

Διαταραχές λήψης τροφής

Δρ. Παρασκευή Ντετοπούλου

**Προϊσταμένη τμήματος Κλινικής Διατροφής
ΓΝΑ Κοργιαλένιο- Μπενάκειο
Διδάσκουσα Παν. Πελοποννήσου**

Είδη διατροφικών διαταραχών

Ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa)

Ψυχογενής βουλιμία (bulimia nervosa)

Επεισοδιακή υπερφαγία (binge eating)

Λοιπές μορφές

Λοιπές μορφές

- Διαταραχή Pica
- Μηρυκαστική διαταραχή
- Νυχτερινή υπερφαγία (night eating syndrome)
- Διαταραχή σε άτομα με ΣΔ (diabulimia)
- Περιοριστική/αποφευκτική διαταραχή - *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)*
- Διαφορετικά προσδιορισμένες διαταραχές σχετικές με τη σίτιση/τη διατροφή- *Other Specified Feeding and Eating Disorder (OSFED)*.
- Απροσδιόριστες διαταραχές σχετικές με τη σίτιση ή τη διατροφή- *Unspecified feeding or eating disorder (UFED) (UFED)*

Στατιστικά στοιχεία - Παγκόσμια

Επιπολασμός Ψυχογενούς ανορεξίας σε γυναίκες:
0,3- 3,7 % , καθ' όλη την διάρκεια ζωής
Συνήθως εφηβεία- πρώτη ενήλικη ζωή
> 50 μόνο το 1% διαγνωσμένων γυναικών

(APA, 2006)

Συνυπάρχουσα κατάθλιψη: 50-75%
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή: >40%
Θνησιμότητα : 5-20%
Θάνατος από κλινικές επιπλοκές: 50%

(McCallum, 2006)

Ηνωμένες Πολιτείες

Ψυχογενής ανορεξία: 0,6%

Ψυχογενής βουλιμία: 1% (1/10 περιπτώσεων αυτών άνδρες)

Επεισοδιακή υπερφαγία :2,8%



κάποια στιγμή στη ζωή τους.

Επιπολασμός διατροφικών διαταραχών: 2% -3%.

30 εκατομμύρια άνθρωποι κάθε ηλικίας και φύλου
πάσχουν από κάποιας μορφής διατροφική διαταραχή

(Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007)

Ευρώπη

- Γυναίκες:

<1-4% ψυχογενής ανορεξία

<1-2% ψυχογενής βουλιμία

1-4% επεισοδιακή υπερφαγία

Άνδρες:

0,3-0,7% γενικά διατροφική διαταραχή

(Anna KeskiRahkonen & Mustelin, 2016)

Ελλάδα

Ψυχογενής ανορεξία: 0.6– 1.0%

Ψυχογενής βουλιμία: 2.5–5%

(Janicic & Bairaktari, 2013)

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς ανορεξίας

Πολύ χαμηλό βάρος
Άρνηση να διατηρήσει το
βάρος του πάνω από ένα
ελάχιστο φυσιολογικό επίπεδο

Φόβος
πρόσληψης βάρους

Διαταραχή εικόνας
σώματος

Υπέρμετρη επιρροή του βάρους
στην αυτοπεποίθηση του ατόμου
Μη κατανόηση της σοβαρότητας της
Κατάστασης

Αμηνόρροια

Απουσία έμμηνου ρύσης
για τουλάχιστον 3 μήνες
(Στην καινούργια έκδοση
DSM 5 αφαιρέθηκε)

Τύποι ψυχογενούς ανορεξίας

Περιοριστικός τύπος

Δεν έχει εμπλακεί σε
αντισταθμιστικές
συμπεριφορές

**αντισταθμιστικές
συμπεριφορές**

πρόκληση εμετού,
καθαρτικά, διουρητικά,
υπερβολική άσκηση



Αντιλήψεις ασθενών με ψυχογενή ανορεξία

- Εάν φάω αυτή την τροφή, δεν θα αρέσω σε κανένα
- Εάν φάω ένα γλυκό, δεν θα μπορέσω να σταματήσω να τρώω γλυκά
- Εάν το βάρος μου υπερβεί τα ΧΧ κιλά, τότε δεν θα μπορέσω πια να τα χάσω
- Εάν φάω αυτή την τροφή, τότε σημαίνει πως χάνω τον έλεγχο
- Όταν το βάρος μου αυξάνει, αισθάνομαι απαίσια και όταν μειώνεται, αισθάνομαι καλά
- Εάν φάω περισσότερο από τους άλλους στο τραπέζι, αισθάνομαι ενοχές

(Bowers, 1995)



Мило, царю и царице! :)

КЛИНИЧЕН ЦЕНТЪР
ОСБЖ
ИЗВЕЩАЈ ЛЕКАРА СПЕЦИАЛИСТЕ

ИЗВЕЩАНИЕ

Пациент: *Маркович Марина*

Възраст: *45*

Пол: *Ж*

Дата: *12.04.2005*

Състояние: *Хорошо*

Жалби: *Без жаб*

Анамнез: *Без патологий*

Физикален преглед: *Без патологий*

Лабораторни изследвания: *Без патологий*

Диагнози: *Без патологий*

Лечение: *Без патологий*

Прогноза: *Без патологий*

ИЗМЕНА ВЪВЕЖЕНА НА РЕЖИМА НА ПИТАНИЕТО
и кесия на белина

Кесия - норма

| Възраст | М | Ж |
|---------|------|------|
| 1-3 | 12.5 | 11.5 |
| 4-6 | 16.0 | 14.5 |
| 7-9 | 19.0 | 17.5 |
| 10-12 | 22.0 | 20.5 |
| 13-15 | 25.0 | 23.5 |
| 16-18 | 28.0 | 26.5 |
| 19-30 | 30.0 | 28.0 |
| 31-40 | 31.0 | 29.0 |
| 41-50 | 32.0 | 30.0 |
| 51-60 | 33.0 | 31.0 |
| 61-70 | 34.0 | 32.0 |
| 71-80 | 35.0 | 33.0 |



Нисам гладна!

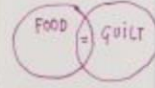
THINSPIRATION

Leads of digestion



НАТМ. III III III

буден



STARV STARVE ST

ЛЕКАРСКИ ИЗВЕЩАЈ

МАРКОВИЧ МАРИНА *1963* - ЗЕМУНА

Възраст: *42*

Пол: *Ж*

Дата: *12.04.2005*

Състояние: *Хорошо*

Жалби: *Без жаб*

Анамнез: *Без патологий*

Физикален преглед: *Без патологий*

Лабораторни изследвания: *Без патологий*

Диагнози: *Без патологий*

Лечение: *Без патологий*

Прогноза: *Без патологий*

НЕ СЪМ
ИРЕ BEAUTIFUL
at saying

29 cwt
42 cwt
70 cwt
15 cwt
311 cwt

Yes!

