

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΑΡΤΙΩΜΕΝΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΛΕΝΗ ΜΑΡΟΚΟΥ (Α.Μ.: 7450032100006)

ΤΙΤΛΟΣ: “ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ
ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ASPERGER ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ
ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ (EMPATHY)”.

Μέλη Επιτροπής:

Μέλη Επιτροπής:

Ι. Μιχόπουλος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Επιβλέπων
Ρ. Γουρνέλλης, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Μέλος
Φρ. Γονιδάκης, Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Μέλος

Αθήνα, 2024

Περίληψη

Η κλινική εμπειρία αποκαλύπτει ότι οι διατροφικές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Είναι ενδιαφέρον ότι η πιο συχνή συννοσηρότητα εντοπίζεται μεταξύ της Ψυχογενούς Ανορεξίας και του συνδρόμου Asperger. Η αυξανόμενη βιβλιογραφία συχνά υπογραμμίζει ότι μια πιο προσεκτική εξέταση του συναισθήματος και κυρίως της έννοιας της ενσυναίσθησης μεταξύ των δύο διαταραχών αποκαλύπτει μια ισχυρή συσχέτιση κοινών μοτίβων. Η παρούσα συγχρονική μελέτη, αξιολογεί το κατά πόσον ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία σκοράρουν χαμηλότερα ως προς την ικανότητα ενσυναίσθησης σε σύγκριση με ασθενείς με Διαταραχή Βουλιμίας. Αξιολογήθηκαν συνολικά 30 συμμετέχοντες που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5 για AN και 28 συμμετέχοντες που είχαν διαγνωστεί με BN. Τα ευρήματα σχετικά με την ικανότητα ενσυναίσθησης που αναμενόταν να είναι χαμηλότερη στους ασθενείς με AN συγκριτικά με τους ασθενείς με BN ήταν ασυνεπή. Συγκεκριμένα, η βασική ερευνητική υπόθεση περί του αν και κατά πόσο τα άτομα με διάγνωση διαταραχής Ψυχογενούς Ανορεξίας και διαταραχής Βουλιμίας παρουσιάζουν διαφορές ως προς την ενσυναίσθηση δεν επιβεβαιώθηκε. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι ο δείκτης μάζας σώματος, η διαμονή, η νοσηλεία και η φαρμακευτική αγωγή δεν συνιστούν προβλεπτικό παράγοντα των κοινωνικογνωστικών ελλειμμάτων και των μοτίβων συμπεριφοράς. Η πολύπλοκη φύση των διατροφικών διαταραχών δημιουργεί την ανάγκη για περαιτέρω αξιολόγηση του ζητήματος μέσω επιπρόσθετης έρευνας για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των δυσκολιών σίτισης.

Λέξεις- κλειδιά: Ψυχογενής Ανορεξία, Διαταραχή Βουλιμίας, Ενσυναίσθηση, Σύνδρομο Asperger's

Εισαγωγή

Σύμφωνα με το DSM-5 (APA, 2013), η Ψυχογενής Ανορεξία περιλαμβάνεται στις διαταραχές σίτισης και διατροφής και έχει μια σειρά κλινικών χαρακτηριστικών. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει περιορισμός της συνολικής ποσότητας της απαιτούμενης πρόσληψης τροφής, ο οποίος οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος, μη φυσιολογικό για την ηλικία, το φύλο, το αναπτυξιακό επίπεδο και τη σωματική υγεία του υποκειμένου (DSM-5, 2013). Υπάρχει επίσης έντονος φόβος για την αύξηση του σωματικού βάρους ή παρατηρείται επίμονη συμπεριφορά για τον περιορισμό της αύξησης του σωματικού βάρους, ανεξάρτητα από το ήδη σημαντικά μειωμένο επίπεδο βάρους του ατόμου. Επιπλέον, παρατηρείται διαστρέβλωση της αντίληψης

του σωματικού βάρους ή του σχήματος και επακόλουθη αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή του σχήματος στην αυτοαξιολόγηση του ατόμου ή επίμονη έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους. Τέλος, υπάρχουν δύο κλινικοί υπότυποι της διαταραχής, ανάλογα με τον τρόπο περιορισμού πρόσληψης τροφής (APA, 2013; Tauro et al., 2022). Πρόκειται για τον περιοριστικό τύπο, όπου το άτομο υποβάλλει τον εαυτό του σε κατάσταση πείνας και απειροελάχιστης πρόσληψης θερμίδων και ο καθαρτητικός τύπος, όπου μετά από περιστατικά υπερφαγίας το άτομο μετέρχεται εξισορροπιστικών συμπεριφορών, όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών και άλλων (APA, 2013; Eddy et al., 2002).

Προκειμένου να διαγνωστεί η διαταραχή χρειάζεται να υφίστανται τρία βασικά χαρακτηριστικά που συναντώνται στον εν λόγω πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται επίμονος περιορισμός της πρόσληψης τροφής, έντονος φόβος ότι το άτομο θα πάρει βάρος ή επίμονη συμπεριφορά που αποσκοπεί στην πρόληψη της αύξησης του βάρους και τέλος μια συνολική διαστρέβλωση της αυτοαντίληψης για το βάρος και το σχήμα του σώματος (DSM-5, 2013).

Όσον αφορά το Σύνδρομο Asperger (AS), ο Hans Asperger έδωσε την πρώτη περιγραφή του το 1944. Το σύνδρομο αφορούσε έναν συμπεριφορικό χαρακτηρισμό ατόμων που έχουν δυσκολίες στην επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση (Hosseini & Molla, 2022). Ωστόσο, πολύ αργότερα, το 1994, το σύνδρομο συμπεριλήφθηκε επίσημα για πρώτη φορά στα ψυχιατρικά εγχειρίδια ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία στην τέταρτη έκδοση του DSM. Εντούτοις, αφαιρέθηκε από τα διαγνωστικά εγχειρίδια περίπου 20 χρόνια αργότερα και στη συνέχεια συμπεριλήφθηκε στη γενική κατηγορία των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού (ΔΦΑ), οι οποίες αξιολογούνται με βάση τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Hosseini & Molla, 2022). Οι ΔΦΑ εκδηλώνονται με ελλείμματα επικοινωνίας, δυσκαμψία συμπεριφοράς και δυσκολίες στην αλληλεπίδραση (Rastam, 2008). Οι διαταραχές αυτές θεωρούνται νευροαναπτυξιακές με συνήθη έναρξη στην πρώιμη παιδική ηλικία.

Ιστορικά, ενώ το σύνδρομο Asperger περιλαμβάνει κοινά χαρακτηριστικά με τον αυτισμό, δεν παρουσιάζει τη συνολική καθυστέρηση λόγου και τις γνωστικές δυσλειτουργίες. Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή έχουν μέση νοημοσύνη, αλλά εμφανίζονται σωματικά αδέξια και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κοινωνική λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, στη συναισθηματική νοημοσύνη, στη μη λεκτική συναισθηματική εκδήλωση και στην ενσυναίσθηση (Kasperek-Zimowska et al., 2016). Λαμβάνοντας υπόψη τις αναφορές των ερευνητών και μια σχετική υπόθεση του Gilbert (1992), ο οποίος σημείωσε ότι η Ψυχογενής Ανορεξία θα μπορούσε να θεωρηθεί διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, φαίνεται ότι στοιχεία όπως η έλλειψη ενσυναίσθησης και περαιτέρω κοινωνικογνωστικά ελλείμματα είναι παρόντα και στις δύο διαταραχές. Υπάρχουν αξιοσημείωτες δυσκολίες στην κατανόηση και την

αντίληψη των συναισθημάτων, καθώς και στη λεκτική ή συμπεριφορική έκφρασή τους (Oldershaw et al, 2010, Westwood et al., 2016).

