



Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας & Τεχνολογίας Τροφίμων
Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας

Πτυχιακή Εργασία

STRESS ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ ΝΑΤΑΛΙΑ

ΚΑΣΣΕΣΙΑΝ ΓΡΗΓΟΡΗΣ

ΣΗΤΕΙΑ,2016



Technological Educational Institute of Crete

School of Agriculture, Food & Nutrition

Department of Nutrition & Dietetics

THEME

STRESS AND NUTRITIONAL BEHAVIOUR

ATHANASIADI NATALIA

KASSESIAN GREGORY

SITIA,2016

<u>1</u>	<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</u>	<u>7</u>
<u>2</u>	<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</u>	<u>8</u>
<u>3</u>	<u>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ-ΣΚΟΠΟΣ.....</u>	<u>10</u>
3.1.1.1	Σκοπός:.....	10
3.1.1.2	Μεθοδολογία:.....	10
3.1.1.3	Δομή εργασίας :.....	11
<u>4</u>	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....</u>	<u>12</u>
4.1.1.1	Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	12
4.1.1.2	1.2 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	13
4.1.1.3	ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ.....	14
4.1.1.4	Η ΈΝΝΟΙΑ ΤΟΥ STRESS	15
<u>5</u>	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....</u>	<u>18</u>
5.1.1.1	ΟΡΙΣΜΟΣ	18
5.1.1.2	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	21
5.1.1.3	ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	22
5.1.1.4	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	29
5.1.1.5	ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	30
<u>6</u>	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....</u>	<u>33</u>
6.1.1.1	ΟΡΙΣΜΟΣ	33
6.1.1.2	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ	34
6.1.1.3	Θετικά συναισθήματα και πρόσληψη τροφής	34
6.1.1.4	Αρνητικά συναισθήματα και πρόσληψη τροφής	36
6.1.1.5	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΡΟΦΗΣ.....	39
6.1.1.6	Η κατανάλωση λιπαρών σε σχέση με την συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά	39
6.1.1.7	Η κατανάλωση υδατανθράκων σε σχέση με την συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά	40
6.1.1.8	ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	42
6.1.1.9	Μηχανισμός όρεξης και συναισθηματική κατάσταση	43
6.1.1.10	Έκκριση ορμονών και συναισθηματική κατάσταση	45
6.1.1.11	ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	53
6.1.1.12	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	55
<u>7</u>	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ</u>	<u>61</u>
7.1.1.1	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	61

7.1.1.2	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	64
7.1.1.3	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	66
8	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u>	69
9	<u>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ.....</u>	71
10	<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u>	72
10.1.1.1	Ελληνική	72
10.1.1.2	Ξενόγλωσση	74

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διατροφική συμπεριφορά συνδέεται και επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από τον τρόπο σκέψης του ατόμου σε σχέση με το περιβάλλον και τον εαυτό του, καθώς και από τον τρόπο που αισθάνεται για τον εαυτό του. Η κατάθλιψη σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές διαταραχές, καθότι συνοδεύεται από χαμηλή αυτο-εκτίμηση και υπερβολικό άγχος

Το συναισθηματικό φαγητό αφορά μια κατάσταση κατά την οποία ενώ το άτομο έχει καλύψει τις διατροφικές του ανάγκες, παρόλα αυτά συνεχίζει να επιθυμεί την περαιτέρω κατανάλωση τροφής, με σκοπό την κάλυψη κάποιου θετικού ή αρνητικού συναισθήματος.

Το άγχος επηρεάζει την ποιότητα της διατροφής, μέσω της εφαρμογής ανθυγιεινών διατροφικών μοτίβων, κάτι που συχνά ενισχύει ακόμη περισσότερο το άγχος. Επιπλέον, το άτομο στο τέλος βιώνει έναν φαύλο κύκλο άγχους - ανθυγιεινής διατροφής - αλλαγής εικόνας σώματος - κατάθλιψης.

Λέξεις- κλειδιά: άγχος, συναισθηματική διατροφή, διατροφική γνώση

ABSTRACT

Eating behavior is linked primarily influenced by the way the person's thinking in relation to the environment and himself, and by the way he feels about himself. Depression is directly related to eating disorders, as accompanied by low self-esteem and excessive stress

Emotional eating concerns a situation in which, while the person has met the nutritional needs, yet still wants to further food consumption, in order to cover a positive or negative emotion.

Stress affects the quality of the diet, through the implementation of unhealthy eating patterns, which often reinforces even more stress. Moreover, the person at the end is experiencing a vicious cycle of stress - unhealthy diet - body image change - depression.

Keywords: anxiety, emotional eating, nutritional knowledge

1 ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει τίτλο << Stress και διατροφική συμπεριφορά>> και εκπονήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2016-2017 υπό την επίβλεψη της Σφακιανάκης Ειρήνης, καθηγήτρια του ΑΤΕΙ Σητείας, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας στην οποία και οφείλουμε ιδιαίτερες ευχαριστίες.

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε βαθύτατα ένα πλήθος ανθρώπων που μας υποστήριξαν για να ολοκληρωθεί αυτή η πτυχιακή.

Πρώτα από όλα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα μέλη της τριμελούς επιτροπής. Την επιβλέπουσα μας καθηγήτριας, για την ανάθεση του θέματος και για τη συνεχή και ουσιαστική υποστήριξη και επιστημονική καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών.

2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ψυχικές διαταραχές, οι οποίες διακρίνονται από υπερβολικά, παρατεταμένα και συγχρόνως εξουθενωτικά επίπεδα άγχους, που επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Τα αίτια των αγχωδών διαταραχών δύναται να είναι βιολογικά, γενετικά ή και ψυχολογικά. Συχνά μάλιστα, οι αγχώδεις διαταραχές έχουν σχέση με τον τρόπο διατροφής, κάτι που αναφέρεται ως συναισθηματική διατροφή (American Psychiatric Association, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, το άγχος αποτελεί μια συναισθηματική κατάσταση που δύναται να βιώσουν τόσο οι ενήλικες, όσο και τα παιδιά. Εκφράζεται με ανησυχία ή και φόβο σε διάφορα ψυχοπιεστικά γεγονότα, ενώ συχνά διευκολύνει την αντιμετώπιση τυχόν δυσκολιών, θέτοντας τον ανθρώπινο οργανισμό σε κατάσταση ετοιμότητας. Το άγχος ουσιαστικά αποτελεί φυσιολογικό στοιχείο σε κάθε οργανισμό, όμως παρόλα αυτά δύναται να λάβει ιδιαίτερα υψηλή ένταση, η οποία πολλές φορές είναι δυσανάλογη σε σχέση με το ερέθισμα που το προκαλεί. Σε μια τέτοια περίπτωση, το άγχος ίσως και να αποτελεί ένδειξη κάποιας αγχώδους διαταραχής, παρεμποδίζοντας την ομαλή προσαρμογή του ατόμου (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Το άγχος μετατρέπεται σε παθολογικό, εφόσον δημιουργεί πρόβλημα ή έκπτωση στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική του ηρεμία. Σε αυτή την περίπτωση αποτελεί είδος κάποιας Αγχώδους Διαταραχής. Οι αγχώδεις διαταραχές εμπεριέχουν πλήθος κλινικών συνδρόμων, τα οποία αφορούν κυρίως τη νευρικότητα, ανησυχία, ένταση και διάφορα σωματικά συμπτώματα. Αποτελούν τις πλέον συνηθισμένες ψυχιατρικές διαταραχές, επηρεάζοντας το 13,6-28,8% των ατόμων παγκοσμίως κατά τη διάρκεια ζωής τους (Kessler, et al. 2005).

Επιπρόσθετα, το άγχος δύναται να οδηγήσει στην επιλογή και κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών, με στόχο την παροχή άνεσης και οικειότητας. Οι επιδράσεις του άγχους είναι πιθανό να συμβάλλουν στη διαμόρφωση συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών και να οδηγήσουν στην παχυσαρκία. Το φαγητό επίσης, αποτελεί ένα μέσο επίδειξης συναισθημάτων, όπως ο θυμός, που μπορούν να προκαλέσουν αποχή ή ακόμη και υπερκατανάλωση τροφής (American Psychiatric Association, 2013).

Αναφορικά με την ψυχολογική ανταπόκριση, η επίδραση των συναισθημάτων σε σχέση με την κατανάλωση τροφής ταξινομείται ως εξής (Macht, 2008):

1. Συναισθήματα, τα οποία προκλήθηκαν από το ερέθισμα του τροφίμου και επηρεάζουν ταυτόχρονα την επιλογή των τροφίμων.
2. Συναισθήματα υψηλής διέγερσης ή έντασης, τα οποία είναι δυνατό να καταστέλλουν το φαγητό λόγω ασυμβίβαστων συναισθηματικών αντιδράσεων.
3. Συναισθήματα μέτριας διέγερσης ή έντασης, τα οποία όμως μπορούν να επηρεάσουν την πρόσληψη τροφής ανάλογων των κινήτρων κατανάλωσης, που ταξινομούνται στην περιοριστική, τη συναισθηματική, καθώς και την εξωγενή συμπεριφορά απέναντι στη τροφή

Όσον αφορά τη Συναισθηματική Διατροφή, αυτή βασίζεται κατά κύριο λόγο σε ψυχοσωματικές θεωρίες, οι οποίες αφορούν την υπερκατανάλωση τροφής ως αποζημίωση ή και αντίδραση σε αρνητικά συναισθήματα. Οι ψυχολογικές ρίζες της ξεκινούν από την παιδική ηλικία και τις ανεπαρκείς σχέσεις μεταξύ των ατόμων. Τα αρνητικά συναισθήματα αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του ατόμου, ενώ η ακριβής διαδικασία με την οποία τα συναισθήματα επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά αποτελεί σημαντικό άλυτο πρόβλημα, που θα πρέπει όμως να επιλύσει ο τομέας της Συναισθηματικής Διατροφής (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ-ΣΚΟΠΟΣ

3.1.1.1 Σκοπός:

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό να εξετάσει το βαθμό που οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν τις διατροφικές συνήθειες, παραθέτοντας παράλληλα τρόπους αντιμετώπισης.

3.1.1.2 Μεθοδολογία:

Αναφορικά με την μεθοδολογία της εργασίας, οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στο διαδίκτυο για τον εντοπισμό της βιβλιογραφίας είναι

- η βάση δεδομένων της Εθνικής Βιβλιοθήκης των Η.Π.Α στην Ιατρική (National Centre for Biotechnology Information at the National Library of Medicine)(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>),
- η βάση δεδομένων της Cochrane Library για συστηματικές ανασκοπήσεις (The Cochrane Database of Systematic Reviews) (<http://updatesoftware.com/cochrane/>) και
- οι ελληνικές βάσεις δεδομένων iatrotek.online (<http://www.iatrotek.org>) και mednet (<http://www.mednet.gr>), καθώς και pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed).

Τέλος, έγινε χρήση των μηχανών αναζήτησης google scholar, lancet και scopus. Η βιβλιογραφία μελετήθηκε εκτενώς, με σκοπό την αφομοίωση της και την συγγραφή της εργασίας.

3.1.1.3 Δομή εργασίας :

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η ψυχική υγεία. Πιο αναλυτικά δίνεται η έννοια της ψυχικής υγείας και η εξέλιξη στη διάγνωση. Επίσης, αναλύονται οι ψυχικές ασθένειες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται οι αγχώδεις διαταραχές. Πιο αναλυτικά, δίνεται ο ορισμός, η επιδημιολογία, η κατηγοριοποίηση, τα αίτια των αγχωδών διαταραχών, τα συμπτώματα και η θεραπεία.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, δίνεται ο ορισμός, η επίδραση συναισθημάτων στην πρόσληψη τροφής, η συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά και επιλογή τροφής, οι νευροβιολογικοί μηχανισμοί και διατροφική συμπεριφορά, καθώς και το φύλο και η παχυσαρκία σε σχέση με τη συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η αντιμετώπιση μέσω της συμπεριφορικής γνωσιακής θεραπείας, της φαρμακευτική αγωγής και της διατροφικής αντιμετώπισης.

Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο δίνονται τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας.

4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

4.1.1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία είναι μια «κατάσταση ευεξίας κατά την οποία το άτομο ανταποκρίνεται στις δυνατότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα αναμενόμενα άγχη της ζωής, εργάζεται παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του. Σε αντίθεση με την κακή ψυχική υγεία, που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως η ένταση, το άγχος, αλλά και σοβαρότερες καταστάσεις, διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη και η μειωμένη λειτουργικότητα» (WHO 2009).

Ως ψυχική υγεία χαρακτηρίζεται η επίτευξη της ισορροπίας πολλών και διαφόρων πτυχών της ανθρώπινης ζωής, κάποιες από τις οποίες είναι η σωματική, η διανοητική, η συναισθηματική και η πνευματική. Ακόμα, ως ψυχική υγεία χαρακτηρίζεται η ικανότητα να απολαμβάνει το άτομο τη ζωή και να λύνει τα ζητήματα της ημέρας. Για να γίνει αυτό όμως, χρειάζεται η λήψη αποφάσεων και επιλογών, με σκοπό την δυνατότητα να αντεπεξέρχεται στις δυσκολίες (Μαδιανός 2004).

Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως ψυχική υγεία την κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, στην οποία ο άνθρωπος ζει και εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Τέλος, η θετική ψυχική υγεία

χαρακτηρίζεται ως μια κατάσταση ισορροπίας που περιέχει επτά χαρακτηριστικά: (α) να γνωρίζει το άτομο το εαυτό του, (β) την ικανότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο, (γ) την ικανότητα αντίστασης στο stress, (δ) την ικανότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές, (ε) την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον, (στ) την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και (ζ) την ικανότητα να λύνει όλα τα ζητήματά του (WHO 2009).

4.1.1.2 1.2 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η εξέλιξη, που έχει σημειωθεί στην διαδικασία της διάγνωσης, αφορά κυρίως τον τομέα της ανάπτυξης επιχειρησιακών κριτηρίων, των δομημένων συνεντεύξεων αλλά και των συστημάτων ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών. Σημαντική πρόοδος παρατηρήθηκε ειδικότερα στις ψυχικές διαταραχές και στην εφαρμογή έγκυρων διαγνωστικών κριτηρίων, μέσω της δημιουργίας του Εγχειρίδιου Ταξινόμησης Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10, 1992) (WHO, 2009), αλλά και μέσω του πιο πρόσφατου Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (νέα «αναθεώρηση κειμένου» του 2013, DSM-V-TR) (American Psychiatric Association 2013).

Η εφαρμογή τους καθιέρωσε μια «κοινή γλώσσα» στην διαγνωστική πρακτική, αύξησε την αξιοπιστία της, αλλά και την επικοινωνία και συνεννόηση των ψυχιάτρων. Τα δυο διαγνωστικά συστήματα έχουν και σημαντικές διαφορές μεταξύ τους, γι αυτό θα ήταν θεμιτή η σύγκλισή τους, με στόχο τη δημιουργία ενός μόνο διαγνωστικού συστήματος. Τα συστήματα αυτά υπόκεινται σε κάποιες βελτιώσεις- αναθεωρήσεις, σύμφωνα με την εφαρμογή τους. Η προσπάθεια θα συνεχιστεί με απώτερο στόχο τη βελτίωση των διαγνωστικών κατηγοριών, αλλά και την ανάπτυξη ενός διαγνωστικού πλαισίου, που θα βασίζεται όχι μόνο σε

κάποια ουδέτερα κριτήρια, αλλά στην αιτιοπαθογένεια των ψυχικών διαταραχών (Δημητριάδου και συν 2013).

Στην Ψυχιατρική γίνονται μονίμως διάφορες προσπάθειες για την ανεύρεση εργαστηριακών διαγνωστικών μεθόδων. Όμως, αντίθετα με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες, οι περισσότερες προσπάθειες απέτυχαν. Μόνο για κάποιο περιορισμένο αριθμό διαταραχών είναι αποδεκτή η εφαρμογή τους και συγκεκριμένα για τις οργανικές ψυχικές διαταραχές, όπου η διάγνωση τεκμηριώνεται από νευροαπεικονιστικές-διαγνωστικές μεθόδους (Δημητριάδου και συν 2013).

4.1.1.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Οι ψυχικές ή καλύτερα ψυχιατρικές διαταραχές θεωρούνται εκείνες οι καταστάσεις, που παρεμβαίνουν αρνητικά ή και καταστροφικά στην ικανότητα του ανθρώπου να εκδιπλώνει τούς εκάστοτε αναγκαίους προσαρμοστικούς μηχανισμούς στην κοινωνική και στην εργασιακή του ζωή, αλλά κυρίως στις διαπροσωπικές του σχέσεις, οι οποίες εκδηλώνονται με μείωση της απόδοσης στις παραπάνω λειτουργικές δυνατότητες, που συνοδεύεται από δυσφοριογόνο συμπτωματολογία του πάσχοντος ή του περιβάλλοντος του (Αγγελόπουλος, 2009).

Οι ψυχικές διαταραχές βασανίζουν εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους σε κάθε σημείο του πλανήτη και εισβάλλουν στη ζωή των αγαπημένων τους. Πάνω από το ένα τρίτο των ανθρώπων στις περισσότερες χώρες αναφέρουν προβλήματα σε κάποιο σημείο της ζωής τους, τα οποία ταιριάζουν στα κριτήρια διάγνωσης ενός ή περισσότερων από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές (Π.Ο.Υ.) (Cardinal & Bullmore, 2011).

Μια βασική κατηγορία Ψυχικών Διαταραχών είναι οι Συναισθηματικές Διαταραχές ή Διαταραχές Διάθεσης. Η συγκεκριμένη ομάδα χαρακτηρίζεται από

διαταραχή της συναισθηματικής και ψυχικής διάθεσης και είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με μορφές διαμετρικώς αντίθετες (είτε προς την κατάθλιψη, είτε προς την ευφορία). Η μεταβολή αυτή βιώνεται εσωτερικά από το άτομο και εκφράζεται εξωτερικά μέσω του συναισθήματος (Tolle & Windgassen, 2005).

Παράλληλα, παρατηρείται μεταβολή και σε όλα τα επίπεδα δραστηριότητας του ατόμου, με συμπτώματα δευτεροπαθή, ή που κατανοούνται εύκολα μέσω των μεταβολών διάθεσης του ασθενούς. Στις διαταραχές αυτές ανήκουν το μανιακό επεισόδιο, η υπομανία, η μανία με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα, το μη καθορισμένο μανιακό επεισόδιο, η διπολική συναισθηματική διαταραχή με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα, τα καταθλιπτικά επεισόδια με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα, η κυκλοθυμία και η δυσθυμία. Οι περισσότερες από αυτές τις διαταραχές έχουν υποτροπική τάση και σχετίζονται συχνά με αγγογόνα γεγονότα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα των διαταραχών αυτών αποτελούν: η κατάθλιψη, οι διπολικές διαταραχές, διαταραχές διάθεσης λόγω χρήσης ουσιών κλπ. (WHO 2009).

4.1.1.4 Η ΈΝΝΟΙΑ ΤΟΥ STRESS

Στις σύγχρονες κοινωνίες καθημερινά γίνεται λόγος για το στρες. Το στρες ορίζεται ως μια ενοχλητική συναισθηματική κατάσταση και εκδηλώνεται ως αντίδραση σε αρνητικά γεγονότα (Μπίμπου – Νάκου, 2004).

Προκειμένου να αντιληφθούμε την έννοια του «στρες» σε βάθος και σε πλάτος, πρέπει να κατανοήσουμε τη φύση και τους γενεσιουργούς παράγοντες του άγχους. Το άγχος σχετίζεται άμεσα με ψυχικές καταστάσεις, όπως η υπερένταση, η νευρική κατάσταση, η αγωνία, ο φόβος, η έντονη ανησυχία. Χωρίς αμφιβολία πρόκειται για ένα δυσάρεστο συναίσθημα, που η επίδραση του αποδεικνύεται καταλυτική για τη σύγχρονη ζωή, ως μηχανισμός φθοροποιός και διαβρωτικός για κάθε μορφή και κάθε τομέα πολιτισμού (Al-Biltagi, Sarhan, 2016).

Σε καθημερινή βάση, σε όλη τη βιολογική κλίμακα της ανθρώπινης εξέλιξης, το άτομο αντιμετωπίζει πιεστικές καταστάσεις (στρες), που του επιβάλλουν μια βιολογική συμπεριφορά φορτισμένη με άγχος. Έχει διαπιστωθεί ότι το στρες μπορεί από την εμβρυϊκή ηλικία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να επηρεάσει αρνητικά το έμβρυο, προκαλώντας επιπλοκές κατά τον τοκετό και άλλα γενετικά προβλήματα.

