



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

«Μελέτη συσχέτισης μεταξύ Συναισθηματικής Κατανάλωσης και
Άγχους/Στρες»

Καλαμποκίδου Μαρία

ΑΜ: 2409

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Σφακιανάκη Ειρήνη (επιβλέπουσα)

Δανδουλάκη Χαρούλα

Μουρατίδου Θεοδώρα

ΣΗΤΕΙΑ, Ιούλιος 2021



HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF NUTRITION & DIETETICS SCIENCES

THESIS

for the Undergraduate Degree

«Correlation study between Emotional Eating and
Anxiety/Stress»

Kalampokidou Maria

YD: 2409

Three-member Examination Committee

Sfakianaki Eirini (supervisor)

Dandoulaki Charoula

Mouratidou Theodora

SITIA July 2021

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.

Αποδέχομαι ότι η Βιβλιοθήκη μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από την ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο, καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

*Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας
κα. Σφακιανάκη Ειρήνη για την πολύτιμη βοήθεια της καθ' όλη την διάρκεια περαίωσης
της πτυχιακής μου εργασίας.*

*Έπειτα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές της σχολής μας για τα εφόδια
που μας έχουν προσφέρει κατά τη διάρκεια φοίτησης μας.*

*Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την στήριξη τους σε όλη την
διάρκεια των σπουδών μου!*

Περίληψη

Η συναισθηματική κατανάλωση αποτελεί μια διατροφική συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται από αλλαγή στην συνήθη κατανάλωση του ατόμου ως απάντηση σε θετικά ή αρνητικά συναισθήματα. Στην σύγχρονη κοινωνία, έχει επικρατήσει να θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις φυσιολογική αυτή συμπεριφορά με αποτέλεσμα να παραβλέπεται η σοβαρότητά της και έτσι σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα να οδηγούνται στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, όπως είναι η βουλιμία.

Σε αυτή την εργασία διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω αρνητικών και θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων με τα επίπεδα εμφάνισης άγχους και στρες. Για την συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, το Depression Anxiety Stress Scale (DASS–21) για την αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και στρες των ατόμων του δείγματος και το Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ) για την συναισθηματική κατανάλωση. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μόνο ηλεκτρονικά για την διασφάλιση της δημόσιας υγείας λόγω της πανδημίας του COVID – 19. Ο έλεγχος για την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των δεδομένων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS.

Το δείγμα το αποτελούν 268 άτομα, πιο συγκεκριμένα 183 γυναίκες και 85 άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας 28,3 έτη. Από τα αποτελέσματα του DASS–21 φάνηκε πως οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και στρες σε σχέση με τους άνδρες. Με τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε, οι μόνες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που βρέθηκαν στο δείγμα, μεταξύ της συναισθηματικής κατανάλωσης και του άγχους και του στρες ήταν για το συνολικό δείγμα θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης άγχους με τη συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων, θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης στρες με τη συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων και με τη συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων. Για τις γυναίκες υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης άγχους με τη συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων, θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης στρες με τη συναισθηματική κατανάλωση λόγω

αρνητικών συναισθημάτων και με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Για τους άνδρες του δείγματος δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ άγχους και στρες με την συναισθηματική κατανάλωση.

Λέξεις – Κλειδιά: Συναισθηματική κατανάλωση, Συναισθηματικό φαγητό, Άγχος, Στρες, ΔΜΣ

Abstract

Emotional consumption constitutes a dietary conduct which is characterized by change in the standard consumption of a person as an answer to positive or negative emotions. In modern society it is dominated that this behavior often be considered as normal, disregarding its severity and as a result leading people to the development of eating disorders, such as bulimia.

This study examined the correlation between the emotional consumption due to negative or positive emotions or situations with the levels of anxiety and stress. Two separate questionnaires were used to collect the data: the Depression Anxiety Stress Scale (DASS – 21) for assessing the stress levels of the sample and the Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ) for emotional consumption. The questionnaires were all filled in digitally to proper distancing and comply with restrictions due to the COVID - 19 pandemic. Finally, the verification of the existence of statistically significant correlations between the questionnaire data was performed with the SPSS program.

The sample consists of 268 people and more specifically 183 women and 85 men, with an average age of 28.3 years. The results of DASS-21 showed that women have higher levels of anxiety and stress than men. With the statistical test performed, the only statistically significant correlations found in the sample, between emotional consumption and anxiety/stress was, for the overall sample, a positive correlation between the levels of occurrence of stress and emotional consumption due to negative emotions, a positive correlation of stress levels with emotional consumption due to the average of negative emotions and situations and with emotional consumption due to negative emotions.

For women, there is a positive correlation between the levels of stress and emotional consumption due to negative emotions, a positive correlation between the levels of stress and emotional consumption due to negative emotions and the emotional consumption due to the average of negative emotions. For the men included in the sample, no correlation was found between anxiety and stress with emotional consumption.

Keywords: Emotional eating, Emotional food, Anxiety, Stress, BMI

Περιεχόμενα

Περίληψη	v
Abstract	vii
Περιεχόμενα.....	viii
Κατάλογος Γραφημάτων	x
Κατάλογος Πινάκων	xi
Συνοτομογραφίες & Ακρωνύμια	xii
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1: Συναισθηματική Κατανάλωση	2
1.1. Τι είναι η συναισθηματική κατανάλωση	2
1.1.1. Food Craving και «Τρόφιμα Άνεσης».....	4
1.1.2. Συναισθηματική κατανάλωση και κατάσταση βάρους.....	5
1.1.3. Γυναίκες και συναισθηματική κατανάλωση.....	6
1.1.4. Συναισθηματική διατροφή στην παιδική και εφηβική ηλικία.	7
1.1.5. Λειτουργία του εγκεφάλου στην συναισθηματική κατανάλωση.....	10
1.2. Συναισθήματα και πρόσληψη τροφής	11
1.2.1. Θετικά συναισθήματα.....	14
1.2.2. Αρνητικά συναισθήματα.....	15
1.3. Επιπτώσεις Συναισθηματικής Κατανάλωσης	15
1.3.1. Επαναπρόσληψη βάρους	16
1.3.2. Αδηφαγική Διαταραχή.....	18
1.4. Θεραπευτική προσέγγιση – Στρατηγική Διαχείριση	19
Κεφάλαιο 2: Άγχος και Στρες.....	21

2.1. Άγχος - Στρες	21
2.2. Αγχώδεις Διαταραχές	22
2.2.1. Αγχώδεις Διαταραχές και γυναίκες	26
2.2.2. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	28
2.2.3. Διαταραχή Πανικού	29
2.2.4. Διαταραχή κοινωνικού άγχους	31
2.3. Άγχος - Στρες, κατανάλωση τροφής και συναισθηματική κατανάλωση	33
2.4. Θεραπευτική αντιμετώπιση	36
ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	40
Κεφάλαιο 3: Μελέτη συσχέτισης μεταξύ συναισθηματικής κατανάλωσης και άγχους/στρες	40
3.1 Σκοπός Έρευνας	40
3.2 Υλικά & Μέθοδοι	40
Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα	42
Κεφάλαιο 5: Συζήτηση	59
Συμπεράσματα	68
Περιορισμοί της Έρευνας	70
Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα	71
Βιβλιογραφία	72
Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγια	77

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 4.2-1: Ποσοστό δείγματος και κατανομή του σύμφωνα με το DASS-21.....	45
Γράφημα 4.2-2: Στρες - Γυναίκες και Άνδρες.....	47
Γράφημα 4.2-3: Άγχος - Γυναίκες και Άνδρες.....	47
Γράφημα 4.2-4: Κατάθλιψη - Γυναίκες και άνδρες.....	48

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 4.1-1: Φύλο - Τόπος Διαμονής - Μορφωτικό επίπεδο	43
Πίνακας 4.1-2: Ηλικία - Βάρος - Ύψος - BMI	43
Πίνακας 4.2-1: Στρες - DASS-21	44
Πίνακας 4.2-2: Άγχος - DASS-21	44
Πίνακας 4.2-3: Κατάθλιψη - DASS-21	45
Πίνακας 4.2-4: Γυναίκες - Στρες, άγχος, κατάθλιψη	46
Πίνακας 4.2-5: Άνδρες - Στρες, άγχος, κατάθλιψη	46
Πίνακας 4.3-1: Μέσος όρος κάθε κατηγορίας του EMAQ	49
Πίνακας 4.4-1: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις για το συνολικό δείγμα βάση του συντελεστή Spearman	51
Πίνακας 4.4-2: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις για τις γυναίκες του δείγματος βάση του συντελεστή Spearman	53
Πίνακας 4.4-3: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις για τους άνδρες του δείγματος βάση του συντελεστή Spearman	54
Πίνακας 4.4-4: Όλα τα αποτελέσματα με διαχωρισμό βάση φύλου σύμφωνα με τον συντελεστή Spearman	55

Συνομογραφίες & Ακρωνύμια

A	Άγχος
BED	Αδηφαγική Διαταραχή
BMI	Body Mass Index
CPMA	Γνωστικό μοντέλο επεξεργασίας της επιθυμίας για αλκοόλ
D	Κατάθλιψη
DASS-21	Depression Anxiety Stress Scale – 21
DSM-5	Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών - πέμπτη έκδοση
EMAQ	Emotional Appetite Questionnaire
FC	Food Craving
GAD	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
HPA	Υποθαλάμου –Υπόφυσης – Επινεφριδίων
ICD-10	Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας – 10η έκδοση
MUFA	Μονοακόρεστα Λιπαρά Οξέα
OCD	Ιδιοψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή
PDA	Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία
PTSD	Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες
PUFA	Πολυακόρεστα Λιπαρά Οξέα
S	Στρες
SAD	Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους
AK	Πως επηρεάζεται η κατανάλωση τροφής κατά την παρουσία Αρνητικών Καταστάσεων
ΑΣ	Πως επηρεάζεται η κατανάλωση τροφής κατά την παρουσία Αρνητικών Συναισθημάτων
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
H	Ηλικία
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΘΚ	Πως επηρεάζεται η κατανάλωση τροφής κατά την παρουσία Θετικών Καταστάσεων
ΘΣ	Πως επηρεάζεται η κατανάλωση τροφής κατά την παρουσία Θετικών Συναισθημάτων
ΜΟΑ	Ο συνολικός Μέσος Όρος επιρροής της κατανάλωσης λόγω Αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων
ΜΟΘ	Ο συνολικός Μέσος Όρος επιρροής της κατανάλωσης λόγω Θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων
π.χ.	παραδείγματος χάριν
ΠΟΥ	Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η συναισθηματική κατανάλωση είναι η κατανάλωση φαγητού η οποία δεν ανταποκρίνεται στην φυσική πείνα που νιώθει ο οργανισμός. Δεν έχει σκοπό την κάλυψη του οργανισμού σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά και άρα την διατήρηση του στη ζωή, αλλά είναι η αντίδραση του οργανισμού σε συναισθηματικά ερεθίσματα (Wu *et al.*, 2018), συνήθως αρνητικά (van Strien, 2018) ή στο αίσθημα της αδράνειας (Verzijl *et al.*, 2018). Έτσι, δημιουργείται η ανάγκη για πρόσληψη τροφής η οποία έχει στόχο την κάλυψη των ψυχολογικών και συναισθηματικών αναγκών και όχι των ζωτικών λειτουργιών (Levoy *et al.*, 2017).

Τα βασικότερα συναισθήματα που γνωρίζουμε ότι ενισχύουν την εμφάνιση συναισθηματικής κατανάλωσης είναι το άγχος/στρες, η κατάθλιψη και η πλήξη (Verzijl *et al.*, 2018). Η επιλογή της συσχέτισή με το άγχος/στρες σε αυτή την εργασία έγινε, διότι όλοι οι άνθρωποι βιώνουν καθημερινά στη ζωή τους πολλά μικρά στρεσογόνα γεγονότα των οποίων η συνεχής συσσώρευση, έχει φανεί ότι μπορεί να έχει μεγαλύτερη επίπτωση στην υγεία του ανθρώπου σε σύγκριση με λιγότερα σε αριθμό αλλά πολύ εντονότερα στρεσογόνα γεγονότα (Αντονίου Α. Σ., 2012).

Η σημαντικότητα της μελέτης του Συναισθηματικού Φαγητού φαίνεται από τις επιπτώσεις στην υγεία και την εξέλιξη του. Καθώς, εάν δεν περιοριστεί μπορεί να οδηγήσει στην παχυσαρκία (Levoy *et al.*, 2017; Wu *et al.*, 2018) αλλά και σε ορισμένες διατροφικές διαταραχές, όπως στην Αδηφαγική Διαταραχή και στην Βουλιμία. Έτσι, είναι ουσιώδες να τονιστεί ότι η Συναισθηματική Κατανάλωση αποτελεί μια διατροφική συμπεριφορά και όχι μια διατροφική διαταραχή. Οπότε αν γίνει αντιληπτό νωρίς, ότι κάποιος είναι συναισθηματικός καταναλωτής θα είναι πιο εύκολη η διαχείριση της κατάστασης του από την θεραπεία της αδηφαγικής διαταραχής ή της βουλιμίας (Verzijl *et al.*, 2018).

Κεφάλαιο 1: Συναισθηματική Κατανάλωση

1.1. Τι είναι η συναισθηματική κατανάλωση

Στη σύγχρονη κοινωνία, όπου για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι πολύ εύκολη η πρόσβαση σε μια μεγάλη ποικιλία τροφίμων, οι άνθρωποι, πλέον, δεν τρώνε μόνο ως απάντηση στο αίσθημα της πείνας ή για να διατηρήσουν την υγεία τους, αλλά και για την ευχαρίστηση και την ανακούφιση που τους προσφέρει η τροφή (Wu *et al.*, 2018). Αυτή η ανακούφιση που προσφέρει η κατανάλωση τροφής αναφέρεται στην βιβλιογραφία ως «Συναισθηματική Κατανάλωση», «Συναισθηματικό Φαγητό», «Συναισθηματική Διατροφή», «Συναισθηματική Υπερφαγία» και «Κατανάλωση τροφής ως απάντηση ή απόκριση σε συναισθήματα» αυτοί οι όροι χρησιμοποιούνται για να αναφερθούν στην ίδια διατροφική συμπεριφορά.

Όταν ένα άτομο δεν έχει καλή αντίληψη και επίγνωση των αισθήσεων του, για παράδειγμα, να μην αναγνωρίζει πότε πεινάει ή πότε έχει επέλθει κορεσμός, μπορεί να οδηγηθεί στην κατανάλωση τροφής λόγω άλλων παραγόντων, με πιο σύνηθες παράγοντα τα συναισθήματα (Nolan, Halperin and Geliebter, 2010). Η συναισθηματική κατανάλωση, συνηθίζεται να περιγράφει, την τάση των ανθρώπων να καταναλώνουν σε αρκετά μεγαλύτερη συχνότητα και ποσότητα σνακ και φαγητά (Braden *et al.*, 2016), ως απάντηση σε μια σειρά αρνητικών συναισθημάτων όπως είναι η κατάθλιψη, ο θυμός, η μοναξιά (Farrow, Haycraft and Blissett, 2015), το καθημερινό άγχος και στρες (Braden *et al.*, 2016), η θλίψη, ο φόβος (Wiedemann, Ivezaj and Grilo, 2018), και η πλήξη (Wiedemann, Ivezaj and Barnes, 2018). Η κατανάλωση αυτή τις περισσότερες φορές πραγματοποιείται χωρίς να υπάρχει το αίσθημα της πείνας και δηλαδή, η φυσική ανάγκη του οργανισμού για κατανάλωση τροφής (Wu *et al.*, 2018).

Η συναισθηματική κατανάλωση γενικά έχει επικρατήσει να θεωρείται μια απόκριση σε αρνητικά συναισθήματα, απειλή, ή δυσφορία-θλίψη (Nolan, Halperin and Geliebter, 2010). Παρόλα αυτά, οι έρευνες αποδεικνύουν πως συναισθηματική κατανάλωση πραγματοποιείται και ως απάντηση σε θετικά συναισθήματα. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερη κατανάλωση κυρίως ως απόκριση στα αρνητικά συναισθήματα, σε σύγκριση με τα ελλιποβαρή άτομα και τα άτομα φυσιολογικού βάρους τα οποία φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη

κατανάλωση ως απάντηση στα θετικά συναισθήματα (Roher, Latzer and Geliebter, 2014).

Ωστόσο, ανεξάρτητα από το εάν τα συναισθήματα που πυροδοτούν την κατανάλωση είναι θετικά ή αρνητικά, η αδυναμία καταστολής αυτής της κίνησης ή η έλλειψη εσωτερικής αναστολής, θα οδηγήσει σε αυξημένη πρόσληψη τροφίμων «άνεσης» (comfort foods) γεγονός το οποίο μελλοντικά θα έχει δυσμενή αποτελέσματα στην υγεία του ατόμου (Levoy *et al.*, 2017) με πιο σύνηθες να το οδηγήσει στην παχυσαρκία (Levoy *et al.*, 2017; Wu *et al.*, 2018) αλλά και σε ορισμένες διατροφικές διαταραχές, όπως η Αδηφαγική Διαταραχή και η Βουλμία (Nolan, Halperin and Geliebter, 2010; Verzijl *et al.*, 2018).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως εκτός από το γεγονός ότι, τα συναισθήματα επηρεάζουν την κατανάλωση τροφής συμβαίνει και το αντίστροφο, καθώς, και οι τροφές που επιλέγει ένας άνθρωπος να καταναλώσει έχουν επίδραση στην ψυχολογία του. Πιο συγκεκριμένα, έχει φανεί πως, οι δίαιτες με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά και σχετικά χαμηλή σε μονοακόρεστα (MUFA) και πολυακόρεστα (PUFA) λιπαρά οξέα μπορούν να συμβάλλουν στην παθογένεση των διαταραχών της διάθεσης και των προβληματικών διατροφικών συμπεριφορών, με πιο έντονες ενδείξεις στα πλαίσια της παχυσαρκίας. Ακόμα, η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε κορεσμένα και/ή trans-λιπαρά, σχετίζεται, με τον κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών, οι οποίες σχετίζονται άμεσα και με τις αγχώδεις διαταραχές καθώς και με την αύξηση συσσώρευσης σπλαχνικού λίπους. Αυτό είναι σημαντικό καθώς η συσσώρευση λίπους σπλαχνικά, σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης αρκετών επιπλοκών της παχυσαρκίας, τόσο ψυχολογικές όσο και σωματικές, συμπεριλαμβανομένης της αντίστασης στην ινσουλίνη και του μεταβολικού συνδρόμου.

Αντίθετα με τα παραπάνω, μια διατροφή που αποτελείται κυρίως από ακόρεστα λίπη, όπως είναι η μεσογειακή διατροφή, είναι σε μεγάλο βαθμό προστατευτική για την υγεία του ατόμου, και σε σωματικό επίπεδο και σε ψυχολογικό. Η ανεπαρκής διατροφική πρόσληψη PUFA αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, ενώ η αύξηση κατανάλωσης ω-3 λιπαρών οξέων (τα οποία αποτελούν PUFA) έχει αποδειχθεί ότι παρέχει προστατευτική δράση στην υγεία και αποτρέπει την κατάθλιψη που προκαλείται από φλεγμονή (Ulrich-Lai *et al.*, 2015).

1.1.1. Food Craving και «Τρόφιμα Άνεσης»

Το Food Craving ορίζεται ως μια σφοδρή επιθυμία / πολύ έντονη λαχτάρα για ένα συγκεκριμένο τρόφιμο ή κάποια ομάδα τροφίμων. Αυτή η επιθυμία είναι αρκετά επίμονη και τα άτομα δυσκολεύονται πολύ να μην καταναλώσουν την επιθυμητή τροφή. Το 80-85% των ενηλίκων που βιώνουν αυτήν την έντονη λαχτάρα οδηγούνται εν τέλει, στην κατανάλωση της επιθυμητής ή κάποιας παρόμοιας τροφής (Verzijl *et al.*, 2018; Fahrenkamp *et al.*, 2019).

Το Food Craving έχει συσχετιστεί με προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές, όπως είναι η συναισθηματική κατανάλωση, αλλά και με διατροφικές διαταραχές, όπως την αδηφαγική διαταραχή. Οι μηχανισμοί που διέπουν τη σχέση μεταξύ αυτής της έντονης επιθυμίας κατανάλωσης τροφίμων και των προβληματικών διατροφικών συμπεριφορών παραμένουν ακόμη ασαφείς (Fahrenkamp *et al.*, 2019).

Υπάρχει πολύ μεγάλη συσχέτιση μεταξύ του Food Craving και της συναισθηματικής κατανάλωσης. Η έντονη αυτή επιθυμία για φαγητό αναφέρεται και ως η ενδιάμεση συμπεριφορά μεταξύ της περιοριστικής και της ανεξέλεγκτης κατανάλωσης. Έχει παρατηρηθεί σημαντική έμμεση επίδραση του Food Craving στη σχέση που υπάρχει μεταξύ της περιοριστικής κατανάλωσης και της συναισθηματικής κατανάλωσης τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες. Φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), δηλαδή τα άτομα με μεγαλύτερο ΔΜΣ είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν Food Craving σε σχέση με άτομα μικρότερου ΔΜΣ. Αυτό ήταν κάτι αναμενόμενο από τους ερευνητές, καθώς, ο υψηλότερος ΔΜΣ έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης συναισθηματικής κατανάλωσης. Η αυξημένη περιοριστική διατροφή συσχετίστηκε με μεγαλύτερη επιθυμία για φαγητό και υψηλότερα επίπεδα Food Craving τα οποία συσχετίστηκαν με συχνότερη εμφάνιση συναισθηματικής κατανάλωσης. Ωστόσο, δεν έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση του Food Craving να επηρεάζεται με τη ηλικία και το φύλο. (Verzijl *et al.*, 2018). Τέλος, τα υψηλότερα επίπεδα Food Craving σχετίζονται με προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές τόσο σε κλινικά όσο και σε μη κλινικά δείγματα (Fahrenkamp *et al.*, 2019).

Ο όρος «τρόφιμα άνεσης» (comfort foods) χαρακτηρίζει εύγευστα τρόφιμα τα οποία μετά την κατανάλωση τους, δημιουργούν στο άτομο καλύτερες αντιδράσεις στο άγχος

και στο στρες, παρέχοντας έτσι στους ανθρώπους αυτούς ένα πιθανό μέσο για την ανακούφιση από το άγχος.

Η πρόσληψη εύγευστης και / ή υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες τροφής σχετίζεται με βελτίωση της διάθεσης, μείωση της αίσθησης του άγχους και μείωση της συγκέντρωσης κορτιζόλης στο πλάσμα, ιδιαίτερα στα άτομα που εμφανίζουν στρες υψηλής έντασης. Επιπλέον, η αυξημένη πρόσληψη «τροφίμων άνεσης» πιθανών να σχετίζεται με την μείωση των δεικτών στρες, συμπεριλαμβανομένων των συμπεριφορών που σχετίζονται με το άγχος, το άγχος που προκαλείται από το στρες και τη συγκέντρωση κορτικοστερόνης στο πλάσμα μετά από πίεση ή και ως αντίδραση στον πόνο και την αγωνία. Τα αποτελέσματα από μελέτες σε ανθρώπους και τρωκτικά δείχνουν έντονα ότι η εύγευστη πρόσληψη τροφής ανακουφίζει τις έντονες αντιδράσεις στο στρες, αν και οι μηχανισμοί με τους οποίους τέτοια «τρόφιμα άνεσης» προκαλούν ανακούφιση από το άγχος είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστοι (Ulrich-Lai *et al.*, 2015).

1.1.2. Συναισθηματική κατανάλωση και κατάσταση βάρους

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η τεχνολογία και η διαθεσιμότητα τροφίμων στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν συμβάλει σημαντικά στην αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας. Ωστόσο, ακόμη και στο ίδιο περιβάλλον, και κάτω από τις ίδιες συνθήκες ορισμένα άτομα γίνονται παχύσαρκα, ενώ άλλα όχι. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι διατροφικές συμπεριφορές του κάθε ανθρώπου είναι κρίσιμα και μπορούν να εκφράσουν τον κίνδυνο που διατρέχει ο καθένας για την αύξηση του βάρους κατά τη διάρκεια της ζωής του (Wood *et al.*, 2016). Παρόλα αυτά, η παχυσαρκία έχει φτάσει σε επιδημικές αναλογίες σε όλο τον κόσμο και είναι ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα δημόσιας υγείας σε πολλές χώρες. Στην εμφάνιση της παχυσαρκίας πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων και ο τρόπος με τον οποίο αυτά, επηρεάζουν την κατανάλωση τροφίμων και τον έλεγχο του βάρους. Η επίδραση αυτή, φαίνεται να είναι πιο συχνή και εμφανής στα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα (Réneau *et al.*, 2013), καθώς, περισσότεροι από τους μισούς υπέρβαρους ενήλικες αναφέρουν συχνά επεισόδια συναισθηματικής κατανάλωσης (Braden *et al.*, 2016). Η συναισθηματική κατανάλωση έχει δείξει θετική συσχέτιση με την κατάσταση βάρους, δηλαδή, όσο πιο

αυξημένο βάρος έχει ένα άτομο τόσο πιο πιθανό είναι να εμφανίζει συναισθηματική κατανάλωση (Réneau *et al.*, 2013). Η εμφάνιση της συναισθηματικής κατανάλωσης σε υπέρβαρους και παχύσαρκους ενήλικες, εκτός των άλλων, δυσκολεύει πολύ και την διαδικασία μείωσης του βάρους που πιθανών να προσπαθούν αυτά τα άτομα (Braden *et al.*, 2016).