Στα άτομα με AN παρατηρούνται χαρακτηριστικά που μοιάζουν με αυτισμό (Westwood et al., 2016), όπως περιορισμοί στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην επικοινωνία και ένα δύσκαμπτο πρότυπο στα ενδιαφέροντα και τις συμπεριφορές, διαταραγμένη αντίληψη του εαυτού και των άλλων (Lundström et al., 2011; Baraskewich et al., 2021). Επιπλέον, διατροφικές διαταραχές όπως η άρνηση φαγητού, η επιλεκτική κατανάλωση, ο μηρυκασμός και η *pica* συνυπήρχαν σε πρώιμες απεικονίσεις ασθενών με AN (Dunoda et al, 2015). Ακόμα, σε ένα άρθρο του Odent (2010) με ερευνητικές υποθέσεις, ο συγγραφέας διατυπώνει μια σειρά ερωτημάτων σχετικά με τη βιολογική συσχέτιση του αυτισμού και της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Αποκλείει εντελώς το πεδίο της Βουλιμίας, καθώς πρόκειται για μια διαταραχή με σαφώς διαφορετικούς μηχανισμούς. Αντιθέτως, ο Odent (2010) αναφέρει ότι η Ψυχογενής Ανορεξία, η οποία δημογραφικά φαίνεται να πλήττει περισσότερο τις γυναίκες, μοιάζει με μια "γυναικεία μορφή αυτισμού". Μάλιστα, όσον αφορά στη ΔΦΑ με προσανατολισμό στον γυναικείο πληθυσμό, υπάρχουν αρκετές διαφοροδιαγνωστικές δυσκολίες. Κλινικά οι γυναίκες με ΔΦΑ διαφέρουν αρκετά από τους άνδρες, και φαίνεται μεταξύ άλλων να επικεντρώνονται πιο πολύ στο φαγητό, καθώς και στο σχήμα και το βάρος του σώματος (Rhind et al., 2014).

Η υπόθεση αυτή υποστηρίζεται και από βιολογικές αποδείξεις, οι οποίες αποκαλύπτουν ελλείμματα στην επεξεργασία της ωκυτοκίνης και στις δύο διαταραχές. Σε μελέτες που περιλάμβαναν ομάδες με άτομα που είχαν διαγνωστεί με αυτισμό, Ψυχογενής Ανορεξία, Βουλιμία και ομάδες ελέγχου, παρατηρήθηκαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ωκυτοκίνης στο αίμα τόσο της ομάδας με αυτισμό όσο και της αντίστοιχης ομάδας με Ψυχογενής Ανορεξία (Odent, 2010). Μάλιστα, οι ερευνητές παρατήρησαν περιγεννητικές ομοιότητες τόσο κατά την εμβρυϊκή ζωή όσο και από κλινική και θεραπευτική σκοπιά. Επιπλέον, στο ίδιο άρθρο επισημαίνεται το κοινό χαρακτηριστικό της προσκόλλησης σε κανόνες και λεπτομέρειες, το οποίο συναντάται αφενός στη Ψυχογενής Ανορεξία και αφετέρου στο φάσμα του αυτισμού (Odent, 2010).

Επιπροσθέτως, φαίνεται ότι οι ασθενείς με AN, οι οποίοι έλαβαν το Ερωτηματολόγιο για το φάσμα του Αυτισμού (AQ), το οποίο ανιχνεύει τα χαρακτηριστικά του φάσματος, σκόραραν υψηλότερη βαθμολογία από την αναμενόμενη κανονική. Μάλιστα, το παραπάνω έχει διαπιστωθεί σε αρκετές μελέτες (Rhind et al., 2014). Τέλος, έχουν διαπιστωθεί πολλά κοινά διατροφικά μοτίβα μεταξύ ατόμων με ΔΦΑ και αποφευκτικού/ περιοριστικού τύπου διατροφική διαταραχή (ARFID) (Dovey et al., 2019). Το παραπάνω επιβεβαιώνεται και σε άλλες έρευνες όπου παιδιά με ΔΦΑ, εμφάνιζαν σε μεγαλύτερη συχνότητα άτυπες διατροφικές διαταραχές με συμπεριφορές σίτισης που περιλάμβαναν περιορισμό κάποιων τροφών, αποφυγή ή άρνηση πρόσληψής τους, καθώς και φοβία ή μειωμένο

ενδιαφέρον για δοκιμή καινούργιων τροφών (Kozak et al., 2023, Watts et al., 2023). Αυτές οι διαταραχές σίτισης συνυπήρχαν με επικοινωνιακά ελλείμματα και δυσκολίες στη συναισθηματική έκφραση.

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Στην παρούσα συγχρονική μελέτη, οι 30 συμμετέχοντες που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5 για την ψυχογενή Ανορεξία συγκρίθηκαν με τους 28 συμμετέχοντες που διαγνώστηκαν με διαταραχή Βουλμίας. Και οι δύο ομάδες αποτελούνταν από ενήλικες, η μέση ηλικία τους ήταν περίπου τα 27 έτη και ένας από αυτούς ήταν άνδρας και 57 ήταν γυναίκες.

Διαδικασία

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα νοσοκομεία "Αττικών" και "Αιγινήτειο" και στο κέντρο ημέρας "Ανάσα", τα οποία βρίσκονται στην Αθήνα. Διαδικασία. Όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν τη συγκατάθεσή τους και συμπλήρωσαν δύο ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς μαζί με κλινικές και δημογραφικές πληροφορίες.

Πιο συγκεκριμένα, τα δύο ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Διατροφικών Διαταραχών (EDE-Q) το οποίο μετρά το εύρος και τη σοβαρότητα των διατροφικών διαταραχών καθώς και το Πηλίο Ενσυναίσθησης (EQ) το οποίο ανιχνεύει την ενσυναίσθηση σε μια σειρά κοινωνικών καταστάσεων. Τέλος, τα δημογραφικά στοιχεία που συμπλήρωσαν οι συμμετέχοντες, περιλάμβαναν τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), το φύλο, το ιστορικό νόσου (διάρκεια νόσου, νοσηλεία/ες, λήψη φαρμακευτικής αγωγής), τον τόπο διαμονής (αστική, αγροτική/ημιαστική περιοχή), τις συνθήκες διαβίωσης (μόνος, με τους γονείς κ.λπ.), την εκπαίδευση (υποχρεωτική, δευτεροβάθμια, τεχνολογική, πανεπιστημιακή) και την επαγγελματική κατάσταση του συμμετέχοντα (εργαζόμενος, άνεργος, συνταξιούχος).

Το Ερωτηματολόγιο Διατροφής (EDE-Q έκδοση 6.0)

Το ερωτηματολόγιο διατροφής δημιουργήθηκε από τους Cooper & Fairburn το 1987 και ξεκίνησε ως μια ημι-δομημένη συνέντευξη κατή την οποία πραγματοποιείται από έναν κλινικό η αξιολόγηση της διατροφικής διαταραχής. Έκτοτε έχουν προκύψει διάφορες εκδόσεις του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα συνιστά την έκδοση 6.0 του EDE-Q (Pliatskidou et al. 2015).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αξιολογεί τις στάσεις και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 28 ερωτήσεις. Για να προκύψει η τελική βαθμολογία, υπολογίζονται τόσο η συνολική βαθμολογία όσο και οι 4 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου (περιορισμός, ανησυχία για το φαγητό, ανησυχία για το σχήμα του σώματος, ανησυχία για το σωματικό βάρος). Επιπλέον, βαθμολογείται και η συχνότητα των 6 τύπων επεισοδίων διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς (Pliatskidou et al. 2015). Τέτοια επεισόδια είναι η κατανάλωση ασυνήθιστα μεγάλων ποσοτήτων τροφής, οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές, ο αυτοπροκαλούμενος έμετος, η καταναγκαστική άσκηση και η κατάχρηση καθαρτικών.

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Pliatskidou et al. (2015). Πιο συγκεκριμένα, η ελληνική έκδοση του EDE-Q παρουσιάζει ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια με τον δείκτη Cronbach's alpha για τις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ του EDE-Q να κυμαίνεται από 0,71 έως 0,91.

Το πηλίκιο ενσυναίσθησης (EQ)

Το Πηλίκιο Ενσυναίσθησης (EQ) είναι ένα μέτρο αυτοαναφοράς της ενσυναίσθησης που απευθύνεται σε ενήλικες με φυσιολογική νοημοσύνη. Ιστορικά ο όρος χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1987 από τον Keith Beasley και στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από τους Simon Baron-Cohen και Sally Wheelwright (Reloj, 2015). Το EQ μετρά την έννοια της ενσυναίσθησης και πιο συγκεκριμένα τη Γνωστική Ενσυναίσθηση, τη Συναισθηματική Ενσυναίσθηση και τις Κοινωνικές Δεξιότητες. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ευαισθησία ως προς το φύλο και τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές, ιδίως τη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΦΑ).