Το άτομο θα αντιμετωπίσει πιεστικές καταστάσεις σε όλα τα στάδια της εξέλιξής του: το τραύμα της γέννησης, τον απογαλακτισμό, τη διαδικασία εκμάθησης ελέγχου των σφιγκτήρων ως βρέφος, την αφομοίωση και εσωτερίκευση των βασικών ουσιωδών στοιχείων της εκπαίδευσης ως μεγαλύτερο παιδί, τον επαγγελματικό προσανατολισμό και την κατάρτιση στον επαγγελματικό χώρο και την απόκτηση επαγγελματικών ειδικοτήτων, τη συζυγική ζωή, την αντιμετώπιση των παιδιών και των αναγκών τους, τα προβλήματα της αστικής τάξης και τέλος, τα γηρατειά (Waters, 2016).

Σύμφωνα με τον καθηγητή Γ. Μπαμπινιώτη (2005) στο έγκριτο Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας το Άγχος σημαίνει: συγκινησιακή κατάσταση (φόβου, αγωνίας, ανασφάλειας κ.τ.λ.) είτε παροδική και χαμηλής έντασης (οπότε θεωρείται φυσιολογική), είτε επίμονη και μεγάλης έντασης (οπότε θεωρείται παθολογική, λ.χ. ως σύμπτωμα αγχώδους νευρώσεως), η οποία προκύπτει ως εναγώνια αναμονή επικείμενου κακού ή κινδύνου ή δυσάρεστης γενικά κατάστασης και έχει ιδιαίτερα σωματικά και συμπεριφερολογικά γνωρίσματα (λ.χ. οι μεταβολές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα ή η μεγάλη νευρικότητα).

Μερικές φορές, το στρες είναι το αποτέλεσμα μιας πιεστικής κατάστασης από εξωτερικά αρνητικά ερεθίσματα και το άτομο εκδηλώνει ψυχοσωματικά προβλήματα και άλλες φορές ταυτίζεται με τα ίδια αρνητικά ερεθίσματα, που έχουν ως αποτέλεσμα ανεπιθύμητες αντιδράσεις στο άτομο, σύμφωνα με τις συμπεριφοριστικές θεωρίες της προσωπικότητας, οι οποίες δε λαμβάνουν υπόψη την αντίδραση του ατόμου. Ενώ, οι γνωστικές θεωρίες για το στρες ορίζουν αυτό ως αποτέλεσμα της ενεργητικής αλληλεπίδρασης ατόμου και περιβάλλοντος και των αξιολογούμενων ερεθισμάτων, που «διοχετεύει» το περιβάλλον στο άτομο (Καραδήμας, 2004).

Τα ερεθίσματα διακρίνονται σε Ουδέτερα, Στρεσογόνα, και Θετικά. Η ένταση του ερεθίσματος ερμηνεύεται τόσο από ατομικούς (προσωπικότητα, συνήθειες, ικανότητες), όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες (αρνητικά γεγονότα). Όταν το άτομο αντιληφθεί διαφορά ανάμεσα στις ικανότητες, δυνατότητες και στις αξιώσεις μιας κατάστασης, τότε αρχίζει η εκδήλωση του στρες (Καραδήμας, 2004).

Υπάρχουν πολλά είδη πηγών στρες, οι οποίες κατατάσσονται σύμφωνα με τη βιβλιογραφία σε:

- Χρόνιες, οι οποίες μπορεί να προέρχονται από προβλήματα (οικονομικά, κοινωνικά, σχολικά, περιβαλλοντικά).
- Πιέσεις από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (κοινωνικές αναταραχές).
- Καθημερινές διενέξεις (έλλειψη συνεργασίας και επικοινωνίας με συνεργάτες, συμμαθητές, προστριβές με το οικείο περιβάλλον).
- Σημαντικές εκφάνσεις της ζωής και τραυματικά βιώματα (φυσικές καταστροφές, ασθένειες, ατυχήματα, βία).
- Αναμενόμενα γεγονότα, που όμως δε λαμβάνουν χώρα (Καραδήμας, 2004).

5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

5.1.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Σήμερα, ένας μεγάλος αριθμός από ειδικούς και ερευνητές έχει στρέψει το ενδιαφέρον του στο άγχος. Η έννοια του άγχους παρουσιάζει πολλές δυσκολίες, διότι δεν υπάρχει ένα γενικά αποδεκτό θεωρητικό υπόβαθρο από όλους και ο κάθε ερευνητής εισάγει δικούς του όρους για την κατανόηση του φαινομένου. Σύμφωνα με τον Οικονόμου, (2005), «Άγχος είναι ένα ιδιότυπο βίωμα υψηλής εσωτερικής δυσφορίας, που δημιουργείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή, η οποία με έχουσα συγκεκριμένο αντικείμενο δεν έχει την δυνατότητα να αποφευχθεί από το τον άνθρωπο ο οποίος και εξουθενώνεται».

Επίσης, σύμφωνα με τον Παπαδόπουλο (2005), το άγχος έχει να κάνει με «συναισθηματικές καταστάσεις διέγερσης και έντασης και είναι πολλές φορές μια δύσκολη κατάσταση απόγνωσης. Γνώρισμά του είναι η διάχυτη εντύπωση ενός μεγάλου κινδύνου λιγότερο ή περισσότερο πραγματικού, φυσικού ή ψυχικού, και συχνά μόλις συνειδητού, μπροστά στον οποίο νοιώθει κανείς αδύναμος».

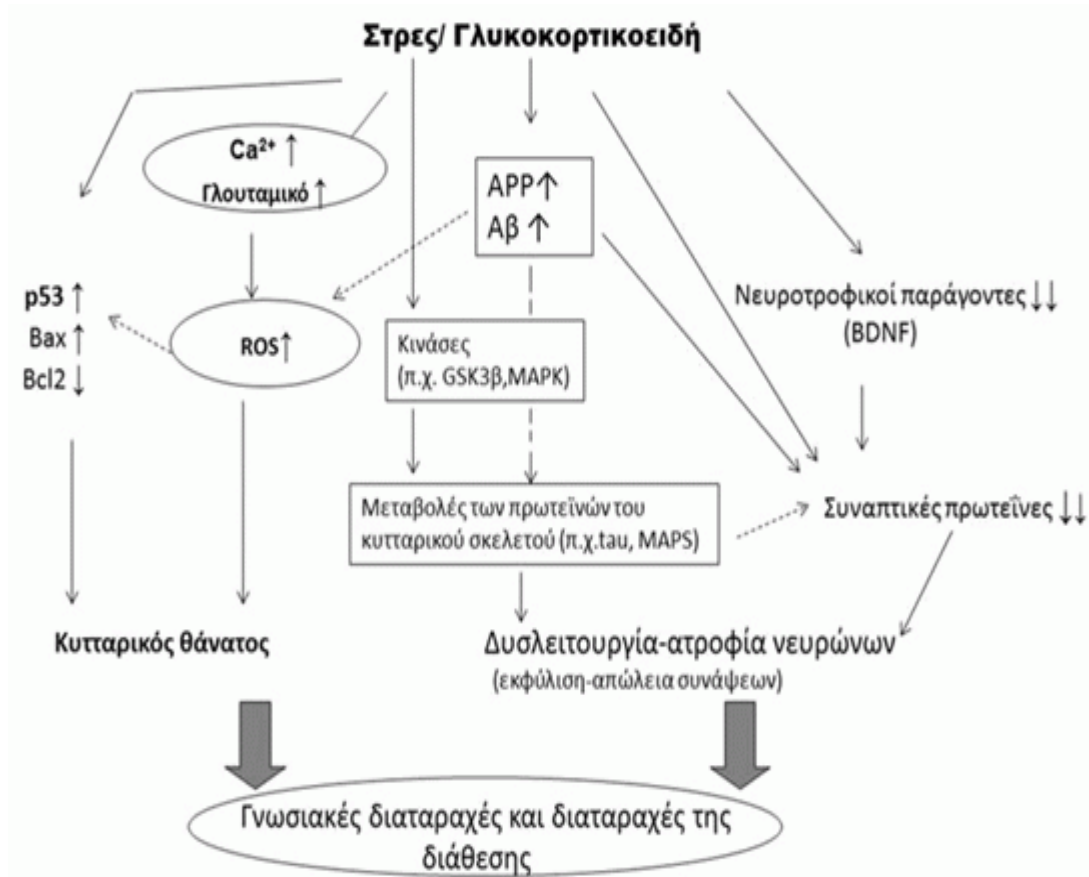
Ένας ακόμα ορισμός, σύμφωνα με τους Pervin, & John, (2005), δείχνει ότι το άγχος συνδέεται με την «αναγνώριση ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει κάποιος υπάρχουν έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος νοητικών

κατασκευών (=τρόπος αντίληψης και ερμηνείας των γεγονότων , δηλαδή δε μπορεί να τα ερμηνεύσει».

Σύμφωνα με τους Βασιλάκη και τους συνεργάτες του (2005), η έννοια της κατάστασης του άγχους «αναφέρεται στις τρέχουσες αλλαγές που κάνουν οι στρεσογόνες συνθήκες τόσο στην ψυχολογική λειτουργία των ρυθμιστικών μηχανισμών, όσο και στη συμπεριφορά του ατόμου»

Επίσης, ως άγχος χαρακτηρίζεται η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που περιέχει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο, ο οποίος δεν είναι γνωστό από πού προέρχεται. Επιπλέον, το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση, που σε κάποιο βαθμό απαντάται στην πλειοψηφία των ατόμων με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα.

Ως άγχος ορίζεται ένα σύνθετο συναίσθημα, που παρουσιάζεται αργότερα στην ανάπτυξη του ατόμου και κάνει την εμφάνιση του δίχως σαφή ή σημαντική για τη ζωή απειλή. Η κινητοποίηση του άγχους περιέχει αρκετές παραμέτρους που συνδέονται με τη συνολική ψυχική μας ζωή (συνειδητή και μη), τη σχέση με τον εαυτό μας και με τους υπολοίπους, το σύστημα αξιών μας, τον τρόπο που έχουμε μάθει να ερμηνεύουμε τα πράγματα, τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος και τη ικανότητά μας να αντεπεξέρθουμε σε εκείνες, αλλά και με πόλους βιολογικούς παράγοντες.



Εικόνα 2.1 Νευροχημικές διαδικασίες που πυροδοτούνται από την επίδραση στρες-γλυκοκορτικοειδών. Πηγή <http://www.encephalos.gr/48-3-07g.htm>

Το άγχος είναι έως ενός σημείου, φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας. Με αυτό, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις ανεβαίνουν. Σε φυσιολογικό βαθμό αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου για να δράσει από την στιγμή, που μια κατάσταση απειλεί την ψυχοσωματική συγκρότησή του. Από την άλλη όμως, σε υπερβολικό βαθμό, το άγχος είναι νοσηρή εκδήλωση, χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου (Pervin, & John, 2005).

Πολλές φορές, όταν το άγχος βρίσκεται συγκεκριμένα και μόνο στη δημιουργία κοινωνικών επαφών, τότε λέγεται «κοινωνικό άγχος». Τα άτομα, τα οποία πάσχουν από κοινωνικό άγχος, κυρίως στις αρχικές τους επαφές με άλλα άτομα, βρίσκονται σε υπερένταση, η οποία διαταράσσει ή και αποδιοργανώνει πλήρως τη σκέψη και τη δράση τους. Ακόμα, η αποτυχία των κοινωνικών

σχέσεων των ανθρώπων με αγχώδεις διαταραχές είναι ένα από τα κυριότερα ζητήματά τους. Η συγκεκριμένη κοινωνική αποτυχία προέρχεται από το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός από άτομα, που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές, χαρακτηρίζονται από υπερβολικές ευαισθησίες, εγωκεντρικότητα, εσωστρέφεια και δεσποτική στάση, μικρή αυτοπεποίθηση και ψυχρότητα, ενώ πολλές φορές νιώθουν αδικημένοι και δυστυχισμένοι.

Συνήθως, το άγχος παρομοιάζεται με το στρες και το φόβο και μπορεί να χαρακτηριστούν ως ίδιες έννοιες, παρόλα αυτά όμως δεν είναι. Ο φόβος χαρακτηρίζεται ως ένα ως συναίσθημα, το οποίο συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με το στρες, που έχει να κάνει με μια ρεαλιστική μάλλον, παρά απροσδιόριστη, όπως το άγχος, εντύπωση απειλής και ανησυχίας, απέναντι σε έναν πραγματικό κίνδυνο. Άρα, το άγχος χρειάζεται να διαχωριστεί από το φόβο, στον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, δηλαδή γνωρίζει ουσιαστικά την πηγή του φόβου του, προετοιμάζει τη δράση του και κατεργάζεται ενδόμυχα τις συνέπειές της, όπως παρουσιάζει η θεωρία του Cannon. Από την άλλη, το άγχος δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο και έχει να κάνει με αόριστη απειλή σε μελλοντικό και αναμενόμενο κίνδυνο, τον οποίο το άτομο δεν ξέρει και επομένως, η προετοιμασία του για δράση είναι αδύνατη (Adam, & Epel, 2007).

5.1.1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Αναφορικά με την επιδημιολογία των αγχωδών διαταραχών, αυτές αποτελούν τη συχνότερη ομάδα ψυχιατρικών διαταραχών, καθότι έχει παρατηρηθεί ότι 1 στα 4 άτομα έχει τουλάχιστον μία φορά ικανοποιήσει τα κριτήρια για μία αγχώδη διαταραχή. Ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών ανέρχεται στο 17% ετησίως, ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν ακόμη μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης αγχωδών διαταραχών σε σχέση με το ανδρικό φύλο. Η ηλικία έναρξης των αγχωδών διαταραχών (εκτός από τη Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες) είναι κατά κύριο λόγο η πρώιμη ενήλικη ζωή, ενώ έχει

παρατηρηθεί ότι οι διαταραχές άγχους είναι ιδιαίτερα αυξημένες στους πληθυσμούς των εφήβων (28.8%) (Diclemente, et al., 2009).

Πιο αναλυτικά, στις ΗΠΑ οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν την πιο κοινή ψυχιατρική διάγνωση με επιπολασμό που ανέρχεται στο 13,3%. Μάλιστα, πολλές φορές η αναγνώρισης των αγχωδών διαταραχών καθίσταται αρκετά δύσκολη, εξαιτίας της δυσκολίας ιατρικής εξήγησης των συμπτωμάτων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να αγνοεί την ύπαρξη της διαταραχής, οπότε να μην αποζητά βοήθεια για την αντιμετώπισή της. Επίσης, περίπου το 25-50% των ασθενών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης διακρίνονται για τα ψυχοσωματικά τους συμπτώματα, κάτι που χρήζει διάγνωσης των αγχωδών διαταραχών (Combs and Markman, 2014)

Συμπερασματικά λοιπόν, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν από τις συχνότερα παρατηρημένες ψυχικές διαταραχές των εφήβων σε ποσοστό από 15-30% ενώ όσον αφορά στην πιο σοβαρή τους μορφή παρατηρούνται εξίσου και στα δυο φύλα είτε είναι έφηβοι, είτε ενήλικες μικρής ηλικίας (Tassin, et al., 2014).

5.1.1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ

Στις αγχώδεις διαταραχές συγκαταλέγεται ένα μεγάλο φάσμα από κλινικά σύνδρομα, τα οποία χαρακτηρίζονται από νευρικότητα και ανησυχία, ένταση και ποικίλα σωματικά συμπτώματα. Γενικά, οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες επηρεάζουν ένα μεγάλο ποσοστό ενηλίκων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι κοινές στην καθημερινή ιατρική πράξη και τις συναντάμε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Avena, 2007).

Περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες:

- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία
- Φοβικές διαταραχές (Απλή φοβία, Κοινωνική φοβία, Αγοραφοβία)

- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Μετατραυματική διαταραχή μετά από ισχυρό στρες.

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από επίμονα συμπτώματα άγχους, που οδηγούν σε χρόνια σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα και ανάλογες μεταβολές της συμπεριφοράς (π.χ. περιορισμένη λειτουργικότητα) (Μαδιανός 2004).

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή είναι μία διαταραχή που χαρακτηρίζεται από πλήθος ποικίλων οργανικών αντιδράσεων, καθώς και από την ύπαρξη γενικευμένης, επίμονης και ακαθόριστης ανησυχίας, η οποία καλύπτει σχεδόν όλες τις δραστηριότητες του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, χαρακτηριστικό των ατόμων, που πάσχουν από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, αποτελεί η υπερβολική ανησυχία για προβλήματα της καθημερινής ζωής. Πρόκειται για την ύπαρξη μίας διάχυτης και έντονης αρνητικής διάθεσης και ανησυχίας, η οποία είναι παρούσα στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και της οποίας τα ακριβή αίτια συχνά δεν μπορούν να εντοπιστούν. Ως συνέπεια, η οικογενειακή ζωή, η επαγγελματική απόδοση, οι σχέσεις με τον κοινωνικό περίγυρο και η γενική λειτουργικότητα του ατόμου επηρεάζεται σημαντικά (Δημητριάδου, και συν., 2013).

DSM-IV	
Αγχώδεις διαταραχές παιδικής ηλικίας	
309.21	Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού
Αγχώδεις Διαταραχές	
300.01	Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία
300.21	Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία
300.22	Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχών πανικού
300.29	Απλή φοβία
300.23	Κοινωνική φοβία
300.30	Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
309.81	Διαταραχή μετά από τραυματικό στρες
300.02	Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
293.89	Προκαλούμενη από ουσίες αγχώδης διαταραχή
300.00	Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Εικόνα 1.2 Η ταξινόμηση των διαταραχών άγχους στο DSM-IV, Πηγή American Psychiatric Association, (2013).

Από την άλλη, η διαταραχή πανικού εκδηλώνεται με προσβολές έντονου άγχους, με αίσθημα επικείμενης καταστροφής, αεροδιψία, προκάρδια ενοχλήματα, αίσθημα απώλειας του ελέγχου κ.ά. (Δημητριάδου, και συν., 2013).

Ο φόβος ή το άγχος μπορεί να λάβει τη μορφή μίας επίθεσης πανικού πλήρους ή περιορισμένου συμπτώματος (π.χ. μία αναμενόμενη επίθεση πανικού). Φόβος ή άγχος προκαλείται σχεδόν κάθε φορά, που το άτομο έρχεται σε επαφή με την φοβική κατάσταση. Έτσι, ένα άτομο, που γίνεται ανήσυχο μόνο περιστασιακά σε μια αγοραφοβική κατάσταση (π.χ., γίνεται ανήσυχο μόνον μία στις πέντε φορές όταν βρίσκεται σε μία ουρά), δεν θα διαγνωστεί με

αγοραφοβία. Το άτομο αποφεύγει ενεργά την κατάσταση ή, εάν αυτός ή αυτή δεν είναι σε θέση ή αποφασίζει να μην την αποφύγει, η κατάσταση προκαλεί έντονο φόβο ή άγχος.

Η διαταραχή πανικού έχει παραμείνει χαρακτηριστική ως διαταραχή άγχους με το κύριο σύμπτωμα να είναι η εμπειρία των επίμονων και συνήθως απρόβλεπτων κρίσεων πανικού. Με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια, αυτές οι κρίσεις πανικού χαρακτηρίζονται από συνεχή φόβο μελλοντικών επιθέσεων, εναλλαγές στις συμπεριφορές του ατόμου, ώστε να αποφευχθούν αυτές οι επιθέσεις, ή και τα δύο αυτά ζητήματα για τουλάχιστον έναν μήνα (Avena, et al., 2008a).

Η διαταραχή πανικού έχει σημαντικό οικονομικό κόστος και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των αγχωδών διαταραχών, απαιτώντας μεγάλο αριθμό από επισκέψεις στον ιατρό, ο οποίος αυξάνεται όταν παράλληλα είναι παρούσα και η διαταραχή της αγοραφοβίας. Οι ασθενείς με αυτήν την διαταραχή απουσιάζουν πολύ συχνά από την εργασία τους (κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε ανεργία) ή το σχολείο (κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε εγκατάλειψη του σχολείου). Όταν οι κρίσεις πανικού εμφανίζονται με πλήρη συμπτώματα, τότε συνήθως συνδέονται και με μεγαλύτερη νοσηρότητα, όπως είναι για παράδειγμα η μεγαλύτερη ανικανότητα ή η φτωχότερη ποιότητα ζωής, συγκριτικά με τις επιθέσεις με περιορισμένα συμπτώματα (American Psychiatric Association, 2013).

