

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ (ΜΒΑ)



Διπλωματική Εργασία

«Εργασιακό Στρες και Διατροφικές Διαταραχές»

Μαρία Ι. Μαραγκού

Πειραιάς, 2020

Επιβλέπων καθηγητής:

Νταλιάνης Φιλόθεος

Επιτροπή:

Καθ. Λ. Χυτήρης – Καθ. Μ. Τσόγκας

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, του Πανεπιστημίου Πειραιώς, στη Διοίκηση Επιχειρήσεων : MBA» με τίτλο:

«.....*Εργασιακό Στρες και Διατροφικές Διαταραχές* »

έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης υπεύθυνα ότι οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, αναφέρονται στο σύνολό τους, κάνοντας πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου»

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή Ονοματεπώνυμο

.....Μαρία Μαραγκού.....



17/12/2020

*Αφιερώνεται στην οικογένειά μου
& στον αγαπημένο μου νονό.*

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Μαρία Μαραγκού

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το στρες αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εργασιακής ζωής, ωστόσο όταν η ποιότητα και η ποσότητα ξεφύγουν από τα φυσιολογικά όρια η επιρροή του στον ανθρώπινο οργανισμό είναι αρνητική. Προσπάθειες συσχέτισης του εργασιακού στρες με τις διατροφικές διαταραχές έχουν ξεκινήσει .

Κύριοι στόχοι της συγκεκριμένης εργασίας είναι α) ο προσδιορισμός και η ανάλυση των όρων στρες, εργασιακό στρες και διατροφικές διαταραχές, β) η επίδραση που έχει το εργασιακό στρες σε αυξημένα επίπεδα στις διατροφικές συνήθειες των εργαζομένων, γ) η ευαισθητοποίηση και η κινητοποίηση των εργοδοτών και των εργαζομένων για την πρόληψη αλλά και τη δημιουργία ενός παραγωγικού μοντέλου εργασίας. Στο ερευνητικό μέρος δημιουργήθηκε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο βασισμένο σε δύο κλίμακες. Συλλέχθηκε δείγμα από εργαζομένους του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, το οποίο κωδικοποιήθηκε και χρησιμοποιήθηκε σε στατιστική ανάλυση με το πρόγραμμα SPSS. Έγινε χρήση του στατιστικού ελέγχου Cronbach's Alpha για την αξιοπιστία των κλιμάκων, καθώς και Pearson Correlation για τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν σημαντική συσχέτιση του εργασιακού στρες και της διατροφικής συμπεριφοράς των εργαζομένων. Κυρίως σε έντονα φορτισμένες καταστάσεις τα άτομα φαίνεται να χάνουν τον έλεγχο των διατροφικών τους επιλογών.

Σημαντικοί όροι: Στρες, Εργασιακό στρες, Διατροφικές διαταραχές

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Νταλιάνη Φιλόθεο για την καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας, καθώς και τους εργαζομένους που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελίδα
Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	56
Πίνακας 2: Συχνότητα διατροφικών διαταραχών.....	74
Πίνακας 3: Συχνότητα αντισταθμιστικών μέτρων.....	75
Πίνακας 4: Ανάλυση αξιοπιστίας, Cronbach's Alpha.....	76
Πίνακας 5: Ανάλυση συσχετίσεων.....	78
Πίνακας 6: Περιγραφική ανάλυση μεταβλητών.....	80

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελίδα
Διάγραμμα 1: Αγχογενή γνωστική τριάδα.....	05
Διάγραμμα 2: Πυραμίδα Maslow, ανθρώπινες ανάγκες.....	24
Διάγραμμα 3: Βασικά συμπτώματα νευρογενούς ανορεξίας.....	25
Διάγραμμα 4: Χαρακτηριστικά προσωπικότητας παχύσαρκων ατόμων.....	34
Διάγραμμα 5: Διάκριση υπερφαγικών επεισοδίων.....	35
Διάγραμμα 6: Κατηγοριοποίηση τύπων υπερφαγικών επεισοδίων.....	36
Διάγραμμα 7: Αρχές συμπεριφοριστικής θεωρίας (σύμφωνα με Stunkard και Berthold)	42
Διάγραμμα 8: Βασικές αρχές γνωστικής συμπεριφοριστικής θεωρίας.....	43
Διάγραμμα 9: Βασικές αρχές θεραπείας Gestalt.....	46

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

	Σελίδα
Γράφημα 1: Φύλο συμμετεχόντων.....	55
Γράφημα 2: Τομέας απασχόλησης δείγματος.....	57
Γράφημα 3: Εκπαιδευτικό επίπεδο δείγματος.....	58
Γράφημα 4: Οικογενειακή κατάσταση δείγματος.....	59
Γράφημα 5: Συχνότητα αίσθησης του ατόμου ότι είναι υπέρβαρο (τους τελευταίους 3 μήνες).....	60
Γράφημα 6: Συχνότητα φόβου για αύξηση βάρους (τους τελευταίους 3 μήνες)....	61
Γράφημα 7: Συχνότητα επιρροής του βάρους για την αυτοαξιολόγηση (τους τελευταίους 3 μήνες).....	62
Γράφημα 8: Συχνότητα επιρροής της σιλουέτας στην αυτοαξιολόγηση (τους τελευταίους 3 μήνες).....	63
Γράφημα 9: Συχνότητα κατανάλωσης υπερβολικής ποσότητας τροφής τους τελευταίους 6 μήνες.....	64
Γράφημα 10: Περίοδοι κατανάλωσης υπερβολικής τροφής και απώλεια ελέγχου.....	65
Γράφημα 11: Συχνότητα κατανάλωσης υπερβολικής τροφής ανά ημέρες.....	66
Γράφημα 12: Συχνότητα υπερβολικής τροφής ανά εβδομάδα.....	67
Γράφημα 13: Κατανάλωση τροφής γρηγορότερα από το κανονικό.....	68
Γράφημα 14: Περίεργη αίσθηση πληρότητας.....	69
Γράφημα 15: Κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής χωρίς το αίσθημα πείνας.....	70
Γράφημα 16: Κρυφή κατανάλωση τροφής λόγω αισθήματος ντροπής.....	71
Γράφημα 17: Αίσθημα ντροπής μετά από υπερφαγικό επεισόδιο.....	72
Γράφημα 18: Αίσθημα θυμού μετά από απώλεια ελέγχου στο φαγητό.....	73

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ

	Σελίδα
Ακρωνύμιο 1: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	09
Ακρωνύμιο 2: Adaptive Information Processing Model (AIPM).....	09
Ακρωνύμιο 3: National Institute for Occupational Safety and Health(NIOSH).....	10
Ακρωνύμιο 4: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM).....	20
Ακρωνύμιο 5: Binge Eating Disorder ή BED.....	36
Ακρωνύμιο 6: Rational-Emotive Behavioral Therapy (REBT).....	44
Ακρωνύμιο 7: Eating Disorder Examination (EDE).....	52
Ακρωνύμιο 8: Perceived Scale Stress(PSS).....	53

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Περίληψη	
Ευχαριστίες.....	i
Κατάσταση Πινάκων.....	ii
Κατάσταση Διαγραμμάτων.....	iii
Κατάσταση Γραφημάτων.....	iv
Κατάσταση Ακρωνυμίων.....	v

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Εισαγωγή	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
1.: Στρες	
1.1: Ορισμός στρες.....	03
1.2: Παράγοντες πρόκλησης στρες.....	05
1.3: Συνέπειες στρες.....	06
1.4: Τρόποι αντιμετώπισης στρες.....	08
1.5: Ορισμός εργασιακού στρες.....	10
1.6: Παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες.....	11
1.7: Συνέπειες εργασιακού στρες.....	12
1.8: Αντιμετώπιση εργασιακού στρες.....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.: Διατροφικές διαταραχές	
2.1: Διατροφή και ψυχολογία.....	16
2.2: Ορισμός διατροφικών διαταραχών.....	18
2.3: Ορισμός νευρογενούς ανορεξίας.....	19
2.4: Παράγοντες πρόκλησης νευρογενούς ανορεξίας.....	21
2.4.1: Κληρονομικότητα.....	21
2.4.2: Βιολογικοί παράγοντες.....	22
2.4.3: Ψυχολογικοί παράγοντες.....	22
2.4.4: Κοινωνικοί παράγοντες.....	23
2.4.5: Γεγονότα ζωής και συμπεριφορά οικογένειας.....	23
2.4.6: Τραυματικές καταστάσεις.....	24
2.5: Επιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας.....	25
2.6: Ορισμός νευρογενούς βουλιμίας.....	26
2.7: Παράγοντες πρόκλησης νευρογενούς βουλιμίας.....	28
2.7.1: Προσωπικότητα.....	28
2.7.2: Κοινωνικά πρότυπα και μέσα μαζικής ενημέρωσης.....	29
2.7.3: Στρες.....	30
2.7.4: Κατάθλιψη και αυτοεκτίμηση.....	30

2.7.5: Πίεση και έλεγχος.....	31
2.8: Επιπτώσεις νευρογενούς βουλιμίας.....	31
2.8.1: Σωματικά προβλήματα.....	31
2.8.2: Ψυχολογικά προβλήματα.....	32
2.9: Ορισμός υπερφαγικών επεισοδίων.....	32
2.10: Παράγοντες πρόκλησης υπερφαγικών επεισοδίων.....	36
2.10.1: Ακραίοι περιορισμοί.....	37
2.10.2: Στρες και πίεση.....	37
2.10.3: Παραβίαση διαιτητικού κανόνα.....	38
2.11: Επιπτώσεις υπερφαγικών επεισοδίων.....	39
2.11.1: Σωματικές επιπτώσεις.....	39
2.11.2: Ψυχικές επιπτώσεις.....	39
2.11.3: Κοινωνικές επιπτώσεις.....	40
2.12: Αντιμέτωπιση διατροφικών διαταραχών.....	40
2.13: Στρες και διατροφικές διαταραχές.....	48

ΜΕΡΟΣ Β': ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.: Μεθοδολογία έρευνας	
3.1: Συλλογή δεδομένων.....	50
3.2: Δομή ερωτηματολογίου.....	51
3.3: Κωδικοποίηση δεδομένων.....	51
3.4: Κλίμακες.....	52
3.4.1: Κλίμακα διατροφικών διαταραχών.....	52
3.4.2: Κλίμακα στρες.....	53
3.4.3: Μέτρηση δημογραφικών στοιχείων.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.: Αποτελέσματα έρευνας	
4.1: Στατιστική ανάλυση δεδομένων-Κύριες μεταβλητές έρευνας.....	54
4.1.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	54
4.1.2: Μεταβλητή ανορεξίας.....	59
4.1.3: Μεταβλητή βουλιμίας.....	64
4.1.4: Μεταβλητή υπερφαγικών επεισοδίων.....	67
4.1.5: Μεταβλητή στρες.....	73
4.1.6: Μεταβλητή διατροφικών διαταραχών.....	75
4.2: Ανάλυση αξιοπιστίας.....	76
4.3: Ανάλυση συσχετίσεων.....	77
4.4: Περιγραφική ανάλυση.....	79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.: Συμπεράσματα έρευνας	
5.1: Παρουσίαση κύριων συμπερασμάτων.....	81
5.2: Περιορισμοί έρευνας.....	82
5.3: Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	84
5.4: Πρακτικές προεκτάσεις.....	85

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση.....	86
Ελληνική.....	99
Ηλεκτρονικές πηγές.....	100

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Φόρμα έρευνας στο Google Forms.....	104
Παράρτημα 2: Πρωτότυπη κλίμακα Perceived Stress Scale (PSS).....	138
Παράρτημα 3: Πρωτότυπη κλίμακα Eating Disorder Examination (EDE).....	156

Εισαγωγή

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας εξετάζεται ο συσχετισμός του εργασιακού στρες και τριών βασικών μορφών διαταραχών της διατροφής, της νευρογενούς ανορεξίας, της νευρογενούς βουλιμίας, των υπερφαγικών επεισοδίων. Απρόβλεπτες συνθήκες και ανθυγιεινό εργασιακό περιβάλλον που ξεπερνάνε τα όρια του ατόμου προσφέρουν εύφορο έδαφος για την πρόκληση στρες και φοβίας στον χώρο εργασίας (Muschalla, 2008)· μίας κατάστασης στην οποία το άτομο αν υπερβεί τα όριά του και το αίσθημα του άγχους μετατραπεί σε στρες, μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στην ψυχική και σωματική υγεία του.

Το στρες υπάρχει σε ποικίλα επίπεδα της καθημερινής ζωής και επηρεάζει κάθε άτομο. Όταν η ποιότητα και η ποσότητα ξεφύγει από το μέτρο και το παραγωγικό άγχος γίνει εμπόδιο, μπορεί να προκληθεί μία σειρά διαταραχών, όπου συγκαταλέγονται και οι διατροφικές διαταραχές (Gleissner, 2020). Η αναγνώριση, λοιπόν, των αιτιών διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη, στη σωστή διαχείριση, αλλά και στην αντιμετώπιση του στρες (Scott, 2020).

Αντικείμενο της διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνηθεί τον τρόπο με τον οποίο το εργασιακό στρες μπορεί να αποτελέσει την αφορμή για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στους σύγχρονους εργαζομένους.

Αρχικά θα επισημανθεί μία θεωρητική προσέγγιση των εννοιών «Στρες», «Εργασιακό Στρες», και «Διατροφικών Διαταραχών», προκειμένου να τεθούν οι βάσεις για τη σωστή μελέτη του θέματος. Στη συνέχεια, θα γίνει μία ανάλυση των τριών βασικών κατηγοριών των διατροφικών διαταραχών, ώστε να τονιστούν σημαντικές πτυχές τους, η σοβαρότητα της ύπαρξής τους στη ζωή του ατόμου, καθώς και σε τρόπους αντιμετώπισης του στρες και των διατροφικών διαταραχών.

Πρωταρχικό επιχείρημα αποτελεί η θέση ότι το εργασιακό στρες σε υψηλά επίπεδα επιδρά αρνητικά σε σημαντικό βαθμό στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων και στην παραγωγικότητά τους (Rajgoral, 2010). Οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να γεννηθούν όταν τα επίπεδα του εργασιακού στρες υπερβούν τα όρια του ατόμου και να εξαλειφθούν με

ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον, συνδυαζόμενο με την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου (Cassitto και Gilioli, 2003).

Η παρούσα διπλωματική εργασία στοχεύει στην επαλήθευση των υποθέσεων που προαναφέρθηκαν, στην ουσιαστικότερη κατανόηση της λειτουργίας του μηχανισμού του στρες, στη επισήμανση της κρισιμότητας της ύπαρξης υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος για την πρόληψη εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, αλλά και στην ενημέρωση, στην ευαισθητοποίηση και στην κινητοποίηση των εργοδοτών και των εργαζομένων. Επιπροσθέτως, η δημιουργία γόνιμου προβληματισμού σε θέματα που αφορούν το εργασιακό περιβάλλον και την υγεία, ώστε να γεννηθούν ιδέες και τρόποι για ένα πιο υποστηρικτικό πρόγραμμα εργασίας με σκοπό τη διαχείριση του στρες.

Για την εκπλήρωση των στόχων αυτών θα γίνει μελέτη υλικού από δευτερογενείς πηγές, με βιβλιογραφική έρευνα, μελέτη σχετικής αρθρογραφίας, καθώς και με διεξαγωγή πρωτογενούς έρευνας με επιστημονικά ερωτηματολόγια.

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.Στρες

1.1 Ορισμός στρες

«Η αντίδραση του οργανισμού στην προσπάθεια προσαρμογής του στην κάθε αλλαγή που συμβαίνει στο εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον.» Η. Selye, δημιουργός του όρου στρες (Szabo, Tache και Somogyi, 2012, σελ. 474).

Στην εποχή της νευρικότητας, όπως χαρακτηρίζεται η σύγχρονη εποχή, σοβαρό κίνδυνο για τον ανθρώπινο οργανισμό μπορεί να αποτελέσει το άγχος, εάν ξεφύγει από τα φυσιολογικά επίπεδα. Η παρουσία του στην ανθρώπινη καθημερινότητα καθιστά το άτομο ανίκανο να ελέγχει και να περιορίζει πάντα την επιρροή του στη διάθεση και στη συμπεριφορά του, παρά τους μηχανισμούς άμυνάς του, μετατρέποντάς το σε στρες. Η συνεχόμενη ροή, καθώς «τα πάντα ρεί», σύμφωνα με τον Ηράκλειτο, στην καθημερινότητα του ατόμου κυριαρχείται από μεταβαλλόμενες συνθήκες κλονίζοντας τους μηχανισμούς χαλάρωσης και εναρμόνισης που εξισορροπούν τη διαρκή κατάσταση άγχους, φροντίζοντας για τη διατήρηση της εσωτερικής και εξωτερικής ομοιοστασίας (Μητρούτση, Τραυλός, Κούκια και Ζυγά, 2013). Σύμφωνα με τον Carlson, το στρες δεν είναι τίποτα περισσότερο από μία κοινωνικά αποδεκτή μορφή ψυχικής ασθένειας (Burman και Goswami, 2018).

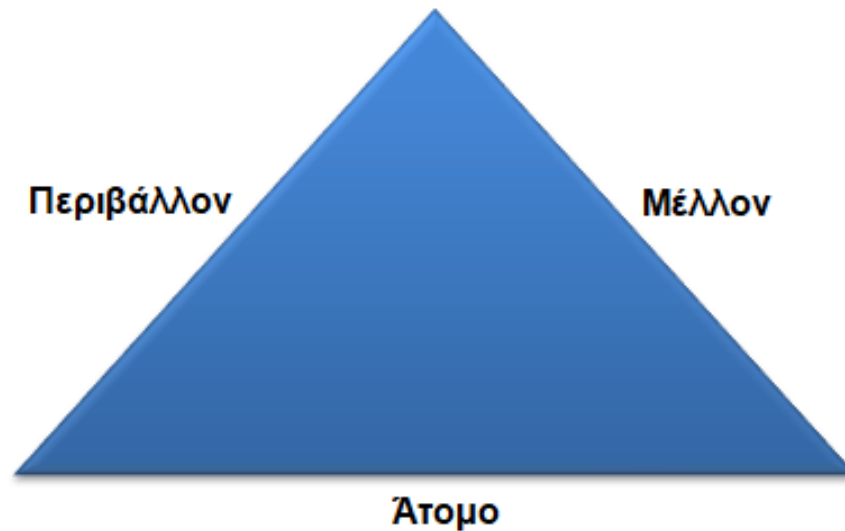
Με τον όρο «ομοιοστασία» γίνεται αναφορά στο σύνολο των συνθηκών που τείνουν να κινούνται μέσα σε ανεκτά, φυσιολογικά όρια σε σχέση με το χρόνο, ώστε να προλαβαίνει ο οργανισμός να προσαρμόζεται. Σύμφωνα με τον Bernard, η διατήρηση της ισορροπίας του εσωτερικού περιβάλλοντος ενός οργανισμού στα πλαίσια ενός συνεχούς μεταβαλλόμενου

περιβάλλοντος συνεπάγεται τη διατήρηση της ζωής σε σημαντικό βαθμό (Cooper, 2008). Συνεπώς, οι παράγοντες που δίνουν τη μεγάλη ικανότητα επιβίωσης του οργανισμού είναι η μεγάλη προσαρμοστική του ικανότητα, συνδυαζόμενη με τους μηχανισμούς που φροντίζουν για τη διατήρηση σταθερής ομοιοστασίας (Schneiderman, Ironson και Siegel, 2005).

Οι ρίζες της λέξης «στρες» βρίσκονται στη λατινική λέξη “stingere” που σημαίνει «σύσφιξη». Ο Selye το 1936 περιέγραψε το στρες ως μία ειδική αντίδραση του σώματος σε επιβλαβή ερεθίσματα (Burman και Goswami, 2018). Αξιοσημείωτη είναι η διαφοροποίηση του όρου στρες με την έννοια του φόβου σε αναφορά του κ. Παλαιολόγου (2011), καθώς σαν έννοια ο «ο φόβος ορίζεται ως το συναίσθημα που αφορά σε μία ρεαλιστική εντύπωση απειλής και ανησυχίας απέναντι σε έναν πραγματικό κίνδυνο» (Μητρούση, Τραυλός, Κούκια και Ζυγά, 2013, σελ. 23). Το άτομο αναγνωρίζει την πηγή του φόβου του, προετοιμάζοντας τη δράση του και ενδόμυχα επεξεργάζεται τις συνέπειές του. Αντιθέτως, το στρες, ως ένα πολύπλευρης φύσεως συναίσθημα προκαλείται από καταστάσεις ή αρνητικές σκέψεις, οι οποίες, ωστόσο, δεν έχουν υπόσταση στο παρόν, αντιθέτως, αναφέρονται σε μελλοντικούς κινδύνους και συνεπώς το άτομο αδυνατεί να προετοιμαστεί για την αντιμετώπισή τους. Ωστόσο, αποτελεί μία κεντρική ιδέα για την κατανόηση τόσο της ζωής, όσο και της εξέλιξης (Schneiderman, Ironson και Siegel, 2005).

Η αγχογενής γνωστική τριάδα ταυτοποιήθηκε από τους Blackburn και Davidson (1990) και αναφέρεται στην κατάσταση που το άτομο βιώνει μόνιμο άγχος, καθώς θεωρεί τον εαυτό του ευάλωτο, το περιβάλλον του απειλητικό και το μέλλον του αβέβαιο (Διαμαντίδης, 2008). Οι συνέπειες είναι ορατές τόσο στο σώμα, όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο, δηλαδή στη συμπεριφορά. Στη διάθεση, στη γνωστική λειτουργία με τη μορφή υπερβολικής αντίδρασης. Στη συγκεκριμένη κατάσταση περιλαμβάνονται τόσο το συνειδητό και μη ψυχολογικό περιβάλλον, όσο και η σχέση με τον εαυτό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, όπως για παράδειγμα το σύστημα αξιών, τις απαιτήσεις της κοινωνίας και τη δυνατότητα ανταπόκρισης σε αυτές (Διαμαντίδης, 2008).

Διάγραμμα 1: Αγχογενή γνωστική τριάδα.



Πηγή: Διαμαντίδης, 2008, σελ. 52.

1.2 Παράγοντες πρόκλησης στρες

«Το στρες, το άγχος και η κατάθλιψη προκαλούνται όταν ζούμε για να ικανοποιούμε τις απαιτήσεις των άλλων.» Paulo Coelho (Lawhimsy, 2018, σελ.1).

Παράγοντες που δημιουργού αλλαγές τόσο στο εξωτερικό όσο και στο εσωτερικό περιβάλλον του ατόμου, πυροδοτούν μία ειδική αντίδραση προσαρμογής του οργανισμού στη συγκεκριμένη αλλαγή και ονομάζονται στρεσογόνοι παράγοντες. Σε ένα παλαιότερο πόρισμα, θεωρήθηκε πως η ίδια η αντίληψη ότι ένα άτομο βρίσκεται σε κατάσταση στρες αποτελεί προϊόν τόσο της ερμηνείας του γεγονότος όσο και της αξιολόγησης της επάρκειας των πόρων αντιμετώπισης (Cohen, Kessler και Gordon, 1998).

Τα είδη των στρεσογόνων παραγόντων είναι δύο α) φυσικοί παράγοντες και β) νοητοί παράγοντες. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι αλλαγές στο εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον, χωρίς συνειδητή επίγνωση του ερεθίσματος. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι

υποκειμενικές αξιολογήσεις και ερμηνείες του ατόμου και οι εκφράσεις του εγώ (Kumar, Rinwa, Kaur και Machawal, 2013). Επιπροσθέτως, διαχωρισμό υφίστανται και με βάση την υπόστασή τους, φυσική ή μη, κατηγοριοποιώντας τους σε πραγματικούς ή νοητούς παράγοντες, καθώς και ως προς την πηγή προέλευσής τους, διακρίνοντάς τους σε εξωτερικούς και εσωτερικούς (Cohen, Kessler και Gordon, 1998).

Το στρες που παράγεται από φυσικούς στρεσογόνους παράγοντες είναι το ωφέλιμο στρες, χωρίς το οποίο δεν θα μπορούσε να επιβιώσει το άτομο και πυροδοτεί την αντίδραση του οργανισμού και των αντανακλαστικών του αυξάνοντας την ελαστικότητα και την απόδοσή του (Aschbacher, O'Donovan, Wolkowitz, Dhabhar, Su και Epel, 2013). Οι νοητοί στρεσογόνοι παράγοντες αποτελούν το υποκειμενικό και κατασκευασμένο είδος, απόρροια των γνωστικών, συμπεριφορικών και νευρικών αλλαγών στις λειτουργίες του ατόμου· βασίζονται στον τρόπο ερμηνείας των πραγμάτων βάσει του γνωστικού επιπέδου του ατόμου (McEwen και Gianaros, 2010). Η πηγή προέλευσης των συγκεκριμένων γνώσεων μπορεί να είναι για παράδειγμα η εκπαίδευση, η οικογένεια, το σχολείο, τα βιβλία, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τα οποία προσφέρουν το υλικό για τη δομή των πεποιθήσεων και αξιών του ατόμου διαμορφώνοντας τον τρόπο ερμηνείας των γεγονότων και των συμπεριφορών των άλλων. Αποτελεί την πιο δύσκολη κατηγορία για αντιμετώπιση (Διαμαντίδης, 2008).

1.3 Συνέπειες στρες

Πολύ συχνά το ψυχοσυναισθηματικό ισοδύναμο του στρες είναι η κατάθλιψη, η αγχώδης νεύρωση και η συχνή εκδήλωση οργής. McEwen (1998).

Σε περίπτωση που το στρες μετατραπεί σε χρόνιο πρόβλημα άνευ ελέγχου και κατακλύσει την προσωπικότητα του ατόμου, τότε δημιουργείται μία σειρά από ψυχικά και σωματικά συμπτώματα, τα οποία χαρακτηρίζουν την αγχώδη νεύρωση επιδρώντας αρνητικά στη διάθεση, στη συμπεριφορά και στην υγεία (Schneiderman, Ironson και Siegel, 2005). Υπάρχουν δύο κατηγορίες διαχωρισμού των ανθρώπων με βάση την αντίδρασή τους στο στρες. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται σε εκείνους που ανταποκρίνονται στο στρες και

επηρεάζονται από αυτό σε υψηλό επίπεδο, εμφανίζοντας ακόμη και αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης, των κατεχολιμών και της κατηγορίας Τα-λεμφοκυττάρων. Η δεύτερη σε εκείνους που ανταποκρίνονται και επηρεάζονται σε χαμηλό βαθμό και δείχνουν μικρό έως και μηδενικό επηρεασμό από τους στρεσογόνους παράγοντες (Manuck et al., 1991).

Από βιολογική πλευρά, αλλάζει η χημική σύσταση του σώματος μαζί με την ενεργειακή ισορροπία του οργανισμού, η οποία μεταβάλλεται για να προσαρμοστεί στα ερεθίσματα που δέχεται. Οι ορμόνες του στρες απελευθερώνονται ώστε να καταστήσουν τα αποθέματα ενέργειας διαθέσιμα προς χρήση του σώματος. Στη συνέχεια, η ενέργεια διανέμεται στον οργανισμό, κυρίως στους ιστούς που γίνονται ενεργοί κατά τη διάρκεια του στρες των σκελετικών μυών και του εγκεφάλου. Επίσης, ενεργοποιούνται τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος (Dhabar και McEwen, 1997). Στην προκειμένη περίπτωση επηρεάζεται κυρίως το κυκλοφοριακό σύστημα. Παρατηρείται αύξηση των επιπέδων χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων που απελευθερώνονται στην κυκλοφορία του αίματος και δεν μπορούν εύκολα να επαναπορροφηθούν. Ως αποτέλεσμα, δημιουργείται αρτηριοσκλήρυνση, καθώς εναποτίθενται στα τοιχώματα των αρτηριών. Προκειμένου να διατηρηθεί σταθερή η ροή του αίματος, το έργο της καρδιάς γίνεται δυσκολότερο και το ανοσοποιητικό σύστημα γίνεται ευάλωτο. Το χρόνιο στρες μπορεί να έχει ποικίλες παθοφυσιολογικές επιδράσεις, όπως για παράδειγμα την ενεργοποίηση των νευροενδοκρινών (σύστημα λιπώδους-υποθαλαμικού-υπόφυσης επινεφριδίων) (Bonfiglio et al., 2011) και ορμονικών λειτουργιών (απελευθέρωση κορτικοστερόνης) (Fuchs και Flügge, 1998).

Από την πλευρά της ψυχολογικής διάστασης, η οποία συνήθως εκφράζεται και σωματικά, εμφανίζονται διατροφικές διαταραχές, διαταραχές άγχους, εμμονές, καταθλιπτική διάθεση, γρήγορες εναλλαγές διάθεσης, απομόνωση, έντονα συναισθήματα οργής, θυμού, λόγω έλλειψης ελέγχου των γνωστικών λειτουργιών του ατόμου (Διαμαντίδης, 2008). Η αγχώδη διαταραχή που γεννάται από την αποτυχημένη διαχείριση άγχους, γεννά με τη σειρά της διαφορετικούς τύπους προβλημάτων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης και επίλυσης. Έρευνα έδειξε πως άτομα με υψηλό επίπεδο αρνητικής συναισθηματικότητας έχουν την τάση να βιώνουν υψηλού επιπέδου δυσφορία, γεγονός που αντιμετωπίζεται και αξιολογείται με μέτρα για το άγχος και τη νεύρωση (Watson και Pennebaker, 1989).

1.4 Τρόποι αντιμετώπισης στρες

«Δεν είναι το στρες που μας σκοτώνει, είναι η αντίδρασή μας σε αυτό.» Selye (Szabo, Tache και Somogyi, 2012, σελ. 473).

Στις περισσότερες περιπτώσεις η δυσφορία που προκαλείται από το στρες προέρχεται από αόριστες εσωτερικές απειλές και μπορεί να ελεγχθεί επιτυχώς εάν το άτομο αντιλαμβάνεται το μηχανισμό με τον οποίο δημιουργούνται. Η αντίληψη της υπόστασης του παράγοντα στρες διαδραματίζει το ρόλο του ρυθμιστή των αντιδράσεων του στρες στον ανθρώπινο οργανισμό (Schneirderman, Ironson και Siegel, 2005).

Στην περίπτωση που η υπόσταση προέρχεται από νοητό παράγοντα, χρειάζεται μία απευαισθητοποίηση από το γνωστικό στρεσογόνο παράγοντα. Ως επόμενο βήμα, ακολουθεί μία επανεκπαίδευση στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει το κάθε άτομο τον εαυτό του, ώστε να γνωρίσει και να σέβεται τα όριά του. Μέσω της τεχνικής της βιοανάδρασης, η οποία έχει τις ρίζες της 81 χρόνια πριν στο πεδίο της πειραματικής ψυχολογίας και νευρολογίας, η απελευθέρωση από την στρεσογόνο κατάσταση είναι εφικτή, προάγοντας και στηρίζοντας την απόκτηση αυτοελέγχου του ατόμου επί των φυσιολογικών του λειτουργιών. Σύμφωνα με τον Brown το 1977, βιοανάδραση είναι η διαδικασία ή η τεχνική, μέσω της οποίας το άτομο μαθαίνει να ελέγχει τα αντανακλαστικά των σωματικών του λειτουργιών, τα οποία επιθυμεί να ρυθμίσει. Περιλαμβάνει τη μέτρηση των ποσοτικοποιήσιμων σωματικών λειτουργιών ενός ατόμου (για παράδειγμα αρτηριακή πίεση, καρδιακό ρυθμό, ένταση μυών) και τη μεταφορά των πληροφοριών στο άτομο σε πραγματικό χρόνο. Αποτελεί χρήσιμο τρόπο παροχής καθοδήγησης και ενίσχυσης για την επιτυχή διαχείριση της φυσιολογικής αντίδρασης στο στρες (Lemaire, Wallace, Lewin, Good και Schaefer, 2011).

Πρωτοπόροι στο κομμάτι της βιοανάδρασης ήταν το 1940 οι ψυχολόγοι Green, Kimmel, Miller και Shapiro, υποθέτοντας ότι αν ο άνθρωπος αποκτούσε εκούσιο έλεγχο στις γαστρεντερικές, καρδιακές και θερμορυθμιστικές λειτουργίες θα είχε πρόσβαση στη θεραπεία διαφόρων παθήσεων (Peper, Ancoli και Quinn, 1979). Το στρες διεγείρει τόσο την οργανική αντίδραση (μέσω νευρικού συστήματος), όσο και τους συναισθηματικούς μηχανισμούς που παράγουν το συναίσθημα του φόβου, που προσθέτει τη δική του

συναισθηματική συμμετοχή στο μηχανισμό της πάλης ή της φυγής από τη δεδομένη κατάσταση (Kumar, Rinwa, Kaur και Machawal, 2013).

Διαφορετική μέθοδος θεραπείας, τόσο για το σώμα όσο και για το μυαλό, θεωρείται η Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), η οποία εφαρμόστηκε από την ψυχολόγο Shapiro το 1989 (Lilienfeld, 1996). Πρόκειται για μέθοδο που ερευνητές θεωρούν ανώτερη από παραδοσιακές θεραπείες (de Roos et al., 2011). Περιλαμβάνει συγκεκριμένες σειρές διαδικασιών, ώστε να βοηθήσει τη διαδικασία επεξεργασίας πληροφοριών του εγκεφάλου. Καθοδηγούμενοι από το Adaptive Information Processing Model¹ (AIPM), εξειδικευμένοι ιατροί επισημαίνουν τις αρνητικές εμπειρίες που υποσυνείδητα προκαλούν στο άτομο, τόσο σωματικές όσο και ψυχικές αντιδράσεις και έπειτα από διάγνωση προχωράνε στη θεραπεία του. Η θεραπεία ενδείκνυται τόσο για τον έλεγχο του μετατραυματικού στρες, τη μείωση του άγχους, της κατάθλιψης, των κρίσεων πανικού, των φοβιών, ακόμα και των διατροφικών διαταραχών (Shapiro, 2017).

¹ Adaptive Information Processing Model: αναγνωρίζει τις αρνητικές εμπειρίες της ζωής αποθηκευμένες στον εγκέφαλο ως κεντρικής σημασίας για τις ασθένειες ψυχικής υγείας.

1.5 Ορισμός εργασιακού στρες

«Αν θέλεις να είσαι πιο αποδοτικός, πρέπει να γίνεις το αφεντικό του χρόνου σου.» Paine (2014, σελ. 10).

Η σχέση του ατόμου με την εργασία οφείλει να αποτελεί πηγή δημιουργικότητας, χαράς και ικανοποίησης, δεδομένου ότι χωρίς την εργασία δεν μπορεί να επιβιώσει κανένα κοινωνικό σύστημα, σύγχρονης μορφής (Διαμαντίδης, 2008). Ωστόσο, οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις, οι άφθονες εργασιακές απαιτήσεις και προσδοκίες που οφείλει το άτομο να αντιμετωπίσει σε περιορισμένο χρονικό διάστημα, συμβάλουν σημαντικά στην αύξηση του εργασιακού στρες (Burman και Goswami, 2018). Ο όρος στρες χρησιμοποιείται ως μία γενική αναφορά σε έναν αυξανόμενο αριθμό ανησυχιών στο χώρο εργασίας (Brown, 1999).

Οι συνέπειες είναι εμφανείς τόσο στην ψυχική υγεία των ατόμων, όσο και στη σωματική τους υγεία και γενικά στην ποιότητα ζωής τους. Η σημαντικότητα του εργασιακού στρες αναδεικνύεται από τη σημασία που δίνουν οι επιχειρήσεις στην καταπολέμησή του, καθώς μειώνει τα επίπεδα παραγωγικότητας των εργαζομένων και αυξάνει την ανασφάλεια που νιώθουν στο εργασιακό τους περιβάλλον (Arshadi και Damiri, 2013).

Υπάρχουν δύο διαφορετικές αντιλήψεις για το εργασιακό στρες. Σύμφωνα με τον Lazarus το 1966, χαρακτηρίζεται ως η αντίληψη που έχει το άτομο πως οι δυνατότητές του δεν αρκούν ώστε να αντιμετωπίσει την κατάσταση (Crandall και Perrewe 1995). Με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο, επίκεντρο αποτελεί η προσωπικότητα των ατόμων και όχι η εργασία και τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά. Αιτίες της εμπειρίας του εργασιακού στρες επισημαίνονται τα τρωτά σημεία της προσωπικότητας. Το εργασιακό στρες θεωρείται αντίδραση του ατόμου στα εργασιακά χαρακτηριστικά, καθώς αισθάνεται συναισθηματική και σωματική απειλή. Η δεύτερη πλευρά το θεωρεί ως αντίδραση στην απώλεια και την έλλειψη ελέγχου σε καταστάσεις που ξεπερνούν τις δυνατότητες και τη θέληση του εργαζόμενου. Πρόκειται για μία αντίδραση που σχετίζεται με την καταλληλότητα της εργασίας και του περιβάλλοντός της και με τις ικανότητες του ατόμου.

Συνεπώς, το εργασιακό στρες είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο με πολλά στρώματα. Το Εθνικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγιεινής (NIOSH, 1999, στον Park, 2007)

όρισε το εργασιακό στρες ως «επιβλαβείς σωματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που εμφανίζονται, όταν οι απαιτήσεις της δουλειάς δεν αντιστοιχούν στις ικανότητες, τα μέσα ή τις ανάγκες του εργαζομένου», χωρίς να περιλαμβάνονται αιτίες που εντοπίζονται για παράδειγμα στην οργάνωση της παραγωγής, σε δυσλειτουργία της οργάνωσης, σε προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις ή σε ανισότητες στο χώρο εργασίας. Οι άνθρωποι αποτελούν ζωντανό σύστημα και εξαρτώνται από μια υγιή σχέση με το περιβάλλον τους (φυσικό και κοινωνικό).

1.6 Παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες

Σύμφωνα με Johnson και συνεργάτες του (2005), υπάρχουν έξι κατηγορίες οργανωτικών μεταβλητών οι οποίες αναφέρονται παρακάτω:

1. Εργασιακές σχέσεις (βαθμός υποστήριξης από τους συναδέλφους, συγκρούσεις, επικοινωνία),
2. Αίσθημα ασφάλειας στο εργασιακό περιβάλλον,
3. Ηγεσία και υποστήριξη εργατικού δυναμικού (έλλειψη ευκαιριών συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, έλλειψη ελέγχου στον εργασιακό χώρο, οργανωτικό κλίμα),
4. Ρόλος μέσα στην οργάνωση (ασάφεια ρόλου),
5. Εξέλιξη σταδιοδρομίας (έλλειψη κύρους, έλλειψη προοπτικών προαγωγής έλλειψη πορείας καριέρας),
6. Εξισορρόπηση προσωπικής ζωής και εργασίας (σύγκρουση ανάμεσα στον οικιακό και τον εργασιακό ρόλο).

Πρόκειται για εγγενείς με την εργασία παράγοντες που εστιάζουν τόσο στις φυσικές πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος, όσο και στις ψυχοκοινωνικές (Donald, Taylor, Johnson, Cooper, Cartwright και Robertson, 2005). Ωστόσο, το εργασιακό στρες μπορεί να προέρχεται και από το οργανωτικό πλαίσιο του χώρου εργασίας, τη δομή και το κλίμα της οργάνωσης (για παράδειγμα, τον τρόπο διαχείρισης, το επίπεδο διαβούλευσης, την επικοινωνία και την πολιτική).

