

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΔΕΚΑΟΧΤΩ ΕΩΣ  
ΤΡΙΑΝΤΑ ΕΤΩΝ.**



**ΒΑΡΟΥΜΑ ΕΙΡΗΝΗ  
ΣΤΑΥΡΙΝΙΔΟΥ ΜΙΚΑΕΛΛΑ  
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΣΗΤΕΙΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2010**

### **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε ιδιαίτερα να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια μας κυρία Χαρωνιτάκη Αικατερίνη για την πολύτιμη βοήθεια της ,για την στήριξη που μας προσέφερε όλο αυτό το διάστημα , όπως και για την ευκαιρία που μας έδωσε να ασχοληθούμε με το συγκεκριμένο θέμα το οποίο μας ενδιέφερε πάρα πολύ. Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε όλους τους εργαζόμενους της σχολής, οι οποίοι ήταν πρόθυμοι να μας βοηθήσουν σε οτιδήποτε χρειαστήκαμε . Ιδιαίτερα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κυρία Μπορμπουδακη για την πολύτιμη βοήθεια που μας πρόσφερε στην εκτέλεση του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας. Πολύ σημαντική ήταν η συμβολή των ατόμων του κοντινού μας περιβάλλοντος, τα οποία συνεργάστηκαν μαζί μας για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Κλείνοντας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας οι οποίοι ήταν πάντα δίπλα μας και μας έδωσαν την ευκαιρία να σπουδάσουμε , να διευρύνουμε τις γνώσεις μας και να γίνουμε καλύτεροι άνθρωποι στο μέλλον.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

|       |                                          |       |
|-------|------------------------------------------|-------|
| 1.1   | ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....                  | 6-7   |
| 1.2   | ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....     | 7-9   |
| 1.3   | ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....            | 10-13 |
| 1.4   | ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΠΥΡΟΔΟΤΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....  |       |
| 1.4.1 | ΡΟΛΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....                   | 13-15 |
| 1.4.2 | ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....                            | 15-19 |
| 1.4.3 | ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ.....                     | 19-20 |
| 1.4.4 | ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....               | 20-22 |
| 1.4.5 | ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ.....                       | 23-26 |
| 1.5   | ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....           | 26-29 |
| 1.6   | ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ..... |       |
| 1.6.1 | ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....               | 30-32 |
| 1.6.2 | ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....  | 32-34 |
| 1.6.3 | ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....               | 34-36 |
| 1.6.4 | ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....          | 36-38 |
| 1.6.5 | ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....           | 39-41 |

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΟΡΕΞΙΑ

|       |                                         |       |
|-------|-----------------------------------------|-------|
| 2.1   | ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....                  | 42-44 |
| 2.2   | ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....     | 45-47 |
| 2.3   | ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....            | 47-49 |
| 2.4   | ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΠΥΡΟΔΟΤΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....  |       |
| 2.4.1 | ΡΟΛΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....                  | 50-52 |
| 2.4.2 | ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....                           | 53-55 |
| 2.4.3 | ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ.....                    | 55-56 |
| 2.4.4 | ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....              | 56-59 |
| 2.4.5 | ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ.....                      | 59-62 |
| 2.5   | ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....           | 62-65 |
| 2.6   | ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ..... | 65-67 |
| 2.6.1 | ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....              | 67-70 |
| 2.6.2 | ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 70-73 |
| 2.6.3 | ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....         | 74-76 |
| 2.6.4 | ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....          | 76-80 |

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

|     |                                                             |       |
|-----|-------------------------------------------------------------|-------|
| 3.1 | ΣΥΝΟΣΣΥΡΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....                        | 82-84 |
| 3.2 | ΣΥΝΟΣΣΥΡΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....                       | 84-87 |
| 3.3 | ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....                                  | 87-90 |
| 3.4 | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΟΥΝ ΤΙΣ 2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....           | 90-92 |
| 3.5 | ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ<br>ΑΓΩΓΗ.....     | 92-98 |
| 3.6 | ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ<br>ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ..... | 98-99 |

|                               |                                                  |
|-------------------------------|--------------------------------------------------|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4                    |                                                  |
| 4.1                           | ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... 100                 |
| 4.1.α                         | ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ..... 100-101                          |
| 4.1.β                         | ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ..... 101-105 |
| 4.2                           | ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... 106-150                        |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 151-155                                          |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....             | 156-167                                          |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ                     |                                                  |

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει θέμα ανορεξία και κατάθλιψη σε γυναίκες ηλικίας 18-30 ετών. Το πρώτο μέρος της πτυχιακής αφορά στους ορισμούς της ανορεξίας και της κατάθλιψης, στην συμπτωματολογία τους, στους παράγοντες που θεωρούνται αιτίες εμφάνισης τους (π.χ βιολογικοί παράγοντες, ψυχολογικοί παράγοντες) αλλά και στους τρόπους θεραπείας που εφαρμόζονται σήμερα (π.χ γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία). Στο τέλος του πρώτου μέρους διερευνήθηκε η συννοσηρότητα των δύο ασθενειών, οι ομοιότητες και οι διαφορές τους, οι πιθανοί συννοσηροί παράγοντες αλλά και οι κοινές μέθοδοι θεραπείας οι οποίες χρησιμοποιούνται και για στις δύο διαταραχές. Η κατάθλιψη και η ανορεξία σε πολλές έρευνες φαίνεται να έχουν πολύ υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ τους. Αυτό μπορεί να υπάρξει λόγω του ότι άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν αλλοιωμένη εικόνα για το σώμα τους αλλά και πάρα πολλά κοινά συναισθήματα με άτομα τα οποία πάσχουν από κατάθλιψη. Κάποια από αυτά είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα ενοχών και απαισιοδοξία. Στην δική μας την έρευνα αυτό δεν αποδεικνύεται αλλά συσχετίζονται πολλά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης με την ανορεξία και το αντίστροφο. Σίγουρα και οι δύο ασθένειες θεωρούνται εξαιρετικά σοβαρές ειδικά όταν συνυπάρχουν λόγω του υψηλού ποσοστού αυτοκτονιών που υπάρχουν σε αυτές τις περιπτώσεις.

Το δεύτερο μέρος αφορά το ερευνητικό κομμάτι της παρούσας πτυχιακής. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η ελληνική έκδοση του EAT26 (Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών ), η ελληνική έκδοση του BDI ( Beck Depression Inventory) και ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής προσωπικών στοιχείων. Στην έρευνα συμμετείχαν 92 γυναίκες ηλικίας 18-30 ετών μόνιμες κάτοικοι Ελλάδας και Κύπρου. Από τις 92 γυναίκες οι 23 έπασχαν από ανορεξία, άλλα 25 από κατάθλιψη και τα υπόλοιπα 44 ήταν απόλυτα υγιείς και δεν είχε διαγνωστεί ποτέ σε αυτούς, είτε καταθλιπτική διαταραχή είτε νευρογενής ανορεξία. Το δείγμα των 48 ασθενών πάρθηκε κυρίως από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Το δείγμα των 44 ασθενών πάρθηκε κυρίως από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Το δείγμα των 48 υγιών ατόμων πάρθηκε από άτομα του κοντινού μας περιβάλλοντος σε μια προσπάθεια να λάβουν μέρος άτομα από όλα τα κοινωνικά στρώματα, διαφόρων μορφωτικών επιπέδων και από διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές ομάδες. Τα ερωτηματολόγια επιλέξαμε να είναι ατομικά και ανώνυμα θέλοντας να πετύχουμε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια και διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων.

Η ανάλυση των στατιστικών δεδομένων έγινε με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS.

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα παρατίθενται παρακάτω. Όσον αφορά τον Δ.Μ.Σ φαίνεται να υπάρχει υψηλή συσχέτιση με την ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος. Φαίνεται δηλαδή ότι άτομα τα οποία ασχολούνται συνεχώς με δίαιτες αδυνατίσματος έχουν χαμηλότερο Δ.Μ.Σ. Επίσης φαίνεται ότι άτομα τα οποία έχουν υψηλή ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος έχουν υψηλό αποτέλεσμα στο BDI τεστ για κατάθλιψη. Τέλος, στην έρευνα μας παρατηρήθηκε ότι το συνολικό σκορ κατάθλιψης (BDI) συσχετίζεται με την υποκατηγορία «Αυτοέλεγχος της τροφής» για τους υγιείς ανθρώπους. Δηλαδή άτομα τα οποία έχουν ισορροπημένη διατροφή μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης.

## **ABSTRACT**

This present work refers to the association between anorexia and depression in women 18-30 years old. The first part of the project deals on the definitions of anorexia and depression, the symptoms, their perceived causes of their appearance (eg biological factors, psychological factors) and the treatments currently used (eg cognitive-behavioral therapy, family therapy). At the end of the first part investigated the comorbidity of both diseases, the similarities and differences, potential synnosiroi agents and common treatment methods are used for both disorders. Depression and anorexia in many investigations appear to have very high comorbidity between them. This may be because people with eating disorders have distorted body image, but also many common feelings of people who suffer from depression. Some of these have low self-esteem, guilt and pessimism. In our research is not proven but there are many characteristics associated with depression and anorexia in reverse. Certainly, both diseases are very serious especially when they coexist because of the high suicide rates that exist in these cases.

The second part refers to the research that has been done in the present project. The questionnaires used were the Greek version of EAT26 (dietary habits questionnaire), the Greek version of the BDI (Beck Depression Inventory) and a questionnaire recording personal data. The survey involved 92 women aged 18-30 residents in Greece and Cyprus. Of the 92 persons 23 suffering from anorexia, another 25 are depressed and the other 44 were perfectly healthy and had never been diagnosed in them or depressive disorder or anorexia nervosa. The sample of 48 patients was taken mainly from the University Hospital of Heraklion and Psychiatry of Limassol General Hospital. The other sample was taken from healthy people to people nearby our environment in an effort to join people from all backgrounds, different educational levels and from different socio-economic groups. The questionnaires were chosen to be anonymous individual wanting to achieve the greatest possible openness and protection of personal data.

The statistical analysis of data was done by using the statistical program SPSS.

The main results are listed below. For the BMI seems to be a high correlation with the engagement in slimming diets. It seems that that people who deal with ever-slimming diets have lower BMI. It also appears that people who have high preoccupation with weight loss diets have a high effect on the BDI test for depression. Finally, our research observed that the total depression scores (BDI) correlated with the subcategory "Self-control of food" to healthy people. That people who have a balanced diet reduces the risk of depression.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

### 1. Ορισμός της κατάθλιψης

Κατά το πρώτο μισό αυτού του αιώνα οι επιστήμονες ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με το άγχος , τις συνθήκες τις οποίες το προκαλούν και τι αυτό μπορεί να προκαλέσει στον άνθρωπο. Κατά το δεύτερο μισό, οι επιστημονικές κοινότητες ασχολήθηκαν με την κατάθλιψη. Αυτό ίσως ήταν επιτακτική ανάγκη να γίνει λόγω της μεγάλης αύξησης των κρουσμάτων κατάθλιψης τα τελευταία χρόνια. Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια η οποία είναι δύσκολο να εντοπιστεί λόγω της πολυμορφίας της. Οι ειδικοί ιατροί είναι ικανοί να την διαγνώσουν αλλά δεν είναι τόσο εύκολο και για τους συγγενείς των ασθενών. Η καταθλιπτική διάθεση δεν είναι εμφανής σε όλους τους ασθενείς αλλά οι θεράποντες ιατροί αναγνωρίζουν άλλα συμπτώματα τα οποία τους οδηγούν στην διάγνωση. **(Μάνος, Ν. ,1997).**

Η κατάθλιψη ή καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από έντονη θλίψη η οποία διαρκεί μεγάλα διαστήματα. Χαρακτηρίζεται επίσης, από ελάττωση του ενδιαφέροντος για τα πράγματα που έκανε το άτομο παλιά, διαταραχές στην όρεξη, σεξουαλικές διαταραχές, αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψεις αυτοκτονίας. Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι η κατάθλιψη πρέπει να διαφορογιγνώσκεται λόγω των σωματικών συμπτωμάτων που εμφανίζει. Κάποιες από τις σωματικές διαταραχές που μπορεί να αποτελούν συμπτώματα της κατάθλιψης, είναι πονοκέφαλοι, δυσκοιλιότητα, ταχυπαλμίες, συμπτώματα τα οποία όμως μπορεί να οφείλονται σε άλλες ασθένειες ή να είναι παρενέργειες διαφόρων φαρμάκων . **(Χριστοδούλου, Γ.Ν. ,1997).**

Άσχημες φάσεις υπάρχουν στην ζωή κάθε ανθρώπου κατά τις οποίες επικρατεί συναίσθημα δυστυχίας και απογοήτευσης. Οι λόγοι που μπορεί να συμβεί αυτό είναι πάρα πολλοί. Κάποιοι από αυτούς είναι ο χαμός ενός αγαπημένου προσώπου ή κάποια απότομη αλλαγή που μπορεί να έχει κάνει το άτομο. Τα συμπτώματα της συνηθισμένης λύπης διαρκούν συνήθως για λίγο και μετά υποχωρούν. Εάν διαρκούν περισσότερο, τότε ίσως είναι ένα προμήνυμα για εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής. **(Giovanni D. A. et al ,2006).**

Η κατάθλιψη είναι κάτι παραπάνω από μια διαταραχή της διάθεσης, είναι μια πραγματική ασθένεια η οποία μπορεί επίσης, να είναι η αιτία διαφόρων ψυχολογικών συμπτωμάτων, όπως είναι ο πόνος στο στομάχι, πονοκέφαλοι, ταχυκαρδίες. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι κατάθλιψης, γνωστοί με πολλούς όρους όπως είναι μείζονα κατάθλιψη, ενδογενής κατάθλιψη, χρόνια κατάθλιψη, και τα λοιπά. Αυτοί οι ορισμοί έρχονται για να περιγράψουν τα συμπτώματα που επικρατούν, την σοβαρότητα τους ή την διάρκεια τους. **(Giovanni D. A. ,2006).**

Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί μια βεβαρημένη αίσθηση θλίψης, οπότε αποτελεί σύμπτωμα που ανιχνεύεται σε πολλές και διάφορες ασθένειες, ή μπορεί να θεωρηθεί ασθένεια, ένα σύνδρομο, ένα σύνολο συμπτωμάτων δηλαδή τα οποία εκφράζουν μια δυσλειτουργία της ψυχής , μια δυσάρεστη ανισορροπία του τρόπου ζωής και ύπαρξης. Θλίψη και παραίτηση είναι συναισθήματα που μπορεί να καταβάλουν ένα άτομο ανά πάσα στιγμή. Η επίγνωση του τι συμβαίνει στις διάφορες φάσεις της ζωής (παιδική ηλικία, εφηβεία, ωριμότητα, τρίτη ηλικία) και ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης, βοηθάει να ξεπεραστεί η κατάθλιψη .**(Giovanni D, A. ,2006).**

Υπολογίζετε ότι περίπου το 60% των αυτοκτονιών οφείλεται στην κατάθλιψη. Άτομα με σοβαρής μορφής κατάθλιψη, σκέφτονται ότι δεν υπάρχει λόγος για να ζουν, είναι ανίκανοι για όλα και τους διακατέχει αίσθηση αναξιοσύνης. Άλλοι πάλι

ασθενείς δεν φτάνουν στο σημείο να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν αλλά ζουν και κουβαλούν βάρος που τους επηρεάζει στην καθημερινή τους ζωή. **(Μικελλίδης, Γ. ,2004).**

Λόγω του υψηλού επιπολασμού της κατάθλιψης και του σημαντικού αντικτύπου της στην δημόσια υγεία είναι σημαντικό να προσδιοριστούν αποτελεσματικές θεραπείες. Άτομα που λαμβάνουν θεραπεία για τα συμπτώματα της διαταραχής, ακολουθούν θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, ψυχοθεραπεία, ή σε συνδυασμό και των δύο. Αν και η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών θεωρείται αρκετά μεγάλη, η ψυχοθεραπεία είναι πιο δημοφιλής, ανάμεσα στους ασθενείς. Υπάρχει μια ποικιλία από διαθέσιμες μορφές ψυχοθεραπείας. Κάποιες από αυτές είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, η σύντομη ψυχοθεραπεία και άλλες. Όλες αυτές οι θεραπείες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των κοινών ψυχικών διαταραχών. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία έχει αποδείξει ότι είναι πιο αποτελεσματική στην ανακούφιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε σύγκριση με την ψυχοδυναμική θεραπεία, την διαπροσωπική θεραπεία και την υποστηρικτική θεραπεία. **(Diamond G. , Sigueland, L. et al. ,2001).**

Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών υποτροπιάζουν σε κάποια φάση της ζωής τους. Αυτό φαίνεται να συμβαίνει λόγω του ότι η φαρμακευτική αγωγή διαρκεί περίπου δύο με τρεις μήνες, όσο δηλαδή διαρκούν τα επεισόδια κατάθλιψης. Συμπερασματικά αναφέρεται ότι η κατάθλιψη θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μακροχρόνια ασθένεια και όχι ως περιστασιακό επεισόδιο. **(Carney, S. & Geddes, J. ,2003).**

Η κατάθλιψη εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, σε ποσοστά 60-70%. Συνήθως συνυπάρχει με τις αγχώδεις διαταραχές και ειδικά με την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Επίσης εμφανίζει μεγάλη συννοσηρότητα με τις διατροφικές διαταραχές όπως την ανορεξία και την βουλιμία αλλά και με σωματόμορφες ασθένειες όπως ο αλκοολισμός η χρήση ουσιών και τα ναρκωτικά. **(Γαρύφαλλος, Γ. ,2007).**

Είναι πολύ λυπηρό το γεγονός ότι περίπου 40% των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από κατάθλιψη δεν καταφεύγουν σε καμία μορφή θεραπείας με σκοπό να βελτιώσουν τα συμπτώματα της ή ακόμα και να ξεπεράσουν το πρόβλημα τους. Ο τρόπος αντιμετώπισης που βρίσκουν είναι να κλείνονται στον εαυτό τους και να αποξενώνονται. **(Churchill, R. , Henken, T. , Huibers, M. et al. ,2009).**

## **1.2 Διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης**

Τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης διαχωρίζονται ανάλογα με την ένταση και την διάρκεια των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα σε μερικούς ασθενείς διαρκούν μικρά χρονικά διαστήματα και σε άλλους διαρκούν πολύ περισσότερο. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η ταξινόμηση της παιδικής ψυχοπαθολογίας είναι αρκετά ελλιπής οπότε τα διαγνωστικά συστήματα διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών παραμένουν υπό συζήτηση. **(Αναγνωτόπουλος, Α. & Λαζαράτου, Ε. ,2001).**

Η μείζον καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενδιαφέροντος, αδράνεια, αδυναμία συγκέντρωσης, απώλεια της ενεργητικότητας, αίσθημα ενοχής και αναξιότητας, αυστηρή αυτοκριτική, αυτοκτονικές σκέψεις, διάφορες φοβίες και διατροφικές διαταραχές. **(Αναγνωτόπουλος, Α. & Λαζαράτου, Ε. ,2001).**

Σύμφωνα με τον ορισμό των περισσότερων ιατρικών, ψυχολογικών και ψυχιατρικών συλλόγων, υπάρχει ένας κοινός τρόπος στην διάγνωση της κατάθλιψης. Οι περισσότερες δοκιμασίες της κατάθλιψης έχουν όμοιο πλαίσιο. Σχεδόν χωρίς



καμία εξαίρεση η κλινική κατάθλιψη θα διαγνωστεί αν ένας βέβαιος αριθμός συναισθημάτων, τα οποία είναι σημάδια κατάθλιψης, παρουσιάζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Alesci, S. ,2005).

#### **Πίνακας 1 : Διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης σύμφωνα με το ICD-10**

- Κακή ή καταθλιπτική διάθεση
- Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης
- Υπάρχουν συχνά και τα ακόλουθα συνοδά συμπτώματα
  - Διαταραγμένος ύπνος
  - Ενοχή ή απώλεια της αυτοπεποίθησης
  - Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας ή μειωμένη ερωτική επιθυμία
  - Ανησυχία ή επιβράδυνση των κινήσεων ή της ομιλίας.
  - Διαταραγμένη όρεξη
  - Σκέψεις ή πράξεις αυτοκτονίας
  - Μειωμένη συγκέντρωση.
- Συχνά επίσης υπάρχουν συμπτώματα άγχους ή νευρικότητα.

**Πηγή : Αλεβίζος, Β. , Μαυρέας, Β. & Χριστοδούλου Γ.Ν. , 1998. «ICD-10» Κεφάλαιο V , Οι Ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα – Οδηγίες για την διάγνωση και την αντιμετώπιση , Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ: Αθήνα , σελ. 24.**

Όταν οι γιατροί έχουν την υποψία ότι ένα άτομο πάσχει από κατάθλιψη, τυπικά ανατρέχουν σε μία σειρά από ιατρικές εξετάσεις και ψυχολογικές δοκιμασίες. Αυτά μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό άλλων προβλημάτων τα οποία μπορεί να είναι οι αιτίες συμπτωμάτων· επισημαίνεται η διάγνωση και συγχρόνως γίνεται έλεγχος για οποιαδήποτε άλλη κατάσταση. Αυτές οι εξετάσεις και οι δοκιμασίες περιλαμβάνουν:

- Φυσικές εξετάσεις. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν μετρήσεις ύψους και βάρους, καρδιογράφημα, μέτρηση αρτηριακής πίεσης και θερμοκρασίας, έλεγχος του πνεύμονα και εξέταση της κοιλιακής χώρας.
- Εργαστηριακές δοκιμασίες. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν ένα γενικό έλεγχο αίματος (CBC), έλεγχο για αλκοόλ και ναρκωτικά και έλεγχο για την λειτουργία του θυρεοειδή.
- Ψυχολογική Εκτίμηση. Ένας γιατρός ή ένας ψυχίατρος θα μιλήσουν στο άτομο για τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του. Θα

ρωτήσουν σχετικά με τα συμπτώματα (πότε ξεκίνησαν, πόσο σοβαρά είναι, πόσο επηρεάζουν την καθημερινή του ζωή και εάν υπήρξαν παρόμοια επεισόδια και στο παρελθόν). Επίσης γίνεται συζήτηση για πιθανή ύπαρξη αυτοκτονικής τάσης και απόπειρα αυτοκτονίας. (MeReC, B. ,2005).

## **Πίνακας 2: Η ιατρική εξέταση του καταθλιπτικού ασθενή**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Έλεγχος ρουτίνας                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ιατρικό ιστορικό- συμπεριλαμβανομένης της χρήσης φαρμάκων, ουσιών</li><li>• Φυσική εξέταση</li><li>• Γενική αίματος</li><li>• Βιοχημικές εξετάσεις αίματος</li><li>• Έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς</li><li>• Ανάλυση ούρων</li></ul> |
| Επιπρόσθετος έλεγχος                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Νευρολογική εξέταση</li><li>• Ακτινογραφία θώρακος</li><li>• Ηλεκτροκαρδιογράφημα</li><li>• Αξονική τομογραφία ( ή /και μαγνητική τομογραφία)</li><li>• Νευροψυχολογικές δοκιμασίες</li></ul>                                          |

**Πηγή : Μάνος, Ν. (1997). « Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. », Εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη , σελ. 204**

### **Διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης**

Η διαφορική διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής θα γίνει κυρίως από τις παρακάτω διαταραχές και καταστάσεις:

- Διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση.
- Διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες.
- Άνοια.
- Μανιακά επεισόδια με ευερέθιστη διάθεση η μικτά επεισόδια.
- Δυσθυμική διαταραχή.
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.
- Σχιζοφρένεια , παραληρητική διαταραχή ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς .
- Διαταραχή ελαττωματικής προσοχής / υπερκινητικότητα.
- Διαταραχή της προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση.
- Πένθος.
- Περίοδο θλίψης.
- Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. (Μάνος Ν. ,1997).

### 1.3 Επιδημιολογία κατάθλιψης.

Η επιδημιολογία της καταθλιπτικής διαταραχής εμπεριέχει σοβαρές δυσκολίες, λόγω της πολυμορφίας και της ετερογένειας των διαφόρων μορφών κατάθλιψης. Υπάρχουν πολλές μορφές κατάθλιψης οι οποίες εμφανίζονται κυρίως με σωματικά συμπτώματα πράγμα το οποίο στον τομέα των επιδημιολογικών ερευνών προκαλεί σύγχυση και δεν θεωρείται δυνατόν να προκύψουν αξιόπιστα αποτελέσματα. (Νιάκας, Δ. , Πολάκη, Ο. & Σκαπινάκης, Π. ,2007).

Η καταθλιπτική διαταραχή έχει ως επιπολασμό ζωής για τις γυναίκες 10-25% και για τους άντρες 5-12%. Συνεπώς, οι γυναίκες έχουν διπλάσια πιθανότητα να ασθενήσουν από ότι οι άντρες. Τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την εθνικότητα , την οικονομική κατάσταση του ατόμου ή την οικογενειακή του κατάσταση. (Μάνος Ν. ,1997).

Η κατάθλιψη δεν φαίνεται να διαχωρίζει ηλικίες. Μπορεί σε οποιαδήποτε ηλικία να εμφανιστεί. Η μέση ηλικία έναρξης όμως είναι γύρω στα 25 έτη. Φαίνεται να είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες παρά στους έφηβους και ενήλικους άντρες. Στην ηλικία μεταξύ 25 με 44, παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης και στα δύο φύλα αλλά μετά τα 65 το ποσοστό ελαττώνεται αισθητά. (Μάνος Ν. ,1997).

Οι επιδημιολογικές μελέτες στον Ασιατικό πληθυσμό είναι σπάνιες και χρησιμοποιούν ποικίλα διαγνωστικά κριτήρια. Όπως και να έχει , αυτές οι έρευνες δείχνουν τον ρυθμό εμφάνισης της κατάθλιψης στην Ασία , ο οποίος είναι παρόμοιος με τις υπόλοιπες ανατολικές χώρες. Είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι οι Ασιατικές χώρες παρουσιάζουν ελλείψεις ανθρώπινο δυναμικό και χαμηλό χρηματικό κονδύλιο για να μπορεί να καλυφθεί μεγάλη επιδημιολογική σκάλα εξέτασης τόσο για την κατάθλιψη όσο και για άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Σε όλη την περιοχή της Ασίας , το ποσοστό εμφάνισης της μείζονος κατάθλιψης κυμαίνεται από 1,3% μέχρι 5,5%. Κατά τον περασμένο χρόνο το ποσοστό παρουσίασε αύξηση και κυμαίνεται από 1,7% μέχρι 6,7%, και η χρονική διάρκεια υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 1,1% και 19,9% με ένα ενδιάμεσο ποσοστό 3,7%. Τα ποσοστά των ασθενών που αυτοκτονούν στην Ασία είναι σήμερα σε παρόμοια επίπεδα όπως και στην Ευρώπη αλλά και στην Αμερική. Τα αποτελέσματα συμπεριλαμβάνουν την Κίνα και την Νότια Κορέα. (Edmond, C. ,2004).

Η κατάθλιψη είναι ένα σύνθετο πρόβλημα ψυχικής υγείας των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία. Οι παράγοντες κινδύνου και θεραπείας της κατάθλιψης έχουν μελετηθεί καλά μεταξύ των γυναικών όλων των ηλικιών. Η έρευνα έχει γίνει ανάμεσα σε γυναίκες που είχαν επισκεφθεί τον οικογενειακό προγραμματισμό σε δημόσιες κλινικές.(Sandra, L.M. et al ,2005).

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν να παρθεί δείγμα 588 γυναικών από τρία Τμήματα Κλινικών Υγείας, του οικογενειακού προγραμματισμού της Βόρειας Καρολίνας και να εξετασθούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Οι γυναίκες που βρέθηκαν με θετικά συμπτώματα κατά την αρχική εκτίμηση, παραπέμφθηκαν για περαιτέρω αξιολόγηση της ψυχικής υγείας τους και θεραπείας εάν αυτό κρινόταν απαραίτητο. Πολυδιάστατη Λογιστική παλινδρόμηση έγινε για να εξεταστούν οι παράγοντες κινδύνου των συμπτωμάτων και ένα διάγραμμα ροής χρησιμοποιήθηκε για να αποδείξει την εγκυρότητα της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων.(Sandra L. M. et al ,2005).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περίπου το ήμισυ των γυναικών στη μελέτη παρουσίασαν συμπτώματα που συνάδουν με προβλήματα ψυχικής υγείας. Μετά από πολλαπλή ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι, σημαντικοί παράγοντες

είναι: προηγούμενη αγωγή για την κατάθλιψη (Ποσοστό = 5,43%), κοινωνικός παραγκωνισμός (Ποσοστό = 3,57%), ανεργία (Ποσοστό = 3,21%). Γυναίκες της Καυκάσιας φυλής έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες από τους Αμερικανούς (Ποσοστό = 2,63%) να εκδηλώσουν σε κάποια φάση της ζωής τους κατάθλιψη· οι έφηβοι και οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν περισσότερες πιθανότητες επίσης να αποδειχθεί ότι πάσχουν από κατάθλιψη (Ποσοστό = 1,99 και 1,78, αντίστοιχα). Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών που συμμετείχαν στο δείγμα, είχαν συμπεριφορά που χαρακτηρίστηκε ως υποτονική και παραπέμφθηκαν για περαιτέρω αξιολόγηση της ψυχικής υγείας τους. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημαντικότητα του έλεγχου ρουτίνας για την κατάθλιψη των γυναικών, στο πλαίσιο των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού και παρακολούθηση της ψυχικής υγείας των γυναικών που το έχουν ανάγκη. (Sandra L. M. et al ,2005).

Η εξερεύνηση της επιδημιολογίας της μείζονος κατάθλιψης είναι σημαντική για την θεραπευτική προσέγγιση της ασθένειας. Στον Καναδά, τα περισσότερα στατιστικά στοιχεία σχετικά με την μείζονα κατάθλιψη ήταν διαθέσιμα από διάφορες έρευνες. Η μεγαλύτερη έρευνα έγινε την περίοδο 1980 μέχρι και το 1990. Η επικρατούσα τιμή του χρόνου ζωής των επεισοδίων της μείζονος κατάθλιψης ήταν 12,2%. Τον τελευταίο χρόνο της έρευνας τα περιστατικά που αναφέρθηκαν ανέρχονταν στο 4,8 % του δείγματος, εκ των οποίων το 1,8% των αναφερθέντων ήταν τις τελευταίες 30 μέρες. Όπως αναμενόταν η μείζονα κατάθλιψη ήταν πιο συνηθισμένη στις γυναίκες από ότι στους άντρες· παρόλα αυτά όμως η διαφορά γινόταν όλο και μικρότερη όσο η ηλικία αυξανόταν.

**Πίνακας 3 :Μείζονας Καταθλιπτικής Διαταραχής :Επικρατούσες τιμές σε σχέση με τις δημογραφικές μεταβλητές**

| Μεταβλητή              | Κατηγορία   | Ετήσιες επικρατούσες τιμές εμφάνισης(%) | Μέση τιμή 95% διαστήματος | Επικρατούσα τιμή (%) | Μέση τιμή 95% διαστήματος |
|------------------------|-------------|-----------------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|
| Φύλο                   | Άντρας      | 2.9                                     | 2.6–3.3                   | 1.2                  | 0.9–1.4                   |
|                        | Γυναίκα     | 5.0                                     | 4.5–5.4                   | 1.4                  | 1.2–1.6                   |
| Ηλικία(χρόνια)         | 15–25       | 5.0                                     | 4.2–5.7                   | 1.2                  | 0.9–1.6                   |
|                        | 26–45       | 4.5                                     | 4.0–5.0                   | 1.2                  | 1.0–1.4                   |
|                        | 46–64       | 3.7                                     | 3.1–4.2                   | 1.6                  | 1.2–2.0                   |
|                        | 65+         | 1.9                                     | 1.5–2.4                   | 0.9                  | 0.5–1.2                   |
| Οικογενειακή κατάσταση | Παντρεμένος | 2.8                                     | 2.5–3.2                   | 0.9                  | 0.7–1.1                   |
|                        | Ελεύθερος   | 5.3                                     | 4.6–6.0                   | 1.5                  | 1.2–1.9                   |

|                       |                                   |     |          |     |         |
|-----------------------|-----------------------------------|-----|----------|-----|---------|
|                       | Διαζευγμένος                      | 6.5 | 5.7–7.3  | 2.4 | 2.0–2.9 |
| Εισόδημα              | Χαμηλό                            | 8.5 | 6.6–10.3 | 3.1 | 3.3–4.0 |
|                       | Χαμηλό - Μεσαίο                   | 5.3 | 4.3–6.3  | 2.6 | 1.8–3.4 |
|                       | Μεσαίο                            | 4.2 | 3.6–4.8  | 1.4 | 1.0–1.7 |
|                       | Υψηλό με μεσαίο                   | 3.7 | 3.2–4.2  | 1.1 | 0.9–1.3 |
|                       | Υψηλό                             | 3.2 | 2.7–3.7  | 0.9 | 0.6–1.3 |
| Μόρφωση               | Δευτεροβάθμια εκπαίδευση          | 3.9 | 3.5–4.3  | 1.6 | 1.4–1.8 |
|                       | Κάτω από Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 4.0 | 3.6–4.4  | 0.5 | 0.3–0.7 |
| Τόπος Διαμονής        | Χωριό                             | 3.3 | 2.7–4.0  | 1.2 | 0.7–1.7 |
|                       | Πόλη                              | 4.1 | 3.8–4.4  | 1.3 | 1.1–1.5 |
| Ιστορικό Περιστατικών | 1 επεισόδιο                       | 4.9 | 4.5–5.2  | 1.6 | 1.4–1.8 |
|                       | Καμία αναφορά                     | 1.9 | 1.6–2.3  | 0.5 | 0.3–0.7 |
| Εργασία               | Μη εργαζόμενος                    | 4.6 | 4.2–5.1  | 1.5 | 1.3–1.8 |
|                       | Εργαζόμενος                       | 3.5 | 3.1–3.9  | 1.0 | 0.8–1.3 |

**Πηγή: Colleen, M. , Beck, C. , Williams, J. , Li Wang, J. , El-Guebaly, N. , Patten, B. & Currie, S. , Feb 2006, Descriptive Epidemiology of Major Depression in Canada , *Original Research*, 51, 84–90, σελ. 87.**

Για να μελετηθεί ο επιπολασμός της κατάθλιψης στον Ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε μια μεγάλη μελέτη με το όνομα ΑΤΤΙΚΗ. Η μελέτη ΑΤΤΙΚΗ ξεκίνησε τον Μάιο του 2001 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2002. Σε αυτήν, έλαβαν μέρος 1514 ενήλικες άντρες και 1528 ενήλικες γυναίκες μόνιμοι κάτοικοι της Αθήνας. Πάνω από 300 μεταβλητές, διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα , μορφωτικό επίπεδο, μελετήθηκαν. Η έρευνα έγινε με πρωτοβουλία της Α΄ καρδιολογικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με την υποστήριξη του Ελληνικού

Καρδιολογικού Ιδρύματος. Συμμετείχαν σε αυτήν πάρα πολλοί επιστήμονες, γιατροί, νοσηλευτές, διαιτολόγοι, ψυχολόγοι. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ότι, οι γυναίκες έχουν υψηλότερο δείκτη εμφάνισης κατάθλιψης από ότι οι άντρες. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες φαίνονται να έχουν επιπολασμό κατάθλιψης  $37\pm 9$  ενώ οι άντρες  $33\pm 10$ . Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι Ελληνίδες εμφανίζουν κατάθλιψη συχνότερα από ότι οι άντρες. Επίσης παρατηρήθηκε ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης σε σχέση με την ηλικία αν υποθέσουμε ότι είχαμε γράφημα θα σχημάτιζε U. Τα ποσοστά της μέτριας προς βαριάς κατάθλιψης ανάλογα με την ηλικία και το φύλο ήταν τα εξής: 21% των αντρών και 47% των γυναικών ηλικίας <40 εμφάνιζαν κατάθλιψη, 20% των αντρών και 30% γυναικών ηλικίας 41-59 εμφάνιζαν κατάθλιψη και 47% αντρών και 52% γυναικών > 60 εμφάνιζαν κατάθλιψη. (Chrysohoou, C. , Panagiotakos, D. , Pitsavos, C. & Stefanidis, C. ,2003).

## 1.4 Αίτια που πυροδοτούν την κατάθλιψη

### 1.4.1 Ρόλος της οικογένειας

Το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό που αφορά περισσότερο τη σχέση των γονιών με την κατάθλιψη, και κατά κύριο λόγο τη μητρική κατάθλιψη (Birmaher L, 2001 Burge, E & Hammen, D., 2002 Downey, G. , & Coyne, JC. , 2002) , έχει συσχετισθεί με σοβαρή αύξηση του κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης σε ένα παιδί (Weissman, A, & Jensen, P. , 2002). Οι επιπτώσεις μπορεί να εκτείνονται σε τρεις γενιές. (Warner W. , Mufson, L. & Wickramaratne, P. , 2000). Τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη από τα αγόρια, αλλά ακόμη και τα αγόρια φαίνεται να έχουν χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης, εάν οι μητέρες τους είχαν περάσει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας ( Ensminger, Hanson, M.E , Riley, A.W, & Juon, H. ,2003 ). Η κατανόηση των γονιών για τον κίνδυνο που έχει το παιδί να εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου, σε ένα άτομο με κατάθλιψη επηρεαζόμενο από πρότυπα όπως είναι η μητέρα, ο πατέρας, είτε από άλλους παράγοντες της οικογένειας είναι πάρα πολύ σημαντική. (Goodman, M. & Gotlib, K. ,1999).

Σε μία από τις νέες μελέτες που αφορούν το οικογενειακό ιστορικό, την κατάθλιψη και το παιδί , μελετήθηκαν παιδιά και έφηβοι που τουλάχιστον ο ένας από τους δύο γονείς έπασχε από κατάθλιψη. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, η μητρική κατάθλιψη ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για διάφορους τύπους ψυχοπαθολογίας της νεολαίας. Ένας μεγάλος αριθμός μελετών, οι οποίες περιλαμβάνουν μητέρες και πατέρες στην έρευνα τους, αποδεικνύουν την σημαντικότητα της κατάθλιψης στις μητέρες. Ιστορικά, οι αρνητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ μητέρων και παιδιών και η παρουσία της κατάθλιψης ειδικά στις μητέρες έχει θεωρηθεί ως πρωτογενής παράγοντας, κινδύνου κατάθλιψης στη νεολαία (Garber, J. , Kane, M. et al ,2004).

Σε μια 10ετή συνεχή έρευνα σε μητέρες που έχουν περάσει κατάθλιψη και σε μητέρες που δεν είχαν ποτέ καταθλιπτικό επεισόδιο και τα παιδιά τους, (Miller K ,2001) αναφέρθηκε ότι η μητρική κατάθλιψη μόνη της δεν θέτει τα παιδιά σε κίνδυνο για κατάθλιψη. Αντίθετα, ο κίνδυνος για την παιδική κατάθλιψη ήταν ισχυρά συνδεδεμένος με πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων της μητρικής κατάθλιψης, της έλλειψης μητρικής στοργής, του υπερβολικού ελέγχου από τους γονείς, σε συνδυασμό με την χαμηλή αυτοεκτίμηση των παιδιών. (Myrna, M. ,2002).

Η συμπεριφορά των μητέρων με κατάθλιψη απέναντι στα παιδιά τους διέπεται συνήθως από δύο βασικά χαρακτηριστικά: την απόσυρση και την παρεμβατικότητα.

Από την μια πλευρά, οι μητέρες αυτές τείνουν να ανταποκρίνονται λιγότερο στην ανάγκη των παιδιών τους για επικοινωνία, καταναλώνουν λιγότερη ενέργεια στο παιχνίδι του παιδιού τους, είναι λιγότερο τρυφερές μαζί τους και τους παρέχουν λιγότερη ενθάρρυνση σε σχέση με μητέρες που δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Από την άλλη πλευρά, είναι συνήθως λιγότερο σταθερές κατά την επιβολή της πειθαρχίας ενώ, παράλληλα, φαίνεται να είναι περισσότερο ευερέθιστες, εχθρικές και παρεμβατικές απέναντι στα παιδιά. Το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει ένα παιδί του οποίου η μητέρα παρουσιάζει κατάθλιψη χαρακτηρίζεται συνήθως από αρνητική διάθεση, αστάθεια και υψηλά επίπεδα συζυγικών καβγάδων και άγχους. **(Myrna, M., 2002).**

Για να προσδιοριστεί η ανεξάρτητη επίδραση της γονικής κατάθλιψης και της διαζευγμένης οικογένειας για την ψυχοπαθολογία των παιδιών της οικογένειας δηλαδή εάν διατρέχουν υψηλό ή χαμηλό κίνδυνο για μείζονα κατάθλιψη, εξετάστηκαν εκατόν ογδόντα δύο παιδιά από καταθλιπτικούς ή μη καταθλιπτικούς γονείς για πάνω από 10 χρόνια. Σε απευθείας συνεντεύξεις, με τους γονείς και τα παιδιά, παρουσιάστηκαν και άλλοι οικογενειακοί παράγοντες οι οποίοι έχουν άμεση σύνδεση με την κατάθλιψη και έπρεπε να μελετηθούν. Πέντε από αυτούς τους οικογενειακούς παράγοντες ήταν: διαζευγμένη οικογένεια, έντονοι καβγάδες των γονιών, έντονες διαφωνίες γονέων-παιδιών, υπερβολικός έλεγχος από τους γονείς, έλλειψη ένδειξης αγάπης. **(Myrna, M., 2002).**

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ότι, τα παιδιά που μεγάλωναν με καταθλιπτικούς γονείς ή σε διαζευγμένη οικογένεια είχαν υψηλότερο ποσοστό να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν κανένα από τα δύο πιο πάνω στοιχεία. Υψηλό κίνδυνο επίσης διέτρεχαν παιδιά τα οποία μεγάλωναν σε περιβάλλον με έντονους καβγάδες μεταξύ των γονέων ή βίαιες οικογένειες. Χαμηλό κίνδυνο για κατάθλιψη φαίνεται να έχουν παιδιά των οποίων οι οικογένειες είναι συνδεδεμένες και υπάρχει γενικότερα η εκδήλωση αγάπης από τους γονείς προς τα παιδιά. Μεταξύ των οικογενειακών παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση της κατάθλιψης συμπεριλαμβάνεται και ο σημαντικότερος παράγοντας της καταθλιπτικής διαταραχής, ο οποίος είναι άγχος στην οικογένειά. Πολλές φορές το άγχος έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να καταλήγει στην λήψη ουσιών ( αλκοόλ, ναρκωτικά ) που προκαλούν κατάθλιψη. **(Myrna, M., 2002).**

Όταν ένα άτομο της οικογένειας υποφέρει από κάποια άλλη ψυχική νόσο (εκτός της κατάθλιψης), όπως είναι παραδείγματος χάρη ο αλκοολισμός, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο όσον αφορά την εμφάνιση της κατάθλιψης. Μια παιδική εμπειρία που μπορεί να καταλήξει σε τραύμα, όπως η απώλεια της μητέρας πριν από την εφηβεία, η παιδική παραμέληση, η σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση, και οι διαζευγμένοι γονείς συνδέονται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης σε ενήλικες. Επίσης παρατηρείται ότι άτομα τα οποία ζουν μακριά από την οικογένειά τους, μόνοι τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. **(Chong, J. & Reinschmidt, K., 2006).**

Οι επιστήμονες ερευνούν τις θεωρίες περί διαπροσωπικών σχέσεων. Η κεντρική ιδέα αυτών των θεωριών είναι ότι, η κατάθλιψη αποτελεί μια αντίδραση στις δυσκολίες που βιώνει ένα άτομο σε διάφορες φάσεις της ζωής του. Η κατάθλιψη είναι πιο πιθανόν να εμφανιστεί εάν το περιβάλλον είναι ευνοϊκό. Επίσης, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο επιδεινώνονται μετά την εμφάνιση της καταθλιπτικής διάθεσης. **(Κάκουρος Ε., 2002).**

Η πρώτη θεωρία η οποία συσχετίζει την κατάθλιψη με τις διαπροσωπικές σχέσεις είναι η ψυχαναλυτική θεωρία. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η αντικειμενική ή υποκειμενική απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε επιθετική συμπεριφορά η οποία συνήθως στρέφεται προς τον ίδιο του τον εαυτό υπό την μορφή αυτοκριτικής και άλλων συμπτωμάτων κατάθλιψης. **(Κάκουρος Ε. ,2002).**

Η θεωρία του δεσμού επίσης, επισημαίνει τον αποχωρισμό ενός παιδιού από τους γονείς ως παράγοντα που προδιαθέτει το παιδί για εμφάνιση της κατάθλιψης. Με τον όρο αποχωρισμό δεν μιλάμε αποκλειστικά για την πραγματική απώλεια, αλλά και την αποτυχία των γονιών να προσφέρουν στο παιδί συναισθηματική διαθεσιμότητα και φροντίδα. Όταν οι συναισθηματικές ανάγκες ενός παιδιού δεν καλύπτονται, έχουμε σαν αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας ανασφαλής δεσμός. Αυτό το είδος δεσμού δημιουργεί στο παιδί την αντίληψη ότι δεν αξίζει τίποτα, δεν είναι ικανό να ολοκληρώσει οποιοδήποτε στόχο βάζει και ότι δεν το αγαπούν. Το άτομο αυτό μεγαλώνοντας αντιμετωπίζει δυσκολίες στο να χειριστεί τις συναισθηματικές του εμπειρίες πράγμα το οποίο θέτει τις βάσεις για μεταγενέστερη εμφάνιση της κατάθλιψης. **(Κάκουρος Ε. ,2002).**

#### **1.4.2 Κοινωνία**

Διάφοροι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες όπως η φτώχεια , η ανεργία και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να σχετίζονται με τον υψηλό επιπολασμό των ψυχιατρικών διαταραχών. **(Νιάκας, Α. , Πολάκη, Ο. & Σκαπινάκης, Π. ,2007).**

Οι κοινωνικοί παράγοντες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τους μικροκοινωνικούς οι οποίοι αφορούν την οικογένεια και τους μακροκοινωνικούς που απευθύνονται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Στο μακροκοινωνικό περιβάλλον η χαμηλή αυτοεκτίμηση και το αίσθημα της ματαιοδοξίας μπορεί να οφείλονται είτε σε μια επαγγελματική αποτυχία , οικονομικές αποτυχίες, φυσική νόσο ή αναπηρία ή απότομη μεταβολή των συνθηκών διαβίωσης. Αν λάβουμε υπόψη ότι η κατάθλιψη θεωρείται βιοψυχοκοινωνική νόσος, οι μακροκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να παίξουν καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση της. **(Δημητρίου, Ε. , Ιεροδιακόπου, Χ. & Φωτιάδης, Χ. ,1988 ).**

Τα άτομα των χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων έχουν 1,81 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη από ότι τα άτομα υψηλών κοινωνικών στρωμάτων. **(Νιάκας, Α. , Πολάκη, Ο. & Σκαπινάκης, Π. ,2007).**

Οι πολιτιστικές προσδοκίες μπορεί να είναι σκληρές και αδιάλλακτες για τις γυναίκες. Για να μπορεί μια γυναίκα να θεωρήσει τον εαυτό της ευτυχή, θα πρέπει να είναι σε μια καλή σχέση, να είναι ευχαριστημένη από τα παιδιά, τους φίλους της, η εργασία της πρέπει να πηγαίνει καλά και θα πρέπει να έχει μια λεπτή σιλουέτα. **(Domar, A. & Lerner, H. ,2003).**

Το μακροχρόνιο στρες εξ' αιτίας συνεχιζόμενων στρεσογόνων εμπειριών, όπως είναι τα συζυγικά προβλήματα ή τα οικονομικά προβλήματα δύναται να συνεισφέρουν στην δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων. **(Hersen, M. & Porzelius, L. ,2002).**

Κάποιοι από τους ψυχοπνευματικούς παράγοντες της ζωής οι οποίοι φαίνονται να παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης, χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες :

(1) Καταστροφικοί, όπως θάνατος, διαζύγιο. Η απώλεια ενός μέλους της οικογένειας έχει θεωρηθεί ως μια από τις πιο αγχώδεις εμπειρίες στην ζωή ενός ατόμου και ιδιαίτερα νεαρού ατόμου. **(Clark, S. & Goldney, R. ,2000).**



Σε αυτή την περίπτωση, είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι συγγενείς ατόμων οι οποίοι θεωρήθηκαν αυτόχειρες, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο στο να εμφανίσουν κατάθλιψη παρά αν το αγαπημένο τους πρόσωπο έχει πεθάνει με άλλο τρόπο.

Ο Φρόντντ πίστευε ότι, οι πρόωρες ανεπίλυτες απώλειες είναι πιο πιθανό να κάνουν τον ασθενή να μην μπορεί να αντιμετωπίσει τις απώλειες στην ενήλικη ζωή.

(2) Αλλαγή ή διακοπή της ρουτίνας, όπως μετακόμιση, αποχώρηση από την γονεϊκή οικογένεια.

(3) Πολύ επιθυμητά γεγονότα, όπως γάμος, γέννηση παιδιού, αποφοίτηση, έναρξη επαγγελματικής δραστηριότητας κτλ.(Ellenbogen, S. & Gratton, F. ,2001).

Ο Selve υποστήριξε ότι, οι ψυχοπαιστικοί παράγοντες είναι εξωτερική αυθαίρετη προσέγγιση και ότι τα αποτελέσματα τους εξαρτώνται από τον τρόπο με τον οποίο, αντιλαμβανόμαστε τα γεγονότα και όχι από τις πράξεις μας. (Καρπούζα, Β. & Γκιουζέπας, Ι. ,2002).

**Πίνακας 4: Συσχέτιση ψυχιατρικής νοσηρότητας με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές(N2=875).**

| ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ                  | ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ<br>ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ (N)% |            | ΛΟΓΟΙ<br>Odds***   | 95%ΔΕ     |
|----------------------------|-------------------------------|------------|--------------------|-----------|
|                            | ΝΑΙ                           | ΟΧΙ        |                    |           |
| Απασχόληση<br>πατέρα       |                               |            |                    |           |
| Δημόσιος<br>Υπάλληλος      | 259<br>(87,2%)                | 78 (12,8%) | 1,00<br>(αναφοράς) | 0,48–1,58 |
| Ιδιωτικός<br>Υπάλληλος     | 142<br>(89,6%)                | 35 (10,4%) | 0,87               | 0,42–1,67 |
| Ελεύθερος<br>επαγγελματίας | 206<br>(88,16%)               | 56 (11,8%) | 0,84               | 0,30–1,66 |
| Συνταξιούχος               | 35<br>(91,36%)                | 5 (8,6%)   | 0,71               | 0,54–6,23 |
| Υπολειμματική<br>κατηγορία | 40<br>(77,18%)                | 16 (22,8%) | 1,84               |           |
| Απασχόληση<br>μητέρας      |                               |            |                    |           |

|                                          |                        |                   |                    |           |
|------------------------------------------|------------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| <b>Δημόσιος<br/>Υπάλληλος</b>            | <b>252<br/>(90,7%)</b> | <b>49 (9,3%)</b>  | 1,00<br>(αναφοράς) | 0,75–3,09 |
| <b>Ιδιωτικός<br/>Υπάλληλος</b>           | <b>115<br/>(85,0%)</b> | <b>45 (15,0%)</b> | 1,52               | 0,71–2,40 |
| <b>Ελεύθερος<br/>επαγγελματίας</b>       | <b>84<br/>(88,9%)</b>  | <b>22 (11,1%)</b> | 1,31               | 1,37–4,23 |
| <b>Άνεργη</b>                            | <b>40<br/>(79,0%)</b>  | <b>15 (21,0%)</b> | 2,41               | 0,70–3,91 |
| <b>Οικιακά</b>                           | <b>152<br/>(84,8%)</b> | <b>48 (15,2%)</b> | 1,66               | 0,48–3,81 |
| <b>Άλλο</b>                              | <b>39<br/>(86,7%)</b>  | <b>11 (13,3%)</b> | 1,35               |           |
| <b>Μορφωτικό<br/>επίπεδο πατέρα</b>      |                        |                   |                    |           |
| <b>Δημοτικό</b>                          | <b>86<br/>(85,0%)</b>  | <b>22 (15,0%)</b> | 1,00<br>(αναφοράς) | 0,27–1,43 |
| <b>Γυμνάσιο</b>                          | <b>94<br/>(90,0%)</b>  | <b>22 (9,9%)</b>  | 0,63               | 0,37–2,10 |
| <b>Λύκειο</b>                            | <b>192<br/>(87,1%)</b> | <b>59 (12,9%)</b> | 0,88               | 0,68–3,00 |
| <b>ΤΕΙ</b>                               | <b>79<br/>(80,5%)</b>  | <b>31 (19,5%)</b> | 1,43               | 0,28–1,81 |
| <b>ΑΕΙ</b>                               | <b>231<br/>(90,0%)</b> | <b>56 (10,0%)</b> | 0,71               |           |
| <b>Μορφωτικό<br/>επίπεδο<br/>μητέρας</b> |                        |                   |                    |           |
| <b>Δημοτικό</b>                          | <b>78<br/>(85,2%)</b>  | <b>29 (14,8%)</b> | 1,00               | 0,29–2,55 |

|                                                              |                        |                    |             |                   |
|--------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|-------------|-------------------|
| <b>Γυμνάσιο</b>                                              | <b>81<br/>(88,1%)</b>  | <b>19 (11,9%)</b>  | <b>0,86</b> | <b>0,37–2,78</b>  |
| <b>Λύκειο</b>                                                | <b>243<br/>(86,5%)</b> | <b>75 (13,5%)</b>  | <b>1,02</b> | <b>0,28–7,20</b>  |
| <b>ΤΕΙ</b>                                                   | <b>65<br/>(82,4%)</b>  | <b>17 (17,6%)</b>  | <b>1,42</b> | <b>0,37–1,57</b>  |
| <b>ΑΕΙ</b>                                                   | <b>215<br/>(90,2%)</b> | <b>50 (9,8%)</b>   | <b>0,76</b> |                   |
| <b>Οικονομικές<br/>δυσκολίες</b>                             |                        |                    |             |                   |
| <b>Όχι</b>                                                   | <b>222<br/>(92,0%)</b> | <b>46 (8,0%)</b>   | <b>1,00</b> | <b>1,19–2,51</b>  |
| <b>Λίγες</b>                                                 | <b>364<br/>(85,8%)</b> | <b>106 (14,2%)</b> | <b>1,73</b> | <b>1,17–3,94</b>  |
| <b>Αρκετές</b>                                               | <b>79<br/>(81,9%)</b>  | <b>29 (18,0%)</b>  | <b>2,15</b> | <b>1,20–23,17</b> |
| <b>Πολλές</b>                                                | <b>17<br/>(72,4%)</b>  | <b>9 (27,7%)</b>   | <b>5,27</b> |                   |
| <b>Υποκειμενική<br/>αξιολόγηση<br/>σχολικής<br/>επίδοσης</b> |                        |                    |             |                   |

|                  |                        |                   |             |                  |
|------------------|------------------------|-------------------|-------------|------------------|
| <b>Άριστα</b>    | <b>49<br/>(89,3%)</b>  | <b>12 (10,7%)</b> | <b>1,00</b> | <b>0,43–2,93</b> |
| <b>Πολύ καλά</b> | <b>219<br/>(89,1%)</b> | <b>55 (10,9%)</b> | <b>1,12</b> | <b>0,47–3,37</b> |
| <b>Καλά</b>      | <b>268<br/>(88,1%)</b> | <b>76 (11,8%)</b> | <b>1,26</b> | <b>0,66–5,22</b> |
| <b>Μέτρια</b>    | <b>146<br/>(83,1%)</b> | <b>47 (16,9%)</b> |             |                  |

\*Όλοι οι αριθμοί που αναφέρονται είναι οι αριθμοί που παρατηρήθηκαν πραγματικά σε έρευνες. Τα ποσοστά, ωστόσο, έχουν σταθμιστεί για να αντανakλούν τον πληθυσμό στον οποίο έγινε η διαλογή. \*\* Λόγοι των odds σταθμισμένοι κατά φύλο και ηλικία ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης

**Πηγή: Γκάτσα, Τ. , Μαγκλάρα, Κ. , Μαυρέας, Β. , Μπέλλος, Σ. , Μιχάλης, Γ. , Σκαπινάκης Π., (2007). Η σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές στην περίοδο της όψιμης εφηβείας Συγχρονική μελέτη στη βορειοδυτική Ελλάδα, 24, 19-29, σελ. 25.**

### **1.4.3 Κληρονομικότητα**

Από τα δεδομένα που διαθέτουμε γίνεται σαφές ότι η κληρονομικότητα σχετίζεται άμεσα με την καταθλιπτική διαταραχή. Σε μελέτες οικογενειών των καταθλιπτικών ασθενών έχει βρεθεί ότι το 35% των συγγενών 1ου βαθμού πάσχουν από τη διαταραχή (Kaplan, H. & Sadock, J. ,1996).

Ενώ διαφαίνεται η επίδραση κάποιου γονιδίου, δεν απορρίπτεται αλλά μάλλον υποστηρίζεται η πιθανότητα, περισσότερα από ένα γονίδια να ευθύνονται για την εκδήλωση της ασθένειας. Πολύ σημαντικός προκύπτει και ο ρόλος του φαινότυπου, καθώς εναλλακτικοί φαινότυποι ίσως είναι έκφραση των ίδιων γονιδίων ή αντίστροφα μια διαφορετική φαινοτυπική έκφραση, μπορεί να εκφράζει την επίδραση ενός επιπρόσθετου γονιδίου ή τη διαφορική επίδραση του περιβάλλοντος. Πιθανόν λοιπόν, αυτή η διαφορά των γονιδίων να μπορεί να προκαλεί την ευαισθησία προς την κατάθλιψη. (Grados, M. , Riddle, M. & Samuel, J. ,2001).

Κάποιοι από τους τύπους της κατάθλιψης, φαίνεται να περνάνε από γενιά σε γενιά. Η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, σε συγγενείς ατόμων με κατάθλιψη είναι 1,5- 3% μεγαλύτερη από ότι στον γενικό πληθυσμό. (Κάκουρος, Ε. ,2002).

Η διπολική διαταραχή, είναι η πιο γνωστή μορφή κατάθλιψης στην οποία φαίνεται να υπάρχει γενετική σύνδεση. Αξίζει να τονισθεί ότι η κατάθλιψη για να εκδηλωθεί πρέπει να επιδράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί). (Κάκουρος, Ε. ,2002).

Οι έρευνες που έγιναν σε οικογένειες, στις γενιές των οποίων εμφανίζεται σταθερά η συγκεκριμένη διαταραχή, κατέληξαν στο ότι οι πάσχοντες έχουν διαφορετική γενετική σύσταση από αυτούς που δεν εμφανίζουν την διαταραχή. Ωστόσο το αντίστροφο δεν συμβαίνει. Δηλαδή, δεν είναι σίγουρο πώς κάποιος με την συγκεκριμένη γενετική σύσταση θα εμφανίσει την διαταραχή. Προφανώς κάποιοι επιπλέον παράγοντες, επί παραδείγματι ένα αγχογόνο περιβάλλον, φαίνεται να συνδέονται στενά με την έναρξη της πάθησης. (Chou, Y.H. , Shiah, I.S. & Wang, T. ,2005).

Η μείζων κατάθλιψη, είναι μια διαταραχή η οποία φαίνεται να περνάει από γενιά σε γενιά σε μερικές οικογένειες, αν και όχι τόσο συχνά όσο η Διπολική Ι ή ΙΙ. Εντούτοις, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζεται και σε ανθρώπους, που στο οικογενειακό ιστορικό τους δεν αναφέρεται κανένα καταθλιπτικό επεισόδιο.

Ένα εξωτερικό συμβάν πολύ συχνά φαίνεται να δίνει το έναυσμα για ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Έτσι, ένα δυσάρεστο γεγονός όπως μια σημαντική απώλεια, μια χρόνια αρρώστια, μια δύσκολη σχέση, ένα οικονομικό πρόβλημα ή μια ανεπιθύμητη αλλαγή στις καθημερινές συνήθειες, φέρνει την πάθηση στην επιφάνεια. Πολύ συχνά ο συνδυασμός γενετικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών

παραγόντων συντελούν στην εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής. (Chou, Y.H. , Shiah, I.S. & Wang, T. ,2005).

#### 1.4.4 Βιολογικοί Παράγοντες

Τον τελευταίο αιώνα οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους βιολογικούς μηχανισμούς οι οποίοι φαίνεται να έχουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Οι νευροδιαβιβαστές, οι ουσίες δηλαδή που βοηθούν τα νευρικά κύτταρα να επικοινωνούν μεταξύ τους, φαίνεται να είναι αυτοί που από βιολογικής απόψεως ευθύνονται για την κατάθλιψη. (Αγγελή, Μ. , Αυγουστάτος, Γ. και συν ,2008).

Σήμερα θεωρείται ότι οι κύριοι νευροδιαβιβαστές που δρουν για την εμφάνιση της κατάθλιψης είναι η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη. Συγκεκριμένα, η ελάττωση των κατεχολαμινών της νορεπινεφρίνης στις νορεπινεφρικές συνάψεις του ΚΝΣ προκαλεί κατάθλιψη. Η σεροτονίνη, είναι ένας νευροδιαβιβαστής του εγκεφάλου του οποίου, χαμηλά επίπεδα συγκέντρωσης εμπλέκονται με την κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, η μείωση των ινδολαμινών της σεροτονίνης στις σεροτονινεργικές συνάψεις του ΚΝΣ προκαλεί κατάθλιψη.

Η σύγχρονη υπόθεση για την κατάθλιψη προτείνει ότι τα νευρικά κύτταρα εμφανίζουν σχετική ευαλωτότητα στην νόσο σε καταστάσεις παρατεταμένου άγχους . (Δημητρίου, Ε. , Ιεροδιακόνου, Χ. & Φωτιάδης, Χ. ,1988).

Το ίδιο το γυναικείο σώμα μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη της κατάθλιψης. Αυτό συμβαίνει, επειδή οι ορμόνες των ωοθηκών μπορεί να επηρεάσουν τη διάθεση σε διάφορα στάδια της ζωής μιας γυναίκας όπως είναι:

##### ➤ Εφηβεία

Πριν τα δύο φύλα φτάσουν στην εφηβεία, έχουν παρόμοια ποσοστά στην επιδημιολογία της κατάθλιψης. Μετά την εφηβεία, όμως, η διαφορά μεταξύ των φύλων, στην κατάθλιψη και στις συναφείς διαταραχές είναι έντονες. Αυτό συμβαίνει γιατί τα κορίτσια συνήθως περνούν την εφηβεία νωρίτερα από τα αγόρια και έτσι είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν νωρίτερα κατάθλιψη. Ορμονικές διαταραχές επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογία του εφήβου, προκαλούν συνήθως αίσθημα αδυναμίας ή υπνηλία. Αυτή η κατάσταση συνδυαζόμενη με την εμφάνιση της ήβης, το πρήξιμο της κοιλιάς για τα κορίτσια και διάφορες άλλες σωματικές αλλαγές, που στους περισσότερους έφηβους προκαλούν ντροπή, μπορεί να προκαλέσει την εφηβική κατάθλιψη. Η εφηβεία επίσης, συχνά συνδέεται και με άλλες αλλαγές που θα μπορούσαν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Κάποιοι από αυτούς είναι:

- Αναδύομενη σεξουαλικότητα και θέματα ταυτότητας
- Γονικές συγκρούσεις
- Μεταβαλλόμενες κοινωνικές προσδοκίες (Αναγνωστόπουλος, Δ. & Λαζαράτου, Ε. ,2001).
- Περίοδος πριν την εμμηνόρροια

Οι φυσικές και συναισθηματικές αλλαγές που μπορεί να προκύψουν πριν από την εμμηνόρροια είναι, φούσκωμα στην κοιλιά, ευαισθησία μαστού, κεφαλαλγία, άγχος, ευερεθιστότητα. Παρά το γεγονός ότι, η αλληλεπίδραση μεταξύ της κατάθλιψης και προ εμμηνόρροιας περιόδου παραμένει ασαφής, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν

ότι, οι κυκλικές μεταβολές των οιστρογόνων, της προγεστερόνης και άλλων ορμονών μπορεί να διαταράζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου, όπως η σεροτονίνη, χημικών ουσιών που ελέγχουν την διάθεση. Η σεροτονίνη, ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη και ακετυλοχολίνη, είναι νευροχημικά στοιχεία του εγκεφάλου, τα οποία φαίνεται η υπερλειτουργία ή υπολειτουργία τους σε διάφορα μέρη του εγκεφάλου να συνδέεται άμεσα με πολλές νευροψυχιατρικές παθήσεις συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης. (Ahn, E. , Bonari, L. , Einarson, A. , Steiner, M. et al. ,2004).

- Κύηση

Οι σοβαρές ορμονικές αλλαγές, που συντελούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να προκαλέσουν στην μέλλουσα μητέρα κατάθλιψη. Άλλα θέματα που μπορεί από ψυχολογικής πλευράς επίσης, να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή κατά τη διάρκεια προσπάθειας να μείνει έγκυος μια γυναίκα είναι:

- Αλλαγές στον τρόπο ζωής ή στην εργασία
- Προβλήματα στον γάμο
- Προηγούμενα επεισόδια κατάθλιψης
- Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης
- Ανάμεικτα συναισθήματα για την εγκυμοσύνη
- Αποβολή
- Στείριότητα
- Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Μια υπόθεση είναι ότι, λόγω των στρεσογόνων καταστάσεων που υποβάλλεται η γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη εκκρίνει αυξημένες ποσότητες κάποιων ορμονών οι οποίες επηρεάζουν τον εγκέφαλο του εμβρύου και το καθιστούν ευάλωτο σε μελλοντική εμφάνιση της κατάθλιψης. Κάτι τέτοιο δεν είναι όμως, ακόμα τεκμηριωμένο αλλά είναι αντικείμενο μελλοντικών ερευνών. (Ahn, E. , Bonari, L. , Einarson, A. , Steiner, M. et al. ,2004).

- Εμμηνόπαυση

Ο κίνδυνος της κατάθλιψης μπορεί επίσης, να είναι αυξημένος κατά τη διάρκεια της μετάβασης μιας γυναίκας στην εμμηνόπαυση, όταν τα επίπεδα των ορμονών παρουσιάζουν διακυμάνσεις με αστάθεια. Επίσης, ο κίνδυνος για να εμφανίσει μια γυναίκα κατάθλιψη μπορεί να είναι αυξημένος σε πρόωρη εμμηνόπαυση ή μετά την εμμηνόπαυση, και στις δύο περιπτώσεις, όταν τα επίπεδα οιστρογόνων μειώνονται σημαντικά. Όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων διαταράσσονται, τότε αλληλένδετα διαταράσσεται και η φυσιολογική λειτουργία των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου οι οποίοι είναι υπεύθυνοι και για τον έλεγχο της διάθεσης. (Kramlinger, K. ,2004).

Οι περισσότερες γυναίκες, που βιώνουν δυσάρεστα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα δεν αναπτύσσουν κατάθλιψη. Αλλά για τις γυναίκες οι οποίες υποφέρουν από αϋπνίες για μεγάλα χρονικά διαστήματα ή που έχουν ιστορικό κατάθλιψης, αυτή είναι μια ευάλωτη στιγμή. Επίσης, υστερεκτομή με αφαίρεση των ωοθηκών μπορεί να οδηγήσει σε απότομη εμφάνιση της εμμηνόπαυσης με πιο

σοβαρά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων των μεταβολών της διάθεσης και, ενίοτε, την κατάθλιψη. **(Kramlinger, K. ,2004).**

Επί του παρόντος, η σχέση μεταξύ μητέρας και εμβρύου και η επίδρασή της στο τελευταίο, έχει τραβήξει την προσοχή των επιστημόνων. Φαίνεται πως αν η μητέρα βιώνει συνεχή ένταση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της, τότε είναι πιθανό το παιδί που θα γεννηθεί να έχει προδιάθεση στο να εκδηλώσει κατάθλιψη κατά την διάρκεια της ζωής του, ακόμα περισσότερο δε, αν έχει και την γενετική ευαισθησία. Εικάζεται πως σε μια τέτοια περίπτωση οι ορμόνες που απελευθερώνονται στον οργανισμό της μητέρας προκειμένου να αντεπεξέλθει σε καταστάσεις έντασης, επηρεάζουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου και το καθιστούν, ως ενήλικα, ευάλωτο στην κατάθλιψη. Περαιτέρω έρευνα, κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να διαπιστωθεί η εγκυρότητα αυτής της άποψης. Και σε αυτή την περίπτωση όμως, όπου εξετάζεται η επίδραση της μητέρας στο έμβρυο, είναι καταφανής η σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικής προδιάθεσης και περιβαλλοντικών επιδράσεων. Στατιστικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι το ποσοστό των διδύμων παιδιών που εμφανίζουν κατάθλιψη είναι σαφώς υψηλότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό. **(Borras, L. , Cassan, A. , Del Hoyo, J. & Xavier, R. ,2002).**

Κάθε χρόνο περισσότεροι από ένα εκατομμύριο ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες εισάγονται σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας λόγω ενός οξέος αναπνευστικού επεισοδίου. Η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια είναι μια σοβαρή ιατρική κατάσταση με ποσοστό θνησιμότητας 20%-30% σε περιπτώσεις που διαρκούν ένα μήνα και οι επιζώντες συχνά χρειάζονται μακροχρόνιες και πολυέξοδες θεραπείες αποκατάστασης. Προηγούμενες μελέτες έχουν αποδείξει την αρνητική επίδραση που η κατάθλιψη (συμπεριλαμβανομένων των μη σοβαρών επεισοδίων κατάθλιψης) έχει στη λειτουργική κατάσταση του ατόμου, στην υγεία του ατόμου και στην θνησιμότητα ασθενών με χρόνιες ιατρικές ασθένειες. Προηγούμενες μελέτες σε ασθενείς που ανακάμπτουν από παρατεταμένη αναπνευστική ανεπάρκεια, έχουν χρησιμοποιήσει διάφορα μέσα διάγνωσης και αξιολόγησης της κατάστασης των ασθενών σε διαφορετικές χρονικές στιγμές μετά την ασθένειά τους (μήνες έως χρόνια). Έχει βρεθεί ότι η κατάθλιψη μέτριας ή μεγαλύτερης σοβαρότητας-επηρεάζει το 12% -43% των επιζώντων. **(Beck, C. , Colleen, M. , William, M. et al ,2006).**

#### **1.4.5 Προσωπικότητα**

Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια η οποία σχετίζεται με διάφορες λειτουργικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένων της αυξημένης αντίληψης, καχυποψίας, υπερευαισθησίας, μειωμένης αντίληψης των γεγονότων. **(Ravindran, A. ,2001)**. Τρεις ξεχωριστές πτυχές του χαρακτήρα θεωρούνται ως κύριες αίτιες της κατάθλιψης:

- (1) η τάση να αντιλαμβάνεται το άτομο αρνητικά τα γεγονότα της ζωής του και να τον διακατέχει γενικότερα απαισιοδοξία.
- (2) η τάση να αντιμετωπίζει γεγονότα της δικής του ζωής αλλά και παγκόσμια γεγονότα με υπερευαισθησία και
- (3) η σκληρή αυτοκριτική , χαμηλή αυτοεκτίμηση και τάση του ατόμου να επιρρίπτει ευθύνες στον εαυτό του για οτιδήποτε κακό του συμβαίνει. **(Abela, J. ,2002)**.

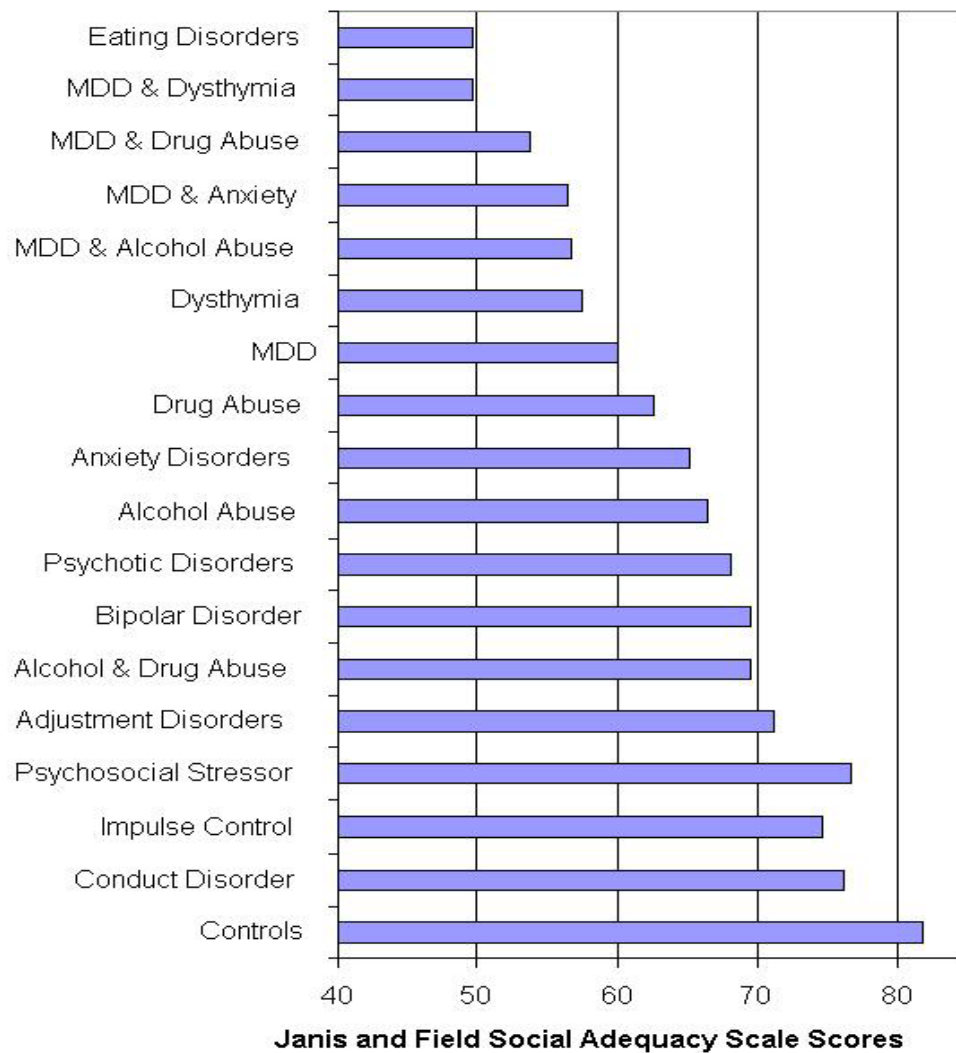
Υπάρχουν σαφή στοιχεία που αποδεικνύουν τη σχέση κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι, όταν η διάθεση των καταθλιπτικών ασθενών βελτιώνεται, το επίπεδο της αυτοεκτίμησης τους επίσης αυξάνεται. Η παραπάνω παρατήρηση έχει θεωρηθεί πολύ σημαντική λόγω του ότι όλοι οι καταθλιπτικοί ασθενείς πάντα εμφανίζουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση που πολλές φορές τους οδηγεί στην αυτοκτονία. **(Silvestron, P. & Salsali, M. ,2003)**.

