



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΜΣ «ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Διερεύνηση της Σχέσης ανάμεσα στην Καταθλιπτική
Συμπτωματολογία και σε Ψυχοσωματικά Νοσήματα σε Διαιτώμενους
σε Διαιτολογικό Γραφείο

Πολυξένη Γαντζούδη

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σόφη Λεοντοπούλου

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή/φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



Διερεύνηση της Σχέσης ανάμεσα στην Καταθλιπτική
Συμπτωματολογία και σε Ψυχοσωματικά Νοσήματα σε Διαιτώμενους
σε Διαιτολογικό Γραφείο

Πολυξένη Γαντζούδη

Επιτροπή Κρίσης

Επιβλέπων Καθηγητής/Επιβλέπουσα
Καθηγήτρια:

Σόφη Λεοντοπούλου
Καθηγήτρια, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών,
Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Ιωάννης Πανταζόπουλος
Αναπληρωτής Καθηγητής, Σχολή Κοινωνικών
Επιστημών,
Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Πάτρα, Ιούνιος 2026

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία διερεύνησε τη βιωμένη σχέση ανάμεσα στη χαμηλή διάθεση/αυτοαναφερόμενη ψυχική επιβάρυνση και στην εμφάνιση ή/και επιδείνωση ψυχοσωματικών ή λειτουργικών συμπτωμάτων σε άτομα που παρακολουθούνταν διαιτολογικά. Κεντρικός στόχος ήταν να αποτυπωθεί όχι μόνο η συνύπαρξη ψυχικών και σωματικών εκδηλώσεων, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο οι ίδιοι/ες οι διαιτώμενοι/ες νοσηματοδότησαν αυτή τη σχέση στο πλαίσιο της καθημερινής τους ζωής. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις συνέπειες της ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης στην καθημερινή λειτουργικότητα, στη διατροφική συμπεριφορά, στην όρεξη, στις διατροφικές επιλογές και στη συμμόρφωση σε διαιτολογικές συστάσεις.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας υιοθετήθηκε ποιοτικός ερευνητικός σχεδιασμός με ημι-δομημένες ατομικές συνεντεύξεις. Το δείγμα αποτέλεσαν δεκαέξι (16) ενήλικοι/ες διαιτώμενοι/ες, εκ των οποίων δεκατέσσερις (14) γυναίκες και δύο (2) άνδρες. Οι συμμετέχοντες/ουσες παρακολουθούνταν ή αναζητούσαν διαιτολογική φροντίδα και ανέφεραν ψυχοσωματικά, λειτουργικά ή γαστρεντερικά συμπτώματα, καθώς και μορφές ψυχικής επιβάρυνσης, όπως χαμηλή διάθεση, άγχος, κόπωση, διαταραχές ύπνου ή δυσκολία διατήρησης σταθερών καθημερινών ρουτινών. Από τις συνεντεύξεις, οκτώ (8) ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν, ενώ οκτώ (8) δεν ηχογραφήθηκαν, καθώς οι συμμετέχοντες/ουσες δεν συναίνεσαν στην ηχογράφιση· στις περιπτώσεις αυτές, οι απαντήσεις καταγράφηκαν γραπτώς κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Η διαφοροποίηση αυτή ελήφθη υπόψη κατά την ανάλυση και την ερμηνεία των δεδομένων, χωρίς να αναιρεί τον ποιοτικό χαρακτήρα του σχεδιασμού. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με θεματική ανάλυση, με στόχο την ανάδειξη επαναλαμβανόμενων μοτίβων νοήματος γύρω από τη σχέση διάθεσης, σωματικών συμπτωμάτων και διατροφικής αυτοδιαχείρισης.

Τα ευρήματα ανέδειξαν ότι η χαμηλή διάθεση και το άγχος βιώθηκαν συχνά με έντονο σωματικό αποτόπωμα, κυρίως μέσω γαστρεντερικής δυσφορίας, φουσκώματος, πόνου, διαταραχών ύπνου, κόπωσης και μειωμένης ενεργητικότητας. Παράλληλα, η σχέση διάθεσης και σωματικών συμπτωμάτων περιγράφηκε ως αμφίδρομη και κυκλική: η ψυχική επιβάρυνση φάνηκε να εντείνει τη σωματική δυσφορία, ενώ τα σωματικά συμπτώματα επιβάρυναν περαιτέρω τη διάθεση, την καθημερινή λειτουργικότητα και την αίσθηση ελέγχου. Ο κύκλος αυτός επεκτάθηκε και στη διατροφική πορεία των συμμετεχόντων/ουσών, καθώς συνδέθηκε με αστάθεια γευμάτων, δυσκολία συμμόρφωσης, μεταβολές στην όρεξη, παρορμητική κατανάλωση τροφής, ενοχές, αρνητική εικόνα σώματος και, σε ορισμένες περιπτώσεις, υπερφαγικά ή βουλιμικού τύπου επεισόδια.

Συμπερασματικά, η μελέτη ανέδειξε ότι η διαιτολογική φροντίδα ατόμων με ψυχοσωματικά ή λειτουργικά προβλήματα χρειάστηκε να προσεγγιστεί ως πεδίο στο οποίο συναντώνται η σωματική δυσφορία, η ψυχική επιβάρυνση και η καθημερινή αυτοδιαχείριση. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η διάθεση, ο ύπνος, η κόπωση, το άγχος, η εικόνα σώματος και η δυνατότητα διατήρησης καθημερινών ρουτινών επηρέασαν ουσιαστικά τη διατροφική πορεία των συμμετεχόντων/ουσών. Παράλληλα, υποστήριξαν την ανάγκη για ευέλικτη, εξατομικευμένη και μη επικριτική διαιτολογική υποστήριξη, καθώς και για διεπιστημονική συνεργασία όπου αυτό κρίθηκε απαραίτητο.

Λέξεις-κλειδιά: καταθλιπτική συμπτωματολογία, ψυχοσωματικά συμπτώματα, διαιτολογική φροντίδα, διατροφική απορρύθμιση, εικόνα σώματος, θεματική ανάλυση.

«Investigation of the relationship between depressive symptomatology and psychosomatic disorders in individuals receiving dietetic follow-up.»

«Polyxeni Gantzoudi»

ABSTRACT

This study investigated the lived relationship between low mood/self-reported psychological burden and the onset and/or exacerbation of psychosomatic or functional symptoms among individuals receiving dietetic follow-up. The central aim was not only to capture the co-occurrence of psychological and physical manifestations, but also to explore how diet clients themselves made sense of this relationship in the context of their everyday lives. Particular emphasis was placed on the consequences of psychological and bodily burden for daily functioning, eating behaviour, appetite, food choices, and adherence to dietetic recommendations.

A qualitative research design was adopted, using semi-structured individual interviews. The sample consisted of sixteen (16) adult diet clients, including fourteen (14) women and two (2) men. Participants were either receiving or seeking dietetic care and reported psychosomatic, functional, or gastrointestinal symptoms, as well as forms of psychological burden such as low mood, anxiety, fatigue, sleep disturbances, or difficulty maintaining stable daily routines. Of the interviews, eight (8) were audio-recorded and transcribed, while eight (8) were not audio-recorded, as participants did not consent to recording. In these cases, participants' responses were recorded in written form during the interview. This methodological differentiation was taken into account during data analysis and interpretation, without undermining the qualitative nature of the research design. The data were

analysed using thematic analysis, with the aim of identifying recurring patterns of meaning concerning the relationship between mood, bodily symptoms, and dietary self-management.

The findings showed that low mood and anxiety were often experienced through a clear bodily imprint, mainly in the form of gastrointestinal discomfort, bloating, pain, sleep disturbances, fatigue, and reduced energy. At the same time, the relationship between mood and bodily symptoms was described as bidirectional and cyclical: psychological burden appeared to intensify physical discomfort, while bodily symptoms further burdened mood, daily functioning, and the sense of control. This cycle also extended to participants' dietary pathway, as it was associated with irregular meals, difficulty adhering to dietetic recommendations, changes in appetite, impulsive food consumption, guilt, negative body image, and, in some cases, binge-eating or bulimic-type episodes.

In conclusion, the study highlighted that dietetic care for individuals with psychosomatic or functional problems needs to be approached as a field in which bodily discomfort, psychological burden, and everyday self-management intersect. The findings showed that mood, sleep, fatigue, anxiety, body image, and the ability to maintain daily routines substantially affected participants' dietary trajectories. They also supported the need for flexible, individualized, and non-judgmental dietetic support, as well as interdisciplinary collaboration where appropriate.

Keywords: depressive symptomatology, psychosomatic symptoms, dietetic care, eating dysregulation, body image, thematic analysis

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iv
ABSTRACT.....	vi
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ	1
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	2
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	7
2.1 Έννοιες-κλειδιά και κλινικό πλαίσιο της μελέτης	7
2.2 Κατάθλιψη και σωματική παρουσίαση: Από την πρώτη επαφή στην υπο-αναγνώριση	11
2.3 Ψυχοσωματικά/λειτουργικά σύνδρομα και συννοσηρότητα με κατάθλιψη	13
2.4 Αμφίδρομη σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων: ερμηνευτικοί μηχανισμοί και «φαύλος κύκλος».....	15
2.5 Διατροφή και κατάθλιψη στο διαιτολογικό πλαίσιο: όρεξη, επιλογές, προσκόλληση και κλινική υποστήριξη.....	18
2.6 Σύνθεση θεωρητικού πλαισίου και εννοιολογικό μοντέλο της μελέτης.....	21
2.7 Συνθετική κριτική προσέγγιση της βιβλιογραφίας.....	22
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	25
3.1 Σκοπός της ποιοτικής διερεύνησης, ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητικός σχεδιασμός.....	25
3.2 Πληθυσμός, δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων	29
3.2.1 Πληθυσμός-στόχος και πλαίσιο διεξαγωγής	29
3.2.2 Στρατηγική δειγματοληψίας και κριτήρια συμμετοχής.....	29
3.2.3 Περιγραφή δείγματος	30
3.2.4 Διαδικασία διεξαγωγής και διαχείριση δεδομένων.....	33
3.3 Διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων και διασφάλιση ποιότητας	34
3.3.1 Προετοιμασία υλικού και εξοικείωση με τα δεδομένα	34
3.3.2 Κωδικοποίηση (coding).....	35
3.4 Ηθικές-δεοντολογικές προβλέψεις.....	35
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	38
4.1 Συν-εμφάνιση χαμηλής διάθεσης/καταθλιπτικής επιβάρυνσης και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων.....	38
4.2 Μηχανισμοί και «γέφυρες» που συνδέουν την ψυχική επιβάρυνση με τη σωματική δυσφορία.....	41
4.3 Ο αμφίδρομος κύκλος και οι συνέπειες στην καθημερινότητα και στη διατροφική πορεία.....	45

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	50
5.1 Ερμηνεία των ευρημάτων σε σχέση με τον σκοπό, τα ερευνητικά ερωτήματα και τη βιβλιογραφία	50
5.1.1 Συν-εμφάνιση ψυχικής επιβάρυνσης και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων	50
5.1.2 Μηχανισμοί σύνδεσης ψυχικής επιβάρυνσης και σωματικής δυσφορίας	54
5.1.3 Ο αμφίδρομος κύκλος διάθεσης, σώματος και διατροφικής πορείας	58
5.2 Πρακτικές προεκτάσεις για τη διαιτολογική υποστήριξη	63
5.3 Συνεισφορά και περιορισμοί της μελέτης. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	66
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72
ΠαράρτημαΑ: «ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ»	76
Παράρτημα Β: «ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ»	80

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ANS (Autonomic Nervous System): Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα

BMI (Body Mass Index) / ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

CNS (Central Nervous System): Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research): Κριτήρια
αναφοράς/παρουσίασης ποιοτικής έρευνας

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.): Διαγνωστικό και Στατιστικό
Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (5η έκδοση)

GI (Gastrointestinal): Γαστρεντερικό (σύστημα/συμπτώματα)

HPA axis (Hypothalamic–Pituitary–Adrenal axis): Άξονας Υποθαλάμου–Υπόφυσης–Επινεφριδίων

IBS (Irritable Bowel Syndrome): Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου

ICD (International Classification of Diseases): Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων

LDL (Low-Density Lipoprotein): Λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας (χοληστερόλη LDL)

PubMed: Βάση δεδομένων βιοϊατρικής βιβλιογραφίας (National Library of Medicine)

QoL (Quality of Life): Ποιότητα Ζωής

SSD Διαταραχή Σωματικών Συμπτωμάτων / Somatic Symptom Disorder.

TA (Thematic Analysis): Θεματική Ανάλυση (ποιοτική μέθοδος ανάλυσης δεδομένων)

TG (Triglycerides): Τριγλυκερίδια

25(OH)D: 25-υδροξυβιταμίνη D (βασικός δείκτης βιταμίνης D)

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	31
Πίνακας 2 Κύρια κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος	32

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ψυχοσωματικά και λειτουργικά νοσήματα αποτελούν πεδίο υψηλού κλινικού και ερευνητικού ενδιαφέροντος, καθώς βρίσκονται στο σημείο τομής ανάμεσα στη σωματική συμπτωματολογία, την ψυχική επιβάρυνση και την καθημερινή λειτουργικότητα. Στο πεδίο αυτό εντάσσονται, μεταξύ άλλων, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η λειτουργική δυσπεψία, η ινομυαλγία και η διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων. Οι καταστάσεις αυτές συχνά χαρακτηρίζονται από επίμονα ή υποτροπιάζοντα συμπτώματα, διακυμάνσεις στην ένταση των ενοχλήσεων και σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής, ενώ δεν μπορούν πάντοτε να ερμηνευθούν επαρκώς μέσα από ένα αποκλειστικά βιοϊατρικό σχήμα (Henningsen et al., 2003· Henningsen et al., 2007). Ειδικά στα λειτουργικά γαστρεντερικά σύνδρομα, η σύγχρονη βιβλιογραφία έχει απομακρυνθεί από την απλή περιγραφή τους ως «ιατρικώς ανεξήγητων» ενοχλήσεων και τα προσεγγίζει ως διαταραχές αλληλεπίδρασης εντέρου–εγκεφάλου, στις οποίες εμπλέκονται παράγοντες όπως η σπλαχνική ευαισθησία, η κινητικότητα, η ανοσολογική λειτουργία, η μικροβιακή ισορροπία και η κεντρική επεξεργασία των σωματικών ερεθισμάτων (Drossman, 2016· Drossman & Hasler, 2016).

Η βιοψυχοκοινωνική αυτή προσέγγιση είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι επιτρέπει να κατανοηθεί γιατί τα σωματικά συμπτώματα συχνά συνυπάρχουν με άγχος, χαμηλή διάθεση ή ευρύτερη ψυχική επιβάρυνση. Η μετα-αναλυτική τεκμηρίωση έχει δείξει ότι τα ιατρικώς ανεξήγητα ή λειτουργικά σωματικά συμπτώματα παρουσιάζουν σταθερή συσχέτιση με την κατάθλιψη και το άγχος, τόσο σε σύγκριση με υγιείς ομάδες όσο και σε σχέση με ομάδες οργανικά νοσούντων (Henningsen et al., 2003). Παράλληλα, η διαχείριση των λειτουργικών σωματικών συνδρόμων απαιτεί συχνά συνδυασμό σωματικής, ψυχολογικής και συμπεριφορικής προσέγγισης, καθώς η ένταση και η επιμονή των συμπτωμάτων δεν εξαρτώνται μόνο από οργανικούς μηχανισμούς, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει, ερμηνεύει και διαχειρίζεται τη δυσφορία του (Henningsen et al., 2007). Επομένως, η ψυχική διάσταση δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ως δευτερεύον ή εξωτερικό στοιχείο, αλλά ως βασικό μέρος της συνολικής εμπειρίας του συμπτώματος.

Η σχέση αυτή γίνεται ακόμη πιο σύνθετη όταν εξετάζεται στο πλαίσιο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η κατάθλιψη δεν εκδηλώνεται πάντοτε ως σαφές ψυχικό αίτημα, αλλά συχνά εμφανίζεται μέσα από σωματικά παράπονα, όπως πόνο, κόπωση, διαταραχές ύπνου ή γαστρεντερική δυσφορία. Οι Tylee και Gandhi (2005) επισημαίνουν ότι στην πρωτοβάθμια φροντίδα τα σωματικά συμπτώματα συχνά κυριαρχούν στην κλινική εικόνα της κατάθλιψης, γεγονός που μπορεί να δυσχεράνει την έγκαιρη αναγνώρισή της. Η παρατήρηση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία για την παρούσα μελέτη, διότι οι διαιτώμενοι που προσέρχονται σε ένα διαιτολογικό πλαίσιο συνήθως

διατυπώνουν αρχικά ένα αίτημα που αφορά το σώμα, το βάρος, τη διατροφή ή τα γαστρεντερικά συμπτώματα, χωρίς να αναδεικνύεται πάντοτε άμεσα η ψυχική επιβάρυνση που μπορεί να συνυπάρχει.

Στα λειτουργικά γαστρεντερικά σύνδρομα, και ειδικότερα στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η συννοσηρότητα με άγχος και κατάθλιψη έχει τεκμηριωθεί επανειλημμένα. Η μετα-ανάλυση των Lee et al. (2017) έδειξε ότι οι ασθενείς με IBS εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με υγιείς ομάδες αναφοράς, ενώ οι Zamani et al. (2019) ανέδειξαν υψηλή συχνότητα συνύπαρξης άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον ίδιο πληθυσμό. Επιπλέον, οι Hu et al. (2021) έδειξαν ότι η ψυχολογική επιβάρυνση μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με τον υπότυπο του IBS, στοιχείο που υπογραμμίζει ότι η εμπειρία των ασθενών δεν είναι ενιαία ή ομοιογενής. Αντίστοιχα, στη χρόνια επώδυνη συμπτωματολογία και στην ινομυαλγία, η συνύπαρξη κατάθλιψης και άγχους εμφανίζεται συχνή, ενισχύοντας την ανάγκη να λαμβάνεται συστηματικά υπόψη η ψυχική επιβάρυνση σε άτομα που βιώνουν χρόνιο ή λειτουργικό σωματικό πόνο (Løge-Hagen et al., 2019· Aaron et al., 2025).

Η σημασία της σχέσης αυτής δεν περιορίζεται μόνο στη διάγνωση ή στην αναγνώριση της ψυχικής επιβάρυνσης, αλλά επεκτείνεται και στη συνολική υγεία. Η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο δυσμενών σωματικών εκβάσεων, όπως η στεφανιαία νόσος και γενικότερα τα καρδιαγγειακά νοσήματα, γεγονός που ενισχύει την ανάγκη να μην αντιμετωπίζεται η ψυχική επιβάρυνση ως αποκλειστικά «ψυχολογικό» φαινόμενο χωρίς σωματικές προεκτάσεις (Gan et al., 2014· Krittanawong et al., 2023). Αντίστοιχα, οι σύγχρονες προσεγγίσεις για τη σχέση κατάθλιψης και φλεγμονής υποστηρίζουν ότι οι ανοσολογικοί, φλεγμονώδεις και συμπεριφορικοί μηχανισμοί μπορεί να εμπλέκονται αμφίδρομα στη σχέση ψυχικής και σωματικής υγείας (Berk et al., 2013· Beurel et al., 2020). Με αυτόν τον τρόπο, η σωματική παρουσίαση της καταθλιπτικής επιβάρυνσης και η ψυχική επιβάρυνση που συνοδεύει τα λειτουργικά συμπτώματα συγκλίνουν σε ένα κοινό ερευνητικό πρόβλημα: την ανάγκη κατανόησης του σώματος και της διάθεσης ως αλληλένδετων διαστάσεων της εμπειρίας του ατόμου.

Στο πεδίο της Διαιτολογίας, η παραπάνω συζήτηση αποκτά ειδικό βάρος. Τα άτομα με ψυχοσωματικά ή λειτουργικά προβλήματα συχνά αναζητούν διαιτολογική φροντίδα είτε για τη διαχείριση γαστρεντερικών συμπτωμάτων είτε για τη ρύθμιση του σωματικού βάρους και τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών τους. Ωστόσο, η επιτυχία της διαιτολογικής παρακολούθησης δεν εξαρτάται μόνο από την ποιότητα ή την ακρίβεια ενός διατροφικού πλάνου. Η χαμηλή διάθεση,

το άγχος, η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου και η μειωμένη ενεργητικότητα μπορούν να επηρεάσουν την όρεξη, την επιλογή τροφίμων, τη σταθερότητα των γευμάτων και τη συμμόρφωση στις διαιτολογικές συστάσεις. Αντίστροφα, η σωματική δυσφορία μπορεί να επιδεινώσει τη διάθεση, να περιορίσει την καθημερινή λειτουργικότητα και να μειώσει την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί σταθερές ρουτίνες αυτοφροντίδας.

Η σχέση αυτή αποκτά πρόσθετο ενδιαφέρον υπό το πρίσμα της βιβλιογραφίας για τη διατροφή και την ψυχική υγεία. Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση έδειξε ότι υγιεινότερα διατροφικά πρότυπα συνδέονται με χαμηλότερο κίνδυνο δυσμενών καταθλιπτικών εκβάσεων (Lassale et al., 2019), ενώ η τυχαιοποιημένη δοκιμή SMILES ανέδειξε ότι μια οργανωμένη παρέμβαση βελτίωσης της διατροφής μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά στη μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ενήλικες με μείζονα κατάθλιψη (Jacka et al., 2017). Τα δεδομένα αυτά δεν επιτρέπουν απλουστευτικές αιτιώδεις ερμηνείες ούτε υποκαθιστούν την ανάγκη ψυχιατρικής ή ψυχολογικής φροντίδας όπου αυτή απαιτείται. Ωστόσο, δείχνουν ότι η διαιτολογική φροντίδα μπορεί να ενταχθεί σε ένα ευρύτερο πλαίσιο υποστήριξης της ψυχικής και σωματικής υγείας, ιδίως όταν το άτομο βιώνει παράλληλα σωματική δυσφορία και καταθλιπτική επιβάρυνση.

Σε αυτό το πλαίσιο, η έννοια της ευημερίας βοηθά να αποφευχθεί μια στενά συμπτωματοκεντρική προσέγγιση. Η υγεία δεν αφορά μόνο τη μείωση των συμπτωμάτων, αλλά και τη δυνατότητα του ατόμου να λειτουργεί, να προσαρμόζεται, να διατηρεί καθημερινές ρουτίνες και να βιώνει ένα στοιχειώδες αίσθημα ελέγχου και συνοχής. Η ελληνική βιβλιογραφία για την ψυχική ευημερία έχει αναδείξει τη σημασία πολυδιάστατων προσεγγίσεων, οι οποίες εξετάζουν όχι μόνο την ψυχοπαθολογία, αλλά και θετικές πλευρές της λειτουργικότητας και της προσωπικής ανάπτυξης (Leontopoulou, 2020). Αν και η παρούσα εργασία δεν έχει ως αντικείμενο τη θετική ψυχολογία, η αναφορά αυτή είναι χρήσιμη, διότι ενισχύει την ανάγκη να προσεγγίζεται ο/η διαιτώμενος/η ως πρόσωπο με πολλαπλές ανάγκες και όχι αποκλειστικά ως φορέας συμπτωμάτων ή διατροφικών δυσκολιών.

Παρά τη σημαντική βιβλιογραφική τεκμηρίωση, η υπάρχουσα έρευνα προσεγγίζει τη σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ψυχοσωματικών/λειτουργικών συμπτωμάτων κυρίως μέσα από ποσοτικούς δείκτες, όπως επιδημιολογικές μελέτες, κλίμακες συμπτωμάτων, μετα-αναλύσεις και συσχετίσεις μεταβλητών. Η προσέγγιση αυτή είναι αναγκαία, διότι τεκμηριώνει την έκταση και τη συχνότητα της συνύπαρξης σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων. Ωστόσο, δεν επαρκεί για να απαντήσει στο πώς τα ίδια τα άτομα κατανοούν και νοσηματοδοτούν αυτή τη σχέση στην

καθημερινότητά τους. Ειδικά στο διαιτολογικό πλαίσιο, παραμένει σημαντικό να διερευνηθεί πώς οι διαιτώμενοι περιγράφουν τη σύνδεση ανάμεσα στη διάθεση και στα σωματικά συμπτώματα, πώς αντιλαμβάνονται τον ρόλο του άγχους, της κόπωσης και του ύπνου, και πώς όλα αυτά επηρεάζουν την όρεξη, τις επιλογές τροφίμων, τη συμμόρφωση και την εμπειρία της διαιτολογικής παρακολούθησης.

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Έννοιες-κλειδιά και κλινικό πλαίσιο της μελέτης

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία συνιστά πεδίο μείζονος κλινικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος, όχι μόνο λόγω της επίδρασής της στη διάθεση, στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής, αλλά και επειδή στην καθημερινή φροντίδα υγείας συχνά εκφράζεται μέσα από σωματικά συμπτώματα. Η κατάθλιψη δεν εμφανίζεται πάντοτε με άμεση αναφορά σε ψυχική δυσφορία, ανηδονία ή επίμονη δυσθυμία. Αντίθετα, ιδίως σε πλαίσια πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν κυρίως κόπωση, διάχυτους πόνους, διαταραχές ύπνου ή γαστρεντερική δυσφορία, ενώ τα συναισθηματικά και γνωστικά στοιχεία της κατάθλιψης να παραμένουν λιγότερο εμφανή ή να μην εκφράζονται αυθόρμητα (Tylee & Gandhi, 2005). Η σωματική αυτή παρουσίαση έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς συνδέεται με δυσκολότερη αναγνώριση της καταθλιπτικής επιβάρυνσης, μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας και αυξημένο φορτίο νόσου (Tylee & Gandhi, 2005).

Η σημασία του ζητήματος επιβεβαιώνεται και από ελληνικά πληθυσμιακά δεδομένα. Στοπλαίσιο του Hellenic National Nutrition and Health Survey, οι Michas et al. (2021) ανέδειξαν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ενηλίκων στην Ελλάδα συνδέεται με κοινωνικοδημογραφικούς και lifestyle παράγοντες, όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, οι οικονομικές δυσκολίες, το κάπνισμα, η σωματική δραστηριότητα και συνολικότερα οι καθημερινές συνθήκες ζωής. Τα δεδομένα αυτά είναι χρήσιμα για την παρούσα εργασία, διότι δείχνουν ότι η καταθλιπτική επιβάρυνση στον ελληνικό πληθυσμό δεν μπορεί να απομονωθεί από το κοινωνικό και συμπεριφορικό πλαίσιο μέσα στο οποίο βιώνεται. Επομένως, η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη διάθεση, στο σώμα και στη διατροφική αυτοδιαχείριση αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε ένα πλαίσιο όπου οι συνήθειες υγείας, η καθημερινή λειτουργικότητα και οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες αλληλεπιδρούν.

Στο ίδιο εννοιολογικό πεδίο εντάσσεται η συζήτηση για τα «ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα», τα «λειτουργικά σωματικά σύνδρομα» και τις «διαταραχές σωματικών συμπτωμάτων». Οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία για να περιγράψουν σωματικές ενοχλήσεις που είναι επίμονες, επηρεάζουν ουσιαστικά τη λειτουργικότητα και δεν ερμηνεύονται πάντοτε πλήρως από οργανικά ευρήματα ή από μια στενά βιοϊατρική εξήγηση (Henningsen et al., 2003· Henningsen et al., 2007). Η σημασία τους για την παρούσα εργασία έγκειται στο ότι μετατοπίζουν το ενδιαφέρον από το ερώτημα αν το σύμπτωμα είναι «οργανικό» ή «ψυχολογικό»

προς μια πιο σύνθετη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το σώμα, η διάθεση, το άγχος, η λειτουργικότητα και οι συμπεριφορές υγείας αλληλεπιδρούν στην καθημερινή ζωή του ατόμου.

Η μετα-αναλυτική τεκμηρίωση υποστηρίζει ότι τα ιατρικώς ανεξήγητα ή λειτουργικά σωματικά συμπτώματα παρουσιάζουν σταθερή συνοσηρότητα με άγχος και κατάθλιψη, τόσο σε σχέση με υγιείς ομάδες όσο και σε σύγκριση με ομάδες οργανικά νοσούντων (Henningsen et al., 2003). Το εύρημα αυτό είναι κρίσιμο, διότι δείχνει ότι η ψυχική επιβάρυνση δεν αποτελεί απλώς δευτερογενή αντίδραση σε ένα σωματικό πρόβλημα, αλλά συχνά συνιστά οργανικό μέρος της συνολικής εμπειρίας της δυσφορίας. Αντίστοιχα, η διαχείριση των λειτουργικών σωματικών συνδρόμων έχει προσεγγιστεί μέσα από βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα, τα οποία αναγνωρίζουν ότι η ένταση και η χρονιότητα των συμπτωμάτων επηρεάζονται από σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, καθώς και από τις στρατηγικές αυτοδιαχείρισης του ατόμου (Henningsen et al., 2007).

Στα λειτουργικά γαστρεντερικά σύνδρομα, η παραπάνω σύνδεση έχει αναπτυχθεί ακόμη περισσότερο μέσα από την έννοια των διαταραχών αλληλεπίδρασης εντέρου–εγκεφάλου. Η σύγχρονη βιβλιογραφία για τα λειτουργικά γαστρεντερικά προβλήματα, όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και η λειτουργική δυσπεψία, υποστηρίζει ότι τα συμπτώματα σχετίζονται με σύνθετους μηχανισμούς που περιλαμβάνουν τη σπλαχνική υπερευαισθησία, την κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, τη μικροβιακή ισορροπία, την ανοσολογική λειτουργία και την κεντρική επεξεργασία των σωματικών σημάτων (Drossman, 2016· Drossman & Hasler, 2016). Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την παρούσα μελέτη, διότι επιτρέπει να κατανοηθεί γιατί η γαστρεντερική δυσφορία μπορεί να συνδέεται με τη διάθεση, το άγχος, την κόπωση και τις καθημερινές συμπεριφορές φροντίδας.

Στον ελληνικό χώρο, τα λειτουργικά γαστρεντερικά συμπτώματα έχουν επίσης μελετηθεί σε επιδημιολογικό επίπεδο. Οι Papatheodoridis και Karamanolis (2005), σε μελέτη στον ελληνικό αστικό πληθυσμό, έδειξαν ότι τα ανώτερα και κατώτερα γαστρεντερικά συμπτώματα είναι συχνά και επηρεάζουν την καθημερινή δραστηριότητα των συμμετεχόντων. Αντίστοιχα, οι Katsinelos et al. (2009), σε μελέτη στη Βόρεια Ελλάδα, ανέδειξαν ότι το IBS εμφανίζει σχετικά υψηλό επιπολασμό, επηρεάζει την ποιότητα ζωής και συνδέεται με συμπεριφορές αναζήτησης ιατρικής φροντίδας. Οι ελληνικές αυτές μελέτες ενισχύουν την ανάγκη να μην αντιμετωπίζονται τα γαστρεντερικά/λειτουργικά συμπτώματα ως μεμονωμένα οργανικά ενοχλήματα, αλλά ως καταστάσεις με σημαντικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και στην καθημερινή εμπειρία του ατόμου.

Για την παρούσα εργασία, κρίσιμη έννοια αποτελεί επίσης το «φορτίο σωματικών συμπτωμάτων» (somatic symptom burden). Ο όρος αναφέρεται στη συνολική βαρύτητα, συχνότητα και λειτουργική επίπτωση των σωματικών ενοχλήσεων, όπως αυτές βιώνονται υποκειμενικά από το άτομο. Η έννοια αυτή είναι σημαντική, διότι μετακινεί την προσοχή από τη μεμονωμένη διάγνωση προς το συνολικό αποτύπωμα των συμπτωμάτων στην καθημερινότητα. Το PHQ-15 έχει τεκμηριωθεί ως σύντομο εργαλείο αξιολόγησης της βαρύτητας σωματικών συμπτωμάτων και έχει χρησιμοποιηθεί για την αποτίμηση της σχέσης ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα, τη λειτουργικότητα και τη χρήση υπηρεσιών υγείας (Kroenke et al., 2002). Αντίστοιχα, το SSS-8 έχει περιγραφεί ως σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο του φορτίου σωματικών συμπτωμάτων, με κατηγορίες βαρύτητας που διευκολύνουν την κλινική ερμηνεία και τη σύγκριση μεταξύ περιπτώσεων (Gierk et al., 2014).

Το κλινικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης αφορά ενήλικες με ψυχοσωματικά ή λειτουργικά προβλήματα, όπως σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, λειτουργική δυσπεψία, ινομυαλγία ή διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, οι οποίοι παρακολουθούνται ή αναζητούν διαιτολογική φροντίδα. Η επιλογή αυτού του πληθυσμού δεν είναι τυχαία. Από τη μία πλευρά, οι συγκεκριμένες καταστάσεις συχνά συνοδεύονται από αυξημένο φορτίο συμπτωμάτων, κόπωση, άγχος και περιορισμό της καθημερινής λειτουργικότητας (Henningsen et al., 2003· Henningsen et al., 2007). Από την άλλη πλευρά, η διαιτολογική παρακολούθηση αποτελεί πλαίσιο στο οποίο το άτομο καλείται να εφαρμόσει συστάσεις, να οργανώσει γεύματα, να τροποποιήσει συνήθειες και να διατηρήσει συμπεριφορές αυτοφροντίδας, δηλαδή διαδικασίες που μπορούν να επηρεαστούν άμεσα από τη διάθεση, την ενεργητικότητα και τη σωματική δυσφορία.