Στην παρούσα έρευνα με αυτό το ερωτηματολόγιο, η βαθμολογία των υπό μελέτη κλινικών πληθυσμών θα μετρηθεί και θα συγκριθεί με αντίστοιχους δείκτες που είναι ενδεικτικοί της ΔΦΑ. Η κλίμακα περιλαμβάνει 60 στοιχεία και οι πιθανές βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 80, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να απεικονίζουν υψηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης. Το EQ έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Pehlivanidis et al. (2020) με τον υπολογισμένο συντελεστής άλφα του Cronbach να είναι υψηλός. ($\alpha = 0.928$).

Στατιστική ανάλυση

Στην αρχή των αποτελεσμάτων παρουσιάζεται το πλήθος των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, καθώς και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ανά ομάδα μέσω περιγραφικών στατιστικών

δεικτών. Όλες οι μεταβλητές ελέχθηκαν ως προς την κανονική κατανομή και την ομοιογένεια της διακύμανσης. Κατά συνέπεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της κανονικότητας του δείγματος, όπου διαπιστώθηκε ότι η κλίμακα EDE-Q ακολουθεί την κανονική κατανομή. Ωστόσο, δεν συμβαίνει το ίδιο και με την κλίμακα EQ, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή. Όσον αφορά στην αξιοπιστία και στην εγκυρότητα της έρευνας, πραγματοποιήθηκε χρήση του υπολογισμού του συντελεστή α του Cronbach, με τις κλίμακες EDE-Q και EQ να παρουσιάζουν υψηλή αξιοπιστία (78 και 80 αντίστοιχα).

Αναφορικά με τις ερευνητικές υποθέσεις, σχετικά με την πρώτη υπόθεση για να εξεταστεί η διαφορά που παρουσιάζουν τα άτομα με AN και τα άτομα με BN ως προς την ενσυναίσθηση διενεργήθηκε έλεγχος t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση αφορούσε το αν και κατά πόσο η διάγνωση της Βουλμίας και της ψυχογενούς Ανορεξίας, ο ΔΜΣ, η διαμονή, η νοσηλεία και η φαρμακευτική αγωγή συνδέονται με παρόμοια κοινωνικογνωστικά ελλείμματα και μοτίβα συμπεριφοράς. Προς εξέταση της παραπάνω υπόθεσης εφαρμόστηκε πολλαπλή παλινδρόμηση. Προκειμένου να ερευνηθεί περαιτέρω το αν η AN και η BN διαφέρουν ως προς την υποκλίμακα «ανησυχία για το σχήμα του σώματος» της κλίμακας EDE-Q, διενεργήθηκε επίσης έλεγχος t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Ομοίως, μέσω t-test ελέχθηκαν οι διαφορές των ομάδων και ως προς την υποκλίμακα “συγκράτησης” του EDE-Q, που αφορά και στην τελευταία ερευνητική υπόθεση.

Ηθική και Δεοντολογία

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε ιδιαίτερη μέριμνα σε θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας, με προστασία των δικαιωμάτων των υποκειμένων των δεδομένων. Τηρήθηκε ανωνυμοποίηση όλων των δεδομένων και αντλήθηκαν τα λιγότερα δυνατά στοιχεία που χρειάζονται για την ομαλή διεξαγωγή της μελέτης. Επιπλέον, τα υποκείμενα των δεδομένων ενημερώθηκαν αναλυτικά για την έρευνα, τους σκοπούς και την διαδικασία και δόθηκε φόρμα συγκατάθεσης και επιπλέον έντυπο ενημερωτικό υλικό προκειμένου να λάβουν γνώση των δικαιωμάτων τους κατά την συμμετοχή τους στην διαδικασία. Η έρευνα υπήρξε απολύτως εμπιστευτική, η συμμετοχή ήταν εθελοντική και η προστασία των υποκειμένων διασφαλίστηκε με κάθε μέσο.

Αποτελέσματα

Στη συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν χωρίστηκαν σε δύο υποενότητες, όπου στην πρώτη θα παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία και στη δεύτερη τα στοιχεία

από την επαγωγική ανάλυση. Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS (Version 28.0).

Περιγραφική στατιστική

Δημογραφικά στοιχεία

Πίνακας 1

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητές		n	%	M.O.	T.A.
Φύλο	Γυναίκες	57	98,3		
	Άνδρες	1	1,7		
Ηλικία				26,76	7,26
ΔΜΣ				18,87	3,36
Τόπος Κατοικίας	Αστική	44	75,9		
	Ημιαστική	13	22,4		
	Αγροτική	1	1,7		
Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια	7	12,1		
	Τριτοβάθμια	51	87,9		
Παντρεμένος/-η	Όχι	54	93,1		
	Ναι	4	6,9		
Παιδιά	Όχι	54	93,1		
	Ναι	4	6,9		
Εργασία	Εργαζόμενος	23	39,7		
	Άνεργος	17	29,3		
	Φοιτητής	18	31,0		
Διαμονή	Μόνος	15	25,9		
	Με οικογένεια	27	46,6		
	Με σύντροφο	6	10,3		
	Με συγκάτοικο	10	17,2		
Διάγνωση	Ανορεξία	30	51,7		
	Βουλμία	28	48,3		
Έναρξη νόσου				6,65	5,70

Νοσηλεία	Όχι	46	79,3		
	Ναι	12	20,7		
Φορές νοσηλείας				0,53	1,55
Φαρμακευτική αγωγή	Όχι	33	56,9		
	Ναι	24	41,4		
	2	1	1,7		

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά όλα τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 58 συμμετέχοντες, εκ των οποίων οι 57 είναι γυναίκες (98,3%) και 1 είναι άνδρας (1,7%). Φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία αποτελείται από γυναίκες. Οι συμμετέχοντες είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 26.76 έτη (Τ.Α.= 7.26). Ο μέσος όρος του δείκτη μάζας σώματος των συμμετεχόντων ισούται με 18.87 (Τ.Α.= 3.36).

Στον Πίνακα 1 καταδεικνύεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διαμένει σε αστική περιοχή σε ποσοστό το οποίο ανέρχεται στο 75,9% (44 συμμετέχοντες), ενώ η μειοψηφία σε αγροτική περιοχή σε ποσοστό 1,7% (1 συμμετέχων). Επίσης, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος έχει κατακτήσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση σε ποσοστό 87,9%, ενώ το 12,1% έχει ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ακόμη, παρατηρείται ότι το 93,1% (54 συμμετέχοντες) του δείγματος δεν έχει παντρευτεί και σε αντίστοιχο ποσοστό δεν έχει αποκτήσει παιδιά, ενώ το 6,9% (4 συμμετέχοντες) έχει παντρευτεί και έχει παιδιά.

Όσον αφορά στην επαγγελματική κατάσταση, βρέθηκε ότι το 39,7% (23 συμμετέχοντες) εργάζεται, το 29,3% (17 συμμετέχοντες) είναι άνεργο, ενώ το 31% (18 συμμετέχοντες) σπουδάζει. Σχετικά με τη διαμονή, η πλειοψηφία του δείγματος μένει με την οικογένειά σε ποσοστό 46,6% (27 συμμετέχοντες), ενώ μόλις το 10,3% (6 συμμετέχοντες) συζεί με τον/την σύντροφό του/της. Αναφορικά με την διάγνωση, το δείγμα σχεδόν ισομοιράζεται μεταξύ Βουλιμίας και Ψυχογενούς Ανορεξίας, σε ποσοστά 48,3% και 51,7% αντίστοιχα, και σχετικά με την νοσηλεία, μόλις το 20,7% του συνόλου του δείγματος έχει νοσηλευτεί και οι φορές νοσηλείας κατά μέσο όρο αντιστοιχούν σε 0.53 φορές (Τ.Α.=1.55). Τέλος, το 56,9% των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα δεν λαμβάνει καμία φαρμακευτική αγωγή, το 41,4% λαμβάνει, ενώ το 1,7% λαμβάνει και μάλιστα 2 φάρμακα. Παρακάτω ακολουθεί ο Πίνακας 2. που παρουσιάζονται τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και ανά ομάδα.

