από το πολιτισμικό και θρησκευτικό υπόβαθρό τους), ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα χαρακτηριστικά που συνιστούν την εκάστοτε διαταραχή (στην συγκεκριμένη περίπτωση την Νευρογενή Ορθορεξία).

Μία από τις μεγαλύτερες λοιπόν προκλήσεις είναι η κατανόηση της ειδοποιούς διαφοράς μεταξύ α) της υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής, φαινόμενο επιθυμητό το οποίο συμβάλλει στην καταπολέμηση της κακής διατροφής

μειώνοντας την νοσηρότητα από ποικίλες ασθένειες αλλά και τον κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας, και β) της εμμοτικής προσκόλλησης σε μη ευέλικτους και ακραία περιοριστικούς διατροφικούς κανόνες με αρνητικές συνέπειες στην ευεξία του ατόμου.

2.2 Σύνδεση Νευρογενούς Ορθορεξίας με άλλες διατροφικές διαταραχές και περιοριστικές δίαιτες

Αξιοσημείωτο ενδιαφέρον συγκεντρώνεται και γύρω από την σύνδεση της Νευρογενούς Ορθορεξίας με άλλες αναγνωρισμένες διατροφικές διαταραχές. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε (Gramaglia et al., 2017) εξετάστηκαν γυναίκες ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία και μία ομάδα ελέγχου απαρτιζόμενη από υγιείς, προερχόμενες από δύο διαφορετικές χώρες, την Ιταλία και την Πολωνία. Το τεστ που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση ορθορεκτικών συμπεριφορών ήταν το ORTHO-15, το οποίο αναφέρθηκε και παραπάνω ως το πλέον αξιόπιστο, ενώ σκοπός της μελέτης είναι η εύρεση στοιχείων αλληλοκάλυψης μεταξύ Ανορεξίας και Ορθορεξίας. Ξεκινώντας, πρέπει να αναφερθεί ότι τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα που συναντώνται σε ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία και Νευρογενή Βουλμία (εμμοτική προσπάθεια απώλειας βάρους, φόβος για αύξηση του σωματικού βάρους και ύπαρξη διαστρεβλωμένης εικόνας σώματος), δεν συναντώνται τις περισσότερες φορές σε ασθενείς με Νευρογενή Ορθορεξία (Brytek-Matera, 2012; Barnes & Caltabiano, 2016). Ωστόσο η Νευρογενής Ορθορεξία παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά με διαταραγμένα διατροφικά πρότυπα, τα οποία περιλαμβάνουν υπερβολικό ενδιαφέρον σε θέματα διατροφής, αυστηρή δίαιτα, τελειομανία, συνύπαρξη άγχους και ανάγκης συνεχούς ελέγχου, μη ευέλικτη διατροφική συμπεριφορά η οποία παίρνει την μορφή τελετουργικού για τους ανθρώπους που την υιοθετούν. Το τεστ ORTHO-15 το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, απαρτίζεται από 15 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής κλειστού τύπου (με απαντήσεις: «πάντα», «συχνά», «κάποιες φορές», «ποτέ»), οι οποίες εξετάζουν την ύπαρξη ή όχι ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών γύρω από την επιλογή, την αγορά, την προετοιμασία και την κατανάλωση τροφών

που θεωρούνται υγιεινές. Για την αξιολόγηση των παραπάνω δίνεται ένας πόντος σε απαντήσεις που δείχνουν υψηλή τάση ορθορεκτικής συμπεριφοράς και τέσσερις πόντοι για συμπεριφορές που παραπέμπουν σε υγιή διατροφικά πρότυπα. Κατ' αυτόν τον τρόπο τα άτομα που συγκεντρώνουν υψηλές βαθμολογίες διαθέτουν φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες σύμφωνα με το ORTHO-15, ενώ το σκορ 40 έχει υιοθετηθεί ως βαθμολογία ορόσημο για την ύπαρξη θετικού αποτελέσματος Ορθορεξίας (Donini et al., 2005). Περνώντας λοιπόν στα αποτελέσματα αρχικά αναφέρεται ότι δεν μπορούμε να εξάγουμε σαφές συμπέρασμα για την διάρκεια της Νευρογενούς Ανορεξίας, καθώς οι Ιταλοί ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη ήταν μεγαλύτερης ηλικίας και απ' ότι φαίνεται ίσως νοσούσαν και πιο βαριά από τους Πολωνούς συμμετέχοντες (διέθεταν χαμηλότερο BMI). Παράλληλα αναφέρεται ότι το 46% της ιταλικής ομάδας ελέγχου συγκέντρωσε σκορ μικρότερο του 40 και επομένως υποδεικνύουν σύμφωνα με το ORTHO-15 τάση ορθορεκτικής συμπεριφοράς (το ποσοστό αυτό συνάδει με αντίστοιχη μελέτη που έχει διεξαχθεί στην Ιταλία), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα ελέγχου της Πολωνίας κυμαίνεται στο 82% (68,5% σε προηγούμενη μελέτη). Οι ποσοστιαίες διαφορές μεταξύ των δύο χωρών θα μπορούσαν να αποδοθούν σε διαπολιτισμικά στοιχεία που αφορούν την προσέγγιση απέναντι στο φαγητό και την ιδέα της υγιεινής διατροφής. Πιο συγκεκριμένα ο λαός της Ιταλίας έχει παράδοση στο φαγητό, ενώ η μεσογειακή διατροφή η οποία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ιταλικής κουλτούρας, επικεντρώνει μεγάλο ενδιαφέρον στον παράγοντα της γεύσης και της απόλαυσης, ενώ αντιθέτως το μεγαλύτερο ποσοστό του λαού της Πολωνίας δηλώνει ότι τρέφεται υγιεινά καθαρά για σκοπούς ευζωίας -δικαιολογώντας έτσι τα υψηλά ποσοστά ορθορεκτικών συμπεριφορών που καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα. Πρέπει βέβαια να σημειωθούν οι περιορισμοί των αποτελεσμάτων της έρευνας, οι οποίοι αφορούν αφενός το μικρό δείγμα που εξετάστηκε- το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται και σε έρευνες που εξετάζουν την Νευρογενή Ανορεξία- και αφετέρου το εσωτερικό σφάλμα του τεστ ORTHO-15- όπως συμβαίνει και με το Bratman's test- καθώς αυτά φαίνεται να υπερεκτιμούν τις ορθορεκτικές συμπεριφορές. Καταληκτικά λοιπόν οι συμπεριφορές της Νευρογενούς Ορθορεξίας δεν συγκλίνουν με αυτές της Νευρογενούς Ανορεξίας στους Ιταλούς

ασθενείς που εξετάστηκαν, ενώ αντιθέτως συγκλίνουν στους Πολωνούς, γεγονός το οποίο υποδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σχετικά με τις πολιτισμικές επιδράσεις των παραπάνω αποτελεσμάτων.

Σε μελέτη των Moroze et al. (2015) γίνεται λόγος για το κριτήριο διάγνωσης της Νευρογενούς Ορθορεξίας που αφορά την δυσλειτουργία σε κοινωνικό, ακαδημαϊκό ή επαγγελματικό τομέα εξαιτίας της υπέρμετρης προσκόλλησης σε εμμονικές σκέψεις και συμπεριφορές γύρω από την τροφή και διατροφικές συνήθειες- κριτήριο το οποίο παρουσιάζει ομοιότητες, αλλά και διαφορές, με την διαταραχή της Νευρογενούς Ανορεξίας, αλλά και της Ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (OCD). Παρόλο λοιπόν που τόσο οι πάσχοντες από Νευρογενή Ορθορεξία όσο και από Νευρογενή Ανορεξία δεν αντιλαμβάνονται την παρουσία και τις συνέπειες της ασθένειάς τους, οι βασικές πεποιθήσεις που ασπάζονται είναι εκ φύσεως διαφορετικές. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι ασθενείς της Νευρογενούς Ανορεξίας τρέφουν έντονη ανησυχία για την εικόνα του σώματός τους, τον κίνδυνο αύξησης του σωματικού τους βάρους αλλά και την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν ημερησίως, ενώ η διαταραχή του OCD περιλαμβάνει στοιχεία έντονου άγχους, ανάγκης υπέρμετρου ελέγχου και τελειομανίας. Από την άλλη, τα κίνητρα περιορισμού των ασθενών με Νευρογενή Ορθορεξία έχουν κυρίως να κάνουν με την επιδίωξη τους να τρέφονται όσο το δυνατόν πιο υγιεινά, ενώ ερευνώνται και νευροβιολογικές, γενετικές, νευροανατομικές, νευροχημικές και ψυχοκοινωνικές επιδράσεις.