Επιπρόσθετα, οι φοβικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από υπερβολικούς φόβους για ορισμένες καταστάσεις ή αντικείμενα, καθώς και από συνοδό συμπεριφορά αποφυγής (Δημητριάδου, και συν., 2013).

Η Κοινωνική Φοβία είναι μια αγχώδης διαταραχή, η οποία τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί ότι είναι περισσότερο διαδεδομένη απ' όσο πίστευαν μέχρι πρόσφατα οι ειδικοί της ψυχικής υγείας. Στις σοβαρές περιπτώσεις κοινωνικής φοβίας, οι κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες και η ζωή του ατόμου, που υποφέρει από αυτήν τη διαταραχή, περιορίζονται στον ίδιο βαθμό, που περιορίζονται και στα άτομα, που υποφέρουν από αγοραφοβία. Η ένταση αυτών των συναισθημάτων διαφέρει από άτομο σε άτομο, καθώς επίσης ποικίλουν και οι καταστάσεις, οι οποίες τα προκαλούν. Στα συμπτώματα

εντοπίζεται αξιοσημείωτος φόβος ή άγχος για μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε προσεκτικό έλεγχο-εξέταση από άλλους (Δημητριάδου, και συν., 2013).

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την αγοραφοβία περιλαμβάνουν την εμπειρία του έντονου φόβου ή άγχους σε τουλάχιστον δύο αγοραφοβικές καταστάσεις, όπως το να είναι έξω από το σπίτι μόνο του το άτομο, τα μέσα μαζικής μεταφοράς (π.χ., αεροπλάνα, λεωφορεία, μετρό, κ.λπ.), ανοιχτούς χώρους, δημόσιους χώρους (π.χ., καταστήματα, θέατρα, κινηματογράφους), σε πλήθος ή να στέκεται στην ίδια ουρά με άλλους ανθρώπους, ή ένας συνδυασμός δύο ή περισσότερων από αυτών των καταστάσεων.

Οι αγοραφοβικές καταστάσεις προκαλούν σχεδόν πάντα φόβο ή άγχος, ενώ αποφεύγονται ενεργά, απαιτούν την παρουσία ενός συντρόφου, ή τα άτομα υποφέρουν από έντονο φόβο ή άγχος. Ο φόβος ή το άγχος είναι δυσανάλογα σε σχέση με την πραγματική επικινδυνότητα των αγοραφοβικών καταστάσεων και στο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο. Παράλληλα, ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή είναι επίμονα, συνήθως διαρκούν για 6 μήνες ή περισσότερο, ενώ μπορούν να προκαλέσουν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς (American Psychiatric Association, 2013).

Αναφορικά με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αυτή χαρακτηρίζεται από καταναγκαστικές επαναληπτικές πράξεις και επίμονες ιδέες, των οποίων το παράλογο μπορεί μεν να αναγνωρίζει το άτομο, αλλά δε μπορεί να τις αποφύγει.

Τέλος, η μετατραυματική διαταραχή είναι επακόλουθο ασυνήθιστα σοβαρών ψυχοτραυματικών συμβάντων (π.χ. θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα, μαζικές καταστροφές κ.ά.) και χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος μετά από ανάδυση στη συνείδηση των επώδυνων βιωμάτων ή μετά από σχετικά όνειρα (American Psychiatric Association, 2013).

Η μετατραυματική διαταραχή λόγω στρες αναπτύσσεται σε άτομα, που έχουν έρθει αντιμέτωπα με καταστάσεις, που είτε απείλησαν τη δική τους ζωή ή κάποιου άλλου, είτε τους τραυμάτισαν ψυχολογικά. Τέτοια γεγονότα είναι ο πόλεμος, οι φυσικές καταστροφές, οι τρομοκρατικές επιθέσεις, τα διάφορα

ατυχήματα, κ.ά. Αναμνήσεις των γεγονότων αυτών μπορεί να αναβιώσουν στο άτομο πολύ καιρό μετά την εμπειρία. Ο έντονος φόβος, το αίσθημα της αδυναμίας ή ο τρόμος μπορεί να το βασανίζουν. Η τραυματική κατάσταση αναβιώνει επανειλημμένα, συνήθως σε νυκτερινούς εφιάλτες ή παρεμβαλλόμενες αναμνήσεις.

Η μετατραυματική διαταραχή από στρες προσβάλλει τουλάχιστον το 1% των ανθρώπων σε κάποια περίοδο της ζωής τους. Σε ορισμένα άτομα, ο φόβος που στηρίζεται στην αναβίωση, στα συναισθηματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα, μπορεί να επικρατήσει. Σε άλλες περιπτώσεις, το αίσθημα δυσφορίας μπορεί να είναι πιο οδυνηρό. Σε άλλα άτομα, είναι εμφανής η διέγερση και τα αντιδραστικά συμπτώματα, ενώ σε άλλες περιπτώσεις, κυριαρχούν τα διασπαστικά συμπτώματα. Τέλος, ορισμένα άτομα εμφανίζουν συνδυασμό αυτών των προτύπων συμπτωμάτων (Δημητριάδου, και συν., 2013).

Βασικότερη αιτία της μετατραυματικής διαταραχής μπορεί να είναι το στρες. Υπάρχουν όμως και άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως είναι η ηλικία του ατόμου, το ατομικό ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, το οικογενειακό ιστορικό, άσχημες εμπειρίες που βίωσε το άτομο κατά την παιδική ηλικία, η ίδια η προσωπικότητα του ασθενούς και η ένταση με την οποία βίωσε το άτομο το τραυματικό γεγονός. Η διάρκεια της νόσου ποικίλλει και μπορεί να κρατήσει από 1 εβδομάδα έως και 30 χρόνια. Μετά την πάροδο ενός χρόνου, οι μισοί ασθενείς περίπου θα επανέλθουν. Η χρόνια μετατραυματική διαταραχή από στρες δεν εξαφανίζεται, αλλά συχνά γίνεται λιγότερο έντονη με την πάροδο του χρόνου, ακόμα και χωρίς θεραπεία. Ωστόσο, σε μερικά άτομα παραμένει μία σοβαρή, ενίοτε ισόβια, αναπηρία (Ανωγιαννάκης, και συν., 2001).

2.4 ΑΙΤΙΑ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι παράγοντες κινδύνων μπορεί να είναι οικογενειακοί, γνωσιακοί, συμπεριφορικοί ή κοινωνικοί. Η ύπαρξη τέτοιων παραγόντων θα πρέπει να ερευνηθεί, όταν το άτομο αντιμετωπίζει ψυχοπιεστικές καταστάσεις.

- Τύπος προσωπικότητας : Ο Eysenck, με τη γνωστή του θεωρία, ταξινομεί ως νευρωσικούς (υψηλός δείκτης νευρωτισμού) τα άτομα με αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος και χαμηλή εξοικείωση στο ερέθισμα.

-Οικογενειακό ιστορικό : Μελέτες έχουν δείξει αυξημένη συχνότητα αγχώδων διαταραχών (διαταραχή πανικού κ.ά.) στους συγγενείς πασχόντων από ανάλογη διαταραχή.

-Stress :Τα ψυχοτραυματικά βιώματα που συνιστούν απειλή έχουν συνδεθεί με εκδηλώσεις άγχους, ιδίως όταν συνοδεύονται από ανάλογα βιώματα στην παιδική ηλικία. Μία αγχώδης διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί σε ένα προδιατεθειμένο άτομο μετά από τραυματικό stress (Δημητριάδου, και συν., 2013).

-Κοινωνική στήριξη : Η απουσία υποστηρικτικού οικογενειακού-κοινωνικού περιβάλλοντος μπορεί να ευνοήσει την εκδήλωση αγχώδους διαταραχής (Δημητριάδου, και συν., 2013).

Η δευτερογενής πρόληψη στηρίζεται στην αποκάλυψη του προβλήματος, όταν αυτό βρίσκεται στα αρχικά στάδια. Η βελτίωση με την έγκαιρη επέμβαση θα βοηθήσει τους ασθενείς να καταλάβουν την φύση του προβλήματος πριν χρονίσει και καταστεί δυσίατη. Ενώ, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, οι ασθενείς μπορεί να βοηθηθούν με τεχνικές, όπως η μυϊκή χαλάρωση, η ελεγχόμενη αναπνοή και με μεθόδους επίλυσης του προβλήματος.

Η ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει διάφορους τύπους, όπως η γνωσιακή θεραπεία και η θεραπεία συμπεριφοράς, ενώ η φαρμακοθεραπεία περιλαμβάνει τα αγχολυτικά φάρμακα και τα αντικαταθλιπτικά, που ενισχύουν την δραστηριότητα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο (Anderson, 2007).

5.1.1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Όταν αναφερόμαστε στο άγχος, χρειάζεται να το χωρίζουμε μεταξύ του φυσιολογικού και το παθολογικού άγχους. Το φυσιολογικό άγχος είναι μία υγιής, φυσιολογική αντίδραση, που παρουσιάζεται σε περιπτώσεις ανησυχίας ή σε στιγμές πραγματικού κινδύνου ή απειλής. Η συγκεκριμένη κατηγορία άγχους προειδοποιεί για κάποιο κίνδυνο, που ελλοχεύει. Ο μέτριος βαθμός άγχους, στην πραγματικότητα, ανεβάζει την απόδοση του ατόμου σε δύσκολες στιγμές και είναι δημιουργικός και κινητήριος παράγοντας της ζωής.

Από την άλλη, το παθολογικό άγχος παρουσιάζεται σε στιγμές, που δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος ή παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα και μετά την παρέλευση του παράγοντα, που το επέφερε. Ακόμη, το παθολογικό άγχος δεν είναι φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στο στρες ή στις καθημερινές δυσκολίες και είναι περισσότερο και συχνότερο ή πιο επίμονο από εκείνο, που γενικά θεωρείται ως φυσιολογικό (Βάρβογλη, 2006),

Το άγχος έχει την δυνατότητα να είναι στοιχείο της προσωπικότητας κάθε ατόμου ή να παρουσιάζεται περιστασιακά και να εκδηλώνεται τόσο με ψυχικά, όσο και με σωματικά συμπτώματα. Επίσης, βιώνεται σε αλλιώτικο βαθμό και ένταση από κάθε άτομο. Βασικά στοιχεία του είναι η ένταση, η αίσθηση ενός ακαθόριστου φόβου, η επίμονη αναμονή ενός επικείμενου κινδύνου ή μιας δυσκολίας χωρίς να υπάρχει δικαιολογημένη αφορμή ή λογική αιτία.

Συνήθως, το άγχος χαρακτηρίζει μια απειλή ενάντια στην προσωπικότητα, ενώ έχει την δυνατότητα να χαρακτηριστεί ως ανώμαλο, κι αυτό διότι σε κάθε κατάσταση κινδύνου χρειάζεται να παράγεται ακριβώς το αναγκαίο ποσό ενέργειας και να εκφορτίζεται σε σκόπιμη δράση σαν μια απλή παρόρμηση. Επίσης, δύναται να χαρακτηριστεί ως ομαλό στο βαθμό, που η ενέργεια εκφορτίζεται πιο μετά σε δράση και εξαφανίζεται. Παρόλα αυτά, όταν δεν έχει την δυνατότητα να εκφορτιστεί με οποιοδήποτε τρόπο, γίνεται χρόνιο και οπωσδήποτε ανώμαλο.

Όταν το άγχος γίνει χρόνιο, κρατά πιο πολύ από ότι ο συνηθισμένος φόβος, διότι όταν το συναίσθημα του φόβου εκφορτιστεί σε δράση, ο οργανισμός έρχεται σε ισορροπία και ο φόβος παύει να υπάρχει. Το άγχος αντίθετα, μη έχοντας την δυνατότητα να βρει κατάλληλη εκφόρτιση για την ενέργεια, τείνει να γίνει χρόνιο και υπόκειται στην αρχή εμμονής της τάσης να ανατρέχει το άτομο πίσω σ' ένα άλυτο ζήτημα, γεγονός που δημιουργεί το αίσθημα ανησυχίας (Anagnostis, et al. 2009).

Στην περίπτωση, που το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση άγχους, μπορεί να παρουσιάσει συγκεκριμένα συμπτώματα, τα οποία χωρίζονται σε Ψυχολογικά και Σωματικά. Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2004), στα ψυχολογικά συμπτώματα ανευρίσκονται η ανησυχία και η ανυπομονησία, το αίσθημα αορίστου φόβου και αγωνίας, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα της μικρής αντιληπτικής ικανότητας.

Επίσης, στα σωματικά συμπτώματα ανευρίσκονται η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, το αίσθημα κόμπου στο λαιμό, ο πόνος στο στήθος, η δυσκαταποσία, το αίσθημα παλμών, τα κρύα χέρια, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, τα κοιλιακά άλγη, η μυϊκή τάση, οι παραισθήσεις, η κόπωση, η κινητική ανησυχία, η τρεμούλα, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνοουρία και η κεφαλαλγία τάσης (Μαδιανός, 2004).

5.1.1.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών περιλαμβάνει συνήθως την φαρμακο-θεραπεία και τη ψυχοθεραπεία, όπως είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, (η οποία προσανατολίζεται στο εγώ) και η υποστηρικτική

ψυχοθεραπεία (όταν πρόκειται για σοβαρά συμπτώματα που προκαλούν δυσλειτουργία). Στις περιπτώσεις αυτές χορηγούνται αγχολυτικά, όπως βενζοδιαζεπίνες ή βουσπιρόνη, αλλά και αντικαταθλιπτικά, όπως εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAOIs), και β-αναστολείς, όπως προπρανολόλη (Sciences, 2010).

Με τη Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία, επιζητείται η τροποποίηση τόσο του τρόπου σκέψης του ατόμου, όσο και της συμπεριφοράς του. Στόχος της θεραπείας είναι το άτομο να συνειδητοποιήσει, πως αυτή η αντίληψή του ότι οι γύρω του το κρίνουν και το παρατηρούν διαρκώς δεν είναι ρεαλιστική και ότι θα πρέπει να την αντικαταστήσει με μια ρεαλιστική αντίληψη, που να ανταποκρίνεται στην αντικειμενική πραγματικότητα (θεραπεία κοινωνικής φοβίας).

Παράλληλα με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία, μπορεί να χορηγηθεί στο άτομο και φαρμακευτική αγωγή, πιθανότατα στην αρχική κινητοποίηση του ατόμου, κάτι που θα το βοηθήσει την πρώτη φορά, που θα έρθει αντιμέτωπο με μια στρεσογόνα κατάσταση. Συγκεκριμένα, η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει στη λύση των ψυχολογικών συγκρούσεων, που είναι πιθανόν να υποκρύπτει η αγχώδης συμπεριφορά. Επίσης, η δυναμική ψυχοθεραπεία δύναται να χρησιμοποιηθεί σε εκείνες τις περιπτώσεις, που το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με συγκρούσεις και με τον τρόπο επίδρασης των συμπτωμάτων στο περιβάλλον, τα οποία και θα πρέπει πρώτα να διερευνηθούν, ώστε να καταστεί εφικτή η υποχώρηση των συμπτωμάτων (Μαδιανός, 2004).

Η φαρμακευτική αγωγή συνίσταται ως θεραπεία από μόνη της ή σε συνδυασμό με την συμπεριφορική θεραπεία, όταν στον ασθενή δεν είναι αποτελεσματική η ψυχοθεραπεία. Όπως αναφέρθηκε ήδη παραπάνω, τα φάρμακα, που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών περιλαμβάνουν αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά, όπως οι βενζοδιαζεπίνες. Οι βενζοδιαζεπίνες ενεργούν ταχύτερα από τα αντικαταθλιπτικά, αλλά μπορούν να δημιουργήσουν εξάρτηση και έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να επιφέρουν

ορισμένες παρενέργειες, όπως υπνηλία, διαταραχή του συντονισμού και επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης (Avena, et al., 2008).

6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

6.1.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το συναισθηματικό φαγητό αφορά μια κατάσταση κατά την οποία ενώ το άτομο έχει καλύψει τις διατροφικές του ανάγκες, παρόλα αυτά συνεχίζει να επιθυμεί την περαιτέρω κατανάλωση τροφής, με σκοπό την κάλυψη κάποιου θετικού ή αρνητικού συναισθήματος. Το αποτέλεσμα όμως είναι η υπερκατανάλωση συχνά ανθυγιεινής τροφής και αύξηση του σωματικού βάρους (Konttinenetal, 2010).

Το συναισθηματικό φαγητό σύμφωνα με τον Konttinenetal, (2010) αποτελεί «την τάση να τρώει κάποιος παραπάνω ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος». Η ψυχοσωματική θεωρία συνδέεται άμεσα με την θεωρία του συναισθηματικού φαγητού (Bruch, 1964). Σύμφωνα με την παραπάνω θεωρία, τα άτομα που τείνουν προς τη συναισθηματική διατροφή αδυνατούν να διαφοροποιήσουν την πείνα από την ψυχολογική κατάσταση και τα συνοδά αρνητικά συναισθήματα. Ως συνέπεια, τα αρνητικά συναισθήματα ενισχύουν την όρεξη του ατόμου, αντί να την καταστέλλουν, επιφέροντας παράλληλα συναισθήματα ασφάλειας κατά την κατανάλωση φαγητού.

Το άγχος, ο θυμός, η στεναχώρια, η χαρά, κλπ αποτελούν συναισθήματα, που επηρεάζουν τα κίνητρα για φαγητό, τη συναισθηματική διατροφή, το μεταβολισμό και την πέψη της τροφής, καθώς και την επιλογή, την ποσότητα, αλλά και την ταχύτητα κατανάλωσης του φαγητού (Gibson, 2006, Macht, 2008).

Οι περισσότεροι άνθρωποι τείνουν στο συναισθηματικό φαγητό λόγω συναισθηματικού στρες. Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν επίσης ότι το φαγητό που έχει άμεση σχέση με το στρες συνδέεται άμεσα και με το αυξημένο σωματικό βάρος (Gibson, 2006). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα

των συναισθημάτων σε σχέση πάντοτε με το φαγητό έχουν μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό, αλλά παρόλα αυτά είναι δύσκολη η πρόβλεψη της επιρροής του συναισθήματος στις διάφορες ομάδες ανθρώπων.

Τα συναισθήματα είναι δυνατό να προκαλέσουν την αύξηση της πρόσληψης φαγητού σε μια ομάδα ανθρώπων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι διαφορετικά συναισθήματα μπορούν να αυξομειώσουν την πρόσληψη τροφής στην ίδια ομάδα ανθρώπων (Macht, 2008).

