



**UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
NUTRITION IN HEALTH AND DISEASE**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η συναισθηματική υπερφαγία στην ενήλικη ζωή

Θεοδώρου Ελευθερία

Νοσηλεύτρια ΤΕ

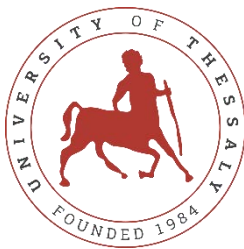
ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μπονώτης Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Καψωριτάκης Ανδρέας, Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μανωλάκης Αναστάσιος, Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2025



**UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
NUTRITION IN HEALTH AND DISEASE**



DIPLOMA THESIS
Emotional overeating in adulthood

Λάρισα, 2025

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Abstract.....	5
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1: Διατροφικές Διαταραχές	
1.1 Τι είναι οι Διατροφικές Διαταραχές.....	7
1.2 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών.....	9
1.3 Είδη και διαγνώσεις Διατροφικών Διαταραχών.....	11
1.4 Ορισμός και Διαμόρφωση εικόνας σώματος.....	16
1.5 Ντροπή και Διατροφικές Διαταραχές.....	19
1.6 Συννοσηρότητες Διατροφικών Διαταραχών.....	21
Κεφάλαιο 2: Συναισθηματική Υπερφαγία (Binge Eating Disorder)	
2.1 Τι είναι η Συναισθηματική Υπερφαγία.....	23
2.2 Χαρακτηριστικά Συναισθηματικής Υπερφαγίας.....	27
2.3 Η Συναισθηματική Υπερφαγία στα δύο Φύλα.....	32
2.4 Συναισθηματική Υπερφαγία και Παχυσαρκία.....	33
2.5 Συναισθηματική Υπερφαγία και Κατάθλιψη.....	38
2.6 Συναισθηματική Υπερφαγία και Άγχος.....	41
Κεφάλαιο 3: Συναίσθημα, Διατροφή και Υγεία	
3.1 Αρνητικά και Θετικά Συναίσθηματα στη Διατροφή.....	43
3.2 Σχέση Παρορμητικότητας και Συναισθηματικής Υπερφαγίας.....	47
3.3 Ύπνος Διατροφή και Αλκοόλ στην Συναισθηματική Υπερφαγία.....	49
Βιβλιογραφία.....	52

Περίληψη

Το συναίσθημα και το φαγητό είναι και τα δύο εγγενή και επαναλαμβανόμενα μέρη της καθημερινής μας ζωής. Η αυξανόμενη ανάγκη των ανθρώπων για περισσότερη τροφή απ' ότι χρειάζονται οδηγεί στην υπερκατανάλωσή της η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε αρνητικές επιπτώσεις. Αυτό το μοτίβο υπερκατανάλωσης και μη ρυθμισμένης διατροφής οδηγεί συχνά σε υπερβολική ημερήσια πρόσληψη θερμίδων, συμβάλλοντας στην εμφάνιση και διατήρηση υψηλότερου βάρους.

Η συναισθηματική υπερφαγία (ΕμΕ) ανήκει στις διατροφικές διαταραχές και χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερφαγίας σε απάντηση αρνητικών συναισθημάτων, όπως άγχος, κατάθλιψη και μοναξιά. Τα συναισθήματα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην διατροφική συμπεριφορά, καθώς επηρεάζουν την ποσότητα και την ποιότητα των τροφίμων που καταναλώνουμε. Οι άνθρωποι που βιώνουν ΕμΕ συχνά χρησιμοποιούν την τροφή ως μέσο συναισθηματικής ρύθμισης, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες που μπορεί να οδηγήσουν σε παχυσαρκία και άλλες ψυχολογικές επιπλοκές.

Τα διαρκή αρνητικά συναισθήματα αλλά και οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως το στίγμα γύρω από το βάρος, ενδέχεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ΕμΕ, με ιδιαίτερη ευαισθησία των γυναικών, οι οποίες τείνουν να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής κατανάλωσης τροφής σε σχέση με τους άνδρες. Οι μηχανισμοί της υπερφαγίας περιλαμβάνουν την αίσθηση απώλειας ελέγχου κατά την κατανάλωση τροφής, καθώς και ενοχές και ντροπή μετά από επεισόδια υπερφαγίας.

Η ανάπτυξή τους μπορεί να επηρεαστεί από παράγοντες κινδύνου όπως η οικογενειακή ιστορία διατροφικών διαταραχών, οι αρνητικές εμπειρίες στο σχολείο και στο οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και η κοινωνική πίεση. Οι ΔΔ επηρεάζουν άτομα όλων των ηλικιών και φύλων, με ιδιαίτερο κίνδυνο για εφήβους και νεαρούς ενήλικες.

Λέξεις κλειδιά: Διατροφικές Διαταραχές, Συναισθηματική Υπερφαγία, Αρνητικά Συναισθήματα, Παχυσαρκία, Κατάθλιψη

Abstract

Emotion and food are both inherent and recurring parts of our daily lives. People's increasing need for more food than they need leads to overeating which in turn leads to negative consequences. This pattern of overeating and unregulated eating often leads to excessive daily calorie intake, contributing to the onset and maintenance of higher weight. Emotional overeating (EmE) belongs to the eating disorders (ED) and is characterised by episodes of overeating in response to negative emotions such as anxiety, depression and loneliness. Emotions play a key role in eating behaviour, as they influence the quantity and quality of the food we consume. People who experience EmE often use food as a means of emotional regulation, resulting in unhealthy eating habits that can lead to obesity and other psychological complications.

Persistent negative emotions and social factors, such as stigma around weight, may contribute to the development of EmE, with particular sensitivity in women, who tend to report higher levels of emotional eating than men. Mechanisms of overeating include a sense of loss of control when eating, as well as guilt and shame after episodes of overeating. Their development may be influenced by risk factors such as family history of eating disorders, negative experiences at school and in the family environment, and social pressure. ED affects people of all ages and genders, with adolescents and young adults being particularly at risk.

Key words: Eating Disorders, Emotional Overeating, Negative Emotions, Obesity, Depression

Εισαγωγή

Οι διατροφικές διαταραχές έκαναν την εμφάνισή τους από τις αρχές του 17ου αιώνα και κορυφώθηκαν στα τέλη του 20ου. Έχουν απασχολήσει μεγάλο κομμάτι της έρευνας καθώς βλάπτουν σημαντικά τόσο την σωματική όσο και την ψυχολογική λειτουργία των ατόμων. Επηρεάζουν άτομα όλων των ηλικιών, φύλων, εθνοτήτων και γεωγραφικών περιοχών. Η παρούσα ανασκόπηση στόχο έχει να αναλύσει την συναισθηματική υπερφαγία, η οποία τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζεται επίσημα ως διατροφική διαταραχή. Μεγάλος όγκος βιβλιογραφίας ορίζει τη συναισθηματική υπερφαγία ως συμπεριφορά σε απάντηση αρνητικών συναισθημάτων που ωθούν τα άτομα να τρώνε μεγάλες ποσότητες φαγητού για άλλους λόγους εκτός από την πείνα και συγχρόνως βιώνουν απώλεια ελέγχου της διατροφικής τους συμπεριφοράς. Οι άνθρωποι νιώθουν ότι δεν μπορούν να ελέγξουν την κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια των επεισοδίων έχοντας μια γενική αίσθηση ανησυχίας που οδηγεί στην ανάγκη για άμεση ικανοποίηση των διατροφικών παρορμήσεων. Υπάρχει συναισθηματική σύνδεση με την τροφή καθώς τα άτομα μπορεί να καταναλώσουν "παρηγορητικές" τροφές (comfort foods) όταν αισθάνονται άγχος, θλίψη ή μοναξιά. Αυτές οι τροφές συχνά είναι πλούσιες σε ζάχαρη ή λιπαρά και συνδέονται με συναισθηματική ανακούφιση. Έτσι η συναισθηματική υπερφαγία αποτελεί ένα συμπεριφορικό μηχανισμό που συνδέει την κατάθλιψη και την παχυσαρκία.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε, το φαγητό με γνώμονα τα συναισθήματα έχει συσχετιστεί με στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή. Η κατάθλιψη, το άγχος/θυμός και η πλήξη συσχετίστηκαν συχνότερα με φτωχότερη ψυχολογική ευεξία, με περισσότερα συμπτώματα διατροφικής διαταραχής και μεγαλύτερες δυσκολίες στη συναισθηματική ρύθμιση. Αυτό το μοτίβο έχει παρατηρηθεί τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες σε διαφορετικά στάδια της ζωής. Η παχυσαρκία και η συναισθηματική υπερφαγία έχουν αμφίδρομη σχέση. Οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν διατροφικές συμπεριφορές υπερφαγίας σε σχέση με τα άτομα με φυσιολογικό βάρος. Επίσης εξαιτίας των υπερθερμιδικών διατροφικών συμπεριφορών των ατόμων με διαταραχή υπερφαγίας αυξάνεται η πιθανότητα για εμφάνιση παχυσαρκίας. Ακόμη σχέση εξάρτησης παρατηρείται ανάμεσα στην συναισθηματική υπερφαγία και τον σακχαρώδη διαβήτη όπως επίσης στην συναισθηματική υπερφαγία και το μεταβολικό σύνδρομο.

Η αιτιολογία της συναισθηματικής διατροφής είναι πολύπλοκη συμπεριλαμβανομένων γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων καθώς και νευροενδοκρινολογικών και νευροβιολογικών συνεισφορών. Η αίσθηση της ντροπής σχετίζεται με την υπερφαγία, εκπροσωπώντας μια πολύπλοκη συναισθηματική κατάσταση που μπορεί να προκύψει από τη σχέση ατόμου με το φαγητό, την εικόνα του σώματος και την κοινωνική αποδοχή. Η ντροπή εμπεριέχει ένα συναισθηματικό βάρος που μπορεί να οδηγήσει σε έναν φαύλο κύκλο.

Τέλος το συναίσθημα σε συνάρτηση με το φαγητό, είναι ένα θέμα που συνδυάζει ψυχολογία, κοινωνιολογία και διατροφολογία. Τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν τις διατροφικές μας επιλογές και συνήθειες, ενώ και το φαγητό μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογική μας κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Διατροφικές Διαταραχές

1.1 Τι είναι οι Διατροφικές Διαταραχές

Η εκπλήρωση βασικών ανθρώπινων αναγκών όπως η αναπνοή, ο ύπνος ή το φαγητό εξασφαλίζει την επιβίωση. Όσον αφορά το τελευταίο, στην απλούστερη μορφή του, η πρόσληψη τροφής ξεκινά σε καταστάσεις πείνας και ενεργειακού ελλείμματος και τερματίζεται με κορεσμό, αντιπροσωπεύοντας έτσι μια ομοιοστατική ισορροπία ενεργειακής πρόσληψης και δαπάνης. Ωστόσο, οι άνθρωποι καταναλώνουν τακτικά περισσότερη τροφή από ότι χρειάζεται και μια τέτοια υπερκατανάλωση τροφής μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά φυσιολογικά και ψυχολογικά αποτελέσματα. Σε ακραίες μορφές, αυτή η υπερκατανάλωση τροφής αναφέρεται ως υπερφαγία, που ορίζεται ως η κατανάλωση μιας ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα παράλληλα με την απώλεια ελέγχου. Τα συχνά και τακτικά επεισόδια υπερφαγίας αποτελούν καθοριστικό κριτήριο για τις διατροφικές διαταραχές όπως η νευρική βουλιμία, η διαταραχή υπερφαγίας και η ψυχογενής ανορεξία [1].

Οι διατροφικές διαταραχές (ΔΔ) είναι προβλήματα υγείας που αναφέρθηκαν για πρώτη φορά τον 17ο αιώνα αλλά αυξήθηκαν δραματικά στα τέλη του 20ου αιώνα. Ξεκίνησαν στις δυτικές χώρες και εξελίχθηκαν, τραβώντας γρήγορα την προσοχή τόσο των δυτικών όσο και των μη δυτικών χωρών. Πριν από τον 20ο αιώνα στην Αμερική, το «ιδανικό» σχήμα σώματος μιας νεαρής γυναίκας ήταν μια γυναίκα με καμπύλες, ενώ μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1960, οι γυναίκες είχαν χάσει μεγάλο μέρος των καμπυλών τους. Τα ΜΜΕ παρουσιάζουν συνεχώς εικόνες του «ιδανικού» σχήματος σώματος, τόσο για άνδρες όσο και για γυναίκες. Ως αποτέλεσμα, πολλές νεαρές γυναίκες εμπνέονται να είναι αδύνατες ενώ μερικοί νεαροί άνδρες αισθάνονται ότι πρέπει να σηκώνουν υπερβολικά βάρη για να αυξήσουν τη μυϊκή τους μάζα. Αυτοί οι τύποι μηνυμάτων και η κοινωνική πίεση μπορεί να προκαλέσουν σωματική δυσaréσκεια, ακραίες δίαιτες και ανθυγιεινές μεθόδους ελέγχου του βάρους, οι οποίες τελικά οδηγούν στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών [1].

Οι ΔΔ είναι σοβαρές, αναπηρικές, θανατηφόρες και δαπανηρές ψυχικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από μη φυσιολογικές διατροφικές συμπεριφορές, βλάπτουν σημαντικά τη σωματική υγεία μέσω συνεχούς προσπάθειας ελέγχου του βάρους και διαταράσσουν την ψυχοκοινωνική

λειτουργία. Οι διαταραγμένες στάσεις απέναντι στο βάρος, το σχήμα του σώματος και τη διατροφή διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην εμφάνιση και τη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών. Οι ΔΔ αυξάνονται τα τελευταία 50 χρόνια και έχουν ενοχοποιηθεί οι αλλαγές στο διατροφικό περιβάλλον.

Η μορφή παρουσίασης των ΔΔ παρουσιάζει διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Στους άνδρες, για παράδειγμα, οι ανησυχίες για την εικόνα του σώματος μπορεί να επικεντρώνονται στη μυϊκότητα, ενώ στις γυναίκες, οι ανησυχίες αυτές μπορεί να επικεντρώνονται περισσότερο στην απώλεια βάρους. Η παχυσαρκία αυτή καθαυτή δεν πλαισιώνεται ως διατροφική διαταραχή. [2]

Όλες οι ΔΔ υποβαθμίζουν σημαντικά τη σωματική υγεία και διαταράσσουν την ψυχοκοινωνική λειτουργία.

Τόσο το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM-5) όσο και η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD-11) περιλαμβάνουν έξι κύριες διαταραχές σίτισης και διατροφής. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι γνωστές διαγνωστικές κατηγορίες της ψυχογενούς ανορεξίας, της νευρικής βουλιμίας και της διαταραχής αδηφαγίας (υπερφαγίας). Επιπλέον, έχουν συμπεριληφθεί τρεις διαταραχές - που προηγουμένως θεωρούνταν κυρίως ως διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Αυτές είναι η διαταραχή αποφεύγουσας-περιοριστικής πρόσληψης τροφής, η διαταραχή *pica* και η διαταραχή μηρυκασμού. [2]

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η ψυχογενής ανορεξία, η νευρική βουλιμία και η διαταραχή υπερφαγίας αντιπροσωπεύουν τους πιο συχνά εμφανιζόμενους τύπους διατροφικών διαταραχών, τόσο σε ενήλικες όσο και σε εφήβους. [2]

Τα ευρήματά για τις ΔΔ που ορίζονται από το DSM-5, με βάση το μεγαλύτερο εθνικό δείγμα ενηλίκων των ΗΠΑ που μελετήθηκε μέχρι σήμερα, υποδεικνύουν ότι πρόκειται για επικρατούσες διαταραχές που κατανέμονται σε ηλικιακές ομάδες, άνδρες και γυναίκες, και σε διαφορετικές εθνοτικές/φυλετικές ομάδες. Αν και υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των ΔΔ, συνολικά φαίνεται να είναι επίμονες και να σχετίζονται με σημαντικά ποσοστά έκπτωσης στην ψυχοκοινωνική λειτουργία. Οι ΔΔ δείχνουν διαφορικές συσχετίσεις με την παχυσαρκία και τα ευρήματά υπογραμμίζουν ουσιαστικές συσχετίσεις μεταξύ διαταραχής υπερφαγίας (BED) και ακραίας παχυσαρκίας. [3].

Τρεις είναι οι κύριες διαταραχές πρόσληψης τροφής, συγκεκριμένα η ψυχογενής ανορεξία (ΑΨ), η νευρική βουλιμία (BN) καθώς και η διαταραχή υπερφαγίας (BED) σύμφωνα με την πέμπτη έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Το σοβαρό λιποβαρές λόγω περιορισμού της ενεργειακής πρόσληψης είναι ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό της ΑΨ αλλά και μια φυσική συννοσηρότητα που πιθανότατα επηρεάζει τα πιο ψυχολογικά διαγνωστικά συμπτώματα (π.χ.

διαταραχή της εικόνας του σώματος). Αν και η διατήρηση των συμπεριφορών αυτοασιτίας στην ΑΨ είναι επί του παρόντος ελάχιστα κατανοητή, τα θεωρητικά μοντέλα τονίζουν τη σχέση με τα συναισθήματα. Ομοίως, η υπερφαγία (δηλαδή, η κατανάλωση μιας ασυνήθιστης μεγάλης ποσότητας φαγητού και η απώλεια ελέγχου) που χαρακτηρίζει τη BN και τη BED, πιστεύεται ότι διατηρείται από τις επιδράσεις της στη διάθεση και τα συναισθήματα. Έτσι, η σχέση διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών όπως η υπερφαγία έναντι του περιορισμού από τη μια πλευρά και των συναισθημάτων από την άλλη φαίνεται να διαδραματίζουν βασικό ρόλο για την παρουσίαση των συμπτωμάτων μεταξύ των ΔΔ. Επιπλέον, ο ΔΜΣ και οι ΔΔ φαίνεται να συνδέονται εγγενώς, εγείροντας το ερώτημα εάν ορισμένες από τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές σε ασθενείς με ΔΔ μπορεί να σχετίζονται με το σωματικό τους βάρος. [4].

1.2 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών

Ο όρος «παράγοντας κινδύνου» αναφέρεται σε ένα μετρήσιμο χαρακτηριστικό που προηγείται της εμφάνισης μιας διαταραχής. Οι διατροφικές διαταραχές έχουν πολλαπλούς βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, απογοήτευση, απώλεια, αποτυχία, άγχος, προβληματική ανατροφή, ψυχοπαθολογία γονέων, καθερινότητα, θεωρούνται ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση διαταραχών στην διατροφή.

Οι ανησυχίες που σχετίζονται με το σχήμα και το βάρος, ο διαιτητικός περιορισμός και το οικογενειακό ιστορικό διατροφικής διαταραχής είναι από τους πιο καθιερωμένους παράγοντες κινδύνου για διατροφικές διαταραχές μερικού και πλήρους συνδρόμου [5].

Η πίεση για αδυνάτισμα, η σωματική δυσaréσκεια, η αρνητική συναισθηματικότητα, η χαμηλή υποστήριξη των γονέων από μικρή ηλικία, η αυτοεπιβαλλόμενη δίαιτα, η επιθυμία για απώλεια βάρους και οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, όπως η υπερφαγία και ο αυτοπροκαλούμενος έμετος είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα μοντελοποίησης της διατροφικής παθολογίας και προέβλεψαν τη μελλοντική έναρξη της διατροφικής διαταραχής [6].

Η σωματική δυσaréσκεια είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών και αντιπροσωπεύει ένα βασικό ψυχοπαθολογικό χαρακτηριστικό τους. Είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστεί η σωματική δυσaréσκεια στο πλαίσιο της θεραπείας διατροφικών διαταραχών για να

βελτιωθούν τα αποτελέσματα και να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής [7]. Πιθανές αιτίες της σωματικής δυσαρέσκειας είναι ο υψηλός διατροφικός περιορισμός, η κακή επίγνωση της ενδοδεκτικότητας, η αλεξιθυμία, η δυσρύθμιση των συναισθημάτων και ο αντίστροφος άξονας του στρες της υποθαλαμικής υπόφυσης των επινεφριδίων (HPA). Η σωματική δυσαρέσκεια μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ανεπαρκούς γονικής μέριμνας ή καταθλιπτικών συναισθημάτων σε αλληλεπίδραση με τη γενετική ευαισθησία. Υπάρχουν επίσης ισχυρές ενδείξεις ότι η σωματική δυσαρέσκεια είναι μεσολαβητής μεταξύ της κατάθλιψης και της παχυσαρκίας [8].

Τα ανθρώπινα όντα εκδηλώνουν αυτά που έμαθαν σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο και κουλτούρα. Είναι γνωστό ότι στους περισσότερους πολιτισμούς, το φαγητό υπάρχει σε σημαντικές γιορτές όπως γενέθλια, γάμους, θρησκευτικές τελετές και άλλες γιορτές. Αυτά θεωρούνται γενικά χαρούμενα γεγονότα, που δημιουργούν θετικά συναισθήματα, επομένως αυτό κάνει τα γεύματα πιο ευχάριστα και το φαγητό περισσότερο ηδονικό παρά ομοιοστατικό. Με αυτόν τον τρόπο η διατροφή, όταν επηρεάζεται από το συναισθήμα, οδηγεί σε μεγαλύτερη κατανάλωση τροφής.

Όταν οι άνθρωποι βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, έχουν κίνητρο να επιλέξουν ανθυγιεινά υπεργευστικά τρόφιμα με πυκνή ενέργεια. Το άγχος, η πλήξη και η κατάθλιψη ήταν τα συναισθήματα που προσδιορίστηκαν συχνότερα ως σχετιζόμενα με την υψηλότερη πρόσληψη τροφής.

Από διατροφικής άποψης, η συναισθηματική κατανάλωση τροφής ενισχύει ένα θετικό ενεργειακό ισοζύγιο που προέρχεται από την υπερβολική πρόσληψη τροφών με υπεργευστική πυκνότητα ενέργειας. Αυτό προκαλεί τη συσσώρευση ενέργειας με τη μορφή τριακυλογλυκεριδίων στον λιπώδη ιστό. Όταν αυτή η κατάσταση επαναλαμβάνεται καθημερινά, προκαλεί μια σειρά μεταβολικών αλλαγών που οδηγούν σε υπέρβαρο, παχυσαρκία και συννοσηρότητες όπως υπερτριγλυκεριδαιμία, υπερχοληστερολαιμία, καρδιαγγειακές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτη, νεφρικές παθήσεις, ακόμη και ελλείψεις ορισμένων θρεπτικών συστατικών. Η διατροφική συμπεριφορά μπορεί να αλλοιωθεί από τη συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου, καθώς ανταποκρίνεται σε εξωτερικές καταστάσεις στην καθημερινότητά του. Η διατροφική συμπεριφορά μπορεί να είναι μέρος της καθημερινής ζωής, αλλά μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως μέσο αντιμετώπισης αρνητικών συναισθημάτων ή στρες, παρά ως αντίδραση στη σωματική πείνα. Σε μια μη ισορροπημένη διατροφή, οι διατροφικές απαιτήσεις δεν καλύπτονται επαρκώς. Μια υγιεινή διατροφή είναι πλήρης, ποικίλη, ισορροπημένη, ασφαλής και επαρκής [9].