Έχοντας αναφέρει τα παραπάνω κι άλλες μελέτες καταλήγουν σε κοινά συμπτώματα και στοιχεία μεταξύ της Νευρογενούς Ανορεξίας, της Νευρογενούς Ορθορεξίας, της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (OCD) και της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας (OCPD)- παρά την διαφορετική βάση και προέλευση των διαταραχών (Karlsson et al., 2013). Μάλιστα, οι ομοιότητες μεταξύ Νευρογενούς Ανορεξίας και Ορθορεξίας εγείρουν σημαντικά ερωτήματα για το αν η δεύτερη αποτελεί ξεχωριστή διατροφική διαταραχή ή «παρακλάδι» της ΝΑ ή του OCD, καθώς μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, όπως η τελειομανία, τα υψηλά επίπεδα άγχους, η διαρκής ανάγκη ελέγχου, η πιθανή απώλεια σωματικού βάρους, αλλά και η έλλειψη

συνείδησης για την κατάσταση της οποίας είναι θύματα και εγκυμονεί πιθανές συνέπειες. Όσον αφορά την σύνδεση της Νευρογενούς Ορθορεξίας με τις διαταραχές του Ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος, φαίνεται ότι η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας (OCPD) παρουσιάζει περισσότερα κοινά στοιχεία με τις διατροφικές διαταραχές (Halmi et al., 2005), ενώ όσον αφορά την σύνδεση της με την ΝΟ, εντοπίζονται κοινά στοιχεία ως προς την τελειομανία, την παρορμητική σκέψη, την διαρκή ενασχόληση με τις λεπτομέρειες και τους αυτοκαθοριζόμενους κανόνες. Μάλιστα, έχει υποστηριχτεί ότι η παρουσία του OCPD συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά διαταραγμένων διατροφικών συνηθειών (Anderluh et al., 2003). Εν κατακλείδι, λοιπόν, αναφέρεται ότι τα άτομα με τάση ορθορεκτικών συμπεριφορών παρουσιάζουν κοινά στοιχεία τόσο με τους πάσχοντες από OCD, όσο και με τα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού (εμμονή με την σωστή διατροφή, διατροφικές συνήθειες που λαμβάνουν τον χαρακτήρα τελετουργικού για την προετοιμασία και την κατανάλωση της τροφής, κατανάλωση σημαντικού χρόνου ημερησίως στην εύρεση και καταμέτρηση της τροφής, καθώς και στον προγραμματισμό των επερχόμενων γευμάτων, συνεχείς σκέψεις γύρω από το φαγητό) (Karlsson et al., 2013). Παράλληλα τα άτομα αυτά συχνά απομονώνονται κοινωνικά εξαιτίας της αφοσίωσής τους στους διατροφικούς τους κανόνες, αλλά και των αυστηρών πεποιθήσεων που έχουν γύρω από την διατροφή, αδυνατώντας να αποδεχτούν τις διαφορετικές διατροφικές αντιλήψεις των γύρω τους. Η κατάσταση αυτή ομοιάζει με αυτή των ασθενών με χαμηλά επίπεδα αυτισμού, οι οποίοι συχνά παρουσιάζουν ελλείματα στις κοινωνικές τους επαφές, εξαιτίας της δυσκολίας τους να ταυτιστούν ψυχοκοινωνικά με άλλα άτομα, των αυστηρών και επαναλαμβανόμενων μοντέλων συμπεριφοράς τους και της μη ανεκτικότητάς τους σε συμπεριφορές άλλων ατόμων. Στο σημείο αυτό επισημαίνεται ότι πέρα από τις ομοιότητες που εντοπίζονται, τα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού συχνά εμφανίζουν διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, πιο συνηθισμένη εκ των οποίων η επιλεκτικότητά τους απέναντι στις τροφές κατά την παιδική τους ηλικία (υπέρμετρη επιλεκτικότητα ή και απέχθεια απέναντι σε συγκεκριμένες υφές, γεύσεις, οσμές, θερμοκρασίες ή και

μάγκες τροφίμων), εξαιτίας της οποίας βέβαια αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να είναι ελλιποβαρείς στην ενήλικη ζωή τους (Bolte et al., 2002).

Με βάση όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η σύνδεση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών-ιδιαίτερα μεταξύ ΝΟ και ΝΑ-καθώς και με τις διαταραχές Ιδεοψυχαναγκαστικού και αυτιστικού φάσματος, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Σε άμεση σύνδεση, μελετήθηκε έρευνα αναφορικά με την συχνότητα ορθορεκτικών τάσεων μεταξύ των ανθρώπων που ακολουθούν χορτοφαγική (vegetarian) ή αυστηρά χορτοφαγική (vegan) σε σύγκριση με όσους καταναλώνουν κανονικά ζωικά προϊόντα (Brytek-Matera et al., 2019). Κατ' αυτόν τον τρόπο αρχικά επιβεβαιώθηκε η υπόθεση που θέλει τα άτομα που ακολουθούν περιοριστικού τύπου διατροφές (όπως αυτή της χορτοφαγίας ή του βιγκανισμού) να υιοθετούν σε μεγαλύτερο βαθμό ορθορεκτικές συμπεριφορές (γνώσεις γύρω από την υγιεινή διατροφή, προβλήματα και συναισθήματα που έχουν να κάνουν με την συμμόρφωση ή μη σε αυτήν), αποτελέσματα τα οποία συνάδουν με αυτά άλλης σχετικής έρευνας (Barnett et al., 2016). Οι vegan, όπως και οι vegetarians, φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένη τάση ανάπτυξης Ορθορεξίας, ενώ αντίστοιχα άτομα με τάση για ορθορεκτικές συμπεριφορές έχουν αυξημένες πιθανότητες να γίνουν στο μέλλον vegan ή vegetarians (Missbach et al., 2015). Όπως μπορεί να γίνει εύκολα κατανοητό, τα άτομα που ακολουθούν χορτοφαγική διατροφή έχουν υψηλά επίπεδα πειθαρχίας, οργάνωσης και συνειδητής επεξεργασίας σε ό,τι αφορά την τροφή που θα καταναλώσουν. Πρέπει ωστόσο να αναφέρουμε ότι στην βιβλιογραφία συναντώνται μελέτες που δεν υποστηρίζουν την διαφορά στα επίπεδα προσκόλλησης στην υγιεινή διατροφή μεταξύ των χορτοφάγων, των αυστηρά χορτοφάγων και των κρεατοφάγων (Çiçekoğlu & Tunçay, 2018). Στην παρούσα έρευνα που μελετάται, το συμπέρασμα που συνάγεται θέλει τους vegans και τους vegetarians να μην διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την τάση εκδήλωσης ορθορεκτικής συμπεριφοράς, να βρίσκονται όμως σε υψηλότερο κίνδυνο από τα άτομα που σπάνια ή πιο συχνά καταναλώνουν κρέας- σύμφωνο αποτέλεσμα με άλλη σχετική έρευνα (Barthels et al., 2018). Ακόμα, άτομα τα οποία υιοθετούν περιοριστικές διατροφικές συνήθειες είτε λόγω ηθικών πεποιθήσεων, είτε λόγω

