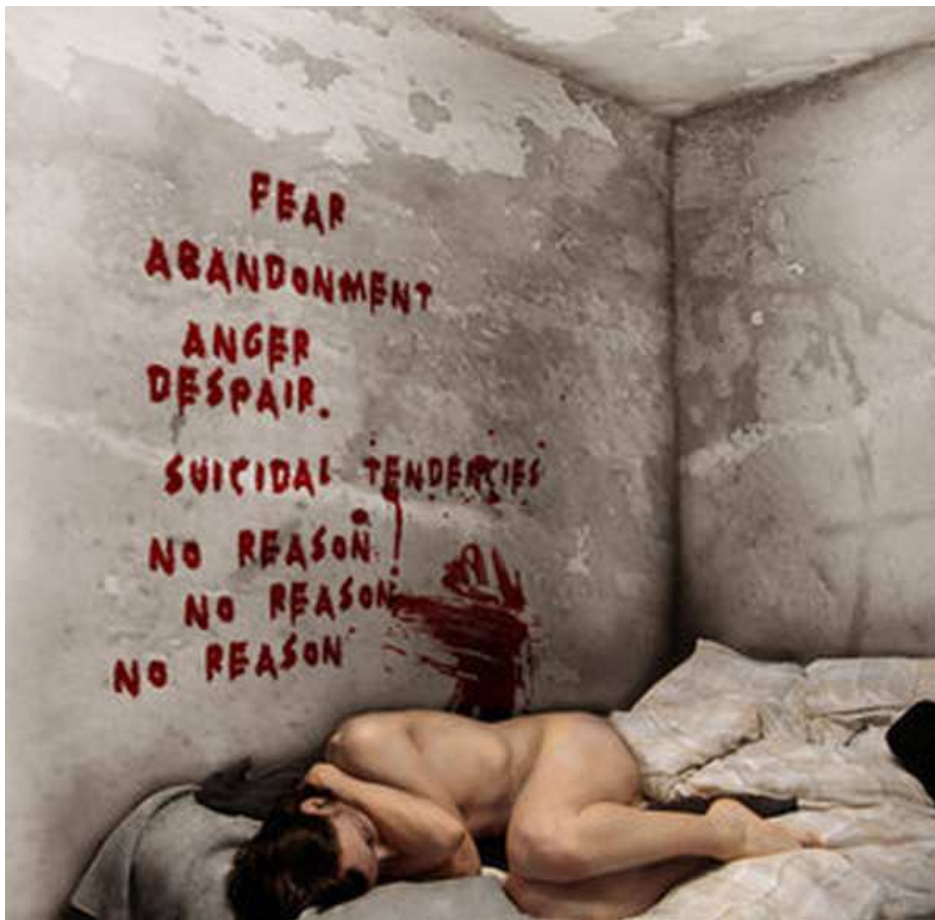


Πτυχιακή εργασία: Συσχέτιση διαταραχών
προσωπικότητας και διατροφής.



Εισηγήτρια: Χαρωνιτάκη Α.

Επιμέλεια: Χαρκουσέλη Βήτα

ΣΗΤΕΙΑ 2014

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	10
ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	10
1.1. ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	14
1.1.α. Διαγνωστικά κριτήρια.....	15
1.1.β. Αιτιολογία.....	17
1.1.γ. Συνέπειες – αποτελέσματα.....	19
1.1.δ. Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	21
Φαρμακοθεραπεία.....	24
1.2. ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	26
1.2.α. Διαγνωστικά κριτήρια.....	29
1.3.β.Αιτιολογία.....	30
1.2.γ. Συνέπειες – αποτελέσματα.....	32
1.2.δ. Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	33
Φαρμακοθεραπεία.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	36
2.1. ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	38
2.2. ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	51
3.1. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ – ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	65
3.1.1. ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	66
3.1.2. ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	71
3.1.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ.....	74
3.1.4. ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ : ΝΕΥΡΙΚΗ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ.....	77

3.2	ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΚΑΙ	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ	
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....					79
3.3	ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ	ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΚΑΙ	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....					84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΚΑΙ						
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ89						
4.1	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ		ΚΑΙ	
	ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....					89
4.2	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ		ΚΑΙ	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....					105
4.2.1	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ		ΚΑΙ	ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ
	ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....					106
4.2.2	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ		ΚΑΙ	ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ
	ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....					108
4.2.3	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ		ΚΑΙ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
	ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ.....					109
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....						110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....						111
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....						118

Περίληψη

Η πτυχιακή αυτή αναφέρεται στη μεταιχμιακή και τη ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας. Αρχικά παραθέτει στοιχεία που αφορούν τα γενικά τους χαρακτηριστικά, τα διαγνωστικά τους κριτήρια, την αιτιολογία τους, τις συνέπειες που έχουν και τα αποτελέσματα στη ζωή του ατόμου και τη θεραπεία του ασθενούς. Αναλύει τα στοιχεία που επηρεάζουν διατροφικά την εμφάνιση και τη μετέπειτα πορεία των παθήσεων αυτών και δίνει διατροφικές οδηγίες με βάση τα στοιχεία αυτά. Και οι δυο διαταραχές παρουσιάζουν καρδιαγγειακά προβλήματα και διαταραχές χρήσης ουσιών. Άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας επηρεάζονται από τα ω-3 λιπαρά οξέα, από τη σεροτονίνη, από τη δράση των ανασταλτικών παραγόντων οξειδάσης μονοαμίνης, έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν μειωμένη οστική πυκνότητα και παρουσιάζουν συχνά ολιγοδιψία. Ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζουν άτομα με αυξημένη χοληστερόλη και εξάρτηση από το αλκοόλ κυρίως. Τέλος η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας έχει συνδεθεί με διάφορες διατροφικές διαταραχές αλλά κυρίως με τη νευρογενή βουλιμία και τη διαταραχή υπερφαγίας. Ενώ η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας έχει συνδεθεί κυρίως με την νευρογενή ανορεξία αλλά και με τη νευρογενή βουλιμία και ορθορεξία.

Λέξεις κλειδιά: διαταραχές προσωπικότητας, μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας, καρδιαγγειακά νοσήματα, διατροφικές διαταραχές, νευρογενή ανορεξία, νευρογενή βουλιμία, διαταραχή υπερφαγίας.

Abstract

This Graduation Thesis is related to the borderline and obsessive compulsive personality disorder. Initially gives information about general characteristics, diagnostic criteria, their reasoning, their consequences and results in life and treatment of the patient. Analyzes data affecting food appearance and subsequent development of these conditions and gives dietary guidelines based on these data. Both disorders present cardiovascular problems and substance use disorders. People with borderline personality disorder are influenced by omega-3 fatty acids from serotonin by the action of monoamine oxidase inhibitors, they are more likely to experience decreased bone density and have often oligodipsia. Compulsive Personality Disorder show mostly people with increased cholesterol and alcohol dependence. Finally borderline personality disorder has been associated with various eating disorders but mainly with bulimia nervosa and overeating disorder. While compulsive personality disorder connected mainly with anorexia nervosa and bulimia nervosa and orthorexia.

Keywords: personality disorders, borderline personality disorder, obsessive compulsive personality disorder, cardiovascular diseases, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder.

Εισαγωγή

Η προσωπικότητα είναι το σύνολο των τάσεων ενός ατόμου να δρα, να συμπεριφέρεται ή να οργανώνεται με τέτοιο τρόπο που το διαφοροποιείται από τους άλλους ανθρώπους, ως προς το χαρακτήρα, τη στάση ζωής και τα ενδιαφέροντα του. (Αλεβιζοπουλος Γ. 2008) Πολύπλοκοι γενετικοί, περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί και συναισθηματικοί παράγοντες που λειτουργούν σε όλα τα στάδια ζωής του ατόμου, καθορίζουν κατά πόσο η ανάπτυξη της προσωπικότητας θα είναι αρμονική και φυσιολογική ή θα παρουσιάζει παρεκκλίσεις και διαταραχές. Ως διαταραχή της προσωπικότητας ορίζεται η κατάσταση όπου τα στοιχεία της προσωπικότητας ενός ατόμου είναι τόσο δυσπροσαρμοστικά και δύσκαμπτα, ώστε να προκαλούν είτε σημαντική έντονη υποκειμενική ενόχληση, είτε σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του.

Οι διαταραχές προσωπικότητας χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία (cluster A) εμπεριέχει την παρανοειδή, την σχιζοειδή και την σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας. Τα άτομα που πάσχουν από αυτές χαρακτηρίζονται ως εκκεντρικά και παράξενα. Η δεύτερη κατηγορία (cluster B) περιλαμβάνει άτομα με έντονα συναισθήματα ή ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις, και εμπεριέχει τη δραματική, τη ναρκισσιστική, την αντικοινωνική και την μταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Και τέλος η Τρίτη κατηγορία (Cluster C) η οποία αφορά άτομα αγχώδη ή φοβισμένα και περιλαμβάνει την αποφευκτική, την εξαρτημένη, τη ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική και την παθητική επιθετική διαταραχή προσωπικότητας. (Ward R. K. 2004)

Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις στο στρες. Εξαιτίας της ύπαρξης Διαταραχής

της Προσωπικότητας επηρεάζεται όλη η ζωή του ατόμου - ιδιαίτερα οι σχέσεις του - με αποτέλεσμα σημαντική αναπηρία στις τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής - αγάπη, εργασία, διασκέδαση. Συχνά το άτομο αποδίδει τα προβλήματα του στο περιβάλλον κι όχι στον εαυτό του. Τα άτομα με κάποια Διαταραχή της Προσωπικότητας δεν έχουν ή δυσκολεύονται ν' αποκτήσουν ευαισθησία στα δυσπροσαρμοστικά σχήματα της συμπεριφοράς τους, οπότε δύσκολα προσέρχονται για θεραπεία και δύσκολα επίσης θεραπεύονται.. Πολλές επιπλοκές συνοδεύουν τις Διαταραχές της Προσωπικότητας. Οι πιο κοινές είναι: κατάθλιψη, αυτοκτονία, βία και αντικοινωνική συμπεριφορά, παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, βραχεία ψυχωτικά επεισόδια και κατάχρηση ουσιών. (Ward R. K. 2004)

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία θα αναλυθούν εκτενέστερα η μεταιχμιακή και η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας λόγω αυξημένης συσχέτισης των συγκεκριμένων διαταραχών με τη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές.

Το βασικό χαρακτηριστικό της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας είναι μια μεγάλη αστάθεια που εκφράζεται σε διάφορες διαστάσεις της ζωής του ασθενή, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, η εικόνα του εαυτού και η συναισθηματική διάθεση, καθώς και η έντονη παρορμητικότητα. (60) Η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από τελειοθηρία, επιμονή, εμμονή στις λεπτομέρειες, τάξη, ακρίβεια συστηματική εργασία, τα στοιχεία αυτά είναι άκαμπτα και παραβλάπτουν τη λειτουργία του οργανισμού. (Σκαπινάκης Π. 1997)

Σύμφωνα με έρευνες τα ω-3 λιπαρά οξέα θεραπεύουν τις γυναίκες ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Οι συντάκτες πραγματοποίησαν μια οκτώ εβδομάδων, ψευτοφάρμακο-ελεγχόμενη, double-blind μελέτη ω-3 σε 30 γυναίκες που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή. Το 90% ολοκλήρωσε την μέθοδο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ω-3 μειώνουν την επιθετικότητα καθώς επίσης και τη δριμύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. (88)

Η παθογένεση της απώλειας οστικής πυκνότητας στη σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή είναι ένα θέμα υπό συζήτηση. Οι μελέτες της απώλειας οστικής πυκνότητας στις μη ψυχιατρικές ιατρικές διαταραχές έχουν βρει μια συσχέτιση ανάμεσα στην ενεργοποίηση των οστεοκλαστών κυττάρων και των υπέρ και αντιφλεγμονωδών κυτοκίνων. Δεδομένου ότι η σημαντική καταθλιπτική διαταραχή συνδέεται επίσης με τις αλλαγές στη συγκεντρώση κυτοκίνης ορού, οι συντάκτες υπέθεσαν ότι η απώλεια οστικής πυκνότητας στους ασθενείς με σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή και μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να συνδεθεί με τις κυτοκίνες που ενεργοποιούν τα κύτταρα των οστεοκλαστών. (38)

Τροποποιήσεις στο σύστημα της σεροτονίνης (5-HT) έχουν σχέση με παρορμητική και αυτοκτονική συμπεριφορά, κοινά χαρακτηριστικά της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας (BPD). Η Τρυπτοφάνη υδροξυλάση (trh) είναι το ένζυμο με μειωμένο ποσοστό σε 5-HT βιοσύνθεση. Ισες μορφές είναι γνωστές ως TPH-1 και TPH-2. Η TPH-1 έχει συσχετιστεί με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς από μελέτες σύνδεσης πολυμορφισμού γονίδιων. Οι ερευνητές Zabolli G., Gizatullin R., Wilczek A., και συν (2006) είχαν ως στόχο να καθορίσουν εάν οι

συγκεκριμένοι τυποί trh-1 συνδέονται με τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας (BPD). Η ομάδα ελέγχου περιλάμβανε 98 γυναίκες που δεν έχουν ψυχιατρικό ιστορικό. Συμπεριλήφθηκαν 95 ασθενείς, όλες Καυκάσιες γυναίκες με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητα που είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας τουλάχιστον δύο φορές κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: (i) εξάρτηση ουσιών (ii) άνοια ή άλλα αμετάκλητα οργανικά σύνδρομα εγκεφάλου (iii) ψυχωτικές διαταραχές ή σημαντική καταθλιπτική ασθένεια με τα μελαγχολικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα (iv) διατροφικές διαταραχές που απειλούν τη ζωή. Οι ερευνητές καταλήξανε στο συμπέρασμα ότι το ένζυμο trh-1 συνδέεται με τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητα στις γυναίκες με αυτοκαταστροφικές τάσεις.

Οι περισσότερες προηγούμενες έρευνες που αφορούσαν τη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της διαταραγμένης κατανάλωσης τροφής είναι μελέτες περιπτώσεων και έχουν χρησιμοποιήσει σχετικά ομοιογενή δείγματα. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Lilenfeld L. R. R., Jacobs C. H., Woods A. M. and Picot A. K. 2008 ερευνήθηκαν δύο ειδικοί υποθετικοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας σε ένα εθνικά διαφορετικό δείγμα γυναικών. Κατά τη διάρκεια των πρώτων δύο ετών οι αξιολογήσεις έγιναν με διαγνωστικές συνεντεύξεις. Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι τα συμπτώματα της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας, καθώς επίσης και μια αλληλεπίδραση μεταξύ των συμπτωμάτων της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας και της φυλής, πρόβλεψαν σημαντικά τη εμφάνιση διατροφικών διαταραχών κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο ετών. Πιο συγκεκριμένα η παθολογία της ψυχαναγκαστικής

καταναγκαστικής προσωπικότητας ήταν εντονότερα προβλέψιμη στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών για τις αфро-αμερικάνες γυναίκες. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής υποστήριξαν ότι η μεταιχμιακή και η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας προβλέπουν την ανάπτυξη κάποιας διατροφικής διαταραχής μεταξύ των γυναικών που βρίσκονται στο κολέγιο κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο ετών. Επιπλέον, η φυλή μπορεί να είναι μια σημαντική παράμετρος στην κατανόηση του ρόλου της προσωπικότητας στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών. (46)

Σύμφωνα με τον Shah A. (2000) υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη ψυχαναγκαστική- καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας και τη νευρογενή ανορεξία. Αναφέρει ότι η θεωρία που υποστηρίζεται από τον Rothenberg (1990), καλεί την ανορεξία «σύγχρονο ψυχαναγκαστικό σύνδρομο», οι δύο αυτές διαταραχές έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά και οι δύο διαταραχές περιλαμβάνονται πιθανά στη δυσλειτουργία σεροτονίνης. Τα γνωρίσματα προσωπικότητας μεταξύ των δύο διαταραχών είναι επίσης παρόμοια, όπως η τελειοθηρία, η υπερβολική προσοχή, η ακαμψία, και η επιμονή.

Προηγούμενες έρευνες σχετικά με τον επιπολασμό των διαταραχών προσωπικότητας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό σε συμπεράσματα, αλλά μια γενική εικόνα δείχνει ότι οι διαταραχές προσωπικότητας είναι μάλλον σύνηθες φαινόμενο σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Σε μια έρευνα της Godt K., (2008), ερευνήθηκε η συχνότητα των διαταραχών προσωπικότητας κατά DSM III-R ή DSM IV, σε έναν μεγάλο πληθυσμό ασθενών που ζητούσαν θεραπεία για τις διατροφικές διαταραχές. Πεντακόσιοι σαράντα πέντε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές κατά DSM IV

αξιολογήθηκαν με τη δομημένη κλινική συνέντευξη για DSM III-R ή IV-AXIS II και την εξέταση για τις διατροφικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 29,5% του πληθυσμού διαθέτει μία ή περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας κατα DSM III-R ή DSM IV. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας είναι η πιο κοινή διαταραχή προσωπικότητας ακολουθούμενη από τις διαταραχές προσωπικότητας μη προσδιοριζόμενες αλλιώς , τη μεταιχμιακή , τη κατάθλιπτική και την εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας με τη σειρά αυτή. Συγκρίνοντας τους ασθενείς με νευρική ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία, η συνολική επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας είναι σημαντικά υψηλότερη σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία , η οποία είναι αυξημένη στη δεύτερη κατηγορία των διαταραχών προσωπικότητας, ιδιαίτερα στη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Αντίθετα στην τρίτη κατηγορία διαταραχών προσωπικότητας, κατανέμεται ομοιόμορφα η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι η ανάδειξη και η ανάλυση των παραγόντων που συνδέουν την Μεταιχμιακή και Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας με τις διατροφικές διαταραχές και τη διατροφή, και εύρεση τρόπων θεραπείας των διαταραχών αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Διαταραχές προσωπικότητας

Η διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να διαγνωστεί όταν ένα άτομο χαρακτηρίζεται από δύσκαμπτα στοιχεία προσωπικότητας και δεν προσαρμόζεται εύκολα στις διαπροσωπικές του σχέσεις και την καθημερινότητα του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την σημαντική έλλειψη λειτουργικότητας σε βασικούς τομείς.

Γενικά χαρακτηριστικά

- Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις στο στρες
- Εξαιτίας της ύπαρξης τους επηρεάζεται όλη η ζωή του ατόμου – ιδιαίτερα οι σχέσεις του – με αποτέλεσμα σημαντική αναπηρία στις τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής – αγάπη, εργασία, διασκέδαση.
- Συχνά το άτομο αποδίδει τα προβλήματα του στο περιβάλλον και όχι στον εαυτό του.
- Συνήθως το άτομο δεν είναι ψυχωτικό.
- Συχνά τα άτομα με διαταραχή της προσωπικότητας δεν έχουν ή δυσκολεύονται να αποκτήσουν ευαισθησία στα δυσπροσαρμοστικά σχήματα της συμπεριφοράς τους, οπότε δύσκολα προσέρχονται για θεραπεία και δύσκολα επίσης θεραπεύονται.
- Πολλές επιπλοκές συνοδεύουν τις διαταραχές αυτές. Οι πιο κοινές είναι κατάθλιψη, αυτοκτονία, βία και αντικοινωνική συμπεριφορά, παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, βραχεία ψυχωτικά επεισόδια, κατάχρηση ουσιών. (127)

Γενικά διαγνωστικά κριτήρια για την διαταραχή της Προσωπικότητας κατά DSM-IV (2000).

A. Ένας διαρκής τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς που παρεκκλίνει έντονα από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου. Αυτός ο τύπος εκδηλώνεται σε δύο ή περισσότερους από τους παρακάτω τομείς:

1. Γνωστική λειτουργία (δηλαδή τρόποι αντίληψης και ερμηνείας του εαυτού, των άλλων ανθρώπων και των γεγονότων)
2. Συναισθηματικότητα (δηλαδή το εύρος, η ένταση, η μεταβλητότητα και η καταλληλότητα/ προσφορότητα της συναισθηματικής απάντησης)
3. Διαπροσωπική λειτουργικότητα
4. Έλεγχος των παρορμήσεων

B. Ο διαρκής τύπος είναι άκαμπτος και επεκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων.

Γ. Ο διαρκής τύπος οδηγεί σε κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Δ. Ο τύπος αυτός είναι σταθερός και μακράς διάρκειας και η έναρξη του μπορεί να ανιχνευτεί πίσω τουλάχιστον στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή.

E. Ο διαρκής αυτός τύπος δεν εξηγείται καλύτερα σαν εκδήλωση ή συνέπεια μιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

ΣΤ. Ο διαρκής αυτός τύπος δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. τραύμα κεφαλής).

(93)

Κατηγορίες ασθενών με Διαταραχές της Προσωπικότητας

Ομάδα Α: άτομα που παρουσιάζονται συχνά παράξενα ή εκκεντρικά

Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας

Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας

Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας

Ομάδα Β: άτομα που παρουσιάζονται συχνά δραματικοί, με έντονα

συναισθήματα και/ή ασταθή στις διαπροσωπικές σχέσεις

Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Δραματική διαταραχή προσωπικότητας

Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας

Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και ψυχοπάθεια

Ομάδα Γ: άτομα που συνήθως παρουσιάζονται αγχώδη ή φοβισμένα

Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας

Εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας

Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

1.1. Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η μεγάλη αστάθεια σε διάφορες διαστάσεις της ζωής ενός ατόμου, όπως στις διαπροσωπικές σχέσεις του, στη συναισθηματική του διάθεση και στην εικόνα του εαυτού του. Ιδιαίτερα χαρακτηριστική είναι η αντίδραση των ασθενών σε πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη. Κυρίαρχα συναισθήματα είναι ο φόβος, ο πανικός, ο θυμός ή και η οργή. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν αντέχουν να είναι μόνοι τους ή γιατί εκλαμβάνουν την "εγκατάλειψη" ως απόρριψη. Μπορεί να εμπλακούν παρορμητικά σε απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτό-ακρωτηριαστικές πράξεις. (76)

Στις διαπροσωπικές τους σχέσεις οι ασθενείς μπορεί να "δεθούν" υπερβολικά με άλλα άτομα ή ερωτικούς συντρόφους, που ενδιαφέρονται για αυτούς και πολύ γρήγορα αλλάζουν από την εξιδανίκευση στην υποτίμηση, διότι ο αμυντικός μηχανισμός του διαχωρισμού είναι κυρίαρχος στη διαταραχή αυτή. Γενικά τα άτομα αυτά αλλάζουν απότομα την άποψη τους για τους άλλους και όταν απογοητεύονται ή νιώθουν ότι τα εγκαταλείπουν αντιδρούν με θυμό. Η συναισθηματική διάθεση τους είναι ασταθής, καθώς το άτομο αντιδρά έντονα συναισθηματικά στο παραμικρό στρες. Η διάθεση του χαρακτηρίζεται από δυσφορία, ευερεθιστότητα, άγχος, θυμό, πανικό και απελπισία. (58)

Τα άτομα αυτά συμπεριφέρονται παρορμητικά, απρόβλεπτα και ορισμένες φορές αυτοκαταστροφικά. Οι στόχοι, οι αξίες, οι επαγγελματικές φιλοδοξίες και τα σχέδια για καριέρα, η σεξουαλική ταυτότητα συνεχώς αλλάζουν απότομα και δραματικά. Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή παραπονιούνται για χρόνια αισθήματα κενού και βαθιάς μοναξιάς.

Τα άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή γίνονται πολύ ευαίσθητα στον τρόπο που οι άλλοι τα μεταχειρίζονται, και αντιδρούν έντονα στην κριτική ή στις προσβολές. Τα συναισθήματά τους για άλλα άτομα αλλάζουν συχνά από θετικά σε αρνητικά, ύστερα από μια απογοήτευση ή μια αντιληπτή απειλή της απώλειας κάποιου κοντινού τους προσώπου. Το ίδιο παρατηρείται και όσον αφορά την εικόνα τους για τον εαυτό τους, η οποία μπορεί επίσης να αλλάξει γρήγορα από εξαιρετικά θετική σε αρνητική. Αυτή η παρορμητική τους συμπεριφορά, συχνά τους οδηγεί στην κατάχρηση οινόπνευματος ή ναρκωτικών ουσιών, στις μη ασφαλείς σεξουαλικές επαφές, στα τυχερά παιχνίδια και στην απερισκεψία γενικότερα. (2)

1.1.α. Διαγνωστικά κριτήρια

Ο Morey, (1991), περιγράφει τη διαταραχή ως ένα σύνδρομο με τέσσερα βασικά στοιχεία:

1. δυσκολίες στην εδραίωση μια ασφαλούς ταυτότητας
2. έλλειψη εμπιστοσύνης
3. παρορμητική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
4. δυσκολία στον έλεγχο του θυμού και άλλων συναισθημάτων

Η κλινική εικόνα των ατόμων με διάγνωση μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας μπορεί να κατανοηθεί σε συνάρτηση με τρεις άξονες. Όσο αφορά:

- Το βασικό άγχος αυτό είναι το άγχος του αποχωρισμού
- Τη γνωστική τους λειτουργία, η σκέψη χαρακτηρίζεται διχοτομική, και βρίσκονται σε σύγκρουση όσο αφορά τις ανάγκες εξάρτησης
- Το συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο λειτουργίας, συνήθως χαρακτηρίζονται από καταθλιπτική και αυτό-υποτιμητική διάθεση, με

έντονες ταλαντεύσεις στη συναισθηματική τους διάθεση και στη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια κάποιων περιόδων.

Ένας εκτεταμένος τύπος αστάθειας των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού και των συναισθημάτων και έντονης παρορμητικότητας που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρόν σε μια ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω ακόλουθα κριτήρια κατά DSM-IV (2000):

1. μανιώδης προσπάθειες για να αποφύγει τη πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη.
2. ένα μοτίβο ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εναλλαγή μεταξύ των ακραίων περιπτώσεων της εξιδανίκευσης και της υποτίμησης.
3. διαταραχή της ταυτότητας: έντονα και επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού.
4. παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνητικά αυτό-καταστροφικοί (π.χ., ξόδεμα χρημάτων, σεξουαλική ελευθεριότητα, κατάχρηση ουσιών, επικίνδυνη οδήγηση, κρίσεις υπερφαγίας).
5. επαναλαμβανόμενες αυτοκτονικές συμπεριφορές, χειρονομίες, ή απειλές, ή αυτό-ακρωτηριαστική συμπεριφορά.
6. συναισθηματική αστάθεια που οφείλεται σε έντονη εναλλαγή της διάθεσης (π.χ. έντονη επεισοδιακή δυσφορία, ευερεθιστότητα ή άγχος που συνήθως διαρκούν λίγες ώρες και μόνο σπάνια περισσότερο από λίγες ημέρες).
7. χρόνιο αίσθημα κενού

8. ακατάλληλος, έντονος θυμός ή δυσκολία να ελέγξουν το θυμό (π.χ. συχνό ξέσπασμα θυμού, συνεχής θυμός, επαναλαμβανόμενες φυσικές πάλες)
9. παροδικός, σχετιζόμενος με το στρες, παρανοϊκός ιδεασμός ή αυστηρά διασχιστικά συμπτώματα.

1.1.β. Αιτιολογία

Όπως συμβαίνει και με άλλες ψυχικές διαταραχές, έτσι και τα αίτια της μεταιχμιακής διαταραχής είναι σύνθετα και δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως. Τα άτομα αυτά συχνά παρουσιάζουν ιστορικό παιδικού τραύματος, παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης, αν και οι ερευνητές έχουν προτείνει διάφορες πιθανές αιτίες, όπως η γενετική προδιάθεση, νεύρο-βιολογικοί παράγοντες, περιβαλλοντικοί παράγοντες, ή ανωμαλίες του εγκεφάλου. (95)

Οι περισσότερες υποθέσεις για τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας αντλούνται από την ψυχαναλυτική θεωρία. Μια από τις πιο σημαντικές υποθέσεις αναπτύχθηκε από τον Otto Kernberg. Συνοπτικά, ο Kernberg υποστήριξε ότι τα άτομα με διάγνωση μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας είχαν πρώιμες σχέσεις, οι οποίες δεν χαρακτηριζόταν από συναισθηματική υποστήριξη και ζεστασιά, κάτι που τους οδήγησε να αναπτύξουν ένα εύθραυστο εγώ, κάτι που τους οδηγεί στο να αποζητούν συνεχώς την επιβεβαίωση από τους άλλους. (106)

Μια ενδιαφέρουσα υπόθεση για τη μεταιχμιακή προσωπικότητα έχει διατυπωθεί από τη Linehan (1993). Κατ' αυτήν, το βασικό χαρακτηριστικό των μεταιχμιακών ατόμων είναι η «συναισθηματική απορύθμιση», η οποία είναι το αποτέλεσμα μιας συναισθηματικής αστάθειας και ανικανότητας να διαχειριστεί το άτομο τα συναισθήματα του. Υποστηρίζει ότι πολλά άτομα με διάγνωση

μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας προέρχονται από οικογένειες, οι οποίες έχουν την τάση να ακυρώνουν τις συναισθηματικές εμπειρίες των παιδιών, και περιμένουν από αυτά να είναι πάντα χαρούμενα και να μη δυσκολεύονται. Αν αποτύχουν σε κάτι, αυτό ερμηνεύεται ως δικό τους φταίξιμο. Έτσι το παιδί δεν δέχεται ποτέ υποστήριξη για μικρές καθημερινές του δυσκολίες, και μπορεί να αποκτήσει την προσοχή και τη φροντίδα των γονιών του μόνο με έντονα συναισθηματικά ξεσπάσματα, το οποίο είναι κάτι που μαθαίνει μεγαλώνοντας. Επίσης, επειδή οι μικρό-στενοχώριες και τα μικρό-προβλήματα τους δεν αντιμετωπίζονται μαζί με τους γονείς, τα παιδιά δεν μαθαίνουν τρόπους να διαχειρίζονται μόνο τους τα συναισθήματά τους, να παρηγορούν και να ηρεμούν τον εαυτό τους κ.τ.λ.