Στους παρακάτω πίνακες παρατίθενται τα αποτελέσματα από μελέτη η οποία διενεργήθηκε σε δείγμα 1.190 περιπτώσεων που παρακολουθούσε η Walk-In Κλινική του Πανεπιστημίου της Alberta στον Καναδά. Το δείγμα αποτελείτο από 957 ψυχικά ασθενείς, 182 περιπτώσεις ασθενών με συμπτώματα που δεν μπορούν να αποδοθούν σε κάποια ψυχική διαταραχή αλλά στην ψυχοκοινωνική πίεση που βίωναν και 51 άτομα συγγενείς ή κοντινά πρόσωπα τα οποία συνόδευαν τους ασθενείς. Στα πλαίσια της έρευνας τα άτομα συμπλήρωσαν δύο ερωτηματολόγια αυτοεκτίμησης. Τα ερωτηματολόγια ήταν τα ακόλουθα:

- 1) Janis and Field Social Adequacy Scale (JF Scale) που εκτιμά την κοινωνική επάρκεια των ατόμων.
- 2) Rosenberg Self-Esteem Scale που εκτιμά την χαμηλή αυτοεκτίμηση του ατόμου.

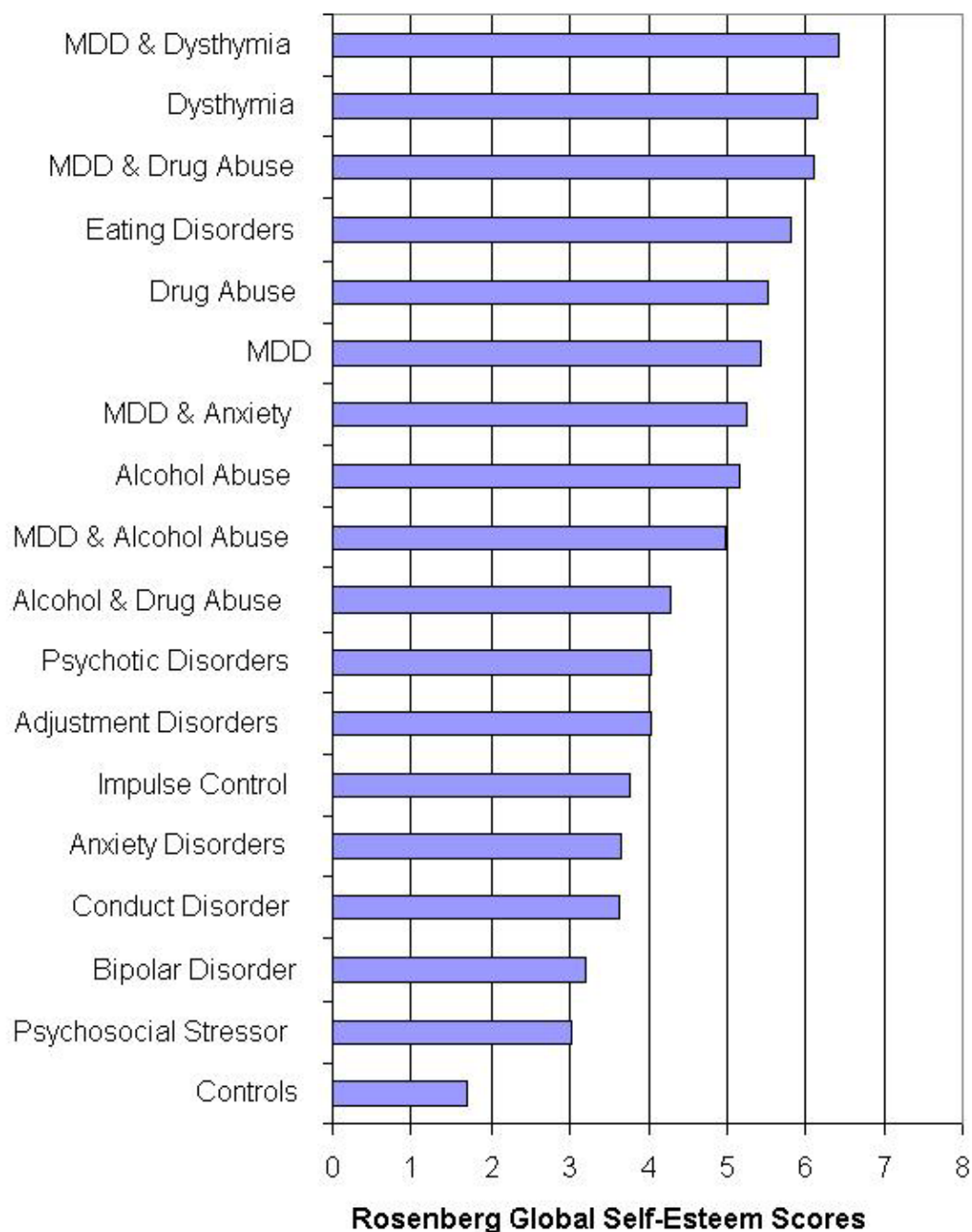


**Πίνακας 5 : Ανάλυση αποτελεσμάτων ερωτηματολογίου Janis and Field Social Adequacy Scale (JF Scale) που εκτιμά την κοινωνική επάρκεια των ατόμων.**



**Πηγή: Salsali M. & Silverstone P. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis 2,4-9, Annals of General Hospital Psychiatry, Primary Research, σελ. 4**

**Πίνακας 6: Ανάλυση ερωτηματολογίου Rosenberg Self-Esteem Scale που εκτιμά την χαμηλή αυτοεκτίμηση του ατόμου.**



**Πηγή: Salsali M. & Silverstone P. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis 2,4-9, Annals of General Hospital Psychiatry, Primary Research, σελ. 6**

Όπως παρατηρούμε στο πρώτο γράφημα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν σαφώς χαμηλότερα αποτελέσματα στην κοινωνική επάρκεια από τις υπόλοιπες ομάδες ενώ στο δεύτερο γράφημα παρατηρούμε ότι άτομα τα οποία πάσχουν από

κατάθλιψη έχουν σαφώς χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τις υπόλοιπες ομάδες. (Salsali, M. & Silverstone, P. ,2003).

Παιδιά τα οποία έχουν βιώσει άσχημες καταστάσεις οικογενειακές ή κοινωνικές όταν είναι σε μικρή ηλικία τείνουν να διαμορφώνουν καταθλιπτική προσωπικότητα. Τα χαρακτηριστικά της καταθλιπτικής προσωπικότητας είναι εμμονή στην εκπλήρωση των ευθυνών τους και στην τήρηση της τάξης στις υποθέσεις της δουλειάς τους και στις κοινωνικές τους σχέσεις, αυτή όμως η ανάγκη είναι τόσο υπερβολική, ώστε γενικά θεωρούν ότι δεν μπορούν να την εκπληρώσουν για αυτό και αισθάνονται ένοχοι ενδίδοντας στο στρες. (Borras, L. , Cassan, A. , Del Hoyo, J. & Xavier, R.).

Μια άλλη χαρακτηριστική μορφή υπερπροσπάθειας για επίτευξη στόχου είναι αυτή των αθλητών. Οι αθλητές πολλές φορές έχουν τον φόβο του ανταγωνισμού έτσι υποβάλλουν τον εαυτό τους σε μια ιδιαίτερη κατάσταση άγχους και υπερπροσπάθειας για επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος. Τις περισσότερες φορές αυτή η αυτοεπιβολή έχει αντίθετα αποτελέσματα από τα επιθυμητά. Προκαλείται εμμονή και όταν ο επιθυμητός στόχος δεν επιτευχθεί το άτομο απογοητεύεται, επιρρίπτει ευθύνες στον εαυτό του και στο τέλος παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα. (Krakow, K. , Otoul, B.C. , Sander, J.W. & Walker, M. ,2001).

### **Συμπτώματα της κατάθλιψης**

Η κατάθλιψη εμφανίζεται με μία σειρά από συμπτώματα που επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου. Δεν είναι απαραίτητο κάποιος που έχει κατάθλιψη να παρουσιάζει όλα τα συμπτώματα της διαταραχής. Ορισμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν πολλά, ορισμένοι λιγότερα. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρει σε κάθε άτομο, αλλά διαφοροποιείται και στο ίδιο άτομο με την πάροδο του χρόνου. Τα συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης είναι πράγματι πάρα πολλά . Παρακάτω γίνεται μια προσπάθεια για ομαδοποίηση και ανάλυση τους .

## **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ**

### **Καταθλιπτική διάθεση**

Τα άτομα που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή πολλές φορές δεν μπορούν να διατυπώσουν ακριβώς το τι αισθάνονται . Το μόνο που λένε συχνά είναι ότι νοιώθουν θλίψη ή απογοήτευση. Η καταθλιπτική διάθεση δεν είναι πάντα εμφανής στον ασθενή ωστόσο όμως ο κλινικός ιατρός πρέπει να ψάξει εάν υπάρχουν άλλα συμπτώματα που να αποδεικνύουν ότι το άτομο πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή. (Μάνος, Ν. ,1997).

### **Άγχος**

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας ,φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστικότητας ή ακόμα και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως εφίδρωση, αίσθημα παλμών , ταχυκαρδία. Ένα σημαντικό σύμπτωμα είναι το τρεμούλιασμα των χεριών. Αυτό συχνά αποδίδεται στο γεγονός ότι το αίσθημα του φόβου που διακατέχει το καταθλιπτικό άτομο αυξάνει τα επίπεδα μιας βασικής ορμόνης της αδρεναλίνης η οποία θέτει τον εγκέφαλο σε εγρήγορση με αποτέλεσμα το τρεμούλιασμα των χεριών.

Συχνά ο συνδυασμός κατάθλιψης και άγχους φέρνει σύγχυση σχετικά με ποιο από τα δύο κρίνεται διαταραχή. (Nardi, A. ,2003).

### ***Διαταραχή του ύπνου***

Η διαταραχή του ύπνου στα άτομα με καταθλιπτική διαταραχή είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Πολλοί από αυτούς παραπονιούνται για διακεκομμένο ύπνο ή για το ότι ξυπνάνε πολύ πρωί και μετά δεν μπορούν να ξανακοιμηθούν. Οι διαταραχές του ύπνου οφείλονται ίσως στην κόπωση των ατόμων που υποφέρουν από κατάθλιψη. (Mc Kenzie K , 2008)

### ***Διαταραχή της όρεξης***

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν διαταραχές στην όρεξη. Ένα μεγάλο ποσοστό εμφανίζει απώλεια της όρεξης η οποία έχει ως συνέπεια την απώλεια βάρους αλλά και οστικής μάζας. (Alesci, S. , Ayala, A. Martinez, A. et al ,2005).

### ***Κόπωση εξάντληση (απώλεια ενέργειας )***

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συνήθως το πρωί έχουν αίσθημα κόπωσης , ατονίας, έλλειψη ζωτικότητας και ενέργειας. Αυτά τα αισθήματα πολλές φορές είναι ανυπόφορα και το άτομο δεν μπορεί να τα αντέξει. (Μάνος, Ν. ,1997).

Η χαμηλή ενέργεια που δηλώνουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν τους επιτρέπει να κάνουν πράγματα τα οποία παλαιότερα συνήθιζαν και αυτό κάνει την κατάσταση ακόμα χειρότερη. Σημειώνεται σημαντική μείωση κινήτρων και πολλές φορές το άτομο αποσύρεται από το κοινωνικό σύνολο και το διακρίνει εσωστρέφεια. (Nardi, A. ,2003).

### ***Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας***

Η χειρότερη κατάληξη που συχνά έχει η καταθλιπτική διαταραχή είναι η απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοχειρία. Περίπου το 1% των ατόμων με κατάθλιψη καταλήγουν να αυτοκτονούν μέσα στο διάστημα των πρώτων 12 μηνών που εμφανίζουν την ασθένεια. Θεωρητικά το διάστημα μεταξύ 6-9 μήνα είναι αυτό στο οποίο υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα ο ασθενής να οδηγηθεί στην αυτοκτονία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ένα άτομο για να μπορέσει να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας πρέπει να έχει αρκετή ενέργεια αλλά παράλληλα να βλέπει την ζωή του αρνητικά και να θέλει πραγματικά να αυτοκτονήσει. (Μάνος, Ν. ,1997).

### ***Σκέψη-Αντίληψη***

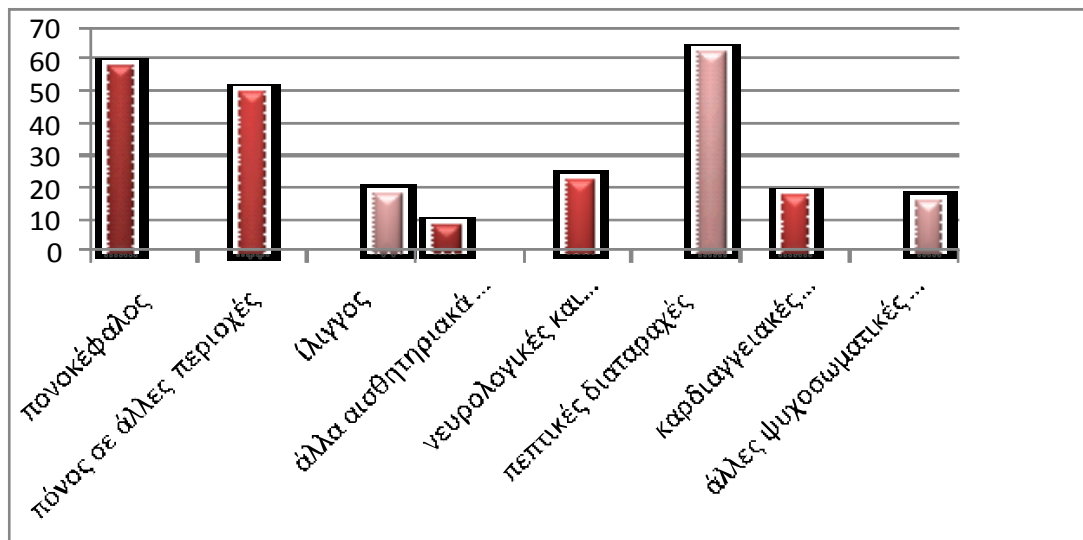
#### ***Αισθήματα –σκέψεις ενοχής , ή /και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση***

Οι άσχημες σκέψεις στην κατάθλιψη είναι ένα από τα σοβαρότερα συμπτώματα. Συνήθως οι ασθενείς έχουν αίσθημα αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυστηρή αυτοκριτική. Οι αρνητικές σκέψεις συνήθως αφορούν το μέλλον. Το άτομο πιστεύει ότι δεν έχει τίποτα καλό να περιμένει και ότι θα του συμβούν στο μέλλον χειρότερα πράγματα ως τιμωρία για τα λάθη του παρελθόντος. (Κάκουρος, Ε. ,2002).

### Σωματικά ενοχλήματα

Η κατάθλιψη εκτός των συμπτωμάτων που παρουσιάστηκαν πιο πάνω εμφανίζει και αρκετά σωματικά συμπτώματα τα οποία δεν είναι σε όλους τους ασθενείς τα ίδια. Τα πιο συνήθη σωματικά συμπτώματα είναι πόνος στην κοιλιά, πονοκέφαλοι, προβλήματα του πεπτικού συστήματος, δυσκοιλιότητα και μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Το άτομο δεν παραδέχεται και δεν γνωρίζει ότι πάσχει από κατάθλιψη όταν παρουσιάζει μόνο τα σωματικά συμπτώματα.

**Πίνακας 7: Τα σημαντικότερα σωματικά συμπτώματα που εμφανίζονται στην κατάθλιψη.**



\*Η κάθετη γραμμή παριστάνει το % των ασθενών.

**Πηγή: Borrás L, Cassan A, Del Hoyo, J, Xavier, R. , (2002). ΧΡΥΣΗ ΥΓΕΙΑ 3<sup>ης</sup> ΧΙΛΙΕΤΙΑΣ, Τόμος 4, σελ.131 Εκδόσεις Δομική: Αθήνα.**

**Πίνακας 8 :Συμπτώματα της κατάθλιψης**

Τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης είναι :

- Καταθλιπτική διάθεση η οποία διαρκεί διάστημα μεγαλύτερο από δύο εβδομάδες.
- Μείωση του ενδιαφέροντος για ασχολίες που προηγουμένως ήταν ευχάριστες για το άτομο.
- Φόβος, δυσφορία, αίσθημα κινδύνου. Αυτά είναι συνέπειες του άγχους που αισθάνεται το άτομο.
- Διαταραχές ύπνου. Αυτή η διαταραχή εμφανίζεται σε κάθε ασθενή με διαφορετικό τρόπο. Κάποιοι ασθενείς παραπονιούνται ότι δεν μπορούν να κοιμηθούν εύκολα ή ότι έχουν κακό ύπνο με πολλά ξυπνήματα κατά την διάρκεια της νύχτας. Πολύ συχνά επίσης οι ασθενείς παραπονιούνται για το ότι ξυπνάνε πολύ πρωί και δεν μπορούν να ξανακοιμηθούν.
- Διαταραχές όρεξης. Συχνά παρατηρείται απώλεια βάρους στους ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή. Συνήθως αυτό συμβαίνει γιατί νοιώθουν βάρος στο στομάχι και δεν έχουν όρεξη για φαγητό. Πιο συχνά μπορεί να εντοπιστεί αύξηση του σωματικού βάρους και βουλιμικά επεισόδια.
- Απώλεια ενεργητικότητας. Το άτομο χάνει την ζωτικότητα του και αισθάνεται μια συνεχή κόπωση και εξάντληση. Πολλές φορές μπορεί να μείνει όλη μέρα σε αδράνεια χωρίς να μπορεί να κάνει τίποτα.
- Ελαττωμένη σεξουαλική επιθυμία. Ακόμα και αν υπάρχουν σεξουαλικές επαφές δεν ευχαριστούν το άτομο.
- Δυσκολία στην συγκέντρωση , αρνητικές σκέψεις , απαισιοδοξία για το μέλλον.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση , αίσθημα αναξιοσύνης , ανικανότητας.
- Αυστηρή αυτοκριτική. Το άτομο νοιώθει ανίκανο για τα πάντα και κρίνει τον εαυτό του πολύ αυστηρά .
- Έμμονες σκέψεις θανάτου, απόπειρα αυτοκτονίας. Η απελπισία οδηγεί το άτομο πολλές φορές στο να κάνει σκέψεις αυτοκτονίας ή ακόμα και απόπειρα αυτοκτονίας.
- Σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, δυσκοιλιότητα, πόνοι στην κοιλιά.

Για να μπορεί να είναι έγκυρη η διάγνωση της κατάθλιψης πρέπει τουλάχιστον να αναφέρονται τουλάχιστον 5 από τα παραπάνω συμπτώματα συμπεριλαμβανομένων των δύο πρώτων .

**Πηγή : Δημητρίου , Ε. , Ιεροδιακόνου , Χ. , Φωτιάδης , Χ. , 1988 , Ψυχιατρική, Εκδόσεις Μαστορίδη Θεσσαλονίκη , σελ. 191-192.**

## **1.5 Τρόποι αντιμετώπισης της κατάθλιψης**

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή η οποία, λόγω της φύσης της, δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή. Για το λόγο αυτό μόνο ένας περιορισμένος αριθμός ατόμων με κατάθλιψη εντάσσονται σε κάποιο πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας της κατάθλιψης με άλλες διαταραχές, ο αυξημένος αριθμός των συνοδών προβλημάτων, η συνήθης επανεμφάνιση των καταθλιπτικών επεισοδίων καθώς και τα αναπτυξιακά ελλείμματα που συχνά παραμένουν ακόμα και μετά την πάροδο του καταθλιπτικού επεισοδίου καθιστούν απαραίτητη τη συνδυαστική εφαρμογή των θεραπευτικών μεθόδων με στόχο τη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων και την πρόληψη εμφάνισης νέων επεισοδίων.

### **1.6.1 Οικογενειακή θεραπεία της κατάθλιψης**

Ο όρος οικογενειακή θεραπεία αναφέρεται στην ψυχοθεραπεία η οποία έχει ως στόχο τη βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας ως σύνολο αλλά και τη λειτουργία κάθε ατόμου ξεχωριστά. Η οικογενειακή ζωή των ασθενών με κατάθλιψη φαίνεται πάντα να αντιμετωπίζει σοβαρές δυσλειτουργίες. Πολλές φορές η κριτική η οποία ασκεί η οικογένεια πάνω στον ασθενή κάνει την κατάσταση ακόμα χειρότερη και την θεραπεία ακόμα πιο δύσκολη. Γυναίκες που έχουν ευθύνη για άτομα με ειδικές ανάγκες ή που έχουν ένα κακό γάμο έχουν αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση της κατάθλιψης. Αυτό μας δείχνει την σημαντικότητα της οικογενειακής θεραπείας σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. **(Heru, M.A. ,2006).**

Η οικογενειακή θεραπεία έχει ως στόχο να μελετήσει πτυχές της έγγαμης και γενικότερα οικογενειακής ζωής του ατόμου που μπορεί να έχουν επηρεάσει στην εμφάνιση της κατάθλιψης ή που μπορεί να λειτουργούν αρνητικά στην θεραπεία της κατάθλιψης. Είναι ένα είδος οικογενειακής θεραπείας στην οποία όχι μόνο συμμετέχουν οι ασθενείς και το προσωπικό αλλά και η οικογένεια του ασθενή. Μερικές φορές στα νοσοκομεία γίνεται πολλαπλή οικογενειακή θεραπεία δηλαδή αρκετοί ασθενείς και οι οικογένειες τους συναντιούνται και συζητούν κοινά τους προβλήματα. Η οικογενειακή θεραπεία αντιμετωπίζει την οικογένεια ως ένα μικρό κοινωνικό σύνολο στο οποίο τα μέλη βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Έτσι όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει ένα ψυχολογικό πρόβλημα η οικογενειακή θεραπεία το θεωρεί πρόβλημα ολόκληρου του συνόλου εφόσον εμφανίζεται σε άτομο του οικογενειακού συστήματος. Αυτού του είδους η θεραπεία φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευεργετική όταν κανείς δουλεύει με νεαρά άτομα. **(Keitner, G. ,2005).**

Η οικογενειακή θεραπεία όσον αφορά την θεραπεία της κατάθλιψης εστιάζεται στα θέματα επικοινωνίας της οικογένειας. Προσπαθεί δηλαδή ο συντονιστής να βελτιώσει την επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και να βρει ο ίδιος την πηγή του προβλήματος. Επιτρέπει στο άτομο το οποίο πάσχει από κατάθλιψη να μιλήσει για τα παράπονα που έχει από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας όχι όμως με τρόπο ο οποίος να υποδηλώνει ότι τα κατηγορεί για την κατάσταση που βρίσκεται. Επίσης βοηθάει την οικογένεια να βρει τον τρόπο να βοηθάει ο ένας τον άλλον και όχι να λειτουργούν εγωιστικά ως ανεξάρτητες οντότητες αλλά περισσότερο σαν ομάδα. Επίσης εφαρμόζεται διδασκαλία κάποιων συμπεριφοριστικών μοντέλων όταν ο ασθενής είναι παιδί ή έφηβος. Αυτά τα συμπεριφοριστικά μοντέλα έχουν σκοπό να διδάξουν τους γονείς πώς να αντιμετωπίζουν ένα παιδί με κατάθλιψη και κακή συμπεριφορά ή δύσκολη συμπεριφορά. **(Boston, P. & Cottrell, D. ,2002).**

### Πίνακας 9 : Βασικές αρχές οικογενειακής θεραπείας

Τα μέλη της οικογένειας συνεργάζονται με ιατρούς και θεραπευτές για :

- Να ακολουθούν όλα τα μέλη τις ίδιες κατευθυντήριες γραμμές υποστήριξης και συνεργασίας για τον ασθενή.
- Δίνεται ιδιαίτερη βάση στις κοινωνικές και κλινικές ανάγκες του ασθενή.
- Σε περίπτωση που το άτομο δεν είναι σε θέση να λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή σωστά πρέπει η οικογένεια να είναι υπεύθυνη για αυτή.
- Να εντοπιστεί η εικόνα που έχουν τα μέλη της οικογένειας για τον ασθενή και την άποψη που έχουν όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί.
- Να δίνεται η εντύπωση στα μέλη της οικογένειας ότι λειτουργούν ως συνεργάτες για την βελτίωση της υγείας του ασθενή και όχι ως παράγοντες που συμβάλλουν στην καλή υγεία του ατόμου.
- Αξιολόγηση των ατόμων που θέτουν τους κανόνες στην οικογένεια ( μητέρα, πατέρα)
- Βοήθεια των μελών της οικογένειας στο να επιλύσουν τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην οικογένεια με ηρεμία και όχι με φωνές. ( είναι σημαντικό το περιβάλλον στο οποίο θα διαμένει το άτομο κατά την θεραπεία του να είναι ήρεμο με όσο το δυνατό λιγότερες εντάσεις.)
- Έλεγχος των συναισθημάτων απώλειας σε περίπτωση πένθους στην οικογένεια.
- Παροχή πληροφοριών για την κατάσταση της οικογένειας και τις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων.
- Βοήθεια για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας.
- Παροχή εκπαίδευσης στα μέλη σε σωστές τεχνικές επίλυσης προβλημάτων.
- Ενθάρρυνση της οικογένειας για συμμετοχή σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις και σε ομάδες υποστήριξης ψυχικά διαταραγμένων ατόμων.
- Είναι σημαντικό τα μέλη να έχουν εύκολη πρόσβαση και συχνή επικοινωνία με τον θεραπευτή τους για επίλυση τυχόν προβλημάτων που μπορεί να εμφανιστούν.

**Πηγή: Heru M, Alisson , (2006) Family Psychiatry: From Research to Practice, Reviews and Overview,63, 962–968,σελ. 965.**

Μερικές φορές και ειδικά στην θεραπεία με ασθενείς που έχουν πρόβλημα γάμου η οικογενειακή θεραπεία γίνεται σε μια ομάδα η οποία αποτελείται από τον ασθενή, πολλούς από τους συγγενείς του που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή του, τον γιατρό, τις νοσηλεύτριες, την κοινωνική λειτουργό και οποιονδήποτε άλλο μέσα από την θεραπευτική ομάδα που θα μπορούσε να βοηθήσει τον ασθενή. Οι συναντήσεις γίνονται ανά δεκαπέντε μέρες και συγχρόνως παρακολουθείται η υγεία του ασθενή. Η κάθε περίπτωση είναι διαφορετική και για την πλήρη αντιμετώπιση της μπορεί να χρειαστούν από πέντε έως είκοσι συναντήσεις. Αυτού του είδους η



αντιμετώπιση βοηθά περισσότερο στην θεραπεία που γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία ή σε μερικές περιπτώσεις που η θεραπεία γίνεται σε ασθενείς στο σπίτι τους. Η θεραπευτική ομάδα μπορεί αρχικά να θεωρήσει χρήσιμο να δει τον ασθενή στο δικό του περιβάλλον με τα άτομα τα οποία κυρίως ενδιαφέρονται για τη αρρώστια του και την θεραπεία του όταν αυτός δεν έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο. Με το να δει τον ασθενή μαζί με την οικογένεια του έχει την ευκαιρία να παρατηρήσει τις διάφορες διεργασίες που γίνονται ανάμεσα σε αυτόν και τους άλλους και έτσι πολλές φορές γίνονται καλύτερα κατανοητά τα δυναμικά της αρρώστιας. (Altscul, A. ,2000).

Το περιεχόμενο των οικογενειακών συνεδριών δεν βασίζεται τόσο σε ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων αλλά απασχολείται περισσότερο με τον τρόπο τον οποίο διαχειρίζεται η οικογένεια καθημερινές δυσκολίες και αποφάσεις που μπορεί να προκύψουν, όπως επίσης και τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων. Ενθαρρύνεται η επικοινωνία μεταξύ των ατόμων με οποιοδήποτε τρόπο. Εντοπίζονται οι θετικές πλευρές της οικογενειακής ζωής και αξιοποιούνται κατάλληλα για μείωση των εντάσεων και εξάλειψη του προβλήματος. (Asen, E. , 2002 ).

Το αρνητικό στοιχείο της οικογενειακής θεραπείας είναι ότι δεν είναι μια γρήγορη και εύκολη λύση , απαιτεί χρόνο και προσπάθεια για να λειτουργήσει καλά. Πρέπει όλα τα μέλη της οικογένειας να δώσουν βάση στις θεραπευτικές τεχνικές που υποδεικνύει ο θεραπευτής και να τις ακολουθούν πιστά καθημερινά. Κατά τη διάρκεια των ομαδικών συνεδριών μπορεί να ακουστούν κάποιες απόψεις από ένα άτομο προς ένα άλλο οι οποίες μπορεί να ενοχλήσουν. Είναι πολύ σημαντικό η οποιαδήποτε διαφορά να συζητείται και να αντιμετωπίζεται την ώρα ακριβώς που εντοπίζεται. (Churchill, R. , Henken, H. , Huibers, M. et al. ,2007).

### **1.6.2 Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική θεραπεία**

Οι γνωσιακές- Συμπεριφοριστικές μέθοδοι επιδιώκουν την τροποποίηση των σκέψεων και των μορφών συμπεριφοράς που υποτίθεται ότι σχετίζονται με ενοχλητικές αντιδράσεις. Με βάση τις μεθόδους αυτές, έχουν δημιουργηθεί προγράμματα βοήθειας που χρησιμοποιούνται για ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων, μεταξύ των οποίων είναι το άγχος ή και ο πόνος.

Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία ονομάζεται το σύνολο εκείνων των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών οι οποίες ενσωματώνουν θεωρητικές εννοιολογικές συλλήψεις για την αλλαγή της συμπεριφοράς οι οποίες δίνουν πρωταρχική σημασία στην γνωστική διαδικασία. Στοχευτούν μέσω διαδικασιών μερικούς τουλάχιστον θεραπευτικούς χειρισμούς ειδικά για την αλλαγή κάποιων διαστάσεων του γνωστικού συστήματος. Η συμπεριφοριστική θεραπεία χρησιμοποιεί τεχνικές που έχουν ως στόχο την αύξηση δραστηριοτήτων μέσω των οποίων ο ασθενής αντλεί ευχαρίστηση και ικανοποίηση, βοηθά το άτομο να αναπτύξει δεξιότητες και ικανότητες για να μπορεί να αντιμετωπίζει πιο αποτελεσματικά δύσκολα γεγονότα ζωής καθώς και να ανακτήσει τις κοινωνικές του δεξιότητες όταν αυτές έχουν εκλείψει. (Gambrill, E. ,2000).

Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελείται από πέντε στάδια τα οποία είναι:

1. Λίστα προβλημάτων η οποία αποτελεί την βάση κατά κάποιο τρόπο για κατανόηση του προβλήματος. Ο θεραπευτής μαζί με τον ασθενή θα πρέπει να ετοιμάσει μια λίστα με προβλήματα τα οποία επηρεάζουν ή επηρεάζαν την ζωή του ασθενή. Η λίστα πρέπει να προέρχεται από αυθόρμητη σκέψη. Παραδείγματος χάριν όταν στην λίστα εμπεριέχεται και η κατάθλιψη μπορεί ο

θεραπευτής χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο να επιβεβαιώσει την ύπαρξη της αλλά και να εξακριβωθεί και το επίπεδο της σοβαρότητας της. Μέσω αυτής μπορούν μαζί θεραπευτής αλλά και ασθενής να θέσουν θεραπευτικούς στόχους.

2. Διάγνωση: υπό κανονικές συνθήκες η διάγνωση δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία αλλά είναι καλό να γίνεται λόγω του ότι δίνει στον θεραπευτή κατευθυντήριες γραμμές και του επιτρέπει να χρησιμοποιεί εξειδικευμένους τρόπους θεραπείας.
3. Υπό εξέταση υπόθεση είναι η μελέτη της διάγνωση και παρατήρηση της πορείας του ασθενή. Σε αυτό το σημείο πολύ σημαντική είναι η μελέτη των εξωτερικών παραγόντων στο περιβάλλον του ασθενή αλλά και η γνώμη που έχει ο ίδιος ο ασθενής για τον εαυτό του. Παραδείγματος χάριν για άτομα τα οποία πάσχουν από κατάθλιψη και αντιμετωπίζουν προβλήματα στο γάμο τους πρέπει να υπάρχουν δύο υποθέσεις, εάν τα προβλήματα στο γάμο οδήγησαν το άτομο στην κατάθλιψη ή εάν η κατάθλιψη αποξένωσε το άτομο από τον σύζυγο και την οικογένεια του. Γίνεται κατά πρώτο λόγω σε πειραματικό επίπεδο και μπορεί κατά την πορεία της θεραπείας να αναθεωρηθεί εάν ο ασθενής υποτροπιάσει ή δεν παρουσιάσει καμία βελτίωση.
4. Τα δυνατά σημεία είναι ο τρόπος ο οποίος βοηθάει τον ασθενή συνεχίζει την προσπάθεια του για θεραπεία. Σε αυτό το σημείο τονίζονται τα δυνατά σημεία του πελάτη όπως αίσθηση του χιούμορ , αισιοδοξία, αυτονομία , δυναμική προσωπικότητα, ώστε να αποκλειστεί ο κοινωνικός αποκλεισμός.
5. Τα πλεονεκτήματα που έχει ο πελάτης λαμβάνονται υπόψη σε όλη την διάρκεια της θεραπείας γιατί βοηθούν τόσο τον θεραπευτή αλλά και τον ασθενή να θέτει ρεαλιστικούς στόχους όσον αφορά το μέλλον του. **(Davidson, J. & Persons, J.B., 2003).**

Μια σειρά από ελεγχόμενες δοκιμές έχουν αποδείξει ότι η γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής στις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές . Αυτό έχει ως συνέπεια και την ανακούφιση από τα “σωματικά συμπτώματα ” που προκαλεί η κατάθλιψη **(Giovanni V, et al 2004).**

Έχει διαπιστωθεί ότι το 70% των ατόμων με κατάθλιψη ανταποκρίνονται θετικά σε αυτήν. Επίσης έχει δείξει τα περισσότερα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. **(Κάκουρος, Ε. , 2002 ).**

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία της κατάθλιψης βασίζεται στην ιατρική διαπίστωση και παρατήρηση ότι η καταθλιπτική διάθεση έχει άμεση σχέση με τον αρνητικό τρόπο σκέψης του ατόμου. Συχνά σημαντικά γεγονότα της ζωής ενεργοποιούν λανθασμένα αρνητικά σχήματα του μυαλού τα οποία καθιστούν το άτομο επιρρεπές στην κατάθλιψη. Η ενεργοποίηση των σχημάτων αυτών προκαλεί μια σειρά αυτόματων αρνητικών σχέσεων. Π.χ το άτομο σκέφτεται “δεν μπορώ να κάνω τίποτα σωστό” “κανείς δεν νοιάζεται για μένα ”. Αυτές οι σκέψεις είναι συνήθως πολύ έντονες και δεν έχουν καμία ρεαλιστική βάση. **(Eyers, K. , Parker, G. & Roy, K. ,2003).**

Στην γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία ασθενής και θεραπευτής πρέπει να έχουν καλή συνεργασία έτσι ώστε να βρουν μαζί ποιες αρνητικές σκέψεις κυριαρχούν το μυαλό του και ποια μέσα θα χρησιμοποιηθούν για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του, η διάθεση του και ποιες μπορεί να είναι οι ενασχολήσεις του ατόμου στο μέλλον για να νοιώσει και να γίνει περισσότερο λειτουργικό. Ο βασικός στόχος της γνωσιακής- συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι μακροπρόθεσμος. Επιζητεί να δώσει στο άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη τα κατάλληλα εφόδια έτσι

ώστε και μετά το τέλος των συνεδριών (συναντήσεων ασθενή-θεραπευτή) να μπορεί πλέον να αντιμετωπίζει μόνο του προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στην μελλοντική του ζωή. Αυτό γίνεται για αποφυγή επανεμφάνισης της κατάθλιψης. (Culter, J. , Devlin, M. , Glick, R. , Goldyne, A. & Markowitz, J. ,2004).

Στις πρώτες συνεδρίες ο θεραπευτής είναι ενεργητικός και ενθαρρύνει τον ασθενή να ξεκινήσει να μιλάει για ότι θεωρεί σημαντικό. Φυσικά δεν περιμένει από τον ασθενή να εντοπίζει και να παραδέχεται όλες τις πτυχές του προβλήματος του . Αργότερα αφήνει τον ασθενή να ανοίγεται μόνος του να αναλύει τις σκέψεις του και να βρίσκει ο ίδιος τη διέξοδο από τις αρνητικές σκέψεις που μπορεί να τον διακατέχουν. Είναι απαραίτητη η συμπλήρωση ενός λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού το οποίο πρέπει να συμπληρωθεί με την άδεια του ασθενή και με την βοήθεια του οικογενειακού περιβάλλοντος. Οι συνεδρίες γίνονται όσο συχνά κρίνεται από τον θεραπευτή. (Altscul, A. ,2000).

Σε πολλές περιπτώσεις οι συνεδρίες μπορούν να γίνουν και σε ομάδες ατόμων. Πιστεύεται ότι η ομαδική συνεδρία είναι περισσότερο ωφέλιμη για τον ασθενή γιατί μαθαίνει να αντιμετωπίζει και να ξεπερνάει τις φοβίες του. Πχ πολλοί ασθενείς έχουν τον φόβο ότι εάν μιλήσουν μπροστά σε άλλα άτομα πιθανόν να φανούν χαζοί ή ακόμα και να λιποθυμήσουν. Μετά από τις πρώτες συνεδρίες που καταλαβαίνουν ότι κάτι τέτοιο δεν υφίσταται σιγά σιγά το συνειδητοποιούν και το ξεπερνούν. (Gambrill, E. ,2000).

Η τελευταία εξέλιξη της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας της κατάθλιψης είναι η επαφή μέσω ενός ειδικού προγράμματος υπολογιστή το οποίο λειτουργεί ως θεραπευτής . Αυτός ο τύπος θεραπείας θεωρείται αποτελεσματικότερος λόγω του ότι περιορίζεται στο ελάχιστο η επαφή θεραπευτή και ασθενή. Ο ασθενής δεν έχει την ασφάλεια της καθοδήγησης έτσι υποχρεούται να αναλάβει νωρίτερα την ευθύνη της ζωής του. Επίσης θεωρείται ότι είναι πιο εφικτή η εφαρμογή αυτού του τύπου θεραπείας λόγω του ότι το κόστος είναι σαφώς πιο χαμηλό από το κόστος της προσωπικής επαφής με τον θεραπευτή. Ο χρόνος που συνήθως απαιτείται για ολοκλήρωση της θεραπείας είναι οχτώ μέχρι 20 ώρες. Σίγουρα ακόμα και σε αυτό τον τρόπο θεραπείας η παρουσία ενός θεραπευτή θεωρείται αναγκαία τουλάχιστον για την πρώτη επαφή του ασθενή με το πρόγραμμα. (Albano, A.M. , Basco, M. & Wright, J. ,2005).

### 1.6.3 Ψυχαναλυτική θεραπεία

Ο Φρόϊντ το 1922 διατύπωσε την δικιά του τρισδιάστατη θεωρία για την ψυχανάλυση. Σύμφωνα με αυτήν η ψυχανάλυση είναι α) Μια διαδικασία για την διερεύνηση των ψυχονητικών διεγέρσεων β) ένας τρόπος θεραπείας νευρωτικών διαταραχών. γ) Μια συλλογή ψυχολογικών δεδομένων που αργότερα θα χρησιμοποιηθούν ως στοιχεία για την θεραπεία του ασθενή. (Ιωαννίδη, X. ,2006).

Ο όρος ψυχανάλυση μπορεί να ερμηνευτεί ως μια προσπάθεια αυτοεπίγνωσης του ασθενή με τη βοήθεια θεραπευτή. Ο ψυχαναλυτής κρατάει γενικά παθητική στάση και αφήνει τον ασθενή να του μιλήσει για ότι αυτός θέλει. Οι περιπτώσεις οι οποίες συνηθίζει να επεμβαίνει είναι όταν θέλει να κατευθύνει την συζήτηση σε συγκεκριμένο θέμα που μπορεί να φέρει μνήμες στον ασθενή ή όταν ο ασθενής λέει ψέματα τα οποία είναι αντιληπτά στον ψυχαναλυτή. (Symington, N. , 2004 ).

Αρχικά ο ψυχαναλυτής ακούει και βγάζει συμπεράσματα από τα λεγόμενα του ασθενή όσον αφορά τα γεγονότα της ζωής του και πώς αυτά μπορεί να επηρέασαν θετικά στην εμφάνιση της ασθένειας. Όσο και αν φαίνεται παράξενο και δυσνόητο,

γεγονότα που συμβαίνουν στα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου παίζουν μεγάλο ρόλο για την εξέλιξη του χαρακτήρα του. Συνήθως ο ασθενής βρίσκεται σε σύγχυση και δεν καταλαβαίνει γιατί ένα γεγονός έχει καταγραφεί στη μνήμη του και πως κάποια γεγονότα που σκέφτεται συνδέονται μεταξύ τους. Κύριος σκοπός της ψυχανάλυσης είναι ο ασθενής να νοιώσει καλύτερα και να πει πράγματα τα οποία μπορεί να κρατούσε για τον εαυτό του για μεγάλο διάστημα. **(Baugher, M. , Birmaher, B. , Brent, D.A. , Bridge, J. & Kolko, D. ,2001).**

Βασίζεται κυρίως στην ελεύθερη σκέψη του ατόμου όπως επίσης και στον αυθορμητισμό του εφόσον δεν γνωρίζει ότι το οτιδήποτε λέει μπορεί να αναλυθεί από τον θεραπευτή. Δηλαδή ουσιαστικά είναι μια “ εκμετάλλευση ” της αφανής πλευράς της ανθρώπινης φύσης , της συνείδησης και της επιλεκτικής μνήμης του ατόμου. **(Blomfield, B. ,1993).**

Καθώς εξελίσσεται όλη η ιστορία ο γιατρός αρχίζει να αντιλαμβάνεται μερικούς από τους μηχανισμούς οι οποίοι έκαναν τον ασθενή αυτό που είναι . Μπορεί να παρατηρήσει ποια από εκείνα που λέει συνοδεύονται από βαθύ συναίσθημα όπως η θλίψη ή ο θυμός. Αναγνωρίζει τα εχθρικά συναισθήματα που έχει ο ασθενής για ορισμένα άτομα για τα οποία αυτός μιλάει και την αγάπη του για άλλα. Από αυτά ξεχωρίζει ορισμένα στοιχεία τα οποία φαίνεται να έχουν επηρεάσει σημαντικά τον ασθενή στην μετέπειτα ανάπτυξη του και αρχίζει να καταλαβαίνει την αρρώστια του. Δεν είναι αρκετό όμως να καταλάβει ο γιατρός την αρρώστια του ασθενή αλλά ο ίδιος ο ασθενής πρέπει να την καταλάβει. **(Altschul, A. ,2000).**

Η ψυχαναλυτική θεραπεία δεν απευθύνεται μόνο σε άτομα τα οποία παρουσιάζουν συμπτώματα ψυχολογικής διαταραχής αλλά και για οποιονδήποτε θέλει να διερευνήσει τις άγνωστες πτυχές του εαυτού του αλλά και να ερμηνεύσει τις συμπεριφορές του. Ένας υγιής άνθρωπος πολλές φορές δεν καταφεύγει σε ψυχαναλυτή αλλά προσπαθεί να γνωρίσει τον εαυτό του μέσα από επιστημονικά βιβλία. Μια μεγάλη μερίδα ανθρώπων επιθυμεί να κάνει ψυχανάλυση αλλά φοβούνται την άγνωστη πλευρά του εαυτού τους. Πολλές φορές κρίνουν αρνητικά την ψυχανάλυση γιατί οι ίδιοι δεν είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τον ίδιο τους τον εαυτό. **(Gammelgaard, J. ,2003).**

Οι θεραπευτικές συνεδρίες γίνονται κατά τακτά διαστήματα τέσσερις με πέντε φορές την εβδομάδα και μπορεί να κρατήσουν από δύο με πέντε χρόνια και σε κάποιες περιπτώσεις και περισσότερα. Οι ασθενείς επιλέγονται βάση α) την προσωπικότητα τους β) την ικανότητα να συνειδητοποιούν τα βιώματα τους και να μπορούν να μιλήσουν για αυτά γ)της θέλησής τους για θεραπεία. **(Μάνος, Ν. ,1997).**

Κατά την διαδικασία της ψυχανάλυσης χρησιμοποιείται το ανάκλιντρο από τον ψυχαναλυτή σε μια προσπάθεια να ακινητοποιήσει όσον γίνεται τον ασθενή και να ελαχιστοποιήσει το οπτικό του πεδίου. Αυτό γίνεται γιατί με την έλλειψη της οπτικής επαφής χάνεται η επικοινωνία με τον αναλυτή και ο αναλυόμενος μπορεί να μιλήσει πιο εύκολα. **(Μάνος, Ν. ,1997).**

Ένα βασικό στοιχείο της ψυχανάλυσης θεωρείται η ερμηνεία του ονείρου. Όπως ο Freud , ο οποίος θεωρείται ο πρωτοστάτης της ψυχανάλυσης, αναφέρει “το όνειρο αποτελεί τον βασιλικό δρόμο του ασυνείδητου ”. Μέσα από την ανάλυση των ονείρων πολλές φορές μπορούμε να βρούμε κρυμμένες πτυχές και απωθημένα του ασθενή που δεν μπορεί να τα εκφράσει με διαφορετικό τρόπο. **(Ιωαννίδη, Χ. ,2006).**

Η ψυχαναλυτική θεραπεία σε άτομα με κατάθλιψη συχνά είναι πάρα πολύ δύσκολη και χρονοβόρα λόγω του ότι πολλές φορές δεν επιθυμούν να μιλήσουν , κλείνονται στον εαυτό τους ή χρησιμοποιούν ψευδή στοιχεία για να καλύψουν τις πραγματικές αιτίες που οδήγησαν στην κατάθλιψη. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τις

ερωτήσεις ως ένα τρόπο συλλογής πληροφοριών για την ζωή του ατόμου. Συχνό φαινόμενο είναι το άτομο λόγω της απόγνωσης που το διακατέχει και της επιθυμίας να βγει από την κατάσταση την οποία βιώνει, επιζητά επανειλημμένα από τον θεραπευτή λύση. Αυτό για τον θεραπευτή είναι πρόβλημα γιατί πρέπει να μετατρέψει τον τρόπο σκέψης του ατόμου στο να βρίσκει το ίδιο την λύση στα προβλήματα του και να κατανοεί τους λόγους που το οδήγησαν σε αυτά. (Schimmel P, Yang XL, et al 2002).

#### **1.6.4 Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη**

Στην κατάθλιψη δεν προτιμάται η εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο, εκτός σε περιπτώσεις στις οποίες θεωρείται επιτακτική ανάγκη. Τέτοιες περιπτώσεις είναι όταν το άτομο έχει έντονες σκέψεις αυτοκτονίας ή έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας όπως επίσης και στις περιπτώσεις που το άτομο θεωρείται επικίνδυνο για ανθρωποκτονία. (Μάνος, Ν. ,1997).

Πολλές φορές ο ίδιος ο ασθενής ζητάει να νοσηλευτεί γιατί νοιώθει ότι μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του και διακατέχεται από φοβία θανάτου ή ότι δεν μπορεί να αυτοσυντηρηθεί . Όταν ένα άτομο εισέρχεται για νοσηλεία ελέγχονται σχολαστικά τα προσωπικά του αντικείμενα και ο χώρος ο οποίος θα διαμένει το διάστημα το οποίο θα νοσηλεύεται και απομακρύνονται τα “επικίνδυνα ” αντικείμενα που μπορεί να βοηθήσουν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας. Τα σαμπουάν που υπό κανονικές συνθήκες θεωρούνται ακίνδυνα κλειδώνονται σε ειδικό δωμάτιο , στο οποίο έχουν πρόσβαση μόνο γιατροί, νοσηλευτές και φροντιστές λόγω του ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δηλητήρια. (Μάνος, Ν. , 1997).

Πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών σε αυτές τις κλινικές γιατί είναι τα άτομα που έχουν τη συχνότερη επαφή με τα καταθλιπτικά άτομα. Πρέπει να ενθαρρύνουν τον ασθενή και να του τονίζουν καθημερινά το όμορφο στοιχείο της ζωής. Συνήθως οι ασθενείς επιλέγουν ένα νοσηλευτή για να μιλάνε και να του εμπιστεύονται τις σκέψεις αυτοκτονίας που έχουν ή αρνητικές σκέψεις που διακατέχουν το μυαλό του. (Altscul, A. ,2000).

Στα πλαίσια τη νοσηλείας του ασθενή συμπεριλαμβάνεται και η φαρμακευτική αγωγή η οποία δεν είναι πάντα η ίδια αλλά προσαρμόζεται ανάλογα βάση των συμπτωμάτων της κάθε περίπτωσης. Η περίοδος η οποία απαιτείται για να δράσει η φαρμακευτική αγωγή είναι πολύ σημαντική γιατί είναι το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Εάν κρίνεται ότι υπάρχουν υπεύθυνα άτομα γύρω από τον ασθενή τα οποία θα αναλάβουν την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής τότε μπορεί η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη να είναι μόνο για μικρό χρονικό διάστημα. (Δίκαιος, Γ. ,2005).

Από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα τρικυκλικά και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης υπήρξαν τα πρώτα αποτελεσματικά φάρμακα στη θεραπεία της κατάθλιψης και φαίνεται να εμφανίζονται στη δεκαετία του 50. Έχουν πολλαπλές δράσεις και ενεργούν σε διάφορα συστήματα με αποτέλεσμα να προκαλούν εκτός από τις επιθυμητές και αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα για την θεραπευτική αντιμετώπιση ενός συνήθους καταθλιπτικού επεισοδίου κατατάσσονται στις ακόλουθες κατηγορίες 1)κυκλικά αντικαταθλιπτικά που περιλαμβάνουν τα τρικυκλικά την μαπροτιλίνη , την μιανσερίνη και άλλα. 2) αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης όπως η μοκλοβεμίδη 3) ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης 4) ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης. (Αλεβίζος, Β. ,2008).

Μια μεγάλη κατηγορία αντικαταθλιπτικών όπως αναφέρθηκαν πιο πάνω είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Κάποια από αυτά είναι η αμιτριπτίνη και η κλομιπραμίνη. Τα πρώτα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά κυκλοφόρησαν πριν περίπου σαράντα χρόνια, παρόλα αυτά όμως φαίνεται να θεωρούνται ακόμα πολύ αποτελεσματικά. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ότι προκαλούν πολλές επιπλοκές στην υγεία των καταθλιπτικών ασθενών λόγω του ότι δρουν και σε άλλους υποδοχείς στον εγκέφαλο. Δεν συνηθίζεται να δίνονται ως φαρμακευτική αγωγή σε καρδιοπαθείς λόγω της καρδιοτοξικότητας που προκαλείται μετά από λήψη υψηλής δόσης. (Kremer, C. , Murphy, G., Rodrigues, H. & Schatzberg, A. , 2003).

Οι αναστολές της μονοαμινοξειδάσης είναι ένα είδος αντικαταθλιπτικών που μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στο ήπαρ και πονοκεφάλους. Η χορήγηση τους απαγορεύει στους ασθενείς λήψη τροφών όπως το τυρί ή παράγωγα μαγιάς. Αυτό μπορεί να κάνει την θεραπεία ακόμα πιο δύσκολη. (Altschul, A. ,2000).

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και συγκεκριμένα των Εκλεκτικών Αναστολέων Επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης (SSRIs) θεωρείται η μέχρι σήμερα καλύτερη φαρμακευτική αγωγή της κατάθλιψης με τις λιγότερες παρενέργειες. Μάλιστα, η χρήση της φλουοξετίνης αποδείχτηκε ως εκείνη με την θετικότερη ανταπόκριση σε σχέση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Eating Disorders Review ,2005).

Το αίτιο που προκαλεί τα συμπτώματα διπολικής διαταραχής είναι μια ιδιαίτερη έλλειψη ισορροπίας νευροδιαβιβαστών. Αυτή η έλλειψη ισορροπίας μπορεί να οφείλεται στο ένζυμο ινοσιτολμονοφωσφατάση (συντετμημένο IMPάση). Η IMPάση μετατρέπει τη μονοφωσφορική ινοσιτόλη (κυκλική πολυαλκοόλη), σε ελεύθερη ινοσιτόλη, μια διαδικασία που απαιτεί τη συμμετοχή δύο ιόντων μαγνησίου. Φαίνεται ότι δύο ιόντα λιθίου αντικαθιστούν εύκολα το ένα από τα δύο ιόντα μαγνησίου στην ενζυμική πορεία, γεγονός που επιβραδύνει τη διαδικασία. Αυτή ακριβώς η επιβράδυνση μετριάξει τις ταλαντεύσεις στη ψυχική διάθεση, τις οποίες προκαλεί αυτή η ασθένεια. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι ο συνδυασμός λιθίου με αντικαταθλιπτικά χάπια αυξάνουν τον ρυθμό ανάρρωσης των καταθλιπτικών ασθενών. Το λίθιο χρησιμοποιείται ως αντιμανιακό φάρμακο και φαίνεται ότι αποτρέπει τους ασθενείς από την αυτοχειρία. (Overton, T. & Rayner-Canham, G., et al ,2003).

Μια άλλη μορφή ενδονοσοκομειακής θεραπείας η οποία όμως εφαρμόζεται μόνο σε πολύ σοβαρές καταστάσεις κατάθλιψης είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Θεωρείται η ταχύτερη και η αποτελεσματικότερη θεραπεία της κατάθλιψης. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία εφαρμόζεται με ολική αναισθησία και χορήγηση στον ασθενή μυοχαλαρωτικής ένεσης σε πρώτη φάση. Στη συνέχεια διοχετεύεται μικρής έντασης ηλεκτρικό ρεύμα στις δυο κροταφικές περιοχές ή στην δεξιά κροταφική περιοχή και την κορυφή του κεφαλιού, το οποίο προκαλεί σπασμούς. Οι σπασμοί αυτοί προκαλούν συσπάσεις στον εγκέφαλο που διαρκούν μέχρι δύο λεπτά. Λόγω του μυοχαλαρωτικού και αναισθητικού φαρμάκου, το σώμα του ατόμου δεν κλονίζεται και το άτομο δεν νοιώθει πόνο. Το άτομο ξυπνάει μετά από πέντε με δέκα λεπτά, όπως θα ξυπνούσε μετά από μια μικρή εγχείρηση. Αυτός ο τύπος θεραπείας διαρκεί περίπου ένα μήνα και οι συνιστώμενες θεραπείες είναι από έξι μέχρι δώδεκα. (Brown, R. , Edwards, D. , Eranti , S. , et al. ,2007).

Μια νέα άποψη σχετικά με τα “εικονικά” φάρμακα απασχολεί τον κύκλο των γιατρών τα τελευταία χρόνια. Εικονικά φάρμακα ή placebo όπως συνηθίζεται να λέγονται είναι “φάρμακα” που φτιάχνονται από ζάχαρη , αλεύρι κτλ. Δεν αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης αλλά στη ψυχολογική στήριξη του

ασθενή. Πολλοί ασθενείς μόνο με την ιδέα της φαρμακευτικής αγωγής νιώθουν καλύτερα. **(Δασκαλόπουλος, Θ. , 2006).**

Σε έρευνες με ποσοτικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα σε ασθενείς με κατάθλιψη παρατηρούνται αλλαγές στη δραστηριότητα του προμετωπιαίου φλοιού του εγκεφάλου , δείχνοντας έτσι ότι η χρήση των εικονικών φαρμάκων είναι μια πραγματική οργανική εγκεφαλική δράση. **(Cook, I. , Leuchter, A. , Morgan, M. & Witte, E. ,2002).**

### **1.6.5 Διαιτολογική αντιμετώπιση**

Η διαιτολογική αντιμετώπιση της κατάθλιψης δίνεται ανάλογα των συμπτωμάτων που εμφανίζει ο ασθενής όπως επίσης και σύμφωνα με την φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί ( εάν ακολουθεί) Σε περίπτωση που η κατάθλιψη συνοδεύεται με ανορεξία ή απάθεια σχετικά με την τροφή τότε παρέχονται μικρά , και συχνά σερβιρίσματα τροφών υψηλών σε θερμίδες. Πάντα γίνεται η προσπάθεια να εντοπιστούν οι προτιμήσεις και οι απέχθειες του ατόμου και λαμβάνονται υπόψη. Τα γεύματα σερβίρονται με ελκυστικό τρόπο. Επίσης χρησιμοποιούνται και συμπληρώματα διατροφής. **(Moore, C. ,2005).**

Σε περίπτωση που εμφανίζεται δυσκοιλιότητα κατά την διάρκεια της κατάθλιψης ενθαρρύνεται το άτομο να προσλαμβάνει τροφές πλούσιες σε σύνθετες φυτικές ίνες καθώς και μεγάλες ποσότητες υγρών.

Σε περίπτωση που η κατάθλιψη συνοδεύεται με υπερκατανάλωση τροφής φροντίζεται να δίνονται χαμηλοθερμικές τροφές , αλλά αποφεύγεται να δοθεί έμφαση στον έλεγχο του βάρους μέχρι να σταθεροποιηθεί η ψυχική κατάσταση. **(Moore, C. ,2005).**

Το φολικό οξύ και η βιταμίνη B12 συμμετέχουν σε ένα σύστημα μεταβολισμού και είναι αναγκαία για την παραγωγή της μονοαμινοξειδάσης . Αρκετές μελέτες στη δεκαετία του 1960 έδειξαν υψηλή συσχέτιση της ανεπάρκειας φυλλικού οξέος, βιταμίνης B12 και εμφάνιση της κατάθλιψης . (Tiemeier H, 2002) Τα ω-3 λιπαρά οξέα μακράς αλυσίδας πολυακόρεστα λιπαρά οξέα βρέθηκαν κυρίως σε ψάρια. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ωμέγα-3 λιπαρών οξέων κατά κύριο λόγο αποτελούνται από εικοσαπεντανοϊκό οξύ (EPA) ,(DHA) και φαίνεται να είναι ιδιαίτερα βιολογικά δραστικά, σε αντίθεση με εκείνα που προέρχονται από φυτά (π.χ καρύδια) τα οποία βρίσκονται συνήθως με την αρχική μορφή ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, (α - λινολενικό οξύ). Η αρχική μορφή φαίνεται να είναι ανεπαρκής για τον ανθρώπινο οργανισμό. **(Καφάτος, Α. , Μαμαλάκης, Γ. & Τορναρίτης, Μ. ,2002 ).**

Αρκετοί νευροφυσιολογικοί μηχανισμοί πιστεύεται ότι εξηγούν τη σχέση μεταξύ των ωμέγα-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων και της κατάθλιψης. Μια από αυτές είναι ότι τα δύο ω-3 λιπαρά οξέα, EPA και DHA, φαίνεται να μειώνουν την παραγωγή εικοσανοϊδών από το Αραχιδονικό οξύ μέσω δύο μηχανισμών. Πρώτον, σε ανταγωνισμό με το αραχιδονικό οξύ ενσωματώνουν στις μεμβράνες φωσφολιπίδια, μειώνοντας τα επίπεδα Αραχιδονικού οξέος. Δεύτερον, λόγω της μείωσης του αραχιδονικού οξέος αναστέλλεται το ενζυμικό σύστημα της κυκλο-οξυγονάσης με αποτέλεσμα την μείωση προσταγλαδίνων και βιταμινών τα οποία έχουν συνδεθεί άμεσα με την κατάθλιψη. **(Καφάτος, Α. , Μαμαλάκης, Γ. & Τορναρίτης, Μ. ,2002).**

**Πίνακας 10 : Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται τα αποτελέσματα από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έρευνας της πρόσληψης θαλασσινών και της κατάθλιψης.**

|                             | Συμμετέχοντες    |         |            |                                                                    | Στοιχείο εξέτασης                                                                                         |                                                                                    |                                                                                    |
|-----------------------------|------------------|---------|------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Ερευνητής                   | N αριθμός ατόμων | Ηλικίες | Τοποθεσία  | Σκοπός Μελέτης                                                     | Τρόπος εμφάνισης και επιλογής Καταθλιπτικών ασθενών                                                       | Διατροφική πρόσληψη ψαριών                                                         | Ευρήματα                                                                           |
| Hakkarainen (2004)          | 29,133           | 50-69   | Φινλανδία  | Μελέτη κοορτής                                                     | Καταθλιπτική διάθεση, ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, απόπειρα αυτοκτονίας                                    | Συμπλήρωση ερωτηματολογίου συχνότητας τροφίμων κατά τους τελευταίους 12 μήνες      | Δεν ήταν συναφείς η σύνδεση κατάθλιψης και ω3 λιπαρών οξέων                        |
| Hibbeln (1993)              | 35,000           | ___α*   | Πολυεθνική | Οικολογική μελέτη                                                  | Κλινική μελέτη και συνέντευξη παρουσίας βιολογικών συμπτωμάτων κατάθλιψης                                 | Εξέταση της κατανάλωσης ψαριών συμπεριλαμβανομένου των ελαίων                      | Προφανής σύνδεση κατάθλιψης με κατανάλωση ω3 λιπαρών οξέων                         |
| Hibbeln (2002)              | 14,532           | ___α    | 22 χώρες   | Οικολογική μελέτη                                                  | Κλίμακα Εδιμβούργου για μετά την κατάθλιψη                                                                | Εξέταση της κατανάλωσης ψαριών συμπεριλαμβανομένου των ελαίων                      | Η αύξηση κατανάλωσης ψαριών (ω3) βοήθησε σημαντικά για την θεραπεία της κατάθλιψης |
| Noaghiul and Hibbeln (2003) | ___α             | 18-64   | 18 χώρες   | Οικολογική μελέτη συσχέτισης διπολικές διαταραχές και σχιζοφρένεια | NIMH διαγνωστικό πρόγραμμα κατάθλιψης, SPIKE χρονοδιάγραμμα για συναισθηματικές διαταραχές ή σχιζοφρένεια | Εξέταση της κατανάλωσης ψαριών συμπεριλαμβανομένου των ελαίων                      | Τα μεγαλύτερα ποσά κατανάλωσης ψαριών μειώνουν την εμφάνιση της κατάθλιψης         |
| Tanskanen (2001)            | 3,204            | 25-64   | Φινλανδία  | Σύγχρονη μελέτη                                                    | Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης Beck                                                                            | Ερωτηματολόγιο ως αναφορά την πρόσληψη ψαριών με 6 διαφορετικές επιλογές απάντησης | Σπάνια κατανάλωσης ψαριών συνδέεται άμεσα με καταθλιπτικά                          |



|                |       |    |           |                 |                                                        |                                                                                 | συμπτώματα                                                                              |
|----------------|-------|----|-----------|-----------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Timonen (2004) | 5,689 | 31 | Φινλανδία | Σύγχρονη μελέτη | Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης Hopkins και ιατρική διάγνωση | Ερωτηματολόγιο 6 διαβαθμίσεων για την πρόσληψη ψαριού τους τελευταίους 6 μήνες. | Τα Ποσοστά της κατάθλιψης ήταν υψηλότερα σε συμμετέχοντες που σπανίως κατανάλωναν ψάρια |

\* \_\_α= Δεν προσδιορίστηκε ο αριθμός

**Πηγή: Gordon Parker, Neville A. Gibson, Heather Brotchie, Gabriella Heruc AnneMarie Rees & Dusan Hadzi-Pavlovic, 2006 (Aug) Omega-3 Fatty Acids and Mood Disorders , 163 , 969–978**

Υπάρχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία για τη σύνδεση μεταξύ των επιπέδων της ομοκυστεΐνης (σε συνδυασμό με τα επίπεδα φυλικού οξέος, B6 και B12) της κατάθλιψη, αγγειακής νόσου, και νευροδιαβιβαστών. Δοκιμές σε καταθλιπτικούς ασθενείς έχουν αποδείξει ότι η μείωση των επιπέδων ομοκυστεΐνης κατά την θεραπεία της κατάθλιψης ενισχύουν σημαντικά την αποθεραπεία. Θα πρέπει επίσης να μετρηθούν τα επίπεδα φυλικού οξέος B6 και B12. Η ομοκυστεΐνη είναι αμινοξύ παράγεται στον οργανισμό ως ενδιάμεσο προϊόν του μεταβολισμού ενός άλλου αμινοξέος, της μεθειονίνης, η οποία περιέχεται στις πρωτεϊνούχες τροφές (π.χ. στο κρέας, τα πουλερικά, τα όσπρια) και προσλαμβάνεται μέσω της διατροφής. (Arsenault, L. , Buel , J. & Folstein, M. ,2007).

Οι υδατάνθρακες συχνά αποφεύγονται από άτομα με κατάθλιψη γιατί είναι θεωρητικά τροφές με υψηλή θερμιδική αξία . Αυτό επηρεάζει σημαντικά την διάθεση του ατόμου λόγω του ότι όταν δεν καταναλώνεται αρκετή ποσότητα υδατανθράκων δεν παράγονται ικανοποιητικά επίπεδα σεροτονίνης στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα η διάθεση να πέφτει και το άτομο να αισθάνεται υποτονικό. (Fuchs, D., Ledochowski , M., Propst, T, Sperner-Unterwege, B., et al. ,2000).

Συχνά παρατηρείται ότι η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στον αλκοολισμό. Αυτό συμβαίνει γιατί το αλκοόλ πολλούς ανθρώπους τους κάνει να νοιώθουν καλύτερα , πιο ευδιάθετοι και έτσι μπορεί να είναι μια διέξοδος από το βαρύ αίσθημα της μελαγχολίας και της θλίψης. Στην πραγματικότητα όμως η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ όχι μόνο δεν βοηθάει στην κατάθλιψη αλλά αντίθετα την χειροτερεύει, λόγω του ότι δεν γίνεται σωστή απορρόφηση των ουσιωδών βιταμινών που χρειάζονται για την καλή υγεία του ατόμου αλλά και για το γεγονός που έχει παρατηρηθεί σε άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ ,όταν πλέον περάσει η επίδραση του αισθάνονται ακόμα χειρότερη την θλίψη από ότι προηγουμένως. Άτομα τα οποία πάσχουν από κατάθλιψη κατά την χρήση αλκοόλ κάποιες φορές εμφανίζουν αναπτυγμένες αυτοκτονικές σκέψεις που μπορεί αν οδηγήσουν ακόμα και στην αυτοχειρία. Συνίσταται λοιπόν άτομα τα οποία πάσχουν από οποιαδήποτε μορφή

κατάθλιψης να μην καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ. (Duffy, S. , Copeland, L. , Jeffrey, L. et al. ,2002).

Εκτός από την αλκοόλη μια άλλη ουσία η οποία χρησιμοποιείται από τους καταθλιπτικούς ασθενείς ως διεγερτικό του οργανισμού είναι η καφεΐνη. Καταναλώνεται συχνά για την καταπολέμηση της υπερυπνίας η οποία διακατέχει τους καταθλιπτικούς ασθενείς ή άλλοτε για την διεκπεραίωση μιας εργασίας την οποία το άτομο θεωρεί αδύναμο να εκτελέσει. Όπως και στην περίπτωση του αλκοόλ έτσι και η καφεΐνη σε υψηλή κατανάλωση διαταράσσει ολόκληρο το νευρικό σύστημα του ανθρώπου. Μπορεί πολλές φορές να φέρει τα αντίθετα αποτελέσματα του λόγου κατανάλωσης της παραδείγματος χάριν αν καταναλώνεται για καταπολέμηση τη υπερυπνίας μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στον ύπνο , αϋπνία ή ανήσυχο ύπνο κατά τις βραδινές ώρες. Έχει αναφερθεί σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών με κατάθλιψη ότι η υψηλή κατανάλωση καφεΐνης έχει προκαλέσει κρίσης πανικού λόγω της υπερδιέγερσης του νευρικού συστήματος. (Araújo, D. , King A.L. & Nardi, A. ,2009).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

### **2.1 Ορισμός ανορεξίας**

Την τελευταία δεκαετία οι διατροφικές διαταραχές έχουν συγκεντρώσει αρκετά μεγάλο ενδιαφέρον. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός κυρίως γυναικών αναφέρει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό. **(Μάνος Ν., 1997).**

Η ψυχογενής ανορεξία είναι σοβαρή ασθένεια, η οποία εμφανίζεται κυρίως στις έφηβες και νεαρές γυναίκες ηλικίας μεταξύ 16 και 18 ετών, δεκαπέντε φορές συχνότερα από τους άνδρες (λιγότερο από 10% των ασθενών είναι άντρες). **(Abraham S. & Llewellyn-Jones D., 1990).**

Η νόσος αυτή δεν εμφανίζεται σε γυναίκες που έχουν ξεπεράσει το 25ο έτος της ηλικίας τους, και αν εμφανιστεί η διατροφική αυτή διαταραχή συνοδεύει συνήθως μια σοβαρή διανοητική ή σωματική ασθένεια. **(Abraham S. & Llewellyn-Jones D., 1990).**

Η νευρική ανορεξία (NA) είναι μια σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρος ψυχική ασθένεια. Το βασικό χαρακτηριστικό της είναι η σκόπιμη απώλεια βάρους ακολουθώντας αυστηρή δίαιτα και η αποφυγή των τροφίμων που θεωρούνται από τα άτομα ότι προκαλούν παχυσαρκία. Στην συγκεκριμένη ψυχοσωματική ασθένεια η θερμιδική πρόσληψη είναι περιορισμένη, παρά την επιθυμία που έχει το άτομο για φαγητό. Η υπερβολική άσκηση και η ανεξέλεγκτη υπερδραστηριότητα είναι κοινά, εκτός από ακραίες συμπεριφορές ελέγχου του βάρους, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τα μέσα καθαρισμού μέσω των αυτοπροκαλούμενων εμετών (π.χ. χρησιμοποιώντας ένα εμετικό), μέσω της χρήσης καθαρτικών, διουρητικών ή κατασταλτικών φαρμάκων της όρεξης. **(Beumont et al., 2004).**

Η ψυχογενής ανορεξία είναι περίπλοκο σύνδρομο που ορίζεται από "αλλοιωμένες" συμπεριφορές γύρω από το φαγητό, το βάρος και την εικόνα σώματος. Είναι δηλαδή ένα σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από εκούσια παράληψη γευμάτων, καθώς το άτομο φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύσαρκο. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι: άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστου φυσιολογικού για το ύψος και την ηλικία του, έντονος φόβος του ατόμου πρόσληψης βάρους και λίπους, διαταραχή στην σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους και αμηνόρροια στις γυναίκες. **(Μάνος Ν., 1997).**

Η νευρική ανορεξία πρέπει να αντιμετωπισθεί ως σοβαρό κλινικό σύνδρομο, δεδομένου ότι είναι ένας από τους λίγους ψυχιατρικούς όρους που μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατο.

Έχει υποστηριχθεί ότι ο εκούσιος λιμός δεν είναι ένα πρόσφατα αναπτυγμένο σύνδρομο, αλλά υπήρχε καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας.

