

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ - ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ  
Σ.Ε.Υ.Π. ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ  
ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ**



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΑΡΑΪΤΖΟΓΛΟΥ ΟΥΡΑΝΙΑ  
ΕΙΣΗΓΗΣΗ: ΜΑΡΚΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΣΗΤΕΙΑ 2005

T.E.I. OF CRETE - BRANCH OF SITIA  
DEPARTMENT OF NUTRITION AND DIETETICS

DIPLOMATIC ESSAY

**SUBJECT: *EATING DISORDERS NOWADAYS***

WRITTEN BY: ARAITZOGLOU OURANIA  
ADVISOR: MARKAKI ANASTASIA

SITIA 2005

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

### **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Το θέμα αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (Δ.Π.Τ.) στη σύγχρονη κοινωνία. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες που σχετίζονται άμεσα με τη διατροφή του ατόμου και που έχουν αντίκτυπο τόσο στη διατροφική του κατάσταση όσο και στην κατάσταση της σωματικής του υγείας.

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης εργασίας μελετώνται εκτενώς η ψυχογενής Ανορεξία, η ψυχογενής Βουλιμία, η επιδημιολογία, η αιτιολογία, τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, τα διαγνωστικά κριτήρια και οι ιατρικές επιπλοκές των δύο αυτών διαταραχών και γίνεται σύντομη αναφορά στις ψυχολογικές και φαρμακολογικές θεραπείες τους. Επίσης, μελετάται ο ρόλος του διαιτολόγου και οι πιθανές διαιτολογικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των Δ.Π.Τ.. Τέλος, εξετάζονται εν συντομία και οι Μη Διαφορετικά Προσδιοριζόμενες Δ.Π.Τ..

### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συγκεκριμένη έρευνα αφορά στις διατροφικές συμπεριφορές και στα συναισθήματα που σχετίζονται με τη διατροφή στους νέους. Ο σκοπός της ήταν να προσδιοριστούν τα παραπάνω στοιχεία, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τον τύπο του σχολείου και την περιοχή κατοικίας.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε το «Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Ψυχολογίας της Διατροφής» (Multidimensional Psychology of Eating Questionnaire - MPEQ), ενώ η στατιστική επεξεργασία έγινε με το πρόγραμμα SPSS. Το ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε σε μαθητές Ενιαίων Λυκείων και Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων της Αττικής και της Σητείας, καθώς επίσης και σε πρωτοετείς φοιτητές του Τμήματος Διατροφής & Διαιτολογίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα είναι ενδεικτικά, καθώς το δείγμα από το οποίο προέκυψαν δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό για όλους μαθητές και φοιτητές της Ελλάδας. Σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα συμφωνούν με τη βιβλιογραφία και τις σύγχρονες κοινωνικές τάσεις. Δηλαδή, τα κορίτσια εμφανίζονται πιο ευαίσθητοποιημένα με τη διατροφή και τη σιλουέτα τους, τα παιδιά που ζουν στους γρήγορους ρυθμούς τις πρωτεύουσας φαίνονται πιο ευάλωτα στις Δ.Π.Τ., οι μεγαλύτεροι μαθητές, εξαιτίας του αυξημένου άγχους τους άλλοτε αδιαφορούν και άλλοτε δίνουν αυξημένη σημασία στη διατροφή τους, οι φοιτητές της διαιτολογίας είναι περισσότερο συνειδητοποιημένοι σε ότι έχει να κάνει με τη διατροφή τους.

## **SUMMARY**

### ***THEORETICAL PART***

The subject of this project is Eating Disorders nowadays. Eating Disorders are serious psychiatric disorders which are directly related to human nutrition and have impact on person's nutritional status and physical health.

In this specific project we study Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, their epidemiology, etiology, behavioral characteristics, diagnostic criteria and medical complications and we refer briefly to their psychological and drug treatment. Also, we study the roll of dietician and the possible dietetic approaches which are used against Eating Disorders. Furthermore, there is a brief reference to Eating Disorders Not Otherwise Specified (ED-NOS).

### ***RESEARCH***

*AIM:* This research has to do with the eating behaviors and feelings of young people. We aimed to determine the factors upon, depending on sex, age, type of school and residential area.

*METHODS:* Multidimensional Psychology of Eating Questionnaire - MPEQ was used for the research, and for the statistical process we used SPSS. We addressed the questionnaire to high school students and college students in Attica and Sitia.

*RESULTS:* Generally the results correspond to the literature and the current socio - cultural trends and they are typical of the sample which we used, but they can not represent all the students in Greece. Girls showed more concern on their eating behaviors and their weight, the children that live in Athens have more possibilities to develop an Eating Disorder, because of their increased stress, and senior students of high schools are either indifferent to their nutrition or they care too much.

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ – ABBREVIATIONS

<b>ACTH</b>	Corticotropin Hormone (Κορτικοτροπίνη ή Φλοιστρόπος Ορμόνη)
<b>AVP</b>	Vasopressin (Βαζοπρεσίνη ή Αντιδιουρητική Ορμόνη)
<b>B.D.D.</b>	Body Dysmorphic Disorder (Σωματική Δυσμορφική Διαταραχή)
<b>B.E.D.</b>	Binge Eating Disorder (Διαταραχή Υπερφαγίας)
<b>B.E.S.</b>	Binge Eating Syndrome (Σύνδρομο Υπερφαγίας)
<b>C.B.T.</b>	Cognitive Behavioral Therapy (Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία)
<b>FSH</b>	Follicle - Stimulating Hormone (Θυλακοτρόπος Ορμόνη)
<b>GH</b>	Growth Hormone (Αυξητική ορμόνη)
<b>GHRH</b>	Growth Hormone Releasing Hormone (Εκλυτίνη της Αυξητικής Ορμόνης)
<b>GnRH</b>	Gonadotropin Releasing Hormone (Εκλυτίνη της Γοναδοτροπίνης)
<b>LH</b>	Luteinizing Hormone (Ωχρινοτρόπος Ορμόνη)
<b>N.E.S.</b>	Night Eating Syndrome (Σύνδρομο Νυχτερινής Πολυφαγίας)
<b>O.C.D.</b>	Obsessive - Compulsive Disorder (Ιδεοληπτική - Καταναγκαστική Διαταραχή)
<b>OXT</b>	Oxytocin (Ωκυτοκίνη)
<b>P.E.T.</b>	Positron Emission Tomography (Προκλητά Δυναμικά)
<b>SED-NOS</b>	Sleep Eating Disorder Not Otherwise Specified (Διαταραχή υπονοβατικής Υπερφαγίας)
<b>T3</b>	Triiodothyronine (Τριιωδοθυρονίνη)
<b>T4</b>	Thyroxine (Θυροξίνη)
<b>TSH</b>	Thyroid Stimulating Hormone (Θυροειδοτρόπος Ορμόνη)
<b>Δ.Π.Τ.</b>	Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής
<b>E.N.Y.</b>	Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό
<b>K.N.Σ.</b>	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
<b>Σ.Ν.Π.</b>	Σύνδρομο Νυχτερινής Πολυφαγίας

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

**ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

➤ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
➤ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	2
• ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	2
• ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	3
➤ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ (ANOREXIA NERVOSA)	5
• ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	5
• ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	7
○ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	7
○ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	8
○ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	9
• ΤΑ ΤΕΣΣΕΡΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	10
○ 1 <sup>ο</sup> ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ (THE ACHIEVEMENT STAGE)	10
○ 2 <sup>ο</sup> ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ – ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΥ (THE SECURITY – COMPULSIVE STAGE)	11
○ 3 <sup>ο</sup> ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΗΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ (THE STAGE)	12 ASSERTIVE
○ 4 <sup>ο</sup> ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΨΕΥΔΟ – ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (THE PSEUDO - IDENTITY STAGE)	13
• ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	16
• ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	18
○ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	18
○ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	18
○ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	21
○ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	23
○ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	24
○ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	24
○ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	25
○ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	26
○ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	26
➤ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	27
• ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	27
• ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	28
○ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	28
○ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	29
○ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ – ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	30
• ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	31
○ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	31
○ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	31
○ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ	31
• ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	33
○ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	33

○	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	34
•	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	34
•	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	35
•	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	35
•	ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	36
•	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	38
•	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	38
➤	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΜΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ (EATING DISORDERS NOT OTHERWISE SPECIFIED/ED-NOS)	39
•	ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΩΝ ΜΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΩΝ Δ.Π.Τ.	39
•	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ED-NOS	41
➤	ΜΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	42
•	ΣΥΝΔΡΟΜΟ ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ (BINGE EATING SYNDROME or DISORDER/B.E.S or B.E.D.)	43
•	ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΠΟΛΥΦΑΓΙΑΣ (NIGHT EATING SYNDROME / N.E.S.)	46
•	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΝΟΒΑΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ (SLEEP EATING DISORDER/SED-NOS)	48
•	ΜΕΓΑΛΟΡΕΞΙΑ ή ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΜΕΓΑΛΟΡΕΞΙΑ (BIGOREXIA)	48
•	ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ (ANOREXIA ATHLETICA)	49
•	ΝΕΥΡΙΚΗ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ (ORTHOOREXIA NERVOSA)	53
•	ΠΟΛΥ-ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ (MULTI-IMPULSIVE BULIMIA)	54
•	ΑΛΛΟΤΡΙΟΦΑΓΙΑ (PICA)	54
•	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ	55
○	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟΦΥΓΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (FOOD AVOIDANCE EMOTIONAL DISORDER)	56
○	ΑΡΝΗΣΗ ΤΡΟΦΗΣ (FOOD REFUSAL)	56
○	ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΑΡΝΗΣΗΣ	56
○	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΙΤΙΣΗ (RESTRICTIVE EATING)	57
○	ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ (SELECTIVE EATING [DISORDER])	57
•	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	58
○	ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (BODY DYSMORPHIC DISORDER ή BDD)	58
○	ΙΔΕΟΛΗΠΤΙΚΗ-ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER/OCD)	59
○	ΦΟΒΙΑ ΤΡΟΦΗΣ ή ΤΡΟΦΙΚΗ ΦΟΒΙΑ(FOOD PHOBIA)	59
➤	ΠΡΟΛΗΨΗ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ Δ.Π.Τ.	60
•	ΠΡΟΛΗΨΗ	60
•	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	61
•	ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	64
•	ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	65
○	ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	65
○	ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	67
•	ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	68

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

➤ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	70
➤ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	71
• ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ	73 ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ
• ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΗΣ	75
• ΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	77
• ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	79
• ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ-ΠΟΙΟΣ ΚΑΘΟΡΙΖΕΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	81
• ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ- ΑΤΟΜΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΑ	83
➤ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΧΟΛΙΑ	86
➤ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	88

<b>ΠΡΟΛΗΨΗ</b>	89
----------------	----

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	90
---------------------	----

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄**

➤ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (ΑΡΧΙΚΗ ΜΟΡΦΗ)	95
---------------------------------	----

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄**

➤ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ)	100
--	-----



## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (Eating Disorders- EDs) είναι ένα πρόβλημα, το οποίο στις μέρες μας παίρνει μεγάλες διαστάσεις. Αν και υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές από αρχαιοτάτων χρόνων, στη σύγχρονη εποχή το πρόβλημα είναι εντονότερο και απαντάται πολύ συχνά. Άλλωστε δεν είναι τυχαίο ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής κατατάσσονται πλέον ανάμεσα στις πιο εξασθενητικές ψυχιατρικές διαταραχές που επηρεάζουν κυρίως τις νεαρές γυναίκες, χωρίς βέβαια να αφήνουν τον ανδρικό πληθυσμό αλώβητο. Μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής μπορεί να προσδιοριστεί ως μια επίμονη διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς ή ως μια συμπεριφορά που αποσκοπεί στον έλεγχο του βάρους, που όμως βλάπτει σημαντικά τη σωματική υγεία ή τις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες του πάσχοντα, και δεν είναι δευτεροπαθής διαταραχή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Οι πλέον αναγνωρίσιμες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι η Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa - A.N.) και η Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa - B.N.). Το κύριο χαρακτηριστικό της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι η άρνηση διατήρησης του κατώτερου φυσιολογικού σωματικού βάρους, ενώ η Ψυχογενής Βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας ακολουθούμενα από ανάρμοστες συμπεριφορές που στοχεύουν στην αποφυγή πρόσληψης βάρους, όπως για παράδειγμα η αυτο-πρόκληση εμετού. Το Σύνδρομο ή αλλιώς η Διαταραχή της Πολυφαγίας ή Υπερφαγίας ή Αδηφαγίας (Binge Eating Syndrome - B.E.S ή Binge Eating Disorder - B.E.D.) είναι ένα πιο πρόσφατα προσδιορισμένο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, χωρίς ανάρμοστες αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Ακόμα αποτελεί αντικείμενο συζήτησης αν το Σύνδρομο Πολυφαγίας αποτελεί μια ξεχωριστή Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, η παχυσαρκία είναι μια κατάσταση που σχετίζεται άμεσα με διαταραγμένη πρόσληψη τροφής, αλλά θεωρείται ιατρικό πρόβλημα μάλλον παρά Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής.

Τέλος, υπάρχει ένα πλήθος άλλων Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής οι οποίες δεν είναι ευρέως αναγνωρισμένες και έχουν επινοηθεί και χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν καταστάσεις παρόμοιες με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής που όμως δεν πληρούν όλα τα απαραίτητα κριτήρια ώστε να χαρακτηριστούν έτσι.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από αρχής μέχρι τέλους της ιστορίας συναντάμε ετερογενείς δηλώσεις διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς. Αν και οι όροι «βουλιμία» και «ανορεξία» χρησιμοποιούνται εδώ και χρόνια, οι αντίστοιχες νοσολογικές καταστάσεις διαρκώς αντικρούονταν. Παραδοσιακά, στην ιατρική, τόσο η αποφυγή του φαγητού όσο και η υπερφαγία θεωρούνταν συμπτώματα μιας ποικιλίας ασθενειών, κυρίως γαστρεντερικών διαταραχών. Η ενασχόληση με το σωματικό βάρος και το σχήμα του σώματος και η εφαρμογή στρατηγικών απώλειας βάρους, όπως η δίαιτα και η κάθαρση των εντέρων, κέρδισαν την προσοχή του κοινού αλλά και των ειδικών της υγείας τις τελευταίες δεκαετίες του 20<sup>ου</sup> αιώνα (και μόνο στις Δυτικές και δυτικοποιημένες κοινωνίες). Γι' αυτό το λόγο, τα σύνδρομα της Ψυχογενούς Ανορεξίας και Ψυχογενούς Βουλιμίας θεωρούνται σχετικά σύγχρονες κλινικές καταστάσεις.

### **ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Μέχρι το 19<sup>ο</sup> αιώνα, η «ανορεξία» (ιατρικός όρος για την απώλεια της όρεξης) θεωρούνταν σύμπτωμα σωματικών και συναισθηματικών διαταραχών. Πάραυτα, για αιώνες η εκούσια αποχή από το φαγητό δεν ήταν κυρίως παθολογικό φαινόμενο. Η υπερβολική νηστεία ήταν μέρος μετανοητικής και ασκητικής πρακτικής πολλών ευσεβών Χριστιανών.

Αργότερα μορφές μακροχρόνιας άρνησης φαγητού, που δε συνοδεύονταν από συμπτώματα γνωστών ασθενειών όπως η φυματίωση, είχαν μεγάλη πιθανότητα να ξεσηκώσουν εικασίες περί υπερφυσικών δυνάμεων ή δαιμονικών επιρροών. Τελικά, οι υπερβολικές ή ασυνήθιστες πρακτικές αποφυγής του φαγητού θεωρήθηκαν σημάδια, ψυχιατρικών διαταραχών. Η αποφυγή του φαγητού και η εξαιρετική αδυναμία ήταν κοινά συμπτώματα γνωστών ασθενειών όπως η υστερία, η μανία, η μελαγχολία, η σιδηροπενική αναιμία και όλα τα είδη των ψυχωτικών διαταραχών.

Προς το τέλος του 17<sup>ου</sup> αιώνα, ένας άγγλος γιατρός, ο Richard Morton, περιέγραψε την εμφάνιση της «νευρικής φθίσης» («nervous consumption»)<sup>(32)</sup>, μια κατάσταση αποδυνάμωσης διαφορετική από τη φυματίωση και οφειλόμενη σε συναισθηματική αναστάτωση. Αυτή συνήθως αναφέρεται ως η πρώτη ιατρική καταγραφή της Ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά οι ενδιαφέρουσες μελέτες ασθενών του Morton (ενός κοριτσιού κι ενός αγοριού) δεν έτυχαν προσοχής και ξεχάστηκαν ώσπου ανακαλύφθηκαν ξανά τρεις αιώνες αργότερα.<sup>(32)</sup>

Η νοσηρή εκούσια λιμοκτονία αναγνωρίστηκε ως ξεχωριστή κλινική κατάσταση στο δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Τον Απρίλιο του 1873, ο Ernest-Charles Lasègue <sup>(32)</sup>, νοσοκομειακός γιατρός από το Παρίσι, εξέδωσε το άρθρο του για την «υστερική ανορεξία» (anorexie hystérique), το οποίο κυκλοφόρησε σε αγγλική μετάφραση λίγο πριν ο Sir William Withey Gull<sup>(32)</sup>, γιατρός από το Λονδίνο, παρουσιάσει την εργασία του για την «υστερική ανορεξία» (anorexia hysterica) τον Οκτώβριο της ίδιας χρονιάς. Η ομιλία του εκδόθηκε το 1874, υπό τον τίτλο «Ψυχογενής Ανορεξία» (Anorexia Nervosa). Σύμφωνα και με τους δυο γιατρούς, επρόκειτο για μια ψυχογενή κατάθλιψη που συνέβαινε κυρίως σε κορίτσια και νεαρές γυναίκες. Τα χαρακτηριστικά όπως περιγράφηκαν από τους Gull και Lasègue ισχύουν ακόμα και σήμερα: σοβαρή απώλεια βάρους, αμηνόρροια, δυσκοιλιότητα, νευρικότητα και καμία απόδειξη υποκείμενης ασθένειας. Παρόλο που ο γαλλικός και ο βρετανικός ιατρικός Τύπος έδειξε κάποιο ενδιαφέρον στο καινούργιο σύνδρομο, σε πολλές άλλες χώρες, όπως οι Η.Π.Α., η Γερμανία και η Ιταλία, η Ψυχογενής Ανορεξία παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό ένα περιθωριακό φαινόμενο μέχρι τον 20<sup>ο</sup> αιώνα.

Αρχικά, η Ψυχογενής Ανορεξία γενικά θεωρούταν ψυχιατρική διαταραχή, όταν όμως το 1914 ο Γερμανός παθολόγος Morris Simmonds<sup>(32)</sup> βρήκε αλλοιώσεις της υπόφυσης λόγω βλαβών σε μερικούς απισχνασμένους ασθενείς, η Ψυχογενής Ανορεξία συνδέθηκε ανεξήγητα με τη «νόσο του Simmonds» (Simmond's disease) ή τη «σχετική με την υπόφυση καχεξία» (pituitary cachexia). Χρειάστηκαν περισσότερες από δυο δεκαετίες για να αναιρεθεί αυτή η λανθασμένη αντίληψη. Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η ενδοκρινολογική εικόνα της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατήργησε τις λανθασμένες αντιλήψεις του παρελθόντος και το πρόβλημα άρχισε να χάνει την ψυχολογική του βάση και να αναγνωρίζεται ως πρόβλημα ψυχιατρικής φύσεως. Στην περίοδο 1945-1960 η ψυχιατρική κατακυριαρχήθηκε από ψυχαναλυτικές απόψεις και μεθόδους, γι' αυτό και συναντάται στις σύγχρονες θεωρίες για την Ψυχογενή Ανορεξία. Για παράδειγμα, ο φόβος για την πρόληψη τροφής συνδέθηκε με υποσυνείδητους φόβους για εγκυμοσύνη δια στόματος. Αλλά ακόμα το ενδιαφέρον για την Ψυχογενή Ανορεξία δεν ήταν ιδιαίτερα μεγάλο. Αυτό άλλαξε δραστικά μετά το 1960, όταν η γερμανικής καταγωγής Αμερικανίδα ψυχίατρος Hilde Bruch<sup>(32)</sup>, με την πρωτοποριακή δουλειά της, επικέντρωσε την προσοχή στην έλλειψη αυτοεκτίμησης και τη διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος που παρουσίαζαν αυτοί οι ασθενείς. Αυτή η εξέλιξη οδήγησε στην προσθήκη δυο νέων χαρακτηριστικών στην αρχική κλινική εικόνα της Ψυχογενούς ανορεξίας όπως αυτή είχε αρχικά περιγραφεί από τους Gull και Lasègue: η επίμονη επιδίωξη ισχνότητας και η χαρακτηριστική διαταραχή της εικόνας του σώματος. Έτσι, η Ψυχογενής Ανορεξία εξελίχθηκε τις τελευταίες δεκαετίες του 20<sup>ου</sup> αιώνα από μια σπάνια και ελάχιστα γνωστή ασθένεια σε μια «μοντέρνα» διαταραχή ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα στο ευρύ κοινό.<sup>(35)</sup>

### **ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ**

Παρόλο που ο όρος «Ψυχογενής Βουλιμία» είναι πρόσφατος, αναφορές σε παθολογική πείνα συναντάμε κάτω από ένα πλήθος περιγραφών, απ' αρχής τήρησης ιατρικών αρχείων. Σύμφωνα με τον Πλούταρχο, η λέξη «βούλιμος» (bulimos) αναφερόταν σε έναν κακό δαίμονα και αρχικά σήμαινε μεγάλος λιμός. Όμως αργότερα οι φιλόλογοι διατύπωσαν τη θεωρία ότι η λέξη «βούλιμος» προήρθε από τις ελληνικές λέξεις «βους», που σημαίνει βόδι, και «λιμός», που σημαίνει μεγάλη πείνα, και δηλώνει τόσο σφοδρή πείνα που μπορεί να κάνει έναν άνθρωπο ικανό να φάει ένα ολόκληρο βόδι. Αυτή η νοσηρή πείνα συνεπαγόταν αδυναμία και τάσεις λιποθυμίας και θεωρούταν στενά συνδεδεμένη με πεπτικές δυσλειτουργίες.<sup>(26)</sup> Η διάκριση αυτή έγινε από τον Όμηρο τον 8<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. - σύμφωνα με τους Ziolkο και Schrader (1985) - και συνέχισε να γίνεται από διαδοχικούς συγγραφείς. Έτσι, ο Ιπποκράτης αναγνώριζε το *βούλιμο* ως μια άρρωστη πείνα διαφορετική από την κοινή πείνα και οι Αριστοφάνης και Ξενοφώντας αναφέρονταν στο *βούλιμο* ως «αδηφάγος πείνα». Είναι εμφανές ότι οι αρχαίοι συγγραφείς αναφέρονται στο *βούλιμο* σαν επεισόδια πολυφαγίας που υποκινούνται από μία ασυνήθιστη μορφή πείνας. Ωστόσο, ο Ξενοφώντας ταύτισε τον *βούλιμο* με αισθήματα πείνας, αδυναμίας και τάσεις για λιποθυμία και περιέγραψε την εμφάνισή του σε στρατιώτες που έτρωγαν μικρές μερίδες από το σιτηρέσιο κατά τη διάρκεια της εκστρατείας ενάντια στον Αρταξέρξη. Αργότερα, τόσο οι Έλληνες όσο και οι Ρωμαίοι συγγραφείς, χρησιμοποίησαν εμφανώς τον όρο *βούλιμος* με ασαφή και διφορούμενο τρόπο, αναφερόμενοι μεν στα αισθήματα πείνας, αδυναμίας και τις τάσεις λιποθυμίας, αλλά και στην πολυφαγία που εξέγειραν αυτά. Ο Γαληνός, στα συγγράμματά του, έδωσε έμφαση στην άποψη της αδυναμίας παράλληλα με την απληστία για φαγητό, και το βάρος της αυθεντίας του διαιώνιζε αυτήν την ερμηνεία για περισσότερα από 1000 χρόνια.<sup>(30)</sup>

Λαμβάνοντας υπόψιν τη σύγχρονη κλινική εικόνα της Ψυχογενούς Βουλιμίας, οι ιστορικές περιγραφές περιστατικών υπερφαγίας που ακολουθούνταν από εμετό χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Στην ιατρική, αυτή η διατροφική ανωμαλία ήταν γενικότερα γνωστή με τον όρο «κυνορεξία» (kynorexia) ή «fames canina», δηλαδή μια ακόρεστη αδηφαγία που να θυμίζει σκύλο να τρώει, η οποία ακολουθείται από αυτοπρόκληση εμετού. Και σ' αυτήν την περίπτωση δυσλειτουργίες και ανωμαλίες του στομάχου θεωρούνταν η αιτία.

Κάποιοι νοσοκομειακοί γιατροί του 18<sup>ου</sup> αιώνα διέκριναν μορφές βουλιμίας μερικές από τις οποίες θεωρήθηκαν ως πρωτοπαθείς ή ιδιοπαθείς μορφές βουλιμίας. Τέτοιες ήταν η βουλιμία helluonum, με χαρακτηριστικό την υπερβολική πείνα, η βουλιμία syncoralis, με χαρακτηριστικό τις λιποθυμίες εξαιτίας της πείνας και η βουλιμία emetica, που χαρακτηρίστηκε από υπερφαγία συνοδευόμενη από εμετό. Παρόλο που οι συναισθηματικοί παράγοντες αποτέλεσαν αντικείμενο προσεκτικής σκέψης και μελέτης στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι παθολόγοι (κυρίως αυτοί των Γαλλόφωνων και Γερμανόφωνων χωρών) θεώρησαν τη βουλιμία πρωταρχικά σύμπτωμα γαστρικής δυσλειτουργίας. Στις περιγραφές περιστατικών υστερίας, υπερφαγίας και εμετών του 19<sup>ου</sup> αιώνα, υπήρχαν συχνές αναφορές συμπτωμάτων, τα οποία ορισμένες φορές χαρακτηρίζονταν σαν «υστερικός εμετός» (hysterical vomiting), που όμως δε θεωρήθηκαν ξεχωριστή διατροφική διαταραχή.<sup>(26)</sup>

Η σύγχρονη αντίληψη για τη βουλιμία αναδύθηκε από αυτό καθαυτό το πλαίσιο της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Οι σποραδικές αναφορές περιστατικών ασθενών που υπέκυπταν σε καταναγκαστική υπερφαγία ακολουθούμενη από αυτοπρόκληση εμετών, θεωρήθηκαν νευρωτικές καταστάσεις ή αποκλίσεις της διατροφικής συμπεριφοράς ανορεκτικών ασθενών. Η πιο προσεκτική και τεκμηριωμένη αναφορά περιστατικού ασθενούς (παρόλο που η ψυχική κατάσταση της ασθενούς διαγνώσθηκε λανθασμένα ως σχιζοφρένια) δημοσιεύθηκε από τη Σουηδή ψυχίατρο Ludwig Binswanger το 1944. Πρόκειται για τη συγκινητική περιγραφή της Ellen West και την επίμονη επιδίωξή της για ισχύτητα και τη μάχη της με τη βουλιμία, η οποία την οδηγούσε σε βίαια αυτοπρόκληση εμετών και υπερβολική κατάχρηση ήπιων καθαρτικών.<sup>(30)</sup> Από τις αρχές της δεκαετίας του '70 και έπειτα, προσδιορίστηκε μια ξεχωριστή ομάδα συμπτωμάτων, που διαφοροποιούνταν από την Ψυχογενή Ανορεξία και την παχυσαρκία. Οι νοσοκομειακοί γιατροί αρχίζουν να καταγράφουν συνεχώς αυξανόμενα περιστατικά γυναικών οι οποίες «οργιάζουν» τρώγοντας άφθονες ποσότητες φαγητού, αλλά διατηρούν το βάρος τους μέσα στα όρια του φυσιολογικού είτε προκαλώντας εμετό ή κάνοντας κατάχρηση καθαρτικών και συνεχείς δίαιτες. Επινοήθηκε ένα πλήθος διαφορετικών ονομάτων για αυτό το σύνδρομο μεταξύ των οποίων και «δυσορεξία» (dysorexia), «βουλιμαρεξία» (bulimarexia), «σύνδρομο λεπτού-χοντρού» (thin-fat syndrome), «σύνδρομο αδηφαγίας-κάθαρσης» (binge-purge syndrome) και «σύνδρομο διαιτητικού χάους» (dietary chaos syndrome).

Το 1979 ο Βρετανός ψυχίατρος Gerald Russell<sup>(30)</sup> επινόησε τον όρο «Ψυχογενής Βουλιμία», αναφερόμενος σε «δυνατές και ακατανίκητες ορμές για υπερφαγία» σε συνδυασμό με «ένα νοσηρό φόβο πρόσληψης βάρους» και την αποφυγή «των παχυντικών αποτελεσμάτων της τροφής προκαλώντας εμετό ή κάνοντας κατάχρηση καθαρτικών ή και τα δυο» γυναικών με φυσιολογικό σωματικό βάρος. Αρχικά μόνο ο όρος «βουλιμία» εντάχθηκε σε διεθνή συστήματα ταξινόμησης ψυχιατρικών διαταραχών όπως το DSM-III (1980). Ωστόσο η (Αμερικανική κυρίως) χρήση του όρου ήταν συγχεύουσα και πολύ περιεκτική, αντίθετα με την αντίληψη του Russell για την Ψυχογενή Βουλιμία, την οποία θεωρούσε μια «δυσοίωση παρέκκλιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας». Το 1987, στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III-R, η διάγνωση επανήλθε με βρετανική ορολογία και επανονομάστηκε «Ψυχογενής Βουλιμία». <sup>(35)</sup>

## ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ (ANOREXIA NERVOSA)

Η Ψυχογενής Ανορεξία χαρακτηρίζεται από βαριά διαταραχή της εικόνας που σχηματίζει ο ασθενής για το σώμα του και από αδιάκοπη αναζήτηση της ισχύοντος, μέχρι σημείου λιμοκτονίας. (Εικ.1) Όπως ήδη αναφέρθηκε στην ιστορική αναδρομή, η διαταραχή αναγνωρίζεται εδώ και πολλά χρόνια και μάλιστα είναι αξιοσημείωτη η ομοιότητα που παρουσιάζει η περιγραφή της από διαφορετικά άτομα.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Οι διαφόρου τύπου Δ.Π.Τ που έχουν αναφερθεί αφορούν εφήβους και νεαρής ηλικίας σπουδαστές σε ποσοστό μέχρι 4%. Η Ψυχογενής Ανορεξία αναφέρεται πιο συχνά τις τελευταίες δεκαετίες απ' ότι στο παρελθόν, με αυξανόμενη διάδοση της διαταραχής σε κορίτσια και αγόρια προεφηβικής ηλικίας και κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών.<sup>(54)</sup> Η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι το μέσο της εφηβείας, αλλά για ένα ποσοστό ανορεξικών ασθενών, το οποίο φτάνει μέχρι και το 5%, τοποθετείται στα πρώτα χρόνια της 3<sup>ης</sup> δεκαετίας (από τα 20 έως τα 25 έτη).

Υπολογίζεται ότι η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζεται στο 0,5 με 1% των εφήβων κοριτσιών. Εμφανίζεται 10-20 φορές συχνότερα στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Ένα ποσοστό 90-95% των ασθενών με διαγνωσμένες Δ.Π.Τ. είναι γυναίκες. Το υπόλοιπο 5-10% πρόκειται για άνδρες στους οποίους έχει διαγνωσθεί είτε Ψυχογενής Ανορεξία ή Ψυχογενής Βουλιμία. Από αυτούς το 0,2% είναι έφηβοι και άνδρες στην πρώτη νεότητα. Δεδομένου ότι στους άνδρες απουσιάζει ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας, η αμηνόρροια, συχνά εξαιρούνται των ερευνών. Αυτή η εξαίρεση έχει ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στο ποσοστό ανίχνευσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας μεταξύ των ανδρών.<sup>(80)</sup>

Η Ψυχογενής Ανορεξία ήταν ανέκαθεν πιο διαδεδομένη στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις παρά στις κατώτερες και μεταξύ εργατών. Σήμερα οι γνώμες δίστανται, κάποιες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτήν την αντίληψη ενώ άλλες δε δείχνουν μια τέτοια διασπορά. Επίσης, η ανάπτυξη και η διάδοση των Δ.Π.Τ. είναι υψηλότερη στις αστικές περιοχές, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στις αγροτικές περιοχές δεν εμφανίζεται το πρόβλημα. Μάλιστα, ο κίνδυνος για Δ.Π.Τ. στις αγροτικές περιοχές είναι αυξημένος συγκριτικά με ότι ίσχυε στο παρελθόν.<sup>(80)</sup>

Τα περιστατικά Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι συχνότερα στις ανεπτυγμένες χώρες ή αλλιώς αποκαλούμενες Δυτικές κοινωνίες, όπου επικρατεί η αντίληψη ότι η ισχύοντος συνεπάγεται υγεία φόρμα και ελκυστικότητα, ενώ η παχυσαρκία συνεπάγεται φτωχή υγεία, έλλειψη δύναμης της θέλησης και αυτοελέγχου και ασχήμια. Αντίθετα, στις μη-Δυτικές κοινωνίες η Ψυχογενής Ανορεξία και οι σχετικές με αυτήν Δ.Π.Τ. είναι σπάνιες. Υπάρχουν δυο θεωρίες που ίσως να εξηγούν την χαμηλή συχνότητα διάδοσης αυτών των διαταραχών στις παραπάνω κοινωνίες. Η πρώτη υποστηρίζει ότι οι πληθυσμοί αυτοί όχι μόνο δείχνουν μεγαλύτερη αποδοχή σε μεγαλύτερα σωματικά βάρη, αλλά πολλές φορές συνδυάζουν τα υπέρβαρα σώματα με την καλή υγεία, ενώ η ισχύοντος θεωρείται πρόβλημα. Η άλλη θεωρία αφορά την εκπόνηση ερευνών στους πληθυσμούς αυτούς. Είναι λιγότερες οι μελέτες που πραγματοποιούνται σε αυτές τις περιοχές συγκριτικά με τις αντίστοιχες που λαμβάνουν χώρα στις Δυτικές Κοινωνίες (π.χ. Η.Π.Α.). Επιπλέον, είναι δυσκολότερη η διεξαγωγή μιας έρευνας σε μη Δυτικές κοινωνίες αφού όλα τα απαραίτητα μέσα-εργαλεία (π.χ. ερωτηματολόγια) είναι σχεδιασμένα για τις Δυτικές κοινωνίες και χρειάζονται ειδική προσαρμογή ώστε να

χρησιμοποιηθούν στους πληθυσμούς αυτούς.<sup>(24)</sup> Φυσικά δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι σε πολλούς μη-Δυτικούς πολιτισμούς, οι υπεύθυνοι για την υγεία φορείς επικεντρώνουν την προσοχή τους στην πρόληψη και ίαση των ασθενειών. Συνεπώς οι Δ.Π.Τ. ίσως να μην αντιμετωπίζονται ως σοβαρές ασθένειες που χρήζουν ιατρική θεραπεία (εκτός κι αν ο ασθενής πεθαίνει). Επιπροσθέτως, οι Δ.Π.Τ., όπως και άλλες ψυχιατρικές ασθένειες, ίσως να θεωρούνται οικογενειακά προβλήματα και όχι προβλήματα που αφορούν τους ειδικούς της υγείας.<sup>(22), (80)</sup>

Η ενασχόληση με συγκεκριμένα επαγγέλματα και δραστηριότητες, όπως χορός, μόντελινγκ και αθλήματα που απαιτούν ισχύτητα (π.χ. δρόμοι μεγάλων αποστάσεων, κολύμβηση, ρυθμική ή ενόργανη γυμναστική) συσχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά διάδοσης Δ.Π.Τ. και στα δύο φύλα.<sup>(21), (57)</sup>

Τέλος, η Ψυχογενής Ανορεξία φαίνεται πως έχει μεγαλύτερη συχνότητα διάδοσης μεταξύ ατόμων τις Καυκάσιες φυλής έναντι των Αφρικανών, των Ασιατών και των Ισπανοφώνων (Λατίνων).<sup>(80)</sup>



Εικόνα 1. Ανορεξική ασθενής σε φωτογράφιση.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η έναρξη των Δ.Π.Τ. γενικά και ειδικότερα της Ψυχογενούς Ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντική. Ενώ ορισμένοι εμφανείς παράγοντες κινδύνου έχουν προσδιοριστεί, δεν υπάρχει καμία γνωστή, άμεση αιτιότητα. Η χαμηλή διάδοση της Ψυχογενούς Ανορεξίας καθιστά δύσκολη την αναμενόμενη έρευνα και για κάθε δεδομένη αποκάλυψη ή ευαισθησία, πολύ περισσότερα άτομα διαθέτουν τους παράγοντες κινδύνου από αυτά που αναπτύσσουν τη διαταραχή. Μια πολύ πιθανή εξήγηση είναι η ύπαρξη μιας αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου. Φαίνεται ότι οι παράγοντες που σηματοδοτούν την έναρξη της διαταραγμένης διατροφής και της εφαρμογής δίαιτας, διαφέρουν από εκείνους που διατηρούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά όταν καταντά προβληματική.<sup>(57)</sup>

### ***ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ***

Οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Όπως αποδεικνύεται από έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε οικογένειες, ο κίνδυνος εμφάνισης της διαταραχής είναι 7-20 φορές μεγαλύτερος για τα άτομα, συγγενείς των οποίων έχουν αντιμετωπίσει το ίδιο πρόβλημα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αυτή η μεταβίβαση της ευαισθησίας φαίνεται ότι ελέγχεται, μερικώς τουλάχιστον, γενετικά, καθώς έρευνες σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους, φέρουν τους πρώτους να εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη διαταραχή.<sup>(33)</sup> Εκτιμάται ότι οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για ποσοστό μεγαλύτερο από 50% της στατιστικής διακύμανσης των περιστατικών Ψυχογενούς Ανορεξίας. Επίσης για τη διακύμανση αυτή φαίνεται να ευθύνονται και διαφορετικές εμπειρίες ανάμεσα σε αδέρφια που μεγαλώνουν μαζί, όπως διαφορετική αντιμετώπιση από τους γονείς ή τους συνομήλικούς τους και γεγονότα που βιώνουν μεμονωμένα τα παιδιά μέσα σε μια οικογένεια, τα οποία δε μοιράζονται με τα αδέρφια τους.<sup>(22)</sup>

Ακόμα βρίσκονται υπό έρευνα τα κληρονομικά χαρακτηριστικά που καθιστούν ευάλωτο το άτομο απέναντι στις Δ.Π.Τ.. Προσφάτως έχει αναπτυχθεί η θεωρία του «ιδεοληπτικού-καταναγκαστικού φάσματος» (obsessive-compulsive spectrum) που περιλαμβάνει την Ιδεοληπτική-Καταναγκαστική Διαταραχή (Obsessive-Compulsive Disorder) και την Σωματική Δυσμορφική Διαταραχή (Body Dysmorphic Disorder).<sup>(43)</sup> Οι Δ.Π.Τ. περιλαμβάνονται επίσης σε αυτό το θεωρητικό φάσμα. Τα παραπάνω σύνδρομα υποτίθεται πως μοιράζονται μια ορισμένη φαινομενολογία, σχετικά χαρακτηριστικά και πιθανώς οικογενή μεταβίβαση. Αν και δεν πιστεύεται ότι η Ψυχογενής Ανορεξία συν-κληρονομείται με την Ιδεοληπτική-Καταναγκαστική Διαταραχή, υπάρχουν αποδείξεις που υπαινίσσονται την ταυτόχρονη μεταβίβαση της Ψυχογενούς Ανορεξίας με γνωρίσματα έμμονης προσωπικότητας. Τέτοια ευρήματα καλλιεργούν την υπόθεση ότι υπάρχει ένας ευρύτερος φαινότυπος, που χαρακτηρίζεται από τελειομανία, αυστηρότητα και κλίση για περιοριστική συμπεριφορά, του οποίου η Ψυχογενής Ανορεξία θα μπορούσε να είναι μια πιθανή έκφραση. Κάποιες προσπάθειες προσδιορισμού ενός βιολογικού δείκτη για ένα τέτοιο χαρακτηριστικό έχουν επικεντρωθεί σε γονίδια που εμπλέκονται στο σεροτονεργικό σύστημα (serotonergic system) και σε πολυμορφισμούς μεταφορέων και υποδοχέων. Άλλες προσπάθειες απόδειξης της κληρονομικής προδιάθεσης για Δ.Π.Τ. έχουν εστιάσει στα γονίδια που εμπλέκονται στη ρύθμιση του σωματικού βάρους και της θρέψης, όπως τα γονίδια που ελέγχουν τους υποδοχείς της λεπτίνης και των οιστρογόνων. Οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες, οι οποίες αξιολογούν υψηλότερη μεταβίβαση συγκεκριμένων πολυμορφισμών από την αναμενόμενη σε άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία ή Ψυχογενή Βουλιμία,

έχουν καταλήξει σε αρνητικά ή αντιφατικά αποτελέσματα. Εντούτοις, βρίσκονται εν εξελίξει έρευνες της μοριακής γενετικής, μεγάλης κλίμακας, για την εξακρίβωση των γενετικών βάσεων των Δ.Π.Τ..<sup>(80)</sup>

Όπως οι περισσότερες από τις σοβαρότερες ψυχιατρικές διαταραχές, έτσι και η Ψυχογενής Ανορεξία είναι λιγότερο πιθανό να προκαλείται άμεσα από πολυμορφισμό ενός συγκεκριμένου γονιδίου. Πιο πιθανό είναι να σχετίζεται με ένα ευρύτερο φαινότυπο, ο οποίος ελέγχεται από ένα συγκεκριμένο γονίδιο, ένα ζεύγος ή μια σειρά γονιδίων που εκφράζονται κάτω από συγκεκριμένες περιβαλλοντικές συνθήκες.<sup>(43)</sup>

## **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ - ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ**

Η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζεται συνήθως κατά την εφηβεία ή την πρώτη νεότητα (13-15 έτη ζωής). Η περίοδος της εφηβείας με την ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου καθιστά την εφηβεία αυτή καθεαυτή, παράγοντα κινδύνου. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις που προκαλούνται από την ωρίμανση του σώματος και τις αλλαγές στις σχέσεις με τους συνομήλικους ίσως παίζουν ένα ρόλο στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Το άγχος επίσης φαίνεται να επηρεάζει, σε κάποιες περιπτώσεις, την έναρξη της διαταραχής ή την υποτροπή της μετά από περιόδους ύφεσης.<sup>(22)</sup>

Η προσωπικότητα των ατόμων που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία είναι ιδιάζουσα.<sup>(57)</sup> Τυπικά, στους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας προσπαθούν να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα άτομα.<sup>(22)</sup>

Οι ανορεξικοί είθισται να είναι προσεκτικοί, ευσυνείδητοι, επίμονοι και τελειομανείς σε μεγαλύτερο βαθμό από το γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, μεταξύ γυναικών που αναρρώνουν από την Ψυχογενή Ανορεξία εντοπίζεται με μεγάλη συχνότητα τελειομανία και συμπτωματολογία εμμονών. Τέτοιες αξιολογήσεις μπορεί να μπερδευτούν με τις συνέπειες της ασθένειας κι ενώ ενδέχεται τα χαρακτηριστικά αυτά να αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης Ψυχογενούς Ανορεξίας δεν αποκλείεται το ενδεχόμενο ένα επεισόδιο Ψυχογενούς Ανορεξίας να προκαλεί αυτές τις ψυχολογικές μεταβολές.<sup>(57)</sup> Επίσης, τα στοιχεία της προσωπικότητας ενός ατόμου κατά την παιδική ηλικία που αντανakλούν μια έμμονη καταναγκαστική προσωπικότητα, φαίνεται να είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη Δ.Π.Τ. και ίσως ακόμα και να αντιπροσωπεύουν δείκτες ενός φαινοτύπου, όπως αναφέρεται και στους βιολογικούς παράγοντες, που εκφράζεται σε συγκεκριμένο υποσύνολο ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία.<sup>(43)</sup>

Ένας άλλος παράγοντας που πιθανώς καθιστά κάποια άτομα πιο επιρρεπή στην Ψυχογενή Ανορεξία είναι τα ψυχολογικά τραύματα που έχουν υποστεί στην παιδική τους ηλικία. Αν και δεν έχει βρεθεί κάποια συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής ή σωματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και σε συμπεριφορές ελέγχου και κάθαρσης στη μετέπειτα ζωή, έχει εντοπιστεί σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη σεξουαλική<sup>(4)</sup>, <sup>(14)</sup>, <sup>(80)</sup> κατά την παιδική ηλικία και στην παρουσία συμπεριφορών κάθαρσης στην ενήλικη ζωή.<sup>(60)</sup> Ακόμα, άτομα που έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και ως παιδιά και ως ενήλικες εμφανίζουν ευδιάκριτα τη συμπτωματολογία των Δ.Π.Τ. συγκριτικά με άτομα που έχουν βιώσει κάτι ανάλογο σε μια μόνο περίοδο της ζωής τους. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι η επανειλημμένη κακοποίηση ίσως να σχετίζεται με πιο σοβαρές Δ.Π.Τ. και με γενικευμένα συμπτώματα.<sup>(59)</sup>



**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Εκτός από τους βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου, κοινωνικές και πολιτιστικές επιρροές εμπλέκονται στις Δ.Π.Τ. και κυρίως στην έναρξη της διαταραγμένης συμπεριφοράς. Η σύγχρονη αντίληψη της ομορφιάς απαιτεί πολύ αδύνατα και γυμνασμένα σώματα. Πρόκειται για ένα ιδεώδες που αντιπροσωπεύει τις αξίες του αυτοελέγχου, της επιτυχίας και της αποδοχής του κοινωνικού συνόλου. Το ανθρώπινο σώμα, λανθασμένα, αντιμετωπίζεται σαν εύπλαστο υλικό, το οποίο με το σωστό συνδυασμό γυμναστικής, δίαιτας και αυτοελέγχου μπορεί πάντα να μετατραπεί στο «τέλειο σώμα», που δεν είναι άλλο από ένα αδύνατο, πολλές φορές, καχεκτικό σώμα. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καλλιεργούν την ψευδαίσθηση ότι η επίτευξη αυτού του «ανώτερου σκοπού» επιβραβεύεται, ενώ παράλληλα προωθούν, μέσω διαφημίσεων κέντρων αδυνατίσματος και γυμναστηρίων, τρόπους για να καταφέρει το κοινό να επιτύχει τον πολυπόθητο στόχο. Δυστυχώς, όμως, είναι αδύνατο να αποκτήσουν όλοι οι άνθρωποι το ιδανικό αυτό σώμα, καθώς ο σωματότυπος του κάθε ατόμου είναι διαφορετικός, όπως και το ιδανικό του βάρος, και αυτά τα χαρακτηριστικά δέχονται βιολογικές επιρροές, δηλαδή ελέγχονται κυρίως από γονίδια.

Οι έφηβοι που δεν κατανοούν ή δεν αποδέχονται τις ιδιαιτερότητες του σώματός τους, συχνά βιώνουν πολύ αρνητικά συναισθήματα που τους ωθούν σε ακραίες και δραστικές παρεμβολές. (22), (57), (80)

Επιπλέον, η Ψυχογενής Ανορεξία αποτελεί σε αρκετές περιπτώσεις αντίδραση κάποιων εφήβων στις απαιτήσεις που προβάλλει απέναντί τους η κοινωνία και που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς με τη διαταραχή υποκαθιστούν τις άλλες φυσιολογικές εφηβικές επιδιώξεις τους με την ενασχόληση με θέματα διατροφής και βάρους. Τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία δε δυσκολεύονται να βρουν υποστήριξη για την πρακτική τους καθώς είναι γνωστή η αξία που αποδίδει η κοινωνία μας στην ισχύτητα και την άσκηση.(22)

Εκτός από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα πρότυπα ομορφιάς που προβάλλουν, οι πεποιθήσεις των ατόμων του οικογενειακού και άμεσου φιλικού περιβάλλοντος επίσης επηρεάζουν τους εφήβους. Υποστηρίζεται ότι οι οικογένειες των ατόμων με Δ.Π.Τ. ενδιαφέρονται υπερβολικά για την κοινωνικό φαίνεσθαι και την ελκυστική εμφάνιση. Εντούτοις, κάποιοι πιστεύουν ότι οι οικογενειακές αρχές και αξίες δεν επαρκούν ώστε να προκαλέσουν την έναρξη Δ.Π.Τ. στους απογόνους τους εκτός και αν συνδυάζονται με συγκεκριμένες επιρροές άλλων παραγόντων όπως η ψυχολογική και βιολογική ευπάθεια των παιδιών.(47)

Ένας ακόμα παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων και των Δ.Π.Τ., είναι η έλλειψη αμοιβαιότητας σε σημαντικές σχέσεις με συγγενείς, φίλους και συντρόφους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία έχουν στενές μεν, αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και προσπαθούν, με την ασθένειά τους, να τραβήξουν την προσοχή των συγγενών τους, της οποίας αισθάνονται στερημένοι. Τέλος, είναι πιθανόν οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία να έχουν οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, εξάρτησης από αλκοόλ ή Δ.Π.Τ..(22)

## ΤΑ ΤΕΣΣΕΡΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Προκειμένου να γίνει κατανοητή η Ψυχογενής Ανορεξία, μπορούμε να διαιρέσουμε την πρόοδο της διαταραχής σε τέσσερα στάδια. Αυτά τα στάδια καθορίζουν τη διαταραχή καθώς οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η προσωπικότητα του ασθενούς διαστρεβλώνονται.<sup>(4)</sup>

Η εξέλιξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας χαρακτηρίζεται ιατρικά από απώλεια βάρους, ακολουθούμενη από μείωση της θερμοκρασίας του σώματος, μείωση της αρτηριακής πίεσης, επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, απώλεια της εμμηνορρυσίας, λέπτυνση της τρίχας, κόπωση και άλλα σημάδια υποσιτισμού. Καθώς ο ανορεξικός ασθενής συνεχίζει να χάνει βάρος, νέα συμπτώματα παρουσιάζονται και επιδεινώνονται συνεχώς. Το τελικό, θανάσιμο στάδιο για τους ανορεξικούς ασθενείς είναι η ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια και τελικά η καρδιακή ανεπάρκεια.