Πολλοί άνθρωποι έχουν βιώσει σεξουαλική και σωματική κακοποίηση ως παιδιά, και περιγράφουν ότι οι γονείς τους δεν τους φρόντιζαν και ότι δεν εξέφραζαν τα συναισθήματά τους, αλλά ότι υπήρχαν έντονες συγκρούσεις στην οικογένειά τους. Υπάρχουν κάποιες υποθέσεις ότι η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας είναι μέρος της μετα-τραυματικής διαταραχής ή της διασχιστικής διαταραχής, η οποία έχει τις ρίζες της σε σοβαρή τραυματική κακοποίηση ή παραμέληση στην παιδική ηλικία. Η ανικανότητα να κατανοήσει κανείς τις εναλλαγές στην συμπεριφορά των άλλων ή του εαυτού του οδηγεί σε μια δυσκολία στη διαχείριση των συναισθημάτων του και καταλήγει σε έντονα και απόλυτα συναισθηματικά ξεσπάσματα. (90)

Επιπλέον, έρευνες έδειξαν ότι η εμφάνιση της διαταραχής επηρεάζεται από τα γονίδια. Μια σημαντική μελέτη έδειξε ότι αν ένας από τους δίδυμους έχει τη διαταραχή τότε ο άλλος έχει πιθανότητα εμφάνισης 35%. Ασθενείς με

τη διαταραχή έχει παρουσιαστεί να έχουν συνήθως έναν στενό συγγενή με την διαταραχή. (79)

Η σεροτονίνη, η νορεπινεφρίνη και η ακετυλοχολίνη είναι μεταξύ των χημικών ουσιών που διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στον έλεγχο των συναισθημάτων, όπως της θλίψης, του θυμού, της ανησυχίας, και της οξυθυμίας. Τα φάρμακα που ενισχύουν τη λειτουργία της σεροτονίνης στον εγκέφαλο μπορούν να βελτιώσουν τα συναισθηματικά συμπτώματα στα άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Επιπλέον, τα φάρμακα σταθεροποίησης της διάθεσης, που είναι γνωστά για την ενίσχυση της δραστηριότητας GABA, (ο σημαντικότερος ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής του εγκεφάλου,) μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους που ασθενούν. (69)

Οι πολυάριθμες μελέτες έχουν παρουσιάσει ισχυρό συσχετισμό μεταξύ της κακοποίησης παιδιών, ειδικά σεξουαλική κακοποίηση, και στην ανάπτυξη της διαταραχής αυτής. (10, 43, 63, 91, 103) Πολλά άτομα με τη διαταραχή αναφέρουν ότι έχουν ιστορικό παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης όταν ήταν μικρά παιδιά. (90) Έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς με τη διαταραχή είναι πιθανότερο να αναφέρουν, συναισθηματική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση από άτομα που έχουν την επιμέλεια τους, οποιουδήποτε φύλου. Έχει παρουσιαστεί επίσης μια υψηλή συχνότητα αιμομιξίας και απώλειας των γονέων στην πρώιμη παιδική ηλικία για τα άτομα με αυτή τη διαταραχή προσωπικότητας. Επίσης οι γονείς έχουν αποτύχει να παρέχουν την αναγκαία προστασία και προσοχή στο παιδί τους. Οι γονείς (και των δύο φύλων) έδειξε ότι δεν ήταν συνεπείς στη θεραπεία του παιδιού τους. Επιπλέον, οι γυναίκες με τη διαταραχή έχουν αναφέρει ότι έχουν ιστορικό παραμέλησης από τη

μητέρα τους και κακοποίηση από τον πατέρα τους, συνεπώς διέτρεξαν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο για σεξουαλική κακοποίηση από έναν άγνωστο. (89)

1.1.γ. Συνέπειες – αποτελέσματα

Τα συμπτώματα εμφανίζονται αρχικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης και εμμένουν για πολλά χρόνια, αλλά τα περισσότερα ελαττώνονται με τη πάροδο του χρόνου με αποτέλεσμα μερικά άτομα να συνέρχονται πλήρως. (109)

Άτομα με Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας δεν αντέχουν τη μοναξιά, αισθάνονται εγκατάλειψη και έχουν έντονο φόβο ή και πανικό, θυμό, οργή, και μπορεί να κάνουν παρορμητικά αυτοκαταστροφικές πράξεις (8-10% αυτοκτονούν). Έχουν ασαφή και ασταθή εικόνα του εαυτού τους, που εκδηλώνεται με δραματικές και απότομες αλλαγές στην ταυτότητα τους. (27)

Η διάγνωση βοηθάει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα τους, ξεπερνώντας την μοναξιά που τους διακατέχει και επιπλέον τους βοηθά να επικοινωνήσουν με άλλα άτομα που έχουν την ίδια διαταραχή.

Μερικοί ασθενείς με τη διάγνωση της διαταραχής έχουν αναφέρει ότι βλέπουν τον όρο «μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας» αρνητικά, διότι αισθάνονται ότι στιγματίζονται. Έτσι την απορρίπτουν, με αποτέλεσμα να μην αντιλαμβάνονται την αυτοκαταστροφική τους συμπεριφορά και την μειωμένη προσοχή που είχαν. (57)

Ψυχολόγοι έχουν συσχετίσει διαταραγμένες σχέσεις στην ενήλικη ζωή των ασθενών με προβλήματα στις πρώιμες σχέσεις μητέρας-βρέφους. Παρότι χρειάζονται στήριξη από τους γύρω τους, είναι ανίκανοι να δεχθούν τα συναισθήματα των άλλων, και συχνά υπονομεύουν τις σχέσεις τους, που τους

προκαλούν φόβο αντί για ανακούφιση. Ψάχνουν σε όλη τους τη ζωή να βρουν κάποιον άλλο που να αποδεχτεί τα συναισθήματα τους, με αποτέλεσμα συχνά στις σχέσεις που αναπτύσσουν να επιβεβαιώνονται οι χειρότερες φοβίες τους. (90)

1.1.δ. Θεραπευτική αντιμετώπιση

Οι τρόποι θεραπείας των ασθενών με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας έχουν βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια. Η θεραπεία της μεταιχμιακής διαταραχής είναι μακροχρόνια. Πιο συγκεκριμένα, ψυχοθεραπείες έχουν αποτελέσματα μετά από αρκετούς μήνες ή αρκετά χρόνια. Η ατομική ψυχανάλυση ή ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελούν τις κύριες θεραπείες, ωστόσο υπάρχουν και άλλα είδη θεραπείας που βοηθάνε εξίσου με τις ανωτέρω. Η ύπαρξη μιας δυνατής βοηθητικής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και στον ιατρό, στην οποία τα όρια του καθενός θα είναι ευδιάκριτα, είναι ωφέλιμη. Η θεραπεία έχει σκοπό ο άρρωστος να βρει το μέτρο του εαυτού του, να οριοθετήσει τη ζωή του. (26)

Η θεραπεία ομάδας μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην επίγνωση της κατάστασης σε άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. (26)

Τα τελευταία 15 χρόνια, μια νέα ψυχοκοινωνική θεραπεία χρησιμοποιείται εναλλακτικά στη θεραπεία των ασθενών αυτών, είναι η θεραπεία συμπεριφοράς και αυξάνει τις ελπίδες για θεραπεία. Η θεραπεία αυτή απευθύνεται σε ειδικά συμπτώματα ή προβλήματα συμπεριφοράς όπως φοβίες, κατάθλιψη, αλκοολισμός, παχυσαρκία, κάπνισμα, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και άλλα. (44)

Η διαλεκτική συμπεριφοριστική θεραπεία μειώνει σημαντικά τον αυτό-τραυματισμό και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στα άτομα με τη διαταραχή, και τις παρορμητικές συμπεριφορές γενικότερα, πέρα από την επίδραση της συνηθισμένης ή ειδικής θεραπείας, και γίνεται καλύτερα αποδεκτή από τους ασθενείς. (47, 80)

Οι γνωστικές τεχνικές μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα αυτά να διορθώσουν την τάση τους να βλέπουν τους άλλους και τον εαυτό τους σαν «απόλυτα καλούς» ή «απόλυτα κακούς». Ενώ η ομαδική θεραπεία, βοηθάει τον έλεγχο και την εξημέρωση μιας επιθετικής και ανάγωγης συμπεριφοράς. (95)

Η θεραπεία οικογένειας, προσφέρει ίσως τις μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας. Συνιστάται ιδιαίτερα για οριακούς ασθενείς με ψυχογενή προβλήματα διατροφής (ανορεξία ή βουλιμία). Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τη διαταραχή αυτή, να βελτιώσουν την οικογενειακή επικοινωνία ανάμεσα τους και να επιλύσουν τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν, παρέχοντας την υποστήριξη στα μέλη της οικογένειας και να αντιμετωπίσουν αγαπημένα την ασθένειά κάποιου.

Η θεραπεία ζεύγους, είναι μια άλλη βοηθητική θεραπεία. Σκοπός της είναι να βοηθήσει τόσο στη αλλαγή συμπεριφοράς μέσα στην σχέση όσο και στις εσωτερικές αλλαγές του κάθε συντρόφου, επιδιώκοντας να τους κάνει να αποδεχτούν ότι το να κατηγορεί κανείς τον άλλο ή να έχει καταστροφική συμπεριφορά χρησιμοποιούνται σαν προστασία από τον εξευτελισμό ή το φόβο της εγκατάλειψης. Σημαντικό επίσης είναι ο θεραπευτής να παρατηρήσει τις αντιδράσεις που δημιουργούνται στο ζεύγος, όσον αφορά το

πρόσωπο του, αλλά και μεταξύ τους. Η συγκεκριμένη θεραπεία λόγω διαταραγμένης σχέσης του ζευγαριού μπορεί να διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα.

Οι θεραπευτές του γάμου και της οικογένειας (MFTs) μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά τα άτομα και τις οικογένειες που αγωνίζονται κατά της διαταραχής αυτής. Εκπαιδεύονται για να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν άτομα με μταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας χρησιμοποιώντας πολλές από τις θεραπείες που περιγράφονται παραπάνω. Λόγω της γνώσης και της πείρας τους σε οικογενειακές σχέσεις, ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει ώστε να μειωθεί το αντίκτυπο των συμπτωμάτων της διαταραχής στις οικογενειακές σχέσεις, και να βελτιώσει τη γενική συζυγική και οικογενειακή κατάσταση. (106)

«Τρεις βασικές παραδοχές αποκαλύπτονται συχνά στη γνωστική θεραπεία με μταιχμιακά άτομα, και φαίνεται να παίζουν ένα βασικό ρόλο στη διαταραχή. Αυτές είναι «ο κόσμος είναι επικίνδυνος και κακοπροαίρετος», «είμαι αδύναμη και ευάλωτη» και «είμαι εγγενώς απaráδεκτη» (Beck & Freeman, 1992).

Φαρμακοθεραπεία

Τα φάρμακα είναι χρήσιμα στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, της ανησυχίας, της οξυθυμίας και των παρανοϊκών σκέψεων. Μπορούν επίσης να βοηθήσουν στη βελτίωση του έλεγχου των συναισθημάτων και της διάθεσης, με αυτόν τον τρόπο μειώνεται το στρες σε συζυγικές ή οικογενειακές σχέσεις και είναι ευκολότερο να αναπτύξουν νέες διαπροσωπικές σχέσεις ή να ελέγξουν το στρες μέσω της ψυχοθεραπείας.

Οι φαρμακολογικές θεραπείες βοηθάνε στη μείωση συγκεκριμένων συμπτωμάτων που παρουσιάζονται σε μεμονωμένο ασθενή. Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη στην αντιμετώπιση ορισμένων οξέων συμπτωμάτων που εμφανίζονται περιοδικά. Πιο συγκεκριμένα, τα αντιψυχωσικά είναι χρήσιμα για τον έλεγχο του θυμού, της επιθετικότητας και των βραχέων ψυχωτικών επεισοδίων. Επίσης τα φάρμακα αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν υπάρχει διαστρέβλωση της σκέψης. (69) Τα καταπραϋντικά φάρμακα και οι σταθεροποιητές διάθεσης είναι χρήσιμα για την κατάθλιψη ή/και την ασταθή διάθεση. (73) Τα αντικαταθλιπτικά είναι σε θέση να βελτιώσουν την καταθλιπτική διάθεση. Οι αναστολείς της μονοαμινο-οξειδάσης (MAOIs) μπορεί να είναι αποτελεσματικοί στη ρύθμιση της παρορμητικής συμπεριφοράς. Επίσης, οι βενζοδιαζεπίνες φαίνεται να είναι χρήσιμες για την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης, αλλά ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν άρση των αναστολών με αυτά τα φάρμακα. Τα αντισπασμωδικά, όπως η καρβαμαζεπίνη, μπορεί να βελτιώσουν τη συνολική λειτουργικότητα και οι σεροτονινεργικοί παράγοντες, όπως η φλουοξετίνη, έχουν αποδειχτεί επίσης χρήσιμοι. (128)

Τα αντικαταθλιπτικά χάπια εκλεκτικού αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης (Selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) σύμφωνα με δοκιμές που έγιναν αποδείχθηκε ότι βελτιώνουν τα συνοδευτικά συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης, όπως ο θυμός και η επιθετικότητα, που συνδέονται με τη διαταραχή σε μερικούς ασθενείς. (7)

Σύμφωνα με το βιβλίο Listening to Prozac, ο ασθενής λαμβάνοντας την υψηλότερη δόση από αυτά τα χάπια (SSRI) μπορεί να μεταχειριστεί τις

διαταραχές διάθεσης που συνδέονται με τη διαταραχή και όχι μόνο με την κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα εμφανίζονται μετά από τρεις μήνες, έναντι των τριών έως έξι εβδομάδων για την κατάθλιψη. (107)

Τα ψυχοφάρμακα είναι δυνατόν να βοηθήσουν τη συναισθηματική αστάθεια με κυκλοθυμικά επεισόδια που δίνουν την εντύπωση ψύχωσης, τις αντιληπτικές διαταραχές, το άγχος και τις κρίσεις πανικού, τη δυσφορία που προέρχεται από διαπροσωπική απόρριψη, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και την αυτοκτονική συμπεριφορά. Μια ανάλυση 14 προγενέστερων μελετών έχει προτείνει ότι διάφορα αντιψυχωτικά φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των olanzapine, το clozapine, το quetiapine και το risperidone, μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς με τη διαταραχή, που έχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως παρορμητικά ή αυτοκαταστροφικά συμπτώματα. (24)

Οποιαδήποτε όμως φαρμακευτική αγωγή πρέπει να δίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή ακριβώς λόγω του κινδύνου αυτοκτονίας και είναι καλύτερο να δίνεται σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία. Σε περιπτώσεις ψυχωτικών επεισοδίων προτείνεται και νοσηλεία, η οποία βοηθάει τον οριακό άρρωστο να βρει τα όρια της πραγματικότητας και τον προστατεύει από τον κίνδυνο αυτοκτονίας ή άλλων αυτοκαταστροφικών ενεργειών.

1.2. Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

Το βασικό χαρακτηριστικό της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας είναι η υπερβολική εμμονή με την τάξη, την τελειομανία, τον έλεγχο, τις λίστες, τους κανόνες και τα προγράμματα, σε βαθμό που συχνά χάνεται το νόημα της δραστηριότητας. Τα άτομα με διάγνωση ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας είναι συνήθως άκαμπτα και τυπικά στις σχέσεις τους με τους άλλους, και γενικά δεν δείχνουν να παίρνουν ικανοποίηση από τη ζωή τους. Άτομα με αυτή τη διαταραχή έχουν συχνά πρόβλημα χαλάρωσης, επειδή είναι απορροφημένα στις λεπτομέρειες, τους κανόνες, και την παραγωγικότητα. Συχνά θεωρούνται από τους άλλους ως πεισματάρηδες, τσιγκούνηδες, υποκριτές, και μη συνεργάσιμοι.

Οι άνθρωποι που πάσχουν από τη διαταραχή τηρούν προσεκτικά τους κανόνες και τις διαδικασίες σε πολλές πτυχές της καθημερινότητας τους. Ενώ ο στόχος τους είναι να ολοκληρώσουν τα πράγματα με προσεκτικό, τακτικό τρόπο, η επιθυμία τους για την τελειότητα και η επιμονή τους για εξέλιξη υπερισχύει συχνά της ικανότητάς τους να ολοκληρώσουν μια εργασία. Αυτό το είδος ακαμψίας εκτείνεται συνήθως και σε διαπροσωπικές σχέσεις. Οι άνθρωποι με τη διαταραχή είναι γνωστοί για την ύπαρξη του έλεγχου και της αυταρχικής τους συμπεριφοράς προς τους άλλους ανθρώπους, ειδικά υφισταμένους τους. Επιπλέον, είναι τόσο επίμονοι με τους κανόνες που δεν μπορούν να καταλάβουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι κάνουν νόμιμες εξαιρέσεις. Η στάση τους απέναντι σε ανωτέρους τους ή τους επόπτες τους εξαρτάται από το αν τηρούν τις εν λόγω αρχές. Οι άνθρωποι αυτοί είναι συχνά

ασυνήθιστα ευγενικοί με τους ανωτέρους τους όταν τους σέβονται, αλλά περιφρονητικοί απέναντι σε εκείνους που δεν τους σέβονται.

Αν και το περιβάλλον εργασίας μπορεί να ανταμείψει την ευσυνειδησία και την προσοχή τους στη λεπτομέρεια, τα άτομα με τη διαταραχή δεν εμφανίζουν αυθορμητισμό ή φαντασία. Αισθάνονται αποδιοργανωμένοι όταν προσπαθούν να πάρουν αποφάσεις χωρίς συγκεκριμένες κατευθύνσεις. Περιμένουν από τους συναδέλφους να τηρήσουν λεπτομερείς κανόνες και διαδικασίες, και συχνά έχουν χαμηλή απόδοση σε εργασίες που απαιτούν ευελιξία και την ικανότητα για συμβιβασμό. Ακόμα και όταν οι άνθρωποι αυτοί είναι πίσω στο χρονοδιάγραμμα, αισθάνονται άβολα όταν πρέπει να αναθέσουν εργασίες σε τρίτους, επειδή οι άλλοι δεν μπορούν να κάνουν τη δουλειά όσο καλά θα το έκαναν εκείνοι. Είναι συχνά πολύ ανήσυχοι σε καταστάσεις χωρίς σαφώς καθορισμένους κανόνες, επειδή τέτοιες περιπτώσεις ξυπνούν τους φόβους τους. Ένα πρόσθετο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής της προσωπικότητας είναι η μικροπρέπεια ή η μιζέρια, συχνά σε συνδυασμό με μια ανικανότητα να πετάξουν φθαρμένα ή άχρηστα αντικείμενα.

Οι άνθρωποι διαγιγνώσκονται με τη διαταραχή όταν βρίσκουν τους άλλους δύσκολους και απαιτητικούς. Ωστόσο οι προσδοκίες τους για τους άλλους ισχύουν το ίδιο και για τον εαυτό τους, αν και τείνουν να ανέχονται τα δικά τους σφάλματα. Τα άτομα αυτά αισθάνονται ότι υποχρεούνται να παρουσιάσουν μια εικόνα ευπρέπειας και ελέγχου. Νιώθουν άβολα με την έκφραση των συναισθημάτων τους και έχουν την τάση να αποφεύγουν τους συγγενείς ή τους συναδέλφους οι οποίοι είναι συναισθηματικά πιο εκφραστικοί. Πολλοί πάσχοντες παίρνουν εργασία γραφείου μαζί στις

διακοπές τους προκειμένου να αποφευχθεί η «σπατάλη χρόνου», και έχουν μια αίσθηση ανακούφισης κατά την επιστροφή τους στη δομή του εργασιακού τους περιβάλλοντος (121).

Οι άνθρωποι με Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας μπορούν να μαζέψουν χρήματα, να κρατήσουν το σπίτι τους τέλεια οργανωμένο. Υπάρχουν λίγες ηθικά, γκρίζες περιοχές για ένα τέτοιο πρόσωπο. Οι πράξεις και οι πεποιθήσεις τους είναι είτε απολύτως λάθος είτε απολύτως σωστές. Όπως είναι αναμενόμενο, οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι δύσκολες λόγω των υπερβολικών απαιτήσεων των φίλων, των συντρόφων, και των παιδιών τους. (129)

1.2.α. Διαγνωστικά κριτήρια

Η παρουσία των συμπτωμάτων αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV (2000):

(1) το άτομο έχει έντονη ενασχόληση με λεπτομέρειες, κανόνες, λίστες, την τάξη, την οργάνωση ή τα προγράμματα, σε βαθμό που το κύριο σημείο της δραστηριότητας χάνεται

(2) εμφανίζει τελειοθηρία που παρεμποδίζει την ολοκλήρωση μιας εργασίας (π.χ. το άτομο είναι ανίκανο να ολοκληρώσει μία προγραμματισμένη δουλειά επειδή δεν πληρούνται οι δικές του υπερβολικά αυστηρές απαιτήσεις)

(3) είναι υπερβολικά αφοσιωμένο στην εργασία και την παραγωγικότητα με αποκλεισμό των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου και των φιλικών σχέσεων (που δεν εξηγείται από φανερή οικονομική ανάγκη)

(4) είναι υπερβολικά ευσυνείδητο, λεπτολόγο και άκαμπτο σε θέματα ηθικής, ηθών ή αξιών (που δεν εξηγείται από πολιτισμική ή θρησκευτική ταυτοποίηση)

(5) είναι ανίκανο να πετάξει φθαρμένα ή χωρίς αξία αντικείμενα ακόμα και όταν δεν έχουν συναισθηματική αξία

(6) είναι απρόθυμο να κάνει καταμερισμό καθηκόντων ή να δουλέψει με άλλους, εκτός εάν αυτοί υποταχθούν στον ακριβή δικό του τρόπο που κάνει τα διάφορα πράγματα

(7) υιοθετεί ένα τσιγκούνικο τρόπο στο ξόδεμα των χρημάτων, τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους άλλους τα χρήματα θεωρούνται σαν κάτι που πρέπει να συσσωρευτεί και διαφυλαχθεί για μελλοντικές καταστροφές

(8) εμφανίζει ακαμψία και ισχυρογνωμοσύνη

1.3.β. Αιτιολογία

Δεν έχει εντοπιστεί μία συγκεκριμένη αιτία για την εμφάνιση της διαταραχής αυτής. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, η ελαττωματική ανατροφή των παιδιών έχει θεωρηθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη των διαταραχών της προσωπικότητας. Μελέτες υποστηρίζουν ότι η υγιής συναισθηματική ανάπτυξη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από δύο σημαντικές παραμέτρους: τη γονική ζεστασιά και την κατάλληλη ανταπόκριση στις ανάγκες του παιδιού. Όταν αυτές οι ιδιότητες είναι παρούσες, το παιδί νιώθει ασφαλές και άξιο εκτίμησης. Αντίθετα, πολλά άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας, δεν έχουν γονείς οι οποίοι ήταν συναισθηματικά ζεστοί προς αυτούς. Οι ασθενείς με τη διαταραχή αυτή αναφέρουν ότι οι γονείς τους δεν “ανοίγονται” συναισθηματικά και είναι είτε υπερπροστατευτικοί είτε τους ελέγχουν περισσότερο από όσο πρέπει. Ένας ερευνητής παρατήρησε ότι τα άτομα με τη διαταραχή φαίνεται να έχουν τιμωρηθεί από τους γονείς τους για κάθε παράβαση των κανόνων, και δεν έχουν ανταμειφτεί σχεδόν για τίποτα. Ως αποτέλεσμα, το παιδί δεν είναι σε

θέση να αναπτύξει με ασφάλεια ή να εκφράσει το αίσθημα της χαράς, τον αυθορμητισμό, ή την ανεξάρτητη σκέψη, και αρχίζει να αναπτύσσει τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής ως στρατηγική για την αποφυγή της τιμωρίας. Επίσης τα παιδιά με αυτό το είδος της ανατροφής είναι πιθανό να διατηρήσουν τον θυμό που έχουν για τους γονείς τους. Μπορεί να φαίνονται στους άλλους ευγενικοί και συνετοί, αλλά ταυτόχρονα αντιμετωπίζουν τα μικρότερα παιδιά ή εκείνους που θεωρούν κατώτερους τους, με σκληρότητα.

Δεν έχει αποδειχτεί πλήρως ότι η διαταραχή επηρεάζεται γενετικά. Ωστόσο η ανάπτυξη της διαταραχής αυτής μπορεί να επηρεαστεί από πολιτισμικά στοιχεία. Δηλαδή, οι κουλτούρες που είναι άκρως αυταρχικές και επιβάλουν την αυστηρή τήρηση κανόνων, ίσως ενθαρρύνουν την ανατροφή των παιδιών αυτών με πρακτικές που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διαταραχής. Από την άλλη πλευρά, μια αυστηρή κουλτούρα δεν είναι σίγουρο ότι καθορίζει την εμφάνιση της διαταραχής. Το ίδιο ισχύει και για ορισμένες θρησκείες και κάποια επαγγέλματα που απαιτούν ακρίβεια και προσοχή στους κανόνες. Ο στρατός είναι ένα παράδειγμα. Η διαταραχή δεν διαγιγνώσκεται σε άτομα που απλά συμπεριφέρονταν σύμφωνα με τους στρατιωτικούς κανονισμούς ή τους θρησκευτικούς κανόνες. (121)

1.2.γ. Συνέπειες – αποτελέσματα

Οι ασθενείς κατά την διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας χαρακτηρίζονται από ευσυνειδησία, υπευθυνότητα, σοβαρότητα και αυστηρότητα. Στην ενήλικη ζωή τους έχουν αξιοθαύμαστη επαγγελματική σταδιοδρομία. Όσον αφορά την σχέση τους με τα μέλη της οικογένειάς τους, δεν συμβαίνει το ίδιο, αντίθετα χαρακτηρίζονται απόμακροι, αμέτοχοι και αυταρχικοί, δεν εκφράζονται συναισθηματικά και δεν σέβονται τις επιθυμίες

του άλλου. Γενικά τα παθολογικά στοιχεία της διαταραχής είναι σταθερά, όμως είναι πιθανή η επιδείνωση τους.

Οι ασθενείς κάτω από ψυχολογική πίεση, είναι πιθανό να αναπτύξουν μια Καταθλιπτική Διαταραχή και, σπανιότερα, ψυχωσικό επεισόδιο. Η διαταραχή αυτή έχει σχετιστεί επίσης με την Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας καθώς και με Αγχώδεις Διαταραχές. (104) Επειδή τα συμπτώματα της διαταραχής παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες με τα στοιχεία της προσωπικότητας τύπου Α (ανταγωνιστικότητα, επιθετικότητα), οι ασθενείς έχουν μεγάλες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρδιακά νοσήματα. Το άτομο μπορεί να αναπτύξει διαταραχές του Συναισθήματος κατά τη διάρκεια της μέσης ηλικίας όταν δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει επαγγελματικά προβλήματα. (127)

1.2.δ. Θεραπευτική αντιμετώπιση

Οι ασθενείς δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημα με αποτέλεσμα να μην επιζητούν θεραπεία. Συνήθως απευθύνονται σε ψυχοθεραπευτή για άλλα συμπτώματα δευτερευούσης σημασίας, όπως οι σχέσεις με τον/την σύζυγο και τους συνεργάτες, η δυσλειτουργία της οικογένειας, συμπτώματα Αγχωδών Διαταραχών, ή προβλήματα υγείας, όπως καρδιακές παθήσεις.

Η πιο επικρατέστερη θεραπεία είναι η γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία, η οποία επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής, όπως υπερβολική ευσυνειδησία, ηθική, τελειομανία και αφοσίωση στη δουλειά. (62)

Οι ομάδες θεραπείας δεν βοηθούν τα άτομα αυτά, διότι έχουν την τάση να επιβάλλουν τον δικό τους τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς και ασκούν αυστηρή κριτική στους άλλους. Όμως υπάρχουν και κάποιοι ασθενείς, οι

οποίοι είναι περισσότερο υπομονετικοί και δείχνουν μεγαλύτερη κατανόηση στα προβλήματα των άλλων και έτσι ανταποκρίνονται θετικά σε αυτού του είδους τη θεραπεία. (105)

Η ατομική ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτικού τύπου, είναι η θεραπεία που επιλέγεται πιο συχνά στα άτομα με Ψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας. Η θεραπεία πραγματοποιείται με αργά και σταθερά βήματα ούτως ώστε ο ασθενής να έχει επίγνωση της κατάστασης του. Παρόλα αυτά υπάρχει το ενδεχόμενο ο ασθενής να αναπτύξει αμυντικούς μηχανισμούς, κάτι που δημιουργεί εμπόδια σε μια επιτυχημένη θεραπεία. Δηλαδή μπορεί να παρουσιάζεται συγκρατημένος και συνειδητοποιημένος, προσπαθώντας να προβάλλει μια καλή εικόνα για τον εαυτό του, ενώ στην πραγματικότητα κρύβει αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις. Ο ψυχοθεραπευτής θα πρέπει να επιδείξει την ικανότητά του να αντέχει τις αντιστάσεις και να τις χρησιμοποιεί για να τις επεξεργαστεί με τον ασθενή όταν και εκείνος είναι έτοιμος και αυτό φαίνεται να είναι το κλειδί για να προχωρήσει η ψυχοθεραπευτική διεργασία και να ελπίζει ο θεραπευτής σε μια θετική έκβαση. Ο ψυχοθεραπευτής θα πρέπει να εστιάσει στον έλεγχο του φόβου της αυθόρμητης σκέψης και συμπεριφοράς πολύ περισσότερο από την ανάπτυξη της φαντασίας και της ελεύθερης έκφρασης. Τα χαρακτηριστικά που οδηγούν σε μια επιτυχημένη ζωή μπορούν να γίνουν σοβαρά εμπόδια στη ψυχοθεραπεία για έναν ασθενή. (96)

Ένα άλλο είδος θεραπείας που μπορεί να βοηθήσει είναι η οικογενειακή θεραπεία. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να στηρίξουν συναισθηματικά τον ασθενή να τον καθησυχάσουν, να του εξηγήσουν και να

τον συμβουλεύουν για το πώς να διαχειριστεί και πως να ανταποκριθεί στην ασθένεια. (121)

Φαρμακοθεραπεία

Δεν έχει αποδειχθεί ότι κάποια φαρμακευτική αγωγή μπορεί να έχει αποτέλεσμα στην θεραπεία της διαταραχής αυτής. Μερικοί ασθενείς δείχνουν δείγματα βελτίωσης μετά τη λήψη αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αλλά το γεγονός αυτό υποδηλώνει την παρουσία συμπτωμάτων άλλων διαταραχών και φαίνεται να επηρεάζονται τα βασικά συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής.

Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να βασιστεί στα παρακάτω φάρμακα: τους αναστολείς της μονοαμίνο-οξειδάσης (MAOIs) οι οποίοι αυξάνουν τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών, όπως η σεροτονίνη, που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν τα συμπεριφοριστικά πρότυπα στον εγκέφαλο, τα φάρμακα αυτά βοηθούν τον ασθενή να ελέγξει τους ψυχαναγκασμούς και τους εξαναγκασμούς. Το ίδιο ισχύει και για τα αντικαταθλιπτικά χάπια εκλεκτικού αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης (Selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) που αυξάνουν τα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Άλλα φάρμακα είναι τα αγχολυτικά τα οποία είναι χρήσιμα για τη μείωση των συμπτωμάτων της ανησυχίας που συνδέονται συνήθως με τη διαταραχή. (129)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Συσχέτιση διατροφής και Διαταραχών προσωπικότητας

Οι διατροφικές συνήθειες κάθε ατόμου, καθορίζουν τη ρύθμιση του σωματικού του βάρους και διαμορφώνονται από ποικίλους παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Σε αυτούς περιλαμβάνονται ο κορεσμός, η ευχαρίστηση, και άλλα, καθώς και περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, οι οποίοι και διαμορφώνουν την έκφραση των παραγόντων της ψυχοβιολογίας σε συγκεκριμένες συμπεριφορές. Παρακάτω αναφέρονται κάποιοι από αυτούς και πως επηρεάζουν την εμφάνιση και την εξέλιξη των διαταραχών προσωπικότητας.

Λίγα είναι γνωστά για τη φυσική υγεία των ανθρώπων με διαταραχές προσωπικότητας. Η μελέτη των Moran, Stewart, και συν., (2007), ερεύνησε την συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και των καρδιαγγειακών παθήσεων σε ένα μεγάλο, εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα από τη Μεγάλη Βρετανία. Ένα τυχαίο δείγμα 8580 ενηλίκων ηλικίας 16 έως 74 έτη, που ζει στην Αγγλία, την Ουαλία, και τη Σκωτία το 2000 καλύφθηκε για την παρουσία διαταραχών προσωπικότητας χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο διαλογής της δομημένης κλινικής συνέντευξης για DSM-IV του άξονα II των διαταραχών προσωπικότητας. Στο δείγμα αυτό εξακριβώθηκε ότι οι συμμετέχοντες με οποιαδήποτε διαταραχή προσωπικότητας ήταν πιθανότερο να υποστούν εγκεφαλικό ή ισχαιμικό καρδιακό επεισόδιο. Η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική τάξη (από το επάγγελμα), η υπέρταση ή ο διαβήτης, το ιστορικό καπνίσματος, και ο αλκοολισμός ήταν οι πιθανοί παράγοντες υποτροπής. Βρέθηκε ότι η αποφευκτική, η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική και η μταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας συνδέονταν

σημαντικά με το εγκεφαλικό. Οι ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις συνδέθηκαν σημαντικά με την αποφευκτική, την παρανοειδή, τη σχιζότυπη, τη σχιζοειδή, και τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Όπως καταλαβαίνουμε οι άνθρωποι σε κίνδυνο για ανάπτυξη κάποιας διαταραχής προσωπικότητας διατρέχουν επίσης αυξανόμενο κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις. Αυτός ο αυξανόμενος κίνδυνος δεν εξηγείται από τις διαφορές στην κοινωνικό-οικονομική θέση ή τον τρόπο ζωής. Τα δυσλειτουργικά γνωρίσματα προσωπικότητας μπορούν να έχουν έναν άμεσο ρόλο στην αιτιολογία της καρδιαγγειακής πάθησης. (51)

Η συνύπαρξη των διαταραχών προσωπικότητας και των διαταραχών χρήσης ουσιών (SUDs) μπορεί να αποδοθεί μερικώς στα κοινά ελλοχεύοντα γνωρίσματα προσωπικότητας. Η μελέτη των James, & Taylor, (2007), εξέτασε το ρόλο της αρνητικής συναισθηματικότητας και της παρορμητικότητας σε 617 πανεπιστημιακούς σπουδαστές με τα αυτό-αναφερόμενα προβλήματα χρήσης ουσιών και τα συμπτώματα διαταραχών προσωπικότητας ομάδας B. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αρνητική συναισθηματικότητα συνδέθηκε σημαντικά με τα προβλήματα χρήσης ναρκωτικών και οίνοπνεύματος, την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και τη ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας. Η παρορμητικότητα συνδέθηκε σημαντικά με τα προβλήματα χρήσης φαρμάκων, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, και δραματική διαταραχή προσωπικότητας. Μόνο η αρνητική συναισθηματικότητα επηρέασε τη σχέση μεταξύ των προβλημάτων χρήσης οίνοπνεύματος και των συμπτωμάτων κάθε μια από τις διαταραχές προσωπικότητας ομάδας B ενώ η παρορμητικότητα επηρέασε μόνο τη σχέση μεταξύ των προβλημάτων χρήσης

φαρμάκων και της δραματικής διαταραχής προσωπικότητας. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν τη σύνδεση των διαταραχών προσωπικότητας κυρίως της ομάδας Β, με τις διαταραχές χρήσης ουσιών την αρνητική συναισθηματικότητα και τη παρορμητικότητα. (34)

2.1 Μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και διατροφή

Άτομα με μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας είναι παρορμητικά στη διατροφή τους. Τα άτομα αυτά βασανίζονται περισσότερο από την σκέψη για τροφή, δηλαδή σκέφτονται συνεχώς πως να περιορίσουν την πρόσληψη τροφής χωρίς ποτέ να τα καταφέρνουν. Είναι πιο αγχωμένοι για το βάρος τους και πιο ανικανοποίητοι από το παρουσιαστικό τους από κάποιο άτομο που δεν παρουσιάζει κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Τέλος, η αστάθεια συναισθημάτων και σχέσεων με τους άλλους, η ανικανότητα να ανεχθούν την μοναξιά, συναισθήματα ανίας ή κενού, αβεβαιότητα για την ίδια τους την ταυτότητα, επηρεάζουν τη διατροφή τους. (13)

Βρέθηκε σύμφωνα με έρευνα των Zanarini, και Frankenburg, (2003), ότι τα ω-3 λιπαρά οξέα βελτιώνουν τις γυναίκες ασθενείς με μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Οι ερευνητές πραγματοποίησαν μια οκτώ εβδομάδων, ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενη, (double-blind) μελέτη παρέχοντας ω-3 σε 30 γυναίκες που έπασχαν από αυτή τη διαταραχή. Στο 90% των ατόμων που ολοκλήρωσαν την έρευνα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ω-3 μειώνουν την επιθετικότητα καθώς επίσης και τη δριμύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Εντούτοις, τα αποτελέσματα της τρέχουσας μελέτης επεκτείνουν αυτά τα συμπεράσματα ότι τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα μπορούν να γίνουν μια αποτελεσματική μορφή θεραπείας για τις γυναίκες με τις λιγότερο βαριές περιπτώσεις της μετ αιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας. Οι κύριοι περιορισμοί αυτής της μελέτης είναι ότι μελετήθηκαν μόνο γυναίκες. Δεν γνωρίζουμε αν θα υπάρχουν παρόμοια αποτελέσματα και για τους άνδρες ή άτομα με μια αυστηρότερη εικόνα συμπτωμάτων.

Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα το δοκοσαεξανοϊκό οξύ (docosahexaenoic,

DHA) και το εικοσιπεντανοϊκό οξύ (eicosapentaenoic, EPA) είναι ορθομοριακά, ουσιαστικές θρεπτικές ουσίες που βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής και χαμηλώνουν τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Λειτουργούν αποκλειστικά μέσω των μεμβρανών των κυττάρων, με τις οποίες συνδέονται με τη βοήθεια των φωσφολιπιδίων. Το DHA αποδεικνύεται ουσιαστικό στην προ και μεταγεννητική ανάπτυξη του εγκεφάλου, ενώ το EPA φαίνεται ότι επιδρά στη συμπεριφορά και τη διάθεση. Στις τυχαίες δοκιμές (double-blind), ο συνδυασμός DHA και EPA δείχνει ότι έχει οφέλη σε ασθενείς με διάσπαση της προσοχής, διαταραχή υπερκινητικότητας (AD/HD), αυτισμό, δυσλεξία, και επιθετικότητα. Για τις συναισθηματικές διαταραχές, οι αναλύσεις επιβεβαιώνουν τα οφέλη σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (MDD) και διπολική διαταραχή, και υπόσχονται καλά αποτελέσματα στη σχιζοφρένεια και τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Η μειωμένη διανοητική λειτουργία και η ήπια διανοητική εξασθένιση (MCI) συσχετίζονται με τα χαμηλά επίπεδα DHA/EPA, και η χρήση συμπληρωμάτων έχει δείξει βελτίωση στη νοητική λειτουργία. (40)

Η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας σχετίζεται με την παχυσαρκία, ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για έναν μεγάλο αριθμό χρόνιων παθήσεων (π.χ., καρδιαγγειακή νόσος). Σε έρευνα των Lacovino J. M., Powers A. D., Oltmanns T. F. (2014) εξετάστηκε αν η παρορμητικότητα και η συναισθηματική αστάθεια χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής συνδέονται με τον ανεβασμένο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ). Οι συμμετέχοντες ήταν ένα δείγμα ενηλίκων ηλικίας 55-64 ετών. Χρησιμοποιήθηκε η Δομημένη Συνέντευξη για το DSM - IV για να μετρήσει τα συμπτώματα της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας και ο

αναθεωρημένος κατάλογος προσωπικότητας (NEO). Οι αναλύσεις έδειξαν ότι η παρορμητικότητα συμβάλει σημαντικά στην αύξηση του BMI σε άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και οι επεμβάσεις παχυσαρκίας μπορούν να είναι αρκετά αποτελεσματικές σε άτομα με την παθολογία της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας. (*)

Η παθογένεια της απώλειας οστικής μάζας σε άτομα με σημαντική καταθλιπτική διαταραχή είναι ένα θέμα συζήτησης. Οι μελέτες της απώλειας οστικής μάζας στις μη ψυχιατρικές ιατρικές διαταραχές έχουν βρει μια ένωση μεταξύ της ενεργοποίησης των οστεοκλαστών κυττάρων και μιας δυσαναλογίας των υπέρ και αντιφλεγμονωδών κυτοκίνων. Δεδομένου ότι η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή συνδέεται επίσης με τις αλλαγές στις συγκεντρώσεις κυτοκίνων ορού, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι η απώλεια οστικής μάζας στους ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και με συνοσηρότητα με την μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να συνδεθεί με τις κυτοκίνες που είναι ικανές να ενεργοποιήσουν τα κύτταρα των οστεοκλάστων. Είκοσι δύο ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και προσωρινή ή καθ' όλη τη διάρκεια ζωής μείζονα καταθλιπτική διαταραχή συγκρίθηκαν με 16 ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας που δεν είχαν σημαντική καταθλιπτική διαταραχή και 20 υγιείς εθελοντές. Η πυκνότητα οστικής μάζας αξιολογήθηκε με τη βοήθεια ακτίνων Χ. Η οστική πυκνότητα 10 ασθενών με μεταιχμιακή διαταραχή και με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν σημαντικά χαμηλότερη από αυτή των υγιών ατόμων και των ασθενών με την διαταραχή προσωπικότητας χωρίς κατάθλιψη. Οι τιμές των Καρβόξυ-τελοπεπτιδίου του κολλαγόνου τύπου I (CTX ή β- CrossLaps, τμήμα του πρωτεϊνικού δικτύου

του οστού), της Οστεοκαλσίνης (πρωτεΐνη που παράγεται από τους οστεοβλάστες), της κορτιζόλης ορού, του παράγοντα νέκρωσης του όγκου (tNF-A), και της ιντερλευκίνης-6 ήταν σημαντικά υψηλότερες στους ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή συν τρέχον σημαντικό καταθλιπτικό επεισόδιο απ' ό,τι στα υγιή άτομα. Το Καρβόξυ-τελοπεπτιδίο του κολλαγόνου συσχετίστηκε θετικά με το παράγοντα νέκρωσης του όγκου tNF-A αλλά αρνητικά με την οστική πυκνότητα στην οσφυϊκή σπονδυλική στήλη. Οι ασθενείς με την διαταραχή προσωπικότητας που δεν είχε κατάθλιψη δεν επέδειξαν καμία αλλαγή είτε της οστικής πυκνότητας είτε των ανοσολογικών και ορμονικών τιμών που εξετάστηκαν. Συμπερασματικά οι νέες γυναίκες με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και σημαντική καταθλιπτική διαταραχή έχουν έναν υψηλό κίνδυνο για οστεοπόρωση. Η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας από μόνη της δεν συνδέεται με τη χαμηλή οστική πυκνότητα. Αυτά τα στοιχεία προτείνουν ότι οι άνοσες και ενδοκρινείς διαταραχές που συνδέονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές που συνδέονται με τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας μπορούν να διαδραματίσουν έναν σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογική απώλεια οστικής μάζας. (38)

Τροποποιήσεις στο σύστημα της σεροτονίνης (5-HT) έχουν σχέση με παρορμητική και αυτοκτονική συμπεριφορά, κοινά χαρακτηριστικά της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας. Η Τρυπτοφάνη υδροξυλάση (trh) είναι το ένζυμο με μειωμένο ποσοστό σε 5-HT βιοσύνθεση. Ίσες μορφές είναι γνωστές ως TRH-1 και TRH-2. Η TRH-1 έχει συσχετιστεί με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς από μελέτες σύνδεσης πολυμορφισμού γονιδίων. Οι ερευνητές Zaboli, Gizatullin, Wilczek, και συν., (2006), είχαν ως στόχο να καθορίσουν εάν οι συγκεκριμένοι τυποί trh-1

συνδέονται με τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Η ομάδα ελέγχου περιλάμβανε 98 γυναίκες που δεν είχαν ψυχιατρικό ιστορικό. Συμπεριλήφθηκαν 95 ασθενείς, όλες Καυκάσιες γυναίκες με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας που είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας τουλάχιστον δύο φορές κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: (i) η εξάρτηση ουσιών (ii) η άνοια ή άλλα αμετάκλητα οργανικά σύνδρομα εγκεφάλου (iii) ψυχωτικές διαταραχές ή σημαντική καταθλιπτική ασθένεια με τα μελαγχολικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα (iv) διατροφικές διαταραχές που απειλούν τη ζωή. Οι ερευνητές καταλήξανε στο συμπέρασμα ότι το ένζυμο trh-1 συνδέεται με τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητα στις γυναίκες με αυτοκαταστροφικές τάσεις. (87)

Το σύστημα δράσης της σεροτονίνης φαίνεται να εμπλέκεται στα χαρακτηριστικά συμπτώματα της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας όπως η συναισθηματική αστάθεια, ο παρορμητισμός ή οι τάσεις αυτοκτονίας. Η μελέτη αυτή των Pascual, Soler, και συν., (2007), καταλήγει σε μια σύνδεση μεταξύ των πολυμορφικών γονιδίων μεταφορέων σεροτονίνης (5-HTT) και μερικών συμπτωμάτων της διαταραχής. Κάποια γονίδια επηρεάζουν την επιθετική συμπεριφορά, την ανησυχία και τη νεύρωση. Οι ασθενείς παρουσίασαν αυξημένη συγκέντρωση συγκεκριμένων γονιδίων σε σύγκριση με υγιή άτομα. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να καθοριστεί η σύνδεση συγκεκριμένων γονιδίων με τα γνωρίσματα εμφάνισης της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας. Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 65 ασθενείς που εντοπίστηκαν με τη βοήθεια των ημι-δομημένων συνεντεύξεων SCID-II και DIB-R. Τα γνωρίσματα προσωπικότητας αξιολογήθηκαν από το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ). Τα

αποτελέσματα έδειξαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του γονιδίου 5-HTT και μερικών γνωρισμάτων της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας. Αυτό το γονίδιο μπορεί να διαδραματίσει κάποιο ρόλο στην αιτιολογία αυτής της διαταραχής προσωπικότητας. (61)

Άλλη μια έρευνα των Hoeschel, Guba, και συν., (2008), είχε ως στόχο να εξετάσει τη συχνότητα της μειωμένης πρόσληψης υγρών (ολιγοδιψία) στους ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας καθώς και για να εξετάσει εάν υπάρχει ένας αντίστροφος συσχετισμός μεταξύ της ολιγοδιψίας και της εμφάνισης της διαταραχής αυτής σε μια πειραματική μελέτη. Οι αναλύσεις βασίστηκαν σε ένα δείγμα 15 ασθενών με μεταιχμιακή διαταραχή και 15 υγιών ατόμων. Η ημερήσια πρόσληψη υγρών και η ένταση των συμπτωμάτων της διαταραχής μετρήθηκαν από τις τυποποιημένες αυτό-αναφορές καθημερινά για 7 ημέρες. Οι ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή έλαβαν ένα σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ημερήσιας πρόσληψης σε σύγκριση με τα υγιή άτομα. Βρέθηκε ένας ισχυρός συσχετισμός μεταξύ της μεταιχμιακής διαταραχής και της πρόσληψης υγρών ή της όσμωσης των ούρων, ανεξάρτητα από την ποιότητα ύπνου και τη γενική δριμύτητα των συμπτωμάτων της διαταραχής. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ολιγοδιψία μπορεί να αποτελέσει ένα σοβαρό πρόβλημα τουλάχιστον για μια υποομάδα ασθενών με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, και μπορεί να συσχετιστεί με μερικά από τα πιο προβληματικά συμπτώματα. (30)

Οι γενετικές παραλλαγές των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης A (MAOA) έχουν συνδεθεί με τα χαρακτηριστικά της επιθετικότητας, της ανησυχίας, και συμπεριφορές που σχετίζονται με τον εθισμό στους διάφορους μη κλινικούς και κλινικούς πληθυσμούς. Σε αυτή την μελέτη, ερευνήθηκε η

επιρροή της αλληλόμορφης παραλλαγής της δραστηριότητας των MAOA στα γνωρίσματα προσωπικότητας που σχετίζονται με επιθετικότητα και του κινδύνου ασθενειών στα άτομα με τις διαταραχές προσωπικότητας. Οι διαταραχές προσωπικότητας εντοπίστηκαν με τη δομημένη κλινική συνέντευξη DSM-IV και διαχωρίστηκαν σε Α, Β, και Γ ομάδα. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα προσωπικότητας αξιολογήθηκαν από τον αναθεωρημένο κατάλογο προσωπικότητας και το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας Tridimensional. Ο γενότυπος της γονίδιο-συνδεδεμένης MAOA πολύμορφης περιοχής (MAOA-LPR) καθορίστηκε σε 566 ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας και σε 281 υγιή άτομα. Ο γενότυπος MAOA συνδέθηκε σημαντικά με τις διαταραχές προσωπικότητας ομάδας Β που συμπεριλαμβάνουν τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας αλλά όχι με τις διαταραχές προσωπικότητας ομάδας Γ (αποφευκτική, ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας). Στο σύνολο, 26.0% των ασθενών ομάδας Β ήταν ήμι ή ομοζυγώτικες για την γενετική διαφοροποίηση της χαμηλής δραστηριότητας του γενοτύπου MAOA, έναντι 16.4% της ομάδας ελέγχου. Οι ενώσεις μεταξύ των διαφοροποιήσεων των MAOA και των ομάδων προσωπικότητας που σχετίζονται με την παρορμητικότητα και την επιθετικότητα ήταν ασυμβίβαστες. Τα συμπεράσματά μας υποστηρίζουν περαιτέρω την έννοια ότι η αλληλόμορφη διαφοροποίηση της δραστηριότητας MAOA συμβάλλει συγκρατημένα στην ισορροπία των υπερβολικών (ωστικός-επιθετικός) και υποτονικών (ανήσυχος-καταθλιπτικών) γνωρισμάτων των διαταραχών προσωπικότητας. (32)

Η χρήση ουσιών και οι διαταραχές προσωπικότητας ομάδας Β (PDS), συμπεριλαμβανομένου και της μεταιχμιακής διαταραχής, χαρακτηρίζονται και

οι δύο από τη παρορμητικότητα και από την έλλειψη αυτό - ελέγχου και μπορούν να οδηγήσουν εν μέρει σε νευροβιολογικά ή γνωστικά - λειτουργικά ελλείμματα. Για να εξεταστεί η πιθανή χρησιμότητα τέτοιων προτύπων στην εξήγηση της διαφοράς των διαταραχών χρήσης ουσιών και των διαταραχών προσωπικότητας στο μικρότερο ποσοστό της έκφρασης και της εξασθένησης των συμπτωμάτων, σε 123 εθελοντές σπουδαστές κολεγίων (θήλεα 73) χρησιμοποιήθηκαν 2 μέτρα της εκτελεστικής γνωστικής λειτουργίας, τα μέτρα χρήσης ουσιών και οι δομημένες κλινικές συνεντεύξεις, για να αξιολογήσουν τα συμπτώματα της κατάχρησης/εξάρτησης ουσιών και την αντικοινωνική, μεταιχμιακή, δραματική και ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας. Ο στόχος ήταν να εκτιμήσουν την ικανότητα αντίδρασης στις εκρήξεις θυμού και στα γεγονότα που συμβαίνουν στη καθημερινότητα, σε σχέση με τη χρήση ουσιών. Όπως αναμένεται, τα συμπτώματα των διαταραχών συσχετίστηκαν θετικά. Η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, η χρήση οινόπνευματος και κάνναβης συσχετίστηκαν θετικά με το ποσοστό των φίλων που έκαναν τακτικά χρήση οινόπνευματος και ουσιών καθώς και με την χρήση ανάμεσα στους ερωτικούς συντρόφους. Ο αριθμός αρνητικών γεγονότων ζωής συσχετίστηκε θετικά με τις διαταραχές προσωπικότητας και τα συμπτώματα της διαταραχής χρήσης οινόπνευματος. Τα συμπεράσματα υποστηρίζουν ότι, μεταξύ των νέων ενηλίκων οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να είναι ιδιαίτερα σχετικοί με την κατανόσή της ύπαρξης μιας διαταραχής χρήσης ουσιών και ορισμένων διαταραχών προσωπικότητας, όπως η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. (77)

Η συσχέτιση μεταξύ της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας και της διαταραχής χρήσης ουσιών εξετάστηκε σε ένα κυρίως ψυχιατρικό (77.6%)

δείγμα 232 γυναικών. Η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας αποδείχθηκε σημαντικός προάγγελος της διάγνωσης κατά τη διάρκεια της ζωής της διαταραχής χρήσης ουσιών σε τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες: οποιασδήποτε διαταραχής χρήσης ουσιών (συμπεριλαμβανομένου του οινοπνεύματος), χρήση οινοπνεύματος, χρήση φαρμάκων και ηρωίνη, κοκαΐνη, ή χρήση ουσιών. Η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας συνέχισε να είναι προάγγελος της διαταραχής χρήσης ουσιών ακόμα και όταν ελέγχθηκαν στατιστικά τα αποτελέσματα άλλων διαταραχών της ομάδας Β και όλης της ομάδας Γ των διαταραχών προσωπικότητας. Η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας παρήγαγε γενικά τις μεγαλύτερες αναλογίες πιθανοτήτων από τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και προέκυψε ως μερικός μεσολαβητής της σχέσης μεταξύ της μεταιχμιακής και της διαταραχής χρήσης ουσιών. Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας όπως η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα και άλλα. (21)



2.2. Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας και διατροφή

Η διατροφή έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με την προσωπικότητα. Συγκεκριμένα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, προσπαθούν να περιορίζουν την πρόσληψη τροφής και ασκούνται υπερβολικά προκειμένου να ελέγξουν το βάρος τους. Όπως και στη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, έτσι και στη ψυχαναγκαστική υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν την διατροφική συμπεριφορά.

Η σημασία της χοληστερόλης για τη φυσική και ψυχολογική ευημερία έχει αναγνωρισθεί εδώ και αρκετές δεκαετίες. Οι αλλαγές στα επίπεδα χοληστερόλης ορού μπορούν να ασκήσουν άμεση επίδραση στη διανοητική απόδοση, τη συμπεριφορά, τη θεραπεία, την επιβίωση και την αναμενόμενη διάρκεια ζωής. Η έρευνα των Jakovljevic, Reiner, Milicic, (2007), έγινε για να εξετάσουν την συσχέτιση μεταξύ των διάφορων ψυχικών διαταραχών (σχιζοφρένια, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, διαταραχές πανικού, μετά-τραυματική αγχώδη διαταραχή, ψυχαναγκαστικές διαταραχές και άλλες ψυχικές διαταραχές) και των επιπέδων χοληστερόλης, και για να συζητήσει τις πιθανές επιπτώσεις στη θεραπεία. Μια ανασκόπηση βιβλιογραφίας από το 1966 μέχρι σήμερα, αναφέρει ότι οι κλινικές έρευνες για τη χοληστερολαιμία στους ασθενείς με σημαντικές ψυχικές διαταραχές έχουν δείξει πολύ συγκρουόμενα αποτελέσματα. Η υπερχοληστερολαιμία έχει αναφερθεί στους ασθενείς με σχιζοφρένια, ψυχαναγκαστικές διαταραχές, διαταραχή πανικού, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και μετά-τραυματική αγχώδη διαταραχή. Το χαμηλό επίπεδο χοληστερόλης έχει αναφερθεί στους ασθενείς με σημαντική κατάθλιψη, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας,

μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Φαίνεται ότι και η υψηλή και η χαμηλή συνολική χοληστερόλη ορού μπορεί να συνδεθεί με έναν υψηλότερο κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Η τρέχουσα γνώση μας σχετικά με τη σχέση μεταξύ της χοληστερολαιμίας και των ψυχικών διαταραχών είναι φτωχή και αμφισβητούμενη. Συμπερασματικά καμία καθορισμένη ή αξιόπιστη παθοφυσιολογική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων χοληστερόλης και των ψυχικών διαταραχών, την θεραπεία και το ποσοστό θνησιμότητας δεν είναι διαθέσιμη. Το ποσοστό των λιποπρωτεϊνών, φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο περισσότερο από τα συνολικά επίπεδα χοληστερόλης. (33)

Στόχοι μιας άλλης έρευνας ήταν να καθορίσει τις συχνότερες διαταραχές προσωπικότητας που σχετίζονται με την εξάρτηση του οινόπνεύματος. Σε μια σημαντική έρευνα, 30 ασθενείς που έκαναν κατάχρηση οινόπνεύματος και παρευρίσκονταν σε μια κλινική εξωτερικών ασθενών συγκρίθηκαν με 30 ψυχιατρικούς ασθενείς με διαταραχές που δεν προκαλούν εθισμό και 31 άτομα από το γενικό πληθυσμό που επιλέχτηκαν για να ταιριάξουν με τα δείγματα στην ηλικία, το φύλο και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. 40% των ασθενών που έκαναν κατάχρηση οινόπνεύματος και το 16.6% του γενικού κλινικού δείγματος παρουσίασαν τουλάχιστον μια διαταραχή προσωπικότητας. Η εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας επικρατούσε περισσότερο (13.3%), ακολουθούμενη από τη παρανοϊκή και τη ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας (10% η κάθε μία). (18)

Μια άλλη έρευνα πραγματοποιήθηκε για να περιγράψει τη συχνότητα και το προφίλ των διαταραχών προσωπικότητας που σχετίζονται με την εξάρτηση από το αλκοόλ, και να τις συγκρίνει με άτομα χωρίς διαταραχές

εθισμού και με φυσιολογικό πληθυσμό. Σε αυτήν την κλινική-επιδημιολογική μελέτη, 158 ασθενείς που έκαναν κατάχρηση οινόπνεύματος και παρευρίσκονταν σε μια ψυχιατρική κλινική εξωτερικών ασθενών συγκρίθηκαν με 120 ψυχιατρικούς ασθενείς με τις διαταραχές που δεν προκαλούν εθισμό, και 103 άτομα από το γενικό πληθυσμό που επιλέχτηκαν για να ταιριάξουν με τα δείγματα για την ηλικία, το φύλο και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Από τους ασθενείς που έκαναν κατάχρηση οινόπνεύματος, το 44.3%, και το 21.7% του γενικού κλινικού δείγματος παρουσίασε τουλάχιστον μια διαταραχή προσωπικότητας. Η ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας ήταν η πιο επικρατέστερη (12%), ακολουθούμενη από την αντικοινωνική, παρανοϊκή και εξαρτώμενη διαταραχή προσωπικότητας (7% καθεμία). Οι περισσότεροι από αυτούς παρουσίασαν μόνο μια διαταραχή προσωπικότητας. (19)

Δεν έχουν ερευνηθεί αρκετά διατροφικά στοιχεία που να επηρεάζουν τη ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας μόνο σε πολύ εξεζητημένες μελέτες που δε αναφέρονται εδώ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Συσχέτιση διατροφικών διαταραχών με διαταραχές προσωπικότητας

Τα χαρακτηριστικά των διαταραχών προσωπικότητας έχουν συσχετιστεί με το ξεκίνημα, την έκφραση συμπτωμάτων, και τη συντήρηση των διατροφικών διαταραχών (EDS). Σύμφωνα με την παρούσα λογοτεχνία που εξετάζει τη σύνδεση μεταξύ της προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών δημοσιεύτηκε μέσα στην προηγούμενη δεκαετία, και παρουσιάζει μια μετά-ανάλυση που αξιολογεί την επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας (PDS) σε άτομα με νευρική ανορεξία, νευρική βουλιμία, και υπερφαγία όπως αξιολογείται από τα όργανα αυτό-αναφοράς εναντίον των διαγνωστικών συνεντεύξεων. Και η νευρική ανορεξία και η βουλιμία χαρακτηρίζονται από τη συνέπεια, την τελειοθηρία, το βασανιστικό-καταναγκασμό, τη νεύρωση, την αρνητική συναισθηματικότητα, την αποφυγή ζημιάς, τη χαμηλή αυτοπεποίθηση, την έλλειψη συνεργασίας, και τα γνωρίσματα που συνδέονται με την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Τα συνήθη χαρακτηριστικά μεταξύ των ομάδων των διατροφικών διαταραχών είναι ο υψηλός εξαναγκασμός, η εμμονή και η χαμηλή αίσθηση καινοτομίας που συνδέονται με υψηλό αυθορμητισμό, αίσθηση επιδιώξεων και γνωρίσματα που συνδέονται με τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας σε άτομα με **βουλιμία**. Η μετά-ανάλυση, βρήκε την επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας σε ποσοστά 0 έως 58% μεταξύ των ατόμων με ανορεξία και βουλιμία, δεδομένου ότι τα όργανα αυτό-αναφορών υπερεκτιμούν πολύ την επικράτηση κάθε διαταραχής προσωπικότητας.