Πίνακας 2

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά ομάδα

Μεταβλητές		Ψυχογενής Ανορεξία n= 30				Βουλμία n= 28				P (statistical significance)
		n	%	M.O.	T.A.	n	%	M.O.	T.A.	
Φύλο	Γυναίκες	29	96,7			28	100			0,33
	Άνδρες	1	3,3			0	0			0,33
Ηλικία				26,5	8,64			27,04	5,56	0,78
ΔΜΣ				16,74	2,68			21,16	2,39	<0,001
Τόπος Κατοικίας	Αστική	24	80			20	71,4			0,50
	Ημιαστική	6	20			7	25			0,50
	Αγροτική	0	0			1	3,6			0,50
Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια	6	20			1	3,6			0,055
	Τριτοβάθμια	24	80			27	96,4			0,055
Παντρεμένος/- η	Όχι	26	86,7			28	100			0,045
	Ναι	4	13,3			0	0			0,045
Παιδιά	Όχι	26	86,7			28	100			0,045
	Ναι	4	13,3			0	0			0,045
Εργασία	Εργαζόμενος	11	36,7			12	42,9			0,15
	Άνεργος	12	40			5	17,9			0,15
	Φοιτητής	7	23,3			11	39,3			0,15
Διαμονή	Μόνος	7	23,3			8	28,6			0,11
	Με οικογένεια	17	56,7			10	35,7			0,11
	Με σύντροφο	4	13,3			2	7,1			0,11
	Με συγκάτοικο	2	6,7			8	28,6			0,11
Έναρξη νόσου				6,55	7,22			6,75	3,51	0,89
Νοσηλεία	Όχι	21	70			25	89,3			0,07
	Ναι	9	30			3	10,7			0,07
Φορές νοσηλείας				0,83	2,04			0,21	0,63	0,12
Φαρμακευτική αγωγή	Όχι	14	46,7			19	67,9			0,11

Ναι	16	53,3	8	28,6	0,11
2	0	0	1	3,6	0,11

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται αναλυτικά όλα τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά ομάδα. Για τον σκοπό αυτό, εφαρμόστηκε το στατιστικό τεστ χ^2 αναφορικά με τη διάγνωση.

Στον Πίνακα 2 φαίνεται ότι και οι 28 συμμετέχοντες που έχουν λάβει διάγνωση Βουλμίας είναι γυναίκες (28 συμμετέχοντες), και η συντριπτική πλειοψηφία αυτών έχει κατακτήσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση σε ποσοστό 96,4%. Επίσης, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος έχει κατακτήσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση σε ποσοστό 87,9%, ενώ το 12,1% έχει ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ακόμη, παρατηρείται ότι το 93,1% (54 συμμετέχοντες) του δείγματος δεν έχει παντρευτεί και σε αντίστοιχο ποσοστό δεν έχει αποκτήσει παιδιά, ενώ το 6,9% (4 συμμετέχοντες) έχει παντρευτεί και έχει παιδιά. Όσον αφορά στην επαγγελματική δραστηριότητα φαίνεται ότι και στις δύο ομάδες το ποσοστό των εργαζομένων είναι σε παρόμοιο επίπεδο, με τα άτομα που έχουν λάβει διάγνωση BN να εργάζονται σε ποσοστό 42,9% που είναι ελαφρώς μεγαλύτερο σε σχέση με τα άτομα που έχουν λάβει διάγνωση AN, που το ποσοστό ανέρχεται στο 36,7%.

Σχετικά με τη μεταβλητή που αφορά στον γάμο, βρέθηκε ότι η διάγνωση των ατόμων με AN και των ατόμων με BN δεν είναι ανεξάρτητη του να είναι κάποιος παντρεμένος. Αναλυτικότερα, σχετικά με την κατάσταση του γάμου το p ισούταν με 0,045, με αποτέλεσμα να μπορούμε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση, η οποία υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διάγνωσης και γάμου. Κατ' αντιστοιχία όσον αφορά στο να έχει κάποιος παιδιά, το p βρέθηκε επίσης κάτω από 0,05 ($p=0,045$), και ως εκ τούτου η διάγνωση των ατόμων με AN και των ατόμων με BN δεν είναι ανεξάρτητη του να έχει κάποιος παιδιά και συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση.

Επιπροσθέτως, στον Πίνακα 2 εφαρμόστηκε t -test μεταξύ της διάγνωσης και των ποσοτικών μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι μόνο μεταξύ του ΔΜΣ και της διάγνωσης το τεστ είναι στατιστικώς σημαντικό, καθώς το p είναι μικρότερο από 0.001. Επομένως, γίνεται δεκτή η εναλλακτική υπόθεση (έναντι της μηδενικής), η οποία υποστηρίζει ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των ατόμων με AN και BN. Συγκεκριμένα, το αποτέλεσμα του τεστ έδειξε ότι ο μέσος όρος των ατόμων με Βουλμία (21,16) είναι μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των ατόμων με Ανορεξία (16,74). Τέλος, το Levene's test βρέθηκε να μην είναι στατιστικώς σημαντικό, επομένως ισχύει η ομοιογένεια των διακυμάνσεων των παρατηρήσεων και έτσι τα δείγματα μπορούν να θεωρηθούν ανεξάρτητα. Στις υπόλοιπες ποσοτικές

μεταβλητές, δεν μπορούμε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση, διότι το p βρέθηκε μεγαλύτερο από 0.05.

Πίνακας 3

Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες των Υπό Μελέτη Κλιμάκων

	M.O.	T.A.
Συνολικό σκορ της κλίμακας EDEQ	3,53	1,23
Υποκλίμακα «περιορισμός» της κλίμακας EDEQ	3,01	1,55
Υποκλίμακα «ανησυχία για την διατροφή» της κλίμακας EDEQ	3,05	1,29
Υποκλίμακα «ανησυχία για το σχήμα του σώματος» της κλίμακας EDEQ	4,15	1,43
Υποκλίμακα «ανησυχία για το βάρος» της κλίμακας EDEQ	3,92	1,46
Συνολικό σκορ της κλίμακας EQ	54,93	8,93

Στον πίνακα 3. απεικονίζονται οι μέσοι και οι τυπικές αποκλίσεις των δύο κλιμάκων, καθώς και οι 4 υποκλίμακες της μιας από αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η κλίμακα EDE-Q έχει μέσο όρο που αντιστοιχεί στο 3.53 (T.A.= 1.23), το οποίο πιστοποιεί την ύπαρξη διατροφικής διαταραχής (Ψυχογενούς Ανορεξίας ή Βουλιμίας), καθώς είναι μεγαλύτερο από το σκορ 2.8 που είναι το ελάχιστο σκορ για να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη διατροφικής διαταραχής (Ψυχογενούς Ανορεξίας ή Βουλιμίας). Αναφορικά με τις υποκλίμακες της κλίμακας EDE-Q, βρέθηκε ότι η πρώτη που είναι της «συγκράτησης» έχει μέσο όρο 3.01 (T.A.= 1.55), η υποκλίμακα για την «ανησυχία για την διατροφή» 3.05 (T.A.= 1.29), η υποκλίμακα για την «ανησυχία για το σχήμα του σώματος» 4.15 (T.A.= 1.43) και η τελευταία υποκλίμακα, «ανησυχία για το βάρος» έχει μέσο όρο που αντιστοιχεί στο 3.92 (T.A.= 1.46). Αντίστοιχα, ο μέσος όρος της κλίμακας EQ (Πηλίκιο Ενσυναίσθησης) είναι 54,93 (T.A.=8,93), το οποίο είναι μεταξύ του διαστήματος 53-63 και αυτό αντιστοιχεί σε άτομα που έχουν αρκετά καλή ικανότητα να κατανοούν πώς αισθάνονται οι άλλοι άνθρωποι και να αντιδρούν κατάλληλα. Επίσης, γνωρίζουν πώς να συμπεριφέρονται στους άλλους ανθρώπους με φροντίδα και ευαισθησία.

