



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ
ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: ΣΧΗΜΑΤΑ & ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

Παγκούτσου Κωνσταντίνα

Χάιντς Έλενα-Δόκτωρ Ψυχολογίας (συντονίστρια)

Μέλη τριμελούς:

Βλάχου Αναστασία -Καθηγήτρια

Κλεφτάρας Γεώργιος –Καθηγητής

Σταλίκας Αναστάσιος -Καθηγητής (επιβλέπων)

Βόλος, Ιούνιος 2019

Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Η Κωνσταντίνα Παγκούτσου, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Σχήματα και Καταναγκαστική Υπερφαγία» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται στην διερεύνηση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, από τα οποία διακατέχονται τα άτομα με την συμπτωματολογία της διατροφικής διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Από τις διαθέσιμες ερευνητικές μεθόδους κρίθηκε ως καταλληλότερη η ποιοτική έρευνα, καθώς επιτρέπει την εις βάθος διερεύνηση του υπό μελέτη θέματος. Στην έρευνα συμμετείχαν δώδεκα ενήλικες γυναίκες και τα δεδομένα αντλήθηκαν αρχικά με την χρήση διαγνωστικών ερωτηματολογίων, τόσο για την διερεύνηση της ύπαρξης της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Διαγνωστικό Εργαλείο Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Binge Eating Disorder Screener/BEDS-7), Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διατροφικών Διαταραχών (Eating Disorder Examination Questionnaire/EDE-Q)), όσο και για την ανίχνευση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων (Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young (Young Schema Questionnaire/YSQ-S3)). Στην συνέχεια συλλέχθηκαν επιπρόσθετα δεδομένα για την σύνδεση ανάμεσα στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και στην Καταναγκαστική Υπερφαγία, μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων, οι οποίες περιελάμβαναν ερωτήσεις που αφορούσαν κυρίως τα συναισθήματα, το βίωμα και τις στάσεις απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία, καθώς και πληροφορίες για την εικόνα εαυτού. Για την ανάλυση των ατομικών συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης, η οποία οδήγησε σε ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών, ενώ για την ανάλυση του ερωτηματολογίου ανίχνευσης των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (IBM SPSS Statistics). Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν πέντε κύριοι θεματικοί άξονες, οι οποίοι περιελάμβαναν πρώτον, την σχέση του οικογενειακού περιβάλλοντος με το φαγητό και την Καταναγκαστική Υπερφαγία, δεύτερον, την σχέση της συνεντευξιαζόμενης με το φαγητό και την Καταναγκαστική Υπερφαγία, τρίτον, την αρχική εμφάνιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, τέταρτον, την στάση της συνεντευξιαζόμενης απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία και πέμπτον, πληροφορίες σχετικά με την εικόνα εαυτού. Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων μέσω του SPSS, προέκυψαν οχτώ βασικά δυσλειτουργικά σχήματα, τα οποία αντιπροσώπευαν την πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

***Λέξεις Κλειδιά:** Διατροφικές διαταραχές, Θεραπεία Σχημάτων, Διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, Πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα στις διατροφικές διαταραχές*

Abstract

The aim of this study was to examine the association between Binge eating disorder (BED) and early maladaptive schemas and identify which specific schemas are associated with this eating disorder. Qualitative research has been found to be the most appropriate research method, as it allows an in-depth exploration of the under study subject. A total of twelve women were participated in this study and Binge eating disorder diagnosis was determined by the use of two questionnaires (Binge Eating Disorder Screener (BEDS-7), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)). The Young Schema Questionnaire (YSQ-S3) was used to explore the association between early maladaptive schemas and Binge eating disorder. Additional data, about Binge eating disorder and schemas, were collected through semi-structured interviews, which included on the one hand, questions about participant's feelings, experience and attitude towards Binge eating disorder and on the other hand questions about the self-perception. In order to analyze the interviews and the Young Schema Questionnaire, researcher used the thematic analysis and a statistical analysis program SPSS (IBM SPSS Statistics). The analysis led to a wide range of information. More specifically, the interviews analysis revealed five main thematic axes. The first axe included information about the family's relationship with food and Binge eating disorder, the second axe, was about interviewer's relationship with food and Binge eating disorder, the third axe was about the initial appearance of Binge eating disorder, the fourth axe was about interviewer's attitude toward Binge eating disorder and finally, the fifth axe was about self-perception. From the questionnaire analysis through SPSS, emerged eight basic dysfunctional schemas, which accounted for the majority of the women who participated in the survey.

Key-words: *Eating disorders, Schema mode therapy, Binge eating disorder, Early maladaptive schemas in eating disorders*

ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν λάβει μεγάλη προσοχή τα τελευταία χρόνια, τόσο στον χώρο της ιατρικής, όσο και της ψυχιατρικής και ψυχολογίας, εξαιτίας της αύξησης των ποσοστών εμφάνισής τους στον γενικό πληθυσμό. Το γεγονός αυτό έχει προσελκύσει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον, προκειμένου να κατανοηθούν τα αίτια εμφάνισης και συντήρησης των διαταραχών αυτών. Σύμφωνα, με ένα αριθμό πρόσφατων ερευνητικών ευρημάτων, βρέθηκε να υπάρχει μία άμεση συσχέτιση μεταξύ των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων της Θεραπείας Σχημάτων του Young και της διατροφικής ψυχοπαθολογίας. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως τα άτομα με διατροφικές διαταραχές διακατέχονται από μεγαλύτερο αριθμό πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, απ' ότι τα άτομα χωρίς διατροφικές διαταραχές. Η παρούσα έρευνα, λοιπόν, επικεντρώνεται στην διερεύνηση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, από τα οποία διακατέχονται τα άτομα με την συμπτωματολογία της διατροφικής διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, λόγω των σημαντικών κενών στην διερεύνηση της συγκεκριμένης διατροφικής διαταραχής, αλλά και της πρόσφατης ανάδειξης της ως μία από τις πλέον πιο συχνά εμφανιζόμενες διατροφικές διαταραχές ανάμεσα στους ενήλικες. Αναλυτικότερα, στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν πρώτον τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα της Θεραπείας Σχημάτων του J. Young, που πιθανόν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας σε ενήλικες γυναίκες και δεύτερον, να μελετηθεί το βίωμα, η προσωπική εμπειρία και οι στάσεις των γυναικών αυτών αναφορικά με την συγκεκριμένη διαταραχή. Από τις διαθέσιμες ερευνητικές μεθόδους κρίθηκε ως καταλληλότερη η ποιοτική έρευνα, καθώς προσφέρει πλήθος πληροφοριών αναφορικά με τα άτομο, τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τα συναισθήματά τους, επιτρέποντας με αυτόν τον τρόπο, την εις βάθος διερεύνηση του υπό μελέτη θέματος. Στην έρευνα συμμετείχαν δώδεκα ενήλικες γυναίκες με την συμπτωματολογία της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας και τα δεδομένα αντλήθηκαν αρχικά με την χρήση διαγνωστικών ερωτηματολογίων και έπειτα με την πραγματοποίηση ατομικών ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Τα ερωτηματολόγια, που χρησιμοποιήθηκαν είναι τρία και αφορούν, πρώτον, την διερεύνηση της ύπαρξης της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Διαγνωστικό Εργαλείο Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Binge Eating Disorder Screener/BEDS-7), Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διατροφικών Διαταραχών (Eating Disorder Examination Questionnaire/EDE-Q)) και δεύτερον, την ανίχνευση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων του J. Young (Young Schema Questionnaire (YSQ-S3)). Όσον αφορά τις ημι-δομημένες συνεντεύξεις, που πραγματοποιήθηκαν, αυτές περιλάμβαναν ερωτήσεις αναφορικά με τα συναισθήματα, το βίωμα και τις στάσεις των γυναικών απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία, καθώς και πληροφορίες για την εικόνα εαυτού. Για την ανάλυση των ατομικών συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης, η οποία οδήγησε σε ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών, ενώ για την ανάλυση του ερωτηματολογίου ανίχνευσης των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (IBM SPSS Statistics). Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν πέντε κύριοι θεματικοί άξονες, οι οποίοι περιλάμβαναν πρώτον, την σχέση του οικογενειακού περιβάλλοντος με το φαγητό και την Καταναγκαστική Υπερφαγία, δεύτερον, την σχέση της συνεντευξιαζόμενης με το φαγητό και την Καταναγκαστική Υπερφαγία, τρίτον, την αρχική εμφάνιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, τέταρτον, την στάση της συνεντευξιαζόμενης απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία και πέμπτον, πληροφορίες σχετικά με την εικόνα

εαυτού. Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων μέσω του SPSS, προέκυψαν οχτώ βασικά δυσλειτουργικά σχήματα, τα οποία αντιπροσώπευαν την πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Ειδικότερα, τα σχήματα αυτά είναι το σχήμα της «Αυτοθυσίας», το «Αυτονόητο Δικαίωμα/Μεγαλείο», η «Αναζήτηση Αποδοκιμασίας/Αναγνώρισης», η «Κοινωνική Απομόνωση/Αποξένωση», η «Εγκατάλειψη/Αστάθεια», η «Συναισθηματική Στέρηση», ο «Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος/Αυτοπειθαρχία» και τα «Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική». Η παρούσα έρευνα, λοιπόν, πρόσφερε χρήσιμες πληροφορίες, τόσο αναφορικά με το βίωμα, τις στάσεις, τα συναισθήματα και τις σκέψεις των γυναικών με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, όσο και αναφορικά με την σύνδεση που είναι πιθανό να υπάρχει ανάμεσα στην Καταναγκαστική Υπερφαγία και σε συγκεκριμένα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα. Σημαντικό θα ήταν, ωστόσο, να υπάρξει περαιτέρω διερεύνηση του θέματος, προκειμένου να υπάρξει μία πιο ολοκληρωμένη και εις βάθος κατανόηση του.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	ii
Abstract.....	iii
Εκτενής Περίληψη.....	iv
1. Εισαγωγή.....	1
2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	2
2.1. Διατροφικές Διαταραχές.....	3
2.2. Διαταραχή Καταναγκαστικής Υπερφαγίας.....	8
2.3. Θεραπεία Σχημάτων.....	16
2.4. Θεραπεία Σχημάτων & Διατροφικές Διαταραχές.....	24
2.5. Σκοπός Έρευνας-Ερευνητικά Ερωτήματα & Υποθέσεις.....	33
3. Μέθοδος.....	34
3.1. Δείγμα-Συμμετέχοντες.....	34
3.2. Τεχνική Συλλογής Δεδομένων-Εργαλεία.....	35
3.3. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	38
3.4. Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων.....	41
3.5. Δεοντολογικά ζητήματα & Περιορισμοί.....	43
4. Αποτελέσματα.....	44
4.1. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young.....	45
4.2. Αποτελέσματα Συνεντεύξεων.....	46
4.2.1. Σχέση οικογενειακού περιβάλλοντος με το φαγητό & την Καταναγκαστική Υπερφαγία.....	46
4.2.2. Σχέση συνεντευξιαζόμενης με το φαγητό & την Καταναγκαστική Υπερφαγία.....	49
4.2.3. Αρχική εμφάνιση Καταναγκαστικής Υπερφαγίας.....	53
4.2.4. Στάση συνεντευξιαζόμενης απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία.....	57
4.2.5. Πληροφορίες σχετικά με την εικόνα εαυτού.....	63
5. Συζήτηση.....	67
6. Προτάσεις.....	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	91

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια φαίνεται να υπάρχει μία σημαντική αύξηση του ποσοστού των ατόμων, που υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές (Fairburn & Harrison, 2003. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Masley, 2011). Το γεγονός αυτό έχει προσελκύσει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον, προκειμένου να κατανοηθούν τα αίτια εμφάνισης και συντήρησης των διαταραχών αυτών (Fairburn & Harrison, 2003. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Masley, 2011). Σύμφωνα, με ένα αριθμό πρόσφατων ερευνητικών ευρημάτων, βρέθηκε να υπάρχει μία άμεση συσχέτιση μεταξύ των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων της Θεραπείας Σχημάτων του Young και της διατροφικής ψυχοπαθολογίας (Dingemans, Spinhoven & VanFurth, 2006. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Masley, 2011. McIntosh, et al., 2016. Pugh, 2015. Simpson, et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως τα άτομα με διατροφικές διαταραχές διακατέχονται από μεγαλύτερο αριθμό πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, απ' ό,τι τα άτομα χωρίς διατροφικές διαταραχές (Dingemans, Spinhoven, & vanFurth, 2006. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Masley, 2011. McIntosh, et al., 2016. Pugh, 2015. Simpson, et al., 2010). Επιπλέον, υποστηρίζεται πως η ύπαρξη συγκεκριμένων δυσλειτουργικών σχημάτων, αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, αλλά και πως διαφορετικά δυσλειτουργικά σχήματα είναι πιθανό να ευθύνονται για την εμφάνιση διαφορετικών διατροφικών διαταραχών (Dingemans, Spinhoven & Van Furth, 2006. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Leung et al., 1999. Masley, 2011. McIntosh, et al., 2016. Pugh, 2015. Simpson, et al, 2010. Waller et al., 2000). Βέβαια, η μεγάλη πλειοψηφία των μέχρι τώρα σχετικών ερευνών, έχει πραγματοποιηθεί αναφορικά με τις διαταραχές της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας, αφήνοντας έτσι ένα μεγάλο κενό όσον αφορά την σύνδεση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων με την εμφάνιση της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Dingemans, Spinhoven, & VanFurth, 2006. Jenkins, 2009. Leung et al., 1999. Waller, et al., 2000). Η συσχέτιση που έχει βρεθεί ότι υπάρχει ανάμεσα στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, σε συνδυασμό με την σχετικά περιορισμένη βιβλιογραφία αναφορικά με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, αλλά και το γεγονός πως η συγκεκριμένη διαταραχή έχει αρχίσει να αποτελεί μία από τις συχνότερες διατροφικές διαταραχές, αφήνει το περιθώριο για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος. Ειδικότερα, στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν πρώτον, τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, που πιθανόν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής

της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας και δεύτερον, να μελετηθεί το βίωμα, η προσωπική εμπειρία και οι στάσεις των γυναικών αυτών αναφορικά με την συγκεκριμένη διαταραχή. Τα παραπάνω, θα μελετηθούν τόσο μέσα από την χρήση ερωτηματολογίων, όσο και μέσα από ημι-δομημένες συνεντεύξεις με γυναίκες, που εμφανίζουν την συμπτωματολογία της διατροφικής διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, με σκοπό να διερευνηθεί περισσότερο εις βάθος το θέμα και να κατανοηθούν καλύτερα τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, που σχετίζονται με την Καταναγκαστική Υπερφαγία. Τέλος, υπάρχει η υπόθεση πως όπως ακριβώς στις άλλες διατροφικές διαταραχές, έτσι και στην διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, θα υπάρχουν ορισμένα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα που θα αποτελούν σημαντικότερο προβλεπτικό παράγοντα για την εκδήλωση της διαταραχής (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006. Jenkins, 2009. Leung et al., 1999. Masley, 2011. Waller et al., 2000, 2002).

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Το συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό των ατόμων, που διαγιγνώσκονται με διατροφικές διαταραχές τα τελευταία χρόνια, συνέβαλε στο να υπάρξει αυξημένη εστίαση στους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών, αλλά και στον αποτελεσματικό τρόπο θεραπείας τους (Fairburn & Harrison, 2003. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Masley, 2011). Επιπλέον, η πρόσφατα μεγάλη αναγνώριση που έχει δεχτεί η Θεραπεία Σχημάτων για την συμβολή της στην θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, δημιουργεί νέα μονοπάτια ερευνητικού ενδιαφέροντος γύρω από τις διατροφικές διαταραχές (Dingemans, Spinhoven, & vanFurth, 2006. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Masley, 2011. McIntosh, et al., 2016. Pugh, 2015. Simpson, et al, 2010). Παρακάτω θα γίνει μία ανασκόπηση των σημαντικότερων, έως σήμερα, ερευνητικών ευρημάτων σχετικά με τα αίτια και τους τρόπους αντιμετώπισης των διατροφικών διαταραχών σε συνδυασμό με την Θεραπεία Σχημάτων. Μάλιστα, η μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στην διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, λόγω των σημαντικών κενών στην διερεύνηση της συγκεκριμένης διαταραχής, αλλά και της πρόσφατης ανάδειξης της ως μία από τις πλέον πιο συχνά εμφανιζόμενες διατροφικές διαταραχές ανάμεσα στους ενήλικες (Edwards, 2013. Fairburn, 1995. Hudson, et al., 2007. Iacovino, et al, 2012. Wilson, Grilo & Vitousek, 2007. Wonderlich, Gordon & Mitchell, 2009).

2.1. Διατροφικές Διαταραχές

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν λάβει μεγάλη προσοχή τα τελευταία χρόνια, τόσο στον χώρο της ιατρικής, όσο και της ψυχιατρικής και ψυχολογίας. Παρόλο το πρόσφατο ενδιαφέρον, όμως, δεν αποτελούν, σε καμία περίπτωση, ένα σύγχρονο φαινόμενο, καθώς μέσα σε γραπτά παλαιών θρησκευτικών και αρχαίων κειμένων υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις για την εμφάνισή τους ήδη από εκείνα τα χρόνια. Μάλιστα, φαίνεται να υπήρχαν αρκετές καταγραφές ατόμων, τα οποία λιμοκτονούσαν τον εαυτό τους μέχρι θανάτου, μία συμπεριφορά δηλαδή που παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με την σύγχρονη διατροφική διαταραχή της Νευρικής Ανορεξίας (Jenkins, 2009). Ωστόσο, τόσο η Νευρική Ανορεξία, όσο και οι άλλες διατροφικές διαταραχές, χαρακτηρίζονται από έναν σημαντικό αριθμό διαφορετικών συμπτωμάτων, πέρα από τις ιδιαίτερες διατροφικές συμπεριφορές, τα οποία φαίνεται να έχουν ένα σημαντικό ψυχολογικό υπόβαθρο, που δεν μπορούσε να προσδιοριστεί στα παλαιότερα χρόνια (Fairburn & Harrison, 2003. Jenkins, 2009. Parry-Jones & Parry-Jones, 1995. Simpson, et al, 2010).

Τα τελευταία χρόνια, λοιπόν, έχει αναγνωριστεί από τους ειδικούς πως οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν μια σύνθετη μορφή ασθένειας, η οποία επηρεάζεται τόσο από βιολογικούς, γενετικούς και αναπτυξιακούς παράγοντες, όσο και από ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές (Fairburn & Harrison, 2003. NICE, 2004. Simpson, et al, 2010). Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν σοβαρές επιπλοκές στις διατροφικές τους συμπεριφορές και συνήθειες, οι οποίες συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα αρνητικών ψυχολογικών, σωματικών και κοινωνικών συνεπειών (Fairburn & Harrison, 2003. Jenkins, 2009. Masley, 2011. NICE, 2004). Λόγω των παραπάνω, οι διατροφικές διαταραχές έχουν ενταχθεί πλέον στις ψυχιατρικές διαταραχές, γεγονός που οδήγησε στο να συμπεριληφθούν και να περιγραφούν τόσο στο Διαγνωστικό Στατιστικό εγχειρίδιο (DSM), όσο και στην Διεθνή Ταξινόμηση της Νόσου (ICD) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (American Psychiatric Association, 1994. World Health Organisation, 1993). Η συμπερίληψη των διατροφικών διαταραχών στις ψυχιατρικές διαταραχές, λοιπόν, έχει ως αποτέλεσμα να γίνονται αντιληπτές σύμφωνα με ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια. Η ύπαρξη των διαγνωστικών αυτών κριτηρίων, φαίνεται να διευκολύνει ιδιαίτερα τους κλινικούς και τους ερευνητές, που ασχολούνται γύρω από το θέμα των διατροφικών διαταραχών, καθώς επιτρέπει την δημιουργία μίας κοινής γλώσσας επικοινωνίας μεταξύ τους, σύμφωνα με την οποία μία

σειρά συμπτωμάτων αντιστοιχεί με μία συγκεκριμένη διάγνωση (Ehrlich, et al., 2016. Jenkins, 2009). Από την αρχική κατηγοριοποίηση των διατροφικών διαταραχών είχαν προκύψει δύο κύριες κατηγορίες, η διαταραχή της Νευρικής Ανορεξίας (Anorexia Nervosa) και η διαταραχή της Νευρογενούς Βουλιμίας (Bulimia Nervosa), ωστόσο αργότερα προέκυψαν και άλλες υποκατηγορίες διατροφικών διαταραχών, καθώς γινόταν φανερό πως ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων με διατροφικές διαταραχές δεν μπορούσε να συμπεριληφθεί στις αρχικές κατηγορίες (Edwards, 2013. Jenkins, 2009). Αποτέλεσμα αυτής της εξέλιξης στην κατηγοριοποίηση των διατροφικών διαταραχών ήταν η δημιουργία του σύγχρονου μοντέλου κατηγοριοποίησης των διατροφικών διαταραχών. Ειδικότερα, σύμφωνα με το πιο πρόσφατο Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5), οι διατροφικές διαταραχές χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες, στη Νευρική Ανορεξία, τη Νευρογενή Βουλιμία και τη Καταναγκαστική Υπερφαγία, καθώς και στις κατηγορίες των αλλιώς προσδιοριζόμενων και μη προσδιοριζόμενων διατροφικών διαταραχών (Other Specified Feeding or Eating Disorder, Unspecified Feeding or Eating Disorder) (APA, 2013). Η κατάταξη, λοιπόν, των διατροφικών διαταραχών σε κατηγορίες συμβάλλει στο να είναι πιο εύκολος ο διαχωρισμός τους και η διάγνωση των ατόμων, καθώς η κάθε κατηγορία περιλαμβάνει ορισμένες συμπεριφορές και συμπτώματα, που πρέπει να πληρούνται προκειμένου να λάβει κάποιος μία συγκεκριμένη διάγνωση (Ehrlich, et al., 2016).

Στο σημείο αυτό θα ήταν σημαντικό να πραγματοποιηθεί μία αναλυτικότερη περιγραφή των κυριότερων διατροφικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, λοιπόν, η πιο ευρέως γνωστή και διαδεδομένη διατροφική διαταραχή είναι η Νευρική Ανορεξία (Masley, 2011. NICE, 2004). Πρόκειται για μία δυνητικά απειλητική για την ζωή διαταραχή, καθώς χαρακτηρίζεται από ακραίες μορφές δίαιτας, που συχνά οδηγούν στην υποβολή του εαυτού σε κατάσταση συνεχούς πείνας (Fairburn & Harrison, 2003. Jenkins, 2009. Masley, 2011. NICE, 2004). Είναι μία διαταραχή, που αναπτύσσεται κυρίως στην εφηβική ηλικία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης και είναι πιο διαδεδομένη στον γυναικείο φύλο (Fairburn & Harrison, 2003. Hoek & vanHoeken, 2003. Jenkins, 2009. Striegel-Moore et al., 2009). Βασικά χαρακτηριστικά της αποτελούν η διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος, η δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος, καθώς και ο έντονος φόβος για πιθανή αύξηση βάρους, γεγονός που τελικά οδηγεί στην υποβολή του εαυτού σε αυστηρές δίαιτες και υποσιτισμό (Jenkins, 2009. Masley, 2011). Η επόμενη

κατηγορία των διατροφικών διαταραχών αποτελείται από την Νευρογενή Βουλιμία. Η διαταραχή αυτή, χαρακτηρίζεται από συχνά επεισόδια κατανάλωσης υπερβολικών ποσοτήτων τροφής μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, τα οποία ακολουθούνται από συμπεριφορές αποβολής του φαγητού, μέσω της πρόκλησης εμετού, της χρήσης καθαρτικού ή της υπεργύμνασης (Fairburn & Harrison, 2003. Jenkins, 2009. Masley, 2011. NICE, 2004). Ο κύριος λόγος εκδήλωσης αυτής της ακατάλληλης συμπεριφοράς, έπειτα από κάθε υπερφαγικό επεισόδιο, φαίνεται να είναι ο φόβος για πιθανή αύξηση του βάρους, ενώ σημαντικό είναι πως κατά την διάρκεια των επεισοδίων αυτών τα άτομα αισθάνονται συνήθως εκτός ελέγχου (Jenkins, 2009. Masley, 2011. NICE, 2004). Τέλος, το διατροφικό αυτό μοτίβο εμφανίζεται με έντονη συχνότητα στα άτομα με Νευρογενή Βουλιμία, καθώς φαίνεται να επαναλαμβάνεται αρκετές φορές μέσα σε διάστημα μίας εβδομάδας ή ακόμα και αρκετές φορές μέσα στην ίδια ημέρα, εάν πρόκειται για σοβαρές περιπτώσεις (Jenkins, 2009. Masley, 2011). Μία ακόμα σημαντική διατροφική διαταραχή, που έχει αναγνωριστεί από τους ειδικούς τα τελευταία χρόνια, είναι η διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (APA, 2013). Αναλυτικότερα, η διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατανάλωσης υπερβολικά μεγαλύτερης ποσότητας τροφής απ' ό,τι θα μπορούσε να καταναλώσει η πλειοψηφία των ανθρώπων, υπό παρόμοιες συνθήκες (APA, 2013. Edwards, 2013). Μάλιστα, τα επεισόδια αυτά γίνονται μέσα σε ιδιαίτερα σύντομο χρονικό διάστημα και συνοδεύονται από ένα αίσθημα απώλειας ελέγχου. Σημαντικό είναι, ακόμη, πως αντίθετα με την Νευρογενή Βουλιμία, τα υπερφαγικά επεισόδια που εμφανίζονται στην διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, δεν ακολουθούνται από συμπεριφορές αποβολής της τροφής, που καταναλώθηκε, όπως για παράδειγμα μέσω του εμετού, ενώ έχει συχνότητα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (APA, 2013. Edwards, 2013).

Ανεξάρτητα, όμως, από το είδος της διατροφικής διαταραχής, με την οποία έχει διαγνωστεί κάποιος, όλες οι διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν επιπλοκές σε δύο βασικούς τομείς. Αναλυτικότερα, αρχικά περιλαμβάνουν επιπλοκές στις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές του ατόμου, επηρεάζοντας, δηλαδή, την ποσότητα τροφής που καταναλώνει το άτομο (μεγαλύτερη ή μικρότερη ποσότητα τροφής, απ' ό,τι συνήθως), ενώ παράλληλα περιλαμβάνουν επιπλοκές και στις σκέψεις και στα συναισθήματα του ατόμου, οι οποίες φαίνεται να προκαλούν μία έντονη δυσφορία και ανησυχία σχετικά με το σωματικό βάρος. Αποτέλεσμα των παραπάνω επιπλοκών,

λοιπόν, είναι τα άτομα αυτά να αποκτούν τις περισσότερες φορές μία εμμονική συμπεριφορά ελέγχου γύρω από τα ζητήματα της διατροφής τους, η οποία φαίνεται να έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην σωματική, όσο και στην ψυχική υγεία των ατόμων αυτών (APA, 2013. Fairburn & Harrison, 2003. Hudson et al., 2007. Jenkins, 2009. NICE, 2004. Pugh, 2015. Rawal, Park & Williams, 2010). Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά για παράδειγμα τα άτομα με Νευρική Ανορεξία και Νευρογενή Βουλιμία, τείνουν συνήθως να είναι άτομα ιδιαίτερα επικριτικά προς τον εαυτό τους και το σώμα τους, αισθάνονται συχνά παχιά και βλέπουν τους εαυτούς τους ως υπέρβαρους, γεγονός που τους οδηγεί στο να υποβάλλονται σε έντονες μορφές στέρησης και υποσιτισμού, λόγω του όλο και πιο έντονου και διάχυτου φόβου, που τους διακατέχει για το να μην πάρουν κιλά και παχύνουν, με αποτέλεσμα, τελικά, να οδηγούνται σε συμπεριφορές απειλητικές ακόμα και για την ίδια τους την ζωή (Cassin & vonRanson, 2005. NICE, 2004. Simpson, et al., 2010. Steinhausen, 2002. Vitousek & Manke, 1994). Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως αν και οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται σε άτομα και των δύο φύλων, φαίνεται πως στην πλειοψηφία τους επηρεάζουν πιο συχνά το γυναικείο πληθυσμό, καθώς μία στις έξι γυναίκες έχουν διαγνωστεί με κάποια διατροφική διαταραχή (Edwards, 2013. Fairburn&Harrison, 2003. Hay & Bacaltchuk, 2001. Hoek & vanHoeken, 2003. Hudson et al., 2007. Striegel-Moore et al., 2009). Οι ηλικιακές περιόδους της εφηβείας και της νεαρής ενηλικίωσης (15-25 χρονών), φαίνεται να αποτελούν την πιο συχνή περίοδο έναρξης των διατροφικών διαταραχών, καθώς πρόκειται για αρκετά ευαίσθητες αναπτυξιακές περιόδους, όπου τα άτομα είναι πιο ευάλωτα σε αυτού του είδους τις διαταραχές, χωρίς βέβαια αυτό να αποκλείει την έναρξή τους και στην παιδική ηλικία ή σε μετέπειτα στάδια της ενήλικης ζωής (Ehrlich et al., 2016. Nicholls, Lynn & Viner, 2011). Μάλιστα, φαίνεται πως τα τελευταία χρόνια υπάρχει μία σημαντική αύξηση της εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών σε άτομα μικρότερης ηλικίας, απ' ότι παλαιότερα, γεγονός που συνδυάζεται και με μία αύξηση της εμφάνισης τους στις χώρες υψηλού εισοδήματος, ιδιαίτερα για τις διατροφικές διαταραχές που συνδυάζονται με την παχυσαρκία (Darby et al., 2009. Ehrlich et al., 2016. Simpson & Slowey, 2011. Smink, vanHoeken & Hoek, 2013).

Το όλο και μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων, που διαγιγνώσκονται με διατροφικές διαταραχές τα τελευταία χρόνια, συνέβαλε στο να υπάρξει αυξημένη εστίαση στους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών (Fairburn & Harrison, 2003. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Masley, 2011). Πιο συγκεκριμένα, λοιπόν, έχει αναγνωριστεί πως δεν υπάρχει μόνο ένας παράγοντας που

οδηγεί στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, αντίθετα συνήθως πρόκειται για ένα συνδυασμό ατομικών, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, η επίδραση των οποίων συμβάλλουν στην εκδήλωση κάποιας διατροφικής διαταραχής (Fairburn & Harrison, 2003. NICE, 2004). Αναλυτικότερα, φαίνεται πως η εμφάνιση μιας διατροφικής διαταραχής μπορεί να είναι απόρροια διαφόρων παραγόντων, όπως για παράδειγμα της χαμηλής αυτοεκτίμησης, του έντονου άγχους ή θλίψης, της εμπλοκής σε προβληματικές ή κακοποιητικές σχέσεις, της κοινωνικής πίεσης για ένα αδύνατο σώμα, καθώς και κληρονομικών παραγόντων (Brewerton, 2007. Simpson et al, 2010. Smolak & Murnen, 2002). Επιπλέον, έχει πλέον αποδειχθεί πως ορισμένοι τύποι διατροφικών διαταραχών σχετίζονται με συγκεκριμένους τύπους προσωπικότητας και ιδιοσυγκρασίας (Cassin & vonRanson, 2005. Pugh, 2015. Simpson et al, 2010. Vitousek & Manke, 1994). Για παράδειγμα, τα άτομα που αναπτύσσουν Νευρική Ανορεξία, είναι συνήθως ιδιαίτερα αγχωτικά και συγκρατημένα και έχουν την τάση να είναι τελειομανή και να εστιάζουν στις λεπτομέρειες, με αποτέλεσμα να έχουν υπερβολικές απαιτήσεις τελειότητας από τον εαυτό τους. Αντίθετα, τα άτομα που εκδηλώνουν Βουλιμία είναι πιο πιθανό να είναι παρορμητικά και να λειτουργούν αυθόρμητα, σύμφωνα με αυτά που σκέφτονται και νιώθουν (Cassin & vonRanson, 2005. Vitousek & Manke, 1994). Τέλος, σε πολλές περιπτώσεις, οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να συνυπάρχουν με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, με συχνότερες τις διαταραχές άγχους, την κατάθλιψη, την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, καθώς και τα προβλήματα εξάρτησης από ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικά) (Blinder, Cumella & Sanathara, 2006. Braun, Sunday & Halmi, 1994. Hay, Touyz, & Sud, 2012. Pugh, 2015. Simon et al., 2005. Simpson et al, 2010. Vrabel et al., 2010). Τα υψηλά αυτά επίπεδα συννοσηρότητας έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλουν στην αύξηση της δυσκολίας εφαρμογής αποτελεσματικής θεραπείας για τις διατροφικές διαταραχές (Hay, Touyz, & Sud, 2012. Pugh, 2015. Simpson et al, 2010. Thompson-Brenner et al., 2008). Ωστόσο, παρά την δυσκολία αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών, τα μέχρι πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα υποστηρίζουν πως η Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία αποτελεί την πλέον πιο αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδο για τις διαταραχές διατροφής (DalleGrave, et al., 2013. Fairburn & Harrison, 2003. Fairburn et al., 2009. Juarascio, Forman & Herbert, 2010. Masley, 2011. NICE, 2004. Pugh, 2015. Simpson & Slowey, 2011. Vanderlinden, 2008).

Θα ακολουθήσει μία εκτενέστερη αναφορά σχετικά με την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Binge-eating Disorder/BED), καθώς αποτελεί το θέμα της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

2.2. Διαταραχή Καταναγκαστικής Υπερφαγίας

Από το 1994, η διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Binge-eating Disorder) συμπεριλήφθηκε στο Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV) ως προσωρινή διατροφική διαταραχή, τα κριτήρια της οποίας απαιτούσαν περαιτέρω μελέτη και άνηκε στην ομάδα των διατροφικών διαταραχών, μη προσδιοριζόμενων αλλιώς (eating disorder not otherwise specified) (Edwards, 2013). Η περαιτέρω μελέτη, όμως, οδήγησε το 2013, να αναγνωριστεί για πρώτη φορά ως αυτοτελής και ξεχωριστή κατηγορία διατροφικής διαταραχής, με αποτέλεσμα να συμπεριληφθεί ως χωριστή κατηγορία στο τελευταίο και πιο πρόσφατο Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5) (APA, 2013. Edwards, 2013).

Η διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, χαρακτηρίζεται από συχνά και επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατανάλωσης, πολύ μεγάλης ποσότητας τροφής, η οποία, μάλιστα, είναι σημαντικά μεγαλύτερη, από αυτήν που θα μπορούσε να καταναλώσει η πλειοψηφία των ανθρώπων, υπό παρόμοιες συνθήκες (APA, 2013). Ακόμη, χαρακτηριστικό των επεισοδίων αυτών είναι πως η κατανάλωση της τροφής γίνεται σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα και με πολύ πιο γρήγορο ρυθμό απ' ό,τι συνήθως, ακόμα και όταν δεν προϋπάρχει το αίσθημα της πείνας (APA, 2013). Επιπλέον, σημαντικό είναι, πως τα επεισόδια αυτά συνοδεύονται από ένα αίσθημα απώλειας ελέγχου, κατά την διάρκεια της κατανάλωσης της τροφής, ενώ είναι πολύ συχνό να εμφανίζεται μία αίσθηση έντονης δυσφορίας, καθώς και συναισθήματα ενοχής, αμηχανίας ή ακόμα και αηδίας (APA, 2013). Αν και τα υπερφαγικά αυτά επεισόδια μοιάζουν πολύ με τα επεισόδια, που παρουσιάζονται στην διατροφική διαταραχή της Νευρογενή Βουλιμίας, υπάρχει μία βασική διαφορά, η οποία έγκειται στο γεγονός, πως τα υπερφαγικά επεισόδια στην διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας δεν ακολουθούνται από συμπεριφορές αποβολής της τροφής, που καταναλώθηκε, μέσω της πρόκλησης εμετού ή της χρήσης καθαρτικού, όπως δηλαδή συμβαίνει στην περίπτωση της Νευρογενή Βουλιμίας (APA, 2013. Edwards, 2013). Ακόμη, τα υπερφαγικά επεισόδια στην περίπτωση της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (BED) θα πρέπει να εμφανίζονται τουλάχιστον μία

φορά την εβδομάδα και για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών (APA, 2013). Μάλιστα, σύμφωνα με ορισμένα ερευνητικά ευρήματα, φαίνεται πως στην πλειοψηφία τους τα υπερφαγικά επεισόδια πραγματοποιούνται με μεγαλύτερη συχνότητα κατά την διάρκεια του βραδινού και έπειτα, λιγότερο συχνά, κατά την διάρκεια του μεσημεριανού (Allison & Timmerman, 2005).

Στο σημείο αυτό, αξίζει να γίνει ένας ακόμα διαχωρισμός ανάμεσα στην διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (BED) και στο φαινόμενο της υπερκατανάλωσης τροφής, που ειδικά στην σημερινή εποχή, αποτελεί πρόκληση για ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ανθρώπων στις δυτικές κοινωνίες (Edwards, 2013. Leitch, 2010). Πιο συγκεκριμένα, ως υπερκατανάλωση τροφής (overeating) ορίζεται η κατανάλωση περισσότερων θερμίδων από αυτές που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της σωματικής υγείας και συχνά συνοδεύεται από μία δυσκολία στο να ελεγχθεί ή να περιοριστεί η κατανάλωση αυτή (Leitch, 2010. Lowe & Levine, 2005. Visscher et al., 2006). Από την άλλη μεριά, όμως, η διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (BED), αποτελεί μία κατάσταση ψυχικής υγείας, που περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενα επεισόδια καταναγκαστικής και ανεξέλεγκτης κατανάλωσης πολύ μεγαλύτερης ποσότητας τροφής από το φυσιολογικό, ακόμα και όταν το άτομο νιώθει πλήρες ή δεν έχει αίσθημα πείνας (APA, 2013. Edwards, 2013). Μάλιστα, σε αντίθεση με τις περιπτώσεις απλής υπερκατανάλωσης τροφής (overeating), στην διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, τα υπερφαγικά επεισόδια οδηγούν, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, σε σωματική και συναισθηματική δυσφορία, καθώς και στην εμφάνιση τύψεων, αλλά και αισθημάτων ενοχής, ντροπής, αμηχανίας, και αηδίας (APA, 2013. Edwards, 2013. Greeno, Wing & Schiffman, 2000). Επιπλέον, στην περίπτωση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (BED), είναι πολύ συχνό φαινόμενο, τα άτομα να επιλέγουν να τρώνε όταν δεν είναι μπροστά άλλα άτομα, λόγω του αισθήματος ντροπής και αμηχανίας που νιώθουν για την υπερβολικά μεγάλη ποσότητα τροφής που καταναλώνουν (Edwards, 2013. Greeno, Wing & Schiffman, 2000). Συνεπώς, αν και η υπερκατανάλωση τροφής είναι ένα σύμπτωμα, που εμφανίζεται σε όλα τα άτομα, που έχουν διαγνωστεί με την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (BED), δεν συνεπάγεται πως όλοι όσοι εμφανίζουν συμπεριφορές υπερκατανάλωσης τροφής πάσχουν από την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (BED) ή οποιαδήποτε άλλη διατροφική διαταραχή (APA, 2013. Edwards, 2013. Wonderlich et al., 2009).