Η παρούσα αναθεώρηση είχε τρεις σκοπούς. Ο πρώτος σκοπός ήταν να ενημερωθούμε και να κατανοήσουμε την συσχέτιση μεταξύ της προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών με την ανασκόπηση των μελετών που έχουν δημοσιευθεί μέσα στην προηγούμενη δεκαετία. Ο δεύτερος σκοπός ήταν να ενσωματωθούν οι πληροφορίες σχετικά με τη διατροφική διαταραχή που ονομάζεται υπερφαγία, μια διαταραχή που καθορίστηκε μόνο πρόσφατα (αμερικανική ψυχιατρική ένωση, 1994). Ο τρίτος σκοπός ήταν να διευθυνθεί μια μετά-ανάλυση της συνοσηρότητας των διαταραχών προσωπικότητας μεταξύ των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης μιας εξέτασης της σχετικής χρησιμότητας των εργαλείων και των συνεντεύξεων αυτό-αναφορών στον υπολογισμό της επικράτησης των διαταραχών προσωπικότητας. Αυτή η ανασκόπηση εξετάζει την συσχέτιση μεταξύ των διαγνώσεων προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών (νευρική ανορεξία, νευρική βουλιμία, υπερφαγία), η οποία είναι η πιο κοινή μέθοδος που υιοθετείται από τους ερευνητές στην εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ της προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών.

Μια αφθονία ερευνών προτείνει ότι οι διαταραχές προσωπικότητας εντοπίζονται συχνά μεταξύ των κλινικών και κοινοτικών δειγμάτων με διατροφικές διαταραχές (8). Η ομάδα Γ των διαταραχών προσωπικότητας (ψυχαναγκαστική, εξαρτημένη, αποφευκτική) είναι η πιο κοινή μεταξύ των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, που ακολουθείται από την ομάδα Β (μεταιχμιακή, δραματική, ναρκισσιστική, αντικοινωνική) και τέλος την ομάδα Α (παρανοειδής, σχιζοειδής, σχιζότυπη) (104).

Οι μελέτες που εξετάζουν τη συνοσηρότητα μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των διαταραχών προσωπικότητας έχουν παράγει εκτεταμένα

συμπεράσματα, με τις εκτιμήσεις να κυμαίνονται από 27% ως 93% (81). Οι παραλλαγές στα δείγματα, τη στρατολόγηση, και τις μεθόδους αξιολόγησης μπορούν να αποτελέσουν μερικές από αυτές τις ασυνέπειες. (64). Τα άτομα με πολλαπλές διαγνώσεις είναι πιθανότερο να επιδιώξουν θεραπεία σε σχέση με τα άτομα με μια ενιαία διάγνωση (6). Συνεπώς, η επιδίωξη θεραπείας είναι μη αντιπροσωπευτική από δείγματα ατόμων με την διαταραχή σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό επειδή τα αρχικά δείγματα τείνουν να υπερεκτιμήσουν την παθολογία της διαταραχής.

Σύμφωνα με μια μετά-ανάλυση που εξετάζει την επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας σε άτομα με ανορεξία και βουλιμία, η διαταραχή προσωπικότητας που συνδέθηκε περισσότερο με την ανορεξία ήταν η αποφευκτική (53%), η εξαρτημένη (37%), η **ψυχαναγκαστική** (33%), και η **μεταιχμιακή** (29%) διαταραχή προσωπικότητας (8). Η εξαρτημένη (31%), η **μεταιχμιακή** (31%) και η αποφευκτική (30%) διαταραχή προσωπικότητας επίσης συνδέθηκε με τη **βουλιμία**. Αντίθετα, η **ψυχαναγκαστική** διαταραχή προσωπικότητας επικρατούσε λιγότερο σε άτομα με **βουλιμία** (14%). Αυτά τα συμπεράσματα, καθώς επίσης και εκείνα από μια άλλη αναθεώρηση (66), αξιολογούν τις διαταραχές προσωπικότητας χρησιμοποιώντας τα όργανα αυτό-έκθεσης. Επειδή τα εργαλεία αυτό-αναφοράς υπερεκτιμούν την επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας (50; 59; 64), αυτή η πρακτική οδηγεί στη διογκωμένη εκτίμηση της επικράτησης των διαταραχών προσωπικότητας μεταξύ των ατόμων με διατροφικές διαταραχές.

Σε αντίθεση με τη μετά-ανάλυση που πραγματοποιήθηκε από τον Bornstein (2001), υπολογίστηκαν τα ποσοστά επικράτησης των διαταραχών προσωπικότητας, τη βουλιμία και την υπερφαγία χωριστά για τις μελέτες

αξιολογώντας τις διαταραχές προσωπικότητας χρησιμοποιώντας τα όργανα αυτό-αναφοράς και εκείνων που χρησιμοποίησαν διαγνωστικές συνεντεύξεις, επιτρέποντας κατά συνέπεια στους ερευνητές μια ακριβέστερη εκτίμηση της συνοσηρότητας των διαταραχών προσωπικότητας μεταξύ των ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Σε αντίθεση με τη μετά-ανάλυση που πραγματοποιήθηκε από τον Rosenvinge και συν., (2000), εξετάστηκε η επικράτηση κάθε διαταραχής προσωπικότητας χωριστά παρά την επικράτηση της ομάδας A, B, και Γ διαταραχών προσωπικότητας λόγω της σημαντικής μεταβλητότητας μέσα στις ομάδες (π.χ., μέσα στη ομάδα B, υπάρχει μια πολύ υψηλότερη επικράτηση της **μetailχμιακής** διαταραχής προσωπικότητας από την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας).

Η μελέτη και η αξιολόγηση των διαταραχών προσωπικότητας χρησιμοποιώντας τα όργανα αυτό-αναφοράς δείχνει ότι η διαταραχή προσωπικότητας που συνδέεται περισσότερο με τη νευρική **ανορεξία** είναι η αποφευκτική, η εξαρτημένη, η **ψυχαναγκαστική και μetailχμιακή**. Μεταξύ των ατόμων με βουλιμία, η πιο κοινή διαταραχή προσωπικότητας είναι η εξαρτημένη, η αποφευκτική, η δραματική και η **μetailχμιακή** διαταραχή προσωπικότητας. Υπήρξαν πολύ λίγες μελέτες αξιολογώντας τις διαταραχές προσωπικότητας που συνδέονται με την υπερφαγία, χρησιμοποιώντας τα όργανα αυτό-αναφοράς για να συμπεριληφθούν στη μετά-ανάλυση.

Η μετά-ανάλυση υποστήριξε ότι οι διαγνωστικές συνεντεύξεις δείχνουν ότι η διαταραχή προσωπικότητας που συνδέεται περισσότερο με την **ανορεξία** είναι η **ψυχαναγκαστική**, η αποφευκτική και η εξαρτημένη. Η αποφευκτική, η εξαρτημένη, η παρανοειδής και η **μetailχμιακή** διαταραχή προσωπικότητας, είναι οι πιο κοινές μεταξύ των ατόμων με **βουλιμία**. Αν και

μόνο τέσσερις μελέτες έχουν εξετάσει τις διαταραχές προσωπικότητας και τα ποσοστά επικράτησης της **υπερφανγίας**, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η αποφευκτική, η **ψυχαναγκαστική**, και η **μεταιχμιακή** διαταραχή προσωπικότητας είναι οι πιο επικρατέστερες.

Η αυτό-αναφορά εναντίον της διαγνωστικής συνέντευξης στην αξιολόγηση των διαταραχών προσωπικότητας είναι τα χρυσά πρότυπα για τη διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας (50), αυτά τα μετά-αναλυτικά συμπεράσματα δείχνουν ότι τα όργανα αυτό-εκθέσεων υπερεκτιμούν πολύ το ποσοστό επικράτησης κάθε διαταραχής προσωπικότητας και για ανορεξικά άτομα και για βουλιμικά άτομα. Αν και τα όργανα αυτό-αναφοράς και οι διαγνωστικές συνεντεύξεις παράγουν γενικά παρόμοια συμπεράσματα σχετικά με τις πιο κοινές διαταραχές προσωπικότητας (διαταραχές ομάδας Γ είναι κοινές σε άτομα με ανορεξία, διαταραχές ομάδας Β και Γ είναι κοινές σε άτομα με βουλιμία), τα όργανα αυτό-αναφοράς υπερεκτιμούν τα ποσοστά επικράτησης πάνω από 35%. Τα εργαλεία αυτοαναφοράς τείνουν να υπερεκτιμούν τα ποσοστά επικράτησης των διαταραχών προσωπικότητας σε άτομα με ανορεξία περισσότερο απ' ό,τι σε άτομα με βουλιμία, και υπερεκτιμούν ιδιαίτερα την επικράτηση σχιζοειδούς και σχιζότυπης διαταραχής προσωπικότητας σε άτομα με ανορεξία και βουλιμία, και τη **μεταιχμιακή** και τη δραματική διαταραχή προσωπικότητας σε άτομα με **ανορεξία**. Αυτά τα συμπεράσματα είναι σύμφωνα με τις προηγούμενες μελέτες εκθέτοντας μόνο τη μέτρια συμφωνία μεταξύ των διαγνώσεων που προκύπτουν από τη διαγνωστική συνέντευξη και την αυτό-αναφορά (50), ιδιαίτερα για την ομάδα Β διαταραχών προσωπικότητας και τη σχιζοειδή διαταραχή προσωπικότητας (59).

Τα παρόντα μετά-αναλυτικά συμπεράσματα υποστηρίζουν σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες ότι η ομάδα Γ διαταραχών προσωπικότητας διαγιγνώσκεται συνηθέστερα μεταξύ των ατόμων με νευρική ανορεξία. Τα άτομα με νευρική βουλιμία και υπερφαγία εντοπίζονται συνήθως στην ομάδα Β και Γ των διαταραχών προσωπικότητας. Οι τρεις μελέτες που αξιολογούν τις διαταραχές προσωπικότητας στα κοινοτικά δείγματα εξέθεσαν συγκρίσιμα συμπεράσματα σε σχέση με εκείνους που χρησιμοποιούν τα κλινικά δείγματα (22; 78; 86). Αν και η σπανιότητα των μελετών των διαταραχών προσωπικότητας σε άτομα με ανορεξία απέκλεισε το συνυπολογισμό τους στη μετά-ανάλυση, παρόμοια με τα άτομα με βουλιμία και υπερφαγία, εκείνοι με ανορεξία έχουν τα υψηλότερα ποσοστά ομάδας Β και Γ διαταραχών προσωπικότητας (16; 48).

Συνοψίζοντας, αυτή η μετά-ανάλυση προτείνει ότι η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας είναι η πιο κοινή σε άτομα με διατροφικές διαταραχές, που επιβεβαιώνει τα συμπεράσματα που τα άτομα με διατροφικές διαταραχές τείνουν να ενδιαφέρονται υπερβολικά για την αποδοχή και την έγκριση και φοβούνται την κριτική και την απόρριψη (56). Η **ψυχαναγκαστική** διαταραχή προσωπικότητας είναι η πιο κοινή μεταξύ των ατόμων με **ανορεξία και υπερφαγία**, και επίσης αρκετά κοινή μεταξύ εκείνων με **βουλιμία**, που υποστηρίζει τη διαπίστωση ότι τα άτομα με διατροφικές διαταραχές είναι τελειομανείς και έχουν καθορισμένα υψηλά προσωπικά πρότυπα (29). Η εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας, που χαρακτηρίζεται από μια υπερβολική ανάγκη του ατόμου να το φροντίζουν, είναι πιο κοινή μεταξύ των ατόμων με ανορεξία και βουλιμία. Αυτό το εύρημα είναι ενδιαφέρον λαμβάνοντας υπόψη τις θεωρίες που προτείνουν ότι οι διατροφικές

διαταραχές είναι η δύσκολη προσπάθεια ενός ατόμου να ασκήσει τον έλεγχο κατά τη διάρκεια της ζωής κάποιου άλλου (101). Η **μεταιχμιακή** διαταραχή προσωπικότητας, που χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα και αστάθεια, είναι η πιο κοινή μεταξύ των ατόμων με **υπερφαγία**, θεμελιώνοντας τα προηγούμενα συμπεράσματα ότι η παρορμητικότητα, η αναζήτηση διεγέρσεων και η επιδίωξη της καινοτομίας είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συνδρόμου υπερφαγίας (12; 16; 65). Κατά συνέπεια, τα συμπεράσματα από τις μελέτες που εξετάζουν όλα τα γνωρίσματα προσωπικότητας και εκείνα που εξετάζουν τις κατηγορίες των διαταραχών προσωπικότητας σε άτομα με διατροφικές διαταραχές επιβεβαιώνουν γενικά το ένα άλλο. (101)

Σύμφωνα με τον Cloninger και συν, (1993), τα γνωρίσματα προσωπικότητας επηρεάζουν τον τύπο διαταραχών προσωπικότητας του κάθε ατόμου που πάσχει από αυτές. Εκτός από τη χαμηλή αυτοπεποίθηση, την έλλειψη συνεργασίας, που φαίνονται να χαρακτηρίζουν όλες τις διαταραχές προσωπικότητας, οι διαταραχές προσωπικότητας ομάδας Α συνδέονται πιο έντονα με τη χαμηλή εξάρτηση για ανταμοιβή, οι διαταραχές προσωπικότητας ομάδας Β με την υψηλή επιδίωξη για καινοτομία, οι διαταραχές προσωπικότητας ομάδας Γ με την υψηλή αποφυγή ζημιάς (5; 54). Το γεγονός ότι και οι τρεις διατροφικές διαταραχές συνδέονται με υψηλά ποσοστά με τις ίδιες διαταραχές προσωπικότητας (ιδιαίτερα της ομάδας Γ διαταραχές προσωπικότητας) υποστηρίζει την έννοια ενός θεμελιώδους κοινού πυρήνα για όλες τις διατροφικές διαταραχές (δηλαδή υψηλή αποφυγή ζημιάς, χαμηλή αυτοπεποίθηση, την έλλειψη συνεργασίας).

Τα συνήθη συμπεράσματα δείχνουν ότι και η ανορεξία και η βουλιμία χαρακτηρίζονται από την τελειοθηρία, το ψυχαναγκασμό-καταναγκασμό, τη

νεύρωση, την αρνητική συναισθηματικότητα, την αποφυγή ζημιάς, τη χαμηλή αυτοπεποίθηση, την έλλειψη συνεργασίας, και τα γνωρίσματα που συνδέονται με την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Αυτές οι μεταβλητές προσωπικότητας εμφανίζονται να είναι ακέραιες πτυχές των διατροφικών διαταραχών. Λίγες συνεπείς διαφορές προκύπτουν μεταξύ των ομάδων των διατροφικών διαταραχών που περιλαμβάνουν την αυξημένη αίσθηση ντροπής και την εμμονή και τη χαμηλή αίσθηση καινοτομίας σε άτομα με ανορεξία και την υψηλή παρορμητικότητα, την αίσθηση της καινοτομίας σε άτομα με βουλιμία. Μπορεί αυτά τα γνωρίσματα να έχουν επιπτώσεις στη συμπτωματική έκφραση των διατροφικών διαταραχών, με τον υψηλό περιορισμό και την εμμονή που προδιαθέτουν στο διατροφικό περιορισμό, και τον υψηλό παρορμητισμό, την αίσθησης καινοτομίας δημιουργώντας μια ευπάθεια για υπερφαγικές και καθαρτικές συμπεριφορές. Οι μελέτες που εξετάζουν τις μεταβλητές προσωπικότητας σε άτομα με ανορεξία και υπερφαγία προτείνουν ότι και οι δύο ομάδες είναι παρόμοιες σε άτομα με βουλιμία από ανορεξία (41; 42).

Τελικά, η μελέτη της προσωπικότητας σε άτομα με διατροφικές διαταραχές είναι χρήσιμη εάν διευκρινίζει την αιτιολογία, τα συμπτώματα, την απάντηση στη θεραπεία, ή την πρόγνωση των διατροφικών διαταραχών. Μόνο περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με την αιτιολογική σημασία της προσωπικότητας είναι διαθέσιμες επειδή λίγες ενδεχόμενες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί και εκείνοι που χρησιμοποιούν τα διατομικά σχέδια δεν μπορούν να παράγουν συμπεράσματα σχετικά με την αιτιολογία. Για να συνοψίσει τα τρέχοντα συμπεράσματα, μια πρόσφατη μετά-ανάλυση προτείνει ότι η τελειοθηρία είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανορεξία και τη

βουλιμία, ενώ η **ψυχαναγκαστική** διαταραχή προσωπικότητας είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση **ανορεξίας** (71). Οι μελέτες που εξετάζουν την συσχέτιση μεταξύ της συμπτωματολογίας των διαταραχών προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών έχουν διαπιστώσει ότι η παρουσία **μetailχμιακής** διαταραχής προσωπικότητας συνδέεται με τη μεγαλύτερη γενικευμένη ψυχοπαθολογία και τη φτωχότερη λειτουργία, αλλά όχι απαραίτητως με τη μεγαλύτερη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών σε άτομα με **βουλιμία** (11; 85). Αντίθετα, μια μελέτη διαπίστωσε ότι η παρουσία διαταραχών προσωπικότητας συνδέθηκε με τη μεγαλύτερη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών σε άτομα με **υπερφαγία** (83). Οι μελέτες που εξετάζουν την συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και της δριμύτητας των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών έχουν εστιάσει σχεδόν αποκλειστικά στη ομάδα Β των διαταραχών προσωπικότητας (ιδιαίτερα στη **μetailχμιακή** διαταραχή προσωπικότητας).

Η παρουσία της **μetailχμιακής** διαταραχής προσωπικότητας και άλλων διαταραχών της ομάδας Β έχουν συνδεθεί με τη φτωχή απάντηση θεραπείας σε άτομα με **ανορεξία, βουλιμία** (84; 85), και **υπερφαγία** (83). Εντούτοις, μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι η φυσική πορεία της βουλιμίας και των διατροφικών διαταραχών που δεν προσδιορίζονται αλλιώς δεν επηρεάζεται σημαντικά από την παρουσία ή τη δριμύτητα της **μetailχμιακής, της ψυχαναγκαστικής** ή της αποφευκτικής διαταραχής προσωπικότητας (25). Ο Grilo (2002) υποστηρίζει ότι η **μetailχμιακή** διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να συνδεθεί περισσότερο με τη πορεία των γενικών ψυχιατρικών συμπτωμάτων ή της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας στους ασθενείς με

διατροφικές διαταραχές, απ' ότι με τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών αυτά καθαυτά. Συνολικά, η βιβλιογραφία που εξετάζει την επίδραση της προσωπικότητας στα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών, την απάντηση στη θεραπεία, και την πρόγνωση είναι αρκετά περιορισμένη και παράγει ασυμβίβαστα αποτελέσματα, αλλά προτείνει ότι οι διαστάσεις προσωπικότητας, όπως η παρορμητικότητα (39) και η τελειοθηρία (37), μπορούν να είναι καλύτεροι προάγγελοι των συμπτωμάτων και της έκβασης των διατροφικών διαταραχών από τις κατηγορίες των διαταραχών προσωπικότητας, ενισχύοντας κατά συνέπεια τη συνεχή έρευνα στα φυσιολογικά γνωρίσματα προσωπικότητας.

Ίσως η προσωπικότητα πρέπει να διερευνηθεί στη διάγνωση των διατροφικών διαταραχών. Σε μια μελέτη, τα πρότυπα προσωπικότητας μπορούσαν να προβλέψουν τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών (π.χ., βάρος, συχνότητα υπερφαγικών επεισοδίων, και συχνότητα του εξαγνισμού), τη σφαιρική λειτουργία, το ιστορικό της ψυχιατρικής εισαγωγής σε νοσοκομείο και το ιστορικό της σεξουαλικής κακοποίησης, πέρα από τις υποκατηγορίες των διατροφικών διαταραχών (82). Κατά συνέπεια, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να προβλέψουν τη κλινική φαινομενολογία, τη έκβαση της θεραπείας, και της πρόγνωσης (72). Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα ευρήματα, μερικοί έχουν υποστηρίξει τη μεγαλύτερη εκτίμηση των πρότυπων προσωπικότητας στην ανάπτυξη των διαγνωστικών ταξινομήσεων των διατροφικών διαταραχών (72; 82; 84) επειδή ορισμένα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών μπορούν να εξυπηρετήσουν διαφορετικές λειτουργίες ή να έχουν τις διαφορετικές έννοιες ανάλογα με τα σύνοδα χαρακτηριστικά προσωπικότητας (72). (13)

Η προηγούμενη έρευνα που μιλά για την επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές ποικίλλει στα συμπεράσματα, αλλά μια γενική κατανόηση φαίνεται να υπάρχει στο ότι οι διαταραχές προσωπικότητας είναι μάλλον κοινές μεταξύ των διατροφικά διαταραγμένων ασθενών. Πρόσφατη έρευνα υποστηρίζει την υψηλή επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας κατά DSM III-R ή DSM IV σε έναν μεγάλο πληθυσμό που αναζητάει θεραπεία για τις διατροφικές διαταραχές. Πεντακόσιοι σαράντα πέντε ασθενείς με τις διατροφικές διαταραχές κατά DSM IV έχουν αξιολογηθεί χρησιμοποιώντας τη δομημένη κλινική συνέντευξη και την εξέταση διατροφικής διαταραχής, με αποτέλεσμα τα 29.5% του πληθυσμού έχουν μια ή περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας σύμφωνα με τα κριτήρια DSM III-R ή DSM IV. Περίπου ένα τρίτο από το δείγμα εκπληρώνει τα κριτήρια για τουλάχιστον μια διαταραχή προσωπικότητας. Οι διαγνώσεις της ομάδας Γ ήταν οι πιο κοινές, με ένα συνολικό ποσοστό επικράτησης 17.1% που ακολουθήθηκε από τη ομάδα Β με 9.9%., ενώ οι διαταραχές από την ομάδα Α ήταν σπάνιες, μόνο 1.7% εκπλήρωναν τα κριτήρια για τουλάχιστον μια από αυτές. Η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας είναι η πιο κοινή διαταραχή (12.1%), που ακολουθείται από τις διαταραχές προσωπικότητας που δεν προσδιορίζονται αλλιώς (7.2%), τη **μεταιχμιακή** (6.2%), τη καταθλιπτική (5.7%) και την εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας. Συγκρίνοντας τους ασθενείς με ανορεξία και τους ασθενείς με βουλιμία, η συνολική επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας είναι σημαντικά υψηλότερη σε ασθενείς με βουλιμία, η οποία προκαλείται από την αυξανόμενη παρουσία ομάδας Β διαταραχών προσωπικότητας, ειδικά της **μεταιχμιακής** διαταραχής, σε

ασθενείς με βουλιμία. Η παρουσία ομάδας Γ διαταραχών προσωπικότητας, είναι ομοιόμορφα κατανεμημένες σε όλες τις διατροφικές διαταραχές. Οι διαταραχές προσωπικότητας, και συγκεκριμένα η **μεταιχμιακή** διαταραχή προσωπικότητας, είναι σημαντικά πιο κοινή στους ασθενείς με νευρική βουλιμία. Το ποσοστό των διατροφικά διαταραγμένων ασθενών με τις διαταραχές προσωπικότητας μπορεί να μην είναι τόσο μεγάλο όπως συχνά δείχνουν οι μελέτες. Αυτό συμπεραίνει μια ισχυρή γενική συσχέτιση μεταξύ των δύο ομάδων διαταραχών εντούτοις, η συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει στα υποσύνολα των δειγμάτων διατροφικής διαταραχής. (23)

Πολλοί ερευνητές έχουν συγκεντρώσει αναδρομικές αναφορές για την προσωπικότητα του ασθενούς πριν από την εμφάνιση της Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής. Η περιγραφή των βουλιμικών ασθενών περιλαμβάνει ιστορικά χαρακτηριστικά, συναισθηματική αστάθεια, τάση για εξωστρέφεια και κοινωνικότητα. Κάποιες από τις αναδρομικές αυτές έρευνες δίνουν ενδιαφέρουσες πληροφορίες. Περισσότεροι από 2000 μαθητές σε σχολείο προαστίου της Μινεάπολης συμπλήρωναν διάφορα ερωτηματολόγια για 3 συνεχόμενα χρόνια. Μεταξύ των μετρήσεων συμπεριλαμβάνονταν και αξιολογήσεις προσωπικότητας καθώς και ένα μέρος ερωτηματολογίου που αξιολογούσε την επικινδυνότητα ανάπτυξης Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής από το Ερωτηματολόγιο Διαταραχών Διατροφής. Ο ακριβέστερος προβλεπτικός παράγοντας για την εκδήλωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής ήταν μια μέτρηση που αφορούσε το βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να διακρίνει-αναγνωρίσει διαφορετικές βιολογικές καταστάσεις του σώματός του (interoceptive awareness). (45, 105)

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε, η δομημένη κλινική συνέντευξη για το DSM-III-R (SCID και SCID II) χορηγήθηκε σε 105 ασθενείς με διατροφικές διαταραχές προκειμένου να εξεταστούν τα ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών και της χρονολογικής ακολουθίας στις οποίες αυτές οι διαταραχές αναπτύχθηκαν. Ογδόντα έξι ασθενείς, 81.9% του δείγματος, είχαν διαγνωστεί με διαταραχές του άξονα I εκτός από κάποια διατροφική διαταραχή. Η κατάθλιψη, η ανησυχία και η εξάρτηση ουσιών ήταν οι πιο κοινές διαγνώσεις που συνυπήρχαν. Οι ασθενείς με ανορεξία είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες από τους ασθενείς με βουλιμία (και όλες οι υποκατηγορίες) να αναπτύξουν κάποια διατροφική διαταραχή πριν από άλλη διαταραχή του άξονα I. Οι διαταραχές προσωπικότητας ήταν κοινές μεταξύ των ατόμων, 69% ικανοποίησε τα κριτήρια για τουλάχιστον μια διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας. Από τους 72 ασθενείς με τις διαταραχές προσωπικότητας, στο 93% επίσης συνυπήρχε κάποια διαταραχή του άξονα I. Οι ασθενείς με τουλάχιστον μια διαταραχή προσωπικότητας είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν μια συναισθηματική διαταραχή ή εξάρτηση από ουσίες, από εκείνους χωρίς κάποια διαταραχή προσωπικότητας. (9)

Ο σκοπός μιας άλλης μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η σχέση των διατροφικών διαταραχών με τις διαταραχές προσωπικότητας. Σε διακόσια άτομα τους χορηγήθηκε ανεξάρτητα η δομημένη κλινική συνέντευξη κατά DSM-III-R (SCID) και η εξέταση διαταραχής προσωπικότητας (Personality Disorder Examination, PDE) πρόσωπο με πρόσωπο από δύο έμπειρους νοσοκομειακούς γιατρούς. Εκατό σαράντα έξι επίσης ολοκλήρωσαν το αναθεωρημένο διαγνωστικό ερωτηματολόγιο προσωπικότητας, (Personality Diagnostic Questionnaire-Revised PDQ-R). Τα ποσοστά διαταραχής

προσωπικότητας μεταξύ των ασθενών με και χωρίς διατροφικές διαταραχές καθορίστηκαν από κάθε ένα από τα τρία όργανα. Εξετάστηκε η συνοσηρότητα μεταξύ της βουλιμίας και της ανορεξίας και μεμονωμένων διαταραχών του άξονα II. Οι διατροφικές διαταραχές με και χωρίς διαταραχές προσωπικότητας συγκρίθηκαν με την ηλικία κατά την έναρξη και με δύο μέτρα βαρύτητας της νόσου. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η συσχέτιση, γενικά, μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών ποικίλλει ανάλογα με τη διαγνωστική μέθοδο. Η βουλιμία, εντούτοις, συνδέεται με την μetailχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και η ανορεξία με τη αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Οι διατροφικές διαταραχές με τις διαταραχές προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από χρονιότητα και χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας έναντι των διατροφικών διαταραχών χωρίς διαταραχές προσωπικότητας. (70)

Οι περισσότερες προηγούμενες έρευνες που αφορούσαν τη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της διαταραγμένης κατανάλωσης τροφής είναι μελέτες περιπτώσεων και έχουν χρησιμοποιήσει σχετικά ομοιογενή δείγματα. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Lilienfeld, Jacobs, Woods και Picot 2008 ερευνήθηκαν δύο ειδικοί υποθετικοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας σε ένα εθνικά διαφορετικό δείγμα γυναικών. Κατά τη διάρκεια των πρώτων δύο ετών οι αξιολογήσεις έγιναν με διαγνωστικές συνεντεύξεις. Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι τα συμπτώματα της **μetailχμιακής διαταραχής προσωπικότητας**, καθώς επίσης και μια αλληλεπίδραση μεταξύ των συμπτωμάτων της **ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας** και της φυλής,

πρόβλεψαν σημαντικά τη εμφάνιση διατροφικών διαταραχών κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο ετών. Πιο συγκεκριμένα η παθολογία της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής προσωπικότητας ήταν εντονότερα προβλέψιμη στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών για τις αφρό-αμερικανές γυναίκες. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής υποστήριξαν ότι η μεταιχμιακή και η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας προβλέπουν την ανάπτυξη κάποιας διατροφικής διαταραχής μεταξύ των γυναικών που βρίσκονται στο κολέγιο κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο ετών. Επιπλέον, η φυλή μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην κατανόηση του ρόλου της προσωπικότητας στην αιτιολογία της διαταραγμένης κατανάλωσης τροφής. (46)

3.1 Διατροφικές διαταραχές – Γενικά χαρακτηριστικά



3.1.1 Νευρική ανορεξία

Η νευρική ανορεξία (*Anorexia nervosa*) πιο γνωστή ως ανορεξία είναι μια διατροφική διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από την άρνηση για διατήρηση ενός υγιούς φυσιολογικού βάρους και έναν μανιώδη φόβο για την απόκτηση βάρους σε συνδυασμό με μια διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό τους που μπορεί να διατηρηθεί από διάφορες προκαταλήψεις σχετικά με το σώμα τους ,το φαγητό και την διατροφή τους. Τα άτομα με νευρική ανορεξία παρόλο που νιώθουν πείνα συνεχίζουν να καταναλώνουν πολύ μικρές ποσότητες φαγητού. Η μέση ημερήσια πρόσληψη θερμίδων για άτομα με ανορεξία είναι 600-800 θερμίδες αλλά υπάρχουν και ακραίες περιπτώσεις ολικής αθρεψίας .Είναι μια σοβαρή ψυχική αρρώστια με υψηλό ποσοστό παρενεργειών και το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από όλες τις ψυχικές ασθένειες. Η νευρική ανορεξία εκδηλώνεται συνήθως στην εφηβεία. Παρόλο που μπορεί να επηρεάσει ανθρώπους κάθε ηλικίας, φυλής και κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης η νευρική ανορεξία επηρεάζει τις γυναίκες 10 φορές περισσότερο από τους άντρες. (128)

Τα σύγχρονα κύρια διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία (DMS-IV, American Psychiatric Association, 1994) περιλαμβάνουν :

- Εξεσημασμένη απώλεια βάρους η οποία είναι αυτοπροκαλούμενη και μη αποδοχή της ελάχιστης αύξησης του βάρους σώματος κατά τη διάρκεια έντονης ανάπτυξης όπως είναι η εφηβεία.
- Ειδική ψυχοπαθολογία που χαρακτηρίζεται από τον φόβο για το πάχος.