Οι πιο σημαντικές, ωστόσο, πηγές φαίνεται να είναι τρεις, εξαιτίας του μεταβαλλόμενου χαρακτήρα του σύγχρονου επιχειρηματικού περιβάλλοντος, και οι οποίες είναι οι εξής:

1. Ασάφεια του ρόλου,
2. Εργασιακές συγκρούσεις,
3. Υπευθυνότητα/διαχείριση.

1.7 Συνέπειες εργασιακού στρες

«Εάν το πρόβλημα μπορεί να λυθεί γιατί να ανησυχείς; Εάν το πρόβλημα δεν μπορεί να λυθεί, η ανησυχία δεν θα επιφέρει αποτέλεσμα.» Shantideva (2020, www.goodreads.com).

Οι άνθρωποι εξαρτώνται από μία υγιή σχέση με το περιβάλλον και οι ψυχολογικές διεργασίες τους επηρεάζονται εξίσου από το εργασιακό τους περιβάλλον. Ως χαρακτηριστικό της καθημερινής σύγχρονης ζωής, το στρες που εμφανίζεται έντονα στο χώρο εργασίας προκαλεί προβλήματα σε ψυχολογικό, σωματικό ή συμπεριφορικό επίπεδο.

Υπάρχουν διαφορές στον τύπο των συμπτωμάτων που αντιμετωπίζει ένα άτομο ως απάντηση στην έκθεση σε διαφορετικούς παράγοντες πίεσης (Cooper, Rout και Faragher, 1989). Για παράδειγμα, το μεγάλο ποσοστό φόρτου εργασίας μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές επιπτώσεις σε ένα άτομο, καθιστώντας το ανήσυχο, με συναισθηματικές διαταραχές, ενώ σε ένα άλλο άτομο μπορεί να επηρεαστεί σωματικά, με πονοκεφάλους, εξάντληση, γαστρεντερικά προβλήματα. Στοιχεία από έρευνες τονίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις του στρες στην ατομική υγεία. Το ψυχολογικό πλαίσιο είναι έντονα συσχετισμένο με την εργασία, με εμφανή σημάδια άγχους και κατάθλιψης. Η δυσαρέσκεια για την εργασία μπορεί να έχει ως συνέπεια την κακή σωματική υγεία και την κακή ψυχική ευημερία, καθώς το ανοσοποιητικό σύστημα αλλά και οι λειτουργίες του εργαζομένου βρίσκονται υπό συνεχή καταπίεση (Ganster και Rosen, 2013).

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος όταν λειτουργεί υπό την επήρεια έντονου στρες σκέφτεται στενά, επιφανειακά και απλοποιημένα, παραλείποντας να λάβει υπόψη του όλους τους σχετικούς με το θέμα παράγοντες. Η διαίσθηση, η δημιουργικότητα και η δημιουργική σκέψη

αδρανοποιούνται. Το διανοητικό κεφάλαιο συρρικνώνεται και η έλλειψη νέων ιδεών, καινοτομιών και ανταγωνιστικών προϊόντων οδηγούν σε μααρασμό του εργασιακού περιβάλλοντος. Πρόκειται για μια αλυσιδωτή αντίδραση, που υπό συνθήκες στρες η αμυγδαλή, μία περιοχή του εγκεφάλου που συμβάλλει στη συναισθηματική επεξεργασία, στέλνει ένα σήμα κινδύνου στον υποθάλαμο, σύμφωνα με δημοσιεύσεις της ιατρικής σχολής του Harvard (Bernstein, 2016).

Επιπλέον, ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες εργασίας συνδέονται με τη συμπεριφορά της υγείας των εργαζομένων και στο επίπεδο διατροφικών διαταραχών, καθώς οι διατροφικές διαταραχές είναι τόσο η αιτία όσο και η απόρροια της ψυχολογικής φόρτισης (Siegel και Sawyer, 2019). Λόγω εργασιακής πίεσης η κατανάλωση ενέργειας είναι αυξημένη, κυρίως κορεσμένου λίπους και ζάχαρης προκειμένου την άμεση τόνωση του οργανισμού. Τόσο το εργασιακό στρες, όσο και οι τοξικοί εργασιακοί παράγοντες στρες επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά επιφέροντας αλλαγές, όπως είναι για παράδειγμα η υψηλή πρόσληψη λίπους, ζάχαρης και η χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών (Wardle, Steptoe, Oliver και Lipsey, 2000).

Το πρόβλημα φαίνεται ότι γεννάει επιμέρους σωματικά και ψυχικά προβλήματα υγείας. Υπάρχουν αρκετά φαινόμενα σε σχέση με το στρες και το φαγητό τα οποία διαφέρουν από άτομο σε άτομο, καθώς το στρες παράγεται και από νοητικούς παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με τη γνωστική του αντίληψη και την ερμηνευτική ικανότητά του για το περιβάλλον γύρω του. Έρευνα από τους Linden, Keijsers, Eling και Schaijk το 2005, έδειξε πως σοβαρά συμπτώματα εξάντλησης συσχετίστηκαν με γνωστικές αποτυχίες, πόρισμα που υποστηρίζεται από παλαιότερη θεωρία πως η εξάντληση από το εργασιακό στρες επηρεάζει την προσοχή σε καθημερινές εργασίες (Keijsers, 2001). Το είδος του στρες, οι σωματικές και ψυχολογικές διαφορές των ατόμων, οι νοητικοί παράγοντες άγχους, που αντιλαμβάνονται ως απειλητικοί για το εγώ, οδηγούν σε μεταβαλλόμενη διατροφική συμπεριφορά ξεχωριστή για κάθε άτομο (Yau και Potenza, 2013).

1.8 Αντιμετώπιση εργασιακού στρες

Το πιο ισχυρό όπλο στη διαχείριση του στρες είναι η ικανότητα να επιλέγουμε μια σκέψη έναντι μιας άλλης. William James (2020, www.positivityblog.com).

Η λήψη μέτρων για την εξάλειψη ή έστω τη μείωση του στρες είναι αναγκαία. Προγράμματα πρωινής γυμναστικής, μεσημεριανό διάλειμμα με φαγητό και επιτραπέζια παιχνίδια, ενδυναμώνοντας τα άτυπα κανάλια επικοινωνίας και ενισχύοντας το κλίμα συνεργασίας και των διαπροσωπικών σχέσεων του προσωπικού οφείλουν να υιοθετηθούν από τις εταιρείες (Bhui, Dinos, Miecznikowska, Jongh και Stansfeld, 2016). Άλλη μια λύση είναι η επιλογή χρωμάτων στους τοίχους. Έρευνες σχετικά με τη θεραπευτική χρήση του χρώματος πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη κατά τις αρχές του εικοστού αιώνα από τον Steiner, που συσχέτισε το χρώμα με το σχήμα, τη μορφή και τον ήχο. Η ένταση των χρωμάτων και οι συνδυασμοί μπορεί να έχουν αναζωογονητική επίδραση στους οργανισμούς. Συνεπώς, η αύξηση του φωτισμού του περιβάλλοντος σε συνδυασμό με μουσική στα μεγάφωνα του χώρου εργασίας μετατρέπει αυτόματα το στρεσογόνο περιβάλλον σε ευχάριστο (Lubos, 2008).

Μια ακόμα επιλογή είναι η διοργάνωση, από τις επιχειρήσεις, μεγάλων γιορτών για τις οικογένειες των εργαζομένων, για την τροποποίηση του κλίματος της εργασίας. Αντίστοιχα, εναλλακτική επιλογή αποτελεί η προσφορά οργανωμένων ομαδικών ταξιδιών, ως επιβράβευση εκείνων που δεν απουσίασαν από την εργασία και που ήταν περισσότερο παραγωγικοί. Οι ενδο-εταιρικές εκπαιδευτικές κάρτες δίνουν την ευκαιρία στους εργαζόμενους να ψωνίσουν με ειδικές εκπτώσεις, οι οποίες αυξάνονται ανάλογα με τη συνέπεια και την απόδοσή τους στην εργασία, ενισχύουν την αξία που αντλείται από την επιχείρηση, όπως και η συνεχής εκπαίδευση και οι ευκαιρίες καριέρας (Bhui, Dinos, Miecznikowska, Jongh και Stansfeld, 2016).

Τα συγκεκριμένα μέτρα έχουν ως απόρροια θετικά αποτελέσματα. Το συναίσθημα του ανικανοποίητου ελαττώνεται στον εργαζόμενο. Το δώρο, όσο μικρό και ασήμαντο είναι έχει μια ιδιαίτερη δύναμη και διαδραματίζει τεράστιο ρόλο στην κινητοποίηση των εργαζομένων

με ελάχιστο κόστος για την επιχείρηση. Ωστόσο, το τελικό αποτέλεσμα απέχει αρκετά από το επιθυμητό. Οι ψυχροσυναισθηματικές άγκυρες που κρατούν ακινητοποιημένο το άτομο απέναντι στην έννοια εργασία για να αποκοπούν πλήρως χρειάζονται αρχικά, σωστό επαγγελματικό προσανατολισμό, αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας, ενθάρρυνση της συμμετοχικής διαχείρισης, εισαγωγή πολιτικών που εμπνέουν ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής, ευέλικτη εργασία και ανασυγκρότηση του οργανισμού (Stranks, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2. Διατροφικές διαταραχές

2.1 Διατροφή και ψυχολογία

Η διατροφική διαδικασία είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη ζωής και πρόκειται για μια πολύπλοκη δραστηριότητα (Benelam, 2009). Από τον πρωταρχικό στόχο της επιβίωσης και της αναζήτησης θρεπτικών συστατικών για την παροχή ενέργειας, σήμερα, πλέον, η σχέση του ανθρώπου με τη διατροφή είναι περίπλοκη. Υπάρχουν ουσιαστικά στοιχεία, από κλινικές περιγραφές και πειραματικές μελέτες, ότι τα υπερφαγικά επεισόδια και η τάση για βουλιμία σχετίζονται με τα συναισθήματα (Waller και Osman, 1996).

Στην περίπτωση που το άτομο έχει έλλειψη ενέργειας, μία πολύπλοκη αλληλεπίδραση των φυσιολογικών διεργασιών σηματοδοτεί στον εγκέφαλο την ανάγκη για κατανάλωση τροφής. Η όρεξη που ελέγχεται ξεχωριστά από το μοντέλο ενεργειακής ισορροπίας της ρύθμισης βάρους, σχετίζεται με την ενεργειακή ισορροπία, καθώς διαμορφώνει τη διαδικασία πρόσληψης τροφής (Hopkins, Blundell, Halford, King και Finlayson, 2016). Στη συνέχεια, έπειτα από την επαρκή κατανάλωση, οι συγκεκριμένες διεργασίες σηματοδοτούν τον τερματισμό της διαδικασίας (Benelam, 2009). Ωστόσο, η ομοιοστατική ρύθμιση της κατανάλωσης τροφής δοκιμάζεται συνεχώς από την πανταχού παρουσία τροφίμων και επηρεάζεται ακόμα και χωρίς την ύπαρξη του αισθήματος της πείνας ή ακόμη και πέρα από την αίσθηση του κορεσμού (Lowe και Butryn, 2007).

Οι μηχανισμοί του εγκεφάλου που κινητοποιούνται από τις τροφές, συνδέονται με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Σύμφωνα με τον Weisburd το 1984, οι νευροδιαβιβαστές είναι οι ουσίες που δρουν ως αγγελιοφόροι και μεταδίδουν τα μηνύματα από νεύρο σε νεύρο και τα επίπεδά τους αλλάζουν ανάλογα με τις εξωτερικές συνθήκες που επικρατούν στους διάφορους τομείς της ζωής του ανθρώπου στοχεύοντας στη διατήρηση της εγκεφαλικής ισορροπίας (Εμμανουηλίδου, 2011).

Σε συναισθηματικά φορτισμένες στιγμές, η σχέση ισορροπίας μεταξύ διατροφής και ατόμου διαταράσσεται. Σύμφωνα με τους Vogeley και Gibson (2010), η αφθονία σε τρόφιμα, η ευκολία στην πρόσβασή τους, η μεγάλη ποικιλία, καθιστούν τις διατροφικές επιλογές ανταμοιβή για τη συμπεριφορά του ατόμου και συνδέονται με τα συναισθήματα και τη διάθεσή του. Η επιτυχία, η αποτυχία, η επιβράβευση, οι κρίσεις, το στρες, η σύγκρουση με πολλαπλές πτυχές της προσωπικότητας του ανθρώπου κατά τα στάδια ανάπτυξής του επηρεάζουν τη διατροφική του συμπεριφορά. Συνεπώς, από μέσο επιβίωσης, το φαγητό αποτελεί εσφαλμένα μέσο παρηγοριάς, απόσπασης της προσοχής, ανταμοιβής. Η διατροφή παίρνει το ρόλο του καταφύγιου και προσφέρει το αίσθημα ασφάλειας (Meule και Vogeley, 2013).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν και καθοδηγούν τις διατροφικές συνήθειες είναι πολλοί (Cohen και Farley, 2007). Σημαντικός παράγοντας θεωρείται ο κοινωνικός. Η κατανάλωση τροφής μπορεί να ξεκινήσει ή να παραταθεί με την παρουσία άλλων ατόμων (Herman και Polivy, 2004). Έπειτα, η αντίληψη του εαυτού, οι σχέσεις με το εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του ατόμου είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τις διατροφικές του συνήθειες. Τις περισσότερες φορές η τροφή αποτελεί υποκατάστατο της επικοινωνίας με τους συνανθρώπους. Η κατανάλωση τροφής και οι επιλογές επηρεάζονται και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως είναι για παράδειγμα η διαφήμιση, η συσκευασία, ο φωτισμός, οι ποσότητες (Stroebele και De Castro, 2004).

Έρευνες απέδειξαν πως έπειτα από κατανάλωση σοκολάτας πυροδοτούνταν συναισθήματα χαράς και ενοχών, ενώ με την κατανάλωση υγιεινού σνακ, για παράδειγμα μήλου, η διάθεση και η χαρά ανέβαινε συγκριτικά περισσότερο (Macht και Dettmer, 2006). Παράλληλα, τα αρνητικά πρότυπα της κοινωνίας περί ομορφιάς, καθώς και οι έντονοι ρυθμοί ζωής συνοδευόμενοι με έντονο στρες και τα προσωπικά προβλήματα δημιουργούν επιπρόσθετη σύγχυση και αντίρροπες πιέσεις στο άτομο επηρεάζοντας και το επίπεδο της διατροφής.

Στη σημερινή κοινωνία, λοιπόν, η βιομηχανία της τροφής αξιοποιεί τη γνώση για τις αντιδράσεις που προκαλούν τα στοιχεία της τροφής στον ανθρώπινο εγκέφαλο και δημιουργεί εθιστικούς συνδυασμούς που προξενούν παραγωγή περισσότερης ντοπαμίνης και συνεπώς πρόκληση περισσότερης συναισθηματικής ικανοποίησης (Εμμανουηλίδου, 2011). Ως απόρροια, προκύπτει ότι η εγκράτεια του ατόμου και η προσπάθεια ελέγχου της κατανάλωσης τροφής χρειάζεται προσοχή, καθώς ο έλεγχος μπορεί να είναι τόσο αυστηρός,

ώστε να οδηγήσει σε υπερβολικό περιορισμό ή να χαθεί εντελώς (Hofmann, Andriaanse, Vohs και Baumeister, 2013).

2.2 Ορισμός διατροφικών διαταραχών

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής ορίζονται ως παθολογικές καταστάσεις διατροφικής συμπεριφοράς, αποτελούν δηλαδή εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Αποτελούν τον τρόπο καταστολής προβλημάτων σχετικών με την ανάπτυξη, τις συνθήκες διαβίωσης και το εργασιακό περιβάλλον, καθώς και με τις σχέσεις του ατόμου, τόσο με τον περίγυρο όσο και με τον ίδιο του τον εαυτό. Κάθε άτομο διαφέρει ως προς τη σχέση με τη διατροφή του, με το σώμα του, καθώς και με τη συναισθηματική έκφραση και επικοινωνία (Vogele, Lutz και Gibson, 2017).

Έρευνες δείχνουν ότι αρκετά άτομα στρέφονται στον τρόπο διατροφής, για να εκδηλώσουν σκέψεις και συναισθήματα. Μετατρέπουν την πράξη θρέψης σε μία καταναγκαστική συμπεριφορά που πλήττει την ποιότητα ζωής τους (Kemp, Bui και Grier, 2011). Οι πιο γνωστές διαταραχές είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η διαταραχή υπερφαγίας, οι οποίες και θα αναλυθούν στην παρούσα διπλωματική εργασία.

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως, πλέον, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-5 (Γκοτζαμάνης, 2015), αναγνωρίζονται παραπάνω κατηγορίες, οι οποίες ονομαστικά είναι οι εξής :

1. Πίκα
2. Μηρυκαστική Διαταραχή
3. Αποφευκτική/ Περιοριστική Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής
4. Απροσδιόριστη Διαταραχή Σίτισης/ Πρόσληψης τροφής
5. Άλλη προσδιορισμένη Διαταραχή Σίτισης/Πρόσληψης Τροφής: Άτυπη ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής ανορεξία χαμηλής συχνότητας ή/ και περιορισμένης διάρκειας, διαταραχή υπερφαγίας χαμηλής συχνότητας ή/ και περιορισμένης διάρκειας, διαταραχή κάθαρσης, σύνδρομο νυχτερινής σίτισης.

Οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν άτομα ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Δείγματα από έρευνες έχουν δείξει πως τα γονίδια του ατόμου ίσως να προδιαθέτουν την ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής όταν ερεθιστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες (Mazzeo και Bulik, 2009).

Επιφανειακά, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως οι διατροφικές διαταραχές που αφορούν το βάρος, τη διατροφή και τον έλεγχο της. Στην πραγματική του εκδοχή, ο όρος αναφέρεται στη χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αίσθημα αδυναμίας, τις δυσκολίες συναισθηματικού ελέγχου, τα οποία αποτελούν την πηγή των εμφανέστερων συμπτωμάτων (Button, Sonuga-Barke, Davies και Thompson, 1996). Τα παραπάνω ζητήματα είναι απόρροια ιδιαίτερων προβλημάτων σχετικών με την ανάπτυξη, τις συνθήκες διαβίωσης, στις οποίες εντάσσεται και το εργασιακό περιβάλλον. Το πραγματικό πρόβλημα είναι ένα μείγμα ιδεών και πεποιθήσεων (Miller, 1999).

2.3 Ορισμός νευρογενούς ανορεξίας

Η νευρογενής ανορεξία παρατηρήθηκε για πρώτη φορά από τον Άγγλο φυσικό Morton το 1689 (Farlex, 2020), ωστόσο δεν αναγνωρίστηκε επίσημα ως ψυχιατρική διαταραχή από την Αμερικάνικη ψυχιατρική ένωση μέχρι το 1980, όταν δημοσιεύθηκε η τρίτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών. Έχει τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από τις ψυχιατρικές διαταραχές και παρατηρείται, κυρίως, ότι το 80% με 90% των ασθενών με ανορεξία είναι γυναίκες σε νεαρή ηλικία (Morris και Twaddle, 2007).

Πρόκειται για μια διαταραχή κατά την οποία ένα άτομο περιορίζει σημαντικά την πρόσληψη τροφής του – αυτοεπιβαλλόμενη ασιτία- και/ή υιοθετεί καθαρικές τεχνικές απώλειας βάρους, για παράδειγμα την πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών, υπερβολική άσκηση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με αναφορές, η συχνότητα εμφάνισής του από το 1970 έχει υπερδιπλασιαστεί (Morris και Twaddle, 2007). Το άτομο που νοσεί αδυνατεί να συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης με αποτέλεσμα το βάρος του να μειώνεται σε υπερβολικό βαθμό συνεχώς (15% κάτω από το φυσιολογικό για την ηλικία του βάρους). Η σχέση με το φαγητό χαρακτηρίζεται από την εμμονή με τον έλεγχο των θερμίδων και

διαμορφώνεται μία διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα από το ίδιο το άτομο· διακατέχεται από την αίσθηση ελέγχου της απώλειας βάρους και προκαλούνται συναισθήματα ικανοποίησης. Ακολουθεί εμμονική σχέση με το ζύγισμα και τη χρήση μεζούρας για την καταμέτρηση του βάρους και του σχήματος του σώματος που συνδέονται με την επίτευξη του στόχου (National Collaborating Centre For Mental Health, 2004). Πρόκειται για ένα είδος γνωστικής παραμόρφωσης, καθώς η εικόνα που έχει διαμορφώσει για τον εαυτό του δεν αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα. Μοναδικός σύμβουλός του είναι η διαστρεβλωμένη αντανάκλαση και η σύγκρισή του με τους άλλους (Garner και Garfinkel, 1982).

Για την κλινική διάγνωση της διαταραχής χρησιμοποιούνται τα κριτήρια του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-5 (Γκοτζαμάνης, 2015):

A. Μειώνεται η ενεργειακή πρόσληψη σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού και οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό βάρος συγκριτικά με την ηλικία, το φύλο, την αναπτυξιακή τροχιά και τη σωματική υγεία.

B. Δημιουργείται έντονος φόβος για το βάρος ή επίμονη συμπεριφορά με σκοπό την αποφυγή αύξησης του βάρους, παρά το σημαντικά χαμηλό ποσοστό.

Γ. Παρατηρείται διαταραχή στην αυτοαξιολόγηση και στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, στην πραγματική εκτίμηση του ποσοστού του σωματικού βάρους.

Σύμφωνα με το ίδιο εγχειρίδιο διακρίνονται δύο τύποι της νευρικής ανορεξίας :

A. Ο περιορισμένος τύπος: Με βάση τους τελευταίους τρεις μήνες, το άτομο δεν έρχεται αντιμέτωπο με επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας ή με αντισταθμιστικές συμπεριφορές κάθαρσης (δηλαδή, χρήση διουρητικών ή υποκλυσμών, είτε εμετού).

Υπερφαγία/καθαρτικός τύπος: Με βάση τους τρεις τελευταίους μήνες, το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή, κακή χρήση διουρητικών ή υποκλυσμών, είτε εμετού).

2.4 Παράγοντες πρόκλησης νευρογενούς ανορεξίας

Η νευρογενής ανορεξία αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα. Κρίσιμα σημεία στη ζωή του ατόμου για την εμφάνιση της ανορεξίας θεωρούνται η φάση της εφηβείας και οι κρίσεις στην ενήλικη ζωή. Ως προς τη φάση της εφηβείας, οι σωματικές αλλαγές από την παιδική ηλικία στην εφηβική προκαλούν σύγχυση στο άτομο που αναζητά την ταυτότητά του. Η επιρροή λανθασμένων κοινωνικών προτύπων συσχετιζόμενη με την απουσία ώριμης κριτικής αντίληψης των εφήβων διευκολύνουν την ανάπτυξη της ασθένειας. Τα πολιτισμικά-κατασκευασμένα πρότυπα ομορφιάς επηρεάζουν τα κορίτσια και τις γυναίκες που τείνουν να χρησιμοποιούν μια διαιτητική συμπεριφορά σε μία προσπάθεια να είναι κοινωνικά αποδεκτή η εικόνα τους (Verschueeren, Claes, Bogaerts, Palmeroni, Gandhi, Moons και Luycckx, 2018). Παρομοίως και οι άντρες συνήθως ασκούνται σε υπερβολικό βαθμό και είναι υπέρ-προσεκτικοί με τον έλεγχο της διατροφής τους για να επιτύχουν το πρότυπο αντρικό σώμα. Σύμφωνα, όμως, με τον Maslow (1954), μοναδικός τρόπος στην κατάκτηση της αυτοπραγμάτωσης είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών (βλ. Διάγραμμα 2, σελ. 24).

Οι ρίζες της ασθένειας τρέφονται από περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς και γενετικούς παράγοντες. Έρευνα δείχνει ότι μερικοί άνθρωποι έχουν μία προδιάθεση και συγκεκριμένοι παράγοντες ενεργοποιούν τη συμπεριφορά, η οποία στη συνέχεια ενισχύεται. Οι κληρονομικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες φαίνονται να διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο. Η ακριβής αιτία της διαταραχής δεν είναι γνωστή, ωστόσο έχει συνδεθεί με παράγοντες όπως την κληρονομικότητα, βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς γεγονότα ζωής και συμπεριφορά οικογένειας, καθώς και τραυματικές καταστάσεις (Εμμανουηλίδου, 2011).

2.4.1 Κληρονομικότητα

Μελέτες σε δίδυμα έδειξαν ότι αν ένα δίδυμο έχει νευρική ανορεξία, το άλλο έχει μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης της διαταραχής. Στενά συγγενικά πρόσωπα με νευρική ανορεξία

αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης της διαταραχής σε άλλα μέλη της οικογένειας λόγω γονιδιακής ευαισθησίας (Berrettini, 2004). Μελέτες γονιδιακής συσχέτισης στράφηκαν προς τα γονίδια των υποδοχέων της σεροτονίνης, καθώς και του μεταφορέα της (Gorwood, Kirman και Foulon, 2003). Επιπροσθέτως, έρευνες επικεντρώθηκαν στα χρωμοσώματα 1 και 10 (Klump και Gobrogge, 2005), και στα χρωμοσώματα 1, 2 και 13 (Devlin et al., 2002).

2.4.2 Βιολογικοί παράγοντες

Στοιχεία υποστηρίζουν ότι η νευρική ανορεξία συνδέεται με ανώμαλη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών στο μέρος του εγκεφάλου που ελέγχει την ευχαρίστηση και την όρεξη. Οι νευροδιαβιβαστές εμπλέκονται στις ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη. Η έρευνα σε αυτόν τον τομέα είναι νέα και τα πορίσματα είναι ακόμη ασαφής. Οι άνθρωποι με ανορεξία τείνουν να αισθάνονται πλήρεις νωρίτερα από τους υπόλοιπους, καθώς σύμφωνα με την άποψη ερευνητών, το στομάχι τους τείνει να αδειάσει πιο αργά από το κανονικό, ενώ άλλοι πιστεύουν πως σχετίζεται με τον μηχανισμό ελέγχου της όρεξης στον εγκέφαλο (Kaye, 2008). Επιπλέον, μελέτες έδειξαν πως εμφανίζεται σε άτομα που γεννήθηκαν πρόωρα 3.6 φορές συχνότερα (Cnattingius et al., 1999).

2.4.3 Ψυχολογικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τους Hewitt και Flett (1991), ορισμένοι τύποι προσωπικότητας φαίνεται να είναι πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας. Οι ανορεκτικοί τείνουν να διακατέχονται από τελειομανία με εξωπραγματικές προσδοκίες για την εμφάνισή τους και τη συμπεριφορά τους. Προσπαθούν να πετύχουν άριστα αποτελέσματα σε κάθε δραστηριότητα (Forsberg και Lock, 2007). Πολλοί ασθενείς στερούνται μια ισχυρή αίσθηση ταυτότητας και αντί αυτού παίρνουν την ταυτότητά τους από την ευχαρίστηση προς τον περίγυρο. Σχεδόν όλα τα άτομα που πάσχουν από την ασθένεια έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η τελειοθηρία και η αρνητική

αυτοαξιολόγηση αποτελούν ισχυρό παράγοντα για την εμφάνιση της νόσου (Fairburn, Shafran και Cooper, 1999). Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι συχνές, αν και αποτελούν αμφιλεγόμενο ζήτημα αν πρόκειται για αιτία ή αποτέλεσμα της διατροφικής διαταραχής.

2.4.4 Κοινωνικοί παράγοντες

Οι ασθενείς είναι πιθανότερο να προέρχονται είτε από υπερπροστατευτικές οικογένειες ή οικογένειες, όπου υπάρχει μεγάλη σύγκρουση, ασυνέπεια και υψηλή εκφραστικότητα αρνητικού συναισθήματος. Στις περιπτώσεις αυτές, οι πάσχοντες αισθάνονται την ανάγκη να έχουν τον έλεγχο στο σώμα τους. Ένα πείραγμα για το βάρος του ατόμου, ένα σχόλιο για τα ρούχα ή σύγκριση με κάποιον πιο αδύνατο μπορεί να προκαλέσουν τη διαταραχή ειδικά κατά την εφηβική ηλικία (Cella, Cipriano, Iannaccone και Cotrufo, 2017). Γεγονότα ζωής, μετακίνηση, νέο σχολικό περιβάλλον, ρήξη φιλίας, εφηβεία μπορούν να αποτελέσουν αιτίες. Επιπροσθέτως, η υπερέκθεση σε μηνύματα των μέσων ενημέρωσης με λανθασμένα πρότυπα ομορφιάς και επιτυχίας πυροδοτούν το μήνυμα πως το διαφορετικό και η πιο γεμάτη φιγούρα είναι συνδεδεμένη με την αποτυχία (Oldershaw, Startup και Lavender, 2019).

2.4.5 Γεγονότα ζωής και συμπεριφορά οικογένειας

Σε καταστάσεις και περιόδους έντονου στρες και ανησυχίας, το φαγητό αποτελεί μέσο ανακούφισης για άτομα που νοσούν από ψυχογενή ανορεξία. Επιπροσθέτως, η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου της ζωής τους τα ωθεί να ασχολούνται με το σωματικό τους βάρος σε μεγάλο βαθμό, ώστε να αντισταθμίσουν την έλλειψη ελέγχου. Η αυτοεπιβαλλόμενη αστία είναι ο τρόπος έκφρασης περίπλοκων συναισθημάτων που δύσκολα μπορεί να εκφράσει το άτομο καθώς του προκαλούν στρες, πόνο, ενοχή και μειώνουν την αυτοεκτίμησή του. Οι γονείς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση της νευρογενούς ανορεξίας, ιδιαίτερα

η μητέρα στην περίπτωση που είναι υπερβολικά ελεγκτική και δεν επιτρέπει την αυτονόμηση και την ανεξαρτησία, ενώ ο πατέρας στην περίπτωση που είναι απόμακρος (Costa-Font και Jofre-Bonet, 2013).

2.4.6 Τραυματικές καταστάσεις

Επαγγελματικές αποτυχίες ή στρεσογόνες καταστάσεις, σεξουαλική παρενόχληση, προσωπικές δυσκολίες στην ενήλικη ζωή, κριτική τρίτων προσώπων για την εμφάνιση, μπορούν να πυροδοτήσουν την ασθένεια. Ο έλεγχος του φαγητού λειτουργεί σε αυτές τις περιπτώσεις ως μηχανισμός αντιμετώπισης των καταστάσεων και της πλασματικής ανάκτησης ισχύος ή ως μηχανισμός αντίδρασης. Η άσκηση ελέγχου πάνω στο σώμα και κατά επέκταση στη ζωή δίνει ικανοποίηση στο άτομο, το οποίο γίνεται νικητής απέναντι σε αυτά που εκλαμβάνει ως αδυναμίες, ενώ απουσιάζει κάθε τάση για παρορμητική και αυθόρμητη συμπεριφορά (Εμμανουηλίδου, 2011).

Διάγραμμα 2: Πυραμίδα Maslow, ανθρώπινες ανάγκες.

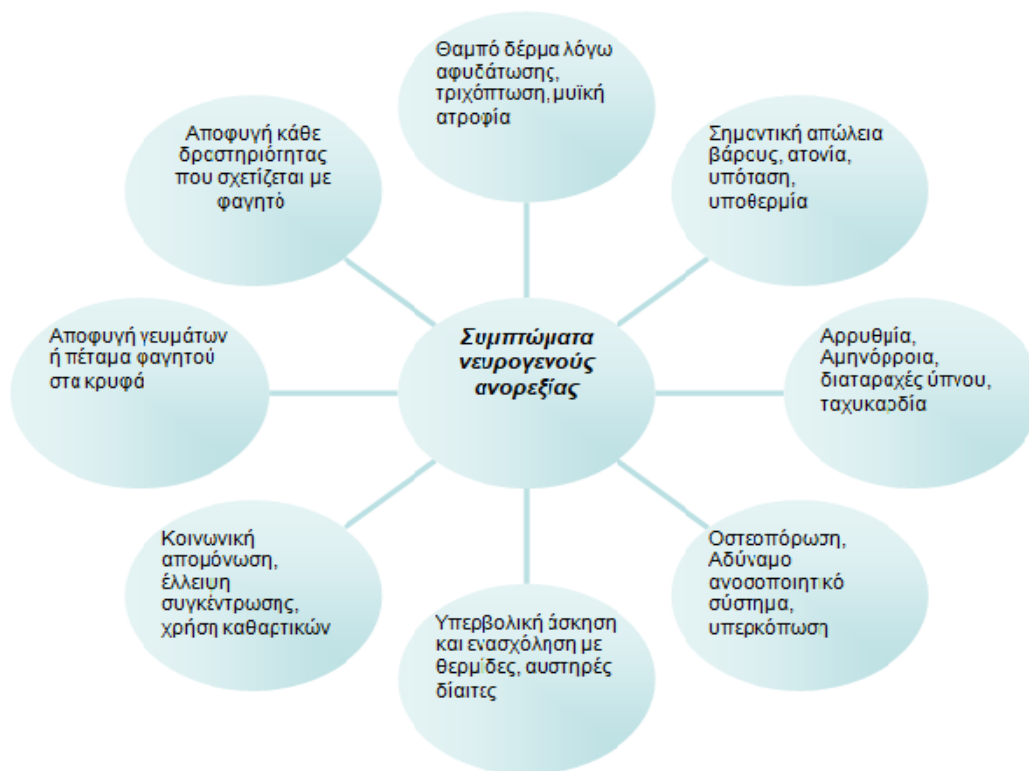


Πηγή: Χυτήρης, Λ. (2019), *Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων και οργανωσιακή συμπεριφορά*, Σημειώσεις Μαθήματος.

2.5 Επιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας

Ως μια διαταραχή που προκύπτει από πολιτισμικούς και βιολογικούς παράγοντες, η ανορεξία είναι μια σοβαρή διατροφική διαταραχή που βλάπτει σοβαρά την υγεία και μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Η διάγνωσή της είναι δύσκολη, καθώς οι νοσούντες χαρακτηρίζονται ως μυστικοπαθείς και διακατέχονται από συναισθήματα άρνησης και ντροπής. Ως εκ τούτου η ασθένεια δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμη και εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για μακροπρόθεσμες επιπλοκές στην υγεία.

Διάγραμμα 3: Βασικά συμπτώματα νευρογενούς ανορεξίας.



Πηγή: Γονιδάκης και Ντιάνα, 2011, σελ.67.

Η ανορεξία χαρακτηρίζεται από κυκλοθυμική διάθεση και ενδεχομένως και συμπτώματα άγχους (κρίσεις πανικού). Το άτομο διακατέχεται από έντονο φόβο για το πάχος και η αίσθηση πληρότητας του προκαλεί δυσφορία, ντροπή και το οδηγεί σε αυστηρή αυτοκριτική.

Από την πλευρά της κοινωνικής συμπεριφοράς, το άτομο απομονώνεται πρώτα από την οικογένεια και σταδιακά και από την κοινωνική δραστηριότητα. Η συμπεριφορά του ατόμου έχει κοινά χαρακτηριστικά με την ιδεοληπτική ψυχαναγκαστική διαταραχή.

Χαρακτηριστικά είναι η αυστηρή τελειομανία, η μεγάλη ανάγκη για οργάνωση και ο αυστηρός προγραμματισμός του φαγητού με κάθε λεπτομέρεια (Petersson, Johnsson και Perseius, 2017). Σε νοητικό επίπεδο, παρουσιάζονται δυσκολίες ως προς τη συγκέντρωση, την προσοχή, τη μνήμη (Nandirino et al., 2006), καθώς και διακυμάνσεις στην αυτοεικόνα με τη διαστρέβλωση, άλλοτε έντονη κι άλλοτε λιγότερο έντονη, όμως, χωρίς να απορρέει από την πραγματικότητα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως το 9% των ασθενών κατά την πορεία της ασθένειας μεταπίπτει σε ψυχογενή βουλιμία ή σε κάποια άτυπη διαταραχή πρόσληψης τροφής (Γονιδάκης και Ντιάνα, 2011).

2.6 Ορισμός νευρογενούς βουλιμίας

Η βουλιμία δεν είναι καινούργια ασθένεια (Frampton, 2013). Καταχωρήσεις αναφορικά με τη νευρική βουλιμία έχουν βρεθεί και σε Λατινικές γραφές του Aulus Gellius και Sextus Pompeius Festus, γραμματικοί του 2ου και 4ου αιώνα μ.Χ.. Σύμφωνα με τους Smith (1866) και Lewis και Short (1900), περιγραφές της ως «σκυλία πείνας» έχουν βρεθεί στα έργα του Priscianus, φυσικού του 5ου αιώνα (Blinder, 2001). Οι ασθενείς με βουλιμία έχουν στενή στερεοτυπική επιλογή τροφίμων, κυρίως υδατάνθρακες με επαναλαμβανόμενες επιλογές των ίδιων φαγητών. Όπως αναφέρεται στους Siegel (1973) και Stein και Laakso (1988), ο Γαλιλαίος, φυσικός του 2ου αιώνα, παρατήρησε ότι για την βουλιμία έφταιγε ένα μη φυσιολογικό οξύ υγρό στο στομάχι, το οποίο πυροδοτούσε ένα λανθασμένο, αλλά υπερβολικό, σήμα πείνας (Blinder, 2001). Σύμφωνα με την Powdermaker (1973), η λαιμαργία ήταν μια αποδεκτή συμπεριφορά στους πρωτόγονους πολιτισμούς, οι οποίοι μετά από μήνες διαρκούς πείνας και κνηγιού, στην όψη του φαγητού έχαναν κάθε έλεγχο

αυτοσυγκράτησης με αποτέλεσμα να φτάνουν σε σημείο εμετού από υπερβολική και απότομη κατανάλωση φαγητού (Blinder, 2001).

Επίσημα η νευρογενής βουλιμία εισήχθη ως όρος το 1979 από τον Βρετανό ψυχίατρο Russell για την περιγραφή μίας παθολογικής οντότητας που διέφερε από τη ψυχογενή ανορεξία (Muhlheim, 2019). Ετυμολογικά η ελληνική λέξη βουλιμία προκύπτει από τη συνένωση των λέξεων βούς και λιμός (πείνα) (Μπαμπινιώτης, 2019). Στα αρχαιοελληνικά χρόνια όριζε την ανεξέλεγκτη πείνα και υποδήλωνε μια παθολογική κατάσταση κατά την οποία το άτομο ήταν ικανό να καταναλώσει ένα ολόκληρο βόδι. Πλέον, ως νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται η διαταραχή κατά την οποία το άτομο μετά από επαναλαμβανόμενα επεισόδια λαιμαργίας οδηγείται συνειδητά στην εκκαθάριση, είτε με χρήση εμετού, κακή χρήση καθαρτικών ή άλλων φαρμάκων, νηστείας ή υπερβολικής άσκησης, και επαναλαμβάνεται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τρεις τουλάχιστον μήνες. Το άτομο, δηλαδή, καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα και στη συνέχεια επιλέγει να απαλλαγεί από τις θερμίδες με χρήση καθαρτικών.