Αν και η διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, λοιπόν, απασχολεί ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό ατόμων, απ' ότι το φαινόμενο της υπερκατανάλωσης τροφής (overeating), φαίνεται να αποτελεί μία από τις πιο συχνές διατροφικές διαταραχές, με τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών, μάλιστα, να την κατατάσσουν ως την πιο συχνή διατροφική διαταραχή ανάμεσα στους ενήλικες (Edwards, 2013. Fairburn, 1995. Hudson et al., 2007. Iacovino et al, 2012. Wilson, Grilo & Vitousek, 2007. Wonderlich, Gordon & Mitchell, 2009). Βέβαια, όπως και οι υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές, η Καταναγκαστική Υπερφαγία εκδηλώνεται συνήθως για πρώτη φορά στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης, αν και έχει υποστηριχθεί πως ο ηλικιακός μέσος όρος εμφάνισης της συγκεκριμένης διαταραχής είναι αρκετά μεγαλύτερος, απ' ότι στις υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές, αγγίζοντας την ηλικία των 25,4 χρόνων (Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Pike et al., 2001. Striegel-Moore et al., 2003). Τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί έως σήμερα δείχνουν πως πρόκειται για μια διατροφική διαταραχή που επηρεάζει σε αρκετά υψηλό βαθμό και τα δύο φύλα, με το ποσοστό για το αντρικό φύλο να κυμαίνεται στο 2% ενώ για το γυναικείο στο 3,5%, ποσοστά, δηλαδή, αρκετά υψηλότερα από αυτά της Νευρικής Ανορεξίας και της Νευρογενή Βουλιμίας (Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Westerberg & Waitz, 2013. Wilson et al., 2007). Επιπλέον, αν και η διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας μπορεί αρχικά να εμφανιστεί και σε άντρες και σε γυναίκες με φυσιολογικό βάρος σώματος, η συχνή κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, μπορεί εύκολα να οδηγήσει σε ανεπιθύμητη αύξηση του βάρους σώματος ή ακόμα και στην εμφάνιση παχυσαρκίας, γεγονός, μάλιστα, που μπορεί με την σειρά του να ενισχύσει ακόμα περισσότερο τις συμπεριφορές υπερβολικής κατανάλωσης τροφής (APA, 2013. Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Iacovino et al, 2012. Simpson & Slowey, 2011. Wilfley et al., 2002). Ειδικότερα, φαίνεται πως ένα ποσοστό γύρω στο 30-40% των ατόμων, που αναζητούν θεραπεία για μείωση του σωματικού βάρους, πληροί τα κριτήρια για την διάγνωση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, ενώ αντίστοιχα το 70% των ατόμων, που έχουν διαγνωστεί με την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (BED), πληροί και τα κριτήρια για παχυσαρκία (Edwards, 2013. Michalska et al., 2016. Westerberg & Waitz, 2013). Μάλιστα, φαίνεται πως στην σημαντική αυτή αύξηση του σωματικού βάρους των ατόμων με Καταναγκαστική Υπερφαγία, συμβάλλει τόσο η συχνή κατανάλωση υπερβολικά μεγάλης ποσότητας τροφής, όσο και το είδος της τροφής που καταναλώνεται, καθώς έχει παρατηρηθεί πως κατά την διάρκεια των υπερφαγικών

επεισοδίων περιλαμβάνονται συνήθως, τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι, και χαμηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνες και ανόργανα συστατικά (Allison & Timmerman, 2005. Edwards, 2013. Michalska et al., 2016). Ακόμη, λαμβάνοντας υπόψη τη νοσηρότητα που υπάρχει ανάμεσα στην παχυσαρκία και σε διάφορες σωματικές ασθένειες, γίνεται εύκολα αντιληπτό το γεγονός ότι πολλές φορές τα άτομα με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, μπορεί να εμφανίσουν επιπρόσθετα προβλήματα υγείας, όπως για παράδειγμα υψηλή αρτηριακή πίεση, υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, καθώς και μυοσκελετικά ή γαστρεντερικά προβλήματα (Edwards, 2013. Iacovino et al., 2012. Leitch, 2010. Michalska et al., 2016. Safer, Telch, & Chen, 2009. Simpson & Slowey, 2011. Westerberg & Waitz, 2013). Επιπρόσθετα, αξίζει να αναφερθεί πως η διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, πέρα από την συννοσηρότητα, που μπορεί να έχει με ορισμένες ιατρικές παθήσεις, παρουσιάζει συχνά συννοσηρότητα και με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Bulik, Sullivan & Kendler, 2002. Edwards, 2013. Hudson et al., 2006. Hudson et al., 2007. Striegel-Moore & Franko, 2003). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει υψηλή συννοσηρότητα με διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, η διαταραχή προσωπικότητας, οι διαταραχές άγχους και η κατάχρηση ουσιών, ενώ είναι πιθανό να συνδέεται και με κρίσεις πανικού και απόπειρες αυτοκτονιών (Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Marazziti et al., 2012. Michalska et al., 2016. Westerberg & Waitz, 2013).

Παρόλο που η ακριβής αιτία της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας είναι ακόμα άγνωστη, φαίνεται να υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που πιστεύεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης αυτής της διατροφικής διαταραχής, με βασικότερους τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Bulik, Sullivan & Kendler, 2003. Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Mazzeo, 2009. Michalska et al., 2016. Rayworth et al., 2004. Saguy & Gruys, 2010. Smolak, 2011. Striegel-Moore, et al., 2005. Waller, 2002). Πιο συγκεκριμένα, όπως και οι υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές, η διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας φαίνεται να αποτελεί μία «εκδηλωτική διαταραχή», μία διαταραχή, δηλαδή, μέσα από την οποία είναι πιθανό να εκφράζονται και να εκδηλώνονται άλλα βαθύτερα ψυχολογικά προβλήματα (Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Ochner, Geliebter & Conceicao, 2009. Wu et al., 2014). Ειδικότερα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, έχει παρατηρηθεί η ύπαρξη μίας έντονης σύνδεσης ανάμεσα στην διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας και στην κατάθλιψη, ενώ δεν είναι σπάνιο τα άτομα με αυτή την διατροφική διαταραχή να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον έλεγχο της παρορμητικότητάς τους και στην εξωτερίκευση των

συναισθημάτων τους ή να εμφανίζουν καταναγκαστικές συμπεριφορές (Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Michalska et al., 2016. Wonderlich et al., 2009). Επιπλέον, φαίνεται πως τα άτομα με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, έχουν συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθουν μοναξιά και δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματός τους και παράλληλα εσωτερικεύουν σε υψηλότερο βαθμό τις προκαταλήψεις σχετικά με το βάρος και την εικόνα σώματος, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η χαμηλή αυτοεκτίμησή τους και να διακατέχονται συχνά από αισθήματα θυμού, θλίψης, άγχους, καθώς και από άλλα αρνητικά συναισθήματα (Edwards, 2013. Hrabosky et al., 2007. Masheb & Grilo, 2006. Pearl, White & Grilo, 2014. Waller, 2000. Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Μάλιστα, έχει υποστηριχθεί πως το άγχος, ο θυμός, η πλήξη, η θλίψη, η μοναξιά, η απογοήτευση, καθώς και άλλα αρνητικά συναισθήματα, μπορούν να συμβάλλουν στην υπερβολική κατανάλωση τροφής και να αποτελέσουν αφορμή για την έναρξη των υπερφαγικών επεισοδίων (Edwards, 2013. Greeno, Wing & Schiffman, 2000. Masheb & Grilo, 2006. Safer, Telch, & Chen, 2009. Waller, 2002). Εκτός από τους ψυχολογικούς παράγοντες, όμως, ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχουν και οι κοινωνικοί-περιβαλλοντικοί παράγοντες για την εμφάνιση της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Edwards, 2013. Fairburn et al., 1998. Mazzeo, 2009. Rayworth et al., 2004. Smolak, 2011). Ειδικότερα, έχει υποστηριχθεί πως υπάρχει μία σύνδεση ανάμεσα στα τραυματικά γεγονότα και στην διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, καθώς τα άτομα με την διαταραχή αυτή, φαίνεται να είναι πιο πιθανό να έχουν υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, είτε κατά την παιδική ηλικία είτε αργότερα, να διέτρεχαν κίνδυνο σωματικής κακοποίησης, να είχαν έντονα αγχωτικά βιώματα και να έχουν δεχθεί έντονη κριτική για το σώμα τους (Edwards, 2013. Fairburn et al., 1998. Mazzeo, 2009. Rayworth et al., 2004. Smolak, 2011. Striegel-Moore et al., 2005. Wildes & Marcus, 2010). Μάλιστα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας έρευνας για τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, φαίνεται πως οι γυναίκες με την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας βίωσαν περισσότερα επιβαρυντικά γεγονότα στην ζωή τους, έναν χρόνο πριν την εκδήλωση της διαταραχής, απ' ό,τι οι γυναίκες που δεν είχαν τα συμπτώματα της διαταραχής (Mazzeo, 2009). Επιπλέον, φαίνεται πως και τα βιώματα της παιδικής ηλικίας είναι υψίστης σημασίας, καθώς έχει υποστηριχθεί πως η παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία, αλλά και η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε αρνητικά σχόλια για το βάρος και την εικόνα σώματος, κατά την ηλικία αυτή, αποτελούν επιπρόσθετους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης της διαταραχής της Καταναγκαστικής

Υπερφαγίας, καθώς μπορεί να συμβάλλουν στην διαμόρφωση αρνητικής αυτό-αξιολόγησης, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αλλά και να οδηγήσουν στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Edwards, 2013. Fairburn et al., 1998. Rayworth et al., 2004. Striegel-Moore et al., 2005. Wildes & Marcus, 2010). Συνοψίζοντας, λοιπόν, φαίνεται πως τα τραυματικά και αρνητικά βιώματα ζωής, αλλά και η αποδοχή έντονης κριτικής για το βάρος και την εικόνα σώματος από τους άλλους, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Edwards, 2013. Fairburn et al., 1998. Mazzeo, 2009. Rayworth et al., 2004. Striegel-Moore et al., 2005). Τέλος, όπως και σε όλες τις διατροφικές διαταραχές, έτσι και στην διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, δεν θα μπορούσε να μην επηρεάζουν και ορισμένοι βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες (Edwards, 2013. Wildes & Marcus, 2010). Πιο συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί πως ορισμένες βιολογικές ανωμαλίες, όπως για παράδειγμα οι ορμονικές ανωμαλίες ή οι γενετικές μεταλλάξεις, είναι πιθανόν να σχετίζονται με την υπερκατανάλωση τροφής και την εμφάνιση υπερφαγικών επεισοδίων, γεγονός δηλαδή, που ενισχύει και τον ισχυρισμό για την ύπαρξη μίας μέτριας κληρονομικότητας αναφορικά με την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Bulik, Sullivan & Kendler, 2003. Edwards, 2013. Wildes & Marcus, 2010).

Πέρα, όμως, από τα αίτια και τους παράγοντες κινδύνου, που μπορεί να αυξήσουν τις πιθανότητες εμφάνισης της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, μεγάλο επιστημονικό και ερευνητικό ενδιαφέρον έχει προσελκύσει και η θεραπεία της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Edwards, 2013. Iacovino et al, 2012. Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Πιο συγκεκριμένα, λοιπόν, σύμφωνα με τα μέχρι τώρα ερευνητικά ευρήματα, υποστηρίζεται πως η θεραπεία για τη διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, είναι πολυδιάστατη, καθώς είναι σημαντικό να περιλαμβάνει τόσο την χρήση φαρμακευτικών μεθόδων, όσο και την εφαρμογή συμβουλευτικών και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (Brambilla et al., 2009. Brownley et al, 2016. Edwards, 2013. Marazziti et al., 2012. Michalska et al., 2016). Αρχικά, λοιπόν, όσον αφορά τις φαρμακευτικές θεραπευτικές μεθόδους, υποστηρίζεται η χρήση ενός συνδυασμού τριών κατηγοριών φαρμάκων, όπως των αντικαταθλιπτικών, των αντισπασμωδικών και των φαρμάκων με συντελεστές κατά της παχυσαρκίας (Brambilla et al., 2009. Marazziti et al., 2012). Πιο αναλυτικά, έχει αποδειχθεί πως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα της κατηγορίας των ανασταλτικών της εκλεκτικής επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI- Selective Serotonin Reuptake Inhibitor), όπως

δηλαδή, η φλουοξετίνη, η φλουβοξαμίνη, η σερτραλίνη και η σιταλοπράμη, μειώνουν αποτελεσματικά τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και το βάρος, στους ασθενείς με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Marazziti et al., 2012). Μάλιστα, παρόμοια αποτελεσματικότητα στην καταστολή της όρεξης φαίνεται να έχουν και ορισμένα από τα κλασσικά αντισπασμωδικά φάρμακα, όπως για παράδειγμα η topiramate και η zonisamide (Marazziti et al., 2012. Wilfley et al, 2008. Tata & Kockler, 2006). Παρόλη την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών σκευασμάτων για την μείωση του βάρους και των υπερφαγικών επεισοδίων, φαίνεται πως από μόνη της μία τέτοια μορφή φαρμακοθεραπείας δεν θα ήταν αρκετή, καθώς υποστηρίζεται πως η εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων αποτελεί μία ακόμα πιο αποτελεσματική μέθοδο στην θεραπεία των ατόμων με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Hay et al., 2009a. Iacovino et al, 2012. Westerberg & Waitz, 2013). Πιο συγκεκριμένα, η Γνωστική-Συμπεριφορική θεραπεία (CBT), έχει καταδειχθεί ως η πλέον πιο αποτελεσματική μορφή θεραπείας για την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, όπως ακριβώς δηλαδή και για το υπόλοιπο εύρος των διατροφικών διαταραχών (DalleGrave et al., 2013. Fairburn et al., 2009. Fursland et al., 2012. Iacovino et al, 2012. Murphy et al., 2010. Pugh, 2015. Simpson & Slowey, 2011. Westerberg & Waitz, 2013. Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Σύμφωνα με τους Westerberg & Waitz (2013) το 50% των ατόμων, που υποβλήθηκαν σε θεραπεία μέσα από την εφαρμογή της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT), κατάφεραν να επιτύχουν πλήρη ύφεση από τα υπερφαγικά επεισόδια, γεγονός που αποδεικνύει την σημαντική συμβολή της θεραπευτικής αυτής προσέγγισης στην θεραπεία της συγκεκριμένης διαταραχής. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT) στην θεραπεία της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας φαίνεται να οφείλεται και στο γεγονός πως η θεραπευτική αυτή προσέγγιση έχει αναδειχθεί ως κατάλληλη και για την αντιμετώπιση άλλων ψυχιατρικών προβλημάτων, που σχετίζονται με την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (BED), όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη, αλλά και για την αντιμετώπιση ζητημάτων αναφορικά με την αυτό- εικόνα του ατόμου, τα οποία διαδραματίζουν επίσης καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής (Edwards, 2013. Fursland et al., 2012. Murphy et al., 2010. Westerberg & Waitz, 2013. Wright et al., 2006). Βέβαια, αν και ένας μεγάλος αριθμός ερευνητικών ευρημάτων έχει αποδείξει πως ένας συνδυασμός φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής θεραπείας μπορεί να είναι αρκετά αποτελεσματικός, τόσο για την αντιμετώπιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, όσο και για την αντιμετώπιση των υπόλοιπων

διατροφικών διαταραχών γενικότερα, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου ακόμα και μία τέτοια θεραπευτική προσέγγιση δεν μπορεί να βρει αποτελεσματική εφαρμογή. Υποστηρίζεται, δηλαδή, πως το ένα τρίτο των ασθενών, που έχουν λάβει Γνωστική-Συμπεριφορική θεραπεία για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, συνεχίζει να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια ακόμα και μετά το πέρας της θεραπευτικής παρέμβασης (Agras et.al., 2000. Hay, Touyz & Sud, 2012. Iacovino et al, 2012. Jenkins, 2009. Juarascio, Forman & Herbert, 2010. Pugh, 2015. Simpson et al, 2010. Smink et al., 2013. Waller & Kennerley, 2003. Waller et al., 2014. Westerberg & Waitz, 2013. Wilson, 2005). Η αδυναμία, λοιπόν, της Γνωστικής-Συμπεριφορικής θεραπείας στο να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, οδήγησε στην υποστήριξη της άποψης πως η αποτελεσματική θεραπεία των διαταραχών αυτών πιθανόν να απαιτεί παρέμβαση τόσο στα «επιφανειακά» επίπεδα νόησης (δυσλειτουργικές σκέψεις και υποθέσεις), όσο και στα «βαθύτερα» σχηματικά επίπεδα (Greer & Cooper, 2016. Hughes et al., 2006. Pugh, 2015. Simpson et al, 2010. Waller & Kennerley, 2003). Για τον λόγο αυτό, λοιπόν, έχει προσελκύσει πρόσφατα έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον για την αποτελεσματική αντιμετώπιση τόσο των διατροφικών διαταραχών γενικότερα, όσο και της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας ειδικότερα, η Θεραπεία Σχημάτων (Schema Therapy), η οποία αναπτύχθηκε από τον Jeffrey E. Young και αποτελεί ένα συνδυασμό της θεωρίας και των τεχνικών από άλλες, ήδη υπάρχουσες, ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις (Pugh, 2015. Simpson et al., 2010).

2.3. Θεραπεία Σχημάτων

Η Θεραπεία Σχημάτων (Schema Therapy) αποτελεί μία νεωτεριστική και καινοτόμο θεραπευτική προσέγγιση, η οποία αναπτύχθηκε από τον Jeffrey E. Young και τους συνεργάτες του (Young, 1990,1999) με σκοπό να αντιμετωπίσει ένα μεγάλο εύρος ψυχολογικών διαταραχών, οι οποίες μέχρι τώρα θεωρούνταν δύσκολα θεραπεύσιμες (Arntz & vanGenderen, 2009. Bamelis et al., 2014. Jenkins, 2009. Joven & Jackson, 2004. Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007. Pugh, 2015. Simpson et al, 2010. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Πρόκειται για μία μετεξέλιξη της γνωστικής και συμπεριφορικής θεραπείας, η οποία οδήγησε στην επέκταση και εξέλιξη των παραδοσιακών εννοιών και θεραπευτικών τεχνικών (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Πιο συγκεκριμένα, η Θεραπεία Σχημάτων, αποτελεί ένα απαρτιωτικό θεραπευτικό μοντέλο, το οποίο αναμειγνύει στοιχεία από τις ήδη υπάρχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις και ειδικότερα από τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, την θεραπεία Gestalt, την ψυχανάλυση, τις αντικειμενότροπες σχέσεις (objectrelations) και τον κονστρουκτιβισμό, δημιουργώντας έτσι ένα νέο και πλούσιο εννοιολογικά και θεραπευτικά μοντέλο (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Ο λόγος, λοιπόν, για τον οποίο θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική η ανάπτυξη της Θεραπείας Σχημάτων από τον Young, έγκειται στο γεγονός πως παρόλο που οι παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις και κυρίως η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, αποδείχθηκαν αρκετά αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση διαφόρων ψυχολογικών διαταραχών, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ατόμων με τις διαταραχές αυτές συνεχίζει ακόμα και σήμερα να μην ανταποκρίνεται επιτυχώς στις παραδοσιακές αυτές θεραπευτικές τεχνικές (Iacovino et al., 2012. Jenkins, 2009. Joven & Jackson, 2004. Simpson et al., 2010. Westerberg & Waitz, 2013. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Σύμφωνα με τα μέχρι τώρα ερευνητικά ευρήματα, η Θεραπεία Σχημάτων έχει αξιοσημείωτα θεραπευτικά αποτελέσματα σε ασθενείς με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, καθώς και σε ασθενείς με σημαντικά χαρακτηριστικά προβλήματα, αλλά εμφανίζουν διαταραχές του Άξονα I, οι οποίοι δεν μπόρεσαν να λάβουν αποτελεσματική βοήθεια από την παραδοσιακή γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία ή άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις (Joven & Jackson, 2004. Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Ειδικότερα, φαίνεται πως η βασική διαφοροποίηση της παραδοσιακής γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας και της Θεραπείας Σχημάτων πηγάζει από το γεγονός πως η Θεραπεία Σχημάτων δίνει πολύ μεγαλύτερη έμφαση στην διερεύνηση των παιδικών και εφηβικών πηγών των παρόντων ψυχολογικών προβλημάτων, καθώς και στο γεγονός πως εστιάζει αρκετά περισσότερο σε συναισθηματικές τεχνικές, στην σχέση θεραπευτή-ασθενή, αλλά και στους δυσπροσαρμοστικούς τρόπους αντιμετώπισης (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Τα παραπάνω χαρακτηριστικά συνέβαλαν στο να αποτελεί η Θεραπεία Σχημάτων μία αρκετά αποτελεσματική θεραπεία για ένα πλήθος διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών διάθεσης και άγχους, των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, των διατροφικών και σωματόμορφων διαταραχών, των διαταραχών κατάχρησης ουσιών, καθώς και των δυσκολιών στις διαπροσωπικές και προσωπικές σχέσεις (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Βέβαια, στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η Θεραπεία Σχημάτων έχει σχεδιαστεί για να θεραπεύει τις χρόνιες χαρακτηριστικές πτυχές των διαφόρων ψυχολογικών διαταραχών και όχι

την οξεία συμπτωματολογία τους, γεγονός, επομένως, που επιτρέπει την αποτελεσματική εφαρμογή της μόνο αφού τα οξέα συμπτώματα των διαταραχών του Άξονα I και του Άξονα II έχουν υποχωρήσει. Μάλιστα, για τον λόγο αυτό είναι αρκετά σύνηθες το να εφαρμόζεται σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους, όπως για παράδειγμα με την γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και με ψυχοφαρμακευτική αγωγή (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Η Θεραπεία Σχημάτων, λοιπόν, επιδιώκει να αντιμετωπίσει τα πυρηνικά ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία είναι τυπικά των ασθενών με χαρακτηριστικές διαταραχές, όπως αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω. Σύμφωνα με το εννοιολογικό πλαίσιο της συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης, τα πυρηνικά αυτά ψυχολογικά προβλήματα ονομάζονται Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα (ΠΔΣ) και μέσα από την θεραπεία επιδιώκεται το να επιτύχουν οι ασθενείς, με την βοήθεια των θεραπειών, να βγάλουν ένα νόημα από τα χρόνια αυτά ψυχολογικά προβλήματα και να τα οργανώσουν με έναν κατανοητό γι' αυτούς τρόπο, γεγονός που θα οδηγήσει και στην εξάλειψή τους (Joven & Jackson, 2004. Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Πιο συγκεκριμένα, κατά την διάρκεια της Θεραπείας Σχημάτων ανιχνεύονται τα σχήματα του κάθε ασθενή, δηλαδή τα μοτίβα που χρησιμοποιεί το κάθε άτομο για να αντιληφθεί και να εξηγήσει την πραγματικότητα και τα βιώματά του και να οδηγηθεί στην συνέχεια στις ανάλογες αντιδράσεις του (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Σημαντικό είναι πως αν και τα σχήματα διατηρούνται και εμφανίζονται κατά την ενήλικη ζωή, στην πραγματικότητα η δημιουργία τους επιτυγχάνεται μόνο κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας και το κάθε σχήμα μπορεί να είναι θετικό ή αρνητικό, καθώς και λειτουργικό ή δυσλειτουργικό. (Joven & Jackson, 2004. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Μέσα από την Θεραπεία Σχημάτων, λοιπόν, επιδιώκεται να διερευνηθούν τα τυχόν δυσλειτουργικά σχήματα του κάθε ασθενή, από την πρώιμη παιδική ηλικία μέχρι και το παρόν, με ιδιαίτερη έμφαση, μάλιστα, στις επιπτώσεις των σχημάτων αυτών, στις διαπροσωπικές σχέσεις του θεραπευόμενου (Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Στην πορεία, η θεραπεία συμβάλλει στο να μπορέσουν οι ασθενείς να αποκτήσουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν τα δυσλειτουργικά τους αυτά σχήματα και μέσα από την εφαρμογή γνωστικών, συμπεριφορικών, συναισθηματικών και διαπροσωπικών στρατηγικών ενισχύονται στο να τα εγκαταλείψουν (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Βέβαια, σημαντικό είναι πως ακόμα και όταν οι ασθενείς συνεχίζουν να επαναλαμβάνουν δυσλειτουργικές συμπεριφορές βασιζόμενες στα σχήματά τους, ο θεραπευτής οφείλει

να τους αντιμετωπίζει με κατανόηση και επιχειρήματα υπέρ της αλλαγής, διαχειριζόμενος με αυτόν τον τρόπο έως ένα βαθμό τις ανάγκες του ασθενή, που πιθανόν δεν καλύφθηκαν επαρκώς κατά την παιδική του ηλικία (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Προκειμένου, να κατανοηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η Θεραπεία Σχημάτων του Young (1990,1999) είναι σημαντικό να αναλυθεί το εννοιολογικό πλαίσιο της συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης. Πιο συγκεκριμένα, η Θεραπεία Σχημάτων αποτελείται από τέσσερις βασικές εννοιολογικές κατασκευές, τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, τις κατηγορίες σχημάτων, τις λειτουργίες των σχημάτων και τα επίπεδα λειτουργίας των σχημάτων (Jenkins, 2009. Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Αναλυτικότερα, όσον αφορά την πρώτη κατηγορία, ο Young ονόμασε ως Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα (ΠΔΣ) ένα υποσύνολο σχημάτων, τα οποία όρισε ως «ένα ευρύ και διάχυτο πρόβλημα ή μοτίβο, αποτελούμενο από μνήμες, συναισθήματα, γνωσίες και σωματικές αισθήσεις, που αφορά τον εαυτό και τις σχέσεις με τους άλλους, που δημιουργήθηκε στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, που αναπτύχθηκε σε όλη την διάρκεια της ζωής και που είναι δυσλειτουργικό σε σημαντικό βαθμό» (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Σύμφωνα με την Θεραπεία Σχημάτων, λοιπόν, τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα ανακύπτουν κατά την διάρκεια της παιδικής ή εφηβικής ηλικίας, κυρίως από ανεκπλήρωτες συναισθηματικές ανάγκες και από επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες εμπειρίες, που βιώνονταν σε αυτή την ηλικία από τα παιδιά. Φαίνεται, δηλαδή, πως στην προσπάθεια τους τα παιδιά να κατανοήσουν τις εμπειρίες που βιώνουν και να μειώσουν τον συναισθηματικό πόνο, που ενδεχομένως προκύπτει από αυτές, οδηγούνται στην δημιουργία των δυσλειτουργικών σχημάτων. Βέβαια, αν και δεν πηγάζουν όλα τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα από τραυματικές εμπειρίες, είναι όλα τους εξίσου δυσλειτουργικά για τα άτομα και την μετέπειτα ζωή τους, καθώς από την στιγμή που αναπτύσσονται και εγκαθίστανται, παίζουν μείζονα ρόλο στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα σκέφτονται, νιώθουν, δρουν και σχετίζονται με τους άλλους. Η δυσλειτουργική φύση των σχημάτων αυτών, ωστόσο, συνήθως γίνεται εξαιρετικά εμφανής κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής των ατόμων, όπου παρατηρείται πως τα πρώιμα δυσλειτουργικά αυτά σχήματα συνεχίζουν και επηρεάζουν την επεξεργασία των εμπειριών τους και τις αλληλεπιδράσεις τους με τους άλλους ανθρώπους. Μάλιστα, επειδή ακριβώς τα άτομα εξοικειώνονται από πολύ νωρίς στην ζωή τους με τα

δυσλειτουργικά αυτά σχήματα, συνηθίζουν να ελκύονται από γεγονότα που ενεργοποιούν και επιβεβαιώνουν τα ήδη υπάρχοντα σχήματά τους και αδυνατούν να δεχτούν οτιδήποτε έρχεται σε αντίθεση με αυτά, με αποτέλεσμα, μάλιστα, να οδηγούνται συχνά ακόμα και στο να αναπαράγουν άθελά τους τις συνθήκες της παιδικής τους ηλικίας, που ήταν τόσο βλαπτικές γι' αυτούς (Jenkins, 2009. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Σύμφωνα με τον Young, λοιπόν, υπάρχουν δεκαοκτώ πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, τα οποία προέκυψαν όπως αναφέρθηκε και παραπάνω από τις ανεκπλήρωτες συναισθηματικές ανάγκες κατά την παιδική ηλικία του κάθε ατόμου. Μάλιστα, τα δεκαοκτώ αυτά σχήματα είναι ταξινομημένα σε πέντε διακριτές ομάδες, κάθε μία από τις οποίες θεωρείται πως προκύπτει από το επαναλαμβανόμενο βίωμα μίας ανεκπλήρωτης παιδικής ανάγκης (Joven & Jackson, 2004. Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Οι πέντε αυτές διακριτές ομάδες ανεκπλήρωτων συναισθηματικών αναγκών ονομάζονται στην Θεραπεία Σχημάτων «Κατηγορίες Σχημάτων» και αποτελούν την δεύτερη εννοιολογική κατασκευή. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη κατηγορία σχημάτων είναι αυτή των σχημάτων «Αποσύνδεσης και Απόρριψης». Τα άτομα με σχήματα της κατηγορίας αυτής αδυνατούν να σχηματίσουν ασφαλείς και ικανοποιητικούς δεσμούς με τους άλλους και πιστεύουν πως οι ανάγκες τους για σταθερότητα, ασφάλεια, στοργή και αγάπη δεν θα μπορέσουν να ικανοποιηθούν. Αναλυτικότερα, τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία είναι πέντε, το σχήμα της «Εγκατάλειψης/Αστάθειας», σύμφωνα με το οποίο υπάρχει η πεποίθηση πως οι στενές σχέσεις θα τερματιστούν αμέσως, το σχήμα της «Καχυποψίας/Κακοποίησης», σύμφωνα με το οποίο υπάρχει η πεποίθηση πως οι άλλοι θα προσπαθήσουν να εκμεταλλευτούν και να επωφεληθούν από το άτομο, το σχήμα της «Συναισθηματικής Στέρησης», σύμφωνα με το οποίο υπάρχει η πεποίθηση πως δεν θα καλυφθούν οι συναισθηματικές προσδοκίες του ατόμου, το σχήμα της «Ελαττωματικότητας/Ντροπής», σύμφωνα με το οποίο υπάρχει η πεποίθηση πως το άτομο είναι εσωτερικά ελαττωματικό και γι' αυτό απορρίπτεται και τέλος το σχήμα της «Κοινωνικής Απομόνωσης/Αποξένωσης», σύμφωνα με το οποίο υπάρχει η πεποίθηση πως το άτομο είναι διαφορετικό από τους άλλους. Το αποτέλεσμα, που προκύπτει συνήθως από την ύπαρξη των παραπάνω δυσλειτουργικών σχημάτων, είναι τα άτομα αυτά να συνάπτουν αυτοκαταστροφικές σχέσεις ως ενήλικες, είτε να αποφεύγουν ολοκληρωτικά την δημιουργία στενών σχέσεων (Jenkins, 2009. Young,

Klosko & Weishaar, 2003). Η δεύτερη κατηγορία σχημάτων είναι η «Ανεπαρκής αυτονομία και επίδοση». Τα άτομα που έχουν σχήματα, τα οποία ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να διαφοροποιηθούν από τις γονικές τους φιγούρες και να λειτουργήσουν ανεξάρτητα, θέτοντας προσωπικούς στόχους και δημιουργώντας την δικιά τους ταυτότητα και ζωή. Το γεγονός αυτό υποστηρίζεται πως οφείλεται είτε στην ύπαρξη μιας υπερπροστατευτικής στάσης των γονέων απέναντι στα παιδιά, είτε στην ύπαρξη της ακριβώς αντίθετης συμπεριφοράς. Και στις δύο περιπτώσεις, όμως, φαίνεται να υπήρχε υπονόμηση της αυτοπεποίθησης των παιδιών και έλλειψη ενίσχυσής τους. Ειδικότερα, τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία σχημάτων είναι τέσσερα, το σχήμα της «Εξάρτησης/Ανικανότητας», σύμφωνα με το οποίο το άτομο έχει την πεποίθηση πως είναι ανίκανο να ανταποκριθεί στις καθημερινές του ευθύνες χωρίς την βοήθεια των άλλων, το σχήμα της «Ευαλωτότητας σε Βλάβη ή Ασθένεια», σύμφωνα με το οποίο υπάρχει η πεποίθηση στο άτομο πως κανείς δεν είναι ικανός να ελέγξει τις επικείμενες πιθανόν καταστροφές, το σχήμα της «Υπερβολικής Εμπλοκής/Ανεκπλήρωτου Εαυτού», σύμφωνα με το οποίο το άτομο αδυνατεί να διατηρήσει την ατομική του ταυτότητα και ανεξαρτησία, λόγω της υπερβολικής εμπλοκής με έναν ή περισσότερους σημαντικούς άλλους και τέλος το σχήμα της «Αποτυχίας», σύμφωνα με το οποίο το άτομο έχει την πεποίθηση πως θα αποτύχει και πως είναι σημαντικά ανεπαρκής σε σχέση με τους συνομηλίκους του (Jenkins, 2009. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Η τρίτη κατηγορία σχημάτων είναι τα «Ανεπαρκή Όρια». Οι ασθενείς με σχήματα, που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία φαίνεται να μην έχουν αναπτύξει επαρκή εσωτερικά όρια και να αντιμετωπίζουν δυσκολίες αναφορικά με το να σέβονται και να τηρούν τις ευθύνες τους απέναντι στους άλλους, αλλά και στο να επιτυγχάνουν μακροπρόθεσμους στόχους. Τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα που συγκαταλέγονται σε αυτήν την κατηγορία σχημάτων είναι δύο, το σχήμα του «Αυτονόητου Δικαιώματος/Μεγαλομανία», σύμφωνα με το οποίο υπάρχει η πεποίθηση στο άτομο ότι είναι ανώτερος από τους υπόλοιπους ανθρώπους και το σχήμα «Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος/Αυτοπειθαρχία», σύμφωνα με το οποίο το άτομο αδυνατεί να επιβάλει αρκετό αυτοέλεγχο στον εαυτό του και υπάρχει δυσκολία στον έλεγχο των παρορμήσεων ή των συναισθημάτων του (Jenkins, 2009. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Η τέταρτη κατηγορία σχημάτων είναι η κατηγορία «Προσανατολισμός στους άλλους». Οι ασθενείς με σχήματα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία τείνουν να δίνουν υπερβολική έμφαση στην εκπλήρωση των αναγκών και επιθυμιών των άλλων,

υπονομεύοντας μάλιστα πολλές φορές τις δικές τους. Σκοπός του συγκεκριμένου τρόπου λειτουργίας, είναι το να λάβουν την επιδοκιμασία και αποδοχή των άλλων, καθώς και το να διατηρήσουν την συναισθηματική σύνδεση μαζί τους, αλλά και να αποφύγουν τυχόν αντίποινα. Τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, που συνθέτουν, την τέταρτη κατηγορία σχημάτων είναι τρία, το σχήμα «Υποτακτικότητα», σύμφωνα με το οποίο το άτομο συνηθίζει να παραδίδει τον έλεγχο στους άλλους και να εστιάζει υπερβολικά στην ικανοποίηση των αναγκών τους, καθώς νιώθει ότι εξαναγκάζεται προκειμένου να αποφευχθούν οι αρνητικές συνέπειες, το σχήμα «Αυτοθυσία», σύμφωνα με το οποίο το άτομο θυσιάζει εκούσια την κάλυψη των δικών του αναγκών, με σκοπό να καλύψει τις ανάγκες των άλλων και τέλος το σχήμα «Επιδίωξη Έγκρισης», σύμφωνα με το οποίο το άτομο δίνει υπερβολική έμφαση στο να μπορέσει να κερδίσει την έγκριση των άλλων με σκοπό την διαμόρφωση της αίσθησης του εαυτού (Jenkins, 2009. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Η τελευταία κατηγορία σχημάτων είναι η «Υπερεπαγρύπνηση και Αναστολή». Οι ασθενείς, που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία τείνουν να καταστέλλουν τα αυθόρμητα συναισθήματα, παρορμήσεις και επιλογές τους, ενώ αντίθετα συχνά επιδιώκουν να ανταποκρίνονται σε άκαμπτους εσωτερικευμένους κανόνες και πρότυπα. Τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, λοιπόν, που συνθέτουν αυτή την κατηγορία σχημάτων είναι τέσσερα, το σχήμα της «Αρνητικότητα/Απαισιοδοξίας», σύμφωνα με το οποίο το άτομο εμφανίζει μία διάχυτη επικέντρωση στις αρνητικές πτυχές της ζωής και παράλληλα ελαχιστοποιεί τις θετικές πλευρές, το σχήμα «Συναισθηματική Αναστολή», σύμφωνα με το οποίο το άτομο συνηθίζει να αναστέλλει τις αυθόρμητες πράξεις, αισθήματα και επικοινωνία, προκειμένου να αποφύγει τις επικρίσεις και να μην χάσει τον έλεγχο, το σχήμα «Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερεπικριτικότητα», σύμφωνα με το οποίο υπάρχει η πεποίθηση πως το άτομο θα πρέπει να προσπαθεί να επιτύχει πολύ υψηλά εσωτερικευμένα πρότυπα συμπεριφοράς και επίδοσης, προκειμένου να αποφύγει την απόρριψη και την κριτική, τέλος το σχήμα της «Τιμωρητικότητα», το οποίο περιλαμβάνει την πεποίθηση πως το άτομο θα πρέπει να τιμωρείται σκληρά για την διάπραξη σφαλμάτων (Jenkins, 2009. Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Αφού, λοιπόν, πραγματοποιήθηκε η ανάλυση των κατηγοριών σχημάτων, είναι σημαντικό στο σημείο αυτό να γίνει μία αναφορά στην τρίτη εννοιολογική κατασκευή της Θεραπείας Σχημάτων, δηλαδή στις «Λειτουργίες Σχημάτων». Οι δύο θεμελιώδεις λειτουργίες των σχημάτων είναι η διαίωσιση του σχήματος και η επούλωση του

σχήματος. Με άλλα λόγια, η κάθε σκέψη, αίσθημα, συμπεριφορά και βίωμα, που σχετίζεται με ένα σχήμα, οδηγεί είτε στην διαίωση του σχήματος αυτού, είτε στην εξασθένησή του (Jenkins, 2009. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Αναλυτικότερα, όσον αφορά την «διαίωση του σχήματος», πρόκειται για όλες τις σκέψεις, συμπεριφορές και αισθήματα των ατόμων, που καταλήγουν να ενδυναμώνουν τα τυχόν σχήματα και συνεπώς να διατηρούν την συνέχισή τους. Η διαίωση αυτή των σχημάτων πραγματοποιείται μέσα από τρεις κύριους μηχανισμούς, τις γνωστικές διαστρεβλώσεις, τα αυτό-ηττώμενα μοτίβα ζωής και τους τρόπους αντιμετώπισης των σχημάτων. Ειδικότερα, όσον αφορά τους τρόπους αντιμετώπισης των σχημάτων, υποστηρίζεται πως οι δυσλειτουργικοί τρόποι αντιμετώπισης των σχημάτων, που οδηγούν στην διαίωσή τους, είναι τρεις, η υπεραναπλήρωση, η αποφυγή και η παράδοση. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση της «υπεραναπλήρωσης του σχήματος» το άτομο καταπολεμά το ενεργοποιημένο σχήμα του, με το να σκέφτεται, να αισθάνεται και να συμπεριφέρεται σαν να ίσχυε το αντίθετο του σχήματος αυτού. Από την άλλη πλευρά, στην περίπτωση της «αποφυγής του σχήματος», το άτομο επιδιώκει να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο στην ζωή του, ώστε να αποφεύγεται και να μπλοκάρεται η ενεργοποίηση του τυχόν σχήματος. Τέλος, στην περίπτωση όπου ο τρόπος αντιμετώπισης του σχήματος είναι η «παράδοση στο σχήμα», το άτομο αποδέχεται την ύπαρξη του σχήματος και λειτουργεί με τρόπους που το επιβεβαιώνουν, αντί να προσπαθεί να το αποφύγει ή να το καταπολεμήσει (Jenkins, 2009. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Αν και η πρώτη λειτουργία των σχημάτων, λοιπόν, οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο όπου διατηρούνται και διαιωίζονται τα δυσλειτουργικά σχήματα, κάτι τέτοιο δεν ισχύει με την δεύτερη λειτουργία των σχημάτων. Η «επούλωση του σχήματος», που αποτελεί την δεύτερη κατηγορία λειτουργίας των σχημάτων, είναι ο υπέρτατος στόχος της θεραπείας σχημάτων και αναφέρεται στην εξασθένηση του σχήματος και των όσων προκύπτουν από αυτό (σκέψεις, συναισθήματα, συμπεριφορές). Φαίνεται, δηλαδή, πως κατά την επούλωση ενός σχήματος, γίνεται λιγότερο έντονο το συναισθηματικό φορτίο, που προκαλείται από αυτό, μειώνονται οι σχετικές δυσλειτουργικές γνωσίες και εφαρμόζονται νέα λειτουργικά συμπεριφορικά μοτίβα. Σημαντικό είναι, ωστόσο, να αναφερθεί πως η πορεία για την επούλωση ενός σχήματος δεν είναι εύκολη διαδικασία, καθώς είναι συχνά επίπονη και μακρόχρονη (Jenkins, 2009. Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Τέλος, στο σημείο αυτό αξίζει να πραγματοποιηθεί μία ανάλυση σχετικά με τα «Επίπεδα Λειτουργίας των Σχημάτων», δηλαδή την τέταρτη και τελευταία εννοιολογική κατασκευή της Θεραπείας Σχημάτων. Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα λειτουργίας των σχημάτων, ορίζονται ως «εκείνα τα λειτουργικά ή δυσλειτουργικά σχήματα ή λειτουργίες σχημάτων, που είναι ενεργά την τρέχουσα στιγμή για ένα άτομο» (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Με άλλα λόγια, τα επίπεδα λειτουργίας των σχημάτων είναι οι συναισθηματικές καταστάσεις και οι αντιδράσεις αντιμετώπισης (λειτουργικές-δυσλειτουργικές), που όλοι βιώνουμε (Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007). Μέχρι τώρα έχουν αναγνωριστεί δέκα επίπεδα λειτουργίας σχημάτων, τα οποία είναι ομαδοποιημένα σε τέσσερις κατηγορίες: τα επίπεδα λειτουργίας του Παιδιού, τα δυσλειτουργικά επίπεδα αντιμετώπισης, τα επίπεδα λειτουργίας του Δυσλειτουργικού Γονέα και το επίπεδο λειτουργίας του Υγιούς Ενήλικα (Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Όλα τα επίπεδα λειτουργίας των σχημάτων διεγείρονται συνήθως, από βιώματα και καταστάσεις, όπου το άτομο είναι ευάλωτο και υπερευαίσθητο, ωστόσο, ορισμένα από τα επίπεδα αυτά είναι φυσιολογικά και υγιή για το άτομο, ενώ άλλα είναι δυσλειτουργικά (Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Πιο αναλυτικά, φαίνεται πως από τα δέκα επίπεδα λειτουργίας των σχημάτων, μόνο το δέκατο επίπεδο λειτουργίας, δηλαδή αυτό του Υγιούς Ενήλικα, είναι ιδιαίτερα λειτουργικό για τα άτομα και γι' αυτό αποτελεί και το επίπεδο, που επιδιώκεται να ενισχυθεί μέσα από την Θεραπεία Σχημάτων (Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Η ενίσχυση του επιπέδου αυτού, βοηθάει τους ασθενείς να μετριάσουν, να χαλιναγωγούν ή ακόμα και να επουλώνουν τα υπόλοιπα επίπεδα λειτουργίας, τα οποία στην μεγάλη πλειοψηφία τους είναι δυσλειτουργικά και οδηγούν, τελικά, στην διαιώνιση των σχημάτων (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Μάλιστα, υποστηρίζεται πως η βασικότερη διαφορά ανάμεσα στα ψυχικά υγιή και μη υγιή άτομα έγκειται στην ένταση και στην αποτελεσματικότητα του επιπέδου λειτουργίας του Υγιούς Ενήλικα, καθώς στην πρώτη περίπτωση το επίπεδο λειτουργίας του Υγιούς Ενήλικα είναι ισχυρότερο και ενεργοποιείται συχνότερα. Επιπλέον, φαίνεται πως τα ψυχικά υγιή άτομα μπορούν και βιώνουν περισσότερο από ένα επίπεδα λειτουργίας ταυτόχρονα, σε αντίθεση με τα ψυχικά μη υγιή άτομα, τα οποία εγκλωβίζονται σε ένα επίπεδο λειτουργίας κάθε φορά. Τέλος, μία ακόμα σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα ψυχικά υγιή και μη άτομα, έγκειται στο γεγονός ότι τα φυσιολογικά επίπεδα λειτουργίας των υγιών ατόμων, είναι περισσότερο ευέλικτα και ανοιχτά σε αλλαγές και

συναισθηματικές διευθετήσεις, απ' ό,τι τα επίπεδα λειτουργίας των ψυχικά μη υγιή ατόμων, τα οποία είναι ιδιαίτερα δύσκαμπτα και μη ευμετάβλητα (Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Κάθε άτομο, λοιπόν, παρουσιάζει ένα εύρος επιπέδων λειτουργίας σχημάτων, ανάλογα με την κατάσταση, ωστόσο φαίνεται πως ορισμένοι συνδυασμοί επιπέδων λειτουργίας σχημάτων είναι χαρακτηριστικοί των ατόμων με συγκεκριμένες διαταραχές προσωπικότητας (Bamber, 2004. Lobbestael, VanVreeswijk & Arntz, 2007).

