

Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας

Πτυχιακή Εργασία

«Διαδικτυακή παρέμβαση σε άτομα με διατροφικές διαταραχές»



Δήμα Δέσποινα ΑΜ:2197

Μπέμπης Γεώργιος ΑΜ:2272

Παπαϊωάννου Ηλιάννα ΑΜ:2228

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Χαρωνιτάκη Αικατερίνη

ΣΗΤΕΙΑ, Μάιος 2019

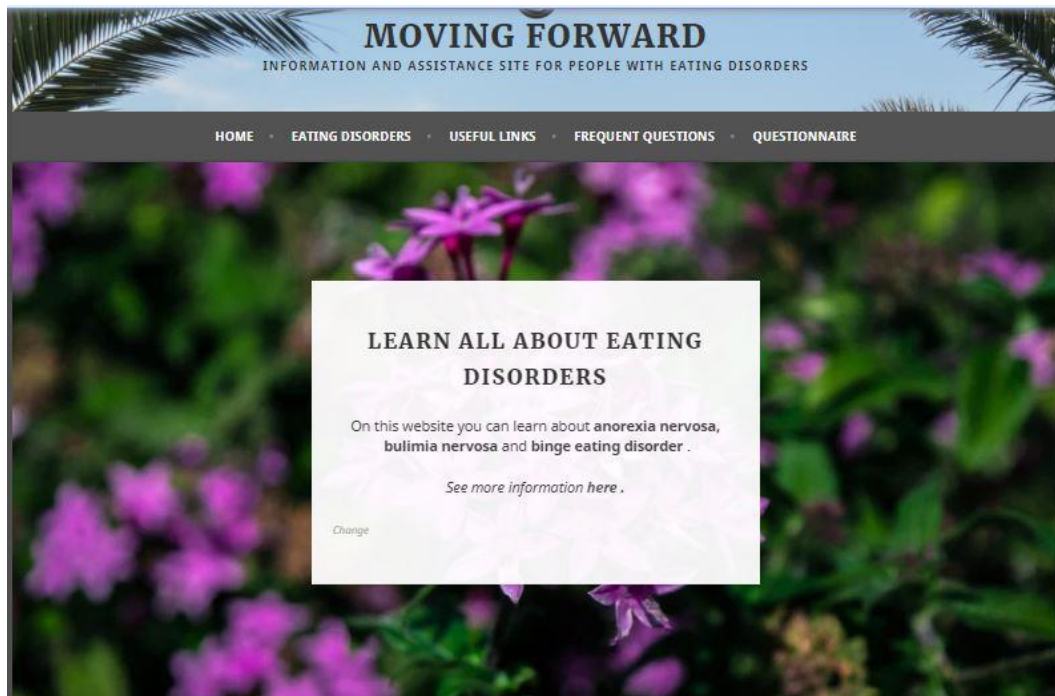
Hellenic Mediterranean University

School of Health Sciences

Department of Nutrition & Dietetics

THESIS

“Internet based intervention for eating disorders”



Dima Despina YD:2197

Bempis George YD:2272

Papaioannou Iliana YD:2228

Supervisor professor: Charonitaki Aikaterini

SITIA, May 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κυρία Χαρωνιτάκη Αικατερίνη, για την δυνατότητα που μας έδωσε να πραγματοποιήσουμε την συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία και την συνεχή καθοδήγηση της καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μας.

Ακόμα, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας σε όλο το ακαδημαϊκό προσωπικό του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας, για τις πολύτιμες γνώσεις με τις οποίες μας εφοδίασαν κατά την διάρκεια της φοίτησης μας.

Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσουμε τους ανθρώπους που επισκέφθηκαν την ιστοσελίδα μας και δέχτηκαν να αφιερώσουν χρόνο να συμμετάσχουν στην έρευνα μας, συμπληρώνοντας το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο.

Τέλος, δεν θα μπορούσαμε να μην ευχαριστήσουμε τα αγαπημένα μας πρόσωπα, για την ανιδιοτελή αγάπη τους και την αμέριστη υποστήριξη τους, όλα τα χρόνια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διατροφικές διαταραχές κρίνονται ως πολυπαραγοντικά ψυχιατρικά νοσήματα που χαρακτηρίζονται από έντονα διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, σκέψεις και συναισθήματα που σχετίζονται με την εικόνα και το βάρος σώματος. Συχνά συνοδεύονται και από άλλα ψυχιατρικά νοσήματα και μπορεί να προκαλέσουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών, με αυτό να τις καθιστά ανάμεσα στις ψυχικές διαταραχές με την μεγαλύτερη θνησιμότητα. Σε συνδυασμό με την αυξητική τάση που παρουσιάζει ο επιπολασμός τους τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς και τη μειωμένη κινητοποίηση των ασθενών να αναζητήσουν θεραπεία, κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη νέων αποτελεσματικών μεθόδων πρόληψης και θεραπείας. Με αφορμή την ανάπτυξη της τεχνολογίας και της ευρείας χρήσης του διαδικτύου από τον γενικό πληθυσμό, η διαδικτυακή θεραπεία αποτελεί ένα πολλά υποσχόμενο τρόπο παρέμβασης, που αψηφά εμπόδια που σχετίζονται με την απόσταση, την οικονομική κατάσταση και τον φόβο του κοινωνικού στιγματισμού. Ως εκ τούτου, έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμες ιστοσελίδες παγκοσμίως που έχουν ως στόχο την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για τις διατροφικές διαταραχές, την επιτυχή ενημέρωση και την παροχή υπηρεσιών υποστήριξης για τους ασθενείς. Σκοπός της παρούσας πτυχιακής είναι η ανάπτυξη της ιστοσελίδας «Προχωράω Μπροστά» που αποσκοπεί όχι μόνο στην διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της διαδικτυακής θεραπείας, αλλά και στην ενημέρωση και βοήθεια προς άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές ή μέλη του κοντινού τους περιβάλλοντος. Για την διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της διαδικτυακής θεραπείας, έγινε ανάπτυξη και προσθήκη ενός ερωτηματολογίου στην ιστοσελίδα που αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της διαδικτυακής θεραπείας από τους ίδιους τους επισκέπτες. Στην έρευνα συμμετείχαν 68 άτομα εκ των οποίων 17 έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή, 31 γνώριζαν κάποιο άτομο με διατροφική διαταραχή (ανάμεσα τους και μερικοί από τους πάσχοντες), και 37 ήταν απλοί επισκέπτες. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Συμπερασματικά, φαίνεται πως ένα μεγάλο μέρος του δείγματος έχει ενδιασμούς ως προς την διαδικτυακή θεραπεία. Παρόλα αυτά, δείχνει να είναι ανοιχτό σε αυτού του είδους παρέμβαση και θεωρεί ότι η ιστοσελίδα που δημιουργήθηκε στα πλαίσια αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι χρήσιμη ως προς την ενημέρωση και την βοήθεια για άτομα με διατροφικές διαταραχές και τους φροντιστές τους.

Λέξεις κλειδιά: διατροφικές διαταραχές, διαδικτυακή θεραπεία, διαδικτυακή παρέμβαση

ABSTRACT

Eating disorders are multifactorial mental disorders characterized by worrisome eating behaviors, thoughts, and feelings pertaining to one's body image and weight. With an exceptionally high mortality rate, eating disorders can have detrimental effects on patients' health since their presence often indicates heightened mental instability. An increased prevalence rate over the past decade that does not coincide with the small number of people who seek medical treatment has rendered necessary the development of new and effective treatment and prevention methods. Technological advancements and widespread use of the Internet has lead to the emergence of the so-called online therapy, a promising treatment method that's not subject to the ordinary disincentives of traditional therapy: substantial expenses, long travel distances and fear of stigma. Many websites worldwide aim to raise awareness and provide the public and patients with essential information, services, and support. The purpose of this thesis lies in the development of the website "Prohorao Brosta", which aims not only to investigate the effectiveness of online therapy, but also help sufferers and their worried friends and families understand and overcome mental illness and eating disorders. To determine the effectiveness of online therapy, a questionnaire was compiled and uploaded to the website. 68 people participated in the study, 17 of which suffered from an eating disorder, 31 knew someone who did (participants who suffered from an eating disorder among them) and 37 were just visiting the page. The results were analyzed with the help of SPSS. Many participants expressed doubts about the effectiveness of online therapy but nonetheless believed that the aforementioned website contained valuable information that could offer help and guidance to those who need it.

Keywords: eating disorders, e-therapy, internet-based intervention, online therapy

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	II
ABSTRACT.....	III
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ / ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	VII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	X
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	XI
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	1
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	1
1.2. ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	2
1.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	2
1.2.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΥΡΟΤΗΤΑ.....	3
1.2.3. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	5
1.2.4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	7
1.2.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	9
1.3. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	11
1.3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	11
1.3.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	13
1.3.3. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	15
1.3.4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	18
1.3.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	20
1.4. ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ.....	23
1.4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	23
1.4.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	25
1.4.3. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	26
1.4.4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	28
1.4.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	32
2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	32
2.2. ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	33
2.2.1. ΜΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ.....	33
2.2.2. ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ.....	34
2.2.3. ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	34
2.3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΤΥΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	35
2.4. ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	39
3.1. ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	39
3.1.1. ΙΨΕ - ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ (http://ipse.gr/psyfood.html).....	39
3.1.2. ΑΝΑΣΑ – ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (http://www.anasa.com.gr/el/)	40
3.1.3. ΜΑΖΙ – ΪΔΡΥΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΥΠΡΟΥ (http://www.mazi.org.cy/mazi/page.php?pageid=7)	42
3.1.4. EATING DISORDERS.GR (http://www.eatingdisorders.gr/forum/index.php)	43
3.2. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	44
3.2.1. BEAT EATING DISORDERS (https://www.beateatingdisorders.org.uk/)	44
3.2.2. BUTTERFLY FOUNDATION (https://thebutterflyfoundation.org.au/)	47
3.2.3. NEDIC – NATIONAL EATING DISORDER INFORMATION CENTRE (http://www.nedic.ca/)	49
3.2.4. NEDA – NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION (https://www.nationaleatingdisorders.org/)	50
3.2.5. BODYWHYS (https://www.bodywhys.ie/).....	52
3.2.6. EATING DISORDER HOPE (https://www.eatingdisorderhope.com/)	54
3.2.7. EDA – EATING DISORDERS ASSOCIATION (http://eda.org.au/)	56
3.2.8. NCFED - NATIONAL CENTRE FOR EATING DISORDERS (https://eating-disorders.org.uk/).....	58
3.2.9. N.A.M.E.D. - NATIONAL ASSOCIATION FOR MALES WITH EATING DISORDERS (https://namedinc.org/).....	59
3.2.10. MEDA- MULTI SERVICE EATING DISORDERS ASSOCIATION (https://www.medainc.org/)	61
3.2.11. ANAD-NATIONAL ASSOCIATION FOR ANOREXIA NERVOSA AND ASSOCIATED DISORDERS (http://www.anad.org/)	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	65
4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	65
4.2. ΥΛΙΚΟ, ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	65
4.2.1. ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	65
4.2.2. ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	72
4.2.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	72
4.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	72
4.3.1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑΣ.....	72
4.3.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	74
4.4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	93
4.5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	95
4.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	96

*«Δήμα Δέσποινα, Μπέμπης Γεώργιος, Παπαϊωάννου Ηλιάννα»,
«Διαδικτυακή παρέμβαση σε άτομα με διατροφικές διαταραχές»*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	105

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ / ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Εικόνα 3.1.1.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «IΨE».....	39
Εικόνα 3.1.2.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «Ανάσα».	41
Εικόνα 3.1.3.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «ΜΑΖΙ».	42
Εικόνα 3.2.1.1.: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «BEAT».	45
Εικόνα 3.2.2.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «Butterfly».	47
Εικόνα 3.2.3.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «NEDIC».	49
Εικόνα 3.2.4.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «NEDA».	51
Εικόνα 3.2.5.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «BODYWHYS».	53
Εικόνα 3.2.6.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «Eating Disorder HOPE».....	55
Εικόνα 3.2.8.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «NCFED».	58
Εικόνα 3.2.9.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «N.A.M.E.D.».....	60
Εικόνα 3.2.10.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «MEDA».	61
Εικόνα 3.2.11.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «ANAD».	63
Εικόνα 4.2.1.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας της ιστοσελίδας «Προχωράω Μπροστά»....	66
Εικόνα 4.2.1.2: Απεικόνιση καρτέλας «Διατροφικές Διαταραχές» στην ιστοσελίδα «Προχωράω Μπροστά».....	67
Εικόνα 4.2.1.3: Απεικόνιση καρτέλας «Χρήσιμοι Σύνδεσμοι» της ιστοσελίδας «Προχωράω Μπροστά».....	68
Διάγραμμα 4.3.1.1: Επισκεψιμότητα ιστοσελίδας «Προχωράω Μπροστά».	73
Διάγραμμα 4.3.1.2: Επισκέψεις ανά την χώρα στην ιστοσελίδα «Προχωράω Μπροστά».	73
Διάγραμμα 4.3.2.1: Κατανομή του φύλου των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.	74
Διάγραμμα 4.3.2.2: Απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν έχουν γενικές γνώσεις για τις διατροφικές διαταραχές.....	75
Διάγραμμα 4.3.2.3: Απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή.	75

Διάγραμμα 4.3.2.4: Απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το από ποια διατροφική διαταραχή πάσχουν.....	76
Διάγραμμα 4.3.2.5: Απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει από κάποια διατροφική διαταραχή.	77
Διάγραμμα 4.3.2.6: Απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το από ποια διατροφική διαταραχή πάσχουν τα άτομα που γνωρίζουν.	77
Διάγραμμα 4.3.2.7: Απάντηση ερωτηθέντων σχετικά με το εάν έχουν προσπαθήσει στο αντιμετώπισουν στο παρελθόν την διατροφική τους διαταραχή.....	78
Διάγραμμα 4.3.2.8: Απάντηση ερωτηθέντων σχετικά με το τι ειδικό έχουν επισκεφθεί για να αντιμετώπισουν την διατροφική τους διαταραχή.	78
Διάγραμμα 4.3.2.9: Απάντηση ερωτηθέντων σχετικά με το εάν επισκέφθηκαν την ιστοσελίδα με δική τους πρωτοβουλία.	79
Διάγραμμα 4.3.2.10: Απάντηση ερωτηθέντων σχετικά με το από που ενημερώθηκαν για την ιστοσελίδα.	79
Διάγραμμα 4.3.2.11: Απάντηση των πασχόντων και μη πασχόντων ατόμων σχετικά με το εάν θα προτιμούσαν να λάβουν θεραπεία από το διαδίκτυο.	80
Διάγραμμα 4.3.2.12: Απάντηση των πασχόντων και μη πασχόντων ατόμων σχετικά με το εάν πιστεύουν ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη.	81
Διάγραμμα 4.3.2.13: Απάντηση των πασχόντων και μη πασχόντων ατόμων σχετικά με το εάν μια θεραπεία πρόσωπο με πρόσωπο θα τους προκαλούσε αρνητικά συναισθήματα. ..	82
Διάγραμμα 4.3.2.14: Απάντηση των πασχόντων και μη πασχόντων ατόμων σχετικά με το εάν πιστεύουν ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας είναι χρήσιμο.....	84
Διάγραμμα 4.3.2.15: Απάντηση των πασχόντων και μη πασχόντων ατόμων σχετικά με το εάν θα πρότειναν αυτή την ιστοσελίδα σε άλλα άτομα.....	85
Διάγραμμα 4.3.2.16: Απάντηση των ατόμων που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο και των ατόμων που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο σχετικά με εάν θα προτιμούσαν να λάβουν θεραπεία από το διαδίκτυο.	86
Διάγραμμα 4.3.2.17: Απάντηση των ατόμων που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο και των ατόμων που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο σχετικά με το αν πιστεύουν ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη.	88

Διάγραμμα 4.3.2.18: Απάντηση των ατόμων που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο και των ατόμων που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο σχετικά με εάν μια θεραπεία πρόσωπο με πρόσωπο θα τους προκαλούσε αρνητικά συναισθήματα. 89

Διάγραμμα 4.3.2.19: Απάντηση των ατόμων που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο και των ατόμων που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο σχετικά με εάν πιστεύουν ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας είναι χρήσιμο. 90

Διάγραμμα 4.3.2.20: Απάντηση των ατόμων που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο αλλά και αυτών που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο σχετικά με το εάν θα πρότειναν την ιστοσελίδα σε άλλα άτομα. 92

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 4.3.2.1: Συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και της προτίμησης θεραπείας μέσω του διαδικτύου.	81
Πίνακας 4.3.2.2: Συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν πιστεύουν ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη.	82
Πίνακας 4.3.2.3: Συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν οι συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο προκαλούν αρνητικά συναισθήματα.	83
Πίνακας 4.3.2.4: Συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν πιστεύουν ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας είναι χρήσιμο.	84
Πίνακας 4.3.2.5: Συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν θα πρότειναν την ιστοσελίδα σε άλλα άτομα.	86
Πίνακας 4.3.2.6: Συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν θα προτιμούσαν να λάβουν θεραπεία μέσω του διαδικτύου.	87
Πίνακας 4.3.2.7: Συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν πιστεύουν ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη.	88
Πίνακας 4.3.2.8: Συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν οι συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο προκαλούν αρνητικά συναισθήματα.	90
Πίνακας 4.3.2.9: Συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν πιστεύουν ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας είναι χρήσιμο.	91
Πίνακας 4.3.2.10: Συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν θα πρότειναν την ιστοσελίδα σε άλλα άτομα.	92

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ADA	American Dietetic Association
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
IPT	Interpersonal Psychotherapy
BWLT	Body Weight Loss Therapy
NEDIC	National Eating Disorder Information Centre
NEDA	National Eating Disorders Association
EDA	Eating Disorders Association
NCFED	National Centre for Eating Disorders
N.A.M.ED.	National Association for Males with Eating Disorders
MEDA	Multi Service Eating Disorders Association
ANAD	National Association for Anorexia Nervosa and Associated Disorders
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΨΕ	Ινστιτούτο Ψυχολογικών Εφαρμογών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ως διατροφική διαταραχή ορίζεται, η επίμονη μορφή διαταραχής της συμπεριφοράς λήψης τροφής ή/και της συμπεριφοράς ελέγχου του βάρους που επιδεινώνει εμφανέστατα τη σωματική υγεία και τον ψυχοκοινωνικό τρόπο λειτουργίας, χωρίς όμως να αποτελεί αποτέλεσμα κάποιας ιατρικής πάθησης ή κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (Crow & Eckert, 2016). Οι κύριες διαταραχές πρόσληψης τροφής περιλαμβάνουν την Ψυχογενή Ανορεξία, την Ψυχογενή Βουλιμία, καθώς και την Επεισοδιακή Υπερφαγία, η οποία συμπεριλήφθηκε ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία διατροφικών διαταραχών, στην αναθεωρημένη 5^η έκδοση του διαγνωστικού συστήματος DSM (Le, Barendregt, Hay & Mihalopoulos, 2017). Οι ασθενείς με τις παραπάνω διατροφικές διαταραχές διακατέχονται, έκαστος, από δυσλειτουργικές σκέψεις προς την κατανάλωση φαγητού, που χαρακτηρίζονται από συναισθήματα όπως άγχους, θυμού, φόβου, ενοχής κ.α. (Alvarenga, Koritar, Pisciolaro, Mancini, Cordas & Scagliusi, 2014).

Μετά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών σημειώνει ραγδαία αύξηση. Τα ποσοστά εμφάνισης παγκοσμίως υπολογίζονται έως και 0.21% για την Ψυχογενή Ανορεξία, 0.81% για την Ψυχογενή Βουλιμία και 2.22% για την Επεισοδιακή Υπερφαγία (Le, Barendregt, Hay & Mihalopoulos, 2017). Η ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών παρατηρείται συνήθως κατά την περίοδο της εφηβείας και είναι πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Ακόμα, οι συγκεκριμένες διαταραχές παρατηρούνται εξίσου σε όλες τις εθνικότητες και τα κοινωνικά στρώματα, καθώς και στα άτομα που έχουν έντονη ενασχόληση με την εικόνα σώματος όπως αθλητές, μοντέλα, ηθοποιοί, χορευτές κλπ. (Smolin & Grosvenor, 2011). Η Ψυχογενής Ανορεξία αποτελεί την νόσο με τα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές, λόγω των σοβαρών σωματικών επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει (Le, Barendregt, Hay & Mihalopoulos, 2017).

1.2. ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία (ή νευρική ανορεξία) είναι μια σοβαρή ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από ανικανότητα διατήρησης ενός φυσιολογικού υγιούς σωματικού βάρους. Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία αρνούνται να κρατήσουν το σωματικό βάρος πάνω από το ελάχιστο κανονικό βάρος για την ηλικία και το ύψος τους και έχουν έναν έντονο φόβο αύξησης του (Morris & Twaddle, 2007).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-5, ένα άτομο διαγιγνώσκεται με ψυχογενή ανορεξία, εάν πληροί τα παρακάτω:

1. Περιορισμός της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με τις απαιτήσεις, γεγονός που οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος βάσει της ηλικίας, του φύλου, της αναπτυξιακής κατάστασης και της σωματικής υγείας. Σημαντικά χαμηλό βάρος ορίζεται ως βάρος μικρότερο από το ελάχιστο φυσιολογικό ή, για τα παιδιά και τους εφήβους, μικρότερο από το ελάχιστο αναμενόμενο.
2. Έντονος φόβος αύξησης βάρους, ή επίμονη συμπεριφορά που παρεμβαίνει με την αύξηση του σωματικού βάρους, ακόμα και αν το βάρος είναι ήδη σημαντικά χαμηλό.
3. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, η υπερβολική επίδραση του σωματικού βάρους ή του σχήματος στην αυτοαξιολόγηση ή η επίμονη έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας του χαμηλού σωματικού βάρους του ατόμου.

Υπάρχουν δύο υποτύποι ψυχογενούς ανορεξίας:

Περιοριστικός τύπος: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών, το άτομο δεν έχει συμμετάσχει σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια συμπεριφοράς εξαναγκασμού ή έκλυσης (δηλ., αυτοεπιβαλλόμενου εμετού ή χρήσης καθαρτικών, διουρητικών ή κλυσμάτων). Αυτός ο υποτύπος περιγράφει περιπτώσεις στις οποίες η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της δίαιτας, της νηστείας και / ή της υπερβολικής άσκησης.

Τύπος εξαγνισμού / καθαρισμού: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών, το άτομο έχει εμπλακεί σε υποτροπιάζοντα υπερφαγικά επεισόδια ή καθαρτικής συμπεριφοράς (π.χ. εμετός ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή κλύσματος).

Καθορισμός ύφεσης συμπτωμάτων:

Σε μερική ύφεση: Αφού ικανοποιήθηκαν προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για την νευρική ανορεξία, αν το κριτήριο Α (χαμηλό σωματικό βάρος) δεν έχει τηρηθεί για μια παρατεταμένη περίοδο, αλλά είτε το κριτήριο Β (έντονος φόβος να πάρει βάρος ή συμπεριφορά που παρεμβαίνει με την αύξηση βάρους) ή το κριτήριο Γ (διαταραχές στην αυτο-αντίληψη του βάρους και του σχήματος) εξακολουθεί να πληρούται.

Σε πλήρη ύφεση: Αφού προηγουμένως ικανοποιήθηκαν τα πλήρη κριτήρια για νευρική ανορεξία, κανένα από αυτά τα κριτήρια δεν πληρείται για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο.

Καθορισμός σοβαρότητας:

Το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας βασίζεται, για τους ενήλικες, στον τρέχοντα δείκτη μάζας σώματος ή, σε παιδιά και εφήβους, σε εκατοστημόριο ΔΜΣ. Το επίπεδο σοβαρότητας μπορεί να αυξηθεί αντικατοπτρίζοντας τα κλινικά συμπτώματα, τον βαθμό λειτουργικής αναπηρίας και την ανάγκη για εποπτεία.

Ήπια: ΔΜΣ > 17kg / m²

Μέτρια: ΔΜΣ 16-16,99 kg / m²

Σοβαρή: ΔΜΣ 15-15,99 kg / m²

Ακραία: ΔΜΣ <15 kg / m²

(American Psychiatric Association, 2013)

1.2.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΥΡΟΤΗΤΑ

Η νευρική ανορεξία είναι μία ασθένεια, η οποία επηρεάζει αρκετά το σώμα του ασθενούς. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή συνήθως εμφανίζουν τα εξής:

- Ακραία απώλεια βάρους
- Ισχνότητα
- Πολύ μαλακές τρίχες

- Τριχόπτωση
- Αμηνόρροια
- Ακροκυάνωση (Κρύα άκρα)
- Φαινόμενο Raynaud (Μειωμένη ροή αίματος)
- Σημάδι Russel (κάλλοι στους μετακαρπιοφαλαγγικούς συνδέσμους των δαχτύλων, λόγω έκθεσης σε γαστρικά υγρά κατά την διάρκεια καθαρτικής συμπεριφοράς)
- Παρωτιδικό οίδημα
- Υποθρεψία
- Υπερβολική πρόσληψη νερού (με στόχο την απόκρυψη απώλειας βάρους)
- Σκληρή άσκηση για απώλεια βάρους
- Αυτοτραυματισμοί

Επίσης, μέσω εξετάσεων, μπορούν να φανούν τα παρακάτω:

- Βραδυκαρδία
- Καροτιναιμία (πορτοκαλί χρωματισμός δέρματος)
- Υποκαλιαιμία
- Υπονατριαιμία
- Οστεοπενία/Οστεοπόρωση
- Υποφωσφαταιμία
- Κετοναιμία (Η ακετόνη αντικαθιστά την – ανεπαρκή πλέον – γλυκόζη ως καύσιμο για την λειτουργία του εγκεφάλου. Οι κετόνες προωθούν τον καταβολισμό των μυών)

Τέλος, τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία μπορούν να εμφανίσουν στην συμπεριφορά τους τα εξής:

- Απόκρυψη φαγητού σε διάφορα μέρη του σπιτιού
 - Πέταγμα του φαγητού κρυφά κατά τη διάρκεια του γεύματος
 - Κόψιμο σε πολύ μικρά κομμάτια και σπατάλη χρόνου στο να το διαρρυθμίζουν στο πιάτο
- (Wood & Knight, 2015)

Συνοσηρότητα:

Η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζεται συνήθως παράλληλα με κάποια ψυχική διαταραχή. Έρευνες δείχνουν, ότι το ποσοστό συνοσηρότητας φτάνει και το 73.3%. Οι πιο συχνές διαταραχές που εμφανίζονται με την ανορεξία είναι η αγχώδης διαταραχή και η κατάθλιψη, αλλά η κοινωνική φοβία και η ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή είναι επίσης συνηθισμένες. Σύμφωνα με έρευνες, τα ποσοστά συνοσηρότητας της ψυχογενούς ανορεξίας με αγχώδεις διαταραχές δεν διαφέρουν στατιστικά με αυτά της ψυχογενούς βουλιμίας. Η κατάχρηση ουσιών φαίνεται να είναι λιγότερο συχνή. Η αυτοκτονική συμπεριφορά βρίσκεται σε υψηλά ποσοστά στην αγχώδη διαταραχή και στην κατάθλιψη, έτσι – όπως και ο αυτοτραυματισμός- είναι συχνά εμφανιζόμενα και στην ψυχογενή ανορεξία. Τέλος, συνηθισμένη είναι, ακόμα, η οριακή διαταραχή προσωπικότητας κατά 25-39% (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

1.2.3. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία εκφράζουν μία εμμονική ανησυχία για το μέγεθος και το σχήμα του σώματός τους και αισθάνονται υπέρβαρα ενώ είναι ελλιποβαρή. Η μείωση του βάρους τους προσφέρει μία ασφάλεια που αντισταθμίζει άλλες ανασφάλειες στη ζωή τους. Σκέφτονται ότι εάν είναι λεπτά, θα είναι πιο αρεστά στην κοινωνία, όμως όσο βάρος και να χάσουν, δεν κερδίζουν την αυτοεκτίμηση που κυνηγούν (Halmi, 2005).

Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι συγγενείς ατόμων με διατροφικές διαταραχές έχουν πολλές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν και οι ίδιοι κάποια διαταραχή της διατροφής. Συνεπώς, η γενετική προδιάθεση παίζει μεγάλο ρόλο και στην ψυχογενή ανορεξία (Smolin & Grosvenor, 2011).

Ακόμα, συχνά αυτά τα άτομα εμφανίζουν τελειομανία και θέλουν να έχουν πάντα τον έλεγχο. Λόγω αυτού, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι δεν είναι ικανοποιημένα με την ζωή, και θέλοντας να αποκτήσουν έλεγχο σε κάποιο τομέα της ζωής τους, στρέφονται στην δίαιτα και την υπερβολική άσκηση. Στην αρχή αυτό τους προσφέρει μια αίσθηση επιτυχίας και αυτοέλεγχου, όμως στη συνέχεια αποκτούν ένα τεράστιο φόβο και οδηγούνται στον λιμό. Μετά από πολύ έντονες προσπάθειες δίαιτας και μείωσης βάρους, εμφανίζουν τα πρώτα συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας (Murray & Grange, 2017).

Επίσης, πολλά ανορεκτικά άτομα ζουν σε οικογένειες επιφανειακά ιδανικές, οι οποίες όμως είναι υπερπροστατευτικές και με γονείς, οι οποίοι προσπαθούν να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες μέσω των παιδιών τους. Δεν υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ των μελών και ανησυχούν για το πώς θα φαίνονται στην κοινωνία (Smolak & Levine, 2015).

Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι στην εποχή μας τα πρότυπα των νέων εστιάζουν υπερβολικά στην εξωτερική εμφάνιση. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αναδεικνύουν όλο και περισσότερο τα λεπτά σώματα και την δίαιτα, με αποτέλεσμα η νεολαία να προσπαθεί τόσο να μοιάσει σε αυτή την εικόνα που προωθείται, φτάνοντας στο σημείο να ενστερνίζεται την ανορεξία η οποιαδήποτε άλλη διατροφική διαταραχή (Smolin & Grosvenor, 2011).

Άλλοι πιθανοί εκλυτικοί παράγοντες της ασθένειας είναι οι εξής:

Οικογενειακοί:

- Κάποιο μέλος της οικογένειας πάσχει από κατάθλιψη ή εξάρτηση από αλκοόλ ή ναρκωτικά

Βιολογικοί:

- Εμφάνιση έμμηνου ρήσης σε μικρή ηλικία
- Υπερβαρότητα

Ψυχολογικοί:

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση
- Κατάθλιψη

Συμπεριφορικοί:

- Αυστηρή δίαιτα
- Ασχολίες που βασίζονται στον έλεγχο βάρους (πχ. Μπαλέτο, πάλη, μόντελινγκ)

Πολιτισμικοί:

- Ζωή σε ανεπτυγμένες χώρες
- Έμφαση στην λεπτότητα ως ομορφιά

Γεγονότα που προκάλεσαν άγχος και στρες

- Θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου
 - Σεξουαλική κακοποίηση
- (Halmi, 2005)

1.2.4. ΕΠΗΛΟΚΕΣ

Λόγω της μεγάλης απώλειας βάρους και της υποθρεψιάς, η ψυχογενής ανορεξία προκαλεί αρκετές επιπτώσεις στα άτομα τα οποία πάσχουν από αυτή.

Γαστρεντερικές επιπλοκές

Η δυσφαγία μπορεί να εμποδίσει την κατάποση των θερμίδων από το στόμα κατά τα πρώτα στάδια της επανασίτισης, λόγω των εξασθενημένων και ασυντόνιστων μυών του φάρυγγα. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς μπορεί να βιώσουν βήχα με το φαγητό ή να έχουν ιστορικό πνευμονίας από εισρόφηση. Η διάγνωση γίνεται με τροποποιημένο έλεγχο κατάποσης βαρίου και η θεραπεία εξαρτάται από την αποκατάσταση του βάρους και την εισήγηση ενός λογοθεραπευτή για τον καθορισμό των σωστών συνθηκών διατροφής. Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία έχουν σημαντικά αργή γαστρική εκκένωση στο χαμηλότερο βάρος τους που συνοδεύεται από πρώιμο κορεσμό, ναυτία και φούσκωμα (Westmoreland, Krantz & Mehler, 2015).

Καρδιαγγειακές επιπλοκές

Η νευρική ανορεξία έχει την υψηλότερη θνησιμότητα από οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή. Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος μαζί με άλλες ιατρικές επιπλοκές και αυτοκτονία αντιπροσωπεύουν περίπου το 60% των θανάτων. Η ακριβής αιτία ξαφνικού θανάτου στην νευρική ανορεξία παραμένει άγνωστη. Γενικά, παρατηρείται βραδυκαρδία στους ασθενείς, το οποίο συχνά ανακάμπτει με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους (Westmoreland, Krantz & Mehler, 2015).

Μυοσκελετικές επιπλοκές

Η οστεοπόρωση είναι συνηθισμένη στην νευρική ανορεξία και εμφανίζεται νωρίς στην ασθένεια. Η μειωμένη οστική πυκνότητα είναι εμφανής μετά από μόλις ένα χρόνο από

την εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας, παρά τη σχετικά νεαρή ηλικία αυτών των ασθενών. Ο κίνδυνος επακόλουθων καταγμάτων είναι αξιοσημείωτα αυξημένος τόσο στους ενήλικες όσο και στους εφήβους με νευρική ανορεξία (Westmoreland, Krantz & Mehler, 2015).

Νευρολογικές επιπλοκές

Ατροφία του εγκεφάλου συμβαίνει ως αποτέλεσμα του υποσιτισμού της νευρικής ανορεξίας. Η νευρογενωστική λειτουργία μπορεί να είναι μόνιμα μειωμένη αν και η ατροφία του εγκεφάλου βελτιώνεται με την αποκατάσταση του βάρους (Westmoreland, Krantz & Mehler, 2015).

Δερματολογικές επιπλοκές

Υπάρχουν πολλές αλλαγές στο δέρμα που εμφανίζονται στην νευρική ανορεξία. Αυτές περιλαμβάνουν την ξηροδερμία, την αραιώση των μαλλιών και την ακροκυάνωση (ψυχρότητα και κυάνωση των άκρων). Αυξημένη ακμή και κίτρινο δέρμα επίσης έχουν περιγραφεί (Westmoreland, Krantz & Mehler, 2015).

Αιματολογικές επιπλοκές

Άτομα με ψυχογενή ανορεξία συχνά εμφανίζουν προβλήματα, όπως αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία (ανεπάρκεια αιμοπεταλίων στο αίμα), η οποία προκαλεί αιμορραγία στους ιστούς, μώλωπες και αργή πήξη αίματος μετά από τραυματισμό (Westmoreland, Krantz & Mehler, 2015).

Ενδοκρινικές επιπλοκές

Στις γυναίκες παρατηρείται αμηνόρροια λόγω μειωμένης γοναδοτροπίνης και λεπτίνης, ενώ στους άνδρες η μειωμένη τεστοστερόνη επηρεάζει την λίμπιντο και την μυϊκή δύναμη. Τα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης είναι αυξημένα και παρουσιάζονται ανωμαλίες στην λειτουργικότητα του θυρεοειδή. Παρατηρείται επίσης υπογλυκαιμία, λόγω της μειωμένης αποθήκευσης ηπατικού γλυκογόνου (Westmoreland, Krantz & Mehler, 2015).

1.2.5. ANTIMETΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας περιλαμβάνει έναν συνδυασμό ιατρικής διαχείρισης, διατροφικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης, προσωπικής ψυχολογικής θεραπείας για την αλλαγή λανθασμένων γνώσεων και συμπεριφορών, οικογενειακής θεραπείας και – μερικές φορές – φαρμακευτικής θεραπείας (Crow & Eckert, 2016).

Για την επιτυχή θεραπεία των ασθενών ψυχογενούς ανορεξίας, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι παρακάτω στόχοι:

Στόχος 1. Επαναφορά του ασθενή σε ένα υγιές βάρος (που σχετίζεται με την επιστροφή της εμμηνόρροιας και την κανονική ωορρηξία σε θηλυκούς ασθενείς, την κανονική σεξουαλική ορμή και τα επίπεδα ορμονών σε αρσενικούς ασθενείς και την φυσιολογική φυσική και σεξουαλική ανάπτυξη στα παιδιά και εφήβους).

Στόχος 2. Αντιμετώπιση των σωματικών επιπλοκών του ασθενούς.

Στόχος 3. Ενίσχυση του κίνητρου του ασθενούς να συνεργαστεί για την αποκατάσταση των υγιεινών συνηθειών και να συμμετάσχει σε μία θεραπεία.

Στόχος 4. Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με την υγιεινή διατροφή και τα πρότυπα διατροφής.

Στόχος 5. Παροχή βοήθειας στον ασθενή να επανεξετάσει και να αλλάξει βασικές δυσλειτουργικές γνωστικές αντιλήψεις, στάσεις, κίνητρα, συγκρούσεις και συναισθήματα στην διατροφική διαταραχή.

Στόχος 6. Αντιμετώπιση των ψυχιατρικών παθήσεων του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων ελλειμμάτων στη ρύθμιση της διάθεσης, της αυτοεκτίμησης, και της συμπεριφοράς.

Στόχος 7. Συγκέντρωση οικογενειακής υποστήριξης και οικογενειακή συμβουλευτική και θεραπεία όπου χρειάζεται.

Στόχος 8. Αποτροπή του ασθενούς από υποτροπή.