1.3 Είδη και Διαγνώσεις Διατροφικών Διαταραχών

Η εννοιολόγηση των διατροφικών διαταραχών έχει επεκταθεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια και περιλαμβάνει τη διαταραχή της αδηφαγίας (BED) και τη διαταραχή αποφυγής/περιοριστικής πρόσληψης τροφής (ARFID) , τη ψυχογενή ανορεξία και τη νευρική βουλιμία. Αυτές αναγνωρίζονται πλέον ως τέσσερις καλά αντιληπτές διαταραχές, οι οποίες έχουν επαναταξινομηθεί ως Διαταραχές Σίτισης και Διατροφικές Διαταραχές (ΔΣΣΔ) στην 5η αναθεώρηση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας που δημοσιεύθηκε το 2013 και στην 11η αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Ασθενειών και των Συναφών Προβλημάτων Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που δημοσιεύθηκε το 2019. Επιπλέον, έχουν συμπεριληφθεί δύο διαταραχές - που προηγουμένως θεωρούνταν κυρίως ως διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Αυτές είναι, η διαταραχή *pica* και η διαταραχή *μηρυκασμού* [10].

Σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) που δημοσιεύτηκε το 2022 [11], η ψυχογενής ανορεξία (ΑΨ) μπορεί να διαγνωστεί εάν κάποιος πληροί τα ακόλουθα κριτήρια, δηλαδή περιορισμένη ενεργειακή πρόσληψη που οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος, φόβος αύξησης του σωματικού βάρους και ανακριβής αντίληψη του σωματικού βάρους ή του σχήματός τους.

Τα κριτήρια για τη νευρική βουλιμία (BN) περιλαμβάνουν την επαναλαμβανόμενη υπερφαγία (κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα) και επαναλαμβανόμενες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως έμετος, υπερβολική άσκηση και χρήση καθαρτικών. Και οι δύο συμπεριφορές εμφανίζονται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για 3 μήνες.

Τα κριτήρια για τη διαταραχή υπερφαγίας (BED) περιλαμβάνουν την υπερφαγία με έντονη δυσφορία, χωρίς ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές και εμφανίζεται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για 3 μήνες. Ένα άλλο σύνολο διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιείται ευρέως είναι η Διεθνής Ταξινόμηση Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας του ΠΟΥ (ICD-11) που χρησιμοποιείται παγκοσμίως από 194 χώρες [12], ενώ η νεότερη έκδοση κυκλοφόρησε τον Ιανουάριο του 2022. Ως επί το πλείστον, τα κριτήρια του ICD-11 είναι σύμφωνα με το DSM-5-TR. Υπάρχουν αρκετές αλλαγές σε σύγκριση με μια παλαιότερη έκδοση του DSM-4. Αρχικά η διαταραχή υπερφαγίας έγινε επίσημη, «πραγματική» διάγνωση και έπειτα το κριτήριο διάγνωσης της υπερφαγίας για BN και BED έγινε πλέον τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες ενώ στο DSM-4, ήταν τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για 6 μήνες. Αυτές οι αλλαγές υποδεικνύουν τη σημασία και τη σοβαρότητα του BED [10].

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο όρος «διατροφικές διαταραχές» είναι διαφορετικός από τον όρο «διαταραγμένη πρόσληψη τροφής». Οι «διατροφικές διαταραχές» αναφέρονται σε διαγνωσμένες ασθένειες που προσδιορίζονται από καθορισμένα σημεία και συμπτώματα με εμφανιζόμενες επιπλοκές στην υγεία. Η διαταραγμένη διατροφή αναφέρεται σε συμπεριφορές όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η αυστηρή δίαιτα για απώλεια βάρους, η υπερφαγία, η νηστεία, η υπερβολική άσκηση και η χρήση καθαρτικών ή διουρητικών. Αυτές οι συμπεριφορές δεν μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως πλήρεις ασθένειες. Ωστόσο, πρέπει να αξιολογούνται στενά γιατί μπορούν να εξελιχθούν σε πραγματικές διατροφικές διαταραχές. [10]

Η πανδημία COVID-19 οδήγησε στην ανάπτυξη και έξαρση των διατροφικών διαταραχών. Σε μια μελέτη [13], οι περιπτώσεις εισαγωγών ΔΔ σε νοσοκομεία από το 2018 έως τον Φεβρουάριο του 2021 εξετάστηκαν μεταξύ εφήβων και νεαρών ενηλίκων (8–26 ετών) στις ΗΠΑ. Πριν από την πανδημία, τα ποσοστά εισαγωγών ήταν σταθερά σε περίπου 10%. Μετά την πανδημία, το ποσοστό αυξήθηκε με την πάροδο του χρόνου σε περίπου 20% τον Ιανουάριο του 2021. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της περιόδου COVID-19, καταγράφηκε υπερφαγία και αυξημένες συμπεριφορές υπερβολικής άσκησης που αναφέρθηκαν σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές [10]. Κατά τη διάρκεια του COVID-19, οι διατροφικές διαταραχές αυξήθηκαν με την κοινωνική απομόνωση από τη διακοπή των καθημερινών δραστηριοτήτων, την παρακολούθηση λιγότερων συνεδρίων θεραπείας και την αύξηση των επιπέδων άγχους και στρες. Επιπλέον, σημειώθηκαν πολλές δυσμενείς αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και στο διατροφικό περιβάλλον. Για παράδειγμα, υπήρχαν αυξημένα σνακ και συναισθηματική κατανάλωση φαγητού με την πλήξη να σχετίζεται με το σνακ. Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες σε μια ιταλική μελέτη ανέφεραν ότι έτρωγαν περισσότερο κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού. Περίπου το 20% ανέφερε ότι κέρδισε βάρος και το 42,7% απέδωσε την αύξηση στην κατανάλωση τροφής σε υψηλότερα επίπεδα άγχους [14].

Ψυχογενής Ανορεξία (ΑΨ)

Αναλυτικά στα είδη των ΔΔ, η ψυχογενής ανορεξία είναι μια ιδιαίτερα χαρακτηριστική σοβαρή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο για αύξηση του σωματικού βάρους ή διαταραγμένη εικόνα του σώματος ή και τα δύο, η οποία παρακινεί σε σοβαρό διαιτητικό περιορισμό ή άλλες συμπεριφορές απώλειας βάρους (π.χ. κάθαρση, υπερβολική σωματική δραστηριότητα). Οι ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα διακρίνουν τη ψυχογενή ανορεξία από τη διαταραχή αποφυγής-περιορισμού της πρόσληψης τροφής. Επιπλέον, η γνωστική και η συναισθηματική λειτουργία διαταράσσονται σημαντικά. Οι ιατρικές επιπλοκές της ψυχογενούς ανορεξίας επηρεάζουν όλα τα όργανα και συστήματα και οφείλονται γενικά στον υποσιτισμό, την απώλεια βάρους και τις συμπεριφορές κάθαρσης. Τα

γαστρεντερικά συμπτώματα, που επηρεάζουν ολόκληρο το γαστρεντερικό σύστημα δεν απουσιάζουν και είναι ιδιαίτερα συχνά και ενοχλητικά.

Η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι συνήθως απλή.

Η αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι σύνθετη και πολυπαραγοντική. Η ΑΨ κάποτε θεωρούνταν αναπτυξιακή, δεδομένου ότι η κορύφωση της έναρξης συμπίπτει με την εφηβεία, αλλά η πρόωμη έναρξη των περιπτώσεων ηλικίας 8 ετών καταδεικνύει την περίπλοκη φύση της αιτιολογίας. Όσον αφορά την πρόγνωση, εκτιμάται ότι το 50% των ασθενών επιτυγχάνει πλήρη ανάρρωση, το 30% βελτιώνεται και το υπόλοιπο 20% παραμένει χρόνια άρρωστο.

Τυπικά χαρακτηριστικά της ΑΨ περιλαμβάνουν διαστρεβλωμένη αντίληψη για το υπερβολικό βάρος, στοχευόμενο βάρος, στοχευμένες θερμίδες, συγκεκριμένα τρόφιμα που πρέπει ή δεν πρέπει να καταναλώνονται, καθώς και στοχευμένα επίπεδα υπερβολικής άσκησης ή άλλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως αυτοπροκαλούμενος εμετός.

Τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-5 για την ΑΨ είναι: ο περιορισμός της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με τι απαιτήσεις που οδηγεί σε σημαντικό χαμηλό σωματικό βάρος σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, την αναπτυξιακή τροχιά και τη σωματική υγεία. Επίσης υπάρχει ο έντονος φόβος μήπως υπάρξει αύξηση στο βάρος ή επίμονη υπερβολική συμπεριφορά που παρεμποδίζει την αύξηση βάρους, ακόμη κι εάν το βάρος σώματος είναι σημαντικά χαμηλό και τέλος η διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται το σωματικό βάρος ή το σχήμα κάποιου, η αδικαιολόγητη επίδραση του σωματικού βάρους και η έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού βάρους [15].

Νευρική Βουλιμία (BN)

Η νευρική βουλιμία είναι κι αυτή μια σοβαρή και πολύπλοκη ψυχιατρική διαταραχή, που μπορεί να εμφανιστεί με φυσιολογικό ή αυξημένο βάρος και χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια αδηφαγίας (δηλ. κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων με απώλεια ελέγχου) και αντισταθμιστικές συμπεριφορές για την αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους. Η πιο συνηθισμένη αντισταθμιστική συμπεριφορά είναι ο αυτοπροκαλούμενος έμετος, αλλά χρησιμοποιούνται επίσης η ακατάλληλη χρήση φαρμάκων, η νηστεία και η ακραία άσκηση. Αυτές οι συμπεριφορές οδηγούνται από την αρνητική αυτοαξιολόγηση που σχετίζεται με το βάρος, το σχήμα του σώματος ή την εμφάνιση. Περίπου το 50% των ασθενών με νευρική βουλιμία ή διαταραχή της αδηφαγίας εμφανίζουν συμπτώματα διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) και περίπου το 15% των ασθενών έχουν πολλαπλές συνυπάρχουσες παρορμητικές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης ουσιών, της παρορμητικής αγοράς, των καταναγκαστικών αγορών και των πολλαπλών σεξουαλικών σχέσεων. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί επίσης να αυτοτραυματίζονται, να εμφανίζουν έντονα συναισθήματα και να έχουν χαοτικές συνήθειες ύπνου. Επιπλέον, μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για

οριακή διαταραχή προσωπικότητας ή άλλες διαταραχές προσωπικότητας και, συχνά, διπολική διαταραχή [16].

Τα συμπτώματα της BN είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν και μπορεί να έχουν σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχολογική ανάπτυξη. Επιπλέον, η παρορμητικότητα και η αρνητική επίδραση σε άτομα με διατροφικά προβλήματα και ιδιαίτερα με BN, έχουν συνδεθεί με την επιθετικότητα, τόσο σε ενήλικες όσο και σε εφήβους γεγονός που μπορεί να επηρεάσει περαιτέρω τη λειτουργικότητά τους και να επηρεάσει τα αποτελέσματα της θεραπείας [17].

Διαταραχή Υπερφαγίας (BED)

Η διαταραχή της υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τακτικά, ανησυχητικά, επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, (με λιγότερες αντισταθμιστικές συμπεριφορές από ό,τι στη νευρική βουλιμία), κατά τη διάρκεια των οποίων τα άτομα καταναλώνουν συγκρίσιμα μεγάλες ποσότητες φαγητού και βιώνουν απώλεια ελέγχου της διατροφικής τους συμπεριφοράς. Τόσο η νευρική βουλιμία όσο και η διαταραχή της αδηφαγίας συνοδεύονται συχνά από παχυσαρκία (30-45%), ή οδηγούν σε αυτή και σε συναφείς μεταβολικές διαταραχές [18]. Εκτός από την παχυσαρκία το BED συνδέεται επίσης με σωματικές και ψυχικές συννοσηρότητες όπως θα αναλυθούν σε επόμενα κεφάλαια.

Η διαταραχή αποφυλακτικής-περιοριστικής πρόσληψης τροφής (ARFID)

Η ARFID αναγνωρίζεται πλέον ως διαταραχή ουδέτερης ηλικίας στο DSM-5 και στο ICD-11. Βασικά συμπτώματα είναι η αποφυγή ή ο περιορισμός της τροφής (όσον αφορά τον όγκο ή την ποικιλία), σε συνδυασμό με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: απώλεια βάρους ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη, διατροφικές ελλείψεις, εξάρτηση από σίτιση μέσω σωλήνα ή συμπληρώματα διατροφής για επαρκή πρόσληψη και ψυχοκοινωνική έκπτωση. Τα συμπτώματα μπορεί να προκύπτουν στο πλαίσιο μιας συνολικής απουσίας ενδιαφέροντος για την τροφή και το φαγητό, επιλεκτικότητας της τροφής με βάση την αισθητηριακή ευαισθησία και φόβου για τις αρνητικές συνέπειες του φαγητού που σχετίζονται με αποκρουστικές εμπειρίες, όπως πνιγμός ή εμετός.

Η διαταραχή αποφεύγουσας-περιοριστικής πρόσληψης τροφής μπορεί να εκληφθεί λανθασμένα ως επιλεκτική διατροφή, αλλά λειτουργικές αλλαγές όπως το ταυτόχρονο χαμηλό βάρος ή η αδυναμία ανάπτυξης κατά την αναπτυξιακή τους πορεία μπορεί να υποδηλώνουν την παρουσία μιας διατροφικής διαταραχής. Οι ασθενείς με διαταραχή αποφεύγουσας-περιοριστικής πρόσληψης τροφής είναι επιρρεπείς στις ίδιες ιατρικές επιπλοκές με τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Συχνά παρατηρείται συννοσηρότητα με νευρο - αναπτυξιακές ή αγχώδεις διαταραχές [2].

Pica

Η Pica ή διαταραχή μηρυκασμού περιλαμβάνει την κατανάλωση μη θρεπτικών ή μη διατροφικών ουσιών για περίοδο ενός μήνα ή περισσότερο. Τα κυριότερα εναύσματα είναι η γεύση της ουσίας, η πλήξη, η περιέργεια ή η ψυχολογική ένταση. Η διαταραχή του αναμασήματος περιλαμβάνει την παλινδρόμηση της τροφής μετά το φαγητό, χωρίς να υπάρχει ναυτία, ακούσια αναγωγή ή αηδία. Οι ψυχιατρικές συννοσηρότητες αποτελούν τον κανόνα στα άτομα με διατροφικές διαταραχές (>70%). Οι πιο συχνές ψυχιατρικές συννοσηρότητες περιλαμβάνουν διαταραχές της διάθεσης και του άγχους, νευροαναπτυξιακές διαταραχές, διαταραχές χρήσης αλκοόλ και ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας.

Η Pica μπορεί επίσης να παρατηρηθεί σε άτομα με αυτισμό, νοητική αναπηρία, σχιζοφρένεια ή συγκεκριμένες σωματικές διαταραχές (π.χ. σύνδρομο Kleine-Levin). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η Pica θα πρέπει να σημειώνεται ως πρόσθετη διάγνωση μόνο εάν το πρόβλημα είναι αρκετά σοβαρό ώστε να δικαιολογεί την κλινική προσοχή [2].

Οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν άτομα όλων των ηλικιών, φύλων, σεξουαλικών προσανατολισμών, εθνοτήτων και γεωγραφικών περιοχών. Οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο, με τη ψυχογενή ανορεξία να ξεκινά νωρίτερα από τη νευρική βουλιμία ή τη διαταραχή αδηφαγίας. Η έναρξη μετά την ηλικία των 30 ετών είναι σπάνια για τη ψυχογενή ανορεξία. Ηλικία έναρξης για τη ΑΨ φαίνεται να μειώνεται. Στον πληθυσμό των ενηλίκων, το κλινικό προφίλ κυριαρχείται από διαταραχές του φάσματος της αδηφαγίας, με λιγότερες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων απ' ό,τι στον εφηβικό πληθυσμό και υψηλότερο από το μέσο όρο κίνδυνο στις εθνικές μειονότητες και στα άτομα με μεγαλύτερο βάρος [2].

Οι αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια για την ΑΨ στο DSM-5 και το ICD-11 είναι ανεπαίσθητες αλλά σημαντικές. Αν και εξακολουθούν να εμφανίζονται σωματικές συνέπειες της αστίας, όπως αμηνόρροια και οστεοπενία, η πρώτη δεν αποτελεί πλέον υποχρεωτικό κριτήριο για τη διάγνωση της ανορεξίας λόγω της συχνής έλλειψης εφαρμογής της, για παράδειγμα σε άνδρες και γυναίκες που λαμβάνουν ορμονική αντισύλληψη. Στο DSM-5, υπάρχουν επίσης κριτήρια βαρύτητας με βάση τα επίπεδα του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ, kg/m²) ή το ισοδύναμό τους στα παιδιά, αλλά όχι ανώτερο ΔΜΣ, και εάν ένα άτομο είναι λιποβαρές (χρειάζεται για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας) μια κλινική κρίση. Άτομα με ΔΜΣ στο φυσιολογικό εύρος αλλά που κατά τα άλλα μοιάζουν με εκείνα με ΑΨ μπορεί να λάβουν τη διάγνωση DSM-5 της Άτυπης Νευρικής Ανορεξίας – ένας τύπος Άλλης Προδιαγεγραμμένης Διαταραχής Σίτισης ή Διατροφής (OSFED) [19].

Η νευρική βουλιμία έχει αλλάξει ελάχιστα στο DSM-5 και το ICD-11, αλλά τα κριτήρια έχουν διευρυνθεί και η υπερκατανάλωση τροφής (υπερκατανάλωση τροφής σε μεγάλες ποσότητες φαγητού επί των οποίων το άτομο έχει χάσει τον έλεγχο της κατανάλωσης) με αντισταθμιστικές συμπεριφορές απώλειας βάρους μπορεί τώρα να εμφανίζεται μόλις μια φορά την εβδομάδα, αλλά αυτό πρέπει να είναι για 3 μήνες στο DSM-5 ή 1 μήνα στο ICD-11. [19].

Ομοίως, απαιτείται μια ελάχιστη συχνότητα εβδομαδιαίας υπερφαγίας για αρκετούς μήνες για τη διάγνωση του BED. Ωστόσο, αν και δεν απαιτείται υπερτίμηση, η έντονη αγωνία που σχετίζεται με την υπερφαγία είναι υποχρεωτική για το BED. Στο DSM-5 πρόσθετα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την υπερφαγία είναι η γρηγορότερη κατανάλωση φαγητού από το κανονικό, η κατανάλωση χωρίς να υπάρχει η αίσθηση της πείνας, το αίσθημα δυσφορίας από την ποσότητα, η απομόνωση κατά τη διάρκεια του φαγητού και αρνητικά συναισθήματα κατάθλιψης, ενοχής ή αηδίας μετά από υπερφαγία. Τόσο η νευρική βουλιμία όσο και η BED εμφανίζονται ομοιόμορφα σε όλο το φάσμα βάρους, από το φυσιολογικό έως το πάνω από το φυσιολογικό σωματικό βάρος.

Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές που δεν πληρούν τη συχνότητα συμπεριφοράς ή άλλα κριτήρια μιας από τις κύριες διατροφικές διαταραχές και των οποίων τα προβλήματα είναι λιγότερο κατανοητά, που προηγουμένως ονομάζονταν Διατροφική Διαταραχή που δεν προσδιορίζονταν αλλιώς, μπορούν τώρα να ταξινομηθούν ως OSFED ή Unspecified FED (UFED) στο DSM-5, ή ως η κακώς καθορισμένη Άλλη Διαταραχή Σίτισης ή Διατροφής στο ICD-11. Το OSFED περιλαμβάνει την άτυπη ψυχογενή ανορεξία, την υποκατώτερη νευρική βουλιμία και το BED, τη διαταραχή κάθαρσης και το σύνδρομο νυχτερινής διατροφής [19].

1.4 Ορισμός και Διαμόρφωση Εικόνας Σώματος

Τα τελευταία έτη, ολοένα και σημαντικότερη για την καθημερινότητάς μας είναι η εξωτερική εικόνα που προβάλλουμε. Οι διαφημίσεις και τα προϊόντα μάρκετινγκ έχουν δημιουργήσει νέα πρότυπα, πολλές φορές μη ρεαλιστικά για το ευρύ κοινό.

Η εικόνα του σώματος έχει περιγραφεί ως μια πολυδιάστατη κατασκευή που περιλαμβάνει την εσωτερικευμένη άποψη που έχει κάποιος για το σώμα του. Περιλαμβάνει αντιλήψεις, σκέψεις, συναισθήματα και στάσεις που σχετίζονται με φυσικές πτυχές του σώματος, όπως το βάρος και το σχήμα, η αδυναμία και η μυϊκότητα, ο αθλητισμός, η σεξουαλική ελκυστικότητα, η σωματική λειτουργία και η γήρανση.

Η σωματική δυσαρέσκεια δεν είναι ένα σταθερό ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά μια στάση απέναντι στην εμφάνιση με γνωστική και συναισθηματική βάση και επομένως μπορεί να ποικίλλει υπό την επίδραση διαφορετικών ψυχολογικών ή κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων.

Όταν ένα άτομο δέχεται πίεση να συμμορφωθεί με μη ρεαλιστικά ιδανικά εμφάνισης από μία ή περισσότερες πηγές (π.χ Μ.Μ.Ε., οικογένεια ή κοινωνικό περιβάλλον) τα ιδανικά αυτά εσωτερικεύονται και το ιδανικό εμφάνισης γίνεται προσωπικός στόχος ή αξία προς την οποία επιδιώκεται. Αυτό συμβάλλει στην αυξημένη εστίαση στην εμφάνιση και ειδικότερα στην αύξηση της ανοδικής σύγκρισης του σώματος (σύγκριση της εμφάνισης του ατόμου με τις αντιλαμβανόμενες θετικές ιδιότητες εμφάνισης των άλλων).

Η δυσαρέσκεια για το σώμα μπορεί να υπάρχει σε άνδρες και γυναίκες καθώς και σε αγόρια και κορίτσια, αν και η πηγή της δυσαρέσκειας για το σώμα συνήθως διαφέρει. Στις γυναίκες και τα κορίτσια η δυσαρέσκεια για το σώμα σχετίζεται συνήθως με ανησυχίες σχετικά με το βάρος και το σχήμα ιδίως με την επιθυμία να είναι πιο αδύνατες, ενώ στους άνδρες και τα αγόρια σχετίζεται γενικά με ανησυχίες με το ότι δεν είναι επαρκώς αδύνατοι ή μυώδεις[20].

