

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 25

# Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Από το: Goodman, R., Scott S. (2012). Eating Disorders In R. Goodman, S. Scott (Eds.), *Child Psychiatry* (pp. 199-203). Oxford, Wiley-Blackwell,

Μετάφραση στα ελληνικά: Λίζα Μαυρομαρά και Αργύρης Στριγγάρης  
Translated into Greek by Liza Mavromara and Argyris Stringaris  
Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London and  
Maudsley Hospital London

Η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία είναι οι δύο διαταραχές πρόσληψης τροφής που έχουν μελετηθεί περισσότερο. Όσοι πάσχουν από αυτές τις διαταραχές κρίνουν αυστηρά τον εαυτό τους με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματος τους καθώς και με το πόσο ικανοί είναι στο να τα ελέγχουν. Στην ανορεξία, η επίμονη επιδίωξη της μείωσης του βάρους μπορεί να βλάψει την υγεία, και να οδηγήσει στο θάνατο. Στη βουλιμία, το σωματικό βάρος παραμένει εντός φυσιολογικών πλαισίων κυρίως γιατί η επιδίωξη της μείωσης βάρους αντισταθμίζεται από αλλεπάλληλα επεισόδια υπερφαγίας. Πέρα από την ανορεξία και τη βουλιμία υπάρχουν άλλες διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν επι μέρους συμπτώματα ανορεξίας ή βουλιμίας ή συνδυασμούς συμπτωμάτων των δύο αυτών διαταραχών. Αυτές οι διαταραχές ανήκουν στην κατηγορία της Διαταραχής στην Πρόσληψη Τροφής μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς. Πολλοί νέοι μπορεί να πάσχουν σοβαρά από συμπτώματα ανορεξίας ή βουλιμίας αλλά να μην πληρούν τα επίσημα κριτήρια είτε της ανορεξίας είτε της βουλιμίας.

---

Με τις μεταφράσεις μας φιλοδοξούμε να διευκολύνουμε την πρόσβαση του ευρύτερου αναγνωστικού κοινού της χώρας μας σε καίρια διεθνή κείμενα που αφορούν στην Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων. Για τυχόν σχόλια παρακαλούμε απευθυνθείτε στην κυρία Λίζα Μαυρομαρά: [liza.mavromara@gmail.com](mailto:liza.mavromara@gmail.com)

## Ψυχογενής Ανορεξία

### Διάγνωση

Τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 για την Ψυχογενή Ανορεξία καταγράφονται στον Πίνακα 25.1. Τα κριτήρια του DSM-IV είναι παρόμοια, με έναν επιπλέον προαιρετικό διαχωρισμό σε δύο υποκατηγορίες:

1. Την Ψυχογενή Ανορεξία *Περιοριστικού* τύπου που αναφέρεται στη μείωση βάρους ως αποτέλεσμα περιορισμένης κατανάλωσης φαγητού και υπερβολικής άσκησης.
2. Την Ψυχογενή Ανορεξία τύπου *Υπερφαγίας/Κάθαρσης* που συμπεριλαμβάνει πρόσθετα χαρακτηριστικά, όπως επεισόδια υπερφαγίας τα οποία αντισταθμίζονται από συμπεριφορές κάθαρσης (π.χ. προκλητός (δηλ. εσκεμμένος) εμετός, χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή κλυσμάτων).

Κατά πόσο αυτές είναι πραγματικά δύο ξεχωριστές οντότητες ή αποτελούν διαφορετικές εκδηλώσεις του ίδιου φάσματος προβλημάτων παραμένει ασαφές. Πολλές φορές ασθενείς με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής πάσχουν επίσης από καταθλιπτικά και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα τα οποία κάποιες φορές χρήζουν πρόσθετης διάγνωσης και θεραπείας.

