



Νευρογενή
Ανορεξία

ούτε στη Νευρογενή Βουλιμία και η οποία αναφέρεται Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής μη Καθοριζόμενη ή Άτυπη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Η τρέφονται των διαταραχών πρόσληψης τροφής έχει περάσει από πολλά στάδια και ανθεωρήσεις, με υπάρχουσες ακόμα συσχετίσεις μεταξύ ταξνομικών συστημάτων.

βάρους

και σχήμα, η σοβαρή δηλαδή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματός του, η οποία το οδηγεί σε συνεχή και ανυπόχωρητη επώδυνη της Καταστροφής του. Πρόκειται για έναν «παράλογο φόβο του πάχους» που οδηγεί το άτομο σε αυτοστρατολογισμένο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής, αλλά και σε επληγώντων τροφών ως προς την ποσότητα και την ποιότητα, μεσοκλιμαστικό κριτήριο τη χαμηλή θερμιδική τους αξία, ώστε να οδηγηθεί σε τέτοια απώλεια βάρους και

ατίσχευση, που προοδευτικά μπορεί να φτάσει

Τελευταία έδαρηση επιπτώσεως ηλικίας Διαταραχών Πρόσληψης Νευρογενής Βουλιμίας (NB), κατηγορία που χαρακτη

εκείνες που δεν πληρούν τα κριτήρια κατάστασης

αυτοεπι-αστίας, χρονο-σμίως, γυναικείας Τροφής και μια μορφή για τις

Ανορεξία (NA) είναι σοβαρή ψυχογενής κατάσταση βαλλόμενης η οποία, τα μένεται ημερίδα, η οποία, όπως και η υπολειμματική περιπτώσεις

Η Νευρογενής

Ανορεξία (NA)

είναι

σοβαρή

ψυχογενής

κατάσταση

βαλλόμενης

η οποία,

τα μένεται

ημερίδα,

η οποία,

όπως και η

υπολειμματική

περιπτώσεις

απαιτούμενα

ούτε στη

κατάστασης

ούτε στη

κατάστασης

ούτε στη

κατάστασης

ούτε στη

κατάστασης

ούτε στη

κατάστασης

ούτε στη

κατάστασης

ούτε στη

κατάστασης

ούτε στη

κατάστασης

Νευρογενής ανορεξία σε γυναικείο πληθυσμό

Η Νευρογενής Ανορεξία (ΝΑ) είναι μία σοβαρή ψυχογενής κατάσταση αυτοεπιβαλλόμενης αιτίας, η οποία παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια μεγάλη έξαρση παγκοσμίως, με ιδιαίτερη επίπτωση σε γυναίκες νεαρής ηλικίας. Κατατάσσεται στην κατηγορία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, όπως και η Νευρογενής Βουλιμία (ΝΒ), καθώς και μια υπολειμματική κατηγορία που χρησιμοποιείται για τις περιπτώσεις εκείνες που δεν πληρούν τα απαιτούμενα κριτήρια κατάταξης ούτε στη Νευρογενή Ανορεξία ούτε στη Νευρογενή Βουλιμία και η οποία ονομάζεται Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής μη Καθοριζόμενη ή Ατυπη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Η ταξινόμηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής έχει περάσει από πολλά στάδια και αναθεωρήσεις, με υπάρχουσες ακόμα ασυμφωνίες μεταξύ ταξινομητικών συστημάτων. Το κύριο χαρακτηριστικό της Νευρογενούς ή Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι ο διαταραγμένος τρόπος, με τον οποίο το πάσχον άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει το σωματικό του βάρος και σχήμα, η σοβαρή δηλαδή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματός του, η οποία το οδηγεί σε συνεχή και ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του. Πρόκειται για έναν «παράλογο φόβο του πάχους» που

οδηγεί το άτομο σε αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής, αλλά και σε επιλογή των τροφών ως προς την ποσότητα και την ποιότητα, με αποκλειστικό κριτήριο τη χαμηλή θερμιδική τους αξία, ώστε να οδηγείται σε τέτοια απώλεια βάρους και απίσχνανση, που προοδευτικά μπορεί να φτάσει σε κατάσταση λιμοκτονίας.