Όσον αφορά την εικόνα του σώματος, το επίπεδο ελκυστικότητας ή ομορφιάς ενός ατόμου μετριέται επί του παρόντος μέσω της κοινωνικής σύγκρισης, δημιουργώντας μια διαβάθμιση αυτού που θεωρείται κανονιστική εικόνα. Από τη σκοπιά αυτής της θεωρίας οι άνθρωποι οδηγούνται να συγκρίνουν την εικόνα και το σώμα τους με άλλα. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα εικόνας σώματος από τους άνδρες με τα πιο συνηθισμένα προβλήματα εικόνας σώματος των γυναικών σχετίζονται με το ιδανικό αδυνάτισμα, την εμμονή με το βάρος και τα τρέχοντα πρότυπα ομορφιάς (π.χ. μικρή μύτη, αλεπούδες μάτια, μεγάλα χείλη και ζυγωματικά). Με άλλα λόγια, οι γυναίκες τείνουν να αναζητούν κοινωνική επικύρωση μέσω της φυσικής τους εμφάνισης, κάτι που είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους οι γυναίκες έχουν περισσότερα προβλήματα με τη δυσαρέσκεια του σώματος από τους άνδρες. [21].

Αν και η έννοια της εικόνας του σώματος είναι ευρεία, η έρευνα και η πρακτική έχουν επικεντρωθεί στις αυτοαντιλήψεις, τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις στάσεις που σχετίζονται με την εμφάνιση, επειδή αυτές έχουν συνδεθεί συχνότερα με αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα.

Η σωματική δυσαρέσκεια είναι μια εμπειρία που περιλαμβάνει τις αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα ενός ατόμου για το σώμα και την εμφάνισή του. Περιλαμβάνει την υποκειμενική αξιολόγηση της εικόνας κάποιου και την αντιληπτή ασυμφωνία μεταξύ της πραγματικής και της επιθυμητής φυσικής εμφάνισης [22].

Οι αρνητικές συνέπειες των υψηλών επιπέδων δυσαρέσκειας για το σώμα γίνονται ολοένα και πιο εμφανείς. Η δυσαρέσκεια για το σώμα συνδέεται με δυσφορία και μειωμένη σωματική και ψυχοκοινωνική ποιότητα ζωής. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η δυσαρέσκεια για το σώμα προβλέπει προσπάθειες αλλαγής του σώματος μέσω της χρήσης ακραίων συμπεριφορών απώλειας βάρους ή μυϊκής ανάπτυξης. Η δυσαρέσκεια για το σώμα και η ανθυγιεινή διατροφή έχουν επίσης παρατηρηθεί ότι προβλέπουν την ανάπτυξη υπέρβαρου και παχυσαρκίας. Η δυσαρέσκεια για το σώμα,

με έμφαση στις ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα, έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους πιο ισχυρούς και καλύτερα αναπαραγμένους παράγοντες κινδύνου για τη νευρική βουλιμία (BN) και σε μικρότερο βαθμό για τη ψυχογενή ανορεξία (ΑΨ) [20].

Η σωματική δυσσαρέσκεια είναι γνωστό ότι επηρεάζει τη σωματική και ψυχική υγεία καθώς υπάρχει συσχέτιση με χαμηλότερη ποιότητα ζωής, αυξημένη κατάθλιψη, άγχος, στρες και σωματική δυσμορφία. Επιπλέον, η μεγαλύτερη σωματική δυσσαρέσκεια σχετίζεται με συμπεριφορές τροποποίησης της εμφάνισης, όπως η πλαστική χειρουργική, τα καλλυντικά και τα μη ρυθμιζόμενα συμπληρώματα, η υπερβολική άσκηση και η χρήση καθαρτικών ή στεροειδών. Αυτά τα ζητήματα μπορεί επίσης να παίζουν σημαντικό αιτιολογικό ρόλο στην ανάπτυξη ΔΔ [20].

Διαμόρφωση Εικόνας Σώματος

Η διαμόρφωση της εικόνας σώματος ξεκινά από τα πρώτα χρόνια ζωής του ανθρώπου και σταθεροποιείται στη διάρκεια της εφηβείας. Σημαντικό ρόλο στην ολοκλήρωση της διαμόρφωσης ασκούν τόσο τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, οι προσωπικές εμπειρίες, οι βιολογικοί και ψυχολογικοί παραράγοντες όσο και η υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής.

- Κοινωνικοί Παράγοντες: Οι τέχνες, οι ταινίες, οι διαφημίσεις και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης προβάλλουν συγκεκριμένα πρότυπα ομορφιάς, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψή για το σώμα.
- Πολιτισμικοί Παράγοντες: Κάθε πολιτισμός έχει τις δικές του αντιλήψεις και πρότυπα σχετικά με την ομορφιά και την ιδανική σιλουέτα, που επηρεάζουν την αυτοεικόνα.
- Προσωπικές Εμπειρίες: Αρνητικές ή θετικές εμπειρίες στο σχολείο, στην οικογένεια ή στις κοινωνικές σχέσεις μπορεί να διαμορφώσουν την εικόνα που υπάρχει για το σώμα.
- Βιολογικοί Παράγοντες: Η γενετική προδιάθεση, οι ορμονικές αλλαγές και τα σωματικά χαρακτηριστικά μπορούν να επηρεάσουν την εικόνα για το σώμα.
- Ψυχολογικοί Παράγοντες: Η αυτοπεποίθηση, η προσωπική αξία και οι πεποιθήσεις για την ομορφιά παίζουν σημαντικό ρόλο στο πώς βλέπουμε το σώμα.
- Υγιεινός Τρόπος Ζωής: Οι διατροφικές συνήθειες, η φυσική δραστηριότητα και ο τρόπος ζωής γενικότερα επηρεάζουν την εικόνα του σώματος. Η καλή υγεία μπορεί να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση.
- Φιλικά και Οικογενειακά Δίκτυα: Η στήριξη ή η κριτική από φίλους και οικογένεια μπορεί να έχει επιδραστικό ρόλο στην αντίληψη που έχουμε για το σώμα.

Η κατανόηση αυτών των παραγόντων μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη μιας πιο υγιούς και θετικής εικόνας του σώματος μας.

Μία από τις μεταβλητές που έχει λάβει πρόσφατα τη μεγαλύτερη προσοχή όσον αφορά την ικανοποίηση από το σώμα είναι η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Παρά τα οφέλη τους, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχουν υψηλές δυνατότητες εθισμού και, ως εκ τούτου, μπορεί να σχετίζονται με αρνητικές συνέπειες όπως ο διαδικτυακός εκφοβισμός [20].

Σε μια διαδικτυακή μελέτη [21], εξέθεσαν 226 άτομα σε εικόνες Instagram που σχετίζονται με ιδανικά πρότυπα ομορφιάς στην πειραματική ομάδα και εικόνες με τη διαφορετικότητα του σώματος στην ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν αύξηση της σωματικής δυσαρέσκειας στην πειραματική ομάδα και μείωσης αυτής στην ομάδα ελέγχου μετά την έκθεση. Σύμφωνα με αυτά τα ευρήματα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η χρήση του Instagram συσχετίστηκε με χαμηλότερη σωματική ικανοποίηση μεταξύ των νεαρών γυναικών με τη μεσολάβηση της κοινωνικής σύγκρισης με τους επηρεαστές των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Αν και οι περισσότερες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί με νεαρές γυναίκες, μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι μεσήλικες και ηλικιωμένες γυναίκες που συγκρίνονται στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχουν επίσης προβλήματα που σχετίζονται με την εικόνα. Παράλληλα, στην περίπτωση των ανδρών, οι εικόνες χωρίς πουκάμισο εντός του μυϊκού ιδεώδους έχει αποδειχθεί ότι έχουν ιδιαίτερα αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση του σώματος.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες τείνουν να διαιωνίζουν τη σωματική δυσαρέσκεια, μια σταθερή πρόβλεψη των διατροφικών διαταραχών και άλλων ψυχικών διαταραχών[21].

1.5 Ντροπή και Διατροφικές Διαταραχές

Η ντροπή ορίζεται συνήθως ως ένα αρνητικό επώδυνο συναίσθημα αυτοσυνειδησίας που χαρακτηρίζεται από αρνητικές συνολικές αξιολογήσεις ολόκληρου του εαυτού. Συνολικά το μέγεθος της επίδρασης της συσχέτισης μεταξύ της ντροπής και των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών είναι μεσαίο έως μεγάλο. Η σωματική ντροπή και η ντροπή γύρω από το φαγητό φαίνεται να είναι οι τύποι ντροπής που συνδέονται στενότερα με τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών γεγονός που υποδηλώνει ότι η άμεση στόχευσή τους στις παρεμβάσεις μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευεργετική. Η ντροπή επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής συμπεριλαμβανομένων των σκέψεων, των συμπεριφορών και των συναισθημάτων. Ιδιαίτερα, όσον αφορά τη ντροπή του σώματος, οι γυναίκες φάνηκαν να έχουν αρνητική αυτοαξιολόγηση. Αντί να νιώθουν μόνο για το βάρος τους, ένιωθαν ντροπή για διάφορα σημεία του σώματός τους, γεγονός που οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη ανασφάλεια σχετικά με την εικόνα τους [22].

Η ντροπή βρέθηκε να προβλέπει την αύξηση των ανορεκτικών συμπτωμάτων, να σχετίζεται με πιο σοβαρή συμπτωματολογία ΔΔ, ενώ οι πρώιμες αλλαγές στην ντροπή συσχετίστηκαν με ταχύτερη μείωση των συμπτωμάτων ΔΔ κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Η αρνητική επίδραση και η δυσλειτουργία της ρύθμισης των συναισθημάτων μπορεί να διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της ΔΔ.

Ενώ τα καθιερωμένα γνωστικά-συμπεριφοριστικά μοντέλα της ΔΔ αναδεικνύουν τις γνωστικές στρεβλώσεις ως τους κύριους μηχανισμούς πίσω από αυτή τη συμπτωματολογία, οι ενημερωμένες γνωστικές προσεγγίσεις της ΔΔ, υποστηρίζουν ότι οι συναισθηματικοί παράγοντες έχουν σημαντικό ρόλο στην εξήγηση των διαταραγμένων διατροφικών επεισοδίων.

Οι πρώιμες αντιξοότητες (π.χ. ιστορικό προσκόλλησης, εμπειρίες κακοποίησης ή απόρριψης) και οι πολιτιστικοί παράγοντες που προωθούν ιδανικά σχήματα σώματος μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη γνωστικών στοιχείων ντροπής (αρνητικές απόψεις για τον εαυτό και για το πώς οι άλλοι μπορεί να τον αντιλαμβάνονται και να τον αξιολογούν) και να τονίζουν τις διαπροσωπικές ευαισθησίες. Αυτές οι γνώσεις ντροπής καθιστούν το άτομο ευάλωτο σε αρνητικά κοινωνικά αποτελέσματα, όπως η απόρριψη, και σε μια προσπάθεια να αποφύγει αυτές τις απειλές, προσπαθεί να αλλάξει την εμφάνιση του σώματος. Η επιτυχής διαχείριση του βάρους τους οδηγεί σε συναισθήματα υπερηφάνειας αλλά η αποτυχία σε αυτό οδηγεί σε περαιτέρω εμπειρίες ντροπής, οδηγώντας έτσι σε έναν κύκλο ντροπής-υπερηφάνειας που συντηρεί τη διαταραχή.

Τα συμπτώματα της ΔΔ συνδέονται διαφορετικά με την ντροπή να συμβάλλει σε περιοριστικές συμπεριφορές στην περίπτωση των ανορεκτικών συμπτωμάτων και την αδηφαγία να χρησιμοποιείται ως μέθοδος ρύθμισης της ντροπής στην περίπτωση των βουλιμικών συμπτωμάτων. Έτσι φαίνεται ότι οι προσπάθειες ελέγχου του φαγητού μπορεί να χρησιμοποιούνται για την αποφυγή της ντροπής, ενώ η ντροπή μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως συνέπεια των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών οι οποίες με τη σειρά τους διατηρούν το πρόβλημα προκαλώντας περαιτέρω προσπάθειες ελέγχου του βάρους και του σχήματος ως τρόπο ρύθμισης αυτού του επώδυνου συναισθήματος [22].

Σύμφωνα με το DSM-5 [11], τα επεισόδια αδηφαγίας συνδέονται με «το να τρώει κανείς μόνος του επειδή ντρέπεται για το πόσο πολύ τρώει», καθώς και με «το να αισθάνεται αηδία με τον εαυτό του, κατάθλιψη ή μεγάλες ενοχές μετά την υπερκατανάλωση», υποδεικνύοντας ότι τα αισθήματα ντροπής αποτελούν κεντρικό χαρακτηριστικό της BED. Η ντροπή είναι ένα επώδυνο συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας όσον αφορά τον εαυτό ή τον χαρακτήρα κάποιου. Ακόμη η ντροπή ορίζεται είτε ως εσωτερικής είτε ως εξωτερικής εστίασης. Η εσωτερική ντροπή περιγράφει εσωτερικά εστιασμένα συναισθήματα ότι είναι κανείς κατώτερος από τους άλλους, ενώ η εξωτερική ντροπή περιλαμβάνει την εμπειρία ότι τα ελαττώματα και οι ελλείψεις

του ατόμου εκτίθενται στους άλλους. Μεταξύ των ατόμων με BED, τόσο η εσωτερική όσο και η εξωτερική ντροπή σχετίζονται με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων υπερφαγίας. Τα συμπτώματα της υπερφαγίας σχετίζονται επίσης με τη σωματική ντροπή, η οποία περιγράφει συναισθήματα ανεπάρκειας και αηδίας που απευθύνονται ειδικά στο σχήμα του σώματος και τη φυσική εμφάνιση του ατόμου [23].

1.6 Συννοσηρότητες Διατροφικών Διαταραχών

Ψυχιατρικές Διαταραχές

Οι ασθενείς με ΔΔ εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών συννοσηροτήτων. Οι πιο διαδεδομένες ψυχιατρικές συννοσηρότητες περιλαμβάνουν διαταραχές διάθεσης και άγχους, κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών και διπολική διαταραχή. Τα ποσοστά αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής αυξήθηκαν επίσης κατά 3-5 φορές σε έφηβους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Οι νοσηρότητες εντείνουν τα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής και επηρεάζουν τη θεραπεία όσον αφορά την αποκατάσταση, το επίπεδο φροντίδας και τα ποσοστά εγκατάλειψης. [24].

Ευσαρκία

Εκτός από τις ψυχιατρικές συννοσηρότητες, υπάρχουν πολυάριθμες ιατρικές συννοσηρότητες που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές, όπως καρκίνοι, ενδοκρινικές, κυκλοφορικές, πνευμονικές, γαστρεντερικές, μυοσκελετικές, αιματολογικές και νευρολογικές ασθένειες.

Η παχυσαρκία και οι διατροφικές διαταραχές έχουν αμφίδρομη επίδραση. Υπάρχουν υψηλότεροι κίνδυνοι διατροφικής διαταραχής σε υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα, ειδικά για την BED. Ορισμένες μελέτες [25], που πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικούς πληθυσμούς δείχνουν όλες παρόμοια αποτελέσματα. Για παράδειγμα, οι έφηβοι που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές (28,2% υψηλότερος με υπέρβαρους και 33% υψηλότεροι με παχύσαρκους) από εκείνους που δεν είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Οι φοιτητές με παχυσαρκία σε σύγκριση με εκείνους με υγιές βάρος είχαν υψηλότερα ποσοστά διαταραχής υπερφαγίας και χαμηλότερα ποσοστά νευρικής βουλιμίας. Τα άτομα που αναζητούσαν θεραπεία ελέγχου βάρους είχαν επιπολασμό 30% για διατροφικές διαταραχές. Από την άλλη πλευρά, παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας μεταξύ των ασθενών με BED και BN. Αναφέρθηκε ότι το 30% των γυναικών ασθενών με διατροφικές διαταραχές είχαν παχυσαρκία εφ' όρου ζωής. Τα άτομα με BED έχουν 3-6 φορές περισσότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα από τα άτομα χωρίς BED. Κατά συνέπεια, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας κατά τη διάρκεια της ζωής είναι κοντά στο 90% σε ασθενείς με BED [24].

Διαβήτης

Οι ΔΔ και ο διαβήτης έχουν επίσης αμφίδρομη επίδραση. Μελέτες ανέφεραν [26], ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι πιο διαδεδομένες σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1). Τα έφηβα κορίτσια με ΣΔ1 έχουν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν διατροφικές διαταραχές από εκείνα χωρίς ΣΔ1. Επιπλέον, το 40-60% του επιπολασμού των ΔΔ σχετίζεται με την κληρονομικότητα, υποδεικνύοντας ότι εμφανίζεται στην οικογένεια και οδηγεί σε γενετική σύνδεση.

Επιπλέον, σε έναν πληθυσμό ασθενών με ΣΔ1 και διατροφικές διαταραχές, το 93,8% ανέφερε ότι είχε διαγνωστεί με ΣΔ1 πριν από τη διάγνωση της ΔΔ. Αυτό υποδηλώνει ότι οι ασθενείς με ΣΔ1 μπορεί να έχουν βιώσει περισσότερους ψυχοπαθολογικούς παράγοντες, όπως το να αισθάνονται συγκλονισμένοι από την τήρηση της υγιεινής διατροφής που οδηγεί σε συμπεριφορές όπως η υπερφαγία, ο έμετος ή η παρακράτηση ινσουλίνης μεταξύ ατόμων με τάση για ΔΔ [24].

Για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), τα ποσοστά επιπολασμού της διατροφικής διαταραχής κυμαίνονται ευρέως από 1,4% έως 25%. Οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές επηρεάζουν έως και το 40% των ασθενών με ΣΔ2. Οι ασθενείς με συννοσηρότητα έχουν υψηλότερο ΔΜΣ σε σύγκριση με ασθενείς με ΣΔ2 χωρίς BED. Τα άτομα με ΣΔ2 είναι πιο πιθανό να αναφέρουν χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα για την τήρηση των διατροφικών συστάσεων που ορίζουν οι ειδικοί [24].

Παρόμοια με την αναφορά με ασθενείς με ΣΔ1, οι ασθενείς με ΣΔ2 ανέφεραν ότι η διάγνωση του διαβήτη τους προηγήθηκε της διάγνωσης της ΔΔ. Οι ασθενείς με συννοσηρότητες διαβήτη και ΔΔ συνήθως απαιτούν μια πολυεπιστημονική θεραπευτική προσέγγιση [24].

Μεταβολικό Σύνδρομο

Το μεταβολικό σύνδρομο είναι μια ομάδα παραγόντων κινδύνου για διαβήτη και καρδιαγγειακή νόσο, συμπεριλαμβανομένου του κοιλιακού λίπους, της υψηλής αρτηριακής πίεσης, του υψηλού σακχάρου στο αίμα και της υπερλιπιδαιμίας. Το μεταβολικό σύνδρομο είναι μια συννοσηρότητα ορισμένων ΔΔ. Για παράδειγμα, σε μία έρευνα [27], οι συμμετέχοντες με μεταβολικό σύνδρομο είχαν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν ανωμαλίες στη διατροφική συμπεριφορά, π.χ. περιοριστική διατροφή ή συναισθηματική κατανάλωση φαγητού σε σχέση με ασθενείς χωρίς μεταβολικό σύνδρομο. Επιπλέον διαπιστώνεται σταθερά ότι οι άνδρες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν το μεταβολικό σύνδρομο από τις γυναίκες.

Συνολικά, οι κίνδυνοι μεταβολικών ασθενειών ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της διατροφικής διαταραχής [28]. Για την ΑΨ δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τον κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου. Υπάρχει μειωμένος κίνδυνος για παχυσαρκία και πιθανώς μειωμένος κίνδυνος ΣΔ2. Η κύρια εξήγηση είναι οι γενετικές συσχετίσεις. Η έρευνα βρήκε σημαντικές γενετικές συσχετίσεις της ΑΨ με χαμηλότερο ΔΜΣ, λιγότερη αντίσταση στην ινσουλίνη, απουσία παχυσαρκίας, χαμηλότερο ΣΔ2 και αυξημένη χοληστερόλη λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας (HDL). Για τη BN τα τρέχοντα δεδομένα

είναι αντικρουόμενα. Η BN πιθανώς αυξάνει τον κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου, παχυσαρκίας και ΣΔ2. Το αποτέλεσμα οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο σωματικό βάρος. Για τη BED, τα δεδομένα δείχνουν τον αυξημένο κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου, παχυσαρκίας και ΣΔ2. Ορισμένες επιδράσεις οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στο σωματικό βάρος, αν και υπάρχουν κάποιες άλλες επιπτώσεις ανεξάρτητες από το σωματικό βάρος, συμπεριλαμβανομένης της ίδιας της υπερφαγίας, παραγόντων που σχετίζονται με συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές και γενετικών παραγόντων [28].

Πιο πρόσφατη έρευνα [29], πρότεινε επίσης κάποιες σχέσεις μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της παχυσαρκίας μέσω του μικροβιώματος του εντέρου. Σε πολλές μελέτες, η μείωση της μικροβιακής άλφα ποικιλότητας και η δυσβίωση του εντέρου έχουν παρατηρηθεί σε παχύσαρκα άτομα. Η δυσβίωση του εντέρου αναφέρθηκε σε ασθενείς με ΑΨ και τα προβιοτικά βοήθησαν στην ανάρρωση ασθενών. Σε περιβαλλοντικό επίπεδο, οι εικόνες αδύνατου σώματος από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, το γενικό στίγμα της παχυσαρκίας και η διαθεσιμότητα εύγευστης τροφής μπορεί όλα να συμβάλλουν στη συννοσηρότητα της διατροφικής διαταραχής και της παχυσαρκίας. [24].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Συναισθηματική Υπερφαγία

2.1. Τι είναι η Συναισθηματική Υπερφαγία

Αρχικά τι είναι τα συναισθήματα και γιατί τα βιώνουμε; Τα συναισθήματα προκύπτουν όταν αξιολογούμε μια κατάσταση ως σχετική με έναν τρέχοντα ενεργό στόχο. Για παράδειγμα, αν ένα άτομο μάθει ότι έχει επιλεγεί σε μια θέση εργασίας με υψηλά κίνητρα, είναι πιθανό να βιώσει θετικά συναισθήματα, όπως ενθουσιασμό και χαρά. Η αντίθετη κατάσταση της μη επιλογής είναι πιθανό να οδηγήσει στη βίωση διαφόρων αρνητικών συναισθημάτων, όπως η απογοήτευση και η θλίψη.

Είναι λοιπόν εύλογο ότι τα συναισθήματα εξυπηρετούν διάφορες σημαντικές λειτουργίες στην καθημερινή μας ζωή: κατευθύνουν την προσοχή μας, επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων και παρακινούν τη συμπεριφορά μας μεταξύ άλλων. Σε σύγκριση με τα συναισθήματα, οι διαθέσεις συχνά διαρκούν περισσότερο και μπορεί να εμφανίζονται χωρίς εμφανή ερεθίσματα. Ο όρος «άγχος» χρησιμοποιείται επίσης συχνά στη βιβλιογραφία για τη συμπεριφορά αρνητικών συναισθημάτων-φαγίας. Ενώ τόσο το στρες όσο και το συναίσθημα περιλαμβάνουν αντιδράσεις ολόκληρου του σώματος σε σημαντικά γεγονότα, το στρες αναφέρεται συνήθως σε αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις και το συναίσθημα τόσο σε αρνητικές όσο και σε θετικές συναισθηματικές καταστάσεις.