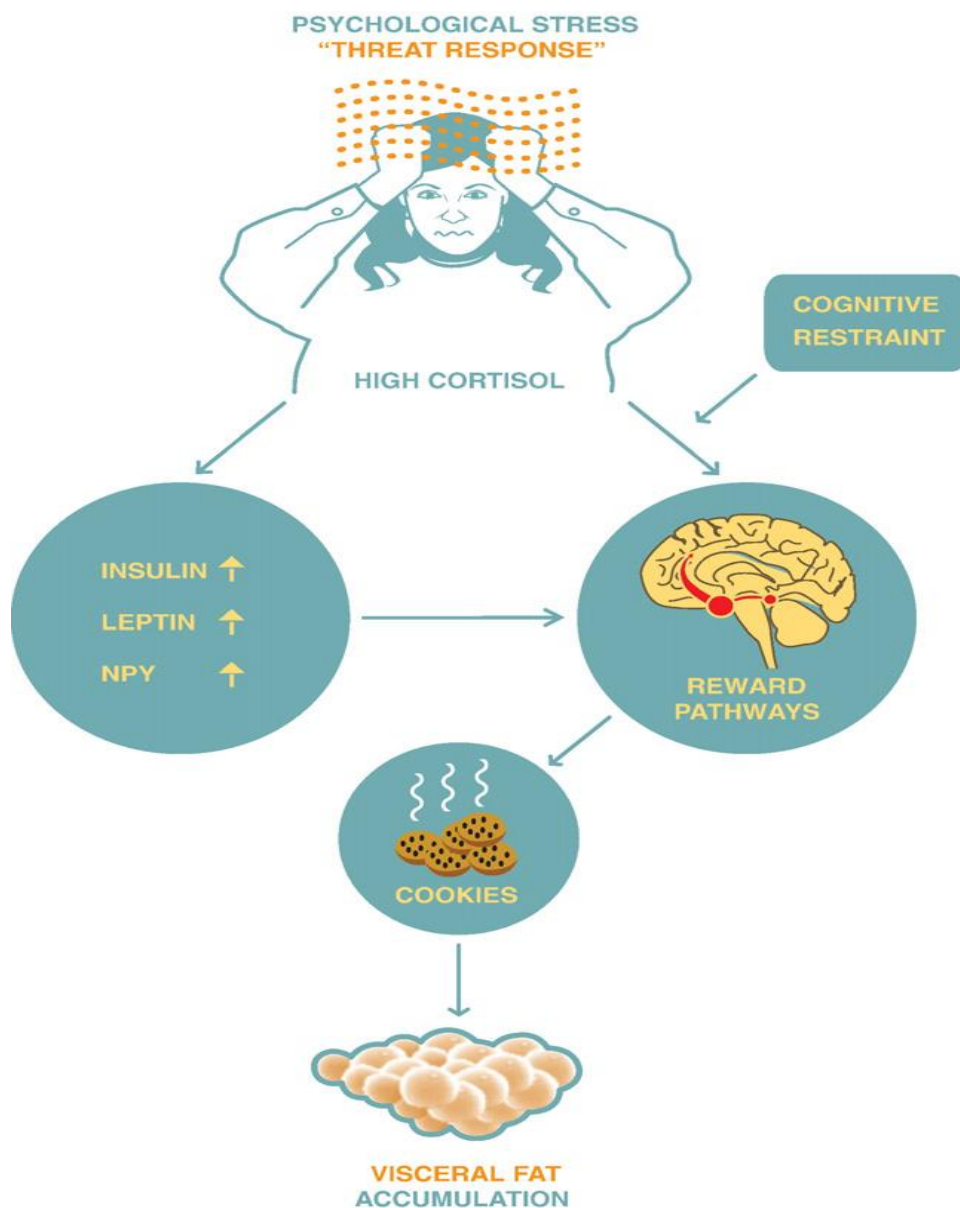
6.1.1.2 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

6.1.1.3 Θετικά συναισθήματα και πρόσληψη τροφής

Η πρόσληψη τροφής έχει βιολογική και ψυχολογική αξία και αφορά την ενστικτώδη ρύθμιση κατανάλωσης τροφής με σκοπό την συντήρηση του οργανισμού, αλλά και την λήψη ευχαρίστησης μέσω της πρόσληψης κάποιας εύγευστης τροφής. Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί όμως είναι ότι τόσο το αίσθημα της πείνας, όσο και η επιθυμία για φαγητό εξυπηρετούν διαφορετικές ανάγκες.

Σε ένα βρέφος, το αίσθημα της πείνας και η επιθυμία για φαγητό είναι σε ισορροπία, καθότι τρέφεται μόνο όταν πεινάει, ενώ παράλληλα βιώνει ικανοποίηση, ασφάλεια και ευχαρίστηση. Παρόλα αυτά, μετέπειτα οι γονείς αποδυναμώνουν άθελά τους το αίσθημα του κορεσμού στο παιδί τους ή καλλιεργούν έναν συνδυασμό μιας ευχάριστης εξωτερικής κατάστασης σε σχέση με το φαγητό ή άλλες φορές καλλιεργούν το συνδυασμό του φαγητού και της αποφυγής μιας δυσάρεστης συναισθηματικής κατάστασης, προσφέροντας ελκυστική τροφή (Begum, et al. 2012).

Όλα τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια την λειτουργία της τροφής ως εργαλείο για την προσωρινή ικανοποίηση αναγκών ή την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων. Μετέπειτα όμως, οι ανάγκες αυτές δύναται να μην ικανοποιηθούν τόσο εύκολα, οπότε χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερη ποσότητα τροφής με αποτέλεσμα τη συσσώρευση λίπους στον οργανισμό. Παράλληλα, καθότι το φαγητό όντως βελτιώνει την ψυχική διάθεση, επιδεινώνει την κατάσταση αυτή (Brunton, etal. 2009).



Εικόνα 3.1 Διατροφή και αγχωδεις διαταραχές. Πηγή Adam, Epfel (2007)

Έχει παρατηρηθεί ότι κάποιες τροφές που εμπεριέχουν ζάχαρη ή υδατάνθρακες επηρεάζουν τις εκκρίσεις ορμονών και νευροδιαβιβαστών στον οργανισμό, που σχετίζονται με το αίσθημα της πληρότητας, της ανακούφισης και της ευφορίας. Συχνά μάλιστα, ενώ το υπέρβαρο άτομο έχει γνώση των παραπάνω μηχανισμών, παρόλα αυτά δεν μπορεί να αποφύγει τη συστηματική «συναισθηματική υπερφαγία» (Nguyen-Rodriguez *et al.*, 2008).

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι τα θετικά συναισθήματα ενισχύουν την πρόσληψη τροφής, μέσω διαφόρων μηχανισμών που σχετίζονται άμεσα με τη χαρά και την κατανάλωση περισσότερου φαγητού. Έχει παρατηρηθεί μάλιστα, ότι μια ευχάριστη περίσταση ενισχύει την τάση για περισσότερη κατανάλωση τροφής και αλκοόλ σε σχέση με άλλες περιστάσεις. Επιπλέον, το φαγητό ενισχύει προσωρινά την ενέργεια ή ακόμη μειώνει την ένταση, με συνέπεια τη συνολική βελτίωση της διάθεσης (Macht 2008).

6.1.1.4 Αρνητικά συναισθήματα και πρόσληψη τροφής

Τα τελευταία χρόνια, η κατανάλωση τροφής αποτελεί μέσο εκτόνωσης του ψυχολογικού φόρτου, όπως για παράδειγμα του άγχους και της κατάθλιψης. Οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν άμεση σχέση με :

- Τις προηγούμενες εμπειρίες ζωής,
- τη σχέση του ατόμου με το φαγητό,
- τις αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του και το ιδανικό σώμα,
- και με τους παράγοντες της προσωπικότητας.

Αναλυτικότερα, είναι δυνατή η δημιουργία έντονου δυσφορικού συναισθήματος στο άτομο, το οποίο προσπαθεί να αντιμετωπίσει μέσω της διατροφής, όταν έρχεται αντιμέτωπο με τυχόν αρνητικά γεγονότα στη ζωή του, επειδή

- α) αποκτά δυσλειτουργικές αντιλήψεις για τον εαυτό του,
- β) διαθέτει ανεπαρκείς δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων,
- γ) παρουσιάζει δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων και
- δ) διαθέτει καθορισμένες αντιλήψεις και γνωστικά σχήματα αναφορικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος, αλλά και με την ίδια την τροφή (Χαρίλα, 2004).

Η διατροφική συμπεριφορά επίσης, συνδέεται και επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από τον τρόπο σκέψης του ατόμου σε σχέση με το περιβάλλον και τον εαυτό του, καθώς και από τον τρόπο που αισθάνεται για τον εαυτό του. Η κατάθλιψη σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές διαταραχές, καθώς συνοδεύεται από χαμηλή αυτο-εκτίμηση και υπερβολικό άγχος (Χαρίλα, 2004).

Διάφοροι παράγοντες, αλλά και αρνητικά συναισθήματα, όπως για παράδειγμα το άγχος, η διαταραγμένη εικόνα σώματος, η αυτοεκτίμηση και άλλα, εμπλέκονται στα αίτια των διατροφικών διαταραχών (Markey & Vander Wal 2007).

Αν και συνήθως τα αρνητικά συναισθήματα δημιουργούν μια κατάσταση κορεσμού σε σχέση με το φαγητό, λόγω της μείωσης της όρεξης και την αναστολή των ορμονών, παρόλα αυτά σε πολλούς ανθρώπους επικρατεί η τάση κατανάλωσης περισσότερης τροφής ως απάντηση στα αρνητικά κυρίως συναισθήματα.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι έχει παρατηρηθεί κάποια σχέση μεταξύ συναισθημάτων και κατανάλωσης σε άτομα με διατροφικές διαταραχές. Τα παχύσαρκα άτομα διακρίνονται για την αυξημένη πρόσληψη τροφής, έπειτα από αρνητικά συναισθήματα, ενώ τα άτομα που υποβάλλονται σε χρόνιες δίαιτες είναι και αυτοί ευάλωτοι στην πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων. Κάποιες μελέτες ωστόσο έχουν αποδείξει την ύπαρξη του φαινομένου της συναισθηματικής κατανάλωσης και σε υγιή άτομα (Nguyen-Rodriguez, Unger & Spruijt-Metz, 2007).

Το άγχος επηρεάζει την ποιότητα της διατροφής, μέσω της εφαρμογής ανθυγιεινών διατροφικών μοτίβων, κάτι που συχνά ενισχύει ακόμη περισσότερο

το άγχος. Επιπλέον, το άτομο στο τέλος βιώνει έναν φαύλο κύκλο άγχους - ανθυγιεινής διατροφής - αλλαγής εικόνας σώματος - κατάθλιψης (Ohman *et al.*, 2007, Roohafza *et al.*, 2007, Liu *et al.*, 2007, Brewer, & Potenza, 2008).

Το άγχος προκαλεί την αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης, κάτι που συνεπάγεται την τάση κατανάλωσης τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι. Έχει παρατηρηθεί ότι το άγχος βοηθά στην κατανάλωση γρήγορων γευμάτων, καθώς και στην απότομη αύξηση βάρους, οπότε τα άτομα στη συνέχεια ακολουθούν επικίνδυνα διατροφικά σχήματα με σκοπό την απαλλαγή των περιττών κιλών. Επίσης, σύμφωνα με έρευνες, τα αγχώδη άτομα μαγειρεύουν σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τους υπόλοιπους, ενώ παράλληλα καταναλώνουν πρόχειρα γεύματα υψηλά σε λιπαρά (Nguyen-Rodriguez *et al.*, 2008).

Η περίοδος της εξεταστικής περιόδου αποτελεί από μόνη της ιδιαίτερα αρνητικά φορτισμένη κατάσταση, την οποία οι φοιτητές προσπαθούν να αντιμετωπίσουν με αποτυχημένες συχνά στρατηγικές, οι οποίες βλάπτουν την υγεία. Επιπρόσθετα, οι φοιτητές καταναλώνουν συχνά περισσότερο «ανακουφιστικές» τροφές, όπως η σοκολάτα, καθώς επιδρούν ευεργετικά στο μυαλό και στο σώμα, ειδικά κατά την εξεταστική περίοδο (Chaniotis & Chaniotis, 2010; Unusan, 2006).

6.1.1.5 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΡΟΦΗΣ

6.1.1.6 Η κατανάλωση λιπαρών σε σχέση με την συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά

Το λίπος στις διάφορες τροφές παρέχει ευχάριστη γεύση, κάτι που το κάνει επιθυμητό ως τροφή, αλλά από την άλλη αυξάνει και το σωματικό λίπος, οδηγώντας συχνά στην υπερφαγία και την παχυσαρκία. Επίσης, διάφοροι γνωσιακοί παράγοντες επηρεάζουν την κατανάλωση του λίπους, καθώς όταν τα άτομα γνωρίζουν ότι τα τρόφιμα, που είναι προς κατανάλωση, διαθέτουν μικρή περιεκτικότητα λίπους, τότε αυξάνουν την κατανάλωση αυτών.

Το ψυχολογικό στρες σχετίζεται με την υψηλή κατανάλωση τροφίμων με πολλά λιπαρά (Wallis & Hetherington, 2009; Kandiah *et al.*, 2008), ενώ η προτίμηση συγκεκριμένων τροφίμων εξαρτάται από τυχόν προηγούμενες εμπειρίες με τις τροφές αυτές (Sims *et al.*, 2008).

Επιπρόσθετα, τα άτομα με διαφορετικό σωματικό βάρος έχουν διαφορετικές προτιμήσεις στις τροφές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι τα παχύσαρκα άτομα συχνά επιλέγουν πιο λιπαρές τροφές αναφορικά με τα άτομα φυσιολογικού βάρους. Από την άλλη τα άτομα που χαρακτηρίζονται με ανορεξία, προτιμούν τροφές δίχως λιπαρά.

Οι Kandiah και οι συνεργάτες του (2008) μελέτησαν τη συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών προτιμήσεων των ενηλίκων υπό στρεσογόνες και μη συνθήκες. Σύμφωνα με την έρευνα, το 67% του πληθυσμού παρουσίασε αλλαγές στην όρεξη σε στρεσογόνες συνθήκες, με το 69% εξ αυτών να παρουσιάζουν αύξηση και το 31% μείωση της όρεξης. Στις στρεσογόνες συνθήκες, οι συμμετέχοντες επέλεξαν γλυκά και αλμυρά τρόφιμα, ενώ παρατηρήθηκε ότι οι έντονα «συγκρατημένοι» συμμετέχοντες επέλεξαν περισσότερα είδη γλυκών

τροφίμων και ποτών σε σχέση με τους ελαφρώς συγκρατημένους. Το αποτέλεσμα της έρευνας ανέδειξε το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ατόμων δύναται να παρουσιάσει αυξημένη όρεξη, όταν υπάρχει έντονο στρες, με τάση μεγαλύτερης επιλογής γλυκών/αλμυρών τροφίμων. Επιπρόσθετα, το φύλο, η ηλικία, αλλά και το επίπεδο εγκράτειας επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές.

Οι Wallis & Hetherington, (2009) μελέτησαν τη σχέση σίτισης και στρες. Σύμφωνα με την έρευνα, 89 γυναίκες συμπλήρωσαν το ολλανδικό Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς (DEBQ) και ένα ακόμη εργαλείο μέτρησης των ιδίων, με σκοπό την αξιολόγηση τυχόν αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες ως απάντηση στο άγχος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μεγάλη πρόσληψη σνακ, που χαρακτηρίζονταν ως υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος, είχε άμεση σχέση με την αυξημένη συναισθηματική κατανάλωση και όχι με την αυτοσυγκράτηση (Wallis & Hetherington, 2009).

6.1.1.7 Η κατανάλωση υδατανθράκων σε σχέση με την συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά

Έχει παρατηρηθεί ότι η κατανάλωση σοκολάτας προκαλεί ευφορία, καθώς υπάρχει άμεση συσχέτιση ανάμεσα στην πρόσληψη υδατανθράκων και επιπέδων σεροτονίνης του εγκεφάλου. Η κατανάλωση σοκολάτας προκαλεί την αύξηση του σακχάρου του αίματος, την απελευθέρωση ινσουλίνης από το πάγκρεας, καθώς και την πρόσληψη διαφόρων αμινοξέων από τους περιφερικούς ιστούς (Brownley, et al., 2007).

Όσον αφορά το αμινοξύ τρυπτοφάνη, αυτό δεσμεύεται από την αλβουμίνη του αίματος, οπότε αυξάνεται η αναλογία τρυπτοφάνης και ουδέτερων αμινοξέων μακράς αλύσου (LNAA) στο αίμα με συνέπεια την προώθηση σημαντικών ποσοτήτων αυτού του αμινοξέους στον εγκέφαλο, συμβάλλοντας στην παραγωγή σεροτονίνης.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους ίδιους επιστήμονες σε πάσχοντες από Εποχιακή Κατάθλιψη απέδειξε ότι η έλλειψη σεροτονίνης ωθεί στην αναζήτησή της μέσω της τροφής. Επιπρόσθετα, κατά το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο, η κατανάλωση ενός πλούσιου σε υδατάνθρακες βραδινού γεύματος, κατά την ωχρή φάση του εμμηνορροϊκού κύκλου, βελτίωσε την κατάθλιψη, την ένταση, και άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών με προεμμηνορροϊκό σύνδρομο (Chandler-Laney, et al., 2007).

Έχει παρατηρηθεί ότι σε πολλά άτομα, το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο, το άγχος κλπ βοηθούν σε μεγάλο βαθμό στην κατανάλωση φαγητών με μεγάλη περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες/λίπη, κάτι που έχει ως συνέπεια την αύξηση της σεροτονίνης, καθώς και την απελευθέρωση ενδορφινών.

Άτομα με Άτυπη Κατάθλιψη και χρόνιο άγχος συχνά καταναλώνουν πρόχειρα φαγητά, πλούσια σε υδατάνθρακες/λίπη, με απώτερο σκοπό να νιώσουν ψυχολογικά καλύτερα. Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι η τάση χρήσης των διαφόρων τροφίμων ως φάρμακα αυξάνει το σωματικό βάρος σε άτομα με έντονο στρες ή γυναίκες με προεμμηνορροϊκό σύνδρομο (Cottone, et al., 2008).

Η αποτυχία διατήρησης ενός κανονικού βάρους συνδέεται με την ευαισθησία σε διαταραχές της διάθεσης, με συνέπεια την υπερβολική κατανάλωση υδατανθρακούχων τροφίμων. Μάλιστα, η απουσία σωματικής άσκησης ενισχύει την επιδείνωση του φαινομένου.

Οι σωματικές και ψυχολογικές μεταβλητές έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση φαγητού έπειτα από έντονο στρες. Σε έρευνα με 59 υγιείς προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, που μετρήθηκαν σε μία συνεδρία με άγχος και σε μία αντίστοιχη ηρεμίας, σε δύο διαφορετικές ημέρες, φάνηκε ότι τα άτομα με υψηλή απόκριση κορτιζόλης καταναλώνουν πιο πολλές θερμίδες κατά την ημέρα του στρες συγκριτικά με την άλλη ομάδα γυναικών. Παρόλα αυτά καταλάωναν παρόμοια ποσά φαγητού την ημέρα της ηρεμίας. Οι υψηλής ανταπόκρισης εξεταζόμενες γυναίκες κατανάλωσαν πιο πολλές γλυκές τροφές σε όλες τις ημέρες (Davis, et al. 2007b).

Σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε στην συχνότητα αρνητικής διάθεσης και στην μεγαλύτερη κατανάλωση τροφής. Κατά αυτόν τον τρόπο, φάνηκε ότι η ψυχοσωματική απόκριση στο στρες επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά, το βάρος, αλλά και την υγεία των ατόμων (De Vriendt, et al., 2009).

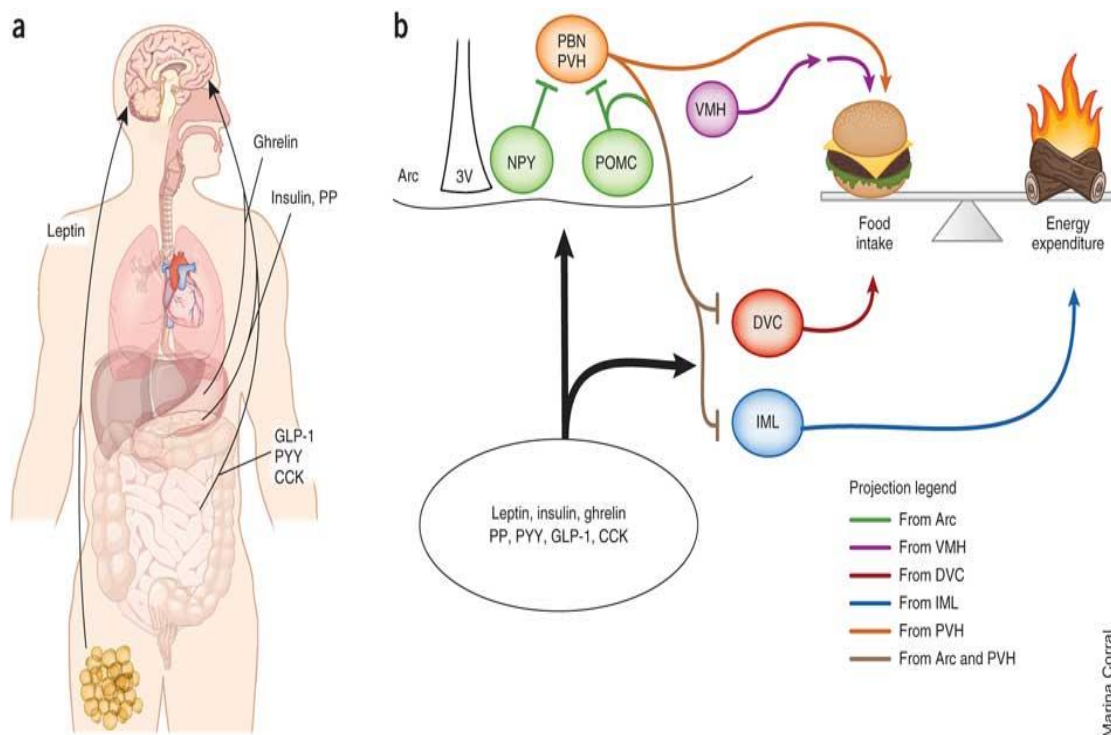
Οι Kandiah *et al.*, (2006) μελέτησαν σε πληθυσμιακό δείγμα κολεγίου, την επίδραση του στρες στην όρεξη και τις διατροφικές συνήθειες σε σχέση με τα λεγόμενα τρόφιμα «παρηγοριάς». Το 81% των ατόμων του δείγματος παρουσίασαν αλλαγή στην όρεξη, εκ των οποίων το 62% παρουσίασε αύξηση της όρεξης. Επιπρόσθετα, δεν παρουσιάστηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των αλλαγών στην όρεξη, κατά την κανονική και την αγχωτική κατάσταση. Το 80% επέλεγε την υγιεινή διατροφή υπό φυσιολογικές συνθήκες, εκ των οποίων το 33% αποδείχθηκε ότι έτρωγαν υγιεινά όταν αγχώνονταν (Kandiah *et al.*, 2006, Davis, et al. 2008).