Your stomach is not rumbling it is applauding!

Безо целителна

| Възраст | М | Ж |
|---------|------|------|
| 1-3 | 12.5 | 11.5 |
| 4-6 | 16.0 | 14.5 |
| 7-9 | 19.0 | 17.5 |
| 10-12 | 22.0 | 20.5 |
| 13-15 | 25.0 | 23.5 |
| 16-18 | 28.0 | 26.5 |
| 19-30 | 30.0 | 28.0 |
| 31-40 | 31.0 | 29.0 |
| 41-50 | 32.0 | 30.0 |
| 51-60 | 33.0 | 31.0 |
| 61-70 | 34.0 | 32.0 |
| 71-80 | 35.0 | 33.0 |

Μαρτυρία ασθενούς

Γεια σας. Με λένε Νανά και είμαι 20 χρόνων. Τα τελευταία 2 χρόνια έχω προβλήματα διατροφής. Ξεκίνησα με νευρική ανορεξία και κατέληξα στη νευρική βουλιμία. Αρχικά ήμουν φυσιολογική, λεπτή βέβαια, 58-60 κιλά, με ύψος 1.75. Στη συνέχεια και σε σχετικά σύντομο διάστημα έχασα αρκετά κιλά και έφτασα στα 51. Καταλαβαίνετε πως ήμουν αρκετά αδύνατη, τόσο ώστε να μου κοπεί η περίοδος για κάποιους μήνες.

Από εκείνο το σημείο και μετά η ανορεξία άρχισε να εναλλάσσεται με βουλιμικά επεισόδια και γίνονταν όλο και πιο συχνά. Από τον Απρίλιο έως και τον Σεπτέμβριο δεν είχα φάει ούτε μια φορά φυσιολογικά. Ή δεν θα έτρωγα τίποτα για 3 ή και 4 μέρες ή θα έτρωγα τα πάντα. Είχα επιχειρήσει να κάνω και εμετό ανεπιτυχώς, ευτυχώς.

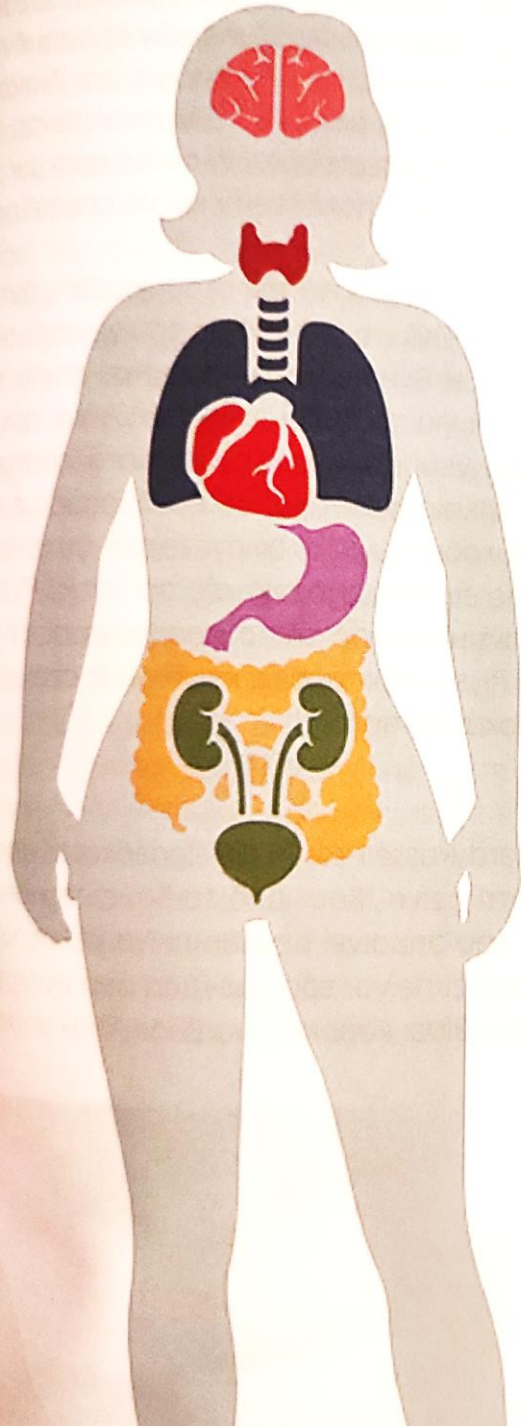
Μέχρι τον Σεπτέμβριο το βάρος μου είχε επανέλθει στα κανονικά του επίπεδα, χωρίς βέβαια εγώ να θέλω κάτι τέτοιο. Ήμουν 58-60 κιλά και η περίοδος μου ξαναήρθε, όμως εγώ υπέφερα. Ήθελα να χάσω οπωσδήποτε βάρος. Πίστευα πως ήμουν χοντρή. Και τότε έφθασα στο άλλο άκρο.

Μαρτυρία ασθενούς (συνέχεια)

Για 2 εβδομάδες ήμουν κλεισμένη στο σπίτι κι έτρωγα όλη μέρα. Πήρα 14 κιλά σε 2 εβδομάδες. Είχα φτάσει στο έσχατο σημείο. Τελικά, και με την παρότρυνση των δικών μου, πήγα σε μια ψυχολόγο και τώρα μετά από τόσους μήνες νιώθω καλύτερα. Έχω αρχίσει και να χάνω βάρος.

Ο στόχος μου είναι να φτάσω στα παλιά μου κιλά και να σταθεροποιηθώ εκεί. Η αλήθεια είναι ότι πολλές φορές φοβάμαι πως δεν θα τα καταφέρω, αλλά θέλω να πιστεύω πως εγώ θα βγω νικήτρια από όλο αυτό.

Θα ήθελα να κάνω έκκληση στις κοπέλες, και ιδιαίτερα στις μικρότερες, να αγαπήσουν το σώμα τους όπως είναι με τις ιδιαιτερότητές του και να μην ξεχνάνε ότι η πραγματική ομορφιά πρέπει να συνοδεύεται και από την υγεία.



ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Έννοια για το φαγητό/θερμίδες, φόβος πρόσληψης βάρους, πονοκέφαλος, ζαλάδα, εναλλαγές διάθεσης, κατάθλιψη, δυσφορία

ΜΑΛΛΙΑ/ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ

Ξηρή επιδερμίδα και χείλη, εύθραυστα νύχια, λεγμάθηλιά, μώλωπες, κίτρινη χροιά, χνούδι στο σώμα, δυσανοχή στο κρύο.

ΚΑΡΔΙΑ

Φτωχή κυκλοφορία, μη φυσιολογικός ή αργός καρδιακός ρυθμός, πολύ χαμηλή αρτηριακή πίεση, καρδιακή ανεπάρκεια

ΑΙΜΑ

Χαμηλά επίπεδα σιδήρου (αναιμία)

ΕΝΤΕΡΟ

Δυσκοιλιότητα, διάρροια, μετεωρισμός, κοιλιακός πόνος

ΟΡΜΟΝΕΣ

Μη φυσιολογική ή απουσία περιόδου, απώλεια λίμπιντο, μη γονιμότητα

ΝΕΦΡΟΙ

Αφυδάτωση, νεφρική ανεπάρκεια

ΟΣΤΑ

Απώλεια ασβεστίου από τα οστά (οστεοπενία)

ΜΥΕΣ

Μυϊκή απώλεια, αδυναμία, κόπωση

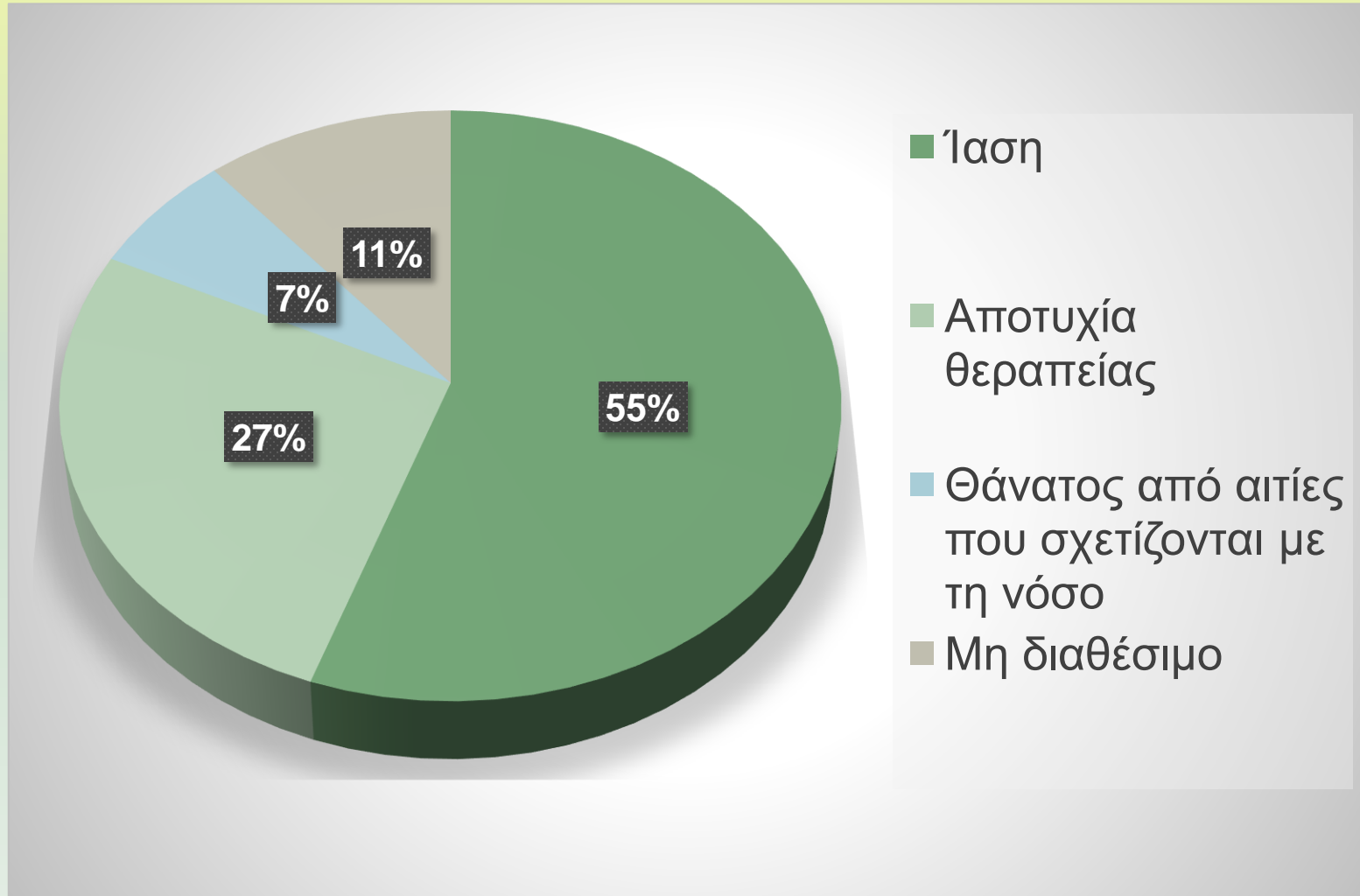
Ψυχογενής ανορεξία Συνέπειες

Πίνακας 4.1

Συχνότερες επιπλοκές της νευρογενούς ανορεξίας.

