



ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ
ΑΠΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τροφή
για σκέψη

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Εγχειρίδιο Εκπαίδευσης και Εφαρμογής της Στρατηγικής

Τίτλος Έργου

«Υλοποίηση Δράσεων Ευαισθητοποίησης και Ενημέρωσης του
Πληθυσμού και Διεξαγωγή Πανελλαδικής Μελέτης-Έρευνας για τις
Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής»

Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013»

ΑΘΗΝΑ 2015





ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ
ΑΠΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΤΡΟΦΗ
για ΣΚΕΨΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Εκπαιδευτικό Υλικό Αγωγής Υγείας

για την Πρόληψη Εμφάνισης Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

Π.5. Εγχειρίδιο Εκπαίδευσης και Εφαρμογής της Στρατηγικής

Υποέργο 1: Διοίκηση του έργου, συγγραφή εκπαιδευτικού υλικού, μελέτη πάνω στις θεραπευτικές οδηγίες για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και Διοργάνωση 2ήμερου Πανελλαδικού Συνεδρίου/Ημερίδων

Δράση 1.2. Συγγραφή και Διαμόρφωση Εκπαιδευτικού Υλικού

Το παρόν εκπαιδευτικό εγχειρίδιο έχει παραχθεί στο πλαίσιο του προγράμματος «Υλοποίηση Δράσεων Ευαισθητοποίησης και Ενημέρωσης του Πληθυσμού και Διεξαγωγή Πανελλαδικής Μελέτης-Έρευνας για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής», που εντάσσεται στον Άξονα Προτεραιότητας 14 «Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας, Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και προάσπιση της Δημόσιας Υγείας του πληθυσμού στις 3 περιφέρειες σταδιακής εξόδου» και υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013» με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



Φορέας υλοποίησης Έργου

ΑΝΑΣΑ, Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Υποστήριξης Ατόμων που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.

Επιστημονικά Υπεύθυνη Έργου

Μαρίτα Γεραρχάκη, Κλινική Ψυχολόγος, BSc, PgDip, Pg Dip.Clin.Hypnosis, MSc.

Συγγραφή-Επιμέλεια Εγχειριδίου

Αθανασία Λιοζίδου, Ψυχολόγος, B.Psych., M. Psych., M.P.H.c
Ερευνήτρια Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ).
Ερευνήτρια και Κλινικός Συνεργάτης της Α΄ Νευρολογικής Κλινικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ.

Επιστημονική Ομάδα Έργου

Μαρίτα Γεραρχάκη, Κλινική Ψυχολόγος, BSc, PgDip, Pg Dip.Clin.Hypnosis, MSc.
Γεώργιος Κωνσταντακόπουλος, Ψυχίατρος, MD, PhD.
Αθανασία Λιοζίδου, Ψυχολόγος, B.Psych., M.Psych., M.P.H.c.
Νίκη Φίλιππα, Κλινική Διαιτολόγος, Pg Diploma Dietetics.



Περιεχόμενα

Πρόλογος της επιστημονικά υπεύθυνης	5
Πρόλογος της συγγραφέως.....	8
Στόχος του Εγχειριδίου.....	10
Η πρόληψη στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.....	12
Γιατί μάς ενδιαφέρει η πρόληψη στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής	12
Οι διαφορετικές στρατηγικές πρόληψης στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής	13
Πρωτογενής πρόληψη.....	13
Καθολική πρόληψη για τα παιδιά και το νεανικό πληθυσμό.....	13
Επιλεκτική πρόληψη για τα παιδιά και το νεανικό πληθυσμό	14
Ενδεδειγμένη πρόληψη για τα παιδιά και το νεανικό πληθυσμό	15
Δευτερογενής Πρόληψη.....	17
Τριτογενής πρόληψη	17
Τί είναι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής;	20
Ψυχογενής Ανορεξία	20
Ψυχογενής Βουλιμία	21
Παράγοντες που συνεισφέρουν στην εμφάνιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.....	22
Παράγοντες που συνεισφέρουν στη διατήρηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.....	27
Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και εφηβεία.....	33
Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και παχυσαρκία.....	34
Επιπλοκές υγείας των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής	35
Μακροχρόνιες συνέπειες των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής για την υγεία	37
Προειδοποιητικά σημεία και συμπτώματα μιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής	38
Βιβλιογραφία	42



Πρόλογος της επιστημονικά υπεύθυνης

Ως μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της ΑΝΑΣΑ, αποτελεί ιδιαίτερη χαρά και ικανοποίηση για εμένα η ολοκλήρωση του συγκεκριμένου συγγράμματος, γραμμένο από την άξια συνεργάτη μου Αθανασία Λιοζίδου και την πολύτιμη συνεισφορά των υπολοίπων αγαπητών, επιστημονικών συνεργατών και συνοδοιπόρων σε αυτό το έργο, Γιώργου Κωνσταντακόπουλου και Νίκης Φίλιππα.

Η ΑΝΑΣΑ ιδρύθηκε με πολλή αγάπη τον Μάιο 2007 και αποτελεί την πρώτη μη κερδοσκοπική εταιρεία στην Ελλάδα που δημιουργήθηκε με στόχο την ενημέρωση, την πρόληψη και τη θεραπεία των ανθρώπων που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ), αλλά και την ευαισθητοποίηση κι ενημέρωση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

Τον Οκτώβριο του 2008, ένα χρόνο μετά την ίδρυση της ΑΝΑΣΑ, τα αιτήματα για θεραπεία και βοήθεια από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους ήταν τόσα πολλά που επαναπροσδιορίστηκαν οι στόχοι του φορέα και τέθηκε ως επείγουσα προτεραιότητα η ίδρυση μιας δομής για τη θεραπεία των ασθενών. Έτσι εγκαινιάστηκε και το Κέντρο Ημέρας ΑΝΑΣΑ (ΚΗ ΑΝΑΣΑ), το οποίο λειτουργεί ως πολυδύναμη μονάδα ημερήσιας φροντίδας και πολυδιάστατης θεραπείας των ασθενών με ΔΠΤ, ως εξωτερικό ιατρείο πρωτίστως, με σκοπό τη διάγνωση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση, την κοινωνική ένταξη ή επανένταξη και λειτουργική αυτονόμηση των μελών με την παράλληλη στήριξη των οικογενειών τους. Το εν λόγω κέντρο αποτελεί την πρώτη μάχιμη προσπάθεια της ΑΝΑΣΑ για παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους πάσχοντες από ΔΠΤ (Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία, Επεισοδιακή Πολυφαγία), ενώ είναι το πρώτο και μοναδικό στη χώρα μας, νοσοκομείο ημέρας εξειδικευμένο στις διατροφικές διαταραχές το οποίο παρέχει δωρεάν, υπηρεσίες διάγνωσης, θεραπείας και συμβουλευτικής υποστήριξης των πασχόντων και των οικογενειών τους.

Η αρχή της διεπιστημονικότητας αποτελεί βασικό σημείο αναφοράς των δραστηριοτήτων του Κέντρου Ημέρας, καθώς η πολυπλοκότητα των ΔΠΤ καθιστά τη



θεραπευτική τους αντιμετώπιση σχεδόν αδύνατη, χωρίς τη συνεργασία επαγγελματιών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων. Το θεραπευτικό πλαίσιο περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία (ατομική, οικογενειακή, ομαδική,) φαρμακοθεραπεία, συμβουλευτική της οικογένειας, διατροφολογική συμβουλευτική και ψυχοεκπαίδευση.

Εδώ και κάποια χρόνια, ως κλινική ψυχολόγος και ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη με τους πάσχοντες της πολυσύνθετης νόσου των ΔΠΤ, προσπαθώ μέσω της ΑΝΑΣΑ να υλοποιήσω επιπλέον επιστημονικές δράσεις ενημέρωσης και αφύπνισης σχετικά με τις ΔΠΤ, οι οποίες να μην εστιάζουν μόνο στο ιατρικό κοινό αλλά και στο ευρύτερο κοινό, το οποίο έρχεται επίσης αντιμέτωπο με κάποιο τρόπο με τους ευάλωτους πάσχοντες αυτών των διαταραχών. Γι αυτό με την λειτουργία του ΚΗ ΑΝΑΣΑ και στην πορεία λειτουργίας του, στήσαμε μια επιπλέον δράση η οποία αφορά προγράμματα πρόληψης στο ευρύ κοινό και υπηρεσίες ενημέρωσης και υποστήριξης προς τις οικογένειες, τους εκπαιδευτικούς και το ευρύτερο φιλικό περιβάλλον των ασθενών. Έκτοτε, οι υπόλοιποι κλινικοί συνεργάτες του ΚΗ ΑΝΑΣΑ, οι οποίοι αποτελούν την διεπιστημονική-διακλαδική κλινική ομάδα του ΚΗ και εγώ, συμβάλλουμε σημαντικά στην παραπάνω δράση, μέσω πολλαπλών ομιλιών και δράσεων ενημέρωσης και αφύπνισης σε σχολεία, δήμους, πολιτιστικά κέντρα, ημερίδες, κ.α.

Η υλοποίηση και ολοκλήρωση του συγκεκριμένου συγγράμματος αποτελεί μια δυναμική συνέχεια των παραπάνω δράσεων της ΑΝΑΣΑ, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινωνίας, λειτουργώντας παράλληλα ως μοχλός ευαισθητοποίησης κι ενημέρωσης των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι είναι από τα πρώτα άτομα που έρχονται σε επαφή με τους νέους πάσχοντες.

