



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής  
Σχολή Επιστημών Τροφίμων  
Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διατροφή και Διάθεση»

Συγγραφέας  
Τσέλιου Μυρσίνη  
ΑΜ:17213

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:  
Κανέλλου Αναστασία

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2024



University Of West Attica  
School Of Food Sciences  
Department of Food Science and Technology

Diploma Thesis

“Food and Mood”

Author

Tseliou Myrsini

R.N:17213

Supervisor name and surname:

Anastasia Kanellou

Athens, September 2024



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής  
Σχολή Επιστημών Τροφίμων  
Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων

## «Διατροφή Και Διάθεση»

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

Η πτυχιακή/διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

<b>A/a</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1	Κανέλλου Αναστασία	Καθηγήτρια	
2	Τσάκαλη Ευσταθία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
3	Χούχουλα Δήμητρα	Καθηγήτρια	

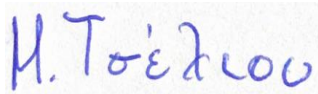
## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Τσέλιου Μυρσίνη του Φιλίππου, με αριθμό μητρώου 71617213 φοιτητής/τρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Επιστημών Τροφίμων του Τμήματος Επιστήμης Και Τεχνολογίας Τροφίμων, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής/διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο/Η Δηλών/ούσα



ΤΣΕΛΙΟΥ ΜΥΡΣΙΝΗ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
3. ΣΚΟΠΟΣ.....	10
Κεφάλαιο 4 - Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
Κεφάλαιο 5 - Η ΈΝΝΟΙΑ ΤΟΥ STRESS.....	11
Κεφάλαιο 6 - ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	13
6.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	13
6.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	15
6.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	16
6.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	22
Κεφάλαιο 7 - ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	23
7.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ.....	23
7.2 ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....	28
7.2.1 Η κατανάλωση λιπαρών.....	28
7.2.2 Η κατανάλωση υδατανθράκων.....	29
7.3 ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	32
7.3.1 Μηχανισμός όρεξης και συναισθηματική κατάσταση .....	32
7.3.2 Έκκριση ορμονών και συναισθηματική κατάσταση.....	33
7.4 ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ .....	39
7.5 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	41
Κεφάλαιο 8 - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....	44
8.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	44
8.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	47
8.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	48
Κεφάλαιο 9 – ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ.....	50
Κεφάλαιο 10 – ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΔΙΑΘΕΣΗ.....	53
Κεφάλαιο 11 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	56
10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διατροφική συμπεριφορά κατά κύριο λόγο συνδέεται και καθορίζεται από τον τρόπο σκέψης του ατόμου σε συσχέτιση με το περιβάλλον και τον εαυτό του, καθώς και για το πως νιώθει για τον ίδιο του τον εαυτό. Η κατάθλιψη έχει άμεση σχέση με τις διατροφικές διαταραχές, διότι συνυπάρχει με την μειωμένη εκτίμηση για τον εαυτό του ατόμου αλλά και το υπερβολικό άγχος.

Το συναισθηματικό φαγητό είναι μια φάση κατά την οποία παρόλο που το άτομο έχει καλύψει τις διατροφικές του ανάγκες, εντούτοις συνεχίζει να επιθυμεί την περαιτέρω κατανάλωση τροφής, με στόχο να κρύψει κάποιο συναίσθημα, είτε αυτό είναι θετικό, είτε αρνητικό.

Το άγχος αλλάζει την ποιότητα της διατροφής, λόγω της εφαρμογής ανθυγιεινών διατροφικών μοτίβων, το οποίο αυξάνει ακόμη περισσότερο το άγχος. Επίσης, το άτομο στο τέλος βιώνει έναν φαύλο κύκλο άγχους - ανθυγιεινής διατροφής - αλλαγής εικόνας σώματος – κατάθλιψης.

Λέξεις- κλειδιά: άγχος, διατροφική συμπεριφορά, συναισθηματική διατροφή

## **ABSTRACT**

Eating behaviour is primarily related to and determined by the way a person thinks in relation to his or her environment and self, as well as how he or she feels about himself or herself. Depression is directly related to eating disorders, because it goes hand in hand with both reduced self-esteem and excessive anxiety.

Emotional eating is a phase in which, although the person has met their nutritional needs, they still continue to want to eat more food in order to cover an emotion, whether positive or negative.

Anxiety changes the quality of eating due to the implementation of unhealthy eating patterns, which further increases the anxiety. Also, the person ends up living a vicious cycle of anxiety - unhealthy eating - body image change - depression.

Key words: anxiety, eating behaviour, emotional eating

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι ψυχικές διαταραχές, οι οποίες ξεχωρίζουν από μεγάλα, παρατεταμένα και συγχρόνως εξουθενωτικά επίπεδα άγχους, που επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό στην καθημερινότητα του ατόμου. Τα αίτια των αγχωδών διαταραχών προκύπτουν από βιολογικά, γενετικά ή και ψυχολογικά αίτια. Συνήθως, οι αγχώδεις διαταραχές συσχετίζονται με τον τρόπο διατροφής, κάτι που ονομάζεται ως συναισθηματική διατροφή. (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013)

Ιδιαίτερα, το άγχος είναι μια συναισθηματική κατάσταση την οποία μπορούν να βιώσουν και οι ενήλικες, και τα παιδιά. Συνήθως, φανερώνεται με ανησυχία ή και φόβο σε διάφορα ψυχοπιεστικά γεγονότα, ενώ μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση τυχόν δυσκολιών, βάζοντας τον ανθρώπινο οργανισμό σε κατάσταση ετοιμότητας. Το άγχος ουσιαστικά είναι ένα φυσιολογικό στοιχείο σε κάθε οργανισμό, αλλά μερικές φορές δύναται να λάβει υψηλή ένταση, η οποία τις περισσότερες φορές είναι δυσανάλογη με βάση το ερέθισμα που το προκαλεί. Σε αυτή την περίπτωση, το άγχος μπορεί και να αποτελεί ένδειξη κάποιας αγχώδους διαταραχής, εμποδίζοντας την προσαρμογή του ατόμου. (E. Κάκουρος, K. Μανιαδάκη - *Ψυχοπαθολογία Παιδιών Και Εφήβων by Gutenberg Books - Issuu*, 2018)

Το άγχος μπορεί να μετατραπεί σε παθολογικό, όταν δημιουργεί πρόβλημα ή όταν επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, στην ολοκλήρωση των στόχων ή στη συναισθηματική του ηρεμία. Σε αυτή την περίπτωση συμπεραίνεται ότι κάποιο είδος κάποιας Αγχώδους Διαταραχής. Οι αγχώδεις διαταραχές περιέχουν πολλά κλινικά σύνδρομα, τα οποία ανήκουν στη νευρική φύση, την ανησυχία, την ένταση και διάφορα σωματικά συμπτώματα. Είναι οι πλέον πιο συνηθισμένες ψυχιατρικές διαταραχές, επηρεάζοντας το 13,6-28,8% των ατόμων παγκοσμίως κατά όλη τη διάρκεια ζωής τους. (Kessler κ.ά., 2005)