Η συναισθηματική υπερφαγία (ΕμΕ) είναι μια από τις πιο κοινές ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές δυσπροσαρμοστικές μεταξύ των νεαρών ενηλίκων και ορίζεται ως η συμπεριφορά υπερφαγίας σε απάντηση μίας ποικιλίας αρνητικών συναισθημάτων όπως άγχος, κατάθλιψη, θυμός και μοναξιά. Η ΕμΕ είναι ένας μηχανισμός που χρησιμοποιείται από τους ανθρώπους για να αντιμετωπίσουν την αρνητική συναισθηματικότητα με το να τρώνε σε συναισθηματικές καταστάσεις για άλλους λόγους εκτός από την πείνα. Τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός των ατόμων που πλήττονται από την ΕμΕ αυξήθηκε σημαντικά και η τάση μεγαλώνει σταθερά.

Η ΕμΕ είναι μια κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο καταναλώνει τροφή ως απάντηση σε συναισθηματικές καταστάσεις, όπως άγχος, θλίψη, κούραση ή πλήξη, αντί για σωματική πείνα. Οι άνθρωποι που βιώνουν ΕμΕ συχνά τρώνε περισσότερο από όσο χρειάζονται, ως τρόπο διαχείρισης των συναισθημάτων τους. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει σε διάφορα προβλήματα, όπως η αύξηση του σωματικού βάρους, η ανάπτυξη ΔΔ και άλλες ψυχολογικές ή σωματικές επιπτώσεις. Η κατανάλωση τροφής μπορεί να προσφέρει προσωρινή ανακούφιση από τα συναισθήματα, αλλά συνήθως δεν επιλύει τα υποκείμενα ζητήματα [30].

Το άγχος και άλλα αρνητικά συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη, μπορούν να οδηγήσουν τόσο σε μειωμένη όσο και σε αυξημένη πρόσληψη τροφής. Ο όρος «συναισθηματική διατροφή» έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για να αναφερθεί στην τελευταία αντίδραση: μια τάση να τρώει κανείς ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα, με τις επιλεγμένες τροφές να είναι κυρίως ενεργειακά πυκνές και εύγευστες. Η συναισθηματική κατανάλωση μπορεί να προκαλείται από διάφορους μηχανισμούς, όπως η χρήση της κατανάλωσης τροφής για την αντιμετώπιση αρνητικών συναισθημάτων ή η σύγχυση των εσωτερικών καταστάσεων πείνας και κορεσμού με φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με τα συναισθήματα [31].

Τα συναισθήματα και το φαγητό είναι και τα δύο εγγενή και επαναλαμβανόμενα μέρη της καθημερινής μας ζωής. Υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ τους με πολλαπλούς τρόπους: οι συναισθηματικές καταστάσεις επηρεάζουν την ποσότητα και την ποιότητα των τροφίμων που καταναλώνονται και η πρόσληψη τροφής έχει συναισθηματικές συνέπειες που μπορεί να επηρεάσουν τις μετέπειτα επιλογές τροφίμων. Διάφορες φυσιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διεργασίες είναι πιθανό να εμπλέκονται σε αυτή την αλληλεπίδραση. Είναι σημαντικό ότι η πρόσληψη τροφής θεωρείται ότι ελέγχεται τόσο από ομοιοστατικές, όσο και από ηδονικές διεργασίες, με την πρώτη να αφορά τη ρύθμιση της ενεργειακής ισορροπίας και τη δεύτερη την επίδραση της ευχαρίστησης, της ανταμοιβής και της γευστικότητας στην πρόσληψη τροφής. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθημάτων και

διατροφής έχει ενισχυθεί στα σύγχρονα πλούσια σε τρόφιμα περιβάλλοντα, όπου ένα αυξανόμενο ποσοστό της κατανάλωσης οδηγείται από ηδονικές διεργασίες. [31].

Τα συναισθήματα υψηλής έντασης ή υψηλής διέγερσης (π.χ. φόβος, ένταση) τείνουν να καταστέλλουν την κατανάλωση τροφής, καθώς σχετίζονται με φυσιολογικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις που μειώνουν την όρεξη και παρεμποδίζουν την κατανάλωση τροφής. Αντίθετα τα αρνητικά συναισθήματα με πιο μέτρια επίπεδα διέγερσης μπορεί να μειώσουν ή να αυξήσουν την πρόσληψη τροφής ανάλογα με τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου και μιας κατάστασης (π.χ. διαθέσιμα τρόφιμα). [8].

Είναι επίσης πιθανό ότι η συναισθηματική κατανάλωση ακολουθεί μόνο συγκεκριμένα διακριτά αρνητικά συναισθήματα και ότι αυτά τα συναισθήματα ενεργοποίησης διαφέρουν μεταξύ των ατόμων. Οι άνθρωποι μπορεί να μην τρώνε ακολουθώντας οποιοδήποτε συναίσθημα, αλλά μόνο τα συναισθήματα που έχουν μάθει να συνδέουν με το φαγητό στο παρελθόν. Παρόλο που πειραματικά έχει βρεθεί ότι η κατάσταση αρνητικής διάθεσης που προκαλείται βελτιώνεται αμέσως μετά την κατανάλωση εύγευστου φαγητού, το αποτέλεσμα τείνει να είναι βραχυπρόθεσμο και μπορεί να ακολουθηθεί από άλλα αρνητικά συναισθήματα όπως αισθήματα ενοχής [8].

Μερικά άτομα με BED προσπαθούν να ελέγξουν το βάρος τους και να αλλάξουν το σχήμα του σώματός τους υιοθετώντας κατά διαστήματα δυσλειτουργικές δίαιτες που χαρακτηρίζονται από ακραίους, άκαμπτους διατροφικούς κανόνες. Αυτό το μοτίβο διαίτας καθιστά σχεδόν αναπόφευκτα περαιτέρω επεισόδια υπερφαγίας. Όσο πιο αυστηροί και πολυάριθμοι είναι οι διατροφικοί κανόνες, τόσο πιο πιθανό είναι να παραβιαστούν. Όταν συμβαίνει αυτό τα άτομα συχνά ερμηνεύουν την αδυναμία τους να τηρήσουν αυτούς τους κανόνες ως απόδειξη της έλλειψης αυτοελέγχου τους αντί να αναγνωρίζουν ότι οι διατροφικοί τους κανόνες είναι πολύ αυστηροί ή ακραίοι.

Αυτή η «σκέψη όλα ή τίποτα» οδηγεί στην προσωρινή εγκατάλειψη των προσπαθειών περιορισμού της πρόσληψης θερμίδων με αποτέλεσμα ένα άλλο επεισόδιο υπερφαγίας. Αυτός ο κύκλος άκαμπτης διαίτας, αναπόφευκτης παραβίασης κανόνων, αυτοκατηγορίας και επακόλουθης υπερφαγίας διαιωνίζει τη διαταραχή και κάνει τον βιώσιμο έλεγχο του βάρους ακόμη πιο δύσκολο. [8].

Εσωτερικευμένο Στίγμα Βάρους

Το εσωτερικευμένο στίγμα βάρους εμφανίζεται όταν τα άτομα υιοθετούν τα στερεότυπα αρνητικού βάρους της κοινωνίας ως δικά τους οδηγώντας σε αρνητικές αυτοπεποιθήσεις. Αυτά τα άτομα αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως κατώτερους από αυτούς που μπορούν να ελέγξουν το βάρος τους με αποτέλεσμα αυτοκριτικές σκέψεις όπως «Είμαι τόσο τεμπέλης», «Δεν έχω δύναμη θέλησης», «Μισώ τον εαυτό μου επειδή δεν έχω καθόλου αυτοέλεγχο», «Είμαι αποτυχημένος» και «Είμαι άσχημος και αποκρουστικός».

Τα άτομα με εσωτερικευμένο στίγμα βάρους συχνά διαχειρίζονται τα αρνητικά τους συναισθήματα μέσω επεισοδίων υπερφαγίας. Τη σωματική δραστηριότητα και τον αθλητισμό, τείνουν να τα αποφεύγουν. Η χαμηλή αυτοπεποίθησή τους, η έλλειψη πίστης στην ικανότητά τους να εκτελούν συμπεριφορές που είναι απαραίτητες για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων- εμποδίζει περαιτέρω τις προσπάθειές τους να ελέγξουν το φαγητό και το βάρος. Αυτή η έλλειψη αυτοπεποίθησης μπορεί να οδηγήσει σε αποφυγή θεραπείας λόγω φόβου αποτυχίας.

Μεταξύ των επεισοδίων υπερφαγίας τα άτομα με BED συχνά υπερκαταναλώνουν και οι διατροφικές τους συνήθειες τείνουν να είναι απορυθμισμένες χωρίς ευέλικτη μετριοπάθεια στην πρόσληψη τροφής. Οι απορυθμισμένες διατροφικές συμπεριφορές μπορεί να περιλαμβάνουν παράλειψη γευμάτων, συχνά σνακ ή 'τσιμπολόγημα' μεταξύ των γευμάτων και κατανάλωση μεγάλων μερίδων και «άχρηστων» φαγητών με υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες, κορεσμένα λιπαρά, ζάχαρη ή/και αλάτι (π.χ. χάμπουργκερ, χοτ ντογκ, τηγανητό κοτόπουλο, τηγανιτές πατάτες, αναψυκτικά με ζάχαρη, επεξεργασμένα επιδόρπια, πίτσα). Αυτό το μοτίβο υπερκατανάλωσης και μη ρυθμισμένης διατροφής οδηγεί συχνά σε υπερβολική ημερήσια πρόσληψη θερμίδων, συμβάλλοντας στην εμφάνιση και διατήρηση υψηλότερου βάρους.

Συμπερασματικά, η επίδραση των διαφορετικών συναισθημάτων στη διατροφή μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο και από περιβάλλον σε περιβάλλον.

Το συναίσθημα σε συνάρτηση με το φαγητό, είναι ένα θέμα που συνδυάζει ψυχολογία, κοινωνιολογία και διατροφολογία. Τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν τις διατροφικές μας επιλογές και συνήθειες, ενώ και το φαγητό μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογική μας κατάσταση. Η θεραπεία της ΕμΕ περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, τεχνικές διαχείρισης του άγχους, και υγιεινές διατροφικές συνήθειες για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των συναισθηματικών προκλήσεων [32].

Μια ανασκόπηση [33], σχετικά με τη ρύθμιση των συναισθημάτων στη διαταραχή υπερφαγίας (BED), αναφέρει, πως η BED μπορεί να θεωρηθεί ως παρορμητική και καταναγκαστική διαταραχή που σχετίζεται με τροποποιημένη ευαισθησία ανταμοιβής και μεροληψία προσοχής που σχετίζεται με το φαγητό. Τα αρνητικά συναισθήματα και τα ελλείμματα στη ρύθμισή τους παίζουν σημαντικό ρόλο στη BED. Η επεξεργασία του θυμού, του άγχους και της λύπης φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντική σε αυτή τη διαταραχή. Τα αποτελέσματα της έρευνας εντόπισαν μια αύξηση στα αρνητικά συναισθήματα πριν από επεισόδια υπερφαγίας. Τα άτομα με BED χρησιμοποιούν πιο συχνά μη προσαρμοστικές στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων, όπως ο μηρυκασμός και η καταστολή των αρνητικών αισθήσεων. Ενώ οι προσαρμοστικές για παράδειγμα η γνωστική επαναξιολόγηση, χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά [33].

2.2. Χαρακτηριστικά Συναισθηματικής Υπερφαγίας

Η διαταραχή ΕμΕ χαρακτηρίζεται από τακτικά επεισόδια υπερφαγίας κατά τη διάρκεια των οποίων τα άτομα καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού και βιώνουν απώλεια ελέγχου της διατροφικής τους συμπεριφοράς ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα. Ο παγκόσμιος επιπολασμός της για τα έτη 2018 – 2020 εκτιμάται ότι είναι 0,6–1,8% στις ενήλικες γυναίκες και 0,3–0,7% στους ενήλικες άνδρες. Η ΕμΕ συνδέεται συνήθως με την παχυσαρκία και με σωματικές και ψυχικές συννοσηρότητες. Τα άτομα με ΕμΕ αντιμετωπίζουν σημαντική επιβάρυνση και βλάβες στην ποιότητα ζωής την ίδια στιγμή. Η αιτιολογία της είναι πολύπλοκη συμπεριλαμβανομένων γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων καθώς και νευροενδοκρινολογικών και νευροβιολογικών συνεισφορών. Τα νευροβιολογικά ευρήματα υπογραμμίζουν τις βλάβες στην επεξεργασία ανταμοιβής, τον ανασταλτικό έλεγχο και τη ρύθμιση των συναισθημάτων σε άτομα με ΕμΕ και αυτοί οι νευροβιολογικοί τομείς αποτελούν στόχους για αναδυόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία πρώτης γραμμής για τη ΕμΕ. Η αναγνώριση και η έρευνα για την ΕμΕ έχει αυξηθεί από τότε που συμπεριλήφθηκε στο DSM-5 το BED [18].

Η βασική ψυχοπαθολογία που χαρακτηρίζει το BED περιλαμβάνει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας κατά τη διάρκεια των οποίων τα άτομα καταπίνουν συγκρίσιμες μεγάλες ποσότητες φαγητού σε μια διακριτή χρονική περίοδο (όπως μέσα σε οποιαδήποτε περίοδο 2 ωρών), ενώ αντιμετωπίζουν απώλεια ελέγχου της διατροφικής τους συμπεριφοράς. Για να εκπληρωθεί η διάγνωση σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-5, αυτά τα επεισόδια πρέπει να συμβαίνουν τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τουλάχιστον τρεις μήνες και πρέπει να σχετίζονται με αγωνία σχετικά με την υπερφαγία. [18].

Η BED και η νευρική βουλιμία (BN) χαρακτηρίζονται και τα δύο από τακτικά επεισόδια υπερφαγίας. Ωστόσο η τακτική χρήση μιας ή περισσότερων ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών για την πρόληψη της αύξησης βάρους (όπως αυτοπροκαλούμενος εμετός ή νηστεία) αποτελεί μέρος των διαγνωστικών κριτηρίων για τη BN, ενώ τα άτομα με BED δεν αντισταθμίζουν τακτικά χρησιμοποιώντας ακατάλληλες μεθόδους. Επιπλέον τα διαγνωστικά κριτήρια για τις διατροφικές διαταραχές ΑΨ και BN περιλαμβάνουν επίσης διαταραχές που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος (όπως υπερεκτίμηση βάρους και σχήματος), κάτι που δεν απαιτείται για τη διάγνωση BED [18].

Μερικά από τα χαρακτηριστικά της Συναισθηματικής Υπερφαγίας

Υπερκατανάλωση τροφής: Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα, συχνά χωρίς σωματική πείνα. Η υπερκατανάλωση τροφής, ειδικά στην περίπτωση της συναισθηματικής

υπερφαγίας, είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που συνδέεται με ψυχολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες. Πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν την τροφή ως μέσο συναισθηματικής ρύθμισης και αυτοκαταπραΰνσης. Η κατανάλωση τροφής μπορεί να προκαλέσει την απελευθέρωση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο, όπως η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη, οι οποίες σχετίζονται με την ευχαρίστηση και τη βελτίωση της διάθεσης. Η τροφή συχνά συνδυάζεται με κοινωνικές δραστηριότητες. Σε παραδοσιακές κοινωνίες η κατανάλωση φαγητού συχνά συνδέεται με εορτές και συγκεντρώσεις κάτι που μπορεί να οδηγήσει στην υπερφαγία όταν αυτά τα κοινωνικά ή συναισθηματικά «κεφάλαια» ασκούν πίεση.

Ως αποτελέσματα, σε σωματικό επίπεδο η υπερκατανάλωση τροφής μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία, υπέρταση, διαβήτη και άλλες χρόνιες παθήσεις. Τα ψυχολογικά αποτελέσματα αυτού είναι η συνεχής παρακολούθηση της κατανάλωσης τροφής, η οποία μπορεί να δημιουργήσει κύκλους ενοχής και ντροπής, επιδεινώνοντας τα συναισθηματικά προβλήματα και οδηγώντας σε περαιτέρω υπερφαγία.

Συναισθηματική σύνδεση με την τροφή: δηλαδή η χρήση της τροφής για να αντιμετωπιστούν συναισθηματικές καταστάσεις καθώς μπορεί να καταναλώσουν "παρηγορητικές" τροφές (comfort foods) όταν αισθάνονται άγχος, θλίψη ή μοναξιά. Αυτές οι τροφές συχνά είναι πλούσιες σε ζάχαρη ή λιπαρά και συνδέονται με συναισθηματική ανακούφιση. Υπάρχει σύνδεση συναισθημάτων με τις επιλογές τροφίμων. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να επιλέγουν υγιεινές επιλογές όταν είναι χαρούμενος ή αισθάνονται ευχάριστα, ενώ άλλοι μπορεί να καταφύγουν σε ανθυγιεινές επιλογές όταν είναι σε κατάσταση άγχους ή θλίψης. Το άγχος και το στρες συχνά οδηγούν σε υπερφαγία ή σε υπερβολική κατανάλωση τροφής, καθώς οι άνθρωποι αναζητούν προσωρινή ανακούφιση μέσω της φαγητού. Η κατανάλωση τροφής σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να παρέχει μια αίσθηση ευφορίας, αν και συνήθως είναι παροδική.

Αίσθηση απώλειας ελέγχου: Οι άνθρωποι νιώθουν ότι δεν μπορούν να ελέγξουν την κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια των επεισοδίων έχοντας μια γενική αίσθηση ανησυχίας που οδηγεί στην ανάγκη για άμεση ικανοποίηση των διατροφικών παρορμήσεων. Υπάρχει δυσκολία στην αναγνώριση της σωματικής πείνας καθώς λόγω της συναισθηματικής σύνδεσης με την κατανάλωση τροφής δυσκολεύονται να ξεχωρίσουν την πραγματική πείνα από την ψυχολογική επιθυμία για φαγητό.

Αίσθημα ενοχής ή ντροπής: μετά την κατανάλωση πολλά άτομα αισθάνονται ενοχές, ντροπή ή απογοήτευση. Η αίσθηση της ντροπής σχετίζεται με την υπερφαγία, εκπροσωπώντας μια πολύπλοκη συναισθηματική κατάσταση που μπορεί να προκύψει από τη σχέση ατόμου με το φαγητό, την εικόνα του σώματος και την κοινωνική αποδοχή. Η ντροπή εμπεριέχει ένα συναισθηματικό βάρος που μπορεί να οδηγήσει σε έναν φαύλο κύκλο. Η αίσθηση ντροπής μπορεί να καταλήξει σε αυτοτιμωρητικές

συμπεριφορές, με την υπερφαγία να χρησιμοποιείται ως τρόπος αντιμετώπισης αυτής της ντροπής. Οι άνθρωποι που βιώνουν υπερφαγία συχνά αποφεύγουν τη στήριξη από άλλους λόγω της ντροπής που αισθάνονται. Φοβούνται την κριτική ή την απόρριψη. Η αναγνώριση της αίσθησης ντροπής είναι ένα σημαντικό βήμα στην κατανόηση και τη διαχείριση της υπερφαγίας. Η συνειδητοποίηση των συναισθημάτων ντροπής και η αναγνώρισή τους ως φυσική ανθρώπινη εμπειρία είναι κρίσιμη στο να μπορέσει κανείς να προχωρήσει.

Αίσθημα Αποτυχίας: Όταν οι άνθρωποι αναγνωρίζουν ότι έχουν παραδοθεί στην υπερφαγία μπορεί να νιώσουν ότι αποτυγχάνουν να ελέγξουν τον εαυτό τους ή ότι δεν συμμορφώνονται με τις κοινωνικές προσδοκίες σχετικές με το σώμα και τη διατροφή.

Κοινωνική Σύγκριση: Η σύγκριση με άλλους, ειδικά με άτομα που φαίνονται να έχουν καλύτερη σχέση με το φαγητό και την υγειονομική κατάσταση, μπορεί να προκαλέσει αίσθημα ντροπής. Η κοινωνία συχνά προάγει ακατάλληλες εικόνες «ιδανικών» σωμάτων, οδηγώντας σε αρνητική αυτοαξιολόγηση. Οι προσωπικές προσδοκίες και τα πρότυπα ομορφιάς που δημιουργούνται από την κοινωνία ή τις οικογένειες, μπορεί να ενισχύσουν τα αισθήματα ντροπής όταν αυτά δεν επιτυγχάνονται.

Απομόνωση κατά την κατανάλωση: Συχνά η κατανάλωση τροφής γίνεται σε μυστικότητα ή απομόνωση. Η απομόνωση κατά τη λήψη τροφής, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις συναισθηματικής υπερφαγίας, αποτελεί μια σύνθετη ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση. Η συναισθηματική υπερφαγία συνδέεται συχνά με την ανάγκη για συναισθηματική ανακούφιση ή την αντιστάθμιση συναισθηματικών εκβιασμών. Η απομόνωση κατά τη διάρκεια της λήψης τροφής μπορεί να σχετίζεται με την επιθυμία να αποφευχθεί η κριτική ή η αξιολόγηση από άλλους, γεγονός που ενισχύει τη διαδικασία υπερφαγίας.

Αρνητικά Συναισθήματα: Οι άνθρωποι που βιώνουν συναισθηματική υπερφαγία συχνά παλεύουν με αισθήματα άγχους, κατάθλιψης ή μοναξιάς. Η τροφή μπορεί να θεωρηθεί ως πηγή άμεσης ευχαρίστησης και ανακούφισης.

Αλλαγές στην διάθεση: Παρατηρείται εναλλαγή συναισθημάτων, όπου η κατανάλωση τροφής προσφέρει προσωρινή ευχαρίστηση, αλλά ακολουθεί αίσθημα ενοχής ή αηδίας. Όταν κάποιος αρχίζει να τρώει, ενδέχεται να βιώσει πρόσκαιρη ευτυχία ή ανακούφιση. Η κατανάλωση τροφής μπορεί να ενεργοποιήσει την απελευθέρωση ενδορφινών και άλλων χημικών ουσιών στον εγκέφαλο που προκαλούν θετικά συναισθήματα. Μετά την αρχική ευχαρίστηση, πολλοί βιώνουν αίσθημα ενοχής ή ντροπής για τις ποσότητες που κατανάλωσαν. Αυτή η αίσθηση μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές σκέψεις και κακή αυτοεκτίμηση. Η ενοχή μπορεί ως επακόλουθο, να προκαλέσει αυξημένο άγχος ή και έμφαση στα προβλήματα που οδήγησαν στην υπερφαγία. Αυτό δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο, καθώς η

ανάγκη για ανακούφιση από τα αρνητικά συναισθήματα ενδέχεται να οδηγήσει σε περισσότερη υπερφαγία.