Οι πάσχοντες με ΔΠΤ παρουσιάζουν σημαντική πρόκληση για εκπαιδευτικούς και γονείς, καθώς πολύ συχνά δεν είναι εύκολο να παρατηρηθούν εγκαίρως τα συμπτώματα έναρξης μιας διαταραχής. Ακόμη και σε πιο σοβαρά περιστατικά μαθητών με ΔΠΤ πολλοί εκπαιδευτικοί δεν υποψιάζονται καν ότι αυτοί οι μαθητές



βιώνουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα. Συχνά φαίνονται να μοιάζουν με υπόδειγμα μαθητών ή άλλες φορές μπορεί να φαίνονται αρκετά αποτραβηγμένοι από την υπόλοιπη μαθητική κοινότητα. Το παρόν σύγγραμμα στοχεύει στο να βοηθήσει τους εκπαιδευτικούς στην εκμάθηση και ευαισθητοποίηση γύρω από τις ΔΠΤ και στο να τους υποστηρίξει στον εντοπισμό πρώτων, προειδοποιητικών σημείων εκδήλωσης των ΔΠΤ, καθώς και στην ανάπτυξη επικοινωνιακών στρατηγικών υποστήριξης των μαθητών με συμπτωματολογία ΔΠΤ.

Εύχομαι από καρδιάς το έργο αυτό να είναι καλοτάξιδο και βοηθητικό. Πιστεύω πως το παρόν έργο, αν και απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς, θα μπορούσε να έχει επιπλέον χρήση και σε γονείς και με αυτό τον τρόπο να λειτουργήσει σαν υποστηρικτικό εργαλείο στην ευαισθητοποίηση κι ενημέρωση των ενηλίκων καθώς και στην σωστή υποστήριξη και αντιμετώπιση των νέων παιδιών με συμπτώματα ή διάγνωση ΔΠΤ μέχρι να επέλθουν στην προσοχή των κλινικών για την θεραπεία τους. Τέλος, εύχομαι στους άξιους συνεργάτες μου (διεπιστημονική ομάδα συγγραφής αυτού του έργου αλλά και στην διακλαδική κλινική ομάδα του ΚΗ ΑΝΑΣΑ) να συνεχίσουμε περαιτέρω τη σημαντική προσφορά μας στη θεραπεία των πολυσύνθετων ΔΠΤ καθώς και στην έγκυρη επιστημονική γνώση και έρευνα, κάθε ένα από τα οποία αποτελεί μεγάλη ανάγκη για τη χώρα μας.

Ιούλιος 2015
Μαρίτα Γεραρχάκη



Πρόλογος της συγγραφέως

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι σοβαρές, δυνητικά απειλητικές για τη ζωή ψυχιατρικές ασθένειες, οι οποίες εμφανίζονται νωρίς στη ζωή των ανθρώπων. Οι συνηθέστερες ηλικιακές περίοδοι έναρξης των εν λόγω διαταραχών είναι η εφηβεία και η νεαρή ενήλικη ζωή, με το γυναικείο πληθυσμό να διατρέχει το μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσής τους.

Για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η μη κερδοσκοπική εταιρεία ΑΝΑΣΑ, που αποτελεί το μοναδικό φορέα υποστήριξης ατόμων με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, μεριμνά για τη δημιουργία εκπαιδευτικού υλικού με στόχο την πρόληψή τους.

Το παρόν εγχειρίδιο ασχολείται κυρίως με 3 τύπους Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής: την Ψυχογενή Ανορεξία (Anorexia Nervosa), την Ψυχογενή Βουλιμία (Bulimia Nervosa) και τη Διαταραχή Υπερφαγίας (Binge Eating Disorder). Βασικοί στόχοι του παρόντος εκπαιδευτικού υλικού είναι: η ευαισθητοποίηση και η παροχή ενημέρωσης του εκπαιδευτικού δυναμικού της Ελλάδας γύρω από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, η εκμάθηση πληροφοριών που θα βοηθήσουν στον εντοπισμό των πρώτων προειδοποιητικών σημείων εκδήλωσης μιας διαταραχής και η ανάπτυξη στρατηγικών υποστήριξης των μαθητών που πάσχουν από τις εν λόγω διαταραχές.

Οι εκπαιδευτικοί στα ελληνικά σχολεία λαμβάνουν τη δυνατότητα μέσω του παρόντος εγχειριδίου να συμμετέχουν ενεργά στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των μαθητών τους, καθώς τούς δίνεται η ευκαιρία να συνεισφέρουν ενεργά, τόσο στην πρόληψη της εμφάνισης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, όσο και στην υποστήριξη των μαθητών που πάσχουν.

Ιούλιος 2015
Αθανασία Λιοζίδου



Για τη Μελίνα

ΑΛ



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
"ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ"
Προσανατολισμός στον Άνθρωπο



Στόχος του εγχειριδίου

Το παρόν εγχειρίδιο δημιουργήθηκε για να προσφέρει ένα πλαίσιο κατανόησης των ΔΠΤ με κύριους στόχους:

1. Την πρόσβαση στη βασική ενημέρωση για τους μαθητές με ΔΠΤ
2. Τη ρεαλιστική επιμόρφωση γύρω από τις ΔΠΤ
3. Την εκμάθηση γενικών πληροφοριών που θα βοηθήσουν στον εντοπισμό των πρώτων προειδοποιητικών σημείων μιας ΔΠΤ
4. Την ανάπτυξη στρατηγικών υποστήριξης των μαθητών με ΔΠΤ και των οικογενειών τους.

Οι ΔΠΤ είναι περίπλοκες και σοβαρές διαταραχές. Μόνο ειδικά εκπαιδευμένοι θεραπευτές είναι σε θέση να συμβουλέψουν κάποιον, ο οποίος υποφέρει από τις εν λόγω διαταραχές. Οι εκπαιδευτικοί ωστόσο, είναι σε θέση και μπορούν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στο δρόμο προς τη θεραπεία. Οι εκπαιδευτικοί είναι σε θέση να εντοπίσουν τα προειδοποιητικά σημεία των ΔΠΤ. Από τη θέση του ενήλικα που ενδιαφέρεται και είναι επαρκώς ενημερωμένος και έρχεται καθημερινά σε επαφή με τους μαθητές του, ο εκπαιδευτικός μπορεί επίσης να παίξει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη εφαρμόζοντας δραστηριότητες που πραγματεύονται θέματα διατροφής, εικόνας σώματος και αυτοεκτίμησης. Κατά τον ίδιο τρόπο, οι εκπαιδευτικοί μπορούν να βοηθήσουν στη δημιουργία ενός σχολικού περιβάλλοντος, το οποίο να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των μαθητών με ΔΠΤ.

Η παρούσα πηγή σχεδιάστηκε για να υποστηρίξει τους εκπαιδευτικούς στην απόκτηση γνώσης, δεξιοτήτων και στάσεων που χρειάζεται κανείς για να αισθανθεί σιγουριά και ασφάλεια στην πορεία προς την πρόληψη των ΔΠΤ με θετικό πνεύμα και ενεργητικό τρόπο. Επιπροσθέτως, το εγχειρίδιο προορίζεται να υποστηρίξει τους εκπαιδευτικούς που έχουν στις τάξεις τους μαθητές με ΔΠΤ παρέχοντάς τους γνώση για την επιτελεγμένη ψυχική και σωματική τους υγεία. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται



στο παρόν εγχειρίδιο για τους γονείς των ατόμων που πάσχουν από ΔΠΤ αναγνωρίζοντας το στρες που μπορεί να αισθάνονται οι γονείς αυτών των μαθητών και αναδεικνύοντας τον πολύ σπουδαίο ρόλο που μπορεί να παίξουν στη θεραπευτική διαδικασία.



Η πρόληψη στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Γιατί μάς ενδιαφέρει η πρόληψη στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) μολονότι εμφανίζονται αξιοσημείωτα λιγότερο συχνά, από ό,τι άλλες ψυχικές διαταραχές, έχουν συγκεντρώσει γύρω τους το ενδιαφέρον των ερευνητών κρατικών φορέων και επίσημων οργανισμών ως προς την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.

Κυρίαρχοι λόγοι ερμηνείας αυτής της παγκόσμιας τάσης είναι, καταρχήν, το αυξημένο οικονομικό κόστος, το οποίο προκύπτει κατά τη θεραπεία των ΔΠΤ. Ειδικότερα, η θεραπεία των ΔΠΤ χαρακτηρίζεται από αυξημένο αριθμό νοσηλειών, χρονιότητα και συνεχείς υποτροπές. Επιπλέον λόγοι που καθιστούν αναγκαία την πρόληψη στις ΔΠΤ είναι η διαταραγμένη λειτουργικότητα των πασχόντων, ο αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας, η αυξημένη θνησιμότητα και ο κίνδυνος ανάπτυξης άλλων διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, η παχυσαρκία, η κατάχρηση και η εξάρτηση από ουσίες, καθώς και άλλα προβλήματα υγείας (1-3).

Την αναγκαιότητα ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης τεκμηριώνει περαιτέρω το μικρό ποσοστό των πασχόντων το οποίο λαμβάνει θεραπευτική φροντίδα, καθώς λιγότερο από το ένα τρίτο των ασθενών λαμβάνει θεραπεία (4, 5), και τα υψηλά ποσοστά αναποτελεσματικότητας της θεραπείας, δεδομένου πως η θεραπεία οδηγεί σε ύφεση των συμπτωμάτων ένα ποσοστό 40-60% των ασθενών (6-9).



Οι διαφορετικές στρατηγικές πρόληψης στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Ο όρος «πρόληψη» για τα άτομα που πάσχουν από ΔΠΤ αναφέρεται σε συγκεκριμένες παρεμβάσεις ή σε προγράμματα σχεδιασμένα να μειώσουν τους παράγοντες κινδύνου και να ενισχύσουν τους παράγοντες προστασίας με απώτερο στόχο να σταματήσουν τα αυξανόμενα ποσοστά των ΔΠΤ. Φαίνεται πως μολονότι η γενική επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας (ΨΑ) παρέμεινε σταθερή κατά τις τελευταίες δεκαετίες, εντούτοις, έχει παρατηρηθεί μία αύξηση στην ομάδα υψηλού κινδύνου των γυναικών 15-19 ετών. Δεν είναι ακόμη σαφές αν αυτή η αύξηση αντανακλά την πρώιμη ανίχνευση των περιστατικών ΨΑ ή τη μικρότερη ηλικία έναρξης της διαταραχής (10). Παρακάτω ακολουθεί σύντομη περιγραφή και επεξήγηση των διαφόρων τύπων των παρεμβάσεων πρόληψης αναφορικά με τις ΔΠΤ.