σκοπιμότητας απώλειας βάρους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποπέσουν σε ορθορεκτικές συμπεριφορές από αυτά που δεν περιορίζουν με κάποιον τρόπο την ημερήσια διατροφική τους πρόσληψη. Ο συγγραφέας υπογραμμίζει ότι οι vegans παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά NO (7,9%), όπως και οι vegetarians (3,8%), σε σύγκριση με τα άτομα που καταναλώνουν κρέας σπάνια (3,6%) ή συχνά (0%), γεγονός το οποίο υποδεικνύει ότι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης NO. Ωστόσο τα ποσοστά αυτά παραμένουν χαμηλά σε σύγκριση με άλλη σχετική μελέτη η οποία θέλει το 43% των χορτοφάγων συμμετεχόντων να παρουσιάζουν ορθορεκτικές συμπεριφορές (McGregor, 2017). Παράλληλα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας την οποία μελετάμε, οι αυστηρά χορτοφάγοι (vegans) συμμετέχοντες παρουσιάζονται να έχουν περισσότερες γνώσεις πάνω σε διατροφικά ζητήματα συγκριτικά με τους χορτοφάγους (vegetarians) και τους κρεατοφάγους. Η αυστηρά χορτοφαγική διατροφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πρόσχημα πίσω από διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, μεταξύ των οποίων και η Νευρογενής Ορθορεξία, αποτελώντας ίσως δικαιολογία εγκαθίδρυσης αυστηρών διατροφικών κανόνων που αποκλείουν ακόμα και ολόκληρες ομάδες τροφίμων από την διατροφή (Sweerts et al., 2016). Συνεχίζοντας, η έρευνα καταλήγει στο πολύ ενδιαφέρον συμπέρασμα που θέλει τους αυστηρά χορτοφάγους για λόγους υγείας να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ορθορεκτικών συμπεριφορών, από όσους ασπάζονται τον βιγκανισμό χάρη ηθικών πεποιθήσεων, ενώ δεν σημειώνεται αντίστοιχη διαφορά μεταξύ των χορτοφάγων. Ταυτόχρονα φαίνεται ότι ο συνειδητός περιορισμός της τροφής -συνέπεια του οποίου μπορεί να είναι ο αποσυντονισμός των ενδογενών ενστίκτων πείνας και κορεσμού, η συναισθηματική αναστάτωση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση αλλά και η αρνητική εικόνα σώματος- από τους χορτοφάγους συμμετέχοντες αποτέλεσε βασική ένδειξη ορθορεκτικής συμπεριφοράς. Κλείνοντας, η παραπάνω ένδειξη έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με την αντίληψη ότι η χορτοφαγία ενδέχεται να είναι για πολλούς μία «μάσκα» ,προκειμένου να κρύψουν υποσυνείδητα μία υπάρχουσα διατροφική διαταραχή (Martins et al., 1999), αφήνοντας ωστόσο περιθώρια για περαιτέρω διερεύνηση σχετικά με την σχέση της NO και διατροφών όπως ο βιγκανισμός ή η χορτοφαγία.

2.3 Επίδραση Νευρογενούς Ορθορεξίας στην ψυχική υγεία

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η υιοθέτηση ενός υγιεινού διατροφικού προτύπου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου καθώς και στην ευρύτερη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Ωστόσο, όπως η ανθυγιεινή διατροφή προκαλεί μία σειρά προβλημάτων μεταξύ των οποίων και οι συναισθηματικές δυσκολίες, έτσι και η προσκόλληση σε ένα αυστηρό πλάνο δίαιτας εγκυμονεί κινδύνους για την ψυχική υγεία του ατόμου. Σύμφωνα με σχετική μελέτη η Ορθορεξία μπορεί να διακριθεί σε δύο διαστάσεις, αφενός αυτήν που επικεντρώνεται καθαρά στην υγιεινή διατροφή (HeOr) και δεν επιφυλάσσει αρνητικές συνέπειες για την ψυχική υγεία του ατόμου, και αφετέρου στην Νευρογενή Ορθορεξία (OrNe), η οποία συνδέεται με πτωχότερη ποιότητα ζωής και αυξημένα επίπεδα άγχους και αρνητικών συναισθημάτων (Strahler, 2020). Σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα, ο γυναικείος πληθυσμός είναι πιο επιρρεπής στην Νευρογενή Ορθορεξία, επωμιζόμενος όλες τις αρνητικές συνέπειες, την ίδια στιγμή που ο αντρικός πληθυσμός έχει την τάση να υιοθετεί την υγιεινή εκδοχή της Ορθορεξίας, με υψηλότερα ποσοστά ευζωίας. Η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο φύλων μπορεί να αποδοθεί σε κοινωνικούς ή πολιτισμικούς παράγοντες, σε αναπτυξιακές διαφορές ή σε έναν συνδυασμό των παραπάνω. Και σε προηγούμενες μελέτες η Νευρογενής Ορθορεξία έχει συνδεθεί με σημαντική πτωτική πορεία της ψυχολογικής κατάστασης και κοινωνικής ζωής του ατόμου, ταυτόχρονα με ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα στρες (Strahler & Stark, 2020). Στην παρούσα μελέτη, ωστόσο, υπάρχει συμφωνία ως προς τα επίπεδα άγχους, στρες και τα συμπτώματα κατάθλιψης, αλλά λιγότερο σε ότι αφορά την ποιότητα και ευχαρίστηση της ζωής. Έτσι, παρά τα υψηλότερα επίπεδα άγχους που μπορεί να έχει το άτομο που πάσχει από Νευρογενή Ορθορεξία, δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι αυτά θα προκαλέσουν πτώση στην ποιότητα ζωής του.

Μελετώντας άλλη έρευνα σχετικά με την ύπαρξη στοιχείων ψυχικής νόσου στο φαινόμενο της Νευρογενούς Ορθορεξίας, υπογραμμίζεται ότι ιδιαίτερα στο γυναικείο φύλο οι διατροφικές συνήθειες φαίνεται να επηρεάζουν σε σημαντικό