Χαρακτηριστική είναι η προσπάθεια των ατόμων να διατηρήσουν το βάρος τους επιτρέποντας στα τρόφιμα να ξεπερνούν το δικό τους αυτοέλεγχο (Zalta και Keel, 2006). Τα άτομα που πάσχουν από την ασθένεια δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τη συναισθηματική τους κατάσταση και να την εκφράσουν, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ θέτουν υψηλές προσδοκίες για τον εαυτό τους (Johnson, Connors και Tobin, 1987). Το σχήμα του σώματος και το βάρος επηρεάζουν, την αυτοαξιολόγηση του ατόμου. Οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές μπορούν να οδηγήσουν σε μια σειρά ιατρικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων των ανισορροπιών των ηλεκτρολυτών, της φλεγμονής ή και της ρήξης οισοφάγου, γαστρικής ρήξης, φθοράς των δοντιών και/ή χρώσης, πεπτικά έλκη, παγκρεατίτιδα και χρόνιες ακανόνιστες κινήσεις του εντέρου. Έρευνες δείχνουν πως το 70% των βουλιμικών ατόμων είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια βάρους και μόλις το 15% τα ξεπερνάει και το 15% είναι κάτω από αυτά (Mitchell, Specker και de Zwaan, 1991).

Βάση γενικευμένων απόψεων η νευρική βουλιμία συνήθως σχετίζεται με χαμηλό κίνδυνο θνησιμότητας, ωστόσο, σύμφωνα με έρευνα ανακαλύφθηκε ότι έχει σχεδόν υψηλό ποσοστό θνησιμότητας όσο και η νευρική ανορεξία και το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας 0.9% (Crow, et al., 2009). Τα περιστατικά βουλιμίας σε γυναίκες ηλικίας 10-39 ετών τριπλασιάστηκε μεταξύ του 1988 και του 1993 (Hoek και van Hoek, 2003). Η ετήσια

εξάπλωση της διαταραχής έχει υπολογιστεί στο 11,15%–13,5% ετησίως. Το ποσοστό αυτό τριπλασιάζεται όταν συμπεριληφθούν και οι υποκλινικές περιπτώσεις νευρογενούς βουλιμίας. Οι μετρήσεις στις επιπτώσεις της διαταραχής παρουσίασαν αύξηση μέσα στη δεκαετία 1980-1990. Μόνο το 5%-10% των πασχόντων είναι άρρηνες και συνήθως παρουσιάζεται η διαταραχή στην ηλικιακή ομάδα των 20-24 ετών.

2.7 Παράγοντες πρόκλησης νευρογενούς βουλιμίας

Καθοριστικός παράγοντας για την πρόκληση της νευρογενούς βουλιμίας θεωρείται η δράση των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Οι απεικονίσεις για το ιδανικό σχήμα σώματος που προωθούνται συνεχώς επηρεάζουν σημαντικά τις διατροφικές προτιμήσεις των ατόμων, τα οποία ωθούνται σε αυστηρή δίαιτα με σκοπό την επίτευξη του πρότυπου σώματος που συχνά έχει ως απόρροια την υπερκατανάλωση τροφής (Goldfield, Blouin και Woodside, 2006). Μία έρευνα μαθητριών λυκείου 15-18 χρονών στη Ναντρόγκα των νησιών Φίτζι βρήκε ότι τα περιστατικά μείωσης του βάρους ανέβηκαν από 0% το 1995 (λίγες εβδομάδες μετά την εισαγωγή της τηλεόρασης στην περιοχή) στο 11.3% το 1998 (Ireland, 2009).

2.7.1 Προσωπικότητα

Το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο του βιβλίου του Fairburn για τη νευρική βουλιμία, που περιγράφηκε πρώτη φορά το 1981, παρουσιάζει τη νευρογενή βουλιμία μέσω μιας γνωστικής οπτικής γωνίας, σε αντίθεση με μία κοινωνική οπτική γωνία που θεωρεί το ιδανικό του λεπτού σώματος υπεύθυνο για την αιτιολογία της βουλιμίας. Το μοντέλο επισημαίνει τον φαύλο κύκλο της κραιπάλης-κάθαρσης που αναπτύσσει τη βουλιμία. Ο συνδυασμός υπερβολικής ανησυχίας για το βάρος σε συνδυασμό με μειωμένα ποσοστά αυτοεκτίμησης οδηγούν σε αυστηρούς και μη ελαστικούς διαιτητικούς κανόνες. Επιπλέον, η γνωστική διαστρέβλωση εξαιτίας της διχασμένης σκέψης οδηγεί το άτομο στην κραιπάλη, την οποία προσπαθεί να εξαλείψει με μεθόδους κάθαρσης. Σύμφωνα με τον Fairburn και συνεργάτες

του, επιβεβαιώνεται ότι ο κύκλος επαναλαμβάνεται και αυτό-διαιώνίζεται (Cooper και Fairburn, 2011).

Διαφορετικά αποτελέσματα, ωστόσο, επισήμαναν τα ευρήματα του Byrne και Mclean από το μοντέλο του Fairburn και των συνεργατών του (1998), στο γεγονός ότι βασικός παράγοντας της πρόκλησης εμετού ήταν η θέληση για λεπτότητα. Με τη σειρά τους οι Byrne και Mclean (2001) πρόβαλλαν το επιχείρημα ότι το συγκεκριμένο γεγονός κάνει το άτομο να προκαλεί τον εμετό πριν την κραιπάλη και συνεπώς οδηγείται στο φαύλο κύκλο κάθαρσης-κραιπάλης και όχι στο αντίστροφο.

2.7.2 Κοινωνικά πρότυπα και μέσα μαζικής ενημέρωσης

Μέσα από μία κοινωνικοπολιτιστική προοπτική, η εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος είναι υπεύθυνη για την πρόκληση νευρογενούς βουλιμίας (Spettigue και Henderson, 2003). Η αποδοχή των κοινωνικών προτύπων ομορφιάς και η αφομοίωσή τους από τα άτομα, τα οδηγούν σε μία προσπάθεια μεταμόρφωσης του εαυτού τους, ώστε να νιώθουν αποδεκτά από τον περίγυρο (Rodgers, 2016). Ο Thompson και ο Stice (2001) υποστηρίζουν ότι το τρίπτυχο της οικογένειας, των συνομηλίκων και κυρίως των μέσων μαζικής ενημέρωσης, ενισχύει την προώθηση του προτύπου του αδύνατου σώματος. Σύμφωνα με τον Stice, η αποδοχή του ιδανικού του λεπτού σώματος δημιουργεί στο άτομο αρνητικά συναισθήματα για το σχήμα ή το μέγεθος του σώματός του, εφόσον διαφέρει από το ιδανικό. Έτσι, συναισθήματα δυσαρέσκειας για το σώμα οδηγούν τα άτομα να αναπτύξουν ένα συγκεκριμένο κίνητρο για λεπτότητα και συνεπώς, ωθούνται σε αυστηρές δίαιτες με αρνητικά αποτελέσματα που καταλήγουν σε βουλιμικά συμπτώματα (Thompson και Stice, 2001).

2.7.3 Στρες

Το στρες αποτελεί ένα ψυχολογικό παράγοντα που περιβάλλει τις πτυχές της ζωής, της οικογένειας, της εργασίας, της κοινωνίας και των σημαντικών γεγονότων της ζωής (Troop, Holbrey και Treasure, 1997). Το άτομο καθίστανται ευάλωτο στις καθημερινές πιέσεις. Η αντίδραση στο άγχος αναφέρεται ως ανταπόκριση στο στρες και όταν το σώμα λειτουργεί σωστά αυτό επιτρέπει σε ένα άτομο να αποδώσει καλά, αλλά όταν το άγχος είναι υπερβολικό το σώμα υπερανταποκρίνεται και επηρεάζει τα άτομα μέσω μιας παρατεταμένης διαδικασίας (Daley, Jimerson, Heatherton, Metzger και Wolfe, 2008). Αν το χρόνιο άγχος συνεχίσει μπορεί να αναπτυχθούν ψυχολογικά προβλήματα.

2.7.4 Κατάθλιψη και αυτοεκτίμηση

Η κατάθλιψη μπορεί να οριστεί ως μια σειρά συμπτωμάτων που κυμαίνονται από ήπια μέχρι σοβαρά, εμπλέκοντας τα συναισθήματα θλίψης που καθημερινά στερούν τα άτομα από το αίσθημα της ικανοποίησης (Sawdon, Cooper και Seabrook, 2007). Επιπλέον, η δυσθυμία μπορεί να αυξήσει τα αισθήματα απελπισίας των ατόμων . Η κατάθλιψη και η αυτοεκτίμηση σχετίζονται καθώς η αδυναμία αλληλεπίδρασης σε κοινωνικές καταστάσεις μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και αν παραμείνει ανεξέλεγκτη, μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Στη συνέχεια, η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε μια περαιτέρω αδυναμία του ατόμου να συσχετιστεί μειώνοντας την αυτοεκτίμησή του (Schumaker, Warren, Carr, Schreiber και Jackson, 1995).

2.7.5 Πίεση και έλεγχος

Έρευνες υποδεικνύουν ότι για πολλά άτομα με υψηλά ποσοστά πίεσης οι διατροφικές

διαταραχές παρέχουν προσωρινή διαφυγή, καθώς τα επεισόδια ανθυγιεινής διατροφής επιτρέπουν στο άτομο να αισθανθεί ότι έχει τον έλεγχο (Troop et al., 1997). Σύμφωνα με Avalos και Tytka (2006), διαπιστώθηκε ότι τα ανορεξικά και τα βουλιμικά άτομα αισθάνονται αβοήθητα σε καταστάσεις εκτός από τις στιγμές που καταναλώνουν φαγητό, επειδή ελέγχουν την ποσότητα ή τις θερμίδες, γεγονός που τους προσφέρει ικανοποίηση.

2.8 Επιπτώσεις νευρογενούς βουλιμίας

Κάθε διατροφική διαταραχή έχει ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές επιπλοκές. Οι διαταραχές και τα ψυχολογικά προβλήματα συνίστανται σε αρνητική εικόνα του σώματος, χαμηλή αυτοεκτίμηση και ανάγκη τελειοποίησης (Εμμανουηλίδου, 2011).

2.8.1 Σωματικά προβλήματα

Τα άτομα με συμπτώματα βουλιμίας έχουν συχνά διογκωμένα μάγουλα, μώλωπες, οδοντικά προβλήματα (Γονιδάκης και Ντιάννα, 2011) και προβλήματα οισοφάγου λόγω συνεχιζόμενου εμετού (Desai, Miller, Staples και Bravender, 2008). Μερικά άτομα έχουν αναφέρει ότι η βουλιμία δεν ήταν το πρόβλημα, αλλά μια παρενέργεια στο ασταθές περιβάλλον και στα συναισθήματα (Whiteside et al., 2007). Προκαλούνται καρδιολογικές, νεφρολογικές, μυϊκές επιπλοκές, γυναικολογικές επιπλοκές, καθώς και ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Garrido και Lobera, 2012). Επίσης, αποβολές και διακοπή εγκυμοσύνης, ακόμη και γαστρεντερικές διαταραχές (Γονιδάκης και Ντιάννα, 2011).

2.8.2 Ψυχολογικά προβλήματα

Οι διατροφικές διαταραχές οφείλονται σε μία εμμονή με το φαγητό και το βάρος, αλλά η έρευνα δείχνει ότι οι συγκεκριμένες ασθένειες είναι κάτι περισσότερο από απλά ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες που προκύπτουν από υποκείμενα ψυχολογικά προβλήματα (Whiteside et al., 2007). Έτσι, οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να προκύψουν από ένα συνδυασμό συμπεριφορικών, συναισθηματικών και ψυχολογικών παραγόντων (Γονιδάκης και Ντιάνα, 2011). Συχνά είναι τα καταθλιπτικά συμπτώματα, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, ελλιπή κοινωνική στήριξη. Αυτοκτονικό ιδεασμό, αγχώδη διαταραχή, μετατραυματικό στρες. Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό έως και 46% της συνύπαρξης βουλιμίας με την κατάθλιψη, εμμονές και τελειομανία (Keski-Rahkonen, Hoek, Linna, Raevuori, Sihvola, Bulik, Rissanen και Kaprio, 2009).

2.9 Ορισμός υπερφαγικών επεισοδίων

Σύμφωνα με την 5η έκδοση των διαγνωστικών κριτηρίων (Γκοτζαμάνης, 2015) από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, τα υπερφαγικά επεισόδια αναγνωρίζονται πλέον ως επίσημη κατηγορία των διατροφικών διαταραχών από το 1994 (Γονιδάκης και Ντιάνα, 2011). Διαχωρίζονται πλέον από τη νευρογενή βουλιμία, καθώς δεν έχουν όλα τα γνωρίσματά της.

Η συνεχής κατανάλωση φαγητού αποτελεί χαρακτηριστικό της επεισοδιακής υπερφαγίας. Οι άνθρωποι που πάσχουν από τη διαταραχή, καταναλώνουν τη τροφή τους κρυφά, καθώς αισθάνονται ντροπή για αυτή τη συμπεριφορά και βρίσκονται σε διαρκή σύγκρουση με τον εαυτό τους προσπαθώντας να τον πείσουν ότι δεν θα επαναληφθεί. Συναντάται πιο συχνά στις γυναίκες, ενώ ξεκινάει κυρίως στην ηλικιακή ομάδα των 22-25 ετών και συναντάται συχνότερα από την ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία (Γονιδάκης και Ντιάνα, 2011). Είναι πιο συχνή στις γυναίκες με ποσοστό 1,5 φορά περισσότερο από ότι στους άντρες (Johnsen, Gorin, Stone και Grange, 2003).

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο DSM-5 (Γκοτζαμάνης, 2015), τα κριτήρια για τα υπερφαγικά επεισόδια είναι τα εξής:

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα:

- a) Καταναλώνεται σε σημαντικό βαθμό μεγαλύτερη ποσότητα τροφής από εκείνη που θα κατανάλωναν οι περισσότεροι άνθρωποι στα συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια, για παράδειγμα μέσα σε δύο ώρες και σε παρόμοιες καταστάσεις.
- b) Στη διάρκεια του επεισοδίου υπάρχει αισθητή απώλεια ελέγχου και το άτομο αδυνατεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει την ποσότητα και την ποιότητα της τροφής.

B. Τα επεισόδια υπερφαγίας σχετίζονται με τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Καταναλώνεται τροφή σε γρήγορους ρυθμούς.
2. Καταναλώνεται τροφή μέχρι να προκύψει το δυσάρεστο αίσθημα της υπερπληρότητας.
3. Καταναλώνεται τροφή γίνεται χωρίς την ύπαρξη του αισθήματος της πείνας.
4. Καταναλώνεται τροφή κρυφά λόγω αισθήματος ντροπής για την ποσότητα..
5. Έπειτα από κάθε επεισόδιο υπάρχει το αίσθημα της απέχθειας, της ενοχής για τον εαυτό του.

Γ. Το άτομο αισθάνεται έντονη ενόχληση σχετικά με την υπερφαγία.

Η συχνότητα των επεισοδίων είναι , κατά μέσον όρο, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες.

E. Τα υπερφαγικά επεισόδια δεν σχετίζονται με την επανελημμένη χρήση της αντισταθμιστικής συμπεριφοράς, όπως στην ψυχογενή βουλιμία και δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά την πορεία της ψυχογενούς βουλιμίας ή της ψυχογενούς ανορεξίας.

Έπειτα, πρέπει να προσδιοριστεί αν βρίσκεται:

- a. Σε μερική φάση: Τα υπερφαγικά επεισόδια συμβαίνουν με μέση συχνότητα μικρότερη από ένα επεισόδιο ανά εβδομάδα για μεγάλη χρονική περίοδο.

- b. Σε πλήρη ύφεση: Δεν πληρούνται κανένα από αυτά τα κριτήρια για παρατεταμένη χρονική περίοδο.

Στη συνέχεια, προσδιορίζεται η τρέχουσα βαρύτητα:

Η συχνότητα της υπερφαγίας καθορίζει το ελάχιστο επίπεδο βαρύτητας. Μάλιστα, τείνει να αυξηθεί ώστε να αντανakλά τα άλλα συμπτώματα και το βαθμό της λειτουργικής ανικανότητας.

- a) Ήπια : 1-3 επεισόδια υπερφαγίας ανά εβδομάδα
- b) Μέτρια : 4-7 επεισόδια υπερφαγίας ανά εβδομάδα
- c) Βαριά : 8-13 επεισόδια υπερφαγίας ανά εβδομάδα
- d) Εξαιρετικά βαριά : 14 ή περισσότερα επεισόδια υπερφαγίας ανά εβδομάδα.

Διάγραμμα 4: Χαρακτηριστικά προσωπικότητας παχύσαρκων ατόμων.

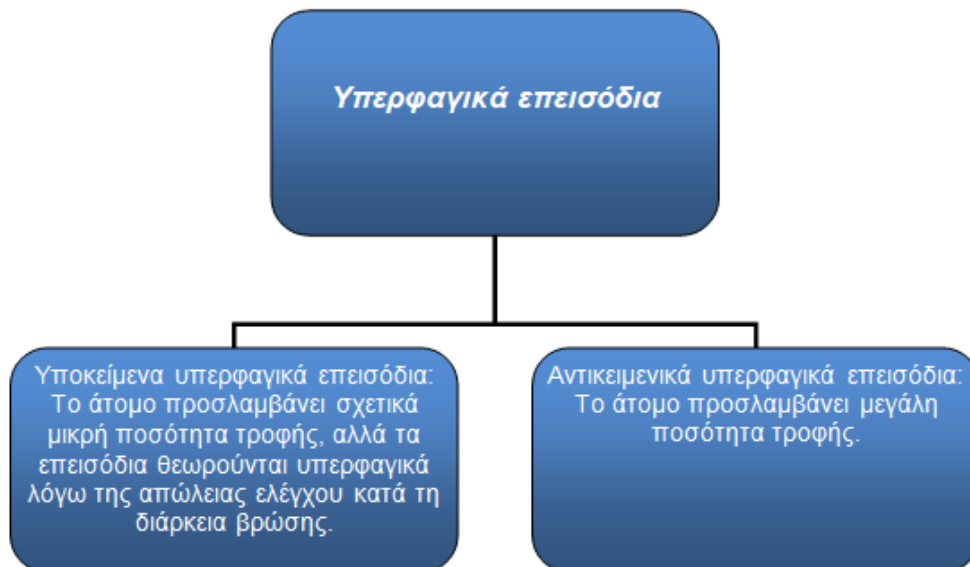


Πηγή: Bjorvel και Rossner, 1985, σελ 13.

Σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά στην κοινωνικοποίηση, δεν μαθαίνουν από τις εμπειρίες τους και απολαμβάνουν περισσότερο το παρόν. Έχουν αυξημένες τάσεις για εκδήλωση ψυχασθενειών, άγχους και αντικοινωνικών συμπεριφορών, προβλήματα στην ερμηνεία της εσωτερικής ψυχικής κατάστασης, μεγάλες διακυμάνσεις στη διάθεση, αδυναμία στον έλεγχο παρορμήσεων, υψηλά επίπεδα άγχους και έντασης, χαμηλή ικανότητα προσαρμογής σε κοινωνικούς κανόνες (Palmer, 2014).

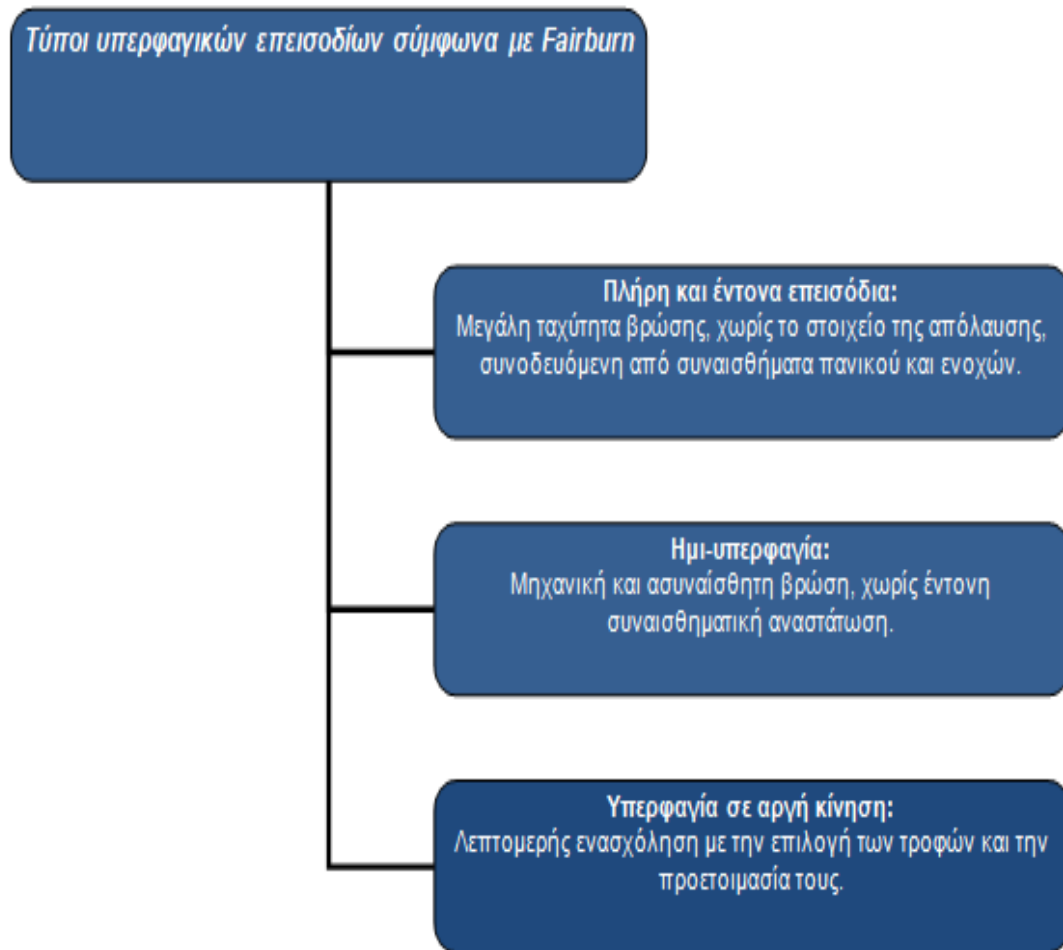
Η υπερφαγία χαρακτηρίζεται καταναγκαστική όταν το άτομο νιώθει να το ωθεί μια ακαθόριστη δύναμη σε συγκεκριμένες διατροφικές συμπεριφορές, χωρίς να έχει πλήρη συνείδηση των πράξεών του (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2006). Το στοιχείο του καταναγκασμού υπάρχει σε όλες τις διατροφικές διαταραχές πρόσληψης τροφής · είτε συνειδητά είτε ασυνείδητα, στη βουλιμία και στην υπερφαγία είναι μια δύναμη, μια αυτοεπιβαλλόμενη εντολή να καταναλώσει τροφή, ενώ στην ανορεξία να αποφύγει την τροφή. Γίνεται έμμονη ιδέα και έχει μεγάλη συναισθηματική φόρτιση, έστω και αν η τροφή τελικά δεν καταναλώνεται άμεσα, ή καταναλώνεται σε συχνές μικρές ποσότητες (Εμμανουηλίδου, 2011).

Διάγραμμα 5: Διάκριση υπερφαγικών επεισοδίων.



Πηγή: Εμμανουηλίδου, 2011, σελ 58.

Διάγραμμα 6: Κατηγοριοποίηση τύπων υπερφαγικών



Πηγή: Εμμανουηλίδου, 2011, σελ.59.

2.10 Παράγοντες πρόκλησης υπερφαγικών επεισοδίων

Το κλινικό σύνδρομο της υπερφαγίας (Binge Eating Disorder ή BED) έχει ως βασικό χαρακτηριστικό του την αμφιθυμία, καθώς ακόμα η επιδημιολογική έρευνα είναι περιορισμένη (Fairburn et al., 1998). Ωστόσο, το 2015 αποτελούσε την πιο συχνή διατροφική διαταραχή στην Αμερική (Walden, 2015). Βασικότερος παράγοντας πρόκλησης

της διαταραχής είναι η έκθεση στο συναίσθημα του άγχους. Η ποσότητα και η ποιότητα της τροφής που καταναλώνεται επηρεάζεται από στρεσογόνες καταστάσεις και οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο που συνεχώς επιδεινώνεται (Εμμανουηλίδου, 2011).

2.10.1 Ακραίοι περιορισμοί

Τα υπερφαγικά επεισόδια αποτελούν απόρροια των προσπαθειών των ατόμων να τηρούν ακραίους, και ιδιαίτερα περιοριστικούς διαιτητικούς κανόνες. Λόγω της αυστηρότητάς τους, δημιουργείται φαύλος κύκλος αποτυχιών τήρησης των συγκεκριμένων κανόνων και οι ασθενείς τείνουν να αντιδρούν αρνητικά, καθώς το αντιλαμβάνονται ως έλλειψη αυτοελέγχου. Συνήθως ακολουθεί μια προσωρινή εγκατάλειψη των προσπαθειών για περιορισμό της τροφής και καταλήγουν στην υπερβολική και απότομη κατανάλωση τροφής. Αυτό με τη σειρά του διατηρεί τη βασική ψυχοπαθολογία, εντείνοντας τις ανησυχίες των ασθενών για την ικανότητά τους να ελέγχουν το φαγητό, το σχήμα και το βάρος τους (Εμμανουηλίδου 2011).

2.10.2 Στρες και πίεση

Οι δυσκολίες στη ζωή του ασθενούς και οι συναφείς αλλαγές διάθεσης καθιστούν δύσκολη τη διατήρηση της διαιτητικής εγκράτειας. Ο ασθενής αδυνατεί να αναγνωρίσει τον βασικό παράγοντα που του προκαλεί ανησυχία, στρες, άγχος ή απογοητεύεται από την αδυναμία να διαχειριστεί την πραγματική πηγή της αμηχανίας του. Έτσι δημιουργεί μια ψευδή εντύπωση ότι πεινάει και αρχίζει να αναζητά μανιωδώς τροφή. Ανακουφίζεται προσωρινά από την αρνητική διάθεση και αποσπάται η προσοχή από τις δυσκολίες του. Έτσι, γίνεται προσωρινά τρόπος αντιμετώπισης προβλημάτων. Μια ανάγκη που υποτίθεται ότι είχε το άτομο ικανοποιείται και νιώθει την ψευδαίσθηση του αυτοέλεγχου. Πρόκειται για λανθασμένη συναισθηματική πληρότητα και τα αισθήματα ευχαρίστησης μεταμορφώνονται σε ενοχικά καθώς ακολουθεί πόνος στο στομάχι (Freeman και Gil, 2003).

2.10.3 Παραβίαση διαιτητικού κανόνα

Σύμφωνα με τον Fairburn και συνεργάτες του. (1998), ένα επεισόδιο υπερφαγίας ξεκινάει ή υποβοηθείται από ποικίλους παράγοντες. Η παραβίαση διαιτητικού κανόνα είναι η πιο συχνή αιτία πυροδότησης του επεισοδίου, καθώς η απογοήτευση οδηγεί εύκολα στην απώλεια ελέγχου, έπειτα η ύπαρξη συναισθηματικής έντασης, άγχους επηρεάζει συνδυαστικά με εμμονικές σκέψεις με το φαγητό. Στην περίπτωση της δίαιτας, η υπερφαγία έρχεται ως αντίδραση στην καταπίεση των κανόνων και όταν ο στερημένος οργανισμός δίνει το σήμα για ένα συγκεκριμένο είδος τροφής, οι αντιστάσεις μειώνονται οδηγώντας το άτομο σε ακραία συμπεριφορά άνευ ελέγχου (Mathes, Brownley, Mo και Bulik, 2009).

Μελέτη των Abraham and Beumont (Εμμανουηλίδου, 2011) έδειξε ότι υπάρχουν 12 κύριες αιτίες που ενεργοποιούν ένα υπερφαγικό επεισόδιο. Από την πιο συχνή έως τη λιγότερο συχνή:

1. Ένταση
2. Βρώση
3. Μοναξιά
4. Λαχτάρα για συγκεκριμένο φαγητό
5. Σκέψη φαγητού
6. Επιστροφή στο σπίτι
7. Ανία
8. Πείνα
9. Κατανάλωση αλκοόλ
10. Έξοδος με άτομο του αντίθετου φύλου
11. Φαγητό έξω από το σπίτι
12. Παρουσία σε πάρτι.

2.11 Επιπτώσεις υπερφαγικών επεισοδίων

Όπως κάθε διαταραχή, έτσι και η υπερφαγία ακολουθείται από σειρά αρνητικών επιπτώσεων στον ανθρώπινο οργανισμό. Τα προβλήματα που προκαλεί στην καθημερινή ζωή ποικίλλουν (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2006).

2.11.1 Σωματικές επιπτώσεις

Κυρίως, χαρακτηρίζεται από περιπτώ βάρους και προβλήματα στο πεπτικό σύστημα. Λόγω έλλειψης αντισταθμιστικών συμπεριφορών, ο Δείκτης Μάζας σώματος είναι αυξημένος (Mc-Cuen-Wurst, Ruggieri και Allison, 2017). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η φυσιολογική τιμή του πηλίκου κυμαίνεται από 18.5-24.9, ενώ υπέρβαρο θεωρείται το άτομο με ΔΜΣ 25-29.9 και παχύσαρκο το άτομο με ΔΜΣ από 30 και πάνω. Το μεγαλύτερο αρνητικό στοιχείο της προαναφερθείσας διαταραχής είναι η απουσία αντισταθμιστικών συμπεριφορών, γεγονός που οδηγεί στην αύξηση του σωματικού βάρους και στην τάση για παχυσαρκία, καθώς οι αυξημένες θερμίδες που καταναλώνονται απορροφώνται από τον οργανισμό (Εμμανουηλίδου, 2011).

2.11.2 Ψυχικές επιπτώσεις

Το σώμα ρυθμίζει την πρόσληψη τροφής ανάλογα με το αίσθημα πείνας και τον κορεσμό. Στην περίπτωση, όμως, που η διαδικασία κινητοποιείται από διαφορετικούς μηχανισμούς ο εγκέφαλος και το υπόλοιπο σώμα βρίσκονται σε σύγχυση, καθώς η πρόσληψη τροφής αποκτά μια άλλη υπόσταση ως δραστηριότητα. Πλέον συνδέεται με τη συναισθηματική έκφραση που προσπαθεί να μεταδώσει μηνύματα για την ψυχική κατάσταση του ατόμου και όχι ως ένα μέσο ενεργειακής πρόσληψης (Hopkings et al. 2016). Τα ποσοστά κοινωνικοποίησης είναι χαμηλά.

Έχουν αυξημένες τάσεις για εκδήλωση ψυχασθενειών, άγχους και αντικοινωνικών συμπεριφορών. Το αίσθημα της μοναξιάς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόκληση της ασθένειας (Levine, 2012). Στην αρχή ενός επεισοδίου, υπάρχει το αίσθημα ανακούφισης, ωστόσο, έρχεται η αποστασιοποίηση, κατά την οποία το άτομο πλέον τρώει χωρίς να απολαμβάνει συνειδητά τη γεύση. Η επόμενη μπουκιά εισέρχεται πριν προηγηθεί η κατάποση της προηγούμενης και τελικά το άτομο κυριαρχείται από το αίσθημα της ντροπής. Ακολουθεί ενοχή, θλίψη και αίσθημα ματαιώσης (McManus και Waller, 1995). Το άτομο συγκρούεται με τον εαυτό του, καταναλώνει τροφή μόνο κρυφά, καθώς δεν εμπιστεύεται τον αυτοέλεγχό του και αποστασιοποιείται από τον περίγυρο.

2.11.3 Κοινωνικές επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις της υπερφαγίας θεωρούνται και πρακτικές, καθώς το άτομο που βιώνει υπερφαγικά επεισόδια σε έντονο βαθμό για μεγάλο χρονικό διάστημα οδηγείται στην απόκτηση αυξημένου βάρους και έρχεται αντιμέτωπο με το κοινωνικό περίγυρο. Κλείνεται στον εαυτό του, δεν γίνεται εύκολα αποδεκτό από την κοινωνία (Εμμανουηλίδου, 2011).

2.12 Αντιμετώπιση διατροφικών διαταραχών

Σύμφωνα και με τους αρχαίους Έλληνες, «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν.» (Ιπποκράτης, 460-370 π.Χ.). Ο τομέας της πρόληψης των διατροφικών διαταραχών έχει αναπτυχθεί ραγδαία τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Η πρόληψη βοηθάει τόσο στην αποφυγή δημιουργίας προβλημάτων, όσο και στην αποφυγή υποτροπής των ήδη υπαρχόντων προβλημάτων (Ciao, Loth και Neumark-Sztainer, 2014).

Η καλλιέργεια υγιεινών αντιλήψεων, σχετικά με την εικόνα του σώματος, μέσω της πρόληψης που παρέχεται από την οικογένεια, το σχολείο και το στενό περιβάλλον του ατόμου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Αλλαγές σχετικά με τη διατροφή, τον έλεγχο του

βάρους, τα πρότυπα ομορφιάς, την πνευματική ανάπτυξη θα αλλάξουν προς το καλύτερο το κοινωνικό σύνολο και θα μειώσουν τις ασθένειες που ξεκινάνε από την ψυχή. Η παιδεία που λαμβάνει το άτομο ξεκινώντας από την οικογένεια, έπειτα την κοινωνία και το εργασιακό περιβάλλον θα πρέπει να ενισχύει βασικές αξίες, όπως την αυτοεκτίμηση, την αγάπη προς τον εαυτό και την αποδοχή του διαφορετικού. Στην περίπτωση που η διαταραχή έχει ήδη εμφανιστεί, η πρόληψη στοχεύει στην αποτροπή επιδείνωσης των συμπτωμάτων. Βοηθάει στην άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος, μέσω της αναγνώρισης των συμπτωμάτων και της έγκαιρης επίσκεψης σε εξειδικευμένους ιατρούς ψυχικής υγείας και διατροφής (Εμμανουηλίδου, 2011).

Ωστόσο, στην περίπτωση που η πρόληψη δεν καθίσταται δυνατή, οι Carter και Fairburn (1998), προτείνουν ένα πρόγραμμα αυτοβοήθειας, το οποίο απευθύνεται, κυρίως, στην καταπολέμηση των υπερφαγικών επεισοδίων. Στις τεχνικές αυτοβοήθειας συγκαταλέγονται η παρακολούθηση προγραμμάτων, η ενημέρωση μέσω μελέτης βιβλίων.

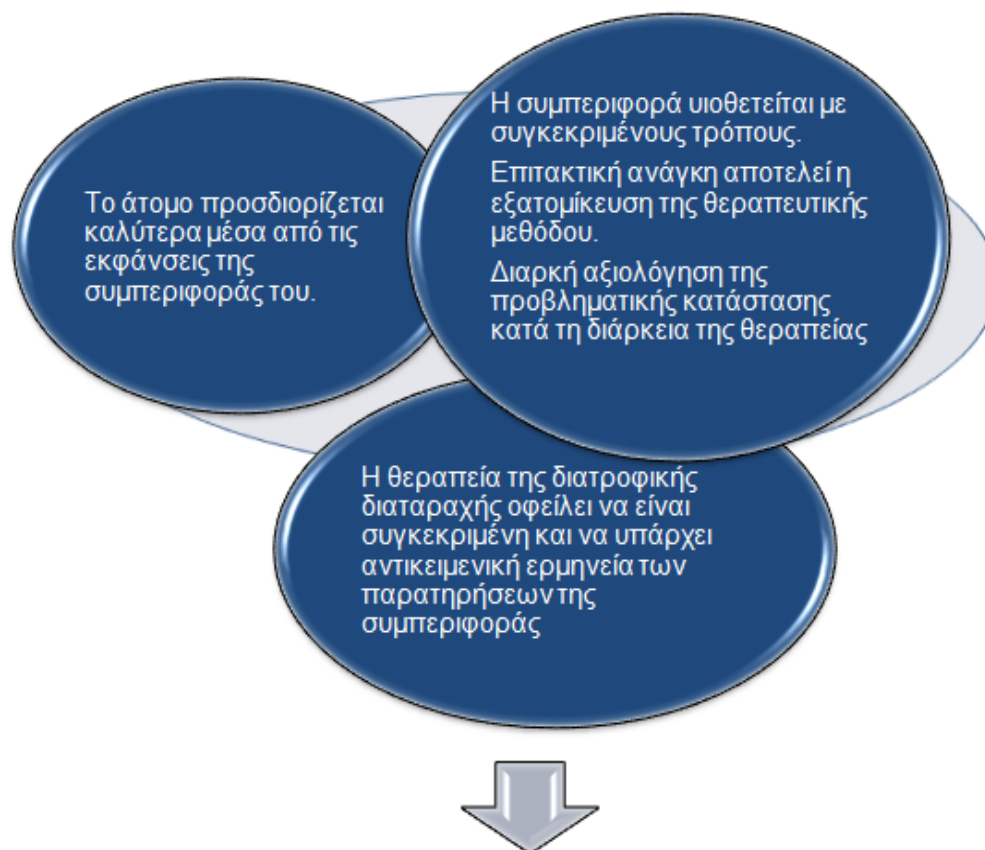
Επιτακτική ανάγκη, για κάθε πρόβλημα είναι η έγκαιρη διάγνωση της διατροφικής διαταραχής με βάση την ψυχανάλυση και την εξέταση από εξειδικευμένο προσωπικό. Η δυσκολία της διάγνωσης έγκειται στα ξεχωριστά προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων, καθώς και στην άρνηση που βρίσκεται το άτομο που νοσεί. Επιπροσθέτως, οι προσεγγίσεις ποικίλλουν ανάλογα με την ψυχοπαθολογική κατάσταση του ασθενούς και τη δομή της προσωπικότητάς του. Οι παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή της μεθόδου είναι η προσωπικότητα του επαγγελματία, οι συγκυρίες, η πειστικότητα της θεραπευτικής θεωρίας, η θεματική του εξειδίκευση, τα ερευνητικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της τεχνικής (Hornyak και Baker, 1989).

Αρχικά, η πρώτη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ονομάζεται ψυχοδυναμική θεωρία ή ψυχαναλυτική προσέγγιση. Κλειδί στη θεραπεία θεωρείται η ανθρώπινη συμπεριφορά που καθορίζεται τόσο από το συνειδητό επίπεδο, όσο και από το ασυνείδητο. Βασικός προσανατολισμός της θεωρίας είναι η εξερεύνηση του υποσυνείδητου και οι εμπειρίες του παρελθόντος, δηλαδή η σχέση του ασθενή με το κοντινό του περιβάλλον (Εμμανουηλίδου, 2011). Υποστηρίζεται πως η διατροφική διαταραχή είναι έκφραση του υποσυνείδητου και δρα συμβολικά (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2006). Γνώμονας του ψυχαναλυτή είναι η αναγνώριση οποιαδήποτε έκφρασης μεταβιβαστικών συμπεριφορών, η αναγνώριση των ενδόμυχων σκέψεων και εμπειριών. Κατά τον τρόπο αυτό, έρχεται στην επιφάνεια η

σημασία της σχέσης του παρελθόντος που πυροδότησε τη δημιουργία διαταραγμένης σχέσης με τη διατροφή, ώστε το άτομο να προβεί στην κατανόηση των συγκεκριμένων συναισθημάτων σε συνειδητό επίπεδο. Μέσω της ψυχανάλυσης εντοπίζονται, επίσης, οι μηχανισμοί άμυνας που επιστρατεύει ο ασθενής για να αποφύγει δυσάρεστες συνειδητοποιήσεις (Zerbe, 2015).