Πρωτογενής πρόληψη

Οι παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης στοχεύουν στην πρόληψη της ανάπτυξης μιας ΔΠΤ και μπορεί να είναι τριών τύπων: καθολική (universal), επιλεκτική (selective) και ενδεδειγμένη (indicative).

Καθολική πρόληψη για τα παιδιά και το νεανικό πληθυσμό

Οι προσπάθειες πρόληψης καθολικού τύπου εφαρμόζονται στις κοινότητες ως σύνολο, στοχεύουν στην προώθηση της γενικής υγείας και ευημερίας, ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων και μειώνουν τον κίνδυνο της εμφάνισης των ΔΠΤ στο γενικό πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί στις σχολικές μονάδες με το να στοχεύει κανείς τους μαθητές κάθε ακαδημαϊκής χρονιάς στο σύνολό τους. Οι καθολικού τύπου παρεμβάσεις στοχεύουν στην πρόληψη της εμφάνισης των ΔΠΤ στα άτομα υψηλού κινδύνου προωθώντας ταυτόχρονα τη γενική υγεία και ευεξία των ατόμων που διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο.



Οι μαθητές ηλικίας 12-15 ετών αποτελούν τον κατάλληλο πληθυσμό για αυτού του είδους τις παρεμβάσεις, καθώς πολλοί προσωπικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι πυροδοτούν την εμφάνιση μιας ΔΠΤ πιθανώς να αναπτυχθούν κατά τη διάρκεια αυτής της ηλικιακής περιόδου (π.χ. η φυσιολογική αύξηση του λίπους στο σώμα, η αύξηση του σωματικού βάρους, η αυξημένη επιθυμία για αποδοχή από τους συνομηλίκους, η έναρξη του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, οι αλλαγές ως προς τους ακαδημαϊκούς στόχους).

Ορισμένοι ειδικοί στόχοι ως προς τις παρεμβάσεις καθολικού τύπου μπορεί να είναι οι εξής:

1. Βελτίωση της γενικής υγείας και διατροφής και της ψυχολογικής ευεξίας (π.χ. αυτοεκτίμηση, θετική εικόνα σώματος).
2. Εκπαίδευση στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) και κριτική αξιολόγηση των μηνυμάτων των ΜΜΕ.
3. Παροχή βοήθειας στα παιδιά ως προς τη διαχείριση των κοινωνικών και πολιτισμικών επιδράσεων που συνδέονται με την ανάπτυξη της δυσαρέσκειας της εικόνας σώματος.
4. Μείωση των πειραγμάτων και ιδιαιτέρως των πειραγμάτων που αφορούν στο σωματικό βάρος.

Επιλεκτική πρόληψη για τα παιδιά και το νεανικό πληθυσμό

Τα προγράμματα πρόληψης επιλεκτικού τύπου δε στοχεύουν και ως εκ τούτου δεν εφαρμόζονται, σε ολόκληρο τον πληθυσμό ανεξαιρέτως. Τα προγράμματα επιλεκτικής πρόληψης στοχεύουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου και δεν εφαρμόζονται σε ολόκληρη τη σχολική κοινότητα. Στην περίπτωση των ΔΠΤ ο πληθυσμός αυτός μπορεί να αφορά στα άτομα γυναικείου φύλου και στα άτομα που ασχολούνται με τον αθλητισμό και το χορό. Σε γενικές γραμμές τα προγράμματα πρόληψης επιλεκτικού τύπου στοχεύουν στην προώθηση της γενικής υγείας και



ευεξίας, ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα και μειώνουν τον κίνδυνο της εμφάνισης των ΔΠΤ.

Ορισμένοι ειδικοί στόχοι ως προς τις παρεμβάσεις επιλεκτικού τύπου μπορεί να είναι οι εξής:

1. Βελτίωση της γενικής υγείας και διατροφής και της ψυχολογικής ευεξίας (π.χ. αυτοεκτίμηση, θετική εικόνα σώματος).
2. Εκπαίδευση στα ΜΜΕ και κριτική αξιολόγηση των μηνυμάτων των ΜΜΕ.
3. Μείωση των πειραγμάτων, και ιδιαιτέρως των πειραγμάτων που αφορούν στο σωματικό βάρος.
4. Παροχή βοήθειας στα άτομα για να αναγνωρίσουν το κόστος που ενέχει η επιδίωξη του ιδανικού του «λεπτού» σώματος που καλλιεργείται στις χώρες του δυτικού πολιτισμού για τα κορίτσια και του μυώδους σώματος για τα αγόρια.
5. Προώθηση της υιοθέτησης μιας υγιούς και ισορροπημένης στάσης απέναντι στην εικόνα σώματος, τη διατροφή και το σωματικό βάρος.
6. Μείωση της σημασίας που προσδίδεται στο σχήμα του σώματος και στο σωματικό βάρος προκειμένου να επιτύχει κανείς προσωπική επιτυχία, ευτυχία και αυτοεκτίμηση.
7. Εκπαίδευση στις ζημιογόνες επιδράσεις της δίαιτας και της ακραία περιοριστικής δίαιτας σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο.
8. Ψυχοεκπαίδευση στην ισορροπημένη διατροφή και στη σωματική δραστηριότητα.

Ενδεδειγμένη πρόληψη για τα παιδιά και το νεανικό πληθυσμό

Τα προγράμματα ενδεδειγμένης πρόληψης είναι περισσότερο στοχευμένα σε σχέση με τα προγράμματα καθολικού και επιλεκτικού τύπου και σχεδιάζονται ώστε να μεγιστοποιήσουν την έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία στα άτομα με συμπτώματα



ΔΠΤ, τα οποία δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια, αλλά διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης μιας ΔΠΤ.

Αυτού του τύπου οι παρεμβάσεις στοχεύουν-σε αυτό το στάδιο- στη μείωση των συμπτωμάτων των ΔΠΤ. Σε χώρες όπου εφαρμόζονται προγράμματα ενδεδειγμένης πρόληψης στο σχολικό πλαίσιο, εμπλέκονται κυρίως οι σχολικοί σύμβουλοι, οι οποίοι είναι σε θέση να ενθαρρύνουν και να συμβουλέψουν τους μαθητές στην αναζήτηση θεραπείας.

Ορισμένοι ειδικοί στόχοι ως προς τις παρεμβάσεις ενδεδειγμένου τύπου μπορεί να είναι οι εξής:

1. Εκμάθηση ενός υγιούς και μη διαταραγμένου προτύπου διατροφής προκειμένου να διατηρεί κανείς ένα φυσιολογικό σωματικό βάρος.
2. Εκπαίδευση στα ΜΜΕ μέσω της παροχής πληροφόρησης ως προς την προώθηση μη ρεαλιστικών προτύπων ομορφιάς από τα ΜΜΕ, ώστε τα παιδιά να εκπαιδευτούν στην κριτική αξιολόγηση των μηνυμάτων των ΜΜΕ και ως εκ τούτου να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης των ΔΠΤ.
3. Παροχή βοήθειας στα άτομα για να αναγνωρίσουν το κόστος που ενέχει η επιδίωξη του ιδανικού του λεπτού σώματος που καλλιεργείται στις χώρες του δυτικού πολιτισμού για τα κορίτσια και του μυώδους σώματος για τα αγόρια.
4. Προώθηση της υιοθέτησης μιας υγιούς και ισορροπημένης στάσης απέναντι στην εικόνα σώματος, τη διατροφή και το σωματικό βάρος.
5. Μείωση της σημασίας που προσδίδεται στο σχήμα του σώματος και στο σωματικό βάρος προκειμένου να επιτύχει κανείς προσωπική επιτυχία, ευτυχία και αυτοεκτίμηση.
6. Εκπαίδευση στις ζημιόγones επιδράσεις της δίαιτας και της ακραία περιοριστικής δίαιτας σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο.
7. Ψυχοεκπαίδευση στην ισορροπημένη διατροφή και στη σωματική δραστηριότητα.



Δευτερογενής πρόληψη

Οι παρεμβάσεις δευτερογενούς πρόληψης στοχεύουν στη μείωση της σοβαρότητας και της διάρκειας μιας ασθένειας μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης και θεραπείας. Αυτού του τύπου οι παρεμβάσεις συναντώνται συχνότερα κατά την ανάπτυξη μιας ΔΠΤ και στοχεύουν στην ανάδειξή τους ως διαταραχές οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία, είναι αρκετά συχνές και βρίσκονται ένα βήμα παραπέρα στο συνεχές της διαταραγμένης διατροφής. Οι προσπάθειες «φυσιολογικοποίησης» αποσκοπούν στο να ενθαρρύνουν ένα άτομο να αναζητήσει βοήθεια σε ένα αρχικό στάδιο της διαταραχής.

Υπάρχει μία αξιοσημείωτη επικάλυψη ανάμεσα στην ενδεδειγμένη πρόληψη και στη δευτερογενή πρόληψη, με τη μόνη διαφορά να βρίσκεται στο βαθμό που αποδεδειγμένα τα άτομα βρίσκονται στο δρόμο ανάπτυξης μιας ΔΠΤ. Ομοίως με την ενδεδειγμένη, η δευτερογενής πρόληψη όταν εφαρμόζεται στις σχολικές μονάδες αποτελεί αντικείμενο των σχολικών συμβούλων, οι οποίοι συχνά καθοδηγούν και ενθαρρύνουν τα παιδιά στην αναζήτηση θεραπείας.

Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση των επιπτώσεων μιας ΔΠΤ στη ζωή ενός ατόμου μέσω διαφόρων προσεγγίσεων, όπως η αποκατάσταση και η πρόληψη των υποτροπών.