#### Πίνακας 25.1 ICD-10 Κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία:

1. Λιποβαρής σωματικό βάρος <85% του αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος (λόγω μείωσης βάρους ή, στην περίπτωση των παιδιών, έλλειψης της αναμενόμενης αύξησης βάρους).
2. Προκαλείται από: σκόπιμο περιορισμό κατανάλωσης φαγητού, κάποιες φορές σε συνδυασμό με υπερβολική άσκηση, κατασταλτικά όρεξης, ή καθαρτικές συμπεριφορές (εσκεμμένο εμετό ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, κλυσμάτων).
3. Συσχετιζόμενα γνωσιακά χαρακτηριστικά: έντονος φόβος για αύξηση βάρους. Το άτομο αισθάνεται παχύς/παχιά ακόμα και όταν είναι λιποβαρής (ή νιώθει σχεδόν καλά μόνο όταν είναι πολύ λιποβαρής).
4. Ενδοκρινολογικές συνέπειες: αμηνόρροια (δευτερογενής, δηλ. μετά την εμμηναρχή), εκτός αν το κορίτσι/γυναίκα παίρνει το «χάπι». (Έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος και στους άντρες έλλειψη σεξουαλικής ικανότητας. Καθυστερήση ή παύση εφηβείας στις περιπτώσεις όπου υπάρχει πρόωμη έναρξη συμπτωμάτων).

## Επιδημιολογία

Η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζεται περισσότερο κατά τη διάρκεια των εφηβικών χρόνων με συχνότητα δέκα φορές μεγαλύτερη σε κορίτσια από ότι στα αγόρια κυμαινόμενη μεταξύ 0.1% και 0.7%. Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σπάνια εμφανίζονται πριν την εφηβεία.

## Αίτια

Μελέτες σε διδύμους έχουν οδηγήσει σε αντιφατικά στοιχεία περί του ρόλου της γενετικής προδιάθεσης στην εκδήλωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας: εάν μία από τις διδύμους έχει ανορεξία, οι πιθανότητες να εμφανίσει τα συμπτώματα και η άλλη είναι αυξημένες αλλά δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο κατά πόσο αυτό οφείλεται σε κοινά γονίδια ή στο κοινό περιβάλλον εντός του οποίου ζουν. Η τελειομανία είναι ένα χαρακτηριστικό που συχνά προηγείται της εμφάνισης της ανορεξίας. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν πως κοινωνικοί παράγοντες μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην εμφάνιση της νόσου. Το χαμηλό σωματικό βάρος ανταποκρίνεται στο σύγχρονο Δυτικό στερεότυπο της θηλυκής ομορφιάς, κάτι που οδηγεί πολλά έφηβα κορίτσια στη δίαιτα. Αν και οι περισσότερες δίαιτες που κάνουν οι έφηβοι δεν έχουν απαραίτητα βλαβερές συνέπειες, η κοινωνική πίεση για δίαιτα και ισχύτητα μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών πρόσληψης τροφής. Άτομα που κάνουν συγκεκριμένα επαγγέλματα, όπως το μόντελινγκ και το μπαλέτο που δίνουν έμφαση στη λεπτότητα του σώματος, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν προβλήματα σε σχέση με το φαγητό. Δεν είναι όμως σαφές εάν αυτά τα επαγγέλματα οδηγούν τα άτομα στην εμφάνιση διαταραχών στην πρόσληψη τροφής ή εάν τα άτομα που έχουν προδιάθεση για μία τέτοια διαταραχή έλκονται περισσότερο από αυτά τα επαγγέλματα. Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι σπανιότερη σε ανεπτυγμένες χώρες. Επίσης, σε χώρες χαμηλού και μέσου εισοδήματος, (π.χ. Αιθιοπία, Ινδία, Ιράκ, Κένυα κ.α.) η Ψυχογενής Ανορεξία είναι συχνότερη στα πιο εύπορα (και συνήθως πιο εκδυτικισμένα) κοινωνικά στρώματα από ότι στα χαμηλότερα. Αν και δεν υπάρχει συγκεκριμένο “ανορεξιογόνο” οικογενειακό περιβάλλον, η διαταραχή σχετίζεται με γενικώς αυξημένα προβλήματα οικογενειακής επικοινωνίας. Επίσης υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανιστεί η ανορεξία σε άτομα που έχουν συγγενείς με προβλήματα βάρους, μη ψυχιατρικές νόσους, καθώς και κατάθλιψη και αλκοολισμό.