Ο Bemporad (1996) αναφέρει ότι οι μορφές διατροφικών διαταραχών έχουν εμφανιστεί από τους αρχαίους χρόνους, αν και διαφέρουν στη συχνότητα, την εκδήλωση, το πιθανό κίνητρο και την επιρροή από ορισμένους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες που πιθανόν να εμπόδισαν τη μορφή ή τη συχνότητα του όρου. **(Martin, J. E., 1998).**

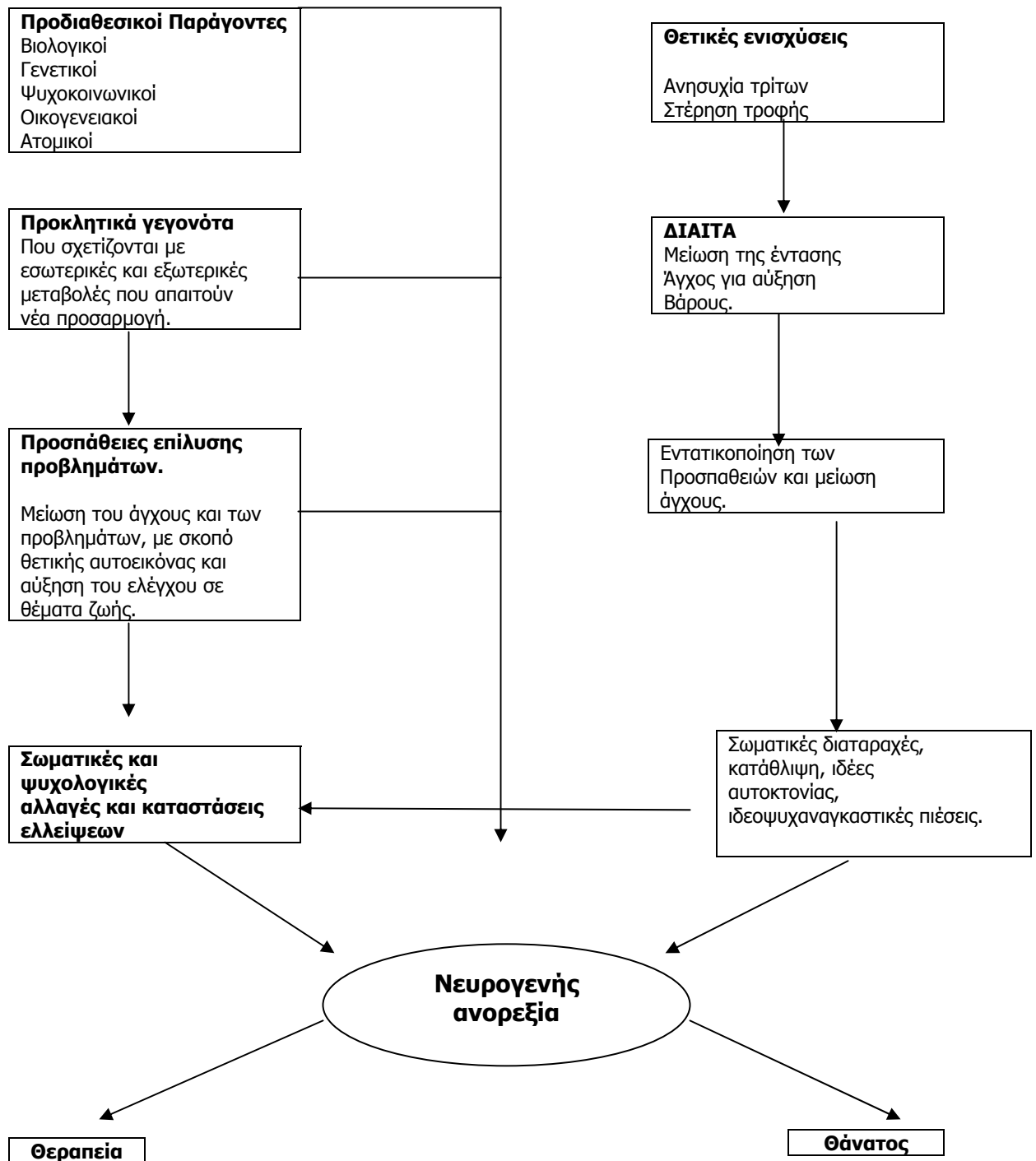
Η νευρική ανορεξία είναι, εντούτοις, ένας σοβαρός όρος που μπορεί να προκαλέσει σοβαρά σωματικά προβλήματα λόγω των αποτελεσμάτων του λιμού στο σώμα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια δύναμης μυών και στην μειωμένη δύναμη των οστών στις γυναίκες και τα κορίτσια, καθώς και αμηνόρροια. Η ασθένεια αυτή μπορεί να έχει επιπτώσεις στη σχέση των ανθρώπων με την οικογένεια και τους φίλους τους, αναγκάζοντας τους να αποσυρθούν από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Μπορεί επίσης να ασκήσει επίδραση στον τρόπο με τον οποίο αποδίδουν στο σχολείο ή στον εργασιακό χώρο. Η σοβαρότητα των σωματικών και συναισθηματικών

συνεπειών της διαταραχής συχνά δεν αναγνωρίζεται και οι άνθρωποι με νευρική ανορεξία συχνά δεν επιδιώκουν βοήθεια. **(National Institute for Clinical Excellence ,2004).**

Εκτός όμως από την τυπική μορφή της ψυχογενούς ανορεξίας, υπάρχουν και άλλες μορφές, οι οποίες εμφανίζονται κυρίως μετά από κάποια σημαντικά γεγονότα και ταξινομούνται ως εξής:

- Αντιδραστική ανορεξία: παρουσιάζεται μετά από τον θάνατο κάποιου προσώπου ή μετά από κάποια αποτυχία. Στην συγκεκριμένη περίπτωση η μειωμένη όρεξη για τροφή είναι πρωτογενής (δεν πρόκειται για πάλη εναντίον της πείνας ).
- Υστερική ανορεξία: η ασθενής παρουσιάζει και χρησιμοποιεί την ισχύνητα του σώματός της, ως δέλεαρ για να γοητεύσει και να επικρατεί στο περιβάλλον της.
- Ιδεοψυχαναγκαστική ανορεξία: σε αυτή την μορφή ανορεξίας, το άτομο εξαναγκάζει τον εαυτό του να ακολουθεί θερμιδικό έλεγχο και να αφαιρεί ή να μειώνει γεύματα, χωρίς να είναι εφικτή η ανάμιξη άλλων ατόμων.
- Ανορεξία σε περιπτώσεις μεθοριακών καταστάσεων ή αρχόμενης σχιζοφρένειας. **(Feline, A. & Lemperiere, T. ,1995).**

Σχεδιάγραμμα 1: Περιεκτικό μοντέλο γένεσης και διατήρησης της νευρογενούς ανορεξίας.



Πηγή: Στρατουδάκης, Γ. & Τζανάκης, Ε. , (2004). *Η νευρογενής ανορεξία στη γυναίκα ασθενή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 21(5) , 415.

## 2.2 Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς ανορεξίας

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας κατά το DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987) είναι τα εξής:

- Το βάρος σώματος διατηρείται τουλάχιστον 15% κάτω από το φυσιολογικό ή ο δείκτης μάζας σώματος είναι 17.5 ή λιγότερο.
- Η απώλεια βάρους προκαλείται από το ίδιο το άτομο, με αποφυγή παχυντικών φαγητών, αυτεπαγόμενο εμετό, χρήση καθαρτικών, κατασταλτικών και διουρητικών φαρμάκων, καθώς και υπερβολική άσκηση.
- Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή μήπως γίνει παχύσαρκο, ακόμα και όταν είναι λιποβαρές.
- Εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, η οποία εμφανίζεται με την μορφή αμηνόρροιας στις γυναίκες και με μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος στους άνδρες.
- Διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος, π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι είναι παχύ ακόμα και όταν το άτομο είναι κάτισχνο. **(Nicholls, D. & Viner, R., 2008).**

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM, η μειωμένη κατανάλωση τροφών, οι επανειλημμένες προσπάθειες των ανόρεκτων ατόμων να ακολουθούν εξαντλητικές δίαιτες, καθώς και τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, είναι στοιχεία , που εκπέμπουν σε εμφάνιση διατροφικής διαταραχής. Τα συγκεκριμένα στοιχεία αποτελούν επίσης, έναν τρόπο ζωής για πολλές γυναίκες, με αποτέλεσμα να έχουν επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία τους. Ο μειωμένος αυτοσεβασμός είναι μία βασική αιτία της ψυχογενούς ανορεξίας που αναφέρεται συχνά. **(Boulton, M., Greiner, P. & Wheeler, K. ,2005).**

Τα διαγνωστικά κριτήρια αποσκοπούν στο να ξεχωρίσουν την ανορεκτική συμπεριφορά μέσα από έναν ορισμένο αριθμό καταστάσεων, όπου η σαφώς παθολογική διάσταση δεν είναι καταφανής. **(Venisse, Jean-Luc. ,1987).**

Παρακάτω, παρατίθενται κάποιες κλίμακες διαγνωστικών κριτηρίων ανάλογα με τον εκάστοτε συγγραφέα όπου παρουσιάζονται και αρνητικά κριτήρια.

- Ο *Sours* (1974) διακρίνει πρωτογενή και δευτερογενή κριτήρια :

Στα πρωτογενή κριτήρια διακρίνονται:

- ο εθελούσιος και εκλεκτικός περιορισμός της πρόσληψης τροφής.
- η βουλιμία (αυτοπροκαλούμενος εμετός, χρήση καθαρτικών).
- η επίμονη αναζήτηση της απίσχνασης σαν μια ικανοποίηση, η οποία αναφέρεται σαν το αίσθημα επιβολής πάνω στο σώμα.
- η υπερδραστηριότητα, η οποία είναι σύνηθες χαρακτηριστικό των ανορεκτικών ατόμων.

Μέσα στα δευτερογενή κριτήρια, υπάρχουν, οι μόνιμες φοβίες και οι διαστρεβλωμένες συμπεριφορές που αφορούν την τροφή, η δυσαρέσκεια απέναντι στα άτομα που επιθυμούν να φροντίσουν τις διατροφικές ανάγκες των ασθενών και, τέλος, κάποιος βαθμός θλίψης με έντονο το αίσθημα του κενού. ( Venisse, Jean-Luc. , 1987).

- Η *Katherine A. Halmi* (1977) αναφέρει τα παρακάτω έξι «λειτουργικά κριτήρια» :

- 1) Άρνηση της διατήρησης του σωματικού βάρους μέσα στα φυσιολογικά όρια για το φύλο, το ύψος και την ηλικία.

- 2) Απώλεια βάρους τουλάχιστον 25% του προηγούμενου βάρους.
  - 3) Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα στην αυτοαξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος.
  - 4) Έλλειψη οργανικής ασθένειας που θα εξηγούσε την απώλεια βάρους.
  - 5) Σε γυναίκες, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών, ενώ κανονικά αναμένονταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια). **(Venisse, Jean-Luc, 1987).**
    - Τα διαγνωστικά κριτήρια του *Feighner* (1972) της σχολής του Saint-Louis, που πολλοί τα θεωρούν σήμερα ως τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια, αφού είναι τα ίδια με τα κριτήρια του DSM III:
      - A) Εμφάνιση της ασθένειας πριν από τα 25 έτη.
      - B) Ανορεξία με απώλεια βάρους, τουλάχιστον 25% του προϋπάρχοντος βάρους.
      - Γ) Επίμονη και διαστρεβλωμένη συμπεριφορά, απέναντι στην κατανάλωση τροφίμων, στα φάρμακα ή στο επιπλέον βάρος, η οποία οδηγεί σε λιμοκτονία, σε επιπλήξεις με το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον, όπως για παράδειγμα:
        - Απόκρουση του αισθήματος της ασθένειας και υποτίμηση των διατροφικών αναγκών.
        - Έντονο αίσθημα ευχαρίστησης από την μείωση βάρους, καθώς είναι εμφανής η ικανοποίηση πως η άρνηση τροφής είναι μια ευχάριστη υποχρέωση.
        - Επιθυμία ν' αποκτηθεί μια εικόνα έντονης απίσχνασης του σώματος, γεγονός το οποίο ικανοποιεί σε μεγάλο βαθμό την ασθενή.
        - Συγκέντρωση των τροφών και ασυνήθιστη επεξεργασία τους (κόψιμο των φαγητών σε πολύ μικρά κομμάτια).
      - Δ) Απουσία γνωστών ιατρικών νοσημάτων που θα μπορούσαν να διασαφηνίσουν την εμφάνιση της ψυχογενούς ασθένειας και κυρίως την απώλεια βάρους.
      - E) Δεν έχει αναφερθεί καμία άλλη γνωστή ψυχιατρική διαταραχή, ειδικότερα σχετικά με τις αρχικές συναισθηματικές διαταραχές, τη σχιζοφρένεια, ψυχαναγκαστική και φοβική νεύρωση.
- ΣΤ) Εμφάνιση τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα: αμηνόρροια, τριχοφυΐα, βραδυκαρδία, περίοδοι υπερδραστηριότητας, επεισόδια βουλιμίας, δυσκοιλιότητα, αυτοπροκαλούμενοι εμετοί. **(Venisse, Jean-Luc, 1987).**
- Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (1994) για την νευρική ανορεξία, παρουσιάστηκαν τα παρακάτω:
- Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το σωματικό του βάρος ή το ελάχιστο από το φυσιολογικό του βάρος για την ηλικία και το ύψος (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε σωματικό βάρος λιγότερο από 85% του αναμενόμενου).
  - Έντονος φόβος για την αύξηση βάρους ή λίπους, ακόμα και αν το βάρος του ατόμου είναι λιγότερο από το επιθυμητό.
  - Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το σωματικό του βάρος ή το σχήμα του σώματός του, καθώς εμφανίζει και άρνηση κατανόησης της σοβαρότητας του χαμηλού σωματικού του βάρους.
  - Στις γυναίκες παρουσιάζεται αμηνόρροια, δηλ., η απουσία τουλάχιστον τριών αλληπάλλων εμμηνορροϊκών κύκλων. **(Martin, J., 1998).**

### **Διαφορική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας.**

Μια ποικιλία ιατρικών προβλημάτων, όπως υποθυρεοειδισμός, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, ανοσοανεπάρκεια, χρόνιες λοιμώξεις και διαβήτης, θα πρέπει να

εξετάζονται πριν από την πραγματοποίηση μιας διάγνωσης διατροφικών διαταραχών. Οι περισσότεροι ασθενείς με παθολογική κατάσταση, που οδηγεί σε διατροφικά προβλήματα, εκφράζουν την ανησυχία για το βάρος τους. Οι ασθενείς με μια διατροφική διαταραχή έχουν μια διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος και εκφράζουν την επιθυμία να είναι λιποβαρείς. (Pritts, S. & Susman, J., 2003).

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τις ψυχιατρικές και ιατρικές παθήσεις που προκαλούν απώλεια βάρους. Η νευρική ανορεξία θα έπρεπε να μελετηθεί στη διαφορική διάγνωση ως οποιαδήποτε ασθένεια που προκαλεί ανεξήγητη απώλεια βάρους και θα μπορούσε, να συγχέεται με πλήθος ασθενειών, εξαιτίας των οποίων εμφανίζεται όχι μόνο απίσχναση, αλλά και πλήθος άλλων συμπτωμάτων και επιπλοκών που παρουσιάζονται και στην ψυχογενή ασθένεια. (Martin, J., 1998).

Η μείζονα κατάθλιψη είναι η πιο κοινή νοσηρή κατάσταση μεταξύ των ασθενών με ανορεξία, με κίνδυνο της ζωής τους ως και 80 τοις εκατό. Αγχώδεις διαταραχές, ιδιαίτερα της κοινωνικής φοβίας, είναι επίσης συνηθισμένες. Ψυχαναγκαστική διαταραχή έχει επικράτηση του 30 τοις εκατό των ασθενών με διατροφικές διαταραχές. Η επικράτηση κατάχρησης ουσιών, εκτιμάται σε 12 έως 18 τοις εκατό σε ασθενείς με ανορεξία. (Pritts, S. & Susman, J., 2003).

Στις καταθλιπτικές διαταραχές είναι έντονη η εμφάνιση της ισχνότητας, αλλά δεν υπάρχει έντονος φόβος της αύξησης βάρους, καθώς και διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος. Η νευρική ανορεξία μπορεί να συγχέεται με την καταθλιπτική διαταραχή, αλλά στην κατάθλιψη υπάρχει αδιαφορία προς το φαγητό και όχι αποφυγή. (Μάνος, Ν., 1997).

Στη σχιζοφρένεια είναι πιθανόν να εμφανίζεται περίεργη συμπεριφορά απέναντι στις τροφές, αλλά το σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας εμφανίζεται σπάνια. Σε αυτή την ψυχική νόσο οι ασθενείς δεν υπολογίζουν την θερμιδική αξία των τροφών, αλλά φοβούνται τα τρόφιμα και εμφανίζουν μια "επιθετική στάση" απέναντι τους. (Μάνος, Ν., 1997).

Στην ψυχογενή βουλιμία, υπάρχει απώλεια βάρους, η οποία δεν είναι σε ίδιο βαθμό με την ψυχογενή ανορεξία. Στην συγκεκριμένη νόσο, η διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Σε ορισμένες περιπτώσεις της ψυχογενούς ανορεξίας, υπάρχει πιθανότητα το άτομο να παρουσιάσει και ψυχογενή βουλιμία. (Μάνος, Ν., 1997).

### **2.3 Επιδημιολογία ψυχογενούς ανορεξίας.**

Η ψυχογενής ανορεξία, κατατάσσεται στις συχνότερες χρόνιες παθήσεις, που έχουν εμφανιστεί στις αναπτυγμένες χώρες τα τελευταία χρόνια και αποτελούν το 90-97% των ασθενών. (Στρατουδάκης, Γ. & Τζανάκης, Ε., 2004).

Πολυάριθμες μελέτες έχουν αξιολογήσει την επικράτηση της νευρικής ανορεξίας. Οι εκτιμήσεις της επικράτησης της ψυχογενούς ασθένειας, επηρεάζονται από τον αριθμό της εμφάνισης των νέων περιπτώσεων, αλλά και από την διάρκεια της ασθένειας, τις μεθόδους ανίχνευσης και την ηλικία των συμμετεχόντων στην μελέτη. Παρά το γεγονός αυτό, λίγες μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι έρευνες στερούνται στατιστική ισχύ λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος που υπάρχει και χρησιμοποιείται. Παρ' όλα αυτά, παρατηρείται μια σταθερή αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας σε γυναίκες μεταξύ 15 έως 19 ετών από τη δεκαετία του 1930 (Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT., 1991; Lucas AR, Crowson CS, O'Fallon WM, Melton LJ III, 1991). (Bulik, C.M., Hoek, H.W., Kaprio, H., et al., 2007).



Διατροφικές διαταραχές συμβαίνουν συχνότερα σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες και είναι 10 φορές πιο συχνές σε γυναίκες παρά σε άνδρες. Εμφανίζονται σε όλες τις εθνικές ομάδες, αλλά είναι πιο συχνές μεταξύ των λευκών σε βιομηχανικές χώρες. Οι κυριότερες διατροφικές διαταραχές είναι νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία. **(Pritts, S. & Susman, J. ,2003).**

Στις νέες γυναίκες, ο κίνδυνος ανάπτυξης ανορεξίας είναι 0,5 προς 1 τοις εκατό, και η θνησιμότητα υπολογίζεται σε 4 έως 10 %. Κατά τον ίδιο πληθυσμό, ο κίνδυνος ανάπτυξης βουλιμίας είναι 2 έως 5 %. Οι συχνές δίαιτες και η επιθυμία για απώλεια βάρους συμβαίνουν πολύ πιο συχνά από τις προφανείς διατροφικές διαταραχές. Το 1999, η Youth Risk Behavior Surveillance Survey ανέφερε ότι 58 % των μαθητών στις Ηνωμένες Πολιτείες είχε στόχο την απώλεια βάρους, και 40 % των φοιτητών είχε περιορισμένη θερμιδική πρόσληψη, σε μια προσπάθεια να χάσουν βάρος. Πολλοί έφηβοι και νέοι ενήλικες που δεν πληρούν τα αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια για τις διατροφικές διαταραχές έχουν άναρχες διατροφικές συνήθειες, οι οποίες πιθανόν να έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Η διάκριση μεταξύ της κανονικής δίαιτας και διατροφικών διαταραχών, βασίζεται στο γεγονός ότι τα άτομα παρουσιάζουν διαταραχή της σωματικής τους εικόνας. **(Pritts, S. & Susman, J. , 2003).**

Το 1970 ανακοινώθηκαν από τον Theander τα αποτελέσματα της πρώτης επιδημιολογικής μελέτης σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία. Η μελέτη παρείχε στοιχεία τα οποία σηματοδότησαν μια πολύ σημαντική εξέλιξη στην ιστορία της μελέτης των διατροφικών διαταραχών. Το 1970, σε κάποιο νοσοκομείο της Σουηδίας, πραγματοποιήθηκε μια μελέτη από τον Theander η οποία διήρκησε 30 έτη (1930-1960) και κατά την διάρκεια της οποίας εξετάστηκε συγκεκριμένος αριθμός περιπτώσεων. Ο ίδιος ανέφερε, μια αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης, από 0,08 σε γυναίκες ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους κατά την πρώτη δεκαετία, στο 0,45 ανά 100.000 κατοίκους κατά την τελευταία δεκαετία, γεγονός το οποίο απέδειξε ότι οι ισχυρισμοί του, πως υπήρχε πράγματι μια σπουδαία αύξηση ήταν σωστοί. **(Martin , J. ,1998).**

Το 1971, ο Nylander πραγματοποίησε επίσης, μια μελέτη στη Σουηδία, σε αριθμό 1241 μαθητριών ηλικίας 14 ετών και άνω. Παρατήρησε, ότι τα μισά άτομα πίστευαν ότι ήταν παχύσαρκα και ότι το 1/3 βρισκόταν σε δίαιτα. Η υπερίσχυση, της διαστρεβλωμένης κατανάλωσης του φαγητού, μεταξύ των νεαρών γυναικών έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες. **(Martin, J. E. ,1998).**

Σε μια έρευνα της Nielsen (1990) στην Δανία, από την περίοδο 1973 μέχρι το 1987 μελετήθηκε η συχνότητα της αύξησης της νευρικής ανορεξίας σε σχέση με τον πληθυσμό και τους ασθενείς σε ψυχιατρικές κλινικές. Η μελέτη αυτή βασίστηκε πάνω σε ομολογίες των ασθενών και όπως αποδείχτηκε από αυτές η νευρική ανορεξία δεν αυξήθηκε στον πληθυσμό. Η αντιστοιχία μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν 1:12. Οι γυναίκες ήταν σε πιο μεγάλη ηλικία από τους άντρες και το ποσοστό επανένταξης για αυτές ήταν 10 φορές υψηλότερο από ότι το ποσοστό των αντρών. **(Martin, J. E. ,1998).**

Η διαπίστωση αυτή υποστηρίζεται επίσης από τον Willi (1990), ο οποίος παρατήρησε ότι δεν υπάρχει καμία σημαντική αύξηση της διαταραχής. Ο ίδιος διεξήγαγε μια έρευνα, η οποία αφορούσε όλες τις γυναίκες στο ελβετικό καντόνι της Ζυρίχης όπου είχε αναπτυχθεί η νευρική ανορεξία στις ηλικίες μεταξύ 12 και 25 ετών και οι οποίες εισήχθησαν στο νοσοκομείο μεταξύ των χρονικών περιόδων 1983 και 1985. Τα στοιχεία που βρέθηκαν συγκρίθηκαν με τις προηγούμενες μελέτες. Οι συντάκτες της ανακάλυψαν ότι η συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας

δεν αυξήθηκε σημαντικά, αλλά ότι υπήρχε μια πιο συχνή χρήση του αυτεπαγόμενου εμετού και της χρήσης καθαρτικών. Αυτό, θα μπορούσε να σημαίνει μια αύξηση στις περιπτώσεις με συννοσηρά χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας. (Martin J. E., 1998).

Μια πρόσφατη μελέτη στην Ελβετία, έδειξε ότι στο χρονικό διάστημα 1993 και 1995, τα ποσοστά της νευρικής ανορεξίας, στις νέες γυναίκες δεν διέφεραν σημαντικά από την ίδια περίοδο, δέκα χρόνια νωρίτερα. (Kolpak, S., Mehler, P.S. & Padilla, R., 2005).

Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2003, από τον Hoek, βρέθηκαν τα παρακάτω στοιχεία:

- Το 40% των νέων περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας εντοπίστηκε σε κορίτσια 15-19 ετών.
- Παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας από το έτος 1935 έως 1989, κυρίως μεταξύ των νέων γυναικών ηλικίας 15-24 ετών.
- Υπήρχε σημαντική αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της ανορεξίας στις νέες γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών σε κάθε δεκαετία από το 1930.
- Μόνο το ένα τρίτο των ανθρώπων με ανορεξία, λαμβάνει υγειονομική περίθαλψη.

Η πλειοψηφία των ατόμων με σοβαρές διατροφικές διαταραχές, δεν λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα. (Kolpak, S., Mehler, P.S. & Padilla, R., 2005).

Τον Μάρτιο του 2005, η NEDA (National Eating Disorders Association) συμβλήθηκε με την Global Market Insite, Inc. (GMI), για να ερευνήσει την συμπεριφορά των ενηλίκων στις ΗΠΑ παίρνοντας δείγμα 1500 ατόμων.

Τα συμπεράσματά που προέκυψαν είναι τα ακόλουθα :

- Πάνω από το 50% των εφήβων κοριτσιών και σχεδόν το ένα τρίτο των εφήβων αγοριών ελέγχουν το βάρος τους με ανθυγιεινούς τρόπους όπως παραλείποντας γεύματα, κάνοντας εμετό, ή παίρνοντας καθαρτικά (Neumark-Sztainer, D., 2005).
- Τα κορίτσια που κάνουν δίαιτα συχνά είναι 12 φορές πιο επιρρεπείς στην ανορεξία από τα κορίτσια που δεν κάνουν δίαιτα (Neumark-Sztainer, D., 2005).
- Το 81% των παιδιών 10 ετών φοβάται ότι είναι παχύσαρκο (Mellin, L. et al, 1991).
- Τα περισσότερα μοντέλα είναι πιο αδύνατα από το 98% των αμερικάνων γυναικών (Smolak, L., 1996).
- Το 46% των παιδιών ηλικίας 9-11 χρονών είναι "μερικές φορές" ή "πολύ συχνά" σε δίαιτα, και 82% των οικογενειών τους είναι "μερικές φορές" ή "πολύ συχνά" σε δίαιτα. (Gustafson-Larson, A.M. & Terry, R.D., 1992).
- Το 91% των γυναικών που ερευνήθηκαν είχε προσπαθήσει να ελέγξει το βάρος τους ακολουθώντας δίαιτα. Το 22% έκανε δίαιτα "συχνά" ή "πάντα" (Kurth et al, 1995).
- Το 35% των ατόμων που ακολουθεί δίαιτα μετά από αρκετό καιρό αποκτά εμμονή στο να κάνει δίαιτα. Από εκείνους, το 20-25% καταλήγει να έχει διατροφικές διαταραχές (Shisslak, C.M. & Crago, M., 1995).

## 2.4 Αίτια που πυροδοτούν την ψυχογενή ανορεξία

#### 2.4.1 Ρόλος οικογένειας

Η διαμόρφωση και η διαπαιδαγώγηση του χαρακτήρα - ενός παιδιού - είναι αρκετά σοβαρή αλλά και δύσκολη υπόθεση. Η επίδραση της οικογένειας είναι αρκετά μεγάλη, γιατί αρχίζει σε μια περίοδο που το παιδί είναι εύπλαστο και δεκτικό, διαρκεί πολύ χρόνο και βασίζεται στην αγάπη και τους ψυχικούς δεσμούς των μελών της. Μόνο στην οικογένεια μπορεί να βρει το παιδί αγάπη, ασφάλεια και φροντίδα που είναι απαραίτητα για μια σωστή εξέλιξη της προσωπικότητας του. **(Πιάνος, Κ., 1989).**

Η άποψη ότι η οικογένεια έχει ένα κεντρικό ρόλο στις διατροφικές διαταραχές μπορεί να εντοπιστεί, τουλάχιστον πριν από τα τέλη του 19ου αιώνα. Οι απόψεις για το ρόλο των γονέων στην νευρική ανορεξία (ΝΑ) διαφοροποιήθηκαν από τον Lasague, ο οποίος διατηρούσε σχετικά ουδέτερη στάση, λαμβάνοντας υπόψη τις "ανησυχίες των συγγενών", σε αντίθεση με τον Gull, ο οποίος θεωρούσε τους γονείς "γενικά τους χειρότερους παραστάτες", και τον Charcot ο οποίος πίστευε ότι η επιρροή των γονιών είναι "ιδιαίτερα θανατηφόρα". **(Eisler, I & Grange, D., 2008).**

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι τα παιδιά των γονέων με ψυχιατρικές διαταραχές είναι σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχές κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους. Υπάρχει σημαντική έρευνα για διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η κατάχρηση αλκοόλ, αλλά η έρευνα για τα παιδιά των γονέων με διατροφικές διαταραχές μόλις πρόσφατα εμφανίστηκε. Ενώ πολυάριθμες εκθέσεις και σειρές περιπτώσεων έχουν δημοσιευθεί, υπάρχει πολύ λίγη συστηματική ελεγχόμενη μελέτη, και ουσιαστικά δεν έχει εμφανιστεί καμία έκθεση της επιρροής των πατέρων με διατροφικές διαταραχές. Τα στοιχεία τα οποία έχουν προκύψει από διάφορες μελέτες, προτείνουν ότι τα παιδιά των μητέρων με διατροφικές διαταραχές διατρέχουν τον ίδιο αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικής διαταραχής σε ποικίλες περιοχές. **(Park, R.J., Senior, R. & Stein, A., 2003).**

Η συμβολή της οικογένειας στην αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας, έχει ερευνηθεί σε μεγάλο βαθμό με τους περισσότερους συγγραφείς να συμφωνούν με το γεγονός ότι όταν υπάρχουν οικογενειακά προβλήματα ή διαταραχές στο οικογενειακό περιβάλλον, είναι πιθανόν τα παιδιά να αναπτύξουν την ασθένεια. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο να θεωρείται ότι οι οικογένειες έχουν την ευθύνη. Οι κλινικοί και οικογενειακοί θεραπευτές έχουν δώσει έμφαση, στη σημασία της δυναμικής και των αλληλεπιδράσεων μέσα στις οικογένειες στις οποίες οι διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται και διατηρούνται. Η επιρροή της οικογένειας, στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών μπορεί να έχει δύο συνιστώσες: της ανατροφής των παιδιών και της γενετικής. Για μερικούς εφήβους, αυτό μπορεί να σχετίζεται με μια προβληματική οικογενειακή δομή και την επικοινωνία εντός της οικογένειας. Η παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών σε έναν εκ των δύο γονέων, με τα προκύπτοντα αποτελέσματά της στις οικογενειακές σχέσεις μπορεί επίσης να είναι σημαντική για την αρχή μιας διατροφικής διαταραχής. **(Martin, J. E., 1998).**

Το 1987 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη, στην οποία εξετάζονταν οι προσωπικές απόψεις των ανόρεκτων ατόμων όσον αφορά το λόγο που οι ίδιοι θεωρούσαν ότι προκάλεσε την ασθένειά τους. Το δείγμα της μελέτης προέρχονταν από κλινική της Βόρειας Σουηδίας και περιλάμβανε ασθενείς ηλικίας 8 με 16 ετών καθώς και ασθενείς ηλικίας 23 με 30 ετών, από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν, ότι στα άτομα ηλικίας 8 ετών η ανάρρωση ήταν 68% και στα άτομα ηλικίας 16 ετών η ανάρρωση ήταν 85%. Η μικρή αλλά σημαντική ποσοστιαία διαφορά ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά

μικρότερης ηλικίας επηρεάζονται καθώς και μιμούνται σε μεγαλύτερο βαθμό τους γονείς τους, σε σχέση με τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας: **(Abrahamsson, E. , Hägglöf, B. , Nilsson, K. & Torbiornsson, A. ,2007).**

Μερικές φορές η νευρική ανορεξία, είχε θεωρηθεί ως αποτέλεσμα των δυσκολιών έκφρασης συναισθημάτων και σκέψεων· μερικές φορές σαν αποτέλεσμα της πίεσης μελών της οικογένειας να επιτευχθεί η ακαδημαϊκή επιτυχία. Κάποιες φορές η νευρική ανορεξία είχε θεωρηθεί ως το αποτέλεσμα μιας " χρόνιας ασθένειας " στην οικογένεια που επέβαλλε πάρα πολλές αρμοδιότητες και ευθύνες στο παιδί. **(Abrahamsson, E. , Hägglöf, B. , Nilsson, K. & Torbiornsson, A. ,2007).**

Σε άλλες μελέτες (Beresin, Gordon, & Herzog, 1989, Tozzi et al., 2002) στις οποίες ρωτήθηκαν οι ασθενείς, σχετικά με τα αίτια που προκαλούν την νευρική ανορεξία, βρέθηκε η οικογενειακή δυσλειτουργία να είναι η πιο κοινή απάντηση. **(Abrahamsson, E. , Hägglöf, B. , Nilsson, K. & Torbiornsson, A. ,2007).**

Η Kalucy (1977) διαπίστωσε ότι υπήρχε μια σειρά από ανορεκτικές οικογένειες που μοιράζονταν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά. Αυτές περιλάμβαναν ένα ασυνήθιστο ενδιαφέρον για το φαγητό, το βάρος και το σχήμα σώματος, μια ασυνήθιστη επίπτωση της φοβικής αποφυγής καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε απομόνωση και απόρριψη εμπειριών, που θα χρειαζόνταν να εκτεθεί στο φόβο του προκειμένου να τις βιώσει. **(Martin, J. E. ,1998).**

Ένας επίσης, σημαντικός ενδοοικογενειακός παράγοντας, που μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας είναι ο θάνατος, ενός εκ των δυο γονέων. Σε μελέτες που αναφέρθηκαν από τους Dally and Gomez (1980) μια μητέρα και η κόρη της, ξεκίνησαν δίαιτα μετά την αυτοκτονία του συζύγου. Δύο αδελφές επίσης ανέπτυξαν νευρική ανορεξία μετά τον θάνατο του πατέρα τους και ένα δεκαπεντάχρονο κορίτσι σταμάτησε να καταναλώνει σχεδόν όλα τα τρόφιμα σε στερεή μορφή όταν ο πατέρας της απεβίωσε. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις έχει ερμηνευθεί, ότι η συγκεκριμένη συμπεριφορά των κοριτσιών έχει προέλθει, από την ανάγκη μητρικής αγάπης και προσοχής. Για να επιτευχθεί αυτό τα παιδιά βρίσκουν ως τρόπο αντίδρασης στην μη πρόσληψη τροφής. **(Martin, J. E. ,1998).**

Το διαζύγιο των γονιών και η απομάκρυνση μεταξύ τους μπορούν επίσης να χειροτερεύσουν την κατάσταση. Ο Halmi (1974) ανακάλυψε ότι το 18 % των ασθενών προέρχεται από διαλυμένες οικογένειες· αυτό αποτελεί μια ελαφρώς υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης από την δεκαετία του 1970 όπου ο Theander ανέφερε το 13%. **(Martin J. E. ,1998).**

Οι γυναίκες που πάσχουν από νευρική ανορεξία, συχνά αναφέρουν ότι οι γονείς τους, αποδοκιμάζουν την συμπεριφορά τους και δεν επικροτούν τα επιτεύγματά τους. Οι μητέρες των ανορεκτικών έχουν περιγραφεί ως ισχυρές και διεισδυτικές, ενώ οι πατέρες έχουν θεωρηθεί ως παθητικοί και αναποτελεσματικοί. **(Martin J. E. ,1998).**

Οι Garfinkel και Garner (1982), αναφέρουν ότι οι οικογένειες με ανορεκτικά παιδιά παρουσιάζουν συχνά μια ανησυχία για το βάρος και την κατανάλωση τροφών· δίνουν έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση και στηρίζονται στα πρότυπα της αυτό-αξίας και της επιτυχίας. Οι οικογένειες εκθέτουν επίσης ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής (κατάθλιψη ή αλκοολισμό) και δύσκολων αλληλεπιδράσεων γονέων-παιδιών. **(Martin J. E. ,1998).**

Στην ανορεξία παιδικής ηλικίας, μια κοινή, αν και σημαντική αιτία, είναι οι διαταραγμένες τοποθετήσεις για τα τρόφιμα από τις μητέρες που οι ίδιες έχουν μια διατροφική διαταραχή ή ανησυχούν έντονα για το βάρος και την εμφάνιση τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μεταδίδονται στα παιδιά τους οι δικές τους ανησυχίες.

Η εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας στους βιολογικούς συγγενείς ασθενών με διατροφικές διαταραχές, έχει βρεθεί από τους Strober και Humphrey (1987). Μερικές περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών εμφανίζονται να προέρχονται από την οικογενειακή ευπάθεια, αν και το πώς η γενετική και το περιβάλλον αλληλεπιδρούν για να παράγουν τη νευρική ανορεξία είναι ασαφές. **(Martin J. E. ,1998).**

Γονείς οι οποίοι νοσούν από κάποια διαταραχή της συμπεριφοράς, μπορούν να προκαλέσουν ψυχικές διαταραχές στα παιδιά τους μέσω του μηχανισμού της μίμησης και ταύτισης. Αν παρουσιάζουν οι ίδιοι ψυχαναγκαστικές τάσεις, φόβους, φοβίες κ.λ.π., είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσουν παρόμοιες διαταραχές και τα παιδιά τους αφού ο χαρακτήρας και η προσωπικότητα του παιδιού πλάθεται κυρίως στο οικογενειακό περιβάλλον. Επίσης, οι γονείς που έχουν προσωπικά προβλήματα, δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στο ρόλο τους και να ικανοποιήσουν τις βασικές σωματικές και πνευματικές ανάγκες του παιδιού, καθώς οι ίδιοι έχουν την ανάγκη αγάπης, στοργής και φροντίδας από τα κοντινά τους πρόσωπα, τα οποία κάποιες φορές αναγκάζονται να είναι τα ίδια τα παιδιά τους. Οπότε, αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά να παίρνουν τον ρόλο του γονέα, και να "υποχρεώνονται" να ανταπεξέλθουν στις επιθυμίες και τις ανάγκες των γονιών. **(Πιάνος, Κ. ,1989).**

Η οικογενειακή δυσλειτουργία είναι ένα μόνο παράδειγμα της αιτιολογίας των διατροφικών διαταραχών. Δεν είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη αυτών των συνθηκών, αλλά είναι ένας σημαντικός παράγοντας, που συμβάλλει στην ανάπτυξη αυτών. Οι έφηβοι ασθενείς που ζουν στο σπίτι με την οικογένεια τους διαφέρουν κατά μεγάλο ποσοστό από τους ενήλικες ασθενείς που ζουν ανεξάρτητα.. Οι Webster & Palmer (2000), διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που είχαν αρνητικές εμπειρίες από την παιδική τους ηλικία, έτειναν να εμφανίζουν χαρακτηριστικά παρόμοια με εκείνα που αναφέρονται από τις γυναίκες με διάγνωση μείζονος κατάθλιψης. **(Lacey, H. & Price, C. ,2004).**

Υπάρχουν διάφορα χαρακτηριστικά στις οικογένειες των ασθενών με διατροφικές διαταραχές:

- οι γονείς έχουν υψηλές απαιτήσεις ακαδημαϊκής απόδοσης και προσωπικής εμφάνισης των παιδιών τους.
- η οικογένεια έχει προβλήματα στον χειρισμό των οικογενειακών συγκρούσεων.
- υπάρχει φτωχή διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ των οικογενειακών μελών.
- υπάρχει μια τάση ισχυρής συναισθηματικής εξάρτησης στην οικογενειακή δομή.
- υπάρχουν μικροί οικογενειακοί διαπληκτισμοί.
- υπάρχει μια υψηλή αξία στη μητέρα ή στο ρόλο της μητέρας μέσα στο σπίτι.
- υπάρχει ένταση μεταξύ των γονέων. **(Tsuboi, K. ,2005).**

#### **2.4.2 Κοινωνία.**

Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης της ανορεξίας, θεωρείται ότι αντικατοπτρίζει την παρούσα εξιδανίκευση της ισχύος ως σήμα της ανώτερης τάξης, καθώς και της γυναικείας ομορφιάς. Επιπλέον, η αύξηση των περιπτώσεων της ανορεξίας περιλαμβάνει "πιστή μιμητική" συμπεριφορά, με μερικούς ασθενείς να αναπτύσσουν την διαταραχή καθώς μιμούνται άλλα άτομα. Η έναρξη της ανορεξίας

στην εφηβεία, οφείλεται σε αναπτυξιακή κρίση που μπορεί να προκληθεί στα κορίτσια, τα οποία αλλάζουν το σώμα τους, δίνοντας υπέρμετρη έμφαση στις προσδοκίες της κοινωνίας. (Frey, R.G., 2002).

Μέχρι τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, το πρότυπο της γυναίκας που θαυμάζονταν ήταν η υπέρβαρη. Αυτός ο "αναπαραγωγικός" τύπος αντικαταστάθηκε από τον τύπο του σώματος που έχει το σχήμα "της κλεψύδρας", δηλαδή σώμα με στενή μέση, πλούσιο στήθος και στρογγυλό κατώτατο σημείο. Από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, η εξιδανικευμένη μορφή για τις γυναίκες είναι το αδύνατο σώμα, σχεδόν ο σωληνοειδής τύπος σώματος, που στερείται από οποιοδήποτε συμβολισμό της γονιμότητας και της μητρότητας (Vandereycken, 2002) (Jaffa, T. & McDermott, D., 2006).

Η παχυσαρκία συνδέθηκε με τις μεσαίες και κατώτερες τάξεις, κυρίως κατά τον 19<sup>ο</sup> και 20<sup>ο</sup> αιώνα. Η "επιπόλαια εποχή" όπου η λεπτότητα ήταν κομψή, εμφανίστηκε στη δεκαετία του 1930, μια εποχή όπου οι παλαιοί καθιερωμένοι ρόλοι φύλων εξετάζονταν (Boskind-White & White, 1986). Οι έτοιμες, παραγόμενες μαζικά μόδες, που προκύπτουν στον εικοστό αιώνα ευνόησαν το αδύνατο σώμα, στις περισσότερες γυναίκες και στους περισσότερους άνδρες. Κατά τις δεκαετίες 1960 και 1970, η έμφαση σε μια λεπτή, ενδεχομένως προεφηβική διάπλαση σώματος για τις γυναίκες, και η υποτίμηση των παχουλών και των γηρατειών, είχε αγκαλιαστεί γενικά από τον πολιτισμό. (Jaffa, T. & McDermott, D., 2006).

Οι παχύσαρκες γυναίκες, εμφανίζουν μια σημαντική ανησυχία για την υγεία, αν και υπάρχουν ισχυρά επιχειρήματα για τις ίδιες ώστε να παραμείνουν σε ένα υγιές βάρος. Εντούτοις, σε μια προσπάθεια να επιτευχθεί το μη ρεαλιστικά λεπτό ιδανικό βάρος, στην σημερινή κοινωνία πολλές γυναίκες ακολουθούν δίαιτα, άσκηση σε σημείο όμως ακραίο και ανεπιθύμητο. (Donovan, C.L., Sheffield, J.K. & Spence, H., 2006).

Υπάρχει μια υπόθεση ότι οι γυναίκες γίνονται όλο και πιο δυσαρεστημένες με το σχήμα του σώματος τους και αναπτύσσουν ανησυχίες για το βάρος τους από την ηλικία των οκτώ ετών. Από τον Feldman (1988) πραγματοποιήθηκε μια έρευνα στην οποία διαπιστώθηκε, ότι τα παιδιά αποκτούν τις πολιτιστικές αξίες της ομορφιάς πριν από την εφηβεία και ότι το λεπτό σώμα είναι απαραίτητο για την ομορφιά. (Martin, J. E., 1998).

Οι Boskind-White και White (1986) διατύπωσαν την άποψη, ότι οι γυναίκες, συνέχιζαν να αναπτύσσουν μια υπερβολική ανησυχία όσον αφορά το βάρος και την εμφάνισή τους. Στερεοτυπικά πρότυπα της ομορφιάς και της κοινωνικής επιτυχίας που διαβιβάζονται μέσω της διαφήμισης και άλλων μέσων μαζικής επικοινωνίας, κατηγορούνται συχνά για την επίπτωση στις νέες γυναίκες στο να ακολουθούν δίαιτα και να μειώνουν την κατανάλωση των τροφίμων. Αυτό, φυσικά, δεν εξηγεί γιατί μερικές νέες γυναίκες αναπτύσσουν τις διατροφικές διαταραχές ενώ άλλες, που εκτίθενται στα ίδια μέσα μαζικής επικοινωνίας, όχι. (Martin J. E., 1998).

Τα επικριτικά σχόλια σχετικά με το βάρος του σώματος έχει διαπιστωθεί, ότι σχετίζονται με διαταραχές των διατροφικών συμπεριφορών, όπως τον περιορισμό τροφίμων και την χρήση υπακτικών. Μεταξύ των ενήλικων πληθυσμών, μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση της αναδρομικής διάδοσης των επικριτικών σχολίων και της υιοθέτησης μιας διατροφικής διαταραχής και διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν πειραχτεί για την εμφάνισή τους, παρουσίασαν περιοριστικές διατροφικές συνήθειες σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν υπέστησαν το πείραγμα. Μεταξύ των εφήβων και των παιδιών, έρευνα έχει δείξει ότι τα άτομα που επικρίνονται για το βάρος τους, συνδέονται με τα πιο υψηλά επίπεδα διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς. (Haines, J. & Neumark-Sztainer, D., 2006).

Οι Cattarin, J. και Thompson, J. (1994) παρακολούθησαν, ένα δείγμα από κορίτσια που βρίσκονταν στην εφηβεία, για 3 χρόνια και διαπίστωσαν ότι τα επικριτικά σχόλια ήταν άμεσα συνδεδεμένα με το επίπεδο της δυσαρέσκειας της εμφάνισης, η οποία στη συνέχεια προκάλεσε περιοριστικές και βουλιμικές συμπεριφορές. **(Haines, J. & Neumark-Sztainer, D., 2006).**

Συνολικά, με το αντιπροσωπευτικό δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, για τον αντίκτυπο του πειράγματος στην διαίτα και στις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, συμπεραίνεται, ότι το άτομο που έχει λάβει επικριτικά σχόλια για το βάρος του, μπορεί να λειτουργήσει άμεσα ή έμμεσα μέσω της δυσαρέσκειας της σωματικής του εικόνας, στο να εμπλακεί σε υπερβολική διαίτα και σε διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές. **(Haines, J. & Neumark-Sztainer, D., 2006).**

Η "λατρεία του αδύνατου", ένας όρος που υιοθετήθηκε από το Gerald Russell, έχει παρατηρηθεί μέσα στην τέχνη, τη μόδα και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης στο τελευταίο μισό του εικοστού αιώνα. Επαγγέλματα όπως μοντέλα, ηθοποιοί και οι διαγωνιζόμενες σε καλλιστεία παρατηρήθηκαν να έχουν μεγαλύτερη απήχηση σε αδύνατα άτομα (Garner, D.M. & Garfinkel, P.E., 1980). Μια μεγαλύτερη έμφαση στην διαίτα εμφανίστηκε στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, με στόχο τις γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες (Stice, E., 2002). Επιπτώσεις των μέσων ενημέρωσης είναι ιδιαίτερα βαθιές στις νέες γυναίκες που ένιωθαν ήδη δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος τους, γεγονός που υποδηλώνει μια βαθιά αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και το περιβάλλοντος. Η αύξηση του επιπολασμού, των διατροφικών διαταραχών κατά το δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα, καθώς και η ανάδειξη της νευρικής βουλιμίας, έχουν συνδεθεί, με την εμφάνιση των λεπτών ιδανικών και με την αυξημένη πίεση προς την κατεύθυνση της δίαιτας. Ωστόσο, οι Garner & Garfinkel (1980) επισήμαναν, ότι το αδύνατο πρότυπο εκπροσωπείται πολύ περισσότερο από την ομορφιά, την ελκυστικότητα, την υγεία και την επίτευξη των στόχων. **(Jaffa T. & McDermott, D., 2006).**

Λόγω της φύσης των απανταχού παρόντων μέσων μαζικής ενημέρωσης από τον πολιτισμό μας και την επίμονη προώθηση του ιδανικού της λεπτής ομορφιάς, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν από καιρό αναγνωριστεί ως ένας πιθανός επικίνδυνος παράγοντας για τις διατροφικές διαταραχές. Ένα βασικό δόγμα της κοινωνικοπολιτισμικής θεωρίας των διατροφικών διαταραχών είναι ότι, μέσω κάποιων οδών συμπεριλαμβανομένων και των μέσων μαζικής ενημέρωσης, τα άτομα δέχονται πιέσεις να συμφωνούν με τα κοινωνικά ιδανικά για το μέγεθος και το σχήμα σώματος. Αυτό το πολιτιστικό ιδανικό έχει αλλάξει ολόκληρη την ιστορία, και στοχεύει σε όλο και πιο λεπτό σώμα για τις γυναίκες, και όλο και μεγαλύτερη μυϊκή δύναμη, για τους άνδρες. **(Haines, J. & Neumark-Sztainer, D., 2006).**

Τα περιοδικά μόδας, μπορεί να υποστηριχθεί ότι παρέχουν ψυχοκοινωνικά κίνητρα, προκαλούν δυσαρέσκεια για το σώμα, και ενθαρρύνουν τις συμπεριφορές για τον έλεγχο βάρους. Αυτές οι εικόνες των περιοδικών, ενθαρρύνουν τα κορίτσια να παρουσιάσουν μια εικόνα σώματος που κερδίζει την κοινωνική έγκριση και την αποδοχή. Η δυσαρέσκεια του σώματος, ενθαρρύνει την πρόκληση και τη διατήρηση των συμπεριφορών ελέγχου βάρους που, στη συνέχεια, οδηγούν σε πτωτική πορεία, που καταλήγει σε νευρική ανορεξία. **(Martin, J. E., 1998).**

Ο Mondini το 1996, ανέλυσε 347 άρθρα σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, τη διατροφή, την υγεία, την ομορφιά του σώματος, και την αισθητική χειρουργική των μοντέλων της ιταλικής μόδας, από τα περιοδικά και τις εφημερίδες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ενώ υπήρχε μια συμφωνία μεταξύ των πληροφοριών, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τις επιστημονικές εκθέσεις, σχετικά με κλινικά

συμπτώματα και κοινωνικοπολιτιστικά αίτια των διατροφικών διαταραχών, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν τείνουν να απεικονίζουν τις διατροφικές διαταραχές, ως ψυχική ασθένεια, αλλά κατηγορούν τους γονείς ότι προκαλούν τις διατροφικές διαταραχές. **(Martin, J. E. ,1998).**

Αρκετές σύγχρονες έρευνες έχουν βρει μια θετική σύνδεση μεταξύ των μέσων μαζικής ενημέρωσης, της δυσαρέσκειας του σώματος και της διαταραγμένης συμπεριφοράς απέναντι στο φαγητό μεταξύ των παιδιών και των εφήβων. Οι Vaughan, K.K. και Fouts, G.T. σε μια έρευνα το 2003, ανακάλυψαν ότι η μειωμένη ανάγνωση των περιοδικών, για περισσότερο από 16 μήνες, συνδέεται με την μείωση των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών σε δείγμα εφήβων κοριτσιών. **(Haines, J. & Neumark-Sztainer, D. ,2006).**

Η μόνιμη απασχόληση των περισσότερων νέων γυναικών, είναι το βάρος και το σχήμα του σώματος τους, η δυσαρέσκεια του σώματος, η εσωτερίκευση του αδύνατου προτύπου καθώς και η κοινωνική σύγκριση, γεγονότα τα οποία επηρεάζονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Οι γυναίκες με νευρική ανορεξία, απασχολούνται κατά πολύ με τα M.M.E. και περιγράφουν την ανάγνωση των περιοδικών μόδας ως "εθισμό", θεωρώντας ότι η εξάρτηση από τα έντυπα επήλθε μετά την εμφάνιση της διατροφικής τους διαταραχής. ( Thomson et al, 2001 ). Τα περιοδικά ομορφιάς συμβάλλουν στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών, αφού προβάλλουν ως πρότυπα τις πολύ αδύνατες γυναίκες (Williams, Thomsen, & McCoy, 2003). **(Henderson, K. & Spetigge, W. ,2004).**

#### **2.4.3 Κληρονομικότητα**

Μια σειρά από καλά σχεδιασμένες έρευνες, έχουν διαπιστώσει σημαντική αύξηση διατροφικών διαταραχών, εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία, φαίνεται να συμβαίνουν πολύ πιο συχνά σε συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με διαταραχές, απ' ότι στο γενικό πληθυσμό (Scott, 1986; Strober, 1991, 1992; Theander, 1970). Ο ρυθμός ανάπτυξης των περιπτώσεων, είναι γενικά έως και οκτώ φορές μεγαλύτερος, από ότι και το υψηλότερο ποσοστό κρουσμάτων που αναφέρθηκαν στις έρευνες στον γενικό πληθυσμό (Crisp, A.H. , Palmer, R.L. & Katucy, R.. , 1976;). **(Bryant-Waugh, R, & Lask, B. ,2000).**

Μελέτες οι οποίες αφορούν, την οικογένεια και τα δίδυμα παιδιά έχουν αποδείξει, ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι έντονα συσχετισμένες με την οικογένεια και αυτό οφείλεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες. Εν τούτοις, το περιβάλλον μπορεί να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο, στην έκφραση των βασικών γενετικών προδιαθέσεων. Η έννοια της συσχέτισης γονιδίου-περιβάλλοντος μπορεί να είναι ιδιαίτερα αρμόδια στην κατανόηση της διαιώνισης, του κύκλου του κινδύνου. Παθητικός συσχετισμός γονιδίου-περιβάλλοντος, αναφέρεται στην αρχή ότι οι απόγονοι που κατέχουν το γονίδιο των γονιών τους, είναι πιθανόν να παρουσιάσουν κίνδυνο ανάπτυξης νευρικής ανορεξίας. Ένα κλασσικό παράδειγμα του συσχετισμού γονιδίου-περιβάλλοντος, είναι ότι γονείς με υψηλό δείκτη νοημοσύνης, μεταβιβάζουν γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην καλύτερη διανοητική ανάπτυξη των απογόνων τους. **(Bulik, C., Reichborn-Kjennerud, T. , Reba, L. & Siega-Riz, A.M. ,2005).**

Στην δεκαετία του 1980, μελέτες που αφορούσαν την νευρική ανορεξία, σε δίδυμα παιδιά, οδήγησαν σε μια ριζική επανεκτίμηση της μακροχρόνιας έμφασης στις κοινωνικές και πολιτιστικές εξηγήσεις των διατροφικών διαταραχών και είναι πλέον



αποδεκτό από τους περισσότερους, ότι οι διατροφικές διαταραχές έχουν μια γενετική συνιστώσα (Bulik C.M. et al, 2000). Αν και δεν είναι δυνατόν, να προκύψουν σαφή συμπεράσματα για την ακριβή συμβολή των γονιδίων και του περιβάλλοντος στις διατροφικές διαταραχές, είναι λογικό να δηλωθεί ότι συμβάλλουν στην συχνότητα της διαταραχής. **(Collier, D.A & Treasure J.L. ,2004).**

Πολλά γνωρίσματα σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές έχουν ένα κληρονομήσιμο συστατικό. Αυτό περιλαμβάνει, κραιπάλη φαγητού, τάση για έμετο, τάση για αδυνάτισμα και διατροφική αυτοσυγκράτηση (Bulik et al, 2000), αρκετά από τα οποία είναι κληρονομημένα γνωρίσματα, τα οποία μπορούν να μετρηθούν στον φυσιολογικό πληθυσμό. Η συναίσθηση ότι οι διατροφικές διαταραχές έχουν εν μέρει μια γενετική βάση, έχει οδηγήσει σε μοριακές μελέτες στοχεύοντας στην εύρεση των γενετικών ευπαθών παραγόντων. Κινητήρια δύναμη είναι, ότι σχεδόν τίποτα δεν είναι γνωστό για την αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών και η ανακάλυψη της ευαισθησίας των γονιδίων, θα μπορούσε να είναι ένα σημαντικό βήμα στην διευκρίνιση τους. **(Collier, D.A & Treasure J.L. ,2004).**

Διατροφικές διαταραχές τείνουν να εμφανίζονται σε οικογένειες οι οποίες υποδηλώνουν μια γενετική ευπάθεια. Στις οικογένειες αυτές, η εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών αντιστοιχεί σε ποσοστό περίπου 70%, ενώ σε οικογένειες που καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα φαγητού σε ποσοστό περίπου 49%. Μεταλλάξεις στο γονίδιο μελανοκορτίνη, που περιλαμβάνεται πιθανά στην ρύθμιση της όρεξης, συνδέονται άμεσα με την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού σε παχύσαρκα άτομα. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με κληρονομικές διατροφικές διαταραχές είναι συχνά τελειομανείς, εσωστρεφείς και ευαίσθητα στην κριτική. **(Guarda, A.S & Redgrave, G.W. ,2004).**

Υπάρχουν πλέον πειστικά στοιχεία ότι οι γενετικοί παράγοντες έχουν σχέση με τις διατροφικές διαταραχές. Τρεις μελέτες είναι ιδιαίτερα σημαντικές: η πρώτη του Theander (1970) έχει καταδείξει ότι η επίπτωση της νευρικής ανορεξίας στις αδελφές των ασθενών είναι περίπου 6%. Αυτό είναι περίπου έξι φορές μεγαλύτερο ακόμη και από τον υψηλότερο αναφερόμενο αριθμό επίπτωσης στις έρευνες πληθυσμών.(π.χ. e. g. Crisp Palmer & Kalucy, 1976), και μπορεί να συγκριθεί μόνο με τα στοιχεία που προκύπτουν από τους αριθμούς για τους σπουδαστές μπαλέτου **(Garner & Garfinkel, 1980).**

Οι Holland, Sicotte και Treasure (1988), σε μελέτες 45 διδύμων που πραγματοποιήθηκαν διαπίστωσαν ότι υπήρχε ένα ποσοστό 5% στους διζυγώτες διδύμους για την εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας έναντι 56% στους μονοζυγώτες. Αυτή η παρατήρηση, απέδειξε ότι οι γενετικοί παράγοντες κατέχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας.

Ο Strobell και άλλοι (1990) έχουν αποδείξει ότι η νευρική ανορεξία εμφανίζεται κυρίως σε οικογένειες. Διαπίστωσαν ότι είναι περίπου οκτώ φορές μεγαλύτερος ο κίνδυνος νόσησης στους α' βαθμού συγγενείς ατόμων με νευρική ανορεξία σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. **(Bryant-Waugh, R. & Lask, B. ,1993).**

#### **2.4.4 Βιολογικοί παράγοντες.**

Κάποιοι από τους βιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών είναι: η γενετική, η κακή διατροφή, καθώς και οι διαταραχές της γαστρικής εκκένωσης. **(Bryant-Waugh, R. & Lask, B. ,1993).**

- Δυσλειτουργία του υποθαλάμου.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η υποθαλαμική διαταραχή, η οποία εμφανίζεται στη νευρική ανορεξία, φανερώνεται από μια ενδοκρινή διαταραχή που περιλαμβάνει τον

υποθαλαμικό-βλεννογόνο. Εάν αυτή η ενδοκρινής διαταραχή είναι αρχική ή δευτεροβάθμια στο πρόβλημα διατροφικής κατανάλωσης δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί.

Διάφορες δυνατότητες έχουν εξεταστεί. Κατ' αρχάς, η ζημιά στα υποθαλαμικά κέντρα που ρυθμίζουν την κατανάλωση και την αναπαραγωγή μπορούν να ενεργήσουν ως παράγοντες προδιάθεσης της νευρικής ανορεξίας. Δεύτερον, μια παρόμοια διαδικασία μπορεί να εμφανιστεί στα πλαίσια των ανώμαλων συνδέσεων μεταξύ των νευρώνων στον υποθάλαμο. Τρίτον, η νευρική ανορεξία μπορεί να είναι η κλινική εκδήλωση μιας παρεκκλίνουσας διαδικασίας ωρίμανσης σε έναν υποθάλαμο που είχε λειτουργήσει προηγουμένως κανονικά. Τέταρτο, ο υποθαλαμικός ιστός μπορεί να είναι ένα κατ' ασυνήθιστο τρόπο ευαίσθητο βιολογικό υπόστρωμα σε μερικά άτομα, και η δυσλειτουργία του να φανερώνεται μόνο σε περιόδους πίεσης.

Προς το παρόν εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη συναίνεσης για το θέμα αυτό, καθώς δεν υπάρχουν ακόμα αρκετά στοιχεία για να είναι σε θέση οι ερευνητές να δηλώσουν ότι η δυσλειτουργία του υποθαλάμου παίζει άμεσο ρόλο στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών. **(Bryant-Waugh, R. & Lask, B. ,1993).**

- Υποσιτισμός.

Αν και ο υποσιτισμός συμβάλλει σαφώς στη γενική κλινική εικόνα στις διατροφικές διαταραχές δεν υπάρχει εμφανές στοιχείο ότι κατέχει τον αρχικό ρόλο. Μερικοί ερευνητές έχουν προτείνει ότι η ανεπάρκεια ψευδάργυρου μπορεί να προκαλέσει την ανορεξία μέσω των κλινικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της απώλειας όρεξης, απώλειας προτίμησης και κατάθλιψης. Το γεγονός ότι πολλά παιδιά που πάσχουν από την ψυχογενή ασθένεια έχουν ανεπάρκεια ψευδάργυρου, είναι πολύ πιθανό να οφείλεται στην χαμηλή θερμιδική πρόσληψη. Περαιτέρω, η συμπλήρωση ψευδάργυρου δεν έχει αποδειχτεί ότι βελτιώνει την πορεία της ασθένειας, δείχνοντας ότι η ανεπάρκεια ψευδάργυρου δεν είναι αρχικής σπουδαιότητας. **(Bryant-Waugh, R. & Lask, B. ,1993).**

- Διαταραχές της γαστρικής εκκένωσης και ο ρόλος των γαστροεντερικών ορμονών.

Υπάρχουν πολλά που πρέπει ακόμα να γίνουν κατανοητά σε σχέση με τους μηχανισμούς της γαστρικής εκκένωσης. Γαστροεντερικές ορμόνες όπως η γαστρίνη, η σεκρετίνη, η χολεκυστοκίνη και το γαστρικό ανασταλτικό πολυπεπτίδιο δείχνουν γαστρική κένωση, όπως επίσης και το υδροχλωρικό και τα λιπαρά οξέα (Muller 1988). Λόγω της συχνής καταγγελίας των παιδιών με ανορεξία ότι αισθάνονται πλήρη, και ορισμένες πρόσφατες εκθέσεις ότι αυτά τα παιδιά έχουν καθυστερημένες και παράτυπες γαστρικές εκκενώσεις, είναι πιθανό ότι μια διαταραχή στη γαστρική κένωση θα μπορούσε να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία. **(Bryant-Waugh, R. & Lask, B. ,1993).**

Μέσα από μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών, οι γενετικοί παράγοντες αναγνωρίζονται ως παράγοντες που κατέχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των περισσότερων ψυχολογικών διαταραχών. Η ευαισθησία σε μια διαταραχή πιστεύεται ότι μπορεί να κληρονομηθεί, αλλά επίσης και να τροποποιηθεί ανάλογα με τις εμπειρίες ζωής. Ο θεραπευτής μελετά τους γενετικούς παράγοντες που εμφανίζονται να συμβάλλουν στην διαταραχή που παρουσιάζει ο πελάτης, καθώς επίσης και την κληρονομούμενη ιδιοσυγκρασία, η οποία αυξάνει την ευαισθησία σε συγκεκριμένες διαταραχές. **(Hersen, M. & Porzelius, L.K. ,2002).**

Οι μεταβολές της αιματικής ροής στον εγκέφαλο, οι νευροδιαβιβαστές (νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη), καθώς και τα επίπεδα της λεπτίνης , έχει θεωρηθεί ότι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παθογένεση της ψυχογενούς νόσου. Έχει

αναφερθεί ότι, σε γυναίκες που πάσχουν από την συγκεκριμένη διαταραχή, τα επίπεδα λεπτίνης είναι χαμηλά, γεγονός το οποίο συμβάλλει και στην διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Τα επίπεδα της λεπτίνης αποκαθίστανται μετά τη φυσιολογικοποίηση του σωματικού βάρους και του εμμηνορυσιακού κύκλου. **(Στρατουδάκης, Γ. & Τζανάκης Ε. ,2004).**

Νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου θεωρούνται, ότι επηρεάζουν τις συνθήκες ανάπτυξης της νευρικής ανορεξίας. Η ουσία σεροτονίνη, η οποία υπάρχει στον εγκέφαλο, σχετίζεται με την όρεξη και το κέντρο κορεσμού και θεωρείται ότι κατέχει κάποιο ρόλο στην αλλαγή του νευρικού συστήματος και την έλλειψη όρεξης, η οποία προκαλεί νευρική ανορεξία. Σε ασθενείς με ορισμένους τύπους νευρικής ανορεξίας, τα υψηλά επίπεδα σεροτονίνης μπορεί να προκαλέσουν ή ενδέχεται να αναστέλλουν το κέντρο της όρεξης. **(Tsuboi, K. ,2005).**

Η σεροτονίνη είναι ο περισσότερο μελετημένος νευροδιαβιβαστής στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η προσοχή των ερευνητών στράφηκε στη σεροτονίνη για τρεις κυρίως λόγους: Ο πρώτος είναι ότι σεροτονινεργικοί νευρώνες συμμετέχουν στη ρύθμιση της όρεξης, της διάθεσης, στον έλεγχο των παρορμήσεων και στην καταναγκαστική συμπεριφορά. Ο δεύτερος είναι ότι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI's) είναι αποτελεσματικοί για την αντιμετώπιση της νευρογενούς βουλιμίας. Ο τρίτος είναι ότι διαταραχές στο σύστημα της σεροτονίνης παρατηρούνται τόσο κατά την διάρκεια της διαταραχής πρόσληψης τροφής όσο και μετά την αποδρομή της, εύρημα που οδηγεί στην υπόθεση ότι η δυσλειτουργία του σεροτονινεργικού συστήματος μπορεί να συμμετέχει στην αιτιοπαθογένεια των διαταραχών πρόσληψης τροφής. **(Jimerson, D. & Wolfe, B. ,2006).**

Στην ψυχογενή ανορεξία παρατηρούνται διαταραχές της υποθαλαμικής λειτουργίας. Πολλές φορές, λόγω της απώλειας βάρους, διαταράσσεται η έμμηνος ρύση (η έλλειψη οιστρογόνων μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια οστίτη ιστού, ακόμη και σε οστεοπόρωση σε αυτή την τόσο νεαρή ηλικία) στα κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία με αποτέλεσμα τότε να "αναγκάζονται" να ζητάνε βοήθεια. Εντούτοις, ο αυστηρός θερμιδικός περιορισμός, καταστέλλει τους υποθαλαμικούς βλεννογόνους. Το αποτέλεσμα είναι μια δραματική καταστολή της παραγωγής της ωχρινότροπου ορμόνης (LH) και της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH), με αποτέλεσμα τα επίπεδα να είναι χαμηλά. Στη νευρική ανορεξία, τα επίπεδα κορτιζόλης, καθώς και της αυξητικής ορμόνης είναι αυξημένα λόγω χαμηλής θερμιδικής πρόσληψης. **(Rickert, V & Seidenfeld, K. ,2001).**

Οι μεταβολικές και θυρεοειδείς διαταραχές που εμφανίζονται στη νευρική ανορεξία αντιστοιχούν σε αυτές που βρίσκονται στη λιμοκτονία, σε σταθερές χρόνιες ασθένειες, και σε κάποιες περιπτώσεις κατάθλιψης. Αυτές οι διαταραχές, πιθανόν εμφανίζονται σε χαμηλές θερμιδικές προσλήψεις. Στη νευρική ανορεξία τα επίπεδα της θυροξίνης(T<sub>4</sub>) είναι συνήθως φυσιολογικά, της τριωδοθυρονίνης (T<sub>3</sub>) είναι χαμηλά ( Miyai et al. 1975) και της θυροειδοτρόπου είναι φυσιολογικά ή λίγο μειωμένα (Kiyohara et al. 1989, Vigersky et al. 1976). **(Oldham, J. & Riba, M. ,1994).**

Χαμηλές συγκεντρώσεις 5-HIAA( 5-υδροξυϊνδολοξικού οξέος) κύριου μεταβολίτη της σεροτονίνης, έχουν βρεθεί σε λιποβαρή ανορεκτικά άτομα συγκρίνοντας τα με τον εαυτό τους μετά την αποκατάσταση βάρους. Σε κάποια μελέτη, η Kaye (1991) παρατήρησε υψηλά επίπεδα 5-HIAA( 5-υδροξυϊνδολοξικού οξέος) , ακόμα και μετά την αποκατάσταση του σωματικού βάρους. **(Oldham, J. & Riba, M. ,1994).**

#### 2.4.5 Προσωπικότητα

Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές τείνουν να ασχολούνται έντονα με την εμφάνισή τους, κυρίως με το σωματικό τους βάρος και το σχήμα του σώματός τους (American Psychiatric Association, 2000; Cooper, P.J. & Fairburn, C.G. , 1987, Wilson, G.T. & Smith, 1989). Αυτή η εμμονή τους, συνδέεται με την ευαισθησία που έχουν τα ανόρεκτα άτομα, στα κοινωνικά σχόλια και στα βλέμματα των άλλων, δεδομένα τα οποία πιθανόν να προκαλέσουν στα ίδια τα άτομα αμηχανία ή άλλα δυσάρεστα συναισθήματα. Η ανησυχία που εμφανίζουν για τα σχόλια των άλλων μπορεί να ερμηνευθεί ως ένα συγκεκριμένο είδος ευαισθησίας. Δεν είναι σαφές κατά πόσον τα άτομα με διατροφικές ανησυχίες είναι ευαίσθητα σε τομείς που σχετίζονται μόνο με την εμφάνιση ή εάν εμφανίζουν μια πιο γενικευμένη ευαισθησία. **(Atlas, J. ,2004).**

Κλινικές εξετάσεις έχουν δείξει ότι υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ της προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών. Μέσω της έρευνας έχει συνδεθεί η ανορεξία, με γνωρίσματα προσωπικότητας όπως, εσωστρέφεια, υποχωρητικότητα, τελειομανία, αυστηρότητα, και ψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Γνωρίσματα όπως η τελειομανία, η ντροπαλότητα, και η υποχωρητικότητα έχουν προκύψει με συνέπεια στις μελέτες για άτομα με ανορεξία. **(Harnden-Fischer, J. & Westen, D. ,2001).**

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, έχει υποστηριχτεί ότι, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής. Για παράδειγμα οι Scott και Baroffio (1986), παρατήρησαν ότι η προδιάθεση κάποιων χαρακτηριστικών προσωπικότητας, όπως η ανησυχία, η σύγχυση ταυτότητας, η διαστρέβλωση πραγματικότητας και η εσωστρέφεια, φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Οι Strober και Humphrey (1987), υποστήριξαν ότι είναι πιθανό, ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως αυτά που αναφέρθηκαν, να επηρεάζουν το άτομο στο να βιώνει με μεγαλύτερη ευαισθησία και ευαλωτότητα, τις κοινωνικές και οικογενειακές "δυσάρεστες" καταστάσεις με αποτέλεσμα να μειώνεται η αυτοεκτίμηση και ο αυτοσεβασμός του. Επομένως, φαίνεται να υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών. **(Sassoon, E. ,2005).**

Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι η προνοσηρή προσωπικότητα του ανόρεκτου ατόμου χαρακτηρίζεται από ουσιαστική συναισθηματική αστάθεια. Τα πιο κοινά συμπτώματα ανησυχίας που βρίσκονται, είναι ψυχαναγκαστικά. Οι ανόρεκτες γυναίκες, έχουν, τις πιο ανεπαρκείς ικανότητες αντιμετώπισης κάποιων καταστάσεων, λιγότερη εμπιστοσύνη στη δυνατότητά τους να λύσουν τα προβλήματα και μια τάση να αποφεύγουν τις δύσκολες καταστάσεις. **(Martin, J. E. ,1998).**

Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές τείνουν να ενδιαφέρονται έντονα για την εμφάνισή τους, ιδιαίτερα σχετικά με το βάρος και τη μορφή του σώματός τους (American Psychiatric Association, 2000; Cooper & Fairburn, 1987; Wilson & Smith, 1989). Σχετικό με αυτό, είναι η ευαισθησία όσον αφορά, το πώς οι άλλοι τους βλέπουν, με τις εικασίες ότι οι άλλες αξιολογήσεις θα είναι αρνητικές και ότι αυτό θα οδηγήσει σε αμηχανία ή άλλα δυσάρεστα συναισθήματα. **(Martin, J. E. ,1998).**

Υπάρχει επίσης μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της τελειομανίας και της νευρικής ανορεξίας. Η τελειομανία μπορεί να θεωρηθεί ως διάσταση των αυστηρών έμμοων συμπεριφορών, που μπορούν να συμβάλουν στην αντίσταση, στην θεραπεία και την υποτροπή στη νευρική ανορεξία. Ο Bastiani (1995), εξέτασε το ζήτημα της

τελειομανίας και κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι τα χαρακτηριστικά της τελειομανίας καθώς επίσης και η προσπάθεια για απώλεια βάρους, παραμένουν σταθερά ακόμα και μετά από την αποκατάσταση βάρους. Κατά συνέπεια, η τελειοθηρία μπορεί να είναι ένα έμφυτο χαρακτηριστικό προσωπικότητας που υπάρχει και σε ένα υποσιτιζόμενο άτομο και το οποίο συνεχίζει να υπάρχει μετά από την αποκατάσταση βάρους. Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε ότι η τελειομανία στη νευρική ανορεξία είναι μια συμπεριφορά που δεν μπορεί να αλλάξει εύκολα, ακόμη και με την αυξημένη διατροφική κατανάλωση. **(Martin, J. E. ,1998).**

Τα άτομα με νευρική ανορεξία, τείνουν να είναι σε θέση να σταματήσουν εντελώς τα γεύματά τους ξεκινώντας δίαιτα, ακόμα και να παρατήσουν την εργασία τους, ή και κάποιο σημαντικό στόχο τους. Η προσωπικότητα των ανόρεκτων είναι προσαρμοστική και αυτό εξηγεί ότι τα άτομα αυτά έχουν συχνά μεγάλη επιτυχία σε άλλους χώρους όπως η ακαδημαϊκή κοινότητα και ο αθλητισμός. Μια πρόσφατα ολοκληρωμένη μελέτη, μιας ομάδας Νορβηγών αθλητών - αθλητριών που περιελάμβανε ερωτηματολόγια αποκάλυψε ότι το 20% των αθλητριών εμφάνιζε διατροφικές διαταραχές, ενώ σε ένα τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού το ποσοστό ήταν περίπου 9%. Τα ποσοστά επικράτησης ήταν μεγαλύτερα στις αθλήτριες γιατί απαιτείται χαμηλό βάρος σώματος σε αθλήματα όπως το πατινάζ, ο χορός, η ρυθμική γυμναστική και οι καταδύσεις. **(Guarda, A.S & Redgrave, G.W. ,2004).**

Η αυτοεκτίμηση είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός ψυχολογικός δείκτης για να διαπιστωθεί, κατά πόσον μια νέα γυναίκα κινείται πέρα από την κοινή ανησυχία για την κατάσταση της παχυσαρκίας, αποφεύγοντας τις πιο σοβαρές ανησυχίες και τις συμπεριφορές που οδηγούν προς μια αναγνωρισμένη διατροφική διαταραχή. Ο Button (1996), διεξήγαγε την πρώτη μελέτη για να διερευνήσει το ρόλο της αυτοεκτίμησης στην αιτιολογία, πριν την έναρξη μιας διατροφικής διαταραχής. Στη μελέτη του αξιολογήθηκε ο αυτοσεβασμός σε 594 μαθήτριες ηλικίας 11-12 ετών. Σχεδόν 400 δεν είχαν μειωμένη αυτοεκτίμηση και βρίσκονταν σε ηλικία 15-16 ετών όταν συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο εξέταζε διατροφικά και άλλα ψυχολογικά προβλήματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 12% των κοριτσιών με χαμηλή αυτοεκτίμηση στην ηλικία 11-12 ετών διέτρεχαν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μιας διατροφικής διαταραχής παράλληλα με άλλα ψυχολογικά προβλήματα από την ηλικία των 15-16 ετών. **(Martin, J. E. ,1998).**

Το χρονικό διάστημα 1990-1995, πραγματοποιήθηκε μια έρευνα η οποία στόχευε στην «συσχέτιση του χαμηλού αυτοσεβασμού και της ψυχιατρικής διάγνωσης». Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα διαδοχικό δείγμα 1.190 ατόμων σε μια ψυχιατρική κλινική, εξωτερικών ασθενών με ανοικτή-πρόσβαση. Υπήρχαν 957 ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα, 182 άτομα που δεν έπασχαν από κάποια ψυχική διαταραχή και 51 άτομα που συνόδευαν τους ασθενείς και δεν έγινε στους ίδιους κάποια ψυχιατρική διάγνωση, καθώς δεν συμμετείχαν ουσιαστικά στην έρευνα. Οι ασθενείς διαγνώστηκαν, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM III-R που ακολουθούν τις λεπτομερείς αξιολογήσεις. Στην έρευνα, τα άτομα συμπλήρωσαν δυο ερωτηματολόγια για να εκτιμηθεί ο αυτοσεβασμός. **(Silverstone, P.H & Salsali, M. ,2003).**

Η παρουσία μειωμένου αυτοσεβασμού, μεταξύ των ασθενών με διατροφικές διαταραχές, αποδεικνύει την σημαντικότητά του στην έναρξη της ανορεξίας. Έχει προταθεί ότι ο χαμηλός αυτοσεβασμός μπορεί να είναι ένας επιδημιολογικός παράγοντας κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές. Πράγματι, σε μια έρευνα που αξιολογήθηκε αποκλειστικά το αίσθημα του αυτοσεβασμού, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς, είχαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από κάθε άλλη ομάδα. Επίσης,

σημαντικός βαθμός χαμηλής αυτοεκτίμησης έχει βρεθεί μεταξύ διατροφικών διαταραχών, κατάθλιψης, άγχους και αλκοολισμού. (Silverstone, P.H & Salsali, M., 2003).