Αναπτυξιακά κατάλληλη διδακτική ύλη για τις ηλικίες 7 έως 25 ετών για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ)¹	
7-10 ετών	10-14 ετών
<p>Σε γενικές γραμμές τα παιδιά κάτω των 12 ετών δε χρειάζονται πληροφορίες για τις ΔΠΤ.</p> <p>Η επικοινωνία μαζί τους θα πρέπει να επικεντρώνεται στην προαγωγή θετικών συμπεριφορών.</p>	<p>Τα χρόνια της μετάβασης στην εφηβεία αποτελούν μια κρίσιμη περίοδο για τις παρεμβάσεις.</p>
<p>Συγκεκριμένα τα σχολικά προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να επικεντρώνονται στην παρακάτω θεματολογία:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προαγωγή της υγείας • Εικόνα σώματος και αυτοεκτίμηση • Γενική επιμόρφωση σε θέματα ψυχικής υγείας 	<p>Τα σχολικά προγράμματα θα πρέπει να επικεντρώνονται στην εξής θεματολογία:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αυτοεκτίμηση • Τελειοθηρία • Εκπαίδευση στα ΜΜΕ και στη διαδικασία εσωτερίκευσης του ιδανικού σχήματος για το σώμα. • Υγιεινή διατροφή • Κίνδυνοι της δίαιτας • Φυσιολογικές αλλαγές και διαφορετικότητα στο σχήμα του σώματος. • Αντίσταση στην πίεση των συνομηλίκων. • Οικοδόμηση ενός περιβάλλοντος το οποίο υποστηρίζει τη θετική εικόνα σώματος.
15-18 ετών	18-25 ετών
<p>Για τους νέους ηλικίας 15 έως 18 ετών η παροχή πληροφόρησης για τις ΔΠΤ μπορεί να συνεισφέρει στην αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου τόσο στα ίδια τα άτομα όσο και στο κοντινό τους περιβάλλον. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη μιας υποστηρικτικής κοινότητας.</p>	<p>Οι νέοι ηλικίας 18 έως 25 ετών μπορεί να βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο και απαιτούνται ειδικά και στοχευμένα μηνύματα για την αντιμετώπιση των συμπεριφορών κινδύνου.</p>

¹ Προτεινόμενη δομή διδασκαλίας από το Υπουργείο Υγείας της Αυστραλίας μέσω του έργου Εθνική Συνεργασία για τις ΔΠΤ (The National Eating Disorders Collaboration 11. Eating Disorders Explained. Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response. 2015 [cited 2015 05/05/2015]. Available from: [http://nedc.com.au/..](http://nedc.com.au/)



<p>Αυτή η ηλικιακή ομάδα πιθανώς να διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο έχοντας ήδη εμπλακεί σε συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τις ΔΠΤ.</p>	<p>Η γνώση γύρω από τις ΔΠΤ απαιτείται για να καταστεί δυνατή η υποστήριξη από τους συνομηλικούς και τους συντρόφους των ατόμων.</p>
<p>Τα μηνύματα θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων υψηλού κινδύνου.</p>	<p>Τα μηνύματα μπορεί να στοχεύουν συγκεκριμένα επαγγέλματα ή/και άλλες ομάδες, όπως για παράδειγμα οι αθλητές, η βιομηχανία της διασκέδασης και οι εργοδότες που απασχολούν νεανικό πληθυσμό.</p>
<p>Τα μηνύματα θα πρέπει να περιλαμβάνουν τρόπους αμφισβήτησης του ιδανικού του λεπτού σώματος.</p>	



Τί είναι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής;

Κατά μία ευρεία έννοια, ο όρος *Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ)* μπορεί να αφορά σε οποιοδήποτε αυτοκαταστροφικό πρότυπο πρόσληψης τροφής. Τυπικά, οι μαθητές με ΔΠΤ υπεραπασχολούνται με το φαγητό, το σωματικό βάρος και την εικόνα του σώματός τους (12). Η Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ) και η Ψυχογενής Βουλιμία (ΨΒ) ως κοινό παρονομαστή μοιράζονται την υπερβολική ενασχόληση με το φαγητό και χαρακτηρίζονται από ορισμένα κοινά σημεία: τα μη φυσιολογικά διατροφικά σχήματα, το διαταραγμένο έλεγχο του σωματικού βάρους και τις διαστρεβλωμένες αντιλήψεις ως προς το σωματικό βάρος και το σώμα (13, 14). Πάσχοντες των δύο διαταραχών αναφέρουν πως η διατροφή γεννά φόβο και υποχρέωση. Γενικώς, η διατροφή συνδέεται με κάτι πολύ αρνητικό, έως και βασανιστικό (15).

Ψυχογενής Ανορεξία

Βασικά χαρακτηριστικά της ΨΑ είναι η επιθυμία για λεπτό σώμα, η τελετουργική διατροφική συμπεριφορά (13), η σημαντική απώλεια σωματικού βάρους, ενώ ειδικότερα στα παιδιά και στους εφήβους η χαμηλή θερμοδική πρόσληψη αντανακλά καθυστέρηση στην ανάπτυξη (16). Η ΨΑ περιοριστικού τύπου περιορίζει την ενεργειακή πρόσληψη και την κατανάλωση υδατανθράκων και λιπιδίων(13), ενώ στον τύπο της κάθαρσης συμβαίνουν συχνά επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης (17). Οι συμπεριφορές κάθαρσης αφορούν στη χρήση καθαρτικών, διουρητικών και κλυσμάτων και στην πρόκληση εμέτου (16). Πρόσφατη μελέτη στον πληθυσμό Αμερικανών εφήβων (18) ανέδειξε σημαντική σχέση της ΨΑ με τη Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης. Δεδομένης της υψηλής συνύπαρξης της ΨΑ με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές στον ενήλικο πληθυσμό, οι ερευνητές προτείνουν στην παρούσα μελέτη πως η ύπαρξη της ΨΑ στον εφηβικό πληθυσμό αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση άλλων ψυχιατρικών διαταραχών σε αυτόν τον πληθυσμό.



Ψυχογενής Βουλιμία

Η ΨΒ χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο απόκτησης σωματικού βάρους και από διαστρεβλωμένη αντίληψη που έχει κάποιος για το σώμα του. Τα άτομα με ΨΒ περιορίζουν την κατανάλωση φαγητού, αλλά με το πέρασ του χρόνου κι αφού έχουν ακολουθήσει μία περιοριστική δίαιτα, χάνουν τον έλεγχο και επιδίδονται σε επεισόδια υπερφαγίας. Μετά από κάθε επεισόδιο υπερφαγίας, το άτομο με βουλιμία προσπαθεί να αντισταθμίσει την υψηλή πρόσληψη θερμίδων. Η ΨΒ μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ανάλογα με τη μέθοδο που χαρακτηρίζει την αντιρροπιστική συμπεριφορά των ατόμων. Ο μη καθαρτικός τύπος χαρακτηρίζεται από έντονη σωματική δραστηριότητα και νηστεία, ενώ ο καθαρτικός τύπος χαρακτηρίζεται από την πρόκληση εμέτου ή την κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών (16).

Πρόσφατα ευρήματα από πληθυσμό εφήβων αναφέρουν σημαντική σχέση της ΨΒ με την κατάθλιψη, τη διπολική διαταραχή, τις αγχώδεις διαταραχές-όπως η κοινωνική φοβία και η μετατραυματική διαταραχή άγχους-, την υπερκινητικότητα, τις διαταραχές προσοχής και τη διαταραχή διαγωγής (18).



Παράγοντες που συνεισφέρουν στην εμφάνιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

Ερευνητικές προσπάθειες πολλών ετών επιχειρούν να εξακριβώσουν τις αιτίες εμφάνισης των ΔΠΤ. Τα τελευταία έτη οι ερευνητές έχουν απομακρυνθεί από την ιδέα της μίας και μοναδικής αιτίας εμφάνισης των ΔΠΤ και προτείνουν πως ένας αριθμός παραγόντων προδιαθέτουν τους ανθρώπους στις ΔΠΤ. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν έναν αριθμό προδιαθεσικών εναυσμάτων, όπως είναι η προσωπικότητα και το περιβάλλον.

Πολλά άτομα με ΔΠΤ θέτουν ανέφικτα πρότυπα τελειότητας για τον εαυτό τους, υποφέρουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση και τείνουν να αναπτύσσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αυτά τα άτομα μπορεί να έχουν βιώσει κατά την περίοδο που προηγείται της εκδήλωσης της διαταραχής ένα απειλητικό για την αυτοεκτίμησή τους γεγονός, όπως είναι ένα διαζύγιο, η αλλαγή σχολικού περιβάλλοντος ή η απώλεια ενός φίλου. Υπάρχουν, επίσης, έρευνες που συνδέουν την εμφάνιση της ΔΠΤ με τη σεξουαλική κακοποίηση.

Οι αλλαγές που προκύπτουν από τα αναπτυξιακά στάδια που διέρχεται ένα άτομο, όπως για παράδειγμα η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία συνδέεται στενά με την ανάπτυξη των ΔΠΤ. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν πως μια ΔΠΤ μπορεί να αναπαριστά την προσπάθεια καθυστέρησης ή αναβολής της σωματικής και της συναισθηματικής ωρίμανσης και της υπευθυνοποίησης που αυτές συνεπάγονται. Επιπροσθέτως, η γενετική παίζει κάποιο σημαντικό ρόλο, παρόλο που η έρευνα σε αυτόν τον τομέα βρίσκεται σε εξέλιξη.

Το περιβάλλον μπορεί να είναι ένας πολύ κρίσιμος παράγοντας. Το οικογενειακό περιβάλλον που ασκεί υπερβολική πίεση για την ακαδημαϊκή και αθλητική επιτυχία των ατόμων περιγράφονται ως περισσότερο πιθανά να προωθούν ακούσια τις διατροφικές διαταραχές. Τα νεαρά άτομα που ασχολούνται με εξαιρετικά ανταγωνιστικές δραστηριότητες που δίνουν έμφαση στο λεπτό σώμα, όπως είναι η γυμναστική, το μπαλέτο, το modelling διατρέχουν υψηλό κίνδυνο.