Ο ρόλος παιδικών εμπειριών, όπως η σεξουαλική κακοποίηση, στην προδιάθεση των ατόμων για Ψυχογενή Ανορεξία δεν είναι ξεκάθαρος. Σε πολλές περιπτώσεις η εμφάνιση της ανορεξίας φαίνεται να έχει προηγηθεί τέτοιων αρνητικών εμπειριών. Παρ'όλα αυτά δεν φαίνεται να υπάρχει ένα συγκεκριμένο είδος αρνητικών εμπειριών που να προδιαθέτει το άτομο ειδικά σε συμπτώματα ανορεξίας έναντι άλλης πάθησης. Η αύξηση του βάρους και οι σωματικές αλλαγές

που συμβαίνουν λόγω της εφηβείας μπορούν επίσης να παίξουν ρόλο στην έναρξη της διαταραχής. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν το άτομο φοβάται τη μετάβαση από την παιδική σχέση με τους γονείς στη σεξουαλική ωρίμανση και ανεξαρτητοποίηση που συνεπάγεται η εφηβεία.

Είναι πιθανόν γνωσιακές διεργασίες να οδηγούν σε ανορεξικές συμπεριφορές (π.χ. εμμονικές σκέψεις περί βάρους να οδηγήσουν σε εκτενή δίαιτα)· μπορεί όμως να συμβαίνει και το αντίστροφο, δηλαδή η ίδια η απώλεια βάρους και η ανορεξία να οδηγούν σε τέτοιου είδους δευτερογενείς γνωσιακές διεργασίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η εσκεμμένη ασιτία μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω μείωση της πρόσληψης τροφής για λόγους που έχουν να κάνουν με τη φυσιολογία του σώματος. Για παράδειγμα, η δυσκοιλιότητα και η καθυστερημένη γαστρική κένωση, που είναι αποτελέσματα του υποσιτισμού, μπορούν να κάνουν το άτομο να νιώθει «γεμάτο» ακόμα και εάν έχει φάει ελάχιστα. Επίσης, η ασιτία μπορεί να μετατραπεί σε ένα είδος παράδοξης επιβράβευσης: μέσα από τις ανορεξικές συμπεριφορές, ο ασθενής αισθάνεται να έχει αυξημένο έλεγχο επί του περιβάλλοντος του, π.χ. λόγω της προσοχής που του δίνουν οι γύρω του. Επίσης, επειδή ο υποσιτισμός μειώνει τη θερμογένεση και τη θερμική μόνωση του σώματος, η ανάγκη για άσκηση μπορεί να αυξηθεί αυτόματα για να διατηρηθεί η θερμοκρασία και αυτό μπορεί να επιταχύνει περαιτέρω τη μείωση βάρους. Έτσι η ασιτία και η απώλεια βάρους μπορούν να δημιουργήσουν ένα φαύλο κύκλο ανορεξίας και υποσιτισμού για καθαρά βιολογικούς λόγους, ενώ η ασθενής και η οικογένεια της μπορεί να δίνουν άλλες, ψυχολογικού τύπου, εξηγήσεις. Συνεπώς, ακόμη και εάν η απώλεια βάρους άρχισε λόγω άγχους ή κοινωνικής πίεσης για δίαιτα, καταλήγει να γίνει μέρος μιας αυτοτροφοδοτούμενης βιολογικής διαδικασίας η οποία χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση.