Η αντίστοιχη εξέλιξη σε επίπεδο συμπεριφοράς του ασθενούς περιλαμβάνει συνεχή μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, πιθανή αύξηση της έντασης της άσκησης και επιπρόσθετες προσπάθειες απώλειας βάρους όπως κατάχρηση καθαρτικών, προκειμένου να «ξεπλένεται» ο οργανισμός από την τροφή, και διουρητικών ώστε να αφυδατώνεται το σώμα, δημιουργώντας τη λανθασμένη αντίληψη μείωσης του σωματικού βάρους. Όλα αυτά συνδυάζονται με έναν παράλογο φόβο των πρωτεϊνούχων τροφίμων και με αντικατάσταση της ζάχαρης με τεχνητές γλυκαντικές ουσίες και καταλήγουν σε ένα σοβαρά υποσιτισμένο οργανισμό, με ανεπάρκεια πρωτεϊνών, υπερβολικά γυμνασμένο, άλλα με ανεπαρκή μυϊκή μάζα.<sup>(25)</sup>

### ***1<sup>ο</sup> ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ (THE ACHIEVEMENT STAGE)***

Η Ψυχογενής Ανορεξία τυπικά ξεκινά με την επιθυμία του ατόμου να χάσει βάρος, να είναι λεπτό ώστε να είναι κοινωνικά αποδεκτό από τους τριγύρω του. Αυτό το στάδιο της ασθένειας δεν υποδεικνύει υπερβολική ή αφύσικη συμπεριφορά. Αντιθέτως, το άτομο δείχνει να συμβαδίζει με τη σύγχρονη αντίληψη ότι είναι ανεπίτρεπτο να προσλαμβάνει κανείς βάρος με πιθανό αποτέλεσμα την παχυσαρκία.<sup>(25)</sup>

Η πλειοψηφία των υπέρβαρων ατόμων βρίσκει τις δίαιτες βαρετές και καταθλιπτικές και θεωρεί ότι η διαίτα στερεί μία από τις απολαύσεις της ζωής που δεν είναι άλλη από το φαγητό. Έτσι, οι περισσότεροι είτε παραιτούνται της διαίτας πριν καν φτάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα ή εφόσον φτάσουν στο επιθυμητό τους βάρος, υιοθετούν εξ αρχής τις παλιές τους διατροφικές συνήθειες με αποτέλεσμα να προσλάβουν το βάρος που έχασαν. Όμως η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων αυτών δεν είναι συναισθηματικά προδιατεθειμένοι απέναντι στην ανορεξία.<sup>(25)</sup> Τα άτομα που είναι προδιατεθειμένα απέναντι στην Ψυχογενή Ανορεξία είναι τελειομανείς<sup>(4)</sup> και διοχετεύουν όλες τις δυνάμεις τους στην προσπάθεια για την επίτευξη του στόχου τους, δηλαδή την απώλεια βάρους. Καθώς το τελειομανές άτομο συνεχίζει να χάνει βάρος τηρώντας αυστηρά τη διαίτά του, επιβραβεύεται από το περιβάλλον του με επαίνους και εκδηλώσεις θαυμασμού ή ζήλιας. Το άτομο νιώθει ότι επιτυγχάνει το στόχο του και το αίσθημα αυτό ενισχύει την επιμονή του στην περιοριστική διατροφική του συμπεριφορά.<sup>(4)</sup> Οι κρίσεις πείνας μοιάζουν με φτηνά ανταλλάγματα που πρέπει να πληρώσει έναντι των συναισθημάτων αρετής και επιτυχίας και συχνά μεταφράζονται σαν αποδείξεις της επιτυχίας του.<sup>(25)</sup>

## **2<sup>ο</sup> ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ - ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΥ (THE SECURITY - COMPULSIVE STAGE)**

Το δεύτερο στάδιο ξεκινά με στόχο την απώλεια ενός κιλού την εβδομάδα. Η ιδέα του ιδανικού βάρους εξαφανίζεται και το άτομο όσο λεπτότερο γίνεται, τόσο παχύτερο νιώθει. Παράλληλα αρχίζει να μετράει την περιφέρειες των βραχιόνων, της μέσης, των μηρών του<sup>(57)</sup>, δοκιμάζει ρούχα σε ολόενα και μικρότερα νούμερα, συγκρίνει τον εαυτό του με όσους ανθρώπους βλέπει και φαντάζεται ότι είναι παχύτερο από όλους.<sup>(4)</sup> Αυτή η διαταραχή αντίληψης του σωματικού μεγέθους επινοείται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να έχει λόγο να εμμείνει στην «αποστολή» απώλειας βάρους. Οπότε, το άτομο ενισχύει τις προσπάθειές του περπατώντας περισσότερο ή προσθέτοντας υπερβολικά παραπάνω άσκηση στο πρόγραμμά του γενικότερα, ενώ στόχος γίνεται πλέον η απώλεια περισσότερων από ένα κιλών την εβδομάδα. Ο ανορεξικός, αντίθετα με τα φυσιολογικά άτομα που κάνουν δίαιτα, θεωρεί κάθε κιλό που χάνει ένδειξη ότι πρέπει να χάσει περισσότερο.<sup>(4), (57)</sup>

Το άτομο εστιάζει στον καταναγκασμό για απώλεια βάρους που νιώθει, σαν να έχουν εξαφανιστεί όλα τα υπόλοιπα προβλήματά του και το μόνο που υπάρχει ακόμα είναι το να χάσει βάρος. Η απώλεια βάρους γίνεται εμμονή στην οποία ο ανορεξικός βρίσκει καταφύγιο και μ' αυτόν τον τρόπο μειώνει το άγχος και τις ανησυχίες του. Αναγκάζεται να χρησιμοποιεί επανειλημμένα τις καταναγκαστικές συμπεριφορές απώλειας βάρους για να περιορίσει τους έμμονους φόβους του που τον κατακλύζουν με άγχος.<sup>(6), (93)</sup>

Όλη αυτή η πνευματική δραστηριότητα αφήνει πολύ λίγο ελεύθερο χρόνο για φίλους και συγγενείς. Ο ανορεξικός σ' αυτό το στάδιο έχει αρχίσει να αποσυνδέεται συναισθηματικά από τους άλλους<sup>(4)</sup> καθώς στρέφεται προς τα ενδόμυχά του, στη μάχη του ενάντια στην πείνα. Αυτό το αίσθημα της πείνας είναι στην πραγματικότητα μήνυμα από τον εγκέφαλο του ανορεξικού ότι επιπλέον απώλεια βάρους θα οδηγήσει σε ανικανότητα του σώματος να διατηρεί ομοιόσταση, σταθερή θερμοκρασία, σταθερή αρτηριακή πίεση, σταθερό καρδιακό ρυθμό και να μη χάνει μυϊκή μάζα. Στη φάση αυτή της εξέλιξης της Ψυχογενούς Ανορεξίας σχηματίζονται πτυχές στο δέρμα των κλειδώσεων του αγκώνα, του γόνατου και της μασχάλης, διότι το σώμα του ασθενούς έχει συρρικνωθεί περισσότερο απ' όσο μπορεί να συσταθεί το δέρμα του. Βέβαια, το άτομο θεωρεί ότι οι πτυχές στο δέρμα του προκλήθηκαν από το πάχος.<sup>(25)</sup>

Καθώς ο ανορεξικός γίνεται λεπτότερος, είναι ανίκανος να σκεφτεί οτιδήποτε άλλο εκτός από το φαγητό. Ο εγκέφαλός του προσαρμόζεται στα ερεθίσματα που λαμβάνει, όπως το αίσθημα της έντονης πείνας, το οποίο πλέον είναι απαραίτητο να υπάρχει για τον ασθενή. Το άτομο σκέφτεται συνέχεια το φαγητό και το πώς θα απαλλαγεί απ' αυτό. Η εμμονή του αυτή συχνά εκφράζεται με ένα πάθος για τη συλλογή συνταγών και την παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για τους άλλους. Προκειμένου ο ίδιος να αποφύγει την κατανάλωση θερμίδων, κρύβει στο σπίτι, στις τσάντες και στις τσέπες του τα προς κατανάλωση τρόφιμα, ώστε οι γύρω του να νομίζουν ότι έχουν καταναλωθεί. Τεμαχίζει το φαγητό του σε μικρά κομμάτια και διαθέτει πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια στο πιάτο του. (Εικ.2) Όταν του γίνεται παρατήρηση γι' αυτή του τη συμπεριφορά, ο ανορεξικός ασθενής την αρνείται ή τη χαρακτηρίζει φυσιολογική.<sup>(22)</sup> Παράλληλα, το άτομο αναπτύσσει διαταραχή ύπνου<sup>(6), (93)</sup> και το μυαλό του στοιχειώνεται από σκέψεις για φαγητό. Οι σκέψεις αυτές για το ίδιο το άτομο μεταφράζονται σε ανεπτυγμένη όρεξη στην οποία αν ενδώσει θα οδηγηθεί σταδιακά στην παχυσαρκία. Ο όρος «ανορεξία», που σημαίνει απώλεια της όρεξης, είναι παραπλανητικός. Η απώλεια της όρεξης είναι κατά κανόνα σπάνια, μέχρι τα προχωρημένα στάδια της διαταραχής.<sup>(22)</sup> Το μυαλό και το σώμα του ανορεξικού στέλνουν μηνύματα για να σταματήσει τη λιμοκτονία και να σωθεί από το θάνατο. Το άτομο όμως που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία βρίσκεται σε σύγχυση και διπλασιάζει τις

προσπάθειές του να χαλιναγωγήσει την ήδη πενιχρή πρόσληψη τόσο τροφής όσο και ποτών. Οι περισσότεροι ανορεξικοί αναπτύσσουν φοβίες και για τις υγρές και για τις στερεές τροφές.<sup>(93)</sup>

Με τον καιρό οι φοβίες του ατόμου που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία πολλαπλασιάζονται. Έτσι ο ανορεξικός μπορεί να παρουσιάσει φοβία πάχους, φοβία φαγητού, φοβία πρόσληψης βάρους, φοβία αύξησης όρεξης, φοβία αργού μεταβολισμού. Το τελευταίο δεν είναι απλώς μια φοβία του ασθενούς. Πραγματικά καθώς το άτομο χάνει βάρος ή όταν φτάνει σε απίσχνανση, ο οργανισμός καταναλώνει λιγότερες θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους στην προσπάθειά του να διατηρηθεί εν ζωή μέχρι η τροφή να γίνει διαθέσιμη ξανά. Το σώμα δηλαδή προβαίνει σε μια κάποιου είδους τακτική οικονομίας. Καθώς η πρόσληψη θερμίδων δεν επαρκεί, η θερμοκρασία του σώματος είναι αδύνατον να διατηρηθεί στους 37 °C <sup>(74)</sup>, και το άτομο κρυώνει συνεχώς. Για τον ίδιο λόγο το άτομο παρουσιάζει υπόταση, η οποία είναι πιθανό να του προκαλεί ζαλάδα. Επίσης εξαιτίας της χαμηλής θερμιδικής πρόσληψης και ο καρδιακός ρυθμός είναι χαμηλότερος του φυσιολογικού, με αποτέλεσμα η καρδιά να συρρικνώνεται και ο αριθμός των παλμών ανά λεπτό να ελαττώνεται.<sup>(20)</sup> Και οι αποθήκες πρωτεΐνης μειώνονται, έτσι ο οργανισμός δεν καταναλώνει πρωτεΐνες για λειτουργίες πέραν των βασικών όπως η ανάπτυξη των μαλλιών, που συχνά γίνονται λεπτότερα και αδύναμα. Ο έμμηνος κύκλος απαιτεί ικανές ποσότητες θερμίδων, πρωτεϊνών και σιδήρου προκειμένου να διατηρηθεί, αλλά ο οργανισμός διακόπτει αρκετές ζωτικές λειτουργίες για να διατηρηθεί ζωντανός.<sup>(25)</sup>

Όλες αυτές τις σωματικές αλλαγές, δυστυχώς, ο ανορεξικός τις μεταφράζει λανθασμένα. Πιστεύει ότι χρειάζεται λιγότερες θερμίδες για να τραφεί και νομίζει ότι απλώς έχει έντονη όρεξη την οποία πρέπει να καταπολεμά διότι αν υποκύψει σ' αυτήν θα προσλάβει βάρος και θα καταντήσει παχύσαρκος.

Το άτομο προσπαθεί με το να τρώει όσο το δυνατόν λιγότερο και να ασκείται παράλληλα, να νιώθει σιγουριά και ασφάλεια, και αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να νιώσει ασφαλής ο ανορεξικός. Η εμμονή του αυτή να επιτυγχάνει την ασφάλεια δια των φόβων του, οδηγεί στην υιοθέτηση διαρκώς διευρυνόμενων προστατευτικών συμπεριφορών, τις οποίες όμως καταναγκάζεται να εφαρμόζει.<sup>(22), (25)</sup>

Το στάδιο αυτό είναι μια διαρκώς αυξανόμενη, απελπισμένη προσπάθεια από πλευράς ασθενούς να αποφύγει την ανασφάλεια, η οποία είναι καταδικασμένη εξαρχής σε αποτυχία. Το άτομο καταλήγει με εμμονές, καταναγκασμούς, απομακρυσμένο από τον περίγυρό του, ντροπισασμένο, αποκαρδιωμένο και μελαγχολικό.<sup>(25)</sup>

### **3<sup>ο</sup> ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΗΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ (THE ASSERTIVE STAGE)**

Συχνά, τα άτομα που αναπτύσσουν Ψυχογενή Ανορεξία, είθισται να είναι ευγενικά, προστατευτικά, συγκαταβατικά, υπάκουα, ευχάριστα άτομα που αποφεύγουν τις διαμάχες και τις συγκρούσεις, και που δεν έτυχαν αρκετής προσοχής στα πλαίσια της οικογενείας τους, που συνήθως είναι καταπιεστική. Το τρίτο στάδιο αναπτύσσεται όταν το άτομο που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία δέχεται κριτική για το πόσο αδύνατο έχει γίνει από πολλούς ανθρώπους γύρω του. Έχει παραβλέψει τις συμβουλές τους και τώρα οι απαιτήσεις τους να προσλάβει ο ανορεξικός βάρος ανανεώνονται. Στο σημείο αυτό, το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι πιθανώς η πρώτη φορά που είναι ανυπάκουο σε όλο του το περιβάλλον.<sup>(22)</sup> Δε φοβάται πλέον να συγκρουστεί και δεν ανησυχεί για το τι σκέφτεται ο οποιοσδήποτε για τις πράξεις του. Δεν νιώθει πια καμία υποχρέωση να ευχαριστεί τους άλλους. Ωστόσο, γνωρίζει ότι νιώθει ήρεμος και ασφαλής με την προσφάτως ευρεθείσα ανυπακοή μόνο γιατί τη χρησιμοποιεί για να αμυνθεί και να κρύψει την ανορεξία.

Το άτομο νιώθει υποσυνείδητα νέο συναίσθημα ενδυνάμωσης, ακόμα κι αν περιορίζεται σ' αυτόν τον τομέα, ο οποίος πλέον έχει γίνει ο σημαντικότερος της ζωής του. Ο ανορεξικός φανερώνει στο περιβάλλον του ότι έχει φτάσει στο τρίτο στάδιο όταν αρχίζει να απαιτεί ιδιαίτερες προϋποθέσεις για να φάει. Επί παραδείγματι, μπορεί να πηγαίνει τους οικείους του από εστιατόριο σε εστιατόριο, ψάχνοντας για το τέλειο, εντελώς άπαχο μενού ή πιάτο. Στο σπίτι, μπορεί να στέκεται δίπλα σε όποιον παρασκευάζει το γεύμα, ώστε να σιγουρευτεί ότι δεν προστίθενται κρυφά επιπλέον θερμίδες στο γεύμα του. Ταυτόχρονα, γίνεται επιθετικός σε συζητήσεις που αφορούν στο σωματικό του βάρος και υποστηρίζει ότι πρέπει να ζυγίζει λιγότερο και ότι είναι παχύς και όχι αδύνατος όπως νομίζουν οι άλλοι.<sup>(22), (25)</sup>

Το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι οι υπόλοιποι ζηλεύουν τη δύναμη της θέλησης και την ισχύότητά του και θέλουν να το ωθήσουν στην παχυσαρκία. Ο ανορεξικός νιώθει υπερβολικό και διαρκώς αυξανόμενο θυμό όταν παραβιάζονται οι επιθυμίες του που αφορούν στη διαδικασία της σίτισης. Ίσως να ζητάει να μη βρίσκεται κανείς στην κουζίνα όταν γευματίζει ή η κουζίνα να μη βρίσκεται στο βεληνεκές της όρασης ή της ακοής οποιοδήποτε βρίσκεται μες στο σπίτι όση ώρα ο ίδιος τρώει.<sup>(22)</sup> Αν η οικογένεια ακολουθήσει αυτές τις τυραννικές διαταγές, μπορεί να καταλήξει εκτός σπιτιού προκειμένου να φάει το άτομο που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία.

Βέβαια, η οικογένεια του ανορεξικού φοβάται να παραβεί τις εντολές του διότι κατά βάση φοβούνται την περαιτέρω απώλεια βάρους. Δεν έχουν εμπειρία στην αντιμετώπιση του ανορεξικού, καθώς αυτός ήταν πάντα ευγενικό άτομο. Ο δε ανορεξικός, είναι ενθουσιασμένος με την προσφάτως ανακαλυφθείσα δύναμή του, άλλωστε από αυτή τη δύναμη αντλεί την επιβεβαίωση που έψαχνε καιρό. Αυτή την απόλυτη και ακραία αντιδραστική συμπεριφορά, ο ανορεξικός τη χρησιμοποιεί μόνο σε ότι αφορά τη διατροφή και το βάρος του και κυρίως στο οικείο του περιβάλλον. Όταν βρίσκεται εκτός σπιτιού και ασχολείται με άλλα θέματα, συνεχίζει να είναι ο πράος, χαρούμενος, υποχωρητικός άνθρωπος που ήταν ανέκαθεν, παρόλο που η αίσθηση του χιούμορ και η φιλική του συμπεριφορά στο σχολείο ή τη δουλειά έχουν πλέον επισκιαστεί από τη μόνιμη επαγρύπνηση του φαγητού και του βάρους.

Αυτό το κατηγορηματικό (assertive) στάδιο προειδοποιεί την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του ασθενούς για την επιμονή της ασθένειας και είναι η κυριότερη ένδειξη ότι ο εφιάλτης της ανορεξίας έχει αρχίσει. Ο ανορεξικός από τη μεριά του είναι ευτυχής και ενθουσιασμένος με το νέο του εαυτό. Η ασθένεια του παρέχει μια αίσθηση δύναμης την οποία δεν προέβλεπε όταν ξεκίνησε να χάνει βάρος. Η ιδιαίτερη ισχύότητά του έχει γίνει η ιδιαίτερη επιβεβαίωσή του.<sup>(25)</sup>

#### **4<sup>ο</sup> ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΨΕΥΔΟ - ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (THE PSEUDO - IDENTITY STAGE)**

Αργά ή γρήγορα, η απώλεια βάρους του ανορεξικού γίνεται εμφανής στην οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο, οι οποίοι προσαρμόζονται μαθαίνοντας να το «δέχονται». Η ανορεξία δεν προσφέρει καμία μυστικότητα. Ορισμένα θύματα κρύβουν την ιδιαίτερη ισχύότητά τους κάτω από στρώσεις ενδυμάτων, ενώ άλλοι νιώθουν υπερήφανοι και επιδεικνύουν το σώμα τους όσο το δυνατόν περισσότερο φορώντας ρούχα όπως: κοντά παντελόνια και κοντά μπλουζάκια το καλοκαίρι και στενά κολλητά παντελόνια το χειμώνα. Αυτή η επιδειξιμανία γίνεται ένα όπλο - μια κήρυξη πολέμου ενάντια στους άλλους, ως δήλωση του ποιος έχει τη μεγαλύτερη δύναμη θέλησης, ποιος μπορεί αν ελέγξει καλύτερα την όρεξή του. Ίσως αυτό εξηγεί την εχθρότητα που βιώνουν κάποιοι άνθρωποι με την επίδειξη της ισχύότητας. Και ενώ οι συγγενείς και οι φίλοι παρακολουθούν το «υπό εξαφάνιση» άτομο με απογοήτευση και ανησυχία (Εικ. 3), κάποιοι άλλοι ανταγωνίζονται την παθολογική κατάσταση συναγωνισμού του

ασθενούς. Όμως όλοι - φίλοι, δάσκαλοι, γιατροί, σύμβουλοι και συγγενείς - αναφέρονται στον ασθενή ως «ο ανορεξικός». Ανεξάρτητα από το είδος της αντίδρασης, είτε είναι θυμός, είτε είναι ανησυχία ή απογοήτευση, όλοι αντιδρούν. Ο ασθενής απ' τη δική του σκοπιά έχει πετύχει αυτό που νομίζει ότι είναι η ταυτότητά του, έναν τρόπο να είναι γνωστός ως ξεχωριστός, ως διαφορετικός. Αυτή η ψευδο - ταυτότητα γεμίζει την κενότητα που κρυφά ένιωθε για καιρό ο ασθενής.

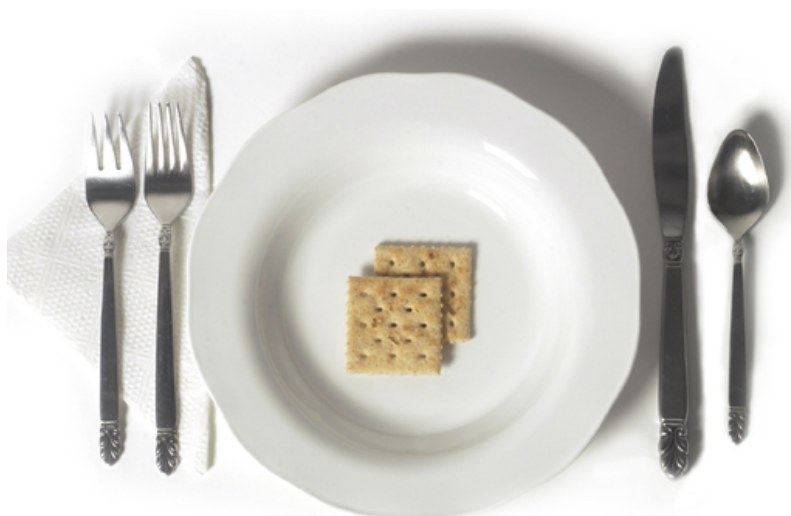
Αυτό το τέταρτο στάδιο δε χαρακτηρίζεται από νέες συμπεριφορές, αλλά μάλλον από την καινούρια αίσθηση δύναμης που νιώθει ο ανορεξικός, τη «φήμη» του, που έχει σηματοδοτήσει μια βαθιά πεποίθηση ότι βρίσκεται στο σωστό δρόμο. Τώρα νιώθει ότι η προσωπικότητά του έχει επίδραση και διακρίνεται καθαρά από τους άλλους. Εκτιμά το νέο του αυτο - προσδιορισμό, αλλά τα «επιτεύγματά» του σπανίως εκτιμώνται σε συνειδητό επίπεδο. Ο ανορεξικός, χωρίς αμφιβολία, δεν εναντιώνεται στις περιγραφές και τις γενικότητες που τον παρουσιάζουν πονηρό και παραπλανητικό. Άλλωστε ενδέχεται να μη γνωρίζει καν ότι οι άλλοι τον χαρακτηρίζουν έτσι.

Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Με τη βοήθεια ειδικών θα ανακαλύψει εναλλακτικούς, πιο υγιεινούς τρόπους να πετύχει τους στόχους του. Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία.<sup>(25)</sup>

Η διαταραχή όμως χειροτερεύει. Τα θύματα δεν ξεπερνούν απλά την κατάσταση καθώς μεγαλώνουν. Αν και υπάρχει μια μειονότητα που αναρρώνει χωρίς τη βοήθεια άλλων, εκτιμάται ότι το 70% των ανορεξικών ποτέ δε συνέρχεται εντελώς και ότι το ποσοστό θνησιμότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας αγγίζει το 9%.

Η απάντηση ίσως να βρίσκεται στη φύση της ασθένειας. Καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, γίνεται πιο πολύτιμη για την προσωπικότητα του ασθενούς, παρά τα όσα χάνονται σε επίπεδο σωματικής υγείας, σχέσεων και αληθινών επιτεύξεων.<sup>(4)</sup> Η ανορεξία ξεκινά από την επιθυμία ενός αδύνατου σωματότυπου, την ανάγκη ενός αισθήματος ασφάλειας-σιγουριάς ώστε να περιοριστούν στο ελάχιστο οι ανασφάλειες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι ανησυχίες για το μέλλον. Το αποτέλεσμα της ανορεξικής συμπεριφοράς παράγει μια αίσθηση επιβεβαίωσης και ταυτότητας. Το να αναρρώσει κανείς από την Ψυχογενή Ανορεξία σημαίνει το να χάσει προσωρινά τον εαυτό του και όσα έχει πετύχει δια μέσου της ασθένειας.<sup>(4), (25)</sup>

Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο πρέπει να διευκρινιστεί το εξής: η συμπεριφορά ενός ανορεξικού μπορεί έως ένα σημείο να ομοιάζει με τις συμπεριφορές ατόμων που υποκύπτουν στην τρέχουσα τάση προς την υγιεινή διατροφή και την άσκηση. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αποτρέπονται τα άτομα από την υγιεινή διατροφή και σωματική δραστηριότητα, καθώς αυτές οι πρακτικές βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και χαρίζουν καλή υγεία και μακροβιότητα. Αυτό που πρέπει να αποφεύγεται σε κάθε περίπτωση είναι η υπερβολή και η επιβολή περιορισμών αυστηρών και ανούσιων.



Εικόνα 2. Το πιάτο του ανορεξικού.



Εικόνα 3. Ανορεξικές ασθενείς.

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Στους πίνακες 1 και 2 παρατίθενται τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών» ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"/DSM-IV) και σύμφωνα με τη «Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών» ("International Classification of Diseases"/ICD-10).<sup>(16), (22)</sup>

Το DSM-IV αναγνωρίζει δύο τύπους Ψυχογενούς Ανορεξίας: τον περιοριστικό τύπο και τον τύπο με επεισόδια υπερφαγίας/καθαρτικό τύπο. Ο δεύτερος είναι συχνός στους ανορεξικούς, αφορά μέχρι και το 50% των περιστατικών. Κάθε ένας από τους δύο τύπους φαίνεται να έχει διακριτά χαρακτηριστικά ως προς το ιστορικό και την κλινική εικόνα. Ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία τύπου υπερφαγίας/καθαρτικών έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά με άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Βουλιμία. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η ύπαρξη παχύσαρκων μελών στην οικογένεια του ασθενούς, το ιστορικό αυξημένου βάρους του ασθενούς, η χρήση υποκατάστατων ουσιών<sup>(39)</sup>, η διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων και οι διαταραχές προσωπικότητας. Τα άτομα με περιοριστικού τύπου Ψυχογενή Ανορεξία περιορίζουν την επιλογή των τροφών τους, λαμβάνουν όσο το δυνατόν λιγότερες θερμίδες και χαρακτηρίζονται συχνά από ιδεοψυχαναγκαστικά φαινόμενα σχετικά με την τροφή και άλλα θέματα. Οι ανορεξικοί, και των δύο τύπων, υπεραπασχολούνται με το βάρος και την εικόνα του σώματός τους, ενώ ασκούνται πολλές ώρες την ημέρα. Και οι δύο τύποι ασθενών μπορεί να είναι κοινωνικά απομονωμένοι και με μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.<sup>(16), (22)</sup>



**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-IV**

**A.** Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το σωματικό του βάρος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο, του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, οδηγώντας σε σωματικό βάρος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).

**B.** Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν αυτό είναι κάτω από το κανονικό.

**Γ.** Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτο-αξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.

**Δ.** Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).

Προσδιορίστε τον τύπο :

**Περιοριστικός τύπος (Restricting type)** : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή προκλητούς εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή ενεμάτων)

**Επεισόδια πολυφαγίας / καθαρτικός τύπος (Binge-Eating / Purging type)** : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή προκλητούς εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών ή ενεμάτων).

Πίνακας 1. Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας σύμφωνα με το DSM-IV(22)

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD-10**

**A.** Υπάρχει απώλεια βάρους ή, σε παιδιά, έλλειψη πρόσληψης βάρους, που οδηγεί σε σωματικό βάρος χαμηλότερο τουλάχιστον κατά 15% από το φυσιολογικό ή το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία και το ύψος του ατόμου.

**B.** Η απώλεια βάρους αυτο-προκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών».

**Γ.** Υπάρχει αυτο-αντίληψη ότι είναι υπερβολικά παχείς, με έναν παρεισφρητικό τρόπο πάχυνσης, που οδηγεί σε ένα αυτο-επιβαλλόμενο όριο χαμηλού βάρους.

**Δ.** Μια εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή που περιλαμβάνει τον υποθαλαμικό-υποφυσικό-γοναδικό άξονα, εκδηλώνεται στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της δραστηριότητας. (Μια φαινομενική εξαίρεση είναι η σταθερή εμφάνιση κοιλικών υγρών σε ανορεξικές γυναίκες που βρίσκονται σε ορμονική θεραπεία αναπλήρωσης, πιο συχνά λαμβανόμενης υπό μορφή αντισυλληπτικού χαπιού).

**E.** Η διαταραχή δεν ικανοποιεί τα κριτήρια A και B για την Ψυχογενή Βουλιμία.

Πίνακας 2. Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας σύμφωνα με το ICD-10(16)

## **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Με την περιγραφή των σταδίων της Ψυχογενούς Ανορεξίας έγινε η παρουσίαση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ανορεξικών, των αλλαγών στη συμπεριφορά τους κατά την εξέλιξη της ασθένειας και των κύριων χαρακτηριστικών αυτής όπως παρατίθενται και στον πίνακα των διαγνωστικών κριτηρίων. Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά στις επιπλοκές και τα συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

### ***ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ***

Πέρα από τις φοβίες, τις εμμονές και τη διαταραχή αντίληψης του σώματος που αναπτύσσουν οι ανορεξικοί συχνά εμφανίζουν και ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά, άγχος, θυμό και επιθετικότητα, διαταραχές διάθεσης, διαταραχές άγχους, μείζονα κατάθλιψη, ακόμα και τάσεις αυτοκτονίας.<sup>(6), (22), (81), (57), (62)</sup>

### ***ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ***

Η διαθεσιμότητα των νέων τεχνικών απεικόνισης του εγκεφάλου έχουν στρέψει το ενδιαφέρον στον προσδιορισμό ανωμαλιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα των ασθενών με Δ.Π.Τ.. Πρόκειται για δομικές και λειτουργικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν και τη μεταβολική λειτουργία του νευρικού συστήματος και σχετίζονται με σοβαρή ιατρική νοσηρότητα.<sup>(56)</sup> Έτσι, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία μπορεί να έχουν μεγεθυμένες κοιλίες και εξωτερικό χώρο εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ευρήματα που ονομάζονται **ψευδοατροφία**. Αυτές οι ανωμαλίες τείνουν να εξαλείφονται με την επαναπρόσληψη βάρους και η παθογόνος σημασία τους είναι ακόμα ασαφής. Πάραυτα, κάποιες μελέτες υποδηλώνουν την ύπαρξη μόνιμων μεταβολών, με αυξημένες πιθανότητες μόνιμων βλαβών. Τέλος, απεικονίσεις προκλητών δυναμικών (PET: Positron Emission Tomography) που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη της εγκεφαλικής λειτουργίας έχουν εμφανίσει μεταβολές στο μεταβολισμό της γλυκόζης σε ανορεξικούς ασθενείς.<sup>(27)</sup>

### ***Επιπλοκές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.)***

Έχει σημειωθεί μεγάλο ενδιαφέρον όσον αφορά στα νευροπεπτίδια που δρουν ως διεγερτικά ή ανασταλτικά της όρεξης. Ο πιο άμεσος προσδιορισμός αυτών των ορεξιογόνων ή ανορεξιογόνων πεπτιδίων είναι η in vivo μέτρηση της συγκέντρωσής τους στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY). Οι διαταραχές της συγκέντρωσης των νευροπεπτιδίων ενδέχεται να ευθύνονται τόσο για κάποιες επιπλοκές των διαταραχών, όσο και για τις υποτροπές των ασθενών.<sup>(23)</sup>

### ***Ορμονικές Επιπλοκές***

**Φλοιοτρόπος Ορμόνη ή Κορτικοτροπίνη (ACTH):** Αυξημένα επίπεδα φλοιοτρόπου ορμόνης παρατηρούνται στην Ψυχογενή Ανορεξία. Καθώς η φλοιοτρόπος θεωρείται μια δυνητικά ανορεξιογόνος ορμόνη, η αύξησή της ίσως να παίζει κάποιο ρόλο στη διατήρηση των ανορεκτικών συμπεριφορών και να ενθαρρύνει τις υποτροπές.<sup>(18), (20), (23), (74)</sup>

Η αυξημένη δραστηριότητα της φλοιοτρόπου ορμόνης έχει ιδιαίτερο θεωρητικό ενδιαφέρον, καθώς η ενδοεγκεφαλοκοιλιακή διαχείρισή της ευθύνεται για πολλές φυσιολογικές και συμπεριφορικές μεταβολές σχετικές με την διαταραχή, περιλαμβανομένων του υποθαλάμιου

υπογοναδισμού, της μειωμένης σεξουαλικής δραστηριότητας, της μειωμένης πρόσληψης τροφής και της υπερδραστηριότητας.\*<sup>(23)</sup>

**Κορτιζόλη\*\*:** Αυξημένη έκκριση κορτιζόλης πλάσματος, η οποία συνοδεύεται από αύξηση του ρυθμού διούρησης, εμφανίζεται σε ελλιποβαρείς ανορεξικούς ασθενείς και θεωρείται αποτέλεσμα της υπερέκκρισης ενδογενούς φλοιοτρόπου ορμόνης (ACTH).<sup>(18), (74)</sup> Πιθανόν, για τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης να ευθύνεται παράλληλα με τη φλοιοτρόπο ορμόνη και ο μειωμένος χρόνος ημιζωής της κορτιζόλης, συχνό εύρημα σε καταστάσεις υποσιτισμού.<sup>(20)</sup> Τόσο τα επίπεδα της κορτιζόλης όσο και της φλοιοτρόπου ορμόνης επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα μετά την αποκατάσταση του βάρους, γεγονός που αφήνει υπόνοιες για απότομη ενεργοποίηση του συστήματος υποθάλαμος-υπόφυση κατά την απώλεια βάρους.<sup>(23), (74)</sup>

**Νευροπεπτιδίο Υ:** Οι ελλιποβαρείς ανορεξικοί έχουν αυξημένα επίπεδα του νευροπεπτιδίου Υ, ενός ισχυρού διεγερτικού της όρεξης, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, τα οποία μπορεί να είναι αντισταθμιστική σωματική απάντηση στη λιμοκτονία. Τα υψηλά ποσοστά νευροπεπτιδίου Υ ευθύνονται για τη μεταβολή της έκκρισης της γοναδικής ορμόνης, τη μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, την υψηλή ACTH και κορτιζόλη του πλάσματος και την υπόταση στην Ψυχογενή Ανορεξία.\*<sup>(23)</sup>

**Λεπτίνη\*\*\*:** Εκκρίνεται κυρίως από τα κύτταρα του λιπώδους ιστού και θεωρείται ότι συνεισφέρει στη ρύθμιση του σωματικού λίπους και ότι μπορεί να μειώσει την πρόσληψη φαγητού και το σωματικό βάρος, μειώνοντας τη δραστηριότητα του νευροπεπτιδίου Υ.<sup>(23)</sup> Η ακριβής συσχέτιση μεταξύ λεπτίνης και σωματικού βάρους σε ανορεξικούς ασθενείς δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί πλήρως.<sup>(45)</sup> Οι υποσιτιζόμενοι και ελλιποβαρείς ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία έχει βρεθεί ότι έχουν σημαντικά μειωμένες συγκεντρώσεις λεπτίνης πλάσματος αλλά και εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει μια φυσιολογική σωματική απάντηση στη λιμοκτονία και συνεπώς τη μείωση του λιπώδους ιστού.<sup>(23)</sup> Αν και σημαντικά μειωμένα τα επίπεδα λεπτίνης των ανορεξικών, δε σχετίζονται γραμμικά με το δείκτη μάζας σώματος.<sup>(45)</sup>

**Γαλανίνη:** Πρόκειται για ένα ορεξιογόνο νευροπεπτιδίο το οποίο ίσως να διεγείρει μερικώς την πρόσληψη λίπους. Σύμφωνα με μελέτες η γαλανίνη στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ανορεξικών με μεγάλη αποκατάσταση βάρους αλλά χωρίς αποκατάσταση έμμηνο κύκλου βρέθηκε φυσιολογική, ενώ κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης υπήρχαν μεγάλες διακυμάνσεις στη συγκέντρωση του συγκεκριμένου νευροπεπτιδίου. Επίσης έχει εντοπιστεί μείωση της γαλανίνης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού σε ανορεξικές ασθενείς που έχουν αναρρώσει πλήρως (με φυσιολογικό έμμηνο κύκλο). Αυτές οι πληροφορίες αίρουν το ερώτημα αν οι μεταβολές της δραστηριότητας της εγκεφαλικής γαλανίνης παίζουν ρόλο στο περιορισμό της πρόσληψης τροφής και της αποφυγής του λίπους στην Ψυχογενή Ανορεξία.<sup>(23)</sup>

**Ωκυτοκίνη (oxytocin-OXT) και Βαζοπρεσσίνη** ή αντιδιουρητική ορμόνη (vasopressin-AVP): Πρόκειται για ορμόνες που παράγονται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η βαζοπρεσσίνη δρα στους νεφρούς, αυξάνοντας την επαναρρόφηση νερού και στα αρτηρίδια προκαλώντας τη σύσπασή τους. Το ερέθισμα για την έκκρισή της είναι η αυξημένη οσμωτική πίεση του πλάσματος ή η ελάττωση του όγκου του εξωκυττάριου υγρού.

Η δράση της ωκυτοκίνης συνίσταται στη σύσπληξη της μήτρας, προκαλώντας έτσι τον τοκετό, και στην έκθλιψη του γάλακτος από τους μαστούς.<sup>(95)</sup> Εκτός από την περιφερική τους

δράση, οι 2 αυτές ορμόνες επιδρούν και στον εγκέφαλο ασκώντας πολύπλοκες συμπεριφορικές επιδράσεις. Η ωκυτοκίνη έχει αγχολυτική δράση και δυσκολεύει την ανάκτηση δεδομένων της μνήμης, ενώ η βαζοπρεσίνη προκαλεί άγχος και ενισχύει τη λειτουργία της μνήμης.\* Οι συγκεντρώσεις και των δυο ορμονών βρέθηκαν υψηλές σε ασθενείς με Δ.Π.Τ.. Υψηλά επίπεδα βαζοπρεσίνης εγκεφαλονωτιαίου υγρού εντοπίστηκαν σε ασθενείς που είχαν αναρρώσει από Δ.Π.Τ. και συσχετίστηκαν με προϋπάρχον ιστορικό μείζονος κατάθλιψης.<sup>(6)</sup> Αντίθετα στους ίδιους ασθενείς τα επίπεδα ωκυτοκίνης εγκεφαλονωτιαίου υγρού βρέθηκαν φυσιολογικά. Υπάρχει λοιπόν ένα ενδεχόμενο η μελέτη των ευρημάτων των σχετικών με τη βαζοπρεσίνη να μας βοηθήσει να κατανοήσουμε γιατί μια μερίδα ασθενών με Δ.Π.Τ. είναι πιο επιρρεπείς στη μείζονα κατάθλιψη.<sup>(6), (23)</sup>

Στην Ψυχογενή Ανορεξία παρατηρείται επίσης ακανόνιστη έκκριση βαζοπρεσίνης εξαιτίας της οποίας οι ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν νευρογενή άποιο διαβήτη, με συμπτώματα πολουρίας και πολυδιψίας. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις δεν υποδεικνύεται ειδική θεραπεία.

Κατά κανόνα πάντως οι εκκρίσεις και των δυο ορμονών επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα μετά την αποκατάσταση του βάρους.<sup>(20), (27)</sup>

Η επαναφορά των φυσιολογικών επιπέδων των νευροπεπτιδίων μετά την ανάρρωση από τις Δ.Π.Τ. υποδηλώνει ότι αυτές οι διαταραχές είναι δευτεροπαθείς του υποσιτισμού και της απώλειας βάρους και όχι η αιτία αυτών. Πάντως, η περαιτέρω έρευνα των νευροπεπτιδικών διαταραχών ίσως φωτίσει τις αιτίες για τις οποίες οι ανορεξικοί και οι βουλιμικοί δε μπορούν να αναστρέψουν εύκολα την ασθένειά τους. Ίσως κάποια συμπτώματα όπως ο αυξημένος κορεσμός, οι εμμονές και η δυσφορία να μεγιστοποιούνται από τις μεταβολές των νευροπεπτιδίων και να προκαλούνται έτσι υποτροπές. Άλλωστε, τα επίπεδα κάποιων νευροπεπτιδίων συνεχίζουν να είναι διαταραγμένα για αρκετό καιρό μετά την ανάρρωση, γεγονός που πιθανόν υποδεικνύει την ανάγκη συνέχιση της θεραπείας αποκατάστασης ακόμα και μετά την αποκατάσταση του σωματικού βάρους.<sup>(23)</sup>

Υπάρχουν και μερικά άλλα νευροπεπτιδία που συμμετέχουν στη ρύθμιση του κορεσμού, της όρεξης, της διάθεσης και των νευροενδοκρινικών λειτουργιών και γι' αυτό ίσως να συμβάλλουν και στην παθοφυσιολογία των Δ.Π.Τ.. Επί παραδείγματι, το αίσθημα του κορεσμού μπορεί να παραχθεί από ορισμένες γαστρεντερικές ορμόνες όπως η **χολοκυστοκινίνη (CCK)**, **το γλουκαγόνο**, **η σωματοστατίνη και η βομβεσίνη**, όμως έρευνες σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία ή Ψυχογενή Βουλιμία έδειξαν μηδαμινή συμμετοχή αυτών των ορμονών στην έναρξη και διατήρηση των Δ.Π.Τ..<sup>(20)</sup>

**Σεροτονίνη:** Έχει παρουσιαστεί μεγάλο ενδιαφέρον για το ρόλο που μπορεί να παίζει η **σεροτονίνη** στην Ψυχογενή Ανορεξία, αφού το νευρικό σύστημα συμβάλλει στη ρύθμιση της σίτισης και της διάθεσης και στον έλεγχο των παρορμήσεων. Η πιο βάσιμη απόδειξη της διαταραχής της δραστηριότητας των μονοαμίνων είναι η θετική ανταπόκριση στις φαρμακευτικές αγωγές που περιλαμβάνουν αντικαταθλιπτικά. Επιπλέον, οι ελλιποβαρείς ανορεξικοί ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική μείωση της βασικής συγκέντρωσης του μεταβολίτη της σεροτονίνης 5-υδροξυινδολεοξικό οξύ (5-hydroxyindoleacetic acid / 5-HIAA)<sup>(28)</sup> στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, συγκριτικά με υγιή άτομα, καθώς επίσης και μειωμένη δεσμεύουσα [<sup>3</sup>H]-ιμιπραμίνη ([<sup>3</sup>H]-imipramine) και άμεση ανταπόκριση της προλακτίνης του πλάσματος σε φάρμακα με σεροτονινική δράση. Όλα αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν μειωμένη σεροτονεργική δράση. Αυτό ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα της μειωμένης διαιτητικής πρόσληψης τρυπτοφάνης, του πρόδρομου αμινοξέος της σεροτονίνης. Αντίθετα, οι

συγκεντρώσεις του 5-ΗΙΑΑ στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό αυξάνονται μετά από μακροπρόθεσμη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας.(23)

*\* τα αποτελέσματα έχουν προκύψει από εργαστηριακές έρευνες σε πειραματόζωα.(23)*

*\*\* Κορτιζόλη (Cortisol): Γλυκοκορτικοειδές που εκκρίνεται από το φλοιό των επινεφριδίων. Η έκκρισή της εξαρτάται από τη φλοιοτρόπο ορμόνη (ACTH) του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης και από τους φυσιολογικούς κηκκάδιους ρυθμούς. Η έκκριση της κορτιζόλης αυξάνεται σε καταστάσεις αυξημένου stress (τραύμα, έγκαιμα, λοίμωξη, άγχος) και η παράγωγή της είναι γενικά υψηλότερη κατά τις πρωινές ώρες. Οι μεταβολικές της δράσεις είναι: αύξηση της διάσπασης των πρωτεϊνών με αποτέλεσμα αρνητικό ισοζύγιο αζώτου, αύξηση γλυκονέογενεσης (σύνθεσης γλυκόζης από αμινοξέα), αύξηση αποθήκευσης γλυκογόνου, αύξηση μετακίνησης λιπών και οξείδωσης λιπαρών οξέων για παραγωγή ενέργειας με αποτέλεσμα τη συντήρηση της γλυκόζης στα κύτταρα και αύξηση της όρεξης. Από τα παραπάνω γίνεται εμφανής η σπουδαία καταβολική δράση της κορτιζόλης που συνολικά καταλήγει στην αύξηση των επιπέδων γλυκόζης του αίματος.(95)*

*\*\*\* Λεπτίνη (Leptin): Πρωτεϊνική ορμόνη που παράγεται στα λιποκύτταρα και εκκρίνεται στην κυκλοφορία, όπου συνδέεται με μια οικογένεια δεσμευουσών πρωτεϊνών και έτσι μεταφέρεται στον εγκέφαλο όπου εισέρχεται μέσω ενός εξειδικευμένου συστήματος μεταφοράς με τη βοήθεια ενός υποδοχέα-μεσολαβητή. Επιδρά σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου συμπεριλαμβανομένων αυτών του ελέγχου της πρόσληψης τροφής και της ρύθμισης του ενεργειακού ισοζυγίου. Οι φυσιολογικές της λειτουργίες είναι: η αναστολή της πρόσληψης τροφής, η αύξηση του βασικού μεταβολισμού, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, η αύξηση της παραγωγής θερμότητας, η αναστολή της σύνθεσης των λιπών και η αναστολή της παραγωγής του ενζύμου ακετυλο-CoA-καρβοξυλάση, το οποίο μετατρέπει το ακετυλο-CoA σε μηλονυλο-CoA, αντίδραση που συμβάλλει στη ρύθμιση της βιοσύνθεσης των λιπαρών οξέων.(42)*

## **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Εκτεταμένες διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος χαρακτηρίζουν την Ψυχογενή Ανορεξία. Οι ανωμαλίες ίσως να αντικατοπτρίζουν δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης, περιλαμβανομένων των συστημάτων υποθάλαμος-υπόφυση-γοναδοτροπίνη, υποθάλαμος-υπόφυση-αδρεναλίνη και υποθάλαμος-υπόφυση-θυρεοειδής, καθώς επίσης και της αυξητικής ορμόνης, της ινσουλίνης, των ενδογενών οπιοειδών.(27)

Η **αμηνόρροια** είναι ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια και ταυτόχρονα κύριο κλινικό χαρακτηριστικό της Ψυχογενούς Ανορεξίας.(20), (27), (50)

Παραμένει ασαφές αν η απουσία έμμηνης ρύσης σε αυτές τις ασθενείς είναι απλώς ένα δευτερεύον αποτέλεσμα του περιορισμού της θερμιδικής πρόσληψης. Εναλλακτικά, η αμηνόρροια και η Ψυχογενής Ανορεξία ίσως να προκύπτουν από έναν κοινό παράγοντα άγχους ή μια πρωτογενή, πιθανόν υποθαλαμική ανωμαλία.(27) Σε ελλιποβαρείς ασθενείς, τα βασικά επίπεδα της **ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH)**, της **θυλακοτρόπου ορμόνης (FSH)** και των **οιστρογόνων** είναι μειωμένα. Η εικοσιτετράωρη έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) είναι μη φυσιολογική και παρόμοια με εκείνη προεμμηνορρυσιακών κοριτσιών.(18), (20),(27) Με την αποκατάσταση του βάρους, επανέρχεται και η φυσιολογική έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) στις περισσότερες ασθενείς. Η επαναφορά του φυσιολογικού έμμηνου κύκλου καθυστερεί και συνήθως έπεται της ψυχολογικής βελτίωσης και της παύσης του περιορισμού της διαιτητικής πρόσληψης.(20)

Πάραυτα, η εμμηνόρρυσια σταματά πριν από την απώλεια βάρους σε κάποιες ασθενείς, ενώ για κάποιες άλλες οι ανωμαλίες στον έμμηνο κύκλο επιμένουν ακόμα και μετά την ανάκτηση βάρους.<sup>(27)</sup>

Έχει παρατηρηθεί ότι τακτικές ενέσεις **εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (GnRH)**, σε ελλιποβαρείς ασθενείς, παράγουν ωορρηξία, εύρημα το οποίο υποδηλώνει ότι τα κύτταρα της υπόφυσης που παράγουν ωχρινότροπο και θυλακοτρόπο ορμόνη δέχονται μειωμένα ερεθίσματα εξαιτίας της μειωμένης έκκρισης GnRH στον υποθάλαμο. Η δυσλειτουργία του συστήματος των νευροδιαβιβαστών (νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη) που επηρεάζουν την έκκριση της GnRH, είναι συχνότερα παρούσα στην Ψυχογενή Ανορεξία.<sup>(20)</sup>

Οι εξετάσεις που ελέγχουν τη **θυρεοειδική λειτουργία** μπορεί να μην είναι φυσιολογικές στους ανορεξικούς ασθενείς, αλλά συχνά αυτό αντιπροσωπεύει μια φυσιολογική προσαρμογή στη λιμοκτονία και όχι δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένου.<sup>(74)</sup> Τα πιο συχνά ευρήματα σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία είναι φυσιολογικά επίπεδα **θυροξίνης (T<sub>4</sub>)**, μειωμένα επίπεδα **τριϊωδοθυρονίνης (T<sub>3</sub>)** και φυσιολογικά επίπεδα **θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH)**.<sup>(20), (27)</sup> Αυτό το «σύνδρομο χαμηλής T<sub>3</sub>» παρατηρείται σε πολλές χρόνιες ασθένειες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το «σύνδρομο χαμηλής T<sub>3</sub>» δε χρήζει θεραπείας αντικατάστασης της θυρεοειδικής ορμόνης. Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή διότι η κατάχρηση θυρεοειδικών ορμονών έχει χρησιμοποιηθεί ως «παράνομη» μέθοδος απώλειας βάρους.<sup>(18), (27)</sup>

Η **ινσουλίνη** και τα επίπεδα **γλυκόζης του αίματος** μετά από νηστεία φαίνονται μειωμένα ή στο κατώτατο φυσιολογικό όριο στην Ψυχογενή Ανορεξία. Η ανοχή της γλυκόζης είναι πολύ συχνά εξασθενημένη και πιθανότατα αντικατοπτρίζει την κατάσταση λιμοκτονίας.<sup>(20)</sup>

Η **ντοπαμίνη** και τα **οπιοειδή** παίζουν κάποιο ρόλο στη ρύθμιση της διατροφικής συμπεριφοράς και στις αντιδράσεις ευχαρίστησης που προκαλεί η τροφή. Οι αντιδράσεις των ανορεξικών και βουλιμικών ασθενών απέχουν από τις φυσιολογικές και ίσως αυτό να οφείλεται σε εξασθένιση αυτού του συστήματος. Ανωμαλίες της οπιοειδούς δράσης φαίνεται να σχετίζονται ενεργά με τα περιστατικά υπερφαγίας και κάθαρσης και με το σοβαρό περιορισμό της τροφής.<sup>(20)</sup>

Η ντοπαμίνη, η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη, η εκλυτική της αυξητικής ορμόνης (growth hormone-releasing hormone/GHRH) και περιφερικοί αναδραστικοί μηχανισμοί, όλα επηρεάζουν την έκκριση της **αυξητικής ορμόνης (GH)** από την υπόφυση. Οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία εμφανίζουν απορύθμιση της έκκρισης της αυξητικής ορμόνης (GH)<sup>(20), (74)</sup> και αυξημένα επίπεδα της ορμόνης, τα οποία πιθανώς αντικατοπτρίζουν τη μειωμένη παραγωγή σωματομεδίνης C και καταλήγουν σε προαγωγή της γλυκονεογένεσης και σε μειωμένη περιφερική χρήση της γλυκόζης, αντιπροσωπεύοντας μια προστατευτική φυσιολογική προσαρμογή στη λιμοκτονία.<sup>(27)</sup> Όμως, η ανεπαρκής απάντηση της αυξητικής ορμόνης σε φαρμακολογικά τεστ πρόκλησης, τόσο σε απισχνασμένους ασθενείς, όσο και σε ασθενείς που έχουν αποκαταστήσει το βάρος τους, υποδεικνύει διαταραχή της έκκρισης της ορμόνης σε υποθαλαμικό επίπεδο.<sup>(20)</sup>

## ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

### Οστεοπενία-Οστεοπόρωση

Η αυξημένη διαθεσιμότητα νέων διαγνωστικών τεχνικών όπως η οστική πυκνομετρία έχει επιτρέψει την αναγνώριση της υψηλής συχνότητας εμφάνισης της οστεοπενίας στην Ψυχογενή Ανορεξία. Η οστεοπενία είναι συχνή και σοβαρή επιπλοκή της συγκεκριμένης Δ.Π.Τ., που πολλές φορές είναι αποτέλεσμα της αμηνόρροιας<sup>(50)</sup>, και άπαξ και εγκατασταθεί, είναι δύσκολο να θεραπευτεί και θεωρείται μερικώς αναστρέψιμη.<sup>(50), (51)</sup> Η μειωμένη οστική πυκνότητα<sup>(46)</sup> (οστεοπενία) της Ψυχογενούς Ανορεξίας, μπορεί να είναι εξίσου σοβαρή με εκείνη που παρατηρείται σε γυναίκες με οστεοπόρωση μετά την εμμηνόπαυση και καταλήγει σε αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων. Η έκταση της αφαλάτωσης έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με το δείκτη μάζας σώματος, το ελάχιστο σωματικό βάρος και τη χρονική διάρκεια της ασθένειας. Η οστεοπενία και η οστεοπόρωση είναι επιπλοκές που εμφανίζονται και σε άνδρες ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, οι οποίοι μάλιστα, σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα, έχουν χαμηλότερη οστική πυκνότητα από τις αντίστοιχες γυναίκες ασθενείς.<sup>(2)</sup>

Η παθογένεια της οστεοπενίας στην Ανορεξία είναι πολύπλοκη και επί πλέον έρευνες είναι απαραίτητες ώστε να διευκρινιστεί πλήρως η αιτιολογία. Η οστεοπενία φαίνεται να αντικατοπτρίζει μια κατάσταση χαμηλής αποκατάστασης με αυξημένη οστική αναρρόφηση χωρίς ακόλουθο σχηματισμό οστών, μια διαδικασία που διαφέρει από αυτή στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Τα χαμηλά επίπεδα των οιστρογόνων είναι η κύρια αιτία πρόκλησης οστεοπενίας στην Ψυχογενή Ανορεξία, αλλά και επιπρόσθετοι διατροφικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο. Τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης και ιντερλευκίνης-6 ίσως επίσης να συμβάλλουν.