Επιπλέον, το άγχος μπορεί να οδηγήσει στην επιλογή και κατανάλωση κάποιων συγκεκριμένων τροφών, με σκοπό την παροχή άνεσης και οικειότητας. Οι



επιδράσεις του άγχους μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών και να ωθήσουν στην παχυσαρκία. Επίσης, το φαγητό είναι ένα μέσο επίδειξης συναισθημάτων, όπως είναι ο θυμός, που μπορούν να ωθήσουν ένα άτομο στην αποχή ή ακόμη και στην μεγάλη κατανάλωση τροφής. (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013)

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

- 1) Συναισθήματα, τα οποία προήλθαν από το ερέθισμα του τροφίμου και επηρεάζουν ταυτόχρονα την επιλογή των τροφίμων.
- 2) Συναισθήματα υψηλής διέγερσης ή έντασης, τα οποία είναι δυνατό να περιορίσουν το φαγητό λόγω ασυμβίβαστων συναισθηματικών αντιδράσεων.
- 3) Συναισθήματα μέτριας διέγερσης ή έντασης, τα οποία επηρεάζουν την λήψη τροφής ανάλογα με τα κίνητρα κατανάλωσης, που κατατάσσονται στην περιοριστική, τη συναισθηματική, καθώς και την εξωγενή συμπεριφορά απέναντι στη τροφή.

Η Συναισθηματική Διατροφή στηρίζονται κατά κύριο λόγο σε ψυχοσωματικές θεωρίες, οι οποίες σχετίζονται με την υπερκατανάλωση τροφής ως αποζημίωση ή και αντίδραση σε αρνητικά συναισθήματα. Οι ψυχολογικές ρίζες της αρχίζουν από την παιδική ηλικία και τις ανεπαρκείς σχέσεις μεταξύ των ατόμων. Τα αρνητικά συναισθήματα είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι του ατόμου, αλλά η ακριβής διαδικασία με την οποία τα συναισθήματα μπορούν να αλλάξουν τη διατροφική συμπεριφορά αποτελεί άλυτο πρόβλημα, το οποίο θα πρέπει να επιλύσει ο τομέας της Συναισθηματικής Διατροφής. (E. Κάκουρος, K. Μανιαδάκη - *Ψυχοπαθολογία Παιδιών Και Εφήβων by Gutenberg Books - Issuu*, 2018)

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να μελετηθεί πως και πόσο επηρεάζεται η διατροφή ενός ανθρώπου όταν υποφέρει από αγχώδεις διαταραχές και πως θα αντιμετωπιστεί το παραπάνω πρόβλημα.

## **Κεφάλαιο 4. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία είναι «μια δυναμική κατάσταση εσωτερικής ισορροπίας που επιτρέπει στα άτομα να χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους σε αρμονία με τις καθολικές αξίες της κοινωνίας. Βασικές γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες, ικανότητα αναγνώρισης, έκφρασης και διαμόρφωσης των συναισθημάτων κάποιου, καθώς και ενσυναίσθησης με άλλους. Ευελιξία και ικανότητα αντιμετώπισης δυσμενών γεγονότων ζωής και λειτουργίας σε κοινωνικούς ρόλους. Και η αρμονική σχέση μεταξύ σώματος και νου αντιπροσωπεύουν σημαντικά συστατικά της ψυχικής υγείας που συμβάλλουν, σε διάφορους βαθμούς, στην κατάσταση της εσωτερικής ισορροπίας».

Ο Keyes ορίζει τρεις παράγοντες της ψυχικής υγείας. Ο πρώτος είναι η συναισθηματική ευεξία, δηλαδή όταν ο άνθρωπος είναι ευτυχισμένος και με ενδιαφέρον για την ζωή. Ο δεύτερος είναι η ψυχολογική ευεξία, δηλαδή όταν ο άνθρωπος μπορεί και διαχειρίζεται τις ευθύνες της καθημερινότητας του, έχει καλές σχέσεις με τους συνανθρώπους του και είναι ευχαριστημένος με την ζωή του. Τέλος, ο τρίτος παράγοντας είναι η κοινωνική ευημερία, η οποία ορίζεται ως η θετική λειτουργία που πρέπει να συνεισφέρει στην κοινωνία (κοινωνική συνεισφορά), η εντύπωση ότι είναι μέλος μιας κοινότητας (κοινωνική ένταξη), η βεβαιότητα ότι η κοινωνία θα γίνει ένα καλύτερο μέρος για όλους τους ανθρώπους (κοινωνική πραγμάτωση) και ότι ο τρόπος με τον οποίο ενεργεί η κοινωνία έχει σημασία για αυτούς (κοινωνική συνοχή). (Galderisi κ.ά., 2015)

Αλλά υπάρχουν και οι ψυχικές διαταραχές που μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο για μεταδοτικές ή μη μεταδοτικές ασθένειες και συνεισφέρουν στον ακούσιο και ηθελημένο τραυματισμό. Επίσης, είναι πολλές οι καταστάσεις υγείας που μπορούν να αυξήσουν το κίνδυνο για ψυχική διαταραχή και η συνύπαρξη δυο

νόσων στον ίδιο ασθενή δεν βοηθάει ιδιαίτερα στην διάγνωση, τη θεραπεία, αλλά και στην πρόγνωση. Κάποιες υπηρεσίες υγείας δεν παρέχονται δίκαια σε άτομα με ψυχικές διαταραχές και για αυτό η φροντίδα, τόσο για τις ψυχικές, όσο και για τις σωματικές παθήσεις αυτών των ατόμων δεν είναι όπως θα έπρεπε και πρέπει να βελτιωθούν. Επίσης, η ψυχική υγεία μπορεί να επηρεάσει την επίτευξη αρκετών αναπτυξιακών κοπών, όπως αυτό είναι η προώθηση της ισότητας των φύλων και η χειραφέτηση των γυναικών, η μείωση της παιδικής θνησιμότητας, η βελτίωση της μητρικής υγείας και η παύση της εξάπλωσης του HIV/AIDS. Τέλος, η ευαισθητοποίηση για την ψυχική υγεία θα πρέπει να υπάρχει σε όλες τις όψεις της υγειονομικής και κοινωνικής πολιτικής, του σχεδιασμού του συστήματος υγείας και της παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας γενικής υγειονομικής περίθαλψης.(Prince κ.ά., 2007)

## **Κεφάλαιο 5. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ STRESS**

Το άγχος μπορεί να οριστεί με πολλούς τρόπους, αλλά ο πιο απλός ορισμός του είναι η μη ειδική αντίδραση του οργανισμού σε μια απαίτηση, δηλαδή πως αντιδράει ο οργανισμός όταν βγαίνει έξω από την άνεση του. Η φυσιολογική αντίδραση του στρες είναι όταν το σώμα εναντιώνεται στην κάθε αλλαγή, απειλή ή πίεση που δέχεται. Έτσι το σώμα προσπαθεί να επανέλθει στο φυσιολογικό του ώστε να μην μπορεί να πάθει κακό ούτε από εσωτερικούς, ούτε από εξωτερικούς παράγοντες. Άρα, ο σκοπός του άγχους είναι να κρατήσει ζωντανούς και υγιείς τους ανθρώπους.