βαθμό την ψυχική υγεία των γυναικών (Wardle et al., 2004), ενώ μία ισορροπημένη διατροφή συνδέεται με μεγαλύτερη διάρκεια ζωής και μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων ασθενειών (Katz & Meller, 2014). Σε άμεση σύνδεση με τα παραπάνω, υποστηρίζεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και της μειωμένης πιθανότητας ανάπτυξης κατάθλιψης ή χρόνιου ψυχολογικού στρες (McMartin et al., 2013). Ωστόσο πρέπει να υπάρχουν διακριτά όρια μεταξύ ισορροπημένα υγιεινής διατροφής και της εμμονικής προσκόλλησης σε διατροφικούς κανόνες, η οποία, όπως έχουμε αναλύσει εκτενώς παραπάνω, συνιστά παράγοντα της Νευρογενούς Ορθορεξίας. Η Νευρογενής Ορθορεξία συνιστά για ορισμένους μελετητές ψυχική νόσο (Koven & Abry, 2015), για άλλους φαινόμενο του τρόπου ζωής ορισμένων ανθρώπων (Håman et al., 2015) και για άλλους στοιχείο συμπεριφοράς (Strahler & Stark, 2019). Γενικά, η παθολογία μίας οποιασδήποτε συμπεριφοράς αξιολογείται σύμφωνα με το κατά πόσο κατανοητή είναι, κατά πόσο μπορεί ή όχι να προσαρμοστεί, καθώς και το εάν προκαλεί κάποιου είδους ψυχολογικό στρες (Telles-Correia, 2018). Όσον αφορά συγκεκριμένα την διάκριση μεταξύ Νευρογενούς Ορθορεξίας ή απλά υγιεινής διατροφής, στην παρούσα φάση γίνεται με βάση αυθαίρετα κριτήρια που χαρακτηρίζουν το φάσμα των ορθορεκτικών συμπεριφορών. Θα λέγαμε, λοιπόν, ότι το κριτήριο για τον χαρακτηρισμό της ΝΟ ως ψυχικής νόσου θα ήταν οι ψυχολογικές εντάσεις, δυσκολίες και δυσλειτουργίες που προκαλούνται. Ωστόσο, παρόλο που πολλοί ερευνητές συμφωνούν στην αντιμετώπιση της ΝΟ ως κλινικό φαινόμενο, το οποίο ανήκει στην κατηγορία των διαταραχών τροφής του DSM-5, τα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα δεν υποστηρίζουν ολοκληρωτικά την παραπάνω άποψη. Ολοένα και περισσότερες μελέτες επιχειρούν να ερευνήσουν την ψυχοπαθολογία της Νευρογενούς Ορθορεξίας, παρέχοντας σε πρώτο στάδιο αποδείξεις συναισθηματικής, συνειδησιακής και συμπεριφορικής αλλαγής σε πάσχοντες, ταυτόχρονα με κοινωνικές και λειτουργικές δυσκολίες ως αποτέλεσμα των παραπάνω. Παρόλα αυτά, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δεν θα ήταν ορθό να γενικευτούν, καθώς αφορούν μικρό αριθμό πασχόντων -υψηλού μάλιστα κινδύνου- χρησιμοποιώντας εργαλεία μέτρησης, τα οποία εγείρουν αμφιβολίες εγκυρότητας. Κατ' αυτόν τον τρόπο, υπογραμμίζεται η ιδιαίτερη προσοχή που θα

πρέπει να δίνεται πριν αποδοθεί ο χαρακτηρισμός της ασθένειας, σε οποιοδήποτε φαινόμενο, και στην συγκεκριμένη περίπτωση στην Νευρογενή Ορθορεξία, καθώς απαιτούνται περαιτέρω μελέτες.

2.4. Αντιμετώπιση Διατροφικών Διαταραχών

Οι διατροφικές διαταραχές, επηρεάζοντας σημαντικά τόσο την σωματική όσο και την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου, απαιτούν προσκόλληση σε μία πολύπλευρη διαδικασία προκειμένου να επέλθει η αποκατάσταση. Το ταξίδι της ανάρρωσης συχνά χαρακτηρίζεται από σύγχυση και διάφορα εμπόδια, ενώ προκειμένου να γίνει κατανοητή η πολυπλοκότητα αυτής της πορείας, πρέπει να αναφερθεί ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας από οποιαδήποτε άλλη ψυχική νόσο. Υπολογίζεται μάλιστα, ότι 1 στους 5 ασθενείς Νευρογενούς Ανορεξίας, κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (Arcelus et al., 2011), ενώ σε σχετική μελέτη το ποσοστό θνησιμότητας στην Νευρογενή Ανορεξία υπολογίζεται στο 4%, στην Νευρογενή Βουλιμία στο 3,9% και στις υπόλοιπες μη καθορισμένες διατροφικές διαταραχές στο 5,2% (Berg et al., 2012). Πρέπει βέβαια να συνυπολογιστεί ότι τις περισσότερες φορές εμφανίζεται συνοσηρότητα με άλλες νόσους, όπως η κατάθλιψη (50-75%), η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (25%), η κατάχρηση ουσιών (12-18% στην ΝΑ και 30-37% στην ΝΒ), αλλά και η διπολική διαταραχή (4-13%). Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι δυσμενείς συνέπειες των διατροφικών διαταραχών, σε συνδυασμό με την συνοσηρότητα με άλλες νόσους, αλλά και τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας, κρίνουν απαραίτητο τον καθορισμό των στρατηγικών αντιμετώπισής τους.

Τι ορίζεται όμως ως πλήρης αποκατάσταση; Σύμφωνα με σχετικές μελέτες αλλά και το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών(DSM-5; American Psychiatric Association (APA, 2013), τα κριτήρια της πλήρους αποκατάστασης ορίζονται με βάση την ανάκτηση του σωματικού βάρους, αλλά και την απουσία των συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής, χωρίς ωστόσο να λαμβάνεται υπόψη η διάσταση των πολύπλοκων ψυχολογικών συμπτωμάτων.

Αναφέρεται ότι, παρόλο που έχει καταγραφεί μία σειρά μεθόδων αποκατάστασης, τα ποσοστά ανάρρωσης παραμένουν χαμηλά (Steinhausen, 2009), την ίδια στιγμή που τα ποσοστά υποτροπής ανέρχονται σε υψηλά επίπεδα (Grilo et al., 2012). Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν την υποτροπή, την ανάρρωση και την παραίτηση παρουσιάζουν μεγάλο εύρος τιμών εξαιτίας της έλλειψης ομοιομορφίας μεταξύ των μελετών. Παράλληλα, ανεξάρτητα από την εντατικότητα της θεραπείας, η διασταύρωση μεταξύ των διαγνώσεων είναι σύνηθες φαινόμενο, με την Νευρογενή Ανορεξία να εξελίσσεται συχνά σε Νευρογενή Βουλιμία ή Αδηφαγική Διαταραχή (Chesney et al., 2014).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρουσίαση της πορείας μίας διατροφικής διαταραχής μέσω μίας κολυμβητικής παρομοίωσης 5 σταδίων. Το πρώτο στάδιο παρουσιάζει την διατροφική διαταραχή ως ένα σωστικό σωσίβιο. Παρόλο που οι διατροφικές διαταραχές περιβάλλονται από μύθους μη καταρτισμένων, οι οποίοι τις παρουσιάζουν ως αυτο-προκαλούμενες συμπεριφορές που έχουν σκοπό την προσοχή των υπολοίπων, ωστόσο η πραγματικότητα απέχει πολύ. Εννιά στις δώδεκα μελέτες, που εξετάζουν τις διατροφικές διαταραχές, τις παρουσιάζουν ως έναν μηχανισμό διαχείρισης προβλημάτων που παρέχει έλεγχο, απομόνωση, ασφάλεια και ταυτότητα, έχοντας μεγάλη επιρροή στην συναισθηματική κατάσταση των πασχόντων. Τα άτομα συχνά εσωτερικεύουν και ενστερνίζονται την διατροφική τους διαταραχή σε τέτοιο βαθμό, όπου δημιουργούν μία κυριευτική και χωρίς διαφυγή ασθένεια, την οποία αρνούνται να αντιμετωπίσουν ως πρόβλημα καθώς αποτελεί το «σωσίβιο» τους απέναντι σε συναισθηματικές δυσκολίες, προβλήματα της καθημερινότητας ή οποιοδήποτε άλλο ψυχολογικό τραύμα του παρελθόντος (Jenkins & Ogden, 2012). Ο ασθενής μίας διατροφικής διαταραχής αναγνωρίζει τα συναισθήματα μοναξιάς, απομόνωσης και προσκόλλησης που του προκαλεί, ωστόσο αρνείται να την αποβάλει καθώς αποτελεί κυρίαρχο στοιχείο της ταυτότητάς του. Ταυτόχρονα το γεγονός ότι πολλές φορές τα άτομα αυτά βιώνουν την έλλειψη κατανόησης και στήριξης, δημιουργεί ακόμα πιο ισχυρό δεσμό με την διατροφική τους διαταραχή (Linville et al., 2012). Σε σχετική μελέτη αναφέρθηκε από γυναίκες ότι η ΔΔ τους παρείχε ασφάλεια και σιγουριά (Uljan et al., 2013), ενώ σε άλλη μελέτη έγινε λόγος για τον τρόπο με τον οποίο η Νευρογενής Βουλιμία