1.1.3. Γυναίκες και συναισθηματική κατανάλωση

Η συναισθηματική κατανάλωση εμφανίζεται πολύ πιο συχνά στις γυναίκες παρά στους άντρες. Μια πρώτη αιτία είναι ότι οι γυναίκες, σε αντίθεση με τους άντρες, ακολουθούν πιο συχνά δίαιτες που είναι κατά βάση στερητικές. Ένας ακόμα πολύ βασικός λόγος εμφάνισης συναισθηματικής κατανάλωσης κυρίως στον γυναικείο πληθυσμό, είναι ότι οι γυναίκες, εμφανίζουν γενικός, μεγαλύτερα επίπεδα πιο διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς συγκριτικά με τους άνδρες (Verzijl *et al.*, 2018). Σε αυτή τη κατάσταση έχουν συμβάλει κατά πολύ οι αλλαγές στη διάθεση που παρουσιάζονται συχνά κατά τη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου και συμβαίνουν κυρίως κατά την προεμμηνορροϊκή περίοδο λόγω πολλών παραγόντων, μεταξύ των οποίων, είναι και οι μεταβολές στα επίπεδα των ορμονών. Οι αλλαγές στη διάθεση, αρχικά ενεργοποιούν τη συμπεριφορά του Food Craving (FC).

Τα επίπεδα της ορμόνης λεπτίνης, στον ορό του αίματος, αλλάζουν κατά τη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου σε άτομα με φυσιολογικό βάρος, ωστόσο, σε παχύσαρκες γυναίκες δεν υπήρξαν αλλαγές στα επίπεδα αυτής της ορμόνης στον ορό. Στην ωοθυλακική φάση του εμμηνορροϊκού κύκλου, δηλαδή 1^η μέχρι 14^η μέρα από την εμμηνορροϊκή αιμορραγία, παρατηρείτε μια αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων στον ορό η οποία σχετίζεται με την αύξηση των επιπέδων της σεροτονίνης και έτσι βελτιώνεται η διάθεση. Στη συνέχεια, κατά τη διάρκεια της ωχρινικής φάσης του εμμηνορροϊκού κύκλου, δηλαδή από την 15^η έως την 28^η ημέρα από την έναρξη της εμμηνορροϊκής αιμορραγίας, υπάρχει αύξηση στα επίπεδα της προγεστερόνης, αυτή η αύξηση διαρκεί 1 έως 3 ημέρες πριν από την εμμηνορροϊκή. Παρόλο που η προγεστερόνη είναι μια ορμόνη που έχει αγχολυτικές ιδιότητες, κατά τη διάρκεια της ωχρινικής φάσης το 30% έως 35% των νεαρών γυναικών παρουσιάζουν συμπτώματα θλίψης, κατάθλιψης, άγχους και κόπωσης. Επομένως, αναμένονται διακυμάνσεις στη διάθεση των γυναικών στην ωχρινική φάση του εμμηνορροϊκού κύκλου που οδηγούν σε

συναισθηματικές καταστάσεις, οι οποίες πυροδοτούν τη συμπεριφορά του FC και στη συνέχεια την εμφάνιση συναισθηματικής κατανάλωσης. Το 32% των γυναικών αντιλαμβάνεται ότι η επιθυμία για κατανάλωση τροφής, είτε αφορά τη συμπεριφορά FC είτε την συναισθηματική κατανάλωση, σχετίζεται άμεσα με τις συναισθηματικές αλλαγές κατά τη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου. Κατά τη διάρκεια του κύκλου οι γυναίκες συχνά εμφανίζουν συμπτώματα διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών που σχετίζονται με άγχος, στρες, κατάθλιψη, αλλαγές στη συμπεριφορά και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Με τις τελευταίες να εμφανίζονται γενικά τρεις φορές συχνότερα στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες (Moreno-Frías, Chaudhari and Huerta-Franco, 2017).

1.1.4. Συναισθηματική διατροφή στην παιδική και εφηβική ηλικία.

Οι περισσότερες έρευνες που αφορούν τον τομέα της συναισθηματικής κατανάλωσης έχουν επικεντρωθεί σε ενήλικες. Όμως, τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί ότι η εμφάνιση της συναισθηματικής κατανάλωσης ξεκινάει, ήδη, από την πρώιμη παιδική ηλικία και αποτελεί ένα χαρακτηριστικό το οποίο, όχι μόνο διατηρείτε, αλλά συνήθως, γίνεται και πιο έντονο με την πάροδο του χρόνου (Wiedemann, Ivezaj and Grilo, 2018). Οι γονείς παιδιών ηλικίας 2 έως 6 ετών αναφέρουν μεγάλη συναισθηματική υποκατανάλωση παρά υπερκατανάλωση τροφής λόγω συναισθηματικών ερεθισμάτων και ιδιαίτερα του άγχους, ενώ ένα αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών ηλικίας 6 έως 13 ετών, πραγματοποιεί κατανάλωση φαγητού ως απόκριση στα συναισθήματα και ιδιαίτερα στο άγχος.

Αυτή η αλλαγή στον τρόπο απόκρισης των παιδιών στο φαγητό, έπειτα από έντονα συναισθήματα, συμβαίνει γιατί τα μικρά παιδιά, ως φυσική απάντηση στο άγχος, χάνουν την όρεξή τους, γεγονός που σχετίζεται και με την απώλεια της κινητικότητας του εντέρου τους. Παρά τη φυσική αντίδραση υποκατανάλωσης τροφής λόγω του άγχους που παρατηρείται στις μικρότερες ηλικίες παιδιών, οι γονείς μέσα απο λανθασμένες διατροφικές πρακτικές που ακολουθούν, μπορεί να τα οδηγήσουν στην υπερκατανάλωση τροφής.

Πιο συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι οι διατροφικές πρακτικές που ακολουθούν οι γονείς, έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην ανάπτυξη των διατροφικών συμπεριφορών των παιδιών τους μελλοντικά. Η χρήση του φαγητού ως συναισθηματικό εργαλείο από τους

γονείς, μπορεί να διδάξει στα παιδιά να χρησιμοποιούν τα τρόφιμα για να ανακουφιστούν συναισθηματικά, για να αποσπάσουν την προσοχή τους από τα αρνητικά συναισθήματα και να τα χρησιμοποιούν ως επιβράβευση για τον εαυτό τους. Άλλες, πρακτικές με τις οποίες οι γονείς ελέγχουν υπερβολικά την πρόσληψη τροφής των παιδιών, έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν την εμφάνιση διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως οι γονείς υπονομεύουν την ικανότητα των παιδιών τους να ρυθμίζουν τα αισθήματα της πείνας και του κορεσμού. Έτσι, τα παιδιά αυτά, ως έφηβοι και έπειτα ως ενήλικες, δεν θα αντιλαμβάνονται με ευκολία αν όντως πεινάνε και πότε έχει επέλθει κορεσμός, με αποτέλεσμα, να καταναλώνουν περισσότερη τροφή. Τέλος, η πίεση των γονέων προς τα παιδιά να τρώνε παραπάνω από όσο θέλουν, καθώς και τα υψηλά επίπεδα ελέγχου της πρόσληψης τροφής έχει αποδειχθεί ότι οδηγούν σε μεγαλύτερη συναισθηματική κατανάλωση σε παιδιά από 5 έως 12 ετών όταν βιώνουν άγχος (Farrow, Haycraft and Blissett, 2015).

Για τους εφήβους, οι συχνότεροι λόγοι οι οποίοι μπορούν να πυροδοτήσουν την έναρξη συναισθηματικής κατανάλωσης χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τις μεταβολές που παρουσιάζονται στις ορμόνες, σε αυτές τις ηλικίες. Δηλαδή, οι αλλαγές στα επίπεδα των ορμονών τους, καθώς και η επιρροή που δέχονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον, τους ωθεί να βιώνουν τα συναισθήματα τους με αρκετά αυξημένη ένταση, αλλά και με γρήγορη εναλλαγή μεταξύ των συναισθημάτων. Αυτή η έκρηξη συναισθημάτων φαίνεται πως βοηθάει την εμφάνιση συναισθηματικής κατανάλωσης (Wu *et al.*, 2018).

Η δεύτερη κατηγορία, περιλαμβάνει, την έντονη ανησυχία για τα προβλήματα που υπάρχουν στο σπίτι, την εξωτερική εμφάνιση, τις σχέσεις και με τα δύο φύλλα καθώς και τις επιδόσεις στο σχολείο. Σε όλα τα παραπάνω, έχει φανεί ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση συναισθηματικής κατανάλωσης. Η συσχέτιση αυτή, και στην εφηβική ηλικία όπως και στους ενήλικες, είναι πιο έντονη στα κορίτσια. Ωστόσο, παρατηρείτε μειωμένη συσχέτιση μεταξύ αυτών των ανησυχιών και του δείκτη μάζας σώματος, παρά την αύξηση της συναισθηματικής κατανάλωσης. Σχετικά με το σχολείο, ενώ αποτελεί υποχρεωτική και συχνά αγχώδη υποχρέωση στη ζωή των παιδιών και των εφήβων, είναι ελάχιστες οι μελέτες οι οποίες έχουν επικεντρωθεί στο ακαδημαϊκό άγχος ως παράγοντα επιρροής της συναισθηματικής κατανάλωσης. Έχει φανεί πως οι μαθητές

και οι φοιτητές με υψηλότερα επίπεδα στρες έχουν πιο φτωχές διατροφικές συνήθειες και παρουσιάζουν πιο συχνά αυξημένη συναισθηματική κατανάλωση από εκείνους με λιγότερο ακαδημαϊκό στρες. Οι μαθητές και φοιτητές που αναφέρουν υψηλό ακαδημαϊκό στρες συνήθως καταναλώνουν μεγαλύτερα γεύματα και περισσότερη ζάχαρη από εκείνους που αναφέρουν χαμηλό ακαδημαϊκό στρες. Τέλος, σχεδόν όλοι οι μαθητές και οι φοιτητές παρουσιάζουν αλλαγές στις διατροφικές τους συνήθειες σε περιόδους που σχετίζονται με σημαντικές εξετάσεις, όπου το ακαδημαϊκό άγχος αυξάνεται αισθητά για όλους. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερα στοιχεία για να κατανοήσουμε ποιοί συγκεκριμένοι ακαδημαϊκοί παράγοντες συνδέονται με τις διατροφικές συνήθειες, με ιδιαίτερη έμφαση στην εμφάνιση της συναισθηματικής κατανάλωσης (Wiedemann, Ivezaj and Grilo, 2018).

Η τρίτη κατηγορία, περιλαμβάνει την μεγαλύτερη ανεξαρτησία που αρχίζουν να αποκτούν οι έφηβοι στην επιλογή των τροφίμων που πρόκειται να καταναλώσουν. Κατά την εφηβεία και όσο περισσότερο πλησιάζει ηλικιακά ένα άτομο στην ενηλικίωση, τόσο μεγαλύτερη ελευθερία αποκτά στην επιλογή των τροφίμων, καθώς έχει πιο εύκολη πρόσβαση σε πολλές επιλογές τροφίμων, τις οποίες πριν έπρεπε να του τις προσέφερε κάποιος από τους γονείς ή κηδεμόνες του (Wu *et al.*, 2018).

Έχει γίνει πλέον σαφές πως, η συναισθηματική κατανάλωση εκδηλώνεται πολύ συχνά πριν από την ενηλικίωση (Wiedemann, Ivezaj and Grilo, 2018) καθώς, οι προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία ευνοούν την έναρξη της συναισθηματικής κατανάλωσης, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην παχυσαρκία αλλά και στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών σε αυτά τα άτομα όταν θα είναι πλέον ενήλικες (Wu *et al.*, 2018). Επομένως, ο εντοπισμός των παραγόντων που πυροδοτούν την έναρξη της συναισθηματικής διατροφής στην παιδική και εφηβική ηλικία, μπορεί να βοηθήσει στην δημιουργία μεθόδων πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης. Για να φτάσουν όμως εκεί οι ερευνητές θα πρέπει να έχει προηγηθεί διεξοδική έρευνα για τον προσδιορισμό τόσο των πηγών όσο και των τύπων του άγχους και του στρες οι οποίοι, εν τέλει, επηρεάζουν όντως την αλλαγή της προσλαμβανόμενης ποσότητας τροφής στα παιδιά και στους εφήβους (Wiedemann, Ivezaj and Grilo, 2018).

1.1.5. Λειτουργία του εγκεφάλου στην συναισθηματική κατανάλωση

Οι συναισθηματικοί καταναλωτές, εξ ορισμού είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην κατανάλωση τροφίμων όταν βιώνουν έντονα συναισθήματα ή καταστάσεις. Όμως μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε έφηβους και σε ενήλικες έχει φανεί πως οι συναισθηματικοί καταναλωτές παρουσιάζουν διαφορετικές ηλεκτροφυσιολογικές αντιδράσεις και ισχυρότερες νευρικές ενεργοποιήσεις σε τμήματα του εγκεφάλου όταν τους δίνεται ως ερεθίσμα κάποιο τρόφιμο ή εικόνες τροφίμων, ανεξάρτητα εάν η συναισθηματική τους κατάσταση είναι ουδέτερη, αρνητική ή ακόμα και εάν απουσιάζουν τα συναισθήματα τα οποία έχει φανεί ότι σχετίζονται με την συναισθηματική κατανάλωση (Wu *et al.*, 2018; Fahrenkamp *et al.*, 2019). Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν πως οι συναισθηματικοί καταναλωτές εκλαμβάνουν τα ερεθίσματα των τροφίμων πιο έντονα ακόμη και αν δεν υπάρχουν αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις ή κάποιο έντονο συναίσθημα γενικότερα (Wu *et al.*, 2018).

Πιθανή εξήγηση αυτής της αντίδρασης αποτελεί η εμπλοκή του συστήματος επεξεργασίας - ανταμοιβής του εγκεφάλου. Οι περιοχές του εγκεφάλου που συμμετέχουν αφορούν αρχικά την ανταπόκριση στα εξωτερικά στοιχεία ανταμοιβής και το σύστημα έκκρισης ντοπαμίνης. Δηλαδή, την γρήγορη και αυτόματη ανταπόκριση σε ερεθίσματα, μια κρίσιμη λειτουργία για τη διαμόρφωση συνηθειών. Στη συνέχεια, συμμετέχουν περιοχές που αφορούν την ανταπόκριση σε συναισθηματικά ερεθίσματα τα οποία μπορεί να αφορούν πραγματικά γεγονότα, υποθετικές καταστάσεις ή αναμνήσεις. Τέλος, επηρεάζεται η δραστηριότητα των περιοχών του εγκεφάλου που μεταφράζουν τα εσωτερικά σήματα πείνας ή κορεσμού σε υποκειμενικά συναισθήματα όπως είναι η επιθυμία για φαγητό.

Τα παραπάνω υποδεικνύουν ότι υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής κατανάλωσης και περιοριστικής διατροφής σχετίζονται με διαφορετική νευρική δραστηριότητα σε περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες σχετίζονται με τον αυτοέλεγχο, την παρόρμηση και την παρότρυνση. Οι περιοχές του εγκεφάλου οι οποίες, στους συναισθηματικούς καταναλωτές, εμπλέκονται στον ρυθμιστικό έλεγχο της πρόσληψης τροφής και στο σύστημα ανταμοιβής σε διατροφικά ερεθίσματα, είναι οι ίδιες περιοχές που εμπλέκονται και στο σύστημα ανταμοιβής, που ανταποκρίνεται και στα τυχερά

παιχνίδια, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Επιπλέον, η διαφορετική δραστηριότητα, που παρατηρείται στους εγκεφάλους των συναισθηματικών καταναλωτών, στις περιοχές που σχετίζονται με τον αυτοέλεγχο και την αναστολή, αποτελούν χαρακτηριστική επίδραση του συνεχούς επιβαλλόμενου περιορισμού. Ως εκ τούτου, η εναλλαγές μεταξύ αυξημένης πρόσληψης λόγω συναισθηματικής κατανάλωσης και αυστηρής περιοριστικής διατροφής, αυξάνουν την επιθυμία για φαγητό και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη ευαισθησία στο σύστημα ανταμοιβής. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η συναισθηματική κατανάλωση και η περιοριστική διατροφή έχουν παρόμοιες νευρογνωστικές βάσεις και μπορεί να ανταποκρίνονται σε παρόμοιες παρεμβάσεις. (Wood *et al.*, 2016).

Αυτή η λειτουργία του εγκεφάλου θα μπορούσε να αφορά την κληρονομικότητα η οποία φαίνεται να επηρεάζει σχεδόν όλες τις πτυχές της ρύθμισης πρόσληψης τροφής. Συγκεκριμένα από έρευνες που έχουν γίνει σε ομοζυγωτικά δίδυμα φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό της επιλογής κατανάλωσης τροφής που αφορά το μέγεθος των μερίδων, την συχνότητα των γευμάτων αλλά και το κατά πόσο η σύσταση του τροφίμου ή του γεύματος ακολουθεί τα υγιεινά πρότυπα διατροφής μπορεί να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες. Είναι ενδιαφέρον ότι τα αποτελέσματα που αφορούν την κληρονομικότητα σχετικά με την διατροφή ήταν πιο εμφανή στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Για την συναισθηματική κατανάλωση η κληρονομικότητα έχει εκτιμηθεί ότι μπορεί να φτάσει και το 60% (Tholin *et al.*, 2005). Τέλος, λόγω αυτής της διαφορετικής νευρικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο των συναισθηματικών καταναλωτών έχει προταθεί πως είναι πιθανόν η συναισθηματική κατανάλωση να αποτελεί προϊόν υποδραστηριότητας σε περιοχές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για τον γνωστικό έλεγχο και την προσοχή, χρειάζονται όμως περεταίρω μελέτες (Wood *et al.*, 2016).

1.2. Συναισθήματα και πρόσληψη τροφής

Τα συναισθήματα ορίζονται ως η τάση του ατόμου να προσαρμόζεται, στις μικρές αλλαγές του περιβάλλοντος του, βάση προηγούμενων εμπειριών του και στην ικανότητα επεξεργασίας δεδομένων και πληροφοριών πριν από ένα συμβάν (Moreno-Frías, Chaudhari and Huerta-Franco, 2017). Τα συναισθήματα, δηλαδή, είναι σχετικά

σύντομα επεισόδια συντονισμένων αλλαγών οι οποίες εμφανίζονται στην κινησιολογία, στην υποκειμενική αίσθηση και στην νευροφυσιολογική ενεργοποίηση. Οι αξιοσημειώτες αυτές αλλαγές ενεργοποιούνται ως απάντηση σε εξωτερικά ή εσωτερικά ερεθίσματα, τα οποία είναι μείζονος σημασίας για τον οργανισμό. Στις εξωτερικές αλλαγές μπορούν να συμπεριλαμβάνονται η συμπεριφορά άλλων ανθρώπων, κάποια αλλαγή σε μια τρέχουσα κατάσταση και η επαφή με νέα ερεθίσματα. Ενώ στις εσωτερικές αλλαγές κατατάσσονται οι σκέψεις, οι αναμνήσεις και οι αισθήσεις (Borod, 2000)

Τα ψυχολογικά συναισθήματα δημιουργούνται από το λεμφικό σύστημα, τον φλοιό και τον νεοφλοιό (Moreno-Frías, Chaudhari and Huerta-Franco, 2017). Όμως, η νευρική οργάνωση των ανθρώπινων συναισθημάτων περιλαμβάνει πολλά επίπεδα του εγκεφάλου. Από τα στοιχειώδη αντανακλαστικά προσαρμογής στο κατώτερο εγκεφαλικό στέλεχος, έως τη σύνθετη λειτουργία του υποθάλαμου και του θαλάμου, καθώς και τα κέντρα ελέγχου της μνήμης και της γνωστικής λειτουργίας. Κάθε επίπεδο, έχει έναν ξεχωριστό ρόλο τόσο για την έκφραση του συναισθήματος, όσο και για την επιλογή της αποτελεσματικότερης συμπεριφοράς αντίδρασης βάση προηγούμενων εμπειριών.

Στον τομέα μελέτης των συναισθημάτων σχετικά με τη διατροφή, τα συναισθήματα χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα. Η διάκριση στις δυο κατηγορίες βασίζεται στο εάν το συναίσθημα δημιουργεί στο άτομο την τάση προσέγγισης (θετικά συναισθήματα) ή δημιουργεί την τάση αποφυγής (αρνητικά συναισθήματα). Σε αυτό το σημείο παρατηρείται και η βασική διαφοροποίηση των νευροφυσιολογικών και ψυχολογικών επιδράσεων μεταξύ των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων (Borod, 2000). Ένας άνθρωπος επιδιώκει να δημιουργήσει θετικά συναισθήματα, όπως είναι η ικανοποίηση, η ευχαρίστηση, η υπερηφάνεια, η ελπίδα, η απόλαυση και η χαρά και να αποφύγει τα αρνητικά συναισθήματα, όπως είναι η θλίψη, ο θυμός, το άγχος, η πλήξη, ο φόβος και η στεναχώρια. Είναι εμφανές πως τα περισσότερα συναισθήματα προσέγγισης (θετικά) είναι ευχάριστα και τα περισσότερα συναισθήματα αποφυγής (αρνητικά) είναι δυσάρεστα. Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί ο θυμός, καθώς παρόλο που έχει πτυχές προσέγγισης δεν παύει να έχει αρνητικό τόνο (Moreno-Frías, Chaudhari and Huerta-

Franco, 2017). Τέλος, ακόμα μια ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί το συναίσθημα της πλήξης. Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές δεν πρέπει να θεωρείται αρνητικό συναίσθημα, αλλά μάλλον μια ξεχωριστή συναισθηματική κατάσταση, ειδικά όταν εξετάζεται σε σχέση με το φαγητό και την συναισθηματική κατανάλωση. Αυτή η πρόταση στηρίζεται στα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών καθώς οι συμμετέχοντες φαίνεται πως τείνουν να τρώνε περισσότερο ως απάντηση στην πλήξη παρά σε κάποιο από τα υπόλοιπα αρνητικά συναισθήματα, όπως είναι ο θυμός ή το άγχος.

Πολύ λίγα είναι γνωστά για το πώς τα συναισθήματα συνδέονται με τις επιλογές φαγητού (Ashurst *et al.*, 2018). Ωστόσο, η σχέση μεταξύ των δυσκολιών της διαχείρισης των συναισθημάτων και των διατροφικών διαταραχών είναι γνωστή και αποδεκτή από όλη την επιστημονική κοινότητα. Αυτή η σχέση φαίνεται ότι λειτουργεί και αντιστρόφως, καθώς, όσο και περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν συμπτώματα κάποιας διατροφικής διαταραχής, έστω και στο κατώτατο όριο, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διαχείριση των συναισθημάτων τους. Οι δυσκολίες αυτές έχουν συσχετιστεί με την αδηφαγική διαταραχή, τις διαταραχές με αντιρροπιστικές συμπεριφορές (βουλιμία - ανορεξία), την συναισθηματική κατανάλωση, την ανησυχία για την εικόνα του σώματος και με τα γενικά συμπτώματα διατροφικής διαταραχής. Έχει φανεί πως τα προβλήματα σχετικά με την αποδοχή των συναισθημάτων και με την εφαρμογή προσαρμοστικών στρατηγικών διαμόρφωσης συναισθημάτων, συνδέονται ιδιαίτερα με γενικά συμπτώματα διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς, ενώ η παρορμητική συναισθηματική συμπεριφορά φαίνεται πως σχετίζεται με την μη φυσιολογική κατανάλωση τροφίμων (Haynos, Wang and Fruzzetti, 2018).