Το άγχος υπάρχει σε όλους τους ανθρώπους, αλλά σε διαφορετικά επίπεδα. Δηλαδή, σε κάποιους μπορεί να είναι πιο έντονο και σε κάποιους άλλους λιγότερο έντονο. Το να μην έχεις καθόλου άγχος σημαίνει ότι δεν ζεις! Παρ'όλα αυτά το άγχος δεν είναι πάντα δυσάρεστο. Ο Hans Selye, M.D. που θεωρείται από πολλούς ως ο πατέρας της έρευνας για το άγχος, διέκρινε το ευχάριστο άγχος, το οποίο ονόμασε eustress, και το δυσάρεστο στρες ή αγωνία.

Άγχος δεν σημαίνει μόνο αγωνία, μπορεί να συσχετιστεί και με ευχάριστα γεγονότα όπως: γάμοι, γεννήσεις, προαγωγές, επανένωση με παλιούς φίλους και πολλούς άλλους.(Selye, χ.χ.)

Το άγχος στην καθημερινότητα μας μπορεί να εμφανιστεί σε τρεις τύπους όπως: οξύ (π.χ. όταν υπάρξει μια έντονη διαφωνία), οξύ επεισοδιακό( π.χ. όταν υπάρχουν προθεσμίες για μια δουλειά) και το χρόνιο στρες(π.χ. όταν κάποιος χάνει την δουλειά του, όταν δέχεται σωματική ή ψυχική κακοποίηση ή όταν υπάρχουν συγκρούσεις με την οικογένεια). Οι άνθρωποι που πάσχουν από στρες δεν σημαίνει ότι θα έχουν μόνο ένα τύπο από τους παραπάνω κάποιοι βιώνουν των συνδυασμό των παραπάνω τριών τύπων. (*Stress and Health | The Nutrition Source | Harvard T.H. Chan School of Public Health, χ.χ.*)

Το άγχος μπορεί να μεταφραστεί σαν ένας βιολογικός μηχανισμός προειδοποίησης του οργανισμού που προετοιμάζει τον άνθρωπο ώστε να δράσει και να το καταπολεμήσει. Αυτό συνοδεύεται από δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα που διαταράσσουν την ομαλή λειτουργία του οργανισμού, όπως η ταχυπαλμία, η εφίδρωση και γνωστικές αλλαγές με αλλοίωση της αντίληψης. (Al-Biltagi & Sarhan, 2016)

Το οξύ στρες είναι σύντομο και τα επίπεδα ορμονών θα επιστρέφουν σταδιακά στο φυσιολογικό. Το οξύ επεισοδιακό και χρόνιο στρες προκαλεί επανειλημμένα την αντίδραση πάλης ή φυγής προκαλώντας επίμονη αύξηση των ορμονών, οδηγώντας σε κίνδυνο προβλημάτων υγείας όπως:

- Πεπτικά προβλήματα (καούρα, διάρροια, δυσκοιλιότητα)
- Αύξηση βάρους
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση
- Πόνος στο στήθος, καρδιακές παθήσεις
- [Προβλήματα του ανοσοποιητικού συστήματος](#)
- Δερματικές παθήσεις
- Μυϊκοί πόνοι (πονοκέφαλοι, οσφυαλγία, πόνος στον αυχένα)

- Διαταραχή ύπνου, αϋπνία
- Στειρότητα
- Άγχος, κατάθλιψη

*(Stress and Health | The Nutrition Source | Harvard T.H. Chan School of Public Health, χ.χ.)*

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

### **6.1. ΟΡΙΣΜΟΣ**

Οι αγχώδεις διαταραχές (ADs) είναι ψυχικές διαταραχές που διακρίνονται από υπερβολικά, συνεχή και εξαντλητικά επίπεδα άγχους, τα οποία επηρεάζουν την καθημερινή ζωή του ανθρώπου. Χωρίζονται σε κλινικές διαγνωστικές κατηγορίες όπως γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (GAD), η διαταραχή πανικού (PD), η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) και οι φοβίες, σύμφωνα με την έναρξη, τα συμπτώματα και την πορεία τους. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι πολύπλοκες ασθένειες που δημιουργούνται από ένα συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Όπως έδειξαν κάποιες μελέτες που βασιζόντουσαν σε οικογένειες και κάποιες άλλες σε δίδυμα αδέρφια είναι ότι οι αγχώδεις διαταραχές έχουν μεγάλα και σημαντικά ποσοστά κληρονομικότητάς που κυμαίνονται από 30 έως 50%. (Otowa κ.ά., 2014)

Άλλος ένας ορισμός για τις αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνει τις διαταραχές που έχουν χαρακτηριστικά υπερβολικού φόβου και άγχους αλλά και διαταραχές συμπεριφοράς. Ο φόβος είναι η αντίδραση του ανθρώπου όταν νιώθει απειλή η οποία θα υλοποιηθεί στο άμεσο μέλλον, από την άλλη το άγχος είναι η απειλή που θα εμφανιστεί στο έμμεσο μέλλον. Όμως, ο φόβος και το άγχος είναι δυο διαταραχές με πολλές ομοιότητες, καθώς ο φόβος έχει σχέση με συμπεριφορές που απαιτούνται για να καταπολεμηθεί ή να αποφευχθεί ο άμεσος κίνδυνος, ενώ το άγχος εκφράζεται με ένταση στους μύες και συμπεριφορές που απαιτούνται για να προετοιμαστεί κανείς, να αποφύγει ή να επαγρυπνεί για μελλοντικό κίνδυνο. Μία ιδιαίτερη αντίδραση στον φόβο αποτελεί η κρίση πανικού, η οποία ενώ εντάσσεται

στις αγχώδεις διαταραχές, παρατηρείται ταυτόχρονα και σε άλλες ψυχικές διαταραχές.(American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013)

Ακόμη ένας ορισμός, με βάση τους Pervin, & John, (2005), λέει ότι το άγχος μπορεί να συνδεθεί με την «αναγνώριση ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει κάποιος υπάρχουν έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος νοητικών κατασκευών =τρόπος αντίληψης και ερμηνείας των γεγονότων , δηλαδή δε μπορεί να τα ερμηνεύσει».