δύναται να δράσει ως μηχανισμός διαχείρισης διαφόρων συναισθημάτων, όπως ο θυμός, η ενοχή, η στεναχώρια, το μίσος, τα συναισθήματα κατάθλιψης, μοναξιάς και φόβου (Toto-Moriarty's, 2013). Το κοινωνικό στίγμα γύρω από τις διατροφικές διαταραχές κάνει πολλούς πάσχοντες απρόθυμους στο να εγκαταλείψουν το «σωσίβιό» τους καθώς αυτό θα εκθέσει το σκοτεινό αυτό μέρος της ζωής τους. Παρά την καταστροφική τους φύση, οι ΔΔ αποτελούν για πολλούς τον πιο πιστό τους φίλο και σύμμαχο, παρέχοντας την ψευδαίσθηση του ελέγχου και του κατορθώματος. Η αναγνώριση των καταστροφικών συνεπειών αυτού του «σωσίβιου» παίρνει για τους περισσότερους πάσχοντες πολλά χρόνια. Στο δεύτερο στάδιο λοιπόν της μεταφοράς για την οποία έγινε λόγος παραπάνω, ο ασθενής «πνίγεται», αναγνωρίζοντας τις συνέπειες που έχει η προσκόλλησή του στην ΔΔ και παρά την οικειότητα που νιώθει γι' αυτήν, κατακλύζεται από αισθήματα ανημποριάς, απαισιοδοξίας, μοναξιάς, απομόνωσης (Lindgren et al., 2018). Ο ασθενής φτάνει να υποφέρει σε τέτοιο σημείο που πλέον αντιλαμβάνεται τις καταστροφικές συνέπειες και αρχίζει να σκέφτεται σοβαρά την ανάρρωσή του. Έτσι φτάνουμε στο τρίτο στάδιο της πορείας που περιγράφεται, όπου ο ασθενής που «πνίγεται» φτάνει στο σημείο που «ξυπνά» και αναλογίζεται την αποκατάστασή του, αφού πρώτα έχει φτάσει στον «πάτο», στο χειρότερο σημείο της μέχρι τώρα πορείας του στην ασθένεια. Πέρα από το υψηλό ψυχολογικό στρες της διαταραχής, ο ασθενής βιώνει σύγχυση, αβεβαιότητα και φόβο εξαιτίας της επιθυμίας του να εγκαταλείψει πλέον την γνώριμη ασφάλεια της ΔΔ (Espindola & Blay, 2013). Στο επόμενο στάδιο της πορείας προς την ανάρρωσή του ο ασθενής «κολυμπά», παλεύοντας να εγκαταλείψει τις παλιές του συνήθειες και να χτίσει νέους μηχανισμούς διαχείρισης, βήμα το οποίο απαιτεί περίσσεια δύναμης, υπομονής και αφοσίωσης στην ανακάλυψη και κατανόηση του ίδιου του εαυτού. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο αυτό βιώνουν την αποδέσμευση από την διατροφική διαταραχή, σαν να «αφήνουν» πίσω ένα κομμάτι του εαυτού τους, γεμίζοντας με συναισθήματα αυτο-αποδοχής, κατανόησης και υπέρμετρης δύναμης. Παράλληλα, τρέφουν έντονο το αίσθημα της ελπίδας για μία ζωή απαλλαγμένη από την διατροφική τους διαταραχή, ενώ ενδυναμώνουν ξανά τους δεσμούς τους με τους οικείους ανθρώπους τους -θεραπευτές, φίλους και συγγενείς,

κάτι το οποίο έχει φυσικά ιδιαίτερη αξία αν αναλογιστούμε ότι μία διατροφική διαταραχή βρίσκει συνήθως έδαφος ανάπτυξης σε άτομα με δεινές-διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Μέσα από αυτήν την πορεία ο ασθενής καταλήγει στο τελευταίο στάδιο της πορείας του, την ανάρρωση. Όσον αφορά τα σημεία που υποδεικνύουν ότι κάποιος έχει απαλλαχθεί από την διατροφική διαταραχή του, αρχικά αναφέρεται η απόδοση αξίας στην ζωή έξω από την νόσο και η επακόλουθη αίσθηση ελευθερίας, καθώς πρόκειται για ψυχική διαταραχή βαθιά ριζωμένη στην προσωπικότητα του ασθενούς, από την οποία ελευθερώνεται μετά από χρόνια μάχης. Στο στάδιο της ανάρρωσης, οι γυναίκες φαίνεται να επικεντρώνονται στην συμφιλίωση με το βάρος τους, την εμφάνισή τους και την διαχείριση των προβλημάτων τους με άλλους μηχανισμούς, την στιγμή που οι άντρες προσπαθούν να αποφύγουν την υπερβολική φυσική δραστηριότητα, στην οποία είναι προσκολλημένοι, αναπτύσσοντας στρατηγικές (φυσιολογική θρέψη, σταθερή μέτρια φυσική δραστηριότητα, αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ) που θα αποτρέψουν το ενδεχόμενο της υποτροπής τους (Toto-Moriarty, 2013).

Η πορεία ανάρρωσης, όπως αυτή παρουσιάστηκε μέσα από τα διάφορα στάδια, δυστυχώς δεν είναι πάντα μία ευθεία μαθηματικά καθορισμένη διαδικασία. Η επιτυχία της εξαρτάται από μία σειρά παραγόντων, σημαντικότερος εκ των οποίων φαίνεται να είναι η ύπαρξη ενός ισχυρού περιβάλλοντος υποστήριξης. Ο ασθενής είναι πιθανό να υποπέσει πολλές φορές στην πορεία στον κίνδυνο υποτροπής, πηγαίνοντας στάδια πίσω. Η επιμονή στην προσπάθεια, η θέληση για απαλλαγή από την διαταραχή αλλά και η στήριξη και κατανόηση από το οικείο περιβάλλον διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην επιτυχία της διαδικασίας.

2.4 Ο ρόλος του γυμναστή στην διαχείριση ασκούμενων με ΔΔ

Οι διατροφικές διαταραχές, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αποτελούν συχνό φαινόμενο στο πεδίο του αθλητισμού, γεγονός το οποίο απαιτεί την επαγρύπνηση και εκπαίδευση των γυμναστών σε τέτοιου είδους ζητήματα προκειμένου ο αθλητής που πάσχει να λάβει την ανάλογη αντιμετώπιση. Το ίδιο βέβαια ισχύει και έξω από το πεδίο του αθλητισμού, τόσο στον τομέα της μαζικής άσκησης, ο οποίος