Οι πολιτισμικές επιδράσεις λογίζονται και αυτές ως ένας διακριτός παράγων. Διαβιούμε μια εποχή όπου το λεπτό σώμα είναι υπερεκτιμημένο, ειδικά για τις γυναίκες. Η τηλεόραση και η έντυπη ενημέρωση παρουσιάζουν ελκυστικούς και επιτυχημένους ανθρώπους με κομψά έως και λιπόσαρκα σώματα σούπερ μοντέλων, θέτοντας μη ρεαλιστικά πρότυπα για την ομορφιά. Λαμβάνοντας αυτά υπόψη, εύκολα διαπιστώνει κανείς πώς οι επιρρεπείς και ευάλωτοι προ-έφηβοι και έφηβοι, καθώς βρίσκονται στο επίκεντρο των σωματικών αλλαγών της εφηβείας, μπορεί να παλεύουν να διατηρήσουν αυτά τα μη ρεαλιστικά πρότυπα και ενόσω αυτό συμβαίνει να διακυβεύουν σοβαρά την υγεία και την ευεξία τους.

Πίνακας 1. Παράγοντες που συνεισφέρουν στην εμφάνιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ)

Προσωπικότητα: Γενικά επηρεάζονται τα άτομα που είναι προσανατολισμένα στην επιτυχία, είναι τελειομανή και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Εμπειρίες: Τα άτομα που έχουν βιώσει σεξουαλική ή άλλου είδους κακοποίηση μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, όπως επίσης και αυτά που έχουν βιώσει μία σημαντική απώλεια, όπως είναι ο θάνατος ή το διαζύγιο.

Περιβάλλον: Τα άτομα που πάσχουν από ΔΠΤ μπορεί να ανατρέφονται σε εξαιρετικά αγχογόνο περιβάλλον, όπου η επιτυχία ή η εμφάνιση- ιδιαίτερα όταν αυτή συνδέεται με το σχήμα του σώματος-αποκτά υπερβολική σημασία. Επίσης, υψηλό κίνδυνο διατρέχουν οι άνθρωποι που συμμετέχουν σε δραστηριότητες ιδιαιτέρως ανταγωνιστικές και οι οποίες δίνουν υπερβολική έμφαση στο μέγεθος του σώματος, όπως είναι η γυμναστική, το μπαλέτο, το modelling και το τρέξιμο μεγάλων αποστάσεων.

Γενετική προδιάθεση: Είναι ζήτημα της τρέχουσας έρευνας. Φαίνεται, ωστόσο, πως αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα.



Επί του παρόντος (19) λίγα πράγματα γνωρίζουμε για τους ειδικούς παράγοντες που συνεισφέρουν στην εμφάνιση της ΨΑ, της ΨΒ και της Διαταραχής Υπερφαγίας (ΔΥ). Καλά μελετημένοι παράγοντες κινδύνου είναι η αυξημένη αίσθηση πίεσης για απόκτηση λεπτού σώματος, η εσωτερίκευση του ιδεώδους του λεπτού σώματος ως πρότυπο για τη γυναικεία ομορφιά, η δυσαρέσκεια που έχει κάποιος για το σώμα του και το αρνητικό συναίσθημα. (Βλ. Πίνακα 2 για μία σύνοψη παραγόντων για τη ΨΑ και τη ΨΒ) (20).

Γενικά, οι μαθητές με ΔΠΤ βιώνουν αισθήματα κατάθλιψης ή/και χαμηλή αυτοεκτίμηση και συνδέουν αυτά τα προβλήματα με την εικόνα του σώματός τους. Η διαταραγμένη διατροφή μπορεί να ειπωθεί ως μία προσπάθεια δημιουργίας ή επανάκτησης του αισθήματος ελέγχου όταν όλα τα άλλα πράγματα στη ζωή φαίνονται εκτός ελέγχου. Συχνά για τα άτομα αυτά η λήψη τροφής ή η στέρηση της τροφής, είναι ένας τρόπος επικοινωνίας των αναγκών τους και διαχείρισης του υψηλού επιπέδου άγχους που εκδηλώνουν. Η συμπεριφορά αυτή υποστηρίζεται και διατηρείται από τη διαστρεβλωμένη αντίληψη του ατόμου. Για πολλούς πάσχοντες δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, καθώς οι φυσικές συνέπειες της κακής διατροφής ή της υπερφαγίας, υπονομεύουν την ήδη εύθραυστη αυτοαντίληψή τους.





Εικόνα 1. Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής: Ένας φαύλος κύκλος αυτοκακοποίησης (21).

Ο φαύλος κύκλος αυτοκακοποίησης της ΨΑ, μιας από τις ΔΠΤ που είναι επικίνδυνη για τη σωματική υγεία και ακεραιότητα ενός ατόμου παρουσιάζεται σχηματικά στην εικόνα 1. Η πιθανότητα να εισέλθει κάποιος σε έναν κύκλο αυτοκακοποίησης είναι πολύ μεγάλη και αφορά όλες τις ΔΠΤ λόγω της επίδρασης στην αντίληψη, στη σκέψη, στη διάθεση και στη συμπεριφορά των ατόμων. Οι διαταραχές διατροφής μπορούν να χαρακτηριστούν ως νόσοι που εκτείνονται από τη φυσιολογική διατροφή έως την έναρξη για παράδειγμα της ΨΒ ή της ΨΑ. Φαίνεται πως καθώς διαταράσσονται οι φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες, με τον ίδιο τρόπο αναπτύσσεται και η αίσθηση της δυσαρέσκειας του σώματος, η διαπροσωπική δυσπιστία, ο φόβος της ωρίμανσης και η ανικανότητα του ελέγχου της παρορμητικής

συμπεριφοράς. Το άτομο με ΔΠΤ αναπτύσσει υπερβολικά πρότυπα αυτορρύθμισης ή αυτοάρνησης. Είναι απαραίτητο να αναφέρουμε πως δεν είναι απαραίτητο να περάσουν τα άτομα από όλα τα στάδια ή έστω από κάποια από αυτά προκειμένου να αναπτύξουν μια ΔΠΤ (22).

Πίνακας 2. Κύριοι Παράγοντες Κινδύνου για την Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία	
Γενικοί Παράγοντες	
<ul style="list-style-type: none">• Γυναικείο φύλο• Εφηβεία και νεαρή ενήλικη ζωή• Διαβίωση σε μια κοινωνία Δυτικού πολιτισμού	
Ατομικοί-Ειδικί Παράγοντες	
Οικογενειακό Ιστορικό	
<ul style="list-style-type: none">• Παρουσία οποιασδήποτε Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής• Κατάθλιψη• Κατάχρηση ουσιών, κυρίως αλκοόλ (Ψυχογενής Βουλιμία)• Παχυσαρκία (Ψυχογενής Βουλιμία)	
Προνοσηρές Εμπειρίες	
<ul style="list-style-type: none">• Κατά την ανατροφή: Φτωχή επαφή, υψηλές προσδοκίες, διχόνοια γονέων.• Σεξουαλική κακοποίηση• Δίαιτα• Επικριτικά σχόλια για το φαγητό, το σώμα, το σωματικό βάρος από την οικογένεια και άλλους• Πίεση για την επίτευξη ενός αδύνατου σώματος λόγω επαγγελματικής ιδιότητας	
Προνοσηρά χαρακτηριστικά	
<ul style="list-style-type: none">• Χαμηλή αυτοεκτίμηση• Τελειοθηρία (στην Ψυχογενή Ανορεξία και σε ένα μικρότερο βαθμό στην Ψυχογενή Βουλιμία)• Άγχος/Αγχώδεις διαταραχές• Παχυσαρκία (Ψυχογενής Βουλιμία)• Πρόωρη έμμηνος ρύση (Ψυχογενής Βουλιμία)	



Παράγοντες που συνεισφέρουν στη διατήρηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

Η ενίσχυση της απώλειας βάρους δημιουργεί αμφιθυμία κατά τη θεραπευτική διαδικασία

Η απώλεια βάρους μπορεί να επιδράσει αρνητικά στη σχέση των ατόμων με το μυαλό, το σώμα και το φαγητό. Για ένα μεγάλο μέρος της ανθρώπινης ιστορίας το φαγητό ήταν λιγοστό και το ανθρώπινο είδος επικεντρώθηκε στην εύρεση τροφής για την επιβίωσή του. Σήμερα, παρά την αφθονία των τροφίμων, τα μηνύματα του δυτικού πολιτισμού λένε, πως μόνο ένα λεπτό σώμα είναι ένα υγιές σώμα. Οι έπαινοι για την απώλεια βάρους μπορεί να δώσουν την αίσθηση της επιτυχίας, της ισχυρής θέλησης, της μοναδικότητας και της χαράς. Είναι εύκολο να επιζητούν τα άτομα περισσότερη επιβεβαίωση και να συνεχίζουν την περιοριστική δίαιτα, τις τελετουργίες της δίαιτας ή την καταμέτρηση θερμίδων, το ζύγισμα του φαγητού, την υπερβολική άσκηση και τις επιβλαβείς συμπεριφορές, όπως ο έμετος και η κατάχρηση διουρητικών.