- Διαταραχή στην αυτοεκτίμηση ως προς την εικόνα του σώματος και άρνηση της σοβαρότητας της κατάστασης μετά από μεγάλη απώλεια βάρους.
- Ενδοκρινολογικές διαταραχές που εκδηλώνονται με αμηνόρροια (συνεχής απουσία τουλάχιστον τριών κύκλων έμμηνου ρύσης) και απώλεια του ερωτικού ενδιαφέροντος στα κορίτσια και ανικανότητα στα αγόρια.

Η νευρική ανορεξία αποτελεί διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς η οποία ουσιαστικά βλάπτει τη σωματική υγεία και την ψυχοσωματική λειτουργία. Το άτομο αρνείται να διατηρήσει το ελάχιστο -για την ηλικία και το ύψος του- σωματικό βάρος, παρουσιάζει έντονο φόβο για την παχυσαρκία και την αύξηση βάρους, ώστε το βάρος του να υπολείπεται 15% με 20% του φυσιολογικού.

Άτομα με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζονται από προφανή, γρήγορη και δραματική απώλεια βάρους, έχουν πρησμένες αρθρώσεις και κοιλιακό φούσκωμα χαρακτηρίζονται από τη χρήση καθαρτικών, διαιτητικών χαπιών, εμετικά, διουρητικά η πηγαίνουν γρήγορα στο μπάνιο μετά τα γεύματα για να προκαλέσουν οι ίδιοι εμετό στον εαυτό τους και να αποβάλλουν τις περιττές θερμίδες, τα άτομα αυτά κάνουν συχνή και επίπονη άσκηση, δεν αντέχουν το κρύο και δηλώνουν συχνά πόσο κρυώνουν εξαιτίας της έλλειψης μονωτικού λίπους ή κακής κυκλοφορίας του αίματος λόγω πολύ χαμηλής πίεσης. Εμφανίζουν επίσης πολύ χαμηλή θερμοκρασία σώματος (υποθερμία) καθώς το σώμα προσπαθεί να εξοικονομήσει ενέργεια. Συχνά πάσχουν από κατάθλιψη. (128)

Τα άτομα που παρουσιάζουν νευρική ανορεξία εμφανίζουν διαταραχές της περιόδου και φτάνουν γρήγορα στην αμηνόρροια. Το δέρμα ξεραίνεται, παρουσιάζεται υπόταση, αδυναμία, βραδυκαρδία, αναιμία, λευκοπενία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης, υποκαλιαιμία, υπονατριαιμία, δυσκοιλιότητα, χαμηλή θυροξίνη, αύξηση της κορτιζόλης στο πλάσμα και οστεοπόρωση. Συχνά πλησιάζουν στον θάνατο. (116)

Η αιτιολογία δεν είναι απόλυτα γνωστή. Έχουν αναφερθεί γενετικοί, βιολογικοί, κοινωνικοί και κυρίως ψυχολογικοί παράγοντες που προσπαθούν να εξηγήσουν την αιτιολογία της ανορεξίας.

Σε ότι αφορά το φύλο, η νευρική ανορεξία φαίνεται από τις έρευνες ότι πλήττει κυρίως τις γυναίκες, (97) οι οποίες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής γενικά. Η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με νευρική ανορεξία, κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20. Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Η διαταραχή βέβαια εμφανίζεται και σε αγόρια εφήβους, αλλά και σε αυτές τις ηλικίες ισχύει το ότι τα περιστατικά είναι 15-20 φορές λιγότερο συχνά απ' ό τι στα κορίτσια της εφηβείας. Οι διαφορές στον επιπολασμό της νευρικής ανορεξίας μεταξύ του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού μάλλον αντανakλούν τη μεγαλύτερη έμφαση που δίνουν οι γυναίκες στα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία για το τι θεωρείται ελκυστικό – επιθυμητό. Τα πρότυπα αυτά είναι γνωστό ότι εδώ και δεκαετίες προβάλλουν τη λεπτόσωμη σιλουέτα σαν ιδανικό, και είναι πολλές οι ερευνητικές μελέτες που δείχνουν ότι η υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος είναι εντυπωσιακά

συχνή ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό. (100) Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι η νευρική ανορεξία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρές κοπέλες που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτά σώματα όπως είναι τα μοντέλα, οι χορεύτριες μπαλέτου, οι αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων (π.χ. ρυθμικής) κ.α. Κάτι ανάλογο ισχύει και για τους άνδρες που κινούνται σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς χώρους.

Η νευρική ανορεξία παρατηρείται κατεξοχήν στις δυτικές πολιτισμικές κοινωνίες, δηλαδή τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα σε βιομηχανικές, πλούσιες, ανεπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με αναπτυσσόμενες χώρες, όπου φαίνεται να σπανίζει. Ακόμα και μέσα σ' αυτές τις ανεπτυγμένες χώρες είναι πιο συχνή στα υψηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα. Ίσως αυτό να συνδέεται με το γεγονός ότι η νευρική ανορεξία είναι περισσότερο πιθανό να αναπτυχθεί σε ένα περιβάλλον όπου υπάρχει πληθώρα διαθέσιμου φαγητού αλλά στο οποίο το να είναι οι γυναίκες λεπτές με κάποιο τρόπο εξισώνεται με υψηλό ή ξεχωριστό επίτευγμα. (97)

Η σκέψη των ατόμων με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση κι από μια διαρκή ανάγκη για έλεγχο των καταστάσεων και του εαυτού τους. Όσο πιο πολύ συνειδητοποιούν ότι είναι δύσκολο να ελέγξουν τις καταστάσεις γύρω τους τόσο πιο πολύ θέλουν να ελέγξουν το σώμα τους μέσα από τη δίαιτα και την άσκηση. Πέφτουν σε παγίδες του τύπου «άσπρο-μαύρο» δηλαδή θεωρούν ότι κάποιος είτε θα είναι αδύνατος και όμορφος, είτε χοντρός και άσχημος χωρίς κανένα ενδιάμεσο στάδιο. Επίσης τείνουν σε μεγάλο βαθμό να θεωρούν πως η ελκυστικότητα και η ομορφιά κάποιου εξαρτάται αποκλειστικά από το ποσοστό λίπους που έχει επάνω του. Πέρα από τα παραπάνω στις πιο πολλές περιπτώσεις η σκέψη των ατόμων με

νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από τη διαστρέβλωση της εικόνας του σώματός τους. Αυτό σημαίνει πως όταν κοιτούν τον εαυτό τους στον καθρέφτη βλέπουν το σώμα τους παχύτερο από ότι είναι στην πραγματικότητα. (109, 112)

Το κυρίαρχο συναίσθημα των ανορεξικών είναι η στενοχώρια και το άγχος. Μια διάγνωση κατάθλιψης συχνά συνοδεύει μια διάγνωση νευρικής ανορεξίας. Κάποιοι ερευνητές, όπως οι Blouin (1992) και συνεργάτες υποθέτουν πως η νευρική ανορεξία είναι μια παραλλαγή της κατάθλιψης ενώ άλλοι, π.χ. οι Vanderlinden, Norre και Vandereycken (1997) θεωρούν πως η κατάθλιψη μπορεί απλά να είναι το αποτέλεσμα της όλης ζωής και των προβλημάτων του ανορεξικού ατόμου. (109)

3.1.2 Ψυχογενή βουλιμία

Η Ψυχογενή Βουλιμία είναι μια διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει και έτσι καταφεύγει σε αντισταθμιστικές μεθόδους όπως πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υπερβολικής άσκησης ώστε το άτομο να μην πάρει βάρος. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας τα άτομα καταναλώνουν κυρίως τροφές πλούσιες σε θερμιδική αξία. Τα άτομα νιώθουν ντροπή και ενοχές και κρύβουν τα επεισόδια αυτά τα οποία προκαλούνται από δυσφορία, διαπροσωπικά προβλήματα, έντονη πείνα ή αισθήματα αρνητικά ως προς το σχήμα ή και το μέγεθος του σώματος τους. Ο προκλητός εμετός είναι η πιο συχνή αντισταθμιστική συμπεριφορά και χρησιμοποιείται από το 90% ενώ η χρήση των καθαρτικών μεθόδων συναντάται στο 30% των ατόμων. Κύριο χαρακτηριστικό της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος το οποίο ελέγχεται κατά κάποιο τρόπο με τις παραπάνω αντισταθμιστικές μεθόδους ενώ οι διακυμάνσεις στο βάρος είναι συχνές. Συνήθως βέβαια το άτομο έχει φυσιολογικό βάρος ή λίγο παραπάνω από αυτό. (126)

Τα σύγχρονα κύρια διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή βουλιμία (DMS-IV, American Psychiatric Association, 1994) περιλαμβάνουν :

A. Επαναλαμβανόμενα βουλιμικά επεισόδια χαρακτηρίζεται από τα εξής δύο:

(1) Η κατανάλωση φαγητού και σε διακριτό χρονικό διάστημα (π.χ., σε οποιαδήποτε περίοδο 2 ωρών), το ποσό των τροφίμων που είναι σίγουρα μεγαλύτερη από ό, τι οι περισσότεροι άνθρωποι θα τρώνε

κατά τη διάρκεια μια παρόμοια χρονική περίοδο και υπό παρόμοιες συνθήκες.

(2) Η αίσθηση της έλλειψης ελέγχου κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ., ένα αίσθημα ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο κάποιος τρώει).

Β. Περιοδική ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποφευχθεί αύξηση του σωματικού βάρους, όπως η πρόκληση εμετού, κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών.

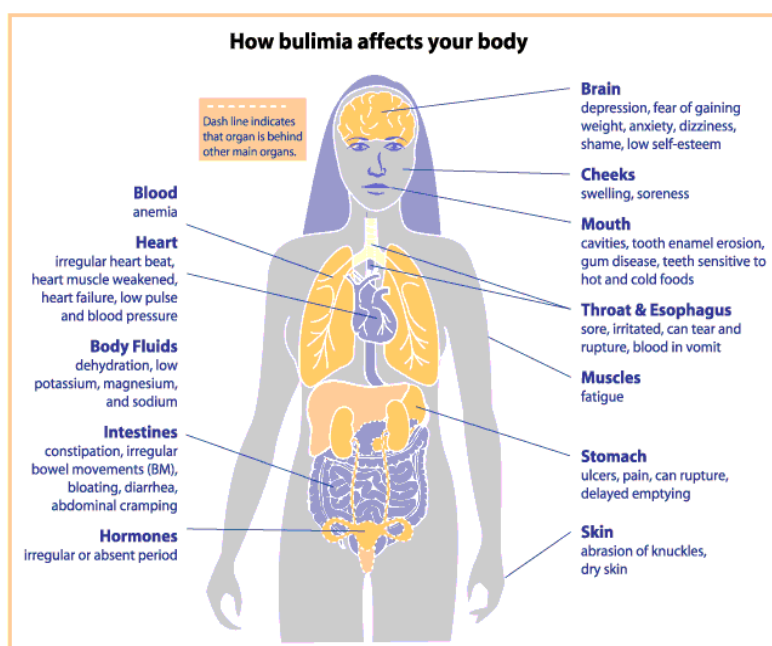
Γ. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές εμφανίζονται, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.

Δ. Το άτομο επηρεάζεται υπερβολικά από το σχήμα του σώματος και το βάρος του.

Ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Η ψυχογενής βουλιμία είναι ένα κλινικό σύνδρομο που μπορεί να εμφανιστεί στην εφηβεία αλλά ακόμα και στην ενήλικη ζωή συνήθως μεταξύ 13-20 ετών με συχνότητα 1-3%(στους άντρες το 1/10 αυτού) και η πορεία της είναι χρόνια ή διαλείπουσα. Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια χρόνια διαταραχή και συνυπάρχει με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη ή δυσθυμική διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές όπως κοινωνική φοβία, ψύχωση, ιδεοψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, κατάχρηση και εξάρτηση ουσιών αλλά και διαταραχές της προσωπικότητας συνήθως μεταιχμιακής με ποσοστό από 2-50%. (110)

Στα άτομα με βουλιμία, οι συχνοί εμετοί μπορούν να δημιουργήσουν ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες (υποκαλιαιμία, υπονατριαιμία, υποχλωραιμία) και μεταβολική αλκάλωση και οι διάρροιες από τη λήψη καθαρικών μεταβολική οξέωση. Σε ορισμένα άτομα υπάρχει μέτρια αύξηση της αμυλάσης του ορού. Οι προκλητοί εμετοί μπορεί να δημιουργήσουν μεγάλη φθορά στην αδαμαντίνη των δοντιών, διόγκωση των σιελογόνων αδένων και ιδιαίτερα της παρωτίδας, κάλους ή ουλές στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών, ακόμη και οισοφαγική ρήξη ή αρρυθμίες με κίνδυνο τον θάνατο. Ακόμα, σε βουλιμικά άτομα μπορεί να εμφανισθούν διαταραχές του καταμήνιου κύκλου ή αμηνόρροια. Υπολογίζεται ότι πάνω από 90% των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες. (130)



Τα ακριβή αίτια της νευρογενούς βουλιμίας δεν είναι γνωστά στους επιστήμονες. Η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας φαίνεται ότι προκαλείται ή επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως γενετικούς, βιολογικούς ή και ψυχολογικούς παράγοντες, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, ψυχικά τραύματα ή και πολιτιστικούς παράγοντες. (122)

3.1.3 Διαταραχή Υπερφαγίας

Η Διαταραχή Υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας τροφής απ' ό,τι οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να φάνε, ενώ παράλληλα το άτομο δεν έχει την αίσθηση του ελέγχου. Τα υπερφαγικά επεισόδια λαμβάνουν χώρα και στην ψυχογενή βουλιμία και στη διαταραχή υπερφαγίας. Ωστόσο, το βάρος του ατόμου διαφέρει ριζικά ανάμεσα στις δύο αυτές διαταραχές. Επειδή στη διαταραχή υπερφαγίας απουσιάζουν οι αντιρροπιστικές συμπεριφορές (καθαρτικού ή μη καθαρτικού τύπου), το άτομο κερδίζει βάρος και καταλήγει παχύσαρκο, κάτι το οποίο δεν συμβαίνει συνήθως στην ψυχογενή βουλιμία. Τις περισσότερες φορές η έναρξη της διαταραχής υπερφαγίας συμβαίνει περίπου στο τέλος της μετεφηβείας και αρχή της ενήλικης φάσης (22 με 25 ετών). Η εμφάνιση έχει ελαφρώς μεγαλύτερη συχνότητα από την ψυχογενή βουλιμία (2-3% στον γενικό πληθυσμό), ενώ στα παχύσαρκα άτομα η διαταραχή της υπερφαγίας αγγίζει το 5 με 8%.

Τα σύγχρονα κύρια διαγνωστικά κριτήρια για την Διαταραχή Υπερφαγίας (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) περιλαμβάνουν :

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (binge eating). Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο ακόλουθα :

1. λήψη τροφής σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ μέσα σε χρονικό διάστημα 2 ωρών). Η ποσότητα τροφής είναι μεγαλύτερη από αυτή που οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να φάνε μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες

2. αίσθηση έλλειψης ελέγχου στο φαγητό κατά τη διάρκεια του επεισοδίου
(π.χ αίσθημα πως δεν μπορεί το άτομο να σταματήσει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει)

Β. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνδέονται με τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα :

1. το άτομο τρώει πολύ πιο γρήγορα από το κανονικό
2. το άτομο τρώει μέχρι να νιώσει δυσάρεστα πλήρες το στομάχι του
3. το άτομο τρώει μεγάλες ποσότητες τροφής, όταν δε νιώθει να πεινάει
4. το άτομο νιώθει δυσάρεστα που τρώει πολύ και για το λόγο αυτό τρώει μόνο του
5. το άτομο, όταν τρώει υπερβολικά, νιώθει δυσάρεστα με τον εαυτό του, μελαγχολικά και έχει αρκετές ενοχές

Γ. Το άτομο βιώνει έντονο άγχος σχετικά με τη συμπεριφορά υπερφαγίας του

Δ. Η συμπεριφορά υπερφαγίας συμβαίνει κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο μέρες την εβδομάδα για έξι μήνες

Ε. Η συμπεριφορά υπερφαγίας δεν συνοδεύεται από ακατάλληλες αντιρροπιστικές συμπεριφορές (π.χ πρόκληση εμέτου, δίαιτα, έντονη σωματική άσκηση) και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια νευρικής ανορεξίας ή νευρικής βουλιμίας

Τα υπερφαγικά άτομα συνήθως νιώθουν έντονη δυσφορία για τις υπερφαγικές τους κρίσεις ή για το άνω του φυσιολογικού βάρος τους. Συνήθως, τα υπερφαγικά άτομα που έχουν άγχος για τις υπερφαγικές τους κρίσεις, έχουν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου κατά τις κρίσεις από τα άτομα που παρουσιάζουν άγχος μόνο για τη μεγάλη αύξηση του βάρους τους. Οι

υπερφαγικοί με απώλεια ελέγχου στις κρίσεις παρουσιάζουν και μεγαλύτερη δυσκολία στους διαιτητικούς περιορισμούς (Marcus, 1994).

Η διαταραχή αυτή έχει συσχετιστεί με την παχυσαρκία, την υπέρταση, το διαβήτη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και με διάφορες μορφές καρκίνου. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη γένεση της διαταραχής υπερφαγίας είναι τόσο ψυχολογικοί όσο και γενετικοί και μεταβολικοί. (94)



3.1.4 Άλλες διατροφικές διαταραχές: Νευρική Ορθορεξία

Τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας και των κοινωνικών πιέσεων, αναδύθηκαν διαταραχές, οι οποίες σχετίζονται άρρηκτα με την εικόνα του σώματος και την φυσική του ευεξία. Μία από αυτές είναι η ψυχογενής ορθορεξία (ΨΟ). Ο όρος "ψυχογενής ορθορεξία" (από τη σύνθεση των ελληνικών λέξεων "ορθός" - σωστός- και "όρεξη") προτάθηκε για πρώτη φορά το 1997, από τον Steven Bratman (MD), προκειμένου να περιγράψει τη συγκεκριμένη κλινική εικόνα.

Σύμφωνα με τον Dr. Bratman, η νευρική ορθορεξία είναι η μανία κατανάλωσης μόνο υγιεινών τροφών, κυρίως βιολογικών ή οργανικών και η αποφυγή κατανάλωσης τροφών αυξημένων σε λιπαρά ή εκείνων που περιέχουν πρόσθετα ή συντηρητικά. Η πάθηση αυτή, επί του παρόντος, δεν αναγνωρίζεται επίσημα και δεν ταξινομείται ως ανεξάρτητη κλινική οντότητα. Η ορθορεξία χαρακτηρίζεται από την παθολογική εμμονή με την κατανάλωση "βιολογικώς αγνών" τροφών, η οποία οδηγεί σε σημαντικούς διαιτητικούς περιορισμούς, λειτουργική έκπτωση, απώλεια κοινωνικών σχέσεων και συναισθηματικών δεσμών με συνακόλουθη επιδείνωση της ψυχαναγκαστικής εμμονής σχετικά με το φαγητό. Η αντιμετώπιση της διαταραχής συνίσταται σε ψυχοθεραπεία γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου και/ή χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Οι πρώτοι "ειδικοί" οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς αυτούς είναι οι διαιτολόγοι και γενικότερα οι επιστήμονες του τομέα της διατροφής. Απαιτείται ευαισθητοποίηση των ειδικών αυτών προκειμένου η πρόληψη να είναι επιτυχής, η διάγνωση έγκαιρη και η αντιμετώπιση αποτελεσματική. (111)

Η μόνη κλινική μελέτη πάνω στην ορθορεξία, διεξήχθη στην Ιταλία, στο Πανεπιστήμιο La Sapienza της Ρώμης. Σε 404 άτομα, τα οποία παρουσίαζαν

χαρακτηριστικά ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας και υπερβολική προσοχή στις διαιτητικές τους συνήθειες, 28, ποσοστό 6,9%, βρέθηκε να πάσχουν από ορθορεξία, κυρίως άνδρες, χαμηλής μόρφωσης. (17)



3.2 Μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και διατροφικές διαταραχές

Έχουν παρουσιαστεί διάφορες έρευνες που αφορούν τη συσχέτιση της μετ αιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών, παρακάτω παραθέτονται μερικές από αυτές.

Η νευρογενής ανορεξία στα άτομα με μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, ξεκινά συνήθως όταν μετά από κάποια αφορμή που προκάλεσε δυσάρεστα συναισθήματα, το άτομο σε μια ανάγκη τόνωσης της αυτοεκτίμησής του, επικεντρώνεται στην επίτευξη του στόχου να ελέγξει το σχήμα και το βάρος του σώματος. (20)

Σύμφωνα με τη μελέτη των Sansone & Sansone (2007), έχουν προσπαθήσει να υπογραμμιστούν οι σύνθετες αλληλεξαρτήσεις μεταξύ του τραύματος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, της μετ αιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας, και των διατροφικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, η παρουσία παιδικού τραύματος αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη της μετ αιχμιακής διαταραχής. Στη συνέχεια, η παρουσία της μετ αιχμιακής διαταραχής αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής, ιδιαίτερα όταν: (α) υπάρχουν διαταραχές που σχετίζονται με τραυματικές εμπειρίες της εικόνας του σώματος (β) το άτομο έχει μια αντιληπτή διαταραχή βάρους και επιδιώκει «να επισκευάσει» το σώμα του και (γ) η αντίληψη σε μια οικογένεια ή ένα κοινωνικό-πολιτιστικό πλαίσιο που διαιωνίζει την ιδανική εμφάνιση ως το αδύνατο σώμα και τη συμπεριφορά που το άτομο κάνει διαρκώς δίαιτα. Στη συνέχεια, η διατροφική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα κάποιου ψυχολογικού τραύματος. (67)

Άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας είναι περισσότερο επιρρεπή στην ψυχογενή βουλιμία. (100) Σε μια έρευνα των Sunday, Levey και Halmi, (1993), η επίπτωση των πρόσφατων ή καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής συναισθηματικών διαταραχών και των χαρακτηριστικών της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας μετρήθηκε στους ασθενείς με νευρική βουλιμία. Εξετάστηκε η σχέση αυτών των μεταβλητών στη πλειοψηφία της συμπτωματολογίας των διατροφικών διαταραχών και των γενικών ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Οι κατηγορικές διαγνωστικές αξιολογήσεις της συναισθηματικής διαταραχής και της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας έγιναν από δομημένες κλινικές συνεντεύξεις σύμφωνα με το DSM-III-R. Η διάγνωση μιας συναισθηματικής διαταραχής επηρέασε έντονα τη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών και των γενικών ψυχιατρικών συμπτωμάτων, ενώ τα χαρακτηριστικά της μεταιχμιακής προσωπικότητας είχαν λίγη επιρροή. Όπως φαίνεται η κατανόηση της ευρείας ψυχολογικής συμπτωματολογίας στους βουλιμικούς ασθενείς απαιτεί την εκτίμηση των συνυπάρχοντων ψυχιατρικών ασθενειών, ειδικά των συναισθηματικών διαταραχών. (75)

Πρόσφατη έρευνα στη γονιδιωματική, που αφορά την ελλειμματική προσοχή / υπερκινητικότητα (ADHD), τη διαταραχή του αυτισμού (ASDs), και κάποια γνωστικά ελλείμματα έχει βοηθήσει στην κατανόηση της σημασίας της προσωπικότητας, τη νεύρο-ανάπτυξη και την υπερφαγία, στο «φάσμα των διατροφικών διαταραχών». Οι αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των διαταραχών προσωπικότητας παραμένουν ασαφείς. Οι οικογενειακές μελέτες προτείνουν μια αύξηση των διαταραχών προσωπικότητας ομάδας Β σε άτομα με νευρική βουλιμία. Τα πρότυπα

θεραπείας για τη βουλιμία και την μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας εξετάζουν το πρόβλημα της αντικατάστασης του συμπτώματος της βουλιμίας με τον αυτό-τραυματισμό ή τον εθισμό. Τα γνωστικά ελλείμματα συνδέουν και τους δύο όρους, και μπορούν να ενισχυθούν από τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. (53)

Η διατροφική διαταραχή της υπερφαγίας μπορεί να έχει επιπτώσεις σε έναν στους τέσσερις παχύσαρκους ασθενείς, με μια διάκριση μεταξύ της παχυσαρκίας και της νευρικής βουλιμίας καθαρτικού τύπου. Οι οικογενειακές μελέτες προτείνουν μερικούς κοινούς παράγοντες ευπάθειας για την παχυσαρκία και την υπερφαγία, συμπεριλαμβανομένου του γενοτύπου, αλλά και την απόκλιση. Το εθνικό ίδρυμα για την υγεία και οι κλινικές οδηγίες της βαριατρικής χειρουργικής επέμβασης για την παχυσαρκία απαιτούν εξέταση για την ύπαρξη διατροφικών διαταραχών, και η έρευνα δείχνει ότι οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να προβλέψουν την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης. Η έρευνα στη γνωστική θεραπεία, τη παρορμητικότητα, τις νευρο-αναπτυξιακές διαταραχές, και η γονιδιωματική μπορεί να μας βοηθήσει καλύτερα ώστε να εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπεία στον ασθενή. (53)

Το τρέχον άρθρο ερευνά την συσχέτιση της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας με την ανάπτυξη των προβλημάτων κατανάλωσης τροφής και βάρους. Ψυχιατρικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε ένα δείγμα σε κοινοτικό επίπεδο 658 ατόμων με μέση ηλικία 14, 16, 22 και 33 έτη. Τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας στην ηλικία των 22 ετών είχαν έναν υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στη μέση ηλικία των 33 ετών. Οι διαταραχές προσωπικότητας συνδέθηκαν με τον κίνδυνο για την αρχή της

υπερφαγίας, του εξαγνισμού, του καθημερινού διατροφικού περιορισμού, και της παχυσαρκίας μεταξύ των ατόμων χωρίς ιστορικό αυτών των προβλημάτων. Τα συμπτώματα της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας συνδέθηκαν με επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και καθαρτικής συμπεριφοράς στη μέση ηλικία 33 ετών. Τα αντικοινωνικά και σχιζότυπα συμπτώματα συνδέθηκαν με επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και την παχυσαρκία στη μέση ηλικία 33 ετών. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέθηκαν με επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και διαιτητικό περιορισμό στη μέση ηλικία 33 ετών. Συμπερασματικά, τα συμπτώματα των διαταραχών προσωπικότητας, εμφανή από την πρόωρη ενηλικίωση, μπορούν να συνδεθούν με τον κίνδυνο για την ανάπτυξη των προβλημάτων διατροφής και βάρους από τη μέση ενηλικίωση. (36)

Σε μια άλλη μελέτη, εξετάστηκε η επικράτηση της υπερφαγίας και της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας σε ένα δείγμα 121 υποψηφίων που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για την παχυσαρκία. Σε αυτό το δείγμα που συμπεριλήφθησαν κυρίως γυναίκες (85.9%), σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο πρόσληψης τροφής και βάρους (QEWP-R), η επικράτηση της υπερφαγίας ήταν 6.5%. Όσον αφορά την επικράτηση της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας το 14.0% των ατόμων διέκοψαν τις αποκαταστροφικές τους τάσεις, 14.0% μείωσαν τα συμπτώματα της διαταραχής σύμφωνα με το διαγνωστικό ερωτηματολόγιο της προσωπικότητας (PDQ-4), και 7.4% υπερέβη το κλινικό αποτέλεσμα στον κατάλογο διαλογής McLean για την μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας (MSI -BPD). Συνολικά, 24.8% του δείγματος δεν συμμετείχε σε τουλάχιστον ένα μέτρο της διαταραχής προσωπικότητας ενώ μόνο 3.3% δεν συμμετείχε

και στα τρία μέτρα. Επιπλέον, υπήρξε μια σημαντική αντίστροφη σχέση μεταξύ της απόκλισης του υψηλότερου και χαμηλότερου ενήλικου δείκτη μάζας σώματος, και στα αποτελέσματα στα ερωτηματολόγια PDQ-4 και το MSI -BPD. (68)

3.3 Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας και διατροφικές διαταραχές

Η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας έχει συνδεθεί κυρίως με την νευρική ανορεξία αλλά και με τη νευρογενή βουλιμία και ορθορεξία, αυτό είναι αποτέλεσμα της ακόλουθης αρθρογραφίας.