Επαγωγική στατιστική

Έλεγχος κανονικότητας του δείγματος

Πριν πραγματοποιηθούν οι παραμετρικές δοκιμές κρίθηκε αναγκαίο να γίνει ο απαραίτητος έλεγχος για να διαπιστωθεί εάν οι δύο κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην εν λόγω μελέτη ακολουθούν κανονική κατανομή. Εν συνεχεία, παρουσιάζονται τα δεδομένα όπως προέκυψαν από τον έλεγχο κανονικότητας του δείγματος αναφορικά με τις δύο κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Στον πίνακα 4 φαίνεται ότι η κλίμακα EDE-Q για τις Διατροφικές Διαταραχές ακολουθεί κανονική κατανομή, καθώς το αποτέλεσμα p του τεστ των Kolmogorov-Smirnov είναι μεγαλύτερο από 0.05, με αποτέλεσμα να γίνεται δεκτή η μηδενική υπόθεση, η οποία υποστηρίζει ότι τα δεδομένα της κλίμακας κατανέμονται κανονικά. Επομένως, εφόσον τα δεδομένα της κλίμακας κατανέμονται κανονικά, ακολούθως μπορούν να εκτελεστούν κανονικά οι παραμετρικοί έλεγχοι.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο EQ (Πηλίο Ενσυναίσθησης), φάνηκε ότι δεν ακολουθεί κανονική κατανομή, καθώς το αποτέλεσμα p του τεστ των Kolmogorov-Smirnov είναι μικρότερο από 0.05, με αποτέλεσμα να μπορούμε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση, η οποία υποστηρίζει ότι τα δεδομένα της κλίμακας κατανέμονται κανονικά. Έτσι, τα δεδομένα της συγκεκριμένης κλίμακας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Ωστόσο, επειδή το δείγμα μας είναι μεγάλο ($n > 30$), θα θεωρήσουμε ότι τα δεδομένα της κλίμακας ακολουθούν κανονική κατανομή και θα χρησιμοποιήσουμε κανονικά τους παραμετρικούς ελέγχους.

Πίνακας 4

Έλεγχος κανονικής κατανομής Kolmogorov-Smirnov

	Στατιστικός έλεγχος	p (2-tailed)
Total EDE-Q	0,09	0,20
Total EQ	0,13	0,01

a. Lilliefors Significance Correction

Αξιοπιστία και εγκυρότητα έρευνας

Η αξιοπιστία και εγκυρότητα θεωρούνται τα κυριότερα στοιχεία που υποστηρίζουν την ακρίβεια και την ποιότητα μιας έρευνας. Εν προκειμένω, για τον έλεγχο της αξιοπιστίας έγινε χρήση του υπολογισμού του συντελεστή α του Cronbach, ο οποίος ελέγχει την εσωτερική συνέπεια μεταξύ των μεταβλητών που απαρτίζουν μια κλίμακα. Οι τιμές του συντελεστή α του Cronbach κυμαίνονται από 0

μέχρι το 1. Εφόσον, οι τιμές είναι μεγαλύτερες από 0,7, το ερωτηματολόγιο θεωρείται ότι έχει καλή εσωτερική συνέπεια (Πίνακας 5).

Πιο συγκεκριμένα, ο συντελεστής α του Cronbach για την κλίμακα EDE-Q βρέθηκε να αντιστοιχεί σε ποσοστό 78%, άρα είναι μεγαλύτερο από το 70% που απαιτείται για να θεωρηθεί αξιόπιστο. Ακόμα, υπολογίστηκε ο συντελεστής α του Cronbach για την κάθε υποκλίμακα του EDE-Q ξεχωριστά με τα σκορ να είναι 77% για την υποκλίμακα του «περιορισμού», 61% για την υποκλίμακα της «ανησυχίας για τη διατροφή», 86% για την υποκλίμακα «ανησυχία για το σχήμα του σώματος» και 76% για την υποκλίμακα «ανησυχία για το βάρος». Επομένως, τόσο για τις υποκλίμακες για τον «περιορισμό» και την «ανησυχία για το βάρος», ο συντελεστής Chronbach's α είναι μεταξύ του διαστήματος 0,7-0,8 και επομένως υπάρχει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια. Καλή εσωτερική συνέπεια επιδεικνύει η υποκλίμακα για την «ανησυχία για το σχήμα του σώματος» ($\alpha = 0,86$), ενώ αμφισβητήσιμο κρίνεται το σκορ για την υποκλίμακα της «ανησυχίας για τη διατροφή» ($\alpha = 0,61$) που είναι χαμηλότερο από 0,7. Τέλος, ο συντελεστής α του Cronbach για την κλίμακα EQ παρουσιάζει ποσοστό που αντιστοιχεί στο 80%, οπότε είναι επίσης μεγαλύτερος από 70%. Επομένως, και η κλίμακα EQ πληροί τα κριτήρια για να θεωρηθεί αξιόπιστη (Πίνακας 5).

Πίνακας 5
Έλεγχος αξιοπιστίας

	Cronbach's alpha	N of Items
Συνολικό σκορ της κλίμακας EDEQ	0,78	28
Υποκλίμακα «περιορισμός» της κλίμακας EDEQ	0,77	5
Υποκλίμακα «ανησυχία για την διατροφή» της κλίμακας EDEQ	0,61	5
Υποκλίμακα «ανησυχία για το σχήμα του σώματος» της κλίμακας EDEQ	0,86	8
Υποκλίμακα «ανησυχία για το βάρος» της κλίμακας EDEQ	0,76	5
Συνολικό σκορ της κλίμακας EQ	0,80	40

Αποτελέσματα των ερευνητικών υποθέσεων

1η Ερευνητική υπόθεση: *Αν και κατά πόσο τα άτομα με διάγνωση διαταραχής Ψυχογενούς Ανορεξίας και διαταραχής Βουλιμίας παρουσιάζουν διαφορές ως προς την ενσυναίσθηση.*

Στον πίνακα 6 φαίνεται ότι ο μέσος όρος των ατόμων που έχουν την διάγνωση της ψυχογενούς Ανορεξίας και αυτών με διαταραχή Βουλιμίας διαφέρει ως προς την κλίμακα του Πηλίκου της Ενσυναίσθησης. Συγκεκριμένα, με την διενέργεια ελέγχου t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, ο μέσος όρος των ατόμων με AN είναι 55,53 (T.A.= 8,76), μεγαλύτερος σε σχέση με τον μέσο όρο των ατόμων με BN, ο οποίος είναι ίσος με 54,29 (T.A.= 9,23) ως προς την ενσυναίσθηση. Ακόμη, το Levene's test έχει $p=0.51 > 0.05$, άρα ισχύει η ομοιογένεια των διακυμάνσεων και γίνονται δεκτά ως έγκυρα τα αποτελέσματα του t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Εντούτοις, η διαφορά που παρατηρείται μεταξύ των δύο μέσων όρων δεν είναι στατιστικώς σημαντική, καθώς $t(56)=0,53$, $p=0.6 > 0.05$ και δεν μπορεί να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση, η οποία υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ατόμων με AN και των ατόμων με BN ως προς την ενσυναίσθηση.

Πίνακας 6

Σύγκριση μέσων όρων των ατόμων με ψυχογενή Ανορεξία και αυτών με Βουλιμία ως προς την ενσυναίσθηση

	Ψυχογενής Ανορεξία		Βουλιμία		t	p
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
Συνολικό EQ	55,53	8,76	54,29	9,23	0,53	0,60

2η Ερευνητική υπόθεση: *Αν και κατά πόσο η διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Βουλιμίας, ο ΔΜΣ, η διαμονή, η νοσηλεία και η φαρμακευτική αγωγή συνδέονται με παρόμοια κοινωνικογνωστικά ελλείμματα και μοτίβα συμπεριφοράς.*

Για τον έλεγχο της 2ης ερευνητικής υπόθεσης πραγματοποιήθηκε πολλαπλή παλινδρόμηση που επιτρέπει να προβλεφθούν τα κοινωνικογνωστικά ελλείμματα και τα μοτίβα της συμπεριφοράς που αξιολογούνται μέσω του συνολικού σκορ της κλίμακας EQ και βασίζονται στις τιμές των εξής μεταβλητών: διάγνωση, ΔΜΣ, διαμονή, νοσηλεία και φαρμακευτική αγωγή. Κατόπιν διερεύνησης των παραπάνω παραγόντων φάνηκε ότι καμία από τις μεταβλητές δεν σχετίζεται με κοινωνικογνωστικά ελλείμματα και μοτίβα της συμπεριφοράς. Αναλυτικότερα, με

την εφαρμογή πολλαπλής παλινδρόμησης η τιμή της Ανονα ισούται με $p = 0.514 > 0.05$, άρα δεν είναι στατιστικώς σημαντικό το αποτέλεσμα αυτής. Συγκεκριμένα, το μοντέλο αυτό εξηγεί το 7,6% της μεταβλητότητας (R^2). Επίσης, οι προς εξέταση μεταβλητές, δηλαδή η διάγνωση ($p = 0.899 > 0.05$), ο ΔΜΣ ($p = 0.453 > 0.05$), η διαμονή ($p = 0.623 > 0.05$), η νοσηλεία ($p = 0.164 > 0.05$), η φαρμακευτική αγωγή ($p = 0.099 > 0.05$) δεν είναι στατιστικώς σημαντικά και άρα δεν μπορούν να συσχετιστούν αντίστοιχα με τα κοινωνικογνωστικά ελλείμματα και τα μοτίβα της συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 7).