Το άγχος μπορεί να είναι μέχρι ενός σημείου, φυσιολογικό και χρήσιμο για την ανθρώπινη προσωπικότητα. Για αυτό το λόγο, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται. Σε φυσιολογικό βαθμό είναι η ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου για να μπορέσει να δράσει από την στιγμή, που μια κατάσταση δεν είναι καλή για την ψυχοσωματική συγκρότησή του. Αντίθετα όμως, σε υπερβολικό βαθμό, το άγχος αποτελεί νοσηρή εκδήλωση, χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου. (Pervin, & John, 2005)

Όταν το άγχος βρίσκεται συγκεκριμένα και μόνο στη δημιουργία κοινωνικών επαφών, τότε λέγεται «κοινωνικό άγχος». Οι άνθρωποι, οι οποίοι νοσούν από κοινωνικό άγχος, συνήθως στις αρχικές τους επαφές με άλλα άτομα, είναι σε κάποια υπερένταση, η οποία ταραξίζει ή και αποδιοργανώνει τελείως τη σκέψη και τη δράση τους. Μάλιστα, η αποτυχία των κοινωνικών σχέσεων των ανθρώπων με αγχώδεις διαταραχές είναι ένα από τα βασικά τους ζητήματά. Αυτή η κοινωνική αποτυχία γίνεται λόγω του ότι μεγάλος αριθμός από άτομα, που νοσούν από αγχώδεις διαταραχές, χαρακτηρίζονται από υπερβολικές ευαισθησίες, εγωκεντρικότητα, εσωστρέφεια και δεσποτική στάση, μικρή αυτοπεποίθηση και ψυχρότητα, ενώ κάποιες φορές αισθάνονται αδικημένοι και δυστυχισμένοι.

Μερικές φορές, το άγχος μοιάζει με το στρες και το φόβο και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ίδιες έννοιες, αλλά δεν είναι. Ο φόβος ορίζεται ως ένα συναίσθημα, το οποίο συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με το στρες, που μπορεί να έχει να κάνει με μια ρεαλιστική, παρά απροσδιόριστη, όπως το άγχος, εντύπωση

απειλής και ανησυχίας, απέναντι σε έναν πραγματικό κίνδυνο. Επίσης, το άγχος δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο και μπορεί να έχει να κάνει με αόριστη απειλή σε μελλοντικό και αναμενόμενο κίνδυνο, τον οποίο το άτομο δεν γνωρίζει, άρα η προετοιμασία του για δράση είναι αδύνατη. (Adam & Erel, 2007)

## 6.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν την πιο κοινή ψυχιατρική διάγνωση με επιπολασμό που ανέρχεται στο 13,3%. Τις πιο πολλές φορές είναι πολύ δύσκολο να αναγνωρισθεί μια αγχώδη διαταραχή, διότι τα συμπτώματα της είναι δύσκολο να εξηγηθούν ιατρικά. Έτσι, το άτομο δεν γνωρίζει την ύπαρξη της διαταραχής, και για αυτό τον λόγο δεν αναζητά βοήθεια για την αντιμετώπισή της. Επιπρόσθετα, περίπου το 25-50% των ανθρώπων που νοσούν της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αναγνωρίζονται για τα ψυχοσωματικά τους συμπτώματα, κάτι που είναι απαραίτητο να αναλυθεί ώστε να βρεθεί η αγχώδη διαταραχή. (Combs & Markman, 2014)

Επίσης, οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές κατά την εφηβεία είναι κοινωνική φοβία και γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, σε σχέση με την ενήλικη ζωή όπου οι πιο συχνές κλινικές διαταραχές αφορούν κάποιες συγκεκριμένες φοβίες. Όσον αφορά την κοινωνική φοβία, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι αυτό το πρόβλημα είναι πολύ διαδεδομένο, επίμονο και μειονεκτικό για την ψυχιατρική διαταραχή των εφήβων.

Επιπρόσθετα, οι πρώτες σωματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές εκδηλώσεις του κοινωνικού άγχους συνήθως εμφανίζονται κατά την εφηβεία. Μελέτες ακόμη δείχνουν ότι πρέπει να γίνει περαιτέρω εξέταση για υποτύπους αυτής της διαταραχής στους εφήβους, δεδομένης της ετερογένειας των κοινωνικών φόβων σε αυτή την ηλικία. (M. Burstein κ.ά., 2011)

Τέλος, όσον αφορά τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, τα ευρήματα δείχνουν διαφορές που έχουν η σχέση με την ηλικία, τα σχετιζόμενα συμπτώματα και η κλινική πορεία, καθώς και η κλινική σημασία των μορφών υποκατωφλίου μεταξύ εφήβων. (R. Burstein κ.ά., 2014)

Ως συμπέρασμα, μπορούμε να πούμε ότι οι αγχώδεις διαταραχές είναι μια από τις συχνότερα διαπιστωμένες ψυχικές διαταραχές των εφήβων σε ποσοστό από 15-30% , αλλά όσον αφορά την πιο σοβαρή τους όψη υπάρχουν εξίσου και στα δυο φύλα είτε είναι έφηβοι, είτε ενήλικες μικρής ηλικίας.(Tassin κ.ά., 2014)

### **6.3 ΚΑΤΗΓΟΡΟΠΟΙΗΣΗ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

#### **Κατηγοριοποίηση**

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

Περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες:

- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία
- Φοβικές διαταραχές (Απλή φοβία, Κοινωνική φοβία, Αγοραφοβία)
- Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Μετατραυματική διαταραχή μετά από ισχυρό στρες.

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

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή ονομάζεται μία διαταραχή που ορίζεται από το πλήθος ποικίλων οργανικών αντιδράσεων, όπως και από την ύπαρξη γενικευμένης, επίμονης και ακαθόριστης ανησυχίας, η οποία αναπληρώνει όλες τις



δραστηριότητες του ανθρώπου. Ειδικότερα, το χαρακτηριστικό των ατόμων, που νοσούν από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, είναι η μεγάλη ανησυχία για ζητήματα της καθημερινότητας. Επρόκειτο για μια διάχυτη και έντονη αρνητική διάθεση και ανησυχία, η οποία υπάρχει στο περισσότερο μέρος της ημέρας και της οποίας τα αίτια πολύ συχνά δεν μπορούν να φανούν. Ως επακόλουθο, η οικογενειακή ζωή, η επαγγελματική απόδοση, οι σχέσεις με τον κοινωνικό περίγυρο και η γενική λειτουργικότητα του ανθρώπου αλλάζει σημαντικά. (Μαυρογιαννάκη, και συν., 2013).

Αφετέρου, η διαταραχή πανικού εμφανίζεται με προσβολές έντονου άγχους, με αίσθημα επικείμενης καταστροφής, αεροδιψία, προκάρδια ενοχλήματα, αίσθημα απώλειας του ελέγχου κ.ά. (Μαυρογιαννάκη, και συν., 2013).

Ο φόβος ή το άγχος έχουν την δυνατότητα να πάρουν τη μορφή μίας επίθεσης πανικού πλήρους ή περιορισμένου συμπτώματος. Ο φόβος ή το άγχος παρατηρείται να υπάρχει κάθε φορά, που το άτομο πλησιάζει την επαφή με την φοβική κατάσταση. Ωστόσο, ένα άτομο, που είναι ανήσυχο μόνο περιστασιακά σε μια αγοραφοβική κατάσταση, δεν θα διαγνωστεί με αγοραφοβία. Το άτομο που αποφεύγει ενεργά την κατάσταση, εάν αυτός ή αυτή δεν είναι σε θέση ή επιλέγει να μην την αποφύγει, η κατάσταση αυτή οδηγείται σε έντονο φόβο ή άγχος.