Η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται κυρίως στην εφηβική και αναπαραγωγική ηλικία. Είναι πολύ συχνότερη στις γυναίκες (10-20 φορές) παρά στους άνδρες και συνήθως η έναρξή της γίνεται στην εφηβεία, αν και σε ένα ποσοστό ανορεκτικών παρουσιάζεται μετά τα 20 έτη. Το 85% των περιπτώσεων της νόσου παρατηρείται μεταξύ 13-20 ετών.

Η νόσος συνδέεται συχνά με κατάθλιψη και άλλες διαταραχές της διάθεσης. Απαντάται κυρίως στις αναπτυγμένες δυτικές βιομηχανικές χώρες, ενώ σπανίζει σε χώρες του τρίτου κόσμου αν και αναφέρεται αύξηση της συχνότητας εμφάνισής της και σε άλλες αναπτυσσόμενες χώρες. Υψηλότερη συχνότητα παρατηρείται στην Καυκάσια φυλή, στις μεσαίες και ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, καθώς και σε ομάδες επαγγελματιών, όπου το σωματικό βάρος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο

*Η Φ. Χαριζάνη και η Αικ. Νεστορίδου είναι ιατροί, εκπαιδευτικοί στο τμήμα Δημόσιας Υγιεινής της ΣΕΥΠ του ΤΕΙ-Α, η Α. Καρακάση είναι ιατρός, επιστημονική συνεργάτης του τμήματος, ο Θ. Ζάγκαλης είναι ιατρός και η Κ. Θεοδωρίδου είναι φοιτήτρια του τμήματος

(π.χ. μοντέλα, γυμνάστριες, χορεύτριες μπαλέτου, αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων π.χ. ρυθμικής κ.ά.). Προσδιορίζονται δυο τύποι Νευρογενούς Ανορεξίας: ο περιοριστικός τύπος και ο υπερφαγικός/καθαριστικός τύπος, ανάλογα με το αν το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά ή όχι σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλαδή προκλητό έμετο ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Νευρογενούς Ανορεξίας σύμφωνα με το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders / Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις Ψυχικές Διαταραχές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας) είναι:

- α.** Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το σωματικό του βάρος πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό επίπεδο για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε διαμόρφωση σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αδυναμία να επιτύχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους στην περίοδο της ανάπτυξης, με αποτέλεσμα το βάρος σώματος να είναι λιγότερο από 85% του αναμενόμενου).
- β.** Υπερβολικός φόβος αύξησης βάρους ή φόβος πάχους, ακόμα κι αν το βάρος του σώματος είναι κάτω από το φυσιολογικό.
- γ.** Διαταραχή στον τρόπο που αντιλαμβάνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματός του. Αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αξιολόγηση του εαυτού, ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού του βάρους.
- δ.** Αμηνόρροια, σε μεταεμμηναρχικές γυναίκες, για χρονική περίοδο τουλάχιστον τριών διαδοχικών κύκλων.