| | |
|-----------------------|--|
| Καρδιαγγειακό: | <ul style="list-style-type: none">• υπόταση και ορθοστατική υπόταση• βραδυκαρδία• ακροκυάνωση• Η.Κ.Γ με χαμηλά δυναμικά, παράταση του QT διαστήματος και αρρυθμίες• καρδιακή ανακοπή |
| Νευρικό: | <ul style="list-style-type: none">• δυσκολίες στη συγκέντρωση, την προσοχή, τη μνήμη• οργανικό ψυχοσύνδρομο και σπανιότερα επιληπτικές κρίσεις• εικόνα ψευδοατροφίας με αναστρέψιμη διεύρυνση των κοιλιών• “μυοπάθεια” λόγω έλλειψης μαγνησίου, ασβεστίου και φωσφόρου |
| Ενδοκρινικό: | <ul style="list-style-type: none">• λόγω της μείωσης του λιπώδους ιστού διακόπτεται ο μεταβολικός κύκλος των οιστρογόνων με αποτέλεσμα ο ρυθμός έκκρισης των γοναδοτροπινών από την υπόφυση να επιστρέφει στα προεφηβικά επίπεδα και έτσι να εμφανίζεται αμηνόρροια• μείωση της μάζας του μαστού• μείωση των επιπέδων των ενεργών κλασμάτων των θυροειδικών ορμονών και αύξηση των ανενεργών• αύξηση των επιπέδων της κορτιζόλης• υπογλυκαιμία• υπερχοληστεριναμία• υποθερμία• μείωση των επιπέδων της λεπτίνης |
| Πεπτικό: | <ul style="list-style-type: none">• μείωση της γαστρικής και εντερικής κινητικότητας με αποτέλεσμα δυσπεψία και αίσθημα κορεσμού δυσανάλογο με το μέγεθος του γεύματος• δυσκοιλιότητα |
| Μυοσκελετικό: | <ul style="list-style-type: none">• ο περιορισμός της τροφής σε συνδυασμό με τη χαμηλή συγκέντρωση των οιστρογόνων και την υπερκορτιζολαιμία οδηγεί σε μείωση της οστικής μάζας• αναστολή της αύξησης του ύψους στις νεαρές εφήβους και εμφάνιση οστεοπόρωσης |
| Δέρμα: | <ul style="list-style-type: none">• ξηρότητα του δέρματος• υπέρχρωση λόγω υπερκαροτιναιμίας (οφειλόμενη στον μειωμένο ηπατικό καταβολισμό της καροτένης)• υπερτρίχωση με λεπτές, άχρωμες τρίχες που εμφανίζονται κυρίως στην πλάτη, την κοιλιακή χώρα και τον πήχη (lanugo) |
| Αιμοποιητικό: | <ul style="list-style-type: none">• λευκοπενία• ήπια αναιμία• θρομβοκυτοπενία |
| Ουροποιητικό: | <ul style="list-style-type: none">• νυκτουρία• συχνουρία |

Πρόγνωση Ψυχογενούς ανορεξίας στην βετία



Πρόγνωση ψυχογενούς ανορεξίας στην 5ετία

- **69 % θεραπεία**

Smink FR, Curr Opin Psychiatry. 2013 Nov;26(6):543-8. doi:
10.1097/YCO.0b013e328365a24f. PMID: 24060914.

Anorexia nervosa: 30-year outcome

Sandra Rydberg Dobrescu*, Lisa Dinkler*, Carina Gillberg, Maria Råstam, Christopher Gillberg and Elisabet Wentz

Br J Psychiatry. 2020 Feb;216(2):97-104.

Background

Little is known about the long-term outcome of anorexia nervosa.

Aims

To study the 30-year outcome of adolescent-onset anorexia nervosa.

Method

All 4291 individuals born in 1970 and attending eighth grade in 1985 in Gothenburg, Sweden were screened for anorexia nervosa. A total of 24 individuals (age cohort for anorexia nervosa) were pooled with 27 individuals with anorexia nervosa (identified through community screening) who were born in 1969 and 1971–1974. The 51 individuals with anorexia nervosa and 51 school- and gender-matched controls were followed prospectively and examined at mean ages of 16, 21, 24, 32 and 44. Psychiatric disorders, health-related quality of life and general outcome were assessed.

Results

At the 30-year follow-up 96% of participants agreed to participate. There was no mortality. Of the participants, 19% had an eating disorder diagnosis (6% anorexia nervosa, 2% binge-eating disorder, 11% other specified feeding or eating disorder); 38% had other psychiatric diagnoses; and 64% had full eating disorder

symptom recovery, i.e. free of all eating disorder criteria for 6 consecutive months. During the elapsed 30 years, participants had an eating disorder for 10 years, on average, and 23% did not receive psychiatric treatment. Good outcome was predicted by later age at onset among individuals with adolescent-onset anorexia nervosa and premorbid perfectionism.

Conclusions

This long-term follow-up study reflects the course of adolescent-onset anorexia nervosa and has shown a favourable outcome regarding mortality and full symptom recovery. However, one in five had a chronic eating disorder.

Declaration of interest

None.

Keywords

Anorexia nervosa; outcome; population based; case-control.

Copyright and usage

© The Royal College of Psychiatrists 2019. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

- **Παράγοντες που βελτιώνουν την πρόγνωση :**
 - **Μικρότερη διάρκεια νόσου.**
 - **Περιοριστικός τύπος vs καθαρτικός τύπος .**
 - **Μεγαλύτερη ηλικία εμφάνισης διαταραχής (π.χ. εβηβεία vs παιδική ηλικία).**
 - **Καλή σχέση γονέα-παιδιού.**

Steinhansen H. American Journal of Psychiatry 2002
Dobrescu SR, et al. Br J Psychiatry 2020

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας

Επαναλαμβανόμενα επεισόδια Υπερφαγίας

Ταχεία κατανάλωση τροφής
Αδυναμία αυτοελέγχου

Επεισόδια τουλάχιστον 1 φορά/εβδ για 3 μήνες

Αντισταθμιστικές συμπεριφορές

Καθαρτικά, έμετοι, διουρητικά, νηστεία κλπ.

Το βάρος και ο σωματότυπος επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση

Πίνακας 4.2

Συχνότερες επιπλοκές της νευρογενούς βουλιμίας.