Η διεθνής τεκμηρίωση είναι ιδιαίτερα σαφής ως προς τη σύνδεση του IBS με την ψυχική επιβάρυνση. Μετα-αναλυτικά δεδομένα δείχνουν ότι τα άτομα με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με υγιείς ομάδες αναφοράς (Lee et al., 2017), ενώ η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Zamani et al. (2019) ανέδειξε υψηλή συχνότητα συνύπαρξης άγχους και κατάθλιψης στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Επιπλέον, η ανάλυση διαφορετικών υποτύπων IBS δείχνει ότι η ψυχική επιβάρυνση μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με το κλινικό προφίλ του ασθενούς, γεγονός που ενισχύει την ανάγκη να αποφεύγονται γενικεύσεις και να λαμβάνεται υπόψη η ιδιαίτερη βιωμένη εμπειρία κάθε ατόμου (Hu et al., 2021).

Η ανάγκη αυτή ενισχύεται και από πρόσφατα ελληνικά δεδομένα του Hellenic National Nutrition and Health Survey. Οι Smiliotopoulos et al. (2023) έδειξαν ότι τα λειτουργικά γαστρεντερικά συμπτώματα και το IBS εμφανίζονται σε σημαντικό ποσοστό ενηλίκων στην Ελλάδα, ενώ

σχετίζονται με διατροφικούς παράγοντες, με την προσκόλληση στη Μεσογειακή διαίτα και με παραμέτρους όπως το στρες, ο ύπνος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για την παρούσα εργασία, επειδή συνδέει άμεσα το ελληνικό διαιτητικό και κοινωνικοϋγειονομικό πλαίσιο με τις μεταβλητές που διερευνώνται εδώ: τη σωματική δυσφορία, τη διάθεση, τη διατροφική συμπεριφορά και την αυτοδιαχείριση.

Αντίστοιχα, στην ινομυαλγία και στις χρόνιες επώδυνες καταστάσεις, η συνύπαρξη κατάθλιψης και άγχους έχει τεκμηριωθεί ως σημαντική κλινική παράμετρος. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Løge-Hagen et al. (2019) ανέδειξε υψηλή συχνότητα καταθλιπτικής διαταραχής σε άτομα με ινομυαλγία, ενώ πρόσφατα μετα-αναλυτικά δεδομένα για τον χρόνιο πόνο δείχνουν ότι τα επίπεδα κλινικά σημαντικής κατάθλιψης και άγχους είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε αυτούς τους πληθυσμούς (Aaron et al., 2025). Η τεκμηρίωση αυτή είναι σημαντική για τη συγκεκριμένη εργασία, επειδή αναδεικνύει ότι τα ψυχοσωματικά και λειτουργικά προβλήματα δεν μπορούν να εξετάζονται αποκομμένα από την ψυχική κατάσταση του ατόμου και από τις συνέπειες που αυτή έχει στην καθημερινή του λειτουργικότητα.

Σε επίπεδο ερμηνευτικών μηχανισμών, η σχέση ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης έχει συνδεθεί και με τη φλεγμονή, το στρες και τις συμπεριφορές υγείας. Η σύγχρονη βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη και η φλεγμονή συνδέονται αμφίδρομα, καθώς φλεγμονώδεις διεργασίες μπορεί να επηρεάζουν μηχανισμούς ρύθμισης της διάθεσης, ενώ η ίδια η καταθλιπτική κατάσταση μπορεί να σχετίζεται με συμπεριφορές και βιολογικές διεργασίες που ενισχύουν τη φλεγμονώδη επιβάρυνση (Berk et al., 2013· Beurel et al., 2020). Παρότι η παρούσα μελέτη δεν εξετάζει βιοδείκτες ή βιολογικούς μηχανισμούς, η αναφορά αυτή συμβάλλει στη θεωρητική κατανόηση της αμφίδρομης σχέσης ανάμεσα στη διάθεση και στο σώμα.

Η έννοια της ψυχικής ευημερίας είναι επίσης χρήσιμη για την παρούσα μελέτη, καθώς επιτρέπει να προσεγγιστεί η εμπειρία των διαιτώμενων όχι μόνο μέσα από το πρίσμα της συμπτωματολογίας, αλλά και μέσα από τη λειτουργικότητα, την ανθεκτικότητα και την ικανότητα διατήρησης καθημερινών ρουτινών. Στον ελληνικό επιστημονικό χώρο, επιστημονικές διεργασίες έχουν αναδείξει τη σημασία πολυδιάστατων προσεγγίσεων της ευημερίας, της ψυχικής ανθεκτικότητας και των παρεμβάσεων θετικής ψυχολογίας, κυρίως σε πληθυσμούς αναδυόμενων ενηλίκων (Leontopoulou, 2015· Leontopoulou, 2020· Leontopoulou, 2023). Αν και οι μελέτες αυτές δεν αφορούν ειδικά διαιτολογικά πλαίσια ή ψυχοσωματικά νοσήματα, προσφέρουν χρήσιμη εγχώρια τεκμηρίωση για τη σημασία της

ψυχικής λειτουργικότητας, της ευημερίας και της ανθεκτικότητας ως παραμέτρων που μπορούν να επηρεάσουν την καθημερινή προσαρμογή του ατόμου.

Τέλος, η βιβλιογραφία της διατροφικής ψυχιατρικής προσθέτει μια ακόμη διάσταση στο κλινικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης. Σε επίπεδο παρατήρησης, τα υγιεινότερα διατροφικά πρότυπα έχουν συσχετισθεί με χαμηλότερο κίνδυνο δυσμενών καταθλιπτικών εκβάσεων (Lassale et al., 2019), ενώ σε παρεμβατικό επίπεδο έχει τεκμηριωθεί ότι η οργανωμένη βελτίωση της διατροφής μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά στη μείωση συμπτωμάτων σε ενήλικες με μείζονα κατάθλιψη (Jacka et al., 2017). Στο ελληνικό πλαίσιο, τα δεδομένα του HNNHS δείχνουν ότι η διατροφή, η Μεσογειακή διαίτα, τα λειτουργικά γαστρεντερικά συμπτώματα και τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονται με τρόπους που καθιστούν αναγκαία την περαιτέρω διερεύνηση της καθημερινής εμπειρίας των διαιτώμενων (Michas et al., 2021· Smiliotopoulos et al., 2023). Η τεκμηρίωση αυτή δεν υποδηλώνει ότι η διατροφή αποτελεί αυτόνομη θεραπευτική απάντηση στην κατάθλιψη, αλλά αναδεικνύει ότι η διαιτολογική φροντίδα μπορεί να συνδεθεί με ευρύτερες διαδικασίες ψυχικής και σωματικής αυτοδιαχείρισης.

2.2 Κατάθλιψη και σωματική παρουσίαση: Από την πρώτη επαφή στην υπο-αναγνώριση

Στην κλινική πράξη, η κατάθλιψη δεν εκδηλώνεται πάντοτε ως «καθαρά ψυχικό» αίτημα. Αντίθετα, ειδικά στην πρώτη επαφή με επαγγελματίες υγείας, η αναφορά σωματικών ενοχλημάτων μπορεί να προηγείται ή να κυριαρχεί έναντι των ψυχολογικών συμπτωμάτων. Η σύνθεση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας δείχνει ότι περίπου τα δύο τρίτα των ασθενών με κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα προσέρχονται με σωματικά συμπτώματα, γεγονός που καθιστά τη διάγνωση δυσκολότερη και συχνά καθυστερημένη (Tylee & Gandhi, 2005). Στο ίδιο σώμα τεκμηριώσης υπογραμμίζεται ότι, όταν τα σωματικά συμπτώματα κυριαρχούν, οι ασθενείς τείνουν να βιώνουν αυξημένο «φορτίο νόσου», να χρησιμοποιούν πιο συχνά υπηρεσίες υγείας και να εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στην αποτελεσματική αντιμετώπιση, στοιχείο που αναδεικνύει τη σημασία του τρόπου με τον οποίο τίθεται το αρχικό αίτημα (Tylee & Gandhi, 2005).

Η «σωματική παρουσίαση» της κατάθλιψης αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα όταν το αρχικό αίτημα εντάσσεται σε πλαίσια που παραδοσιακά θεωρούνται «σωματικά», όπως ένα γαστρεντερολογικό ή ένα διαιτολογικό πλαίσιο. Στις συνθήκες αυτές, συμπτώματα όπως πόνος, κόπωση, διαταραχές ύπνου ή γαστρεντερική δυσφορία μπορεί να λειτουργούν ως κεντρικές αφηγήσεις του προβλήματος, ενώ η

δυσθυμία ή η ανηδονία να μη λεκτικοποιούνται άμεσα. Στην ανασκόπηση των Tylee και Gandhi (2005) επισημαίνεται ότι η συζήτηση ψυχολογικών συμπτωμάτων στη συνέντευξη μπορεί να παρεμποδίζεται τόσο από παράγοντες του ασθενούς (π.χ. προσδοκίες από τη «σωματική» επίσκεψη) όσο και από παράγοντες του επαγγελματία υγείας (π.χ. δομή του χρόνου της επίσκεψης), κάτι που συμβάλλει στην υπο-αναγνώριση της κατάθλιψης, ιδιαίτερα όταν το αίτημα εκκινεί από σωματικές ενοχλήσεις (Tylee & Gandhi, 2005).

Σε αυτό το σημείο, η βιβλιογραφία για τα «ιατρικώς ανεξήγητα» ή λειτουργικά σωματικά συμπτώματα προσφέρει ένα κρίσιμο ερμηνευτικό υπόβαθρο. Η μετα-αναλυτική ανασκόπηση των Henningsen, Zimmermann και Sattel (2003) ανέδειξε με συστηματικό τρόπο ότι τα ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα παρουσιάζουν ισχυρή συσχέτιση με άγχος και κατάθλιψη, σε συγκρίσεις τόσο με υγιείς ομάδες όσο και με ομάδες οργανικά νοσούντων (Henningsen et al., 2003). Η σημασία αυτού του ευρήματος για την παρούσα μελέτη είναι διπλή: αφενός, καθιστά ερευνητικά εύλογο ότι σε άτομα με χρόνιες/λειτουργικές ενοχλήσεις η καταθλιπτική επιβάρυνση μπορεί να «αρθρώνεται» πρωτίστως μέσω του σώματος· αφετέρου, τεκμηριώνει ότι η αποκλειστικά βιοϊατρική ερμηνεία του συμπτώματος ενδέχεται να είναι ανεπαρκής, όταν δεν λαμβάνεται υπόψη η ψυχική συννοσηρότητα (Henningsen et al., 2003).

Συναφώς, η αποτίμηση του «φορτίου σωματικών συμπτωμάτων» με τυποποιημένα εργαλεία προτείνεται ως πρακτικός τρόπος να αναδεικνύεται η βαρύτητα της σωματικής εμπειρίας και οι λειτουργικές της συνέπειες, χωρίς να απαιτείται εκτεταμένη κλινική διερεύνηση σε πρώτο χρόνο. Στο PHQ-15, οι Kroenke, Spitzer και Williams (2002) έδειξαν ότι όσο αυξάνει η σοβαρότητα των σωματικών συμπτωμάτων, παρατηρείται σαφής βαθμιδωτή μείωση στη λειτουργική κατάσταση και παράλληλη αύξηση δεικτών όπως οι ημέρες ασθενείας και η χρήση υπηρεσιών υγείας· επιπλέον, πρότειναν ενδεικτικά σημεία αποκοπής (5, 10 και 15) για χαμηλή, μέτρια και υψηλή σοβαρότητα σωματικών συμπτωμάτων (Kroenke et al., 2002). Αντίστοιχα, το SSS-8 έχει τεκμηριωθεί ως σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο του φορτίου σωματικών συμπτωμάτων, με κατηγορίες σοβαρότητας που διευκολύνουν την κλινική ερμηνεία και επιτρέπουν γρήγορη αποτύπωση της έντασης του σωματικού βιώματος (Gierk et al., 2014). Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, η χρησιμότητα τέτοιων εργαλείων δεν συνίσταται στο να «αντικαθιστούν» την κλινική κρίση, αλλά στο να υποστηρίζουν τη συστηματικότερη χαρτογράφηση ενός αιτήματος που συχνά εισέρχεται ως καθαρά σωματικό, ενώ μπορεί να συνυφάνεται με καταθλιπτική επιβάρυνση (Kroenke et al., 2002; Gierk et al., 2014).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η κλινική σημασία της υπο-αναγνώρισης δεν αφορά μόνο την ψυχική δυσφορία καθεαυτή, αλλά και τη συνολική υγεία. Στην μετα-ανάλυση προοπτικών μελετών κοορτής των Gan και συνεργατών (2014), η κατάθλιψη συσχετίστηκε ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και εμφράγματος του μυοκαρδίου, εύρημα που ενισχύει τη θέση ότι η έγκαιρη αναγνώριση και κατανόηση της καταθλιπτικής επιβάρυνσης έχει ευρύτερες προεκτάσεις στην πρόληψη και στη διαχείριση χρόνιων καταστάσεων (Gan et al., 2014). Με αυτή την έννοια, η «σωματική γλώσσα» της κατάθλιψης στην πρώτη επαφή—ιδίως σε περιβάλλοντα όπως το διαιτολογικό ιατρείο—δεν αποτελεί δευτερεύον φαινόμενο, αλλά κρίσιμο σημείο εκκίνησης για να αποτυπωθεί ολιστικά το πρόβλημα και να ερμηνευθούν στη συνέχεια οι σχέσεις ανάμεσα στη διάθεση, στα ψυχοσωματικά συμπτώματα και στις καθημερινές πρακτικές αυτοδιαχείρισης.

2.3 Ψυχοσωματικά/λειτουργικά σύνδρομα και συννοσηρότητα με κατάθλιψη

Η έννοια των ψυχοσωματικών ή/και λειτουργικών σωματικών συνδρόμων αποτελεί βασικό κόμβο για την παρούσα μελέτη, διότι οργανώνει θεωρητικά την παρατήρηση ότι ένα σημαντικό μέρος των χρόνιων σωματικών ενοχλήσεων δεν εξαντλείται στην οργανική διάσταση, αλλά συνυφαίνεται με ψυχική επιβάρυνση και με λειτουργικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα. Η μετα-αναλυτική ανασκόπηση των Henningsen, Zimmermann και Sattel (2003) προσφέρει ισχυρή τεκμηρίωση ότι τα «ιατρικώς ανεξήγητα» σωματικά συμπτώματα και τα συναφή λειτουργικά σύνδρομα συνδέονται συστηματικά με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, σε συγκρίσεις με ομάδες αναφοράς. Το συγκεκριμένο εύρημα δεν λειτουργεί απλώς ως γενική διαπίστωση, αλλά ως ερμηνευτική βάση: εφόσον η συννοσηρότητα είναι σταθερή, τότε η κλινική εικόνα των λειτουργικών/ψυχοσωματικών προβλημάτων είναι εύλογο να περιλαμβάνει, σε μη αμελητέο βαθμό, καταθλιπτική συμπτωματολογία—η οποία ενδέχεται να εκφράζεται έμμεσα, μέσω του σωματικού βιώματος ή μέσω περιορισμών στη λειτουργικότητα (Henningsen et al., 2003).

Στο πεδίο των λειτουργικών γαστρεντερικών διαταραχών, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) έχει αναδειχθεί ως ιδιαίτερα χαρακτηριστική περίπτωση όπου η ψυχολογική επιβάρυνση συνδέεται στενά με το σωματικό σύμπτωμα. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Lee και συνεργατών (2017) τεκμηριώνει ότι τα άτομα με IBS εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με υγιείς ομάδες, υποστηρίζοντας την κεντρική θέση ότι η εμπειρία του IBS δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς χωρίς να ληφθεί υπόψη η ψυχική διάσταση (Lee et al., 2017). Συμπληρωματικά, η μετα-ανάλυση των Zamani και συνεργατών (2019) ενισχύει την εικόνα

αυξημένης ψυχολογικής συννοσηρότητας στο IBS, παρέχοντας ποσοτική σύνθεση για την παρουσία άγχους και κατάθλιψης στον συγκεκριμένο πληθυσμό (Zamani et al., 2019). Με δεδομένο ότι οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας αντλούνται από πλαίσιο διαιτολογικής παρακολούθησης, τα παραπάνω ευρήματα έχουν ιδιαίτερη σημασία: η διαιτολογική φροντίδα στο IBS δεν αφορά μόνο επιλογές τροφίμων ή διαχείριση ενοχλήσεων, αλλά εντάσσεται σε ένα ευρύτερο βίωμα στο οποίο η διάθεση και το άγχος μπορούν να λειτουργούν ως παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την ένταση των συμπτωμάτων όσο και τις καθημερινές πρακτικές αυτοδιαχείρισης (Lee et al., 2017; Zamani et al., 2019).

Ένα επιπλέον στοιχείο που είναι κρίσιμο για την ερευνητική λογική της εργασίας είναι η ετερογένεια στο εσωτερικό της ίδιας διάγνωσης. Το IBS δεν αποτελεί ενιαία κλινική οντότητα ως προς το προφίλ συμπτωμάτων, και η βιβλιογραφία έχει επιχειρήσει να αποτυπώσει εάν/πώς διαφοροποιείται η ψυχολογική επιβάρυνση ανά υποτύπο. Στο πλαίσιο αυτό, η network meta-analysis των Hu και συνεργατών (2021) εξετάζει συγκριτικά τους υποτύπους IBS σε σχέση με δείκτες άγχους και κατάθλιψης, υποδεικνύοντας ότι οι ψυχολογικές παράμετροι δεν κατανέμονται κατ' ανάγκην ομοιόμορφα μεταξύ υποτύπων (Hu et al., 2021). Για την παρούσα μελέτη, η σημασία της συγκεκριμένης συμβολής δεν είναι να «ιεραρχήσει» υποτύπους, αλλά να στηρίξει θεωρητικά το ερευνητικό ενδιαφέρον για το πώς τα κλινικά χαρακτηριστικά (π.χ. μορφή/ένταση ενοχλήσεων) μπορούν να συνδέονται με διαφορετικές εμπειρίες διάθεσης και διαφορετικά μοτίβα διατροφικής συμπεριφοράς (Hu et al., 2021).

Πέρα από τις γαστρεντερικές λειτουργικές καταστάσεις, ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα δεύτερο πεδίο υψηλής συνάφειας με το θέμα της εργασίας, ακριβώς επειδή επηρεάζει άμεσα τη λειτουργικότητα, την καθημερινή ρουτίνα και κατ' επέκταση την αυτοφροντίδα. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Aaron και συνεργατών (2025) συγκεντρώνει δεδομένα για την ψυχιατρική συννοσηρότητα σε χρόνιες επώδυνες καταστάσεις και καταδεικνύει υψηλή συχνότητα κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε αυτόν τον πληθυσμό, με ιδιαίτερα αυξημένες τιμές σε υποομάδες όπως η ινώδης μυαλγία (Aaron et al., 2025). Το εύρημα είναι μεθοδολογικά χρήσιμο για τη δική σας έρευνα με δύο τρόπους: πρώτον, ενισχύει την τεκμηρίωση ότι σε πληθυσμούς χρόνιου πόνου είναι αναμενόμενο να συνυπάρχει καταθλιπτική επιβάρυνση· δεύτερον, δικαιολογεί γιατί η διερεύνηση της σχέσης διάθεσης-σωματικών συμπτωμάτων και της επίδρασής τους σε καθημερινές πρακτικές (όπως η τήρηση διατροφικών οδηγιών) έχει κλινική και εφαρμοσμένη αξία (Aaron et al., 2025).

Στο σημείο αυτό, η βιβλιογραφία για το «φορτίο σωματικών συμπτωμάτων» λειτουργεί ως εννοιολογική γέφυρα που επιτρέπει να συνδεθούν οι διαφορετικές κλινικές ομάδες (IBS, χρόνιος πόνος, λειτουργικά συμπτώματα) κάτω από ένα κοινό ερμηνευτικό πρίσμα: ανεξάρτητα από τη διάγνωση, το υποκειμενικό βάρος των συμπτωμάτων μπορεί να είναι υψηλό, να σχετίζεται με περιορισμούς ρόλων/δραστηριοτήτων και να συνδέεται με ψυχική δυσφορία. Το PHQ-15 έχει παρουσιαστεί ως σύντομο μέτρο που αποτυπώνει τη βαρύτητα σωματικών συμπτωμάτων και συσχετίζεται με λειτουργική έκπτωση και χρήση υπηρεσιών υγείας (Kroenke et al., 2002). Αντίστοιχα, το SSS-8 έχει τεκμηριωθεί ως σύντομο και αξιόπιστο εργαλείο για την αποτίμηση της ένταξης του σωματικού συμπτωματολογικού φορτίου (Gierk et al., 2014). Η ένταξη τέτοιων εννοιολογικών εργαλείων στο θεωρητικό πλαίσιο είναι σημαντική όχι ως «ποσοτική απόδειξη» σε μια ποιοτική μελέτη, αλλά ως τρόπος να καταδειχθεί ότι το σωματικό βίωμα μπορεί να περιγραφεί συστηματικά και ότι η βαρύτητά του συνδέεται με ευρύτερες συνέπειες άρα αποτελεί εύλογο σημείο σύνδεσης με την καταθλιπτική επιβάρυνση που διερευνά η παρούσα εργασία (Kroenke et al., 2002; Gierk et al., 2014).

Η συνολική εικόνα που προκύπτει από το σύνολο των παραπάνω πηγών είναι ότι η συννοσηρότητα κατάθλιψης με ψυχοσωματικά/λειτουργικά σωματικά προβλήματα δεν αποτελεί περιθωριακό εύρημα, αλλά επαναλαμβανόμενο μοτίβο σε διαφορετικά κλινικά πεδία. Στον γενικότερο άξονα των «ιατρικώς ανεξήγητων» συμπτωμάτων, η μετα-ανάλυση των Henningsen et al. (2003) τεκμηριώνει τη σταθερότητα της συσχέτισης· στο IBS, οι Lee et al. (2017) και Zamani et al. (2019) υποστηρίζουν την ύπαρξη αυξημένης ψυχολογικής επιβάρυνσης· και στον χρόνιο πόνο, οι Aaron et al. (2025) δείχνουν υψηλή συχνότητα κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων κατάθλιψης/άγχους, με έντονες εκδηλώσεις σε ειδικές υποομάδες. Η ύπαρξη, επιπλέον, ενδείξεων ετερογένειας εντός της ίδιας διάγνωσης (όπως υποδηλώνεται για τους υποτύπους IBS) ενισχύει την ανάγκη η παρούσα μελέτη να εστιάσει στη βιωμένη εμπειρία και όχι μόνο σε γενικούς μέσους όρους (Hu et al., 2021).

2.4 Αμφίδρομη σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων: ερμηνευτικοί μηχανισμοί και «φαύλος κύκλος»

Η συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με ψυχοσωματικά/λειτουργικά σωματικά συμπτώματα δεν αποτυπώνει απλώς μια «παράλληλη» παρουσία δύο προβλημάτων, αλλά συχνά παραπέμπει σε μια δυναμική και αμφίδρομη αλληλεπίδραση. Στην κλινική πράξη, η κατάθλιψη συχνά δεν εμφανίζεται πρωτίστως ως ψυχολογικό αίτημα, αλλά ως σύνολο σωματικών ενοχλημάτων (π.χ. άλγη, κόπωση), τα οποία τείνουν να κυριαρχούν ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα,

δυσχεραίνοντας την έγκαιρη αναγνώριση και την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση (Tylee & Gandhi, 2005). Παράλληλα, η μετα-αναλυτική τεκμηρίωση για τα «ιατρικώς ανεξήγητα συμπτώματα» δείχνει σταθερή συσχέτιση με άγχος και κατάθλιψη, υποστηρίζοντας ότι ο ψυχικός παράγοντας συνδέεται με τον τρόπο βίωσης, ερμηνείας και επιμονής των σωματικών ενοχλημάτων (Henningesen et al., 2003).

Σε επίπεδο ερμηνευτικών μηχανισμών, η σύγχρονη βιβλιογραφία προκρίνει τη φλεγμονή και τη δυσρύθμιση του ανοσοποιητικού ως κεντρικούς υποψήφιους «διαμεσολαβητές» της αμφίδρομης σχέσης. Η ανασκόπηση των Beurel, Toups και Nemeroff (2020) συνοψίζει ότι σε καταθλιπτικούς ασθενείς παρατηρείται δυσρύθμιση τόσο της έμφυτης όσο και της επίκτητης ανοσίας, η οποία συνδέεται με δυσμενέστερη πρόγνωση και ασθενέστερη ανταπόκριση στη θεραπεία. Οι συγγραφείς τονίζουν επίσης την ετερογένεια: δεν εμφανίζουν όλοι οι ασθενείς το ίδιο «φλεγμονώδες προφίλ», γεγονός που επιβάλλει προσεκτική ερμηνεία της σχέσης κατάθλιψης–φλεγμονής (Beurel et al., 2020). Στο ίδιο πλαίσιο, η φλεγμονή περιγράφεται ως «τροποποιητής νόσου» που μπορεί να ενισχύει την ευαλωτότητα στην κατάθλιψη, ενώ η στόχευσή της ενδέχεται να έχει θεραπευτικό όφελος ακόμη κι όταν η φλεγμονή αποτελεί αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων (π.χ. στρες, μικροβίωμα, γενετική προδιάθεση) (Beurel et al., 2020).

Συμπληρωματικά, η ανασκόπηση των Berk και συνεργατών (2013) αναπτύσσει συστηματικά το ερώτημα «από πού προέρχεται» η χρόνια, χαμηλού βαθμού φλεγμονή που συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Οι συγγραφείς περιγράφουν ότι η κατάθλιψη συνοδεύεται από χρόνια χαμηλόβαθμη φλεγμονώδη απόκριση, ενεργοποίηση κυτταρικής ανοσίας και αυξημένο οξειδωτικό/νιτρωτικό στρες, ενώ παρουσιάζουν δεδομένα που ενισχύουν τη βιολογική κατεύθυνση της αμφίδρομης σχέσης: υψηλότερα επίπεδα φλεγμονής μπορεί να προηγούνται και να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, ενώ πειραματικά μοντέλα ενεργοποίησης κυτταροκινών (π.χ. μέσω ενδοτοξίνης) μπορούν να προκαλέσουν «καταθλιπτικού τύπου» συμπτωματολογία (Berk et al., 2013). Το στοιχείο αυτό είναι κρίσιμο, διότι τεκμηριώνει ότι η φλεγμονή δεν είναι απλώς «συνοδό εύρημα», αλλά πιθανός αιτιο-παθογενετικός κρίκος για υποομάδες ασθενών.

Ιδιαίτερη σημασία για τη δική μας θεματική έχει ότι οι Berk et al. (2013) αναγνωρίζουν συγκεκριμένες πηγές/ενισχυτές φλεγμονής που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης: ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, διατροφικούς παράγοντες/«poor diet», σωματική αδράνεια, παχυσαρκία, κάπνισμα, διαταραχές ύπνου, αλλά και μεταβολές που αφορούν το έντερο (π.χ. «altered gut permeability») (Berk et al., 2013). Σε συνδυασμό με την επισήμανση των Beurel et al. (2020) ότι η δυσρυθμισμένη φλεγμονώδης απόκριση μπορεί να σχετίζεται και με μεταβολές του

μικροβιόματος ή με οξείες/χρόνιες αποκρίσεις στο στρες, συγκροτείται ένα συνεκτικό υπόδειγμα: οι παράγοντες τρόπου ζωής και οι στρεσογόνες εμπειρίες μπορούν να αυξάνουν το φλεγμονώδες φορτίο, το οποίο με τη σειρά του δύναται να επιδεινώνει τη διάθεση, την κόπωση και άλλες σωματοποιημένες εκφάνσεις της κατάθλιψης (Beurel et al., 2020; Berk et al., 2013).

Στο επίπεδο των κλινικών πληθυσμών που ενδιαφέρουν την παρούσα εργασία, η τεκμηρίωση της συννοσηρότητας παρέχει το «έδαφος» πάνω στο οποίο εδράζεται ο φαύλος κύκλος συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, στη συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση των Zamani et al. (2019) αναφέρεται ότι σε ασθενείς με IBS καταγράφονται υψηλές επικρατήσεις αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων/διαταραχών, ενώ οι πιθανότητες (odds) εμφάνισης κατάθλιψης ή άγχους είναι περίπου τριπλάσιες σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες (Zamani et al., 2019).

Αντίστοιχα, σε πληθυσμούς χρόνιου πόνου, η μεγάλη μετα-ανάλυση των Aaron et al. (2025) καταλήγει ότι τα κλινικά σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους προσεγγίζουν συνολικά το ~40% (ενδεικτικά: ~39% για κατάθλιψη και ~40% για άγχος), υπογραμμίζοντας ότι η ψυχική επιβάρυνση αποτελεί συστηματικό και όχι περιφερειακό χαρακτηριστικό των χρόνιων σωματικών καταστάσεων (Aaron et al., 2025).

Για την ινομυαλγία ειδικότερα, η μετα-ανάλυση των Løge-Hagen et al. (2019) δείχνει ότι, όταν χρησιμοποιούνται δομημένες κλινικές συνεντεύξεις, η σημειακή επικράτηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ανέρχεται περίπου στο 25%, ενώ η διά βίου επικράτηση προσεγγίζει το 65%. επιπλέον, όταν χρησιμοποιούνται αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες συμπτωμάτων, οι εκτιμήσεις μπορεί να είναι υψηλότερες, γεγονός που αναδεικνύει και την επίδραση του τρόπου μέτρησης στην αποτίμηση της συννοσηρότητας (Løge-Hagen et al., 2019).

Συνθέτοντας τα παραπάνω, μπορεί να περιγραφεί ένας ρεαλιστικός φαύλος κύκλος, ο οποίος είναι συμβατός με τη βιβλιογραφία και ερμηνευτικά χρήσιμος για την παρούσα μελέτη: (α) η έξαρση σωματικών συμπτωμάτων (πόνος, γαστρεντερική δυσφορία, διάχυτη κόπωση) αυξάνει το υποκειμενικό φορτίο νόσου και την ψυχική δυσφορία (Henningsen et al., 2003), (β) η αυξημένη ψυχική δυσφορία/καταθλιπτική συμπτωματολογία τείνει να «μεταφράζεται» και σωματικά, ιδίως στο πλαίσιο όπου τα σωματικά συμπτώματα κυριαρχούν στην παρουσίαση της κατάθλιψης (Tylee & Gandhi, 2005), και (γ) βιολογικοί μηχανισμοί (χαμηλόβαθμη φλεγμονή, κυτταροκίνες, οξειδωτικό στρες) και πηγές φλεγμονής που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής/στρες μπορούν να ενισχύουν τη διάρκεια ή/και την ένταση τόσο των καταθλιπτικών όσο και των σωματικών συμπτωμάτων σε υποομάδες ασθενών (Beurel et al., 2020; Berk et al., 2013).

Κατά συνέπεια, η διερεύνηση του «πώς» οι ασθενείς νοηματοδοτούν την αμφίδρομη επιρροή διάθεσης-σώματος αποκτά ιδιαίτερη αξία: η ποσοτική τεκμηρίωση της συννοσηρότητας (IBS, χρόνιος πόνος, ινομυαλγία) είναι ισχυρή (Aaron et al., 2025; Løge-Hagen et al., 2019; Zamani et al., 2019), αλλά η κατανόηση των καθημερινών αλληλουχιών («πότε» και «με ποιον τρόπο» μια έξαρση συμπτωμάτων επηρεάζει τη διάθεση και αντιστρόφως) απαιτεί εστιασμένη ποιοτική διερεύνηση. Αυτή ακριβώς η ανάγκη θεμελιώνει τη λογική των ημι-δομημένων συνεντεύξεων στη δική μας έρευνα, ώστε να αποτυπωθούν οι βιωμένες εμπειρίες του φαύλου κύκλου και οι παράγοντες που—κατά τους συμμετέχοντες—τον τροφοδοτούν ή τον αναχαιτίζουν.

2.5 Διατροφή και κατάθλιψη στο διαιτολογικό πλαίσιο: όρεξη, επιλογές, προσκόλληση και κλινική υποστήριξη

Στο πεδίο της διαιτολογικής φροντίδας, η σχέση διατροφής και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς η διατροφή αποτελεί ταυτόχρονα καθημερινή πρακτική αυτοδιαχείρισης και πιθανό τροποποιήσιμο παράγοντα που συνδέεται με δείκτες ψυχικής υγείας. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Lassale et al. (2019), βασισμένη σε παρατηρησιακές μελέτες, τεκμηριώνει ότι η υψηλότερη προσκόλληση σε υγιεινότερα διαιτητικά πρότυπα συσχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο δυσμενών καταθλιπτικών εκβάσεων. Η συμβολή αυτής της τεκμηρίωσης είναι κρίσιμη για το θεωρητικό υπόβαθρο της παρούσας εργασίας, διότι δείχνει ότι η ποιότητα της δίαιτας δεν αφορά αποκλειστικά σωματικούς δείκτες υγείας, αλλά συνδέεται και με παραμέτρους ψυχικής λειτουργικότητας και καταθλιπτικής επιβάρυνσης (Lassale et al., 2019).