(Morris & Twaddle, 2007)

Μορφές θεραπείας:

- Ενδονοσοκομειακή (ο/η ασθενής κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο, με σκοπό την αύξηση βάρους)
- Βραχεία νοσηλεία (ο/η ασθενής λαμβάνει θεραπεία στο νοσοκομείο αλλά δεν υποχρεούται να μείνει εκεί)
- Εξωνοσοκομειακή (ο/η ασθενής λαμβάνει ψυχολογική θεραπεία ή θεραπεία με φάρμακα εκτός νοσοκομείου)

(Fairburn, 2005)

Η επαναφορά υγιεινών προτύπων διατροφής και ενός υγιούς βάρους είναι τα κρίσιμα πρώτα βήματα στην κλινική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως και η αντιμετώπιση της αφυδάτωσης και της διαταραχής ηλεκτρολυτών. Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία προτείνεται σε άτομα των οποίων το βάρος είναι <75% του ιδανικού. Απαιτείται, ακόμα, προσοχή ως προς την ταχεία επανασίτιση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κατακράτηση υγρών και στο σύνδρομο επανασίτισης (καρδιαγγειακές, νευρολογικές και αιματολογικές επιπλοκές λόγω μεταβολών φωσφατάσης από εξωκυττάρια σε ενδοκυττάρια χώρους). Πρέπει επίσης ο ασθενής να διορθώσει την αντίληψή του όσο αναφορά την πείνα και τον κορεσμό όπως επίσης να διορθώσει τα επακόλουθα της υποθρεψίας (Morris & Twaddle, 2007).

Θεραπευτικές Προσεγγίσεις:

- Οικογενειακή θεραπεία

Βασίζεται στο να βοηθήσει τους γονείς να αναπτύξουν μια σταθερή προσέγγιση στην επανασίτιση και μια ενσυναίσθηση με την κατάσταση των ασθενών.

- Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία

Η ομάδα ειδικών στοχεύει όχι μόνο τα συμπτώματα και την συμπεριφορά των ασθενών, αλλά και τη γενική ιατρική κατάσταση και την ψυχιατρική κατάσταση και ασφάλειά τους. Η ομάδα πρέπει να αποτελείται από ειδικούς που μπορούν να προσφέρουν διατροφική συμβουλευτική, φαρμακευτική παρέμβαση και αποκατάσταση.

- Γνωσιακή αναλυτική θεραπεία

Μέσω αυτής της θεραπείας, οι ασθενείς αναπτύσσουν μια πολύπλευρη εννοιοποίηση της ανορεξίας μέσω διαγραμμάτων και χρησιμοποιούν αυτές τις γνώσεις για να διαχειριστούν τα συναισθήματα και τις σχέσεις τους, αντί να βασίζονται στην ανορεξία.

(Morris & Twaddle, 2007)

1.3. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

1.3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Ο όρος ψυχογενής βουλιμία αναφέρεται σε ένα ψυχιατρικό σύνδρομο, που σχετίζεται με την διατροφική συμπεριφορά και περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Βρετανό Gerald Russell το 1979. Η ψυχογενής βουλιμία κατατάσσεται στις διατροφικές διαταραχές, καθώς χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα, ανεξέλεγκτα επεισόδια κατανάλωσης τροφής σε συνδυασμό με την υιοθέτηση διάφορων αντισταθμιστικών συμπεριφορών, που σκοπό έχουν να περιορίσουν το φόβο για πρόσληψη βάρους (Julie, Nolan & Geraciotti, 2003).

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με την 5^η έκδοση του DSM που δημοσιεύτηκαν το 2013 από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική εταιρία είναι τα εξής:

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα δύο που ακολουθούν:

1. Το να φάει κανείς, σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες), μια ποσότητα φαγητού σαφώς μεγαλύτερη από εκείνη που ο περισσότερος κόσμος στην ίδια χρονική περίοδο και κάτω από τις ίδιες συνθήκες μπορεί να φάει.

2. Η ύπαρξη μια αίσθησης απώλειας ελέγχου της υπερφαγίας κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. η αίσθηση ότι δεν μπορεί κανείς να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το τι και πόσο τρώει.

Β. Επανελημμένη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προς αποφυγή αύξησης βάρους, όπως πρόκλητοι έμετοι, κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμακευτικών ουσιών, νηστεία ή έντονη άσκηση.

Γ. Η υπερφαγία και η μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά επισυμβαίνουν κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για διάστημα 3 μηνών.

Δ. Ο τρόπος εκτίμησης του εαυτού επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σωματικό σχήμα και βάρος.

Ε. Η διαταραχή αυτή δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά κατά την διάρκεια ψυχογενούς ανορεξίας.

Καθορισμός ύφεσης συμπτωμάτων:

Σε μερική ύφεση: Το άτομο τηρούσε παλιότερα όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας και μερικά -αλλά όχι όλα- από τα κριτήρια τηρούνται για κάποια παρατεταμένη χρονική περίοδο.

Σε πλήρη ύφεση: Το άτομο τηρούσε παλιότερα όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας και κανένα από τα κριτήρια δεν τηρούνται για κάποια παρατεταμένη χρονική περίοδο.

Καθορισμός σοβαρότητας ψυχογενούς βουλιμίας:

Το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας καθορίζεται από την συχνότητα των μη φυσιολογικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών.

Ήπια: Μέσος όρος 1-3 επεισοδίων μη φυσιολογικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών την εβδομάδα.

Μέτρια: Μέσος όρος 4-7 επεισοδίων μη φυσιολογικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών την εβδομάδα.

Σοβαρή: Μέσος όρος 8-13 επεισοδίων μη φυσιολογικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών την εβδομάδα.

Πολύ σοβαρή: Μέσος όρος 14 ή περισσότερων επεισοδίων μη φυσιολογικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών την εβδομάδα.

(Harrington et al, 2015)

1.3.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Τα άτομα που παρουσιάζουν βουλιμικά επεισόδια συχνά δεν αναγνωρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή από τους ιατρούς, διότι το σωματικό τους βάρος μπορεί να είναι φυσιολογικό ή πάνω από το φυσιολογικό και συχνότερα δεν παρουσιάζουν κάποιο ιατρικό πρόβλημα που θα τους οδηγούσε να ζητήσουν ιατρική βοήθεια, όπως η απουσία της έμμηνου ρύσεως στην ψυχογενή ανορεξία. Τα άτομα με βουλιμία μπορεί να είναι απρόθυμα να μοιραστούν τα συμπτώματά τους λόγω μυστικότητας και αισθήματος ντροπής για τα επεισόδια υπερφαγίας και των αντισταθμιστικών συμπεριφορών (Castillo & Weiselberg, 2017). Για τους παραπάνω λόγους, τα άτομα αυτά μπορεί να παρουσιάζουν συμπτώματα για 3-6 χρόνια και μετά να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό (Crow & Eckert, 2016). Παρ' όλα αυτά υπάρχουν κάποια κλινικά ευρήματα που παρουσιάζουν αυτά τα άτομα, που βοηθούν στην αξιολόγηση των βουλιμικών συμπτωμάτων.

Σωματικά ευρήματα

Υπάρχουν μερικά χαρακτηριστικά σωματικά ευρήματα που εμφανίζονται σε άτομα με ψυχογενή βουλιμία και μπορεί να είναι ενδεικτικά για την διαταραχή (Smolak & Levine, 2015):

- Σημάδι του Ράσελ (Russell's sign) : Πρόκειται για ουλές ή εκδορές – γδαρσίματα στα δάχτυλα ή στην ράχη του χεριού. Οι ουλές δημιουργούνται λόγω της τριβής του χεριού με τα δόντια καθώς και της έκθεσης του δέρματος στο ιδιαίτερα όξινο γαστρικό περιεχόμενο κατά την διάρκεια πρόκλησης έμετου μηχανικά (Smolak & Levine, 2015; Goldstein & DeVries, 2017).
- Διογκωμένοι σιελογόνοι αδένες: Προκύπτουν λόγω της υπερβολικής διέγερσης τους κατά την υπέρμετρη κατανάλωση τροφής καθώς και του συχνού εμετού. Συνήθως παρατηρείται πρήξιμο (ανώδυνο) των παρωτιδικών αδένων, δίνοντας στο πρόσωπο μια στρογγυλή όψη (Julie, Nolan & Geraciotti, 2003; Smolak & Levine, 2015).
- Διάβρωση οδοντικού σμάλτου: Παρουσιάζεται στην πλειοψηφία των ασθενών που κάνουν χρόνια πρόκληση έμετου, λόγω της συχνής έκθεσης των δοντιών στο ιδιαίτερα όξινο γαστρικό περιεχόμενο (Castillo & Weiselberg, 2017).
- Κακή αναπνοή και πονόλαιμος: Προκύπτουν λόγω της συχνής πρόκλησης εμετού (Julie, Nolan & Geraciotti, 2003; Goldstein & DeVries, 2017).

Βιοχημικά ευρήματα:

Κατά την αξιολόγηση των βιοχημικών εξετάσεων θα πρέπει να ληφθεί υπόψην όλη η μεταβολική εικόνα του ατόμου και να δοθεί παραπάνω βάση στους παρακάτω βιοχημικούς δείκτες που μπορεί να είναι ενδεικτικοί για την διαταραχή (Smolak & Levine, 2015; Castillo & Weiselberg, 2017).

- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές: Οι πιο κοινές και σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές είναι η υποκαλιαιμία και η υποχλωριαιμία, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπτώσεις στον οργανισμό και προκαλούνται από τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές (Julie, Nolan & Geracioti, 2003; Castillo & Weiselberg, 2017)
- Υψηλή αμυλάση σάλιου: Πρόκειται για ένα ένζυμο που παράγεται από τους σιελογόνους αδένες και θεωρείται ότι η υψηλή παραγωγή του συνδυάζεται με τους διογκωμένους παρωτιδικούς αδένες λόγω του συχνού εμετού (Smolak & Levine, 2015).
- Εξετάσεις ούρων: Έχει βρεθεί ότι ο λόγος της τιμής του νατρίου των ούρων προς την τιμή του χλωρίου των ούρων είναι πάνω από 1,16 σε ποσοστό πάνω από 50% και θεωρείται αρκετά αξιόπιστος δείκτης υποψίας αντισταθμιστικών συμπεριφορών (Smolak & Levine, 2015).

Συννοσηρότητα:

Αρκετά μεγάλο ποσοστό ατόμων με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζει κάποιες δυσλειτουργικές συναισθηματικές καταστάσεις με πιο χαρακτηριστικές την κατάθλιψη και το άγχος (Crow & Eckert, 2016). Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί ή να προϋπάρχει σε διάφορες μορφές σε συνδυασμό με την διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας, όπως μείζονα, άτυπη ή διπολική καταθλιπτική διαταραχή (Julie, Nolan & Geracioti, 2003). Όσο αφορά τις διαταραχές άγχους μπορούν να εμφανιστούν ή να προϋπάρχουν σε μορφές όπως αγοραφοβία, απλή φοβία, διαταραχή πανικού, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή ή με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Οι αγχώδεις εκδηλώσεις σχετίζονται με τις καταστάσεις αυτές που ενεργοποιούν τις βαθύτερες ανησυχίες του ατόμου σε σχέση με το βάρος του (Julie, Nolan & Geracioti, 2003; Goldstein & DeVries, 2017).

Συχνό φαινόμενο που παρατηρείται στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία είναι η κατάχρηση αλκοόλ λόγω της προσπάθειας διαχείρισης της όρεξης τους καθώς και του βάρους τους (Castillo & Weiselberg, 2017). Η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών συνδυάζεται με το γεγονός ότι οι βουλιμικοί παρουσιάζονται ιδιαίτερα παρορμητικοί και

μπορούν να οδηγηθούν σε συμπεριφορές όπως κλοπή και αυτοτραυματισμό και για αυτό το λόγο η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι επίσης συχνή σε αυτά τα άτομα (Castillo & Weiselberg, 2017; Goldstein & DeVries, 2017).

1.3.3. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Παράγοντες όπως ψυχολογικοί, γενετικοί, βιολογικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί μπορούν να αποτελούν αιτίες.

Γενετικοί: Πολλές μελέτες που αφορούν τους γενετικούς παράγοντες δείχνουν ότι η κληρονομικότητα υπολογίζεται στο 46 – 71% για τις υπερφαγικές και επανορθωτικές συμπεριφορές (Hill & Kirk, 2005).

Βιολογικοί: Η χολοκυστοκινίνη, ένα πεπτίδιο του γαστρεντερικού συστήματος, που είναι υπεύθυνη για τον κορεσμό, έχει δειχθεί ότι υπάρχει σε πολύ χαμηλά ποσοστά μετά την λήψη τροφής στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία. Ακόμα, άλλοι βιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον κορεσμό παρουσιάζουν ανωμαλίες όπως αυξημένη χωρητικότητα στομάχου και καθυστερημένη κένωση στομάχου. Τέλος, έχει αποδειχθεί η παρουσία μειωμένης σεροτονινεργικής δραστηριότητας (η σεροτονίνη είναι υπεύθυνη για την ρύθμιση της πείνας και του κορεσμού) (Crow & Eckert, 2016).

Οικογενειακοί: Πρώτον, η παιδική παχυσαρκία ή η παρουσία παχυσαρκίας στην οικογένεια, η έκθεση από μικρή ηλικία σε προσπάθειες για δίαιτα καθώς και η έντονη ενασχόληση της οικογένειας με την τροφή, την εικόνα σώματος και την έμφαση στην λεπτότητα, αποτελούν κάποιους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη ψυχογενούς βουλιμίας (Hill & Kirk, 2005). Δεύτερον, έχουν παρατηρηθεί υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών στην οικογένεια, όπως κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές, αντικοινωνικές συμπεριφορές και κατάχρηση ουσιών (Goldbloom & Garfinkel, 2003; Hill & Kirk, 2005). Τρίτον, φαίνεται οι γονείς να έχουν μικρή επαφή με τα παιδιά τους αλλά να έχουν υψηλές προσδοκίες από αυτά, να αδιαφορούν και να τα παραμελούν καθώς και έχουν σημειωθεί πολλά περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης (Hill & Kirk, 2005).

Κοινωνικοί: Υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι η εξιδανίκευση του λεπτού σώματος και η επικέντρωση στην εικόνα σώματος των γυναικών στην σύγχρονη εποχή μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας της ψυχογενούς βουλιμίας (Waller & Sheffield, 2008).

Γνωσιακό μοντέλο ψυχογενούς Βουλιμίας (Φαύλος κύκλος)

Χαμηλή αυτοεκτίμηση → Αυστηρή Δίαιτα → Επεισόδια Υπερφαγίας → Επανορθωτικές συμπεριφορές (Hill & Kirk, 2005)

Το παραπάνω ψυχολογικό μοντέλο λειτουργεί φαυλοκυκλικά μέσα από τους παρακάτω μηχανισμούς, όπου γίνεται ακριβής περιγραφή του κάθε σταδίου και φαίνεται με ποιους τρόπους συνδέεται το κάθε στάδιο με το άλλο:

Χαμηλή αυτοεκτίμηση: Για τους περισσότερους βουλιμικούς, η αυτοαξία τους είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το σωματικό τους βάρος και το σχήμα σώματος. Διακατέχονται συνεχώς από τον φόβο ότι θα παχύνουν. Θεωρούν την απώλεια βάρους ως επίτευγμα και σημάδι θέλησης, ενώ την πρόσληψη βάρους ως αποτυχία (Goldstein & DeVries, 2017). Ακόμα, πιστεύουν ότι όλα τα προβλήματα τους πηγάζουν από την σωματική τους εμφάνιση και ότι μόνο αυτοί έχουν αυτό το πρόβλημα (Smolin & Grosvenor, 2011).

Αυστηρή Δίαιτα: Ανησυχώντας όπως προαναφέρθηκε συνεχώς για το σώμα τους, τα άτομα με την συγκεκριμένη διαταραχή επιβάλλουν στους εαυτούς τους, αυστηρούς διαιτητικούς κανόνες και περνούν πολύ χρόνο σκεπτόμενοι το φαγητό, τα ψώνια για το φαγητό και προγραμματίζοντας τα γεύματα τους (Smolin & Grosvenor, 2011). Σε πολύ αυστηρές περιοριστικές δίαιτες, το άτομο μπορεί να περιορίσει τόσο την ποσότητα όσο και τους τύπους των τροφίμων που καταναλώνει και αυτό να οδηγήσει σε σωματικά προβλήματα και συναισθηματική αστάθεια (Crowther & Ridolfi, 2012). Είναι σύνηθες τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία να αποφεύγουν να καταναλώσουν γεύματα για μεγάλα χρονικά διαστήματα, με το 80% αυτών να δηλώνουν ότι καταναλώνουν ένα γεύμα την ημέρα ή και λιγότερο. Περιορίζοντας την πρόσληψη τους, καταναλώνουν χαμηλής θερμιδικής περιεκτικότητας τρόφιμα, όπως ολικής αλέσεως ψωμί, αρκετά φρούτα και λαχανικά, άπαχο γάλα και έχουν την τάση να αποφεύγουν λιπαρές τροφές. Τέτοια όμως περιοριστική συμπεριφορά είναι προφανώς ανεπαρκής σε απαραίτητα θρεπτικά συστατικά καθώς και δεν καταφέρνει να καλύψει πιθανόν ούτε τις μισές ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού (Hill & Kirk, 2005).

Επεισόδια Υπερφαγίας: Τα επεισόδια υπερφαγίας μπορούν να ξεκινήσουν, εκτός από το αίσθημα της αφόρητης πείνας λόγω της αυστηρής περιοριστικής δίαιτας, αλλά και από την ανάγκη του ατόμου να ξεφύγει από τα δυσάρεστα ψυχολογικά συναισθήματα όπως της κατάθλιψης, του θυμού, της υπερέντασης, της πλήξης, και γενικά όλων των διπολικών σκέψεων (Goldbloom & Garfinkel, 2003; Hill & Kirk, 2005). Επίσης, τα επεισόδια υπερφαγίας μπορούν να προκληθούν κατά την έκθεση σε φαγητό σε μια κοινωνική

εκδήλωση, μετά από κατανάλωση αλκοόλ ή χρήσης ναρκωτικών, λόγω άγχους για κάποια κατάσταση ή λόγω κούρασης μετά από την δουλειά (Smolin & Grosvenor, 2011). Πράγματι, τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία δηλώνουν ότι κατά την διάρκεια αυτών των επεισοδίων νιώθουν απαθείς ή ένα αίσθημα κενού και απομακρύνονται από όλα αυτά τα αρνητικά συναισθήματα που προαναφέρθηκαν (Castillo & Weiselberg, 2017). Αυτά τα επεισόδια μπορούν να πραγματοποιηθούν πολλές φορές μέσα στην ημέρα και συνήθως συμβαίνουν από το απόγευμα και μετά και σταματούν, όταν τελειώνει το φαγητό, όταν κάτι διακόψει αυτή την συμπεριφορά ή όταν επέρχονται αισθήματα πόνου ή κούρασης. Η ποσότητα φαγητού που καταναλώνει ένας βουλιμικός, κατά την διάρκεια αυτών των επεισοδίων, κυμαίνεται γύρω στις 3400 θερμίδες και γύρω στις 7000 θερμίδες σε 24 ώρες (Smolin & Grosvenor, 2011). Τα τρόφιμα που καταναλώνουν θεωρούνται εύκολα για κατάποση και είναι τρόφιμα που αποφεύγονταν κατά την διάρκεια της περιοριστικής δίαιτας όπως γλυκά, πολύ λιπαρά τρόφιμα και γενικά τρόφιμα με πολλές θερμίδες (Smolin & Grosvenor, 2011; Castillo & Weiselberg, 2017). Τα πιο συνηθισμένα από αυτά είναι: παγωτό, ψωμί, γλυκίσματα, ντόνατ, αναψυκτικά, σάντουιτς, μπισκότα, ποπ κόρν, γάλα, τυριά, δημητριακά (Smolin & Grosvenor, 2011). Οι βουλιμικοί περιγράφουν αυτά τα επεισόδια ως κρυφά, γρήγορα, χωρίς να απολαμβάνουν την γεύση, ανεξέλεγκτα και με αίσθημα αδυναμίας να σταματήσουν (Goldbloom & Garfinkel, 2003). Τέλος, τα άτομα αυτά για να κρατήσουν κρυφά αυτά τα επεισόδια, τις περισσότερες φορές καθαρίζουν τα αποδεικτικά στοιχεία, αναπληρώνουν το φαγητό που κατανάλωσαν ενώ μερικές φορές σε περίπτωση που θέλουν να ανακαλυφθούν αφήνουν τα κενά πακέτα των φαγητών σε εμφανή σημεία ή αφήνουν υπολείμματα εμετού (Smolin & Grosvenor, 2011).

Επανορθωτικές συμπεριφορές: Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία μπορεί να νιώθουν ανακούφιση από τα αρνητικά τους συναισθήματα κατά την διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων αλλά σύντομα η διάθεση τους χειροτερεύει, νιώθοντας συναισθήματα ντροπής και ενοχής καθώς και φόβου για πρόσληψη βάρους και οδηγούνται σε ακόμα πιο δυσλειτουργικές διατροφικές πεποιθήσεις και αντισταθμιστικές συμπεριφορές με σκοπό την εξάλειψη των προσλαμβανόμενων θερμίδων. Η πιο συνηθισμένη επανορθωτική συμπεριφορά είναι η πρόκληση εμετού μηχανικά με την χρήση δάχτυλου ή με την βοήθεια άλλων οργάνων όπως η οδοντόβουρτσα για να προκληθεί παλινδρόμηση (Castillo & Weiselberg, 2017). Αυτός ο τρόπος χρησιμοποιείται μετά από το τέλος του υπερφαγικού επεισοδίου, ώστε να εμποδίσει το φαγητό από το να απορροφηθεί. Η πρόκληση εμετού μπορεί να συμβεί 1 ή 2 φορές την ημέρα και συνδυάζεται με αίσθημα απέχθειας αλλά και

ανακούφισης του στομαχόπνου. Κάποια βουλιμικά άτομα χρησιμοποιούν καθαρτικά ως επανορθωτική συμπεριφορά, τα οποία προκαλούν διάρροια, πιστεύοντας ότι θα εμποδίσουν την απορρόφηση των θερμίδων, ενώ αυτή η σκέψη είναι λανθασμένη, διότι η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών έχει σχεδόν ολοκληρωθεί πριν φτάσει στο παχύ έντερο. Τα διουρητικά είναι μια άλλη μέθοδος αλλά και αυτή όχι επιτυχής, διότι προκαλεί μόνο απώλεια υγρών και όχι λίπους (Smolin & Grosvenor, 2011). Μετά την χρήση των παραπάνω μεθόδων τα άτομα νιώθουν μια βραχυπρόθεσμη ανακούφιση από το αίσθημα του φουσκώματος και της φοβίας για πρόσληψη βάρους, διότι οι συχνές αντισταθμιστικές συμπεριφορές δημιουργούν ξανά το αίσθημα πείνας, επιδεινώνεται η διάθεση και ο φαύλος κύκλος με τα επεισόδια υπερφαγίας και τις επανορθωτικές συμπεριφορές επαναλαμβάνεται (Waller & Sheffield, 2008).

1.3.4. ΕΠΠΛΟΚΕΣ

Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν σχετικά ήπιες και λιγότερες ιατρικές επιπλοκές σε σχέση με τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, παρ' όλα αυτά μπορούν να προκληθούν διάφορα προβλήματα στην υγεία τους που σχετίζονται με τον τύπο και την συχνότητα των αντισταθμιστικών συμπεριφορών (Smolin & Grosvenor, 2011; Crow & Eckert, 2016)

Πρόκληση εμετού:

- **Ηλεκτρολυτικές διαταραχές:** Οι περισσότεροι ανησυχητικές ηλεκτρολυτικές διαταραχές είναι η υποκαλιαιμία, η υποχλωραιμία και η μεταβολική αλκάλωση που προκαλούνται από την αποβολή καλίου, χλωρίου, νερού και οξέων με τον εμετό καθώς και από την αύξηση των επιπέδων διττανθρακικού νατρίου, που μπορούν να οδηγήσουν σε αφυδάτωση, μυϊκές κράμπες, καρδιακή αρρυθμία και ξαφνική καρδιακή ανακοπή (Westmoreland, Krantz, Mehler, 2015; Crow & Eckert, 2016; Castillo & Weiselberg, 2017).
- **Καρδιαγγειακές συνέπειες:** Εκτός των προαναφερθέντων καρδιακών επιπτώσεων, που μπορούν να προκληθούν λόγω της υποκαλιαιμίας, μπορεί επίσης να προκληθεί μυοκαρδιοπάθεια με την κατάχρηση του εμετικού Ipecac (Julie, Nolan & Geraciotti, 2003). Το Ipecac περιέχει εμετίνη, ένα αλκαλοειδές, που θεωρείται τοξικό για την καρδιά (Westmoreland, Krantz, Mehler, 2015).

- **Φθορά των δοντιών:** Προκαλείται διάβρωση οδοντικού σμάλτου, όπου η γλωσσική επιφάνεια των ανώτερων δοντιών κυρίως επηρεάζεται, λόγω της έκθεσης των δοντιών στο γαστρικό οξύ του στομάχου (Castillo & Weiselberg, 2017). Άλλες οδοντικές επιπλοκές μπορεί να είναι ο αποχρωματισμός των δοντιών, η εμφάνιση τερηδόνας, αυξημένη ευαισθησία, στοματική βλεννογονίτιδα και χειλίτιδα (Westmoreland, Krantz, Mehler, 2015; Castillo & Weiselberg, 2017).
- **Διόγκωση των σιελογόνων αδένων:** Προκύπτουν λόγω της υπερβολικής διέγερσης τους κατά την πρόκληση συχνού έμετου, αν και η παθοφυσιολογία τους δεν είναι εντελώς ξεκάθαρη. Συνήθως παρατηρείται πρήξιμο (ανώδυνο) των παρωτιδικών αδένων, δίνοντας στο πρόσωπο μια στρογγυλή όψη (Julie, Nolan & Geraciotti, 2003; Smolak & Levine, 2015).
- **Επιπτώσεις στον φάρυγγα:** Η συχνή έκθεση του φάρυγγα στα γαστρικά υγρά μπορεί να προκαλέσει βλάβη και φλεγμονή στις φωνητικές χορδές με αποτελέσματα, όπως βραχνάδα στην φωνή, χρόνιο βήχα, πονόλαιμο και δυσκολία στην κατάποση (Castillo & Weiselberg, 2017).
- **Επιπτώσεις στον οισοφάγο:** Η πρόκληση εμετού μπορεί να προκαλέσει μικρές αμυχές στον οισοφάγο, λόγω της έκθεσης στα οξέα του στομάχου και μπορεί να οδηγήσει σε παρουσία αίματος στον εμετό. Ακόμα, μπορεί να προκληθεί γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και σπανίως οισοφαγίτιδα ή ρήξη οισοφάγου (Westmoreland, Krantz, Mehler, 2015; Castillo & Weiselberg, 2017).
- **Επιπτώσεις στο δέρμα:** Εκδορές – γδαρσίματα στα δάχτυλα ή στην ράχη του χεριού, δημιουργούνται λόγω της τριβής του χεριού με τα δόντια, καθώς και της έκθεσης του δέρματος στο ιδιαίτερα όξινο γαστρικό περιεχόμενο κατά την διάρκεια πρόκλησης έμετου μηχανικά (Smolak & Levine, 2015; Goldstein & DeVries, 2017).
- **Αιμορραγίες:** Αιμορραγία του επιπεφυκότα (υπόσφαγμα) ή αιμορραγία της μύτης (επίσταξης) μπορεί να προκληθεί, λόγω της αυξημένης πίεσης κατά την διάρκεια της πρόκλησης εμετού (Westmoreland, Krantz, Mehler, 2015; Castillo & Weiselberg, 2017).

Κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών:

- **Διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών:** Όπως και με την πρόκληση εμετού, έτσι και με την κατάχρηση καθαρτικών μπορεί να προκληθεί υποκαλιαιμία. Παρ' όλα

αυτά, σε ασθενείς που κάνουν υπερβολική χρήση καθαρτικών, παρατηρείται μεταβολική οξέωση (Castillo & Weiselberg, 2017). Με την κατάχρηση διουρητικών, προκαλείται αφυδάτωση, που οδηγεί σε υπονατρίαμια, υποχλωραιμία και μειωμένη λειτουργία των νεφρών (Goldstein & DeVries, 2017).

- **Επιπτώσεις στην εντερική λειτουργία:** Μια από τις μεγαλύτερες επιπτώσεις της κατάχρησης καθαρτικών, είναι η πρόκληση του συνδρόμου καθαρτικού παχέος εντέρου, όπου το παχύ έντερο καθίσταται ανίκανο να προωθήσει τα κόπρανα και αυτό οδηγεί σε σοβαρή δυσκοιλιότητα, όταν διακοπεί η χρήση αυτών (Westmoreland, Krantz, Mehler, 2015; Castillo & Weiselberg, 2017). Άλλες επιπτώσεις που μπορεί να συμβούν είναι: πρόπτωση ορθού, διάρροια, εμφάνιση αιμορροΐδων και αιμορραγία ορθού. (Westmoreland, Krantz, Mehler, 2015).

Με την αυστηρή περιοριστική δίαιτα και τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, μπορούν να προκληθούν πολλές ορμονικές μεταβολές, καθώς και διακυμάνσεις στο βάρος και ανεπάρκειες πολλών θρεπτικών συστατικών και βιταμινών (Robert-McComb, Albracht & Gary, 2014; Harrington, Jimerson & Haxton, 2015; Goldstein & DeVries, 2017). Οι πιο συχνές ορμονικές μεταβολές, είναι η μείωση της προλακτίνης και της οιστραδιόλης και η αύξηση της τεστοστερόνης και της κορτιζόλης στο πλάσμα. Οι παραπάνω μεταβολές συσχετίζονται με την εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία. Τέλος, μπορεί να προκληθούν διαταραχές της έμμηνου ρύσεως λόγω των συχνών διακυμάνσεων του βάρους, της ανεπάρκειας πολλών θρεπτικών συστατικών και του παρατεταμένου άγχους, που μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα την oligομηνόρροια και επιπτώσεις στην γονιμότητα (Robert-McComb, Albracht & Gary, 2014).

1.3.5. ANTIMETΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική προσέγγιση των ατόμων με ψυχογενή βουλιμία θα πρέπει να ακολουθεί ένα εξατομικευμένο πλάνο με βάση τις ανάγκες του κάθε ασθενούς, ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες για ανάρρωση. Λόγω του ότι η ασθένεια περιλαμβάνει κινδύνους για την υγεία, διατροφικούς κινδύνους και πληθώρα ψυχολογικών συμπτωμάτων, η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να απαρτίζεται από ιατρό, διατροφολόγο και ψυχοθεραπευτή

αντίστοιχα (Castillo & Weiselberg, 2017). Οι πιο διαδεδομένοι τρόποι θεραπείας αναφέρονται παρακάτω:

Γνωσιακή – Συμπεριφορική Θεραπεία

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι ένα είδος ψυχοθεραπείας (Tonks, 2003). Ο συγκεκριμένος τρόπος θεραπείας έχει ως στόχο την αλλαγή των δυσλειτουργικών στάσεων (σκέψεων και συμπεριφορών) που διατηρούν τον φαύλο κύκλο της βουλιμίας (Castillo & Weiselberg, 2017). Σύμφωνα με πολλές μελέτες, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι ανώτερη των άλλων διαθέσιμων τεχνικών ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας καθώς και σχεδόν το 50% των ασθενών αναρρώνουν μετά το πέρας των 4-6 μηνών που διαρκεί η θεραπεία (Hurst, Read & Holtham, 2015; Crow & Eckert, 2016). Διαχωρίζεται σε τρία στάδια που είναι τα εξής:

- *1^ο στάδιο:* Ο ασθενής αρχίζει να καταγράφει σε ένα ημερολόγιο το πόσο συχνά τρώει, πότε οδηγείται σε βουλιμικά επεισόδια και επανορθωτικές συμπεριφορές, καθώς και καταγράφει τις σκέψεις του για το φαγητό. Ακόμα, εκπαιδεύεται από τον θεραπευτή για την ψυχοπαθολογία και τα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας.
- *2^ο στάδιο:* Ο ασθενής αρχίζει να μιλάει για το πώς νιώθει για την κατανάλωση τροφής και την εικόνα σώματος του. Μέσω της συζήτησης, ο θεραπευτής βοηθάει τον ασθενή να κατανοήσει γιατί νιώθει έτσι και του προτείνει τρόπους που θα τον κάνουν να νιώσει καλύτερα για τα παραπάνω. Επίσης, ο ασθενής αρχίζει να καταναλώνει ποικιλία τροφίμων και συγκεκριμένα τροφίμων που επιθυμεί αλλά δεν τα καταναλώνει, διότι θεωρούσε ότι είναι απαγορευμένα.
- *3^ο στάδιο:* Ο ασθενής είναι το πιο πιθανόν να νιώθει καλύτερα και να μην οδηγείται συχνά σε επεισόδια υπερφαγίας. Ο θεραπευτής εκπαιδεύει τον ασθενή σε τεχνικές που θα τον βοηθήσουν να μην οδηγηθεί ξανά σε βουλιμικά επεισόδια.

(Tonks, 2003)

Φαρμακοθεραπεία

Πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν αποδειχθεί ότι έχουν ευεργετικές δράσεις στην αντιμετώπιση των βουλιμικών επεισοδίων για σύντομο χρονικό διάστημα, παρ' όλα αυτά μόνο η φλουοξετίνη έχει εγκριθεί από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ. Πολλές μελέτες ερευνούν τον συνδυασμό της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας με τα αντικαταθλιπτικά. Σε γενικές γραμμές η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι πιο

αποτελεσματική από την φαρμακοθεραπεία και ο συνδυασμός της φαρμακοθεραπείας με την γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία πιο αποτελεσματικός από την φαρμακοθεραπεία μόνη της (Crow & Eckert, 2016). Ο λόγος που η φαρμακοθεραπεία δεν προτιμάται μόνη της είναι ,επειδή σαν θεραπεία έχει χαμηλό ποσοστό ύφεσης, με μόνο 1 στους 5 ασθενείς να είναι ικανός να σταματήσει τα βουλιμικά επεισόδια (Mitchell, Agras & Wonderlich, 2007). Υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι ο συνδυασμός και των δύο μπορεί να είναι ευεργετικός στην παρουσία άγχους, κατάθλιψης και στον περιορισμό της τροφής, χωρίς όμως να έχει καλύτερα αποτελέσματα στα βουλιμικά επεισόδια, από την γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μόνη της (Crow & Eckert, 2016). Τέλος σε περίπτωση που ο ασθενής αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στην ψυχοθεραπεία μπορεί να συστηθεί χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία (Harrington et al, 2015).

Διατροφική Αντιμετώπιση

Η Ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από μια διατάραξη στην συμπεριφορά απέναντι στην τροφή, όπου η συνεισφορά του διαιτολόγου στην θεραπεία της είναι σημαντική και πολλές φορές οι βουλιμικές συμπεριφορές αναγνωρίζονται πρώτα από του διαιτολόγους (Connor, Touyz & Beumont, 1988; ADA, 2011). Ο κύριος στόχος της διατροφικής παρέμβασης είναι να σπάσει τον φαύλο κύκλο της βουλιμίας (Hill & Kirk, 2005). Για να επιτευχθεί αυτό, ο διατροφολόγος παρέχει απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την διατροφή στον ασθενή και συγκεκριμένα όσο αφορά τις ενεργειακές ανάγκες, την σωστή ρύθμιση του βάρους, πληροφορίες σχετικά με τον μεταβολισμό, ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις της ασιτίας καθώς και τις επιπτώσεις των βουλιμικών επεισοδίων. Ακόμα, ο διατροφολόγος συνιστά στον ασθενή να συμπληρώνει καθημερινά ένα ημερολόγιο, όπου θα καταγράφει τι γεύματα και πόσο συχνά τα καταναλώνει, την αξιολόγηση της πείνας και του κορεσμού που νιώθει σε κάθε γεύμα, το περιβάλλον που καταναλώνει τα γεύματα, τα επεισόδια υπερφαγίας και τις επανορθωτικές συμπεριφορές καθώς και τα συναισθήματα που συνδέονται με αυτά τα επεισόδια (ADA, 2006). Αυτό θα βοηθήσει τον διαιτολόγο να δει την πρόοδο του ασθενούς και να τον συμβουλέψει να ακολουθήσει ένα πλάνο γεύματος, που θα καλύπτονται επαρκώς οι ενεργειακές του ανάγκες για ένα υγιές βάρος και οι ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά, όπως και να καταναλώνει ποικιλία τροφίμων, συμπεριλαμβανομένου των τροφίμων με υψηλή ενέργεια, που αποφεύγονται από τους ασθενείς. Με την συχνή κατανάλωση ποικιλίας τροφίμων μειώνεται

η μεγάλη επιθυμία των ασθενών για κατανάλωση “απαγορευμένων” τροφίμων, που τους οδηγεί σε βουλιμικά επεισόδια και απώλεια ελέγχου (Connor, Touyz & Beumont, 1988).

Ενδονοσοκομειακή φροντίδα

Η νοσηλεία σε νοσοκομείο των ατόμων με ψυχογενή βουλιμία δεν είναι συχνά απαραίτητη (Goldbloom & Garfinkel, 2003). Παρ’ όλα αυτά μπορεί να κριθεί απαραίτητη στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Σε αυτοκτονικές τάσεις
- Σε σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- Σε αφυδάτωση
- Σε αρρυθμία
- Σε συγκοπή
- Σε ανεξέλεγκτο εμετό και αιματέμεση
- Σε πολυάριθμες καθαρκτικές συμπεριφορές
- Σε προϋπάρχον σακχαρώδη διαβήτη
- Σε αποτυχία εξωνοσοκομειακής φροντίδας

(Goldbloom & Garfinkel, 2003; Harrington et al, 2015; Castillo & Weiselberg, 2017)

1.4. ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

1.4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η επεισοδιακή υπερφαγία είναι μία κατάσταση κατά την οποία το άτομο καταναλώνει μέσα σε μία χρονική στιγμή (περίπου 2 ώρες), μία συγκεκριμένη ποσότητα φαγητού, η οποία είναι μεγαλύτερη από αυτήν που θα κατανάλωνε γενικά ένα άτομο, μέσα στην ίδια χρονική στιγμή και κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Τα επεισόδια αυτά είναι επαναλαμβανόμενα και κατά τη διάρκειά τους το άτομο νιώθει ένα αίσθημα απώλειας ελέγχου. Παρόλα αυτά δεν γίνεται χρήση κάποιας αντιρροπιστικής συμπεριφοράς, καθαρτικού τύπου ή μη, δηλαδή το άτομο δεν κάνει κάτι ώστε να “διορθώσει” την πράξη που προηγήθηκε (Phillips, 2016).