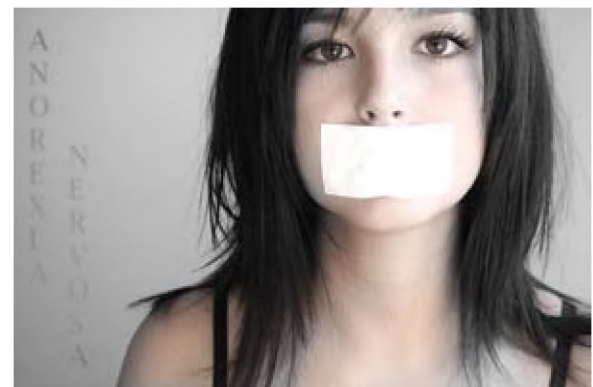
Αιτιολογία

Η παθογένεση της Νευρογενούς Ανορεξίας εκτιμάται ότι είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει βιολογικούς, γενετικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης στην ανάπτυξη της νόσου, καθόσον άτομα που έχουν αδελφό ή αδελφή με νευρική ανορεξία διατρέχουν 10-20 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Αυτή όμως η αυξημένη πιθανότητα των αδελφών ανορεκτικών ασθενών να προσβληθούν από τη νόσο είναι πιθανό να αντικατοπτρίζει κοινωνική επίδραση παρά γενετική. Αυξημένη συχνότητα της νόσου έχει αναφερθεί και σε μελέτες μονοζυγωτικών διδύμων σε σχέση με διζυγωτικούς.

Πιθανολογείται η ύπαρξη δυσλειτουργίας του υποθαλάμου με μειωμένη παραγωγή των φυλετικών ορμονών και ανώμαλο έλεγχο στη λήψη τροφής, που οδηγεί σε απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές σωματικού βάρους. Νευροχημικά, σε ορισμένους ανορεκτικούς ασθενείς έχουν βρεθεί μειωμένη νοραδρενεργική δραστηριότητα και μειωμένα επίπεδα 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλ-γλυκόλης (MHPG) στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Επίσης, στις γυναίκες με ΝΑ και αμηνόρροια έχουν βρεθεί χαμηλά επίπεδα λεπτίνης, μιας ορμόνης - κυταροκίνης, η οποία εκκρίνεται από το λιπώδη ιστό σε ποσότητες ανάλογες με τη μάζα του και ρυθμίζει το μεταβολισμό και την πρόσληψη τροφής ανάλογα με τα ενεργειακά αποθέματα του οργανισμού.

Μελετώντας την επίδραση των κοινωνικών, πολιτισμικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση της νόσου διαπιστώνουμε, ότι τα άτομα που ζουν σε διαφορετικά κοινωνικοπολιτισμικά καθεστάτα παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία σε ό,τι αφορά στο σωματικό τους βάρος. Στις δυτικές κοινωνίες, τις τελευταίες δεκαετίες, τα κοινωνικά πρότυπα και η έμφαση που δίνεται στην εξωτερική εμφάνιση και στο λεπτόσωμο ιδεώδες συμβάλλουν σημαντικά στη δημιουργία ανωμαλιών στη διατροφή, ειδικά στην ευαίσθητη εφηβική ηλικία.



Στους προδιαθεσικούς παράγοντες περιλαμβάνονται, εκτός από την προαναφερθείσα νεαρή ηλικία και το γυναικείο φύλο, η χαμηλή αυτοεκτίμηση του ατόμου, η τελειομανία και η δυσκολία στην αντιμετώπιση αντιπαραθέσεων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ανορεκτικές ασθενείς έχουν πολύ στενές αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και ότι με τη νόσο τους προσπαθούν να αποσπάσουν την προσοχή από τις τεταμένες συζυγικές σχέσεις των γονέων. Στα οικογενειακά ιστορικά των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία βρίσκονται ποσοστά κατάθλιψης και αλκοολισμού μεγαλύτερα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού, ενώ ποσοστό 50% των ασθενών με νευρική ανορεξία φαίνεται ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ασθενείς με Νευρική Ανορεξία είναι πιθανό να παρουσιάζουν κρίσεις άγχους που προηγούνται συνήθως της έναρξης της διατροφικής διαταραχής και μπορεί να κάνουν κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών (κυρίως διουρητικών και καθαρτικών).