Στη συνέχεια, διαφορετική προσέγγιση είναι η συμπεριφοριστική, κατά την οποία η συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μάθησης και συνεπώς αλλάζει. Το άτομο προγραμματίζει στόχους και καθίσταται υπεύθυνο για την επίτευξή τους.

Διάγραμμα 7: Αρχές συμπεριφοριστικής θεωρίας (σύμφωνα με Stunkard και Berthold)



Αρχές συμπεριφοριστικής θεωρίας

Πηγή: Εμμανουηλίδου, 2011, σελ 62.

Τρίτη θεραπεία είναι με βάση τη γνωστική συμπεριφοριστική προσέγγιση. Βασίζεται στο γεγονός ότι τα συναισθήματα που γεννιούνται από συγκεκριμένες σκέψεις, υποκινούν τη συμπεριφορά (Wonderlich et al., 2004), δίνει έμφαση στις γνωστικές διεργασίες και στοχεύει στη γνωστική αλλαγή που θα επιφέρει την αλλαγή στη συμπεριφορά. Η συγκεκριμένη θεραπεία προσφέρει την αποτελεσματικότερη προσέγγιση στη θεραπεία της ανορεξίας και της βουλιμίας (Matto, 1997). Γνώμονας του θεράποντα είναι η καθοδήγηση με δομημένο τρόπο, ώστε να συνειδητοποιήσει το άτομο το τρίπτυχο των σκέψεων, συμπεριφορών και συναισθημάτων που συνδέεται με την πρόσληψη τροφής και την εικόνα του εαυτού του. Στόχος είναι η αλλαγή σε υγιή τρόπο σκέψης του ατόμου και συνεπώς στην υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών ως προς τη διατροφή. Η συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία της θεραπείας είναι ενεργή και η έμφαση δίνεται στο πρόβλημα του παρόντος.

Διάγραμμα 8: Βασικές αρχές γνωστικής συμπεριφοριστικής θεωρίας.



Αρχές γνωστικής συμπεριφοριστικής θεωρίας

Πηγή: Z. Cooper, Fairburn και Hawker, 2004.

Διαφορετική εκδοχή της συμπεριφοριστικής προσέγγισης είναι η λογικοθυμική συμπεριφοριστική θεραπεία (Rational-Emotive Behavioral Therapy, REBT, 1957) του Ellis (Ellis και MacLaren, 1998). Η λογικοθυμική θεραπεία βοηθάει τα άτομα να εντοπίσουν τις παράλογες σκέψεις και να τις μετατρέψουν σε λογικές και λειτουργικές για την ζωή τους. Υποστηρίζεται πως οι πράξεις των ανθρώπων είναι στραμμένες προς την επίτευξη ενός βαθμού ευτυχίας. Ωστόσο, συνειδητά ή υποσυνείδητα, υπάρχει τάση υιοθέτησης παράλογων πεποιθήσεων, οι οποίες υποκινούν συμπεριφορές που εμποδίζουν τα άτομα να πετύχουν τους στόχους τους. Οι παράλογες σκέψεις είναι ακραίες και έρχονται σε αντίθεση με τις επιθυμίες (Haaga και Davison, 1993).

Στη θεραπεία χρησιμοποιείται το σχήμα “ABC” όπου A: Activating Event (Ενεργοποίηση Γεγονότος), B: Beliefs (Πεποιθήσεις), C: Consequences (Συνέπειες). Προστιθέμενο βήμα από τον Ellis, D: Dispute (Αμφισβήτηση). Ο θεραπευτής έχει το ρόλο να αμφισβητήσει τις παράλογες πεποιθήσεις, και να βοηθήσει να απολαύσει τις θετικές επιπτώσεις, E: Effects (Συνέπειες), των λογικών πεποιθήσεων. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής οφείλονται κατά κύριο λόγο στην ύπαρξη παράλογων πεποιθήσεων για τον εαυτό και για τις ανθρώπινες σχέσεις (Tomotake, Okura, Taniguchi και Ishimoto, 2002). Ένα γεγονός ενεργοποιεί τη διαταραχή, οδηγώντας σε παρερμηνεία και παραλογοισμό (B), με αποτέλεσμα να εκφράζεται αυτή η γνωστική παραμόρφωση μέσα από τη διατροφική συμπεριφορά (C). Το άτομο καλείται με τη βοήθεια του θεραπευτή να αμφισβητήσει (D) τις παράλογες σκέψεις που γεννήθηκαν με αφορμή ένα γεγονός και να μάθει να τις αντικαθιστά με λογικές, θετικές απόψεις για τον εαυτό του που θα οδηγήσουν σε μια υγιή διατροφική συμπεριφορά (E), απαλλαγμένη από στάσεις που υποβιβάζουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Έμφαση, λοιπόν, δίνεται στο γνωστικό σύστημα του ατόμου η τροποποίηση της συμπεριφοράς έρχεται ως φυσική συνέπεια των διαφοροποιημένων πεποιθήσεων (Tomotake, Okura, Taniguchi και Ishimoto, 2002).

Έπειτα, ακολουθεί η θεραπεία μέσω της τέχνης, η οποία ως μέσο αυτοέκφρασης παίρνει θεραπευτικές διαστάσεις. Η θεραπεία μέσω τέχνης χρησιμοποιείται μαζί με άλλες μεθόδους ως μια συμπληρωματική τεχνική, αλλά και σε συνδυασμό με την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Στη συγκεκριμένη ψυχαναλυτική προσέγγιση, σκοπός είναι η έκφραση των ψυχικών καταστάσεων και όχι το καλλιτεχνικό αποτέλεσμα και το ταλέντο. Η τέχνη προσφέρει έναν άμεσο τρόπο οπτικοποίησης των ενδόμυχων σκέψεων και συναισθημάτων,

δίνοντας επίσης μια φυσική απόσταση και συνεπώς την ευκαιρία στον ασθενή να αναλύσει το νόημα της (Nguyen, 2015).

Επιπροσθέτως, η προσωποκεντρική θεραπεία, η οποία εμπνεύστηκε από τον Carl Rogers (1951), υποστήριζε ότι ο άνθρωπος είναι από τη φύση του καλός, ενώ η συμπεριφορά του υποκινείται από την εγγενή του τάση για αυτοπραγμάτωση, με σκοπό την ψυχική του ολοκλήρωση (McLeod, 2019). Κεντρική ιδέα της προσέγγισης αυτής είναι η αντιμετώπιση του προβλήματος μέσα από την ανάπτυξη μιας θεραπευτικής «συμμαχίας» ανάμεσα στον ασθενή και στον ψυχολόγο.

Επιτακτική ανάγκη είναι η ύπαρξη τριών συνθηκών (McLeod, 2019) :

1. Ενσυναίσθηση: ικανότητα του θεραπευτή να μπαίνει στη θέση του ασθενή,
2. Αποδοχή χωρίς όρους, χωρίς προϋποθέσεις,
3. Αυθεντικότητα και γνησιότητα.

Η προσέγγιση αυτή ενισχύει την αυτοεκτίμηση του ασθενή και τη δημιουργία μιας σχέσης-συμμαχίας με τον ψυχοθεραπευτή. Η προβληματική αυτοεικόνα των ασθενών αντισταθμίζεται από την αποδοχή του θεραπευτή χωρίς όρους και δημιουργεί ένα περιβάλλον ασφαλές, καθώς δεν απειλούνται από καμία επικριτική στάση (Εμμανουηλίδου, 2011).

Επόμενη είναι η συνδιαλεκτική ανάλυση. Εισήχθη από τον Eric Berne (Berne, 2013) και επικεντρώνεται στην ανάλυση της επικοινωνίας και την επιρροή της προσωπικότητας του ατόμου στο μοτίβο της επικοινωνίας. Υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά του ανθρώπου υποκινείται από τις τρεις καταστάσεις του ΕΓΩ: ο Γονέας: το Εγώ που έχει διδαχθεί, που οδηγεί σε αυστηρή ή σε τρυφερή συμπεριφορά, Ο Ενήλικος: το Εγώ που βασίζεται στη λειτουργία της σκέψης και οδηγεί στη συνειδητή, λογική συμπεριφορά, και το Παιδί: το Εγώ που βασίζεται στο συναίσθημα και οδηγεί σε αντίθεση ή σε υπάκουη συμπεριφορά. Το κάθε άτομο χρησιμοποιεί μια κατάσταση του Εγώ ανάλογα με την απόκριση που θέλει να αποσπάσει από τους άλλους. Η ευθύνη του ψυχοθεραπευτή έγκειται στον εντοπισμό των δυσλειτουργικών χρήσεων των καταστάσεων του Εγώ και στην ενίσχυση του ενήλικου Εγώ, ως το κέντρο των αποφάσεων και ως οδηγό της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η ανάλυση της συμπεριφοράς του ασθενή για τον εντοπισμό του κυρίαρχου επιπέδου του εγώ που τον

καθοδηγεί σε λανθασμένες συμπεριφορές είναι το κλειδί της θεραπείας του και της επαναφοράς του στα λογικά πλαίσια (Chinyelu, 2020).

Μια ακόμη θεραπεία είναι η λεγόμενη Gestalt, δημιούργημα του Fritz Perls (1948), η οποία βασίζεται στην κεντρική ιδέα ότι η εστίαση του ατόμου πρέπει να είναι στο παρόν (Perls και Philippson, 2012). Ο ασθενής εξασκείται στην επίγνωση του εαυτού του, βιώνει το παρόν, καταναλώνει τροφή συνειδητά. Στόχος είναι ο ασθενής να συνειδητοποιεί όλο και περισσότερο τον εαυτό του και τον εσωτερικό του κόσμο, τα συναισθήματά του, τις ανάγκες και τις επιθυμίες του (O'Connor, Braverman και Braverman, 1997).

Διάγραμμα 9: Βασικές αρχές θεραπείας Gestalt.



Πηγή: Kirchner, 2000.

Διαφορετική προσέγγιση έχει η οικογενειακή θεραπεία με τις ψυχαναλυτικές ρίζες. Υποστηρίζεται ότι τα αίτια της ψυχοπαθολογίας προέρχονται από τη διαμόρφωση των πρώτων ενδοοικογενειακών σχέσεων. Το άτομο απορροφάει συνειδητά και υποσυνείδητα αντιδράσεις, αξίες και συμπεριφορές από την οικογένεια, καθώς αποτελεί το πρώτο περιβάλλον που έρχεται σε επαφή. Η θεωρία εστιάζει στις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Οι διαταραχές θεωρούνται ως ένα σύμπτωμα της δυσλειτουργίας της οικογένειας (Minuchin, Baker και Rosman, 2013). Η οικογενειακή θεραπεία προσπαθεί να εντοπίσει τα αίτια των διαταραχών πρόσληψης τροφής ως συμπτώματα οικογενειακών συγκρούσεων, κρίσεων και προβληματικής επικοινωνίας. Στοχεύει στη μελέτη του ιστορικού της οικογένειας, των κανόνων που διέπουν τη λειτουργία της, τους ρόλους των μελών της, τις ιεραρχίες, τα όρια μέσα στην οικογένεια (Robinson, Dolhanty και Greenberg, 2015).

Επιπλέον, η συστημική θεραπεία (vonBertalanffy και Sutherland, 1974), όπως και στη θεραπεία Gestalt, υποστηρίζει πως η συμπεριφορά θα πρέπει να εξετάζεται από το πρίσμα του συστήματος στο οποίο ανήκει το άτομο. Η συστημική θεραπεία έχει τις ρίζες της στην οικογενειακή θεραπεία, επικεντρώνεται στη συμπεριφορά του συστήματος. Ο θεραπευτής στοχεύει στη βελτίωση των σχέσεων των μελών που απαρτίζουν το σύστημα αυτό. Ωστόσο, βασική διαφορά με την οικογενειακή θεραπεία είναι ότι λαμβάνει υπόψη και άλλα συστήματα όπως το εργασιακό περιβάλλον, το πολιτισμικό πλαίσιο.

Τέλος, η θεραπεία του ατόμου μπορεί εκτός από τις ατομικές συνεδρίες να οργανωθεί ως ομαδική θεραπεία, η οποία έχει επίσης θετικά στοιχεία στην αντιμετώπιση των διαταραχών. Τα άτομα εντρυφούν στις αξίες της εκπαίδευσης, της συλλογικότητας, της αποδοχής και της καλλιέργειας κοινωνικών δεξιοτήτων (Wanlass, Moreno και Thomson, 2005).

Στις πρώτες ενδείξεις, λοιπόν, για εμμονή σχετικά με το φαγητό, τις θερμίδες, το ζύγισμα, τον καθρέφτη, τη διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού, την έντονη αρνητική αυτοκριτική, τις εναλλαγές στο βάρος του ατόμου, το ίδιο το άτομο ή κοντινά πρόσωπα οφείλουν να συμβουλευτούν εξειδικευμένο ιατρό (Εμμανουηλίδου, 2011). Πρόκειται για διαταραχές με τεράστιο αντίκτυπο στα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά συστήματα, που οφείλει ο θεραπευτής να λάβει υπόψη. Η ρίζα του προβλήματος έγκειται στη σχέση του ατόμου με τον ίδιο του τον εαυτό, για την επίλυση του οποίου βέλτιστη επιλογή αποτελεί ο συνδυασμός ψυχοθεραπευτικών θεραπειών με βάση τα χαρακτηριστικά του ατόμου που νοσεί και τις ικανότητες του εξειδικευμένου ιατρού. Το φαγητό δεν καθίσταται δυνατόν να αναλάβει το

ρόλο της γλώσσας στην επικοινωνία, γεγονός που τείνουν να αδυνατούν να συνειδητοποιήσουν τα άτομα που νοσούν από διαταραχές πρόσληψης τροφής. Εξειδικευμένοι ιατροί, η οικογένεια, οι φίλοι και το ευρύτερο περιβάλλον διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στη διατήρηση συμπεριφορών ανάκαμψης. Η ευκαιρία αναγνώρισης και έκφρασης συναισθημάτων, καθώς και η αποδοχή από το περιβάλλον προωθούν τη σταδιακή βελτίωση της υγείας (Cockell, Zaitsoff και Geller, 2004).

2.13 Στρες και διατροφικές διαταραχές

Το στρες αποτελεί βασικό παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου, καθώς και την υγεία του, ειδικά όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει προκλήσεις που ξεπερνούν τη δυνατότητά του για την αντιμετώπισή τους (Saat et al., 2010). Μία πολύπλοκη σειρά εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων επηρεάζει την όρεξη και κατά συνέπεια την ποσότητα τροφής που καταναλώνει το άτομο. Οι εσωτερικοί παράγοντες αφορούν τους φυσιολογικούς μηχανισμούς που ρυθμίζουν την όρεξη με ορμόνες (Torres και Nowson, 2007; 2008; 2009; 2010; 2011). Οι εξωτερικοί σχετίζονται με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως είναι η διαθεσιμότητα τροφής, η οικονομία (Porkin, Duffey και Gordon-Larsen, 2005), οι κοινωνικοί, όπως είναι η επιρροή του περίγυρου, καθώς και με τη γευστικότητα των τροφίμων (Pliner και Mann, 2004).

Στην περίπτωση βίωσης έντονου στρες, μια άμεση φυσιολογική ανταπόκριση ενεργοποιείται και οδηγεί στην καταστολή της όρεξης (Charmandari, Tsigos και Chrousos, 2005). Οι μηχανισμοί ελέγχου του στρες εξελίχθηκαν για να βοηθήσουν στον έλεγχο απειλητικών καταστάσεων για τη ζωή του ατόμου, οι οποίες σε προγονικούς χρόνους, συχνά συνεπάγονταν σημαντική μεταβολική προσπάθεια. Οι μηχανισμοί ανταπόκρισης του στρες ευθύνονται για την απελευθέρωση γλυκόζης στην κυκλοφορία του αίματος, έτσι ώστε το μυϊκό μας σύστημα να έχει ενέργεια να αντιμετωπίσει την κατάσταση (Lovallo, Dickensheets, Myers, Thomas και Nixon, 2000). Στη σύγχρονη εποχή, οι περισσότεροι από τους παράγοντες πρόκλησης στρες είναι ψυχολογικοί, όπως το εργασιακό στρες, ωστόσο το σώμα ανταποκρίνεται σαν να προέρχεται από φυσικούς παράγοντες. Συνεπώς, η περίσσεια ενέργειας που δεν διοχετεύεται πουθενά τελικά τείνει να αποθηκεύεται ως σωματικό λίπος

(Bjorntorp, 2001). Έτσι, το στρες και οι μεταβολικές διεργασίες συνδέονται πολύπλοκα και επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν πως το στρες και ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζονται.

Ακόμη μία έρευνα έδειξε ότι αλλαγές στο διατροφικό πλάνο των ατόμων μπορούν να μειώσουν το ποσοστό του στρες (Oliver, Wardle και Gibson, 2000). Υπήρξε θετική συσχέτιση της έλλειψης ελέγχου, της υψηλότερης πίεσης και της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής στο χώρο της εργασίας με το δείκτη μάζας σώματος (Kounonen, Kivimaki, Cox, Cox και Vahtera, 2005). Στοιχεία συσχετίζουν, επίσης, την κακή πεπτική υγεία με την κακή ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένου του στρες και της κατάθλιψης (Koloski, Jones και Talley, 2016).

Το ψυχολογικό στρες, τόσο λόγω διαπροσωπικών αλλά και λόγω εργασιακών πιέσεων, σχετίζεται με την αυξημένη κατανάλωση τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και ζάχαρη και με μειωμένη κατανάλωση κυρίως γεύματος και λαχανικών (O'Connor, Conner, Jones, McMillan και Ferguson, 2008). Σύμφωνα με τους Heatherton, Herman και Polivy (1991), απειλητικές για το εγώ καταστάσεις, που συμπεριλαμβάνουν πιθανή αρνητική αξιολόγηση ή αποτυχία ενός έργου, οδηγούν τα άτομα που βρίσκονται σε περιορισμένο πλάνο διατροφής στην υπερφαγία (Schotte, 1992). Συνεπώς, η υπερκατανάλωση τροφής μπορεί να συμβεί μέσω μιας διαδικασίας επηρεασμού της αυτορρύθμισης ή ως μια τεχνική απόσπασης της προσοχής από περιβαλλοντικά ερεθίσματα (Wallis και Hetherington, 2004).

Το ψυχοκοινωνικό εργασιακό περιβάλλον αποτελεί μια σημαντική πηγή άγχους. Στρεσογόνοι παράγοντες που διαταράσσουν τα χρονοδιαγράμματα, έχουν λάβει λιγότερη προσοχή, ωστόσο μπορεί να αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς. Έρευνα των Wardle, Steptoe, Oliver και Lipsey (2000), διαπίστωσε πως σε περιόδους υψηλού στρες και πίεσης οι εργαζόμενοι τείνουν να καταναλώνουν μεγαλύτερο θερμιδικό φορτίο και ποσότητα ζάχαρης εν αντιθέσει με πιο χαλαρές περιόδους. Επιπροσθέτως, το εργασιακό στρες συνδέεται με την παχυσαρκία. Έρευνα έδειξε πως οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν το δείκτη μάζας σώματος, ιδιαίτερα στους άντρες (Ostry, Radi, Louie και LaMontagne, 2006).

ΜΕΡΟΣ Β : ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. Μεθοδολογία έρευνας

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία που επιλέχθηκε για την παρούσα διπλωματική εργασία, εστιάζοντας στις τεχνικές και στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την τεκμηρίωση της υπόθεσης ότι υφίσταται συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού στρες και της διατροφικής συμπεριφοράς των εργαζομένων.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της συγκεκριμένης μελέτης, διατυπώνονται παρακάτω ως εξής:

1. Ποια είναι η σχέση της νευρογενούς ανορεξίας με το εργασιακό στρες.
2. Ποια είναι η σχέση της νευρογενούς βουλιμίας με το εργασιακό στρες.
3. Ποια είναι η σχέση των υπερφαγικών επεισοδίων με το εργασιακό στρες.

3.1 Συλλογή δεδομένων

Για τη συλλογή των πληροφοριών δημιουργήθηκε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, μέσω της σχετικής εφαρμογής της Google (Google Forms), το οποίο στάλθηκε μέσω αλληλογραφίας σε υπαλλήλους του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Οι απαντήσεις των εργαζομένων, που συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, δόθηκαν ανώνυμα για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Αναφορικά με το δείγμα υπάρχουν 241 απαντήσεις και ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων είναι τα 38 έτη.

3.2 Δομή ερωτηματολογίου

Το ανώνυμο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων από τους εργαζόμενους του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, αναφορικά με την εργασιακή και τη διατροφική τους συμπεριφορά, απαρτίζεται από τρεις ενότητες. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει την άδεια συναίνεσης για τη συλλογή δεδομένων, καθώς και ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου. Το δεύτερο μέρος αφορά τις διατροφικές συνήθειες των εργαζομένων, τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, σύμφωνα με την κλίμακα του Fairburn (2008). Το τρίτο μέρος διερευνά το στρες των εργαζομένων, σύμφωνα με την κλίμακα του Cohen (1994), με έμφαση στα συναισθήματα και στις σκέψεις τους για την εργασιακή τους ζωή κατά τον τελευταίο μήνα. Ο εκτιμώμενος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 10 λεπτά και παρατίθεται στο τέλος της εργασίας ως παράρτημα.

3.3 Κωδικοποίηση δεδομένων

Αρχικά, τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν στο Excel και κωδικοποιήθηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics, μέσω του οποίου έγινε και το κύριο μέρος της ανάλυσης. Πιο συγκεκριμένα, στο κομμάτι της περιγραφικής στατιστικής χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συχνότητας και ποσοστών με κατάλληλα ραβδογράμματα, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις για τις διαβαθμιστικές κλίμακες Likert με τα αντίστοιχα γραφήματα. Επιπλέον, στο κομμάτι της επαγωγικής στατιστικής, χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι Pearson, μέσω των οποίων αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της νευρογενούς ανορεξίας, της νευρογενούς βουλιμίας, των υπερφαγικών επεισοδίων και του εργασιακού στρες.

3.4 Κλίμακες

Χρησιμοποιήθηκαν δύο κλίμακες, για το στρες η Perceived Stress Scale (PSS) και για τις διατροφικές διαταραχές η Eating Disorder Examination (EDE), για τις οποίες γίνεται αναφορά στα επόμενα υποκεφάλαια.

3.4.1 Κλίμακα διατροφικών διαταραχών

Για την αξιολόγηση των διατροφικών διαταραχών χρησιμοποιήθηκε η δέκατη έκτη έκδοση της κλίμακας Eating Disorder Examination (EDE). Δημιουργήθηκε από τους Fairburn, Cooper και O'Connor (2008) και αποτελεί το πιο διαδεδομένο εργαλείο διερεύνησης των διατροφικών διαταραχών. Πρόκειται για μια κλίμακα σε μορφή συνέντευξης που βασίζεται στον ερευνητή. Ωστόσο, για τη διευκόλυνση της λήψης του δείγματος αναδιατυπώθηκε σε μορφή ερωτηματολογίου τονίζοντας παράλληλα στους συμμετέχοντες το σκοπό της έρευνας. Οι ερωτήσεις αφορούν τις σωματικές μετρήσεις των ατόμων (κιλά, ύψος), τη διατροφική τους συμπεριφορά, καθώς και τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια κατανάλωσης φαγητού σε συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια. Έμφαση δίνεται στον τρόπο σύνταξης των ερωτήσεων για την εγκυρότερη λήψη πληροφοριών. Οι απαντήσεις δόθηκαν με την κάτωθι μορφή :

A) Ναι / Όχι

B) Πόσο συχνά, ... : 0 - 14

Γ) 0= Ποτέ, 1=Σχεδόν ποτέ, 2= Μερικές φορές, 3= Συχνά, 4= Αρκετά συχνά, 5= Πολύ συχνά, 6= Πάρα πολύ συχνά (Δες παράρτημα 3).

3.4.2 Κλίμακα στρες

Στη συνέχεια, για την αξιολόγηση του στρες χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Perceived Scale Stress (PSS). Πρόκειται για το πιο διαδεδομένο ψυχομετρικό εργαλείο της αντίληψης του στρες. Δημιουργήθηκε από τον Cohen (1994) προκειμένου να αξιολογήσει το βαθμό στον οποίο οι καταστάσεις στη ζωή ενός ατόμου εκτιμώνται ως στρεσογόνες και πως οι απρόβλεπτοι και υπερφορτωμένοι ερωτηθέντες αξιολογούν τη ζωή τους. Η σύντομη έκδοσή της, η οποία χρησιμοποιήθηκε, περιλαμβάνει δέκα ερωτήσεις και αναφέρονται στα συναισθήματα και στις σκέψεις του ατόμου στο διάστημα του τελευταίου μήνα. Η μορφή των απαντήσεων ήταν η εξής :

0= Ποτέ, 1=Σχεδόν ποτέ, 2= Μερικές φορές, 3= Συχνά, 4= Αρκετά συχνά, 5= Πολύ συχνά, 6= Πάρα πολύ συχνά

Οι δυο πρωτότυπες κλίμακες περιλαμβάνονται στα παραρτήματα.

3.4.3 Μέτρηση δημογραφικών στοιχείων

Τα δημογραφικά στοιχεία που συλλέχθηκαν αφορούσαν 149 γυναίκες και 92 άντρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας τους ήταν τα 38 έτη, του βάρους τους τα 75 κιλά και του ύψους τους τα 171 εκατοστά. Η συνολική εργασιακή εμπειρία των ερωτηθέντων υπολογίστηκε στα 16 έτη, με τα 124 άτομα να εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και τα 177 στο δημόσιο. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο τα 100 άτομα αποφοίτησαν από ΑΕΙ/ΤΕΙ, τα 71 από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, τα 43 από μεταπτυχιακό πρόγραμμα και τα 27 από ΙΕΚ/Επαγγελματική σχολή. Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, οι 110 από τους ερωτηθέντες είναι έγγαμοι με παιδιά, οι 94 ανύπαντροι, οι 19 έγγαμοι χωρίς παιδιά, ο 1 χήρος με παιδιά και οι 17 έδωσαν την απάντηση «Άλλο».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4. Αποτελέσματα έρευνας

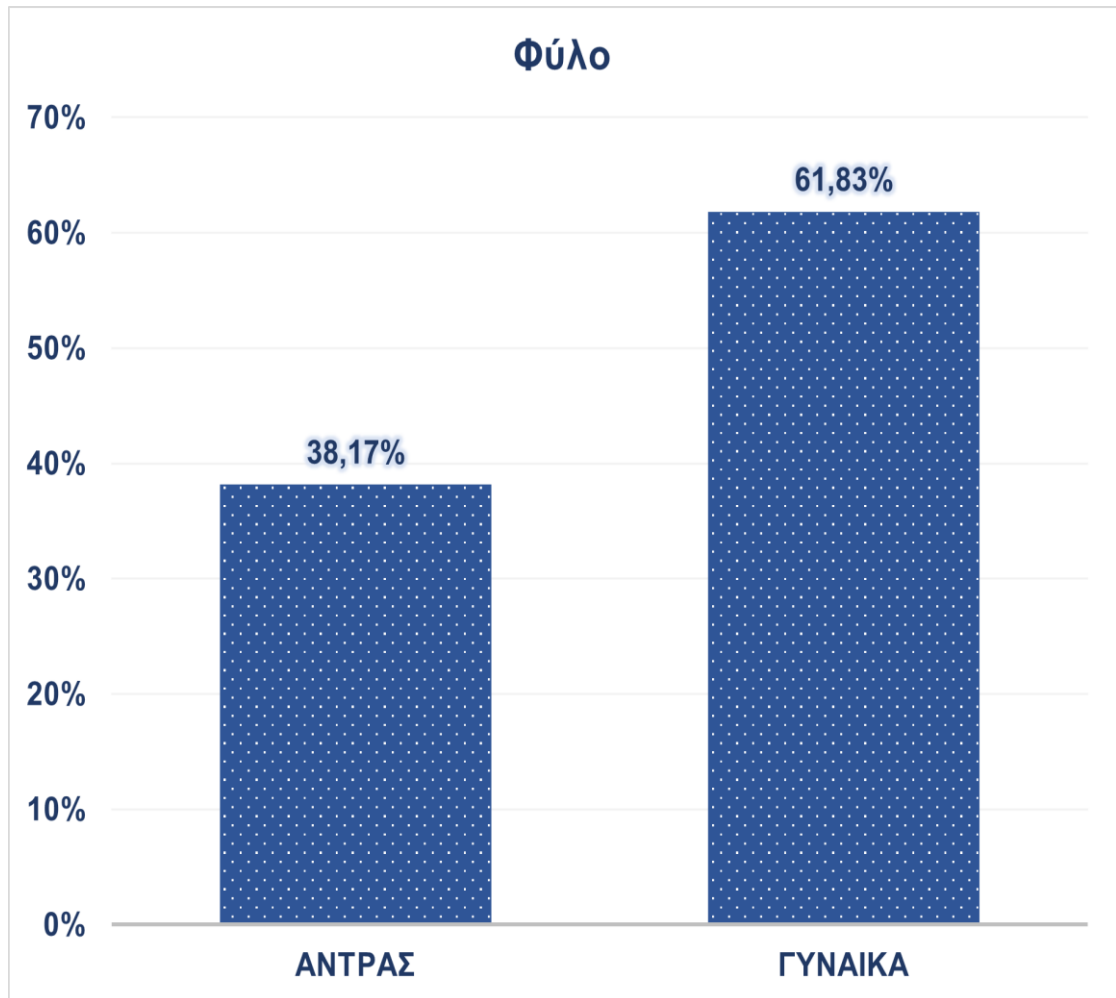
4.1 Στατιστική ανάλυση δεδομένων- Κύριες μεταβλητές έρευνας

Η στατιστική έρευνα ξεκινάει με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Κατόπιν, ακολουθούν τα συμπεράσματα της επαγωγικής στατιστικής. Επιπροσθέτως, έπειτα από την αναφορά στα δημογραφικά ποσοστά, η έρευνα εστιάζει στα ποσοστά των απαντήσεων των ερωτήσεων που ανήκουν σε κάθε μία από τις ενότητες του ερωτηματολογίου.

4.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στο γράφημα 1 παρατίθεται το φύλο των συμμετεχόντων. Παρατηρείται πως από τους 241 ερωτηθέντες, οι 92 ήταν άντρες (το 38,17% του δείγματος) και οι 149 (61,83%) ήταν γυναίκες.

Γράφημα 1: Φύλο συμμετεχόντων.



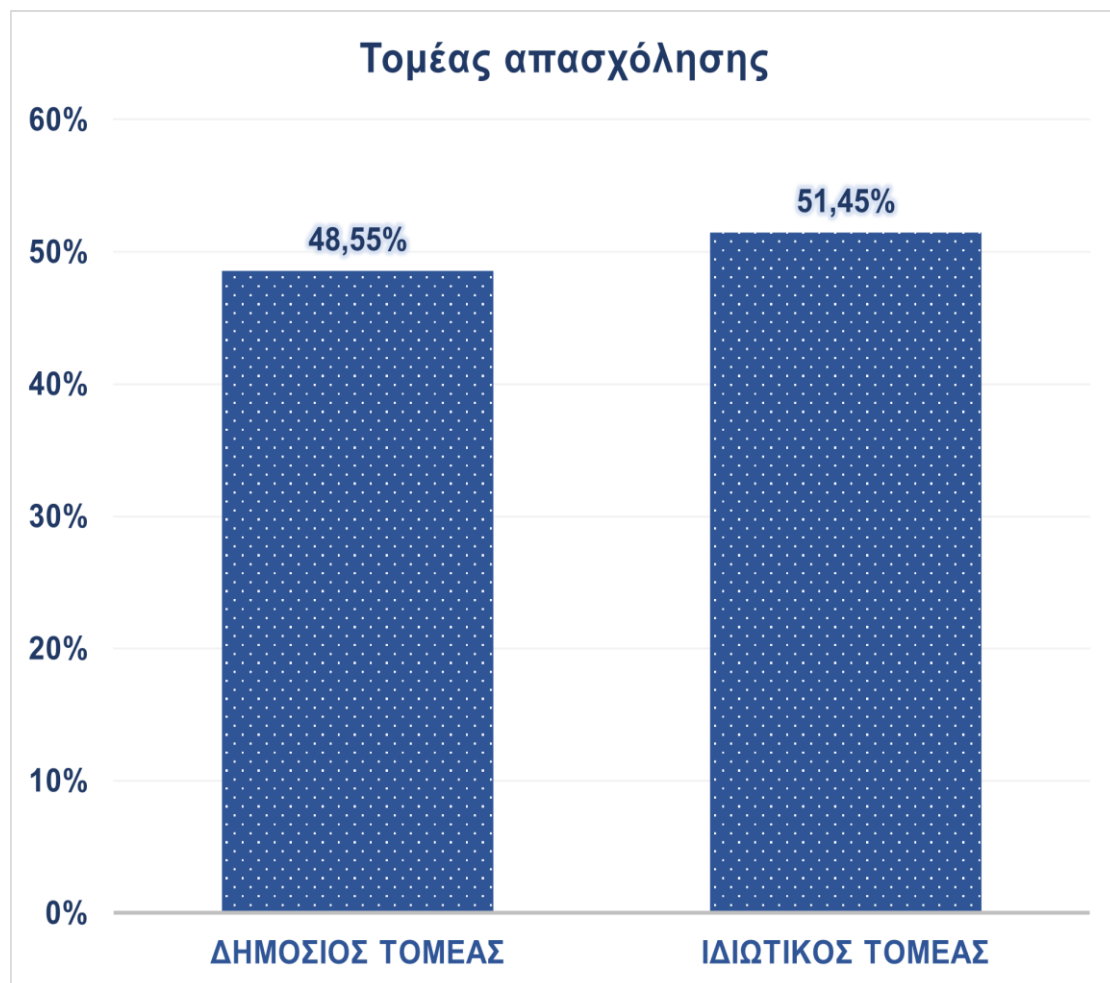
Προχωρώντας στον πίνακα 1, παρατηρούνται τα βασικά δημογραφικά του δείγματος. Το δείγμα αποτελείται από 241 παρατηρήσεις. Η ηλικία έχει μέσο ορό τα 38 έτη, ενώ η συνολική εργασιακή εμπειρία τα 16 έτη. Επιπρόσθετα, το βάρος κυμαίνεται στα επίπεδα των 75 κιλών, ενώ το ύψος στα επίπεδα των 171 εκατοστών. Οι αποκλίσεις παρατίθενται στην στήλη Std.Deviation.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
2. Ηλικία	241	18	66	38,45	11,86
4. Συνολική εργασιακή εμπειρία (σε έτη)	241	0	47	16,26	10,43
7. Βάρος	241	45	129	74,90	16,33
8. Ύψος	241	153	194	171,02	8,96

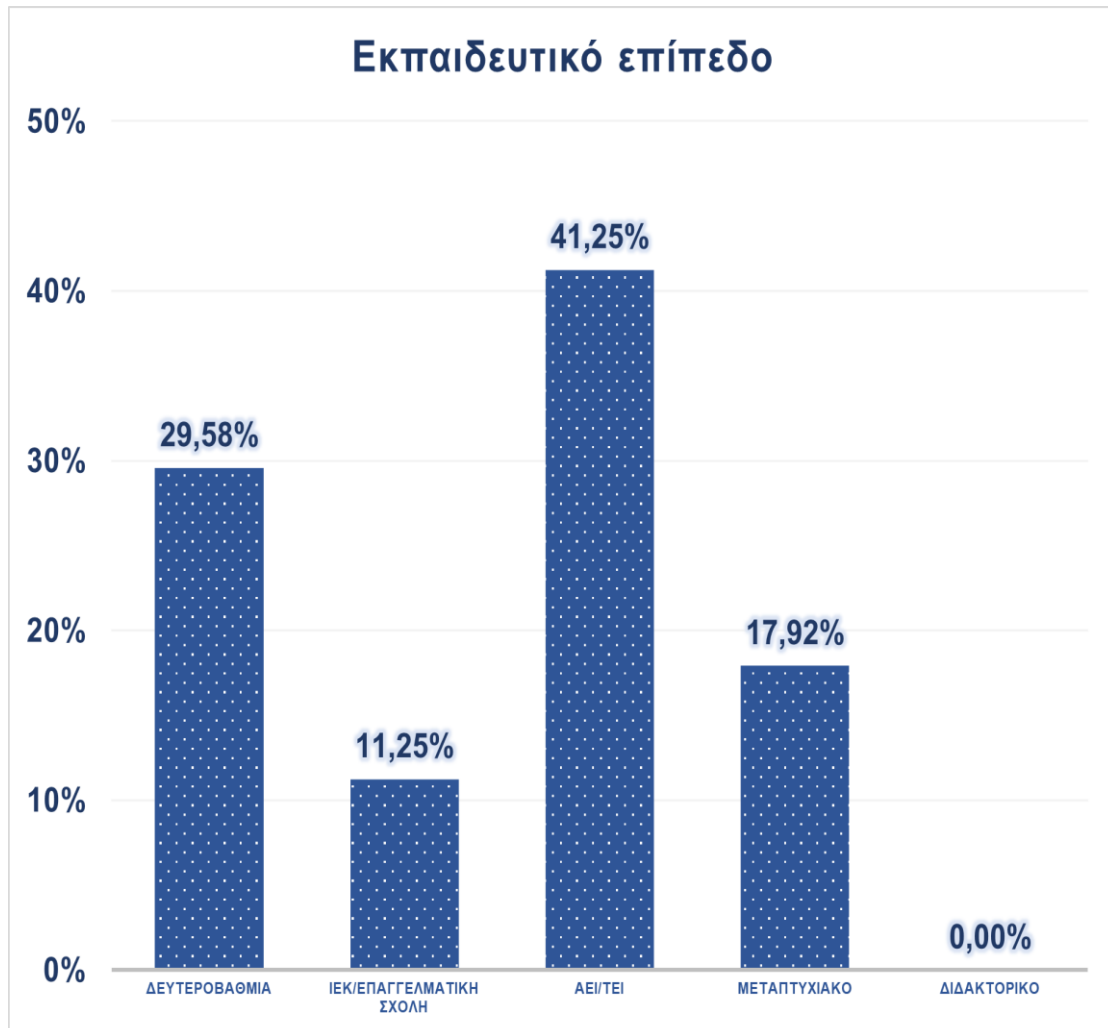
Έπειτα, στο γράφημα 2, βρίσκεται ο τομέας απασχόλησης με 124 άτομα να εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (με ποσοστό 51,45%), ενώ τα 117 (48,55%) να δηλώνει στο δημόσιο τομέα απασχόλησης.

Γράφημα 2: Τομέας απασχόλησης δείγματος.