Η συναισθηματική σταθερότητα καθώς και η εξωστρέφεια ή εσωστρέφεια, αποτελούν στοιχεία που κατέχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας, των νέων κοριτσιών. Η τελειοθηρία, η εσωστρέφεια, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, όπως και οι πολύ υψηλές απαιτήσεις από τον εαυτό τους είναι κοινά χαρακτηριστικά των ανορεκτικών ατόμων, με αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές να κάνουν τα πάντα για να ανταποκριθούν σε αυτές. Τα ανορεκτικά άτομα, έχουν συνήθως καλή σχολική επίδοση, και αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση για πολλούς γονείς. Συνήθως, είναι μοναχικά άτομα και παρουσιάζουν δυσκολίες στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους και τους γονείς τους· προτιμούν να αποσύρονται στον προσωπικό τους χώρο και να επικεντρώνονται στο διάβασμα και τα μαθήματα τους (Χατχηγεωργίου, X., 2004).

Η όλη ψυχοσύνθεση αυτών των ατόμων είναι τέτοια, που μια επίκριση από κάποιο πρόσωπο του οικογενειακού, του φιλικού ή του σχολικού περιβάλλοντος αποτελεί αφορμή για την έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται κυρίως σε κορίτσια που ασχολούνται με τον αθλητισμό· αυτό συμβαίνει λόγω του ότι το σωματικό βάρος παίζει πρωτεύοντα ρόλο, σε αθλήματα όπως ενόργανη γυμναστική, η ρυθμική, η συγχρονισμένη κολύμβηση κ.α. Σε αυτά τα αθλήματα το σωματικό βάρος παίζει πολύ μεγάλη σημασία και οι παρατηρήσεις των προπονητών ως προς το σωματικό βάρος θα πρέπει να γίνονται με προσοχή και ποτέ να μην εφαρμόζονται υπερβολικές πιέσεις. (Χατχηγεωργίου, X., 2004).

Ουσιαστικά τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από την συγκεκριμένη διαταραχή, εμφανίζονται να έχουν πολύ φτωχή εικόνα του εαυτού τους, θεωρώντας τους εαυτούς τους αποτυχημένους, κακούς και ανάξιους. Μια τέτοια αντίληψη μπορεί εν μέρει να ενισχυθεί από τελειομανή γνώρισμα, τα οποία απαιτούν τόσο υψηλά πρότυπα όπου η αποτυχία είναι αναπόφευκτη. (Bryant-Waugh, R. & Lask, B., 2000).

Ο Hewitt (1995) υπογράμμισε ότι η μεγάλη ανάγκη για τέλεια εμφάνιση μπορεί να επηρεάσει την διατροφική συμπεριφορά, με το να μην επιτρέπει το άτομο στον εαυτό του να εμφανίζει ατέλειες, που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές. Οι τάσεις των ατόμων αυτών είναι να πιστεύουν ότι, οτιδήποτε λιγότερο από την τελειότητα είναι ανάλογο με την αποτυχία. Ο ίδιος, επίσης, υποστήριξε ότι η προσπάθεια για επίτευξη της τελειότητας, συμβάλλει στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ασθένειας, καθώς το άτομο επιθυμεί να κερδίσει την έγκριση των άλλων, επιδεικνύοντας την "υπακοή" του στις προσδοκίες της ζωής, και κυρίως της κοινωνίας. (Berrettini, W. , Fichter , M. , Halmi, K. , et al., 2000).

Οι ασθενείς με την ψυχογενή νόσο, παρουσιάζουν μία έντονη επιθυμία, να έχουν τον έλεγχο του σωματικού τους βάρους και της πρόσληψης τροφής, πιστεύοντας ότι με αυτόν τον τρόπο έχουν την ικανότητα να ελέγχουν τη ζωή τους. Για παράδειγμα, όταν η ασθενής πρόκειται να προβεί σε ιατρικές εξετάσεις, προσπαθεί να αντισταθεί στην αύξηση βάρους, θεωρώντας ότι αν πάρει βάρος, δεν θα μπορεί πλέον να έχει τον έλεγχο της συμπεριφοράς της στο φαγητό, καθώς και τον έλεγχο της αυτοπειθαρχίας. (Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. ,1990).

## 2.5 Συμπτώματα της ανορεξίας

Η ψυχογενής ανορεξία, μπορεί επίσης να συμβάλει σε ένα αίσθημα αύξησης του σωματικού βάρους και σχήματος. Η ψυχογενής αυτή ασθένεια, είναι, ωστόσο, μια σοβαρή κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στο σώμα εξαιτίας των επιπτώσεων της σιτοδείας στην υγεία του σώματος. Μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της μυϊκής δύναμης και σε μείωση της οστικής πυκνότητας στις γυναίκες και τα κορίτσια. Σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας η εμμηνόρροια, συχνά σταματάει. Είναι πολύ πιθανόν επίσης, να επηρεάσει τις σχέσεις των ανθρώπων με την οικογένεια και τους φίλους τους, αναγκάζοντάς τους να απομακρυνθούν και να κλειστούν στον εαυτό τους. Πιθανόν να επηρεάσει την συμπεριφορά τους, στο σχολείο ή στον χώρο εργασίας τους. Η σοβαρότητα, από τις σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες, στην συγκεκριμένη κατάσταση δεν αναγνωρίζεται συχνά και οι άνθρωποι που πάσχουν από την ψυχογενή αυτή νόσο, δεν επιζητούν συνήθως βοήθεια. **(National Institute for Clinical Excellence ,2004).**

Ιατρικές επιπλοκές που προκύπτουν από λιμοκτονία και έντονη άσκηση επηρεάζουν ουσιαστικά κάθε οργανικό σύστημα. Κοινά σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν απώλεια υποδόριου λίπους στους ιστούς, ορθοστατική υπόταση, βραδυκαρδία, μειωμένη λειτουργία της εμμηνόρροιας, απώλεια μαλλιών και υποθερμία. Τα πολυάριθμα εργαστηριακά μέτρα επηρεάζονται, από τα χαμηλά επίπεδα ηλεκτρολυτών στον ορό του αίματος και τα επίπεδα της λειτουργίας του θυρεοειδούς. Οι ασθενείς έχουν σημαντικές ανωμαλίες στους ηλεκτρολύτες συμπεριλαμβανομένων χαμηλά επίπεδα ασβεστίου και καλίου. Ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν στην εφηβεία, νευρική ανορεξία, έχουν πολλές ιατρικές επιπλοκές οι οποίες πιθανόν να συνεχιστούν και στην ενήλικη ζωή. Αυτές περιλαμβάνουν ανησυχίες σχετικά με την οστική πυκνότητα, την οστεοπενία και την οστεοπόρωση σε νεαρή ηλικία. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν μικρότερο ανάστημα από το αναμενόμενο και υψηλά ποσοστά έντονων καταγμάτων νωρίς στη ζωή τους, όπως στα μέσα της ηλικίας των 20 ετών. Πολλές άλλες επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας, όπως αμηνόρροια, αναμένεται να είναι το αποτέλεσμα αυστηρού θερμιδικού περιορισμού ο οποίος καταστέλλει τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης. **(Sidiropoulos, M. ,2007).**

Τα συμπτώματα, μέσω των οποίων μπορεί κάποιος να καταλάβει ότι πάσχει από την ψυχογενή διαταραχή (νευρική ανορεξία) χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: τα ψυχολογικά, τα σωματικά και τα συμπεριφοριστικά συμπτώματα.

- *Ψυχολογικά συμπτώματα*

Τα ψυχολογικά συμπτώματα, της νευρικής ανορεξίας αποτελούνται από καταθλιπτική διάθεση, συνεχείς ψυχολογικές μεταπτώσεις, διαταραχή στον ύπνο, διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στην κατανάλωση τροφίμων , την μορφή σώματος και βάρους, οξυθυμία, χαμηλός αυτοσεβασμός, διαπροσωπική αβεβαιότητα, επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, την εξασθετισμένη συγκέντρωση, τη φτωχή ανάκτηση πληροφοριών και τον αυτοκαταστροφικό ιδεασμό (Crisp, A.H. et al., 1980; Garner, D.M. et al., 1986; Grant C.L. & Fodor, I.G. , 1986; Halek, C. , 1997; Hamsher, K. et al., 1981, Killian, K. D. , 1994. ). Επίσης υπάρχει αγχώδης ή τυπολατρική συμπεριφορά κατά την ώρα των γευμάτων, καθώς το άτομο κόβει το φαγητό του σε μικρά κομμάτια, καθώς και η συνεχής ενασχόληση με τον αθλητισμό. **(Chan, Z. ,2008).**

Τα ψυχολογικά συμπτώματα είναι δυσκολότερο να ανιχνευθούν επειδή είναι ορατά κυρίως στις σκέψεις και τα συναισθήματα των ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Οι άνθρωποι με ανορεξία εμφανίζουν έντονη ανησυχία με τα τρόφιμα και το βάρος τους. Επίσης, συχνά εντοπίζεται ότι τα συγκεκριμένα άτομα υποφέρουν,

είτε από κλινική κατάθλιψη, είτε από έντονη ανησυχία (Thompson, R.A and Sherman, R.T., 1993; Taylor, J. & Wilson G. , 2005).

- *Σωματικά συμπτώματα*

Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία, μπορούν να αναπτύξουν ποικίλα φυσικά συμπτώματα, όπως: απώλεια μαλλιών, την αύξηση της τριχοφυΐας στο σώμα, αμηνόρροια, απουσία ωορρηξίας, δυσκοιλιότητα, καταστροφή δοντιών λόγω υπερβολικής έκθεσης σε οξέα του στομάχου από συχνούς εμετούς, μη ανεκτικότητα σε χαμηλές θερμοκρασίες , χαμηλό ποσοστό σφυγμού, εύκολο μελάνιασμα που οφείλεται στην έλλειψη της βιταμίνης C, συρρίκνωση των εσωτερικών οργάνων, και διάφορες δυσλειτουργίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται το καρδιακό, το ενδοκρινές και το γαστρεντερικό σύστημα. (American Psychological Association, 2000; World Health Organization, 1992;) (Chan, Z. ,2008).

Τα σωματικά συμπτώματα της νόσου, πιθανόν να προέρχονται από τα διάφορα μέσα που χρησιμοποίησε το άτομο για να χάσει βάρος. Η υπερβολική ελάττωση του βάρους έχει σαν συνέπεια, η μονωτική στοιβάδα του λίπους να χάνεται σε μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται δυσανεξία στο ψύχος και στην υψηλή θερμοκρασία. Είναι επίσης πιθανόν, να εμφανιστεί ξηροδερμία, τριχοφυΐα στο πρόσωπο, στην πλάτη ή στα μπράτσα και τα μαλλιά να γίνουν λεπτά. Ο καρδιακός ρυθμός και η αρτηριακή πίεση ελαττώνονται, καθώς ο οργανισμός προσπαθεί να προσαρμοστεί στη χαμηλή πρόσληψη ενέργειας. Μολονότι παρουσιάζονται τα παραπάνω η αντίδραση των ασθενών στη γυμναστική είναι φυσιολογική και οι καρδιακοί παλμοί αυξάνονται στον ίδιο βαθμό με εκείνο των γυναικών που δεν πάσχουν από την ασθένεια. Αν η ασθενής ακολουθεί μια δίαιτα έντονης στέρησης και χαμηλής ενεργειακής πρόσληψης μπορεί να προκληθεί αβιταμίνωση που μπορεί να είναι πολύ σοβαρή. (Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. ,1990).

❖ Η ισχύτητα είναι έντονη. Το ανόρεκτο άτομο μπορεί να χάσει από 15 έως 20 κιλά σε διάστημα μερικών μηνών. Αυτή η απώλεια βάρους προσδίδει στην έφηβη την μορφή καχεκτικής και γερασμένης γυναίκας. Τα μάτια είναι σκαμμένα και τα κόκκαλα φαίνονται έντονα κάτω από το ξηρό και τραχύ δέρμα. Επίσης, εμφανίζονται γαστρεντερικά προβλήματα και κυρίως δυσκοιλιότητα λόγω του ότι υπάρχει λιγότερη τροφή στα έντερα για να διεγείρει την περισταλτική δραστηριότητα. Παρατηρούνται επίσης, έντονη τριχοφυΐα του άνω χείλους και των άκρων καθώς και διαταραχές στο δέρμα. Παρά την σοβαρή απίσχναση, οι δραστηριότητες εξακολουθούν να υπάρχουν αρχικά, όχι όμως για μεγάλο χρονικό διάστημα, καθώς με την πάροδο του χρόνου το άτομο απομονώνεται από το κοινωνικό σύνολο. Σε μερικές μάλιστα ανορεκτικές ασθενείς παρατηρείται ένας έντονος ρυθμός δραστηριοτήτων που δίνει στους άλλους την αίσθηση ότι δεν αντιλαμβάνονται την κόπωση, το κρύο αλλά και την ανάγκη για ύπνο. (Feline A. & Lemperiere T. ,1995).

❖ Η αμηνόρροια είναι σύνηθες σύμπτωμα. Μπορεί να προηγηθεί των άλλων συμπτωμάτων (20% των περιπτώσεων) ή να εμφανιστεί κατά τους πρώτους μήνες της νόσου. Η έμμηνος ρύση μπορεί να επανέλθει μόνο αν η γυναίκα είναι σε θέση να διατηρήσει τουλάχιστον το 17% του σωματικού της λίπους και επανέλθει στο φυσιολογικό της βάρος, το οποίο επέρχεται μετά από διάστημα κάποιων μηνών. (Feline A. & Lemperiere T. ,1995).

❖ Η οστεοπόρωση λόγω ορμονικών διαταραχών και χαμηλής πρόσληψης ασβεστίου στα ανορεκτικά κορίτσια είναι ένα σύνηθες και σημαντικό πρόβλημα. Η νευρική ανορεξία σχετίζεται με σημαντικά μειωμένη οστική πυκνότητα, ειδικά στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Τα ανορεκτικά άτομα εμφανίζουν μειωμένη



οστική πυκνότητα, απώλεια ύψους και αυξημένο κίνδυνο επώδυνων καταγμάτων. Η πυκνότητα των οστών των ασθενών αυτών δεν αυξάνει σε φυσιολογικά όρια, ακόμη και αρκετά χρόνια μετά την ανάκαμψη από νευρική ανορεξία. (Mehler, P.S. ,2002).

❖ Η βραδυκαρδία και η υπόταση, είναι συχνά συμπτώματα του χαμηλού σωματικού βάρους. Η ορθοστατική υπόταση εμφανίζεται στους ασθενείς, οι οποίοι αφυδατώνονται λόγω της λήψης καθαρτικών και διουρητικών δισκίων, και είναι πολύ επικίνδυνη λόγω του ότι τα καθαρτικά και τα διουρητικά χάπια είναι πιθανόν να προκαλέσουν οίδημα με αποτέλεσμα να προκληθεί συγκοπή καρδιάς σε ακραίες περιπτώσεις. (Guarda, A. & Redgrave, G. ,2004).

- *Συμπεριφοριστικά συμπτώματα*

Τα ανορεκτικά άτομα έχουν την εντύπωση, ότι είναι υπέρβαρα, ακόμα και αν ζυγίζουν κάτω από το φυσιολογικό βάρος για το ύψος τους. Η διαδικασία του φαγητού μετατρέπεται σε έμμονη ιδέα. Οι ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες, όπως η αποφυγή των τροφίμων και των γευμάτων, η επιλογή μερικών τροφίμων και η μείωσή τους σε μικρές ποσότητες, είναι στοιχεία που χαρακτηρίζουν ένα ανόρεκτο άτομο. Οι άνθρωποι που πάσχουν από νευρική ανορεξία ελέγχουν το βάρος του σώματός τους επανειλημμένα, και πολλοί συμμετέχουν σε άλλες τεχνικές για να μειωθεί το βάρος τους, όπως έντονη και καταναγκαστική άσκηση, ή εξαγνισμός με τη βοήθεια του εμετού και της κατάχρησης των καθαρτικών και διουρητικών. (National Institute of Mental Health ,2001).

Η εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας, είναι πιθανόν να γίνει σε κάθε ηλικία, παρά το γεγονός ότι εμφανίζεται συχνότερα κατά την διάρκεια της εφηβείας και κυρίως μεταξύ δεκατριών και είκοσι ετών. Εντούτοις, μπορεί ο ασθενής να έχει κάποια προδιάθεση της ασθένειας, χωρίς βέβαια να είναι εμφανής ή να προέλθει μετά από κάποιο συναισθηματικό τραύμα. Κάποιες φορές προϋπάρχει στον ασθενή ένα στάδιο βουλιμίας, κοιλιαλγίας και διαταραχής της εμμήνου ρύσεως. Τα κυριότερα συμπτώματα, τα οποία προδίδουν την ασθενή και παρουσιάζονται σε διάστημα λίγων μηνών είναι τα εξής:

- Ο περιορισμός της διατροφής είναι εκούσιος και διεγείρεται από την έντονη επιθυμία αδυνατίσματος. Οι ασθενείς αγωνίζονται έντονα ενάντια στην επιθυμία για λήψη τροφής και κάποιες φορές αδυνατούν να καταναλώσουν τρόφιμα καθώς, είτε αισθάνονται αηδία για αυτά είτε έχουν μειωμένη όρεξη. Ο περιορισμός της διατροφής είναι και ποιοτικός και ποσοτικός και καταλήγει σε "αστείες" δίαιτες, με τροφές που επιλέγονται επιμελώς, ώστε να περιέχουν χαμηλά λιπαρά και υδατάνθρακες και καταναλώνονται σε μικρές ποσότητες. Εντούτοις, δεν παρατηρείται σημαντική πενία πρωτεϊνών. Η ανορεκτική συμπεριφορά καταρτίζεται από:

- Το χρονικό διάστημα που διαρκούν τα γεύματα: Στο ωράριό τους δεν υπάρχει συνοχή και η διάρκεια τους συνεχίζεται ατελείωτα. Οι φιλονικίες γίνονται επί καθημερινής βάσεως και οι διαμάχες στην οικογένεια μετατρέπονται σε πηγή ναρκισσιστικών και επιθετικών ικανοποιήσεων.
- Τη συμπεριφορά έκτος γευμάτων. Αποκρύπτονται τα απομεινάρια της τροφής, προκαλούνται αυτεπαγόμενοι έμετοι, γίνεται αυξημένη χρήση καθαρτικών και μερικές φορές χρήση διουρητικών δισκίων. (Feline A. & Lempriere T. ,1995).

## 2.6 Τρόποι αντιμετώπισης της ανορεξίας

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια ψυχοσωματική ασθένεια, στη διάρκεια της οποίας μπορεί να εμφανιστούν ψυχολογικά, συμπεριφοριστικά και σωματικά συμπτώματα λόγω της εσκεμμένης ασιτίας και των άλλων μεθόδων απώλειας βάρους. Η κύρια θεραπεία για την ψυχογενή ανορεξία είναι ψυχολογική και περιλαμβάνει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία από ειδικούς που αφορά κυρίως συμβουλές σχετικά με τα τρόφιμα και τις συνέπειες των επικίνδυνων μεθόδων απώλειας βάρους. Όταν κρίνεται αναγκαίο, χρησιμοποιούνται και άλλα είδη ψυχολογικής θεραπείας όπως η χαλάρωση, η οικογενειακή θεραπεία, η συζυγική θεραπεία και η συμπεριφοριστική- γνωσιακή θεραπεία. **Abraham S. & Llewellyn-Jones D., 1990).**

Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές θα πρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση σε ένα φάσμα ψυχολογικών θεραπειών και να αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί ασθενείς ως μέτρο του δυνατού, σύμφωνα με μια νέα κατευθυντήρια γραμμή. **(Kmietowicz, Z., 2008 ).**

Η ψυχοθεραπεία είναι κατά κύριο λόγο προσωπική, και στοχεύει στην καλυτέρευση των προσωπικών σχέσεων και στην ενδυνάμωση της αίσθησης του ασθενή ότι κατέχει ισχυρή και ακαταμάχητη προσωπικότητα. **(Στρατουδάκης, Γ. & Τζανάκης Ε., 2004).**

Για πρώτη φορά ψυχολογικές παρεμβάσεις, όπως οι γνωσιακές- συμπεριφοριστικές θεραπείες, η αναλυτική-γνωσιακή θεραπεία, και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία συνιστώνται ως θεραπείες πρώτης γραμμής, σε μια βάση στοιχείων από την κατευθυντήρια γραμμή του Εθνικού Ινστιτούτου Κλινικής Αριστείας (NICE). **(Kmietowicz, Z., 2008).**

Μία βασική θεραπεία, η οποία χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών είναι η ψυχοθεραπεία. Η εφαρμογή της βέβαια δεν είναι πάντα εφικτή, λόγω της έλλειψης θεραπευτικού αιτήματος. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν ποικίλες τεχνικές (κατευθυντική ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτικό ψυχόδραμα, μυοχαλάρωση). Πολλές φορές η μεσολάβηση ενός ψυχοθεραπευτή στο οικογενειακό περιβάλλον και ιδίως στους γονείς κρίνεται αναγκαία. Αυτό γίνεται για την αποφυγή σπασμωδικών κινήσεων όπως πρόωρη απομάκρυνση από το ίδρυμα νοσηλείας. Με την παρέμβαση του θεραπευτή επιδιώκεται η τροποποίηση των οικογενειακών συνηθειών, τα οποία τείνουν συνήθως να παρατείνουν το σύμπτωμα. **(Feline, A. & Lemperiere, T., 1995).**

Στις ιδιαίτερα δομημένες θεραπείες προσφέρεται συνήθως μια εβδομαδιαία ωριαία συνεδρία, με έναν θεραπευτή ο οποίος, στοχεύει στην θεραπεία των διατροφικών διαταραχών. Ως θεραπευτικά μέσα χρησιμοποιούνται τα παρακάτω:

- *Γνωσιακή-αναλυτική θεραπεία:* αυτή η ψυχοθεραπεία χρησιμοποιεί γράμματα και διαγράμματα για να εξεταστούν τα συνήθη πρότυπα συμπεριφοράς γύρω από άλλους ανθρώπους και για να πειραματιστούν με τις πιο ευπροσάρμοστες απαντήσεις.
- *Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία:* Αυτή η ψυχοθεραπεία ερευνά τα συναισθήματα, εκπαιδεύει τους ασθενείς για τη χημεία σώματος, και προκαλεί τις αυτόματες σκέψεις και τις υποθέσεις πίσω από τη συμπεριφορά στην ανορεξία.
- *Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία:* Αυτή η ψυχοθεραπεία καθορίζει την σχέση του ανθρώπου με το δίκτυο, επιλέγει μια εστίαση όπως το ρόλο των συγκρούσεων, της μετάβασης, ή την απώλεια και εργάζεται για τη δημιουργία νέων τρόπων για την αντιμετώπιση των ανησυχιών του.

- *Δυναμικά ενημερωμένη θεραπεία:* Η θεραπεία αυτή μπορεί επίσης να οδηγήσει στο κέρδος και την αποκατάσταση βάρους υπό τον όρο ότι ο ασθενής έχει επίγνωση του κινδύνου, των μόνιμων σωματικών βλαβών ή του θανάτου και αναγνωρίζει ότι ορισμένα όρια (για παράδειγμα, ότι πρέπει να ζυγίζεται εβδομαδιαία, να εξετάζεται μηνιαία από γιατρό, καθώς και να εισάγεται στο νοσοκομείο εάν το βάρος συνεχίζει να βρίσκεται σε πτωτική τάση) τηρούνται. Οι θεραπείες περιλαμβάνουν συζήτηση, την τέχνη, τη μουσική, και την κίνηση. **(Morris, J.& Twaddle, S. ,2007).**

Όποτε είναι δυνατόν, οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από πεπειραμένους επαγγελματίες. Σε ψυχολογικές θεραπείες και καθοδηγούμενα προγράμματα αυτοβοήθειας, όπου οι ασθενείς υποστηρίζονται και ενθαρρύνονται από κλινικούς επαγγελματίες, θα πρέπει να δοκιμάζονται πρώτα φαρμακολογικές παρεμβάσεις με αντικαταθλιπτικά, τα οποία είναι εφεδρικά για τη δεύτερη γραμμή θεραπείας και που πλέον θεωρούνται ως κυρίαρχα μέσα για την θεραπεία της ασθένειας.. **(Kmietowicz, Z. ,2008).**

Η ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται, για την εμφύχωση των ασθενών να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, ενώ παράλληλα ενθαρρύνει μια ρεαλιστική εκτίμηση των προσωπικών πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών. Οι θεραπευτές πρέπει να έχουν επίγνωση του γεγονότος πώς αυτοί οι ασθενείς είναι εξαιρετικά ευάλωτοι στην ντροπή, την κριτική και να θυμούνται ότι οι ανορεκτικοί ασθενείς φοβούνται να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους θεωρώντας ότι δε μπορούν πλέον να ελέγξουν και να πειθαρχήσουν τον εαυτό τους, με αποτέλεσμα να περιορίζεται το κίνητρο για αλλαγή. **(Martin, J. E. ,1998).**

Πολλοί θεραπευτές για να έχουν καλύτερα και πιο σίγουρα αποτελέσματα και να μην έχουν υποτροπές εργάζονται με όλη την οικογένεια.

Για τη θεραπεία είναι σημαντική η συμμετοχή και του υπόλοιπου προσωπικού της κλινικής.

Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί το σύστημα επιβράβευσης και αμοιβών. Η επιβράβευση π.χ. μπορεί να είναι η παροχή κάποιων προνομίων ή ακόμη η δυνατότητα να προσφέρουν βοήθεια σαν νοσοκόμοι για το τάϊσμα των μικρότερων παιδιών.

Στην ψυχαναλυτική θεραπεία συμπεριλαμβάνεται και η ομαδική ψυχοθεραπεία. Οι ιατροί, αποσκοπούν στη θεραπεία των ασθενών και των οικογενειών τους, προσπαθώντας να τους βοηθήσουν, να κατανοήσουν τις επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών και να αποκαταστήσουν τις σχέσεις τους με την οικογένειά τους και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζουν. (McFarlane, 2002). Το μεγαλύτερο μέρος των εργασιών επικεντρώνεται στην αύξηση των ικανοτήτων των μελών να εκφράζονται με ειλικρίνεια, οποιαδήποτε και αν είναι η σκέψη ή το συναίσθημα τους. Μέσω διδασκαλίας, μικρής ομάδας ασκήσεων, καθώς και παρατεταμένης συζήτησης, τόσο των ασθενών όσο και των αγαπημένων τους προσώπων, οι θεραπευτές προσπαθούν να αναπτύξουν κάποιους τρόπους, ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς να διατηρούν καλές σχέσεις με το περιβάλλον τους. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε οικογένειες που "παλεύουν" με μια διατροφική διαταραχή, όπου υπάρχει συχνά μια γενική αποφυγή των συγκρούσεων και του φόβου για ειλικρινή έκφραση. **(Tantilo, M. ,2003).**

Στόχοι ομαδικής θεραπείας, για ανάκτηση από τις Διατροφικές Διαταραχές:

- ❖ Αύξηση και ενδυνάμωση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και των οικογενειών τους.

- ❖ Αύξηση της κατανόησης όσον αφορά τις επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών.
- ❖ Αύξηση της κατανόησης σχετικά με το πώς η διατροφική διαταραχή προωθεί την απομάκρυνση από το περιβάλλον και εμποδίζει την αποκατάσταση των σχέσεων.
- ❖ Αύξηση της κατανόησης σχετικά με την ασθένεια, τα στάδια και τη πορεία των αλλαγών τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειας.
- ❖ Εντοπισμός και πρόκληση δυσλειτουργικών σκέψεων που παρεμποδίζουν την ανάρρωση.
- ❖ Ανάπτυξη και νέες στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας, οι οποίες προωθούν την ανάκτηση.
- ❖ Μείωση της απομόνωσης και την επέκταση των οικογενειών και των ασθενών στα κοινωνικά δρώμενα.
- ❖ Αύξηση της αίσθησης αισιοδοξίας, η οποία ενδυναμώνει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, να ασχολούνται με την ανάρρωση τους. **(Tantilo, M. ,2003).**

### **2.6.1 Οικογενειακή θεραπεία.**

Ο ρόλος της οικογένειας στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας έχει συζητηθεί αρκετά δεδομένου ότι η ασθένεια, περιγράφηκε πρώτη φορά στα τέλη του 19ου αιώνα. Οι δύο ιατροί οι οποίοι ανέφεραν πρώτοι την ασθένεια ήταν σε αντιπαράθεση σχετικά με το θέμα. Ο William Gull (1874) πρότεινε ότι, οι οικογένειες ήταν οι "χειρότεροι συνοδοί" για τα παιδιά τους. Από την άλλη πλευρά, ο Charles Lasague (1873), υποστήριξε ότι η οικογένεια ήταν απαραίτητη κατά την θεραπεία του ατόμου με νευρική ανορεξία. Εναλλακτικά, η Hilde Bruch (1973), χρησιμοποιώντας μια μεμονωμένη ψυχοδυναμική προσέγγιση, πρότεινε ότι ο ασθενής με νευρική ανορεξία υποφέρει από ανεπάρκεια της αυτοδιάθεσης. Επομένως, η θεραπεία θα πρέπει να είναι βασισμένη και να στοχεύει στην ανάπτυξη της αυτοδιάθεσης. Οι εν λόγω θεραπείες επικεντρώνονται ένα προς ένα, στην σχέση με την φροντίδα και την υποστήριξη του θεράποντα ιατρού. Συχνά οι οικογένειες θεωρούνται περιττές ή χειρότερα, εμπόδιο αυτής της διαδικασίας. **(Le Grange, D. & Lock G. ,2001).**

Η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, συχνά απαιτεί πολυδιάστατη προσέγγιση συμπεριλαμβανομένων, ψυχοφαρμακολογία, θρεπτική και ψυχολογική αποκατάσταση, και συχνά είναι έργο νοσηλείας για εκείνους που είναι σοβαρά υποσιτισμένοι. Η οικογενειακή θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα κρίσιμο συστατικό στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας στα παιδιά και στους εφήβους. Ωστόσο, η οικογενειακή θεραπεία απαιτεί ότι, εφόσον είναι δυνατόν, όλα τα μέλη της οικογένειας να είναι προσιτά για θεραπεία, ακόμη και αν η οικογένεια δεν εξετάζεται πάντα ως σύνολο. Αυτό δημιουργεί σημαντικά εμπόδια για την θεραπεία, δεδομένου ότι πολλές οικογένειες δεν βρίσκονται σε επαφή για διάφορους λόγους όπως, διάσταση, διαζύγιο, και μεγάλες αποστάσεις λόγω εργασίας. **(Boache, A. & Goldfield, G. ,2003).**

Η οικογενειακή θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στην ολοκληρωμένη αποκατάσταση της υγείας των εφήβων με νευρική ανορεξία. Η συμβολή της οικογένειας, στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας ξεκίνησε από τον Salvador Minuchin και την Mara Selvini Palazzoli στην δεκαετία του 1970. Οι συγκεκριμένοι νοσοκομειακοί ιατροί και οι υποστηρικτές τους θεωρούν ότι η οικογενειακή δομή ή το ύψος της διαχείρισης των προβλημάτων πρέπει να διορθωθούν προκειμένου οι

ασθενείς να συνέλθουν από την νευρική ανορεξία. **(Le Grange, D. & Lock, J., 2001).**

Έχει παρατηρηθεί ότι, μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή με νευρική ανορεξία είναι πιθανόν να υπάρχουν τόσο διαταραχές της συμπεριφοράς όσο και διατροφικές διαταραχές. Η οικογενειακή θεραπεία συμβάλλει στη βοήθεια του ανόρεκτου ατόμου του οποίου, τα διατροφικά συμπτώματα θεωρούνται ως δείκτης της οικογενειακής ή της γονικής - συζυγικής δυστυχίας. Η Palazzoli (1974) είναι μία από τους πρώτους συγγραφείς που υποστήριξε την οικογενειακή θεραπεία ως μέσο αποκατάστασης για τη νευρική ανορεξία. **(Martin, J. E., 1998).**

Ο Crisp (1974), όρισε την πολυπλοκότητα των σχέσεων ανάμεσα στην οικογενειακή μεσολάβηση και τις οικογενειακές διαδικασίες στην ανορεξία. Οι συντάκτες διαπίστωσαν ότι, με την χρήση μιας κοινής οικογενειακής - ατομικής θεραπείας, παρατηρήθηκαν σημαντικές βελτιώσεις τόσο στο σωματικό βάρος όσο και στην υγεία των εφήβων ασθενών. Υπήρξε όμως και εμφάνιση της γονικής παθολογίας και ιδίως του μητρικού άγχους και της πατρικής κατάθλιψης. **(Martin J. E., 1998).**

Ο Russell (1987), υποστήριξε ότι η οικογενειακή θεραπεία θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε κάθε περίπτωση που ο ασθενής εξακολουθεί να ζει στο σπίτι, επειδή η αγωνία που δημιουργεί η ανορεξία αντανακλάται μεταξύ όλων των μελών της οικογένειας. **(Martin, J. E., 1998).**

Ο Vandereycken (1987), υποστήριξε ότι η οικογενειακή θεραπεία θα πρέπει να θεωρηθεί ως μία συνιστώσα μέσα σε μια πολυδιάστατη προσέγγιση για τις διατροφικές διαταραχές, που θα διέπεται από θετική στάση από την οικογένεια, προσπαθώντας με αυτό τον τρόπο να αποκατασταθεί η υγεία του ασθενούς. **(Martin J. E., 1998).**

Το 1987, διεξάχθηκε μια μελέτη από τον Russell, συγκρίνοντας την οικογενειακή θεραπεία με την ατομική θεραπεία. Σε αυτή την μελέτη, λήφθηκαν ως δείγμα, 80 ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, των οποίων η ασθένεια είχε διαφορετικού βαθμού σοβαρότητα. Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε μετά από την αποκατάσταση βάρους των ασθενών. Οι ερευνητές, ανακάλυψαν ότι η οικογενειακή θεραπεία εμφάνισε μεγαλύτερη βελτίωση από την ατομική θεραπεία για την ανάκτηση βάρους, τη λειτουργία της εμμηνορροίας και των γενικών ψυχοκοινωνικών ρυθμίσεων για εφήβους των οποίων η ασθένεια ξεκίνησε πριν την ηλικία των 18 ετών και κράτησε λιγότερο από τρία έτη. **(Martin, J. E., 1998).**

Μια προσέγγιση για την θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, βασισμένη στην οικογένεια έχει κερδίσει την υποστήριξη των τελευταίων ετών, ως εναλλακτική λύση στη παραδοσιακή θεραπεία. Αυτή η εναλλακτική προσέγγιση, που περιγράφεται σε ένα εγχειρίδιο που αφορά την θεραπεία, το οποίο δημοσιεύθηκε πρόσφατα, περιλαμβάνει συγκεκριμένο τύπο θεραπείας όπου η οικογένεια κατατάσσεται ως μέσον για τη θεραπεία του ασθενή. Σε αυτή τη θεραπευτική μορφή, οι έφηβοι με νευρική ανορεξία, θεωρείται ότι δεν είναι πλέον σε θέση να κάνουν ορθές επιλογές όσον αφορά την υγεία τους και συνεπώς, απαιτούν βοήθεια από τους γονείς για να ξεπεράσουν την ασθένεια. Η θεραπεία περιλαμβάνει, τη συμμετοχή της οικογένειας στην επανασίτιση των εφήβων, την διαπραγμάτευση ενός νέου τρόπου διεξαγωγής των οικογενειακών σχέσεων, την βοήθεια του ασθενή στοχεύοντας σε κανονική εφηβική ανάπτυξη ιδίως όσον αφορά το διαχωρισμό και την εξατομίκευση. Σε γενικές γραμμές, αυτή η θεραπεία έχει παραγάγει θετικά αποτελέσματα για εφήβους με πρώιμη έναρξη και σχετικά σύντομη ιστορία της νευρικής ανορεξίας. **(Sim, L.A., Sadowski, C.M., Whiteside, S.P. & Wells, L.A., 2004).**

Η πρώτη προσπάθεια να περιληφθούν οι οικογένειες στην θεραπεία των εφήβων διευθύνθηκε από τον Minuchin και τους συναδέλφους του στην Κλινική Καθοδήγησης Παιδιών στη Φιλαδέλφεια. Αυτοί οι κλινικοί ιατροί θεράπευσαν μια ομάδα 53 ασθενών και παρέχονται στοιχεία για το αποτέλεσμα της οικογενειακής θεραπείας στη συνέχεια αυτής της ομάδας. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν έφηβοι με σχετικά σύντομη ιστορία της ασθένειας (λιγότερο από 3 έτη). Η θεραπεία ήταν μεικτή, με τους περισσότερους ασθενείς να λαμβάνουν αρχικά ενδονοσοκομειακή θεραπεία και κάποια μεμονωμένη θεραπεία. Εντούτοις, η πρωταρχική παρέμβαση ήταν η οικογενειακή θεραπεία και οι συγγραφείς αναφέρθηκαν στην επιτυχή ανάρρωση περίπου του 86% των ασθενών. **(Le Grange, D. ,2005).**

Η οικογενειακή θεραπεία, έχει περιγραφεί εκτενώς στη μορφή για την οποία εξελίχθηκε στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας στην εφηβεία (π.χ. Dare & Eisler, 1995). Η συμβολή της οικογενειακής θεραπείας, στη νευρική ανορεξία ενήλικων ασθενών με διατροφικές διαταραχές (όπως και με τους εφήβους) χρησιμοποιήθηκε σε προηγούμενες μελέτες (για παράδειγμα, Russell et al, 1987, Eisler et al, 1997). Η οικογενειακή θεραπεία αντιμετωπίζει τις διατροφικές διαταραχές ως πρόβλημα της οικογενειακής ζωής που επηρεάζει όλα τα μέλη της οικογένειας. Με τους εφήβους, οι γονείς μπορούν συχνά να ενισχυθούν για να πάρουν έναν πολύ ενεργό ρόλο ώστε να καταπολεμήσουν τις ανόρεκτες συνήθειες κατανάλωσης αλλά αυτό δεν συμβαίνει συνήθως στην περίπτωση των ενήλικων ασθενών. Η εστίαση με αυτήν την ομάδα ηλικίας αφορά, μάλλον, την εξάλειψη των διατροφικών διαταραχών, στο μέτρο του δυνατού, από τον ελεγκτικό ρόλο της στον καθορισμό της σχέσης μεταξύ του ασθενή και των άλλων οικογενειακών μελών. **(Dare, C. , Dodge, L. , Eisler, I , et al. ,2001) .**

Η συμμετοχή των γονέων στην θεραπεία των παιδιών τους, εμφανίζεται να είναι σημαντική, αλλά τα συμπεράσματα μπορούν μόνο να συνταχθούν προσωρινά. Η οικογενειακή θεραπεία ενθαρρύνει τους γονείς να έχουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση του βάρους του παιδιού τους και αυτό πιθανόν να έχει περισσότερα πλεονεκτήματα στους ασθενείς, από τις "στερεότυπες συμβουλές", οι οποίες μπορεί να είναι κατανοητές και ενθαρρυντικές για τον ασθενή, αλλά πιθανόν και να τον κρατήσει πίσω από το να αντιμετωπίσει το διατροφικό του πρόβλημα. **(Le Grange, D. ,2005).**

Εντοπίστηκαν διάφορες βασικές στρατηγικές θεραπείας:

- Αύξηση της αγωνίας των γονέων για τις επιπτώσεις της διαταραχής στοχεύοντας στην ενθάρρυνση τους, να αναλάβουν ουσιαστική δράση για την αλλαγή των διατροφικών διαταραχών και να προωθήσουν την αποκατάσταση του βάρους.
- Μείωση της γονικής ενοχής, ότι οι ίδιοι προκάλεσαν τη διαταραχή , έχοντας ως σκοπό να αυξηθεί η αίσθηση της ικανότητας.
- Ενδυνάμωση των γονέων, ώστε να είναι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον καλύτερο τρόπο για την σωστή διατροφή και την αποκατάσταση του σωματικού βάρους.
- Εκπαίδευση των γονέων, μέσω των ιατρικών συμβουλών για τη νευρική ανορεξία παρά το ρητό δόσιμο συμβουλών ή τον σχεδιασμό γεύματος.
- Εξωτερίκευση της ασθένειας, ώστε να επιτρέπεται στους γονείς να έχουν την κατάλληλη συμπεριφορά που θα είχαν για οποιαδήποτε άλλη ιατρική ασθένεια. **(Lock, J. ,2008).**

Οι γονείς πρέπει συχνά να αντιμετωπίζουν τις διαφορές τους, στο πώς να προσεγγίσουν το διατροφικό πρόβλημα του παιδιού τους, αλλά συνήθως διαπιστώνουν ότι όταν συμφωνούν σχετικά με μια στρατηγική είναι επιτυχέστερο. Υπάρχει επίσης ένα οικογενειακό γέυμα που πραγματοποιείται στην αρχή της

θεραπείας, κατά τη διάρκεια του οποίου ο θεράπων παρατηρεί και προγυμνάζει τους γονείς στο πώς να είναι απαιτητικοί στα αιτήματά τους και επίμονοι στην διατήρησή τους. (Lock, J. ,2008).

### 2.6.2 Συμπεριφοριστική- Γνωσιακή θεραπεία

Η συμπεριφοριστική- γνωσιακή θεραπεία θεωρείται ένας νέος τρόπος ψυχοθεραπείας. Πρόκειται για βραχεία ψυχοθεραπεία η οποία αποτελείται από 10-15 συνεδρίες και βασίζεται στην αρχή ότι η ψυχική κατάσταση και τα συναισθήματά μας επηρεάζονται από τις σκέψεις μας. Έτσι αρνητικές και υποτιμητικές σκέψεις προκαλούν κακή ψυχική διάθεση και κατάθλιψη. (Πιάνος, Κ. , 1989).

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 50 ετών, η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, έχει γίνει αποτελεσματική τάση σε ψυχοκοινωνικές θεραπείες για πολλά συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά προβλήματα. Οι προσεγγίσεις της συμπεριφοριστικής θεραπείας αναπτύχθηκαν για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1950 όταν πειραματικά βασισμένες αρχές της συμπεριφοράς, εφαρμόστηκαν για την τροποποίηση των απροσάρμοστων ανθρώπινων συμπεριφορών (π.χ., Wolpe, 1958, Eysenck, 1966). Στη δεκαετία του 1970, οι γνωσιακές διαδικασίες αναγνωρίστηκαν ως ένας σημαντικός τομέας της ψυχικής διαταραχής (Bandura, 1969). Κατά συνέπεια, οι τεχνικές της γνωσιακής θεραπείας αναπτύχθηκαν και ενσωματώθηκαν τελικά με τις συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στη μορφή γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας για ποικίλες ψυχολογικές διαταραχές. (Craske, M. & Hazlett-Stevens, H. ,2002).

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία χαρακτηρίζεται από κάποια στοιχεία που παρατίθενται παρακάτω:

- Κατέχει σημαντική επίδραση στην συχνότητα των διατροφικών διαταραχών και του εξαγνισμού.
  - Είναι περισσότερο αποτελεσματική από κάποια φαρμακοθεραπεία.
- Έχει συγκριθεί με ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών θεραπειών συμπεριλαμβανομένης της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, της εστιακής ψυχοθεραπείας, της ενθαρρυντικής-εκφραστικής ψυχοθεραπείας, της υπνωσης, της διατροφικής συμβουλευτικής, της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας, και έχει αποδειχτεί ως η πιο αποτελεσματική θεραπεία από όλες. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία σε στατιστικούς όρους, είναι συγκρίσιμη με την ενδεχόμενη επίδραση, αλλά με πολύ βραδύτερο ρυθμό στην πράξη.
- Έχει την ίδια θετική επίδραση και σε άλλες ασθένειες όπως, στην κατάθλιψη, στον αλκοολισμό και στην παχυσαρκία. (Cooper, Z. , Fairburn, C. & Shafran, R. ,2002).

Η συμπεριφοριστική- γνωσιακή θεραπεία επικεντρώνεται στην επίτευξη, της μείωσης του παθολογικού φόβου της κατάστασης παχύνσεως, της μείωσης της διαστρέβλωσης της εικόνας του σώματος, και στην αποδοχή ενός υγιούς σωματικού βάρους· οι βασικές συνιστώσες της συγκεκριμένης θεραπείας περιλαμβάνουν, ομαδική θεραπεία, διαμόρφωση χαρακτήρα, εξάσκηση για αγορές τροφίμων και ειδών ένδυσης, προετοιμασία των γευμάτων καθώς και αναπροσαρμογή στις συνήθειες της καθημερινής ζωής. (Andersen, A. , Bowers, W. & Watson, T. ,2000).

Αυτή η ψυχολογική θεραπεία μπορεί να γίνει από το ιατρικό ή το μη ιατρικό προσωπικό. Εκτελείται συνήθως από τους ειδικά εκπαιδευμένους ψυχολόγους και περιλαμβάνει στην εξέταση, το πώς σκέφτεται το άτομο και το πώς η σκέψη διαμορφώνει τη συμπεριφορά. Μέσω της συγκεκριμένης θεραπείας, γίνεται

προσπάθεια τροποποίησης της συμπεριφοράς με την υιοθέτηση των χρησιμότερων σχεδίων σκέψης. Η τροποποίηση της ανησυχίας για τα τρόφιμα και τις πεποιθήσεις όσον αφορά το βάρος είναι ένας βασικός στόχος. **(The Royal Australian And New Zealand College Of Psychiatrists ,2005).**

Οι Garner και Bemis (1982), διατύπωσαν μια γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση στην αιτιολογία και την θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Αυτό το γνωσιακό πρότυπο περιλαμβάνει την εκπαίδευση του ασθενή για τη νόσο, τη διδασκαλία του ασθενή και της οικογένειάς του, σχετικά με την ρύθμιση του σωματικού βάρους και τη θερμιδική πρόσληψη. Συμπεριλαμβάνει, επίσης και τη διδασκαλία του ασθενή για να προσδιορίσει και να εστιάσει στις σκέψεις και τα συναισθήματα που συνδέονται με τις απροσάρμοστες συμπεριφορές και τις διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις σχετικά με το βάρος, τη μορφή σώματος, τη διατροφή, την άσκηση και άλλες πτυχές της διαταραχής. **(Martin, J. E. ,1998).**

Ένα στοιχείο της συμπεριφοριστικής - γνωσιακής θεραπείας είναι η γνωστική ανασυγκρότηση. Σε αυτήν την προσέγγιση ο ασθενής πρέπει να προσδιορίσει τις συγκεκριμένες αρνητικές σκέψεις, να απαριθμήσει τα στοιχεία για αυτές τις σκέψεις, να απαριθμήσει τα στοιχεία ενάντια στις σκέψεις, να διαμορφώσει ένα αιτιολογημένο συμπέρασμα και να χρησιμοποιήσει το αιτιολογημένο συμπέρασμα για να καθοδηγήσει τη συμπεριφορά του. Ένα άλλο στοιχείο στη γνωστική θεραπεία είναι η επίλυση προβλήματος. Σε αυτήν την διαδικασία ο ασθενής προσδιορίζει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα, αναπτύσσει τις διαφορετικές στρατηγικές, θεωρεί πιθανή την αποτελεσματικότητα και τη δυνατότητα πραγματοποίησης κάθε στρατηγικής για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, επιλέγει την καλύτερη στρατηγική, ορίζει τα βήματα για να πραγματοποιήσει τη στρατηγική, εκτελεί την στρατηγική που επιλέχθηκε και αξιολογεί έπειτα ολόκληρη την διαδικασία επίλυσης προβλήματος λαμβάνοντας υπόψη το αποτέλεσμα. Ένα άλλο βασικό στοιχείο στη γνωστική θεραπεία είναι η παρακολούθηση. Για αυτό οι ασθενείς πρέπει να κάνουν καθημερινή καταγραφή της πρόσληψης τροφίμων, καθώς και το είδος των τροφίμων που εισέρχονται στον οργανισμό, τη στιγμή της κατάποσης, καθώς και το περιβάλλον που βρίσκεται , την στιγμή όπου η κατάποση συνέβη. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει επίσης καθημερινά αρχεία, της άσκησης, της διάθεσης και των διαπροσωπικών δυσκολιών. **(Halmi, K. ,2005).**

Ο Fairburn (1985), πρότεινε μια σειρά από διαδικασίες που πρέπει να χρησιμοποιούνται στην συμπεριφοριστική-γνωσιακή θεραπεία. Σε αυτήν συμπεριλαμβάνονται η παρουσίαση της γνωστικής άποψης της διαταραχής, ο αυτοέλεγχος των σκέψεων και των συμπεριφορών και η χρήση των μέτρων αυτοελέγχου, στοχεύοντας, στην καθιέρωση των κανονικών γευμάτων και στην εξάλειψη του "φόβου" για αποφυγή τροφών στο διαιτολόγιο. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι γενικά αποδεκτή, ως χρήσιμο συστατικό, τόσο στην αρχική όσο και στην μεταγενέστερη φάση της θεραπείας. Αρχικά, οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές είναι χρήσιμες στην προώθηση μιας αλλαγής της ανόρεκτης στάσης απέναντι στα τρόφιμα και την κατανάλωση τους, ενώ στα μεταγενέστερα στάδια, αυτές οι τεχνικές είναι χρήσιμες για θέματα όπως η επίτευξη του ιδανικού σωματικού βάρους και αντιμετώπιση στις κοινωνικές πιέσεις του λεπτού ιδανικού προτύπου. **(Martin, J. E. ,1998).**

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι συλλογική, χρησιμοποιώντας το φαινομενολογικό κόσμο του ασθενή για να αλλάξει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές. Δίνεται έμφαση σε ίση συνεργασία μεταξύ του ασθενή και του θεράποντος, αποσκοπώντας στην επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Η δομή της



γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι συστηματική και ξεκινά με συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις πριν από την στροφή σε πιο γνωσιακές παρεμβάσεις, όταν ο ασθενής είναι σε θέση να τις αντιμετωπίσει. Η συγκεκριμένη θεραπεία, έχει ως στόχο να προσδιορίσει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας. Ταυτόχρονα, επιχειρεί να αλλάξει την ερμηνεία αυτών των παραγόντων από τους ασθενείς και αυτό οδηγεί σε βελτίωση των συμπτωμάτων. Η ανάπτυξη της ικανότητας να έχουν οι ασθενείς περισσότερη αυτογνωσία και να δίνουν μεγαλύτερη βάση στην "ενδοσκόπηση" του εαυτού τους, είναι μια κρίσιμη πτυχή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης. **(Martin, J. E. ,1998).**

Ορισμένες γνωστικο-συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις, οι οποίες λειτουργούν ως ομάδες, εκπαίδευσης εξωτερίκευσης συναισθημάτων, καθώς και αύξησης αυτοεκτίμησης, εμφανίζονται να είναι εξαιρετικά σημαντικές στην θεραπευτική αγωγή των ανόρεκτων. Σε αυτές τις συνεδρίες συγκεντρώνονται ανόρεκτες αλλά και άλλοι ασθενείς που αποκαλύπτουν τα συναισθήματά τους και τις ιδέες τους, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι κοινές. **(Venisse, Jean-Luc. ,1987) .**

Μέσα σε αυτές τις ομάδες συζητιούνται κάποιες καταστάσεις της καθημερινής ζωής, στις οποίες αναφέρονται τα προσωπικά προβλήματα και οι δυσκολίες του κάθε ασθενούς. Οι θεράποντες ιατροί, στοχεύουν, μέσα από αυτές τις συζητήσεις να βοηθήσουν το άτομο να κατανοήσει κάποια σημαντικά και απαραίτητα στοιχεία για τον εαυτό του, τα οποία είναι κυρίως η αυτοεκτίμηση, η ανεξαρτησία και η αυτονομία. **(Venisse, Jean-Luc. ,1987).**

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, για τη νευρική ανορεξία, βασίζεται στην παραδοχή ότι τα βασικά χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας, ο περιορισμός και η αποφυγή τροφίμων, γίνονται περιχαρακωμένα σχέδια συνήθειας, ανεξάρτητα από τις αρχικές περιστάσεις. Η πρώτη φάση της θεραπείας, εισαγάγει την γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία και τη λογική και τις βασικές τεχνικές της αυτοπαρακολούθησης και της εργασίας στο σπίτι. Το κίνητρο του ασθενή για να συμμετέχει στην θεραπεία αξιολογείται, και η αμφιθυμία για να σταματήσει η ανορεξία εξετάζεται. Η κανονική κατανάλωση τροφίμων ορίζεται, και συζητείται ένας στόχος αύξησης βάρους. Στη δεύτερη φάση, ο ασθενής λαμβάνει γνώση των ανεπτυγμένων ικανοτήτων της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας, ώστε να αντιμετωπιστεί η πρόκληση δυσλειτουργικών σκέψεων. Στην τρίτη φάση, που περιλαμβάνει την λήξη της θεραπείας, δίνονται οδηγίες στον ασθενή για να αποφευχθεί ο κίνδυνος υποτροπής. **(Bulik, C.M. , Carter, F.A. , Frampton, C. , et al. ,2005).**

#### **Πίνακας 11: Πρόγραμμα Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας Διατροφικών Διαταραχών.**

|                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Φάση Ι. Έναρξη Θεραπείας – Συνεδρίες 8 εβδομάδων</b>                         |
| Σκοπός:                                                                         |
| <b>1. Παροχή πληροφοριών για τις διατροφικές διαταραχές και την παχυσαρκία.</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Παύση διατροφικών διαταραχών και ανάκτηση του ελέγχου κατανάλωσης.                                                                                                                                                                                                                |
| 3. Έναρξη ασκητικού προγράμματος.                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Τρόποι επίτευξης:                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1. Αυτοέλεγχος                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Καταγραφή όλων των τροφίμων και ποτών που καταναλώνονται</li> <li>• Σημείωση όλων των επεισοδίων της διατροφικής κατανάλωσης</li> <li>• Καταγραφή των σκέψεων και των συναισθημάτων, πριν, κατά την διάρκεια και μετά το φαγητό.</li> </ul> |
| 2. Προσδιορισμός και εξάσκηση των εναλλακτικών συμπεριφορών.                                                                                                                                                                                                                         |
| 3. Ρύθμιση στόχων.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4. Τεχνικές ελέγχου ερεθισμάτων.                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Φάση II. Γνωστική Αναδόμηση</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Σκοπός:                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 1. Προσδιορισμός και τροποποίηση των απροσάρμοστων σκέψεων και πεποιθήσεων.                                                                                                                                                                                                          |
| 2. Πρακτικές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Φάση III. Τερματισμός και διατήρηση της αλλαγμένης συμπεριφοράς μετά από 6 συνεδρίες.</b>                                                                                                                                                                                         |
| 1. Αύξηση της αποδοχής του σώματος                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσδιορισμός θετικών προτύπων</li> <li>• Ενθάρρυνση της απόλαυσης του σώματος.</li> <li>• Μείωση της κοινωνικής αποφυγής λόγω του μεγέθους σώματος</li> </ul>                                                                              |
| 2. Ανάπτυξη πλάνου διατήρησης                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόβλεψη των μελλοντικών δυσκολιών και προσδιορισμός των καταστάσεων υψηλού κινδύνου.</li> <li>• Ανάπτυξη νέου σχεδίου ξεκινήματος για να ελαχιστοποιηθούν οι συνέπειες των οπισθοδρομήσεων.</li> </ul>                                     |

**Πηγή: Goldstein, D. (1999). «The management of eating disorders and obesity.», Michigan: Humana Press, 129.**

#### **2.6.4 Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη**

Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί για τον μεγαλύτερο αριθμό των περιπτώσεων ψυχογενούς ανορεξίας, την πρώτη φάση της θεραπείας. Μπορεί αρκετά συχνά, να την αποφύγει κάποιος ασθενής, στις ελαφρύτερες μορφές όπου διατηρεί τον χαρακτήρα μιας δυνατότητας στην οποία μπορούμε να προσφύγουμε και η οποία περιλαμβάνεται στους όρους κάποιας εξωνοσοκομειακής θεραπείας. **(Venisse, Jean-Luc. , 1987).**

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για εισαγωγή στο νοσοκομείο:

1. Έντονη απώλεια βάρους, με δείκτη μάζας σώματος  $>30\%$  του ιδανικού σωματικού βάρους.
2. Συμπτώματα κατάθλιψης με τάσεις αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας
3. Ανωμαλία στην κανονική λειτουργία του οργανισμού.
4. Αδυναμία διατήρησης σώματος  $>36.1^{\circ}\text{C}$ .
5. Απώλεια υγρών σώματος
6. Προβλήματα ηλεκτρολυτών.
7. Μη επιτυχής έκβαση εξωνοσοκομειακής αγωγής.

**(Στρατουδάκης, Γ. & Τζανάκης, Ε., 2004).**

Στο νοσοκομείο, δίνεται αρχικά στη γυναίκα η ευκαιρία να ανακτήσει τις ψυχικές και σωματικές της δυνάμεις, ώστε να μπορέσει η ίδια να αναλάβει την ευθύνη για την αύξηση του βάρους της, με την υποστήριξη του διαιτολόγου και του νοσηλευτικού προσωπικού. Σ' αυτό το διάστημα, κάνει ελαφρές ασκήσεις, συζητάει με εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και παρακολουθεί ομάδες συζήτησης με άλλες γυναίκες, ανταλλάζοντας απόψεις και σκέψεις για να βοηθηθεί ώστε να κατανοήσει την σοβαρότητα της ασθένειάς της. Εμπυγχώνεται επίσης, να ασχοληθεί με ενδιαφέροντα πράγματα όπως η χειροτεχνία, η ζωγραφική και η δακτυλογράφηση, τα οποία της αποσπούν την προσοχή με αποτέλεσμα να αποκαθίσταται και η ψυχολογική κατάπτωση. Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται σ' αυτή την επιεική προσέγγιση. **(Abraham S. & Llewellyn-Jones D., 1990).**

Σε περίπτωση όμως που η ασθενής δεν ανταποκριθεί, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένα πιο οργανωμένο και πιο αυστηρό πρόγραμμα. Σε ακραίες περιπτώσεις, η γυναίκα θα πρέπει να απομονωθεί σε ένα μονόκλινο δωμάτιο ώστε να αναγκάζεται να μένει στο κρεβάτι μέχρι να επιτευχθεί το «βάρος-στόχος». Θα πρέπει, επίσης, να παρακολουθείται συνεχώς, από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους θεράποντες ιατρούς. Αυτή η τακτική είναι απαραίτητη, κάποιες φορές, λόγω του ότι πολλές ασθενείς προσπαθώντας να αποφύγουν την κατανάλωση τροφίμων χρησιμοποιούν διάφορους τρόπους όπως προκαλώντας εμετό ή κάνοντας χρήση καθαρτικών. **(Abraham S. & Llewellyn-Jones D., 1990).**

Εάν η ασθενής προσλαμβάνει την απαραίτητη ποσότητα του φαγητού και προσαρμόζεται στη θεραπεία, επιτυγχάνοντας την αύξηση βάρους, της προσφέρεται μια «αμοιβή» ή ένα «προνόμιο». Για παράδειγμα μπορεί να της επιτραπεί να σηκωθεί και να κάνει ντους ή να δει τηλεόραση, γενικά να κάνει κάτι το οποίο την ευχαριστεί. Εάν όμως δεν υπάρξει επιθυμητή αύξηση του βάρους της, γνωρίζει πως είναι πιθανόν, οι ειδικοί να της αφαιρέσουν το δικαίωμα να κάνει ότι η ίδια επιθυμεί και να απαιτήσουν να γυρίσει στο κρεβάτι της και να μείνει εκεί, εωσότου καταφέρουν να την πείσουν να δεχτεί βοήθεια αλλά και να προσπαθήσει η ίδια για το επιθυμητό βάρος. Οι περισσότεροι θεράποντες ιατροί, επιμένουν στην ημερήσια ζύγιση της ασθενούς την ίδια ώρα της ημέρας στην ίδια ζυγαριά: υπάρχουν όμως κάποιοι, οι οποίοι πιστεύουν ότι επειδή γίνονται μικρές καθημερινές μεταβολές στο βάρος, είναι προτιμότερο να ζυγίζεται η ασθενής δυο φορές την εβδομάδα και όχι κάθε μέρα. Το ζύγισμα, θα πρέπει να γίνεται με την απαιτούμενη προσοχή, από το νοσηλευτικό προσωπικό και η νοσοκόμα θα πρέπει να είναι σίγουρη ότι η ασθενής δεν χρησιμοποιεί κάποια τεχνάσματα ώστε να την ξεγελάσει. **(Abraham S. & Llewellyn-Jones D., 1990).**

Κατά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη εφαρμόζεται και η θεραπεία με ορμόνες, η οποία στοχεύει κυρίως στην επαναφορά της εμμηνορρυσίας της ανόρεκτης, η οποία

παρά την επαναφορά του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα, την εξέλιξη της ψυχολογικής κατάστασης και γενικότερα του τρόπου ζωής δεν επανήλθε. **(Venisse, Jean-Luc, ,1987).**

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο δεν είναι πάντα αρνητικά αντιληπτή από τον ασθενή, κυρίως όταν δώσουν έμφαση στα οφέλη, όπως η ανακούφιση από την αϋπνία και από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Ιδιαίτερα σε χώρους όπου δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στις ψυχολογικές πτυχές της διαταραχής, ο ασθενής μπορεί να δει τα νοσοκομεία ως υποστηρικτές. Μερικές φορές η κατανόηση και η φροντίδα του κατάλληλου ιατρικού προσωπικού, και η εκπαιδευτική ομάδα μέσα στην νοσοκομειακή μονάδα θεωρούνται ως ασφαλέστερο περιβάλλον, που απομονώνει την ασθενή από τις πιέσεις της ζωής στον εξωτερικό κόσμο. Σε μια τέτοια περίπτωση, υπάρχει απαλλαγή από την επανάληψη των ευθυνών και των υποχρεώσεων που σχετίζονται με το φαγητό και το αντίθετο, ενώ μπορεί επίσης να βιώνεται ως επίδραση που συνεπάγεται σημαντική απώλεια στήριξης. Όχι σπάνια, η ζωή έξω από το νοσοκομείο θεωρείται σκληρή και όταν αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επιστροφή των ανορεκτικών συμπεριφορών, η δυνατότητα επιστροφής τους στο νοσοκομείο γίνεται αντιληπτή από τον ίδιο τον ασθενή, όχι αρνητικά, αλλά ως μια ευκαιρία για περαιτέρω διαφυγή. **(Elvins, R. , Gowers, S.G. , Shore, A. & Weetman, J. ,2000).**

Η νευρική ανορεξία συνδέεται με σοβαρές ιατρικές επιπλοκές και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, και συχνά απαιτεί ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Μελέτες έχουν προτείνει ότι η ενδονοσοκομειακή θεραπεία δεν μπορεί να είναι η πλέον αποτελεσματική προσέγγιση . Ωστόσο, άλλες μελέτες έχουν προτείνει ότι υπάρχουν χαρακτηριστικά που καθιστούν την ενδονοσοκομειακή θεραπεία περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματική και ότι ορισμένες από αυτές μεταβάλλονται σε δυνητικά επιβλαβείς. **(Crow, S. , Thuras, P. & Willer, M. ,2005).**

Κατά τη διάρκεια 1975-1980 και 1990-1995, διεξάχθηκε μια έρευνα για όλους τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές στο πανεπιστήμιο του νοσοκομείου και της κλινικής Μινεσότας. Οι στόχοι της μελέτης αυτής ήταν να συγκρίνουν την νοσηλεία για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας στη δεκαετία του 1970 με εκείνες της δεκαετίας του 1990 και να εκτιμήσει εάν υπάρχουν τυχόν αλλαγές στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία ασθενών που επηρεάζονται από τα αποτελέσματα. Αυτή η μελέτη προτείνει ότι τα αποτελέσματα της εισαγωγής σε νοσοκομείο άλλαξαν μεταξύ της δεκαετίας του '70 και της δεκαετίας του '90. Στη δεκαετία του 1970, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που έμειναν στο νοσοκομείο, παρουσίασαν αύξηση του βάρους που έχει αποκτηθεί με πιο αργούς ρυθμούς, και παρόλο που έφυγαν με μικρότερη τιμή από την αναμενόμενη του δείκτη μάζας σώματος, ήταν λιγότερο πιθανό να ξαναισαχθούν στο νοσοκομείο. Μέχρι τη δεκαετία του 1990, ένας ταχύτερος ρυθμός αύξησης βάρους, που είχε ακόμη και μια προγενέστερη εισαγωγή σε νοσοκομείο και μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο συνδέθηκε με εισαγωγή στο νοσοκομείο. **(Crow, S. , Thuras, P. & Willer, M. ,2005).**

Για όσους είναι ψυχολογικά λιγότερο δεκτικοί σε μια θεραπευτική αγωγή, η μεγαλύτερη διάρκεια της παραμονής, ένας λιγότερο ταχύς ρυθμός αύξησης βάρους, και μια περίοδος διατήρησης βάρους στο διάστημα της συντήρησης βάρους πριν δοθεί εξιτήριο από το νοσοκομείο μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική προσέγγιση. **(Crow, S. , Thuras, P. & Willer, M. ,2005).**

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο, είναι απαραίτητη η άμεση αντιμετώπιση των επιπλοκών, από τους θεράποντες ιατρούς, καθώς και ο προσδιορισμός του σημείου υποθρεψίας στο οποίο βρίσκεται. Αν η ασθενής δεν βρίσκεται σε θέση να προσλάβει τροφή από το στόμα, τότε οι ιατροί τοποθετούν έναν

ρινογαστρικό σωλήνα, ώστε να εξασφαλιστεί ασφαλής Δείκτης Μάζας Σώματος και στη συνέχεια προβαίνουν στη σίτιση από το στόμα. **(Στρατουδάκης, Γ. & Τζανάκης, Ε. ,2004).**

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το πρόγραμμα της θεραπείας για νευρική ανορεξία πρέπει να περιλαμβάνει, κατά σειρά προτεραιότητας, επανασίτιση, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, και, τέλος, φαρμακοθεραπεία. Αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, ιδιαίτερα σε άτομα στα οποία, η εικόνα του σώματός τους ,τους έχει γίνει "έμμονη ιδέα". Τα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν προταθεί στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, στοχεύοντας στην επαναφορά των ασθενών σε φυσιολογικό βάρος. Συγκεκριμένα, η χλωροπρομαζίνη, το rimozide και το sulpiride έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικά όπως risperidone και η olanzapine συμβάλλουν επίσης, στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Σε πρόσφατες μελέτες, έχει αποδειχτεί ότι η χλωροπρομαζίνη και η olanzapine μειώνουν τον ανορεκτικό συλλογισμό. Όλα αυτά τα φάρμακα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή σε ασθενείς με σοβαρά ιατρικά προβλήματα, τα οποία προκαλούν συχνά επιπλοκές. Η φαρμακοθεραπεία, έχει διακοπεί σε ασθενείς με χαμηλά επίπεδα τρανσαμινασών, αν και δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι προκαλούν ανεπιθύμητες παρενέργειες. **(Balottin, U. , Chiappedi, M., Fazzi, E. , et al. ,2007 ).**

Οι ασθενείς, στους οποίους χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή εμφάνισαν σημαντική βελτίωση, τόσο στην διατροφική τους συμπεριφορά όσο και στην ψυχολογική τους κατάσταση. Ο δείκτης μάζας σώματος αυξήθηκε σε όλους τους ασθενείς, καθώς και μια σημαντική βελτίωση, διαπιστώθηκε σε ποσοστό 24% των ασθενών, οι οποίοι έλαβαν κανονική δόση φαρμάκων. Επιπλέον, σε ποσοστό 22% των ασθενών που έλαβαν χαμηλή δόση εμφανίστηκαν μικρές βελτιώσεις. **(Balottin, U. , Chiappedi, M., Fazzi, et al. ,2007).**

#### **2.6.5 Διαιτολογική αντιμετώπιση**

Η αποκατάσταση βάρους είναι ένας από τους σημαντικότερους στόχους της θεραπείας των ασθενών με νευρική ανορεξία. Μέσω του περιορισμού των τροφίμων , της υπερβολικής σωματικής δραστηριότητας, του εξαντισμού (μέσω του αυτεπαγόμενου εμετού, της κατάχρησης καθαρτικών, ή και των δύο), οι ασθενείς φθάνουν στον επιθυμητό τους στόχο, δηλαδή, στο ακραίο αδυνάτισμα, με συνέπεια το σωματικό βάρος να είναι 15% λιγότερο από το ιδανικό βάρος για το πραγματικό ύψος. Η αντίληψη των ασθενών για το σωματικό τους βάρος και σχήμα είναι διαστρεβλωμένη. Από φυσιολογική και ψυχολογική άποψη, η σύσταση του βάρους και του σώματος είναι κρίσιμα στοιχεία για τη θεραπεία επειδή οι ασθενείς είναι δυσαρεστημένοι με την εμφάνιση του σώματός τους και έχουν μη ρεαλιστικές ιδέες για την επιρροή της κατανάλωσης τροφίμων με αποτέλεσμα να ακολουθούν δίαιτα ώστε να αλλάξει το βάρος και η μορφή σώματος τους. Η μελέτη της διανομής λίπους στο σώμα μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην θεραπεία λόγω της ύπαρξης έντονου φόβου των ασθενών στην ανάκτηση βάρους και την εμφάνιση παχυσαρκίας, φόβος ο οποίος ενισχύεται από την πεποίθηση ότι αυτό θα συνοδευόταν από διανομή του λίπους στην κοιλιακή περιοχή. Ως εκ τούτου, η ποσότητα του σωματικού λίπους στην εκπλήρωση της θεραπείας, πιθανόν να επηρεάσει την περαιτέρω εξέλιξη της ασθένειας. **(Coppenolle, H. , Goris, M. , Probst, M. & Vandereycken, W. ,2007).**

Οι διατροφολόγοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των ανθρώπων για τις υγιεινές διατροφές και παρέχουν μια θεωρητική βάση για τις μεταβαλλόμενες συμπεριφορές κατανάλωσης. Διοργανώνουν τις συζητήσεις με τον ασθενή για τα διαθέσιμα τρόφιμα και τις μεθόδους, προγραμματίζουν την απαραίτητη θερμιδική πρόσληψη, και βοηθούν τον ασθενή να επιτύχει το ιδανικό του βάρος. (Tsuboi, K. ,2005).

Ένα διατροφικό ιστορικό, λαμβάνεται από έναν διαιτολόγο και είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση της συνήθους διαιτητικής πρόσληψης σε ασθενείς με νευρική ανορεξία (Hadigan, C.M. et al, 2000). Μπορεί να χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει συγκεκριμένες ελλείψεις του ασθενή σε πρωτεΐνες, λιπαρά οξέα και μικροθρεπτικά συστατικά. Αν και οι ασθενείς, υπερεκτιμούν, χαρακτηριστικά την πρόσληψη ενέργειας, το σωματικό βάρος είναι ένας εύκολα μετρήσιμος δείκτης της ενεργειακής ανεπάρκειας. Όπως και η λήψη τροφής, το διατροφικό ιστορικό, πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για τους ακόλουθους παράγοντες, που μπορεί να επηρεάσουν τη διατροφική αντιμετώπιση. (Royal College of Psychiatrists London ,2008).

- Πρόσληψη υγρών

Η υπερβολική κατανάλωση υγρών είναι συχνή και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διευκολυνθεί ο εμετός ή να επηρεαστεί το σωματικό βάρος. (Lowinger, K. et al, 1999).

- Κατανάλωση καφεΐνης

Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων καφεΐνης με τη μορφή του καφέ, του τσαγιού και των χαμηλών σε ενέργεια αεριούχων-ανθρακούχων ποτών, είναι συχνή στη νευρική ανορεξία, διότι η καφεΐνη έχει ανορεξιογόνο και απισχναντική δράση. (Lowinger, K. et al, 1999).

- Κατανάλωση αλκοόλ

Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τις ανάγκες για βιταμίνες της ομάδας Β, η οποία θα πρέπει να παρέχεται σαν συμπλήρωμα (Department of Health, 1991).