Κλινικά χαρακτηριστικά, επιπλοκές και πορεία της νόσου

Οι ανορεκτικές ασθενείς χάνουν βάρος με τη δραστική περικοπή της τροφής καθώς και με τη δυσανάλογη μείωση των προσλαμβανομένων υδατανθράκων και λιπών. Συνήθως αρνούνται να φάνε με την οικογένειά τους ή σε δημόσιους χώρους. Ο όρος «ανορεξία» είναι ανεπιτυχής, γιατί στην πραγματικότητα δεν υπάρχει μείωση της όρεξης. Οι ασθενείς πεινούν, αλλά αρνούνται το φαγητό. Μερικά άτομα δε μπορούν να κρατήσουν τον έλεγχο και εμφανίζουν επεισόδια υπερφαγίας, κατά κανόνα κρυφά τις νυκτερινές ώρες, τα οποία ακολουθούνται από αυτο-προκαλούμενος εμέτους. Άλλοι τρόποι που συχνά χρησιμοποιούνται για απώλεια βάρους είναι η κατάχρηση υπακτικών, εμετικών ή διουρητικών και η υπερβολική σωματική δραστηριότητα, όπως γυμναστική, ποδηλασία, περπάτημα, τρέξιμο. Ο υπερβολικός φόβος αύξησης του βάρους υπάρχει σε όλες τις ασθενείς και καθορίζει την έλλειψη ενδιαφέροντος ή ακόμα και την αντίστασή τους σε οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Οι ασθενείς συνήθως φθάνουν στο γιατρό όταν η απώλεια του βάρους έχει γίνει ιδιαίτερα εμφανής.



Συχνά συμπτώματα σ' αυτή την κατάσταση είναι η υποθερμία, η βραδυκαρδία, η υποτάση, το οίδημα στάσεως, η εμφάνιση lanugo (χνούδι που μοιάζει με αυτό του νεογνού) και ποικιλία μεταβολικών διαταραχών. Στις ασθενείς που προκαλούν εμέτους ή κάνουν κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών εμφανίζεται συχνά υποκαλιαιμία. Υπάρχουν ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις που οφείλονται στο σοβαρό υποσιτισμό, ενώ αυτές που οφείλονται σε βαριά υποκαλιαιμία μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Άλλη σπάνια αλλά επικίνδυνη επιπλοκή είναι η οξεία γαστρική διάταση. Στις ιατρικές επιπλοκές της Νευρογενούς Ανορεξίας περιλαμβάνονται ακόμα η αναιμία, η λευκοπενία, η οστεοπόρωση και τα παθολογικά κατάγματα, οι καρδιακές αρρυθμίες και οι γαστρεντερικές διαταραχές, ενώ στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας η νόσος σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτόματων εκτρώσεων, με πρόωρο τοκετό και με χαμηλό βάρος γέννησης νεογνών. Επιπλέον, δεδομένου ότι η νόσος εμφανίζει πολύ συχνή συννοσηρότητα με μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές ή δυσθυμία σε ποσοστό που φθάνει και το 50% των ασθενών, υπάρχει υψηλός κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς, που είναι συχνότερος στον υπερφαγικό /καθαρτικό τύπο της διαταραχής. Η πορεία της νόσου ποικίλλει πολύ, από την αυτόματη ίαση χωρίς θεραπεία, την αποκατάσταση μετά από αλληπάλληλες θεραπείες, την κυμαινόμενη πορεία με φάσεις αποκατάστασης του βάρους που ακολουθείται από υποτροπές, μέχρι τη συνεχή σταδιακή επιδείνωση

της πορείας που οδηγεί στο θάνατο, ο οποίος προκύπτει από επιπλοκές του υποσιτισμού.

Γενικά, η πρόγνωση δεν είναι καλή. Η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό θανάτων μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών, με ποσοστό θνητότητας που αγγίζει το 5-10%, σύμφωνα μάλιστα με άλλες μελέτες φθάνει μέχρι και 16-18%. Η αντιμετώπιση της νόσου είναι απαραίτητη και γίνεται αποτελεσματικότερη όταν η έναρξή της είναι έγκαιρη, πριν εμφανιστούν στην ασθενή σοβαρές διαταραχές του σωματικού βάρους. Η εισαγωγή σε νοσοκομείο επιβάλλεται σε περιπτώσεις με σημαντικές μεταβολικές διαταραχές και σε μείωση του βάρους σώματος σε επίπεδα κατώτερα του 85% του ιδανικού.