| | |
|------------------------|--|
| Ηλεκτρολύτες: | <ul style="list-style-type: none">• υποκαλιαιμία• υπονατριαμία• υποχλωρειακή αλκάλωση• υπομαγνησισαιμία• σπανιότερα υπερφωσφαταιμία |
| Μυϊκές: | <ul style="list-style-type: none">• οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν μυοπάθεια των σκελετικών μυών με συνοδό αύξηση της κρεατινίνης του ορού |
| Νεφρολογικές: | <ul style="list-style-type: none">• η αύξηση της κρεατινίνης λόγω της χρόνιας υποκαλιαιμίας μπορεί να οδηγήσει σε νεφροπάθεια ή ακόμα και σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια |
| Καρδιολογικές: | <ul style="list-style-type: none">• η υποκαλιαιμία προκαλεί παράταση του διαστήματος QT, αρρυθμία ή και αιφνίδιο θάνατο λόγω ανακοπής• σπανιότερα παρατηρείται καρδιομυοπάθεια από την κατάχρηση ιεκακουάνας για την πρόκληση εμέτου |
| Γαστρεντερικές: | <ul style="list-style-type: none">• διόγκωση των σελογόνων αδένων και ειδικότερα των παρωτίδων λόγω των αυτοπροκαλούμενων εμέτων• λόγω της συχνής έκθεσης του οισοφάγου στο γαστρικό υγρό παρατηρείται οισοφαγίτιδα που μπορεί σπανιότερα να οδηγήσει σε ρήξη του οισοφάγου (σύνδρομο Boerhove) ή ακόμα και δημιουργία οισοφάγου Baret• γαστρίτιδα και σπανιότερα γαστρορραγία• δυσκοιλιότητα έως και απώλεια του εντερικού περισταλτισμού λόγω της αφυδάτωσης, της υποκαλιαιμίας και κυρίως λόγω της χρόνιας κατάχρησης καθαρτικών |
| Δερματολογικές: | <ul style="list-style-type: none">• αλλοιώσεις του δέρματος και ειδικότερα ουλές στη ράχη της άκρας χειρός λόγω της χρήσης των δακτύλων για την πρόκληση του εμέτου (σημείο του Russel) |
| Οδοντιατρικές: | <ul style="list-style-type: none">• διαβρώσεις της οδοντικής επιφάνειας και προοδευτική καταστροφή τους λόγω της επαφής τους με τα γαστρικά υγρά |
| Γυναικολογικές: | <ul style="list-style-type: none">• αυξημένη πιθανότητα για υπερέμεση κύησης (Hyperemesis gravidum)• διαταραχές στην έμμηνο ρύση έως και αμηνόρροια |

Διαγνωστικά κριτήρια επεισοδιακής υπερφαγίας

Επαναλαμβανόμενα επεισόδια Υπερφαγίας
Ταχεία κατανάλωση τροφής
Αδυναμία αυτοελέγχου

1 φορά/εβδ για >3 μήνες
παλιότερα 2 φορές εβδ/
Για >6 μήνες

**Δε συνδέεται με
καθαρτικές/
Αντισταθμιστικές
συμπεριφορές**

αναστάτωση

**Χαρακτηριστικά επεισοδίου
(3 στοιχεία)**

Χαρακτηριστικά επεισοδίων (3 από τα ακόλουθα)



- ταχεία κατανάλωση φαγητού
- Κατανάλωση μέχρι δυσάρεστο αίσθημα κορεσμού
- Κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού χωρίς πείνα
- Κατανάλωση όταν το άτομο είναι μόνο του λόγω ενοχών
- Αίσθημα ντροπής/ ενοχές
- Η συμπεριφορά προκαλεί έντονη ενόχληση στο άτομο

- Mild: 1 to 3 episodes per week
- Moderate: 4 to 7 episodes per week
- Severe: 8 to 13 episodes per week
- Extreme: 14 or more episodes per week

Βαρύτητα νόσου

Daily Food Record

Date _____

| Time | Type and amount of food and beverage | Meal, Snack, Binge? | Eating triggers (feelings, situation) |
|----------|---|---------------------|---------------------------------------|
| 7:30 am | coffee, 2 cups sugar 2 tsp cornflakes, 2 cups skim milk, 1 cup | M | Hunger! |
| 11:30 am | tuna sandwich ice tea, 2 cups | M | Bored, hungry |
| 7:30 pm | 3 hamburgers 2 large fries 24 oreos 1/2 gallon ice cream | B | Stressed out, angry at my coach |

• Λοιπές διαταραχές

Pica

1. Κατανάλωση μη-θρεπτικών ουσιών (> μήνα)
2. Μη θρεπτικές ουσίες ακατάλληλες για ανάπτυξη ατόμου (π.χ. παγάκια, μπογιές, ξύλο, κιμωλία, πηλό, στάχτη κλπ.)
3. Διατροφική συμπεριφορά μη συμβατή πολιτισμικά- κοινωνικά.

PICA

Εμφανίζεται με:

1. διαταραχές ψυχικής υγείας μειωμένης λειτουργίας (π.χ. διαταραχή αυτιστικού φάσματος)
2. Παρουσία ιατρικής κατάστασης (π.χ. εγκυμοσύνη)

Μηρυκασμός-Κριτήρια

1. Επαναλαμβανόμενες παλινδρομήσεις των τροφίμων (> μήνα). Η τροφή μπορεί :
 - να αναμασηθεί
 - να επανακαταποθεί ή
 - να πτυσθεί.
2. Η παλινδρόμηση δεν οφείλεται σε ιατρική πάθηση (π.χ. παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος).
3. Η παλινδρόμηση δεν εμφανίζεται με κάποια άλλη διατροφική διαταραχή
4. Αν συνδυάζεται με μια διανοητική διαταραχή (π.χ. πνευματική αναπτυξιακή διαταραχή), είναι αρκετά σοβαρή ώστε να δικαιολογεί ανεξάρτητη κλινική προσοχή.

Night eating syndrome

- πρωινή ανορεξία, βραδινή υπερφαγία και αϋπνία (Stunkard, 1955)
- εμφάνιση κυρίως σε παχύσαρκα άτομα
- 1,5% του γενικού πληθυσμού
- 5% ανάμεσα στα άτομα που προσφεύγουν για θεραπεία αϋπνίας

Περιοριστική/ αποφευκτική διαταραχή (ARFID)

Κριτήρια διάγνωσης:

• Έλλειψη ενδιαφέροντος για φαγητό, ανησυχία για τις συνέπειες του φαγητού, σχετιζόμενα με:

- Σημαντική απώλεια βάρους (ή αποτυχία επίτευξης αναμενόμενης αύξησης βάρους ή εξασθενημένης ανάπτυξης στα παιδιά).
- Σημαντική διατροφική ανεπάρκεια.
- Εξάρτηση από εντερική σίτιση ή από συμπληρώματα διατροφής.
- Σημαντικές ψυχοκοινωνικές λειτουργίες.

• Η διαταραχή δε σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα φαγητών ή πολιτιστικούς λόγους.

• Η διαταραχή της διατροφής δεν εμφανίζεται αποκλειστικά μαζί με ψυχογενή βουλιμία/ ανορεξία και δεν υπάρχει ένδειξη διαταραχής εικόνας σώματος.

• Δεν οφείλεται σε ιατρικό λόγο ή δεν εξηγείται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή.

• Όταν η διαταραχή της διατροφής συμβαίνει στο πλαίσιο και άλλης πάθησης ή διαταραχής, η κατάσταση απαιτεί επιπλέον κλινική προσοχή.