Τα άτομα με Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζουν συχνά νευρική ανορεξία. Τα άτομα αυτά έχουν ένα μέσο όρο 10 ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών συμπτωμάτων τα οποία σχετίζονται με τους χαρακτηριστικούς ψυχαναγκασμούς που αφορούν το σωματικό τους βάρος, την εικόνα του σώματός τους, τη δίαιτα, την άσκηση και την παρασκευή του φαγητού.

Οι Anderluh, Tchanturia, και συν, (2003) στην έρευνα τους εξέτασαν αναδρομικά ένα φάσμα γνωρισμάτων της παιδικής ηλικίας που απεικονίζουν την ψυχαναγκαστική προσωπικότητα σε ενήλικες γυναίκες με διατροφικές διαταραχές και αξιολόγησαν την αξία των γνωρισμάτων για την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών στο μέλλον. Στην έρευνα αυτή με δείγμα που περιλάμβανε 44 γυναίκες με νευρική ανορεξία, 28 γυναίκες με νευρική βουλιμία, και 28 υγιείς γυναίκες συγκρίθηκαν και αξιολογήθηκαν με μια συνέντευξη που τους ζητούσε να θυμηθούν εάν είχαν υποβληθεί σε διάφορες μορφές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας γεγονός που υποδηλώνει χαρακτηριστικά που συνδέονται με την ψυχαναγκαστική προσωπικότητα. Τα άτομα αυτά συμπλήρωσαν επίσης έναν κατάλογο συμπτωμάτων της ψυχαναγκαστικής διαταραχής. Τα γνωρίσματα της ψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας κατά τη διάρκεια της παιδικής

ηλικίας παρουσίασαν υψηλή σύνδεση με την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών, με το εκτιμώμενο ποσοστό πιθανότητας για τις διατροφικές διαταραχές που αυξάνονται κατά ένα συντελεστή 6,9 για κάθε επιπλέον ψυχαναγκαστικό γνώρισμα. Περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων με νευρική ανορεξία εξέθεσαν την τελειοθηρία και την ακαμψία στην παιδική ηλικία. Τα άτομα με τις διατροφικές διαταραχές που εξέθεσαν την τελειοθηρία και την ακαμψία στην παιδική ηλικία είχαν τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας και συνοσηρότητας της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής αργότερα στη ζωή, έναντι των ατόμων με κάποια διατροφική διαταραχή που δεν εξέθεσαν εκείνα τα γνωρίσματα. Τα γνωρίσματα της παιδικής ηλικίας που απεικονίζουν την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική προσωπικότητα εμφανίζονται να είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών και μπορούν να αντιπροσωπεύσουν τους δείκτες ενός ευρύτερου φαινότυπου για μια συγκεκριμένη υποομάδα ασθενών με νευρική ανορεξία. Η επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας ομάδας Γ, που περιλαμβάνουν την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας, έχει αναφερθεί στη σειρά μεταξύ 5% και 80% στους ανθρώπους με νευρική ανορεξία και υψηλότερη του 25% στους ανθρώπους με νευρική βουλιμία. Συμπερασματικά τα γνωρίσματα που απεικονίζουν την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας στη παιδική ηλικία είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. (3)

Οι Crane, Roberts, Treasure, (2007), έκαναν μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με σκοπό να εξετάσουν εάν τα γνωρίσματα της

ψυχαναγκαστικής- καταναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας ασκούν επίδραση στην έκβαση της ανορεξίας. Μια συστηματική ηλεκτρονική αναζήτηση της βιβλιογραφίας (που χρησιμοποιεί πληροφορίες Medline, Psyc-INFO, και τον κεντρικό κατάλογο Cochrane των ελεγχόμενων δοκιμών) χρησιμοποιήθηκε για να προσδιορίσει τις σχετικές δημοσιεύσεις (τυχαίες ελεγχόμενες δοκιμές (RCT) και φυσιοκρατικές μελέτες), του Φεβρουαρίου 2006. Ένδεκα διαχρονικές μελέτες και 12 ελεγχόμενες μελέτες συνυπολογίστηκαν. Μια μετά-ανάλυση δεν ήταν εφικτή δεδομένου ότι οι μελέτες ήταν πάρα πολύ ετερογενείς. Ακριβώς πάνω από τις μισές από τις δημοσιευμένες διαχρονικές μελέτες διαπιστώνουν ότι τα γνωρίσματα της διαταραχής συνδέθηκαν με μια αρνητική έκβαση της ανορεξίας. Επιπλέον, τα αποτελέσματα από τρεις RCT πρότειναν ότι αυτά τα γνωρίσματα μπορούν να διατηρήσουν την ανορεξία. Τα γνωρίσματα της διαταραχής μειώθηκαν μετά από την θεραπεία σε πέντε RCT. Συμπερασματικά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα άτομα με ανορεξία και τα συνακόλουθα γνωρίσματα της έχουν μια αρνητική πρόγνωση στην εμφάνιση της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας, τα γνωρίσματα της οποίας δρουν αρνητικά στην διατήρηση της ανορεξίας. Η μείωση αυτών των γνωρισμάτων μπορεί να μεσολαβήσει για αυτήν την αλλαγή. Μια εξατομικευμένη θεραπεία που προσαρμόζεται στα γνωρίσματα της διαταραχής μπορεί να βελτιώσει την έκβαση της ανορεξίας.

Εν περιλήψη, υπάρχουν στοιχεία ότι η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας συνδέεται με μια αρνητική προγνωστική έκβαση εμφάνισης νευρικής ανορεξίας. Υπάρχουν επίσης κάποια στοιχεία ότι τα γνωρίσματα της διαταραχής μπορεί να επηρεάσουν

αρνητικά την θεραπεία της ανορεξίας. Η εμπειρική αξιολόγηση της μακροπρόθεσμης φύσης των γνωρισμάτων είναι επιτακτική, προκειμένου να γίνει πλήρως κατανοητός ο ρόλος τους στην έκβαση της θεραπείας της ανορεξίας. (15)

Μια άλλη μελέτη έγινε για να ερευνηθεί την συσχέτιση της νευρικής ανορεξίας με τις αγχώδεις διαταραχές μέσω της χρήσης ενός ερωτηματολογίου ελέγχου της οικογενειακής κατάστασης. Η επικράτηση καθ' όλη τη διάρκεια ζωής των αγχώδη διαταραχών και της ψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας καθορίστηκε μεταξύ 574 συγγενών πρώτου βαθμού, 152 συγγενών πρώτου βαθμού με νευρική ανορεξία και συγκρίθηκε με τα ποσοστά που παρατηρήθηκαν μεταξύ 647 συγγενών πρώτου βαθμού και 181 συγγενών πρώτου βαθμού που δεν είχαν αρρωστήσει ποτέ. Παρατηρώντας τη συνοσηρότητα της ίδιας ασθένειας στους συγγενείς πρώτου βαθμού, οι συγγενείς αυτών με νευρική ανορεξία, είχαν μια σημαντικά υψηλότερη επικράτηση γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, ψυχαναγκαστικής διαταραχής, αγχώδους διαταραχής, κοινωνικής φοβίας, διαταραχής πανικού και ψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας έναντι των συγγενών πρώτου βαθμού που δεν αρρώστησαν ποτέ. Συμπερασματικά η νευρική ανορεξία δείχνει να επηρεάζεται τόσο από τους οικογενειακούς παράγοντες καθώς και από τους διάφορους φαινότυπους που προκαλούν ανησυχία. Συνεπώς, μια τάση για άγχος είναι μια βασική πτυχή της ευπάθειας στη νευρική ανορεξία. (74)

Η μόνη κλινική μελέτη πάνω στην **ορθορεξία**, διεξήχθη στην Ιταλία, στο Πανεπιστήμιο La Sapienza της Ρώμης. Σε 404 άτομα, τα οποία παρουσίαζαν χαρακτηριστικά ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστική διαταραχής

προσωπικότητας και υπερβολική προσοχή στις διαιτητικές τους συνήθειες, 28 άτομα, ποσοστό 6,9% βρέθηκε να πάσχουν από ορθορεξία, κυρίως άνδρες, χαμηλής μόρφωσης. (17) Φαίνεται λοιπόν ότι υποκατηγορία ασθενών με ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά χαρακτηριστικά και ιδιαίτερη προσοχή στη δίαιτά τους, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην πάθηση αυτή.

Η γένεση της διαταραχής προφανώς προκαλείται από την αλληλοδιαπλοκή γενετικών παραγόντων και περιβαλλοντικών πιέσεων. Η γενετική συνιστώσα μπορεί να ευθύνεται για την καταναγκαστικότητα της συμπεριφοράς, ενώ η κοινωνική επίδραση για το είδος της. Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργηθεί η τάση για επιστροφή σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής, απαραίτητο συστατικό του οποίου είναι μία διατροφή αγνή, καθαρή και φυσική. Όταν όμως η βασανιστική ενασχόληση με την διατροφή οδηγεί το άτομο σε απομόνωση και λειτουργική έκπτωση, τότε δεν προάγεται ούτε η σωματική ούτε η ψυχολογική του υγεία. Ως συνέπεια, μία προσπάθεια υιοθέτησης υγιεινής διατροφής, μετεξελίσσεται σε ψυχαναγκαστική ενασχόληση με την ποιότητα των τροφών. Θα μπορούσε να υποτεθεί ότι η τήρηση της δίαιτας για τους ασθενείς αυτούς έχει ένα "αγχολυτικό" αποτέλεσμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Διατροφική αντιμετώπιση ατόμων με Μετ αιχμιακή και Ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

Οι διαταραχές προσωπικότητας ανήκουν στη κατηγορία των ψυχιατρικών διαταραχών και επηρεάζονται άμεσα από τη διατροφή. Υπάρχουν διατροφικά στοιχεία που επηρεάζουν την πρόγνωση, την εμφάνιση και τη μετέπειτα πορεία των διαταραχών αυτών. Καταναλώνοντας τροφές πλούσιες σε ορισμένα διατροφικά στοιχεία βελτιώνεται και η υγεία αλλά και η πορεία της νόσου του ασθενή.

4.1 Διαταραχές προσωπικότητας και διατροφή

Σύμφωνα με το δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας τα διατροφικά στοιχεία που επηρεάζουν την εμφάνιση διαταραχών προσωπικότητας είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η χοληστερόλη, τα ω-3 λιπαρά οξέα, η χαμηλή οστική πυκνότητα και κατά συνέπεια η οστεοπόρωση, οι ανασταλτικοί παράγοντες οξειδάσης μονοαμίνης, η σεροτονίνη, η ολιγοδιψία και η χρήση ναρκωτικών και οιοπνεύματος. Δεν θα δοθεί εκτενή ανάλυση των στοιχείων αυτών παρά μόνο διατροφική αντιμετώπιση και κάποια βασικά χαρακτηριστικά.

Η εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων επηρεάζει την εμφάνιση της μετ αιχμιακής και της ψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας. Με τον όρο “καρδιαγγειακές παθήσεις” εννοούμε : το ανεύρυσμα, τη στηθάγχη, την αθηροσκλήρωση, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (εγκεφαλικό επεισόδιο), την αγγειακή εγκεφαλική νόσο, τη συμφορητική καρδιακή

ανεπάρκεια, την στεφανιαία νόσο, το έμφραγμα του μυοκαρδίου (καρδιακή προσβολή) και την περιφερική αγγειακή νόσο. (128)

Έρευνες έδειξαν ότι κάνοντας κάποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής μας θα έχουμε θετικά αποτελέσματα στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. Μια υγιής και ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να βοηθήσει στην ομαλή έκβαση της υγείας μας. Παράγοντες που αυξάνουν την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων είναι το κάπνισμα, η υψηλή αρτηριακή πίεση, τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, η σωματική ακινησία, η παχυσαρκία και η έλλειψη άσκησης, ο σακχαρώδης διαβήτης και το οικογενειακό ιστορικό σε καρδιακές ασθένειες. Προφανώς όσο πιο πολλοί παράγοντες κινδύνου υπάρχουν τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. (91)

Οδηγίες για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων

- Δίαιτα χαμηλών θερμίδων, για να αποφευχθεί το μεταβολικό στρες που προκαλείται από πλουσιότερες προσλήψεις και για να ξεκινήσει η διαδικασία απώλειας βάρους.
- Να αποφεύγονται τα μεγάλα γεύματα, γιατί αυξάνουν τον καρδιακό ρυθμό και τον όγκο εκτόνωσης.
- Να εφαρμόζεται δίαιτα φτωχή σε κορεσμένα λίπη και χοληστερόλη, για να επιτευχθεί η μείωση των επιπέδων της χοληστερόλης του ορού και για να συνηθίσει το άτομο στις απαραίτητες διατροφικές αλλαγές.
- Να ακολουθείται ο περιορισμός νατρίου, ώστε να ελεγχθεί οποιαδήποτε τάση για σχηματισμό οιδήματος και συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

- Να αποφεύγονται φαγητά που βρίσκονται σε ακραίες θερμοκρασίες. Κάποια άτομα παρουσιάζουν ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές μετά από κατανάλωση παγωμένου νερού, αν και τα περισσότερα φαίνεται να το ανέχονται αρκετά καλά.
 - Κατανάλωση τακτικά ψαριών τα οποία είναι πολύ καλές πηγές ω-3 λιπαρών οξέων, τα οποία ελαττώνουν τα τριγλυκερίδια του ορού και αναστέλλουν τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων και τη φλεγμονή, που συμβάλλουν στο φράξιμο των στεφανιαίων αγγείων.
 - Καλύτερα να χρησιμοποιείται το ασπράδι του αυγού και όχι οι κρόκοι οι οποίες είναι πλούσιες σε λιπαρά και χοληστερόλη.
 - Να καταναλώνονται περιορισμένες ποσότητες από ξηρούς καρπούς και σποράκια. Τα περισσότερα περιέχουν ακόρεστα λίπη, όμως είναι πλούσια σε θερμίδες.
- Να αυξηθεί τη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών ολικής άλεσης, πλούσια σε αντιοξειδωτικές ουσίες κυρίως ασκορβικό οξύ (βιταμίνη C), άλφα-τοκοφερόλη (βιταμίνη E), β-καροτένιο, συνένζυμο Q10, βιοφλαβονοειδή και σελήνιο.
- Να μειωθεί η αυξημένη κατανάλωση καφέ η οποία προκαλεί μικρού βαθμού αύξηση της ολικής χοληστερόλης, της LDL χοληστερόλης και της HDL χοληστερόλης.
 - Διακοπή καπνίσματος.
 - Περιορισμένη κατανάλωση οινοπνεύματος. Η μικρή έως μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Ως μέτρια χαρακτηρίζεται η κατανάλωση ενός ποτού την ημέρα, κατά προτίμηση κρασιού, για τις γυναίκες και δύο ποτήρια για τους άντρες.

- Εφαρμογή μέτριας φυσικής δραστηριότητας καθημερινά. Υγιή άτομα θα πρέπει να ασκούνται τουλάχιστον με μέτρια σωματική άσκηση για τουλάχιστον τριάντα λεπτά την ημέρα, αν όχι για όλες τις ημέρες της εβδομάδος, τουλάχιστον για τρεις ή τέσσερις ημέρες.
- Τέλος , η διατήρηση του σωματικού μας βάρους. Οι άνθρωποι θα πρέπει να στοχεύουν σε ένα δείκτη μάζας σώματος (BMI) μεταξύ 18,5 - 25. (92)

Ένα άλλο διατροφικό στοιχείο που επηρεάζει την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων είναι η χοληστερόλη. Τα κυριότερα συστατικά της χοληστερόλης είναι η χοληστερόλη που βρίσκεται στις λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας (low density lipoprotein (LDL)), που είναι γνωστή και ως “κακή” χοληστερόλη και αυτή που βρίσκεται στις λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας (high density lipoprotein (HDL)), που είναι γνωστή και ως “καλή” χοληστερόλη. Το άθροισμα αυτών των δύο, καθώς και άλλων κλασμάτων της χοληστερόλης που βρίσκονται σε μικρότερες ποσότητες αποτελούν την “ολική” χοληστερόλη.

Η δυσλιπιδαιμία και ειδικότερα η υπερχοληστεριναιμία, θεωρείται ένας από τους βασικότερους παράγοντες κινδύνου για αθηρωμάτωση και νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος (έμφραγμα μυοκαρδίου και άλλες εκδηλώσεις στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικά επεισόδια, αποφράξεις καρωτίδων και άλλων περιφερικών αγγείων). Δυσλιπιδαιμία καλείται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία τα λιπίδια του πλάσματος (χοληστερίνη, τριγλυκερίδια) είναι παθολογικά. Δηλαδή είτε έχουμε αύξηση της χοληστερόλης και της LDL με φυσιολογικά τριγλυκερίδια (υπερχοληστερολαιμία), είτε αύξηση των τριγλυκεριδίων (υπερτριγλυκεριδαιμία), συνύπαρξη υπερχοληστερολαιμίας και

υπερτριγλυκεριδαιμίας (συνδυασμένη υπερλιπιδαιμία). Τέλος, και η μείωση της HDL είτε ως μεμονωμένη διαταραχή, είτε σε συνδυασμό με άλλες διαταραχές και συχνότερα με αυξημένα τριγλυκερίδια αποτελεί επίσης εκδήλωση υπερλιπιδαιμίας. (117)

(Παράρτημα ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τα επίπεδα χοληστερόλης πλάσματος. Η ισορροπημένη διατροφή, η διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους και τα ικανοποιητικά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, συγκεκριμένα, μπορούν να συμβάλλουν στη διατήρηση φυσιολογικών επιπέδων ολικής χοληστερόλης.

Συστήνεται η συνολική πρόσληψη λιπών να κυμαίνεται μεταξύ 25-35% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης (% των ολικών θερμίδων). Τα μονοακόρεστα λιπαρά πρέπει να αποτελούν το βασικό προσλαμβανόμενο λίπος, κυρίως προς αντικατάσταση των κορεσμένων λιπών. Έτσι, συστήνεται λιγότερο από 7% της ημερήσιας κατανάλωσης θερμίδων να προέρχεται από κορεσμένα λιπαρά, μέχρι 20% να αποδίδουν τα μονοακόρεστα λίπη, ενώ τα πολυακόρεστα λιπαρά προτείνεται να συνεισφέρουν μέχρι 10% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης. (91)

Σε γενικές γραμμές, τα περισσότερα κορεσμένα λιπαρά οξέα αυξάνουν τα επίπεδα της ολικής και της LDL χοληστερόλης. Κορεσμένα λιπαρά υπάρχουν στο βούτυρο, στο λαρδί (και σε τρόφιμα που φτιάχνονται από αυτά τα είδη λιπαρών, όπως γλυκίσματα, κέικ, και μπισκότα), στα προϊόντα κρέατος (σαλάμι, λουκάνικα), στις κρέμες, στα τυριά και στα τρόφιμα που περιέχουν λάδι καρύδας ή φοινικέλαια. Μερικοί τύποι ακόρεστων λιπαρών οξέων μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση των επιπέδων της LDL

χοληστερόλης, ενώ σε γενικές γραμμές η αντικατάσταση των κορεσμένων λιπαρών από ακόρεστα είναι μια καλή επιλογή. Τρόφιμα που περιέχουν ακόρεστα λιπαρά οξέα είναι τα σπορέλαια, τα περισσότερα φυτικά έλαια (π.χ. ελαιόλαδο, σογιέλαιο), τα λιπαρά ψάρια (σολομός, ρέγκα, σκουμπρί), οι ξηροί καρποί και το αβοκάντο. (113)

Ένας άλλος τύπος λιπαρών, τα τρανς λιπαρά, συχνά υπάρχουν σε τρόφιμα που έχουν μερικώς υδρογονωμένα λίπη (μερικά μπισκότα και αρτοσκευάσματα). Τα τρανς λιπαρά μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα της «κακής» χοληστερόλης. Επιπλέον μπορούν να προκαλέσουν μείωση των επιπέδων της «καλής» χοληστερόλης, αλλά και αύξηση των τριγλυκεριδίων του πλάσματος, καταστάσεις που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακές ασθένειες. (31)

Η πρόσληψη υψηλών ποσοτήτων μονοακόρεστων λιπαρών (κυρίως από το ελαιόλαδο και ανεπεξέργαστους ξηρούς καρπούς), ιδιαίτερα αν αντικαθιστούν τα κορεσμένα λιπαρά, σε συνδυασμό με υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών κυρίως ολικής αλέσεως, έχει συσχετιστεί με μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα ίδια τα μονοακόρεστα λιπαρά, αν αντικαταστήσουν τα κορεσμένα λίπη στη διατροφή, επιφέρουν μια βελτίωση στην LDL-χοληστερόλη, χωρίς να επηρεάζουν τα τριγλυκερίδια ή την HDL-χοληστερόλη. Για το λόγο αυτό, συστήνεται η πρόσληψη λιπών στη διατροφή μας να προέρχεται κυρίως από μονοακόρεστα λιπαρά, δηλαδή να αντιστοιχούν περίπου στο 20% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης. (120)

Ένας ακόμα τρόπος μείωσης και της συνολικής ποσότητάς του λίπους στη διατροφή είναι η αλλαγή του τρόπου μαγειρέματος των τροφίμων

(ψήσιμο, βράσιμο, μαγείρεμα στον ατμό αντί για τηγάνισμα) και με περιορισμό των πλούσιων σε λίπος τροφίμων. Να αποφεύγονται οι λιπαρές σάλτσες και είναι προτιμότερη η παρασκευή σάλτσας με βάση το ελαιόλαδο, το λεμόνι και το ξύδι.

Πέρα από το είδος του λίπους που καταναλώνουμε, υπάρχουν πολλά άλλα τρόφιμα που μπορεί να συμβάλουν στη διατήρηση των επιπέδων της χοληστερόλης σε φυσιολογικά επίπεδα. Η κατανάλωση άφθονων φρούτων και λαχανικών, που περιέχουν διαλυτές διαιτητικές ίνες, (βρώμη, φακές, φασόλια, αρακάς), ξηρών καρπών (αμύγδαλα, καρύδια) και η σόγια μπορούν να βοηθήσουν. Επιπρόσθετα, προϊόντα που υπάρχουν στην αγορά και είναι εμπλουτισμένα με φυτικές στερόλες ή στανόλες, έχουν σχεδιαστεί ειδικά για άτομα που έχουν αυξημένες τιμές χοληστερόλης. (113)

Περιορισμός στην ποσότητα της τροφής ώστε ο ασθενής να φτάσει ή να πλησιάσει όσο το δυνατόν περισσότερο στο ιδανικό βάρος διότι η παχυσαρκία είναι μια από τις συχνότερες αιτίες υπερχοληστερολαιμίας. Επιπλέον μικρά και τακτικά γεύματα καθόλη τη διάρκεια της ημέρας. Ωστόσο ισχύουν οι οδηγίες που δώθηκαν για τα καρδιαγγειακά νοσήματα για τον περιορισμό του αλκοόλ και τη διακοπή του καπνίσματος.

(Παράρτημα ΠΙΝΑΚΑΣ 2, 3, 4, 5)

Τα ω-3 λιπαρά οξέα βελτιώνουν τις γυναίκες ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Τα ω-3 λιπαρά οξέα είναι πολυακόρεστα λιπαρά οξέα που είναι απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την υγεία. Τα χρειαζόμαστε για πολλές φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος, όπως ο έλεγχος της πήκτικότητας του αίματος και την οικοδόμηση των κυτταρικών μεμβρανών του εγκεφάλου, και θα πρέπει να τα πάρουμε μέσω των τροφίμων γιατί το σώμα

μας δεν μπορεί να τα παράγει. Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα συνδέονται με πολλά οφέλη για την υγεία, έχουν θετική επίδραση στα καρδιαγγειακά νοσήματα, μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο στην πρόληψη της εκφύλισης της κηλίδας, μιας συχνής μορφής τύφλωσης, και έχουν κάποια ευεργετική δράση σε μερικές διαταραχές κατάθλιψης. Συνεχιζόμενες μελέτες διερευνούν τον ρόλο των ω-3 λιπαρών οξέων στο ανοσοποιητικό σύστημα και υποδεικνύουν μια θετική επίδραση στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, το άσθμα, τον λύκο, τις νεφρικές παθήσεις και τον καρκίνο.

Τροφές πλούσιες σε ωμέγα-3 λιπαρά οξέα είναι ο σολομός, οι σαρδέλες, η πέστροφα, η ρέγκα, τα καρυδιά, το λινέλαιο, και έλαιο canola. Άλλα τρόφιμα που περιέχουν ωμέγα-3 λιπαρά οξέα είναι οι γαρίδες, τα μύδια, ο τόνος, ο μπακαλιάρος, και το σπανάκι. (114)

(Παράρτημα ΠΙΝΑΚΑΣ 6)

Όπως είδαμε νέες γυναίκες με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας έχουν έναν υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση της οστεοπόρωσης. Η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας από μόνη της δεν συνδέεται με τη χαμηλή οστική πυκνότητα. Οι άνοσες και ενδοκρινείς διαταραχές που συνδέονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές, οι οποίες είναι συνυφασμένες με τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογική απώλεια οστικής μάζας.

Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία των οστών. Η υιοθέτηση ενός ισορροπημένου διαιτολογίου, πλούσιου σε θρεπτικά συστατικά, μέταλλα και βιταμίνες μπορεί να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην υγεία των οστών, τόσο ως προς την πρόληψη, όσο και ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση των νοσημάτων των οστών. Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης ορισμένοι

παράγοντες όπως η κληρονομικότητα, οι διαταραχές της ορμονικής λειτουργίας, η κύηση και η γαλουχία, η διατροφή, η άσκηση και διάφορα νοσήματα (όπως βρογχικό άσθμα, ψυχογενής ανορεξία, λήψη κορτικοστεροειδών) επηρεάζουν την επίτευξη της κορυφαίας οστικής πυκνότητας. Αν η κορυφαία οστική πυκνότητα κατά το 25ο έτος της ηλικίας στις γυναίκες και το 30ο στους άνδρες είναι σε χαμηλά επίπεδα, τότε αυξάνουν οι πιθανότητες εμφάνισης οστεοπόρωσης κατά την 4η δεκαετία της ζωής.

Η επαρκής πρόσληψη **ασβεστίου**, του κυριότερου συστατικού των οστών, από τη δίαιτα μπορεί να μειώσει σημαντικά την απώλεια των οστών. Όταν δεν καλύπτονται οι ανάγκες του οργανισμού σε ασβέστιο από το περιβάλλον, τότε ο οργανισμός στρέφεται στην αποθήκη του, τα οστά, και αρχίζει να διαλύει τους κρυστάλλους του ασβεστίου ώστε να καλύψει τις ανάγκες του σε αυτό. Το γάλα και τα υπόλοιπα γαλακτοκομικά προϊόντα αποτελούν την καλύτερη πηγή ασβεστίου. Σημαντικές ποσότητες ασβεστίου περιέχονται και σε άλλα τρόφιμα, όπως στα πράσινα φυλλώδη λαχανικά (π.χ. σπανάκι), στο μπρόκολο, στα αμύγδαλα, σε όσπρια, σε θαλασσινά. Η συνιστώμενη πρόσληψη ασβεστίου διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου.

Για την καλύτερη βιοδιαθεσιμότητα του Ασβεστίου στον οργανισμό θα πρέπει παράλληλα με αυτό να γίνεται πρόσληψη **βιταμίνης D**. Η βιταμίνη D διασφαλίζει την επαρκή απορρόφηση του διατροφικού ασβεστίου από το έντερο, επίσης, προάγει την αποθήκευση ανόργανων αλάτων στα οστά και ρυθμίζει την οστική ανακατασκευή. Η βιταμίνη D προσλαμβάνεται με την τροφή ή παράγεται στο δέρμα με την επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας.

Τροφές που περιέχουν υψηλές ποσότητες βιταμίνης είναι τα λιπαρά ψάρια, το αυγό, το βούτυρο, και εμπλουτισμένες τροφές όπως το γάλα και τα δημητριακά πρωινού.

Ο **Φώσφορος** αποτελεί ένα ακόμα συστατικό των οστών. Βρίσκεται σχεδόν σε όλα τα τρόφιμα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το κρέας, τα τυριά, τα όσπρια και τα ανθρακούχα αναψυκτικά. Η χρόνια αυξημένη πρόσληψη φωσφόρου συγκριτικά με το ασβέστιο μπορεί να οδηγήσει σε οστική απώλεια, αυξημένο ρυθμό καταγμάτων και μειωμένη οστική πυκνότητα.