συγκεντρώνει άτομα διαφορετικών ηλικιών προερχόμενα από ποικίλα περιβάλλοντα, όσο και στο πεδίο του σχολείου. Είναι όμως οι καθηγητές φυσικής αγωγής επαρκώς εξοικειωμένοι με τέτοια φαινόμενα προκειμένου να τα αναγνωρίσουν; Στο παραπάνω ερώτημα επιχειρεί να απαντήσει έρευνα η οποία έλαβε χώρα μεταξύ αθλητών στίβου, εξετάζοντας την ικανότητα των προπονητών να αναγνωρίσουν συμπτώματα διατροφικών διαταραχών στους αθλητές αλλά και να παρέχουν τις κατάλληλες συμβουλές (Macpherson et al., 2022). Είναι ήδη γνωστό ότι οι αθλητές του στίβου διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν κάποια διατροφική διαταραχή στην πορεία της αθλητικής τους καριέρας και επομένως οι προπονητές οφείλουν να είναι προϊδεασμένοι και σε θέση να δράσουν αναλόγως. Σε μία έρευνα χρησιμοποιήθηκαν εικονικά σχεδιασμένοι αθλητές πάσχοντες από Νευρική Ανορεξία ή Βουλιμία, ενώ εξετάστηκαν 185 προπονητές σε αντιπαραβολή με 105 μέλη της κοινότητας, τα οποία δεν είχαν την ιδιότητα του προπονητή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, λοιπόν, οι προπονητές δεν παρουσίασαν καμία διαφορά συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ως προς την ικανότητα αναγνώρισης των διατροφικών διαταραχών στους αθλητές τους, ωστόσο παρουσιάστηκαν πιο ικανοί στο να τους παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις της Νευρογενούς Ανορεξίας. Μάλιστα τόσο στην περίπτωση της Ανορεξίας όσο και της Βουλιμίας, καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας του προπονητή αλλά και περισσότερα χρόνια εμπειρίας, είχαν ως αποτέλεσμα την παροχή βελτιωμένης συμβουλευτικής στους αθλητές. Αξιοσημείωτο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η αναγνώριση και η παροχή βοήθειας ήταν πιο εύκολη στην περίπτωση της Νευρικής Ανορεξίας συγκριτικά με την Βουλιμία, ενώ προχωρώντας σε περαιτέρω διαχωρισμό, η ταυτοποίηση των συμπτωμάτων της ΝΑ πραγματοποιήθηκε με μεγαλύτερη επιτυχία στις γυναίκες αθλήτριες απ' ότι στους άντρες. Συνάγεται λοιπόν το συμπέρασμα ότι οι προπονητές μπορεί να ήταν σε θέση να παρέχουν την κατάλληλη συμβουλευτική υποστήριξη, ωστόσο έμφαση πρέπει να δοθεί και στην ικανότητά τους να αναγνωρίζουν ύποπτα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών στους αθλητές τους, συμβάλλοντας έτσι στην έγκαιρη αντιμετώπιση της πάθησης.

Σε παρεμφερή μελέτη (Worsfold & Sheffield, 2018), η οποία εξετάζει την ικανότητα διαφόρων επαγγελματιών υγείας -μεταξύ των οποίων και οι γυμναστές- να αντιλαμβάνονται την παρουσία κάποιων σημείων διατροφικής διαταραχής στους ασκούμενους τους, επιβεβαιώνεται η ελλιπής κατάρτιση των γυμναστών γύρω από τέτοιου είδους ζητήματα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι πολλοί πάσχοντες δεν λαμβάνουν ποτέ θεραπευτική καθοδήγηση για την διατροφική διαταραχή τους, παρόλο που σύμφωνα με τα δεδομένα απευθύνονται πολύ συχνά σε επαγγελματίες υγείας, συχνότερα μάλιστα απ' ό,τι άτομα τα οποία δεν πάσχουν (Mond et al., 2010). Με δεδομένα λοιπόν τα υψηλά ποσοστά ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, την υψηλή θνησιμότητα αλλά και την εξαιρετικά καθυστερημένη θεραπευτική παρέμβαση, η οποία σε πολλές περιπτώσεις φτάνει τα 10-15 χρόνια, η ανάγκη διερεύνησης των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας πάνω στο ζήτημα κρίνεται ιδιαίτερης σημασίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης για την οποία γίνεται λόγος θέλουν τους επαγγελματίες υγείας να κατέχουν στο συντριπτικό ποσοστό τους ανεπαρκείς γνώσεις σε θέματα διατροφικών διαταραχών, έχοντας λάβει ελάχιστη ή μη κατάλληλη εκπαίδευση. Παρόλο λοιπόν που τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές αποτελούν τεράστιο μέρος του πληθυσμού, με ποσοστά θνησιμότητας μεγαλύτερα από οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική νόσο, και παρόλο που αποτελούν τον πληθυσμό με την μεγαλύτερη επισκεψιμότητα σε επαγγελματίες υγείας, συχνά έρχονται αντιμέτωπα με λάθος διαγνώσεις και θεραπευτικές αντιμετώπισεις μάλλον επιζήμιες. Χαρακτηριστικό των ελλιπών γνώσεων στην θεραπευτική αντιμετώπιση είναι ότι συχνά οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των γυμναστών, στρέφουν τους πάσχοντες στους ίδιους γενεσιουργούς παράγοντες των διατροφικών διαταραχών, μεταξύ των οποίων η επικέντρωση της προσπάθειάς τους στην απώλεια βάρους, η υπερπροβολή του υγιεινού τρόπου ζωής και υπερβολική απόδοση αξίας στην εικόνα σώματος. Κρίνεται ως εκ τούτου άμεση η ανάγκη για επαρκή ευαισθητοποίηση και κατάρτιση γυμναστών και επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να είναι σε θέση αρχικά να αντιλαμβάνονται σημεία διατροφικών διαταραχών στους ανθρώπους που αναλαμβάνουν, καθώς και να δρουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για την αποκατάσταση των πασχόντων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έχοντας αναλύσει μία σειρά άρθρων με θέμα τις διατροφικές διαταραχές και την σύνδεση τους με την άσκηση, είμαστε σε θέση να διατυπώσουμε ορισμένα συμπεράσματα. Αρχικά, οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν σοβαρές ψυχικές νόσους οι οποίες χρήζουν θεραπευτικής αντιμετώπισης, καθώς ταλαιπωρούν ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων, ενώ παρουσιάζουν και ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Τα άτομα που πάσχουν βιώνουν μία σειρά προβλημάτων σε διάφορες πτυχές της ζωής τους, ενώ συχνά το γεγονός ότι κρατούν κρυφές τις διαταραγμένες διατροφικές τους συνήθειες, τα κάνει να περνούν χρόνια εγκλωβισμένα σε αυτές. Τα αίτια πρόκλησης τους φαίνεται να μην έχουν καθοριστεί αυστηρά, καθώς επεκτείνονται σε μία σειρά παραγόντων, μεταξύ των οποίων κυρίαρχο ρόλο παίζει η επιρροή του κοινωνικού περιγύρου, με την υπερπροβολή εξιδανικευμένων προτύπων ομορφιάς, καθώς και άλλοι παράγοντες, όπως η ιδιοσυγκρασία ορισμένων ατόμων που έχουν την τάση για υποκύψουν σε τέτοιες συμπεριφορές. Παράλληλα, ιδιαίτερα έντονη είναι η παρουσία των διατροφικών διαταραχών στο πεδίο του αθλητισμού, τόσο στο γυναικείο όσο και στο ανδρικό φύλο, με τα αθλήματα που έχουν άμεση εξάρτηση από το σωματικό βάρος και την εξωτερική εμφάνιση να ενοχοποιούνται στην πρώτη γραμμή κινδύνου, ενώ άμεση είναι η σύνδεση των διατροφικών διαταραχών με την εξάρτηση από την άσκηση, καθώς σε πολλές διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες η εμμονική εξαντλητική άσκηση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της παθογένειας. Η περίπτωση της Νευρογενούς Ορθορεξίας, η οποία εξετάστηκε εκτενώς στην παρούσα εργασία, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς πρόκειται για μία νέα διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, η οποία έχει να κάνει με την εμμονική προσκόλληση στην ποιότητα της τροφής που καταναλώνεται. Πρόκειται για μία μη επακριβώς καθορισμένη διαταραχή πρόσληψης τροφής, η οποία δεν έχει καταταχθεί επίσημα ως διατροφική διαταραχή, καθώς παρουσιάζει κοινά σημεία και διαφορές με άλλες ΔΔ -και κυρίως με την Νευρογενή Ανορεξία- γεγονός το οποίο την καθιστά για ορισμένους «παρακλάδι» κάποιας ήδη υπάρχουσας ΔΔ. Παράλληλα, όπως και στις υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές, συχνό φαινόμενο