Με τη συνεχή κατανάλωση τροφής κάποιοι μπορεί να βιώνουν συναισθηματική αδράνεια ή απογοήτευση, καθώς η τροφή δεν προσφέρει μακροχρόνια ανακούφιση. Οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις μπορεί να επιδεινωθούν. Μερικοί άνθρωποι μπορούν να αρχίσουν να συνδέουν την τροφή με την άνεση και την ασφάλεια γεγονός που οδηγεί σε επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά υπερφαγίας κάθε φορά που αντιμετωπίζουν συναισθηματικά δύσκολες καταστάσεις.

Για κάποιους η υπερφαγία ίσως να χρησιμοποιείται ως τρόπος για να αποσπάσουν την προσοχή τους από τον ψυχικό πόνο ή τις προσωπικές τους δυσκολίες προσωρινά ελαχιστοποιώντας τη συναισθηματική τους δυσφορία. Αυτές οι εναλλαγές στη διάθεση συνδέονται με ένα σύνθετο πλέγμα συναισθημάτων και ψυχολογικών παραγόντων και συχνά απαιτούν προσεκτική προσέγγιση για να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις συναισθηματικές ανάγκες και τις διατροφικές συνήθειες [18].

Σε αντίθεση με άτομα που πάσχουν από βουλιμία, αυτά με ΕμΕ συχνά έχουν υπερβολικό βάρος, καθώς δεν έχουν τις ανθυγιεινές αντισταθμιστικές συμπεριφορές που παρατηρούνται στην άλλη κατηγορία. Οι κλινικές συνέπειες αυτής της διαταραχής είναι σοβαρές και περιλαμβάνουν: προβλήματα στην έμμηνο ρύση για γυναίκες, διογκωμένους σιελογόνους αδένες, διαταραχές ηλεκτρολυτών, αρρυθμίες, κίνδυνο ρήξης του οισοφάγου ή του στομάχου, αλλαγές στο σωματικό βάρος, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ μπορεί να συνοδευτεί και από κοινωνική απομόνωση. Πολλοί πάσχοντες εμφανίζουν ταυτόχρονα και κάποια διαταραχή προσωπικότητας, όπως η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, η αποφευκτική διαταραχή ή η μαιχμιακή διαταραχή. Αυτά τα άτομα συχνά σκέφτονται με τρόπο απόλυτο, διατηρώντας υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό τους. Η ΕμΕ μπορεί να εκληφθεί ως μια αντίδραση ενάντια σε αυτό το αυστηρό πλαίσιο απαιτήσεων. Οι περιπτώσεις υπερφαγίας συσχετίζονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση και μπορεί να συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ημέρας, ανάλογα με τις συναισθηματικές μεταβολές του ατόμου [18].

Η έρευνα των Calderon et al [30], έχει ασχοληθεί με τον αντίκτυπο των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών όπως η ηλικία, το φύλο και άλλα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά στα αποτελέσματα της διατροφικής συμπεριφοράς των ατόμων. Ανέφερε ότι οι νέοι ηλικίας 19 έως 20 ετών ανέφεραν υψηλότερο ποσοστό ΕμΕ. Επιπλέον οι νέοι δεν είναι ενθουσιασμένοι με το να κάνουν αλλαγές στις δικές τους διατροφικές συμπεριφορές και μπορεί να υπόκεινται σε συναισθηματικές πιέσεις όπως εργασιακό φόρτο, άγχος, έλλειψη κατάλληλης διαχείρισης χρόνου και μεταξύ άλλων μπορεί να επηρεάσει την κατανάλωση τροφής. Όσον αφορά το φύλο, αναφέρθηκε ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες σε συγκρατημένες, ανεξέλεγκτες διατροφικές συμπεριφορές και είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν αρνητική ΕμΕ. Παρόλο που οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη ΕμΕ, ωστόσο αυτή η

πτυχή δεν πρέπει να υποτιμάται στους άνδρες. Γενικά οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ότι καταναλώνουν φαγητό ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, θυμός, απογοήτευση και κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες τρώνε πιο συναισθηματικά σε σύγκριση με τους άνδρες. Πιθανοί λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες σε αντίθεση με τους άντρες παρουσιάζουν περισσότερη ΕμΕ μπορεί να σχετίζονται με εναλλαγές της διάθεσης που προκαλούνται από ορμονικές αλλαγές που σχετίζονται με τον εμμηνορροϊκό κύκλο [30].

Μια άλλη πιθανή εξήγηση πίσω από τη συσχέτιση μεταξύ χροντύπων και ανθυγιεινών διατροφικών συμπεριφορών είναι ο καθιστικός τρόπος ζωής. Στην πραγματικότητα η βραχυπρόθεσμη στέρηση ύπνου έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε μειωμένη σωματική δραστηριότητα η οποία με τη σειρά της μπορεί να σχετίζεται με ανθυγιεινά σνακ και άλλες διατροφικές συνήθειες. Η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί να προωθήσει την υγιεινή διατροφική συμπεριφορά περιορίζοντας την ΕμΕ. Ομοίως η διάρκεια του ύπνου μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ΕμΕ. Η σύντομη διάρκεια ύπνου σχετίζεται με αλλαγές στις διατροφικές συμπεριφορές και τις επιλογές τροφίμων. Ειδικότερα μια μελέτη που διεξήχθη σε 553 γυναίκες και 911 άνδρες βρήκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της ΕμΕ και της διάρκειας ύπνου στις γυναίκες αλλά όχι στους άνδρες [34]. Η μικρή διάρκεια ύπνου είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας και αντιπροσωπεύει δείκτη ανάπτυξης ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών και παχυσαρκίας. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι νεαροί ενήλικες συχνά υιοθετούν ανθυγιεινές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της προτίμησης μεγάλης έκθεσης σε τεχνητό φως αντί για φυσικό φως λόγω παρατεταμένης έκθεσης στην οθόνη κατά τις αργές βραδινές ώρες. Επιπλέον η προτίμηση για ύπνο αργά και η παρατεταμένη εγρήγορση συνδέονται με συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και το άγχος τα οποία με τη σειρά τους συνδέονται με την ενεργειακά πυκνή τροφή και την εμφάνιση ΕμΕ. Επιπλέον η βραχυπρόθεσμη στέρηση ύπνου έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε μειωμένη σωματική δραστηριότητα, η οποία, με τη σειρά της μπορεί να σχετίζεται με ΕμΕ που χαρακτηρίζεται από αυξημένη κατανάλωση σνακ και τροφών άνεσης. Επομένως το φύλο, η σωματική δραστηριότητα και η διάρκεια του ύπνου είναι όλοι παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση της ΕμΕ [30].

Ο στόχος της μελέτης των Calderón et al, ήταν να προσδιοριστεί η συσχέτιση μεταξύ της αρνητικής ΕμΕ, των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, της φυσικής δραστηριότητας, της διάρκειας ύπνου και της ψυχικής και σωματικής υγείας σε νεαρούς ενήλικες. Σε αυτή τη μελέτη, διαπιστώθηκε, ότι ένα υψηλότερο ποσοστό γυναικών παρουσίασε αρνητική ΕμΕ. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ηλικίας 30 έως 39 ετών ανέφεραν λιγότερο αρνητική ΕμΕ. Η σωματική δραστηριότητα συσχετίστηκε με αρνητική ΕμΕ. Ο ύπνος λιγότερο από 7 ώρες την ημέρα και τα συμπτώματα κατάθλιψης συσχετίστηκαν ισχυρά με την αρνητική ΕμΕ στους άνδρες, ενώ τα συμπτώματα άγχους συσχετίστηκαν με αρνητική ΕμΕ και στα δύο φύλα. Τέλος, σε σχέση με τη σωματική υγεία, οι συμμετέχοντες που ανέφεραν

υπέρταση και ΔΜΣ ≥ 25 (υπέρβαροι/παχύσαρκοι) είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν αρνητικό ΕΕ σε σύγκριση με εκείνους με φυσιολογικό βάρος. [30].

2.3 Η Συναισθηματική Υπερφαγία στα δύο Φύλα

Ενώ οι ΔΔ διαγιγνώσκονται συχνότερα στις γυναίκες, υπάρχει αυξανόμενη συνειδητοποίηση ότι και οι άνδρες βιώνουν ΕμΕ και μπορεί να το κάνουν με διαφορετικό τρόπο.

Σε μία έρευνα [35], επιστρατεύτηκαν 1604 συμμετέχοντες (631 ήταν άνδρες και 329 διαγνώστηκαν με ΣΔ που αποτελούνταν από 109 άνδρες και 220 γυναίκες) και συγκρίθηκε ο τρόπος με τον οποίο οι άνδρες και οι γυναίκες επεξεργάζονταν και ρύθμιζαν τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια επεισοδίου υπερφαγίας. Βρέθηκε ότι τα αρσενικά με ΕμΕ όπως και οι γυναίκες, υπέφεραν από δυσκολίες στον εντοπισμό και τη ρύθμιση των συναισθημάτων τους αν και εμφάνιζαν ένα ελαφρώς διαφορετικό προφίλ δυσκολιών. Αυτό υποδηλώνει ότι ενώ οι παρεμβάσεις για τη βοήθεια της συναισθηματικής λειτουργίας θα μπορούσαν να είναι ωφέλιμες τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες με ΕμΕ, πρέπει να ληφθούν υπόψη τα διαφορετικά συναισθηματικά προφίλ των ανδρών, καθώς οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε συγκεκριμένες συναισθηματικές διαδικασίες (π.χ. επαναξιολόγηση) μπορεί να είναι σχετικές για τις γυναίκες αλλά όχι με τους άνδρες.

Συμπεριφορικά οι επιδράσεις στην διατροφή, εμφανίζονται νωρίς στον κύκλο των συναισθημάτων, με τις γυναίκες να τείνουν προς μεγαλύτερη συναισθηματική επίγνωση και τους άνδρες προς μεγαλύτερη δυσκολία στον εντοπισμό και την περιγραφή των συναισθημάτων τους και μια κλίση προς το χαρακτηριστικό στυλ σκέψης πιο εξωτερικά προσανατολισμένο (σε υψηλά επίπεδα) της αλεξιθυμίας. Αν και υπάρχει μια ισχυρή περίπτωση ότι τα ελλείμματα επεξεργασίας και ρύθμισης των συναισθημάτων μπορεί να συμβάλλουν στην ψυχοπαθολογία της ΕμΕ στις γυναίκες, αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι συμβαίνει στους άνδρες.

Διαπιστώθηκε ότι οι δυσκολίες με την επεξεργασία των συναισθημάτων και τη ρύθμιση τους συσχετίστηκαν με την ψυχοπαθολογία της διατροφής τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Επίσης σε σύγκριση με τις γυναίκες με ΕμΕ, οι άνδρες ανέφεραν περισσότερο εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη (μια πτυχή της αλεξιθυμίας), περισσότερες δυσκολίες με τα συναισθήματά τους και περισσότερη χρήση της επανεκτίμησης και καταστολής των συναισθημάτων. Είναι ενδιαφέρον ωστόσο, ότι το φύλο βρέθηκε να μετριάξει τη σχέση μεταξύ επανεκτίμησης και περιορισμού: ο βαθμός στον οποίο οι άνδρες συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν επαναξιολόγηση δεν είχε σχέση με αυτό το σύμπτωμα, ενώ η χαμηλότερη χρήση της επανεκτίμησης συσχετίστηκε με μεγαλύτερη αυτοσυγκράτηση στις γυναίκες.

Οι άντρες συχνά δεν συνδέουν τη διατροφή με την αυτοεκτίμησή τους και η υπερκατανάλωση τροφής δεν συνοδεύεται από τύψεις ή ενοχές όπως συμβαίνει στις γυναίκες. Ο παραδοσιακός ρόλος του άντρα απαιτεί να αντιμετωπίζει μόνος του τα προβλήματά του, να είναι σκληρός σωματικά και συναισθηματικά, ενώ αποφεύγει την έκφραση αδύναμων συναισθημάτων. Αντίθετα, ενθαρρύνεται να εστιάζει σε λογικά και θετικά ζητήματα, αναζητώντας πρακτικές λύσεις αντί για παρηγοριά και υποστήριξη. Οι άντρες εκδηλώνουν συμπεριφορές αποδέσμευσης και μια μη ευέλικτη στάση απέναντι στα εσωτερικά βιώματα, κυρίως αναφορικά με την εξωτερική έκφραση των συναισθημάτων τους. Το φαγητό μπορεί να λειτουργήσει ως «αναισθητικό», βοηθώντας τους να απομακρυνθούν από την αναγνώριση και την ενόχληση αρνητικών συναισθημάτων όπως η κατάθλιψη και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτή η διαδικασία συμβαδίζει με τη μειωμένη γνωστική επεξεργασία που προκαλεί η επίδραση της πλήρους χώνεψης, με αποτέλεσμα η προσοχή τους να επικεντρώνεται σε άμεσα θετικά εξωτερικά ερεθίσματα, όπως η αίσθηση δυναμισμού που προέρχεται από την αυξημένη πρόσληψη τροφής και της ασφάλειας που παρέχει η σωματική διάπλαση («Φάε για να γίνεις πιο μεγάλος και δυνατός»).

Αντίθετα, οι γυναίκες συχνά εστιάζουν στα συναισθήματά τους και προσπαθούν να ασκήσουν έλεγχο πάνω τους. Η αίσθηση αδυναμίας που βιώνουν στην προσπάθεια ελέγχου τους οδηγεί σε μια έντονη σχέση με την τροφή, καθώς αυτή τους «γεμίζει» προσωρινά αλλά ταυτόχρονα δημιουργεί ένα νέο πρόβλημα. Ενώ οι γυναίκες αναζητούν μέσω της τροφής μια μορφή ανακούφισης από δυσφορικές σκέψεις, οι άντρες την χρησιμοποιούν για να καταπιέσουν τις πραγματικές τους ανάγκες, αποφεύγοντας να έρθουν σε επαφή με αυτές. Οι γυναίκες προσθέτουν την παρόρμηση ως παράγοντα που σε συνδυασμό με τη βιωματική αποφυγή, ενισχύει την υπερφαγία. Αντίθετα στους άντρες η βιωματική αποφυγή κυρίως με τη μορφή άρνησης ή μη αναγνώρισης των δυσφορικών βιωμάτων, θεωρείται σημαντικός παράγοντας για τη σχέση τους με την υπερφαγία. Έτσι αν και τα δύο φύλα προσεγγίζουν τις συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις διαφορετικά, ένα κοινό χαρακτηριστικό τους είναι η τάση για βιωματική αποφυγή, δηλαδή η αποφυγή της αντιμετώπισης πραγματικών δυσάρεστων καταστάσεων, είτε μέσω της αποφυγής των αρνητικών σκέψεων είτε μέσω της πλήρους άρνησής τους [35].

2.4 Συναισθηματική Υπερφαγία και Παχυσαρκία

Η αυξανόμενη επικράτηση της παχυσαρκίας, η οποία έχει σχεδόν τριπλασιαστεί από το 1975, συνιστά σοβαρό κίνδυνο για την υγεία και την ευημερία των ανθρώπων. Μία από τις βασικές παραμέτρους που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας είναι η διατροφική συμπεριφορά. Οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες οι οποίες περιλαμβάνουν τη συναισθηματική διατροφή, σχετίζονται με ψυχολογικές δυσκολίες και εντείνονται από κοινωνικά στίγματα και προκαταλήψεις σχετικά με το βάρος [30].

Η διατροφική συμπεριφορά καθοδηγείται όχι μόνο από φυσιολογικές διεργασίες όπως η πείνα και ο κορεσμός, αλλά και από την ηδονική διατροφή, που είναι το κίνητρο που δημιουργείται από την έκθεση και την επαναλαμβανόμενη κατανάλωση πολύ νόστιμων τροφών πλούσιων σε ενέργεια. Πολλές φορές, το φαγητό τρώγεται για την ευχαρίστηση που παράγει ή για τη γεύση του, αλλά και αναζητώντας το αίσθημα της ικανοποίησης ή της ευχαρίστησης κατά την κατανάλωσή του. Με αυτόν τον τρόπο, μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση πριν από την κατανάλωση του φαγητού μπορεί να καλυφθεί ή να γίνει πιο ανεκτή [30]. Ο Frank S. et al, σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με 34 γυναίκες 28 ετών, προκειμένου να διερευνήσει την επίδραση της μείωσης της ντοπαμίνης στην επεξεργασία ανταμοιβής των τροφίμων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα τροποποιημένα μονοπάτια ανταμοιβής ντοπαμίνης θα μπορούσαν να είναι ένας από τους πολλούς παράγοντες που συμβάλλουν στην υπερκατανάλωση τροφής και στην παχυσαρκία. Η αυξημένη διαθεσιμότητα και η οικονομική προσιτότητα υπεργευστικών τροφών με πυκνή ενέργεια, σε συνδυασμό με την ευχαρίστηση ή την ικανοποίηση που μπορούν να προσφέρουν, ενισχύει ένα παχυσαρκικό περιβάλλον, το οποίο προδιαθέτει την αύξηση του σωματικού βάρους και τις σχετικές ασθένειες που μπορεί να συνυπάρχουν με ελλείψεις ορισμένων θρεπτικών συστατικών [36].

Σήμερα σε διάφορα μέρη του κόσμου, τα υπεργευστικά τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε ενέργεια (πλούσια σε σάκχαρα και λίπη), γενικά βιομηχανικής προέλευσης, έχουν γίνει όλο και πιο διαθέσιμα και προσιτά. Με την πάροδο του χρόνου η συνήθεια της κατανάλωσής τους έχει επικρατήσει αντικαθιστώντας την κατανάλωση πιο υγιεινών τροφίμων όπως τα φρούτα και τα λαχανικά [37].

Ο Donofry et al. 2019, διεξήγαγε μια τυχαιοποιημένη δοκιμή σε 96 γυναίκες για να εξετάσει εάν τα αρνητικά συναισθήματα ενισχύουν τη σχέση μεταξύ του διατροφικού περιορισμού και της προσοχής στην προκατάληψη των τροφίμων. Διαπίστωσαν ότι τα θετικά συναισθήματα μπορεί να σχετίζονται με την καλύτερη επεξεργασία σήματος των εύγευστων φαγητών. Αυτά τα συναισθήματα αντιπροσωπεύουν έναν κοινωνικοπολιτισμικό παράγοντα στη διατροφική συμπεριφορά, ευνοώντας την υπερβολική κατανάλωση τροφής με ηδονικά κίνητρα, στην οποία οι άνθρωποι μπορεί να αγνοούν τον πραγματικό λόγο για την αύξηση της κατανάλωσης υπεργευστικών τροφών με πυκνή ενέργεια [38].

Οι Sultson και Akkermann (2019), εξέτασαν τους φαινοτύπους γυναικών που εμπλέκονται σε συναισθηματική διατροφή, εστιάζοντας στα επίπεδα θετικής και αρνητικής συναισθηματικής διατροφής, τον ΔΜΣ και τη διαχείριση του σωματικού βάρους τους. Οι ερευνητές αναλύσαν επίσης πιθανές διαφορές στις διατροφικές διαταραχές και τις δυσκολίες που σχετίζονται με την συναισθηματική ρύθμιση. Το δείγμα περιλάμβανε 605 γυναίκες. Μέσω της ανάλυσης, οι ερευνητές εντόπισαν τέσσερα διαφορετικά προφίλ που εμφανίζουν ποικιλία στη ρύθμιση των συναισθημάτων και στην

ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών. Αυτά τα προφίλ περιλάμβαναν: παχύσαρκα άτομα με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής διατροφής (ως απάντηση σε θετικά και αρνητικά συναισθήματα), γυναίκες κανονικού βάρους με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής διατροφής, υπέρβαρα άτομα χωρίς συναισθηματική διατροφή και κανονικού βάρους άτομα με συναισθηματική διατροφή. Η μελέτη υπογράμμισε ότι η αυξημένη αρνητική συναισθηματική διατροφή στα εν λόγω προφίλ μπορεί να αποτελεί σημαντικό δείκτη ψυχοπαθολογίας και ότι ο υψηλός ΔΜΣ από μόνος του δεν καταδεικνύει μια τέτοια παθολογία [39].

Σε μια άλλη μελέτη που διεξήχθη από τον Konttinen et al (2019), με 3735 συμμετέχοντες, εξετάστηκε η συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης, ΔΜΣ, περιφέρειας μέσης και συναισθηματικής διατροφής. Μέσα σε επτά χρόνια, η μελέτη έδειξε ότι η αντίδραση μεμονομένων καταστάσεων μέσω φαγητού σε αρνητικά συναισθήματα λειτουργούσε μετριαστικά στη θετική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και αυξημένου ΔΜΣ και περιφέρειας μέσης. Επίσης η διάρκεια του νυχτερινού ύπνου φάνηκε να μετριάξει τις σχέσεις μεταξύ συναισθηματικής διατροφής και διάφορων παραγόντων [40].

Μια πρόσφατη μελέτη περίπτωσης ελέγχου, εξέτασε τη σύνδεση ανάμεσα σε στρατηγικές αντιμετώπισης, διατροφικές συνήθειες και Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), με δείγμα 473 ατόμων που συμπλήρωσαν το Ολλανδικό Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς (DEBQ). Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι τα υπέρβαρα άτομα παρουσίασαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής διατροφής σε σχέση με εκείνα με κανονικό βάρος. Η αξία αυτής της μελέτης έγκειται στην ευρεία αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης και των διατροφικών συμπεριφορών, καθώς και στη σύνδεσή τους με τον ΔΜΣ [41].

Μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν παιδιά ηλικίας 9-12 ετών και νεαροί ενήλικες ηλικίας 19 ετών, ο Moss et al. 2020, διερεύνησε τη σχέση μεταξύ θετικών και αρνητικών συναισθημάτων και της διατροφικής συμπεριφοράς σε αυτόν τον πληθυσμό, μαζί με τις επιδράσεις των διατροφικών στυλ, είτε συναισθηματικών είτε εξωτερικών. Ανέφεραν ότι τα παιδιά ένιωθαν την επιθυμία να τσιμπολογήσουν περισσότερο ως απάντηση σε θετικά συναισθήματα, ενώ οι νεαροί ενήλικες το έκαναν ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα. Αυτό υποδηλώνει ότι η διατροφική συμπεριφορά που βασίζεται στα συναισθήματα μπορεί να αλλάξει με την ηλικία και το περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται οι άνθρωποι [42].

Σε άλλη μελέτη από τους Czepczor-Bernat και Brytek-Matera (2021), εξετάστηκε η επίδραση των συμπεριφορών που σχετίζονται με τα τρόφιμα και της συναισθηματικής ευημερίας στον ΔΜΣ σε δείγμα 298 ενηλίκων. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)

επιρεάζεται έμμεσα από στρες, αρνητικά συναισθήματα και συναισθηματική δυσρύθμιση. Αυτές οι ανακαλύψεις δείχνουν μια θετική και άμεση σχέση μεταξύ συναισθηματικής διατροφής και ΔΜΣ, γεγονός που υποδηλώνει ότι η μείωση της συναισθηματικής διατροφής μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του ΔΜΣ [43].