Ωστόσο, επειδή οι παρατηρησιακές συσχετίσεις δεν επαρκούν από μόνες τους για αιτιολογικά συμπεράσματα, ιδιαίτερη σημασία έχουν τα παρεμβατικά δεδομένα. Σε αυτό το πλαίσιο, η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή των Jacka et al. (2017), γνωστή ως SMILES trial, παρέχει πρώιμη αλλά σημαντική ένδειξη ότι μια δομημένη παρέμβαση διατροφικής βελτίωσης, ως συμπληρωματική θεραπευτική στρατηγική σε ενήλικες με μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η παρέμβαση είχε διάρκεια δώδεκα εβδομάδων και περιλάμβανε επτά ατομικές συνεδρίες διατροφικής συμβουλευτικής από κλινικό διαιτολόγο, ενώ η ομάδα ελέγχου έλαβε ισοδύναμο πρωτόκολλο κοινωνικής υποστήριξης, με αντίστοιχο χρονοδιάγραμμα και διάρκεια συνεδριών (Jacka et al., 2017). Το στοιχείο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την παρούσα εργασία, διότι αναδεικνύει ότι η διαιτολογική παρέμβαση δεν αφορά μόνο την παροχή οδηγιών, αλλά και τη δομημένη επαγγελματική υποστήριξη της αλλαγής συμπεριφοράς.

Τα παραπάνω δεδομένα καθιστούν επιστημονικά εύλογη μια διπλή εστίαση. Από τη μία πλευρά, η διατροφή μπορεί να εξεταστεί ως παράγοντας που συνδέεται παρατηρησιακά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία· από την άλλη, η οργανωμένη διαιτολογική παρέμβαση μπορεί να διερευνηθεί ως επικουρικό πλαίσιο υποστήριξης της ψυχικής και σωματικής αυτοδιαχείρισης (Jacka et al., 2017; Lassale et al., 2019). Στο σημείο αυτό, η κλινική διαιτολογική πρακτική αποκτά ιδιαίτερη σημασία, όχι μόνο ως εφαρμογή διατροφικών συστάσεων, αλλά ως πεδίο υποστήριξης ατόμων με αυξημένη ψυχική επιβάρυνση, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν ψυχοσωματικά ή λειτουργικά συμπτώματα που επηρεάζουν την καθημερινότητα και τη λειτουργικότητα (Henningsen et al., 2003; Tylee & Gandhi, 2005).

Η ανάγκη να εξεταστεί η παραπάνω σχέση και στο ελληνικό πλαίσιο ενισχύεται από διαθέσιμα ελληνικά επιδημιολογικά και διατροφικά δεδομένα. Προγενέστερες ελληνικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα γαστρεντερικά συμπτώματα και το IBS εμφανίζονται με αξιοσημείωτη συχνότητα στον ελληνικό πληθυσμό και επιδρούν στην καθημερινή λειτουργικότητα και στην αναζήτηση φροντίδας υγείας (Papatheodoridis & Karamanolis, 2005; Katsinelos et al., 2009). Πιο πρόσφατα, τα δεδομένα του Hellenic National Nutrition and Health Survey έδειξαν ότι τα λειτουργικά γαστρεντερικά συμπτώματα και το IBS εμφανίζονται σε σημαντικό ποσοστό ενηλίκων στην Ελλάδα και συνδέονται με παραμέτρους τρόπου ζωής, διατροφής και ψυχικής υγείας (Smiliotopoulos et al., 2023). Ειδικότερα, η μελέτη ανέδειξε συσχετίσεις με διατροφικούς παράγοντες, με την προσκόλληση στη Μεσογειακή δίαιτα, καθώς και με παραμέτρους όπως το στρες, ο ύπνος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Smiliotopoulos et al., 2023).

Παράλληλα, ελληνικά πληθυσμιακά δεδομένα έχουν αναδείξει τη σημασία κοινωνικοδημογραφικών και παραγόντων τρόπου ζωής για την καταθλιπτική συμπτωματολογία στους ενήλικες. Οι Michas et al. (2021), αξιοποιώντας επίσης δεδομένα του Hellenic National Nutrition and Health Survey, έδειξαν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ενηλίκων στην Ελλάδα σχετίζεται με παράγοντες όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, οι οικονομικές δυσκολίες, η σωματική δραστηριότητα και άλλες καθημερινές συνθήκες ζωής. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό για την παρούσα εργασία, διότι υποστηρίζει ότι η ψυχική επιβάρυνση δεν μπορεί να απομονωθεί από το κοινωνικό, διατροφικό και συμπεριφορικό πλαίσιο μέσα στο οποίο βιώνεται.

Σε επίπεδο ερμηνευτικών μηχανισμών, η βιβλιογραφία για τη φλεγμονώδη υπόθεση της κατάθλιψης προσφέρει ένα συνεκτικό πλαίσιο που συνδέει τη διατροφή με την ψυχική διάσταση, χωρίς να προϋποθέτει απλουστευτικές αιτιότητες. Οι Berk et al. (2013) υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη

συσχετίζεται με χρόνια χαμηλόβαθμη φλεγμονώδη απόκριση και διερευνούν πιθανές πηγές φλεγμονής που λειτουργούν ως περιβαλλοντικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται και διατροφικοί ή μεταβολικοί παράγοντες. Συμπληρωματικά, οι Beurel et al. (2020) περιγράφουν τη δυσρύθμιση του ανοσοποιητικού στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και τονίζουν ότι η φλεγμονή μπορεί να λειτουργεί ως τροποποιητής της νόσου, με σημαντική ετερογένεια μεταξύ των ασθενών. Επομένως, στο μέτρο που η διατροφή αποτελεί έναν από τους παράγοντες που συζητούνται ως δυνητικοί συντελεστές του φλεγμονώδους και μεταβολικού προφίλ, διαμορφώνεται μια θεωρητικά τεκμηριωμένη γέφυρα ανάμεσα στην ποιότητα της δίαιτας, στη σωματική κατάσταση και στις ψυχικές εκβάσεις (Berk et al., 2013; Beurel et al., 2020).

Ειδικά στο διαιτολογικό πλαίσιο που εξετάζει η παρούσα εργασία, η παραπάνω τεκμηρίωση αποκτά πρακτικές προεκτάσεις που αφορούν την όρεξη, τις διατροφικές επιλογές και την προσκόλληση σε συστάσεις. Η διεθνής βιβλιογραφία τεκμηριώνει ότι η κατάθλιψη συχνά εμφανίζεται με σωματικά συμπτώματα, όπως κόπωση και πόνο, ενώ σε πληθυσμούς χρόνιου πόνου καταγράφεται υψηλή συχνότητα κλινικά σημαντικών καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων (Aaron et al., 2025; Tylee & Gandhi, 2005). Ωστόσο, οι ποσοτικές συνθέσεις δεν αποτυπώνουν επαρκώς πώς οι ίδιοι οι ασθενείς μεταφράζουν αυτή την επιβάρυνση σε καθημερινές διατροφικές πρακτικές. Με άλλα λόγια, τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η διατροφή σχετίζεται με την κατάθλιψη και ότι οι διατροφικές παρεμβάσεις μπορούν να έχουν θεραπευτική συνάφεια, αλλά δεν εξηγούν πλήρως πώς μεταβάλλεται η όρεξη, πώς διαμορφώνονται οι διατροφικές επιλογές, ποια εμπόδια βιώνονται στην τήρηση συστάσεων και ποιοι διευκολυντές ενεργοποιούνται μέσα από τη σχέση με τον/την διαιτολόγο (Jacka et al., 2017; Lassale et al., 2019).

Επομένως, η διεθνής βιβλιογραφία παρέχει το γενικό θεωρητικό και κλινικό υπόβαθρο για τη σχέση διατροφής, κατάθλιψης και ψυχοσωματικών/λειτουργικών συμπτωμάτων, ενώ τα ελληνικά δεδομένα δείχνουν ότι οι ίδιες διαστάσεις έχουν σημασία και στον εγχώριο πληθυσμό. Ωστόσο, οι περισσότερες διαθέσιμες μελέτες παραμένουν ποσοτικές και δεν αποτυπώνουν επαρκώς τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι διαιτώμενοι βιώνουν και νοηματοδοτούν τη σχέση ανάμεσα στη χαμηλή διάθεση, στα σωματικά συμπτώματα και στη συμμόρφωση σε διαιτολογικές συστάσεις. Αυτό το κενό επιχειρεί να καλύψει η παρούσα ποιοτική μελέτη, εστιάζοντας στη βιωμένη εμπειρία ατόμων που παρακολουθούνται διαιτολογικά και αντιμετωπίζουν ψυχοσωματικά ή λειτουργικά προβλήματα.

2.6 Σύνθεση θεωρητικού πλαισίου και εννοιολογικό μοντέλο της μελέτης

Η βιβλιογραφική τεκμηρίωση που παρουσιάστηκε στις προηγούμενες ενότητες συγκλίνει σε ένα συνεκτικό σχήμα κατανόησης της σχέσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ψυχοσωματικών/λειτουργικών σωματικών ενοχλήσεων στο πλαίσιο διαιτολογικής φροντίδας. Καταρχάς, η κατάθλιψη δεν εμφανίζεται κατ' ανάγκην ως πρωτογενές «ψυχικό» αίτημα, αλλά συχνά προσλαμβάνει σωματική μορφή στην πρώτη επαφή με υπηρεσίες υγείας, με συμπτώματα όπως πόνος, κόπωση ή γαστρεντερική δυσφορία να κυριαρχούν στην αναφορά του ασθενούς, στοιχείο που δυσχεραίνει την έγκαιρη αναγνώριση (Tylee & Gandhi, 2005). Παράλληλα, η μετα-αναλυτική τεκμηρίωση για τα «ιατρικώς ανεξήγητα» συμπτώματα δείχνει σταθερή συννοσηρότητα με άγχος και κατάθλιψη, υποδηλώνοντας ότι η ψυχική επιβάρυνση αποτελεί συστηματικό μέρος του ευρύτερου κλινικού φαινομένου και όχι sporadικό επακόλουθο (Henningsen et al., 2003).

Σε πιο εξειδικευμένα κλινικά πεδία, η συστηματική ανασκόπηση των Lee et al. (2017) και η μετα-ανάλυση των Zamani et al. (2019) τεκμηριώνουν την αυξημένη παρουσία άγχους/κατάθλιψης σε άτομα με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS), ενώ η network meta-analysis των Hu et al. (2021) αναδεικνύει ότι η ψυχολογική επιβάρυνση δεν κατανέμεται κατ' ανάγκην ομοιόμορφα σε όλους τους υποτύπους IBS. Αντίστοιχα, στην περιοχή του χρόνιου πόνου, η μετα-ανάλυση των Aaron et al. (2025) καταδεικνύει υψηλή συχνότητα κλινικά σημαντικών καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων, υποστηρίζοντας ότι η ψυχική επιβάρυνση αποτελεί συστηματικό χαρακτηριστικό των χρόνιων σωματικών καταστάσεων. Τα δεδομένα αυτά, στο σύνολό τους, θεμελιώνουν την ερευνητική παραδοχή ότι η σχέση διάθεσης-σωματικών συμπτωμάτων είναι πιθανότερο να λειτουργεί ως δυναμική αλληλεπίδραση, παρά ως απλή συνύπαρξη ανεξάρτητων καταστάσεων.

Ως προς την ερμηνεία της αμφίδρομης σχέσης, οι σύγχρονες προσεγγίσεις αναδεικνύουν τη φλεγμονή ως κρίσιμο ερμηνευτικό άξονα, με έμφαση στη «διπλή κατεύθυνση» κατάθλιψης-φλεγμονής και στην ετερογένεια των ασθενών ως προς το φλεγμονώδες προφίλ (Beurel et al., 2020). Συμπληρωματικά, έχει υποστηριχθεί ότι η κατάθλιψη συνδέεται με χρόνια χαμηλόβαθμη φλεγμονώδη απόκριση και ότι πιθανοί περιβαλλοντικοί/συμπεριφορικοί συντελεστές (μεταξύ των οποίων αναφέρεται και η «κακή διατροφή») μπορούν να συμβάλλουν στο σχετικό φλεγμονώδες φορτίο (Berk et al., 2013). Χωρίς να υπονοείται μονοδιάστατη αιτιότητα, το συγκεκριμένο σώμα τεκμηρίωσης επιτρέπει να διατυπωθεί ένα εννοιολογικό σχήμα στο οποίο βιολογικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες δύνανται να ενισχύουν την ένταση ή/και τη διάρκεια τόσο των σωματικών ενοχλήσεων όσο και της καταθλιπτικής επιβάρυνσης (Beurel et al., 2020; Berk et al., 2013).

Στο διαιτολογικό πλαίσιο, η θεωρητική σύνθεση ολοκληρώνεται με τη βιβλιογραφία που συνδέει την ποιότητα της δίαιτας με καταθλιπτικές εκβάσεις και με δεδομένα παρέμβασης που τεκμηριώνουν ότι η βελτίωση της διατροφής μπορεί να συνδέεται με μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ειδικότερα, η μετα-ανάλυση των Lassale et al. (2019) υποστηρίζει ότι οι «υγιεινοί» διαιτητικοί δείκτες συσχετίζονται με χαμηλότερο κίνδυνο δυσμενών καταθλιπτικών εκβάσεων, ενώ η τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή των Jacka et al. (2017) καταδεικνύει κλινικά σημαντική βελτίωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ομάδα που έλαβε δομημένη διατροφική παρέμβαση από κλινικό διαιτολόγο. Με βάση τα παραπάνω, συγκροτείται ένα ερευνητικά συνεπές εννοιολογικό μοντέλο για την παρούσα μελέτη: (α) η καταθλιπτική επιβάρυνση δύναται να εκφράζεται σωματικά και να συνδέεται με αυξημένο φορτίο συμπτωμάτων (Tylee & Gandhi, 2005; Henningsen et al., 2003), (β) σε κλινικές ομάδες όπως IBS και χρόνιος πόνος η συννοσηρότητα είναι συστηματική (Lee et al., 2017; Zamani et al., 2019; Aaron et al., 2025), (γ) βιολογικοί άξονες όπως η φλεγμονή προσφέρουν ερμηνευτικό υπόβαθρο για την αμφίδρομη ενίσχυση σωματικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Beurel et al., 2020; Berk et al., 2013), και (δ) η διατροφή αποτελεί πεδίο που συνδέεται τόσο με ψυχικές εκβάσεις όσο και με δυνατότητες παρέμβασης, καθιστώντας κρίσιμη τη διερεύνηση της όρεξης, των επιλογών και της προσκόλλησης στις συστάσεις μέσα από τη βιωμένη εμπειρία των ατόμων (Lassale et al., 2019; Jacka et al., 2017).

Με αυτή τη θεωρητική βάση, η παρούσα ποιοτική μελέτη εστιάζει στο να αποτυπώσει τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν τη σχέση διάθεσης–σωματικών συμπτωμάτων και «πώς» αυτή η σχέση μεταφράζεται σε καθημερινές διατροφικές πρακτικές και σε εμπειρίες διαιτολογικής φροντίδας, εντοπίζοντας εμπόδια και διευκολυντές που μπορούν να αξιοποιηθούν για πιο αποτελεσματική υποστήριξη στο συγκεκριμένο κλινικό πλαίσιο.

2.7 Συνθετική κριτική προσέγγιση της βιβλιογραφίας

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε αναδεικνύει ότι η σχέση ανάμεσα στην καταθλιπτική συμπτωματολογία και στα ψυχοσωματικά ή λειτουργικά συμπτώματα είναι σύνθετη, αμφίδρομη και κλινικά σημαντική. Η κατάθλιψη δεν εκδηλώνεται πάντοτε ως σαφές ψυχικό αίτιμα, αλλά συχνά εμφανίζεται μέσα από σωματικά συμπτώματα, όπως πόνος, κόπωση, διαταραχές ύπνου και γαστρεντερική δυσφορία (Tylee & Gandhi, 2005). Παράλληλα, τα λειτουργικά σωματικά σύνδρομα και τα ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα παρουσιάζουν σταθερή συσχέτιση με άγχος και

κατάθλιψη, γεγονός που υποστηρίζει την ανάγκη μιας βιοψυχοκοινωνικής κατανόησης του σωματικού αιτήματος (Henningsen et al., 2003· Henningsen et al., 2007).

Η σύνδεση αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής σε κλινικά πεδία όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η ινομυαλγία και οι χρόνιες επώδυνες καταστάσεις. Στο IBS, μετα-αναλυτικά δεδομένα έχουν δείξει αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με υγιείς ομάδες αναφοράς, ενώ η ψυχολογική επιβάρυνση φαίνεται να διαφοροποιείται και ανάλογα με το κλινικό προφίλ των ασθενών (Lee et al., 2017· Zamani et al., 2019· Hu et al., 2021). Αντίστοιχα, στην ινομυαλγία και στον χρόνιο πόνο, η συνύπαρξη καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας αποτελεί σημαντική παράμετρο της συνολικής κλινικής εικόνας (Løge-Hagen et al., 2019· Aaron et al., 2025). Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι η ψυχική επιβάρυνση δεν μπορεί να θεωρηθεί εξωτερικός ή δευτερεύων παράγοντας, αλλά μέρος της συνολικής εμπειρίας της σωματικής δυσφορίας.

Παράλληλα, η βιβλιογραφία της διατροφικής ψυχιατρικής δείχνει ότι η σχέση ψυχικής υγείας και διατροφής έχει ερευνητικό και κλινικό ενδιαφέρον. Υγιεινότερα διατροφικά πρότυπα έχουν συσχετισθεί με χαμηλότερο κίνδυνο δυσμενών καταθλιπτικών εκβάσεων, ενώ παρεμβατικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η οργανωμένη βελτίωση της διατροφής μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά στη μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Jacka et al., 2017· Lassale et al., 2019). Ωστόσο, η διαιτολογική φροντίδα δεν αφορά μόνο το περιεχόμενο ενός διατροφικού πλάνου. Προϋποθέτει καθημερινή εφαρμογή, ρύθμιση της όρεξης, σταθερότητα γευμάτων, επιλογή τροφίμων, αυτοπαρακολούθηση και συμμόρφωση σε συστάσεις. Όλες αυτές οι διαδικασίες μπορούν να επηρεαστούν από τη διάθεση, το άγχος, την κόπωση, τον ύπνο και τη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου.

Από τη σύνθεση των παραπάνω προκύπτει ότι η σχέση ανάμεσα στην καταθλιπτική επιβάρυνση, στα ψυχοσωματικά/λειτουργικά συμπτώματα και στη διατροφική αυτοδιαχείριση δεν μπορεί να εξεταστεί μόνο ως στατιστική συνύπαρξη μεταβλητών. Χρειάζεται να διερευνηθεί και ως βιωμένη εμπειρία: πώς οι ίδιοι οι διαιτώμενοι κατανοούν τη σχέση ανάμεσα στη διάθεση και στο σώμα τους, πώς περιγράφουν τους μηχανισμούς που συνδέουν την ψυχική επιβάρυνση με τη σωματική δυσφορία και πώς αυτή η σχέση επηρεάζει την καθημερινή τους διατροφική πορεία. Η ποσοτική βιβλιογραφία τεκμηριώνει επαρκώς ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική και στη σωματική επιβάρυνση, αλλά δεν αποτυπώνει πάντοτε τον τρόπο με τον οποίο τα ίδια τα άτομα νοηματοδοτούν αυτή τη συσχέτιση στην καθημερινή τους ζωή.

Στο σημείο αυτό εντοπίζεται το ερευνητικό ενδιαφέρον της παρούσας μελέτης. Η εργασία εστιάζει σε ενήλικες διαιτώμενους με ψυχοσωματικά ή/και λειτουργικά προβλήματα, οι οποίοι παρακολουθούνται ή αναζητούν διαιτολογική φροντίδα. Το ενδιαφέρον δεν περιορίζεται στο αν συνυπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία με σωματικά συμπτώματα, αλλά επεκτείνεται στο πώς βιώνεται αυτή η συνύπαρξη, πώς ερμηνεύεται από τους συμμετέχοντες και πώς επηρεάζει πρακτικές πλευρές της αυτοδιαχείρισης, όπως η όρεξη, οι διατροφικές επιλογές, η σταθερότητα των γευμάτων και η συμμόρφωση στις διαιτολογικές συστάσεις.

Με βάση αυτό το σκεπτικό, η παρούσα έρευνα οργανώνεται γύρω από τρεις βασικούς άξονες. Ο πρώτος αφορά την ανάδυση και τη βίωση της καταθλιπτικής ή γενικότερα ψυχικής επιβάρυνσης σε άτομα με ψυχοσωματικά/λειτουργικά προβλήματα που παρακολουθούνται διαιτολογικά. Ο δεύτερος αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν τη σχέση ανάμεσα στη διάθεση και στο σωματικό σύμπτωμα, δηλαδή αν αντιλαμβάνονται τη σχέση αυτή ως μονόδρομη, αμφίδρομη, κυκλική ή εξαρτώμενη από συγκεκριμένες συνθήκες. Ο τρίτος άξονας αφορά τη μετάφραση αυτής της σχέσης σε πρακτικές αυτοδιαχείρισης, ιδίως στο πεδίο της όρεξης, των διατροφικών επιλογών, της καθημερινής οργάνωσης και της συμμόρφωσης σε διαιτολογικές οδηγίες.

Η επιλογή ποιοτικής μεθοδολογίας ανταποκρίνεται ακριβώς σε αυτό το ερευνητικό ζητούμενο. Η θεματική ανάλυση επιτρέπει τη συστηματική ανάδειξη μοτίβων νοήματος μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων και καθιστά δυνατή τη σύνδεση της ατομικής εμπειρίας με το ευρύτερο θεωρητικό και κλινικό πλαίσιο (Braun & Clarke, 2006). Επομένως, η παρούσα έρευνα δεν επιδιώκει να υποκαταστήσει την ποσοτική τεκμηρίωση της συννοσηρότητας, αλλά να τη συμπληρώσει, φωτίζοντας τον τρόπο με τον οποίο η σχέση ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης βιώνεται και επηρεάζει την καθημερινή διατροφική αυτοδιαχείριση.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Σκοπός της ποιοτικής διερεύνησης, ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη εντάσσεται σε ποιοτικό, συγχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό και αξιοποιεί ημι-δομημένες ατομικές συνεντεύξεις, με σκοπό την εις βάθος διερεύνηση ενός σύνθετου βιοματικού φαινομένου, το οποίο δεν μπορεί να αποδοθεί επαρκώς μόνο μέσα από ποσοτικούς δείκτες ή στατιστικές συσχετίσεις. Το ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο ενήλικοι/ες διαιτώμενοι/ες, που παρακολουθούνται ή αναζητούν διαιτολογική υποστήριξη, βιώνουν και νοηματοδοτούν τη σχέση ανάμεσα στη χαμηλή διάθεση, στο άγχος ή στην ευρύτερη ψυχική επιβάρυνση και στην εμφάνιση, επιδείνωση ή διατήρηση σωματικών και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων.

Κεντρικός σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί πώς οι συμμετέχοντες/ουσες αντιλαμβάνονται την αλληλεπίδραση ανάμεσα στη διάθεση και στο σώμα, καθώς και πώς η αλληλεπίδραση αυτή επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά, την όρεξη, τις επιλογές τροφίμων, την τήρηση γευμάτων, τη συμμόρφωση σε διαιτολογικές συστάσεις και τη συνολική καθημερινή λειτουργικότητα. Η μελέτη δεν περιορίζεται στην απλή καταγραφή της συνύπαρξης ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων, αλλά επιχειρεί να αναδείξει τους τρόπους με τους οποίους οι ίδιοι οι διαιτώμενοι/ες περιγράφουν, ερμηνεύουν και διαχειρίζονται αυτή τη σχέση στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής και της διαιτολογικής φροντίδας.

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, ο όρος «καταθλιπτική συμπτωματολογία» χρησιμοποιείται λειτουργικά και όχι διαγνωστικά. Αναφέρεται σε υποκειμενικά αναφερόμενες εμπειρίες χαμηλής διάθεσης και ψυχικής επιβάρυνσης, όπως θλίψη, απογοήτευση, μείωση ενδιαφέροντος ή κινήτρου, κόπωση, χαμηλή ενεργητικότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές ύπνου, αίσθηση αποτυχίας ή μειωμένη αυτοαποτελεσματικότητα, στον βαθμό που αυτές αναδύονται μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων/ουσών. Αντίστοιχα, ο όρος «ψυχοσωματικά συμπτώματα» χρησιμοποιείται για να περιγράψει σωματικές ενοχλήσεις που βιώνονται ως επιβαρυντικές για την καθημερινότητα και εμφανίζονται σε πλαίσιο λειτουργικών σωματικών συνδρόμων ή καταστάσεων με έντονη ψυχοφυσιολογική διάσταση. Τέτοια συμπτώματα περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, γαστρεντερική

δυσφορία, φούσκωμα, κοιλιακό πόνο, παλινδρόμηση, εναλλαγές στις κενώσεις, διάχυτο πόνο, σωματική κόπωση, διαταραχές ύπνου και αίσθημα σωματικού βάρους ή έντασης.

Η μελέτη τοποθετεί τη σχέση διάθεσης και σωματικής συμπτωματολογίας μέσα στο ιδιαίτερο πλαίσιο της διαιτολογικής παρακολούθησης. Το πλαίσιο αυτό είναι σημαντικό, καθώς οι συμμετέχοντες/ουσες δεν καλούνται μόνο να περιγράψουν τα συμπτώματά τους, αλλά και να τα διαχειριστούν μέσα από αλλαγές στη διατροφή, στην καθημερινή ρουτίνα, στη σχέση τους με το φαγητό και, σε ορισμένες περιπτώσεις, στη σχέση τους με το βάρος και την εικόνα σώματος. Με τον τρόπο αυτό, η διαιτολογική φροντίδα αναδεικνύεται ως πεδίο στο οποίο συναντώνται η σωματική δυσφορία, η ψυχική επιβάρυνση, η αυτοφροντίδα και η συμπεριφορική αλλαγή.

Με βάση τον παραπάνω σκοπό, τα ερευνητικά ερωτήματα διατυπώθηκαν έτσι ώστε να καθοδηγούν την ανάλυση, χωρίς να περιορίζουν την ανάδυση νέων θεμάτων από τα δεδομένα. Ειδικότερα, η έρευνα επιδίωξε να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

- 1. Περιγραφή χαμηλής διάθεσης και ψυχικής επιβάρυνσης:**
Πώς περιγράφουν οι συμμετέχοντες/ουσες τη διάθεσή τους και με ποιους τρόπους αναγνωρίζουν στοιχεία χαμηλής διάθεσης, άγχους, απογοήτευσης, κόπωσης ή ψυχικής επιβάρυνσης στην καθημερινή τους εμπειρία;
- 2. Συνύπαρξη ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων:**
Πώς εμφανίζονται στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων/ουσών σωματικές ενοχλήσεις, όπως γαστρεντερική δυσφορία, φούσκωμα, πόνος, παλινδρόμηση, διαταραχές ύπνου και σωματική κόπωση, και με ποιον τρόπο συνδέονται με τη διάθεση, το άγχος ή την ένταση;
- 3. Λειτουργικός αντίκτυπος των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων:**
Πώς επηρεάζουν η ένταση, η συχνότητα και η διάρκεια των σωματικών ενοχλήσεων την ποιότητα ζωής, την καθημερινή λειτουργικότητα, την εργασία, την κοινωνικότητα και τις διατροφικές ρουτίνες των συμμετεχόντων/ουσών;
- 4. Αντιλαμβανόμενη σχέση διάθεσης και σωματικών συμπτωμάτων:**
Πώς νοηματοδοτούν οι συμμετέχοντες/ουσες τη σχέση ανάμεσα στη χαμηλή διάθεση ή την ψυχική επιβάρυνση και στην επιδείνωση ή ύφεση των σωματικών συμπτωμάτων; Περιγράφεται η σχέση αυτή ως μονόδρομη, αμφίδρομη ή ως κυκλική αλληλεπίδραση;

5. Επίδραση στη διατροφική συμπεριφορά και στη συμμόρφωση:

Με ποιους τρόπους η ψυχική επιβάρυνση επηρεάζει την όρεξη, τις διατροφικές επιλογές, την τήρηση γευμάτων, τη συμμόρφωση σε διαιτολογικές συστάσεις και τη συνολική σχέση με το φαγητό;

6. Διατροφική απορρύθμιση, απώλεια ελέγχου και εικόνα σώματος:

Πώς αναδύονται στις αφηγήσεις εμπειρίες διατροφικής απορρύθμισης, όπως περιορισμός τροφής, υπερφαγικά ή βουλιμικού τύπου επεισόδια, ενοχές, αυτοπροκαλούμενος έμετος, αίσθηση αποτυχίας, στασιμότητα βάρους ή δυσκολία αποδοχής της εικόνας σώματος;

7. Εμπόδια, διευκολυντές και ανάγκες υποστήριξης:

Ποια εμπόδια και ποιοι διευκολυντές αναδεικνύονται στη διαιτολογική φροντίδα όταν συνυπάρχουν ψυχική επιβάρυνση και σωματικά συμπτώματα; Πώς αντιλαμβάνονται οι συμμετέχοντες/ουσες την ανάγκη για ενσυναίσθηση, μη επικριτική στάση, ρεαλιστικό πλάνο, ψυχολογική υποστήριξη ή διεπιστημονική συνεργασία;

Η επιλογή της ποιοτικής προσέγγισης αιτιολογείται από τον ερευνητικό στόχο της μελέτης. Η παρούσα εργασία δεν αποσκοπεί στη μέτρηση της συχνότητας ή της στατιστικής ισχύος των σχέσεων ανάμεσα σε ψυχικά και σωματικά συμπτώματα, αλλά στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ίδιοι οι διαιτώμενοι/ες βιώνουν, ερμηνεύουν και διαχειρίζονται αυτές τις σχέσεις. Η ποιοτική προσέγγιση επιτρέπει την ανάδειξη νοημάτων, εμπειριών και μηχανισμών που συχνά δεν αποτυπώνονται επαρκώς μέσω κλειστών ερωτηματολογίων ή τυποποιημένων δεικτών. Ιδίως σε ένα πεδίο όπως η διαιτολογική φροντίδα, όπου η συμμόρφωση, η αυτοφροντίδα και η αλλαγή συμπεριφοράς επηρεάζονται από πολλαπλούς ψυχικούς, σωματικούς και κοινωνικούς παράγοντες, η βιοματική αφήγηση των συμμετεχόντων/ουσών αποτελεί κρίσιμη πηγή κατανόησης.

Για τον λόγο αυτό επιλέχθηκε το εργαλείο της ημι-δομημένης συνέντευξης. Η ημι-δομημένη μορφή επιτρέπει, αφενός, τη συστηματική κάλυψη των βασικών θεματικών αξόνων της μελέτης, όπως η διάθεση, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, οι διατροφικές ρουτίνες, η συμμόρφωση, τα εμπόδια και οι διευκολυντές στη διαιτολογική φροντίδα. Αφετέρου, παρέχει την αναγκαία ευελιξία ώστε οι συμμετέχοντες/ουσες να αναπτύξουν με δικούς τους όρους πτυχές της εμπειρίας τους, οι οποίες ενδέχεται να μην είχαν προβλεφθεί πλήρως κατά τον αρχικό σχεδιασμό. Στο πλαίσιο αυτό, ήταν δυνατό να αναδυθούν θέματα όπως η εικόνα σώματος, η απώλεια ελέγχου στο φαγητό, η

απογοήτευση από τη μη απώλεια βάρους, η δυσκολία πρόσβασης σε ψυχολογική υποστήριξη και η ανάγκη για μη επικριτική διαιτολογική σχέση.

Σε επίπεδο ανάλυσης, η μελέτη υιοθετεί τη θεματική ανάλυση ως στρατηγική συστηματικής οργάνωσης, κωδικοποίησης και ερμηνείας του ποιοτικού υλικού. Η θεματική ανάλυση επιλέχθηκε επειδή επιτρέπει την αναγνώριση επαναλαμβανόμενων μοτίβων νοήματος σε σχέση με το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα, χωρίς να αποκλείει την ανάδυση διαφοροποιήσεων, αντιφάσεων και ειδικών βιοματικών περιπτώσεων (Braun & Clarke, 2006). Μέσω αυτής της διαδικασίας επιδιώχθηκε να αναδειχθούν: (α) οι τρόποι με τους οποίους οι συμμετέχοντες/ουσες περιγράφουν τη σχέση διάθεσης και σωματικών συμπτωμάτων, (β) οι συνθήκες που ενισχύουν ή αποδυναμώνουν τον φαύλο κύκλο ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης, (γ) οι συνέπειες στη διατροφική συμπεριφορά και στη συμμόρφωση, και (δ) οι ανάγκες υποστήριξης που προκύπτουν για τη διαιτολογική πρακτική και τη διεπιστημονική συνεργασία.