Οι απόψεις για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης στους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία παραμένουν αντιφατικές. Πολλοί ειδικοί έχουν χρησιμοποιήσει θεραπεία αντικατάστασης ορμονών, υποθέτοντας ότι η αποκατάσταση της ανεπάρκειας των οιστρογόνων θα έχει ευεργετικά αποτελέσματα, ισοδύναμα με εκείνα που παρατηρούνται σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Αντίθετα, άλλοι είναι διστακτικοί στο να υποβάλλουν νεαρές γυναίκες σε παρατεταμένη θεραπεία με οιστρογόνα και στις πιθανές επιπλοκές μιας τέτοιας θεραπείας και προτιμούν να δίνουν έμφαση στη θεραπεία της υποκείμενης Δ.Π.Τ.. Άλλωστε τα αποτελέσματα της θεραπείας αντικατάστασης ορμονών για την οστεοπενία στην Ψυχογενή Ανορεξία, έχουν υπάρξει απογοητευτικά. Η πλέον ενδεδειγμένη θεραπεία είναι η παραπομπή των ασθενών για συμπεριφορική θεραπεία της διαταραχής και παράλληλα η ιατρική παρέμβαση πρέπει να βασίζεται στη διατροφική αποκατάσταση, την αποκατάσταση του σωματικού βάρους και τη συνέχιση του έμμηνου κύκλου. Η μέσης έντασης άσκηση αντοχής με βάρη<sup>(79)</sup>, όχι η υπερβολική άσκηση, και τα διατροφικά συμπληρώματα ασβεστίου και βιταμίνης D, μπορούν συχνά να έχουν πολύ θετικά αποτελέσματα.<sup>(27)</sup>

### Άλλες Μεταβολικές Ανωμαλίες

Στις περισσότερες, αν και όχι σε όλες, μελέτες η **υπερχοληστεριναιμία** έχει αναφερθεί ως συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία. **Υψηλά επίπεδα καροτενίου** του όρου εντοπίζονται σχεδόν στο 75% των ανορεξικών ασθενών και μάλλον συσχετίζονται με την καροτενοδερμία. **Ελλείψεις ψευδαργύρου**, άλλων **ιχνοστοιχείων** και **βιταμινών** έχουν αναφερθεί σε λιγιστούς ασθενείς.<sup>(27)</sup>

Η **αύξηση της συγκέντρωσης των ενζύμων** του ορού, που εμφανίζεται σε απισχνασμένους ανορεξικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια της επανασίτισής τους, ίσως να αντικατοπτρίζει το

λιπώδη εκφυλισμό του ήπατος. Επίσης, στους ίδιους ασθενείς έχει παρατηρηθεί **εξασθενημένη ρύθμιση της θερμοκρασίας** με μια αυτόνομη, αφύσικη ανταπόκριση στο κρύο.<sup>(20)</sup>

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ**

Η μειωμένη πρόσληψη τροφής στους ανορεξικούς περιοριστικού τύπου, καθώς και η πρόκληση εμετών και η χρήση καθαρτικών στους ανορεξικούς καθαρτικού τύπου μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της ομοιόστασης υγρών και ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες που μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και σε θάνατο.<sup>(27)</sup>

#### **Υποκαλιαιμία**

Μπορεί να καταλήξει σε καρδιακή αρρυθμία, μια από τις κύριες αιτίες θανάτου ασθενών με Δ.Π.Τ., μειωμένη κινητικότητα του εντέρου και μυοσκελετική μυοπάθεια. Η χρόνια υποκαλιαιμία μπορεί να προκαλέσει νεφροπάθεια, με υψηλά ποσοστά κρεατινίνης ορού και τελικά να καταλήξει σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται αιμοκάθαρση. Συχνές είναι οι ελλείψεις βιταμινών στους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, ενώ τα ευρήματα για τα επίπεδα ψευδαργύρου είναι αντιφατικά.<sup>(20), (27)</sup>

#### **Υπομαγνησιαιμία**

Είναι συνήθης στους ανορεξικούς ασθενείς και μπορεί να σχετίζεται με την υπασβασταιμία ή την υποκαλιαιμία ή οποία μπορεί να αποκατασταθεί μόνο ταυτόχρονα με την αποκατάσταση του μαγνησίου.<sup>(20), (27)</sup>

#### **Υποφωσφαταιμία**

Μπορεί να εμφανιστεί σε ανορεξικούς ασθενείς λόγω μειωμένης διαιτητικής πρόσληψης ή ως επιπλοκή της επανασίτισης. Στη δεύτερη περίπτωση, η κατάσταση μπορεί να γίνει επικίνδυνη καθώς τα ανόργανα φωσφορικά άλατα εισέρχονται στα κύτταρα, όπου είναι απαραίτητα για τη σύνθεση των πρωτεϊνών, προκαλώντας έτσι απότομη μείωση των επιπέδων φωσφατάσης του πλάσματος η οποία μπορεί να καταλήξει σε ήπια καρδιακή δυσλειτουργία.<sup>(20), (27)</sup>

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

#### **Καρδιαγγειακή Λειτουργία**

Η βραδυκαρδία και η ορθοστατική υπόταση είναι συχνά ευρήματα σε ελλιποβαρείς ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, οι οποίοι έχουν καρδιακό ρυθμό ανάπαυσης 60 παλμούς ανά λεπτό και διαστολική αρτηριακή πίεση χαμηλότερη από 60 mmHg.<sup>(18), (74)</sup> Η χαμηλή αρτηριακή πίεση, η κολπική βραδυκαρδία και η κολπική αρρυθμία αποτελούν μια φυσιολογική προσαρμογή στην περιορισμένη πρόσληψη τροφής και τη λιμοκτονία.<sup>(20)</sup>

Οι ίλιγγοι και η λιποθυμία δεν είναι ασυνήθιστοι, ενώ οι συχνές μεταβολές στα καρδιογραφήματα συνήθως αντανακλούν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές αυτών των ασθενών.

Η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας έχει περιγραφεί ως επιπλοκή της ανορεξίας. Επειδή όμως τόσο η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας όσο και η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζονται συνήθως σε νεαρές γυναίκες δεν αποκλείεται ο παρατηρούμενος συσχετισμός να είναι απλά θέμα συμπτώσεων. Πάραυτα, φαίνεται ότι σε κάποιες περιπτώσεις ακραίας εξάντλησης από ασιτία, το μέγεθος της αριστερής κοιλίας της καρδιάς συνοδεύει την απώλεια βάρους. Η μείωση του μεγέθους της αριστερής κοιλίας<sup>(66)</sup> καταλήγει σε φτωχή προσαρμογή



μεταξύ της κοιλίας και της φυσιολογικού μεγέθους βαλβίδας με άμεση συνέπεια την πρόπτωση της βαλβίδας.<sup>(27)</sup>

### **Μυοκαρδιακή Δυσλειτουργία**

Μελέτες σε έφηβες ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία κατά τη διάρκεια μέγιστης άσκησης υπέδειξαν χαμηλότερο καρδιακό ρυθμό ανάπαυσης και μέγιστο καρδιακό ρυθμό στις ανορεξικές από ότι στις συνομήλικές τους χωρίς Δ.Π.Τ., ενώ ο δείκτης μέγιστου καρδιακού παλμού (maximal stroke index) των ασθενών βρέθηκε μεγαλύτερος, με φυσιολογικό τύπο αντίδρασης στη μέγιστη άσκηση. Παράλληλα, και η μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου είναι χαμηλότερη στις ανορεξικές κατά τη διάρκεια μέγιστης άσκησης. Τα παραπάνω ευρήματα αποτελούν ενδείξεις χαμηλής μυοκαρδιακής απόδοσης στους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, όμως ακόμα δεν έχει αποδειχθεί πλήρως κάτι τέτοιο.<sup>(69)</sup> Ένας υπερηχητικός χαρακτηρισμός του μυοκαρδίου μπορεί να παράσχει μια αντικειμενική προσέγγιση για τον εντοπισμό δομικών μυοκαρδιακών ιδιοτήτων και να αναπαραστήσει έναν προκλινικό δείκτη της μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας στην Ψυχογενή Ανορεξία.<sup>(20)</sup>

Τέλος, ευρήματα του Doppler Echocardiography παρέχουν αποδείξεις για κλινικά σιωπηλή περικαρδιακή διάχυση, η οποία μπορεί να είναι πρώιμο σημάδι, καρδιαγγειακής εμπλοκής.<sup>(66)</sup>

### **Αιματολογικό και Αμυντικό Σύστημα**

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία έχει αναφερθεί ότι εμφανίζουν προβλήματα αιματοποίησης<sup>(20)</sup>, όπως λευκοπενία, αναιμία και θρομβοκυτοπενία και σπανίως νέκρωση του μυελού των οστών. Η λευκοπενία συνήθως αντικατοπτρίζει μειωμένο αριθμό ουδετερόφιλων συνοδευόμενο από μια σχετική λεμφοκυττάρωση. Οι απόψεις τώρα για το πώς επηρεάζει η λευκοπενία τον κίνδυνο μόλυνσης συγκρούονται. Ενώ κάποιες μελέτες αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο βακτηριακών μολύνσεων, άλλες μελέτες αναφέρουν φυσιολογικό κίνδυνο, πιθανόν εξαιτίας των φυσιολογικών αποθεμάτων ουδετερόφιλων του μυελού των οστών. Είθισται κατά περιόδους λιμοκτονίας, οι ασθενείς να είναι σχετικά προστατευμένοι έναντι των ιογενών ασθενειών, ή πιθανόν να μην εκδηλώνουν τα συμπτώματα των μολύνσεων.

Ποικίλες διαταραχές του αμυντικού συστήματος έχουν παρουσιαστεί σε ασθενείς με Δ.Π.Τ.. Παρόλο που τα διαθέσιμα από έρευνες στοιχεία είναι και σε αυτό το θέμα αντιφατικά, ως επί το πλείστον αναφέρεται ότι οι ασθενείς με σημαντική απώλεια βάρους, έχουν υπερευαίσθησία στο δέρμα, μη φυσιολογική λειτουργία των ουδετερόφιλων, χαμηλά επίπεδα ανοσογλοβουλίνης και μη φυσιολογικά επίπεδα ποσοστά υποσυνόλων Τ-λεμφοκυττάρων.<sup>(27)</sup>

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Στην Ψυχογενή Ανορεξία, η **καθυστερημένη κένωση του στομάχου** είναι συνήθης και προκαλεί αισθήματα πληρότητας, πρόωρου κορεσμού και πρηξίματος. Αυτή η καθυστέρηση στην κένωση του στομάχου οφείλεται σε **μείωση της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα**.<sup>(20)</sup> Η μείωση της κινητικότητας μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση της διέλευσης της τροφής σε όλο το μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα και κάτι τέτοιο μπορεί να επιφέρει **κοιλιακές ενοχλήσεις** και **ειλεό του εντέρου**, ενώ στο κόλον η μείωση της κινητικότητας μπορεί να προκαλέσει **δυσκοιλιότητα** και να αυξήσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που οφείλονται στην αφυδάτωση και την υποκαλιαιμία.<sup>(27), (74)</sup>

Κοιλιακοί πόνοι στην Ψυχογενή Ανορεξία μπορούν επίσης να οφείλονται και σε σύνδρομο της μεσεντέριας αρτηρίας, ενώ κατά τη διάρκεια της διαδικασίας επανασίτισης υπάρχει

πιθανότητα ο ανορεξικός ασθενής να πάθει **οξεία γαστρική διάταση**. Η ιατρική αντιμετώπιση του φαινομένου περιλαμβάνει ρινογαστρική αναρρόφηση και αποκατάσταση των υγρών και ηλεκτρολυτών. Τέλος, ένα ακόμη σύμπτωμα της διαδικασίας επανασίτισης των ανορεξικών ασθενών είναι η **οξεία παγκρεατίτιδα**.<sup>(27)</sup>

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Οι Δ.Π.Τ. στο σύνολό τους, έχουν προσφάτως ενοχοποιηθεί για μείωση της ικανότητας αναπαραγωγής και πρέπει να ελέγχεται αν γυναίκες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σύλληψη έχουν ιστορικό Δ.Π.Τ..

Η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι πρόκληση για ασθενείς που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία. **Υψηλότερα ποσοστά αποβολών, επιπλοκών στην τοκετό και επιλόχειας κατάθλιψης** έχουν αναφερθεί σε γυναίκες με ιστορικό Δ.Π.Τ. συγκριτικά με γυναίκες που δεν έπασχαν ποτέ από οποιαδήποτε Δ.Π.Τ.. Επίσης, οι γυναίκες με Ψυχογενή Ανορεξία δείχνουν να έχουν πρόβλημα με την εικόνα του σώματός τους και τις -φυσιολογικές κατά τ' άλλα- αλλαγές που επιδέχεται λόγω εγκυμοσύνης. Οι μαιευτήρες πρέπει να παρακολουθούν στενά αυτές τις γυναίκες και να βεβαιώνονται ότι η θερμιδική πρόσληψή τους είναι επαρκής. Τα νεογέννητα γυναικών με Δ.Π.Τ. έχουν μεγάλη πιθανότητα να γεννηθούν ελλιποβαρή, καθώς επίσης και να μην προσθέτουν βάρος εύκολα κατά την ανάπτυξή τους στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας.

Σε περιπτώσεις γυναικών με Δ.Π.Τ. ενδείκνυται να αναβάλλεται η εγκυμοσύνη μέχρις ότου να αντιμετωπιστεί η διατροφική διαταραχή. Σε περίπτωση όμως που μια γυναίκα ενώ αντιμετωπίζει Δ.Π.Τ. μείνει έγκυος, τότε είναι απαραίτητη η συνεργασία διαιτολόγου, ψυχολόγου και μαιευτήρα κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ μετά τον τοκετό στην παραπάνω ομάδα πρέπει να προστεθεί και παιδίατρος, ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υγεία του βρέφους.<sup>(27)</sup>

### **ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ**

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις της λιμοκτονίας στην Ψυχογενή Ανορεξία περιλαμβάνουν **τριχόπτωση, ξηροδερμία και εύθραυστα νύχια**. Σχεδόν το ένα τρίτο των ανορεξικών αναπτύσσουν χνούδι στο πρόσωπο, που ονομάζεται "**lanugo hair**" (lanugo: πυκνό μαλακό χνούδι). Αντίθετα με ασθενείς με άλλες μορφές λιμοκτονίας, οι ανορεκτικοί ίσως να αναπτύξουν έναν πορτοκαλί αποχρωματισμό στο δέρμα τους εξαιτίας της υψηλής συγκέντρωσης καροτενίου στο αίμα τους (**καροτενοδερμία**).<sup>(18), (27)</sup>

## ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Στις Δυτικές κοινωνίες το να είναι κανείς υπέρβαρος ή παχύσαρκος αντιμετωπίζεται με αρνητισμό και οδηγεί σε προκαταλήψεις οι οποίες επηρεάζουν ενδεχομένως τις επαγγελματικές προοπτικές, τις κοινωνικές και προσωπικές σχέσεις, την αυτοεκτίμηση, στιγματίζουν εμπειρίες και οδηγούν σε δίαιτες και άλλες προσπάθειες ελέγχου του σωματικού βάρους.<sup>(80)</sup>

Η Ψυχογενής Βουλιμία εμφανίζεται συχνότερα από την Ψυχογενή Ανορεξία. Οι εκτιμήσεις για την Ψυχογενή Βουλιμία κυμαίνονται στο 1-3% των νεαρών γυναικών.

Η Ψυχογενής Βουλιμία, όπως και η Ψυχογενής Ανορεξία, είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες (περίπου 10 φορές συχνότερα εμφανίζεται στις γυναίκες), αλλά η έναρξή της τοποθετείται μεταγενέστερα στην εφηβεία, σε σχέση με την Ψυχογενή Ανορεξία, ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή (18-25 έτη ζωής).

Σύμφωνα με έρευνες οι γυναίκες που έχουν γεννηθεί μετά το 1960 έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν Ψυχογενή Βουλιμία από εκείνες που έχουν γεννηθεί νωρίτερα. Σποραδικά συμπτώματα Ψυχογενούς Βουλιμίας, όπως μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης, έχουν αναφερθεί μέχρι και στο 40% των γυναικών σε κολέγια.

Αν και η Ψυχογενής Βουλιμία εμφανίζεται συνήθως σε φυσιολογικού βάρους νέες γυναίκες, μερικές φορές υποκρύπτεται ιστορικό παχυσαρκίας. Η Βουλιμία συχνά σχετίζεται με δίαιτες που είτε προηγούνται ή έπονται της πολυφαγίας.

Όπως συμβαίνει και με την Ψυχογενή Ανορεξία, έτσι και η Ψυχογενής Βουλιμία είναι πιο διαδεδομένη στους Δυτικούς πολιτισμούς όπου πολλά εύγευστα φαγητά είναι διαθέσιμα και η ισχύτητα εκτιμάται ως ομορφιά.<sup>(22), (57)</sup>

Η Ψυχογενής Βουλιμία όπως και οι υπόλοιπες Δ.Π.Τ. είναι πιο διαδεδομένες μεταξύ της Καυκάσιας φυλής, παράλληλα όμως αποτελεί και την πιο συχνή Δ.Π.Τ. μεταξύ των Αφρο-Αμερικανών (Εικ.4) και το ποσοστό διάδοσης της διαταραχής είναι κοινό για τις Καυκάσιες και τις Αφρο-Αμερικανίδες και αγγίζει το 3%. Μάλιστα η τελευταία πληθυσμιακή ομάδα είθισται ως διορθωτική ενέργεια να χρησιμοποιεί καθαρτικά παρά αυτοπρόκληση εμετού. Η διασπορά της στις έγχρωμες γυναίκες και στους άνδρες αθλητές αυξάνεται διαρκώς και παγκοσμίως.<sup>(80)</sup>



Εικόνα 4. Αφρο-Αμερικανίδα στη μέση βουλιμικού επεισοδίου

## **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ**

Πολλοί από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που προδιαθέτουν για την ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι παράγοντες κινδύνου και για την Ψυχογενή Βουλιμία.<sup>(57)</sup> Όπως συμβαίνει στην Ψυχογενή Ανορεξία, έτσι και στην Ψυχογενή Βουλιμία υπάρχουν βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι αλληλεπιδρώντας ή μη οδηγούν στην έναρξη και εξέλιξη της διαταραχής.

### ***ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ***

Έχει αναφερθεί ότι προϋπάρχον ιστορικό Ψυχογενούς Ανορεξίας αποτελεί αυτό καθεαυτό παράγοντα κινδύνου για την Ψυχογενή Βουλιμία, καθώς κάποιες μελέτες υποδηλώνουν ότι το 20-30% των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία σε κάποια φάση της ζωής τους ανταποκρίνονταν στα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Επιπλέον, μελέτες σε οικογένειες καταδεικνύουν υψηλότερα ποσοστά και των δυο διαταραχών στα πλαίσια της ίδιας οικογένειας, υπαινισσόμενες κάποια κοινή περιβαλλοντική και/ή γενετική προδιάθεση.<sup>(57)</sup>

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν την τάση να επιτυγχάνουν και να αποκρίνονται στις κοινωνικές πιέσεις για λεπτά και γυμνασμένα σώματα, παρόμοια με τους ασθενείς που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία. Πολλοί ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν κατάθλιψη και αυξημένη συχνότητα οικογενούς κατάθλιψης. Ωστόσο, οι οικογένειες αυτών των ασθενών είναι γενικά διαφορετικές από τις οικογένειες αυτών με Ψυχογενή Ανορεξία. Οι σχέσεις στις οικογένειες των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία είναι λιγότερο στενές και με μεγαλύτερες συγκρούσεις από ότι στις οικογένειες των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία. Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία περιγράφουν τις οικογένειές τους ως αδιάφορες και απορριπτικές.<sup>(22)</sup>

Κάποιοι συσχετισμοί που ξεχωρίζουν την Ψυχογενή Βουλιμία από την Ψυχογενή Ανορεξία περιλαμβάνουν υψηλότερη από την αναμενόμενη διάδοση της παιδικής παχυσαρκίας και της παχυσαρκίας των γονέων ασθενών που αναφέρονται ως βουλιμικοί. Αυτός ο ισχυρισμός παραπέμπει στο ότι η παρουσία προδιάθεσης για παχυσαρκία αυξάνει την ευαισθησία απέναντι στην Ψυχογενή Βουλιμία. Επιπροσθέτως, πρώιμα βιώματα που περιλαμβάνουν επικριτικά σχόλια από την οικογένεια όσον αφορά στο σωματικό βάρος, το σχήμα του σώματος και τις διατροφικές προτιμήσεις εμφανίζονται συχνότερα σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία. Τέτοιες εμπειρίες, ίσως ακόμα να σχετίζονται και με τη συνεχή εφαρμογή διαιτών, που ως συμπεριφορά συνδέεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία έχει βρεθεί ότι έχουν σχετικά υψηλά ποσοστά άγχους και διαταραχών διάθεσης (mood disorders), κυρίως μείζονα κατάθλιψη (major depressive disorder)<sup>(6)</sup> και δυσθυμική διαταραχή (dysthymic disorder). Έρευνες που αφορούν στη συνοσηρότητα (comorbidity), έχουν καταλήξει στο ότι η διάδοση συναισθηματικών διαταραχών (affective disorders) μεταξύ ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία, σε κάποια περίοδο της ζωής τους, αγγίζει το 75%. Επίσης αυξημένα ποσοστά διάδοσης των συναισθηματικών διαταραχών εμφανίζονται και μεταξύ μελών των οικογενειών των βουλιμικών. Αυτά τα ευρήματα οδηγούν κάποιους ειδικούς στην υποψία ότι μια γενετική προδιάθεση για κατάθλιψη ίσως να προδιαθέτει επίσης και για ανάπτυξη Ψυχογενούς Βουλιμίας. Πάντως η φύση της σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και Ψυχογενούς Βουλιμίας παραμένει ασαφής.<sup>(57)</sup>

Τέλος, μερικοί ερευνητές κατέβαλαν προσπάθειες να συνδέσουν τους κύκλους της υπερφαγίας και της κάθαρσης με διάφορους νευροδιαβιβαστές. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά είναι συχνά ωφέλιμα στους ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία, έχουν ενοχοποιηθεί η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Τα επίπεδα ενδορφινών στο πλάσμα αυξάνονται σε μερικούς ασθενείς που

έχουν Ψυχογενή Βουλιμία με εμετούς, οδηγώντας στην πιθανότητα ότι το αίσθημα ευεξίας μετά από εμετό, που βιώνουν ορισμένοι από αυτούς τους ασθενείς, μπορεί να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα ενδορφινών.<sup>(22)</sup>

### **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ - ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ**

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία, όπως και αυτοί με Ψυχογενή Ανορεξία, έχουν δυσκολίες με τις απαιτήσεις της εφηβείας. Ωστόσο, οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία είναι περισσότερο εξωστρεφείς, θυμωμένοι και παρορμητικοί απ' ό,τι οι άρρωστοι με Ψυχογενή Ανορεξία. Σύνοδες καταστάσεις της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι η εξάρτηση από αλκοόλ, η κλεπτομανία και η συναισθηματική ευμεταβλητότητα, συμπεριλαμβανομένων και των αποπειρών αυτοκτονίας.

Οι δυσκολίες ελέγχου των παρορμήσεων των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία εκδηλώνονται συχνά με εξάρτηση από ουσίες και με αυτοκαταστροφικές σεξουαλικές σχέσεις, επιπλέον των επεισοδίων πολυφαγίας και της χρήσης καθαρτικών, που αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής. Πολλοί ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν ιστορικό δυσκολιών αποχωρισμού από τα άτομα που τους φροντίζουν, όπως φαίνεται και από την απουσία μεταβατικών αντικειμένων στην πρώιμη παιδική ηλικία. Πολλοί θεραπευτές έχουν παρατηρήσει ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία χρησιμοποιούν το σώμα τους ως μεταβατικό αντικείμενο. Η διαπάλη αποχωρισμού από το μητρικό πρόσωπο εκδηλώνεται με αμφιθυμία σχετικά με το φαγητό. Η πρόσληψη τροφής μπορεί να αναπαριστά την επιθυμία για συνταύτιση με το άτομο που τους φροντίζει, ενώ η αποβολή μπορεί να εκφράζει, ασυνείδητα, την επιθυμία για αποχωρισμό.<sup>(22)</sup>

Μελέτες της ιδιοσυγκρασίας των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία έδειξαν ότι πρόκειται για άτομα που κυνηγούν τις καινοτομίες, είναι παρορμητικά και φυγόπονα σε υψηλό ποσοστό. Ιδιαίτερα αρνητική συναισθηματικότητα, καθώς επίσης και υψηλότερα ποσοστά διαταραχών της προσωπικότητας εντοπίστηκαν μεταξύ των βουλιμικών ασθενών, χαρακτηριστικά, ορισμένα εκ των οποίων, διατηρούνται και μετά την ανάρρωση των ασθενών. Καθώς κάποιες τέτοιες ανωμαλίες ενδέχεται να αποτελούν τα διαρκή αποτελέσματα μιας επαναλαμβανόμενης εμπλοκής σε μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά αποξένωσης, δεν είναι δυνατό να εξαχθεί με βεβαιότητα το συμπέρασμα ότι αυτά τα χαρακτηριστικά προηγούνταν της Ψυχογενούς Βουλιμίας ή ότι περιλαμβάνονται στην αιτιολογία της. Πάραυτα, τα ευρήματα αυξημένων επιπέδων τελειομανίας και αντιδράσεων άγχους ή αγχωτικής αντίδρασης (stress reactivity), σε συγγενείς βουλιμικών ατόμων, οι οποίοι δεν εμφανίζουν Δ.Π.Τ., μπορούν να στηρίξουν την πιθανότητα οι παραπάνω διαταραχές να αντικατοπτρίζουν υποκείμενα χαρακτηριστικά με οικογενή βάση.

Ορισμένες μελέτες έχουν αναφέρει αυξημένη διάδοση διαταραχής χρήσης υποκατάστατων ουσιών (substance use disorder)<sup>(39)</sup> και συμπεριφορών αυτοτραυματισμού (self-injurious behaviors), όπως αυτοχαράκωμα (self cutting) και απόπειρες αυτοκτονίας, μεταξύ ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία. Υψηλά ποσοστά διαταραχής χρήσης υποκατάστατων ουσιών έχουν επίσης βρεθεί μεταξύ μελών των οικογενειών των βουλιμικών ασθενών. Αυτού του είδους τα ευρήματα έχουν καλλιεργήσει την άποψη ότι αυτό το σύμπλεγμα συμπεριφορών ίσως να αντανάκλα μια γενικότερη κλίση προς μια παρορμητική και επιθετική συμπεριφορά προς τον ίδιο τους τον εαυτό, της οποίας κάποιες από τις πιθανές εκφράσεις μπορεί να είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης που χαρακτηρίζουν την Ψυχογενή Βουλιμία. Μια τέτοια κλίση σε ένα υποσύνολο βουλιμικών ασθενών μπορεί να αποτελεί έναν παράγοντα ευαισθησίας για την ανάπτυξη της διαταραχής. Η ιδέα του «πολύ-παρορμητικού» έχει προωθηθεί και χαρακτηρίζει ένα άτομο που εμπλέκεται με κλοπές, αυτοτραυματισμούς,

απόπειρες αυτοκτονίας και χρήση υποκατάστατων ουσιών, επιπρόσθετα στην Ψυχογενή Βουλιμία. Ωστόσο τα ευρήματα που αφορούν στην ύπαρξη ενός τέτοιου ξεχωριστού υποσυνόλου μεταξύ των βουλιμικών ασθενών είναι διφορούμενα.<sup>(57)</sup>

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ - ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η Ψυχογενής Βουλιμία είναι ένα σύνδρομο που συνδέεται με τον πολιτισμό, αντίθετα με την Ψυχογενή Ανορεξία. Κατά συνέπεια οι εκτιμήσεις για κληρονομικότητα της Ψυχογενούς Βουλιμίας, ίσως να επηρεάζονται περισσότερο από πολιτισμικά στοιχεία και να μεταβάλλονται ευκολότερα συγκριτικά με τις εκτιμήσεις που αφορούν στην Ψυχογενή Ανορεξία, ενώ παράλληλα και οι γενετικές βάσεις των διαταραχών αυτών μπορεί να εκφράζονται διαφορετικά καθώς επηρεάζονται σε διαφορετικό βαθμό από κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες.<sup>(55)</sup>

Οι βουλιμικοί ασθενείς εμφανίζουν μια τάση προς την αυτοκριτική και την εξάρτηση ενώ παράλληλα αναφέρουν δυσάρεστες εμπειρίες στη παιδική τους ηλικία<sup>(73)</sup>. Πρώιμες αναφορές αφήνουν υπαινιγμούς για συγκεκριμένη συσχέτιση μεταξύ Ψυχογενούς Βουλιμίας και ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης.<sup>(57)</sup> Πράγματι, περίπου το 30-45% των γυναικών με Ψυχογενή Βουλιμία αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση<sup>(4)</sup>, <sup>(57)</sup> στην παιδική τους ηλικία και ακόμα περισσότερες ότι έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση. Επίσης, μεγάλο ποσοστό βουλιμικών γυναικών αναφέρουν ανεπιθύμητες σεξουαλικές εμπειρίες στην ενήλικη ζωή τους.<sup>(59)</sup> Αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι ότι ένα τέτοιο ιστορικό συναντάται συχνότερα σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία από ότι σε ασθενείς με οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική ασθένεια. Πρέπει, βέβαια, να αναφερθεί ότι συγκριτικές μελέτες μεταξύ βουλιμικών ασθενών και ασθενών με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες, απέδειξαν ότι ο παραπάνω παράγοντας κινδύνου δεν αφορά αποκλειστικά στην Ψυχογενή Βουλιμία, αλλά αποτελεί γενικότερη αιτία εμφάνισης και ανάπτυξης ψυχιατρικών προβλημάτων. Καταλήγοντας, λοιπόν, αξίζει να αναφερθεί ότι η πλειονότητα των ατόμων με Ψυχογενή Βουλιμία, ή γενικά με Δ.Π.Τ, δεν έχουν υποστεί πρώιμο σεξουαλικό τραύμα, εκείνοι όμως που έχουν βιώσει περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης, βιώνουν επίσης μια επιδεινωμένη μορφή της διαταραχής καθώς και εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα.<sup>(57)</sup>



Εικόνα 5. Βουλιμικό Επεισόδιο



Εικόνα 6. Τα πιάτα του βουλιμικού.

## **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ**

Η Ψυχογενής Βουλιμία δεν είναι μια παραλλαγή της Ψυχογενούς Ανορεξίας, ούτε οι επιπλοκές της είναι τόσο δυσοίωνες για τον ανθρώπινο οργανισμό.

### ***ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ***

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία σημειώνουν επεισόδια υπερφαγίας (Εικ.5,6) τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα τα οποία ακολουθούνται από επανορθωτικές πρακτικές όπως η αυτοπρόκληση εμετών, η κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών, ακραίες δίαιτες ή νηστείες και συχνά υπερβολική σωματική άσκηση. Ο συνδυασμός αυτών των συμπεριφορών βοηθά τους βουλιμικούς ασθενείς να διατηρούν, κατά κανόνα, φυσιολογικό σωματικό βάρος.<sup>(4)</sup>,<sup>(9)</sup> Οι βουλιμικοί ασθενείς συνηθίζουν να κρύβουν τα τρόφιμα και να τα καταναλώνουν κρυφά όταν βρίσκονται μόνοι τους. Παρουσιάζουν έντονη ενασχόληση με τα τρόφιμα και ζυγίζονται συχνά, ενώ ταυτόχρονα είναι πολύ δυσαρεστημένοι με το σώμα τους και έχουν λανθασμένη αντίληψη αυτού.<sup>(4)</sup>,<sup>(88)</sup>

### ***ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ***

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία φοβούνται υπερβολικά μήπως γίνουν υπέρβαροι. Συνήθως προσπαθούν πολύ, για να ικανοποιήσουν τους γύρω τους, ενώ παράλληλα οι ίδιοι απομονώνονται κοινωνικά και βιώνουν καταθλιπτικά συναισθήματα. Οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν την ανάγκη να νιώθουν ότι ελέγχουν καταστάσεις και έχουν σταθερές και άκαμπτες απόψεις. Παράλληλα, αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την έκφραση των συναισθημάτων τους και νιώθουν συχνά άχρηστοι.<sup>(4)</sup>,<sup>(90)</sup>

### ***ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ***

Τα επεισόδια υπερφαγίας χαρακτηρίζονται από ευχάριστα συναισθήματα αρχικά, τα οποία σύντομα αντικαθίστανται από αηδία, αποστροφή και αναστάτωση. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου μπορεί να περιφέρονται αμήχανα, ενώ παράλληλα η έντονη επιθυμία τους για φαγητό τους οδηγεί στην καταναγκαστική κατανάλωση τροφής. Καθώς εξελίσσεται το επεισόδιο, ο ασθενής βιώνει ολοένα και πιο έντονα την απώλεια του ελέγχου και όταν αυτό δε συμβαίνει, το επιδιώκουν παρακολουθώντας τηλεόραση ή ακούγοντας δυνατά μουσική ώστε να αποσπάται η προσοχή τους και να μην αντιλαμβάνονται την ποσότητα τροφής που έχουν καταναλώσει. Ιδιαίτερα εντυπωσιακή είναι και η ταχύτητα με την οποία καταναλώνουν τα τρόφιμα. Τρώνε δυο φορές ταχύτερα από το φυσιολογικό, καταναλώνουν σχεδόν 81,5 kcal ανά λεπτό αντί για 38,4 kcal που καταναλώνει ένας άνθρωπος φυσιολογικά, μασούν ελάχιστα και πίνουν άφθονα υγρά για να βοηθούν την κατάποση ή να βοηθούνται στο να βγάλουν αργότερα ότι κατανάλωσαν. Προκειμένου να εξασφαλίσουν τροφή προς κατανάλωση παίρνουν το φαγητό άλλων, κλέβουν τρόφιμα από καταστήματα ή τρώνε ακόμα και πεταμένα τρόφιμα. Η κατανάλωση της τροφής γίνεται μυστικά και οι συγκεκριμένοι ασθενείς μπορούν να κρύβουν το πρόβλημά τους για χρόνια.<sup>(9)</sup>

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με τα δυο διαγνωστικά εγχειρίδια περιλαμβάνουν συμπεριφορικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά και φαίνονται στους πίνακες 3 και 4.<sup>(16)</sup>,<sup>(22)</sup>

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-IV**

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας. Ένα επεισόδιο πολυφαγίας επισημαίνεται από τα εξής δύο χαρακτηριστικά :

1. Πρόσληψη σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. δύο ωρών) ποσότητας τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη απ' αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν τα περισσότερα άτομα κατά την ίδια χρονική περίοδο και κάτω από τις ίδιες περιστάσεις
2. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. αίσθημα του ατόμου ότι δε μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).

B. Επαναλαμβανόμενη ακατάλληλη αντιρροπιστική συμπεριφορά, προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση βάρους, όπως προκλητοί εμετοί κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

Γ. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η απρόσφορη αντιρροπιστική συμπεριφορά παρουσιάζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για διάστημα 3 μηνών.

Δ. Η αυτοκριτική επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

E. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Προσδιορίστε τον τύπο :

**Καθαρτικός τύπος (Purging type)** : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σερ προκλητούς εμετούς ή σε κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών

**Μη καθαρτικός τύπος (Nonpurging type)** : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο χρησιμοποιεί άλλες ακατάλληλες αντιρροπιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμετούς ή σε κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

Πίνακας 3. Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Βουλιμίας σύμφωνα με το DSM-IV(22)

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD-10**

A. Υπάρχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για περίοδο 3 μηνών ή μεγαλύτερη), στα οποία μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλώνονται σε μικρά χρονικά διαστήματα.

B. Υπάρχει επίμονη ενασχόληση με το φαγητό και μια δυνατή επιθυμία ή μια αίσθηση καταναγκασμού για κατανάλωση τροφής (ακατάσχετη επιθυμία).

Γ. Ο ασθενής προσπαθεί να αντισταθμίσει τις «παχυντικές» συνέπειες της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω :

- (1) αυτο-πρόκλητο εμετό
- (2) αυτο-πρόκλητη κάθαρση
- (3) εναλλασσόμενες περιόδους λιμοκτονίας
- (4) χρήση φαρμάκων όπως κατασταλτικά όρεξης, φαρμακευτικά σκευάσματα για το θυρεοειδή ή διουρητικά . Όταν η Βουλιμία παρουσιάζεται σε διαβητικούς ασθενείς, ίσως να διαλέξουν να παραμελήσουν την ινσουλινοθεραπεία τους.

Δ. Υπάρχει μια αυτο-αντίληψη ότι είναι υπερβολικά παχείς, με έναν παρεισφρητικό φόβο της πάχυνσης (που συνήθως οδηγεί σε βάρος χαμηλότερο του κανονικού).

Πίνακας 4. Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Βουλιμίας σύμφωνα με το ICD-10(16)



## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Παρά τις συνεχώς αυξανόμενες αναφορές των επιστημόνων της υγείας στα ιατρικά προβλήματα που μπορούν να προκύψουν από τις Δ.Π.Τ., οι ασθενείς με Δ.Π.Τ., οι συγγενείς τους, αλλά ακόμα και οι ειδικοί που παρακολουθούν αυτούς τους ασθενείς δίνουν περισσότερο βάρος στην ψυχιατρική εξέλιξη των διαταραχών. Επειδή όμως, οι ιατρικές επιπλοκές των Δ.Π.Τ. είναι αρκετά σοβαρές, πρέπει να αντιμετωπίζονται με τη δέουσα προσοχή. Κατά κανόνα, οι ιατρικές επιπλοκές στην Ψυχογενή Βουλιμία είναι πιο ήπιες και λιγότερες από εκείνες της Ψυχογενούς Ανορεξίας και αυτό κατά πάσα πιθανότητα έχει να κάνει με το γεγονός ότι οι βουλιμικοί ασθενείς συνήθως καλύπτουν τις θερμιδικές τους ανάγκες και διατηρούν σωματικό βάρος πλησίον του φυσιολογικού.<sup>(27)</sup>

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

#### ***Επιπλοκές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.)***

**Πεπτίδιο ΥΥ:** Πρόκειται για ένα συγγενικό πεπτίδιο του νευροπεπτιδίου Υ, ιδιαίτερα ορεξιογόνο, το οποίο έχει βρεθεί ότι αυξάνεται μόνο κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης από Ψυχογενή Βουλιμία και η δράση του θεωρείται μερικώς υπεύθυνη για τις παρορμήσεις υπερφαγίας και κάθαρσης και έτσι προκαλεί υποτροπές στην Ψυχογενή Βουλιμία.<sup>(23), (74)</sup>

**Κορτιζόλη και Φλοιοτροπός Ορμόνη (ΑCTH):** Πολλοί βουλιμικοί ασθενείς έχουν φυσιολογικά επίπεδα κορτιζόλης, αλλά ορισμένοι εμφανίζουν ανωμαλίες παρόμοιες με εκείνες που παρατηρούνται στην Ψυχογενή Ανορεξία. Σε γενικές γραμμές τα ευρήματα που αφορούν στις δυο αυτές ορμόνες είναι αντιφατικά και αποδίδονται προφανώς στην ασταθή, διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά.<sup>(20)</sup>

**Λεπτίνη:** Τα ευρήματα που αφορούν τα επίπεδα λεπτίνης είναι αντιφατικά. Σύμφωνα με κάποια μελέτη τα επίπεδα λεπτίνης ορού των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία βρέθηκαν παρόμοια με εκείνα υγιών ατόμων, παρά την κακή διατροφική συμπεριφορά των βουλιμικών ασθενών, με μια θετική συσχέτιση μεταξύ λεπτίνης και δείκτη μάζας σώματος.<sup>(45)</sup> Ωστόσο, άλλες έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα επίπεδα ελεύθερης λεπτίνης είναι χαμηλότερα στα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία, όπως και στα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία, είτε η διαταραχή βρίσκεται σε έξαρση ή έχει επιτευχθεί ανάρρωση.<sup>(49)</sup>

**Σεροτονίνη:** Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν αποδεδειγμένα διαφοροποιημένη αντίδραση σε προκλήσεις της σεροτονίνης και χαμηλά ή φυσιολογικά επίπεδα 5-υδροξυινδολεοξικού οξέος (5-ΗΙΑΑ) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, που σχετίζονται αντιστρόφως ανάλογα με τη συχνότητα των επεισοδίων κάθαρσης και υπερφαγίας. Μετά τη θεραπεία τους εμφανίζουν αυξημένες συγκεντρώσεις 5-ΗΙΑΑ στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ως απάντηση σε ειδικές προκλήσεις της σεροτονίνης.<sup>(23)</sup>

Έχει βρεθεί ότι χαμηλά επίπεδα του 5-ΗΙΑΑ στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό σχετίζονται με παρορμητικές, μη προσχεδιασμένες, επιθετικές συμπεριφορές, που ξεπερνούν τα όρια των διαγνωστικών κριτηρίων. Έτσι, τα αυξημένα επίπεδα του 5-ΗΙΑΑ στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, που συναντώνται σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία ή Ψυχογενή Βουλιμία, προκαλούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον.<sup>(28)</sup> Συμπεριφορές, που εντοπίζονται σε άτομα που αναρρώνουν και από τις δυο διαταραχές, όπως η εμμονή με τη συμμετρία και την ακρίβεια και η τελειομανία, τείνουν να είναι

αντίθετες με τις συμπεριφορές που επιδεικνύουν άτομα με χαμηλά επίπεδα 5-ΗΙΑΑ. Όλες αυτές οι αναφορές οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι συγκεντρώσεις του 5-ΗΙΑΑ<sup>(57)</sup> στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ίσως να συσχετίζονται με ένα φάσμα συμπεριφορών και συγκεκριμένα χαμηλά επίπεδα αυτού σχετίζονται με μειωμένο έλεγχο της συμπεριφοράς και υψηλά επίπεδα με αυξημένο έλεγχο.<sup>(23)</sup>

### **Επιπλοκές στο Περιφερικό Νευρικό Σύστημα**

Υπάρχουν έμμεσες αποδείξεις ότι το παρασυμπαθητικό κεντρομόλο σύστημα των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία είναι δυσλειτουργικό. Έχει παρατηρηθεί ότι οι βουλιμικοί ασθενείς φαίνεται να έχουν αυξημένη αντοχή σε ερεθίσματα πόνου και θερμοκρασίας. Είναι, λοιπόν, πιθανό η δυσλειτουργία αυτή να επηρεάζει τη μετάδοση του αισθήματος κορεσμού από τον πεπτικό σωλήνα προς τον εγκέφαλο και ίσως αυτό να αποτελεί παράγοντα της ανικανότητας αυτών των ασθενών να σταματήσουν να τρώνε.<sup>(20)</sup>

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

**Ανωμαλίες του έμμηνου κύκλου** συμβαίνουν σε αρκετές γυναίκες με Ψυχογενή Βουλιμία. Οι ασυνεχείς δίαιτες και οι παράγοντες ψυχολογικού άγχους μπορεί να συνεισφέρουν στις νευροενδοκρινικές αλλαγές που είναι υπεύθυνες για αυτές τις ανωμαλίες στον έμμηνο κύκλο.<sup>(20), (46), (58)</sup> Βέβαια, στις βουλιμικές ασθενείς οι διαταραχές της εμμηνορρυσίας είναι λιγότερο συχνές από ότι στις ανορεξικές ασθενείς και αυτό που παρατηρείται συνήθως είναι άστατος έμμηνος κύκλος και όχι αμηνόρροια.<sup>(27), (61)</sup>

Ένα μέρος των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία ίσως να παρουσιάζει «**σύνδρομο χαμηλής T<sub>3</sub>**» στα τεστ της θυρεοειδικής λειτουργίας, αλλά η πλειοψηφία αυτών των ασθενών έχουν φυσιολογικές τιμές θυρεοειδικών ορμονών.<sup>(27)</sup> Σε γενικές γραμμές, οι αναφορές για τη λειτουργία του θυρεοειδούς στην Ψυχογενή Βουλιμία είναι αντιφατικές και αυτό, κατά πάσα πιθανότητα, οφείλεται στη διατροφική συμπεριφορά αυτών των ασθενών και στο βαθμό στον οποίο αντιμετωπίζουν τη διαταραχή.<sup>(20)</sup>

Μελέτες της έκκρισης της **αυξητικής ορμόνης** σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν αντιφατικά αποτελέσματα και υποδηλώνουν ότι οι περιστασιακές αποκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές είναι πιθανότατα μια απάντηση στη νηστεία. Το πιο σταθερό εύρημα αυτών των μελετών είναι το ότι η έκκριση της αυξητικής ορμόνης φαίνεται να είναι αφύσικα ευαίσθητη στην θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (TSH).

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στις επιπλοκές της Ψυχογενούς Ανορεξίας, έτσι και στην Ψυχογενή Βουλιμία ή χρήση καθαρτικών, διουρητικών και η πρόκληση εμετών μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές και διαταραχές της ομοιόστασης των υγρών.<sup>(27)</sup>

#### **Μεταβολική Αλκάλωση-Υποκαλιαιμία**

Όσοι ασθενείς υιοθετούν συμπεριφορές κάθαρσης, ενδέχεται να εμφανίσουν μεταβολική αλκάλωση (ένδεια ανιόντων χλωρίου και κατιόντων υδρογόνου και καλίου στο αίμα

(υποκαλιαίμια) και υψηλά επίπεδα διττανθρακικών οξέων)<sup>(96)</sup>, κατάσταση που προκαλεί αδυναμία, λήθαργο και ορισμένες φορές καρδιακές αρρυθμίες.<sup>(20), (58), (61)</sup>

#### **Υπερφωσφαταιμία**

Σπανίως μπορεί να προκληθεί από συχνούς εμετούς.<sup>(27)</sup>

#### **Σύστημα Ρενίνης-Αγγειοτενσίνης-Αλδοστερόνης**

Οι επίμονες καθαρτικές αλλά και περιοριστικές συμπεριφορές μπορούν να προκαλέσουν αφυδάτωση και να διεγείρουν το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, καθώς ο ομοιοστατικός μηχανισμός του σώματος προσπαθεί να διατηρήσει την υδατική ισορροπία. Ειδικά οι ασθενείς που κάνουν κατάχρηση διουρητικών ή υπακτικών, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υπερδιέγερσης αυτού του ορμονικού άξονα. Όταν οι ασθενείς προσπαθούν να περικόψουν την κατάχρηση αυτών των ουσιών, ο επίμονος υπεραλδοστερονισμός ίσως καταλήξει σε παροδικό, αντανακλαστικό οίδημα που μπορεί να μην υποχωρεί για μερικές εβδομάδες.<sup>(27)</sup>

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Οι **καρδιαγγειακές ανωμαλίες** είναι συχνές στους βουλιμικούς ασθενείς ως επακόλουθα των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, οι οποίες αποτελούν μείζονα παράγοντα κινδύνου, καθώς μπορούν να οδηγήσουν σε κοιλιακές αρρυθμίες, οι οποίες με τη σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν ξαφνικό θάνατο.<sup>(18), (27)</sup> Μια άλλη καρδιακή επιπλοκή είναι η **καρδιομυοπάθεια** που προέρχεται από κατάχρηση του φυτού ιπεκακουάνα. Το ιπεκακουάνα χρησιμοποιείται από τους βουλιμικούς για την πρόκληση εμετών. Το φάρμακο συσσωρεύεται στους ιστούς της καρδιάς και μπορεί να προκαλέσει παρατεταμένη και μη αναστρέψιμη καρδιακή δυσλειτουργία.<sup>(20), (27), (58), (61)</sup>

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Γαστρεντερικές επιπλοκές στην Ψυχογενή Βουλιμία μπορούν να εκδηλωθούν σε όλα τα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα.<sup>(27), (74)</sup>

Οι **πρησμένοι παρωτιδικοί και υπογνάθιοι αδένες** είναι συχνά ένα από τα πολλά στοιχεία της σωματικής εξέτασης που οδηγούν στη διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας.<sup>(27), (61)</sup> Η **παρωτιδική υπερτροφία** μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα αμυλάσης του ορού και η μέτρηση των ισοενζύμων αμυλάσης βοηθά στο να μη διαγνωσθεί το προηγούμενο εύρημα ως παγκρεατίτιδα.<sup>(27), (74)</sup>

Τα **οισοφαγικά προβλήματα** που μπορεί να προκύψουν από την Ψυχογενή Βουλιμία ποικίλουν από την ήπια οισοφαγίτιδα έως τη ρήξη του οισοφάγου. Η επανειλημμένη πρόκληση εμετού εκθέτει τον οισοφαγικό βλεννογόνο στα όξινα στομαχικά υγρά. Η έκθεση αυτή μπορεί να προκαλέσει οισοφαγίτιδα, εκδορές, εξελκώσεις (Εικ.7) και τελικά ανάπτυξη στένωσης του οισοφάγου ή **οισοφάγο του Barrett**.<sup>(27)</sup> Οι επαναλαμβανόμενες προσπάθειες πρόκλησης εμετού μπορούν να οδηγήσουν σε **Mallory-Weiss δάκρυα**<sup>(61)</sup>, που μπορούν να καταλήξουν σε σημαντική απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό σωλήνα. Η **οισοφαγική ρήξη** (Boerhove's syndrome)<sup>(18)</sup> είναι μια ασυνήθιστη αλλά καταστροφική επιπλοκή που χρήζει χειρουργικής παρέμβασης.

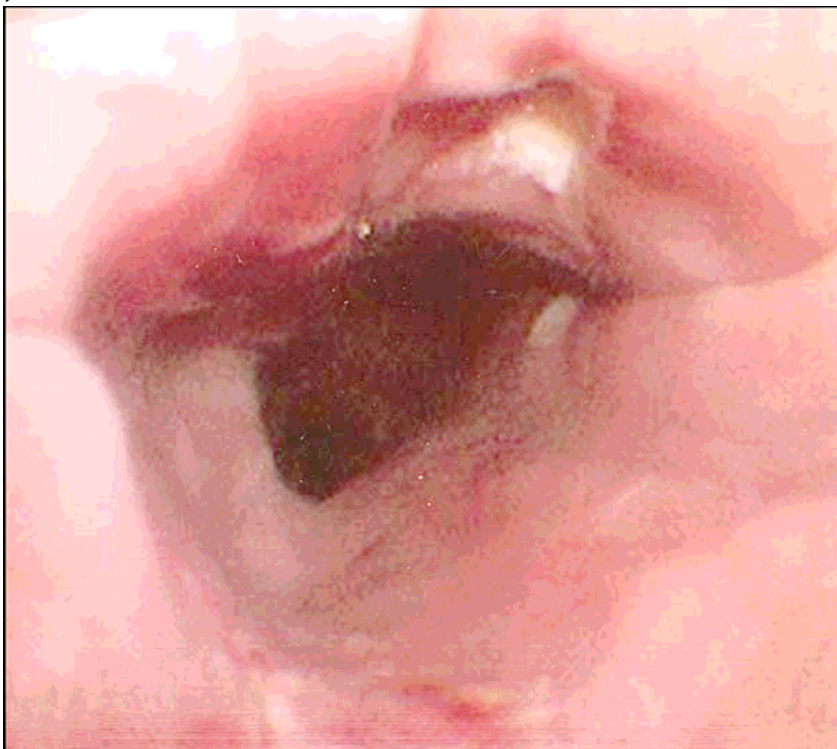
Η **οξεία γαστρική διάταση** και η **οξεία παγκρεατίτιδα** είναι προβλήματα που ενδέχεται να εμφανίσει ένας βουλιμικός ασθενής ως συνέπεια της υπερφαγίας. Σπανίως, λόγω υπερφαγίας, εμφανίζεται **γαστρική ρήξη**, η οποία απαιτεί άμεση χειρουργική παρέμβαση.<sup>(27), (74)</sup>

Η χρήση υπακτικών είναι μια από τις κύριες αιτίες πρόκλησης γαστρεντερικών επιπλοκών σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία. Η χρόνια χρήση καθαρτικών προκαλεί απώλεια της φυσιολογικής περισταλτικής λειτουργίας του εντέρου, η οποία συχνά καταλήγει σε

σπασμούς του πεπτικού σωλήνα και περιοδικά ξεσπάσματα **διάρροιας** και **δυσκοιλιότητας**.<sup>(18), (27), (74)</sup> Άλλα πιθανά συμπτώματα όπως **αιμορραγίες** του πεπτικού σωλήνα, **φλεγμονές** και μελανός αποχρωματισμός (blackish discoloration) γνωστός σαν **melanosis coli**, μπορούν να εντοπιστούν με κολονοσκοπική εξέταση.

Λιγότερο συχνά, και πάλι εξαιτίας της μακρόχρονης κατάχρησης των υπακτικών, μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές όπως: **αναιμία**, δευτεροπαθώς, αν υπάρχει χρόνια απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό σωλήνα και δυσαπορρόφηση, **στεατόρροια** ή **γαστροεντεροπάθεια με απώλεια πρωτεϊνών**.

Σπανίως, τα καθαρτικά μπορούν να οδηγήσουν στην ανάγκη χειρουργικής αφαίρεσης τμήματος του εντέρου.<sup>(27)</sup>



Εικόνα 7. Ενδοσκοπική φωτογραφία λευκού έλκους 1 cm του οισοφάγου, σε απόσταση 38 cm από τους κοπήρες.

### **ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Οι βλάβες στα δόντια είναι μείζον πρόβλημα των ασθενών που προβαίνουν σε επαναλαμβανόμενους αυτοπροκλητούς εμετούς. Όταν τα γαστρικά υγρά έρχονται σε επαφή με τα δόντια, προκαλείται διάβρωση της επιφάνειας των δοντιών, η επονομαζόμενη **περιμυλόλυση**<sup>(27), (61), (74)</sup> (Εικ.8,9), η οποία μπορεί να καταλήξει σε εκτεταμένη απασβέστωση των δοντιών. Σε ορισμένους ασθενείς έχει αναφερθεί επίσης αυξημένη διάδοση της **τερηδόνας**.<sup>(61)</sup> (Εικ.10) Η συχνή εξέταση από οδοντίατρο είναι μείζονος σημασίας, καθώς ένας έμπειρος γιατρός μπορεί να αναγνωρίσει το πρόβλημα και να παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικούς θεραπευτές. Οι στοματικές εκπλύσεις με όξινο ανθρακικό νάτριο (μαγειρική σόδα), μετά τον εμετό, μπορούν να απαλύνουν τη διάβρωση της αδαμαντίνης, όμως όταν συνταγογραφείται μια τέτοια θεραπεία πρέπει να διευκρινίζεται ότι δε σημαίνει πως οι καθαρτικές συμπεριφορές γίνονται αποδεκτές. Οι βουλιμικοί ασθενείς πρέπει να παροτρύνονται να χρησιμοποιούν φθοριούχα στοματικά διαλύματα, καθώς επίσης και να επισκέπτονται τακτικά τους οδοντιάτρους τους για θεραπείες φθορίωσης.<sup>(27)</sup>



Εικόνα 8. Περιμυλόλυση: Έντονη απώλεια αδαμαντίνης που οδηγεί στο σχηματισμό στρογγυλεμένου περιγράμματος, στην εσωτερική μεριά των μπροστινών δοντιών.



Εικόνα 9. Κοντινή φωτογραφία της εσωτερικής πλευράς των δοντιών 22 και 23, που υποδεικνύει τη χημική διάλυση της αδαμαντίνης και της οδοντίνης, χαρακτηριστικό εύρημα της περιμυλόλυσης.