Η διαταραχή πανικού εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται ως διαταραχή άγχους με το σημαντικό σύμπτωμα να είναι η εμπειρία των επίμονων και συχνά απρόβλεπτων κρίσεων πανικού. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια, αυτές οι κρίσεις πανικού γίνονται λόγω συνέχου φόβου μελλοντικών επιθέσεων, διακυμάνσεις στις συμπεριφορές του ατόμου, ώστε να μην υπάρξουν αυτές οι επιθέσεις, ή και τα δύο αυτά ζητήματα για τουλάχιστον έναν μήνα. (Avena, Bocarsly, κ.ά., 2008)

Η διαταραχή πανικού έχει σημαντικό οικονομικό κόστος και βρίσκεται στην πρώτη θέση ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές, και για αυτό το λόγο απαιτούνται πολλές επισκέψεις στον ιατρό, ο οποίος μπορεί να αυξηθεί εάν παράλληλα υπάρχει και η διαταραχή της αγοραφοβίας. Πολλοί ασθενείς με αυτήν την διαταραχή δεν παρευρίσκονται συχνά στην εργασία τους ή στο σχολείο. Καθώς οι κρίσεις πανικού που προκύπτουν εμφανίζουν τα πλήρη συμπτώματα, συχνά

συνδέονται και με πιο μεγάλη νοσηρότητα, όπως για παράδειγμα είναι η αύξηση της ανικανότητας ή η λιγότερο πλούσια ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τις επιθέσεις με περιορισμένα συμπτώματα. (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013)

Επιπλέον, οι φοβικές διαταραχές διακρίνονται από ανούσιους φόβους για ορισμένες καταστάσεις ή αντικείμενα, καθώς και από συνοδό συμπεριφοράς αποφυγής. (Μαυρογιαννάκη, και συν., 2013).

Μέχρι πρόσφατα οι ειδικοί της ψυχικής υγείας πίστευαν ότι η Κοινωνική Φοβία που είναι μια αγχώδης διαταραχή, ότι δεν είναι τόσο διαδεδομένη αλλά τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί το αντίθετο. Σε περιπτώσεις κοινωνικής φοβίας, οι κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες και η ζωή του ατόμου, που βασανίζεται από αυτήν τη διαταραχή, ελαττώνονται στον ίδιο βαθμό, που ελαττώνονται και στα άτομα, που νοσούν από αγοραφοβία. Η ένταση αυτών των συναισθημάτων είναι διαφορετική σε κάθε άτομο, διότι οι καταστάσεις οι οποίες προκαλούν αυτά τα συναισθήματα δεν είναι ίδιες. Τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής είναι ο φόβος ή το άγχος για μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε έλεγχο-εξέταση από άλλους. (Μαυρογιαννάκη, και συν., 2013).

Κάποια από τα διαγνωστικά κριτήρια της αγοραφοβίας έχουν την εμπειρία του έντονου φόβου ή άγχους σε τουλάχιστον δύο αγοραφοβικές περιπτώσεις, όπως αυτό είναι το άτομο που νοσεί να είναι έξω από το σπίτι του μόνο του, τα μέσα μαζικής μεταφοράς (π.χ. λεωφορεία, μετρό, πλοία), ανοιχτούς χώρους, δημόσιους χώρους (π.χ., καταστήματα, κινηματογράφους), σε πλήθος ή απλά να στέκεται στην ίδια ουρά με άλλους ανθρώπους, ή να υπάρξει συνδυασμός δύο ή περισσότερων καταστάσεων από τις παραπάνω περιπτώσεις.

Οι αγοραφοβικές καταστάσεις συνήθως προκαλούν φόβο ή άγχος, ενώ θα πρέπει να αποφεύγονται, πρέπει πάντα να υπάρχει η παρουσία ενός συντρόφου, αλλιώς τα άτομα δέχονται έντονο φόβο ή άγχος. Ο φόβος ή το άγχος είναι άνισα σε σχέση με το πραγματικό κίνδυνο των αγοραφοβικών καταστάσεων και στο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο. Συγχρόνως, ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή είναι

συνεχόμενα, και τις περισσότερες φορές διαρκούν για 6 μήνες ή και για περισσότερο, καθώς έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής του ατόμου. (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013)

Σχετικά με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αυτή ορίζεται από τις καταναγκαστικές επαναληπτικές πράξεις και εμμονικές ιδέες, των οποίων το παράλογο αναγνωρίζεται από το άτομο, αλλά δε μπορεί να τους ξεφύγει.

Ακόμη, η μετατραυματική διαταραχή ακολουθείται έπειτα από ασυνήθιστα σοβαρά ψυχοτραυματικά συμβάντα όπως π.χ. από ένα θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα, οι μαζικές καταστροφές κ.ά. και διακρίνεται από έντονο άγχος μετά από την εμφάνιση στη συνείδηση των επώδυνων βιωμάτων ή μετά από σχετικά όνειρα. (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013)

Η μετατραυματική διαταραχή λόγω στρες αυξάνεται σε ανθρώπους, που έχουν αντιμετωπίσει καταστάσεις, που απειλούνταν η ζωή τους ή κάποιου άλλου, είτε από καταστάσεις που τους τραυμάτισαν ψυχολογικά. Μερικά από τα γεγονότα αυτά μπορεί να είναι ο πόλεμος, οι φυσικές καταστροφές, οι τρομοκρατικές επιθέσεις, τα διάφορα ατυχήματα, κ.ά.. Τα γεγονότα αυτά μπορούν να αναβιώσουν στις αναμνήσεις του ατόμου ύστερα από πολύ καιρό αφότου έγινε το γεγονός. Επίσης, αυτά τα άτομα μπορεί να βασανίζονται από έντονο φόβο, αίσθημα της αδυναμίας ή τρόμο. Αυτή η τραυματική κατάσταση ξαναζωντανεύει συνέχεια, κυρίως σε νυκτερινούς εφιάλτες ή παρεμβαλλόμενες αναμνήσεις.

Τέλος, από την μετατραυματική διαταραχή λόγω στρες νοσεί τουλάχιστον το 1% των ανθρώπων σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Σε μερικά άτομα, ο φόβος που ενισχύεται στην αναβίωση, στα συναισθηματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα, μπορεί να υπερισχύσει. Πολλές φορές σε κάποιες περιπτώσεις, το αίσθημα δυσφορίας μπορεί να είναι επώδυνο. Κάποια άτομα, εμφανίζουν διέγερση και αντιδραστικά συμπτώματα, ωστόσο σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, κυριαρχούν τα διασπαστικά συμπτώματα. Κάποια άτομα φαίνεται ότι εμφανίζουν συνδυασμό αυτών των προτύπων συμπτωμάτων. (Μαυρογιαννάκη, και συν., 2013)

## ΑΙΤΙΑ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

- Οι παράγοντες κινδύνων μπορεί να είναι οικογενειακοί, γνωσιακοί, συμπεριφορικοί ή κοινωνικοί. Η παρουσία αυτών των παραγόντων θα πρέπει να εξεταστεί, όταν το άτομο βρίσκεται σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις

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

-Οικογενειακό ιστορικό: Κάποιες μελέτες έδειξαν μεγάλη συχνότητα αγχώδων διαταραχών (διαταραχή πανικού κ.ά.) στους συγγενείς πασχόντων από ανάλογη διαταραχή.