Πίνακας 7

Η πρόβλεψη της ύπαρξης κοινωνικογνωστικών ελλειμάτων και τα μοτίβων συμπεριφοράς από τη διάγνωση, τον ΔΜΣ, τη διαμονή, τη νοσηλεία και τη φαρμακευτική αγωγή

	B	SE B	p
Διάγνωση	0,416	0,023	0,899
ΔΜΣ	-0,375	-0,141	0,453
Διαμονή	-0,592	-0,067	0,623
Νοσηλεία	-4,562	-0,209	0,164
Φαρμακευτική αγωγή	3,975	0,237	0,099

$R^2 = 0,076$, $F = 0,860$, $p = 0,514 > 0,05$

3η Ερευνητική υπόθεση. *Αν τα άτομα με διάγνωση διαταραχής Ψυχογενούς Ανορεξίας και διαταραχής Βουλμίας παρουσιάζουν διαφορές ως προς την υποκλίμακα «ανησυχία για το σχήμα του σώματος» της κλίμακας EDE-Q.*

Στον πίνακα 8. απεικονίζεται το αποτέλεσμα της διενέργειας ελέγχου t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη σύγκριση του μέσου όρου μεταξύ των ατόμων που έχουν την διάγνωση της ψυχογενούς Ανορεξίας και αυτών της διαταραχής Βουλμίας ως προς την υποκλίμακα «ανησυχία για το σχήμα του σώματος» της κλίμακας EDE-Q. Αναλυτικότερα, το αποτέλεσμα του συγκεκριμένου τεστ έδειξε ότι ο μέσος όρος των ατόμων με ΑΝ (Μ.Ο.= 3.83, Τ.Α.= 1.57) είναι μικρότερος σε σχέση με τον μέσο όρο των ατόμων με Βουλμία, που είναι ίσος με 4.50 (Τ.Α.= 1.20) ως προς την ανησυχία για το σχήμα του σώματος. Αναφορικά με το Levene's test, αυτό βρέθηκε να έχει $p = 0.259 > 0.05$, άρα ισχύει η ομοιογένεια των διακυμάνσεων και γίνονται δεκτά ως έγκυρα τα αποτελέσματα του t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Ωστόσο, η διαφορά που παρατηρείται μεταξύ των δύο μέσων όρων δεν είναι στατιστικώς σημαντική, καθώς $t(56) = -1.83$, $p = 0.072 > 0.05$. Επομένως, δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, η οποία υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ατόμων με ΑΝ και των ατόμων με ΒΝ ως προς την ανησυχία για το σχήμα του σώματος.

Πίνακας 8

Σύγκριση μέσων όρων των ατόμων με Ψυχογενή Ανορεξία και αυτών με Βουλιμία ως προς την ανησυχία για το σχήμα του σώματος

	Ψυχογενής Ανορεξία		Βουλιμία		T	p
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
Συνολικό σκορ υποκλίμακας για «Ανησυχία για το σχήμα του σώματος»	3,83	1,57	4,50	1,20	-1,83	0,072

4η Ερευνητική υπόθεση. Αν και κατά πόσο τα άτομα με διάγνωση διαταραχής Ψυχογενούς Ανορεξίας και διαταραχής Βουλιμίας παρουσιάζουν διαφορές ως προς την υποκλίμακα «περιορισμού» της κλίμακας EDE-Q.

Για τη διερεύνηση της 4ης ερευνητικής υπόθεσης είναι απαραίτητη η διενέργεια ελέγχου t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, έτσι ώστε να μπορούν να συγκριθούν οι μέσοι όροι των ατόμων με AN και BN ως προς την υποκλίμακα «περιορισμού» της κλίμακας EDE-Q. Στα αποτελέσματα του συγκεκριμένου τεστ φάνηκε ότι ο μέσος όρος των ατόμων με AN είναι M.O.= 3.07 (T.A.= 1.93), ο οποίος είναι ελαφρώς μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των ατόμων με BN, που ισούται με 2.95 (T.A.= 1.02) ως προς την συγκράτηση. Ακόμη, το Levene's test έχει $p < 0.05$, άρα δεν ισχύει η ομοιογένεια των διακυμάνσεων. Σχετικά με την διαφορά που παρατηρείται μεταξύ των δύο μέσων όρων, αυτή φάνηκε να μην είναι στατιστικώς σημαντική, καθώς $t(44.709) = 0.306$, $p = 0.761 > 0.05$ και έτσι απορρίπτεται η εναλλακτική υπόθεση, η οποία υποστηρίζει ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των ατόμων με AN και των ατόμων με BN ως προς την συγκράτηση (Πίνακας 9.).

Πίνακας 9

Σύγκριση μέσων όρων των ατόμων με ψυχογενής Ανορεξία και αυτών με Βουλιμία ως προς την συγκράτηση

	Ψυχογενής Ανορεξία		Βουλιμία		T	p
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		

Συνολικό σκορ υποκλίμακας για τον «Περιορισμό»	3,07	1,93	2,95	1,02	0,306	0,761
--	------	------	------	------	-------	-------

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης καθίσταντο η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ του συνδρόμου Asperger και της διαταραχής της Ψυχογενούς Ανορεξίας ως προς την ενσυναίσθηση (empathy) και τα κοινωνικογνωστικά ελλείμματα.

Σχετικά λοιπόν με τη βασική ερευνητική υπόθεση περί του αν και κατά πόσο τα άτομα με διάγνωση διαταραχής Ψυχογενούς Ανορεξίας και διαταραχής Βουλιμίας παρουσιάζουν διαφορές ως προς την ενσυναίσθηση αυτή δεν επιβεβαιώθηκε. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0.6 > 0.05$) μεταξύ των δύο πληθυσμών. Το παραπάνω εύρημα δεν είναι σε συμφωνία με την επικρατούσα βιβλιογραφία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη συγχυτικών παραγόντων, αλλά και στον σχετικά μικρό αριθμό των περιπτώσεων που συμπεριλήφθηκαν τα οποία χρειάζεται να ληφθούν υπόψιν κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Μία ακόμα πιθανή εξήγηση ενδεχομένως να αφορά στα λίγα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και στο γεγονός ότι ήταν αυτοαναφορικά. Σύμφωνα με τον Baron-Cohen και Wheelwright (2004), η ενσυναίσθηση τείνει να επηρεάζεται τόσο από τα διατομικά χαρακτηριστικά όσο και από τις τρέχουσες συνθήκες, με αποτέλεσμα το αυτοαναφορικό εργαλείο να είναι ευαίσθητο σε τέτοιες αλλαγές. Ακόμα, το γεγονός ότι το EQ αξιολογεί μόνο τις προσωπικές πεποιθήσεις ως προς την ενσυναίσθηση είναι σημαντικός περιορισμός. Αυτό συμβαίνει διότι, πολλές φορές οι απαντήσεις προσαρμόζονται σύμφωνα με το κοινωνικά επιθυμητό, ή την συνολική αντίληψη του ατόμου σχετικά με το πώς θα ήθελε να τον αντιλαμβάνονται οι άλλοι ή πως αντιλαμβάνεται τον εαυτό του. Σε έρευνα του Konstantakopoulos et al., 2021 σημειώνεται ότι οι ασθενείς με ψυχογενή Ανορεξία και χαμηλότερο ΔΜΣ είχαν την τάση να σκοράρουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης, το οποίο μπορεί να συνδέεται με φτωχό αναστοχασμό και ανακριβή αυτοαξιολόγηση όσον αφορά στην προσωπική ικανότητα ενσυναίσθησης. Η χρήση περισσότερων εργαλείων, καθώς και συνεντεύξεων με τους συμμετέχοντες ενδεχομένως να απέκλειε αυτόν τον περιορισμό. Επιπλέον, θα ήταν πιο θεμιτό να ληφθούν υπόψιν και αξιολογικές κρίσεις από τον στενό κύκλο του ατόμου, πχ οικογένεια και σύντροφοι.