Εικόνα 10. Φωτογραφίες δοντιών με χρόνια τερηδόνα

## **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι γυναίκες με Δ.Π.Τ. έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν προβλήματα σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Ειδικά για τις γυναίκες με Ψυχογενή Βουλιμία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από τους μαιευτήρες ώστε να εξασφαλιστεί η αποχή τους από τις συμπεριφορές κάθαρσης και η επαρκής σίτισή τους. Αυξημένο ποσοστό βουλιμικών ασθενών αναπτύσσουν υπερέμεση εγκυμοσύνης. Και σε αυτήν την περίπτωση ενδείκνυται να αναβάλλεται η εγκυμοσύνη ώσπου να αντιμετωπιστεί η διατροφική διαταραχή.<sup>(27)</sup>

## **ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ**

Οι βουλιμικοί ασθενείς - αλλά και οι ανορεξικοί τύπου κάθαρσης/εμετού - εξαιτίας της αυτοπρόκλησης εμετών (Εικ.11) μπορεί να εμφανίσουν κάλους, αμυχές, ή μώλωπες στη ραχιαία επιφάνεια της παλάμης ή στον αντίχειρα (**Russel's signs**).<sup>(27), (61)</sup> Αυτές οι βλάβες στο δέρμα προκύπτουν όταν τα δάχτυλα τραυματίζονται χτυπώντας στα δόντια κατά την προσπάθεια ερεθισμού του αντανακλαστικού της επιγλωττίδας. Λιγότερο συχνά, η αυξημένη ενδοθωρακική πίεση που παράγεται κατά τον εμετό μπορεί να προκαλέσει **αιμορραγία του επιπεφυκότα** ή αιμορραγικά στίγματα (**πετέχειες**) ή **σποραδικές κοκκινίλες** στο πρόσωπο. Κάποια υπακτικά ή διουρητικά περιέχουν συστατικά που μπορούν να προκαλέσουν δερματολογικά προβλήματα όταν γίνεται κατάχρηση αυτών των φαρμάκων. Επί παραδείγματι, η **φωτοευαισθησία** έχει αναφερθεί ως αντίδραση στα θειαζιδικά διουρητικά. Τέλος, **αυτοπρόκλητες εκδορές** ή τριχόπτωση εξαιτίας της **τριχοτιλλομανίας**, μπορεί να σημειωθούν ως εκδηλώσεις ακόλουθων ψυχιατρικών καταστάσεων.<sup>(27)</sup>



Εικόνα 11. Αυτοπρόκληση εμετού

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΜΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ  
(EATING DISORDERS NOT OTHERWISE SPECIFIED/ED-NOS)**

Στο DSM-IV και στο ICD-10 υπάρχει επίσημη ταξινόμηση για λίγες Δ.Π.Τ. και συγκεκριμένα αυτές είναι η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία και οι Μη Διαφορετικά Προσδιοριζόμενες Δ.Π.Τ. (Eating Disorders Not Otherwise Specified/ED-NOS). Στην τελευταία κατηγορία κατατάσσεται μια ποικιλία Δ.Π.Τ. που δε συμμορφώνονται με τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας (Το Σύνδρομο Υπερφαγίας παρόλο που μπορεί να θεωρηθεί μια διακεκριμένη Δ.Π.Τ., ακόμα αποτελεί Μη Διαφορετικά Προσδιοριζόμενη Δ.Π.Τ.). (90)

Υπάρχει ένα πλήθος άλλων καταστάσεων στις οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο η διαταραγμένη διατροφή ή η διαταραγμένη αντίληψη του βάρους ή της εικόνας του σώματος. Ένα μέρος αυτών μπορούν να θεωρηθούν από μερικούς αυτόνομες Δ.Π.Τ. αλλά επειδή δεν υπάρχει επίσημη διάγνωση και ορισμός γι' αυτές, κατατάσσονται στις ED-NOS (στο DSM-IV) ή στις Μη Ειδικά Αναφερόμενες Δ.Π.Τ.(Eating Disorders Unspecified, στο ICD-10). Άλλες ίσως να είναι διακεκριμένες διαταραχές και να έχουν διαγνωστικά κριτήρια και ταξινόμηση στα διαγνωστικά εγχειρίδια αλλά δε θεωρούνται διατροφικές διαταραχές παρόλο που περιέχουν διαταραγμένη διατροφή ή διαταραγμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος.(10), (88), (90)

***ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΩΝ ΜΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ  
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΩΝ Δ. Π. Τ.***

Μια Δ.Π.Τ. ορίζεται ως «επίμονη διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς ή συμπεριφορά που αποσκοπεί στον έλεγχο του βάρους, η οποία εμφανώς εξασθενεί τη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου. Η διαταραχή αυτή δεν πρέπει να είναι δευτεροπαθής οποιασδήποτε αναγνωρισμένης ιατρικής διαταραχής (π.χ. υποθαλαμικός όγκος) ή οποιασδήποτε άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (π.χ. διαταραχή άγχους)», όπως έχει ήδη αναφερθεί. Προφανώς η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία ανταποκρίνονται πλήρως σε τούτο τον ορισμό. Οι Μη Διαφορετικά Προσδιοριζόμενες Δ.Π.Τ. είναι εκείνες οι καταστάσεις που ικανοποιούν τον ορισμό των Δ.Π.Τ., όχι όμως και τα κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας ή της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Στους πίνακες 5 και 6 διατίθενται τα διαγνωστικά κριτήρια των Μη Διαφορετικά Προσδιοριζόμενων Δ.Π.Τ. σύμφωνα με τα προαναφερθέντα διαγνωστικά εγχειρίδια.(10), (22)

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΩΝ ΜΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ  
ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-IV**

Οι Μη Διαφορετικά Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής περιλαμβάνουν τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν :

1. Γυναίκες στις οποίες πληρούνται όλα τα κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας, εκτός από το ότι το άτομο έχει τακτικούς εμμηνορυσιακούς κύκλους.
2. Πληρούνται όλα τα κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας, εκτός από το ότι, παρά τη σημαντική απώλεια βάρους το τρέχον βάρος του ατόμου παραμένει στα φυσιολογικά όρια.
3. Πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας, εκτός από το ότι τα επεισόδια πολυφαγίας και οι ακατάλληλοι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί εμφανίζονται σε συχνότητα μικρότερη από δυο φορές την εβδομάδα ή για διάρκεια μικρότερη των τριών μηνών.
4. Η τακτική χρήση ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών από ένα άτομο με κανονικό σωματικό βάρος μετά την πρόσληψη μικρής ποσότητας τροφής (π.χ. προκλητοί εμετοί μετά τη βρώση δύο μπισκότων).
5. Κατ' επανάληψη μάσηση και απόπτυση, χωρίς κατάποση μεγάλων ποσοτήτων τροφής.
6. Διαταραχή επεισοδίων πολυφαγίας: επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας με απουσία τακτικής χρήσης χαρακτηριστικών ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών της Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Πίνακας 5. *Διαγνωστικά Κριτήρια Μη Διαφορετικά Προσδιοριζόμενων Δ.Π.Τ. σύμφωνα με το DSM-IV(22)*

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΤΥΠΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ  
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD-10**

*F 50.1 Άτυπη Ψυχογενής Ανορεξία*

Ο όρος αυτός προτείνεται να χρησιμοποιείται για εκείνα τα άτομα στα οποία ένα ή περισσότερα διαγνωστικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενής Ανορεξίας (F 50.0), όπως η αμηνόρροια ή η σημαντική απώλεια βάρους, απουσιάζουν, αλλά τα οποία (άτομα) παρουσιάζουν, κατά τ' άλλα, μια αρκετά τυπική κλινική εικόνα. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν όλα τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά αλλά μόνο σε ήπιο βαθμό επίσης μπορούν να περιγραφούν καλύτερα με αυτό τον όρο. Αυτός ο όρος δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής που μοιάζουν με Ψυχογενή Ανορεξία αλλά προκαλούνται από γνωστές σωματικές ασθένειες.

*F 50.3 Άτυπη Ψυχογενής Βουλιμία*

Ο όρος αυτός προτείνεται να χρησιμοποιείται για εκείνα τα άτομα στα οποία ένα ή περισσότερα διαγνωστικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενής Βουλιμίας (F 50.2) απουσιάζουν, αλλά τα οποία (άτομα) παρουσιάζουν κατά τ' άλλα μια αρκετά τυπική κλινική εικόνα. Πιο συχνά αυτό απευθύνεται σε φυσιολογικού βάρους ή υπέρβαρα άτομα με τυπικές περιόδους πολυφαγίας ακολουθούμενες από εμετό ή κάθαρση. Ατελή σύνδρομα ταυτόχρονα με καταθλιπτικά σύνδρομα επίσης δεν είναι ασυνήθιστα. Περιλαμβάνεται και η φυσιολογικού βάρους Βουλιμία.

*F 50.4 Πολυφαγία σχετιζόμενη με άλλες ψυχολογικές διαταραχές*

Η πολυφαγία, που έχει οδηγήσει στην παχυσαρκία, ως αποτέλεσμα θλιβερών γεγονότων, θα πρέπει να καταχωρείται εδώ. Περιλαμβάνεται και η ψυχογενής πολυφαγία.

*F 50.5 Εμετός σχετιζόμενος με άλλες ψυχολογικές διαταραχές*

Εκτός από τον αυτο-προκλητό εμετό στην Ψυχογενή Βουλιμία, επανειλημμένος εμετός ίσως να συμβαίνει και στις διαχωριστικές διαταραχές (F 44.-), στην υποχονδριακή διαταραχή (F 45.2), όπου ο εμετός μπορεί να είναι ένα από τα αρκετά σωματικά συμπτώματα, και στην εγκυμοσύνη, όπου συναισθηματικοί παράγοντες πιθανόν να συμβάλλουν στην επαναλαμβανόμενη ναυτία και τον εμετό. Περιλαμβάνεται η ψυχογενής υπερέμεση της εγκυμοσύνης και ο ψυχογενής εμετός.

*F 50.8 Άλλες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής*

Περιλαμβάνεται η αλλοτριοφαγία μη οργανικής προέλευσης σε ενήλικες και η ψυχογενής απώλεια της όρεξης.

*F 50.9 Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, μη ειδικά αναφερόμενη*

Σημείωση: τα F 50. είναι η αρίθμηση-κωδικοποίηση των άτυπων διαταραχών στο ICD-10.

Πίνακας 6. *Διαγνωστικά Κριτήρια για τις Άτυπες Δ.Π.Τ. σύμφωνα με το ICD-10(16)*



**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ED-NOS**

Καθώς οι νέοι υιοθετούν τη Δυτική αντίληψη περί ομορφιάς και ελκυστικότητας που απαιτεί υπερβολική ισχνότητα, χάνουν την εθνική τους ταυτότητα και νιώθουν όλο και περισσότερο δυσαρεστημένοι με τα σώματά τους. Έτσι, εμπλέκονται σε πρακτικές και συμπεριφορές δίαιτας και κάθαρσης προκειμένου να κατακτήσουν το «ιδεώδες της ισχνότητας», με αποτέλεσμα να βρίσκονται σε ολοένα αυξανόμενο κίνδυνο ανάπτυξης ανάρμοστων διατροφικών συμπεριφορών και τελικά Δ.Π.Τ.. Ακόμα και μεταξύ εφήβων που δεν είναι υπέρβαροι, ελάχιστοι είναι ικανοποιημένοι με το σωματότυπό τους.<sup>(80)</sup>

Οι έφηβες είναι εκείνες που φέρουν τις περισσότερες πιθανότητες να επηρεαστούν από την επικρατούσα άποψη περί ομορφιάς. Ίσως αυτός να είναι και ο κύριος παράγοντας που οδηγεί τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα στη συνεχή εφαρμογή διαιτών και την περαιτέρω υιοθέτηση διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών. Εκτιμάται ότι η συχνότητα νεαρών γυναικών με κάποια συμπτώματα Ψυχογενούς Ανορεξίας τα οποία όμως δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια προσεγγίζει το 5%. Σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία η διάδοση των Δ.Π.Τ. (είτε πρόκειται για μερικά ή ολικά σύνδρομα) και διαταραγμένων τρόπων διατροφής έχει αυξηθεί παγκοσμίως μεταξύ ανθρώπων όλων των ηλικιών, όλων των φυλών και των δυο φύλων. Σε γενικές γραμμές η διάδοση των άτυπων Δ.Π.Τ. κυμαίνεται μεταξύ του 20-61% του γενικού πληθυσμού.<sup>(80)</sup> Τα όρια αυτά δεν μπορούν να προσδιοριστούν πιο συγκεκριμένα, διότι η έλλειψη απόλυτων διαγνωστικών κριτηρίων και κλινικών χαρακτηριστικών καθιστούν δύσκολη την εξαγωγή αποτελεσμάτων των επιδημιολογικών ερευνών.<sup>(10)</sup>

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι άνδρες έχουν αλλάξει τις αντιλήψεις για το σώμα τους τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Οι εικόνες ανδρών με γυμνασμένα σώματα που προβάλλονται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης άρχισαν να επηρεάζουν το αντρικό κοινό και να προκαλούν συναισθήματα δυσαρέσκειας. Αυτή η αλλαγή του τρόπου αντιμετώπισης των ανδρών από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και κατ' επέκταση από την κοινωνία ωθεί τους νεαρούς σε προσπάθειες απόκτησης του «ιδανικού σώματος». Έτσι, η αυστηρή γυμναστική, τα διαιτολογικά προγράμματα και οι Δ.Π.Τ. φαίνεται ότι άρχισαν να βασανίζουν και τους άνδρες.<sup>(2)</sup> Παρόλο που και τα δυο φύλα βιώνουν παρόμοια τις Δ.Π.Τ., είθισται οι άνδρες να στοχεύουν στην αύξηση της μυϊκής τους μάζας, ενώ οι γυναίκες στην ισχνότητα.<sup>(53)</sup> Πληροφορίες που αφορούσαν σε ενήλικες άνδρες με διαγνωσμένες Δ.Π.Τ. έδειξαν ότι στους άνδρες: i) η έναρξη της διαταραχής, τείνει να συμβαίνει σε μεγαλύτερη ηλικία από ότι στις γυναίκες, ii) η διάδοση της παθολογικής παχυσαρκίας είναι μεγαλύτερη και iii) ασχολούνται λιγότερο με τον αυστηρό έλεγχο του βάρους τους. Επίσης οι άνδρες με Δ.Π.Τ. εμφανίζουν χαρακτηριστικά που μοιάζουν εντυπωσιακά με αυτά των γυναικών με Δ.Π.Τ..<sup>(80)</sup>

Μια ακόμα ομάδα υψηλού κινδύνου ανάπτυξης Δ.Π.Τ. αποτελούν οι αισθητικοί και οι διατροφολόγοι. Το περιβάλλον εργασίας, η πίεση να ακολουθούν τις επιταγές της μόδας και οι ανέφικτες εικόνες θηλυκής τελειότητας που προβάλλονται από το σύγχρονο καταναλωτικό πολιτισμό και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες σκέφτονται για το σώμα τους. Τα επαγγέλματα των αισθητικών και των διατροφολόγων δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ομορφιά και ίσως θέτουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο αυτές τις γυναίκες να νιώθουν δυσαρέσκεια με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Πάραυτα, έχει δοθεί λίγη προσοχή σ' αυτή την ομάδα του πληθυσμού και στην αντίληψη που έχουν για το σώμα τους και την επιθυμία απώλειας βάρους. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα προκύπτουν τα εξής: i) υψηλό ποσοστό αυτών των ατόμων υπερεκτιμούν το βάρος τους, ii) είναι πολύ συχνά δυσαρεστημένες με το βάρος τους, επιθυμούν να ανήκουν σε χαμηλότερη κατηγορία βάρους και προσπαθούν να χάσουν βάρος με

τη βοήθεια διαιτών, χαπιών αδυνατίσματος και με αυτοπρόκληση εμετού. Αυτές οι πρακτικές και οι παρερμηνείες σχετίζονται άμεσα με την ανάπτυξη Δ.Π.Τ..(82)

Βεβαίως υψηλό κίνδυνο διατρέχουν και τα άτομα που ασχολούνται με τον αθλητισμό. Δυο ευρείας κλίμακας έρευνες αποκάλυψαν υψηλότερα απ' τα αναμενόμενα ποσοστά διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς μεταξύ κορυφαίων (elite) αθλητών και μεταξύ εκείνων που συμμετέχουν σε αθλήματα που δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ισχνότητα ή σε συγκεκριμένα κριτήρια σωματικού βάρους, όπως είναι το μπαλέτο, η ενόργανη ή η ρυθμική γυμναστική ή αθλήματα όπου οι κατηγορίες καθορίζονται σύμφωνα με το σωματικό βάρος. Από την άλλη φαίνεται ότι κορυφαίοι αθλητές που ασχολούνται με αθλήματα στα οποία το σωματικό βάρος δεν παίζει σημαντικό ρόλο, ή αθλητές χαμηλού επιπέδου οποιουδήποτε αθλήματος εμφανίζουν λιγότερα περιστατικά Δ.Π.Τ..(21), (63) Δυστυχώς όμως και τα άτομα που ασχολούνται ερασιτεχνικά με αθλήματα και σωματικές δραστηριότητες που δίνουν έμφαση στην ισχνότητα και τη μυϊκή διάπλαση, εμφανίζουν σε υψηλό βαθμό ανησυχία για το σώμα τους και ανάρμοστες διατροφικές νοοτροπίες και συμπεριφορές.(67)

Τέλος, επιδημιολογικές έρευνες που διεξήχθησαν μεταξύ ενηλίκων ομοφυλόφιλων ατόμων κατέληξαν στο ότι η σεξουαλική ταυτότητα επηρεάζει τη διάδοση των Δ.Π.Τ.. Η συσχέτιση βασίζεται στα εξής: οι ετεροφυλόφιλες γυναίκες και οι ομοφυλόφιλοι άνδρες στους οποίους διαγνώστηκαν Δ.Π.Τ. μοιράζονται τις ίδιες ανησυχίες όσον αφορά στην ισχνότητα και την ελκυστικότητα του σώματός τους καθώς αυτό αποτελεί ένα μέσο προσέγγισης και ευχαρίστησης των ανδρών. Με την ίδια λογική οι ετεροφυλόφιλοι άνδρες και οι ομοφυλόφιλες γυναίκες ενδιαφέρονται λιγότερο για το πόσο ελκυστικό είναι το σώμα τους, εφόσον δεν το χρησιμοποιούν ως μέσο προσέλκυσης ανδρών, με αποτέλεσμα να είναι λιγότερο επιρρεπείς στις Δ.Π.Τ..(80)



Εικόνα 12. Η διαταραγμένη αντίληψη του σώματος στα άτομα με Δ.Π.Τ.

## ΜΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

### **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ (BINGE EATING SYNDROME or DISORDER/B.E.S or B.E.D.)**

Το σύνδρομο υπερφαγίας αποτελεί την πλέον διαδεδομένη και αναγνωρισμένη Δ.Π.Τ. Μη Διαφορετικά Προσδιοριζόμενη (ED-NOS). Στο DSM-IV ορίζεται ως εξής : «Επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας με απουσία τακτικής χρήσης ανάρμοστων, αντισταθμιστικών συμπεριφορών, χαρακτηριστικών της Νευρικής Βουλιμίας».(19)

Τα ερευνητικά διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου τα οποία είναι προσωρινά, σύμφωνα πάντα με το DSM-IV παρατίθενται στον πίνακα 7.

#### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΠΟΛΥΦΑΓΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-IV**

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας. Ένα επεισόδιο πολυφαγίας επισημαίνεται από τα εξής δύο χαρακτηριστικά :

1. Πρόσληψη σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. δύο ωρών) ποσότητας τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη απ' αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν τα περισσότερα άτομα κατά την ίδια χρονική περίοδο και κάτω από τις ίδιες περιστάσεις
2. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. αίσθημα του ατόμου ότι δε μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).

B. Τα επεισόδια πολυφαγίας συνοδεύονται από τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα :

1. βρώση πολύ ταχύτερα από το κανονικό
2. βρώση μέχρι δυσάρεστου αισθήματος πληρότητας
3. βρώση μεγάλων ποσοτήτων τροφής, ενώ δεν υπάρχει φυσιολογικό αίσθημα πείνας
4. βρώση κατά μόνας, λόγω αισθήματος ντροπής για το πόσο τρώει
5. αίσθηση αηδίας για τον εαυτό του, κατάθλιψης ή έντονης ενοχής μετά την πολυφαγία

Γ. Παρουσία έντονης δυσφορίας, αναφορικά με τα επεισόδια πολυφαγίας.

Δ. Παρουσία των επεισοδίων πολυφαγίας, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον δύο ημέρες την εβδομάδα επί 6 μήνες.

Σημείωση : Η μέθοδος προσδιορισμού της συχνότητας διαφέρει από αυτήν που χρησιμοποιείται στην Ψυχογενή Βουλιμία. Μελλοντική έρευνα θα πρέπει να προσδιορίσει εάν η προτιμώμενη μέθοδος καθορισμού του ουδού συχνότητας είναι η μέτρηση του αριθμού ημερών στις οποίες εμφανίζονται τα επεισόδια ή η μέτρηση του αριθμού των επεισοδίων.

E. Τα επεισόδια πολυφαγίας δε συνοδεύονται από τακτική χρήση ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών (π.χ. κάθαρση, νηστεία, υπερβολική άσκηση) και δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την πορεία Ψυχογενούς Ανορεξίας ή Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Πίνακας 7. Ερευνητικά Κριτήρια Διαταραχής Επεισοδίων Πολυφαγίας σύμφωνα με το DSM-IV(22)

Υπολογίζεται ότι το Σύνδρομο Υπερφαγίας πλήτει το 2-3% των ενηλίκων του γενικού πληθυσμού και το 8% των ατόμων με παχυσαρκία. Η κύρια ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής βρίσκεται μεταξύ των ηλικιών 30-50 ετών. Το Σύνδρομο Υπερφαγίας έχει μεγαλύτερη διασπορά στους άνδρες συγκριτικά με την Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία.(19) Επίσης, τα συμπτώματα της διαταραχής εμφανίζονται σε υψηλότερο βαθμό στους Ισπανόφωνους λαούς, ενώ το ποσοστό διάδοσης αγγίζει το 8% τόσο στις Αφρο-Αμερικανίδες όσο και στις Καυκάσιες.(80)

Για να γίνει αποδεκτό το Σύνδρομο Υπερφαγίας ως ξεχωριστή διαταραχή και να ενταχθεί στην πέμπτη έκδοση του DSM, πρέπει να αποδειχτεί ότι τα κριτήρια προσδιορίζουν μια κατάσταση που ευδιάκριτα διαχωρίζεται από τη νευρική Βουλιμία και την παχυσαρκία.

Σύμφωνα με έρευνα που εξέτασε την ημερήσια θερμιδική πρόσληψη, το πρόγραμμα των γευμάτων ανά ημέρα και το θρεπτικό περιεχόμενο των τροφών που καταναλώθηκαν μεταξύ παχύσαρκων ατόμων που ανταποκρίνονταν στα κριτήρια του Συνδρόμου Υπερφαγίας (σε μέρες με επεισόδια υπερφαγίας και άλλες χωρίς) και παχύσαρκων ατόμων που δεν εμφάνιζαν το σύνδρομο, προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα: Η ομάδα των πασχόντων από το σύνδρομο έλαβε σημαντικά περισσότερες θερμίδες τις ημέρες που σημειώθηκαν τα επεισόδια υπερφαγίας και κυρίως τις απογευματινές και βραδινές ώρες, συγκριτικά με τους απλώς παχύσαρκους ασθενείς. Επίσης, τα στοιχεία έδειξαν ότι οι ασθενείς με το σύνδρομο κατανάλωσαν σημαντικά μεγαλύτερα ποσά πρωτεϊνών, υδατανθράκων και λίπους, τόσο τις ημέρες με επεισόδια υπερφαγίας, όσο και τις ημέρες που στερούνταν επεισοδίων. Πάντως, τα ποσοστά των θερμίδων από κάθε θρεπτική ουσία διέφεραν μεταξύ των ημερών με ή χωρίς επεισόδια, δίνοντας ένα προβάδισμα στα λίπη έναντι των υδατανθράκων. Αν και τα συμπεράσματα αυτά δεν επαρκούν για το διαχωρισμό του Συνδρόμου Υπερφαγίας από τις υπόλοιπες διαταραχές, εντούτοις εντοπίζουν διαφορές του συνδρόμου από την παχυσαρκία, ενώ η διαφοροποίηση από την Ψυχογενή Βουλιμία είναι δεδομένη καθώς στο Σύνδρομο Υπερφαγίας δε συναντώνται συμπεριφορές κάθαρσης.<sup>(68)</sup>

Έχουν σημειωθεί πολύ διαφορετικές διατροφικές συμπεριφορές μεταξύ των ατόμων με Σύνδρομο Υπερφαγίας τόσο κατά τη διάρκεια όσο και ενδιάμεσα στα επεισόδια υπερφαγίας. Γενικά, τα άτομα με Σύνδρομο Υπερφαγίας παρουσιάζουν χαοτική διατροφική συμπεριφορά, διαφορετική από εκείνη των βουλιμικών και των παχύσαρκων ατόμων που δεν βιώνουν επεισόδια υπερφαγίας. Και ενώ στην Ψυχογενή Βουλιμία η υπερφαγία εναλλάσσεται με αυστηρό περιορισμό της διαιτητικής πρόσληψης, στο Σύνδρομο Υπερφαγίας είναι πολύ χαμηλά τα επίπεδα αυτού του περιορισμού. Επίσης, υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή ενδέχεται να υπάρχει υπερβολική κατανάλωση τροφής χωρίς απώλεια ελέγχου, απώλεια ελέγχου χωρίς υπερκατανάλωση τροφής ή να συνυπάρχουν η υπερκατανάλωση τροφής και η απώλεια ελέγχου.<sup>(19)</sup>

Το Σύνδρομο Υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργικές συμπεριφορές όσον αφορά στην αποδοχή του σωματικού βάρους και σχήματος. Οι συμπεριφορές αυτές μπορούν να συγκριθούν με αντίστοιχες που εντοπίζονται στη Νευρική Βουλιμία, αλλά σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να συγκριθούν με τις συμπεριφορές των απλώς παχύσαρκων ασθενών, οι οποίες είναι σημαντικά πιο ήπιες. Στον πίνακα 8 συνοψίζονται τα συμπεριφορικά, τα συναισθηματικά και τα σωματικά χαρακτηριστικά, και συμπτώματα ταυτόχρονα, του Συνδρόμου Υπερφαγίας.<sup>(90)</sup>

Η κύρια επιπλοκή του Συνδρόμου Υπερφαγίας, είναι η παχυσαρκία και κατά συνέπεια οι καταστάσεις σύνοδης νοσηρότητας αυτής. Παράλληλα, η παχυσαρκία αποτελεί και κύριο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της διαταραχής.<sup>(19)</sup>

Ο βαθμός σοβαρότητας της διαταραχής καθορίζει και τον αντίστοιχο βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων της. Έχει βρεθεί σημαντικός, θετικός συσχετισμός μεταξύ του βαθμού σοβαρότητας της διαταραχής, του δείκτη μάζας σώματος και της συμπτωματολογίας των διαταραχών προσωπικότητας. Συγκεκριμένα, η συχνότητα, και όχι το μέγεθος, των επεισοδίων υπερφαγίας σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας.<sup>(65)</sup>

Οι ασθενείς που πάσχουν από Σύνδρομο Υπερφαγίας, κατά κανόνα, εμφανίζουν σοβαρότερη παχυσαρκία συγκριτικά με εκείνους που διατηρούν αρκετά υψηλό σωματικό βάρος ώστε να θεωρούνται παχύσαρκοι, αλλά δεν υποκύπτουν σε επεισόδια υπερφαγίας. Παράλληλα,

οι παχύσαρκοι με Σύνδρομο Υπερφαγίας ακόμα και όταν έχουν μικρότερου βαθμού παχυσαρκία από έναν απλώς παχύσαρκο, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ψυχιατρικές διαταραχές.<sup>(28)</sup>

#### **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ**

##### **Συμπεριφορικά Χαρακτηριστικά:**

- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας
- Ταχύτητα κατανάλωσης τροφής μεγαλύτερη από τη συνηθισμένη
- Αίσθημα απώλειας του ελέγχου επί της πρόσληψης τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου
- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής, απουσία αισθήματος πείνας
- Απόκρυψη τροφίμων και κατανάλωση τροφής στα κρυφά
- Κατανάλωση τροφής μέχρις υπερκορεσμού
- Κατανάλωση τροφής καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας χωρίς προγραμματισμένα γεύματα

##### **Συναισθηματικά και Ψυχιατρικά Χαρακτηριστικά:**

- Αισθήματα αηδίας, ενοχής, ακόμα και κατάθλιψη, κατά τη διάρκεια και μετά το επεισόδιο υπερφαγίας
- Συχνή υπερφαγία υποκινούμενη από δυσάρεστα συναισθήματα, όπως θυμός, άγχος ή ντροπή
- Χρησιμοποίηση της υπερφαγίας ως μέσον απαλλαγής από την ένταση ή «νάρκωσης» των συναισθημάτων
- Αυστηρή, άκαμπτη νοοτροπία του «όλα ή τίποτα»
- Ισχυρή ανάγκη απόκτησης αισθήματος ελέγχου
- Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων και αναγκών
- Τελειομανία
- Συνεχείς προσπάθειες ικανοποίησης των άλλων
- Αποφυγή συγκρούσεων, μόνιμη προσπάθεια διατήρησης χαμηλών τόνων
- Αποστροφή του σώματός τους
- Αισθήματα αναξιοσύνης
- Κοινωνική απομόνωση
- Κατάθλιψη
- Κακή ψυχική διάθεση και ευερεθιστότητα

##### **Σωματικά Χαρακτηριστικά:**

- Προβλήματα στην καρδιά και την αρτηριακή πίεση
- Προβλήματα στις αρθρώσεις
- Αφύσικα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα
- Κόπωση
- Δυσκολία στο περπάτημα ή στην ενασχόληση με σωματικές δραστηριότητες

Πίνακας 8. Χαρακτηριστικά & Συμπτώματα του Συνδρόμου Υπερφαγίας<sup>(90)</sup>



Εικόνα 13. Παχύσαρκος.

### **Διαιτητική Παρέμβαση Στο Σύνδρομο Υπερφαγίας:**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζει άτομα, κυρίως υπέρβαρα ή παχύσαρκα, τα οποία προσπαθούν επανειλημμένως να χάσουν βάρος, εφαρμόζοντας αμέτρητα σχήματα συνήθως αυστηρών-στερητικών ή παράδοξων σχημάτων διατροφής και αποτελεί συνέπεια συναισθημάτων απογοήτευσης και τύψεων από την εγκατάλειψη της «δίαιτας».

Πρώτος στόχος του διαιτολόγου είναι να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει ότι οι «δίαιτες» δεν είναι ο κατάλληλος τρόπος για να λύσει το πρόβλημα του βάρους του. Πολλοί υποστηρίζουν ότι πριν ακόμα ο ασθενής ακολουθήσει πρόγραμμα απώλειας βάρους, θα πρέπει (πάντα με τη βοήθεια του ειδικού ψυχολόγου - ψυχίατρου) να συνειδητοποιήσει τα αίτια που τον οδηγούν στην κρίση υπερφαγίας και να μάθει να διαχωρίζει το αίσθημα της «οργανικής» από αυτό της «εγκεφαλικής ή συναισθηματικής» πείνας.

Η προσέγγιση αυτή φαίνεται από τη βιβλιογραφία να έχει καλύτερα και πιο μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από την απλή εφαρμογή υποθερμιδικού προγράμματος απώλειας βάρους, η οποία θα πρέπει να εφαρμόζεται σε δεύτερο χρόνο.<sup>(85)</sup>

### **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΠΟΛΥΦΑΓΙΑΣ (NIGHT EATING SYNDROME / N.E.S.)**

Ο ορισμός και τα συμπεράσματα για τη θεραπεία σύμφωνα με το Εγχειρίδιο Merck (ιατρικό εγχειρίδιο)(εκδ.1982) σελ. 917:

«Το N.E.S. αποτελείται από πρωινή ανορεξία, απογευματινή υπερφαγία (αφύσικα αυξημένη όρεξη για κατανάλωση φαγητού συχνά σχετιζόμενη με τραυματισμό στον υποθάλαμο) και αύπνια. Προσπάθειες για μείωση βάρους σε αυτές τις 2 καταστάσεις, (αναφερόμενος και στη βουλιμία), είναι συνήθως ανεπιτυχείς και μπορούν να προκαλέσουν στον ασθενή κατάθλιψη και δυστυχία.»<sup>(92)</sup>

Το Σύνδρομο της Νυχτερινής Πολυφαγίας (Σ.Ν.Π.) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1955 από τον Albert J. Stunkard, ερευνητή παχυσαρκίας στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβανίας, σαν μια διαταραχή αποτελούμενη από το τρίπτυχο της πρωινής ανορεξίας, της απογευματινής και νυχτερινής υπερφαγίας (εν πλήρη συνείδηση) και της αύπνιας. Η κλινική έρευνα απέδειξε ότι συνέβαινε: (1) δυσανάλογα μεταξύ παχύσαρκων ατόμων, (2) κατά τη διάρκεια στρεσογόνων περιόδων της ζωής τους και (3) ως θετική αντίδραση στην ανακούφιση του άγχους. Ο ίδιος δηλώνει: «Οι άνθρωποι που εμφανίζουν Σ.Ν.Π. δεν τρώνε μεγάλες ποσότητες φαγητού σε κάθε τους γεύμα, συχνά προσπερνούν το πρωινό, και δεν ξεκινούν να τρώνε ως το μεσημέρι», «Θα φάνε πολύ την υπόλοιπη ημέρα και τρώνε συχνά. Επίσης έχουν δυσκολίες με το να τους πάρει ο ύπνος και να μείνουν κοιμισμένοι.»<sup>(92)</sup>

Το Σύνδρομο της Νυχτερινής Υπερφαγίας εμφανίζεται να είναι μια ιδιαίτερη εικοσιτετράωρη αντίδραση στο άγχος, χαρακτηριστική για ορισμένα παχύσαρκα άτομα. Το Σ.Ν.Π. εμφανίζεται στο 10%-25% των παχύσαρκων που αποφασίζουν να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις θεραπείας της παχυσαρκίας, στο 15% των ατόμων που αναγνωρίζουν ότι πάσχουν από το Σύνδρομο Υπερφαγίας και στο 5% των ατόμων που αναζητούν θεραπεία για την αύπνια.<sup>(34)</sup>

Τα επεισόδια ανορεξίας και αύπνιας μπορούν να αρχίσουν σε μικρή ηλικία, συνήθως σε παιδιά υπέρβαρα, και ορισμένες φορές συνοδεύονται από πόνο στις αρθρώσεις.

Πολλές πληροφορίες για το Σύνδρομο Νυχτερινής Πολυφαγίας αντλούμε από μια μελέτη που πραγματοποίησαν ο Birketvedt και οι συνεργάτες του. Από τα πειράματα που διεξήχθησαν για τη μελέτη αυτή προέκυψαν τα συμπεριφορικά και νευροενδοκρινολογικά χαρακτηριστικά του Σ.Ν.Π. όπως περιγράφονται παρακάτω.

**Τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά των ατόμων που πάσχουν από το Σ.Ν.Π. συνοψίζονται ως εξής:**

- Τα άτομα που πάσχουν από Σ.Ν.Π. καταναλώνουν λιγότερο από το 40% της ημερήσιας θερμιδικής τους πρόσληψης μέχρι της 6 μ.μ., ενώ το υπόλοιπο 60% καταναλώνεται από τις 8 μ.μ. έως τις 6 π.μ.
- Αξιοσημείωτη διαφορά υπάρχει στη διάθεση κατά τη διάρκεια της ημέρας: Σε αντίθεση με τη βελτίωση της διάθεσης των καταθλιπτικών ατόμων κατά τη διάρκεια του απογεύματος, η διάθεση των πασχόντων από Σ.Ν.Π. πέφτει.
- Οι πάσχοντες από Σ.Ν.Π. υποφέρουν από δύο τύπους αϋπνίας: την αϋπνία έναρξης ύπνου (sleep onset insomnia) και την αϋπνία διατήρησης ύπνου (sleep maintenance insomnia).
- Οι πάσχοντες από Σ.Ν.Π. ξυπνούν 3 με 4 φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας, τις μισές από αυτές για να φάνε, αντίθετα με τους φυσιολογικούς ανθρώπους, των οποίων ο ύπνος διακόπτεται σπανιότερα και σχεδόν ποτέ για να φάνε.
- Η κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια της νύχτας δε συνιστά επεισόδιο υπερφαγίας εφόσον κυμαίνεται γύρω στις 250-300 kcal. Το ιδιάζον στοιχείο αυτών των νυχτερινών σνακ ήταν το υψηλό υδατανθρακικό περιεχόμενό τους (περίπου 70%, ενώ την υπόλοιπη ημέρα η υδατανθρακική πρόσληψη φτάνει το 47%) και ο λόγος υδατάνθρακες/πρωτεΐνες είναι επίσης υψηλός (7:1). Αυτός ο τρόπος διατροφής (υψηλός λόγος υδατάνθρακες/πρωτεΐνες) αυξάνει τη διαθεσιμότητα της τρυπτοφάνης για μεταφορά στον εγκέφαλο και τη μετατροπή της σε σεροτονίνη, γνωστή για την ιδιότητά της να προάγει τον ύπνο.<sup>(34), (64)</sup>

Όσο αφορά στη νευροενδοκρινολογία του Σ.Ν.Π. εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα μελατονίνης (Πεπτιδορμόνη που παράγεται στην επίφυση από τη σεροτονίνη, μεταβολικό παράγωγο της τρυπτοφάνης) και λεπτίνης ορού και κορτιζόλης πλάσματος των πασχόντων από το Σ.Ν.Π..

Πιο συγκεκριμένα:

- Ανεξάρτητα από το σωματικό τους βάρος τα άτομα που πάσχουν από Σ.Ν.Π. έχουν σημαντικά χαμηλά ποσοστά μελατονίνης ορού κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Η λεπτίνη του ορού εμφανίζεται αρκετά αυξημένη στα υπέρβαρα άτομα, είτε πάσχουν από Σ.Ν.Π., είτε όχι. Η μεγάλη διαφορά που παρατηρείται στους πάσχοντες από Σ.Ν.Π. είναι η αντίδραση κατά τη διάρκεια της νύχτας: η συγκέντρωση της λεπτίνης ορού των πασχόντων από Σ.Ν.Π. δεν αυξάνεται τη νύχτα όπως είναι αναμενόμενο και όπως συμβαίνει άλλωστε στους φυσιολογικούς ανθρώπους.
- Όσο αφορά στην κορτιζόλη, η εικοσιτετράωρη της συγκέντρωση στο πλάσμα είναι υψηλότερη στους πάσχοντες από Σ.Ν.Π. από ότι στους μη πάσχοντες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι ανώτερες και κατώτερες τιμές αυτών των νευροενδοκρινολογικών μετρήσεων σημειώνονται τις ίδιες χρονικές στιγμές στους πάσχοντες από Σ.Ν.Π. και στα φυσιολογικά άτομα. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στους εικοσιτετράωρους νευροενδοκρινολογικούς ρυθμούς όσων πάσχουν από Σ.Ν.Π. από αυτούς των φυσιολογικών ατόμων, γεγονός το οποίο αντιτίθεται στην εμφανή καθυστέρηση φάσης στη διατροφική συμπεριφορά των πρώτων.<sup>(34), (64)</sup>



Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν το Σ.Ν.Π. εμφανίζεται σαν ένας μοναδικός συνδυασμός διαταραχής πρόσληψης τροφής, ύπνου και διάθεσης. Ένα νευροενδοκρινολογικό πλάνο διάκρισης βοηθά να συνδεθούν αυτές οι τρεις διαστάσεις. Η άμεση αύξηση κατά τις νυχτερινές ώρες των επιπέδων μελατονίνης μπορεί να συμβάλλει στην αύπνια διατήρησης ύπνου (sleep maintenance insomnia) των ατόμων που πάσχουν από Σ.Ν.Π.. Μειωμένα επίπεδα μελατονίνης έχουν αναφερθεί στην κατάθλιψη και ίσως συμβάλλουν στη γενικότερα μειωμένη διάθεση των πασχόντων από Σ.Ν.Π.

Η αποτυχία της λεπτίνης να αυξηθεί κατά τη διάρκεια της νύχτας, περιορίζει την αναμενόμενη καταστολή της όρεξης και ίσως να επιτρέπει ξεσπάσματα παρορμήσεων πείνας που επιπλέον διακόπτουν τον ύπνο.

Το εύρημα που αφορά στα πολύ αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης του ορού των πασχόντων από Σ.Ν.Π., υποστηρίζει την κλινική παρατήρηση που προέκυψε από μακρόχρονη ψυχοθεραπεία και αναφέρθηκε το 1955, ότι τα άτομα με Σ.Ν.Π. ίσως να εκδηλώνουν μια συγκεκριμένου τύπου αντίδραση στο άγχος.<sup>(34)</sup>

### **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΝΟΒΑΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ (SLEEP EATING DISORDER/SED-NOS)**

Πρόκειται για μια διαταραχή ύπνου στην οποία οι πάσχοντες καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες φαγητού, συνήθως υψηλής περιεκτικότητας σε σάκχαρα ή λίπη κατά τη διάρκεια επαναλαμβανόμενων επεισοδίων υπνοβασίας. Είθισται τα άτομα να αγνοούν την εμπειρία και να το καταλαβαίνουν μόνο όταν ξυπνούν και ανακαλύπτουν ότι λείπει φαγητό. Οι πάσχοντες είναι, συνήθως, παχύσαρκα άτομα και δεν αποκλείεται να είναι επίσης ανήσυχoi, κουρασμένοι, αγχωμένοι ή νευριασμένοι. Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να είναι πολύ καταθλιπτική και μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία και συναφή προβλήματα υγείας, καθώς επίσης και σε ακούσιους αυτοτραυματισμούς κατά τη διάρκεια των επεισοδίων.<sup>(93)</sup>

### **ΜΕΓΑΛΟΡΕΞΙΑ ή ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΜΕΓΑΛΟΡΕΞΙΑ (BIGOREXIA)**

Ο όρος Αθλητική Μεγαλορεξία εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 1997. Διεθνώς ο όρος συναντάται και ως «αντίστροφη ανορεξία», «μυϊκή δυστροφία» ή «σύμπλεγμα του Άδωνη».<sup>(86), (93)</sup>

Εντοπισμένη στους κύκλους των body builders, η μεγαλορεξία είναι μια μορφή σωματικής δυσμορφικής διαταραχής (Body Dysmorphic Disorder) που εκδηλώνεται με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες απ' ό τι στις γυναίκες και αποτελεί ένα πολύπλοκο σύνδρομο που συνδέεται με διαταραχή της εικόνας του σώματος και χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα ενός ατόμου να αξιολογεί επακριβώς το σωματικό του μέγεθος.<sup>(2)</sup> Το άτομο που πάσχει από τη συγκεκριμένη διαταραχή ανησυχεί έντονα για τη σωματική του εμφάνιση, πιστεύει δηλαδή ότι το σώμα του δεν είναι επαρκώς μυώδες και γυμνασμένο και εκφράζει έντονη δυσαρέσκεια για όλο το σώμα ή για συγκεκριμένα μέρη του. Η ανησυχία αυτή ξεφεύγει από τη νοοτροπία του τυπικού «θαμώννα» των γυμναστηρίων που ασχολείται με τη διάπλαση σώματος και υπερβαίνει τα όρια κάνοντας γυναίκες και άντρες ικανούς να φτάσουν και να ξεπεράσουν τα άκρα προκειμένου να αυξήσουν τη μυϊκή τους μάζα. Κυρίως οι πάσχοντες από Μεγαλορεξία προσπαθούν να καταπολεμήσουν τη δυσαρέσκειά τους με το σώμα τους δαπανώντας καθημερινά πολλές ώρες στο γυμναστήριο εμπλεκόμενοι με καταναγκαστική άσκηση μεγάλου όγκου και έντασης με αντιστάσεις ή βάρη.<sup>(86)</sup>

Σύμφωνα με τον Dr. Harrison Pope, του McLean Hospital: «δεν υπάρχει τίποτα παθολογικό στο να είναι κάποιος άπληστος με τη γυμναστική, όμως δεν πρέπει αυτό να

κατακυριεύει τη ζωή του». Παρομοιάζοντας ο ίδιος την μεγαλορεξία με την ανορεξία, σχολιάζει ότι «πρόκειται και στις δυο περιπτώσεις για διαταραχή της εικόνας του σώματος, που όμως οι ανησυχίες τείνουν προς διαφορετικές κατευθύνσεις», δηλαδή οι ανορεξικοί νομίζουν ότι πρέπει να χάσουν βάρος, ενώ οι μεγαλορεξικοί ότι πρέπει να αυξήσουν τη μυϊκή τους μάζα.<sup>(92)</sup>

Η μυϊκή δυσμορφία δεν είναι τόσο έντονα απειλητική για την υγεία όπως η στέρηση της τροφής, όπως δηλώνει ο Dr. Pore, αλλά όσοι πάσχουν από μεγαλορεξία είναι πολύ πιθανό να πάρουν άλλα ρίσκα για την υγεία τους, όπως να χρησιμοποιήσουν στεροειδή ή άλλα φάρμακα για τη διάπλαση του σώματος. Υπάρχουν περιστατικά ασθενών που εισήχθησαν σε νοσοκομεία με οξεία νεφρική ανεπάρκεια εξαιτίας της πρόσληψης υψηλής ποσότητας πρωτεΐνης και της χρήσης στεροειδών.

Η μεγαλορεξία δεν είναι επίσημα διαγνωσμένη διαταραχή και έτσι δε βρίσκεται καταχωρημένη στα διαγνωστικά εγχειρίδια, ούτε υπάρχουν επίσημα καθορισμένα διαγνωστικά κριτήρια.<sup>(93)</sup> Ο Harrison Pore και ορισμένοι ακόμα ερευνητές που έχουν μελετήσει το πρόβλημα της μεγαλορεξίας καταλήγουν στα παρακάτω κριτήρια που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ώστε να χαρακτηριστεί κάποιος μεγαλορεξικός:

- i. Το άτομο απασχολείται έντονα από την ιδέα ότι το σώμα του δεν είναι άπαχο και μυώδες. Ξοδεύει πολλές ώρες σηκώνοντας βάρη και δίνει μεγάλη προσοχή στη δίαιτά του.
- ii. Η ενασχόληση αυτή προκαλεί σοβαρή θλίψη ή χειροτερεύει την κοινωνική ή επαγγελματική ζωή του ατόμου, το οποίο ίσως να προσπερνά σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Τα άτομα αυτά πολλές φορές αποφεύγουν καταστάσεις όπου το σώμα τους ίσως να εκτεθεί και συνεχίζουν να γυμνάζονται και να ακολουθούν τη δίαιτά τους ακόμα κι αν ξέρουν ότι μπορεί να βλάψει την υγεία τους.
- iii. Η ανησυχία των ατόμων αυτών εστιάζεται στο ότι είναι πολύ μικρόσωμοι ή δεν είναι αρκετά μυώδεις, αντίθετα με την ανησυχία ότι είναι υπέρβαροι.