Διάγνωση:

Για να γίνει διάγνωση για αυτή την διαταραχή υπάρχουν κάποια κριτήρια. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το DSM-5, το οποίο είναι το διαγνωστικό σύστημα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας και κυκλοφόρησε το 2013, για να μπορεί να διαγνωσθεί ένα άτομο με αυτή τη διαταραχή, θα πρέπει τα επεισόδια να χαρακτηρίζονται από:

1. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο χαρακτηρίζεται από τα εξής δύο:
 - Κατανάλωση, σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή, ποσότητα φαγητού που είναι μεγαλύτερη από αυτή που θα καταλάωναν άλλα άτομα σε αυτή τη χρονική στιγμή και κάτω από τις ίδιες συνθήκες.
 - Απουσία αισθήματος ελέγχου σχετικά με το φαγητό κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.
2. Τα επεισόδια σχετίζονται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα:
 - Το άτομο τρώει πολύ πιο γρήγορα από το φυσιολογικό.
 - Το άτομο τρώει μέχρι να εμφανιστεί το δυσάρεστο αίσθημα πληρότητας.
 - Το άτομο τρώει μεγάλες ποσότητες φαγητού χωρίς να νιώθει πραγματική πείνα.
 - Το άτομο τρώει χωρίς παρέα γιατί νιώθει ντροπή για το πόσο πολύ τρώει.
 - Το άτομο αισθάνεται αηδία με τον εαυτό του, μελαγχολία ή μεγάλη ενοχή μετά το επεισόδιο.
3. Το άτομο αισθάνεται έντονη δυσφορία σχετικά με το υπερφαγικό επεισόδιο.
4. Τα επεισόδια συμβαίνουν, κατά προσέγγιση, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τρεις εβδομάδες.
5. Τα επεισόδια δεν σχετίζονται με επαναλαμβανόμενες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως συμβαίνει στην ψυχογενή βουλιμία και δεν συμβαίνουν απαραίτητα κατά τη διάρκεια της ψυχογενούς βουλιμίας ή της ψυχογενούς ανορεξίας.

Θα πρέπει να καθοριστεί εάν:

- Το άτομο βρίσκεται σε μερική ύφεση: Αφού πληρούσε όλα τα κριτήρια επεισοδιακής υπερφαγίας στο παρελθόν, επεισόδια υπερφαγίας συμβαίνουν

λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα κατά μέσο όρο σε παρατεταμένη χρονική περίοδο.

- Το άτομο βρίσκεται σε ολική ύφεση: Αφού πληρούσε όλα τα κριτήρια επεισοδιακής υπερφαγίας στο παρελθόν, κανένα από τα κριτήρια δεν πληρεί πλέον για παρατεταμένη χρονική περίοδο.

Καθορισμός της τρέχουσας σοβαρότητας:

Το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας βασίζεται στη συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων. Έτσι η σοβαρότητα της διαταραχής διακρίνεται σε:

- I. Ήπια: 1-3 επεισόδια την εβδομάδα.
- II. Μέτρια: 4-7 επεισόδια την εβδομάδα.
- III. Σοβαρή: 8-13 επεισόδια την εβδομάδα.
- IV. Ακραία: περισσότερα από 14 επεισόδια την εβδομάδα.

(American Psychiatric Association, 2013)

Επίσης, κάποιοι ειδικοί, βασισμένοι στο ότι πολλά άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή αναφέρουν ότι το βάρος και το σχήμα του σώματός τους παίζει κεντρικό ρόλο στο πως κρίνουν οι ίδιοι την προσωπική τους αξία, υποστηρίζουν ότι η υπερεκτίμηση του σωματικού βάρους και σχήματος θα πρέπει να συμπεριληφθεί ως διαγνωστικό κριτήριο (Amianto et al, 2015)

1.4.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Η διαταραχή μεταξύ των δύο φύλων:

Υπάρχουν διαφορετικοί λόγοι για τους οποίους εκδηλώνεται η διαταραχή στους άνδρες και στις γυναίκες. Στην πρώτη περίπτωση μπορεί να σχετίζεται με αρνητικά συναισθήματα, όπως κατάθλιψη και θυμό και με προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Στην δεύτερη περίπτωση, μπορεί να συνδέεται με αποτυχημένες προσπάθειες για δίαιτα και επειδή πιστεύουν ότι αυτός ο τρόπος τους βοηθάει να αντιμετωπίζουν τις αρνητικές επιδράσεις. Γενικά, οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στο να εκδηλώνουν ακραίες συμπεριφορές ώστε να έχουν μια ικανοποιητική δίαιτα ή βάρος σώματος σε σύγκριση με τους άνδρες (Barry, Grilo & Mashed, 2001).

Όσον αφορά την ηλικία κατά την οποία και τα δύο φύλα ξεκινούν και έχουν τέτοιες συμπεριφορές ως προς τη δίαιτα και γενικά το φαγητό, έρευνες έχουν δείξει ότι δεν υπάρχει

σημαντική διαφορά. Το ίδιο έχει αποδειχθεί και για τα μέτρα που λαμβάνονται για τις διαταραχές σχετικά με το φαγητό, τις ανησυχίες για το σωματικό βάρος και σχήμα, τα διαπροσωπικά προβλήματα και την αυτοεκτίμηση (Stunkard & Allison, 2003; Barry, Grilo & Mashed, 2001).

Η διαταραχή στα παχύσαρκα και μη άτομα:

Όσον αφορά την παχυσαρκία, έχει αποδειχθεί από πολλές μελέτες, ότι συνδέεται άμεσα με αυτή τη διαταραχή και την συχνότητα της. Συγκεκριμένα, τα άτομα, τις περισσότερες φορές, μέσω της διαταραχής οδηγούνται στην παχυσαρκία, αλλά και ένα παχύσαρκο άτομο έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξει την διαταραχή (Wilfley, Wilson & Agras, 2003; Dingemans & van Furth, 2012).

Ανάμεσα στα παχύσαρκα και μη άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή έχουν εντοπισθεί κάποιες ομοιότητες. Αυτά τα άτομα μοιράζονται τις ίδιες ανησυχίες σχετικά με την κατανάλωση φαγητού και το σχήμα σώματος, έχουν το ίδιο επίπεδο αυτοσυγκράτησης (απώλεια ελέγχου κατά την κατανάλωση φαγητού) και φαίνεται να έχουν εξίσου παρόμοια ψυχολογική κατάσταση (Wilfley, Wilson & Agras, 2003). Σε αντίθεση, τα παχύσαρκα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία, έχει δείχθει ότι καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες στα γεύματά τους, έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσφορία και παρουσιάζουν μεγαλύτερη συνοσηρότητα σε σχέση με τα παχύσαρκα άτομα χωρίς την παρουσία της διαταραχής (American Psychiatric Association, 2013).

Συννοσηρότητα

Η επεισοδιακή υπερφαγία, έχει αποδειχθεί, ότι συσχετίζεται με την κατάθλιψη (μείζονα κατάθλιψη), με αγχώδεις διαταραχές, με διαταραχές της προσωπικότητας (δραματική, μεταιχμιακή και αποφευκτική), άλλες διατροφικές διαταραχές και κατάχρηση ουσιών (Adams & Sutker, 2002).

1.4.3. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Οικογενειακοί παράγοντες: Τα άτομα με την διαταραχή εμφανίζουν μικρότερη επαφή με τους γονείς τους καθώς και δέχονται επικριτικά σχόλια από αυτούς για την τροφή, την εικόνα σώματος και το βάρος σώματος (Smolak & Levine, 2015). Επίσης, η παιδική παχυσαρκία ή η παρουσία παχυσαρκίας στην οικογένεια καθώς και η παρουσία

διαταραγμένης διατροφής στην οικογένεια αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη επεισοδιακής υπερφαγίας (Hilbert et al, 2014).

Βιολογικοί παράγοντες: Έχειδειχθεί η παρουσία μειωμένης σεροτονινεργικής δραστηριότητας (η σεροτονίνη είναι υπεύθυνη για την ρύθμιση της πείνας και του κορεσμού) σε παχύσαρκα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία σε σχέση με τα παχύσαρκα άτομα χωρίς την παρουσία αυτής (Smolak & Levine, 2015).

Γενετικοί παράγοντες: Πρόσφατες έρευνες δείχνουν την σημασία των γονιδίων στην έκφραση των διατροφικών συνηθειών και γενικότερα της διαταραχής, με μέτρια έως υψηλή κληρονομικότητα ανεξάρτητη του φύλου (Amianto et al, 2015).

Φαύλος κύκλος επεισοδιακής υπερφαγίας

Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή εμπλέκονται σε έναν φαύλο κύκλο υπερφαγίας, ο οποίος συνδέεται από πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία περιγράφονται παρακάτω:

Πριν το επεισόδιο υπερφαγίας: Παρουσιάζονται πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα (χαμηλή αυτοεκτίμηση και μοναξιά), άγχος και στρες τα οποία συνδέονται με την δυσαρέσκεια που έχει το άτομο σχετικά με την εικόνα του σώματός του, που ξεπερνά αυτή των υπέρβαρων χωρίς υπερφαγικά επεισόδια (Smolin & Grosvenor, 2011). Ακόμα, τα άτομα αυτά μπορεί να έχουν κάνει πολλές προσπάθειες δίαιτας, οι οποίες να μην ήταν επιτυχείς με αποτέλεσμα να έχουν ένα ασταθές βάρος και λόγω θυμού και παρορμητικότητας που τα χαρακτηρίζει να οδηγούνται σε επεισόδια υπερφαγίας (Wever et al, 2018).

Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων: Τα επεισόδια υπερφαγίας φαίνεται να πραγματοποιούνται πιο συχνά νωρίς το απόγευμα προς το βράδυ, περισσότερο τις καθημερινές παρά τα σαββατοκύριακα καθώς και η διάρκεια τους ποικίλλει από το ένα άτομο στο άλλο (Amianto et al, 2015). Προκαλούνται από τα αρνητικά συναισθήματα και από διάφορες ορμονικές ανωμαλίες που συνδέονται με το αίσθημα της πείνας και του κορεσμού όπως προαναφέρθηκε. Κατά την διάρκεια των επεισοδίων τα άτομα αυτά διακατέχονται, από ένα αίσθημα ανικανότητας να ελέγχουν τον τύπο και την ποσότητα των τροφών. Οι επιλογές των φαγητών που καταναλώνουν είναι τρόφιμα πλούσια σε λίπος και υδατάνθρακα, σνακ και γλυκά (Smolin & Grosvenor, 2011).

Μετά τα επεισόδια: Αφού πραγματοποιηθεί το επεισόδιο υπερφαγίας, το άτομο νιώθει απόγνωση, ντροπή, ενοχή και ότι είναι ανίκανο να αντιμετωπίσει με άλλο τρόπο τα προβλήματά του, συνεχίζει όμως να υπάρχει ένα επίμονο αίσθημα πείνας και εμμονής με το φαγητό, το οποίο το οδηγεί στο να αισθάνεται τα ίδια συναισθήματα και σε ένα ακόμα επεισόδιο (Smolin & Grosvenor, 2011).

1.4.4. ΕΠΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπτώσεις που μπορεί να προκληθούν λόγω της επεισοδιακής υπερφαγίας, συσχετίζονται κυρίως με την παρουσία της παχυσαρκίας, την σοβαρότητα και την διάρκειά της και είναι οι εξής (Mitchell, 2016).

- Υπέρταση: χρόνια αύξηση της αρτηριακής πίεσης πάνω από μία συγκεκριμένη οριακή τιμή (Giles et al, 2009).
- Διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ (αυξημένες τιμές χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων) (Mitchell, 2016).
- Καρδιαγγειακές παθήσεις: Παθήσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από την δυσλειτουργία του κυκλοφοριακού συστήματος, όπως στεφανιαία νόσος, αγγειακή εγκεφαλική νόσος, περιφερική αρτηριακή νόσος, αρρυθμίες, εγκεφαλικό, καρδιακή ανεπάρκεια κλπ. (Whitbourn, 2016).
- Διαβήτης τύπου II: διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης και της ινσουλίνης που χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και αντίσταση των ιστών στη δράση της ινσουλίνης και είναι μη ινσουλινοεξαρτώμενος (Ryden et al, 2013).
- Διαταραχές και προβλήματα στον ύπνο (Mitchell, 2016).
- Ινομυαλγία: χρόνια ασθένεια με βασικό χαρακτηριστικό τον γενικευμένο πόνο, αλλά οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν αϋπνία, καταθλιπτικά συμπτώματα, γαστροεντερικές διαταραχές κ.α (Galea, Fernández-Aceñero & Moreno de la Fuente, 2017).
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου: Ιατρική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από χρόνια επαναλαμβανόμενο κοιλιακό πόνο, δυσφορία και αλλαγές στην κινητικότητα του εντέρου, οι οποίες προκύπτουν χωρίς την παρουσία άλλων γαστρεντερικών ασθενειών (Defrees & Bailey, 2017).
- Δυσλειτουργία στην έμμηνο ρύση (Mitchell, 2016).

- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών: Ενδοκρινική διαταραχή, που έχει εκδηλώσεις στον μεταβολισμό, στο αναπαραγωγικό και καρδιαγγειακό σύστημα. Χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία της έμμηνου ρύσεως και από υψηλή παραγωγή ανδρογόνων (King, 2010).
- Άσθμα: κοινή κατάσταση που οφείλεται σε χρόνια φλεγμονή της κατώτερης αναπνευστικής οδού (Mims, 2015).
- Δυσάρεστα γαστρικά συμπτώματα (Mitchell, 2016).
- Νόσος της χοληδόχου κύστης: Παρουσία πετρών στην χολή με κύριο σύμπτωμα τον πόνο στην χοληδόχο (Shrinivasan, Friedman & Anania, 2017).
- Καρκίνος (παχέος εντέρου, μαστών, ενδομητρίου, χοληδόχου κύστης) (Mitchell, 2016).
- Λιπώδες ήπαρ: Εναπόθεση λίπους στο ήπαρ με συγκεκριμένα μορφολογικά χαρακτηριστικά που εμφανίζεται σε κάποιες ηπατικές νόσους, όπως αλκοολική ή μη αλκοολική στεάτωση και στεατοηπατίτιδα (Kanel, 2017).
- Οστεοαρθρίτιδα: Χρόνια παθολογική κατάσταση των αρθρώσεων και της σπονδυλικής στήλης καθώς και παρουσία φλεγμονής. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική καταστροφή του αρθρικού χόνδρου και την δημιουργία νέου ιστού (Chu & Thornhill, 2001).

1.4.5. ANTIMETΩΠΙΣΗ

Οι πιο διαδεδομένοι τρόποι θεραπείας είναι η ψυχολογική θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει την γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT) και την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT). Φαίνεται ότι προτιμώνται ιδιαίτερα για τα άτομα που υπερεκτιμούν το βάρος και το σχήμα του σώματος τους και για άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυξημένη ψυχοπαθολογία. Και οι δύο θεραπείες έχουν ως αποτέλεσμα να οδηγούν σε ύφεση και να εξαλείφουν σε μεγάλο βαθμό, την επεισοδιακή υπερφαγία και να βελτιώνουν την ψυχοπαθολογία που σχετίζεται με τη νόσο με το να την μειώνουν (Wilson, 2011).

Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT): Αποτελείται από 16 έως 20 συνεδρίες, όπου αναπτύσσεται μία διατύπωση σχετικά με τα ψυχολογικά προβλήματα του ατόμου με σκοπό να καθοριστεί πώς οι διαιτητικοί και οι συναισθηματικοί παράγοντες συμβάλλουν στα υπερφαγικά τους επεισόδια, περιλαμβάνει εβδομαδιαία παρακολούθηση της υπερφαγικής συμπεριφοράς, της διαιτητικής πρόσληψης και του βάρους και ο θεραπευτής μοιράζεται

αυτά που έχει καταγράψει, σχετικά με το βάρος, με το άτομο. Ακόμα, με βάση τη διατύπωση που έχει προηγηθεί, ο θεραπευτής συμβουλεύει τα άτομα να τρώνε τακτικά κανονικά και ενδιάμεσα γεύματα, για να αποφύγουν το αίσθημα πείνας και αντιμετωπίζει τα συναισθηματικά αίτια χρησιμοποιώντας συμπεριφορικά πειράματα, γνωσιακή αναδόμηση και παροτρύνει το άτομο να εκθέτει αυτά που νιώθει. Επίσης, ο θεραπευτής εξετάζει τα προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν σχετικά με την εικόνα του σώματος, εξηγεί στο άτομο ότι παρόλο που η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία δεν στοχεύει σε απώλεια βάρους, με το να σταματήσουν τα υπερφαγικά επεισόδια θα μπορεί, μακροπρόθεσμα, να υπάρξει αυτό το αποτέλεσμα και συμβουλεύει το άτομο να μην προσπαθήσει να χάσει βάρος κατά τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς έτσι μπορεί να δημιουργηθούν νέα επεισόδια υπερφαγίας (NICE, 2017)

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT): Περιλαμβάνει την πρώτη φάση που αποτελείται από 4 συνεδρίες και σχετίζεται με το πλαίσιο στο οποίο αναπτύχθηκε και διατηρήθηκε η διαταραχή. Το δεύτερο στάδιο έχει ως στόχο να βοηθήσει τους ασθενείς να κάνουν διαπροσωπικές αλλαγές σε αυτό τον τομέα και η θεραπεία ολοκληρώνεται με 3 συνεδρίες, στις οποίες γίνεται ανασκόπηση της προόδου των ασθενών και αναζήτηση τρόπων διαχείρισης μελλοντικών διαπροσωπικών δυσκολιών. Αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αλλά δεν προσφέρουν κλινικά σημαντική απώλεια βάρους (Wilson, 2011).

Συμπεριφορική θεραπεία για απώλεια βάρους (BWLТ): Για τους παραπάνω λόγους, η συγκεκριμένη βοηθάει στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, καθώς περιλαμβάνει μέτριο περιορισμό θερμίδων, βελτιωμένη διατροφή και αυξημένη φυσική δραστηριότητα. Το πλεονέκτημα αυτής της θεραπείας είναι ότι οδηγεί σε κλινικά σημαντική βραχυπρόθεσμη απώλεια βάρους και ότι μπορεί να εφαρμοστεί από ένα ευρύτερο φάσμα επαγγελματιών υγείας παρά από μία ψυχολογική θεραπεία ειδικότητας (Wilson, 2011).

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική θεραπεία φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές από την συμπεριφορική θεραπεία για απώλεια βάρους όσον αφορά τη μείωση της επεισοδιακής υπερφαγίας μακροπρόθεσμα (McElroy et al, 2015).

Φαρμακευτική αγωγή: Χορήγηση αντικαταθλιπτικών, τα οποία έχουν βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα στη μείωση της διαταραχής και των συνοδών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά δεν σχετίζονται με σημαντική απώλεια βάρους (McElroy et al, 2015). Επίσης, μπορούν να βοηθήσουν και τα κατασταλτικά της όρεξης για την αντιμετώπιση της

παχυσαρκίας, καθώς και η τοπιραμάτη, η οποία είναι αντισπασμωδικό και σταθεροποιητής της διάθεσης, χρησιμεύει στη μείωση της όρεξης και στην απώλεια βάρους κι έτσι μειώνονται τα επεισόδια υπερφαγίας. Τέλος, κάποιες μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει εικονικά φάρμακα, απέδειξαν ότι η δεσιπραμίνη, η φλουβοξαμίνη, η φλουοξετίνη, η σετραλίνη, η σιταλοπράμη και η δεξφενφλουραμίνη είναι αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της επεισοδιακής υπερφαγίας (Cartel et al, 2003; Fairburn & Brownell , 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την σοβαρότητα των διατροφικών διαταραχών, παρατηρείται συχνά ότι δεν γίνεται έγκαιρη διάγνωση και ότι πολλοί ασθενείς δεν αναζητούν ή δεν λαμβάνουν θεραπεία (Aardoom, Dingemans & Van Furth, 2016). Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση, μόνο το 23% των περιπτώσεων με διαγνωσμένη κάποια διατροφική διαταραχή αναζητούν θεραπεία (Hart, Granillo, Jorm, & Paxton, 2011). Η αποτροπή των ασθενών από το να ζητήσουν βοήθεια από κάποιο ειδικό απορρέει συνήθως από αρνητικά συναισθήματα, όπως ντροπή και φόβο κοινωνικού στιγματισμού, μειωμένη αντίληψη της σοβαρότητας της ασθένειας, άρνηση της ανάγκης για θεραπεία, έλλειψη κινητοποίησης για αλλαγή, παλιές εμπειρίες με μη αποτελεσματική θεραπεία, μη διαθέσιμους τρόπους θεραπείας, καθώς και το κόστος των υπηρεσιών (Ter Huurne, Postel, De Haan & DeJong, 2013; Muir et al, 2017). Από τα παραπάνω, προκύπτει η ανάγκη ανάπτυξης παρεμβάσεων για τις διατροφικές διαταραχές, που θα ξεπερνούν τα παραπάνω εμπόδια, θα είναι άμεσα διαθέσιμες και πιο εύκολα προσβάσιμες σε παγκόσμιο επίπεδο (Aardoom, Dingemans & Van Furth, 2016).

Με αφορμή την ανάπτυξη της τεχνολογίας, η διαδικτυακή θεραπεία έχει την δυνατότητα να αντιμετωπίσει αυτές τις προκλήσεις και να αποτελέσει ένα πολλά υποσχόμενο τρόπο παρέμβασης, λόγω της ευρείας πρόσβασης στο διαδίκτυο και της αυξημένης χρήσης του από το γενικό πληθυσμό (Ter Huurne, Postel, De Haan & DeJong, 2013; Aardoom, Dingemans & Van Furth, 2016). Το διαδίκτυο, έχει αποδειχθεί ήδη ως ένας τρόπος αποτελεσματικής παρέμβασης για ασθενείς με διάφορες ψυχολογικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, διαταραχές άγχους και κατάχρηση αλκοόλ (Ter Huurne, Postel, De Haan, Drossaert & DeJong, 2013). Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα για την αποτελεσματικότητα της διαδικτυακής θεραπείας των διατροφικών διαταραχών είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο, με μέτριο αριθμό μελετών, που όμως δείχνουν σε γενικές γραμμές θετικά αποτελέσματα. Οι περισσότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί, ασχολούνται με την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών, ενώ πρόσφατα υπάρχει μια αύξηση ενδιαφέροντος για την διερεύνηση παρεμβάσεων σε άτομα που πάσχουν ήδη από αυτές τις διαταραχές, σε άτομα που βρίσκονται σε στάδιο ανάρρωσης, καθώς και στους φροντιστές των ατόμων αυτών. (Dölemeyer, Tietjen, Kersting & Wagner, 2013; Jacobi et al, 2017; Spencer et al, 2019). Επί το πλείστον, οι έρευνες εστιάζονται στην ψυχογενή βουλιμία, την επεισοδιακή υπερφαγία,

στις μη προσδιοριζόμενες αλλιώς διατροφικές διαταραχές και στην δυσαρέσκεια με το σώμα, ενώ υπάρχει πολύ μικρός αριθμός ερευνών για την αποτελεσματικότητα της διαδικτυακής θεραπείας στην ψυχογενή ανορεξία. Αυτό, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η απώλεια βάρους που συνδέεται με την ψυχογενή ανορεξία μπορεί να είναι απειλητική για την ζωή (Dölemeyer, Tietjen, Kersting & Wagner, 2013).

2.2. ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η διαδικτυακή θεραπεία των διατροφικών διαταραχών βασίζεται στο μοντέλο της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας, που όπως μελετήθηκε στο πρώτο κεφάλαιο, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην μείωση της συμπτωματολογίας και της αλλαγής της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των ατόμων με αυτές τις διαταραχές (Ruwaard, 2012). Για την εφαρμογή αυτού του τρόπου θεραπείας, γίνεται αξιοποίηση συσκευών που έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο, όπως οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, τα κινητά τηλέφωνα (Smartphone) ή τα τάμπλετ, όπου παρέχεται πρόσβαση σε ιστοσελίδες ή εφαρμογές με υποστηρικτικό υλικό (Loucas et al, 2014). Στην περίπτωση που υπάρχει δυνατότητα επικοινωνίας με τον θεραπευτή, αυτή μπορεί να γίνει είτε συγχρονικά (σε πραγματικό χρόνο) μέσω τηλεδιάσκεψης και συγχρονικής ανταλλαγής μηνυμάτων (chat) ή ασύγχρονα (επικοινωνία που πραγματοποιείται σε οποιοδήποτε χρόνο) μέσω ανταλλαγής μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) και γραπτών μηνυμάτων σε διάφορες πλατφόρμες (Schlegl et al, 2015). Με βάση τα παραπάνω προκύπτουν 3 μορφές διαδικτυακής θεραπείας.

2.2.1. ΜΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ

Η μη κατευθυνόμενη αυτοβοήθεια είναι μια μορφή διαδικτυακής παρέμβασης όπου δεν συμπεριλαμβάνεται η βοήθεια κάποιου ειδικού θεραπευτή (Ruwaard, 2012). Τα προγράμματα αυτοβοήθειας είναι ειδικά σχεδιασμένα, ώστε οι ασθενείς να δουλεύουν μέσα από αυτά ανεξαρτήτως της παρουσίας ενός θεραπευτή και μπορούν να τα χρησιμοποιήσουν είτε στο σπίτι ή σε ένα χώρο υγείας (Schlegl et al, 2015). Πρόκειται για μια μέθοδο με χαμηλό κόστος και απευθύνεται σε μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού. Αυτές οι παρεμβάσεις θεωρούνται αποτελεσματικές για πολλά ψυχολογικά συμπτώματα, αν και τα αποτελέσματα της έχουν μικρή στατιστική σημαντικότητα και τα ποσοστά αποχώρησης είναι υψηλά. Παρ' όλα αυτά, αυτό το είδος διαδικτυακής θεραπείας εφαρμόζεται σε μεγάλο βαθμό καθημερινά για προληπτικούς σκοπούς, βασισμένο στην υπόθεση ότι οι παρεμβάσεις με μικρά

αποτελέσματα μπορούν να έχουν ένα αξιοσημείωτο αντίκτυπο εάν είναι διαθέσιμες σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού (Ruwaard, 2012).

2.2.2. ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ

Η κατευθυνόμενη αυτοβοήθεια είναι μια μορφή διαδικτυακής παρέμβασης, όπου υπάρχει παρουσία ενός θεραπευτή, ο οποίος υποστηρίζει το άτομο καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας. Η υποστήριξη παρέχεται σε συστηματική βάση με την μορφή ενθάρρυνσης, επίλυσης πιθανών αποριών, παρακολούθησης καθώς και αξιολόγησης της προόδου του ατόμου (Andersson, Carlbring, Ljótsson & Hedman, 2013). Συνήθως, τα παραπάνω πραγματοποιούνται μέσω ανταλλαγής μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, αλλά κάποιες φορές δίνεται η δυνατότητα επικοινωνίας μέσω συγχρονικής ανταλλαγής μηνυμάτων, τηλεδιάσκεψης, τηλεφώνου ή πρόσωπο με πρόσωπο (Andersson, Carlbring, Ljótsson & Hedman, 2013; Ruwaard, 2012). Πιο συγκεκριμένα, η επικοινωνία με τον θεραπευτή λαμβάνει χώρα συνήθως μια φορά την εβδομάδα και διαρκεί περίπου 15 λεπτά (Andersson, Carlbring, Ljótsson & Hedman, 2013). Σε σύγκριση με την μη κατευθυνόμενη αυτοβοήθεια, η κατευθυνόμενη έχει παραπάνω κόστος και είναι λιγότερη προσβάσιμη. Παρ' όλα αυτά, λόγω της δυνατότητας καθοδήγησης από έναν ειδικό, θεωρείται πιο αποτελεσματική σαν παρέμβαση (Ruwaard, 2012).

2.2.3. ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διαδικτυακή ψυχοθεραπεία είναι μια επέκταση της κατευθυνόμενης αυτοβοήθειας. Όπως η κατευθυνόμενη αυτοβοήθεια, έτσι και η διαδικτυακή ψυχοθεραπεία προάγει την αυτοαποτελεσματικότητα μέσω ενός συνδυασμού ασκήσεων και ψυχοεκπαίδευσης. Ωστόσο, ο ρόλος του θεραπευτή δεν περιορίζεται στο να προσφέρει μόνο υποστήριξη στον ασθενή όσο αφορά το υλικό της αυτοβοήθειας. Πιο συγκεκριμένα, αυτό το είδος διαδικτυακής παρέμβασης μοιράζεται τα ίδια χαρακτηριστικά με την θεραπεία πρόσωπο με πρόσωπο, όπου ο ψυχοθεραπευτής εξηγεί κάθε βήμα της θεραπείας στον ασθενή, σημειώνει και αξιολογεί αναλυτικά την πρόοδο του σε κάθε βήμα και σχεδιάζει το επόμενο (Ruwaard, 2012). Τέλος, η επικοινωνία με τον θεραπευτή γίνεται κυρίως μέσω τηλεδιάσκεψης είτε σε συνδυασμό με συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο (Schlegl et al, 2015).

2.3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τα άτομα που επιλέγουν την διαδικτυακή θεραπεία έναντι της παραδοσιακής θεραπείας πρόσωπο με πρόσωπο μπορούν να επωφεληθούν για διάφορους λόγους. Αρχικά, μειώνονται πολλά εμπόδια που το άτομο μπορεί να συναντήσει στην πρόσωπο με πρόσωπο θεραπεία, όπως είναι το κόστος, το οποίο στην διαδικτυακή θεραπεία είναι επί το πλείστον μηδαμινό. Ένα δεύτερο εμπόδιο είναι η πρόσβαση που μπορεί να έχει το άτομο, η οποία υπάρχει 24 ώρες το 24ωρο και μπορεί να πραγματοποιηθεί από οποιοδήποτε μέρος. Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση, η διαδικτυακή θεραπεία υπερέχει της μεγάλης λίστας αναμονής για θεραπεία πρόσωπο με πρόσωπο, καθώς μειώνεται σημαντικά η ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένου της συχνότητας των υπερφαγικών επεισοδίων και της καθαρτικής συμπεριφοράς αλλά και βελτιώνεται η ποιότητα ζωής (Aardoom et al, 2013).

Επίσης, μέσω του διαδικτύου τα άτομα που νοσούν αλλά και οι οικείοι τους, έχουν την δυνατότητα να λάβουν όποιες πληροφορίες χρειάζονται σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Χρησιμοποιώντας το ίδιο μέσο μπορούν οι ασθενείς να αναζητήσουν ομάδες υποστήριξης και να συμμετάσχουν σε αυτές, καθώς είναι πιθανό να μην υπάρχουν τέτοιες ομάδες κάπου κοντά τους. Ακόμα, η παρέμβαση αυτή, διασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την ανωνυμία, με αποτέλεσμα να ενθαρρύνει τους ασθενείς που αισθάνονται ντροπή για την συμπεριφορά τους απέναντι στο φαγητό, να αναζητήσουν βοήθεια (Ter Huurne, Postel, De Haan & DeJong, 2013). Ένα ακόμα σημαντικό πλεονέκτημα είναι το ότι δίνεται στους ασθενείς η ευκαιρία να επιστρέψουν στο πρόγραμμα οποιαδήποτε στιγμή θελήσουν και να έχουν ξανά πρόσβαση στις πληροφορίες της θεραπείας, το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της μάθησης και την ενθάρρυνση διατήρησης της θεραπείας (Andersson & Titov, 2014).

Μία τέτοια παρέμβαση φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τα άτομα που μένουν σε δυσπρόσιτες περιοχές και σε περιοχές όπου τα μέτρα που λαμβάνονται για την φροντίδα της υγείας τους είναι ανύπαρκτα ή μη ικανοποιητικά. Όφελος έχουν και τα άτομα που για να παρευρεθούν σε μια συνεδρία πρέπει να διανύσουν μεγάλες χιλιομετρικές αποστάσεις αλλά και εκείνα που οι ώρες των συνεδριών είναι ακατάλληλες καθώς λόγω της δουλειάς τους ή διάφορων οικογενειακών υποχρεώσεων δεν μπορούν να είναι παρόντες σε όλες τις συνεδρίες, με αποτέλεσμα να μην τους είναι εύκολο να είναι συνεπείς στην θεραπεία τους (Beecham et al. 2018).

Τέλος η διαδικτυακή θεραπεία, δεν έχει πλεονεκτήματα μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τους θεραπευτές. Ένα από αυτά είναι ότι με τη βοήθεια αυτοποιημένων προγραμμάτων, μπορούν να παρακολουθούν την πρόοδο και τα αποτελέσματα των ασθενών και να τους παρέχουν υποστήριξη πριν χειροτερέψει η κατάσταση. Κάτι τέτοιο οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία μέσω του διαδικτύου μπορούν να λάβουν υποστήριξη από τους θεραπευτές πιο γρήγορα από ότι θα λάμβαναν από τις εβδομαδιαίες επισκέψεις. Ένα δεύτερο πλεονέκτημα είναι το ότι διαχειρίζονται μόνο μία παρέμβαση ανά άτομο κι έτσι μπορούν να εστιάσουν περισσότερο στα χαρακτηριστικά του ασθενή για να είναι πιο αποτελεσματική η θεραπεία (Andersson & Titov, 2014). Γι' αυτούς τους λόγους είναι πιο αποτελεσματική η διαδικτυακή παρέμβαση, στην οποία υπάρχει καθοδήγηση από κάποιον ειδικό από αυτές που δεν παρέχουν αντίστοιχη υποστήριξη (Andersson & Titov, 2014; Aardoom et al, 2013).

2.4. ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Παρόλο που η διαδικτυακή θεραπεία έχει πολλά πλεονεκτήματα έναντι της παραδοσιακής θεραπείας πρόσωπο με πρόσωπο, έχει και κάποια μειονεκτήματα και περιορισμούς, τα οποία ίσως να αποτελούν για κάποια άτομα λόγους για να μην ακολουθήσουν αυτή τη θεραπεία. Αρχικά υπάρχει έλλειψη άμεσης παρακολούθησης του ασθενή, λόγω της έλλειψης ανθρώπινης επαφής, γεγονός που οδηγεί σε δυσκολία προσαρμογής της θεραπείας ανάλογα με την πρόοδο του ατόμου. Ένα ποσοστό ατόμων, δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την πρόσωπο με πρόσωπο θεραπεία με την διαδικτυακή, καθώς δεν είναι εξοικειωμένο με την τεχνολογία και δεν γνωρίζουν το πώς να χρησιμοποιήσουν σωστά μια συσκευή που έχει πρόσβαση στο διαδίκτυο (όπως ηλεκτρονικοί υπολογιστές, κινητά τηλέφωνα ή τάμπλετ). Επιπλέον, κάποια άτομα είναι πιθανό να μην διαθέτουν τέτοια δική τους συσκευή ή να μην μπορούν να έχουν γενικά πρόσβαση σε τέτοιες συσκευές ή στο διαδίκτυο, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ακολουθήσουν μια τέτοιου είδους θεραπεία (Gratzer & Khalid-Khan, 2016).

Επίσης, το άτομο μπορεί να επιλέξει να ακολουθήσει μια ακατάλληλη θεραπεία, η οποία δεν θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές του ανάγκες. Κάτι τέτοιο είναι πιθανό να συμβεί διότι η διαδικτυακή θεραπεία, κάποιες φορές, χρησιμοποιεί ηλεκτρονικά διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία βασίζονται στα στοιχεία που θα συμπληρώσουν τα ίδια τα

άτομα και γι' αυτό μπορεί να γίνει λάθος διάγνωση. Επιπρόσθετα, υπάρχουν διάφορες ανησυχίες που αφορούν τους παρόχους υπηρεσιών και τις υπηρεσίες τους, που σχετίζονται ενδεχομένως με προγράμματα χαμηλής ποιότητας ή με προσφορά ψεύτικων υπηρεσιών (Gratzer & Khalid-Khan, 2016). Ακόμη, ένα χαρακτηριστικό που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στα πλαίσια της διαδικτυακής παρέμβασης, αποτελεί ο κίνδυνος κλοπής ή κοινοποίησης στοιχείων και πληροφοριών από διαδικτυακές επιθέσεις, με αποτέλεσμα να διακινδυνεύεται το απόρρητο (Shingleton, Richards & Thompson – Brenner, 2013).

Ένα άλλο βασικό μειονέκτημα της διαδικτυακής θεραπείας είναι τα υψηλά ποσοστά αποχώρησης που παρατηρούνται (Schlegl et al, 2015). Μια πρόσφατη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε 205 γυναίκες με διαγνωσμένη κάποια διατροφική διαταραχή, έδειξε ποσοστό αποχώρησης από την διαδικτυακή θεραπεία της τάξεως του 37,6% (Ter Huurne, Postel, de Haan, van der Palen & DeJong, 2017). Στην συγκεκριμένη έρευνα έγινε προσπάθεια ανάλυσης του λόγων που αποτελούν παράγοντες για αποχώρηση, οι οποίοι μπορεί να είναι προσωπικοί (π.χ. περιορισμένο χρόνος, καταθλιπτική συμπεριφορά/ ψυχολογικά προβλήματα, οικογενειακά θέματα), μπορεί να έχουν να κάνουν με το περιεχόμενο της θεραπείας (π.χ. μη εξατομικευμένο περιεχόμενο, ήδη γνωστές πληροφορίες, απουσία ελέγχου) ή με τον τρόπο που παρέχεται (π.χ. απουσία προσωπικής επαφής με τον θεραπευτή, τεχνικά ζητήματα) και άλλοι (π.χ. έναρξη κάποιου άλλου είδους θεραπείας, έλλειψη κινητοποίησης, βελτίωση της κατάστασης). Επίσης, μια άλλη παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 176 γυναίκες, παρουσίασε ποσοστό αποχώρησης 50,8 % από την διαδικτυακή θεραπεία, με κυριάρχους λόγους την υπερβολική ανησυχία για την εικόνα σώματος, την υψηλή συχνότητα υπερφαγικών επεισοδίων και αντισταθμιστικών συμπεριφορών καθώς και την παρουσία συννοσηρής ψυχοπαθολογίας (von Brachel et al, 2014). Τέλος, στα πλαίσια της έρευνας ενός προγράμματος κατευθυνόμενης αυτοβοήθειας για άτομα με ψυχογενή βουλιμία, βρέθηκαν λιγότερα ποσοστά αποχώρησης όταν τα άτομα παρουσίαζαν μεγαλύτερη κινητοποίηση για αλλαγή, μικρότερη συχνότητα υπερφαγικών επεισοδίων, λιγότερη δυσαρέσκεια για το σώμα τους και αποφυγή από πράξεις αυτοτραυματισμού. (Wagner et al, 2015).