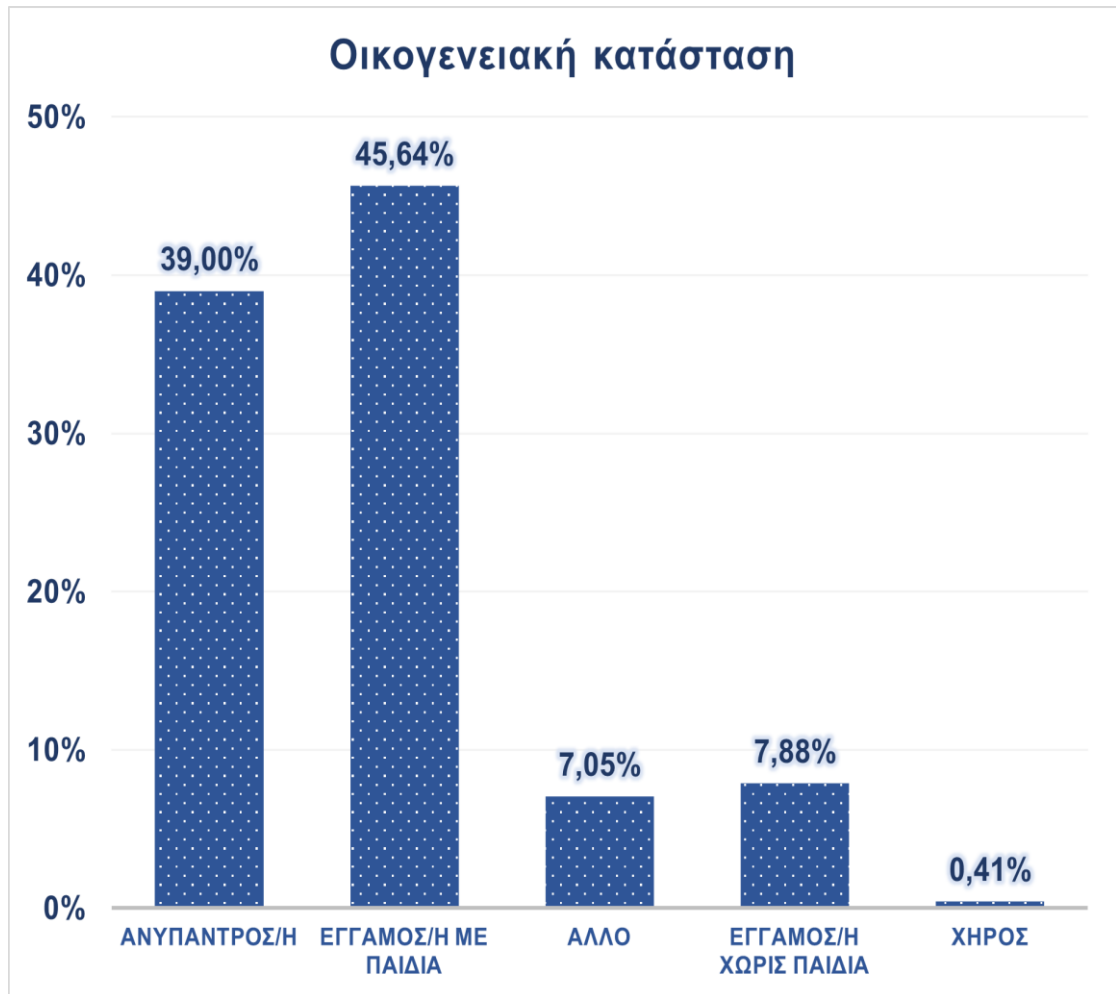
Ύστερα, στο γράφημα 3, γίνεται αναφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο. Τα 100 άτομα έχουν φοιτήσει σε ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 41,25%). Έπειτα, τα 71 απάντησαν την επιλογή «Δευτεροβάθμια» (με ποσοστό 29,58%), ενώ 43 άτομα έχουν μεταπτυχιακό (με ποσοστό 17,92%) και 27 έχουν κατάρτιση ΙΕΚ/ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ (με ποσοστό 11,25%).

Γράφημα 3: Εκπαιδευτικό επίπεδο δείγματος



Στο γράφημα 4, παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση. Το μεγαλύτερο ποσοστό 45,64% απάντησε έγγαμος/η με παιδιά, δηλαδή 110 άτομα, τα 94 άτομα απάντησαν ανύπαντρος/η (με ποσοστό 39%), 19 άτομα απάντησαν έγγαμος/η χωρίς παιδιά με ποσοστό 7,88%, μόλις 17 έδωσαν την απάντηση «Άλλο» (με ποσοστό 7,05%) και 0,41%, δηλαδή 1 άτομο απάντησε «Χήρος με παιδιά».

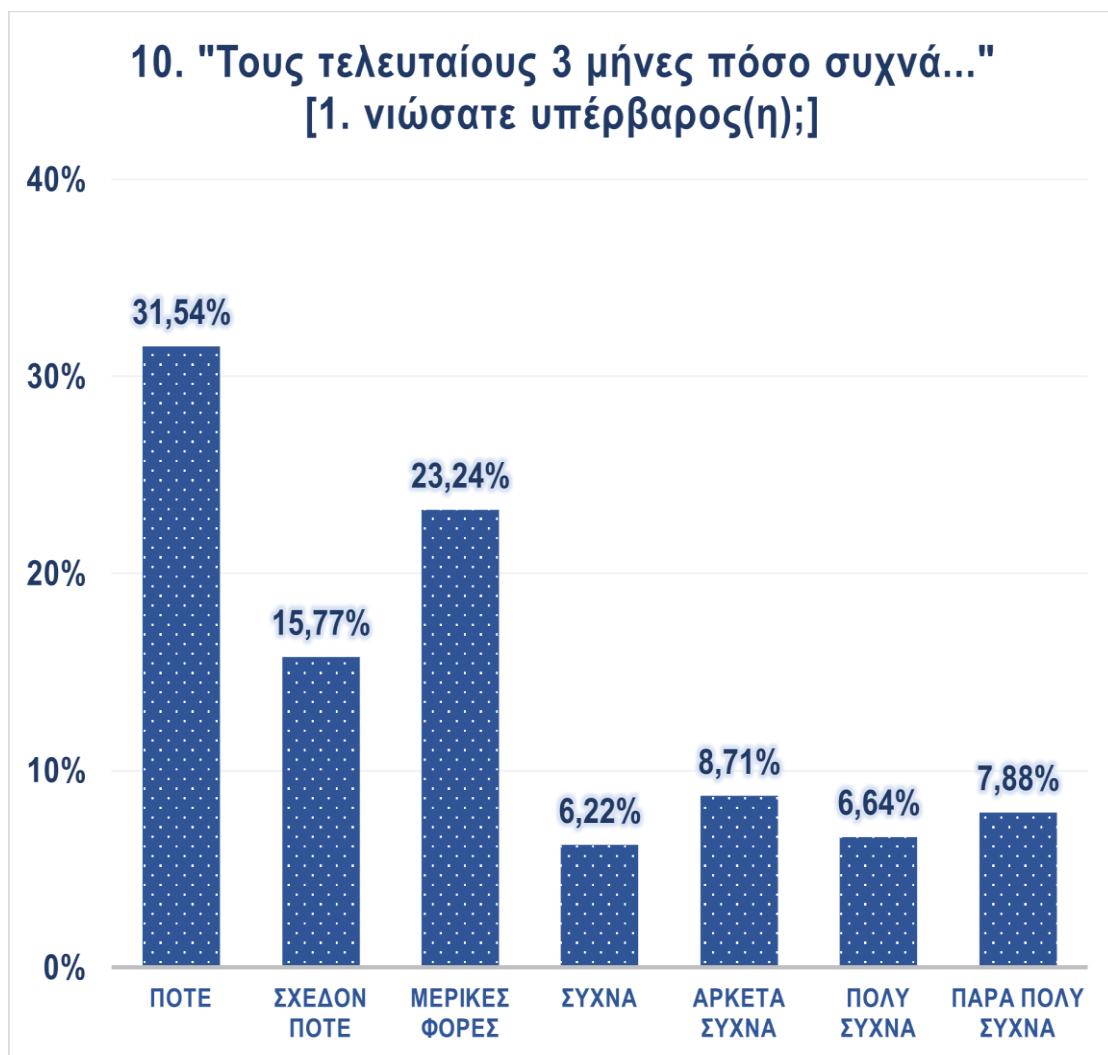
Γράφημα 4: Οικογενειακή κατάσταση δείγματος.



4.1.2 Μεταβλητή ανορεξίας

Το γράφημα 5, αναφέρεται στο πόσο συχνά τους τελευταίους 3 μήνες ο συμμετέχων ένωσε υπέρβαρος. Είναι εμφανές πως τα περισσότερα άτομα (76) απάντησαν ποτέ, τα 56 «μερικές φορές», τα 38 «σχεδόν ποτέ», τα 15 «συχνά», τα 21 «αρκετά συχνά», τα 16 «πολύ συχνά», και τέλος, τα 19 «πάρα πολύ συχνά».

Γράφημα 5: Συχνότητα αίσθησης του ατόμου ότι είναι υπέρβαρο (τους τελευταίους 3 μήνες).



Στο γράφημα 6, παρατίθεται το πόσο συχνά τους τελευταίους 3 μήνες ο συμμετέχων φοβήθηκε πως θα αυξηθεί το βάρος του ή θα γίνει υπέρβαρος. Φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό 24,07% (58 άτομα) αντιπροσώπευσε την απάντηση «ποτέ», το 21,99% (53 άτομα) την απάντηση «μερικές φορές» και το 19,50% (47 άτομα) απάντησε «σχεδόν ποτέ». Επιπροσθέτως, 24 άτομα έδωσαν την απάντηση «αρκετά συχνά», 23 άτομα «πολύ συχνά», 21 άτομα «συχνά» και 15 την απάντηση «πάρα πολύ συχνά».

Γράφημα 6: Συχνότητα φόβου για αύξηση βάρους (τους τελευταίους 3 μήνες).



Όσον αφορά την επιρροή του βάρους στον τρόπο που ο συμμετέχων βλέπει τον εαυτό του, το μεγαλύτερο ποσοστό 24,48% (59 άτομα) δηλώνει «μερικές φορές», το 23,24% (56 άτομα) «σχεδόν ποτέ» και το 22,82% (55 άτομα) απάντησε «ποτέ». Επίσης, τα 22 άτομα απάντησαν «πολύ συχνά», 18 το «συχνά», 17 το «πάρα πολύ συχνά» και 14 το «αρκετά συχνά».

Γράφημα 7: Συχνότητα επιρροής του βάρους για την αυτοαξιολόγηση (τους τελευταίους 3 μήνες) .



Στο γράφημα 8, φαίνεται πως το 23,24% (56 άτομα) απάντησε «σχεδόν ποτέ» στο πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, η σιλουέτα του ατόμου επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του σαν άτομο. Το 21,99% δήλωσε «μερικές φορές» (53 άτομα), το 20,33% απάντησε «σχεδόν ποτέ» (49 άτομα). Επιπροσθέτως, 23 άτομα έδωσαν την απάντηση «αρκετά συχνά» όπως 23, επίσης, την απάντηση «πολύ συχνά», 22 απάντησαν «συχνά» και 15 «πάρα πολύ συχνά».

Γράφημα 8: Συχνότητα επιρροής της σιλουέτας στην αυτοαξιολόγηση (τους τελευταίους 3 μήνες).



Στο γράφημα 9, παρατίθεται στο δείγμα εάν τους τελευταίους 6 μήνες οι εργαζόμενοι αισθάνθηκαν ότι έχουν φάει αυτό που άλλοι άνθρωποι θα θεωρούσαν ως μεγάλη ποσότητα τροφής. Παρατηρείται πως το μεγαλύτερο ποσοστό 53,53% (129 άτομα) απάντησε θετικά, ενώ το 46,47% (112 άτομα) απάντησε αρνητικά.

Γράφημα 9: Συχνότητα κατανάλωσης υπερβολικής ποσότητας τροφής τους τελευταίους 6 μήνες.



4.1.3 Μεταβλητή βουλιμίας

Στο γράφημα 10, όσον αφορά εάν οι συμμετέχοντες βίωσαν απώλεια ελέγχου, κατά τις περιόδους που κατανάλωσαν ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα φαγητού, το μεγαλύτερο ποσοστό, 56,43%, δηλαδή τα 136 άτομα, απάντησε αρνητικά, ενώ το 43,57% (105 ερωτηθέντες) απάντησε θετικά.

Γράφημα 10: Περίοδοι κατανάλωσης υπερβολικής τροφής και απώλεια ελέγχου.



Στη συνέχεια στο γράφημα 11, παρατίθεται το ερώτημα, όσον αφορά τους τελευταίους 6 μήνες, πόσες μέρες ανά εβδομάδα καταναλώθηκε από τους συμμετέχοντες μεγάλη ποσότητα φαγητού και ένιωσαν πως χάνουν τον έλεγχο. Τα περισσότερα άτομα (71), με ποσοστό 29,40%, δήλωσαν «1 φορά», οι 55 (22,82%) απάντησαν «2 φορές», οι 46 (19,09%) «καμία φορά», ενώ σε μικρότερα ποσοστά απάντησαν όσον αφορά τις υπόλοιπες φορές μέσα στην εβδομάδα.

Γράφημα 11: Συχνότητα κατανάλωσης υπερβολικής τροφής ανά ημέρες.



Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν, όσον αφορά τους τελευταίους 3 μήνες, πόσες φορές την εβδομάδα κατανάλωσαν μεγάλη ποσότητα φαγητού και ένιωσαν πως χάνουν τον έλεγχο (γράφημα 12). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 31,12% (75 άτομα) δήλωσε «μία φορά», το 24,07% (58 άτομα) «καμία φορά» και το 19,92% (48 άτομα) απάντησε «2 φορές» μέσα στην εβδομάδα.

Γράφημα 12: Συχνότητα κατανάλωσης υπερβολικής τροφής ανά εβδομάδα.



4.1.4 Μεταβλητή υπερφαγικών επεισοδίων

Στο επόμενο γράφημα 13, το οποίο αναφέρεται στο γεγονός εάν οι εργαζόμενοι κατανάλωσαν την τροφή γρηγορότερα από το κανονικό κατά τη διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων και της απώλειας ελέγχου, το μεγαλύτερο ποσοστό 51,45% (124 ερωτηθέντες) απάντησε αρνητικά, ενώ το 48,55% (117 ερωτηθέντες) απάντησε θετικά.

Γράφημα 13: Κατανάλωση τροφής γρηγορότερα από το κανονικό.



Έπειτα, στο γράφημα 14, παρατίθεται εάν οι ερωτηθέντες έφαγαν τόσο, ώστε να νιώσουν άβολα πλήρεις, κατά τη διάρκεια υπερφαγικών επεισοδίων. Από αυτούς το 60,58% (146 άτομα) απάντησε θετικά, ενώ μόλις το 39,42% (95 άτομα) απάντησε αρνητικά.

Γράφημα 14: Περίεργη αίσθηση πληρότητας.



Παρατηρείται στο επόμενο γράφημα 15, όσον αφορά το εάν κατά τη διάρκεια υπερφαγικών επεισοδίων οι ερωτηθέντες έφαγαν μεγάλες ποσότητες φαγητού χωρίς να αισθάνονται πείνα, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 56,02% (135 εργαζόμενοι) δήλωσε όχι, ενώ το 43,96% (106 εργαζόμενοι) απάντησε θετικά.

Γράφημα 15: Κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής χωρίς το αίσθημα πείνας.



Στο γράφημα 16, παρατίθεται η ερώτηση εάν κατά τη διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων οι συμμετέχοντες έφαγαν μόνοι επειδή ένιωσαν ντροπή για την ποσότητα του φαγητού. Το 86,31% (208) δήλωσε όχι, ενώ μόλις το 13,69% (33) απάντησε θετικά.

Γράφημα 16: Κρυφή κατανάλωση τροφής λόγω αισθήματος ντροπής.



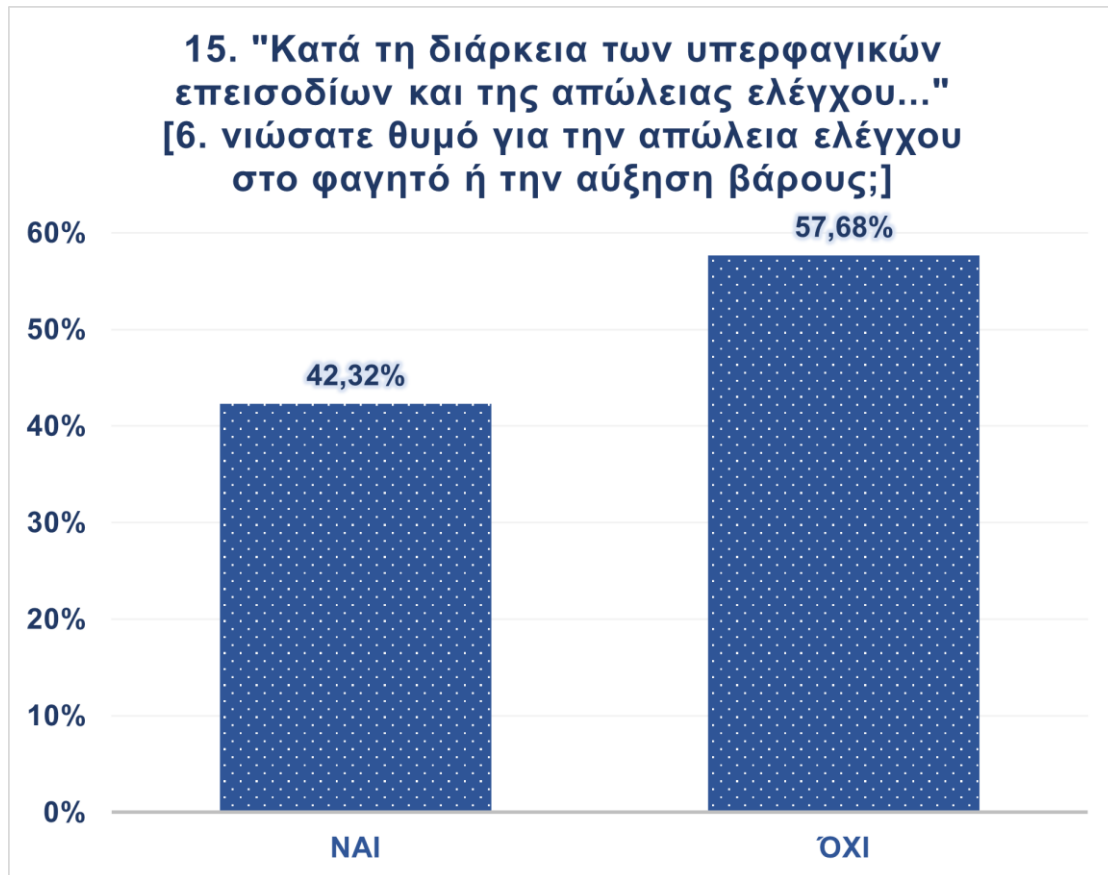
Στο γράφημα 17, παρατίθεται στους συμμετέχοντες η ερώτηση εάν μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο ένιωσαν ντροπή, μελαγχολία ή ενοχή. Το 63,49% (153) απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, ενώ το 36,51% (88) απάντησε θετικά.

Γράφημα 17: Αίσθημα ντροπής μετά από υπερφαγικό επεισόδιο.



Στο γράφημα 18, είναι εμφανές πως το 57,68% (139) απάντησαν όχι, όσον αφορά εάν μετά από υπερφαγικό επεισόδιο ένιωσαν θυμό για την απώλεια ελέγχου στο φαγητό ή την αύξηση βάρους. Βέβαια το υπόλοιπο 42,32%(102) απάντησε θετικά στην παραπάνω ερώτηση.

Γράφημα 18: Αίσθημα θυμού μετά από απώλεια ελέγχου στο φαγητό.

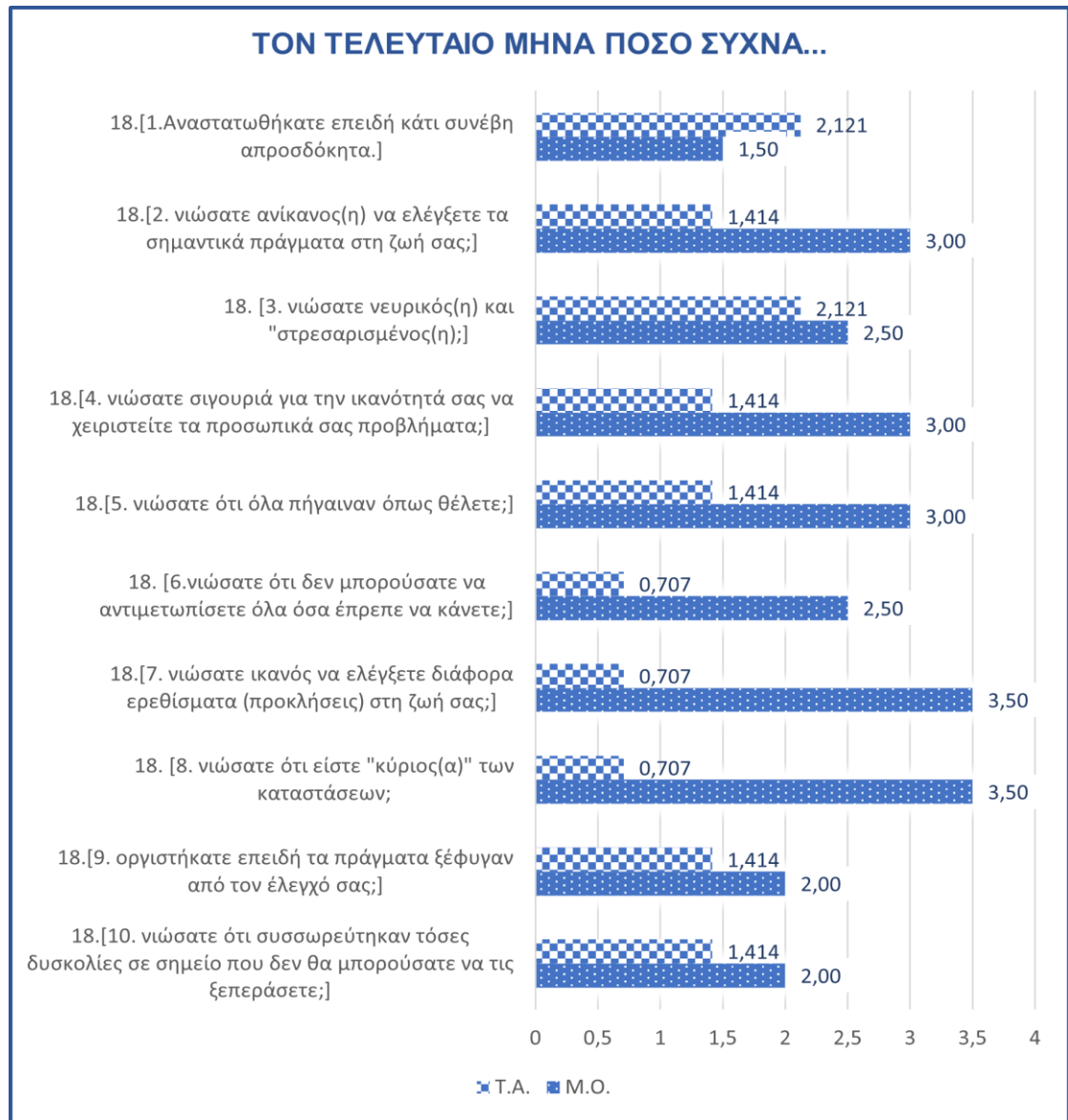


4.1.5 Μεταβλητή στρες

Βασική μεταβλητή, όπως αναφέρθηκε και στο θεωρητικό μέρος της εργασίας, είναι το εργασιακό στρες. Στο δείγμα παρατηρείται πως 3 φορές κατά μέσο ορό το μήνα οι ερωτώμενοι έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις οι οποίες τους προκαλούν στρες αλλά, εντούτοις, νοιώθουν αυτοπεποίθηση. Αναλυτικότερα, στον πίνακα 2, ο οριζόντιος άξονας αναφέρεται στις τιμές της ερώτησης «ποσό συχνά τον τελευταίο μήνα;». Το ένα ραβδόγραμμα αφορά το μέσο ορό, ενώ το άλλο τις τυπικές αποκλίσεις. Περίπου 3 φορές το

μήνα οι ερωτώμενοι ήρθαν αντιμέτωποι με κρίσιμες καταστάσεις, αλλά ένοιωσαν κύριοι των δυνατοτήτων τους, σιγουριά για τις ικανότητές τους, ικανότητα ελέγχου και διαχείρισης της κατάστασης. Από την άλλη μεριά, υπήρξαν φορές που οι ερωτώμενοι ένιωσαν ανίκανοι και στρεσαρισμένοι. Ένιωσαν ότι δεν κατάφεραν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες, ενώ πολλοί εξοργίστηκαν με το γεγονός ότι τους ξέφυγε ο έλεγχος.

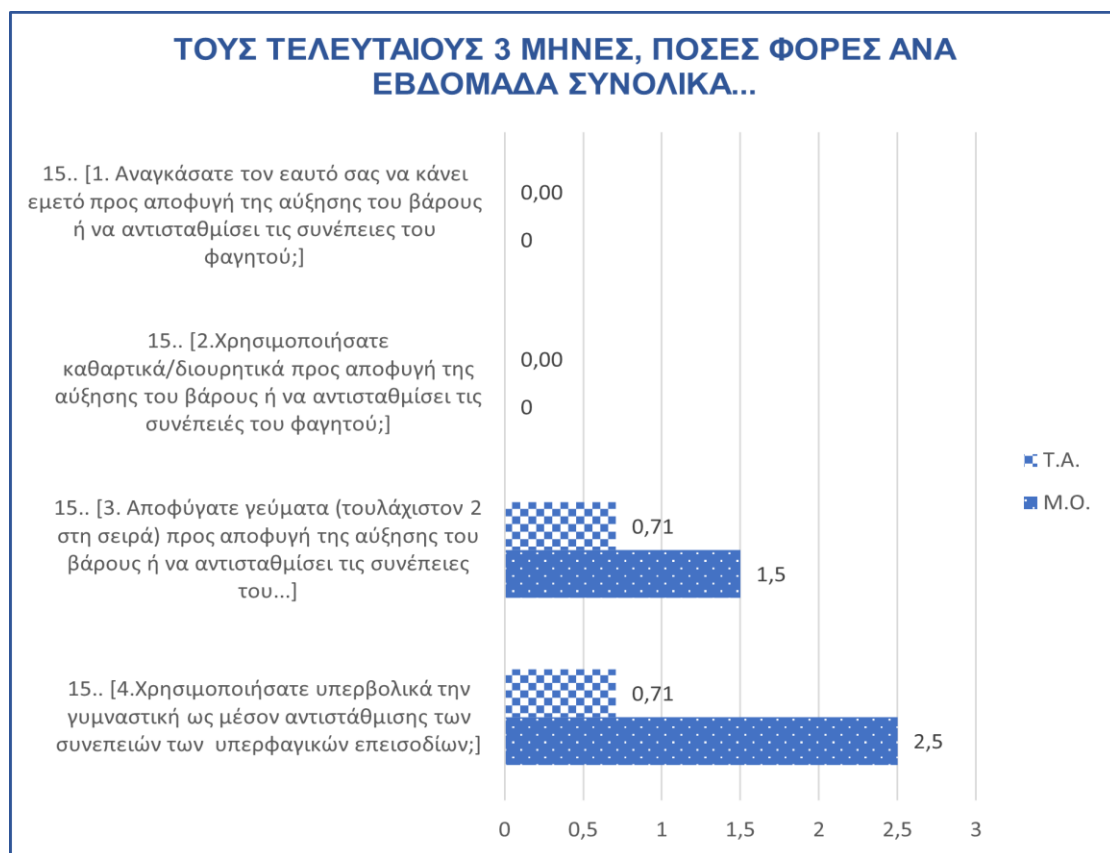
Πίνακας 2: Συχνότητα διατροφικών διαταραχών.



4.1.6 Μεταβλητή διατροφικών διαταραχών

Η έρευνα συνεχίζει με την ανάλυση των διατροφικών διαταραχών. Σε αυτή την περίπτωση οι ερωτώμενοι προσπαθούν να αντισταθμίσουν την υπεράξια τους με τρόπους ακραίους, ώστε να αισθανθούν καλύτερα. Ακολούθως, στον πίνακα 3, οι ερωτώμενοι κατά μέσο όρο χρησιμοποίησαν 2-3 φορές την εβδομάδα το γυμναστήριο ως μέσο αντιστάθμισης των υπερφαγικών επεισοδίων. Επιπρόσθετα, 1-2 φορές την εβδομάδα τους τελευταίους 3 μήνες, οι ερωτώμενοι απέφυγαν γεύματα στη σειρά προς αντιστάθμιση των υπερφαγικών επεισοδίων. Αξίζει να σημειωθεί, ότι δεν παρατηρήθηκαν ακραίες συμπεριφορές τύπου εξαναγκασμός εμετού ή και καθαρτικά-διουρητικά. Στην ερευνά φάνηκε πως οι άντρες προτιμούν να γυμνάζονται σε αντίθεση με τις γυναίκες που επιλέγουν την αφαγία.

Πίνακας 3: Συχνότητα αντισταθμιστικών μέτρων.



4.2 Ανάλυση αξιοπιστίας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η ανάλυση αξιοπιστίας (Πίνακας 4). Για τον υπολογισμό αυτής, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης του Cronbach (Cronbach's alpha). Η κλίμακα των διατροφικών διαταραχών βρέθηκε πως έχει $\alpha=0,81$, η κλίμακα της νευρογενούς ανορεξίας $\alpha=0,76$, η κλίμακα της βουλιμίας $\alpha=0,67$, η κλίμακα των υπερφαγικών επεισοδίων $\alpha=0,68$ ενώ η κλίμακα του αντιλαμβανόμενου στρες $\alpha=0,82$. Μιας και οι τιμές που μπορεί να πάρει ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha είναι από 0 έως 1, και οι τιμές των κλιμάκων κυμαίνονταν από 0,67 έως 0,82 (αρκετά κοντά στο 1), θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η έρευνα χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία.

Πίνακας 4: Ανάλυση αξιοπιστίας, Cronbach's Alpha

Κλίμακα	Cronbach's alpha
Διατροφικές διαταραχές (eating disorders)	0,81
Νευρογενής ανορεξία (anorexia)	0,76
Βουλιμία (bulimia)	0,67
Υπερφαγικά επεισόδια (binge eating)	0,68
Κλίμακα Αντιλαμβανόμενου Στρες (Perceived Stress Scale)	0,82

4.3 Ανάλυση συσχετίσεων

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η ανάλυση συσχετίσεων (Πίνακας 5). Για το φύλο, συσχετίσεις βρέθηκαν με το επάγγελμα ($r=0,228$, $p<0,001$), την εργασιακή εμπειρία ($r=0,151$, $p=0,019$), το μορφωτικό επίπεδο ($r=0,197$, $p=0,002$), την οικογενειακή κατάσταση επάγγελμα ($r=0,130$, $p=0,044$), το δείκτη μάζας σώματος ($r=0,211$, $p<0,001$) και την κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες ($r=0,181$, $p=0,005$). Για την ηλικία, συσχετίσεις βρέθηκαν με το επάγγελμα ($r=0,404$, $p<0,001$), την εργασιακή εμπειρία ($r=0,892$, $p<0,001$), την οικογενειακή κατάσταση ($r=0,500$, $p<0,001$), το δείκτη μάζας σώματος ($r=0,330$, $p<0,001$) και την κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες ($r=0,138$, $p=0,032$). Για το επάγγελμα, συσχετίσεις βρέθηκαν με την εργασιακή εμπειρία ($r=0,387$, $p<0,001$), την οικογενειακή κατάσταση ($r=0,191$, $p=0,003$), το δείκτη μάζας σώματος ($r=0,245$, $p<0,001$) και την κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες ($r=0,152$, $p=0,018$). Για την εργασιακή εμπειρία, συσχετίσεις βρέθηκαν με την οικογενειακή κατάσταση ($r=0,432$, $p<0,001$) και την κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες ($r=0,227$, $p<0,001$). Για το μορφωτικό επίπεδο, συσχέτιση βρέθηκε με το δείκτη μάζας σώματος ($r=0,159$, $p=0,013$). Για την οικογενειακή κατάσταση, συσχέτιση βρέθηκε με το δείκτη μάζας σώματος ($r=0,216$, $p<0,001$). Για το δείκτη μάζας σώματος, συσχέτιση βρέθηκε με την εξέταση διατροφικών διαταραχών ($r=0,312$, $p<0,001$). Για την εξέταση διατροφικών διαταραχών, συσχέτιση βρέθηκε με την κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες ($r=0,409$, $p<0,001$).

Πίνακας 5: Ανάλυση συσχετίσεων										
Μεταβλητή		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Φύλο	Συσχέτιση	---								
	Pearson <i>p</i> -value	---								
2.Ηλικία	Συσχέτιση	-0,069	---							
	Pearson <i>p</i> -value	0,284	---							
3.Επάγγελμα	Συσχέτιση	0,228***	-0,404***	---						
	Pearson <i>p</i> -value	<0,001	<0,001	---						
4.Εργασιακή εμπειρία	Συσχέτιση	-0,151*	0,892***	-0,387***	---					
	Pearson <i>p</i> -value	0,019	<0,001	<0,001	---					
5.Μορφωτικό επίπεδο	Συσχέτιση	-0,197**	-0,069	-0,082	-0,081	---				
	Pearson <i>p</i> -value	0,002	0,283	0,205	0,208	---				
6.Οικογενειακή κατάσταση	Συσχέτιση	0,130*	0,500***	-0,191**	0,432***	-0,288	---			
	Pearson <i>p</i> -value	0,044	<0,001	0,003	<0,001	<0,001	---			
7.Δείκτης Μάζας Σώματος	Συσχέτιση	-0,211***	0,330***	-0,245***	0,370	-0,159*	0,216***	---		
	Pearson <i>p</i> -value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,013	<0,001	---		
8.Εξέταση Διατροφικών Διαταραχών	Συσχέτιση	0,037	-2,699e	0,045	-0,016	0,072	0,011	0,312***	---	
	Pearson <i>p</i> -value	0,571	0,997	0,482	0,810	0,265	0,860	<0,001	---	
9.Κλίμακα Αντιλαμβανόμενου Στρες	Συσχέτιση	0,181***	-0,138*	0,152*	-0,227***	0,058	-0,041	-0,120	0,409***	---
	Pearson <i>p</i> -value	0,005	0,032	0,018	<0,001	0,371	0,524	0,064	<0,001	---

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$,
*** $p < 0,001$

4.4 Περιγραφική ανάλυση

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η περιγραφική ανάλυση (Πίνακας 6). Όσον αφορά τις ποσοτικές μεταβλητές, ο δείκτης μάζας σώματος βρέθηκε πως έχει μέσο όρο 25,467, διάμεσο 24,900, τυπική απόκλιση 4,490, εύρος 27, ελάχιστη τιμή 18 και μέγιστη τιμή 45. Η κλίμακα εξέτασης διατροφικών χαρακτηριστικών βρέθηκε πως έχει μέσο όρο 1,384, διάμεσος 1,320, τυπική απόκλιση 0,634, εύρος 3,020, ελάχιστη τιμή 0,420 και μέγιστη τιμή 3,440. Η κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες βρέθηκε πως έχει μέσο όρο 2,342, διάμεσο 2,400, τυπική απόκλιση 0,756, εύρος 4,300, ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 4,3. Η ηλικία βρέθηκε πως έχει μέσο όρο 38,651, διάμεσο 40, τυπική απόκλιση 11,617, εύρος 48, ελάχιστη τιμή 18 και μέγιστη τιμή 66. Η εργασιακή εμπειρία βρέθηκε πως έχει μέσο όρο 16,302, διάμεσο 17, τυπική απόκλιση 10,419, εύρος 47, ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 47.

Όσον αφορά τις δημογραφικές μεταβλητές, το φύλο βρέθηκε πως έχει επικρατούσα τιμή το 2 δηλαδή οι γυναίκες πλειοψηφούν, ως προς το επάγγελμα πλειοψηφούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, ως προς το μορφωτικό επίπεδο η πλειοψηφία απάντησε πως έχουν αποφοιτήσει από τριτοβάθμια εκπαίδευση, ως προς την οικογενειακή κατάσταση η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσαν έγγαμοι με παιδιά.

Πίνακας 6: Περιγραφική ανάλυση μεταβλητών

	Φύλο	Ηλικία	Επάγγελμα	Μορφωτικό επίπεδο	Οικογενειακή κατάσταση	Εργασιακή εμπειρία	Δείκτης Μάζας Σώματος	Εξέταση Διατροφικών Διαταραχών	Κλίμακα Αντιλαμβανόμενου Στρες
Έγκυρες τιμές	241	241	241	241	241	241	240	241	241
Ελλιπείς τιμές	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Μέσος όρος	1,618	38,651	1,515	2,606	2,369	16,302	25,467	1,384	2,342
Διάμεσος	2,000	40,000	2,000	3,000	3,000	17,000	24,900	1,320	2,400
Επικρατούσα τιμή	2,000 ^α	40,000	2,000	3,000	3,000	20,000	23,400	1,000	1,900
Τυπική απόκλιση	0,487	11,617	0,501	1,231	1,385	10,419	4,490	0,634	0,756
Εύρος	1,000	48,000	1,000	4,000	5,000	47,000	27,000	3,020	4,300
Ελάχιστη τιμή	1,000	18,000	1,000	1,000	1,000	0,000	18,000	0,420	0,000
Μέγιστη τιμή	2,000	66,000	2,000	5,000	6,000	47,000	45,000	3,440	4,300

^α Όταν υπάρχει παραπάνω από μία επικρατούσα τιμή, παρουσιάζεται μόνο η μικρότερη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5. Συμπεράσματα έρευνας

5.1 Παρουσίαση κύριων συμπερασμάτων

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η αξιολόγηση της επίδρασης του εργασιακού στρες στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων. Βασική υπόθεση είναι ότι η υπέρβαση των ορίων του εργασιακού στρες σχετίζεται με την πρόκληση διατροφικών διαταραχών στο άτομο. Ωστόσο, ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον συνδυαζόμενο με την προσωπική ανάπτυξη βοηθάει στην πρόληψη του φαινομένου (Largo-Wight, Chen, Dodd και Weiler, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο και δεύτερο κεφάλαιο έγινε εκτενής ανάλυση για τις έννοιες στρες, εργασιακό στρες και διατροφικές διαταραχές. Αναφέρθηκαν οι παράγοντες πρόκλησης των προαναφερθέντων όρων, οι συνέπειές τους στον οργανισμό, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισής τους. Επιπροσθέτως, έγινε μια θεωρητική συσχέτιση μεταξύ των όρων στρες και διατροφικών διαταραχών.

Στη συνέχεια, έλαβε μέρος μια ερευνητική προσέγγιση του θέματος στο τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο. Στην αρχή, παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Αναλυτικότερα, οι ερωτηθέντες φαίνεται πως τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα τρώνε πολύ περισσότερο από το κανονικό. Αρκετοί από εκείνους κατά καιρούς φοβούνται για την αύξηση του βάρους τους και αυτό αποτελεί κριτήριο στο πως βαθμολογούν τον εαυτόν τους. Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως εκείνοι που καταναλώνουν αρκετά μεγάλες ποσότητες φαγητού (τουλάχιστον μία φορά το εξάμηνο) , γίνεται με γρήγορο τρόπο και ορισμένες φορές ο έλεγχος χάνεται. Ακόμη, οι ερωτηθέντες νιώθουν μερικές φορές υπέρβαροι, γεγονός που πυροδοτεί το στρες.