Βέβαια η μεγαλορεξία ως μορφή σωματικής δυσμορφικής διαταραχής (BDD) μπορεί να διαγνωστεί και με τα αντίστοιχα κριτήρια που υπάρχουν στο DSM-IV και αναφέρονται παρακάτω.<sup>(92)</sup>

### **ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ (ANOREXIA ATHLETICA)**

Σε πολλά αθλήματα, οι αθλητές χαμηλού σωματικού βάρους έχουν ευδιάκριτο πλεονέκτημα απέναντι στους αντιπάλους τους. Προκειμένου να καταφέρουν να διατηρούν χαμηλό σωματικό βάρος και χαμηλά τα ποσοστά λίπους σώματος, οι αθλητές συχνά περιορίζουν αυστηρά τη θερμιδική τους πρόσληψη ή ασκούνται υπερβολικά ή εφαρμόζουν και τα δυο ταυτόχρονα. Πάραυτα, το πλεονέκτημα του χαμηλού σωματικού βάρους μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε καταφανές μειονέκτημα, διότι το χαμηλό σωματικό βάρος μπορεί επίσης να συνδέεται με προβλήματα υγείας.<sup>(75)</sup>

Ο όρος Αθλητική Ανορεξία πρωτοχρησιμοποιήθηκε το 1980 για να περιγράψει την παραπάνω κατάσταση από τον N.J.Smith στο άρθρο «Υπερβολική απώλεια βάρους και αποστροφή για το φαγητό σε αθλητές που προσποούνται Ψυχογενή Ανορεξία». Πιο πρόσφατα η νορβηγικής καταγωγής διατροφολόγος Sundgot- Borgesen χρησιμοποίησε τον όρο Αθλητική Ανορεξία για να προσδιορίσει ένα υποσύνολο αθλητών που παρουσιάζουν μια μορφή υποκλινικής ανορεξίας, με συμπτώματα διατροφικών διαταραχών που δεν επιτρέπουν τη διάγνωση Ψυχογενούς Ανορεξίας ή Ψυχογενούς Βουλιμίας.<sup>(93)</sup> Η Αθλητική Ανορεξία είναι μια

διαταραχή - μη αναγνωρισμένη από τους γιατρούς και τους ψυχολόγους- που χαρακτηρίζεται από καταναγκαστική άσκηση και μπορεί να εξελιχθεί σε άλλες Δ.Τ.Τ, όπως είναι επί παραδείγματι η Ψυχογενής Ανορεξία ή η Καταναγκαστική Υπερφαγία. Τα άτομα που υποφέρουν από αυτή την κατάσταση γυμνάζονται πολύ περισσότερο από όσο χρειάζεται για τη διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης και υγείας και προσδιορίζουν την αξία τους σύμφωνα με την απόδοσή τους. Ένας άλλος λόγος που ίσως να οδηγεί τα άτομα αυτά στην υπερβολική άσκηση είναι το να κερδίσουν σεβασμό ή να αποκτήσουν την αίσθηση ελέγχου και δύναμης. Πρόκειται για άτομα που έχουν εμμονή με το βάρος και τη δίαιτά τους και κλέβουν χρόνο από τη δουλειά, το σχολείο και την προσωπική τους ζωή ώστε να γυμναστούν, αλλά ποτέ δεν είναι ικανοποιημένοι με τις αθλητικές τους επιδόσεις.<sup>(89)</sup> Από έρευνες της διατροφολόγου Sundgot-Borgen J.<sup>(76), (77), (78)</sup> προκύπτει ότι η Αθλητική Ανορεξία παρουσιάζεται συνήθως σε ανταγωνιστικούς αθλητές που συμμετέχουν κυρίως σε αγωνίσματα καλαισθησίας (όπως ρυθμική και ενόργανη γυμναστική, συγχρονισμένη κολύμβηση, πατινάζ) ή αντοχής (μαραθώνιοι δρόμοι, δρόμοι πάνω από 1000 μέτρα, βάρη) ή σε αθλήματα όπου το σωματικό βάρος χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό κατηγοριών (άρση βαρών, πάλη, πυγμαχία, τσε κβο ντο). Η Sundgot-Borgen J. σε μια προσπάθειά της να προσδιορίσει τις διατροφικές ελλείψεις των αθλητριών με Ψυχογενή ή Αθλητική Ανορεξία κατέληξε στα παρακάτω:

- α) Σημαντικός αριθμός αθλητριών ακολουθούν δίαιτες πολύ υποθερμιδικές
- β) Η μέση πρόσληψη ενέργειας και υδατανθράκων σε αυτές τις δίαιτες είναι πολύ χαμηλότερη από τη συνιστώμενη πρόσληψη για δραστήριες απλώς γυναίκες
- γ) Σημαντικός αριθμός αυτών των αθλητριών δεν προσλαμβάνει το συνιστώμενο για αθλητές ποσοστό πρωτεϊνών.
- δ) Η πρόσληψη μικροθρεπτικών συστατικών και κυρίως ασβεστίου, βιταμίνης D και σιδήρου είναι ιδιαίτερα χαμηλή.<sup>(87)</sup>

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η Αθλητική Ανορεξία δεν είναι μια αναγνωρισμένη διαταραχή και έτσι δεν υπάρχουν καθορισμένα διαγνωστικά κριτήρια. Υπάρχει όμως ένα πλήθος συμπτωμάτων που βοηθούν στην αναγνώριση της διαταραχής και είναι τα εξής:

1. Καταναγκαστική, έμμονη, υπερβολική άσκηση, πάνω από τα απαιτούμενα για καλή υγεία όρια.
2. Εμμονή με τη δίαιτα - Φόβος για ορισμένα τρόφιμα.
3. Αποφυγή γευμάτων μαζί με τους συναθλητές - Προσπάθειες απόκρυψης εφαρμογής δίαιτας
4. Κλέψιμο χρόνου από τη δουλειά, το σχολείο και την προσωπική ζωή και διοχέτευση του χρόνου αυτού καθώς και όλου του ελεύθερου χρόνου σε άσκηση.
5. Εστίαση του ενδιαφέροντος στις προκλήσεις και απώλεια της ευχαρίστησης που μπορεί να προσφέρει η άσκηση.
6. Προσδιορισμός αξίας και αυτοεκτίμησης σύμφωνα με τις αθλητικές επιδόσεις.
7. Σπάνια ή μηδαμινή ικανοποίηση με τις αθλητικές επιδόσεις.
8. Συνεχής επιδίωξη ολοένα και υψηλότερων στόχων.
9. Δικαιολόγηση της υπερβολικής συμπεριφοράς χρίζοντας τον εαυτό τους «αθλητή» ή επιμένοντας ότι πρόκειται για μια υγιή συμπεριφορά.
10. Επιθυμία απώλειας βάρους, παρά το ήδη χαμηλό σωματικό βάρος.
11. Απότομες μεταπτώσεις διάθεσης - Ξεσπάσματα οργής.
12. Παύση έμμηνης περιόδου - Αμηνόρροια<sup>(89)</sup>

Μια άλλη προσέγγιση προσδιορισμού διαγνωστικών κριτηρίων για την Αθλητική Ανορεξία έχει γίνει από τη Sundgot-Borgen J. και περιλαμβάνει απόλυτα κριτήρια (που πρέπει να συναντώνται) και σχετικά κριτήρια (που ίσως να συναντώνται). Η διάκριση αυτή των κριτηρίων έχει ως εξής:

- Απόλυτα κριτήρια:
  - Απώλεια βάρους
  - Γαστρεντερικές ενοχλήσεις
  - Απουσία ιατρικής ασθένειας ή συναισθηματικών διαταραχών που να δικαιολογούν την απώλεια βάρους
  - Υπερβολικός φόβος παχυσαρκίας
  - Περιορισμός θερμιδικής πρόσληψης
  
- Σχετικά κριτήρια (αρκεί να εμφανίζεται ένα από αυτά ):
  - Καθυστερημένη / όψιμη εφηβεία
  - Εμμηνορροϊκή δυσλειτουργία
  - Διαταραγμένη αντίληψη εικόνας σώματος
  - Χρήση καθαρτικών μεθόδων
  - Υπερφαγία
  - Καταναγκαστική άσκηση (87)

Τα παραπάνω κριτήρια δε θεωρήθηκαν καλά διακεκριμένα από ερευνητές του πανεπιστημίου της Αριζόνα, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι χρειάζονται ακόμα έρευνες προκειμένου να απεικονιστούν και να προσδιοριστούν λεπτομερώς τα χαρακτηριστικά όσων πάσχουν από υποκλινικές διατροφικές διαταραχές όπως η Αθλητική Ανορεξία. Οι ίδιοι προτείνουν μια κάπως διαφορετική λίστα διαγνωστικών κριτηρίων, χωρίς να προσδιορίζουν τον αριθμό των κριτηρίων που απαιτείται να παρουσιάζει ο πάσχοντας προκειμένου να διαγνωστεί η διαταραχή, η οποία λίστα περιλαμβάνει τα εξής:

- Απόλυτα κριτήρια:
  - Ενασχόληση με το φαγητό, τις θερμίδες και την εμφάνιση / σχήμα του σώματος
  - Διαταραγμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος
  - Έντονος φόβος πρόσληψης βάρους ή παχυσαρκίας ενώ πρόκειται για μέτρια ή υπερβολικά ελλιποβαρή άτομα
  - Για περίοδο τουλάχιστον ενός έτους ο αθλητής να διατηρεί σωματικό βάρος χαμηλότερο του φυσιολογικού (5-15%) για την ηλικία και το ύψος του χρησιμοποιώντας ένα ή συνδυασμό κάποιων από τα ακόλουθα:
    - περιορισμό ενεργειακής πρόσληψης
    - αυστηρό περιορισμό επιλογών όσο αφορά σε τρόφιμα ή σε ομάδες τροφίμων
    - υπερβολική άσκηση (δηλαδή περισσότερη από όση χρειάζεται για να επιτύχει σε κάποιο άθλημα ή συγκρινόμενη με την προσπάθεια άλλων αθλητών του επιπέδου)
  - Απουσία ιατρικής ασθένειας ή συναισθηματικής διαταραχής που να δικαιολογεί την απώλεια βάρους ή τη διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους

- Σχετικά κριτήρια:
  - ο Γαστρεντερικές ενοχλήσεις
  - ο Εμμηνορροϊκή δυσλειτουργία
  - ο Συχνή χρήση καθαρτικών μεθόδων (αυτοπρόκληση εμετών ή χρήση καθαρτικών ή διουρητικών τουλάχιστον για ένα μήνα)
  - ο Επεισόδια υπερφαγίας (τουλάχιστον οκτώ επεισόδια και τουλάχιστον για τρεις μήνες)

Μια τέτοια κατάσταση όπως παρουσιάζεται παραπάνω είναι αναμενόμενο να έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων. Κυρίως έχουν παρατηρηθεί τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Απώλεια οστικής πυκνότητας και οστεοπόρωση - κατάγματα καταπόνησης
- Πτεπτικά προβλήματα και έλκη
- Αργός καρδιακός ρυθμός και χαμηλή αρτηριακή πίεση
- Αφυδάτωση και πιθανά προβλήματα στα νεφρά
- Ξηρά μαλλιά και δέρμα και απώλεια μαλλιών (87)

Σε γενικές γραμμές οι αθλητές είναι πολύ επιρρεπείς στις Δ.Π.Τ. καθώς η διατροφή τους αποτελεί μέρος της προετοιμασίας τους και είναι συχνά πολύ στενά συνδεδεμένη με τις αποδόσεις τους. Άλλωστε, στην καθημερινότητα ενός αθλητή υψηλού επιπέδου είναι πολλά τα ερεθίσματα που ευνοούν την εμφάνιση Δ.Π.Τ. όπως οι παρατεταμένες περίοδοι δίαιτας, οι συχνές διακυμάνσεις του σωματικού βάρους μεταξύ των περιόδων προετοιμασίας και ξεκούρασης, οι απότομες αυξήσεις της έντασης της προπόνησης και τραυματικά γεγονότα που δημιουργούν άγχος όπως τραυματισμοί ή απώλεια ενός προπονητή. Οι αθλητές με Δ.Π.Τ. χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης και διατροφικής εκπαίδευσης. Εκτός από τη γενική υγεία του σώματος και τη διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους, οι αθλητές πρέπει να πεισθούν να εκπαιδευτούν σε σωστές διατροφικές συνήθειες με βασικό κίνητρο τη βελτίωση της αθλητικής τους επίδοσης.(85)

### **ΝΕΥΡΙΚΗ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ (ORTHOREXIA NERVOSA)**

*Πρέπει να σημειωθεί ότι η Ψυχογενής Ορθορεξία δεν είναι μια κατάσταση που θα διαγνώσει ένας γιατρός, καθώς δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες κλινικά για αυτήν τη διαταραχή. Είναι μια κατάσταση που έχει παρατηρηθεί σαν υπερβολική διατροφική καθαρότητα και δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί από το DSM-IV.(92), (93)*

Όπως στην Ψυχογενή Ανορεξία, ο ασθενής βιώνει μια εμμονή με την ποσότητα του φαγητού, σε άλλες περιπτώσεις είναι δυνατό να εμμένει κανείς στην κατανάλωση τροφίμων καλής ποιότητας. Για αυτήν την εμμονή με μια «καθαρή», σωστή δίαιτα που εμπλέκεται με την προσωπική ζωή ενός ατόμου επινοήθηκε ο όρος «Ψυχογενής Ορθορεξία» από τον Steven Bratman, M.D. Όπως φαίνεται και από το ίδιο το όνομά της (ορθορεξία: ορθή όρεξη) πρόκειται για μια εμμονή με τη σωστή διατροφή και παρόλο που αυτό ίσως να ακούγεται αντιφατικό ή ακόμα και οξύμωρο, η υπερβολική ενασχόληση μπορεί να εξελιχθεί σε αληθινή ψυχολογική διαταραχή.(91), (94) Ενώ, λοιπόν, είναι φυσιολογικό οι άνθρωποι να αλλάζουν τις διατροφικές τους συνήθειες ώστε να βελτιώσουν την υγεία τους, να θεραπεύσουν κάποια ασθένεια ή να χάσουν βάρος, ίσως η υπερβολική ενασχόληση να καταλήξει σε διαταραχή. Είναι λογικό, τα άτομα που βρίσκονται σε δίαιτα να ενδιαφέρονται για τον τύπο και την ποιότητα των τροφίμων που καταναλώνουν. Το ενδιαφέρον αυτό όμως αναμένεται να μειωθεί καθώς το άτομο πλησιάζει ή

καταφέρνει να αποκτήσει το επιθυμητό του βάρος. Στην περίπτωση που κάποιος πάσχει από Ψυχογενή Ορθορεξία, το ενδιαφέρον και η ανησυχία του για τον τύπο και την ποιότητα των τροφίμων που καταναλώνει δεν παραμένει απλώς αμείωτο αλλά εντείνεται με την πάροδο του χρόνου.<sup>(91)</sup> Έτσι, το άτομο ανησυχεί για τη θρεπτική αξία, την ποιότητα και την προέλευση των τροφίμων που καταναλώνει και αφιερώνει σημαντικό χρόνο στη σκέψη και τον προγραμματισμό της σωστής διατροφής. Πρόκειται, λοιπόν, για μια ψυχολογική μεταβίβαση ολόκληρης της ζωής ενός ατόμου στη διαδικασία του φαγητού και αυτό καθιστά την ορθορεξία πραγματική διαταραχή.

Το πρόβλημα της ορθορεξίας προσβάλλει τόσο τις γυναίκες όσο και τους άντρες, αντίθετα με άλλες Δ.Π.Τ.. Πρόκειται συνήθως για άτομα που έχουν την ανάγκη να ασκούν έλεγχο στη ζωή τους και προσπαθούν να το κάνουν προσέχοντας υπερβολικά τη διατροφή τους. Όμως η ψυχολογική ευεξία και ευχαρίστηση που αντλούν τα άτομα αυτά από τη σωστή διατροφή τους, σύντομα μεταλλάσσεται σε ανησυχία για το αν οι επιλογές τους είναι όντως σωστές και ποια πρέπει να είναι η επόμενη διατροφική επιλογή τους. Ακολουθεί η περίοδος ενοχών και ο αυτοβασανισμός που καταλαμβάνουν πολύ μεγαλύτερο μέρος της ψυχικής ζωής απ' ότι η πρόσκαιρη ικανοποίηση. Το άτομο αυτοτιμωρείται, κρατάει ημερολόγιο -συνήθως νοερά- του τι τρώει και από πού προέρχεται αυτό που τρώει και τηρεί με ευλάβεια τους κανόνες διατροφής που έχει θέσει, αυξάνοντας συνεχώς το βαθμό δυσκολίας των κανόνων αυτών.<sup>(92)</sup> Η έλλειψη σιγουριάς για την ποιότητα του φαγητού τους συχνά αντανακλά μια γενικότερη έλλειψη σιγουριάς για ολόκληρη τη ζωή τους, συμπεριλαμβανομένων της ψυχικής και σωματικής τους υγείας. Το εσωτερικό άγχος του ατόμου επηρεάζει τη ζωή του και εκδηλώνεται στον έλεγχο του φαγητού, κατά συνέπεια του εαυτού του, ενώ παράλληλα η κοινωνική και προσωπική του ζωή του προκαλεί άγχος, το οποίο το άτομο προσπαθεί να ελέγξει εκδηλώνοντας τις συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες.<sup>(94)</sup> Η προσπάθεια αυτή να ασκήσει έλεγχο και ισορροπία στη ζωή του μέσα από το φαγητό καταλήγει να γίνεται έμμονη ιδέα και να ταλαιπωρεί το άτομο.

Είναι βέβαια σημαντικό να σημειωθεί ότι για να χαρακτηριστεί μια κατάσταση ως Ψυχογενής Ορθορεξία, να διαγνωστεί δηλαδή επίσημα πρέπει να έχει:

- α. μεγάλη διάρκεια (το να δίνει κανείς μεγάλη προσοχή στην υγιεινή διατροφή για μερικές εβδομάδες, ώσπου αυτή να γίνει μια φυσιολογική υγιεινή ρουτίνα που δεν τον κατατρέχει, δε θεωρείται διαταραχή)
- β. ιδιαίζόντως αρνητικό αντίκτυπο στην προσωπική ζωή και την καθημερινότητα του ατόμου (να σκέφτεται δηλαδή το φαγητό για να αποφύγει το άγχος).<sup>(92)</sup>

Παρακάτω παρατίθενται κάποια σημάδια που παραπέμπουν σε Ψυχογενή Ορθορεξία.

Τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ορθορεξία ίσως πιάσουν τον εαυτό τους να:

- Ξοδεύουν περισσότερες από τρεις ώρες την ημέρα σκεφτόμενοι την υγιεινή διατροφή.
- Σχεδιάζουν το μενού κάθε μέρας από την προηγούμενη.
- Νιώθουν να εξαγνίζονται μ' αυτό που τρώνε, χωρίς όμως να το απολαμβάνουν ιδιαίτερα.
- Συνεχώς περιορίζουν τον αριθμό των γευμάτων τους.
- Βιώνουν μια μειωμένη ποιότητα ζωής ή κοινωνική απομόνωση (γιατί η δίαιτά τους καθιστά δύσκολο το να φάνε οπουδήποτε εκτός σπιτιού)
- Ασκούν κριτική σε όσους δεν τρώνε εξίσου υγιεινά μ' εκείνους.
- Αποφεύγουν φαγητά ή τρόφιμα που κάποτε απόλαυσαν, έστω και για μια φορά, προκειμένου να φάνε τα «σωστά» τρόφιμα .
- Νιώθουν ένοχοι ή μισούν τον εαυτό τους όταν ξεφεύγουν από τη δίαιτα τους.
- Βιώνουν τον «απόλυτο έλεγχο» όταν εφαρμόζουν τη σωστή δίαιτα.<sup>(91)</sup>

Επειδή η Ψυχογενής Ορθορεξία μπορεί να επηρεάσει σοβαρά την ψυχική κυρίως υγεία του ατόμου, είναι σημαντικό να ζητηθεί βοήθεια από εξειδικευμένους γιατρούς ή από διατροφολόγους ή διαιτολόγους ή έστω ακόμα και από ειδικούς διαδικτυακούς τόπους. Τέλος, εξίσου σημαντικό είναι να γίνει σωστή διάγνωση και να μη διαγνωστεί λανθασμένα ως Ψυχογενής Ανορεξία.<sup>(92)</sup>

### **ΠΟΛΥ-ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ (MULTI-IMPULSIVE BULIMIA)**

Ο όρος χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τους J.H.Lacey και C.Evans το 1986 στο άρθρο τους «Ο παρορμητικός: μια πολύ-παρορμητική διαταραχή προσωπικότητας» που δημοσιεύτηκε στο «Βρετανικό Περιοδικό των Εξαρτήσεων» (British Journal of Addiction).

Ο όρος αναφέρεται σε άτομα με πολλαπλή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά επιπρόσθετη στη βουλιμική τους συμπεριφορά. Προτείνεται οι συνδυασμένες αυτές συμπεριφορές να αντιμετωπίζονται ως ένα ενιαίο πρόβλημα «ελέγχου παρόρμησης». Δεν πρόκειται για επίσημη διάγνωση και έχει αμφισβητηθεί από κάποιους, αλλά υπάρχουν παράγοντες και κλινικές που αναγνωρίζουν τον όρο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τόσο στο DSM-IV όσο και στο ICD-10 οι Δ.Π.Τ. θεωρούνται μια μεμονωμένη κατηγορία και δεν εντάσσονται στις διαταραχές ελέγχου παρόρμησης.

Επίσης είναι γνωστό ότι επιπρόσθετες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές υιοθετούνται από άτομα που υποφέρουν από Ψυχογενή Βουλιμία ως τρόπος αντιμετώπισης της θλίψης που τους προκαλεί η ίδια η βουλιμία τους.<sup>(93)</sup>

### **ΑΛΛΟΤΡΙΟΦΑΓΙΑ (PICA)**

Η αλλοτριοφαγία είναι ένα ευρέως παρεξηγημένο φαινόμενο και ορίζεται ως μια καταναγκαστική ακατάσχετη επιθυμία του ασθενούς να φάει, να μασήσει ή να γλύψει κανείς αντικείμενα που δεν αποτελούν τροφή ή τρόφιμα χωρίς θρεπτικά συστατικά. Τέτοια «τρόφιμα» περιλαμβάνουν αντικείμενα όπως κόλλα κολλαρίσματος ρούχων, άμυλο καλαμποκιού, κιμωλία, γύψο, κομμάτια μπογιάς, baking soda, σκουριά, κόκκους καφέ, στάχτη τσιγάρου, αποτσίγαρο, καμένα κεφάλια σπύριτων. Άλλα αντικείμενα που αναφέρονται σε περιπτώσεις ασθενών με αλλοτριοφαγία στη βιβλιογραφία είναι κόλλα, κοκαλάκια μαλλιών, χαρτί, άμμος, οδοντόκρεμα, σαπούνι, όστρακα από στρείδια και σπασμένα πήλινα σκεύη.<sup>(92), (93)</sup>

Το φαινόμενο μπορεί ορισμένες φορές να συνδέεται με ελλείψεις κάποιων μετάλλων (όπως σιδήρου ή ψευδαργύρου). Η αλλοτριοφαγία όμως μπορεί να σχετίζεται και με καθυστερήσεις ανάπτυξης, πνευματικές βλάβες και ελλείψεις και/ή οικογενειακό ιστορικό της διαταραχής. Ίσως να υπάρχουν επίσης ψυχολογικές διαταραχές που οδηγούν στην αλλοτριοφαγία, όπως συνθήκες στις οποίες ένα παιδί ζει σε μια οικογένεια με χαμηλό εισόδημα ή φτωχή, ή ένα παιδί που ζει σε περιβάλλον με λίγη αγάπη και υποστήριξη.

Η αλλοτριοφαγία είναι αρκετά συνηθισμένο φαινόμενο στις εγκύους και τα συμπτώματα συνήθως εξαφανίζονται μετά τη γέννηση του παιδιού.

Οι επιπλοκές της αλλοτριοφαγίας συμπεριλαμβάνουν δηλητηρίαση από μόλυβδο, υποσιτισμό, γαστρικά προβλήματα, εντερική απόφραξη, υποκαλιαιμία, υπερκαλιαιμία, δηλητηρίαση από υδράργυρο ή φωσφόρο και οδοντικές κακώσεις.

Επειδή το να καταναλώνει κάποιος αντικείμενα που δεν αποτελούν τροφή είναι επικίνδυνο, είναι εξαιρετικά σημαντικό το άτομο που υποφέρει από αλλοτριοφαγία να

εξετάζεται από γιατρό, ώστε να εκτιμάται η κατάστασή του, να γίνεται σωστή διάγνωση και να λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία.<sup>(92)</sup>

Η θεραπεία που θα ακολουθηθεί, θα εξαρτηθεί από τις αιτίες που προκάλεσαν τη συμπεριφορά. Αν ο καταναγκασμός προκαλείται από έλλειψη κάποιας βιταμίνης ή μετάλλου, θα χορηγηθούν συμπληρώματα.

Ίσως επίσης να είναι απαραίτητο να εξετασθεί το περιβάλλον του σπιτιού ή το άτομο να χρήζει συμπεριφορικής και ψυχολογικής θεραπείας. Τέλος, είναι πιθανό (αν και ασυνήθιστο) οι άνθρωποι με ανορεξία και/ή βουλιμία να αναπτύξουν αλλοτριοφαγία εξαιτίας της καταναγκαστικής φύσης της πολυφαγίας αυτών των ασθενειών και του υποσιτισμού που μπορεί να προκαλέσουν. Δηλαδή, συχνά το να καταναλώνει ή να μασάει κανείς αντικείμενα που δεν αποτελούν τροφή προκειμένου να κατευνάσει την πείνα του μπορεί να υποκινείται από μια Δ.Π.Τ. και να καταλήξει σε αλλοτριοφαγία.<sup>(92), (93)</sup>

Η αλλοτριοφαγία των ενηλίκων περιλαμβάνεται στην κατηγορία «Άλλες Δ.Π.Τ.» (F50.8\*) του ICD-10 και έτσι θεωρείται Δ.Π.Τ. σύμφωνα με αυτό το διαγνωστικό σύστημα.<sup>(93)</sup>

\* κωδικός καταχώρησης στο διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10.

### ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η Ψυχογενής Ανορεξία αποτελεί τη μόνη διαγνωσμένη Δ.Π.Τ. που η έναρξή μπορεί να τοποθετηθεί και στην παιδική ηλικία. Βέβαια, η συγκεκριμένη διαταραχή ενώ ούτε εκφράζεται διαφορετικά ούτε διαφέρει η αιτιολογία της παρουσιάζει κάποιες αποκλίσεις στην επιδημιολογία και τις επιπτώσεις σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.<sup>(29)</sup> Συγκεκριμένα, η Ψυχογενής Ανορεξία συναντάται σπανιότερα σε παιδιά από ότι σε εφήβους. Στην παιδική ηλικία δεν εμφανίζεται αμνηόρροια καθώς, κατά κανόνα, ο έμμηνος κύκλος αρχίζει στην εφηβεία και δεν παρατηρείται απώλεια βάρους, αλλά στασιμότητα της ανάπτυξης. Αυτή η μη πρόσληψη βάρους δεν είναι δυνατό να αξιολογηθεί από πιο σημείο και έπειτα γίνεται επικίνδυνη για τον οργανισμό, καθώς το φυσιολογικό βάρος των παιδιών καθορίζεται σύμφωνα με την ηλικία και το ύψος τους και τα παιδιά που αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο πρόβλημα δεν αναπτύσσονται φυσιολογικά. Όσον αφορά στις επιπλοκές της διαταραχής αυτές περιλαμβάνουν: μειωμένη ανάπτυξη της μήτρας και των ωοθηκών, πολυκυστικές ωοθήκες, ηπατική στεάτωση (εναπόθεση λίπους στο συκώτι), οστεοπενία και ορισμένες φορές οστεοπόρωση, καθυστερημένη ανάπτυξη των οστών, ελλείψεις βιταμινών και μετάλλων, μειωμένη αιμάτωση του εγκεφάλου και κυρίως στην περιοχή όπου εδρεύουν τα κινητικά κέντρα (μετωπιαίος λοβός).

Αντίθετα, η Ψυχογενής Βουλιμία έχει πολύ μικρή διασπορά σε παιδιά κάτω των 14 ετών.<sup>(5)</sup> Υπάρχει, όμως, ένα πλήθος άλλων διατροφικών προβλημάτων που εντοπίζονται σε παιδιά αλλά γενικότερα δε θεωρούνται Δ.Π.Τ. και στερούνται επίσημων διαγνωστικών κριτηρίων και ταξινόμησης στα διαγνωστικά εγχειρίδια. Αυτά τα διατροφικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας δεν αναγνωρίζονται ως Δ.Π.Τ. γιατί πιστεύεται ότι προκαλούνται από διαφορετικές αιτίες, έχουν διαφορετικά συμπτώματα και χρήζουν διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η άποψη αυτή βέβαια δεν είναι παγκοσμίως αποδεκτή και ορισμένοι πιστεύουν ότι μερικά τέτοια προβλήματα είναι καθαυτού Δ.Π.Τ.. Τα πράγματα γίνονται ακόμα πιο πολύπλοκα αφού η έλλειψη επίσημων διαγνωστικών κριτηρίων, επιτρέπει στους διάφορους ειδικούς της υγείας να προσάπτουν διαφορετικές ορολογίες στο ίδιο πρόβλημα.<sup>(5), (93)</sup>

Πολλές φορές, τα διατροφικά προβλήματα των παιδιών δεν είναι τίποτα παραπάνω από υπερβολικές εκδηλώσεις ιδιότροπης διατροφικής συμπεριφοράς, που συμβαίνουν φυσιολογικά στα παιδιά. Στην περίπτωση αυτή τα παιδιά ξεπερνούν τις διατροφικές ιδιοτροπίες τους



μεγαλώνοντας. Βέβαια, για όποιο λόγο και να εμφανίζει κάποιο διατροφικό πρόβλημα ένα παιδί, αυτό είναι δυσάρεστο και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες, όπως για παράδειγμα την ανάπτυξη μιας διατροφικής ανεπάρκειας ή έλλειψης.

Ένα από τα πιο συχνά διατροφικά προβλήματα των παιδιών είναι η Αλλοτριοφαγία (Pica). Στη συνέχεια θα αναφερθούν ενδεικτικά ορισμένα τέτοια Διατροφικά Προβλήματα.<sup>(5), (93)</sup>

### **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟΦΥΓΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (FOOD AVOIDANCE EMOTIONAL DISORDER)**

Η διαταραχή έχει ονομαστεί από το Great Ormond Street Hospital και αφορά μια κατάσταση κατά την οποία συναισθηματικά προβλήματα επηρεάζουν την όρεξη και καταλήγουν σε αποφυγή της τροφής. Ένα τέτοιο περιστατικό μπορεί εσφαλμένα να θεωρηθεί Ψυχογενής Ανορεξία που ξεκινά από την παιδική ηλικία (child onset Anorexia Nervosa), όμως στην πραγματικότητα υπάρχουν αρκετές διαφορές ανάμεσα στις δυο αυτές καταστάσεις. Θεωρείται ότι η αποφυγή του φαγητού απορρέει από συμπτώματα συναισθηματικών δυσκολιών (όπως η στεναχώρια και η ανησυχία), τα οποία επηρεάζουν την όρεξη, όχι ότι προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν την τροφή για να καταστείλουν ή να υποτάξουν αυτές τις δυσκολίες. Συχνά στα παιδιά που εμφανίζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή εντοπίζεται ιστορικό περιορισμού της σίτισης που συνήθως συσχετίζεται με συμπτώματα συναισθηματικών διαταραχών, όπως φοβίες, ιδεοληπτική συμπεριφορά, άρνηση παρακολούθησης του σχολείου και κατάθλιψη.<sup>(5)</sup> Ο πάσχων συχνά είναι γνώστης της διατροφικής δυσκολίας και της ισχνότητάς του (αντίθετα με τη διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος που συχνά εμφανίζεται στην Ψυχογενή Ανορεξία) και εκφράζει την επιθυμία για μεγαλύτερη πρόσληψη τροφής. Επίσης όσοι υποφέρουν από τη διαταραχή δεν ασχολούνται με το βάρος τους και δεν τρέφουν τη φιλοδοξία να είναι λεπτοί.<sup>(93)</sup>

Οι επιπλοκές αυτής της διαταραχής είναι σχεδόν εξίσου σοβαρές και εκτεταμένες με εκείνες της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Άλλωστε, η Συναισθηματική Διαταραχή Αποφυγής Τροφής θεωρείται είτε μερικό σύνδρομο της Ψυχογενούς Ανορεξίας ή ενδιάμεση κατάσταση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της συναισθηματικής διαταραχής της παιδικής ηλικίας.<sup>(5)</sup>

### **ΑΡΝΗΣΗ ΤΡΟΦΗΣ (FOOD REFUSAL)**

Ο όρος άρνηση τροφής δόθηκε σε μια συμπεριφορά την οποία υιοθετούν τα παιδιά προκειμένου να επικρατήσει η κατάσταση που εκείνα επιθυμούν. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να αρνείται πεισματικά να φάει κάτι απλά και μόνο για να επιτύχει να φάει ένα πιο αγαπημένο του φαγητό. Η άρνηση τροφής είναι συμπεριφορά που συχνά είναι ακανόνιστη και αλλάζει εύκολα και γενικά δε θεωρείται ότι θέτει σε κίνδυνο τη σωματική υγεία ενός παιδιού. Παρά το ότι η συμπεριφορά αυτή φαίνεται πως βοηθά ένα παιδί να χειρίζεται έξυπνα τους γονείς του, συχνά πιστεύεται ότι κάποια μορφή άγχους, μελαγχολίας ή στεναχώριας ίσως να υπόκειται της άρνησης τροφής.<sup>(93)</sup>

### **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΑΡΝΗΣΗΣ (PERVASIVE REFUSAL SYNDROME)**

Πρόκειται για μια κατάσταση ιδιαίτερα επικίνδυνη, καθώς χαρακτηρίζεται από μια επίμονη άρνηση των ασθενών να φάνε ή να πιούνε οτιδήποτε, να περπατήσουν, να μιλήσουν ή να αυτοεξυπηρετηθούν. Συνήθως ένα παιδί με Σύνδρομο Εκτεταμένης Άρνησης εμφανίζει τα χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Ανορεξίας, αλλά με την έναρξη της θεραπείας αποκαλύπτει γρήγορα ένα αυξανόμενο αριθμό συμπεριφορών αποφυγής. Τυπικά το παιδί υιοθετεί τη στάση

του εμβρύου και βαριανασαίνει σιωπηλά ή παραμένει βουβό έως ότου κάποιος να προσπαθήσει να το ταΐσει ή ενδιαφερθεί με οποιοδήποτε τρόπο. Τέτοιες προσπάθειες προσέγγισης αντιμετωπίζονται με τρόμο ή θυμό από την πλευρά του ασθενούς και παράλληλα, η αποφυγή εκφράζεται εντονότερα. Δεν υπάρχουν ενδείξεις οργανικής δυσλειτουργίας. Τα συμπτώματα αυτά δεν επιτρέπουν την ακριβή κατάταξη του συνδρόμου σε καμία από τις ήδη υπάρχουσες διαγνωστικές κατηγορίες. Συνήθως, τα παιδιά που εκδηλώνουν τέτοια συμπεριφορά, έχουν υποστεί σοβαρά ψυχολογικά τραύματα, είτε υπό μορφή σεξουαλικής κακοποίησης ή οποιαδήποτε άλλη μορφή βίας, τα οποία έχουν αποσιωπηθεί στη συνέχεια. Το Σύνδρομο Εκτεταμένης Άρνησης μπορεί τελικά να γίνει αντιληπτό σαν μια μορφή διαταραχής μετατραυματικού στρες.<sup>(5)</sup>

### **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΙΤΙΣΗ (RESTRICTIVE EATING)**

Στην περιορισμένη σίτιση ένα παιδί γενικά τρώει ένα ευρύ και ισορροπημένο φάσμα τροφίμων αλλά περιορίζει εμφανώς την ποσότητα της τροφής που καταναλώνει. Οι λόγοι αυτής της συμπεριφοράς δεν είναι ξεκάθαροι. Ορισμένοι διαφωνούν ότι ίσως να απορρέει από παρατηρημένες συμπεριφορές, όπως γονείς που κάνουν δίαιτα ή ανθρώπους από το οικείο περιβάλλον που εκδηλώνουν ανάλογες συμπεριφορές περιορισμού της πρόσληψης τροφής, ενώ άλλοι θεωρούν φυσιολογικό το να έχει μικρή όρεξη το παιδί.

Ένα παιδί με περιορισμένη σίτιση μπορεί να έχει χαμηλότερο βάρος και ύψος από το φυσιολογικό για την ηλικία του, αλλά λόγω της γενικότερα ισορροπημένης διατροφής του, συνήθως θεωρείται υγιές. Όπως και στη Συναισθηματική Διαταραχή Αποφυγής Τροφής τα άτομα δεν ασχολούνται με το σωματικό τους βάρος ή δεν τρέφουν τη φιλοδοξία ενός ισχνού σώματος.<sup>(93)</sup>

### **ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ (SELECTIVE EATING [DISORDER])**

Η επιλεκτική σίτιση, που κάποιες φορές ονομάζεται και διατροφική διαταραχή επιλεκτικής σίτισης, χαρακτηρίζει ένα παιδί που έχει οριοθετήσει ένα πολύ περιορισμένο φάσμα «ασφαλών» ή αποδεκτών τροφίμων, τα οποία πολύ συχνά μπορεί να είναι 4-5 συγκεκριμένα τρόφιμα και συνήθως με υψηλή περιεκτικότητα υδατανθράκων.<sup>(5)</sup>

Τα όρια ενδέχεται να μην αφορούν μονό σε συγκεκριμένους τύπους τροφίμων, αλλά και σε ακραίες καταστάσεις, σε συγκεκριμένες μάρκες. Στην επιλεκτική σίτιση δεν υπάρχει απαραίτητως περιορισμός της ποσότητας της τροφής που καταναλώνεται, αρκεί να βρίσκεται μέσα στο οριοθετημένο φάσμα. Δε φαίνεται να υπάρχει μια ομάδα κοινών τροφίμων στην επιλεκτική σίτιση, δηλαδή κάποια τρόφιμα που να τυγχάνουν της προτιμήσεως ή της απόρριψης γενικά από όσους πάσχουν από επιλεκτική σίτιση. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία όσον αφορά στη διάδοση της διαταραχής, αλλά έχει αρχίσει να εμφανίζεται συχνότερα από ότι στο παρελθόν και συναντάται συχνότερα στα αγόρια παρά στα κορίτσια.<sup>(5)</sup>

Το πάσχον παιδί ίσως νιώσει μεγάλη θλίψη αν κάποιος προσπαθήσει να το ενθαρρύνει ή το πιέσει να καταναλώσει τρόφιμα εκτός των ορίων του και προσπάθειες διεύρυνσης της ποικιλίας των «αποδεκτών» τροφίμων είθισται να αντιμετωπίζονται με υπερβολική αντίσταση. Επίσης μπορεί να αποφεύγει καταστάσεις (για παράδειγμα πάρτι) όπου υπάρχει φαγητό. Αυτός ο «κοινωνικός περιορισμός» φαίνεται να είναι ένα πρόβλημα στη συγκεκριμένη διαταραχή.<sup>(5)</sup>

Συμπερασματικά οι συνέπειες του προβλήματος εξαρτώνται από τον τύπο και το φάσμα των τροφίμων που επιλέγονται προς κατανάλωση. Το σωματικό βάρος μπορεί να είναι υψηλό, χαμηλό ή φυσιολογικό, όποτε δεν μπορεί να θεωρηθεί ενδεικτικό στοιχείο της κατάστασης, για

αυτό πρέπει πάντα να εξετάζονται τα ενδεχόμενα της υποθρεψίας και του υποσιτισμού. Είναι πιθανό να υπάρχουν οδοντικά προβλήματα αν στα αποδεκτά τρόφιμα συμπεριλαμβάνονται κάποια με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη. Τέλος στην επιλεκτική σίτιση τα άτομα δε μοιάζουν να απασχολούνται με το σωματικό τους βάρος και να επιθυμούν να είναι λεπτά.<sup>(93)</sup>

*Τα παραπάνω διατροφικά προβλήματα μπορεί να καταγράφονται ως προβλήματα που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία δεν αποκλείεται όμως τις ίδιες ακριβώς συμπεριφορές να παρουσιάσει ένας ενήλικας.<sup>(93)</sup>*

## **ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Υπάρχει ένας αριθμός άλλων διαταραχών, οι οποίες ορισμένες φορές σχετίζονται με κάποιο τρόπο με τις διαταραχές διατροφής στο ότι περιέχουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά των διαταραχών διατροφής. Αυτές οι διαταραχές είναι συχνά αυτόνομες καταστάσεις με τα δικά τους διαγνωστικά κριτήρια.

### ***ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (BODY DYSMORPHIC DISORDER ή BDD)***

Η BDD είναι μια διαταραχή σωματοποίησης (Somatization Disorder, σύμφωνα με το DSM-IV), το κύριο σύμπτωμα της οποίας είναι η υπερβολική ενασχόληση, ακόμα και εμμονή, με μια ατέλεια/ανωμαλία της εμφάνισης, πραγματική ή φανταστική. Ένα παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει η εμμονή σε βαθμό μείζονος κατάθλιψης (μερικές φορές περιλαμβάνει και σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας) με ορισμένα σωματικά χαρακτηριστικά όπως είναι οι φακίδες, η μεγάλη μύτη, οι κηλίδες στο δέρμα, οι ρυτίδες, η ακμή και οι ουλές. Το πρόβλημα μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε μέρος του σώματος, περιοχές του προσώπου ή της κεφαλής και κυρίως το δέρμα, τα μαλλιά και η μύτη είναι τα πιο διαδεδομένα. Άλλα συμπτώματα είναι ο φόβος του ατόμου μήπως γελοιοποιηθεί, η αποφυγή αντικατοπτρισμού σε καθρέφτες, η συνεχής αναζήτηση επιβεβαίωσης του παρατηρημένου μειονεκτήματος, η συχνή παρατήρηση και αξιολόγηση της ατέλειας και οι προσπάθειες απόκρυψης ή καμουφλαρίσματος της προβληματικής περιοχής. Τα παραπάνω είναι αναμενόμενα καθώς τα άτομα που πάσχουν από BDD συνήθως είναι άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και αδικαιολόγητους φόβους απόρριψης από τους άλλους εξαιτίας της «αντιληπτής ασχήμιας» τους. Ορισμένοι πάσχοντες συνειδητοποιούν ότι η αντίληψή τους για το ελάττωμά τους είναι διαστρεβλωμένη αλλά δε μπορούν να ελέγξουν την παρόρμησή τους να το σκέφτονται.<sup>(93)</sup>

Υπάρχουν δυο τύποι BDD: ο χωρίς αυταπάτη τύπος και ο με αυταπάτη τύπος (non-delusional, delusional). Στο δεύτερο τύπο το άτομο έχει ψευδαισθήσεις ενός εντελώς ιδεατού ελαττώματος ή υπερβάλλει για ένα μικρό ελάττωμα. Αυτός ο τύπος της διαταραχής είναι λιγότερο κοινός και πιο σοβαρός. Οι άνθρωποι που βιώνουν αυτήν τη διαταραχή μπορεί να εφαρμόζουν ασυνήθιστες καταναγκαστικές τελετουργίες για να κοιτάξουν, να κρύψουν, να καλύψουν και/ή να βελτιώσουν το(α) ελάττωμά(τά) τους. Μπορούν να ξοδέψουν μεγάλο χρονικό διάστημα κοιτώντας τον εαυτό τους σε οτιδήποτε μοιάζει με καθρέφτη, προσπαθώντας παράλληλα να πείσουν τους άλλους για το πόσο άσχημοι είναι. Μπορούν να ψάχνουν μανιωδώς γιατρούς να τους θεραπεύσουν με φάρμακα και/ή πλαστικές επεμβάσεις. Αυτοί οι ασθενείς μπορούν να φτάσουν στα άκρα προκειμένου να βελτιώσουν την εμφάνισή τους, ακόμα και με επικίνδυνες μεθόδους και κάποιοι ίσως προσπαθήσουν να χειρουργήσουν οι ίδιοι τον εαυτό τους. <sup>(92)</sup>

Ψυχιατρικές ασθένειες που μερικές φορές συνυπάρχουν με BDD είναι η κατάθλιψη, η ιδεοληπτική-καταναγκαστική διαταραχή (Obsessive-Compulsive Disorder/OCD), και η κοινωνική φοβία (social phobia).

Τα συμπτώματα του BDD σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα εξής:

- Απασχόληση με ένα φανταστικό μειονέκτημα της εμφάνισης. Αν υπάρχει μια αμυδρή σωματική ανωμαλία, η ανησυχία του ατόμου είναι αξιοπρόσεκτα υπερβολική.
- Η απασχόληση προκαλεί σημαντική κλινικά θλίψη ή εξασθένηση της κοινωνικής ή επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής δραστηριότητας της ζωής.
- Η απασχόληση δεν ερμηνεύεται καλύτερα από μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή (όπως για παράδειγμα δυσαρέσκεια με το σχήμα και το μέγεθος του σώματος στην Ψυχογενή Ανορεξία).

Η θεραπεία είναι συχνά δύσκολη, αλλά έχει σημειωθεί πρόοδος με φάρμακα όπως το Prozac και γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Αλλά και η διάγνωση είναι συχνά δύσκολη, καθώς οι ασθενείς ντρέπονται και κρατούν τα συμπτώματα κρυφά. Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το BDD δε μπορεί να διαγνωσθεί υπό την παρουσία κάποιας δυσαρέσκειας ή διαταραγμένης εικόνας σχήματος/μεγέθους σώματος που οφείλεται σε Ψυχογενή Ανορεξία (διαφορική διάγνωση).<sup>(92)</sup>

### ***ΙΔΕΟΛΗΠΤΙΚΗ-ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER/OCD)***

Πρόκειται για σύνθετη διαταραχή άγχους που αναγνωρίζεται τόσο από το DSM-IV όσο και από το ICD-10, τα κριτήρια της οποίας είναι αρκετά πολύπλοκα, άλλα περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων μια ποικιλία θλιβερών τελετουργικών, φόβους, επαναλαμβανόμενες και παρεισφρητικές σκέψεις και καταναγκαστικές πράξεις.

Οι έμμονες και παθιασμένες συμπεριφορές γύρω από το φαγητό και τη δίαιτα μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα παρόμοια με τις διατροφικές διαταραχές. Υπάρχει μια πεποίθηση ότι το OCD ίσως να σχετίζεται με κάποιο τρόπο με τις Δ.Π.Τ.. Άλλωστε, δεν είναι ασυνήθιστο κάποιος να πάσχει από OCD και κάποια διατροφική διαταραχή ταυτόχρονα. <sup>(40), (93)</sup>

### ***ΦΟΒΙΑ ΤΡΟΦΗΣ ή ΤΡΟΦΙΚΗ ΦΟΒΙΑ (FOOD PHOBIA)***

Η τροφική φοβία κατηγοριοποιείται συνήθως στα Διατροφικά Προβλήματα των Παιδιών. Οι «Ιδιαίτερες Φοβίες» (που παλιότερα αποκαλούνταν «Απλές Φοβίες») αναγνωρίζονται και από το DSM-IV και από το ICD-10. Υπάρχουν καταστάσεις στις οποίες οι πάσχοντες βιώνουν έντονο και επίμονο φόβο κατά την παρουσία ή την σκέψη συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων. Η έκθεση στα αντικείμενα ή τις καταστάσεις φοβίας καταλήγει σε μια αξιοπρόσεκτη αντίδραση φόβου/ανησυχίας, πάραυτα οι αντιδράσεις αυτές αναγνωρίζονται ως αδικαιολόγητες ή παράλογες. Όταν η φοβία σχετίζεται με το φαγητό ή τη διαδικασία σίτισης, ο φόβος και η αποφυγή της σίτισης μπορεί να έχουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά των Δ.Π.Τ.. Υπάρχει ένα πλήθος από τέτοιες «Ιδιαίτερες Φοβίες» που μπορεί να ενταχθεί σ' αυτήν την κατηγορία και μερικές από αυτές είναι οι: Sitophobia ή Cibophobia - φόβος για την τροφή, Phagophobia - φόβος για την κατάποση, Dipsophobia - φόβος για την πόση, Geumatophobia - φόβος για την κατανάλωση γευμάτων.<sup>(93)</sup>

**ΠΡΟΛΗΨΗ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ Δ.Π.Τ.**

Υπάρχουν ποικίλες θεραπείες που έχουν εφαρμοστεί στις Δ.Π.Τ., με ή χωρίς επιτυχή έκβαση. Εδώ θα αναφερθεί μεγάλο μέρος αυτών, αλλά θα δοθεί κυρίως έμφαση στην παρέμβαση του διαιτολόγου στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των Δ.Π.Τ.. Δυστυχώς, η διατροφική παρέμβαση δεν αρκεί προκειμένου να θεραπευτεί ένας ασθενής με Δ.Π.Τ., καθώς όλες αυτές οι διαταραχές έχουν ψυχιατρική βάση και χρήζουν αντίστοιχης θεραπείας. Το ιδανικό είναι η θεραπευτική παρέμβαση να εκτελείται από ομάδες ειδικών που περιλαμβάνουν οπωσδήποτε ψυχίατρο, παθολόγο και διαιτολόγο.

***ΠΡΟΛΗΨΗ***

Στο επίπεδο της πρόληψης των Δ.Π.Τ. ιδιαίτερη βοήθεια μπορούν να προσφέρουν διάφοροι διαδικτυακοί τόποι που παρέχουν πληροφορίες ακόμα και βοήθεια στους ενδιαφερόμενους. Διάφοροι οργανισμοί, που ασχολούνται με τις Δ.Π.Τ., διαθέτουν μέσω διαδικτύου περιστατικά που προέρχονται από περιγραφές ασθενών. Το διαδίκτυο μπορεί να προσφέρει βοήθεια σε ασθενείς που ζούνε απομακρυσμένοι από τα αστικά κέντρα, και κατά συνέπεια δυσκολεύονται να βρουν ειδικούς που να τους βοηθήσουν.<sup>(72)</sup> Επίσης, μέσω διαδικτύου οι ασθενείς με Δ.Π.Τ. βρίσκουν πληροφορίες χωρίς να χρειάζεται να αποκαλύψουν την ταυτότητά τους, επομένως δε χρειάζεται να αποκαλύψουν στο περιβάλλον τους τη διαταραχή από την οποία υποφέρουν. Κυρίως τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία, οι οικογένειές τους και οι φίλοι τους χρησιμοποιούν τέτοιες ιστοσελίδες, αναζητώντας πληροφορίες για τη συμπεριφορά των βουλιμικών αλλά και για πιθανές θεραπείες<sup>(52)</sup>, κι αυτό είναι πολύ λογικό καθώς οι βουλιμικοί αποδέχονται ευκολότερα από τους ανορεξικούς το πρόβλημά τους και απευθύνονται στους ειδικούς πιο συχνά. Ένα ακόμα πλεονέκτημα αυτών των ιστοσελίδων είναι ότι η χρήση τους μπορεί να γίνει ανά πάσα στιγμή, οποιαδήποτε ώρα και μέρα.

Συμπερασματικά, η χρήση του διαδικτύου για παροχή πληροφοριών σχετικά με τις Δ.Π.Τ. και τη θεραπεία τους ολοένα και αυξάνεται.<sup>(83)</sup> Όταν γίνεται σωστή χρήση επίσημων ιστοσελίδων, οι ασθενείς μπορούν να βοηθηθούν σημαντικά. Παράλληλα χρειάζεται προσοχή, διότι μέσω διαδικτύου είναι πιθανό οι ασθενείς να λάβουν εσφαλμένες οδηγίες και κατευθύνσεις.<sup>(31)</sup> Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται ενδεικτικά ορισμένες ιστοσελίδες με πληροφορίες για τις Δ.Π.Τ..

Academy for Eating Disorders	<a href="http://www.acadeatdis.org">www.acadeatdis.org</a>
American Anorexia and Bulimia Association	<a href="http://www.aabainc.org">www.aabainc.org</a>
Anorexia Nervosa and Related Disorders, Inc.	<a href="http://www.anred.com">www.anred.com</a>
Eating Disorders Awareness and Prevention, Inc.	<a href="http://www.edap.org">www.edap.org</a>
Mirror Mirror	<a href="http://www.mirror-mirror.org">www.mirror-mirror.org</a>
National Association of Anorexia Nervosa and Related Disorders (ANAD)	<a href="http://www.anad.org">www.anad.org</a>
National Eating Disorders Association	<a href="http://www.nationaleatingdisorders.org">www.nationaleatingdisorders.org</a>
National Eating Disorder Information Centre Canada	<a href="http://www.nedic.on.ca">www.nedic.on.ca</a>
Palo Alto Medical Foundation	<a href="http://www.pamf.org">www.pamf.org</a>
Somerset & Wessex Eating Disorders Asssocation	<a href="http://www.swedauk.org">www.swedauk.org</a>
Something Fishy	<a href="http://www.something-fishy.org">www.something-fishy.org</a>

Πίνακας 10. Οι πλέον γνωστοί και αξιόπιστοι διαδικτυακοί τόποι που παρέχουν πληροφορίες για Δ.Π.Τ.  
(31)

## **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να παρέμβει ένας ψυχολόγος ή ένας ψυχίατρος στη θεραπεία.<sup>(36)</sup>

Είθισται οι ασθενείς με Δ.Π.Τ. να επιχειρούν μια ή περισσότερες αποτυχημένες θεραπευτικές προσπάθειες,<sup>(9)</sup> επειδή η έκβαση των ποικίλων θεραπειών στον κάθε ασθενή είναι άγνωστη.<sup>(44)</sup> Στην πραγματικότητα η επιλογή της θεραπείας εναπόκειται στο θεραπευτή καθώς δεν έχει βρεθεί ακόμα μια επιβεβαιωμένα αποτελεσματική παρέμβαση. Η πλέον κοινά αποδεκτή και χρησιμοποιούμενη θεραπεία είναι η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Προσέγγιση (Cognitive-Behavioral Therapy/CBT).<sup>(36)</sup>

Παρακάτω αναφέρονται τα βασικά στοιχεία της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Προσέγγισης στην Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία.

### **Βασικά Στοιχεία της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Προσέγγισης στην Ψυχογενή Ανορεξία**

Η θεραπεία για την Ψυχογενή Ανορεξία διαρκεί τυπικά 1-2 χρόνια και χωρίζεται σε τρεις φάσεις: (I) εδραίωση σχέσης εμπιστοσύνης και καθορισμός των παραμέτρων της θεραπείας, (II) αλλαγή των αντιλήψεων που σχετίζονται με τη διατροφή και το σωματικό βάρος και έπειτα διεύρυνση της εμβέλειας (scope) της θεραπείας, (III) παρεμπόδιση υποτροπής και προετοιμασία για τον τερματισμό της θεραπείας. Η συνήθης διάρκεια των φάσεων είναι ένας μήνας για την πρώτη, ένας χρόνος για τη δεύτερη και έξι μήνες για την τρίτη.<sup>(17)</sup>

#### **Στην 1<sup>η</sup> Φάση πρέπει να:**

- Εδραιωθεί μια θετική θεραπευτική συμμαχία
- Καθοριστούν των χαρακτηριστικών της διαταραχής
- Πληροφορηθεί και να εκπαιδευτεί ο ασθενής για τα συμπτώματα της λιμοκτονίας και για άλλα επιλεγμένα θέματα
- Εκτιμηθεί η κατάσταση της υγείας του ασθενούς και να αντιμετωπιστούν οι ιατρικές επιπλοκές της νόσου
- Εξηγηθεί στον ασθενή η πολλαπλότητα της συμπτωματολογίας της ανορεξικής συμπεριφοράς
- Διακριθούν οι «δύο οδοί» της θεραπείας (γνωσιακή και συμπεριφορική οδός)
- Γίνει παρουσίαση της γνωσιακής ορθολογικής βάσης της θεραπείας
- Επεξηγηθεί η ανάγκη για θεραπεία και παρασχεθούν πληροφορίες για την αποκατάσταση της διατροφής και του βάρους
- Αρχίσει το άτομο να παρακολουθεί τη διατροφή του αλλά και τη γενικότερη συμπεριφορά του απέναντι στο φαγητό και προγραμματίζει τα γεύματά του ημερησίως
- Γίνει λεπτομερής καθορισμός των φυσιολογικών διατροφικών συμπεριφορών
- Διακοπή επεισοδίων υπερφαγίας και εμετών
- Γίνει εφαρμογή των αρχικών γνωσιακών παρεμβάσεων
- Αυξηθούν τα κίνητρα για αλλαγή διατροφικής συμπεριφοράς
- Καταπολεμηθούν οι πολιτιστικές αξίες που αφορούν στο σωματικό βάρος και σχήμα και στην κοινωνική αποδοχή
- Προσδιοριστεί σε ποιο βαθμό χρειάζεται να συμμετέχει η οικογένεια στη θεραπεία

#### **Στην 2<sup>η</sup> Φάση πρέπει να:**

- Συνεχιστεί να δίνεται έμφαση στην ανάγκη πρόσληψης βάρους και την αποκατάσταση ισορροπημένης διατροφής

Γίνει προσδιορισμός ενός πλαισίου διαχείρισης των υποτροπών  
Προσδιοριστούν οι δυσλειτουργικοί τρόποι σκέψης  
Γίνει αναδόμηση νέων γνωσιακών σχημάτων  
Αλλάζει η εικόνα που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του  
Εστιαστεί ένας διαπροσωπικός θεραπευτικός στόχος  
Ενταχθεί και η οικογένεια του ασθενούς στη θεραπεία

*Στην 3<sup>η</sup> Φάση πρέπει να:*

Γίνει ανακεφαλαίωση της προόδου  
Αναθεωρηθούν οι βάσεις της συνεχούς προόδου  
Ανακεφαλαιωθούν τα ευαίσθητα σημεία που οδηγούν σε υποτροπές  
Αναθεωρηθούν τα προειδοποιητικά σημάδια της υποτροπής  
Διευκρινιστεί η χρονική στιγμή επιστροφής στη θεραπεία.(17), (36)

***Βασικά Στοιχεία της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Προσέγγισης στην Ψυχογενή Βουλιμία***

Αρχικά η Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία σχεδιάστηκε για ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία, αργότερα όμως άρχισε να χρησιμοποιείται και σε ασθενείς με Σύνδρομο Υπερφαγίας.(8)

*Στην 1<sup>η</sup> Φάση πρέπει να:*

Καταγράφονται λεπτομερώς όλα τα βουλιμικά επεισόδια τη στιγμή της εκδήλωσής τους, μαζί με τις επακόλουθες σκέψεις και τα αντίστοιχα συναισθήματα  
Καθοριστεί ένα πρόγραμμα φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών με συνέπεια την εξάλειψη των πολλών επεισοδίων βουλιμίας  
Υιοθετηθεί μια εναλλακτική συμπεριφορά για την ενίσχυση της αντίστασης στις παρορμήσεις βουλιμίας  
Εκπαιδευτεί ο ασθενής στο φαγητό, στις συνήθειες διατροφής, στη σιλουέτα και στο βάρος

*Στην 2<sup>η</sup> Φάση πρέπει να:*

Εισαχθούν τροφές που αποφεύγονται βάσει του διαιτολογίου και σταδιακά να μειωθούν οι μορφές αυστηρής δίαιτας  
Αναπτυχθούν οι δεξιότητες για την αντιμετώπιση των δυσκολιών, που σε άλλες περιπτώσεις θα προκαλούσαν επεισόδια βουλιμίας  
Αναγνωριστούν και να αλλάξουν οι δυσλειτουργικοί τρόποι σκέψης  
Εξεταστούν οι αιτίες του προβλήματος της βουλιμίας και του ρόλου της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος

*Στην 3<sup>η</sup> Φάση πρέπει να:*

Γίνει προγραμματισμός για το μέλλον βάσει ρεαλιστικών προσδοκιών και μεθόδων που μπορεί να ακολουθήσει το άτομο σε περίπτωση επανεμφάνισης του προβλήματος.(9), (13), (38), (61)

Άλλες ψυχολογικές θεραπείες που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι οι εξής:

**Συμπεριφορική Θεραπεία:** Δυο μορφές αυτής έχουν χρησιμοποιηθεί.

Η πρώτη αποκαλείται Έκθεση με Πρόληψη Απάντησης και απευθύνεται στα άτομα που αυτοπροκαλούν εμετό μετά από κάθε βουλιμικό επεισόδιο. Στην πιο τυπική μορφή της, η θεραπεία αυτή, στοχεύει να οδηγήσει τους ασθενείς σε τέτοιο βαθμό βουλιμίας, ώστε να τους αναγκάσει να καταφύγουν στην τεχνική πρόκλησης εμετού, ενώ στη συνέχεια τους βοηθά να αντισταθούν στην παρόρμηση αυτή. Σε γενικές γραμμές αυτή η θεραπεία δεν προτιμάται, παρά μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις ασθενών που δεν επωφελούνται από τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, διότι οι συνεδρίες μπορεί να διαρκέσουν αρκετές ώρες και κυρίως επειδή οι εμετοί επιδεινώνουν τα συμπτώματα της βουλιμίας.