Ανάπτυξη μιας ψυχικής ασθένειας

Έρχεται μια στιγμή για τα άτομα (με ΔΠΤ) όπου διακυβεύεται η σωματική και ψυχική τους υγεία, λόγω της λιμοκτονίας και των συμπεριφορών αντιστάθμισης. Οι επιπτώσεις της λιμοκτονίας στον υγιή πληθυσμό έχουν διερευνηθεί και έχει αποδειχθεί πως τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, μελαγχολίας, ψυχαναγκασμού, παρορμητισμού, καθώς και ο άκαμπτος τρόπος σκέψης, τα επεισόδια υπερφαγίας, οι συμπεριφορές κάθαρσης, η υπερβολική σωματική άσκηση μπορεί να οξυνθούν έπειτα από αυστηρό περιορισμό του φαγητού. Οι επιπτώσεις της λιμοκτονίας μπορεί να εξελιχθούν ακόμη κι αν τα άτομα δεν είναι ελλιποβαρή. Είναι εύκολο να διεξάγει κανείς το συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι που έχουν τη γενετική προδιάθεση ή συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως τελειοθηρία, ιδεοληψίες, άκαμπτο τρόπο σκέψης ή άγχος, μπορεί να βιώνουν τις επιπτώσεις της λιμοκτονίας



πιο άμεσα ή έντονα. Δικαιολογημένα η νόσηση είναι από τα τελευταία χαρακτηριστικά που επηρεάζονται, καθώς οι άνθρωποι στην εξελικτική τους ιστορία χρειάζονταν το μυαλό τους κατά την εποχή της έλλειψης τροφίμων. Είναι σύνηθες για ένα άτομο να είναι αδιάθετο εξαιτίας της λιμοκτονίας, αλλά να εξακολουθεί να εκπληρώνει τις υψηλές ακαδημαϊκές του απαιτήσεις. Για ορισμένα άτομα που εμφανίζουν μια ΔΠΤ, η ψυχική τους υγεία μπορεί να είναι τόσο διαταραγμένη που αναπτύσσουν μια ολοένα αυξανόμενη αρνητική εικόνα σώματος ή μια διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος. Για παράδειγμα, όσο πιο λεπτό σώμα αποκτούν, τόσο πιο τεράστιο σώμα αισθάνονται ότι έχουν. Μπορεί να εκδηλώσουν παραληρητικές ιδέες, όπως η ιδέα ότι μπορεί να κάποιος να παχύνει αν κρατάει στα χέρια του φαγητό ή ότι το νερό ή ο αέρας που αναπνέουμε περιέχει θερμίδες. Φοβίες μπορεί να αναπτυχθούν, όπως αυτή της πρόσληψης σωματικού βάρους. Μάλιστα η φοβία της πρόσληψης σωματικού βάρους μπορεί να είναι δυνατότερο κίνητρο από τον πραγματικό κίνδυνο που διατρέχει η υγεία τους ή από τον κίνδυνο να πεθάνουν από την πείνα. Τα άτομα αυτά μπορούν να δαπανούν ώρες κοιτάζοντας στον καθρέφτη τον εαυτό τους με αποστροφή. Για την αποφυγή πρόσληψης σωματικού βάρους τα άτομα μπορεί να αναπτύξουν αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως ο προκλητός έμετος ή η χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, η υπερβολική σωματική άσκηση, παρά το γεγονός ότι μπορεί να είναι υποσιτισμένα και να κινδυνεύει η υγεία τους από την πείνα. Παρόλο που η ομαλή διατροφή είναι ζωτικής σημασίας για την ανάκαμψη των ατόμων με ΔΠΤ, για την κατάλληλη υποστήριξη των ατόμων αυτών δεν αρκεί απλώς να πει κανείς: «Πρέπει να φας», όπως δεν αρκεί και για κάποιον που υποφέρει από αραχνοφοβία να μπει σε ένα δωμάτιο με αράχνες για να το ξεπεράσει. Ορισμένες φορές ο φόβος του πάχους μπορεί να είναι τόσο ισχυρός που η ιδέα της πρόσληψης σωματικού βάρους για να γίνει κάποιος καλά αυξάνει τα επίπεδα άγχους, γεγονός που βαίνει εις βάρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Συνεπώς, όταν η στέρηση της τροφής έχει υπάρξει ο βασικός αυτοεπιβαλλόμενος στόχος για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα, επέρχονται αλλαγές σε επίπεδο νευροβιολογικό. Ο εγκέφαλος των ατόμων αλλάζει προς κατευθύνσεις επιζήμιες για την υγεία, όπως είναι η αμφιθυμία να βελτιώσουν την υγεία τους παρά το σοβαρό κίνδυνο που διατρέχει.



Ο κύκλος: αιτία-υπερφαγία-κάθαρση

Οι περισσότεροι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν τις ΔΠΤ χαρακτηρίζονται από έναν «ασπρόμαυρο» τρόπο σκέψης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην ηθικοποίηση του φαγητού σε «καλό» και «κακό». Αργότερα αυτή η ηθική επηρεάζει τη συμπεριφορά και τον τρόπο που σκέφτονται τα άτομα για τον εαυτό τους. Είμαστε «καλοί» όταν τρώμε «καλό» φαγητό και είμαστε «κακοί» ή αποτυχημένοι όταν δεν το τρώμε. Εναλλασσόμαστε βλέποντας τον εαυτό μας ως καλό ή κακό, τέλειο ή αποτυχημένο, κάνοντας ή όχι δίαιτα. Η βιομηχανία της δίαιτας προσπαθεί να μας πείσει ότι τρώγοντας ένα κομμάτι από μια «κακή» τροφή θα παχύνουμε και πως αν παχύνουμε θα είμαστε «κακοί». Στην πραγματικότητα, ένα κομμάτι από οτιδήποτε δεν κάνει κανέναν παχύ. Επιπλέον, το πάχος δεν κάνει κανένα «κακό». Οπωσδήποτε όλοι οι άνθρωποι αξίζουν.

Ένα πολύ συνηθισμένο σενάριο είναι πως όταν ένα άτομο αισθάνεται πίεση για να χάσει βάρος ή για να βελτιώσει την υγεία του αμέσως σκέφτεται να περιορίσει το φαγητό ή να τρώει μόνο «καλό» φαγητό. Το τί είναι «καλό» ή «κακό» φαγητό μπορεί να εξαρτάται από τη δίαιτα που είναι εκείνο τον καιρό της μόδας και που μερικές φορές βασικά είδη διατροφής, όπως είναι το ψωμί και τα απαραίτητα για τον ανθρώπινο οργανισμό λιπαρά, θεωρούνται «κακά» φαγητά.

Τα περισσότερα άτομα δεν μπορούν να διατηρήσουν τους αυστηρούς διαιτητικούς περιορισμούς και να αντέξουν την υπερβολική πείνα. Είναι πολύ συνηθισμένο όταν οι άνθρωποι είναι πολύ πεινασμένοι να τρώνε γρήγορα και πολύ. Όταν η υπερβολική πείνα οδηγεί σε υπερφαγία μπορεί να προκαλέσει αισθήματα ενοχής και αυτοαπέχθειας. Το ότι: «Χάλασα τη δίαιτα» και «Έφαγα κάτι κακό» σημαίνει ότι τα έκαναν θάλασσα, ότι απέτυχαν και δημιουργούνται αισθήματα έλλειψης ελέγχου. Φυσικά τα επεισόδια υπερφαγίας κάνουν κάποιον να αισθάνεται «κακός» και έτσι ο κύκλος του να προσπαθεί κάποιος να είναι ωραίος, υγιής καθώς και η προσπάθεια να χάσει βάρος αρχίζει ξανά και συνήθως κάθε Δευτέρα...

Τα επεισόδια υπερφαγίας μπορεί να οδηγήσουν σε συμπεριφορά κάθαρσης, όπως είναι η σωματική άσκηση, η πρόκληση έμετου, η κατάχρηση καθαρτικών,



κουβαλώντας μια αίσθηση λύτρωσης επειδή «ξεφορτώθηκαν» το φαγητό που κατανάλωσαν κατά το επεισόδιο της υπερφαγίας.

Μπορεί να περάσουν δεκαετίες για τα άτομα όντας κατά διαστήματα σε δίαιτα και κατά συνέπεια έχοντας αναπτύξει συναισθήματα ανεπάρκειας. Ο κύκλος: δίαιτα-υπερφαγία-κάθαρση διατηρείται επειδή αυτός ο τρόπος ζωής μπορεί να γίνει ο συνηθισμένος και επειδή μπορεί να βοηθάει στη διαχείριση των υποκείμενων δυσάρεστων συναισθημάτων. Για παράδειγμα, η συμπεριφορά κάθαρσης μπορεί να οδηγήσει σε ένα αίσθημα αυτοαπέχθειας, αλλά και ανακούφισης. Μπορεί να είναι εύκολο να μένει κανείς στους γνωρίμους τρόπους διαχείρισης και μπορεί να σημαίνει την αδυναμία να δει τον εαυτό του να αλλάζει ή να βελτιώνεται.

Η ισχυρή ταυτότητα με τη διατροφική διαταραχή

Κάποιος με μια διατροφική διαταραχή συχνά υπεραπασχολείται με το σωματικό του βάρος, το σχήμα του σώματός του και τη διατροφή του. Οι ΔΠΤ μπορεί να συγκαλύπτουν ορισμένα ζητήματα. Λόγου χάρη η αυτοεπιβαλλόμενη αιτία μπορεί να μετατοπίζει το επίκεντρο της ζωής του ατόμου στις αδιάκοπες και επίμονες σκέψεις για το φαγητό και τη διατροφικά διαταραγμένη συμπεριφορά. Οι επίμονες αυτές σκέψεις συχνά ερμηνεύονται ως οι σκέψεις του ίδιου του ατόμου και δεν αντιμετωπίζονται ως σκέψεις και συμπεριφορές που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της αστίας. Οι σκέψεις ή οι συμπεριφορές που παρατηρούνται κατά τις ΔΠΤ μπορεί να γίνουν ένα μέσο διαχείρισης άλλων ζητημάτων και να δημιουργήσουν στις ζωές των ατόμων μια ψευδαίσθηση ασφάλειας και ανάληψης ελέγχου πάνω στη ζωή τους. Ο διαχωρισμός ή η εξωτερίκευση των σκέψεων και των συμπεριφορών μπορεί να είναι πολύ χρήσιμα στη διαδικασία της θεραπείας. Όλοι μας κάνουμε αρνητικές σκέψεις αλλά συχνά εξισορροπούνται από θετικές σκέψεις. Μερικές φορές όταν κάποιος αναπτύσσει μια ΔΠΤ, ο «υγιής» εαυτός, ο αληθινός εαυτός ή οι θετικές σκέψεις εξουδετερώνονται από τις αδιάλειπτες επικριτικές σκέψεις που ορίζουν τη συμπεριφορά. Όταν αυτές οι σκέψεις συγχωνεύονται με την ταυτότητα του ατόμου, μπορεί να υπάρξει άρνηση του προβλήματος ή/και αμφιθυμία ως προς την αλλαγή.