Ακόμη μια έρευνα, εξέτασε τη σχέση μεταξύ των βαθμολογιών διατροφικής συμπεριφοράς και της σωματικής σύστασης σε 555 νεαρούς ενήλικες από τη Χιλή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στη συναισθηματική κατανάλωση τροφής σε σύγκριση με τους άνδρες. Επιπρόσθετα, η μελέτη αποκάλυψε αυξημένο κίνδυνο συναισθηματικής κατανάλωσης τροφής μεταξύ ατόμων με παχυσαρκία, ανεξαρτήτως της μεθόδου μέτρησης της παχυσαρκίας [44].

Μια άλλη πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη σε 400 νεαρούς ενήλικες στο Περού διαπίστωσε ότι η συναισθηματική κατανάλωση τροφής ήταν πιο συχνή σε άτομα που ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα, συγκρινόμενα με εκείνα που είχαν φυσιολογικό βάρος ή ήταν λιποβαρή [30].

Μια έρευνα από τους Guerrini-Usubini et al. (2023) μελέτησε τη σύνδεση μεταξύ δυσρύθμισης των συναισθημάτων, ψυχολογικής δυσφορίας, συναισθηματικής διατροφής και Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) σε 600 νεαρούς ενήλικες στην Ιταλία, ηλικίας 20-35 ετών. Οι συμμετέχοντες παρείχαν δημογραφικά και σωματικά στοιχεία, καθώς και ολοκλήρωσαν εργαλεία όπως η Κλίμακα Δυσκολιών στη Ρύθμιση Συναισθημάτων (DERS), η Κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες (DASS-21) και η υποκλίμακα συναισθηματικής διατροφής του DEBQ. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η απορρύθμιση των συναισθημάτων σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και συναισθηματικής διατροφής, τα οποία συσχετίζονται με αυξημένο ΔΜΣ [45].

Το άγχος ή τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να υπονομεύσουν (να αποτρέψουν ή να απελευθερώσουν) τον αυτοέλεγχο των ατόμων που κάνουν δίαιτα σε σχέση με τον αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό της πρόσληψης τροφής. Κατά την υποκατανάλωση τροφής το σώμα δεν μπορεί να διακρίνει τον περιορισμό της τροφής που επιβάλλεται από τον εαυτό του από την πραγματική έλλειψη τροφής και λειτουργεί σαν να βρίσκεται σε κατάσταση λιμοκτονίας: ο μεταβολικός ρυθμός επιβραδύνεται (αναβολισμός) και η πείνα και η όρεξη αυξάνονται. Το αποτέλεσμα είναι ότι όσοι κάνουν δίαιτα αναπτύσσουν έντονα συναισθήματα στέρησης, τα οποία τους καθιστούν πολύ ευάλωτους στο να εγκαταλείψουν τη διατροφή τους.

Αυτό μπορεί να ισχύει ιδιαίτερα για περιόδους στρες. Πράγματι, όταν υποβάλλονταν σε στρες ή μετά από πρόκληση αρνητικών συναισθημάτων, οι δίαιτες έδειξαν σε διάφορα πειράματα υψηλότερη πρόσληψη τροφής σε σύγκριση με όσους δεν έκαναν δίαιτα. Επομένως, η δίαιτα θεωρείται παράγοντας

κινδύνου για ενισχυμένη τάση προς τη συναισθηματική διατροφή. Μια περαιτέρω συνέπεια του συνεχούς αγώνα των ατόμων που κάνουν δίαιτα ενάντια στο αίσθημα της πείνας τους μπορεί να είναι ότι χάνουν εντελώς την επαφή με τα συναισθήματα πείνας και κορεσμού που είναι ένας επιπλέον παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη συναισθηματικής διατροφής [8].

Ένας από τους λόγους που τα περισσότερα προγράμματα μείωσης βάρους δεν οδηγούν σε μόνιμη απώλεια βάρους για τα περισσότερα άτομα μπορεί να είναι η απουσία προσαρμογής μεταξύ της θεραπείας και των ατόμων. Η υπερκατανάλωση τροφής έχει διαφορετικούς λόγους για διαφορετικά άτομα. Όπως αναφέρθηκε ήδη, ένα άτομο μπορεί να τρώει υπερβολικά μετά από μια περίοδο αδυνατίσματος, όταν η γνωστική αποφασιστικότητα να φάει λιγότερο από το επιθυμητό έχει εγκαταλειφθεί (για παράδειγμα, λόγω άγχους ή αρνητικών συναισθημάτων) (συγκρατημένη διατροφή), ένα άλλο μπορεί να έχει την τάση να τρώει υπερβολικά όταν βλέπει ή μυρίζει νόστιμο φαγητό (εξωτερικό φαγητό), ενώ ένα τρίτο τρώει πάρα πολύ όταν βιώνει αρνητικά συναισθήματα (συναισθηματική κατανάλωση). Κάθε τύπος διατροφικής συμπεριφοράς έχει τη δική του αιτιολογία και κάθε τύπος απαιτεί το δικό του είδος θεραπείας. Όταν οι θεραπείες σχετίζονται με έναν μεμονωμένο τύπο διατροφικής συμπεριφοράς, μπορεί να αναμένεται ότι η λαμβανόμενη απώλεια βάρους είναι πιο μόνιμη [8].

Το συναισθηματικό φαγητό αξιολογήθηκε ως μεσολαβητής μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του ΔΜΣ. Η μελέτη ανέφερε ότι το να βοηθάς τους ανθρώπους να διαχειρίζονται σωστά τα συναισθήματα ενώ ανιχνεύουν την κατάθλιψη σε ευάλωτα άτομα είναι ζωτικής σημασίας για τη μείωση του κινδύνου παχυσαρκίας. Ο Bénard et al., μελέτησε ένα δείγμα 9974 ανδρών και 39.797 γυναικών, για να αναλύσει την επίδραση της «εξέτασης των μελλοντικών συνεπειών» και της παρορμητικότητας στη σχέση μεταξύ συναισθηματικής διατροφής και ΔΜΣ. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι η παρορμητικότητα και η «εξέταση των μελλοντικών συνεπειών» μετριάζουν τη σχέση μεταξύ συναισθηματικής διατροφής και σωματικού βάρους. Αυτή η μελέτη τόνισε τη σημασία του να λαμβάνονται υπόψη ψυχολογικά χαρακτηριστικά στην πρόληψη της παχυσαρκίας [46].

Ο Konttinen et al, διεξήγαγε μια μελέτη σε 3735 ενήλικες ηλικίας 25 έως 74 ετών για να αναλύσει εάν η συναισθηματική διατροφή μεσολάβησε συσχετίσεις μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και της αλλαγής του ΔΜΣ και της περιφέρειας της κοιλιάς σε διάστημα 7 ετών. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι το φαγητό ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα μεσολάβησε θετικές συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης και του αυξημένου ΔΜΣ και της περιφέρειας της κοιλιάς για 7 χρόνια [40].

Η συναισθηματική διατροφή βρέθηκε πράγματι ότι δρα ως μεσολαβητής μεταξύ της κατάθλιψης και της παχυσαρκίας. Τα συμπτώματα κατάθλιψης σχετίζονταν με υψηλότερο συναισθηματικό φαγητό. Η συναισθηματική διατροφή προέβλεψε επίσης μεγαλύτερες αυξήσεις στο ΔΜΣ ανεξάρτητα από την

κατάθλιψη. Δεν βρέθηκε αιτιολογική αλυσίδα μεταξύ κατάθλιψης, συναισθηματικής τροφής και αύξησης βάρους στους άντρες, πιθανώς επειδή τόσο η τυπική κατάθλιψη όσο και η συναισθηματική διατροφή είναι λιγότερο διαδεδομένες στους άνδρες.

Η κατάθλιψη και η παχυσαρκία είναι και οι δύο κοινές καταστάσεις με σοβαρές ιατρικές συνέπειες και υψηλό κόστος για την κοινωνία. Το εύρημα ότι η συναισθηματική διατροφή είναι μεσολαβητής μεταξύ των δύο υποδηλώνει ότι η μείωση της συναισθηματικής κατανάλωσης μπορεί να είναι ένας σημαντικός στόχος θεραπείας τόσο για την παχυσαρκία όσο και για την (α-τυπική) κατάθλιψη [8].

2.5 Συναισθηματική Υπερφαγία και Κατάθλιψη

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης έχει αυξηθεί σημαντικά στον γενικό πληθυσμό, εκδηλώνοντας μια ποικιλία από σύνδρομα. Αυτή η ανησυχητική τάση όχι μόνο αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων ασθενειών όπως οι καρδιαγγειακές και ο σακχαρώδης διαβήτης, αλλά επιφέρει και σημαντικές οικονομικές επιβαρύνσεις, καθώς και αναπηρία για την κοινωνία. Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη και έντονη εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων και επιδράσεων και αντιπροσωπεύει ένα είδος αρνητικού συναισθήματος ή διάθεσης που μπορεί να πυροδοτήσει την πρόσληψη τροφής στους συναισθηματικούς τρώγοντες και έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής διατροφής. Ωστόσο, η κατάθλιψη είναι ένα ετερογενές σύνδρομο με την άτυπη και τη μελαγχολική κατάθλιψη να διαφοροποιούνται όλο και περισσότερο στις μελέτες κατάθλιψης.

Ενώ η μελαγχολική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται συνήθως από απώλεια όρεξης και επακόλουθη απώλεια βάρους, η άτυπη κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από συμπτώματα αυξημένης όρεξης και αύξησης βάρους. Ο επιπολασμός του τελευταίου υποτύπου κατάθλιψης δεν είναι τόσο χαμηλός όσο υποδηλώνει το όνομά του. [47].

Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το συναισθηματικό φαγητό μπορεί να αποτελέσει ένδειξη αυτού του άτυπου υποτύπου κατάθλιψης καθώς συνδέεται με την αυξημένη όρεξη ως αντίκτυπο στο στρες [31].

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον van Strien et al, έδειξε μια ξεκάθαρη σύνδεση μεταξύ της κατάθλιψης και της αύξησης του συναισθηματικού φαγητού και έχει βρει ότι τα άτομα με BED αναφέρουν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQL) από εκείνα που δεν έχουν ΔΔ. Από αυτή την έρευνα φάνηκε ότι η συσχέτιση μεταξύ BED και HRQL οφείλεται σε

μεγάλο βαθμό στην ψυχοπαθολογία (π.χ. κατάθλιψη) και όχι στη φυσιολογία [π.χ. αυξημένος δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) [48].

Ωστόσο από ό,τι γνωρίζουμε καμία μελέτη δεν έχει ακόμη διερευνήσει εάν τα συμπτώματα ψυχικής υγείας θα μπορούσαν ενδεχομένως να μεσολαβήσουν στη σχέση μεταξύ BED και HRQL. Για τον σκοπό αυτό, η μελέτη του Singleton C, et al.2019, συνέκρινε ένα δείγμα ενηλίκων (19-65), που πληρούσαν τα κριτήρια DSM-5 για BED που στρατολογήθηκε από την κοινότητα για μια δοκιμή θεραπείας χωρίς ιστορικό διατροφικής διαταραχής (NED). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν μετρήσεις αυτοαναφοράς της HRQL (Σύντομη Μορφή 6D), της ψυχοπαθολογίας της διατροφικής διαταραχής (Ερωτηματολόγιο εξέτασης διαταραχής πρόσληψης τροφής) και των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (Σύντομος κατάλογος συμπτωμάτων). Η ομάδα BED ανέφερε σημαντικά χειρότερη HRQL από την ομάδα NED μετά από έλεγχο για την ηλικία, τον ΔΜΣ, το άγχος, την κατάθλιψη και την ψυχοπαθολογία της διατροφικής διαταραχής. Επιπλέον, η κατάθλιψη μεσολάβησε εν μέρει στη σχέση μεταξύ της διάγνωσης BED και της HRQL. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η μειωμένη HRQL μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από συννοσηρά συμπτώματα κατάθλιψης στη BED [49].

Δεδομένης της ιδιαίτερα υψηλής συννοσηρότητας της BED και της κατάθλιψης, οι μελέτες εξέτασαν το ρόλο των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στη συσχέτιση μεταξύ BED και HRQL. Τα στοιχεία δείχνουν ότι εκείνοι με συμπτώματα συννοσηρότητας κατάθλιψης εμφάνισαν χειρότερη ψυχική HRQL από εκείνους χωρίς συμπτώματα κατάθλιψης. Επιπλέον τα καταθλιπτικά συμπτώματα προέβλεπαν χειρότερη συνολική HRQL στο BED μετά τον έλεγχο του ΔΜΣ και της ηλικίας. Η μειωμένη ενέργεια, η μειωμένη συγκέντρωση και η κοινωνική απομόνωση που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη μπορεί να αντιπροσωπεύουν πιθανούς μηχανισμούς μέσω των οποίων τα καταθλιπτικά συμπτώματα συμβάλλουν στην επιδείνωση της HRQL. Κατ' επέκταση τα συννοσηρά συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί τουλάχιστον εν μέρει να ευθύνονται για χειρότερη HRQL μεταξύ των ατόμων με BED. Όχι μόνο η μειωμένη HRQL φαίνεται να είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό του BED, αλλά φαίνεται επίσης ότι τα συνυπάρχοντα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να συμβάλλουν σε αυτό το φαινόμενο [49].

Η έρευνα των Willem et al (2020), εξέτασε τις σχέσεις ανάμεσα στη συναισθηματική διατροφή, την κατάθλιψη, το άγχος και τη δυσρύθμιση των συναισθημάτων σε παχύσαρκους ενήλικες. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την επίδραση της σοβαρότητας της παχυσαρκίας στη συναισθηματική δυσλειτουργία, το άγχος και την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, βρέθηκε μια άμεση σύνδεση ανάμεσα στη δυσρύθμιση των συναισθημάτων και την αυξημένη συναισθηματική κατανάλωση φαγητού σε άτομα με σοβαρή παχυσαρκία, ενώ μια πιο έμμεση σύνδεση παρατηρήθηκε σε άτομα με μέτρια παχυσαρκία. Αυτή η μελέτη προτείνει ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη δυσρύθμιση συναισθημάτων θα μπορούσαν να είναι ωφέλιμες για άτομα με παχυσαρκία.

Επιπλέον η μείωση της δυσρύθμισης των συναισθημάτων μπορεί να συμβάλει στη μείωση της αύξησης βάρους και στη διατήρηση ενός υγιούς βάρους σε αυτόν τον πληθυσμό. [47].

Σε μια μελέτη, οι Hsu και Forestell (2021), εξέτασαν την επίδραση της επίγνωσης χαρακτηριστικών στη σχέση ανάμεσα στην ψυχολογική δυσφορία και την συναισθηματική διατροφή. Στη μελέτη συμμετείχαν 248 ενήλικες και τα ευρήματα έδειξαν ότι υπήρχε θετική συσχέτιση ανάμεσα στα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους και την συναισθηματική διατροφή. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι το χαρακτηριστικό της «μη κρίσης» είχε μετριαστικό ρόλο στη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και συναισθηματικής διατροφής [50].

Στην μελέτη που διεξήχθη από τους Calderón-Asenjo και συνεργάτες (2022), μελετήθηκε η επίδραση της αρνητικής συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού στα συμπτώματα κατάθλιψης μέσω ομάδας 400 ενηλίκων. Τα ευρήματα έδειξαν μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αρνητική συναισθηματική διατροφή και την αυξημένη εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Οι συμμετέχοντες που εμφάνιζαν τέτοιες διατροφικές συμπεριφορές ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με εκείνους που δεν παρουσίαζαν τέτοιες τάσεις, με την αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης να γίνεται μέσω της κλίμακας Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) [30].

Τα αποτελέσματα από τις λίγες προοπτικές μελέτες που αναλύουν τη διαχρονική μεταβολή του βάρους ως έκβαση είναι ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. Οι van Strien et al. παρατήρησαν ότι η συναισθηματική διατροφή λειτούργησε ως μεσολαβητής μεταξύ της κατάθλιψης και της 5ετούς αύξησης του βάρους σε Ολλανδές μητέρες (αν και όχι σε Ολλανδούς πατέρες). Πιο συγκεκριμένα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονταν με υψηλότερη συναισθηματική κατανάλωση και η συναισθηματική κατανάλωση προέβλεπε μεγαλύτερη αύξηση του ΔΜΣ ανεξάρτητα από τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η κατάθλιψη σχετιζόταν επίσης έμμεσα με τη μεταβολή του ΔΜΣ μέσω της συναισθηματικής διατροφής [48]. Οι Konttinen et al επέκτειναν αυτά τα αποτελέσματα δείχνοντας σε μια μεγάλη πληθυσμιακή κοορτή Φινλανδών ηλικίας 25-74 ετών ότι οι επιδράσεις της κατάθλιψης στη μεγαλύτερη αύξηση του ΔΜΣ και της μέσης περιφέρεια σε διάστημα 7 ετών διαμεσολαβούνται από τη συναισθηματική διατροφή [40]. Επιπλέον έχει καταστεί σαφές ότι η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και παχυσαρκίας είναι αμφίδρομη: εκτός του ότι η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε επακόλουθη αύξηση του βάρους και ανάπτυξη παχυσαρκίας, είναι επίσης πιθανό η παχυσαρκία να οδηγήσει σε μεταγενέστερη ανάπτυξη κατάθλιψης.

Η συσσώρευση στοιχείων από διατομεακές και προοπτικές μελέτες υποδηλώνει περαιτέρω ότι η συναισθηματική διατροφή είναι μια οδός που συνδέει την κατάθλιψη με την αύξηση του σωματικού βάρους και την παχυσαρκία.

2.6 Συναισθηματική Υπερφαγία και Άγχος

Το φαγητό με γνώμονα τα συναισθήματα έχει συσχετιστεί με στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή. Το άγχος περιγράφηκε από τους Reichenberg et al. 2018, ως κατάσταση στην οποία οι περιβαλλοντικές απαιτήσεις υπερβαίνουν τους πόρους ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των δεξιοτήτων αντιμετώπισης, προκαλώντας αντιδράσεις σε γνωστικό-συναισθηματικό, συμπεριφορικό ή φυσιολογικό επίπεδο. Το άγχος θεωρείται αρνητικό συναίσθημα, όπως ο θυμός και η πλήξη και συχνά συνδέεται με τη συναισθηματική κατανάλωση φαγητού [51].

Οι Braden et al. 2018, διεξήγαγαν μια μελέτη σε 189 ενήλικες για να εξετάσουν εάν συγκεκριμένοι τύποι συναισθηματικής διατροφής (φαγητό ως απάντηση στην κατάθλιψη, άγχος/θυμός, πλήξη και θετικά συναισθήματα) συσχετίστηκαν με μια ποικιλία ψυχολογικών μεταβλητών (παγκόσμια ψυχολογική ευεξία, συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών και της συναισθηματικής ρύθμισης) και της σωματικής υγείας. Ανέφεραν ότι η κατάθλιψη, το άγχος/θυμός και η πλήξη συσχετίστηκαν συχνότερα με φτωχότερη ψυχολογική ευεξία, με περισσότερα συμπτώματα διατροφικής διαταραχής και μεγαλύτερες δυσκολίες στη συναισθηματική ρύθμιση. Τα θετικά συναισθήματα δεν σχετίζονταν με τις μεταβλητές του αποτελέσματος. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν μοναδικά πρότυπα συσχέτισης μεταξύ συγκεκριμένων τύπων συναισθηματικής διατροφής και ψυχολογικών αποτελεσμάτων [52].

Οι Reichenberg et al. 2018, διεξήγαγαν μια μελέτη σε 59 γυναίκες για να προσδιορίσουν την επίδραση που είχαν το άγχος, τα αρνητικά και τα θετικά συναισθήματα σε δύο βασικές πτυχές της διατροφικής συμπεριφοράς - το φαγητό με βάση τη γεύση και το φαγητό με βάση την πείνα - στην καθημερινή ζωή. Αυτοί οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το υψηλότερο στρες οδήγησε σε μειωμένη γευστική κατανάλωση κάτι που είναι σύμφωνο με τα μοντέλα φυσιολογικού στρες. Η πίεση του χρόνου κατά τη διάρκεια του φαγητού είχε ως αποτέλεσμα λιγότερη γεύση - και περισσότερη πείνα - στο φαγητό. Τα ευρήματά τους υπογράμμισαν τη σημασία των ατομικών διαφορών στην κατανόηση της διατροφικής συμπεριφοράς στην καθημερινή ζωή και υποδηλώνουν επίσης ότι μερικές φορές η επιλογή υπεργευστικών τροφών με πυκνή ενέργεια μπορεί επίσης να οφείλεται στην έλλειψη χρόνου και στον προγραμματισμό αγοράς και προετοιμασίας πιο υγιεινών τροφίμων [51].

Η συναισθηματική διατροφή έχει συσχετιστεί με ανθυγιεινά διατροφικά πρότυπα στα οποία τα άτομα καταναλώνουν υπερβολικά εύγευστα τρόφιμα πλούσια σε ενέργεια, πλούσια σε λίπος και ζάχαρη. Αυτό το μοτίβο έχει παρατηρηθεί τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες σε διαφορετικά στάδια της ζωής. Τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συναισθήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή, την αγορά και την

κατανάλωση τροφής. Τα αρνητικά συναισθήματα έχουν τη μεγαλύτερη επιρροή στη διατροφική συμπεριφορά, η οποία διαμορφώνεται από την παιδική ηλικία και συνεχίζεται στην ενήλικη ζωή [9].

Οι Czerpczor et al. 2021, διαπίστωσαν ότι η ρύθμιση των συναισθημάτων της παιδικής ηλικίας παίζει κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση της επακόλουθης συναισθηματικής διατροφής και ότι η απορρυθμισμένη διατροφική συμπεριφορά συνδέεται στενά με αυξημένη παχυσαρκία και αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Το ίδιο συμβαίνει και με το άγχος (αρνητικό συναίσθημα), το οποίο μαζί με τη συναισθηματική απορρύθμιση έχει άμεσο αντίκτυπο στη διατροφική συμπεριφορά και έμμεσο αντίκτυπο στον ΔΜΣ. Αυτό το συμπέρασμα αναφέρθηκε από τους ερευνητές, οι οποίοι αξιολόγησαν τον αντίκτυπο των συμπεριφορών που σχετίζονται με τη διατροφή και τη συναισθηματική λειτουργία στο ΔΜΣ σε 298 ενήλικες [43].