Η δεύτερη είναι η Απλοποιημένη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία, η οποία επικεντρώνεται στη βελτίωση των συνηθειών διατροφής. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει τα συμπεριφορικά και εκπαιδευτικά στοιχεία της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, αλλά αποκλείει τις πιο απαιτητικές γνωσιακές τεχνικές και έτσι γίνεται πιο εύκολη στην εφαρμογή της ακόμα και από θεραπευτές χωρίς ιδιαίτερη εμπειρία. Είναι κατάλληλη για τα άτομα που δε χρειάζονται ολοκληρωμένη τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία.<sup>(9)</sup>

**Ψυχο-εκπαιδευτικές Θεραπείες:** Πρόκειται για προγράμματα που συνήθως διεξάγονται σε ομαδική βάση και στοχεύουν στην ενημέρωση των ατόμων για τα προβλήματα της Ψυχογενούς Βουλιμίας και τον κατάλληλο χειρισμό τους. Τα αποτελέσματα αυτής της θεραπείας ομοιάζουν με εκείνα της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας σε ασθενείς που δεν έχουν πολύ σοβαρά προβλήματα διατροφής.<sup>(9)</sup>

**Εστιασμένη Ψυχοθεραπεία:** ο όρος χρησιμοποιείται γενικά για όλες τις σύντομες μορφές ψυχοθεραπείας που αρχικά εντοπίζουν ένα ή περισσότερα ζητήματα που θεωρούνται μείζονος σημασίας για το πρόβλημα του ασθενούς και στη συνέχεια επικεντρώνονται αποκλειστικά στην επίλυσή τους. Αυτή η συγκεκριμένη εστίαση στο πρόβλημα αποτελεί το ιδιαίτερο γνώρισμα της εστιασμένης ψυχοθεραπείας.<sup>(9)</sup>

**Ψυχοδυναμική Θεραπεία:** έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία. Στα αρχικά στάδια μπορεί να είναι δύσκολη και επίπονη εξαιτίας των αντιστάσεων που προβάλλουν οι ασθενείς, καθώς θεωρούν τα συμπτώματά τους, κύρια στοιχεία της ιδιαιτερότητάς τους. Είναι λοιπόν δύσκολο στα αρχικά στάδια να αλλάξουν οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών, κι αυτό οι θεραπευτές πρέπει να το σεβαστούν και να είναι ευέλικτοι, επίμονοι και ανθεκτικοί στο να παράσχουν βοήθεια στους ασθενείς.<sup>(22)</sup>

**Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία:** Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να βοηθήσει το άτομο να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί τα τρέχοντα διαπροσωπικά του προβλήματα. Οι διαπροσωπική ψυχοθεραπεία ενδείκνυται για τη θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας, ενώ η αποτελεσματικότητά σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία ερευνάται επί του παρόντος.<sup>(11), (12), (58)</sup>

Οι διάφορες θεραπείες μπορεί να είναι συστηματικές ή ομαδικές.

**Οι συστηματικές Θεραπείες** αντιμετωπίζουν την οικογένεια ως ενιαίο σύστημα. Τέτοιες θεραπείες έχουν εδραιωθεί ως οι πλέον αποτελεσματικές σε εφήβους ασθενείς με Ψυχογενή



Ανορεξία σε όχι πολύ σοβαρή κατάσταση.<sup>(16), (44)</sup> Το πόσο μπορεί να βοηθήσει η συστηματική θεραπεία ενήλικες ανορεξικούς ασθενείς είναι ακόμα ασαφές. Επίσης υπό αξιολόγηση βρίσκονται τα αποτελέσματα της συστηματικής θεραπείας στους έφηβους βουλιμικούς ασθενείς.<sup>(7)</sup>

**Η ομαδική θεραπεία** μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή βοήθειας για τα άτομα με Δ.Π.Τ. και ιδιαίτερα μεταξύ ατόμων με Ψυχογενή Βουλιμία, διότι ο κάθε ασθενής βλέπει ότι το πρόβλημά του δεν είναι μεμονωμένο. Επίσης, μεταξύ των μελών της ομάδας γίνεται ανταλλαγή απόψεων και ίσως έτσι να ακούγονται πιθανές λύσεις των προβλημάτων των ατόμων.<sup>(9), (26)</sup>

### **ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ποικίλες φαρμακολογικές δοκιμές έχουν μελετήσει την επίδραση κάποιων κατηγοριών φαρμάκων στην επαναπρόσληψη βάρους και τη μείωση της ψυχοπαθολογίας στην Ψυχογενή Ανορεξία, όμως δεν έχει βρεθεί ακόμα κάποιο σκεύασμα που να προκαλεί οριστική βελτίωση των συμπτωμάτων της διαταραχής.<sup>(57)</sup> Σε κάποιες περιπτώσεις συνιστάται η χρήση της κυπροεπταδίνης (Periactin), ενός φαρμάκου, με αντιισταμινική και αντισεροτονινεργική δράση, σε ασθενείς με περιοριστικού τύπου Ψυχογενή Ανορεξία.<sup>(15), (22), (37), (57)</sup> Αναφέρεται, επίσης ότι η αμιτριπτυλίνη (Sartoten) έχει κάποιο αποτέλεσμα σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία. Άλλα φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, όπως η χλωριμιπραμίνη (Anafranil), η πιμοζίδη (Pirium) και η χλωροπρομαζίνη (Largactil), δεν έχουν δώσει θετικά αποτελέσματα. Σε κάποιες άλλες δοκιμές, η φλουοζετίνη (Ladose)<sup>(22), (37), (57)</sup> έχει συνεργήσει στην αύξηση του βάρους και τη βελτίωση της διάθεσης. Άλλα αντικαταθλιπτικά έχουν δοκιμαστεί σε ανορεξικούς ασθενείς με συνυπάρχουσες καταθλιπτικές διαταραχές, με ελάχιστα αποτελέσματα. Υπάρχει μια κάποια ανησυχία σχετικά με τη χρήση τρικυκλικών φαρμάκων<sup>(22), (57)</sup> σε χαμηλού βάρους καταθλιπτικούς ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, αφού μπορεί να είναι ευάλωτοι σε υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και αφυδάτωση. Με την αποκατάσταση ικανοποιητικής κατάστασης θρέψης, οι κίνδυνοι απ' τη χρήση τρικυκλικών μπορεί να μειωθούν. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη βελτιώνεται με την αποκατάσταση βάρους και αποκατάσταση της φυσιολογικής θρέψης.

Στην Ψυχογενή Βουλιμία, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα γενικά βοηθούν τους ασθενείς, ανεξάρτητα αν αυτοί πάσχουν από κατάθλιψη, και συνήθως χορηγούνται σε μεγαλύτερες δόσεις από ότι στη θεραπεία της κατάθλιψης (60 mg ανά ημέρα).<sup>(15), (57)</sup> Έτσι, οι έμμεσοι σεροτονεργικοί αγωνιστές (indirect serotonergic agonists), όπως για παράδειγμα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), μπορεί να αποδειχτούν χρήσιμοι, καθώς η σεροτονίνη μπορεί να αναστείλει την πρόσληψη τροφής, την έκκριση γοναδοτροπίνης και τη σεξουαλική δραστηριότητα.<sup>(37), (44), (61)</sup>

Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι η σεροτονίνη, με τις παραπάνω δράσεις, χορηγείται σε ανορεξικούς ασθενείς, ως θεραπεία συνοσηρών καταστάσεων, όπως η ιδεοληπτική συμπεριφορά και η κατάθλιψη και περαιτέρω έρευνες μελετούν την πιθανή χρήση της στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας.<sup>(22), (57)</sup>

## ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο ρόλος της διαιτολογικής παρέμβασης, τόσο στην Ψυχογενή Ανορεξία, όσο και στην Ψυχογενή Βουλιμία, είναι εξαιρετικής σημασίας όταν γίνεται σε στενή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (γιατρός, ψυχοθεραπευτής). Ωστόσο, απαιτείται βαθιά επίγνωση της ψυχοπαθολογίας των συγκεκριμένων ασθενών, αλλά και της αναγκαιότητας για υπέρβαση της επαγγελματικής συνήθειας εκ μέρους των διαιτολόγων - διατροφολόγων: ο καθορισμός αυστηρών πλαισίων διατροφής και δίαιτας στους ασθενείς με Δ.Π.Τ. μπορεί να προκαλέσει υποτροπές.<sup>(71), (84)</sup>

Κύριος στόχος της διαιτολογικής παρέμβασης είναι η αποκατάσταση των μεταβολικών διαταραχών που προκύπτουν από τις ανάρμοστες διατροφικές συμπεριφορές που υιοθετούν αυτοί οι ασθενείς, η εκπαίδευσή τους σε σωστές διατροφικές συμπεριφορές και η εξάλειψη του φόβου αύξησης βάρους, με στόχο την επίτευξη και διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους.<sup>(85)</sup>

Παράλληλα με την επίτευξη του ιδανικού βάρους και τη διόρθωση των διατροφικών συμπεριφορών πρέπει να αντιμετωπιστούν, πάντα με τη βοήθεια και τη συνεργασία γιατρού, και οι ιατρικές επιπλοκές της διαταραχής. Επειδή, λοιπόν οι περισσότερες από αυτές, όπως συζητήθηκε και στο αντίστοιχο κεφάλαιο, είναι απόρροια της ανεπαρκούς ή λανθασμένης σίτισης, ο διαιτολόγος οφείλει να μην αμελήσει αυτό το ζήτημα.<sup>(71)</sup>

### **ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Τα κύρια χαρακτηριστικά των ανορεξικών ασθενών είναι η σημαντικά μειωμένη πρόσληψη τροφής και πιθανότατα η υπερβολική άσκηση. Αποτέλεσμα αυτών των πρακτικών είναι το χαμηλό σωματικό βάρος, που μπορεί να είναι μικρότερο και του 85% του επιθυμητού, και για τις γυναίκες η αμηνόρροια, τουλάχιστον για τρεις μήνες.<sup>(16)</sup>

Ο διαιτολόγος πρέπει να πάρει ένα πλήρες και λεπτομερές ιστορικό των διατροφικών συνηθειών και συμπεριφορών του ασθενούς. Και επειδή πολύ συχνά οι ανορεξικοί ασθενείς αποκρύπτουν ή τροποποιούν την αλήθεια όσο αφορά αυτό το θέμα, είναι ιδιαίτερα σημαντική η παρουσία τουλάχιστον ενός μέλους της οικογένειας του ασθενούς, ώστε να διασταυρώνονται οι πληροφορίες και επίσης να εξετάζονται οι αντιλήψεις και οι απόψεις της οικογένειας σε θέματα διατροφής, για να επιβεβαιώνεται ότι το περιβάλλον του ασθενούς απορρίπτει τις ανάρμοστες συμπεριφορές του. Στην πρώτη συνέντευξη, όπου γίνεται και η λήψη του ιστορικού, ο διαιτολόγος θέτει τις βάσεις μίας σχέσης εμπιστοσύνης, προκειμένου ο ασθενής να αποκαλύψει τους φόβους του για την κατανάλωση τροφής και να αρχίσει να ακολουθεί τις νέες διατροφικές συμβουλές. Ο διαιτολόγος πρέπει να ακούει τον ασθενή με ηρεμία και συμπάθεια και να δίνει σταθερές διατροφικές συμβουλές, ενώ σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να συμβιβαστεί και να αποδεχτεί οποιαδήποτε ανάρμοστη συμπεριφορά του ασθενούς.<sup>(3)</sup>

#### **Βασικοί στόχοι της διαιτολογικής παρέμβασης είναι:**

1) Η επίτευξη υγιούς σωματικού βάρους και καλής θρεπτικής κατάστασης.

Σε περίπτωση ταχείας και σοβαρής απώλειας βάρους (το σωματικό βάρος να είναι μικρότερο από το 75% του επιθυμητού) και παρουσία καταστάσεων σύνοδης νοσηρότητας, όπως αρρυθμία, βραδυκαρδία, υποκαλιαιμία, κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο.<sup>(27)</sup> Στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία, αν ο ασθενής δε δύναται να σιτιστεί από το στόμα, εφαρμόζεται εντερική σίτιση μέσω καθετήρα ή σπανιότερα παρεντερική σίτιση (δεν προτιμάται λόγω αυξημένου κινδύνου λοίμωξης), κεντρική ή περιφερική. Οι δύο τελευταίοι τρόποι σίτισης δεν εξασφαλίζουν ιδιαίτερη επιτυχία στην επανασίτιση των ανορεξικών

ασθενών, οι οποίοι αφενός νιώθουν ότι παραβιάζεται το σώμα τους και αφετέρου δεν εξοικειώνονται με τη διαχείριση των διατροφικών τους αναγκών.<sup>(3)</sup> Αν η απώλεια βάρους είναι τέτοια που δεν απειλεί άμεσα τη ζωή του, ο ασθενής παρακολουθείται σε εξωνοσοκομειακή βάση.

Και στις δυο περιπτώσεις, στόχος είναι η επίτευξη, τουλάχιστον του 90% του επιθυμητού βάρους ή του σωματικού βάρους στο οποίο εμφανίζεται η έμμηνος ρύση στις γυναίκες. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι για να επιτευχθεί έμμηνος ρύση, παράλληλα με την αύξηση του σωματικού βάρους, είναι απαραίτητο να συνυπάρχει αύξηση σωματικού λίπους στο 20-25% του σωματικού βάρους.<sup>(3)</sup> Για τα κορίτσια πριν την εμμηναρχή, το υγιές βάρος-στόχος, είναι το βάρος το οποίο επιτρέπει φυσιολογική σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη και το οποίο προκύπτει από τις ειδικές καμπύλες ανάπτυξης που αφορούν στα παιδιά. Ο ρυθμός αύξησης του βάρους δε θα πρέπει να ξεπερνάει το 0,5 με 1,5 κιλό την εβδομάδα, ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς και με το αν η θεραπεία του είναι ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή.<sup>(3), (28)</sup> Αυτό επιτυγχάνεται με θερμιδική πρόσληψη ύψους 30-40 kcal ανά κιλό σωματικού βάρους ανά ημέρα, δηλαδή 1.200-1.600 kcal <sup>(3)</sup> ημερησίως για τις γυναίκες και 4.000-4.500 kcal ημερησίως για τους άνδρες. Ειδικά για τις γυναίκες για να επιτευχθεί η πλήρης αποκατάσταση του βάρους, η ενεργειακή πρόσληψη πρέπει να κυμαίνεται στις 3.000 kcal ημερησίως. Όταν οι ανορεξικοί ασθενείς φτάσουν στο επιθυμητό βάρος, η θερμιδική πρόσληψη πρέπει να μειώνεται ώστε να συναντά τις ενεργειακές τους ανάγκες.<sup>(3)</sup> Επειδή ο Βασικός Μεταβολισμός αυτών των ασθενών είθισται να είναι πολύ χαμηλότερος από αυτόν που εκτιμάται μέσω των εξισώσεων, ο προσδιορισμός της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης μπορεί να γίνει ακριβέστερα αν υπάρχει η δυνατότητα έμμεσης θερμιδομετρίας. Στον υπολογισμό της ενεργειακής πρόσληψης πρέπει να λαμβάνεται το ύψος της φυσικής δραστηριότητας του ασθενούς, αφού, όπως προαναφέρθηκε, αυτοί οι ασθενείς συχνά ασκούνται υπερβολικά. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η θεραπευτική ομάδα μπορεί να συμφωνήσει ως προς το βαθμό που επιτρέπει στον ασθενή να ασκηθεί, ώστε ο διαιτολόγος να λάβει υπόψη του τις επιπλέον ενεργειακές ανάγκες του ασθενούς στη συνολική προσπάθεια επίτευξης του βάρους-στόχου. Ο σωστός ρυθμός επανασίτισης είναι σημαντικός για την αποφυγή κατακρατήσεων υγρών που παρατηρούνται συχνά λόγω του μακροχρόνιου υποσιτισμού και που συνήθως πανικοβάλλουν τους ασθενείς.

Το πρόγραμμα διατροφής θα πρέπει να εξασφαλίζει μέτρια πρόσληψη πρωτεΐνης (20%), χαμηλή πρόσληψη λιπαρών (30%) και υψηλή πρόσληψη υδατανθράκων (50%).

Παρόλα αυτά, δε συστήνεται υψηλή πρόσληψη φυτικών ινών, λόγω του ότι προκαλούν γρήγορο αίσθημα κορεσμού και μειώνουν τη θερμιδική πυκνότητα της διατροφής.

Κατά το σχεδιασμό του διατροφικού προγράμματος, είναι απαραίτητο να γίνεται τακτικός έλεγχος του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών, κυρίως του καλίου, του νατρίου, του φωσφόρου, του ασβεστίου και του μαγνησίου, και να συστήνεται, εάν είναι απαραίτητο, η συμπληρωματική τους πρόσληψη.

Εκτός από τη βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς, η αύξηση του σωματικού βάρους φαίνεται να επηρεάζει θετικά τις πνευματικές λειτουργίες και την ψυχική διάθεση του ασθενούς, γεγονός σημαντικό για τη συνεργασία του στην όλη θεραπεία.<sup>(85)</sup>

## 2) Τροποποίηση διατροφικής συμπεριφοράς

Αποτελεί το μεγαλύτερο και πιο επίπονο κομμάτι της θεραπείας και βασίζεται στη σταδιακή αλλά και διαρκή εκπαίδευση του ασθενούς, με στόχο την ελάττωση του φόβου απέναντι στην αύξηση της κατανάλωσης τροφής και την αύξηση του βάρους.<sup>(28)</sup> Αν και οι

ανορεξικοί ασθενείς δείχνουν να γνωρίζουν πολλά γύρω από τη διατροφή, στην πραγματικότητα, το μόνο που γνωρίζουν είναι η θερμιδική αξία των τροφών, διαχωρίζοντάς τις κυρίως σε παχυντικές και μη παχυντικές. Έτσι απορρίπτουν τα γλυκά, τα λίπη, τα κρέατα, τα τυριά, αλλά και τους υδατάνθρακες (ψωμί, ζυμαρικά, πατάτες) και περιορίζονται στην κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, άπαχων γαλακτοκομικών και γενικά τροφών που θεωρούν ασφαλή, κι αυτά πάλι σε περιορισμένες ποσότητες.

Ο διαιτολόγος οφείλει να λάβει σοβαρά υπόψη του τους φόβους του ασθενούς για απώλεια ελέγχου και αύξηση του βάρους του. Έτσι, αρχικά, η διαιτητική παρέμβαση πρέπει να στοχεύει περισσότερο σε ποιοτικές, παρά σε ποσοτικές αλλαγές. Είναι χρήσιμο λοιπόν να διδάξει τον ασθενή, με απλά λόγια, καταρχήν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο οργανισμός του, πώς χειρίζεται τις τροφές και πώς επιτυγχάνεται η ρύθμιση του σωματικού βάρους. Ο διαιτολόγος θα πρέπει να σχεδιάσει το πρόγραμμα διατροφής μαζί με τον ασθενή, θέτοντας, παράλα αυτά, συγκεκριμένες προϋποθέσεις, αλλά και παρέχοντας τη δυνατότητα επιλογών, όπως πίνακες ανταλλαγών ισοδυνάμων, πυραμίδα διατροφής, έτσι ώστε ο ασθενής να νιώσει ότι έχει τη δυνατότητα ελέγχου της διατροφής του.<sup>(85)</sup>

Η ρύθμιση της πρόσληψης υγρών είναι επίσης σημαντική, καθώς πολλοί ασθενείς περιορίζουν και την πρόσληψη νερού, ενώ είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστεί η πιθανώς υπάρχουσα δυσκοιλιότητα.<sup>(28)</sup> Σημαντικός είναι επίσης ο έλεγχος της οστικής μάζας και ο καθορισμός συμπλήρωσης της διατροφής με βιταμίνη D και ασβέστιο.

Εξαιρετικά σημαντική είναι και η συμμετοχή της οικογένειας κατά τη διάρκεια διατροφικής εκπαίδευσης του ασθενούς, με πρώτο πρακτικό βήμα την παρουσία τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων του ασθενούς, περισσότερο με την έννοια της συμπαράστασης παρά του εκφοβισμού.<sup>(85)</sup>

### **ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ**

Υπάρχουν περισσότερες ομοιότητες παρά διαφορές, στη διαιτητική προσέγγιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας και της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Όπως στην Ψυχογενή Ανορεξία η ανεπαρκής ενεργειακή πρόσληψη οδηγεί στην απίσχναση, έτσι και ο χαοτικός τρόπος διατροφής, με τις εναλλασσόμενες περιόδους πολυφαγίας και αυστηρού περιορισμού ή κάθαρσης στην Ψυχογενή Βουλιμία οδηγούν σε αποπροσανατολισμό των φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού.<sup>(3)</sup>

Οι βουλιμικοί ασθενείς διατηρούν κατά κανόνα φυσιολογικό βάρος, οπότε δε χρειάζεται να ακολουθήσουν κάποιο διατροφικό πρόγραμμα πρόσληψης βάρους. Η διαιτητική παρέμβαση στην Ψυχογενή Βουλιμία έχει ως κύριο στόχο τη μείωση των κύκλων υπερφαγίας - αποβολής της τροφής και την εδραίωση φυσιολογικού τρόπου διατροφής.<sup>(3), (28)</sup> Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, ο ασθενής πρέπει να εκπαιδευτεί στις βασικές αρχές λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς και στις βασικές αρχές σωστής επιλογής των τροφών και καταμερισμού των γευμάτων, με στόχο την επίτευξη υγιούς σωματικού βάρους.

Το πρόγραμμα διατροφής θα πρέπει να είναι δομημένο μεν αλλά ελαστικό, έτσι ώστε να μην οδηγεί τον ασθενή σε φόβο για απώλεια ελέγχου της διατροφής του. Το πρόγραμμα πρέπει να παρέχει φυσιολογική πρόσληψη πρωτεϊνών, υδατανθράκων, λιπών, βιταμινών και μετάλλων και θα πρέπει να καλύπτει τις ημερήσιες θερμιδικές ανάγκες. Θα πρέπει επίσης να παρέχει 3-4 κύρια γεύματα και 1-2 μικρογεύματα την ημέρα, ενώ θα πρέπει να ζητείται από τον ασθενή να μην καταναλώνει οτιδήποτε δεν περιλαμβάνεται στο πρόγραμμά του. Η ενθάρρυνση του ασθενούς να καταγράφει το βάρος του, καθώς και τις τροφές που καταναλώνει ημερησίως, του δίνει την αίσθηση της ασφάλειας και του ελέγχου, όσον αφορά στο σωματικό του βάρος.<sup>(85)</sup>

Εκτός από τις παραπάνω καταγραφές, ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί εάν καταγράψει συναισθήματα και καταστάσεις που τον οδηγούν σε κρίσεις υπερφαγίας. Λόγω του ότι πολλές φορές στις κρίσεις υπερφαγίας χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες τροφές, καλό θα είναι οι τροφές αυτές να εισάγονται αργότερα στο πρόγραμμα διατροφής.

Ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία κάνουν αρκετά συχνά (σε ποσοστό 30 - 37 %) κατάχρηση αλκοόλ ή και ναρκωτικών ουσιών<sup>(39)</sup>, με τις ανάλογες συνέπειες στον οργανισμό. Τέτοιοι ασθενείς αντιμετωπίζονται κυρίως στο νοσοκομείο, λόγω του ότι η θεραπεία τους είναι αρκετά περίπλοκη, δύσκολη και απαιτεί τη συνεργασία ομάδας ειδικών θεραπευτών. Η βιβλιογραφία αναφέρει επίσης αυξημένα περιστατικά ψυχογενούς βουλιμίας σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη. Οι ασθενείς αυτές πολλές φορές μειώνουν τη δόση της ινσουλίνης, προκειμένου να μειώσουν το σωματικό τους βάρος. Η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών είναι ιδιαίτερα δύσκολη, κυρίως λόγω του αυξημένου κινδύνου επιπλοκών από τον αρρυθμιστο διαβήτη. Και στην περίπτωση αυτή είναι απαραίτητη η διατροφική εκπαίδευση παράλληλα με την ψυχολογική υποστήριξη.<sup>(85)</sup>

### ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ενδονοσοκομειακής Θεραπείας συνήθως χρήζουν οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία καθώς οι ψυχολογικές και σωματικές επιπλοκές που αντιμετωπίζουν είναι κατά κανόνα σοβαρότερες από εκείνες που εντοπίζονται σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία. Οι τελευταίοι νοσηλεύονται σπάνια και συνήθως λόγω των εκτεταμένων ηλεκτρολυτικών διαταραχών ή για τη θεραπεία των γαστρεντερικών προβλημάτων τους, όταν αυτά χρήζουν ιδιαίτερης Θεραπείας (π.χ. χειρουργική παρέμβαση για τη θεραπεία της γαστρικής ρήξης ή χειρουργική αφαίρεση τμήματος του εντέρου λόγω παρατεταμένης και υπερβολικής χρήσης καθαρτικών).<sup>(27)</sup>

Η απόφαση για νοσηλεία ενός ασθενούς με Ψυχογενή Ανορεξία βασίζεται αφενός στη σωματική του κατάσταση και αφετέρου στο βαθμό που ο ίδιος προτίθεται να συνεργαστεί με τους θεραπευτές. Άλλωστε, η μακροπρόθεσμη και ουσιαστική επιτυχία της Θεραπείας βασίζεται στην εκούσια συνεργασία του ασθενή με του υπεύθυνους θεραπευτές του. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι αδιάφοροι ή αντιστέκονται στη Θεραπεία. Σπάνια αποδέχονται τις συστάσεις για νοσηλεία χωρίς διαφωνίες ή κριτική για το προσφερόμενο πρόγραμμα, γι' αυτό και υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των συγγενών στη θεραπευτική ομάδα είναι απαραίτητες όταν πρέπει να εκτελεστούν αυστηρές οδηγίες. Οι οικογένειες των ασθενών πρέπει να προειδοποιούνται ότι ο ασθενής ενδέχεται να αντισταθεί στη Θεραπεία και ειδικά τις πρώτες εβδομάδες θα επιχειρήσει πολλές δραματικές εκκλήσεις για υποστήριξη από την οικογένεια, για να αποφύγει το πρόγραμμα νοσηλείας. Μόνο όταν είναι πιθανός ο κίνδυνος θανάτου από τις επιπλοκές της διαταραχής πρέπει να εφαρμόζεται αναγκαστική νοσηλεία ή εγκλεισμός.<sup>(22)</sup>

Η ακριβής Θεραπευτική προσέγγιση εξαρτάται τόσο από την κατάσταση των ασθενών όσο και από τις επιλογές της ομάδας των θεραπευτών.<sup>(1), (22)</sup> Πάραυτα υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που απαραίτητως περιλαμβάνονται στην ενδονοσοκομειακή Θεραπεία και αυτά είναι η θρεπτική αποκατάσταση, η αντιμετώπιση των ιατρικών επιπλοκών, η ψυχολογική Θεραπεία και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.<sup>(41)</sup>



## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά τους μήνες **Φεβρουάριο-Μάρτιο του 2004** και αφορά τις διατροφικές συμπεριφορές και τα συναισθήματα που συσχετίζονται με τη διατροφή στους νέους.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε το «**Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Ψυχολογίας της Διατροφής**» (Multidimensional Psychology of Eating Questionnaire - MPEQ) του Dr. William E. Snell, Jr. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν πραγματεύεται τις διατροφικές συνήθειες των ερωτηθέντων, αλλά τα συναισθήματα αυτών απέναντι στις διατροφικές τους συνήθειες. Με τη χρήση του αντλήσαμε πληροφορίες για τα συναισθήματα που γεννούν οι διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις στους εφήβους π.χ. ικανοποίηση, ανησυχία, κατάθλιψη, θυμός, ενοχή και ντροπή, όπως επίσης το πόσο υπεύθυνοι νιώθουν για τις διατροφικές τους συνήθειες και πόσο ικανοί να τις βελτιώσουν.

Το ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε σε μαθητές Ενιαίων Λυκείων και Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (Τ.Ε.Ε.) και των τριών τάξεων (Α', Β', Γ', Λυκείου) της Αττικής και της Σητείας καθώς επίσης και σε πρωτοετείς\* φοιτητές του Τμήματος Διατροφής & Διαιτολογίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο οικειοθελώς, ώστε να εξασφαλιστεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια στις απαντήσεις. Το **δείγμα** περιλάμβανε 424 άτομα. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τέτοιο τρόπο, ώστε να προκύψουν συγκρίσεις βάση των ακόλουθων παραμέτρων: **α. φύλο** (139 αγόρια, 285 κορίτσια), **β. πόλη** (111 άτομα που μένουν μόνιμα στη Σητεία, 313 άτομα που μένουν μόνιμα στην Αθήνα την χρονική περίοδο που διεξάγεται η έρευνα), **γ. τάξη** (127 μαθητές της Α' τάξης, 136 μαθητές της Β' τάξης και 110 μαθητές Γ' τάξης του Λυκείου), **δ. τύπος σχολείου** (373 μαθητές εκ των οποίων 223 φοιτούν σε Ενιαία Λύκεια και 150 σε Τ.Ε.Ε. και 51 πρωτοετείς φοιτητές).

**α.** Οι συγκρίσεις γίνονται μεταξύ αγοριών και κοριτσιών.

**β.** Οι συγκρίσεις γίνονται μεταξύ της πρωτεύουσας (Αθήνα) και μιας μικρής επαρχιακής πόλης (Σητεία), όπου οι επιλογές για ανθυγιεινά τρόφιμα είναι περιορισμένες, διότι απουσιάζουν αλυσίδες εστιατορίων τύπου fast food και οι ρυθμοί της ζωής πολύ πιο ήπιοι απ' ότι στην πρωτεύουσα.

**γ.** Οι συγκρίσεις γίνονται μεταξύ ατόμων διαφορετικών ηλικιών\*\* (Α' τάξη: 15,5-16,5 ετών κατά μέσο όρο, Β' τάξη: 16,5-17,5 ετών κατά μέσο όρο, Γ' τάξη: 17,5-18,5 ετών κατά μέσο όρο, Πρωτοετείς φοιτητές : 18,5-20 ετών) και με διαφορετικό φόρτο εργασίας, καθώς οι μαθητές που φοιτούν στις μεγαλύτερες τάξεις έχουν κατά κανόνα πιο βεβαρημένο πρόγραμμα από εκείνους των μικρότερων τάξεων και από τους φοιτητές.

**δ.** Οι συγκρίσεις γίνονται μεταξύ μαθητών που κατά κανόνα ζουν με τις οικογένειές τους (παροχή συναισθηματικής ασφάλειας και επιλογή μαγειρεμένων γευμάτων) και φοιτητών που ζουν κατά κανόνα μόνοι τους (συναισθηματική ανασφάλεια και πιθανές δυσκολίες παρασκευής γευμάτων), μεταξύ μαθητών Ενιαίων Λυκείων και Τ.Ε.Ε., εκ των οποίων οι πρώτοι στην τελευταία τάξη έχουν συνήθως περισσότερο άγχος λόγω των εξετάσεων εισαγωγής στα ανώτερα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Παράλληλα, υπάρχει διαφορά στο επίπεδο της εκπαίδευσης και στην αντίληψη των καθημερινών καταστάσεων. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές του τμήματος Διατροφής & Διαιτολογίας έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι απέναντι στη διατροφή, αφού την επιλέγουν ως αντικείμενο σπουδών, οι μαθητές των Ενιαίων Λυκείων έχουν γενικευμένες γνώσεις οι οποίες ενδέχεται να περιλαμβάνουν και κάποιες βασικές αρχές διατροφής και οι μαθητές των Τ.Ε.Ε. λαμβάνουν εξειδικευμένες γνώσεις σύμφωνα με το αντικείμενο των σπουδών τους.

Ο σκοπός της έρευνας ήταν να προσδιοριστούν τα συναισθήματα των ατόμων σχετικά με τη διατροφή, το αν τους προβληματίζουν οι διατροφικές τους συνήθειες και το κατά πόσο η διατροφική τους συμπεριφορά προσεγγίζει εκείνη των ατόμων με Δ.Π.Τ.

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης **SPSS**.

*\* Η επιλογή των πρωτοετών και ο αποκλεισμός των υπολοίπων φοιτητών δεν ήταν τυχαία. Επειδή το αντικείμενο της σχολής είναι η διατροφή, τα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο έπρεπε να είναι ανυποψίαστα ώστε να μην αποφύγουν τις ειλικρινείς απαντήσεις*

*\*\* Το φάσμα ηλικιών των συμμετεχόντων στην έρευνα κυμαίνεται από τα 14,5 ως τα 25 έτη και ο μέσος όρος ηλικιών είναι τα 17 έτη, ηλικίες υψηλής επικινδυνότητας για την εμφάνιση των Δ.Π.Τ.*



## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Για την καλύτερη κατανόηση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων, αυτά έχουν κατηγοριοποιηθεί ως εξής:

- **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ**

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται: η αισιοδοξία (EATING OPTIMISM), η τελειομανία (EATING PERFECTIONISM), ο έλεγχος (EATING MONITORING), η αυτοεκτίμηση (EATING SELF-ESTEEM) και τα διατροφικά σχήματα (EATING SELF-SCHEMATA).

- **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΗΣ**

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται: ο φόβος του να γίνει κανείς υπέρβαρος (OVERWEIGHT FEAR), η κατάθλιψη (EATING DEPRESSION), η ικανοποίηση (EATING SATISFACTION), το άγχος (EATING ANXIETY), η ενοχή και η ντροπή (EATING GUILT AND SHAME) και ο θυμός (EATING ANGER).

- **ΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται: η υγιής όρεξη (HEALTHY EATING APPETITE), η κινητοποίηση για την ανάπτυξη υγιεινών συνηθειών διατροφής (HEALTHY EATING MOTIVATION) και η κινητοποίηση για την αποφυγή των ανθυγιεινών συνηθειών διατροφής (MOTIVATION TO AVOID UNHEALTHY EATING).

- **ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ Δ.Π.Τ.**

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται: η διαχείριση των Δ.Π.Τ. (EATING DISORDER MANAGEMENT), η πρόληψη των Δ.Π.Τ. (EATING DISORDER PREVENTION) και ευθύνη για την ανάπτυξη Δ.Π.Τ. (EATING DISORDER SELF-BLAME).

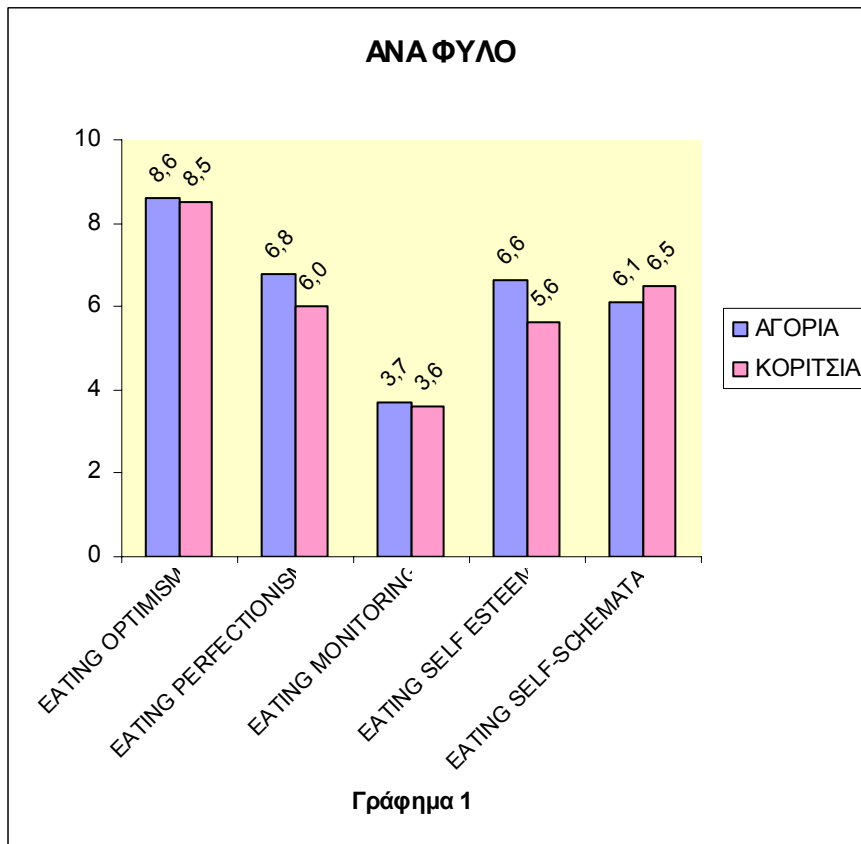
- **ΕΠΙΡΡΟΕΣ-ΤΙ ΚΑΘΟΡΙΖΕΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ**

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται: οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες κάποιου από την οικογένεια, το οικείο περιβάλλον και τα πρότυπα που προβάλλονται (POWERFUL OTHER EATING LOCUS OF CONTROL), οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες από την τύχη (CHANCE EATING LOCUS OF CONTROL) και οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες από το ίδιο το άτομο (INTERNAL EATING LOCUS OF CONTROL).

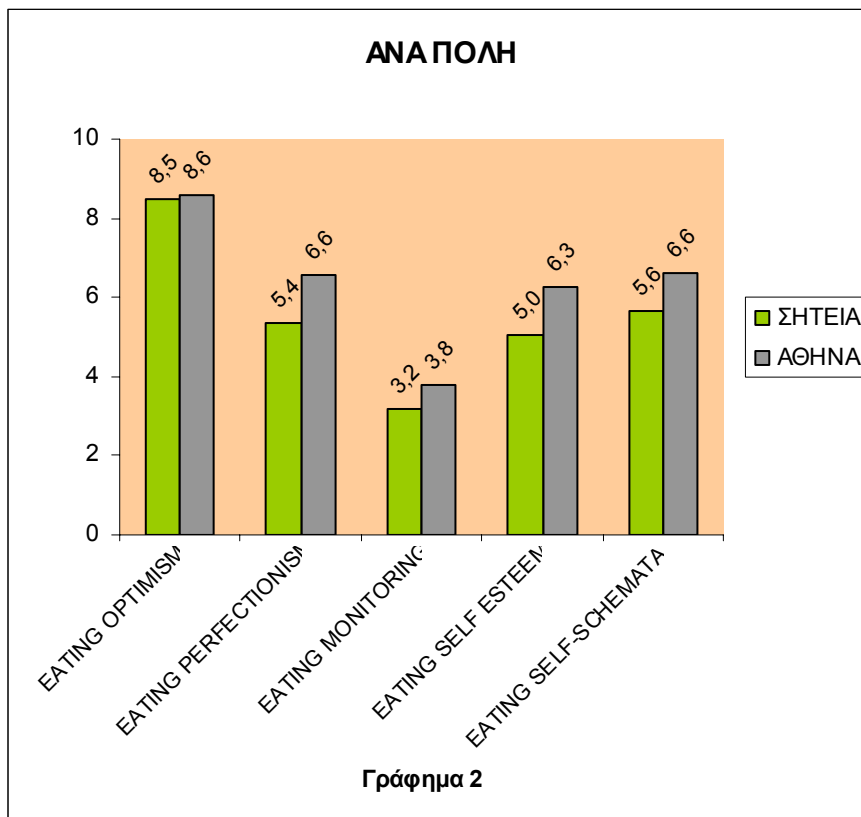
- **ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ-ΑΤΟΜΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται: η προσκόλληση στις αντιλήψεις (EATING ASSERTIVENESS), η εφαρμογή κατάλληλων διατροφικών συνηθειών ώστε να γίνεται κάποιος κοινωνικά αρεστός (VALIDITY EATING SOCIAL DESIRABILITY), η επίγνωση των διατροφικών συνηθειών (EATING CONSCIOUSNESS), η αντίληψη της διατροφικής κατάστασης που επιτυγχάνεται μέσω των τρεχουσών διατροφικών συμπεριφορών (EATING STATUS SELF-PERCEPTION) και ο χειρισμός και η επίγνωση των θρεπτικών αναγκών (EATING SELF-EFFICACY).

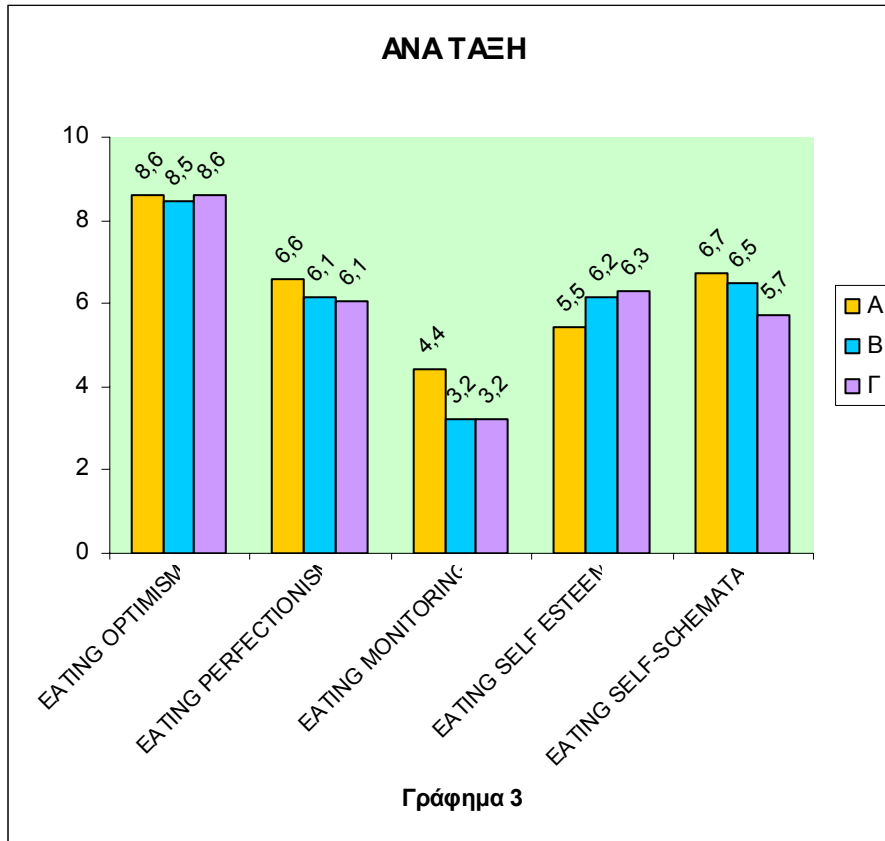
**ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ**



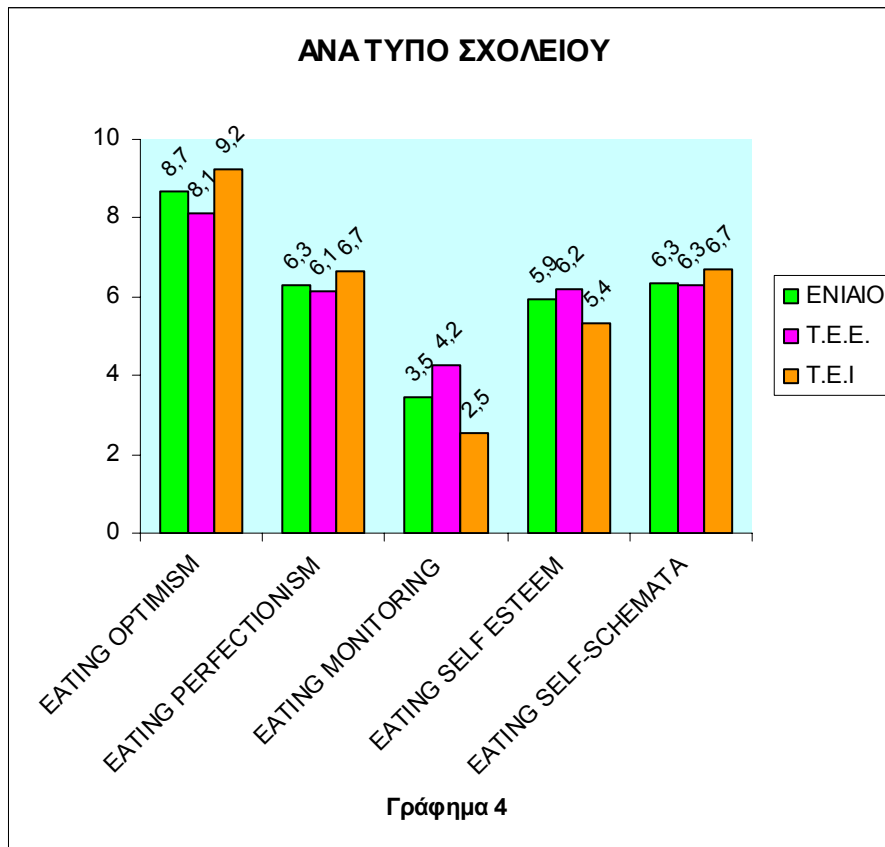
*Όπως φαίνεται από το σχεδιάγραμμα τα αγόρια είναι πιο αισιόδοξα και πιο τελειομανή όσο αφορά στις διατροφικές τους συνήθειες. Μπορούν να ελέγξουν σχεδόν εξίσου καλά με τα κορίτσια τις διατροφικές τους συνήθειες και νιώθουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, ενώ τα κορίτσια εμμένουν περισσότερο στη διατήρηση των διατροφικών τους σχημάτων.*



*Τα παιδιά που ζουν στη Σητεία εμφανίζονται λιγότερο αισιόδοξα και τελειομανή όσο αφορά στις διατροφικές τους συνήθειες έναντι των παιδιών που ζουν στην Αθήνα, που ελέγχουν καλύτερα τη διατροφή τους και φαίνονται να έχουν περισσότερη αυτοεκτίμηση και να επιμένουν στα διατροφικά σχήματα που έχουν ήδη επιλέξει.*

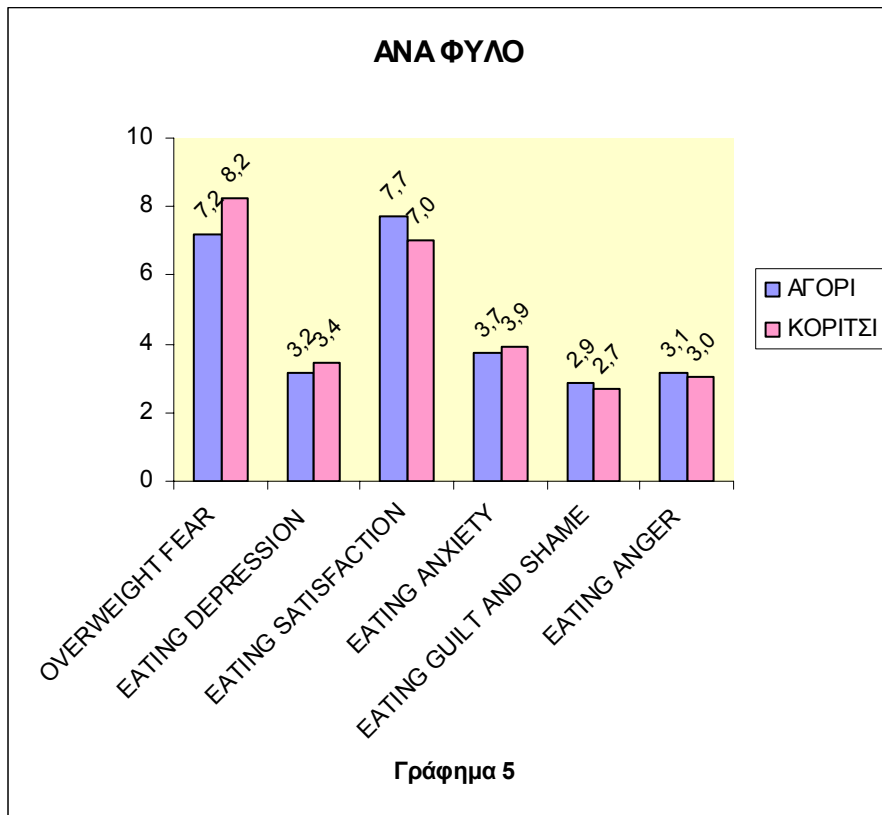


*Η διατροφική αισιοδοξία, η διατροφική τελειομανία, ο έλεγχος των διατροφικών συνηθειών και η προσκόλληση στα ήδη επιλεγμένα διατροφικά σχήματα μειώνονται, ενώ η διατροφική αυτοεκτίμηση αυξάνεται καθώς αυξάνεται η ηλικία.*

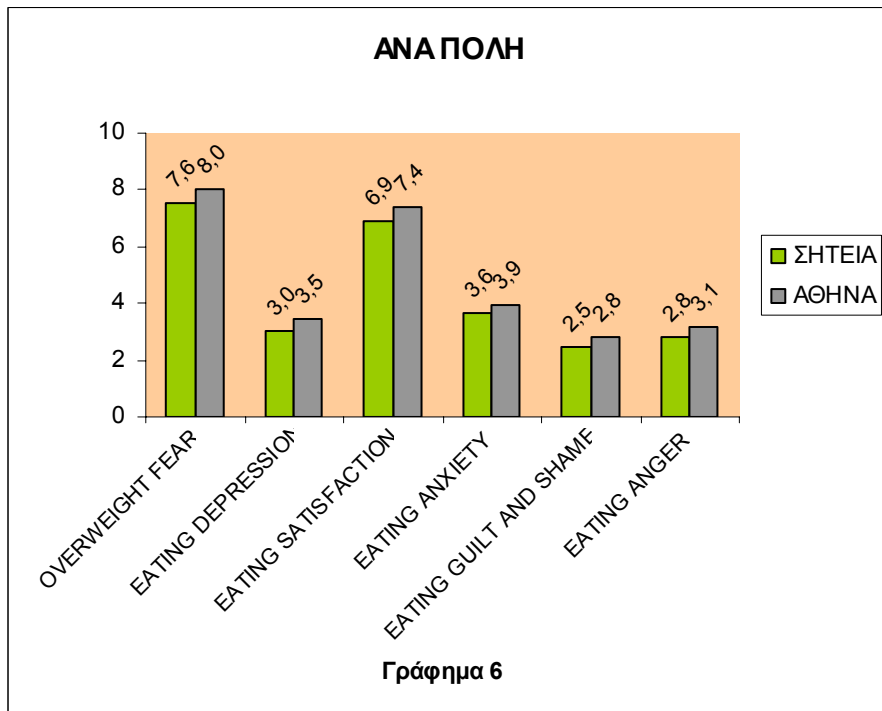


*Οι φοιτητές του Τ.Ε.Ι. εμφανίζονται περισσότερο αισιόδοξοι, τελειομανείς και σταθεροί στα διατροφικά τους σχήματα. Οι μαθητές των Τ.Ε.Ε. είναι πιο ικανοί να ελέγξουν τις διατροφικές τους συνήθειες και έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση από τους υπόλοιπους. Εδώ ας επισημάνουμε ότι οι φοιτητές κρίνουν αυστηρότερα λόγω αντικειμένου σπουδών.*

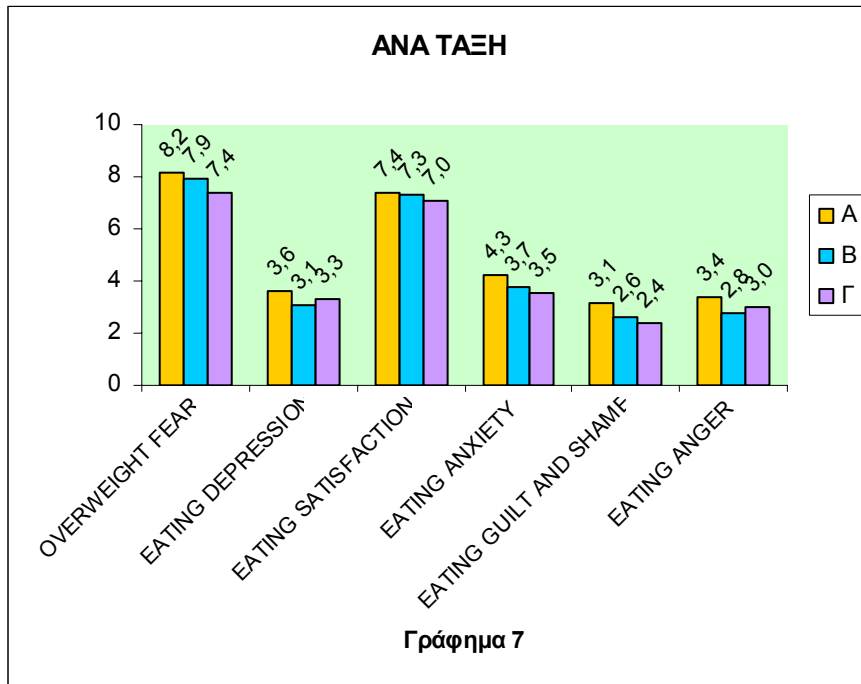
**ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΗΣ**



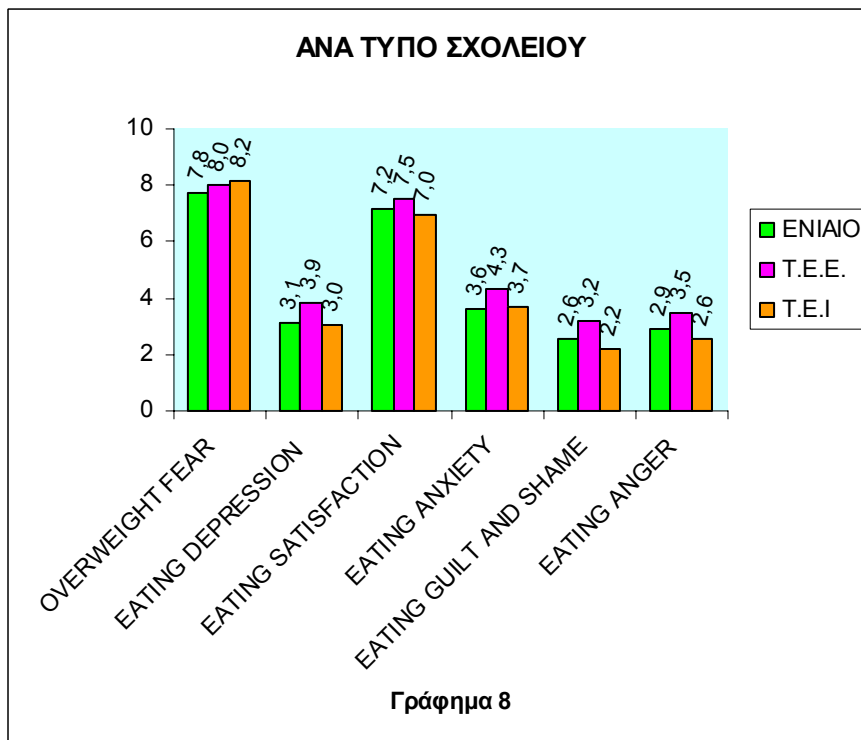
Όσον αφορά στα συναισθήματα που προκαλούνται από την κατανάλωση τροφής, τα κορίτσια νιώθουν κατάθλιψη σε μεγαλύτερο βαθμό, ανησυχούν και φοβούνται μην πάρουν βάρος περισσότερο από τα αγόρια, που αντλούν ικανοποίηση από την κατανάλωση τροφής αλλά ταυτόχρονα ντρέπονται περισσότερο και βιώνουν εντονότερα απ' τα κορίτσια ενοχές, ντροπή και θυμό.