Διατροφικοί παράγοντες που επηρεάζουν την οστική μάζα, την απώλεια των οστών, και τη μυϊκή δύναμη με τη πάροδο της ηλικίας εκτός από το ασβέστιο, τη βιταμίνη D και το φώσφορο, είναι οι **πρωτεΐνες**, και μια σειρά από άλλα μακρό και μικρό διατροφικά στοιχεία όπως το μαγνήσιο, το νάτριο, το φθόριο, ο χαλκός, βιταμίνες C, A και K. Η αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών οδηγεί στην αυξημένη νεφρική απέκκριση του ασβεστίου. Το **μαγνήσιο** βελτιώνει την ποιότητα των οστών. Το **νάτριο** είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει τη απέκκριση ασβεστίου από τα ούρα. Το **φθόριο** συμβάλει στην αύξηση της αντοχής της οστικής μάζας. Ο **χαλκός** είναι σημαντικό συστατικό για τη δράση διαφόρων ενζύμων που συμμετέχουν στην ανάπτυξη διασυνδέσεων μεταξύ μακρομορίων κολλαγόνου και ελαστίνης. Σε ανεπάρκεια χαλκού εμφανίζονται διαταραχές στους χόνδρους και τα οστά. Ο **ψευδάργυρος** και το **μαγγάνιο** συμμετέχουν επίσης στο σχηματισμό των οστών. Η **βιταμίνη C** είναι απαραίτητη για το σχηματισμό του κολλαγόνου ενώ η **βιταμίνη B6** συμμετέχει στην ωρίμανση του. Τα μειωμένα επίπεδα **βιταμίνης K** έχουν συσχετισθεί με μείωση οστικής πυκνότητας και αύξηση του κινδύνου για κατάγματα. Επιπλέον η υπερβολική ποσότητα **φυτικών**

ινών προκαλεί μια μέτρια αρνητική επίδραση στην εντερική απορρόφηση ασβεστίου, αυτό ισχύει και για το **φυτικό και το οξαλικό οξύ**. Το φυτικό οξύ βρίσκεται κυρίως στα δημητριακά ολικής άλεσης ενώ το οξαλικό οξύ βρίσκεται στο κακάο, τη σόγια και το σπανάκι. Η χρόνια χορτοφαγία μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα οστεοπόρωσης.

Το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία των οστών. Γι' αυτό συστήνεται η διακοπή ή έστω ο περιορισμός του καπνίσματος, κάτι που συμβάλλει στη γενικότερη καλή υγεία του ατόμου. Όσον αφορά το αλκοόλ ο περιορισμός σε λιγότερο από δύο καταναλώσεις αλκοόλ την ημέρα για τους άντρες και σε μία για της γυναίκες μπορεί να βοηθήσει στην καλή υγεία των οστών. (91)

Η απώλεια οστικής μάζας οδηγεί στην οστεοπόρωση η οποία χαρακτηρίζεται πρώτον από χαμηλή οστική μάζα και δεύτερον από διαταραχή της μικρό αρχιτεκτονικής δομής των οστών με αποτέλεσμα τη μείωση της αντοχής τους και τον αυξημένο κίνδυνο κατάγματος. Οι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της οστεοπόρωσης είναι το χαμηλό επίπεδο της κορυφαίας οστικής μάζας που αποκτά ένα άτομο στην ηλικία των 25 περίπου ετών και η αυξημένη οστική απώλεια που μπορεί να συμβεί μετά την ηλικία των 45-50 ετών.

Στην πρόληψη της οστεοπόρωσης εφαρμόζονται μέτρα που έχουν ως στόχο την εξουδετέρωση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, ώστε να μην επιτραπεί η ανάπτυξη της νόσου. Στους στόχους περιλαμβάνονται, η καθημερινή λήψη με την τροφή της απαραίτητης ανάλογα με το φύλο και την ηλικία ποσότητας ασβεστίου και βιταμίνης D, πρόγραμμα σωματικής

άσκησης, διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους, διακοπή του καπνίσματος, όχι μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

Εκτός από τα τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο, βιταμίνη D, φώσφορο, υπάρχουν και άλλα τρόφιμα όπως τα φυλλώδη πράσινα λαχανικά που περιέχουν μια ευρεία γκάμα βιταμινών και μετάλλων που είναι απαραίτητα για την υγεία των οστών. Τα φρούτα και τα λαχανικά είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά, κυρίως βιταμίνη C. Το ανθρακικό που περιέχεται στα αναψυκτικά τύπου Coca cola είναι ένας βασικός παράγοντας που συντελεί στην οστεοπόρωση. Όταν τα επίπεδα του ανθρακικού είναι υψηλά και τα επίπεδα του ασβεστίου χαμηλά, το ασβέστιο αποσπάται από τα οστά. Το ανθρακικό χρειάζεται για τη διάλυση της ζάχαρης και συμβάλλει στη γεύση.

(28)

(Παράρτημα ΠΙΝΑΚΑΣ 7)

Η δράση των ανασταλτικών παραγόντων οξειδάσης μονοαμίνης (MAOIs) έχει συνδεθεί με την εμφάνιση της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας. Οι ανασταλτικοί παράγοντες οξειδάσης μονοαμίνης ανήκουν στη κατηγορία ισχυρών αντικαταθλιπτικών χαπιών που ορίζονται για την θεραπεία της κατάθλιψης. Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών θεωρείται ότι οφείλεται στην επίδρασή τους στα αμινεργικά συστήματα του εγκεφάλου, ιδίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, των οποίων ενισχύουν τη δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα μέσω αναστολής της επαναπρόσληψης τους από τα νευρικά κύτταρα. Οι αναστολείς της MAO ενισχύουν τη δράση των μονοαμινών, δια μέσου αναστολής της αποδομησής τους. Οι παραπάνω μηχανισμοί καθώς και η μείωση του αριθμού των β1- και α2- αδρενεργικών υποδοχέων και των σεροτονινεργικών υποδοχέων

σχετίζονται με τη θεραπευτική δράση των αντικαταθλιπτικών στις συναισθηματικές διαταραχές. Χρησιμοποιούνται μόνο ως τελευταία επιλογή, εάν όλα τα άλλα αντικαταθλιπτικά χάπια αποτυγχάνουν (π.χ. εκλεκτικοί ανασταλτικοί παράγοντες σεροτονίνης reuptake και τρικυκλικοί πράκτορες) επειδή έχουν τις ενδεχομένως θανατηφόρες διαιτητικές και φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί η τυραμίνη μεταβολίζεται από τους ΜΑΟΑ και η λήψη αυτών παράλληλα μπορεί να οδηγήσει σε μια υπερτασική κρίση εάν λαμβάνεται με τα τρόφιμα (το αποκαλούμενο «σύνδρομο τυριών» ή η «επίδραση τυριών»). (125)

Η τυραμίνη είναι ένα από τα αμινοξέα που βρίσκετε σε πολλά τρόφιμα όπως το τυρί, τα ψάρια, το κρέας, οι σούπες, η μαγιά, το Ginseng και τα αλκοολούχα ποτά, σε μεγάλες ποσότητες και σε μικρότερες ποσότητες η καφεΐνη, η σοκολάτα, γαλακτοκομικά προϊόντα, ξηροί καρποί και το σπανάκι. Είναι πολλά τα τρόφιμα που πρέπει να προσέξουμε συστήνοντας ένα διαιτολόγιο με παράλληλη χρήση των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης Α (ΜΑΟΑ) για το λόγο αυτό αποφεύγουμε τη λήψη ΜΑΟΑ.

Η σεροτονίνη (5-υδροξυτρυπταμίνη ή 5-HT) είναι μία μονοαμίνη νευροδιαβιβαστής που συντίθεται στους σεροτονινεργικούς νευρώνες του κεντρικού νευρικού συστήματος και στα εντεροχρωμιόφυλλα κύτταρα του γαστρεντερικού σωλήνα. Στο σώμα, η σεροτονίνη συντίθεται από το αμινοξύ τρυπτοφάνη και τον μεταβολίτη της 5-υδροξυτρυπτοφάνη (5-HTP). Η σεροτονίνη βρίσκεται σε πολλά μανιτάρια και φυτά, συμπεριλαμβανομένων φρούτων και λαχανικών. Στο κεντρικό νευρικό σύστημα, η σεροτονίνη θεωρείται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως νευροδιαβιβαστής στην ρύθμιση του θυμού, επιθετικότητας, θερμοκρασίας σώματος, ψυχικής

διάθεσης, ύπνου, εμετού, σεξουαλικότητας, και όρεξης. Επιπλέον, η σεροτονίνη βρίσκεται εκτενώς στον ανθρώπινο γαστρεντερικό σωλήνα και φυλάσσεται κυρίως στα αιμοπετάλια του κυκλοφορικού συστήματος.

Χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης μπορεί να συσχετιστεί με αρκετές παθήσεις: επιθετική συμπεριφορά και θυμό, κλινική κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές, ημικρανίες, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, μυαλγία, διπολική κατάθλιψη, και διαταραχές άγχους. (115)

Όταν η τρυπτοφάνη λαμβάνεται με τα τρόφιμα, μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο σεροτονίνης. Το **σύνδρομο σεροτονίνης** είναι μια κατάσταση υψηλής συγκέντρωσης σεροτονίνης, που είναι μια πολύ επικίνδυνη και ενδεχομένως μοιραία παρενέργεια κυρίως από τα SSRI αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή συνδυασμούς με άλλα αντικαταθλιπτικά ή άλλες ουσίες. Μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλα ψυχιατρικά και μη-ψυχιατρικά συμπτώματα. (124)

(Παράρτημα ΠΙΝΑΚΑΣ 8)

Προτείνεται η αυξημένη κατανάλωση υγρών για να αποφευχθεί η εμφάνιση ολιγοδιψίας μια διαταραχή που έχει παρατηρηθεί σε άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας.

Έχει βρεθεί η συνύπαρξη των διαταραχών προσωπικότητας και των διαταραχών χρήσης ουσιών δηλαδή προβλήματα χρήσης ναρκωτικών και οίνοπνεύματος. Σύμφωνα με τα διεθνή συστήματα ταξινόμησης ICD-10 και

DSM-IV υπάρχουν 2 κατηγορίες διαταραχών που σχετίζονται με ουσίες. Στην

πρώτη κατηγορία εντάσσονται οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, που διακρίνονται σε ουσιο-εξάρτηση και κατάχρηση ουσιών, ενώ η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει ένα ξεχωριστό σύνολο διαταραχών που προκαλούνται από τις ουσίες, όπως τοξίκωση, απόσυρση, ψυχωσικές διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης. Στο DSM-IV παρουσιάζονται

περιγραφές των κλινικών φαινομένων που προκαλούνται από τη χρήση 11 παραγόντων : αλκοόλ, αμφεταμίνες ή παράγοντες με παρεμφερή δράση, καφεΐνη, κάνναβη, κοκαΐνη, ψευδαισθησιογόνες ουσίες, εισπνεόμενες ουσίες, νικοτίνη, οπιοειδή, φαινκυκλιδίνη (PCP) ή συναφείς παράγοντες, και ηρεμιστικά, υπνωτικά και αγχολυτικά.

Εκτιμάται ότι το 90% των ανθρώπων θα κάνει χρήση αλκοόλ κάποια στιγμή στη ζωή του, ενώ η πλειοψηφία ξεκινά να πίνει αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Ο κίνδυνος εξάρτησης από το αλκοόλ σε όλη τη διάρκεια της ζωής αγγίζει το 10% μεταξύ των ανδρών και το 3%-5% μεταξύ

των γυναικών. Υπολογίζεται ότι 2 στους 3 άντρες είναι περιστασιακοί πότες, ενώ η αναλογία ανδρών – γυναικών είναι 1,3 άνδρες προς 1 γυναίκα. (118)

Συμπερασματικά, λοιπόν, οι κύριες διατροφικές οδηγίες βασίζονται στη καταπολέμηση των καρδιαγγειακών παθήσεων, των δυσλιπιδαιμιών που συνεπάγεται μείωση της χοληστερίνης και αύξηση των ωμέγα – 3 λιπαρών οξέων, της οστεοπόρωσης και της μειωμένης οστικής πυκνότητας. Βασίζεται επίσης στην δράση που έχουν τα τρόφιμα στο σύστημα σεροτονίνης. Τέλος συστήνεται η αυξημένη κατανάλωση υγρών, η μειωμένη κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών και η απαγόρευση χρήσης ουσιών και καπνίσματος. Η ισορροπημένη διατροφή, η διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους και τα ικανοποιητικά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, βοηθάνε στην έκβαση όλων των παθήσεων.

4.2 Διαταραχές προσωπικότητας και διατροφικές διαταραχές

Για να γίνει σωστή διατροφική αντιμετώπιση χρειάζεται ο ασθενής να αναγνωρίσει τα συμπτώματα, να θέσει ρεαλιστικούς στόχους όσο αφορά το βάρος του σώματος, θα πρέπει να βρει ισορροπημένους τρόπους ελέγχου του βάρους του. Θα πρέπει να ζητήσει βοήθεια από ειδικούς και να έχει την ανάλογη καθοδήγηση σε θέματα διατροφής. Ο ασθενής θα κάνει συχνό έλεγχο των διατροφικών του συνηθειών και καλό είναι να αποφεύγονται τα τσιμπολογήματα, αυτό επιτυγχάνεται με το σωστό μέγεθος μερίδας, με τακτικά γεύματα, αργή μάσηση και μείωση του αλκοόλ. (95)

Η θεραπεία περιλαμβάνει ατομική ή ομαδική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία & θεραπεία συμπεριφοράς, αντικαταθλιπτικά και ανορεξιογόνα για τους βουλιμικούς και θεραπεία νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή. Η νοσοκομειακή θεραπεία πραγματοποιείται όταν η απώλεια του βάρους είναι μεγαλύτερη από 25%, όταν υπάρχει σοβαρή ηλεκτρολυτική ανισορροπία (αυτό προκαλείται κυρίως λόγω καθαρτικών και διουρητικών), όταν δημιουργούνται σοβαρές οικογενειακές συγκρούσεις, όταν το άτομο έχει έντονη κατάθλιψη με αυτοκτονικές τάσεις και ανικανότητα ή έλλειψη θέλησης για συνεργασία. (90)

Οι στόχοι περιλαμβάνουν αύξηση βάρους τουλάχιστον μέχρι το 85% του ιδανικού βάρους, αλλαγή διατροφικών συνηθειών με σταδιακή αύξηση λήψης τροφής, διαχωρισμός πρόσληψης τροφής από συναισθήματα και ψυχολογικά θέματα και τέλος διατήρηση υγιούς βάρους χωρίς λανθασμένες διατροφικές και συμπεριφορικές συνήθειες. Οι αρχές μιας θρεπτικής δίαιτας περιλαμβάνουν τη λήψη 12-20% πρωτεΐνης, λιγότερο από 30% λίπος και 50-55% υδατάνθρακες. Ο ασθενής θα πρέπει να ακολουθεί μια ισορροπημένη

θρεπτική διαίτα και να έχει την αντίστοιχη κατανάλωση ενέργειας, οι αλλαγές που θα γίνουν να είναι βαθμιαίες. Η λήψη λεπτομερούς διαιτολογικού και ιατρικού ιστορικού είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης. (90)

4.2.1 Διαταραχές προσωπικότητας και νευρογενή ανορεξία

Οι στόχοι της διατροφικής αντιμετώπισης είναι, αρχικά η θρεπτική αποκατάσταση και κατά συνέπεια η αποκατάσταση ενός κανονικού βάρους σώματος. Το κανονικό βάρος σώματος είναι αυτό το βάρος στο οποίο κάποιος είναι οργανικά υγιής και μπορεί να διατηρήσει με την κατανάλωση υγιεινής διατροφής και διατηρείτε στα όρια του φυσιολογικού δείκτη μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ. 20-25). Στόχος είναι η αύξηση βάρους κατά 1-1.5 κιλά την εβδομάδα, αυτό επιτυγχάνεται με τη πρόσληψη λίγων θερμίδων για παράδειγμα 1500 θερμίδων γιατί μεγαλύτερα ποσά θα ταλαιπωρήσουν τον ασθενή που έχει υποστεί παρατεταμένο περιορισμό θερμίδων. Οι ποσότητες των γευμάτων αυξάνονται μόνο όταν καταφέρει ο ασθενείς να ολοκληρώσει το γεύμα. Οι θερμίδες που απαιτούνται για την πλήρη αποκατάσταση του βάρους μπορεί να φτάσουν και τις 3500 θερμίδες τη μέρα ανάλογα με την ενεργότητα του ασθενούς. Τα διαιτητικά συμπληρώματα απαιτούνται σπάνια και η παρεντερική διατροφή καλό είναι να αποφεύγεται εκτός αν είναι απολύτως απαραίτητη. Το ίδιο ισχύει και για τις υψηλής ενέργειας, υδαρείς δίαιτες. (92)

Σε ανορεκτικούς ασθενείς πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στη διαιτητική συμπεριφορά. Είναι πολύ καλύτερο να τρώνε σε ομάδα έτσι ώστε να παρέχονται σε αυτούς τα κατάλληλα πρότυπα, και να παρακολουθείτε η

δαιτητική τους συμπεριφορά. Ακόμα, σημαντική είναι η ενθάρρυνση και η παροχή συμβουλών με σκοπό τη διόρθωση των ανώμαλων πρακτικών κατανάλωσης του ασθενή.

Η πρόσληψη βάρους δεν είναι ο μοναδικός στόχος. Όλοι οι ασθενείς χρειάζονται διαρκεί δαιτητική καθοδήγηση για να τους βοηθήσει στην προσαρμογή τους σε μια κατάλληλη λήψη ενέργειας για τη σταθεροποίηση του βάρους και τη διατήρηση φυσιολογικής συμπεριφοράς κατανάλωσης τροφής. Η περίοδος συντήρησης είναι η πιο δύσκολη γιατί σε αυτό το χρονικό διάστημα μπορεί να αναβιώσει η ανορεκτική συμπεριφορά κατανάλωσης τροφής. Είναι σημαντικό οι ασθενείς αυτοί να ενθαρρύνονται να αναπτύξουν έναν αυθόρμητο και χαλαρό τρόπο διατροφής έτσι ώστε να μην ξανά κυλήσουν στην ανορεκτική συμπεριφορά που είχαν. Τα τρόφιμα όπως τα τεχνητά γλυκά, τα ποτά και τα υποθερμιδικά τρόφιμα πρέπει να αποφεύγονται. Έχει αποδειχτεί σωτήρια η εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο για 2-3 εβδομάδες στη φάση της συντήρησης, κατά τη διάρκεια της οποίας οι ασθενείς μπορούν να επισκέπτονται το σπίτι τους για ορισμένο χρονικό διάστημα. Τα περιστασιακά γεύματα σε εστιατόρια είναι αρκετά χρήσιμα για την προσαρμογή τους, στην κατανάλωση φαγητού εκτός του περιβάλλοντος του νοσοκομείου. (91)

4.2.2 Διαταραχές προσωπικότητας και νευρογενή βουλιμία

Οι διατροφικοί στόχοι ενός βουλιμικού ασθενή είναι να αποκτήσει ο ασθενής φυσιολογική και ανακουφιστική διατροφή, να αποφεύγει τις περιοριστικές πρακτικές και να αντέχει να βρίσκεται σε ένα βάρος το οποίο μπορεί να είναι αρκετά υψηλότερο από αυτό που θα ήθελε.

Οι βασικοί στόχοι της παρέμβασης είναι ίδιοι με τη νευρογενή ανορεξία. Ο διαιτολόγος πρώτα παίρνει ένα λεπτομερές διατροφικό ιστορικό του βουλιμικού ασθενούς και εξερευνά την διατροφική του συμπεριφορά, τη γνώση του όσον αφορά τις δίαιτες και την διατροφή και την τοποθέτηση σχετικά με το φαγητό. Επίσης, ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να μην εστιάζεται στην διατήρηση ενός συγκεκριμένου βάρους αλλά να δεχτεί ότι το υγιές βάρος είναι εκείνο το οποίο θα διατηρήσει όταν διατρέφεται υγιεινά και όταν ενεργεί λογικά. Θα πρέπει ο θεράπων ιατρός να αποδείξει στον ασθενή ότι η φυσιολογική διατροφή δεν περιλαμβάνει μόνο << υγιεινά >> τρόφιμα. Οι ασθενείς πρέπει να πειστούν να λαμβάνουν μικρά ποσά υψηλής ενέργειας τρόφιμα κάθε τόσο έτσι είναι λιγότερο πιθανό να πάθουν υπερφαγία κάνοντας αργότερα χρήση αυτών. Ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης είναι ο σχεδιασμός ενός προτύπου γευμάτων, ο τρόπος προετοιμασίας και η διατροφή σε διάφορες καταστάσεις ώστε οι ασθενείς να είναι ικανοί να προσαρμοστούν στις κοινωνικές προσδοκίες. Είναι επιπλέον σκόπιμο να προτείνουμε στον ασθενή τρόπους για να αυξήσει το αίσθημα κορεσμού μετά τη πρόσληψη τροφής, αυτό επιτυγχάνεται με τη κατανάλωση ισορροπημένων γευμάτων με επαρκείς ποσότητες λιπιδίων, πρωτεϊνών και φυτικών ινών. (91)

4.2.3 Διαταραχές προσωπικότητας και διαταραχή υπερφαγίας

Οι βασικοί στόχοι της παρέμβασης είναι ίδιοι με τις παραπάνω διατροφικές διαταραχές. Ο διαιτολόγος χρησιμοποιεί τη μέθοδο της αυτό παρακολούθησης για να βελτιώσει τις διαιτητικές συνήθειες του ασθενούς. Το ημερολόγιο καταγραφής τροφίμων βοηθάει τον ασθενή να εντοπίσει καταστάσεις και τρόφιμα υψηλού κινδύνου, τον βοηθάει στη σταδιακή αλλαγή διαιτητικών συνηθειών, και να παρακολουθήσει τη σταδιακή πρόοδο που αφορά τη μείωση της διαταραχής. Συνήθως τα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας είναι υπέρβαρα ακόμα και παχύσαρκα για αυτό το λόγο παράλληλα με τη διαχείριση των αδηφαγικών επεισοδίων τα άτομα αυτά ακολουθούν κάποια διατροφή μείωσης σωματικού βάρους. (91)

Επίλογος

Προσωπικότητα είναι το σύνολο των ιδιαίτερων ψυχικών και πνευματικών χαρακτηριστικών και των τρόπων συμπεριφοράς ενός ατόμου. Η αλλαγή των χαρακτηριστικών ή και της συμπεριφοράς του ατόμου μπορεί να οδηγήσει σε κάποια διαταραχή προσωπικότητας.

Μια από αυτές είναι η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Η κλινική εικόνα των ατόμων με διάγνωση μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας μπορεί να κατανοηθεί σε συνάρτηση με τρεις άξονες. Πιο συγκεκριμένα, το βασικό άγχος είναι το άγχος του αποχωρισμού. Αναφορικά με τη γνωστική τους λειτουργία, η σκέψη χαρακτηρίζεται διχοτομική, και βρίσκονται σε σύγκρουση με τις ανάγκες εξάρτησης. Σε συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο λειτουργίας, τα άτομα αυτά συνήθως χαρακτηρίζονται από καταθλιπτική και αυτό-υποτιμητική διάθεση, με έντονες ταλαντεύσεις στη συναισθηματική τους διάθεση και στη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια κάποιων περιόδων.

Η δεύτερη διαταραχή προσωπικότητας που είδαμε είναι η ψυχαναγκαστική. Το βασικό χαρακτηριστικό της ψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας είναι η υπερβολική εμμονή με την τάξη, την τελειομανία, τον έλεγχο, τις λίστες, τους κανόνες και τα προγράμματα, στο βαθμό που συχνά χάνεται το κύριο σημείο της δραστηριότητας. Τα άτομα με διάγνωση καταναγκαστικής ψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας είναι συνήθως άκαμπτα και τυπικά στις σχέσεις τους με τους άλλους, και γενικά δεν δείχνουν να παίρνουν ικανοποίηση από τη ζωή.

Η μεταιχμιακή και η ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας επηρεάζονται και οι δυο από διάφορα διατροφικά στοιχεία, άλλα είναι κοινά και στις δυο και άλλα όχι. Παρουσιάζουν και οι δυο διαταραχές καρδιαγγειακά προβλήματα και διαταραχές χρήσης ουσιών. Άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας επηρεάζονται από τα ω-3 λιπαρά οξέα, από τη σεροτονίνη, από τη δράση των ανασταλτικών παραγόντων οξειδάσης μονοαμίνης, έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν μειωμένη οστική πυκνότητα και παρουσιάζουν συχνά ολιγοδιψία. Ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζουν άτομα με αυξημένη χοληστερόλη και εξάρτηση από το αλκοόλ κυρίως.

Τέλος η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας έχει συνδεθεί με διάφορες διατροφικές διαταραχές αλλά κυρίως με τη νευρογενή βουλιμία και τη διαταραχή υπερφαγίας. Η ψυχαναγκαστική κατανακαστική διαταραχή προσωπικότητας έχει συνδεθεί κυρίως με την νευρογενή ανορεξία αλλά και με τη νευρογενή βουλιμία και ορθορεξία.

Παράρτημα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ολική χοληστερόλη	LDL-χοληστερόλη	HDL-χοληστερόλη
Επιθυμητή <200	Επιθυμητή <100	
	Οριακά αποδεκτή 100-129	Επιθυμητή ≥ 60
Οριακά υψηλή 200-239	Οριακά υψηλή 130-159	
	Υψηλή 160-189	Χαμηλή <40
Υψηλή ≥ 240	Πολύ υψηλή ≥ 190	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΕΙΔΗ ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ	ΤΡΟΦΕΣ	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ
Κορεσμένα Λιπαρά Οξέα	Λιπαρά κρεατικά, βούτυρο, πλήρη γαλακτοκομικά, γάλα καρύδας, φοινικέλαιο, σοκολάτα	↑ LDL ↑ HDL
Τρανς Λιπαρά ή Υδρογονωμένα λιπαρά Δημιουργήθηκαν από την βιομηχανία τροφίμων για μεγαλύτερη διάρκεια 'ζωής στο ράφι'	Εμπεριέχονται σε πολλά βιομηχανοποιημένα τρόφιμα όπως πατατάκια, κουλουράκια, πάστες, κέικ, κράκερς, κάποια ψωμιά, ισχυρά τηγανισμένα ή χαμηλών λιπαρών φαγητά, μαργαρίνη, έτοιμες σάλτσες	↑ LDL ↓ HDL
Ακόρεστα Λιπαρά Οξέα	Ελαιόλαδο, αβοκάντο, σπόροι, ξηροί καρποί, ηλιέλαιο, καλαμπόκι, ψάρια, ελαιόλαδο, λιναρόσπορος	↓ LDL ↑ HDL Omega 3 : ↓ TG

LDL: Λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας ή 'κακή' χοληστερόλη- HDL: Λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας ή 'καλή' χοληστερόλη - TG: Τριγλυκερίδια
 Πηγές: Mauger F., Lichtenstein H., et al., 2003 & Schaefer J., 2002 & Etherton K., Daniels R., et al., 2001

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΘΡΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ (τροφές)	ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ
Βιταμίνη Β3 Τροφές: όσπρια, ξηροί καρποί άψητοι-ανάλατοι, τόνος, κοτόπουλο ψητό,	1. ↓LDL ↓TG ↑HDL 2. Βελτιώνει την κυκλοφορία του αίματος και αποτρέπει την κατακάθιση χοληστερόλης στις αρτηρίες. 3. Επιταχύνει την εππούλωση των ιστών. 4. Λειτουργεί προωθώντας

<p>καστανό ρύζι, πατάτα, πίτουρο σταριού, φυλλώδη λαχανικά, κριθάρι ολικής</p>	<p>την μακροζωία &ελατώνοντας την αθηρωματική πλάκα</p>
<p>Βιταμίνη C &βιοφλαβονοειδή Τροφές: κρεμμύδι, μπρόκολο, πιπεριά, μήλα, πορτοκάλια, κόκκινα σταφύλια, βατόμουρα, κεράσια, λεμόνι</p>	<p>1. Έχει την τάση επανόρθωσης του μεταβολισμού και μείωσης των λιπιδίων. 2. Επηρεάζει την επούλωση των ιστών.</p>
<p>Βιταμίνη B6 Τροφές: μπανάνα, πιπεριά, σπανάκι, σκόρδο, σέλερι, φυλλώδη λαχανικά, μανιτάρια, κοτόπουλο ψητό, σολομός, τόνος</p>	<p>1. Έχει σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση του μεταβολισμού των λιπιδίων.</p>
<p>Ωμέγα 3: Τροφές: ελαιώδη ψάρια π.χ. σολομός, σαρδέλες, τόνος, πέστροφα, μπακαλιάρος, καρύδια, λιναρόσπορος</p>	<p>Μειώνουν αισθητά την χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια</p>
<p>Χρώμιο Τροφές: πράσινη πιπεριά, μήλο, μπανάνα, σπανάκι, πίτουρο σταριού, μοσχάρι, συκώτι, αυγό, στρείδια, βούτυρο</p>	<p>Μπορεί να Βοηθήσει στην διάσπαση των λιπών</p>
<p>CoQ10 Τροφές: μοσχάρι, αρνί, χοιρινό, συκώτι, ψάρια, ξηροί καρποί, πίτουρο σταριού, άψητοι-ανάλατοι, σπανάκι, μπρόκολο, αυγό,</p>	<p>Μπορεί να βοηθήσει στην μείωση της χοληστερόλης και στην σταθεροποίηση των τοιχωμάτων των αρτηριών ως εξαιρετικό αντιοξειδωτικό</p>
<p>Βιταμίνη E Τροφές: το έλαιο από το πίτουρο του σταριού, αμύγδαλο, ηλιόσποροι, ελιές, σπανάκι</p>	<p>Εξαιρετικό αντιοξειδωτικό και για την χοληστερόλη η οποία όταν οξειδωθεί επικάθεται στις τραυματισμένες αρτηρίες</p>
<p>Φωσφατυδιλχολίνη Τροφές: κρόκος του αυγού, δημητριακά ολικής άλεσης, κουνουπίδι, μαρούλι, συκώτι, όσπρια, κρέας</p>	<p>1.Αυξάνει την διαλυτότητα της χοληστερόλης και δεν επικάθεται με ευκολία. 2.Αφαιρεί την χοληστερόλη από την αθηρωματική πλάκα</p>
<p>Αμινοξέα: Ταυρίνη, Κυστεΐνη, Αργινίνη, Γλυσίνη, Λυσίνη, Προλίνη, Διμεθυλογλυσίνη (DMG), Καρνιτίνη &NAC Τροφές: οστρακοειδή, κρεατικά, αυγό, γαλακτοκομικά, καστανό ρύζι, σπόροι, ψάρια, φασόλια,</p>	<p>Ο συνδυασμός αμινοξέων που μειώνει την LDL, τα τριγλυκερίδια και αυξάνει την HDL και δεν είναι άλλο από τα δομικά στοιχεία των πρωτεϊνών</p>
<p>Όλα τα θρεπτικά στοιχεία που αναφέρονται στον πίνακα υπάρχουν και σε μορφή</p>	

συμπληρωμάτων διατροφής και οι ερευνητές προτείνουν να επιλέγετε φυσικής προέλευσης, χωρίς πρόσθετα ή μαγιά. Τα συμπληρώματα με λάδια ωμέγα3 θα πρέπει να είναι απαλλαγμένα από τυχόν τοξίνες όπως υδράργυρο και σε ασφαλή συσκευασία. Η δοσολογία καθορίζεται από τον ειδικό επιστήμονα ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και λαμβάνονται υπ' όψιν τυχόν παρενέργειες όταν υπάρχει φαρμακευτική αγωγή.