Όσον αφορά τα άτομα στα οποία συστήνεται η συγκεκριμένη θεραπεία, υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί, καθώς όταν ένα άτομο δεν είναι ξεκάθαρο από τι πάσχει και παρουσιάζει σύνθετα χαρακτηριστικά μιας διαταραχής, θα ήταν συνετό να επιλέξει ως τρόπο αντιμετώπισης την θεραπεία που γίνεται πρόσωπο με πρόσωπο αντί για την διαδικτυακή θεραπεία (Andersson & Titov, 2014). Την ίδια θεραπεία θα πρέπει να

διαλέξουν και τα άτομα που νοσούν πολύ σοβαρά και συγκεκριμένα παρουσιάζουν χαρακτηριστικά, όπως ΔΜΣ <17,5, σοβαρή έμεση, διαταραχή μετατραυματικού στρες, σοβαρή κατάθλιψη ή κάποια ψυχωτική διαταραχή (Schlegl et al, 2015). Σε αντίθεση τα άτομα που βρίσκονται στα πρώιμα στάδια της νόσου μπορούν να επιλέξουν αυτό το είδος θεραπείας (Gratzer & Khalid-Khan, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

3.1. ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

3.1.1. ΙΨΕ - ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

(<http://ipse.gr/psyfood.html>)

Το Ινστιτούτο Ψυχολογικών Εφαρμογών έχει Ελληνική και Διεθνή παρουσία, καθώς συνεργάζεται με σημαντικούς οργανισμούς και φορείς του εξωτερικού. Το ΙΨΕ ασχολείται με ζητήματα ψυχολογίας, θεραπευτικές παρεμβάσεις - ψυχοθεραπεία κι ενημέρωση κοινού και επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Στο φάσμα των ψυχιατρικών διαταραχών που ασχολείται το ινστιτούτο, εντάσσονται και οι διατροφικές διαταραχές όπως επεισοδιακή υπερφαγία, ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία. Ακόμα, προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη σε παχύσαρκα άτομα και σε άτομα που διακατέχονται από άγχος και φοβίες σχετικά με την διατροφή.

Τι είναι οι Ψυχογενείς Διατροφικές Διαταραχές	Ποιος εμφανίζει ψυχογενή διατροφική διαταραχή
Υποφέρω από κάποιο ψυχογενές διατροφικό πρόβλημα	Διατροφικό Άγχος / Φοβία / Απώλεια βάρους
Υπερφαγία / Παχυσαρκία	Νευρική βουλιμία
Νευρική ανορεξία	Άλλες μορφές ψυχογενών διατροφικών διαταραχών
Υποφέρω από κάποιο ψυχογενές πρόβλημα διατροφής	ΛΥΣΗ / ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Εικόνα 3.1.1.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «ΙΨΕ».

Ο κύριος σκοπός του είναι να ενημερώσει, μέσα από διάφορες έρευνες, άρθρα και χρήσιμους συνδέσμους, τα άτομα που πάσχουν από τα παραπάνω αλλά και τους οικείους τους σχετικά με αυτές τις διαταραχές και να βοηθήσει, στη συνέχεια, στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Για να γίνει αυτό, πρωταρχικός στόχος είναι το να κατανοήσει το άτομο τις βαθύτερες αιτίες του προβλήματος και να προσπαθήσει να τις αντιμετωπίσει, με αποτέλεσμα να υπάρξει βελτίωση στην ποιότητα της ζωής του. Γι' αυτό τον λόγο προσφέρει ποικιλία ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, καθώς τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να δεχτούν θεραπείες όπως τη γνωστική συμπεριφορική, τη διαπροσωπική θεραπεία, τη θεραπεία σχήματος, τη σύντομη ψυχοδυναμική, τη ψυχολογική υποστήριξη, τη θεραπεία ζεύγους, τη διαχείριση δυσλεξίας και τις νευροψυχολογικές προσεγγίσεις.

Για να πραγματοποιηθούν τα παραπάνω, το Ινστιτούτο απαρτίζεται από δύο πολύ έμπειρα άτομα, τα οποία είναι τα εξής:

1. Η Αναστασία Μάλαμα, που είναι ιδρύτρια του Ινστιτούτου και κάτοχος άδειας ασκήσεως επαγγέλματος ψυχολόγου και κλινικού Master στην ψυχοδιαγνωστική-ψυχοπαθολογία και ψυχοθεραπεία, με ειδικότητα σε ψυχοθεραπείες όπως Γνωστικής-Συμπεριφορικής (MSc), Σύντομης Ψυχοδυναμικής (MSc), Θεραπεία Σχήματος (Advanced Certification, Schema-UK) και Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία.
2. Ο Ιωάννης Ταχμαντζίδης, που είναι ιδρυτικό μέλος του Ινστιτούτου και Σύμβουλος Στρατηγικής Διοίκησης, κάτοχος άδειας ασκήσεως επαγγέλματος ψυχολόγου και Master στη Διοίκηση Επιχειρήσεων (MBA) και λέκτορας σε πανεπιστήμια του Λονδίνου.

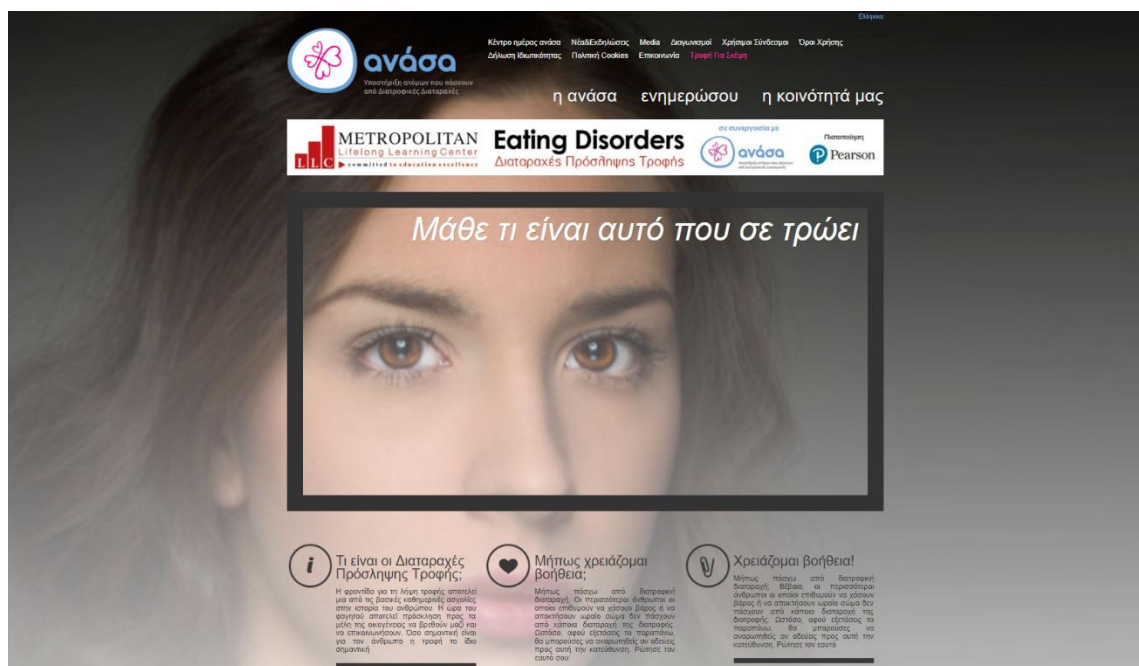
Το Ινστιτούτο, διαθέτει τηλέφωνο επικοινωνίας (210 6742 889 και 21111 86594) αλλά και e-mail τόσο του ίδιου του Ινστιτούτου (contact@ipse.gr), όσο και των ατόμων που το αποτελούν (malama@ipse.gr και tachmatzidis@ipse.gr), ώστε να είναι εφικτό ένα καλύτερο αποτέλεσμα στην προσπάθεια για τη βοήθεια αυτών των ατόμων.

3.1.2. ΑΝΑΣΑ – ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (<http://www.anasa.com.gr/el/>)

Η ανάσα είναι η πρώτη μη κερδοσκοπική εταιρία στην Ελλάδα, η οποία ιδρύθηκε τον Μάιο του 2007. Η αρχική ιδέα ήταν της Ζέτας Δούκα, που είναι ηθοποιός και πρόεδρος της εταιρίας, διότι και η ίδια ήρθε αντιμετώπιη, στο παρελθόν, με κάποια διατροφική

«Δήμα Δέσποινα, Μπέμπης Γεώργιος, Παπαϊωάννου Ηλιάννα»,
«Διαδικτυακή παρέμβαση σε άτομα με διατροφικές διαταραχές»

διαταραχή και θέλησε να βοηθήσει τους πάσχοντες μέσα από τη δική της εμπειρία. Ο στόχος της εταιρίας, είναι να ενημερώσει το ευρύ κοινό σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, να προσφέρει προγράμματα πρόληψης, να υποστηρίξει τα άτομα που πάσχουν από αυτή την ασθένεια αλλά και το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους, ώστε να υπάρχει καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης και να γίνεται δωρεάν διάγνωση και θεραπεία των πασχόντων.



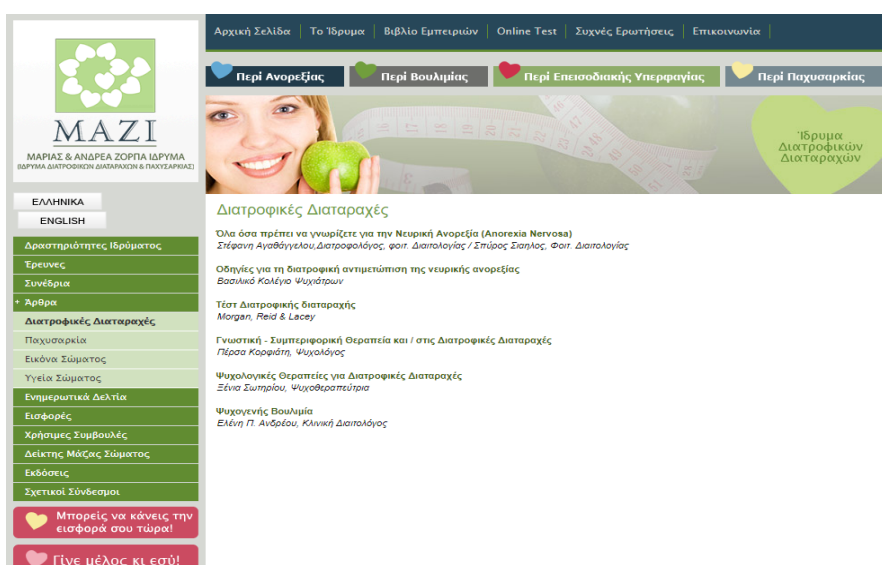
Εικόνα 3.1.2.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «Ανάσα».

Για να πραγματοποιηθούν οι παραπάνω στόχοι και λόγω του ότι τα αιτήματα για βοήθεια, που δεχόταν η εταιρία, ήταν πάρα πολλά ξεκίνησε να λειτουργεί, το 2008, το Κέντρο Ημέρας ΑΝΑΣΑ. Πρόκειται για το μοναδικό νοσοκομείο ημέρας στην Ελλάδα, το οποίο ασχολείται αποκλειστικά με τις διατροφικές διαταραχές. Ο στόχος του είναι να βοηθήσει τα άτομα να αντιμετωπίσουν την διαταραχή από την οποία πάσχουν και να ενημερώσει όσο το δυνατόν καλύτερα τις οικογένειές τους. Γι' αυτό απαρτίζεται από μία θεραπευτική ομάδα, η οποία αποτελείται από ψυχίατρο, παιδο-ψυχολόγο, γενικό ιατρό, δύο ψυχολόγους, διατροφολόγο και εργοθεραπευτή. Το πλαίσιο της θεραπείας περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία είτε αυτή είναι ατομική, οικογενειακή ή ομαδική, φαρμακοθεραπεία, συμβουλευτική της οικογένειας, διαιτητική συμβουλευτική και ψυχοεκπαίδευση. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του Κέντρου, η λειτουργία και η πληρωμή των γιατρών, γίνεται από το Υπουργείο Υγείας.

Για την πιο αποτελεσματική ενημέρωση και βοήθεια, η εταιρία προσφέρει πληροφορίες πάνω στις διατροφικές διαταραχές με την μορφή αναρτημένων άρθρων στον ιστότοπο καθώς και χρήσιμους συνδέσμους. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ατόμων με αυτές τις διαταραχές, υπάρχει δυνατότητα επικοινωνίας, μέσω τηλεφώνου (210-9234904), fax (210-9234907) και e-mail (anasa07@otenet.gr) με υπεύθυνη επικοινωνίας τη Μαίρη Σιγανού. Αντίστοιχη επικοινωνία προσφέρει και το Κέντρο Ημέρας, το οποίο λειτουργεί από Δευτέρα έως Παρασκευή 09:00-18:00, με αριθμό τηλεφώνου (210-9212345), fax (210-9234907) και διεύθυνση e-mail (anasa08@anasa.com.gr) με υπεύθυνη επικοινωνίας την Κωνσταντίνα Καρανικόλου.

3.1.3. MAZI – ΊΔΡΥΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΥΠΡΟΥ (<http://www.mazi.org.cy/mazi/page.php?pageid=7>)

Το ίδρυμα Διατροφικών Διαταραχών και Παχυσαρκίας-MAZI- είναι το πρώτο του είδους του στην Κύπρο που λειτουργεί από το 2010. Το συγκεκριμένο ίδρυμα προσπαθεί να ενημερώσει όσο το δυνατόν καλύτερα τόσο τα άτομα που αντιμετωπίζουν μια διατροφική διαταραχή όσο και το ευρύτερο κοινό σχετικά με αυτές, καθώς και να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και υποστήριξης. Ο κύριος σκοπός του είναι να κινητοποιηθεί ο δημόσιος αλλά και ο ιδιωτικός τομέας ώστε να βελτιωθεί ο τρόπος με τον οποίο διαχειρίζονται τις διατροφικές διαταραχές.



Εικόνα 3.1.3.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «MAZI».

Όσο αφορά, την ενημέρωση του κοινού για τις διατροφικές διαταραχές, γίνεται ανάρτηση, στην ιστοσελίδα, αντίστοιχων ερευνών, ενημερωτικών δελτίων, άρθρων και

συμβουλών. Επίσης το “ΜΑΖΙ” έχει κυκλοφορήσει δύο βιβλία που ονομάζονται “Ανάσαμια” και “Διατροφικές Διαταραχές της Εποχής μας”, τα οποία διατίθενται προς πώληση στα βιβλιοπωλεία. Ακόμα, μέσα στον ιστότοπο υπάρχει διαθέσιμο ένα ερωτηματολόγιο που μπορούν να συμπληρώσουν οι επισκέπτες της σελίδες για να δουν αν πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή καθώς και σε περίπτωση που κάποιος δεν είναι εξοικειωμένος με την ελληνική γλώσσα, έχει τη δυνατότητα να διαβάσει τις πληροφορίες στα αγγλικά. Τέλος, το ίδρυμα, διοργανώνει συνέδρια και διάφορες εκδηλώσεις για την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές.

Για να πραγματοποιηθούν οι προαναφερθέντες στόχοι, γίνεται προσπάθεια δημιουργίας ενός κέντρου αποθεραπείας για τα πάσχοντα άτομα, η οποία απαιτεί την ύπαρξη κάποιων, σχετικά μεγάλων, χρηματικών ποσών, τα οποία δεν είναι εύκολο να συγκεντρωθούν μόνο από το ίδρυμα. Γι’ αυτό ο καθένας μπορεί να ενισχύσει το έργο του μέσω της κατάθεσης κάποιου ποσού είτε σε αντίστοιχο τραπεζικό λογαριασμό (Τράπεζα Κύπρου: 0182 – 01 – 015940 – 00) είτε σε κουμπάρδες που βρίσκονται σε όλα τα καταστήματα Ζορπά στην Κύπρο.

Για τα άτομα που πιστεύουν ότι χρειάζονται τις υπηρεσίες του ιδρύματος, δίνεται στην ιστοσελίδα η διεύθυνσή του (Αρμενίας 51, 2006 Στρόβολος), το τηλέφωνο επικοινωνίας (+357 22871704), αλλά και το e-mail (info@mazi.org.cy).

3.1.4. EATING DISORDERS.GR (<http://www.eatingdisorders.gr/forum/index.php>)

Το Eating Disorders.gr είναι μια ιστοσελίδα, η οποία έχει δημιουργηθεί από δύο έμπειρα άτομα που ασχολούνται με τις διατροφικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, κάνει λόγο για την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία και την παχυσαρκία. Ο σκοπός της είναι να ενημερώσει το κοινό αλλά και τα άτομα που πάσχουν από κάποια διαταραχή λήψης τροφής σχετικά με αυτές και να βοηθήσει στην πρόληψη αυτών. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ανάρτησης σχετικών άρθρων στην ιστοσελίδα, για όλες τις πτυχές των διατροφικών διαταραχών.

Τα άτομα που την απαρτίζουν είναι :

1. Ο Νικόλαος Δοϊρανλής, ο οποίος είναι ψυχολόγος, εργάζεται ατομικά στην Θεσσαλονίκη με άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια από αυτές τις διαταραχές και συντονίζει ψυχο-εκπαιδευτικές ομάδες και ομάδες υποστήριξης για την ψυχογενή βουλιμία, την ψυχογενή ανορεξία, αλλά και την παχυσαρκία.

2. Ο Ευάγγελος Καναβιτσάς, ο οποίος είναι ψυχολόγος, εργάζεται ασκώντας ομαδική και ατομική συμβουλευτική σε εφήβους και ενήλικες σε ιδιωτικό γραφείο στην Καρδίτσα και συμμετέχει σαν ψυχοκοινωνικός σύμβουλος στο πρόγραμμα του ΚΕΘΙ (Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας).

Για να παρέχει περισσότερη βοήθεια ως προς τη διάγνωση και την αντιμετώπιση, περιλαμβάνει ένα διαδικτυακό test, το οποίο ονομάζεται EAT 26 (Eating Attitudes Test), που αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο για την διερεύνηση των συμπτωμάτων και των κριτηρίων διάγνωσης αυτών των διαταραχών, καθώς και οδηγίες για το πως τα άτομα μπορούν να κάνουν κάποιες μετρήσεις όπως αυτή του ιδανικού βάρους, του Δείκτη Μάζας Σώματος και των ημερήσιων αναγκών σε θερμίδες. Ακόμα περιέχει ένα βιβλίο εμπειριών, στο οποίο ο κ. Δοϊρανλής γράφει για διάφορες εμπειρίες ατόμων που έπασχαν ή συνεχίζουν να πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή και ένα forum αυτοβοήθειας, όπου τα άτομα μπορούν να ανταλλάξουν απόψεις για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν κι έτσι να έχουν περισσότερη υποστήριξη για καλύτερα αποτελέσματα.

Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ατόμων υπάρχει η δυνατότητα επικοινωνίας, τόσο με την ιστοσελίδα όσο και με τα άτομα που την απαρτίζουν. Για την ιστοσελίδα υπάρχει τηλέφωνο επικοινωνίας (2310.822292) και η επιλογή να στείλουν e-mail συμπληρώνοντας τα απαραίτητα στοιχεία. Όσον αφορά τα άτομα, για τον Νικόλαο Δοϊρανλή διατίθεται τηλέφωνο γραφείου (2310 822292), η διεύθυνση του γραφείου του (Βασ. Γεωργίου 33, Θεσσαλονίκη) και διεύθυνση e-mail (doiranlis@eatingdisorders.gr) και για τον Ευάγγελο Καναβιτσά υπάρχει διεύθυνση e-mail (kanavitsas@e-psychology.gr).

3.2. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

3.2.1. BEAT EATING DISORDERS (<https://www.beateatingdisorders.org.uk/>)

Η Beat είναι η μεγαλύτερη φιλανθρωπική οργάνωση του Ηνωμένου Βασιλείου που δημιουργήθηκε το 1989 μετά την συγχώνευση δυο τοπικών φιλανθρωπικών οργανώσεων. Ο κύριος στόχος αυτής της οργάνωσης είναι να προσφέρει, στα άτομα με διατροφικές διαταραχές καθώς και στους οικείους, ένα μέρος, που θα τους κάνει να νιώθουν ότι η φωνή τους θα ακουστεί, θα υποστηριχθούν και θα ενδυναμωθούν. Η Beat μέσω του ιστότοπου της παρέχει πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα και τους τρόπους θεραπείας για τις κύριες

«Δήμα Δέσποινα, Μπέμης Γεώργιος, Παπαϊωάννου Ηλιάννα»,
«Διαδικτυακή παρέμβαση σε άτομα με διατροφικές διαταραχές»

διατροφικές διαταραχές όπως την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία και την επεισοδιακή υπερφαγία καθώς και για την αποφευκτική/ περιοριστική διαταραχή πρόσληψης τροφής, την ορθορεξία, την συναισθηματική υπερφαγία και τις μη προσδιοριζόμενες αλλιώς διατροφικές διαταραχές. Οι παραπάνω πληροφορίες παρέχονται σε μορφή άρθρων, φυλλαδίων και βιβλίων σε ηλεκτρονική μορφή, καθώς και προτεινόμενων βιβλίων σε έντυπη μορφή. Ακόμα, υπάρχει δυνατότητα ανάγνωσης εμπειριών άλλων ατόμων που κατάφεραν να αντιμετωπίσουν τις διατροφικές διαταραχές, δυνατότητα εύρεσης κοντινών θεραπειών καθώς και συμβουλές για την επαφή πρόσωπο με πρόσωπο με τους θεραπευτές.



Εικόνα 3.2.1.1.: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «BEAT».

Η Beat δημιουργεί εκστρατείες με σκοπό την ενημέρωση και την βελτίωση των υπηρεσιών αντιμετώπισης των διατροφικών διαταραχών που λαμβάνουν χώρα κάθε χρόνο, μια εβδομάδα μέσα στον Φεβρουάριο. Η συγκεκριμένη οργάνωση προσφέρει ενημέρωση στα σχολεία και στους χώρους εργασίας, εκπαιδευοντας τους δασκάλους και τους εργοδότες στο να αντιλαμβάνονται αν οι μαθητές ή οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν συμπτώματα κάποιας διατροφικής διαταραχής. Επίσης, βοηθάει τους επαγγελματίες υγείας στο να αναγνωρίζουν τα συναισθήματα και τις δυσλειτουργικές σκέψεις που προκαλούν τέτοιου είδους ψυχικές διαταραχές και τους παροτρύνει να μην επικεντρώνονται μόνο στα σωματικά συμπτώματα, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται όσο το δυνατό καλύτερη θεραπεία για τους ασθενείς. Ως οργάνωση έχει ενεργό ρόλο στην έρευνα και συνεργάζεται με πολλά πανεπιστήμια όπως το King's College London, το πανεπιστήμιο Exeter. Τέλος, η Beat

χρηματοδοτείται από διάφορες πηγές, όπως μέσω δωρεών, χορηγών, κρατικές επιχορηγήσεις κλπ.

Οι υπηρεσίες που προσφέρει η οργάνωση για βοήθεια των ατόμων με διατροφικές διαταραχές είναι οι εξής:

A. Τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης: Η φιλανθρωπική οργάνωση προσφέρει δύο τηλεφωνικές γραμμές, μια για του ενήλικους (0808 801 0677), μια για τους νέους κάτω των 18 ετών (0808 801 0711) και είναι ανοιχτές 365 μέρες των χρόνο από τις 12 μ.μ. – 8 μ.μ. καθώς και τα σαββατοκύριακα από τις 4 μ.μ. – 8 μ.μ. Μέσω του τηλεφώνου το άτομο μπορεί να μιλήσει για τα συναισθήματα και τις σκέψεις του, να πληροφορηθεί για τις διατροφικές διαταραχές και να ενημερωθεί για τους τρόπους αντιμετώπισης.

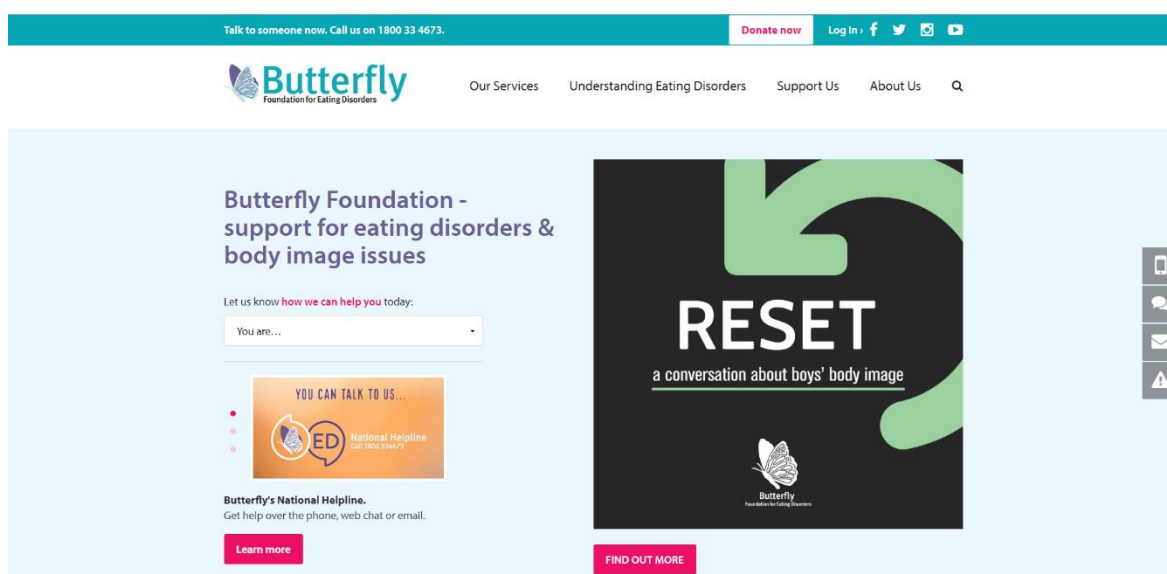
B. Διαδικτυακές υπηρεσίες υποστήριξης: Για όσους επιθυμούν να επικοινωνήσουν μέσω του διαδικτύου, υπάρχει δυνατότητα μέσω διαδικτυακής γραμμής, μέσω αποστολής email καθώς και σε διαδικτυακό χώρο συζήτησης. Η διαδικτυακή γραμμή παροτρύνει το άτομο να μιλήσει διαδικτυακά με έναν εκπαιδευμένο σύμβουλο που προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη, πληροφορίες και συμβουλές. Η αποστολή email γίνεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση help@beateatingdisorders.org.uk για ενήλικες και στην fyp@beateatingdisorders.org.uk για τους νέους. Όσο αφορά τον διαδικτυακό χώρο συζήτησης είναι ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος, όπου μπορεί κάποιος να συζητήσει για τις εμπειρίες του, να κάνει ερωτήσεις και να προσφέρει συμβουλές. Οι σύμβουλοι της οργάνωσης συχνά επισκέπτονται αυτόν τον χώρο και συντονίζουν κάθε δημοσίευση ώστε να διασφαλιστεί ένα ασφαλές περιβάλλον.

Γ. Διαδικτυακές ομάδες υποστήριξης: Υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης σε ομάδες με ποικίλη θεματολογία τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για την οικογένεια τους. Οι ομάδες αυτές παρέχουν υποστήριξη και βοηθούν στο να νιώσουν τα άτομα πιο άνετα, μοιράζοντας με τους άλλους την ιστορία τους και ακούγοντας τις σχετικές εμπειρίες των άλλων.

Η οργάνωση διατηρεί την ανωνυμία των ασθενών και μόνο σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να αποκαλυφθούν τα στοιχεία τους, όπως όταν τα άτομα που λαμβάνουν τις υπηρεσίες έχουν υψηλό κίνδυνο να κάνουν κακό στους εαυτούς τους ή στους γύρω τους ή όταν προσβάλλουν το προσωπικό.

3.2.2. BUTTERFLY FOUNDATION (<https://thebutterflyfoundation.org.au/>)

Το ίδρυμα Butterfly είναι ένας εθνικός οργανισμός της Αυστραλίας, που προσφέρει υποστήριξη σε όλα τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές και έχουν ανησυχίες για την εικόνα σώματος τους καθώς και στους οικείους τους. Μέσω ανάρτησης πληροφοριών και προσφοράς υπηρεσιών, οι στόχοι του ιδρύματος είναι να βελτιώσει τις τεχνικές πρόληψης και θεραπείας των διατροφικών διαταραχών και να ευαισθητοποιήσει την κοινωνία για τις διατροφικές διαταραχές ως ένα θέμα κοινωνικά, ιατρικά και ψυχικά σοβαρό.



Εικόνα 3.2.2.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «Butterfly».

Το συγκεκριμένο ίδρυμα αναγνωρίζει ότι οι διατροφικές διαταραχές συχνά προκύπτουν από την έμμονη ενασχόληση του ατόμου με την εικόνα σώματος και με αφορμή αυτό, παρέχει ομιλίες σε σχολεία και χώρους εργασίας με σκοπό την ανάδειξη της υγιούς σχέσεως με την εικόνα σώματος, που εντάσσεται σε ένα ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Ακόμα, κατέχει μια ισχυρή παρουσία στα μέσα ενημέρωσης και δημιουργεί πολλές εκστρατείες κάθε χρόνο με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού για τις διατροφικές διαταραχές. Μέσω της δράσης του, το ίδρυμα επικεντρώνεται στην σημασία των στρατηγικών της πρόληψης και της έγκαιρης θεραπείας για τον περιορισμό της εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών και των ανησυχιών για την εικόνα σώματος. Για αυτό τον λόγο, διεξάγει ακαδημαϊκά ερευνητικά προγράμματα, καθώς και χρηματοδοτεί διδακτορικά που έχουν ως βάση τους την έρευνα, με σκοπό την ανάδειξη περισσότερων γνώσεων σε αυτόν τον τομέα. Τέλος το ίδρυμα Butterfly είναι ένας ανεξάρτητος μη

κερδοσκοπικός οργανισμός και δέχεται οικονομική υποστήριξη, μέσω δωρεών, επιχορηγήσεων του κράτους, από φιλανθρωπίες και από συνεταιρισμούς.

Εκτός των προαναφερθέντων εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε σχολεία και εργασιακούς χώρους, ο συγκεκριμένος οργανισμός προσφέρει εντατικά εξωνοσοκομειακά προγράμματα θεραπείας για άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, καθώς και εξατομικευμένα προγράμματα θεραπείας για νέους και εφήβους. Επίσης, εμπεριέχει προγράμματα 6 εβδομάδων για τους φροντιστές των ατόμων αυτών, που μπορούν να διεξαχθούν είτε πρόσωπο με πρόσωπο, είτε διαδικτυακά, ώστε να μπορέσουν να αναπτύξουν συγκεκριμένες δεξιότητες, για να μπορούν να βοηθήσουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Για όσο άτομα επιθυμούν να μιλήσουν, να ενημερωθούν, να δεχθούν συμβουλές ή να αναζητήσουν τα διαθέσιμα προγράμματα θεραπείας, διατίθενται οι παρακάτω υπηρεσίες:

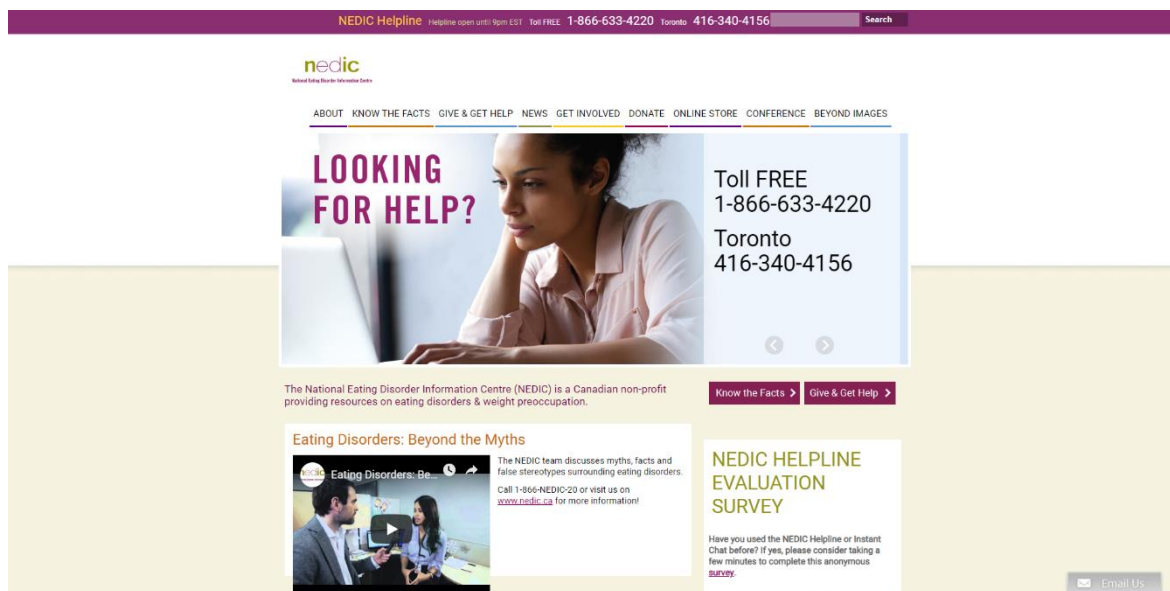
A. Τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης: Η χρήση αυτής της υπηρεσίας γίνεται χωρίς οικονομική επιβάρυνση και είναι εμπιστευτική. Τα άτομα που επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν αυτή την υπηρεσία, μπορούν να καλέσουν στο 1800 33 4673 από τις 8 π.μ. – 12 π.μ. καθημερινά εκτός των εθνικών εορτών. Σε περίπτωση που κάποιος χρειάζεται επειγόντως βοήθεια εκτός των προαναφερθέντων διαθέσιμων ωραρίων, μπορεί να καλέσει την γραμμή ζωής 13 11 44 ή στο 000.

B. Διαδικτυακές υπηρεσίες υποστήριξης: Για όσα άτομα δεν επιθυμούν να μιλήσουν μέσω του τηλεφώνου, μπορούν να επικοινωνήσουν διαδικτυακά με έναν εκπαιδευμένο σύμβουλο, συμπληρώνοντας τα στοιχεία τους σε μια φόρμα (ή μπορούν και ανώνυμα) και ο σύμβουλος θα είναι διαθέσιμος να επικοινωνήσει μαζί τους στο ωράριο λειτουργίας 8π.μ. – 12 π.μ. Ακόμα, υπάρχει δυνατότητα επικοινωνίας μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση support@thebutterflyfoundation.org.au.

Γ. Ομάδες υποστήριξης: Όσα άτομα επιθυμούν να γνωρίσουν άλλα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, να ακούσουν τις δικές τους εμπειρίες και να μάθουν στρατηγικές για να τροποποιήσουν την συμπεριφορά τους, μπορούν να ενταχθούν σε μια ομάδα υποστήριξης είτε παρευρισκόμενοι σε κάποιο μέρος είτε διαδικτυακά.

3.2.3. NEDIC – NATIONAL EATING DISORDER INFORMATION CENTRE (<http://www.nedic.ca/>)

Το εθνικό κέντρο πληροφόρησης για τις διατροφικές διαταραχές, είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός, που ιδρύθηκε το 1985 και βρίσκεται στο γενικό νοσοκομείο του Τορόντο, στον Καναδά. Ο κύριος στόχος του κέντρου είναι να παρέχει πληροφορίες σχετικά με διατροφικές διαταραχές καθώς και για την γενικότερη έντονη ενασχόληση με το φαγητό και την εικόνα σώματος. Μέσω του ιστότοπου του διατίθενται πολυάριθμα άρθρα που ασχολούνται με τα παραπάνω θέματα, συμπεριλαμβανομένου των ορισμών, των διαγνωστικών κριτηρίων, της αιτιολογίας, των συμπτωμάτων καθώς και των διαθέσιμων τρόπων αντιμετώπισης. Ακόμα εμπεριέχονται προσωπικές ιστορίες άλλων ατόμων με τις διατροφικές διαταραχές, ενημερωτικά βίντεο, παραπομπές σε άλλους ιστότοπους, συχνές ερωτήσεις και μια μηχανή αναζήτησης πάροχων υπηρεσιών στον Καναδά.



Εικόνα 3.2.3.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «NEDIC».

Το συγκεκριμένο κέντρο εκτός της ενημέρωσης για τις διατροφικές διαταραχές μέσω του ιστότοπου, διοργανώνει εξατομικευμένα προγράμματα όπως παρουσιάσεις, διαλέξεις, εργαστήρια και σεμινάρια μέσω διαδικτύου, τα οποία μπορούν να απευθύνονται σε διαφορετικό κοινό κάθε φορά (π.χ. σε σχολεία, σε επιστήμονες υγείας κλπ.). Επιπρόσθετα, διοργανώνει κάθε χρόνο εκστρατείες ευαισθητοποίησης, που έχουν σκοπό την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών, την προώθηση της θετικής εικόνας σώματος και του υγιεινού τρόπου ζωής. Τέλος, το κέντρο προσφέρει ένα εκπαιδευτικό διαδικτυακό πρόγραμμα, που ονομάζεται Beyond images, που αποτελείται από 20 μαθήματα και απευθύνεται σε παιδιά δημοτικού έως γυμνασίου. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δεν επιβαρύνει οικονομικά τους

χρήστες και παρέχει μια ευκαιρία εξερεύνησης βασικών θεμάτων της σημερινής κοινωνίας γύρω από την εικόνα σώματος, την αυτοεκτίμηση και των λανθασμένων πρότυπων που προωθούν τα ΜΜΕ, καθώς και αναπτύσσει την κριτική σκέψη.