-Stress: Τα ψυχοτραυματικά βιώματα που συνιστούν απειλή είναι συνδεδεμένα με εκδηλώσεις άγχους, κυρίως όταν συνοδεύονται από ίδια βιώματα στην παιδική ηλικία. Η αγχώδης διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε ένα προδιατεθειμένο άτομο μετά από τραυματικό stress. (Μαυρογιαννάκη, και συν., 2013)

-Κοινωνική στήριξη : Η απουσία υποστηρικτικού οικογενειακού-κοινωνικού περιβάλλοντος ευνοεί την εκδήλωση αγχώδους διαταραχής. (Μαυρογιαννάκη, και συν., 2013)

Η δευτερογενής πρόληψη ενισχύει την αποκάλυψη του προβλήματος, καθώς αυτό είναι στα πρώτα στάδια. Η καλύτερευση με την γρήγορη παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να κατανοήσουν από που προήλθε το πρόβλημα πριν χρονίσει και καταστεί δυσίατη. Παρόλο που στην πρωτοβάθμια φροντίδα, οι ασθενείς μπορούν να βοηθηθούν με τεχνικές, όπως είναι η μουσική χαλάρωση, η ελεγχόμενη αναπνοή και να μάθουν τρόπους επίλυσης του προβλήματος.

Η ψυχοθεραπεία περιέχει πολλούς τύπους, καθώς είναι η γνωσιακή θεραπεία και η θεραπεία συμπεριφοράς, ενώ η φαρμακοθεραπεία περιέχει τα αγχολυτικά φάρμακα και τα αντικαταθλιπτικά, που ενδυναμώνουν την δραστηριότητα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο.(Anderson, 2007)

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Όταν μιλάμε για το άγχος, πρέπει να το χωρίζουμε μεταξύ του φυσιολογικού και το παθολογικού άγχους. Το φυσιολογικό άγχος είναι μία υγιής, φυσιολογική αντίδραση, που εμφανίζεται σε περιπτώσεις ανησυχίας ή σε στιγμές πραγματικού κινδύνου ή απειλής. Αυτή η κατηγορία άγχους μας προειδοποιεί για κάποιο κίνδυνο, που υπάρχει. Ο μέτριος βαθμός άγχους, στην πραγματικότητα, μπορεί να ανεβάσει την απόδοση του ατόμου σε δύσκολες στιγμές και να είναι δημιουργικός και κινητήριος παράγοντας της ζωής.

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

Το άγχος μπορεί να είναι ένα στοιχείο της προσωπικότητας του κάθε ανθρώπου ή μπορεί απλά να φανερώνεται περιστασιακά και να εμφανίζεται τόσο με ψυχικά, όσο και με σωματικά συμπτώματα. Επιπλέον, το άγχος δεν βιώνεται με τον ίδιο βαθμό και με την ίδια ένταση σε κάθε άτομο. Μερικά από τα πιο βασικά του στοιχεία είναι η ένταση, η αίσθηση ενός ακαθόριστου φόβου, η επίμονη αναμονή ενός επικείμενου κινδύνου ή μιας δυσκολίας δίχως να υπάρχει μια δικαιολογημένη αφορμή ή μια λογική αιτία.

Συνηθέστερα, το άγχος ορίζεται ως μια απειλή ενάντια στην προσωπικότητα, καθώς μπορεί να χαρακτηριστεί ως ανώμαλο, και αυτό γιατί σε οποιαδήποτε κατάσταση κινδύνου είναι απαραίτητο να φτιάχνετε με ακρίβεια το ποσό ενέργειας που χρειάζεται και να εκφορτίζεται σε σκόπιμη δράση σαν μια απλή παρόρμηση. Ακόμη, είναι δυνατόν να οριστεί ως ομαλό στο βαθμό, που η ενέργεια εκφορτίζεται πιο μετά σε δράση και χάνεται. Ωστόσο, όταν δεν υπάρχει η δυνατότητα να εκφορτιστεί με κάποιον τρόπο, γίνεται χρόνιο και οπωσδήποτε ανώμαλο.

Όμως όταν το άγχος γίνει χρόνιο, η διάρκεια του είναι μεγαλύτερη από ότι του συνηθισμένου φόβου, γιατί όταν το συναίσθημα του φόβου εκφορτιστεί σε

δράση, ο οργανισμός βρίσκεται σε μια ισορροπία και ο φόβος δεν υπάρχει πλέον. Αντίθετα το άγχος, χωρίς να έχει την δυνατότητα να βρει την κατάλληλη εκφόρτιση για την ενέργεια, γίνεται χρόνιο και υπόκειται στην αρχή εμμονής της τάσης να γυρνάει το άτομο πίσω σ' ένα άλυτο πρόβλημα, γεγονός που παράγει το αίσθημα ανησυχίας. (Anagnostis κ.ά., 2009)

Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση άγχους, παρουσιάζει συγκεκριμένα συμπτώματα, τα οποία χωρίζονται σε Ψυχολογικά και Σωματικά. Με βάση τον Μαδιανό (2004), στα ψυχολογικά συμπτώματα βρίσκονται η ανησυχία και η ανυπομονησία, το αίσθημα αορίστου φόβου και αγωνίας, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα της μικρής αντιληπτικής ικανότητας.

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

#### **6.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών περιέχει τις περισσότερες φορές την φαρμακο-θεραπεία και τη ψυχοθεραπεία, όπως είναι και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, (η οποία έχει την κατεύθυνση του στο εγώ) και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (όταν έχουν σχέση με σοβαρά συμπτώματα που γίνονται η αιτία για δυσλειτουργία). Σε αυτές τις περιστάσεις δίνονται αγχολυτικά, όπως βενζοδιαζεπίνες ή βουσπιρόνη, αλλά και αντικαταθλιπτικά, όπως εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAOIs), και β-αναστολείς, όπως και προπρανολόλη. (Sciences, 2010)

Με τη Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία, αναζητείται η τροποποίηση για τον τρόπο σκέψης του ατόμου, αλλά και της συμπεριφοράς του.

Σκοπός της θεραπείας είναι το άτομο να καταλάβει, πως αυτή η αντίληψή του ότι οι γύρω του το κρίνουν και το παρατηρούν διαρκώς δεν είναι ρεαλιστική και ότι θα πρέπει να την αλλάξει με μια ρεαλιστική αντίληψη, που να βρίσκεται στην αντικειμενική πραγματικότητα.