είναι η συνοσηρότητα με άλλες ψυχικές νόσους, όπως η κατάθλιψη ή η διαταραχή του OCD. Αξίζει να αναφερθεί ότι πέρα από τα άτομα που βρίσκονται στο πεδίο του αθλητισμού ή ασκούνται συστηματικά, αυξημένα ποσοστά εμφάνισης Νευρογενούς Ορθορεξίας παρουσιάζονται και στα άτομα που χορτοφαγική ή αυστηρή χορτοφαγική δίαιτα, καθώς εξ' ορισμού η καθημερινότητα τους περιέχει εξαίρεση διαφόρων ομάδων τροφίμων και προσήλωση σε μία σειρά διατροφικών κανόνων. Η Νευρογενής Ορθορεξία, όπως και οι υπόλοιπες διαταραχές της τροφής, επηρεάζουν καθοριστικά την διαβίωση του ατόμου, με αρνητικές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία, αλλά και την κοινωνική του ζωή, και ως εκ τούτου χρήζουν εξατομικευμένης παρακολούθησης και αντιμετώπισης. Ο δρόμος προς την ανάρρωση είναι στην πλειονότητα των περιπτώσεων μία δύσκολη πορεία, η οποία απαιτεί την σωστή συμβουλευτική καθοδήγηση, την επιμονή και υπομονή του πάσχοντα καθώς και την ύπαρξη ενός ισχυρού υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Οι υποτροπές κατά την πορεία αυτή είναι συχνό φαινόμενο, ενώ η παραμονή του πάσχοντα στην νόσο για μεγάλο χρονικό διάστημα, επιτείνει την ανάρρωση κάνοντάς την ακόμα πιο απαιτητική. Κλείνοντας, ο ρόλος του γυμναστή κρίνεται σε πολλές περιπτώσεις καθοριστικός για την πορεία της ανάρρωσης. Ο γυμναστής, ως επαγγελματίας υγείας, οφείλει να είναι επαρκώς ευαισθητοποιημένος και καταρτισμένος σε τέτοιου είδους ζητήματα, έτοιμος να αναγνωρίσει ύποπτα σημάδια διατροφικής διαταραχής και να συμπεριφερθεί αναλόγως στον πάσχοντα-καθώς μία λάθος αντιμετώπιση θα μπορούσε ακόμα και να επιδεινώσει την κατάσταση του, δεδομένου ότι το αντικείμενο της άσκησης είναι για πολλούς πάσχοντες άμεσα συνδεδεμένο με την διατροφική τους διαταραχή.

Ανακεφαλαιώνοντας, η ενημέρωση και επαγρύπνηση τόσο των γονέων όσο και των επαγγελματιών υγείας, μεταξύ των οποίων και οι γυμναστές, αποτελεί μία ασπίδα έναντι στην διαιώνιση των διατροφικών διαταραχών, χωρίς να διασφαλίζει ωστόσο την εξάλειψη τους καθώς αποτελούν ριζωμένες ψυχικές νόσους με κοινωνικοπολιτισμικά και άλλα αίτια. Ο σαφής καθορισμός των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών, όπως αυτή της Νευρογενούς Ορθορεξίας, και η σύνταξη εργαλείων διάγνωσης, ίσως βοηθούσε στην κατηγοριοποίηση και στην πιο στοχευμένη θεραπευτική παρέμβαση. Στο παραπάνω εγχείρημα θα εξυπηρετούσε

και η παροχή ψυχολογικής και συμβουλευτικής υποστήριξης από εξειδικευμένες στις διατροφικές διαταραχές ομάδες ειδικών σε άτομα που αδυνατούν να το υποστηρίξουν οικονομικά. Ολοκληρώνοντας, η ευρύτερη ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σε τέτοιου είδους ζητήματα, αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό βήμα για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Dietetic Association, Dietitians of Canada, American College of Sports Medicine, Rodriguez, N. R., Di Marco, N. M., & Langley, S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Nutrition and athletic performance. *Medicine and science in sports and exercise*, 41(3),709–731.

<https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31890eb86>

Anderluh, M.B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*,160(2):242–247.

Aravich, P. F., Doerries, L. E., & Rieg, T. S. (1994). Exercise-induced weight loss in the rat and anorexia nervosa. *Appetite*, 23, 196.

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

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>

Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and weight disorders: EWD*, 22(1), 177–184.

<https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>

Barnett, M. J., Dripps, W. R., & Blomquist, K. K. (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>

Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2018). Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eating and weight disorders: EWD*, 23(2), 159–166.

<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0479-0>

Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: a systematic review of the literature. *The International journal of eating disorders*, 45(3), 428–438.

<https://doi.org/10.1002/eat.20931>

Bert, F., Gualano, M.R., Voglino, G., Rossello, P., Perret, J.P., & Siliquini, R. (2019). Orthorexia Nervosa: A cross-sectional study among athletes competing in endurance sports in Northern Italy. *PloS one*, 14(8), e0221399.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221399>

Bölte, S., Ozkara, N., & Poustka, F. (2002). Autism spectrum disorders and low body weight: is there really a systematic association? *The International journal of eating disorders*, 31(3), 349–351.

<https://doi.org/10.1002/eat.10015>

Bratland-Sanda, S., Martinsen, E.W., Rosenvinge, J.H., Rø, Ø., Hoffart, A., & Sundgot-Borgen, J. (2011). Exercise dependence score in patients with longstanding eating disorders and controls: The importance of affect regulation and physical activity intensity. *European Eating Disorders Review*, 19, 249–255.

Bratman, S. (1997). Health food junkie. *YOGA JOURNAL*. <http://www.beyondveg.com/bratman-s/hfj/hf-junkie-1a.shtml>. Accessed August 18, 2018

Brytek-Matera, A., Czepczor-Bernat, K., Jurzak, H., Kornacka, M., & Kołodziejczyk, N. (2019). Strict health-oriented eating patterns (Orthorexic eating behaviors) and their connection with a vegetarian and vegan diet. *Eating and weight disorders: EWD*, 24(3), 441–452.

<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0563-5>

Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder, or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*;14(1):55–60.

Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K., & Neyman Morris, M. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies.

Appetite, 101,86–94. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.144>

Byrne, S., & McLean, N. (2001). Eating disorders in athletes: a review of the literature. *Journal of science and medicine in sport*, 4(2),145–159.

[https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(01\)80025-6](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(01)80025-6)

Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., Varga, M., Missbach, B., & Donini, L. M. (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and weight disorders: EWD*, 24(2), 209–246.

<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(2),153–160.

<https://doi.org/10.1002/wps.20128>

Çiçekoğlu, P., & Tunçay, GY. (2018). A comparison of eating attitudes between vegans/vegetarians and nonvegans/nonvegetarians in terms of orthorexia nervosa. *Archives of Psychiatric Nursing*; 32:200–205.

Cook, B., Hausenblas, H., Crosby, R. D., Cao, L., & Wonderlich, S. A. (2015). Exercise dependence as a mediator of the exercise and eating disorders relationship: a pilot study. *Eating behaviors*, 16,9–12.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.012>

Cook, B., & Hausenblas, H. (2014). The impact of exercise dependence, eating disorders and body dysmorphia in exercisers. In A. Chow, & S. Edmunds (Eds.), *Physical exercise and mental health: Interconnections, theory, and application*. Champaign, IL: Human Kinetics. (pp. 255–280).

Cook, B., Hausenblas, H., & Freimuth, M. (2014). Exercise addiction and compulsive exercising: Relationship to eating disorders, substance use disorders and addictions. In T. Brewerton, & A. Dennis Baker (Eds.), *eating disorders, addiction and substance use disorders: Research, clinical and treatment perspectives*. New York, NY: Springer. (pp. 127–144).

Davis, C., Woodside, D.B., Olmsted, M.P., & Kaptein, S. (1999), Psychopathology in the eating disorders: The Influence of Physical Activity. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4: 139-156.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.1999.tb00060.x>

Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Massimetti, G., Pini, S., Rivetti, L., Gorrasi, F., Tognetti, R., Ricca, V., & Carmassi, C. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di psichiatria*, 51(5), 190–196.
<https://doi.org/10.1708/2476.25888>

Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *12*, 1651–1660.