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση των σημαντικότερων πτυχών του εννοιολογικού πλαισίου της Θεραπείας Σχημάτων θα πραγματοποιηθεί στην συνέχεια μια αναλυτική καταγραφή των όσων έχουν βρεθεί έως σήμερα για την σύνδεση της Θεραπείας Σχημάτων με τις διατροφικές διαταραχές.

2.4. Θεραπεία Σχημάτων & Διατροφικές Διαταραχές

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η Θεραπεία Σχημάτων αναπτύχθηκε από τον Jeffrey E. Young και τους συνεργάτες του (Young, 1990,1999) με σκοπό την θεραπεία ενός μεγάλου εύρους ψυχολογικών διαταραχών, οι οποίες δεν μπορούσαν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά από τις παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις (Jenkins, 2009. Simpson et al, 2010. Young, Klosko & Weishaar, 2003). Αν και αρχικά, λοιπόν, η Θεραπεία Σχημάτων χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας, στην πορεία διαπιστώθηκε η αποτελεσματική εφαρμογή της και σε άλλες μορφές διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών διαταραχών (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Masley, 2011. McIntosh et al., 2016. Pugh, 2015. Simpson et al, 2010). Πιο συγκεκριμένα, τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να αναγνωρίζεται η συμβολή των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, καθώς υποστηρίζεται πως τα άτομα με διαταραχές αυτής της μορφής διακατέχονται σε υψηλό βαθμό από πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα (Dingemans, Spinhoven, & vanFurth, 2006. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Masley, 2011. McIntosh et al., 2016. Pugh, 2015. Simpson et al., 2010). Μέχρι πρόσφατα ήταν γνωστή η ύπαρξη δυσπροσαρμοστικών μοτίβων σκέψης, στα άτομα αυτά, γύρω από θέματα που αφορούν το βάρος και την διατροφή, ωστόσο, ένας αρκετά σημαντικός αριθμός ερευνών ανέδειξε, πως οι

ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, διακατέχονται επιπρόσθετα και από ένα εύρος δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και γνωσιών, που δεν σχετίζονται άμεσα με το φαγητό, το βάρος και την εικόνα σώματος, αλλά αποτελούν βαθύτερα και γενικότερα επίπεδα νόησης των ατόμων αυτών, τα οποία σύμφωνα με την Θεραπεία Σχημάτων, αντιπροσωπεύουν τα δυσλειτουργικά σχήματά τους (Cooper, 1997. Dingemans, Spinhoven, & vanFurth, 2006. Leung, Waller, & Thomas, 1999; Waller et al., 2000; Waller, 2003. Waller et al., 2003). Όπως σε όλες τις περιπτώσεις των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, λοιπόν, οι δυσλειτουργικές αυτές πεποιθήσεις, που εμφανίζονται στα άτομα με διατροφικές διαταραχές, αντικατοπτρίζουν, σύμφωνα με τον J.Young, τις αρνητικές πεποιθήσεις και τα αρνητικά συναισθήματα των ατόμων αυτών σε σχέση με το περιβάλλον τους και αναφέρονται σε σταθερά και διαρκή θέματα, που αναπτύχθηκαν κατά την παιδική τους ηλικία (Dingemans, Spinhoven, & vanFurth, 2006. Young, 1999). Φαίνεται, δηλαδή, πως ανάμεσα στις παιδικές εμπειρίες και στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, μεσολαβεί η ανάπτυξη δυσλειτουργικών σχημάτων, όπως ακριβώς, δηλαδή, συμβαίνει και με τις υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές (McIntosh et al., 2016. Steiger et al., 2010. Wright et al., 2009). Αναλυτικότερα, ο λόγος για τον οποίο υποστηρίζεται η ύπαρξη μίας τέτοιας συσχέτισης ανάμεσα στις διατροφικές διαταραχές και στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, έγκειται στο γεγονός πως συχνά οι διατροφικές διαταραχές συνδέονται με την παράλληλη ύπαρξη ορισμένων προκλήσεων και δυσκολιών, όπως για παράδειγμα, με τις δυσκολίες στην σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων και στην διαχείριση συναισθηματικών εμπειριών, οι οποίες μπορεί να αποτελούν ενδείξεις από πρώιμες τοξικές εμπειρίες, που βιώθηκαν σε περιβάλλοντα, τα οποία αδυνατούσαν να καλύψουν τις βασικές συναισθηματικές ανάγκες των ατόμων (Linehan, 1993. Masley, 2011). Μάλιστα, η συσχέτιση που έχει βρεθεί ότι υπάρχει ανάμεσα στις πρώιμες εμπειρίες σωματικής, λεκτικής και ψυχολογικής κακοποίησης και στην μετέπειτα εκδήλωση διατροφικών διαταραχών ενισχύει την παραπάνω υπόθεση, ότι, δηλαδή, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές, βίωσαν κατά την παιδική τους ηλικία, επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες ή τραυματικές εμπειρίες και διακατέχονταν από ανεκπλήρωτες συναισθηματικές ανάγκες, γεγονός που συνέβαλε στην δημιουργία των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων τους, τα οποία με την σειρά τους οδήγησαν στην εκδήλωση των διατροφικών διαταραχών (Masley, 2011. Smolak & Murnen, 2002. Wonderlich et al., 2001).

Αρκετά μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον, λοιπόν, έχει προσελκύσει τα τελευταία χρόνια η μελέτη της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και στην διατροφική παθολογία, καθώς ένας σημαντικός αριθμός ερευνητικών ευρημάτων υποστηρίζει πως οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από περισσότερα δυσλειτουργικά σχήματα από τον υγιή πληθυσμό (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006. Leung et al.,1999. Masley, 2011. Waller et al., 2000, 2002). Πιο συγκεκριμένα, οι Leung et al. (1999) ήταν οι πρώτοι που κατέδειξαν πως οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές διακατέχονται από μεγαλύτερο αριθμό δυσλειτουργικών σχημάτων, απ' ό,τι οι γυναίκες με κανονικές διατροφικές συνήθειες, γεγονός το οποίο επιβεβαιώθηκε και από μετέπειτα έρευνες (Dingemans, Spinhoven, & vanFurth, 2006. Jenkins, 2009. Masley, 2011. Waller et al., 2000. Waller et al., 2002). Ακόμη, από τα ευρήματα των ερευνών αυτών, αναδείχθηκε και η πιθανή ύπαρξη διαφορετικών μοτίβων δυσλειτουργικών σχημάτων, ανάλογα με το είδος της διατροφικής διαταραχής, αλλά και τις διατροφικές συμπεριφορές (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006. Jenkins, 2009. Leung et al., 1999. Masley, 2011. Waller et al., 2000, 2002). Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την έρευνα των Leung et al. (1999) τα άτομα με Νευρογενή Βουλιμία εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα, αναφορικά με το σχήμα του «Αυτονόητου Δικαιώματος», σε σύγκριση με τα άτομα με Νευρική Ανορεξία, ενώ σύμφωνα με την έρευνα του Waller (2003) βρέθηκαν διαφορές και ανάμεσα στα άτομα με Νευρογενή Βουλιμία και την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, με τα άτομα της δεύτερης κατηγορία να διακατέχονται από υψηλότερα επίπεδα αναφορικά με τα σχήματα του «Αυτονόητου Δικαιώματος», της «Εξάρτησης/Ανικανότητας» και της «Αποτυχίας» (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006. Jenkins,2009. Masley, 2011). Επιπλέον, σύμφωνα με μία άλλη έρευνα των Waller et al. (2000) οι τρεις ομάδες με βουλιμικές συμπεριφορές μπορούσαν να διαφοροποιηθούν αναφορικά με τρεις βασικές κατηγορίες πεποιθήσεων, δηλαδή με το σχήμα της «Ελαττωματικότητας/Ντροπής», του «Ανεπαρκή Αυτοελέγχου» και της «Αποτυχίας» (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006). Μάλιστα, σύμφωνα με τα ευρήματα μίας συσχετιστικής ανάλυσης, ο περιορισμός στην κατανάλωση τροφής, που εμφανίζεται σε διαταραχές όπως η Νευρική Ανορεξία, φαίνεται να σχετίζεται με την αντίληψη του εαυτού ως εξαρτώμενου και ανίκανου να εκφράσει συναισθήματα, ενώ οι βουλιμικές συμπεριφορές βρέθηκε να είναι εντονότερες σε γυναίκες, που θεωρούν τους εαυτούς τους ότι στερούνται συναισθηματικής υποστήριξης και ότι διαφοροποιούνται κοινωνικά από τους υπόλοιπους ανθρώπους, καθώς και σε άτομα, που αναφέρουν

ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα αυτοελέγχου (Jenkins, 2009). Φαίνεται, λοιπόν, πως η σχέση ανάμεσα στα δυσλειτουργικά σχήματα και στις παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές δεν είναι σταθερή, αλλά ποικίλει ανάλογα με την περίπτωση, καθώς διαφορετικά μοτίβα πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων σχετίζονται με διαφορετικές μορφές διατροφικών διαταραχών (Jenkins, 2009. Leung et al., 1999. Masley, 2011). Ωστόσο, στην πραγματικότητα οι διαφορές αυτές ανάμεσα στα είδη των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων και στις κατηγορίες των διατροφικών διαταραχών φαίνεται να είναι μικρές, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι οι πέντε τύποι πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων που συνδέονται περισσότερο με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών γενικά, είναι το σχήμα της «Εξάρτησης», της «Συναισθηματικής Αναστολής», της «Συναισθηματικής Στέρησης», της «Κοινωνικής Απομόνωσης» και του «Ανεπαρκή Αυτοελέγχου» (Jenkins, 2009. Masley, 2011. Waller et al., 2002).

Πέρα από τα παραπάνω ευρήματα, όμως, ορισμένα επιπρόσθετα ερευνητικά αποτελέσματα ανέδειξαν την ύπαρξη σύνδεσης ανάμεσα σε συγκεκριμένα σχήματα και στη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών, υποστηρίζοντας, δηλαδή, πως οι βασικές πεποιθήσεις, που φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, διαφοροποιούνται όχι μόνο ανάλογα με την διατροφική διαταραχή, αλλά και ανάλογα με τα συμπτώματα αυτής (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006. Jenkins, 2009. Masley, 2011. Waller et al., 2000). Ειδικότερα, στην έρευνα των Waller et al. (2000) αποδείχθηκε πως η συχνότητα εμφάνισης των υπερφαγικών επεισοδίων στα άτομα με Νευρογενή Βουλιμία, σχετίζεται θετικά με το σχήμα της «Συναισθηματικής Αναστολής», ενώ η συχνότητα της κάθειρξης μέσω εμετού σχετίζεται θετικά με το σχήμα «Ελαττωματικότητα/ Ντροπή» (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006. Masley, 2011. Waller et al., 2002). Φάνηκε, δηλαδή, πως οι γυναίκες με Νευρογενή Βουλιμία οδηγούνται πιο συχνά σε υπερφαγικά επεισόδια, εάν θεωρούν την έκφραση του συναισθήματός τους ως επικίνδυνη ή μη αποδεκτή, ενώ είναι πιο πιθανό να οδηγηθούν στην πρόκληση εμετού, εάν εκλαμβάνουν τον εαυτό τους ως ουσιαστικά ελαττωματικό και ελλιπή (Jenkins, 2009. Masley, 2011. Waller et al., 2000. Waller et al., 2002). Επιπλέον, σύμφωνα με την έρευνα των Leung et al. (1999), στις περιπτώσεις της Νευρογενούς Βουλιμίας, η συχνότητα εμφάνισης των υπερφαγικών επεισοδίων σχετίζεται αρνητικά με την πυρηνική πεποίθηση της κοινωνικής ανεπάρκειας, σύμφωνα με την οποία, δηλαδή, το άτομο έχει την πεποίθηση ότι είναι μη επιθυμητό και μη ελκυστικό από τους άλλους. Ενώ, σύμφωνα πάλι με την ίδια έρευνα, η συχνότητα πρόκλησης εμετού

συσχετίζεται θετικά με την πεποίθηση της αποτυχίας, σύμφωνα με την οποία, δηλαδή, το άτομο θεωρεί τον εαυτό του μη ικανό να είναι τόσο αποτελεσματικό και επιτυχημένο, όσο οι συνομήλικοί του (Leung et al., 1999). Τέλος, στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η ύπαρξη υψηλών επιπέδων των πεποιθήσεων εγκατάλειψης ενδέχεται να ενισχύουν την εμφάνιση συμπεριφορών κάθαρσης, είτε με την πρόκληση εμετού, είτε με την χρήση καθαρτικών (Waller, 2003). Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, λοιπόν, πραγματοποιήθηκε η υπόθεση πως, η πρόκληση εμετού προκύπτει αφενός από την ανάγκη του ατόμου να ξεφύγει από διάφορες ανυπόφορες σκέψεις και κυρίως από τις ριζικές πεποιθήσεις του, αναφορικά με το ότι είναι εσωτερικά ελαττωματικό και ανεπαρκές, οι οποίες του προκαλούν συχνά αίσθημα ντροπής (Σχήμα: Ελαττωματικότητα/ Ντροπή), και αφετέρου η πραγματοποίηση υπερφαγικών επεισοδίων μειώνει την εμπειρία αυτών των ανυπόφορων συναισθημάτων (Σχήμα: Συναισθηματική Αναστολή). Υποδηλώνεται, δηλαδή, πως όταν προκαλούνται τέτοιου είδους αρνητικά συναισθήματα, τα υπερφαγικά επεισόδια λειτουργούν ως ένας μηχανισμός, που συμβάλλει στην μείωση της εμπειρίας των συναισθημάτων αυτών (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006). Τα παραπάνω συμπεράσματα, φαίνεται μάλιστα, να είναι σύμφωνα με την υπόθεση πως η πρόκληση εμετού εξυπηρετεί στην μείωση της συνειδητοποίησης των αρνητικών γνωσιών του ατόμου, ενώ η υπερβολική κατανάλωση τροφής, μέσα από τα υπερφαγικά επεισόδια, εξυπηρετεί περισσότερο μία ρυθμιστική λειτουργία των συναισθημάτων (Pitts & Waller, 1993).

Αν και οι παραπάνω έρευνες, λοιπόν, παρέχουν σημαντικές ενδείξεις που αναδεικνύουν τη σημασία και τη συμβολή των βασικών πεποιθήσεων και των δυσλειτουργικών σχημάτων στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, δεν μπόρεσαν να εντοπίσουν την αιτία της διαφοροποίησης ανάμεσα στην διαταραχή της Νευρικής Ανορεξίας και της Νευρογενούς Βουλιμίας (Jenkins, 2009. Masley, 2011). Το γεγονός αυτό, φαίνεται να υποδεικνύει είτε την ύπαρξη παρόμοιων δυσλειτουργικών σχημάτων ανάμεσα στα άτομα με διατροφικές διαταραχές, είτε ότι οι τρόποι αξιολόγησης των σχημάτων, που χρησιμοποιήθηκαν, δεν μπόρεσαν να αναγνωρίσουν αυτές τις διαφορές (Jenkins, 2009. Masley, 2011). Τα τελευταία δεδομένα αναφορικά με το θέμα αυτό, λοιπόν, μετατόπισαν το ενδιαφέρον από το περιεχόμενο των σχημάτων, στις λειτουργίες των σχημάτων, υποστηρίζοντας πως οι βουλιμικές και οι περιοριστικές διατροφικές παθολογίες διαφοροποιούνται αναφορικά με το μοτίβο των λειτουργιών των σχημάτων (Jenkins, 2009. Waller, submitted, όπως αναφέρεται στο Luck et al., 2005).

Αναλυτικότερα, τόσο οι περιοριστικές, όσο και οι βουλιμικές διατροφικές παθολογίες σχετίζονται και επηρεάζονται από τις λειτουργίες της συναισθηματικής ρύθμισης, ωστόσο, φαίνεται πως η βασική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο είναι το σημείο στο οποίο το άτομο επιδιώκει να μειώσει την εμπειρία των μη ανεκτικών αρνητικών συναισθηματικών επιδράσεων (Masley, 2011. Simpson et al., 2010. Waller, submitted όπως αναφέρεται στο Luck et al., 2005). Οι δύο λειτουργίες που αναγνωρίζονται, είναι η «πρωτογενής αποφυγή των συναισθηματικών επιδράσεων» και η «δευτερογενής αποφυγή των συναισθηματικών επιδράσεων», με την πρώτη να σχετίζεται με τις προσπάθειες αποφυγής της ενεργοποίησης των αρνητικών συναισθηματικών επιδράσεων και την δεύτερη να σχετίζεται με τις προσπάθειες μείωσης των αρνητικών συναισθηματικών επιδράσεων, αφού έχουν ήδη ενεργοποιηθεί (Jenkins, 2009). Αναφορικά με αυτούς τους δύο τρόπους λειτουργίας, λοιπόν, υπάρχει η υπόθεση πως από την μία μεριά, στις περιπτώσεις της Νευρικής Ανορεξίας και των άλλων περιοριστικών διατροφικών παθολογιών, τα άτομα χρησιμοποιούν πρωτογενείς στρατηγικές αποφυγής, ως τρόπο αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθηματικών επιδράσεων, που προκύπτουν από τα δυσλειτουργικά τους σχήματα. Επιδιώκουν, δηλαδή, με τον τρόπο αυτό, το να μην ενεργοποιηθούν καθόλου τα δυσλειτουργικά τους σχήματα, που θα τους προκαλέσουν αρνητικές συναισθηματικές επιδράσεις. Ενώ, από την άλλη μεριά, στις περιπτώσεις της Νευρογενούς Βουλιμίας και των άλλων διαταραχών με βουλιμικές συμπεριφορές υποστηρίζεται πως τα άτομα χρησιμοποιούν ως τρόπο αντιμετώπισης δευτερογενείς στρατηγικές αποφυγής, οι οποίες έχουν ως στόχο να μειώσουν τις αρνητικές συναισθηματικές επιδράσεις, που έχουν ήδη προκληθεί από την ενεργοποίηση κάποιου δυσλειτουργικού σχήματος (Jenkins, 2009. Luck et al., 2005. Masley, 2011. Pugh, 2015. Waller, submitted, όπως αναφέρεται στο Luck et al., 2005). Επιπλέον, σύμφωνα με το μοντέλο σχημάτων για τις διατροφικές διαταραχές του Waller (submitted, όπως αναφέρεται στο Luck et al., 2005) υποστηρίζεται πως η μορφή της περιοριστικής διατροφικής παθολογίας μοιράζεται γνωστικά χαρακτηριστικά με άλλες καταναγκαστικές διαταραχές, ενώ από την άλλη μεριά η βουλιμική παθολογία έχει κοινά στοιχεία με διαταραχές παρορμητικού τύπου, γεγονός που ενισχύει την υπόθεση πως οι δυο αυτοί τύποι διατροφικών διαταραχών χαρακτηρίζονται από διαφορετικές λειτουργίες των σχημάτων (Jenkins, 2009. Pugh, 2015). Ειδικότερα, φαίνεται πως η κεντρική μορφή λειτουργίας στις περιπτώσεις της περιοριστικής παθολογίας, όπου τα άτομα, δηλαδή, χρησιμοποιούν την πρωτογενή αποφυγή των αρνητικών συναισθηματικών επιδράσεων, είναι η «αντιστάθμιση του σχήματος», η

οποία περιλαμβάνει συχνά συμπεριφορικές εκδηλώσεις καταναγκαστικής μορφής (για παράδειγμα, η υπερβολική εκγύμναση με σκοπό να αντισταθμιστεί η ενεργοποίηση του σχήματος της ελαττωματικότητας) (Jenkins, 2009. Pugh, 2015. Waller, Corstorphine & Mountford, 2007). Στις περιπτώσεις των διαταραχών της βουλιμικής παθολογίας, ωστόσο, όπου οι αρνητικές συναισθηματικές επιδράσεις έχουν ήδη πυροδοτηθεί από την ενεργοποίηση κάποιου σχήματος και συνεπώς χρησιμοποιείται η δευτερογενής αποφυγή, φαίνεται πως η κεντρική μορφή λειτουργίας είναι η «αποφυγή του σχήματος», η οποία περιλαμβάνει συμπεριφορές παρορμητικής φύσεως, όπως δηλαδή τα υπερφαγικά επεισόδια και οι συμπεριφορές κάθαρσης (π.χ. εμετός), (Jenkins, 2009. Pugh, 2015. Waller, Corstorphine, & Mountford, 2007). Συνοψίζοντας, λοιπόν, έχει αρχίσει να επικρατεί η άποψη, πως οι λειτουργίες των σχημάτων συνδέονται άμεσα με την διαφοροποίηση των διατροφικών διαταραχών, καθώς είναι αυτές που εμπλέκονται στην προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει τις ανυπόφορες συναισθηματικές επιπτώσεις, που προκύπτουν από την ενεργοποίηση των δυσλειτουργικών σχημάτων του, ενώ παράλληλα καθοδηγούν τα άκαμπτα πρότυπα σκέψης και συμπεριφοράς, που παρατηρούνται στις διατροφικές διαταραχές (Luck et al., 2005. Mountford et al., 2004. Pugh, 2015. Simpson et al, 2010. Waller et al., 2000).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί πως οι δυσκολίες στην ρύθμιση των συναισθημάτων είναι πιθανό να αποτελούν βασικό παράγοντα στην διατήρηση των διατροφικών διαταραχών για ορισμένα άτομα (Corstorphine, 2008. Masley, 2011). Πιο συγκεκριμένα, οι δυσκολίες στην συναισθηματική ρύθμιση και το πώς επηρεάζουν την εμφάνιση και τη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών, είναι ένα θέμα που απασχόλησε αρκετά σημαντικό αριθμό ερευνητών ήδη από τα παλαιότερα χρόνια (Abraham & Beumont, 1982. Corstorphine, 2008. Fairburn et al., 2003. Lacey, 1982. McManus & Waller, 1995. Meyer, Waller & Waters, 1998). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών, λοιπόν, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές είναι πολύ πιθανό να έχουν δυσκολίες στην ανοχή δυνατών συναισθηματικών επιδράσεων, γεγονός που με την σειρά του ίσως να έχει ως αποτέλεσμα, την προσπάθεια των ατόμων αυτών, να αποφύγουν οτιδήποτε μπορεί να επιφέρει την συναισθηματική ενεργοποίησή τους (Masley, 2011. Serpell et al., 1999. Serpell & Treasure, 2002). Από την στιγμή, λοιπόν, που οι διατροφικές συμπεριφορές μπορούν να λειτουργήσουν ως τρόπος διαχείρισης των έντονων συναισθημάτων δημιουργήθηκε η υπόθεση πως πολλές από τις διατροφικές διαταραχές είναι πιθανό να συνδέονται με τα τρία δυσλειτουργικά επίπεδα αντιμετώπισης των σχημάτων, που αναλύθηκαν παραπάνω, δηλαδή τον «Πειθήνιο

Υποταγμένο», τον «Απόμακρο Προστάτη» και τον «Υπεραναπληρωτή» (Masley, 2011). Μάλιστα, η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε και από τα ευρήματα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία τα τρία δυσλειτουργικά επίπεδα αντιμετώπισης των σχημάτων («Πειθήνιος Υποταγμένος», «Απόμακρος Προστάτης» και «Υπεραναπληρωτής») είναι χαρακτηριστικά επίπεδα λειτουργίας στα άτομα με διατροφικές διαταραχές (Jenkins, 2009. Masley, 2011). Επιπλέον, από τις έρευνες αυτές αναδείχθηκαν και άλλα επίπεδα λειτουργίας των σχημάτων, τα οποία σχετίζονται σημαντικά με την εμφάνιση και την ένταση των διατροφικών συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων του «Ευάλωτου Παιδιού», του «Θυμωμένου Παιδιού», του «Απείθαρχου Παιδιού», του «Πειθήνιου Υποταγμένου», του «Υπεραναπληρωτή», του «Τιμωρητικού Γονέα» και του «Απαιτητικού Γονέα» (Masley, 2011). Όλα τα παραπάνω επίπεδα λειτουργίας, λοιπόν, βρέθηκε να έχουν θετική συσχέτιση με την ύπαρξη των διατροφικών διαταραχών, υποδηλώνοντας, δηλαδή, πως όσο πιο έντονη είναι η λειτουργία των επιπέδων αυτών, τόσο πιο έντονη είναι και η συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών (Masley, 2011). Μάλιστα, φάνηκε πως το επίπεδο λειτουργίας του «Ευάλωτου Παιδιού» και το επίπεδο λειτουργίας του «Υπεραναπληρωτή», αποτελούν τους πιο προβλεπτικούς παράγοντες, που σχετίζονται με την σοβαρότητα των διατροφικών διαταραχών (Jenkins, 2009. Masley, 2011). Αναλυτικότερα, όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται τα επίπεδα λειτουργίας των σχημάτων με την εμφάνιση των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών, αξίζει αρχικά να αναφερθεί πως τα επίπεδα λειτουργίας του «Παιδιού» πυροδοτούν ιδιαίτερα έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, όταν ενεργοποιούνται, με το επίπεδο λειτουργίας του «Ευάλωτου Παιδιού» να σχετίζεται κυρίως με συναίσθημα φόβου, λύπης, δυσφορίας και άγχους και το επίπεδο λειτουργίας του «Θυμωμένου Παιδιού» με συναισθήματα θυμού και εκνευρισμού, ενώ το επίπεδο λειτουργίας του «Απείθαρχου Παιδιού» συμβάλλει στην αδυναμία του ατόμου να δεχτεί την καθυστέρηση στην ικανοποίηση των αναγκών του, γεγονός που κάνει αυτό το επίπεδο λειτουργίας να σχετίζεται ιδιαίτερα με συμπεριφορές υπερφαγίας και κάθαρσης (Masley, 2011). Το σημαντικότερο συμπέρασμα, λοιπόν, που προκύπτει, από τα παραπάνω, είναι πως η έντονη παρουσία των επιπέδων λειτουργίας του «Παιδιού» στα άτομα με διατροφικές διαταραχές, είναι πιθανό να υποδεικνύει την ύπαρξη ενός αρκετά μεγάλου αριθμού ανικανοποίητων αναγκών στα άτομα αυτά, γεγονός που οδηγεί στο να βιώνουν συχνά έντονα αρνητικές συναισθηματικές επιδράσεις (Masley, 2011). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, λοιπόν, από την στιγμή που μία πιθανή λειτουργία των διατροφικών

διαταραχών είναι η αποφυγή βιώματος έντονων αρνητικών συναισθημάτων, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα, πως τα άτομα καταφεύγουν στις συμπεριφορές των διατροφικών διαταραχών προκειμένου να αντέξουν ή να ρυθμίσουν τα έντονα αρνητικά συναισθήματα, που προκαλούνται από την ενεργοποίηση των επιπέδων λειτουργίας των σχημάτων και ειδικότερα των επιπέδων λειτουργίας του «Παιδιού» (Masley, 2011). Μάλιστα, υποστηρίζεται πως όταν τα αρνητικά αυτά συναισθήματα είναι υπερβολικά έντονα και δεν μπορούν να ελεγχθούν από το άτομο, τότε είναι πολύ πιθανό να ενεργοποιείται ένα από τα τρία δυσλειτουργικά επίπεδα αντιμετώπισης («Πειθήνιος Υποταγμένος», «Απόμακρος Προστάτης» και «Υπεραναπληρωτής»), με σκοπό την απομάκρυνση ή τον περιορισμό αυτών των οδυνηρών συναισθηματικών επιδράσεων (Masley, 2011). Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, το επίπεδο αντιμετώπισης του «Υπεραναπληρωτή» φαίνεται να είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο στις περιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών, καθώς συμβάλλει στο να εφαρμόζει το άτομο συμπεριφορές, οι οποίες είτε θα καταπραΰνουν τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθει, είτε θα το απομακρύνουν από τα συναισθήματά του στην παρούσα χρονική στιγμή. Τέτοιες συμπεριφορές, λοιπόν, μπορεί να είναι η εκδήλωση υπερφαγικών επεισοδίων και η χρήση συμπεριφορών κάθαρσης, όπως δηλαδή η πρόκληση εμετού (Masley, 2011).

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα των ερευνών, που έχουν μελετήσει έως τώρα, την σχέση ανάμεσα στις διατροφικές διαταραχές και στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα γενικότερα, αποδεικνύουν την ύπαρξη σύνδεσης ανάμεσα στα δύο. Φαίνεται, δηλαδή, πως τα άτομα με διατροφικές διαταραχές όχι μόνο εκδηλώνουν περισσότερα δυσλειτουργικά σχήματα, από τον υγιή πληθυσμό, αλλά παράλληλα υποστηρίζεται πως τόσο η ύπαρξη συγκεκριμένων σχημάτων, όσο και η ύπαρξη συγκεκριμένων λειτουργιών, αλλά και επιπέδων λειτουργίας των σχημάτων, είναι ιδιαίτερα πιθανό να αντιστοιχεί σε διαφορετικές μορφές διατροφικών διαταραχών (Dingemans, Spinhoven, & vanFurth, 2006. Greer & Cooper, 2016. Jenkins, 2009. Leung et al., 1999. Masley, 2011. McIntosh et al., 2016. Pugh, 2015. Simpson et al, 2010. Waller et al., 2000).

2.5. Σκοπός Έρευνας -Ερευνητικά Ερωτήματα &Υποθέσεις

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθούν πρώτον, τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα της Θεραπείας Σχημάτων του Young, που εμφανίζονται στα άτομα με την συμπτωματολογία της διατροφικής διαταραχής της Καταναγκαστικής

Υπερφαγίας και δεύτερον, να μελετηθεί το βίωμα, η προσωπική εμπειρία και οι στάσεις των ατόμων αυτών αναφορικά με την συγκεκριμένη διαταραχή. Ειδικότερα, όσον αφορά τον πρώτο στόχο της έρευνας, σκοπός είναι να διερευνηθεί η σύνδεση που υπάρχει ανάμεσα στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και στην εμφάνιση υπερφαγικών επεισοδίων σε ενήλικες γυναίκες ασθενείς, με σκοπό την ύπαρξη μίας καλύτερης κατανόησης των δυσλειτουργικών σχημάτων, που συμβάλλουν στην εμφάνιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Από την άλλη μεριά, ο δεύτερος στόχος της έρευνας, αναφέρεται στην αναλυτική διερεύνηση του βιώματος της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας και των σκέψεων, συναισθημάτων και στάσεων, που έχουν οι γυναίκες, οι οποίες συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, αναφορικά με την συγκεκριμένη διαταραχή. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να επισημανθεί, πως ο λόγος που επιλέχθηκε να μελετηθεί η διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας έγκειται στο γεγονός, πως η μέχρι τώρα σχετική βιβλιογραφία έχει εστιάσει στην σχέση ανάμεσα στην Θεραπεία Σχημάτων και την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών της Νευρικής Ανορεξίας και Νευρογενούς Βουλιμίας, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ελάχιστα μόνο δεδομένα αναφορικά με την σύνδεση που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Dingemans, Spinhoven, & VanFurth, 2006. Jenkins, 2009. Leung et al., 1999. Waller, et al., 2000).

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας, λοιπόν, είναι δύο. Πρώτον, «Ποια είναι τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, που εμφανίζονται πιο συχνά, στις γυναίκες με την συμπτωματολογία της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας;». Δεύτερον, «Ποιο είναι το βίωμα, η προσωπική εμπειρία, οι σκέψεις και τα συναισθήματα αναφορικά με την Καταναγκαστική Υπερφαγία, των γυναικών, που έχουν την συμπτωματολογία της συγκεκριμένης διαταραχής;». Όσον αφορά τις ερευνητικές υποθέσεις, αυτές αφορούν μόνο τον αρχικό στόχο της έρευνας, δηλαδή την διερεύνηση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, που εμφανίζονται στα άτομα με την συμπτωματολογία της διατροφικής διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, καθώς η μελέτη του βιώματος και της προσωπικής εμπειρίας της κάθε συμμετέχουσας, δεν θα μπορούσε να δεχτεί ασφαλείς ερευνητικές υποθέσεις. Η ερευνητική υπόθεση, λοιπόν, είναι πως ακριβώς όπως και στις άλλες διατροφικές διαταραχές (νευρογενή ανορεξία, βουλιμία) έτσι και στην διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, θα υπάρχουν ορισμένα πρώιμα δυσλειτουργικά

σχήματα που θα αποτελούν σημαντικότερο προβλεπτικό παράγοντα για την εκδήλωση της διαταραχής (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006. Jenkins, 2009. Leung et al., 1999. Masley, 2011. Waller et al., 2000, 2002).

3. ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1. Δείγμα-Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία, που δεν είναι πιθανοτήτων, αλλά ανήκει στην κατηγορία δειγματοληψιών σκοπιμότητας, καθώς πρόκειται για ποιοτική έρευνα μικρής κλίμακας, με συγκεκριμένα κριτήρια επιλογής συμμετεχόντων. Αναλυτικότερα, η δειγματοληψία, είναι συμπτωματική (δειγματοληψία ευκολίας) και οι συμμετέχουσες επιλέχθηκαν βολικά-ευκαιριακά, καθώς σκοπός της έρευνας ήταν να μελετηθεί η ύπαρξη πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων σε ενήλικες γυναίκες, που εμφανίζουν την συμπτωματολογία της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, αλλά και το βίωμα, η προσωπική εμπειρία και οι στάσεις των γυναικών αυτών αναφορικά με την συγκεκριμένη διαταραχή (Κυριαζή, 2011. Τσιώλης, 2014). Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα συμμετείχαν εθελοντικά, δώδεκα (12) ενήλικες γυναίκες, ελληνικής καταγωγής, με την συμπτωματολογία της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, καθώς αυτός είναι ένας καλός αριθμός για να διεξαχθεί μία ποιοτική μελέτη, η οποία θέλει να διερευνήσει το θέμα εις βάθος και από αρκετές οπτικές. Για τον εντοπισμό του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η ομάδα αυτοβοήθειας των «Ανώνυμων Υπερφάγων» Θεσσαλονίκης, καθώς και μία κλειστή διαδικτυακή ομάδα των μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης με το όνομα «Υπερφάγοι Ενωμένοι». Αναλυτικότερα, από την ομάδα των «Ανώνυμων Υπερφάγων» Θεσσαλονίκης συμμετείχαν τρεις (3) γυναίκες, ενώ από την διαδικτυακή ομάδα «Υπερφάγοι Ενωμένοι» συμμετείχαν εννέα (9) γυναίκες. Όλες οι συμμετέχουσες εκδήλωσαν από μόνες τους την επιθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα, έπειτα από την ενημέρωση που έλαβαν σχετικά με το θέμα και την ερευνητική διαδικασία. Η ηλικία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα κυμάνθηκε από τριάντα (30) έως εξήντα έξι (66) χρονών και στην πλειοψηφία τους είναι κάτοικοι Αθήνας, ενώ τρεις (3) συμμετέχουσες διαμένουν στην Θεσσαλονίκη, μία στην Σαντορίνη και μία στην Χαλκιδική. Επιπλέον, στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχουσες είναι παντρεμένες με παιδιά, ενώ τέσσερεις (4) είναι διαζευγμένες με παιδιά, δύο (2)

είναι άγαμες και μία είναι χήρα με παιδιά. Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών συνοψίζονται στον Πίνακα 1 (βλ. Πίνακες). Τέλος, όλες οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν δύο (2) ερωτηματολόγια για την διαπίστωση της ύπαρξης Καταναγκαστικής Υπερφαγίας και φάνηκε να πληρούν τα κριτήρια της συγκεκριμένης διατροφικής διαταραχής. Σημαντικό, βέβαια, είναι να επισημανθεί πως οι συμμετέχουσες στην έρευνα δεν είχαν επίσημη διάγνωση για την ύπαρξη της συγκεκριμένης διατροφικής διαταραχής.

3.2. Τεχνική Συλλογής Δεδομένων-Εργαλεία

Το εργαλείο που θεωρήθηκε καταλληλότερο για τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων της παρούσας ποιοτικής έρευνας, είναι η συνέντευξη και πιο συγκεκριμένα, η ημι-δομημένη συνέντευξη, καθώς στόχος ήταν να διερευνηθούν όσο περισσότερο εις βάθος γίνεται τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, από τα οποία διακατέχονται οι γυναίκες με την συμπτωματολογία της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, αλλά και το βίωμα, η προσωπική εμπειρία και οι στάσεις των γυναικών αυτών αναφορικά με την συγκεκριμένη διαταραχή. Η παραπάνω μέθοδος συλλογής δεδομένων επιλέχθηκε, καθώς προσφέρει πλήθος πληροφοριών αναφορικά με το άτομο και τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τα συναισθήματά του γύρω από το υπό μελέτη θέμα. Πιο συγκεκριμένα, στην ημι-δομημένη συνέντευξη, το άτομο καλείται να απαντήσει σε προκαθορισμένες από τον/την ερευνητή/τρια ερωτήσεις, έχοντας όμως την δυνατότητα να επεκτείνει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ελεύθερα. Ανάλογα με τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά του συνεντευξιαζόμενου, ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να τροποποιήσει τόσο την ποιότητα όσο και την ποσότητα των ερωτήσεων και να αλλάξει τη σειρά ή και το περιεχόμενό τους (Ιωσηφίδης, 2003). Επίσης, ο συγκεκριμένος τύπος συνέντευξης ενδείκνυται, όταν ο/η ερευνητής/τρια έχει επιλέξει ως μέθοδο ανάλυσης των δεδομένων του την Θεματική Ανάλυση (Braun & Clarke, 2006), γεγονός που ισχύει για την παρούσα έρευνα.