Μέχρι στιγμής, έχει φανεί πως, τα θετικά συναισθήματα είναι πολύ πιθανότερο να σχετίζονται με την κατανάλωση γλυκών και τα αρνητικά είναι πιθανότερο να σχετίζονται με την κατανάλωση «γρήγορου φαγητού». Ενώ, τα συναισθήματα απάθειας, δεν έχει φανεί να σχετίζονται με καμία από τις επιλογές φαγητού (Ashurst *et al.*, 2018). Επιπλέον, αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι το συναίσθημα της χαράς μπορεί να αυξήσει την αίσθηση ευχαρίστησης που προκύπτει με την κατανάλωση φαγητών, με πιθανό αποτέλεσμα την κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας (Nolan, Halperin and

Geliebter, 2010). Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί η υποκειμενικότητα των καταστάσεων και κατ' επέκταση των συναισθημάτων. Δηλαδή, κάποιες καταστάσεις οι οποίες θεωρούνται θετικές μπορεί να ερμηνευτούν υποκειμενικά ως αρνητικές και το αντίστροφο. Για παράδειγμα, η διαδικασία του ραντεβού και ότι κάποιος είναι ερωτευμένος περιλαμβάνεται στις θετικές καταστάσεις της ζωής, όμως, ένας άνθρωπος για τους δικούς του λόγους μπορεί να το εκλαμβάνει ως μια αγχωτική εμπειρία και να το αξιολογήσει ως μια αρνητική κατάσταση η οποία θα πλαισιώνεται και από αρνητικά συναισθήματα, αυτό είναι κάτι που μπορεί να επηρεάζει τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων (Roher, Latzer and Geliebter, 2014).

1.2.1. Θετικά συναισθήματα

Τα θετικά συναισθήματα αναφέρονται σπάνια στη βιβλιογραφία ως παράγοντες επιρροής των διατροφικών συμπεριφορών, ιδίως σε συσχέτιση με την συναισθηματική κατανάλωση. Από τον μικρό αριθμό μελετών που εξέτασαν τα θετικά συναισθήματα φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων ως προς τη σχέση τους με συγκεκριμένες διατροφικές συμπεριφορές. Γενικά, τα θετικά συναισθήματα, δεν σχετίζονται με μεγάλες αλλαγές στις διατροφικές συμπεριφορές, σε αντίθεση με τα αρνητικά συναισθήματα τα οποία συνδέονται σχεδόν πάντα με δυσμενείς επιπτώσεις από τις διατροφικές συμπεριφορές που αναπτύσσονται, όπως η υπερκατανάλωση τροφής.

Στις έρευνες για τις επιλογές φαγητού και τις διατροφικές συμπεριφορές σε εργαστηριακό περιβάλλον, παρατηρήθηκε ότι στις περιπτώσεις θετικών συναισθημάτων, οι συμμετέχοντες είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να καταναλώσουν γλυκά και κρέας ή γενικότερα πρωτεϊνικά τρόφιμα, ενώ, είχαν λιγότερες πιθανότητες να καταναλώσουν πίτσα ή γενικά «γρήγορο φαγητό», σε σύγκριση με τις περιπτώσεις απώλειας θετικών συναισθημάτων. Ακόμα, έχει φανεί πως υπάρχει μια τάση κατανάλωσης πιο υγιεινών τροφίμων ως απάντηση στα θετικά συναισθήματα (Nolan, Halperin and Geliebter, 2010; Penaforte *et al.*, 2019). Τέλος, είναι σημαντικό ότι τα θετικά συναισθήματα συνδέθηκαν με υψηλότερη συνολική θερμιδική πρόσληψη, όχι όμως μεγαλύτερη ποσότητα τροφίμων. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα κατανάλωναν πιο πυκνά ενεργειακά τρόφιμα, όπως είναι τα γλυκά (Ashurst *et al.*, 2018).

1.2.2. Αρνητικά συναισθήματα

Τα αρνητικά συναισθήματα έχει φανεί πως μειώνουν τον ανασταλτικό έλεγχο, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες κατανάλωσης τροφίμων τα οποία συνήθως δεν είναι τόσο θρεπτικά. Οι άνθρωποι τείνουν να καταναλώνουν φαγητό όταν βιώνουν αρνητικά συναισθήματα ή καταστάσεις, λόγω της επίδρασης που παρουσιάζει η κατανάλωση φαγητού στην αύξηση της θετικής διάθεσης (Wu *et al.*, 2018). Έτσι, γίνεται φανερό ότι, σχετίζονται με την συναισθηματική κατανάλωση, καθώς, ενισχύουν την υπερκατανάλωση τροφής.

Σε αυτή τη κατηγορία συναισθημάτων, αν και υπάρχουν μόνο περιορισμένες ενδείξεις σχετικά με τους τύπους τροφίμων, έχει φανεί πως οι συναισθηματικοί καταναλωτές επιλέγουν διάφορες ομάδες τροφίμων. Πιο πιθανή, είναι η επιλογή τροφίμων τα οποία είναι πλούσια σε ενέργεια και ιδιαίτερα πλούσια σε ζάχαρη και λίπος. Παραδείγματα τέτοιων τροφίμων που έχουν καταγραφεί είναι διάφοροι τύποι γλυκών τροφίμων, μικτών πιάτων που περιελάμβαναν είδη υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, όπως φαγητά φούρνου με πολλά λιπαρά και συνήθως πολλά τυριά, μπέργκερ, πίτσα και άλλα «γρήγορα φαγητά». Μια μελέτη, η οποία αναφέρεται σε εφήβους χαμηλής οικονομικής κατάστασης, διαπίστωσε ότι η κατανάλωση γλυκών και αλμυρών σνακ, καθώς και γλυκών ποτών συσχετίστηκε με τα συναισθήματα της μοναξιάς και της πλήξης.

Συμπερασματικά με τα στοιχεία των ερευνών που έχουν μελετήσει την επιλογή τροφίμων που κάνουν οι συναισθηματικοί καταναλωτές όταν βιώνουν αρνητικά συναισθήματα ή καταστάσεις έχει φανεί πως υπάρχει μεγαλύτερη ποσοτική κατανάλωση τροφίμων αλλά και κατανάλωση πιο πλούσιων θερμιδικά τροφίμων ή γευμάτων. Τέλος, οι συναισθηματικοί καταναλωτές κάτω από αρνητικές καταστάσεις έχουν πολύ μικρές πιθανότητες να επιλέξουν θρεπτικά τρόφιμα τα οποία να είναι ωφέλημα για την υγεία (Ashurst *et al.*, 2018).

1.3. Επιπτώσεις Συναισθηματικής Κατανάλωσης

Η συναισθηματική κατανάλωση έχει αναγνωριστεί ως προγνωστικός παράγοντας για την μη επίτευξη της απώλειας βάρους αλλά και για την επαναπρόσληψη του βάρους

μετά από ένα επιτυχημένο πρόγραμμα απώλειας βάρους, τόσο σε κλινικό όσο και σε γενικό πληθυσμό (Wiedemann, Ivezaj and Grilo, 2018). Επίσης, σχετίζεται στενά με διάφορες διατροφικές διαταραχές, διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, την παχυσαρκία, την υπερβολική κατανάλωση και με προβλήματα ψυχολογικής φύσεως όπως το άγχος και η κατάθλιψη (Wu *et al.*, 2018). Μια από τις συμπεριφορές υπερκατανάλωσης τροφής που θα μπορούσε να επηρεάζει την θετική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και παχυσαρκίας, είναι η συναισθηματική διατροφή, η οποία έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την κατανάλωση ενεργειακά πυκνότερων σνακ. Ακόμα, ο ΔΜΣ, η περίμετρος μέσης και το ποσοστό σωματικού λίπους επηρεάζονται σημαντικά από τη συναισθηματική διατροφή και από την κατάθλιψη (Konttinen *et al.*, 2010). Τέλος, σε άτομα με χρόνια υψηλά επίπεδα στρες, η συναισθηματική κατανάλωση, μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA), με αποτέλεσμα την απορύθμιση της λειτουργίας των κέντρων του εγκεφάλου τα οποία ρυθμίζουν την επιθυμία κατανάλωσης τροφίμων και τον μεταβολισμό, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια προβλήματα στην υγεία (Wu *et al.*, 2018).

1.3.1. Επαναπόσληψη βάρους

Ένας από τους πιο διαδεδομένους λόγους για την αρχή μιας δίαιτας είναι η απώλεια βάρους. Παρόλο που είναι μια διαδικασία η οποία συναντάται και στα δύο φύλα, επικρατεί περισσότερο μεταξύ των γυναικών παρά των ανδρών. Η πιο συνηθισμένη στρατηγική που συνιστάται για την επίτευξη της απώλειας βάρους, αφορά τον περιορισμό της προσλαμβανόμενης ενέργειας. Σύμφωνα με έρευνες φαίνεται πως, ο επιτηδευμένος αυστηρός περιορισμός της πρόσληψης τροφής ο οποίος συμβαίνει καθ' όλη τη διάρκεια της δίαιτας, μπορεί να επηρεάσει τις διαδικασίες της βιολογικής ρύθμισης του οργανισμού (Péneau *et al.*, 2013). Το ανθρώπινο σώμα, όταν η πρόσληψη ενέργειας είναι αρκετά μειωμένη σε σχέση με τις ανάγκες του, δεν μπορεί να διαχωρίσει τον αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό από την πραγματική έλλειψη τροφής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο οργανισμός να ενεργεί όπως θα ενεργούσε αν βρισκόταν σε κατάσταση ασιτίας. Δηλαδή ο μεταβολικός ρυθμός επιβραδύνεται ενώ η πείνα και η όρεξη αυξάνονται. Έτσι οι διαιτώμενοι αναπτύσσουν έντονα συναισθήματα στέρησης,

τα οποία τους κάνουν πολύ ευάλωτους στο να εγκαταλείψουν τη διατροφή τους (van Strien, 2018).

Αυτό το αίσθημα στέρησης είναι ένας από τους σημαντικότερους και τους πιο σύνηθες παράγοντες που πυροδοτούν την έναρξη συναισθηματικής κατανάλωσης, είτε κατά τη διάρκεια της δίαιτας είτε μετά το τέλος της δίαιτας και αφού έχει επιτευχθεί το επιθυμητό βάρος. Συνήθως, η συναισθηματική κατανάλωση οδηγεί στην επαναπρόσληψη του βάρους που είχε χαθεί, γι αυτό και σχετίζεται αντιστρόφως με επιτυχή αποτελέσματα (Braden *et al.*, 2016; van Strien, 2018). Καθώς η επιθυμία για συναισθηματική κατανάλωση γίνεται όλο και πιο συχνή, η αδυναμία καταστολής αυτής της επιθυμίας ή η έλλειψη εσωτερικής συγκράτησης, θα οδηγήσει σε αυξημένη πρόσληψη τροφίμων «άνεσης». Αυτό καθιστά τη συναισθηματική κατανάλωση έναν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, τόσο για την πορεία της απώλειας βάρους όσο και για την επαναπρόσληψη αυτού του βάρους (Levoy *et al.*, 2017) καθώς ένα υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής κατανάλωσης μετά τη θεραπεία είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάκτηση βάρους σε ενήλικες που έχουν χάσει επιτυχώς βάρος. Οι ενήλικες που μειώνουν τη συναισθηματική κατανάλωση κατά τη διάρκεια της θεραπείας απώλειας βάρους, να είναι πιο πιθανό να έχουν πιο επιτυχημένη απώλεια βάρους σε σύγκριση με τους ενήλικες που δεν μπορούν να τροποποιήσουν αυτήν την διατροφική συμπεριφορά (Braden *et al.*, 2016).

Εξακολουθούν να υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα που να επιτρέπουν την ταυτοποίηση των ομάδων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αύξηση βάρους λόγω της συναισθηματικής κατανάλωσης. Ωστόσο, οι πρώην ή τωρινοί διαιτώμενοι εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια συναισθηματικής κατανάλωσης σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν ιστορικό δίαιτας. Συμπερασματικά, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης συναισθηματικής κατανάλωσης με τον ΔΜΣ, με πιο έντονη συσχέτιση στο εύρος 25 - 29,9 kg/m² (υπέρβαρο), και με τα άτομα που έχουν εφαρμόσει κάποια δίαιτα για απώλεια βάρους είτε στο παρελθόν είτε τώρα. Οι συσχετίσεις αυτές παρόλο που είναι εμφανής και για τα δύο φύλα, παρατηρείται πιο έντονη συναισθηματική κατανάλωση σε γυναίκες και, πιο συγκεκριμένα, σε αυτές που κάνουν ή έκαναν δίαιτα (Péneau *et al.*, 2013).

1.3.2. Αδηφαγική Διαταραχή

Η αδηφαγική διαταραχή (Binge Eating Disorder σε συντομογραφία BED) αποτελεί μία αναγνωρισμένη διατροφική διαταραχή και συμπεριλαμβάνεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών - πέμπτη έκδοση (DSM-5). Εν συντομία, τα κριτήρια για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση της BED είναι τα ακόλουθα. Κατανάλωση ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα (binge eating), σε συνδυασμό με μια αυτοαναφερόμενη αίσθηση απώλειας ελέγχου. Αυτή η συμπεριφορά θα πρέπει να έχει εμφανιστεί, τουλάχιστον, μία φορά την εβδομάδα κατά τους προηγούμενους τρεις μήνες, συνοδευόμενη από έντονη δυσφορία, αλλά, χωρίς την εμφάνιση αντιρροπιστικών συμπεριφορών, όπως συμβαίνει με τη ψυχογενή βουλιμία.

Οι άνθρωποι που πάσχουν από αδηφαγική διαταραχή φαίνεται να παρουσιάζουν συχνότερα επεισόδια συναισθηματικής υπερκατανάλωσης τροφής σε σύγκριση με τους ανθρώπους που δεν πάσχουν από BED. Η συναισθηματική κατανάλωση τροφής αναφέρεται συχνότερα ως απόκριση στη μοναξιά, την πλήξη και το άγχος, ενώ η συχνότητα της ποικίλλει ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης της διαταραχής του ατόμου. Επίσης, και για τους υπέρβαρους και παχύσαρκους ανθρώπους υπάρχει σημαντικά υψηλότερη συναισθηματική κατανάλωση μεταξύ ατόμων με BED σε σύγκριση με τα άτομα που βρίσκονται στο όριο για BED ή χωρίς BED. Τα συναισθήματα στα οποία είναι πιο έντονη η συναισθηματική κατανάλωση στον πληθυσμό με αδηφαγική διαταραχή είναι το άγχος, η θλίψη, η μοναξιά, η κούραση, ο θυμός, η χαρά και η πλήξη. Ενώ δεν φαίνεται να επηρεάζεται η κατανάλωση από την ενοχή και τον πόνο (Wiedemann, Ivezaj and Barnes, 2018).

Η αδηφαγική διαταραχή περιλαμβάνει την διατροφική συμπεριφορά binge eating η οποία συσχετίζεται πολύ συχνά με την συναισθηματική κατανάλωση. Μια πιθανή εξήγηση για αυτή τη συσχέτιση είναι ότι τα αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής διατροφής λόγω αρνητικών συναισθημάτων, μπορεί να σχετίζονται με τα υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικής συννοσηρότητας μεταξύ συναισθηματικής κατανάλωσης και BED (Roher, Latzer and Geliebter, 2014). Το Binge eating, η συναισθηματική κατανάλωση και η ανεξέλεγκτη κατανάλωση αποτελούν τρεις διατροφικές συμπεριφορές υπερκατανάλωσης τροφής οι οποίες σχετίζονται μεταξύ τους σε μεγάλο

βαθμό, καθώς συχνά εμφανίζονται σε συνδυασμούς και όχι μεμονωμένα, ακόμα, και οι τρεις διατροφικές συμπεριφορές αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης παχυσαρκίας (Verzija *et al.*, 2018). Τέλος, η συσχέτιση της συναισθηματικής κατανάλωσης με την αδηφαγική διαταραχή, αποτελεί ένα μείζων ζήτημα υγείας καθώς η αδηφαγική διαταραχή είναι πολύ πιο δύσκολα διαχειρίσιμη συγκριτικά με την συναισθηματική κατανάλωση η οποία αποτελεί μια διατροφική συμπεριφορά. Η δυσκολία αυτή δεν αφορά μόνο την ίδια την αδηφαγική διαταραχή αλλά και τον ρόλο της στην ανάπτυξη πιο σοβαρών διατροφικών διαταραχών, όπως είναι η ψυχογενής βουλιμία (Nolan, Halperin and Geliebter, 2010; Péneau *et al.*, 2013; Verzija *et al.*, 2018).

1.4. Θεραπευτική προσέγγιση – Στρατηγική Διαχείριση

Μέχρι στιγμής δεν έχει οριστεί κάποια θεραπευτική προσέγγιση ή στρατηγική διαχείρισης η οποία να έχει διαμορφωθεί ειδικά για την αντιμετώπιση της συναισθηματικής κατανάλωσης. Όλες οι στρατηγικές διαχείρισης, οι οποίες χρησιμοποιούνται, εστιάζουν κυρίως, στην εκπαίδευση των συναισθηματικών καταναλωτών ώστε να καταφέρουν να αντιλαμβάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό τις σκέψεις, τις εμπειρίες και τα συναισθήματά τους, να τα κατανοούν και στη συνέχεια να μπορέσουν να τα διαχειριστούν ανάλογα με την κατάσταση (Levoy *et al.*, 2017; van Strien, 2018; Verzija *et al.*, 2018).

Η βάση κάθε στρατηγικής που χρησιμοποιείται, είναι η εκπαίδευση ενσυνειδητότητας (mindfulness, στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία) μια γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί αυτούσια ή να αποτελεί μέρος ενός συνδυασμού μεθόδων (Levoy *et al.*, 2017; van Strien, 2018). Σε αυτούς τους συνδυασμούς μεθόδων συμπεριλαμβάνεται η διαχείριση της κατάθλιψης, η εκπαίδευση εστίασης προσοχής (van Strien, 2018) και η μείωση του καθημερινού στρες και άγχους (Levoy *et al.*, 2017).

Αξίζει να σημειωθεί ακόμα μία στρατηγική διαχείρισης η οποία βασίστηκε στην εξής παρατήρηση. Η συναισθηματική κατανάλωση, συνήθως, αποτελεί μια προσπάθεια μείωσης των αρνητικών συναισθημάτων. Η κατανάλωση αυτή είναι παρόμοια με την

κατανάλωση που ακολουθούν τα άτομα που χρησιμοποιούν το αλκοόλ για να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές εμπειρίες της ζωής. Με βάση τις μεθόδους διαχείρισης που χρησιμοποιούνται για το αλκοόλ, έχει επιλεγθεί και εφαρμοστεί το CPMA (γνωστικό μοντέλο επεξεργασίας της επιθυμίας για αλκοόλ) σε άτομα που παρουσιάζουν ανεξέλεγκτη και συναισθηματική κατανάλωση. Ως στόχος της θεραπείας τέθηκε η έντονη επιθυμία κατανάλωσης τροφίμων δηλαδή το food craving, το οποίο αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό ποσοστό σύνδεσης μεταξύ της αυστηρά περιορισμένης διατροφής με την συναισθηματική κατανάλωση, καθώς οι προσπάθειες περιορισμού της κατανάλωσης μπορεί να ενεργοποιήσουν την σφοδρή επιθυμία για κατανάλωση τροφίμων, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο υπερκατανάλωσης (Verzijl *et al.*, 2018).

Υπάρχουν ενδείξεις σε όλες τις μεθόδους πως τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής κατανάλωσης κατά την έναρξη της θεραπευτικής προσέγγισης, συσχετίστηκαν, με μεγαλύτερη αλλαγή στη συναισθηματική κατανάλωση μετά το τέλος της θεραπείας. Ακόμα, φαίνεται πως και οι συμμετέχοντες που δεν επιδίωκαν απαραίτητα την απώλεια βάρους, με τη συμμετοχή τους στα προγράμματα κατάφεραν σημαντική μείωση της συναισθηματικής διατροφής. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί πως όλες οι στρατηγικές, αναφέρονται μόνο στην συναισθηματική κατανάλωση η οποία προκαλείται από αρνητικά συναισθήματα, με εξαίρεση την εκπαίδευση ενσυνειδητότητας όταν χρησιμοποιείται μόνη της. Επομένως, η μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διερευνήσουν τη δυνατότητα εφαρμογής αυτών ή άλλων στρατηγικών στη συναισθηματική κατανάλωση ως απάντηση τόσο στις αρνητικές όσο και στις θετικές συναισθηματικές καταστάσεις (Levoy *et al.*, 2017; van Strien, 2018; Verzijl *et al.*, 2018). Τέλος, οι στρατηγικές για τη μείωση της συναισθηματικής διατροφής μπορεί να είναι χρήσιμες και για την επίτευξη μεγαλύτερης απώλειας βάρους μεταξύ των υπέρβαρων ενηλίκων με μειωμένο κίνδυνο επαναπρόσληψης βάρους (Braden *et al.*, 2016; van Strien, 2018).

Κεφάλαιο 2: Άγχος και Στρες

2.1 Άγχος – Στρες

Αρχικά, πρέπει να γίνει ξεκάθαρος ο διαχωρισμός αλλά και η σύνδεση μεταξύ της έννοιας του στρες και του άγχους. Το στρες, το οποίο προηγείται του άγχους, μπορεί να εξηγηθεί ως ένα αίσθημα, συναισθηματικής και σωματικής έντασης, το οποίο προκύπτει από οποιαδήποτε κατάσταση το άτομο μπορεί να θεωρήσει απειλητική. Στη συνέχεια, όταν το άτομο έρθει αντιμέτωπο με μια τέτοια κατάσταση, γεννάται ο φόβος για την αντιμετώπιση αυτής της απειλής, αυτός ο φόβος ονομάζεται άγχος. Δηλαδή το άγχος αποτελεί την φυσική απάντηση του σώματος στο στρες (Rehman *et al.*, 2020). Ωστόσο, το αίσθημα του άγχους είναι ένα φυσιολογικό, απαραίτητο και βασικό συναίσθημα, χωρίς το οποίο η ατομική επιβίωση, καθώς και η εξέλιξη του ανθρώπου, δεν θα ήταν δυνατή. Όταν όμως το άγχος ξεπεράσει τα φυσιολογικά όρια, δηλαδή, όταν εμφανίζεται χωρίς να υπάρχει κάποια απειλή ή η ένταση του άγχους είναι δυσανάλογη συγκριτικά με την απειλή και εμποδίζει το άτομο που το βιώνει να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, τότε απαιτεί θεραπεία (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018).

Όλοι οι άνθρωποι έρχονται καθημερινά στη ζωή τους αντιμέτωποι με πολλά μικρά στρεσογόνα γεγονότα, των οποίων η συνεχής συσσώρευση, έχει φανεί πως μπορεί να έχει μεγαλύτερη επίπτωση στην υγεία του ανθρώπου σε σύγκριση με λιγότερα σε αριθμό αλλά πολύ εντονότερα στρεσογόνα γεγονότα (Αντονίου Α. Σ., 2012). Έτσι, το ίδιο το άγχος, το οποίο αποτελεί ουσιαστικά έναν μηχανισμό αναγνώρισης και αποφυγής καταστάσεων που μπορεί να είναι επικίνδυνες για τον οργανισμό (Rehman *et al.*, 2020), μετατρέπεται σε έναν παράγοντα ικανό να επηρεάσει την ομοιόσταση του σώματος και να ενεργοποιήσει προσαρμοστικές συμπεριφορές, φυσιολογικές και κυτταρικές αποκρίσεις (Umbrello *et al.*, 2019) οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε μια χαρακτηριστική απόκριση στο άγχος που περιλαμβάνει χρόνια διέγερση και μειωμένη λειτουργία του οργανισμού. Ακόμα, πρέπει να τονιστεί η έντονη συσχέτιση του στρες και του άγχους με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές (Lovibond and Lovibond, 1995). Οι αρνητικές παρενέργειες της κατάθλιψης και του παθολογικού άγχους και στρες, καταδεικνύουν τη σημασία της αντιμετώπισης της εμφάνισής τους (Beiter *et al.*, 2015). Εκτός όμως από τις ψυχικές

διαταραχές, το άγχος μπορεί να είναι και ένα προειδοποιητικό σημάδι για σωματικές ασθένειες, όπως, έμφραγμα του μυοκαρδίου ή υπογλυκαιμία σε διαβητικό ασθενή. Φυσικά αυτές οι περιπτώσεις απαιτούν μια εντελώς διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018).

Μεταξύ όλων των ψυχικών ασθενειών, οι αγχώδεις διαταραχές, και ειδικότερα η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία (PDA), η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (GAD), η διαταραχή κοινωνικού άγχους (SAD), οι συγκεκριμένες φοβίες και η διαταραχή άγχους αποχωρισμού, αποτελούν τις πιο συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές στον πληθυσμό. Επειδή οι ασθενείς με διαταραχές άγχους αντιμετωπίζονται κυρίως ως εξωτερικοί ασθενείς, πιθανότατα λαμβάνουν λιγότερη προσοχή από κλινικούς ψυχιάτρους συγκριτικά με τους ασθενείς που παρουσιάζουν άλλες διαταραχές οι οποίες είναι λιγότερο συχνές, αλλά, απαιτούν πιο άμεση θεραπεία, όπως είναι η σχιζοφρένεια ή οι διπολικές συναισθηματικές διαταραχές (Bandelow and Michaelis, 2015a). Μια άλλη περίπτωση κατά την οποία δεν δίνεται η πρέπουσα σημασία στην εμφάνιση του άγχους είναι στα άτομα με χρόνια πόνο, καθώς έχει φανεί ότι είναι 2 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν κάποια από τις αγχώδεις διαταραχές (Cotchetti, Munteanu and Landorf, 2016). Επίσης, τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές αναφέρουν χειρότερη ποιότητα ζωής από τα άτομα χωρίς υψηλά επίπεδα άγχους (Beiter *et al.*, 2015). Τέλος, παθολογικά αυξημένο άγχος μπορεί να προκύψει και στις περισσότερες ψυχικές ασθένειες χωρίς όμως να γίνεται παράλληλα και η διάγνωση της αγχώδης διαταραχής που εμφανίζεται στους ασθενείς (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018).