## **Θεραπεία**

Η Ψυχογενής Ανορεξία αντιμετωπίζεται σε εξωτερικά ιατρεία από ειδικά εκπαιδευμένους θεραπευτές. Η σταδιακή αλλά σταθερή αποκατάσταση του βάρους είναι ο πρώτος στόχος, με σκοπό τα παιδιά να ανακτήσουν βάρος ώστε να βρεθούν περί το 10% του αναμενόμενου βάρους για την ηλικία τους. Αυτό συνήθως επιτυγχάνεται τρώγοντας μικρά και συχνά γεύματα (4-6 φορές ανά ημέρα).

Η αύξηση του βάρους διευκολύνεται από το συνδυασμό της συστημικής θεραπείας οικογένειας, των συμπεριφοριστικών τεχνικών και της ατομικής θεραπείας. Η συστημική θεραπεία οικογένειας αποσκοπεί στην οικογενειακή αναδιοργάνωση που θα διευκολύνει τη θεραπεία. Οι γονείς αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη σωστή διατροφή των παιδιών μέχρι να αποκατασταθεί το φυσιολογικό βάρος. Τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι τα θεραπευτικά προγράμματα στα οποία συμπεριλαμβάνονται τα παιδιά όσο και οι γονείς στη θεραπεία έχουν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Σε κάποιες

περιπτώσεις η ομαδική θεραπεία για οικογένειες που έχουν μέλη με Ψυχογενή Ανορεξία μπορεί να είναι πολύ οφέλιμη. Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται για την τήρηση του διατροφικού προγράμματος και της αύξησης βάρους μέσω αμοιβών. Η ατομική θεραπεία παρέχει έναν συνδυασμό υποστήριξης, γνωσιακής αναδόμησης, εκπαίδευσης γύρω από το φαγητό, αντίληψης της νόσου (εναισθησίας) και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Τα νευροληπτικά φάρμακα και τα διεγερτικά όρεξης δεν έχουν σαφή τεκμηρίωση. Τα αντικαταθλιπτικά όμως μάλλον έχουν κάποια αποτελεσματικότητα στην αύξηση βάρους και στη συνυπάρχουσα κατάθλιψη.

## **Πρόγνωση**

Διαμήκεις κλινικές μελέτες δειγμάτων από ασθενείς με σχετικά βαριά ανορεξία δείχνουν πως περίπου 50% των ασθενών θα θεραπευτούν, 30% θα έχουν μερική βελτίωση των συμπτωμάτων και 20% θα έχουν χρόνια ανορεξία. Το ένα πέμπτο των ατόμων με ανορεξία θα αναπτύξουν και Διαταραχές της Διάθεσης και λιγότεροι από το 50% θα καταφέρουν να δημιουργήσουν σταθερές μακροχρόνιες σχέσεις. Περίπου το 2% των ασθενών θα πεθάνουν από υποσιτισμό ή θα αυτοκτονήσουν. Κάποια άτομα ξεκινούν έχοντας ανορεξία Περιοριστικού τύπου και στη συνέχεια αναπτύσσουν ανορεξία τύπου Υπερφαγίας/Κάθαρσης, η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εξελιχθεί σε Ψυχογενή Βουλιμία. Δείκτες κακής πρόγνωσης αποτελούν η μεγάλη απώλεια βάρους, η υπερφαγία, η μακρά διάρκεια των συμπτωμάτων, η έναρξη της νόσου πριν την εφηβεία και η ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων που προηγούνται της ανορεξίας. Η μετεφηβική εμφάνιση της ασθένειας, οι καλές σχέσεις μεταξύ παιδιού και γονέων καθώς και η γρήγορη εντόπιση και θεραπεία των συμπτωμάτων θεωρούνται ενδείξεις καλύτερης πρόγνωσης.