- Κάπνισμα

Το κάπνισμα αυξάνει τις ανάγκες για αντιοξειδωτικές βιταμίνες, και ιδιαίτερα σε βιταμίνη C. Θα πρέπει να παρέχονται συμβουλές για τα τρόφιμα που περιέχουν βιταμίνη C. Εάν η δίαιτα δεν παρέχει την απαραίτητη ποσότητα βιταμίνης C (όπως στην περίπτωση της διατροφής μέσα σε ένα νοσοκομείο), πρέπει να δοθούν συμπληρώματα. (Department of Health, 1991).

- Χρήση βιταμινούχων συμπληρωμάτων

Πρέπει να υπάρχει φροντίδα να προληφθεί ο κίνδυνος τοξικότητας λόγω υπερβολικής χρήσης συμπληρωμάτων βιταμινών Α και D (Department of Health, 1991). (Royal College of Psychiatrists London ,2008).

Η πρόσληψη ενέργειας κατά τη διάρκεια της επανασίτισης πρέπει να επιτύχει έναν συμβιβασμό μεταξύ της ανάγκης να αποκατασταθεί η κανονική διατροφή, το συντομότερο δυνατό και να περιοριστεί η ψυχολογική και σωματική ικανότητα του ασθενούς να ανέχεται το φαγητό. Στη χρόνια αστία, οι ενεργειακές ανάγκες καταστέλλονται λόγω του ότι η κυτταρική μάζα του οργανισμού είναι εξαντλημένη και υπάρχει συντηρητική μεταβολική αντίδραση στην λιμοκτονία. Είναι επομένως, δυνατό να προωθηθεί η αύξηση του σωματικού βάρους με μια σχετικά χαμηλή λήψη ενέργειας αρχικά και να αυξηθεί βαθμιαία· αυτό επιτρέπει στον ασθενή κάποιο χρόνο για να προσαρμοστεί σε μια αυξανόμενη πρόσληψη τροφίμων (Strober, M. , 1997). Ο ρυθμός αύξησης στην πρόσληψη εξαρτάται από το ενδιαφέρον του ασθενή και το

επίπεδο υποστήριξης και επίβλεψης που παρέχεται. **(Royal College of Psychiatrists London ,2008).**

Η ποσότητα των τροφίμων θα πρέπει να είναι περιορισμένη σε πρώτη φάση, και να αυξάνεται με αργούς ρυθμούς. Η αρχική πρόσληψη θα πρέπει να επαρκεί, για να αποφευχθεί η περαιτέρω απώλεια βάρους. Για τους περισσότερους ασθενείς που ζυγίζουν λιγότερο από 45 kg, ελλείπει υπερβολικής άσκησης, με την παροχή 1400 kcal (5900 kJ) ημερησίως με σκοπό να επιτευχθεί αυτός ο στόχος. Αυτό είναι ένα λογικό επίπεδο εκκίνησης για επανασίτιση στο νοσοκομείο για όλους, εκτός για τους πολύ σοβαρά άρρωστους. Αυτό το επίπεδο της πρόσληψης θα πρέπει να συνεχιστεί μέχρι να επιβεβαιωθεί ότι είναι φυσιολογική η λειτουργία του εντέρου και ότι η υπερφόρτωση του νερού, αν υπάρχει, θα αρχίσει να υποχωρεί. Το τελευταίο επισημαίνεται με τη σταθεροποίηση του βάρους που φυσιολογικά πραγματοποιείται σε 7-10 ημέρες. Στη συνέχεια η πρόσληψη τροφής θα μπορεί να αυξηθεί τόσο γρήγορα όσο το επίπεδο επίβλεψης και η υποστήριξη θα επιτρέψει. **(Royal College of Psychiatrists London ,2008).**

Μια εβδομαδιαία αύξηση βάρους της τάξης των 0,5-1,0 kg θεωρείται γενικά ως η βέλτιστη. Υπάρχει μια προκαταρκτική έρευνα που δείχνει ότι μια ελάχιστη αύξηση βάρους 0,5 kg ανά εβδομάδα έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη αύξηση βάρους συνολικά μέχρι την ημέρα του εξιτηρίου παρά η χρήση μεγαλύτερης αύξησης βάρους (Herzog, D.B. et al, 2004). Η αύξηση βάρους του 1 kg την εβδομάδα απαιτεί μια ενεργειακή πρόσληψη 1.000 kcal (4200 kJ) καθημερινά. Ενεργειακή πρόσληψη 2200-2500 kcal (9200-10 500 kJ) καθημερινά θα προωθήσει την αύξηση του σωματικού βάρους των 0,5-1,0 kg ανά εβδομάδα για τους περισσότερους ασθενείς. **(Royal College of Psychiatrists London ,2008).**

Οι θρεπτικές διαταραχές είναι μια σφραγίδα των διατροφικών διαταραχών και συσχετίζονται με τη οξύτητα, τη διάρκεια, και το συγχρονισμό των δυσλειτουργικών διαιτητικών συνηθειών. Οι σημαντικές διαιτητικές ανεπάρκειες του ασβεστίου, της βιταμίνης D, του φολικού οξέος, της βιταμίνης B12 και άλλων ανόργανων αλάτων είναι εμφανής. Η ανεπαρκής λήψη της ενέργειας (θερμίδες), της πρωτεΐνης, του ασβεστίου και της βιταμίνης D είναι ιδιαίτερα σημαντικές να ανιχνευθούν, δεδομένου ότι αυτά τα στοιχεία είναι κρίσιμα για την αύξηση και την επίτευξη της μέγιστης μάζας οστών. Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία ότι στους εφήβους με τις διατροφικές διαταραχές, μπορεί να μειώνονται επικίνδυνα τα συστατικά ιστών (όπως η μάζα μυών, το λίπος σώματος) κατά τη διάρκεια της φάσης ανάπτυξης όταν δραματικές αυξήσεις σε αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να συμβαίνουν. Η λεπτομερής αξιολόγηση της θρεπτικής διατροφής του νεαρού ατόμου αποτελεί τη βάση της συνεχιζόμενης διαχείρισης των θρεπτικών διαταραχών. **(Golden, N.H. , Katzman, D.K , Kreipe, R.E. , et al. ,2003).**

Η διατροφή των ασθενών πριν από την εισαγωγή σε νοσοκομείο απεικονίζει συχνά τα μεμονωμένα ιδιοσυγκρασιακά σχέδια. Κάποιοι τρώνε τρόφιμα σε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας και με συγκεκριμένο τρόπο. Βλέπουν τρόφιμα ως καλά ή κακά, ως ασφαλή ή απαγορευμένα. Εκτός από τους ασθενείς που τηρούν ιδίως τις θρησκευτικές παραδόσεις, ή σε ορισμένες περιπτώσεις όπου οι ασθενείς είναι χορτοφάγοι από την παιδική τους ηλικία, η διατροφή μόνο με λαχανικά δεν επιτρέπεται κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης βάρους, δεδομένου ότι συμβολίζει μια αποφυγή των τροφίμων που είναι υψηλά στις θερμίδες ή που περιέχουν λίπος. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν τη δυνατότητα να αποκλείσουν δύο ή τρία επιμέρους τρόφιμα από την καθημερινή τους δίαιτα, αλλά όχι από τις ομάδες τροφίμων. Για παράδειγμα, μπορούν να αποκλείσουν ψητά φασόλια, συκώτι ή μπανάνες, αλλά όχι

το ψωμί, τα μπισκότα και το κρέας, τροφές που είναι πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά. Εκτός από την παραχώρηση αυτή, οι ανόρεκτοι ασθενείς δεν μπορούν να προσδιορίσουν τις διατροφικές τους προτιμήσεις. **(Martin, J. E. ,1998).**

Η κατάλληλη διαχείριση γεύματος είναι αναγκαία, στο πρόγραμμα διατροφής του ασθενή. Αυτό πρέπει να είναι δομημένο, ώστε να αποκατασταθεί το βάρος, αλλά και να υπάρξει σωστή συμπεριφορά του ασθενούς κατά τα γεύματα και τη πρόσληψη τροφής. Τα τρόφιμα καθορίζονται σε ορισμένες ποσότητες που καταναλώνονται σε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας. Οι θερμίδες θα πρέπει να είναι σωστά κατανεμημένες και τα γεύματα θα πρέπει να είναι καλά ισορροπημένα για την προώθηση ενός υγιεινού και ωφέλιμου διαιτολογίου. Πολλές φορές είναι απαραίτητο να υπάρχει ένας ενήλικας που να κάθεται δίπλα στον ασθενή, κατά την διάρκεια του γεύματος, όχι μόνο ως μέσο για συμπαράσταση και ενθάρρυνση, αλλά και για να προσφέρει σταθερότητα και πειθαρχία. **(Martin, J. E. ,1998).**

Οι θρεπτικές ενδονοσοκομειακές αποκαταστάσεις βασίζονται κυρίως, στην αποκλειστική πρόσληψη τροφής από το στόμα ή στην παρεντερική διατροφή η οποία συνδέεται επίσης με την από του στόματος λήψη. Η παρεντερική διατροφή επιλέγεται από τους ιατρούς ως η μόνη εναλλακτική μέθοδος της διατροφικής αποκατάστασης. Οι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για λιγότερο από 7 ημέρες υφίστανται αποκλειστικά ψυχιατρική αποκατάσταση και δεν είναι εγγεγραμμένοι στο πρόγραμμα διατροφικής επανασίτισης. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές , τα επίπεδα της συνολικής πρόσληψης κυμαίνονται από 40 kcal / kg / ημέρα στην έναρξη της αποκατάστασης έως 60 kcal / kg / ημέρα κατά την απαλλαγή. Τόσο από το στόμα όσο και από την παρεντερική διατροφή η θεραπεία των ασθενών περιλαμβάνει 40 kcal / kg / ημέρα κατά τη διάρκεια των πρώτων 5 ημερών. Η πρόσληψη αυξάνεται βαθμιαία έως 60 kcal / kg / ημέρα, όταν πρόκειται για θεραπεία η οποία διαρκεί μία εβδομάδα. **(Bassoa, M.S. , Biancob, G. , Calcea, A. , et al. ,2008).**

Η θερμιδική πρόσληψη θα πρέπει να κατανεμηθεί σε γραμμάρια από υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λίπη, με αντίστοιχα ποσοστά συμμετοχής στις ολικές θερμίδες κατά 50-55%, 15-20% και 30-35%, αντίστοιχα. Ο στόχος της διατροφικής αποκατάστασης είναι να διατηρηθεί μια αύξηση βάρους περίπου 500 gr / εβδομάδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, καθώς και να μην υπερβαίνει το 1 kg / εβδομάδα. Η ημερήσια πρόσληψη χωρίζεται σε τρία γεύματα και δύο σνακ. **(Bassoa, M.S. , Biancob, G. , Calcea, A. , et al. ,2008 ).**

Η παρεντερική διατροφή, πραγματοποιείται κυρίως μέσω περιφερειακών αγγείων ή ενδοαγγειακών συσκευών (διοχετευμένοι καθετήρες σιλικόνης). Είναι κατάλληλη για την προσωρινή διατροφική στήριξη (15 ημέρες). **(Bassoa, M.S. , Biancob, G. , Calcea, A. , et al. ,2008).**

Εν κατακλείδι, η διατροφική αποκατάσταση αποτελεί ουσιώδες μέρος της θεραπείας, της νευρικής ανορεξίας. Αν και αυτή η παρέμβαση μόνη της δεν εγγυάται ένα ευνοϊκό αποτέλεσμα, η διατροφική αποκατάσταση του ασθενή έχει πολλές δυνατότητες να βελτιωθεί. Μεταξύ όλων των διατροφικών μεθόδων αποκατάστασης, η παρεντερική διατροφή προσφέρει μια χρήσιμη εναλλακτική λύση για τη θεραπεία των ασθενών όταν η ρινογαστρική διατροφή (προτιμάται από τους περισσότερους γιατρούς) δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί, είτε διότι δεν επιτρέπεται σε μια ψυχιατρική μονάδα ή λόγω ενός ενήλικα ασθενούς ή μιας χειραφετημένης ανήλικης, που αρνείται αυτού του είδους τη θεραπεία **(Bassoa, M.S. , Biancob, G. , Calcea, A. , et al. ,2008).**

Σχεδιάζοντας τη δίαιτα του ατόμου που νοσεί από ψυχογενή ανορεξία πρέπει να δοθεί προσοχή στα παρακάτω:



- Κανονική , σταθερή πρόσληψη υδατανθράκων, ώστε να αποφευχθούν ξαφνικές αυξομειώσεις βάρους.
- Επαρκής πρόσληψη πρωτεϊνών, ιδίως για τους χορτοφάγους, και εκείνους που αποφεύγουν τα γαλακτοκομικά προϊόντα, καθώς και τα άτομα με αυξημένες απαιτήσεις πρωτεΐνης (π.χ. σε λοίμωξη).
- Επαρκής πρόσληψη απαραίτητων λιπαρών οξέων.
- Επαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών που είναι αναγκαία για τη στήριξη της οστικής πυκνότητας (ασβέστιο, βιταμίνη D, μαγνήσιο).
- Πρόσληψη σιδήρου και ψευδαργύρου για όσους δεν τρώνε κόκκινο κρέας.
- Λιποδιαλυτές βιταμίνες.
- Η ανάγκη για μακροπρόθεσμη, καλά ισορροπημένη χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμινών και μετάλλων.
- Η ανάγκη για χορήγηση συμπληρωμάτων με συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά που είναι δύσκολο να δοθούν σε επαρκείς ποσότητες μέσα από τη διατροφή, ειδικά όταν υπάρχουν αυξημένες ανάγκες. **(Royal College of Psychiatrists London ,2008).**

#### **Σχεδιάγραμμα 2:Ανακεφαλαίωση της θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας**

- |                                            |                                           |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| • Ηλικία 18 ετών και άνω                   | • Ηλικία κάτω των 18 ετών                 |
| • Όχι σοβαρά άρρωστη κλινικά               | • Σοβαρά άρρωστη κατά την κλινική εξέταση |
| • Αποτυχία προηγούμενης κλινικής θεραπείας | • Αποτυχία εξωνοσοκομειακής θεραπείας     |
|                                            | • Η γυναίκα εκφράζει κάποια προτίμηση     |



-----Αξιολόγηση βιοχημικής κατάστασης-----



Συνήθως εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση

Συνήθως εισαγωγή σε νοσοκομείο

Άλλες υποδείξεις και υποστήριξη για να βοηθηθεί η ασθενής:

Εξασφάλιση προγράμματος για να βοηθηθεί η ασθενής:

Να αυξήσει αργά το βάρος της

Να αυξάνει το βάρος της κατά 1 κιλό την εβδομάδα

Να σταματήσει να χρησιμοποιεί συμπεριφορά απώλειας βάρους

Να σταματήσει τη συμπεριφορά απώλειας βάρους

Να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού

Να γυμνάζεται σωστά για το βάρος του σώματός της



Εάν οι παραπάνω στόχοι δεν επιτευχθούν,  
συνήθως γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο

Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος πρέπει να εξασφαλίζεται:

- υποστηρικτική ψυχοθεραπεία
- βοήθεια για άλλα προβλήματα που θα γίνουν αντιληπτά (συζυγικά, οικογενειακά, ιατρικά)
- βοήθεια για να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού κατάλληλους για τον τρόπο ζωής της
- βοήθεια για να αναπτύξει λογικούς τρόπους γυμναστικής



Αργότερα η ασθενής πρέπει να βοηθείται:

- να σταθεροποιήσει το βάρος της στα επιθυμητά όρια
- να εξακολουθήσει να αποφεύγει τις επικίνδυνες μεθόδους απώλειας βάρους
- να μειώσει την ενασχόληση της με το βάρος και το φαγητό



Γενικός στόχος είναι να τη βοηθηθεί η ασθενής:

- να ζήσει μια φυσιολογική ζωή
- να μπορέσει να αντιμετωπίσει τη ζωή

**Πηγή: Abraham S. & Llewellyn-Jones D. , (1990). « Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής ». Αθήνα: Χατζηνικολή, σελ.103.**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Συνοσσηροί βιολογικοί παράγοντες των δύο διαταραχών

Πολλά άτομα με νευρική ανορεξία, εμφανίζουν συμπτώματα όπως μελαγχολική διάθεση, κοινωνική απόσυρση, ευερεθιστότητα, αϋπνία και μειωμένο ενδιαφέρον για σεξ. Τα εν λόγω άτομα μπορεί να παρουσιάζουν συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Η συσχέτιση μεταξύ της νευρικής ανορεξίας και των συναισθηματικών διαταραχών συχνά προτείνεται ότι οφείλεται στην αιτιολογία, των δύο διαταραχών. Σημαντικές επιπτώσεις του βάρους σώματος και του Β-υδροξυβουτυρικού οξέος, αντίστοιχα, για την ύφεση ή την δυσφορία της διάθεσης κατά τον έλεγχο της βαρύτητας της ψυχοπαθολογίας των διατροφικών διαταραχών έχουν σημειωθεί. Εντούτοις, είναι δύσκολο να εντοπιστεί σημαντική κατάθλιψη στον ανόρεκτο ασθενή, ιδιαίτερα εάν η αρχική κατάθλιψη δεν μπορεί να εντοπιστεί πριν από την αρχή της ανορεξίας. Συμπτώματα διαταραχών της διάθεσης, ιδιαίτερα κατάθλιψη συχνά συνδέονται με την νευρική ανορεξία, αν και η φύση της σχέσης αυτής είναι ασαφής. (Kaiser, F. , Qazi, A. & Syed, A. ,2004).

Η σχέση μεταξύ της νευρικής ανορεξίας και της κατάθλιψης δεν μπορεί να αμφισβητηθεί, δεδομένου ότι οι δύο διαταραχές μοιράζονται μια σειρά βιολογικών ανωμαλιών, όπως: 1) ο υπερκορτικισμός συνδέεται με την υπερβολική έκκριση της ορμόνης κορτικοτροφίνη (CRH), 2) υπάρχει δυσλειτουργία των νευροδιαβιβαστών (χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, 3) παρουσιάζεται ανώμαλη καταστολή της δεξαμεθαζόνης (Diaz, M. 1999). (García-Alba, C. ,2004).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ανώμαλη δραστηριότητα του άξονα HPA στις δύο διαταραχές. Η δυσλειτουργία, του υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) είναι ένα κοινά αναγνωρισμένο χαρακτηριστικό πολλών παθολογικών καταστάσεων. Ο άξονας υποθάλαμος-υπόφυσης-επινεφρίδια (HPA), είναι ένα πολύπλοκο, ολοκληρωμένο δίκτυο το οποίο απελευθερώνει ορμόνες που προκαλούν, επίσης, τον επινεφριδικό φλοιό εγκεφάλου να εκκρίνει κορτιζόλη. Ασυνήθιστες αντιδράσεις του HPA, έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς σε ασθενείς που πάσχουν από το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης, της νευρικής ανορεξίας και της μείζονας κατάθλιψης. Ωστόσο, δεν υπάρχει κανένα ελάττωμα οποιουδήποτε οργάνου, (αδένα ή εγκεφαλικής περιοχής) που να έχει χαρακτηριστεί ως αιτία αυτών των ανωμαλιών. (Wheatland, R. ,2005).

Κάποια στοιχεία δείχνουν ότι το HPA παρεμποδίζει την έκκριση της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH, επιδρά πάνω στα επινεφρίδια και προκαλεί την έκκριση ορμονών του στρες όπως η κορτιζόνη και η αδρεναλίνη). Μια μείωση της συγκέντρωσης της ACTH στο αίμα οδηγεί σε μείωση της έκκρισης των ορμονών επινεφριδίων, με αποτέλεσμα την ανεπάρκεια των επινεφριδίων (hypoadrenalism). Ανεπάρκεια των επινεφριδίων οδηγεί σε απώλεια βάρους, έλλειψη όρεξης (ανορεξία), κατάθλιψη, αδυναμία, ναυτία, έμετο, χαμηλή πίεση του αίματος (υπόταση, χρόνια υψηλά επίπεδα). (Wheatland, R. ,2005).

Στις διατροφικές διαταραχές έχουν αναφερθεί φυσιολογικά, μειωμένα ή υψηλότερα επίπεδα μελατονίνης (ορμόνη που παράγεται από τον εγκέφαλο και εμπλέκεται στον εικοσιτετράωρο ρυθμό του ανθρώπινου οργανισμού και στη ρύθμιση διαφόρων σωματικών λειτουργιών). Οι παρατηρούμενες αποκλίσεις μεταξύ των ερευνητών αποδίδονται στην πολυπλοκότητα των παραγόντων που συμμετέχουν στη διαμόρφωση της κλινικής και παρακλινικής (μεταβολικής) εικόνας των διαταραχών αυτών και στην επίδρασή τους στην έκκριση της μελατονίνης.

Οι παράγοντες που πιθανόν να είναι υπεύθυνοι για τις αποκλίσεις μπορεί να είναι η διαταραγμένη έμμηνος ρύση, η συχνή εμφάνιση της κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, παρουσία ή απουσία εμετών.

Πολύ συχνά έχει εντοπιστεί ότι η υποθαλαμική αμηνόρροια και η κατάθλιψη εμφανίζουν αντίθετες μεταβολές στα επίπεδα έκκρισης της μελατονίνης. Τα επίπεδα της μελατονίνης ειδικά κατά τις νυχτερινές ώρες αυξάνονται σε σημαντικό βαθμό στις γυναίκες οι οποίες πάσχουν από υποθαλαμική αμηνόρροια με κύρια αιτία το άγχος και την μειωμένη έκκριση ωρχινotropου ορμόνης.

Αντίθετα γυναίκες οι οποίες πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζουν μειωμένη έκκριση μελατονίνης κατά τις νυχτερινές ώρες. Πολύ σημαντικοί είναι οι διατροφικοί παράγοντες για να δοθεί μια ξεκάθαρη εικόνα για την παραγωγή της μελατονίνης εφόσον μειωμένη πρόσληψη αμινοξέων είτε η αυξημένη πρόσληψη τρυπτοφάνης μπορεί να τροποποιήσουν τα επίπεδα της μελατονίνης και των παραγώγων της. **(Κοντοάγγελος, Κ. & Παπαρηγόπουλος, Ο., 2002).**

Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει στο παρελθόν ότι τα επίπεδα της μελατονίνης σε άτομα τα οποία πάσχουν από διατροφικές διαταραχές καθορίζονται από την ύπαρξη της κατάθλιψης ή όχι. Εάν η διατροφική διαταραχή συνδυάζεται με κατάθλιψη τότε τα επίπεδα της μελατονίνης είναι πολύ χαμηλότερα των φυσιολογικών ενώ σε αντίθετη περίπτωση τα επίπεδα αυτά εμφανίζονται να είναι στα φυσιολογικά όρια. **(Κοντοάγγελος, Κ. & Παπαρηγόπουλος, Ο., 2002).**

Στις διάφορες ψυχικές παθήσεις τα επίπεδα της μελατονίνης χρησιμοποιούνται σαν δείκτης τόσο της καλής λειτουργίας του σεροτονινεργικού και νοραδρενεργικού συστήματος όσο και του βιορυθμού του οργανισμού. Αυτό συμβαίνει λόγω του ότι η σεροτονίνη αλλά και το νοραδρενεργικό σύστημα παίζουν καθοριστικό ρόλο για την έκκριση της μελατονίνης. **(Κοντοάγγελος, Κ. & Παπαρηγόπουλος, Ο., 2002).**

Στην περίπτωση της νευρικής ανορεξίας διαταραγμένη έκκριση μελατονίνης φαίνεται να συνδέεται άμεσα με την συνύπαρξη κατάθλιψης. Ωστόσο αναφέρετε και η υπόθεση ότι η διαταραχή των επιπέδων μελατονίνης οφείλεται σε δυσλειτουργία του υποθαλαμικού ελέγχου της ωρχινotropου ορμόνης και συνοδεύεται από αυξημένη παραγωγή μελατονίνης. **(Κοντοάγγελος, Κ. & Παπαρηγόπουλος, Ο., 2002).**

Οι βιολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεση της νευρικής ανορεξίας έχουν επικεντρωθεί στους νευροδιαβιβαστές (νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη) στα επίπεδα της λεπτίνης (ορμόνη η οποία ρυθμίζει την όρεξη και την πείνα) και στις μεταβολές στον εγκέφαλο. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι δεκαετιών, μέσω κάποιων μελετών έχει αποδειχθεί, ότι ο υποθάλαμος επηρεάζει την διατροφική συμπεριφορά μέσω των πολλαπλών νευρωνικών αγγελιοφόρων, συμπεριλαμβανομένου του 5-HT. Ειδικότερα, η σεροτονίνη (5-HT) προκαλεί υποφαγία και είναι γνωστή για τη συμμετοχή του υποθαλαμικού υποδοχέα 5-HT<sub>1BR</sub> και 5-HT<sub>2CR</sub>. Συγχρόνως, ο υποθάλαμος δεν είναι πιθανώς η μόνη δομή εγκεφάλου μέσω της οποίας το 5-HT επηρεάζει την εισαγωγή τροφίμων. **(Berta, P., Bockaert, J., Bouras, C., et al., 2007).**

Τα μειωμένα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο είναι γνωστό ότι έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στην διαταραχή της διάθεσης. Αρκετές έμμεσες τεχνικές παρέχουν αποδείξεις ότι τα φυσιολογικά επίπεδα της σεροτονίνης (5-HT) είναι διαταραγμένα στην κατάθλιψη. Η πρόσληψη της 5-HT ορμόνης, από τον εγκέφαλο είναι μειωμένη, και η συγκέντρωση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού του μεταβολίτη 5-hydroxyindoleacetic οξύ της σεροτονίνης είναι συνήθως χαμηλό. Επίσης, η μείωση

της τρυπτοφάνης προκαλεί μια υποτροπή στη μελαγχολική διάθεση. (Lacasse, J. & Leo, J., 2005).

Η κατάθλιψη αποτελεί διαταραχή του συναισθήματος με ποικιλία συμπτωμάτων από τα περισσότερα συστήματα του οργανισμού, που παραπέμπουν συγχρόνως σε διαταραχή της λειτουργίας διαφόρων κέντρων του εγκεφάλου. Έτσι, με βάση την εμπειρία από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών για την κατάθλιψη, αναπτύχθηκε η θεωρία των μονοαμινών (τρόφιμα που περιέχουν ουσίες με αγγειοσυσπαστικές ιδιότητες) ή βιογενών αμινών (κυκλικές οργανικές ενώσεις), η οποία επικρατεί σήμερα στο σχεδιασμό της φαρμακευτικής αντικαταθλιπτικής αγωγής. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η κατάθλιψη οφείλεται σε ανεπάρκεια σεροτονεργικής νευροδιαβίβασης στον εγκέφαλο σε εκτεταμένα ρυθμιστικά δίκτυα. (Στρατουδάκης, Γ. & Τζανάκης, Ε., 2004).

Η μειωμένη όρεξη και οι αλλαγές του σωματικού βάρους είναι συνήθως εμφανή στοιχεία σε ασθενείς με κατάθλιψη. Υπάρχουν σημαντικά στοιχεία ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν σημάδια της άνοσης ενεργοποίησης συμπεριλαμβανομένων των αυξανόμενων επιπέδων κυτοκινών. Οι κυτοκίνες, οι οποίες από μόνες τους έχουν ανόρεκτες ιδιότητες, υποκινούν την απελευθέρωση κυτοκινών όπως της λεπτίνης. Εκτός από τις ανόρεκτες ιδιότητες, τόσο οι κυτοκίνες και η λεπτίνη αλληλεπιδρούν με τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA), το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (SNS), καθώς και το ανοσοποιητικό σύστημα. Με τη σειρά τους, τα συστήματα αυτά ρυθμίζουν την ενεργειακή ισορροπία, παρότι είναι δυσλειτουργικά στην κατάθλιψη. Επιπλέον, και οι κυτοκίνες και η λεπτίνη μπορεί να προκαλέσουν ανηδονία, ένα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Λαμβάνοντας υπόψη, τις διαφορετικές επιπτώσεις στην όρεξη που παρατηρούνται στη μελαγχολική κατάθλιψη, προτείνεται από τους ειδικούς ότι οι κυτοκίνες αλλάζουν διαφορικά στις υποκατηγορίες της κατάθλιψης, και ότι αυτό μπορεί να εξηγήσει μερικές από τις ασυνέπειες στις αναφερόμενες διαπιστώσεις των επιπέδων κυτοκίνης καθώς επίσης και λεπτίνης στους καταθλιπτικούς ασθενείς. (Andréasson, A. , Arborelius, L. & Erlanson-Albertsson, A. ,2007).

### **3.2 Συνοσητροί ψυχολογικοί παράγοντες**

Έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες για να εξηγήσουν τους ψυχολογικούς παράγοντες, που διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην αιτιοπαθογένεια και διαιώνιση των διατροφικών διαταραχών και συγκεκριμένα της ψυχογενούς ανορεξίας. Η νόσος αυτή χαρακτηρίζονται από μια πολύ συγκεκριμένη διαταραχή στον τρόπο, που το άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει την προσωπική του ταυτότητα. Για τους περισσότερους πάσχοντες, από διαταραχές πρόσληψης τροφής ο τρόπος, που βιώνουν την αυτοαξία τους, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εξωτερική τους εμφάνιση και τα επιτεύγματά τους. Διακρίνονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, απαισιοδοξία και εμμονή για την καλή εικόνα τους πιστεύοντας ότι έτσι θα γίνουν αποδεκτοί από το κοινωνικό σύνολο. (Elkin, G.D. ,1999).

Πολλοί συντάκτες έχουν αναφέρει ότι η κατάθλιψη συνεμφανίζεται συχνά με τη νευρική ανορεξία. Τα ποσοστά συνοσηρότητας, της διατροφικής διαταραχής με την μείζον καταθλιπτική διαταραχή κυμαίνονται από 41% μέχρι 80%. Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία εμφανίζουν συχνά υψηλούς δείκτες κατάθλιψης και παρουσιάζουν γνωστική δυσλειτουργία παρόμοια με αυτήν που εμφανίζεται στην μείζονα κατάθλιψη. Επιπλέον, η πορεία των συμπτωμάτων φαίνεται να σχετίζεται έντονα ανάμεσα στις δύο διαταραχές. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης εμφανίζονται πολλές

φορές, συγχρόνως με τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας. (Attia, E. , Loeb, K. , Meehan, K. & Roberto, C. ,2006).

Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, έχουν μια ιδιαίτερα δύσκολη σχέση με το σώμα τους. Η εικόνα που έχουν τα άτομα για το σχήμα του σώματος τους αποτελεί συχνά έναν από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αρχή μιας διατροφικής διαταραχής. Τα ανόρεκτα άτομα πιστεύουν, ότι με το να έχουν το ιδανικό σώμα, μπορούν να ελέγχουν τον εαυτό τους και τη ζωή τους. Τα συναισθήματά που τρέφουν για το σώμα τους, ασκούν όλο και περισσότερη επιρροή στα συναισθήματά τους. Φυσικά, με την πάροδο του χρόνου μειώνεται ο έλεγχος των διατροφικών συνηθειών τους και της εικόνας του σώματος τους. Οι αρνητικές σκέψεις, τα συναισθήματα και οι διατροφικές συμπεριφορές, χρησιμεύουν επίσης στην διαιώνιση της διατροφικής διαταραχής τους, εντείνοντας τις προσπάθειές τους ώστε να επιτύχουν το ιδανικό για αυτούς σώμα. (Cash, T. ,2003).

Παρόμοια άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση συνήθως είναι και οι καταθλιπτικοί ασθενείς οι οποίοι διακατέχονται από αίσθημα κατωτερότητας, και δεν έχουν αρκετή εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Τόσο οι καταθλιπτικοί όσο και οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από ανορεξία, εφαρμόζουν πολύ αυστηρή αυτοκριτική και είναι τελειομανείς. Συνήθως αποφεύγουν να επιβραβεύσουν τον εαυτό τους για κάτι θετικό που συνέβη αλλά αντίθετα απασχολούν το μυαλό τους για το τι καλύτερο θα μπορούσε να συμβεί. Λόγω των ιδιόμορφων χαρακτηριστικών της κατάθλιψης και της ανορεξίας, συχνά, το άτομο επιλέγει την κοινωνική απομόνωση. Πολλές φορές διακατέχεται από το αίσθημα της αναξιότητας και ανικανότητας. (Altscul, A. ,2000).

Μέσω κάποιων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες τείνουν να συγκρίνουν τον εαυτό τους με τα άτομα που παρακολουθούν στα μέσα ενημέρωσης· η σύγκριση αυτή έχει συμβάλει στην αναζήτηση για το τέλειο σωματότυπο. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που απέτυχαν να ανταποκριθούν στην εικόνα σώματος που πίστευαν ότι ήταν τέλεια, εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (Van den Berg, P., Paxton, S.J. , Keery, H. και συν., 2007). Οι Franzoi, S. L. και Herzog, M. E. (1987) ξεκίνησαν να ερευνούν, τι οι άνδρες και οι γυναίκες βρίσκουν ελκυστικό στα άτομα του ιδίου φύλου και του αντίθετου φύλου. Παρατήρησαν ότι, και οι άντρες και οι γυναίκες, ελκύνονταν από την εξωτερική εμφάνιση και κυρίως την εικόνα του σώματος. (Hamilton, S. ,2008).

Σε κάποιες έρευνες, υποστηρίζεται η ιδέα ότι ο διατροφικός περιορισμός είναι αυξημένος ιδιαίτερα σε άτομα που έχουν έντονη ανησυχία για το σχήμα και το βάρος του σώματος τους· η αυτοεκτίμηση σε άτομα που έχουν εμμονή με το σώμα τους μειώνεται και επηρεάζεται από την αύξηση του σωματικού βάρους. Είναι σημαντικό, να σημειωθεί ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της χαμηλής αυτοεκτίμησης, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται στο άτομο διεστρέβλωμένη εικόνα για το σώμα του. Στις διατροφικές διαταραχές και στην κατάθλιψη, η αυτοεκτίμηση είναι μειωμένη. Στους ανόρεκτους ασθενείς, η κατάθλιψη προέρχεται κυρίως από τον φόβο των ασθενών μήπως πάρουν βάρος και χάσουν τον έλεγχο του φαγητού. (Wade, D & Wilksch, S. ,2004).

Η αμεροληψία των γυναικών στη Δυτική κουλτούρα διδάσκει ότι το γυναικείο σχήμα και βάρος σώματος αξιολογείται από τους άλλους. Οι γυναίκες, λαμβάνουν μηνύματα κατά τα οποία ένα λεπτό γυναικείο σώμα είναι συνδεδεμένο με την επιτυχία και την εξουσία (Tolman & Debold, 1994). Πράγματι, κάποιες έρευνες δείχνουν ότι τα παχύσαρκα άτομα αντιμετωπίζουν τον κοινωνικό ρατσισμό (Crandall, 1994, Rothblum, 1992), με αποτέλεσμα αυτό να προκαλεί αισθήματα φόβου, ντροπής και αηδίας. Οι Nolen-Hoeksema και Girgus (1994) πρότειναν την πεποίθησή ότι όταν

ένα σώμα "ανήκει" σε άλλους, αποτελεί προδιάθεση κινδύνων εμφάνισης της κατάθλιψης και των διατροφικών διαταραχών. Ακόμα, επηρεάζει την ψυχολογία των ασθενών με αποτέλεσμα να υπάρχει έντονη επιθυμία για το ιδανικό σώμα, ώστε να κερδίσουν το σεβασμό των άλλων, καθώς και την επαγγελματική και προσωπική τους επιτυχία. Οι γυναίκες βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης μιας σειράς προβλημάτων ψυχικής υγείας και κυρίως κατάθλιψης (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 1994), η οποία μπορεί εν μέρει να σχετίζεται με τον αγώνα των γυναικών και την ανικανότητα να επιτευχθεί η ιδανική ομορφιά (Unger & Crawford, 2000). **(Muehlenkamp, J. & Saris-Baglama, R, 2002).**

Πολλές φορές η νευρική ανορεξία εκδηλώνεται ως μια αντίδραση της εφηβείας για ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική δραστηριότητα. Οι έφηβοι, αντικαθιστούν τις φυσιολογικές εφηβικές αναζητήσεις, με την ενασχόληση με την τροφή. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις όσον αφορά την αυτονομία και αυτοπροσδιορισμό του "εγώ". Πολλές φορές θεωρούν ότι ελέγχονται από τους γονείς όσον αφορά την διατροφή και ο αυτοεπιβαλλόμενος υποσιτισμός θεωρείται ως προσπάθεια απόκτησης αξίας και αυτοεκτίμησης. **(Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. ,2000).**

Ακριβώς την ίδια αντίδραση παρατηρούμε και από νεαρές κοπέλες οι οποίες πάσχουν από κατάθλιψη και προέρχονται από οικογένειες υπερπροστατευτικές. Οι υπερπροστατευτικοί γονείς δεν επιτρέπουν στα παιδιά τους να αναπτύξουν ένα υγιή χαρακτήρα ο οποίος θα μπορέσει αργότερα να ανταπεξέλθει σε τυχόν άσχημα γεγονότα της ζωής, με αποτέλεσμα όταν το άτομο προσπαθήσει να ανεξαρτητοποιηθεί αντιμετωπίζει τρομερές δυσκολίες λόγω του αδύναμου χαρακτήρα του, της χαμηλής αποφασιστικότητας αλλά και του αισθήματος αναξιοσύνης από το οποίο διακατέχεται. **(Κάκουρος, Ε. ,2000).**

Η ψυχολογία του ανθρώπου αντικατοπτρίζει τα γεγονότα της ζωής του. Γυναίκες οι οποίες περνούν τραυματικές εμπειρίες στη ζωή τους είναι πιο ευάλωτες στο να αναπτύξουν κατάθλιψη ή νευρική ανορεξία. Ένα από τα πολύ δυσάρεστα γεγονότα ζωής στη ζωή ενός ατόμου είναι ο βιασμός. Ο βιασμός είναι μια ταπεινωτική εμπειρία ζωής η οποία πάντα αφήνει ψυχολογικά κατάλοιπα στις γυναίκες που τον έχουν υποστεί. Φόβος, αγωνία, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου όπως επίσης και διαταραχές της όρεξης είναι τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζει η πλειοψηφία των κακοποιημένων γυναικών. Τα συμπτώματα αυτά είναι το λεγόμενο "τραυματικό σύνδρομο των γυναικών". Πολλές από τις γυναίκες χρειάζεται να λάβουν φαρμακευτική αγωγή λόγω του ότι συχνά αποδίδουν ευθύνες στον εαυτό τους για αυτό που τους έχει συμβεί, έχουν αυτοκτονική τάση, χαμηλή αυτοεκτίμηση και άλλα συμπτώματα τα οποία επιδεινώνουν την κατάσταση. Δεν είναι σπάνια τα συμπτώματα εγκατάλειψης εργασίας, απομόνωσης από το κοινωνικό σύνολο, και σοβαρές αλλαγές στη συμπεριφορά λόγω του στιγματισμού. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η έντονη εκδήλωση καταθλιπτικών διαταραχών, διαρκούς άγχους αλλά και αποστροφής προς το φαγητό. **(Pallavi, N. , Resick, P. & Reginald, D. ,2004).**

Μια άλλη πολύ τραυματική εμπειρία στη ζωή μιας γυναίκας είναι η έκτρωση. Η περίοδος μετά την έκτρωση θεωρείται κρίσιμη για την γυναίκα γιατί έχει την τάση να τιμωρεί τον εαυτό της για αυτό που αποφάσισε να κάνει. Συχνά είναι ευάλωτη, εμφανίζει βίαιες συμπεριφορές, καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά και σοβαρές διατροφικές διαταραχές. Η ανορεξία ή η βουλιμία είναι κάποιες από τις διατροφικές αυτές διαταραχές. Όπως έχει αποδειχθεί αυτές οι γυναίκες κλίνουν σε δύο ακραίες αντιδράσεις. Είτε τρώνε πάρα πολύ χωρίς να πεινάνε μόνο για να καλύψουν το κενό που νοιώθουν είτε υποβάλλουν τον εαυτό τους σε μια πλήρη αποχή από τροφή γιατί

δεν αντέχουν ούτε καν την ιδέα να βάλουν κάτι στο στομάχι τους. (Τσερκετζής, Π., 2005).

Μελέτες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί, σχετικά με τη συναισθηματική λειτουργία, σε ασθενείς με νευρική ανορεξία έχουν εστιάσει κυρίως στην αλεξιθυμία, η οποία πολλές φορές οδηγεί σε κατάθλιψη. Η αλεξιθυμία είναι η κατάσταση που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους που έχουν δυσκολία στην κατανόηση και έκφραση των συναισθημάτων τους. Διατυπώθηκε από τους Nemiah, Freyberger, και Sifneos (1976) με βάση κάποιες κλινικές παρατηρήσεις και αποτελείται από τα εμφανή χαρακτηριστικά γνωρίσματα: α) Αδυναμία έκφρασης συναισθημάτων, β) Αδυναμία αναγνώρισης συναισθημάτων, γ) Περιορισμένη και ελλιπής φανταστική ζωή, δ) Συγκεκριμένο ύφος σκέψης ε) Συνεχή παράπονα για σωματικά προβλήματα, χωρίς την ύπαρξη οργανικών αιτιών και στ) Αντικοινωνική συμπεριφορά (Taylor, 1999: Cohen). (Kettenis, P. , Elburg, A. , Engeland, H. , et al. ,2004).

### 3.3 Κοινωνικοί παράγοντες

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αλλά και στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Ο υπερπληθυσμός των πόλεων, η διάλυση των οικογενειών , η αυξημένη χρήση ναρκωτικών η ανεργία και η προβολή λανθασμένων προτύπων ομορφιάς ίσως είναι οι κύριοι κοινωνικοί παράγοντες που καθιστούν ειδικά τους νέους ευαίσθητους σε αυτές τις ασθένειες. Στην δεκαετία του 1970, τα πρότυπα ομορφιάς που προβάλλονταν ήταν ελαφρώς παχουλά. Μετά την δεκαετία του 1980, αρχίζει να προβάλλεται ένας τύπος ιδανικών αναλογιών και ιδανικού βάρους, το οποίο πολλές φορές είναι κατώτερο του φυσιολογικού. Στην κοινωνία, αυτό διοχετευόταν είτε μέσω των ΜΜΕ, των αναλογιών των μοντέλων, καλλονών είτε ακόμα και μέσω διάσημων κούκλων της αγοράς όπως η Barbie. Στην εποχή μας, το να είναι ένα άτομο αδύνατο θεωρείται ως θετική αξία και συνώνυμη της ομορφιάς. Η προσπάθεια για απόκτηση του "λεπτού και όμορφου σώματος", πολλές φορές μπορεί να καταλήξει είτε σε νευρική ανορεξία λόγω του αισθήματος του ανικανοποίητου σχετικά με την εμφάνιση είτε σε εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής, λόγω αποτυχίας επίτευξης στόχου και απογοήτευσης. (Κάκουρος, Ε. ,2002).

Είναι γνωστό ότι μερικές μορφές ανησυχίας έχουν έναν αιτιολογικό ρόλο στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Για παράδειγμα, οι Schwalberg, M.D., Barlow, D.H., Algar, S.A. & Howard, L.J. (1992) τόνισαν ότι το άγχος για την κοινωνική αξιολόγηση μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικές ανησυχίες για το σχήμα και το βάρος σώματος (τα οποία είναι γνωστό ότι είναι βασικά στοιχεία για την παθολογία των διατροφικών διαταραχών). (Ambrosie-Randie, N., Kulkic, M. & Pokrajac-Bulian, A. ,2008).

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες, έχουν παρουσιάσει ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων με νευρική ανορεξία συνήθως εμφανίζει μια ή περισσότερες διαταραχές διάθεσης και άγχους. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ασθενείς, από εκπαιδευμένους ερευνητές οι οποίοι χρησιμοποιούν τυποποιημένα διαγνωστικά κριτήρια, έχουν βρει ότι η εμφάνιση της ψυχαναγκαστικής διαταραχής και της κοινωνικής φοβίας είναι οι πιο κοινές διαταραχές άγχους στα άτομα με νευρική ανορεξία. (Barbarich, N. , Bulik, C. , Kaye, W. , Masters, K. & Thornton, L. ,2004).



Σε μια κοινωνία που κυριαρχεί η άποψη του "τέλειου σώματος", δεν είναι άξιο απορίας το γεγονός ότι πολλές γυναίκες είναι δυσαρεστημένες με την εικόνα του σώματος τους. Οι περισσότερες γυναίκες αγωνίζονται έντονα να αλλάξουν την εικόνα τους· έχει βρεθεί μια έντονη συσχέτιση, μεταξύ της χαμηλής εκτίμησης της εικόνας του σώματος και της υψηλής εκτίμησης των επεισοδίων κατάθλιψης (Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. , 2000). Η απέχθεια για την σωματική εικόνα έχει ωθήσει τις γυναίκες στα άκρα των σοβαρών διατροφικών διαταραχών και ακόμα περαιτέρω στα βάθη της κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να προκαλείται σε κάποιους ασθενείς η έντονη επιθυμία για απόπειρα αυτοκτονίας (Pompili, M., Girardi, P. , Tatarelli, G. , Ruberto, A. & Tatarelli, R. , 2006). Ο Pompili και οι συνεργάτες του (2006) ανακάλυψαν μετά από κάποιες μελέτες, ότι τα άτομα που πάσχουν από ανορεξία πράττουν απόπειρα αυτοκτονίας συχνότερα από τα άτομα που δεν έχουν διατροφικές διαταραχές. Επίσης, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αυτοκτονία είναι σημαντική αιτία θανάτου, μεταξύ των ασθενών με διατροφικές διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης. **(Hamilton, S. ,2008).**

Οι κοινωνικοπολιτιστικές πιέσεις, αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για τη δυσαρέσκεια του σώματος. Έχει παρατηρηθεί, ότι η πίεση από το κοινωνικό περιβάλλον, να είναι κάποιος λεπτός ενθαρρύνει τη δυσαρέσκεια σώματος, λόγω του ότι τα επαναλαμβανόμενα μηνύματα ότι κάποιος ο οποίος δεν είναι αρκετά λεπτός δεν έχει μεγάλη απήχηση στην κοινωνία, προκαλούν τη δυσαρέσκεια της εξωτερικής εμφάνισης (Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. 1986 Thompson, J. K., και συν. , 1999). Οι πιέσεις αυτές είναι πιθανόν να προέρχονται από διάφορες πηγές, όπως οι γονείς, οι συνάδελφοι, οι σύντροφοι και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Επιπλέον, αυτές οι πιέσεις μπορεί να είναι άμεσες, όπως π.χ. η ενθάρρυνση της μητέρας στην κόρη να ακολουθήσει δίαιτα, ή έμμεσες, όπως ένας συνομήλικος που εκφράζει θαυμασμό στα μοντέλα. Όταν όμως το άτομο δεν καταφέρει να αποκτήσει το ιδανικό σώμα, τότε οδηγείται σε κατάθλιψη, καθώς πιστεύει ότι απογοητεύει το κοινωνικό του περιβάλλον. **(Whitenton, K. & Stice, E. ,2002).**

Τα περισσότερα άτομα που παρουσιάζουν τις διατροφικές διαταραχές είναι νέοι, και οι περισσότεροι από αυτούς ζουν σε κοινωνίες όπου το λεπτό σώμα αποτελεί το ιδεώδες της ομορφιάς. Αυτό είναι μια αξία που προκαλεί πολλές ψεύτικες πεποιθήσεις όπως «η επιτυχία», «η δύναμη», «η ικανότητα», «η ευτυχία» και «ο πλούτος». Επομένως, αυτό δίνει την εντύπωση ότι ακόμα μεγαλύτερη σημασία έχει το γεγονός ότι πρέπει να ληφθούν αποτελεσματικά μέτρα από τον δημόσιο τομέα, για αυτά που παρουσιάζονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα γυναικεία περιοδικά, όπως το ιδεώδες της ομορφιάς. **(Claudino, A.M. , Furth, E.F. & Moya , T. ,2007).**

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, τα παιδιά που παρακολουθούν πολλές ώρες τηλεόραση και διαβάζουν περιοδικά, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχές της διάθεσης και της διατροφής. Τα άτομα που συμμετέχουν, στις σαπουνόπερες, στις κινηματογραφικές ταινίες και τα μουσικά βίντεο, τα οποία για τις ασθενείς έχουν το "τέλειο" σώμα, συμβάλλουν κατά κάποιο τρόπο στα υψηλότερα ποσοστά της δυσαρέσκειας της εικόνας του σώματος. Η υπερβολική ενασχόληση με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορεί επίσης, να συσχετιστεί με το υψηλό ποσοστό εμφάνισης της κατάθλιψης, στην παιδική ηλικία. **(Derenne, J. & Beresin, E. ,2006).**

Αρκετές μελέτες (Cusumano D, Thompson J., 1997; Harrison K, Cantor J., 1997) έχουν ανακαλύψει μικρές αρνητικές επιπτώσεις των μέσων μαζικής

ενημέρωσης στην εικόνα του σώματος, αλλά όχι στις διατροφικές συμπεριφορές. Αντίθετα, ο Stice και οι συνεργάτες του (2001) διαπίστωσαν ότι, κορίτσια που βρίσκονταν στην εφηβεία επιλέχθηκαν τυχαία για να πάρουν μέρος σε ένα περιοδικό μόδας, είχαν επηρεαστεί αρνητικά, αφού ξεκίνησαν δίαιτα, εμφάνισαν βουλιμικά συμπτώματα, και απέκτησαν δυσανεξία για το σώμα τους. Τα αποτελέσματα αυτά, παρατηρήθηκαν κυρίως σε κορίτσια, που ήταν πιο ευάλωτα, που είχαν χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης ή είχαν εμφανίσει στο παρελθόν υψηλά επίπεδα δυσανεξίας σώματος. (Berg, P. , Neumark-Sztainer, D. , Hannan, P. & Haines, J., 2007).

Παιδιά τα οποία μεγαλώνουν σε οικογένειες με αυταρχικούς γονείς τείνουν να μην αναπτύσσουν ολοκληρωμένη προσωπικότητα, με αποτέλεσμα να ακολουθούν τα κοινωνικά πρότυπα οποιαδήποτε και να είναι αυτά. Στην σημερινή κοινωνία η δίαιτα και η διατήρηση μιας λεπτής σιλουέτας είναι ένα μέσο απόκτησης ελέγχου και προσωπικής ταυτότητας. Η σύγχρονη δυτικού τύπου κοινωνία αποδυναμώνει σημαντικά τους δεσμούς της οικογένειας, η τηλεόραση, το διαδίκτυο και τα μέσα ενημέρωσης αποτελούν τα κύρια μέσα ενασχόλησης κυρίως νεαρών ατόμων. Λόγω των υψηλών απαιτήσεων της κοινωνικής ζωής οι γονείς πολλές φορές παραμελούν τα παιδιά τους, με αποτέλεσμα το ίδιο το παιδί να μεγαλώνει μόνο του και αντιμετωπίζει μόνο του δυσκολίες, βάζει στόχους που πολλές φορές είναι λανθασμένοι. Η απομάκρυνση της οικογένειας θεωρείται από τους σημαντικούς παράγοντες έξαρσης της ανορεξίας και της κατάθλιψης (Χατζηγεωργίου, X. ,2004).

Η σύνδεση της ποιότητας ζωής και της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών ερευνάται πάρα πολύ έντονα τα τελευταία χρόνια. Η ποιότητα ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική σύμφωνα με τις προσδοκίες του ατόμου αλλά και αντικειμενική σύμφωνα με τις εξωτερικές συνθήκες. Όσον αφορά την καταθλιπτική διαταραχή φαίνεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία και η υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής θεωρούνται έννοιες ταυτόσημες. Οι βασικές παράμετροι του όρου ποιότητα ζωής έχουν παρθεί βάση της κοινωνίας, της κάλυψης των κοινωνικών αναγκών, του τύπου εργασία κτλ (Κοκκώση, Μ. , Οικονόμου, Μ. , Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ. ,2001).

Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι οι τελευταίες στατιστικές δείχνουν πως οι διατροφικές διαταραχές αυτές είναι πιο συνήθεις σε ορισμένους κύκλους και κυρίως στα άτομα αυτά που η εμφάνιση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη ζωή τους όπως τους ηθοποιούς , τα μοντέλα, τους γυμναστές, τις μπαλαρίνες όπου οι αριθμοί είναι πιο ψηλοί. Περίπου 10% του πληθυσμού σε κάποιο στάδιο της ζωής του παθαίνει κάποιας μορφής ανορεξία ή βουλιμία. (Μικελλίδης, Γ. ,2004).

Η κοινωνία δεν διαδραματίζει ρόλο μόνο για την εμφάνιση της ανορεξίας αλλά και όταν η διαταραχή έχει ήδη διαγνωσθεί. Οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική αναπηρία στην κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία καθώς και τον σωματικό πόνο. (Κοκκώση, Μ. , Οικονόμου, Μ. , Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ. , 2001).

Από την πλευρά τώρα της κατάθλιψης φαίνεται ότι το κοινωνικό επίπεδο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Για άτομα χαμηλών κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων, η πιθανότητα για εμφάνιση της κατάθλιψης είναι 1.8 φορές μεγαλύτερη από ότι σε υψηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα. (Annseau, M. , Deliege, D. , Eaton, W., Lorant, V. , Philippott, P. & Robert, A. ,2003).

Επίσης φαίνεται ότι άτομα τα οποία εξασκούν ένα επάγγελμα με υπεραυξημένες ευθύνες τείνουν να εμφανίζουν πιο συχνά καταθλιπτικές διαταραχές

λόγω του άγχους που τους προκαλεί η εργασία τους. (Lorant, V. , Deliege, D. , Eaton, W., Robert, A., Philippott, P. & Annseau, M. ,2003).

Ένας ακόμα λόγος άγχους είναι και η ανεργία η οποία τα τελευταία χρόνια ολοένα αυξάνεται. Για μεγάλο ποσοστό ανθρώπων το να είναι άνεργοι σημαίνει δυσκολία επιβίωσης και ικανοποίησης κοινωνικών αναγκών. Πολλές φορές η απόγνωση, η απομόνωση , η συνεχόμενη σκέψη και η “κακή ” ζωή οδηγούν ένα άτομο στα μονοπάτια της κατάθλιψης. (Νιάκας, Δ. , Πολάκη, Ο. & Σκαπινάκη, Π. ,2007).

### **3.4 Στοιχεία που διαφοροποιούν τις δύο διαταραχές**

Ορισμένες μελέτες υπογραμμίζουν τις διαφορές μεταξύ των δύο διαταραχών, και θεωρούν ότι η κατάθλιψη είναι μια παθολογική κατάσταση, η οποία συνδέεται με τη νευρική ανορεξία (López, 2001, Morandé et al., 1995). Μέσω αυτών των μελετών, συμπεραίνεται ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης σχετίζεται με την ύπαρξη μιας καθορισμένης και διαγνωσθείσας διαταραχής σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια. Θεωρείται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να είναι συνέπεια της κακής διατροφής (Togo, 2001). Αυτό αποδείχτηκε όταν υπήρξε βελτίωση στην ψυχολογία των ανόρεκτων ατόμων, μετά την αποκατάσταση του βάρους τους (López, 2001; (García-Alba, C. ,2004).

Κάποιοι ερευνητές έχουν παρατηρήσει ότι υπάρχει μια συσχέτιση της νευρικής ανορεξίας και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Οι πιο συχνές αναφορές μεταξύ αυτών, είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως χαμηλή διάθεση και αδυναμία συγκέντρωσης είναι πολύ συχνά και στους ανορεκτικούς ασθενείς. Έχουν επισημανθεί όμως, από τους Garfinkel και Garner, κάποιες έντονες διαφορές μεταξύ των δύο ασθενειών. Για παράδειγμα, ενώ η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι ένα γενικό πρόβλημα σε καταθλιπτικούς ασθενείς, για τους ανόρεκτους τα προβλήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης τείνουν να επικεντρώνονται σε θέματα σχετικά με την εικόνα του σώματος. (Gordon, R. A. ,2000).

Η ανορεξία θεωρείται μία από τις πιο γνωστές διατροφικές διαταραχές που εμφανίζονται σε γυναίκες νεαρή ηλικίας αλλά και μεγαλύτερης ηλικίας. Έχει αποδειχθεί ότι είναι το αποτέλεσμα τη συναισθηματικής σύγκρουσης κυρίως των γυναικών.(Lederer, J. ,2002).

Χαρακτηριστικά της ανορεξίας είναι σοβαρή απώλεια βάρους που πολλές φορές μπορεί να φτάσει ακόμα και το 85% του κανονικού βάρους. Χαρακτηρίζεται από άρνηση της εικόνας του ατόμου και λανθασμένη εκτίμηση του μεγέθους και σχήματος του σώματος . Στα χαρακτηριστικά της ανορεξίας περιλαμβάνονται και τα συχνά τσιμπολογήματα με αποτέλεσμα το άτομο να καταναλώνει πολύ περισσότερη ποσότητα από την φυσιολογική και ακολούθως πράξεις εξαγνισμού ( πρόκληση εμετού, λήψη καθαρτικών ,αύξηση τη γυμναστικής) ως τιμωρία για τα τσιμπολογήματα. Οι ειδικοί πολλές φορές θεωρούν ότι η ανορεξία είναι αποτέλεσμα της έλλειψης προσοχής προς το άτομο και ένας τρόπος για να τραβήξει όλα τα βλέμματα πάνω του. (Courtney, M. ,2005).

Οι αιτίες οι οποίες θεωρούνται υπεύθυνες για την εμφάνιση της ανορεξίας είναι:

- Μη φυσιολογική λειτουργία των χημικών νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου. (Xavier, R. ,2002).

- Ψυχολογικοί παράγοντες , παθολογικός φόβος για διατήρηση του βάρους του ατόμου, φόβος απόρριψης από τους άλλους, φόβος αλλαγής του σχήματος του σώματος ειδικά κατά την εφηβεία και αντίδραση προς την επιμονή τη μητέρας για αυξημένη λήψη τροφής. **(Xavier, R. ,2002).**
- Κοινωνικοί παράγοντες όπως είναι η υπεραφθονία τροφών σε αντίθεση με την έμφαση που δίνεται από την κοινωνία στο να είναι αδύνατο ένα άτομο, χαμηλή κοινωνική μόρφωση η οποία δημιουργεί αίσθημα κατωτερότητας, αλλά και χαμηλή αυτοεκτίμηση στο άτομο. **(Courntey, M. ,2005).**
- Οικογενειακά προβλήματα μπορούν επίσης να παίξουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.**(Courntey, M. ,2005).**

Αντίθετα η κατάθλιψη θεωρείται ασθένεια αρχικά του ψυχισμού και αργότερα του σώματος. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης δεν συνδέεται άμεσα με διατροφικά αίτια. **(Courntey, M. ,2005).**

Χαρακτηρίζεται από κακή διάθεση, απώλεια του ενδιαφέροντος για πράγματα που ευχαριστούν το άτομο, άγχος, συναισθηματική αμβλύτητα, προβλήματα συγκέντρωσης και μνήμης , παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις , αυτοκτονικές παρορμήσεις. Επίσης σωματικά σταδιακά εμφανίζονται συμπτώματα όπως είναι τα προβλήματα ύπνου, νοητική και σωματική επιβράδυνση, αύξηση ή ελάττωση της όρεξης, κόπωση, δυσκοιλιότητα και άλλα συμπτώματα των οποίων η εμφάνιση διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο.**(McKenzie, K. ,2008).**

Για την διάγνωση της κατάθλιψης δεν αρκεί απλά μια επίσκεψη στον ψυχολόγο αλλά είναι αποτέλεσμα μια διαδικασίας και συνεχής ιατρικής παρακολούθησης. Επίσης το άτομο υποβάλλεται και σε ιατρικές εξετάσεις έτσι ώστε να εξακριβωθεί ότι δεν πάσχει από κάποια άλλη πάθηση η οποία μπορεί να εμφανίζει παρόμοια συμπτώματα με την κατάθλιψη. **(Sandra L. , Martin. ,2005).**

Οι κύριες αιτίες οι οποίες θεωρούνται υπεύθυνες για την εμφάνιση της κατάθλιψης είναι :

- Οικογενειακοί παράγοντες. Οι ειδικοί συσχετίζουν κυρίως την μητρική κατάθλιψη με την κατάθλιψη των παιδιών. Επίσης όταν ένα άτομο της οικογένειας πάσχει από κάποια άλλη ψυχική νόσο όπως παραδείγματος χάριν αλκοολισμό, τα υπόλοιπα μέλη βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Καταστάσεις όπως σεξουαλική βία ή κάθε είδους κακοποίηση εντός της οικογένειας μπορεί να προμηνύουν εμφάνιση της κατάθλιψης. **(Chong, J. ,2006).**
- Κοινωνικοί παράγοντες όπως είναι η φτώχεια, η ανεργία είναι σημαντικοί παράγοντες που μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την κατάθλιψη. Το είδος της εργασίας των γονέων φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την εξέλιξη των παιδιών όσον αφορά την εμφάνιση της νόσου. Ένας κοινός παράγοντας ανορεξίας και κατάθλιψης είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ενός ατόμου. **(Πολάκης, O. ,2007).**
- Κληρονομικότητα. Φαίνεται ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης μπορεί να σχετίζεται και με την κληρονομικότητα του ατόμου. Ενώ διαφαίνεται η επίδραση κάποιου γονιδίου, δεν απορρίπτεται αλλά μάλλον υποστηρίζεται η πιθανότητα περισσότερα από ένα γονίδια να ευθύνονται για την εκδήλωση της ασθένειας. **(Grados, M., Riddle, M. & Samuel J. ,2001).**
- Βιολογικοί Παράγοντες. Αναφερόμενοι στους βιολογικούς παράγοντες εννοούμε την επίδραση που μπορεί να έχουν κάποια βιολογικά συστήματα στην εμφάνιση διαφόρων ασθενειών. Για την κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί ότι

πολλές φορές κάποια δυσλειτουργία των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. **(Κάκουρος, Ε. ,2002).**

- Επίσης το ίδιο το γυναικείο σώμα μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Κάποια ορμονική διαταραχή σε διάφορες φάσεις στην ζωή μιας γυναίκας μπορεί να επηρεάσουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. **(Ευθυμίου, Κ., Μαυροϊδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. ,2006).**

### **3.5 Ομοιότητες και διαφορές στην φαρμακευτική αγωγή στις δύο διαταραχές**

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το πρόγραμμα της θεραπείας για νευρική ανορεξία και κατάθλιψη πρέπει να περιλαμβάνει, αποκατάσταση βάρους, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, και, τέλος, φαρμακοθεραπεία. **(Balottin, U. , Chiappedi, M., Fazzi, E. , Lanzi, G. , Rossi, M. & Rossi, G. ,2007).**

Η συνοσηρότητα μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των διαταραχών της διάθεσης είναι ένα μείζον θέμα κατά την αξιολόγηση και τη θεραπεία ασθενών με νευρική ανορεξία. Σε κάποιες μελέτες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί, δεν είναι σαφές, ότι οι διαταραχές της διάθεσης εμφανίζονται πιο συχνά σε γυναίκες που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές από ό, τι σε υγιείς γυναίκες. Η συχνότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ανορεκτικούς ασθενείς, η ανταπόκριση των ασθενών σε ορισμένα αντικαταθλιπτικά, η εμφάνιση των συγκρίσιμων φυσιολογικών ανωμαλιών στη μείζονα κατάθλιψη και στη νευρική ανορεξία, αποτελούν στοιχεία τα οποία συνδέουν τις δύο διαταραχές. **(Kaiser, F. , Qazi, A. & Syed, A. ,2007).**

Η νευρική ανορεξία είναι μια χρόνια ασθένεια που σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Μεγάλες ελεγχόμενες μελέτες με εικονικό φάρμακο υποστηρίζουν ότι η χρήση των ψυχοτρόπων φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων και των άτυπων αντιψυχωτικών, για τη θεραπεία της ανορεξίας είναι σήμερα περιορισμένη λόγω της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Μια πρόσφατη διπλή - τυφλή ελεγχόμενη δοκιμή, με εικονικό φάρμακο, σε έναν ενήλικο πληθυσμό προσκόμισε αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητά του σε ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε ολανζαπίνη. Μέσω αυτής της μελέτης αποδείχτηκε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παρουσίασε, αύξηση βάρους και μείωση των συμπτωμάτων **(Bissada et al., 2008).** **(Norris, M. & Ritchie, B. ,2009).**

Η αντιψυχωτική χλωροπρομαζίνη μελετήθηκε αρχικά την δεκαετία του 1960. Παρόλο, που με την χορήγησή της έχει επιτευχθεί αρχική αύξηση βάρους, οι ασθενείς υπέστησαν και ανεπιθύμητες παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένης της επιληψίας και της αυξανόμενης πρόκλησης κενώσεων και δεν παρήγαγε συνεχές κέρδος βάρους σε πιο μακροπρόθεσμη επανεξέταση. Έχουν υπάρξει πιο πρόσφατες διπλής τύφλωσης, μελέτες του pimozone και του sulpiride. Με το pimozone, οι ασθενείς οδηγήθηκαν σε αύξηση του βάρους, ενώ με την χορήγηση του sulpiride δεν υπήρξε σημαντικό όφελος στο κέρδος βάρους. Κανένα, από τα δύο φάρμακα δεν επέφερε σημαντικές αλλαγές στη διατροφική διαταραχή και συμπεριφορά. **(Zhu, A. & Walsh, T. ,2002).**

Ο Gross και οι συνεργάτες του (1981) διεξήγαγαν μία ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη, με χορήγηση λιθίου. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές ενδιαφέρονταν, να εξετάσουν εάν η σύνδεση της χορήγησης του λιθίου και η αύξηση του βάρους θα μπορούσε να εφαρμοστεί επωφελώς στη θεραπεία των ασθενών με ανορεξία. Σε μια δοκιμή τεσσάρων εβδομάδων, εξέτασαν την αύξηση του σωματικού βάρους, στην θεραπεία οκτώ γυναικών με την χορήγηση ανθρακικού λιθίου και στην θεραπεία οκτώ γυναικών με την χορήγηση ψευδοφαρμάκου και βρήκαν ένα μικρό πλεονέκτημα για τους ασθενείς που τους χορηγήθηκε λίθιο, ειδικά στις δύο τελευταίες εβδομάδες της μελέτης. **(Halmi, K. ,1992).**

Η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας είναι μια λογική επιλογή καθώς πολλοί ανορεκτικοί ασθενείς υποφέρουν από συμπτώματα κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, χαμηλή ενέργεια, έλλειψη ενδιαφέροντος, κοινωνική απομόνωση και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα (σχετικά με την κατανάλωση των τροφίμων και άλλες συμπεριφορές (Mayer 1998). Επιπλέον, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν θεωρηθεί ωφέλιμα στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, λόγω της επίδρασης τους στην αύξηση βάρους. **(Bacaltchuk, J. , Claudino, AM. , Hay, P. , Schmidt, U. , Silva de Lima, M. & Treasure, J. ,2009).**

Η έλλειψη ψευδαργύρου συνδέεται με την απώλεια βάρους, την αλλαγή αντίληψης της γεύσης, αμηνόρροια, κατάθλιψη και γενικά με όλα τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας. Αυτή η παρατήρηση, που συνδέεται με τις εκθέσεις της ανεπάρκειας ψευδάργυρου που σχετίζεται με την εμφάνιση της ανορεξίας, ώθησε αρκετές ελεγχόμενες δοκιμές των συμπληρωμάτων ψευδαργύρου. Ενώ σε μια ελεγχόμενη δοκιμαστική μελέτη σε ενήλικες, παρατηρήθηκε ότι η χορήγηση ψευδαργύρου συνέβαλλε στην αύξηση βάρους (Birmingham, Goldner,& Bakan, 1994), δύο άλλες δοκιμές σε εφήβους δεν βρήκαν κάποια θετική επίδραση(Katz et al.,1987, Lask, Fosson, Rolfe & Thormas,1993). Επομένως, η επίδραση του ψευδαργύρου στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας είναι απροσδιόριστη. **(Dwight L. Evans,D. , Foa, E. , Hendin, H. , Gur, R. , O'Brien, C. , Seligman, M. & Walsh, T. ,2005 ).**

Μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για την αξιολόγηση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Η χορήγηση του clomipramine, μελετήθηκε για την ανορεξία σε οκτώ ασθενείς, και δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική επίδραση αυτών των φαρμάκων στην αύξηση του σωματικού βάρους, πέρα από το ψευδοφάρμακο (placebo) (Attia E, Mayer, L. , Killory, E. ,2001). Σε μια διπλή-τυφλή ελεγχόμενη δοκιμαστική μελέτη, σε 25 ασθενείς χορηγήθηκε το αντικαταθλιπτικό φάρμακο, amitriptyline, με σκοπό να παρατηρηθούν αλλαγές στη διάθεση, στο σωματικό βάρος, και στην αντίληψη του σώματος. Μετά το τέλος της μελέτης, δεν παρατηρήθηκε κάποιο όφελος από την χορήγηση αυτού του φαρμάκου, έναντι του ψευδοφάρμακου (Biederman J, Herzog DB, 1985). **(Kerr, J. & Loeffler, T. ,2007).**

Το φάρμακο fluoxetine, είναι ευρύτατα μελετημένο λόγω των χαμηλών καρδιαγγειακών και αντιχολινεργικών παρενεργειών του, καθώς και της απουσίας των διατροφικών περιορισμών (Gwirtsman HE, Guze BH, Yager J, Gainsley B, 1999). Δυστυχώς όμως, τα αποτελέσματα από την χορήγηση του fluoxetine ποικίλουν. Σε μια πρόσφατη μελέτη, η οποία διεξήχθη σε 6 ανόρεκτους ασθενείς, στους οποίους χορηγήθηκε fluoxetine, παρατηρήθηκε ότι επέφερε θετικές επιδράσεις και κυρίως αύξηση βάρους (Gwirtsman HE, Guze BH, Yager J, Gainsley B, 1999). Μια επακόλουθη διπλή-τυφλή ελεγχόμενη δοκιμαστική μελέτη, η οποία διήρκησε επτά εβδομάδες, σε 31 ασθενείς, παρουσίασε ότι το fluoxetine δεν είχε όφελος στην αύξηση βάρους ή στη ψυχική κατάσταση των ανορεκτικών ασθενών (Attia E, Haiman C, Walsh BT, Flater SR., 1998.) Μια άλλη διπλή-τυφλή ελεγχόμενη δοκιμαστική μελέτη με ψευδοφάρμακο, διαστήματος ενός χρόνου, σε 35 ασθενείς έδειξε ότι το fluoxetine ήταν χρήσιμο στη φάση συντήρησης του σωματικού βάρους (Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, 2001). Αφότου είχαν επανακτήσει ήδη οι ασθενείς το βάρος τους , το fluoxetine τους βοήθησε να διατηρήσουν το βάρος και να μειώσουν την πιθανότητα της υποτροπής. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στους ασθενείς

που είχαν υψηλότερο επίπεδο της σεροτονίνης, όταν ξεκίνησε σε αυτούς η χορήγηση του fluoxetine. **(Loeffler, T. ,2007).**

Η ρύθμιση της σεροτονίνης έχει μελετηθεί εκτενώς όσον αφορά το ρόλο της σε βασικούς μηχανισμούς, όπως η διατροφή και η νηστεία, αλλά και στα διαφορετικά κλινικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών. Ο μεταφορέας σεροτονίνης (5-HTT), που κωδικοποιείται από το γονίδιο SLC6A4, μπορεί επίσης να έχει έναν σημαντικό ρόλο στις διαταραχές πρόσληψης τροφής, καθώς η διαθεσιμότητά του είναι μειωμένη στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Η χορήγηση αναστολέων σεροτονίνης είναι η πιο συχνά συνταγή στα ανορεκτικά άτομα. Υψηλές δόσεις των επιλεκτικών αναστολέων σεροτονίνης (SSRIs) χορηγούνται συνήθως σε διατροφικές διαταραχές, καθώς συμβάλλουν στην αύξηση και διατήρηση του βάρους, και στην αλλαγή της διάθεσης. **(Philip, G. ,2004).**

Ο ανταγωνιστής της σεροτονίνης, cyproheptadine, έχει εξεταστεί σε διάφορες ελεγχόμενες μελέτες. Θεωρείται ότι αυτό το φάρμακο έχει νευροχημικές συνέπειες αντίθετες με εκείνες του SSRIs (σεροτονίνη). Το cyproheptadine είναι ένα αντισταμινικό φάρμακο το οποίο μειώνει την κεντρική δραστηριότητα της σεροτονίνης και διαπιστώθηκε ότι προκαλεί αύξηση του σωματικού βάρους. Μία ελεγχόμενη, με εικονικό φάρμακο, μελέτη των ασθενών με νευρική ανορεξία δεν έδειξε σημαντική βελτίωση του βάρους (Vigersky RA, Loriaux DL ,1977). Ωστόσο, σε μια άλλη μελέτη που χρησιμοποίησε ένα μεγαλύτερο δείγμα ασθενών και περισσότερη δόση φαρμάκου, παρατηρήθηκε ότι το cyproheptadine προκάλεσε σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους μόνο σε ασθενείς με την πιο σοβαρή μορφή της νόσου (Goldberg SC, Halmi KA, Eckert ED, Casper RC, Davis JM., 1979). Σε μια τρίτη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Halmi KA, Eckert ED, LaDu TJ, Cohen J. το 1986, διαπιστώθηκε ότι ο χρόνος για να επιτευχθεί το επιθυμητό βάρος ήταν πιο σύντομος με το cyproheptadine και όταν οι ασθενείς χωρίστηκαν σε υποκατηγορίες βάσει της βουλιμικής κατάστασης· η υποομάδα που αποτελούνταν από τους μη υπερβολικούς καταναλωτές τροφίμων παρουσίασε μια ικανοποιητική αύξηση βάρους , ενώ η υποομάδα των ασθενών που εκδήλωναν υπερφαγία ή προκαλούσαν εκούσια κένωση εμφάνισε μηδαμινή αύξηση βάρους. Παρόλο, που από την συγκεκριμένη μελέτη παρατηρούνται θετικές επιδράσεις σε μια υποομάδα ασθενών, οι επιπτώσεις του cyproheptadine ήταν μικρές και για αυτό τον λόγο δεν χρησιμοποιείται ευρέως στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. **(Walsh, T. & Zhu, A. ,2002).**

Τα αντικαταθλιπτικά χάπια μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην θεραπεία της κατάθλιψης. Όταν λαμβάνονται σύμφωνα με τις οδηγίες συνταγογράφησης και στη συνιστώμενη δόση συχνά αρχίζουν να αμβλύνουν τα συμπτώματα μέχρις ότου να επιτευχθεί το πλήρες όφελος. **(McKenzie, K. ,2008).**

Στην κατάθλιψη παρατηρούνται οργανικές αλλαγές του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί το σώμα και τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την λειτουργία τους στο φυσιολογικό. Τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών είναι χαμηλά στην κατάθλιψη. Τα αντικαταθλιπτικά δρουν αυξάνοντας την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στο χώρο ανάμεσα στα κύτταρα. Η ποσότητα του νευροδιαβιβαστή στη σύναψη μπορεί να αυξηθεί από διάφορα φάρμακα που δρουν με διαφορετικό τρόπο:

- Αυξάνοντας την ποσότητα του νευροδιαβιβαστή που παράγεται (τρυπτοφάνη).
- Εμποδίζοντας την διάσπαση των νευροδιαβιβαστών (αναστολείς της μονοαμεινοοξειδάσης).