2.2 Αγχώδεις Διαταραχές

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το 2015, οι διαταραχές άγχους κατατάχθηκαν στην έκτη θέση μεταξύ όλων των ψυχικών και σωματικών ασθενειών παγκοσμίως ως αιτία των ετών ζωής με ανικανότητα (Years of life lived with Disability - YLD) και στην τέταρτη θέση σε ιδιαίτερα ανεπτυγμένες χώρες. Έτσι είναι επόμενο να συγκαταλέγονται μεταξύ των χρόνιων ασθενειών με τη μεγαλύτερη επίδραση στη ζωή των πασχόντων (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018).

Οι διαταραχές άγχους, όπως ταξινομούνται στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας – 10^η έκδοση (ICD-10), περιλαμβάνουν αρχικά την

κατηγορία με τις φοβικές αγχώδεις διαταραχές (F40), στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η αγοραφοβία με διαταραχή πανικού (F40.00) ή χωρίς (F40.01), η κοινωνική φοβία (F40.1) και οι ειδικές (μεμονωμένες) φοβίες (F40.2). Και την κατηγορία με τις άλλες αγχώδεις διαταραχές (F41), στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η διαταραχή πανικού (F41.0), η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (F41.1) και η μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή (F41.2). Στην πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), το οποίο αποτελεί το κύριο κείμενο αναφοράς για την ταξινόμηση των ψυχικών ασθενειών στις ΗΠΑ, περιλαμβάνονται οι ειδικές φοβίες, η κοινωνική φοβία, η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και τέλος η διαταραχή άγχους αποχωρισμού ενώ η εκλεκτική αλαλία ταξινομήθηκαν πρόσφατα ως αγχώδεις διαταραχές. Σε αυτήν την έκδοση, επίσης, εμφανίζεται για πρώτη φορά η διαταραχή άγχους αποχωρισμού ανάμεσα στις διαταραχές άγχους για ενήλικες (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Η ιδεοψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (OCD) και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) παλαιότερα συμπεριλαμβανόντουσαν στις αγχώδεις διαταραχές, αλλά στο DSM-5 έχουν τοποθετηθεί σε ξεχωριστές διαγνωστικές κατηγορίες. Τέλος το μικτό άγχος και η κατάθλιψη είναι μια κατηγορία που αναφέρεται μόνο στο ICD-10 αλλά όχι στο DSM-5 (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017).

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι εξαιρετικά συχνές στη σύγχρονη κοινωνία σε παγκόσμιο επίπεδο, με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στις γυναίκες (Pigott, 2003). Πιο συγκεκριμένα, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τον πιο κοινό τύπο ψυχικής ασθένειας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, την Ελβετία, την Ισλανδία και τη Νορβηγία. Έτσι, γίνονται οι πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές στον πληθυσμό της Ευρώπης ηλικίας 14 έως 65 ετών (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Μετά την ηλικία των 50 ετών, έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση του επιπολασμού των διαταραχών άγχους σε επιδημιολογικές μελέτες εκτός από την GAD η οποία φαίνεται να είναι η μόνη αγχώδης διαταραχή η οποία εξακολουθεί να είναι συχνή σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017). Οι διαταραχές άγχους είναι οι πιο διαδεδομένες ψυχιατρικές διαταραχές και σχετίζονται με υψηλό φορτίο ασθένειας. Η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία (PDA), η διαταραχή κοινωνικού άγχους (SAD, που ονομάζεται επίσης κοινωνική φοβία), η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (GAD) και τέλος οι συγκεκριμένες (απομονωμένες) φοβίες είναι

από τις πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές που εμφανίζονται στον πληθυσμό, όμως τα άτομα που πάσχουν σπάνια αναζητούν θεραπεία (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017; Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018).

Ως προς την ηλικία έναρξης, φαίνεται αυτή να διαφέρει μεταξύ των διαταραχών. Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού και η ειδική φοβία φαίνεται να ξεκινούν κυρίως κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, με μια μέση ηλικία έναρξης 7 ετών (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017), στο 2–3% των παιδιών το έντονο άγχος αποχωρισμού επιμένει στα προσχολικά ή σχολικά έτη και στη συνέχεια μειώνεται σημαντικά ή και εξαφανίζεται (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018), έπειτα με μέση ηλικία έναρξης 13 ετών ακολουθεί η SAD, στη συνέχεια στην ηλικία περίπου των 20 ετών είναι συχνή η εμφάνιση της αγοραφοβία χωρίς κρίσεις πανικού και της διαταραχή πανικού στα 24 έτη, τέλος, η GAD μπορεί να ξεκινήσει σε όλα τα στάδια της ζωής, ακόμη και μετά τα 25 έτη (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017). Σε πιο γενικές γραμμές οι αγχώδεις διαταραχές ξεκινούν συχνά στην παιδική ηλικία, την εφηβεία ή την πρώιμη ενηλικίωση έως ότου φτάσουν στο αποκορύφωμά τους στη μέση ηλικία και στη συνέχεια τείνουν να μειώνονται, ξανά αναλογικά με την ηλικία (Bandelow and Michaelis, 2015a; Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Προοπτικές μελέτες δείχνουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές είναι χρόνιες, δηλαδή, οι ασθενείς μπορεί να υποφέρουν από τη διαταραχή τους για χρόνια ή δεκαετίες. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι μια διαταραχή άγχους διαρκεί μόνιμα για το υπόλοιπο της ζωής του ασθενούς (Bandelow and Michaelis, 2015a). Κατά τη διάρκεια της χρόνιας πορείας των ασθενών, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων κυμαίνεται μεταξύ των περιόδων υποτροπής και ύφεσης, κυρίως στη GAD, στην PDA και στην SAD. Παρόλα αυτά οι αγχώδεις διαταραχές συχνά δεν διαγιγνώσκονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017). Η σοβαρότητα της έγκαιρης διάγνωσης γίνεται πιο έντονη καθώς οι αγχώδεις διαταραχές αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης άλλων ψυχικών ασθενειών αλλά αποτελούν και σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη και την πρόγνωση σωματικών ασθενειών (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Τέλος, σε οικονομικό επίπεδο η παρουσία μιας αγχώδους διαταραχής σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών έκτακτης ιατρικής και ψυχικής υγείας, εκ των οποίων, μόνο ένα μικρό ποσοστό αφορά την ψυχολογική και φαρμακευτική θεραπεία αυτών των διαταραχών (Pigott, 2003).

Στα άτομα που εμφανίζουν κάποια από τις αγχώδεις διαταραχές είναι συχνή η συννοσηρότητα τόσο με κάποια ή κάποιες από τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές όσο και με άλλες ψυχικές και σωματικές ασθένειες. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν υψηλές συσχετίσεις μεταξύ των GAD, PDA και SAD. Έπειτα, και οι τρεις αυτές αγχώδεις διαταραχές βρέθηκε πως σχετίζονται σημαντικά με την αγοραφοβία. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή φαίνεται να σχετίζεται με όλες τις αγχώδεις διαταραχές αλλά εμφανίζει πιο έντονη συσχέτιση με την GAD και σε δεύτερη θέση με την SAD (Bandelow and Michaelis, 2015a; Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017). Μια πιθανή εξήγηση για αυτήν την πιο έντονη εμφάνιση μείζων καταθλιπτικής διαταραχής και GAD μπορεί να αποδοθεί στις ισχυρές ενδείξεις ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή πιθανόν να μοιράζεται μια κοινή γενετική προδιάθεση με τη GAD, ενώ με τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές δεν φαίνεται να υπάρχει μεγάλη γενετική ομοιογένεια (Pigott, 2003). Σε κλινικές συνθήκες, το σχετικό ποσοστό των συννοσηρών περιπτώσεων είναι συνήθως υψηλότερο από αυτό που παρατηρείται στον πληθυσμό, επειδή όπως φαίνεται τα άτομα με δύο ταυτόχρονες ψυχικές διαταραχές, που επομένως επιβαρύνονται από υψηλό συνολικό φορτίο, είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν θεραπεία συγκριτικά με τα άτομα με μία μόνο διαταραχή (Bandelow and Michaelis, 2015a). Με τους περισσότερους ασθενείς που αναζητούν βοήθεια να υποφέρουν από GAD, PDA και SAD. Εν κατακλείδι, οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν συχνά με άλλες αγχώδεις διαταραχές, τη μείζων καταθλιπτική διαταραχή, τις διαταραχές σωματικών συμπτωμάτων, τις διαταραχές προσωπικότητας και διαταραχές κατάχρησης ουσιών (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017).

Η τρέχουσα αιτιολογία εμφάνισης για τις αγχώδεις διαταραχές, καθώς αυτές περιλαμβάνονται στις λεγόμενες σύνθετες γενετικές ασθένειες, αποτελεί μια πολύπλοκη παθογενετική αλληλεπίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων με τις πολλαπλές γενετικές παραλλαγές σε διαφορετικούς χρωμοσωμικούς τόπους. Αυτή η αλληλεπίδραση εκδηλώνεται σε νευροβιολογικές και νευροψυχολογικές δυσλειτουργίες (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017; Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Σύμφωνα με μελέτες, οι συγγενείς πρώτου βαθμού, των ασθενών με διαταραχή πανικού, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και με ειδικές (μεμονωμένες) φοβίες έχουν τρεις έως πέντε φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης μιας αγχώδους διαταραχής. Η κληρονομικότητα στις αγχώδεις διαταραχές, δηλαδή ο βαθμός συμμετοχής γενετικών

παραγόντων στην ανάπτυξη κάποιας από αυτές τις διαταραχές, κυμαίνεται στο 30-67%, ενώ το υπόλοιπο της διακύμανσης οφείλεται σε μεμονωμένους ή συνδυαστικούς αρνητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως, συναισθηματική ή / και σωματική κακοποίηση και παραμέληση, σεξουαλική κακοποίηση και βία, χρόνια ασθένεια, σωματικοί τραυματισμοί οι οποίοι δημιουργούν ψυχικά τραύματα, θάνατοι σημαντικών για το άτομο ανθρώπων, χωρισμός ή διαζύγιο και οικονομικές δυσκολίες. Αντιθέτως, οι θετικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης, η δημιουργία του αισθήματος ασφάλειας στις θεραπευτικές/προσωπικές σχέσεις, οι υποστηρικτικές μαθησιακές εμπειρίες και ένα λειτουργικό δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης μπορούν να προστατεύσουν το άτομο και να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας αγχώδους διαταραχής, ακόμη και σε παρουσία ενός γενετικού αστερισμού παραγόντων κινδύνου (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Τέλος, παρόλο που ακόμη είναι δύσκολο να δοθούν συστάσεις για συγκεκριμένους βιοδείκτες (π.χ. γενετικοί πολυμορφισμοί) που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στον εντοπισμό ατόμων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση μιας αγχώδους διαταραχής (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017), η επιτυχής ψυχοθεραπεία ή φαρμακοθεραπεία οδηγεί αποδεδειγμένα στην ομαλοποίηση των διαταραχών ακόμα και αν η εμφάνιση τους οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018).

2.2.1 Αγχώδεις διαταραχές και γυναίκες

Σύμφωνα με έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο οι γυναίκες έχουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να διαγνωστούν με κάποια αγχώδη διαταραχή (Pigott, 2003; Bandelow and Michaelis, 2015a; Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017; Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Στον υψηλότερο επιπολασμό που εμφανίζεται στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες φαίνεται να εμπλέκονται διάφοροι γενετικοί, βιολογικοί, νευροβιολογικοί, αναπτυξιακοί, ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως είναι η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία και η χρόνια έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες (Pigott, 2003; Bandelow and Michaelis, 2015a). Οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης κάποιας από τις αγχώδεις διαταραχές κατά την ενηλικίωση και

στα δύο φύλα. Όμως, οι γυναίκες ενδέχεται να είναι πιο ευαίσθητες στις δυσμενείς συνέπειες που προκύπτουν από αυτούς τους παράγοντες. Αυτό γίνεται πιο εμφανές από το γεγονός πως ακόμη και αν τα ποσοστά έκθεσης, για τις ίδιες καταστάσεις, είναι παρόμοια και για τους άνδρες και για τις γυναίκες, οι γυναίκες παραμένουν σε πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη κάποιας αγχώδης διαταραχής. Ακόμα, το ιστορικό έκθεσης σε κάποιο τραυματικό γεγονός κατά την παιδική ηλικία φαίνεται να είναι πιο αξιόπιστος προγνωστικός παράγοντας στις γυναίκες απ ό τι στους άνδρες.

Εκτός από τον ρόλο που διαδραματίζει το φύλο, στον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας αγχώδης διαταραχής, έχει φανεί πως έχει σημαντικό αντίκτυπο και στον τύπο της διαταραχής που μπορεί να εμφανίσει το άτομο ως απόκριση στους προαναφερόμενους παράγοντες κινδύνου. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί το εύρημα πως εάν ο ένας από τους δύο σε ένα ζεύγος διαγνωστεί με κατάθλιψη ή αναπτύξει εθισμό στα ναρκωτικά ή εμφανίσει αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, αυτή η κατάσταση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας από τις αγχώδεις διαταραχές και στα δύο φύλα, ωστόσο, αν το άλλο μέλος του ζεύγους είναι γυναίκα είναι πιο πιθανό να εμφανίσει διαταραχή μετατραυματικού στρες στην περίπτωση που ο σύζυγός της αναπτύξει εθισμό στα ναρκωτικά, ενώ οι άνδρες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν γενικευμένη αγχώδη διαταραχή στην περίπτωση που η σύζυγός τους αναπτύξει εθισμό στα ναρκωτικά.

Παράγοντα για αυτή τη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα πιθανόν να αποτελούν οι διακυμάνσεις στις συγκεντρώσεις οιστρογόνων και προγεστερόνης που πραγματοποιούνται κατά τον εμμηνορρυσιακό κύκλο στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Οι ορμόνες αυτές μπορεί επίσης να συμβάλλουν στην αύξηση του επιπολασμού και την αυξημένη διάρκεια παρουσίας των διαταραχών άγχους στις γυναίκες. Ακόμα, έχει βρεθεί ότι τα αυξημένα ποσοστά επικράτησης στις γυναίκες μπορεί, επίσης, να σηματοδοτούν και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Τέλος, αν και οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες σε όλα τα στάδια της ζωής, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι αυτή η διαφορά βάση φύλου μπορεί να περιοριστεί με την αύξηση της ηλικίας και μειώνεται πιο έντονα για τα άτομα που είναι 65 ετών και άνω (Pigott, 2003).

2.2.2 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Η Γενικευμένη διαταραχή άγχους ορίζεται ως υπερβολικό άγχος, ανησυχία (ή ανησυχιακή προσδοκία), συναισθηματική και σωματική ένταση και φόβος για καθημερινά γεγονότα, προβλήματα και δραστηριότητες. Με την ανησυχία αυτή να είναι δύσκολα διαχειρίσιμη από το άτομο (Crocq, 2017; Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Συχνά υπάρχει ταυτόχρονη εμφάνιση με διαταραχές της διάθεσης, άλλες αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές που σχετίζονται με χρήση ουσιών και άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με το άγχος. Τα συμπτώματα της αυτόνομης διέγερσης είναι λιγότερο εμφανή στη GAD από ό, τι σε άλλες αγχώδεις διαταραχές, όπως για παράδειγμα στη διαταραχή πανικού. Τα πιο έντονα από τα συμπτώματα φαίνεται να είναι η μείωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας, σημαντική δυσφορία και εξασθένηση του ατόμου. Τέλος, οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να παρουσιάσουν GAD. Επιπλέον, φαίνεται πως τα άτομα ευρωπαϊκής καταγωγής τείνουν να εμφανίζουν GAD συχνότερα από ότι άτομα μη ευρωπαϊκής καταγωγής.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM – 5, το οποίο έχει δημιουργηθεί και εκδοθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το Μάιο του 2013, για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (General Anxiety Disorder - GAD) πρέπει να πληρούνται τα εξής διαγνωστικά κριτήρια:

(Α) Υπερβολικό άγχος και ανησυχία, που εμφανίζονται τις περισσότερες ημέρες σε περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών, και σε έναν αριθμό διαφορετικών περιστάσεων ή δραστηριοτήτων.

(Β) Το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει αυτήν την ανησυχία.

(Γ) Το άγχος και η ανησυχία του προκαλεί τουλάχιστον τρία από τα έξι παρακάτω συμπτώματα, με εξαίρεση τα παιδιά στα οποία αρκεί μόνο ένα από τα συμπτώματα:

1. κινητική ανησυχία ή το άτομο νιώθει τεντωμένο
2. εύκολη κόπωση
3. δυσκολία στη συγκέντρωση ή το μυαλό αδειάζει λόγω άγχους
4. ευερεθιστότητα
5. μυϊκή ένταση

6. διαταραχή του ύπνου, δηλαδή δυσκολία έναρξης του ύπνου ή διακοπή/ες του ύπνου κατά τη διάρκεια ή ανήσυχος μη ικανοποιητικός ύπνος

με τουλάχιστον μερικά συμπτώματα παρόντα για τις περισσότερες ημέρες των προηγούμενων έξι μηνών.

(Δ) Το επίκεντρο του άγχους και της ανησυχίας δεν εξηγείται καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή όπως είναι η διαταραχή πανικού, διαταραχή κοινωνικού άγχους, ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική Διαταραχή, διαταραχή άγχους αποχωρισμού, διαταραχή μετατραυματικού στρες, νευρική ανορεξία, διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, σωματοποιητική διαταραχή, υποχονδρίαση, σχιζοφρένεια ή παραληρητική διαταραχή.

(Ε) Το άγχος, η ανησυχία, ή τα φυσικά συμπτώματα δημιουργούν μια κλινικά σημαντική δυσκολία ή αδυναμία σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς.

(ΣΤ) Η διαταραχή δεν οφείλεται στις επιδράσεις κάποιας ουσίας, στην λήψη φαρμάκων ή σε μια γενική παθολογική κατάσταση και δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας διαταραχής της διάθεσης, ή βαριάς εκτεταμένης διαταραχής της ανάπτυξης (Crocq, 2017).

2.2.3 Διαταραχή πανικού

Οι κρίσεις πανικού μπορούν να είναι απρόσμενες ή αναμενόμενες. Απρόσμενες χαρακτηρίζονται οι κρίσεις πανικού οι οποίες συμβαίνουν ξαφνικά και δεν σχετίζονται με γνωστά καταστατικά. Από την άλλη πλευρά, οι αναμενόμενες κρίσεις πανικού παρουσιάζονται ως απόκριση σε γνωστά ερεθίσματα τα οποία την προκαλούν. Αναμενόμενες κρίσεις πανικού εμφανίζονται και σε άτομα με άλλες αγχώδεις διαταραχές όπως στη διαταραχή συγκεκριμένης φοβίας, SAD και PTSD, αλλά, σε αυτά τα άτομα οι κρίσεις πανικού εμφανίζονται μόνο ως απόκριση στην έκθεση στη συγκεκριμένη κατάσταση η οποία τους προκαλεί φόβο και συνήθως αποτελεί και την βάση της αγχώδης διαταραχής τους.

Οι απρόσμενες κρίσεις πανικού εμφανίζονται συνήθως κατά τα αρχικά στάδια της πάθησης. Η συχνότητα εμφάνισης των κρίσεων πανικού μπορεί να ποικίλλει από

αρκετές φορές την ημέρα έως μία φορά κάθε 6 μήνες, όμως το αναμενόμενο άγχος δεν μειώνεται.

Ο τύπος και ο συνδυασμός των συμπτωμάτων μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ακόμα, στα άτομα με διαταραχή πανικού, συχνά παρατηρούνται αλλαγές στη συμπεριφορά τους λόγω της προσπάθειας του ατόμου να ελαχιστοποιήσει ή να αποφύγει περαιτέρω κρίσεις πανικού. Για παράδειγμα, μπορεί να αποφεύγει τη σωματική άσκηση, να περιορίσει τις δραστηριότητες, να αποφεύγει καταστάσεις όπου η απόδραση μπορεί να είναι δύσκολη ή στις οποίες μπορεί να είναι δύσκολη η πρόσβαση σε βοήθεια σε περίπτωση εμφάνισης κρίσης πανικού. Αυτές οι καταστάσεις περιλαμβάνουν, συνήθως, τα μέσα μαζικής μεταφοράς, κλειστούς χώρους, ανοιχτούς χώρους (π.χ. γέφυρες, πάρκα), χώρους με συνωστισμό, το να είναι μόνοι τους έξω από το σπίτι ή ακόμη και να είναι μόνοι τους στο σπίτι.

Η προϋπόθεση ότι οι κρίσεις πανικού πρέπει να είναι επαναλαμβανόμενες για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση της διαταραχής πανικού υπάρχει για να διασφαλιστεί ένα υψηλό όριο για τη διάγνωση, επειδή οι μη επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού είναι σχετικά συχνές στον γενικό πληθυσμό. Η αύξηση του άγχους που είναι αποτέλεσμα της έκθεσης σε μια επικίνδυνη κατάσταση δεν αποτελεί κρίση πανικού, παρά το γεγονός ότι έχει παρόμοια φυσικά συμπτώματα. Τέλος, στο DSM-5, έχουν διαχωριστεί πλέον οι διαγνώσεις της κρίσης πανικού και της αγοραφοβίας, παρόλο που συνήθως εμφανίζονται μαζί, δηλαδή δίνεται ξεχωριστή διάγνωση της αγοραφοβίας, εκτός από τη διαταραχή πανικού, εάν ο ασθενής πληροί και τα κριτήρια για την αγοραφοβία. Στη διαγνωστική ταξινόμηση του ICD-10 η διαταραχή πανικού με την αγοραφοβία είναι ακόμα συνδεδεμένες.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την διαταραχή πανικού είναι τα εξής:

A. Το άτομο βιώνει επαναλαμβανόμενες, απροσδόκητες κρίσεις πανικού. Ανησυχεί επίμονα για την εμφάνιση άλλης μια κρίσης πανικού ή τις συνέπειες μιας κρίσης πανικού. Αλλάζει τη συμπεριφορά του ώστε να αποφεύγει να έχει περαιτέρω κρίσεις πανικού (π.χ. αποφυγή καταστάσεων από τις οποίες η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή όπου η παροχή βοήθειας ενδέχεται να μην είναι διαθέσιμη σε περίπτωση κρίσης πανικού). Μια κρίση πανικού είναι μια απότομη έξαρση έντονου φόβου ή δυσφορίας που φτάνει στο αποκορύφωμα μέσα σε λίγα μόνο λεπτά. Το άτομο συχνά αισθάνεται

ότι πρέπει να κάνει κάτι επείγοντως (π.χ. διαφυγή σε ασφαλέστερο μέρος). Τέλος, για την διάγνωση θα πρέπει αυτή η κατάσταση να οδηγεί σε σημαντική δυσφορία ή λειτουργική εξασθένηση της ζωής του ατόμου και θα πρέπει να έχει διάρκεια εμφάνισης τουλάχιστον 6 μήνες.

Κατά τη διάρκεια μιας κρίσης πανικού μπορούν να εμφανιστούν τα παρακάτω συμπτώματα:

1. Αίσθηση παλμών, επιτάχυνση καρδιακού ρυθμού.
2. εφίδρωση
3. Ρίγος και τρέμουλο
4. Έντονη δύσπνοια, αίσθημα πνιγμού
5. Αίσθηση ασφυξίας
6. Πόνος στο στήθος ή δυσφορία
7. Ναυτία ή κοιλιακό άλγος
8. Ζάλη, αστάθεια ή λιποθυμία
9. Ρίγη και αίσθηση θερμότητας
10. Αποπραγματισμός (συναισθήματα μη πραγματικά)
11. Παραισθήσεις
12. Φόβος απώλειας του ελέγχου
13. Φόβος θανάτου

B. Ο πανικός δεν οφείλεται στη χρήση ουσιών, επιδράσεις φαρμάκων, είναι αποτέλεσμα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής ή κάποιας ιατρικής κατάστασης (Andrews *et al.*, 2018).