Περιοριστική/ αποφευκτική διαταραχή (ARFID)

Συμπτώματα:

- Δραματική απώλεια βάρους
- Δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος, «αναστατωμένο στομάχι», δυσανεξία στο κρύο, λήθαργος ή υπερένταση
- Περιορισμός σε τύπους ή ποσότητα φαγητού που καταναλώνεται
- Ορισμένες υφές φαγητού
- Φόβοι πνιγμού ή έμετου
- Έλλειψη όρεξης ή ενδιαφέροντος για φαγητό
- Περιορισμένο εύρος προτιμώμενων τροφίμων που μειώνεται με την πάροδο του χρόνου (δηλαδή, επιλεκτική κατανάλωση που χειροτερεύει προοδευτικά).
- Εμμηνορροϊκή δυσλειτουργία
- Μη φυσιολογικά εργαστηριακά ευρήματα (αναιμία, χαμηλό κάλιο, αργός καρδιακός ρυθμός)
- Ξηρό δέρμα, ξηρά και εύθραυστα νύχια, χνούδι (lanugo), αραίωση μαλλιών στο κεφάλι, ξηρά και εύθραυστα μαλλιά
- Μυϊκή αδυναμία
- Κακή επούλωση πληγών

Περιοριστική/ αποφευκτική διαταραχή (ARFID)

- Άτομα με καταστάσεις φάσματος αυτισμού είναι πολύ πιο πιθανό να αναπτύξουν ARFID, όπως και τα άτομα με ΔΕΠΥ και διανοητικές αναπηρίες.
- Τα παιδιά που δεν ξεπερνούν την κανονική επιλεκτική διατροφή, ή στα οποία η επιλεκτική διατροφή είναι σοβαρή, φαίνεται να είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν ARFID.
- Πολλά παιδιά με ARFID έχουν επίσης συνυπάρχουσα διαταραχή άγχους και διατρέχουν επίσης υψηλό κίνδυνο για άλλες ψυχιατρικές διαταραχές

Διαφορετικά προσδιορισμένες διαταραχές σε σχέση με τη σίτιση (OSFED)

Η διαταραχή μοιάζει σε πολλά σημεία με τις γνωστές αλλά δεν πληρεί όλα τα κριτήρια

Atypical Anorexia Nervosa: Όλα τα κριτήρια πληρούνται, εκτός από τη σημαντική απώλεια βάρους, το βάρος του ατόμου βρίσκεται εντός ή άνω του φυσιολογικού εύρους.

Διαταραχή Binge Eating (χαμηλής συχνότητας ή / και περιορισμένης διάρκειας): Όλα τα κριτήρια για BED πληρούνται, εκτός από **χαμηλότερη συχνότητα ή / και για λιγότερο από τρεις μήνες.**

Bulimia Nervosa (χαμηλής συχνότητας ή / και περιορισμένης διάρκειας): Πληρούνται όλα τα κριτήρια για τη νευρική βουλιμία, εκτός από το ότι η υπερβολική κατανάλωση και η ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά παρουσιάζεται σε **χαμηλότερη συχνότητα ή / και για λιγότερο από τρεις μήνες.**

Καθαρτική συμπεριφορά: Καθαρτική συμπεριφορά χωρίς να επηρεάζει το βάρος ή την ποσότητα τροφής.

Διαταραχές Λήψης Τροφής σε Άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (diabulimia)

- 50% ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη αναπτύσσουν κάποια διαταραχή λήψης τροφής
- Τύπου 1: ανορεξία, βουλιμία, OSFED
- Τύπου 2: αδηφαγία
- Καθιστούν πιο δύσκολη τη σταθεροποίηση της ινσουλίνης με αποτέλεσμα την αυξημένη συχνότητα κλινικών κρίσεων και επιπλοκών

Διαταραχές Λήψης Τροφής σε Άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (diabulimia)- Συναισθήματα/ Συμπεριφορά

- Increasing neglect of diabetes management
- Secrecy about diabetes management
- Avoiding diabetes related appointments
- Fear of low blood sugars
- Fear that “insulin makes me fat”
- Extreme increase or decrease in diet
- Extreme anxiety about body image
- Restricting certain food or food groups to lower insulin dosages
- Avoids eating with family or in public
- Discomfort testing/injecting in front of others
- Overly strict food rules
- Preoccupation with food, weight and/or calories
- Excessive and/or rigid exercise
- Increase in sleep pattern
- Withdrawal from friends and/or family activities
- Depression and/or anxiety
- Infrequently filled prescriptions
- Physical

<https://www.nationaleatingdisorders.org/diabulimia-5>

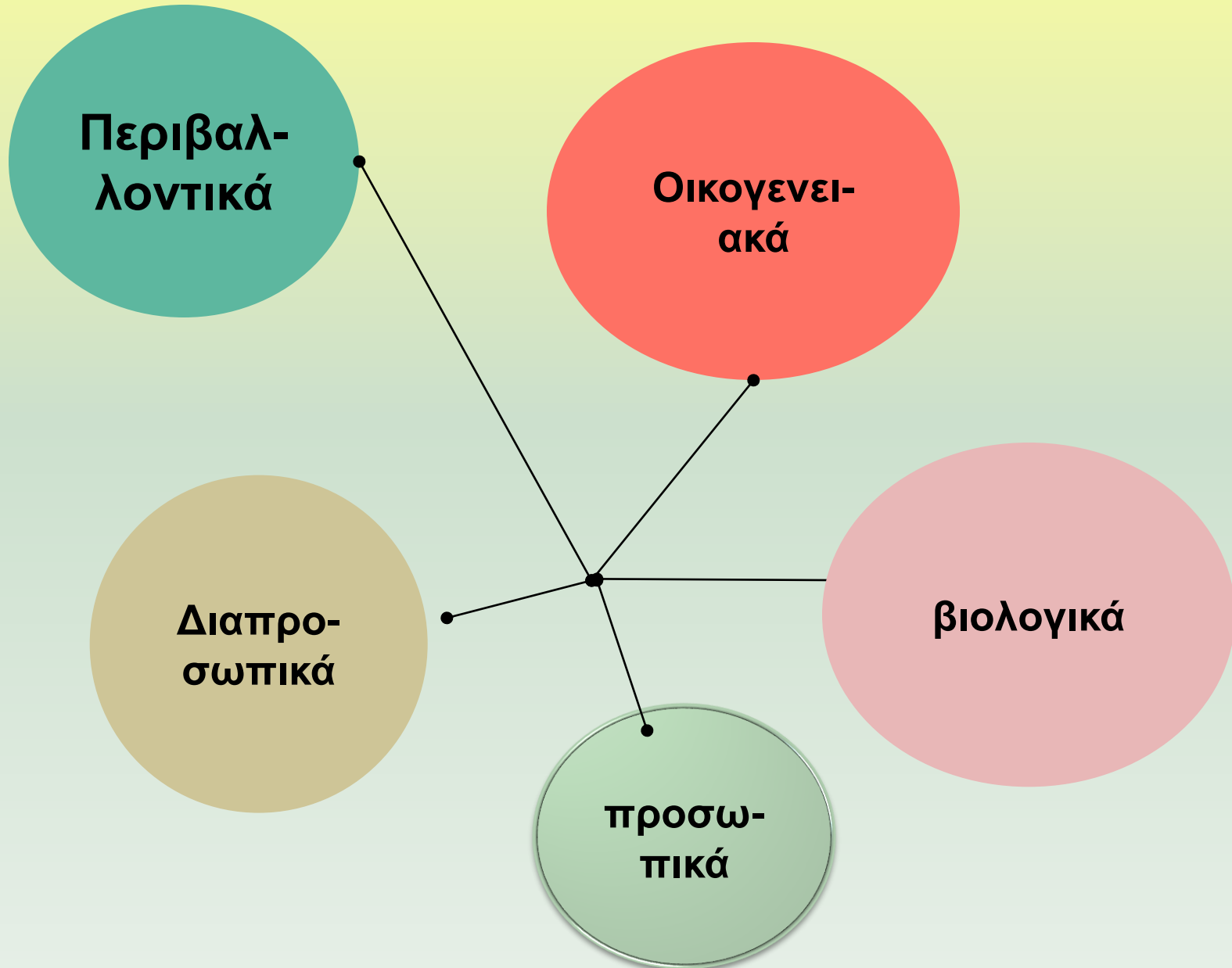
Διαταραχές Λήψης Τροφής σε Άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (diabulimia)- κλινική εικόνα/προβλήματα