Ιδιαίτερη σημασία έχει ότι η παρούσα έρευνα περιλαμβάνει τόσο συνεντεύξεις που ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν, όσο και συνεντεύξεις στις οποίες οι συμμετέχοντες/ουσες δεν συναίνεσαν στην ηχογράφηση και, ως εκ τούτου, οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν γραπτώς κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Πριν από την ενιαία ανάλυση του υλικού, πραγματοποιήθηκε συγκριτική επισκόπηση των δύο υποομάδων συμμετεχόντων, προκειμένου να ελεγχθεί αν η διαφοροποίηση στον τρόπο καταγραφής των δεδομένων συνδεόταν με ουσιώδεις διαφορές ως προς τα βασικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ή ως προς το περιεχόμενο των απαντήσεων. Από τη σύγκριση αυτή δεν αναδείχθηκαν συστηματικές διαφοροποιήσεις που να δικαιολογούν χωριστή ανάλυση των δύο κατηγοριών. Και στις δύο περιπτώσεις, οι συμμετέχοντες/ουσες αναφέρθηκαν σε παρόμοιους θεματικούς άξονες, όπως η χαμηλή διάθεση, το άγχος, η σωματική δυσφορία, η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, η όρεξη, οι διατροφικές επιλογές και η δυσκολία συμμόρφωσης σε διαιτολογικές συστάσεις.

Η διαφοροποίηση στον τρόπο καταγραφής δεν αναιρεί τον ποιοτικό χαρακτήρα του σχεδιασμού, αλλά αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ερευνητικής διαδικασίας, καθώς αποτυπώνει τον σεβασμό στην αυτονομία των συμμετεχόντων/ουσών και την προσαρμογή της συλλογής δεδομένων στις προϋποθέσεις συμμετοχής που οι ίδιοι/ες έθεσαν. Για τον λόγο αυτό, τα δεδομένα εντάχθηκαν στην ίδια ανάλυση, με στόχο την ανάδειξη κοινών, επαναλαμβανόμενων και διαφοροποιημένων μοτίβων εμπειρίας.

3.2 Πληθυσμός, δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

3.2.1 Πληθυσμός-στόχος και πλαίσιο διεξαγωγής

Η παρούσα έρευνα εστίασε σε ενήλικους/ες διαιτώμενους/ες που λαμβάνουν ή αναζητούν διαιτολογική φροντίδα σε ιδιωτικό διαιτολογικό γραφείο στην πόλη του Αγρινίου και οι οποίοι/ες αναφέρουν ψυχοσωματικά, λειτουργικά ή γαστρεντερικά συμπτώματα, καθώς και δυσκολίες που σχετίζονται με τη διατροφική αυτορρύθμιση, τη διάθεση, το άγχος, το βάρος ή/και την εικόνα σώματος. Το ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώθηκε σε άτομα που, στο πλαίσιο της διαιτολογικής παρακολούθησης, περιέγραψαν δυσφορία η οποία δεν περιοριζόταν σε διατροφικούς ή σωματικούς παράγοντες, αλλά συνδεόταν με την ψυχική επιβάρυνση, την καθημερινή λειτουργικότητα και τη δυνατότητα τήρησης των διαιτολογικών συστάσεων.

Το διαιτολογικό γραφείο αποτέλεσε το φυσικό πλαίσιο πρόσβασης στο δείγμα, καθώς οι συμμετέχοντες/ουσες βρίσκονταν ήδη σε επαφή με υπηρεσίες διαιτολογικής φροντίδας ή είχαν προσέλθει με αίτημα που σχετιζόταν με τη ρύθμιση συμπτωμάτων, τη διαχείριση βάρους, τη βελτίωση της σχέσης με το φαγητό ή τη σταθεροποίηση διατροφικών συνηθειών. Η επιλογή του συγκεκριμένου πλαισίου κρίθηκε κατάλληλη, επειδή επέτρεψε τη διερεύνηση του φαινομένου μέσα στο πραγματικό περιβάλλον όπου οι διαιτώμενοι/ες καλούνται να εφαρμόσουν αλλαγές στη διατροφή και στην καθημερινή αυτοφροντίδα.

3.2.2 Στρατηγική δειγματοληψίας και κριτήρια συμμετοχής

Η επιλογή των συμμετεχόντων/ουσών πραγματοποιήθηκε με δειγματοληψία ευκαιρίας, σε συνδυασμό με κριτήρια καταλληλότητας ως προς το αντικείμενο της έρευνας. Η συγκεκριμένη στρατηγική κρίθηκε συμβατή με τον εφαρμοσμένο και κλινικό χαρακτήρα της μελέτης, καθώς επέτρεψε την πρόσβαση σε άτομα που βίωναν άμεσα το υπό διερεύνηση φαινόμενο στο πλαίσιο της διαιτολογικής παρακολούθησης.

Ως βασικά κριτήρια ένταξης στη μελέτη ορίστηκαν η ενηλικότητα των συμμετεχόντων/ουσών, η ενεργή ή πρόσφατη αναζήτηση διαιτολογικής φροντίδας στο συγκεκριμένο πλαίσιο, καθώς και η ύπαρξη ψυχοσωματικού, λειτουργικού ή γαστρεντερικού συμπτώματος, είτε βάσει αυτοαναφοράς είτε βάσει διαθέσιμων στοιχείων που είχαν καταγραφεί στο πλαίσιο της διαιτολογικής παρακολούθησης. Επιπλέον, κρίθηκε σημαντικό οι συμμετέχοντες/ουσες να αναφέρουν κάποια μορφή ψυχικής επιβάρυνσης, όπως άγχος, χαμηλή διάθεση, κόπωση, διαταραχές ύπνου, δυσκολία συγκέντρωσης ή συναισθηματική απορρύθμιση, καθώς και να περιγράφουν επίδραση των παραπάνω

συμπτωμάτων στη διατροφική τους συμπεριφορά, στην όρεξη, στις διατροφικές επιλογές ή στη συμμόρφωση σε διαιτολογικές συστάσεις. Με αυτόν τον τρόπο, το δείγμα συγκροτήθηκε με βάση τη συνάφεια των συμμετεχόντων/ουσών με το ερευνητικό αντικείμενο και όχι με σκοπό τη στατιστική αντιπροσωπευτικότητα.

Η διαδικασία συμμετοχής πραγματοποιήθηκε με σεβασμό στις βασικές αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας. Πριν από τη διεξαγωγή της συνέντευξης, οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής, την ανωνυμοποίηση των απαντήσεων και τη δυνατότητα αποχώρησης από την έρευνα σε οποιοδήποτε στάδιο, χωρίς καμία συνέπεια για τη διαιτολογική τους παρακολούθηση. Η ενημέρωση και η συναίνεση τεκμηριώθηκαν μέσω του εντύπου ενημέρωσης και συναίνεσης που παρατίθεται στο Παράρτημα Β, ενώ τα ζητήματα δεοντολογίας παρουσιάζονται αναλυτικότερα στην ενότητα 3.4. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε και στη χωριστή συναίνεση για την ηχογράφηση της συνέντευξης, καθώς οι συμμετέχοντες/ουσες είχαν τη δυνατότητα να αρνηθούν την ηχογράφηση και να συμμετάσχουν κανονικά στη μελέτη μέσω γραπτής καταγραφής των απαντήσεών τους.

Στο δείγμα περιλήφθηκαν άτομα με διαφορετικά κλινικά και διατροφικά χαρακτηριστικά. Ειδικότερα, καταγράφηκαν περιπτώσεις με IBS, λειτουργική δυσπεψία, πιθανή ή δηλωμένη διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, γαστρεντερική δυσφορία, παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, χρόνιο πόνο, διαταραχές ύπνου, υπερφαγικά ή βουλιμικού τύπου επεισόδια και δυσκολίες στη σχέση με το φαγητό ή την εικόνα σώματος. Η ετερογένεια αυτή δεν αντιμετωπίστηκε ως μειονέκτημα, αλλά ως στοιχείο που επιτρέπει την ευρύτερη κατανόηση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στη διάθεση, στο σώμα και στη διατροφική αυτοδιαχείριση.

3.2.3 Περιγραφή δείγματος

Το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν δεκαέξι (16) ενήλικοι/ες διαιτώμενοι/ες. Από αυτούς/ές, δεκατέσσερις (14) ήταν γυναίκες και δύο (2) άνδρες. Το ηλικιακό εύρος του δείγματος κυμάνθηκε από 27 έως 45 έτη. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων/ουσών ήταν εργαζόμενοι/ες, ενώ καταγράφηκαν διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, από δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια/IEK έως ΑΕΙ/ΤΕΙ και μεταπτυχιακό/διδακτορικό επίπεδο.

Ιδιαίτερη σημασία έχει ότι το δείγμα περιλάμβανε δύο τρόπους καταγραφής δεδομένων. Επτά (8) συμμετέχοντες/ουσες συναίνεσαν στην ηχογράφηση της συνέντευξης, η οποία στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκε και ανωνυμοποιήθηκε. Οκτώ (8) συμμετέχοντες/ουσες δεν συναίνεσαν στην ηχογράφηση· στις περιπτώσεις αυτές, οι απαντήσεις καταγράφηκαν γραπτώς κατά τη διάρκεια της

συνέντευξης, με βάση τον ίδιο οδηγό ημι-δομημένης συνέντευξης. Η επιλογή μη ηχογράφησης έγινε σεβαστή και δεν αποτέλεσε κριτήριο αποκλεισμού από τη μελέτη.

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Κωδικός	Φύλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Εκπαίδευση	Εργασιακή κατάσταση	Τρόπος καταγραφής
Σ1	Γυναίκα	45	Έγγαμη	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Εργαζόμενη	Ηχογραφημένη
Σ2	Γυναίκα	40	Έγγαμη	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Εργαζόμενη	Ηχογραφημένη
Σ3	Γυναίκα	36	Έγγαμη	Μεταδευτεροβάθμια/ΙΕΚ	Εργαζόμενη	Ηχογραφημένη
Σ4	Γυναίκα	45	Έγγαμη	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Άνεργη	Ηχογραφημένη
Σ5	Άνδρας	30	Άγαμος	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Εργαζόμενος	Ηχογραφημένη
Σ6	Γυναίκα	44	Έγγαμη	Δευτεροβάθμια	Άνεργη	Ηχογραφημένη
Σ7	Άνδρας	45	Άγαμος	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Εργαζόμενος	Ηχογραφημένη
Σ8	Γυναίκα	33	Έγγαμη	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Εργαζόμενος	Ηχογραφημένη
Σ9	Γυναίκα	43	Έγγαμη	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Εργαζόμενη	Γραπτή καταγραφή
Σ10	Γυναίκα	36	Έγγαμη	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Εργαζόμενη	Γραπτή καταγραφή
Σ11	Γυναίκα	37	Έγγαμη	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Εργαζόμενη	Γραπτή καταγραφή
Σ12	Γυναίκα	45	Έγγαμη	Δευτεροβάθμια	Εργαζόμενη	Γραπτή καταγραφή
Σ13	Γυναίκα	27	Άγαμη	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Εργαζόμενη	Γραπτή καταγραφή
Σ14	Γυναίκα	29	Άγαμη	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Εργαζόμενη	Γραπτή καταγραφή
Σ15	Γυναίκα	44	Έγγαμη	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	Εργαζόμενη	Γραπτή καταγραφή

Σ16 Γυναίκα 38 Έγγαμη ΑΕΙ/ΤΕΙ Εργαζόμενη Γραπτή
με αυξημένο καταγραφή
φόρτο

Σε κλινικό επίπεδο, το δείγμα χαρακτηρίστηκε από ετερογένεια. Το IBS και η λειτουργική δυσπεψία εμφανίστηκαν συχνά, ενώ καταγράφηκαν επίσης περιπτώσεις πιθανής ή δηλωμένης διαταραχής σωματικών συμπτωμάτων, παχυσαρκίας, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, γαστρεντερικής δυσφορίας, χρόνιου πόνου, διαταραχών ύπνου, κόπωσης και βουλιμικού τύπου διατροφικής απορρύθμισης. Η αυτοαξιολογούμενη ένταση των συμπτωμάτων κυμάνθηκε, όπου υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία, περίπου από 6/10 έως 9/10, ενώ η συχνότητα των συμπτωμάτων περιγραφόταν άλλοτε ως συχνή, άλλοτε ως καθημερινή και άλλοτε ως εμφανιζόμενη σε εξάρσεις.

Πίνακας 2 Κύρια κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

Κωδ.	Κύρια διάγνωση/κατάσταση	Διάρκεια συμπτωμάτων	Ένταση	Συχνότητα	Συνόπαρξη/συναφή στοιχεία	Κύριος στόχος
Σ1	IBS, λειτουργική δυσπεψία	8, μη διεκρινισμένο	7,5/10	Σε εξάρσεις	Άγχος	Διαχείριση συμπτωμάτων και ρύθμιση βάρους
Σ2	IBS, πιθανή SSD	Δεν συμπληρώθηκε	9/10	Καθημερινά	Άγχος, ύπνος, χρόνιος πόνος	Διαχείριση συμπτωμάτων
Σ3	IBS, SSD	1 έτος	7,5/10	Σε εξάρσεις	Άγχος	Βελτίωση συμπτωμάτων και ρύθμιση βάρους
Σ4	IBS, SSD, επιλόχεια κατάθλιψη	3 έτη	9/10	Καθημερινά	Άγχος, χρόνιος πόνος	Βελτίωση συμπτωμάτων και πιθανή ρύθμιση βάρους
Σ5	IBS, SSD	6, μη διεκρινισμένο	7,5/10	Περιστασιακά	Άγχος, διαταραχές ύπνου	Απώλεια/ρύθμιση βάρους
Σ6	Χρόνιος πόνος/πιθανή αντίσταση στην ινσουλίνη	5, μη διεκρινισμένο	6/10	Συχνά	Χρόνιος πόνος	Απώλεια/ρύθμιση βάρους
Σ7	IBS, λειτουργική δυσπεψία	10 μήνες	7/10	Συχνά	Άγχος, ύπνος, χρόνιος πόνος	Βελτίωση συμπτωμάτων και σταθεροποίηση/ρύθμιση βάρους
Σ8	Μη σαφώς δηλωμένη διάγνωση	9 έτη	8/10	Σε εξάρσεις	Άγχος	Απώλεια/ρύθμιση βάρους
Σ9	IBS, λειτουργική δυσπεψία	1 χρόνος	7/10	Σε εξάρσεις	Άγχος	Βελτίωση συμπτωμάτων και ρύθμιση βάρους

Σ10	Φούσκωμα, πόνοι στο στομάχι	8 έτη	6/10	Περιστασιακά	Άγχος, ύπνος	Βελτίωση φουσκωμάτων και διατροφικών συνηθειών
Σ11	IBS, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2	1 χρόνος	8/10	Σε εξάρσεις	Αδυναμία, απώλεια συγκέντρωσης	Βελτίωση συμπτωμάτων, ρύθμιση βάρους και διαβήτη
Σ12	Πόνος στο στομάχι, βουλμικού τύπου συμπεριφορά	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	Σε εξάρσεις	Άγχος	Κανονικοποίηση μερίδων και βελτίωση συμπτωμάτων
Σ13	SSD	Δεν συμπληρώθηκε	Δεν διακρίνεται	Συχνά	Άγχος	Βελτίωση σχέσης με φαγητό και συναισθηματικής κατάστασης
Σ14	IBS, SSD, παχυσαρκία	3 μήνες	7/10	Σε εξάρσεις	Άγχος	Απώλεια/ρύθμιση βάρους
Σ15	IBS	9 μήνες	8/10	Σε εξάρσεις	Άγχος	Βελτίωση πρηξίματος και παλινδρόμησης
Σ16	IBS, πιθανή SSD	Περίπου 2 έτη	8/10	Συχνά, με εξάρσεις	Άγχος, ύπνος, κόπωση	Βελτίωση γαστρεντερικών συμπτωμάτων και απώλεια/ρύθμιση βάρους

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ημι-δομημένων ατομικών συνεντεύξεων, οι οποίες βασίστηκαν σε οδηγό δύο βασικών μερών. Το Μέρος Α αφορούσε τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων/ουσών, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, εργασιακή κατάσταση, βασική διάγνωση ή κατάσταση, διάρκεια, ένταση και συχνότητα συμπτωμάτων, συνυπάρχοντα συμπτώματα, φαρμακευτική αγωγή όπου αναφερόταν, ΔΜΣ, βάρος, ύψος και στοιχεία διαιτολογικής παρακολούθησης. Το Μέρος Β περιλάμβανε θεματικές ερωτήσεις σχετικά με τη χαμηλή διάθεση, την ψυχική επιβάρυνση, τα σωματικά ή ψυχοσωματικά συμπτώματα, την καθημερινή λειτουργικότητα, την όρεξη, τις διατροφικές επιλογές, τη συμμόρφωση στις διαιτολογικές συστάσεις, τα εμπόδια και τους διευκολυντές στη διαχείριση των συμπτωμάτων, καθώς και τη στάση απέναντι στην ψυχολογική υποστήριξη και στη διεπιστημονική συνεργασία.

3.2.4 Διαδικασία διεξαγωγής και διαχείριση δεδομένων

Οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώθηκαν για τον σκοπό, τη διαδικασία και τον εθελοντικό χαρακτήρα της έρευνας. Η συμμετοχή προϋπέθετε ενημερωμένη συναίνεση, ενώ διευκρινίστηκε ότι οι συμμετέχοντες/ουσες μπορούσαν να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία επίπτωση στη διαιτολογική τους φροντίδα. Επιπλέον, τονίστηκε ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιούνταν

αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και θα παρουσιάζονταν σε ανωνυμοποιημένη μορφή.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν ατομικά, σε συνθήκες που επέτρεπαν τη διατήρηση της ιδιωτικότητας και τη μείωση πιθανής πίεσης ή δυσφορίας. Όπου οι συμμετέχοντες/ουσες συναίνεσαν, οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν, απομαγνητοφωνήθηκαν και στη συνέχεια ανωνυμοποιήθηκαν. Σε περιπτώσεις όπου δεν δόθηκε συναίνεση για ηχογράφιση, η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε κανονικά, αλλά οι απαντήσεις καταγράφηκαν γραπτώς κατά τη διάρκειά της. Η διαφοροποίηση αυτή κρίθηκε αναγκαία για λόγους σεβασμού της αυτονομίας των συμμετεχόντων/ουσών και της άνεσής τους κατά την ερευνητική διαδικασία.

Για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων, σε όλους/ες τους/τις συμμετέχοντες/ουσες αποδόθηκε ανώνυμος κωδικός. Στο κυρίως σώμα της εργασίας χρησιμοποιούνται οι κωδικοί Σ1–Σ16, χωρίς αναφορά σε ονοματεπώνυμο ή άλλα αναγνωριστικά στοιχεία. Οι συνεντεύξεις που προέκυψαν από ηχογράφιση και οι συνεντεύξεις που καταγράφηκαν γραπτώς εντάχθηκαν από κοινού στο σώμα των ποιοτικών δεδομένων και αναλύθηκαν θεματικά, με στόχο την αναγνώριση επαναλαμβανόμενων μοτίβων εμπειρίας, αλλά και διαφοροποιήσεων ανάμεσα στις περιπτώσεις.

3.3 Διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων και διασφάλιση ποιότητας

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης, σύμφωνα με την προσέγγιση των Braun και Clarke (2006). Η θεματική ανάλυση κρίθηκε κατάλληλη, καθώς αποτελεί ευέλικτη και συστηματική μέθοδο ποιοτικής ανάλυσης, η οποία επιτρέπει την αναγνώριση, οργάνωση και ερμηνεία επαναλαμβανόμενων μοτίβων νοήματος μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων/ουσών. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου συνδέεται με τον σκοπό της παρούσας έρευνας, καθώς το ερευνητικό ενδιαφέρον δεν περιορίζεται στην απλή καταγραφή συμπτωμάτων, αλλά εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο οι διαιτώμενοι/ες περιγράφουν και νοηματοδοτούν τη συνύπαρξη καταθλιπτικής επιβάρυνσης και ψυχοσωματικών/λειτουργικών συμπτωμάτων, καθώς και τους παράγοντες που φαίνεται να διαμεσολαβούν στην καθημερινή τους εμπειρία.

3.3.1 Προετοιμασία υλικού και εξοικείωση με τα δεδομένα

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής δεδομένων, οι ηχογραφημένες συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν και οργανώθηκαν σε ενιαίο σώμα κειμένων. Ακολούθησε επαναλαμβανόμενη ανάγνωση των απομαγνητοφωνήσεων, με στόχο την εξοικείωση με το περιεχόμενο, την κατανόηση της συνολικής αφήγησης κάθε συμμετέχοντα και την αρχική χαρτογράφηση σημείων που σχετίζονται με:

Η αρχική κωδικοποίηση περιλάμβανε την αναγνώριση και καταγραφή σημείων που σχετίζονταν με εκφράσεις χαμηλής διάθεσης ή καταθλιπτικών στοιχείων, όπως θλίψη, μειωμένο ενδιαφέρον, κόπωση και διαταραχές ύπνου. Παράλληλα, χαρτογραφήθηκαν περιγραφές ψυχοσωματικών εκδηλώσεων, κυρίως σωματικών ενοχλήσεων με λειτουργικό αντίκτυπο, καθώς και αναφορές σε χρονική συνάφεια ή σε κυκλική σχέση μεταξύ ψυχικής επιβάρυνσης και σωματικής δυσφορίας. Επιπλέον, καταγράφηκαν τα πλαίσια και οι συνθήκες επιδείνωσης ή ύφεσης των συμπτωμάτων, όπως και οι επιπτώσεις τους στη διατροφική συμπεριφορά και στη συμμόρφωση των συμμετεχόντων/ουσών στις διαιτολογικές οδηγίες.

Στο στάδιο αυτό τηρήθηκαν σύντομες αναλυτικές σημειώσεις, ώστε να καταγραφούν πρώτες εντυπώσεις και πιθανοί άξονες ερμηνείας, χωρίς να “κλειδώνουν” πρόωρα οι τελικές κατηγορίες.

3.3.2 Κωδικοποίηση (coding)

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αρχική κωδικοποίηση σε επίπεδο νοήματος, κατά την οποία αποδόθηκαν κώδικες σε αποσπάσματα που αποτύπωναν σαφείς ιδέες ή εμπειρίες σχετικές με τον σκοπό της μελέτης. Οι αρχικοί κώδικες που αναδύθηκαν από το υλικό οργανώθηκαν γύρω από επαναλαμβανόμενους άξονες εμπειρίας. Ειδικότερα, εντοπίστηκαν η πτώση της διάθεσης και η απώλεια κινήτρου, η σωματική ενόχληση και η γαστρεντερική δυσφορία, ο ύπνος και η κόπωση ως επιβαρυντικοί παράγοντες, το άγχος και η έντονη σωματική αντίδραση, η απορρύθμιση των διατροφικών ρουτινών, ο φαύλος κύκλος διάθεσης και συμπτωμάτων, καθώς και οι στρατηγικές διαχείρισης και αυτορρύθμισης.

3.4 Ηθικές-δεοντολογικές προβλέψεις

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε με γνώμονα τις βασικές αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας, με έμφαση στον σεβασμό της αυτονομίας, της αξιοπρέπειας, της ιδιωτικότητας και της εθελοντικής συμμετοχής των συμμετεχόντων/ουσών. Δεδομένου ότι το αντικείμενο της μελέτης αφορά προσωπικές εμπειρίες χαμηλής διάθεσης, άγχους, ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, διατροφικής δυσκολίας, εικόνας σώματος και, σε ορισμένες περιπτώσεις, βουλιμικού τύπου συμπεριφορών ή αυτοπροκαλούμενου εμετού, κρίθηκε απαραίτητη η ιδιαίτερα προσεκτική διαχείριση της ερευνητικής διαδικασίας.

Πριν από τη συμμετοχή τους, οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης, το περιεχόμενο της συνέντευξης, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων και τον τρόπο αξιοποίησης των απαντήσεών τους. Διευκρινίστηκε ότι η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική και ότι κάθε άτομο είχε δικαίωμα να αρνηθεί τη συμμετοχή ή να αποχωρήσει από τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή,

χωρίς καμία επίπτωση στη διαιτολογική του φροντίδα ή στη σχέση του με το διαιτολογικό πλαίσιο. Η συναίνεση των συμμετεχόντων/ουσών λήφθηκε μετά από σχετική ενημέρωση, ενώ δόθηκε η δυνατότητα να τεθούν ερωτήσεις πριν από την έναρξη της συνέντευξης.

Ιδιαίτερη πρόβλεψη υπήρξε για το ζήτημα της ηχογράφησης. Οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώθηκαν ότι η ηχογράφηση θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για την ακριβέστερη απομαγνητοφώνηση και ανάλυση της συνέντευξης. Ωστόσο, η συναίνεση για ηχογράφηση δεν θεωρήθηκε προϋπόθεση συμμετοχής. Σε περιπτώσεις όπου οι συμμετέχοντες/ουσες δεν επιθυμούσαν να ηχογραφηθεί η συνέντευξη, η διαδικασία πραγματοποιήθηκε κανονικά, αλλά οι απαντήσεις καταγράφηκαν γραπτώς κατά τη διάρκειά της. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίστηκε ότι η άρνηση ηχογράφησης δεν θα λειτουργούσε αποκλειστικά, αλλά θα γινόταν σεβαστή ως μέρος του δικαιώματος αυτοδιάθεσης των συμμετεχόντων/ουσών.

Η διαφοροποίηση μεταξύ ηχογραφημένων και μη ηχογραφημένων συνεντεύξεων ελήφθη υπόψη τόσο κατά την προετοιμασία όσο και κατά την ανάλυση των δεδομένων. Πριν από την ενιαία θεματική ανάλυση, πραγματοποιήθηκε συγκριτική επισκόπηση των δύο υποομάδων, προκειμένου να εξεταστεί αν ο διαφορετικός τρόπος καταγραφής συνδεόταν με ουσιώδεις διαφοροποιήσεις ως προς τα βασικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων/ουσών ή ως προς τους βασικούς θεματικούς άξονες που αναδείχθηκαν από τις απαντήσεις τους. Από τη διαδικασία αυτή δεν προέκυψαν συστηματικές διαφορές που να δικαιολογούν χωριστή ανάλυση των δύο κατηγοριών. Και στις δύο υποομάδες αναδείχθηκαν κοινά μοτίβα εμπειρίας, όπως η χαμηλή διάθεση, το άγχος, η σωματική δυσφορία, η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, η μεταβολή της όρεξης και η δυσκολία διατήρησης σταθερών διατροφικών ρουτινών.

Ωστόσο, η διαφοροποίηση στον τρόπο καταγραφής λήφθηκε υπόψη κατά την ερμηνεία και παρουσίαση των ευρημάτων. Οι ηχογραφημένες συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν και ανωνυμοποιήθηκαν, ενώ οι μη ηχογραφημένες αξιοποιήθηκαν βάσει των γραπτών καταγραφών που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Οι γραπτές καταγραφές δεν αντιμετωπίστηκαν ως πλήρεις κατά λέξη απομαγνητοφωνήσεις, αλλά ως οργανωμένα ποιοτικά σημειώματα που αποτύπωναν το περιεχόμενο, τους βασικούς άξονες νοήματος και τις κρίσιμες εμπειρίες που αναδύθηκαν κατά τη συνέντευξη. Για τον λόγο αυτό, κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή ώστε να αποφεύγεται η υπερερμηνεία ή η χρήση αποσπασμάτων με τρόπο που θα υπερέβαινε τον βαθμό ακρίβειας της αρχικής καταγραφής.

Για την προστασία της ανωνυμίας, σε όλους/ες τους/τις συμμετέχοντες/ουσες αποδόθηκε ανώνυμος κωδικός. Στο κυρίως σώμα της εργασίας χρησιμοποιούνται οι κωδικοί Σ1–Σ16, χωρίς αναφορά σε ονοματεπώνυμα, ακριβείς επαγγελματικές λεπτομέρειες ή άλλα στοιχεία που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην αναγνώριση των συμμετεχόντων/ουσών. Τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία παρουσιάζονται σε συνοπτική και ανωνυμοποιημένη μορφή, με τρόπο που εξυπηρετεί την περιγραφή του δείγματος χωρίς να θίγει την ιδιωτικότητα των ατόμων.

Επιπλέον, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στη γλώσσα που χρησιμοποιείται για την παρουσίαση ευαίσθητων εμπειριών. Όπου οι συμμετέχοντες/ουσες αναφέρουν επεισόδια απώλειας ελέγχου, βουλμικού τύπου συμπεριφορές, ενοχές ή αυτοπροκαλούμενο έμετο, οι σχετικές αναφορές παρουσιάζονται ως αυτοαναφερόμενες εμπειρίες και όχι ως επίσημες διαγνώσεις, εκτός αν υπήρχε σαφής διαγνωστική πληροφορία. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η αδικαιολόγητη παθολογικοποίηση των συμμετεχόντων/ουσών και διατηρείται η αναλυτική ακρίβεια των ευρημάτων.

Κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων επιδιώχθηκε η δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας, σεβασμού και μη επικριτικής στάσης. Οι συμμετέχοντες/ουσες είχαν τη δυνατότητα να μην απαντήσουν σε ερωτήσεις που τους προκαλούσαν δυσφορία ή που δεν επιθυμούσαν να αναπτύξουν. Η ερευνήτρια/ο ερευνητής απέφυγε παρεμβάσεις αξιολογικού χαρακτήρα και δεν επιδίωξε τη διατύπωση κλινικών διαγνώσεων, αλλά την κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας των διαιτώμενων. Ιδίως σε θέματα που αφορούσαν τη σχέση με το σώμα, το φαγητό, το βάρος, τη χαμηλή διάθεση ή την ψυχολογική υποστήριξη, η συζήτηση πραγματοποιήθηκε με ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να περιοριστεί ο κίνδυνος ντροπής, ενοχής ή πρόσθετης συναισθηματικής επιβάρυνσης.

Τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας ερευνητικής εργασίας. Οι ηχογραφήσεις, οι απομαγνητοφωνήσεις και οι γραπτές καταγραφές διαχειρίστηκαν με τρόπο που διασφάλιζε την εμπιστευτικότητα και την περιορισμένη πρόσβαση στο υλικό. Κατά την παρουσίαση των ευρημάτων, επιλέχθηκε να δίνονται μόνο όσα στοιχεία είναι απαραίτητα για την κατανόηση των θεματικών μοτίβων και της ερευνητικής ερμηνείας, αποφεύγοντας λεπτομέρειες που θα μπορούσαν να καταστήσουν αναγνωρίσιμη κάποια περίπτωση.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Συν-εμφάνιση χαμηλής διάθεσης/καταθλιπτικής επιβάρυνσης και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων

Η πρώτη θεματική που αναδύθηκε από την ανάλυση αφορά τη συν-εμφάνιση χαμηλής διάθεσης, άγχους ή ευρύτερης ψυχικής επιβάρυνσης με σωματικά, ψυχοσωματικά ή λειτουργικά συμπτώματα. Το μοτίβο αυτό αποτέλεσε κεντρικό εύρημα του υλικού, καθώς η ψυχική επιβάρυνση και η σωματική δυσφορία δεν παρουσιάστηκαν ως δύο ανεξάρτητες εμπειρίες, αλλά ως αλληλένδετες όψεις της καθημερινότητας των συμμετεχόντων/ουσών. Από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες, οι 14 ανέφεραν άγχος ή συναφή μορφή ψυχικής επιβάρυνσης, ενώ σε 11 περιπτώσεις καταγράφηκε IBS. Παράλληλα, σε 7 περιπτώσεις καταγράφηκε δηλωμένη ή πιθανή διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, σε 5 περιπτώσεις διαταραχές ύπνου και σε 4 περιπτώσεις χρόνιος πόνος. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι η συνύπαρξη ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης δεν εμφανίστηκε ως περιφερειακό εύρημα, αλλά ως επαναλαμβανόμενο μοτίβο στο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος.

Η κατανομή του δείγματος χρειάζεται να ληφθεί υπόψη στην ερμηνεία του ευρήματος. Από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες, οι 14 ήταν γυναίκες και οι 2 άνδρες, ενώ οι ηλικίες κυμαίνονταν από 27 έως 45 έτη. Λόγω της σαφούς υπερεκπροσώπησης των γυναικών, δεν είναι μεθοδολογικά ασφαλές να διατυπωθούν συγκριτικά συμπεράσματα με βάση το φύλο. Ωστόσο, η συν-εμφάνιση ψυχικής και σωματικής δυσφορίας καταγράφηκε τόσο σε γυναίκες όσο και στους δύο άνδρες του δείγματος, καθώς και σε συμμετέχοντες/ουσες διαφορετικών ηλικιών, οικογενειακών καταστάσεων, εκπαιδευτικών επιπέδων και εργασιακών συνθηκών. Επομένως, το συγκεκριμένο θεματικό μοτίβο δεν περιορίστηκε σε μία μόνο δημογραφική υποομάδα, αλλά διαπέρασε ευρύτερα το υλικό της μελέτης.