Οι τροφές που επιλέχθηκαν ήταν διάφορα είδη γλυκών τροφίμων, ενώ οι τροφές που συνήθως αναφέρονταν ήταν σοκολάτες, σάντουιτς, πρόχειρα γεύματα και άλλα. Τέλος, η ποικιλία των τροφίμων μειώθηκε κάτω από συνθήκες πίεσης ανά κατηγορία δείγματος πληθυσμού. Επίσης, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στα επίπεδα της όρεξης κατά τη διάρκεια του στρες και σε κανονικές συνθήκες ανάμεσα στα «συγκρατημένα» και μη «συγκρατημένα» άτομα του δείγματος (Kandiah *et al.*, 2006).

6.1.1.8 ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

6.1.1.9 Μηχανισμός όρεξης και συναισθηματική κατάσταση

Η τροφή παρέχει ενέργεια στον άνθρωπο με σκοπό την παραγωγή έργου, αλλά και θερμότητας, συμβάλλοντας παράλληλα στη διατήρηση και αποκατάσταση των ιστών. Επιπρόσθετα, επιτρέπει την ανάπτυξη του βρέφους και του παιδιού μετέπειτα (Morrison & Berthoud 2007).



Εικόνα 3.2 Μηχανισμός όρεξης και συναισθηματική κατάσταση. Πηγή <http://www.nature.com/neuro/journal/>

Η μεταβολική ομοιόσταση αφορά τις συνολικές οργανικές λειτουργίες που βοηθούν στην ρύθμιση της ισορροπίας μεταξύ ενεργειακής πρόσληψης και ενεργειακών δαπανών (ενεργειακό ισοζύγιο). Η ομοιόσταση διατηρείται στην ουσία μέσω της ρύθμισης της πρόσληψης τροφής κάτω από την επίδραση των αισθημάτων τόσο της πείνας, όσο και του κορεσμού (Morrison & Berthoud, 2007).

Το σωματικό βάρος κάθε ανθρώπου διατηρείται σταθερό μέσω της εξασφάλισης του ενεργειακού ισοζυγίου, γι αυτό και υπάρχουν βραχυπρόθεσμα συστήματα, τα οποία ειδοποιούν για το αίσθημα της πείνας και του κορεσμού, και ταυτόχρονα επικοινωνούν με άλλα συστήματα που παρακολουθούν τα ενεργειακά αποθέματα και τις ανάγκες του οργανισμού (Morrison & Berthoud 2007).

Έχει παρατηρηθεί ότι στη διαδικασία όρεξης- κορεσμού εμπλέκονται και κάποιες υψηλότερες λειτουργίες του εγκεφάλου, λόγω του ότι η διάθεση για φαγητό συνοδεύεται συχνά από ένα αίσθημα ευφορίας. Αναλυτικότερα, έχουν ανακαλυφθεί νευροπεπτίδια και ορμόνες, που μεταφέρουν μηνύματα όρεξης και κορεσμού στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Το δίκτυο που ρυθμίζει τη διαδικασία πρόσληψης - κατανάλωσης τροφής αποτελείται από τα παρακάτω συστήματα:

- Α) Το κεντρικό σύστημα επεξεργασίας, στον υποθάλαμο του εγκεφάλου, που επεξεργάζεται τις πληροφορίες από τους περιφερικούς ιστούς και μεταδίδει διάφορα μηνύματα.
- Β) Το προσαγωγό σύστημα, που μεταφέρει μηνύματα από τους περιφερικούς ιστούς προς τον εγκέφαλο (ΚΝΣ).
- Γ) Το απαγωγό σύστημα, που ρυθμίζει τη σχέση όρεξης - κορεσμού με την περιφερική κατανάλωση ενέργειας (Morrison & Berthoud, 2007).

Ο υποθάλαμος διαδραματίζει τον σημαντικότερο ρόλο, καθότι αποτελεί το κέντρο επικοινωνίας του εγκεφάλου με το σώμα, αποτελώντας τον αποδέκτη μηνυμάτων κατά την ρύθμιση της πρόσληψης τροφής. Τα μηνύματα αυτά προέρχονται από εξωτερικά ερεθίσματα (π.χ εικόνες), αλλά και εσωτερικά ερεθίσματα (π.χ πληρότητα του στομάχου).

Η ρύθμιση της πρόσληψης τροφής επιτυγχάνεται μέσω:

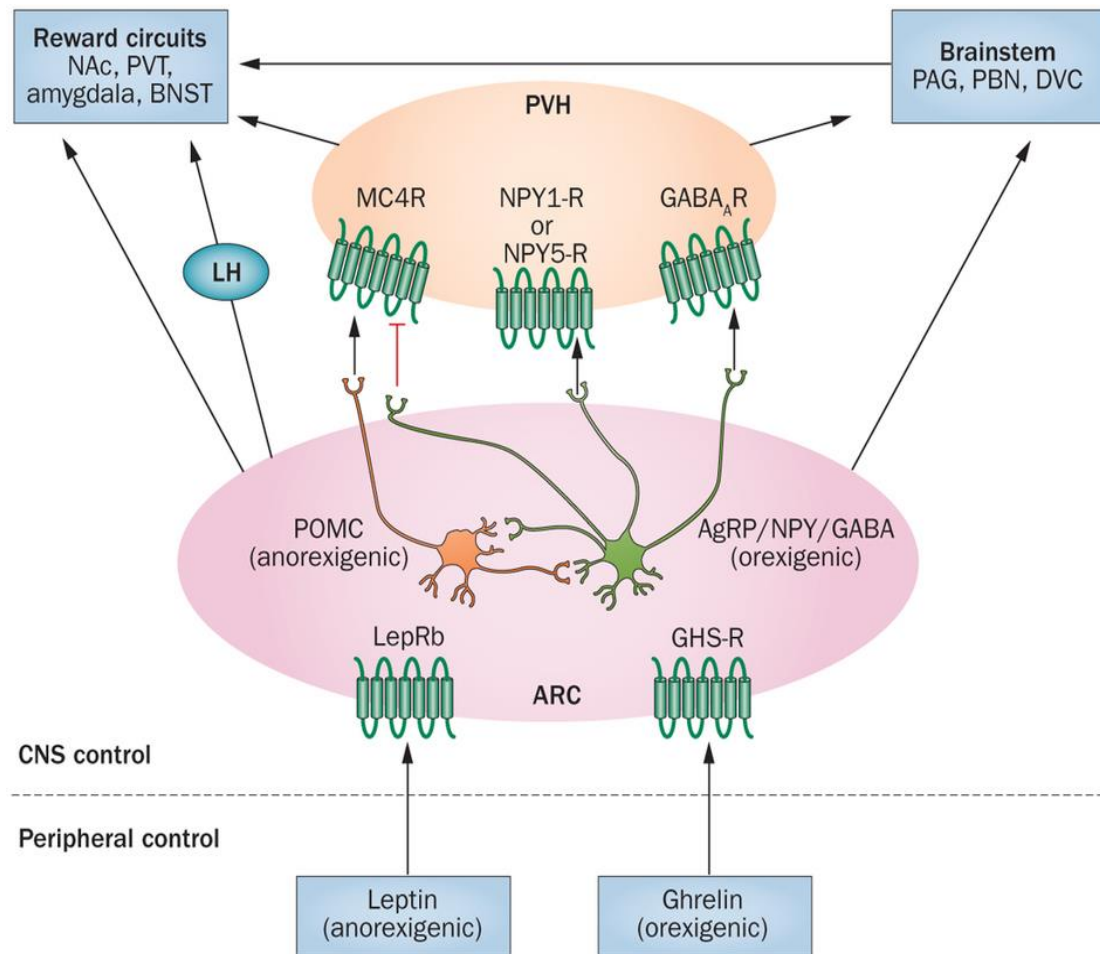
- Της παραγωγής διαφόρων μηνυμάτων από την περιφέρεια και μεταφορά τους στο ΚΝΣ, μέσω α) της κυκλοφορίας του αίματος (ορμόνες) ή β) νευρικών οδών.

- Της λήψης, καθώς και της επεξεργασίας των μηνυμάτων από τις περιοχές του εγκεφάλου.
- Της απόκρισης του εγκεφάλου μέσω ανάπτυξης συγκεκριμένης συμπεριφοράς, που περιλαμβάνει τη διέγερση της επιθυμίας για πρόσληψη τροφής ή αναστολή της επιθυμίας για τροφή (Morrison & Berthoud 2007).

6.1.1.10 Έκκριση ορμονών και συναισθηματική κατάσταση

Η όρεξη επηρεάζεται από τη δράση διάφορων πεπτιδίων της κυκλοφορίας στον υποθάλαμο, το στέλεχος του εγκεφάλου και το αυτόνομο νευρικό σύστημα, καθώς και από τα στεροειδή που δημιουργούνται στο σώμα. Οι συγκεκριμένες ορμόνες προέρχονται από τα λιπώδη κύτταρα, το γαστρεντερικό σωλήνα και το πάγκρεας (Coll *et al.*, 2007).

Σύμφωνα με έρευνες, το άγχος, αλλά και τα συναισθηματικά δίκτυα του εγκεφάλου ενισχύουν τις διατροφικές συμπεριφορές που συχνά έχουν ως αποτέλεσμα την παχυσαρκία. Οι στρεσογόνοι παράγοντες ενεργοποιούν το νευρικό δίκτυο απόκρισης στρες, υποκαθιστούν τη γνωστική λειτουργία, στρέφοντας προς μία αυξημένη συναισθηματική δραστηριότητα, που συνδυάζεται με μείωση της κανονικής λειτουργίας. Επιπλέον, οι στρεσογόνοι παράγοντες ενισχύουν την έκκριση γλυκοκορτικοειδών, αυξάνοντας κατά αυτόν τον τρόπο την όρεξη για λήψη τροφής και μακροπρόθεσμα την έκκριση ινσουλίνης, κάτι που ενισχύει αρχικά την πρόσληψη τροφής και στη συνέχεια την παχυσαρκία. Η σίτιση από ευχαρίστηση από την άλλη, ελαττώνει σημαντικά τη δραστηριότητα στο δίκτυο απόκρισης στρες, προκαλώντας τη διατήρηση της συνήθειας της σίτισης (Dallman, 2009).



Nature Reviews | Endocrinology

Εικόνα 3.3 Έκκριση ορμονών και διατροφική συμπεριφορά. Πηγή <http://www.nature.com/neuro/journal/>

Ορμόνες, όπως η γκρελίνη, η λεπτίνη, η ινσουλίνη, η χολοκυστοκίνη (CCK) και, όμοια με τη γλυκαγόνη πεπτίδια, όπως η GLP-1 και η GLP-2 (ινκρετίνες) αποτελούν χημικά μηνύματα, που μεταφέρονται μέσω της κυκλοφορίας. Από την άλλη, στα περιφερικά μηνύματα, τα οποία μεταφέρονται μέσω νευρικών οδών, ανήκουν τόσο τα οπτικά, οσφρητικά, γευστικά ερεθίσματα, όσο και η διάταση του στομάχου (Dean & Van Vugt, 2010).

Η αποκωδικοποίηση των περιφερικών μηνυμάτων λαμβάνει χώρα όταν φτάσουν στο ΚΝΣ, μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ή των νευρικών οδών. Για να λάβει χώρα η αποκωδικοποίηση, παράγονται διάφορες ουσίες στις

περιοχές του εγκεφάλου που συμμετέχουν στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής, οι οποίες έχουν την ικανότητα να μεταφράζουν και να μεταφέρουν τις πληροφορίες στα νευρικά κύτταρα μέσω των συνάψεων. Οι νευροδιαβιβαστές διακρίνονται σε ορεξιογόνους, που έχουν την ιδιότητα να διεγείρουν την όρεξη, καθώς και σε ανορεξιογόνους, που μπορούν να την καταστέλλουν (Dean & Van Vugt, 2010).

Έκκριση ορμονών και αύξηση όρεξης

Ο οργανισμός αντιδρά στο άγχος, παράγοντας ορμόνες, όπως αδρεναλίνη και κορτιζόλη. Η αδρεναλίνη έχει την ικανότητα αποσπά αποθηκευμένη ενέργεια, βοηθώντας κατά αυτόν τον τρόπο τον οργανισμό στο να ανταπεξέλθει σε τυχόν δύσκολες καταστάσεις. Η κορτιζόλη από την άλλη, δίνει μήνυμα στον οργανισμό στο να καταφέρει να αναπληρώσει τα αποθέματα ενέργειας, προκαλώντας ταυτόχρονα το αίσθημα της πείνας. Έχει παρατηρηθεί ότι το ολοένα μεγαλύτερο άγχος, παράγει περισσότερη κορτιζόλη, οπότε ενισχύεται περισσότερο το αίσθημα της πείνας (Engel, et al. 2007).

Η γκρελίνη αποτελεί ένα ορεξιογόνο σήμα, που προέρχεται από το γαστρεντερικό σύστημα και κατευθύνεται προς τον εγκέφαλο. Σε περίπτωση χορήγησης γκρελίνης σε έναν οργανισμό, παρατηρείται σταθερή αύξηση της πρόσληψης τροφής, αλλά και κατ' επέκταση του σωματικού βάρους. Η γκρελίνη μπορεί επίσης να επηρεάζει το ισοζύγιο γλυκόζης και ινσουλίνης, οπότε τυχόν ενδοφλέβια χορήγηση της αυξάνει τα επίπεδα γλυκόζης, μειώνοντας παράλληλα τα επίπεδα ινσουλίνης. Επίσης, η ενδοφλέβια έγχυση γκρελίνης αυξάνει τη συγκέντρωση κορτιζόλης και προλακτίνης στο πλάσμα (Fatima, et al. 2013).

Η κατανάλωση τροφίμων υπό στρεσογόνες καταστάσεις σχετίζεται με ατομικούς παράγοντες και τυχόν ορμονικές εκκρίσεις που δημιουργήθηκαν λόγω στρες. Οι Rasporow et al. (2010) εξέτασαν τις συναισθηματικές και ορμονικές

αποκρίσεις σε έντονα συναισθηματικούς και μη συναισθηματικούς καταναλωτές τροφής, υπό την επήρεια εργαστηριακών στρεσογόνων παραγόντων (TSST).

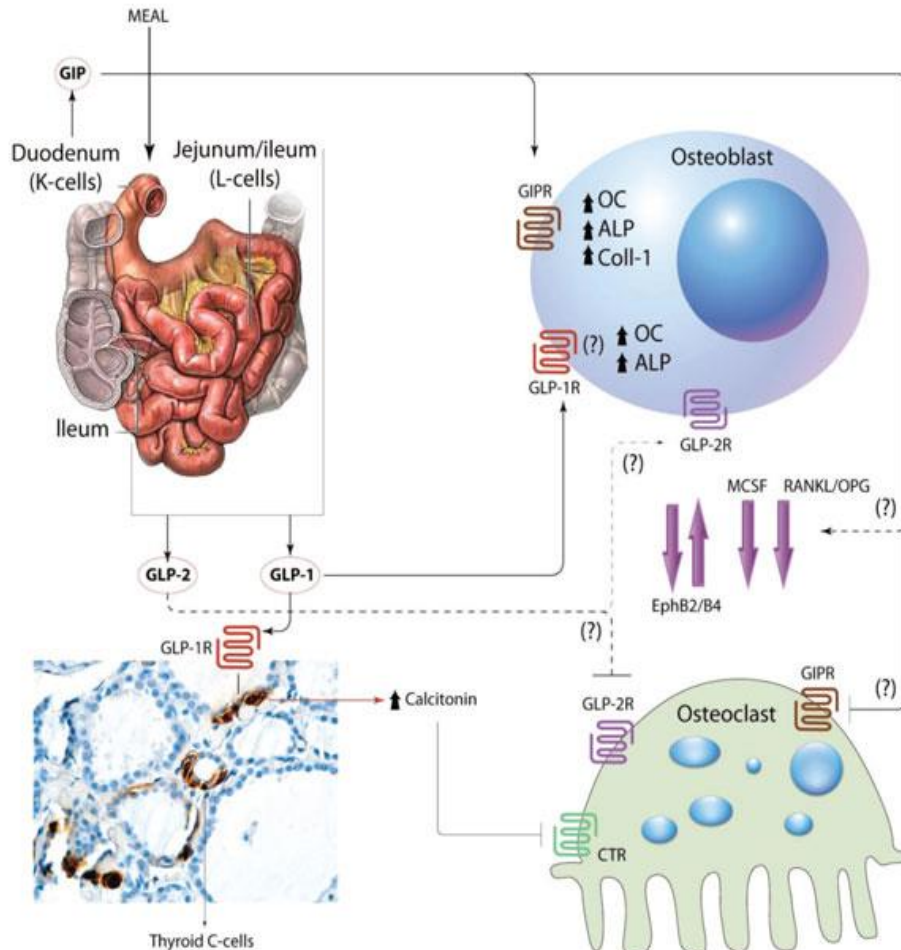
Η δοκιμασία έδειξε αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στους συναισθηματικούς σε σχέση με τους μη-συναισθηματικούς καταναλωτές. Ο θυμός μεσολάβησε σημαντικά στη σχέση μεταξύ άγχους και επιπέδων κορτιζόλης. Τα αρχικά επίπεδα γκρελίνης στα άτομα με χαμηλή συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά υπερέβαιναν των ατόμων με αυξημένη τη συναισθηματική λήψη τροφής, ενώ αυξάνονταν μέτρια ως απόκριση στη στρεσογόνο κατάσταση. Τα επίπεδα γκρελίνης μειώθηκαν μόνο στους μη συναισθηματικούς καταναλωτές. Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι η έλλειψη της μείωσης της γκρελίνης στους συναισθηματικούς καταναλωτές φαγητού δύναται να ενισχύσει τη λήψη τροφής (Rasporow et al. 2010).

Η κατανάλωση ενός γεύματος αλλάζει σημαντικά τόσο τη διάθεση, όσο και τη συναισθηματική προδιάθεση, ελαττώνοντας τη διέγερση και την οξυθυμία και ενισχύοντας την ηρεμία. Παρόλα αυτά, η σύνθεση και η ποσότητα του γεύματος θα πρέπει να συμβαδίζει με τις τυχόν συνήθειες και τις ανάγκες του ατόμου. Τα ασυνήθιστα γεύματα επηρεάζουν αρνητικά τη διάθεση, ενώ η γλυκιά γεύση και η υψηλή ενεργειακή πυκνότητα βελτιώνουν τη διάθεση, μειώνοντας ταυτόχρονα το στρες. Παρόλα αυτά, η κληρονομική προδιάθεση, όπως και η χρόνια έκθεση σε τροφές με υψηλή ενεργειακή πυκνότητα έχουν ως συνέπεια την υπερκατανάλωση και την παχυσαρκία (Figlewicz, et al., 2008).

Επιπρόσθετα, τα γλυκά και λιπαρά τρόφιμα χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη ανακουφίζουν από το άγχος μέσω της λειτουργίας του σεροτονεργικού συστήματος. Επιπλέον, απελευθερώνουν διάφορες ορμόνες, όπως και ινσουλίνη, μειώνοντας τη δραστηριότητα τόσο του υποθαλάμου, όσο και των επινεφριδίων της υπόφυσης κατά τη διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων.