- A1c of 9.0 or higher on a continuous basis
- Unexplained weight loss
- Constant bouts of nausea and/or vomiting
- Persistent thirst and frequent urination
- Multiple DKA or near DKA episodes
- Low sodium and/or potassium
- Frequent bladder and/or yeast infections
- Irregular or lack of menstruation
- Deteriorating or blurry vision
- Fatigue or lethargy
- Dry hair and skin

Απροσδιόριστη διαταραχή σίτισης ή διατροφής (UFED)

Συμπτώματα διαταραχής σίτισης και διατροφής που προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή προβλήματα αλλά δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια για καμία άλλη διαταραχή.

Αίτια διαταραχών λήψης τροφής



Περιβαλλοντικοί παράγοντες

- Πρότυπα που επιβάλλει η μόδα & τα ΜΜΕ (τηλεόραση)
- Κοινωνικά και πολιτισμικά πρότυπα (π.χ. ο ρόλος της γυναίκας και των παιδιών στην οικογένεια)
- Διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα τροφίμων

Οικογενειακοί παράγοντες

- Βαθμός επικοινωνίας μεταξύ των μελών
- Προσδοκίες γονέων
- Παράδειγμα γονέων και αδερφών
- Άτομα με μητέρα ή αδελφή που πάσχει από διατροφική διαταραχή, έχουν **12 φορές** μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης διατροφικής διαταραχής.
- (Eating Disorders Review. Nov/Dec 2002).

Διαπροσωπικοί παράγοντες

- Πρότυπα- συμπεριφορές των συνομηλίκων
 - Πεπαιθώσεις σχετικά με τη δίαιτα, διατροφικές προτιμήσεις/ συμπεριφορές/ ανησυχία για το σωματικό βάρος
 - Σχέση με το άλλο φύλο
- Εμπειρίες κακοποίησης

Βιολογικοί παράγοντες

- Γενετική προδιάθεση
- Επίπεδο σωματικής ανάπτυξης
- Παράδειγμα γονέων και αδερφών

Προσωπικοί παράγοντες

- Επίπεδο αυτοπεποίθησης, εικόνα σώματος
- Άγχος, κατάθλιψη
- Γνώσεις, αντιλήψεις, συμπεριφορές
- Ενασχόληση με δίαιτες

Διατροφικές διαταραχές και εφηβεία

- Οι απαιτήσεις της εφηβείας (παραίτηση από την παιδική ηλικία και προετοιμασία για τις ευθύνες της ενηλίκου ζωής) δημιουργούν άγχος στον έφηβο που θα εμφανίσει ψυχογενή ανορεξία.
- Η άρνηση λήψης τροφής δηλώνει και την επιθυμία του ατόμου να μη μεγαλώσει
- «Φυγή από την ανάπτυξη»

Πολυπαραγοντική προσέγγιση

ιατρός

νοσηλεύτης

διαιτολόγος

**Ψυχολόγος
ή/και ψυχίατρος**

Στόχοι παρέμβασης

Θεραπεία
υποκείμενων
παθήσεων

Επαναφορά
του βάρους
σε
φυσιολογικά
επίπεδα

Διατροφική
εκπαίδευση

Ψυχοθεραπεία
(εξατομικευμένη
ή οικογενειακή)

Ομαδική
θεραπεία

Μπορεί να χρειαστεί
νοσηλεία

Ελαχιστοποίηση
υποτροπών

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

- Σοβαρή υποθρεψία (απώλεια βάρους $\geq 25\%$).
- Αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές.
- Καρδιακή δυσλειτουργία (σημαντική βραδυκαρδία, αλλοιώσεις στο ΗΚΓ).
- Άρνηση λήψης τροφής/ υγρών.
- Επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις (πχ αυτοκτονικός ιδεασμός).
- Ακατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες για την αντιμετώπιση της διαταραχής (πχ σοβαρή οικογενειακή δυσλειτουργία).
- Αποτυχία εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης.