2.2.4 Διαταραχή κοινωνικού άγχους

Τα άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους (SAD) φοβούνται να κριθούν αρνητικά από άλλους. Γίνονται πολύ ανήσυχα όταν βρίσκονται σε καταστάσεις που περιλαμβάνουν ή πιθανόν να περιλαμβάνουν έλεγχο και κριτική από άλλα άτομα, αλληλεπίδραση με άλλα άτομα ή σύγκριση απόδοσης με άλλα άτομα. Ο υποκείμενος φόβος του ατόμου είναι να ενεργεί με τρόπο που θεωρείται κοινωνικά αδέξιος ή ακατάλληλος, στο βαθμό

(στο μυαλό του) που οι άλλοι άνθρωποι μπορεί να το σκέφτονται άσχημα ή να προσβληθούν.

Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα με SAD φοβούνται ότι μπορεί να φερθούν με μια ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά που θα ακολουθείται από αρνητική αξιολόγηση, είναι πολύ μεταβλητός και εξαρτάται από τις συγκεκριμένες υποκείμενες γνώσεις του κάθε ατόμου. Οι τυπικοί φόβοι περιλαμβάνουν την εμφάνιση άγχους, ιδιαίτερα ορατά σημάδια άγχους, όπως κοκκίνισμα, εφίδρωση, νευρικές κινήσεις και αμηχανία όταν βρίσκονται υπό έλεγχο ή κατά την εκτέλεση κάποιου έργου όπως δημόσια ομιλία, αλλά και έξοδος για φαγητό, έξοδος για ποτό, υπογραφή εγγράφου και χρήση του τηλεφώνου. Συνήθως, τα άτομα με SAD φοβούνται επίσης να κάνουν συνομιλία με άλλους, επειδή ανησυχούν μήπως πουν κάτι ανόητο ή μήπως δεν έχουν τίποτα να πουν (Andrews *et al.*, 2018).

Σύμφωνα με το DSM-5 τα διαγνωστικά κριτήρια για την διαταραχή πανικού είναι τα εξής:

- A.** Έντονος φόβος για μία ή περισσότερες καταστάσεις όπου το άτομο εκτίθεται σε έλεγχο από άλλους. Μπορεί να περιλαμβάνει καταστάσεις αλληλεπίδρασης, παρατήρησης ή απόδοσης.
- B.** Οι μεμονωμένοι φόβοι θα ενεργήσουν με κάποιο τρόπο ή θα δείξουν άγχος που θα οδηγήσει σε αρνητική αξιολόγηση.
- Γ.** Οι κοινωνικές καταστάσεις σχεδόν πάντα προκαλούν άγχος.
- Δ.** Οι κοινωνικές καταστάσεις αποφεύγονται ή υφίστανται έντονο φόβο ή άγχος.
- Ε.** Ο φόβος / άγχος δεν είναι ανάλογος με την πραγματική απειλή
- ΣΤ.** Ο φόβος / άγχος / αποφυγή διήρκεσε 6 μήνες.
- Z.** Ο φόβος / άγχος / αποφυγή οδηγεί σε σημαντική δυσφορία ή λειτουργική βλάβη.
- H.** Ο φόβος / άγχος / αποφυγή δεν οφείλεται σε ιατρική κατάσταση / φάρμακο
- Θ.** Ο φόβος / άγχος / αγχώδης οφειλόμενη δεν οφείλεται σε άλλη ψυχική διαταραχή.
- I.** Ο φόβος / άγχος / αποφυγή είναι είτε άσχετος είτε υπερβολικός λαμβάνοντας υπόψη τις υπάρχουσες ιατρικές καταστάσεις.

Η. Ο φόβος και το άγχος δεν οφείλονται στη χρήση ουσιών, επιδράσεις φαρμάκων, είναι αποτέλεσμα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής ή κάποιας ιατρικής κατάστασης (Crome *et al.*, 2015).

2.3 Άγχος – Στρες, κατανάλωση τροφής και συναισθηματική κατανάλωση

Στα άτομα με χρόνια υψηλά επίπεδα στρες ή/και άγχους, δηλαδή στα άτομα τα οποία βιώνουν αρκετά συχνά και για μεγάλο χρονικό διάστημα κάποιες καταστάσεις τις οποίες τις εκλαμβάνουν ως απειλή για την υγεία ή την ευημερία τους. Το άγχος - στρες αυτό μπορεί να προκαλέσει έναν αστερισμό φυσιολογικών και συμπεριφορικών αποκρίσεων οι οποίες μεταβάλλουν σημαντικά τη μεταβολική και συμπεριφορική κατάσταση του ατόμου.

Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA), η οποία αυξάνει τη σύνθεση γλυκοκορτικοειδών και τη διαθεσιμότητα γλυκόζης για την τροφοδότηση τις μεταβολικής απαίτησης άλλων φυσιολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων στο άγχος. Τα γλυκοκορτικοειδή ρυθμίζουν επίσης τη συσσώρευση και αποθήκευση σωματικού λίπους. Επιπλέον μπορούν να αυξήσουν την όρεξη, με αποτέλεσμα την αύξηση της πρόσληψης τροφής. Όταν αυτή η κατάσταση οδηγήσει σε μια συστηματική αυξημένη κατανάλωση μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του σωματικού βάρους του ατόμου.

Η χρόνια έκθεση στο άγχος και το στρες εκτός από την ποσότητα μπορεί να επηρεάσει και την ποιότητα των θερμίδων που θα καταναλώσει το άτομο. Οι μεταβολές που προκαλούνται από το άγχος στην πρόσληψη τροφής και την ενεργειακή ισορροπία συχνά αλληλεπιδρούν με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απορύθμιση της λειτουργίας των κέντρων του εγκεφάλου τα οποία ρυθμίζουν την επιθυμία κατανάλωσης τροφίμων και τον μεταβολισμό, έτσι το άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην εμφάνιση μακροχρόνιων προβλημάτων στην υγεία του. Ωστόσο, οι μηχανισμοί που συνδέουν το άγχος και το στρες με την πρόσληψη τροφής είναι ελάχιστα κατανοητοί προς το παρόν (Ulrich-Lai *et al.*, 2015; Wu *et al.*, 2018). Ακόμα, λόγω του άγχους και του στρες παρουσιάζεται μείωση των επιπέδων σεροτονίνης. Η σεροτονίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής μονοαμίνης που ανάμεσα στις

πολλές γνωστές λειτουργίες του, συμπεριλαμβάνεται και η ρύθμιση της όρεξης για την επίτευξη της ενεργειακής ισορροπίας. Όταν τα επίπεδα σεροτονίνης μειωθούν παρατηρείται αύξηση της όρεξης, κυρίως για τρόφιμα πλούσια σε υδατάνθρακες, επίσης, έναρξη συναισθηματικής κατανάλωσης, λόγω άγχους και στρες, καθώς και εμφάνιση αδηφαγικής διαταραχής και παχυσαρκίας (Chao *et al.*, 2018).

Το άγχος, όπως προαναφέρθηκε, επηρεάζει τόσο την ποσότητα όσο και τους τύπους των τροφίμων που επιλέγουν τα άτομα να καταναλώσουν. Για παράδειγμα, περίπου το 35-60% των ατόμων αναφέρουν ότι τρώνε περισσότερες συνολικές θερμίδες όταν αντιμετωπίζουν άγχος, ενώ περίπου το 25-40% των ανθρώπων αναφέρουν ότι τρώνε λιγότερες συνολικές θερμίδες, σε σύγκριση με τη συνήθη πρόσληψη. Έχει φανεί πως, και για τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλότερη, αλλά, και για τα άτομα που παρουσιάζουν χαμηλότερη ενεργειακή πρόσληψη, λόγω άγχους, επηρεάζεται η επιλογή των τροφίμων. Και στις δύο περιπτώσεις η πιο συνηθισμένη επιλογή τροφίμων είναι εξαιρετικά εύγευστα τρόφιμα, δηλαδή, νόστιμα και πυκνά θερμιδικά τρόφιμα που περιέχουν υψηλές ποσότητες σακχάρων, άλλων υδατανθράκων και λιπαρών. Αυτό το είδος τροφίμων αναφέρεται συχνά ως «φαγητά άνεσης» (comfort foods). Η κατανάλωση τέτοιων τροφίμων έχει φανεί ότι μπορεί να ανακουφίσει τα αρνητικά συναισθήματα μειώνοντας τα σημάδια του στρες και του άγχους, ιδίως στα άτομα με χρόνια άγχος/στρες. Υπάρχει ισχυρή σύνδεση μεταξύ της κατανάλωσης τροφών πλούσιων σε λιπαρά και ζάχαρης και της διαμόρφωσης των συναισθηματικών καταστάσεων. Εκτός από τα άτομα που βιώνουν άγχος φαίνεται πως και τα άτομα που αντιμετωπίζουν καταθλιπτική διάθεση έχουν την ίδια αντίδραση στην κατανάλωση τροφίμων, παρουσιάζοντας αυξημένη προτίμηση και κατανάλωση «φαγητών άνεσης» και αναφέρουν τη χρήση αυτών των τροφίμων ως μέσο για την ανακούφιση των δυσμενών συναισθημάτων, ως μια μορφή αυτοθεραπείας. Τέτοιες θετικές συναισθηματικές αντιδράσεις σε νόστιμα, ενεργειακά πυκνά τρόφιμα, καθώς και η συχνή χρήση τους ως ανταμοιβή, όπως επίσης και το αίσθημα απόλαυσης που προσφέρουν, πιστεύεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη διατροφικών συμπεριφορών υπερκατανάλωσης τροφίμων και στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας (Ulrich-Lai *et al.*, 2015).

Μια από αυτές τις διατροφικές συμπεριφορές που αναπτύσσεται σε αυτά τα άτομα πολύ συχνά είναι η συναισθηματική κατανάλωση (Wu *et al.*, 2018), κατά την οποία η κατανάλωση τροφής δρα εκείνη την στιγμή ως μια μορφή αυτοθεραπείας για το άγχος και το στρες, όπως δρα και για τα υπόλοιπα αρνητικά συναισθήματα τα οποία την πυροδοτούν (Levoy *et al.*, 2017). Μελέτες σε ενήλικες υποστηρίζουν ότι το άγχος αυξάνει σημαντικά την συναισθηματική κατανάλωση και την αύξηση του βάρους, με το 70% των ανθρώπων να αυξάνουν την πρόσληψη της τροφής τους όταν είναι αντιμέτωποι με στρεσογόνα γεγονότα (Wiedemann, Ivezaj and Grilo, 2018). Έχει φανεί ότι οι ενήλικες που είναι πιο πιθανό να τρώνε ως απάντηση στο άγχος, στο στρες και στα συναισθήματα ήταν αρκετές φορές πιο πιθανό να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι σε σχέση με τους ενήλικες που έχουν χαμηλή τάση να τρώνε ως απάντηση στα συναισθήματα. Η συναισθηματική διατροφή, το comfort eating και η αυξημένη κατανάλωση φαγητού που προκαλείται από το άγχος και το στρες είναι όροι για την περιγραφή της επαναλαμβανόμενης κατανάλωσης τροφής με στόχο την αντιμετώπιση δυσάρεστων ψυχολογικών συναισθημάτων (Roher, Latzer and Geliebter, 2014; Chamberlin *et al.*, 2018). Παρά το γεγονός ότι η συναισθηματική κατανάλωση αποτελεί ένα μέρος της συνολικής διατροφικής εικόνας ενός ατόμου, είναι πολύ συχνό να παραβλέπεται. Η αύξηση της πρόσληψης τροφής ως απάντηση σε αρνητικά ή θετικά συναισθήματα έχει καθιερωθεί να χαρακτηρίζεται ως μια “συνηθισμένη απόκριση”, με αποτέλεσμα να μην της δίνεται η πρέπει σημασία και αξιολόγηση (Chamberlin *et al.*, 2018).

Τα στοιχεία υποστηρίζουν την άποψη ότι το άγχος μπορεί να οδηγήσει στην συναισθηματική κατανάλωση με αύξηση ή μείωση της πρόσληψης τροφής, και πολλές αναφορές δείχνουν ότι η χρόνια έκθεση στο στρες μπορεί να προωθήσει είτε την παχυσαρκία είτε την ανορεξία, σε διαφορετικά διατροφικά περιβάλλοντα. Οι στρεσογόνοι παράγοντες επηρεάζουν την ενεργειακή ισορροπία και τη συναισθηματική κατάσταση με ένα τρόπο που εξαρτάται από ένα πλήθος βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, οι γενετικοί παράγοντες, το κοινωνικό περιβάλλον, η θρεπτική και αναπτυξιακή κατάσταση του ατόμου, ο χρόνος επίδρασης των στρεσογόνων παραγόντων και άλλοι.

Τέλος, αν και η πρόσληψη «τροφίμων άνεσης» μπορεί να μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα και τα συμπτώματα άγχους βραχυπρόθεσμα, η υπερβολική κατανάλωσή τους, που οδηγεί σε αυξημένη μάζα λιπώδους ιστού και μετέπειτα η παχυσαρκία, μπορεί να αυξήσει την ευπάθεια στην κατάθλιψη και το άγχος. Ακόμα, είναι σημαντικό ότι τα άτομα δεν χρειάζεται να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες «τροφίμων άνεσης»

για να ανακουφίσουν τα συμπτώματα από το άγχος, μια μικρή ποσότητα αρκεί για τις θετικές επιδράσεις στην ψυχολογία τους χωρίς να υπάρχει υπερκατανάλωση. Εκτός από το φαγητό, η ικανότητα και άλλων τύπων ανταμοιβών οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να παρέχουν παρόμοια αποτελέσματα στην μείωση των συμπτωμάτων του άγχους, μπορεί να είναι μια χρήσιμη στρατηγική για τη μείωση των επιδράσεων του στρες στη ζωή, στην παχυσαρκία και σε άλλες διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος (Ulrich-Lai *et al.*, 2015).

2.4 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Όλες οι αγχώδεις διαταραχές θα πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται όταν τα συμπτώματα είναι ακόμα ήπια, παροδικά και δεν δημιουργούν ακόμα πρόβλημα στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου. Ωστόσο, σύμφωνα με τις οδηγίες, η θεραπεία υποδεικνύεται όταν ένας ασθενής εμφανίζει έντονη δυσφορία ή πάσχει από επιπλοκές που προκύπτουν από τη διαταραχή, όπως θα μπορούσε να είναι η δευτερογενής κατάθλιψη, ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017). Οι αγχώδεις διαταραχές, ειδικά οι τρεις πιο συνηθισμένες, δηλαδή, η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία (PDA), η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (GAD) και η διαταραχή κοινωνικού άγχους (SAD), μπορούν να αντιμετωπιστούν με ψυχοθεραπεία, φάρμακα ή συνδυασμό και των δύο μεθόδων (Bandelow *et al.*, 2015; Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Οι άνθρωποι με αγχώδεις διαταραχές αντιμετωπίζονται κυρίως ως εξωτερικοί ασθενείς, εάν δεν βρίσκονται είδη σε νοσηλεία λόγω κάποιας άλλης πάθησης. Αυτό συμβαίνει επειδή οι προϋπόθεσης για νοσηλεία λόγω κάποιας αγχώδους διαταραχής περιλαμβάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, μη ανταπόκριση σε τυπικές θεραπείες (οι οποίες πραγματοποιούνται πριν την νοσηλεία) ή σχετική συννοσηρότητα, π.χ. με μείζων καταθλιπτική διαταραχή, διαταραχές προσωπικότητας ή κατάχρηση ουσιών. Επομένως, η πλειοψηφία των ατόμων δεν πληρούν τις προϋποθέσεις αυτές (Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017).

Προς το παρόν, η πιο αποδεδειγμένη μορφή ψυχοθεραπείας η οποία έχει επικρατήσει να συστήνεται, βάση των στοιχείων ερευνών για τα επιτυχή αποτελέσματα θεραπείας σε όλους τους τύπους διαταραχών άγχους, είναι η γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία.

Ο τρόπος δράσης της γνωσιακής - συμπεριφορικής θεραπείας μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την αγχώδη διαταραχή που αντιμετωπίζεται κάθε φορά. Ωστόσο, σε όλες τις περιπτώσεις ακολουθείτε η ίδια λογική δράσης, δηλαδή, υπό την επίβλεψη ενός θεραπευτή ο ασθενής πρέπει να καταλάβει, μέσα από την έκθεση στην αιτία που πυροδοτεί την αγχώδη διαταραχή, πως το άγχος που προκαλείται από αυτήν την κατάσταση είναι αβάσιμο και η κατάσταση στην πραγματικότητα είναι αβλαβής. Στόχος αυτής της έκθεσης του ασθενή είναι να αντιμετωπίσει και να εξοικειωθεί με την απόκριση στο άγχος, έως ότου ο βασικός φόβος που υποκρύπτεται διαψευστεί. Τα τελευταία χρόνια αυτή η έκθεση πραγματοποιείται και με την βοήθεια της εικονικής πραγματικότητας, γεγονός που διευκολύνει την προσέγγιση κάποιων περιπτώσεων. Η γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία είναι η πρώτη επιλογή τύπου ψυχοθεραπείας για τις αγχώδεις διαταραχές αλλά εάν είναι αναποτελεσματική ή δεν είναι διαθέσιμη τότε μπορεί να δοκιμαστεί η ψυχοδυναμική θεραπεία, ακόμη μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στην περίπτωση που ένας ενημερωμένος ενήλικος ασθενής εκφράσει την προτίμησή του σε αυτήν.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την θεραπεία των διαταραχών άγχους είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης (SNRI). Ενώ τα παραπάνω φάρμακα και η γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία αποτελούν την πρώτη γραμμή θεραπείας για τις αγχώδεις διαταραχές, υπάρχουν και κάποιες άλλες θεραπευτικές στρατηγικές οι οποίες έχουν μελετηθεί και εφαρμοστεί σε κλινικές πρακτικές τα τελευταία χρόνια. Τέτοιες στρατηγικές αποτελούν η μεταγνωστική θεραπεία (MCT), η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (ACT), οι τεχνικές που βασίζονται στην ευαισθησία και οι μη επεμβατικές τεχνικές διέγερσης, όπως η επαναλαμβανόμενη διακρανιακή μαγνητική διέγερση (rTMS) ή η διακρανιακή διέγερση συνεχούς ρεύματος (tDCS), αλλά απαιτούνται παραπάνω ερευνητικά δεδομένα για αυτές τις στρατηγικές (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Τέλος, η απόφαση για το αν θα επιλεγεί ψυχοθεραπεία, φάρμακα ή συνδυασμός των δύο μεθόδων θα πρέπει να αφεθεί στον ασθενή, καθώς τα φάρμακα μπορεί να έχουν παρενέργειες, αλληλεπιδράσεις και αντενδείξεις. Επιπλέον, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη το κόστος, το ιστορικό του ασθενούς με προηγούμενες προσπάθειες θεραπείας, η σοβαρότητα της ασθένειας, πιθανές συννοσηρότητες όπως διαταραχές προσωπικότητας, απόπειρες αυτοκτονίας, η διαθεσιμότητα μεθόδων

θεραπείας, οι περίοδοι αναμονής για την πραγματοποίηση συνεδριών ψυχοθεραπείας και η διάρκεια της θεραπείας. Αυτοί οι παράγοντες διαφέρουν για το κάθε άτομο. Για να μπορέσουν, όμως, οι ασθενείς να κάνουν τις πιο σωστές επιλογές για τον εαυτό τους θα πρέπει να ενημερώνονται για τις σημαντικές διαφορές μεταξύ όλων των θεραπειών καθώς και για την αναλογία του πιθανού κινδύνου προς το αναμενόμενο όφελος πριν από την έναρξη κάποιας από τις θεραπείες (Bandelow *et al.*, 2015; Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017).

Υπάρχουν και κάποιες στρατηγικές οι οποίες χρησιμοποιούνται συνδυάστηκα με τις θεραπείες ή από μόνες τους σε άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας αγχώδους διαταραχής ή ήπια εμφάνιση των συμπτωμάτων της αγχώδους διαταραχής, χωρίς όμως να πληρούν ακόμα τα κριτήρια για την προτροπή έναρξης κάποιας θεραπείας (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018; Umbrello *et al.*, 2019). Η πιο συχνή από αυτές τις στρατηγικές είναι η άσκηση / φυσική δραστηριότητα, η οποία έχει αγχολυτική δράση και είναι θεραπευτικά χρήσιμη τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Άλλες τέτοιες στρατηγικές είναι η συμβουλευτική, η εκπαίδευση σχετικά με το άγχος και τις αγχώδεις διαταραχές, οι ασκήσεις αντιμετώπισης άγχους σε πραγματικές καταστάσεις, τα εγχειρίδια αυτοβοήθειας (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018), καθώς και η μουσικοθεραπεία. Μεταξύ αυτών των στρατηγικών, η μουσικοθεραπεία, δηλαδή μια διαπροσωπική θεραπευτική διαδικασία κατά την οποία ο θεραπευτής χρησιμοποιεί την μουσική για να βοηθήσει τους ασθενείς να βελτιώσουν ή να διατηρήσουν την υγεία τους, έχει αποδειχθεί πως είναι αποτελεσματική στη ρύθμιση της απόκρισης στο στρες, μειώνοντας τα σημεία και τα συμπτώματα του άγχους. Επίσης, βοηθάει στην ανάπτυξη της αίσθησης χαλάρωσης ακόμα και σε σοβαρά άρρωστους ασθενείς (Umbrello *et al.*, 2019).

Ένα ακόμα πολύ σημαντικό κομμάτι για την καταπολέμηση των διαταραχών άγχους αποτελεί η πρόληψη αλλά και η διάγνωση πριν προχωρήσουν τα συμπτώματα. Η ανάγκη ανάπτυξης στρατηγικών πρόληψης εμφάνισης κάποιας αγχώδους διαταραχής φαίνεται λόγω του υψηλού επιπολασμού συνδυαστικά με τη χρόνια παραμονή αυτών των διαταραχών στους ασθενείς, της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και της ταλαιπωρίας που προκαλούν στην καθημερινή ζωή των ασθενών, του υψηλού κοινωνικοοικονομικού κόστους και τέλος του ρόλου τους ως πρόδρομων διαταραχών

για την εμφάνιση κατάθλιψης, διαταραχών κατάχρησης ουσιών και επιπλοκών σε σωματικές ασθένειες. Τα καθολικά προληπτικά μέτρα, που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στον γενικό πληθυσμό, ανεξάρτητα από την κατάσταση κινδύνου του ατόμου, και θα μπορούσαν να αποτρέψουν πολλές περιπτώσεις κλινικά εκδηλωμένων διαταραχών άγχους, αποτελούν μια διαδικασία η οποία θα είχε πολύ υψηλό κόστος στο σύστημα υγείας και θα απαιτούσε μεγάλη εργασιακή απασχόληση, γεγονός που την καθιστά δύσκολα πραγματοποιήσιμη προς το παρόν. Η εναλλακτική λύση έγκειται σε στοχευμένα προγράμματα, δηλαδή, επιλεκτικά πρωτογενή προληπτικά μέτρα, όπως το πρόγραμμα Cool Little Kids ή το πρόγραμμα Friends, που έχουν εφαρμοστεί στην Γερμανία. Αυτά τα μέτρα φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην πρόληψη της ανάπτυξης κλινικά εμφανών διαταραχών άγχους σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Τα αρχικά δεδομένα έδειξαν ότι τα προληπτικά μέτρα κατά των ψυχικών ασθενειών, και ιδίως κατά των διαταραχών άγχους, είναι ενθαρρυντικά, αλλά, θα πρέπει να μελετηθούν περαιτέρω, συστηματικά και λεπτομερώς. Εάν τα θετικά αποτελέσματά επιβεβαιωθούν, αυτά τα μέτρα θα πρέπει να ενταχθούν εγκαίρως στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των περισσότερων χωρών. Τέλος, η πρόληψη στοχευμένη σε άτομα που εμφανίζουν ήδη υποκλινικά συμπτώματα, έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά το ρυθμό ανάπτυξης κλινικών συμπτωμάτων στις αγχώδεις διαταραχές, αποτελώντας έτσι το πιο αποδοτικό πρωτογενές μέτρο πρόληψης (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018).

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3: Μελέτη συσχέτισης μεταξύ συναισθηματικής κατανάλωσης και άγχους/στρες.

3.1 Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να εξετάσουμε κατά πόσο οι άνθρωποι που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους και / ή στρες εμφανίζουν συναισθηματική κατανάλωση, σε σχέση με τους ανθρώπους που δεν έχουν υψηλά επίπεδα άγχους ή στρες. Καθώς και πως αυτή η κατανάλωση επηρεάζεται από τα αρνητικά και θετικά συναισθήματα και καταστάσεις γενικότερα, το φύλο, το BMI και την ηλικία.

3.2 Υλικά & Μέθοδοι

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια. Αρχικά, ένα ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η κατάσταση βάρους, και άλλα.