- Αναστέλλοντας την επαναρρόφηση των νευροδιαβιβαστών της σύναψης από τα νευρικά κύτταρα (τρικυκλικά, ενώσεις συγγενικές των τρικυκλικών).

Με την πάροδο του χρόνου ο οργανισμός διορθώνει τα ελλείμματα του, η ποσότητα των νευροδιαβιβαστών που παράγονται φυσιολογικά αυξάνεται και δεν χρειάζονται πλέον τα αντικαταθλιπτικά. **(McKenzie, K., 2008).**

Η δράση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών βασίζεται στο γεγονός ότι αυξάνουν την ποσότητα του νευροδιαβιβαστή ανάμεσα στα κύτταρα εμποδίζοντας την επαναρρόφηση του από το κύτταρο που τον απελευθέρωσε. Θεωρούνται πολύ αποτελεσματικά και η δράση τους ξεκινάει περίπου δυο εβδομάδες μετά την χορήγηση τους. **(McKenzie, K., 2008).**

Τα τρικυκλικά φαίνεται να προκαλούν ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες που περιορίζουν την χρήση τους και μειώνουν την συνεργασιμότητα των αρρώστων στην θεραπεία. Οι αντιχολινεργικές ενέργειες δυσχεραίνουν τη συγκέντρωση και τη λειτουργία της μνήμης, ενώ η ξηροστομία και η θολή όραση στην αρχή της θεραπείας εμποδίζουν τον άρρωστο να φθάσει σε θεραπευτικά δοσολογικά επίπεδα. **(Μάνος, Ν., 1997).**

Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης ασκούν την αντικαταθλιπτική τους δράση αναστέλλοντας την μονοαμινοξειδάση, το ένζυμο που μεταβολίζει τις βιογενείς αμίνες και έτσι ενισχύει την δράση των αμινών στο συναπτικό χώρο. Όλοι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης εκτός της μοκλοβεμίδης είναι μη εκλεκτικοί και μη αναστρέψιμοι. **(Μαρσέλος, Μ., 2006).**

Δυστυχώς δρουν και στο υπόλοιπο σώμα όπου η ουσία αυτή έχει σημαντικές λειτουργίες. Μια από αυτές είναι η διάσπαση μιας χημικής ένωσης που ονομάζεται τυραμίνη και περιέχεται σε ένα αριθμό τροφών. Μεγάλη ποσότητα τυραμίνης προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης και έντονη σφύζουσα κεφαλαλγία που μπορεί να οδηγήσει σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Όσοι λαμβάνουν αυτά τα φάρμακα επομένως θα πρέπει να τηρούν μια δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε τυραμίνη και να φέρουν μαζί τους μια ένδειξη της χρήσης τους. **(McKenzie, K., 2008).**

Το ανθρακικό λίθιο χρησιμοποιείται για την θεραπεία μανιακών καταστάσεων τα τελευταία χρόνια. Δεν είναι τόσο διαδεδομένο ως θεραπευτικό μέσο αλλά ως σταθεροποιητής της διάθεσης. Είναι δυνατόν να έχει σοβαρές τοξικές επιπτώσεις και κατά συνέπεια η χρήση του σε πολλές περιπτώσεις αντενδείκνυται. Το φάρμακο αυτό χαρακτηρίζεται από την ικανότητα του να ελέγχει τις διακυμάνσεις της ψυχικής διάθεσης και είναι χρήσιμο σε ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν διατροφικές διαταραχές σε συνδυασμό με καταθλιπτική διαταραχή. Οι ασθενείς που λαμβάνουν λίθιο, χρειάζεται να κάνουν τακτικές αναλύσεις αίματος και χρειάζονται επίβλεψη για εντοπισμό πιθανόν τοξικών παρενεργειών. **(Altschul, A., 2000).**

Οι SSRIs δεν κυκλοφορούν στην αγορά πολλά χρόνια σε σχέση με τα τρικυκλικά. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι δεν είναι καλύτεροι από τα τρικυκλικά και καθώς είναι πολύ ακριβά φάρμακα, τα συνταγογραφούν στα άτομα που δεν μπορούν να πάρουν τρικυκλικά. Η έρευνα ωστόσο δείχνει ότι τα άτομα που παίρνουν SSRIs έχουν λιγότερες πιθανότητες να σταματήσουν την αγωγή λόγω παρενεργειών, σε σχέση με τα άτομα που παίρνουν τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οπότε άλλοι ειδικοί συνιστούν τους SSRIs. **(Altschul, A., 2000).**

Οι ειδικοί αναστολείς της σεροτονίνης βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όσον αφορά τους ασθενείς της κατάθλιψης αλλά και της ανορεξίας. Τα SSRIs είναι αποτελεσματικά και αποτελούν τα φάρμακα πρώτης επιλογής στην



κατάθλιψη και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή στον ενήλικα. Στον έφηβο μπορεί να είναι αποτελεσματικά στην κατάθλιψη και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ενώ στο παιδί μπορεί να είναι αποτελεσματικά μόνον στη δεύτερη περίπτωση. Η τάση για αυξανόμενη χρήση των SSRIs σε παιδιά και εφήβους καταγράφεται σε Ευρωπαϊκές χώρες π.χ. Βρετανία και Δανία. Παρόμοια αυξημένη χρήση γίνεται και των ανασταλτικών επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης (π.χ. βενλαφαξίνη) χωρίς να υπάρχουν έγκυρες δοκιμές για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των φαρμάκων αυτών. (Altschul, A., 2000).

Τα SSRIs είναι γνωστό ότι αυξάνουν τον διαθέσιμο χρόνο της σεροτονίνης στην συναπτική σχισμή αναστέλλοντας τον 5HT μεταφορέα της σεροτονίνης. Δεδομένου ότι η σεροτονίνη αποτελεί νευροδιαβιβαστή με ειδική λειτουργία στην ανάπτυξη του εγκεφάλου προπάντων κατά την οντογένεση, έγκυρες κλινικές δοκιμές αλλά και μελέτες εργαστηρίου των SSRIs για πιθανές ανεπιθύμητες μακροχρόνιες παρενέργειες στο σεροτονεργικό σύστημα είναι απαραίτητες πριν οποιαδήποτε θεραπευτική χρήση στο παιδί και τον έφηβο. Επιπλέον αποτελεί αντικείμενο σημαντικού κλινικού ενδιαφέροντος η πιθανή επίδραση στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο του εμβρύου η χρήση από τη μητέρα SSRIs κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Χορήγηση των SSRIs φλουοξετίνη και σερτραλίνη όπως και του SNRI σιβουτραμίνη σε πειραματόζωα επί τέσσερις ημέρες σε υψηλές δόσεις (φλουοξετίνη 114 mg/kg, σερτραλίνη 286 mg/kg και σιβουτραμίνη 128 mg/kg) προκάλεσε διάσπαρτη διόγκωση και νέκρωση σεροτονεργικών νευρώνων. (Altschul, A., 2000).

Κάποιες μελέτες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί, έχουν διαπιστώσει ότι τα φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης όταν οι ασθενείς με νευρική ανορεξία είναι λιποβαρείς. Ο Attia και οι συνεργάτες του (1998), δεν ανέφεραν κλινικά σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα μιας μελέτης η οποία διεξήχθη σε κάποιο νοσοκομείο χορηγώντας στους ασθενείς, κάποιο φάρμακο κατά την διάρκεια της θεραπευτικής φάσης για την αποκατάσταση του βάρους των ασθενών. Εν τούτοις, τα φάρμακα χρησιμοποιούνται συνήθως ενώ οι ασθενείς υποβάλλονται στη θρεπτική αποκατάσταση. (Attia, E., Loeb, K., Meehan, K. & Roberto, C., 2006).

Η χρήση και η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην ανορεξία έχουν εξεταστεί πολύ και είναι ακόμα ένα αμφισβητούμενο ζήτημα. Οι μειώσεις στη συμπτωματολογία της διατροφικής διαταραχής μετά από την καταπραϋντική θεραπεία μπορούν να αφορούν τις αλλαγές στα καταθλιπτικά συμπτώματα. (Kaiser, F., Qazi, A. & Syed, A., 2007).

**Πίνακας 12: Φάρμακα για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διάθεσης**

| Σκευάσματα | Δοσολογία mg/ημέρα | Αντιχολινεργική δράση |
|------------|--------------------|-----------------------|
|------------|--------------------|-----------------------|

|                                                                           |          |     |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|-----|
| Κυκλικά αντικαταθλιπτικά                                                  |          |     |
| Ιμιπραμίνη                                                                | 100- 300 | ++  |
| Αμιτριπτυλίνη                                                             | 100- 300 | +++ |
| Χλωρυμιπραμίνη                                                            | 100- 300 | +++ |
| Νορτυπτυλίνη                                                              | 100- 300 | +   |
| Δοξεπίνη                                                                  | 100- 300 | ++  |
| Μαπροτιλίνη                                                               | 100– 225 | +   |
| Τραζοδόνη                                                                 | 150- 500 | 0   |
| Λοφεπραμίνη                                                               | 100- 200 | +   |
| Μιανσερίνη                                                                | 60- 120  | 0   |
| Νεφανζοδόνη                                                               | 300- 500 | 0   |
| Αναστολείς της MAO                                                        |          |     |
| Μοκλοβεμίδη                                                               | 300- 600 | 0   |
| Ειδικοί Αναστολείς<br>επαναπρόσληψης<br>σεροτονίνης                       |          |     |
| Φλουοξετίνη                                                               | 20- 40   | 0   |
| Φλουβοξαμίνη                                                              | 150      | 0   |
| Σιταλοπράμη                                                               | 20- 40   | 0   |
| Παροξετίνη                                                                | 20- 40   | 0   |
| Ειδικοί αναστολείς<br>επαναπρόσληψης<br>σεροτονίνης και<br>νοραδρεναλίνης |          |     |
| Βενλαφαξίνη                                                               | 100-375  | 0   |
| Νοραδρενεργικά και<br>ειδικά σεροτονινεργικά<br>αντικαταθλιπτικά          |          |     |
| Μιρταζαπίνη                                                               | 45- 60   | 0   |

**Πηγή:** Αλεβίζος, Β. (2001). « Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική », Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, 143.

### **3.6 Ομοιότητες και διαφορές στην θεραπευτική προσέγγιση**

Για την θεραπεία της κατάθλιψης υπάρχουν τρεις μορφές θεραπείες που επίσης είναι ευρέως διαδεδομένες η ψυχολογική, η φαρμακευτική και η σωματική. Στην περίπτωση των πρώτων δύο τις αναλαμβάνει η ψυχολόγος ή ο ψυχίατρος ενώ η τελευταία εφαρμόζεται μόνο σε σοβαρές καταστάσεις κατάθλιψης. **(McKenzie K., 2008).**

Οι όμοιες θεραπευτικές προσεγγίσεις τις κατάθλιψης και τις ανορεξίας είναι η οικογενειακή θεραπεία, η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, και οι ψυχαναλυτική θεραπεία .

Η οικογενειακή θεραπεία και στις δύο περιπτώσεις απαιτεί την συνεργασία όχι μόνο του ίδιου του ατόμου αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος . Στην περίπτωση της κατάθλιψης η θεραπεία γίνεται σε συνεδρίες στις οποίες παρίσταται όλη η οικογένεια. Έχει ως στόχο να βελτιώσει την λειτουργία ολόκληρης της οικογένειας σαν σύνολο αλλά και ξεχωριστά σαν άτομα. Σκοπός είναι να εντοπιστεί η πηγή του προβλήματος, την αιτία που μπορεί να χειροτερεύει την κατάσταση του καταθλιπτικού ατόμου . **(Heru, A. ,2006).**

Στην περίπτωση της ανορεξίας η προσέγγιση της οικογενειακής θεραπείας είναι λίγο διαφορετική από της κατάθλιψης. Η οικογένεια και πάλι συμμετέχει ενεργά αλλά περισσότερο στο θέμα της επανασίτισης του ατόμου αλλά και της ψυχολογικής του υποστήριξης. Ένας τρόπος που βοηθάει η οικογένεια το άτομο με ανορεξία είναι τα οικογενειακά γεύματα. Είναι πολύ σημαντικό το άτομο να νοιώθει την υποστήριξη των δικών του ανθρώπων σε αυτή την πολύ δύσκολη στιγμή για το ίδιο εάν λάβουμε υπόψη ότι υπάρχει άρνηση του ατόμου προς την τροφή. **(Le Grange, D. , 2005).**

Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία εφαρμόζεται και στις δύο περιπτώσεις κατά παρόμοιο τρόπο. Και πάλι εφαρμόζεται με συνεδρίες έχοντας ως στόχο την τροποποίηση των σκέψεων και την αλλαγή των συμπεριφορών του ατόμου. **(Gambrill, E. ,2000).**

Στην ανορεξία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αποκατάσταση της αυτοπεποίθησης του ατόμου και στην βελτίωση της συνολικής εικόνας που έχει για τον εαυτό του. **(Craske, M. & Hazlett-Stevens, H. ,2002).**

Επίσης επικεντρώνεται στην αλλαγή τη στάσης του ατόμου απέναντι στην τροφή , στη μείωση της παθολογικής φοβίας του ατόμου για αύξηση βάρους αλλά και στην ομαλή αποδοχή των φυσιολογικών προτύπων. **(Andersen, A. , Bowers, W. & Watson, T. ,2000).**

Η ψυχαναλυτική θεραπεία είναι μια μορφή θεραπείας κατά την οποία ο αναλυτής δεν δίνει απολύτως καμία οδηγία στον ασθενή , δεν τον κατευθύνει αλλά τον ενθαρρύνει να μιλήσει για οτιδήποτε θέλει, σκέφτεται ή νοιώθει . Καθώς ο ασθενής μιλάει και αναλύει τις διάφορες ιστορίες του, η μια φέρνει την άλλη και ο ασθενής δεν καταλαβαίνει γιατί κάποια πράγματα έχουν αποτυπωθεί στο μυαλό του. Μέσω αυτής της διαδικασίας ο ψυχαναλυτής αναλύει τις σκέψεις του ασθενή και αρχίζει να κατανοεί τις αιτίες που το άτομο είναι αυτό που είναι ή πάσχει από την ασθένεια που πάσχει. **(Altschul, A. ,2000).**

Και στις δύο περιπτώσεις εφαρμόζεται με τον ίδιο τρόπο αν και ο ψυχαναλυτής αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες αρκετά λόγω του ότι οι ασθενείς συνήθως δεν μιλάνε εύκολα και πρέπει να περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους. Όταν όμως και στις δύο περιπτώσεις αναπτυχθεί η επικοινωνία του ασθενή με τον θεραπευτή , ο δεύτερος "εκμεταλλεύεται" την

επιλεκτική μνήμη του ασθενή ειδικά από την παιδική του ηλικία . Ο ασθενής νοιώθει άνετα εφόσον δεν γνωρίζει το γεγονός πως οτιδήποτε λέει μπορεί να αναλυθεί από τον ψυχαναλυτή του. **(Blomfield, B. ,2002).**

Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία για την περίπτωση της κατάθλιψης δεν είναι συχνή παρά μόνο σε ακραίες περιπτώσεις και ειδικά σε περιπτώσεις στις οποίες το άτομο παρουσιάζει τάσεις αυτοκτονίας ή αυτοκαταστροφής. **(Μάνος, Ν. ,1997).**

Σε σοβαρές περιπτώσεις το άτομο πολλές φορές ζητά από μόνο του να νοσηλευτεί γιατί το διακατέχει ο φόβος μήπως προκαλέσει κακό στον εαυτό του (φόβος θανάτου). **(Altscul, A. ,2000).**

Αντίθετα στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών νοσηλεύονται ενώ πολύ μικρό ποσοστό των ασθενών δεν νοσηλεύονται απλά παρακολουθούνται. Αυτό γίνεται σε περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν συντρέχει κίνδυνος για την υγεία του ασθενή. Στις περισσότερες περιπτώσεις που όπως προαναφέρθηκε απαιτείται άμεσα η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο θεωρείται αναγκαίο να γίνει εκτίμηση του υποσιτισμού αλλά και η σταδιακή λήψη τροφής παρά την άρνηση του ατόμου . Είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας ακόμα και αν το άτομο έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο.**(Στρατουδάκης, Γ. & Τζανάκης, Ε. ,2004).**

#### **4.1 Μεθοδολογία της έρευνας**

Κύριος σκοπός της έρευνας μας ήταν να διαπιστώσουμε την σύνδεση της ανορεξίας με την κατάθλιψη. Δηλαδή κατά πόσο γυναίκες που υποφέρουν από κατάθλιψη παρουσίαζαν κάποιες διατροφικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο. Ειδικά τα τελευταία χρόνια, το θέμα αυτό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της μεγάλης έξαρσης που παρατηρείται. Στο παρελθόν, είχαν γίνει πάρα πολλές έρευνες για το συγκεκριμένο θέμα αλλά όσο ο χρόνος τρέχει τα δεδομένα αλλάζουν και είναι καλό να γίνονται συνεχώς καινούργιες έρευνες. Η δική μας έρευνα ξεκίνησε τον

Ιούλιο του 2008 και ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2009 . Το εύρος των ηλικιών των γυναικών που αποφασίσαμε να μελετήσουμε είναι μεταξύ 18 και 30 χρόνων. Ο λόγος που επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες ηλικίες, είναι ότι από προηγούμενες μελέτες έχει βρεθεί ότι είναι οι ηλικίες όπου υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης και των δύο νόσων. Το δείγμα είναι τυχαίο, στην προσπάθεια μας να είναι αντιπροσωπευτικό. Για την επίτευξη της έρευνας δόθηκαν 3 ερωτηματολόγια σε κάθε γυναίκα που συμμετείχε σε αυτήν. Ο βασικός στόχος ήταν η συλλογή πληροφοριών σχετικά με την διατροφική κατάσταση , την ψυχολογική κατάσταση , το ιατρικό ιστορικό όπως και άλλες πληροφορίες για την ζωή των γυναικών που συμμετείχαν .

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το ερωτηματολόγιο του Beck, το ερωτηματολόγιο " Eating Attitudes Test (EAT –26)", όπως επίσης και ένα ερωτηματολόγιο προσωπικών στοιχείων . Κατά την διεξαγωγή της έρευνας θελήσαμε να κρατήσουμε απόλυτη εχεμύθεια στα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων· έτσι προτιμήσαμε τα ερωτηματολόγια να είναι ανώνυμα. Από τα 100 ερωτηματολόγια που δόθηκαν απαντήθηκαν και επιστράφηκαν τα 92 και βάση αυτών έγινε η ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 17.0, για την ανάλυση των στοιχείων που πάρθηκαν. Περάστηκαν όλα τα αποτελέσματα κωδικοποιημένα σε φύλλο εργασίας του λογισμικού προγράμματος, το οποίο μας βοήθησε να εξάγουμε τα συμπεράσματα μας όπως και κάποιες γραφικές παραστάσεις που χρειαστήκαμε.

#### **4.1.α Υποκείμενα**

Τα υποκείμενα της έρευνας μας ήταν 92 γυναίκες από διαφορετικές κοινωνικές τάξεις, διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο και με τυχαίο οικογενειακό ιστορικό. Αποφασίσαμε να πάρουμε δείγμα από δύο χώρες με σκοπό να εξάγουμε ένα κοινό συμπέρασμα το οποίο δεν θα ήταν επηρεασμένο από τον τόπο καταγωγής των γυναικών. Από τις 92 γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα οι 48 είναι μόνιμες κάτοικοι Κύπρου και οι άλλες 44 μόνιμες κάτοικοι Ελλάδος. Οι 48 από τις 92 γυναίκες είχαν διαγνωστεί από ειδικό ιατρό ότι έστω και για μικρό διάστημα τη ζωής τους υπέφεραν είτε από ανορεξία είτε από κατάθλιψη είτε από ένα συνδυασμό και των δύο και οι υπόλοιπες 44 ήταν απόλυτα υγιείς και δεν είχε διαγνωστεί ποτέ ότι έπασχαν από ανορεξία ή κατάθλιψη. Το δείγμα, των υγιών γυναικών πάρθηκε από το κοντινό μας περιβάλλον (27 μόνιμες κάτοικοι Κύπρου και 17 μόνιμες κάτοικοι Ελλάδος.). Το δείγμα των 50 γυναικών οι οποίες υπέφεραν από ανορεξία ή κατάθλιψη (21 μόνιμες κάτοικοι Κύπρου και 27 κάτοικοι Ελλάδος) πάρθηκε από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) , το Γενικό Νοσοκομείο της Λεμεσού και πιο συγκεκριμένα από την ψυχιατρική πτέρυγα του Νοσοκομείου Λεμεσού όπως και από ίδρυμα το οποίο φιλοξενεί κακοποιημένες γυναίκες στην Αθήνα. Όλα τα άτομα είχαν νοσηλευτεί σε ένα από τα παραπάνω ιδρύματα ή παρακολουθούνταν από ειδικούς ιατρούς των πιο πάνω ιδρυμάτων .Τα άτομα συμμετείχαν εθελοντικά στην μελέτη. Για τις γυναίκες που την παρούσα στιγμή βρίσκονταν σε θεραπεία ζητήθηκε άδεια από τον ιατρό τους εκτός από την συγκατάθεση τους. Επίσης όλα τα υποκείμενα είχαν ενημερωθεί ότι τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που απάντησαν θα χρησιμοποιούνταν ανώνυμα σε μελέτη.

#### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ**

Στην παρούσα πτυχιακή, δόθηκαν το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck "Beck Depression Inventory" (BDI), το οποίο δημιουργήθηκε το 1961, και το

ερωτηματολόγιο " Eating Attitudes Test (EAT –26)", καθώς επίσης συγκεντρώθηκαν και κάποια προσωπικά στοιχεία του κάθε υποκειμένου.

Το ερωτηματολόγιο EAT-26 ( Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών ), είναι ένα αυτοδιαχειριζόμενο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε το 1998 από το Εθνικό πρόγραμμα διαταραχών πρόσληψης τροφής (National Eating Disorders Screening Program, Garner et al, 1982). Είναι πιθανόν το μοναδικό διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση των συμπτωμάτων και των κριτηρίων διάγνωσης των διαταραχών πρόσληψης τροφής. **(Garfinkel, P. & Garner, D. ,1997).**

Το ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών (eating attitudes test, EAT-26) αποτελεί ένα από τα πιο συχνά και αξιόπιστα εργαλεία, για την αξιολόγηση συμπτωμάτων, συμπεριφορών και σκέψεων που σχετίζονται με συμπτώματα διαταραχών πρόσληψης τροφής. Είναι χρήσιμο στον διαχωρισμό των ατόμων εκείνων που έχουν αυξημένες τάσεις για εμφάνιση διαταραχών λήψης τροφής και περιλαμβάνει 26 προτάσεις - συμπεριφορές, για τις οποίες το άτομο καλείται να δηλώσει τη συχνότητα με την οποία του συμβαίνουν ή το απασχολούν μεταξύ έξι πιθανών απαντήσεων ( από ποτέ έως πάντα ). **(Garfinkel, P. & Garner, D. ,1997).**

Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, οι 26 ερωτήσεις συγκροτούν, 3 ξεχωριστές υποκλίμακες , όπου κάθε πρόταση ανήκει σε μια και μόνο υποκλίμακα, οι οποίες είναι οι εξής: «ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» (dieting), «βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» (bulimia and Food Preoccupation) και «αυτοέλεγχος της τροφής» (Oral Control). Η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας προκύπτει αθροίζοντας τη βαθμολογία όλων των προτάσεων που την απαρτίζουν. **(Garfinkel, P. & Garner, D. ,1997).**

Για όλες τις ερωτήσεις εκτός από την 25<sup>η</sup> κάθε μια από τις απαντήσεις λαμβάνει την ακόλουθη τιμή:

Πάντα=3

Συνήθως=2

Συχνά=1

Κάποιες φορές=0

Σπάνια=0

Ποτέ=0

Για την 26<sup>η</sup> ερώτηση οι απαντήσεις λαμβάνουν την ακόλουθη τιμή:

Πάντα=0

Συνήθως=0

Συχνά=0

Κάποιες φορές=1

Σπάνια=2

Ποτέ=3 **(Shepphird, S. F. ,2009).**

#### *Ερμηνεία των βαθμολογιών*

Συνολική βαθμολογία 20 ή υψηλότερη. Εάν η βαθμολογία ισούται με 20 ή περισσότερο, δεν υποδηλώνεται απαραίτητα ότι υπάρχει διατροφική διαταραχή, αλλά υποδηλώνονται ανησυχίες, σχετικά με το βάρος και τη μορφή σώματος, καθώς και την κατανάλωση τροφής. Εάν η βαθμολογία είναι 20 ή υψηλότερη, θα πρέπει να ζητηθεί η γνώμη ενός ειδικού ψυχικής υγείας που έχει εμπειρία στην θεραπεία των διατροφικών διαταραχών.

Συνολική βαθμολογία 20 ή χαμηλότερη. Εάν η βαθμολογία είναι μικρότερη του 20 μπορεί να υπάρχουν κλινικά σημαντικά συμπτώματα διατροφικής διαταραχής ή μια επίσημη διατροφική διαταραχή. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης θα πρέπει οι απαντήσεις που δίνονται να είναι ειλικρινείς, χωρίς υπεκφυγές, καθώς οι ψευδείς απαντήσεις μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στο συνολικό σκορ του τεστ. Για τον λόγο αυτό, οι παράλληλες πληροφορίες από τον οικογενειακό και κοινωνικό κύκλο είναι απαραίτητες, ώστε να διορθωθούν οι ανακρίβειες. **(Shepphird, S., 2009).**

Το EAT-26 δεν αποφέρει συγκεκριμένη διάγνωση για μια διατροφική διαταραχή όταν χρησιμοποιείται μόνο του, αλλά παρουσιάζει τον κίνδυνο για εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Όταν η βαθμολογία που προκύπτει από τις ερωτήσεις είναι ίση ή άνω του 20 υποδηλώνεται ότι υπάρχει κίνδυνος για διατροφική διαταραχή και είναι απαραίτητο οι ασθενείς ή η οικογένειά τους, να απευθυνθούν σε κάποιον ψυχολόγο, διαιτολόγο ή άλλο ειδικό για μια διαγνωστική συνέντευξη και περαιτέρω διερεύνηση του αποτελέσματος. Σύμφωνα με τον Garner (1997) , περίπου το 15% των εφήβων ή ενηλίκων κοριτσιών που θα συμπληρώσουν το τεστ, αναμένεται να σημειώσουν μία τέτοια βαθμολογία. **(Calderon, L., 2006).**

Το EAT-26, δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από μόνο του, ως διαγνωστικό κριτήριο αλλά μπορεί να είναι το πρώτο βήμα σε μια διαδικασία, δύο φάσεων επιλογής όπου τα άτομα με υψηλές βαθμολογίες περνούν από συνέντευξη. **(Calderon, L., 2006).**

Το 2001 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη, στις περιοχές Οτάβα, Τορόντο και Χάμιλτον, όπου συμμετείχαν 2483 μαθήτριες, ηλικίας 12-18 ετών. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο EAT-26, έχοντας βέβαια την συναίνεση των κηδεμόνων τους. Προτού συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια, ενημερώθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες για τον ορισμό της δίαιτας, της λιμοκτονίας, του αυτεπαγόμενου εμετού, καθώς και της χρήσης διουρητικών και διαιτητικών χαπιών. Από τα 2483 άτομα, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια 1739 (70%) έφηβες. Η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος ήταν 14,6 (τυπική απόκλιση 1,9) έτη. Το 13% των ατόμων ηλικίας 12-14 ετών και το 16% των ατόμων ηλικίας 15-18 ετών είχαν συνολική βαθμολογία υψηλότερη του 20, γεγονός το οποίο δεν υποδήλωνε απαραίτητα ότι υπάρχει διατροφική διαταραχή. Το 23% των συμμετεχόντων βρίσκονταν σε δίαιτα για απώλεια βάρους, το 15% ανέφερε άμετρη κατανάλωση με επακόλουθο την απώλεια του ελέγχου, το 8.2% των συμμετεχόντων προκαλούσαν εμετό και το 2.4% έκαναν χρήση διαιτητικών χαπιών. Η κατανάλωση καθαρτικών και διουρητικών χαπιών δεν ήταν συχνή. Η πραγματοποίηση δίαιτας συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο διατροφικής διαταραχής και συμπεριφοράς εξαγνισμού. **(Bennett, S., Jones, J.M., Lawson, L.M., Olmsted, M.P. & Rodin, G., 2001).**

Η εγκυρότητα του EAT-26 έχει διαπιστωθεί από προηγούμενες έρευνες που είχαν γίνει στο παρελθόν. Μια από αυτές ήταν μια τετραετή έρευνα (1998-2002) η οποία διεξήχθη στην πόλη Porto Alegre, με πληθυσμό 1,5 εκατομμύριο στην Βραζιλία. Στο πρώτο μέρος της έρευνας, στην συμπλήρωση δηλαδή του ερωτηματολογίου EAT-26, συμμετείχαν 513 γυναίκες ηλικίας 12-29 χρόνων, οι οποίες ήταν μόνιμοι κάτοικοι της χώρας. Το δείγμα έπρεπε να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού· έτσι χρειάστηκε να γίνει πολύ καλή και αντικειμενική επιλογή. Χρειάστηκαν 12 επισκέψεις για να συλλεχθούν κοινωνικο-οικονομικές και δημογραφικές πληροφορίες. Από τις 513 γυναίκες οι 20 (3,6%) αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και 22 (3,9%) από αυτές δεν βρέθηκαν ή δεν εμφανίστηκαν μετά την έκτη συνέντευξη. Τα αποτελέσματα τη έρευνας αναλύθηκαν και εξετάστηκαν και εγκρίθηκαν από το νοσοκομείο Ethics Committee

στο Σάο Πάολο. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαγνώστηκε ότι 56 γυναίκες έπασχαν από διατροφικές διαταραχές. Στο δεύτερο στάδιο της έρευνας συμμετείχαν 56 γυναίκες με διαγνωσμένη διατροφική διαταραχή από το πρώτο στάδιο. Για την κάθε γυναίκα επίσης επιλέχθηκαν και άλλες δύο γυναίκες ηλικίας μεταξύ 12-29 της ίδιας γειτονιάς ή κοινότητας των γυναικών έτσι ώστε να μπορέσει να μελετηθεί η περίπτωση η κοινότητα ή η γειτονιά να επηρεάζει την διατροφική διαταραχή. Το συμπέρασμα που βγήκε ήταν απογοητευτικό λόγω του ότι φάνηκε ότι το 30% των 168 γυναικών που μελετήθηκαν έπασχαν από διατροφική διαταραχή. Λόγω του ότι η έρευνα ήταν μακροχρόνια οι επιστήμονες αντιμετώπισαν πολλά προβλήματα. Κάποιες από τις γυναίκες μετακόμισαν σε άλλη διεύθυνση η χώρα ή άλλαξαν το επίθετο τους λόγω γάμου, με αποτέλεσμα ο εντοπισμός τους να είναι πολύ δύσκολος. **(Camey, S. , Mari, J.J. , Nunes, M.A. & Olinto, M.T.A. ,2005).**

Η αρχική έκδοση του BDI εισήχθη από τον BECK και τους συνεργάτες του το 1961. Το BDI αναθεωρήθηκε το 1971 και τα πνευματικά δικαιώματά του αποκτήθηκαν το 1978 (Groth-Marnat,1990). Είναι μία αυτοδιαχειριζόμενη κλίμακα 21 ερωτήσεων, που αποσκοπεί στη μέτρηση της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή συμπεριφορών στους ενήλικες και εφήβους, ψυχολογικά ασθενείς και στους μη ψυχολογικά ασθενείς σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Κάθε στοιχείο περιέχει μια επιγραφή που προορίζεται να στρέψει τον εξεταζόμενο στο γενικό σκοπό των επιλογών απάντησης. Κάθε επιγραφή αποτελείται από τέσσερις αναφορές που απαριθμούνται ώστε να αυξηθεί η εγκυρότητα. Οι ερωτηθέντες, έχουν λάβει οδηγίες, για να επιλέξουν την εναλλακτική λύση που περιγράφει καλύτερα το πώς αισθάνθηκαν κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες, συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο. **(Hilsenroth, M., Michel, H. , & Segal, D. ,2003).**

Το "Beck Depression Inventory" χρειάζεται περίπου 10 λεπτά να συμπληρωθεί. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων βασίζεται κυρίως σε συμπτώματα τα οποία παρατήρησαν νοσοκομειακοί γιατροί, σε καταθλιπτικούς ασθενείς και χρησιμοποιείται ευρέως ως εργαλείο αξιολόγησης, από επαγγελματίες του τομέα της υγείας και ερευνητές. (Beck et al., 1961). **(Hilsenroth, M., Michel, H. , & Segal, D. ,2003).**

Συγκεκριμένα, τα στοιχεία που μετρούνται είναι: λύπη, απελπισία, παρελθοντικές αποτυχίες, ανηδονία, ενοχή, αυτοτιμωρία, απέχθεια για τον εαυτό, αυτοκατηγορία, σκέψεις αυτοκτονίας, κλάμα, ψυχική διέγερση, χάσιμο ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, έλλειψη αποφασιστικότητας, αίσθημα αναξιοτητας, έλλειψη ενέργειας, αϋπνία, οξυθυμία, ελαττωμένη όρεξη, μειωμένη συγκέντρωση, κόπωση, ανυπαρξία σεξουαλικής διάθεσης. Κάθε ερώτηση περιλαμβάνει μία σειρά από τέσσερις απαντήσεις προσωπικής εκτίμησης, οι οποίες αντανakλούν το επίπεδο έντασης του συμπτώματος και οι οποίες βαθμολογούνται με τις τιμές 0 (ελάχιστη ένταση), 1, 2 και 3 (μέγιστη ένταση). Προσθέτοντας τις τιμές και των 21 ερωτήσεων λαμβάνεται το συνολικό σκορ του ατόμου, το οποίο αντιστοιχεί σε διαφορετικά επίπεδα κατάθλιψης. **(Beck, A.T. , Erbaugh, J. , Mendelson, M. , et al. ,1961).**

Το BDI-I περιέχει τα κριτήρια του DSM-IV για την κατάθλιψη. Παρέχει, ένα γρήγορο και αποτελεσματικό τρόπο για την εκτίμηση της κατάθλιψης, τόσο, σε κλινικό, όσο, και σε μη κλινικό πληθυσμό. Ο λόγος για τον οποίο προτιμήθηκε το BDI, είναι η υψηλή αξιοπιστία του. Ο Beck υποστηρίζει, αν και αρχικώς είχε εκφράσει έντονες αμφιβολίες γι' αυτό, ότι το BDI-I, όταν παρεμβάλλεται χρονικό διάστημα 2-6 εβδομάδων, φαίνεται να αντανakλά πραγματικές αλλαγές στην ένταση



και τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το εγχειρίδιο του BDI-I αναφέρει, ότι όταν η βαθμολογία κυμαίνεται, σε τιμές 0-9 υπάρχει μηδαμινός έως ελάχιστος βαθμός κατάθλιψης, όταν κυμαίνεται σε επίπεδα 10-19 υπάρχει ελαφριάς μορφής κατάθλιψη, σε τιμές 20-28 μέτριας μορφής κατάθλιψη και τέλος τιμές 29-63 υποδεικνύουν βαριά μορφή κατάθλιψης (Smith, 2001;) **(Hilsenroth, M. , Michel, H. & Segal, D. ,2003).**

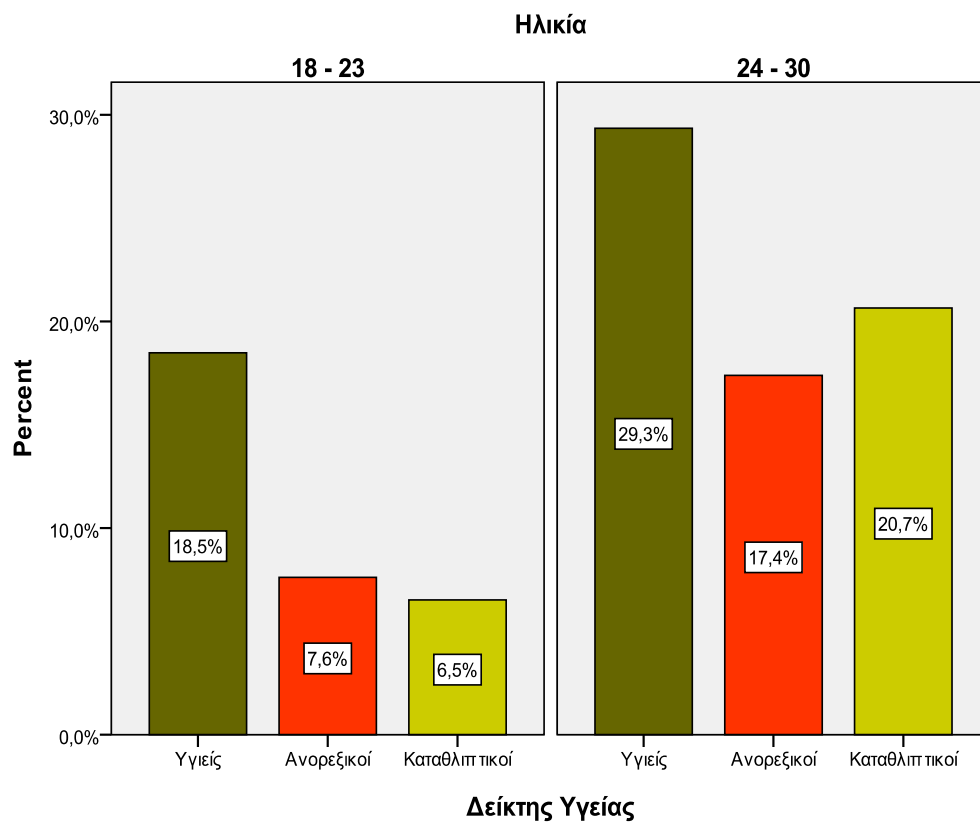
Το έτος 2007 δημοσιεύτηκε μια μελέτη από τους Alibhai, A. και Alladin, A. στο περιοδικό International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, στην οποία εξετάστηκε η ιδιότητα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής αγωγής και της κλινικής υπνοθεραπείας σε σχέση με την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Ο αριθμός των συμμετεχόντων, ήταν 84 άτομα που νοσούσαν από κατάθλιψη. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τρία ερωτηματολόγια: Το ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck για την κατάθλιψη (Beck Depression Inventory), το ερωτηματολόγιο Άγχους του Beck (Beck Anxiety Inventory), και την Κλίμακα Αβοηθησίας του Beck (Beck Hopelessness Scale). Από την συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι βαθμολογίες και των δυο ομάδων καλύπτει, το οποίο σημαίνει ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης μειώθηκαν. Ωστόσο, η ομάδα που έλαβε υπνοθεραπεία είχε 6 % επιπλέον μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, 5% του άγχους, και 8% μείωση της αβοηθησίας συγκριτικά με την ομάδα στην οποία πραγματοποιήθηκε γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία. **(Alibhai, A. & Alladin, A. ,2007).**

Το ερωτηματολόγιο του Beck έχει χρησιμοποιηθεί και σε παλαιότερες έρευνες σχετικά με την κατάθλιψη. Μια από αυτές ήταν και η έρευνα που έγινε στην ψυχιατρική κλινική του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Kuopio από τον γιατρό Tanskanen και άλλους συνεργάτες του το 2001. Η έρευνα αφορούσε την σύνδεση της χαμηλής κατανάλωσης ψαριών με την κατάθλιψη. Είχε διεξαχθεί στην Φιλανδία και σε αυτήν συμμετείχαν 3204 ενήλικες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει άμεση σύνδεση της χαμηλής κατανάλωσης ψαριού με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα ήταν ότι το 20% των ατόμων που εξετάστηκαν ( N = 647) είχαν ήπια συμπτώματα κατάθλιψης, το 6,3 % (N=201) εμφάνιζαν μέτρια συμπτώματα κατάθλιψης και το 1,5 (N=48) εμφάνιζαν έντονα συμπτώματα κατάθλιψης. Το 64 % (N=2053) των ατόμων απάντησαν ότι έτρωγαν ψάρι 1-2 φορές την εβδομάδα , το 6,3 % (N=201) των ατόμων έτρωγαν ψάρι σχεδόν καθημερινά και το 30% (N=950) κατανάλωναν ψάρι 1 με 2 φορές το μήνα ή λιγότερες. Από το ποσοστό των ατόμων που εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης παρατηρήθηκε ότι οι περισσότερες ήταν γυναίκες οι οποίες κατανάλωναν λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα ψάρι. **(Haukkala, A. , Hibbeln, J.R. , Lehtonen, J., et al. ,2001).**

Το προσωπικό ερωτηματολόγιο, περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν προσωπικά στοιχεία των ασθενών που συμμετέχουν στην έρευνα για την κατάθλιψη και ανορεξία. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, χρησιμοποιήθηκε με σκοπό την συγκέντρωση κάποιων προσωπικών στοιχείων του κάθε υποκειμένου, ώστε να παρουσιαστούν κάποιοι παράγοντες τόσο οικογενειακοί όσο και περιβαλλοντικοί, που πιθανόν να συνέβαλλαν στην εμφάνιση μιας εκ των δύο νόσων ή και των δύο.

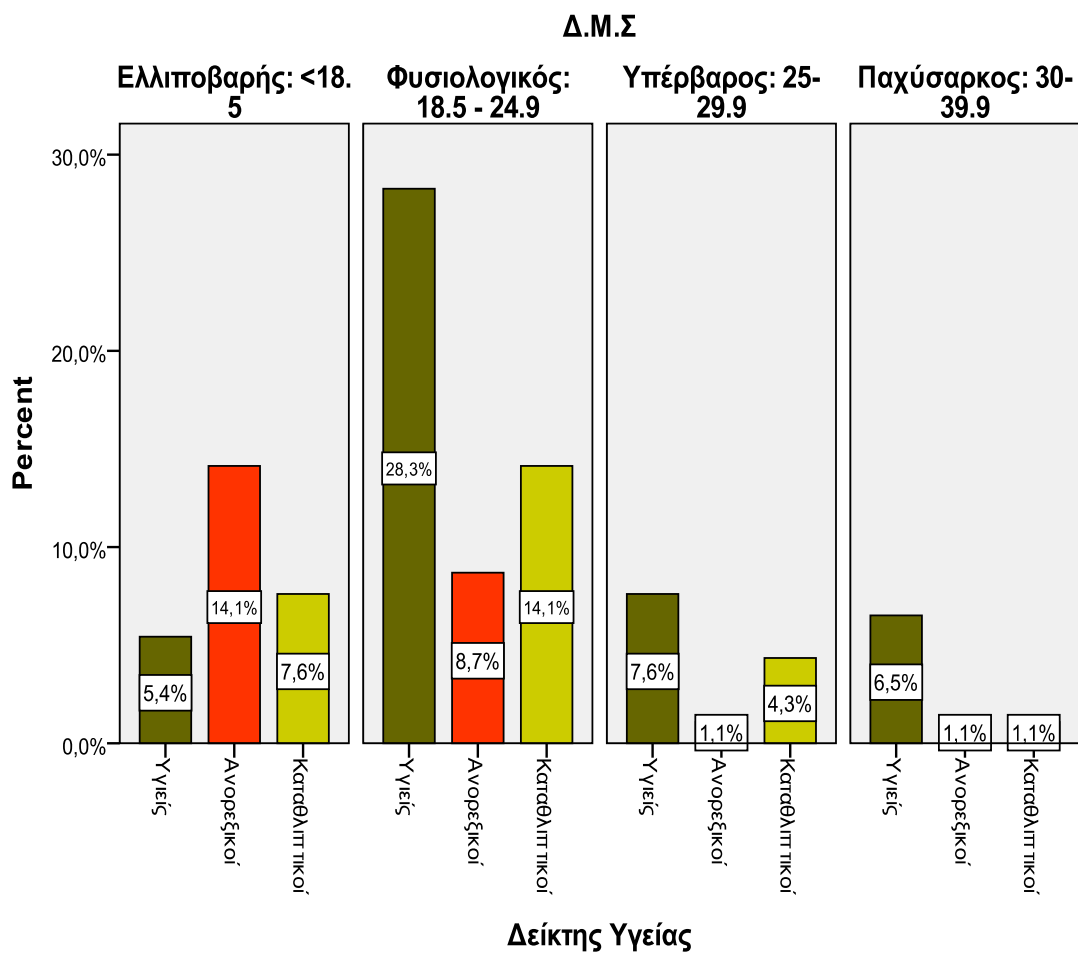
## **ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Διάγραμμα 1<sup>ο</sup>: Ηλικία



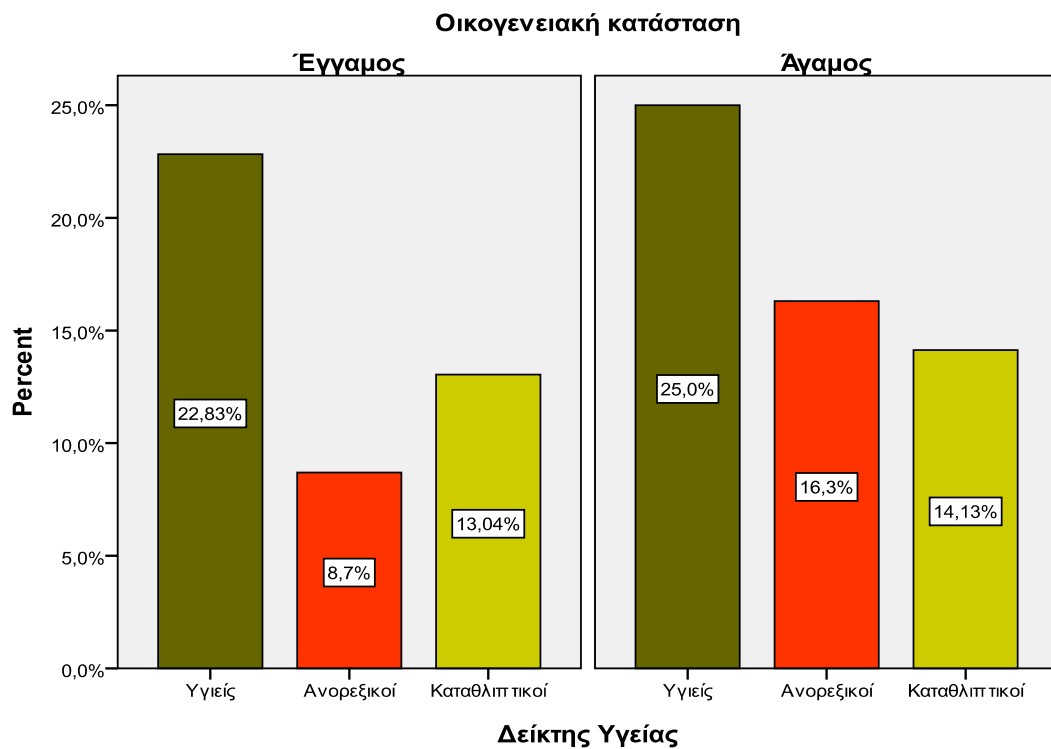
Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 18,5% των υγιών ήταν ηλικίας 18-23 ετών, το 7,6% των ανορεξικών ήταν ηλικίας 18-23 ετών, το 6,5% των καταθλιπτικών ήταν ηλικίας 18-23 ετών. Το 29,3% των υγιών ήταν ηλικίας 24-30 ετών, το 17,4% των ανορεξικών ήταν ηλικίας 24-30 ετών και το 20,7% των καταθλιπτικών ήταν ηλικίας 24-30 ετών. Επομένως, παρατηρείται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανορεξικών και καταθλιπτικών ήταν ηλικίας 24-30 ετών.

Διάγραμμα 2<sup>ο</sup>: Δ.Μ.Σ.



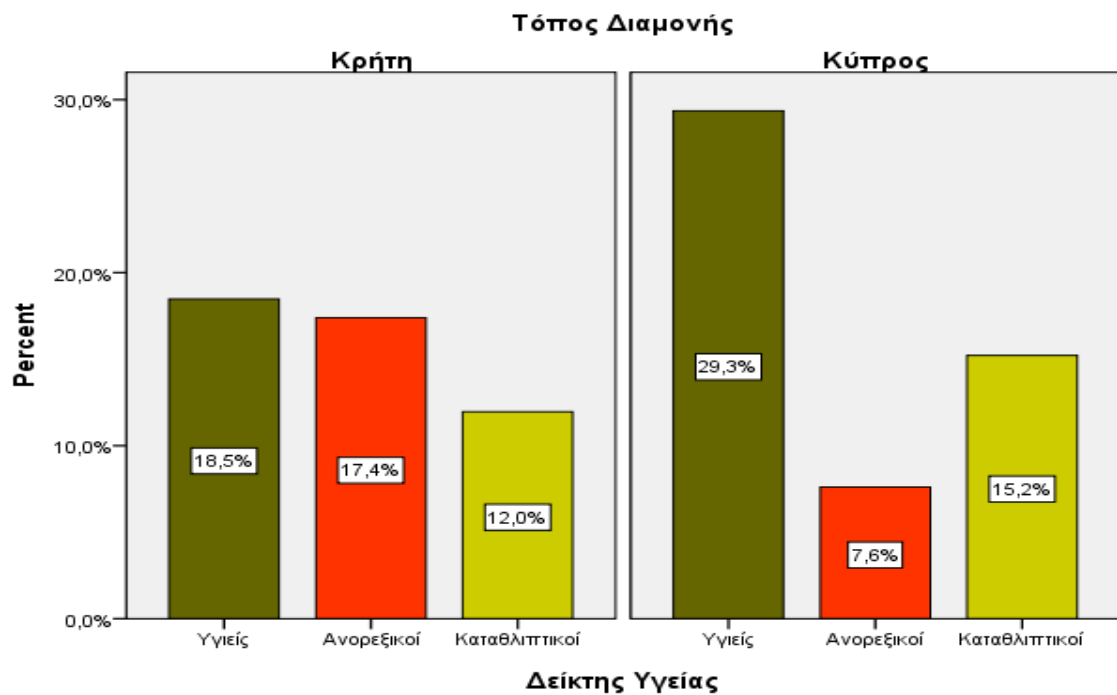
Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 5,4% των υγιών ήταν λιποβαρείς, το 14,1% των ανορεξικών ήταν λιποβαρείς, το 7,6% των καταθλιπτικών ήταν λιποβαρείς. Το 28,3% των υγιών ήταν φυσιολογικού βάρους, το 8,7% των ανορεξικών είχαν φυσιολογικό βάρος και το 14,1 των καταθλιπτικών είχαν φυσιολογικό βάρος. Το 7,6% των υγιών ήταν υπέρβαροι, το 1,1% των ανορεξικών ήταν υπέρβαροι και το 1,1% των καταθλιπτικών ήταν υπέρβαροι. Το 6,5% των υγιών ήταν παχύσαρκοι, το 1,1% των ανορεξικών ήταν παχύσαρκοι και το 1,1% των καταθλιπτικών ήταν παχύσαρκοι.

Διάγραμμα 3<sup>ο</sup>: Οικογενειακή κατάσταση



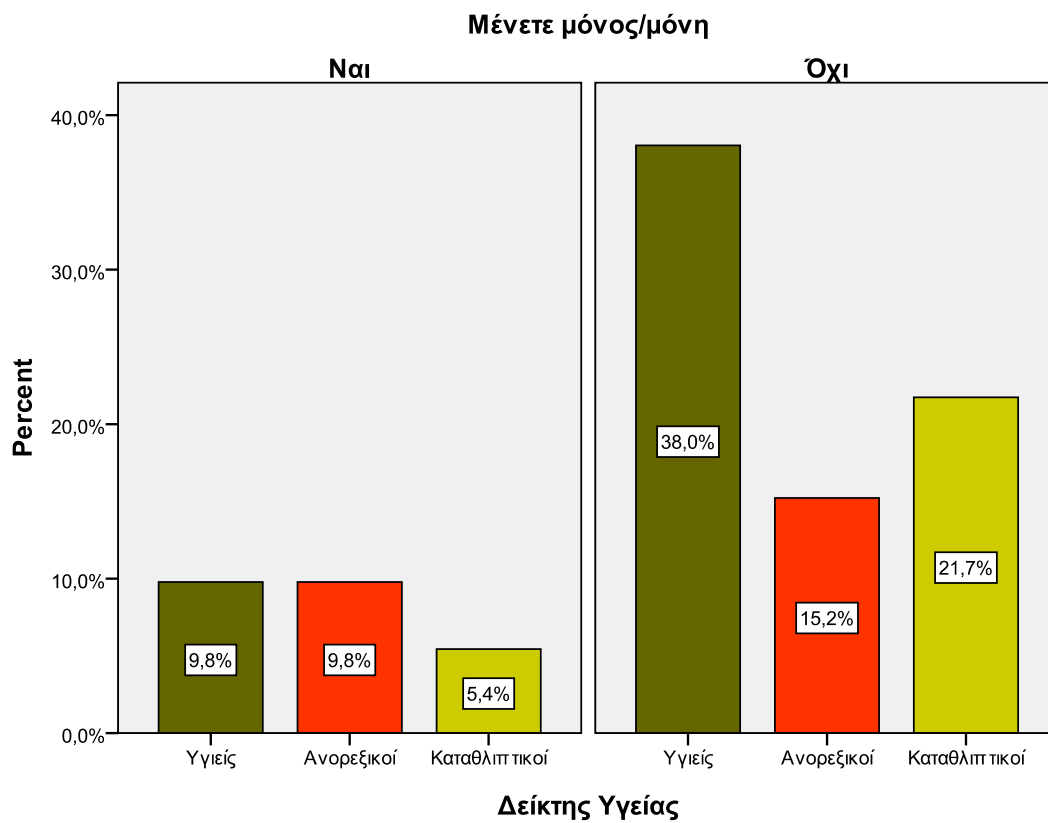
Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 22,83% των υγιών ήταν έγγαμοι, το 8,7% των ανορεξικών ήταν έγγαμοι και το 13,04% των καταθλιπτικών ήταν έγγαμοι. Το 25% των υγιών ήταν άγαμοι, το 16,3% των ανορεξικών ήταν άγαμοι και το 14,13% των καταθλιπτικών ήταν άγαμοι. Επομένως, παρατηρείται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανορεξικών και καταθλιπτικών ήταν άγαμοι.

Διάγραμμα 4<sup>ο</sup>: Τόπος διαμονής



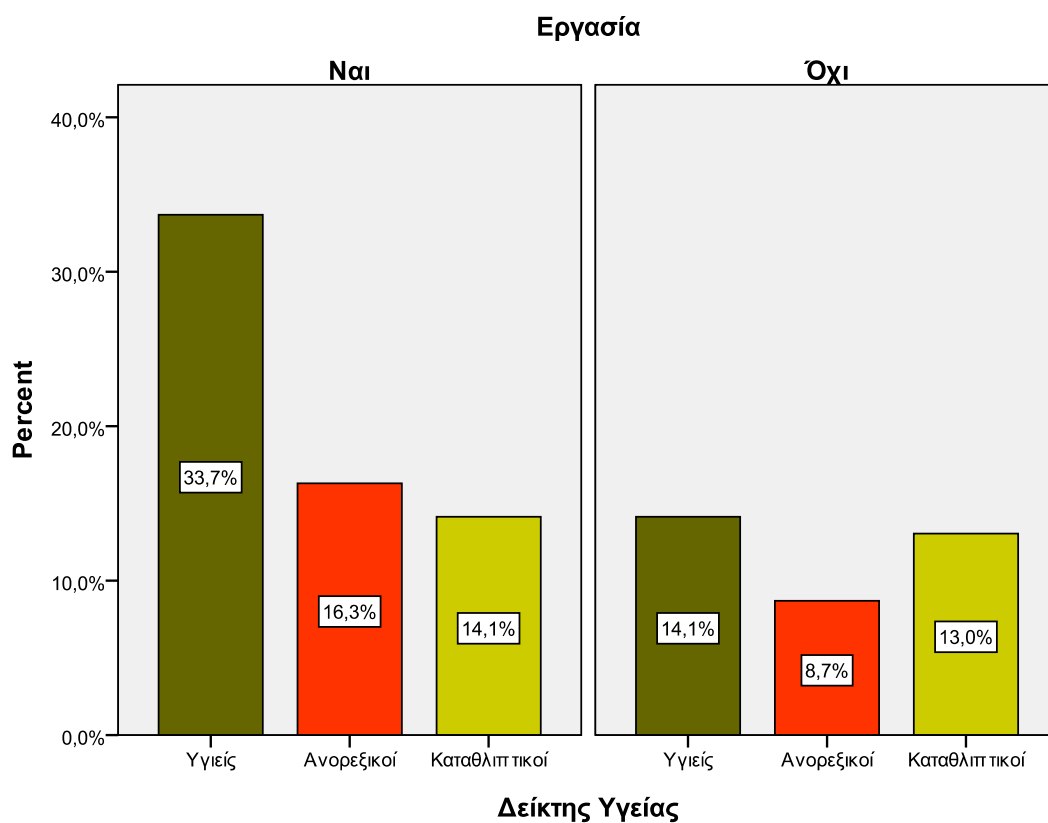
Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 22,83% των υγιών, το 17,4% των ανορεξικών και το 12% των καταθλιπτικών, διέμεναν στην Κρήτη. Το 29,3% των υγιών, το 7,6% των ανορεξικών και το 15,2% των καταθλιπτικών διέμεναν στην Κύπρο. Επομένως, παρατηρείται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανορεξικών διέμεναν στην Κρήτη και το μεγαλύτερο ποσοστό καταθλιπτικών διέμεναν στην Κύπρο.

Διάγραμμα 5<sup>ο</sup>: Μένετε μόνος/η.



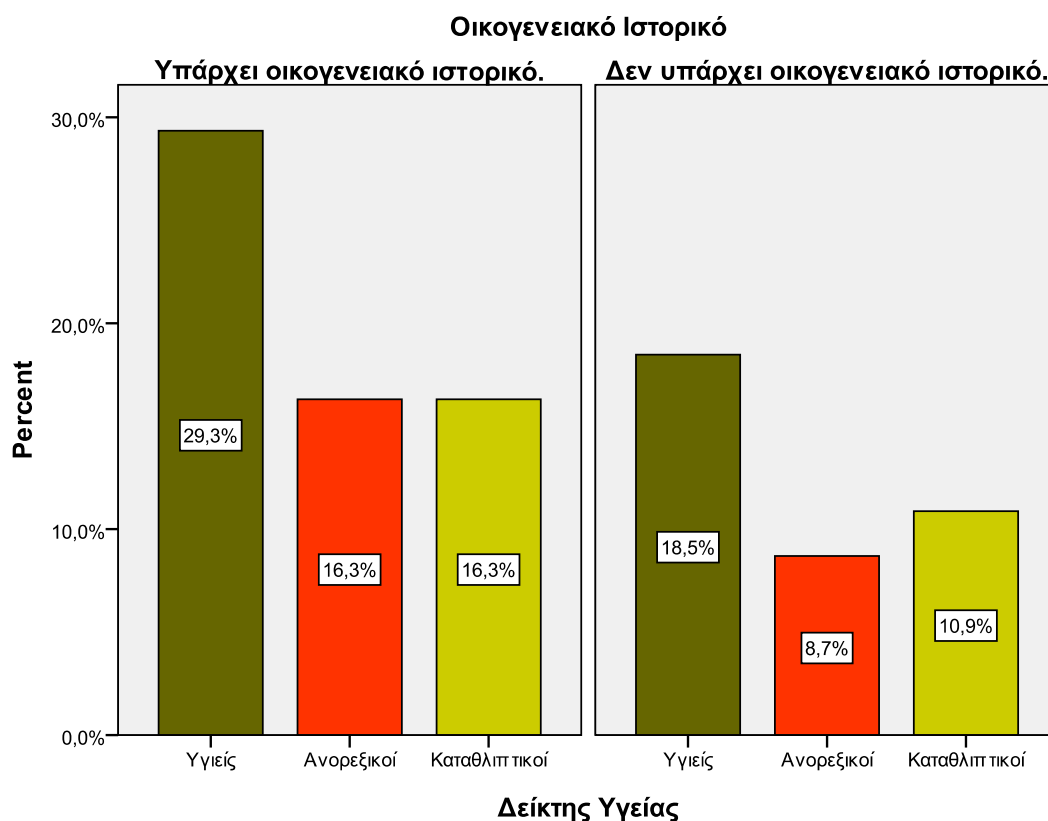
Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 9,8% των υγιών, το 9,8% των ανορεξικών και το 5,4% των καταθλιπτικών, έμεναν μόνοι τους. Το 38% των υγιών, το 15,2% των ανορεξικών και το 21,7% των καταθλιπτικών δεν έμεναν μόνοι τους. Επομένως, παρατηρείται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανορεξικών και καταθλιπτικών δεν έμεναν μόνοι τους.

Διάγραμμα 6<sup>ο</sup>: Εργασία



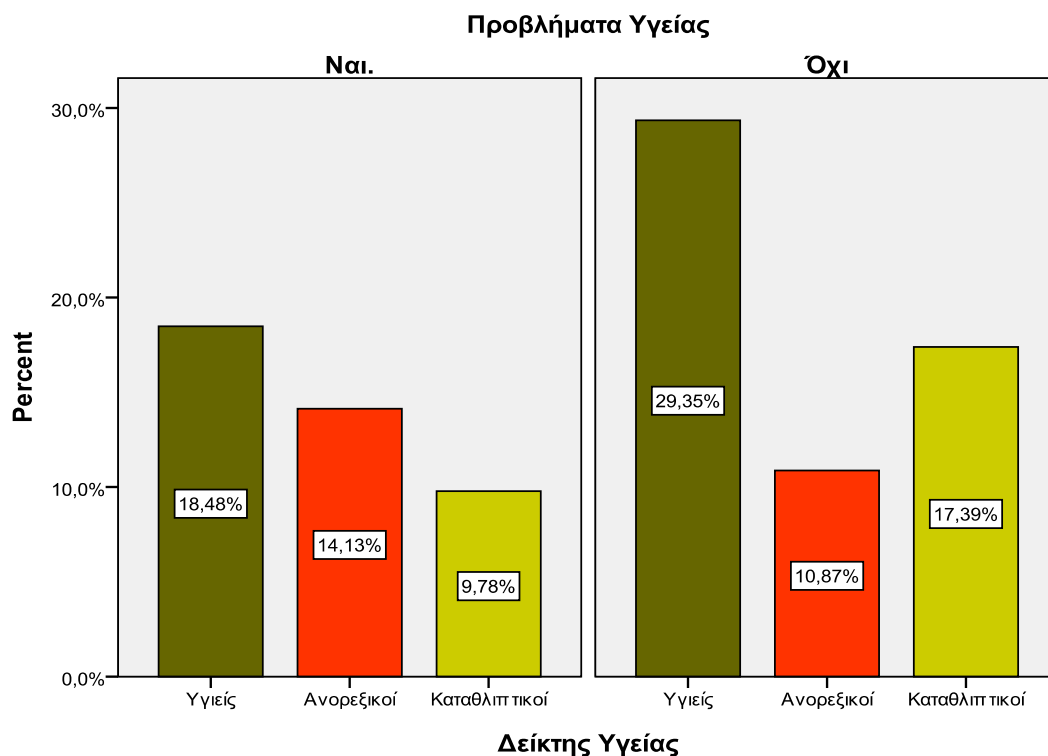
Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 33,7% των υγιών, το 16,3% των ανορεξικών και το 14,1% των καταθλιπτικών, εργάζονταν. Το 14,1% των υγιών, το 8,7% των ανορεξικών και το 13% των καταθλιπτικών δεν εργάζονταν. Επομένως, παρατηρείται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανορεξικών και καταθλιπτικών εργάζονταν.





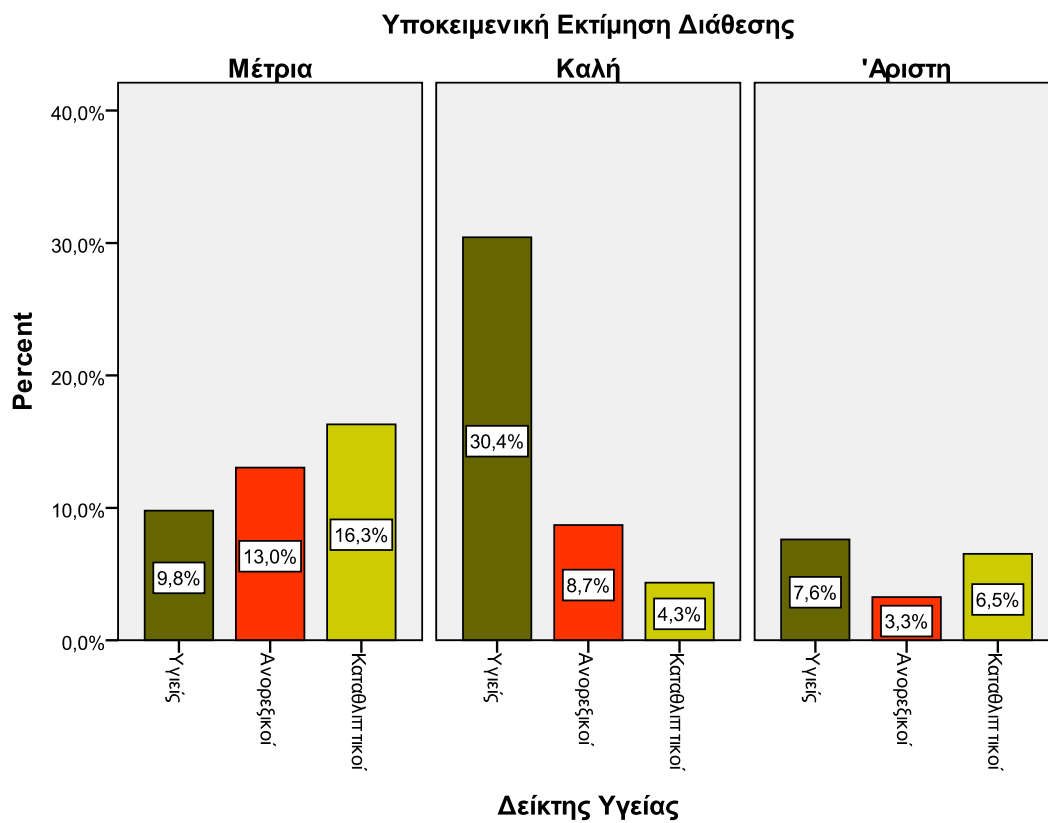
Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 29,3% των υγιών, το 16,3% των ανορεξικών και το 16,3% των καταθλιπτικών, είχαν οικογενειακό ιστορικό ανορεξίας ή κατάθλιψης. Το 18,5% των υγιών, το 8,7% των ανορεξικών και το 10,9% των καταθλιπτικών δεν είχαν οικογενειακό ιστορικό ανορεξίας ή κατάθλιψης. Επομένως, παρατηρείται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανορεξικών και καταθλιπτικών είχαν οικογενειακό ιστορικό ανορεξίας ή κατάθλιψης.

Διάγραμμα 8<sup>ο</sup>: Προβλήματα υγείας



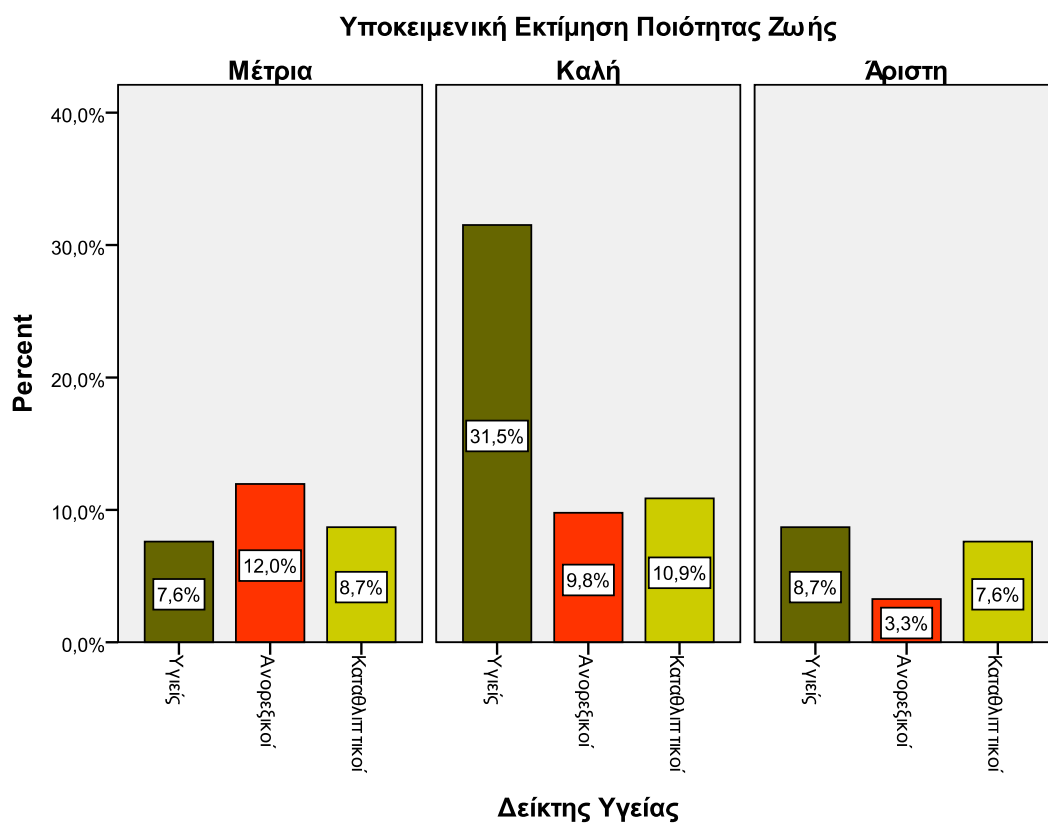
Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 18,48% των υγιών, το 14,13% των ανορεξικών και το 9,78% των καταθλιπτικών, είχαν προβλήματα υγείας. Το 29,35% των υγιών, το 10,87% των ανορεξικών και το 17,39% των καταθλιπτικών δεν είχαν προβλήματα υγείας. Επομένως, παρατηρείται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανορεξικών είχαν προβλήματα υγείας ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των καταθλιπτικών δεν είχαν προβλήματα υγείας.

Διάγραμμα 10<sup>ο</sup>: Υποκειμενική εκτίμηση διάθεσης



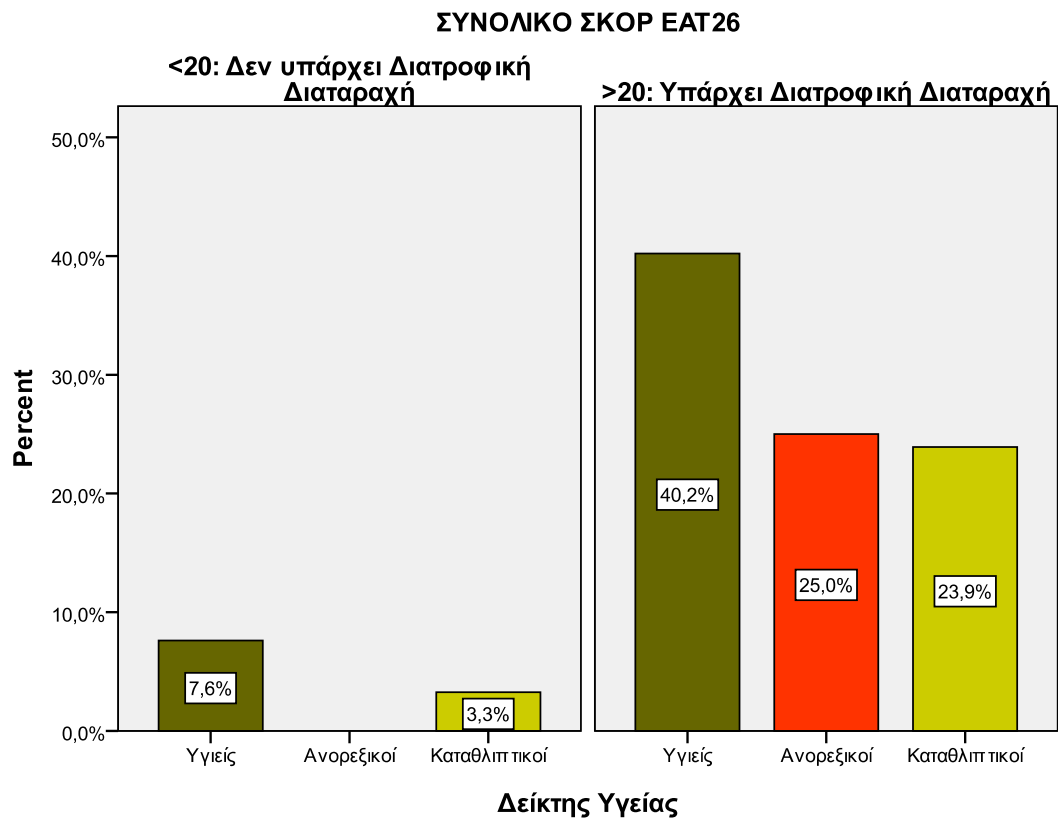
Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 9,8% των υγιών, το 13% των ανορεξικών και το 16,3% των καταθλιπτικών, θεωρούσαν ότι είχαν μέτρια διάθεση. Το 30,4% των υγιών, το 8,7% των ανορεξικών και το 4,3% των καταθλιπτικών θεωρούσαν ότι είχαν καλή διάθεση. Το 7,6% των υγιών, το 3,3% των ανορεξικών και το 6,5% των καταθλιπτικών θεωρούσαν ότι είχαν άριστη διάθεση.