Τα παιδιά που κατοικούν στη Σητεία φαίνεται πως βιώνουν πιο ήπια όλα τα συναισθήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση τροφής συγκριτικά με τα παιδιά που κατοικούν στην Αθήνα.

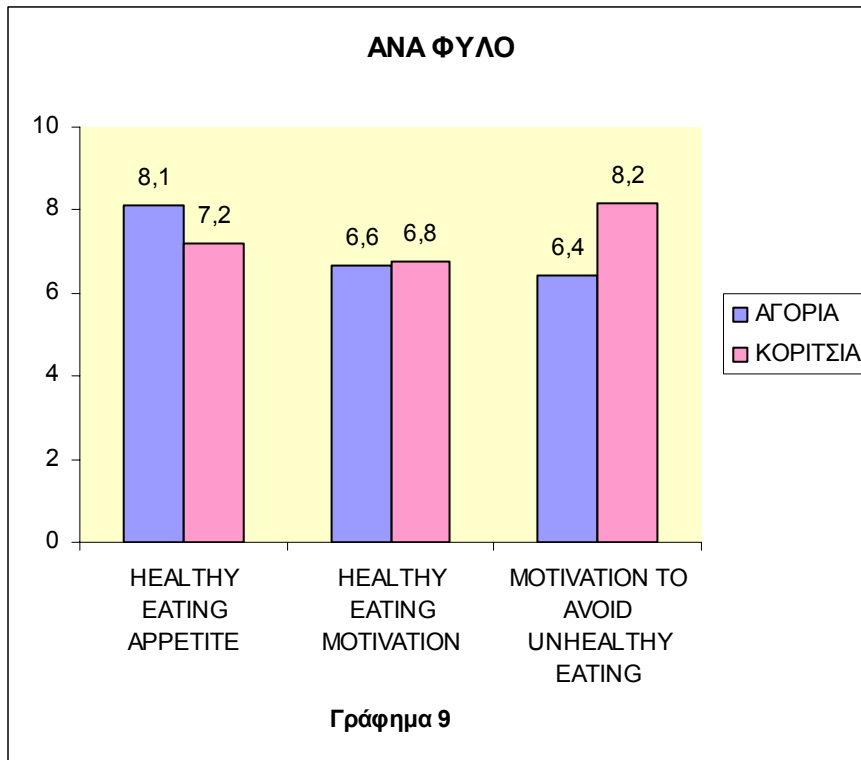


*Καθώς φαίνεται, τα παιδιά μεγαλώνοντας απενοχοποιούν την κατανάλωση φαγητού, ανησυχούν λιγότερο και βιώνουν λιγότερο έντονα τα συναισθήματα που προκαλούνται από την κατανάλωση τροφής.*

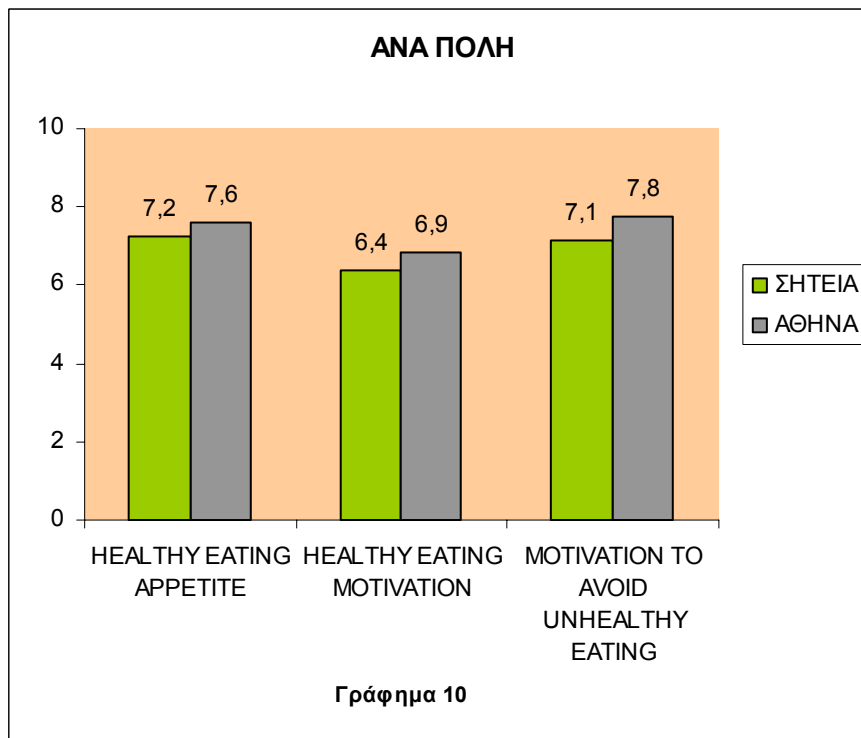


*Οι μαθητές των Τ.Ε.Ε. φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο συναισθηματικά από την κατανάλωση τροφής έναντι των μαθητών των Ενιαίων Λυκείων και των φοιτητών, ενώ οι τελευταίοι φοβούνται περισσότερο από τους μαθητές μη γίνουν υπέρβαροι.*

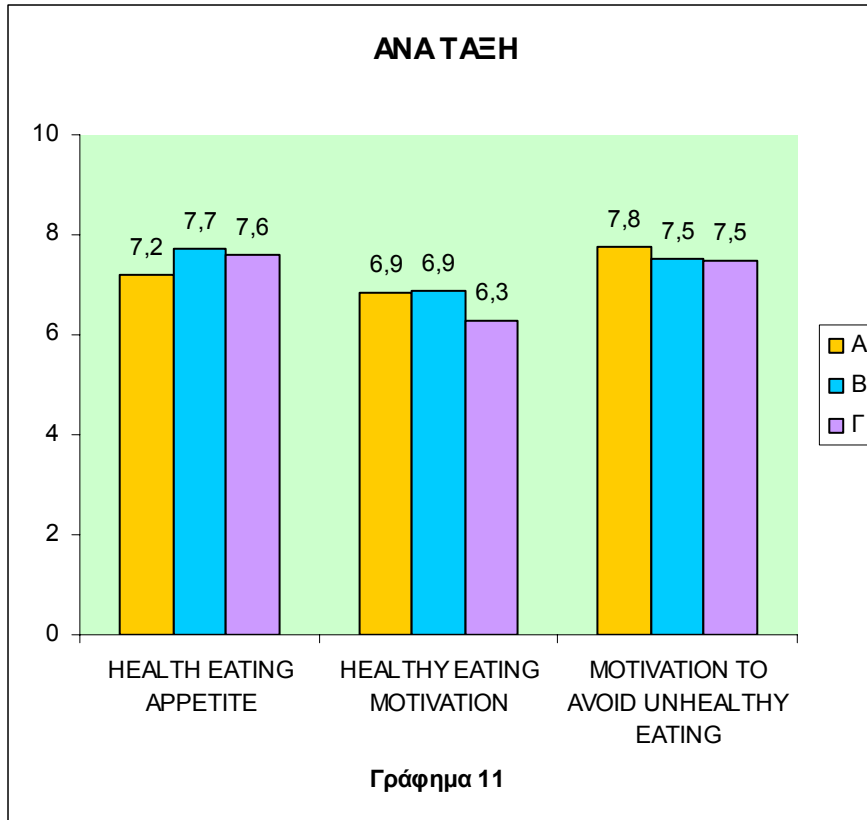
**ΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**



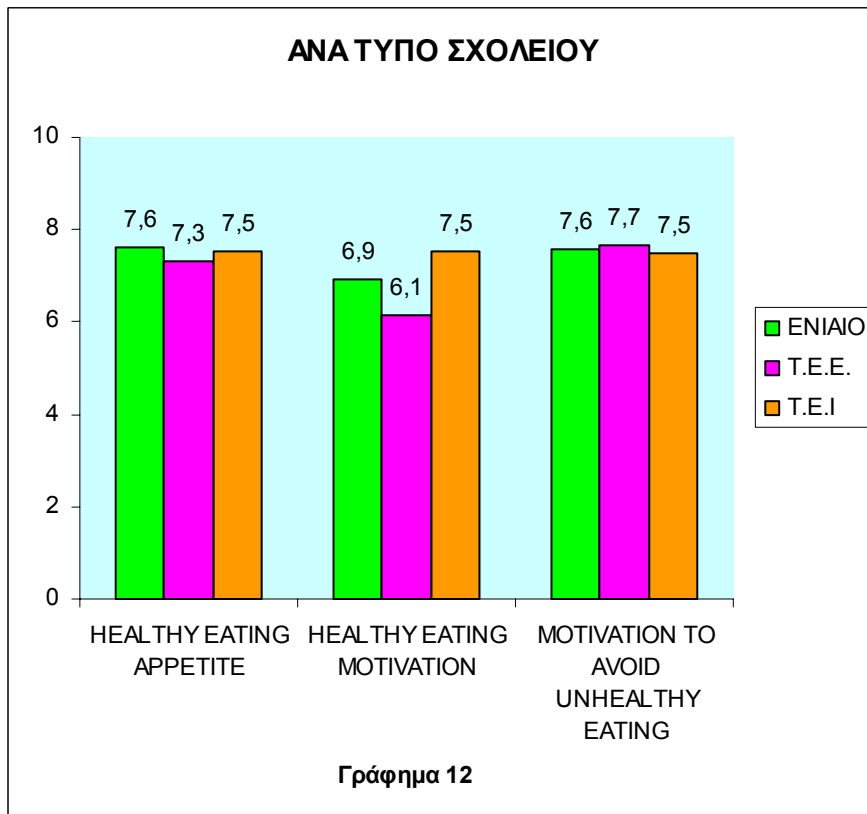
*Τα αγόρια έχουν ισχυρότερη όρεξη από τα κορίτσια, ενώ τα κορίτσια είναι πιο κινητοποιημένα στο να ακολουθήσουν μια υγιεινή διατροφή και να αποφύγουν ανθυγιεινές τροφές.*



*Τα παιδιά που κατοικούν στην Αθήνα εμφανίζονται με ισχυρότερη όρεξη και περισσότερο ευαισθητοποιημένα ως προς την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών από τα παιδιά της Σητείας.*

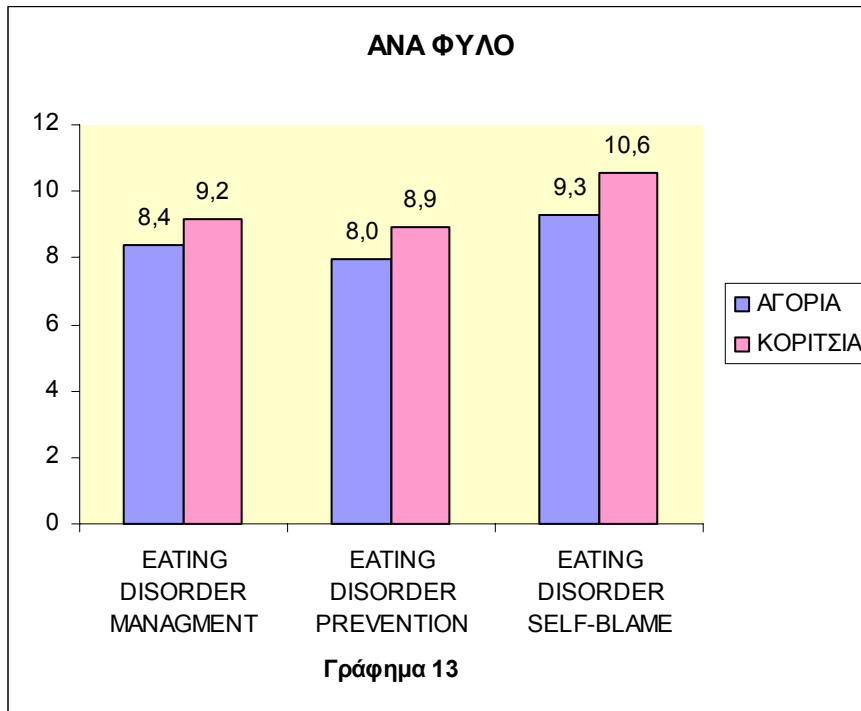


*Οι μαθητές της β΄ λυκείου φαίνεται να έχουν την ισχυρότερη όρεξη, ενώ οι μαθητές της α΄ λυκείου εμφανίζουν περισσότερο ενδιαφέρον προς την υγιεινή διατροφή.*

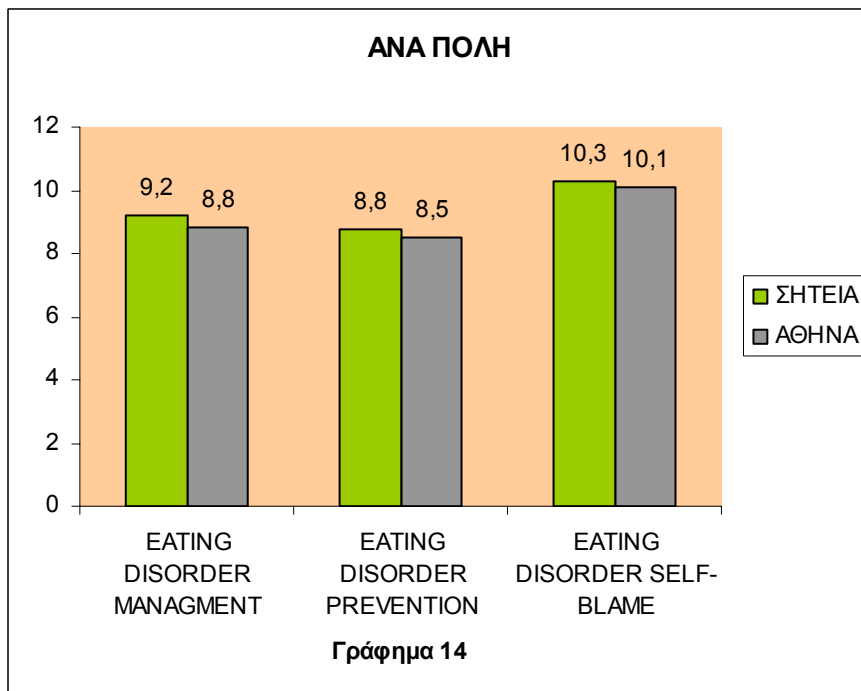


*Οι φοιτητές διατηρούν μια υγιή και ισχυρή όρεξη ενώ παράλληλα είναι περισσότερο κινητοποιημένοι προς την υγιεινή διατροφή, ενώ οι μαθητές των λυκείων δίνουν λίγο περισσότερη προσοχή στο να αποφεύγουν τις ανθυγιεινές τροφές.*

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

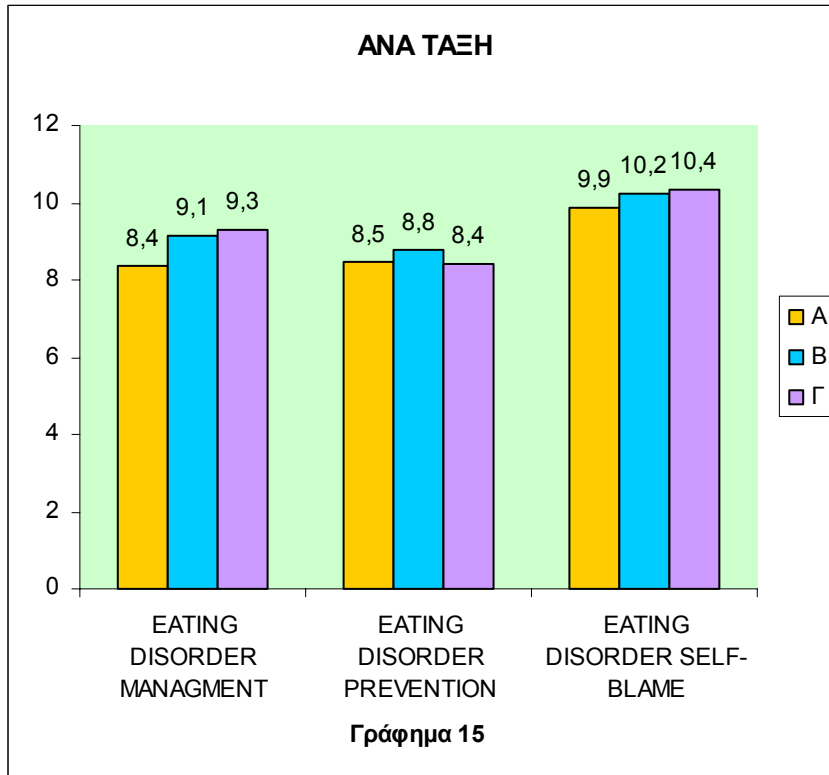


*Τα κορίτσια εμφανίζονται πιο υπεύθυνα για τις διατροφικές τους αποκλίσεις και θεωρούν ότι η εμφάνιση και αντιμετώπιση κάποιας διατροφικής διαταραχής εξαρτάται από τις ίδιες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα αγόρια.*

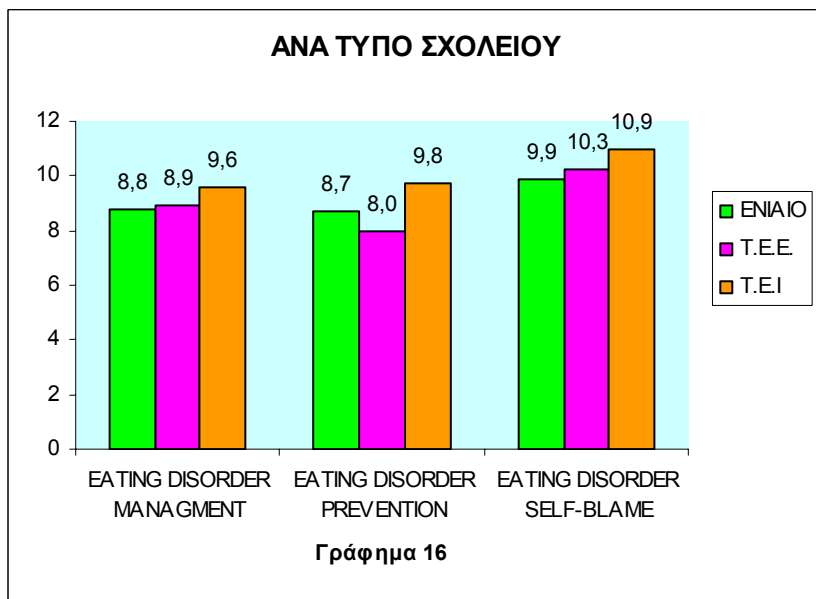


*Τα παιδιά της Σητείας νιώθουν πιο υπεύθυνα και πιο ικανά ώστε να αποφύγουν ή να αντιμετωπίσουν μια διατροφική διαταραχή έναντι των παιδιών που ζουν στην Αθήνα.*



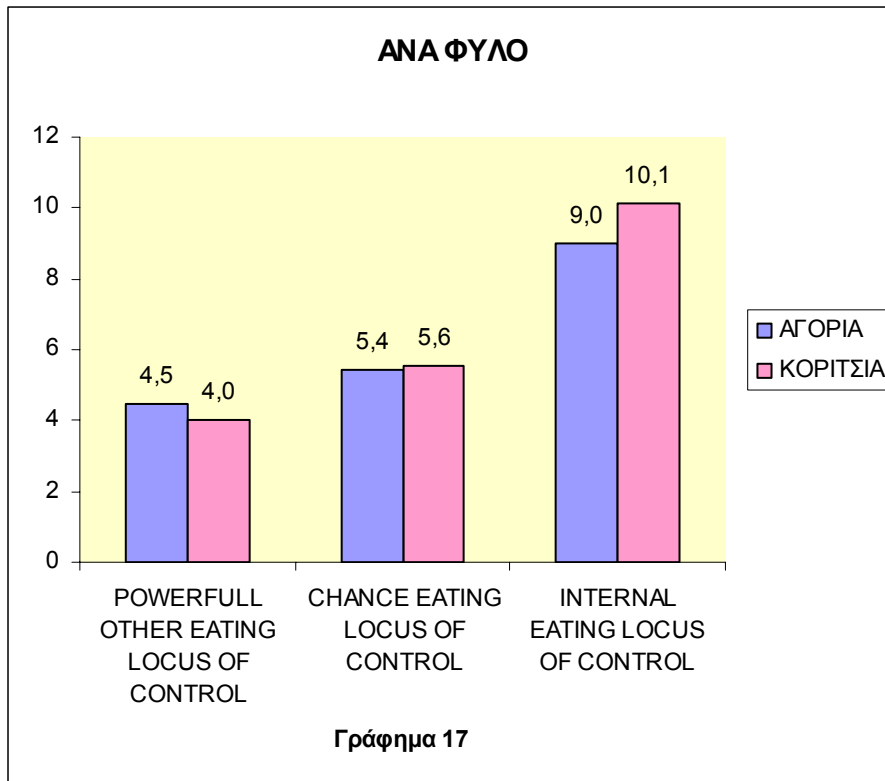


*Όσο μεγαλώνουν οι μαθητές φαίνονται πιο ικανοί να διαχειριστούν τις διατροφικές τους συμπεριφορές και να αντιμετωπίσουν ή να αποφύγουν διατροφικές διαταραχές.*

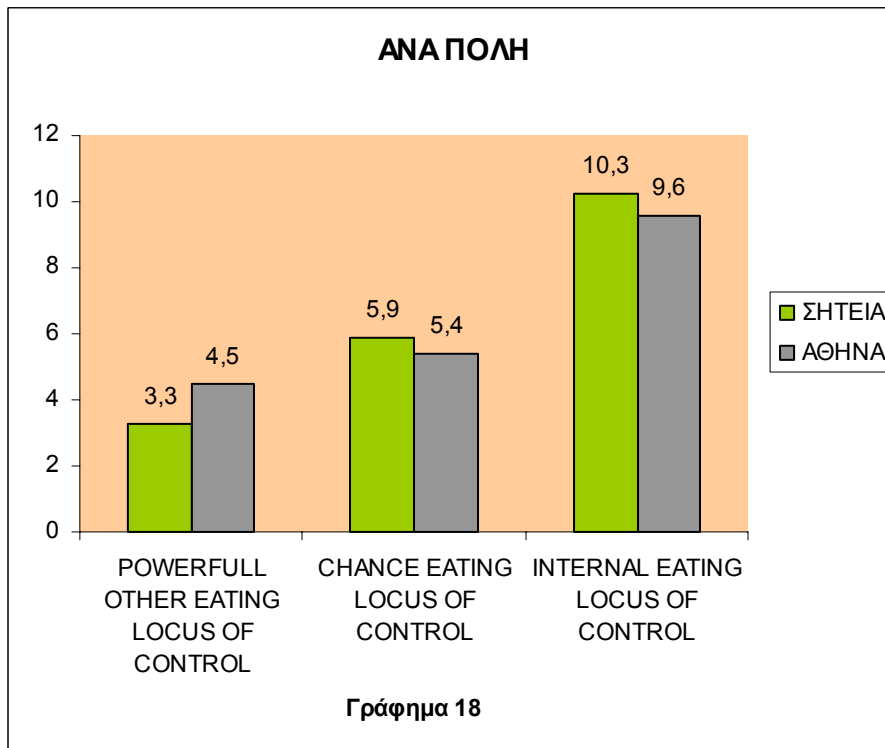


*Οι φοιτητές του Τ.Ε.Ι. αποφαίνονται ικανότεροι στη διαχείριση των διατροφικών διαταραχών έναντι των μαθητών.*

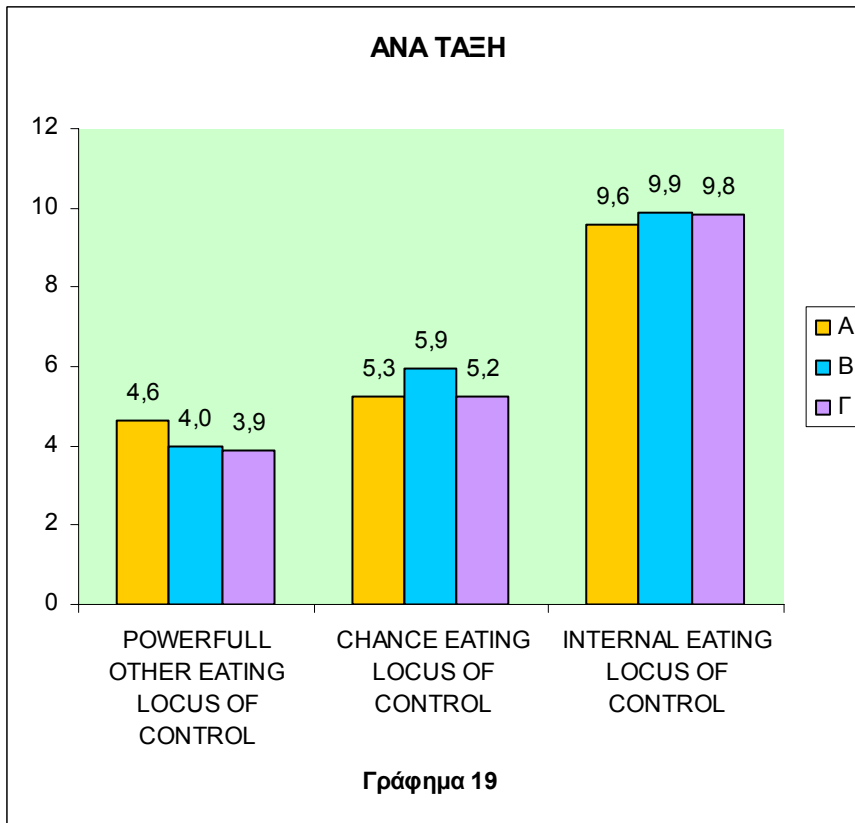
**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ-ΠΟΙΟΣ ΚΑΘΟΡΙΖΕΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ**



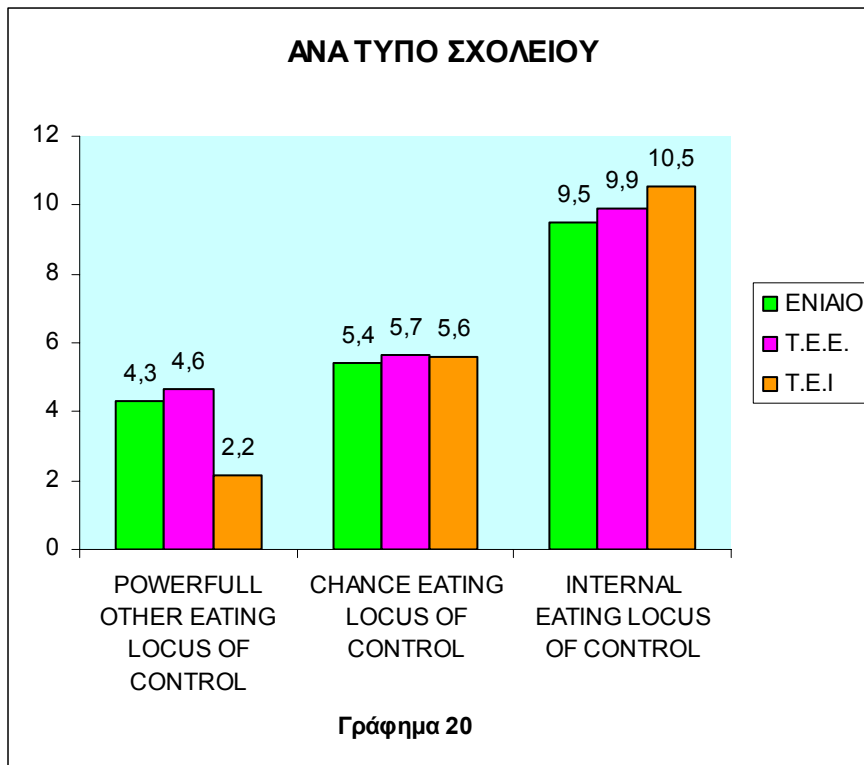
*Παρατηρείται και στα δυο φύλα ότι οι διατροφικές συνήθειες καθορίζονται κυρίως από τα ίδια τα άτομα, σε μικρότερο βαθμό από την τύχη και ακόμα λιγότερο από οικογενειακά ή άλλα πρότυπα.*



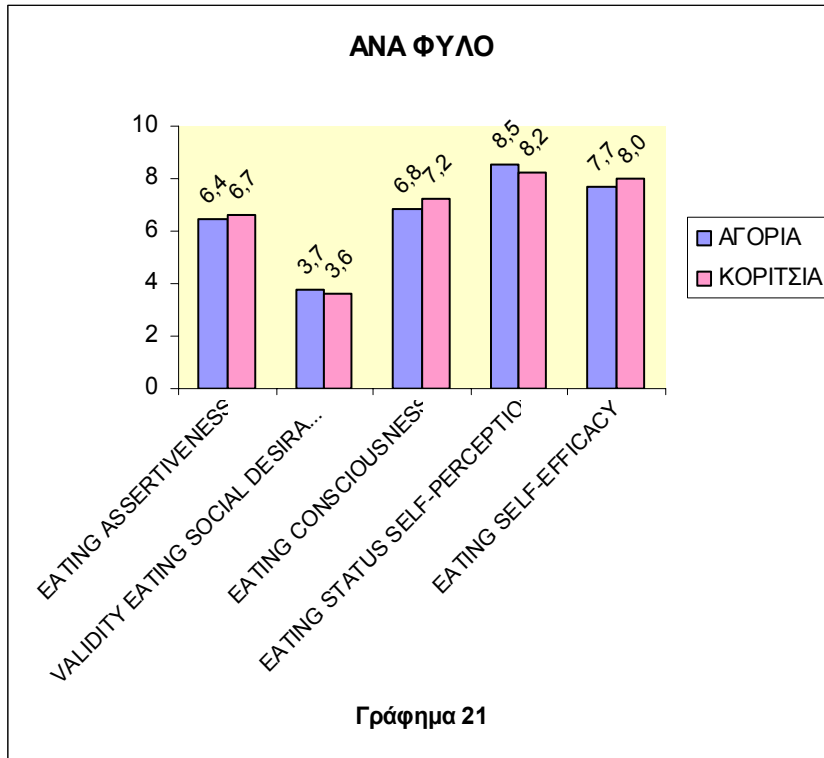
*Την ίδια σειρά ακολουθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων άσχετα με την περιοχή που κατοικούν.*



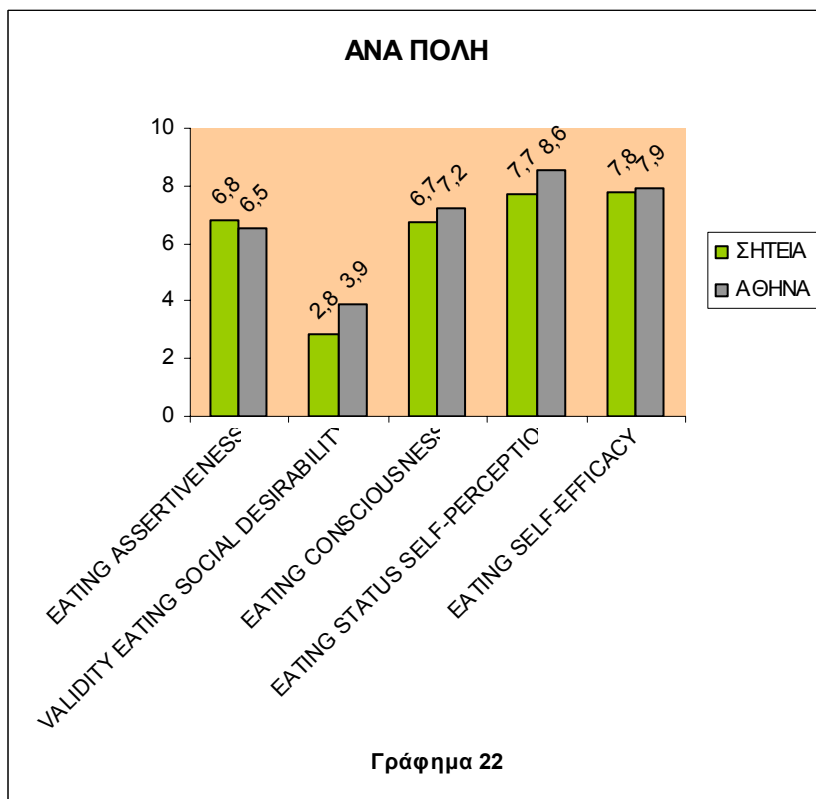
*Ούτε σύμφωνα με την τάξη φοίτησης φαίνεται να επηρεάζονται διαφορετικά οι διατροφικές συνήθειες των μαθητών. Όμως, οι μαθητές της Α' Λυκείου φαίνονται περισσότερο επιρρεπείς στα προβαλλόμενα πρότυπα, ενώ εκείνοι της Β' Λυκείου φαίνεται ότι αφήνουν την τύχη να επηρεάζει τις διατροφικές τους συνήθειες σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τους υπόλοιπους.*



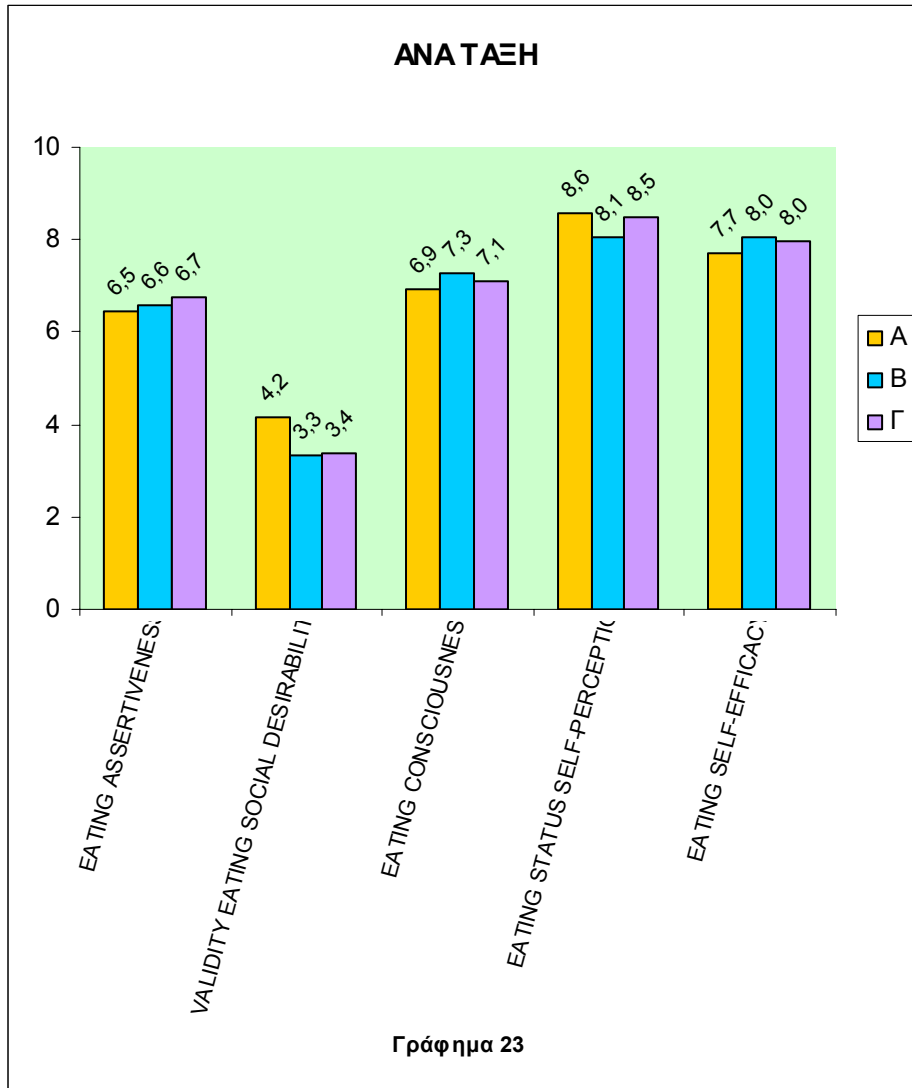
*Και πάλι επιβεβαιώνεται ότι τα άτομα καθορίζουν μόνα τους τις διατροφικές συνήθειές τους. Η τύχη επηρεάζει σχεδόν εξίσου τις συνήθειες φοιτητών και μαθητών ενώ τα προβαλλόμενα πρότυπα επηρεάζουν περισσότερο τους μαθητές των Τ.Ε.Ε. και ελάχιστα τους φοιτητές.*

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ - ΑΤΟΜΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΑ**

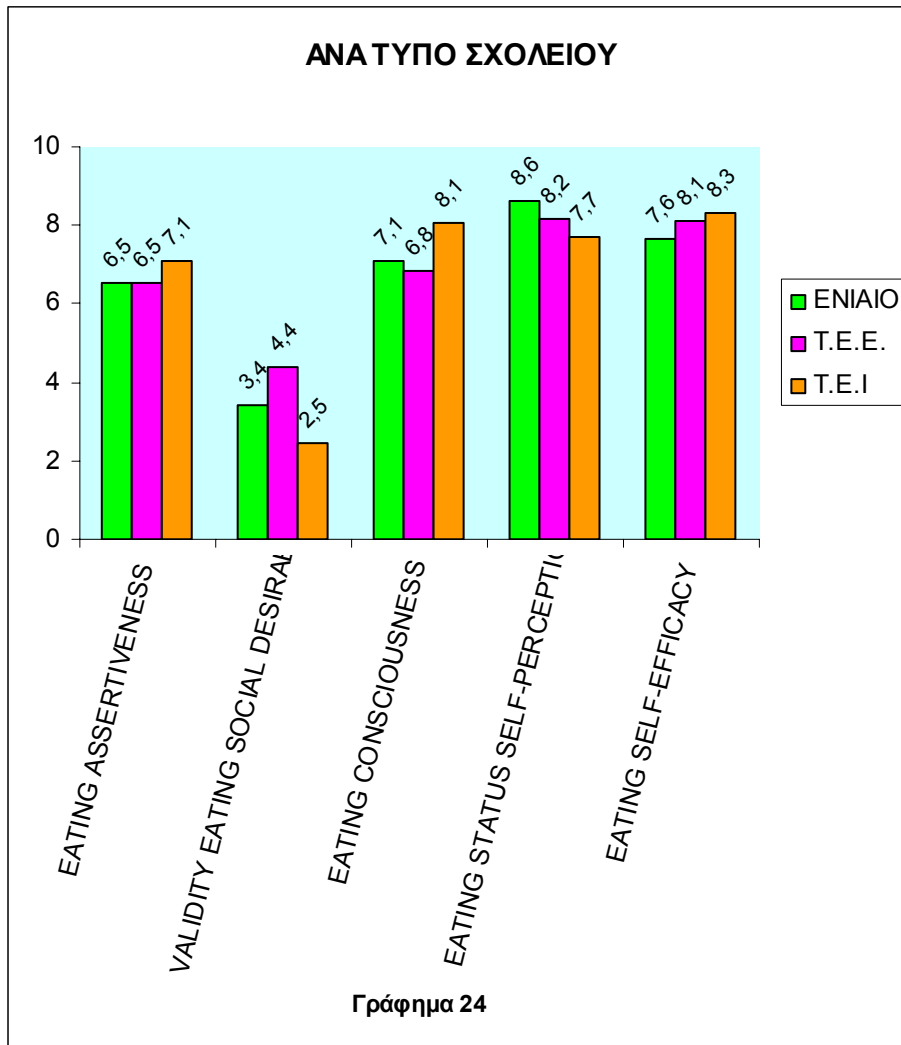
*Τα κορίτσια φαίνεται να έχουν καλύτερη επίγνωση και να εμμένουν περισσότερο στις διατροφικές τους συνήθειες, όπως επίσης να αντιλαμβάνονται και να χειρίζονται καλύτερα τις διατροφικές ανάγκες τους. Τα παιδιά και των δυο φύλων υιοθετούν σχεδόν στον ίδιο, μικρό βαθμό, διατροφικές συνήθειες που τους κάνουν κοινωνικά αρεστούς.*



*Τα παιδιά που μένουν στην Αθηνά έχουν καλύτερη επίγνωση των διατροφικών συνηθειών τους και καλύτερη αντίληψη της διατροφικής κατάστασης που αυτές συνεπάγονται. Επίσης τα παιδιά στην πρωτεύουσα τείνουν σε μεγαλύτερο βαθμό να υιοθετούν συνήθειες που τους καθιστούν κοινωνικά αποδεκτούς, ενώ τα παιδιά στη Σητεία αλλάζουν δυσκολότερα τις διατροφικές συνήθειές τους. Ανεξάρτητα από την περιοχή διαμονής τα παιδιά δείχνουν αρκετά ικανά να χειριστούν τις θρεπτικές τους ανάγκες.*



Τα παιδιά καθώς μεγαλώνουν εμμένουν στις διατροφικές τους συνήθειες και αποφεύγουν αλλαγές αυτών προκειμένου να κερδίζουν την κοινωνική αποδοχή. Φαίνεται ότι οι μαθητές στη Β' Λυκείου έχουν καλύτερη επίγνωση των διατροφικών συνηθειών τους. Οι μαθητές της Α' Λυκείου είναι λιγότερο ικανοί να χειριστούν τις θρεπτικές τους ανάγκες.



*Οι φοιτητές είναι οι πιο πιστοί στις διατροφικές τους συνήθειες και εκείνοι που δυσκολότερα θα τις αλλάξουν ώστε να επιτύχουν την κοινωνική αποδοχή, ενώ οι μαθητές των Τ.Ε.Ε. είναι πιο επιρρεπείς σε τέτοιες μεταβολές. Και ενώ οι φοιτητές έχουν καλύτερη επίγνωση των διατροφικών συνηθειών τους, αντιλαμβάνονται σε μικρότερο βαθμό από τους μαθητές την διατροφική τους κατάσταση. Τέλος, οι φοιτητές μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τις διατροφικές τους ανάγκες, ενώ οι μαθητές των Ενιαίων Λυκείων εμφανίζουν τη μεγαλύτερη δυσκολία στο θέμα αυτό.*

## ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΧΟΛΙΑ

Περισσότερο αισιόδοξοι και τελειομανείς σε ότι αφορά στις διατροφικές συνήθειες εμφανίζονται τα αγόρια, τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα, οι μαθητές της Α' τάξης και φοιτητές. Καλύτερο έλεγχο των διατροφικών συνηθειών τους δηλώνουν ότι έχουν όλες οι προηγούμενες ομάδες, εξαιρουμένων των φοιτητών και προστιθέμενων των μαθητών που φοιτούν στα Τ.Ε.Ε.. Μεγαλύτερη διατροφική αυτοεκτίμηση τρέφουν τα αγόρια, τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα, οι μαθητές της Γ' Λυκείου και οι μαθητές των Τ.Ε.Ε., ενώ τα κορίτσια, τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα, οι μαθητές της Α' Λυκείου και φοιτητές εμφανίζονται πιο σταθεροί στα διατροφικά σχήματα που έχουν ήδη υιοθετήσει.

Περισσότερο φόβο μήπως γίνουν υπέρβαροι νιώθουν τα κορίτσια, τα παιδιά που κατοικούν στην Αθήνα, οι μαθητές της Α' Λυκείου και οι φοιτητές. Με μόνη εξαίρεση τους φοιτητές, οι υπόλοιπες ομάδες και οι μαθητές των Τ.Ε.Ε. βιώνουν καταθλιπτικά συναισθήματα με την κατανάλωση τροφής. Τα αγόρια, τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα, οι μαθητές της Α' Λυκείου και αυτοί των Τ.Ε.Ε. είναι εκείνοι που αντλούν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την κατανάλωση τροφής, όμως ταυτόχρονα βιώνουν εντονότερα τα συναισθήματα της ντροπής, της ενοχής και του θυμού. Στις ίδιες ομάδες, εκτός των αγοριών, η κατανάλωση τροφής προκαλεί άγχος. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι τα κορίτσια φοβούνται περισσότερο την πρόσληψη βάρους και νιώθουν μεγαλύτερο άγχος και θλίψη όταν τρώνε, ενώ ιδιαίτερη εντύπωση προκαλούν τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν και τα αγόρια εξαιτίας της κατανάλωσης τροφής. Οι ομάδες που επηρεάζονται περισσότερο συναισθηματικά από την κατανάλωση τροφής είναι οι μαθητές των Τ.Ε.Ε. και τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα, ενώ οι κάτοικοι της Σητείας βιώνουν πιο ήπια όλα τα συναισθήματα και φαίνονται αρκετά ικανοποιημένοι με τις τρέχουσες διατροφικές τους συνήθειες. Επίσης, εμφανίζεται μια απενοχοποίηση της κατανάλωσης τροφής καθώς αυξάνεται η ηλικία.

Τα αγόρια, τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα, οι μαθητές της Β' Λυκείου και οι φοιτητές δηλώνουν ότι έχουν υγιή και ισχυρή όρεξη, ενώ τα κορίτσια, τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα, οι μαθητές της Α' Λυκείου και των Τ.Ε.Ε. φαίνονται πιο κινητοποιημένοι όσο αφορά την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών.

Οι διατροφικές συνήθειες κυρίως καθορίζονται από τα ίδια τα άτομα, η τύχη έρχεται δεύτερη και τα προβαλλόμενα πρότυπα και η οικογένεια είναι οι τελευταίοι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι τα κορίτσια φαίνεται να επηρεάζονται λιγότερο από τα προβαλλόμενα πρότυπα που αφορούν στις διατροφικές συνήθειες, ενώ πολύ χαροποιό είναι το γεγονός ότι οι φοιτητές της διαιτολογίας δείχνουν να επηρεάζονται πολύ λίγο από τα προαναφερθέντα πρότυπα, διότι φαίνεται ότι οι μελλοντικοί διαιτολόγοι έχουν σωστή αντίληψη ορισμένων καταστάσεων σχετικών με την ειδικότητά τους.

Πιο υπεύθυνοι για τις διατροφικές τους αποκλίσεις και πιο ικανοί να αντιμετωπίσουν πιθανές Δ.Π.Τ. εμφανίζονται τα κορίτσια, οι κάτοικοι της Σητείας, οι μαθητές της Γ' Λυκείου και οι φοιτητές. Οι ίδιες ομάδες φαίνονται ιδιαίτερα σταθερές στις διατροφικές τους αντιλήψεις. Τα κορίτσια, τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα, οι μαθητές της Β' Λυκείου και οι φοιτητές έχουν καλύτερη επίγνωση των διατροφικών τους συνηθειών και των θρεπτικών τους αναγκών, τις οποίες φαίνεται ότι μπορούν να χειριστούν καλύτερα από τις άλλες ομάδες. Την καλύτερη αντίληψη της διατροφικής κατάστασης που επιτυγχάνεται μέσω των τρεχουσών διατροφικών συμπεριφορών έχουν τα αγόρια, τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα, οι μαθητές της Α' λυκείου και των Ενιαίων Λυκείων. Τέλος, τη μεγαλύτερη τάση υιοθέτησης διατροφικών συνηθειών που

εξασφαλίζουν την κοινωνική αποδοχή εμφανίζουν τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα, οι μαθητές της Α' Λυκείου και των Τ.Ε.Ε. και τα αγόρια, με μικρή διαφορά συγκριτικά με τα κορίτσια.

Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν και ως εξής:

**Τα αγόρια:** Είναι περισσότερο αισιόδοξα και τελειομανή, με καλύτερο διατροφικό έλεγχο και υψηλότερη διατροφική αυτοεκτίμηση. Η κατανάλωση τροφής τους προκαλεί κυρίως ικανοποίηση, αλλά και ντροπή, ενοχή, θυμό σε μικρότερο βαθμό. Εμφανίζουν πιο υγιή και ισχυρή όρεξη. Παράλληλα, εμφανίζουν καλύτερη αντίληψη της διατροφικής τους κατάστασης. (και λίγο μεγαλύτερη τάση υιοθέτησης διατροφικών συνηθειών που τους εξασφαλίζουν την κοινωνική αποδοχή.)

**Τα κορίτσια:** Εμφανίζουν μεγαλύτερη σταθερότητα στα διατροφικά τους σχήματα. Η κατανάλωση της τροφής τους προκαλεί φόβο πρόσληψης βάρους και κατάθλιψη σε μικρό όμως βαθμό. Δηλώνουν υπεύθυνες για τις διατροφικές τους αποκλίσεις και πιο ικανές να αντιμετωπίσουν πιθανές Δ.Π.Τ και είναι πιο κινητοποιημένα προς την υγιεινή διατροφή και έχουν καλύτερη επίγνωση των διατροφικών τους συνηθειών και διαχείριση των θρεπτικών τους αναγκών.

**Τα παιδιά που ζουν στην Αθήνα:** Βιώνουν πιο έντονα τα συναισθήματα που αφορούν στις διατροφικές συνήθειες και στην κατανάλωση της τροφής και έχουν μεγαλύτερη τάση ενασχόλησης με την υγιεινή διατροφή. Επίσης, έχουν καλύτερη επίγνωση των διατροφικών τους συνηθειών, καλύτερη διαχείριση των θρεπτικών τους αναγκών και μεγαλύτερη τάση υιοθέτησης διατροφικών συνηθειών που τους καθιστούν κοινωνικά αρεστούς

**Τα παιδιά στη Σητεία:** δηλώνουν πιο υπεύθυνα για τις διατροφικές τους αποκλίσεις και ικανότερα να τις αντιμετωπίσουν.

**Οι μαθητές της Α' Λυκείου:** Είναι περισσότερο αισιόδοξοι και τελειομανείς, με καλύτερο έλεγχο διατροφικών συνηθειών και μεγαλύτερη σταθερότητα στα διατροφικά τους σχήματα. Βιώνουν εντονότερα όλα τα συναισθήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση τροφής. Επίσης έχουν καλύτερη αντίληψη της διατροφικής τους κατάστασης και υιοθετούν συχνότερα διατροφικές συνήθειες που τους εξασφαλίζουν την κοινωνική αποδοχή.

**Οι μαθητές της Β' Λυκείου:** Έχουν πιο υγιή και ισχυρή όρεξη και καλύτερη επίγνωση των διατροφικών τους συνηθειών.

**Οι μαθητές της Γ' Λυκείου:** Έχουν μεγαλύτερη διατροφική αυτοεκτίμηση και δηλώνουν πιο υπεύθυνοι για τις διατροφικές τους αποκλίσεις και πιο ικανοί να τις αντιμετωπίσουν

**Οι μαθητές των Τ.Ε.Ε.:** Ελέγχουν καλύτερα τις διατροφικές τους συνήθειες και τρέφουν διατροφική αυτοεκτίμηση, βιώνουν εντονότερα τα συναισθήματα που προκαλούνται από την κατανάλωση τροφής και υιοθετούν σε μεγαλύτερο βαθμό διατροφικές συνήθειες που τους καθιστούν κοινωνικά αρεστούς

**Οι Φοιτητές:** είναι περισσότερο αισιόδοξοι και τελειομανείς διατροφικά και πιο σταθεροί στα διατροφικά τους σχήματα. Φοβούνται την πρόσληψη βάρους και είναι περισσότερο κινητοποιημένοι προς την υγιεινή διατροφή. Επίσης γνωρίζουν καλύτερα τις διατροφικές τους αποκλίσεις και πιο ικανοί να τις αντιμετωπίσουν.



### **ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

Τα αποτελέσματα έχουν εξαχθεί από ένα μικρό αριθμητικά δείγμα και σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν αποδείξεις. Πρόκειται για ενδεικτικά στοιχεία της διατροφικής συμπεριφοράς των Ελλήνων εφήβων και των συναισθημάτων που σχετίζονται με τη διατροφή. Παράλληλα, πρόκειται για μια πιλοτική έρευνα, τα αποτελέσματα της οποίας δεν έχουν προϋπάρχοντα συγκριτικά στοιχεία. Προκειμένου, να γενικευτούν και να επικυρωθούν τα στοιχεία που προέκυψαν από την έρευνά μας, πρέπει η έρευνα να συνεχιστεί και να επεκταθεί το δείγμα τόσο ποσοτικά, όσο και γεωγραφικά. Δηλαδή, να συμμετάσχουν και άλλες επαρχιακές πόλεις και αστικά κέντρα σε όλη την Ελλάδα, καθώς επίσης και αγροτικές περιοχές. Έτσι, οι συγκρίσεις που θα προκύψουν θα έχουν να κάνουν με την επαρχία γενικότερα, και όχι μόνο με μια πόλη, αλλά και με τις διαφορές ή τις ομοιότητες που εντοπίζονται ανάλογα με τις διατροφικές συνήθειες κάθε περιοχής, την απόσταση από τα μεγάλα αστικά κέντρα, τη νοοτροπία των ατόμων ανάλογα με το μέρος στο οποίο μεγαλώνουν, καθώς και τις επιρροές που δέχονται από την κοινωνία στην οποία ζουν.