Στη συνέχεια, το DASS–21 (Depression Anxiety Stress Scale), ένα διαγνωστικό ερωτηματολόγιο, στην σύντομη μορφή του η οποία χρησιμοποιείται για έρευνες και αξιολογεί τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης μέσα από 21 ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα αποτελείται από 7 ερωτήσεις για την κάθε κατηγορία (άγχος, στρες, κατάθλιψη) των οποίων το αποτέλεσμα πολλαπλασιάζεται επί 2 ώστε να χρησιμοποιηθεί η αξιολόγηση από το DASS–42, το οποίο είναι η εκτενής μορφή, που χρησιμοποιείται για την διάγνωση και αξιολόγηση των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιήσουμε αποτελεί την επίσημη ελληνική έκδοση, η οποία έχει μεταφραστεί από τον κύριο Γιώργο Ν. Λυράκο και την κυρία Χρύσα Αρβανίτη (Lyraeos *et al.*, 2011).

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε και το Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ), το οποίο δείχνει κατά πόσο ορισμένα συναισθήματα και καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν την όρεξη για φαγητό. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις, οι 14 αναφέρονται σε

συναισθήματα (θετικά και αρνητικά) και οι 8 σε καταστάσεις (θετικές και αρνητικές). Το EMAQ δεν είναι διαγνωστικό ερωτηματολόγιο για να διαπιστώσουμε αν κάποιος κάνει συναισθηματική υπερφαγία, αλλά αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιείται για την στατιστική σύγκριση μεταξύ των επιλεγμένων ομάδων ώστε να διαπιστωθεί ποια ομάδα ή ποιοι παράγοντες ωθούν περισσότερο τον πληθυσμό δείγμα στην συναισθηματική κατανάλωση (Nolan, Halperin and Geliebter, 2010).

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μόνο ηλεκτρονικά, λόγω των μέτρων για την διασφάλιση της δημόσιας υγείας, κατά την εξέλιξη της πανδημίας του COVID-19. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ανώνυμα μέσω της εφαρμογής της Google για την συμπλήρωση ηλεκτρονικής φόρμας. Η φόρμα με τα ερωτηματολόγια ήταν ανεβασμένη για έναν μήνα, από τις 8 Μαΐου έως τις 5 Ιουνίου του 2020, και τη συμπλήρωσαν συνολικά 268 άτομα. Τέλος, η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το πρόγραμμα SPSS.

Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

4.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Σε αυτό το υποκεφάλαιο παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της έρευνας.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4.1-1 από τους 268 συμμετέχοντες οι 183 είναι γυναίκες, δηλαδή, το 68,3% του δείγματος, ενώ, οι υπόλοιποι 85 είναι άνδρες, 31,7%. Στη συνέχεια δηλώνεται ο τόπος διαμονής των συμμετεχόντων, με 149 άτομα στην Μακεδονία (55,6%), 48 στην Κρήτη (17,9%), 35 στην Στερεά Ελλάδα (13,1%), 8 στην Πελοπόννησο (3,0%), 7 στη Θεσσαλία (2,6%), 5 στα Νησιά του Αιγαίου (1,9%), 4 στην Θράκη (1,5%), 3 στα Νησιά του Ιονίου (1,1%), 2 στην Ήπειρο (0,8%) και 7 στην Κύπρο (2,6%). Έπειτα, στην ερώτηση αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται πως η πλειοψηφία αποτελείται από Απόφοιτους Λυκείου (54,9%), επόμενοι βρίσκονται οι Απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (26,5%), ακολουθούν οι απόφοιτοι ΙΕΚ (8,2%), οι Κάτοχοι Μεταπτυχιακού (7,8%), οι Απόφοιτοι Γυμνασίου (2,2%) και οι Κάτοχοι Διδακτορικού (0,4%).

Υποκατηγορία	Πλήθος απαντήσεων (N)	Ποσοστό απαντήσεων (%)
Φύλο		
Γυναίκες	183	68,3
Άνδρες	85	31,7
Total	268	100,0
Τόπος Διαμονής		
Μακεδονία	149	55,6
Κρήτη	48	17,9
Στερεά Ελλάδα	35	13,1
Πελοπόννησος	8	3,0
Θεσσαλία	7	2,6
Κύπρος	7	2,6
Νησιά Αιγαίου	5	1,9
Θράκη	4	1,5
Νησιά Ιονίου	3	1,1
Ήπειρος	2	0,8
Total	268	100,0
Μορφωτικό Επίπεδο		

Απόφοιτος Γυμνασίου	6	2,2
Απόφοιτος Λυκείου	147	54,9
Απόφοιτος ΙΕΚ	22	8,2
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	71	26,5
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	21	7,8
Κάτοχος Διδακτορικού	1	0,4
Total	168	100,0

Πίνακας 4.1-1: Φύλο - Τόπος Διαμονής - Μορφωτικό Επίπεδο

Στη συνέχεια, τα αποτελέσματα του δείγματος για τις απαντήσεις αναφορικά με την ηλικία, το βάρος και το ύψος οι οποίες ήταν ερωτήσεις ελεύθερης απάντησης, καθώς και για το BMI, το οποίο δεν συμπεριλαμβανόταν στις ερωτήσεις αλλά βρέθηκε από το βάρος και το ύψος του κάθε συμμετέχοντα, παρουσιάζονται βάση της περιγραφικής στατιστικής, η μικρότερη τιμή του δείγματος, η μεγαλύτερη τιμή του δείγματος, καθώς και ο μέσος όρος με την τυπική απόκλιση. Τα αποτελέσματα όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.1-2 είναι τα ακόλουθα:

Για την ηλικία, η μικρότερη ήταν 15 ετών, η μεγαλύτερη 71 ετών, ο μέσος όρος ήταν 28,356 έτη και η τυπική απόκλιση 11,9237. Για το βάρος, το χαμηλότερο ήταν τα 43 κιλά, το μεγαλύτερο τα 125 κιλά, ο μέσος όρος τα 70,614 κιλά και η τυπική απόκλιση 16,7662. Για το ύψος, το μικρότερο ήταν το 1,50 μέτρα, το μεγαλύτερο ήταν το 1,96 μέτρα, ο μέσος όρος ήταν 1,6965 μέτρα και η τυπική απόκλιση 0,09100. Τέλος, για το BMI, το χαμηλότερο ήταν 14,7 kg/m², το υψηλότερο 45,8 kg/m², ο μέσος όρος 24,409 kg/m² και η τυπική απόκλιση 4,9522.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	268	15	71	28,356	11,9237
Βάρος	268	43,0	125,0	70,614	16,7662
Ύψος	268	1,50	1,96	1,6965	0,09100
BMI	268	14,7	45,8	24,409	4,9522

Πίνακας 4.1-2: Ηλικία – Βάρος – Ύψος - BMI

4.2 Depression Anxiety Stress Scale (DASS) – 21

Σε αυτό το υποκεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων για το ερωτηματολόγιο DASS-21.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα για το στρες, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.2-1, το 39,6% του δείγματος ήταν στα φυσιολογικά επίπεδα στρες, το 29,5% του δείγματος ζει

με ήπιο στρες, το 19,0% βιώνει μέτριο στρες ενώ το 8,2% και το 3,7% του πληθυσμού του δείγματος αντιμετωπίζουν σοβαρό και εξαιρετικά σοβαρό στρες αντίστοιχα.

Στρες		
	N	%
Φυσιολογικό	106	39,6
Ήπιο	79	29,5
Μέτριο	51	19,0
Σοβαρό	22	8,2
Εξαιρετικά σοβαρό	10	3,7
Σύνολο	268	100,0

Πίνακας 4.2-1: Στρες - DASS-21

Στη συνέχεια, σύμφωνα με τα αποτελέσματα για το άγχος, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.2-2, το 46,6% και το 9,0% του δείγματος βιώνουν φυσιολογικό και ήπιο άγχος αντίστοιχα, το 20,1% βιώνει μέτριο άγχος, το 10,8% ζει με σοβαρό άγχος ενώ το 13,4% αντιμετωπίζει εξαιρετικά σοβαρό άγχος.

Άγχος		
	N	%
Φυσιολογικό	125	46,6
Ήπιο	24	9,0
Μέτριο	54	20,1
Σοβαρό	29	10,8
Εξαιρετικά σοβαρό	36	13,4
Σύνολο	268	100,0

Πίνακας 4.2-2: Άγχος - DASS-21

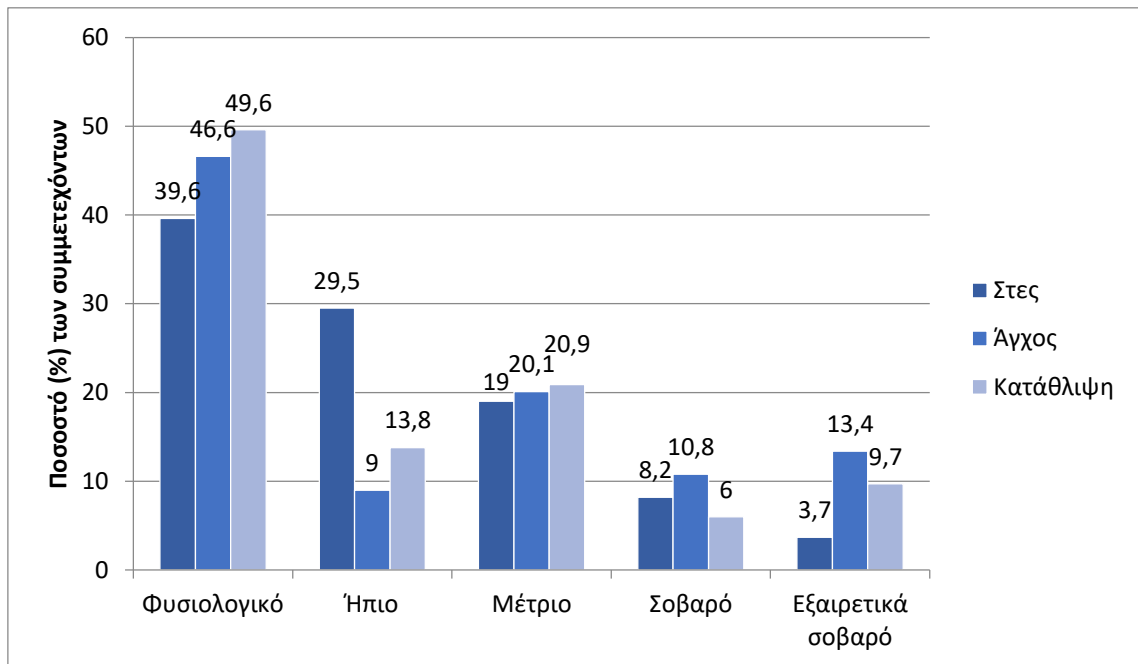
Έπειτα, τα αποτελέσματα για την κατάθλιψη, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.2-3, είναι τα εξής, το 49,6% του δείγματος εντάσσεται στα φυσιολογικά επίπεδα, το 13,8% βιώνει ήπια μορφή κατάθλιψης, το 20,9% μέτρια, το 6,0% σοβαρή και το 9,7% εξαιρετικά σοβαρή.

Κατάθλιψη		
	N	%
Φυσιολογικό	133	49,6
Ήπιο	37	13,8
Μέτριο	56	20,9

Σοβαρό	16	6,0
Εξαιρετικά σοβαρό	26	9,7
Σύνολο	268	100,0

Πίνακας 4.2-3: Κατάθλιψη - DASS-21

Τέλος, στον γράφημα 4.2-1, απεικονίζονται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα και για τις τρεις κατηγορίες του ερωτηματολογίου (στρες, άγχος, κατάθλιψη). Βάση του κάθετου άξονα, δίνεται το ποσοστό % των συμμετεχόντων που κατατάσσονται στην ανάλογη κατηγορία διάγνωσης όπως χωρίζονται στον οριζόντιο άξονα (Φυσιολογικό, Ήπιο, Μέτριο, Σοβαρό, Εξαιρετικά σοβαρό).



Γράφημα 4.2-1: Ποσοστό δείγματος και κατανομή του σύμφωνα με τη διάγνωση του DASS-21.

Στη συνέχεια, έγινε ο διαχωρισμός των απαντήσεων βάση του φύλου. Έτσι στον πίνακα 4.2-4 φαίνεται τι ποσοστό γυναικών αντιστοιχεί σε κάθε διαγνωστική κατηγορία για το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη. Για το στρες το 33,3% των γυναικών έχουν φυσιολογικό στρες, το 28,4% έχουν ήπιο, το 23,5% μέτριο, το 9,8% σοβαρό και το 4,9% εξαιρετικά σοβαρό. Για το Άγχος, το 39,9% γυναικών βιώνουν φυσιολογικό άγχος, το 8,7% ήπιο, το 19,7% μέτριο, το 13,7% σοβαρό και το 18% εξαιρετικά σοβαρό. Για την κατάθλιψη, το 45,9% των γυναικών έχουν φυσιολογικά συμπτώματα

κατάθλιψη, το 12,6% ήπια, το 22,9% μέτρια, το 8,2% σοβαρά και το 10,4% εξαιρετικά σοβαρά.

	Γυναίκες					
	Στρες		Άγχος		Κατάθλιψη	
	N	%	N	%	N	%
Φυσιολογικό	61	33,3	73	39,9	84	45,9
Ήπιο	52	28,4	16	8,7	23	12,6
Μέτριο	43	23,5	36	19,7	42	22,9
Σοβαρό	18	9,8	25	13,7	15	8,2
Εξαιρετικά σοβαρό	9	4,9	33	18,0	19	10,4
Σύνολο	183	100	183	100	183	100

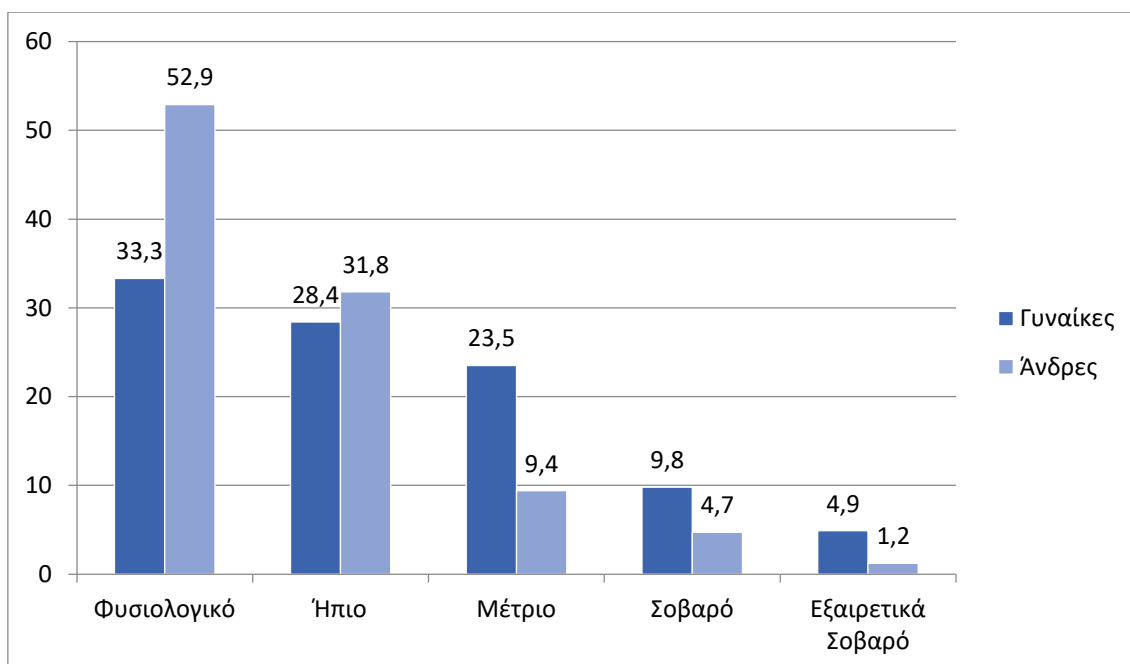
Πίνακας 4.2-4: Γυναίκες – Στρες, άγχος, κατάθλιψη.

Αντίστοιχα, στον πίνακα 4.2-5 υπάρχουν τα αποτελέσματα των ανδρών του δείγματος για το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη με τα ποσοστά της κάθε αξιολόγησης. Για το στρες, το 52,9% των ανδρών εμφανίζουν φυσιολογικό στρες, το 31,8% ήπιο, το 9,4% μέτριο, το 4,7% σοβαρό και το 1,2% εξαιρετικά σοβαρό. Για το άγχος, το 61,2% των ανδρών βιώνει φυσιολογικό άγχος, το 9,4% ήπιο, το 21,2% μέτριο, το 4,7% σοβαρό και το 3,5% εξαιρετικά σοβαρό. Για την κατάθλιψη, το 57,6% εμφανίζει φυσιολογικά συμπτώματα κατάθλιψης, το 16,5% ήπια, το 16,5% μέτρια, το 1,2% σοβαρά και το 8,2% εξαιρετικά σοβαρά.

	Άνδρες					
	Στρες		Άγχος		Κατάθλιψη	
	N	%	N	%	N	%
Φυσιολογικό	45	52,9	52	61,2	49	57,6
Ήπιο	27	31,8	8	9,4	14	16,5
Μέτριο	8	9,4	18	21,2	14	16,5
Σοβαρό	4	4,7	4	4,7	1	1,2
Εξαιρετικά σοβαρό	1	1,2	3	3,5	7	8,2
Σύνολο	85	100	85	100	85	100

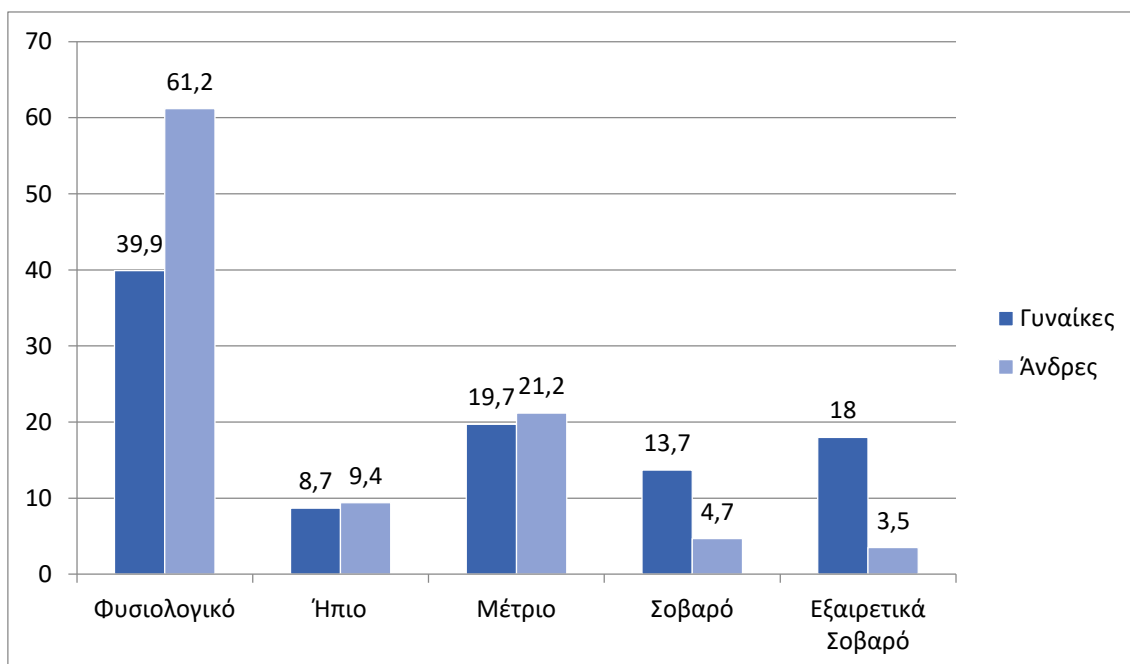
Πίνακας 4.2-5: Άνδρες – Στρες, άγχος, κατάθλιψη.

Τα παραπάνω στοιχεία φαίνονται και στα παρακάτω γραφήματα. Στο γράφημα 4.2-2 φαίνονται συγκριτικά τα αποτελέσματα γυναικών και ανδρών για το στρες.



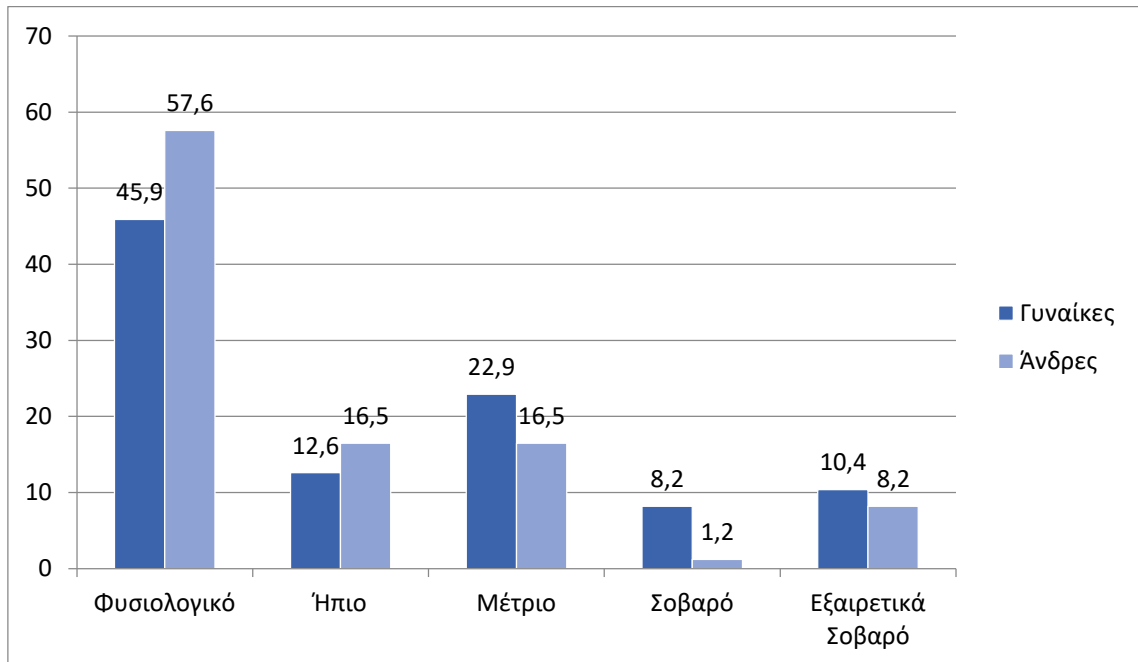
Γράφημα 4.2-2: Στρες – Γυναίκες και άνδρες

Στο γράφημα 4.2-3 φαίνονται συγκριτικά τα αποτελέσματα γυναικών και ανδρών για το άγχος.



Γράφημα 4.2-3: Άγχος – γυναίκες και άνδρες

Στο γράφημα 4.2-4 φαίνονται συγκριτικά τα αποτελέσματα γυναικών και ανδρών για την κατάθλιψη.



Γράφημα 4.2-4: Κατάθλιψη – γυναίκες και άνδρες

4.3 Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ)

Τα αποτελέσματα για τον μέσο όρο του δείγματος σε κάθε κατηγορία του EMAQ, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.3-1, είναι τα ακόλουθα. Από τις ερωτήσεις που αφορούν το πώς επηρεάζεται η κατανάλωση τροφής στην παρουσία θετικών συναισθημάτων (ΘΣ) ο μέσος όρος είναι 4,4715 με τυπική απόκλιση 1,75747. Από τις ερωτήσεις που αφορούν το πώς επηρεάζεται η κατανάλωση τροφής όταν βιώνουν θετικές καταστάσεις (ΘΚ) ο μέσος όρος είναι 4,4675 με τυπική απόκλιση 1,74484. Από τις ερωτήσεις που αφορούν το πώς επηρεάζεται η κατανάλωση τροφής στην παρουσία αρνητικών συναισθημάτων (ΑΣ) ο μέσος όρος είναι 4,1721 με τυπική απόκλιση 1,78899. Από τις ερωτήσεις που αφορούν το πώς επηρεάζεται η κατανάλωση τροφής όταν βιώνουν αρνητικές καταστάσεις (ΑΚ) ο μέσος όρος είναι 3,5133 με τυπική απόκλιση 1,71997. Στη συνέχεια, από τον υπολογισμό του μέσου όρου της επιρροής ως προς την κατανάλωση τροφής λόγω θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων του κάθε συμμετέχοντα υπολογίζεται ο συνολικός μέσος όρος επιρροής της κατανάλωσης λόγω θετικών

συναισθημάτων και καταστάσεων (ΜΟΘ) του δείγματος ο οποίος έχει μέσο όρο 4,4760 με τυπική απόκλιση 1,61082. Η ίδια διαδικασία ακολουθείται και για τα αρνητικά συναισθήματα και καταστάσεις, έτσι προκύπτει, ο συνολικός μέσος όρος επιρροής της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων (ΜΟΑ) του δείγματος ο οποίος έχει μέσο όρο 3,8482 με τυπική απόκλιση 1,59611. Όμως αυτά τα αποτελέσματα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μόνα του καθώς το EMAQ δεν αποτελεί διαγνωστικό ερωτηματολόγιο, αλλά χρησιμοποιείται για την στατιστική σύγκριση μεταξύ ομάδων ως προς την συναισθηματική κατανάλωση.

Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου EMAQ			
	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
ΘΣ	268	4,4715	1,75747
ΘΚ	267	4,4675	1,74484
ΑΣ	268	4,1721	1,78899
ΑΚ	267	3,5133	1,71997
Μ.Ο.Θ	267	4,4760	1,61082
Μ.Ο.Α	267	3,8482	1,59611

Πίνακας 4.3-1: Μέσος όρος κάθε κατηγορίας του EMAQ

4.4 Συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων

Για τον έλεγχο στατιστικής συσχέτισης μεταξύ των έντεκα μεταβλητών, δηλαδή της Ηλικίας (H), του BMI, του στρες (S), του άγχους (A), της κατάθλιψης (D), του ΘΣ, του ΘΚ, του ΑΣ, του ΑΚ, του ΜΟΘ και του ΜΟΑ, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Spearman, καθώς οι μεταβλητές δεν παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Η χρήση του έγινε δύο φορές, μια φορά για όλο το δείγμα, συνολικά χωρίς τον διαχωρισμό βάση φύλου, και μία φορά με τον διαχωρισμό βάση φύλου.

Αρχικά, στον έλεγχο συσχέτισης των μεταβλητών, χωρίς τον διαχωρισμό βάση φύλου, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.4-1, βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) μεταξύ της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων με την ηλικία και το BMI, της κατανάλωσης λόγω θετικών καταστάσεων με την ηλικία και του μέσου όρου της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων με την ηλικία.

Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) μεταξύ της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων και της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων, της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων με το άγχος, της κατανάλωσης λόγω αρνητικών καταστάσεων με το BMI και την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων, και τέλος του μέσου όρου κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων με το BMI και το στρες.

Έπειτα στον ίδιο πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων με την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων, αρνητικών συναισθημάτων, αρνητικών καταστάσεων, θετικών καταστάσεων και συναισθημάτων και αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω θετικών καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, αρνητικών συναισθημάτων, θετικών καταστάσεων και συναισθημάτων και αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων με το στρες, την κατάθλιψη, την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, θετικών καταστάσεων, αρνητικών καταστάσεων, θετικών καταστάσεων και συναισθημάτων και αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω αρνητικών καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, αρνητικών συναισθημάτων, θετικών καταστάσεων και συναισθημάτων και αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, θετικών καταστάσεων, αρνητικών συναισθημάτων, αρνητικών καταστάσεων και αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Και τέλος της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων με την κατάθλιψη, την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, θετικών καταστάσεων, αρνητικών συναισθημάτων, αρνητικών καταστάσεων και θετικών καταστάσεων και συναισθημάτων.

Επιπλέον, στον πίνακα 4.4-1 δεν συμπεριλαμβάνονται οι εξής θετικές συσχετίσεις. Εκτός από τα παραπάνω, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης. Ωστόσο, μόνο η κατάθλιψη έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) με το BMI. Τέλος, υπάρχει και στατιστικά σημαντική

θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ της ηλικίας και του BMI.

Συντελεστής Spearman για το συνολικό δείγμα		
Μεταβλητές από το ερωτηματολόγιο ΕΜΑQ	Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (*)	Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (**)
ΘΣ	(-)H, (-)BMI	ΘΚ, ΑΣ, ΑΚ, ΜΟΘ, ΜΟΑ
ΘΚ	(-)H, ΑΚ	ΘΣ, ΑΣ, ΜΟΘ, ΜΟΑ
ΑΣ	A	S, D, ΘΣ, ΘΚ, ΑΚ, ΜΟΘ, ΜΟΑ
ΑΚ	BMI, ΘΚ	ΘΣ, ΑΣ, ΜΟΘ, ΜΟΑ
ΜΟΘ	(-)H	ΘΣ, ΘΚ, ΑΣ, ΑΚ, ΜΟΑ
ΜΟΑ	BMI, S	D, ΘΣ, ΘΚ, ΑΣ, ΑΚ, ΜΟΘ

Πίνακας 4.4-1: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις για το συνολικό δείγμα βάση του συντελεστή Spearman

Στον έλεγχο συσχέτισης των μεταβλητών, με τον διαχωρισμό βάση φύλου, δημιουργούνται δύο πίνακες συσχετίσεων ένας για τις γυναίκες, τα αποτελέσματα του οποίου παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα 4.4-2, και ένας για τους άνδρες, τα αποτελέσματα του οποίου παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα 4.4-3.

Για τις γυναίκες, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.4-2, βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) μεταξύ της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων με την ηλικία και το BMI.

Επίσης, βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) μεταξύ της κατανάλωσης λόγω θετικών καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων και αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων με το άγχος, την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων και θετικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω αρνητικών καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων, αρνητικών καταστάσεων και αρνητικών καταστάσεων και

συναισθημάτων. Και τέλος, της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων με την κατάθλιψη, την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων και θετικών καταστάσεων και συναισθημάτων.

Έπειτα, στον ίδιο πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ της κατανάλωσης λόγω θετικών καταστάσεων με την ηλικία και το BMI. Του μέσου όρου κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων με την ηλικία και το BMI.

Επίσης, βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων με την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων και λόγω του μέσου όρου κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Της κατανάλωσης λόγω θετικών καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων και λόγω του μέσου όρου κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων με το BMI, το στρες, την κατάθλιψη, την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, την κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων και την κατανάλωση λόγω του μέσου όρου κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Της κατανάλωσης λόγω αρνητικών καταστάσεων με το BMI, την κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων και τον μέσο όρο κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Του μέσου όρου της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων και την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων. Και τέλος, της κατανάλωσης λόγω του μέσου όρου αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων με το BMI, το στρες, την κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων και αρνητικών καταστάσεων.

Επιπλέον, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης. Ενώ, μόνο η κατάθλιψη έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) με το BMI. Τέλος, υπάρχει και στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ της ηλικίας και του BMI.

Συντελεστής Spearman για τις γυναίκες του δείγματος		
Μεταβλητές	Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (*)	Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (**)
ΘΣ	(-)Η, (-)BMI	ΘΚ, ΜΟΘ
ΘΚ	ΑΣ, ΜΟΑ	(-)Η, (-)BMI, ΘΣ, ΜΟΘ
ΑΣ	Α, ΘΚ, ΜΟΘ,	BMI, S, D, ΘΣ, ΑΚ, ΜΟΑ
ΑΚ	ΜΟΘ	BMI, ΑΣ, ΜΟΑ
ΜΟΘ	ΑΣ, ΑΚ, ΜΟΑ	(-)Η, (-)BMI, ΘΣ, ΘΚ
ΜΟΑ	D, ΘΚ, ΜΟΘ	BMI, S, ΑΣ, ΑΚ

Πίνακας 4.4-2: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις για τις γυναίκες του δείγματος βάση του συντελεστή Spearman

Για τους άνδρες, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.4-3, βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) μεταξύ της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων με την κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων. Της κατανάλωσης λόγω θετικών καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων με την κατάθλιψη και την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων. Και τέλος, της κατανάλωσης λόγω αρνητικών καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων.

Έπειτα στον ίδιο πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων με την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων, αρνητικών συναισθημάτων, θετικών καταστάσεων και συναισθημάτων και αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω θετικών καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων με την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, αρνητικών καταστάσεων, θετικών καταστάσεων και συναισθημάτων και αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω αρνητικών καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων και αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Της κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων με

την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, θετικών καταστάσεων και αρνητικών συναισθημάτων. Και τέλος, της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων με το την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, αρνητικών συναισθημάτων και αρνητικών καταστάσεων.

Επιπλέον, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης. Το στρες και το άγχος εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) με το BMI. Και τέλος, υπάρχει και στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ της ηλικίας και του BMI.

Συντελεστής Spearman για τους άνδρες του δείγματος		
Μεταβλητές	Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (*)	Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (**)
ΘΣ	ΑΚ	ΘΚ, ΑΣ, ΜΟΘ, ΜΟΑ
ΘΚ	ΑΣ	ΘΣ
ΑΣ	Δ, ΘΚ	ΘΣ, ΑΚ, ΜΟΘ, ΜΟΑ
ΑΚ	ΘΣ	ΑΣ, ΜΟΑ
ΜΟΘ	-	ΘΣ, ΘΚ, ΑΣ
ΜΟΑ	-	ΘΣ, ΑΣ, ΑΚ

Πίνακας 4.4-3: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις για τους άνδρες του δείγματος βάση του συντελεστή Spearman

Correlations														
	Φύλο			Ηλικία	BMI	S	A	D	Θετικά Συναισθήμα τα	Θετικές Καταστάσεις	Αρνητικά Συναισθήμα τα	Αρνητικές Καταστάσεις	Μέσος όρος Θετικών (συναισθημάτων και καταστάσεων)	Μέσος όρος Αρνητικών (συναισθημάτων και καταστάσεων)
Spearman's rho	Γυναίκα	Ηλικία	Correlation Coefficient	1,000	,402**	,024	-,061	,017	-,189*	-,216**	-,011	-,012	-,203**	-,018
			Sig. (2-tailed)	.	,000	,747	,410	,822	,010	,003	,882	,873	,006	,805
			N	183	183	183	183	183	183	183	183	182	183	182
		BMI	Correlation Coefficient	,402**	1,000	,133	,007	,185*	-,178*	-,197**	,215**	,219**	-,192**	,221**
			Sig. (2-tailed)	,000	.	,072	,921	,012	,016	,008	,003	,003	,009	,003
			N	183	183	183	183	183	183	183	183	182	183	182
		S	Correlation Coefficient	,024	,133	1,000	,760**	,761**	,013	-,019	,296**	,096	-,010	,217**
			Sig. (2-tailed)	,747	,072	.	,000	,000	,862	,797	,000	,196	,892	,003
			N	183	183	183	183	183	183	183	183	182	183	182
		A	Correlation Coefficient	-,061	,007	,760**	1,000	,621**	,067	,014	,174*	-,036	,042	,086
			Sig. (2-tailed)	,410	,921	,000	.	,000	,366	,850	,018	,630	,574	,249
			N	183	183	183	183	183	183	183	183	182	183	182
		D	Correlation Coefficient	,017	,185*	,761**	,621**	1,000	,054	-,035	,262**	,087	-,007	,190*
			Sig. (2-tailed)	,822	,012	,000	,000	.	,472	,638	,000	,242	,929	,010
			N	183	183	183	183	183	183	183	183	182	183	182
		Θετικά Συναισθήματα	Correlation Coefficient	-,189*	-,178*	,013	,067	,054	1,000	,643**	,135	,124	,876**	,138
			Sig. (2-tailed)	,010	,016	,862	,366	,472	.	,000	,068	,094	,000	,063
			N	183	183	183	183	183	183	183	183	182	183	182

	Θετικές Καταστάσεις	Correlation Coefficient	-,216**	-,197**	-,019	,014	-,035	,643**	1,000	,163*	,137	,900**	,169*	
		Sig. (2-tailed)	,003	,008	,797	,850	,638	,000			,028	,064	,000	,023
		N	183	183	183	183	183	183	183	183	183	182	183	182
	Αρνητικά Συναισθήματα	Correlation Coefficient	-,011	,215**	,296**	,174*	,262**	,135	,163*	1,000	,649**	,177*	,931**	
		Sig. (2-tailed)	,882	,003	,000	,018	,000	,068	,028		,000	,017	,000	
		N	183	183	183	183	183	183	183	183	183	182	183	182
	Αρνητικές Καταστάσεις	Correlation Coefficient	-,012	,219**	,096	-,036	,087	,124	,137	,649**	1,000	,170*	,872**	
		Sig. (2-tailed)	,873	,003	,196	,630	,242	,094	,064	,000		,022	,000	
		N	182	182	182	182	182	182	182	182	182	182	182	182
	Μέσος όρος Θετικών (συναισθημάτων και καταστάσεων)	Correlation Coefficient	-,203**	-,192**	-,010	,042	-,007	,876**	,900**	,177*	,170*	1,000	,189*	
		Sig. (2-tailed)	,006	,009	,892	,574	,929	,000	,000	,017	,022		,011	
		N	183	183	183	183	183	183	183	183	183	182	183	182
	Μέσος όρος Αρνητικών (συναισθημάτων και καταστάσεων)	Correlation Coefficient	-,018	,221**	,217**	,086	,190*	,138	,169*	,931**	,872**	,189*	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,805	,003	,003	,249	,010	,063	,023	,000	,000	,011		
		N	182	182	182	182	182	182	182	182	182	182	182	182
	Άνδρας	Ηλικία	Correlation Coefficient	1,000	,354**	,171	,022	,007	-,110	-,058	-,164	-,200	-,087	-,177
			Sig. (2-tailed)		,001	,118	,842	,951	,317	,599	,134	,067	,431	,105
			N	85	85	85	85	85	85	84	85	85	84	85
BMI		Correlation Coefficient	,354**	1,000	,217*	,231*	,196	-,135	,010	-,101	-,030	-,071	-,055	

		Sig. (2-tailed)	,001	,046	,033	,072	,217	,927	,357	,786	,523	,619	
		N	85	85	85	85	85	84	85	85	84	85	
S		Correlation Coefficient	,171	,217*	1,000	,534**	,596**	,182	,171	,066	-,066	,168	-,021
		Sig. (2-tailed)	,118	,046	,000	,000	,095	,120	,547	,547	,126	,849	
		N	85	85	85	85	85	84	85	85	84	85	
A		Correlation Coefficient	,022	,231*	,534**	1,000	,560**	,109	,085	,062	-,058	,091	,008
		Sig. (2-tailed)	,842	,033	,000	,000	,322	,442	,573	,597	,410	,942	
		N	85	85	85	85	85	84	85	85	84	85	
D		Correlation Coefficient	,007	,196	,596**	,560**	1,000	,106	,097	,234*	,139	,103	,195
		Sig. (2-tailed)	,951	,072	,000	,000	,335	,378	,031	,206	,352	,074	
		N	85	85	85	85	85	84	85	85	84	85	
Θετικά Συναισθήματα		Correlation Coefficient	-,110	-,135	,182	,109	,106	1,000	,755**	,436**	,233*	,904**	,349**
		Sig. (2-tailed)	,317	,217	,095	,322	,335	,000	,000	,032	,000	,000	,001
		N	85	85	85	85	85	85	84	85	85	84	85
Θετικές Καταστάσεις		Correlation Coefficient	-,058	,010	,171	,085	,097	,755**	1,000	,217*	,099	,945**	,153
		Sig. (2-tailed)	,599	,927	,120	,442	,378	,000	,048	,371	,000	,164	
		N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
Αρνητικά Συναισθήματα		Correlation Coefficient	-,164	-,101	,066	,062	,234*	,436**	,217*	1,000	,672**	,284**	,876**
		Sig. (2-tailed)	,134	,357	,547	,573	,031	,000	,048	,000	,009	,000	

		N	85	85	85	85	85	85	84	85	85	84	85
	Αρνητικές Καταστάσεις	Correlation Coefficient	-,200	-,030	-,066	-,058	,139	,233*	,099	,672**	1,000	,119	,932**
		Sig. (2-tailed)	,067	,786	,547	,597	,206	,032	,371	,000	.	,279	,000
		N	85	85	85	85	85	85	84	85	85	84	85
	Μέσος όρος Θετικών (συναισθημάτων και καταστάσεων)	Correlation Coefficient	-,087	-,071	,168	,091	,103	,904**	,945**	,284**	,119	1,000	,200
		Sig. (2-tailed)	,431	,523	,126	,410	,352	,000	,000	,009	,279	.	,068
		N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
	Μέσος όρος Αρνητικών (συναισθημάτων και καταστάσεων)	Correlation Coefficient	-,177	-,055	-,021	,008	,195	,349**	,153	,876**	,932**	,200	1,000
		Sig. (2-tailed)	,105	,619	,849	,942	,074	,001	,164	,000	,000	,068	.
		N	85	85	85	85	85	85	84	85	85	84	85

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 4.4-4: Όλα τα αποτελέσματα με διαχωρισμό βάση φύλου σύμφωνα με τον συντελεστή Spearman

Κεφάλαιο 5: Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκε η συναισθηματική κατανάλωση, εκφραζόμενη είτε με μείωση της κατανάλωσης τροφής, είτε με αύξηση της κατανάλωσης τροφής, όταν τα άτομα βιώνουν τόσο αρνητικά όσο και θετικά συναισθήματα και καταστάσεις. Καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτή η αλλαγή στην κατανάλωση επηρεάζεται από την παρουσία άγχους και στρες, το φύλο, την ηλικία και το BMI.

Από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι σημαντικότερες τιμές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για τις μετέπειτα στατιστικές αναλύσεις είναι το φύλο, η ηλικία και το BMI. Πιο συγκεκριμένα, στο δείγμα των 268 ατόμων που μελετήθηκε, την πλειοψηφία με ποσοστό 68,3% (183) αποτελούν οι γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 31,7% (85) αποτελείται από άνδρες. Ο μέσος όρος των ηλικιών είναι 28,3 έτη (τυπική απόκλιση $\pm 11,9237$), με την μικρότερη ηλικία η οποία εμφανίζεται στο δείγμα να είναι τα 15 έτη και η μεγαλύτερη τα 71 έτη. Τέλος, ο μέσος όρος του BMI του δείγματος είναι 24,4 kg/m², με τυπική απόκλιση $\pm 4,95$.

Στη συνέχεια, από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου DASS-21 αντλούνται οι πληροφορίες για την εμφάνιση στρες και άγχους στον πληθυσμό του δείγματος (αντλούνται και πληροφορίες για την εμφάνιση κατάθλιψης, αλλά δεν θα υπάρξει περαιτέρω ανάλυση καθώς ξεφεύγει από το αντικείμενο μελέτης αυτής της έρευνας). Για το συνολικό δείγμα, άνδρες και γυναίκες μαζί, η πλειοψηφία βρίσκεται στο “Φυσιολογικό” εύρος και για το στρες (39,6%) και για το άγχος (46,6%). Στο εύρος του “Ήπιου” για το στρες βρίσκεται το 29,5% του δείγματος, ενώ, για το άγχος βρίσκεται το 9%. Στο εύρος του “Μέτριου” για το στρες είναι το 19% ενώ για το άγχος το 20,1%. Στο εύρος του “Σοβαρού” για το στρες είναι το 8,2% και για το άγχος το 10,8%, και τέλος στο εύρος του “Εξαιρετικά σοβαρού” για το στρες βρίσκετε το 3,7% ενώ για το άγχος το 13,4%. Με τον διαχωρισμό βάση φύλου στα παραπάνω αποτελέσματα, φαίνεται πως οι άνδρες έχουν υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τις γυναίκες στο εύρος του φυσιολογικού και του ήπιου και για το στρες και για το άγχος. Πιο συγκεκριμένα για το στρες στο φυσιολογικό εύρος βρίσκονται το 52,9% των ανδρών, ενώ, για τις γυναίκες το ποσοστό είναι 33,3%. Στο εύρος του Ήπιου βρίσκεται το 31,8% των ανδρών και το 28,4% των γυναικών, στο εύρος του Μέτριου βρίσκετε το 9,4% των

ανδρών και το 23,5% των γυναικών. Στο εύρος του Σοβαρού βρίσκετε το 4,7% των ανδρών και το 9,8% των γυναικών και στο εύρος του Εξαιρετικά σοβαρού βρίσκεται το 1,2% των ανδρών και το 4,9% των γυναικών. Για το άγχος στο Φυσιολογικό εύρος βρίσκεται το 61,2% των ανδρών και το 39,9% των γυναικών, στο ήπιο εύρος βρίσκετε το 9,4% των ανδρών και το 8,7% των γυναικών. Στο εύρος για το Μέτριο βρίσκεται το 21,2% των ανδρών και το 19,7% των γυναικών, στο εύρος για το Σοβαρό βρίσκεται το 4,7% των ανδρών και το 13,7% των γυναικών, και τέλος, στο εύρος για το Εξαιρετικά σοβαρό βρίσκεται το 3,5% των ανδρών και το 18% των γυναικών. Από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου DASS-21 φαίνεται ότι στο δείγμα της έρευνας το στρες και το άγχος είναι πιο αυξημένα στις γυναίκες, γεγονός που συμφωνεί με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας σύμφωνα με τα οποία οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά από τους άνδρες διαταραχές άγχους και στρες (Pigott, 2003; Bandelow and Michaelis, 2015b; Bandelow, Michaelis and Wedekind, 2017; Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018).

Κατά τον στατιστικό έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ των παραπάνω δεδομένων, δηλαδή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου DASS-21 και των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου EMAQ, βρέθηκε πως, τόσο για το σύνολο του δείγματος χωρίς τον διαχωρισμό βάση φύλου, όσο και ξεχωριστά για τις κατηγορίες των γυναικών και των ανδρών, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ της ηλικίας και του BMI, δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και το BMI. Επίσης, και στις τρεις κατηγορίες, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ του Στρες και του Άγχους, δηλαδή όσο αυξάνεται η σοβαρότητα εμφάνισης στρες αυξάνεται και η σοβαρότητα εμφάνισης άγχους, και αντιστρόφως. Γεγονός το οποίο έρχεται σε συμφωνία με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, καθώς, είναι αποδειγμένο πως το στρες και το άγχος είναι πολύ στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους και η εμφάνιση του ενός ενισχύει την εμφάνιση του άλλου (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018; Rehman *et al.*, 2020). Ωστόσο, μόνο στην κατηγορία των ανδρών φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) μεταξύ και του άγχους και του στρες με το BMI, ενώ στις γυναίκες δεν φάνηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της εμφάνισης του στρες και του άγχους με το BMI. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με τα

δεδομένα της βιβλιογραφίας σύμφωνα με τα οποία στις γυναίκες υπάρχει μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ του στρες και του άγχους με το BMI συγκριτικά με τους άνδρες (Ulrich-Lai *et al.*, 2015; Chao *et al.*, 2018).

Κατά τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε για το σύνολο του δείγματος βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η τιμή της μίας μεταβλητής μειώνεται η τιμή της άλλης μεταβλητής, σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) μεταξύ της ηλικίας με την κατανάλωση τροφίμων λόγω θετικών συναισθημάτων, μεταξύ της ηλικίας με την κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων και μεταξύ του BMI με την κατανάλωση τροφίμων λόγω θετικών συναισθημάτων, το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την βιβλιογραφία καθώς τα άτομα που τείνουν να εμφανίζουν συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων έχουν φυσιολογικό (προς τα κατώτερα όρια) και χαμηλό BMI (Ashurst *et al.*, 2018).

Επιπλέον, σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η τιμή της μίας μεταβλητής αυξάνεται και η τιμή της άλλης μεταβλητής, μεταξύ της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω αρνητικών καταστάσεων με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων και με το BMI, αυτό είναι ένα ακόμα αποτέλεσμα το οποίο συμφωνεί με την βιβλιογραφία καθώς, τα άτομα που εμφανίζουν συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων συνήθως έχουν αυξημένο BMI (Braden *et al.*, 2016, 2020; Ashurst *et al.*, 2018). Μεταξύ της κατανάλωσης λόγω του μέσου όρου αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων με το επίπεδο εμφάνισης στρες και με το BMI και μεταξύ της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων με το επίπεδο εμφάνισης άγχους. Η Βιβλιογραφία επιβεβαιώνει την συσχέτιση μεταξύ και αυτών των αποτελεσμάτων, με την εμφάνιση συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων και του άγχους και στρες, καθώς και του BMI (Litwin *et al.*, 2017; Denke, Rawls and Lamm, 2018).

Τέλος, σε αυτή τη παράγραφο παρουσιάζονται οι μεταβλητές μεταξύ των οποίων φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) για το συνολικό δείγμα. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων συσχετίστηκε με όλες τις άλλες κατηγορίες του ερωτηματολογίου

EMAQ για το συναισθηματικό φαγητό (συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων και συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων) χωρίς όμως να υπάρχει συσχέτιση με το άγχος ή το στρες. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων συσχετίζεται και αυτή με όλες τις άλλες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EMAQ για το συναισθηματικό φαγητό (συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων και συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων), εκτός της συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων με την οποία συσχετίζεται σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed), χωρίς όμως και πάλι να υπάρχει συσχέτιση με το άγχος ή το στρες. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων συσχετίζεται και αυτή με όλες τις άλλες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EMAQ για το συναισθηματικό φαγητό (συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων και συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων) καθώς και με τα επίπεδα εμφάνισης στρες. Η Βιβλιογραφία επιβεβαιώνει την συσχέτιση μεταξύ της εμφάνιση συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων και του στρες (Levoy *et al.*, 2017; Litwin *et al.*, 2017; Chamberlin *et al.*, 2018; Denke, Rawls and Lamm, 2018). Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων συσχετίζεται και αυτή με όλες τις άλλες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EMAQ για το συναισθηματικό φαγητό (συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων και συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων), εκτός της συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων με την οποία συσχετίζεται σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed), χωρίς να υπάρχει

συσχέτιση με το άγχος και το στρες. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων συσχετίζεται και αυτή με όλες τις άλλες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EMAQ για το συναισθηματικό φαγητό (συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων και συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων) χωρίς κάποια συσχέτιση με το άγχος και το στρες. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων συσχετίζεται και αυτή με όλες τις άλλες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EMAQ για το συναισθηματικό φαγητό (συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων και συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων) χωρίς κάποια συσχέτιση με το άγχος και το στρες.