Οι Carpio et al. 2022, εφαρμόσαν επικυρωμένα ερωτηματολόγια αντιληπτού στρες και συναισθηματικής διατροφής σε ενήλικες και των δύο φύλων που ουσιαστικά συμπλήρωσαν μια φόρμα μεταξύ των μηνών Ιανουαρίου και Μαρτίου 2021. Το δείγμα αποτελούνταν από 2333 συμμετέχοντες και η διάμεση ηλικία ήταν 25 έτη. Οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερο αντιληπτό στρες από τους άνδρες (77,91% έναντι 22,09%). Σχεδόν το 64% των συμμετεχόντων που εμφάνισαν αντιληπτό άγχος ήταν όσοι τρέφονταν συναισθηματικά. Βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας συναισθηματικής διατροφής και του αντιληπτού στρες. Το αποτέλεσμα ήταν μια αύξηση 0,44 μονάδων στη βαθμολογία συναισθηματικής διατροφής για κάθε σημείο άγχους που αντιλαμβανόταν. Για κάθε μονάδα αύξησης του ΔΜΣ η βαθμολογία συναισθηματικής διατροφής αυξήθηκε 0,26 μονάδες και για κάθε μονάδα αύξησης στην ηλικία η βαθμολογία συναισθηματικής διατροφής μειώθηκε κατά 0,27 μονάδες. Συμπεραίνεται ότι το άγχος σχετίζεται με τη συναισθηματική διατροφή. Η διατροφική πρόσληψη που ανταποκρίνεται στα συναισθήματα και όχι στη φυσιολογική πείνα μπορεί να έχει μακροχρόνια προβλήματα που σχετίζονται με την ανθυγιεινή διατροφή [53].

Είναι γνωστό ότι σε στρεσογόνες καταστάσεις, μεγαλύτερη ποσότητα κορτιζόλης απελευθερώνεται μέσω του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Η συνεχής έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες και οι συνοδευτικές ορμονικές ανισορροπίες πυροδοτούν αύξηση της όρεξης. Η σχέση μεταξύ του στρες, της κορτιζόλης και της υψηλής πρόσληψης τροφής, έχει το σπλαχνικό λίπος και την αντίσταση στην ινσουλίνη, ως προδιαθεσικούς παράγοντες για μεταβολική διαταραχή, με σημαντικές συνέπειες για την ανθρώπινη υγεία [53].

Η συναισθηματική κατανάλωση τροφής συσχετίστηκε με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Ένας πιθανός υποκείμενος μηχανισμός αυτού του τύπου συναισθηματικής διατροφής μπορεί να είναι μια

αντίστροφη απόκριση στρες του άξονα HPA, ως πιθανή έκβαση του χρόνιου στρες νωρίς στη ζωή. Αντί να ανταποκρίνεται στο στρες με υπερ-ενεργοποίηση και το τυπικό νευροβλαστικό σύμπτωμα, όπως η απώλεια όρεξης, ο άξονας HPA μπορεί να ανταποκριθεί στο στρες με υποενεργοποίηση του άξονα HPA και τα (άτυπα) νευροβλαστικά συμπτώματα αυξημένης όρεξης και αύξησης βάρους. Σε αυτή τη γραμμή σκέψης, όσοι τρέφονται συναισθηματικά, δεν έχουν την τυπική μείωση της πείνας μετά το στρες, αλλά αντίθετα έχουν παρόμοια ή υψηλότερα συναισθήματα πείνας μετά από άγχος. Ένας μειωμένος άξονας HPA που λειτουργεί ως απόκριση στο στρες, θα εξηγούσε επίσης γιατί όσοι τρέφονται συναισθηματικά είναι πιο δεκτικοί στην ενισχυτική αξία της τροφής και χρησιμοποιούν την τροφή ως «αυτοθεραπεία» για να αμβλύνουν (προσωρινά) τις επιπτώσεις του στρες και των αρνητικών συναισθημάτων [8].

Από την άλλη πλευρά, είναι γνωστό ότι η ντοπαμίνη είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες για την επιβράβευση της τροφής και τον έλεγχο της πρόσληψης τροφής, γι' αυτό και οι Frank et al. 2016, ανέφεραν στη μελέτη τους ότι οι τροποποιημένες οδοπαμινεργικές οδοί ανταμοιβής θα μπορούσαν να συμβάλουν στην υπερκατανάλωση τροφής και συνεπώς στην ανάπτυξη ασθενειών όπως η παχυσαρκία [36]. Οι Van Strien et al. 2016, ανέφεραν πως η επιθυμία για φαγητό ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα μπορεί να θεωρηθεί ως «παχύσαρκος» τρόπος διατροφής [48].

Τέλος, οι ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, αποτελούν ανησυχία για την υγεία των συστημάτων δημόσιας υγείας. Στην πραγματικότητα, περισσότερο από το 26% των Περουβιανών ενηλίκων παρουσίασαν κάποια προβλήματα ψυχικής υγείας κάποια στιγμή στη ζωή τους, με τα συμπτώματα κατάθλιψης να είναι τα πιο συχνά ψυχικά προβλήματα (6,2%). Οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις συνδέονται με ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές σε νεαρούς ενήλικες, οι οποίες, με τη σειρά τους, θα αυξήσουν σταδιακά τον αριθμό των ατόμων με ΕμΕ. Η κατανάλωση τροφών με πολλές θερμίδες πλούσιων σε κορεσμένα λίπη, ελεύθερα σάκχαρα και νάτριο είναι αποτέλεσμα αλλαγών στην ψυχική κατάσταση, όπως το άγχος και η κατάθλιψη [30].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Συναίσθημα, Διατροφή και Υγεία

3.1 Αρνητικά και Θετικά Συναισθήματα στη Διατροφή

Οι συναισθηματικές καταστάσεις έχουν σημαντική επίδραση στη διατροφική συμπεριφορά.

Η διατροφική συμπεριφορά για την αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων ονομάζεται «συναισθηματική διατροφή». Τα άτομα με συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά τρώνε για άλλα κίνητρα εκτός από την πείνα. Αυτά τα άτομα γενικά συνεχίζουν να τρώνε ενώ το ισοζύγιο της ομοιοστατικής ενέργειας αλλάζει προς θετική κατεύθυνση, ειδικά ενόψει συναισθηματικών καταστάσεων.

Σύμφωνα με τη θεωρία της εξωτερικότητας, οι συσπάσεις στο στομάχι που προκαλούνται από φόβο ή νευρικότητα ή στην περίπτωση του στρες προκαλούν μείωση της πρόσληψης θρεπτικών συστατικών σε άτομα φυσιολογικού βάρους. Ωστόσο, τα παχύσαρκα άτομα αναπτύσσουν την αντίθετη αντίδραση σε αυτές τις καταστάσεις. Είναι εξαιρετικά ευαίσθητα σε οποιαδήποτε ερεθίσματα μπορεί να αντιμετωπίσουν σχετικά με τα τρόφιμα, αλλά όχι αρκετά ευαίσθητα σε φυσιολογικά διεγερτικά της πείνας και του κορεσμού.

Στη θεωρία διαφυγής, όταν τα άτομα αισθάνονται ότι έρχονται αντιμέτωπα με οποιοδήποτε ερέθισμα που απειλεί τον εαυτό τους, αναπτύσσουν έναν αμυντικό μηχανισμό δίνοντας την προσοχή τους σε πιο διακριτά εξωτερικά ερεθίσματα όπως η υπερβολική διατροφική συμπεριφορά [54].

Αλλαγές στη διατροφική συμπεριφορά λόγω διακυμάνσεων στη συναισθηματική κατάσταση μπορεί επίσης να προκληθούν από καταστάσεις ή γεγονότα εκτός της καθημερινής ρουτίνας ενός ατόμου, όπως η προσαρμογή σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα, η παρακίνηση του εαυτού του, η ανταμοιβή ή η αντιμετώπιση οποιασδήποτε κατάστασης. Αναφέρεται ότι οι διατροφικές αλλαγές που παρατηρούνται σε αυτές τις περιπτώσεις γενικά κατευθύνονται προς την αύξηση της πρόσληψης εύγευστων τροφίμων όπως νόστιμα φαγητά, fast food, ζαχαρούχα προϊόντα ή σνακ. Τονίζεται ότι η κατανάλωση τέτοιων τροφών αντικαθιστά τα τακτικά γεύματα και μπορεί να εισέλθουν στην κανονική διατροφή των ατόμων.

Αν και η έρευνα των Bilici S et al 2020, για τη συναισθηματική διατροφή επικεντρώθηκε στις γυναίκες, είναι προφανές ότι οι συναισθηματικές διακυμάνσεις τείνουν να επηρεάζουν τις διατροφικές συμπεριφορές των ατόμων είτε προκαλώντας αύξηση είτε μείωση χωρίς διαφορές φύλου και βάρους. Έχει διαπιστωθεί ότι ειδικά όταν έρχονται αντιμέτωποι με ένα αρνητικό συναίσθημα ή κατάσταση, το αίσθημα της πείνας αυξάνεται και οι άνθρωποι τείνουν να τρώνε περισσότερο. Σε περίπτωση αρνητικής κατάστασης, οι άνδρες εμφανίζουν περισσότερη διατροφική συμπεριφορά από τις γυναίκες [54].

Το να είσαι χαρούμενος, ιδιαίτερα στο πλαίσιο εορτασμών και κοινωνικών συναναστροφών, μπορεί να οδηγήσει σε ηδονική υπερφαγία. Για παράδειγμα, μια μελέτη των Boggiano MM. Et al, που αξιολόγησε 107 γυναίκες και 103 άνδρες διαπίστωσε ότι η ηδονική κατανάλωση φαγητού βαθμολογήθηκε υψηλότερα κατά τη διάρκεια της χαράς σε σχέση με άλλα συναισθήματα όπως ο θυμός, ο φόβος ή η λύπη. Ανέφερε ότι η όρεξη των χαρούμενων συμμετεχόντων αυξήθηκε με την αναφορά μεγαλύτερης

τάσης για κατανάλωση σοκολάτας και πως η κατανάλωση τροφής που σχετίζεται με θετικά συναισθήματα εμφανιζόταν τόσο συχνά όσο και η κατανάλωση τροφής που σχετίζεται με αρνητικά συναισθήματα. Αυτό σημαίνει ότι τόσο τα αρνητικά όσο και τα θετικά συναισθήματα μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη κατανάλωση τροφής και υπερκατανάλωση τροφής [55].

Η μελέτη του Calderón-Asenjo RE et al, 2022 στόχο είχε να προσδιορίσει τη συσχέτιση μεταξύ αρνητικής ΕμΕ, κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φύλο, μεταξύ άλλων), σωματικής δραστηριότητας, διάρκειας ύπνου και ψυχικής (κατάθλιψη και άγχος) και σωματικής υγείας ($\Delta\text{ΜΣ} \geq 25$ και αρτηριακή υπέρταση) σε νέους ενήλικες στο Περού [30]. Στη μελέτη συμμετείχαν 400 άτομα ηλικίας 18 έως 59 ετών. Το υψηλότερο ποσοστό των συμμετεχόντων που παρουσίασαν αρνητική ΕμΕ ήταν γυναίκες (55,8%). Από την άλλη πλευρά, η αρνητική ΕμΕ ήταν σημαντικά υψηλότερη στους συμμετέχοντες ηλικίας 18-29 ετών. Ομοίως, παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου του μηνιαίου εισοδήματος και της αρνητικής ΕμΕ.

Αποκαλύφθηκε ότι ένα υψηλότερο ποσοστό των συναισθηματικών τρώγων δεν εκτελούσε σωματική δραστηριότητα ή την εκτελούσε λιγότερο συχνά συγκριτικά με εκείνους που δεν παρουσίαζαν αυτήν την κατάσταση. Επιπλέον, η αρνητική ΕμΕ ήταν σημαντικά υψηλότερη στους συμμετέχοντες που κοιμόντουσαν <7 ώρες/ημέρα. Το ποσοστό των συμμετεχόντων που ανέφεραν κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, υπέρταση και $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25$ (υπέρβαρος/παχύσαρκος), ήταν σημαντικά υψηλότερο σε εκείνους που έτρωγαν ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα (αρνητική ΕμΕ) σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν τέτοια διατροφική συμπεριφορά.

Επιπλέον, οι άνδρες που κοιμόντουσαν λιγότερο από 7 ώρες την ημέρα είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ΕμΕ. Οστόσο όσοι κοιμόντουσαν περισσότερες από 9 ώρες την ημέρα είχαν λιγότερες πιθανότητες. Σε σχέση με την ψυχική υγεία, τα καταθλιπτικά και τα συμπτώματα άγχους συσχετίστηκαν με την ΕμΕ. Ομοίως όσον αφορά τη σωματική υγεία, ο $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25$ και η υπέρταση, παρουσίασε θετική σχέση με την ΕμΕ. Ακόμη στις γυναίκες έδειξε ότι η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και άγχους συσχετίστηκαν θετικά με την ΕμΕ [30].

Αν και μελέτη των Ferreira-Pêgo C et al, έχει αναφέρει ότι οι νέοι μπορεί να ανησυχούν περισσότερο για τη δική τους υγεία, στην πραγματικότητα δεν είναι ενθουσιασμένοι με την αλλαγή των διατροφικών τους συμπεριφορών και υπόκεινται σε συναισθηματικές πιέσεις, που μπορεί να επηρεάσουν την κατανάλωση τροφής. Επομένως ακολουθούν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής που οδηγεί σε επιπλοκές που σχετίζονται με την υγεία. Στην πραγματικότητα οι νεαροί ενήλικες υιοθετούν συχνά ακατάλληλες διατροφικές συμπεριφορές και ανθυγιεινούς τρόπους ζωής. Γενικά αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νέοι είναι πιο ευαίσθητοι στις απόψεις και τις αντιλήψεις για το σώμα τους [56].

Οι ευεργετικές επιδράσεις της σωματικής δραστηριότητας στη συναισθηματική ευεξία είναι αδιαμφισβήτητες. Ειδικότερα, η τακτική σωματική δραστηριότητα έχει θετικό αντίκτυπο στη ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων. Στην πραγματικότητα η συχνή και έντονη σωματική δραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει θετικά συναισθήματα και συσχετίστηκε έντονα με την αρνητική ΕμΕ. Η μελέτη των Watts AW et al, ανέφερε ότι η σωματική δραστηριότητα μπορεί να προάγει την υγιεινή διατροφική συμπεριφορά και να περιορίσει την ΕμΕ [57].

Ο Jones A, 2018, ορίζει το συναισθηματικό φαγητό ως την άμεση συνέπεια των αρνητικών συναισθημάτων, δηλαδή το φαγητό ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα αντί της σωματικής πείνας. Το συναισθηματικό φαγητό μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας σύγχυσης μεταξύ των εσωτερικών καταστάσεων της πείνας και του κορεσμού και των φυσιολογικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με τα συναισθήματα [58].

Το φαγητό επηρεάζει την ανταπόκριση και την έκφραση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων και με τη σειρά του, τα συναισθήματα μπορούν να έχουν ισχυρή επίδραση στις επιλογές τροφίμων. Επίσης μελέτη των Donofry S et al, αναφέρει ότι τα θετικά συναισθήματα είναι ένας από τους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά. Τα πιο συχνά θετικά συναισθήματα σε άτομα που δεν τρώνε συναισθηματικά είναι η χαρά, η ανακούφιση, η αγάπη, η απόλαυση, η ευτυχία και η ευχαρίστηση. Αυτός ο τύπος ατόμου μπορεί να καταναλώνει υπεργευστικά τρόφιμα με πυκνή ενέργεια μόνο για ευχαρίστηση. Αντίστοιχα όταν ένα άτομο καταναλώνει υπεργευστικά ενεργειακά πυκνά τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και σάκχαρα ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα, συχνά νιώθει ηδονική ευχαρίστηση και άμεση ανταμοιβή. Τα αρνητικά συναισθήματα που έχουν μελετηθεί περισσότερο σε σχέση με τη διατροφική συμπεριφορά είναι το άγχος, η λύπη, η μοναξιά, η ανησυχία, η πλήξη, ο θυμός, το άγχος και η κατάθλιψη[38]. Το συναισθηματικό φαγητό έχει αναφερθεί από τους Abby Braden E. et al, ότι συσχετίζεται θετικά με τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση βάρους. Η αύξηση του σωματικού βάρους αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ασθενειών που θέτουν σε κίνδυνο τη διατροφική κατάσταση και την υγεία γενικότερα [59].

Η μελέτη των Svaldi J et al, εξετάζει τον ρόλο της ρύθμισης συναισθημάτων (ER) στη διατήρηση επεισοδίων υπερφαγίας σε άτομα με BED, όπου 79 συμμετέχοντες με BED συμπλήρωσαν ερωτήσεις σχετικά με τη διάθεσή τους, το ER και τη διατροφική τους συμπεριφορά. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι προσαρμοστικές στρατηγικές ER είναι χρήσιμες για την αποχή από επεισόδια υπερφαγίας, ενώ ο μηρυκασμός προβλέπει αυξημένα επεισόδια υπερφαγίας. Τα μοντέλα υποδεικνύουν ότι τα επεισόδια υπερφαγίας λειτουργούν ως βραχυπρόθεσμη ανακούφιση από αρνητικά συναισθήματα και την ύπαρξη

σύνδεσης μεταξύ αρνητικής διάθεσης και επεισοδίων υπερφαγίας. Ωστόσο πιο λεπτομερείς αναλύσεις δείχνουν ότι τα επεισόδια μπορεί να συμβαδίζουν με ξαφνικές επιδεινώσεις της διάθεσης, υποδεικνύοντας την αποτυχία των ατόμων να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους [60].

Πρόσφατα θεωρητικά μοντέλα και εμπειρική έρευνα έχουν δείξει ότι η στιγμιαία αρνητική επίδραση αυξάνει την πιθανότητα επεισοδίων υπερφαγίας σε άτομα με BN και BED. Η μελέτη των Cardi V et al, περιελάμβανε 30 γυναίκες με BN ή ΕμΕ. Μετά την έκθεση σε ένα βίντεο που είχε σχεδιαστεί για να προκαλέσει λαχτάρα για φαγητό, διαπιστώθηκε ότι ένα podcast με θετική διάθεση συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αρνητικής διάθεσης και κατανάλωσης φαγητού σε ένα γεύμα δοκιμή γεύσης, σε σύγκριση με ένα ουδέτερο podcast. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν έναν ρόλο στη μείωση της αρνητικής διάθεσης στη μείωση της πιθανότητας συμπεριφοράς υπερφαγίας σε γυναίκες με BN και ΕμΕ.

Η BN και η BED είναι ΔΔ που χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια απώλειας ελέγχου πάνω στο φαγητό. Θεωρητικά μοντέλα υποδηλώνουν ότι οι δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων και η τάση να ενεργούμε παρορμητικά ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα αλληλεπιδρούν και πυροδοτούν διατροφικά επεισόδια απώλειας ελέγχου [61].

Υπό το φως της έρευνας που δείχνει ότι το θετικό συναίσθημα σχετίζεται ευρέως με καλύτερα αποτελέσματα υγείας, είναι επίσης πιθανό το θετικό συναίσθημα να έχει ρυθμιστικό αποτέλεσμα στη μείωση της πιθανότητας υπερφαγίας. Ειδικότερα, η θεωρία διεύρυνσης και δόμησης των θετικών συναισθημάτων και τα μοντέλα πεδίου προσοχής υποστηρίζουν ότι, σε αντίθεση με τα αρνητικά συναισθήματα, τα θετικά συναισθήματα διευρύνουν το πεδίο προσοχής των ατόμων, επιτρέποντας έτσι στα άτομα να συμμετέχουν σε περισσότερα ευέλικτη ανταπόκριση σε καταστάσεις [62].

3.2 Σχέση Παρορμητικότητας και Συναισθηματικής Υπερφαγίας

Ενώ μεγάλο μέρος της έρευνας σε ΔΔ έχει χρησιμοποιήσει ιστορικά μέτρα αυτοαναφοράς παρορμητικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας, μια αυξανόμενη βιβλιογραφία που χρησιμοποιεί νευρογνωστικές εργασίες έχει δείξει ότι οι ΔΔ που χαρακτηρίζονται από υπερφαγία σχετίζονται με ανώμαλη εκτελεστική λειτουργία που σχετίζεται με την παρορμητικότητα. Δύο πτυχές της εκτελεστικής λειτουργίας που είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την κατανόηση των νευρογνωστικών θεμελίων της παρορμητικότητας είναι αυτή της αναστολής απόκρισης και των διαδικασιών λήψης αποφάσεων. Εκτός από την αναστολή απόκρισης (δηλαδή, παρορμητική δράση), ένας άλλος υπότυπος συμπεριφορικής αναστολής που προσδιορίζεται στη βιβλιογραφία είναι αυτός της παρορμητικής επιλογής, η οποία

αναφέρεται σε πτυχές της λήψης αποφάσεων που επηρεάζονται από κινητικές και συναισθηματικές διαδικασίες και μπορούν να λειτουργήσουν με μέτρα της προεξόφλησης καθυστέρησης και πιθανότητας. Συγκεκριμένα, η καθυστέρηση έκπτωσης (ή η προσωρινή έκπτωση) αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα άτομα προτιμούν μικρότερες, πιο άμεσες ανταμοιβές σε σύγκριση με μεγαλύτερες, μελλοντικές ανταμοιβές, με την υψηλή έκπτωση να σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα εθιστικών συμπεριφορών.

Τα βασισμένα στη στρατηγική και τα χρονικά μοντέλα διαδικασιών ρύθμισης των συναισθημάτων υποστηρίζουν ότι η αναστολή των παρορμητικών συμπεριφορικών τάσεων και επιλογών, είναι εγγενές συστατικό της προσαρμοστικής ρύθμισης του συναισθήματος, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας συμμετοχής σε στοχευμένη συμπεριφορά και ελέγχου των παρορμήσεων όταν βιώνουμε αρνητικά συναισθήματα. Σχετικά, το κατασκευάσμα της αρνητικής επείγουσας ανάγκης (δηλαδή, η τάση να συμπεριφέρονται παρορμητικά όταν στενοχωριούνται), έχει ενοχοποιηθεί ως παράγοντας κινδύνου για συμπτώματα υπερφαγίας.

Ενώ η αρνητική επείγουσα ανάγκη και οι δυσκολίες ρύθμισης των συναισθημάτων θεωρούνται συχνά ως σχετικά σταθερά, η αγωνία και ο εξαντλημένος αυτοέλεγχος μαζί οδηγούν σε παρορμητική, δυσπροσαρμοστική ανταπόκριση στο αρνητικό συναίσθημα. Στην ΕμΕ αυτό υποδηλώνει ότι όταν βρίσκονται σε συναισθηματική δυσφορία, τα άτομα αφιερώνουν πόρους για να ρυθμίσουν ή να ξεφύγουν από το αρνητικό συναίσθημα. Ως αποτέλεσμα, τα άτομα που έχουν λιγότερους πόρους γνωστικού ελέγχου σε επίπεδο χαρακτηριστικών μπορεί να έχουν περισσότερες δυσκολίες να διαμορφώσουν το στιγμιαίο συναίσθημα και τις τάσεις απόκρισης που είχαν μάθει προηγουμένως να τρώνε ως απόκριση σε αρνητικό συναίσθημα.