Ο οδηγός συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια σε συνεργασία με την υπεύθυνη καθηγήτρια και περιλαμβάνει είκοσι (20) βασικές ερωτήσεις σχετικά με την Καταναγκαστική Υπερφαγία και την εικόνα εαυτού και τρεις (3) ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου. Αναλυτικότερα, ο οδηγός συνέντευξης περιλαμβάνει τέσσερις (4) θεματικές ενότητες (1. Πληροφορίες σχετικά με την Καταναγκαστική Υπερφαγία, 2. Σχέση οικογενειακού πλαισίου με την Καταναγκαστική Υπερφαγία, 3. Στάση ατόμου

απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία, 4. Πληροφορίες σχετικά με την εικόνα εαυτού) και κάθε θεματική ενότητα αποτελούνταν από τέσσερις (4) έως δώδεκα (12) ερωτήσεις, κυρίως ανοιχτού τύπου, ώστε οι συμμετέχοντες να μπορούν να εμβαθύνουν γύρω από το κάθε θέμα και να προσφέρουν ένα ικανοποιητικό πλαίσιο κατανόησης προς ανάλυση (βλ. Παράρτημα ΣΤ.). Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως οι θεματικοί άξονες διαμορφώθηκαν έπειτα από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και λαμβάνοντας υπόψη οδηγούς συνέντευξης παρόμοιων ερευνών (Hurley, 2010). Τόσο οι θεματικές ενότητες, όσο και οι επιμέρους ερωτήσεις τους, τοποθετήθηκαν σε μια λογική σειρά, με στόχο να εξασφαλιστεί η ομαλή ροή της συζήτησης με τους συνεντευξιαζόμενους. Επίσης, ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στο περιεχόμενο και τη διατύπωση των ερωτήσεων, ώστε αυτές να μην είναι κατευθυντικές και να αποφευχθούν τυχόν παρανοήσεις από την πλευρά των συμμετεχόντων.

Τέλος, για την υλοποίηση της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν πέρα από την ημι-δομημένη συνέντευξη και τρία (3) ερωτηματολόγια {1. Διαγνωστικό Εργαλείο Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Binge Eating Disorder Screener/BEDS-7), 2. Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διατροφικών Διαταραχών (Eating Disorder Examination Questionnaire/EDE-Q), 3. Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young (Young Schema Questionnaire/YSQ-S3)} (βλ. Παραρτήματα Α, Β, Γ). Τα πρώτα δύο ερωτηματολόγια (BEDS-7, EDE-Q) διερευνούν τις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές και χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να ανιχνευθεί το κατά πόσο οι συμμετέχοντες πληρούν τα κριτήρια για την διάγνωση της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Πιο συγκεκριμένα, το «Διαγνωστικό Εργαλείο Καταναγκαστικής Υπερφαγίας» (BEDS-7), αποτελεί ένα πρόσφατο εργαλείο διάγνωσης της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, το οποίο κατασκευάστηκε το 2014 από μία ομάδα ειδικών με επικεφαλής τον Barry K. Herman (Herman et al., 2016). Το εγχειρίδιο αυτό βασίζεται στα κριτήρια του DSM-5 για την διάγνωση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας και αποτελείται από επτά (7) ερωτήσεις, υπό την μορφή δηλώσεων, οι οποίες διερευνούν τις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές των τελευταίων τριών (3) μηνών. Οι πρώτες δύο (2) ερωτήσεις/δηλώσεις δίνουν την δυνατότητα επιλογής ανάμεσα σε μία θετική ή αρνητική απάντηση (Ναι ή Όχι), ενώ οι υπόλοιπες πέντε (5) ερωτήσεις/δηλώσεις μπορούν να απαντηθούν με μία από τις τέσσερις (4) απαντήσεις: 1. Ποτέ ή Σπάνια, 2. Μερικές Φορές, 3. Συχνά, 4. Πάντα (βλ. Παράρτημα Α). Η αξιολόγηση των απαντήσεων γίνεται σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-5 για την

διάγνωση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, με αποτέλεσμα αν κάποιος απαντήσει στις περισσότερες ερωτήσεις με «Μερικές Φορές, Συχνά και Πάντα» να υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις για την ύπαρξη της συγκεκριμένης διαταραχής και να χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για την τελική αξιολόγηση της κλινικής εικόνας. Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από τον Barry K. Hermann και τους συνεργάτες του, με σκοπό την αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της αποτελεσματικότητας του συγκεκριμένου εργαλείου, φάνηκε πως αποτελεί ένα αρκετά πολύτιμο και χρήσιμο εργαλείο για την ανίχνευση ασθενών που πληρούν τα κριτήρια για την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Herman et al., 2016). Για την χορήγηση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου σε Έλληνες συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε μετάφραση στα Ελληνικά, ακολουθώντας την προτεινόμενη από την βιβλιογραφία διαδικασία (Aguardo et al., 1996. Bullinger, Anderson, Cella & Aaronson, 1993. Vijver & Hambleton, 1996). Το ερωτηματολόγιο, λοιπόν, μεταφράστηκε με την μεθοδολογία της διγλωσσικής μετάφρασης προς δύο κατευθύνσεις (forward-backward-forward-technique) από επαγγελματία μεταφράστρια και εστίασε στην επίτευξη εννοιολογικής ισοδυναμίας, παρά στην επίτευξη γλωσσικής ισοδυναμίας. Όσον αφορά το επόμενο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, το «Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διατροφικών Διαταραχών» (EDE-Q), αποτελεί ένα διαγνωστικό εργαλείο που υποδεικνύει την ύπαρξη ή όχι διατροφικής παθολογίας γενικότερα, το οποίο κατασκευάστηκε από τον Christopher G. Fairburn και την Sarah Beglin (2008), ενώ έχει μεταφραστεί επίσημα και στα ελληνικά (βλ. Παράρτημα Β). Πιο αναλυτικά, το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 28 ερωτήσεις συν τέσσερις ερωτήσεις, που δεν είναι αριθμημένες. Οι είκοσι δύο (22) από αυτές τις ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε τέσσερις (4) υποκλίμακες, οι οποίες αποτελούν και τους τομείς διερεύνησης της παθολογίας (1. Περιορισμός, 2. Ανησυχία για διατροφή, 3. Ανησυχία για σχήμα σώματος, 4. Ανησυχία για βάρος σώματος). Η βαθμολογία για κάθε υποκλίμακα υπολογίζεται από το άθροισμα των βαθμών των ερωτήσεων και τη διαίρεση του αποτελέσματος με τον συνολικό αριθμό των ερωτήσεων και κυμαίνεται από 0 έως 6, με την τιμή άνω του 4 (>4) να θεωρείται ως ένδειξη παθολογίας, ενώ η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμά των βαθμολογιών των τεσσάρων υποκλίμακων και τη διαίρεση του αποτελέσματος με το τέσσερα και κυμαίνεται και αυτή από 0 έως 6, με την τιμή άνω του 4 (>4) να θεωρείται παθολογική. Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως σύμφωνα με έρευνες, το «Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διατροφικών Διαταραχών» (EDE-Q) χαρακτηρίζεται από υψηλή αξιοπιστία και

εγκυρότητα κριτηρίων για την ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών (Mond, et al., 2004). Το τρίτο και τελευταίο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο του J. Young για την ανίχνευση των σχημάτων (Young Schema Questionnaire-YSQ-S3), το οποίο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα (Μαλογιάννης, 2014). Το «Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young» (YSQ-S3) αποτελείται από ενενήντα (90) ερωτήσεις με την μορφή δηλώσεων, με τις οποίες κανείς θα μπορούσε να περιγράψει τον εαυτό του και τη σχέση του με τους γονείς ή τους συντρόφους του (βλ. Παράρτημα Γ). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται με την χρήση μίας κλίμακας υπό την μορφή Likert, δίνοντας την δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε έξι (6) βαθμολογικές κατατάξεις αυτήν που τους περιγράφει καλύτερα σε κάθε ερώτηση/δήλωση (1. Δεν ισχύει καθόλου για εμένα, 2. Μάλλον δεν ισχύει για εμένα, 3. Ισχύει μάλλον, πάρα δεν ισχύει, 4. Ισχύει αρκετά για εμένα, 5. Ισχύει πάρα πολύ για εμένα, 6. Με περιγράφει τέλεια). Οι ενενήντα (90) αυτές ερωτήσεις/δηλώσεις αντιπροσωπεύουν τα δέκα οχτώ (18) πρώιμα δυσλειτουργικά Σχήματα του Young και στόχος τους είναι να διερευνηθεί ποιο ή ποια από τα δέκα οχτώ (18) αυτά σχήματα είναι περισσότερο κυρίαρχα σε κάθε άτομο. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, λοιπόν, λαμβάνονται υπόψη κυρίως οι δηλώσεις που έχουν απαντηθεί με 4, 5 και 6, καθώς είναι αυτές που αντιπροσωπεύουν το άτομο στο μεγαλύτερο βαθμό.

3.3. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων, τόσο αυτών που προέκυψαν από την χορήγηση των ερωτηματολογίων, όσο και αυτών που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια. Πιο συγκεκριμένα, η διαδικασία συλλογής δεδομένων που ακολουθήθηκε για τις τρεις (3) συμμετέχουσες που προέρχονταν από την ομάδα αυτοβοήθειας των «Ανώνυμων Υπερφάγων» Θεσσαλονίκης ήταν η εξής: αρχικά ενημερώθηκαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) τα διοικητικά μέλη της ομάδας των «Ανώνυμων Υπερφάγων» για το θέμα και την διαδικασία της έρευνας και τους ζητήθηκε η άδεια προκειμένου να υπάρξει προσωπική επαφή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας για να τους γνωστοποιηθεί η έρευνα και να ερωτηθούν εάν επιθυμούν να συμμετάσχουν. Αφού, λοιπόν, το αίτημα εγκρίθηκε από τους αρμόδιους της ομάδας, πραγματοποιήθηκε μία συνάντηση με τα μέλη της ομάδας των «Ανώνυμων Υπερφάγων» στον χώρο συναντήσεων της ομάδας, όπου αρχικά δόθηκε στον καθένα

ξεχωριστά το έντυπο ενημέρωσης για την έρευνα, το οποίο περιλάμβανε όλες τις σχετικές πληροφορίες αναφορικά με τον σκοπό της έρευνας, το πλαίσιο στο οποίο αυτή διεξάγεται, τα στοιχεία της διαδικασίας στην οποία καλούνται να συμμετέχουν, καθώς και τους δεοντολογικούς κανόνες που αυτή ακολουθεί (βλ. Παράρτημα Δ.). Αναλυτικότερα, όσον αφορά τους δεοντολογικούς κανόνες, τα άτομα ενημερώθηκαν για το γεγονός ότι θα πρέπει να συμπληρώσουν δύο (2) ανώνυμα ερωτηματολόγια, προκειμένου να διαπιστωθεί το κατά πόσο πληρούν τα κριτήρια για την συμμετοχή τους στην έρευνα, ότι η συνέντευξη θα μαγνητοφωνηθεί, ότι κάθε προσωπικό τους αρχείο θα παραμείνει απόρρητο, αποκλειστικά για χρήση της ερευνήτριας και της επιβλέπουσας καθηγήτριας, ότι μετά το πέρας της έρευνας τα στοιχεία θα καταστραφούν και πως αν επιθυμούν οποιοδήποτε προσωπικό αρχείο ή αντίγραφο της τελικής εργασίας αυτό θα τους παρασχεθεί. Επιπλέον, ενημερώθηκαν πως η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και μπορούν να αποχωρήσουν από τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούν. Εφόσον υπεγράφη το έντυπο ενημέρωσης από την ερευνήτρια, δόθηκε στους συμμετέχοντες και το έντυπο συγκατάθεσης, το οποίο υπέγραψαν, επικυρώνοντας έτσι την εθελοντική συμμετοχή τους (βλ. Παράρτημα Ε.). Τα αρχικά διαγνωστικά ερωτηματολόγια για την ύπαρξη διατροφικών διαταραχών συμπληρώθηκαν από δέκα (10) άτομα, ωστόσο μόνο τα τρία (3) από αυτά πληρούσαν τα κριτήρια για την περαιτέρω συμμετοχή στην έρευνα. Στις τρεις (3) συμμετέχουσες αυτές, λοιπόν, στάλθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και το τρίτο ερωτηματολόγιο του J. Young για την ανίχνευση των σχημάτων (Young Schema Questionnaire-YSQ-S3), μαζί με τις οδηγίες συμπλήρωσής του και τους ζητήθηκε να το συμπληρώσουν και να αποστείλουν τις απαντήσεις τους πάλι μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων που ακολουθήθηκε για τις εννέα (9) συμμετέχουσες που προέρχονταν από την κλειστή διαδικτυακή ομάδα των μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης με το όνομα «Υπερφάγοι Ενωμένοι» ήταν αρκετά παρόμοια. Πιο αναλυτικά, αρχικά ενημερώθηκε η διαχειρίστρια της ηλεκτρονικής σελίδας «Υπερφάγοι Ενωμένοι» μέσω ηλεκτρονικού μηνύματος για το θέμα και την διαδικασία της έρευνας και της ζητήθηκε η άδεια προκειμένου να γνωστοποιηθεί στα μέλη της ομάδας η πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας και να ζητηθεί από όποιον επιθυμεί να συμμετέχει. Αφού εγκρίθηκε το αίτημα από την διαχειρίστρια της διαδικτυακής σελίδας, υπήρξε μία δημόσια ανακοίνωση από την ερευνήτρια στην σελίδα των

«Ενωμένων Υπερφάγων», μέσα από την οποία ενημερώνονταν τα μέλη για τον σκοπό και την διαδικασία της έρευνας και τους ζητούνταν να επικοινωνήσουν με την ερευνήτρια μέσω προσωπικού μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) σε περίπτωση που ενδιαφέρονται να μάθουν περισσότερες πληροφορίες ή να συμμετάσχουν στην έρευνα. Έδειξαν ενδιαφέρον δεκατέσσερις (14) γυναίκες-μέλη της ομάδας για να συμμετάσχουν στην έρευνα και αφού έλαβαν και υπέγραψαν το έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης, που δόθηκε και στα μέλη της ομάδας αυτοβοήθειας των «Ανώνυμων Υπερφάγων», στάλθηκαν στον καθένα ατομικά μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου τα δύο (2) πρώτα διαγνωστικά ερωτηματολόγια για την ύπαρξη ή μη Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Από τις δεκατέσσερις (14) γυναίκες που συμπλήρωσαν τα δύο (2) πρώτα ερωτηματολόγια, οι εννέα (9) πληρούσαν τα κριτήρια για την ύπαρξη Καταναγκαστικής Υπερφαγίας και άρα για την συμμετοχή τους στο επόμενο στάδιο της έρευνας. Στην συνέχεια, στις εννέα (9) αυτές γυναίκες στάλθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και το τρίτο ερωτηματολόγιο του J. Young για την ανίχνευση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων (Young Schema Questionnaire-YSQ-S3), μαζί με τις οδηγίες συμπλήρωσής του και τους ζητήθηκε να το συμπληρώσουν και να αποστείλουν τις απαντήσεις τους πάλι μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Αφού συλλέχθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια και από τις συμμετέχουσες που προέρχονταν από την ομάδα αυτοβοήθειας των «Ανώνυμων Υπερφάγων» Θεσσαλονίκης και από τις συμμετέχουσες από την διαδικτυακή ομάδα των «Ενωμένων Υπερφάγων» πραγματοποιήθηκε ατομική τηλεφωνική συνέντευξη με κάθε μία από τις δώδεκα (12) συμμετέχουσες. Σημαντικό στο σημείο αυτό είναι να αναφερθεί πως ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε η μέθοδος της τηλεφωνικής συνέντευξης για την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων αφορούσε κυρίως την γεωγραφική απόσταση ανάμεσα στην ερευνήτρια και την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, καθώς και την υπόθεση πως θα ήταν πιο εύκολο γι' αυτές να ανοιχτούν και να μιλήσουν για ένα τόσο προσωπικό ζήτημα. Η ημέρα και η ώρα διεξαγωγής της κάθε συνέντευξης καθορίστηκε μετά από επιλογή των συμμετεχόντων, προκειμένου να έχουν αρκετό χρόνο στην διάθεσή τους, να μπορούν να έχουν προσωπικό χώρο στο σπίτι για να μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα και να μην επιβαρυνθεί το πρόγραμμά τους. Τέλος, η διάρκεια των συνεντεύξεων κυμαινόταν από τριάντα (30) λεπτά η πιο σύντομη έως και πενήντα πέντε (53) λεπτά η πιο μακροσκελής και όλες οι συμμετέχουσες ολοκλήρωσαν με

επιτυχία την συνέντευξη και την συμμετοχή τους στην έρευνα, χωρίς να δημιουργηθεί κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα.

3.4. Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων

Αν και η παρούσα έρευνα αποτελεί μία κατά βάση ποιοτική έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν και ορισμένα ποσοτικά εργαλεία (ερωτηματολόγια), με αποτέλεσμα να χρειάζεται ανάλυση και των δεδομένων που προέκυψαν από αυτά. Τα δεδομένα, λοιπόν, που συλλέχθηκαν από την αρχική χορήγηση των δύο (2) πρώτων ερωτηματολογίων για την διερεύνηση της ύπαρξης ή όχι της διατροφικής διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (BEDS-7, EDE-Q) αναλύθηκαν και αξιολογήθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια, μέσω των οδηγιών βαθμολόγησης του κάθε ερωτηματολογίου (Fairburn, 2008. Herman et al., 2016). Όσον αφορά τώρα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από την χορήγηση του τρίτου ερωτηματολογίου (Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young/YSQ-S3) για την ανίχνευση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, αυτά περάστηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS (IBM SPSS Statistics) προκειμένου να μπορέσει να υπολογιστεί αρχικά το ποιος ερωτήσεις/δηλώσεις έχουν βαθμολογηθεί με τέσσερα (4), πέντε (5) και έξι (6) και άρα περιγράφουν καλύτερα τις συμμετέχουσες και έπειτα το αν αυτές οι ερωτήσεις/δηλώσεις είναι κοινές για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων. Με τον τρόπο αυτό, λοιπόν, σκοπός ήταν να διερευνηθεί το ποια είναι τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα που χαρακτηρίζουν τις συμμετέχουσες με την συμπτωματολογία της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, αλλά και να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν κοινά πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα για τις γυναίκες αυτές. Βέβαια σημαντικό είναι να επισημανθεί πως τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την χορήγηση του ερωτηματολογίου στην παρούσα έρευνα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να φανούν χρήσιμα μόνο αναφορικά με τις γυναίκες με την συμπτωματολογία της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, που συμμετείχαν στην συγκεκριμένη έρευνα, καθώς λόγω του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων δεν μπορεί να γίνει σε καμία περίπτωση γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των ατόμων με διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Τα αποτελέσματα αυτά, λοιπόν, μπορούν μόνο να στηρίξουν μία υπόθεση για πιθανή ύπαρξη κοινών πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων σε γυναίκες με την συμπτωματολογία της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας.

Τα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young συνοψίζονται στον Πίνακα 3 (βλ. Πίνακες).

Τέλος, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις, απομαγνητοφωνήθηκαν και αναλύθηκαν με τη μέθοδο της Θεματικής Ανάλυσης. Η συγκεκριμένη μέθοδος ανάλυσης αποτελεί μια μέθοδο εντοπισμού, περιγραφής, αναφοράς και «θεματοποίησης» επαναλαμβανόμενων νοηματικών μοτίβων, δηλαδή «θεμάτων» τα οποία προκύπτουν από τα ερευνητικά δεδομένα (Clarke, Braun & Hayfield, 2015). Σκοπός της συγκεκριμένης μεθόδου, είναι η δημιουργία μιας αναλυτικής και συστηματικής καταγραφής των κωδικοποιήσεων και των θεμάτων που προκύπτουν από τις συνεντεύξεις (Braun & Clark, 2006. Holloway & Todres, 2003. Roulston, 2001). Μάλιστα, ένα από τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης ανάλυσης είναι ότι χαρακτηρίζεται από «θεωρητική ελευθερία» ή «ευελιξία», καθώς η επιλογή της ως μεθόδου ανάλυσης δεν προϋποθέτει, από μόνη της, τη δέσμευση των ερευνητών σε συγκεκριμένες οντολογικές ή επιστημολογικές θέσεις, όπως συμβαίνει με άλλες ποιοτικές αναλύσεις (π.χ. η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση δεσμεύεται σε έναν φαινομενολογικό προσανατολισμό) (Braun & Clarke, 2006). Εφόσον, λοιπόν, στην παρούσα ποιοτική έρευνα στόχο αποτελούσε η μελέτη της υποκειμενικής εμπειρίας των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων σε συνδυασμό με την Καταναγκαστική Υπερφαγία, η συγκεκριμένη μέθοδος ανάλυσης θεωρήθηκε η πλέον κατάλληλη για να αποδώσει τον μοναδικό τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες, που συμμετείχαν στην έρευνα βιώνουν και αντιλαμβάνονται την ύπαρξη αυτής της διατροφικής διαταραχής στην ζωή τους, αλλά και την συμβολή που μπορεί να έχουν τα πρώιμα βιώματά και οι σχέσεις τους στην ανάπτυξη και διατήρηση της συγκεκριμένης διαταραχής. Αναλυτικότερα, εφόσον προηγήθηκε η απομαγνητοφώνηση των δώδεκα (12) συνεντεύξεων από την ερευνήτρια, ακολούθησε η κωδικοποίηση των δεδομένων και η κατηγοριοποίηση των κωδικών που προέκυψαν (1.620 κωδικοί) σε πιο γενικές ομάδες-κατηγορίες (678 κατηγορίες). Οι κατηγορίες αυτές (πρώτου επιπέδου) συγκεντρώθηκαν σε ευρύτερες κατηγορίες, δεύτερου επιπέδου (53 κατηγορίες) για να συνοψισθούν με τη σειρά τους σε κατηγορίες τρίτου επιπέδου, οι οποίες ανέρχονταν σε δέκα (10) κατηγορίες. Στο τέλος, διαμορφώθηκαν πέντε (5) θεματικοί άξονες, οι οποίοι εμπεριείχαν τις κατηγορίες του τρίτου επιπέδου και αντιπροσώπευαν, σε γενικές γραμμές, τις θεματικές ενότητες στις οποίες αναφέρθηκαν οι ερωτώμενες, όταν κλήθηκαν να

μιλήσουν για την υποκειμενική τους εμπειρία και τα βιώματά τους. Τα αποτελέσματα των δεδομένων συνοψίζονται στον Πίνακα 2 (βλ. Πίνακες).

3.5. Δεοντολογικά Ζητήματα & Περιορισμοί

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε με σκοπό να πληροί όλους τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, που πρέπει να διέπουν μία επιστημονική έρευνα (Hopf, 2004. Howitt, 2010. Traianou, 2014). Πιο συγκεκριμένα, η ερευνήτρια διασφάλισε αρχικά, την ελεύθερη και συναινετική συμμετοχή όλων των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα, έπειτα από εκτενή πληροφόρηση γύρω από τον σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στην συνέχεια, υπήρξε προσπάθεια προστασίας των συμμετεχουσών από οποιονδήποτε πιθανό κίνδυνο ή ψυχολογική βλάβη, όπως την πρόκληση έντονου συναισθηματικού στρες ή συναισθηματικής αναστάτωσης, τηρώντας κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων όλες τις μεθόδους και τεχνικές συμβουλευτικής, αλλά και προετοιμάζοντας τις συμμετέχουσες εξ αρχής για την ενδεχόμενη ανάδυση δυσάρεστων συναισθημάτων. Επιπλέον, η ερευνήτρια τήρησε όλους τους κανόνες ανωνυμίας και εχεμύθειας, προκειμένου να αποφευχθεί όσο το δυνατόν περισσότερο, οποιαδήποτε πιθανή έκθεση των συμμετεχουσών σε τρίτους, μέσω της χρήσης ψευδώνυμων και παράλειψης στοιχείων, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε πιθανή ταυτοποίηση των γυναικών. Τέλος, τηρήθηκε το δικαίωμα των συμμετεχουσών να λάβουν γνώση των αποτελεσμάτων μέσω της λήψης αντίτυπου της έρευνας, εφόσον το επιθυμούν.

Όπως όλες οι έρευνες, όμως, έτσι και η παρούσα μελέτη υπόκειται σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς, οι οποίοι προκύπτουν κυρίως από το γεγονός ότι αποτελεί μία ποιοτική έρευνα. Πιο αναλυτικά, ένας βασικός περιορισμός αφορά το γεγονός πως τα αποτελέσματά της δεν είναι γενικεύσιμα στον ευρύτερο πληθυσμό, εφόσον αντανακλούν την υποκειμενική εμπειρία της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας των συγκεκριμένων γυναικών, που έλαβαν μέρος σε αυτήν. Επιπλέον, δυσκολίες υπάρχουν και αναφορικά με την ύπαρξη πλήρους διασφάλισης της ανωνυμίας των συμμετεχουσών, καθώς στην αφηγηματική έρευνα, οι συμμετέχοντες καλούνται να δώσουν και να μοιραστούν με τον ερευνητή πληροφορίες για τη ζωή τους πολύ ιδιαίτερες και προσωπικές (Hopf, 2004). Ένας ακόμη περιορισμός, έγκειται στο γεγονός ότι ο χώρος διεξαγωγής της συνέντευξης δεν ήταν ελεγχόμενος από την

ερευνήτρια, καθώς πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Οι συμμετέχουσες, δηλαδή, επέλεξαν να διεξαχθεί η συνέντευξη είτε στον προσωπικό τους χώρο, είτε στον χώρο εργασίας τους, με συνέπεια να υπάρχουν σε ορισμένες περιπτώσεις διάφοροι διασπαστικοί παράγοντες (θόρυβος, μικρές διακοπές, έλλειψη σήματος, κούραση) που εμπόδιζαν ως ένα βαθμό την ομαλή διεκπεραίωση της διαδικασίας. Τέλος, επειδή για την πλειοψηφία των συμμετεχουσών (9 από τις 12 γυναίκες), ένα σημαντικό κομμάτι της έρευνας πραγματοποιήθηκε μέσω του διαδικτύου (απάντηση ερωτηματολογίων) και δεν υπήρξε ποτέ επαφή πρόσωπο με πρόσωπο, προκύπτει ένα ζήτημα αναφορικά με την δυσκολία εξακρίβωσης της αληθινής ταυτότητας των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, καθώς είναι εύκολο να αποκρύψει κανείς στοιχεία της ταυτότητάς του μέσω του διαδικτύου (Howitt, 2010).

4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας χωρίζονται σε αυτά που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων του J.Young για τα σχήματα και σε αυτά που προέκυψαν από τις ατομικές συνεντεύξεις. Ειδικότερα, όσον αφορά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση του υλικού των συνεντεύξεων οργανώνονται σε πέντε κεντρικούς θεματικούς άξονες, οι οποίοι θα μπορούσαν να περιγραφούν ως εξής: α). Σχέση οικογενειακού περιβάλλοντος με το φαγητό και την Καταναγκαστική Υπερφαγία, β). Σχέση συνεντευξιαζόμενης με το φαγητό και την Καταναγκαστική Υπερφαγία, γ). Αρχική εμφάνιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, δ). Στάση συνεντευξιαζόμενης απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία και ε). Πληροφορίες σχετικά με την εικόνα εαυτού (βλ. Παράρτημα, Πίνακας 2). Στη συνέχεια, λοιπόν, δίνονται αναλυτικά πρώτον, τα αποτελέσματα από την ανάλυση των ερωτηματολογίων του J.Young για τα σχήματα και δεύτερον, δίνονται για κάθε κεντρικό θεματικό άξονα που προέκυψε από την ανάλυση των συνεντεύξεων, οι κατηγορίες τρίτου και δευτέρου επιπέδου που περιλαμβάνονται σε αυτόν, ενώ σε κάθε κατηγορία δευτέρου επιπέδου καταγράφονται οι αναφορές των συμμετεχόντων για το εκάστοτε ζήτημα και παρατίθενται χαρακτηριστικά αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις. Σημαντικό είναι, πως η διαδικασία της ανάλυσης, κατηγοριοποίησης και κατανομής των δεδομένων σε θεματικούς άξονες στηρίχτηκε αποκλειστικά στο περιεχόμενο των συνεντεύξεων, ενώ δεν ελήφθησαν υπ' όψιν το θεωρητικό πλαίσιο και οι ερωτήσεις που τέθηκαν από την ερευνήτρια. Ωστόσο, οι θεματικοί άξονες που

προέκυψαν παραπέμπουν στις θεματικές του σχεδίου συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε.

4.1. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young.

Η ανάλυση των δεδομένων, που συλλέχθηκαν από το ερωτηματολόγιο του J. Young για τα σχήματα, πραγματοποιήθηκε, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS (IBM SPSS Statistics). Σύμφωνα, με τα αποτελέσματα, που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων, φαίνεται πως τα σχήματα που αναδείχθηκαν από την πλειοψηφία των γυναικών, καθώς ανέφεραν ότι ισχύουν γι' αυτές από αρκετά έως απόλυτα, είναι οχτώ (8).

Πρώτον, το σχήμα της «Αυτοθυσίας», (11 από τις 12 συμμετέχουσες), δεύτερον, το σχήμα «Αυτονόητο Δικαίωμα/Μεγαλείο», (10 από τις 12 συμμετέχουσες), τρίτον, το σχήμα «Αναζήτηση Αποδοκιμασίας/Αναγνώρισης», (9 από τις 12 συμμετέχουσες), τέταρτον, το σχήμα «Κοινωνική Απομόνωση/Αποξένωση», (8 από τις 12 συμμετέχουσες), πέμπτον, το σχήμα «Εγκατάλειψη/Αστάθεια», (8 από τις 12 συμμετέχουσες), έκτον, το σχήμα «Συναισθηματική Στέρηση», (8 από τις 12 συμμετέχουσες), έβδομον, το σχήμα «Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος/Αυτοπειθαρχία», (7 από τις 12 συμμετέχουσες) και τέλος, το σχήμα «Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική», (6 από τις 12 συμμετέχουσες).

Από μικρότερο αριθμό συμμετεχουσών αναδείχθηκαν άλλα πέντε σχήματα, τα οποία ανέφεραν ότι ισχύουν γι' αυτές από αρκετά έως απόλυτα. Πιο συγκεκριμένα, πρώτον, το σχήμα «Τιμωρητικότητα», (5 από τις 12 συμμετέχουσες), δεύτερον, το σχήμα «Μη ανεπτυγμένος εαυτός», (5 από τις 12 συμμετέχουσες), τρίτον, το σχήμα «Αρνητισμός», (5 από τις 12 συμμετέχουσες), τέταρτον, το σχήμα «Αποτυχίας», (4 από τις 12 συμμετέχουσες) και πέμπτον, το σχήμα «Υποτακτικότητα» (4 από τις 12 συμμετέχουσες). Τέλος, πέντε (5) από τα δεκαοκτώ (18) σχήματα δεν αναδείχθηκαν ως σημαντικά από τις συμμετέχουσες, καθώς δεν δήλωσαν ότι ισχύουν γι' αυτές. Τα σχήματα αυτά είναι, το σχήμα «Καχυποψία/Κακοποίηση», «Ελαττωματικότητα/Ντροπή», «Εξάρτηση/Ανικανότητα», «Ευαλωτότητα» και το σχήμα «Συναισθηματική Αναστολή».

4.2. Αποτελέσματα από την ανάλυση συνεντεύξεων.

4.2.1. Σχέση οικογενειακού περιβάλλοντος με το φαγητό και την Καταναγκαστική Υπερφαγία.

Σχέση οικογενειακού περιβάλλοντος με φαγητό

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα (11 από τις 12), ανέφεραν πως η πατρική οικογένειά τους είχε σχέση αγάπης και εξάρτησης με το φαγητό, η οποία πολλές φορές χαρακτηριζόταν από παθολογικά στοιχεία. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως σχεδόν όλες οι συμμετέχουσες μεγάλωσαν σε μία οικογένεια όπου το φαγητό είχε κυρίαρχο ρόλο και ήταν απόλυτα συνδεδεμένο με την ικανοποίηση: *«νομίζω ότι είναι σχέση εξάρτησης με το φαγητό γενικώς.. δηλαδή οποιαδήποτε ικανοποίηση ας πούμε ή οποιαδήποτε έξοδος ή οποιοδήποτε κάλεσμα έχει να κάνει πάντα με το φαγητό», «εντάξει.. είναι σχέση λατρείας νομίζω.. και τελετουργική και διασκεδαστική και για να γιορτάσουμε και όταν λυπόμαστε και όταν είμαστε αγχωμένοι πάντα υπήρχε φαγητό.»*. Επιπλέον, οι περισσότερες συμμετέχουσες ανέφεραν πως στο πατρικό τους σπίτι υπήρχαν ιδιαίτερα ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, καθώς και αφθονία στο φαγητό καθημερινά, ενώ, μάλιστα, σε ορισμένες περιπτώσεις το φαγητό αποτελούσε το μέσο ένδειξης της φροντίδας από τους γονείς προς τα παιδιά: *«υπήρχε έτσι μία παθολογία.. με την έννοια ότι η φροντίδα ερχόταν μέσα από το φαγητό.. πάντα υπήρχαν λιχουδιές.. πάντα ήταν γεμάτα το ψυγείο και τα ντουλάπια, σαν ένδειξη φροντίδας..»*. Τέλος, εννέα από τις δώδεκα συμμετέχουσες είχαν ιστορικό παχυσαρκίας στην πατρική τους οικογένεια, είτε από τους γονείς και τα αδέρφια τους, είτε από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον (θείοι-θείες κλπ). Όσον αφορά την σχέση με το φαγητό, που έχουν τα μέλη των τωρινών οικογενειών των συνεντευξιζόμενων, φαίνεται πως υπάρχει μία πιο υγιής σχέση, χωρίς έντονες παθολογικές ενδείξεις, παρόλο που το φαγητό εξακολουθεί να έχει πολύ σημαντική θέση μέσα στην οικογένεια και αρκετά από τα παιδιά των συνεντευξιζόμενων είχαν, τουλάχιστον σε κάποια φάση της ζωής τους, παραπάνω κιλά.

Στάση οικογενειακού περιβάλλοντος απέναντι στο πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις φαίνεται πως το οικογενειακό περιβάλλον επιδείκνυε μία αρνητική στάση και αντιμετώπιση απέναντι στο πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότερες συμμετέχουσες, που άρχισαν να εκδηλώνουν την Καταναγκαστική Υπερφαγία από μικρή ηλικία, δέχτηκαν αρχικά αδιαφορία από το οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς δεν αντιλαμβάνονταν πιθανότατα την σημασία του προβλήματος: *«Τίποτα.. περνούσε απαρατήρητο τελείως.. δεν το δίνανε σημασία κανένας τους.. ούτε και εγώ η ίδια..»*, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις ενίσχυαν την εμφάνισή του, συνεχίζοντας να προσφέρουν μεγάλες ποσότητες φαγητού και ανθυγιεινές τροφές στις συμμετέχουσες: *««σου παίρνει ακόμα και τώρα στα 71-72 το πιάτο για να γεμίσει και άλλο.. και εγώ έτσι μεγάλωσα.. επίσης μας έδινε πάρα πολύ ζάχαρη να φάμε.. δηλαδή μας γέμιζε κάτι κρασοπότρηρα με ζάχαρη και μας τα έδινε κάθε απόγευμα ως λιχουδιά..»*, *«πάντα υπήρχε η πίεση στο να φας... φα' το.. για εσένα μαγειρέψα.. θα το φας.. τζάμπα το μαγειρέψα.? Τζάμπα παιδεύομαι.? Φάε... και εγώ μπορεί να έτρωγα μετά και κάτι άλλο επειδή μου άρεζε..»*. Ωστόσο, ορισμένες άλλες συνεντευξιαζόμενες, όταν ήταν παιδιά, δέχτηκαν πίεση στο να αδυνατίσουν και να μην τρώνε, η οποία πίεση όμως διακατεχόταν αρκετές φορές από αρνητικούς χαρακτηρισμούς και σχόλια: *«θυμάμαι πάντα την μαμά μου να μου κάνει νοήματα... μην τρως σοκολατάκια, ας πούμε..»*, *«Ε ως μικρό παιδί δεχόμουν χαρακτηρισμούς.. η μπουτού, να κάνεις δίαιτα, να μην τρως.. να τα κρύβουμε.. αλλά είχα χαρακτηρισμούς.. μπουτού, χοντρούλα και τέτοια..»*. Τέλος, τρεις από συμμετέχουσες παραπέμφθηκαν από τους γονείς τους να πάνε σε διαιτολόγο όταν ήταν στην εφηβεία, προκειμένου να καταφέρουν να αδυνατίσουν. Η στάση του πατρικού οικογενειακού περιβάλλοντος φαίνεται στις περισσότερες περιπτώσεις να παρέμεινε η ίδια και από την ενηλικίωση των συμμετεχουσών και έπειτα, καθώς η πλειοψηφία (11 από τις 12 συμμετέχουσες) αναφέρει πως το οικογενειακό τους περιβάλλον δεν έδειξε ουσιαστικό ενδιαφέρον για το πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας και είχε επικριτική στάση απέναντί τους: *«Δεν νομίζω ότι ενδιαφέρθηκε κανείς.. αδιαφορία υπήρχε..»*, *«το αντιμετώπισαν... Ε με αδιαφορία και με επίκριση..»*, *«Ε πάρα πολύ αρνητικά.. εννοείται πάρα πολύ αρνητικά.. με λόγια αρνητικά... λέγοντας να μην τρώω.. περισσότερο με άσχημο φρασεολόγιο ας πούμε..»*, *«..από πάντα οι γονείς μου με κατακρίνανε, αλλά έβλεπα και τους ίδιους που ήτανε.. δηλαδή δάσκαλε που δίδασκες.. δεν μιλούσανε.. μόνο κάτι θείες μου λέγανε έγινες τεράστια.. μην τρως άλλο κορίτσι μου και τέτοια»*, *«Δεν το καταλάβαινε το περιβάλλον μου γιατί το ζούσε.. νόμιζε ότι απλά τρώω λίγο παραπάνω.. δεν το έβλεπε σαν υπερφαγία.. ακόμα και τώρα αν ρωτήσουμε την μαμά μου δεν θα*

καταλάβει τι λέω.. δεν έχεις κανένα πρόβλημα θα σου πει.. απλά κόψε να τρως.. χοντρή.. δεν το παίρνει σοβαρά..». Επιπλέον, ορισμένες συμμετέχουσες (4), μετά την ενηλικίωση άρχισαν να δέχονται προτροπή από την πατρική τους οικογένεια στο να αδυνατίσουν, από τις οποίες, όμως, μόνο η μία ανέφερε πως η στάση της πατρικής της οικογένειας ήταν υποστηρικτική και χωρίς επικριτικά σχόλια και άσχημους χαρακτηρισμούς, ενώ άλλη μία συμμετέχουσα ανέφερε πως η πατρική της οικογένεια την βοήθησε οικονομικά για να αδυνατίσει. Όσον αφορά την τωρινή οικογένεια των συμμετεχουσών, φαίνεται πως ορισμένες δέχτηκαν μεγαλύτερη υποστήριξη και ενδιαφέρον απ' ότι είχαν δεχτεί από την πατρική τους οικογένεια, ενώ άλλες συνέχισαν να δέχονται αρνητική αντιμετώπιση από τον σύζυγο και τα παιδιά τους: «στον γιο μου δεν αρέσω καθόλου πια.. το λέει με 1000 τρόπους.. νομίζω εκφράζει την αγωνία του βεβαίως.. γιατί μου λέει πάντα βρε μαμά εσύ ήσουν πολύ όμορφη γυναίκα.. γιατί αφέθηκες έτσι.. γιατί έγινες έτσι.. μαμά θα σου πω κάτι πολύ πικρό που δεν θα τολμήσει να στο πει κάποιος άλλος.. φωνάζεις πρόβλημα από μακριά.. τι θα κάνεις γι' αυτό.?», «μέχρι και τα παιδιά μου, μου την λένε.. από την μία ο μικρούλης μου, που είναι 8 χρονών με φωνάζει χοντρή και μου λέει.. πάλι τρως, θα παχύνεις και άλλο και από την άλλη και ο μεγάλος μου με επικρίνει... ρε μαμά πάλι.? Ρε μαμά πάλι πήρες αυτά.? Γιατί τα πήρες.?», «Ο πρώην σύζυγος ήταν αρκετά υποστηρικτικός.. δεν πειράζει μου έλεγε.. τα παιδιά σου τα έχεις κάνει... τον άντρα σου τον έχεις.. δεν πειράζει.. και όταν με χώριζε μου έλεγε πως άφησες τον εαυτό σου και έγινε έτσι... είσαι 200 κιλά σκατά, είσαι έτσι και είσαι αλλιώς». Ακόμη, τέσσερις από τις συμμετέχουσες άρχισαν να δέχονται μεγαλύτερη υποστήριξη από την πατρική και τωρινή τους οικογένεια απέναντι στο θέμα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας στην πορεία, είτε λόγω της επίτευξής τους να χάσουν κιλά, είτε λόγω άλλων παραγόντων, όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου και εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών (κατάθλιψη, κρίσεις πανικού): «Ε ναι απλά τα τελευταία χρόνια είναι λίγο πιο χαλαροί και αυτοί.. ίσως λόγω της κατάθλιψης.. φοβούνται μήπως ξανά κυλήσω.. δεν ξέρω...», «Κοίταξε τώρα που έχω χάσει 75 κιλά, το αντιμετωπίζουν με πάρα πολλή χαρά γιατί τα κατάφερα.. τώρα όμως.. τον τελευταίο 1,5 χρόνο...». Αρκετές από τις συμμετέχουσες (6), ωστόσο, δεν επιτρέπουν στο παρόν στο οικογενειακό τους περιβάλλον να παρεμβαίνει και να ασχολείται με το θέμα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, καθώς θεωρούν ότι είναι δικό τους προσωπικό θέμα και δεν αφορά τους άλλους.