Παρόλα αυτά, η επίδραση των γλυκών και λιπαρών τροφίμων χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη συνδέεται με την παχυσαρκία στην κοιλιακή περιοχή. Επίσης, διάφορα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ενισχύουν την τάση επιλογής τέτοιου είδους τροφίμων σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως η

κατάθλιψη, που αποδεικνύουν την ύπαρξη νευροφυσιολογικής ευαισθησίας στην ενίσχυση των επιδράσεων των συγκεκριμένων τροφίμων (Gibson, 2006).



Εικόνα 3.4 Έκκριση ορμονών και αύξηση όρεξης. Πηγή www.hormones.gr

Έχει παρατηρηθεί ότι τυχόν απότομη μείωση πρόσληψης τροφής όχι δεν βοηθά στο αδυνάτισμα, αλλά μακροπρόθεσμα επιφέρει αντίθετα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα άγχους και τα επίπεδα κορτικοστερόνης αυξάνονται, ενώ είναι δυνατή η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπεριφοράς με αποτέλεσμα η λήψη τροφής να είναι ακόμη μεγαλύτερη (Foster, et al. 2009).

Οι ουσίες που αυξάνουν την όρεξη, μέσω της δράσης τους ως νευροδιαβιβαστές είναι οι εξής παρακάτω:

- Το Νευροπεπτίδιο Y (NPY), που παράγεται στην περιοχή του τοξοειδούς πυρήνα (ARC) του υποθαλάμου και αποτελεί ορεξιογόνο πεπτίδιο με μεγάλη δραστικότητα (Puma, et al., 2008).
- Το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), που δημιουργείται από γλουταμινικό οξύ στον υποθάλαμο (Foster, et al. 2009).
- Το Αγκούτι-σχετιζόμενο πεπτίδιο (AGRP), το οποίο διεγείρει την όρεξη για μια εβδομάδα
- Η Melanin-concentrating-hormone (MCH), το οποίο έχει ορεξιογόνο δράση.
- Οι Ορεξίνες A και B, οι οποίες δημιουργούνται στην έξω και στη ραχιαία περιοχή του υποθαλάμου, συμμετέχοντας στη διέγερση της όρεξης, ενισχύοντας παράλληλα την αφύπνιση (Foster, et al. 2009).
- Η Γαλανίνη που ελευθερώνεται από διαφορετικές περιοχές του υποθαλάμου και έχει συνεργική δράση με το NPY. (Puma, et al., 2008).
- Τα Ενδογενή οπιοειδή που συμμετέχουν στην ρύθμιση της όρεξης, του πόνου (αναλγησία) και της ευφορίας (Sominsky and Spencer, 2014).

Έκκριση ορμονών και μείωση όρεξης

Η ορμόνη λεπτίνη βοηθά στον έλεγχο του ενεργειακού ισοζυγίου, ενώ η έλλειψή της προκαλεί αυξημένο αίσθημα πείνας και υψηλή πρόσληψη τροφής. Επιπρόσθετα, η λεπτίνη βοηθά στη ρύθμιση τόσο της διάθεσης, όσο και του συναισθήματος. Τα χαμηλά επίπεδα της συγκεκριμένης ορμόνης έχουν άμεση σχέση με καταθλιπτικές συμπεριφορές. Η λεπτίνη μάλιστα δρα με παρόμοιο τρόπο με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Επίσης, σύμφωνα με μελέτες, η ανεπάρκεια λεπτίνης και η αντίσταση σε αυτή συμβάλουν σε αλλαγές της

συναισθηματικής κατάστασης, διαπίστωση που μπορεί μελλοντικά να βοηθήσει στην ανεύρεση της παθογένειας της κατάθλιψης, αλλά και στην θεραπεία της (Lu, 2007).

Η συναισθηματική κατάσταση και τα αρνητικά συναισθήματα επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά. Οι Messerli et al. (2005) πραγματοποίησαν μελέτη ώστε να εξετάσουν :

- τη συσχέτιση των αρνητικών συναισθημάτων με το σωματικό βάρος σε παχύσαρκα άτομα
- τη συσχέτιση των αρνητικών συναισθημάτων και των επιπέδων της λεπτίνης του πλάσματος
- τη συσχέτιση της αυτόνομης δραστηριότητας με τα επίπεδα λεπτίνης στο πλάσμα.

Οι Messerli et al. (2005) κατέληξαν μέσα από την έρευνά τους ότι τα άτομα με παχυσαρκία καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού ως ένας ασφαλής μηχανισμός αυτορρύθμισης. Τόσο η κατάθλιψη, όσο και το άγχος έχουν άμεση σχέση με το θυμό, ο οποίος μάλιστα συνδέεται με την παχυσαρκία.

Οι Sharma *et al.* (2011) μελέτησαν τη σχέση αντίστασης στην ινσουλίνη και ψυχοσυμπεριφορικών χαρακτηριστικών του παιδιού σε δείγμα αφροαμερικανών με παχυσαρκία και κατέληξαν ότι πάνω από ένα ψυχοσυμπεριφορικά χαρακτηριστικά συνδέθηκαν με το σωματικό λίπος και την αντίσταση στην ινσουλίνη. Παρόλα αυτά, απαιτούνται και μελλοντικές έρευνες, με μεγαλύτερο δείγμα, ώστε να καθοριστούν με ακρίβεια τα ψυχοσυμπεριφορικά χαρακτηριστικά, που σχετίζονται ανεξάρτητα με την αντίσταση στην ινσουλίνη στα παιδιά με υπερβολικό βάρος.

Η ινσουλίνη και η λεπτίνη αποτελούν μακροπρόθεσμα μηνύματα κορεσμού. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η λεπτίνη αναστέλλει την έκκριση της ινσουλίνης, ενώ η σεροτονίνη καθορίζει την ψυχολογική διάθεση, αποτελώντας παράλληλα πεδίο δράσης των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Warne, et al. 2006).

Η χολοκυστοκινίνη (CCK) από την άλλη, αποτελεί μια ορμόνη πεπτιδικής φύσεως, η οποία απελευθερώνεται από το βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου κατά την πρόσληψη τροφή, δημιουργώντας αίσθημα του κορεσμού. Η χολοκυστοκινίνη (CCK) επίσης σχετίζεται τόσο με το άγχος, όσο και με τις κρίσεις πανικού. Η ορμόνη αυτό παράγεται κατά την απελευθέρωση θρεπτικών συστατικών, μετά την πέψη στο αίμα. Η έκκριση της συγκεκριμένης ορμόνης διεγείρεται από τις συσπάσεις της χοληδόχου κύστης και τα παγκρεατικά ένζυμα. Μελέτες μάλιστα απέδειξαν την χαμηλή συγκέντρωση της συγκεκριμένης ορμόνης σε άτομα, που πάσχουν από Νευρική Βουλιμία και Νευρική Ανορεξία (Fernandez-Aranda, et al. 2008).

Επιπρόσθετα, τα πεπτίδια GLP-1 και GLP-2 δημιουργούνται από τα L-κύτταρα του ειλεού και του παχέος εντέρου, τα οποία εκκρίνονται μετά την πρόληψη τροφής, αυξάνοντας το αίσθημα του κορεσμού. Το πεπτίδιο GLP-2 συγκεκριμένα, προκαλεί :

- επιβράδυνση της κένωσης του στομάχου,
- αναστολή της έκκρισης των γαστρικών υγρών και
- ενεργοποίηση της εντερικής μεταφοράς της γλυκόζης (Puma, et al., 2008).

Η ντοπαμίνη ανήκει στους Νευροδιαβιβαστές με ανορεξιογόνο δράση, που προκαλεί αίσθημα ευφορίας/ανταμοιβής. Παράλληλα, η ντοπαμίνη έχει άμεση σχέση με την πρόσληψη τροφής. Τέλος, η σεροτονίνη (5-HT) αποτελεί έναν νευροδιαβιβαστή, που ρυθμίζει τις φυσιολογικές διεργασίες, που έχουν σχέση με τη συμπεριφορά του ατόμου (ρύθμιση ύπνου, θερμοκρασίας και πρόσληψης τροφής, καθώς και πρόκληση αίσθησης ευφορίας), ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζει ανορεξιογόνο δράση (Fichter, et al., 2008, Foster, et al. 2009, Puma, et al., 2008).

6.1.1.11 ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Πολλές είναι οι μελέτες, που έχουν πραγματοποιηθεί για την διατροφική συμπεριφορά σε σχέση με το φύλο. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ελάχιστες συσχετίσεις των διαφορών σε σχέση με τη συναισθηματική συμπεριφορά ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες (Nguyen-Rodriguez *et al.*, 2009).

Στο ανδρικό φύλο, το συναισθηματικό φαγητό συνδυάζεται με το συναίσθημα της σύγχυσης. Από την άλλη, στο γυναικείο φύλο, η συναισθηματική λήψη τροφής προέρχεται από διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις λόγω άγχους. Κατά αυτόν τον τρόπο, η μείωση του άγχους θα βοηθούσε στην ελάττωση του υπερβολικού φαγητού στο γυναικείο φύλο. Επιπρόσθετα, οι συγκεκριμένες στρατηγικές θα ενίσχυαν την κατανόηση της κατάστασης αυτής, βοηθώντας και το ανδρικό φύλο (Puma, *et al.*, 2008).

Έρευνα, που πραγματοποίησαν οι Braet *et al.*, (2008), σε δείγμα 1.400 παιδιών στο Βέλγιο, έδειξε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών (10,5%) παρουσίασε συναισθηματική κατανάλωση τροφής. Κατά αυτόν τον τρόπο, η συναισθηματική κατανάλωση έχει μεγάλο αντίκτυπο στην παχυσαρκία, οπότε απαιτείται περαιτέρω έρευνα της συναισθηματικής κατανάλωσης με απώτερο σκοπό την πρόληψη της παχυσαρκίας. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η διατροφική συμπεριφορά επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις αρνητικές σκέψεις (Sims *et al.*, 2008).

Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα, η Νευρογενής Ανορεξία (ΝΑ) παρουσιάζει αύξηση σε κορίτσια στην εφηβεία και προεφηβεία (8-14 ετών). Επιπρόσθετα, η Νευρογενής Ανορεξία παρατηρείται σε ποσοστό 80-85% σε άτομα ηλικίας 15-25 ετών, εκ των οποίων ποσοστό 95% ανήκει στο γυναικείο φύλο. Το συμπέρασμα που διεξάγεται είναι ότι η νευρογενής ανορεξία παρουσιάζει μεγαλύτερη επιδημιολογία στο γυναικείο φύλο σε σχέση με το ανδρικό, σε αναλογία 9-10:1. Ο επιπολασμός της συγκεκριμένης διαταραχής

ανέρχεται σε 0,5-1% σε γυναίκες της όψιμης εφηβείας και της πρώιμης ενήλικης ζωής.

Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ότι ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος, όταν δεν πληρούνται τα πλήρη κριτήρια της Νευρογενούς Ανορεξίας, οπότε χαρακτηρίζεται ως Διαταραχή στην Πρόσληψη Τροφής Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Τελευταία, η συγκεκριμένη διαταραχή παρατηρείται συχνότερα στα μέσα και ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ενώ συνολικά η συχνότητα της νόσου ανέρχεται σε 1:100.000 παγκοσμίως (Tanja et al., 2007),

Σύμφωνα με μελέτες, οι γυναίκες έχουν χειρότερη εικόνα για το σώμα τους, ακόμη και σε περιπτώσεις που το βάρος τους κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Αντιθέτως, οι άνδρες έχουν καλή αυτοεικόνα, ακόμη και σε περιπτώσεις υψηλών επιπέδων παχυσαρκίας (Wardle et al., 2006).

Οι γυναίκες συχνά επενδύουν στη σωματική τους εικόνα (Χαρίτου-Φατούρου 2004), οπότε η αρνητική εικόνα σώματος μειώνει την αυτοεκτίμηση. Στους άνδρες παρόλα αυτά, η αυτοεκτίμηση να επηρεάζεται από την κοινωνική και οικονομική θέση και όχι από την εικόνα του σώματος (Biro et al., 2006).

Συχνά, οι γυναίκες υπεραξιολογούν την εξωτερική εμφάνιση τους, επενδύοντας σε αυτήν με υπερβολικό τρόπο με συνέπεια την αύξηση των πιθανοτήτων ανάπτυξης παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών, όπως η δίαιτα και τα υπερφαγικά επεισόδια (Warne, et al. 2009).

Οι περισσότερες υπέρβαρες γυναίκες χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικά συμπτώματα σε αντίθεση με τους υπέρβαρους άνδρες (Perez et al., 2009; Zender & Olshansky, 2009). Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης μάλιστα ενισχύεται στη μέση ηλικία και κυρίως κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης (Carroll et al., 2010).

6.1.1.12 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η παχυσαρκία λογίζεται σαν μια χρόνια και σημαντική νόσος η οποία οφείλεται στην τεράστια ανοδική τάση του σωματικού βάρους 20 έως και 30% περισσότερο από το ιδανικό βάρος το οποίο αναπτύσσεται από τη συσσώρευση λίπους. Είναι σημερινή κατάσταση των αναπτυγμένων αλλά και των αναπτυσσόμενων κρατών, η οποία πλήττει άρδην τόσο τους ενήλικες, όσο και τις παιδικές ηλικίες και έχει χαρακτηριστεί στη σημερινή εποχή σαν ένα είδος επιδημίας καθώς έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις (Cannon& Kumar, 2009).

Όρια Δείκτη Μάζας Σώματος	
Κάτω από 18,5	Ελλιποβαρής
18,5-25	Φυσιολογικό
25-30	Υπέρβαρος
30-35	Α' βαθμός παχυσαρκίας
35-40	Β' βαθμός παχυσαρκίας
Πάνω από 40	Νοσηρή παχυσαρκία

Εικόνα 3.5 Όρια δείκτη μάζας σώματος. Πηγή Karantais, et al., (2006).

Οι διαστάσεις αυτές έχουν ξεπεράσει σε μεγάλο βαθμό εκείνες των λοιμωδών νοσημάτων και του υποσιτισμού τα οποία έως και τη σύγχρονη εποχή αποτελούσαν τις σημαντικότερες απειλές για τη δημόσια αλλά κυρίως την παγκόσμια υγεία. Σε περίπτωση που υφίσταται επιπλέον ανοδική τάση κιλών, η παχυσαρκία καλείται νοσογόνος και είναι απαραίτητο να καταπολεμηθεί με ιατρικές μεθόδους καθώς όσο πιο πολλά είναι τα επιπλέον κιλά τόσο πιο μεγάλος είναι και ο κίνδυνος για την υγεία του ασθενή (Karantais, et al., 2006).

Γενικότερα, ως παχυσαρκία καλείται η παθολογικά αυξημένη ποσότητα λίπους η οποία εναποτίθεται στο ανθρώπινο σώμα. Καλείται νοσογόνα, καθώς προκαλεί σοβαρές διαταραχές, αλλά και λοιπές ασθένειες στον οργανισμό, όπως για παράδειγμα καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη, υπέρταση, κρίσεις άπνοιας κατά τη διάρκεια του ύπνου, αρθροπάθειες αλλά και μερικές μορφές καρκίνου κλπ. (Wang, et al. 2013).

Το συγκεκριμένο φαινόμενο λογίζεται σαν νόσος, εφόσον σαν νόσος λογίζεται κάθε κατάσταση η οποία έχει την ευχέρεια να βραχύνει τη διάρκεια και δυσχεραίνει την ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου. Λογίζεται σαν μια άκρως ακραία κατάσταση αποταμίευσης λίπους, σε στάδια πιο μεγάλα από εκείνα τα οποία είναι χρήσιμα για τη φυσιολογική δράση του οργανισμού μας (Tzotzas, et al., 2008).

Είναι συνέπεια μιας χρόνιας διαταραχής του μεταβολισμού, η οποία δημιουργείται από την τεράστια κατανάλωση τροφής και την πρόσληψη αρκετών θερμίδων. Σαν παχύσαρκοι λογίζονται οι άνθρωποι των οποίων ο δείκτης μάζας σώματος είτε όπως καλείται εν συντομία (ΔΜΣ) είναι μεγαλύτερος από 30 kg/m². Γενικότερα, σαν παχυσαρκία λογίζεται η υπερβολική συσσώρευση λίπους στο ανθρώπινο σώμα, ενώ σαν υπερβάλλον βάρος το πλεόνασμα του σωματικού βάρους συγκριτικά με το ύψος που έχει ο κάθε ασθενής (Karantais, et al., 2006).

Το σωματικό βάρος έχει άμεση επιρροή και δέχεται επιδράσεις από το ισοζύγιο ισχύος, κάτι το οποίο σημαίνει πως έχει άμεση σχέση με την πρόσληψη θερμίδων με την τροφή και την κατανάλωση θερμίδων με τη σωματική άσκηση. Όταν η πρόσληψη ισχύος είναι πιο μεγάλη από την κατανάλωση, τότε παρουσιάζεται ανοδική τάση του σωματικού βάρους, ενώ σε διαφορετική περίπτωση, υφίσταται απώλεια σωματικού βάρους (Μιχαλάκη, 2006).

	Άνδρες	Γυναίκες
Αυστρία (1999-2000)	19,4	22,0
Βέλγιο (2004)	11,9	13,4
Δανία (2000)	9,8	9,1
Φινλανδία (2000-1)	21,2	23,5
Γερμανία (2002-3)	13,6	12,3
Ελλάδα (2004)	26,0	18,2
Ιταλία (2003)	9,3	8,7
Ολλανδία (1998-2001)	10,2	11,9
Νορβηγία (1998)	6,8	5,8
Ισπανία (2003)	13,0	13,5
Σουηδία (2002-3)	10,4	9,5
Ελβετία (2002)	7,9	7,5

Εικόνα 3.6 Ποσοστά (%) παχυσαρκίας σε άτομα άνω των 15 ετών, κατά φύλο, σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες. **Πηγή:** Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα 2008 – 2012*. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

Η ψυχαναλυτική θεωρία της παχυσαρκίας ορίζει ότι οι διάφορες υποσυνείδητες συγκρούσεις έχουν ως συνέπεια την υπερφαγία. Το άτομο χαρακτηρίζεται με παχυσαρκία παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά :

- παθητική εξάρτηση,
- συναισθηματική απογοήτευση,
- έντονη επιθυμία να αγαπηθεί,
- μικρή ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι η υπερφαγία αποτελεί συνέπεια συναισθηματικής δυσφορίας, άγχους, αλλά και κατάθλιψης (Kirkham & Cooper, 2006).

Η σύνδεση παχυσαρκίας και καταθλιπτικού συναισθήματος είναι συχνά ιδιαίτερα εμφανής, καθότι το άτομο είναι συνήθως σε ψυχολογικό αδιέξοδο σε σχέση με αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση του. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο: «Τρώω — στιγμιαία ευχαρίστηση — παχαίνω — δυσaréσκεια από την εικόνα σώματος — αναζήτηση μέσου ανακούφισης — τρώω — στιγμιαία ευχαρίστηση...» (Burton *et al.*, 2007, Tanja *et al.*, 2007),

	15-24 ετών		35-44 ετών		55-64 ετών	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Αυστρία	25.5	8.5	62.5	23.6	74.2	44.6
Βέλγιο	14.7	10.6	49.6	29.3	64.1	51.0
Γαλλία	9.9	11.2	45.4	26.4	64.5	46.3
Γερμανία	31.1	21.7	68.4	41.8	82.1	71.7
Δανία	22.7	16.0	48.6	32.8	64.9	43.1
Ελλάδα	30.0	13.0	69.6	41.9	71.1	68.9
Ισπανία	22.6	11.9	62.9	32.1	71.0	65.0
Ιταλία	17.4	7.7	50.3	21.3	66.3	49.1
Νορβηγία	16.5	11.8	43.6	26.7	49.2	33.8
Ολλανδία	14.4	12.6	49.9	32.7	62.4	51.0
Πορτογαλία	25.2	13.1	58.9	43.9	65.5	61.1
Σουηδία	21.8	14.3	54.5	35.1	64.9	50.4
Φινλανδία	19.2	16.8	58.3	36.7	62.4	58.9

Εικόνα 3.7 Ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων ($\Delta\text{ΜΣ}>27$) κατά φύλο, σε επιλεγμένες ομάδες ηλικιών, σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες (1996-2003). **Πηγή:** Υπουργείο

Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα 2008 – 2012*. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

Πολύ συχνά, το φαγητό γίνεται υποκατάστατο διαφόρων συναισθηματικών, κάτι που οδηγεί στην ολοένα αυξανόμενη πρόσληψη τροφής με σκοπό την ικανοποίηση των ψυχικών αναγκών (Gibson, 2006). Τα βαθύτερα αίτια της συμπεριφοράς αυτής συχνά πηγάζουν από την ανία, τη δυσφορία, ή τη μοναξιά. Το φαγητό κατά αυτόν τον τρόπο μετατρέπεται σε μορφή διασκέδασης και γίνεται υποκατάστατο (Kirkham & Cooper, 2006).

Τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν κατάθλιψη, άγχος, καταναγκαστική συμπεριφορά και αποκλίνοντα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συχνότερα σε σχέση με άλλες κατηγορίες ατόμων (de Wit *et al.*, 2010). Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από αυξημένη επίπτωση ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών προσωπικότητας, κάτι που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Τέλος, η επίπτωση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε παχύσαρκα άτομα διαφέρει από την επίπτωση σε μη παχύσαρκα άτομα (Boutelle *et al.*, 2010).

Οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν και αυτοί με την σειρά τους τις διατροφικές συνήθειες. Αρνητικά συναισθήματα, όπως ο πόνος, η κατάθλιψη κλπ ενισχύουν την τάση για πρόσληψη τροφής. Επίσης, η επιλογή συγκεκριμένου τρόπου ζωής, υπερβολικού φαγητού και ελάχιστης φυσικής δραστηριότητας ενισχύουν το φαινόμενο της παχυσαρκίας (Burton *et al.*, 2007).

Η αρνητική εικόνα σώματος τραυματίζει τον ψυχισμό των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με παχυσαρκία εμφανίζουν μεγαλύτερη συναισθηματική κόπωση, συνδέοντας παράλληλα τα περιττά κιλά τους με την κακή εικόνα που έχουν για το σώμα τους (Katon *et al.*, 2010). Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία συγκριτικά με τα φυσιολογικά άτομα (Azarbad *et al.*, 2010).

Έρευνα σε 400 παχύσαρκα άτομα, που δημοσιεύτηκε στο Αμερικανικό Περιοδικό Διαιτολογίας, σχετικά με το αίσθημα της πείνας και τους λόγους πρόσληψης τροφής, έδειξε ότι το 70% εξ αυτών δε νιώθει σχεδόν ποτέ το αίσθημα της πείνας. Μάλιστα, οι λόγοι πρόσληψης τροφής η λαιμαργία, η

κοινωνικοποίηση, το άγχος, το συναισθηματικό κενό, η ανία, κλπ. Το συμπέρασμα που εξήχθηκε από την συγκεκριμένη έρευνα ήταν ότι το φαγητό μεταβάλλει τη διάθεση, η οποία μετέπειτα αλλάζει τις διατροφικές επιλογές. Η συναισθηματική διατροφή συχνά συνεπάγεται υπερφαγία και συχνή κατανάλωση τροφών, που είναι πλούσιες σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι (Avena et al., 2008).

7 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

7.1.1.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία έκανε την εμφάνισή της και άρχισε να αναπτύσσεται στα τέλη της δεκαετίας του 1950, καθώς υπήρχε η ανάγκη για την εισαγωγή ενός νέου ψυχοθεραπευτικού μοντέλου. Η διαμόρφωση και η εφαρμογή των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών χειρισμών στην πραγματικότητα συμπλήρωσε ένα κενό που μέχρι τότε υπήρχε στις θεραπευτικές τεχνικές.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ως ένα είδος ψυχοθεραπείας με τις περισσότερες μορφές εφαρμογών. Όχι μόνο σε ερευνητικό επίπεδο αλλά και σε κλινικό και πρακτικό επίπεδο, έχει αναδείξει μία σειρά από θετικά γνωρίσματα σε σύγκριση με άλλες μορφές ψυχοθεραπείας τόσο σε βραχυπρόθεσμο, όσο και σε μακροπρόθεσμο επίπεδο (Washington, et al., 2007).

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι μία δομημένη μορφή θεραπείας, η οποία παρέχει στον θεραπευτή ένα οργανωμένο πλαίσιο βάσει του οποίου εργάζεται και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα των ασθενών του. Εκτός αυτού, δημιουργεί ένα πλαίσιο ενεργής συμμετοχής για το ίδιο το άτομο, καθώς συμμετέχει ενεργά στην όλη θεραπευτική διαδικασία.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία κάνει την εφαρμογή της σε ένα μεγάλο φάσμα ψυχικών διαταραχών, όπως είναι οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι διαταραχές προσωπικότητας, η

χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και οι προβληματικές σχέσεις στο ζευγάρι ή στην οικογένεια. Ο στόχος της προσέγγισης είναι να αναγνωρίσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις και συμπεριφορές και διέπεται από τις βασικές αρχές ότι η γνωστική λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά, μπορεί να μεταβληθεί και να ελεγχθεί και ότι οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές (Tanja et al., 2007),

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) αποτελεί το συγκερασμό της γνωστικής και συμπεριφορικής θεώρησης. Η γνωστική θεραπεία επικεντρώνεται και ασχολείται με τις γνωστικές διαδικασίες του ατόμου, αλλά και με τον τρόπο, που αυτές επιδρούν στην συμπεριφορά του. Σύμφωνα με τους Hollon&Beck (1986), «η γνωστική θεραπεία είναι η προσέγγιση εκείνη, η οποία επιχειρεί να θεραπεύσει τις διαταραχές ενός ατόμου, τροποποιώντας τις γνωστικές διαδικασίες και απαλείφοντας τους δυσλειτουργικούς τρόπους σκέψης.

Από την άλλη, ο συμπεριφορισμός έχει ως στόχο την πρόβλεψη και τον έλεγχο της συμπεριφοράς. Η βασική αρχή της συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι πως η συμπεριφορά, είτε «φυσιολογική», είτε «παθολογική», οφείλεται στη μάθηση και τις εμπειρίες του ατόμου. Οι αιτίες μιας συμπεριφοράς, που δεν καθορίζονται από κληρονομικούς παράγοντες, θεωρείται ότι βρίσκονται εκτός του ατόμου και αφορούν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να εξεταστούν ερευνητικά (Μαδιανός 2004).

Ο στόχος της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας είναι η καταγραφή και η τροποποίηση των νοητικών συστημάτων του ατόμου προκειμένου να επιτευχθεί η γνωσιακή και συμπεριφοριστική αλλαγή. Το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο εξετάζει αφενός τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται τα γεγονότα και αφετέρου τις διάφορες μορφές συμπεριφοράς και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες αυτές εμφανίζονται και τέλος, επιχειρείται η σύνδεση μεταξύ των δύο. Η σύνδεση αυτή αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται τα γεγονότα (γνωστικός παράγοντας), ενώ είναι απόρροια μάθησης από προγενέστερες εμπειρίες και συγκεκριμένα από

τις αλληλεπιδράσεις του με την οικογένεια του, την κοινωνία και το ευρύτερο περιβάλλον.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι επεκτείνοντας αυτή την ακολουθία γεγονότων, προκύπτει το θεραπευτικό πλάνο της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας. Εισάγοντας δηλαδή, στο άτομο μια νέα διαδικασία μάθησης, ο τρόπος σκέψης μπορεί να γίνει πιο λειτουργικός και η δυσλειτουργική συμπεριφορά του ατόμου να αλλάξει.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στις αγχώδεις διαταραχές και στις διαταραχές διάθεσης. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματική στις διαταραχές διατροφής, στις φοβίες, στις κρίσεις πανικού, στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, στη διαταραχή υπερκινητικότητας και διάσπασης προσοχής, στα ψυχοσωματικά προβλήματα, στη διαχείριση θυμού και παρορμητικών συμπεριφορών, στα προβλήματα ύπνου και στις διαταραχές απέκκρισης (Αγγελόπουλος, 2009).

Η αξιοπιστία της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας που βασίζεται στον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και η σχετικά μικρή χρονική διάρκειά τους, γεγονός που συνδέεται με την εξονυχιστική διερεύνηση των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών γενικότερα από οικονομική άποψη, είναι πιθανώς οι κύριο λόγοι της μεγάλης διάδοσης αυτού του τύπου ψυχοθεραπείας.

Τέλος, σε Εθνικά Συστήματα Υγείας πολλών χωρών του εξωτερικού όπως και στην Ειδική Αγωγή, στη Σχολική Ψυχολογία, στην Ψυχολογία της Υγείας, εφαρμόζονται κυρίως μοντέλα πρόληψης και παρέμβασης σε θέματα ψυχικής υγείας που βασίζονται στη γνωσιακή – συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία (Adam, & Epel, 2007).

7.1.1.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η ψυχοφαρμακολογία αναπτύχθηκε γρήγορα και εντυπωσιακά το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, με την εισαγωγή της στην κλινική πράξη των αντικαταθλιπτικών και των θυμορρυθμιστικών φαρμάκων. Η αποτελεσματικότητά της έπαιξε σημαντικό ρόλο στην έρευνα της βιολογικής δράσης και των ψυχικών διαταραχών, καθώς και των γνωστικών λειτουργιών. Φαρμακευτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας συνέβαλαν στην έξοδο των ασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα, καθώς κατέστησαν δυνατή την εφαρμογή άλλων θεραπευτικών τεχνικών με την αποτελεσματικότητά τους και συντέλεσαν στη μείωση των στιγμάτων των ψυχικών διαταραχών αλλά και του χάσματος μεταξύ κοινωνίας και Ψυχιατρικής (Γονιδάκης, & Χαρίλα, 2011).

Πρόοδος έχει σημειωθεί και με την εισαγωγή των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων για την θεραπεία των ψυχώσεων, τα οποία διαθέτουν πλεονεκτικότερο κόστος, έχουν δηλαδή λιγότερες παρενέργειες και ποιοτικά καλύτερη αποτελεσματικότητα, σε σύγκριση με τα κλασικά φάρμακα. Πρόοδος έχει συντελεστεί και στην εισαγωγή νεότερων αντικαταθλιπτικών, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRIs), που διαθέτουν επιβεβαιωμένη θεραπευτική επάρκεια. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά

στερούνται των επικίνδυνων παρενεργειών, που συνόδευαν τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά, με συνέπεια τις θετικές επιπτώσεις και τη συνεργασιμότητα των ασθενών. (Combs and Markman, 2014).

Πρόσφατα έγινε αντιληπτό ότι κάποιοι ασθενείς έχουν ενδείξεις χορήγησης ψυχοφαρμάκων πριν ανταποκριθούν αρκετά στην ψυχοθεραπεία. Αντίστροφα, πολλοί ψυχοθεραπευτές γνωρίζουν ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να ενισχύσει και να παρατείνει το αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας. Η αλληλοσυμπλήρωση και αλληλοενίσχυση των δύο ειδών θεραπείας προσθέτει ακόμη πιο πολλά θετικά αποτελέσματα, καθώς δρουν μέσα από τους ίδιους βιολογικούς διαύλους στον εγκέφαλο. Η σημερινή τάση είναι να παρέχεται ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία από τον ίδιο θεραπευτή. Η εφαρμογή ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας απαιτεί εκπαιδευτικά προγράμματα, γι αυτό και η σύγχρονη ψυχιατρική μεταπτυχιακή εκπαίδευση θα πρέπει να αφιερώνει περισσότερες ώρες διδασκαλίας και άσκησης στην ψυχοθεραπεία. Αυτές είναι και οι προδιαγραφές από το Συμβούλιο Ψυχιατρικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ακόμη, γίνεται παράλληλη χρήση αντιψυχωτικών, καθώς το άτομο παρουσιάζει ψυχωτική διάσταση ή λανθασμένη αντίληψη της πραγματικότητας (π.χ. chlorpromazine με ντοπαμινεργική δραστηριότητα). Παράλληλα, μπορεί να χρησιμοποιηθούν ηρεμιστικά ή νευροληπτικά της ομάδας των φαινοθειαζινών, που σχετίζονται με ψυχωτικές καταστάσεις. Το άτομο ηρεμεί και παράλληλα μειώνονται οι διαστρεβλωμένες αντιληπτικές σκέψεις. Η επιθυμία λήψης τροφής επιτυγχάνεται με την ταυτόχρονη λήψη διεγερτικών φαρμάκων που προκαλούν όρεξη (όπως η συπροεπταδίνη, ως ανταγωνιστή της σεροτονίνης). Στις περιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη, χρησιμοποιείται ινσουλίνη συνδυαστικά. Η ορμόνη αυτή επιδρά στο μεταβολισμό, μειώνοντας το ζάχαρο στο αίμα, αυξάνοντας παράλληλα την αδρεναλίνη, ενώ επιτυγχάνεται η όρεξη σε ασθενείς, που έχουν αγγίξει τα όρια του υποσιτισμού (Μαδιανός 2004).

7.1.1.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Δεν υπάρχει τίποτα πιο σημαντικό από την σωστή διατροφή, ώστε να επιτύχουμε καλή υγεία και μακροζωία. Οι διαιτολόγοι προτείνουν ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο φυσικών τροφών, πλούσιο σε φρέσκα φρούτα και λαχανικά, που περιέχουν πληθώρα βιταμινών, μετάλλων, αντιοξειδωτικών και πολυάριθμων φυτοχημικών ενώσεων. Έχει παρατηρηθεί πως ορισμένες τροφές και συστατικά τροφίμων μπορούν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του άγχους και στην μείωση των δυσάρεστων συμπτωμάτων που αυτό προκαλεί.(Ευθυμιάδης, 2005).

Εκτεταμένες έρευνες δείχνουν πως ορισμένες φυτικές χημικές ουσίες και παραδοσιακές φυτικές θεραπείες της Ανατολής επιδρούν θετικά την αντιμετώπιση του άγχους ως ηρεμιστικά και χαλαρωτικά . Βότανα όπως η μελίσσα και η βαλεριάνα με συστατικά όπως τα μονοτερπένια συνδέονται με διάφορους υποδοχείς νευροδιαβιβαστών συμπεριλαμβανομένης και της σεροτονίνης.(Keneddy ,2006).

Σημαντικό ρόλο φαίνεται πως παίζουν κάποια μικροθρεπτικά συστατικά όπως η βιταμίνη Ε η οποία φαίνεται πως συμβάλλει στη μείωση του άγχους καθώς ρίχνει τα επίπεδα της κορτιζόλης στο αίμα. Την συναντάμε στο ελαιόλαδο, το ηλιέλαιο, το σογιέλαιο, το καλαμποκέλαιο, το ψωμί, τα δημητριακά, τα αυγά, το κρέας, το συκώτι και σε μικρότερες ποσότητες στο αβοκάντο και σε πράσινα φυλλώδη λαχανικά. (Μόρτογλου , 2007).

Η βιταμίνη C φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιόδους stress καθώς συμβάλλει στη μείωση των επιπτώσεων του. Είναι απαραίτητη για τη σύνθεση των κατεχολαμινών (αδρεναλίνη , νοραδρεναλίνη). Σε περιόδους stress η αδρεναλίνη είναι σε υψηλά επίπεδα και κατά συνέπεια η βιταμίνη C μειώνεται . Υπολογίζεται ότι η ποσότητα βιταμίνης C που χρειάζεται ο οργανισμός σε αυτές τις περιόδους είναι η διπλάσια της συνιστώμενης. Τη βιταμίνη C τη βρίσκουμε στα πορτοκάλια , στα λεμόνια , το γκρέιπφρουτ , στα βατόμουρα , τις πιπεριές ,

στο μπρόκολο στα ακτινίδια , στο πεπόνι κ.α).(Brown A.C., et al 2003, Μόρτογλου , 2007).

Κάποια μέταλλα και ιχνοστοιχεία παίζουν σημαντικό ρόλο επίσης σε καταστάσεις stress. Το μαγνήσιο έχει αποδειχτεί ότι αποτελεί μια από τις αντιστρές ουσίες καθώς η έλλειψη του έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση άγχους . Ο ψευδάργυρος παίζει επίσης σημαντικό ρολό στο άγχος. Έχει παρατηρηθεί ότι όταν ο οργανισμός δεν λαμβάνει επαρκείς ποσότητες ψευδαργύρου δημιουργείται υπερτροφία των επινεφριδίων και εναπόθεση λίπους και χοληστερόλης σε αυτόν τον αδένα. Αυτή η υπερτροφία των επινεφριδίων οδηγεί σε δυσλειτουργία του άξονα HPA και αυξημένη έκκριση γλυκοκορτικοειδών. Επομένως είναι απαραίτητο να λαμβάνεται ψευδάργυρος σε καταστάσεις άγχους (Singewald et.al., 2004, Takeda et.al., 2007).

Εκτός από τα μικροθρεπτικά συστατικά ο οργανισμός σε τέτοιες καταστάσεις χρειάζεται και κάποια μακροθρεπτικά συστατικά τα οποία είναι οι πρωτεΐνες , οι υδατάνθρακες και τα λίπη. (Μόρτογλου , 2007).

Συγκεκριμένα οι υδατάνθρακες παίζουν καίριο ρόλο στη μείωση του άγχους καθώς συμβάλλουν στην αύξηση σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Οι άνθρωποι με χρόνια άγχος παρουσιάζουν δυσλειτουργία στους σεροτονινεργικούς νευρώνες του εγκεφάλου. Μια διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες συνεπώς μπορεί να ευνοήσει αυτά τα άτομα καθώς μέσω της τροφής θα αυξηθεί η πρόσληψη σεροτονίνης. (Markus R., et al 2000).

Το μέλι θεωρείται μια πολύ καλή πηγή τροφής για την αντιμετώπιση του άγχους. Αποτελείται από ένα μείγμα απλών και συνθετών υδατανθράκων, βιταμινών, ιχνοστοιχείων, οξέων και ένζυμων. Έχει χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη και αντιοξειδωτικές ιδιότητες. (Cherulis, 2009).

Τέλος η καφεΐνη είναι μια ουσία η οποία παίζει επίσης το ρόλο της στο μηχανισμό του άγχους. Η επίδραση της είναι και ανάλογη της κατανάλωσης της . Με μια μικρή κατανάλωση (1-2 φλυτζάνια ημερησίως) η καφεΐνη προκαλεί εγρήγορση και δρα ευεργετικά στο νευρικό σύστημα. Σε μεγαλύτερη κατανάλωση προκαλούνται

τα αντίθετα αποτελέσματα . Φυσικά οι επιδράσεις της καφεΐνης διαφέρουν ανάλογα με το φύλο , την ηλικία αλλά και το είδος του καφέ. (Μόρτογλου , 2007).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι η συναισθηματική διατροφή σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, οπότε κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση του ατόμου με σκοπό την διατροφική αντιμετώπιση του προβλήματος. Κατά αυτόν τον τρόπο, το άτομο θα πρέπει να προβεί :

- στην υιοθέτηση σωστής και ισορροπημένης διατροφής
- στην κατανόηση της σχέσεως υποθρεψίας και υπερφαγίας
- στην κατανόηση των συνεπειών της κατανάλωσης ανθυγιεινών τροφών
- στην πρόσληψη συχνών και ισορροπημένων γευμάτων.
- στην ένταξη καθημερινής γυμναστικής, με σκοπό την κατανόηση της συσχέτισης του ισοζυγίου πρόσληψης - κατανάλωσης ενέργειας (Ευθυμιάδης, 2005).

8 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ψυχικές διαταραχές, οι οποίες διακρίνονται από υπερβολικά, παρατεταμένα και συγχρόνως εξουθενωτικά επίπεδα άγχους, που επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Τα αίτια των αγχωδών διαταραχών δύναται να είναι βιολογικά, γενετικά ή και ψυχολογικά. Συχνά μάλιστα, οι αγχώδεις διαταραχές έχουν σχέση με τον τρόπο διατροφής, κάτι που αναφέρεται ως συναισθηματική διατροφή.