Επίσης, με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία, μπορεί να χορηγηθεί στο άτομο και φαρμακευτική αγωγή, πιθανόν στην αρχική κινητοποίηση του ατόμου, κάτι που θα μπορέσει να το βοηθήσει την πρώτη φορά, που θα έρθει αντιμέτωπο με μια στρεσογόνα κατάσταση. Ιδιαίτερα, η ψυχοθεραπεία είναι μια θεραπεία που μπορεί να δώσει τη λύση των ψυχολογικών συγκρούσεων, που είναι πιθανόν να υποκρύπτει η αγχώδης συμπεριφορά. Επιπλέον, η δυναμική ψυχοθεραπεία είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί σε εκείνες τις περιπτώσεις, που το άγχος μοιάζει να έχει με σχέση με τις συγκρούσεις και με τον τρόπο επίδρασης των συμπτωμάτων στο περιβάλλον, τα οποία και θα πρέπει πρώτα να ερευνηθούν, ώστε να μπορέσει να γίνει εφικτή η υποχώρηση των συμπτωμάτων. (Μαδιανός, 2004)

Η φαρμακευτική αγωγή αποτελείται ως θεραπεία από μόνη της ή σε συνδυασμό με την συμπεριφορική θεραπεία, όταν δεν είναι αποτελεσματική η ψυχοθεραπεία στον ασθενή. Όπως αναφέρεται παραπάνω, τα φάρμακα, που μεταχειρίζονται για την θεραπεία των αγχωδών διαταραχών περιέχει αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά, όπως οι βενζοδιαζεπίνες. Οι βενζοδιαζεπίνες ενεργούν γρηγορότερα από τα αντικαταθλιπτικά, ωστόσο μπορεί να δημιουργήσουν μεγάλη εξάρτηση και μπορεί να έχουν πιο πολλές πιθανότητες να προκαλέσουν κάποιες παρενέργειες, όπως υπνηλία, διαταραχή του συντονισμού και επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης. (Avena, Rada, κ.ά., 2008)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

### **7.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ**

Το συναισθηματικό φαγητό σχετίζεται με μια κατάσταση στην οποία ενώ το άτομο έχει καλύψει τις διατροφικές του ανάγκες, ωστόσο εξακολουθεί να θέλει την επιπλέον κατανάλωση τροφής, με στόχο την αναπλήρωση κάποιου θετικού ή

αρνητικού συναισθήματος. Ως επακόλουθο όμως είναι η μεγάλη κατανάλωση ανθυγιεινής τροφής και αύξηση του σωματικού βάρους. Σύμφωνα με τον Konttinenetal, (2010) το συναισθηματικό φαγητό δημιουργεί «την τάση να τρώει κάποιος παραπάνω ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος».

(Konttinen κ.ά., 2010)

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

Οι πιο πολλοί άνθρωποι έχουν την τάση στο συναισθηματικό φαγητό λόγω συναισθηματικού στρες. Επιδημιολογικές μελέτες παρουσίασαν ότι το φαγητό που έχει άμεση σχέση με το στρες συνάπτεται άμεσα και με την αύξηση του σωματικού βάρους .(Leigh Gibson, 2006) Θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα συμπεράσματα των συναισθημάτων σε σχέση πάντοτε με το φαγητό έχουν εξεταστεί σε μεγάλο βαθμό, αλλά εν τούτοις δεν είναι εύκολη η πρόβλεψη της επιρροής του συναισθήματος στις διάφορες ομάδες ανθρώπων.

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

#### *Θετικά συναισθήματα και πρόσληψη τροφής*

Η πρόσληψη τροφής είναι ζωτικής και ψυχολογικής σημασίας και έχει σχέση με την κατανάλωση τροφής που αποσκοπεί στην διατήρηση του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά και την ευχάριστη αίσθηση όταν προσληφθεί κάποια τροφή η οποία έχει ευχάριστη γεύση. Αλλά, αυτό που είναι απαραίτητο να τονιστεί θα πρέπει να είναι ότι τόσο το αίσθημα της πείνας, όσο και η επιθυμία για φαγητό δεν εξυπηρετούν τις ίδιες ανάγκες του ανθρώπου.

Το αίσθημα της πείνας και η επιθυμία για φαγητό σε ένα βρέφος δεν μεταβάλλεται , διότι μόνο όταν πεινάσει θα τραφεί, καθώς ταυτόχρονα νιώθει



ικανοποίηση, ασφάλεια και ευχαρίστηση. Εντούτοις, αργότερα οι γονείς εξασθενούν χωρίς την θέληση τους το αίσθημα του κορεσμού στο παιδί τους ή ενθαρρύνουν μια συσχέτιση μιας ευχάριστης κατάστασης σε συνδυασμό με το φαγητό ή άλλες φορές αναπτύσσουν το συνδυασμό του φαγητού και της διαφυγής μιας αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης, προσφέροντας τρόφιμα τα οποία φαίνονται ελκυστικά.(Begum κ.ά., 2012)

Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα την λειτουργία της τροφής ως μέσο στην παροδική ευχαρίστηση ή την προσπάθεια απομάκρυνσης δυσάρεστων καταστάσεων. Ύστερα όμως, οι ανάγκες αυτές είναι δυνατόν να μην μπορέσουν να πραγματοποιηθούν με τόση ευκολία και για αυτό τον λόγο μεταχειρίζεται όλο και μεγαλύτερη ποσότητα φαγητού με επακόλουθο τη συγκέντρωση μεγάλου ποσοστού θερμίδων στον οργανισμό. Μετέπειτα, εφόσον η τροφή βοηθάει αρχικά στην βελτίωση της ψυχικής διάθεσης, χειροτερεύει την κατάσταση αυτή στη συνέχεια.(Brunton κ.ά., 2009)

Έχει διαπιστωθεί ότι κάποια τρόφιμα που περιλαμβάνουν ζάχαρη ή υδατάνθρακες προκαλούν τις εκκρίσεις ορμονών και νευροδιαβιβαστών στον ανθρώπινο οργανισμό, που είναι υπεύθυνα για το αίσθημα της πληρότητας, της ανακούφισης και της ευφορίας. Συνήθως, το υπέρβαρο άτομο ενώ έχει την αντίληψη των συγκεκριμένων μηχανισμών, συνήθως δεν έχει την ικανότητα να αντιμετωπίσει τη συχνή «συναισθηματική υπερφαγία». (Nguyen-Rodriguez κ.ά., 2008)

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να δοθεί έμφαση ότι τα θετικά συναισθήματα αυξάνουν την θέληση για φαγητό, μέσω συγκεκριμένων μηχανισμών που είναι υπεύθυνοί άμεσα με τη χαρά και την λήψη περισσότερου φαγητού. Έχει εντοπιστεί, ότι όταν υπάρχει μια ευχάριστη περίσταση ενισχύεται η διάθεση για μεγαλύτερη κατανάλωση φαγητού και αλκοόλ σε σύγκριση με άλλες καταστάσεις. Επίσης, η τροφή μπορεί να δώσει ενέργεια ή ακόμη να ελαττώσει την ένταση, ώστε να μπορέσει να καλυτερεύσει την συνολική διάθεση. (Macht, 2008)

Συμπεραίνουμε ότι τα θετικά συναισθήματα έχουν μικρή επίδραση στη διατροφική συμπεριφορά, αλλά μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη κατανάλωση.