Για όσους επιθυμούν να μάθουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, να αναζητήσουν θεραπευτές στην περιοχή τους, ή γενικά να μιλήσουν με τους ειδικά εκπαιδευμένους σύμβουλους, διατίθενται οι παρακάτω τρόποι επικοινωνίας:

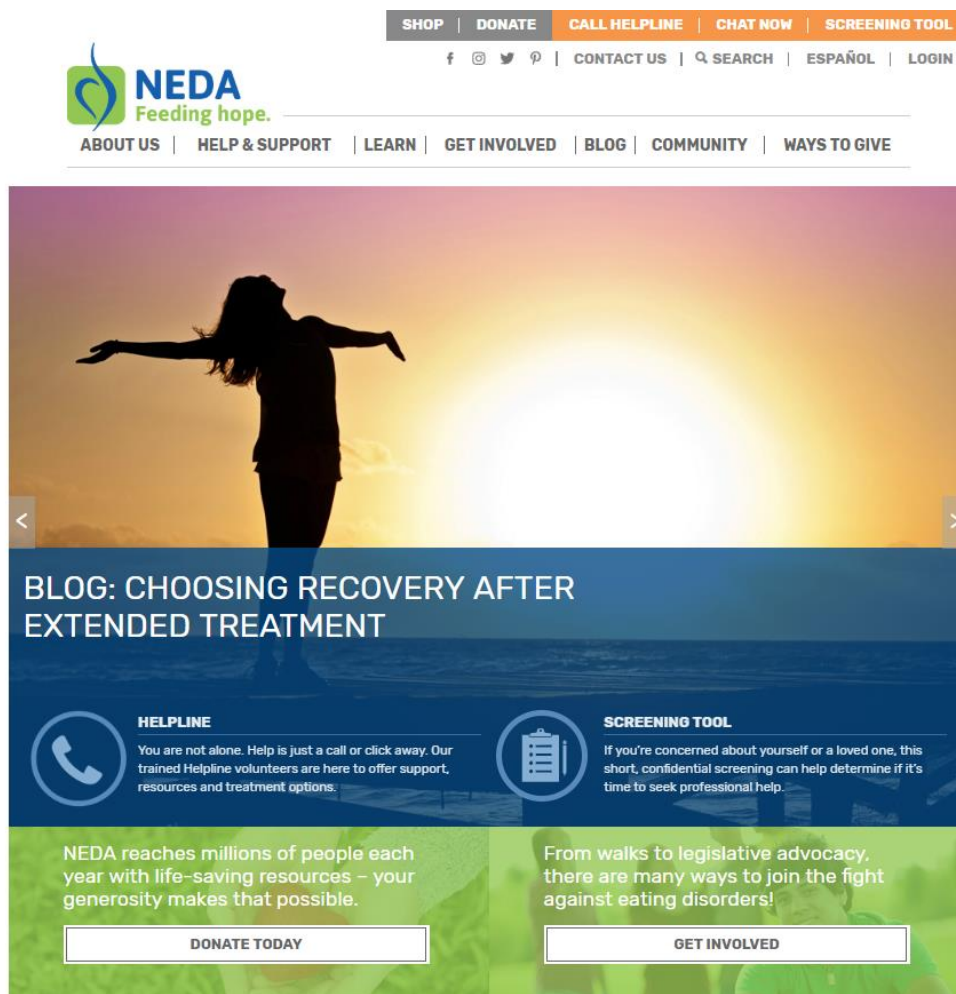
A. Τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης: Τα άτομα που επιθυμούν να μιλήσουν μέσω του τηλεφώνου, μπορούν να καλέσουν δωρεάν στο 1-866-633-4220 ή στο 416-340-4156 από τις 9 π.μ. – 9 μ.μ., Δευτέρα έως Πέμπτη και από τις 9 π.μ. – 5 μ.μ. την Παρασκευή.

B. Διαδικτυακές υπηρεσίες υποστήριξης: Για όσα άτομα προτιμούν να μιλήσουν διαδικτυακά μπορούν να επικοινωνήσουν με κάποιον διαθέσιμο σύμβουλο από τις 11 π.μ. – 7 μ.μ., Δευτέρα έως Πέμπτη και από τις 11 π.μ. – 5 μ.μ. την Παρασκευή. Εκτός αυτού του ωραρίου, όσοι ενδιαφέρονται μπορούν να στείλουν email στο nedic@uhn.ca και οι σύμβουλοι θα απαντήσουν όσο τον δυνατόν πιο γρήγορα, όταν θα είναι διαθέσιμοι.

3.2.4. NEDA – NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION (<https://www.nationaleatingdisorders.org/>)

Ο εθνικός σύνδεσμος διατροφικών διαταραχών, ιδρύθηκε το 2001 και πρόκειται για τον μεγαλύτερο μη κερδοσκοπικό οργανισμό των ΗΠΑ που δραστηριοποιείται για την υποστήριξη ατόμων και οικογενειών που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, λειτουργώντας ως καταλύτης για την πρόληψη, τη θεραπεία και την πρόσβαση σε ποιοτική περίθαλψη. Στον ιστότοπο, παρέχονται πληροφορίες, συμβουλές και ενημερωτικά βίντεο σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και την εικόνα σώματος. Πιο συγκεκριμένα, οι πληροφορίες αυτές αφορούν τους ορισμούς όλων των υπάρχοντων διατροφικών διαταραχών, την αιτιολογία, τα συμπτώματα, τους τρόπους αντιμετώπισης και πρόληψης, στατιστικά και επιδημιολογικά στοιχεία, πληροφορίες για συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες με διατροφικές διαταραχές καθώς και συμβουλές για το πως να αναπτύξουν τα άτομα θετική εικόνα σώματος. Επίσης, οι χρήστες έχουν την δυνατότητα να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο, που θα τους βοηθήσει να καταλάβουν αν πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή και όποιος επιθυμεί μπορεί να συμμετάσχει στον διαθέσιμο διαδικτυακό χώρο συζήτησης, όπου μπορεί να μοιραστεί με τους άλλους χρήστες τις εμπειρίες του με κάποια

από τις διατροφικές διαταραχές. Για όσους ενδιαφέρονται να αναζητήσουν θεραπεία από κάποιον επαγγελματία στην περιοχή τους, προσφέρεται μια ειδική μηχανή αναζήτησης, που βοηθάει τα άτομα να καταλήξουν στην καλύτερη δυνατή επιλογή με βάση αυτό που χρειάζονται.



Εικόνα 3.2.4.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «NEDA».

Ο NEDA διοργανώνει κατά την διάρκεια του χρόνου πολλούς περίπατους σε όλη την Αμερική, με συμμετοχή τουλάχιστον 20.000 εθελοντών όλων των ηλικιών. Σκοπός αυτών των περιπάτων είναι η ευαισθητοποίηση για τις διατροφικές διαταραχές και η συγκέντρωση χρηματικών ποσών για την υποστήριξη του έργου του οργανισμού. Εκτός των περιπάτων, ο συγκεκριμένος οργανισμός, για να ευαισθητοποιήσει το κοινό για τις διατροφικές διαταραχές και την ανάγκη της πρώιμης παρέμβασης για θεραπεία, διοργανώνει κάθε χρόνο στα τέλη του Φεβρουάριου, “την εβδομάδα αφιερωμένη στις διατροφικές

διαταραχές” που εμπεριέχει πολλές δραστηριότητες και ομιλίες από εθελοντές όπως ειδικούς στις ασθένειες αυτές, επαγγελματίες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, καθηγητές και μαθητές. Επίσης, για την ενημέρωση του κοινού για τα τελευταία επιστημονικά στοιχεία που αφορούν τις διατροφικές διαταραχές, ο NEDA είναι υπεύθυνος για την οργάνωση ενός ετήσιου συνεδρίου. Τέλος, για την ανάδειξη της θετικής εικόνας σώματος καθώς και της υγιούς σχέσεως απέναντι στο βάρος σώματος και στο φαγητό, ο NEDA δημιούργησε το 2012 έναν ξεχωριστό ιστότοπο, που ονομάζεται Proud2Bme, ο οποίος απευθύνεται σε εφήβους.

Ο οργανισμός προσφέρει τις παρακάτω υπηρεσίες για τα άτομα με διατροφικές διαταραχές ή για τα φιλικά/συγγενικά πρόσωπα που χρειάζονται υποστήριξη, πληροφορίες ή διαθέσιμους τρόπους θεραπείας.

A. Τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης: Η τηλεφωνική γραμμή του οργανισμού είναι διαθέσιμη από τις 9 π.μ – 9 μ.μ., Δευτέρα έως Πέμπτη και από τις 9 π.μ. – 5 μ.μ. την Παρασκευή, καλώντας στο (800) 931 – 2237.

B. Διαδικτυακές υπηρεσίες υποστήριξης: Η διαδικτυακή γραμμή είναι διαθέσιμη από τις 9 π.μ – 9 μ.μ., Δευτέρα έως Πέμπτη και από τις 9 π.μ. – 5 μ.μ. την Παρασκευή. Όσοι προτιμούν αυτό τον τρόπο επικοινωνίας, μπορούν να συμπληρώσουν προαιρετικά και απόλυτα εμπιστευτικά μια φόρμα με τα στοιχεία τους δηλαδή ονοματεπώνυμο, τηλέφωνο, email, ηλικία, τοποθεσία και για ποιόν ζητούν βοήθεια. Όσοι επιθυμούν να επικοινωνήσουν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, μπορούν να αποστείλουν μήνυμα στην διεύθυνση info@NationalEatingDisorders.org.

Γ. Γραπτό μήνυμα στο κινητό: Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, όποιος χρειάζεται βοήθεια, μπορεί να στείλει μήνυμα, γράφοντας NEDA στο 741741, ώστε να συνδεθεί με έναν ειδικά εκπαιδευμένο σύμβουλο.

3.2.5. BODYWHYS (<https://www.bodywhys.ie/>)

Ο σύνδεσμος διατροφικών διαταραχών , Bodywhys, δημιουργήθηκε το 1995 και πρόκειται για τον εθνικό εθελοντικό οργανισμό της Ιρλανδίας που δραστηριοποιείται για την υποστήριξη και την πληροφόρηση τόσο ατόμων με διατροφικές διαταραχές όσο και των φροντιστών τους. Σκοπός του είναι να αναπτύξει και να διατηρήσει στα ευρύτερα κοινωνικά πλαίσια, μια αίσθηση υποστήριξης, ευαισθητοποίησης και κατανόησης των διατροφικών διαταραχών, καθώς και να υπερασπιστεί τα δικαιώματα και την υγειονομική περίθαλψη

αυτών που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές. Στον ιστότοπο του Bodywhys, ο ενδιαφερόμενος μπορεί να βρει αναλυτικές πληροφορίες για όλες τις διατροφικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένου των ορισμών, των προειδοποιητικών ενδείξεων, των επιπτώσεων και των τρόπων αντιμετώπισης καθώς και συμβουλές για τους οικείους των ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον, μέσα στον ιστότοπο περιέχονται συχνές ερωτήσεις, προσωπικές ιστορίες ατόμων με διατροφικές διαταραχές καθώς και μια πληθώρα προτεινόμενων σχετικών βιβλίων και άλλων ενημερωτικών πηγών.



Εικόνα 3.2.5.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «BODYWHYS».

Ο συγκεκριμένος οργανισμός έχει αναπτύξει ένα πρόγραμμα που είναι ειδικά σχεδιασμένο για την οικογένεια των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, που ονομάζεται Pilar. Πρόκειται για ένα δωρεάν πρόγραμμα που διαρκεί 4 εβδομάδες με σκοπό την υποστήριξη και την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για την καλύτερη κατανόηση της ψυχοπαθολογίας και των τρόπων θεραπείας των διατροφικών διαταραχών καθώς και την σωστή μεταχείριση των ατόμων αυτών. Το “Be body positive” είναι ακόμη ένα πρόγραμμα που προσφέρει ο οργανισμός, που απευθύνεται σε μαθητές και λαμβάνει χώρα στα σχολεία με διάρκεια 70 έως 80 λεπτών. Σκοπός του είναι η πληροφόρηση των μαθητών για τις διατροφικές διαταραχές, την αυτοεκτίμηση και την επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην εικόνα σώματος καθώς οι έφηβοι είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε αυτή την ηλικία. Τέλος, το Seemyself είναι ένα διαδικτυακό ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα που απευθύνεται σε νέους 15 έως 24 χρόνων που επικεντρώνεται σε διάφορα θέματα όπως η αυτοεκτίμηση, η σχέση της εικόνας σώματος με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης καθώς και ο πολιτισμός. Το πρόγραμμα αποτελείται από 6 εβδομαδιαίες διδακτικές ενότητες με

διαδραστικό περιεχόμενο (διαφάνειες, γραφήματα, εικόνες, βίντεο, εφαρμογές κλπ.) όπου η κάθε ενότητα εμπεριέχει ασκήσεις για συμπλήρωση από τους χρήστες. Κάθε εβδομάδα, όταν ολοκληρώνεται μια ενότητα, ένας ειδικός παρακολουθεί την πρόοδο του ατόμου και την αξιολογεί.

Οι υπηρεσίες βοήθειας που προσφέρει ο οργανισμός είναι όλες εμπιστευτικές, μη κατευθυντικές καθώς και μη επικριτικές και παρέχονται από τους ειδικά εκπαιδευμένους εθελοντές.

A. Τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης: Η τηλεφωνική γραμμή είναι ανοιχτή 2 ώρες τον πρωί καθημερινά εκτός Σαββάτου, και όποιος επιθυμεί μπορεί να καλέσει στο 1890 200 444, ώστε να συνομιλήσει με τους ειδικά εκπαιδευμένους εθελοντές για να αναζητήσει υποστήριξη, να πληροφορηθεί για τους διαθέσιμους τρόπους θεραπείας ή απλά να μιλήσει για αυτά που τον απασχολούν.

B. Διαδικτυακή υπηρεσία υποστήριξης: Όσοι επιθυμούν να επικοινωνήσουν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, μπορούν να αποστείλουν μήνυμα στην διεύθυνση alex@bodywhys.ie και οι εθελοντές του οργανισμού θα απαντήσουν μέσα σε τρεις εργάσιμες μέρες λόγω μεγάλου φόρτου μηνυμάτων.

Γ. Ομάδες υποστήριξης: Ο οργανισμός διαχειρίζεται ομάδες υποστήριξης στο Δουβλίνο και στο Κάρλου. Σε κάθε τοποθεσία λειτουργούν μία ομάδα για άτομα με διατροφικές διαταραχές και άλλη μια για την οικογένεια και τους φίλους. Αυτές οι ομάδες παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον, που συντονίζεται από δυο εκπαιδευμένους εθελοντές, όπου τα άτομα μπορούν να μιλήσουν με ανθρώπους που έχουν παρόμοιες εμπειρίες. Κάθε συνεδρία είναι δωρεάν, διαρκεί μιάμιση με δύο ώρες και όποιος επιθυμεί να παρευρεθεί μπορεί να ενημερωθεί για τις ημερομηνίες από τον ιστότοπο. Ακόμα ο οργανισμός δίνει την δυνατότητα στα άτομα, που δεν μπορούν να παρευρεθούν στις παραπάνω τοποθεσίες, να συμμετάσχουν σε δύο διαδικτυακές ομάδες υποστήριξης, μια για τα άτομα που είναι από 13 έως 18 χρόνων και μια για τα άτομα που είναι πάνω από 19 χρονών. Η πρόσβαση σε αυτές τις ομάδες είναι δωρεάν και γίνεται κάθε Κυριακή από τις 7:30 μ.μ. έως τις 9 μ.μ.

3.2.6. EATING DISORDER HOPE (<https://www.eatingdisorderhope.com/>)

Ο οργανισμός Hope, εδρεύει στις Ηνωμένες Πολιτείες και δημιουργήθηκε το 2005 μετά από συνεργασία πολλών συναδέλφων, καθηγητών και άλλων οργανισμών που ασχολούνται με τις διατροφικές διαταραχές. Μέσω των διαθέσιμων υπηρεσιών, παρέχει

εκπαίδευση, υποστήριξη, και έμπνευση στους πάσχοντες από διατροφικές διαταραχές, στους οικείους τους καθώς και στους επιστήμονες υγείας. Στον ιστότοπο του οργανισμού, μπορεί να βρει κάποιος άρθρα με γενικές πληροφορίες για όλες τις διατροφικές διαταραχές καθώς και των τρόπων θεραπείας τους. Επίσης, δίνεται δυνατότητα πρόσβασης σε ευρετήρια, όπου όποιος επιθυμεί μπορεί να βρει ανάλογα με την πολιτεία που διαμένει, διαθέσιμα κέντρα θεραπείας, θεραπευτές και ειδικούς καθώς και ομάδες υποστήριξης. Για περισσότερη υποστήριξη των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, ο οργανισμός προσφέρει μια πληθώρα ενημερωτικών βίντεο, μια λίστα προτεινόμενων άρθρων και βιβλίων αυτοβοήθειας, όπως επίσης προσωπικές ιστορίες ατόμων που καταπολέμησαν τις διατροφικές διαταραχές.

The screenshot shows the homepage of Eating Disorder HOPE. At the top, there is a navigation bar with links: Education & Awareness, Eating Disorder Treatment Centers, Eating Disorder Treatment, Featured Programs, Recovery Tools & Support, EDHope's Programs, and About Us. A prominent banner features the text "This is where her story changes" and "THE MEADOWS Ranch" with a phone number 888.496.5498. Below the banner, there are several content blocks: a "Welcome to Eating Disorder Hope!" section, a "Featured Articles" section with three article thumbnails, a "The Eating Disorders in Sport 2019 Conference" section, and a "Join the EDH Newsletter" form with a "Subscribe" button. There are also several smaller advertisements for other services like McCallum Place and Canopy Cove.

Εικόνα 3.2.6.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «Eating Disorder HOPE».

Στην συνεχή προσπάθεια του οργανισμού να ευαισθητοποιήσει το κοινό για τις διατροφικές διαταραχές, έχει αναπτύξει διάφορα προγράμματα όπως το College Hope. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα απευθύνεται σε κολλέγια με σκοπό να πληροφορήσει τους

φοιτητές για τις διατροφικές διαταραχές και να υποστηρίξει τα ήδη πάσχοντα άτομα. Επιπλέον, ο Hope, έχει δημιουργήσει ένα σύλλογο για την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας. Μέσω αυτού του συλλόγου, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ενημερωθούν για τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα πάνω στις διατροφικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένου των νέων μεθόδων θεραπείας, να ενημερωθούν για την κυκλοφορία νέων άρθρων και βιβλίων καθώς και να συνεργαστούν με άλλους συναδέλφους επαγγελματίες υγείας.

3.2.7. EDA – EATING DISORDERS ASSOCIATION (<http://eda.org.au/>)

Ο EDA, είναι ένας μη κερδοσκοπικός σύνδεσμος διατροφικών διαταραχών, που ιδρύθηκε το 1996 και εδρεύει στο Queensland της Αυστραλίας. Σκοπός του είναι, η ευαισθητοποίηση του κοινού για τον αυξανόμενο επιπολασμό και την σοβαρότητα των διατροφικών διαταραχών, η παροχή υπηρεσιών υποστήριξης σε άτομα με διατροφικές διαταραχές και ιδιαίτερα των φροντιστών τους. Ο συγκεκριμένος οργανισμός, υποστηρίζει ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι πολύπλοκες και πολύπλευρες ασθένειες, που απαιτούν μια πολυδιάστατη προσέγγιση για την θεραπεία τους, καθώς και ότι τα άτομα που πάσχουν από αυτές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με συμπόνια και αξιοπρέπεια. Στην διαθέσιμη ιστοσελίδα, παρέχονται γενικές πληροφορίες για τις διατροφικές διαταραχές, με την μορφή άρθρων, βίντεο και βιβλίων, συμβουλές για τους φροντιστές των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, όπως επίσης και συγκεκριμένες οδηγίες για τους επιστήμονες υγείας. Ακόμα, προσφέρεται, μέσω της ιστοσελίδας, μια λίστα που παραπέμπει σε επιστήμονες υγείας που εξειδικεύονται στις διατροφικές διαταραχές στο Queensland, παραπομπές σε άλλους βοηθητικούς ιστότοπους, συχνές ερωτήσεις και προσωπικές ιστορίες ατόμων που καταπολέμησαν αυτές τις ασθένειες.

Ο παρών οργανισμός, εκτός της ενημέρωσης μέσω της ιστοσελίδας, διοργανώνει κάποιες ημερίδες κάθε χρόνο στο Queensland, με σκοπό την ενημέρωση των φροντιστών των ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Σε αυτές τις ημερίδες, οι φροντιστές έχουν την δυνατότητα να συνομιλήσουν με γενικούς ιατρούς, διαιτολόγους, ψυχολόγους, μέλη του EDA, καθώς και με άτομα που έχουν θεραπευτεί από τις ασθένειες αυτές. Επιπλέον, ο οργανισμός αυτός, στην συνεχή προσπάθεια του για την υποστήριξη των φροντιστών αυτών των ατόμων, έχει δημιουργήσει ένα πρόγραμμα 6 εβδομάδων το οποίο αφορά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, ώστε οι φροντιστές να είναι ικανοί να συμμετέχουν ενεργά στην

ανάρρωση των αγαπημένων τους. Το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, λαμβάνει χώρα μια φορά την εβδομάδα, διάρκειας 2 ωρών, και αποτελείται από ομάδες των 10 ατόμων. Τέλος, ο EDA διοργανώνει διαλέξεις σε σχολεία, πανεπιστήμια και σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, με θέμα τις διατροφικές διαταραχές και την ανάδειξη της θετικής εικόνας σώματος.

Ο EDA αποτελείται από ένα εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο μπορεί να βοηθήσει τους φροντιστές των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, παρέχοντας τις παρακάτω υπηρεσίες:

A. Τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης: Η τηλεφωνική γραμμή είναι διαθέσιμη από τις 9 π.μ – 4 μ.μ., Δευτέρα έως Πέμπτη και όποιος επιθυμεί μπορεί να καλέσει στο (07) 3077 7320, ώστε να συνομιλήσει με το ειδικό προσωπικό που προσφέρει υπηρεσίες ενημέρωσης και συμβουλευτικής για όλες τις ανησυχίες που μπορεί να έχει κάποιος για το αγαπημένο του πρόσωπο. Ακόμα, ο EDA διαθέτει μια πληθώρα εθελοντών φροντιστών που έχουν βοηθήσει δικά τους αγαπημένα πρόσωπα στο παρελθόν και είναι διαθέσιμοι ανά πάσα στιγμή πλέον να προσφέρουν υποστήριξη μέσω του τηλεφώνου.

B. Διαδικτυακή υπηρεσία υποστήριξης: Όσοι επιθυμούν να επικοινωνήσουν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, μπορούν να αποστείλουν μήνυμα στην διεύθυνση admin@eda.org.au ή να συμπληρώσουν την φόρμα επικοινωνίας που υπάρχει διαθέσιμη στην ιστοσελίδα.

Γ. Πρόσωπο με πρόσωπο συνεδρία: Όσοι επιθυμούν να αναζητήσουν συμβουλές πέρα του τηλεφώνου και μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, μπορούν να παραβρεθούν σε πρόσωπο με πρόσωπο συνεδρίες, είτε ατομικά είτε οικογενειακά, με ένα εξειδικευμένο μέλος του προσωπικού. Οι συνεδρίες είναι εντελώς δωρεάν και διεξάγονται στην διεύθυνση 89 Sherwood Road, Toowong QLD 4066

Δ. Ομάδες υποστήριξης: Ο οργανισμός διαχειρίζεται 4 ομάδες υποστήριξης κάθε χρόνο, όπου οι φροντιστές μπορούν να συμμετάσχουν χωρίς κάποια οικονομική επιβάρυνση και να μιλήσουν για οτιδήποτε τους απασχολεί, καθώς και να μοιραστούν τις δικές τους ιστορίες.

3.2.8. NCFED - NATIONAL CENTRE FOR EATING DISORDERS (<https://eating-disorders.org.uk/>)

Το εθνικό κέντρο διατροφικών διαταραχών δημιουργήθηκε το 1984 στην Μεγάλη Βρετανία και πρόκειται για έναν ανεξάρτητο οργανισμό, που έχει ως σκοπό να προσφέρει λύσεις για όλες τις διαταραχές λήψης τροφής καθώς και για την παχυσαρκία. Το κέντρο προσφέρει υποστήριξη τόσο στα άτομα με διατροφικές διαταραχές και τους φροντιστές τους, όσο και στους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με αυτές τις ασθένειες. Στον ιστότοπο που διαθέτει το κέντρο, παρέχονται εκτενείς πληροφορίες για όλες τις πτυχές των διατροφικών διαταραχών, της παχυσαρκίας και της διαταραγμένης αντίληψης της εικόνας σώματος, καθώς και συμβουλές για τους οικείους των ατόμων με τις συγκεκριμένες διαταραχές. Όσοι επιθυμούν να αναζητήσουν θεραπεία από κάποιον επαγγελματία υγείας στην περιοχή τους, προσφέρεται μια ειδική μηχανή αναζήτησης με τους διαθέσιμους θεραπευτές. Επιπλέον, παρέχονται χρήσιμοι σύνδεσμοι που παραπέμπουν σε κέντρα υγείας που προσφέρουν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη για άτομα με διατροφικές διαταραχές, όπως επίσης και μια λίστα με προτεινόμενα σχετικά βιβλία.

The screenshot shows the homepage of the National Centre for Eating Disorders. At the top left is the logo, a green stylized figure, with the text 'National Centre for Eating Disorders'. To the right of the logo is the tagline 'Effective help & treatment for sufferers Excellence in training for professionals'. Further right are social media icons for Twitter, Facebook, LinkedIn, and YouTube, followed by the phone number 'Support: 0845 838 2040' and a search bar. Below this is a dark navigation bar with links: Home, About, Counselling, Professional Training, Information, International, News & Blog, Books, Contact Us. The main content area features a large banner for 'Professional training courses' with a photo of four people. To the right of the banner is a text box about the 'OUR MASTER PRACTITIONER CYCLE' and 'BEAT BULIMIA WORKSHOP'. Below the banner are six smaller boxes, each with a title, an image, and a short description: 'Professional training' (image of people in a classroom), 'Eating disorders treatment' (image of bread and an apple), 'Find an eating disorder counsellor' (image of a woman), 'Eating disorders information' (image of a woman), 'Join our counsellor network' (image of two women talking), and 'Book an assessment' (image of a family).

Εικόνα 3.2.8.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «NCFED».

Το NCFED, προσφέρει πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα πάνω στον τομέα των διατροφικών διαταραχών και της παχυσαρκίας που αφορούν όλους τους επιστήμονες υγείας. Τα συγκεκριμένα εκπαιδευτικά προγράμματα παρέχουν γνώσεις, δεξιότητες και θεραπευτική καθοδήγηση για όλες τις διαταραχές λήψης τροφής, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να τις αντιμετωπίσουν με επιτυχία. Επίσης, τα προγράμματα του NCFED παρέχονται στην Ελλάδα με την πιστοποίηση BPS (British Psychology Society) κατά αποκλειστικότητα από το κέντρο εκπαίδευσης και αντιμετώπισης διατροφικών διαταραχών (ΚΕΑΔΔ). Η εκπαίδευση είναι συνολικής διάρκειας 120 ωρών και μετά το πέρας της δίδεται στους επιτυχείς το πιστοποιητικό “Master Practitioner on Eating Disorders & Obesity”.

Το συγκεκριμένο κέντρο εκτός της ενημέρωσης και της προσφοράς εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τις διατροφικές διαταραχές, παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής στα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές και στους φροντιστές τους. Το πρώτο βήμα που πρέπει να ακολουθήσουν οι ενδιαφερόμενοι, είναι μια προσωπική αξιολόγηση της κατάστασης τους από έναν ειδικό θεραπευτή του κέντρου. Αυτό, μπορεί να γίνει μέσω του τηλεφώνου ή μέσω Skype, με χρέωση 55£ και διάρκεια 1 ώρας. Ακόμα, οι ενδιαφερόμενοι έχουν την δυνατότητα να συνεχίσουν τις συνεδρίες συμβουλευτικής με τον ίδιο θεραπευτή ή να απευθυνθούν σε κάποιον άλλο, χρησιμοποιώντας την ειδική μηχανή αναζήτησης με τους διαθέσιμους θεραπευτές ανά περιοχή, όπως προαναφέρθηκε. Τέλος, για οποιαδήποτε πληροφορία χρειαστεί κάποιος, μπορεί να καλέσει στο +44 (0)845 838 2040 ή να επικοινωνήσει μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση admin@ncfed.com.

3.2.9. N.A.M.E.D. - NATIONAL ASSOCIATION FOR MALES WITH EATING DISORDERS_(<https://namedinc.org/>)

Ο εθνικός σύνδεσμος ανδρών με διατροφικές διαταραχές, ιδρύθηκε το 2006 και πρόκειται για τον μοναδικό οργανισμό στις ΗΠΑ, που είναι αποκλειστικά αφιερωμένος στην εκπροσώπηση του ανδρικού πληθυσμού με διατροφικές διαταραχές και στην συνεχή υποστήριξη του. Μέχρι πρόσφατα, οι άνδρες με αυτές τις διαταραχές είχαν λάβει ανεπαρκή προσοχή, υποστήριξη και θεραπευτική παρέμβαση. Ως αποτέλεσμα αυτού, ο N.A.M.E.D, συμβάλλει ενεργά στην κάλυψη του συγκεκριμένου κενού, παρέχοντας πληροφορίες και συμμετέχοντας σε έρευνες με σκοπό την υποστήριξη αυτού του υποεκπροσωπούμενου πληθυσμού και των οικείων τους. Επιπλέον, ένας άλλος στόχος του συγκεκριμένου οργανισμού, είναι η αλλαγή της αντίληψης της κοινωνίας, ότι οι διατροφικές διαταραχές

«Δήμα Δέσποινα, Μπέμης Γεώργιος, Παπαϊωάννου Ηλιάννα»,
«Διαδικτυακή παρέμβαση σε άτομα με διατροφικές διαταραχές»

είναι μια ασθένεια των γυναικών, ώστε ο ανδρικός πληθυσμός να μπορεί να λαμβάνει εξίσου κατάλληλη θεραπεία και έγκαιρη διάγνωση.

WELCOME TO N.A.M.E.D.
Welcome to our website. NAMED is a nationwide professional association committed to leadership in the field of male eating disorders. We aim to provide support for males affected by eating disorders, provide access to collective expertise, and promote the development of effective clinical intervention and research in this population. Please take a few moments to browse our website, take advantage of our resources, and connect with our community.

DID YOU KNOW ?
1 in 4 individuals with eating disorders is male.

TEN FACTS ABOUT MALES AND EATING DISORDERS*
25-40% of people with eating disorders are males (Hudson, 2007).
>> Read More

N.A.M.E.D. BLOG

- **My Struggle for Self-Acceptance**
By Andy Jackson As I grew up in an alcoholic home and buried my feelings, I eventually developed an...
4/8/2019
- **The Stranger in the Mirror**
By Thomas R. Barnett, LCDC-III What if I told you that I see something every day that no one...
2/1/2019
- **Pretzels and Cheese**
By Francis Iacobucci The Sunday after Thanksgiving I received a text from a trainer at my gym: don't forget...
12/10/2018

HEADLINES BY FEEDBURNER

Tweets by @NAMED_EatingDis

NAMED_EatingDis
@NAMED_EatingDis
Clinical workshop at #ANZAED2017 (@ANZAED1): "Treatment strategies for muscle dysmorphia & body dysmorphic disorder" buff.ly/2VDLPq0

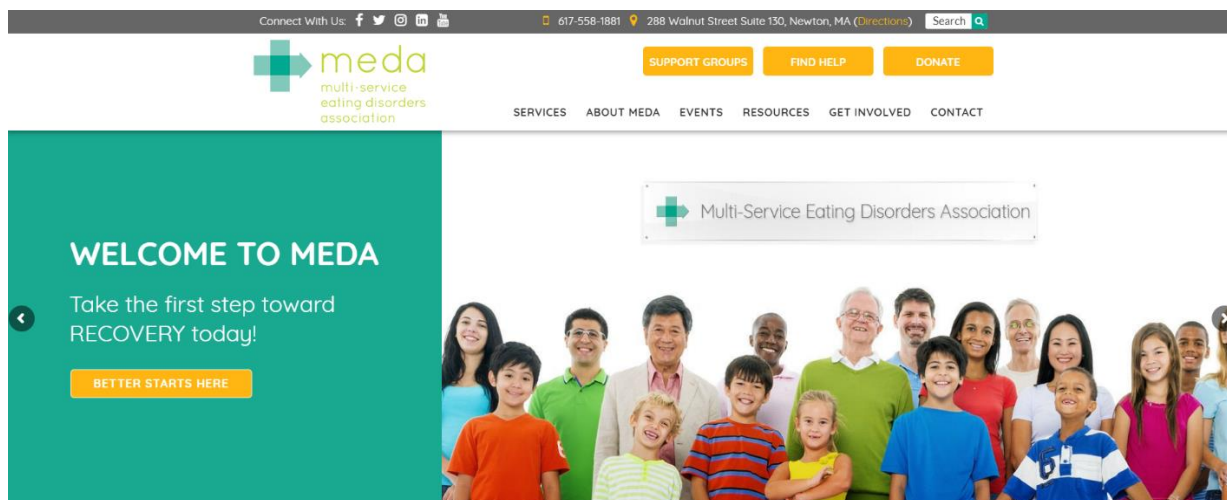
Εικόνα 3.2.9.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «N.A.M.E.D.»

Ο N.A.M.E.D μέσω του ιστότοπου του, παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές οι οποίες επικεντρώνονται στα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ανδρικός πληθυσμός και βασίζονται όλες στην πιο πρόσφατη επιστημονική βιβλιογραφία. Οι πληροφορίες αυτές βρίσκονται υπό την μορφή αναρτημένων άρθρων, προτεινόμενων βιβλίων και εκπαιδευτικών βίντεο. Ακόμα, ο N.A.M.E.D. έχει ενεργό ρόλο στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, όπου παρέχει πληροφορίες μέσω αυτών, στο Facebook και στο Twitter.

3.2.10. MEDA- MULTI SERVICE EATING DISORDERS ASSOCIATION

(<https://www.medainc.org/>)

Η MEDA είναι ο πρώτος μη κερδοσκοπικός οργανισμός στην Νέα Αγγλία των ΗΠΑ, που ιδρύθηκε το 1994 από τον Becky Manley, ο οποίος πήρε αυτή την απόφαση έπειτα από μία προσωπική του εμπειρία, καθώς όταν ήταν στο κολέγιο διαγνώστηκε με ψυχογενή ανορεξία. Ο κύριος σκοπός του οργανισμού είναι το να σταματήσει η εξάπλωση των διατροφικών διαταραχών, ευαισθητοποιώντας το κοινό για τις διατροφικές διαταραχές και δημιουργώντας μια κοινωνία η οποία θα υποστηρίζει τα άτομα με διατροφικές διαταραχές και τις οικογένειες τους, καθώς και θα δέχεται όλους τους τύπους σωματότυπων. Γι' αυτό το λόγο, μέσω του ιστότοπού του, παρέχει εκπαίδευση γύρω από αυτές τις διαταραχές και τις αιτίες που τις προκαλούν, χρήσιμους συνδέσμους, blogs, μέσα από τα οποία μπορούν τα άτομα να λαμβάνουν περισσότερες πληροφορίες για αυτές και προσωπικές εμπειρίες ατόμων τα οποία έχουν αναρρώσει από την διαταραχή που αντιμετώπιζαν. Επιπρόσθετα, ο οργανισμός δημοσιεύει χρήσιμες πληροφορίες με τη μορφή βίντεο στο youtube, τα οποία τα άτομα μπορούν να τα παρακολουθήσουν και όσοι επιθυμούν να αναζητήσουν θεραπεία από κάποιον επαγγελματία υγείας στην περιοχή τους, προσφέρεται μια ειδική μηχανή αναζήτησης με 200 διαθέσιμους θεραπευτές και κέντρα θεραπείας.



Εικόνα 3.2.10.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «MEDA».

Για την επίτευξη του στόχου που αφορά την ενημέρωση, ο MEDA, διοργανώνει ένα ετήσιο εθνικό συνέδριο, όπου παρευρίσκονται 250 άτομα, μεταξύ των οποίων γίνονται συζητήσεις για ότι νεότερο υπάρχει στην έρευνα για την θεραπεία των διατροφικών διαταραχών. Επίσης, περιλαμβάνει διάφορα προγράμματα όπως το πρόγραμμα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για τις διατροφικές διαταραχές, που ονομάζεται “The sooner the

Better” και το πρόγραμμα “Confident Body, Confident Child” που έχει να κάνει με την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης των παιδιών και την προώθηση της θετικής εικόνας σώματος. Τέλος, πραγματοποιεί καμπάνιες για τους παιδαγωγούς, ώστε αυτοί να μάθουν να υποστηρίζουν καλύτερα τους μαθητές που αντιμετωπίζουν κάποια διατροφική διαταραχή και να είναι σε θέση να τις αναγνωρίζουν και στη συνέχεια να προβαίνουν στην κατάλληλη παρέμβαση όσο το δυνατόν πιο σύντομα.

Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ατόμων διαθέτει διάφορες υπηρεσίες όπως:

A. Τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης: Ο οργανισμός παρέχει μία τηλεφωνική γραμμή (617-558-1881), η οποία είναι διαθέσιμη για όλα τα άτομα που ενδεχομένως επιθυμούν να αναζητήσουν παραπάνω πληροφορίες.