Ως προς τη συμπεριφορά των εργαζομένων, φαίνεται πως προβαίνουν σε ακραίες συμπεριφορές στην προσπάθειά τους να αντισταθμίσουν τις ενοχές ή και τις τεράστιες ποσότητες κατανάλωσης φαγητού. Το 14% χρησιμοποίησε υπερβολικά τη γυμναστική ως αντισταθμιστικό μέτρο, ενώ το 19% απέφυγε κατά σειρά γεύματα. Πάνω, όμως, από το 60% έμεινε άπραγο. Επιπλέον, στην έρευνα εντοπίζεται πως τουλάχιστον τρεις φορές οι εργαζόμενοι έρχονται αντιμέτωποι με κρίσιμες καταστάσεις, αγχώδεις περιστάσεις που ίσως τους ωθούν να χάσουν τα όριά τους. Εντούτοις, αρκετοί έχουν πίστη στον εαυτόν τους και τον θεωρούν ικανό να τις ξεπεράσει. Στην αντίπερα όχθη, υπάρχουν άτομα που απογοητεύονται από τον εαυτόν τους και νιώθουν ανίκανοι. Τέλος, υπάρχουν άτομα αναστατωμένα και οργισμένα, καθώς δεν κατάφεραν να λύσουν τα προβλήματά τους, ενώ δεν μπόρεσαν να διαχειριστούν την κατάσταση.

Μέσω του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος, αναδείχθηκε πως πολλές φορές το στρες και η αντίληψη που έχει το άτομο, σχετικά με το βάρος του (ότι είναι υπέρβαρο), το ωθούν στη νευρογενή ανορεξία. Η εμφάνιση του στρες, δηλαδή ίσως διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο γεγονός ότι τα άτομα επιθυμούν ολοένα και περισσότερο να χάνουν κιλά, ώστε να διατηρούν εμφανίσιμη σιλουέτα. Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, έγινε εμφανές, πως όσο πιο πολύ αγχωμένοι είναι οι εργαζόμενοι, τόσο πιο πολύ αναπτύσσουν βουλιμικές τάσεις.

Στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στο γεγονός πως όσο περισσότερο οι ερωτηθέντες έχουν άγχος, τόσο περισσότερο εμφανίζεται το φαινόμενο των υπερφαγικών επεισοδίων. Τα άτομα χωρίς να αισθάνονται πείνα καταναλώνουν αρκετά μεγάλες ποσότητες φαγητού χωρίς να μπορούν να το ελέγξουν, ενώ το γεγονός αυτό φάνηκε να επηρεάζεται αισθητά από τον στρεσογόνο παράγοντα. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων υπογράμμισαν την ισχυρή σχέση μεταξύ του αντιλαμβανόμενου στρες και των διατροφικών διαταραχών.

5.2 Περιορισμοί έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, όπως είναι φυσιολογικό, υπήρξαν περιορισμοί και είναι αξιοσημείωτοι. Δεδομένου ότι χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικές κλίμακες, που ερευνούν

κατά βάση ψυχολογικούς παράγοντες και διαταραχές, αξίζει να τονιστεί πως υπάρχει πιθανότητα έλλειψης στατιστικής καθαρότητας και ανακρίβειας μετρήσεων λόγω των παρακάτω παραγόντων:

1. Το δείγμα αφορά συγκεκριμένο αριθμό ατόμων και δεν μπορεί να βγει γενικευμένο πόρισμα,
2. Ποσοστό απαντήσεων με βάση το φύλο στην έρευνα βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων ήταν από το γυναικείο φύλο και υπάρχει πιθανότητα να διαφοροποιείται το αποτέλεσμα, εάν το δείγμα είχε μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής από άντρες,
3. Στο αναδιαμορφωμένο ερωτηματολόγιο που σχηματίστηκε, οι ερωτήσεις αφορούσαν το προηγούμενο χρονικό διάστημα που άγγιζε μέχρι τους προηγούμενους έξι μήνες, γεγονός που θέτει προβληματισμό για την ακρίβεια των απαντήσεων, καθώς έγκειται στη μνήμη των ερωτηθέντων.
4. Υπάρχει το ενδεχόμενο αποκλίσεων από την πραγματικότητα, καθώς οι απαντήσεις εξαρτώνται από το βαθμό επίγνωσης των συμμετεχόντων, ωστόσο το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε με στόχο τον περιορισμό τέτοιου είδους φαινομένων.
5. Το δείγμα προέρχεται μόνο από εργαζόμενους του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και δεν έχει ολιστική προσέγγιση, αφού δεν συμμετείχαν για παράδειγμα ελεύθεροι επαγγελματίες.
6. Το ερωτηματολόγιο ήταν σε ηλεκτρονική μορφή και στάλθηκε αποκλειστικά μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, γεγονός που μείωσε το εύρος αριθμού συμμετεχόντων και το βαθμό ανταπόκρισης.
7. Λόγω περιορισμένου χρόνου δεν χρησιμοποιήθηκε πιλοτικό ερωτηματολόγιο, ώστε να μετρηθεί ο βαθμός ερμηνείας και κατανόησης των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
8. Οι τιμές στην κλίμακα αξιοπιστίας Cronbach's Alpha για τη βουλιμία και τα υπερφαγικά επεισόδια βρέθηκαν < 0.7 .
9. Υπάρχουν ελάχιστες μελέτες στον τομέα συσχέτισης του εργασιακού στρες και των διατροφικών διαταραχών και η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη.

5.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Λόγω των περιορισμών απαραίτητη κρίνεται η διεξαγωγή εκτενέστερης έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα και από τα δύο φύλα, που θα μελετάει τη συσχέτιση των μεταβλητών του εργασιακού στρες και των διατροφικών διαταραχών με εξειδικευμένη κλίμακα. Η αλλαγή μεθόδου δειγματοληψίας ίσως να επισημάνει σημαντικές αλλαγές στα αποτελέσματα της έρευνας, καθώς σύντομες συνεντεύξεις μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας ενδέχεται να επιφέρουν πιο αξιόπιστες απαντήσεις και να βοηθήσουν στον έλεγχο εγκυρότητας των απαντήσεων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η λήψη δείγματος από ελεύθερους επαγγελματίες και κατά πόσο το εργασιακό στρες είναι εντονότερο ή όχι και μπορεί να πυροδοτήσει διατροφικές διαταραχές.

Επιπροσθέτως, αξιοσημείωτη κρίνεται η υπόθεση ότι προγράμματα γυμναστικής στον εργασιακό χώρο αυξάνουν την παραγωγικότητα των εργαζομένων και βελτιώνουν την ποιότητα των διατροφικών τους επιλογών κατά τη διάρκεια του ωραρίου τους (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2006). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η ανάλυση και συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με βάση τα επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα και το ρόλο που διαδραματίζει η υγιεινή διατροφή στη διαχείρισή τους. Φυσικά, εξίσου σημαντική είναι η εξέταση της τοξικής ηγεσίας στην ψυχολογία των εργαζομένων, στις διατροφικές τους επιλογές και στην απόδοσή τους.

Με βάση τις τελευταίες εξελίξεις παγκοσμίως και την αλλαγή που έχει επιφέρει υγειονομική κρίση στον εργασιακό τομέα, ενδιαφέρουσα είναι, επίσης, η συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών και της τηλεργασίας · κατά πόσο επηρεάζει ή όχι η εργασία από το σπίτι τη μείωση ή επιδείνωση των διατροφικών διαταραχών. Τέλος, ερώτημα προς διερεύνηση αποτελεί η συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και του κυκλικού ωραρίου.

5.4 Πρακτικές προεκτάσεις

Η αξιοπιστία των ευρημάτων της παρούσας διπλωματικής χαρακτηρίζεται σε σημαντικό βαθμό αξιοσημείωτη και οφείλουν τα στελέχη των επιχειρήσεων να λάβουν σοβαρά υπόψη το ζήτημα του εργασιακού στρες και της επίδρασης στον ανθρώπινο οργανισμό. Εστιάζοντας στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, το εργασιακό στρες σχετίζεται με ανθυγιεινή διατροφική συμπεριφορά και κυρίως η έλλειψη ελέγχου, η υπερφόρτωση και οι ακατάλληλες συνθήκες εργασίας συνδέονται με υπερκατανάλωση τροφής (Leung, Barber, Burger και Barnes, 2018). Πρόκειται, λοιπόν, για ένα ζήτημα εξέχουσας σημασίας και οφείλουν οι επιχειρήσεις να αναγνωρίσουν τις γενεσιουργές αιτίες του εργασιακού στρες, ώστε να προληφθούν οι διατροφικές διαταραχές, υιοθετώντας λειτουργικά μοντέλα διαχείρισης προσωπικού.

Ο ανθρώπινος παράγοντας οφείλει να είναι το επίκεντρο των επιχειρήσεων, καθώς αποτελεί το βασικό εργαλείο απόδοσης της επιχείρησης. Η ψυχολογική ενδυνάμωση του προσωπικού οδηγεί σε αυξημένη εργασιακή απόδοση και παραγωγικότητα (Kour, El-Deh και Sriratanaviriyakul, 2019). Παροχή κινήτρων επαγγελματικής εξέλιξης και προσωπικής ανάπτυξης, προγράμματα εκπαίδευσης και οργάνωση σεμιναρίων διαχείρισης του στρες αποτελούν βασικά βήματα για τη βελτίωση της λειτουργίας των εταιρειών. Η διοίκηση οφείλει να εξασφαλίζει ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον που να ενθαρρύνει την εμπιστοσύνη, την πειθαρχία και την προθυμία να εκτελεστούν οι εργασιακές αρμοδιότητες με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Arshadi, N., & Damiri, H. (2013). The Relationship of Job Stress with Turnover Intention and Job Performance: Moderating Role of OBSE. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 706–710. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.631>
- Aschbacher, K., O'Donovan, A., Wolkowitz, O. M., Dhabhar, F. S., Su, Y., & Epel, E. (2013). Good stress, bad stress and oxidative stress: Insights from anticipatory cortisol reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1698–1708. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.02.004>
- Avalos, L., & Tylka, T. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 486-497. <https://psycnet.apa.org/record/2006-12809-010>
- Benelam, B. (2009). Satiation, satiety and their effects on eating behaviour. *Nutrition Bulletin*, 34(2), 126–173. <https://doi.org/10.1111/j.1467-3010.2009.01753.x>
- Bernstein, R. (2016). The Mind and Mental Health: How Stress Affects the Brain. *Health and Human Services*. <https://www.tuw.edu/health/how-stress-affects-the-brain/#:~:text=Stress%20is%20a%20chain%20reaction,of%20Harvard%20Medical%20School%20explains.>
- Berrettini, W. (2004). The genetics of eating disorders. *Psychiatry (Edgmont)*, 1(3), 18–25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3010958/>
- Bhui, K., Dinos, S., Galant-Miecznikowska, M., de Jongh, B., & Stansfeld, S. (2016). Perceptions of work stress causes and effective interventions in employees working in public, private and non-governmental organisations: a qualitative study. *BJPsych Bulletin*, 40(6), 318–325. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050823>
- Bjorntorp, P. (2001). Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obesity Reviews*, 2(2), 73–86. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00027.x>

- Bjorvell, H., & Rossner, S. (1985). Long term treatment of severe obesity: four year follow up of results of combined behavioural modification programme. *BMJ*, 291(6492), 379–382. <https://doi.org/10.1136/bmj.291.6492.379>
- Bonfiglio, J. J., Inda, C., Refojo, D., Holsboer, F., Arzt, E., & Silberstein, S. (2011). The Corticotropin-Releasing Hormone Network and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Molecular and Cellular Mechanisms Involved. *Neuroendocrinology*, 94(1), 12–20. <https://doi.org/10.1159/000328226>
- Burman, R., & Goswami, T. G. (2018). A Systematic Literature Review of Work Stress. *International Journal of Management Studies*, 3(9), 1-112. [https://doi.org/10.18843/ijms/v5i3\(9\)/15](https://doi.org/10.18843/ijms/v5i3(9)/15)
- Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J. S., Davies, J., & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(2), 193–203. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01176.x>
- Byrne, S. M., & McLean, N. J. (2001). The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 17–31. <https://doi.org/10.1002/eat.10002>
- Carter, J. C., & Fairburn, C. G. (1998). Cognitive–behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 616–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.4.616>
- Cassitto MG, Gilioli R. (2003). Emerging aspects of occupational stress. *La Medicina del Lavoro*, 94(1):108-113. <https://europepmc.org/article/med/12768962>
- Cella, S., Cipriano, A., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2017). Identifying predictors associated with the severity of eating concerns in females with eating disorders. *Research In Psychotherapy: Psychopathology, Process And Outcome*, 20(1). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.199>
- Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). ENDOCRINOLOGY OF THE STRESS RESPONSE. *Annual Review of Physiology*, 67(1), 259–284. <https://doi.org/10.1146/annurev.physiol.67.040403.120816>
- Ciao, A., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Preventing Eating Disorder Pathology: Common and Unique Features of Successful Eating Disorders Prevention

Programs. *Current Psychiatry Reports*, 16(7). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0453-0>

- Cnattingius, S., Hultman, C. M., Dahl, M., & Sparén, P. (1999). Very Preterm Birth, Birth Trauma, and the Risk of Anorexia Nervosa Among Girls. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 634. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.634>
- Cockell, S. J., Zaitsoff, S. L., & Geller, J.(2004). Maintaining change following eating disorder treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5),527-534. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.527>
- Cohen, D., & Farley, T. A. (2007). Eating as an Automatic Behavior. *Preventing Chronic Disease*, 5(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2248777/>
- Cohen, S. (1994). PERCEIVED STRESS SCALE. *Mind Garden Inc.*
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Lynn Underwood Gordon. (1998). *Measuring stress : a guide for health and social scientists*. Oxford University Press.
- Cooper, C. L., Rout, U., & Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *BMJ*, 298(6670), 366–370. <https://doi.org/10.1136/bmj.298.6670.366>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (2011). The Evolution of “Enhanced” Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. *Cognitive And Behavioral Practice*, 18(3), 394-402. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.007>
- Cooper, Z., C.G. Fairburn & D.M. Hawker (2004). *Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία της παχυσαρκίας*, Αθήνα: Πατάκης.
- Costa-Font, J., & Jofre-Bonet, M. (2013). Anorexia, Body Image and Peer Effects: Evidence from a Sample of European Women. *Economica*, 80(317), 44–64. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0335.2011.00912.x>
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1342–1346. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020247>
- Daley, K. A., Jimerson, D. C., Heatherton, T. F., Metzger, E. D., & Wolfe, B. E. (2008). State self-esteem ratings in women with bulimia nervosa and bulimia nervosa in remission. *International Journal of Eating Disorders*, 159-163. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18004722/>

- de Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. (2011). A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 5694. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5694>
- Desai, M. N., Miller, W. C., Staples, B., & Bravender, T. (2008). Risk Factors Associated With Overweight and Obesity in College Students. *Journal of American College Health*, 57(1), 109–114. <https://doi.org/10.3200/jach.57.1.109-114>
- Devlin, B., Bacanu, S.-A., Klump, K. L., Bulik, C. M., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2002). Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates. *Human Molecular Genetics*, 11(6), 689–696. <https://doi.org/10.1093/hmg/11.6.689>
- Dhabhar, F. S., & Mcewen, B. S. (1997). Acute Stress Enhances while Chronic Stress Suppresses Cell-Mediated Immunity in Vivo: A Potential Role for Leukocyte Trafficking. *Brain, Behavior, and Immunity*, 11(4), 286–306. <https://doi.org/10.1006/brbi.1997.0508>
- Donald, I., Taylor, P., Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., & Robertson, S. (2005). Work Environments, Stress, and Productivity: An Examination Using ASSET. *International Journal of Stress Management*. 12(4). 409–423. <https://paulitaylor.com/wp-content/uploads/2015/09/2005-IJSM-Donald-Taylor-et-al.pdf>
- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). The practical therapist series. Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide. *Impact Publishers*.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (2008). Eating Disorder Examination. *ResearchGate*.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk Factors for Binge Eating Disorder: A Community-Based, Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.425>
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of

anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1–13.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00102-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00102-8)

- Forsberg, S., & Lock, J. (2006). The relationship between perfectionism, eating disorders and athletes. *MINERVA PEDIATRICA*, 58(6), 13.
- Frampton, I. (2013). Russell (1979): bulimia nervosa - an ominous variant of anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders*, 1(1), 103–107.
<https://doi.org/10.1080/21662630.2013.742319>
- Freeman, L. M. Y., & Gil, K. M. (2004). Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 204–212.
<https://doi.org/10.1002/eat.20012>
- Fuchs, E., & Flügge, G. (1998). Stress, glucocorticoids and structural plasticity of the hippocampus. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 23(2), 295–300.
[https://doi.org/10.1016/s0149-7634\(98\)00031-1](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(98)00031-1)
- Ganster, D. C., & Rosen, C. C. (2013). Work Stress and Employee Health: A Multidisciplinary Review. *Journal of Management*, 39(5), 1085–1122.
<https://doi.org/10.1177/0149206313475815>
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1982). Body Image in Anorexia Nervosa: Measurement, Theory and Clinical Implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11(3), 263–284. <https://doi.org/10.2190/R55Q-2U6T-LAM7-RQR7>
- Gleissner, G. (2020). Eating Disorders and Stress. *Psychology Today*.
<https://www.psychologytoday.com/us/blog/hope-eating-disorder-recovery/201701/eating-disorders-and-stress>
- Goldfield, G. S., Blouin, A. G., & Woodside, D. B. (2006). Body Image, Binge Eating, and Bulimia Nervosa in Male Bodybuilders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(3), 160–168. <https://doi.org/10.1177/070674370605100306>
- Gorwood, P., Kipman, A., & Foulon, C. (2003). The human genetics of anorexia nervosa. *European Journal of Pharmacology*, 480(1–3), 163–170.
<https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2003.08.103>
- Haaga, D. A., & Davison, G. C. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 215–220.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.61.2.215>

- Harkness, A. M. B., Long, B. C., Bermbach, N., Patterson, K., Jordan, S., & Kahn, H. (2005). Talking about work stress: Discourse analysis and implications for stress interventions. *Work & Stress*, 19(2), 121–136. <https://doi.org/10.1080/02678370500160068>
- Heatherton, T. F., Herman, C. P., & Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(1), 138–143. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.1.138>
- Herman, C. P. & Polivy, J. (2004) . The Self-Regulation of Eating. Theoretical and Practical Problems. *Everyday problems with self-regulation*. 1(25) 493-509. https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/132111/1/Roy_F._Baumeister%2C_Kathleen_D._Vohs_Handbook_of_Self-Regulation_Research%2C_Theory%2C_and_Applications_2004.pdf
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 383-396. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.10222>
- Hofmann, W., Adriaanse, M., Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2013). Dieting and the self-control of eating in everyday environments: An experience sampling study. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 523–539. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12053>
- Hornyak, L. M., & Baker, E. K. (1989). *Experiential Therapies for Eating Disorders*. <https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=T44FpVnAUrAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Hornyak+%26+Baker>
- Johnson, C., Connors, M. E., & Tobin, D. L. (1987). Symptom Management of Bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55(5), 668-676. http://integrativehealthpartners.org/downloads/pdf/articles/Connors_1987.pdf
- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*, 20(2), 178–187. <https://doi.org/10.1108/02683940510579803>

- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, 94(1), 121–135. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.037>
- Keijsers, G. P. J. (2001). Neuroendocrine, psychological, and cognitive processes in burnout. In C. P. F. v. d. Staak, G. P. J. Keijsers, & C. A. L. Hoogduin (Eds. *Psychologische interventies bij werkgerelateerde problematiek* (pp. 9/33). Zeist: Cure & Care Publishers.
- Kemp, E., Bui, M., & Grier, S. (2011). Eating Their Feelings: Examining Emotional Eating in At-Risk Groups in the United States. *Journal of Consumer Policy*, 34(2), 211–229. <https://doi.org/10.1007/s10603-010-9149-y>
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., Rissanen, A., & Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: A nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39(5), 823–831. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003942>
- Klump, K. L., & Gobrogge, K. L. (2005). A review and primer of molecular genetic studies of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S43–S48. <https://doi.org/10.1002/eat.20116>
- Koloski, N. A., Jones, M., & Talley, N. J. (2016). Evidence that independent gut-to-brain and brain-to-gut pathways operate in the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: a 1-year population-based prospective study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 44(6), 592–600. <https://doi.org/10.1111/apt.13738>
- Kour, J., El-Den, J., & Sriratanaviriyakul, N. (2019). The Role of Positive Psychology in Improving Employees' Performance and Organizational Productivity: An Experimental Study. *Procedia Computer Science*, 161, 226–232. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.11.118>
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Cox, S., Cox, T., & Vahtera, J. (2005). Relationship Between Work Stress and Body Mass Index Among 45,810 Female and Male Employees. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 577–583. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000170330.08704.62>
- Kumar, A., Rinwa, P., Kaur, G., & Machawal, L. (2013). Stress: Neurobiology, consequences and management. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 5(2), 91. <https://doi.org/10.4103/0975-7406.111818>

- Largo-Wight, E., Chen, W. W., Dodd, V., & Weiler, R. (2011). Healthy Workplaces: The Effects of Nature Contact at Work on Employee Stress and Health. *Public Health Reports*, 126, 124–130. <https://doi.org/10.1177/00333549111260s116>
- Lemaire, J. B., Wallace, J. E., Lewin, A. M., de Grood, J., & Schaefer, J. P. (2011). The effect of a biofeedback-based stress management tool on physician stress: a randomized controlled clinical trial. *Open Medicine*, 5(4), e154–e165. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3345375/>
- Leung, S. L., Barber, J. A., Burger, A., & Barnes, R. D. (2018). Factors associated with healthy and unhealthy workplace eating behaviours in individuals with overweight/obesity with and without binge eating disorder. *Obesity Science & Practice*, 4(2), 109–118. <https://doi.org/10.1002/osp4.151>
- Levine, M. P. (2012). Loneliness and Eating Disorders. *The Journal of Psychology*, 146(1–2), 243–257. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606435>
- Lilienfeld, S. O., (1996). EMDR Treatment: Less Than Meets the Eye?. *Skeptical Inquirer*. 25-31. <http://www.appstate.edu/~bromanfulksj/Lilienfeld%20-%20EMDR.pdf>
- Linden, D. V. D., Keijsers, G. P. J., Eling, P., & Schaijk, R. V. (2005). Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failures. *Work & Stress*, 19(1), 23–36. <https://doi.org/10.1080/02678370500065275>
- Lovallo, W. R., Dickensheets, S. L., Myers, D. A., Thomas, T. L., & Nixon, S. J. (2000). Blunted Stress Cortisol Response in Abstinent Alcoholic and Polysubstance-Abusing Men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(5), 651–658. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2000.tb02036.x>
- Lowe, M. R., & Butryn, M. L. (2007). Hedonic hunger: A new dimension of appetite? *Physiology & Behavior*, 91(4), 432–439. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.006>
- Lubos, L. C. (2008). The Role of Colors in Stress Reduction. *Liceo Journal of Higher Education Research*, 5(2). <https://doi.org/10.7828/ljher.v5i2.39>
- Macht, M., & Dettmer, D. (2006). Everyday mood and emotions after eating a chocolate bar or an apple. *Appetite*, 46(3), 332–336. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.01.014>

- Manuck, S.B., Cohen, S., Rabin, B.S., Muldoon, M.F., & Bachen, E.A (1991). Individual differences in cellular immune response to stress. *Psychological Science*, 2, 111-115.
- Mathes, W. F., Brownley, K. A., Mo, X., & Bulik, C. M. (2009). The biology of binge eating. *Appetite*, 52(3), 545–553. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.03.005>
- Matto, H.C. (1997). An integrative approach to the treatment of women with eating disorders. *The Arts in Psychotherapy* 24(4): 347-354.
- Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2009). Environmental and Genetic Risk Factors for Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 67–82. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.003>
- McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., & Allison, K. C. (2017). Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), 96–105. <https://doi.org/10.1111/nyas.13467>
- McEwen, B. S. (1993). Stress and the Individual. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>
- McEwen, B. S. (1993). Stress and the Individual. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>
- McEwen, B. S., & Gianaros, P. J. (2010). Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 190–222. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05331.x>
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 845–863. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00042-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00042-9)
- Meule, A., & Vögele, C. (2013). The Psychology of Eating. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00215>
- Mitchell, J. E., Specker, S. M., & de Zwaan, M. (1991). Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 13–20
- Morris, J., & Twaddle, S. (2007). Anorexia nervosa. *BMJ*, 334(7599), 894–898. <https://doi.org/10.1136/bmj.39171.616840.be>

- Muschalla, B. (2008). *Workplace-related anxieties and workplace phobia: A concept of domain-specific mental disorders*. University of Potsdam faculty of human sciences, department of psychology. https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/1817/file/muschalla_diss.pdf
- Nandrino, J.-L., Doba, K., Lesne, A., Christophe, V., & Pezard, L. (2006). Autobiographical memory deficit in anorexia nervosa: Emotion regulation and effect of duration of illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 537–543. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.02.008>
- O'Connor, D. B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B., & Ferguson, E. (2008). Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology*, 27(1, Suppl), S20–S31. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.s20>
- Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019). Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219>
- Oliver, G., Wardle, J., & Gibson, E. L. (2000). Stress and Food Choice: A Laboratory Study. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 853–865. <https://doi.org/10.1097/00006842-200011000-00016>
- Ostry, A. S., Radi, S., Louie, A. M., & LaMontagne, A. D. (2006). Psychosocial and other working conditions in relation to body mass index in a representative sample of Australian workers. *BMC Public Health*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-53>
- Ostry, A., Radi, S., Louie, A., & LaMontagne, A. (2006). Psychosocial and other working conditions in relation to body mass index in a representative sample of Australian workers. *BMC Public Health*, 6(1). doi: 10.1186/1471-2458-6-53
- Paine, C. (2014). *Say goodbye to survival mode : 9 simple strategies to stress less, sleep more, and restore your passion for life*. Thomas Nelson, Inc.
- Park, J. (2007). Work stress and job performance. *Statistics Canada*, 75(13). [cover-e \(statcan.gc.ca\)](https://www150.statcan.gc.ca/cover-e)
- Peper, E., Ancoli, S., & Quinn, M. (1979). *Mind/Body Integration*. Boston, Ma Springer Us.

- Perls, F. S., & Philippson, P. (2012). *From planned psychotherapy to gestalt therapy: essays and lectures, 1945-1965, Frederick Salomon Perls, M.D.* Gestalt Journal Press.
- Petersson, S., Johnsson, P., & Perseius, K. (2017). A Sisyphean task: experiences of perfectionism in patients with eating disorders. *Journal Of Eating Disorders*, 5(1).<https://doi.org/10.1186/s40337-017-0136-4>
- Pliner, P., & Mann, N. (2004). Influence of social norms and palatability on amount consumed and food choice. *Appetite*, 42(2), 227-237. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2003.12.001>
- Popkin, B., Duffey, K., & Gordon-Larsen, P. (2005). Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiology & Behavior*, 86(5), 603–613. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2005.08.051>
- Rajgopal, T. (2010). Mental well-being at the workplace. *Indian Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, 14(3), 63. doi: 10.4103/0019-5278.75691
- Robinson, A. L., Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2015). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents: Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/cpp.1861>
- Rodgers R. F. (2016). The role of the “Healthy Weight” discourse in body image and eating concerns: an extension of sociocultural theory. *Eat. Behav.* 22 194–198. [10.1016/j.eatbeh.2016.06.004](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.06.004)
- Sawdon, A. M., Cooper, M., & Seabrook, R. (2007). The relationship between self - discrepancies, eating disorder and depressive symptoms in women. *European Eating Disorders Review*, 15(3), 207–212. <https://doi.org/10.1002/erv.739>
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- Schotte, D. (1992). On the special status of "ego threats": Comment on Heatherton, Herman, and Polivy (1991). *Journal Of Personality And Social Psychology*, 62(5), 798-800. doi: 10.1037/0022-3514.62.5.798

- Schumaker, J., Warren, W., Carr, S., Schreiber, G., & Jackson, C. (1995). Dissociation and depression in eating disorders. *Social Behavior and Personality*, 23(1), 53-58. <https://doi.org/10.2224/sbp.1995.23.1.53>
- Shaban, O. S., Al-Zubi, Z., Ali, N., & Alqotaish, A. (2017). The Effect of Low Morale and Motivation on Employees' Productivity & Competitiveness in Jordanian Industrial Companies. *International Business Research*, 10(7), 1. <https://doi.org/10.5539/ibr.v10n7p1>
- Siegel, J. A., & Sawyer, K. B. (2019). Eating Disorders in the Workplace: A Qualitative Investigation of Women's Experiences. *Psychology of Women Quarterly*, 43(1), 37–58. <https://doi.org/10.1177/0361684318812475>
- Spettigue, W., & Henderson, K., A. (2003). Eating Disorders and the Role of the Media. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13(1), 16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533817/>
- Stranks J. (2015). *Stress at Work: Management and Prevention*. Elsevier Butterworth-Heinemann.
- Stroebele, N., & De Castro, J. M. (2004). Effect of ambience on food intake and food choice. *Nutrition*, 20(9), 821–838. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2004.05.012>
- Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor of *Nature*. *Stress*, 15(5), 472–478. <https://doi.org/10.3109/10253890.2012.710919>
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181–183. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144>
- Torres, S. J., & Nowson, C., (2007-11). Relationship between stress, eating behaviour and obesity. *Nutrition*, 31(11-12), 887-894. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17869482/>
- Troop, N. A., Holbrey, A., & Treasure, J. L. (1997). *Stress, coping, and crisis support in eating disorders*. 10.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291098-108X%28199809%2924%3A2%3C157%3A%3AAID-EAT5%3E3.0.CO%3B2-D>

- Verschueren, M., Claes, L., Bogaerts, A., Palmeroni, N., Gandhi, A., Moons, P., & Luyckx, K. (2018). Eating Disorder Symptomatology and Identity Formation in Adolescence: A Cross-Lagged Longitudinal Approach. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00816>
- Vögele, C., Lutz, A. P. C., & Gibson, E. L. (2017). *Mood, Emotions, and Eating Disorders* In W. S. Agras & A. Robinson, Eds. *Oxford Handbooks Online*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190620998.013.8>
- von Bertalanffy, L., & Sutherland, J. W. (1974). General Systems Theory: Foundations, Developments, Applications. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics*, SMC-4(6), 592–592. <https://doi.org/10.1109/TSMC.1974.4309376>
- Waller, G., & Osman, S. (1996). Emotional eating and eating psychopathology among non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*. 419-424. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199805\)23:4%3C419::AID-EAT9%3E3.0.CO;2-L](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1098-108X(199805)23:4%3C419::AID-EAT9%3E3.0.CO;2-L)
- Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43(1), 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.02.001>
- Wanlass, J., Kelly Moreno, J., & Thomson, H. M. (2005). Group Therapy for Eating Disorders: A Retrospective Case Study. *The Journal for Specialists in Group Work*, 30(1), 47–66. <https://doi.org/10.1080/01933920590908697>
- Wardle, J., Steptoe, A., Oliver, G., & Lipsey, Z. (2000). Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(2), 195–202. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00076-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00076-3)
- Watson, D., & Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Weisburd, S. (1984). Food for mind and mood. *Science News*, 125(14), 216-219.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate

and tolerate negative affect?. *Eating behaviors*, 8(2), 162-169.
[10.1016/j.eatbeh.2006.04.001](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001)

- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8(2), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001>
- Wonderlich, S.A., J.E. Mitchell, L. Swan-Kremeier, C.B. Peterson & S.J. Crow (2004). An overview of cognitive behavioral approaches for the eating disorders. In T. Brewerton (ed.), *Eating Disorders*, New York: Marcel Dekker.
- Yau, Y. H. C., & Potenza, M. N. (2013). Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinologica*, 38(3), 255–267. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4214609/>
- Zalta, A. K., & Keel, P. K. (2006). Peer influence on bulimic symptoms in college students. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 185-189. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.115.1.185>
- Zerbe, K. (2015). Psychodynamic Theory of Eating Disorders. *The Wiley Handbook of Eating Disorders*, 253–268. <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch20>

Ελληνική

- Γκοτζαμάνης, Κ. (2015). *Διαγνωστικά Κριτήρια από DSM-5*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Γονιδάκης, Φ. & Ντιάνα, Χ. (2011). *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής: Γνωστική-Συμπεριφοριστική προσέγγιση*. Εκδόσεις Πεδίο.
- Διαμαντίδης, Σ. (2008), *Έλεγχος & Διαχείριση του στρες*. Εκδόσεις Π.Χ.
- Εμμανουηλίδου, Κ. (2011). *Ψυχολογία της Διατροφής*. Εκδόσεις Μεταίχμιο
- Μαριδάκη - Κασσωτάκη, Αικ. (2006). *Διατροφικές Διαταραχές και η Αντιμετώπισή τους: Κλινικός Οδηγός Αξιολόγησης και Θεραπείας*. Εκδόσεις Παρισιανού α.ε.
- Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε. & Ζυγά Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 6(1), 21-27.

<http://journal-ene.gr/%CE%B8%CE%B5%CF%89%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%82-%CE%B1%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%85%CF%82-%CE%BC%CE%B9%CE%B1-%CE%BA%CF%81%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CE%BA/>

- Μπαμπινιώτης, Γ. (2019). *ΛΕΞΙΚΟ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ*. Εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας.
- Χυτήρης, Λ. (2019), Διοίκηση Ανθρωπίνων πόρων και Οργανωσιακή συμπεριφορά, Πειραιάς Σημειώσεις Μαθήματος.

Ηλεκτρονικές πηγές

- Assessment and Treatment. In *Google Books*. John Wiley & Sons. *BERNE*. 8.
https://www.researchgate.net/publication/339626988_TRANSACTIONAL_ANALYSIS_OF_ERIC_BERNE
- *Bulimia Nervosa and Obesity A Historical Overview* by Barton J. Blinder. (2001). CengageLearning. [https://books.google.gr/books?id=QI2WsA_VAulC&pg=RA1-PA3&lpg=RA1-PA3&dq=Barlow,+D.+H.+\(2000\).+Unraveling+the+mysteries+of+anxiety+and+its+disorders+from+the+perspective+of+emotion+theory.+American+Psychologist,+55\(11\),+1247-](https://books.google.gr/books?id=QI2WsA_VAulC&pg=RA1-PA3&lpg=RA1-PA3&dq=Barlow,+D.+H.+(2000).+Unraveling+the+mysteries+of+anxiety+and+its+disorders+from+the+perspective+of+emotion+theory.+American+Psychologist,+55(11),+1247-)
- Chinyelu, N. (2020). *CHAPTER THIRTEEN TRANSACTIONAL ANALYSIS OF ERIC (PDF) TRANSACTIONAL ANALYSIS (OF ERIC BERNE) (researchgate.net)*
- Coon, D. & Mitterer, J. O. (2011). *Psychology :A JOURNEY, 4th edition*. Wadsworth,
- Cooper, S. J. (2008). From Claude Bernard to Walter Cannon. Emergence of the concept of homeostasis. *Appetite*, 51(3), 419-427. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.06.005>
- Corydon Ireland. (2009, March 19). *Fijian girls succumb to Western dysmorphia*.

- Crandall, R. & Perrewé, P. 1995. *OCCUPATIONAL STRESS: A Handbook*. Taylos & Francis.
<https://books.google.gr/books?id=2RIZFMZMtZoC&pg=PA67&dq=Crandall,+R.+and+Perrewe%CC%81,+P.,+1995.+Occupational+Stress.+Washington,+D.C.:+Taylor+%26+Francis.&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwj-nbzyprXpAhWQxcQBHVLLBoMQ6AEIQzAD#v=onepage&q=Crandall%2C%20R.%20and%20Perrewe%CC%81%2C%20P.%2C%201995.%20Occupational%20Stress.%20Washington%2C%20D.C.%3A%20Taylor%20%26%20Francis.&f=false>
- *Description of Transactional Analysis and Games by Dr. Eric Berne MD.* (2013). Eric Berne M.D. <http://www.ericberne.com/transactional-analysis/>
Factors? Walden Eating Disorders; Walden Eating Disorders.
<https://www.waldeneatingdisorders.com/blog/binge-eating-disorder-what-are-the-risk-factors/>
- Farlex, (2020). *The Free Dictionary.* <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/anorexia+nervose>
Harvard Gazette; Harvard Gazette.
<https://news.harvard.edu/gazette/story/2009/03/fijian-girls-succumb-to-western-dysmorphia/>
- Hopkins, M., Blundell, J., Halford, J., King, N., & Finlayson, G. (2016, March 30). *The Regulation of Food Intake in Humans.* Nih.Gov; MDText.com, Inc.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278931/>
[https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id= uEaVpbivD4C&oi=fnd&pg=PR9&dq=%E2%80%A2+Minuchin,+S.,+Baker,+L.,+%26+Rosman,+B.+L.+\(2013\).+Psychosomatic+Families:+Anorexia+Nervosa+in+Context.+Harvard+University+Press.&ots=A2smxxAt6F&sig=0q6e7BoeFVMIPuxDLwZ-8p7-h1c&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id= uEaVpbivD4C&oi=fnd&pg=PR9&dq=%E2%80%A2+Minuchin,+S.,+Baker,+L.,+%26+Rosman,+B.+L.+(2013).+Psychosomatic+Families:+Anorexia+Nervosa+in+Context.+Harvard+University+Press.&ots=A2smxxAt6F&sig=0q6e7BoeFVMIPuxDLwZ-8p7-h1c&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
[https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=04DuAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=eating+disorders\(Palmer](https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=04DuAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=eating+disorders(Palmer)
https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=7pk8DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=+EMDR+therapy&ots=YtxAxnR7Yn&sig= MzCA3dRqRkQN2kqXy4GPQsTEHQ&redir_esc=y#v=onepage&q=EMDR%20therapy&f=false
https://www.brainyquote.com/quotes/john_locke_380216

- James, W. (2020) [60 Inspiring Quotes on Stress \(2020 Update\) \(positivityblog.com\)](https://positivityblog.com)
- *John Locke Quotes*. (2020). BrainyQuote.
- lawhimsy. (2018, February 26). *Monday Mantra 193 – Stress, anxiety and depression are caused when we are living to please others*. Lawhimsy. <https://lawhimsy.com/2018/02/26/monday-mantra-193-stress-anxiety-and-depression-are-caused-when-we-are-living-to-please-others/>
- McEwen, B. S. (1998). Stress, Adaptation and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33-44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>
- Mcleod, S. (2014). *Carl Rogers | Simply Psychology*. Simplypsychology.org. Retrieved 16 March 2020, from <https://www.simplypsychology.org/carl-rogers.html>.
- McLeod, S. (2019). *Person Centred Therapy - Core Conditions | Simply Psychology*. Simplypsychology.Org. <https://www.simplypsychology.org/client-centred-therapy.html>
- Miller, M. (1999). *Culture and Eating Disorders*. Psychiatric Times. Retrieved 15 May 2020, from <https://www.psychiatristimes.com/view/culture-and-eating-disorders>.
- Minuchin, S., Baker, L., & Rosman, B. L. (2013). *Psychosomatic Families: Anorexia*
- Muhlheim, L. (2019). *When Did Eating Disorders First Appear?* Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/history-of-eating-disorders-4768486>
- National Collaborating Centre For Mental Health. (2004). *Eating Disorders; core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders with CD rom*. The British Psychological Society And Royal College Of Psychiatrists. *Nervosa in Context*. Harvard University Press.
- Nguyen, M.-A. (2015). *Art Therapy – A Review of Methodology*. 16. https://www.researchgate.net/publication/304996838_Art_Therapy_-_A_Review_of_Methodology
- O'Connor, K. J., Braverman, L. M., & Braverman, L. D. (1997). *Play Therapy Theory and Practice: A Comparative Presentation*. In *Google Books*. John Wiley & Sons. [https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=itF7uaCqgZoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=gestalt+therapy+\(O%27Connor+%26+Braverman](https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=itF7uaCqgZoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=gestalt+therapy+(O%27Connor+%26+Braverman)
- Palmer, B. (2014). *Helping People with Eating Disorders: A Clinical Guide to*

- Saat, N. Z. M., Ishak, I., Lubis, S. H., Wen, S. H., Ee, T. X., Othman, M., Shein, T. H., Zulkifli, Z., Ling, L. N., Razali, S., Zainudin, U. R. A., Wei, Y. T., Osman, L., & Baharuddin, K. S. (2010). STRESS AND ITS RELATIONSHIP WITH BODY MASS INDEX AMONG BIOMEDICAL SCIENCE STUDENTS IN KUALA LUMPUR, MALAYSIA., *11*, 8.
- *Śāntideva Quotes (Author of The Way of the Bodhisattva)*. (2020).
- Scott, E. (2020). What is stress?. *Verywell mind*.
<https://www.verywellmind.com/stress-and-health-3145086>
- Shapiro, F. (2017). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy, Third Edition: Basic Principles, Protocols, and Procedures. In *Google*
- Tomotake, M., Okura, M., Taniguchi, T., & Ishimoto, Y. (2002). *Traits of irrational beliefs related to eating problems in Japanese college women*. *49*, 5.
http://medical.med.tokushima-u.ac.jp/jmi/vol49/pdf/v49_n1-2_p051.pdf
- Walden. (2015, August 29). *Binge Eating Disorder: What Are The Risk*
www.goodreads.com. Retrieved October 1, 2020, from
https://www.goodreads.com/author/quotes/29132._ntideva
Www.Ltspeed.Com. Retrieved October 1, 2020, from
<https://www.ltspeed.com/bjblinder/publications/bulimiahistory.htm>

Παράρτημα 1: Φόρμα έρευνας στο Google Forms

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Μ. ΜΑΡΑΓΚΟΥ

Το παρακάτω ανώνυμο ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί για τη συλλογή δεδομένων από εργαζόμενους του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα αναφορικά με την εργασιακή τους συμπεριφορά.