Σε γενικές γραμμές, πάντως, τα αποτελέσματα μας συμφωνούν με τη βιβλιογραφία και τις σύγχρονες κοινωνικές τάσεις. Δηλαδή, τα κορίτσια εμφανίζονται πιο ευαισθητοποιημένα με τη διατροφή και τη σιλουέτα τους, τα παιδιά που ζουν στους γρήγορους ρυθμούς τις πρωτεύουσας φαίνονται πιο ευάλωτα στις Δ.Π.Τ., οι μεγαλύτεροι μαθητές, εξαιτίας του αυξημένου άγχους τους άλλοτε αδιαφορούν και άλλοτε δίνουν αυξημένη σημασία στη διατροφή τους, οι φοιτητές της διαιτολογίας είναι περισσότερο συνειδητοποιημένοι σε ότι έχει να κάνει με τη διατροφή τους. Λίγα ήταν τα αποτελέσματα που μας προκάλεσαν εντύπωση, όπως ότι τα αγόρια νιώθουν ενοχές και ντροπή για τις διατροφικές τους συνήθειες ή ότι τα κορίτσια δήλωσαν σε μικρότερο ποσοστό ότι επηρεάζονται από τα προβαλλόμενα διατροφικά πρότυπα.

## ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη των Δ.Π.Τ. ξεκινά από την οικογένεια και το σχολείο που αποτελούν τους κατεξοχήν χώρους κοινωνικοποίησης και ενημέρωσης των παιδιών και των εφήβων. Η σωστή και πλήρης ενημέρωση των παιδιών γύρω από θέματα διατροφής, αλλά και σε θέματα που αφορούν το υγιές σώμα μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση ή να αναστείλει την εξέλιξη των Δ.Π.Τ. . Τα παιδιά πρέπει από το σπίτι τους να μαθαίνουν να τρώνε τα πάντα, να διαχωρίζουν τις τροφές σε υγιεινές και μη και να τις αξιολογούν σύμφωνα με τη θρεπτική και όχι τη θερμιδική τους αξία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με ενημέρωση των γονέων, αλλά και μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης. Στα πλαίσια αυτών των εκπαιδευτικών-ενημερωτικών προγραμμάτων πρέπει η κατανάλωση τροφής να απενοχοποιείται, να αποσυνδέεται από τα συναισθήματα και να μην επηρεάζει ούτε και να επηρεάζεται από τη διάθεση. Αν τα άτομα εξοικειωθούν με τους κανόνες υγιεινής διατροφής, θα είναι σε θέση να γνωρίζουν πότε η διατροφική τους συμπεριφορά παρεκκλίνει. Παράλληλα μέσα από τα ίδια τα σχολεία πρέπει να ξεκινήσει η αμφισβήτηση των προτύπων που επιβάλουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και η κατάρριψή τους. Οι έφηβοι πρέπει να αρχίσουν να συνειδητοποιούν τη μοναδικότητα του κάθε ατόμου, να πειστούν ότι ο κάθε άνθρωπος έχει το δικό του σωματότυπο και αυτό δεν αλλάζει. Η υγιεινή διατροφή και η άσκηση αφενός πρέπει να εξατομικεύονται και να προσαρμόζονται στις ανάγκες του καθενός και αφετέρου να διατηρούν το ρόλο τους που δεν είναι άλλος από τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Οι ειδικοί της υγείας (γιατροί, διαιτολόγοι, γυμναστές) δεν πρέπει να επιτρέπουν πρακτικές όπως η άσκηση και η σωστή διατροφή να μετατρέπονται σε ασθένειες. Παράλληλα, οι ίδιοι πρέπει να γνωρίζουν πολύ καλά την συμπτωματολογία αυτών των καταστάσεων (των Δ.Π.Τ.) και να παραπέμπουν τους πιθανούς ασθενείς σε θεραπεία όσο το δυνατόν νωρίτερα, ώστε η θεραπεία να είναι εφικτή και ευκολότερη.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΒΙΒΛΙΑ**

1. Andersen AE, Bowers W, Evans K. Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 327-353
2. Andersen AE. Eating Disorders in Males. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 188-192
3. Beumont PJV, Beumont CC, Touyz SW, Williams H. Nutritional Counseling and Supervised Exercise. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 178-187
4. Beumont PJV. Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 162-170
5. Bryant-Waugh R, Lask B. Childhood-Onset Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 210-214
6. Bulik CM. Anxiety, Depression, and Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 193-198
7. Dare C, Eisler I. Family Therapy and Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 314-319
8. Dare C, Eisler I. Family Therapy for Anorexia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 307-326
9. Fairburn C. Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον έλεγχο. Αθήνα: Πατάκη, 1999
10. Fairburn CG, Walsh T. Atypical Eating Disorders (Eating Disorders Not Otherwise Specified). In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 171-177
11. Fairburn CG. Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 278-294
12. Fairburn CG. Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 320-324
13. Fairburn FG. Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 302-307
14. Fallon P, Wonderlich SA. Sexual Abuse and Other Forms of Trauma. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 394-414
15. Garfinkel PE, Walsh BT. Drug Therapies. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 372-382
16. Garfinkel PE. Classification and Diagnosis of Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 155-161
17. Garner DM, Vitousek KM, Pike KM. Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 94-144
18. Gary A. Pathophysiology of Eating Disorders. In: Robbert – McComb JJ, editor. Eating disorders in women and children. New York, London: CRS Press, 2001: 49-58
19. Grilo CM. Binge Eating Disorder. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 178-182

20. Halmi KA. Physiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 267- 271
21. Hoek HW. Distribution of Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 233- 237
22. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Ψυχιατρική. 7<sup>η</sup> ΕΚΔΟΣΗ. Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ
23. Kaye WH. Central Nervous System Neurotransmitter Activity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 272-277
24. Lee S, Katzman MA. Cross-Cultural Perspectives on Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 260-264
25. Levenkron S. Anatomy of Anorexia. New York-London: W.W. Norton & Company, 2000
26. Polivy J, Federoff I. Group Psychotherapy. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 462-475
27. Pomeroy C, Mitchell JE. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 278-285
28. Rock CL, Kaye WH. Eating Disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge eating Disorders. In: Coulston AM, Rock CL, Monsen ER, editors. Nutrition In The Prevention and Treatment of Disease. Academic Press, 2001
29. Rohwer J, Massey-Stokes MS. Factors Associated with Eating Disorders in Children. In: Robbert – McComb JJ, editor. Eating disorders in women and children. New York, London: CRS Press, 2001: 211-224
30. Russell GFM. The History of Bulimia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 11-24
31. Shafran R. Eating Disorders and the Internet. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 362-366
32. Silverman JA. Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 3-10
33. Strober M, Bulik CM. Genetic Epidemiology of Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 238-242
34. Stunkard AJ. Night Eating Syndrome. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 183-187
35. Vandereycken W. History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 151-154
36. Vitousek KB. Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 308-313
37. Walsh TB. Pharmacological Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 325-329
38. Wilson GT, Fairburn CG, Agras WS. Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 67-93
39. Wilson TG. Eating Disorders and Addictive Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 199-203
40. Wonderlich SA. Personality and Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 204-209

41. Woodside BD. Inpatient Treatment and Medical Management of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 335-339
42. Παπαβραμίδης ΣΘ. Παχυσαρκία. Θεσσαλονίκη: ΣΙΩΚΗ, 2002

## **ΑΡΘΡΑ**

43. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. *Childhood obsessive-compulsive personality traits' in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype*. AMER J PSYCHIAT. 2003; 160(2): 242-247
44. Bergh C, Ejderhamn J, Sodersten P. *What is the evidence basis for existing treatments of eating disorders?* Curr-Opin-Pediatr. 2003; 15(3): 344-5
45. Calandra C, Musso F, Musso R. *The role of leptin in the etiopathogenesis of anorexia nervosa and bulimia*. Eat-Weight-Disord. 2003; 8(2): 130-7
46. Cobb KL, Bachrach LK, Greendale G, Marcus R, Neer RM, Nieves J, Fran-Sowers M, Brown BW, Gopalakrishnan G, Luetters C, Tanner HK, Ward B, Kelsey JL. *Disordered eating, menstrual irregularity, and bone mineral density in female runners*. Med-Sci-Sports-Exerc. 2003; 35(5): 711-9
47. Davis C, Shuster B, Blackmore E, Fox J. *Looking good - Family focus on appearance and the risk for eating disorders*. INT J EATING DISORDER. 2004; 35(2): 136-144
48. Franzoni F, Galetta F, Cupisti A, Rolla M, Santoro G, Pentimone F. Acta-Paediatr. 2003; 92(3): 297-300
49. Frey J, Neuhauser-Berthold M, Elis SA, Duncker S, Rose F, Blum WF, Remschmidt H, Geller F, Hebebrand J. *Lower serum leptin levels in female students of the nutritional sciences with eating disorders*. EUR J NUTR. 2003; 42(3): 142-148
50. Golden NH. *Eating disorders in adolescence and their sequelae*. BEST PRACT RES CLIN OBSTET GY. 2003; 17(1): 57-73
51. Golden NH. *Osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa*. Adolesc-Med. 2003; 14(1): 97-108
52. Grunwald M, Busse JC. *Online consulting service for eating disorders - analysis and perspectives*. COMPUT HUM BEHAV. 2003; 19(4): 469-477
53. Harvey JA, Robinson JD. *Eating disorders in men: Current considerations*. J CLIN PSYCHOL MED SETTINGS. 2003; 10(4): 297-306
54. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. *Predictors of mortality in eating disorders*. ARCH GEN PSYCHIAT. 2003; 60(2): 179-183
55. Keel PK, Klump KL. *Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology*. Psychol-Bull. 2003; 129(5): 747-69
56. Kerem NC, Katzman DK. *Brain structure and function in adolescents with anorexia nervosa*. Adolesc-Med. 2003; 14(1): 109-18
57. Klein DA, Walsh BT. *Eating disorders*. INT REV PSYCHIATR. 2003; 15(3): 205-216
58. Le-Grange D, Lock J, Dymek M. *Family-based therapy for adolescents with bulimia nervosa*. Am-J-Psychother. 2003; 57(2): 237-51
59. Leonard S, Steiger H, Kao A. *Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates*. Int-J-Eat-Disord. 2003; 33(4): 397-405
60. Lockwood R, Lawson R, Waller G. *Compulsive features in the eating disorders: A role for trauma?*. J NERV MENT DIS. 2004; 192(3): 247-249
61. Mehler PS. *Clinical practice. Bulimia nervosa*. N-Engl-J-Med. 2003; 349(9): 875-81
62. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Petretto DR, Masala C, Preti A. *Eating disorders and aggressiveness among adolescents*. ACTA PSYCHIAT SCAND. 2003; 108(3): 183-189
63. Ono T, Hori K, Ikebe K, Nokubi T, Nago S, Kumakura I. *Factors influencing eating ability of old in-patients in a rehabilitation hospital in Japan*. 2003; 20(1): 24-31
64. Pawlow LA, O'Neil PM, Malcolm RJ. *Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns*. Int-J-Obes-Relat-Metab-Disord. 2003; 27(8): 970-8
65. Picot AK, Lilienfeld LR. *The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index*. Int-J-Eat-Disord. 2003; 34(1): 98-107

66. Ramacciotti CE, Coli E, Biadi O, Dell'Osso L. *Silent pericardial effusion in a sample of anorexic patients*. Eat-Weight-Disord. 2003; 8(1): 68-71
67. Ravaldia C, Vannacci A, Zucchi T, Mannucci E, Cabras PL, Boldrini M, Murciano L, Rotella CM, Ricca V. *Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders*. PSYCHOPATHOLOGY. 2003; 36(5): 247-254
68. Raymond NC, Neumeyer B, Warren CS, Lee SS, Peterson CB. *Energy intake patterns in obese women with binge eating disorder*. Obes-Res. 2003; 11(7): 869-79
69. Rowland T, Koenigs L, Miller N. *Myocardial performance during maximal exercise in adolescents with anorexia nervosa*. J-Sports-Med-Phys-Fitness. 2003; 43(2): 202-8
70. Sanftner JL, Tantillo M, Seidlitz L. *A pilot investigation of the relation of perceived mutuality to eating disorders in women*. WOMEN HEALTH. 2004; 39(1): 85-100
71. Sigman GS. *Eating disorders in children and adolescents*. PEDIAT CLIN N AMER. 2003; 50(5): 1139-+
72. Simpson S, Knox J, Mitchell D, Ferguson J, Brebner J, Brebner E. *A multidisciplinary approach to the treatment of eating disorders via videoconferencing in north-east Scotland*. J TELEMED TELECare. 2003; 9: S37-S38
73. Speranza M, Atger F, Corcos M, Loas G, Guilbaud O, Stephan P, Perez-Diaz F, Halfon O, Venisse JL, Bizouard P, Lang F, Flament M, Jeammet P. *Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders*. EUR PSYCHIAT. 2003; 18(8): 377-383
74. Stacher G. *Gut function in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Scand-J-Gastroenterol. 2003; 38(6): 573-87
75. Sudi K, Ottl K, Payerl D, Baumgartl P, Tauschmann K, Muller W. *Anorexia Athletica*. Nutrition 2004
76. Sundgot-Borgen J. *Nutrient Intake of Female Elite Athletes Suffering from Eating Disorders*
77. Sundgot-Borgen J. *Prevalence of Eating Disorders In Elite Athletes Is Higher Than In General Population*
78. Sundgot-Borgen J. *Risk & Trigger Factors For The Development of Eating Disorders In Female Athletes*. INT J SPORT NUTR. 1993
79. Tokumura M, Yoshida S, Tanaka T, Nanri S, Watanabe H. *Prescribed exercise training improves exercise capacity of convalescent children and adolescents with anorexia nervosa*. Eur-J-Pediatr. 2003; 162(6): 430-1
80. Walcott DD, Pratt HD, Patel DR. *Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues*. J ADOLESCENT RES. 2003; 18(3): 223-243
81. Wildman P, Lilenfeld LRR, Marcus MD. *Axis I comorbidity onset and parasuicide in women with eating disorders*. INT J EATING DISORDER. 2004; 35(2): 190-197
82. Wong YC. *Female beauticians may be a high risk group for developing eating disorders*. NUTR RES. 2003; 23(10): 1297-1302
83. Zabinski MF, Celio AA, Jacobs MJ, Manwaring J, Wilfley DE. *Internet-based prevention of eating disorders*. EUROPEAN EATING DISORDERS REV. 2003; 11(3): 183-197
84. Βάρσου Ε. *Θεραπευτική Αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής*. Πανελλήνιο Συνέδριο Διατροφής Διαιτολογίας. 2000; 89-90
85. Κωνσταντινίδου Μ. *Διαταραχές της Θρέψης. Ο ρόλος του διαιτολόγου στη θεραπευτική αντιμετώπιση*. Πανελλήνιο Συνέδριο Διατροφής Διαιτολογίας. 2000; 93-98
86. Κοΐδου Ε. *Αθλητική Μεγαλορεξία: Κλινικές Εκδηλώσεις, Διαγνωστικά Κριτήρια και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*. 6<sup>ο</sup> Μακεδονικό Συνέδριο Διατροφής. 2004; 210-211

## **INTERNET**

87. [www.brianmac.demon.co.uk/articles/scni10a3.htm](http://www.brianmac.demon.co.uk/articles/scni10a3.htm)
88. [www.eatingdisordersonline.com](http://www.eatingdisordersonline.com)
89. [www.myfit.com](http://www.myfit.com)
90. [www.nationaleatingdisorders.org](http://www.nationaleatingdisorders.org)
91. [www.pamf.org/teen/life/bodyimage/orthorexia.html](http://www.pamf.org/teen/life/bodyimage/orthorexia.html)
92. [www.something-fishy.org](http://www.something-fishy.org)

- 93. [www.swedauk.org](http://www.swedauk.org)
- 94. [www.theodesidad.met](http://www.theodesidad.met)

**ΒΟΗΘΗΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ**

- 95. Πλεξουσάκης Ε. Σημειώσεις Φυσιολογίας του Ανθρώπου. Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Σητεία 2003-2004
- 96. Σημειώσεις Παθολογικής Φυσιολογίας

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α': Ερωτηματολόγιο (Αρχική Μορφή)

### Multidimensional Psychology of Eating Questionnaire - MPEQ

Dr. William E. Snell, Jr.

1. I expect that my eating habits will be excellent in the future.
2. When I don't eat in a healthy fashion, I myself am in control of whether this improves.
3. My goal is for my eating habits/tendencies to be perfect in every way.
4. I pay particularly close attention to how others react to my personal eating habits.
5. I derive a sense of self-pride from the way I handle my own eating habits.
6. My eating habits are determined largely by other more powerful people (e.g., parents, family).
7. I assertively pursue my nutritional needs.
8. I have a strong and healthy appetite.
9. I'm very motivated to develop and maintain healthy patterns of eating.
10. I have never eaten any junk food in my entire lifetime.
11. If I am careful with my diet, then I will be able to prevent myself from having an eating problem.
12. My own personal eating habits are determined mostly by chance happenings.
13. I am very aware of my eating habits and patterns.
14. I have good eating habits and behaviors.
15. My eating habits and behaviors are something that I myself am directly in charge of.
16. I try to do things that keep me from eating too much.
17. I have the ability to take care of my own eating-nutritional requirements.
18. I am to blame for those times when I don't eat very well.
19. Not only do I have healthy eating habits, but it is important to me that I keep these healthy eating habits.
20. I'm very motivated to develop and maintain healthy patterns of eating.
21. I believe that in the future my eating habits will be healthy and nutritional.
22. When my eating habits are poor, I myself am responsible for improving them.
23. I always strive to be totally "perfect" in my eating tendencies/habits.
24. I'm very concerned with how others evaluate my eating and mealtime habits.
25. I am proud of the healthy eating habits I have established.
26. My eating habits are largely determined by people other than myself (e.g., friends, family).
27. When others want me to eat foods of poor nutritional value, I simply refuse.
28. My appetite for food is always strong and robust.
29. I'm strongly motivated to devote time-effort to maintaining good eating habits.
30. In my adult life, I have never eaten any food with my fingers.
31. I can prevent myself from having any eating problems by developing positive eating behaviors.
32. The type of food that I eat is influenced largely by luck and chance (i.e., by whatever food happens to be around).
33. I tend to spend a considerable amount of time thinking about my eating habits.
34. My current eating habits and behaviors are healthy and nutritional.
35. My eating habits and behaviors are something that I alone am responsible for.
36. I am motivated to keep myself from eating more than I need.
37. I am competent enough to make sure that my eating habits are healthy and nutritious.
38. If my eating and nutritional habits were to deteriorate, I would be the person to blame.
39. Not only do I watch my food intake (i.e., how much I actually eat), but it's important to me that I do so.
40. Not only do I have healthy eating habits, but it is important to me that I keep these healthy eating habits.
41. I do not expect to suffer any eating problems in the future.
42. If I were to develop an eating disorder, I myself would be responsible for getting better.
43. I am perfectionist when it comes to taking care of my own eating/nutritional needs.
44. I'm very concerned about what others think of my eating habits and behaviors.
45. I am pleased with how well I handle my own eating habits and behaviors.
46. My eating behavior is strongly influenced by the actions of powerful others (e.g., celebrities, models).
47. When I have a disagreement with someone about my nutritional preferences, I tell them so.
48. I never seem to lack a strong healthy appetite.
49. I have a strong desire to adhere to a healthy pattern of eating behaviors.
50. I have never eaten more than I needed at any meal.
51. If I just practice healthy eating habits, then I will be able to avoid any eating problems in the future.
52. My eating behaviors (i.e., the types of food that I eat) are determined by luck.



53. I think about my eating habits more than most people do.
54. I am a person who has healthy eating habits.
55. The type and amount of food that I eat is largely determined by my own actions.
56. I try to avoid engaging eating too much of anything.
57. I have the skills and ability to guarantee good, healthy eating behaviors for myself.
58. If I were to develop an eating disorder, then I'd be to blame for not taking good care of myself.
59. I am careful about my nutritional and eating tendencies, and it's important to me that I am careful.
60. If I just practice healthy eating habits, then I will be able to avoid any eating problems in the future.
61. I will probably experience a number of eating problems in the future.
62. If I were to develop any eating problems, my recovery would depend in large part on my own actions.
63. It is very essential that I develop and maintain the very best possible eating habits.
64. I'm concerned about the public impression created by my own personal eating habits.
65. I have positive feelings about my own eating behavior.
66. In order to have good eating habits, I have to conform to other more powerful people.
67. I am not at all passive about getting my nutritional needs fulfilled.
68. I always seem to be 'adequately' hungry.
69. It's really important to me that I pay careful attention to my own eating habits.
70. I have never eaten off of anyone else's plate.
71. I will be able to avoid any future eating problems, if I just attend to my own eating habits.
72. My eating habits and tendencies are caused by luck and other chance-related experiences.
73. I notice immediately when I deviate from my usual eating habits.
74. My eating behavior needs a lot of work in order to be healthy and beneficial.
75. The amount that I eat at any particular meal is a matter of my own personal control.
76. I really want to prevent myself from overeating.
77. I am able to handle my own eating and nutritional needs.
78. If I were to start eating in an unhealthy way, then it would be my own fault for letting it happen.
79. It's important to me that I pay attention to my eating habits, and I actually do so.
80. I'm very aware of any changes that may occur in my eating patterns.
81. I anticipate that my eating habits and behaviors will deteriorate in the future.
82. If I developed an eating disorder, my recovery would depend on how I myself dealt with the problem.
83. I set the very highest standards for my eating/nutritional habits.
84. I'm concerned about what other people think of my eating habits and table manners.
85. I feel good about the way I manage my own eating needs and requirements.
86. My eating behavior is largely determined by people who have considerable influence and control over me.
87. I don't eat food that is bad for me just because someone serves it to me.
88. I always have a strong appetite.
89. I strive to to maintain a consistent and healthy pattern of eating.
90. I have never rushed through a meal at any time in my life.
91. If I just pay attention to my diet, I will be able to prevent myself from having any eating problems.
92. I believe that chance and luck play an important role in my eating habits and tendencies.
93. I'm very aware of any changes that may occur in my eating patterns.
94. My eating habits and behaviors are in immediate need of attention.
95. Eating nutritious, healthy food is a matter of my own personal control and effort.
96. I am really motivated to avoid eating an excessive amount of food.
97. I am capable of taking care of my own eating-nutritional needs.
98. If I were to develop poor eating habits, then it would be my own fault.
99. I monitor my daily eating routines, and it's really important to me that I do this.
100. I always seem to be "adequately" hungry.
101. I am afraid of becoming overweight.
102. I am depressed about my eating habits.
103. I am satisfied with my eating habits.
104. I feel anxious when I think about my eating habits.
105. I feel ashamed of my eating habits.
106. I am angry about my eating habits/tendencies.
107. I have a fear of becoming fat.
108. My current eating/nutritional habits leave me feeling unhappy and sad.
109. I am satisfied with my eating tendencies/nutritional habits.
110. I'm worried about the nature of my eating habits and behaviors.
111. My eating tendencies are embarrassing to me.
112. My usual eating habits leave me feeling angry.
113. I am fearful of gaining a great deal of weight.
114. I feel sad about my usually eating tendencies and proclivities.

115. I feel dissatisfied with my eating patterns.
116. Thinking about my eating habits leaves me with an uneasy feeling.
117. I am ashamed of my eating patterns.
118. My eating habits and mannerisms cause me to feel angry.
119. I don't have much fear about becoming overweight.
120. I feel down in the dumps about my eating habits.
121. I am pleased with my usual patterns of eating.
122. I am more anxious about my eating habits than most people are.
123. When I think about my eating habits, I feel shame.
124. I experience feelings of anger about my eating preferences and habits.
125. I'm not afraid of becoming fat.
126. After I eat, I become depressed about the food I've eaten.
127. My eating behaviors are satisfying to me.
128. I feel nervous when I think about my eating patterns and habits.
129. After I eat, I feel guilty about what I've eaten.
130. I feel angry about my eating tendencies.

### MPEQ

**INSTRUCTIONS:** The items in this questionnaire refer to people's eating behaviors. Please read each item carefully and decide to what extent it is characteristic of you. Give each item a rating of how much it applies to you by marking your response in this booklet. Use the following scale:

- A = Not at all characteristic of me.
  - B = Slightly characteristic of me.
  - C = Somewhat characteristic of me.
  - D = Moderately characteristic of me.
  - E = Very characteristic of me.
- 

#### NOTE:

Remember to respond to all items, even if you are not completely sure.  
Your answers will be kept in the strictest confidence.  
Also, please be honest in responding to these statements

### SECTION B (continued)

**INSTRUCTIONS:** The items in this questionnaire refer to people's eating behaviors. Please read each item carefully and decide to what extent it is characteristic of you. Give each item a rating of how much it applies to you by marking your response in this booklet. Use the following scale:

- A = Not at all characteristic of me.
  - B = Slightly characteristic of me.
  - C = Somewhat characteristic of me.
  - D = Moderately characteristic of me.
  - E = Very characteristic of me.
- 

#### NOTE:

Remember to respond to all items, even if you are not completely sure.  
Your answers will be kept in the strictest confidence.  
Also, please be honest in responding to these statements

---

## Scoring Instructions for the Multidimensional Psychology of Eating Questionnaire (MPEQ):

The Multidimensional Psychology of Eating Questionnaire (MPEQ) was designed as an objective self-report assessment instrument with separate subscales (24 content and 2 validity subscales) that assess 26 specific psychological aspects of people's eating-related tendencies. After canvassing the relevant literature, a set of original items was prepared to measure these 26 tendencies (sample

statements are enclosed within parentheses after each label): (1) eating optimism (e.g., I expect that my eating habits will be excellent in the future), (2) eating disorder management (e.g., When my eating habits are poor, I myself am responsible for improving them), (3) eating perfectionism (e.g., I am perfectionist when it comes to taking care of my own eating/nutritional needs), (4) eating self-monitoring (e.g., I pay particularly close attention to how others react to my personal eating habits), (5) eating self-esteem (e.g., I derive a sense of self-pride from the way I handle my own eating habits), (6) power-other locus of eating control [e.g., My eating habits are determined largely by other more powerful people (e.g., parents, family)], (7) eating assertiveness (e.g., I assertively pursue my nutritional needs), (8) healthy eating appetite (e.g., I have a strong and healthy appetite), (9) motivation for healthy eating (e.g., I am very motivated to develop and maintain healthy patterns of eating), (10) eating social desirability (an MPEQ validity subscale), (11) eating disorder prevention (e.g., If I am careful with my diet, than I will be able to prevent myself from having an eating problem), (12) chance-luck locus of eating control (e.g., My own personal eating habits are determined mostly by chance happenings), (13) eating consciousness (e.g., I am very aware of my eating habits and patterns), (14) eating status self-perception (e.g., I have good eating habits and behaviors), (15) internal locus of eating control (e.g., The amount that I eat at any particular meal is a matter of my own personal control), (16) motivation to avoid unhealthy eating (e.g., I try to do things that keep me from eating too much), (17) eating self-efficacy (e.g., I have the ability to take care of my own eating-nutritional requirements), (18) eating disorder self-blame (e.g., If my eating and nutritional habits were to deteriorate, I would be the person to blame), (19) eating self-schemata (e.g., Not only do I have healthy eating habits, but it is important to me that I keep these healthy eating habits), (20) eating response consistency (an MPEQ validity subscale), (21) fear of becoming overweight (e.g., I am afraid of becoming overweight), (22) eating depression (e.g., I am depressed about my eating habits), (23) eating satisfaction (e.g., I am satisfied with my eating habits), (24) eating anxiety (e.g., I feel anxious when I think about my eating habits), (25) eating guilt-shame (e.g., I feel ashamed of my eating habits), and (26) eating anger (e.g., I experience feelings of anger about my eating preferences and habits).

A 5-point Likert format was used for the participants' responses: not at all characteristic of me (0), slightly characteristic of me (1), somewhat characteristic of me (2), moderately characteristic of me (3), and very characteristic of me (4). Subscales scores on the MPEQ were computed by summing the responses to the 5 items on each subscale (except for the MPEQ response consistency subscale), with higher scores corresponding to greater amounts of each respective tendency. For the MPEQ validity subscale concerned with response consistency, the subscale score was computed in a slightly different manner. Specifically, 5 of the MPEQ statements on the non-affect related subscales were repeated on the MPEQ; an "absolute" discrepancy score was then computed between the responses to the original and the repeated statements, and the sum of these 5 discrepancy scores was then calculated (subscales range = 0 to 20). Higher scores on this MPEQ validity subscale thus corresponded to greater response inconsistency. The SPSS codes for the MPEQ are shown below:

```

COMMENT *****
COMMENT MEQ REVERSE CODED ITEMS ARE RECODED HERE
COMMENT *****
RECODE MEQ61,MEQ81,
      MEQ74,MEQ94,MEQ119,MEQ125,MEQ115
      (1=5)(2=4)(3=3)(4=2)(5=1)
COMMENT *****
COMMENT ALL MEQ ITEMS ARE RECODED HERE
COMMENT *****
RECODE MEQ1 TO MEQ130
      (5=4)(4=3)(3=2)(2=1)(1=0)
COMMENT *****
COMMENT *****
COMPUTE DIF1=ABS(meq20-meq9)
COMPUTE DIF2=ABS(MEQ40-MEQ19)
COMPUTE DIF3=ABS(MEQ60-MEQ51)
COMPUTE DIF4=ABS(MEQ80-MEQ93)
COMPUTE DIF5=ABS(MEQ100-MEQ68)
COMMENT *****
COMPUTE MEQS1=MEQ1+MEQ21+MEQ41+MEQ61+MEQ81
COMPUTE MEQS2=MEQ2+MEQ22+MEQ42+MEQ62+MEQ82
COMPUTE MEQS3=MEQ3+MEQ23+MEQ43+MEQ63+MEQ83
COMPUTE MEQS4=MEQ4+MEQ24+MEQ44+MEQ64+MEQ84
COMPUTE MEQS5=MEQ5+MEQ25+MEQ45+MEQ65+MEQ85
COMPUTE MEQS6=MEQ6+MEQ26+MEQ46+MEQ66+MEQ86
COMPUTE MEQS7=MEQ7+MEQ27+MEQ47+MEQ67+MEQ87
COMPUTE MEQS8=MEQ8+MEQ28+MEQ48+MEQ68+MEQ88
COMPUTE MEQS9=MEQ9+MEQ29+MEQ49+MEQ69+MEQ89
COMPUTE MEQS10=MEQ10+MEQ30+MEQ50+MEQ70+MEQ90
COMPUTE MEQS11=MEQ11+MEQ31+MEQ51+MEQ71+MEQ91

```

```
COMPUTE MEQS12=MEQ12+MEQ32+MEQ52+MEQ72+MEQ92
COMPUTE MEQS13=MEQ13+MEQ33+MEQ53+MEQ73+MEQ93
COMPUTE MEQS14=MEQ14+MEQ34+MEQ54+MEQ74+MEQ94
COMPUTE MEQS15=MEQ15+MEQ35+MEQ55+MEQ75+MEQ95
COMPUTE MEQS16=MEQ16+MEQ36+MEQ56+MEQ76+MEQ96
COMPUTE MEQS17=MEQ17+MEQ37+MEQ57+MEQ77+MEQ97
COMPUTE MEQS18=MEQ18+MEQ38+MEQ58+MEQ78+MEQ98
COMPUTE MEQS19=MEQ19+MEQ39+MEQ59+MEQ79+MEQ99
COMMENT *****
COMPUTE MEQS20=DIF1+DIF2+DIF3+DIF4+DIF5
COMMENT *****
COMPUTE MEQS21=MEQ101+MEQ107+MEQ113+MEQ119+MEQ125
COMPUTE MEQS22=MEQ102+MEQ108+MEQ114+MEQ120+MEQ126
COMPUTE MEQS23=MEQ103+MEQ109+MEQ115+MEQ121+MEQ127
COMPUTE MEQS24=MEQ104+MEQ110+MEQ116+MEQ122+MEQ128
COMPUTE MEQS25=MEQ105+MEQ111+MEQ117+MEQ123+MEQ129
COMPUTE MEQS26=MEQ106+MEQ112+MEQ118+MEQ124+MEQ130
COMMENT *****
VAR LABELS MEQS1 EATING OPTIMISM
VAR LABELS MEQS2 EATING DISORDER MANAGEMENT
VAR LABELS MEQS3 EATING PERFECTIONISM
VAR LABELS MEQS4 EATING MONITORING
VAR LABELS MEQS5 EATING SELF-ESTEEM
VAR LABELS MEQS6 POWERFUL OTHER EATING LOCUS OF CONTROL
VAR LABELS MEQS7 EATING ASSERTIVENESS
VAR LABELS MEQS8 HEALTH EATING APPETITE
VAR LABELS MEQS9 HEALTHY EATING MOTIVATION
VAR LABELS MEQS10 VALIDITY-EATING SOCIAL DESIRABILITY
VAR LABELS MEQS11 EATING DISORDER PREVENTION
VAR LABELS MEQS12 CHANCE EATING LOCUS OF CONTROL
VAR LABELS MEQS13 EATING CONSCIOUSNESS
VAR LABELS MEQS14 EATING STATUS SELF-PERCEPTION
VAR LABELS MEQS15 INTERNAL EATING LOCUS OF CONTROL
VAR LABELS MEQS16 MOTIVATION TO AVOID UNHEALTHY EATING
VAR LABELS MEQS17 EATING SELF-EFFICACY
VAR LABELS MEQS18 EATING DISORDER SELF-BLAME
VAR LABELS MEQS19 EATING SELF-SCHEMATA
VAR LABELS MEQS20 VALIDITY-RESPONSE INCONSISTENCY
VAR LABELS MEQS21 OVERWEIGHT FEAR
VAR LABELS MEQS22 EATING DEPRESSION
VAR LABELS MEQS23 EATING SATISFACTION
VAR LABELS MEQS24 EATING ANXIETY
VAR LABELS MEQS25 EATING GUILT AND SHAME
VAR LABELS MEQS26 EATING ANGER
```

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β': Ερωτηματολόγιο (Μετάφραση που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα)

### ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Dr. William E. Snell, Jr.

**Οδηγίες** : Οι προτάσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο αναφέρονται στις διατροφικές συμπεριφορές των ανθρώπων .

Σας παρακαλούμε να διαβάσετε την καθεμιά προσεκτικά και να προσδιορίσετε πόσο πολύ σας εκφράζει, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα :

- 0 = δεν με χαρακτηρίζει καθόλου
- 1 = με χαρακτηρίζει λίγο
- 2 = με χαρακτηρίζει κάπως
- 3 = με χαρακτηρίζει μέτρια
- 4 = με χαρακτηρίζει πολύ

**Σημείωση** : Να θυμάστε να απαντήσετε σε όλες τις προτάσεις ακόμα και όταν δεν είστε εντελώς σίγουρος/η για αυτές .

Οι απαντήσεις που θα δώσετε θα τηρηθούν με αυστηρή εχεμύθεια .

Παρακαλούμε να απαντήσετε με απόλυτη ειλικρίνεια στις ερωτήσεις.

ΕΝΙΑΙΟ      Τ.Ε.Ε.

ΤΑΞΗ :

ΗΛΙΚΙΑ :

ΦΥΛΟ :

ΠΕΡΙΟΧΗ :

1. Αναμένω ότι οι διατροφικές μου συνήθειες θα είναι άριστες στο μέλλον.	0	1	2	3	4
2. Όταν δεν τρώω με έναν υγιή τρόπο, μπορώ ο ίδιος να ελέγξω αν αυτό θα βελτιωθεί.	0	1	2	3	4
3. Ο στόχος μου είναι οι διατροφικές μου συνήθειες / τάσεις να είναι τέλειες με κάθε τρόπο.	0	1	2	3	4
4. Δίνω ιδιαίτερα μεγάλη προσοχή στο πώς οι άλλοι αντιδρούν στις προσωπικές διατροφικές μου συνήθειες .	0	1	2	3	4
5. Αντλώ μια αίσθηση προσωπικής υπερηφάνειας από τον τρόπο που χειρίζομαι τις διατροφικές μου συνήθειες .	0	1	2	3	4
6. Οι διατροφικές μου συνήθειες καθορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος από άλλους ισχυρότερους ανθρώπους (π.χ., γονείς, οικογένεια).	0	1	2	3	4
7. Επιδιώκω (κατηγορηματικά) να καλύπτω τις θρεπτικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
8. Έχω μια ισχυρή και υγιή όρεξη.	0	1	2	3	4
9. Είμαι πολύ ευαισθητοποιημένος στο να αναπτύξω και να διατηρήσω υγιή τρόπο διατροφής.	0	1	2	3	4
10. Σε όλη μου τη ζωή δεν έχω φάει ποτέ «γρήγορο» φαγητό (fast food).	0	1	2	3	4
11. Εάν είμαι προσεκτικός με τη διατροφή μου, τότε θα μπορώ να προστατεύσω τον εαυτό μου από την απόκτηση κάποιας διατροφικής διαταραχής.	0	1	2	3	4
12. Οι προσωπικές μου διατροφικές συνήθειες καθορίζονται συνήθως από τυχαία γεγονότα.	0	1	2	3	4
13. Γνωρίζω πολύ καλά τις διατροφικές συνήθειες και τις προτιμήσεις μου.	0	1	2	3	4
14. Έχω καλές διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές.	0	1	2	3	4
15. Οι διατροφικές συνήθειες και οι συμπεριφορές μου είναι κάτι για το οποίο εγώ ο ίδιος είμαι άμεσα υπεύθυνος.	0	1	2	3	4
16. Προσπαθώ να κάνω πράγματα που να με εμποδίζουν από το να φάω πάρα πολύ.	0	1	2	3	4
17. Έχω τη δυνατότητα να φροντίσω από μόνος μου τις διατροφικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
18. Είμαι υπεύθυνος για όσες φορές δεν τρώω πολύ καλά.	0	1	2	3	4
19. Όχι μόνο έχω υγιείς διατροφικές συνήθειες, αλλά είναι σημαντικό για μένα να διατηρώ αυτές τις υγιείς διατροφικές συνήθειες.	0	1	2	3	4
20. Είμαι πολύ ευαισθητοποιημένος να αναπτύξω και να διατηρήσω υγιείς διατροφικές συνήθειες .	0	1	2	3	4
21. Πιστεύω ότι στο μέλλον οι διατροφικές μου συνήθειες θα είναι υγιείς και θρεπτικές.	0	1	2	3	4
22. Όταν οι διατροφικές μου συνήθειες είναι φτωχές, εγώ ο ίδιος είμαι υπεύθυνος για τη βελτίωση τους.	0	1	2	3	4
23. Προσπαθώ πάντα να είμαι εντελώς «τέλειος» στις διατροφικές συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
24. Ενδιαφέρομαι πολύ για το πώς οι άλλοι αξιολογούν τις διατροφικές μου συνήθειες και τις ώρες κατανάλωσης των γευμάτων.	0	1	2	3	4
25. Είμαι υπερήφανος για τις υγιείς διατροφικές συνήθειες που έχω καθιερώσει.	0	1	2	3	4
26. Οι διατροφικές μου συνήθειες καθορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος από άλλους ανθρώπους παρά από τον εαυτό μου(π.χ., φίλοι, οικογένεια).	0	1	2	3	4
27. Όταν οι άλλοι μου ζητούν να φάω τρόφιμα φτωχής θρεπτικής αξίας, εγώ απλά αρνούμαι.	0	1	2	3	4
28. Η όρεξή μου για φαγητό είναι πάντα έντονη.	0	1	2	3	4
29. Είμαι έντονα ευαισθητοποιημένος να αφιερώσω χρόνο και προσπάθεια προκειμένου να διατηρήσω καλές διατροφικές συνήθειες.	0	1	2	3	4
30. Στην ενήλικη ζωή μου, δεν έχω φάει ποτέ φαγητό με τα δάχτυλά μου.	0	1	2	3	4

31. Μπορώ να εμποδίσω τον εαυτό μου από το να εμφανίσω διαταραχές λήψης τροφής, αναπτύσσοντας θετική διατροφική συμπεριφορά.	0	1	2	3	4
32. Ο τύπος τροφίμων που τρώω επηρεάζεται κατά ένα μεγάλο μέρος από την τύχη (δηλ., από τα τρόφιμα που τυχαίνει να βρίσκονται γύρω μου).	0	1	2	3	4
33. Τείνω να ξεδεύω αρκετό χρόνο σκεπτόμενος τις διατροφικές μου συνήθειες .	0	1	2	3	4
34. Οι τωρινές διατροφικές συνήθειες και οι συμπεριφορές μου είναι υγιείς και θρεπτικές.	0	1	2	3	4
35. Οι διατροφικές συνήθειες και οι συμπεριφορές μου είναι κάτι για το οποίο μόνο εγώ είμαι υπεύθυνος.	0	1	2	3	4
36. Είμαι ευαισθητοποιημένος να συγκρατήσω τον εαυτό μου από το να φάω περισσότερο απ' ό,τι χρειάζομαι.	0	1	2	3	4
37. Είμαι αρκετά ικανός να βεβαιωθώ ότι οι διατροφικές μου συνήθειες είναι υγιείς και θρεπτικές.	0	1	2	3	4
38. Εάν οι διατροφικές και οι θρεπτικές συνήθειές μου επρόκειτο να χειροτερεύσουν, θα έφταιγα αποκλειστικά εγώ.	0	1	2	3	4
39. Όχι μόνο ελέγχω (προσέχω) την πρόσληψη της τροφής μου (δηλ., πόσο τρώω πραγματικά), αλλά μου είναι και ιδιαίτερα σημαντικό να το κάνω αυτό.	0	1	2	3	4
40. Όχι μόνο έχω υγιείς διατροφικές συνήθειες, αλλά μου είναι και ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρώ αυτές τις υγιείς συνήθειες διατροφής .	0	1	2	3	4
41. Δεν αναμένω να εμφανίσω οποιαδήποτε διαταραχή στην πρόσληψη τροφής στο μέλλον.	0	1	2	3	4
42. Εάν επρόκειτο να αναπτύξω μια διαταραχή πρόσληψης τροφής, εγώ ο ίδιος θα ήμουν υπεύθυνος για να γίνω καλύτερα.	0	1	2	3	4
43. Είμαι τελειομανής όταν πρόκειται για τη φροντίδα των διατροφικών αναγκών μου.	0	1	2	3	4
44. Ανησυχώ πολύ για αυτό που οι άλλοι σκέφτονται για μένα όσο αφορά στις διατροφικές μου συνήθειες και συμπεριφορές.	0	1	2	3	4
45. Είμαι ευτυχής για το πόσο καλά χειρίζομαι τις διατροφικές συνήθειες και τις συμπεριφορές μου.	0	1	2	3	4
46. Η διατροφική συμπεριφορά μου επηρεάζεται έντονα από τις ενέργειες διαφόρων προσώπων με επιρροή (π.χ.δισσημότητες, μοντέλα).	0	1	2	3	4
47. Όταν έχω μια διαφωνία με κάποιον όσο αφορά στις διατροφικές προτιμήσεις μου, το λέω	0	1	2	3	4
48. Δεν φαίνεται ποτέ να στερούμαι μια έντονη υγιή όρεξη.	0	1	2	3	4
49. Έχω μια ισχυρή επιθυμία να εμμείνω σε ένα υγιή τρόπο διατροφικής συμπεριφοράς.	0	1	2	3	4
50. Δεν έχω φάει ποτέ περισσότερο απ' ό,τι χρειάστηκα σε ένα οποιοδήποτε γεύμα.	0	1	2	3	4
51. Εάν απλώς εφαρμόσω τις υγιείς διατροφικές συνήθειες, θα είμαι σε θέση να αποφύγω οποιοσδήποτε διαταραχές πρόσληψης τροφής στο μέλλον.	0	1	2	3	4
52. Οι διατροφικές συμπεριφορές μου (δηλ., οι τύποι τροφίμων που τρώω) καθορίζονται από την τύχη.	0	1	2	3	4
53. Σκέφτομαι για τις διατροφικές μου συνήθειες περισσότερο από ότι οι περισσότεροι άνθρωποι .	0	1	2	3	4
54. Είμαι ένα άτομο που έχει υγιείς διατροφικές συνήθειες.	0	1	2	3	4
55. Ο τύπος και η ποσότητα τροφίμων που τρώω καθορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τις ίδιες τις πράξεις μου .	0	1	2	3	4
56. Προσπαθώ να αποφεύγω να τρώω πάρα πολύ από οτιδήποτε .	0	1	2	3	4
57. Έχω την ικανότητα και τη δυνατότητα να εγγωθηθώ καλές, υγιείς διατροφικές συμπεριφορές για μένα.	0	1	2	3	4
58. Εάν επρόκειτο να αναπτύξω μια διαταραχή πρόσληψης τροφής, θα ήμουν υπεύθυνος γιατί δεν πρόσεξα τον εαυτό μου.	0	1	2	3	4
59. Είμαι προσεκτικός για τις θρεπτικές και διατροφικές τάσεις μου, και είναι σημαντικό για μένα να είμαι προσεκτικός.	0	1	2	3	4

60. Εάν απλώς εφαρμόσω τις υγιείς διατροφικές συνήθειες, τότε θα είμαι σε θέση να αποφύγω οποιαδήποτε διατροφικά προβλήματα στο μέλλον.	0	1	2	3	4
61. Θεωρώ πολύ πιθανό να εμφανίσω διάφορα διατροφικά προβλήματα στο μέλλον.	0	1	2	3	4
62. Εάν επρόκειτο να αναπτύξω οποιαδήποτε προβλήματα κατανάλωσης τροφής, η αποκατάστασή μου θα εξαρτώταν σε μεγάλο μέρος από τις ενέργειές μου.	0	1	2	3	4
63. Είναι πολύ σημαντικό να αναπτύσσω και να διατηρώ τις καλύτερες δυνατές διατροφικές συνήθειες.	0	1	2	3	4
64. Με ενδιαφέρει η δημόσια εντύπωση που δημιουργείται από τις προσωπικές διατροφικές συνήθειες μου.	0	1	2	3	4
65. Είμαι αισιόδοξος για τη διατροφική συμπεριφορά μου.	0	1	2	3	4
66. Προκειμένου να έχω καλές διατροφικές συνήθειες, θα πρέπει να συμμορφωθώ σε άλλους ισχυρότερους ανθρώπους.	0	1	2	3	4
67. Δεν είμαι καθόλου παθητικός προκειμένου να εκπληρώσω τις θρεπτικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
68. Πάντα αισθάνομαι να είμαι αρκετά πεινασμένος.	0	1	2	3	4
69. Είναι πραγματικά σημαντικό για μένα ότι δίνω ιδιαίτερη προσοχή στις διατροφικές μου συνήθειες .	0	1	2	3	4
70. Δεν έχω φάει ποτέ από το πιάτο οποιουδήποτε άλλου.	0	1	2	3	4
71. Θα είμαι σε θέση να αποφύγω οποιοδήποτε διατροφικό πρόβλημα στο μέλλον, εάν προσέξω τις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
72. Οι διατροφικές συνήθειες και τάσεις μου διαμορφώνονται / προκαλούνται από την τύχη και άλλα συμπτωματικά περιστατικά.	0	1	2	3	4
73. Παρατηρώ αμέσως πότε παρεκκλίνω από τις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
74. Η διατροφική συμπεριφορά μου χρειάζεται πολλή δουλειά προκειμένου να είναι υγιής και ωφέλιμη.	0	1	2	3	4
75. Η ποσότητα που τρώω σε οποιοδήποτε γεύμα είναι ένα θέμα δικού μου προσωπικού ελέγχου.	0	1	2	3	4
76. Θέλω πραγματικά να αποτρέπω τον εαυτό μου από την υπερκατανάλωση τροφής.	0	1	2	3	4
77. Είμαι σε θέση να χειρίζομαι τις διατροφικές και τις θρεπτικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
78. Εάν επρόκειτο να αρχίσω να τρώω με έναν ανθυγιεινό τρόπο, τότε θα ήταν δικό μου λάθος που το άφησα να συμβεί.	0	1	2	3	4
79. Είναι σημαντικό για μένα να δίνω προσοχή στις διατροφικές μου συνήθειες, και αυτό πράγματι κάνω.	0	1	2	3	4
80. Αντιλαμβάνομαι πολύ καλά τις οποιοσδήποτε αλλαγές που μπορεί να συμβούν στον τρόπο διατροφής μου.	0	1	2	3	4
81. Οι διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές μου προβλέπω να επιδεινωθούν στο μέλλον.	0	1	2	3	4
82. Εάν παρουσίαζα μια διατροφική διαταραχή, η αποκατάστασή μου θα εξαρτώταν από τον τρόπο με τον οποίο εγώ ο ίδιος θα αντιμετώπιζα το πρόβλημα.	0	1	2	3	4
83. Έχω θέσει πολύ υψηλά πρότυπα για τις διατροφικές / θρεπτικές συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
84. Ανησυχώ για αυτό που οι άλλοι άνθρωποι σκέφτονται όσο αφορά στις διατροφικές μου συνήθειες και στους τρόπους μου στο τραπέζι.	0	1	2	3	4
85. Αισθάνομαι καλά για τον τρόπο που χειρίζομαι τις διατροφικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
86. Η διατροφική συμπεριφορά μου καθορίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος από τους ανθρώπους που ασκούν επιρροή και έλεγχο σε μένα.	0	1	2	3	4
87. Δεν τρώω τα τρόφιμα που είναι κακά για μένα επειδή και μόνο μου το σερβίρει κάποιος.	0	1	2	3	4
88. Έχω πάντα μια καλή όρεξη.	0	1	2	3	4
89. Προσπαθώ να διατηρώ ένα σταθερό και υγιή τρόπο διατροφής.	0	1	2	3	4
90. Δεν έχω «ορμήξει» ποτέ σε γεύμα οποιαδήποτε στιγμή της ζωής μου.	0	1	2	3	4



91. Εάν προσέξω τη διατροφή μου, θα είμαι σε θέση να αποτρέψω τον εαυτό μου από την απόκτηση οποιωνδήποτε διατροφικών προβλημάτων.	0	1	2	3	4
92. Πιστεύω ότι η τύχη διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στις διατροφικές συνήθειες και τάσεις μου.	0	1	2	3	4
93. Αντιλαμβάνομαι πολύ καλά τις οποιεσδήποτε αλλαγές που μπορεί να παρουσιαστούν στον τρόπο διατροφής μου.	0	1	2	3	4
94. Οι διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές μου χρήζουν άμεσης προσοχής.	0	1	2	3	4
95. Η θρεπτική και υγιής διατροφή είναι θέμα προσωπικού ελέγχου και προσπάθειας μου.	0	1	2	3	4
96. Είμαι πραγματικά ευαισθητοποιημένος στο να αποφύγω να τρώω υπερβολική ποσότητα φαγητού.	0	1	2	3	4
97. Είμαι ικανός να προσέξω τις διατροφικές και θρεπτικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
98. Εάν επρόκειτο να αναπτύξω φτωχές διατροφικές συνήθειες, τότε θα ήταν δικό μου το λάθος	0	1	2	3	4
99. Παρακολουθώ τις καθημερινές διατροφικές συνήθειες μου και για μένα είναι πράγματι σημαντικό που το κάνω αυτό.	0	1	2	3	4
100. Πάντα νιώθω αρκετά πεινασμένος.	0	1	2	3	4
101. Φοβάμαι να μη γίνω υπέρβαρος.	0	1	2	3	4
102. Αισθάνομαι κατάθλιψη όσο αφορά τις διατροφικές συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
103. Είμαι ικανοποιημένος με τις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
104. Αισθάνομαι ανησυχία όταν σκέφτομαι τις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
105. Αισθάνομαι ντροπή για τις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
106. Αισθάνομαι θυμό όσο αφορά στις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
107. Νιώθω φόβο μήπως παχύνω.	0	1	2	3	4
108. Οι τρέχουσες διατροφικές / θρεπτικές συνήθειές μου με κάνουν να αισθάνομαι δυστυχισμένος και λυπημένος.	0	1	2	3	4
109. Είμαι ικανοποιημένος με τις διατροφικές και θρεπτικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
110. Ανησυχώ για τη φύση των διατροφικών συνηθειών και συμπεριφορών μου.	0	1	2	3	4
111. Οι διατροφικές τάσεις μου, μου προκαλούν ντροπή.	0	1	2	3	4
112. Οι διατροφικές μου συνήθειες με κάνουν να αισθάνομαι θυμό.	0	1	2	3	4
113. Αισθάνομαι τρόμο μην τυχόν αυξήσω σημαντικά το βάρος μου.	0	1	2	3	4
114. Αισθάνομαι λυπημένος για τις διατροφικές τάσεις μου.	0	1	2	3	4
115. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος με τον τρόπο διατροφής μου	0	1	2	3	4
116. Η σκέψη για τις διατροφικές συνήθειες μου, μου προκαλεί στεναχώρια.	0	1	2	3	4
117. Αισθάνομαι ντροπή για τις διατροφικές συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
118. Οι διατροφικές συνήθειες και οι τρόποι μου (όσο αφορά στη διατροφή), μου προκαλούν θυμό.	0	1	2	3	4
119. Δεν έχω πολύ φόβο μήπως γίνω υπέρβαρος.	0	1	2	3	4
120. Δεν αισθάνομαι καλά για τις διατροφικές συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
121. Είμαι ευτυχισμένος με το συνήθη τρόπο διατροφής μου.	0	1	2	3	4
122. Είμαι πιο ανήσυχος για τις διατροφικές μου συνήθειες από ότι είναι οι περισσότεροι άνθρωποι.	0	1	2	3	4
123. Όταν σκέφτομαι τις διατροφικές μου συνήθειες, αισθάνομαι ντροπή.	0	1	2	3	4
124. Θυμώνω για τις διατροφικές προτιμήσεις και συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
125. Δεν φοβάμαι μήπως γίνω παχύς.	0	1	2	3	4
126. Αφότου τρώω, νιώθω κατάθλιψη για το φαγητό που έχω φάει.	0	1	2	3	4
127. Οι διατροφικές μου συνήθειες με ικανοποιούν.	0	1	2	3	4
128. Αισθάνομαι νευρικός όταν σκέφτομαι τις διατροφικές μου συνήθειες και τον τρόπο σίτισης μου.	0	1	2	3	4
129. Αφότου φάω, αισθάνομαι ένοχος για αυτό που έχω φάει.	0	1	2	3	4
130. Αισθάνομαι θυμό για τις διατροφικές μου τάσεις.	0	1	2	3	4