Ένα βασικό πεδίο στο οποίο αποτυπώθηκε η συν-εμφάνιση ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης ήταν τα γαστρεντερικά και λειτουργικά συμπτώματα. IBS καταγράφηκε στους/στις Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ7, Σ9, Σ11, Σ14, Σ15 και Σ16, ενώ λειτουργική δυσπεψία δηλώθηκε στους/στις Σ1, Σ7 και Σ9. Επιπλέον, γαστρεντερική δυσφορία χωρίς πλήρη διαγνωστική αποσαφήνιση καταγράφηκε σε συμμετέχοντες/ουσες με φούσκωμα, πόνο στο στομάχι, παλινδρόμηση ή συμπτώματα σε εξάρσεις. Στις περιπτώσεις αυτές, η σωματική ενόχληση συνδέθηκε με άγχος, ένταση, νευρικότητα, αίσθημα απώλειας ελέγχου και δυσκολία διατήρησης σταθερών καθημερινών ρουτινών. Το σώμα

περιγράφηκε, άμεσα ή έμμεσα, ως πεδίο στο οποίο αποτυπώνεται η ψυχική πίεση, κυρίως μέσω πόνου, φουσκώματος, στομαχικής δυσφορίας, παλινδρόμησης ή εντερικών ενοχλήσεων.

Η δηλωμένη ή πιθανή διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων αποτέλεσε δεύτερο σημαντικό άξονα της ίδιας θεματικής. Συγκεκριμένα, σχετική καταγραφή υπήρχε στους/στις Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ13, Σ14 και Σ16. Στις περιπτώσεις αυτές, η σωματική δυσφορία δεν φαίνεται να περιορίζεται στη βιολογική διάσταση του συμπτώματος, αλλά συνδέεται με αυξημένη ενασχόληση με το σώμα, ανησυχία για την πορεία των συμπτωμάτων και δυσκολία αποσύνδεσης της σωματικής εμπειρίας από τη συναισθηματική κατάσταση. Η ψυχική επιβάρυνση δεν εμφανίζεται μόνο ως συνέπεια των σωματικών ενοχλήσεων, αλλά και ως παράγοντας που μπορεί να εντείνει την αντίληψη, την ένταση ή τη λειτουργική επίδραση των συμπτωμάτων.

Η σχέση αυτή εμφανίστηκε και με την αντίστροφη κατεύθυνση: η σωματική δυσφορία επιβάρυνε τη διάθεση, την καθημερινή λειτουργικότητα και την αίσθηση ελέγχου. Σε συμμετέχοντες/ουσες με IBS, λειτουργική δυσπεψία, φούσκωμα, παλινδρόμηση ή χρόνιο πόνο, τα σωματικά συμπτώματα επηρέασαν όχι μόνο τη διατροφή, αλλά και την εργασία, τη συγκέντρωση, την κοινωνική επαφή και τη γενικότερη άνεση μέσα στην ημέρα. Η ύπαρξη χρόνιου πόνου στους/στις Σ2, Σ4, Σ6 και Σ7 ενίσχυσε ιδιαίτερα αυτή τη διάσταση, καθώς ο πόνος συνδέθηκε με περιορισμό δραστηριοτήτων, σωματική εξάντληση και δυσκολία διατήρησης συνέπειας σε πρακτικές αυτοφροντίδας. Με αυτόν τον τρόπο, η σωματική ενόχληση δεν λειτούργησε απλώς ως σύμπτωμα, αλλά ως παράγοντας που επηρέαζε τη διάθεση και τη δυνατότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις καθημερινές του απαιτήσεις.

Σημαντικός ενδιάμεσος παράγοντας ήταν και ο ύπνος. Διαταραχές ύπνου καταγράφηκαν στους/στις Σ2, Σ5, Σ7, Σ10 και Σ16. Στις περιπτώσεις αυτές, η δυσκολία ύπνου συνδέθηκε με άγχος, εσωτερική ένταση, κόπωση και μειωμένη ενεργητικότητα. Η ανεπαρκής ανάπαυση φάνηκε να επιτείνει τη χαμηλή διάθεση και να δυσκολεύει την οργάνωση της διατροφής μέσα στην ημέρα. Παράλληλα, η κόπωση ή η αδυναμία καταγράφηκε με σαφήνεια στους/στις Σ11 και Σ16, ενώ σε άλλες περιπτώσεις εμφανίστηκε έμμεσα μέσα από περιγραφές μειωμένης αντοχής, δυσκολίας κινητοποίησης και περιορισμένης διάθεσης για αυτοφροντίδα. Έτσι, ο ύπνος και η κόπωση λειτούργησαν ως γέφυρες ανάμεσα στην ψυχική επιβάρυνση, τη σωματική λειτουργικότητα και τη διατροφική συμπεριφορά.

Η συν-εμφάνιση ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης συνδέθηκε επίσης με το σωματικό βάρος, την εικόνα σώματος και τον στόχο της διαιτολογικής παρακολούθησης. Σε 11 από τις 16 περιπτώσεις ο κύριος στόχος περιλάμβανε απώλεια ή ρύθμιση βάρους, είτε αυτοτελώς είτε σε συνδυασμό με

βελτίωση γαστρεντερικών συμπτωμάτων ή άλλων κλινικών παραμέτρων. Αυτό καταγράφηκε στους/στις Σ1, Σ3, Σ4, Σ5, Σ6, Σ7, Σ8, Σ9, Σ11, Σ14 και Σ16. Στις περιπτώσεις αυτές, η εμπειρία του σώματος δεν αφορούσε μόνο την παρουσία συμπτωμάτων, αλλά και τη σχέση με το βάρος, την αυτοεικόνα, τη σωματική άνεση και την αίσθηση αποτελεσματικότητας της προσπάθειας. Η στασιμότητα της ζυγαριάς, η δυσκολία απώλειας βάρους, η απογοήτευση από προηγούμενες προσπάθειες και η αρνητική εικόνα σώματος εμφανίστηκαν ως στοιχεία που μπορούσαν να ενισχύσουν τη χαμηλή διάθεση και να μειώσουν το κίνητρο συνέχισης της διαιτολογικής προσπάθειας.

Ωστόσο, η ψυχοσωματική επιβάρυνση δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά μέσα από το αυξημένο βάρος ή τον στόχο απώλειας βάρους. Υπήρχαν συμμετέχοντες/ουσες των οποίων το βασικό αίτημα αφορούσε κυρίως τη βελτίωση γαστρεντερικών συμπτωμάτων, όπως πρήξιμο, παλινδρόμηση, πόνο στο στομάχι ή λειτουργική δυσφορία, χωρίς η ρύθμιση του βάρους να αποτελεί τον μοναδικό άξονα της διαιτολογικής παρακολούθησης. Αυτό δείχνει ότι η σχέση ανάμεσα στη διάθεση και στο σώμα δεν περιορίστηκε στην παχυσαρκία ή στην εικόνα σώματος, αλλά αφορούσε ευρύτερα τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες/ουσες βίωναν τη σωματική δυσφορία, την αδυναμία ελέγχου των συμπτωμάτων και την επίδραση αυτών των συμπτωμάτων στην καθημερινή τους λειτουργικότητα.

Η εργασιακή και οικογενειακή κατάσταση συνέβαλε επίσης στην κατανόηση της θεματικής. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων/ουσών ήταν εργαζόμενοι/ες, ενώ αρκετοί/ές ήταν έγγαμοι/ες και είχαν αυξημένες καθημερινές υποχρεώσεις. Ιδιαίτερα σε συμμετέχοντες/ουσες με αυξημένο φόρτο εργασίας ή πολλαπλούς οικογενειακούς ρόλους, η ψυχική πίεση φάνηκε να συνδέεται με δυσκολία σταθερής αυτοφροντίδας, ακανόνιστες διατροφικές πρακτικές και εντονότερη σωματική δυσφορία. Η περίπτωση της Σ16, όπου δηλώνεται αυξημένος εργασιακός φόρτος, IBS, πιθανή διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, άγχος, ύπνος και κόπωση, είναι ενδεικτική της συσσώρευσης επιβαρυντικών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν παράλληλα τη διάθεση, το σώμα και τη διατροφική πορεία.

Συνολικά, η ενότητα αυτή δείχνει ότι η χαμηλή διάθεση, το άγχος και η ψυχική επιβάρυνση συνυπήρχαν συχνά με γαστρεντερικά, ψυχοσωματικά ή λειτουργικά συμπτώματα. Η συνύπαρξη αυτή εμφανίστηκε σε διαφορετικά κλινικά προφίλ, όπως IBS, λειτουργική δυσπεψία, πιθανή ή δηλωμένη διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, χρόνιος πόνος, διαταραχές ύπνου, παχυσαρκία και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι συμμετέχοντες/ουσες δεν βίωναν το σώμα και τη

διάθεση ως ξεχωριστές περιοχές εμπειρίας, αλλά ως αλληλεπιδρώντα πεδία που επηρέαζαν την καθημερινή λειτουργικότητα, τη διατροφική συμπεριφορά και τη δυνατότητα συμμόρφωσης στις διαιτολογικές συστάσεις.

4.2 Μηχανισμοί και «γέφυρες» που συνδέουν την ψυχική επιβάρυνση με τη σωματική δυσφορία

Η δεύτερη θεματική που αναδύθηκε από την ανάλυση αφορά τους μηχανισμούς ή τις «γέφυρες» μέσω των οποίων οι συμμετέχοντες/ουσες συνέδεσαν την ψυχική επιβάρυνση με τη σωματική δυσφορία. Στο υλικό της μελέτης, η σχέση ανάμεσα στη διάθεση και στα ψυχοσωματικά ή λειτουργικά συμπτώματα δεν παρουσιάστηκε ως μια αφηρημένη συσχέτιση, αλλά ως καθημερινή εμπειρία που εκφράστηκε μέσα από συγκεκριμένες διαστάσεις: άγχος, ένταση, κόπωση, διαταραχές ύπνου, απορρύθμιση γευμάτων, εργασιακή πίεση, ενοχές γύρω από το φαγητό και δυσκολία διατήρησης σταθερής ρουτίνας. Οι μηχανισμοί αυτοί δεν παρουσιάζονται εδώ ως βιοϊατρικά τεκμηριωμένες αιτιώδεις οδοί, αλλά ως βιωματικές ερμηνείες των ίδιων των συμμετεχόντων/ουσών για τον τρόπο με τον οποίο η ψυχική τους κατάσταση επηρέαζε το σώμα, τη διατροφική συμπεριφορά και την καθημερινή τους λειτουργικότητα.

Ένας πρώτος και ιδιαίτερα εμφανής μηχανισμός ήταν το άγχος. Στα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το άγχος καταγράφηκε ως συναφές στοιχείο σε 14 από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες. Η παρουσία του δεν περιορίστηκε σε μία συγκεκριμένη υποομάδα, καθώς εμφανίστηκε τόσο σε συμμετέχοντες/ουσες με IBS όσο και σε συμμετέχοντες/ουσες με λειτουργική δυσπεψία, φούσκωμα, πόνο στο στομάχι, διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων ή δυσκολίες στη σχέση με το φαγητό. Ειδικότερα, άγχος καταγράφηκε στους/στις Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ7, Σ8, Σ9, Σ10, Σ12, Σ13, Σ14, Σ15 και Σ16. Το στοιχείο αυτό δείχνει ότι το άγχος αποτέλεσε έναν από τους συχνότερους βιωματικούς συνδέσμους ανάμεσα στην ψυχική κατάσταση και τη σωματική δυσφορία.

Στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων/ουσών, το άγχος δεν παρουσιάστηκε μόνο ως ψυχική κατάσταση, αλλά ως εμπειρία με άμεσο σωματικό αποτύπωμα. Συμμετέχοντες/ουσες αναφέρθηκαν σε φούσκωμα, πρήξιμο, στομαχικό πόνο, νευρικότητα, αίσθημα βάρους, δυσκολία χαλάρωσης και γενικότερη σωματική ένταση. Η σύνδεση αυτή ήταν ιδιαίτερα εμφανής σε συμμετέχοντες/ουσες με γαστρεντερικά ή λειτουργικά συμπτώματα, καθώς IBS καταγράφηκε σε 11 από τις 16 περιπτώσεις, ενώ λειτουργική δυσπεψία δηλώθηκε σε 3 περιπτώσεις. Έτσι, η ψυχική ένταση φάνηκε να

νοηματοδοτείται από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες ως παράγοντας που μπορούσε να προηγείται, να συνοδεύει ή να επιδεινώνει τη σωματική ενόχληση.

Όπως αναφέρει η Σ3:

«Η διάθεσή μου το τελευταίο διάστημα είναι λίγο ανύπαρκτη. Νιώθω μια στενοχώρια, ένα κενό. Γενικά απομονώνομαι, χαμηλώνω λίγο τον εαυτό μου, κάνω αρνητικές σκέψεις. Νιώθω ένα βάρος, σαν πλάκωμα, μια εξάντληση και γενικά μια ένταση.»

Στην ίδια αφήγηση, η συναισθηματική επιβάρυνση μεταφέρεται στο σώμα κυρίως μέσα από γαστρεντερικά συμπτώματα. Η συμμετέχουσα δεν παρουσιάζει το άγχος ως κάτι που παραμένει αποκλειστικά στο επίπεδο της σκέψης ή της διάθεσης, αλλά ως κατάσταση που συνοδεύεται από σωματικές εκδηλώσεις. Η σύνδεση αυτή αποτυπώνεται ακόμη πιο άμεσα στην επόμενη αναφορά της:

«Όταν δεν νιώθω πολύ καλά, έχω πολύ άγχος. Παρατηρώ φούσκωμα, πρήξιμο και ενοχλήσεις γενικά.»

Η αναφορά αυτή είναι χαρακτηριστική του τρόπου με τον οποίο το άγχος λειτούργησε ως «επιταχυντής» των σωματικών συμπτωμάτων. Η ψυχική ένταση συνδέθηκε με γαστρεντερική ενόχληση, ενώ η ενόχληση αυτή μπορούσε να ενισχύσει εκ νέου τη δυσφορία και τη χαμηλή διάθεση. Επομένως, για τους/τις συμμετέχοντες/ουσες, το άγχος δεν αποτέλεσε απλώς συνοδό στοιχείο, αλλά έναν βασικό μηχανισμό μέσω του οποίου η ψυχική επιβάρυνση γινόταν σωματικά αισθητή.

Ένας δεύτερος κρίσιμος μηχανισμός ήταν ο ύπνος. Διαταραχές ύπνου καταγράφηκαν στα κλινικά χαρακτηριστικά 5 από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες, συγκεκριμένα στους/στις Σ2, Σ5, Σ7, Σ10 και Σ16. Στις περιπτώσεις αυτές, η δυσκολία ύπνου συνδέθηκε με άγχος, εσωτερική ένταση, κόπωση και μειωμένη ενεργητικότητα μέσα στην ημέρα. Ο ύπνος φάνηκε να λειτουργεί ως ενδιάμεσος κρίκος ανάμεσα στη διάθεση και στο σώμα: η ψυχική επιβάρυνση δυσκόλεψε την ανάπαυση, η ανεπαρκής ανάπαυση αύξανε την κόπωση και η κόπωση επηρέαζε τη δυνατότητα οργάνωσης της διατροφής και της καθημερινής αυτοφροντίδας.

Όπως αναφέρει ο Σ5:

«Γενικά κοιμάμαι άσχημα. Ξυπνάω κουρασμένος, σαν να μην πρόλαβα καν να ξεκουραστώ. Επηρεάζει και την όρεξή μου για να φάω μέσα στη μέρα.»

Το απόσπασμα αυτό δείχνει ότι ο ύπνος δεν αποτελεί δευτερεύον στοιχείο της εμπειρίας, αλλά βασική γέφυρα ανάμεσα στη σωματική και την ψυχική λειτουργικότητα. Η διαταραχή του ύπνου

επηρεάζει την ενέργεια, την όρεξη και τη δυνατότητα διατήρησης σταθερής διατροφικής ρουτίνας. Με τον τρόπο αυτό, το πρόβλημα δεν παραμένει μόνο στο επίπεδο της ξεκούρασης, αλλά επεκτείνεται στη συμπεριφορά και στη συμμόρφωση με τις διαιτολογικές οδηγίες.

Στενά συνδεδεμένη με τον ύπνο ήταν η κόπωση. Στα κλινικά χαρακτηριστικά, κόπωση ή αδυναμία καταγράφηκε ρητά σε 2 περιπτώσεις, στους/στις Σ11 και Σ16, ενώ στο αφηγηματικό υλικό εμφανίστηκε και ως βιωματική περιγραφή μειωμένης ενέργειας, βάρους και δυσκολίας κινητοποίησης. Η κόπωση δεν παρουσιάστηκε μόνο ως φυσική κούραση, αλλά ως αίσθηση περιορισμού που δυσκόλευε το άτομο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της ημέρας, να οργανώσει τα γεύματά του και να διατηρήσει σταθερή πορεία στη διαιτολογική παρακολούθηση. Η σωματική εξάντληση, επομένως, λειτούργησε ως κρίκος ανάμεσα στην ψυχική επιβάρυνση και στη μειωμένη δυνατότητα αυτοδιαχείρισης.

Όπως αναφέρει ο Σ5:

«Ξεκινά ψυχικά και συνεχίζει σωματικά. Το σώμα βαραίνει, κουράζομαι και η διατροφή γίνεται ακόμα πιο δύσκολη μετά από όλα αυτά.»

Η αναφορά αυτή συνοψίζει με σαφήνεια τη λειτουργία της κόπωσης ως γέφυρας. Η ψυχική επιβάρυνση δεν παραμένει στο επίπεδο της διάθεσης, αλλά μετατρέπεται σε σωματικό βάρος και αίσθηση εξάντλησης. Στη συνέχεια, η σωματική αυτή κατάσταση επηρεάζει τη διατροφή, καθώς μειώνει την ικανότητα προγραμματισμού, τη διάθεση για προετοιμασία γευμάτων και τη συνέπεια στην εφαρμογή οδηγιών. Έτσι, η κόπωση δεν αποτελεί μόνο αποτέλεσμα της χαμηλής διάθεσης, αλλά και παράγοντα που μπορεί να συντηρήσει τον κύκλο ψυχικής και σωματικής δυσφορίας.

Ένας ακόμη μηχανισμός που αναδείχθηκε αφορά την απορρύθμιση των γευμάτων και των διατροφικών ρουτινών. Η δυσκολία αυτή ήταν ιδιαίτερα εμφανής σε συμμετέχοντες/ουσες που είχαν ταυτόχρονα γαστρεντερικά συμπτώματα και στόχο απώλειας ή ρύθμισης βάρους. Συνολικά, 11 από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες είχαν ως βασικό στόχο τη ρύθμιση βάρους, είτε αυτοτελώς είτε σε συνδυασμό με τη βελτίωση συμπτωμάτων ή άλλων κλινικών παραμέτρων. Η απορρύθμιση της διατροφής δεν προέκυπτε μόνο από έλλειψη γνώσης ή πρόθεσης, αλλά συνδεόταν με άγχος, σωματική δυσφορία, πρήξιμο, μειωμένη ενέργεια και αίσθηση απώλειας ελέγχου.

Όπως αναφέρει ο Σ7:

«Λόγω έντονου άγχους δεν τρέφομαι και τόσο σωστά και νιώθω ότι έχω χάσει λίγο τον έλεγχο με το βάρος μου.»

Στην ίδια περίπτωση, η σωματική δυσφορία και το πρήξιμο φαίνεται να οδηγούν σε αποφυγή γευμάτων. Αυτό δείχνει ότι η διατροφική απορρύθμιση δεν προκύπτει μόνο από συναισθηματική κατανάλωση τροφής, αλλά και από φόβο ή δυσφορία που σχετίζεται με τα σωματικά συμπτώματα. Η σωματική ενόχληση μπορεί να οδηγήσει σε παράλειψη γευμάτων, η παράλειψη γευμάτων να απορρυθμίσει περαιτέρω τη διατροφή και η απορρύθμιση αυτή να ενισχύσει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική δυσφορία.

Όπως αναφέρει ο Σ7:

«Δεν ακολουθώ τα γεύματα και τόσο καλά, γιατί νιώθω πρήξιμο. Κάποια γεύματα τα αποφεύγω, τα χάνω.»

Το απόσπασμα αυτό αναδεικνύει έναν σημαντικό μηχανισμό για τη διαιτολογική πρακτική. Η μειωμένη συμμόρφωση στις διαιτολογικές οδηγίες δεν εμφανίζεται ως απλή άρνηση ή αδυναμία συνεργασίας, αλλά ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο σώμα, στη διάθεση και στην καθημερινή λειτουργικότητα. Όταν το άτομο φοβάται ότι ένα γεύμα θα επιδεινώσει το πρήξιμο ή τη δυσφορία, είναι πιθανό να το αποφύγει. Η αποφυγή αυτή, όμως, μπορεί να αποσταθεροποιήσει τη διατροφική πορεία και να ενισχύσει την αίσθηση αποτυχίας.

Σε 2 από τις 16 περιπτώσεις, η διατροφή συνδέθηκε πιο άμεσα με υπερφαγικά ή βουλιμικού τύπου επεισόδια. Η διάσταση αυτή καταγράφηκε καθαρά στη Σ2, μέσα από την αναφορά σε κατανάλωση πολύ μεγάλων ποσοτήτων τροφής για προσωρινή συναισθηματική ανακούφιση, και στη Σ12, όπου στα κλινικά χαρακτηριστικά αναφέρεται βουλιμικού τύπου συμπεριφορά. Στις περιπτώσεις αυτές, το φαγητό δεν εμφανίζεται μόνο ως μέσο θρέψης ή ως αντικείμενο διαιτολογικού ελέγχου, αλλά και ως μηχανισμός συναισθηματικής ρύθμισης.

Όπως αναφέρει η Σ2:

«Υπάρχουν πάρα πολλές φορές που νιώθω ενοχές για το φαγητό και αυτό με δυσκολεύει ακόμα περισσότερο. Υπάρχουν κι άλλες φορές που τρώω τεράστιες ποσότητες, γιατί ξέρω ότι αυτό θα με κάνει να νιώσω καλά, έστω και για λίγο.»

Η αναφορά αυτή δείχνει ότι η κατανάλωση τροφής μπορεί να λειτουργεί ως άμεση, αλλά βραχυπρόθεσμη, προσπάθεια ανακούφισης. Η προσωρινή βελτίωση της διάθεσης ακολουθείται από ενοχές, σωματική δυσφορία και νέα ψυχική επιβάρυνση. Έτσι, η διατροφική συμπεριφορά εντάσσεται στον ίδιο ψυχοσωματικό κύκλο: η ψυχική ένταση οδηγεί σε διατροφική αντίδραση, η διατροφική αντίδραση επηρεάζει το σώμα και το σώμα επανέρχεται ως πηγή δυσφορίας και ενοχής.

Η εικόνα σώματος και η αίσθηση αποτυχίας αποτέλεσαν επίσης σημαντικές γέφυρες, ιδιαίτερα σε συμμετέχοντες/ουσες που προσήλθαν στο διαιτολογικό πλαίσιο με στόχο την απώλεια ή ρύθμιση βάρους. Το στοιχείο αυτό αφορά 11 από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες και συνδέεται με την εμπειρία της στασιμότητας, της απογοήτευσης από προηγούμενες προσπάθειες, της αμφιβολίας για την αποτελεσματικότητα της προσπάθειας και της αρνητικής σχέσης με το σώμα. Στις περιπτώσεις αυτές, το βάρος και η εικόνα σώματος δεν αποτέλεσαν απλώς αντικείμενα διατροφικής παρέμβασης, αλλά παράγοντες που επηρέασαν τη διάθεση, την αυτοεκτίμηση και το κίνητρο συνέχισης της προσπάθειας.

Η σύνδεση αυτή χρειάζεται να ερμηνευθεί με προσοχή. Η παρουσία στόχου ρύθμισης βάρους δεν σημαίνει ότι η ψυχοσωματική επιβάρυνση περιορίζεται στην εικόνα σώματος ή στην παχυσαρκία. Αντίθετα, στο δείγμα υπήρχαν συμμετέχοντες/ουσες με βασικό αίτημα τη διαχείριση γαστρεντερικών συμπτωμάτων, όπως IBS, λειτουργική δυσπεψία, φούσκωμα, παλινδρόμηση ή πόνος στο στομάχι. Επομένως, η εικόνα σώματος αποτέλεσε μία από τις γέφυρες ανάμεσα στη διάθεση και στη διατροφική πορεία, αλλά όχι τη μοναδική. Η σωματική δυσφορία, η αίσθηση απώλειας ελέγχου, ο ύπνος, η κόπωση και το άγχος λειτούργησαν επίσης ως κεντρικοί μηχανισμοί.

Από το σύνολο των αφηγήσεων προκύπτει ότι οι μηχανισμοί που συνέδεσαν την ψυχική επιβάρυνση με τη σωματική δυσφορία δεν λειτούργησαν απομονωμένα. Το άγχος μπορούσε να επιδεινώσει τα γαστρεντερικά συμπτώματα, ο κακός ύπνος να ενισχύσει την κόπωση, η κόπωση να μειώσει την ικανότητα οργάνωσης γευμάτων και η διατροφική απορρύθμιση να οδηγήσει σε ενοχές, σωματική δυσφορία και περαιτέρω χαμηλή διάθεση. Επομένως, η ψυχική επιβάρυνση και η σωματική δυσφορία συνδέθηκαν μέσα από ένα πλέγμα καθημερινών εμπειριών, στο οποίο η διάθεση, το σώμα, ο ύπνος, η ενέργεια, το φαγητό και η εικόνα σώματος αλληλεπιδρούσαν διαρκώς.

4.3 Ο αμφίδρομος κύκλος και οι συνέπειες στην καθημερινότητα και στη διατροφική πορεία

Η τρίτη θεματική ενότητα αναδεικνύει τον αμφίδρομο και συχνά κυκλικό χαρακτήρα της σχέσης ανάμεσα στη διάθεση, στα σωματικά συμπτώματα και στη διατροφική συμπεριφορά. Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες/ουσες δεν βίωναν τη χαμηλή διάθεση, τη σωματική δυσφορία και τη διατροφική δυσκολία ως τρία ανεξάρτητα πεδία. Αντίθετα, τα περιέγραψαν ως αλληλένδετες εμπειρίες, όπου η μία μπορούσε να ενισχύει, να συντηρεί ή να επιδεινώνει την άλλη. Η χαμηλή διάθεση και το άγχος φαίνεται να επιβάρυναν το σώμα, η σωματική

δυσφορία περιόριζε την καθημερινή λειτουργικότητα και η δυσκολία τήρησης της διατροφής οδηγούσε σε ενοχές, απογοήτευση και περαιτέρω ψυχική επιβάρυνση.

Η κυκλική αυτή σχέση ήταν ιδιαίτερα εμφανής στο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος. Από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες, οι 14 ανέφεραν άγχος ή συναφή ψυχική επιβάρυνση, 11 είχαν καταγεγραμμένο IBS, 7 παρουσίαζαν δηλωμένη ή πιθανή διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, 5 ανέφεραν διαταραχές ύπνου και 4 χρόνια πόνο. Παράλληλα, σε 11 περιπτώσεις ο στόχος της διαιτολογικής παρακολούθησης περιλάμβανε απώλεια ή ρύθμιση βάρους, ενώ σε 2 περιπτώσεις καταγράφηκαν υπερφαγικά ή βουλιμικού τύπου επεισόδια. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι ο αμφίδρομος κύκλος δεν περιορίστηκε σε μία μόνο διάσταση της εμπειρίας, αλλά αφορούσε ταυτόχρονα τη διάθεση, το σώμα, τη λειτουργικότητα, το βάρος, την εικόνα σώματος και τη διατροφική αυτοδιαχείριση.

Ένα πρώτο επίπεδο του κύκλου αφορά την επίδραση της ψυχικής επιβάρυνσης στο σώμα. Στους/στις συμμετέχοντες/ουσες με άγχος και γαστρεντερικά ή λειτουργικά συμπτώματα, η ψυχική ένταση συνδέθηκε με φούσκωμα, πόνο στο στομάχι, εντερικές ενοχλήσεις, παλινδρόμηση, πρήξιμο, σωματικό βάρος και αίσθηση κόπωσης. Η σύνδεση αυτή ήταν ιδιαίτερα εμφανής στους/στις συμμετέχοντες/ουσες με IBS, δηλαδή στους/στις Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ7, Σ9, Σ11, Σ14, Σ15 και Σ16. Στις περιπτώσεις αυτές, το σώμα δεν παρουσιάστηκε απλώς ως πεδίο οργανικής ενόχλησης, αλλά ως πεδίο στο οποίο αποτυπωνόταν η ψυχική πίεση και η καθημερινή ένταση.

Το δεύτερο επίπεδο του κύκλου αφορά την αντίστροφη κατεύθυνση, δηλαδή την επίδραση της σωματικής δυσφορίας στη διάθεση και στη λειτουργικότητα. Τα γαστρεντερικά συμπτώματα, ο χρόνιος πόνος, οι διαταραχές ύπνου και η κόπωση φάνηκε να επιβαρύνουν την καθημερινότητα, να μειώνουν την αντοχή και να περιορίζουν την αίσθηση ελέγχου. Σε 4 περιπτώσεις, συγκεκριμένα στους/στις Σ2, Σ4, Σ6 και Σ7, ο χρόνιος πόνος αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης, καθώς συνδέθηκε με περιορισμό δραστηριοτήτων και δυσκολία διατήρησης σταθερής αυτοφροντίδας. Αντίστοιχα, στους/στις Σ2, Σ5, Σ7, Σ10 και Σ16, οι διαταραχές ύπνου συνδέθηκαν με μειωμένη ενέργεια, νευρικότητα, δυσκολία οργάνωσης και μειωμένη διατροφική συνέπεια.

Ιδιαίτερη σημασία είχε η επίδραση του κύκλου αυτού στη διατροφική πορεία. Η διατροφική συμπεριφορά δεν εμφανίστηκε ως απλή εφαρμογή ή μη εφαρμογή οδηγιών, αλλά ως πεδίο που επηρεαζόταν από τη διάθεση, το άγχος, τη σωματική δυσφορία, τον ύπνο, την κόπωση και την εικόνα σώματος. Σε συμμετέχοντες/ουσες με έντονη ψυχική επιβάρυνση, η τήρηση των γευμάτων γινόταν πιο δύσκολη, η οργάνωση της ημέρας αποσταθεροποιούνταν και η επιλογή τροφίμων επηρεαζόταν περισσότερο από τη συναισθηματική κατάσταση. Έτσι, η συμμόρφωση στις διαιτολογικές συστάσεις

φάνηκε να επηρεάζεται ουσιαστικά από παράγοντες που υπερέβαιναν τη γνώση ή την πρόθεση του ατόμου.

Σε 11 από τις 16 περιπτώσεις, όπου ο στόχος περιλάμβανε απώλεια ή ρύθμιση βάρους, ο κύκλος διάθεσης, σώματος και διατροφής συνδέθηκε και με την εικόνα σώματος. Οι συμμετέχοντες/ουσες Σ1, Σ3, Σ4, Σ5, Σ6, Σ7, Σ8, Σ9, Σ11, Σ14 και Σ16 είχαν στόχο που σχετιζόταν άμεσα ή έμμεσα με το σωματικό βάρος. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η στασιμότητα της ζυγαριάς, η αίσθηση ανεπαρκούς προόδου ή η απογοήτευση από προηγούμενες προσπάθειες μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά τη διάθεση και να μειώσουν το κίνητρο συνέχισης. Η διατροφική δυσκολία, επομένως, δεν ήταν μόνο πρακτικό ζήτημα, αλλά συνδεόταν με την αυτοεικόνα, την αυτοαξιολόγηση και την αίσθηση προσωπικής αποτελεσματικότητας.

Στο ίδιο πλαίσιο, η διατροφική απορρύθμιση φάνηκε να λειτουργεί ως κρίκος που επανέφερε την ψυχική επιβάρυνση. Όταν οι συμμετέχοντες/ουσες παρέκκλιναν από το διατροφικό πλάνο, παρέλειπαν γεύματα, κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες τροφής ή έκαναν επιλογές που αντιλαμβάνονταν ως «λανθασμένες», συχνά ακολουθούσαν ενοχές, απογοήτευση και αίσθηση αποτυχίας. Η αίσθηση αυτή μπορούσε να οδηγήσει σε νέα πτώση της διάθεσης και να δυσκολέψει ακόμη περισσότερο την επόμενη προσπάθεια συμμόρφωσης. Με αυτόν τον τρόπο, η διατροφή λειτουργούσε ταυτόχρονα ως αποτέλεσμα της ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης, αλλά και ως παράγοντας που μπορούσε να την ανατροφοδοτήσει.

Η διάσταση αυτή ήταν ιδιαίτερα έντονη στις 2 περιπτώσεις όπου καταγράφηκαν υπερφαγικά ή βουλιμικού τύπου επεισόδια, δηλαδή στη Σ2 και στη Σ12. Στις περιπτώσεις αυτές, η κατανάλωση τροφής συνδέθηκε με προσπάθεια προσωρινής συναισθηματικής ανακούφισης, αλλά στη συνέχεια οδηγούσε σε ενοχές, σωματική δυσφορία και νέα ψυχική επιβάρυνση. Η τροφή, επομένως, δεν εμφανίστηκε μόνο ως αντικείμενο διαιτολογικού ελέγχου, αλλά και ως μέσο ρύθμισης της διάθεσης. Η προσωρινή ανακούφιση που μπορούσε να προσφέρει ακολουθούσαν από αρνητική αυτοαξιολόγηση, με αποτέλεσμα να ενισχύεται ο φαύλος κύκλος ανάμεσα στη διάθεση, στο σώμα και στη διατροφική συμπεριφορά.