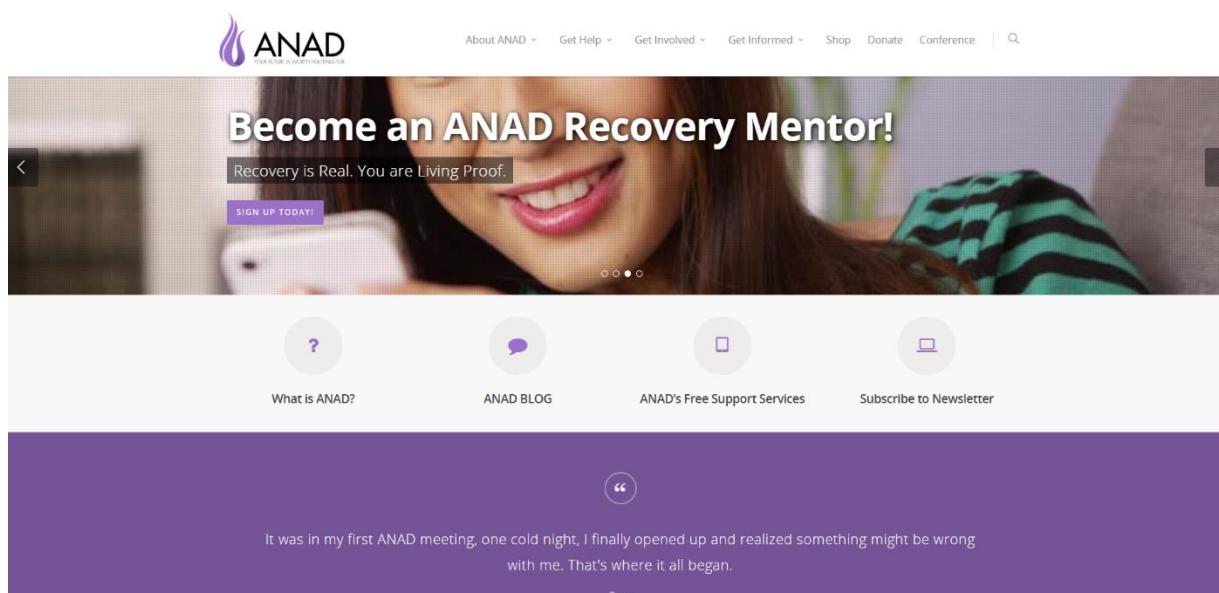
B. Διαδικτυακές υπηρεσίες: Για τα άτομα που δεν επιθυμούν να επικοινωνήσουν μέσω του τηλεφώνου, υπάρχει διαθέσιμη ηλεκτρονική διεύθυνση (info@medainc.org) που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους, αλλά ο οργανισμός βρίσκεται και στα κοινωνικά μέσα δικτύωσης όπως το facebook και το twitter, όπου τα άτομα μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί του μέσω της δημιουργίας λογαριασμού.

Γ. Διαδικτυακές ομάδες υποστήριξης: Ο οργανισμός διαθέτει ομάδες υποστήριξης με ποικίλη θεματολογία τόσο για τα άτομα με διατροφικές διαταραχές όσο και για τους γονείς αλλά και το γενικό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων που έρχονται αντιμέτωποι με αυτές τις διαταραχές. Τα μέλη του MEDA προσφέρουν συνεδρίες στις οποίες τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τις εμπειρίες τους, να ενημερωθούν για τις διατροφικές διαταραχές, να μάθουν πως να συμπεριφέρονται και να αντιμετωπίζουν τα πάσχοντα άτομα και ποιες είναι οι επιλογές που έχουν σχετικά με τη θεραπεία. Σύμφωνα με την ομάδα υποστήριξης που θα επιλέξουν, οι ενδιαφερόμενοι επιβαρύνονται με το ανάλογο ποσό χρημάτων.

3.2.11. ANAD-NATIONAL ASSOCIATION FOR ANOREXIA NERVOSA AND ASSOCIATED DISORDERS (<http://www.anad.org/>)

Ο ANAD είναι ο παλαιότερος εθνικός οργανισμός στις ΗΠΑ, ο οποίος είναι μη κερδοσκοπικός και ιδρύθηκε το 1970 από την Vivian Hanson Meehan. Η απόφασή της να ξεκινήσει τη λειτουργία αυτού του οργανισμού προκλήθηκε από το γεγονός ότι ένα μέλος της οικογένειάς της διαγνώστηκε με ψυχογενή ανορεξία και δεν μπορούσε να βρει πουθενά πληροφορίες σχετικά με αυτή τη διατροφική διαταραχή. Έτσι, δημιουργήθηκε ο ANAD με

σκοπό να βοηθήσει τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή αλλά και τις οικογένειές τους να τις αντιμετωπίσουν. Τα άτομα που εργάζονται στον οργανισμό έχουν ως στόχο να υποστηρίξουν, να ενημερώσουν και να εκπαιδεύσουν τα πάσχοντα άτομα και τις οικογένειές τους, καθώς και να προάγουν την πρόληψη ενάντια αυτών των διαταραχών. Γι' αυτό το λόγο προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στις οικογένειες, τα σχολεία και γενικότερα στην κοινωνία. Αυτό το επιτυγχάνουν με τις πληροφορίες που διαθέτουν μέσω του ιστότοπου του οργανισμού και διάφορων διαλέξεων που πραγματοποιούν. Ακόμα, ο οργανισμός δημοσιεύει χρήσιμες πληροφορίες με τη μορφή βίντεο στο youtube, τα οποία τα άτομα μπορούν να τα παρακολουθήσουν και όσοι επιθυμούν να αναζητήσουν θεραπεία από κάποιον επαγγελματία υγείας στην περιοχή τους ή κάποια ομάδα υποστήριξης, προσφέρεται μια ειδική μηχανή αναζήτησης, με πάνω από 2500 θεραπευτές και θεραπευτικά κέντρα.



Εικόνα 3.2.11.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας ιστοσελίδας «ANAD».

Για να υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα, ο οργανισμός παρέχει την ικανότητα επικοινωνίας με τους εξής τρόπους:

I. Τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης: Για τα άτομα που επιθυμούν να επικοινωνήσουν μέσω τηλεφώνου, υπάρχει διαθέσιμη γραμμή βοήθειας (630-577-1333) η οποία λειτουργεί από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή από τις 09:00 π.μ έως τις 05:00 μ.μ, έτοιμη να υποστηρίξει όσους το έχουν ανάγκη.

II. Διαδικτυακές υπηρεσίες: Για τα άτομα που ενδεχομένως να νιώθουν άβολα με την επικοινωνία μέσω τηλεφώνου, υπάρχει διαθέσιμη ηλεκτρονική διεύθυνση (hello@anad.org)

μέσω της οποίας μπορούν να επικοινωνήσουν τα άτομα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμήσουν.

III. Ομάδες υποστήριξης: Σε αυτές τις ομάδες μπορούν να συμμετάσχουν τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή, εντελώς δωρεάν και να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους μαζί με άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα κι έτσι να μπορούν να διαχειριστούν πιο εύκολα την συγκεκριμένη κατάσταση. Αυτό μπορεί να βοηθήσει όχι μόνο τα άτομα που παρευρίσκονται σε αυτές τις ομάδες αλλά και τα άτομα που δεν το έχουν επιχειρήσει ακόμα, καθώς μπορούν να αποτελέσουν κίνητρο για αυτά. Ακόμα, από αυτές τις ομάδες μπορούν να επωφεληθούν τα άτομα που αποτελούν το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των πασχόντων ατόμων, καθώς μπορούν να ενημερωθούν σχετικά με το τι έχουν να αντιμετωπίσουν και με ποιους τρόπους μπορούν να το καταφέρουν.

IV. Βοήθεια από έναν μέντορα: Ο συγκεκριμένος οργανισμός παρέχει την δυνατότητα σε όποιον επιθυμεί να ζητήσει βοήθεια από έναν εθελοντή μέντορα, όπου και ο ίδιος έχει αναρρώσει από κάποια διατροφική διαταραχή και θα είναι διαθέσιμος ανά πάσα στιγμή όποτε χρειαστεί καθοδήγηση ο ενδιαφερόμενος. Η επικοινωνία με τον μέντορα μπορεί να γίνει μέσω του τηλεφώνου, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή ακόμα και μέσω μηνυμάτων στο κινητό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ιστοσελίδα ‘Προχωράω Μπροστά’ δημιουργήθηκε με σκοπό όχι μόνο την διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της διαδικτυακής θεραπείας, αλλά και την ενημέρωση και βοήθεια προς άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές ή μέλη του κοντινού τους περιβάλλοντος. Το όνομα «Προχωράω Μπροστά» στοχεύει στο να εμπνεύσει μία αίσθηση αυτοπεποίθησης στα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές και να τα ωθήσει στο να προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους και να βελτιώσουν την υγεία και τη ζωή τους. Έχοντας υπόψιν το κοινό στο οποίο στοχεύει, η ιστοσελίδα διαμορφώθηκε ανάλογα.

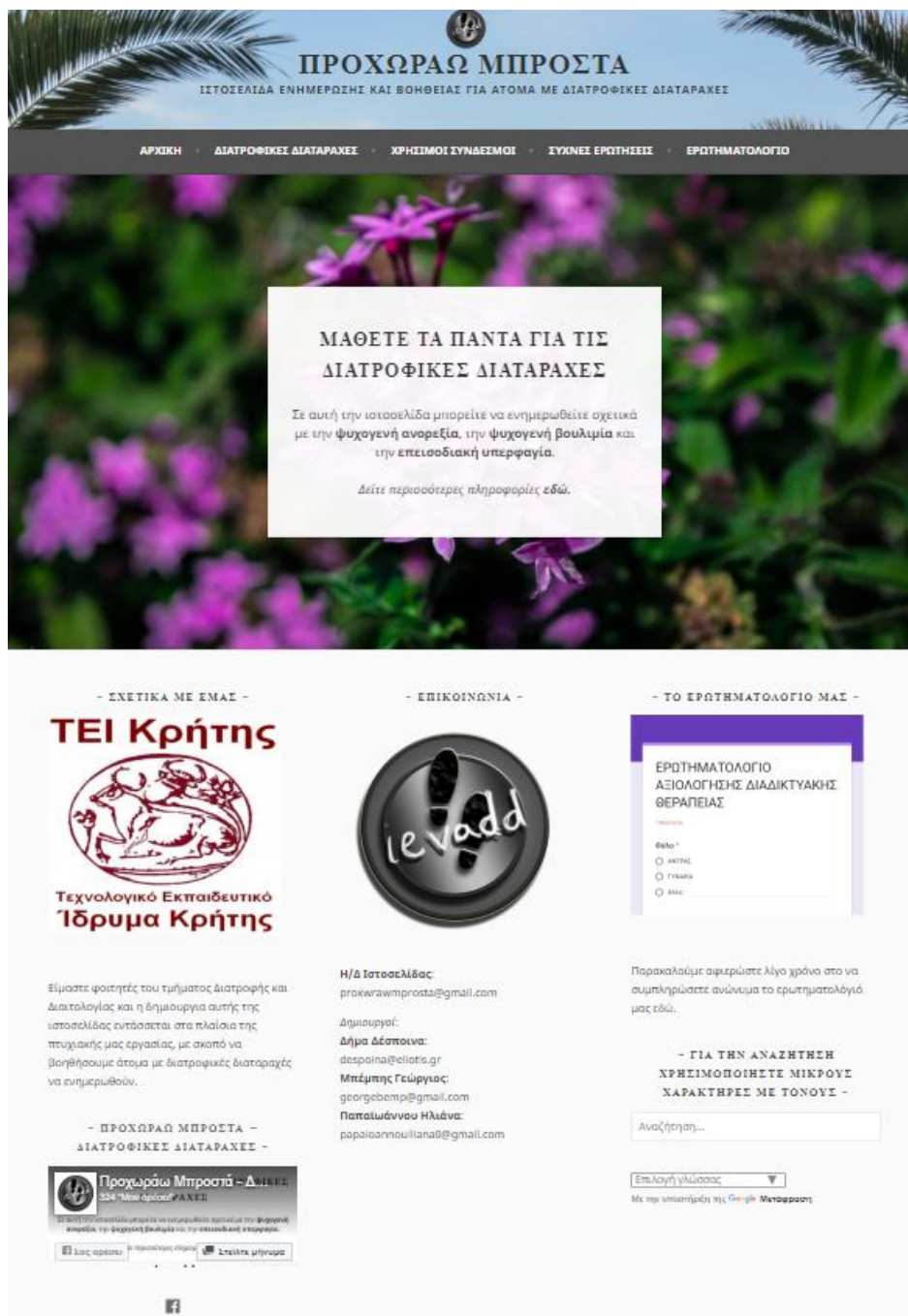
4.2. ΥΛΙΚΟ, ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.2.1. ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αρχικά, χρησιμοποιήθηκαν μερικές εικόνες στην πλατφόρμα, οι οποίες απεικονίζουν τη φύση, χωρίς καμία ανάμιξη ανθρώπων ή τροφών, ώστε να μην δημιουργήσουν δυσάρεστα συναισθήματα σε ασθενείς. Το υλικό της ιστοσελίδας χωρίστηκε σε πέντε βασικές καρτέλες (Αρχική σελίδα, Διατροφικές διαταραχές, Χρήσιμοι σύνδεσμοι, Συχνές ερωτήσεις, Ερωτηματολόγιο), με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι εύκολο για τους επισκέπτες να πλοηγηθούν.

Στην Αρχική σελίδα συμπεριλήφθηκε ένα μικρό εισαγωγικό σημείωμα για το υλικό πληροφοριών που προσφέρει η ιστοσελίδα, για να προετοιμαστεί ο αναγνώστης για το περιεχόμενο. Στο κάτω μέρος της ιστοσελίδας προστέθηκαν μερικές προσωπικές πληροφορίες για την φοίτηση μας στο τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, όπως και τις προσωπικές μας ηλεκτρονικές διευθύνσεις, έτσι ώστε να μπορεί οποιοσδήποτε να επικοινωνήσει μαζί μας για ενδεχόμενες απορίες. Ακόμα, στην αρχική σελίδα υπάρχει σύνδεσμος ανακατεύθυνσης για το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για την αποτελεσματικότητα της διαδικτυακής θεραπείας.

«Δήμα Δέσποινα, Μπέμπης Γεώργιος, Παπαϊωάννου Ηλιάννα»,
«Διαδικτυακή παρέμβαση σε άτομα με διατροφικές διαταραχές»



Εικόνα 4.2.1.1: Απεικόνιση αρχικής σελίδας της ιστοσελίδας «Προχωράω Μπροστά».

Στην καρτέλα «Διατροφικές διαταραχές» περιλαμβάνονται άρθρα για τις διατροφικές διαταραχές, τα οποία βασίστηκαν σε έρευνες και επιστημονικά άρθρα. Πιο συγκεκριμένα, τα άρθρα αυτά αφορούν την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία και την επεισοδιακή υπερφαγία, καθώς αυτές είναι οι πιο συχνά εμφανιζόμενες διατροφικές διαταραχές. Τα άρθρα αυτά γράφτηκαν με τρόπο που τα καθιστούν ευανάγνωστα ακόμα και από άτομα που δεν έχουν γνώσεις πάνω σε αυτό το θέμα. Οι πληροφορίες για καθεμία διαταραχή συμπεριελάμβανε έξι διαφορετικά άρθρα, ώστε να είναι πιο εύκολο για τον

αναγνώστη να βρει την πληροφορία που χρειάζεται. Το πρώτο άρθρο αναφέρει τον ορισμό της συγκεκριμένης διαταραχής, μια μικρή περιγραφή και τα διαγνωστικά της κριτήρια. Το δεύτερο επικεντρώνεται στην κλινική εικόνα των πασχόντων και εξηγεί πώς και γιατί το σώμα παρουσιάζει συγκεκριμένα συμπτώματα ως αποτέλεσμα της διαταραχής. Το τρίτο αναλύει την ψυχοπαθολογία, τα αίτια και το τι οδηγεί τα άτομα αυτά στο να εκδηλώσουν μια διαταραχή, με στόχο να κατανοήσουν οι πάσχοντες πώς οδηγήθηκαν σε αυτό το αποτέλεσμα. Το τέταρτο περιγράφει τις επιπτώσεις που προκαλεί η συγκεκριμένη διαταραχή στο άτομο που πάσχει, οι οποίες σχετίζονται με διάφορα μέρη του σώματος και έχει ως σκοπό να προειδοποιήσει τους πάσχοντες για τους κινδύνους που επιφέρουν οι διαταραχές. Το πέμπτο εστιάζει στην αντιμετώπιση κάθε διαταραχής, τις πιθανές προσεγγίσεις από ειδικούς, τις μορφές θεραπείας και τους στόχους που πρέπει να εκπληρωθούν. Τέλος, το έκτο άρθρο προσφέρει κάποιες χρήσιμες συμβουλές, όχι μόνο σε άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή, αλλά και στα άτομα που βρίσκονται γύρω τους, όπως οικογένεια, φίλοι ή φροντιστές, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η σωστή διαχείριση της κατάστασης

ΑΡΧΙΚΗ · ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ · ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΣΥΜΒΕΣΜΟΙ · ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ · ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ

Αρτήστε ένα σελίδιο Εισαγωγή και ορισμός της επεισοδιακής υπερφαγίας, διαγνωστικά κριτήρια, συμπτώματα και σοβαρότητα ασθένειας.

- ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΜΙΚΡΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΜΕ ΤΟΝΟΥΣ -

Αναζήτηση...

- TRANSLATE -

Επιλογή γλώσσας ▼
Με την υποστήριξη της Google Μετάφραση

- ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ -

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ
ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ

Αρτήστε ένα σελίδιο Εισαγωγή και ορισμός ψυχογενούς ανορεξίας, διαγνωστικά κριτήρια, συμπτώματα και σοβαρότητα ασθένειας.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΙ ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ

Αρτήστε ένα σελίδιο Εισαγωγή και ορισμός ψυχογενούς βουλιμίας, διαγνωστικά κριτήρια, συμπτώματα και σοβαρότητα ασθένειας.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

Αρτήστε ένα σελίδιο Συμβουλές για πάσχοντες, αλλά και για τις οικογένειες και τα κοντινά άτομα πασχόντων.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Αρτήστε ένα σελίδιο Στόχοι και είδη θεραπείας επεισοδιακής υπερφαγίας.

Εικόνα 4.2.1.2: Απεικόνιση καρτέλας «Διατροφικές Διαταραχές» στην ιστοσελίδα «Προχωράω Μπροστά».

Στη συνέχεια, δημιουργήθηκε η καρτέλα των χρήσιμων συνδέσμων. Αυτή η καρτέλα περιέχει ηλεκτρονικούς συνδέσμους για διάφορες ιστοσελίδες από κλινικές ή οργανισμούς, οι οποίοι ειδικεύονται στις διατροφικές διαταραχές. Σκοπός της συγκεκριμένης ενότητας είναι να προσφερθεί στους αναγνώστες μεγαλύτερη ποικιλία πληροφοριών έτσι ώστε να κατευθυνθούν προς μία σωστή πορεία αντιμετώπισης της διαταραχής τους. Οι σύνδεσμοι που προστέθηκαν οδηγούν όχι μόνο σε ελληνικές ιστοσελίδες, αλλά και σε αγγλόφωνες.

ΑΡΧΙΚΗ · ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ · ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ · ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ · ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- EatingDisorders.gr (<http://www.eatingdisorders.gr/forum/index.php>)
- Ινστιτούτο Ψυχολογικών Εφαρμογών (<http://ipse.gr/psyfood.html>)
- Μάζι - Ίδρυμα Διατροφικών Διαταραχών Κύπρου (<http://www.mazi.org.cy/mazi/page.php?pageID=7>)
- Ανάσα - Υποστήριξη ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές (<http://www.anasa.com.gr/el/>)

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- Beat Eating disorders (<https://www.beateatingdisorders.org.uk/>)
- Butterfly Foundation (<https://thebutterflyfoundation.org.au/>)
- NEDIC - National Eating Disorder Information Centre (<http://www.nedic.ca/>)
- NEDA - National Eating Disorders Association (<https://www.nationaleatingdisorders.org/>)
- Bodywhys (<https://www.bodywhys.ie/>)
- Eating Disorder Hope (<https://www.eatingdisorderhope.com/>)
- MEDA - Multi - Service Eating Disorders Association (<https://www.medainc.org/>)
- AED - Academy for Eating Disorders (<https://www.aedweb.org/home>)
- ANAD - National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (<http://www.anad.org/>)
- N.A.M.E.D - The National Association for Males with Eating Disorders (<https://namedinc.org/>)

- ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΜΙΚΡΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΜΕ ΤΟΝΟΥΣ -

Αναζήτηση...

- TRANSLATE -

Επιλογή γλώσσας ▾

Με την υποστήριξη της Google Μετάφραση

Εικόνα 4.2.1.3: Απεικόνιση καρτέλας «Χρήσιμοι Σύνδεσμοι» της ιστοσελίδας «Προχωράω Μπροστά».

Η επόμενη καρτέλα «Συχνές ερωτήσεις» περιλαμβάνει συγκεντρωμένα κάποιες βασικές απορίες, μαζί με της απαντήσεις τους, οι οποίες θεωρείται ότι εκφράζονται από ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που δεν έχει γνώσεις πάνω στο θέμα των διατροφικών διαταραχών σχετικά με την θεραπεία τους, την συχνότητά τους, τις επιπτώσεις τους και τα αίτια τους. Οι ερωτήσεις που επιλέξαμε να προσθέσουμε είναι οι εξής:

- **Τι είναι οι διατροφικές διαταραχές;**

Η διατροφική διαταραχή είναι μία επίμονη μορφή διαταραχής του τρόπου λήψης τροφής ή της συμπεριφοράς ελέγχου του βάρους που επιδεινώνει εμφανέστατα τη σωματική

υγεία και τον ψυχοκοινωνικό τρόπο λειτουργίας. Η διαταραχή δεν θα πρέπει να είναι το αποτέλεσμα κάποιας ιατρικής πάθησης ή κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (Crow & Eckert, 2016).

- **Πόσο συχνά εμφανίζονται οι διατροφικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό;**

Η συχνότητα των διατροφικών διαταραχών σημειώνει ραγδαία αύξηση. Τα ποσοστά εμφάνισης παγκοσμίως υπολογίζονται έως και 0.21% για την ψυχογενή ανορεξία, 0.81% για την ψυχογενή βουλιμία και 2.22% για την επεισοδιακή υπερφαγία, με τις συγκεκριμένες ασθένειες να στοχεύουν συχνότερα νεαρές γυναίκες (Le, Barendregt, Hay & Mihalopoulos, 2017).

- **Εμφανίζουν οι άντρες διατροφικές διαταραχές;**

Ο αντρικός πληθυσμός αποτελεί το 5 – 15% των ατόμων με διαγνωσμένη ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία και το 35% αυτών με επεισοδιακή υπερφαγία (Smolin & Grosvenor, 2011).

- **Γιατί οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά διατροφικές διαταραχές;**

Η διαφορά στην συχνότητα των δύο φύλων μπορεί να οφείλεται σε βιολογικούς, πολιτιστικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Ιδιαίτερα, η εξιδανίκευση του λεπτού σώματος στην σύγχρονη εποχή και η συνεχής ενασχόληση των γυναικών με την εικόνα σώματος τους, τις καθιστά πιο επιρρεπείς στις διατροφικές διαταραχές (Smolin & Grosvenor, 2011).

- **Από τι προκαλούνται οι διατροφικές διαταραχές;**

Γενικά, σύμφωνα με επιστημονικά στοιχεία, η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών βασίζεται σε συνδυασμό γενετικών, ψυχολογικών και κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων που αναλύονται για την κάθε διαταραχή στα διαθέσιμα άρθρα της παρούσας ιστοσελίδας (Smolin & Grosvenor, 2011).

- **Γιατί οι διατροφικές διαταραχές είναι συχνό φαινόμενο στους εφήβους;**

Τα άτομα στην εφηβεία υπόκεινται σε σεξουαλικές, ορμονικές και σωματικές αλλαγές και συγκεκριμένα τα κορίτσια δέχονται μια αύξηση της λιπώδους μάζας και για αυτό πολλές φορές νιώθουν ανασφαλείς με το σώμα τους. Αυτό, σε συνδυασμό με την προώθηση ενός πολύ λεπτού σώματος από τα ΜΜΕ και της ανάγκης των ατόμων στην εφηβεία να είναι κοινωνικά αποδεκτά, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών με πληθώρα επιπλοκών στην ανάπτυξη των εφήβων (Goldstein & DeVries, 2017).

- **Γιατί οι αθλητές εμφανίζουν συχνά διατροφικές διαταραχές;**

Πολλοί αθλητές συμμετέχουν σε αθλήματα που το βάρος σώματος μπορεί να αποτελέσει πλεονέκτημα για καλύτερη απόδοση. Οι αθλητές αυτοί δέχονται πολύ πίεση ώστε να μπορέσουν να διατηρήσουν το επιθυμητό βάρος για το άθλημα τους και αποτυχίες της διατήρησης του μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπτώσεις, όπως να αποκλειστούν από την ομάδα τους. Για αυτό τον λόγο, πολλοί αθλητές οδηγούνται σε υπερβολικές δίαιτες για να χάσουν ή να κερδίσουν βάρος γρήγορα. Σε συνδυασμό των παραπάνω και την πειθαρχία που έχουν οι αθλητές, μπορούν να οδηγηθούν εύκολα στις διατροφικές διαταραχές (Smolin & Grosvenor, 2011).

- **Ποιες είναι οι διαφορές της ψυχογενούς βουλιμίας και της επεισοδιακής υπερφαγίας;**

Η κύρια διαφορά ανάμεσα στην ψυχογενή βουλιμία και στην επεισοδιακή υπερφαγία, είναι ότι στην δεύτερη δεν υπάρχει η παρουσία των επανορθωτικών συμπεριφορών όπως υπάρχει στην ψυχογενή βουλιμία. Ακόμα τα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία, είναι λιγότερο πιθανόν να περιορίζουν την τροφή που καταναλώνουν και είναι πιο πιθανόν να είναι μεγαλύτερα σε ηλικία όταν εμφανίζουν την διαταραχή (Hill & Kirk, 2005).

- **Ποιές είναι οι διαφορές ανάμεσα στη ψυχογενή ανορεξία και στη ψυχογενή βουλιμία;**

Στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας υπάρχει σημαντική απώλεια βάρους κάτω από το φυσιολογικό όριο ή άρνηση διατήρησης φυσιολογικού βάρους για την αντίστοιχη ηλικία και ύψος, οι γυναίκες εμφανίζουν αμηνόρροια και μπορεί να πραγματοποιηθούν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Αντίθετα, στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας, υπάρχει διατήρηση σωματικού βάρους στα φυσιολογικά όρια, οι γυναίκες εμφανίζουν διαταραχές στην έμμηνου ρήση και πραγματοποιούνται πάντα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (Clayton & Fatemi, 2008).

Η τελευταία καρτέλα απαρτίζεται από το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για την αποτελεσματικότητα της διαδικτυακής θεραπείας. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι εύκολο στη χρήση και απαντάται ανώνυμα από τον καθένα, ώστε να επιτευχθεί όσο τον δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια στις απαντήσεις και διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων. Το κοινό-στόχος στο οποίο απευθύνεται είναι άτομα, τα οποία πάσχουν από

διατροφικές διαταραχές ή άτομα, τα οποία βρίσκονται κοντά τους. Για να αποσαφηνιστεί σε ποια κατηγορία από τις παραπάνω ανήκουν τα άτομα, το ερωτηματολόγιο έχει αναπτυχθεί έτσι ώστε να περιλαμβάνει σχετικές ερωτήσεις στην αρχή. Στην συνέχεια, περιλαμβάνει ερωτήσεις για το εάν έχουν προσπαθήσει να αντιμετωπίσουν στο παρελθόν την διαταραχή τους και με ποιον τρόπο, καθώς και το πως χαρακτηρίζουν την διαδικτυακή θεραπεία, ως μέθοδο αντιμετώπισης. Κατόπιν, το άτομα καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο που ενημερώθηκαν για την ύπαρξη της ιστοσελίδας και αν τους βοήθησε το περιεχόμενο της, κάνοντας μια συνοπτική αξιολόγηση. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, συνέβαλαν στην στατιστική ανάλυση του υπό διερεύνηση θέματος, το οποίο είναι το εάν η διαδικτυακή θεραπεία είναι μία αρκετά αποτελεσματική μορφή θεραπείας και εάν τα πάσχοντα άτομα την προτιμούν από την θεραπεία, η οποία γίνεται προσωπο με προσωπο.

ΑΡΧΙΚΗ · ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ · ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ · ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ · ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΜΙΚΡΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΜΕ ΤΟΝΟΥΣ -

Αναζήτηση...

- TRANSLATE -

Επιλογή γλώσσας

Με την υποστήριξη της Google Μετάφραση

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

* Απαιτείται

Φύλο *

ΑΝΤΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

Άλλο: _____

Ηλικία *

Η απάντησή σας

Εικόνα 4.2.1.4: Απεικόνιση καρτέλας «Ερωτηματολόγιο» της ιστοσελίδας «Προχωράω Μπροστά».

Τέλος, προστέθηκαν ακόμη στην ιστοσελίδα μερικά βοηθητικά εργαλεία, όπως η «αναζήτηση», για να μπορούν οι αναγνώστες να ψάξουν λέξεις-κλειδιά και να βρουν την πληροφορία που θέλουν πιο γρήγορα και την αυτόματη μετάφραση, έτσι ώστε να μπορέσουν να την επισκεφθούν και άτομα, τα οποία δεν μιλούν την ελληνική γλώσσα.

4.2.2. ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το έτος 2018. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία και βασίστηκε στα άτομα τα οποία επιθυμούσαν να συμπληρώσουν το προαναφερθέν ερωτηματολόγιο, αφού είχαν πλοηγηθεί στην ιστοσελίδα και είχαν διαβάσει το περιεχόμενό της. Τα άτομα τα οποία συμμετείχαν ήταν 68 (57 γυναίκες και 11 άνδρες) εκ των οποίων 17 δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή, 31 ότι γνωρίζουν κάποιο άτομο με διατροφική διαταραχή μέσα στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον (ανάμεσα τους και μερικοί από τους πάσχοντες) και 37 ήταν απλοί επισκέπτες της ιστοσελίδας.

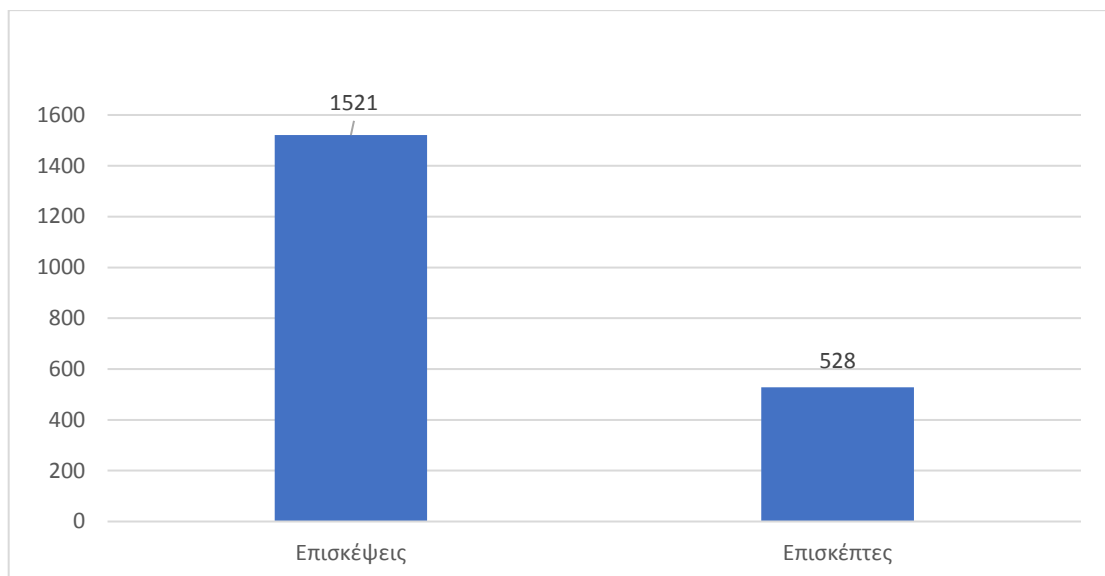
4.2.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων κωδικοποιήθηκαν στο Microsoft Office 2016, ώστε στην συνέχεια να γίνει η στατιστική τους ανάλυση. Παράλληλα, στο συγκεκριμένο πρόγραμμα έγινε και η δημιουργία των γραφημάτων που παρατίθενται παρακάτω. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS για Windows.

4.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

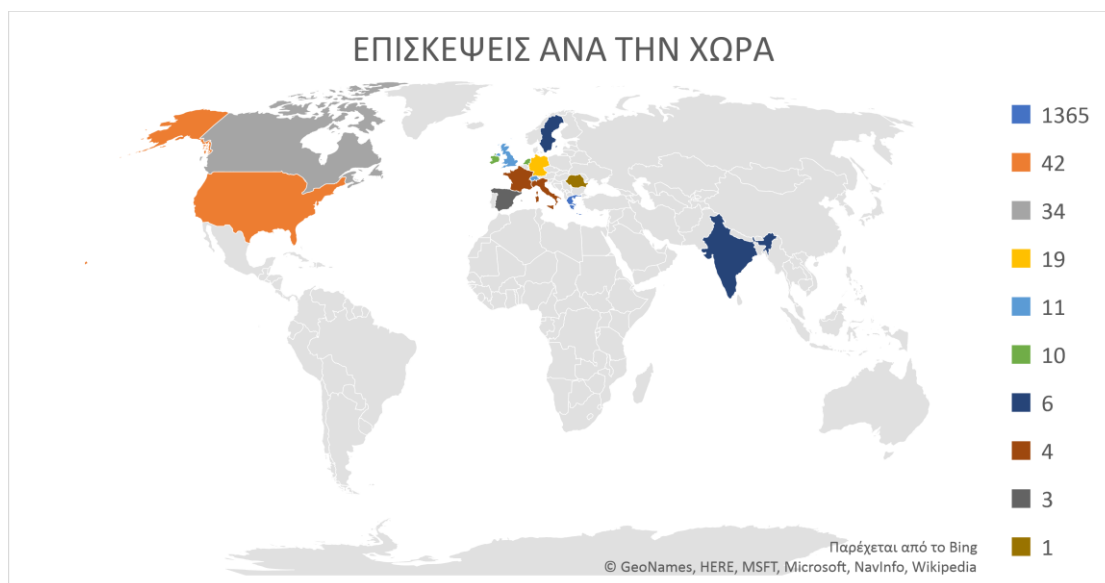
4.3.1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑΣ

Ακολουθεί μια συνοπτική παρουσίαση των στατιστικών δεδομένων της ιστοσελίδας και συγκεκριμένα τα στατιστικά για την επισκεψιμότητα, που καταγράφηκαν σε διάστημα 7 μηνών (9/9/18 – 9/4/19). Ο όρος επισκέπτες προσδιορίζει τον συνολικό αριθμό μοναδικών χρηστών που επισκέπτονται την ιστοσελίδα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σε αντίθεση, ο όρος επισκέψεις αναφέρεται στον συνολικό αριθμό επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν την ίδια χρονική περίοδο (πολλαπλές επισκέψεις από έναν χρήστη καταμετρούνται ξεχωριστά).



Διάγραμμα 4.3.1.1: Επισκεψιμότητα ιστοσελίδας «Προχωρώ Μπροστά».

Παρατηρείται ότι 528 άτομα επισκέφθηκαν την ιστοσελίδα σε περίοδο 7 μηνών, ενώ οι επισκέψεις μέσα σε αυτό το διάστημα ήταν 1521.



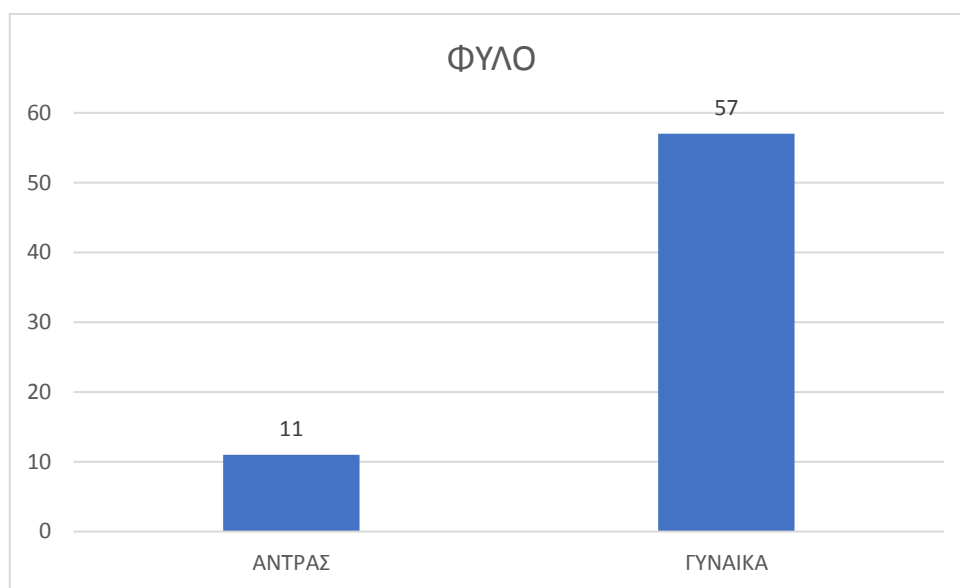
Διάγραμμα 4.3.1.2: Επισκέψεις ανά την χώρα στην ιστοσελίδα «Προχωρώ Μπροστά»

Στο παραπάνω χωροπληθικό χάρτη απεικονίζονται με διαφορετικά χρώματα οι χώρες από τις οποίες σημειώθηκαν επισκέψεις στην ιστοσελίδα μας. Βλέπουμε ότι καταγράφηκαν 1365 επισκέψεις από την Ελλάδα, 42 από τις ΗΠΑ, 34 από τον Καναδά, 19 από την Γερμανία, 11 από το Ηνωμένο Βασίλειο, 11 από την Ελβετία, 10 από την Ολλανδία, 6 από την Σουηδία, 6 από την Ινδία, 4 από την Ιταλία, 4 από την Γαλλία, 4 από την Κύπρο,

3 από την Ισπανία και 1 από την Ρουμανία. Οι επισκέψεις από διαφορετικές χώρες εκτός της Ελλάδας θα μπορούσαν να δικαιολογηθούν λόγω της δυνατότητας μετάφρασης ολόκληρου του περιεχόμενου της ιστοσελίδας, σε οποιαδήποτε γλώσσα επιθυμεί ο χρήστης.