## **Ψυχογενής Βουλιμία**

### **Διάγνωση**

Η Ψυχογενής Βουλιμία συμπεριλαμβάνει συχνά επεισόδια υπερφαγίας, όπου το άτομο χάνει τον έλεγχο και καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες φαγητού πολύ γρήγορα. Η διάγνωση αυτής της διαταραχής δεν θα πρέπει να γίνεται εάν τα επεισόδια συμβαίνουν εξ'ολοκλήρου σε περιόδους όπου το άτομο πληρεί τα κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία. Τα επεισόδια συμβαίνουν όταν υπάρχει συνεχής επιθυμία ή εμμονή με το φαγητό. Το άτομο αντισταθμίζει τις παχυντικές συνέπειες των επεισοδίων με εσκεμμένο εμετό, χρήση καθαρτικών, περιόδους αστίας ή άλλους τρόπους. Οι πάσχοντες από Ψυχογενή Βουλιμία έχουν μεν

σωματικό βάρος που δεν αποκλίνει πολύ του φυσιολογικού, αλλά χαρακτηρίζονται από την εμμονή που τους διακατέχει σε σχέση με το βάρος τους.

### **Επιδημιολογία**

Η βουλιμία πρωτοεμφανίζεται σε λίγο μεγαλύτερη ηλικία από την ανορεξία και είναι είναι και αυτή συχνότερη στις γυναίκες. Αν και οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν πως τα κρούσματα βουλιμίας είναι περισσότερα από αυτά της ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό, η βουλιμία υποεκπροσωπείται στον κλινικό πληθυσμό.

### **Αίτια**

Η βουλιμία οφείλεται σε ένα συνδυασμό γενικών παραγόντων κινδύνου για την ψυχοπαθολογία (π.χ. παραμέληση από τους γονείς, σεξουαλική κακοποίηση) καθώς και σε ειδικούς παράγοντες κινδύνου (π.χ. το άτομο να είναι υπέρβαρο πριν την εμφάνιση της βουλιμίας).

### **Θεραπεία**

Η πλειονότητα των ατόμων που πάσχουν από βουλιμία μπορούν να αντιμετωπιστούν ως εξωτερικοί ασθενείς μέσω γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας. Αυτή είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία, αν και υπάρχει και κάποια τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, όπως η φλουοξετίνη. Μακροπρόθεσμα, περίπου 50% των ατόμων θα αναρρώσουν πλήρως, ενώ 25% θα έχουν χρόνια βουλιμία που συνήθως χαρακτηρίζεται από υφέσεις και υποτροπές των συμπτωμάτων. Η συνυπάρχουσα κατάθλιψη είναι συχνή σε ασθενείς με βουλιμία και μπορεί να χρειασθεί να αντιμετωπισθεί ανεξάρτητα από την ανορεξία.

### **Διαταραχή Υπερφαγίας**

Η ένταξη αυτής της διαταραχής εξετάζεται για τις επόμενες εκδόσεις του DSM και του ICD. Έχει μελετηθεί λιγότερο από την ανορεξία και τη βουλιμία, αλλά και αυτή συμπεριλαμβάνει συχνά επεισόδια υπερφαγίας με απώλεια ελέγχου. Σε αντίθεση με τη βουλιμία, άτομα με Διαταραχή Υπερφαγίας δεν παρουσιάζουν ακραίες συμπεριφορές ελέγχου του βάρους, όπως ο εμετός ή η χρήση καθαρτικών. Η Διαταραχή Υπερφαγίας είναι έντονα συνδεδεμένη με την παχυσαρκία και η επιδημιολογία της είναι διαφορετική από αυτή της ανορεξίας και της βουλιμίας. Η αναλογία γυναικών/ανδρών που πάσχουν από διαταραχή υπερφαγίας είναι μικρότερη και τα περισσότερα περιστατικά πρωτοεμφανίζονται στη μέση ηλικία –

(παρόλο που μπορεί να έχει την έναρξη της και στην εφηβεία). Φαίνεται να έχει καλύτερη θεραπευτική ανταπόκριση από την ανορεξία και τη βουλιμία, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία και η διαπροσωπική θεραπεία φαίνεται να αποδίδουν καλά αποτελέσματα.