Ο κύκλος αυτός δεν είχε την ίδια μορφή σε όλους/ες τους/τις συμμετέχοντες/ουσες. Σε συμμετέχοντες/ουσες με κυρίαρχα γαστρεντερικά συμπτώματα, όπως IBS, λειτουργική δυσπεψία, φούσκωμα ή παλινδρόμηση, η σωματική δυσφορία επηρέαζε κυρίως την επιλογή και την ανοχή των γευμάτων. Σε συμμετέχοντες/ουσες με στόχο ρύθμισης βάρους, η διάθεση και η εικόνα σώματος επηρέαζαν περισσότερο τη συνέπεια, το κίνητρο και την αίσθηση επιτυχίας ή αποτυχίας. Σε

συμμετέχοντες/ουσες με διαταραχές ύπνου ή κόπωση, η δυσκολία εντοπιζόταν κυρίως στην ενέργεια που απαιτείται για οργάνωση, προετοιμασία και τήρηση της διατροφικής ρουτίνας. Επομένως, το ίδιο γενικό μοτίβο εμφανίστηκε με διαφορετικές επιμέρους εκφράσεις, ανάλογα με το κλινικό και καθημερινό προφίλ κάθε συμμετέχοντα/ουσας.

Η εργασιακή και οικογενειακή καθημερινότητα συνέβαλε επίσης στην αναπαραγωγή του κύκλου. Σε συμμετέχοντες/ουσες με αυξημένες υποχρεώσεις, πίεση χρόνου ή εργασιακό φόρτο, η οργάνωση των γευμάτων και η διατήρηση σταθερής ρουτίνας γίνονταν δυσκολότερες. Η δυσκολία αυτή μπορούσε να οδηγήσει σε παράλειψη γευμάτων, πρόχειρες επιλογές ή μειωμένη συμμόρφωση στις διαιτολογικές οδηγίες. Στη συνέχεια, οι επιλογές αυτές μπορούσαν να ενισχύσουν σωματικά συμπτώματα, όπως φούσκωμα ή στομαχική δυσφορία, και να προκαλέσουν απογοήτευση. Η περίπτωση της Σ16 είναι ενδεικτική, καθώς συγκεντρώνει αυξημένο εργασιακό φόρτο, IBS, πιθανή διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, άγχος, διαταραχές ύπνου και κόπωση, στοιχεία που δείχνουν πώς πολλαπλοί επιβαρυντικοί παράγοντες μπορούν να αλληλεπιδρούν στην καθημερινή διατροφική αυτοδιαχείριση.

Σημαντικό εύρημα είναι ότι ο αμφίδρομος κύκλος δεν αφορούσε μόνο τους/τις συμμετέχοντες/ουσες με αυξημένο βάρος ή με αίτημα απώλειας βάρους. Παρότι η ρύθμιση βάρους ήταν συχνός στόχος, η σχέση ανάμεσα στη διάθεση, στο σώμα και στη διατροφή εμφανίστηκε και σε συμμετέχοντες/ουσες που αναζητούσαν κυρίως βελτίωση γαστρεντερικών συμπτωμάτων ή λειτουργικής δυσφορίας. Αυτό δείχνει ότι η διατροφική φροντίδα στο συγκεκριμένο δείγμα δεν αφορούσε μόνο την απώλεια βάρους, αλλά και τη διαχείριση της καθημερινής σωματικής εμπειρίας, της λειτουργικότητας και της αίσθησης ελέγχου.

Η ενότητα αυτή αναδεικνύει επίσης ότι η συμμόρφωση στις διαιτολογικές οδηγίες χρειάζεται να κατανοηθεί μέσα στο πλαίσιο της συνολικής ψυχοσωματικής εμπειρίας του ατόμου. Όταν η διάθεση είναι χαμηλή, ο ύπνος ανεπαρκής, το σώμα δυσφορικό και η ενέργεια μειωμένη, η εφαρμογή ενός διατροφικού πλάνου γίνεται περισσότερο απαιτητική. Αντίστοιχα, όταν η διατροφική προσπάθεια δεν εξελίσσεται όπως αναμένεται, μπορεί να ενισχυθούν η απογοήτευση, οι ενοχές και η αρνητική εικόνα σώματος. Επομένως, η μειωμένη συμμόρφωση δεν πρέπει να ερμηνεύεται μονοδιάστατα ως έλλειψη θέλησης, αλλά ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ψυχικών, σωματικών και πρακτικών παραγόντων.

Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι ο αμφίδρομος κύκλος διάθεσης, σωματικών συμπτωμάτων και διατροφικής συμπεριφοράς αποτελεί κεντρικό στοιχείο της εμπειρίας των συμμετεχόντων/ουσών. Η χαμηλή διάθεση και το άγχος μπορούσαν να επιδεινώσουν τη σωματική δυσφορία, ενώ η σωματική

δυσφορία μπορούσε να μειώσει τη λειτουργικότητα και να επιβαρύνει εκ νέου τη διάθεση. Η μειωμένη διάθεση, η κόπωση και ο ανεπαρκής ύπνος δυσκόλευαν τη διατροφική συνέπεια, ενώ η απορρύθμιση της διατροφής οδηγούσε σε ενοχές, σωματική ενόχληση και αίσθηση αποτυχίας. Ο κύκλος αυτός εμφανίστηκε σε διαφορετικά κλινικά προφίλ και ανέδειξε την ανάγκη η διαιτολογική υποστήριξη να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο το διατροφικό πλάνο, αλλά και τη διάθεση, το άγχος, τον ύπνο, την κόπωση, την εικόνα σώματος και τις καθημερινές συνθήκες αυτοδιαχείρισης.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Ερμηνεία των ευρημάτων σε σχέση με τον σκοπό, τα ερευνητικά ερωτήματα και τη βιβλιογραφία

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η βιωμένη σχέση ανάμεσα στη χαμηλή διάθεση/καταθλιπτική επιβάρυνση και στην εμφάνιση ή επιδείνωση ψυχοσωματικών, λειτουργικών ή γαστρεντερικών συμπτωμάτων σε άτομα που παρακολουθούνταν ή αναζητούσαν διαιτολογική φροντίδα. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η σχέση αυτή δεν βιώθηκε από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες ως απλή παράλληλη συνύπαρξη ψυχικών και σωματικών δυσκολιών, αλλά ως σύνθετη και καθημερινά ενεργή αλληλεπίδραση ανάμεσα στη διάθεση, στο σώμα, στη λειτουργικότητα και στη διατροφική αυτοδιαχείριση. Η χαμηλή διάθεση, το άγχος, η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, η γαστρεντερική δυσφορία, η εικόνα σώματος και η δυσκολία συμμόρφωσης σε διαιτολογικές οδηγίες εμφανίστηκαν ως αλληλένδετες διαστάσεις της εμπειρίας των συμμετεχόντων/ουσών.

Η ερμηνεία των ευρημάτων δεν επιχειρεί να τεκμηριώσει αιτιώδεις σχέσεις, καθώς ο σχεδιασμός της μελέτης είναι ποιοτικός. Αντίθετα, στόχος είναι να αναδειχθεί ο τρόπος με τον οποίο οι ίδιοι/ες οι διαιτώμενοι/ες νοηματοδότησαν τη σχέση ανάμεσα στην ψυχική επιβάρυνση, τη σωματική δυσφορία και τη διατροφική πορεία. Η διεθνής και ελληνική βιβλιογραφία έχει ήδη τεκμηριώσει τη συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, άγχους και λειτουργικών ή ψυχοσωματικών συμπτωμάτων μέσα από ποσοτικές μελέτες, μετα-αναλύσεις και επιδημιολογικά δεδομένα. Η παρούσα μελέτη συμπληρώνει αυτή τη γνώση, διότι εστιάζει όχι μόνο στο ότι τα φαινόμενα αυτά συνυπάρχουν, αλλά στο πώς βιώνονται στην καθημερινότητα ενός διαιτολογικού πλαισίου.

Η συζήτηση οργανώνεται με βάση τους τρεις βασικούς άξονες των ευρημάτων. Ο πρώτος αφορά τη συν-εμφάνιση ψυχικής επιβάρυνσης και ψυχοσωματικών ή λειτουργικών συμπτωμάτων. Ο δεύτερος αφορά τους μηχανισμούς που συνδέουν την ψυχική επιβάρυνση με τη σωματική δυσφορία, όπως το άγχος, ο ύπνος, η κόπωση, ο πόνος και η καθημερινή πίεση. Ο τρίτος αφορά τον αμφίδρομο κύκλο διάθεσης, σώματος και διατροφικής πορείας. Σε κάθε άξονα, τα ευρήματα συνδέονται με συγκεκριμένες βιβλιογραφικές πηγές, ώστε η βιβλιογραφική τεκμηρίωση να εντάσσεται στην ίδια την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και όχι να παρουσιάζεται ως αποσπασματική ή γενική αναφορά.

5.1.1 Συν-εμφάνιση ψυχικής επιβάρυνσης και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων

Το πρώτο βασικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι η χαμηλή διάθεση, το άγχος και η ευρύτερη ψυχική επιβάρυνση συνυπήρχαν συχνά με σωματικά, ψυχοσωματικά ή λειτουργικά συμπτώματα.

Όπως παρουσιάστηκε στα ευρήματα, 14 από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες ανέφεραν άγχος ή συναφή μορφή ψυχικής επιβάρυνσης, ενώ 11 από τους/τις 16 είχαν καταγεγραμμένο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Παράλληλα, σε 7 περιπτώσεις καταγράφηκε δηλωμένη ή πιθανή διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, σε 5 περιπτώσεις διαταραχές ύπνου και σε 4 περιπτώσεις χρόνιος πόνος. Η ποιοτική σημασία αυτής της κατανομής δεν βρίσκεται στη στατιστική γενίκευση, αλλά στο ότι η ψυχική και η σωματική δυσφορία εμφανίστηκαν ως αλληλένδετες διαστάσεις της καθημερινής εμπειρίας των συμμετεχόντων/ουσών.

Το εύρημα αυτό συνδέεται άμεσα με τη μελέτη των Tylee και Gandhi (2005), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα συχνά δεν παρουσιάζεται αρχικά ως καθαρά ψυχικό αίτημα, αλλά μέσα από σωματικά συμπτώματα, όπως κόπωση, πόνος, διαταραχές ύπνου ή γαστρεντερική δυσφορία. Η σύνδεση με την παρούσα μελέτη είναι ουσιαστική, διότι οι συμμετέχοντες/ουσες δεν προσήλθαν σε ψυχιατρικό ή ψυχολογικό πλαίσιο, αλλά σε διαιτολογικό γραφείο. Επομένως, το αρχικό αίτημα είχε συχνά σωματική ή διατροφική μορφή, όπως βάρος, γαστρεντερικά συμπτώματα, φούσκωμα, πρήξιμο, δυσκολία τήρησης διατροφής ή ανάγκη ρύθμισης καθημερινών συνηθειών. Παρ' όλα αυτά, μέσα από τις αφηγήσεις αναδείχθηκε ότι πίσω από το σωματικό ή διατροφικό αίτημα υπήρχαν συχνά άγχος, χαμηλή διάθεση, κόπωση, απογοήτευση και αίσθηση μειωμένου ελέγχου.

Με αυτή την έννοια, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν αναπαράγουν απλώς τη βιβλιογραφική θέση ότι η κατάθλιψη μπορεί να εμφανίζεται σωματικά. Την τοποθετούν σε ένα ειδικότερο διαιτολογικό πλαίσιο. Ενώ οι Tylee και Gandhi (2005) αναφέρονται κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην υπο-αναγνώριση της κατάθλιψης όταν κυριαρχούν σωματικά συμπτώματα, η παρούσα μελέτη δείχνει ότι παρόμοια δυσκολία μπορεί να εμφανίζεται και σε χώρους όπου το αίτημα του ατόμου δεν αφορά άμεσα την ψυχική υγεία, αλλά τη διατροφή, το σώμα και τη σωματική λειτουργικότητα. Αυτό καθιστά τη διαιτολογική φροντίδα ένα πεδίο στο οποίο η ψυχική επιβάρυνση μπορεί να αναδύεται έμμεσα, μέσα από παράπονα για το σώμα, τη διατροφή και την καθημερινή αυτοδιαχείριση.

Η σύνδεση ψυχικής επιβάρυνσης και σωματικών συμπτωμάτων υποστηρίζεται επίσης από τη μετα-αναλυτική ανασκόπηση των Henningsen et al. (2003), οι οποίοι έδειξαν ότι τα ιατρικώς ανεξήγητα ή λειτουργικά σωματικά συμπτώματα παρουσιάζουν σταθερή συννοσηρότητα με άγχος και κατάθλιψη. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την παρούσα εργασία, καθώς σε 7 από τις 16 περιπτώσεις καταγράφηκε δηλωμένη ή πιθανή διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων. Η παρούσα

μελέτη συμφωνεί με αυτή τη βιβλιογραφική κατεύθυνση, αλλά την εμπλουτίζει ποιοτικά: δείχνει ότι οι συμμετέχοντες/ουσες δεν βίωναν τη σωματική δυσφορία αποκλειστικά ως οργανικό σύμπτωμα, αλλά ως μέρος μιας ευρύτερης εμπειρίας που περιλάμβανε άγχος, χαμηλή διάθεση, φόβο επιδείνωσης, αποδιοργάνωση γευμάτων και δυσκολία διατήρησης σταθερών ρουτινών.

Αντίστοιχα, οι Henningsen et al. (2007) υποστηρίζουν ότι η διαχείριση των λειτουργικών σωματικών συνδρόμων απαιτεί βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, επειδή η ένταση και η επιμονή των συμπτωμάτων επηρεάζονται από σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα αυτής της προσέγγισης στο διαιτολογικό πλαίσιο. Τα συμπτώματα που περιέγραψαν οι συμμετέχοντες/ουσες δεν μπορούν να κατανοηθούν επαρκώς μόνο ως γαστρεντερικά, μόνο ως ψυχολογικά ή μόνο ως διατροφικά. Αντίθετα, εμφανίστηκαν ως εμπειρίες που διαμορφώνονταν από το σώμα, τη διάθεση, το άγχος, την εργασία, τον ύπνο, την κόπωση, την εικόνα σώματος και τη δυνατότητα τήρησης καθημερινών συνηθειών.

Ιδιαίτερη θέση στη μελέτη κατείχαν τα γαστρεντερικά και λειτουργικά συμπτώματα, κυρίως λόγω της υψηλής παρουσίας του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου στο δείγμα. Η ερμηνεία αυτού του ευρήματος μπορεί να συνδεθεί με τη σύγχρονη προσέγγιση των λειτουργικών γαστρεντερικών συνδρόμων ως διαταραχών αλληλεπίδρασης εντέρου–εγκεφάλου. Οι Drossman (2016) και Drossman και Hasler (2016) επισημαίνουν ότι τα λειτουργικά γαστρεντερικά σύνδρομα δεν πρέπει να θεωρούνται απλώς «ανεξήγητες» ενοχλήσεις, αλλά καταστάσεις στις οποίες εμπλέκονται η σπλαχνική ευαισθησία, η κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, η ανοσολογική λειτουργία, η μικροβιακή ισορροπία και η κεντρική επεξεργασία των σωματικών σημάτων. Υπό αυτό το πρίσμα, οι αναφορές των συμμετεχόντων/ουσών σε φούσκωμα, στομαχική δυσφορία, πρήξιμο, παλινδρόμηση ή εντερικές ενοχλήσεις μπορούν να ερμηνευθούν όχι ως μεμονωμένα σωματικά παράπονα, αλλά ως εκφράσεις μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο σώμα, στο νευρικό σύστημα και στην ψυχική κατάσταση.

Η σύνδεση αυτή ενισχύεται από τις μελέτες που αφορούν ειδικά τη σχέση IBS και ψυχικής επιβάρυνσης. Οι Lee et al. (2017), σε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, έδειξαν ότι τα άτομα με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με υγιείς ομάδες αναφοράς. Παρομοίως, οι Zamani et al. (2019), σε μετα-ανάλυση, τεκμηρίωσαν υψηλή συχνότητα άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με IBS. Η παρούσα μελέτη δεν επιδιώκει να επιβεβαιώσει ποσοτικά αυτά τα ευρήματα. Ωστόσο, τα υποστηρίζει βιωματικά, καθώς

δείχνει ότι οι συμμετέχοντες/ουσες με IBS περιέγραψαν τη γαστρεντερική δυσφορία ως εμπειρία που επηρέαζε τη διάθεση, την αυτοεικόνα, την κοινωνική άνεση και τη διατροφική οργάνωση.

Σε αυτό το σημείο, η παρούσα μελέτη προσθέτει μια διαιτολογική διάσταση στη βιβλιογραφία για το IBS και την ψυχική επιβάρυνση. Οι Lee et al. (2017) και οι Zamani et al. (2019) τεκμηριώνουν τη συνύπαρξη IBS με άγχος και κατάθλιψη σε επίπεδο κλινικών δεικτών. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας δείχνουν πώς αυτή η συνύπαρξη επηρεάζει πρακτικά τη σχέση του ατόμου με το φαγητό. Η γαστρεντερική δυσφορία δεν περιορίστηκε στη σωματική ενόχληση, αλλά συνδέθηκε με αποφυγή γευμάτων, φόβο επιδείνωσης συμπτωμάτων, δυσκολία συμμόρφωσης, απογοήτευση και αίσθηση ότι το σώμα δεν μπορεί να προβλεφθεί ή να ελεγχθεί. Έτσι, το διαιτολογικό πλαίσιο αναδεικνύεται ως χώρος όπου η σχέση εντέρου-διάθεσης μεταφράζεται σε συγκεκριμένες καθημερινές πρακτικές και δυσκολίες.

Η ελληνική βιβλιογραφία βοηθά επιπλέον να τοποθετηθούν τα ευρήματα στο τοπικό πλαίσιο. Οι Michas et al. (2021), αξιοποιώντας δεδομένα από το Hellenic National Nutrition and Health Survey, ανέδειξαν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία στον ελληνικό ενήλικο πληθυσμό συνδέεται με κοινωνικοδημογραφικούς και lifestyle παράγοντες. Η παρούσα μελέτη συνομιλεί με αυτό το εύρημα, καθώς οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων/ουσών έδειξαν ότι η χαμηλή διάθεση και το άγχος δεν εμφανίζονται αποκομμένα από την καθημερινή ζωή. Αντίθετα, συνδέονται με εργασία, οικογενειακές υποχρεώσεις, ύπνο, κόπωση, γευματική αστάθεια, εικόνα σώματος και αίσθηση ελέγχου. Επομένως, η ψυχική επιβάρυνση στο συγκεκριμένο δείγμα δεν μπορεί να γίνει κατανοητή μόνο ως εσωτερικό ή ατομικό βίωμα, αλλά ως εμπειρία που εντάσσεται στο συνολικό πλαίσιο ζωής των διαιτώμενων.

Αντίστοιχα, οι Papatheodoridis και Karamanolis (2005) ανέδειξαν ότι τα ανώτερα και κατώτερα γαστρεντερικά συμπτώματα στον ελληνικό αστικό πληθυσμό είναι συχνά και επηρεάζουν την καθημερινή δραστηριότητα. Οι Katsinelos et al. (2009) έδειξαν επίσης ότι το IBS στον ελληνικό πληθυσμό συνδέεται με επιβάρυνση της ποιότητας ζωής και με συμπεριφορές αναζήτησης φροντίδας. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι συμβατά με αυτή την ελληνική τεκμηρίωση, αλλά εστιάζουν ειδικότερα στο πώς τα γαστρεντερικά συμπτώματα εισέρχονται στη διαιτολογική σχέση. Οι συμμετέχοντες/ουσες δεν αναζήτησαν μόνο ανακούφιση από σωματικά συμπτώματα, αλλά και βοήθεια για να οργανώσουν τη διατροφή τους μέσα σε μια καθημερινότητα που επηρεαζόταν από άγχος, κόπωση, δυσφορία και δυσκολία αυτορρύθμισης.

Η σύνθεση του δείγματος χρειάζεται να ερμηνευθεί με προσοχή. Από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες, οι 14 ήταν γυναίκες και οι 2 άνδρες. Η υπερεκπροσώπηση των γυναικών δεν

επιτρέπει συγκριτικά συμπεράσματα με βάση το φύλο. Ωστόσο, έχει σημασία για την κατανόηση του διαιτολογικού πλαισίου, καθώς η σχέση με το σώμα, το βάρος, τη διατροφή και την εικόνα σώματος αναδείχθηκε ως σημαντική διάσταση της εμπειρίας. Η παρούσα μελέτη δεν υποστηρίζει ότι η ψυχοσωματική επιβάρυνση είναι γυναικεία εμπειρία. Αντίθετα, δείχνει ότι το μοτίβο συν-εμφάνισης ψυχικής και σωματικής δυσφορίας εμφανίστηκε σε διαφορετικά κλινικά και δημογραφικά προφίλ, συμπεριλαμβανομένων και των δύο ανδρών του δείγματος. Επομένως, το φύλο πρέπει να αντιμετωπιστεί ως στοιχείο πλαισίου και όχι ως βάση αιτιολογικής ή συγκριτικής ερμηνείας.

Συνολικά, η πρώτη θεματική δείχνει ότι η χαμηλή διάθεση, το άγχος και η ψυχική επιβάρυνση συνυπήρχαν συχνά με ψυχοσωματικά, λειτουργικά και γαστρεντερικά συμπτώματα στο διαιτολογικό πλαίσιο. Το εύρημα αυτό συνδέεται συγκεκριμένα με τη σωματική παρουσίαση της κατάθλιψης που περιγράφουν οι Tylee και Gandhi (2005), με τη συννοσηρότητα λειτουργικών σωματικών συμπτωμάτων και ψυχικής επιβάρυνσης που τεκμηριώνουν οι Henningsen et al. (2003, 2007), με τη σύγχρονη θεώρηση των λειτουργικών γαστρεντερικών συνδρόμων ως διαταραχών αλληλεπίδρασης εντέρου-εγκεφάλου από τους Drossman (2016) και Drossman και Hasler (2016), καθώς και με τα ευρήματα των Lee et al. (2017) και Zamani et al. (2019) για την αυξημένη συνύπαρξη IBS, άγχους και κατάθλιψης. Η συμβολή της παρούσας μελέτης έγκειται στο ότι μεταφέρει αυτή τη βιβλιογραφική γνώση στο επίπεδο της καθημερινής διαιτολογικής εμπειρίας, δείχνοντας πώς η ψυχική επιβάρυνση, η σωματική δυσφορία και η διατροφική αυτοδιαχείριση συναντώνται στην πράξη.

5.1.2 Μηχανισμοί σύνδεσης ψυχικής επιβάρυνσης και σωματικής δυσφορίας

Ο δεύτερος άξονας των ευρημάτων αφορά τους μηχανισμούς μέσω των οποίων η ψυχική επιβάρυνση συνδέθηκε με τη σωματική δυσφορία. Στην παρούσα μελέτη, η σχέση αυτή δεν παρουσιάστηκε από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες ως απλή παράλληλη παρουσία άγχους, χαμηλής διάθεσης και σωματικών συμπτωμάτων. Αντίθετα, οι αφηγήσεις ανέδειξαν συγκεκριμένες «γέφυρες» μέσα από τις οποίες η ψυχική πίεση γινόταν σωματικά αισθητή και, αντίστροφα, η σωματική δυσφορία επηρέαζε τη διάθεση, την καθημερινή λειτουργικότητα και τη διατροφική αυτοδιαχείριση. Οι σημαντικότερες από αυτές τις γέφυρες ήταν το άγχος, οι διαταραχές ύπνου, η κόπωση, ο χρόνιος πόνος, η εργασιακή και οικογενειακή πίεση, καθώς και η απορρύθμιση των γευμάτων.

Το άγχος αποτέλεσε τον συχνότερο μηχανισμό σύνδεσης ψυχικής και σωματικής δυσφορίας. Όπως αναδείχθηκε στα ευρήματα, άγχος ή συναφής μορφή ψυχικής επιβάρυνσης καταγράφηκε σε 14 από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες. Στις αφηγήσεις, το άγχος δεν περιγράφηκε μόνο ως συναισθηματική κατάσταση, αλλά ως εμπειρία με άμεσο σωματικό αποτύπωμα. Οι

συμμετέχοντες/ουσες το συνέδεσαν με φούσκωμα, πρήξιμο, πόνο στο στομάχι, γαστρεντερική δυσφορία, νευρική ένταση, κόπωση και αίσθηση απώλειας ελέγχου. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τους Henningsen et al. (2003), οι οποίοι έδειξαν ότι τα λειτουργικά ή ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα συνδέονται συστηματικά με άγχος και κατάθλιψη. Η παρούσα μελέτη προσθέτει σε αυτή τη βιβλιογραφική τεκμηρίωση τη βιοματική διάσταση, καθώς δείχνει ότι οι διαιτώμενοι/ες δεν αντιλαμβάνονται το άγχος ως κάτι αποκομμένο από το σώμα, αλλά ως κατάσταση που συχνά «περνά» στο σώμα μέσα από γαστρεντερικά, λειτουργικά ή γενικευμένα σωματικά συμπτώματα.

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση των Henningsen et al. (2007) βοηθά να ερμηνευθεί περαιτέρω αυτό το εύρημα. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τα λειτουργικά σωματικά σύνδρομα δεν μπορούν να κατανοηθούν επαρκώς αν αντιμετωπιστούν είτε αποκλειστικά ως οργανικά είτε αποκλειστικά ως ψυχολογικά φαινόμενα. Αντίθετα, η ένταση, η επιμονή και η λειτουργική επίδραση των συμπτωμάτων διαμορφώνονται μέσα από την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Αυτό ακριβώς φάνηκε και στην παρούσα μελέτη: το άγχος συνδέθηκε με σωματικές ενοχλήσεις, οι ενοχλήσεις αυτές επηρέαζαν τη λειτουργικότητα και η δυσκολία λειτουργικότητας επιβάρυνε εκ νέου τη διάθεση. Επομένως, το άγχος λειτούργησε όχι μόνο ως συνοδό χαρακτηριστικό, αλλά ως ενεργός μηχανισμός ανατροφοδότησης της ψυχοσωματικής δυσφορίας.

Η σύνδεση άγχους και γαστρεντερικών συμπτωμάτων ερμηνεύεται επίσης υπό το πρίσμα της βιβλιογραφίας για τις διαταραχές αλληλεπίδρασης εντέρου–εγκεφάλου. Οι Drossman (2016) και Drossman και Hasler (2016) υποστηρίζουν ότι τα λειτουργικά γαστρεντερικά σύνδρομα, όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και η λειτουργική δυσπεψία, αποτελούν σύνθετες καταστάσεις στις οποίες εμπλέκονται η κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, η σπλαχνική ευαισθησία, η μικροβιακή ισορροπία, η ανοσολογική λειτουργία και η κεντρική επεξεργασία των σωματικών σημάτων. Στην παρούσα μελέτη, η παρουσία IBS σε 11 από τις 16 περιπτώσεις καθιστά αυτή τη βιβλιογραφική σύνδεση ιδιαίτερα σημαντική. Οι συμμετέχοντες/ουσες δεν περιέγραψαν τα γαστρεντερικά συμπτώματα μόνο ως οργανικές ενοχλήσεις, αλλά ως εμπειρίες που συχνά συνδέονταν με άγχος, ένταση, αίσθηση εσωτερικής πίεσης και δυσκολία ελέγχου της καθημερινότητας. Με αυτόν τον τρόπο, τα ευρήματα μεταφέρουν τη θεωρητική έννοια της αλληλεπίδρασης εντέρου–εγκεφάλου στο επίπεδο της καθημερινής διαιτολογικής εμπειρίας.

Οι Lee et al. (2017) και οι Zamani et al. (2019) προσφέρουν ακόμη πιο ειδικό πλαίσιο ερμηνείας, καθώς τεκμηριώνουν αυξημένη παρουσία άγχους και κατάθλιψης σε άτομα με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Η παρούσα μελέτη δεν επιχειρεί να επιβεβαιώσει ποσοτικά αυτά τα ευρήματα, αλλά δείχνει πώς αυτή η συνύπαρξη βιώνεται από άτομα που προσέρχονται για διαιτολογική φροντίδα. Η γαστρεντερική δυσφορία δεν επηρέαζε μόνο το σώμα, αλλά και τη σχέση με το φαγητό. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το φούσκωμα ή ο φόβος επιδείνωσης των συμπτωμάτων οδηγούσε σε αποφυγή γευμάτων, σε δυσκολία τήρησης του διατροφικού πλάνου ή σε αίσθηση αποτυχίας. Έτσι, το IBS και τα συναφή γαστρεντερικά συμπτώματα δεν λειτούργησαν μόνο ως κλινική πληροφορία, αλλά ως παράγοντες που επηρέασαν τη διατροφική αυτοδιαχείριση, τη διάθεση και την αίσθηση ελέγχου.

Ένας δεύτερος σημαντικός μηχανισμός ήταν ο ύπνος. Διαταραχές ύπνου καταγράφηκαν σε 5 από τους/τις 16 συμμετέχοντες/ουσες. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ανεπαρκής ή διαταραγμένος ύπνος συνδέθηκε με κόπωση, χαμηλή ενέργεια, νευρικότητα και δυσκολία οργάνωσης της ημέρας. Η σημασία του ύπνου συνδέεται με τη θέση των Tylee και Gandhi (2005), σύμφωνα με την οποία η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να εκφράζεται σωματικά μέσα από κόπωση, διαταραχές ύπνου και γενικευμένη σωματική δυσφορία. Στην παρούσα μελέτη, ο ύπνος λειτούργησε ως ενδιάμεσος κρίκος ανάμεσα στην ψυχική επιβάρυνση και τη διατροφική συνέπεια. Όταν ο ύπνος ήταν ανεπαρκής, οι συμμετέχοντες/ουσες δυσκολεύονταν να διατηρήσουν ενέργεια, να οργανώσουν γεύματα, να ακολουθήσουν οδηγίες και να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της ημέρας. Επομένως, ο ύπνος δεν εμφανίστηκε ως δευτερεύον σύμπτωμα, αλλά ως βασικός μηχανισμός που συνέδεε τη διάθεση, το σώμα και την καθημερινή λειτουργικότητα.

Στενά συνδεδεμένη με τον ύπνο ήταν η κόπωση. Αν και στα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος η κόπωση ή η αδυναμία καταγράφηκε ρητά σε 2 περιπτώσεις, στο αφηγηματικό υλικό εμφανίστηκε ευρύτερα ως αίσθηση μειωμένης αντοχής, βάρους, εξάντλησης ή δυσκολίας κινητοποίησης. Το εύρημα αυτό μπορεί να συνδεθεί και πάλι με τους Tylee και Gandhi (2005), οι οποίοι τονίζουν ότι η κόπωση αποτελεί συχνή σωματική έκφραση της καταθλιπτικής επιβάρυνσης. Στην παρούσα μελέτη, η κόπωση δεν λειτούργησε απλώς ως αίσθημα κούρασης, αλλά ως παράγοντας που επηρέαζε άμεσα τη διατροφική προσπάθεια. Όταν το άτομο αισθανόταν εξαντλημένο, η προετοιμασία γευμάτων, η τήρηση ρουτίνας και η συνέπεια στις οδηγίες γίνονταν δυσκολότερες. Με αυτόν τον τρόπο, η κόπωση αποτέλεσε μηχανισμό μετάβασης από την ψυχική επιβάρυνση στη λειτουργική και διατροφική απορρύθμιση.

Ο χρόνιος πόνος αποτέλεσε ακόμη έναν μηχανισμό σύνδεσης σώματος και διάθεσης. Στην παρούσα μελέτη, χρόνιος πόνος καταγράφηκε σε 4 από τις 16 περιπτώσεις. Η παρουσία του πόνου συνδέθηκε με μειωμένη ενεργητικότητα, περιορισμό δραστηριοτήτων, δυσκολία κινητοποίησης και επιβάρυνση της διάθεσης. Η σύνδεση αυτή συμφωνεί με τη βιβλιογραφία για τη χρόνια επώδυνη συμπτωματολογία και την ινομυαλγία, όπου έχει τεκμηριωθεί συχνή συνύπαρξη πόνου, κατάθλιψης και άγχους (Løge-Hagen et al., 2019· Aaron et al., 2025). Αν και η παρούσα μελέτη δεν επικεντρώνεται αποκλειστικά στον χρόνιο πόνο, τα ευρήματά της δείχνουν ότι ο πόνος μπορεί να ενταχθεί στο ίδιο ψυχοσωματικό πλαίσιο με τα γαστρεντερικά και λειτουργικά συμπτώματα. Ο πόνος περιόριζε τη λειτουργικότητα, η μειωμένη λειτουργικότητα επιβάρυνε τη διάθεση και η επιβάρυνση της διάθεσης μπορούσε να αυξήσει την ενασχόληση με το σύμπτωμα και την αίσθηση δυσφορίας.