Συμβολή Διαιτολόγου

Διατροφική αντιμετώπιση:

1. Διατροφική αξιολόγηση
2. Διόρθωση δυσθρεψίας (επιλογή κατάλληλου συμπληρώματος)
3. Χορήγηση βιταμινών και ανόργανων στοιχείων
4. Διατροφική εκπαίδευση
5. πρόγραμμα παρακολούθησης και συνεχιζόμενης θεραπείας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- Οι ασθενείς πρέπει να αποκαταστήσουν το βάρος, να ομαλοποιήσουν τις διατροφικές συνήθειες, να επιτύχουν φυσιολογικές αντιλήψεις για πείνα και κορεσμό και να διορθώσουν τις βιολογικές και ψυχολογικές συνέπειες του υποσιτισμού.
- Ρεαλιστικός στόχος βάρους είναι **0,9-1,3 Kg (2–3 lb) / εβδομάδα για νοσοκομειακούς ασθενείς και 0,2-0,45 Kg (0,5-1 lb) / εβδομάδα για άτομα σε προγράμματα εξωτερικών ασθενών.**
- Οι διαιτολόγοι μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να επιλέξουν τα γεύματά τους και μπορεί να παρέχουν ένα δομημένο πρόγραμμα γευμάτων που διασφαλίζει διατροφή επάρκεια και ότι δεν αποφεύγεται καμία από τις κύριες ομάδες τροφίμων. Είναι σημαντικό να ενθαρρύνετε τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία να επεκτείνουν τις επιλογές φαγητού τους για να ελαχιστοποιήσουν την περιορισμένη γκάμα τροφίμων που ήταν αρχικά αποδεκτά από αυτά.

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- Τα επίπεδα πρόσληψης θερμίδων πρέπει συνήθως να ξεκινούν από **30-40 Kcal** (kcal / kg) ανά ημέρα (περίπου 1.000-1.600 kcal / ημέρα).
- Κατά τη διάρκεια της φάσης αύξησης βάρους, η πρόσληψη μπορεί να πρέπει να προχωρήσει σταδιακά έως και **70-100 kcal / kg** ανά ημέρα για ορισμένους ασθενείς πολλοί άνδρες ασθενείς χρειάζονται πολύ μεγάλο αριθμό θερμίδων για αύξηση βάρους.
- Σε ασθενείς που είναι ύποπτοι της τεχνητής αύξησης του βάρους τους με φόρτωση υγρών προτείνεται πρωινή ζύγιση μετά την τουαλέτα με ελαφρύ ρουχισμό.
- Το ειδικό βάρος ούρων κατά τη ζύγιση μπορεί να δείξει την πιθανή υπερπρόσληψη νερού.

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- Συνιστάται τακτική παρακολούθηση των επιπέδων καλίου στον ορό το ασθενείς που κάνουν εμετούς.
- Η αύξηση βάρους βελτιώνει τις σωματικές και ψυχολογικές επιπλοκές της ημι-ασιτίας.
- Όταν η διατροφική διατροφή πρέπει να παρέχεται σε έναν ασθενή που αρνείται να φάει, η ρινογαστρική σίτιση είναι προτιμότερη από την ενδοφλέβια σίτιση.

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- Είναι σημαντικό να **προειδοποιήσετε** τους ασθενείς για τις ακόλουθες πτυχές της ανάρρωσης:
- καθώς αρχίζουν να αναρρώνουν και νιώθουν το σώμα τους να μεγαλώνει, ειδικά καθώς πλησιάζουν τρομακτικά νούμερα που αντιπροσωπεύουν φοβικά βάρη, μπορεί να βιώσουν **επανεμφάνιση άγχους** και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ευερεθιστότητα και μερικές φορές σκέψεις αυτοκτονίας. Αυτά τα συμπτώματα διάθεσης, που δε σχετίζονται με τα τρόφιμα, εμμονικές σκέψεις και ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές συχνά δεν εκριζώνονται, και συνήθως μειώνονται με την αύξηση βάρους και συντήρηση βάρους.
- Η αρχική επανασίτιση μπορεί να σχετίζεται με ήπια παροδική κατακράτηση υγρών, αλλά οι ασθενείς που σταματούν απότομα τη λήψη καθαρτικών ή διουρητικών μπορεί να εμφανίσουν αντισταθμιστικό οίδημα για αρκετές εβδομάδες.
- Καθώς η αύξηση βάρους εξελίσσεται, πολλοί οι ασθενείς αναπτύσσουν επίσης ακμή και ευαισθησία στο στήθος και αποθαρρύνονται σχετικά με τις προκύπτουσες αλλαγές στο σχήμα του σώματος.
- Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν κοιλιακό άλγος και φούσκωμα με τα γεύματα από την καθυστερημένη γαστρική κένωση που συνοδεύει τον υποσιτισμό. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να ανταποκρίνονται σε προκινητικούς παράγοντες.

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- Συνεργατικός σχεδιασμός γευμάτων με ασθενείς.
- Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να τρώνε μικρά, συχνά γεύματα, να επιλέγουν πλούσια σε φυτικές ίνες, πλούσια σε θρεπτικά συστατικά τρόφιμα και να περιορίζουν την καφεΐνη, η οποία μπορεί να καταστέλλει την όρεξη.
- Συνιστάται μια **ισορροπημένη διατροφή με ποικιλία** και μεγάλη έμφαση στα απαραίτητα λιπαρά οξέα, ως ασθενείς με AN τείνουν να αποφεύγουν την κατανάλωση λίπους.
- Αρχικά, οι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να **περιορίσουν τις τροφές που περιέχουν λακτόζη**, καθώς η δυσανεξία μπορεί να αναπτυχθεί από γαστρεντερική διάλειψη.
- Εάν ένας ασθενής έχει ελλείψεις μικροθρεπτικών συστατικών, συνιστάται μια **πολυβιταμίνη ή συμπλήρωμα**.
- Η άσκηση συνήθως αποθαρρύνεται στα πρώτα στάδια της θεραπείας, αλλά μπορεί να ενσωματωθεί όταν ένας ασθενής είναι σταθερός στο βάρος.
- Βιωματικές ασκήσεις διατροφής και εκδρομές για να βοηθήσουν τους πελάτες να αισθανθούν άνετα με δραστηριότητες που σχετίζονται με τα τρόφιμα, όπως φαγητό, μαγείρεμα ή ψώνια.

Στόχος: αποκατάσταση βάρους

Τρόποι σίτισης

Εκούσια λήψη τροφής (συχνότερα)

Ρινογαστρικός καθετήρας

Παρεντερική σίτιση.

3 γεύματα και 2-3 μικρά γεύματα (snacks)

Βασικές Ψυχολογικές Παρεμβάσεις

1. Γνωσιακή- Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία
2. Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία
3. Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία

Χρήση φαρμάκων

- Αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτιλίνη, κ.ά).
- Νευροληπτικά-αντιψυχωσικά (χλωροπρομαζίνη, κ.ά).
- Αγχολυτικά (λοραζεπάμη).

Ευχαριστώ για την
προσοχή σας