4.2.2. Σχέση συνεντευξιζόμενης με το φαγητό & την Καταναγκαστική Υπερφαγία.

Σχέση συνεντευξιζόμενης με φαγητό.

Η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα (8 από τις 12 γυναίκες), δήλωσαν πως όταν ήταν παιδιά είχαν ιδιαίτερα στενή σχέση με το φαγητό και κατανάλωναν πολύ μεγάλες ποσότητες φαγητού, ενώ βασικό ρόλο στην διατροφή τους είχαν και τα γλυκά: *«δηλαδή από παιδί είχα το θέμα της αυξημένης κατανάλωσης τροφής..»*, *«..δηλαδή εγώ από μικρό κορίτσι πάντα έτρωγα ως μεγάλος άνθρωπος...»*, *«...ε με τόση ζάχαρη που έτρωγα.. επίσης λιχουδιά τα χρόνια εκείνα ήταν ψωμάκι με βούτυρο και ζάχαρη από πάνω...»*. Οι υπόλοιπες τρεις συμμετέχουσες δήλωσαν πως είχαν φυσιολογική σχέση με το φαγητό ως παιδιά, ενώ η μία δεν θυμάται την σχέση της με το φαγητό στην παιδική της ηλικία. Επιπλέον, ορισμένες από τις συνεντευξιζόμενες ανέφεραν πως όταν ήταν παιδιά χρησιμοποιούσαν το φαγητό ως μέσο για να κατευνάζουν τα έντονα συναισθήματά τους: *«Ε η δικιά μου σχέση με το φαγητό ήταν από πολύ μικρή το κομμάτι που μου κατεύναζε τα συναισθήματα που μικρή δεν καταλάβαινα τι ήταν αυτά... μικρή δεν καταλάβαινα αυτό το πολύ που είχα μέσα μου.. τα έντονα συναισθήματα.. και έτσι με ικανοποιούσε και με χάιδευε το φαγητό...»*, *«έτρωγα για να μην μιλάω, έτρωγα για να μην στεναχωριέμαι, έτρωγα για όλα αυτά...»*, ενώ, μάλιστα, τρεις από αυτές συνήθιζαν να τρώνε κρυφά, προκειμένου να μην τις μαλώσουν οι γονείς τους: *«παλιά σαν παιδί ήθελα να κρυφτώ για να φάω περισσότερο.. ήθελα μόνο να μην με δουν.. για να μην με μαλώσουν και για να μην με σταματήσει κάποιος.. για να μην σταματήσει το πάθος μου..»*, *«...πολλές φορές σαν παιδί έτρωγα κρυφά.. γιατί πάντα κάποιος μου έλεγε ξέρεις πρέπει να κάνεις δίαιτα, πρέπει να χάσεις κιλά..»*. Σημαντικό είναι ακόμη, πως οι έξι από τις 12 συμμετέχουσες είχαν αρκετά παραπάνω κιλά ήδη από την παιδική και εφηβική ηλικία, ενώ ορισμένες χαρακτήριζαν τον εαυτό τους και ως υπέρβαρα παιδιά.

Παρόλο που ορισμένες συμμετέχουσες είχαν φυσιολογική σχέση με το φαγητό ως παιδιά, από την ενηλικίωση και έπειτα όλες οι συμμετέχουσες ανέφεραν πως ανέπτυξαν προβληματική σχέση με το φαγητό, την οποία θα περιέγραφαν στην πλειοψηφία τους, ως καταστροφική και εξαρτητική, ενώ περιγράφηκε και ως σχέση έρωτα, αγάπης και μίσους: *«νομίζω ότι είναι σχέση εξάρτησης με το φαγητό γενικώς..»*

δηλαδή οποιαδήποτε ικανοποίηση ή οποιαδήποτε έξοδος ή οποιοδήποτε κάλεσμα έχει να κάνει πάντα με το φαγητό..». Επιπλέον, πολλές από τις συμμετέχουσες δήλωσαν πως το φαγητό αποτελεί γι' αυτές την διέξοδο και το στήριγμά τους στις δύσκολες καταστάσεις, ενώ για κάποιες άλλες αποτελεί και το μέσο επιβράβευσης για τον εαυτό τους: «...είναι η λύση διαφυγής.. στα πάντα.. είτε σε χαρά, είτε σε λύπη...», «...εκείνη την στιγμή δεν είσαι καλά.. έχεις κάτι που βαραίνει την ψυχή σου και θέλεις να το καλύψεις με κάτι πολύ θετικό... θέλεις να περάσεις καλά εκείνη την στιγμή και εμένα το φαγητό με κάνει και περνάω καλά.. εμένα κάτι άλλο δεν με κάνει να περνάω καλά..», «...όσο πιο στρεσαρισμένη είμαι τόσο περισσότερο τρώω.. δηλαδή πάντα η διέξοδος του μυαλού μου είναι στο τι θα μαγειρέψουμε, τι θα παραγγείλουμε, τι θα φάμε.. πάντα όμως η διέξοδος είναι εκεί.. δεν είναι σε κάτι άλλο πιο.. πιο όμορφο ας πούμε..», «πολλές φορές το έπαιρνα το φαγητό σαν επιβράβευση.. ότι σήμερα κουράστηκα πάρα πολύ στην δουλειά.. έχω βγάλει κάποια χρήματα.. μμμ.. τι θα φάμε.? Δηλαδή όχι ρε παιδί μου να πάμε ένα θέατρο, ένα κινηματογράφο, μία βόλτα, ένα ταξίδι.. όχι.. εκεί.. η επιβράβευσή μου ήταν αυτό..». Σημαντικό είναι τέλος, πως για τις περισσότερες συμμετέχουσες η σχέση τους με το φαγητό δεν ήταν πάντα η ίδια, καθώς τουλάχιστον οι μισές από αυτές είχαν σκαμπανεβάσματα στα κιλά τους και στην συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων, περνώντας περιόδους όπου υπήρχε έξαρση των υπερφαγικών επεισοδίων, αλλά και περιόδους όπου τα υπερφαγικά επεισόδια περιοριζόνταν και κατάφερναν να μειώσουν έως ένα βαθμό το σωματικό τους βάρος. Μάλιστα, δύο από τις συμμετέχουσες ανέφεραν πως κατά την διάρκεια μίας περιόδου στην ζωή τους βρίσκονταν σε κατάσταση ανορεξίας. Στο παρόν, ωστόσο, μόνο δύο από τις δώδεκα συμμετέχουσες ανέφεραν πως έχουν καταφέρει να έχουν μία καλή πορεία αναφορικά με την μείωση των υπερφαγικών επεισοδίων και τον περιορισμό του σωματικού τους βάρους.

Συναισθήματα πριν, μετά και κατά την διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων.

Όλες οι συμμετέχουσες στην έρευνα είχαν παρατηρήσει τα συναισθήματά τους πριν τα επεισόδια της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, κατά την διάρκεια και μετά. Πιο συγκεκριμένα, σχεδόν όλες οι συμμετέχουσες (οι 11 από τις 12) ανέφεραν πως πριν τα υπερφαγικά επεισόδια διακατέχονται από κάποιο αρνητικό συναίσθημα, συμπεριλαμβανομένων του άγχους, της θλίψης, της στεναχώριας για κάτι που έγινε, της έντονης πλήξης, του θυμού, της οργής, της απογοήτευσης, της πίεσης, της αγωνίας και της μοναξιάς. Επιπλέον, αναφέρθηκε η ύπαρξη αισθημάτων ανικανοποίητου, κενού, αβοηθησίας και εσωτερικής και εξωτερικής ακαταστασίας: «υπάρχει και μία

ακαταστασία εσωτερική και εξωτερική.. και προστρέχω στο φαγητό..», «Το πριν είναι λίγο πιο θολό.. τι εννοώ.. έχω ένα αίσθημα ανικανοποίητου στο πριν..», ενώ τρεις συμμετέχουσες δήλωσαν πως συνήθως πριν τα υπερφαγικά επεισόδια διακατέχονται από συναισθήματα, που δεν μπορούν να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν: «Ε μάλλον είναι κάποια συναισθήματα.. που δεν μπορώ να τα αντιμετωπίσω και προσπαθώ να τα καλύψω ας πούμε.. απογοήτευση.. φόβος.. δεν μπορώ να πετύχω κάποια πράγματα.. δεν μπορώ να έχω κάποια πράγματα.. και υπάρχει και μία ακαταστασία εσωτερική και εξωτερική.. και προστρέχω στο φαγητό..», «όταν είναι μαύρες μπάλες αδιευκρίνιστων συναισθημάτων, τότε τα πράγματα είναι εκτός ελέγχου..», «για να κάνω υπερφαγία πριν είναι συνήθως ότι κάτι μου λείπει.. κάτι δεν πάει καλά και γι' αυτό θέλω να φάω.. και δεν ξέρω τι είναι αυτό το κάτι.. είναι απροσδιόριστο.. γι' αυτό λέω ότι είναι θολό.. όταν ξέρω τι μου συμβαίνει.. είτε είμαι στεναχωρημένη, θλιμμένη κλπ.. δεν θα φάω.. δεν θα κάνω υπερφαγία.. θα κάνω όταν υπάρχει αυτό το απροσδιόριστο κάτι.. ένα κενό..». Τέλος, ορισμένες συμμετέχουσες (3) ανέφεραν πως πέρα από τα αρνητικά συναισθήματα, πριν τα υπερφαγικά επεισόδια αισθάνονται συχνά και μία ακατανίκητη δύναμη να καταναλώσουν φαγητό και διακατέχονται από ένα αίσθημα ανυπομονησίας και προσδοκίας: «πριν προσδοκία... ίσως.. ότι προσδοκώ ότι από αυτό που θα καταναλώσω θα γουστάρω, θα με ηρεμήσει.. θα μου κάνει καλό.. θα με ικανοποιήσει..», «Πριν την υπερφαγία συνήθως είναι μία ακατανίκητη δύναμη να καταβροχθίσω πράγματα, σαν να είμαι εκτός ελέγχου..».

Όσον αφορά τα συναισθήματα από τα οποία διακατέχονται οι συμμετέχουσες κατά την διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων, φαίνεται πως η πλειοψηφία των γυναικών (7 από τις 12) ανέφεραν πως δεν αισθάνονται κάποιο συναίσθημα και διακατέχονται συνήθως από μία έλλειψη συνειδητότητας, καθώς νιώθουν ότι δεν έχουν τον έλεγχο της κατάστασης και μπορεί να μην έχουν επαφή με τον εαυτό τους: «κατά την διάρκεια δεν έχω συναισθήματα γιατί είναι τόσο... κάνοντας ένα υπερφαγικό επεισόδιο εκείνη την στιγμή εγώ προσωπικά δεν μπορώ να πω ότι έχω συναισθήματα.. είμαι σε μία απάθεια..», «Νομίζω ότι όταν τρώω.. όταν πέφτω με τα μούτρα στο φαγητό δεν σκέφτομαι τίποτα.. ούτε νιώθω τίποτα.. το μόνο που με νοιάζει είναι να τρώω.. δεν υπάρχουν συναισθήματα την στιγμή που τρώς..», «εε.. στην διάρκεια όσες φορές έχω επαφή με τον εαυτό μου νιώθω ότι αυτό το πράγμα δεν μπορώ να το ελέγξω.. είναι μία υπερβολική ταχύτητα, που έχει ήδη αναπτυχθεί και δεν μπορώ να το μαζέψω..», «Κατά την διάρκεια τίποτα.. τρώω και λέω «φάε ζώο, φάε να δούμε τι θα γίνει».. αλλά εγώ συνεχίζω και τρώω εκείνη την ώρα.. με λέω ζώο όμως.. δεν σταματάω.. εγώ συνεχίζω

και τρώω.. δηλαδή ακόμα και την ώρα που διαπιστώνω ότι δεν πρέπει να φάω.. δεν σταματάω..». Επιπλέον, ορισμένες συμμετέχουσες ανέφεραν πως αισθάνονται ενοχές κατά την διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων και σκέφτονται ότι πρέπει να σταματήσουν να τρώνε, ενώ παράλληλα μπορεί να γίνουν και επικριτικές με τον εαυτό τους: «ενοχές φουλ.. καλά ρε βουβάλα γιατί το τρώς αυτό τώρα..», «οι ενοχές συνήθως εμφανίζονται την ώρα που τρώω.. και δεν με ακολουθούν για πάρα πολλή ώρα μετά..». Τέλος, οι τρεις από τις δώδεκα συμμετέχουσες δήλωσαν πως κατά την διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων διακατέχονται από αίσθημα ικανοποίησης και νιώθουν να ηρεμούν, καθώς καταλαγιάζουν τα αρνητικά συναισθήματα που βίωναν πριν την εκδήλωση των υπερφαγικών επεισοδίων: «κατά την διάρκεια υπάρχει μία στιγμιαία ικανοποίηση, χαρά.. γιατί ικανοποιώ αυτό το κάτι που υπάρχει από κάτω.. αυτό το συναίσθημα το ακάλυπτο, που δεν ξέρω τι είναι..», «Την ώρα που τρώω και αρχίζω και ικανοποιούμαι και είμαι οκ.. είμαι πάρα πολύ καλά..».

Μετά τα επεισόδια υπερφαγίας όλες οι συμμετέχουσες ανέφεραν πως διακατέχονται από αρνητικά και δυσάρεστα αισθήματα, με την συντριπτική πλειοψηφία να αισθάνεται ενοχές και τύψεις (οι 10 από τις 12 γυναίκες), ενώ αρκετές από αυτές ανέφεραν πως διακατέχονται και από αισθήματα απογοήτευσης, ανημποριάς, θλίψης και θυμού κυρίως προς τον εαυτό, ο οποίος μπορεί να εκδηλώνεται και με αρνητικά σχόλια προς τον εαυτό και μία τάση αυτοτιμωρίας: «μετά νιώθω απογοήτευση, θλίψη, πόνο.. έλλειψη αυτοεκτίμησης γιατί δεν τα έχω καταφέρει άλλη μία φορά..», «αμέσως μετά το φαγητό.. δεν εκτιμώ τον εαυτό μου.. νιώθω άσχημα.. νιώθω ενοχές..», «στο τέλος νιώθω αδυναμία.. νιώθω ανήμπορη, νιώθω ότι δεν αξίζω.. νιώθω θυμό με τον εαυτό μου.. νιώθω να θέλω να με δείρω..», «μετά μπαίνουν οι τύψεις ότι πάλι έφαγες μωρή.. κάτι θα μπει εκεί.. κάποιο επίθετο.. μουλάρα ξέρω γω και τα λοιπά..», «μετά τα επεισόδια ξεκινάω να τσατίζομαι.. τα βάζω με τον εαυτό μου.. δεν είσαι ικανή ξέρω γω για τίποτα και τα λοιπά και τα λοιπά..», «ε μετά το υπερφαγικό κατά το 95% τύψεις και τιμωρία..». Τέλος, τρεις από τις συμμετέχουσες ανέφεραν πως συχνά αισθάνονται παράλληλα ικανοποίηση και ανακούφιση από την προηγούμενη πίεση και τα αρνητικά συναισθήματα που ένιωθαν, αν και τα αισθήματα αυτά είναι παροδικά: «στο τέλος.. ξεκινάει με μία ικανοποίηση.. η οποία βέβαια χάνεται πολύ γρήγορα..», «μετά εγώ θεωρώ ότι χαλαρώνω.. ή τουλάχιστον μπορεί να είναι ψευδαίσθηση αλλά έτσι νιώθω.. ότι είμαι καλύτερα... υπάρχει μείωση του αρνητικού συναισθήματος.. ελαφριά μείωση.».

4.2.3. Αρχική εμφάνιση Καταναγκαστικής Υπερφαγίας.

Εμφάνιση υπερφαγικών επεισοδίων.

Η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα (8 από τις 12 γυναίκες), δήλωσαν πως ξεκίνησαν να εκδηλώνουν υπερφαγικά επεισόδια από μικρή ηλικία, με τις πέντε από αυτές να αναφέρουν πως τα υπερφαγικά επεισόδια ξεκίνησαν από τότε που θυμούνται τον εαυτό τους ως παιδιά, ενώ οι υπόλοιπες τρεις δήλωσαν πως εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στην αρχή ή κατά την διάρκεια της εφηβείας: *«Από τότε που θυμάμαι τον εαυτό μου.. από μικρούλι δηλαδή που ήμουνα..»*, *«Ε νομίζω μπαίνοντας στην εφηβεία.. 11,5-12 χρονών που αδιαθέτησα..»*. Επιπλέον, σημαντικό είναι πως τέσσερις από τις παραπάνω συμμετέχουσες δήλωσαν πως τα υπερφαγικά τους επεισόδια αυξήθηκαν περισσότερο μετά την εφηβεία: *«Ιδιαίτερα και ξεκάθαρα από τα 22.. αλλά σε μία πιο ήπια μορφή θα μπορούσα να πω ότι ήταν και σε όλη μου την ζωή.. η καθαρή υπερφαγία όμως είναι από τα 22.. το να τρώω όμως συναισθηματικά είναι όλη μου την ζωή.. απλά δεν κατανάλωνα υπερβολικές ποσότητες.. η υπερβολική ποσότητα ήρθε από τα 22..»*. Οι υπόλοιπες τέσσερις από τις δώδεκα συμμετέχουσες δήλωσαν πως τα υπερφαγικά επεισόδια ξεκίνησαν να εκδηλώνονται για πρώτη φορά στην αρχή της ενηλικίωσης και συγκεκριμένα από 18 έως 25 ετών.

Όσον αφορά, τώρα, τα γεγονότα και τις καταστάσεις, που φαίνεται να οδήγησαν στην εκδήλωση των υπερφαγικών επεισοδίων, η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα (9 από τις 12 γυναίκες), δήλωσαν πως εμφάνισαν για πρώτη φορά υπερφαγικά επεισόδια σε περιόδους της ζωής τους, όπου βίωναν έντονη συναισθηματική πίεση και υπήρχαν σημαντικές αλλαγές: *«Η υπερφαγία στην ζωή μου αρχίζει από τα πρώτα προβλήματα στον γάμο.. γύρω στα 25 μου δηλαδή..»*, *«Εε.. όταν ήμουν 14 χρονών, που υποχρεώθηκα να πάω για 1 χρόνο να φυλάω μία γιαγιά 75χρονή...άφησα την μαμά μου και υποχρεώθηκα να πάω εκεί σε ένα χωράφι 4 στρέμματα για να προσέχω μία γιαγιά που πάθαινε εγκεφαλικά κλπ κλπ... και μέσα σε 1 χρόνο έβαλα 15 κιλά.. εκεί ήταν τα πρώτα υπερφαγικά επεισόδια...»*, *«Ε άρχισα να παίρνω βάρος.. όταν μετακομίσαμε από την Αθήνα που μέναμε για να έρθουμε εδώ στο χωριό.. ανέλαβαν οι γονείς μου μία επιχείρηση στην οποία βοηθούσαμε και εμείς.. ε γενικά ήταν μεγάλη ανατροπή.. σταμάτησα να κάνω πράγματα που μου άρεζαν.. αρνιόμουν να τα συνεχίσω εδώ γιατί δεν ήθελα.. ε ήταν μεγάλη αλλαγή..»*, *«..πρώτη φορά που πάχυνα.. ήταν μετά από μία έκτρωση που έκανα στα νιάτα μου.. και τότε πάχυνα*

αρκετά.. ήταν η πρώτη μου επαφή.. με το πολύ βάρος θα έλεγα..». Οι συμμετέχουσες, συνέχισαν να εμφανίζουν υπερφαγικά επεισόδια καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του, σε περιόδους όπου βίωναν δύσκολες καταστάσεις και ένιωθαν πίεση: «...όταν άρχισαν τα οικονομικά προβλήματα, η απόλυση από την δουλειά και όλα αυτά υπήρχε θέμα με άγχος και εγώ πάντα ξέσπαγα στο φαγητό..», «ήταν τα οικονομικά προβλήματα βαριά.. πολύ βαριά... και εκεί ήταν που εκδηλώθηκε πολύ βαριά και η υπερφαγία..», ενώ κάποιες από αυτές ανέφεραν και ορισμένα άλλα γεγονότα και καταστάσεις που τους οδηγούν στην εμφάνιση των υπερφαγικών επεισοδίων. Αναλυτικότερα, έξι συμμετέχουσες δήλωσαν πως εκδηλώνουν υπερφαγικά επεισόδια στις περιπτώσεις, όπου διακατέχονται από αρνητικά συναισθήματα: «..κάθε φορά που θέλω να κλάψω τρώω..», «όταν είμαι αγχωμένη, ή εκνευρισμένη ή στεναχωρημένη τρώω.. δεν τρώω επειδή πεινάω.. τρώω ασυναίσθητα..», «Αισθανόμουν αβοήθητη.. απροστάτευτη.. αισθανόμουν ότι δεν έπαιρνα αγάπη.. αισθανόμουν ότι είχα πόλεμο.. και όχι ασφάλεια και αγάπη και επικοινωνία..», ενώ τρεις συμμετέχουσες επισήμαναν πως εκδηλώνουν υπερφαγικά επεισόδια στις περιπτώσεις όπου δέχονται απόρριψη, αρνητικό σχολιασμό και μη αποδοχή από τους άλλους: «ένας ας πούμε που δεν με αγαπάει.. γιατί να μην με αγαπάει, θα φάω γιατί δεν με αγαπάει.. γιατί ας πούμε ο τάδε δεν μου φέρεται καλά.. γιατί δεν με αποδέχεται, γιατί δεν με θαυμάζει.. γιατί με μειώνει..», «Επηρεάζομαι από τα σχόλια.. με επηρεάζουν ψυχολογικά τα αρνητικά σχόλια του οικείου περιβάλλοντος.. και οδηγούμαι σε υπερφαγικά επεισόδια..», «όταν άρχισα να ανακαλύπτω το κομμάτι με τους άντρες.. αρέσω, δεν αρέσω.. τι σώμα έχω.. πως με κοιτάνε, δεν με κοιτάνε.. δεν μπορώ να φορέσω αυτό ή αυτό.. ήταν όλο αυτό πολύ αγχωτικό και τραυματικό για εμένα.. στρεφόμουν, δηλαδή στο φαγητό για παρηγοριά..». Τέλος, τέσσερις από τις δώδεκα συμμετέχουσες δήλωσαν πως κάθε φορά που στρεσάρονται και νιώθουν άγχος οδηγούνται σε υπερφαγικά επεισόδια.

Σημαντικό είναι, ακόμα, πως σχεδόν για όλες τις συμμετέχουσες στην έρευνα (11 από τις 12 γυναίκες), υπήρξαν στην ζωή τους γεγονότα και καταστάσεις, που οδήγησαν στο να ενταθεί η εμφάνιση των υπερφαγικών επεισοδίων. Πιο αναλυτικά, και για τις έντεκα από τις δώδεκα συμμετέχουσες τα υπερφαγικά επεισόδια εντάθηκαν όταν εμφανίστηκαν στην ζωή τους προβλήματα και δυσάρεστες καταστάσεις και συνέβησαν γεγονότα, τα οποία τις στρέσαραν και τις επηρέασαν ψυχολογικά, προκαλώντας τους πίεση και στεναχώρια (π.χ. διαζύγιο, σεξουαλική κακοποίηση, οικονομικές δυσκολίες, οικογενειακά προβλήματα), ενώ μάλιστα πέντε από τις

συμμετέχουσες δήλωσαν πως το πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας έγινε πιο έντονο γι' αυτές μετά τον θάνατο ενός αγαπημένου τους προσώπου: *«η αρρώστια και ο θάνατος των δικών μου προσώπων, της μητέρας μου και του αδερφού μου συγκεκριμένα.. με έβγαλαν εκτός ελέγχου και άρχισα να παίρνω βάρος.. παίρνω, παίρνω βάρος.. δεν μπόρεσα να το ελέγξω..»*, *«συμβαίνει μετά ένα γεγονός τραυματικό... όπου παίρνω για πρώτη φορά στην ζωή μου πολλά κιλά.. έχασα τον μπαμπά μου..»*. Βέβαια, για την πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα (10 από 12 γυναίκες), υπήρχαν και περίοδοι στην ζωή τους όπου τα υπερφαγικά επεισόδια είχαν ελαττωθεί και είχαν καταφέρει να μειώσουν το σωματικό τους βάρος. Πιο συγκεκριμένα, ορισμένες από τις συμμετέχουσες δήλωσαν πως κατάφεραν να περιορίσουν τα υπερφαγικά επεισόδια, όταν βίωναν μία καλή περίοδο στην ζωή τους και είχαν ξεφύγει από τις καταστάσεις που τις επηρέαζαν αρνητικά συναισθηματικά: *«..όταν άρχισαν να εμφανίζονται οι δυσλειτουργίες στις σχέσεις, γύρω στα 25 μου και δεν μπορούσα να τις διαχειριστώ, άρχισα να παίρνω βάρος.. ώσπου κάποια στιγμή που χώρισα στα 35 μου άρχισα πάλι να το ελέγγω.. έφτιαξε το βάρος μου για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα από την ώρα που χώρισα και προσπάθησα τότε να συνεχίσω την ζωή μου..»*, *«ένα διάστημα που ήταν όλα οκ στην ζωή μου είχα φτάσει σε 1 πολύ καλό σημείο, αλλά μετά άρχισα πάλι να παίρνω βάρος..»*. Επιπλέον, δύο συμμετέχουσες ανέφεραν πως κατάφεραν να περιορίσουν την συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων φεύγοντας από το πατρικό τους σπίτι, ενώ άλλες δύο δήλωσαν πως τα υπερφαγικά επεισόδια μειώθηκαν από τότε που άρχισαν να δείχνουν περισσότερη αποδοχή στον εαυτό τους και τους άλλους: *«..τόρα πια αποδέχομαι ότι ο καθένας είναι όπως είναι και προχωράω.. δεν θα φάω για να το καλύψω αυτό το συναίσθημα...»*. Τέλος, μία συμμετέχουσα δήλωσε πως κατάφερε να περιορίσει τα υπερφαγικά επεισόδια με το να είναι πιο δομημένη και να έχει πρόγραμμα στην καθημερινότητά της και μία άλλη συμμετέχουσα δήλωσε πως το γεγονός ότι σταμάτησε να είναι τόσο αναβλητική συνέβαλε στο να μειωθεί η συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων.

Όσον αφορά τώρα τους παράγοντες στους οποίους αποδίδουν οι ίδιες οι συμμετέχουσες την εμφάνιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, φαίνεται πως υπάρχει μία ποικιλία παραγόντων, με την πλειοψηφία των γυναικών (8 από τις 12 γυναίκες) να την αποδίδουν σε ψυχολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες: *«E.. ναι κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες..»*, *«Θεωρώ ότι είναι καθαρά ψυχολογικό σε μένα.. καθαρά ψυχολογικό.. εγκεφαλική κατάσταση..»*, *«...είναι σίγουρα και*

ψυχολογική διαταραχή.. γιατί ενώ τα έχασα τα κιλά σε κάποια φάση.. μέσα σε ένα εξάμηνο τα ξανά πήρα, γιατί ξεκίνησα να τρώω ψυχαναγκαστικά.. λόγω της δύσκολης συναισθηματικής κατάστασης που ήμουν...». Μάλιστα, τρεις από τις παραπάνω συμμετέχουσες θα απέδιδαν την εμφάνιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας στο γεγονός ότι δεν μπορούν να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους και στην ένταση αυτών: «Ε είναι συναισθηματικοί λόγοι.. δεν μπορώ να διαχειριστώ μάλλον τα συναισθήματά μου και τα τρώω..», «...για εμένα δηλαδή δεν είναι μόνο αυτό που λένε, α έχω άγχος, α έχω στεναχώρια και τρώω.. έχω την αίσθηση και για εμένα προσωπικά έχω συνειδητοποιήσει ότι η ένταση των συναισθημάτων είναι αυτό που με οδηγεί στο φαγητό.. είτε είναι θετικά είτε είναι αρνητικά τα συναισθήματα..». Ορισμένοι άλλοι παράγοντες στους οποίους θα απέδιδαν την εμφάνιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας οι συμμετέχουσες αφορούν πρώτον, τις δύσκολες συναισθηματικά καταστάσεις που βίωναν στην παιδική και εφηβική ηλικία: «..υπήρξε σεξουαλική κακοποίηση και βιασμός, οπότε αυτό το κουβάλαγα έτσι και αλλιώς.. εννοώ σε παιδική ηλικία.. το οποίο να με έκανε και τρώω..», «Ε πιστεύω ότι η υπερφαγία οφείλεται στο γεγονός ότι δεν πήρα αγάπη και φροντίδα από την οικογένεια στα παιδικά μου χρόνια.. ένιωσα τρομερό φόβο, εγκατάλειψη.. ε χωρίς βοήθεια, χωρίς προσανατολισμό με πολλές ευθύνες.. υπήρξα δηλαδή γονεϊκό παιδί..», δεύτερον, στις διατροφικές συνθήκες με τις οποίες μεγάλωσαν και στην κληρονομικότητα: «θεωρώ ότι πρώτον είναι η κληρονομικότητα.. θεωρώ ότι δεύτερον είναι το πώς μεγάλωσα.. δηλαδή ότι στο σπίτι μου υπήρχε άφθονο φαγητό και τρώγαμε όλοι πάρα πολύ... οπότε ήταν σαν να μας ωθούνε προς το φαγητό...», τρίτον, σε εγκεφαλικούς και οργανικούς παράγοντες: «έχω κατανοήσει ότι το ίδιο μου το μυαλό μου με οδηγεί σε αυτό (στο φαγητό) λανθασμένα...», ενώ μεμονωμένα αναφέρθηκαν παράγοντες όπως το στρες, η απώλεια σημαντικού προσώπου, η έλλειψη θρεπτικών συστατικών από την διατροφή, οι ορμόνες της εφηβείας, η τάση προς τις εξαρτήσεις και η έλλειψη σωματικής άσκησης.

4.2.4. Στάση συνεντευξιαζόμενης απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία.

Συναισθήματα και σκέψεις της συνεντευξιαζόμενης γύρω από την Καταναγκαστική Υπερφαγία.

Οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα (7 από τις 12) διακατέχονται από ορισμένες αρνητικές σκέψεις αναφορικά με το θέμα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Πιο συγκεκριμένα, τέσσερεις από αυτές πιστεύουν ότι δεν θα καταφέρουν να απαλλαγούν ποτέ από το πρόβλημα της Καταναγκαστικής

Υπερφαγίας, καθώς δεν είναι ένα πρόβλημα που μπορούν να διαχειριστούν: *«μέχρι τώρα πίστευα ότι οι διάφορες μέθοδοι είναι πανάκεια.. θα γίνει αυτό και τέλος.. γνωρίζω πια ότι δεν υπάρχει το θα γίνει αυτό και τέλος.. γνωρίζω πια ότι μέχρι και την τελευταία μου πνοή αυτό θα υπάρχει μέσα μου..»*, ενώ μία άλλη συμμετέχουσα δήλωσε πως πιστεύει ότι στο παρόν είναι η τελευταία της ευκαιρία να απαλλαγεί από το πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Τέλος, αναφέρθηκαν μεμονωμένα και σκέψεις όπως ότι είναι το μεγαλύτερο και πιο σοβαρό πρόβλημα που έχει εμφανιστεί στην ζωή της, ότι είναι μία κραυγή για βοήθεια, ότι είναι σαν ένας δράκος, καθώς και ότι δεν θα ήθελε να φτάσει στο σημείο να ζητάει βοήθεια από άλλους, λόγω των κιλών της: *«είμαι χωμένη στο πρόβλημά μου και είμαι τόσο στεναχωρημένη γιατί είναι το πιο χοντρό πρόβλημα της ζωής μου..»*, *«και δεν θέλω να φτάσω σε σημείο που θα ζητάω από κάποιον να με βοηθήσει.. δεν.. αυτό το πράγμα και μόνο με φρικάρει τελείως..»*, *«γιατί για εμένα είναι ένας δράκος, ο οποίος υπάρχει ακόμα στην οικογένειά μου..»*.

Πέρα από τις σκέψεις τους γύρω από το θέμα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, οι συμμετέχουσες ανέφεραν και τα συναισθήματά τους όταν σκέφτονται ότι αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο πρόβλημα στην ζωή τους. Αναλυτικότερα, όλες οι συμμετέχουσες δήλωσαν πως διακατέχονται από αρνητικά συναισθήματα όταν σκέφτονται ότι αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, ωστόσο μία συμμετέχουσα δήλωσε πως αισθάνεται και ορισμένα θετικά συναισθήματα αναφορικά με την Καταναγκαστική Υπερφαγία, με κυρίαρχο το συναίσθημα της ευγνωμοσύνης, καθώς την βοήθησε στο να μάθει καλύτερα τον εαυτό της: *«Υπάρχει μία αίσθηση ευγνωμοσύνης γι' αυτό, γιατί το χρησιμοποιώ πια και ως εργαλείο.. δηλαδή πάρα πολλές φορές μία ψυχαναγκαστική κρίση μου δείχνει ότι κάτι συμβαίνει που εγώ δεν το έχω πάρει είδηση.. οπότε πολλές φορές είναι ένας τρόπος να μου πει η ψυχή μου ότι συμβαίνει κάτι.. οπότε υπάρχει και μία ευγνωμοσύνη και μία χαρά ότι υπάρχει κάτι με το οποίο γνωρίζω τον εαυτό μου καλύτερα.. δηλαδή με έχει ωφελήσει τα τελευταία χρόνια να μάθω βαθύτερα ακόμα τον εαυτό μου..»*. Η πλειοψηφία των γυναικών, που συμμετείχαν στην έρευνα (9 από τις 12 γυναίκες), ανέφεραν πως το κυρίαρχο συναίσθημά τους όταν σκέφτονται ότι αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας είναι η απογοήτευση και ο θυμός προς τον εαυτό τους: *«...θα θυμώσω κιόλας.. με τον εαυτό μου που δεν το ελέγχω, δεν πειθαρχώ, που δεν κυριαρχώ..»*, *«Νομίζω νευριάζω.. θυμός.. και απογοήτευση.. δηλαδή εντάζει τόσα χρόνια προσπαθείς.. δεν έχεις καταφέρει να το κάνεις.. δεν έχεις καταφέρει να το τελειώσεις..»*.

άστο.. γάμησε το.. περίμενε πότε θα πεθάνεις ας πούμε στο τέλος και μην ασχολείσαι καν..». Επιπλέον, ένας πολύ σημαντικός αριθμός γυναικών (6 από τις 12 γυναίκες), δήλωσαν πως αισθάνονται θλίψη, πόνο και στεναχώρια όταν σκέφτονται ότι αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας: «*αισθάνομαι πίκρα.. όχι θυμό ακριβώς.. μία πίκρα αισθάνομαι που δεν μπορώ να το τακτοποιήσω όλο αυτό μέσα μου..*», «*Στεναχώρια.. πολύ μεγάλη στεναχώρια.. δηλαδή με στενοχωρεί πια τόσα χρόνια να παιδεύομαι με αυτό το πράγμα..*», ενώ τρεις συμμετέχουσες δήλωσαν ότι αισθάνονται ανίκανες να ξεπεράσουν αυτό το πρόβλημα: «*...μου βγαίνει ανημποριά.. ε.. μου βγαίνει ότι είναι πάνω από τις δυνάμεις μου..*». Τέλος, αναφέρθηκαν ορισμένα ακόμα μεμονωμένα συναισθήματα αναφορικά με το πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, συμπεριλαμβανομένων του αισθήματος αδικίας και μειονεκτικότητας σε σχέση με τους άλλους, του οίκτου προς τον εαυτό, της απελπισίας και απόγνωσης, καθώς και του άγχους για το πώς θα αντιμετωπιστεί αυτό το πρόβλημα και των ενοχών, που δεν έχει καταφέρει να το αντιμετωπίσει μέχρι τώρα.

Επιθυμία απαλλαγής από την Καταναγκαστική Υπερφαγία.

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα (11 από τις 12 γυναίκες), απάντησαν πως σε μία κλίμακα από το μηδέν (0) έως το πέντε (5), με το μηδέν να είναι το καθόλου και το πέντε το πολύ, θα βαθμολογούσαν την επιθυμία τους να απαλλαγούν από την Καταναγκαστική Υπερφαγία με πέντε (5), ενώ μία μόνο συμμετέχουσα δήλωσε πως θα βαθμολογούσε την επιθυμία της με τέσσερα (4), καθώς δεν είναι ακόμα απόλυτα κατασταλαγμένη για το αν είναι εντελώς πρόθυμη να απαλλαγεί από την Καταναγκαστική Υπερφαγία. Σημαντικό είναι, ωστόσο, πως τρεις από τις συμμετέχουσες που βαθμολόγησαν την επιθυμία τους να απαλλαγούν από την Καταναγκαστική Υπερφαγία με πέντε (5), δήλωσαν πως οι πράξεις τους δεν αποδεικνύουν την επιθυμία τους αυτή: «*θέλω να το λύσω αυτό το θέμα.. αλλά δεν έχω κανένα αποτέλεσμα.. δηλαδή δεν κάνω κάτι συγκεκριμένα.. δεν αγωνίζομαι.. δεν το προσπαθώ καθόλου..*».