Διάγραμμα 11<sup>ο</sup>: Υποκειμενική εκτίμηση ποιότητας ζωής



Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 7,6% των υγιών, το 12% των ανορεξικών και το 8,7% των καταθλιπτικών, θεωρούσαν ότι είχαν μέτρια ποιότητα ζωής. Το 31,5% των υγιών, το 9,8% των ανορεξικών και το 10,9% των καταθλιπτικών θεωρούσαν ότι είχαν καλή ποιότητα ζωής. Το 8,7% των υγιών, το 3,3% των ανορεξικών και το 7,6% των καταθλιπτικών θεωρούσαν ότι είχαν άριστη ποιότητα ζωής.

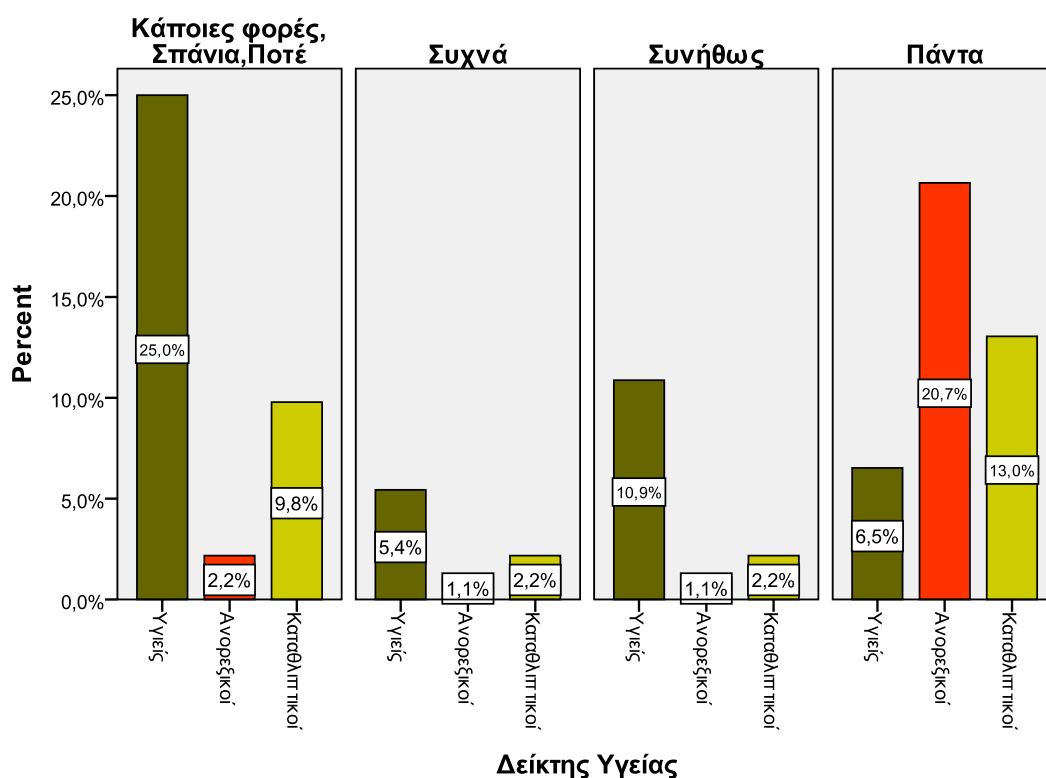
Διάγραμμα 12<sup>ο</sup>: Συνολικό σκορ EAT-26



Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι στο 7,6% των υγιών και στο 3,3% των καταθλιπτικών, δεν υπήρχε κάποια διατροφική διαταραχή. Στο 40,2% των υγιών, στο 25% των ανορεξικών και στο 23,9% των καταθλιπτικών, υπήρχε κάποια διατροφική διαταραχή.

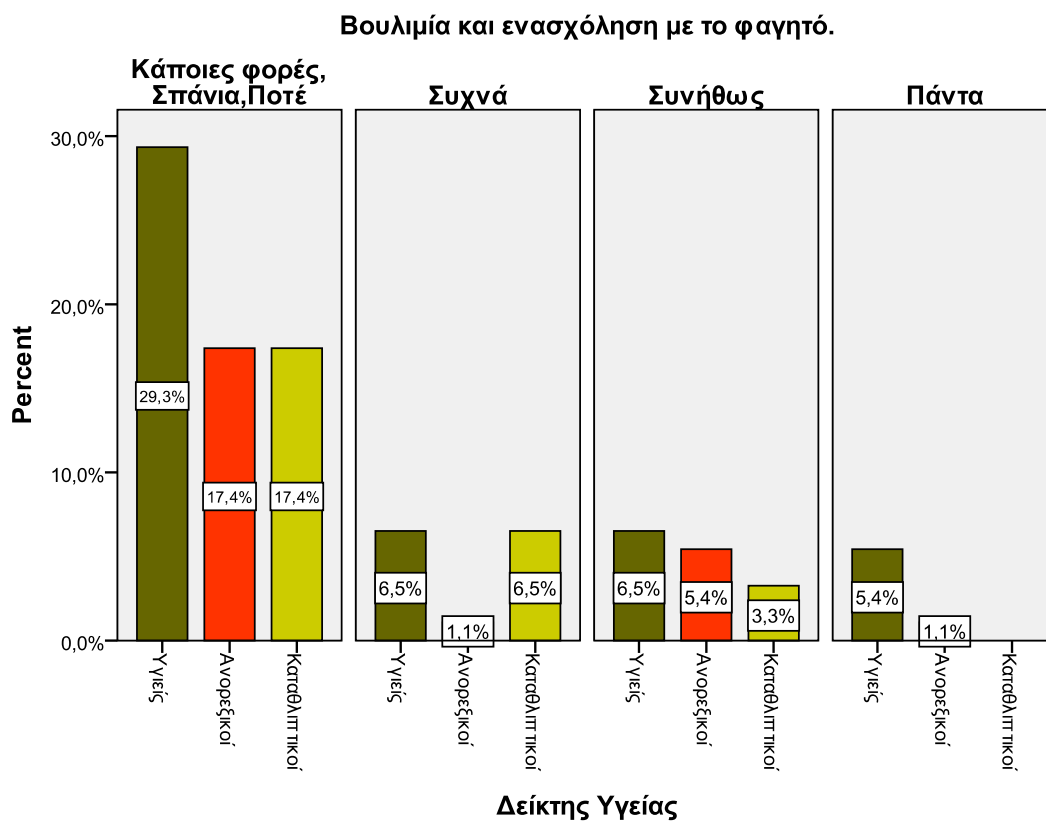
Διάγραμμα 13<sup>ο</sup>: Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος

### Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος.



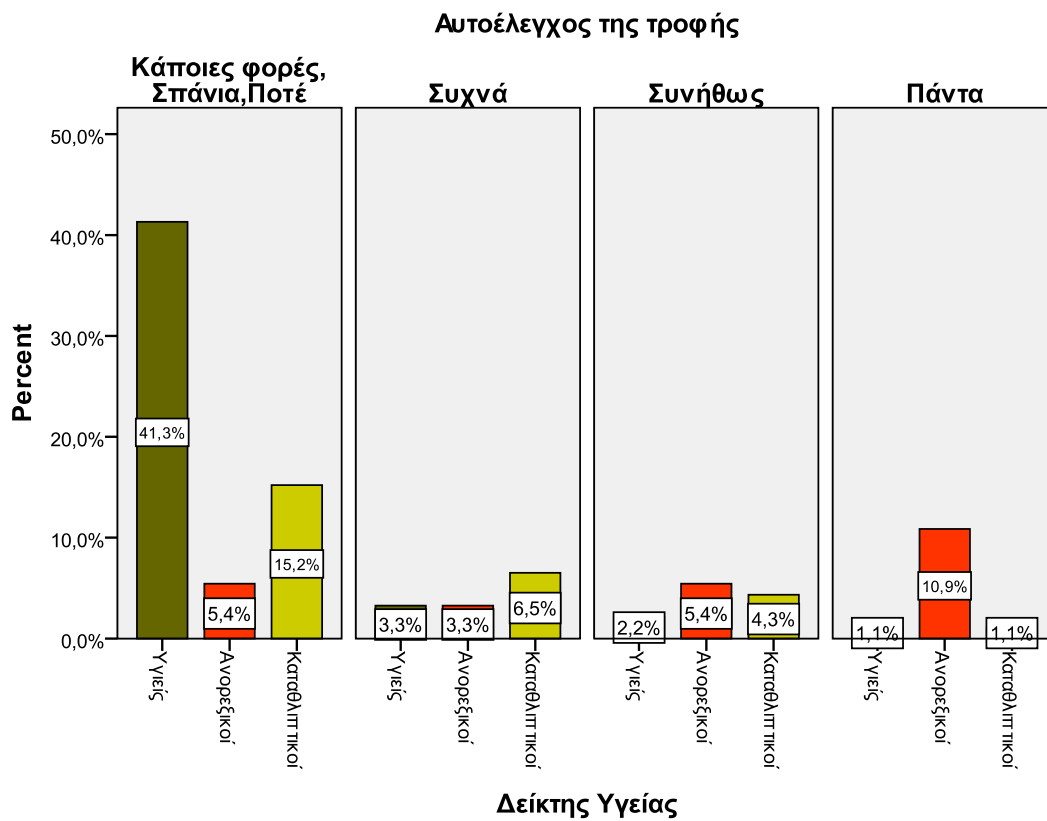
Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, το 25% των υγιών, το 2,2% των ανορεξικών και το 9,8% των καταθλιπτικών, είναι κάποιες φορές/σπάνια/ποτέ απασχολημένοι με δίαιτες αδυνατίσματος. Το 5,4% των υγιών, το 1,1% των ανορεξικών και το 2,2% των καταθλιπτικών, είναι συχνά απασχολημένοι με δίαιτες αδυνατίσματος. Το 10,9% των υγιών, το 1,1% των ανορεξικών και το 2,2% των καταθλιπτικών, είναι συνήθως απασχολημένοι με δίαιτες αδυνατίσματος. Το 6,5% των υγιών, το 20,7% των ανορεξικών και το 13% των καταθλιπτικών, είναι πάντα απασχολημένοι με δίαιτες αδυνατίσματος.

Διάγραμμα 14<sup>ο</sup>: Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό



Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, το 29,3% των υγιών, το 17,4% των ανορεξικών και το 17,4% των καταθλιπτικών, έχουν κάποιες φορές/σπάνια/ποτέ βουλιμικά επεισόδια και ενασχόληση με το φαγητό. Το 6,5% των υγιών, το 1,1% των ανορεξικών και το 6,5% των καταθλιπτικών, έχουν συχνά βουλιμικά επεισόδια και ενασχόληση με το φαγητό. Το 6,5% των υγιών, το 5,4% των ανορεξικών και το 3,3% των καταθλιπτικών, έχουν συνήθως βουλιμικά επεισόδια και ενασχόληση με το φαγητό. Το 5,4% των υγιών και το 1,1% των ανορεξικών, έχουν πάντα βουλιμικά επεισόδια και ενασχόληση με το φαγητό.

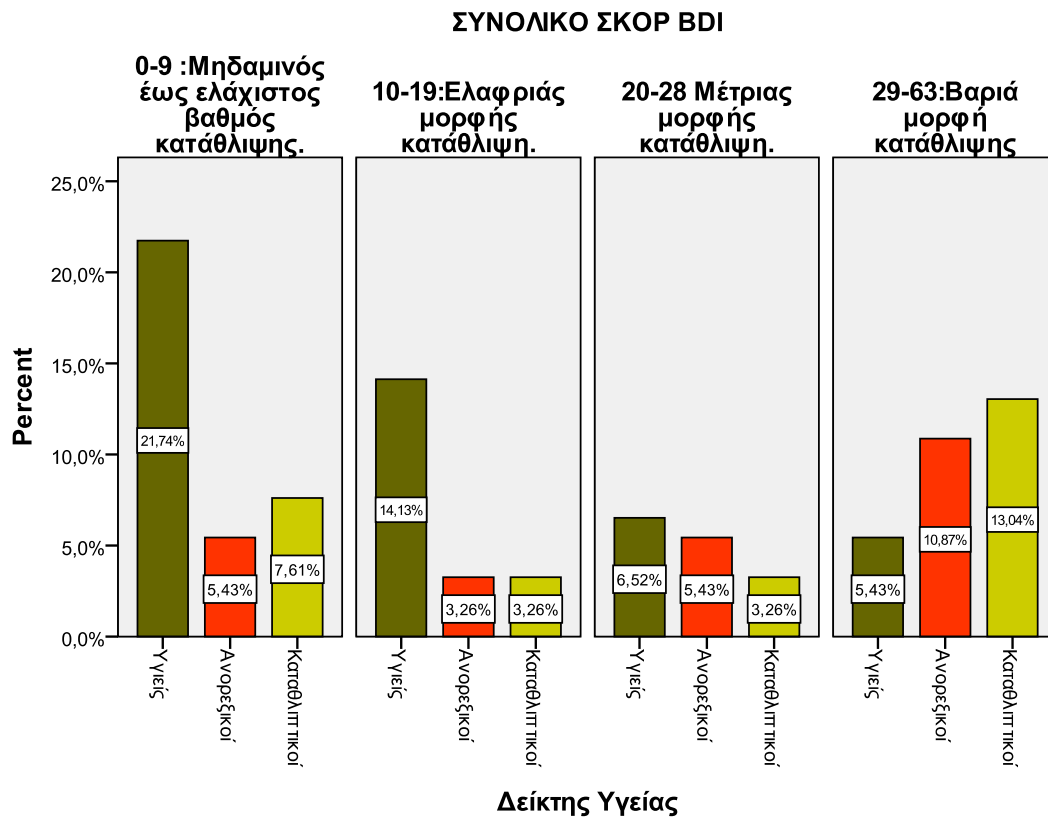
Διάγραμμα 15<sup>ο</sup>: Αυτοέλεγχος της τροφής.



Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, το 41,3% των υγιών, το 5,4% των ανορεξικών και το 15,2% των καταθλιπτικών, έχουν κάποιες φορές/σπάνια/ποτέ αυτοέλεγχο της τροφής. Το 3,3% των υγιών, το 3,3% των ανορεξικών και το 6,5% των καταθλιπτικών, έχουν συχνά αυτοέλεγχο της τροφής. Το 2,2% των υγιών, το 5,4% των ανορεξικών και το 4,3% των καταθλιπτικών, έχουν συνήθως αυτοέλεγχο της τροφής. Το 1,1% των υγιών, το 10,9% των ανορεξικών και το 1,1% των καταθλιπτικών έχουν πάντα αυτοέλεγχο της τροφής.

Διάγραμμα 16<sup>ο</sup>: Συνολική βαθμολογία BDI.





Από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, στο 21,74% των υγιών, στο 5,43% των ανορεξικών και στο 7,61% των καταθλιπτικών, υπάρχει μηδαμινός έως ελάχιστος βαθμός κατάθλιψης. Στο 14,13% των υγιών, στο 3,26% των ανορεξικών και στο 3,28% των καταθλιπτικών, υπάρχει ελαφριάς μορφής κατάθλιψη. Στο 6,52% των υγιών, στο 5,43% των ανορεξικών και στο 3,26% των καταθλιπτικών, υπάρχει μέτριας μορφής κατάθλιψη. Στο 5,43% των υγιών, στο 10,87% των ανορεξικών και στο 13,04% των καταθλιπτικών, υπάρχει βαριάς μορφής κατάθλιψη.

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

### Ηλικία \* Δ.Μ.Σ. (ΚΡΗΤΗ)

Crosstab<sup>a</sup>

|        |                 |                 | Δ.Μ.Σ               |                              |                        |                         | Total  |
|--------|-----------------|-----------------|---------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|--------|
|        |                 |                 | Λιποβαρής:<br><18.5 | Φυσιολογικός:<br>18.5 - 24.9 | Υπέρβαρος: 25-<br>29.9 | Παχύσαρκος: 30-<br>39.9 |        |
| Ηλικία | 18 - 23         | Count           | 3                   | 9                            | 2                      | 1                       | 15     |
|        |                 | % within Ηλικία | 20,0%               | 60,0%                        | 13,3%                  | 6,7%                    | 100,0% |
|        | 24 - 30         | Count           | 12                  | 16                           | 1                      | 0                       | 29     |
|        |                 | % within Ηλικία | 41,4%               | 55,2%                        | 3,4%                   | ,0%                     | 100,0% |
| Total  | Count           |                 | 15                  | 25                           | 3                      | 1                       | 44     |
|        | % within Ηλικία |                 | 34,1%               | 56,8%                        | 6,8%                   | 2,3%                    | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και μετρήθηκε ο Δ.Μ.Σ., διαπιστώθηκε ότι το 60% της ηλικιακής ομάδας 18-23 ετών είχαν φυσιολογικό βάρος, ενώ το 6,7% ήταν παχύσαρκοι. Στην ηλικιακή ομάδα 24-30 ετών, διαπιστώθηκε ότι το 55.2% είχαν φυσιολογικό βάρος, ενώ το 0% ήταν παχύσαρκοι.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 4,716 <sup>a</sup> | 3  | ,194                  |
| Likelihood Ratio             | 4,962              | 3  | ,175                  |
| Linear-by-Linear Association | 4,286              | 1  | ,038                  |
| N of Valid Cases             | 44                 |    |                       |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,34.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 4,716, P-value= 0,194 (>0.05)**

Στην συσχέτιση της Ηλικίας με τον Δ.Μ.Σ. στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,194, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

### Ηλικία \* Δ.Μ.Σ. (ΚΥΠΡΟΣ)

Crosstab<sup>a</sup>

|        |                 |                 | Δ.Μ.Σ               |                              |                        |                         | Total  |
|--------|-----------------|-----------------|---------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|--------|
|        |                 |                 | Λιποβαρής:<br><18.5 | Φυσιολογικός:<br>18.5 - 24.9 | Υπέρβαρος: 25-<br>29.9 | Παχύσαρκος: 30-<br>39.9 |        |
| Ηλικία | 18 - 23         | Count           | 3                   | 9                            | 2                      | 1                       | 15     |
|        |                 | % within Ηλικία | 20,0%               | 60,0%                        | 13,3%                  | 6,7%                    | 100,0% |
|        | 24 - 30         | Count           | 7                   | 13                           | 7                      | 6                       | 33     |
|        |                 | % within Ηλικία | 21,2%               | 39,4%                        | 21,2%                  | 18,2%                   | 100,0% |
| Total  | Count           | 10              | 22                  | 9                            | 7                      | 48                      |        |
|        | % within Ηλικία | 20,8%           | 45,8%               | 18,8%                        | 14,6%                  | 100,0%                  |        |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 48 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και μετρήθηκε ο Δ.Μ.Σ., διαπιστώθηκε ότι το 60% της ηλικιακής ομάδας 18-23 ετών είχαν φυσιολογικό βάρος, ενώ το 6,7% ήταν παχύσαρκοι. Στην ηλικιακή ομάδα 24-30 ετών, διαπιστώθηκε ότι το 39,4% είχαν φυσιολογικό βάρος, ενώ το 18,2% ήταν παχύσαρκοι.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 2,242 <sup>a</sup> | 3  | ,524                  |
| Likelihood Ratio             | 2,364              | 3  | ,500                  |
| Linear-by-Linear Association | ,983               | 1  | ,321                  |
| N of Valid Cases             | 48                 |    |                       |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,19.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square=2,242, P-value= 0,524 (>0.05)**

Στην συσχέτιση της Ηλικίας με τον Δ.Μ.Σ. στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,524, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Ηλικία \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT-26 (ΚΡΗΤΗ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|        |         |                 | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT26                         |                                         | Total  |
|--------|---------|-----------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------|
|        |         |                 | <20: Δεν υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή | >20: Υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή |        |
| Ηλικία | 18 - 23 | Count           | 3                                           | 12                                      | 15     |
|        |         | % within Ηλικία | 20,0%                                       | 80,0%                                   | 100,0% |
|        | 24 - 30 | Count           | 5                                           | 24                                      | 29     |
|        |         | % within Ηλικία | 17,2%                                       | 82,8%                                   | 100,0% |
| Total  |         | Count           | 8                                           | 36                                      | 44     |
|        |         | % within Ηλικία | 18,2%                                       | 81,8%                                   | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με το ερωτηματολόγιο των Διατροφικών Διαταραχών EAT-26, διαπιστώθηκε ότι το 80% της ηλικιακής ομάδας 18-23 ετών έπασχε από κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ το 20% δεν έπασχε από κάποια διατροφική διαταραχή. Στην ηλικιακή ομάδα 24-30 ετών, διαπιστώθηκε ότι το 81.8% έπασχε από κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ το 17.2 % όχι.

Chi-Square Tests<sup>c</sup>

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,051 <sup>a</sup> | 1  | ,822                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,050              | 1  | ,823                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                   |    |                       | 1,000                | ,562                 |
| Linear-by-Linear Association       | ,049              | 1  | ,824                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 44                |    |                       |                      |                      |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,73.

b. Computed only for a 2x2 table

c. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 0,051, P-value= 0,822 (>0.05)**

Στην συσχέτιση της Ηλικίας με το Συνολικό σκορ EAT-26 στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,822, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Ηλικία \* ΣΚΟΡ EAT-26 (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|        |         |                 | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT26                         |                                         | Total  |
|--------|---------|-----------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------|
|        |         |                 | <20: Δεν υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή | >20: Υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή |        |
| Ηλικία | 18 - 23 | Count           | 2                                           | 13                                      | 15     |
|        |         | % within Ηλικία | 13,3%                                       | 86,7%                                   | 100,0% |
|        | 24 - 30 | Count           | 0                                           | 33                                      | 33     |
|        |         | % within Ηλικία | ,0%                                         | 100,0%                                  | 100,0% |
| Total  |         | Count           | 2                                           | 46                                      | 48     |
|        |         | % within Ηλικία | 4,2%                                        | 95,8%                                   | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 48 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με το ερωτηματολόγιο των Διατροφικών Διαταραχών EAT-26, διαπιστώθηκε ότι το 86,7% της ηλικιακής ομάδας 18-23 ετών έπασχε από κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ το 13,3% δεν έπασχε από κάποια διατροφική διαταραχή. Στην ηλικιακή ομάδα 24-30 ετών, διαπιστώθηκε ότι το 95,8% έπασχε από κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ το 4,2% όχι.

#### Chi-Square Tests<sup>c</sup>

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 4,591 <sup>a</sup> | 1  | ,032                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 1,859              | 1  | ,173                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 4,847              | 1  | ,028                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | ,093                 | ,093                 |
| Linear-by-Linear Association       | 4,496              | 1  | ,034                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 48                 |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,63.

b. Computed only for a 2x2 table

c. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 4,591 , P-value= 0,032 (<0.05)**

Στην συσχέτιση της Ηλικίας με το Συνολικό σκορ EAT-26 στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,032, δηλαδή μικρότερο του 0,05. Επομένως, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών, στην Κύπρο. Συνεπώς με την αύξηση της ηλικίας, αυξάνεται και ο κίνδυνος ανάπτυξης κάποιας διατροφικής διαταραχής.

#### Ηλικία \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI (ΚΡΗΤΗ)

Crosstab<sup>a</sup>

|        |         |                 | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI                                        |                                        |                                       |                                    | Total  |
|--------|---------|-----------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------|
|        |         |                 | 0-9 :Μηδαμινός<br>έως ελάχιστος<br>βαθμός<br>κατάθλιψης. | 10-19:Ελαφριάς<br>μορφής<br>κατάθλιψη. | 20-28 Μέτριας<br>μορφής<br>κατάθλιψη. | 29-63:Βαριά<br>μορφή<br>κατάθλιψης |        |
| Ηλικία | 18 - 23 | Count           | 7                                                        | 2                                      | 1                                     | 5                                  | 15     |
|        |         | % within Ηλικία | 46,7%                                                    | 13,3%                                  | 6,7%                                  | 33,3%                              | 100,0% |
|        | 24 - 30 | Count           | 8                                                        | 3                                      | 6                                     | 12                                 | 29     |
|        |         | % within Ηλικία | 27,6%                                                    | 10,3%                                  | 20,7%                                 | 41,4%                              | 100,0% |
| Total  |         | Count           | 15                                                       | 5                                      | 7                                     | 17                                 | 44     |
|        |         | % within Ηλικία | 34,1%                                                    | 11,4%                                  | 15,9%                                 | 38,6%                              | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης BDI, διαπιστώθηκε ότι το 46,7% της ηλικιακής ομάδας 18-23 ετών εμφάνιζαν μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, ενώ το 6,7% μέτρια μορφής κατάθλιψη. Στην ηλικιακή ομάδα 24-30 ετών, διαπιστώθηκε ότι το 41,4% εμφάνιζαν βαριά μορφή κατάθλιψης, ενώ το 10,3% εμφάνιζαν ελαφριά μορφή κατάθλιψης.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 2,521 <sup>a</sup> | 3  | ,471                  |
| Likelihood Ratio             | 2,667              | 3  | ,446                  |
| Linear-by-Linear Association | 1,378              | 1  | ,240                  |
| N of Valid Cases             | 44                 |    |                       |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,70.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 2,521, P-value= 0,471 (>0.05)**

Στην συσχέτιση της Ηλικίας με το Συνολικό σκορ κατάθλιψης (BDI) στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,471, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Ηλικία \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|        |         |                 | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI                                        |                                        |                                       |                                    | Total  |
|--------|---------|-----------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------|
|        |         |                 | 0-9 :Μηδαμινός<br>έως ελάχιστος<br>βαθμός<br>κατάθλιψης. | 10-19:Ελαφριάς<br>μορφής<br>κατάθλιψη. | 20-28 Μέτριας<br>μορφής<br>κατάθλιψη. | 29-63:Βαριά<br>μορφή<br>κατάθλιψης |        |
| Ηλικία | 18 - 23 | Count           | 7                                                        | 4                                      | 1                                     | 3                                  | 15     |
|        |         | % within Ηλικία | 46,7%                                                    | 26,7%                                  | 6,7%                                  | 20,0%                              | 100,0% |
|        | 24 - 30 | Count           | 10                                                       | 10                                     | 6                                     | 7                                  | 33     |
|        |         | % within Ηλικία | 30,3%                                                    | 30,3%                                  | 18,2%                                 | 21,2%                              | 100,0% |
| Total  |         | Count           | 17                                                       | 14                                     | 7                                     | 10                                 | 48     |
|        |         | % within Ηλικία | 35,4%                                                    | 29,2%                                  | 14,6%                                 | 20,8%                              | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης BDI, διαπιστώθηκε ότι το 46,7% της ηλικιακής ομάδας 18-23 ετών εμφάνιζαν μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, ενώ το 6,7% μέτρια μορφής κατάθλιψη. Στην ηλικιακή ομάδα 24-30 ετών, διαπιστώθηκε ότι το 30,3% εμφάνιζαν μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, ενώ το 18,2% εμφάνιζαν μέτρια μορφή κατάθλιψης.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 1,771 <sup>a</sup> | 3  | ,621                  |
| Likelihood Ratio             | 1,879              | 3  | ,598                  |
| Linear-by-Linear Association | ,719               | 1  | ,397                  |
| N of Valid Cases             | 48                 |    |                       |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,19.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 1,771, P-value= 0,621 (>0.05)**

Στην συσχέτιση της ηλικίας με το Συνολικό σκορ κατάθλιψης (BDI), το Chi-Square είναι 0,621, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Δ.Μ.Σ. \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT-26 (ΚΡΗΤΗ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | ΣΚΟΡ EAT-26                                 |                                         | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------|
|       |                           |                | <20: Δεν υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή | >20: Υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 1                                           | 14                                      | 15     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 6,7%                                        | 93,3%                                   | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 5                                           | 20                                      | 25     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 20,0%                                       | 80,0%                                   | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 2                                           | 1                                       | 3      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 66,7%                                       | 33,3%                                   | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 0                                           | 1                                       | 1      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | ,0%                                         | 100,0%                                  | 100,0% |
|       | Total                     | Count          | 8                                           | 36                                      | 44     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 18,2%                                       | 81,8%                                   | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με το ερωτηματολόγιο των Διατροφικών Διαταραχών, διαπιστώθηκε ότι το 93,3% των λιποβαρών, έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ το 6,7% των λιποβαρών όχι· το 80% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ το 20% όχι· το 66,7% των υπέρβαρων έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ το 33,3% όχι· το 100% των παχύσαρκων έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 6,356 <sup>a</sup> | 3  | ,096                  |
| Likelihood Ratio             | 5,537              | 3  | ,136                  |
| Linear-by-Linear Association | 2,645              | 1  | ,104                  |
| N of Valid Cases             | 44                 |    |                       |

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 6,356, P-value= 0,096 (>0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με το Συνολικό σκορ EAT-26 στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,096, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Δ.Μ.Σ \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT-26 (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>



|       |                           |                | ΣΚΟPEAT26                                   |                                         | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------|
|       |                           |                | <20: Δεν υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή | >20: Υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή |        |
| Δ.Μ.Σ | Ελλιποβαρής: <18.5        | Count          | 0                                           | 10                                      | 10     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | ,0%                                         | 100,0%                                  | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 1                                           | 21                                      | 22     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 4,5%                                        | 95,5%                                   | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 0                                           | 9                                       | 9      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | ,0%                                         | 100,0%                                  | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 1                                           | 6                                       | 7      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 14,3%                                       | 85,7%                                   | 100,0% |
| Total |                           | Count          | 2                                           | 46                                      | 48     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 4,2%                                        | 95,8%                                   | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με το ερωτηματολόγιο των Διατροφικών Διαταραχών, διαπιστώθηκε ότι το 100% των λιποβαρών, έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή· το 95,5% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος, έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ το 4,5% όχι· το 100% των υπέρβαρων έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή· το 85,7% των παχύσαρκων έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ το 14,3% όχι.

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 2,629 <sup>a</sup> | 3  | ,452                  |
| Likelihood Ratio             | 2,750              | 3  | ,432                  |
| Linear-by-Linear Association | 1,199              | 1  | ,273                  |
| N of Valid Cases             | 48                 |    |                       |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 2,629, P-value= 0,452 (>0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με το Συνολικό σκορ EAT-26 στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,452, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Δ.Μ.Σ \* Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος (ΚΡΗΤΗ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος |       |         |       | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|       |                           |                | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ      | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 5                                   | 1     | 0       | 9     | 15     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 33,3%                               | 6,7%  | ,0%     | 60,0% | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 11                                  | 2     | 1       | 11    | 25     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 44,0%                               | 8,0%  | 4,0%    | 44,0% | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 3                                   | 0     | 0       | 0     | 3      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 100,0%                              | ,0%   | ,0%     | ,0%   | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 0                                   | 0     | 1       | 0     | 1      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | ,0%                                 | ,0%   | 100,0%  | ,0%   | 100,0% |
| Total |                           | Count          | 19                                  | 3     | 2       | 20    | 44     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 43,2%                               | 6,8%  | 4,5%    | 45,5% | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στην ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος», διαπιστώθηκε ότι το 60% των λιποβαρών, ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος και το 6,7% συχνά· το 44% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος ασχολούνταν πάντα (κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ) με δίαιτες αδυνατίσματος και το 4% συνήθως· το 100% των υπέρβαρων ασχολούνταν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, με δίαιτες αδυνατίσματος· το 100% των παχύσαρκων ασχολούνταν συνήθως, με δίαιτες αδυνατίσματος.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 26,748 <sup>a</sup> | 9  | ,002                  |
| Likelihood Ratio             | 13,666              | 9  | ,135                  |
| Linear-by-Linear Association | 1,885               | 1  | ,170                  |
| N of Valid Cases             | 44                  |    |                       |

a. 12 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 26,748, P-value= 0,002 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,002, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών, στην Κρήτη. Συνεπώς τα άτομα που ασχολούνται με δίαιτες αδυνατίσματος έχουν φυσιολογικό ή μικρότερο του φυσιολογικού βάρος.

**Δ.Μ.Σ \* Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | new_eat_1                      |       |         |       | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|--------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|       |                           |                | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 2                              | 0     | 1       | 7     | 10     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 20,0%                          | ,0%   | 10,0%   | 70,0% | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 6                              | 3     | 6       | 7     | 22     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 27,3%                          | 13,6% | 27,3%   | 31,8% | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 2                              | 2     | 3       | 2     | 9      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 22,2%                          | 22,2% | 33,3%   | 22,2% | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 5                              | 0     | 1       | 1     | 7      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 71,4%                          | ,0%   | 14,3%   | 14,3% | 100,0% |
| Total |                           | Count          | 15                             | 5     | 11      | 17    | 48     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 31,3%                          | 10,4% | 22,9%   | 35,4% | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στην ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος», διαπιστώθηκε ότι το 70% των λιποβαρών, ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος ενώ το 10% συνήθως· το 31,8% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος ενώ το 13,6% συχνά· το 33,3% των υπέρβαρων ασχολούνταν συνήθως, με δίαιτες αδυνατίσματος, ενώ η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος, εμφανίζεται στα ίδια ποσοστά 22,2% {(Κάποιες φορές, Σπάνια, Ποτέ), Συχνά, Πάντα}· το 71,4% των παχύσαρκων ασχολούνταν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, με δίαιτες αδυνατίσματος, ενώ εμφανίζονται τα ίδια ποσοστά 14,3% (συνήθως, πάντα).

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 13,907 <sup>a</sup> | 9  | ,126                  |
| Likelihood Ratio             | 14,222              | 9  | ,115                  |
| Linear-by-Linear Association | 5,818               | 1  | ,016                  |
| N of Valid Cases             | 48                  |    |                       |

a. 13 cells (81,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,73.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 13,907, P-value= 0,126 (>0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,126, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Δ.Μ.Σ \* Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό (ΚΡΗΤΗ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό |       |         |       | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|--------------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|       |                           |                | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ       | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 9                                    | 3     | 3       | 0     | 15     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 60,0%                                | 20,0% | 20,0%   | ,0%   | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 18                                   | 3     | 2       | 2     | 25     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 72,0%                                | 12,0% | 8,0%    | 8,0%  | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 2                                    | 1     | 0       | 0     | 3      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 66,7%                                | 33,3% | ,0%     | ,0%   | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 1                                    | 0     | 0       | 0     | 1      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 100,0%                               | ,0%   | ,0%     | ,0%   | 100,0% |
| Total |                           | Count          | 30                                   | 7     | 5       | 2     | 44     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 68,2%                                | 15,9% | 11,4%   | 4,5%  | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στην ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό», διαπιστώθηκε ότι το 60% των λιποβαρών, εμφάνιζαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, βουλιμικά επεισόδια και το 20% συχνά, συνήθως· το 72% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος εμφάνιζαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, βουλιμικά επεισόδια και το 8% συνήθως και πάντα· το 66,7% των υπέρβαρων εμφάνιζαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, βουλιμικά επεισόδια, ενώ το 33% συχνά· το 100% των παχύσαρκων εμφάνιζαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, βουλιμικά επεισόδια.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 4,688 <sup>a</sup> | 9  | ,861                  |
| Likelihood Ratio             | 5,746              | 9  | ,765                  |
| Linear-by-Linear Association | ,508               | 1  | ,476                  |
| N of Valid Cases             | 44                 |    |                       |

a. 14 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 4,688, P-value= 0,861 (>0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,861, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Δ.Μ.Σ \* Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό |       |         |       | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|--------------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|       |                           |                | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ       | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 8                                    | 0     | 2       | 0     | 10     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 80,0%                                | ,0%   | 20,0%   | ,0%   | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 13                                   | 4     | 1       | 4     | 22     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 59,1%                                | 18,2% | 4,5%    | 18,2% | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 5                                    | 1     | 3       | 0     | 9      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 55,6%                                | 11,1% | 33,3%   | ,0%   | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 3                                    | 1     | 3       | 0     | 7      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 42,9%                                | 14,3% | 42,9%   | ,0%   | 100,0% |
| Total |                           | Count          | 29                                   | 6     | 9       | 4     | 48     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 60,4%                                | 12,5% | 18,8%   | 8,3%  | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 48 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στην ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό», διαπιστώθηκε ότι το 80% των λιποβαρών, εμφάνιζαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, βουλιμικά επεισόδια και το 20% συνήθως· το 59,1% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος εμφάνιζαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, βουλιμικά επεισόδια και το 4,5% συνήθως· το 55,6% των υπέρβαρων εμφάνιζαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, βουλιμικά επεισόδια, και το 11,1% συχνά· το 42,9% των παχύσαρκων εμφάνιζαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, βουλιμικά επεισόδια και το 14,3 συχνά.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 13,177 <sup>a</sup> | 9  | ,155                  |
| Likelihood Ratio             | 16,123              | 9  | ,064                  |
| Linear-by-Linear Association | 1,114               | 1  | ,291                  |
| N of Valid Cases             | 48                  |    |                       |

a. 13 cells (81,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,58.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 13,177 , P-value= 0,155 (>0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,155, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών

**Δ.Μ.Σ \* Αυτοέλεγχος της τροφής (ΚΡΗΤΗ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | Αυτοέλεγχος της τροφής         |        |         |       | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|--------------------------------|--------|---------|-------|--------|
|       |                           |                | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ | Συχνά  | Συνήθως | Πάντα |        |
| Δ.Μ.Σ | Ελλιποβαρής: <18.5        | Count          | 7                              | 1      | 2       | 5     | 15     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 46,7%                          | 6,7%   | 13,3%   | 33,3% | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 15                             | 3      | 2       | 5     | 25     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 60,0%                          | 12,0%  | 8,0%    | 20,0% | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 3                              | 0      | 0       | 0     | 3      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 100,0%                         | ,0%    | ,0%     | ,0%   | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 0                              | 1      | 0       | 0     | 1      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | ,0%                            | 100,0% | ,0%     | ,0%   | 100,0% |
| Total |                           | Count          | 25                             | 5      | 4       | 10    | 44     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 56,8%                          | 11,4%  | 9,1%    | 22,7% | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στην ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Αυτοέλεγχος της τροφής», διαπιστώθηκε ότι το 46,7% των λιποβαρών, είχαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, αυτοέλεγχο της τροφής και το 6,7% συχνά· το 60% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος είχαν, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, αυτοέλεγχο της τροφής και το 8% συνήθως· το 100% των υπέρβαρων είχαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, αυτοέλεγχο της τροφής· το 100% των παχύσαρκων είχαν συχνά αυτοέλεγχο της τροφής.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 11,851 <sup>a</sup> | 9  | ,222                  |
| Likelihood Ratio             | 9,453               | 9  | ,397                  |
| Linear-by-Linear Association | 2,139               | 1  | ,144                  |
| N of Valid Cases             | 44                  |    |                       |

a. 13 cells (81,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 11,851 , P-value= 0,222 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με την ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Αυτοέλεγχος της τροφής» στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,222, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Δ.Μ.Σ \* Αυτοέλεγχος της τροφής (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | new_eat_3                      |       |         |       | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|--------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|       |                           |                | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 4                              | 1     | 3       | 2     | 10     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 40,0%                          | 10,0% | 30,0%   | 20,0% | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 15                             | 4     | 3       | 0     | 22     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 68,2%                          | 18,2% | 13,6%   | ,0%   | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 7                              | 1     | 1       | 0     | 9      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 77,8%                          | 11,1% | 11,1%   | ,0%   | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 6                              | 1     | 0       | 0     | 7      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 85,7%                          | 14,3% | ,0%     | ,0%   | 100,0% |
|       | Total                     | Count          | 32                             | 7     | 7       | 2     | 48     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 66,7%                          | 14,6% | 14,6%   | 4,2%  | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 48 ατόμων, που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στην ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Αυτοέλεγχος της τροφής», διαπιστώθηκε ότι το 40% των λιποβαρών, είχαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, αυτοέλεγχο της τροφής και το 10% συχνά· το 68,2% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος είχαν, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, αυτοέλεγχο της τροφής και το 13,6% συνήθως· το 77,8% των υπέρβαρων είχαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, αυτοέλεγχο της τροφής, το 11,1% συχνά, καθώς και το 11% συνήθως· το 85,7% των παχύσαρκων είχαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ αυτοέλεγχο της τροφής και το 14,3% συχνά.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 12,375 <sup>a</sup> | 9  | ,193                  |
| Likelihood Ratio             | 11,842              | 9  | ,222                  |
| Linear-by-Linear Association | 6,703               | 1  | ,010                  |
| N of Valid Cases             | 48                  |    |                       |

a. 13 cells (81,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 12,375 , P-value= 0,193 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με την ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Αυτοέλεγχος της τροφής» στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,193, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Δ.Μ.Σ \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | ΣΚΟΡΒΔΙ                                                  |                                            |                                       |                                    | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------|
|       |                           |                | 0-9 :Μηδαμινός<br>έως ελάχιστος<br>βαθμός<br>κατάθλιψης. | 10-<br>19:Ελαφριάς<br>μορφής<br>κατάθλιψη. | 20-28 Μέτριας<br>μορφής<br>κατάθλιψη. | 29-63:Βαριά<br>μορφή<br>κατάθλιψης |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 1                                                        | 1                                          | 3                                     | 10                                 | 15     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 6,7%                                                     | 6,7%                                       | 20,0%                                 | 66,7%                              | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 13                                                       | 4                                          | 3                                     | 5                                  | 25     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 52,0%                                                    | 16,0%                                      | 12,0%                                 | 20,0%                              | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 1                                                        | 0                                          | 1                                     | 1                                  | 3      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 33,3%                                                    | ,0%                                        | 33,3%                                 | 33,3%                              | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 0                                                        | 0                                          | 0                                     | 1                                  | 1      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | ,0%                                                      | ,0%                                        | ,0%                                   | 100,0%                             | 100,0% |
| Total |                           | Count          | 15                                                       | 5                                          | 7                                     | 17                                 | 44     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 34,1%                                                    | 11,4%                                      | 15,9%                                 | 38,6%                              | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της κατάθλιψης BDI, διαπιστώθηκε ότι το 66,7% των λιποβαρών, εμφάνιζε βαριά μορφή κατάθλιψης και το 6,7% εμφάνιζε ελαφριά μορφή κατάθλιψης· το 52% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος, εμφάνιζε μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης και το 12% εμφάνιζε μέτριας μορφής κατάθλιψη· το 33.3% των υπέρβαρων, εμφάνιζε μηδαμινό έως ελάχιστος βαθμός κατάθλιψης

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 14,645 <sup>a</sup> | 9  | ,101                  |
| Likelihood Ratio             | 16,432              | 9  | ,058                  |
| Linear-by-Linear Association | 2,974               | 1  | ,085                  |
| N of Valid Cases             | 44                  |    |                       |

a. 12 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 14,645 , P-value= 0,101 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με το Συνολικό σκορ κατάθλιψης BDI στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,101, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Δ.Μ.Σ \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>



|       |                           |                | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI                                        |                                        |                                       |                                    | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------|
|       |                           |                | 0-9 :Μηδαμινός<br>έως ελάχιστος<br>βαθμός<br>κατάθλιψης. | 10-19:Ελαφριάς<br>μορφής<br>κατάθλιψη. | 20-28 Μέτριας<br>μορφής<br>κατάθλιψη. | 29-63:Βαριά<br>μορφή<br>κατάθλιψης |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 5                                                        | 3                                      | 1                                     | 1                                  | 10     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 50,0%                                                    | 30,0%                                  | 10,0%                                 | 10,0%                              | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 5                                                        | 6                                      | 4                                     | 7                                  | 22     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 22,7%                                                    | 27,3%                                  | 18,2%                                 | 31,8%                              | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 3                                                        | 2                                      | 2                                     | 2                                  | 9      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 33,3%                                                    | 22,2%                                  | 22,2%                                 | 22,2%                              | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 4                                                        | 3                                      | 0                                     | 0                                  | 7      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 57,1%                                                    | 42,9%                                  | ,0%                                   | ,0%                                | 100,0% |
| Total |                           | Count          | 17                                                       | 14                                     | 7                                     | 10                                 | 48     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 35,4%                                                    | 29,2%                                  | 14,6%                                 | 20,8%                              | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 48 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της κατάθλιψης BDI, διαπιστώθηκε ότι το 50% των λιποβαρών, εμφάνιζε μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, το 10% εμφάνιζε μέτριας μορφής κατάθλιψη, καθώς και το 10% βαριάς μορφής κατάθλιψη· το 31,8% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος, εμφάνιζε βαριάς μορφής κατάθλιψη και το 18,2% εμφάνιζε μέτριας μορφής κατάθλιψη· το 33,3% των υπέρβαρων, εμφάνιζε μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης και τα ίδια ποσοστά 22% εμφανίζονται στην ελαφριά, στην μέτρια και την βαριά μορφή κατάθλιψης· το 57,1% των παχύσαρκων, εμφάνιζε μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης και το 42,9% εμφάνιζε ελαφριά μορφή κατάθλιψης.

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 8,197 <sup>a</sup> | 9  | ,514                  |
| Likelihood Ratio             | 10,474             | 9  | ,314                  |
| Linear-by-Linear Association | ,569               | 1  | ,451                  |
| N of Valid Cases             | 48                 |    |                       |

a. 14 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,02.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 8,197 , P-value= 0,514 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με το Συνολικό σκορ κατάθλιψης BDI στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,514, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT-26 (ΚΡΗΤΗ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|                      |                                                    |                  | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT-26                        |                                         | Total  |
|----------------------|----------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------|
|                      |                                                    |                  | <20: Δεν υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή | >20: Υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή |        |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟ<br>ΣΚΟΡ BDI | 0-9 :Μηδαμινός έως ελάχιστος<br>βαθμός κατάθλιψης. | Count            | 3                                           | 12                                      | 15     |
|                      |                                                    | % within ΣΚΟΡBDI | 20,0%                                       | 80,0%                                   | 100,0% |
|                      | 10-19:Ελαφριάς μορφής<br>κατάθλιψη.                | Count            | 1                                           | 4                                       | 5      |
|                      |                                                    | % within ΣΚΟΡBDI | 20,0%                                       | 80,0%                                   | 100,0% |
|                      | 20-28 Μέτριας μορφής<br>κατάθλιψη.                 | Count            | 2                                           | 5                                       | 7      |
|                      |                                                    | % within ΣΚΟΡBDI | 28,6%                                       | 71,4%                                   | 100,0% |
|                      | 29-63:Βαριά μορφή κατάθλιψης                       | Count            | 2                                           | 15                                      | 17     |
|                      |                                                    | % within ΣΚΟΡBDI | 11,8%                                       | 88,2%                                   | 100,0% |
| Total                |                                                    | Count            | 8                                           | 36                                      | 44     |
|                      |                                                    | % within ΣΚΟΡBDI | 18,2%                                       | 81,8%                                   | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου Διατροφικών διαταραχών EAT-26, διαπιστώθηκε ότι το 80% των ατόμων με μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης έπασχε από διατροφική διαταραχή και το 20% δεν έπασχε· το 80% των ατόμων με ελαφριά μορφή κατάθλιψης έπασχε από διατροφική διαταραχή και το 20% δεν έπασχε· το 71,4% των ατόμων με μέτρια μορφή κατάθλιψης έπασχε από διατροφική διαταραχή και το 20% δεν έπασχε· το 88,2% των ατόμων με βαριά μορφή κατάθλιψης έπασχε από διατροφική διαταραχή και το 11,8% δεν έπασχε.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 1,023 <sup>a</sup> | 3  | ,796                  |
| Likelihood Ratio             | 1,017              | 3  | ,797                  |
| Linear-by-Linear Association | ,263               | 1  | ,608                  |
| N of Valid Cases             | 44                 |    |                       |

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,91.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 1,023 , P-value= 0,796 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) με το Συνολικό σκορ EAT-26 στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,796, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT-26 (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|          |                                 |                  | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT26                         |                                         | Total  |
|----------|---------------------------------|------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------|
|          |                                 |                  | <20: Δεν υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή | >20: Υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή |        |
| ΣΥΝΟΙΚΟ  | 0-9 :Μηδαμινός έως              | Count            | 1                                           | 16                                      | 17     |
| ΣΚΟΡ BDI | ελάχιστος βαθμός<br>κατάθλιψης. | % within ΣΚΟΡBDI | 5,9%                                        | 94,1%                                   | 100,0% |
|          | 10-19:Ελαφριάς μορφής           | Count            | 0                                           | 14                                      | 14     |
|          | κατάθλιψη.                      | % within ΣΚΟΡBDI | ,0%                                         | 100,0%                                  | 100,0% |
|          | 20-28 Μέτριας μορφής            | Count            | 1                                           | 6                                       | 7      |
|          | κατάθλιψη.                      | % within ΣΚΟΡBDI | 14,3%                                       | 85,7%                                   | 100,0% |
|          | 29-63:Βαριά μορφή               | Count            | 0                                           | 10                                      | 10     |
|          | κατάθλιψης                      | % within ΣΚΟΡBDI | ,0%                                         | 100,0%                                  | 100,0% |
| Total    |                                 | Count            | 2                                           | 46                                      | 48     |
|          |                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 4,2%                                        | 95,8%                                   | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 48 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου Διατροφικών διαταραχών EAT-26, διαπιστώθηκε ότι το 94,1% των ατόμων με μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, έπασχε από διατροφική διαταραχή και το 5,9% δεν έπασχε· το 100% των ατόμων με ελαφριά μορφή κατάθλιψης, έπασχε από διατροφική διαταραχή· το 85,7% των ατόμων με μέτρια μορφή κατάθλιψης έπασχε από διατροφική διαταραχή και το 14,3% δεν έπασχε· το 100% των ατόμων με βαριά μορφή κατάθλιψης, έπασχε από διατροφική διαταραχή.

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 2,964 <sup>a</sup> | 3  | ,397                  |
| Likelihood Ratio             | 3,280              | 3  | ,350                  |
| Linear-by-Linear Association | ,069               | 1  | ,793                  |
| N of Valid Cases             | 48                 |    |                       |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 2,964 , P-value= 0,397 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) με το Συνολικό σκορ EAT-26 στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,397, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος (ΚΡΗΤΗ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|          |                                                 |                  | Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος |       |         |       | Total  |
|----------|-------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|          |                                                 |                  | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ      | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟ | 0-9 :Μηδαμινός έως ελάχιστος βαθμός κατάθλιψης. | Count            | 10                                  | 0     | 1       | 4     | 15     |
| ΣΚΟΡ BDI |                                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 66,7%                               | ,0%   | 6,7%    | 26,7% | 100,0% |
|          | 10-19:Ελαφριάς μορφής κατάθλιψη.                | Count            | 2                                   | 2     | 0       | 1     | 5      |
|          |                                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 40,0%                               | 40,0% | ,0%     | 20,0% | 100,0% |
|          | 20-28 Μέτριας μορφής κατάθλιψη.                 | Count            | 2                                   | 1     | 0       | 4     | 7      |
|          |                                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 28,6%                               | 14,3% | ,0%     | 57,1% | 100,0% |
|          | 29-63:Βαριά μορφή κατάθλιψης                    | Count            | 5                                   | 0     | 1       | 11    | 17     |
|          |                                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 29,4%                               | ,0%   | 5,9%    | 64,7% | 100,0% |
| Total    |                                                 | Count            | 19                                  | 3     | 2       | 20    | 44     |
|          |                                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 43,2%                               | 6,8%  | 4,5%    | 45,5% | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στην ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος», διαπιστώθηκε ότι το 66,7% των ατόμων με μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, ασχολούνταν με δίαιτες αδυνατίσματος και το 6,7% συνήθως· το 40% των ατόμων με ελαφριά μορφή κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, ασχολούνταν με δίαιτες αδυνατίσματος και το 20% πάντα· το 57,1% των ατόμων με μέτρια μορφή κατάθλιψης ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος και το 14,3% συχνά· το 64,7% των ατόμων με βαριά μορφή κατάθλιψης, ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος και το 5,9% συνήθως.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 18,084 <sup>a</sup> | 9  | ,034                  |
| Likelihood Ratio             | 16,417              | 9  | ,059                  |
| Linear-by-Linear Association | 5,600               | 1  | ,018                  |
| N of Valid Cases             | 44                  |    |                       |

a. 12 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 18,084 , P-value= 0,034 (>0.05)**

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) με την ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,034, δηλαδή μικρότερο του 0,05. Επομένως, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών. Συνεπώς όσο μεγαλώνει η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος τόσο αυξάνεται και ο βαθμός κατάθλιψης βάσει του BDI.

**ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|          |                                                 |                  | Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος |       |         |       | Total  |
|----------|-------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|          |                                                 |                  | Κάποιες φορές, Σπάνια, Ποτέ         | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟ | 0-9 :Μηδαμινός έως ελάχιστος βαθμός κατάθλιψης. | Count            | 7                                   | 1     | 4       | 5     | 17     |
| ΣΚΟΡ BDI |                                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 41,2%                               | 5,9%  | 23,5%   | 29,4% | 100,0% |
|          | 10-19:Ελαφριάς μορφής κατάθλιψη.                | Count            | 4                                   | 3     | 3       | 4     | 14     |
|          |                                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 28,6%                               | 21,4% | 21,4%   | 28,6% | 100,0% |
|          | 20-28 Μέτριας μορφής κατάθλιψη.                 | Count            | 2                                   | 0     | 2       | 3     | 7      |
|          |                                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 28,6%                               | ,0%   | 28,6%   | 42,9% | 100,0% |
|          | 29-63:Βαριά μορφή κατάθλιψης                    | Count            | 2                                   | 1     | 2       | 5     | 10     |
|          |                                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 20,0%                               | 10,0% | 20,0%   | 50,0% | 100,0% |
| Total    |                                                 | Count            | 15                                  | 5     | 11      | 17    | 48     |
|          |                                                 | % within ΣΚΟΡBDI | 31,3%                               | 10,4% | 22,9%   | 35,4% | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 48 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στην ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος», διαπιστώθηκε ότι το 41,2% των ατόμων με μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, ασχολούνταν με δίαιτες αδυνατίσματος και το 5,9% συχνά· το 28,6% των ατόμων με ελαφριά μορφή κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, ασχολούνταν με δίαιτες αδυνατίσματος καθώς και ένα ποσοστό 28,6% πάντα, ενώ το 21,4% συχνά καθώς και το 21,4% συνήθως· το 42,9% των ατόμων με μέτρια μορφή κατάθλιψης ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος και εμφανίζονται ισόποσα 28,6% κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ και συνήθως· το 50% των ατόμων με βαριά μορφή κατάθλιψης, ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος και το 10% συχνά.

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 4,905 <sup>a</sup> | 9  | ,843                  |
| Likelihood Ratio             | 5,267              | 9  | ,810                  |
| Linear-by-Linear Association | 1,640              | 1  | ,200                  |
| N of Valid Cases             | 48                 |    |                       |

a. 14 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,73.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 4,905 , P-value= 0,843 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) με την ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,843, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό (ΚΡΗΤΗ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|          |                       |                  | Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό |       |         |       | Total  |
|----------|-----------------------|------------------|--------------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|          |                       |                  | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ       | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟ | 0-9 :Μηδαμινός έως    | Count            | 9                                    | 2     | 3       | 1     | 15     |
| ΣΚΟΡ BDI | ελάχιστος βαθμός      | % within ΣΚΟΡBDI | 60,0%                                | 13,3% | 20,0%   | 6,7%  | 100,0% |
|          | κατάθλιψη.            |                  |                                      |       |         |       |        |
|          | 10-19:Ελαφριάς μορφής | Count            | 3                                    | 1     | 1       | 0     | 5      |
|          | κατάθλιψη.            | % within ΣΚΟΡBDI | 60,0%                                | 20,0% | 20,0%   | ,0%   | 100,0% |
|          | 20-28 Μέτριας μορφής  | Count            | 6                                    | 1     | 0       | 0     | 7      |
|          | κατάθλιψη.            | % within ΣΚΟΡBDI | 85,7%                                | 14,3% | ,0%     | ,0%   | 100,0% |
|          | 29-63:Βαριά μορφή     | Count            | 12                                   | 3     | 1       | 1     | 17     |
|          | κατάθλιψης            | % within ΣΚΟΡBDI | 70,6%                                | 17,6% | 5,9%    | 5,9%  | 100,0% |
| Total    | Count                 |                  | 30                                   | 7     | 5       | 2     | 44     |
|          | % within ΣΚΟΡBDI      |                  | 68,2%                                | 15,9% | 11,4%   | 4,5%  | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στην ομάδα ερωτήσεων σχετικά με «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό», διαπιστώθηκε ότι το 60% των ατόμων με μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, εμφάνιζαν βουλιμικά επεισόδια και το 6,7% πάντα· το 60% των ατόμων με ελαφριά μορφή κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, εμφάνιζαν βουλιμικά επεισόδια, ενώ τα ίδια ποσοστά 20% εμφανίζονται συχνά και συνήθως· το 85,7% των ατόμων με μέτρια μορφή κατάθλιψης εμφάνιζαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, βουλιμικά επεισόδια, και το 14,3% συχνά· το 70,6% των ατόμων με βαριά μορφή κατάθλιψης, εμφάνιζαν βουλιμικά επεισόδια κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, ενώ τα ίδια ποσοστά 5,9% εμφανίζονταν συνήθως και πάντα.

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 4,004 <sup>a</sup> | 9  | ,911                  |
| Likelihood Ratio             | 5,156              | 9  | ,821                  |
| Linear-by-Linear Association | 1,007              | 1  | ,316                  |
| N of Valid Cases             | 44                 |    |                       |

a. 14 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 4,004 , P-value= 0,911 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) με την υποκατηγορία «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,911, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>

|          |                              |                  | Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό |       |         |       | Total  |
|----------|------------------------------|------------------|--------------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|          |                              |                  | Κάποιες φορές, Σπάνια, Ποτέ          | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟ | 0-9 :Μηδαμινός έως           | Count            | 13                                   | 1     | 3       | 0     | 17     |
| ΣΚΟΡ BDI | ελάχιστος βαθμός κατάθλιψης. | % within ΣΚΟΡBDI | 76,5%                                | 5,9%  | 17,6%   | ,0%   | 100,0% |
|          | 10-19:Ελαφριάς μορφής        | Count            | 10                                   | 1     | 2       | 1     | 14     |
|          | κατάθλιψη.                   | % within ΣΚΟΡBDI | 71,4%                                | 7,1%  | 14,3%   | 7,1%  | 100,0% |
|          | 20-28 Μέτριας μορφής         | Count            | 2                                    | 2     | 2       | 1     | 7      |
|          | κατάθλιψη.                   | % within ΣΚΟΡBDI | 28,6%                                | 28,6% | 28,6%   | 14,3% | 100,0% |
|          | 29-63:Βαριά μορφή            | Count            | 4                                    | 2     | 2       | 2     | 10     |
|          | κατάθλιψης                   | % within ΣΚΟΡBDI | 40,0%                                | 20,0% | 20,0%   | 20,0% | 100,0% |
| Total    |                              | Count            | 29                                   | 6     | 9       | 4     | 48     |
|          |                              | % within ΣΚΟΡBDI | 60,4%                                | 12,5% | 18,8%   | 8,3%  | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 48 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στην υποκατηγορία του EAT-26 «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό», διαπιστώθηκε ότι το 76,5% των ατόμων με μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, εμφάνιζαν βουλιμικά επεισόδια και το 5,9% συχνά· το 71,4% των ατόμων με ελαφριά μορφή κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, εμφάνιζαν βουλιμικά επεισόδια, το 7,1% συχνά καθώς και το 7,1% πάντα· το 85,7% των ατόμων με μέτρια μορφή κατάθλιψης εμφάνιζαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, βουλιμικά επεισόδια, και το 14,3% συχνά· το 70,6% των ατόμων με βαριά μορφή κατάθλιψης, εμφάνιζαν βουλιμικά επεισόδια κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, το 5,9% συνήθως, καθώς και το 5,9% πάντα.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 9,584 <sup>a</sup> | 9  | ,385                  |
| Likelihood Ratio             | 10,504             | 9  | ,311                  |
| Linear-by-Linear Association | 5,094              | 1  | ,024                  |
| N of Valid Cases             | 48                 |    |                       |

a. 13 cells (81,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,58.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 9,584 , P-value= 0,385 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) με την υποκατηγορία «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,385, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* Αυτοέλεγχος της τροφής (KPHTH)**

Crosstab<sup>a</sup>

|          |                                                 |       | Αυτοέλεγχος της τροφής         |       |         |       | Total  |
|----------|-------------------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|          |                                                 |       | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟ | 0-9 :Μηδαμινός έως ελάχιστος βαθμός κατάθλιψης. | Count | 10                             | 3     | 0       | 2     | 15     |
| ΣΚΟΡ BDI | % within ΣΚΟΡBDI                                |       | 66,7%                          | 20,0% | ,0%     | 13,3% | 100,0% |
|          | 10-19:Ελαφριάς μορφής κατάθλιψη.                | Count | 4                              | 0     | 0       | 1     | 5      |
|          | % within ΣΚΟΡBDI                                |       | 80,0%                          | ,0%   | ,0%     | 20,0% | 100,0% |
|          | 20-28 Μέτριας μορφής κατάθλιψη.                 | Count | 4                              | 0     | 2       | 1     | 7      |
|          | % within ΣΚΟΡBDI                                |       | 57,1%                          | ,0%   | 28,6%   | 14,3% | 100,0% |
|          | 29-63:Βαριά μορφή κατάθλιψης                    | Count | 7                              | 2     | 2       | 6     | 17     |
|          | % within ΣΚΟΡBDI                                |       | 41,2%                          | 11,8% | 11,8%   | 35,3% | 100,0% |
| Total    | Count                                           |       | 25                             | 5     | 4       | 10    | 44     |
|          | % within ΣΚΟΡBDI                                |       | 56,8%                          | 11,4% | 9,1%    | 22,7% | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

Σε σύνολο 44 ατόμων που κατοικούσαν στην Κρήτη και απάντησαν στην υποκατηγορία του EAT-26 «Αυτοέλεγχος της τροφής», διαπιστώθηκε ότι το 66,7% των ατόμων με μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, είχαν αυτοέλεγχο της τροφής και το 13,3% πάντα· το 80% των ατόμων με ελαφριά μορφή κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, είχαν αυτοέλεγχο της τροφής και το 20% πάντα· το 57,1% των ατόμων με μέτρια μορφή κατάθλιψης είχαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, αυτοέλεγχο της τροφής και το 14,3% πάντα· το 41,2% των ατόμων με βαριά μορφή κατάθλιψης, είχαν αυτοέλεγχο της τροφής, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, το 11,8% συνήθως, καθώς και το 11,8% συχνά.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 10,685 <sup>a</sup> | 9  | ,298                  |
| Likelihood Ratio             | 12,579              | 9  | ,183                  |
| Linear-by-Linear Association | 3,541               | 1  | ,060                  |
| N of Valid Cases             | 44                  |    |                       |

a. 14 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

b. Τόπος Διαμονής = Κρήτη

**Pearson Chi-Square= 10,685 , P-value= 0,298 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) με την υποκατηγορία «Αυτοέλεγχος της τροφής» στην Κρήτη, το Chi-Square είναι 0,298, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* Αυτοέλεγχος της τροφής (ΚΥΠΡΟΣ)**

Crosstab<sup>a</sup>



|          |                              |                  | Αυτοέλεγχος της τροφής      |       |         |       | Total  |
|----------|------------------------------|------------------|-----------------------------|-------|---------|-------|--------|
|          |                              |                  | Κάποιες φορές, Σπάνια, Ποτέ | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟ | 0-9 :Μηδαμινός έως           | Count            | 11                          | 2     | 3       | 1     | 17     |
| ΣΚΟΡ BDI | ελάχιστος βαθμός κατάθλιψης. | % within ΣΚΟΡBDI | 64,7%                       | 11,8% | 17,6%   | 5,9%  | 100,0% |
|          | 10-19:Ελαφριάς μορφής        | Count            | 11                          | 2     | 1       | 0     | 14     |
|          | κατάθλιψη.                   | % within ΣΚΟΡBDI | 78,6%                       | 14,3% | 7,1%    | ,0%   | 100,0% |
|          | 20-28 Μέτριας μορφής         | Count            | 4                           | 0     | 3       | 0     | 7      |
|          | κατάθλιψη.                   | % within ΣΚΟΡBDI | 57,1%                       | ,0%   | 42,9%   | ,0%   | 100,0% |
|          | 29-63:Βαριά μορφή            | Count            | 6                           | 3     | 0       | 1     | 10     |
|          | κατάθλιψης                   | % within ΣΚΟΡBDI | 60,0%                       | 30,0% | ,0%     | 10,0% | 100,0% |
| Total    | Count                        |                  | 32                          | 7     | 7       | 2     | 48     |
|          | % within ΣΚΟΡBDI             |                  | 66,7%                       | 14,6% | 14,6%   | 4,2%  | 100,0% |

a. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

Σε σύνολο 48 ατόμων που κατοικούσαν στην Κύπρο και απάντησαν στην υποκατηγορία του EAT-26 «Αυτοέλεγχος της τροφής», διαπιστώθηκε ότι το 64,7% των ατόμων με μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, είχαν αυτοέλεγχο της τροφής και το 5,9% πάντα· το 78,6% των ατόμων με ελαφριά μορφή κατάθλιψης, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, είχαν αυτοέλεγχο της τροφής και το 7,1% συνήθως· το 57,1% των ατόμων με μέτρια μορφή κατάθλιψης είχαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, αυτοέλεγχο της τροφής και το 42,9% συνήθως· το 60% των ατόμων με βαριά μορφή κατάθλιψης, είχαν αυτοέλεγχο της τροφής, κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ και το 10% πάντα.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 10,962 <sup>a</sup> | 9  | ,278                  |
| Likelihood Ratio             | 12,472              | 9  | ,188                  |
| Linear-by-Linear Association | ,038                | 1  | ,846                  |
| N of Valid Cases             | 48                  |    |                       |

a. 13 cells (81,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

b. Τόπος Διαμονής = Κύπρος

**Pearson Chi-Square= 10,962 , P-value= 0,278 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) με την υποκατηγορία «Αυτοέλεγχος της τροφής» στην Κύπρο, το Chi-Square είναι 0,278, δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Δ.Μ.Σ \* Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος |       |         |       | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|       |                           |                | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ      | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 1                                   | 0     | 0       | 12    | 13     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 7,7%                                | ,0%   | ,0%     | 92,3% | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 0                                   | 1     | 0       | 7     | 8      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | ,0%                                 | 12,5% | ,0%     | 87,5% | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 1                                   | 0     | 0       | 0     | 1      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 100,0%                              | ,0%   | ,0%     | ,0%   | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 0                                   | 0     | 1       | 0     | 1      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | ,0%                                 | ,0%   | 100,0%  | ,0%   | 100,0% |
| Total |                           | Count          | 2                                   | 1     | 1       | 19    | 23     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 8,7%                                | 4,3%  | 4,3%    | 82,6% | 100,0% |

a. Δείκτης Υγείας = Ανορεκτικοί

Σε σύνολο 23 ανορεκτικών ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος», διαπιστώθηκε ότι το 92,3% των λιποβαρών ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος και το 7,7% ασχολούνταν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ· το 87,5% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος, ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος και το 12,5% ασχολούνταν συχνά· το 100% των υπέρβαρων, ασχολούνταν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ με δίαιτες αδυνατίσματος· το 100% των παχύσαρκων ασχολούνταν συνήθως με δίαιτες αδυνατίσματος

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 36,083 <sup>a</sup> | 9  | ,000                  |
| Likelihood Ratio             | 16,492              | 9  | ,057                  |
| Linear-by-Linear Association | 2,893               | 1  | ,089                  |
| N of Valid Cases             | 23                  |    |                       |

a. 14 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. Δείκτης Υγείας = Ανορεκτικοί

**Pearson Chi-Square= 36,083 , P-value= 0,000 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ με την υποκατηγορία του EAT-26 «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» για τους ανορεκτικούς, το Chi-Square είναι 0,000 δηλαδή μικρότερο του 0,05. Επομένως, υπάρχει απόλυτη συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών. Συνεπώς όσο περισσότερα άτομα ασχολούνται με δίαιτες αδυνατίσματος, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο έχουν να αναπτύξουν ανορεξία.

**Δ.Μ.Σ \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT-26**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT-26                        |                                         | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------|
|       |                           |                | <20: Δεν υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή | >20: Υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 1                                           | 6                                       | 7      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 14,3%                                       | 85,7%                                   | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 1                                           | 12                                      | 13     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 7,7%                                        | 92,3%                                   | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 1                                           | 3                                       | 4      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 25,0%                                       | 75,0%                                   | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 0                                           | 1                                       | 1      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | ,0%                                         | 100,0%                                  | 100,0% |
| Total |                           | Count          | 3                                           | 22                                      | 25     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 12,0%                                       | 88,0%                                   | 100,0% |

a. Δείκτης Υγείας = Καταθλιπτικοί

Σε σύνολο 25 καταθλιπτικών ατόμων που απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου EAT-26, διαπιστώθηκε ότι το 85,7% των λιποβαρών έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή και το 14,3% δεν έπασχαν· το 92,3% των ατόμων, με φυσιολογικό βάρος έπασχαν από διατροφική διαταραχή και το 7,7% δεν έπασχαν· το 75% των υπέρβαρων έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή και το 25% δεν έπασχαν· το 100% των παχύσαρκων έπασχαν από διατροφική διαταραχή.

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 1,040 <sup>a</sup> | 3  | ,792                  |
| Likelihood Ratio             | 1,055              | 3  | ,788                  |
| Linear-by-Linear Association | ,009               | 1  | ,925                  |
| N of Valid Cases             | 25                 |    |                       |

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

b. Δείκτης Υγείας = Καταθλιπτικοί

**Pearson Chi-Square= 1,040 , P-value= 0,792 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ με το Συνολικό σκορ EAT-26 για τους καταθλιπτικούς, το Chi-Square είναι 0,792 δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**Δ.Μ.Σ \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI**

Crosstab<sup>a</sup>

|       |                           |                | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI                                        |                                        |                                       |                                    | Total  |
|-------|---------------------------|----------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------|
|       |                           |                | 0-9 :Μηδαμινός<br>έως ελάχιστος<br>βαθμός<br>κατάθλιψης. | 10-19:Ελαφριάς<br>μορφής<br>κατάθλιψη. | 20-28 Μέτριας<br>μορφής<br>κατάθλιψη. | 29-63:Βαριά<br>μορφή<br>κατάθλιψης |        |
| Δ.Μ.Σ | Λιποβαρής: <18.5          | Count          | 1                                                        | 1                                      | 1                                     | 4                                  | 7      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 14,3%                                                    | 14,3%                                  | 14,3%                                 | 57,1%                              | 100,0% |
|       | Φυσιολογικός: 18.5 - 24.9 | Count          | 5                                                        | 1                                      | 1                                     | 6                                  | 13     |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 38,5%                                                    | 7,7%                                   | 7,7%                                  | 46,2%                              | 100,0% |
|       | Υπέρβαρος: 25-29.9        | Count          | 1                                                        | 0                                      | 1                                     | 2                                  | 4      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | 25,0%                                                    | ,0%                                    | 25,0%                                 | 50,0%                              | 100,0% |
|       | Παχύσαρκος: 30-39.9       | Count          | 0                                                        | 1                                      | 0                                     | 0                                  | 1      |
|       |                           | % within Δ.Μ.Σ | ,0%                                                      | 100,0%                                 | ,0%                                   | ,0%                                | 100,0% |
| Total | Count                     |                | 7                                                        | 3                                      | 3                                     | 12                                 | 25     |
|       | % within Δ.Μ.Σ            |                | 28,0%                                                    | 12,0%                                  | 12,0%                                 | 48,0%                              | 100,0% |

a. Δείκτης Υγείας = Καταθλιπτικοί

Σε σύνολο 25 καταθλιπτικών ατόμων που απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της κατάθλιψης BDI, διαπιστώθηκε ότι το 57.1% των λιποβαρών εμφανίζουν βαριά μορφή κατάθλιψης ενώ ίδια ποσοστά 14,3% εμφανίζονται στον μηδαμινό βαθμό κατάθλιψης, στην ελαφριά και την μέτρια μορφή κατάθλιψης· το 46,2% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος εμφανίζουν βαριά μορφή κατάθλιψης ενώ ίδια ποσοστά 7,7% εμφανίζονται στην ελαφριά και την μέτρια μορφή κατάθλιψης· το 50% των υπέρβαρων εμφανίζουν βαριά μορφή κατάθλιψης, ενώ ίδια ποσοστά 25% εμφανίζονται στον μηδαμινό βαθμό κατάθλιψης και την μέτρια μορφή κατάθλιψης· το 100% των παχύσαρκων εμφανίζουν ελαφριά μορφή κατάθλιψης.