Κατά τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε για τις γυναίκες του δείγματος βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η τιμή της μίας μεταβλητής μειώνεται η τιμή της άλλης μεταβλητής, σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) μεταξύ της ηλικίας με την κατανάλωση τροφίμων λόγω θετικών συναισθημάτων και μεταξύ του BMI με την κατανάλωση τροφίμων λόγω θετικών συναισθημάτων, το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την βιβλιογραφία καθώς οι γυναίκες που τείνουν να εμφανίζουν συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων έχουν φυσιολογικό (προς τα κατώτερα όρια) και χαμηλό BMI (Ashurst *et al.*, 2018; Verzijl *et al.*, 2018).

Επιπλέον, σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η τιμή της μίας μεταβλητής αυξάνεται και η τιμή της άλλης μεταβλητής, μεταξύ της κατανάλωσης λόγω θετικών καταστάσεων με την κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων και με την κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Μεταξύ της κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων με τα επίπεδα εμφάνισης άγχους, με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων και με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων.

Μεταξύ της συναισθηματική κατανάλωσης λόγω αρνητικών καταστάσεων με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Μεταξύ της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων, με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων και με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Μεταξύ της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων και με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων.

Στην στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων των γυναικών του δείγματος υπήρχαν και στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) μεταξύ της ηλικίας και του BMI με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων και του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων, το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την βιβλιογραφία καθώς και πάλι, οι γυναίκες που τείνουν να εμφανίζουν συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων έχουν φυσιολογικό (προς τα κατώτερα όρια) και χαμηλό BMI (Ashurst *et al.*, 2018; Verzijl *et al.*, 2018).

Τέλος, σε αυτή τη παράγραφο παρουσιάζονται οι μεταβλητές μεταξύ των οποίων φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) για τις γυναίκες του δείγματος. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων συσχετίστηκε με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων και με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων συσχετίστηκε με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων και με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων συσχετίστηκε με το BMI, το επίπεδο εμφάνισης στρες, την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, την κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων και την κατανάλωση λόγω του μέσου όρου αρνητικών συναισθημάτων

και καταστάσεων. Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει την θετική συσχέτιση μεταξύ της εμφάνιση συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων του BMI και του στρες για τις γυναίκες (Levoy *et al.*, 2017; Litwin *et al.*, 2017; Ashurst *et al.*, 2018; Chamberlin *et al.*, 2018; Denke, Rawls and Lamm, 2018; Verzijl *et al.*, 2018). Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων συσχετίστηκε με το BMI, την συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων και την κατανάλωση λόγω του μέσου όρου αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Η κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων συσχετίζεται με την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων και την κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων συσχετίστηκε με το BMI, τα επίπεδα εμφάνισης στρες, την κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων και την κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων. Οι τελευταίες δύο θετικές συσχετίσεις μεταξύ του BMI με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων και την συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων συμφωνεί με την βιβλιογραφία (Levoy *et al.*, 2017; Ashurst *et al.*, 2018; Chamberlin *et al.*, 2018; Denke, Rawls and Lamm, 2018; Verzijl *et al.*, 2018).

Κατά τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε για τους άνδρες του δείγματος βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η τιμή της μίας μεταβλητής αυξάνεται και η τιμή της άλλης μεταβλητής, σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed) μεταξύ της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω θετικών συναισθημάτων με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων και μεταξύ της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω θετικών καταστάσεων με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων.

Τέλος, σε αυτή τη παράγραφο παρουσιάζονται οι μεταβλητές μεταξύ των οποίων φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed) για τους άνδρες του δείγματος. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων συσχετίστηκε με όλες τις άλλες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EMAQ για το συναισθηματικό φαγητό (συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω

αρνητικών συναισθημάτων, συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων και συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων) εκτός της συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων με την οποία το επίπεδο συσχέτισης είναι 0,05. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών καταστάσεων συσχετίστηκε με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων συσχετίστηκε με όλες τις άλλες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EMAQ για το συναισθηματικό φαγητό εκτός της κατανάλωσης λόγω θετικών καταστάσεων. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών καταστάσεων συσχετίστηκε με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων και λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων συσχετίστηκε με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, λόγω θετικών καταστάσεων και λόγω αρνητικών συναισθημάτων. Η συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων συσχετίστηκε με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων, λόγω αρνητικών συναισθημάτων και λόγω αρνητικών καταστάσεων. Σε αντίθεση με τις γυναίκες, δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του άγχους ή του στρες με την συναισθηματική κατανάλωση για τους άνδρες του δείγματος, βιβλιογραφικά αυτό μπορεί να υποστηριχτεί από το γεγονός πως στις γυναίκες είναι πιο συχνή η εμφάνιση στρες και άγχους (Bandelow and Michaelis, 2015b; Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018), συναισθηματικής κατανάλωσης γενικώς (Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018; Verzijl *et al.*, 2018), αλλά και συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω άγχους και στρες συγκριτικά με τους άνδρες (Levoy *et al.*, 2017; Wu *et al.*, 2018; van Strien *et al.*, 2019).

Εν κατακλείδι, στην παρούσα έρευνα οι συσχετίσεις μεταξύ του άγχους και του στρες με την συναισθηματική κατανάλωση είναι οι εξής:

Για το συνολικό δείγμα

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης άγχους και της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης στρες και της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης στρες και της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων.

Για τις γυναίκες του δείγματος

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης άγχους και της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης στρες και της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω αρνητικών συναισθημάτων.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης στρες και της συναισθηματικής κατανάλωσης λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων.

Για τους άνδρες δεν υπήρξε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του άγχους και του στρες με την συναισθηματική κατανάλωση.

Συμπεράσματα

Στην παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 268 άτομα, εκ των οποίων 183 γυναίκες και 85 άνδρες, αρχικά, παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και στρες συγκριτικά με τους άνδρες.

Από τον στατιστικό έλεγχο φάνηκε πως για το σύνολο του δείγματος καθώς και ξεχωριστά για τις γυναίκες και τους άνδρες υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του BMI και μεταξύ των επιπέδων άγχους με τα επίπεδα του στρες. Μόνο για τους άνδρες φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του άγχους και του στρες με το BMI.

Στη συνέχεια, για τη κατανάλωση λόγω συναισθημάτων και συναισθηματικών καταστάσεων φάνηκε για το σύνολο του δείγματος πως υπάρχουν θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων με όλα τα αρνητικά συναισθήματα και καταστάσεις, καθώς και των θετικών μεταξύ τους και των αρνητικών μεταξύ τους. Στις γυναίκες και στους άνδρες χωριστά φαίνεται να συσχετίζονται θετικά τα θετικά μεταξύ τους και τα αρνητικά μεταξύ τους, και σε κάποιες περιπτώσεις να υπάρχει συσχέτιση θετικών με αρνητικών. Επιπλέον, στο σύνολο του δείγματος υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας με την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων θετικών καταστάσεων και του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Στις γυναίκες υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του BMI με την κατανάλωση λόγω θετικών συναισθημάτων θετικών καταστάσεων και του μέσου όρου των θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Ενώ για τους άνδρες δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του BMI με την αλλαγή στην κατανάλωση λόγω θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων.

Έπειτα, στον στατιστικό έλεγχο για τη συσχέτιση του άγχους και του στρες με την αλλαγή στην κατανάλωση λόγω θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων φάνηκε πως για το συνολικό δείγμα υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης άγχους με τη συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων. Επιπλέον, για το συνολικό δείγμα, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης στρες με τη συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών

συναισθημάτων και καταστάσεων, καθώς, και με τη συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων. Για τις γυναίκες του δείγματος υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης άγχους με τη συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων. Επιπλέον, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης στρες με τη συναισθηματική κατανάλωση λόγω αρνητικών συναισθημάτων, καθώς και με την συναισθηματική κατανάλωση λόγω του μέσου όρου των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Τέλος, για τους άνδρες δεν υπήρξε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του άγχους και του στρες με την συναισθηματική κατανάλωση.

Περιορισμοί της Έρευνας

Στην παρούσα έρευνα υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αρχικά, ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν αρκετά μικρός με 268 συμμετέχοντες, με τους άνδρες να είναι σχεδόν οι μισοί από τις γυναίκες. Στη συνέχεια, λόγω αδυναμίας διανομής του ερωτηματολογίου με φυσική παρουσία, λόγω των περιοριστικών μέτρων που υπήρχαν κατά την διεξαγωγή της έρευνας λόγω της πανδημίας του Covid-19 με στόχο τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας, ενδέχεται να υπήρξαν εσφαλμένες απαντήσεις, στην περίπτωση που κάποια άτομα του δείγματος δεν ήταν εξοικειωμένα με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων με απαντήσεις σε μορφή κλίμακας, αυτή πιθανότητα θα είχε περιοριστεί σημαντικά με την δυνατότητα διευκρινιστικών ερωτήσεων με τον δια ζώσης διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων. Τέλος, άλλον έναν περιορισμό της παρούσας μελέτης αποτελεί το γεγονός πως ένα μέρος του δείγματος το αποτελούν φοιτητές του τμήματος επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ., επομένως, είναι πιθανών, λόγω των γνώσεων τους αναφορικά με το αντικείμενο της μελέτης, οι απαντήσεις τους να είναι επηρεασμένες από αυτό που θεωρούν ότι αντιπροσωπεύει έναν πιο υγιή τρόπο ζωής.

Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Η εμφάνιση της συναισθηματικής κατανάλωσης, η επιρροή της από πολλές πτυχές της καθημερινότητας, η ενημέρωση των ανθρώπων για την ύπαρξη και διαχείριση της καθώς και η προσέγγιση της από τους ειδικούς είναι ένα κομμάτι της διαιτολογίας το οποίο έχει αρχίσει να ερευνάται και να αναπτύσσεται ουσιαστικά τα τελευταία χρόνια. Επομένως, ακόμα δεν είναι ξεκάθαρα τα δεδομένα που υπάρχουν και δεν έχουν ερευνηθεί πολλές συσχετίσεις οι οποίες θα έχουν μεγάλη αξία για την διασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής για πολλούς ανθρώπους, καθώς και για την αποφυγή δυσμενών εξελίξεων για την υγεία τους. Επιπλέον, σε παρόμοιες μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών και να είναι μεγαλύτερο το σύνολο του δείγματος.

Βιβλιογραφία

- Andrews, G. *et al.* (2018) “Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder,” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. SAGE Publications Inc., 52(12), pp. 1109–1172. doi: 10.1177/0004867418799453.
- Ashurst, J. *et al.* (2018) “The Association among Emotions and Food Choices in First-Year College Students Using mobile-Ecological Momentary Assessments,” *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd., 18(1). doi: 10.1186/s12889-018-5447-0.
- Bandelow, B. *et al.* (2015) “Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis,” *International Clinical Psychopharmacology*. Lippincott Williams and Wilkins, 30(4), pp. 183–192. doi: 10.1097/YIC.0000000000000078.
- Bandelow, B. and Michaelis, S. (2015) “Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century,” *Dialogues in Clinical Neuroscience*. Les Laboratoires Servier, 17(3), pp. 327–335. doi: 10.31887/dcns.2015.17.3/bbandelow.
- Bandelow, B., Michaelis, S. and Wedekind, D. (2017) “Treatment of anxiety disorders,” *Dialogues in Clinical Neuroscience*. Les Laboratoires Servier, 19(2), pp. 93–107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow.
- Beiter, R. *et al.* (2015) “The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students,” *Journal of Affective Disorders*. Elsevier, 173, pp. 90–96. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.054.
- Borod, J. C. (Ed.). (2000). *Series in affective science. The neuropsychology of emotion*. Oxford University Press.
- Braden, A. *et al.* (2016) “Emotional eating is associated with weight loss success among adults enrolled in a weight loss program,” *Journal of behavioral medicine*. Springer New York LLC, 39(4), pp. 727–32. doi: 10.1007/s10865-016-9728-8.
- Braden, A. *et al.* (2020) “Emotion regulation mediates relationships between perceived childhood invalidation, emotional reactivity, and emotional eating,” *Journal of*

- health psychology*. SAGE Publications Ltd, p. 1359105320942860. doi: 10.1177/1359105320942860.
- Chamberlin, A. *et al.* (2018) “Academic-Related Factors and Emotional Eating in Adolescents,” *Journal of School Health*. Blackwell Publishing Ltd, 88(7), pp. 493–499. doi: 10.1111/josh.12638.
- Chao, A. M. *et al.* (2018) “A randomized controlled trial of lorcaserin and lifestyle counselling for weight loss maintenance: changes in emotion- and stress-related eating, food cravings and appetite,” *Clinical obesity*. NLM (Medline), 8(6), pp. 383–390. doi: 10.1111/cob.12279.
- Cotchett, M., Munteanu, S. E. and Landorf, K. B. (2016) “Depression, Anxiety, and Stress in People with and Without Plantar Heel Pain,” *Foot and Ankle International*. SAGE Publications Inc., 37(8), pp. 816–821. doi: 10.1177/1071100716646630.
- Crocq, M. A. (2017) “The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category,” *Dialogues in Clinical Neuroscience*. Les Laboratoires Seriver, 19(2), pp. 107–116.
- Crome, E. *et al.* (2015) “DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community,” *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. SAGE Publications Ltd, 49(3), pp. 227–235. doi: 10.1177/0004867414546699.
- Denke, G., Rawls, E. and Lamm, C. (2018) “Attentional Conflict Moderates the Association Between Anxiety and Emotional Eating Behavior: An ERP Study,” *Frontiers in Human Neuroscience*. Frontiers Media S.A., 12. doi: 10.3389/fnhum.2018.00194.
- Fahrenkamp, A. J. *et al.* (2019) “Food Cravings and Eating: The Role of Experiential Avoidance,” *International journal of environmental research and public health*. MDPI AG, 16(7). doi: 10.3390/ijerph16071181.
- Farrow, C. V., Haycraft, E. and Blissett, J. M. (2015) “Teaching our children when to eat: How parental feeding practices inform the development of emotional eating—a longitudinal experimental design,” *American Journal of Clinical Nutrition*. American Society for Nutrition, 101(5), pp. 908–913. doi:

10.3945/ajcn.114.103713.

- Haynos, A. F., Wang, S. B. and Fruzzetti, A. E. (2018) “Restrictive eating is associated with emotion regulation difficulties in a non-clinical sample,” *Eating Disorders*. Routledge, 26(1), pp. 5–12. doi: 10.1080/10640266.2018.1418264.
- Konttinen, H. *et al.* (2010) “Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators,” *American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), pp. 1031–1039. doi: 10.3945/ajcn.2010.29732.
- Levoy, E. *et al.* (2017) “An exploratory study of Mindfulness Based Stress Reduction for emotional eating,” *Appetite*. Academic Press, 109, pp. 124–130. doi: 10.1016/j.appet.2016.11.029.
- Litwin, R. *et al.* (2017) “Negative emotions and emotional eating: the mediating role of experiential avoidance,” *Eating and Weight Disorders*. Springer International Publishing, 22(1), pp. 97–104. doi: 10.1007/s40519-016-0301-9.
- Lovibond, P. F. and Lovibond, S. H. (1995) “The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories,” *Behaviour Research and Therapy*. Behav Res Ther, 33(3), pp. 335–343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Lyrakos, G. N. *et al.* (2011) “P03-561 - Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient’s sample,” *European Psychiatry*. Cambridge University Press (CUP), 26, p. 1731. doi: 10.1016/s0924-9338(11)73435-6.
- Moreno-Frías, M.-D.-L.-R., Chaudhari, S. and Huerta-Franco, M.-R. (2017) “Relationship of Food Craving Behavior with Body Mass Index and Body Composition in Reproductive Age Females,” *Food and Nutrition Sciences*. Scientific Research Publishing, Inc, 08(07), pp. 699–713. doi: 10.4236/fns.2017.87049.
- Nolan, L. J., Halperin, L. B. and Geliebter, A. (2010) “Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI,” *Appetite*. NIH Public Access, 54(2), pp. 314–319. doi: 10.1016/j.appet.2009.12.004.

- Penaforte, F. R. de O. *et al.* (2019) “Anxiety symptoms and emotional eating are independently associated with sweet craving in young adults,” *Psychiatry Research*. Elsevier Ireland Ltd, 271, pp. 715–720. doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.070.
- Péneau, S. *et al.* (2013) “Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status,” *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97(6), pp. 1307–1313. doi: 10.3945/ajcn.112.054916.
- Pigott, T. A. (2003) “Anxiety disorders in women,” *Psychiatric Clinics of North America*. W.B. Saunders, pp. 621–672. doi: 10.1016/S0193-953X(03)00040-6.
- Rehman, U. *et al.* (2020) “Depression, Anxiety and Stress Among Indians in Times of Covid-19 Lockdown,” *Community Mental Health Journal*. Springer, pp. 1–7. doi: 10.1007/s10597-020-00664-x.
- Roher, S., Latzer, Y. and Geliebter, A. (2014) “Negative Emotional Eating among Obese Individuals with and without Binge Eating Behavior and Night Eating Syndrome,” *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 51(3), pp. 219–25. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25618287> (Accessed: February 22, 2020).
- van Strien, T. (2018) “Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity,” *Current Diabetes Reports*. Current Medicine Group LLC 1. doi: 10.1007/s11892-018-1000-x.
- van Strien, T. *et al.* (2019) “Is comfort food actually comforting for emotional eaters? A (moderated) mediation analysis,” *Physiology and Behavior*. Elsevier Inc., 211. doi: 10.1016/j.physbeh.2019.112671.
- Ströhle, A., Gensichen, J. and Domschke, K. (2018) “Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen,” *Deutsches Arzteblatt International*. Deutscher Arzte-Verlag GmbH, 115(37), pp. 611–620. doi: 10.3238/arztebl.2018.0611.
- Tholin, S. *et al.* (2005) “Genetic and environmental influences on eating behavior: The Swedish Young Male Twins Study,” *American Journal of Clinical Nutrition*, 81(3), pp. 564–569. doi: 10.1093/ajcn/81.3.564.

- Ulrich-Lai, Y. M. *et al.* (2015) “Stress exposure, food intake and emotional state,” *Stress*. Taylor and Francis Ltd, pp. 381–399. doi: 10.3109/10253890.2015.1062981.
- Umbrello, M. *et al.* (2019) “Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: A systematic review of randomized clinical trials,” *Minerva Anestesiologica*. Edizioni Minerva Medica, pp. 886–898. doi: 10.23736/S0375-9393.19.13526-2.
- Verzija, C. L. *et al.* (2018) “The role of craving in emotional and uncontrolled eating,” *Appetite*. Academic Press, 123, pp. 146–151. doi: 10.1016/j.appet.2017.12.014.
- Wiedemann, A. A., Ivezaj, V. and Barnes, R. D. (2018) “Characterizing emotional overeating among patients with and without binge-eating disorder in primary care,” *General hospital psychiatry*. Elsevier Inc., 55, pp. 38–43. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2018.09.003.
- Wiedemann, A. A., Ivezaj, V. and Grilo, C. M. (2018) “An examination of emotional and loss-of-control eating after sleeve gastrectomy surgery,” *Eating Behaviors*. Elsevier Ltd, 31, pp. 48–52. doi: 10.1016/j.eatbeh.2018.07.008.
- Wood, S. M. W. *et al.* (2016) “Emotional eating and routine restraint scores are associated with activity in brain regions involved in urge and self-control,” *Physiology & behavior*. Elsevier Inc., 165, pp. 405–12. doi: 10.1016/j.physbeh.2016.08.024.
- Wu, J. *et al.* (2018) “Emotional eating and instructed food-cue processing in adolescents: An ERP study,” *Biological Psychology*. Elsevier B.V., 132, pp. 27–36. doi: 10.1016/j.biopsycho.2017.10.012.
- Αντωνίου Α. Σ., Κ. Ε., 2012. Στρες και υγεία. Στο: *Ψυχολογία*. Αθήνα: Gutenberg, pp. 771-824.

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Παρακαλώ επιλέξτε μόνο μία απάντηση για την κάθε ερώτηση.

Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άνδρας	<input type="checkbox"/> Γυναίκα
Ηλικία : ετών	
Βάρος: κιλά	
Ύψος: μέτρα	
Τόπος διαμονής:	<input type="checkbox"/> Στερεά Ελλάδα	<input type="checkbox"/> Θεσσαλία
	<input type="checkbox"/> Ήπειρος	<input type="checkbox"/> Μακεδονία
	<input type="checkbox"/> Πελοπόννησος	<input type="checkbox"/> Θράκη
	<input type="checkbox"/> Κρήτη	<input type="checkbox"/> Νησιά Αιγαίου
	<input type="checkbox"/> Νησιά Ιονίου	
Μορφωτικό επίπεδο:	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος Δημοτικού	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος Γυμνασίου
	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος Λυκείου	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος ΙΕΚ
	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	<input type="checkbox"/> Κάτοχος Μεταπτυχιακού
	<input type="checkbox"/> Κάτοχος Διδακτορικού	
Επαγγελματική κατάσταση:	<input type="checkbox"/> Μαθητής	<input type="checkbox"/> Φοιτητής
	<input type="checkbox"/> Άνεργος ή Οικιακά	<input type="checkbox"/> Δημόσιος υπάλληλος
	<input type="checkbox"/> Ιδιωτικός υπάλληλος	<input type="checkbox"/> Ελεύθερος επαγγελματίας
	<input type="checkbox"/> Συνταξιούχος	

Ερωτηματολόγιο για το άγχος (DASS)

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή 3 που προσδιορίζει κατά πόσο η δήλωση αυτή σας αντιπροσωπεύει. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

- 0 – Δεν ισχύει καθόλου για μένα
 1 – Ισχύει για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.
 2 – Ισχύει για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.
 3 – Ισχύει για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1	Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2	Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4	Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5	Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3
7	Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3
8	Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9	Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10	Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11	Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13	Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
14	Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
15	Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3

17	Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18	Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
20	Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21	Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

Ερωτηματολόγιο για το συναισθηματικό φαγητό (EMAQ)

Παρακαλώ συμπληρώστε πώς επηρεάζεται η διατροφική συμπεριφορά σας από ορισμένα συναισθήματα και καταστάσεις επιλέγοντας τον κατάλληλο αριθμό από την παρακάτω κλίμακα

Η κλίμακα κυμαίνεται από το 1 έως το 9, όπου το 1 αντιπροσωπεύει την κατά πολύ μικρότερη πρόσληψη τροφής από τη συνηθισμένη, το 9 την κατά πολύ μεγαλύτερη πρόσληψη τροφής από τη συνηθισμένη και το 5 την συνηθισμένη πρόσληψη τροφής (δηλαδή χωρίς να έχει επηρεαστεί). Εάν κάποια ερώτηση αναφέρετε σε συναισθήματα και καταστάσεις που δεν έχετε βιώσει ή που δεν θυμάστε πως επηρέασαν την όρεξή σας απαντήστε το κουτάκι "Δεν γνωρίζω". Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε ερώτηση.

Πως αλλάζει η όρεξή σας βάση των παρακάτω συναισθημάτων:

		1 (πολύ λιγότερο)	2	3	4	5(το ίδιο)	6	7	8	9 (πολύ περισσότερο)	Δεν γνωρίζω
1	Στενοχώρια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Πλήξη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Αυτοπεποίθηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Θυμός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Άγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Χαρά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Απογοήτευση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Κούραση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Μελαγχολία/κατάθλιψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Φόβος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ηρεμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ζωηρή/Ευδιάθετη διάθεση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Μοναξιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ενθουσιασμός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Πως αλλάζει η όρεξη σας βάση των παρακάτω καταστάσεων:

	1 (πολύ λιγότερο)	2	3	4	5(το ίδιο)	6	7	8	9 (πολύ περισσότερο)	Δεν γνωρίζω
1 Κάτω απο πίεση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Μετά απο μια έντονη διαφωνία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Μετά απο κάτι τραγικό που συνέβη σε κάποιον κοντινό σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Όταν είστε ερωτευμένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Μετά απο το τέλος μίας σχέσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Όταν συμμετέχετε σε ένα ευχάριστο χόμπι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Όταν χάνετε λεφτά ή ιδιοκτησία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Όταν μαθαίνεται καλά νέα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>