Αν ένα παιδί προσβληθεί από μία νεοπλασματική ασθένεια, είναι εύκολο να διαπιστώσει κάποιος ότι η κατάσταση της υγείας του παιδιού είναι συνέπεια του καρκίνου του. Παρομοίως, είναι χρήσιμο να δει κανείς τη ΔΠΤ ως το λόγο για την κακή κατάσταση υγείας του ατόμου, και όχι να βρει την αιτία στο ίδιο το άτομο ή στην οικογένειά του. Για παράδειγμα, όταν ένα άτομο βρίσκεται σε κατάσταση έντονου άγχους ελέγχοντας το βάρος του, η σκέψη ότι έχει παχύνει ενώ στην πραγματικότητα έχει χάσει βάρος, προσφέρει την ευκαιρία να αναδείξει κανείς πως οι ΔΠΤ επηρεάζουν την αντίληψη των ατόμων. Όταν κάποιος ξεσπάει επειδή είχε ένα γεύμα, πολύ συχνά σημαίνει ότι η ασθένεια έχει ισχυρή επίδραση εκείνη τη χρονική στιγμή. Μέσω της παροχής τακτικών γευμάτων είναι χρήσιμο να σκεφτεί κανείς ότι πρέπει να υποστηριχθεί το άτομο με ΔΠΤ, ώστε να τραφεί περισσότερο από όσο του επιτρέπει η ασθένειά του να φάει. Η ίδια η ασθένεια αναστατώνει τα άτομα με ΨΑ σχετικά με την αποκατάσταση του βάρους τους, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την επιβίωσή τους. Ο διαχωρισμός αυτός πιθανώς να βοηθήσει τους φροντιστές να κατανοήσουν την ασθένεια και τα άτομα με ΔΠΤ να διαχωρίσουν την ασθένεια από τον εαυτό τους. Ο δρόμος προς την θεραπεία των ατόμων με ΔΠΤ φαίνεται ανοιχτός όταν η αληθινή προσωπικότητα των ατόμων επιστρέφει ως αποτέλεσμα της τακτικής και επαρκούς διατροφής.

Υποσιτισμός

Οι ΔΠΤ είναι εξαιρετικά περίπλοκες ιατρικές καταστάσεις οι οποίες μεγεθύνονται από τη δραματική επίδραση του υποσιτισμού στον εγκέφαλο. Τα τελευταία έτη η έρευνα για τις ΔΠΤ στράφηκε γύρω από τη νευροβιολογία των εν λόγω διαταραχών. Η λιμοκτονία και ο υποσιτισμός, η υπερφαγία και οι συμπεριφορές κάθαρσης μπορεί να διατηρούνται εξαιτίας των φυσιολογικών αντιδράσεων, επιδεινώνοντας με αυτόν τον τρόπο την ψυχική ασθένεια και τις προβληματικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, ο εγκέφαλος που λιμοκτονεί χάνει τον όγκο του, ενώ η ανεπάρκεια σε βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ορμονών, σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές, σε αλλαγές στο σύστημα μεταβολισμού της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης και σε προβλήματα στον ύπνο, τα οποία συνδέονται με το φόβο και το στρες που επάγεται με το φαγητό, με



το άγχος, τη διαταραγμένη διάθεση και τη διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος. Οι διαφορές που εντοπίζονται κατά τη μελέτη της απεικόνισης του εγκεφάλου στα άτομα με ΔΠΤ αποτελεί ζήτημα της τρέχουσας έρευνας, ώστε να δημιουργηθούν πιο αποτελεσματικές θεραπείες. Πολλοί άνθρωποι με ΔΠΤ ανακουφίζονται όταν μαθαίνουν ότι ο εγκέφαλος τους λειτουργεί διαφορετικά από ό,τι άλλων ανθρώπων. Η ανακάλυψη της πλαστικότητας του εγκεφάλου (νευροπλαστικότητα), ότι δηλαδή οι σκέψεις μας μπορούν να αλλάξουν τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου μας, είναι μία πολύ σημαντική ανακάλυψη στην προσπάθειά μας να κατανοήσουμε τον εγκέφαλο. Τελικώς, και παρά τις επιδράσεις μιας ΔΠΤ στον εγκέφαλο των ασθενών, οι περισσότεροι ασθενείς ανακάμπτουν.



Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και εφηβεία

Οι ΔΠΤ μπορεί να εμφανιστούν στους ανθρώπους κάθε ηλικίας. Εντούτοις, οι έφηβοι και γενικώς τα νεαρά άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης των εν λόγω διαταραχών.

1. Οι ΔΠΤ αποτελούν την τρίτη συχνότερη χρόνια ασθένεια για τον πληθυσμό των νεαρών γυναικών.
2. Οι ΔΠΤ είναι η δεύτερη κυριότερη αιτία αναπηρίας λόγω ψυχικής διαταραχής για τις νεαρές γυναίκες.
3. Οι έφηβοι που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη διατρέχουν περίπου έως και 2.5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μιας ΔΠΤ.
4. Οι νεαρές έφηβες που είναι σε πολύ αυστηρή δίαιτα είναι 18 φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν μια ΔΠΤ εντός 6 μηνών. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται σε 1 στις 5 πιθανότητες σε διάστημα 12 μηνών.

Έρευνες που μελετούν το θέμα της δυσαρέσκειας σώματος στην εφηβεία έχουν βρει διαφορετικά αλλά σταθερά υψηλά επίπεδα:

1. Σε ποσοστό 70% οι νεαρές έφηβες είναι δυσαρεστημένες με το σώμα τους.
1. Σε ορισμένες χώρες η δυσαρέσκεια σώματος αναγνωρίστηκε ως ένα από τα κορυφαία θέματα που εγείρουν ανησυχία για τον πληθυσμό των νέων ανθρώπων (23).



Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και παχυσαρκία

Η παχυσαρκία και οι ΔΠΤ μπορούν να ειδωθούν ως να συνυπάρχουν στο ίδιο άκρο ενός φάσματος που στο ένα του άκρο υπάρχουν υγιείς πεποιθήσεις, στάσεις και συμπεριφορές και στο άλλο άκρο βρίσκονται προβληματικές πεποιθήσεις, στάσεις και συμπεριφορές. Κατά τη διερεύνηση των προβλημάτων διατροφής και σωματικού βάρους γίνονται εμφανείς ορισμένοι διακριτοί και ορισμένοι κοινοί παράγοντες προστασίας, κινδύνου και διατήρησής τους.

1. Η παχυσαρκία στους εφήβους έχει αυξηθεί κατά 75% τις τελευταίες τρεις δεκαετίες.
2. Η ταυτόχρονη ανάπτυξη της νοσογόνου παχυσαρκίας και των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών έχει αυξηθεί με ταχύτερο ρυθμό από ό,τι, είτε μόνο της παχυσαρκίας, είτε μόνο των ΔΠΤ.
3. Τα κορίτσια κατά την περίοδο της εφηβείας παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά διαταραγμένης διατροφής.
4. 1 στα 5 άτομα με παχυσαρκία παρουσιάζει διαταραγμένη διατροφή, κυρίως με τη μορφή επεισοδίων υπερφαγίας, αλλά και με την παρουσία επεισοδίων αυστηρής δίαιτας και συμπεριφορών εκκαθάρισης (π.χ. έμετος, χρήση καθαρτικών).



Επιπλοκές υγείας των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

Οι ΔΠΤ μπορεί να έχουν ολέθριες συναισθηματικές και ψυχολογικές συνέπειες. Υπάρχουν, επίσης, επιπτώσεις για τη σωματική υγεία των ατόμων που πρέπει να ληφθούν πολύ σοβαρά υπόψη. Είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς ότι οι περισσότερες επιπλοκές υγείας είναι αναστρέψιμες, ειδικά αν ανιχνευτούν εγκαίρως. Εντούτοις, στη χειρότερη περίπτωση, οι επιπλοκές υγείας μιας ΔΠΤ μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Είναι πολύ σημαντικό τα άτομα με ΔΠΤ να αναζητούν βοήθεια, ακόμη κι αν πρόκειται για την παρακολούθηση των σωματικών τους συμπτωμάτων. Τα άτομα με ΨΑ, ΨΒ και ΔΥ, ανεξαιρέτως, μπορούν όλα να βιώσουν προβλήματα με τη σωματική τους υγεία.

Τα σωματικά συμπτώματα και οι επιπλοκές μιας ΔΠΤ μπορεί να περιλαμβάνουν

1. Απώλεια ή διακύμανση του σωματικού βάρους.
2. Μειωμένος ρυθμός μεταβολισμού που οδηγεί σε επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, χαμηλή πίεση, μειωμένη θερμοκρασία του σώματος, αυξημένη ευαισθησία στο κρύο και μπλε-μωβ άκρα.
3. Λέπτυνση και ξήρανση του τριχωτού της κεφαλής (μόλις περάσει η χτένα ή το χέρι από το τριχωτό της κεφαλής οι τρίχες πέφτουν κατά συστάδες (τούφες).
4. Ξηρό, τραχύ, «σπασμένο» δέρμα.
5. Αυλακωμένα, σπασμένα και ραγισμένα νύχια.
6. Ανάπτυξη τριχών στο πρόσωπο και στα χέρια (lanugo).
7. Απώλεια της έμμηνου ρύσεως ή ανωμαλίες στον κύκλο της περιόδου.
8. Απώλεια μυϊκής μάζας ή μυϊκή αδυναμία.
9. Δυσκοιλιότητα ή διάρροια.
10. Οίδημα (κατακράτηση των υγρών του σώματος οδηγεί σε πρήξιμο, πρησμένη εμφάνιση, ειδικά γύρω από τους αστραγάλους).
11. Εύκολη δημιουργία μωλώπων.
12. Αναιμία (σιδηροπενία).
13. Σκοτοδίνη ή τάση λιποθυμίας.



14. Επιβράδυνση της κένωσης του στομάχου που οδηγεί σε αίσθημα φουσκώματος και δυσφορίας.
15. Αίσθημα καύσου και πόνος στην κοιλιά.