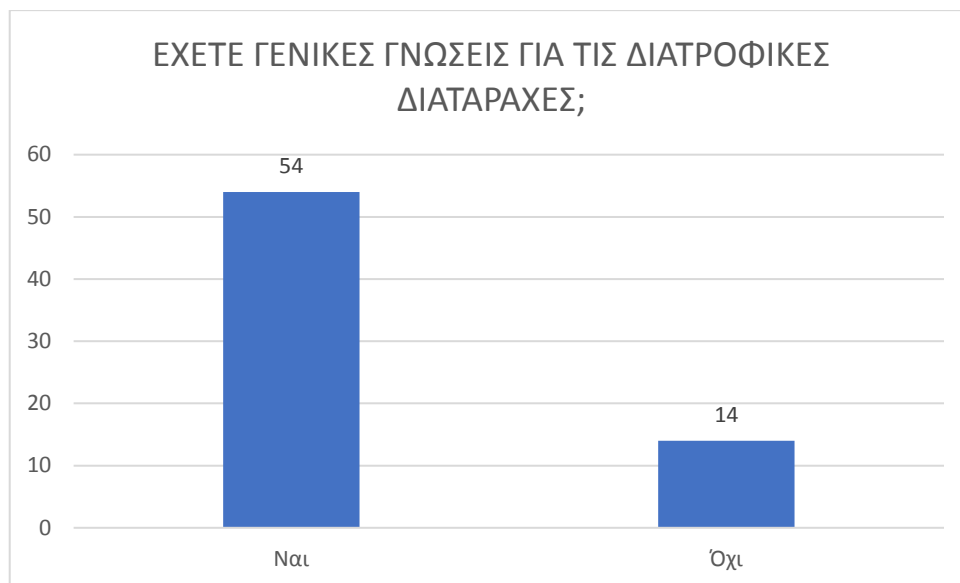
4.3.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων που εκλήφθησαν μετά την ανάλυση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε.



Διάγραμμα 4.3.2.1: Κατανομή του φύλου των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται ότι από τα 68 άτομα του δείγματος της έρευνας, τα 57 είναι γυναίκες ενώ τα 11 είναι άνδρες. Σύμφωνα με αυτό παρατηρείται ότι υπάρχει μια μεγαλύτερη συχνότητα γυναικών στο εξεταζόμενο δείγμα έναντι των ανδρών.

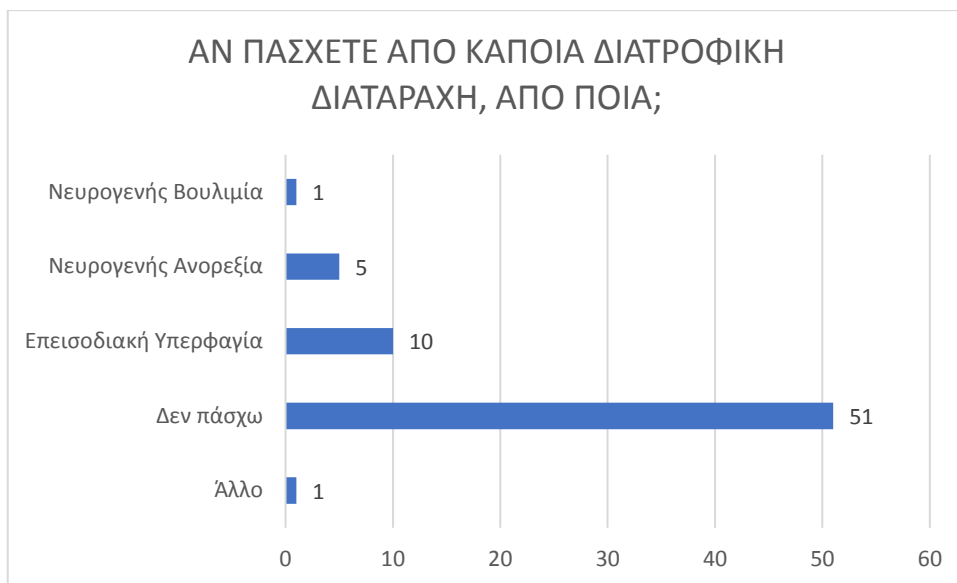


Διάγραμμα 4.3.2.2: Απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν έχουν γενικές γνώσεις για τις διατροφικές διαταραχές.

Η πρώτη ερώτηση που κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες, πέρα της συμπλήρωσης των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών, ήταν το εάν έχουν γενικές γνώσεις για τις διατροφικές διαταραχές. Όπως καταδεικνύεται από το παραπάνω διάγραμμα, το δείγμα φαίνεται να γνωρίζει το τι είναι οι διατροφικές διαταραχές, αφού 54 άτομα απάντησαν ότι έχουν γενικές γνώσεις για αυτές ενώ μόνο 14 άτομα απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν.

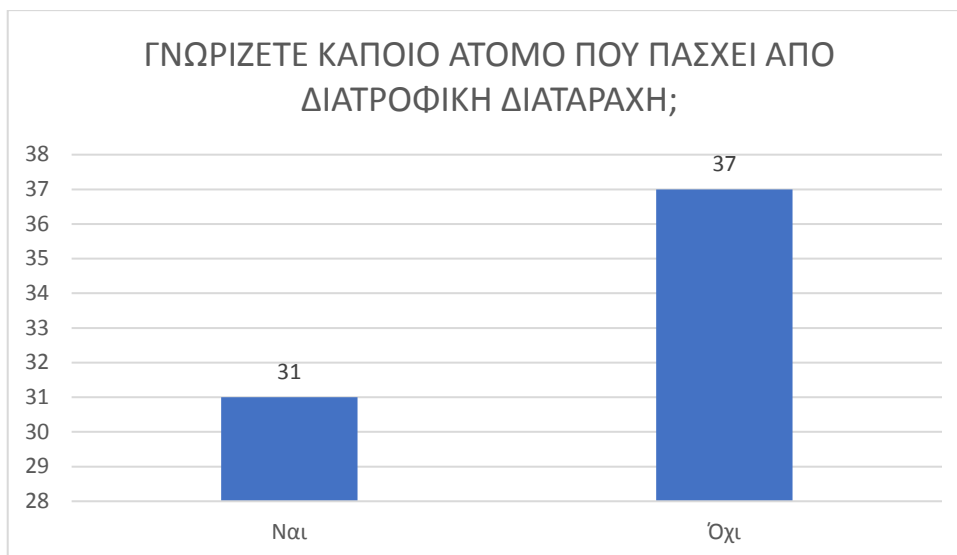


Διάγραμμα 4.3.2.3: Απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή.

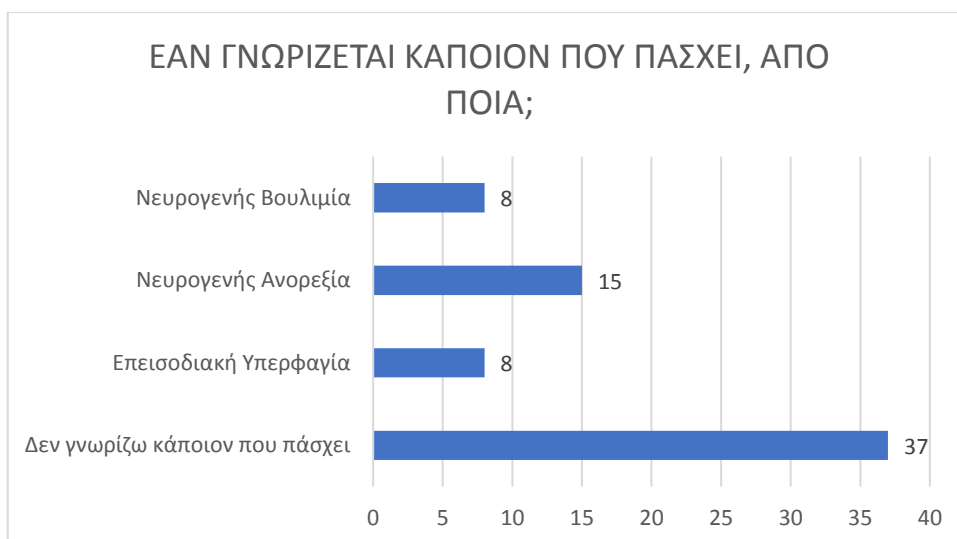


Διάγραμμα 4.3.2.4: Απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το από ποια διατροφική διαταραχή πάσχουν.

Στο ερωτηματολόγιο ζητήθηκε να γίνει κατανοητό από την αρχή το εάν τα άτομα που έχουν προβεί στην συμπλήρωση του πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή ή όχι. Εφόσον, η απάντηση ήταν θετική, ζητήθηκε να δηλώσουν και από ποια συγκεκριμένη διαταραχή πάσχουν. Σύμφωνα με το διάγραμμα 4.3.2.4 παρατηρείται ότι μόνο ένας μικρός αριθμός ατόμων πάσχει από κάποια διατροφική διαταραχή (N=17), μολονότι τα περισσότερα άτομα του δείγματος δεν πάσχουν (N=51). Πιο συγκεκριμένα, από τα 15 άτομα που απάντησαν ότι έχουν κάποια διατροφική διαταραχή, η πλειοψηφία δήλωσε ότι πάσχει από επεισοδιακή υπερφαγία (N=10) με βάση το διάγραμμα 4.3.2.5. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι μόνο 1 άτομο δήλωσε ότι πάσχει από νευρογενή βουλιμία, ενώ τα υπόλοιπα 5 άτομα από νευρογενή ανορεξία.



Διάγραμμα 4.3.2.5: Απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει από κάποια διατροφική διαταραχή.

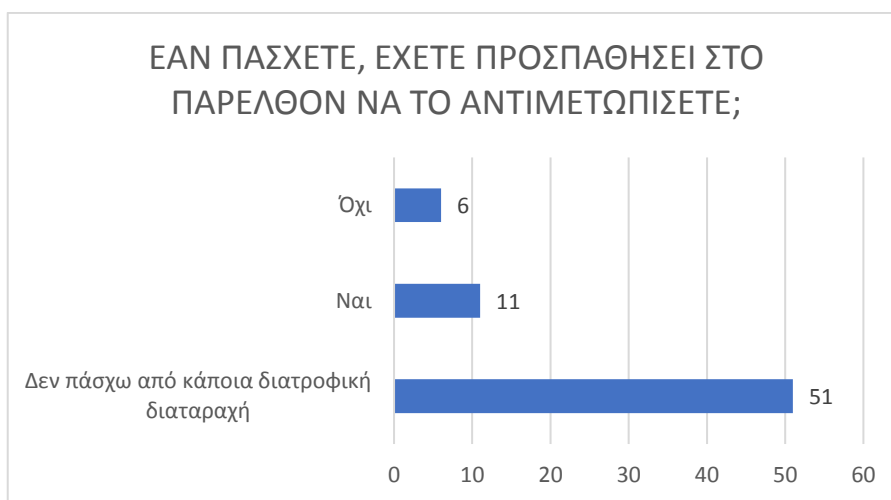


Διάγραμμα 4.3.2.6: Απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το από ποια διατροφική διαταραχή πάσχουν τα άτομα που γνωρίζουν.

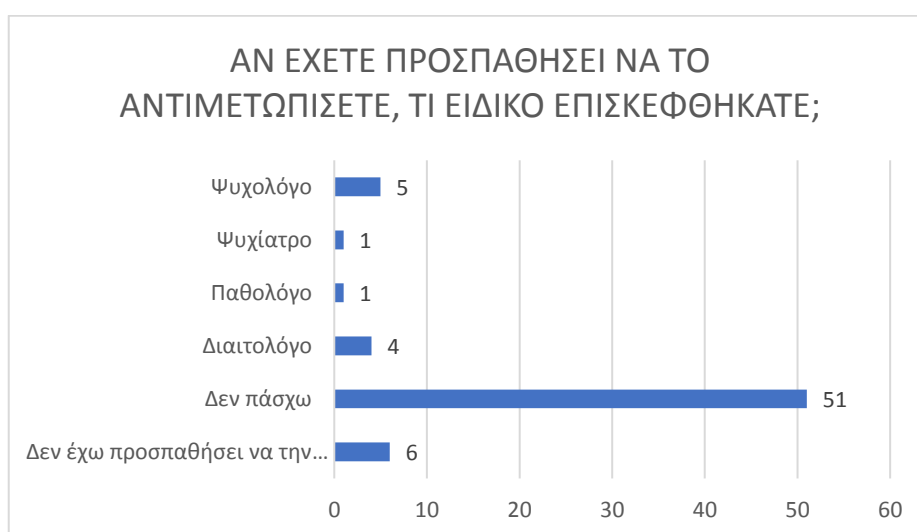
Όπως προαναφέρθηκε και στον σκοπό, στόχος της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι να επωφεληθούν από το περιεχόμενο της ιστοσελίδας, τόσο τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή όσο και τα άτομα του οικογενειακού ή φιλικού τους περιβάλλοντος. Για αυτό τον λόγο, θεωρήθηκε σημαντικό να προστεθεί μια ερώτηση στο ερωτηματολόγιο που θα διαχώριζε πόσα άτομα από τους ερωτηθέντες γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει και πόσα δεν γνωρίζουν. Φυσικά, όσοι απάντησαν θετικά, καλούνταν να

δηλώσουν και από ποια συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή πάσχουν τα άτομα που γνωρίζουν.

Παρατηρώντας το διάγραμμα 4.3.2.6 διακρίνεται ότι 31 ερωτηθέντες γνωρίζουν κάποιο άτομο που έχει κάποια διατροφική διαταραχή ενώ 37 δεν γνωρίζουν. Ειδικότερα, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι γνωρίζουν άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία (N=15), ενώ σε μικρότερο βαθμό (N=8) πάσχουν από νευρογενή βουλιμία και επεισοδιακή υπερφαγία αντίστοιχα (διάγραμμα 4.3.2.7).

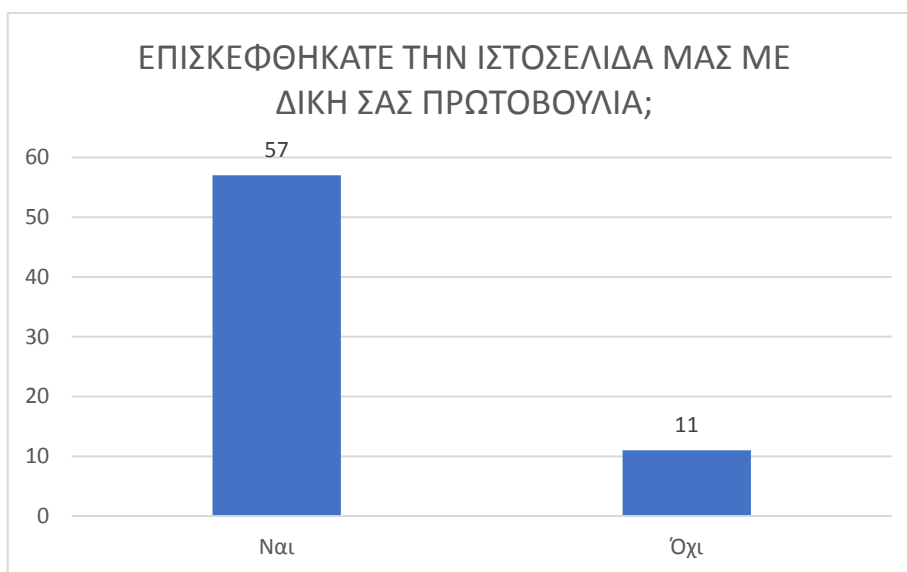


Διάγραμμα 4.3.2.7: Απάντηση ερωτηθέντων σχετικά με το εάν έχουν προσπαθήσει στο αντιμετώπισουν στο παρελθόν την διατροφική τους διαταραχή.

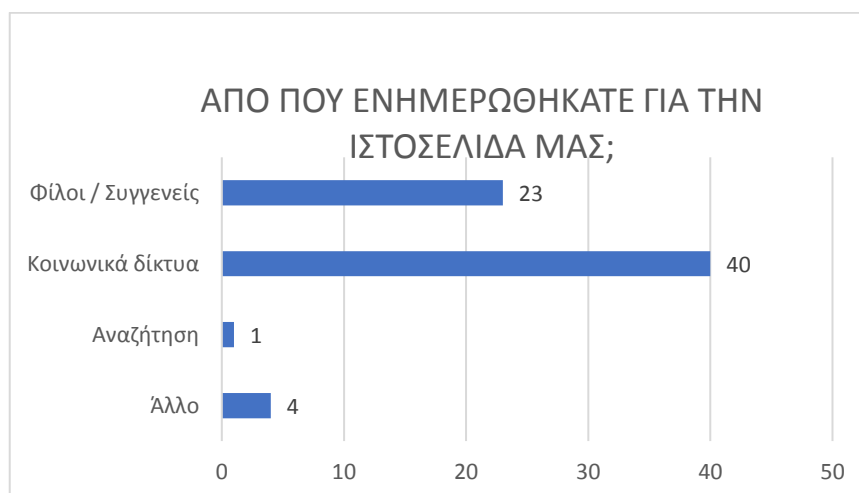


Διάγραμμα 4.3.2.8: Απάντηση ερωτηθέντων σχετικά με το τι ειδικό έχουν επισκεφθεί για να αντιμετωπίσουν την διατροφική τους διαταραχή.

Στα παραπάνω διαγράμματα φαίνονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στις ερωτήσεις που κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με το εάν έχουν αντιμετωπίσει την διατροφική τους διαταραχή στο παρελθόν και σε τι ειδικό απευθύνθηκαν. Αναλυτικότερα, από τα άτομα που πάσχουν, 11 έχουν προσπαθήσει να την αντιμετωπίσουν, ενώ 6 άτομα δεν έχουν προσπαθήσει με κάποιον τρόπο. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν προσπαθήσει, έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο (N=5), ψυχίατρο (N=1), παθολόγο (N=1), καθώς και διαιτολόγο (N=4).

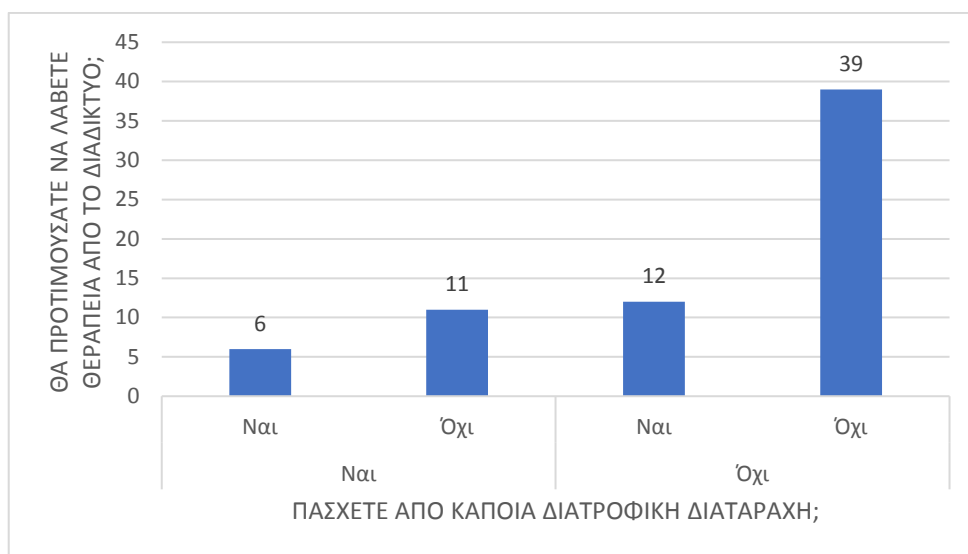


Διάγραμμα 4.3.2.9: Απάντηση ερωτηθέντων σχετικά με το εάν επισκέφθηκαν την ιστοσελίδα με δική τους πρωτοβουλία.



Διάγραμμα 4.3.2.10: Απάντηση ερωτηθέντων σχετικά με το από που ενημερώθηκαν για την ιστοσελίδα.

Στην συνέχεια, τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ρωτήθηκαν εάν επισκέφθηκαν αυτοβούλως την ιστοσελίδα και από που ενημερώθηκαν για την ύπαρξη της. Αρχικά, η συντριπτική πλειοψηφία (N=57) απάντησε ότι επισκέφθηκε την ιστοσελίδα με δική της πρωτοβουλία, ενώ ταυτόχρονα λιγότερο από το ένα τέταρτο του δείγματος απάντησε το αντίθετο (N=11). Όσο αφορά τον τρόπο μέσω από τον οποίο ενημερώθηκαν για την ιστοσελίδα μας, 40 άτομα ενημερώθηκαν μέσω των κοινωνικών δικτύων, 23 μέσω φίλων και συγγενών, 1 μέσω της αναζήτησης στο google καθώς και 4 από άλλες πηγές.



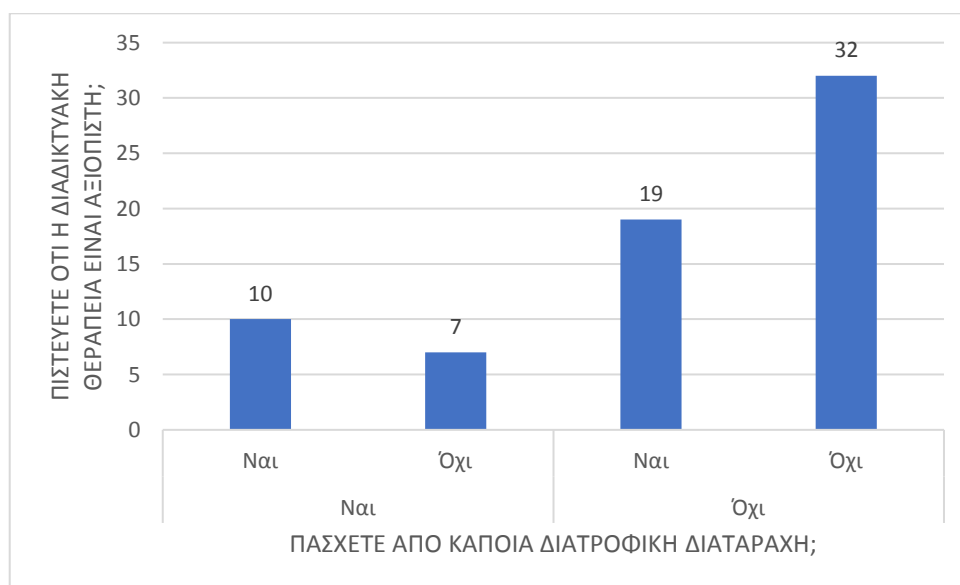
Διάγραμμα 4.3.2.11: Απάντηση των πασχόντων και μη πασχόντων ατόμων σχετικά με το εάν θα προτιμούσαν να λάβουν θεραπεία από το διαδίκτυο.

Όσον αφορά τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή παρατηρείται στο παραπάνω διάγραμμα ότι, τα 6 άτομα απάντησαν ότι θα προτιμούσαν να λάβουν θεραπεία από το διαδίκτυο και τα υπόλοιπα 11 ότι δεν θα προτιμούσαν. Όσον αφορά τα άτομα που δεν πάσχουν, 12 απάντησαν ότι θα προτιμούσαν ενώ 39 ότι δεν θα προτιμούσαν.

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.907	.341
Continuity Correction ^b	.403	.526
Likelihood Ratio	.872	.350
Fisher's Exact Test		
Linear-by-Linear Association	.893	.345
N of Valid Cases	68	

Πίνακας 4.3.2.1: Συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και της προτίμησης θεραπείας μέσω του διαδικτύου.

Στη συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και της προτίμησης θεραπείας μέσω του διαδικτύου βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από 0.05. (p-value = 0.341, Pearson $X^2 = 0.907$)



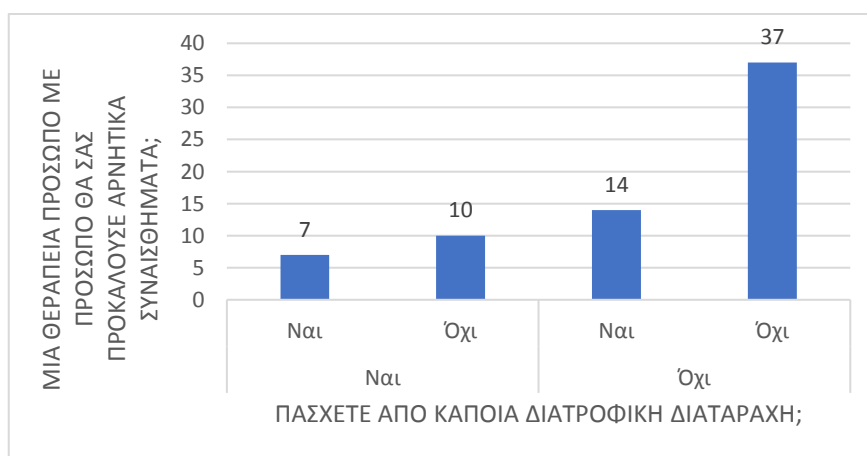
Διάγραμμα 4.3.2.12: Απάντηση των πασχόντων και μη πασχόντων ατόμων σχετικά με το εάν πιστεύουν ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη.

Στο παραπάνω διάγραμμα διακρίνεται ότι από τους πάσχοντες, τα 10 θεωρούν ότι είναι αξιόπιστη και τα 7 ότι δεν την θεωρούν αξιόπιστη, ενώ από τους μη πάσχοντες, τα 19 την θεωρούν αξιόπιστη και τα 32 όχι.

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.425	.119
Continuity Correction ^b	1.623	.203
Likelihood Ratio	2.407	.121
Fisher's Exact Test		
Linear-by-Linear Association	2.389	.122
N of Valid Cases	68	

Πίνακας 4.3.2.2: Συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν πιστεύουν ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη.

Στη συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν πιστεύουν ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από 0.05. (p-value = 0.119, Pearson $X^2 = 2.425$)



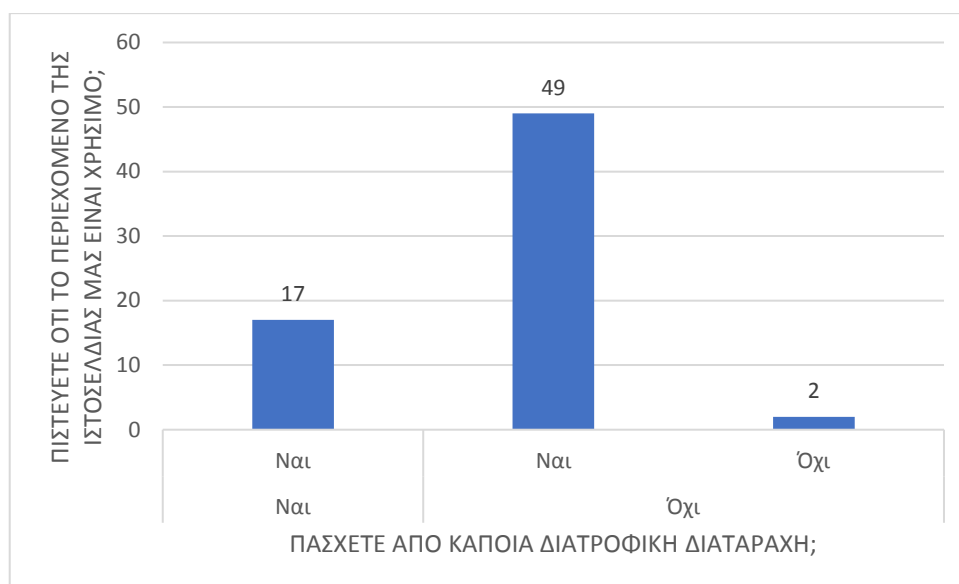
Διάγραμμα 4.3.2.13: Απάντηση των πασχόντων και μη πασχόντων ατόμων σχετικά με το εάν μια θεραπεία πρόσωπο με πρόσωπο θα τους προκαλούσε αρνητικά συναισθήματα.

Στο διάγραμμα που προηγείται καταγράφεται ότι από τα άτομα που πάσχουν, τα 7 απάντησαν ότι μία τέτοια θεραπεία θα τους προκαλούσε αρνητικά συναισθήματα και τα υπόλοιπα 10 ότι δεν θα συνέβαινε κάτι τέτοιο. Αντίστοιχη καταγραφή δείχνει ότι από τα άτομα που δεν πάσχουν, τα 14 απάντησαν ότι θα βίωναν αρνητικά συναισθήματα ενώ τα 37 ότι δεν θα βίωναν τέτοια συναισθήματα.

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.125	.289
Continuity Correction ^b	.574	.449
Likelihood Ratio	1.090	.297
Fisher's Exact Test		
Linear-by-Linear Association	1.109	.292
N of Valid Cases	68	

Πίνακας 4.3.2.3: Συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν οι συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο προκαλούν αρνητικά συναισθήματα.

Στη συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν οι συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο προκαλούν αρνητικά συναισθήματα βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από 0.05. (p-value = 0.289, Pearson $X^2 = 1.125$)



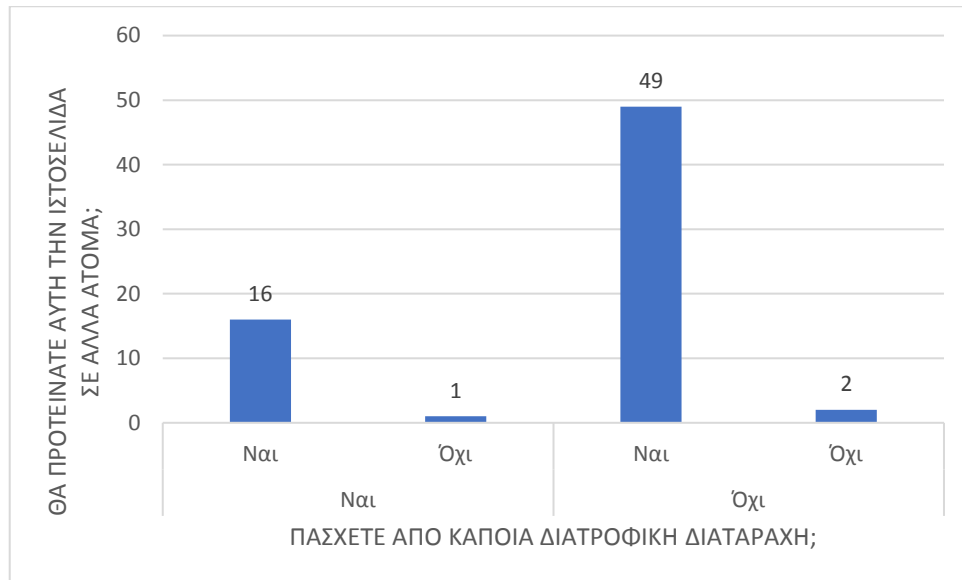
Διάγραμμα 4.3.2.14: Απάντηση των πασχόντων και μη πασχόντων ατόμων σχετικά με το εάν πιστεύουν ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας είναι χρήσιμο.

Στο παραπάνω διάγραμμα εξάγεται το συμπέρασμα ότι από τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή απάντησαν και τα 17 ότι θεωρούν την ιστοσελίδα χρήσιμη, ενώ από τα άτομα που δεν πάσχουν, τα 49 απάντησαν θετικά στο ερώτημα ενώ τα υπόλοιπα 2 απάντησαν αρνητικά.

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.687	.407
Continuity Correction ^b	.000	1.000
Likelihood Ratio	1.171	.279
Fisher's Exact Test		
Linear-by-Linear Association	.677	.411
N of Valid Cases	68	

Πίνακας 4.3.2.4: Συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν πιστεύουν ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας είναι χρήσιμο.

Στη συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν πιστεύουν ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας είναι χρήσιμο βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από 0.05. (p-value = 0.407, Pearson $X^2 = 0.687$)



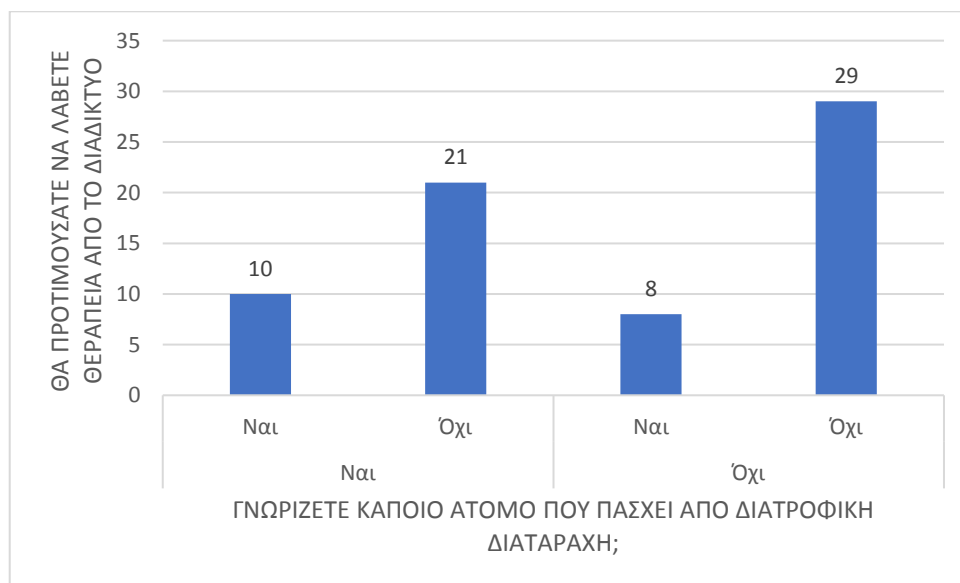
Διάγραμμα 4.3.2.15: Απάντηση των πασχόντων και μη πασχόντων ατόμων σχετικά με το εάν θα πρότειναν αυτή την ιστοσελίδα σε άλλα άτομα.

Στο συγκεκριμένο διάγραμμα παρατηρείται ότι από τα πάσχοντα άτομα, τα 16 ανταποκρίθηκαν θετικά στο ερώτημα ενώ τα υπόλοιπα 2 ανταποκρίθηκαν αρνητικά. Κάτι αντίστοιχο παρατηρείται και για τα μη πάσχοντα άτομα, καθώς τα 49 ανταποκρίθηκαν θετικά στο ερώτημα, ενώ τα 2 ανταποκρίθηκαν αρνητικά.

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.116	.733
Continuity Correction ^b	.000	1.000
Likelihood Ratio	.109	.741
Fisher's Exact Test		
Linear-by-Linear Association	.115	.735
N of Valid Cases	68	

Πίνακας 4.3.2.5: Συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν θα πρότειναν την ιστοσελίδα σε άλλα άτομα.

Στη συσχέτιση μεταξύ πασχόντων ή μη πασχόντων και του αν θα πρότειναν την ιστοσελίδα σε άλλα άτομα βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από 0.05. (p-value = 0.733, Pearson $X^2 = 0.116$)



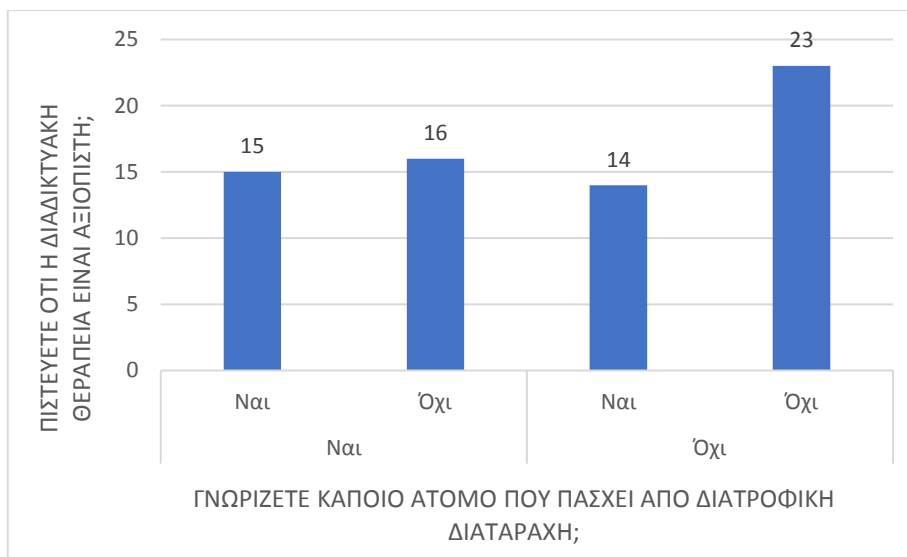
Διάγραμμα 4.3.2.16: Απάντηση των ατόμων που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο και των ατόμων που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο σχετικά με εάν θα προτιμούσαν να λάβουν θεραπεία από το διαδίκτυο.

Σε αυτό το διάγραμμα διακρίνεται ότι από τα άτομα που γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει, τα 10 απάντησαν θετικά στο εάν θα προτιμούσα να λάβουν θεραπεία από το διαδικτυο και τα 21 ότι απάντησαν αρνητικά. Κάτι αντίστοιχο διακρίνουμε και για τα άτομα που δεν γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει, καθώς τα 8 απάντησαν θετικά στο ερώτημα και τα 29 απάντησαν αρνητικά.

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.980	.322
Continuity Correction ^b	.510	.475
Likelihood Ratio	.978	.323
Fisher's Exact Test		
Linear-by-Linear Association	.966	.326
N of Valid Cases	68	

Πίνακας 4.3.2.6: Συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν θα προτιμούσαν να λάβουν θεραπεία μέσω του διαδικτύου.

Στη συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν θα προτιμούσαν να λάβουν θεραπεία μέσω του διαδικτύου βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από 0.05. (p-value = 0.322, Pearson $X^2 = 0.980$)



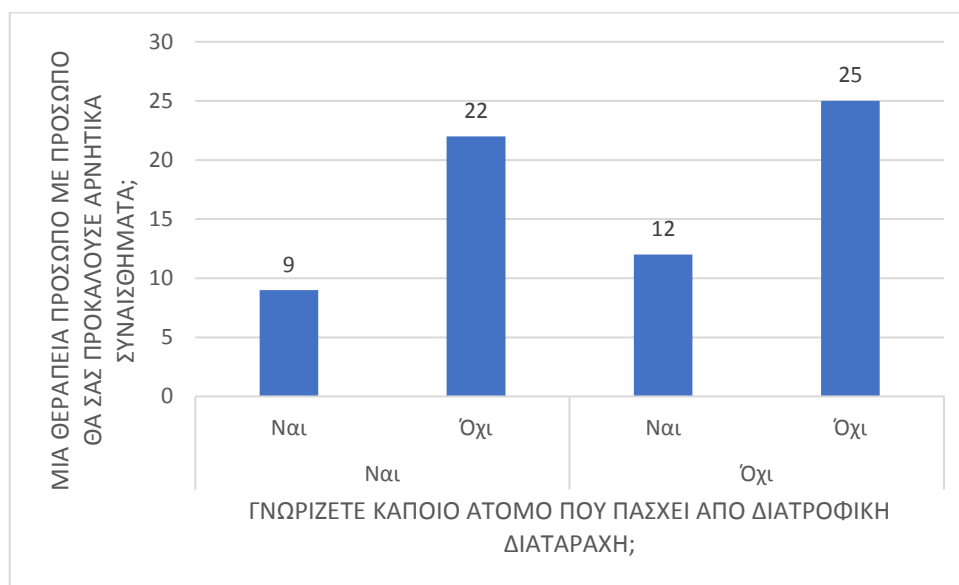
Διάγραμμα 4.3.2.17: Απάντηση των ατόμων που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο και των ατόμων που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο σχετικά με το αν πιστεύουν ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη.