Η καθημερινή πίεση, κυρίως μέσα από την εργασία και τις οικογενειακές υποχρεώσεις, αποτέλεσε έναν ακόμη σημαντικό μηχανισμό. Στις αφηγήσεις, η ψυχική επιβάρυνση δεν παρουσιάστηκε ως απομονωμένο ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά ως εμπειρία ενταγμένη σε συγκεκριμένες συνθήκες ζωής. Η πίεση χρόνου, η αυξημένη εργασιακή ευθύνη, οι οικογενειακές υποχρεώσεις και η δυσκολία οργάνωσης της ημέρας επηρέαζαν τόσο τη διάθεση όσο και τη διατροφική συμπεριφορά. Η σύνδεση αυτή συνομιλεί με τα ευρήματα των Michas et al. (2021), οι οποίοι ανέδειξαν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία στον ελληνικό ενήλικο πληθυσμό συνδέεται με κοινωνικοδημογραφικούς και lifestyle παράγοντες. Στην παρούσα μελέτη, η καθημερινή πίεση δεν εμφανίστηκε απλώς ως πλαίσιο μέσα στο οποίο υπάρχουν τα συμπτώματα, αλλά ως παράγοντας που μπορούσε να ενισχύει την ψυχική ένταση, να απορρυθμίζει τα γεύματα και να επιβαρύνει τα σωματικά συμπτώματα.

Ιδιαίτερη σημασία είχε και η διατροφική απορρύθμιση ως μηχανισμός σύνδεσης ψυχικής και σωματικής δυσφορίας. Οι συμμετέχοντες/ουσες δεν περιέγραψαν τη δυσκολία συμμόρφωσης στις διαιτολογικές οδηγίες μόνο ως έλλειψη γνώσης ή θέλησης. Αντίθετα, η δυσκολία αυτή συνδέθηκε με άγχος, κόπωση, πρήξιμο, πόνο, φόβο επιδείνωσης συμπτωμάτων, αρνητική εικόνα σώματος και ενοχές. Σε συμμετέχοντες/ουσες με γαστρεντερικά συμπτώματα, η αποφυγή γευμάτων μπορούσε να λειτουργήσει ως προσπάθεια ελέγχου της δυσφορίας. Σε συμμετέχοντες/ουσες με στόχο απώλειας ή ρύθμισης βάρους, η παρέκκλιση από το πλάνο μπορούσε να βιωθεί ως προσωπική αποτυχία. Επομένως, η διατροφική απορρύθμιση δεν ήταν απλώς συνέπεια της ψυχικής επιβάρυνσης, αλλά και μηχανισμός που μπορούσε να την ανατροφοδοτήσει.

Το εύρημα αυτό μπορεί να συνδεθεί με τη βιβλιογραφία για τη σχέση διατροφής και ψυχικής υγείας. Οι Lassale et al. (2019), σε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, έδειξαν ότι υγιεινότερα

διατροφικά πρότυπα συνδέονται με χαμηλότερο κίνδυνο δυσμενών καταθλιπτικών εκβάσεων. Αντίστοιχα, οι Jacka et al. (2017), μέσα από την τυχαιοποιημένη δοκιμή SMILES, ανέδειξαν ότι η οργανωμένη διατροφική παρέμβαση μπορεί να έχει επικουρική σημασία στη μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η παρούσα μελέτη δεν εξετάζει την αποτελεσματικότητα μιας διατροφικής παρέμβασης ούτε επιτρέπει αιτιώδεις ισχυρισμούς. Ωστόσο, δείχνει ότι η σχέση διατροφής και ψυχικής υγείας δεν αφορά μόνο τη θρεπτική ποιότητα της διαίτας, αλλά και την καθημερινή δυνατότητα του ατόμου να εφαρμόσει διατροφικές συστάσεις μέσα σε συνθήκες άγχους, κόπωσης, σωματικής δυσφορίας και συναισθηματικής απορρύθμισης.

Με αυτόν τον τρόπο, η παρούσα μελέτη μεταφέρει τη συζήτηση για τη διατροφή και την ψυχική υγεία στο επίπεδο της διαιτολογικής πράξης. Ενώ οι Lassale et al. (2019) και οι Jacka et al. (2017) αναδεικνύουν τη σημασία των διατροφικών προτύπων και των διατροφικών παρεμβάσεων για τις καταθλιπτικές εκβάσεις, τα παρόντα ευρήματα δείχνουν ότι η εφαρμογή μιας διατροφικής σύστασης εξαρτάται από το ψυχοσωματικό και λειτουργικό πλαίσιο του ατόμου. Ένα διατροφικό πλάνο μπορεί να είναι θεωρητικά κατάλληλο, αλλά πρακτικά δύσκολο να εφαρμοστεί όταν το άτομο βιώνει έντονο άγχος, φούσκωμα, κόπωση, κακό ύπνο, ενοχές ή αίσθηση αποτυχίας. Επομένως, η διαιτολογική φροντίδα χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο το περιεχόμενο του πλάνου, αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες καλείται το άτομο να το εφαρμόσει.

Συνολικά, οι μηχανισμοί που αναδείχθηκαν στην παρούσα μελέτη δείχνουν ότι η ψυχική επιβάρυνση και η σωματική δυσφορία συνδέονται μέσα από πολλαπλές καθημερινές διαδρομές. Το άγχος, ο ύπνος, η κόπωση, ο πόνος, η εργασιακή πίεση και η διατροφική απορρύθμιση δεν λειτουργήσαν απομονωμένα, αλλά ως αλληλοσυνδεόμενοι παράγοντες. Τα ευρήματα συμφωνούν με τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση των Henningsen et al. (2007), με τη σωματική παρουσίαση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που περιγράφουν οι Tylee και Gandhi (2005), με τη βιβλιογραφία για τις διαταραχές αλληλεπίδρασης εντέρου–εγκεφάλου των Drossman (2016) και Drossman και Hasler (2016), καθώς και με τη βιβλιογραφία για τη σχέση διατροφής και ψυχικής υγείας των Lassale et al. (2019) και Jacka et al. (2017). Η ιδιαίτερη συμβολή της παρούσας μελέτης είναι ότι δείχνει πώς οι μηχανισμοί αυτοί εμφανίζονται στην καθημερινή εμπειρία των διαιτώμενων και πώς επηρεάζουν τη δυνατότητα διατροφικής αυτοδιαχείρισης.

5.1.3 Ο αμφίδρομος κύκλος διάθεσης, σώματος και διατροφικής πορείας

Ο τρίτος άξονας των ευρημάτων αφορά τον αμφίδρομο κύκλο ανάμεσα στη διάθεση, στα σωματικά συμπτώματα και στη διατροφική πορεία των συμμετεχόντων/ουσών. Η ανάλυση έδειξε ότι η χαμηλή

διάθεση και το άγχος μπορούσαν να επιβαρύνουν τη σωματική εμπειρία, ενώ τα σωματικά συμπτώματα μπορούσαν με τη σειρά τους να επιδεινώσουν τη διάθεση, τη λειτουργικότητα και την αίσθηση ελέγχου. Παράλληλα, η δυσκολία τήρησης της διατροφής, η απορρύθμιση των γευμάτων, οι ενοχές, η αρνητική εικόνα σώματος και η απογοήτευση από την πορεία της προσπάθειας λειτουργούσαν ως παράγοντες που μπορούσαν να ανατροφοδοτήσουν τον ίδιο κύκλο. Επομένως, το κεντρικό εύρημα δεν ήταν μόνο η συνύπαρξη ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων, αλλά η αμοιβαία ενίσχυσή τους μέσα στην καθημερινή ζωή.

Η κυκλική αυτή σχέση είναι συμβατή με τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση των λειτουργικών σωματικών συμπτωμάτων. Οι Henningsen et al. (2007) υποστηρίζουν ότι τα λειτουργικά σωματικά σύνδρομα χρειάζεται να κατανοούνται ως καταστάσεις στις οποίες αλληλεπιδρούν σωματικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει τη χρησιμότητα αυτής της οπτικής στο διαιτολογικό πλαίσιο. Οι συμμετέχοντες/ουσες δεν περιέγραψαν τη δυσφορία τους ως αποκλειστικά σωματική, ψυχική ή διατροφική. Αντίθετα, οι αφηγήσεις τους έδειξαν ότι το σώμα, η διάθεση, η καθημερινή πίεση και η διατροφική αυτοδιαχείριση λειτουργούσαν ως αλληλοσυνδεόμενα πεδία. Η επιδείνωση ενός από αυτά μπορούσε να επηρεάσει τα υπόλοιπα, δημιουργώντας έναν κύκλο δυσφορίας και μειωμένης λειτουργικότητας.

Στο πρώτο επίπεδο αυτού του κύκλου, η ψυχική επιβάρυνση φάνηκε να επιδρά στη σωματική δυσφορία. Το άγχος, η χαμηλή διάθεση, η στενοχώρια, η εσωτερική ένταση και η αίσθηση απώλειας ελέγχου συνδέθηκαν με φούσκωμα, στομαχικό πόνο, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, πρήξιμο, κόπωση, διαταραχές ύπνου και σωματικό βάρος. Η σύνδεση αυτή ανταποκρίνεται στη θέση των Tylee και Gandhi (2005), σύμφωνα με την οποία η καταθλιπτική συμπτωματολογία συχνά εμφανίζεται μέσα από σωματικά συμπτώματα, όπως κόπωση, πόνο, διαταραχές ύπνου και γαστρεντερική δυσφορία. Στην παρούσα μελέτη, αυτή η παρατήρηση αποκτά ειδικότερη σημασία, διότι η ψυχική επιβάρυνση δεν αναδύθηκε σε περιβάλλον ψυχικής υγείας, αλλά σε διαιτολογικό πλαίσιο. Αυτό σημαίνει ότι η χαμηλή διάθεση και το άγχος έγιναν ορατά κυρίως μέσα από το σώμα, τη σχέση με το φαγητό και τη δυσκολία καθημερινής αυτοδιαχείρισης.

Στο δεύτερο επίπεδο του κύκλου, τα σωματικά συμπτώματα φάνηκε να επιβαρύνουν εκ νέου τη διάθεση και τη λειτουργικότητα. Οι γαστρεντερικές ενοχλήσεις, το φούσκωμα, ο πόνος, η παλινδρόμηση, οι διαταραχές ύπνου και η κόπωση δεν περιγράφηκαν ως ουδέτερες σωματικές εμπειρίες. Αντίθετα, συνδέθηκαν με περιορισμό της καθημερινής δραστηριότητας, δυσκολία κοινωνικής άνεσης, μειωμένη ενεργητικότητα, αίσθηση απογοήτευσης και δυσκολία τήρησης

σταθερών γευμάτων. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τους Henningsen et al. (2003), οι οποίοι έδειξαν ότι τα λειτουργικά ή ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα συνδέονται σταθερά με άγχος και κατάθλιψη. Η παρούσα μελέτη προσθέτει ότι αυτή η σύνδεση δεν βιώνεται μόνο ως κλινική συννοσηρότητα, αλλά ως καθημερινή αλληλεπίδραση που επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να φροντίσει τον εαυτό του, να οργανώσει τη διατροφή του και να διατηρήσει αίσθηση ελέγχου.

Η παρουσία γαστρεντερικών συμπτωμάτων, και ειδικότερα IBS, δίνει πρόσθετο βάρος στην ερμηνεία του αμφίδρομου κύκλου. Οι Drossman (2016) και Drossman και Hasler (2016) περιγράφουν τα λειτουργικά γαστρεντερικά σύνδρομα ως διαταραχές αλληλεπίδρασης εντέρου–εγκεφάλου, στις οποίες τα γαστρεντερικά συμπτώματα σχετίζονται με τη σπλαχνική ευαισθησία, την κινητικότητα, την κεντρική επεξεργασία των σωματικών σημάτων και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η παρούσα μελέτη δείχνει πώς αυτή η αλληλεπίδραση εμφανίζεται στην πράξη: το άγχος και η ένταση μπορούσαν να επιδεινώσουν τη γαστρεντερική δυσφορία, ενώ η γαστρεντερική δυσφορία μπορούσε να αυξήσει την ανησυχία, να περιορίσει τις διατροφικές επιλογές και να επηρεάσει αρνητικά τη διάθεση. Έτσι, η σχέση εντέρου–εγκεφάλου δεν παρέμεινε αφηρημένο θεωρητικό σχήμα, αλλά αποτυπώθηκε στη διαιτολογική καθημερινότητα των συμμετεχόντων/ουσών.

Η ερμηνεία αυτή ενισχύεται από τις μετα-αναλυτικές μελέτες των Lee et al. (2017) και Zamani et al. (2019), οι οποίες τεκμηριώνουν αυξημένη παρουσία άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε άτομα με IBS. Η παρούσα μελέτη είναι συμβατή με αυτή τη βιβλιογραφική τεκμηρίωση, αλλά μετατοπίζει το ενδιαφέρον από τη μέτρηση της συννοσηρότητας στη βιωμένη της συνέπεια. Στις αφηγήσεις, το IBS και τα συναφή γαστρεντερικά συμπτώματα δεν επηρέαζαν μόνο τη σωματική άνεση. Επηρέαζαν και τη σχέση με το φαγητό, καθώς το άτομο μπορούσε να αποφεύγει γεύματα από φόβο πρηξίματος, να περιορίζει επιλογές, να αποδιοργανώνει το πρόγραμμά του ή να βιώνει τη διατροφή ως πεδίο αβεβαιότητας. Αυτό δείχνει ότι η συννοσηρότητα IBS και ψυχικής επιβάρυνσης αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν εξετάζεται μέσα από τη διαιτολογική πράξη.

Το τρίτο επίπεδο του κύκλου αφορά τη διατροφική συμπεριφορά. Η διατροφή δεν εμφανίστηκε ως απλή εφαρμογή ή μη εφαρμογή οδηγιών. Αντίθετα, αποτέλεσε πεδίο στο οποίο συγκεντρώνονταν η ψυχική κατάσταση, η σωματική δυσφορία, η εικόνα σώματος, οι ενοχές και η καθημερινή δυνατότητα αυτορρύθμισης. Σε συμμετέχοντες/ουσες με γαστρεντερική δυσφορία, η αποφυγή ή η παράλειψη γευμάτων μπορούσε να λειτουργήσει ως προσπάθεια πρόληψης του πρηξίματος ή του πόνου. Σε συμμετέχοντες/ουσες με στόχο απώλειας ή ρύθμισης βάρους, η παρέκκλιση από το διατροφικό πλάνο μπορούσε να βιωθεί ως αποτυχία. Και στις δύο περιπτώσεις, η διατροφική

συμπεριφορά συνδεόταν με τη διάθεση και τη σωματική εμπειρία, λειτουργώντας τόσο ως αποτέλεσμα όσο και ως παράγοντας ανατροφοδότησης της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης.

Η παρατήρηση αυτή χρειάζεται να συνδεθεί με τη βιβλιογραφία για τη διατροφή και την ψυχική υγεία. Οι Lassale et al. (2019), σε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, έδειξαν ότι υγιεινότερα διατροφικά πρότυπα συνδέονται με χαμηλότερο κίνδυνο δυσμενών καταθλιπτικών εκβάσεων. Οι Jacka et al. (2017), μέσα από την τυχαιοποιημένη δοκιμή SMILES, έδειξαν ότι μια οργανωμένη διατροφική παρέμβαση μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά στη μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η παρούσα μελέτη δεν εξετάζει την αποτελεσματικότητα μιας διατροφικής παρέμβασης και δεν επιτρέπει αιτιώδεις ισχυρισμούς. Ωστόσο, προσθέτει μια σημαντική πρακτική διάσταση: ακόμη και όταν η διατροφή μπορεί να έχει υποστηρικτικό ρόλο στην ψυχική υγεία, η εφαρμογή των διατροφικών οδηγιών εξαρτάται από την ψυχική κατάσταση, τη σωματική λειτουργικότητα, τον ύπνο, την κόπωση, το άγχος και την καθημερινή οργάνωση του ατόμου.

Με άλλα λόγια, η παρούσα μελέτη δείχνει ότι η σχέση διατροφής και ψυχικής υγείας δεν αφορά μόνο τη θρεπτική ποιότητα της δίαιτας, αλλά και τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρήσει μια λειτουργική διατροφική ρουτίνα. Ένα διατροφικό πλάνο μπορεί να είναι επιστημονικά κατάλληλο, αλλά πρακτικά δύσκολο να εφαρμοστεί όταν ο/η διαιτώμενος/η βιώνει έντονο άγχος, κακό ύπνο, κόπωση, φούσκωμα, πόνο, ενοχές ή χαμηλή αίσθηση ελέγχου. Αυτό το εύρημα συμπληρώνει τη βιβλιογραφία των Lassale et al. (2019) και Jacka et al. (2017), διότι μεταφέρει τη συζήτηση από το ερώτημα «ποια διατροφή σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία» στο ερώτημα «υπό ποιες ψυχοσωματικές και καθημερινές συνθήκες μπορεί το άτομο να εφαρμόσει μια διατροφική σύσταση».

Ιδιαίτερη θέση στον κύκλο διάθεσης, σώματος και διατροφής κατείχαν οι ενοχές και η εικόνα σώματος. Σε περιπτώσεις όπου ο στόχος της διαιτολογικής παρακολούθησης περιλάμβανε απώλεια ή ρύθμιση βάρους, η στασιμότητα της ζυγαριάς, η αίσθηση αποτυχίας ή η δυσκολία συμμόρφωσης μπορούσαν να επιβαρύνουν τη διάθεση. Η σχέση με το σώμα δεν αφορούσε μόνο το βάρος ως αριθμητικό δείκτη, αλλά και την αυτοεικόνα, την αυτοαξιολόγηση και την αίσθηση προσωπικής αποτελεσματικότητας. Η διάσταση αυτή συνδέεται έμμεσα με την ευρύτερη βιβλιογραφία για τη λειτουργικότητα και την ευημερία. Η Leontopoulou (2020) υπογραμμίζει τη σημασία πολυδιάστατων προσεγγίσεων που δεν περιορίζουν την υγεία στην απουσία συμπτωμάτων, αλλά λαμβάνουν υπόψη τη λειτουργικότητα, την προσαρμογή και την προσωπική ανάπτυξη. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, αυτό σημαίνει ότι η διαιτολογική υποστήριξη δεν μπορεί να περιορίζεται στη μείωση του

βάρους ή των συμπτωμάτων, αλλά χρειάζεται να ενισχύει και την καθημερινή λειτουργικότητα, την αυτοφροντίδα και την αίσθηση ελέγχου.

Σε δύο περιπτώσεις, ο κύκλος διάθεσης, σώματος και διατροφής πήρε τη μορφή υπερφαγικών ή βουλιμικού τύπου επεισοδίων. Η κατανάλωση τροφής εμφανίστηκε ως προσωρινός τρόπος ανακούφισης από τη στενοχώρια, την ένταση ή το ψυχικό κενό, αλλά στη συνέχεια μπορούσε να οδηγήσει σε ενοχές, σωματική δυσφορία και αρνητική αυτοαξιολόγηση. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η διατροφική απορρύθμιση δεν πρέπει να ερμηνεύεται μόνο ως ζήτημα διατροφικής εκπαίδευσης ή αυτοπειθαρχίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κατανάλωση τροφής λειτουργεί ως μηχανισμός συναισθηματικής ρύθμισης, ο οποίος όμως μπορεί να επιβαρύνει περαιτέρω τη διάθεση και το σώμα. Επομένως, η διαιτολογική διαχείριση τέτοιων περιπτώσεων χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα προσεκτική, μη επικριτική και ενδεχομένως διεπιστημονική.

Η ερμηνεία αυτή έχει άμεση σημασία για την έννοια της συμμόρφωσης στις διαιτολογικές οδηγίες. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η μειωμένη συμμόρφωση δεν πρέπει να νοείται μονοδιάστατα ως έλλειψη γνώσης, έλλειψη θέλησης ή αδυναμία συνεργασίας. Αντίθετα, η συμμόρφωση επηρεάστηκε από άγχος, κόπωση, διαταραχές ύπνου, γαστρεντερική δυσφορία, φόβο επιδείνωσης συμπτωμάτων, εργασιακή πίεση, οικογενειακές υποχρεώσεις, εικόνα σώματος και ενοχές. Η διαπίστωση αυτή συνδέεται με τη βιοψυχοκοινωνική λογική των Henningsen et al. (2007), καθώς η συμπεριφορά υγείας δεν ερμηνεύεται ως απομονωμένη ατομική επιλογή, αλλά ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνθηκών. Στο διαιτολογικό πλαίσιο, αυτό σημαίνει ότι η υποστήριξη της συμμόρφωσης απαιτεί κατανόηση των πραγματικών συνθηκών ζωής και όχι απλή επανάληψη οδηγιών.

Συνολικά, ο αμφίδρομος κύκλος διάθεσης, σώματος και διατροφικής πορείας αποτελεί κεντρικό ερμηνευτικό σχήμα της παρούσας μελέτης. Η χαμηλή διάθεση και το άγχος μπορούσαν να εντείνουν τη σωματική δυσφορία, η σωματική δυσφορία μπορούσε να επιβαρύνει εκ νέου τη διάθεση και τη λειτουργικότητα, ενώ η διατροφική απορρύθμιση μπορούσε να οδηγήσει σε ενοχές, απογοήτευση και περαιτέρω ψυχική επιβάρυνση. Το εύρημα αυτό συνδέεται συγκεκριμένα με τη σωματική παρουσίαση της κατάθλιψης που περιγράφουν οι Tylee και Gandhi (2005), με τη βιοψυχοκοινωνική κατανόηση των λειτουργικών σωματικών συμπτωμάτων των Henningsen et al. (2007), με το μοντέλο διαταραχών αλληλεπίδρασης εντέρου-εγκεφάλου των Drossman (2016) και Drossman και Hasler (2016), και με τη βιβλιογραφία για τη διατροφή και την ψυχική υγεία των Lassale et al. (2019) και Jacka et al. (2017). Η συμβολή της παρούσας μελέτης είναι ότι αναδεικνύει τη διαιτολογική φροντίδα

ως χώρο όπου η διάθεση, το σώμα, το φαγητό και η καθημερινή ζωή συναντώνται και χρειάζεται να αντιμετωπίζονται συνδυαστικά.

5.2 Πρακτικές προεκτάσεις για τη διαιτολογική υποστήριξη

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έχουν πρακτικές προεκτάσεις για τη διαιτολογική υποστήριξη ατόμων που εμφανίζουν ψυχοσωματικά ή λειτουργικά συμπτώματα και παράλληλη ψυχική επιβάρυνση. Η βασική πρακτική συνέπεια είναι ότι η διαιτολογική φροντίδα δεν μπορεί να περιορίζεται στη διαμόρφωση ενός διατροφικού πλάνου, αλλά χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη τις συνθήκες μέσα στις οποίες το άτομο καλείται να το εφαρμόσει. Όταν συνυπάρχουν χαμηλή διάθεση, άγχος, κόπωση, διαταραχές ύπνου, γαστρεντερική δυσφορία ή αίσθημα μειωμένης λειτουργικότητας, η συμμόρφωση στις συστάσεις δεν εξαρτάται μόνο από τη γνώση ή τη θέληση του/της διαιτώμενου/ης, αλλά και από τη συνολική ψυχική και σωματική του/της κατάσταση.

Η παρατήρηση αυτή συνδέεται με τη βιβλιογραφία που δείχνει ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να εμφανίζεται μέσα από σωματικά παράπονα, όπως κόπωση, πόνο και γαστρεντερική δυσφορία, γεγονός που δυσχεραίνει την άμεση αναγνώρισή της στην καθημερινή κλινική πράξη (Tylee & Gandhi, 2005). Στο διαιτολογικό πλαίσιο, αυτό σημαίνει ότι ο/η επαγγελματίας δεν χρειάζεται να λειτουργεί ως ειδικός ψυχικής υγείας, αλλά χρειάζεται να είναι σε θέση να αναγνωρίζει ενδείξεις ψυχικής επιβάρυνσης που επηρεάζουν τη διατροφική πορεία. Η χαμηλή κινητοποίηση, η αστάθεια στα γεύματα, η παρορμητική κατανάλωση τροφής, η αδυναμία τήρησης οδηγιών, οι ενοχές και η αίσθηση αποτυχίας μπορεί να αποτελούν όχι απλώς «έλλειψη πειθαρχίας», αλλά εκφράσεις μιας ευρύτερης δυσκολίας αυτορρύθμισης.

Μια πρώτη πρακτική προέκταση αφορά την ανάγκη συστηματικότερης διερεύνησης της καθημερινής λειτουργικότητας κατά τη διαιτολογική αξιολόγηση. Εκτός από το βάρος, τον ΔΜΣ, το ιστορικό διατροφής και τα γαστρεντερικά συμπτώματα, είναι χρήσιμο να διερευνώνται παράγοντες όπως η ποιότητα ύπνου, η κόπωση, το άγχος, η διάθεση, το επίπεδο ενέργειας και η δυνατότητα του ατόμου να οργανώνει την καθημερινή του ρουτίνα. Η διερεύνηση αυτή δεν έχει διαγνωστικό χαρακτήρα, αλλά βοηθά τον/την διαιτολόγο να κατανοήσει καλύτερα τα εμπόδια που επηρεάζουν την εφαρμογή των συστάσεων. Η βιβλιογραφία για τα λειτουργικά σωματικά σύνδρομα υποστηρίζει ότι η σωματική δυσφορία χρειάζεται να κατανοείται μέσα σε ένα ευρύτερο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο, όπου αλληλεπιδρούν σωματικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (Henningsen et al., 2003; Henningsen et al., 2007).

Η ανάγκη εξατομικευμένης διαιτολογικής υποστήριξης είναι ιδιαίτερα εμφανής στις περιπτώσεις όπου η σωματική δυσφορία αφορά λειτουργικά γαστρεντερικά συμπτώματα ή IBS. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της British Dietetic Association για τη διαιτολογική διαχείριση του IBS σε ενήλικες υπογραμμίζουν ότι η διατροφική παρέμβαση πρέπει να βασίζεται σε τεκμηριωμένες πρακτικές, να προσαρμόζεται στο προφίλ των συμπτωμάτων και να λαμβάνει υπόψη τις διατροφικές συνήθειες, την ανοχή του ατόμου και την καθημερινή του λειτουργικότητα (McKenzie et al., 2016). Αντίστοιχα, οι οδηγίες του NICE για τη διαχείριση του IBS σε ενήλικες περιλαμβάνουν διατροφικές και lifestyle συστάσεις, αλλά και δυνατότητα παραπομπής για ψυχολογικές παρεμβάσεις όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο (NICE, 2017). Με βάση αυτά, η διαιτολογική φροντίδα ατόμων με λειτουργικά γαστρεντερικά συμπτώματα χρειάζεται να είναι σταδιακή, εξατομικευμένη και προσανατολισμένη στη βιώσιμη εφαρμογή των συστάσεων.

Μια δεύτερη πρακτική προέκταση αφορά την ανάγκη ευελιξίας των διαιτολογικών συστάσεων. Τα ευρήματα δείχνουν ότι σε περιόδους έντονης ψυχικής ή σωματικής επιβάρυνσης οι διαιτώμενοι/ες δυσκολεύονται να διατηρήσουν σταθερές διατροφικές ρουτίνες. Επομένως, η διαμόρφωση υπερβολικά απαιτητικών ή άκαμπτων πλάνων μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση αποτυχίας, ιδίως όταν το άτομο ήδη βιώνει κόπωση, γαστρεντερική δυσφορία ή χαμηλή διάθεση. Αντίθετα, φαίνεται περισσότερο λειτουργική μια σταδιακή και ρεαλιστική προσέγγιση, με μικρούς εφαρμόσιμους στόχους, προσαρμογή των οδηγιών στις δυνατότητες της συγκεκριμένης περιόδου και έμφαση στη διατήρηση βασικών ρουτινών ακόμη και όταν η ψυχική διάθεση δεν είναι ευνοϊκή.

Στις περιπτώσεις γαστρεντερικής δυσφορίας, η εξατομίκευση αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία. Η διερεύνηση πιθανών διατροφικών ερεθισμάτων, η σταδιακή τροποποίηση των γευμάτων και η εφαρμογή πιο εξειδικευμένων παρεμβάσεων, όπως η χαμηλή σε FODMAP δίαιτα, χρειάζεται να γίνεται με κατάλληλη επαγγελματική καθοδήγηση και όχι ως γενικευμένη ή αυθαίρετη πρακτική (McKenzie et al., 2016; NICE, 2017). Το στοιχείο αυτό συνδέεται με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, καθώς οι συμμετέχοντες/ουσες περιέγραψαν ότι η σωματική δυσφορία, η κόπωση και το άγχος επηρεάζουν άμεσα τη δυνατότητα τήρησης σταθερών διατροφικών ρουτινών. Συνεπώς, η διαιτολογική παρέμβαση χρειάζεται να σχεδιάζεται με τρόπο που να αναγνωρίζει τις διακυμάνσεις της λειτουργικότητας και να μην επιβαρύνει περαιτέρω τον/την διαιτώμενο/η με μη ρεαλιστικές απαιτήσεις.

Η ανάγκη αυτή υποστηρίζεται και από τη βιβλιογραφία της διατροφικής ψυχιατρικής. Η μελέτη SMILES ανέδειξε ότι η οργανωμένη διατροφική παρέμβαση, όταν παρέχεται με δομημένη

υποστήριξη από κλινικό διαιτολόγο, μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά στη μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ενήλικες με μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη (Jacka et al., 2017). Η πρακτική σημασία του ευρήματος δεν βρίσκεται μόνο στο περιεχόμενο της διαίτας, αλλά και στη θεραπευτική δομή της παρέμβασης: τακτικές συνεδρίες, παρακολούθηση, ενίσχυση της εφαρμογής και επαγγελματική υποστήριξη. Για την παρούσα εργασία, αυτό σημαίνει ότι η διαιτολογική υποστήριξη μπορεί να αποκτήσει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα όταν οργανώνεται ως διαδικασία συνοδείας και όχι ως απλή παροχή οδηγιών.

Μια τρίτη πρακτική προέκταση αφορά τη σημασία της μη επικριτικής στάσης. Τα ευρήματα της μελέτης ανέδειξαν ότι η εικόνα σώματος, η απογοήτευση από τη μη απώλεια βάρους, οι ενοχές και η αίσθηση αποτυχίας μπορεί να επιβαρύνουν τη διατροφική πορεία. Για τον λόγο αυτό, η διαιτολογική φροντίδα χρειάζεται να αποφεύγει τον ηθικολογικό λόγο γύρω από τη «συνέπεια», την «πειθαρχία» ή την «αποτυχία» και να εστιάζει περισσότερο στην κατανόηση των εμποδίων που βιώνει το άτομο. Η αλλαγή διατροφικής συμπεριφοράς είναι πιθανότερο να υποστηριχθεί όταν ο/η διαιτώμενος/η αισθάνεται ότι οι δυσκολίες του/της αναγνωρίζονται ως πραγματικές και όχι ως απλή αδυναμία συμμόρφωσης.

Η ελληνική βιβλιογραφία ενισχύει επίσης την ανάγκη για ολιστικότερη διαιτολογική προσέγγιση. Τα δεδομένα του Hellenic National Nutrition and Health Survey δείχνουν ότι τα λειτουργικά γαστρεντερικά συμπτώματα και το IBS στον ελληνικό πληθυσμό συνδέονται με διατροφικούς παράγοντες, προσκόλληση στη Μεσογειακή διαίτα, ύπνο, στρες και καταθλιπτικά συμπτώματα (Smiliotopoulos et al., 2023). Παράλληλα, η καταθλιπτική συμπτωματολογία στον ελληνικό ενήλικο πληθυσμό έχει συσχετισθεί με κοινωνικοδημογραφικούς και lifestyle παράγοντες, γεγονός που δείχνει ότι η ψυχική επιβάρυνση χρειάζεται να εξετάζεται μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο ζωής και καθημερινών συνηθειών του ατόμου (Michas et al., 2021). Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν την ανάγκη η διαιτολογική πράξη να ενσωματώνει, όπου είναι εφικτό, ερωτήσεις και παρεμβάσεις που αφορούν όχι μόνο το τι τρώει το άτομο, αλλά και το πώς κοιμάται, πώς βιώνει το άγχος, πώς διαχειρίζεται τη σωματική δυσφορία και πώς οργανώνει την καθημερινότητά του.

Μια τέταρτη πρακτική προέκταση αφορά τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας. Η παρούσα μελέτη δεν υποστηρίζει ότι ο/η διαιτολόγος πρέπει να αναλάβει ρόλο ψυχολόγου ή ψυχοθεραπευτή. Αντίθετα, αναδεικνύει την ανάγκη να αναγνωρίζονται περιπτώσεις στις οποίες η ψυχική επιβάρυνση, η διαταραγμένη σχέση με το φαγητό, οι έντονες ενοχές, η σημαντική λειτουργική έκπτωση ή τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια απώλειας ελέγχου υπερβαίνουν τα όρια της αμιγώς διαιτολογικής

υποστήριξης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η παραπομπή ή συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορεί να αποτελέσει σημαντικό μέρος μιας ασφαλέστερης και πληρέστερης φροντίδας.