Το άγχος, ο θυμός, η στεναχώρια, η χαρά, κλπ αποτελούν συναισθήματα, που επηρεάζουν τα κίνητρα για φαγητό, τη συναισθηματική διατροφή, το μεταβολισμό και την πέψη της τροφής, καθώς και την επιλογή, την ποσότητα, αλλά και την ταχύτητα κατανάλωσης του φαγητού. Οι περισσότεροι άνθρωποι τείνουν στο συναισθηματικό φαγητό λόγω συναισθηματικού στρες. Τα συναισθήματα είναι δυνατό να προκαλέσουν την αύξηση της πρόσληψης φαγητού σε μια ομάδα ανθρώπων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, ενώ έχει

παρατηρηθεί ότι διαφορετικά συναισθήματα μπορούν να αυξομειώσουν την πρόσληψη τροφής στην ίδια ομάδα ανθρώπων (Wendy et al. 2009),

Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών σε σχέση πάντοτε με την διατροφική συμπεριφορά, περιλαμβάνει συνήθως την φαρμακο-θεραπεία και τη ψυχοθεραπεία, όπως είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, (η οποία προσανατολίζεται στο εγώ) και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (όταν πρόκειται για σοβαρά συμπτώματα που προκαλούν δυσλειτουργία). Στις περιπτώσεις αυτές χορηγούνται αγχολυτικά, όπως βενζοδιαζεπίνες ή βουσπιρόνη, αλλά και αντικαταθλιπτικά, όπως εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAOIs), και β-αναστολείς, όπως προπρανολόλη. Τέλος, καθότι η συναισθηματική διατροφή σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση του ατόμου με σκοπό την διατροφική αντιμετώπιση του προβλήματος (Adam, & Erel, 2007).

Οι προτάσεις της παρούσας εργασίας θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως εξής :

- Η εκπαίδευση των ατόμων σε θέματα διατροφής και ιδιαίτερα κατά τη σχολική ηλικία, η οποία κρίνεται κρίσιμη, καθώς δύναται να επιφέρει αλλαγή στη διατροφική συμπεριφορά.
- Περαιτέρω έρευνα για άτομα, που χαρακτηρίζονται από υψηλό δείκτη μάζας σώματος, τα οποία έχουν καλή διατροφική γνώση.
- Δημιουργία προγραμμάτων παρέμβασης με σκοπό την δημιουργία υγιούς διατροφικής συμπεριφοράς και την μείωση του κινδύνου παχυσαρκίας.

9 ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

- Εικόνα 2.1 Νευροχημικές διαδικασίες, που πυροδοτούνται από την επίδραση στρες- γλυκοκορτικοειδών. Πηγή <http://www.encephalos.gr/48-3-07g.htm>
- Εικόνα 2.2 Η ταξινόμηση των διαταραχών άγχους στο DSM-IV, Πηγή American Psychiatric Association, (2013).
- Εικόνα 3.1 Μηχανισμός όρεξης και συναισθηματική κατάσταση. Πηγή <http://www.nature.com/neuro/journal/>
- Εικόνα 3.2 Έκκριση ορμονών και διατροφική συμπεριφορά. Πηγή <http://www.nature.com/neuro/journal/>
- Εικόνα 3.3 Έκκριση ορμονών και αύξηση όρεξης. Πηγή www.hormones.gr
- Εικόνα 3.4 Όρια δείκτη μάζας σώματος. Πηγή Karantais, etal., (2006).

- Εικόνα 3.5 Ποσοστά (%) παχυσαρκίας σε άτομα άνω των 15 ετών, κατά φύλο, σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες. Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα 2008 – 2012. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.
- Εικόνα 3.6 Ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων ($\Delta\text{Μ}\Sigma > 27$) κατά φύλο, σε επιλεγμένες ομάδες ηλικιών, σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες (1996-2003). Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα 2008 – 2012. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

10 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ακολουθούν οι βιβλιογραφικές αναφορές (πηγές) της Εργασίας.

10.1.1.1 Ελληνική

Αγγελόπουλος, Νικηφόρος Β. (2009) Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία: Μια σύγχρονη ψυχιατρική, Τόμος Β΄. Αθήνα: ΒΗΤΑ medical art, σσ. 387, 592

Βάρβογλη, Α. (2006), Η νευροψυχολογία του stress στην καθημερινή ζωή. Αθήνα: Καστανιώτη.

Βασιλάκη Ε., Τρίλοβα Σ., Μπεζεβέγκης Η. (2005), Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους, ελληνικά γράμματα, Αθήνα.

Δημητριάδου, Π. Μ. Μαυρογιαννάκη, Ε. Κουτουξίδου, (χ.χ.). (2013), Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Κωδικός MIS: 464637. Νόσημα: Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ). ΕΣΠΑ 2007-2013. Αθήνα, σελ. 8.

Ευθυμιάδης, Τ. (2005). Μέγας Οδηγός Διατροφής και Θεραπείας. Σωστή Διατροφή για τη Διατήρηση της Υγείας και τη Ριζική Θεραπεία των Διαταραχών της. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης.

Κάκουρος Ε., & Μανιαδάκη, Κ., (2005). «Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: αναπτυξιακή προσέγγιση», Αθήνα: Γιώργος Δαρβάνος.

Καραδήμας, Ε.(2004).Στρες και διαχείριση του στρες στο σχολικό περιβάλλον. Στο: Α. Καλαντζή-Αζίζη &Μ. Ζαφειροπούλου (επιμ.), Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών,(σελ.405-423). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαδιανός Μ. (2004), Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2004

Μιχαλάκη, Μ., (2006). Εκτίμηση και φαρμακευτική αντιμετώπιση παχύσαρκου ασθενή. Αθήνα: Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρία.

Μόρτογλου, Τ., Μόρτογλου, Κ. (2007) Διατροφή και καρδιαγγειακά νοσήματα. 5η έκδοση. Αθήνα: Γιαλλέλη.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2005) Λεξικό της Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.

Μπίμπου-Νάκου, Ι.(2004). Το άγχος και η φοβία σε παιδιά. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζη &Μ. Ζαφειροπούλου (επιμ.), Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών,(σελ.287-327). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Οικονόμου Φ. (2005), Ψυχιατρική μετά στοιχείων ψυχολογίας, Ιατρικές εκδόσεις - Λίτσα, στ 'εκδ, Αθήνα.

Παπαδόπουλος Γ. Ν. (2005), Λεξικό της Ψυχολογίας, χ.ε, α' εκδ., Αθήνα.

Χαρίλα Ν. (2004) Γνωσιακό-Συμπεριφοριστικό Μοντέλο Ερμηνείας και Παρέμβασης στις Διαταραχές Διατροφής. Νέα Υγεία 2004, 45:5.

Χαρίτου-Φατούρου Μ. (2004), Διαταραχές Διατροφής και Γυναίκα. Νέα Υγεία 2004, 45, σελ. 6.

10.1.1.2 Ξενόγλωσση

Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology and Behavior*, 91, 449-458

Al-Biltagi, M., & Sarhan, E. A. (2016). Anxiety Disorder in Children: Review. *J. Paedi. Care. Inol*, 1(1), 18-28.

American Psychiatric Association, (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*,

Anagnostis, P., Athyros, V. G., Tziomalos, K., Karagiannis, A., and Mikhailidis, D. P. (2009). Clinical review: the pathogenetic role of cortisol in

the metabolic syndrome: a hypothesis. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 94, 2692-2701. doi: 10.1210/jc.2009-0370

Anderson, M. (2007). Mental illness and criminal behaviour: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 243–250.

Avena N, Rada P, Hoebel B. (2008), Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 32(1): 20-39.

Avena, N. M. (2007). Examining the addictive-like properties of binge eating using an animal model of sugar dependence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15,481-491.

Avena, N. M., Bocarsly, M. E., Rada, P., Kim, A., & Hoebel, B. G. (2008a). After daily bingeing on a sucrose solution, food deprivation induces anxiety and accumbens dopamine/acetylcholine imbalance. *Physiology and Behavior*, 94, 309-315.

Azarbad L, Gonder-Frederick L. (2010), Obesity in women. *Psychiatric Clinics of North America* 2010, 33(2):423-40.

Begum, G., Stevens, A., Smith, E. B., Connor, K., Challis, J. R., Bloomfield, F., et al. (2012). Epigenetic changes in fetal hypothalamic energyregulating pathways are associated with maternal undernutrition and twinning. *FASEB J.* 26, 1694-1703.

Biro FM, Striegel-Moore RH, Franko DL, Padgett J, Bean JA. (2006), Self-Esteem in Adolescent Females. *Journal of Adolescent Health* 2006, 39: 510-507.

Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. (2010), Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychology* 2010, 29(3):293-8.

Braet C et al. (2008), Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *Journal of Health Psychology* 2008, 13:733-743.

Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochemistry and Pharmacology*, 75,6375.

Brown,A.C., Waslien,C.I., (2003), Stress and Nutrition, *Encyclopedia of Food Sciences and Nutrition*. Pp 5628-5636.

Brownley, K. A., Berkman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 337-348

Brunton, P. J., McKay, A. J., Ochedalski, T., Piastowska, A., Rebas, E., Lachowicz, A., etal. (2009). Central opioid inhibition of neuroendocrine stress responses in pregnancyin the rat is induced bythe neurosteroid allopregnanolone. *J. Neurosci.* 29, 6449-6460.

Burton P, Smith H, Lightowlera H. (2007), The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite* 2007, 49:191-197.

Cardinal, Rudolf N., and Bullmore, Edward T. (2011) *The Diagnosis of Psychosis*. Cambridge University Press.

Carroll DD, Blanck HM, Serdula MK, Brown DR. (2010), Obesity, physical activity, and depressive symptoms in a cohort of adults aged 51 to 61. *Journal of Aging and Health* 2010, 22(3):384-98.

Cannon, C. & Kumar, A., (2009). Treatment of overweight and obesity: lifestyle, pharmacologic, and surgical options. *Clin Cornerstone* .

Chandler-Laney, P. C., Castaneda, E., Viana, J. B., Oswald, K. D., Maldonado, C. R., & Boggiano, M. M. (2007). A history of human-like dieting alters serotonergic control of feeding and neurochemical balance in a rat model of binge-eating. *International Journal of Eating Disorders*, 40,136-142.

Chaniotis DI, Chaniotis FI. (2010), Dietary stress in relation to exams anxiety among Greek students. *e-Journal of Science & Technology* 2010, 5(1):1-14.

Coll A, Farooqi, Sand O'Rahilly S. (2007), The Hormonal Control of Food Intake. *Cell* 2007, 129(2): 251-262.

Combs, H., Markman, J., (2014). Anxiety Disorders in Primary Care. *Medical Clinics of North America* 98, 1007-1023.

Cottone, P., Sabino, V., Steardo, L., & Zorrilla, E. P. (2008). Opioid-dependent anticipatory negative contrast and binge-like eating in rats with limited access to highly preferred food. *Neuropsychopharmacology*, 33, 524-535.

Dallman M. (2009), Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology and Metabolism* 2009, 21(3): 159-165.

Davis, C., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter, J., Reid, C., Curtis, C., et al. (2007b). Dopamine transporter gene (DAT1) associated with appetite suppression to methylphenidate in a case-control study of binge eating disorder. *Neuropsychopharmacology*, 32, 2199-2206.

Davis, C., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter, J., Reid, C., Curtis, C., et al. (2008). Reward sensitivity and the D2 dopamine receptor gene: a case-control study of binge eating disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32, 620-628.

Dean A, Van Vugt. (2010) Brain imaging studies of appetite in the context of obesity and the menstrual cycle. *Human Reproduction Update* 2010, 16(3): 276-292.

De Vriendt, T., Moreno, L. A., and De Henauw, S. (2009). Chronic stress and obesity in adolescents: scientific evidence and methodological issues for epidemiological research. *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.* 19, 511-519. doi: 10.1016/j.numecd.2009.02.009

De Wit L et al. (2010), Depression and obesity: A meta-analysis of communitybased studies. *Psychiatry Research* 2010, 178(2):230-235.

Diclemente, J. Santelli, R. Crosby, (2009), Adolescent health. Understanding and Preventing Risk behavior, John Wiley & Sons, San Francisco, 2009.

Engel, S. G., Boseck, J. J., Crosby, R D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Smyth, J., et al. (2007). The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behavior Research and Therapy*, 45, 437-447.

Fatima, A., Andrabi, S., Wolf, G., Engelmann, M., and Spina, M. G. (2013). Urocortin 1 administered into the hypothalamic supraoptic nucleus inhibits food intake in freelyfed and food-deprived rats. *Amino Acids* 44, 879-885. doi: 10.1007/s00726-012-1415-7

Fernandez-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M., et al. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157,147-157.

Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 41 , 577-586

Figlewicz, D. P., Bennett, J. L., Aliakbari, S., Zavosh, A., and Sipols, A. J. (2008). Insulin acts at different CNS sites to decrease acute sucrose intake and sucrose self-administration in rats. *Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol.* 295, R388-R394. doi: 10.1152/ajpregu.90334.2008

Foster, M. T., Warne, J. P., Ginsberg, A. B., Horneman, H. F., Pecoraro, N. C., Akana, S. F., et al. (2009). Palatable foods, stress, and energy stores sculpt corticotropin-releasing factor, adrenocorticotropin, and corticosterone concentrations after restraint. *Endocrinology* 150, 2325-2333. doi: 10.1210/en.2008-1426

Gibson, E. L., (2006). Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89, 53-61.

Kandiah J, Yake M, Willett H. (2008) Effects of Stress on Eating Practices Among Adults, Family and Consumer. *Sciences Research Journal* 2008, 1(37):27-38.

Kandiah J, Yake M, Jones J, Meyer M (2006), Stress influences appetite and comfort food preferences in college women. *Nutrition Research* 2006, 26:118- 123.

Kapantais, E. και συν., (2006). First National Epidemiological Survey on the Prevalence of Obesity and Abdominal Fat Distribution in Greek Adults. Athens: Nutrition and Metabolism, Hellenic Medical Association for Obesity, Athens.

Katon W, Richardson L, Russo J, McCarty CA, Rockhill C, McCauley E, Richards J, Grossman DC. (2010), Depressive symptoms in adolescence: the association with multiple health risk behaviors. *General Hospital Psychiatry* 2010, 32(3):233-9.

Kennedy, D.O., Little, W., Haskell CF., Scholey, AB., (2006), Anxiolytic effects of a combination of melassa officinalis and valeriana officialis during laboratory induced stress. *Psychoth. Res.*, 20:96-102

Kessler RC, et al. (2005), Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.

Kirkham T, Cooper S. (2006), Introduction and Overview, CHAPTER 1.In: Appetite and Body Weight: Integrative Systems and the Development of Anti-Obesity, ACADEMIC PRESS, 2006:1-4.

Konttinen, H., Mannisto, S., Sarlio-Lahteenkorva, S., Silventoinen, K., Haukkala, A., (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite* 54, 473-479.

Liu C, Xie B, Chou CP. (2007), Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of China seven cities. *Physiology & Behavior* 2007,92:748-754.

Luba Sominsky and Sarah J. Spencer, (2014) Eating behavior and stress: a pathway to obesity, School of Health Sciences and Health Innovations Research Institute, RMIT University, Melbourne, VIC, Australia

Lu X. (2007), The leptin hypothesis of depression: a potential link between mood disorders and obesity. *Current Opinion in Pharmacology* 2007, 7:648-652.

Macht M. (2008), How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite* 2008, 50:1-11.

Markey MA, Vander Wal JS. (2007), The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry* 2007, 48: 458-464.

Messerli N, Hofer M, Laederach-Hofmann K. (2005), Negative Emotions Are Correlated With Leptin Levels And Autonomic Arousal In Obese Women And Men. *Journal of Psychosomatic Research* 2004, 56:581-673.

Morrison C, Berthoud H. (2007) Neurobiology of Nutrition and Obesity. *Nutrition Reviews* 2007, 65(12): 517-534.

Nguyen-Rodriguez S, Unger J, Spruijt-Metz D. (2009), Psychological Determinants of Emotional Eating in Adolescence. *Eating Disorders* 2009, 17(3): 211-224.

Nguyen-Rodriguez ST, Chou CP, Unger JB, Spruijt-Metz D. (2008), BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating Behaviors* 2008, 9:238- 246.

Ohman L, Nyberg L, Bergdahl J, Nilsson LG. (2007) Longitudinal analysis of the relation between moderate and long-term stress and health. *Stress and Health* 2007, 23(2):131-138.

Pankevich DE, Teegarden SL, Hedin AD, Jensen CL, Bale TL. (2010) Caloric restriction experience reprograms stress and orexigenic pathways and promotes binge eating. *The Journal of Neuroscience* 2010, 30(48):16399-407.

Perez JA, Garcia FC, Palacios S, Perez M. (2009), Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas* 2009, 62(1):30-6.

Pervin A. L. – John P. J. (2005), Θεωρίες Προσωπικότητας, μετάφραση: Αλεξανδροπούλου Α. – Δασκαλοπούλου Ε., τυπωθήτω, Αθήνα, 2001.

Puma, M., McLean, N., & Davis, E. A. (2008). The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children. *Eating Behaviors*, 9, 438-446.

Raspopow K, Abizaid A, Matheson K, Anisman X. (2010), Psychosocial stressor effects on cortisol and ghrelin in emotional and non-emotional eaters: Influence of anger and shame. *Hormones and Behavior* 2010, 58:677-684.

Roohafza H et al. (2007), Relation between stress and other lifestyle factors. *Stress and Health* 2007, 23: 23-29.

Sciences, I.J.o.P.a.P. (2010). Neurochemical Modulation Of Anxiety Disorders.

Sharma S, Cyrus C, Green B, Hudes M, Fleming S. (2011), Relationship of insulin resistance to psychobehavioral characteristics of overweight and obese African American children. *Physiology & Behavior* 2011, 104(5):738-43.

Sims R et al. (2008), Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Eating Behaviors* 2008, 9:137-142.

Singewald, N., Sinner, C., Hetzenauer, A., Sartori, S.B., Murck, H. (2004) Magnesium-deficient diet alters depression- and anxiety-related behavior in mice— influence of desipramine and *Hypericum perforatum* extract. *Neuropharm*, 47(8), 1189-1197.

Takeda, A., Tamano, H., Kan, F., Itoh, H., Oku, N. (2007) Anxiety-like behavior of young rats after 2-week zinc deprivation. *Behav. Brain Res.*, 177(1), 1-6.

Tanja C. Adam, Elissa S. Epel (2007), Stress, eating and the reward system, *Physiology & Behavior* 91, 449-458 -University of California, San Francisco, Department of Psychiatry, United States

Tassin, C., Reynaert, C., Jacques, D., Zdanowicz, N. (2014). Anxiety disorders in adolescence. *Psychiatria Danubina* 26 Suppl 1, 27-30.

Tolle, R., Windgassen, K. (2005) Ψυχιατρική Αθήνα: εκδ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, σσ. 277,354,287.

Tzotzas, T. et al. (2008). Epidemiological Survey for the Prevalence of Overweight and Abdominal Obesity in Greek Adolescents. *Brief Reports Epidemiology*, Nature Publishing Group.

Unusan N. (2006), Linkage between stress and fruit and vegetable intake among university students: an empirical analysis on Turkish students. *Nutrition Research* 2006, 26: 385-390.

Walli DJ, Hetherington MM. (2009), Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite* 2009, 52(2):355-362.

Wang, L., Stengel, A., Goebel-Stengel, M., Shaikh, A., Yuan, P. Q., and Tache, Y. (2013). Intravenous injection of urocortin 1 induces a CRF2 mediated increase in circulating ghrelin and glucose levels through distinct mechanisms in rats. *Peptides* 39, 164-170.

Wardle J, Steptoe A, Oliver G, Lipsey Z. (2006), Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of Psychosomatic Research* 2006, 48:195-202.

Warne, J. P., Akana, S. F., Ginsberg, A. B., Horneman, H. F., Pecoraro, N. C., and Dallman, M. F. (2009). Disengaging insulin from corticosterone: roles of each on energy intake and disposition. *Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol.* 296, R1366-R1375.

Warne, J. P., Horneman, H. F., Wick, E. C., Bhargava, A., Pecoraro, N. C., Ginsberg, A. B., et al. (2006). Comparison of superior mesenteric versus

jugular venous infusions of insulin in streptozotocin-diabetic rats on the choice of caloric intake, body weight, and fat stores. *Endocrinology* 147, 5443-5451.

Washington, DC. Artiga, A. I., Viana, J. B., Maldonado, C. R., Chandler-Laney, P. C., Oswald, K. D., & Boggiano, M. M. (2007). Body composition and endocrine status of long-term stress-induced binge-eating rats. *Physiology and Behavior*, 91, 424-431.

Waters, L. (2016). The Relationship between Child Stress, Child Mindfulness and Parent Mindfulness. *Psychology*, 7(1), 40.

Wendy Foulds Mathesa, Kimberly A. Brownleya, Xiaofei Mob, Cynthia M. (2009), Bulik The biology of binge eating, *Appetite* 52 (2009) 545-553

WHO (2009) ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. F.30, σσ. 243, 245-256, 244, 237, 238, 227.

Zender R, Olshansky E. (2009), Women's mental health: depression and anxiety. *Nursing Clinics of North America* 2009, 44(3):355-64.

Υπέθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.