Τα αποτελέσματα θα αξιοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς για τη σύνταξη της διπλωματικής μου εργασίας στο πλαίσιο του ΠΜΣ Διοίκησης Επιχειρήσεων (MBA) του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Μ. Μαραγκού

***Required**

1. Συναίνω και θέλω να λάβω μέρος: *

Tick all that apply.

Ναι

Όχι

I. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

2. Φύλο *

Mark only one oval.

Άντρας

Γυναίκα

3. Ηλικία *

π.χ. 42

4. Ύψος *

σε εκατοστά, π.χ. 175

Mark only one oval.

Option 1

5. Βάρος *

σε κιλά, π.χ. 60

6. Τομέας Απασχόλησης *

Mark only one oval.

Ιδιωτικός Τομέας

Δημόσιος Τομέας

7. Συνολική εργασιακή εμπειρία (σε έτη) *

π.χ. 8

8. Εκπαιδευτικό επίπεδο *

Mark only one oval.

Δευτεροβάθμια

ΙΕΚ/Επαγγελματική σχολή

Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

9. Οικογενειακή κατάσταση *

Mark only one oval.

Ανύπαντρος/η

Έγγαμος/η (χωρίς παιδιά)

Έγγαμος/η με παιδιά

Χήρος/α (χωρίς παιδιά)

Χήρος/α με παιδιά

Άλλο

II.
ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Οι παρακάτω ερωτήσεις σας ρωτούν για τα συναισθήματα και τις σκέψεις σας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Στην κάθε περίπτωση, παρακαλώ επιλέξτε πόσο συχνά αισθανθήκατε ή σκεφτήκατε κατά το συγκεκριμένο τρόπο.

10. "Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά..." *

0= Ποτέ, 1=Σχεδόν ποτέ, 2= Μερικές φορές, 3= Συχνά, 4= Αρκετά συχνά, 5= Πολύ συχνά, 6= Πάρα πολύ συχνά

Mark only one oval per row.

	0	1	2	3	4	5	6
1. νιώσατε υπέρβαρος(η);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. φοβηθήκατε ότι θα αυξηθεί το βάρος σας ή θα γίνετε υπέρβαρος(η) ;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. σας επηρέασε το ΒΑΡΟΣ σας στον τρόπο που βλέπετε/ αξιολογείτε τον εαυτό σας σαν άτομο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. σας επηρέασε η σιλουέτα σας στον τρόπο που βλέπετε/ αξιολογείτε τον εαυτό σας σαν άτομο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. "Τους τελευταίους 6 μήνες, υπήρξαν..." *

1. στιγμές που αισθανθήκατε ότι έχετε φάει αυτό που άλλοι άνθρωποι θα θεωρούσαν ως μία ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής (π.χ. ένα λίτρο παγωτού) δεδομένων των περιστάσεων;

Mark only one oval.

- Ναι
 Όχι

12. Κατά τις περιόδους που καταναλώσατε ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα φαγητού, βιώσατε απώλεια ελέγχου (αισθανθήκατε ότι δεν μπορείτε να σταματήσετε να τρώτε ή να ελέγχετε τι ή πόσο φάγατε); *

Mark only one oval.

- Ναι
 Όχι

13. "Τους τελευταίους 6 μήνες, πόσες..." *

1. ΗΜΕΡΕΣ ανά εβδομάδα συνολικά καταναλώσατε μεγάλη ποσότητα φαγητού και νιώσατε ότι χάνετε τον έλεγχο;

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7

14. "Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσες..." *

2. ΦΟΡΕΣ ανά εβδομάδα συνολικά καταναλώσατε μεγάλη ποσότητα φαγητού και νιώσατε ότι χάνετε τον έλεγχο;

Mark only one oval.

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

15. "Κατά τη διάρκεια των υπερ-φαγικών επεισοδίων και της απώλειας ελέγχου..." *

Mark only one oval per row.

	Ναι	Όχι
1. φάγατε γρηγορότερα από το κανονικό;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. φάγατε τόσο ώστε να νιώσετε "άβολα" πλήρης;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. φάγατε μεγάλες ποσότητες φαγητού χωρίς να αισθάνεστε πείνα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. φάγατε μόνοι σας γιατί νιώσατε ντροπή για την ποσότητα φαγητού που καταναλώνετε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. νιώσατε ντροπή, μελαγχολία ή ενοχικά μετά από υπερ-φαγικό επεισόδιο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. νιώσατε θυμό για την απώλεια ελέγχου στο φαγητό ή την αύξηση βάρους;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. "Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσες φορές ανά εβδομάδα συνολικά..." *

Mark only one oval per row.

	0	1	2	3	4	5	6	7
1. αναγκάσετε τον εαυτό σας να κάνει εμετό προς αποφυγή της αύξησης του βάρους ή να αντισταθμίσει τις συνέπειες του φαγητού;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. χρησιμοποιήσατε καθαρτικά/διουρητικά προς αποφυγή της αύξησης του βάρους ή να αντισταθμίσει τις συνέπειες του φαγητού;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. αποφύγατε γεύματα (τουλάχιστον 2 στη σειρά) προς αποφυγή της αύξησης του βάρους ή να αντισταθμίσει τις συνέπειες του φαγητού;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. χρησιμοποιήσατε υπερβολικά τη γυμναστική ως μέσον αντιστάθμισης των συνεπειών των υπερφαγικών επεισοδίων;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



17. (ΜΟΝΟ ΓΥΝΑΙΚΕΣ) Τους τελευταίους τρεις μήνες, πόσες φορές δεν είχατε έμμηνο ρύση;

Mark only one oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

18. (ΜΟΝΟ ΓΥΝΑΙΚΕΣ) Τους τελευταίους τρεις μήνες, χρησιμοποιούσατε αντισυλληπτικά χάπια;

Mark only one oval.

- Ναι
- Όχι

III.
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ
ΖΩΗ

Οι παρακάτω ερωτήσεις σας ρωτούν για τα συναισθήματα και τις σκέψεις σας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Στην κάθε περίπτωση, παρακαλώ επιλέξτε πόσο συχνά αισθανθήκατε ή σκεφτήκατε κατά το συγκεκριμένο τρόπο.

19. "Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά..." *

0= Ποτέ, 1=Σχεδόν ποτέ, 2= Μερικές φορές, 3= Αρκετά συχνά, 4= Πολύ συχνά

Mark only one oval per row.

	0	1	2	3	4
1. αναστατωθήκατε επειδή κάτι συνέβη απροσδόκητα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. νιώσατε ανίκανος(η) να ελέγξετε τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. νιώσατε νευρικός(η) και "στρεσαρισμένος(η)";	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. νιώσατε σιγουριά για την ικανότητα σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. νιώσατε ότι όλα πήγαιναν όπως τα θέλετε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. νιώσατε ότι δεν μπορούσατε να αντιμετωπίσετε όλα όσα έπρεπε να κάνετε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. νιώσατε ικανός να ελέγξετε διάφορα ερεθίσματα (προκλήσεις) στη ζωή σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. νιώσατε ότι είστε "κύριος(α)" των καταστάσεων;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. οργιστήκατε επειδή τα πράγματα ξέφυγαν από τον έλεγχο σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. νιώσατε ότι συσσωρεύτηκαν τόσες δυσκολίες σε σημείο που δεν θα μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

**Παράρτημα 2: Πρωτότυπη κλίμακα Perceived Stress
Scale (PSS)**

PERCEIVED STRESS SCALE

by Sheldon Cohen

hosted by



Mind Garden, Inc. is a leading international publisher of psychological assessments, focusing on providing ease, access, speed, and flexibility.

We are in the business of enabling access to validated psychological assessments and instruments. We serve the international, corporate, academic, and research communities by offering high-quality, proven instruments from prominent psychologists.

www.mindgarden.com

info@mindgarden.com

(650) 322-6300

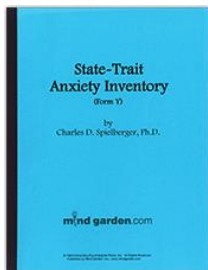


Save time and effort by administering this instrument with **Transform™**!



Let Mind Garden handle survey creation, data collection and scoring for you. Our Transform™ system allows you to easily manage participants with a variety of campaign options. Transform™ will administer the instrument and provide you with a .csv data file of the raw score, by scale. For most instruments you can also provide individual reports to participants or generate group reports. We can add demographics and other instruments, including non-Mind Garden instruments, to the survey with our Customization Services.

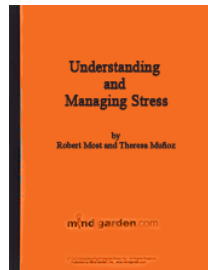
If you find the **Perceived Stress Scale** useful, you might be interested in these other great Mind Garden instruments.



State-Trait Anxiety Inventory – Adult (STAI-AD)

by Charles D. Spielberger

The definitive instrument for measuring anxiety in adults. It clearly differentiates between the temporary condition of “state anxiety” and the more general and long-standing quality of “trait anxiety”. It helps professionals distinguish between a client’s feelings of anxiety and depression. The inventory’s simplicity makes it ideal for evaluating individuals with lower educational backgrounds.



Understanding and Managing Stress

by Robert Most and Theresa Muñoz

This forty-page workbook offers individuals a comprehensive approach to managing stress. The workbook includes basic strategies for: managing daily on-the-spot stress; problem and emotion focused coping skills; and improving personal and work lifestyle; as well as resources for further exploration.



Other instruments related to Anxiety and Stress

These instruments measure anxiety or stress in a variety of situations including test anxiety, school-related stress, and anxiety as a state-like and trait-like construct. Many of these instruments are complimented by reports or workbooks that provide tips and exercises to manage stress and anxiety.

We offer such instruments as **Hassles & Uplifts** and the **Psychological Distress Profile**.

PERCEIVED STRESS SCALE

by Sheldon Cohen

The *Perceived Stress Scale* (PSS) is the most widely used psychological instrument for measuring the perception of stress. It is a measure of the degree to which situations in one's life are appraised as stressful. Items were designed to tap how unpredictable, uncontrollable, and overloaded respondents find their lives. The scale also includes a number of direct queries about current levels of experienced stress. The PSS was designed for use in community samples with at least a junior high school education. The items are easy to understand, and the response alternatives are simple to grasp. Moreover, the questions are of a general nature and hence are relatively free of content specific to any subpopulation group. The questions in the PSS ask about feelings and thoughts during the last month. In each case, respondents are asked how often they felt a certain way.

Evidence for Validity: Higher PSS scores were associated with (for example):

- failure to quit smoking
- failure among diabetics to control blood sugar levels
- greater vulnerability to stressful life-event-elicited depressive symptoms
- more colds

Health status relationship to PSS: Cohen et al. (1988) show correlations with PSS and: Stress Measures, Self-Reported Health and Health Services Measures, Health Behavior Measures, Smoking Status, Help Seeking Behavior.

Temporal Nature: Because levels of appraised stress should be influenced by daily hassles, major events, and changes in coping resources, predictive validity of the PSS is expected to fall off rapidly after four to eight weeks.

Scoring: PSS scores are obtained by reversing responses (e.g., 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 & 4 = 0) to the four positively stated items (items 4, 5, 7, & 8) and then summing across all scale items. A short 4 item scale can be made from questions 2, 4, 5 and 10 of the PSS 10 item scale.

Norm Groups: L. Harris Poll gathered information on 2,387 respondents in the U.S.

Norm Table for the PSS 10 item inventory

Category	N	Mean	S.D.
Gender			
Male	926	12.1	5.9
Female	1406	13.7	6.6
Age			
18-29	645	14.2	6.2
30-44	750	13.0	6.2
45-54	285	12.6	6.1
55-64	282	11.9	6.9
65 & older	296	12.0	6.3
Race			
white	1924	12.8	6.2
Hispanic	98	14.0	6.9
black	176	14.7	7.2
other minority	50	14.1	5.0

PERCEIVED STRESS SCALE

The questions in this scale ask you about your feelings and thoughts during the last month. In each case, you will be asked to indicate by circling *how often* you felt or thought a certain way.

Name _____ Date _____

Age _____ Gender (Circle): **M** **F** Other _____

0 = Never 1 = Almost Never 2 = Sometimes 3 = Fairly Often 4 = Very Often

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. In the last month, how often have you been upset because of something that happened unexpectedly? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. In the last month, how often have you felt that you were unable to control the important things in your life? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. In the last month, how often have you felt nervous and "stressed"? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. In the last month, how often have you felt confident about your ability to handle your personal problems? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. In the last month, how often have you felt that things were going your way? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. In the last month, how often have you found that you could not cope with all the things that you had to do? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. In the last month, how often have you been able to control irritations in your life? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. In the last month, how often have you felt that you were on top of things? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. In the last month, how often have you been angered because of things that were outside of your control? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. In the last month, how often have you felt difficulties were piling up so high that you could not overcome them? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |


mind garden
info@mindgarden.com
www.mindgarden.com

References

The PSS Scale is reprinted with permission of the American Sociological Association, from Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.
Cohen, S. and Williamson, G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. Spacapan, S. and Oskamp, S. (Eds.) *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA: Sage, 1988.

**Παράρτημα 3: Πρωτότυπη Κλίμακα Eating Disorder
Examination (EDE)**

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/242480332>

Eating Disorder Examination (16.0D)

Article · January 2008

CITATIONS

856

READS

7,123

3 authors, including:



[Christopher G Fairburn](#)

University of Oxford

363 PUBLICATIONS 42,380 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



PREMIUM [View project](#)

In Fairburn C.G. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. Guilford Press, New York, 2008.

EATING DISORDER EXAMINATION

(Edition 16.0D)

Christopher G Fairburn, Zafra Cooper and Marianne O'Connor

OVERVIEW OF EDE 16.0D

The sixteenth edition of the EDE is the latest version of this widely used instrument. It differs from the version that is generally used (EDE 12.0D; Fairburn and Cooper, 1993) in the following major ways:

1. There is a new way of rating the Dietary Restraint subscale items such that restraint for the purpose of gaining a sense of control in general is rated, in addition to restraint intended to influence shape or weight. This is in order to detect a type of restraint seen mainly in younger patients and in the earlier stages of an eating disorder (see page ***). It is also seen in non-Western cases. Thus two Dietary Restraint subscale scores may be computed as well as a combined one.
2. There is a "binge eating disorder" module based on the research criteria in DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).
3. A distinction is drawn between compensatory and non-compensatory forms of purging (see page ***).
4. There is a new "Importance" item designed to detect the over-evaluation of control over eating per se (see page ***).

In all other significant respects the instrument is the same as EDE 12.0D and it generates EDE 12.0D-compatible data.

For further information about the EDE, see Fairburn and Cooper (1993). For full details about the differences between EDE 12.0D and EDE 16.0D see the list at the end of the EDE schedule (page ***). Note that there is a version of the EDE designed specifically for use with children and adolescents (Bryant-Waugh, Cooper, Taylor and Lask, 1996). If either version of the EDE is going to be used for research purposes, training is essential.

RECOMMENDED READING

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Bryant-Waugh, R. J., Cooper, P. J., Taylor, C. L., & Lask, B. D. (1996). The use of the Eating Disorder Examination with Children: A pilot study. *International Journal of Eating*

- Disorders*, 19, 391-397.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Fairburn C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (twelfth edition). In: C. G. Fairburn & G. T. Wilson (eds.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. (pp. 317-360). New York: Guilford Press, 1993.
- Grilo, C. M. (2005). Structured instruments. In J. E. Mitchell & C. B. Peterson (eds.), *Assessment of eating disorders* (pp. 120-128). New York: Guilford Press.
-

GENERAL GUIDELINES FOR INTERVIEWERS

The EDE is an *investigator-based interview*. This may be contrasted with respondent-based interviews in which the participant's answers to specified questions are rated without additional questioning. Respondent-based interviews are in essence verbally administered self-report questionnaires. They work well where the concepts being assessed are simple and there is general agreement as to their meaning, but they are unsatisfactory when the concepts are complex or key terms do not have a generally accepted specific meaning. With investigator-based interviews interviewers need training to ensure that they fully understand the concepts being assessed. The structure in such interviews lies in the detailed specifications provided for the interviewer of the concepts to be rated and the rating scheme, rather than in the precise wording of individual questions. In summary, investigator-based interviews such as the EDE require that interviewers be trained both in the technique of interviewing and in the concepts and rules governing the ratings.

When using the EDE, it is essential that the participant understands the purpose of the interview. The interviewer should explain why the interview is being conducted and, before starting formal questioning, should aim to establish good rapport. The interviewer and participant together should be trying to obtain an accurate picture of the participant's current eating behaviour and attitudes. It is important to explain that a standard set of questions is being asked and that some may not apply. Participants also need to know in advance how long the interview will take. At a minimum this will be 45 minutes but it can take as long as an hour and a quarter. (EDE interviews should rarely be allowed to take longer than this since otherwise interviewer and participant fatigue will affect the quality of the ratings.)

The interviewer should explain that the interview mainly focuses on the preceding four weeks (28 days), although if the interview is also being used for diagnostic purposes certain questions extend out to cover the previous three months.¹ To help the participant accurately recall the primary period of interest, time should be devoted at the beginning of the interview to the identification of events which have taken place during these 28 days. For example, the interviewer should establish whether the participant has been at home or away and what has happened on each of the four weekends. It can be helpful referring to a prepared calendar to locate the four weeks in question (see below). If the interview is also being used for diagnostic purposes events of note in (28-day) months 2 and 3 (counting back from the present 28 days) should also be noted together with their boundaries. Rarely should the orientation to the time frame be allowed to take more than 10 minutes.

Each of the items in the EDE has one or more (asterisked) obligatory questions in bold type which must be asked. Special emphasis should be placed upon the words and phrases that are underlined. The obligatory questions should be supplemented with additional questions of the interviewer's choice. The phrase "over the past four weeks" which precedes most obligatory question may be varied as seems appropriate (e.g., "over the past month" or "over the past 28 days") and inserted at any point within the question, but otherwise the obligatory questions should be asked as specified in the schedule. The items in the interview may be covered in any

¹ The DSM-IV research diagnostic criteria for the provisional new diagnosis binge eating disorder encompass a six-month time frame. Interviewers wanting to elicit these diagnostic criteria should refer to the "Binge Eating Disorder Module" (see page ***) which opens with an orientation to this extended period of time.

order although for most purposes the sequence presented in the schedule will be found to be satisfactory. It is perfectly appropriate to return to earlier items if further information emerges during the interview which is of relevance to prior ratings. The interview should never be undertaken in the absence of the full schedule as even the most experienced interviewers need to refer to the questions, definitions, and rating schemes.

The interviewer should pay careful attention to everything that the participant says. The interview should never be hurried. It should proceed at a steady relaxed pace with the interviewer not moving on to the next item until he or she is satisfied that all the necessary information has been obtained. The interviewer should not be rushed along by rapid, and possibly impatient, replies. Apparently glib answers which do not seem to have been given thought should be sensitively explored. Conversely, participants who are loquacious and over-detailed in their replies need to be kept to the point. Care must always be taken to ensure that the participant understands what information the interviewer is trying to elicit. It is good practice to check back with the participant before making each rating.

The physical circumstances under which the interview is conducted are also important. The interviewer and participant need to be comfortably seated and the interviewer needs to be able to have the schedule in front of him/her together with the rating sheet. There should be as few distractions as possible and except under unusual circumstances no one else should be present since otherwise participants tend not to be frank and forthcoming.

Guidelines for making ratings are provided for most items. Ratings should be made as the interview proceeds (although certain calculations may be delayed until afterwards). The instructions for making the ratings are given in square brackets and they are followed by the rating scheme itself. Frequency ratings should be based on a 28-day month: if a feature is not present, rate 0; if a feature is present on up to and including 5 days, rate 1; if it is present half the time, rate 3; if it is present almost every day (with up to and including 5 exceptions), rate 5; if it is present every day, rate 6. Some items are rated on a seven-point severity scale ranging from 0 to 6. In these cases 0 represents the absence of the feature in question and 6 represents its presence to an extreme degree; a rating of 1 should be made only if the feature is barely present, and a rating of 5 should be made only if the feature is present to a degree not quite severe enough to justify a rating of 6. A rating of 3 should be used for degrees of severity midway between 0 and 6. *If it is difficult to decide between two ratings, the lower rating (i.e., the less symptomatic) should be chosen.* [The exception is the first item "Pattern of eating" in which higher scores are (with the exception of nocturnal eating) less symptomatic.] This general rating scheme is summarised in Table A.1 overleaf.

TABLE A.1 TO FOLLOW HERE

SCORING

The EDE, and its self-report version, the EDE-Q, generate two types of data. First, they provide frequency data on key behavioural features of eating disorders in terms of number of episodes of the behaviour and in some instances number of days on which the behaviour has occurred. Second, they provide subscale scores reflecting the severity of aspects of the psychopathology of eating disorders. The subscales are Restraint, Eating Concern, Shape Concern and Weight Concern. To obtain a particular subscale score, the ratings for the relevant items (listed below) are added together and the sum divided by the total number of items forming the subscale. If ratings are only available on some items, a score may nevertheless be obtained by dividing the

resulting total by the number of rated items so long as more than half the items have been rated. To obtain an overall or ‘global’ score, the four subscales scores are summed and the resulting total divided by the number of subscales (i.e. four). Subscale scores are reported as means and standard deviations.

Subscale Items (the numbers are the item number on the EDE-Q):

Restraint

- 1 Restraint over eating
- 2 Avoidance of eating
- 3 Food avoidance
- 4 Dietary Rules
- 5 Empty stomach

Eating Concern

- 7 Preoccupation with food, eating or calories
- 9 Fear of losing control over eating
- 19 Eating in secret
- 21 Social eating
- 20 Guilt about eating

Shape Concern

- 6 Flat stomach
- 8 Preoccupation with shape or weight
- 23 Importance of shape
- 10 Fear of weight gain
- 26 Dissatisfaction with shape
- 27 Discomfort seeing body
- 28 Avoidance of exposure
- 11 Feelings of fatness

Weight Concern

- 22 Importance of weight
- 24 Reaction to prescribed weighing
- 8 Preoccupation with shape or weight
- 25 Dissatisfaction with weight
- 12 Desire to lose weight

COMMUNITY NORMS

The data below are from a community-based sample of 243 young women assessed using the EDE and EDE-Q (see Fairburn and Beglin, 1994).

Measure	Mean	SD	N
EDE interview			
Global EDE (4 subscales)	0.932	0.805	243
Restraint subscale	0.942	1.093	243
Eating Concern subscale	0.266	0.593	243
Shape Concern subscale	1.339	1.093	243
Weight Concern subscale	1.181	0.929	243
EDE Q			
Global EDE-Q (4 subscales)	1.554	1.213	241
Restraint subscale	1.251	1.323	241
Eating Concern subscale	0.624	0.859	241

Shape Concern subscale	2.149	1.602	241
Weight Concern subscale	1.587	1.369	241

EATING DISORDER EXAMINATION (Edition 16.0D)

Copyright 2008 by Christopher G Fairburn, Zafra Cooper and Marianne O'Connor

THE INTERVIEW SCHEDULE

ORIENTATION TO THE TIME PERIOD

What we are going to do is a partially structured interview in which I will ask you about your eating habits and your feelings about your shape, and weight. Because a standard set of questions is going to be asked, please note that some may not apply to you.

Most of the questions focus on the past four weeks (that is, the last 28 days), but there will be some that extend out to cover the previous three months. I know this will test your memory because the weeks tend to blend together.

What I have done to help you is to make this calendar for the last 28 days [show the blank calendar - see below]; it ends on yesterday because today is not over yet. So it goes from yesterday (day and date) to (day and date). I know it seems strange to have the weekends in the middle, but that is just the way it has worked out.

And here are the dates for the two months before that, (date) to (date). And to help you remember these periods, I have noted down the holidays (e.g., May Bank Holiday, Thanksgiving).

What I would like you to do now is tell me about any events that have happened in the past 28 days since this will help us discuss these four weeks. Have there been any events out of the ordinary such as celebrations of any type, trips away or days off work? Then we can note these down on the calendar.

[These should be noted on the calendar (see Table A.2) thereby allowing the interviewer and participant to use it as an aide memoire.]

TABLE A.2 TO FOLLOW ON NEXT PAGE

INTRODUCTORY QUESTIONS

[Having oriented the participant to the specific time period being assessed, it is best to open the interview by asking a number of introductory questions designed to obtain a general picture of the participant's eating habits. Suitable questions are suggested below.]

To begin with I should like to get a general picture of your eating habits over the last four weeks. What has been your usual eating pattern?

Have your eating habits varied much from day to day?

Have weekdays differed from weekends?

[The definition (and number) of weekdays and weekend days that best fits the patient's lifestyle needs to be established at this point (e.g., check if the participant's days off work regularly fall on weekdays).]

Have there been any days when you haven't eaten anything?

[Ask about months 2 and 3]

What about the previous two months (specify months) Were your eating habits much the same or were they different?

PATTERN OF EATING

***I would like to ask about your pattern of eating. Over the past four weeks which of these meals or snacks have you eaten on a regular basis?**

- breakfast []
- mid-morning snack []
- lunch (mid-day meal) []
- mid-afternoon snack []
- evening meal []
- evening snack []
- nocturnal eating (i.e., an episode of eating after the participant has been to sleep) []

[Rate each meal and snack separately, usually accepting the participant's classification (within the guidelines above). Ask about weekdays and weekends separately. Meals or snacks should be rated even if they lead on to a "binge". "Brunch" should generally be classed as lunch. With the exception of nocturnal eating, rate up (i.e., give a higher rating) if it is difficult to choose between two ratings. Rate 8 if meals or snacks are difficult to classify (e.g., due to shift work).]

- 0 - Meal or snack not eaten
- 1 - Meal or snack eaten on 1 to 5 days
- 2 - Meal or snack eaten on less than half the days (6 to 12 days)
- 3 - Meal or snack eaten on half the days (13 to 15 days)
- 4 - Meal or snack eaten on more than half the days (16 to 22 days)
- 5 - Meal or snack eaten almost every day (23 to 27 days)
- 6 - Meal or snack eaten every day

[If participants report having had episodes of nocturnal eating, ask about their level of awareness (alertness) at the time and their recall of the episodes afterwards.]

When you ate how awake were you and how well could you recall the episode the next day?

- 0 - no nocturnal eating
- 1 - nocturnal eating with no impairment of awareness (alertness) or recall
- 2 - nocturnal eating with impairment of awareness (alertness) or recall

[]

PICKING (NIBBLING)

***Over the past four weeks have you picked at (nibbled) food between meals and snacks. By “picking” (nibbling) I mean eating in an unplanned and repetitious way.**

What about when cooking?

What have you typically eaten at these times?

Why would you not call these episodes snacks?

Have you known in advance how much you were going to eat?

[Rate the number of days on which picking (nibbling) has occurred. To count as picking (or nibbling) the episode of eating should have been unplanned, the amount eaten should have been uncertain at the time that the episode started, and the eating should have had a repetitious element to it. Typically what is eaten is incomplete (i.e., it constitutes part of something or a less-than-usual amount), but the total amount consumed should not have been minute (e.g., not simply one edge of a piece of toast). In general, participants themselves should view the episodes as examples of “picking” (“nibbling”).

Picking (nibbling) may be contrasted with eating a "snack". A snack is an episode of eating in which the amount eaten was modest (smaller than a meal), known at the outset with some certainty, and did not have the repetitious element associated with picking. Episodes of picking which merge into snacks, meals or “binges” should not be rated. The rating of picking may require the re-rating of snacks.]

0 - No picking (nibbling)

1 - Picking (nibbling) on 1 to 5 days

2 - Picking (nibbling) on less than half the days (6 to 12 days)

3 - Picking (nibbling) on half the days (13 to 15 days)

4 - Picking (nibbling) on more than half the days (16 to 22 days)

5 - Picking (nibbling) almost every day (23 to 27 days)

6 - Picking (nibbling) every day

[]

RESTRAINT OVER EATING (Restraint subscales)

***Over the past four weeks have you been consciously trying to restrict (cut back) the overall amount that you eat, whether or not you have succeeded?**

What have you been trying to do?

Has this been to influence your shape or weight, or to avoid triggering an episode of overeating?

[Rate the number of days on which the participant has *consciously attempted* to restrict his or her *overall* food intake (i.e., energy intake), whether or not he or she has succeeded. The restriction should have affected a *range of food items* and not just certain specific foods (c.f., "Food avoidance"). This restriction should have been intended either to influence shape, weight or body composition, or to avoid triggering an episode of overeating, although this may not have been the sole or main reason. It should have consisted of planned attempts at restriction, rather than spur-of-the-moment attempts such as the decision to resist a second helping.]

0 - No attempt at restraint

1 - Attempted to exercise restraint on 1 to 5 days

2 - Attempted to exercise restraint on less than half the days (6 to 12 days)

3 - Attempted to exercise restraint on half the days (13 to 15 days)

4 - Attempted to exercise restraint on more than half the days (16 to 22 days)

5 - Attempted to exercise restraint almost every day (23 to 27 days)

6 - Attempted to exercise restraint every day

[]

Some people consciously try to restrict their eating for another reason - to give them a sense of being control - of being in control in general.

Over the past four weeks has this applied to you?

[Rate again only taking this reason into account.]

[]

[Also rate number of days on which one or other, or both, of these reasons has applied.]

[]

AVOIDANCE OF EATING (Restraint subscales)

***Over the past four weeks have you gone for periods of eight or more waking hours without eating anything?**

Has this been to influence your shape or weight, or to avoid triggering an episode of overeating?

[Rate the number of days on which there has been at least eight hours abstinence from eating food (soup and milkshakes count as food, whereas drinks in general do not) during waking hours. It may be helpful to illustrate the length of time (e.g., 9 a.m. to 5 p.m.). The abstinence must have been at least partly *self-imposed* rather than being due to force of circumstances. It should have been intended to influence shape, weight or body composition, or to avoid triggering an episode of overeating, although this may not have been the sole or main reason (i.e., fasting for religious or political reasons would not count). Note that the rating should be consistent with those made earlier for "Pattern of eating".]

0 - No such days

1 - Avoidance on 1 to 5 days

2 - Avoidance on less than half the days (6 to 12 days)

3 - Avoidance on half the days (13 to 15 days)

4 - Avoidance on more than half the days (16 to 22 days)

5 - Avoidance almost every day (23 to 27 days)

6 - Avoidance every day

[]

Some people avoid eating in this way for eight or more waking hours for another reason - to give them a sense of being control - of being in control in general.

Over the past four weeks has this applied to you?

[Rate again only taking this reason into account.]

[]

[Also rate number of days on which one or other, or both, of these reasons has applied.]

[]

EMPTY STOMACH (Restraint subscales)

***Over the past four weeks have you wanted your stomach to be empty?**

Has this been to influence your shape or weight, or to avoid triggering an episode of overeating?

[Rate the number of days on which the participant has had a *definite desire* to have a completely empty stomach for reasons to do with dieting, shape or weight. This desire should not simply be a response to episodes of perceived overeating; rather, it should exist between any such episodes. The rating of "Empty stomach" should not be confused with a desire for the stomach to *feel empty* or *be flat* (c.f., "Flat stomach".)]

- 0 - No definite desire to have an empty stomach
- 1 - Definite desire on 1 to 5 days
- 2 - Definite desire on less than half the days (6 to 12 days)
- 3 - Definite desire on half the days (13 to 15 days)
- 4 - Definite desire on more than half the days (16 to 22 days)
- 5 - Definite desire almost every day (23 to 27 days)
- 6 - Definite desire every day

[]

Some people want to have an empty stomach for another reason - to give them a sense of being control - of being in control in general.

Over the past four weeks has this applied to you?

[Rate again only taking this reason into account.]

[]

[Also rate number of days on which one or other, or both, of these reasons has applied.]

[]

FOOD AVOIDANCE**(Restraint subscales)**

***Over the past four weeks have you tried to avoid eating any foods which you like, whether or not you have succeeded?**

What foods? Have you been attempting to exclude them altogether?

Has this been to influence your shape or weight, or to avoid triggering an episode of overeating?

[Rate the number of days on which the participant has *actively attempted to avoid eating specific foods* (which he or she likes, or has liked in the past) whether or not he or she succeeded. The goal should have been to *exclude the foods altogether* and not merely to restrict their consumption. Drinks do not count as food. The avoidance should have been planned and intended either to influence shape, weight or body composition, or to avoid triggering an episode of overeating, although this may not have been the sole or main reason.]

0 - No attempts to avoid foods

1 - Attempted to avoid foods on 1 to 5 days

2 - Attempted to avoid foods on less than half the days (6 to 12 days)

3 - Attempted to avoid foods on half the days (13 to 15 days)

4 - Attempted to avoid foods on more than half the days (16 to 22 days)

5 - Attempted to avoid foods almost every day (23 to 27 days)

6 - Attempted to avoid foods every day

[]

Some people avoid eating certain foods for another reason - to give them a sense of being control - of being in control in general.

Over the past four weeks has this applied to you?

[Rate again only taking this reason into account.]

[]

[Also rate number of days on which one or other, or both, of these reasons has applied.]

[]

DIETARY RULES**(Restraint subscales)**

***Over the past four weeks have you tried to follow certain definite rules regarding your eating; for example, a calorie limit, pre-set quantities of food, or rules about what you should - or should not - eat, or when you should eat? What have you been trying to do?**

If answered negatively:

Have there been occasions when you have been aware that you may have broken a dietary rule that you have set for yourself?

Have these rules been designed to influence your shape or weight, or to avoid triggering an episode of overeating?

Have they been definite rules or general guidelines? Examples of definite rules would be "I must not eat eggs" or "I must not eat cake", whereas you could have the general guideline "I should try to eat healthy food".

[Dietary rules should be rated as present if the participant has been attempting to follow "definite" (i.e., specific) dietary rules regarding his or her food intake. The rules should be self-imposed, although originally they may have been prescribed (i.e., prescribed rules can be rated if they have been adopted by the participant). They should have concerned what the participant should have eaten or when eating should have taken place. They might consist of a calorie limit (e.g., below 1,200 kcals), not eating before a certain time of day, not eating specific foods (c.f., "Food avoidance") or not eating at all. They should have been specific rules and not general guidelines. If the participant is aware that he or she has occasionally broken a personal dietary rule, this indicates that one or more specific rules has been present. In such cases the interviewer should ask in detail about the transgression in an attempt to identify the underlying rule. The rules should have been intended to influence shape, weight or body composition, although this may not have been the sole or main reason.

Rate 0 if no dietary rule can be identified. If there has been more than one rule straddling different time periods within the four weeks, these periods should be combined to make the rating.]

0 - Has not attempted to obey such rules

1 - Attempted to obey such rules on 1 to 5 days

2 - Attempted to obey such rules on less than half the days (6 to 12 days)

3 - Attempted to obey such rules on half the days (13 to 15 days)

4 - Attempted to obey such rules on more than half the days (16 to 22 days)

5 - Attempted to obey such rules almost every day (23 to 27 days)

6 - Attempted to obey such rules every day

[]

Some people attempt to follow dietary rules for another reason - to give them a sense of being control - of being in control in general. Over the past four weeks has this applied to you?

[Rate again only taking this reason into account.]

[]

[Also rate number of days on which one or other, or both, of these reasons has applied.]

[]

PREOCCUPATION WITH FOOD, EATING, OR CALORIES

(Eating Concern subscale)

***Over the past four weeks have you spent much time between meals thinking about food, eating, or calories?.....**

***..... Has thinking about food, eating, or calories interfered with your ability to concentrate on things that you are actively engaged in, for example, working, following a conversation or reading? What has it affected?**

[This definition of preoccupation requires the presence of concentration impairment. Concentration is regarded as impaired if there have been *intrusive thoughts about food, eating, or calories which have interfered with activities one is actively engaged in* rather than one's mind simply drifting off the matter at hand. Rate the number of days on which this has happened, whether or not bulimic episodes occurred.]

0 - No concentration impairment

1 - Concentration impairment on 1 to 5 days

2 - Concentration impairment on less than half the days (6 to 12 days)

3 - Concentration impairment on half the days (13 to 15 days)

4 - Concentration impairment on more than half the days (16 to 22 days)

5 - Concentration impairment almost every day (23 to 27 days)

6 - Concentration impairment every day

[]

FEAR OF LOSING CONTROL OVER EATING

(Eating Concern subscale)

***Over the past four weeks have you been afraid of losing control over eating?**

[Rate the number of days on which a *definite fear* (common usage) of losing control over eating has been present, irrespective of whether the participant has felt he or she has been in control. "*Loss of control*" involves a sense that one will not be able to resist or stop eating. If the participant feels unable to answer this question because he or she has already totally lost control, rate 9.]