Αν και οι εφαρμογές της ρύθμισης του συναισθήματος, της επείγουσας ανάγκης και των θεωριών εξάντλησης πόρων σε συναισθηματική διατροφή γενικά επικεντρώνονται στον ρόλο του αρνητικού συναισθήματος, είναι σημαντικό να εξεταστεί ο ρόλος του θετικού συναισθήματος σε σχέση με την παρορμητικότητα και την υπερφαγία. Συγκεκριμένα, η θεωρία της επείγουσας ανάγκης προτείνει επίσης ότι η τάση να ενεργούμε παρορμητικά όταν βιώνουμε καταστάσεις υψηλού θετικού συναισθήματος (δηλαδή, θετικό επείγον) σχετίζεται με μια σειρά εθιστικών συμπεριφορών. Ωστόσο, μελέτες στις ΔΔ έχουν δείξει ότι η αρνητική επείγουσα ανάγκη συνδέεται πιο έντονα με τις βουλιμικές συμπεριφορές παρά με τη θετική επείγουσα ανάγκη.

Συνολικά, τα στοιχεία δείχνουν ότι η υπερφαγία σχετίζεται με μια σειρά από ελλείμματα γνωστικού ελέγχου που σχετίζονται με την παρορμητικότητα, ιδιαίτερα τη χαμηλότερη αναστολή απόκρισης, την προτίμηση για άμεση ικανοποίηση (δηλ. αυξημένη έκπτωση καθυστέρησης) και τη λήψη πιο επικίνδυνων αποφάσεων. Παρά τις ενδείξεις ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθήματος και παρορμητικότητας έχει σημαντικές επιπτώσεις για την ψυχοπαθολογία, μέχρι στιγμής έχει υπάρξει μικρή έρευνα που να εξετάζει τον βαθμό στον οποίο οι διαταραχές στη συμπεριφορική παρορμητικότητα (δηλαδή, παρορμητική επιλογή και δράση) που έχουν παρατηρηθεί σε διαταραχές

υπερφαγίας μπορεί να αλληλεπιδρούν με συναισθηματικές καταστάσεις για να ενισχύσουν τα συμπτώματα σε νατουραλιστικά περιβάλλοντα [62].

3.3 Ύπνος, Διατροφή και Αλκοόλ στην Συναισθηματική Υπερφαγία

Ο ανεπαρκής ύπνος έχει θεωρηθεί ότι είναι ένας από τους βασικούς μη παραδοσιακούς (δηλαδή δεν σχετίζεται άμεσα με την ενεργειακή ισορροπία) καθοριστικούς παράγοντες του αυξημένου σωματικού βάρους, με στοιχεία που συνδέουν τη σύντομη διάρκεια του ύπνου και τη θετική ενεργειακή ισορροπία. Η ανεπάρκεια του ύπνου ορίζεται ως η έλλειψη της διάρκειας του ύπνου σε μέγεθος που σχετίζεται με αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία και επισημαίνεται ότι ο όρος βραχύς ύπνος χρησιμοποιείται για αναφορά συνήθη χρόνου ύπνου 6 ωρών ή λιγότερο. Οι έντονοι ρυθμοί του σύγχρονου τρόπου ζωής στις ευημερούσες κοινωνίες παρεμποδίζουν τον ύπνο και η εμφάνιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με την αϋπνία έχει αυξηθεί σε αρκετές χώρες τις τελευταίες δεκαετίες. Για παράδειγμα, επιδημιολογικά δεδομένα από τη Φινλανδία έδειξαν ότι ο επιπολασμός των ενηλίκων σε ηλικία εργασίας που ανέφεραν περιστασιακά συμπτώματα που σχετίζονται με την αϋπνία αυξήθηκε από 30 σε 45 % μεταξύ 1972 και 2012 [63].

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η μικρή διάρκεια του ύπνου μπορεί να ενισχύσει τη συσχέτιση μεταξύ της ΕμΕ και της επακόλουθης αύξησης του σωματικού βάρους. Σε ένα δείγμα Ολλανδών εργαζομένων, οι γυναίκες με συνδυασμό σύντομης διάρκειας ύπνου και υψηλής συναισθηματικής διατροφής παρουσίασαν τη μεγαλύτερη αύξηση του ΔΜΣ σε διάστημα 2 ετών. Αξιολογήθηκε η τάση για υπερκατανάλωση τροφής ως απάντηση σε συναισθηματικές ενδείξεις σε ένα δείγμα ενηλίκων από τον Γαλλικό Καναδά με δετή παρακολούθηση. Διαπίστωσαν ότι τα άτομα που είχαν τόσο σύντομη διάρκεια ύπνου όσο και υψηλή αναστολή είχαν περισσότερες πιθανότητες να πάρουν βάρος και να αυξήσουν την περίμετρο της μέσης τους με την πάροδο του χρόνου, ενώ τα άτομα με σύντομη διάρκεια ύπνου που είχαν χαμηλή αναστολή δεν είχαν περισσότερες πιθανότητες να αυξήσουν τους δείκτες παχυσαρκίας από ό,τι τα άτομα με μέση διάρκεια ύπνου. Σε μεγάλη φινλανδική κοόρτη ενηλίκων η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού προέβλεπε υψηλότερη αύξηση του ΔΜΣ και της περιφέρειας μέσης σε διάστημα 7 ετών σε όσους κοιμούνται με μικρότερο χρόνο (7 ώρες ή λιγότερο), αλλά όχι σε όσους κοιμούνται περισσότερο (9 ώρες ή περισσότερο) [40].

Ο ύπνος λοιπόν είναι κρίσιμος για την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε όλη τη ζωή. Ως δείκτης ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών η σύντομη διάρκεια ύπνου αντιπροσωπεύει πρόβλημα δημόσιας υγείας. Σε μελέτη του Calderón-Asenjo RE, διαπιστώθηκε ότι ο ύπνος λιγότερο από 7 ώρες

την ημέρα σχετίζεται με συναισθηματική υπερφαγία. Ειδικότερα, τα ευρήματα από μια μελέτη που διεξήχθη σε 553 γυναίκες και 911 άνδρες διαπίστωσαν ότι η συναισθηματική διατροφή σχετίζεται σημαντικά με τη διάρκεια του ύπνου στις γυναίκες αλλά όχι στους άνδρες. Μία από τις πιθανές δικαιολογίες που συνδέουν τον ύπνο και την ψυχική υγεία είναι η ρύθμιση των συναισθημάτων [30].

Η αποδεδειγμένη σχέση μεταξύ της ηλικίας, της σωματικής αδράνειας και της σύντομης διάρκειας ύπνου με αρνητική επίπτωση στη συναισθηματική διατροφή θα μπορούσε επίσης να φανεί από άλλη οπτική γωνία. Για παράδειγμα, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι νεαροί ενήλικες συχνά υιοθετούν άλλους τύπους ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως το να μένουν ξύπνιοι ως αργά με παρατεταμένη έκθεση στο τεχνητό φως της οθόνης κατά τις νυχτερινές ώρες. Με τη σειρά τους, όσοι κοιμούνται αργά έχουν παρατεταμένη εγρήγορση και αυτό έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με τρόπους ζωής που είναι αρνητικοί στην υγεία και συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Τέτοιοι ανθυγιεινοί τρόποι ζωής περιλαμβάνουν ακατάλληλες διατροφικές συμπεριφορές (πρόσληψη τροφών και θρεπτικών συστατικών με υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες) και την εμφάνιση συναισθηματικής διατροφής.

Ο σύντομος ύπνος είναι συνυφασμένος με το αντιληπτό στρες σε άτομα που μειώνουν το χρόνο ύπνου τους για να ανταποκριθούν σε άλλες απαιτήσεις της καθημερινής ζωής και σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ύπνου, αλλά όχι σε άτομα για τα οποία το σύντομο πρόγραμμα ύπνου αποτελεί το φυσικό τρόπο λειτουργίας τους. Η απουσία ύπνου έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται θετικά τόσο με την κατάθλιψη και τη συναισθηματική διατροφή αλλά και με τη χρήση αλκοόλ [64].

Τα τελευταία χρόνια η συναισθηματική υπερφαγία, έχει τοποθετηθεί ως σημαντικός ψυχολογικός καθοριστικός παράγοντας της πρόσληψης τροφής και ποτών. Σε μελέτη του Calderon RE et al 2022, αναφέρθηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της ΕμΕ [30].

Μια κολομβιανή έρευνα των Soihet et al, σε ενήλικες και των δύο φύλων με ΕμΕ, διαπίστωσε ότι έως και το 50% αυτών έκαναν κατάχρηση αλκοόλ ή κάποιου παράνομου ναρκωτικού. Όσοι έκαναν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών είχαν έως και 11 φορές περισσότερες πιθανότητες να τρώνε συναισθηματικά. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της αδηφαγίας και της χρήσης αλκοόλ, η οποία δεν επηρεάζεται από μία μόνο μεταβλητή. Η έρευνα έδειξε ότι τα κοινωνικοδημογραφικά, διατροφικά, γενετικά, περιβαλλοντικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων που αναλύθηκαν αποδείχθηκαν σημαντικά για το φαινόμενο αυτό [65].

Οι συμπεριφορές αδηφαγίας και αλκοολισμού, μοιράζονται αρκετά κοινά χαρακτηριστικά. Και οι δύο συμπεριφορές έχουν τυπικά την εμφάνισή τους στα τέλη της εφηβείας και στη νεαρή ενήλικη ζωή και εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα μεταξύ των νέων που βρίσκονται στην ηλικία των κολεγίων.

Επιπλέον οι συμπεριφορές αδηφαγίας και κατανάλωσης αλκοόλ έχουν συχνά χαρακτηριστεί ως «εθιστικές» για να αποτυπωθεί ο επαναλαμβανόμενος και ανεξέλεγκτος χαρακτήρας της συμπεριφοράς ακόμη και με την παρουσία αρνητικών κοινωνικών, ακαδημαϊκών, σωματικών και επαγγελματικών συνεπειών. Οι συμπεριφορές αδηφαγίας και κατανάλωσης αλκοόλ χαρακτηρίζονται από την ενασχόληση με την ουσία και εξ ορισμού την υπερβολική κατανάλωσή της.

Οι συμπεριφορές της αδηφαγίας και της κραιπάλης μοιράζονται αρκετά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς, προσωπικότητας και συναισθημάτων. Αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά χρησιμεύουν για να αναδείξουν μια πιθανή φαινομενολογική και αιτιολογική επικάλυψη μεταξύ αυτών των συμπεριφορών, η οποία με τη σειρά της μπορεί να αντανακλά μια κοινή αιτιολογία [65].

Βιβλιογραφία

1. Reichenberger J, Schnepper R, Arend AK, Blechert J. Emotional eating in healthy individuals and patients with an eating disorder: evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies. *Proc Nutr Soc.* 2020 Aug;79(3):290-299.
2. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet.* 2020 Mar 14;395(10227):899-911.
3. Udo T, Grilo CM. Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biol Psychiatry.* 2018 Sep 1;84(5):345-354.
4. Reichenberger J, Schnepper R, Arend AK, Richard A, Voderholzer U, Naab S, Blechert J. Emotional eating across different eating disorders and the role of body mass, restriction, and binge eating. *Int J Eat Disord.* 2021 May;54(5):773-784.
5. Mellowspring A. Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Prim Care.* 2023 Mar;50(1):103-117.
6. Yamamiya Y, Stice E. Risk Factors That Predict Future Onset of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, and Purging Disorder in Adolescent Girls. *Behav Ther.* 2024 Jul;55(4):712-723.
7. McLean SA, Paxton SJ. Body Image in the Context of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2019 Mar;42(1):145-156.
8. van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Curr Diab Rep.* 2018 Apr 25;18(6):35.
9. Fuente González CE, Chávez-Servín JL, de la Torre-Carbot K, Ronquillo González D, Aguilera Barreiro MLÁ, Ojeda Navarro LR. Relationship between Emotional Eating, Consumption of Hyperpalatable Energy-Dense Foods, and Indicators of Nutritional Status: A Systematic Review. *J Obes.* 2022 May 18;2022:4243868.

10. Yu Z, Muehleman V. Eating Disorders and Metabolic Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 30;20(3):2446.
11. American Psychiatric Association . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association; Washington, DC, USA: 2022. DSM-V-TR..
12. World Health Organization . *WHO International Classification of Diseases*. 11th ed. WHO; Geneva, Switzerland: 2022. ICD-11.
13. Lin J.A., Hartman-Munick S.M., Kells M.R., Milliren C.E., Slater W.A., Woods E.R., Forman S.F., Richmond T.K., Lin J.A. The impact of the COVID-19 pandemic on the number of adolescents/young adults seeking eating disorder-related care. *J. Adolesc. Health*. 2021;69:660–663.
14. Scarmozzino F., Visioli F. COVID-19 and the subsequent lockdown modified dietary habits of almost half the population in an Italian sample. *Foods*. 2020;9:675.
15. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020 Jun 2;81(6):1-8. doi: 10.12968/hmed.2020.0099. Epub 2020 Jun 1.
16. Singleton C, Kenny TE, Hallett D, Carter JC. Depression Partially Mediates the Association Between Binge Eating Disorder and Health-Related Quality of Life. *Front Psychol*. 2019 Feb 26;10:209.
17. Kuposov R, Stickley A, Sukhodolsky D, Ruchkin V. Bulimia symptoms and anger and aggression among adolescents. *BMC Public Health*. 2023 May 5;23(1):833.
18. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, Schmidt U, Zipfel S. Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2022 Mar 17;8(1):16.
19. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 2020 Jan;50(1):24-29.

20. López-Montón M, Aonso-Diego G, Estévez A. Emotional Distress and Body Dissatisfaction: The Mediating Role of Social Media and Emotional Regulation. *Behav Sci (Basel)*. 2024 Jul 9;14(7):580.
21. Castellanos Silva R., Steins G. Social media and body dissatisfaction in young adults: An experimental investigation of the effects of different image content and influencing constructs. *Front. Psychol*. 2023;14:1037932.
22. O'Loughlen E, Grant S, Galligan R. Shame and binge eating pathology: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2022 Jan;29(1):147-163. Epub 2021 May 25.
23. Melo, D., Oliveira, S., & Ferreira, C. (2020). The link between external and internal shame and binge eating: The mediating role of body imagerelated shame and cognitive fusion. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 1703–1710.
24. Yu Z, Muehleman V. Eating Disorders and Metabolic Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 30;20(3):2446.
25. Tsekoura E., Kostopoulou E., Fouzas S., Souris E., Gkentzi D., Jelastopulu E., Varvarigou A. The association between obesity and the risk for development of eating disorders—A large-scale epidemiological study. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci*. 2021;25:6051–6056.
26. Tate A.E., Liu S., Zhang R., Yilmaz Z., Larsen J.T., Petersen L.V., Bulik C.M., Svensson A.M., Gudbjörnsdóttir S., Larsson H., et al. Association and familial coaggregation of type 1 diabetes and eating disorders: A register-based cohort study in Denmark and Sweden. *Diabetes Care*. 2021;44:1143–1150.
27. Strashok L.A., Buznytska O.V., Meshkova O.M. Nutrition peculiarities of Ukrainian adolescents with metabolic syndrome. *Wiad. Lek*. 2021;74:492–497.
28. Hudson J.I., Javaras K.N., Pope H.G., Jr. The challenges of metabolic syndrome in eating disorders. *Psychiatr. Ann*. 2020;50:346–350.

29. Vallianou N., Stratigou T., Christodoulatos G.S., Dalamaga M., Vallianou N. Understanding the role of the gut microbiome and microbial metabolites in obesity and obesity-associated metabolic disorders: Current evidence and perspectives. *Curr. Obes. Rep.* 2019;8:317–332.
30. Calderón-Asenjo RE, Jalk-Muñoz MC, Calizaya-Milla YE, Calizaya-Milla SE, Ramos-Vera C, Saintila J. Association Between Emotional Eating, Sociodemographic Characteristics, Physical Activity, Sleep Duration, and Mental and Physical Health in Young Adults. *J Multidiscip Healthc.* 2022 Dec 13;15:2845-2859.
31. Konttinen H. Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proc Nutr Soc.* 2020 Aug;79(3):283-289. Epub 2020 Mar 26.
32. Cooper Z, Calugi S, Dalle Grave R. Binge eating and weight control: a treatment for binge eating disorder worth investigating? *Binge eating disorder.* 2019;25(4):1105–1109.
33. Walenda A, Bogusz K, Kopera M, Jakubczyk A, Wojnar M, Kucharska K. Emotion regulation in binge eating disorder. *Psychiatr Pol.* 2021 Dec 31;55(6):1433-1448. English, Polish. Epub 2021 Dec 31.
34. van Strien T, Koenders PG. Effects of emotional eating and short sleep duration on weight gain in female employees. *J Occup Environ Med.* 2014;56:659–666.
35. Vuillier, L., Joseph, J., Greville-Harris, M. et al. What about males? Exploring sex differences in the relationship between emotion difficulties and eating disorders. *J Eat Disord* 10, 193 (2022).
36. Frank S., Veit R., Sauer H., et al. Dopamine depletion reduces food-related reward activity independent of BMI. *Neuropsychopharmacology* . 2016;41(6):1551–1559.
37. Figueroa-Piña D. G., Chávez-Servín J. L., de la Torre-Carbot K., et al. Evaluation of the effect of a school garden as an educational didactic tool in vegetable and fruit consumption in teenagers. *Nutrition Research and Practice* . 2021;15(2):235–247.

38. Donofry S. D., van Zoest W., Moonen A., Sacchetti S., Nederkoorn C., Roefs A. Effect of dietary restraint and mood state on attentional processing of food cues. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* . 2019;62:117–124.
39. Sultson, H., & Akkermann, K. (2019). Investigating phenotypes of emotional eating based on weight categories: A latent profile analysis. *Int. J. Eat. Disord.*, 52, pp. 1024-1034.
40. Kontinnen, H., van Strien, T., Männistö, S., Jousilahti, P., & Haukkala, A. (2019). Depression, emotional eating and long-term weight changes: A population-based prospective study. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, 16.
41. Varela, C., Andrés, A., & Saldaña, C. (2020). The behavioral pathway model to overweight and obesity: Coping strategies, eating behaviors and body mass index. *Eat. Weight Disord.*, 25, pp. 1277-1283.
42. Moss R. H., Conner M., O'Connor D. B. Exploring the effects of positive and negative emotions on eating behaviours in children and young adults. *Psychology Health & Medicine* . 2020;26(4):457–466.
43. Czepczor-Bernat, K., & Brytek-Matera, A. (2021). The impact of food-related behaviours and emotional functioning on body mass index in an adult sample. *Eat. Weight Disord.*, 26, pp. 323-329.
44. Pacheco, L. S., Blanco, E., Burrows, R., Correa-Burrows, P., & Santos, J. L. (2021). Eating behavior and body composition in Chilean young adults. *Appetite*, 156.
45. Guerrini-Usubini, A., Cattivelli, R., Scarpa, A., Musetti, A., Varallo, G., Franceschini, C., & Castelnovo, G. (2023). The interplay between emotion dysregulation, psychological distress, emotional eating, and weight status: A path model. *Int. J. Clin. Health Psychol.*, 23.
46. Bénard M., Bellisle F., Etile F., et al. Impulsivity and consideration of future consequences as moderators of the association between emotional eating and body weight status. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* . 2018;15(1):p. 84.

47. Willem, C., Gandolphe, M. C., Doba, K., Roussel, M., Verkindt, H., Pattou, F., & Nandrino, J. L. (2020). Eating in case of emotion dys-regulation, depression and anxiety: Different pathways to emotional eating in moderate and severe obesity. *Clin. Obes.*, 10.
48. van Strien, T., Kontinen, H., Homberg, J. R., Engels, R. C., & Winkens, L. H. (2016). Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*, 100, pp. 216-224.
49. Singleton C, Kenny TE, Hallett D, Carter JC. Depression Partially Mediates the Association Between Binge Eating Disorder and Health-Related Quality of Life. *Front Psychol.* 2019 Feb 26;10:209.
50. Hsu, T., & Forestell, C. A. (2021). Mindfulness, depression, and emotional eating: The moderating role of nonjudging of inner experience. *Appetite*, 160.
51. Reichenberger J., Kuppens P., Liedlgruber M., et al. No haste, more taste: an EMA study of the effects of stress, negative and positive emotions on eating behavior. *Biological Psychology* . 2018;131:54–62.
52. Braden A., Musher-Eizenman D., Watford T., Emley E. Eating when depressed, anxious, bored, or happy: are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? *Appetite* . 2018;125:410–417.
53. Carpio-Arias TV, Solís Manzano AM, Sandoval V, Vinueza-Veloz AF, Rodríguez Betancourt A, Betancourt Ortiz SL, Vinueza-Veloz MF. Relationship between perceived stress and emotional eating. A cross sectional study. *Clin Nutr ESPEN.* 2022 Jun;49:314-318. Epub 2022 Apr 20.
54. Bilici S, Ayhan B, Karabudak E, Koksall E. Factors affecting emotional eating and eating palatable food in adults. *Nutr Res Pract.* 2020 Feb;14(1):70-75. Epub 2020 Jan 21.
55. Boggiano MM. Palatable Eating Motives Scale in a college population: Distribution of scores and scores associated with greater BMI and binge-eating. *Eat Behav.* 2016;21:95–98.
56. Ferreira-Pêgo C, Rodrigues J, Costa A, et al. Eating behavior: the influence of age, nutrition knowledge, and Mediterranean diet. *Nutr Health.* 2020;26:303–309.

57. Watts AW, Rydell SA, Eisenberg ME, et al. Yoga's potential for promoting healthy eating and physical activity behaviors among young adults: a mixed-methods study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018;15:42.
58. Jones A. C. Emotion differentiation mediates the association between emotion regulation difficulties and caloric intake. *Eating Behaviors* . 2018;29:35–40.
59. Abby Braden E. E., Musher-Eizenman D., Watford T., Emley E. Eating when depressed, anxious, bored, or happy: are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? *Appetite* . 2018;125:410–417.
60. Svaldi J, Werle D, Naumann E, Eichler E, Berking M. Prospective associations of negative mood and emotion regulation in the occurrence of binge eating in binge eating disorder. *J Psychiatr Res.* 2019 Aug;115:61-68. Epub 2019 May 3.
61. Cardi V, Leppanen J, Leslie M, Esposito M, Treasure J. The use of a positive mood induction video-clip to target eating behaviour in people with bulimia nervosa or binge eating disorder: An experimental study. *Appetite.* 2019 Feb 1;133:400-404. Epub 2018 Dec 7.
62. Smith KE, Mason TB, Crosby RD, Engel SG, Wonderlich SA. A multimodal, naturalistic investigation of relationships between behavioral impulsivity, affect, and binge eating. *Appetite.* 2019 May 1;136:50-57. Epub 2019 Jan 18.
63. Geiker NRW, Astrup A, Hjorth MF et al. (2018) Does stress influence sleep patterns, food intake, weight gain, abdominal obesity and weight loss interventions and vice versa? *Obes Rev* 19, 81–97.
64. Korman M, Tkachev V, Reis C, et al. Outdoor daylight exposure and longer sleep promote wellbeing under COVID-19 mandated restrictions. *J Sleep Res.* 2022;31:e13471.
65. Soihet ADS, Silva AD (2019) Psychological and metabolic effects of dietary restriction in binge eating disorder. *Nutr Bras* 18:55–62.