Στο διάγραμμα που προηγείται γίνεται αντιληπτό ότι από τα άτομα που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο, τα 15 απάντησαν ότι θεωρούν αξιόπιστη μία τέτοια θεραπεία ενώ τα 16 ότι δεν την θεωρούν αξιόπιστη. Αντίστοιχα από τα άτομα που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο, τα 14 απάντησαν ότι την θεωρούν αξιόπιστη και τα υπόλοιπα 23 ότι δεν θεωρούν κάτι τέτοιο.

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.767	.381
Continuity Correction ^b	.397	.529
Likelihood Ratio	.768	.381
Fisher's Exact Test		
Linear-by-Linear Association	.756	.385
N of Valid Cases	68	

Πίνακας 4.3.2.7: Συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν πιστεύουν ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη.

Στη συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν πιστεύουν ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από 0.05. (p-value = 0.381, Pearson $\chi^2 = 0.767$)



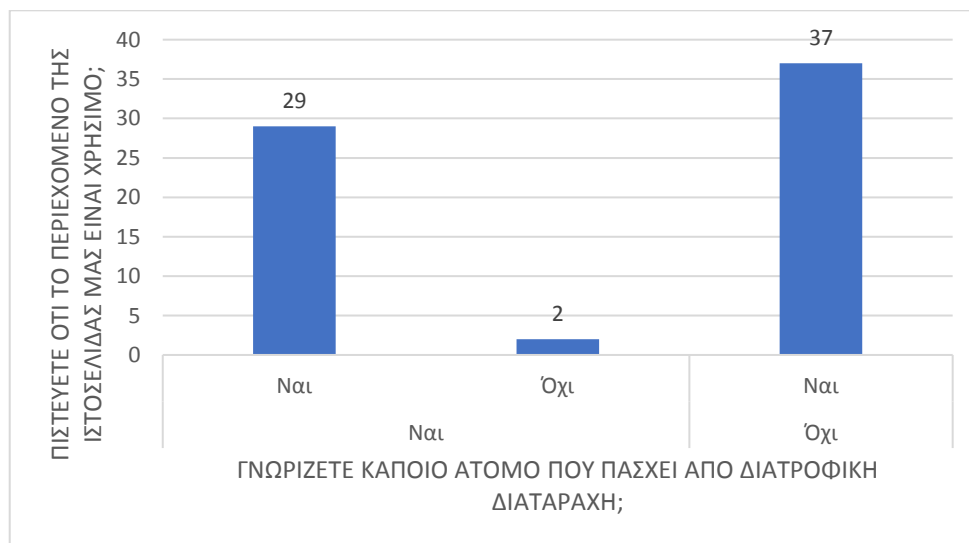
Διάγραμμα 4.3.2.18: Απάντηση των ατόμων που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο και των ατόμων που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο σχετικά με εάν μια θεραπεία πρόσωπο με πρόσωπο θα τους προκαλούσε αρνητικά συναισθήματα.

Στο συγκεκριμένο διάγραμμα καταγράφεται ότι από τα άτομα που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο, τα 9 ανταποκρίθηκαν θετικά στο ότι θα βίωναν αρνητικά συναισθήματα σε μια θεραπεία πρόσωπο με πρόσωπο και τα υπόλοιπα 22 ανταποκρίθηκαν αρνητικά. Μία αντίστοιχη καταγραφή μας δείχνει ότι από τα άτομα που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο, τα 12 θα βίωναν τέτοια συναισθήματα ενώ τα 25 δεν θα βίωναν κάτι τέτοιο.

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.091	.762
Continuity Correction ^b	.002	.969
Likelihood Ratio	.092	.762
Fisher's Exact Test		
Linear-by-Linear Association	.090	.764
N of Valid Cases	68	

Πίνακας 4.3.2.8: Συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν οι συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο προκαλούν αρνητικά συναισθήματα

Στη συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν οι συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο προκαλούν αρνητικά συναισθήματα βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από 0.05. (p-value = 0.762, Pearson $\chi^2 = 0.091$)



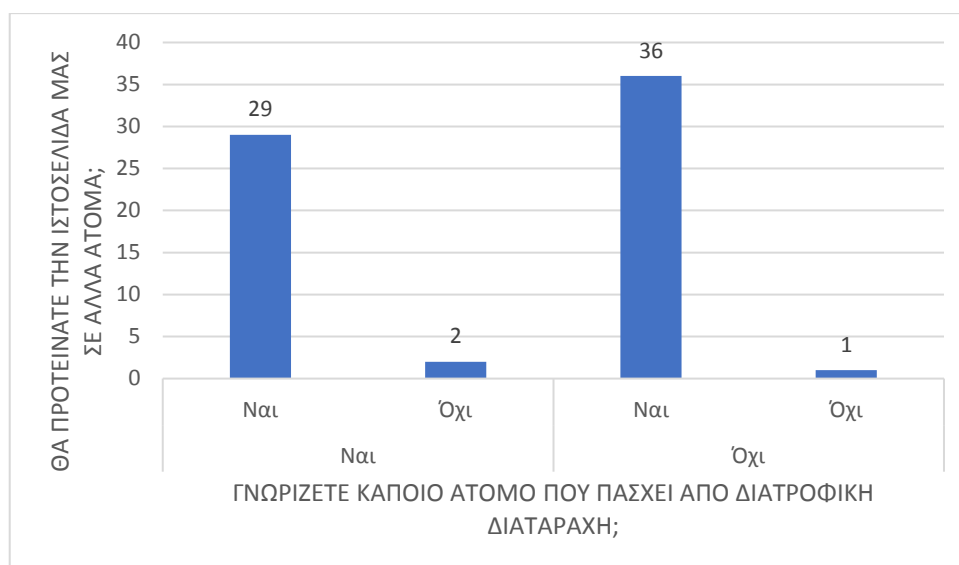
Διάγραμμα 4.3.2.19: Απάντηση των ατόμων που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο και των ατόμων που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο σχετικά με εάν πιστεύουν ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας είναι χρήσιμο.

Στο παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνεται ότι σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες κρίνουν ως χρήσιμο το περιεχόμενο της ιστοσελίδας, καθώς από τα άτομα που γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει, τα 29 απάντησαν ότι είναι χρήσιμο ενώ μόνο 2 απάντησαν ότι δεν είναι. Η ίδια διαπίστωση συμβαίνει και με τα άτομα που δεν γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει, καθώς 37 άτομα απάντησαν ότι είναι χρήσιμο και δεν υπήρχε καμία αρνητική απάντηση.

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.459	.117
Continuity Correction ^b	.719	.397
Likelihood Ratio	3.215	.073
Fisher's Exact Test		
Linear-by-Linear Association	2.423	.120
N of Valid Cases	68	

Πίνακας 4.3.2.9: Συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν πιστεύουν ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας είναι χρήσιμο.

Στη συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν πιστεύουν ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας είναι χρήσιμο βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από 0.05. (p-value = 0.117, Pearson $X^2 = 2.459$)



Διάγραμμα 4.3.2.20: Απάντηση των ατόμων που γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο αλλά και αυτών που δεν γνωρίζουν κάποιο πάσχον άτομο σχετικά με το εάν θα πρότειναν την ιστοσελίδα σε άλλα άτομα.

Σε αυτό το διάγραμμα παρατηρείται ότι την ιστοσελίδα θα την πρότειναν σε άλλα άτομα, καθώς από τα άτομα που γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει, τα 29 απάντησαν θετικά και μόνο 2 απάντησαν αρνητικά. Αυτό όμως παρατηρείται ότι θα συνέβαινε και από τα άτομα που δεν γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει, καθώς τα 36 απάντησαν θετικά και μόνο 1 απάντησε αρνητικά.

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.562	.453
Continuity Correction ^b	.025	.875
Likelihood Ratio	.565	.452
Fisher's Exact Test		
Linear-by-Linear Association	.554	.457
N of Valid Cases	68	

Πίνακας 4.3.2.10: Συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν θα πρότειναν την ιστοσελίδα σε άλλα άτομα.

Στη συσχέτιση μεταξύ ατόμων που γνωρίζουν κάποιον πάσχοντα ή όχι και του αν θα πρότειναν την ιστοσελίδα σε άλλα άτομα βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από 0.05. (p-value = 0.453, Pearson $X^2 = 0.562$)

4.4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από τα παραπάνω δεδομένα φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, πάσχοντες και μη, έχουν αρκετούς ενδοιασμούς όσο αφορά την θεραπεία που βασίζεται σε διαδικτυακή παρέμβαση. Παρόλα αυτά, όταν κλήθηκαν να απαντήσουν στο εάν η ιστοσελίδα που δημιουργήθηκε είναι χρήσιμη ή αν θα την πρότειναν σε άλλα άτομα σχεδόν όλες οι απαντήσεις ήταν θετικές.

Πιο συγκεκριμένα, περισσότερο από το μισό δείγμα απάντησε ότι δεν θεωρεί ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη, χωρίς να υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα σε πάσχοντες και μη πάσχοντες. Ακόμα, σε αντίθεση με τα βιβλιογραφικά ευρήματα που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 2, η πλειοψηφία δήλωσε ότι οι συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο δεν θα τους προκαλούσαν αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο ή ντροπή. Αυτό ίσως να οφείλεται στο μικρό πλήθος του δείγματός μας. Επίσης, είναι ξεκάθαρο ότι οι περισσότεροι από το δείγμα προτιμούν να λάβουν θεραπεία πρόσωπο με πρόσωπο και όχι μέσω του διαδικτύου.

Αφ'ετέρου, μια συντριπτική πλειοψηφία αναφέρει ότι το περιεχόμενο της παρούσας ιστοσελίδας τους φάνηκε χρήσιμο ως προς την ενημέρωση και την βοήθεια που τους προσέφερε. Επίσης, σχεδόν όλο το δείγμα απάντησε ότι αυτή η ιστοσελίδα είναι κάτι που θα πρότειναν σε άλλα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές ή θέλουν να ενημερωθούν γενικά όσο αφορά το συγκεκριμένο θέμα.

Από αυτές τις πληροφορίες είναι λογικό να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι επειδή η τεχνολογία αναπτύσσεται ραγδαία στις μέρες μας, κάποιο κομμάτι του πληθυσμού δυσκολεύεται να εμπιστευτεί κάτι το οποίο φαίνεται τόσο καινούριο στα μάτια του. Παράλληλα, όμως, φαίνεται ότι οι άνθρωποι αυτοί είναι έστω και λίγο ανοιχτοί στο ενδεχόμενο να δοκιμάσουν αυτόν τον τρόπο με το πέρασμα του χρόνου. Με λίγη παραπάνω προσπάθεια και έρευνα, είναι πολύ πιθανό να δημιουργηθεί μία πολύ αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας, η οποία πρόκειται να βοηθήσει ένα τεράστιο μέρος του πληθυσμού των πασχόντων, που μέχρι τώρα πέφτει θύμα στις οικονομικές και κοινωνικές δυσκολίες αυτής της εποχής.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην ιστοσελίδα δεν υπάρχει η παρουσία καθοδήγησης από κάποιον ειδικό και αυτό την καθιστά ένα μην αποτελεσματικό τρόπο παρέμβασης σύμφωνα με έρευνες. Αναλυτικότερα, μια συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε το 2014, μελέτησε τα αποτελέσματα 8 ερευνών που σύγκριναν την κατευθυνόμενη με την μη κατευθυνόμενη διαδικτυακή θεραπεία για τις διανοητικές διαταραχές. Το συμπέρασμα της συγκεκριμένης ανασκόπησης ήταν, ότι η κατευθυνόμενη διαδικτυακή θεραπεία υπερτερεί της μη κατευθυνόμενης και αυξάνει την αποτελεσματικότητα της, όταν εφαρμόζεται. Επίσης, επισημαίνεται ότι η μη κατευθυνόμενη διαδικτυακή θεραπεία θα μπορούσε να παίξει ένα σημαντικό ρόλο στην πρόληψη αυτών των διαταραχών (Baumeister, Reichler, Munzinger & Jin, 2014). Πιο συγκεκριμένα για τις διατροφικές διαταραχές, μια άλλη συστηματική ανασκόπηση, μελέτησε 3 έρευνες που εξέταζαν την αποτελεσματικότητα της μη κατευθυνόμενης διαδικτυακής θεραπείας σε σύνολο 248 συμμετεχόντων με ψυχογενή βουλιμία και μη προσδιοριζόμενες αλλιώς διατροφικές διαταραχές. Η συγκεκριμένη ανασκόπηση κατέληξε στο ότι αυτός ο τύπος διαδικτυακής θεραπείας έχει πολύ μικρή επίδραση όσο αφορά την συμπτωματολογία των προαναφερθέντων διατροφικών διαταραχών (Schlegl et al, 2015).

Από την άλλη μεριά, αρκετές έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι όταν η διαδικτυακή θεραπεία είναι κατευθυνόμενη από κάποιον ειδικό φέρει κυρίως θετικά αποτελέσματα στους πάσχοντες. Μία από αυτές τις έρευνες πραγματοποιήθηκε το 2016 από τον Wagner και τους συνεργάτες του. Το πλήθος της έρευνας περιλάμβανε 139 ενήλικες με επεισοδιακή υπερφαγία, διήρκτησε 16 εβδομάδες και έφερε θετικά αποτελέσματα στην συχνότητα υπερφαγικών επεισοδίων, στην κατάθλιψη, στην απώλεια βάρους και στα αποτελέσματα του EDE-Q, σε αντίθεση με τη λίστα αναμονής (ορίζεται ως η λίστα προτεραιότητας ασθενών, για την λήψη θεραπείας από έναν ειδικό) (Wagner et al, 2016). Ακόμη μία έρευνα του 2016, με επικεφαλή τον Aardoom και με πλήθος 354 ασθενών νευρογενούς ανορεξίας, νευρογενούς βουλιμίας και επεισοδιακής υπερφαγίας, διήρκτησε 8 εβδομάδες. Αυτή η θεραπεία αποδείχθηκε ότι ήταν πιο αποτελεσματική σε σχέση με την λίστα αναμονής όσο αφορά την ψυχοπαθολογία της νευρογενούς βουλιμίας, τα συμπτώματα κατάθλιψης και διαταραχής άγχους και την επιμονή των ασθενών ως προς την θεραπεία (Aardoom et al, 2016).

Άλλη μία αξιοσημείωτη έρευνα είναι αυτή της ter Huurne, που πραγματοποιήθηκε το 2015, με πλήθος 214 ενήλικων γυναικών, οι οποίες έπασχαν από νευρογενή βουλιμία, επεισοδιακή υπερφαγία ή μη προσδιοριζόμενες αλλιώς διατροφικές διαταραχές. Διήρκτησε

15-18 εβδομάδες και αποδείχθηκε ότι η διαδικτυακή ελεγχόμενη παρέμβαση συνέβαλλε πιο θετικά στα αποτελέσματα του EDE-Q, στην εικόνα σώματος, στην σωματική και ψυχική υγεία, στην αυτοεκτίμηση και στην κοινωνική ζωή των ασθενών, από ότι η λίστα αναμονής. Αξίζει να επισημανθεί το ότι το 81% των ασθενών δήλωσε ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση τους φάνηκε αρκετά χρήσιμη. (Ter Huurne et al, 2015). Τέλος, μία πολύ πρόσφατη έρευνα που αξίζει να αναφερθεί είναι αυτή της Spencer του 2019, η οποία προορίζεται κυρίως για φροντιστές ατόμων με διατροφικές διαταραχές, με πλήθος 303 φροντιστών και μερικούς πάσχοντες νευρογενούς ανορεξίας. Πρόκειται για ένα πρωτόκολλο έρευνας για την διαδικτυακή θεραπεία, το οποίο χωρίζεται σε τρεις ομάδες, μία με καθοδήγηση ειδικού, μία με εποπτεία σε ομαδική συνομιλία και μία σε δημόσιους διαδικτυακούς ιστότοπους συζήτησης (forum) και δημιουργήθηκε για να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα της μελλοντικής εφαρμογής του. Η συγκεκριμένη έρευνα βρίσκεται υπό εξέλιξη και τα αποτελέσματα της αναμένονται στο μέλλον (Spencer et al, 2019).

4.5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σημαντικότερος περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι η απουσία σημαντικών στατιστικών συσχετίσεων μεταξύ των δεδομένων που λήφθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου, και αυτό δικαιολογείται από το μικρό δείγμα ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Πρόκειται για μια πιλοτική έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια μιας πτυχιακής εργασίας και βασίστηκε σε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο βρίσκεται εντός της ιστοσελίδας που αναπτύχθηκε. Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε με τέτοιο τρόπο, ώστε τα άτομα που επισκέπτονται την ιστοσελίδα (είτε πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, είτε όχι) να μπορούν να αξιολογήσουν το περιεχόμενο της. Φυσικά, αυτό προϋποθέτει αρχικά τα άτομα να ανακαλύψουν την υπάρχουσα ιστοσελίδα ανάμεσα στα χιλιάδες αποτελέσματα που προκύπτουν από μια απλή αναζήτηση στο «Google», να αφιερώσουν χρόνο ώστε να διαβάσουν και να κατανοήσουν το περιεχόμενο της, καθώς και εάν επιθυμούν να συμπληρώσουν για λίγα λεπτά το ερωτηματολόγιο. Αν αναλογιστεί κανείς αυτούς τους μη ελεγχόμενους παράγοντες, μπορεί να δικαιολογηθεί το γιατί η έρευνα μας είναι μικρής κλίμακας.

Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός είναι ότι το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε δεν είναι σταθμισμένο. Ως εκ' τούτου τα αποτελέσματα που λήφθηκαν από την ανάλυση του, ενδεχομένως να μην μπορούν να χαρακτηρισθούν ως έγκυρα και

αξιόπιστα, για αυτό τον λόγο μπορούν να αποκλίνουν από αντίστοιχες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν. Ακόμα, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν απρόσωπη και έτσι θα μπορούσαν να υπήρχαν ψευδείς απαντήσεις ή ακόμα και λανθασμένες. Παραδείγματος χάριν, στην ερώτηση «Μια συνεδρία πρόσωπο με πρόσωπο θα σας προκαλούσε αρνητικά συναισθήματα (ντροπή, φόβο, κλπ.)» κάποια άτομα ίσως να μην ήθελαν να καταγράψουν τα αρνητικά τους συναισθήματα ή ακόμη και να μην τα αποδέχονται.

Τέλος, η παρούσα ιστοσελίδα εντάσσεται στα πλαίσια της μη κατευθυνόμενης αυτοβοήθειας που, όπως περιεγράφηκε και προηγουμένως (βλ. «Συζήτηση»), δεν θεωρείται τόσο αποτελεσματική όσο η κατευθυνόμενη αυτοβοήθεια, που υπάρχει η συνεχής παρουσία ενός θεραπευτή.

4.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Ο απώτερος σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας, ήταν η δημιουργία της ιστοσελίδας «Προχωράω Μπροστά», ώστε στο μέλλον να μπορέσει να αξιοποιηθεί από εμάς και άλλους ερευνητές και να γίνει περισσότερη έρευνα στο συνεχώς εξελισσόμενο πεδίο της διαδικτυακής θεραπείας των διατροφικών διαταραχών. Σαφώς, εκτός της ανάγκης για επανάληψη της παρούσας έρευνας με μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος, θα μπορούσαν να προστεθούν και άλλες δυνατότητες στην ιστοσελίδα, ώστε να διερευνηθούν και άλλοι παράγοντες. Μια ενδιαφέρον πρόταση θα ήταν η πλαισίωση της ιστοσελίδας από κάποιους επιστήμονες υγείας εξειδικευμένους στις διατροφικές διαταραχές (ψυχολόγοι, διατροφολόγοι, παθολόγοι κλπ.), που θα μπορούσαν να καθοδηγούν και να υποστηρίζουν τα άτομα που αναζητούν βοήθεια μέσω της ιστοσελίδας. Ιδιαίτερα, θα μπορούσαν να προστεθούν στην ιστοσελίδα και άλλες πληροφορίες για τις διατροφικές διαταραχές, σε μορφή ενημερωτικών βίντεο ή ηλεκτρονικών βιβλίων καθώς και παραπάνω τρόποι επικοινωνίας π.χ. τηλεφωνική γραμμή βοήθειας, τηλεδιάσκεψη κλπ. Ακόμα θα μπορούσε να αναπτυχθεί ένα πρόγραμμα εντός της ιστοσελίδας, που θα περιέχει διάφορες ασκήσεις προς επίλυση για τους ασθενείς, όπου θα παρακολουθείται αλλά και θα αξιολογείται η πρόοδος τους από την διεπιστημονική ομάδα. Με αυτό τον τρόπο, θα μπορούσαν να διεξαχθούν έρευνες, που θα μελετούσαν το κατά πόσο τα άτομα που αναζήτησαν βοήθεια και δέχθηκαν τις παραπάνω υπηρεσίες υποστήριξης κατάφεραν να αντιμετωπίσουν την διατροφική τους διαταραχή ή έστω να τροποποιήσουν κάποιες από τις συμπεριφορές τους.

Μια άλλη πρωτοποριακή για τα ελληνικά δεδομένα πρόταση θα ήταν η ανάπτυξη μιας εφαρμογής για τα κινητά τηλέφωνα που θα είναι εστιασμένη στις διατροφικές διαταραχές. Σε γενικές γραμμές η αυξημένη χρήση εφαρμογών από το γενικό πληθυσμό, η εύκολη πρόσβαση σε αυτές καθώς και η υψηλή λειτουργικότητα αυτών τις καθιστούν ένα σημαντικό αντικείμενο προς διερεύνηση ως προς την βοήθεια ατόμων με διατροφικές διαταραχές (Juarascio et al., 2014). Μια τέτοια εφαρμογή θα μπορούσε να παρουσιάζει με έναν πιο διαδραστικό τρόπο τις πληροφορίες για τις διατροφικές διαταραχές, να περιέχει ενημερωτικά βίντεο αλλά και ενθαρρυντικά μηνύματα και εικόνες. Ακόμα, θα μπορούσαν να υπάρχουν ειδικά διαμορφωμένα πεδία που θα δίνουν την δυνατότητα καταγραφής της καθημερινής πρόσληψης τροφής, επιλογή (από μια λίστα) των συναισθήματα που νιώθουν τα άτομα κατά την διάρκεια και μετά των γευμάτων καθώς και ένα πεδίο όπου θα συμπληρώνουν τους στόχους τους. Αυτά, καθώς και άλλες ασκήσεις θα αξιολογούνται έπειτα από κάποιους ειδικούς, όπου θα παρεμβαίνουν, δίνοντας κατάλληλες συμβουλές. Για να είναι οι ασκήσεις πιο προσιτές στον ασθενή θα μπορούσαν να πλαισιωθούν σε μορφή «παιχνιδιού», όπου θα υπάρχει κάποιου είδους επιβράβευση κάθε φορά που τις ολοκληρώνουν. Μια έρευνα που μελέτησε το περιεχόμενο 805 εφαρμογών, εκ των οποίων οι 39 απευθυνόταν εξολοκλήρου σε άτομα με διατροφικές διαταραχές, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι χρειάζονται να διεξαχθούν παραπάνω μελέτες για το αποδείξουν την αποτελεσματικότητα αυτού του τρόπου θεραπείας (Fairburn & Rothwell, 2015).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Aardoom, J. J. et al. (2016) Web-based fully automated self-help with different levels of therapist support for individuals with eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 18(6), e159.
- Aardoom, J. J., Diengemans, A. E. & Van Furth, E. F. (2016) E-Health Interventions for Eating Disorders: Emerging Findings, Issues, and Opportunities. *Curr Psychiatry Rep*. 18(4), 1-8.
- Aardoom, J. J., Dingemans, E. A., Spinhoven, P., Hakkaart-van Roijen L. & Van Furth F. E. (2013) An Internet-based intervention for eating disorders consisting of automated computer-tailored feedback with or without supplemented frequent or infrequent support from a coach: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*. 14(34), 1-10.
- Aardoom, J. J., Dingemans, E. A., Spinhoven, P., Hakkaart-van Roijen L. & Van Furth F. E. (2013) Treating eating disorders over the internet: a systematic review and future research directions. *Int J Eat Disord*. 46(6), 539–552.
- Adams, E. H. & Sutker, B. P. (2002) *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. 3rd ed. New York: Kluwer Academic.
- Alvarenga, M. S., Koritar, P., Pisciolaro, F., Mancini, M., Cordas, T. A. & Scagliusi, F. B. (2014) Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: Differences and similarities. *Physiology and Behavior*. 131, 99–104.
- American Dietetic Association. (2006) Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 106(12), 2073-2082.
- American Dietetic Association. (2011) Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *J Am Diet Assoc*. 111(8), 1236-1241.

- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amianto, F., Ottone, L., Abbate Daga, G. & Fassino S. (2015) Binge-eating disorder diagnosis and treatment: A recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*. 15(70), 1-22.
- Andersson, G. & Carlbring, P. (2013) Guided Internet-Based CBT for Common Mental Disorders. *J Contemp Psychother*. 43, 223–233.
- Andersson, G. & Titov, N. (2014) Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*. 13(1), 4-11.
- Barry, D. T., Grilo, C. M. & Masheb, R. M. (2002) Gender differences in patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 31 (1), 63–70.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014) The impact of guidance on Internet-based mental health interventions-A systematic Review. *Internet Interventions*. 4(1), 205-215.
- Beecham, J. et al. (2018) Assessing the costs and cost-effectiveness of ICare internet-based interventions. *Internet Interventions*.
- Carter, W. P., Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Pindyck, L. & Mcelroy, S. L. (2003) Pharmacologic Treatment of Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord*. 34(1), 74-88.
- Castillo, M. & Weiselberg, E. (2017) Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 47(4), 85-94.
- Chu, C. R. & Thornhill, T. S. (2001) *Encyclopedia of Life Sciences*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Crow, S. J. & Eckert, E. D. (2016) Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Med Basis Psychiatry*. 4, 211-228.
- Crowther, J. H. & Ridolfi, D. (2012) Bulimia nervosa and binge eating disorder. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. 1, 293-299.
- Defrees, D. N. & Bailey, J. (2017) Irritable Bowel Syndrome. *Prim Care Clin*. 44(4), 655-671.
- Dingemans, A. E., Van Furth, E. F. (2012) Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int J Eat Disord*. 45(1), 135–138.

- Dölemeyer, R., Tietjen, A., Kersting, A. & Wagner, B. (2013) Internet-based interventions for eating disorders in adults: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 13, 1-16.
- Fairburn, C. (2005) Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 37(S1), S26-S30.
- Fairburn, C. G. & Rothwell, E. R. (2015) Apps and Eating Disorders: A systematic Clinical Appraisal. *Int J Eat Disord*. 48(7), 1038-1046.
- Fairburn, G. C. & Brownell, D. K. (2002) *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Giles, T. D., Materson, B. J., Cohn, J. N. & Kostis, J. B. (2009) Definition and classification of hypertension: An update. *J Clin Hypertens*. 11(11), 611-614.
- Goldbloom, D. & Garfinkel, P. (2003) Bulimia Nervosa. *N Engl J Med*. 349(24), 710-713.
- Goldstein, S. & DeVries, M. (2017) *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*. ham: Springer International Publishing AG.
- Gratzer, D. & Khalid-Khan, F. (2016) Internet-delivered cognitive behavioral therapy in the treatment of psychiatric illness. *CMAJ*. 188(4), 263-272.
- Halmi, K. (2005) Psychopathology of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 37(S1), S20-S21.
- Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C. & Jimerson, D. C. (2015) Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Am Fam Physician*. 91(1), 46–52.
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F. & Paxton, S. J. (2011) Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*. 31(5), 727-735.
- Hill, A. J. & Kirk, S. F. L. (2003) Bulimia Nervosa. *N Engl J Med*. 349(24),74-80.
- Hurst, K., Read, S. & Holtham, T. (2017) Bulimia nervosa in adolescents: a new therapeutic frontier. *J Fam Ther*. 39(4), 563-579.
- Jacobi, C. et al. (2017) Web-Based aftercare for women with bulimia nervosa following inpatient treatment: Randomized controlled efficacy trial. *Journal of Medical Internet Research*. 19(9), 1–15.

- Juarascio, A. S. et al. (2014) Review of smartphone applications for the treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 23, 1-11.
- Julie, E., Nolan, D. & Geraciotti, J. R. (2003) Bulimia Nervosa. *N Engl J Med*. 349(24), 235-240.
- Kanel, G. C. (2017) *Pathology of Liver Diseases*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- King, J. (2006) Polycystic Ovary Syndrome. *Int Med J*. 51(6), 415-422.
- Le, L. K. D., Barendregt, J. J., Hay, P. & Mihalopoulos, C. (2017) Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 53, 46–58.
- Loucas, C. E. et al. (2014). E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 63(2014), 122–131.
- McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Mori, N., Munoz, M. R. & Keck, P. E. (2015) Overview of the treatment of binge eating disorder. *Cambridge University Press*. 20(6), 546–556.
- Mims, J. W. (2015) Asthma: Definitions and Pathology. *Int Forum Allergy Rhinol*. 5(1), 2-6.
- Mitchell, J. E. (2016) Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *Int J Eat Disord*. 49(3), 319-323.
- Mitchell, J. E., Agras, S. & Wonderlich S. (2008) Treatment of bulimia nervosa: Where are we and where are we going? *Int J Eat Disord*. 41(2), 174-179.
- Morris, J. & Twaddle, S. (2007) Anorexia nervosa. *BMJ*. 334, 894–898.
- Moskowitz, L. & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 47(4), 70-84.
- Muir, S. et al. (2017) MotivATE: A Pretreatment Web-Based Program to Improve Attendance at UK Outpatient Services Among Adults With Eating Disorders. *JMIR Research Protocols*. 6(7), 1-11.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017) *Eating disorders: recognition and treatment*. London: NICE.

- O'Connor, M., Touyz, S. & Beumont, P. (1988) Nutritional management and dietary counseling in bulimia nervosa: Some preliminary observations. *Int J Eat Disord.* 7(5), 657-662.
- Padín Galea, J. M., Fernández-Aceñero, M. J. & de la Fuente J. L. M. (2017) Characteristics of patients with fibromyalgia. *Foot.* 32, 27-29.
- Phillips, K. E., Kelly-weeder, S., & Farrell, K. (2016) Binge eating behavior in college students: What is a binge? *Appl Nurs Res.* 30, 7–11.
- Robert-McComb, J. J., Albracht, K. D. & Gary, A. (2014) The Psysiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Act Female Heal Issues Throughout Lifespan.* 2, 149-176.
- Ruwaard, J. (2012). *The Efficacy and Effectiveness of Online CBT.* Amsterdam: Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam.
- Rydén, L., Grant, P. J., Anker, S. D., Berne, C., Cosentino, F. & Danchin, N. et al. (2013) ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J.* 34(39), 3085-3087.
- Schlegl, S. et al. (2015) The Potential of Technology-Based Psychological Interventions for Anorexia and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Recommendations for Future Research. *Journal of Medical Internet Research.* 17(3), 1-20.
- Shingleton, R. M., Richards, L. K. & Thompson-Brenner, H. (2013) Using technology within the treatment of eating disorders: a clinical practice review. *Psychotherapy.* 50(4), 576-582.
- Shrinivasan, S., Friedman L. S. & Anania F. A. (2017) *Sitaraman and Friedman's Essentials of Gastroenterology.* 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Smolak, L. & Levine, M. P. (2015) *The Wiley Handbook of Eating Disorders.* Chichester: John Wiley & Sons.
- Smolin, L. A. & Grosvenor, M. B. (2011) *Nutrition and eating disorders.* 2nd ed. New York: Chelsea house.
- Spencer, L. et al. (2019) A web-based intervention for carers of individuals with anorexia nervosa (We Can): Trial protocol of a randomised controlled trial investigating the effectiveness of different levels of support. *Internet Interventions.* 16, 76-85.

- Stunkard, A. J. & Allison, K. C. (2003) Binge eating disorder: Disorder or marker? *Int J Eat Disord.* 34(1), 107-116.
- Ter Huurne, E. D. et al. (2015) Web-based cognitive behavioral therapy for female patients with eating disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research.* 17(6), e152.
- Ter Huurne, E. D., Postel, M. G., de Haan, H. A. & DeJong, C. A. J. (2013) Effectiveness of a web-based treatment program using intensive therapeutic support for female patients with bulimia nervosa, binge eating disorder and eating disorders not otherwise specified: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry.* 13, 1-11.
- Ter Huurne, E. D., Postel, M. G., de Haan, H. A., Drossaert, C. H. C. & DeJong, C. A. J. (2013) Web-based treatment program using intensive therapeutic contact for patients with eating disorders: before-after study. *Journal of medical Internet research.* 15(2), 1–15.
- Ter Huurne, E. D., Postel, M. G., de Haan, H. A., van der Palen, J. & DeJong C. A. J. (2017) Treatment dropout in web-based cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders. *Psychiatry Research.* 247, 182–193.
- Tonks, A. (2003) What happens during cognitive behavior therapy for bulimia. *BMJ.* 327, 382-383.
- Von Brachel, R. et al. (2014) Internet-based motivation program for women with eating disorders: Eating disorder pathology and depressive mood predict dropout. *Journal of Medical Internet Research.* 16(3), 1-13.
- Wade, T. (2017) *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders.* Singapore: Springer.
- Wagner, B. et al. (2016) Randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioral treatment program for binge-eating disorder. *Behavior Therapy.* 47, 500-514.
- Wagner, G. et al. (2015) Predictors for good therapeutic outcome and drop-out in technology assisted guided self-help in the treatment of bulimia nervosa and bulimia like phenotype. *Eur Eat Disord Rev.* 23(2), 163-169.
- Waller, G. & Sheffield, A. (2008) Causes of bulimic disorders. *Psychiatry.* 7(4), 152-155.

- Westmoreland, P., Krantz, M. & Mehler, P. (2016) Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*. 129(1), 30-37.
- Wever, M. C. M., Dingemans, A. E., Geerets, T. & Danner, U. N. (2018) Obesity Research & Clinical Practice Screening for Binge Eating Disorder in people with obesity. *Obesity Res*. 12(3), 299–306.
- Whitbourn S. K. (2016) *The Encyclopedia of Adulthood and Aging*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Wilfley, D. E., Wilson, G. T. & Agras, W. S. (2003) The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 34(1), 96-106.
- Wilson, G. T. (2011) Treatment of Binge Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 34(4), 773-783.
- Wood, D. & Knight, C. (2015) Anorexia nervosa in adolescence. *Paediatrics and Child Health*. 25(9), 428-432.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Φύλο

- ΑΝΤΡΑΣ
- ΓΥΝΑΙΚΑ
- Άλλο...

5. Ηλικία

3. Έχετε γενικές γνώσεις για τις διατροφικές διαταραχές;

- Ναι
- Όχι

4. Πάσχετε από κάποια διατροφική διαταραχή;

- Ναι
- ΟΧΙ

5. Αν ναι, από ποια;

- Νευρογενής Ανορεξία
- Νευρογενής Βουλμία
- Επεισοδιακή Υπερφαγία
- Άλλο...

6. Γνωρίζετε κάποιο άτομο που πάσχει από διατροφική διαταραχή;

- Ναι
- Όχι

7. Αν ναι, από ποια;

- Νευρογενής Ανορεξία
- Νευρογενής Βουλμία
- Επεισοδιακή Υπερφαγία
- Άλλο...

8. Εάν πάσχετε από κάποια διατροφική διαταραχή, έχετε προσπαθήσει στο παρελθόν να την αντιμετωπίσετε;

- Ναι
- Όχι
- Δεν πάσχω από κάποια διατροφική διαταραχή

9. Εάν ναι, τι ειδικό επισκεφθήκατε;

- Ψυχολόγο
- Ψυχίατρο
- Παθολόγο
- Διαιτολόγο
- Δεν έχω προσπαθήσει να την αντιμετωπίσω

10. Θεωρείτε ότι μια τέτοια κατάσταση μπορεί να αντιμετωπιστεί χωρίς την βοήθεια ενός επαγγελματία;

- Ναι
- Όχι

11. Θα προτιμούσατε να λάβετε βοήθεια μέσω του διαδικτύου αντί για πρόσωπο με πρόσωπο θεραπεία με έναν επαγγελματία;

- Ναι
- Όχι

12. Μία συνεδρία πρόσωπο με πρόσωπο θα σας προκαλούσε αρνητικά συναισθήματα (ντροπή, φόβος κλπ.);

- Ναι
- Όχι

13. Πιστεύετε ότι η διαδικτυακή θεραπεία είναι αξιόπιστη;

- Ναι
- Όχι

14. Επισκεπτήκατε την ιστοσελίδα μας με δική σας πρωτοβουλία;

- Ναι
- Όχι

15. Από που ενημερωθήκατε για την ιστοσελίδα μας;

- Κοινωνικά δίκτυα
- Φίλοι / Συγγενείς
- Αναζήτηση

- Άλλο...

16. Θα προτείνατε την ιστοσελίδα αυτή σε άλλα άτομα;

- Ναι
- Όχι

17. Πιστεύετε ότι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας μας είναι χρήσιμο;

- Ναι
- Όχι

18. Πιστεύετε ότι πρέπει να προσθέσουμε κάτι άλλο στην ιστοσελίδα;