0 - No fear of losing control over eating

1 - Fear of losing control over eating present on 1 to 5 days

2 - Fear of losing control over eating present on less than half the days (6 to 12 days)

3 - Fear of losing control over eating present on half the days (13 to 15 days)

4 - Fear of losing control over eating present on more than half the days (16 to 22 days)

5 - Fear of losing control over eating present almost every day (23 to 27 days)

6 - Fear of losing control over eating present every day

[]

BULIMIC EPISODES AND OTHER EPISODES OF OVEREATING

(Diagnostic item)

Classificatory Scheme

[Four forms of episodic "overeating" are distinguished. The distinction is based upon the presence or absence of two characteristics:

- i) **loss of control** (required for both types of "bulimic episode")
- ii) **the consumption of what would generally be regarded as a "large" amount of food** (required for "objective bulimic episodes" and "objective overeating").

The classificatory scheme is summarised below.

	"Large" amount eaten (EDE definition)	Amount eaten not "large" but viewed by participant as excessive
"Loss of control" present	Objective bulimic episodes	Subjective bulimic episodes
No "loss of control"	Objective overeating	Subjective overeating

Guidelines for Proceeding Through the Overeating Section

The interviewer should ask about each form of overeating. It is important to note that *the four forms of overeating are not mutually exclusive*: it is possible for participants to have had several different forms within the time period being considered. With some participants it is helpful to explain the classificatory scheme.

There are five steps in making this series of ratings:

1. In general it is best to start by asking the asterisked questions to identify the various types of perceived or true overeating that have occurred over the previous 28 days.
2. Each form should be noted down on the blank section of the coding sheet.
3. Then, detailed information should be obtained about a *representative example* of each form of overeating to decide whether or not it involved eating a "large" amount of food and whether or not there was "loss of control" (as defined below).
4. The next task is to establish for each form of overeating the number of days on which it occurred and the total number of occasions. Where there is possibility of overlap (i.e., two types of episode may have occurred on the same day, this should be clarified since this will affect the "days" ratings).
5. Finally, check with the participant to ensure that no misunderstandings have arisen (e.g., that no types of episode have been omitted).

It is advisable to make comprehensive notes.

Definition of Key Terms

"Loss of control". The interviewer should ask the participant whether he or she experienced a

sense of loss of control over eating at any point in the episode. If this is clearly described, "Loss of control" should be rated as present. Similarly, if the participant describes having felt "driven" or "compelled" to eat, "Loss of control" should be rated as present.

If the participant reports having had no sense of loss of control yet describes having felt unable to stop eating once eating had started or having felt unable to prevent the episode from occurring, "Loss of control" should be rated as present. If participants report that they are no longer trying to control their eating because overeating is inevitable, "Loss of control" should once again be rated as present. Thus "Loss of control" may be rated positively even if the episode had been planned (i.e., the participant knew that he or she was going to overeat and had made provision for this).

The decision whether or not "loss of control" was present should be made by the interviewer; it does not require the agreement of the participant. If the interviewer remains in doubt, "Loss of control" should be rated as absent.

"Large amount of food". The decision whether or not the amount eaten was "large" should also be made by the interviewer; it does not require the agreement of the participant. The notion of "large" may refer to the amount of any particular type of food consumed or the overall quantity of food eaten. The amount should have been unequivocally large but it does not have to have been enormous. In deciding whether the amount was "large", *the interviewer must take into account what would be the usual amount eaten under the circumstances*. This requires some knowledge of the eating habits of the participant's general, but not necessarily immediate, social group (e.g., those of female students, women in their 50s) as well as circumstances that tend to influence eating (e.g., Thanksgiving Day, Christmas Day). What else was eaten during the day is not taken into account when making this rating, nor is the speed of eating or whether or not the participant subsequently spat out or vomited the food.

If the interviewer remains in doubt, the amount should not be classified as "large".

Interviewers should not share with the patient their view on the amount eaten and they should avoid using potentially emotive terms such as "binge" and "large".

The number of episodes of overeating. When calculating the number of episodes of overeating, the participant's definition of separate episodes should be accepted unless, within a period of eating, there was an hour or more when the participant was not eating. In this case the initial episode should be regarded as having been completed. An exception is if the episode was temporarily interrupted by an outside event and then restarted afterwards, and it was experienced as one single episode (somewhat like operating the pause button on a recorder). When estimating the length of any gap, do not count the time spent vomiting. *Note that "purging" (self-induced vomiting or laxative misuse) is not used to define the end of individual episodes of overeating.]*

QUESTIONS FOR IDENTIFYING BULIMIC EPISODES AND OTHER EPISODES OF OVEREATING

[See preceding section "Guidelines for Proceeding Through the Overeating Section". The asterisked questions should be asked in every case.]

Main Probe Questions (to get the overall picture)

***I would like to ask you about any episodes of overeating, or loss of control over eating, that you might have had over the past four weeks.**

***Different people mean different things by overeating. I would like you to describe any times when you have felt that you have eaten, or might have eaten, too much at one time.**

***And any times you have felt you have lost control over eating?**

Additional Probe Questions

***Have there been any times when you have felt that you have eaten too much, but others might not agree?**

***Have there been any times when you have felt that you have eaten an ordinary amount of food but others might have regarded you as having overeaten?**

[N.B. For subjective bulimic episodes to be eligible, they must have been viewed by the participant as having involved eating an excessive amount of food (i.e., they involved "overeating").]

Subsidiary Probe Questions (to classify any episodes of overeating)

To assess the amount of food eaten:

Typically what have you eaten at these times?

For subjective bulimic episodes (i.e., where the amount is not viewed by the interviewer as "large")

Did you view this amount as excessive?

To assess the social context:

What were the circumstances?

What were others eating at the time?

To assess "loss of control":

Did you have a sense of loss of control at the time?

Did you feel you could have stopped eating once you had started?

Did you feel you could you have prevented the episode from starting?

[For objective bulimic episodes, subjective bulimic episodes and episodes of objective overeating the following two ratings should be made:

- i) number of days (rate 00 if none)
- ii) number of episodes (rate 000 if none)

In general, it is best to calculate the number of days first and then the number of episodes. Rate 777 if the number of episodes is so great that their frequency cannot be calculated. Episodes of subjective overeating are not rated.]

Objective bulimic episodes

days [][]

episodes [][][]

Subjective bulimic episodes

days [][]

episodes [][][]

Episodes of objective overeating

days [][]

episodes [][][]

[Ask about each of the preceding two months referring back to the relevant dates and any events of note. For objective and subjective bulimic episodes, rate the number of episodes over the preceding two months and the number of days on which they occurred. Rate 0s if none and 9s if not asked.]

Objective bulimic episodes

days - month 2 [][]

month 3 [][]

episodes - month 2 [][][]

month 3 [][][]

Subjective bulimic episodes

days - month 2 [][]

month 3 [][]

episodes - month 2 [][][]

month 3 [][][]

[Also rate the longest continuous period in weeks free (not due to force of circumstances) from objective bulimic episodes over the past three months. Rate 99 if not applicable.]

[][]

DSM-IV "BINGE EATING DISORDER" MODULE

[Only enter this DSM-IV module if objective bulimic episodes have been present over the preceding 12 weeks. Use a respondent-based interviewing style, rather than the investigator-based style of the EDE.]

In line with the DSM-IV research criteria for “binge eating disorder”, a six-month assessment needs to be made of the number of *days* (NB: not episodes) on which objective bulimic episodes have occurred. Therefore, having focused initially on the preceding two 28-day months (months 2 and 3), the interviewer needs to move back to the three earlier 28-day months (months 4 to 6). To help patients recall this far back, they need to be told the specific dates in question. They also need help to recall the specific time period (along the lines specified earlier).]

***What about the three months prior to the three months that we have been talking about** (specify the beginning and end dates)?

..... **Did you have episodes like** (describe a representative objective bulimic episode)?

Did you have any other equivalent episodes (refer, if applicable, to other types of objective bulimic episode that the participant reported)?

Did they occur more or less often than in the past 28 days?

Let's estimate together, on average over the past six months (specify months), **how many days per week have you had episodes like** (refer to the representative objective bulimic episode)?

[Estimate the average number of days per week on which objective bulimic episodes have occurred over the past six months (i.e., rate between 0 and 7). Rate 9 if not asked.]

[]

Features Associated with Binge Eating

[Only rate these items if, on average over the past six months, there have been at least two days per week on which episodes of binge eating have occurred. Otherwise rate 9.]

During these episodes (refer to objective bulimic episodes that are representative of those over the past six months), **have you typically**

- ... **Eaten much more rapidly than normal?** []
- ... **Eaten until you have felt uncomfortably full?** []
- ... **Eaten large amounts of food when you haven't felt physically hungry?** []
- ... **Eaten alone because you have felt embarrassed about how much you were eating?** []

... Felt disgusted with yourself, depressed, or very guilty? []

[Rate each feature individually using the binary scheme below.]

0 - Feature not present

1 - Feature present

Distress about Binge Eating

In general, over the past six months how distressed or upset have you felt about these episodes (refer to objective bulimic episodes that are representative of those over the past six months)?

[Rate the presence of marked distress about the binge eating. This may stem from the actual behaviour itself or its potential effect on body shape and weight.]

0 – No marked distress

1 – Marked

[]

DIETARY RESTRICTION OUTSIDE BULIMIC EPISODES**(Diagnostic item)**

[RETURN TO THE THREE-MONTH TIME FRAME and EDE STYLE OF QUESTIONING. Only rate this item if there have been at least 24 objective bulimic episodes over the past three months.]

Outside the times when you have lost control over eating (refer to objective and subjective bulimic episodes), how much have you been actually restricting (limiting) the amount that you eat? What have you eaten on a typical day?

Has this been to influence your shape or weight?

[Ask about actual food intake outside the objective and subjective bulimic episodes. *Rate a typical day (whether or not it involves an episode of overeating).* The dietary restriction should have been intended to influence shape, weight or body composition, although this may not have been the sole or main reason. Rate each of the past three months separately. Rate 9 if not asked.]

- 0 - No extreme restriction outside objective and subjective bulimic episodes
- 1 - Extreme restriction outside objective and subjective bulimic episodes
(i.e., purposeful low energy intake (e.g., <1,200 kcals))
- 2 - No eating outside objective and subjective bulimic episodes (i.e., purposeful "fasting")

month 1 []

month 2 []

month 3 []

SOCIAL EATING (Eating Concern subscale)

***Outside the times when** (refer to any objective bulimic episodes and episodes of objective overeating), **over the past four weeks have you been concerned about other people seeing you eat?**

How concerned have you been? Has this concern led you to avoid such occasions? Could it have been worse?

[NB: This is the first severity item. Rate the degree of concern about eating normal or less than normal amounts of food in front of others. *Do not consider objective bulimic episodes or episodes of objective overeating.* Also, do not consider concern restricted to family members who are aware that the participant has an eating problem. On the other hand the concern can stem from idiosyncratic eating habits (e.g., very slow eating; eating fewer courses than others; eating different types of food) or allied behaviour such as indecision when ordering in a restaurant. One index of the severity of such concern is whether it has led to avoidance. In common with all severity items, the rating should generally represent the *mode for the entire month*. If the possibility of eating with others has not arisen, rate 9.]

0 - No concern about being seen eating by others and no avoidance of such occasions.

1 -

2 - Has felt slight concern at being seen eating by others

3 -

4 - Has felt definite concern at being seen eating by others

5 -

6 - Has felt extreme concern at being seen eating by others

[]

EATING IN SECRET**(Eating Concern subscale)**

***Outside the times when** (refer to any objective bulimic episodes and episodes of objective overeating), **over the past four weeks have you eaten in secret?**

[Rate the number of days on which there has been at least one episode of secret eating. *Do not consider objective bulimic episodes or episodes of objective overeating.* Secret eating refers to eating which is furtive and which the participant wishes to conceal because he or she does not want to be seen eating (i.e., it is not simply eating alone). Do not rate secrecy that stems from a desire not to be interrupted or a wish not to share food. Sensitivity about eating in front of others will have been rated under "Social eating" but it can result in eating in secret. If the possibility of eating with others has not arisen, rate 9.]

0 - Has not eaten in secret

1 - Has eaten in secret on 1 to 5 days

2 - Has eaten in secret on less than half the days (6 to 12 days)

3 - Has eaten in secret on half the days (13 to 15 days)

4 - Has eaten in secret on more than half the days (16 to 22 days)

5 - Has eaten in secret almost every day (23 to 27 days)

6 - Has eaten in secret every day

[]

GUILT ABOUT EATING**(Eating Concern subscale)**

***Outside the times when** (refer to any objective and subjective bulimic episodes), **over the past four weeks have you felt guilty after eating?**

Have you felt that you have done something wrong? Why?

On what proportion of the times that you have eaten have you felt guilty?

[NB: This rating is based on occasions. Rate the *proportion of times* that feelings of guilt have followed eating. *Do not consider objective or subjective bulimic episodes*, but do consider other episodes of overeating. These feelings of guilt should relate to the effects of eating on shape, weight or body composition. *Distinguish guilt from regret*: guilt refers to a feeling that one has done wrong.]

0 - No guilt after eating

1 -

2 - Has felt guilty after eating on less than half the *occasions*

3 -

4 - Has felt guilty after eating on more than half the *occasions*

5 -

6 - Has felt guilty after eating on every *occasion*

[]

SELF-INDUCED VOMITING (Diagnostic item)

***Over the past four weeks have you made yourself sick as a means of controlling your shape or weight?**

[Rate the number of discrete episodes of self-induced vomiting. If the participant denies that the vomiting is under his or her control, determine whether it has the characteristics that would be expected were it not self-induced (e.g., unpredictability, occurrence in public). If the available evidence suggests that the vomiting is under the participant's control (i.e., it is self-induced), then rate it as such. Accept the participant's definition of an episode. Rate 777 if the number of episodes is so great that it cannot be calculated. Rate 000 if no vomiting.]

[][]

Outside the times when (refer to objective and subjective bulimic episodes), over the past four weeks how many times have you made yourself sick as a means of controlling your shape or weight? ?

[Rate the number of episodes of "non-compensatory" self-induced vomiting. Accept the participant's definition of an episode. Rate 000 if no vomiting.]

[][]

[Ask about the preceding two months. Estimate the number of discrete episodes of self-induced vomiting over each of the two preceding months.]

month 2 [][]

month 3 [][]

[Ask about the three months prior to that (to make diagnoses of binge eating disorder). Estimate the number of discrete episodes of self-induced vomiting over these three months.]

months 4 to 6 [][]

LAXATIVE MISUSE (Diagnostic item)

***Over the past four weeks have you taken laxatives as a means of controlling your shape or weight?**

[Rate the number of episodes of laxative-taking as a means of controlling shape, weight or body composition. This should have been the *main* reason for the laxative-taking, although it may not have been the sole reason. Only rate the taking of substances with a true laxative effect. Rate 00 if there was no laxative use or there is doubt whether the laxative-taking was primarily to influence shape, weight or body composition.]

[][]

[Rate the average number of laxatives taken on each occasion. Rate 999 if not applicable. Rate 777 if not quantifiable, e.g., use of bran.]

[][]

[Note the type of laxative taken.]

Outside the times when (refer to objective and subjective bulimic episodes), over the past four weeks how many times have you taken laxatives as a means of controlling your shape or weight? ?

[Rate the number of episodes of “non-compensatory” laxative misuse. Accept the participant's definition of an episode. Rate 000 if no laxative misuse.]

[][]

[Ask about the preceding two months. Estimate the number of episodes of laxative misuse over each of the two preceding months.]

month 2 [][]

month 3 [][]

[Ask about the three months prior to that. Estimate the number of episodes of laxative misuse over these three months.]

months 4 to 6 [][]

DIURETIC MISUSE (Diagnostic item)

***Over the past four weeks have you taken diuretics as a means of controlling your shape or weight?**

[Rate the number of episodes of diuretic-taking as a means of controlling shape, weight or body composition. This should have been the *main* reason for the diuretic-taking, although it may not have been the sole reason. Only rate the taking of substances with a true diuretic effect. Rate 00 if there was no diuretic use or there is doubt whether the diuretic-taking was primarily to influence shape, weight or body composition.]

[][]

[Rate the average number of diuretic taken on each occasion. Rate 999 if not applicable.]

[][]

[Note the type of diuretic taken.]

Outside the times when (refer to objective and subjective bulimic episodes), over the past four weeks how many times have you taken diuretics as a means of controlling your shape or weight? ?

[Rate the number of episodes of “non-compensatory” diuretic misuse. Accept the participant's definition of an episode. Rate 000 if no diuretic misuse.]

[][]

[Ask about the preceding two months. Estimate the number of episodes of diuretic misuse over each of the two preceding months..]

month 2 [][]

month 3 [][]

[Ask about the three months prior to that. Estimate the number of episodes of diuretic misuse over these three months.]

months 4 to 6 [][]

DRIVEN EXERCISING (Diagnostic item)

***Over the past four weeks have you exercised as a means of controlling your weight, altering your shape or amount of fat, or burning off calories?**

***Have you felt driven or compelled to exercise?**

Typically, what form of exercise have you taken? How hard have you exercised? Have you pushed yourself?

Have you exercised even when it might interfere with other commitments or do you harm?

Have there been times when you have been unable to exercise for any reason? How has this made you feel?

[Rate the number of days on which the participant has engaged in "driven" exercising. Such exercising should have been intense in character and have had a "compulsive" quality to it. The participant may describe having felt compelled to exercise. Other indices of this compulsive quality are exercising to the extent that it significantly interferes with day-to-day functioning (e.g. such that it prevents attendance at social commitments or it intrudes on work or exercising when it might do one harm (e.g., when possibly injured). Another suggestive feature is having a strong negative reaction to being unable to exercise. Only rate driven exercising that was *predominantly* intended to use calories or change shape, weight, or body composition. Exercising that was exclusively intended to enhance health or fitness should not be rated. Rate 00 if no such driven exercising.]

[][]

[Rate the *average* amount of time (in minutes) per day spent exercising in this way. Only consider days on which the participant has exercised. Rate 999 if no such exercising.]

[][][]

[Ask about the preceding two months. Rate the number of days on which the participant has exercised in this manner over each of the two preceding months. If not asked, rate 99.]

month 2 [][]

month 3 [][]

OTHER EXTREME WEIGHT-CONTROL BEHAVIOUR

***Over the past four weeks have you done anything else to control your shape or weight?**

[Rate other noteworthy (i.e., potentially effective) dysfunctional forms of weight-control behaviour (e.g., spitting, insulin under-use, thyroid medication misuse). Rate number of days and nature of the behaviour. Rate 99 if no such behaviour.]

month 1 [] []

month 2 [] []

month 3 [] []

PERIODS OF ABSENCE OF EXTREME WEIGHT-CONTROL BEHAVIOUR

[Only ask this question if at least one of the five main methods of weight-control behaviour has been rated positively at the specified severity level over the past three months (see the section on "Eating disorder diagnoses"). The five forms of behaviour are as follows:

- fasting (rating of 1 or 2 on Dietary restriction outside bulimic episodes)
- self-induced vomiting (on average at least once a week)
- laxative misuse (on average at least once a week)
- diuretic misuse (on average at least once a week)
- driven exercise - ignore in this context]

Over the past three months has there been a period of two or more weeks when you have not

[Ask as for individual items. Ascertain the number of consecutive weeks over the past three months "free" (i.e., not above threshold levels) from all five forms of extreme weight-control behaviour. Do not rate abstinence due to force of circumstance. Rate 99 if not applicable.]

[] []

I am now going to ask you some questions about your shape and weight

DISSATISFACTION WITH WEIGHT

(Weight Concern subscale)

***Over the past four weeks have you been dissatisfied with your weight (..... the number on the scale)? What has this been like?**

Why have you been dissatisfied with your weight? Have you been so dissatisfied that it has made you unhappy? Could you have felt worse? How long has this feeling lasted?

[Only rate dissatisfaction due to weight being regarded as too high. Assess the participant's attitude to his or her weight and rate accordingly. In common with all severity items, the rating should generally represent the *mode for the entire month*. Only rate 4, 5 or 6, if there has been distress. Do not prompt with the terms "slight", "moderate" or "marked". This rating can be made with participants who do not know their exact weight. Only rate 9 with participants who are totally unaware of their weight.]

- 0 - No dissatisfaction
- 1 -
- 2 - Slight dissatisfaction (no associated distress)
- 3 -
- 4 - Moderate dissatisfaction (some associated distress)
- 5 -
- 6 - Marked dissatisfaction (extreme concern and distress; weight totally unacceptable) []

DESIRE TO LOSE WEIGHT

(Weight Concern subscale)

***Over the past four weeks have you wanted to weigh less (again I am referring to the number on the scale)?**

Have you had a strong desire to lose weight?

[Rate the number of days on which there has been a *strong desire* to lose weight. This rating can be made with participants who do not know their exact weight. Only rate 9 with participants who are totally unaware of their weight.]

- 0 - No strong desire to lose weight
- 1 - Strong desire on 1 to 5 days
- 2 - Strong desire on less than half the days (6 to 12 days)
- 3 - Strong desire on half the days (13 to 15 days)
- 4 - Strong desire on more than half the days (16 to 22 days)
- 5 - Strong desire almost every day (23 to 27 days)
- 6 - Strong desire every day []

DESIRED WEIGHT

***On average, over the past month what weight have you wanted to be?**

[Rate weight in kilograms. Rate 888 if the participant is not interested in his or her weight. Rate 777 if no specific weight would be low enough. Rate 666 if the participant is primarily interested in his or her shape but has some concern about weight (but not a specific weight). Rate 555 if cannot be rated.]

[][][]

WEIGHING

***Over the past four weeks how often have you weighed yourself?**

[Calculate the approximate frequency that the participant has weighed himself or herself. If the participant has not weighed himself or herself determine whether this is the result of avoidance. Rate 777 if it is due to avoidance.]

[][][]

REACTION TO PRESCRIBED WEIGHING

(Weight Concern subscale)

***Over the past four weeks how would you have felt if you had been asked to weigh yourself once each week for the subsequent four weeks just once a week; no more often and no less often?**

[Rate the strength of negative reaction to the prospect of having to weigh once weekly (no more often, no less often) over the subsequent four weeks. This assumes that the participant would thereby be made aware of his or her weight. Positive reactions should be rated 9. In common with all severity items, the rating should generally represent the *mode for the entire month*. Ask the participant to describe in detail how he or she would have reacted and rate accordingly. Check whether other aspects of the participant's life would have been influenced. Do not prompt with the terms "slight", "moderate" or "marked". If the participant would not have complied with such weighing because it would have been extremely disturbing, rate 6.]

0 - No reaction

1 -

2 - Slight reaction

3 -

4 - Moderate reaction (definite reaction, but manageable)

5 -

6 - Marked reaction (pronounced reaction which would affect other aspects of the participant's life)

[]

SENSITIVITY TO WEIGHT GAIN

***Over the past four weeks what amount of weight gain, over a period of one week, would have definitely upset you?**

[Ascertain what weight gain (from the participant's average weight over the past four weeks) would have led to a *marked negative reaction*. Check several numbers. Be particularly careful to code the number correctly. This should represent the average degree of sensitivity for the entire month.]

- 0 - 7 lb or 3.5 kg (or more) would have generated a marked negative reaction, or no amount of weight gain would generate this type of reaction
- 1 - 6 lb or 3 kg would have generated a marked negative reaction
- 2 - 5 lb or 2.5 kg would have generated a marked negative reaction
- 3 - 4 lb or 2 kg would have generated a marked negative reaction
- 4 - 3 lb or 1.5 kg would have generated a marked negative reaction
- 5 - 2 lb or 1 kg would have generated a marked negative reaction
- 6 - 1 lb or 0.5 kg (i.e., any weight gain) would have generated a marked negative reaction

[]

DISSATISFACTION WITH SHAPE

(Shape Concern subscale)

***Over the past four weeks have you been dissatisfied with your overall shape (your figure)? What has this been like?**

Why have you been dissatisfied with your shape? Have you been so dissatisfied that it has made you unhappy? Could you have felt worse? How long has this feeling lasted?

[Only rate dissatisfaction with overall shape or figure because it is viewed as too large. This dissatisfaction may include concerns about relative proportions of the body but not dissatisfaction restricted to specific body parts. Do not rate concerns about body tone. Assess the participant's attitude to his or her shape and rate accordingly. In common with all severity items, the rating should generally represent the *mode for the entire month*. Only rate 4, 5, or 6, if there has been associated distress. Do not prompt with the terms "slight", "moderate" or "marked". Reports of disgust or revulsion should be rated 6.]

- 0 - No dissatisfaction with shape
- 1 -
- 2 - Slight dissatisfaction with shape (no associated distress)
- 3 -
- 4 - Moderate dissatisfaction with shape (some associated distress)
- 5 -
- 6 - Marked dissatisfaction with shape (extreme concern and distress; shape totally unacceptable)

[]

PREOCCUPATION WITH SHAPE OR WEIGHT**(Shape and Weight Concern subscales)**

***Over the past four weeks have you spent much time thinking about your shape or weight?.....**

***..... Has thinking about your shape or weight interfered with your ability to concentrate on things that you are actively engaged in, for example, working, following a conversation or reading? What has it affected?**

[This definition of preoccupation requires concentration impairment. Concentration is regarded as impaired if there have been *intrusive thoughts about shape or weight which have interfered with activities one is actively engaged in* rather than one's mind simply drifting off the matter at hand. Rate the number of days on which this has happened, whether or not bulimic episodes occurred.]

0 - No concentration impairment

1 - Concentration impairment on 1 to 5 days

2 - Concentration impairment on less than half the days (6 to 12 days)

3 - Concentration impairment on half the days (13 to 15 days)

4 - Concentration impairment on more than half the days (16 to 22 days)

5 - Concentration impairment almost every day (23 to 27 days)

6 - Concentration impairment every day

[]

IMPORTANCE OF WEIGHT, SHAPE AND STRICT CONTROL OVER EATING
(Diagnostic items, Weight and Shape Concern subscales)

Weight

***I am now going to ask you a rather complex question - you may not have thought about this before. Over the past four weeks has your weight (the number on the scale) been important in influencing how you feel about (judge, think, evaluate) yourself as a person?**

.....*If you imagine the things which influence how you feel about (judge, think, evaluate) yourself - such as (your performance at work, being a parent, your marriage, how you get on with other people) - and put these things in order of importance, where does your weight fit in?

(If, over the past four weeks, your weight had changed in any way, would this have affected how you felt about yourself?)

(Over the past four weeks has it been important to you that your weight does not change? Have you been making sure that it does not change?)

Shape

***What about your shape? How has it compared in importance with your weight in influencing how you feel about yourself?**

[NB: Make all the unadjusted "shape" and "weight" ratings at this point.]

Strict Control over Eating

***What about maintaining strict control over your eating? How has it compared in importance with your weight and shape in influencing how you feel about yourself?**

[First gauge the degree of importance the participant has placed on body weight and its position in his or her scheme for self-evaluation. The rating can be made with participants who do not know their exact weight - the importance of their presumed weight can be rated. To make the rating, comparisons need to be made with other aspects of the participant's life which are of importance in his or her scheme for self-evaluation (e.g., quality of relationships, being a parent, performance at work or in leisure activities) including body shape and maintaining strict control over eating. In common with all severity items, the rating should generally represent the *mode for the entire month*.

The three "Importance" items can be difficult to rate. It is best to start by discussing weight and then address shape. At this point ratings of the importance of weight and shape should be made. Then, maintaining strict control over eating should be added to the equation and the importance of all three domains rated (i.e., importance of weight and shape are rated twice).

When starting with weight, it is recommended that the two mandatory probe questions be asked in tandem. Then the interviewer should help the participant formulate his or her answer. After that it is good practice to repeat the two probe questions to ensure that the participant has fully

grasped the concept that is being assessed. The questions in brackets should only be asked if the participant is denying that weight is important yet his or her behaviour suggests otherwise. Do not prompt with the terms "some", "moderate" or "supreme".]

0 - No importance

1 -

2 - Some importance (definitely an aspect of self-evaluation)

3 -

4 - Moderate importance (definitely one of the main aspects of self-evaluation)

5 -

6 - Supreme importance (nothing is more important in the participant's scheme for self-evaluation)

Weight (unadjusted rating) []

Shape (unadjusted rating) []

[Ask about each of the preceding two months. Rate 9 if not asked.]

Weight (unadjusted) month 2 []

Weight (unadjusted) month 3 []

Shape (unadjusted) month 2 []

Shape (unadjusted) month 3 []

Maintaining strict control over eating []

Weight (adjusted for strict control over eating) []

Shape (adjusted for strict control over eating) []

FEAR OF WEIGHT GAIN (Diagnostic item, Shape Concern subscale)

***Over the past four weeks have you been afraid that you might gain weight?**

[With participants who have recently gained weight the question may rephrased as "..... **have you been afraid that you might gain *more* weight**".]

How afraid have you been?

[Rate the number of days on which a definite fear (common usage) has been present. Exclude reactions to actual weight gain.]

0 - No definite fear of weight gain

1 - Definite fear of weight gain on 1 to 5 days

2 - Definite fear of weight gain on less than half the days (6 to 12 days)

3 - Definite fear of weight gain on half the days (13 to 15 days)

4 - Definite fear of weight gain on more than half the days (16 to 22 days)

5 - Definite fear of weight gain almost every day (23 to 27 days)

6 - Definite fear of weight gain every day

[]

[With participants whose weight might make them eligible for the diagnosis of anorexia nervosa, ask about each of the preceding two months. Rate 9 if not asked.]

month 2 []

month 3 []

DISCOMFORT SEEING BODY**(Shape Concern subscale)**

***Over the past four weeks have you felt uncomfortable seeing your body, for example, in the mirror, in shop window reflections, while undressing, or while taking a bath or shower?**

What have you felt like at these times? Could you have felt worse? Have you avoided seeing your body?

[Only rate discomfort about overall shape or figure because it is viewed as too large. The discomfort should not stem from sensitivity about specific aspects of appearance (e.g., acne) or from modesty. One index of the severity of such discomfort is whether it has led to avoidance (ask for examples, e.g., when washing). In common with all severity items, the rating should generally represent the *mode for the entire month*.]

0 - No discomfort about seeing body

1 -

2 - Some discomfort about seeing body

3 -

4 - Definite discomfort about seeing body

5 -

6 - Extreme discomfort about seeing body (e.g., viewed as loathsome)

[]

DISCOMFORT ABOUT EXPOSURE

(Shape Concern subscale)

***Over the past four weeks have you felt uncomfortable about others seeing your body, for example, in communal changing rooms, when swimming, or when wearing clothes that show your shape? What about your partner or friends seeing your body?**

What have you felt like at these times? Could you have felt worse?

Have you avoided others seeing your body? Have you chosen to wear clothes that disguise your shape?

[Only rate discomfort arising from concerns about overall shape or figure (because it is viewed as too large). Do not consider discomfort restricted to family members who are aware that the participant has an eating problem. The discomfort should not stem from sensitivity about specific aspects of appearance (e.g., acne) or from modesty. One index of the severity of such discomfort is whether it has led to avoidance (ask for examples, e.g., when dressing). If the possibility of exposure has not arisen, rate 9. In common with all severity items, the rating should generally represent the *mode for the entire month*.]

0 - No discomfort about seeing body

1 -

2 - Some discomfort about seeing body

3 -

4 - Definite discomfort about seeing body

5 -

6 - Extreme discomfort about seeing body

[]

FEELING FAT**(Diagnostic item, Shape Concern subscale)**

***Over the past four weeks have you “felt fat”?** [With participants who have already acknowledged such feelings, this question may need to be prefaced by an apology.]

[Rate the number of days on which the participant has "felt fat" in general (not with respect to a particular body part) accepting his or her use of this expression. Distinguish "feeling fat" from feeling bloated premenstrually, unless this is experienced as feeling fat.]

- 0 - Has not felt fat
 - 1 - Has felt fat on 1 to 5 days
 - 2 - Has felt fat on less than half the days (6 to 12 days)
 - 3 - Has felt fat on half the days (13 to 15 days)
 - 4 - Has felt fat on more than half the days (16 to 22 days)
 - 5 - Has felt fat almost every day (23 to 27 days)
 - 6 - Has felt fat every day []
-

[With participants whose weight might make them eligible for the diagnosis of anorexia nervosa, ask about each of the preceding two months. Rate 9 if not asked.]

month 2 []

month 3 []

REGIONAL FATNESS

***Over the past month have you felt that any particular part of your body is too fat?**

[Rate the number of days on which the participant has thought that one or more specific parts of his or her body are definitely too “fat”. This does not preclude also thinking that his or her entire body is too “fat”.]

- 0 - No regional fatness
- 1 - Regional fatness on 1 to 5 days
- 2 - Regional fatness on less than half the days (6 to 12 days)
- 3 - Regional fatness on half the days (13 to 15 days)
- 4 - Regional fatness on more than half the days (16 to 22 days)
- 5 - Regional fatness almost every day (23 to 27 days)
- 6 - Regional fatness every day []

VIGILANCE ABOUT SHAPE

***Over the past four weeks have you been actively monitoring your shape for example, by scrutinising yourself in the mirror, by measuring or pinching yourself, or by repeatedly checking that certain clothes fit?**

[Rate the number of days on which the participant has *actively monitored* his or her shape with the intention of detecting any changes. The participant should believe that the method used is capable of detecting change.]

- 0 - No vigilance
- 1 - Vigilance on 1 to 5 days
- 2 - Vigilance on less than half the days (6 to 12 days)
- 3 - Vigilance on half the days (13 to 15 days)
- 4 - Vigilance on more than half the days (16 to 22 days)
- 5 - Vigilance almost every day (23 to 27 days)
- 6 - Vigilance every day []

FLAT STOMACH

(Shape Concern subscale)

***Over the past four weeks have you had a definite desire to have a completely flat stomach?**

[Rate the number of days on which the participant has had a definite desire to have a flat or concave stomach. Demonstrate by holding a pen vertically. Participants who already have a flat stomach can be rated, whereas the desire to have a "flatter" (i.e., less protruding) stomach should not be rated.]

- 0 - No definite desire to have a flat stomach
- 1 - Definite desire to have a flat stomach on 1 to 5 days
- 2 - Definite desire to have a flat stomach on less than half the days (6 to 12 days)
- 3 - Definite desire to have a flat stomach on half the days (13 to 15 days)
- 4 - Definite desire to have a flat stomach on more than half the days (16 to 22 days)
- 5 - Definite desire to have a flat stomach almost every day (23 to 27 days)
- 6 - Definite desire to have a flat stomach every day []

BODY COMPOSITION

***Over the past four weeks have you thought about the actual composition of your body the percentage of fat as compared with muscle the way you are under the skin?**

How concerned have you been about the composition of your body?

[Rate the strength of the participant's concern about the proportion of fat in his or her body. *Do not rate concern about "being fat" or concerns about particular parts of the body.* Do not prompt with the terms 'slight', 'moderate' or 'marked'. In common with all severity items, the rating should generally represent the *mode for the entire month.*]

0 - No concern about body composition

1 -

2 - Slight concern about body composition (aware of the notion, but it is not of personal importance to the participant)

3 -

4 - Moderate concern about body composition (clearly interested in composition of body and regularly thinks about it)

5 -

6 - Marked concern about body composition (extreme interest in actual make-up of body and frequently thinks about it) []

WEIGHT AND HEIGHT

(Diagnostic item)

[The participant's weight and height should be measured.]

Weight in kg [][][]

Height in cm [][][]

MAINTAINED LOW WEIGHT (Diagnostic item)

[Rate for participants whose weight might make them eligible for the diagnosis of anorexia nervosa. If in doubt, make this rating.]

Over the past three months have you been trying to lose weight?

If no: **Have you been trying to make sure that you do not gain weight?**

[Rate presence of attempts either to lose weight or to avoid weight gain. Rate 9 if not asked.]

0 - No attempts either to lose weight or to avoid weight gain over the past three months

1 - Attempts either to lose weight or to avoid weight gain over the past three months for reasons concerning shape or weight

2 - Attempts either to lose weight or to avoid weight gain over the past three months for other reasons

[]

MENSTRUATION

(Diagnostic item)

***Have you missed any menstrual periods over the past few months?**

How many periods have you had?

***Are you taking an oral contraceptive (the "pill")?**

[With post-menarchal females, rate number of menstrual periods over the past three and six months. Rate 33 if the participant has never menstruated; rate 44 if she has been taking an oral contraceptive during the months in question; rate 55 if she has been pregnant or breast feeding; rate 66 if she is not menstruating because of a gynaecological procedure (e.g., a hysterectomy); rate 77 if she is clearly post-menopausal; and rate 88 if participant is male.]

months 0-3 [][]

months 0-6 [][]

END OF EDE SCHEDULE

DIFFERENCES BETWEEN EDE 16.0D AND EDE 12.0D

New Items in EDE-16.0D

Picking (nibbling)

Binge Eating Disorder module:

Average frequency (days per week) over past six months

Associated features

- eating more rapidly
- eating until full
- eating when not hungry
- eating alone
- feeling disgust

Distress about binge eating

Other extreme methods for controlling shape or weight

Weighing

Maintaining strict control over eating

Regional fatness

Vigilance about shape

Body composition

Modification to EDE-12.0D Items

Nocturnal eating

- level of alertness

Restraint over eating

- to give sense of control
- shape and weight/sense of control

Avoidance of eating

- to give sense of control
- shape and weight/sense of control

Empty stomach

- to give sense of control
- shape and weight/sense of control

Food avoidance

- to give sense of control
- shape and weight/sense of control

Dietary rules

- to give sense of control
- shape and weight/sense of control

Importance of Weight

- adjusted for control

Importance of Shape

- adjusted for control

Subjective bulimic episodes

- number of days in month 2
- number of days in month 3
- number of episodes in month 2

- number of episodes in month 3

Self-induced vomiting

- episodes independent of objective and subjective bulimic episodes
- number of episodes in months 4 to 6

Laxative misuse

- episodes independent of objective and subjective bulimic episodes
- number of episodes in months 4 to 6

Diuretic misuse

- episodes independent of objective and subjective bulimic episodes
- number of episodes in months 4 to 6

Items Dropped from EDE-12.0D

Self-induced vomiting, Laxative misuse and Diuretic misuse

- 4 weeks - number of days

Items Re-named in EDE-16.0D

‘Intense exercising to control shape and weight’ changed to ‘Driven exercising’

‘Avoidance of exposure’ changed to ‘Discomfort about exposure’

‘Feelings of fatness’ changed to ‘Feeling fat’

Change in Scoring

For severity items, ratings now based on mode over the previous 28 days rather than mean

Appendix I.1 - The EDE rating scheme

Severity ratings

- 0 - Absence of the feature
- 1 - Feature almost, but not quite absent
- 2 -
- 3 - Severity midway between 0 and 6
- 4 -
- 5 - Severity almost meriting a rating of 6
- 6 - Feature present to an extreme degree

Frequency ratings

- 0 - Absence of the feature
- 1 - Feature present on 1 to 5 days
- 2 - Feature present on 6 to 12 days
- 3 - Feature present on 13 to 15 days
- 4 - Feature present on 16 to 22 days
- 5 - Feature present almost every day (23 to 27 days)
- 6 - Feature present every day

Rate 8 if, despite adequate questioning, it is impossible to decide upon a rating. Experienced interviewers will find that they rarely need to use this rating. If it is difficult to choose between two ratings, the lower (i.e., less symptomatic) rating should be made.

Rate 9 for missing values (or "not applicable")

Appendix 1.2. EDE calendar.

CALENDAR

Month 2 from to

events

Month 3 from to

events

Months 4 – 6* from to

events

* This period is only of relevance if the DSM-IV research diagnostic criteria for binge eating disorder are being elicited. It is best to postpone focussing on months 4 to 6 until the beginning of the binge eating disorder module (see page ***)