Μακροχρόνιες συνέπειες των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής για την υγεία

Οι συνέπειες υγείας μιας ΔΠΤ δεν περιορίζονται στα οξέα επεισόδια της ασθένειας. Ορισμένες ιατρικές επιπτώσεις των ΔΠΤ κυρίως εκείνες που πλήττουν το σκελετικό σύστημα, το αναπαραγωγικό σύστημα και τον εγκέφαλο μπορεί να είναι μη αναστρέψιμες και μακροχρόνιες. Τα οδοντιατρικά προβλήματα, η καθυστέρηση της ανάπτυξης και η οστεοπόρωση είναι ορισμένα από τα μακροχρόνια προβλήματα. Η απώλεια οστικής μάζας στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στην κερκίδα και στο κεντρικό τμήμα του μηριαίου οστού, μπορεί να ανιχνευθεί μέσα σε ένα χρόνο από την ασθένεια και να εξελιχθεί, ώστε να οδηγήσει σε κάταγμα, κυφοσκολίωση και χρόνιο πόνο. Η απόκτηση σωματικού βάρους από μόνη της βελτιώνει την οστική πυκνότητα, ειδικά όταν είναι επαρκής για την αποκατάσταση της έμμηνου ρύσεως.

Τα ποσοστά γονιμότητας και μητρότητας των γυναικών με ΨΑ είναι μειωμένα. Μία μελέτη του γενικού πληθυσμού που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία αναφέρει πως το ποσοστό της μητρότητας ήταν 60% (24). Το βάρος γέννησης των νεογνών των μητέρων με τη διάγνωση της ΨΑ αναφέρεται ως χαμηλότερο (25) και το βάρος γέννησης των νεογνών των μητέρων με τη διάγνωση της ΨΒ αναφέρεται ως υψηλότερο από αυτό των νεογνών υγιών μητέρων (26). Επιπλέον, ο κίνδυνος αποβολής για τις γυναίκες με ΨΒ είναι υψηλότερος από αυτός που διατρέχουν οι υγιείς γυναίκες: οι γυναίκες με ΨΒ διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να έχουν δύο ή και περισσότερες αποβολές σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (25). Ως αυξημένα αναφέρονται τα περιγεννητικά προβλήματα (27), ενώ δεν απουσιάζουν και οι δυσκολίες σίτισης οι οποίες οδηγούν σε μείωση της βρεφικής ανάπτυξης(28) για τις γυναίκες με ΔΠΤ. Οι έγκυες γυναίκες, καθώς και αυτές που δοκιμάζονται λόγω υπογονιμότητας θα πρέπει να ελέγχονται για την ύπαρξη μιας ΔΠΤ και να τους προσφέρεται η κατάλληλη φροντίδα για τη βελτιστοποίηση της ευημερίας των παιδιών τους (29).



Προειδοποιητικά σημεία και συμπτώματα μιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής

Οι αλλαγές στη συμπεριφορά και στην προσωπικότητα των ατόμων με ΔΠΤ αναφέρονται κυρίως από την οικογένεια, τους φίλους και, γενικώς, από το κοντινό τους περιβάλλον. Ένα σύνολο συμπεριφορών που παρατηρείται συχνά και που είναι δυνατό να ποικίλλει από άτομο σε άτομο παρουσιάζεται παρακάτω:

Δίαιτα

1. Δεν τρώει τόσο πολύ, ούτε τόσο συχνά, όπως συνήθως.
2. Έχει μανία με τη δίαιτα/κάνει περιοριστική δίαιτα/ κάνει ακραία δίαιτα.
3. Αποκόβει πλήρως από τη διατροφή του ορισμένες ομάδες τροφών.
4. Γίνεται χορτοφάγος χωρίς κάποιο δεοντολογικό υπόβαθρο, π.χ. για τα δικαιώματα των ζώων.
5. Δεν τρώει τα γεύματά του με την υπόλοιπη οικογένεια ή απομονώνεται κατά την ώρα του φαγητού.

Παράξενες διατροφικές συνήθειες

1. Παίζει με το φαγητό.
2. Κόβει το φαγητό σε πολύ μικρά κομμάτια.
3. Χρησιμοποιεί τα σκεύη μαγειρικής με διαφορετικό τρόπο (π.χ. χρησιμοποιεί ένα κουταλάκι του γλυκού για να φάει τα δημητριακά του).
4. Ξοδεύει υπερβολικό χρόνο κατά τη διάρκεια των γευμάτων.
5. Κάνει ασυνήθιστες παρασκευές φαγητών με διάφορες αναμειξίες τροφών.
6. Κάνει αυξημένη χρήση καρυκευμάτων και μπαχαρικών.
7. Καταναλώνει υπερβολική ποσότητα καφέ, τσαγιού και άλλων υγρών.
8. Πολύ συχνά μασάει τσίχλες.
9. Αρνείται να φάει με άλλους ή θέλει να τρώει μόνο του ή θέλει να τρώει σε ένα συγκεκριμένο μέρος.



Έντονη ενασχόληση με τα τρόφιμα και το φαγητό

1. Συλλέγει συνταγές, βιβλία μαγειρικής και μενού.
2. Έχει εμμονή με την καταμέτρηση θερμίδων, λιπαρών ουσιών και με τη δίαιτα.
3. Υπεραπασχολεί το μυαλό του και συζητάει διαρκώς για το φαγητό.
4. Τα όνειρά του σχετίζονται με το φαγητό.
5. Κρύβει το φαγητό του.
6. Μαγειρεύει μεγάλες ποσότητες φαγητού για τους άλλους.
7. Θυμώνει όταν πετιέται το φαγητό ή όταν οι άλλοι δεν τρώνε.

Αλλαγές στην προσωπικότητα, στη συμπεριφορά και στη νοητική λειτουργία

Τις εν λόγω αλλαγές μπορεί και να μην είναι σε θέση να τις αναγνωρίσει το άτομο.

1. Ευερεθιστότητα και διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης.
2. Κατάθλιψη, αυτοαπέχθεια και άγχος.
3. Κοινωνική αποξένωση.
4. Καταναγκαστική συμπεριφορά (π.χ. θέλουν να τρώνε από ένα συγκεκριμένο πιάτο, με μια συγκεκριμένη σειρά ή/και σε συγκεκριμένο χρόνο).
5. Ιδεοληπτική, αυστηρή και άκαμπτη σκέψη. Διχτόμος τρόπος σκέψης/σκέψεις μαύρου –άσπρου. Δεν υπάρχει γκρίζο.
6. Δυσκολία αντιμετώπισης αλλαγών στο συνηθισμένο πρόγραμμά τους και μειωμένη ικανότητα διαχείρισης της ματαίωσης και της απογοήτευσης.

Άλλα συμπτώματα

1. Δυσκολία να σκεφτεί καθαρά και να πάρει αποφάσεις.
2. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, εγρήγορσης, κριτικής σκέψης, μνήμης, δημιουργικής σκέψης και κατανόησης (π.χ. δυσκολία κατανόησης και ανάκλησης γραπτού υλικού που άλλοτε δεν προκαλούσε προβλήματα).
3. Ανησυχία, υπερδιέγερση και αδυναμία χαλάρωσης.
4. Απάθεια.
5. Υπερευαισθησία στο θόρυβο και στο φώς.



6. Επεισόδια υπερφαγίας/ υπερκατανάλωσης φαγητού.
7. Επεισόδια κλοπών/μικροκλοπών.
8. Μυική αδυναμία, μειωμένος κινητικός συντονισμός και τάση προς ατυχήματα.
9. Μειωμένη αντοχή στο κρύο.
10. Μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.
11. Προβλήματα ύπνου, λήθαργος, διαρκές αίσθημα κόπωσης.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Emans SJ. Eating disorders in adolescent girls. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society*. 2000;42(1):1-7.
2. Newman DL, Moffitt TE, Caspi A, Magdol L, Silva PA, Stanton WR. Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(3):552-62.
3. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ (Clinical research ed)*. 1999;318(7186):765-8.
4. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(7):659-65.
5. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):545-52.
6. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(5):459-66.
7. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(6):419-28.
8. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(6):1061-5.
9. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):713-21.
10. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*. 2012;14(4):406-14.
11. Eating Disorders Explained. *Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response*. 2015 [cited 2015 05/05/2015]. Available from: <http://nedc.com.au/>.
12. Goncalves Jde A, Moreira EA, Trindade EB, Fiates GM. Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*. 2013;31(1):96-103.
13. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*. 2008;94(1):121-35.
14. Dixe MdA. Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise psicológica*. 2007;25(4):559-69.



15. Nunes AL, Vasconcelos FdAGd. Eating disorders in the view of teenage girls from Florianópolis, Santa Catarina State: a phenomenological approach. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(2):539-50.
16. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2009;18(1):31-47.
17. Peat C, Mitchell JE, Hoek HW, Wonderlich SA. Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(7):590-4.
18. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(7):714-23.
19. Shaw H, Stice E, Becker CB. Preventing Eating Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2009;18(1):199-207.
20. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet*. 2003;361(9355):407-16.
21. Marchuk J. Eating Disorders: A continuum. Alberta Teacher's Association Guidance Specialist Council Annual Conference; November 6-8.; Alberta.1997.
22. Teaching Students with Mental Health Disorders. Resources for Teachers. Parliament Buildings. Victoria BC V8X 1X4.: Ministry of Education. Special Programs Branch.; 2000 [cited 2015 09/08/2015]. Available from: <http://www.bced.gov.bc.ca/specialed/edi/welcome.htm>.
23. Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response.: National Eating Disorders Collaboration.; 2014 [cited 2015 09/08/2015]. Available from: <http://www.nedc.com.au/files/Resources/Teachers%20Resource.pdf>.
24. Hjern A, Lindberg L, Lindblad F. Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9-to 14-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;189(5):428-32.
25. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190(3):255-9.
26. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(1):9-18.
27. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2004;190(1):206-10.
28. Stein A, Woolley H, Cooper S, Winterbottom J, Fairburn CG, Cortina-Borja M. Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders Longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;189(4):324-9.
29. National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline: eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders.: National Institute for Clinical Excellence.; 2004 [9/7/2015]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg9>.