Όσον αφορά τώρα τους λόγους για τους οποίους οι συμμετέχουσες επιθυμούν να απαλλαγούν από την Καταναγκαστική Υπερφαγία, φαίνεται πως υπάρχει μία ποικιλία λόγων, με τις περισσότερες συμμετέχουσες, ωστόσο, να επισημαίνουν πως θα ήθελαν να απαλλαγούν από την Καταναγκαστική Υπερφαγία για λόγους υγείας, για εμφανισιακούς λόγους, αλλά και επειδή η Καταναγκαστική Υπερφαγία δυσκολεύει

ορισμένους τομείς στην ζωή τους και δεν μπορούν να κάνουν τα πράγματα που θα ήθελαν: «..τόρα πια πέρα από το θέμα της καλαισθησίας είναι ότι έχω αρχίσει να μην μπορώ να κάνω πράγματα που έκανα και με ενοχλεί ακόμα περισσότερο.. δηλαδή πλέον είναι θέμα υγείας, το οποίο πάντα το άφηνα λίγο παρά πίσω.. αλλά τώρα έχει ξεπροβάλλει και μου χτυπάει και την πόρτα και τα κουδούνια όλα μαζί..», «Πέρα από το εμφανισιακό κομμάτι που είναι πολύ έντονο το πρόβλημα.. έχω μεγαλώσει και έχει αρχίσει να εμφανίζεται πρόβλημα και στα γόνατά μου και στην μέση μου.. εμφάνισα πρόβλημα και στο ζάχαρο και στην χοληστερίνη μου.. τώρα πια δηλαδή επηρεάζει και άλλα θέματα στην ζωή μου.. είναι και θέμα υγείας τώρα πια..», «..πιο νέα μπορούσα και περπατούσα 2-3 χιλιόμετρα ξέρω γω.. έκανα την βόλτα μου.. είχα άλλη διάθεση.. τώρα έχω αποκτήσει κάποιες ταχυκαρδίες, πονάνε τα πόδια μου, πονάει η μέση μου.. κουράζομαι όταν κάνω τις δουλειές μου στο σπίτι.. δεν μπορώ να λειτουργήσω σαν γυναίκα πλέον..». Επιπλέον, ορισμένες συμμετέχουσες ανέφεραν πως θα ήθελαν να απαλλαγούν από την Καταναγκαστική Υπερφαγία, εξαιτίας του ψυχολογικού αντίκτυπου που έχει στο μυαλό και την ψυχή τους και επειδή έχουν κουραστεί από αυτή την κατάσταση: «Είναι πάρα πολύ παιδευτικό να το έχεις όλο αυτό.. είναι πάρα πολύ παιδευτικό να ξυπνάς το πρωί και να σκέφτεσαι μόνο το φαγητό, τι θα φάω, πως θα το φάω κλπ.. να περιστρέφεται η ζωή σου γύρω από αυτό.. είναι πάρα πολύ παιδευτικό..», «..κυρίως επειδή νιώθω κουρασμένη από αυτή την κατάσταση.. είναι κάτι που σε κρατάει πίσω.. δηλαδή είναι όπως τα ναρκωτικά.. ή το αλκοόλ..», «Το βασικό πρόβλημα είναι ότι απασχολεί πολύ μεγάλο κομμάτι του νου μου και της ψυχής μου μέσα στο 24ωρο.. δηλαδή μου καταναλώνει ενέργεια.. ή πολλές φορές παρατηρώ ότι αντί να εστιάζω στην ικανοποίηση μου από τα πράγματα που κάνω εκείνη την στιγμή.. που νιώθω.. π.χ. σε μία βόλτα.. σε μία έξοδο.. δεν είμαι εστιασμένη εκεί.. ένα μου κομμάτι σκέφτεται τι έφαγα.. παρακάτω τι θα φάω.. πως θα είναι... και μήπως πεινάω τώρα.. και αν πεινάω τώρα μήπως μετά πεινάσω πιο πολύ.. και όλη αυτή η βαβούρα στο κεφάλι μου, που μου αφαιρεί από το να ζω το εδώ και τώρα ολοκληρωμένα..». Τέλος, δύο συμμετέχουσες δήλωσαν πως θέλουν να απαλλαγούν από την Καταναγκαστική Υπερφαγία, για λόγους αυτοσεβασμού και επειδή θα καταφέρουν να νιώσουν ελευθερία χωρίς αυτήν: «Νομίζω ότι τα υπερφαγικά επεισόδια είναι αλυσίδες που με κρατάνε στην γη.. ενώ αν δεν είχα ανάγκη αυτήν την ανάγκη να πέφτω στην υπερφαγία.. θα αισθανόμουν ότι δεν θα είχα αυτές τις αλυσίδες.. θα αισθανόμουν ελευθερία.. θα αισθανόμουν καλή σχέση με τον εαυτό μου..», «Πέρα από τους λόγους υγείας είναι και θέμα αυτοσεβασμού πια.. κυρίως για εμένα είναι πολύ βασικό..», ενώ δύο άλλες συμμετέχουσες ανέφεραν πως επιθυμούν

να απαλλαγούν από την Καταναγκαστική Υπερφαγία, επειδή καταστρέφει την προσπάθεια που έχουν κάνει για να χάσουν κιλά: «..επειδή πέρασα πάρα πολύ δύσκολα με το θέμα του φαγητού και πέρασα πάρα πολύ δύσκολα με το να τα χάσω τα κιλά, φοβάμαι μην ξανά χρειαστεί να τα ξανά ζήσω όλα αυτά...».

Προσπάθειες της συνεντευξιζόμενης να αντιμετωπίσει την Καταναγκαστική Υπερφαγία.

Όλες οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα απευθύνθηκαν, κάποια στιγμή στην ζωή τους, σε κάποιον ειδικό προκειμένου να τις βοηθήσει να αντιμετωπίσουν την Καταναγκαστική Υπερφαγία και να χάσουν κιλά. Πιο συγκεκριμένα, όλες οι συμμετέχουσες, εκτός από μία, απευθύνθηκαν σε διατροφολόγους και διαιτολόγους, προκειμένου να καταφέρουν να μειώσουν το βάρος τους και να αντιμετωπίσουν τα υπερφαγικά επεισόδια, ενώ έξι από τις δώδεκα συμμετέχουσες απευθύνθηκαν και σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο, με σκοπό να αντιμετωπίσουν την Καταναγκαστική Υπερφαγία. Επιπλέον, σημαντικός αριθμός των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα (6 από τις 12 γυναίκες), κατέφυγαν και στην ομάδα των «Ανώνυμων Υπερφάγων», προκειμένου να αντιμετωπίσουν την Καταναγκαστική Υπερφαγία, ενώ μία συμμετέχουσα απευθύνθηκε σε μία ομάδα θεραπείας μέσω της τέχνης και μία άλλη σε ένα πρόγραμμα «Ενσυναισθηματικής Διατροφής», μέσα στο οποίο χρησιμοποιούνται τεχνικές διαλογισμού & χαλάρωσης. Τα αποτελέσματα από την συνεργασία με τους ειδικούς επαγγελματίες και την συμμετοχή στις ομάδες αυτοβοήθειας, φαίνεται να κυμαίνονται από θετικά έως αρνητικά ή ακόμα και ανύπαρκτα. Πιο συγκεκριμένα, τέσσερις από τις έντεκα γυναίκες που απευθύνθηκαν σε διαιτολόγους και διατροφολόγους ανέφεραν πως προέκυψαν ορισμένα θετικά αποτελέσματα από την συνεργασία τους μαζί τους, καθώς κατάφεραν να χάσουν κάποια κιλά, τα οποία όμως στις περισσότερες περιπτώσεις τα ξανά πήραν με την πάροδο του χρόνου: «*Ε η τελευταία φορά που είχα πολύ μεγάλο αποτέλεσμα... είχα χάσει 25 κιλά.. μετά ξανά πήρα τα 20 .. ε και από εκεί και πέρα μικρά βήματα.. 10 πάνω, 10 κάτω.. αλλά δεν υπήρχε σταθερή βελτίωση και μόνιμη..*», «*..τα κιλά που έχανα τα έβαζα τριπλάσια, οπότε ήταν ακόμα χειρότερο..*». Από την άλλη μεριά, πέντε από τις συμμετέχουσες, που απευθύνθηκαν σε διατροφολόγους και διαιτολόγους ανέφεραν πως δεν είδαν καθόλου αποτελέσματα από την συνεργασία τους μαζί τους, καθώς δεν υπήρχε κάποια βελτίωση στα κιλά τους ή στην συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων: «*..αλλά από τα 18 που ξεκίνησα εγώ, έκανα μία ζωή δίαιτες.. μία ζωή με διαιτολόγους, με γυμναστήρια.. το έκανα για μία εβδομάδα και*

τέλος..», «..δεν υπάρχει αποτέλεσμα αναφορικά με την διαχείριση των υπερφαγικών επεισοδίων.. ώστε να μην ξανά εμφανιστούν..». Όσον αφορά τα αποτελέσματα από την συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους-ψυχοθεραπευτές-ψυχιάτρους), φαίνεται πως οι τρεις από τις έξι γυναίκες που απευθύνθηκαν σε αυτούς, είδαν ορισμένα θετικά αποτελέσματα, τα οποία αφορούν κυρίως την αναγνώριση των λόγων που εμφανίζονται τα υπερφαγικά επεισόδια και την μείωση τους, ωστόσο δεν απαλλάχθηκαν εντελώς από αυτά: «..καταρχήν δεν έχω τόσο συχνά υπερφαγικά επεισόδια, όπως έκανα πριν.. τα υπερφαγικά επεισόδια και είναι και πιο λίγα και είναι και πιο γνώριμα.. δηλαδή τώρα πια ξέρω γιατί γίνονται, οπότε είμαι και πιο ελαστική μαζί μου όταν γίνονται.. δηλαδή αυτό το απροσδιόριστο είναι πιο λίγο.. απλά είναι πιο λίγο.. όταν θα έρθει το κύμα να το πω έτσι είναι πιο λίγο.. ξέρω ότι δεν είμαι καλά.. ξέρω ότι θέλω να φάω και θα φάω..», ενώ οι υπόλοιπες τρεις, που απευθύνθηκαν σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανέφεραν πως δεν είδαν καθόλου αποτελέσματα αναφορικά με τα υπερφαγικά επεισόδια. Όσον αφορά, όμως τα αποτελέσματα από την συμμετοχή στην ομάδα των «Ανώνυμων Υπερφάγων», και οι έξι συμμετέχουσες δήλωσαν πως είχαν ορισμένα θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των υπερφαγικών επεισοδίων και στην μείωση των κιλών τους, ενώ δύο από αυτές επισήμαναν πως προκειμένου να δει κανείς αποτέλεσμα μέσα από την ομάδα των «Ανώνυμων Υπερφάγων» θα πρέπει να δουλεύει ο ίδιος πολύ τον εαυτό του: «Ε τώρα που έχω πάει στους Ανώνυμους Υπερφάγους είμαι σε καλύτερη φάση.. σιγά σιγά το ελέγχω.. έχω χάσει κάποια κιλά..», «με τους Ανώνυμους Υπερφάγους είδα αποτέλεσμα και έχω μεγάλη ελπίδα εκεί μέσα..». Τέλος, οι δύο γυναίκες, που συμμετείχαν στην ομάδα θεραπείας μέσω της τέχνης και στο πρόγραμμα «Ενσυναισθηματικής Διατροφής», ανέφεραν πως δεν παρατήρησαν κάποιο θετικό αποτέλεσμα αναφορικά με την Καταναγκαστική Υπερφαγία. Πέρα από την συνεργασία με τους ειδικούς και την συμμετοχή στις ομάδες αυτοβοήθειας, όλες οι συμμετέχουσες στην έρευνα έκαναν αρκετές ατομικές προσπάθειες προκειμένου να καταφέρουν να περιορίσουν τα υπερφαγικά επεισόδια και να χάσουν κιλά. Πιο συγκεκριμένα, οι πέντε από τις δώδεκα συμμετέχουσες κατέφυγαν σε χειρουργική επέμβαση προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, με τις τέσσερις από αυτές να δηλώνουν πως κατάφεραν να χάσουν αρκετά κιλά μετά την επέμβαση και την μία μόνο να αναφέρει πως δεν είδε κανένα αποτέλεσμα. Σημαντικό είναι, ωστόσο, πως όλες οι συμμετέχουσες, που πραγματοποίησαν χειρουργική επέμβαση, πέρα από μία που έκανε πολύ πρόσφατα την επέμβαση, ανέφεραν πως παρόλο που έχασαν κάποια κιλά στην

αρχή, τα ξανά πήραν με το πέρασμα των χρόνων και όταν εμφανίστηκαν στην ζωή τους προβλήματα και δύσκολες καταστάσεις: «..έκανα μία επέμβαση έχασα αρκετά κιλά και τώρα είμαι πάλι εκεί που ήμουν στα 35 μου. Δηλαδή τα ξαναπήρα όλα τα κιλά αυτά..». Ακόμη, όλες οι συμμετέχουσες δήλωσαν πως έκαναν πολλές δίαιτες στην ζωή τους, ενώ κάποιες από αυτές προσπάθησαν να χάσουν βάρος κάνοντας πιο υγιεινή διατροφή, προσπαθώντας να συγκρατήσουν την παρόρμησή τους να φάνε και μέσω της σωματικής άσκησης, ωστόσο τα αποτελέσματα ήταν παροδικά και καμία συμμετέχουσα δεν θεωρεί ότι κατάφερε να αντιμετωπίσει και να απαλλαγεί από την Καταναγκαστική Υπερφαγία: «Να σου πω την αλήθεια και ακόμα και τώρα αυτό το πράγμα σκέφτομαι.. όλη την ώρα σκέφτομαι το φαγητό. Όλη την ώρα όμως.. άσχετα με το αν δεν τρώω και προσπαθώ να συγκρατιέμαι..», «..απλά προσπαθώ να τρώω υγιεινά πια.. δηλαδή θα βάλω στο στόμα μου μαύρο ψωμί με αγγούρι, σαλάτα, τόνο, κοτόπουλο.. αυτά.. αλλά συνέχεια.. μπορεί να τρώω συνέχεια.. σκέφτομαι ότι θέλω να τρώω συνέχεια..». Τέλος, στην ερώτηση «τι θα ήταν διατεθειμένες να κάνουν προκειμένου να απαλλαγούν από την Καταναγκαστική Υπερφαγία», τέσσερις από τις δώδεκα συμμετέχουσες δήλωσαν πως είναι διατεθειμένες να κάνουν οτιδήποτε χρειαστεί, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το συγκεκριμένο πρόβλημα και άλλες δύο δήλωσαν πως είναι διατεθειμένες να ξεκινήσουν μία πιο υγιεινή διατροφή, να ακούν τις ανάγκες τους και να φροντίζουν περισσότερο τον εαυτό τους: «..αυτό που είμαι διατεθειμένη να κάνω είναι προσωπικές αλλαγές και να με φροντίσω όσο καλύτερα γίνεται την κάθε μέρα..». Από την άλλη μεριά, τέσσερις συμμετέχουσες δήλωσαν πως δεν είναι διατεθειμένες να κάνουν ορισμένα πράγματα, που θα τους προκαλούσαν πίεση και κούραση, συμπεριλαμβανομένου της χειρουργικής επέμβασης και άλλες τρεις συμμετέχουσες δήλωσαν πως δεν ξέρουν τι θα ήταν διατεθειμένες να κάνουν προκειμένου να απαλλαγούν από την Καταναγκαστική Υπερφαγία.

4.2.5. Πληροφορίες σχετικά με την εικόνα εαυτού.

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας της συνεντευξιζόμενης.

Όταν ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να περιγράψουν τον εαυτό τους αναφέρθηκαν τόσο σε θετικά όσο και σε αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στα θετικά χαρακτηριστικά, ορισμένα από τα χαρακτηριστικά τα οποία αναφέρθηκαν από περισσότερες από μία συμμετέχουσες είναι πρώτον, το ότι είναι δοτικά και συμπονετικά άτομα, που

νοιάζονται για τους άλλους και τους αρέσει να προσφέρουν και να βοηθήνε, γεγονός που εκφράστηκε από όλες τις συμμετέχουσες, δεύτερον, το ότι είναι εξωστρεφή και επικοινωνιακά άτομα (5 γυναίκες), τρίτον, το ότι είναι αισιόδοξα άτομα (4 γυναίκες), τέταρτον, ότι είναι άτομα που οι άλλοι θα εκφράσουν τα προβλήματά τους και θα τους δώσουν καλές συμβουλές (3 γυναίκες), πέμπτον, ότι είναι άτομα με χιούμορ (3 γυναίκες), έκτον, ότι είναι δραστήρια άτομα (3 γυναίκες), ενώ από λιγότερες συμμετέχουσες αναφέρθηκαν και ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένων του ότι είναι έξυπνη και καλός άνθρωπος (2 γυναίκες). Όσον αφορά τα αρνητικά χαρακτηριστικά, ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός, πως όλες οι συμμετέχουσες ανέφεραν ως αρνητικό χαρακτηριστικό τους το ότι είναι ευαίσθητες (12 γυναίκες). Επιπλέον, οχτώ από τις δώδεκα συμμετέχουσες δήλωσαν ως αρνητικό χαρακτηριστικό τους, το ότι επηρεάζονται συναισθηματικά από τους άλλους, έξι συμμετέχουσες θεωρούν αρνητικό χαρακτηριστικό τους, το ότι είναι αναβλητικά άτομα και πέντε συμμετέχουσες ανέφεραν ως αρνητικό χαρακτηριστικό τους το γεγονός ότι θυμώνουν και εκνευρίζονται εύκολα. Ορισμένα άλλα αρνητικά χαρακτηριστικά που ανέφεραν κάποιες από τις συμμετέχουσες είναι πρώτον, το ότι είναι υποχωρητικές και αυτοθυσιάζονται πολλές φορές, προκειμένου να ικανοποιήσουν τους άλλους (3 γυναίκες), δεύτερον, το ότι εκδηλώνουν κάποιες φορές κακίες απέναντι στους άλλους (3 γυναίκες), τρίτον, το ότι είναι εγωίστριες (2 γυναίκες), τέταρτον, το ότι είναι πεισματάρες (2 γυναίκες), πέμπτον, το ότι δεν εκδηλώνουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους στους άλλους (2 γυναίκες), έκτον, το ότι ορισμένες φορές δρουν απότομα και παρορμητικά (2 γυναίκες) και το ότι δεν φέρονται αρκετά ώριμα και διακατέχονται από μία παιδική αφέλεια (2 γυναίκες). Αρκετές συνεντευξιζόμενες ανέφεραν και ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, τα οποία δεν κατηγοριοποίησαν ως θετικά ή αρνητικά. Αναλυτικότερα, τέσσερεις συμμετέχουσες δήλωσαν πως πληγώνονται εύκολα από τους άλλους (από την συμπεριφορά τους και τα λόγια τους), ενώ ορισμένες άλλες συμμετέχουσες δήλωσαν πως είναι συχνά επικριτικές προς τον εαυτό τους (3 γυναίκες), ότι δεν είναι κοινωνικές (3 γυναίκες) και ότι δεν πετυχαίνουν ποτέ τους στόχους τους (2 γυναίκες). Τέλος, αναφορικά με τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, σε μία κλίμακα από το 0 (καθόλου) έως το 5 (πολύ), η πλειοψηφία των γυναικών (7 από τις 12 γυναίκες) θα βαθμολογούσε με τέσσερα (4), το πόσο αυστηρές και απαιτητικές είναι προς τον εαυτό τους και μία συμμετέχουσα θα το βαθμολογούσε με πέντε (5), ενώ τρεις συμμετέχουσες θα έβαζαν δύο (2) και μία

άλλη συμμετέχουσα θα έβαζε τρία (3) στο ίδιο ερώτημα. Σημαντικό είναι, ωστόσο, πως έξι από τις συμμετέχουσες επισήμαναν πως δεν ήταν ποτέ αυστηρές με τον εαυτό τους όσον αφορά το φαγητό: «Πιστεύω ότι αν ήμουν πολύ αυστηρή θα έπρεπε να μην τρώω εκείνη την ώρα.. να κάτσω να σκεφτώ τι κάνω..», «..νομίζω βάζω όρια σε όλα.. εκτός από το φαγητό..», «..είναι το μόνο πράγμα που δεν είμαι αυστηρή.. δεν ισχύει καθόλου για το φαγητό.. καθόλου όμως.. στο 0..». Επιπρόσθετα, οι περισσότερες γυναίκες (5 γυναίκες) σε μία ίδια κλίμακα με την προηγούμενη, θα βαθμολογούσαν το πόσο αυστηρές και απαιτητικές είναι από τους άλλους με τέσσερα (4) και άλλες τρεις συμμετέχουσες θα βαθμολογούσαν τα επίπεδα αυστηρότητας και απαιτητικότητας τους προς τους άλλους με πέντε (5), ενώ δύο συμμετέχουσες θα έβαζαν τρία (3) και άλλες δύο θα βαθμολογούσαν με δύο (2) το ίδιο ερώτημα.

Υποθέσεις για τα όσα σκέφτονται οι άλλοι για την συνεντευξιαζόμενη.

Όταν οι συμμετέχουσες στην έρευνα ερωτήθηκαν «τι υποθέτουν ότι σκέφτονται οι άλλοι γι' αυτές» οι απαντήσεις τους εμπεριείχαν τόσο θετικές, όσο και αρνητικές υποθέσεις. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τις θετικές υποθέσεις, φαίνεται πως οι μισές τουλάχιστον συμμετέχουσες υποθέτουν πως ο περίγυρός τους, τις θεωρεί ευαίσθητα και καλόκαρδα άτομα, που νοιάζονται για τους άλλους και θέλουν να προσφέρουν (6 γυναίκες): «..θα έλεγα ότι πιστεύουν ότι είμαι μία καλή αγαπησιάρα κοπέλα.. άνθρωπος εμπιστοσύνης.. θετικά στοιχεία πολλά..», «..σκέφτονται ότι είμαι έξω καρδιά άτομο.. ότι είμαι καλόκαρδη και προσπαθώ να βοηθάω τους πάντες και να κάνω το καλύτερο.. και θα έλεγα και φιλότιμη..». Ορισμένες άλλες θετικές υποθέσεις που έκαναν κάποιες συμμετέχουσες αναφορικά με την γνώμη των άλλων γι' αυτές συμπεριλαμβάνουν το ότι είναι έξυπνες (3 γυναίκες), το ότι έχουν πολλά θετικά χαρακτηριστικά σαν άτομα (2 γυναίκες), καθώς και ότι υπάρχουν άτομα στον περίγυρό τους, που τις αγαπάνε (2 γυναίκες). Από την άλλη μεριά, όσον αφορά τις υποθέσεις γύρω από τα αρνητικά χαρακτηριστικά, που σκέφτονται τα άλλα άτομα γι' αυτές, αξίζει να αναφερθεί πως τρεις από τις συμμετέχουσες δήλωσαν πως δεν ενδιαφέρονται και δεν ασχολούνται με τα αρνητικά που σκέφτονται οι άλλοι για τις ίδιες, οπότε και δεν ήθελαν να κάνουν κάποια σχετική υπόθεση: «..δεν ξέρω τι αρνητικό μπορεί να σκέφτονται για εμένα.. γιατί έχω σταματήσει να σκέφτομαι τι σκέφτονται οι άλλοι για εμένα.. οπότε πολλές φορές δεν με νοιάζει κιόλας.. αποφεύγω να σκέφτομαι τι αρνητικό σκέφτονται οι άλλοι για εμένα..». Οι βασικότερες υποθέσεις, που έκαναν οι υπόλοιπες συμμετέχουσες, ωστόσο, αφορούσαν, το ότι είναι κλειστά και συνεσταλμένα άτομα, που δεν ανοίγονται και δεν

εξωτερικεύουν τις σκέψεις τους (3 γυναίκες), ενώ δύο άλλες συμμετέχουσες υπέθεσαν πως οι άλλοι βρίσκουν ως αρνητικό χαρακτηριστικό τους το ότι είναι κάθετες σε αυτά που πιστεύουν και λένε την γνώμη τους, χωρίς κομπόχη. Τέλος, άλλες δύο συμμετέχουσες υπέθεσαν ότι οι άλλοι θεωρούν ως αρνητικό χαρακτηριστικό τους το ότι είναι ανασφαλής και ευάλωτα άτομα, που επηρεάζονται από τους άλλους: *«Ε ίσως δίνω ένα μήνυμα «αχ την καημένη».. πολύ εύκολα μπορούσαν να με κριτικάρουν, να με υποβιβάσουν.. πολύ ευάλωτη.. πολύ.. να με μεταχειριστούν..»*. Σημαντικό είναι, ακόμη πως η πλειοψηφία των γυναικών, που συμμετείχαν στην έρευνα συμφωνεί ή συμφωνεί μερικώς με όσα σκέφτονται οι άλλοι γι' αυτές, καθώς θεωρούν πως όντως παρουσιάζουν αυτή την εικόνα στον περίγυρό τους.

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συμβάλλουν στην εμφάνιση & διατήρηση των υπερφαγικών επεισοδίων.

Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός, πως η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα (9 από τις 12 γυναίκες), θεωρούν πως τα χαρακτηριστικά προσωπικότητάς τους που συμβάλλουν στην εμφάνιση και διατήρηση των υπερφαγικών επεισοδίων είναι αυτά που συνδέονται με την πρόκληση αρνητικών συναισθημάτων: *«Ε ουσιαστικά οποιοδήποτε χαρακτηριστικό οδηγεί στο να μου προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα.. όλα τα αρνητικά συναισθήματα συντελούν στο να δημιουργηθούν αυτά τα επεισόδια..»*. Πιο συγκεκριμένα, ορισμένα από τα χαρακτηριστικά που επισημάνθηκαν από αρκετές συμμετέχουσες είναι, πρώτον, το ότι είναι πολύ αυστηρές και απαιτητικές από τον εαυτό τους, επιθυμώντας να έχουν πάντα τον έλεγχο, ενώ μπορεί να γίνονται και επικριτικές (7 γυναίκες): *«..έχοντας μεγάλες απαιτήσεις από τον εαυτό μου, πιέζω για να ανταπεξέλθω και αυτό γυρνάει μούμεραγκ μετά.. ουσιαστικά τα υπερφαγικά μετά είναι ένας τρόπος να χαλαρώνω από την πίεση που βάζω στον εαυτό μου ή να ξεσπάω.. γιατί όντας τόσο επικριτική με τον εαυτό μου και βάζοντάς τον στο τρυπάκι ότι όχι πρέπει να προσπαθήσεις και άλλο κάποια στιγμή κλατάρει και σου λέει ότι δεν μπορώ άλλο πίεση και να θέλεις να τα κάνουμε όλα τέλεια..»*, δεύτερον, το γεγονός ότι είναι ευαίσθητες και επηρεάζονται από τα λόγια και την συμπεριφορά των άλλων (5 γυναίκες): *«..το ότι είμαι ευαίσθητη και επηρεάζομαι από τους άλλους.. όλα αυτά τα στοιχεία μου ανοίγουν τις πόρτες του μη ελέγχου.»*, *«Σίγουρα συμβάλλει η ένταση των συναισθημάτων το γνωρίζω πια ότι συμβάλλει.. είμαι ένας άνθρωπος που τα συναισθήματά του είτε αρνητικά είτε θετικά είναι λίγο μεγαλύτερα σε ένταση απ' ότι κάποιων άλλων ανθρώπων.. αυτό σίγουρα συμβάλλει..»*, τρίτον, το ότι

είναι οξύθυμες (5 γυναίκες): «..συμβάλλει το ότι είμαι οξύθυμη γιατί τα νεύρα και ο θυμός με οδηγούν στο να κάνω υπερφαγικά επεισόδια..», «Χμμ.. τα νεύρα μου παίζουν ρόλο στις υπερφαγίες.. γιατί όταν έχω νεύρα συνήθως βάζω κάτι στο στόμα μου εκείνη την ώρα για να μην μαλώσω περισσότερο.. οπότε νομίζω τα νεύρα θα ήταν ένα χαρακτηριστικό που συμβάλλει..», και τέταρτον, το ότι είναι πολύ αναβλητικές (4 γυναίκες): «Ναι, η αναβλητικότητα.. “και από αύριο αρχίζω δίαιτα” π.χ. αναβλητικότητα στο μεγαλύτερο βαθμό.. “ας το κάνω τώρα και μετά βλέπουμε.. αύριο θα το διορθώσω..”, “αρχίζω από αύριο..” μέγα αναβλητικότητα.. σίγουρα συμβάλλει..», «Η αναβλητικότητα βέβαια.. από Δευτέρα δίαιτα.. άστο μωρέ ας γίνει Τρίτη.. άστο μωρέ ας γίνει Τετάρτη.. άστο μωρέ ας γίνει Πέμπτη.. και αυτό επηρεάζει όλη την ιστορία.. δηλαδή έπρεπε να κλείσω να πάω σε ένα γιατρό να κάνω εξετάσεις.. ε άστο.. άστο.. άστο.. αυτό το πράγμα είναι πλέον για εμένα πολύ κουραστικό.». Τέλος, ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά που θεωρήθηκαν από τις συμμετέχουσες ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση και διατήρηση των υπερφαγικών επεισοδίων είναι η ενοχικότητα, το άγχος, η έλλειψη αυτοπεποίθησης και η παρορμητικότητα, ενώ δύο μόνο συμμετέχουσες δεν έχουν σκεφτεί αν υπάρχει κάποιο χαρακτηριστικό τους, που συμβάλλει στην εμφάνιση ή διατήρηση των υπερφαγικών επεισοδίων. Σημαντικό είναι, ωστόσο, πως όλα τα χαρακτηριστικά, που αναφέρθηκαν, φαίνεται να σχετίζονται με την πρόκληση αρνητικών συναισθημάτων στις συμμετέχουσες.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αντίθεση με τις περισσότερες, έως τώρα έρευνες, οι οποίες επικεντρώνονται στην διερεύνηση της σύνδεσης ανάμεσα στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα του J. Young, και τις διατροφικές διαταραχές της Νευρικής Ανορεξίας και Νευρογενούς Βουλιμίας, η συγκεκριμένη έρευνα εστιάζει στην μελέτη της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Πιο αναλυτικά, εξετάστηκε η ύπαρξη συγκεκριμένων δυσλειτουργικών σχημάτων στις γυναίκες με την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, αλλά και γενικότερα το βίωμα, η εμπειρία και οι στάσεις των γυναικών αυτών απέναντι στην συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή. Η έλλειψη επαρκούς σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας, αποτέλεσε το έναυσμα διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Τέλος, η ποιοτική έρευνα με τον πλούτο πληροφοριών που παρέχει, επιλέχθηκε επειδή δίνει την ευκαιρία να κατανοηθεί βαθύτερα η οπτική και το βίωμα των γυναικών αυτών, αναφορικά με την υπό μελέτη διατροφική διαταραχή, ενώ το ποσοτικό κομμάτι της έρευνας, με την χορήγηση του ερωτηματολογίου σχημάτων του

J. Young, κρίθηκε απαραίτητο, προκειμένου να εξαχθούν τα αποτελέσματα αναφορικά με την ύπαρξη συγκεκριμένων πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων στην περίπτωση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας.

Από την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων, αναδείχθηκαν οχτώ (8) πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, που φαίνεται να αντιπροσωπεύουν περισσότερο την πλειοψηφία των γυναικών, που συμμετείχαν στην έρευνα, ενώ από την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, προέκυψαν πέντε (5) θεματικοί άξονες, οι οποίοι προσομοιάζουν στις θεματικές ενότητες που περιέχονται στον οδηγό συνέντευξης. Πιο συγκεκριμένα, οι άξονες αυτοί είναι οι εξής: α). Σχέση οικογενειακού περιβάλλοντος με το φαγητό και την Καταναγκαστική Υπερφαγία, β). Σχέση συνεντευξιαζόμενης με το φαγητό και την Καταναγκαστική Υπερφαγία, γ). Αρχική εμφάνιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, δ). Στάση συνεντευξιαζόμενης απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία και ε). Πληροφορίες σχετικά με την εικόνα εαυτού. Στη συνέχεια, θα αναφερθούμε διεξοδικά τόσο στα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο για τα σχήματα, όσο και στους παραπάνω θεματικούς άξονες και θα τα συζητήσουμε σε σχέση με το θεωρητικό μας υπόβαθρο, εφόσον αυτό κρίθηκε επαρκές πλαίσιο για την κατανόηση των αποτελεσμάτων και την ερμηνεία τους.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα, που προέκυψαν από την χορήγηση του ερωτηματολογίου του J. Young για τα σχήματα, φαίνεται πως τα σχήματα που αναδείχθηκαν από την πλειοψηφία των γυναικών, είναι οχτώ (8): 1. «Αυτοθυσία», 2. «Αυτονόητο Δικαίωμα/Μεγαλείο», 3. «Αναζήτηση Αποδοκμασίας/Αναγνώρισης», 4.«Κοινωνική Απομόνωση/Αποξένωση», 5. «Εγκατάλειψη/Αστάθεια», 6.«Συναισθηματική Στέρηση», 7. «Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος/Αυτοπειθαρχία», 8. «Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική», ενώ από μικρότερο αριθμό συμμετεχουσών αναδείχθηκαν άλλα πέντε (5) σχήματα: 1. «Τιμωρητικότητα», 2. «Μη ανεπτυγμένος εαυτός», 3. «Αρνητισμός», 4. «Αποτυχία», 5. «Υποτακτικότητα». Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που καταδεικνύουν την ύπαρξη πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων στα άτομα με διατροφικές διαταραχές (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006. Leung et al., 1999. Masley, 2011. Waller et al., 2000, 2002). Παράλληλα, φαίνεται να συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με τους πέντε (5) τύπους πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, που έχουν αναδειχθεί από άλλες έρευνες, ότι συνδέονται περισσότερο με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών γενικά, δηλαδή, το σχήμα της «Εξάρτησης», της «Συναισθηματικής

Αναστολής», της «Συναισθηματικής Στέρξης», της «Κοινωνικής Απομόνωσης» και του «Ανεπαρκή Αυτοελέγχου», καθώς στην παρούσα έρευνα αναδείχθηκαν τα τρία (3) από τα πέντε (5) παραπάνω σχήματα (Jenkins, 2009. Masley, 2011. Waller et al., 2002). Ο λόγος που στην παρούσα έρευνα δεν αναδείχθηκαν και οι πέντε (5) τύποι πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, που έχουν προκύψει από προηγούμενες έρευνες, έγκειται πιθανόν στο περιορισμένο αριθμό του δείγματος. Βέβαια, είναι πιθανό τα ευρήματα αυτά να προέκυψαν και εξαιτίας της ύπαρξης διαφορετικών τύπων σχημάτων ανάμεσα στα άτομα με διαφορετικές διατροφικές διαταραχές (Dingemans, Spinhoven & vanFurth, 2006. Jenkins, 2009. Leung et al., 1999. Masley, 2011. Waller et al., 2000, 2002), υποδηλώνοντας δηλαδή, πως στην περίπτωση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας μπορεί να προϋπάρχουν και να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και ορισμένοι διαφορετικοί τύποι δυσλειτουργικών σχημάτων, απ' ό,τι στις άλλες διατροφικές διαταραχές, όπως το σχήμα της «Αυτοθυσίας», της «Εγκατάλειψης/Αστάθειας», της «Αναζήτησης Επιδοκμασίας/Αναγνώρισης», των «Ανελαστικών προτύπων/Υπερβολικής Κριτικής» και το «Αυτονόητο Δικαίωμα/Μεγαλείο». Μάλιστα, και στην έρευνα του Waller (2003) φάνηκε πως το σχήμα «Αυτονόητο Δικαίωμα/Μεγαλείο» ενυπήρχε σε υψηλά επίπεδα στα άτομα με Καταναγκαστική Υπερφαγία.

Όσον αφορά τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από την ανάλυση των ατομικών συνεντεύξεων, από τον πρώτο θεματικό άξονα (Σχέση οικογενειακού περιβάλλοντος με το φαγητό και την Καταναγκαστική Υπερφαγία), προκύπτει πως η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχουσών μεγάλωσαν σε μία οικογένεια όπου το φαγητό είχε κυρίαρχο ρόλο και υπήρχε σχέση εξάρτησης από αυτό, η οποία πολλές φορές χαρακτηριζόταν και από παθολογικά στοιχεία. Επιπλέον, οι περισσότερες συμμετέχουσες ανέφεραν πως στο πατρικό τους σπίτι υπήρχαν ιδιαίτερα ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, καθώς και αφθονία στο φαγητό καθημερινά, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις υπήρχε και ιστορικό παχυσαρκίας στην πατρική οικογένεια, είτε από τους γονείς και τα αδέρφια, είτε από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον (θείοι-θείες κ.λπ.). Το εύρημα αυτό φαίνεται να ενισχύει τον ισχυρισμό για την ύπαρξη μίας μέτριας κληρονομικότητας αναφορικά με την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Bulik, Sullivan & Kendler, 2003. Edwards, 2013. Wildes & Marcus, 2010). Επιπρόσθετα, στις περισσότερες περιπτώσεις φαίνεται πως το οικογενειακό περιβάλλον επιδείκνυε μία αρνητική στάση και αντιμετώπιση απέναντι στο πρόβλημα

της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας και σχεδόν όλες οι συμμετέχουσες δέχονταν από το οικογενειακό περιβάλλον, κριτική και άσχημους χαρακτηρισμούς για το σώμα και τα κιλά τους, τόσο κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, όσο και μετά την ενηλικίωση. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες έχει υποστηριχθεί πως η παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία, αλλά και η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε αρνητικά σχόλια για το βάρος και την εικόνα σώματος, κατά την ηλικία αυτή, αποτελούν επιπρόσθετους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, καθώς μπορεί να συμβάλλουν στην διαμόρφωση αρνητικής αυτό-αξιολόγησης, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αλλά και να οδηγήσουν στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Edwards, 2013. Fairburn et al., 1998. Rayworth et al., 2004. Striegel-Moore et al., 2005. Wildes & Marcus, 2010).

Αναφορικά με τον δεύτερο θεματικό άξονα και την σχέση των συνεντευξιζόμενων γυναικών με το φαγητό, η πλειοψηφία δήλωσε πως είχαν ιδιαίτερα στενή σχέση με το φαγητό και κατανάλωναν πολύ μεγάλες ποσότητες φαγητού και κυρίως γλυκών και έντονα λιπαρών τροφών, από την παιδική κιόλας ηλικία, ενώ από την ενηλικίωση και έπειτα όλες οι συμμετέχουσες ανέφεραν πως ανέπτυξαν προβληματική σχέση με το φαγητό, την οποία θα περιέγραφαν στην πλειοψηφία τους, ως καταστροφική και εξαρτητική, με αποτέλεσμα την ανεπιθύμητη αύξηση του βάρους τους. Μάλιστα, αναφέρθηκε, πως κατά την παιδική ηλικία χρησιμοποιούσαν το φαγητό ως μέσο για να κατευνάζουν τα έντονα συναισθήματα τους, ενώ ακόμα και στην ενήλικη ζωή το φαγητό εξακολουθεί να αποτελεί γι' αυτές την διέξοδο και το στήριγμά τους στις δύσκολες καταστάσεις. Τα παραπάνω ευρήματα, φαίνεται να συμφωνούν με την σχετική έως τώρα βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία έχει παρατηρηθεί πως κατά την διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων περιλαμβάνονται συνήθως, τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι, και χαμηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνες και ανόργανα συστατικά, με αποτέλεσμα την γρήγορη αύξηση του σωματικού βάρους (Allison & Timmerman, 2005. Edwards, 2013. Michalska et al., 2016), αλλά και με το γεγονός πως η διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας φαίνεται να αποτελεί μία «εκδηλωτική διαταραχή», δηλαδή μία διαταραχή, μέσα από την οποία εκφράζονται και εκδηλώνονται άλλα βαθύτερα ψυχολογικά προβλήματα (Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Ochner, Geliebter & Conceicao, 2009. Wu et al., 2014). Ακόμη, όσον αφορά τα

συναισθήματα των γυναικών πριν, μετά και κατά την διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων, αξίζει να αναφερθεί πως σχεδόν όλες οι συμμετέχουσες βιώνουν αρνητικά και δυσάρεστα συναισθήματα τόσο πριν τα επεισόδια υπερφαγίας (π.χ. άγχος, θλίψη, στεναχώρια, πλήξη, θυμό, απογοήτευση, πίεση, αγωνία και μοναξιά) όσο και μετά το τέλος των επεισοδίων, όπου είναι εντονότερες οι τύψεις και οι ενοχές, ενώ κατά την διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων η πλειοψηφία των γυναικών δεν διακατέχεται από κάποιο συναίσθημα και υπάρχει μία έλλειψη συνειδητότητας και απώλεια ελέγχου. Τα συγκεκριμένα ευρήματα υποστηρίζονται από το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5) (APA, 2013) αλλά και από τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες, το άγχος, ο θυμός, η πλήξη, η θλίψη, η μοναξιά, η απογοήτευση, καθώς και άλλα αρνητικά συναισθήματα, μπορούν να συμβάλλουν στην υπερβολική κατανάλωση τροφής και να αποτελέσουν αφορμή για την έναρξη των υπερφαγικών επεισοδίων (Edwards, 2013. Greeno, Wing & Schiffman, 2000. Masheb & Grilo, 2006. Safer, Telch, & Chen, 2009. Waller, 2002).