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 9,965 <sup>a</sup> | 9  | ,353                  |
| Likelihood Ratio             | 7,317              | 9  | ,604                  |
| Linear-by-Linear Association | ,391               | 1  | ,532                  |
| N of Valid Cases             | 25                 |    |                       |

a. 15 cells (93,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

b. Δείκτης Υγείας = Καταθλιπτικοί

**Pearson Chi-Square= 9,965 , P-value= 0,353 (<0.05)**

Στην συσχέτιση του Δ.Μ.Σ με το Συνολικό σκορ κατάθλιψης (BDI) για τους καταθλιπτικούς, το Chi-Square είναι 0,353 δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

Crosstab<sup>a</sup>

|          |                       |                  | Αυτοέλεγχος της τροφής         |       |         |       | Total  |
|----------|-----------------------|------------------|--------------------------------|-------|---------|-------|--------|
|          |                       |                  | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ | Συχνά | Συνήθως | Πάντα |        |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟ | 0-9 :Μηδαμινός έως    | Count            | 17                             | 2     | 0       | 1     | 20     |
| ΣΚΟΡ BDI | ελάχιστος βαθμός      | % within ΣΚΟΡBDI | 85,0%                          | 10,0% | ,0%     | 5,0%  | 100,0% |
|          | κατάθλιψη.            |                  |                                |       |         |       |        |
|          | 10-19:Ελαφριάς μορφής | Count            | 13                             | 0     | 0       | 0     | 13     |
|          | κατάθλιψη.            | % within ΣΚΟΡBDI | 100,0%                         | ,0%   | ,0%     | ,0%   | 100,0% |
|          | 20-28 Μέτριας μορφής  | Count            | 4                              | 0     | 2       | 0     | 6      |
|          | κατάθλιψη.            | % within ΣΚΟΡBDI | 66,7%                          | ,0%   | 33,3%   | ,0%   | 100,0% |
|          | 29-63:Βαριά μορφή     | Count            | 4                              | 1     | 0       | 0     | 5      |
|          | κατάθλιψης            | % within ΣΚΟΡBDI | 80,0%                          | 20,0% | ,0%     | ,0%   | 100,0% |
| Total    | Count                 |                  | 38                             | 3     | 2       | 1     | 44     |
|          | % within ΣΚΟΡBDI      |                  | 86,4%                          | 6,8%  | 4,5%    | 2,3%  | 100,0% |

a. Δείκτης Υγείας = Υγιείς

#### ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* Αυτοέλεγχος της τροφής

Σε σύνολο 44 υγιών ατόμων, που απάντησαν στην υποκατηγορία του EAT-26 «Αυτοέλεγχος της τροφής», διαπιστώθηκε ότι το 85% των ατόμων, που εμφάνιζαν μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, είχε κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, αυτοέλεγχο της τροφής και το 5% είχε πάντα αυτοέλεγχο της τροφής· το 100% των ατόμων, που εμφάνιζαν ελαφριά μορφή κατάθλιψης είχαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ αυτοέλεγχο της τροφής· το 66,7% των ατόμων, που εμφάνιζαν μέτρια μορφή κατάθλιψης είχαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ αυτοέλεγχο της τροφής και το 33,3% είχαν συνήθως αυτοέλεγχο της τροφής· το 80% των ατόμων που εμφάνιζαν βαριά μορφή κατάθλιψης είχαν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ αυτοέλεγχο της τροφής και το 20% είχαν συχνά αυτοέλεγχο της τροφής.

#### Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 17,311 <sup>a</sup> | 9  | ,044                  |
| Likelihood Ratio             | 13,818              | 9  | ,129                  |
| Linear-by-Linear Association | ,194                | 1  | ,660                  |
| N of Valid Cases             | 44                  |    |                       |

a. 13 cells (81,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

b. Δείκτης Υγείας = Υγιείς

#### Pearson Chi-Square= 17,311 , P-value= 0,044 (>0.05)

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) και της υποκατηγορίας του EAT-26 «Αυτοέλεγχος της τροφής» για τους υγιείς, το Chi-Square είναι 0,044 δηλαδή μικρότερο του 0,05. Επομένως, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών. Συνεπώς, όσο περισσότερο τα άτομα αυτοελέγχουν την τροφή, τόσο μεγαλύτερος βαθμός κατάθλιψης εμφανίζεται.

#### ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος

Crosstab<sup>a</sup>

|         |                                                       |                  | Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος |       |         |        | Total  |
|---------|-------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|-------|---------|--------|--------|
|         |                                                       |                  | Κάποιες φορές,<br>Σπάνια, Ποτέ      | Συχνά | Συνήθως | Πάντα  |        |
| ΣΚΟΡBDI | 0-9 :Μηδαμινός έως<br>ελάχιστος βαθμός<br>κατάθλιψης. | Count            | 1                                   | 1     | 1       | 2      | 5      |
|         |                                                       | % within ΣΚΟΡBDI | 20,0%                               | 20,0% | 20,0%   | 40,0%  | 100,0% |
|         | 10-19:Ελαφριάς μορφής<br>κατάθλιψη.                   | Count            | 1                                   | 0     | 0       | 2      | 3      |
|         |                                                       | % within ΣΚΟΡBDI | 33,3%                               | ,0%   | ,0%     | 66,7%  | 100,0% |
|         | 20-28 Μέτριας μορφής<br>κατάθλιψη.                    | Count            | 0                                   | 0     | 0       | 5      | 5      |
|         |                                                       | % within ΣΚΟΡBDI | ,0%                                 | ,0%   | ,0%     | 100,0% | 100,0% |
|         | 29-63:Βαριά μορφή<br>κατάθλιψης                       | Count            | 0                                   | 0     | 0       | 10     | 10     |
|         |                                                       | % within ΣΚΟΡBDI | ,0%                                 | ,0%   | ,0%     | 100,0% | 100,0% |
| Total   |                                                       | Count            | 2                                   | 1     | 1       | 19     | 23     |
|         |                                                       | % within ΣΚΟΡBDI | 8,7%                                | 4,3%  | 4,3%    | 82,6%  | 100,0% |

a. Δείκτης Υγείας = Ανορεκτικοί

Σε σύνολο 23 ανορεκτικών ατόμων, που απάντησαν στην υποκατηγορία του EAT-26 «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος», διαπιστώθηκε ότι το 40% των ατόμων, που εμφάνιζαν μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος, τα ίδια ποσοστά 20% εμφανίζονται σε κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ, συχνά, συνήθως· το 66,7% των ατόμων, που εμφάνιζαν ελαφριά μορφή κατάθλιψης ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος και το 33,3% ασχολούνταν κάποιες φορές, σπάνια, ποτέ με δίαιτες αδυνατίσματος· το 100% των ατόμων, που εμφάνιζαν μέτρια μορφή κατάθλιψης ασχολούνταν πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 13,074 <sup>a</sup> | 9  | ,159                  |
| Likelihood Ratio             | 12,431              | 9  | ,190                  |
| Linear-by-Linear Association | 6,621               | 1  | ,010                  |
| N of Valid Cases             | 23                  |    |                       |

a. 15 cells (93,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

b. Δείκτης Υγείας = Ανορεκτικοί

**Pearson Chi-Square= 13,074 , P-value= 0,159 (>0.05)**

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) και τη υποκατηγορία του EAT-26 «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» για τους ανορεκτικούς, το Chi-Square είναι 0,159 δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI \* ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT-26**

Crosstab<sup>a</sup>

|                   |                                                       |                  | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ EAT-26                        |                                         | Total  |
|-------------------|-------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------|
|                   |                                                       |                  | <20: Δεν υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή | >20: Υπάρχει<br>Διατροφική<br>Διαταραχή |        |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ BDI | 0-9 :Μηδαμινός έως<br>ελάχιστος βαθμός<br>κατάθλιψης. | Count            | 1                                           | 6                                       | 7      |
|                   |                                                       | % within ΣΚΟΡBDI | 14,3%                                       | 85,7%                                   | 100,0% |
|                   | 10-19:Ελαφριάς μορφής<br>κατάθλιψη.                   | Count            | 0                                           | 3                                       | 3      |
|                   |                                                       | % within ΣΚΟΡBDI | ,0%                                         | 100,0%                                  | 100,0% |
|                   | 20-28 Μέτριας μορφής<br>κατάθλιψη.                    | Count            | 0                                           | 3                                       | 3      |
|                   |                                                       | % within ΣΚΟΡBDI | ,0%                                         | 100,0%                                  | 100,0% |
|                   | 29-63:Βαριά μορφή<br>κατάθλιψης                       | Count            | 2                                           | 10                                      | 12     |
|                   |                                                       | % within ΣΚΟΡBDI | 16,7%                                       | 83,3%                                   | 100,0% |
| Total             |                                                       | Count            | 3                                           | 22                                      | 25     |
|                   |                                                       | % within ΣΚΟΡBDI | 12,0%                                       | 88,0%                                   | 100,0% |

a. Δείκτης Υγείας = Καταθλιπτικοί

Σε σύνολο 25 καταθλιπτικών ατόμων, που απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου διατροφικών διαταραχών EAT-26, διαπιστώθηκε ότι το 85,7% των ατόμων, που εμφάνιζαν μηδαμινό έως ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης, έπασχε από διατροφική διαταραχή και το 14,3% όχι· το 100% των ατόμων, που εμφάνιζαν ελαφριά μορφή κατάθλιψης έπασχαν από διατροφική διαταραχή· το 100% των ατόμων, που εμφάνιζαν μέτρια μορφή κατάθλιψης έπασχαν από διατροφική διαταραχή· το 88% των ατόμων που εμφάνιζαν βαριά μορφή κατάθλιψης έπασχαν από διατροφική διαταραχή και το 12% όχι.

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 1,100 <sup>a</sup> | 3  | ,777                  |
| Likelihood Ratio             | 1,791              | 3  | ,617                  |
| Linear-by-Linear Association | ,078               | 1  | ,780                  |
| N of Valid Cases             | 25                 |    |                       |

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

b. Δείκτης Υγείας = Καταθλιπτικοί

**Pearson Chi-Square= 1,100 , P-value= 0,777 (>0.05)**

Στην συσχέτιση του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI) και του συνολικού σκορ EAT-26 για τους καταθλιπτικούς, το Chi-Square είναι 0,777 δηλαδή μεγαλύτερο του 0,05. Επομένως, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σχετικά με την ηλικία και τον Δ.Μ.Σ. τα αποτελέσματα της έρευνάς μας αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση, μεταξύ των δύο μεταβλητών. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έρχονται σε αντιπαράθεση με μια μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 1990-2001, από τους Nygard, J.F., Reas, D.L. και τους συναδέλφους τους. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης, ήταν η εξέταση των αλλαγών στο ΔΜΣ ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, και την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση. Το δείγμα αποτελούνταν από 1169 ενήλικες, εκ των οποίων 581 (49.7%) ήταν άντρες και 588 (50.3%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος το 1990 ήταν 40,4 έτη. Από τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρήθηκε ότι, ο μέσος ΔΜΣ αυξήθηκε σημαντικά από 23,7 (SD = 3,4) σε 25,4 (SD = 3.8) και στα δύο φύλα. Το ποσοστό της παχυσαρκίας (ΔΜΣ  $\geq$  30) αυξήθηκε από 4% έως 11% για τις γυναίκες και 5% έως 13% για τους άνδρες κατά την διάρκεια 11 ετών που διήρκεσε η μελέτη. Το μεγαλύτερο ποσό της αύξησης βάρους συνέβη για τους νεότερους ενήλικες (ηλικίας 20-29 ετών). Επομένως, παρά το γεγονός ότι από τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας φαίνεται ότι δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον Δ.Μ.Σ. και την ηλικία, από την αναφερθείσα μελέτη, παρατηρήθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει τον Δ.Μ.Σ.

Όσον αφορά την ηλικία και την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, παρατηρείται ότι στην Κρήτη δεν ήταν στατιστικά σημαντική η διαφορά, ενώ στην Κύπρο ήταν. Δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια έρευνα, η οποία να επιβεβαιώνει τα αποτελέσματά μας. Σύμφωνα με τον Χατζηγεωργίου, Χ. (2004) τα τελευταία χρόνια η συχνότητα των διατροφικών διαταραχών έχει αυξηθεί αρκετά. Η εμφάνισή της νευρικής ανορεξίας και της βουλιμίας γίνεται κυρίως σε ηλικίες 14-19 ετών και 20-23 ετών αντίστοιχα. Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών ηλικίας 14-25 ετών, εμφανίζουν υποκλινική ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία, που δεν αναπτύσσονται σε πλήρη νόσο. Το γεγονός ότι, η ηλικία και η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, συσχετίζονται στην Κύπρο και όχι στην Κρήτη, θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από την νοοτροπία των κατοίκων της Κύπρου. Η Κύπρος είναι ένα μέρος, όπου οι άνθρωποι και κυρίως οι γυναίκες, προσέχουν, αρκετά την εμφάνισή τους και επομένως τις διατροφικές τους συνήθειες. Έχει πραγματοποιηθεί μια έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε, από τους Τορναρίτη Μ. και Χ. Χατζηγεωργίου (2005), σε 1900 παιδιά και έφηβους 10-18 ετών μόνιμους κάτοικους Κύπρου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 26,6% των κοριτσιών και το 13% των αγοριών, παρουσιάζουν διατροφικές διαταραχές. Τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης, διατροφικών διαταραχών σε παιδιά των συγκεκριμένων ηλικιών, μπορεί να εμφανίζονται, λόγω του ότι οι γυναίκες προσέχουν πάρα πολύ το σώμα τους και λόγω του ότι τα πρότυπα που δίνονται είναι τα πολύ αδύνατα σώματα. Επίσης υπάρχει γενικότερος ρατσισμός προς τα παχύσαρκα άτομα· έτσι ειδικά τα παιδιά στην προεφηβεία και εφηβεία στην προσπάθειά τους να αποφύγουν τον ρατσισμό πέφτουν στην “παγίδα” των διατροφικών διαταραχών.

Μεταξύ της ηλικίας και του συνολικού σκορ κατάθλιψης BDI, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών. Τα αποτελέσματα μας έρχονται σε αντιπαράθεση με μια μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2003, από τους Dahl, A.A. , Mykletun, A. & Stordal, E. Πρόκειται για μια μεγάλη μελέτη γενικού πληθυσμού, η οποία είχε ως σκοπό να εξετάσει αν η εμφάνιση της κατάθλιψης γίνεται συχνότερη με την αύξηση της ηλικίας. Το δείγμα αποτελούνταν από 60,869 άτομα, που ζούσαν στη Νορβηγία ηλικίας 20-89 ετών. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, παρατηρήθηκε ότι η ηλικία σχετίζεται με την κατάθλιψη,



καθώς στον συγκεκριμένο πληθυσμό, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο πιο συχνά εμφανιζόταν συμπτώματα κατάθλιψης.

Από την συσχέτιση της υποκατηγορίας «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» και τον Δ.Μ.Σ., παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών. Δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια έρευνα που να αποδεικνύει τα αποτελέσματά μας, αλλά θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από το γεγονός, ότι τα άτομα τα οποία προσέχουν την διατροφή τους τείνουν να έχουν χαμηλό Δ.Μ.Σ. Ο χαμηλός Δ.Μ.Σ, επιτυγχάνεται συνήθως με ισορροπημένη διατροφή, η οποία είναι φτωχή σε λιπαρά τρόφιμα, σε ζάχαρη και πλούσια σε φυτικές ίνες. Τα άτομα, τα οποία επιθυμούν να διατηρήσουν χαμηλό σωματικό βάρος, συνδυάζουν συνήθως χαμηλή ενεργειακή πρόσληψη με φυσική δραστηριότητα.

Ανάμεσα στον Δ.Μ.Σ. και την υποκατηγορία του EAT-26 «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό», παρατηρείται ότι δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση. Δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια έρευνα που να αποδεικνύει τα αποτελέσματά. Σύμφωνα, με τα Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (1994), από την εταιρία American Psychiatric Association για την βουλιμία, η συγκεκριμένη διαταραχή δεν συνοδεύεται αναγκαστικά από έλλειψη βάρους· ο βουλιμικός ασθενής προσπαθεί να διατηρήσει το υπάρχον βάρος του, όχι με μειωμένη πρόσληψη τροφής, αλλά με αυτεπαγόμενο εμετό, χρήση καθαρτικών και διουρητικών χαπιών, αυστηρή δίαιτα ή νηστεία, καθώς και εντατική άσκηση για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους.

Σχετικά με τον Δ.Μ.Σ. και τον αυτό-έλεγχο της τροφής, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, δε φαίνεται να συσχετίζονται. Το γεγονός, όμως ότι τα άτομα που έχουν αυτό-έλεγχο σχετικά με το φαγητό έχουν χαμηλό Δ.Μ.Σ., προκύπτει από την ανάγκη τους να ελέγχουν το σωματικό τους βάρος και γενικά την ζωή τους. Ο αυτό-έλεγχος σχετικά με το φαγητό μπορεί να δώσει μια αίσθηση ανωτερότητας και εξουσίας, η οποία κάνει τον περιορισμό της τροφής να φαίνεται ότι αξίζει τον κόπο. Η ικανότητα απώλειας βάρους μπορεί να δώσει μια αίσθηση υπερηφάνειας και επιτεύγματος.

Ανάμεσα στο συνολικό σκορ EAT-26 και τον Δ.Μ.Σ., δε φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση στην έρευνά μας. Οι Sysko R, Walsh B T, Schebendach J, και Wilson G T (2005), πραγματοποίησαν μια μελέτη, σκοπός της οποίας ήταν να συγκριθούν οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων που έπασχαν από νευρική ανορεξία, πριν και μετά την αποκατάσταση του βάρους τους. Από τα αποτελέσματα της μελέτης παρατηρήθηκε ότι, οι ασθενείς που νοσηλεύονταν με νευρική ανορεξία, κατανάλωναν μικρές ποσότητες τροφίμων ακόμα και μετά την αποκατάσταση του βάρους τους, φοβούμενοι την αύξηση του σωματικού τους βάρους και επομένως του Δ.Μ.Σ.. Επομένως, τα άτομα που πάσχουν από διατροφική διαταραχή, ακόμα και μετά από την αποκατάσταση του βάρους τους τρομάζουν στην αύξηση του Δ.Μ.Σ., γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται από τα ποσοστά υποτροπής, 30-70 % (Lay, B. , Jennen-Steinmetz, C. , Reinhard, I. & Schmidt, M. , 2001).

Παρατηρήθηκε επίσης ότι ο Δ.Μ.Σ. και το Συνολικό σκορ κατάθλιψης, δεν συσχετίζονται. Τα αποτελέσματα όμως, της δικής μας έρευνας επιβεβαιώνονται από μια μελέτη, η οποία διήρκεσε από τον Ιανουάριο του 2001 έως και το Δεκέμβριο του 2006 στην Ολλανδία και πραγματοποιήθηκε από τους Cuijpers P, De Wit, L., Penninx, B., Van Straten, L. & Van Herten, M. Στην έρευνα συμμετείχαν 43,534 άντρες και γυναίκες οι οποίοι κατοικούσαν στην Ολλανδία την συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σκοπός της ήταν να αποδείξει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και του Δ.Μ.Σ των ασθενών. Η πιο πάνω έρευνα αποδεικνύει ότι η σχέση του Δ.Μ.Σ και της κατάθλιψης σχηματίζει καμπύλη (U). Με αυτό εννοούμε ότι όταν το άτομο είναι λιποβαρές τότε οι πιθανότητες να αναπτύξει κατάθλιψη είναι πολύ

μεγαλύτερη από ότι όταν ο ΔΜΣ του είναι φυσιολογικός. Μια μικρή αύξηση των πιθανοτήτων παρατηρείται όταν ο ΔΜΣ είναι σε επίπεδο παχυσαρκίας αλλά και πάλι δεν ξεπερνά τις πιθανότητες των λιποβαρών ατόμων.

Ανάμεσα στο Συνολικό σκορ κατάθλιψης (BDI) και το Συνολικό σκορ διατροφικών διαταραχών (EAT-26) στους καταθλιπτικούς ασθενείς, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δεν είναι στατιστικά σημαντικά, επομένως δεν συσχετίζονται. Τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας αναιρούνται από μια μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2001 από τους Bizeul, C. , Brun, J.M. & Rigaud, D. Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να μελετήσει την επίδραση της σημαντικότητας της κατάθλιψης στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Το δείγμα αποτελούσαν 164 ασθενείς με νευρική ανορεξία, εκ των οποίων, 55 εμφάνιζαν μείζονα κατάθλιψη, 77 μέτρια μορφή κατάθλιψης και 32 μηδαμινή ή ήπια μορφή κατάθλιψης· επίσης, στην έρευνα υπήρχε και ομάδα ελέγχου 29 υγιών νεαρών γυναικών. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, παρατηρήθηκε ότι οι ανορεκτικοί με σοβαρή μορφή κατάθλιψης σημείωναν υψηλότερες βαθμολογίες διατροφικών διαταραχών, σε αντίθεση με τους ανορεκτικούς, που εμφάνιζαν μηδαμινή ή ήπια μορφή κατάθλιψης. Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι τα ανορεκτικά άτομα τα οποία είχαν ήπια ή μηδαμινή μορφή κατάθλιψης, δεν είχαν διαφορετικά αποτελέσματα, από τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Επομένως, από την παρούσα μελέτη, έγινε εμφανές ότι η εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, επηρεάζεται και από την σοβαρότητα της κατάθλιψης.

Ανάμεσα στο Συνολικό σκορ κατάθλιψης (BDI) και την υποκατηγορία του EAT-26 «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος», στους ανορεκτικούς ασθενείς, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δεν συσχετίζονται. Δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια έρευνα που να επιβεβαιώνει ή να αναιρεί τα αποτελέσματα μας. Από την βιβλιογραφία που έχει χρησιμοποιηθεί για τις δυο διαταραχές, παρατηρείται η συννοσηρότητα των διαταραχών της διάθεσης και των διατροφικών διαταραχών. Οι ανορεκτικοί ασθενείς, έχουν στο μυαλό τους την επίτευξη ενός σημαντικού, για τους ίδιους, στόχου, δηλαδή το λεπτό ιδανικό σώμα. Παρά την σοβαρή απώλεια του βάρους τους, θεωρούν ότι είναι παχύσαρκοι και ότι δεν είναι άξιοι να χάσουν τα περιττά κιλά τους και για αυτόν τον λόγο ασχολούνται συνέχεια με δίαιτες αδυνατίσματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, πολλές φορές να απογοητεύονται με τον εαυτό τους, καθώς πιστεύουν ότι δε μπορούν πετύχουν τον στόχο τους, με συνέπεια να είναι συνεχώς μελαγχολικοί και καταθλιπτικοί.

Όσον αφορά, το συνολικό σκορ της κατάθλιψης (BDI) με το συνολικό σκορ των διατροφικών διαταραχών (EAT-26), τα αποτελέσματα της έρευνας μας δεν συσχετίζονται. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι, το δείγμα που είχαμε ήταν πολύ μικρό και επομένως τα αποτελέσματά μας δεν είναι αξιόπιστα. Η σημαντικότητα και η συννοσηρότητα των δυο διαταραχών, αποδεικνύεται από μια έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 1987-2001 από τους Tracey D. Wade, Cynthia M. Bulik, Michael Neale, και Kenneth S. Kendler. Η έρευνα αυτή είχε ως στόχο να εξετάσει την κληρονομικότητα της ανορεξίας αλλά και τη συννοσηρότητα της ανορεξίας και της κατάθλιψης. Το δείγμα πάρθηκε από 2063 δίδυμες γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 29,3 ετών. Οι γυναίκες εξετάστηκαν στα διαγνωστικά κριτήρια της ανορεξίας σύμφωνα με το DSM-III-R και τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης βάση του DSM-III-R. Από τα αποτελέσματα της έρευνας είχε βρεθεί ότι 77 γυναίκες (3,6% ) φαίνεται να πληρούσαν τα κριτήρια για την ανορεξία βάση των διαγνωστικών κριτηρίων ενώ από αυτές 18 μονοζυγωτικές και 20 διζυγωτικές δίδυμες βρέθηκαν να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης

βάση του DSM-III-R. Η υψηλή συννοσηρότητα της ανορεξίας και της κατάθλιψης όπως αναφέρουν οι ερευνητές μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που επηρεάζουν στην εμφάνιση των δύο ασθενειών. (Cynthia M., Kenneth S. Kendler, Michael N., Tracey D. Wade, 2000)

Στην έρευνά μας παρατηρήθηκε επίσης, ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο Συνολικό σκορ κατάθλιψης και στην υποκατηγορία «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος». Το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται να είναι σημαντικά στατιστικό για την Κρήτη αλλά όχι και για την Κύπρο. Η έρευνα μας επιβεβαιώνεται από μια μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Μάιο-Οκτώβριο 2005, από τους Abdel-Fattah, M.M., Abdel-Rahman, A.A. et al. και είχε ως στόχο να αξιολογηθεί η εμφάνιση της κατάθλιψης και οι διαταραχές της εικόνας του σώματος σε παχύσαρκους ασθενείς που αναζητούσαν θεραπεία για την παχυσαρκία. Το δείγμα αποτελούνταν από 532 γυναίκες, εκ των οποίων οι 236 ήταν παχύσαρκες και οι 296 είχαν Δ.Μ.Σ. 18,5 με 24,9 kg / m<sup>2</sup>, ηλικίας 15-49 ετών. Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας παρατηρήθηκε ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφάνιζαν μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης, λόγω του ότι δέχονταν συνεχώς αρνητικά σχόλια για το βάρος τους, με συνέπεια να ασχολούνται με δίαιτες.

Σχετικά με το συνολικό σκορ κατάθλιψης (BDI) και την υποκατηγορία «Βουλιμία και την ενασχόληση με το φαγητό», φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έρχονται σε αντιπαράθεση με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Wiederman M, και Tamala P, , το 1999. Η συγκεκριμένη μελέτη, είχε ως στόχο να μελετήσει την ενασχόληση με τις τροφές σε σχέση με την βουλιμία και την δυσαρέσκεια για την εμφάνιση του ατόμου. Το δείγμα αποτελούνταν από 288 γυναίκες με διαγνωσμένη ανορεξία ή βουλιμία από το πανεπιστήμιο του Midwestern State. Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 19,6 ετών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι τα άτομα με βουλιμία είχαν υψηλή ενασχόληση με το φαγητό και η έντονη δυσαρέσκεια για το σώμα τους είχε ως αποτέλεσμα και τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης της κατάθλιψης.

Στην έρευνα μας παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της υποκατηγορίας «Αυτοέλεγχος της τροφής» και του Συνολικού σκορ κατάθλιψης (BDI). Η έρευνα μας επιβεβαιώνεται από μια έρευνα που έγινε το Μάρτιο του 1999 από τους Kretsch, M.J., Fong, K.H & Green, M.W., η οποία είχε ως στόχο να εξετάσει πως η συμπεριφορά ενός ανθρώπου ως προς το φαγητό επηρεάζει την ψυχολογική του κατάσταση. Στην έρευνα μελετήθηκαν 22 γυναίκες ηλικίας 22- 42 ετών εκ των οποίων οι 11 είχαν φυσιολογικό βάρος, με μέσο Δ.Μ.Σ =21.3 και οι 11 ήταν παχύσαρκες με μέσο Δ.Μ.Σ.=34.2. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες οι οποίες είχαν αυτοέλεγχο σχετικά με το φαγητό και χαμηλή ενεργειακή πρόσληψη εμφάνιζαν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης σε αντίθεση με τις υπέρβαρες γυναίκες.

Σχετικά με τον Δ.Μ.Σ. και το συνολικό σκορ κατάθλιψης, όσον αφορά τους καταθλιπτικούς ασθενείς, τα αποτελέσματα της έρευνας μας δείχνουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση των δυο μεταβλητών. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί λόγω της πολυμορφίας της κατάθλιψης. Η καταθλιπτική διαταραχή δεν συνοδεύεται πάντα με διατροφική διαταραχή και οι ασθενείς δεν έχουν πάντα απώλεια βάρους.

Σχετικά με τον Δ.Μ.Σ και την υποκατηγορία «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος», παρατηρείται από τα αποτελέσματα της έρευνας μας, σημαντική συσχέτιση. Οι Gertraud Maskarinec, Rachel Novotny και Katsuya Tasaki το 2000 πραγματοποίησαν μια πολυεθνική έρευνα η οποία είχε ως στόχο την διερεύνηση της

σχέσης μεταξύ δείκτη μάζας σώματος και διατροφικών συνηθειών. Στην έρευνα συμμετείχαν 514 γυναίκες από διαφορετικές εθνικότητες ηλικίας 35-85 ετών. Βάση των αποτελεσμάτων γυναίκες οι οποίες κατανάλωναν υψηλά ποσοστά κρέατος και δεν ασχολούνταν με δίαιτες αδυνατίσματος είχαν πολύ υψηλότερο Δ.Μ.Σ από ότι γυναίκες οι οποίες κατανάλωναν υψηλές ποσότητες λαχανικών, φρούτων και υπόβαλλαν τον εαυτό τους σε συνεχή δίαιτα.

Στην έρευνά μας παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με το συνολικό σκορ διατροφικών διαταραχών (EAT-26), σε καταθλιπτικά άτομα. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, από την έρευνά μας δεν είναι αξιόπιστο, λόγω του ότι το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν σχετικά μικρό. Σύμφωνα με τον Μάνο, Ν. (1997) τα καταθλιπτικά άτομα πολλές φορές δεν αποφεύγουν την κατανάλωση τροφίμων εκούσια, αλλά η απώλεια της όρεξης, οφείλεται κυρίως στην μειωμένη επιθυμία, κατανάλωσης τροφίμων.

Τέλος, στην έρευνα μας παρατηρήθηκε ότι το συνολικό σκορ κατάθλιψης (BDI) συσχετίζεται με την υποκατηγορία «Αυτοέλεγχος της τροφής» για τους υγιείς ανθρώπους. Την χρονική περίοδο 1999-2005 έγινε μια έρευνα από Alonso, A. , Delgado-Rodríguez, M. , Lahortiga, F. et al. και είχε ως στόχο την μελέτη της διατροφής σε σχέση με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Το δείγμα αποτελείτο από 10094 υγιείς ανθρώπους. Παίρνοντας ως ισορροπημένη διατροφή την Μεσογειακή διατροφή οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της Μεσογειακής Διατροφής. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα ήταν ότι σε αυτά τα 4,4 χρόνια που διήρκεσε εμφανίστηκαν 480 νέες περιπτώσεις κατάθλιψης. Παρατηρήθηκε ότι άνθρωποι που είχαν μια ισορροπημένη διατροφή είχαν 30% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη στην πορεία της ζωής τους σε σχέση με άτομα τα οποία είχαν μη ισορροπημένη διατροφή ή ήταν σε συνεχή προσπάθεια μείωσης του βάρους τους.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Abdel-Fattah, M.M. , Abdel-Rahman, A.A. , Hifnawy, T. & Makhoulf, M.M. (2005). Depression and body image disturbances among females seeking treatment for obesity in Saudi Arabia. *Europe's Journal of Psychology* ,**2**.
2. Abela, J. (2002 Aug.). Depressive Mood Reactions to Failure in the Achievement Domain: A Test of the Integration of the Hopelessness and Self-Esteem Theories of Depression. *Cognitive Therapy and Research* ,**26**, 531-552.
3. Abraham S. & Llewellyn-Jones D. (1990). *Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής* , Αθήνα : Χατζηνικολής.
4. Abrahamsson, E., Hägglöf, B., Nilsson, K. & Torbiornsson, A. (2007). Causes of Adolescent Onset Anorexia Nervosa:Patient Perspectives. *Eating Disorders* ,**15**, 125-133.
5. Ahn, E. , Bonari, L. , Einarson, A. , Koren, G. & Steiner, M. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry* ,**49**, 726-735.
6. Albano, A.M. , Basco, M. , Goldsmith, J. , Otto, A. , Raffiel, T. , Wright, A. & Wright, J. (2005 Jun.). Computer-Assisted Cognitive Therapy for Depression:Maintaining Efficacy While Reducing Therapist Time, *American Journal Psychiatry* ,**162**, 1158–1164.
7. Alesci, S. , Ayala, A. , Chrousos, G., Gold, H. , Gold, P. , Ilias, I. , Kelkar, S. , Kling, M. , Licinio, J. , Listwak, S. , Martinez, P. & Ronsaville, D. (2005). Major Depression Is Associated with Significant Diurnal Elevations in Plasma Interleukin-6 Levels, a Shift of Its Circadian Rhythm, and Loss of Physiological Complexity in Its Secretion: Clinical Implications. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* ,**90**, 2522-2530.
8. Alibhai, A. & Alladin, A. , 2007. Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Empirical Investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* ,**55**, 147-166.
9. Alonso, A. , Delgado-Rodríguez, M. , Lahortiga, F. , Martínez-González, A.M. , Sánchez-Villegas, A. , Schlatter, J. & Serra Majem, L. (2009). Association of the Mediterranean Dietary Pattern With the Incidence of Depression: The Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra Follow-up (SUN) Cohort. *Archives of General Psychiatry* ,**66**, 1090-1098.
10. Altschul, A., (1988). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική* , Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Θεραπευτική Κοινότητα Ιθάκη.
11. Ambrosie-Randie, N., Kulkic, M. & Pokrajac-Bulian, A. (2008). Thin-Ideal Internalization and Comparison Process as Mediators of Social Influence and Psychological Functioning in the Development of Disturbed Eating Habits in Croatian College Females. *Psychological Topics* ,**2**, 221-245.
12. Andersen, A. , Bowers, W. & Watson, T. (2000). Involuntary Treatment of Eating Disorders. *American journal Psychiatry* ,**157**, 1806-1810.
13. Andréasson, A. , Arborelius, L. , Erlanson-Albertsson, C. & and Lekander, M. (2007). A putative role for cytokines in the impaired appetite in depression. *International Journal of Eating Disorders* ,**21**, 147-152.
14. Annseau, M. , Deliege, D. , Eaton, W., Lorant, V. , Philippott, P. & Robert, A. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology* ,**157**, 98-112.

15. Araújo, D. , De-Melo-Neto, A. , Freire, R. , King, A. , Lopes, F. , Mezzasalma, M. , Nardi, A. , Nascimento, I. , Rassi, A. , Soares-Filho, G., Veras, A. , Valença, A. & Zin, W, (2009) Panic disorder and social anxiety disorder subtypes in a caffeine challenge test., *Psychiatry research* , **30**, 149-153.
16. Arsenault, L. , Buel, J. , Folstein, M. , Qiu, W. , Liu, T. , Peter, I. & Scott, T. (2007 Jun). The Homocysteine Hypothesis of Depression. *Reviews and Overviews, American Journal Psychiatry* ,**164**, 861–867.
17. Asen, E. (2002 Feb). Outcome research in family therapy. *Psychiatric Treatment* ,**8**, 230-238.
18. Atlas, J. (2004). Eating Disorder Symptoms, and Eating/Thinness Expectancies. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social* ,**22**, 368-378.
19. Attia, E. , Loeb, K. , Meehan, K. & Roberto, C. (2006). Mood Change During Weight Restoration in Patients with Anorexia Nervosa. *International Journal Eating Disorder* ,**39**, 587-589.
20. Bacaltchuk, J. , Claudino, AM. , Hay, P. , Schmidt, U. , Silva de Lima, M. & Treasure, J. (2009). *Antidepressants for anorexia nervosa* , JohnWiley & Sons, Ltd.
21. Balottin, U. , Chiappedi, M., Fazzi, E. , Lanzi, G. , Rossi, M. & Rossi, G. (2007). Pharmacological Treatment of Anorexia Nervosa: A Retrospective Study in Preadolescents and Adolescents. *Clinical Pediatrics* ,**46**, 806-811.
22. Barbarich, N. , Bulik, C. , Kaye, W. , Masters, K. & Thornton, L. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal Psychiatry* ,**161**, 2215–2221.
23. Basso, M.S. , Biancob, G. , Calcea, A. , Caramadreb, A.M. , Castroa, M. , Ciaccoc, E. , Diamantia, A. , Gambarara, M. & Notoa, C. (2008). Clinical Efficacy and Safety of Parenteral Nutrition in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health* ,**42**, 111-118.
24. Baugher M, Birmaher, B. ,Brent DA, Bridge, J. & Kolko, D. (2001 Mar.). Subsyndromal depression in adolescents after a brief psychotherapy trial: course and outcome. *Journal of Affective Disorders* ,**63**, 51–58.
25. Beck, A.T. , Erbaugh, J. , Mendelson, M. , Mock, J. & Ward, C. (1961). *Archives of general psychiatry* ,**4**, 561-571.
26. Beck, C. , Colleen, M. , Currie, S. ,El-Guebaly, N. , Li Wang, J. , Patten, B. & Williams, J. (2006 Feb). Descriptive Epidemiology of Major Depression in Canada. *Original Research, Canada Journal Psychiatry* ,**51**, 84–90.
27. Bennett, S. , Jones, J.M. , Lawson, M.L. , Olmsted, M.P. & Rodin, G.(2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Journal of Applied Mathematics & Computing* ,**165**, 547-552.
28. Berg, P. , Neumark-Sztainer, D. , Hannan, P. & Haines, J. (2007). Is Dieting Advice From Magazines Helpful or Harmful? Five-Year Associations With Weight-Control Behaviors and Psychological Outcomes in Adolescents. *American Academy of Pediatrics* , **119**, e30-e37.
29. Berkman, N. , Brownley, K. , Bulik, C. , Lohr, K. & Sedway, J . (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders* ,**40**, 310 – 320.
30. Bernardo, L.M. , Fertman, C. , Puskar, C. Ren, D. & Stark, K.H. (2009). The relationship between weight perception, gender, and depressive symptoms

- among rural adolescents. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* ,**9**, 23-33.
31. Berrettini, W. , Fichter , M. , Halmi, K. , Kaplan, A. , Kaye, W. , Strober, M., Sunday, S. , Treasure, J. & Woodside, D. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *American journal Psychiatry* ,**157**, 1799-1805.
  32. Berta, P. , Bockaert, J. , Bouras, C. , Charnay, Y. , Compan, V. , Conductier, G. , Hen, R. , Jean, A. & Manrique, C. (2007). Anorexia induced by activation of serotonin 5-HT<sub>4</sub> receptors is mediated by increases in CART in the nucleus accumbens. *Proceedings of the National Academy of Sciences* ,**104**, 1035-1040.
  33. Beumont et al. (2004). Australian and New Zealand Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Anorexia Nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* ,**38**, 659–670.
  34. Bizeul, C. , Brun, J.M. & Rigaud, D. (2003). Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *European Psychiatry* ,**18**, 119-123.
  35. Blomfield, B. , (1993 Mar.). The essentials of psychoanalysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* , **27**, 86-100.
  36. Boache, A. & Goldfield, G. (2003). Delivery of Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa Using Telehealth. *Telemedicine Journal And e-Health* ,**9**, 111-114.
  37. Borrás L, Cassan A, Del Hoyo, J & Xavier, R. , (2002). *ΧΡΥΣΗ ΥΓΕΙΑ 3<sup>ης</sup> ΧΙΛΙΕΤΙΑΣ*, Αθήνα: Εκδόσεις Δομική.
  38. Boston, P. & Cottrell, D. (2002). Practitioner Review: The Effectiveness of Systemic Family Therapy for Children and Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* ,**43**, 573-586.
  39. Boulton, M., Greiner, P. & Wheeler, K. (2005 Jul.). Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care* ,**41**, 114-123.
  40. Brotchie, H. , Hadzi-Pavlovic D. , Heruc, R. ,Gibson, N , Parker, G. & Rees, A.M. , (2006 Aug.). Omega-3 Fatty Acids and Mood Disorders. *Reviews and Overviews, American Journal Psychiatry* ,**163**, 969–978.
  41. Brown, R., Edwards, D. , Eranti, S. , Graham, P. , Howard, R. , Knapp, M. , Landau, S. , McLoughlin, D. , Mogg, A. , Philpot, M. , Purvis, R. , Rabe-Hesketh, S. , Romeo, R. & Rothwell, J. (2007 Jan.). *American Journal Psychiatry* ,**164**, 73-81.
  42. Bryant-Waugh, R. & Lask, B. (2000). *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence* , Taylor & Francis.
  43. Bryant-Waugh, R. & Lask, B. (1993). *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders* , Great Britain, Lawrence Erlbaum Associates Ltd. Publishers.
  44. Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders* ,**37**, S2-9.
  45. Bulik, C.M. , Carter, F.A. , Frampton, C. , Jordan, J. , Joyce, P. , Luty, S. , McIntosh, V. & McKenzie, J. (2005). Three Psychotherapies for Anorexia Nervosa: A Randomized, Controlled Trial. *American journal Psychiatry* ,**162**, 741-747.

46. Bulik, C.M. , Hoek, H.W. , Kaprio, J. , Keski-Rahkonen, A. , Linna, M.S. , Raevuori, A. , Rissanen, A. & Sihvola, E. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *American Journal of Psychiatry* ,**164**, 1259–1265.
47. Bulik, C.M. , Kendler, K.S. , Neale, M. & Wade, T.D. (2000). Anorexia Nervosa and Major Depression: Shared Genetic and Environmental Risk Factors. *American Journal Psychiatry* ,**157**, 469-471.
48. Burge, E.. & Hammen, C. (2002). Depressive symptoms and close relationships during the transition to adulthood: Perspectives from dysphoric women, their best friends, and their romantic partners, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ,**70**, 129-141.
49. Calderon, L. (2006). University Students' Risk for Disordered Eating. *Human Ecology Special Issue* ,**14**, 135-137.
50. Camey, S. , Mari, J.J. , Nunes, M.A. & Olinto, M.T.A. (2004). The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* ,**38**, 1655-1662.
51. Carney, S. , Davies, C. , Frank, E. , Furukawa, T. , Geddes, J. , Goodwin, G. & Kupfer, D. (2003 Feb.). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *The Lancet* ,**361**, 653-661.
52. Casanueva, C.E., Lee, L.C. & Martin, L.S. (2005), Depression among female family planning patients: prevalence, risk factors, and use of mental health services., *Journal of Women's Health* ,**14**, 225-232.
53. Cash, T. (2003). Body Image: Learning to Like Your Looks and Yourself. *Eating Disorders Today* ,**1**, 1-2.
54. Chan, Z. (2008). Meanings of Weighing Female Patients and their Clinical Implications. *Journal of International Women's Studies* ,**9**, 331-337.
55. Chong, J. & Reinschmidt, K. (2006). Depression in Hispanics: Characteristics and Needs. 5th Annual Women's Health Symposium, Tucson, AZ.
56. Chou, Y.H. , Shiah, I.S & Wang, T. (2005 Nov.). Combined treatment of olanzapine and mirtazapine in anorexia nervosa associated with major depression, *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* ,**30**, 306-309.
57. Chrysoshoou, C. , Panagiotakos, B. , Papadimitriou, L. , Pitsavos, C. , Skoumas, J. , Stefanadis, C. & Toutouzas P. (2003). Status and management of hypertension in Greece: role of the adoption of a Mediterranean diet: the Attica study. *Journal Hypertens* ,**21**, 1483-1489.
58. Churchill, R. , Henken, T. , Huibers, M. , Restifo, K. & Roelofs, J. ( 2009). Family therapy for depression, The Cochrane Collaboration , Εκδόσεις: JohnWiley & Sons, Ltd.
59. Clark, S., & Goldney, R. (2000). *The impact of suicide on relatives and friends.* , International handbook of suicide and attempted suicide, Εκδόσεις: John Wiley and Sons.
60. Claudino, A.M. , Furth, E.F. & Moya, T. (2007). Extreme thinness in models mobilizes eating disorders' researchers and specialists. *Revista Brasileira de Psiquiatria Brazilian Journal of Psychiatry* ,**29**, 1-2.
61. Cohen-Kettenis, P. , Elburg, A. , Engeland, H. , Goozen, S. , Stevelmans, E. , Wildt, M. & Zonneville-Bender, M. (2004). Emotional Functioning in



- Anorexia Nervosa Patients: Adolescents Compared To Adults. *Depression and Anxiety* ,**19**, 35-42.
62. Collier, D.A & Treasure J.L. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry* ,**185**, 363-365.
  63. Cook, I., Leuchter, A., Morgan, M. & Witte, E. (2002 Jan.). Changes in brain function of depressed subjects during treatment with placebo. *American Journal of Psychiatry* ,**159**, 122-129.
  64. Cooper, Z. , Fairburn, C. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy* ,**41**, 509–528.
  65. Copeland, L. , Connors, M. , Duffy, S. , Ronis, D., Terrell, J. & Valenstein, M., (2002). Effect of smoking, alcohol, and depression on the quality of life of head and neck cancer patients, *General Hospital Psychiatry* ,**24**, 140-147.
  66. Coppenolle, H. , Goris, M. , Probst, M. & Vandereycken, W. (2007). Body composition of anorexia nervosa patients assessed by underwater weighing and skinfold-thickness measurements before and after weight gain. *American Journal of Clinical Nutrition* ,**73**, 190-197.
  67. Coyne, J. & Downey, G. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, **108** , 50-76.
  68. Craske, M. & Hazlett-Stevens, H. (2002). *Brief Cognitive-Behavioral Therapy: Definition and Scientific Foundations* , Los Angeles, John Wiley & Sons, Ltd.
  69. Crow, S. , Thuras, P. & Willer, M. (2005). Implications of the Changing Use of Hospitalization to Treat Anorexia Nervosa. *American journal Psychiatry* ,**162**, 2374–2376.
  70. Cuijpers P, De Wit, L., Penninx, B., Van Straten, L. & Van Herten, M., (2009), Depression and body mass index, a u-shaped association, *BMC Public Health* ,**9**, 1-6.
  71. Culter, J. , Devlin, M. , Glick, R. , Goldyne, A. & Markowitz, J. (2004 Sep). Comparing Cognitive Behavior Therapy, Interpersonal Psychotherapy, and Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* ,**161**, 9.
  72. D' Agostini, G. (2006 Feb. ). Κατάθλιψη , Αθήνα : Εκδόσεις Lector,.
  73. Dahl, A.A. , Mykletun, A. & Stordal, E. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica* ,**107**, 132-141.
  74. Dare, C. , Dodge, L. , Eisler, I , Russell, G. & Treasure, J. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* ,**178**, 216-221.
  75. Derenne, J. & Beresin, E. (2006). Body Image, Media, and Eating Disorders. *Academic Psychiatry* ,**30**, 257-261.
  76. Diamond, GM. ,Diamond, GS. , Isaacs, L. , Reis, BE. & Siqueland, L. (2002 Oct.) Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry* ,**41**, 1190–1196.
  77. Domar, A. & Lerner H. (2003 Mar.). After Miscarriage. Why it happens and how best to reduce your risks: A Doctors ‘s guide to the Facts , Εκδόσεις :Perseus Book group.

78. Donovan, C.L. , Sheffield, J.K. & Spence, H. (2006). Investigation of a Model of Weight Restricting Behaviour Amongst Adolescent Girls. *European Eating Disorders Review* ,**14**, 468–484.
79. Dwight L. Evans,D. , Foa, E. , Hendin, H. , Gur, R. , O'Brien, C. , Seligman, M. & Walsh, T. (2005). *Treating And Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know And What We Don't Know, A Research Agenda For Improving The Mental Health Of Our Youth* , Oxford, Oxford University Press.
80. Eating Disorders Review (2005). *Recent treatment research in bulimia nervosa* ,**16**, no 1.
81. Edmond, C. (2004 Oct.). Epidemiology of depression in the Asia Pacific region , *Australasian Psychiatry* , **12**, 4-10.
82. Eisler, I & Grange, D. (2008). Family Interventions in Adolescent Anorexia Nervosa. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* ,**18**, 159-173.
83. Elkin, G.D. (1999). *Introduction to Clinical Psychiatry* , USA: Appleton & Lange.
84. Ellenbogen, S. & Gratton, F. (2001 May). Do they suffer more? Reflections on research comparing suicide survivors to other survivors. *Suicide and Life Threatening Behavior* ,**31**, 83-90.
85. Elvins, R. , Gowers, S.G. , Shore, A. & Weetman, J. (2000). Impact of hospitalization on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* ,**176**, 138-141.
86. Ensminger, M.E., Hanson, S.G., Riley, A. W., & Juon, H.S. (2003). Maternal psychological distress: Adult sons' and daughters' mental health and educational attainment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , **42** , 1108-1115.
87. Evans J, Francomb, H, Golding J.E ,Heron, J. & Oke, S. (2001 May). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* ,**323**, 257–260.
88. Eyers, K. , Parker, G. & Roy, K. (2003 May). Cognitive Behavior Therapy for Depression, Choose Horses for Courses, Reviews and Overviews, *American Journal Psychiatry* ,**160**, 825–834.
89. Feline, A. & Lemperiere T. (1995). *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων* , Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
90. Frey, R.J. (2009). "Anorexia nervosa". Encyclopedia of Medicine. Find Articles.com. 13 Sep, 2009.
91. Fuchs, D. , Murr, C. , Ledochowski , M. & Widner, B.,(2000) Decreased Serum Zinc in Fructose Malabsorbers , *Clinical Chemistry* ,**47**, 745-747.
92. Gambrill, E. (2000 Nov.). Honest brokering of knowledge and ignorance, *Journal of Social Work Education* ,**36**, 387-397.
93. Gammelgaard, J. (2003 Jan.). Ego, self and otherness. *Scandinavian. Psychoanalytic Review* ,**26**, 96-108.
94. Garber, J. & Horowitz, J. (2006). The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ,**74**, 401-415.
95. García-Alba, C. (2004). Anorexia and Depression: Depressive Comorbidity in Anorexic Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology* ,**7**, 40-52.

96. Garfinkel, P. & Garner, D. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders* , New York, Guilford Publications.
97. Giovanni, A. & Tossani, E. (2007). Prodromal stage of major depression, *Early Intervention in Psychiatry* ,**1**, 9–18.
98. Golden, N.H. , Katzman, D.K , Kreipe, R.E. , Nicholls, D. , Rees, J. , Rome, E.S., Sawyer, S.M. & Stevens, S.L. (2003). Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society For Adolescent Medicine. *Journal of adolescent health* ,**33**, 496-503.
99. Goldstein, D. (1999). *The management of eating disorders and obesity* , Michigan: Humana Press, 129.
100. Goodman, S.H. & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* ,**106**, 458–490.
101. Gordon, R. A. (2000). *Eating disorders: Anatomy of a Social Epidemic* , Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
102. Grados, M., Riddle, M. & Samuels, J. (2001). The familial phenotype of obsessive compulsive disorder in relation to tic disorders : the Hopkins OCD family study. *Biological Psychiatry* ,**50**, 559-565.
103. Guarda, A.S & Redgrave, G.W. (2004). Eating Disorders: Detection, Assessment, and Treatment in Primary Care. *Advanced Studies in Medicine* ,**4**, 468-475.
104. Haines, J. & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education research* ,**21**, 770-782.
105. Halmi KA, Koke SC, Lee JS. , Romano SJ, Sarkar NP, (2002). A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment, *American Journal of Psychiatry*. ,**151**,96–102.
106. Halmi, K. (1992). *Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa* , American Psychopathological Association.
107. Halmi, K. (2005). The multimodal treatment of eating disorders. *World Psychiatry* ,**4**, 69-73.
108. Hamilton, S. (2008). The Relationship Between Perceived Body Image and Depression: How College Women See Themselves May Affect Depression. *Student Journal of Psychological Science* ,**1**, 13-20.
109. Harnden-Fischer, J. & Westen, D. (2001). Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II. *American journal Psychiatry* ,**158**, 547-562.
110. Haukkala, A. , Hibbeln, J.R. , Lehtonen, J. , Tanskanen, A. , Tuomilehto, J. , Uutela, A. , Vartiainen, E. & Viinamäki, H. (2001). Fish Consumption and Depressive Symptoms in the General Population in Finland. *Psychiatric Services* ,**52**, 529-531.
111. Henderson, K. & Spetigugue, W. (2004). Eating Disorders and the Role of the Media. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review* ,**13**, 16-19.
112. Hersen M. & Porzelius L.K. (2002). *Diagnosis, Conceptualization and Treatment Planning for Adults: A step-by-step guide* , Lawrence Erlbaum associates, publishers Mahwah, New Jersey, London.
113. Heru M, Alisson , (2006 June ) Family Psychiatry: From Research to Practice, *Reviews and Overviews. American Journal Psychiatry* ,**63**, 962–968.

114. Hilsenroth, M., Michel, H. , & Segal, D. , 2003. *Psychological Handbook of Psychological Assessment: Personality assessment* , New Jersey, John Wiley and Sons.
115. Jaffa, T. & McDermott, B. (2006). *Eating Disorders in Children and Adolescents* , Cambridge: Cambridge University Press.
116. Jimerson, D. & Wolfe, B. (2006). *Psychobiology of eating disorders*. In: *Annual Review of Eating Disorders* , Oxford; Rudcliffe Publishing LTD.
117. Kaiser, F. , Qazi, A. & Syed, A. (2007). Association of Anorexia Nervosa with Depression. *Rawal Medical Journal* ,**32**, 77-79.
118. Kaplan, I.H. & Sadock, J.I. (1996). *Ψυχιατρική* , Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσας.
119. Kay, J., Lieberman, J.A. & Tasman, A. (2000).« *Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials* ». USA: W.B. Saunders Company.
120. Keitner, G. , (2005 Oct.). Family Therapy in the Treatment of Depression. *Psychiatric Times* ,**12**, 11.
121. Kerr, J. & Loeffler, T. (2007). Treatment Options for Anorexia Nervosa. *United States Pharmacy* ,**32**, 62-70.
122. Kmietowicz, Z. (2008). Psychological therapies recommended for eating disorders. *British Medical Journal* ,**328**, 245.
123. Kolpak , S. , Mehler, P.S. & Padilla , R. (2005). Anorexia Nervosa and the Use of Total Parenteral Nutrition Refeeding. *Current Nutrition & Food Science* ,**1**, 97-104.
124. Krakow, K. , Otoul, BC. ,Sander JW. & Walker M. (2001). Long-term continuation of levetiracetam in patients with refractory epilepsy. *Neurology* ,**56**, 1772-1774.
125. Kramlinger, K. (2004). *Mayo clinic. Depression* , Minesota: Modern Time.
126. Kremer, C. , Murphy, G. , Rodrigues, H. & Schatzberg A. (2003 Oct.). Pharmacogenetics of Antidepressant Medication Intolerance. *American Journal Psychiatry* ,**160**, 1830-1835.
127. Kretsch, M.J. , Fong, K.H & Green, M.W. (1999). Behavioral and Body Size Correlates of Energy Intake Underreporting by Obese and Normal-weight Women. *Journal of the American Dietetic Association Online* ,**99**, 300-306.
128. Lacasse, J. & Leo, J. (2005). Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. *PLoS Medicine* ,**2**, 0001-0006.
129. Lacey, H. & Price, C. (2004). Disturbed families, or families disturbed?. *The British Journal of Psychiatry* ,**184**, 195-196.
130. Le Grange, D. & Lock G. (2001). Can Family-Based Treatment of Anorexia Nervosa Be Manualized?. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* ,**10**, 253-261.
131. Le Grange, D. (2005). The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry* ,**4**, 142-146.
132. Lederer, J. (2002). *Εγχειρίδιο Διαιτητικής* , Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
133. Lock, J. (2008). Family Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa: A Brief Review of Family-Based Treatment. *Psychiatric Times* ,**25**, 6.
134. Martin, J. E. (1998). *Eating disorders, food and occupational therapy* , London, England: Whurr Publishers.

135. Maskarinec, G. , Novotny, R. & Tasaki, K.(2000). Dietary Patterns Are Associated with Body Mass Index in Multiethnic Women. *Journal of Nutrition* ,**130**, 3068-3072.
136. McKenzie, K. (2008). *Μάθετε για την κατάθλιψη* , Εκδόσεις : Π.Χ Πασχαλίδης ΕΠΕ.
137. McRee, D.E. , Schimmel, P. , Skene, R.J. & Yang, X.L. (2002). Crystal structure of a human aminoacyl-tRNA synthetase cytokine. *Proc Natl Acad Sci U S A.* ,**99**, 15369 –15374.
138. Mehler, P.S. (2002). Diagnosis and Care of patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings. *Annals of Internal Medicine* ,**134**, 1048-1059.
139. MeReC, B. (2005 Oct. ). Non-drug therapies for depression in primary care, *National Prescribing center*, no. 1
140. Moore, C. (2005). *Διαιτολογία* , Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ.
141. Morris, J. & Twaddle, S. (2007). Anorexia Nervosa. *British Medical Journal* ,**334**, 894-898.
142. Muehlenkamp, J. & Saris-Baglama, R. (2002). Self-Objectification and its Psychological outcomes for college women. *Psychology of Women Quarterly*, **26**, 371-379.
143. Musfon, L. , Warner, V. , Weissman, M. & Wickramaratne, P. (1999). Grandparents, parents, and grandchildren at high risk for depression: A three-generation study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* ,**38**, 289-296.
144. Nardi, A. (2003 Nov). Social anxiety disorder has social and economic burden. *Britich Medical Journal* ,**327**, 1287.
145. National Institute for Clinical Excellence (2004). *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders* , The British Psychological Society and Gaskell.
146. National Institute of Mental Health (2001). « *Eating Disorders: Facts About Eating Disorders and the Search for Solutions.* », NIH Publication.
147. Nicholls, D. & Viner, R. , (2008 Dec.). Eating disorders and weight problems. *British Medical Journal* ,**330**, 950-953.
148. Norris, M. & Ritchie, B. (2009). QTc Prolongation Associated With Atypical Antipsychotic Use in the Treatment of Adolescent-Onset Anorexia Nervosa. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* ,**18**, 60-63.
149. Nygard, J.F. , Reas, D.L. , Sandanger, I. , Sorensen, T. & Svensson, E. (2007). Changes in body mass index by age, gender, and socio-economic status among a cohort of Norwegian men and women (1990–2001). *BMC Public Health* ,**7**, 1-7.
150. Oldham, J. & Riba, M. (1994). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* , American Psychiatric Press.
151. Overton, T.& Rayner-Canham, G. & (2003). *Descriptive Inorganic Chemistry* , New York: Freeman.
152. Pallavi, N. , Resick, P. & Reginald, D. (2004). The Accumulative Effect of Trauma Exposure on Short-Term and Delayed Verbal Memory in a Treatment-Seeking Sample of Female Rape Victims. *Journal of Traumatic Stress* ,**17**, 31-35.

153. Park, R.J. , Senior, R. & Stein, A. (2003). The offspring of mothers with eating disorders . *European Child and Adolescent Psychiatry* ,**12**, 110-119.
154. Philip, G. (2004). Eating Disorders, Serotonin Transporter Polymorphisms and Potential Treatment Response. *Genomics in Health and Disease. American Journal of Pharmacogenomics* ,**4**, 9-17.
155. Pritts, S. & Susman, J. (2003 Jan.). Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. *American Family Physician* ,**67**, 297-304.
156. Ravindran, A. (2001 Feb.), Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders* ,**71**, 121-130.
157. Rickert, V & Seidenfeld, K. (2001). Impact of Anorexia, Bulimia and Obesity on the Gynecologic Health of Adolescents. *American Family Physician* ,**64**, 445-450.
158. Royal College of Psychiatrists London (2005). *Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa*.
159. Salsali M. & Silverstone P . (2003 Feb). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry* ,**2**, 4-9.
160. Sassoon, E. (2005). *Self-efficacy and self-esteem in a group of adolescents with anorexia nervosa* , Johannesburg, In the Faculty of Humanities at the University of Johannesburg.
161. Shepphird, S.F (2009). *100 Questions & Answers About Anorexia Nervosa* , Jones and Batlett Publishers.
162. Sidiropoulos, M. (2007). Anorexia Nervosa: The physiological consequences of starvation and the need for primary prevention efforts. *McGill Journal of Medicine* ,**10**, 20-25.
163. Silverstone, P.H & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry* ,**2**, 1-9.
164. Sim, L.A., Sadowski, C.M. , Whiteside, S.P. & Wells, L.A. (2004). Family-Based Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Mayo Clinic Proceedings* ,**79**, 1305-1308.
165. Symington, N. (2004 Dec.). The Difference Between Psychotherapy and Psychoanalysis, *Psychoanalysis Downunder: on-line journal of the Australian Psycho-Analytical Society*, Issue 5.
166. Sysko, R. , Schebendach, J. , Walsh, B.D. & Wilson, G.T. (2005). Eating behavior among women with anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Nutrition* ,**82**, 296 –301.
167. Tantilo, M. (2003). Eating Disorders Multifamily Therapy Group: Capitalizing on the Healing Power of Relationships. *Eating Disorders Today*, **2**.
168. Taylor, J. & Wilson G. (2005). *Applying sport psychology: four perspectives* , United States: Human Kinetics Europe Ltd.
169. The Royal Australian And New Zealand College Of Psychiatrists (2005). *Anorexia Nervosa: Australian treatment guide for consumers and carers* , Australia: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
170. Tsuboi, K. (2005 Mar.). Eating Disorders in Adolescence and Their Implications. *Japan Medical Association Journal* ,**48**, 123-129.

171. Venisse, Jean-Luc. (1987). *Η ψυχογενής ανορεξία* , Αθήνα: Εκδόσεις Χατζηνικολής.
172. Wade, D & Wilksch, S. (2004). Differences between women with anorexia nervosa and restrained eaters on shape and weight concerns, self-esteem, and depression. *The International journal of eating disorders* ,**35**, 571-578.
173. Wang, T. (2005). Clinical observation on acupuncture for treatment of depression. *Zhongguo Zhen Jiu* ,**5**, 107-108.
174. Wheatland, R. (2005). Chronic ACTH autoantibodies are a significant pathological factor in the disruption of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis in chronic fatigue syndrome, anorexia nervosa and major depression. *Elsevier Ltd* ,**65**, 287-295.
175. Whitenton, K. & Stice, E. (2002). Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Girls: A Longitudinal Investigation. *The American Psychological Association* ,**38**, 669–678.
176. Zhu, A. & Walsh, T. (2002). Pharmacologic Treatment of Eating Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry* ,**47**, 227-234.
177. Αγγελή, Μ. , Αυγουστάτος, Ι. , Καψαλακη, Μ. , Κωνσταντίου, Μ., Λουπασάκης, Α. , Μέξη, Π. , Μιχαλάκη, Φ. , Μπαντελης, Γ. , Οικονομίδης, Σ., Πενταγιώτη, Β. , Τούμπα, Α. , Σαμαρίδης, Ν. , Σεληνίδου, Α. , Στεφανίδου, Β. & Φάντη, Β. (2005). *ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΡΜΟΝΙΑ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΖΩΗΣ Για μία πιο Υγιή και Ευτυχισμένη Κοινωνία* , Αθήνα : Ολιστική Αρμονία.
178. Αλεβίζος, Β. , Μαυρέας, Β. & Χριστοδούλου, Γ.Ν. (1998). *ICD-10 κεφάλαιο V Οι Ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα – Οδηγίες για την διάγνωση και την αντιμετώπιση* , Εκδόσεις : Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ .
179. Αλεβίζος, Β. (2001). *Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική* , Εκδόσεις : Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.
180. Αναγνωστόπουλος, Δ. & Λαζαράτου, Ε. (2001 Jan.). Εφηβεία και κατάθλιψη. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* ,**18**, 466-474.
181. Γαρύφαλλος, Γ. (2007). Κατάθλιψη και συνοσσηρότητα.: Θεραπευτικές οδηγίες. *Hellenic Psychiatry General Hospital* ,**5**, 37-43.
182. Γκάτσα, Τ. , Μαγκλάρα, Κ. , Μαυρέας, Β. , Μπέλλος, Σ. , Μιχάλης, Γ. & Σκαπινάκης Π. (2007). Η σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές στην περίοδο της όψιμης εφηβείας .Συγχρονική μελέτη στη βορειοδυτική Ελλάδα. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* ,**24**, 19-29.
183. Δημητρίου , Ε. , Ιεροδιακόνου , Χ. & Φωτιάδης , Χ. (1988). *Ψυχιατρική* , Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μαστορίδη.
184. Δίκαιος, Γ. , (2005 Φεβ.). Υπνηλία και αίσθημα κόπωσης στην κατάθλιψη, Θεραπευτική αγωγή με μοδαφινίλη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* ,**22**, 544-551.
185. Ευθυμίου, Κ., Μαυροϊδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους* , Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
186. Ιωαννίδης, Χ. (2006). Ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία. *Psychoanalytic Psychotherapy* ,**20**, 30-39.
187. Κάκουρος, Ε. (2002). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων* , Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
188. Καρπούζα, Β. & Γκιουζέπας, Ι. (2002). Ορίζοντας τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής. *Ψυχιατρική* ,**13**, 28-36.

189. Καφάτος, Α. , Μαμαλάκης, Γ. & Τορναρίτης, Μ. (2002 Nov.). Depression and adipose essential polyunsaturated fatty acids. *Prostaglandins, Leukotrienes and essential fatty acids* ,**67**, 311-318.
190. Κοκκώση, Μ. , Οικονόμου, Μ. , Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία: Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* ,**18**, 239-253.
191. Κοντοάγγελος, Κ. & Παπαρρηγόπουλος, Ο. (2002). Μελατονίνη και ψυχικές διαταραχές. *Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο* ,**14**, 287-302.
192. Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής* , Θεσσαλονίκη: University studio press.
193. Μικελλίδης, Γ. (2004) *Ψυχιατρική για όλους* , Εκδόσεις : Εκδοτικός Οίκος Ονήσιλος.
194. Νιάκας, Δ. , Πολάκη, Ο. & Σκαπινάκης, Π. ( 2007). Η σχέση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* ,**24**, 224-231.
195. Πιάνος, Κ. (1989). *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους* , Γιάννινα.
196. Στρατουδάκης, Γ. & Τζανάκης, Ε. (2004). Η νευρογενής ανορεξία στη γυναίκα ασθενή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* ,**21**, 413-421.
197. Χατζάκη, Α. (2008) , Σύγχρονη βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης . Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές προοπτικές. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* ,**24**, 456-462.
198. Χατζηγεωργίου, Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. *Παιδιατρική Ενημέρωση* ,**8**, 12-18.
199. Χ. Χατζηγεωργίου, Μ. Τορναρίτης, Α. Γιαγκουλή, Σ. Σάββας, Α. Καφάτος (2005). Επιδημιολογία Παραγόντων Κινδύνου για Διατροφικές Διαταραχές σε 1900 Παιδιά και Εφήβους της Κύπρου. Διάσκεψη τύπου, Λευκωσία, Μάιος. Ιστοσελίδα: [Http://www. childhealth.ac.cy](http://www.childhealth.ac.cy).
200. Χριστοδούλου, Γ. Ν. (1997). « Κατάθλιψη. », Αθήνα :Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.
201. Wiederman, M.W. & Pryor, T.L. (1999). Body Dissatisfaction, Bulimia, and Depression Among Women: The Mediating Role of Drive For Thinness. *International Journal of Eating Disorders* ,**27**, 90-95.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ημερομηνία ερωτηματολογίου:

Μήνας ☐☐ Μέρα ☐☐ Έτος ☐☐☐☐

Ηλικία: \_\_\_\_\_

2. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

3. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η ☐ Έγγαμος/η ☐

4. Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_\_

Τόπος γέννησης: \_\_\_\_\_

Τόπος διαμονής: \_\_\_\_\_

7. Μένετε μόνος/η σας; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

8. Σπουδές:

|                          |                                           |                          |
|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Καμία                                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Απολυτήριο Δημοτικού                      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Απολυτήριο Γυμνασίου                      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Απολυτήριο Λυκείου (Γενικό/Τεχνικό)       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Απολυτήριο Τεχνικής/Επαγγελματικής Σχολής | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Πτυχίο Ανώτερης Σχολής                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Πτυχίο Ανώτατης Σχολής                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Άλλο (αναφέρετε):                         | <input type="checkbox"/> |

9. Έχετε κάποια εργασία; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

10. Ποιο είναι το οικογενειακό σας ιστορικό:

---

---

---

---

11. Έχετε κάποιο πρόσφατο και προηγούμενο επίπεδο υγείας;

---

---

12. Η διάθεσή σας είναι: Μέτρια ☐ Καλή ☐ Άριστη ☐

13. Η ζωή σας στο σύνολο είναι: Μέτρια ☐ Καλή ☐ Άριστη ☐

## **Το ερωτηματολόγιο του Beck (B.D.I.). ερωτηματολόγιο τύπου Α**

### **Α. Συναίσθημα**

- 0. δεν αισθάνομαι λυπημένος
- 1. αισθάνομαι λυπημένος ή μελαγχολικός
- 2. είμαι λυπημένος ή μελαγχολικός συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
- 3. είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε αυτό μου προξενεί πόνο
- 4. είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε δεν μπορώ να το αντέξω

### **Β. Απαισιοδοξία**

- 0 Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή αποθαρρυνμένος για το μέλλον
- 1 Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
- 2 Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
- 3 Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
- 4 Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν

### **Γ. Αίσθημα αποτυχίας**

- 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος
- 1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
- 2. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου
- 3. Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
- 4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο (σύζυγος – πατέρας)

### **Δ. Απώλεια ικανοποίησης**

- 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος
- 1. Αισθάνομαι βαριεστημένος σχεδόν όλη την ώρα
- 2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
- 3. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα

4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος με το κάθε τι

#### **Ε. Αίσθημα ενοχής**

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία
2. Αισθάνομαι πολύ ένοχος
3. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
4. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός ή ανάξιος

#### **Ζ. Αίσθημα τιμωρίας**

0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ
3. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
4. Θέλω να τιμωρηθώ

#### **Η. Μίσος για τον εαυτό**

0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
1. Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
2. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
4. Μισώ τον εαυτό μου

#### **Θ. Αυτομομφή**

0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους
1. Είμαι αυστηρός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου
2. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου
3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

#### **Ι. Ευχές αυτοτιμωρίας**

0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου
1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο

2. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα
3. Μου φαίνεται ότι η οικογένεια μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα
4. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας
5. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα

#### **Κ. Κλάμα**

0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
1. Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω
3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

#### **Λ. Ευερεθιστότητα**

0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος τώρα απ' ότι συνήθως
1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος
3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως

#### **Μ. Κοινωνική απόσυρση**

0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλαιότερα
2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου για αυτούς έχουν λιγοστεύσει
3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς

#### **Ν. Αναποφασιστικότητα**

0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός όπως πάντα
1. Τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις
2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
3. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση

#### **Ξ. Σωματικό εγώ**

0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από ποτέ

1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος και αντιπαθητικός
2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός
3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος και αποκρουστικός

#### **Ο. Μείωση της παραγωγικότητας**

0. Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα
1. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά
2. Δεν τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως πρώτα
3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

#### **Π. Διαταραχές του ύπνου**

0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος από άλλοτε
2. Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο

#### **Ρ. Εύκολη κόπωση**

0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως
1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα
2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα

#### **Σ. Απώλεια όρεξης**

0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε
1. Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε
2. Η όρεξη μου είναι πολύ χειρότερη τώρα
3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

#### **Τ. Απώλεια βάρους**

0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό
1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά
2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά

3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά

**Υ. Υποχονδριακές ενασχολήσεις**

0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε

1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχία ή δυσκοιλιότητα

2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφθώ τίποτε άλλο

3. Είμαι εντελώς απορροφημένος με το τι αισθάνομαι

**Φ. Απώλεια της Libido**

0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ

1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ότι συνήθως

2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ

3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ

### Το ερωτηματολόγιο EAT 26

1. Ηλικία
2. Φύλο
  - Ανδρας
  - Γυναίκα
3. Μόρφωση
  - Απόφοιτος/η Δημοτικού
  - Απόφοιτος/η Γυμνασίου
  - Απόφοιτος/η Λυκείου
  - Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ
4. Βάρος (σε kg)
5. Ύψος (σε cm)
6. Πληθυσμός του τόπου διαμονής σας
7. Έχει διαγνωσθεί ότι πάσχετε από διαταραχή πρόσληψης τροφής (ανορεξία, βουλιμία κ.τ.λ.) τους τελευταίους 6 μήνες;
  - Ναι
  - Όχι
8. Ασχολείστε με τον αθλητισμό;
  - Εντατικά
  - Συχνά
  - Σπάνια
  - Καθόλου
9. Υποψιάζεστε ότι πάσχετε από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής;
  - Ναι
  - Όχι.
10. Έχετε ποτέ επισκεφτεί γιατρό ή ψυχολόγο για κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής;
  - Ναι
  - Όχι

#### Μέρος Α

1. Τρομάζω στην ιδέα να είμαι υπέρβαρος/η
  - Πάντα
  - Συνήθως
  - Συχνά
  - Κάποιες φορές
  - Σπάνια
  - Ποτέ
2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω
  - Πάντα
  - Συνήθως
  - Συχνά
  - Κάποιες φορές
  - Σπάνια

- Ποτέ
- 3.Πιάνω τον εαυτό μου απασχολημένο με το φαγητό
- Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 4.Κόβω την τροφή μου σε μικρά κομμάτια
- Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 5.Γνωρίζω το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών που καταναλώνω
- Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 6.Συγκεκριμένα αποφεύγω τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες  
(ψωμί, ρύζι, πατάτες, κλπ.)
- Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 7.Νοιώθω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο
- Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 8.Προκαλώ εμετό μετά το φαγητό
- Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 9.Νοιώθω πολύ ένοχος/η μετά το φαγητό
- Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές



- Σπάνια  
Ποτέ
- 10.Είμαι απασχολημένος/η με την επιθυμία να είμαι πιο αδύνατος/η  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 11.Σκέφτομαι ότι καίω θερμίδες όταν γυμνάζομαι  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 12.Άλλοι άνθρωποι πιστεύουν ότι είμαι πολύ αδύνατος/η  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 13.Απασχολούμαι με την σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 14.Όταν τρώω τα γεύματα μου αργώ περισσότερο από τους άλλους  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 15.Αποφεύγω τροφές με ζάχαρη  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 16.Τρώω διαιτητικές τροφές  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές

- Σπάνια  
Ποτέ
17. Νοιώθω ότι το φαγητό ελέγχει την ζωή μου  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
18. Έχω αυτο-έλεγχο σχετικά με το φαγητό  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
19. Νοιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
20. Ξοδεύω πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
21. Νοιώθω άβολα όταν τρώω γλυκά  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
22. Κάνω δίαιτα  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
23. Μου αρέσει να είναι άδειο το στομάχι μου  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές

- Σπάνια  
Ποτέ
- 24.Νοιώθω την ανάγκη να κάνω εμετό μετά το φαγητό  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 25.Απολαμβάνω να δοκιμάζω νέα λιπαρά/παχυντικά φαγητά  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ
- 26.Έχετε επεισόδια υπερφαγίας όπου νιώθετε ότι δεν μπορείτε να σταματήσετε;  
Πάντα  
Συνήθως  
Συχνά  
Κάποιες φορές  
Σπάνια  
Ποτέ

#### Μέρος Β

- 1.Όταν τρώτε έχετε την αίσθηση ότι δεν μπορείτε να σταματήσετε;  
Ναι  
Όχι  
Αν απαντήσατε ναι, πόσες φορές το μήνα;
- 2.Έχετε ποτέ αυτοπροκαλέσει εμετό;  
Ναι  
Όχι  
Αν απαντήσατε ναι, πόσες φορές το μήνα;
- 3.Έχετε σκεφτεί να κάνετε απόπειρα αυτοκτονίας;  
Ναι  
Όχι
- 4.Κατά τους τελευταίους 6 μήνες, έχετε προκαλέσει εσκεμμένα εμετό ή έχετε κάνει χρήση χαπιών (διουρητικών, καθαρτικών κ.τ.λ.);  
Ναι  
Όχι  
Αν απαντήσατε ναι, πόσες φορές το μήνα;