Όσον αφορά στην ανησυχία για το σχήμα του σώματος και την συγκράτηση δεν αναδείχθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0.072$ και $p=0.761$, κατ' αντιστοιχία). Επομένως, τόσο η AN όσο και η BN δεν έδειξαν διαφορές στις υποκλίμακες του EDE-Q για την «ανησυχία για το σχήμα του σώματος» και τη «συγκράτηση». Στη βιβλιογραφία υποδεικνύεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και αυτιστικών χαρακτηριστικών (Baraskewich et al., 2021; Twachtman-Reilly et al., 2008), με έμφαση κατά βάση στη διατροφική επιλεκτικότητα καθώς και στην προτίμηση ορισμένων τροφών (Esposito et al., 2023; Baraskewich et al., 2021). Επομένως, μία υπόθεση είναι ότι στην περίπτωση που γινόταν χρήση ενός πιο εξειδικευμένου διατροφικού εργαλείου που να μελετάει εξειδικευμένες διατροφικές συμπεριφορές και όχι μόνο την γενικότερη ανησυχία, τότε μπορεί να υπήρχαν πιο σαφείς διαφορές μεταξύ των πληθυσμών. Σε κάθε περίπτωση, αξίζει να σημειωθεί ότι η ίδια η διαταραχή της ψυχογενούς Ανορεξίας σχετίζεται με έλλειψη επίγνωσης της ασθένειας καθώς και με διαστρεβλωμένες ισχυρές πεποιθήσεις σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος, γεγονός που δυσχεραίνει την ερευνητική διαδικασία (Konstantakopoulos et al., 2011; APA, 2013).

Ενδιαφέρον εύρημα ήταν το γεγονός ότι ο δείκτης μάζας σώματος, η διαμονή, η νοσηλεία και η φαρμακευτική αγωγή δεν συνιστούν προβλεπτικό παράγοντα των κοινωνικογνωστικών ελλειμμάτων και των μοτίβων συμπεριφοράς. Το παραπάνω εύρημα ίσως να σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με το γεγονός ότι στην Ψυχογενή Ανορεξία και μάλιστα όταν η διαταραχή είναι σε έξαρση υπάρχει σημαντικά χαμηλό σκορ όσον αφορά στην αυτοαξιολόγηση της ενσυναίσθησης. Όπως σημειώνουν οι Tauro et al. (2022) οι διαπροσωπικές δυσκολίες είναι ιδιαίτερα αισθητές σε ασθενείς με AN και συμβάλλουν στη διατήρηση της νόσου ή είναι άμεσο αποτέλεσμα των συνεπειών της ασθένειας (Oldershaw et al., 2012). Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνεται και στην μελέτη των Konstantakopoulos et al., 2011 όπου η ικανότητα ενσυναίσθησης σχετιζόταν με υψηλότερο ΔΜΣ, λιγότερο σοβαρά συμπτώματα και δυσαρέσκεια για το σώμα στους ασθενείς με AN, σε αντίθεση με τις φτωχές ενσυναίσθητικές που αποκάλυπταν την ύπαρξη σοβαρότερης διατροφικής παθολογίας σε αμφότερες της διαταραχές.

Αξιοσημείωτο εύρημα συνίστατο επίσης ότι συνολικά, το σκορ του EQ και στους δύο πληθυσμούς υπήρξε καλό, ίσο με 54.93 (T.A.=8.93). Όπως προαναφέρθηκε στα αποτελέσματα, το παραπάνω σκορ είναι μεταξύ του διαστήματος 53-63 και αυτό αντιστοιχεί σε άτομα που έχουν αρκετά καλή ικανότητα να κατανοούν πώς αισθάνονται οι άλλοι άνθρωποι και να αντιδρούν κατάλληλα. Αντίστοιχα, και στην υποκλίμακα του «περιορισμού» της κλίμακας EDE-Q, φάνηκε να μην υπάρχει αισθητή διαφορά στους μέσους όρους μεταξύ AN (3,07) και BN (2,95). Ίσως αυτό να φανερώνει και την ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών και ιδίως της AN, όπου οι νευροψυχολογικές δυσλειτουργίες μπορεί να είναι υπεύθυνες για την φτωχή εναισθησία (Tchanturia et al., 2004). Τέλος, οι Gál et

a1. (2011) επισημαίνουν ότι στην AN πέρα του γενικότερου μοτίβου δυσχέρειας που υφίσταται στην αποκωδικοποίηση και αναγνώριση των συναισθημάτων, η γνωστική επεξεργασία των εν λόγω ατόμων βασίζεται σε εγωκεντρικές σκέψεις και αντιλήψεις.

Περιορισμοί και προτάσεις

Στην παρούσα μελέτη υπήρξαν αρκετοί περιορισμοί με πρώτο και σημαντικότερο το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος. Ένα τέτοιο μέγεθος αποκλείει μια γενίκευση των συμπερασμάτων, ιδίως όσον αφορά στον παράγοντα της ενσυναίσθησης που φάνηκε να μην έχει σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας με ψυχογενή Ανορεξία και της ομάδας ελέγχου. Βέβαια, σε κάθε περίπτωση πρόκειται για κλινικές ομάδες, οπότε παραμένει ανοιχτό το ερώτημα της αντιπροσωπευτικότητας των ομάδων, καθώς δεν πρόκειται για τον γενικό πληθυσμό, όπου μεγαλύτερο δείγμα σχετίζεται με μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα και πιο ισχυρή έρευνα. Σε τέτοιες έρευνες που αφορούν σε κλινικούς πληθυσμούς χρειάζονται πιο ολιστικές δοκιμασίες, που πέραν των τυποποιημένων εργαλείων κάνουν επιπροσθέτως χρήση κλινικής εξέτασης (clinical screening) και ημιδομημένων συνεντεύξεων, ώστε να λαμβάνεται υπόψιν η μη λεκτική επικοινωνία και η κοινωνική αλληλεπίδραση. Χρήσιμες επίσης καθίστανται αξιολογικές κρίσεις από το στενό περιβάλλον του συμμετέχοντα. Ακόμα, θα είχε ενδιαφέρον μια διεξαγωγή της έρευνας σε πανελλαδικό επίπεδο, διότι το δείγμα προήλθε μόνο από την Αττική και συγκεκριμένα από δύο νοσοκομεία και ένα κέντρο ημέρας.

Εν κατακλείδι, στην εν λόγω έρευνα δεν φάνηκε να παρατηρείται διαφορά μεταξύ των ατόμων με ψυχογενή Ανορεξία και των ατόμων με Βουλιμία ως προς την ενσυναίσθηση. Ωστόσο, παρά την αποτυχία να βρεθούν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση των σχέσεων αυτοαξιολόγησης και της ενσυναίσθησης σε άτομα με διατροφικές διαταραχές. Μελλοντικές έρευνες στον τομέα αυτό μπορεί να εμπλουτίσουν την κλινική και θεραπευτική πρακτική όσον αφορά στην υψηλότερη λειτουργικότητα ασθενών με διατροφικές διαταραχές σε κοινωνικό επίπεδο.