Από τον τρίτο θεματικό άξονα, ο οποίος περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την αρχική εμφάνιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, προκύπτει πως αν και η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, ξεκίνησαν να εκδηλώνουν υπερφαγικά επεισόδια κατά την διάρκεια της παιδικής και κυρίως της εφηβικής ηλικίας, ένας σημαντικός αριθμός των γυναικών δεν παρουσίαζε υπερφαγικά επεισόδια πριν από την αρχή της ενηλικίωσης. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες η διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας εκδηλώνεται συνήθως για πρώτη φορά στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης, με τον ηλικιακό μέσο όρο εμφάνισης της να είναι αρκετά μεγαλύτερος, απ' ό τι στις υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές (Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Pike et al., 2001. Striegel-Moore et al., 2003). Επιπρόσθετα, από την ανάλυση του τρίτου θεματικού άξονα προέκυψε πως η έναρξη και διατήρηση των υπερφαγικών επεισοδίων συνδέεται με περιόδους ζωής, όπου βιώνεται έντονη συναισθηματική πίεση, δύσκολες και συναισθηματικά επιβαρυντικές καταστάσεις και υπάρχουν σημαντικές αλλαγές. Επιπλέον, φάνηκε πως σημαντικό ρόλο στην αύξηση της έντασης και της συχνότητας των υπερφαγικών επεισοδίων, διαδραματίζει για τις συμμετέχουσες, η εμφάνιση προβλημάτων και δυσάρεστων καταστάσεων και γεγονότων, από τα οποία προκαλείται στρες, πίεση, στεναχώρια και ψυχολογική εξουθένωση (π.χ. διαζύγιο, σεξουαλική κακοποίηση, οικονομικές δυσκολίες, οικογενειακά προβλήματα, θάνατος αγαπημένου

προσώπου), ενώ υπήρχε περιορισμός των υπερφαγικών επεισοδίων, όταν βίωναν μία καλή περίοδο στην ζωή τους και είχαν ξεφύγει από τις καταστάσεις που τις επηρέαζαν αρνητικά συναισθηματικά. Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να επιβεβαιώνουν και να ενισχύουν τα αποτελέσματα μιας άλλης σχετικής έρευνας, σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες με την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας βίωσαν περισσότερα επιβαρυντικά γεγονότα στην ζωή τους, έναν χρόνο πριν την εκδήλωση της διαταραχής, απ' ό,τι οι γυναίκες που δεν είχαν τα συμπτώματα της διαταραχής (Mazzeo, 2009). Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα που προέκυψε από την ανάλυση του τρίτου θεματικού άξονα, αφορά τους παράγοντες στους οποίους αποδίδουν οι συμμετέχουσες την εμφάνιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Αναλυτικότερα, οι συμμετέχουσες ανέδειξαν ως βασικότερες αιτίες την ύπαρξη ψυχολογικών, συναισθηματικών, περιβαλλοντικών, βιολογικών και κληρονομικών παραγόντων, επισημαίνοντας την αδυναμία διαχείρισης των συναισθημάτων τους και τις δύσκολες συναισθηματικά καταστάσεις που βίωσαν, τόσο κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, συμπεριλαμβανομένου της σεξουαλικής, λεκτικής και σωματικής κακοποίησης από το οικογενειακό περιβάλλον, όσο και στην ενήλικη ζωή (π.χ. απώλεια αγαπημένου προσώπου, προβλήματα στον γάμο). Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν και από την σχετική βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία έχει υποστηριχθεί πως οι βασικότεροι παράγοντες, που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας είναι οι βιολογικοί, οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί-περιβαλλοντικοί παράγοντες, ενώ υπάρχουν και έντονοι ισχυρισμοί για την συμβολή γενετικών και κληρονομικών παραγόντων (Bulik, Sullivan & Kendler, 2003. Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Mazzeo, 2009. Michalska et al., 2016. Rayworth et al., 2004. Saguy & Gruys, 2010. Smolak, 2011. Striegel-Moore et al., 2005. Waller, 2002. Wildes & Marcus, 2010). Επιπρόσθετα, ορισμένες έρευνες ανέδειξαν την ύπαρξη σύνδεσης ανάμεσα στα τραυματικά γεγονότα και στην διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, καθώς τα άτομα με την διαταραχή αυτή, φαίνεται να είναι πιο πιθανό να έχουν υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, είτε κατά την παιδική ηλικία είτε αργότερα, να διέτρεχαν κίνδυνο σωματικής κακοποίησης, να είχαν έντονα αγχωτικά βιώματα και να έχουν δεχθεί έντονη κριτική για το σώμα τους (Edwards, 2013. Fairburn et al., 1998. Mazzeo, 2009. Rayworth et al., 2004. Smolak, 2011. Striegel-Moore et al., 2005. Wildes & Marcus, 2010).

Αναφορικά με τον τέταρτο θεματικό άξονα και την στάση των γυναικών απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία προέκυψε πως η ύπαρξη της

συγκεκριμένης διατροφικής διαταραχής επιφέρει ένα πλήθος αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων στις συμμετέχουσες, συμπεριλαμβανομένων του θυμού και της απογοήτευσης προς τον εαυτό, της θλίψης, της απελπισίας και του άγχους, καθώς και του αισθήματος αδικίας και μειονεκτικότητας σε σχέση με τους άλλους. Επιπλέον, όλες οι συμμετέχουσες εκδήλωσαν υψηλά ποσοστά επιθυμίας απαλλαγής από την Καταναγκαστική Υπερφαγία, επισημαίνοντας ένα πλήθος λόγων και παραγόντων, με βασικότερους τους λόγους υγείας, τους εμφανισιακούς λόγους, αλλά και τις δυσκολίες που προκαλεί η Καταναγκαστική Υπερφαγία σε ορισμένους τομείς στην ζωή τους, καθώς και το ότι δεν μπορούν να κάνουν πολλά από τα πράγματα που θα ήθελαν. Τα παραπάνω ευρήματα φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία τα άτομα με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, έχουν συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθουν μοναξιά και δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματός τους, ενώ παράλληλα εσωτερικεύουν σε υψηλότερο βαθμό τις προκαταλήψεις σχετικά με το βάρος και την εικόνα σώματος, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η χαμηλή αυτοεκτίμησή τους και να διακατέχονται συχνά από αισθήματα θυμού, θλίψης, άγχους, καθώς και από άλλα αρνητικά συναισθήματα (Edwards, 2013. Hrabosky et al., 2007. Masheb & Grilo, 2006. Pearl, White & Grilo, 2014. Waller, 2000. Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Ακόμη, όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχουσες προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, φαίνεται πως ο βασικότερος τρόπος αντιμετώπισης ήταν η συνεργασία με κάποιον ειδικό διατροφολόγο ή διαιτολόγο και η πραγματοποίηση ατομικών προσπαθειών (π.χ. δίαιτα, γυμναστική), ενώ ακολουθεί η συνεργασία με ειδικούς ψυχικής υγείας (ψυχολόγος, ψυχίατρος, ψυχοθεραπευτής), η συμμετοχή στην ομάδα αυτοβοήθειας των «Ανώνυμων Υπερφάγων» και η πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης στο στομάχι. Σημαντικό, ωστόσο, είναι το γεγονός πως η αποτελεσματικότητα των παραπάνω μεθόδων ήταν περιορισμένη και πως καμία από τις συμμετέχουσες δεν κατάφερε να απαλλαγεί πλήρως από την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Πιο συγκεκριμένα, προέκυψε πως την μικρότερη αποτελεσματικότητα είχε η συνεργασία με διατροφολόγους/ διαιτολόγους και οι προσωπικές ατομικές προσπάθειες μείωσης του σωματικού βάρους, ενώ μέτρια αποτελεσματικότητα είχε η συνεργασία με ειδικούς ψυχικής υγείας και η πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης στο στομάχι και τέλος, την περισσότερη αποτελεσματικότητα είχε η συμμετοχή στην ομάδα αυτοβοήθειας των «Ανώνυμων Υπερφάγων». Τέλος, ενδιαφέρον προκαλεί και το γεγονός πως αν και όλες οι

συμμετέχουσες δήλωσαν πως επιθυμούν πάρα πολύ να απαλλαγούν από την Καταναγκαστική Υπερφαγία, δεν ήταν όλες διατεθειμένες να κάνουν οτιδήποτε χρειαστεί προκειμένου να τα καταφέρουν. Τα αποτελέσματα αυτά αναφορικά με τον τρόπο αντιμετώπισης της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, φαίνεται να επιβεβαιώνουν, αλλά και να προσδίδουν επιπλέον πληροφορίες στα μέχρι τώρα ερευνητικά ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία έχει αποδειχθεί πως ένας συνδυασμός φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής θεραπείας μπορεί να είναι αρκετά αποτελεσματικός, για την αντιμετώπιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Brambilla et al., 2009. Brownley et al, 2016. Edwards, 2013. Marazziti et al., 2012. Michalska et al., 2016). Ωστόσο, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου ακόμα και μία τέτοια θεραπευτική προσέγγιση δεν μπορεί να βρει αποτελεσματική εφαρμογή (Agras et. al., 2000. Edwards, 2013. Hay, Touyz & Sud, 2012. Iacovino et al, 2012. Jenkins, 2009. Juarascio, Forman & Herbert, 2010. Pugh, 2015. Simpson et al, 2010. Smink et al., 2013. Waller & Kennerley, 2003. Waller et al., 2014. Westerberg & Waitz, 2013. Wilson, 2005). Το γεγονός αυτό ενισχύει την ανάγκη για πραγματοποίηση περαιτέρω ερευνών, με στόχο την εύρεση μίας αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης για την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας.

Οι συμμετέχουσες στην παρούσα έρευνα αναφέρθηκαν τέλος, και στην εικόνα εαυτού, δίνοντας πληροφορίες αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, την εικόνα που υποθέτουν ότι έχουν οι άλλοι γι' αυτές, αλλά και αναφορικά με τα χαρακτηριστικά τους, τα οποία θεωρούν ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση και διατήρηση των υπερφαγικών επεισοδίων. Πιο αναλυτικά, όλες οι συμμετέχουσες δήλωσαν ως θετικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, το ότι είναι δοτικά και συμπονετικά άτομα, που νοιάζονται για τους άλλους και τους αρέσει να προσφέρουν και να βοηθάνε. Από την άλλη μεριά, τα βασικότερα αρνητικά χαρακτηριστικά που επισημάνθηκαν από τις συμμετέχουσες, αφορούσαν το γεγονός πως είναι ευαίσθητες και επηρεάζονται συναισθηματικά από τους άλλους, αλλά και το ότι είναι αναβλητικά άτομα και θυμώνουν εύκολα. Επιπλέον, η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσαν πως είναι αρκετά έως πολύ αυστηρές και απαιτητικές, τόσο προς τον εαυτό τους, όσο και προς τους άλλους, ενώ δεν είναι καθόλου αυστηρές με τον εαυτό τους όσον αφορά τον τομέα του φαγητού. Όσον αφορά τις υποθέσεις που έκαναν οι συμμετέχουσες, για τα όσα σκέφτονται οι άλλοι γι' αυτές, φαίνεται πως οι μισές τουλάχιστον συμμετέχουσες υποθέτουν πως ο περίγυρός τους, τις θεωρεί ευαίσθητα και καλόκαρδα άτομα, που νοιάζονται για τους άλλους και θέλουν να προσφέρουν. Από την άλλη μεριά, οι

βασικότερες υποθέσεις, που έκαναν οι συμμετέχουσες, για τα αρνητικά χαρακτηριστικά που μπορεί να σκέφτονται οι άλλοι γι' αυτές, αφορούσαν, το ότι είναι κλειστά και συνεσταλμένα άτομα, που δεν ανοίγονται και δεν εξωτερικεύουν τις σκέψεις τους, το ότι είναι κάθετες σε αυτά που πιστεύουν και λένε την γνώμη τους, χωρίς κομπόση, καθώς και το ότι είναι ανασφαλή και ευάλωτα άτομα, που επηρεάζονται από τους άλλους. Τα ευρήματα αυτά, αναφορικά με τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, από τα οποία διακατέχονται οι συμμετέχουσες με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, ενισχύουν και εμπλουτίζουν τα σχετικά ευρήματα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες τα άτομα με την συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή έχουν συνήθως χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ δεν είναι σπάνιο να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον έλεγχο της παρορμητικότητάς τους, στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους ή να εμφανίζουν καταναγκαστικές συμπεριφορές (Edwards, 2013. Hudson et al., 2007. Michalska et al., 2016. Wonderlich et al., 2009). Τέλος, αναφορικά με τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, που συμβάλλουν στην εμφάνιση και διατήρηση των υπερφαγικών επεισοδίων, ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός, πως η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών θεωρούν πως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, που σχετίζονται με την ύπαρξη των υπερφαγικών επεισοδίων, είναι αυτά που συνδέονται με την πρόκληση αρνητικών συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα, τα βασικότερα από τα χαρακτηριστικά που επισημάνθηκαν είναι, πρώτον, η αυστηρότητα, η απαιτητικότητα και η επικριτικότητα προς τον εαυτό, σε συνδυασμό με την επιθυμία τους να έχουν πάντα τον έλεγχο, δεύτερον, το ότι είναι ευαίσθητες και επηρεάζονται από τα λόγια και την συμπεριφορά των άλλων, τρίτον, το ότι είναι οξύθυμες και τέταρτον, η αναβλητικότητα τους. Ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά που θεωρήθηκαν από τις συμμετέχουσες ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση και διατήρηση των υπερφαγικών επεισοδίων είναι η ενοχικότητα, το άγχος, η έλλειψη αυτοπεποίθησης και η παρορμητικότητα. Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά προσωπικότητας, λοιπόν, φαίνεται να έχουν άμεση σύνδεση με την πρόκληση αρνητικών συναισθημάτων, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται από την σχετική βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία τα αρνητικά συναισθήματα, μπορούν να συμβάλλουν στην υπερβολική κατανάλωση τροφής και να αποτελέσουν αφορμή για την έναρξη των υπερφαγικών επεισοδίων (Edwards, 2013. Greeno, Wing & Schiffman, 2000. Masheb & Grilo, 2006. Safer, Telch & Chen, 2009. Waller, 2002).

Στο σημείο αυτό αξίζει να γίνει μία αναφορά στην σύνδεση που φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, που προέκυψαν από την χορήγηση των ερωτηματολογίων του J.Young και στα ευρήματα των ατομικών συνεντεύξεων. Πιο συγκεκριμένα, τα σχήματα «Εγκατάλειψη/ Αστάθεια» και «Συναισθηματική Στέρηση», τα οποία περιλαμβάνουν την πεποίθηση πως οι σημαντικοί άλλοι δεν θα είναι ικανοί να προσφέρουν συναισθηματική υποστήριξη, σύνδεση και προστασία και συνεπώς η επιθυμία για συναισθηματική υποστήριξη, στοργή, κατανόηση και προστασία δεν θα εκπληρωθεί επαρκώς (Young, Klosko & Weishaar, 2003), εκδηλώθηκαν από την πλειοψηφία των συμμετεχουσών, γεγονός που πιθανόν να αιτιολογείται από το δύσκολο και συναισθηματικά μη ασφαλή οικογενειακό περιβάλλον, μέσα στο οποίο μεγάλωσαν οι περισσότερες γυναίκες, που πήραν μέρος στην έρευνα. Αναλυτικότερα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η πλειοψηφία των γυναικών μεγάλωσαν μέσα σε ένα οικογενειακό περιβάλλον με δύσκολες συνθήκες, όπου δεν υπήρχε αποδοχή και κατανόηση των συναισθημάτων τους, ενώ πολλές φορές υπήρχαν και κακοποιητικά στοιχεία (λεκτικά ή σωματικά). Το γεγονός αυτό, λοιπόν, μπορεί να οδήγησε στην ανάπτυξη των δύο αυτών δυσλειτουργικών σχημάτων, της «Συναισθηματικής Στέρησης» και της «Εγκατάλειψης/ Αστάθειας». Επιπρόσθετα, το σχήμα «Κοινωνική Απομόνωση/Αποξένωση», το οποίο περιλαμβάνει την αίσθηση απομόνωσης από τους υπόλοιπους ανθρώπους, λόγω διαφορετικότητας (Young, Klosko & Weishaar, 2003), φαίνεται να επιβεβαιώνεται και μέσα από τα λεγόμενα των συμμετεχουσών, καθώς αρκετές ήταν οι γυναίκες που ανέφεραν ότι βιώνουν συχνά το συναίσθημα της μοναξιάς, αλλά και ότι είναι απογοητευμένες από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, καθώς δεν έχουν κάποιο άτομο στην ζωή τους, που να τις καταλαβαίνει. Ένα ακόμα σχήμα που εκδηλώθηκε μέσα από την χορήγηση του ερωτηματολογίου του J. Young, είναι το σχήμα της «Αυτοθυσίας», το οποίο περιλαμβάνει μία υπερβολική επικέντρωση στην κάλυψη των αναγκών των άλλων, εις βάρος της προσωπικής ικανοποίησης (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Το σχήμα αυτό, φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από τα λεγόμενα των συμμετεχουσών, καθώς στην πλειοψηφία τους δήλωσαν, πως είναι δοτικά και συμπονετικά άτομα, που νοιάζονται για τους άλλους και τους αρέσει να προσφέρουν και να βοηθάνε, ενώ πολλές φορές βάζουν τον εαυτό τους σε δεύτερη μοίρα. Επιπλέον, και το σχήμα «Αναζήτηση Επιδοκίμασίας/Αναγνώρισης», κατά το οποίο η αίσθηση της αυτοεκτίμησης εξαρτάται πρωτίστως από τις αντιδράσεις και την γνώμη των άλλων (Young, Klosko & Weishaar, 2003), φαίνεται να επιβεβαιώνεται και

μέσα από τις συνεντεύξεις, καθώς πολλές από τις συμμετέχουσες περιέγραψαν τον εαυτό τους ως άτομο με χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, που χρειάζεται την επιβεβαίωση των άλλων για να νιώσει καλά με τον εαυτό του. Ακόμη και το σχήμα «Αυτονόητο Δικαίωμα/Μεγαλομανία», το οποίο περιλαμβάνει συχνά την επιμονή κάποιου ότι μπορεί να κάνει ή να έχει οτιδήποτε θέλει, σε συνδυασμό με την επιθυμία άσκησης ελέγχου στην συμπεριφορά των άλλων (Young, Klosko & Weishaar, 2003), εκδηλώθηκε και μέσα από τα λεγόμενα των συμμετεχουσών, καθώς αρκετές από τις συμμετέχουσες δήλωσαν πως συνηθίζουν να κάνουν όλα τα χατίρια στον εαυτό τους, αλλά και ότι είναι αρκετά αυστηρές και απαιτητικές προς τους άλλους και επιδιώκουν να έχουν τον έλεγχο. Ένα ακόμη σχήμα, το οποίο προέκυψε σε σημαντικό βαθμό και από το περιεχόμενο των συνεντεύξεων, είναι το σχήμα «Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος/Αυτοπειθαρχία», το οποίο αναφέρεται σε μία διάχυτη δυσκολία ή άρνηση στην άσκηση αυτοελέγχου, στην ύπαρξη ανοχής απέναντι στην απογοήτευση της επίτευξης προσωπικών στόχων και στην δυσκολία συγκράτησης της υπερβολικής έκφρασης των συναισθημάτων και των παρορμήσεων (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Η πλειοψηφία των γυναικών, που συμμετείχαν στην έρευνα, λοιπόν, δήλωσαν πως είναι άτομα, που αποφεύγουν να θέτουν προσωπικούς στόχους, καθώς σχεδόν ποτέ δεν μπορούν να τους επιτύχουν (π.χ. λόγω αναβλητικότητας), αλλά και πως δυσκολεύονται ιδιαίτερα να οριοθετήσουν τον εαυτό τους, ιδίως στο θέμα του φαγητού, ενώ συχνά δρουν έντονα παρορμητικά. Τέλος, το σχήμα «Ανελαστικά Πρότυπα/ Υπερβολική Κριτική», το οποίο περιλαμβάνει την υποκειμενική πεποίθηση ότι πρέπει κανείς να μοχθεί για να εκπληρώσει πολύ υψηλά εσωτερικευμένα πρότυπα συμπεριφοράς και επίδοσης, συνήθως με σκοπό την αποφυγή επίκρισης (Young, Klosko & Weishaar, 2003), αναδείχθηκε μέσα από τα λεγόμενα των συμμετεχουσών, καθώς αρκετές από αυτές δήλωσαν πως είχαν μεγαλώσει σε ένα περιβάλλον, όπου δέχονταν έντονη κριτική, με αποτέλεσμα να γίνουν και οι ίδιες επικριτικές με τον εαυτό τους. Μάλιστα, οι επιπτώσεις του συγκεκριμένου σχήματος, δηλαδή, η έκπτωση στην ευχαρίστηση, στη χαλάρωση, στην υγεία, στην αυτοεκτίμηση, στην αίσθηση επίτευξης και στις ικανοποιητικές σχέσεις, έγινε φανερή μέσα από τις δηλώσεις των περισσότερων συμμετεχουσών, καθώς παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, σημαντικά προβλήματα υγείας, έλλειψη θετικών συναισθημάτων και ορισμένες φορές απουσία υγιών διαπροσωπικών σχέσεων. Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί πως τα ευρήματα αυτά αποτελούν μόνο πιθανές ενδείξεις για την σχέση που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και στα χαρακτηριστικά

προσωπικότητας των γυναικών με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Για τον λόγο αυτό κρίνεται αναγκαίο να πραγματοποιηθούν μεταγενέστερες μελέτες, που θα διερευνούν το συγκεκριμένο θέμα.

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα έρευνα πρόσφερε χρήσιμες πληροφορίες, τόσο αναφορικά με το βίωμα, τις στάσεις, τα συναισθήματα και τις σκέψεις των γυναικών με την συμπτωματολογία της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, όσο και αναφορικά με την σύνδεση που είναι πιθανό να υπάρχει ανάμεσα στην Καταναγκαστική Υπερφαγία και σε συγκεκριμένα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα. Σημαντικό θα ήταν, ωστόσο, να υπάρξει περαιτέρω διερεύνηση του θέματος, προκειμένου να υπάρξει μία πιο ολοκληρωμένη και εις βάθος κατανόηση του. Πιο συγκεκριμένα, επειδή το δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν αρκετά περιορισμένο, θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθούν έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα, τόσο σε ποσοτικό, όσο και σε ποιοτικό επίπεδο, προκειμένου να δώσουν περισσότερες πληροφορίες για το θέμα, αλλά και πιο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα, τα οποία θα μπορούσαν να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό. Μάλιστα, θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό να πραγματοποιηθούν μελέτες που θα περιελάμβαναν συμμετέχοντες και των δύο φύλων, προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν διαφορές στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες με την συμπτωματολογία της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, αλλά και να διερευνηθεί η ύπαρξη πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων σε παιδιά και εφήβους με Καταναγκαστική Υπερφαγία, καθώς αποτελούν μια ηλικιακή ομάδα, που έχει παραμεληθεί αναφορικά με την συγκεκριμένη διαταραχή. Επιπλέον, θα ήταν ιδιαίτερα σκόπιμο να γίνουν μελλοντικές μελέτες αναφορικά με τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, σε πληθυσμούς παιδιών και εφήβων με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, καθώς τα δεδομένα, που θα συλλέγονταν θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμα για την ύπαρξη πρώιμης και αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης από την αρχική κιάλας εμφάνιση του προβλήματος. Ενδιαφέρον θα παρουσίαζε, ακόμη, η μελέτη του θέματος με τη χρήση, εκτός των ατομικών συνεντεύξεων, και ομάδων εστίασης, στις οποίες ενδεχομένως θα δίνονταν περισσότερες ευκαιρίες για συζήτηση και βαθύτερη κατανόηση, ενώ υψίστης σημασίας θα ήταν και η πραγματοποίηση μίας διαχρονικής μελέτης, η οποία θα μελετούσε την θεραπευτική πορεία των ατόμων με Καταναγκαστική Υπερφαγία, που έλαβαν θεραπευτική παρέμβαση, μέσω της εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων. Τέλος,

σημαντική θα ήταν και η διερεύνηση εκτός από τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, και των λειτουργιών των σχημάτων (Schema modes), που υπάρχουν στα άτομα με την διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας, καθώς έχει αναδειχθεί η ύπαρξη σύνδεσης ανάμεσα στις λειτουργίες των σχημάτων και στην διαφοροποίηση των διατροφικών διαταραχών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abraham, S. F., & Beumont, P. J. V. (1982). How patients describe bulimia or binge-eating. *Psychological Medicine*, 12, 625-635. doi:10.1017/S0033291700055732

Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466. doi: 10.1001/archpsyc.57.5.459

Allison, S., & Timmerman, G. (2005). Anatomy of a binge: Food environment and characteristics of non purge binge episodes. *Journal of Eating Behaviors*, 8, 31-38. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.01.004

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual*

of mental disorders. (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

Aquardo, C., Jambon, B., Ellis, D., & Marqis, P. (1996). Languages and translation issues. In B. Spiker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2nd ed., pp.575-585). New York: Lippincott-Raven.

Arntz, A., & van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Chichester: John Wiley and Sons.

Bamber, M. (2004). 'The good, the bad and defenceless Jimmy' - A single case study of schema mode therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 425-438. doi:10.1002/cpp.422

Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicentre randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305–322. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12040518

Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female in patients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68, 454–462. doi:10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859–867. doi:10.1017/S0033291700028956

Brambilla, F., Samek, L., Company, M., Lovo, F., Cioni, L., & Mellado, C. (2009). Multivariate therapeutic approach to binge-eating disorder: combined nutritional, psychological and pharmacological treatment. *International Clinical Psychopharmacology*, 24, 312-317. doi: 10.1097/YIC.0b013e32832ac828

Brewerton, T. D., (2007). Eating disorders, trauma and comorbidity: focus on PTSD. *Journal of Eating Disorders*, 15, 285–304. doi: 10.1080/10640260701454311

Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 165(6), 409-420. doi:10.7326/M15-2455

Bulik, C. M, Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 72–8. doi:10.1002/eat.10072

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K.S. (2003). "Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating". *International Journal of Eating Disorders*, 33, 293–298. doi: 10.1002/eat.10140

Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2(6), 451-459. doi:10.1007/BF00422219

Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895–916. doi:10.1016/j.cpr.2005.04.012

Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015) Thematic analysis. In J. Smith (ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods 3rd* (pp. 222-248). London: Sage Publications Ltd.

Cooper, M. (1997). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 113– 145. doi:10.1017/S1352465800018348

Corstorphine, E. (2008). Addressing emotions in the eating disorders: Schema mode work. In J. Buckroyd, & S. Rother (Eds.), *Psychological responses to eating disorders and obesity: Recent and innovative work*. Chichester, England; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Dalle, G. R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 390–398. doi: 10.1159/000350058

Darby, A., Hay, P., Mond, J., Quirk, F., Buttner, P., & Kennedy, L. (2009). The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995 to 2005. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 104–8. doi: 10.1002/eat.20601

Dingemans, A. E., Spinhoven, Ph., & van Furth, E. F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 7, 258–265. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.09.007

Edwards, L. M. (2013). Theoretical analysis of binge eating disorder through the perspectives of self-psychology and cognitive theory/cognitive behavioral therapy, and an explanation of blending these perspectives. *Theses, Dissertations, and Projects*. Paper 578.

Ehrlich, S., Herpertz-Dahlmann, B., Tenconi, E., & van Elburg, A. A. (2016). Eating disorders: The big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3, 313-315.

Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York, NY: Guilford Press.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. (2008). Eating disorder examination questionnaire. In: C. G. Fairburn (Ed.). *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–313). New York, NY: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk Factors for Binge Eating Disorder. A Community-Based, Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425-432.
doi:10.1001/archpsyc.55.5.425

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407- 416.
doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Conner, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311–319.

Fursland, A., Byrne, S., Watson, H., La Puma, M., Allen, K., & Byrne, S. (2012). Enhanced cognitive behavior therapy: A single treatment for all eating disorders. *Journal of Counseling and Development*, 90, 319-329. doi: 10.1002/j.1556-6676.2012.00040.x

Greeno, C.G., Wing, R. R., & Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 95-102. doi: 10.1037/0022-006X.68.1.95

Greer, S., & Cooper, M. (2016). Do female dieters have an “eating disorder” self-schema?. *Journal of Eating Disorders*, 4(15), 1-8.

Hay, P. J., & Bacaltchuk, J. (2001). Extracts from “Clinical evidence”: Bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 323, 33-37. doi: 10.1136/bmj.327.7411.381

Hay, P. J., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD000562

Hay, P. J., Touyz, S., & Sud, H. (2012). Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: A review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 1136–1144. doi: 10.1177/0004867412450469

Herman, B. K., Deal, L. S., DiBenedetti, D. B., Nelson, L., Fehnel, S. E., & Brown, T. M. (2016). Development of the 7-Item Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7). *The Primary Care Companion CNS Disorders*, 18(2), 1-13.
doi:10.4088/PCC.15m01896

Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
doi:10.1002/eat.10222

Holloway, I., & Todres, L. (2003). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative Research*, 3, 345-357.

Hopf, C. (2004). Research ethics and qualitative research. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp. 334-339). London: Sage.

Howitt, D. (2010). *Introduction to qualitative methods in psychology*. Harlow: Prentice Hall.

Hrabosky, J., Masheb, R., White, M., & Grilo, C. (2007). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 175-180. doi: 10.1037/0022-006X.75.1.175

Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Berry, J. M., Pindyck, L. J., Bulik, C. M., Crow, S. J., McElroy, S. L., Laird, N. M., Tsuang, M. T., Walsh, B. T., Rosenthal, N. R., & Pope, H. G. Jr. (2006). Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. *Archives of General Psychiatry*, 63, 313-9. doi:10.1001/archpsyc.63.3.313

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040

Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Coit, C. E., Tsuang, M. T., McElroy, S. L., Crow, S. J., Bulik, C. M., Hudson, M. S., Yanovski, J. A., Rosenthal, N. R., & Pope, H. G. Jr. (2010). Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91, 1568-1573. doi: 10.3945/ajcn.2010.29203

Hughes, M. L., Hamill, M., van Gerko, K., Lockwood, R., & Waller, G. (2006). The relationship between different levels of cognition and behavioural symptoms in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 125-133. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.09.001

Hurley, S. (2010). *The Impact of Maladaptive Schema on Disordered Eating: A Collective Case Study* (Doctoral dissertation). Retrieved from Graduate Theses and Dissertations.

Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., & Wilfley, D. E. (2012). Psychological treatments for binge eating disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 432-446. doi:10.1007/s11920-012-0277-8

Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Εισαγωγή στην Ανάλυση Λεδομένων Ποιοτική Κοινωνικής Έρευνας*. Αθήνα: Κριτική.

Jenkins, G. (2009). *An Investigation of Schema Modes in the Eating Disordered Population* (Doctorate dissertation). Retrieved from <https://mafiadoc.com/>

Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478. doi:10.1521/pedi.18.5.467.51325

- Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of co morbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34, 175-190. doi:10.1177/0145445510363472
- Κυριαζή, Νότα. (2011). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: ΠΕΔΙΟ.
- Lacey, J. H. (1982). Anorexia nervosa and the bearded female saint. *British Medical Journal*, 285, 1816-1817.
- Leitch, M., A. (2010). *Impulsivity and Eating Behaviour: An Examination of Subtypes of Impulsive Behaviour and Overeating in Healthy Females* (DPhil Thesis). University of Sussex, Falmer Sussex England.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 736– 741.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 76-85. doi: 10.1007/BF03061068
- Lowe, M. R., & Levine, A. S. (2005). Eating motives and the controversy over dieting: eating less than needed versus less than wanted. *Obesity Research*, 13(5), 797-806. doi: 10.1038/oby.2005.90
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy Research*, 29, 717–732. doi: 10.1007/s10608-005-9635-8
- Μαλογιάννης, Ι. Α. (2014). *Η Προσαρμογή της Γνωσιακής Θεραπείας Σχημάτων σε Ελληνικό Πληθυσμό. Εφαρμογή σε Ασθενείς με Χρονίσασα Καταθλιπτική Διαταραχή (Διδακτορική Διατριβή)*. Ανακτήθηκε από τη βάση δεδομένων του Εθνικού Αρχείου Διδακτορικών Διατριβών Τεκμηρίωσης. (αριθμ. 42501)
- Marazziti, D., Corsi, M., Baroni, S., Consoli, G., & Catena-Dell'Osso, M. (2012). Latest advancements in the pharmacological treatment of binge eating disorder. *European Review of Medical Pharmacological Science*, 16(15), 2102–2107.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2000). Binge eating disorder: A need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 159-162. doi:10.1016/S0010-440X(00)90041-5
- Masley, S. (2011). Exploring the Relationship Between Schema Modes, Cognitive Fusion and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 109-144.

- Mazzeo, S. (2009). Environmental and Genetic Risk Factors for Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *National Library of Health*, 18, 67–82. doi:10.1016/j.chc.2008.07.003
- McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M. A., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Research*, 240, 412-420. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.080
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge eating. *Clinical Psychology Review*, 15, 845-865.
- Meyer, C., Waller, G., & Waters, A. (1998). Emotional states and bulimic psychopathology. In H. W. Hoek, J. L. Treasure, & M. A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A., & Wojnar, M. (2016). Nonspecific eating disorders - a subjective review. *Psychiatria polska*, 50(3), 497–507. doi:10.12740/PP/59217
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behavior Research and Therapy*, 42(5), 551-567. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00161-X
- Mountford, V., Waller, G., Watson, D., & Scragg, P. (2004). An experimental analysis of the role of schema compensation in anorexia nervosa. *Eating Behavior*, 5, 223–230. doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.01.012
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinic of North America*, 33(3), 611-627. doi:10.1016/j.psc.2010.04.004
- National Institute of Clinical Excellence (NICE). (2004). *Core Interventions in the Treatment and Management of Eating Disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. Leicester, UK: British Psychological Society.
- Nicholls, D. E., Lynn, R., & Vinear, R. M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 295-301.
- Ochner, C.N., Geliebter, A., & Conceicao, E. (2009). Causal and maintenance factors in binge eating disorder. In N. Chambers (Ed.), *Binge eating: Psychological factors, symptoms and treatment* (pp. 87-93). New York, NY: Nova Science Publishers.
- Parry-Jones, B., & Parry-Jones, W. L. (1995) History of bulimia and bulimia nervosa. In: K. D. Brownell, & C. G Fairburn, *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York and London: Guildford Press.

- Pearl, R., White, M., & Grilo, C. (2014). Overevaluation of shape and weight as a mediator between self-esteem and weight bias internalization among patients with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 15, 259–61. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.03.005
- Pike, K., Dohm, F., Striegel-Moore, R., Wilfley, D., & Fairburn, C.G. (2001). A comparison of black and white women with binge-eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 1455-1460. doi: 10.1176/appi.ajp.158.9.1455
- Pitts, C., & Waller, G. (1993). Self-denigratory beliefs following sexual abuse: Association with the symptomatology of bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 407-410. doi: 10.1002/1098-108X(199305)13:4<407::AID-EAT2260130409>3.0.CO;2-7
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30–41. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.003
- Rawal, A., Park, R. J., & Williams, J. M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behavior Research and Therapy*, 48, 851-859. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.009
- Rayworth, B. B., Wise, L. A., & Harlow, B. E. (2004). Childhood Abuse and Risk of Eating Disorders in Women. *Epidemiology*, 15(3), 271–278.
- Roulston, K. (2001). Data Analysis and Theorizing as Ideology. *Qualitative Research*, 1, 279-302. doi: 10.1177/146879410100100302
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York, NY: The Guilford Press.
- Saguy, A. C., & Gruys, K. (2010). Morality and Health: News Media Constructions of Overweight and Eating Disorders. *University of California Press Journal*, 57(2), 231-250.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe?. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 177-186. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2
- Serpell, L., & Treasure, J. (2002). Bulimia nervosa: Friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 164-170. doi: 10.1002/eat.10076
- Simon, J., Schmidt, U., & Pilling, S. (2005). The health service use and cost of eating disorders. *Psychological Medicine*, 35, 1543-1551. doi:10.1017/S0033291705004708
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1(182), 1-10. doi:10.3389/fpsyg.2010.00182

- Simpson, S. G., & Slowey, L. (2011). Video Therapy for Atypical Eating Disorder and Obesity: A Case Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 38-43. doi: 10.2174/1745017901107010038
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 543–548. doi:10.1097/YCO.0b013e328365a24f
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 136-150. doi: 10.1002/eat.10008
- Smolak, L. (2011). Sexual abuse and body image. In T. Cash & L. Smolak (Eds.) *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 119-126). New York, NY: Guilford Press.
- Steinhausen, C. H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293. doi: 10.1176/appi.ajp.159.8.1284
- Steiger, H., Richardson, J., Schmitz, N., Israel, M., Bruce, K. R., & Gauvin, L. (2010). Trait- defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 428–432.
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Kraemer, H. C., Taylor, C. B., Daniels, S. R., Crawford, P., & Schreiber, G. B. (2003). Eating disorders in black and white women. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1326-1331. doi:10.1176/appi.ajp.160.7.1326
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 19-29. doi:10.1002/eat.10202
- Striegel-Moore, R. H., Fairburn, C. G., Wilfley, D. E., Pike, K. M, Dohm, F. A., & Kraemer, H. C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge-eating in black and white women: A community-based case-control study. *Psychological Medicine*, 35(6), 907-917.
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G.T., May, A., & Kraemer, H.C. (2009). Gender differences in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 471–474. doi:10.1002/eat.20625
- Tata, A. L., & Kockler, D. R. (2006). Topiramate for binge-eating disorder associated with obesity. *Annals of Pharmacotherapy*, 40, 1993-1997.
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D. J., Vashchenko, M., Kass, A. E., & Herzog, D. B. (2008). A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 551–560. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.04.002

Traianou, A. (2014). The Centrality of Ethics in Qualitative Research. In P. Leavy (Ed.), *The Oxford Handbook of Qualitative Research*. New York, NY: Oxford Press.

Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κρητική.

Vanderlinden, J. (2008). Many roads lead to Rome: Why does cognitive behavioural therapy remain unsuccessful for many eating disorder patients? *European Eating Disorder Review*, 16(5), 329-333. doi: org/10.1002/erv.889

Vijver, F. J. R., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1(2), 89-99. doi: 10.1027/1016-9040.1.2.89

Visscher, T. L., Viet, A. L., Kroesbergen, I. H., & Seidell, J. C. (2006). Underreporting of BMI in adults and its effect on obesity prevalence estimations in the period 1998 to 2001. *Obesity (Silver Spring)*, 14(11), 2054-2063. doi:10.1038/oby.2006.240

Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa [Special Issue: Personality and Psychopathology]. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147. doi: 10.1037/0021-843X.103.1.137

Vrabel, K. R., Rø, Ø., Martinsen, E. W., Hoffart, A., & Rosenvinge, J. H. (2010). Five-year prospective study of personality disorders in adults with Long standing eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 22-28.

Waller, G. (submitted). A schema-based cognitive behavioural model of the aetiology and maintenance of restrictive and bulimic pathology in the eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*.

Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235-241. doi: 10.1002/1098-108X(200009)28:2<235::AID-EAT15>3.0.CO;2-1

Waller, G. (2002). The psychology of binge eating. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.) *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. (2nd ed., pp. 99-102). New York, NY: The Guilford Press.

Waller, G., Dickson, C., & Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating Behaviors*, 3, 171-178. doi:10.1016/S1471-0153(01)00056-3

Waller, G. (2003). Schema-level cognitions in patients with binge eating disorder: A case control study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 458-464. doi:10.1002/eat.10161

Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V., & Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 118-124. doi: 10.1002/eat.10163

- Waller, G., & Kennerley, H. (2003). Cognitive-behavioural treatments. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders* (2nd ed., pp. 233–251). Chichester: John Wiley & Sons.
- Waller, G., Corstorphine, E., & Mountford, V. (2007). The role of emotional abuse in the eating disorders: Implications for treatment. *Eating Disorders*, 15, 317–331. doi:10.1080/10640260701454337
- Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R., & Patient, E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa: Effectiveness in clinical settings. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 13–17. doi: 10.1002/eat.22181
- Westerberg, D. P., & Waitz, M. (2013). Binge-eating disorder. *Osteopathic Family Physician*, 5(6), 230-233.
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment planning for Binge-Eating Disorder and Eating Disorder Not Otherwise Specified. In C. M. Grilo & J. E. Mitchell (Eds.). *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook* (pp. 44-53). New York, NY: The Guilford Press.
- Wilfley, D. E. (2002). "Psychological treatment of binge eating disorder". In Fairburn, Christopher; Brownell, Kelly. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Wilfley, D. E., Crow, S. J., Hudson, J. I., Mitchell, J. E., Berkowitz, R. I., Blakesley, V., & Walsh, B. T. (2008). Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double blind study. *American Journal of Psychiatry*, 165, 51-58. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06121970
- Wilson, G. T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 439-465. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144250
- Wilson, G.T., Grilo, C.M., & Vitousek, K. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.199
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., & Demuth, G. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 401-412. doi: 10.1002/eat.1101
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., & Mitchell, J. E. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 687-705. doi: 10.1002/eat.20719
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO.

Wright, M.O.D., Crawford, E., & DelCastillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect Journal*, 33, 59–68.

Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., & Friederich, H.C. (2014). Set-shifting Ability across the Spectrum of Eating Disorders and in Overweight and Obesity: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cambridge Journal*, 44(16), 3365-3385. doi: 10.1017/S0033291714000294

Young, J. E. (1990-1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach (revised edition)*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioners Guide*. New York: Guilford.