<https://doi.org/10.2147/NDT.S108912>

Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A., & Suris, J. C. (2009). Disordered eating behaviors: what about boys? *Journal of Adolescent Health*, *44*(2), 111-117.

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and weight disorders: EWD*, *10*(2), e28–e32.

<https://doi.org/10.1007/BF03327537>

Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2013). Long term remission of anorexia nervosa: factors involved in the outcome of female patients. *PloS one*, *8*(2), e56275.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056275>

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, *361*(9355), 407–416.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)

Gramaglia, C., Brytek-Matera, A., Rogoza, R., & Zeppego, P. (2017). Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of Orthorexic behaviors in clinical and non-clinical samples. *BMC psychiatry*, *17*(1), 75.

<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1241-2>

Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Crosby, R. D. (2012). Predictors and moderators of response to cognitive behavioral therapy and medication for the treatment of binge

eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 897–906.
<https://doi.org/10.1037/a0027001>

Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., Keel, P., Klump, K. L., Lilenfeld, L. R., Mitchell, J. E., Plotnicov, K. H., Pollice, C., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 38(4), 371–374.
<https://doi.org/10.1002/eat.20190>

Håman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, E. C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 10, 26799.
<https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26799>

Hausenblas, H.A., & Symons Downs, D. (2002). How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychology & Health*, 17, 387–404.

Hoek, A. C., Pearson, D., James, S. W., Lawrence, M. A., & Friel, S. (2017). Shrinking the food-print: A qualitative study into consumer perceptions, experiences, and attitudes towards healthy and environmentally friendly food behaviours. *Appetite*, 108, 117–131.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.030>

Jenkins, J., & Ogden, J. (2012). Becoming 'whole' again: a qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 20(1), e23–e31.
<https://doi.org/10.1002/erv.1085>

Jyoti, R., & Justin, P. (2017). Consumer behavior and purchase intention for organic food: A review and research agenda. *Journal of Retailing and Consumer Services*; 38: 157–165. 5.

Karlsson, L., Råstam, M., & Wentz, E. (2013). The Swedish Eating Assessment for Autism spectrum disorders (SWEAA)-Validation of a self-report questionnaire targeting eating disturbances within the autism spectrum. *Research in developmental disabilities*, 34(7),2224–2233.

<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.03.035>

Katz, D. L., & Meller, S. (2014). Can we say what diet is best for health? *Annual review of public health*, 35, 83–103.

<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182351>

Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385–394.

<https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>

Lindgren, E., Gray, K., Miller, G., Tyler, R., Wiers, C. E., Volkow, N. D., & Wang, G. J. (2018). Food addiction: A common neurobiological mechanism with drug abuse. *Frontiers in bioscience (Landmark edition)*, 23(5),811–836.

<https://doi.org/10.2741/4618>

Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: perspectives of recovered individuals. *Eating disorders*, 20(3), 216–231.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668480>

Martins, Y., Pliner, P., & O'Connor, R. (1999). Restrained eating among vegetarians: does a vegetarian eating style mask concerns about weight? *Appetite*, 32(1), 145–154. <https://doi.org/10.1006/appe.1998.0185>

Macpherson, M. C., Harrison, R., Marie, D., & Miles, L. K. (2022). Investigating coaches' recognition of symptoms of eating disorders in track athletes. *BMJ open sport & exercise medicine*, 8(3), e001333.

<https://doi.org/10.1136/bmjsem-2022-001333>

Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2009). Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1),67–82.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.003>

McGregor R. (2017). *Orthorexia. When healthy eating goes bad*. London: Nourish.

McMartin, S.E., Jacka, F.N., Colman, I. (2013). The association between fruit and vegetable consumption and mental health disorders: evidence from five waves of a national survey of Canadians. *Preventive Medicine*;56(3-4):225–30.

Missbach, B., Dunn, T. M., & König, J. S. (2017). We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on "Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman's Test and Associated Tendencies". *Appetite*, 108, 521–524.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.010>

Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C., & König, J. (2015). When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *PloS one*, 10(8), e0135772.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135772>

Mond, J. M., Myers, T. C., Crosby, R. D., Hay, P. J., & Mitchell, J. E. (2010). Bulimic eating disorders in primary care: Hidden morbidity still? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *17*(1), 56–63.

doi:10.1007/s10880-009-9180-9

Moroze, R. M., Dunn, T. M., Craig Holland, J., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, *56*(4), 397–403.

<https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>

Nattiv, A., Loucks, A. B., Manore, M. M., Sanborn, C. F., Sundgot-Borgen, J., Warren, M. P., & American College of Sports Medicine (2007). American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Medicine and science in sports and exercise*, *39*(10), 1867–1882.

<https://doi.org/10.1249/mss.0b013e318149f111>

Shroff, H., Reba, L., Thornton, L. M., Tozzi, F., Klump, K. L., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., Crow, S., Fichter, M. M., Goldman, D., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Keel, P., LaVia, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Treasure, J., ... Bulik, C. M. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *39*(6), 454–461.

<https://doi.org/10.1002/eat.20247>

Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence, and mortality rates. *Current psychiatry reports*, *14*(4), 406–414.

<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>

Solanto, M. V., Urrutia, V., & Morales, A. (1995). Serotonin dysregulation and psychopathology in anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Eating Disorders*, 3,56-73.

Steinhausen, H.C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1),225–242.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>

Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5),825–848.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>

Strahler, J. (2020). The Dark Side of Healthy Eating: Links between Orthorexic Eating and Mental Health. *Nutrients*, 12(12),3662.

<https://doi.org/10.3390/nu12123662>

Strahler, J., & Stark, R. (2020). Perspective: Classifying Orthorexia Nervosa as a New Mental Illness-Much Discussion, Little Evidence. *Advances in nutrition (Bethesda, Md.)*, 11(4), 784–789.

<https://doi.org/10.1093/advances/nmaa012>

Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., & Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition? *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1143–1156.

<https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.129>

Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical journal of sport medicine: official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, 14(1), 25–32.

<https://doi.org/10.1097/00042752-200401000-00005>

Sweerts, S.J., Apfeldorfer, G., Romo, L., & Kureta-Vanoli, K. (2016). Treat or enhance cognitive restraint in individuals suffering from overweight or obesity? Systematic review of the literature. *SOJ Psychology*;3(1):1–8.

Telles-Correia, D. (2018). Mental disorder: Are we moving away from distress and disability? *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(5),973–977.
<https://doi.org/10.1111/jep.12871>

Toto-Moriarty, T. (2013). A retrospective view of psychodynamic treatment: Perspectives of recovered bulimia nervosa patients. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 12(6),833-848.
<https://doi.org/10.1177/1473325012460077>

Vos, M. B., Kaar, J. L., Welsh, J. A., Van Horn, L. V., Feig, D. I., Anderson, C. A. M., Patel, M. J., Cruz Munos, J., Krebs, N. F., Xanthakos, S. A., Johnson, R. K., & American Heart Association Nutrition Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Functional Genomics and Translational Biology; and Council on Hypertension (2017). Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 135(19), e1017–e1034.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000439>

Ulian, M. D., Aburad, L., da Silva Oliveira, M. S., Poppe, A. C. M., Sabatini, F., Perez, I., Gualano, B., Benatti, F. B., Pinto, A. J., Roble, O. J., Vessoni, A., de Moraes Sato, P., Unsain, R. F., & Baeza Scagliusi, F. (2018). Effects of health at every size® interventions on health-related outcomes of people with overweight and obesity: a systematic review. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(12),1659–1666.

<https://doi.org/10.1111/obr.12749>

Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., & Bellisle, F. (2004). Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 27(2), 107–116.

https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702_5

World Health Organization (2003). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation; Vol. 916.

Worsfold, K.A., & Sheffield, J.K. (2018). Eating disorder mental health literacy: What do psychologists, naturopaths, and fitness instructors know? *Eating disorders*, 26(3), 229–247.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1397420>