Βιβλιογραφία

- Allison C. , Baron-Cohen S. , Wheelwright S.J. , Stone M.H. , Muncer S.J. 2011. Psychometric analysis of the Empathy Quotient (EQ).<https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.07.005>
- Anckarsäter, H., Hofvander, B., Billstedt, E., Gillberg, I. C., Gillberg, C., Wentz, E., & Råstam, M. (2012). The sociocommunicative deficit subgroup in anorexia nervosa: autism spectrum disorders and neurocognition in a community-based, longitudinal study. *Psychological medicine*, 42(9), 1957–1967. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002881>
- Anckarsäter, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S. B., Niklasson, L., Nydén, A., Wentz, E., Westergren, S., Cloninger, C. R., Gillberg, C., & Råstam, M. (2006). The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *The American journal of psychiatry*, 163(7), 1239–1244. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1239>
- Baraskewich, J., von Ranson, K. M., McCrimmon, A., & McMorris, C. A. (2021). Feeding and eating problems in children and adolescents with autism: A scoping review. *Autism : the international journal of research and practice*, 25(6), 1505–1519. <https://doi.org/10.1177/1362361321995631>
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(2), 163–175. <https://doi.org/10.1023/b:jadd.0000022607.19833.00>

- Carina Gillberg, I., Rasmussen, M., & Gillberg, C. (1995). Anorexia Nervosa 6 Years After Onset: Part I. Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry, Vol. 36, No. 1 (January/February), 1995: pp 61-69*
- Dovey, T. M., Kumari, V., Blissett, J., & Mealtimes Hostage Parent Science Gang (2019). Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different?. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists, 61*, 56–62.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.06.008>
- Dudova, I., Kocourkova, J., & Koutek, J. (2015). Early-onset anorexia nervosa in girls with Asperger syndrome. *Neuropsychiatric disease and treatment, 11*, 1639–1643. <https://doi.org/10.2147/NDT.S83831>
- Esposito, M., Mirizzi, P., Fadda, R., Pirollo, C., Ricciardi, O., Mazza, M., & Valenti, M. (2023). Food Selectivity in Children with Autism: Guidelines for Assessment and Clinical Interventions. *International journal of environmental research and public health, 20(6)*, 5092. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065092>
- Eur. Eat. Disord. Rev., 20 (2012), pp. 502-509, 10.1002/erv.2153
- Frost-Karlsson, M., Capusan, A. J., Perini, I., Olausson, H., Zetterqvist, M., Gustafsson, P. A., & Boehme, R. (2022). Neural processing of self-touch and other-touch in anorexia nervosa and autism spectrum condition. *NeuroImage.Clinical, 36*, 103264. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2022.103264>

Gál, Z., Egyed, K., Pászthy, B., & Németh, D. (2011). Impaired theory of mind in anorexia nervosa. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata*, 26(1), 12-25.

Gillberg, I. C., Billstedt, E., Wentz, E., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Gillberg, C. (2010). Attention, executive functions, and mentalizing in anorexia nervosa eighteen years after onset of eating disorder. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 32(4), 358–365.
<https://doi.org/10.1080/13803390903066857>

Groen, Y., Fuermaier, A. B., Den Heijer, A. E., Tucha, O., & Althaus, M. (2015). The Empathy and Systemizing Quotient: The Psychometric Properties of the Dutch Version and a Review of the Cross-Cultural Stability. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), 2848–2864. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2448-z>

Hambrook, D., Tchanturia, K., Schmidt, U., Russell, T., & Treasure, J. (2008). Empathy, systemizing, and autistic traits in anorexia nervosa: a pilot study. *The British journal of clinical psychology*, 47(Pt 3), 335–339. <https://doi.org/10.1348/014466507X272475>

Hosseini, S. A., & Molla, M. (2022). Asperger Syndrome. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

K.T. Eddy, P.K. Keel, D.J. Dorer, S.S. Delinsky, D.L. Franko, D.B. Herzog Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes *Int. J. Eat. Disord.*, 31 (2002), pp. 191-201, 10.1002/eat.10016

Kasperek-Zimowska, B. J., Zimowski, J. G., Biernacka, K., Kucharska-Pietura, K.,

& Rybakowski, F. (2016). Impaired social cognition processes in Asperger syndrome and anorexia nervosa. In search for endophenotypes of social

cognition. *Zaburzenia procesów społecznego poznania w*

zespole Aspergera i jadłowstręci psychicznym. W

poszukiwaniu endofenotypów społecznego poznania. Psychiatria Polska, 50(3),

533–542. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/33485>

Konstantakopoulos, G., Ioannidi, N., Patrikelis, P., & Gonidakis, F. (2020). Empathy,

mentalizing, and cognitive functioning in anorexia nervosa and bulimia

nervosa. *Social neuroscience, 15(4), 477–*

488. <https://doi.org/10.1080/17470919.2020.1760131>

Konstantakopoulos, G., Tchanturia, K., Surguladze, S. A., & David, A. S. (2011).

Insight in eating disorders: *Clinical and cognitive correlates. Psychological*

Medicine, 41(9), 1951–1961. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002539>

Kozak, A., Czepczor-Bernat, K., Modrzejewska, J., Modrzejewska, A., Matusik, E.,

& Matusik, P. (2023). Avoidant/Restrictive Food Disorder (ARFID), Food

Neophobia, Other Eating-Related Behaviours and Feeding Practices among

Children with Autism Spectrum Disorder and in Non-Clinical Sample: A

Preliminary Study. *International journal of environmental research and public*

health, 20(10), 5822. <https://doi.org/10.3390/ijerph20105822>

Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M., & Treasure, J. (2004). The

recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *The*

International journal of eating disorders, 35(1), 42–47.

<https://doi.org/10.1002/eat.10219>

Lundström, S., Chang, Z., Kerekes, N., Gumpert, C. H., Råstam, M., Gillberg, C.,

Lichtenstein, P., & Anckarsäter, H. (2011). Autistic-like traits and their association with mental health problems in two nationwide twin cohorts of children and adults. *Psychological medicine*, 41(11), 2423–

2433. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000377>

Odent M. (2010). Autism and anorexia nervosa: Two facets of the same disease?. *Medical hypotheses*, 75(1), 79–81.

<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2010.01.039>

Oldershaw, A., DeJong, H., Hambrook, D., Broadbent, H., Tchanturia, K., Treasure,

J., & Schmidt, U. (2012). Emotional processing following recovery from anorexia nervosa. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 20(6), 502–509. <https://doi.org/10.1002/erv.2153>

Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U.

(2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic medicine*, 72(1), 73–79.

<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181c6c7ca>

Pehlivanidis A. , Tasios K. , Papanikolaou K. , Douzenis A. , Michopoulos I. 2020. Validation of the Empathy Quotient (EQ) - Greek version. *Psychiatriki Journal*. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.008>

Pliatskidou, S., Samakouri, M., Kalamara, E., Papageorgiou, E., Koutrouvi, K.,

Goulemtzakis, C., Nikolaou, E., & Livaditis, M. (2015). Validity of the Greek

Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0 (EDE-Q-6.0) among Greek adolescents. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 26(3), 204–216.

Relajo D, Pilao SJ, Dela Rosa R (2015). "From passion to emotion: Emotional quotient as predictor of work attitude behavior among faculty member" . *Journal of Educational Psychology*. 8 (4): 1–10. doi:10.26634/jpsy.8.4.3266

Rhind, C., Bonfioli, E., Hibbs, R., Goddard, E., Macdonald, P., Gowers, S., Schmidt, U., Tchanturia, K., Micali, N., & Treasure, J. (2014). An examination of autism spectrum traits in adolescents with anorexia nervosa and their parents. *Molecular autism*, 5(1), 56. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-5-56>

Tauro, J. L., Wearne, T. A., Belevski, B., Filipčíková, M., & Francis, H. M. (2022). Social cognition in female adults with Anorexia Nervosa: A systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 132, 197–210. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.035>

Tchanturia, K., Anderluh, M. B., Morris, R. G., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P., & Treasure, J. L. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*, 10(4), 513–520. <https://doi.org/10.1017/S1355617704104086>

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM–5; American Psychiatric Association, 2013)

Twachtman-Reilly, J., Amaral, S. C., & Zebrowski, P. P. (2008). Addressing feeding disorders in children on the autism spectrum in school-based settings: physiological and behavioral issues. *Language, speech, and hearing services in schools*, 39(2), 261–272. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2008/025\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2008/025))

Watts, R., Archibald, T., Hembry, P., Howard, M., Kelly, C., Loomes, R., Markham, L., Moss, H., Munuve, A., Oros, A., Siddall, A., Rhind, C., Uddin, M., Ahmad, Z., Bryant-Waugh, R., & Hübel, C. (2023). The clinical presentation of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents is largely independent of sex, autism spectrum disorder and anxiety traits. *EClinicalMedicine*, *63*, 102190.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102190>

Westwood, H., Stahl, D., Mandy, W., & Tchanturia, K. (2016). The set-shifting profiles of anorexia nervosa and autism spectrum disorder using the Wisconsin Card Sorting Test: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *46*(9), 1809–1827. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000581>