ΠΙΝΑΚΕΣ

1. Πίνακας Δημογραφικά

ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
Γυναίκα	47 ετών	Αθήνα	Έγγαμη χωρίς παιδιά
Γυναίκα	30 ετών	Σαντορίνη	Άγαμη (σε σχέση)
Γυναίκα	50 ετών	Θεσσαλονίκη	Έγγαμη με παιδιά
Γυναίκα	36 ετών	Αθήνα	Άγαμη
Γυναίκα	50 ετών	Θεσσαλονίκη	Διαζευγμένη με παιδιά
Γυναίκα	37 ετών	Αθήνα	Έγγαμη χωρίς παιδιά
Γυναίκα	43 ετών	Αθήνα	Διαζευγμένη με παιδιά
Γυναίκα	66 ετών	Θεσσαλονίκη	Έγγαμη με παιδιά (χήρα)
Γυναίκα	42 ετών	Αθήνα	Έγγαμη με παιδιά

Γυναίκα	48 ετών	Αθήνα	Διαζευγμένη με παιδιά
Γυναίκα	59 ετών	Αθήνα	Διαζευγμένη με παιδιά
Γυναίκα	37 ετών	Χαλκιδική	Έγγαμη με παιδιά

2. Πίνακας Θεματικοί Άξονες Συνεντεύξεων

ΘΕΜΑΤΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ
1. Σχέση οικογενειακού περιβάλλοντος με το φαγητό & την Καταναγκαστική Υπερφαγία.	<p>1.1. Σχέση οικογενειακού περιβάλλοντος με το φαγητό.</p> <p>1.2. Στάση οικογενειακού περιβάλλοντος απέναντι στο πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας.</p>
2. Σχέση συνεντευξιαζόμενης με το φαγητό & την Καταναγκαστική Υπερφαγία.	<p>2.1. Σχέση συνεντευξιαζόμενης με το φαγητό.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σχέση συνεντευξιαζόμενης με το φαγητό στο παρόν. • Σχέση συνεντευξιαζόμενης με το φαγητό ως παιδί. <p>2.2. Συναισθήματα, πριν, μετά & κατά την διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων.</p>
3. Αρχική εμφάνιση Καταναγκαστικής Υπερφαγίας.	<p>3.1. Εμφάνιση υπερφαγικών επεισοδίων.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ηλικιακή έναρξη των υπερφαγικών επεισοδίων. • Σε ποιους παράγοντες (γεγονότα & καταστάσεις) αποδίδεται η εμφάνιση των υπερφαγικών επεισοδίων. • Γεγονότα & καταστάσεις που οδηγούν στο να ενταθούν τα υπερφαγικά επεισόδια. • Γεγονότα & καταστάσεις που οδηγούν στην μείωση των υπερφαγικών επεισοδίων.

<p>4. Στάση συνεντευξιαζόμενης απέναντι στην Καταναγκαστική Υπερφαγία.</p>	<p>4.1. Συναισθήματα & σκέψεις της συνεντευξιαζόμενης γύρω από την Καταναγκαστική Υπερφαγία. 4.2. Επιθυμία απαλλαγής από την Καταναγκαστική Υπερφαγία. 4.3. Προσπάθειες της συνεντευξιαζόμενης να αντιμετωπίσει την Καταναγκαστική Υπερφαγία.</p>
<p>5. Πληροφορίες σχετικά με την εικόνα εαυτού.</p>	<p>5.1. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας της συνεντευξιαζόμενης. 5.2. Υποθέσεις για τα όσα σκέφτονται οι άλλοι για την συνεντευξιαζόμενη. 5.3. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συμβάλλουν στην εμφάνιση & διατήρηση των υπερφαγικών επεισοδίων.</p>

3. Πίνακας Αποτελέσματα Ερωτηματολογίων Σχημάτων του Young

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Δεν ισχύει καθόλου	Μάλλον δεν ισχύει	Ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει	Ισχύει αρκετά	Ισχύει πάρα πολύ	Με περιγράφει τέλεια
1	4 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.
2	4 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	3 Συμμ.	1 Συμμ.
3	2 Συμμ.	4 Συμμ.	4 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
4	6 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.
5	3 Συμμ.	5 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
6	2 Συμμ.	5 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.
7	4 Συμμ.	5 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
8	2 Συμμ.	3 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.
9	8 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
10	4 Συμμ.	4 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.
11	1 Συμμ.	0 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.
12	8 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
13	5 Συμμ.	2 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
14	2 Συμμ.	2 Συμμ.	6 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
15	0 Συμμ.	1 Συμμ.	5 Συμμ.	3 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.
16	8 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
17	1 Συμμ.	5 Συμμ.	3 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.
18	2 Συμμ.	5 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.
19	0 Συμμ.	6 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.
20	2 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.

21	4 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
22	0 Συμμ.	0 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.
23	5 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
24	4 Συμμ.	5 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
25	3 Συμμ.	1 Συμμ.	6 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
26	4 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.
27	3 Συμμ.	0 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.
28	5 Συμμ.	1 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
29	0 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.
30	5 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.
31	2 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
32	4 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
33	0 Συμμ.	0 Συμμ.	5 Συμμ.	2 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.
34	2 Συμμ.	0 Συμμ.	2 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.
35	4 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.
36	0 Συμμ.	1 Συμμ.	6 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
37	1 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	6 Συμμ.
38	3 Συμμ.	2 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.
39	2 Συμμ.	3 Συμμ.	4 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
40	4 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.
41	7 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
42	4 Συμμ.	4 Συμμ.	0 Συμμ.	4 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
43	10 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
44	5 Συμμ.	2 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
45	4 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
46	3 Συμμ.	3 Συμμ.	4 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
47	2 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.
48	8 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
49	0 Συμμ.	2 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.
50	1 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	4 Συμμ.
51	0 Συμμ.	1 Συμμ.	5 Συμμ.	1 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.
52	0 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	6 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.
53	0 Συμμ.	3 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.
54	0 Συμμ.	2 Συμμ.	5 Συμμ.	5 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
55	2 Συμμ.	2 Συμμ.	4 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.
56	1 Συμμ.	0 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.
57	2 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.
58	2 Συμμ.	8 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
59	7 Συμμ.	1 Συμμ.	4 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
60	3 Συμμ.	1 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
61	7 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
62	6 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
63	8 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
64	7 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
65	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	9 Συμμ.
66	5 Συμμ.	4 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
67	1 Συμμ.	3 Συμμ.	5 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.
68	2 Συμμ.	5 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.

69	1 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	1 Συμμ.	4 Συμμ.	0 Συμμ.
70	0 Συμμ.	1 Συμμ.	7 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.
71	2 Συμμ.	1 Συμμ.	6 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	2 Συμμ.
72	2 Συμμ.	6 Συμμ.	3 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
73	3 Συμμ.	2 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	3 Συμμ.
74	4 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
75	1 Συμμ.	6 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
76	3 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
77	5 Συμμ.	4 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
78	7 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
79	4 Συμμ.	3 Συμμ.	4 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
80	8 Συμμ.	1 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
81	6 Συμμ.	1 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
82	1 Συμμ.	1 Συμμ.	6 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.
83	1 Συμμ.	4 Συμμ.	3 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.
84	2 Συμμ.	7 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.
85	2 Συμμ.	3 Συμμ.	4 Συμμ.	2 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.
86	3 Συμμ.	4 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.
87	0 Συμμ.	4 Συμμ.	2 Συμμ.	4 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.
88	0 Συμμ.	2 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	4 Συμμ.	1 Συμμ.
89	4 Συμμ.	3 Συμμ.	2 Συμμ.	2 Συμμ.	0 Συμμ.	1 Συμμ.
90	9 Συμμ.	3 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.	0 Συμμ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α. Ερωτηματολόγιο- Διαγνωστικό Εργαλείο Καταναγκαστικής Υπερφαγίας (Binge Eating Disorder Screeener/BEDS-7)

Binge Eating Disorder Screeener-7 (BEDS-7)

Οι παρακάτω ερωτήσεις διερευνούν τις διατροφικές σας συνήθειες και συμπεριφορές μέσα στο διάστημα των τελευταίων 3 μηνών. Για κάθε ερώτηση επιλέξτε την απάντηση που ταιριάζει καλύτερα σε εσάς.

1. Κατά την διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών, είχατε κάποιο επεισόδιο υπερβολικής κατανάλωσης τροφής (π.χ. να φάγατε σημαντικά μεγαλύτερη ποσότητα, απ' ότι θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε παρόμοια χρονική περίοδο)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
--	-----	-----

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ «ΟΧΙ» ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 1, ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΤΕ.

ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΕΜΕΙΝΑΝ ΔΕΝ ΙΣΧΥΟΥΝ ΓΙΑ ΕΣΑΣ.

2. Αισθάνεστε αγχωμένος/η αναφορικά με τα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής που είχατε?	ΝΑΙ	ΟΧΙ
---	-----	-----

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών	Ποτέ Ή Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
3. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, πόσο συχνά νιώθατε ότι δεν είχατε κανέναν έλεγχο πάνω στο φαγητό σας (π.χ. ότι δεν ήσασταν ικανός/ή να σταματήσετε να τρώτε, ή νιώθατε αναγκασμένος/η να τρώτε ή να πηγαινοέρχεστε για να φάτε περισσότερο)?				
4. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, πόσο συχνά συνεχίζατε να τρώτε ακόμα και αν δεν πεινούσατε?				
5. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, πόσο συχνά νιώθατε ντροπή για το πόσο πολύ φάγατε?				
6. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, πόσο συχνά νιώθατε αηδιασμένος/η με τον εαυτό σας ή ένοχος/η μετά?				
7. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών, πόσο συχνά προκαλέσατε στον εαυτό σας εμετό με σκοπό να ελέγξετε το βάρος σας ή το σχήμα του σώματός σας?				

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β. Ερωτηματολόγιο-Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διατροφικών Διαταραχών (Eating Disorder Examination Questionnaire/EDE-Q)

EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE (EDE-Q)

Copyright 2008 by Christopher G Fairburn and Sarah Beglin

Επιμέλεια Μετάφρασης: Σοφία Πλιατσκίδου, Μαρία Σαμακουρή, Μίλτος Λειβαδίτης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Οδηγίες: Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες). Σε παρακαλώ να διαβάσεις την κάθε ερώτηση προσεκτικά. Σε παρακαλώ να απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις. Ευχαριστώ.

Ερωτήσεις 1 έως 12: Παρακαλώ να βάλεις σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό, που βρίσκεται στα δεξιά. Να θυμάσαι ότι οι ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες). Πόσες από τις τελευταίες 28 ημέρες...

	Καμιά ημέρα	1-5 ημέρες	6-12 ημέρες	13-15 ημέρες	16-22 ημέρες	23-27 ημέρες	Κάθε ημέρα	
1	<u>Προσπάθησες, με τη θέλησή σου, να περιορίσεις την ποσότητα του φαγητού που έτρωγες για να επηρεάσεις το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου;</u>	0	1	2	3	4	5	6
2	Έμεινες για μεγάλα χρονικά διαστήματα (για 8 ώρες ή και περισσότερο ενώ ήσουν ξυπνητή/ός) εντελώς νηστική/ός με σκοπό να επηρεάσεις το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου;	0	1	2	3	4	5	6
3	<u>Προσπάθησες να αποκλείσεις από το διαιτολόγιό σου τροφές που σου αρέσουν με σκοπό να επηρεάσεις το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου (ανεξάρτητα από το αν τα κατάφερες ή όχι);</u>	0	1	2	3	4	5	6
4	<u>Προσπάθησες να ακολουθήσεις συγκεκριμένους κανόνες διατροφής (π.χ. περιορισμό των θερμίδων) με σκοπό να επηρεάσεις το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου (ανεξάρτητα από το αν τα κατάφερες ή όχι);</u>	0	1	2	3	4	5	6
5	Είχες τη σαφή επιθυμία να είναι το στομάχι σου <u>άδειο</u> με σκοπό να επηρεάσεις	0	1	2	3	4	5	6
6	Είχες τη σαφή επιθυμία να έχεις ένα <u>εντελώς επίπεδο</u> στομάχι;	0	1	2	3	4	5	6
7	Οι σκέψεις σου γύρω από το φαγητό, τη διατροφή ή τις θερμίδες σε <u>δυσκόλεψαν</u> πολύ να συγκεντρωθείς σε πράγματα που σε	0	1	2	3	4	5	6

	ενδιαφέρουν (π.χ. εργασία, διάβασμα ή παρακολούθηση μιας συζήτησης);							
8	Οι σκέψεις σου γύρω από το <u>σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου</u> σε δυσκόλεψαν πολύ να συγκεντρωθείς σε πράγματα που σε ενδιαφέρουν (π.χ. εργασία διάβασμα ή παρακολούθηση μιας συζήτησης);	0	1	2	3	4	5	6
9	Είχες το συγκεκριμένο φόβο ότι θα χάσεις τον έλεγχο όσον αφορά στο φαγητό;	0	1	2	3	4	5	6
10	Είχες το συγκεκριμένο φόβο μήπως πάρεις βάρος;	0	1	2	3	4	5	6
11	Αισθανόσουν χοντρή/ός;	0	1	2	3	4	5	6
12	Είχες μιαν έντονη επιθυμία να χάσεις βάρος;	0	1	2	3	4	5	6

Ερωτήσεις 13-18: Παρακαλώ σημείωσε τον κατάλληλο αριθμό στο δεξί μέρος της σελίδας. Να θυμάσαι ότι οι ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες).

13	Κατά τις τελευταίες 28 ημέρες, <u>πόσες φορές</u> έφαγες τόσο όσο οι άλλοι άνθρωποι θα θεωρούσαν ως μια ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής (υπό τις συγκεκριμένες περιστάσεις);
14 <u>Πόσες</u> από αυτές τις φορές είχες την αίσθηση ότι έχασες τον έλεγχο όσον αφορά στην ποσότητα της τροφής που έτρωγες (την ώρα που έτρωγες);

15	Κατά τις τελευταίες 28 ημέρες, <u>πόσες ΗΜΕΡΕΣ</u> συνέβησαν τέτοια επεισόδια υπερφαγίας (δηλαδή έφαγες μια ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής ενώ συγχρόνως είχες την αίσθηση ότι χάνεις τον έλεγχο);
16	Κατά τις τελευταίες 28 ημέρες, <u>πόσες φορές</u> προκάλεσες στον εαυτό σου εμετό για να ελέγξεις το σχήμα του σώματός σου η το βάρος σου;
17	Κατά τις τελευταίες 28 ημέρες, <u>πόσες φορές</u> πήρες καθαρτικά για να ελέγξεις το σχήμα του σώματός σου η το βάρος σου;
18	Κατά τις τελευταίες 28 ημέρες, <u>πόσες φορές</u> ασκήθηκες με έναν πιεστικό ή καταναγκαστικό τρόπο για να ελέγξεις το βάρος σου, το σχήμα του σώματός σου, την ποσότητα του λίπους ή για να κάψεις θερμίδες;

Ερωτήσεις 19-21: Παρακαλώ να βάλεις σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό, που βρίσκεται στα δεξιά. Για αυτές τις ερωτήσεις ο όρος «υπερφαγία» σημαίνει την κατανάλωση μιας ποσότητας τροφής που οι άλλοι θα θεωρούσαν ασυνήθιστα μεγάλη για τις περιστάσεις, ενώ συγχρόνως υπήρχε η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου όσον αφορά στο φαγητό.

19	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσες ημέρες έφαγες κρυφά;Μη μετράς τα επεισόδια υπερφαγίας	Καμιά ημέρα	1-5 ημέρες	6-12 ημέρες	13-15 ημέρες	16-22 ημέρες	23-27 ημέρες	Κόθε ημέρα
		0	1	2	3	4	5	6
20	Πόσες από τις φορές που έφαγες αισθάνθηκες ενοχή (αισθάνθηκες ότι έκανες λάθος) εξαιτίας των επιπτώσεων που θα είχες στο σχήμα του σώματός σου ή στο βάρος σου;Μη μετράς τα επεισόδια υπερφαγίας	Καμιά φορά	Λίγες φορές	Λιγότερες από τις μισές φορές	Τις μισές φορές	Περισσότερες από τις μισές φορές	Τις περισσότερες φορές	Όλες τις φορές
		0	1	2	3	4	5	6
21	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσο ανησυχούσες μήπως οι άλλοι σε δουν να τρως;Μη μετράς τα επεισόδια υπερφαγίας	Καθόλου		Λίγο		Αρκετά		Έντονα
		0	1	2	3	4	5	6

Ερωτήσεις 22 έως 28: Παρακαλώ να βάλεις σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό, που βρίσκεται στα δεξιά. Να θυμάσαι ότι οι ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες). Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών...

		Καθόλου		Λίγο	Αρκετά		Έντονα	
22	Μήπως το <u>βάρος</u> σου επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο κρίνεις τον εαυτό σου ως άτομο;	0	1	2	3	4	5	6
23	Μήπως το <u>σχήμα του σώματός</u> σου επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο κρίνεις τον εαυτό σου ως άτομο;	0	1	2	3	4	5	6
24	Πόσο πολύ θα σε αναστάτωνε εάν σου ζητούσαν να ζυγίζεσαι μια φορά την εβδομάδα (ούτε πιο συχνά, ούτε πιο αραιά) για τις επόμενες 4 εβδομάδες;	0	1	2	3	4	5	6
25	Πόσο δυσαρεστημένη/ος ήσουν με το <u>βάρος</u> σου;	0	1	2	3	4	5	6

26	Πόσο δυσαρεστημένη/ος ήσουν με το <u>σχήμα του σώματός σου</u> ;	0	1	2	3	4	5	6
27	Πόσο άβολα αισθανόσουν βλέποντας το σώμα σου (π.χ. βλέποντας το σχήμα σου στον καθρέφτη ή στις βιτρίνες των καταστημάτων, όταν ξεεντυνόσουν ή όταν έκανες μπάνιο ή ντους);	0	1	2	3	4	5	6
28	Πόσο άβολα αισθανόσουν όταν οι <u>άλλοι</u> έβλεπαν το σχήμα ή τις γραμμές του σώματός σου (π.χ. σε κοινά αποδυτήρια, όταν κολυμπούσες ή όταν φορούσες στενά ρούχα);	0	1	2	3	4	5	6

Ποιό είναι το βάρος σου (σύμφωνα με την καλύτερη εκτίμηση που μπορείς να κάνεις);

Ποιό είναι το ύψος σου (σύμφωνα με την καλύτερη εκτίμηση που μπορείς να κάνεις);

Αν ανήκεις στο θήλυ φύλο: Κατά τους τελευταίους 3-4 μήνες έχασες κάποιο καταμήνιο κύκλο;

Αν ναι, πόσους;

Παίρνεις αντισυλληπτικά χάπια;

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ. Ερωτηματολόγιο-Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young (Young Schema Questionnaire/YSQ-S3)

YSQ –S3 Jeffrey Young PhD

Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά : Γιάννης Μαλογιάννης, Κατερίνα Αγγελή και Μιράντα Βλαβιανού

Ακολουθούν κάποιες προτάσεις με τις οποίες κανείς θα μπορούσε να περιγράψει τον εαυτό του. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε πρόταση και αποφασίστε πόσο καλά περιγράφει εσάς. Στην περίπτωση που δεν είστε σίγουρος/η, απαντήστε σύμφωνα με το πώς **νιώθετε** και όχι με το τι **νομίζετε** ότι ισχύει. Κάποιες από τις προτάσεις αναφέρονται στη σχέση με τους γονείς ή τους συντρόφους σας. Αν κάποιος από αυτούς έχει πεθάνει, παρακαλώ απαντήστε στην ερώτηση βασιζόμενος στη σχέση που είχατε όταν ήταν εν ζωή. Αν στην παρούσα φάση δεν έχετε σύντροφο, αλλά είχατε συντρόφους στο παρελθόν, παρακαλώ απαντήστε βασιζόμενος/η στην τελευταία σημαντική συντροφική σχέση που είχατε. Στη συνέχεια επιλέξτε την βαθμολογική κατάταξη από το 1 ως το 6 που σας περιγράφει (συμπεριλαμβανομένων και τυχόν αναδιατυπώσεων), και σημειώστε το νούμερο στην αρχή κάθε πρότασης.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ:

- 1= Δεν ισχύει καθόλου για μένα
- 2= Μάλλον δεν ισχύει για μένα
- 3= Ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει
- 4= Ισχύει αρκετά για μένα
- 5= Ισχύει πάρα πολύ για μένα
- 6= Με περιγράφει τέλεια

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

A. 4 Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι που αγαπώ δεν με συμπαθούν.

1. ___ Δεν είχα κάποιον άτομο να με φροντίζει, να μοιράζεται τον εαυτό του μαζί μου, ή να νοιάζεται σε βάθος για οτιδήποτε μου συμβαίνει.
2. ___ Θεωρώ ότι προσκολλώμαι σε ανθρώπους που νιώθω κοντά μου γιατί φοβάμαι ότι θα με εγκαταλείψουν.
3. ___ Νιώθω ότι οι άλλοι θα με εκμεταλλευτούν.
4. ___ Δεν ανήκω κάπου. Δεν μπορώ να ενταχθώ.
5. ___ Κανένας άνδρας/καμία γυναίκα που να επιθυμώ δεν θα μπορούσε να με αγαπήσει εάν έβλεπε τα ελαττώματά μου.
6. ___ Σχεδόν τίποτα από αυτά που κάνω στη δουλειά (ή το σχολείο) δεν είναι τόσο καλό όσο εκείνα που μπορούν να κάνουν οι άλλοι.
7. ___ Νιώθω ότι δεν είμαι ικανός/ή να αντεπεξέλθω μόνος μου στην καθημερινή ζωή.
8. ___ Δεν μπορώ να ξεφύγω από την αίσθηση ότι κάτι κακό πρόκειται να συμβεί.
9. ___ Δεν έχω καταφέρει να διαχωρίσω τον εαυτό μου από τους γονείς μου, όπως συμβαίνει με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου.
10. ___ Πιστεύω πως εάν κάνω αυτό που θέλω, είναι σαν να πηγαίνω γυρεύοντας για προβλήματα.
11. ___ Συνήθως εγώ είμαι αυτός/ή που καταλήγει να φροντίζει τους κοντινούς μου ανθρώπους.
12. ___ Είμαι υπερβολικά συγκρατημένος/η, για να εκφράσω θετικά συναισθήματα στους άλλους (π.χ. να εκδηλώσω στοργή, να δείξω ότι νοιάζομαι).

13. ____ Πρέπει να είμαι ο/η καλύτερος/η στα περισσότερα από αυτά που κάνω. Δεν μπορώ να δεχτώ να έρχομαι δεύτερος/η.
14. ____ Δυσκολεύομαι ιδιαίτερα να δεχτώ το «όχι» ως απάντηση, όταν θέλω κάτι από τους άλλους.
15. ____ Δεν καταφέρνω να πειθαρχήσω τον εαυτό μου, ώστε να ολοκληρώνω καθημερινές δραστηριότητες ή βαρετά καθήκοντα.
16. ____ Το να έχω χρήματα και να γνωρίζω επιφανείς ανθρώπους με κάνει να νιώθω ότι αξίζω (είμαι σημαντικός/ή).
17. ____ Ακόμη κι αν όλα φαίνεται να πηγαίνουν καλά, νιώθω ότι αυτό είναι μόνο προσωρινό.
18. ____ Εάν κάνω κάποιο λάθος, μου αξίζει να τιμωρηθώ.
19. ____ Γενικά, οι άλλοι δεν ήταν εκεί για να μου δώσουν ζεστασιά, στήριγμα και στοργή.
20. ____ Χρειάζομαι τόσο πολύ τους άλλους ανθρώπους που ανησυχώ ότι θα τους χάσω.
21. ____ Νιώθω ότι δεν μπορώ να αφεθώ όταν είμαι με άλλους ανθρώπους, γιατί εσκεμμένα θα με πληγώσουν.
22. ____ Είμαι ουσιαστικά διαφορετικός/ή από τους άλλους ανθρώπους.
23. ____ Κανένα άτομο που να επιθυμώ δεν θα ήθελε να μείνει κοντά μου, εάν ήξερε τον πραγματικό μου εαυτό.
24. ____ Είμαι ανίκανος/η να επιτύχω πράγματα.
25. ____ Θεωρώ τον εαυτό μου εξαρτημένο άτομο όσο αφορά στην καθημερινή λειτουργία.
26. ____ Νιώθω ότι ανά πάσα στιγμή κάποια καταστροφή (φυσική, εγκληματική, οικονομική, ιατρική) μπορεί να συμβεί.
27. ____ Οι γονείς μου κι εγώ έχουμε την τάση να παρεμβαίνουμε υπερβολικά ο ένας στη ζωή και τα προβλήματα του άλλου.
28. ____ Νομίζω ότι δεν έχω άλλη επιλογή από το να υποκύπτω στις επιθυμίες των άλλων γιατί διαφορετικά θα με εκδικηθούν ή θα με απορρίψουν με κάποιο τρόπο.
29. ____ Είμαι καλός άνθρωπος γιατί σκέφτομαι τους άλλους περισσότερο απ' ό,τι σκέφτομαι τον εαυτό μου.
30. ____ Νιώθω αμηχανία να εκφράσω τα συναισθήματά μου σε άλλους.
31. ____ Προσπαθώ να κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ. Δεν μπορώ να συμβιβαστώ με το «αρκετά καλό».
32. ____ Είμαι ιδιαίτερο άτομο και δεν θα έπρεπε να δέχομαι τους περιορισμούς που υπάρχουν για τους άλλους ανθρώπους.
33. ____ Εάν δεν καταφέρνω να επιτύχω ένα στόχο, απογοητεύομαι εύκολα και τα παρατάω.
34. ____ Τα επιτεύγματα έχουν μεγαλύτερη αξία για μένα εάν οι άλλοι άνθρωποι τα αναγνωρίζουν.

35. ____ Εάν συμβεί κάτι καλό, ανησυχώ ότι πιθανότατα κάτι κακό θα ακολουθήσει.
36. ____ Εάν δεν προσπαθήσω όσο πιο σκληρά μπορώ, θα πρέπει να περιμένω ότι θα χάσω.
37. ____ Για μεγάλο μέρος της ζωής μου δεν ένιωσα ότι ήμουν κάτι ιδιαίτερο για κάποιον.
38. ____ Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι που νιώθω κοντά μου θα φύγουν ή θα με εγκαταλείψουν.
39. ____ Είναι απλά θέμα χρόνου να με προδώσει κάποιος.
40. ____ Δεν ανήκω πουθενά. Είμαι μοναχικός/ή.
41. ____ Είμαι ανάξιος/α της αγάπης, της προσοχής και του σεβασμού των άλλων.
42. ____ Οι περισσότεροι από τους άλλους ανθρώπους είναι πιο ικανοί από μένα όσο αφορά στη δουλειά (ή το σχολείο) και στην επίτευξη πραγμάτων.
43. ____ Στερούμαι κοινής λογικής.
44. ____ Ανησυχώ μήπως δεχτώ επίθεση.
45. ____ Είναι ιδιαίτερα δύσκολο για μένα και τους γονείς μου να αποκρύπτουμε λεπτομέρειες της ιδιωτικής μας ζωής ο ένας από τον άλλο, χωρίς να νιώθουμε προδομένοι ή ένοχοι.
46. ____ Στις σχέσεις αφήνω τον άλλο να έχει το πάνω χέρι.
47. ____ Αφιερώνω τόσο πολύ χρόνο κάνοντας πράγματα για τους ανθρώπους για τους οποίους νοιάζομαι, που έχω ελάχιστο χρόνο για μένα.
48. ____ Δυσκολεύομαι να είμαι ζεστός/ή και αυθόρμητος/η.
49. ____ Πρέπει να αντεπεξέρχομαι σε όλες μου τις υποχρεώσεις.
50. ____ Απεχθάνομαι να με περιορίζουν ή να με εμποδίζουν να κάνω αυτό που θέλω.
51. ____ Δυσκολεύομαι ιδιαίτερα να θυσιάσω την άμεση ικανοποίηση, προκειμένου να επιτύχω ένα μακροπρόθεσμο στόχο.
52. ____ Νιώθω λιγότερο σημαντικός/ή, όταν οι άλλοι δε μου δίνουν ιδιαίτερη σημασία.
53. ____ Όσο και να προσέχεις, σχεδόν πάντα κάτι θα πάει στραβά.
54. ____ Εάν δεν κάνω αυτό που πρέπει, οφείλω να υποστώ τις συνέπειες.
55. ____ Τις περισσότερες φορές, δεν είχα κάποιον που να με ακούει πραγματικά, να με καταλαβαίνει, ή νιώθει τις πραγματικές μου ανάγκες και συναισθήματα.
56. ____ Απελπίζομαι όταν κάποιο άτομο για το οποίο νοιάζομαι απομακρύνεται από μένα.
57. ____ Είμαι αρκετά καχύποπτος/η για τα κίνητρα των ανθρώπων.
58. ____ Νιώθω αποξενωμένος/η από τους άλλους ανθρώπους.
59. ____ Νιώθω ότι δεν είμαι άξιος/α να αγαπηθώ.
60. ____ Δεν είμαι όσο ταλαντούχος/α είναι οι περισσότεροι άνθρωποι στη δουλειά τους (ή το σχολείο).
61. ____ Εάν εμπιστευτώ _____ την κρίση μου σε καθημερινές καταστάσεις, θα πάρω τη λάθος απόφαση.
62. ____ Ανησυχώ μήπως βρεθώ στο δρόμο ή γίνω περιθωριακός/ή.
63. ____ Συχνά νιώθω ότι οι γονείς μου ζουν μέσα από μένα – δεν έχω τη δική μου ζωή.
64. ____ Αφήνω πάντα τους άλλους να επιλέγουν για μένα και έτσι δεν ξέρω τι πραγματικά θέλω για τον

εαυτό μου.

65. ___ Ανέκαθεν ήμουν αυτός/ή που άκουγε τα προβλήματα όλων των άλλων.
66. ___ Συγκρατώ τον εαυτό μου τόσο πολύ που οι άλλοι νομίζουν ότι δεν έχω συναισθήματα.
67. ___ Νιώθω ότι υπάρχει μια συνεχής πίεση να επιτύχω και να καταφέρω πράγματα.
68. ___ Νιώθω ότι δεν θα έπρεπε να ακολουθώ τους συνήθεις κανόνες και συμβάσεις, όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι.
69. ___ Δεν μπορώ να πιάσω τον εαυτό μου να κάνει πράγματα που δεν με ευχαριστούν, ακόμη κι όταν ξέρω ότι είναι για το καλό μου.
70. ___ Εάν κάνω κάποιο σχόλιο σε μια συνάντηση ή με συστήσουν σε μια συγκέντρωση, αναζητώ την αναγνώριση και το θαυμασμό των άλλων.
71. ___ Όσο σκληρά κι αν εργάζομαι, ανησυχώ ότι θα καταστραφώ οικονομικά.
72. ___ Δεν έχει σημασία για ποιο λόγο κάνω ένα λάθος. Όταν κάνω κάτι στραβό, θα πρέπει να τιμωρηθώ.
73. ___ Σπάνια είχα ένα δυνατό άτομο να μου δώσει μια σωστή συμβουλή ή κατεύθυνση όταν δεν είμαι σίγουρος/η για το τι πρέπει να κάνω.
74. ___ Μερικές φορές ανησυχώ τόσο πολύ μήπως οι άλλοι με αφήσουν, που τους απομακρύνω από κοντά μου.
75. ___ Συνήθως βρίσκομαι σε επαγρύπνηση για τα απώτερα κίνητρα των άλλων.
76. ___ Πάντα νιώθω εκτός κάθε ομάδας.
77. ___ Είμαι τόσο μη αποδεκτός/ή στην ουσία μου, ώστε να μην μπορώ να αποκαλύψω τον εαυτό μου στους άλλους ανθρώπους.
78. ___ Δεν είμαι τόσο έξυπνος/η όσο είναι οι περισσότεροι άνθρωποι στη δουλειά (ή το σχολείο).
79. ___ Δεν αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου να αντιμετωπίζω καθημερινά προβλήματα που εμφανίζονται.
80. ___ Ανησυχώ ότι πρόκειται να εκδηλώσω σοβαρή ασθένεια, παρά το γεγονός ότι ο γιατρός δεν έχει διαγνώσει κάτι σοβαρό.
81. ___ Συχνά νιώθω ότι δεν έχω τη δική μου ξεχωριστή ταυτότητα ως προς τους γονείς μου ή το/τη σύντροφό μου.
82. ___ Δυσκολεύομαι πολύ να απαιτήσω να γίνονται σεβαστά τα δικαιώματά μου και να λαμβάνονται υπόψη τα συναισθήματά μου.
83. ___ Οι άνθρωποι γύρω μου θεωρούν ότι κάνω υπερβολικά πολλά για τους άλλους και όχι αρκετά για μένα.
84. ___ Οι άλλοι με θεωρούν συναισθηματικά σφιγμένο/η.
85. ___ Δε μου επιτρέπω να ξεφύγω εύκολα ή να βρω δικαιολογίες για τα λάθη μου.

86. ____ Νιώθω ότι αυτό που εγώ έχω να προσφέρω είναι πολύ πιο σπουδαίο από οποιαδήποτε συνεισφορά των άλλων.
87. ____ Σπανίως καταφέρνω να μείνω πιστός/ή στις αποφάσεις μου.
88. ____ Οι έπαινοι και οι φιλοφρονήσεις με κάνουν να νιώθω σημαντικός/ή (ότι αξίζω).
89. ____ Ανησυχώ ότι μια λάθος απόφαση θα μπορούσε να οδηγήσει στην καταστροφή.
90. ____ Είμαι ένα κακό άτομο που αξίζει να τιμωρηθεί.

Copyright 2005 Jeffrey Young, Ph.D. Special thanks to Gary Brown, Ph.D., Scott Kellogg, Ph.D., Glenn Waller, Ph.D., and the other therapists and researchers who have contributed items and feedback in the development of the YSQ, 3rd edition. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited. Schema Therapy Institute, 130 West 42nd St., Ste. 501, New York, NY 10036 USA. Μετάφραση Προσαρμογή στα Ελληνικά: Γιάννης Μαλογιάννης, Κατερίνα Αγγελή και Μιράντα Βλαβιανού (Επικοινωνία: Ιωάννης Μαλογιάννης, imalog@hol.gr)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ. Έντυπο Ενημέρωσης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Σχήματα και Καταναγκαστική Υπερφαγία Έντυπο Ενημέρωσης

Στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Συμβουλευτική Ψυχολογία, Συμβουλευτική στην Εκπαίδευση, την Ειδική Αγωγή και την Υγεία», του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και με επιστημονική υπεύθυνη την καθηγήτρια κα. Χάιντς Έλενα, διερευνάται η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας και στην ύπαρξη πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, σύμφωνα με την Θεραπεία Σχημάτων του Jeffrey E. Young.

Αρχικά θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, προκειμένου να γίνει η ανίχνευση της ύπαρξης της διαταραχής της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Έπειτα, εάν πληροίτε τα κριτήρια για την συμμετοχή σας στην έρευνα, θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Jeffrey E. Young και να συμμετέχετε σε μια συνέντευξη με την ερευνήτρια, όπου θα σας ζητηθεί να απαντήσετε σε ορισμένες ερωτήσεις αναφορικά με την διατροφική διαταραχή της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας. Η συνέντευξη θα μαγνητοφωνηθεί από την ερευνήτρια, προκειμένου στην συνέχεια να αναλυθεί, μαζί με τις υπόλοιπες συνεντεύξεις.

Εγγυόμαστε ότι θα τηρηθεί πλήρης ανωνυμία και εχεμύθεια. Κανείς εκτός από την ερευνήτρια και την επιβλέπουσα καθηγήτρια δεν θα έχει πρόσβαση στο ηχητικό υλικό, το οποίο θα καταστραφεί μετά την απομαγνητοφώνηση. Στο απομαγνητοφωνημένο κείμενο θα παραποιηθούν τα στοιχεία σας, ώστε να μην μπορεί κανείς να σας αναγνωρίσει. Έχετε τη δυνατότητα να διακόψετε τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη συνέντευξη οποιαδήποτε στιγμή, όπως επίσης και να αποσύρεται τη συμμετοχή σας εκ των υστέρων, εάν θελήσετε. Μπορείτε να έχετε πρόσβαση στο κείμενο της αφήγησής σας και σε ό, τι κείμενα δημοσιοποιηθούν μετά την ανάλυση των συνεντεύξεων.

Εάν ενδιαφέρεστε να συμμετέχετε ή έχετε οποιαδήποτε ερώτηση σχετικά με την έρευνα, παρακαλώ να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή/ την ερευνήτρια στο e-mail: kwnstantina_pagkoutsou@hotmail.com

Η ερευνήτρια

Όνοματεπώνυμο:.....

Υπογραφή.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε. Έντυπο Συγκατάθεσης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Έντυπο Συγκατάθεσης

Δηλώνω την συγκατάθεσή μου για την συμμετοχή μου στην έρευνα με θέμα «Σχήματα & Καταναγκαστική Υπερφαγία», που υλοποιείται από φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Συμβουλευτική Ψυχολογία, Συμβουλευτική στην Εκπαίδευση, την Ειδική Αγωγή και την Υγεία», του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας.

Έχω λάβει το έντυπο ενημέρωσης στο οποίο περιγράφονται ο σκοπός της μελέτης, η διαδικασία της συνέντευξης και οι δεοντολογικές εγγυήσεις που δίνει η ερευνήτρια. Έχω κατανοήσει περί τίνος πρόκειται η μελέτη, τι ζητείται από εμένα και πως θα χρησιμοποιηθούν τα ερωτηματολόγια και η συνέντευξη που θα δώσω. Κατανοώ ότι η ερευνήτρια έχει υποχρέωση να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε να διασφαλιστεί η εχεμύθεια όσων θα πω στην συνέντευξη και η ανωνυμία μου. Επίσης, κατανοώ ότι μπορώ να διακόψω την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και την συνέντευξη οποιαδήποτε στιγμή, να αποσύρω την συμμετοχή μου και να έχω πρόσβαση στο κείμενο της αφήγησής μου και σε ό, τι κείμενα δημοσιοποιηθούν μετά την ανάλυση των συνεντεύξεων.

Με βάση τα παραπάνω συναινώ να συμμετέχω στην παρούσα έρευνα, συμπληρώνοντας τα απαραίτητα ερωτηματολόγια και παραχωρώντας μία συνέντευξη.

Η συμμετέχουσα

Όνοματεπώνυμο ή Αρχικά.....

Υπογραφή.....

Υπογραφή ερευνητή/ερευνήτριας.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ. Ερωτήσεις Συνέντευξης

Δημογραφικά Στοιχεία:

-Που διαμένετε;

-Ποια είναι η ηλικία σας;

-Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Πληροφορίες σχετικά με την Καταναγκαστική Υπερφαγία:

- Ποια ήταν η σχέση σας με το φαγητό ως παιδί;
- Ποια είναι η σχέση σας με το φαγητό τώρα;
- Από πότε θυμάστε να εμφανίζεται η υπερφαγία στη ζωή σας;
- Τί συνέβαινε τότε στη ζωή σας; (αλλαγές, απώλειες, πίεση)
- Που θα αποδίδατε την εμφάνιση της υπερφαγίας σας;
- Έχετε παρατηρήσει τα συναισθήματα σας πριν το επεισόδιο υπερφαγίας, κατά τη διάρκεια και μετά;
- Αν όχι, πως το εξηγείτε;

Σχέση οικογενειακού πλαισίου και Καταναγκαστικής Υπερφαγίας:

- Ποια η σχέση της οικογένειας σας με το φαγητό;
- Πώς αντιμετώπισε την Καταναγκαστική Υπερφαγία το περιβάλλον σας τότε; Τώρα;
- Είστε ικανοποιημένη από την αντιμετώπιση που δεχτήκατε;

Στάση ατόμου απέναντι στο πρόβλημα της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας:

- Ποιό είναι το κυρίαρχο συναίσθημα όταν σκέφτεστε ότι αντιμετωπίζετε τέτοιο πρόβλημα;
- Σε μια κλίμακα από το 0 καθόλου έως το 5 πολύ, πως θα βαθμολογούσατε την επιθυμία σας να σταματήσει η υπερφαγία ως πρόβλημα στη ζωή σας; Και για ποιους λόγους;
- Λαμβάνεται κάποια βοήθεια για την αντιμετώπιση των υπερφαγικών επεισοδίων.; Αν ναι εδώ και πόσο καιρό;
- Ποια είναι τα αποτελέσματα που έχετε δει μέχρι τώρα αναφορικά με την αντιμετώπιση της Καταναγκαστικής Υπερφαγίας;
- Τί θα ήσασταν διατεθειμένη να κάνετε προκειμένου να σταματήσει;

Πληροφορίες σχετικά με την Εικόνα Εαυτού:

- Πώς θα περιγράφατε τον εαυτό σας ως άτομο;
- Ποια θα λέγατε ότι είναι τα θετικά και ποια τα αρνητικά χαρακτηριστικά σας;
- Τί υποθέτετε ότι σκέφτονται οι άλλοι για σας ως άτομο γενικά;
- Σε μια κλίμακα 0 έως 5 πόσο αυστηρός ή απαιτητικός θεωρείτε ότι είστε προς τον εαυτό σας και προς τους άλλους;
- Πιστεύετε ότι κάποια από τα χαρακτηριστικά σας συμβάλλουν στην πρόκληση ή στην διατήρηση των υπερφαγικών επεισοδίων; Αν ναι ποια είναι αυτά;