Η παραπάνω θέση υποστηρίζεται και από κλινικές οδηγίες για το IBS, οι οποίες αναγνωρίζουν ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, η ψυχολογική υποστήριξη ή οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη σχέση εντέρου–εγκεφάλου μπορεί να αποτελέσουν μέρος της συνολικής διαχείρισης των συμπτωμάτων (Lacy et al., 2021; NICE, 2017). Η παρατήρηση αυτή είναι συμβατή με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, καθώς οι συμμετέχοντες/ουσες δεν περιέγραψαν τη διατροφική δυσκολία μόνο ως ζήτημα τροφίμων, αλλά ως αποτέλεσμα της συνάρθρωσης διάθεσης, σωματικής δυσφορίας, ύπνου, κόπωσης, εικόνας σώματος και καθημερινής λειτουργικότητας. Επομένως, η διαιτολογική υποστήριξη χρειάζεται να είναι ανοιχτή σε διεπιστημονική συνεργασία, χωρίς ο/η διαιτολόγος να υπερβαίνει τα όρια του επαγγελματικού του/της ρόλου.

Τέλος, τα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάγκη ο/η διαιτολόγος να αντιμετωπίζει τη συμμόρφωση όχι ως στατική ιδιότητα του ατόμου, αλλά ως δυναμική διαδικασία που επηρεάζεται από την ψυχική κατάσταση, τα σωματικά συμπτώματα και τις συνθήκες της καθημερινότητας. Η διαιτολογική υποστήριξη σε άτομα με ψυχοσωματικά ή λειτουργικά προβλήματα φαίνεται να απαιτεί μεγαλύτερη ευελιξία, σταδιακότητα, παρακολούθηση και προσαρμογή στις διακυμάνσεις της λειτουργικότητας. Με αυτή την έννοια, η παρούσα μελέτη υποστηρίζει μια περισσότερο εξατομικευμένη, μη επικριτική και διεπιστημονικά ευαισθητοποιημένη μορφή διαιτολογικής φροντίδας.

5.3 Συνεισφορά και περιορισμοί της μελέτης. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στη βιβλιογραφία και στην κλινική πράξη, καθώς εστιάζει σε ένα πεδίο στο οποίο διασταυρώνονται η καταθλιπτική ή ευρύτερη ψυχική επιβάρυνση, τα ψυχοσωματικά/λειτουργικά συμπτώματα και η διαιτολογική φροντίδα. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία έχει τεκμηριώσει επαρκώς ότι η κατάθλιψη μπορεί να εμφανίζεται μέσα από σωματικά συμπτώματα, ότι τα λειτουργικά σωματικά σύνδρομα συνδέονται συχνά με άγχος και κατάθλιψη, καθώς και ότι η διατροφή σχετίζεται με δείκτες ψυχικής υγείας (Henningsen et al., 2003; Jacka et al., 2017; Lassale et al., 2019; Tylee & Gandhi, 2005). Ωστόσο έχει διερευνηθεί σε μικρότερο βαθμό ο τρόπος με τον οποίο τα ίδια τα άτομα που παρακολουθούνται διαιτολογικά βιώνουν και νοηματοδοτούν αυτή τη σχέση στην καθημερινότητά τους.

Η βασική συνεισφορά της παρούσας εργασίας είναι ότι φωτίζει τη σχέση διάθεσης, σώματος και διατροφικής αυτοδιαχείρισης ως βιωμένη εμπειρία. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η χαμηλή διάθεση, το

άγχος, η κόπωση, ο ύπνος και η σωματική δυσφορία δεν λειτουργούν ως ανεξάρτητοι παράγοντες, αλλά ως αλληλένδετες διαστάσεις που επηρεάζουν την όρεξη, τις διατροφικές επιλογές, τη σταθερότητα των γευμάτων και τη συμμόρφωση σε διαιτολογικές συστάσεις. Με αυτόν τον τρόπο, η εργασία προσθέτει ποιοτικά δεδομένα σε ένα πεδίο όπου η διαθέσιμη τεκμηρίωση είναι κυρίως ποσοτική και εστιάζει περισσότερο σε συσχετίσεις παρά σε νοηματοδοτήσεις και καθημερινές πρακτικές.

Σε θεωρητικό επίπεδο, η μελέτη ενισχύει την ανάγκη να προσεγγίζονται τα ψυχοσωματικά και λειτουργικά συμπτώματα μέσα από ένα βιοψυχοκοινωνικό πρίσμα. Η εμπειρία των συμμετεχόντων/ουσών δείχνει ότι η σωματική δυσφορία δεν μπορεί να αποκοπεί από τη διάθεση, την κόπωση, το άγχος, την εικόνα σώματος και την καθημερινή λειτουργικότητα. Ειδικά στο διαιτολογικό πλαίσιο, η σωματική ενόχληση μεταφράζεται σε πρακτικές δυσκολίες εφαρμογής συστάσεων, απορρύθμιση διατροφικών ρουτινών και αίσθηση μειωμένου ελέγχου. Επομένως, η εργασία συμβάλλει στη θεωρητική κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στη σωματική εμπειρία και στη συμπεριφορά υγείας.

Σε πρακτικό επίπεδο, η μελέτη αναδεικνύει την ανάγκη για πιο ευέλικτη, εξατομικευμένη και μη επικριτική διαιτολογική υποστήριξη. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι ο/η διαιτολόγος χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο το διατροφικό ιστορικό και τα σωματικά συμπτώματα, αλλά και τη διάθεση, την κόπωση, τον ύπνο, το άγχος, την εικόνα σώματος και τη δυνατότητα του ατόμου να οργανώνει την καθημερινότητά του. Η συνεισφορά αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μετατοπίζει την έμφαση από τη συμμόρφωση ως ατομική ευθύνη προς τη συμμόρφωση ως δυναμική διαδικασία που επηρεάζεται από ψυχικούς, σωματικούς και λειτουργικούς παράγοντες.

Παρά τη συμβολή της, η παρούσα μελέτη έχει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Πρώτος περιορισμός είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος. Το δείγμα αποτελείται από δεκαέξι ενήλικους/ες διαιτώμενους/ες, γεγονός που είναι συμβατό με τον ποιοτικό χαρακτήρα της μελέτης, αλλά δεν επιτρέπει γενικεύσεις στον ευρύτερο πληθυσμό. Επιπλέον, η σύνθεση του δείγματος χαρακτηρίζεται από ανισορροπία ως προς το φύλο, καθώς συμμετείχαν περισσότερες γυναίκες από άνδρες. Η ανισορροπία αυτή περιορίζει τη δυνατότητα σύγκρισης ανά φύλο και καθιστά αναγκαία την προσεκτική ερμηνεία των ευρημάτων.

Δεύτερος περιορισμός αφορά τον τρόπο δειγματοληψίας και το πλαίσιο διεξαγωγής της έρευνας. Οι συμμετέχοντες/ουσες προέρχονται από συγκεκριμένο ιδιωτικό διαιτολογικό πλαίσιο, γεγονός που σημαίνει ότι τα ευρήματα αντανakλούν εμπειρίες ατόμων που αναζήτησαν ή έλαβαν διαιτολογική

φροντίδα σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον. Επομένως, δεν είναι βέβαιο ότι τα ίδια μοτίβα θα εμφανίζονταν με τον ίδιο τρόπο σε δημόσιες δομές υγείας, σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές ή σε πληθυσμούς με διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.

Τρίτος περιορισμός σχετίζεται με τη φύση των δεδομένων. Η μελέτη βασίζεται σε αυτοαναφορές των συμμετεχόντων/ουσών και όχι σε κλινική διάγνωση κατάθλιψης, τυποποιημένη ψυχομετρική αξιολόγηση ή αντικειμενική μέτρηση των σωματικών συμπτωμάτων. Συνεπώς, οι όροι χαμηλή διάθεση, ψυχική επιβάρυνση και καταθλιπτική συμπτωματολογία χρησιμοποιούνται με βάση την εμπειρική και αφηγηματική αποτύπωση των συμμετεχόντων/ουσών και όχι ως τυπικές διαγνωστικές κατηγορίες. Αυτός ο περιορισμός δεν αναιρεί την αξία των ευρημάτων, αλλά καθιστά απαραίτητη την προσεκτική διατύπωση των συμπερασμάτων.

Τέταρτος περιορισμός αφορά τον τρόπο συλλογής των δεδομένων. Ορισμένες συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν, ενώ άλλες δεν ηχογραφήθηκαν και αξιοποιήθηκαν βάσει γραπτών καταγραφών που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Η διαφοροποίηση αυτή προέκυψε από τον σεβασμό στην προτίμηση και τη συναίνεση των συμμετεχόντων/ουσών. Παρότι έγινε συγκριτική επισκόπηση των δύο υποομάδων και δεν αναδείχθηκαν ουσιώδεις διαφοροποιήσεις ως προς τους βασικούς θεματικούς άξονες, οι γραπτές καταγραφές δεν έχουν την ίδια λεπτομέρεια με τις κατά λέξη απομαγνητοφωνήσεις. Για τον λόγο αυτό, η παρουσίαση και ερμηνεία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ιδιαίτερη προσοχή.

Πέμπτος περιορισμός αφορά τον συγχρονικό χαρακτήρα της μελέτης. Η παρούσα έρευνα αποτυπώνει τις εμπειρίες των συμμετεχόντων/ουσών σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο και δεν μπορεί να τεκμηριώσει αιτιώδεις ή διαχρονικές σχέσεις ανάμεσα στη χαμηλή διάθεση, στα ψυχοσωματικά συμπτώματα και στη διατροφική συμπεριφορά. Τα ευρήματα δείχνουν πώς οι συμμετέχοντες/ουσες νοσηματοδοτούν τη σχέση αυτή, αλλά δεν επιτρέπουν να διαπιστωθεί αν η ψυχική επιβάρυνση προηγείται των σωματικών συμπτωμάτων ή αν τα σωματικά συμπτώματα προηγούνται της επιδείνωσης της διάθεσης. Η σχέση που αναδεικνύεται είναι βιωματική και ερμηνευτική, όχι αιτιολογική.

Με βάση τους παραπάνω περιορισμούς, προκύπτουν ορισμένες προτάσεις για περαιτέρω έρευνα. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν μεγαλύτερα και περισσότερο διαφοροποιημένα δείγματα, με καλύτερη ισορροπία ως προς το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και το είδος των ψυχοσωματικών ή λειτουργικών συμπτωμάτων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η σύγκριση ατόμων με διαφορετικά κλινικά προφίλ, όπως IBS, λειτουργική δυσπεψία, ινομυαλγία ή

διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, ώστε να διερευνηθεί αν η σχέση διάθεσης, σωματικής δυσφορίας και διατροφικής αυτοδιαχείρισης διαφοροποιείται ανάλογα με τη βασική συμπτωματολογία.

Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμη η αξιοποίηση μικτών μεθόδων. Η συνδυαστική χρήση ποιοτικών συνεντεύξεων και τυποποιημένων εργαλείων, όπως κλίμακες κατάθλιψης, άγχους, φορτίου σωματικών συμπτωμάτων, ποιότητας ζωής και διατροφικής συμμόρφωσης, θα μπορούσε να ενισχύσει την κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στις υποκειμενικές αφηγήσεις και στους μετρήσιμους δείκτες ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης. Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσε να επιτευχθεί πληρέστερη αποτύπωση του φαινομένου, χωρίς να χαθεί η βιωματική διάσταση που αναδεικνύει η ποιοτική μεθοδολογία.

Ιδιαίτερη αξία θα είχαν επίσης διαχρονικές μελέτες, οι οποίες θα παρακολουθούσαν τη σχέση διάθεσης, σωματικών συμπτωμάτων και διατροφικής συμπεριφοράς σε βάθος χρόνου. Ένας τέτοιος σχεδιασμός θα μπορούσε να δείξει πώς μεταβάλλεται η συμμόρφωση σε διαιτολογικές συστάσεις σε περιόδους επιδείνωσης ή ύφεσης των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, καθώς και αν συγκεκριμένοι παράγοντες, όπως ο ύπνος, η κόπωση, το άγχος ή η εικόνα σώματος, λειτουργούν ως κρίσιμες διαμεσολαβητικές εμπειρίες. Παράλληλα, μελέτες παρέμβασης σε διαιτολογικά πλαίσια θα μπορούσαν να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα πιο ευέλικτων, εξατομικευμένων και διεπιστημονικά υποστηριζόμενων μορφών διαιτολογικής φροντίδας.

Τέλος, μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εστιάσει περισσότερο στη συνεργασία διαιτολόγων και επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι αρκετές δυσκολίες των διαιτώμενων υπερβαίνουν το επίπεδο της απλής διατροφικής οδηγίας και σχετίζονται με χαμηλή διάθεση, άγχος, ενοχές, εικόνα σώματος και αίσθηση μειωμένου ελέγχου. Επομένως, θα είχε ιδιαίτερη αξία να διερευνηθούν μοντέλα συνεργασίας που θα επιτρέπουν στον/στη διαιτολόγο να αναγνωρίζει έγκαιρα ενδείξεις ψυχικής επιβάρυνσης και, όπου χρειάζεται, να παραπέμπει ή να συνεργάζεται με ειδικούς ψυχικής υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, η διαιτολογική φροντίδα μπορεί να ενταχθεί σε ένα πιο ολοκληρωμένο πλαίσιο υποστήριξης της ψυχικής, σωματικής και διατροφικής αυτοδιαχείρισης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία διερεύνησε τη βιωμένη σχέση ανάμεσα στη χαμηλή διάθεση ή ευρύτερη ψυχική επιβάρυνση και στα ψυχοσωματικά ή λειτουργικά συμπτώματα σε άτομα που παρακολουθούνται διαιτολογικά. Τα ευρήματα ανέδειξαν ότι η σχέση αυτή δεν βιώνεται ως απλή συνύπαρξη δύο ανεξάρτητων φαινομένων, αλλά ως αλληλεπίδραση που επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα, την αυτοαντίληψη και τη δυνατότητα διατήρησης σταθερών διατροφικών ρουτινών. Η χαμηλή διάθεση, το άγχος, η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου και η σωματική δυσφορία φαίνεται να συγκροτούν έναν κύκλο αμοιβαίας επιβάρυνσης, μέσα στον οποίο το σώμα και η ψυχική κατάσταση επηρεάζουν διαρκώς το ένα το άλλο.

Ένα βασικό συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι τα ψυχοσωματικά ή λειτουργικά συμπτώματα δεν αποτελούν για τους/τις συμμετέχοντες/ουσες απλώς σωματικές ενοχλήσεις. Αντίθετα, συνδέονται με τη διάθεση, την καθημερινή ενεργητικότητα, την αίσθηση ελέγχου και την ικανότητα αυτοφροντίδας. Η γαστρεντερική δυσφορία, η κόπωση, ο πόνος ή οι διαταραχές ύπνου περιγράφονται ως εμπειρίες που μπορούν να περιορίσουν την καθημερινή λειτουργικότητα και να επιβαρύνουν περαιτέρω την ψυχική κατάσταση. Με αυτή την έννοια, η ψυχοσωματική εμπειρία εμφανίζεται ως σύνθετο φαινόμενο που χρειάζεται να προσεγγίζεται ολιστικά και όχι αποσπασματικά.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι η σχέση αυτή μεταφέρεται άμεσα στο πεδίο της διατροφικής αυτοδιαχείρισης. Η όρεξη, οι επιλογές τροφίμων, η σταθερότητα των γευμάτων και η συμμόρφωση σε διαιτολογικές συστάσεις επηρεάζονται από τη διάθεση, το άγχος, τη σωματική δυσφορία και την καθημερινή κόπωση. Επομένως, η δυσκολία τήρησης ενός διατροφικού πλάνου δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά ως έλλειψη γνώσης, βούλησης ή πειθαρχίας. Αντίθετα, χρειάζεται να κατανοηθεί ως μέρος μιας ευρύτερης διαδικασίας αυτορρύθμισης, η οποία επηρεάζεται από ψυχικούς, σωματικούς και λειτουργικούς παράγοντες.

Από πρακτική άποψη, η εργασία υποστηρίζει την ανάγκη για μια πιο ευέλικτη και εξατομικευμένη διαιτολογική φροντίδα. Ο/η διαιτολόγος χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο το διατροφικό ιστορικό και τους σωματικούς δείκτες, αλλά και τη διάθεση, τον ύπνο, την κόπωση, το άγχος, την εικόνα σώματος και τη δυνατότητα του ατόμου να εφαρμόσει ρεαλιστικά τις συστάσεις στην καθημερινότητά του. Η διαιτολογική υποστήριξη φαίνεται να αποκτά μεγαλύτερη σημασία όταν παρέχεται με μη επικριτική στάση, σταδιακή στοχοθεσία και αναγνώριση των δυσκολιών που βιώνει ο/η διαιτώμενος/η.

Παράλληλα, τα ευρήματα αναδεικνύουν τη σημασία της διεπιστημονικής ευαισθητοποίησης. Η διαιτολογική φροντίδα δεν υποκαθιστά την ψυχολογική ή ψυχιατρική υποστήριξη, όμως μπορεί να λειτουργήσει ως πεδίο έγκαιρης αναγνώρισης δυσκολιών που συνδέονται με την ψυχική επιβάρυνση, τη σωματική δυσφορία και τη διατροφική απορρύθμιση. Σε περιπτώσεις όπου οι δυσκολίες υπερβαίνουν τα όρια της αμιγώς διαιτολογικής παρέμβασης, η συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει σε μια πιο ολοκληρωμένη και ασφαλή φροντίδα.

Η συμβολή της παρούσας μελέτης έγκειται στο ότι φωτίζει ποιοτικά μια σχέση που συχνά προσεγγίζεται κυρίως μέσα από ποσοτικούς δείκτες: τη σχέση ανάμεσα στη διάθεση, στο σώμα και στη διατροφική συμπεριφορά. Μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων/ουσών αναδείχθηκε ότι η διαιτολογική παρακολούθηση ατόμων με ψυχοσωματικά ή λειτουργικά προβλήματα χρειάζεται να είναι ευαίσθητη στις ψυχικές και σωματικές διακυμάνσεις της καθημερινότητας. Συνολικά, η εργασία υποστηρίζει ότι η αποτελεσματική διαιτολογική φροντίδα δεν εξαντλείται στη διατύπωση οδηγιών, αλλά προϋποθέτει κατανόηση, προσαρμογή, ρεαλισμό και αναγνώριση της σύνθετης σχέσης ανάμεσα στη σωματική και την ψυχική εμπειρία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaron, R. V., Ravyts, S. G., Carnahan, N. D., Bhattiprolu, K., Harte, N., McCaulley, C. C., Vitalicia, A. K., Rogers, A. H., Wegener, S. T., & Dudeney, J. (2025). Prevalence of depression and anxiety in adults with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 8(3),
- Berk, M., Williams, L. J., Jacka, F. N., O'Neil, A., Pasco, J. A., Moylan, S., Allen, N. B., Stuart, A. L., Hayley, A. C., Byrne, M. L., & Maes, M. (2013). So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Medicine*, 11, 200.
- Beurel, E., Toups, M., & Nemeroff, C. B. (2020). The bidirectional relationship of depression and inflammation: Double trouble. *Neuron*, 107(2), 234–256.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262–1279.
- Drossman, D. A., & Hasler, W. L. (2016). Rome IV—Functional GI disorders: Disorders of gut–brain interaction. *Gastroenterology*, 150(6), 1257–1261.
- Gan, Y., Gong, Y., Tong, X., Sun, H., Cong, Y., Dong, X., Wang, Y., Xu, X., & Yin, X. (2014). Depression and the risk of coronary heart disease: A meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*, 14, 371. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0371-z>
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399–407.
- Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 528–533.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369(9565), 946–955.
- Hu, Z., Qin, Y., Jiang, H., Liu, Z., Lyu, J., Huang, B., & Zeng, L. (2021). The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: A network meta-analysis. *BMC Gastroenterology*, 21(1), 23.

- Jacka, F. N., O’Neil, A., Opie, R., Itsiopoulos, C., Cotton, S., Mohebbi, M., Castle, D., Dash, S., Mihalopoulos, C., Chatterton, M. L., Brazionis, L., Dean, O. M., Hodge, A. M., & Berk, M. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the ‘SMILES’ trial). *BMC Medicine*, 15(1), 23.
- Katsinelos, P., Lazaraki, G., Kountouras, J., Paroutoglou, G., Oikonomidou, I., Mimidis, K., ...& Chatzimavroudis, G. (2009). Prevalence, bowel habit subtypes and medical care-seeking behaviour of patients with irritable bowel syndrome in Northern Greece. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 21(2), 183-189.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266.
- Krittawong, C., Tunhasirwet, A., Wang, Z., Zhang, H., Prokop, L. J., & Chirapongsathorn, S. (2023). Association of depression with cardiovascular diseases: A meta-analysis. *The American Journal of Medicine*, 136(9), 881–895.
- Lacy, B. E., Pimentel, M., Brenner, D. M., Chey, W. D., Keefer, L. A., Long, M. D., & Moshiree, B. (2021). ACG Clinical Guideline: Management of irritable bowel syndrome. *American Journal of Gastroenterology*, 116(1), 17–44.
- Lassale, C., Batty, G. D., Baghdadli, A., Jacka, F., Sánchez-Villegas, A., Kivimäki, M., & Akbaraly, T. (2019). Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Molecular Psychiatry*, 24(7), 965–986.
- Lee, C., Doo, E., Choi, J. M., Jang, S. H., Ryu, H. S., Lee, J. Y., Oh, J. H., & Park, J. H. (2017). The increased level of depression and anxiety in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: A meta-analysis. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 23(3), 349–362.
- Leontopoulou, S. (2020). Measuring well-being in emerging adults: Exploring the PERMA framework for positive youth development. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 25(1), 72–93.
- Leontopoulou, S. (2015). A positive psychology intervention with emerging adults. *The European Journal of Counselling Psychology*, 3(2), 113–136.

Leontopoulou, S. (2023). Aftermath of the COVID-19 pandemic: Resilience and mental health of emerging adult university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(20), 6911.

Løge-Hagen, J. S., Sæle, A., Juhl, C., Bech, P., & Stenager, E. (2019). Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1098–1105.

McKenzie, Y. A., Bowyer, R. K., Leach, H., Gulia, P., Horobin, J., O'Sullivan, N. A., Pettitt, C., Reeves, L. B., Seamark, L., Williams, M., Thompson, J., & Lomer, M. C. E. (2016). British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 29(5), 549–575.

Michas, G., Magriplis, E., Micha, R., et al. (2021). Sociodemographic and lifestyle determinants of depressive symptoms in a nationally representative sample of Greek adults: The Hellenic National Nutrition and Health Survey (HNNHS). *Journal of Affective Disorders*, 281, 192–198.

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Irritable bowel syndrome in adults: Diagnosis and management* (Clinical guideline CG61). NICE.

Papatheodoridis, G. V., & Karamanolis, D. G. (2005). Prevalence and impact of upper and lower gastrointestinal symptoms in the Greek urban general population. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 40(4), 412-421.

Smiliotopoulos, T., Zampelas, A., Houliaras, G., Sgouros, S. N., Michas, G., Bamias, G., Panagiotakos, D., Cholopoulos, N., Chrousos, G. P., Roma, E., & Magriplis, E. (2023). Association of fructose consumption with prevalence of functional gastrointestinal disorders manifestations: Results from Hellenic National Nutrition and Health Survey (HNNHS). *British Journal of Nutrition*, 130(11), 1961–1972.

Tylee, A., & Gandhi, P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 7(4), 167–176.

Zamani, M., Alizadeh-Tabari, S., & Zamani, V. (2019). Systematic review with meta-analysis: The prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 50(2), 132–143.

ΠαράρτημαΑ: «ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ»

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

ΜΕΡΟΣΑ: Δημογραφικά&κλινικάστοιχείακαιιστορικό

A1. Δημογραφικά

1. Φύλο: ☐ Γυναίκα ☐ Άνδρας ☐ Άλλο/ΔΑ _____
2. Ηλικία: _____
3. Οικογενειακή κατάσταση: ☐ Άγαμος/η ☐ Εγγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η ☐ Χήρος/α
☐ Άλλο _____
4. Εκπαίδευση: ☐ Υποχρεωτική ☐ Δευτεροβάθμια ☐ Μεταδευτεροβάθμια/IEK
☐ AEI/TEI ☐ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό
5. Εργασιακή κατάσταση: ☐ Εργαζόμενος/η ☐ Άνεργος/η ☐ Συνταξιούχος ☐ Άλλο
(Παρακαλώ συμπληρώστε): _____

A2. Κλινικά/ιστορικό

6. Κύρια διάγνωση/κατάσταση :

☐ IBS ☐ Λειτουργική δυσπεψία ☐ Ινώδης μυαλγία ☐ SSD ☐ Άλλο: (Παρακαλώ
συμπληρώστε): _____

7. Διάρκεια συμπτωμάτων : _____ (μήνες/έτη)

8. Ένταση συμπτωμάτων (0–10): _____

9. Συχνότητα συμπτωμάτων: ☐ Καθημερινά ☐ Συχνά ☐ Περιστασιακά ☐ Σε εξάρσεις

10. Συνύπαρξη (αυτοαναφορά): ☐ Άγχος ☐ Διαταραχές ύπνου ☐ Χρόνιος πόνος ☐ Άλλο

(Παρακαλώ συμπληρώστε): _____

11. Φαρμακευτική αγωγή (γενικά/προαιρετικό): _____

12. ΔΜΣ / Βάρος / Ύψος (αν συλλέγονται): ΔΜΣ _____ Βάρος _____ Ύψος _____

13. Τρέχουσα διαιτολογική παρακολούθηση/αγωγή:

- Διάρκεια συνεργασίας: _____

- Κύριος στόχος: ☐ Διαχείριση συμπτωμάτων ☐ Απώλεια/ρύθμιση βάρους ☐ Άλλο _____

ΜΕΡΟΣ Β: Ερωτήσεις Ημι-Δομημένης Συνέντευξης

B0. Εναρκτήριες/πλαισιωτικές

B0-1. «Τι σας έφερε στη διαιτολογική παρακολούθηση;»

B1. Βίωση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων & καθημερινές διατροφικές ρουτίνες

B1-1. «Πώς θα περιγράφατε τα σωματικά συμπτώματα που αντιμετωπίζετε στην καθημερινότητά σας;»

B1-2. «Πώς επηρεάζουν τα συμπτώματα την ποιότητα ζωής και την καθημερινή λειτουργικότητά σας;»

B1-3. «Με ποιους τρόπους επηρεάζουν οι ενοχλήσεις αυτές τις καθημερινές σας διατροφικές ρουτίνες;»

B2. Εμπειρία καταθλιπτικής διάθεσης & εκδήλωση στην καθημερινότητα

B2-1. «Πώς θα περιγράφατε τη διάθεσή σας γενικά τον τελευταίο καιρό;»

B2-2. «Με ποιους τρόπους εκδηλώνεται στην καθημερινότητά σας η χαμηλή διάθεση/η ψυχική επιβάρυνση;»

B2-3. «Όταν η διάθεση πέφτει, το βιώνετε περισσότερο ως ψυχικό βάρος ή ως σωματική δυσκολία;»

B3. Συνύπαρξη με άγχος – ύπνο – χρόνιο πόνο

- B3-1. «Παρατηρείτε να συνυπάρχει η χαμηλή διάθεση με άγχος ή ένταση; Πώς εκδηλώνεται αυτό;»
- B3-2. «Πώς επηρεάζεται ο ύπνος σας σε περιόδους που τα συμπτώματα ή/και η διάθεση επιδεινώνονται;»
- B3-3. «Αν υπάρχει πόνος, πώς συνδέεται με τη διάθεσή σας; Παρατηρείτε αλληλεπίδραση;»
- B4. Αμφίδρομη σχέση διάθεσης ↔ σωματικών συμπτωμάτων (“φαύλος κύκλος”)
- B4-1. «Πώς αντιλαμβάνεστε τη σχέση ανάμεσα στη διάθεσή σας και στην επιδείνωση ή ύφεση των σωματικών συμπτωμάτων;»
- B4-2. «Θεωρείτε ότι η κατάθλιψη “προδιαθέτει” ή “προβλέπει” αλλαγές στα συμπτώματα ή/και στη συμμόρφωσή σας στις διαιτολογικές συστάσεις; Με ποιον τρόπο;»
- B5. Όρεξη – διατροφικές επιλογές – συμμόρφωση σε συστάσεις
- B5-1. «Πώς επηρεάζει η διάθεσή σας την όρεξη;»
- B5-2. «Πώς επηρεάζει η διάθεση τις διατροφικές επιλογές σας;»
- B5-3. «Σε περιόδους ψυχικής επιβάρυνσης, πόσο εύκολο είναι να ακολουθείτε τις διαιτολογικές συστάσεις; Τι δυσκολεύει περισσότερο;»
- B6. Εμπόδια & διευκολυντές στη διαιτολογική φροντίδα όταν συνυπάρχει κατάθλιψη
- B6-1. «Ποια είναι τα βασικά εμπόδια που συναντάτε όταν προσπαθείτε να φροντίσετε τον εαυτό σας (διατροφή/συμπτώματα/διάθεση);»
- B6-2. «Τι σας βοηθά πρακτικά (διευκολυντές) ώστε να παραμένετε συνεπείς ή να διαχειρίζεστε καλύτερα τα συμπτώματα και τη διάθεση;»
- B7. Συνεργασία με επαγγελματίες υγείας – παραπομπή – διεπιστημονικό πλαίσιο
- B7-1. «Έχετε λάβει ποτέ υποστήριξη ψυχικής υγείας ή έχετε σκεφτεί να ζητήσετε; Τι θα σας διευκόλυνε και τι σας δυσκολεύει;»
- B7-2. «Πώς θα βλέπατε μια συνεργασία ανάμεσα σε διαιτολόγο και επαγγελματία ψυχικής υγείας στην περίπτωσή σας;»
- B7-3. «Τι θα θεωρούσατε ως καλή πρακτική από την πλευρά του/της διαιτολόγου όταν εμφανίζονται στοιχεία χαμηλής διάθεσης;»
- B8. Επίδραση δημογραφικών/κλινικών χαρακτηριστικών

B8-1. «Πιστεύετε ότι στοιχεία όπως ηλικία/φύλο/εκπαίδευση επηρεάζουν το πώς βιώνεται ή πώς περιγράφεται η διάθεση και τα σωματικά συμπτώματα;»

B8-2. «Πιστεύετε ότι η διάγνωση, η διάρκεια/ένταση συμπτωμάτων, ο ΔΜΣ ή η αγωγή επηρεάζουν την εμπειρία σας και τη σχέση διάθεσης–συμπτωμάτων;»

Κλείσιμο συνέντευξης

C-1. «Υπάρχει κάτι σημαντικό που δεν σας ρώτησα και θα θέλατε να προσθέσετε;»

C-2. «Αν δίνετε μία σύντομη πρόταση προς έναν/μία διαιτολόγο για καλύτερη υποστήριξη σε περιόδους χαμηλής διάθεσης, ποια θα ήταν;»

Παράρτημα Β: «ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ»

Αγαπητέ κύριε, αγαπητή κυρία,

Καλείστε να συμμετάσχετε στην έρευνα με θέμα «Η Διερεύνηση της Σχέσης ανάμεσα στην Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και σε Ψυχοσωματικά Νοσήματα σε Διαιτώμενους σε Διαιτολογικό γραφείο», η οποία εκπονείται από τον/την μεταπτυχιακή φοιτήτρια του ΕΑΠ Γαντζούδη Πολυξένη στο πρόγραμμα «Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων». Η έρευνα πραγματοποιείται με τη διενέργεια ερωτηματολογίου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει..... Οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες, η συμμετοχή είναι εθελοντική και τα δεδομένα είναι εμπιστευτικά. Τα αποτελέσματα των απαντήσεων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας.

Παρακαλώ να απαντήσετε ελεύθερα και με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις, ώστε οι απαντήσεις σας να συνδράμουν στην εγκυρότητα της έρευνας. Η συμμετοχή σας θα έχει σημαντική συνεισφορά στην ερευνητική διαδικασία.

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας. Θα βρισκόμαστε στη διάθεσή σας για οποιοδήποτε ερώτημά σας στο e-mail polygantz@gmail.com. Εάν ενδιαφέρεστε για τα αποτελέσματα της μελέτης μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας.

Εάν είστε σύμφωνος/η να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα, σας παρακαλώ διαβάστε την ακόλουθη δήλωση και δηλώστε τη συμφωνία σας με την υπογραφή σας στο κάτω μέρος του εγγράφου:

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει τις παραπάνω πληροφορίες για την παρούσα μελέτη. Καταλαβαίνω ότι τα δεδομένα μου θα είναι ανώνυμα και απόρρητα σε κάθε στάδιο της έρευνας. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι έχω το δικαίωμα να αποσυρθώ από τη μελέτη ανά πάσα στιγμή. Συμφωνώ να επιτρέψω τα δεδομένα που συλλέγονται να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας.

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/-η..... δηλώνω ότι είμαι
γνώστης της συνέντευξης και δέχομαι να συμμετέχω.

Ο /Η υπογεγραμμένος/-η

.....

(Ημερομηνία)

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.