Η θεραπεία περιλαμβάνει θρεπτική αποκατάσταση, ψυχοθεραπεία και συχνά φαρμακευτική αντικατα-



θλιπτική αγωγή. Ο ιατρός πρέπει να είναι επιμελής στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της νόσου, έτσι ώστε με τις κατάλληλες παρεμβάσεις η ασθενής να επανέλθει στη σωστή διατροφή και σταδιακά στους φυσιολογικούς ρυθμούς ζωής της.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

1. Α. Λιχούδης, Β. Μποζίκας. Ψυχογενής ανορεξία: Διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος. *Ψυχιατρική*. 20 (2): 121-131, 2009
2. Morris J., Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ*. 28; 334 (7599): 894-898. 2007
3. Βάρσου Ε. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής: Κλινική ψυχιατρική προσέγγιση. *Εγκέφαλος*. Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής. 45 (2): 57-65, 2008
4. Μόρτογλου Α. Ορμονικές μεταβολές και διαταραχές πρόσληψης τροφής: Αιτία ή αποτέλεσμα; *Εγκέφαλος*. Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής. 45 (2): 66-69, 2008
5. Στρατουδάκης Γ., Τζανάκης Ε. Η νευρογενής ανορεξία στη γυναίκα ασθενή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 21 (5): 413-421, 2004
6. Murphy R., Straebl S., Cooper Z., and Fairburn C.G. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 33 (3): 611-627, 2010
7. Ricca V., Rotella F., Mannucci E., Ravaldi C., Castellini G., Lapi F., Cangioli L., Martini P., and Faravelli C. Eating Behaviour and Body Satisfaction in Mediterranean Children: the Role of the Parents. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 6: 59-65, 2010
8. Yang S.J., Kim J.M., and Yoon J.S. Disturbed Eating Attitudes and Behaviors in South Korean Boys and Girls: A School-Based Cross-Sectional Study. *Yonsei Med J*. 1;51 (3): 302-309, 2010
9. Mehler P.S., Winkelman A.B., Andersen D.M., and Gaudiani J.L. Nutritional Rehabilitation: Practical Guidelines for Refeeding the Anorectic Patient. *J Nutr Metab*. 2010: 625782, 2010
10. Scherag S., Hebebrand J., and Hinney A. Eating disorders: the current status of molecular genetic research. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 19 (3): 211-226, 2010
11. Poutanen O, Huuhka K, and Perko K. Severe anorexia nervosa, co-occurring major depressive disorder and electroconvulsive therapy as maintenance treatment: a case report. *Cases J*. 2: 9362, 2009
12. Manzato E., Mazzullo M, Gualandi M, Zanetti T, and Scanelli G. Anorexia nervosa: from purgative behaviour to nephropathy. a case report. *Cases J*. 2: 46, 2009
13. Mazzeo S.E. and Bulik C.M. Environmental and genetic risk factors for eating disorders: What the clinician needs to know. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 18 (1): 67-82, 2009
14. Pinheiro A.P, Root T., and Bulik C.M. The Genetics of Anorexia Nervosa: Current Findings and Future Perspectives. *Int J Child Adolesc health* 2 (2): 153-164, 2009
15. Milos G, Spindler A, Schnyder U, and Fairburn C.G. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 187: 573-578, 2005
16. Pike K.M., Hilbert A., Wilfley D.E., Fairburn C.G., Dohm F.-A., Walsh B. T., and Striegel-Moore R. Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychol Med*. 38 (10): 1443-1453, 2008
17. Fairburn C.G and Cooper Z. Thinking afresh about the classification of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 40 (S3): S107-S110, 2007
18. Scherag S., Hebebrand J., and Hinney A. Eating disorders: the current status of molecular genetic research. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 19 (3): 211-226, 2010