Πηγές: Murray M., 2001 & Hoffer A., Saul A., 2008 & Braverman E., 2003 & Clayton P., 2004.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Συνιστώμενη δίαιτα για την μείωση της χοληστερόλης στο αίμα		
	Επιλέξτε	Μειώστε
Ψάρια-Κρέατα	Ψάρια πουλερικά χωρίς το δέρμα τους, άπαχα μέρη βοδινού, αρνίσιου, χοιρινού, ή μοσχαρίσιου κρέατος.	Παχιά μέρη βοδινού, αρνίσιου, χοιρινού κρέατος, εντόσθια, κονσέρβες κρέατος, λουκάνικα, σάντουιτς με λουκάνικα και ζαμπόν, μπέικον, τυριά. Πάπια, ψάρια τηγανισμένα, σαρδέλες, αυγοτάραχο, οστρακοειδή, γαρίδες, αστακούς, καβούρια.
Γάλατα και Γαλακτοκομικά προϊόντα	Αποβουτυρωμένο γάλα (υγρό, σε σκόνη ή εβαπορέ), Ημιαποβουτυρωμένο γάλα. Άπαχο 1ή 0% λιπαρά ή χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά γιαούρτι. Χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά τυριά (2% λιπαρά), Ανθότυρο. Γρανίτα	Φυσικό πλήρες γάλα, κανονικό, εβαπορέ, συμπυκνωμένο, κρέμα γάλακτος, σαντιγί, απομιμήσεις γαλακτοκομικών προϊόντων, τις περισσότερες κρέμες που δεν προέρχονται από γάλα. Βούτυρο γάλακτος, πλήρες λιπαρών γιαούρτι. Όλα τα λιπαρά τυριά (40% λίπος) σε μορφή κρέμας. Όλα τα φυσικά τυριά π.χ. φέτα, μανούρι, κασέρι, διάφορα είδη γραβιέρας, παρμεζάνα, γκούντα, blue-cheese, rokfort, ένταμ. Παγωτό.
Αυγά	Το ασπράδι του αυγού (2 ασπράδια είναι ισοδύναμα με 1 ολόκληρο αυγό), υποκατάστατο αυγού.	Κρόκος αυγού.
Φρούτα και Λαχανικά	Φρέσκα ή κατεψυγμένα, κονσέρβες η ξηραμένα, φρούτα και λαχανικά, βραστάς πατάτες.	Λαχανικά παρασκευασμένα σε βούτυρο, φρούτα με κρέμα σαντιγί, κομπόστες φρούτων, αβοκάντο.
Ψωμιά και Σιτηρά	Σπιτικό ψωμί ψημένο με ακόρεστα έλαια, κέικ, κράκερς με χαμηλή περιεκτικότητα σε	Ψωμί του εμπορίου, πίτες, κέικ, κουλουράκια με ξηρούς καρπούς, μπισκότα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, κράκερς υψηλής

	λιπαρά.	περιεκτικότητας σε λιπαρά.
Όσπρια και Δημητριακά	Μη αποφλοιωμένα δημητριακά, μη αποφλοιωμένο ρύζι ζυμαρικά, φασόλια, ρεβίθια, φακή.	Ψωμιά που τα αυγά είναι το κύριο συστατικό τους. Κρουασάν, μπατόν σαλέ, μπριός.
Ροφήματα	Τσάι, καφές, χυμοί φρούτων. Ψημένο κακάο. Μπύρα με χαμηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα.	Σοκολάτα, Ιρλανδικός καφές. Ουροπνευματώδη, αεριούχα ποτά
Λίπη και Έλαια	Ακόρεστα φυτικά έλαια: ελαιόλαδο, ηλιέλαιο, καλαμποκέλαιο, σησαμέλαιο, λάδι σόγιας.	Βούτυρο, καρυδέλαιο, φοινικέλαιο, υδρογονωμένα λίπη και έλαια(μαργαρίνες), χοιρινό λίπος.
Ξηροί καρποί	Σπόροι, κάστανα.	Ινδική καρύδα. Όλοι οι ξηροί καρποί.
Διάφορα	Μαγιονέζα με λίγες θερμίδες, ντρέσιγκς που παρασκευάζονται από ακόρεστα έλαια που αναφέρονται πιο πάνω, Χορταρικά, καρκεύματα	Σάλτσες, κρέμες ή σάλτσες τυριών. Μαγιονέζες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Περιεκτικότητα διαφόρων τροφίμων σε χοληστερόλη ανά μερίδα τροφίμου	
Τρόφιμα	Χοληστερόλη (mg/μερίδα τροφίμου*)
Λαχανικά	0
Δημητριακά	0
Φρούτα	0
Όσπρια	0
Αυγό ασπράδι ωμό (25 mg)	0
Αυγό ολόκληρο ωμό (50 mg)	225
Γαρίδες βρασμένες (125 mg)	250
Εντόσθια (μυαλά βρασμένα 125 mg)	3875
Εντόσθια (γλυκάδια τηγανητά 125 mg)	475
Κοτόπουλο, λευκό κρέας βρασμένο (125 mg)	100
Κρέας μοσχάρι φιλέτο σχάρας (125 mg)	125
Κρέας χοιρινό (125 mg)	137

Μαγιονέζα (20 mg)	52
Μπακαλιάρος ατμού (125 mg)	75
Οστρακοειδή (π.χ. Μύδια) (125 mg)	125
Οστρακοειδή (π.χ. Στρείδια ωμά) (125 mg)	62.50
Πάπια κρέας, μόνο ψητή (125 mg)	200
Συκώτι βοδινό, βρασμένο (125 mg)	300
Συκώτι αρνίσιο, τηγανητό (125 mg)	500
Τυρί Cheddar (55 mg)	38.50
*Μερίδα εστιατορίου Οι τροφές στις πράσινες γραμμές, πρέπει να αποφεύγονται.	

Πηγή: Τα στοιχεία έχουν αντληθεί από το βιβλίο της Α. Τριχοπούλου "Πίνακας συνθέσεων τροφίμων και ελληνικών φαγητών", Αθήνα 1992

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Το περιεχόμενο σε ω-3 λιπαρά οξέα ψαριών και θαλασσινών (οι ποσότητες είναι σε γρ. ανά 100 γρ. μερίδας)	
Σολομός Ατλαντικού (ιχθυοτροφείου, μαγειρεμένος, ξηρά θερμότητα)	1,8
Γάυρος (Ευρωπαϊκός, σε κονσέρβα με λάδι, στραγγισμένος)	1,7
Σαρδέλα (Ειρηνικού, σε κονσέρβα με τοματοχυμό, στραγγισμένη, ολόκληρη με οστά)	1,4
Ρέγκα (Ατλαντικού, τουρσί)	1,2
Σκουμπρί (Ατλαντικού, μαγειρεμένο, ξηρά θερμότητα)	1,0
Πέστροφα ιριδίζουσα (ιχθυοτροφείου, μαγειρεμένη, ξηρά θερμότητα)	1,0
Ξιφίας (μαγειρεμένος, ξηρά θερμότητα)	0,7
Τόνος (λευκός, κονσερβοποιημένος με νερό, στραγγισμένος)	0,7
Βακαλός μελανόχρωμος (Ατλαντικού, μαγειρεμένο, ξηρά θερμότητα)	0,5
Γλώσσα (μαγειρεμένη, ξηρά θερμότητα)	0,4
Ιππόγλωσσα (Ατλαντικού και Ειρηνικού, μαγειρεμένη, ξηρά θερμότητα)	0,4
Βακαλός μελανόγραμμαμος (μαγειρεμένος, ξηρά θερμότητα)	0,2
Βακαλός Ατλαντικού (μαγειρεμένος, ξηρά θερμότητα)	0,1
Μύδι Ατλαντικού (μαγειρεμένο, υγρή θερμότητα)	0,7
Στρείδι Ατλαντικού (άγριο, μαγειρεμένο, ξηρά θερμότητα)	0,5
Χτένια (ανάμικτα είδη, μαγειρεμένα, ξηρά θερμότητα)	0,3
Αχιβάδες (ανάμικτα είδη, μαγειρεμένα, υγρή θερμότητα)	0,2
Γαρίδες (ανάμικτα είδη, μαγειρεμένες, υγρή θερμότητα)	0,3

Πηγή: Τα στοιχεία έχουν αντληθεί από το βιβλίο της Α. Τριχοπούλου "Πίνακας συνθέσεων τροφίμων και ελληνικών φαγητών", Αθήνα 1992

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΤΡΟΦΙΜΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΑΣΒΕΣΤΙΟ (mg)
Γάλα φρέσκο	1 φλυτζ.	300
Γάλα σε σκόνη	2 κ.σούπας	104
Γιαούρτι	1 φλυτζ.	280
Τυρί κίτρινο	30 γρ	204
Τυρί φέτα	30 γρ	140
Τυρίcottage 2% λιπ	1 φλυτζ.	155
Σολωμός κονσέρβα	100 γρ	185
Σαρδέλλες με κοκκαλ.	90 γρ	371
Γαρίδες	90 γρ	98
Στρείδια μαγειρ.	1 φλυτζ	226
Σπανάκι μαγειρ	½ φλυτζ.	138
Αμύγδαλα	¼ φλυτζ.	92
Φασόλια μαγειρ.	½ φλυτζ	64
Πορτοκάλι	1 μέτριο	52
Μπρόκολο μαγειρ.	½ φλυτζ	36
Ψωμί ολικ. αλέσεως	1 λεπτή φέτα	32
Τυρί κρέμα	2 κουτ.σούπας	23

Πηγή: Τα στοιχεία έχουν αντληθεί από το βιβλίο της Α. Τριχοπούλου "Πίνακας συνθέσεων τροφίμων και ελληνικών φαγητών", Αθήνα 1992

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Κατευναστικά τρόφιμα πλούσια σε τρυπτοφάνη	Προ του ύπνου σνακ πλούσια σε τρυπτοφάνη	Βραδυνά γεύματα πλούσια σε τρυπτοφάνη
Γαλακτοκομικά προϊόντα : cottage cheese, γάλα (ζεστό), τυρί	Μηλόπιτα και παγωτό	Μακαρόνια με τυρί
Προϊόντα σόγιας: γάλα σόγιας, tofu	Δημητριακά ολικής αλέσεως με γάλα	Ομελέτα με τυρί
Θαλασσινά	Μπισκότα ολικής άλεσης και 1 ποτήρι γάλα	Hummus με ψωμί ολικής άλεσης
Κρέας	1 φέτα ψωμί ολικής άλεσης και φυστικοβούτυρο	Θαλασσινά
Πουλερικά		Κρέας πουλερικά με σαλάτα
Πολύσπορα προϊόντα		Τονοσαλάτα με ψωμί ολικής άλεσης
Όσπρια		
Ρύζι		
Hummus		
Φακές		
Φουντουκιά, φιστίκια		
Αυγά		
Σπόροι από σουσάμι, ηλιόσπορος		

Πηγή: International Journal of Obesity, 2009

Βιβλιογραφία

Αρθρογραφία:

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). American Psychiatric Association. (1994)
2. American Psychiatric Association, Consumer & family information: borderline personality disorder. *Psychiatric Serv* 52 (12): 1569–70. (December 2001)
3. Anderluh M. B., Tchanturia K., Rabe-Hesketh S., and Treasure J., Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women With Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype, *Am J Psychiatry* 160:242-247. (February 2003)
4. Aviram, R.B.; D.J. Hellerstein, J. Gerson, et al., Adapting supportive psychotherapy for individuals with Borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide. *J Psychiatr Pract* 10 (3): 145-55. (May 2004). Retrieved on 2007-09-23
5. Battaglia, M., Przybeck, T. R., Bellodi, L., & Cloninger, C. R., Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 292–298. (1996)
6. Berkson, J., Limitations of the application of four-fold table analysis to hospital data. *Biometrics Bulletin*, 2, 47–53. (1946)
7. Binks, C.A.; M. Fenton, L. McCarthy, et al., Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). (2006). Retrieved on 2007-09-23

8. Bornstein, R. F., A meta-analysis of the dependency–eating-disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 151–162. (2001)
9. Braun D.L., Sunday S.R., Halmi K.A., Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders, *Psychol Med*; 24(4):859-67. (November 1994)
10. Brown GR, Anderson B, Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 148 (1): 55–61. (January 1991)
11. Bruce, K. R., & Steiger, H., Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 93–108. (2005)
12. Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Joyce, P. R., Temperament, character, and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 27–32. (1999)
13. Cassin Stephanie E., Ranson T. Kristin M., Personality and eating disorders: A decade in review, *Clinical Psychology Review* 25 895–916. (2005)
14. Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R., A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 44, 975–990. (1993)
15. Crane Anna M., Roberts Marion E., Treasure Janet, Are Obsessive-Compulsive Personality Traits Associated with a Poor Outcome in Anorexia Nervosa? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Naturalistic Outcome Studies, *Int J Eat Disord* ; 40:581–588. (2007)

REVIEW ARTICLE

16. Diaz-Marsa, M., Carrasco, J. L., & Saiz, J., A study of temperament and personality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352–359. (2000)
17. Donini L.M., Marsili D., Graziani M.P., Imbriale M., Cannella C., Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord.*; 9(2): 151-7. (June 2004)
18. Echeburua E., Medina R. B., Aizpiri J., Alcoholism and personality disorders: an exploratory study, *Alcohol and Alcoholism* 40(4):323-326. (2005)
19. Echeburúa E., Medina R. B., Aizpiri J., Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: a comparative study, Alcohol. 42(6):618-22. (2007)
20. Fairburn C.G., Shafran R., Cooper L. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav. Res. Ther.*, 37:1-13. (1999)
21. Feske U., Tarter R.E., Kirisci L., Pilkonis P.A., Borderline personality and substance use in women, *Am J Addict*, 15(2):131-7. (Mar-Apr 2006)
22. Gillberg, I. C., Rastam, M., & Gillberg, C., Anorexia nervosa 6 years after onset: Part 1. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 61–69. (1995)
23. Godt Kristine, Personality Disorders in 545 Patients With Eating Disorders, *Eur. Eat. Disorders Rev.* 16, 94–99. (2008)
24. Grootens, K.P.; R.J. Verkes, Emerging evidence for the use of atypical antipsychotics in borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry* 38 (1): 20-3. (January 2005). Retrieved on 2007-09-23.

25. Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Skodol, A. E., Stout, R. L., Pagano, M. E., et al., The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified is not influenced by personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 319–330. (2003)
26. Gunderson, J.G., *Borderline Personality Disorder - Psychotherapies*. American Medical Network. ([2006-04-10](#)) Retrieved on [2007-09-23](#).
27. Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al., Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*. (2): CD001764. (2000)
28. Heaney Robert P., Calcium, vitamin D, milk consumption, and hip fractures: a prospective study among postmenopausal women, *Am J Clin Nutr*, 77:504-511. (February 2003)
29. Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E., Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317–326. (1995)
30. Hoeschel K., Guba K., Kleindienst N., Limberger M. F., Schmahl C., Bohus M., Oligodipsia and dissociative experiences in borderline personality disorder, *Acta Psychiatr Scand*. (2008)
31. Hunter JE. Dietary trans fatty acids: review of recent human studies and food industry responses. *Lipids* 41(11):967-92. (2006)
32. Jacob C. P., Muller J., Schmidt M., Hohenberge K., Cluster B Personality Disorders are Associated with Allelic, Variation of Monoamine Oxidase A Activity, *Neuropsychopharmacology* 30, 1711–1718. (2005)

33. Jakovljević M., Reiner Z., Milčić D., Mental disorders, treatment response, mortality and serum cholesterol: a new holistic look at old data, *Psychiatr Danub*, 19(4):270-81. (2007)
34. James M. L., Taylor J. Impulsivity and negative emotionality associated with substance use problems and Cluster B personality in college students *Addictive Behaviors* 32 714 –727. (2007)
35. John M. Grohol, *Obsessive-Compulsive Personality Disorder*, Published on PsychCentral.com. (Jun 2010)
36. Johnson J.G., Cohen P., Kasen S., Brook J.S., Personality disorder traits evident by early adulthood and risk for eating and weight problems during middle adulthood, *Int J Eat Disord.*, 39(3):184-92. (April 2006)
37. Joiner, T. E., Heatherton, T. F., & Keel, P. K., Ten-year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1133–1138. (1997)
38. Kahl K. G., Rudolf S., Stoeckelhuber B. M., Dibbelt L., Hans-Björn Gehl, Kerstin Markhof Fritz Hohagen, Schweiger U., Bone Mineral Density, Markers of Bone Turnover, and Cytokines in Young Women With Borderline Personality Disorder With and Without Comorbid Major Depressive Disorder, *Am J Psychiatry* 162:168–174. (2005)
39. Keel, P. K., & Mitchell, J. E., Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313–321. (1997)
40. Kidd P. M., Omega-3 DHA and EPA for cognition, behaviour, and mood: clinical findings and structural-functional synergies with cell membrane phospholipids, *Alternative Medicine Review*, 12(3):207-27. (2007)

41. Kirkley, B. G., Kolotkin, R. L., Hernandez, J. T., & Gallagher, P. N. , A comparison of binge-purgers, obese binge eaters, and obese non binge eaters on the MMPI. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 221–228. (1992)
42. Kleifield, E. I., Sunday, S., Hurt, S., & Halmi, K. A., The Tridimensional Personality Questionnaire: An exploration of personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 413–423. (1994)
43. Kluft, Richard P. *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*. American Psychiatric Pub, Inc.. pp. 83, 89. (1990)
44. Koerner K, Linehan MM. Research on dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1): 151-67. (2000) *
- *Lacovino J. M., Powers A. D., Oltmanns T. F., Impulsivity mediates the association between borderline personality pathology and body mass index, *Personality and Individual Differences Volume 56*, , Pages 100–104. (2014)
45. Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., & Early-Zald, M.B., Prospective analysis of personality and behavioural vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140-149 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224. (1995)
46. Lilienfeld L. R. R., Jacobs C. H., Woods A. M. and Picot A. K., A Prospective Study of Obsessive-Compulsive and Borderline Personality

Traits, Race and Disordered Eating, *European Eating Disorders Review*,
Eur. Eat. Disorders Rev. 16, 124–132. (2008)

47. Linehan, M.M.; Comtois, K.A.; Murray, A.M., et al., Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 63 (7): 757-66. (July 2006). Retrieved on 2007-09-23

48. Maranon, I., Echeburua, E., & Grijalvo, J., Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: A pilot study using the IPDE. *European Eating Disorders Review*, 12, 217–222. (2004)

49. Marcus, B. H., Eaton, C. A., Rossi, J. S. and Harlow, L. L. Self-efficacy, decision-making and stages of change: an integrative model of physical exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 489–508. (1994)

50. Modestin, J., Erni, T., & Oberson, B., A comparison of self-report and interview diagnoses of DSM-III-R personality disorders. *European Journal of Personality*, 12, 445–455. (1998)

51. Moran P., Stewart R., Brugha T., Bebbington P., Bhugra D., Jenkins R., Coid J. W., Personality disorder and cardiovascular disease: results from a national household survey, *J. Clin Psychiatry*, 68(1):69-74. (2007)

52. Morey, L. C., *Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. (1991)

53. Morgan John, Binge eating: ADHD, borderline personality disorder, and obesity, *Volume 7, Issue 4, Pages 188-190*. (April 2008)

54. Mulder, R. T., Joyce, P. R., Sullivan, P. F., Bulik, C. M., & Carter, F. A., The relationship among three models of personality psychopathology:

- DSM-III-R personality disorder, TCI scores, and DSQ defenses. *Psychological Medicine*, 29, 943–951. (1999)
55. Murphy, E. T., J. Gunderson, A Promising Treatment Borderline Personality Disorder. *McLean Hospital Psychiatric Update*. (January 1999). Retrieved on 2007-09-23.
56. Narduzzi, K. J., & Jackson, T., Personality differences between eating disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 699–710. (2000)
57. Nehls, N., Borderline personality disorder: the voice of patients. *Res Nurs Health* (22): 285–93. (August 1999) Retrieved on 23 September 2007
58. Otto F. Kernberg, M.D., and Robert Michels, M.D, Borderline Personality Disorder, *Am J Psychiatry* 166:505-508. (May 2009)
59. Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., von Knorring, L., Kullgren, G., et al., DSM-IV and ICD-10 personality disorders: A comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry*, 13, 246–253. (1998)
60. Paris, J., Borderline personality disorder. *CMAJ - Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579-1583. (2005)
61. Pascual J. C., Soler J., Baiget M., Cortés A., Menoyo A., Barrachina J., Ropero M., Gomà M., Alvarez E., Perez V., Association between the serotonin transporter gene and personality traits in borderline personality disorder patients evaluated with Zuckerman-Zuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ), *Actas Esp Psiquiatr*, 35(6):382-6. (2007)

62. Protogerou et al., Evaluation of Cognitive-Analytic Therapy (CAT) outcome in patients with Obsessive–Compulsive Personality Disorder, *Annals of General Psychiatry*, 7(Suppl 1):S109. (2008)
63. Quadrio, C., *Axis One/Axis Two: A disordered borderline*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 39 (Suppl. 1): 141-156. (December 2005)
64. Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., & Ostensen, E., The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders*, 5, 52–61. (2000)
65. Rossier, V., Bolognini, M., Plancherel, B., & Halfon, O., Sensation seeking: A personality trait characteristic of adolescent girls and young women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 8, 245–252. (2000)
66. Sansone, R. A., Levitt, J. L., & Sansone, L. A., The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 7–22. (2005)
67. Sansone, R. A., Sansone, L. A., *Childhood Trauma, Borderline Personality, and Eating Disorders: A Developmental Cascade*, *Eating Disorders*, 15:333–346. (2007)
68. Sansone Randy A., Schumacher David, Wiederman Michael W., Routsong-Weichers Lynn, The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery patients, *Eating Behaviours* 9, 197 –202. (2008)

69. Siever LJ, Koenigsberg HW. The frustrating no-mans-land of borderline personality disorder. *Cerebrum, the Dana Forum on Brain Science*, 2(4). (2000)
70. Skodol A.E., Oldham J.M., Hyler S.E., Kellman H.D., Doidge N., Davies M., Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders, *Int J Eat Disord*;14(4):403-16. (December 1993)
71. Stice, E., Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848. (2002)
72. Steiger, H., & Bruce, K., Personality traits and disorders in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. In T. D. Brewerton (Ed.), *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach* (pp. 209–230). New York: Marcel Dekker, Inc.. (2004)
73. Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K, Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. (2010)
74. Strober Michael, Freeman Roberta, Lampert Carlyn, Diamond Jane, The Association of Anxiety Disorders and Obsessive Compulsive Personality Disorder with Anorexia Nervosa: Evidence from a Family Study with Discussion of Nosological and Neurodevelopmental Implications, *Int J Eat Disord*; 40:S46–S51. (2007)
75. Sunday Suzanne R., Levey Christina M., and Halmi Katherine A. , Effects of Depression and Borderline Personality Traits on Psychological State and Eating Disorder Symptomatology, *Comprehensive Psychiatry*: Vol. 34, No. 1 pp 70-74. (1993)

76. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I., Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4(3): 257-72. (1990)
77. Taylor Jeanette, Substance Use Disorders and Cluster B Personality Disorders: Physiological, Cognitive, and Environmental Correlates in a College Sample, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31:515–535. 2005
78. Telch, C. F., & Stice, E., Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non treatment seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 768–776. (1998)
79. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, et al., A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 41 (6): 416–25. (2000)
80. Verheul, R.; L.M. Van Den Bosch, M.W. Koeter, et al., Dialectical behavioural therapy for women with borderline personality disorder: 12-month randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry* (182): 135-40. (February 2003). Retrieved on 2007-09-23.
81. Vitousek, K., & Manke, F., Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137–147. (1994)
82. Westen, D., & Harnden-Fischer, J., Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547–562. (2001)
83. Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Douchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., & Ball, S. A., Comorbid psychopathology in binge eating disorder:

- Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 641–649. (2000)
84. Wonderlich, S. A., & Mitchell, J. E., Eating disorders and comorbidity: Empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 381–390. (1997)
85. Wonderlich, S. A., & Mitchell, J. E., The role of personality in the onset of eating disorders and implications for treatment. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 249–258. (2001)
86. Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., & Spitzer, R. L., Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472–1479. (1993)
87. Zaboli G., Gizatullin R., A° sa Nilsonne, Wilczek A., Jonsson E. G., Ahnemark E., Marie A ° sberg and Leopardi R., Tryptophan Hydroxylase-1 Gene Variants Associate with a Group of Suicidal Borderline Women, *Neuropsychopharmacology* 31:1982–1990. (2006)
88. Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Omega-3 Fatty Acid Treatment of Women With Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study, *Am J Psychiatry* 160:167–169. (2003)
89. Zanarini M.C., Frankenburg FR, Reich DB, et al., Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Personal Disord* 14 (3): 264–73. (2000)
90. Zanarini M.C., Frankenburg. Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1): 93-104. (1997)

91. Zanarini M.C., Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR, Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry* 30 (1): 18–25. (Jan–February 1989)

Βιβλία:

92. Ευσταθιάδης Παναγιώτης, Σημειώσεις Κλινική διατροφή 1, Σητεία (2007)

93. Ζαμπέλας Αντώνιος, Κλινική διαιτολογία & διατροφή με στοιχεία παθολογίας, ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα (2007)

94. Μαρκάκη Αναστασία, Σημειώσεις Διατροφή & Σχεδιασμός Διαιτολογίου για Παθολογικές Καταστάσεις 1, Σητεία (2008)

95. Μάνου Ν., Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, University studio press εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη (1997)

96. Χαρίλα Ντιάνα, Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Προσέγγιση στις Διαταραχές Διατροφής, Ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς, Σημειώσεις Β΄ έτος (2006)

97. Χαρωνιτάκη Αικατερίνη, Σημειώσεις Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία της διατροφής, Σητεία (2007)

98. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & Συνεργάτες, «Ψυχιατρική». Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. (2004)

99. Atkinson R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., & Bem, D.J., “Introduction to Psychology”. USA: Harcourt Brace & Company. (1993)

100. Beck, A. & Freeman, A. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford. (1990)

101. Bruch, H., *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Boston7 Harvard University Press. (1978)
102. Davison, G.C. & Neale, J.M. "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. (1993)
103. Dozier, M.; K. C. Stovall, et al., Attachment and psychopathology in adulthood, in Cassidy, J.; P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*, New York: Guilford Press. (1999)
104. Johnson, C., & Wonderlich, S. A., Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. In J. H. Crowther, & D. L. Tennenbaum (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Kent, OH7 Kent State University Press. (1992)
105. Herman, Judith Lewis; Judith Herman MD, *Trauma and recovery*. New York: Basic Books. (1992)
106. Kalat, J.W., «Βιολογική Ψυχολογία». USA: Brooks / Cole Publishing Company. (2001)
107. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A., "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. p.p. 447-459. (2000)
108. Kernberg OF: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson. (1975)
109. Kramer Peter, *Listening to Prozac: A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self*, Viking Press. (1993)
110. Linehan, M. M., *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York: Guilford Press. (1993)

111. Robinson, David J., Disordered Personalities. Rapid Psychler Press. (2005)

Διαδίκτυο:

112. http://www.aamft.org/imis15/content/Consumer_Updates/Borderline_Personality_Disorder.aspx

113. <http://www.aafp.org/afp/2004/1015/p1505.html>

114. <http://www.depression.mb.ca/index.htm>

115. <http://www.eatingdisorders.org/content/view/5/26/>

116. <http://www.eimastegynaikes.gr/ygeia/psihiki-ygeia/702-psyxogenis-voylimia.html>

117. <http://www.encephalos.gr/44-1-04g.htm>

118. <http://www.epilysi.com/articles/post26>

119. <http://www.eufic.org/article/el/artid/Cholesterol-good-bad-average/>

120. <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/omega-3/>

121. <http://www.holism.gr>

122. http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3904

123. http://kardiologia.blogspot.gr/2007/10/blog-post_6713.html

124. <http://www.klimaka.org.gr>

125. <http://www.mayoclinic.com/health/borderline-personality-disorder/DS00442/DSECTION=3>.

126. www.mednutrition.gr

127. <http://www.minddisorders.com/Ob-Ps/Obsessive-compulsive-personality-disorder.html#ixzz1I6aIMSMT>

128. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001381/>

129. <http://www.orthorexia.com/>
130. http://psi-gr.tripod.com/serotonin_syndrome.htm
131. <http://psychotropicon.info/vi/mao-hemmer-monoaminoxidase-hemmer/>
132. <http://www.psychologia.gr/disorders/diatartrof.htm>
133. <http://www.psychologia.gr/disorders/personality%20disorders.htm>
134. <http://el.wikipedia.org>
135. <http://en.wikipedia.org>
136. www.ygeiaonline.gr