Αυτό συμβαίνει διότι σε όλους τους πολιτισμούς τα τρόφιμα χρησιμοποιούνται για να τονίσουν τον εορτασμό ειδικών περιστάσεων όπως είναι οι γάμοι και τα γενέθλια που γενικά συνοδεύονται από θετικά συναισθήματα. (Evers κ.ά., 2018)

#### *Αρνητικά συναισθήματα και πρόσληψη τροφής*

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

- ❖ καταστάσεις που συνέβησαν στο παρελθόν,
- ❖ τη σύνδεση του ατόμου με το φαγητό,
- ❖ την γνώμη του ατόμου για τον εαυτό του και το ιδανικό σώμα,
- ❖ και με τους παράγοντες της προσωπικότητας.

Επιπλέον, υπάρχει η δυνατότητα για την δημιουργία έντονου δυσφορικού συναισθήματος στο άτομο, το οποίο προσπαθεί να αντιμετωπίσει μέσω της διατροφής, όταν έρχεται αντιμέτωπο με τυχόν αρνητικά γεγονότα στη ζωή του, επειδή:

- i. έχει δυσλειτουργικές αντιλήψεις για τον εαυτό του,
- ii. διαθέτει ανεπαρκείς δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων,
- iii. δυσκολεύεται να εκφράσει τα συναισθήματα του και
- iv. διαθέτει καθορισμένες αντιλήψεις και γνωστικά σχήματα με βάση το βάρος και το σχήμα του σώματος, αλλά και την τροφή. (*Encephalos Journal*, χ.χ.)

Επίσης, η διατροφική συμπεριφορά ασκεί επίδραση στον τρόπο σκέψης του ατόμου σχετικά με τον εαυτό του και το περιβάλλον του, όπως και στο πως αισθάνεται για τον εαυτό του. Η κατάθλιψη είναι στενά συνδεδεμένη με τις διατροφικές διαταραχές, καθώς έρχεται μαζί με τη χαμηλή αυτο-εκτίμηση και το υπερβολικό άγχος. (*Encephalos Journal*, χ.χ.)

Διάφοροι συντελεστές, όπως και τα αρνητικά συναισθήματα, για παράδειγμα το άγχος, η διαταραγμένη εικόνα σώματος, η μειωμένη αυτοεκτίμηση και άλλα, προκαλούν τα αίτια των διατροφικών διαταραχών. (Markey & Vander Wal, 2007)

Κατά κανόνα τα συναισθήματα που δεν είναι ευχάριστα στον άνθρωπο προσπαθούν να δημιουργήσουν μια κατάσταση κορεσμού σχετικά με το φαγητό, διότι μειώνουν την όρεξη, αλλά και την αναστολή ορμονών, όταν το άτομο είναι στεναχωρημένο. Ωστόσο πολλοί άνθρωποι συνηθίζουν να καταναλώνουν περισσότερο φαγητό ώστε να αντιμετωπίσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα.

Άτομα με διατροφικές διαταραχές έχει παρατηρηθεί ότι σχετίζουν τα συναισθήματα με την κατανάλωση. Τα υπέρβαρα άτομα ξεχωρίζουν για την πολύ μεγάλη πρόσληψη τροφής, ύστερα από αρνητικά συναισθήματα, ενώ από την άλλη τα άτομα που επιβάλλουν στον εαυτό τους χρόνιες δίαιτες είναι και αυτά ευαίσθητα ως προς την πρόσληψη τροφής όταν περνάνε καταστάσεις, οι οποίες εμπεριέχουν αρνητικά συναισθήματα. Παρόλα αυτά μερικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει την ύπαρξη του φαινομένου της συναισθηματικής κατανάλωσης και σε άτομα τα οποία είναι υγιή . (NGUYEN-RODRIGUEZ κ.ά., 2009)

Τα άτομα μπορεί να έχουν συναισθηματική κατανάλωση τροφής, διότι προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το άγχος, το στρες και άλλα αρνητικά συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη, και αυτό μπορεί να οδηγήσει τόσο σε μειωμένη όσο και σε αυξημένη πρόσληψη τροφής. Ο όρος «συναισθηματική υπερφαγία» χρησιμοποιείται συνήθως για να αναφερθεί σε μια τάση να τρώμε ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα με τα τρόφιμα που επιλέγονται να είναι κυρίως ενεργειακά πυκνά και εξαιρετικά εύγευστα. Επίσης, το συναισθηματικό φαγητό μπορεί να συμβεί από διάφορους μηχανισμούς, όπως είναι η χρήση φαγητού για την αντιμετώπιση αρνητικών συναισθημάτων ή η σύγχυση εσωτερικών καταστάσεων πείνας και κορεσμού με φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με συναισθήματα.(Konttinen, 2020)

Επιπλέον, το άγχος συντελεί διαμόρφωση για την ποιότητα της διατροφής, σε σχέση με τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, με αποτέλεσμα την αύξηση ακόμη περισσότερου άγχους. Επίσης, το άτομο στο τέλος ζει έναν φαύλο κύκλο άγχους - ανθυγιεινής διατροφής - αλλαγής εικόνας σώματος – κατάθλιψης.(Brewer & Potenza, 2008; Liu κ.ά., 2007; Öhman κ.ά., 2007; Roohafza κ.ά., 2007)

Το άγχος δημιουργεί την αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης, το οποίο καταλήγει στην πρόσληψη μεγάλης περιεκτικότητας τροφίμων σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι. Έχει διαπιστωθεί ότι το άγχος είναι κύρια αιτία για την κατανάλωση γρήγορων γευμάτων, όπως και για την απότομη αύξηση βάρους, επομένως τα άτομα αυτά έπειτα ακολουθούν διατροφικά σχήματα τα οποία είναι επικίνδυνα ώστε να μπορέσουν να χάσουν τα περιττά κιλά. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί άτομα τα οποία είναι αγχώδη δεν μαγειρεύουν σε μεγάλο βαθμό συγκρίσει με τους υπόλοιπους, καθώς καταναλώνουν πρόχειρα φαγητά(junk food) τα οποία είναι υψηλά σε θερμίδες. (Nguyen-Rodriguez κ.ά., 2008)

Οι φοιτητές κατά την εξεταστική περίοδο υποβάλλονται σε μια αρνητική φορτισμένη κατάσταση, στην οποία έρχονται αντιμέτωποι με συχνές αποτυχίες, οι οποίες δεν κάνουν καλό στην υγεία τους. Επίσης, οι φοιτητές τρώνε συχνότερα «ανακουφιστικές» τροφές, όπως για παράδειγμα είναι η σοκολάτα, διότι ενεργούν ευεργετικά στο μυαλό και στο σώμα, ειδικά κατά την εξεταστική περίοδο. Αλλά αυτές οι τροφές συνδέονται με συνθήκες stress ή μιμούνται τη δράση του stress στον οργανισμό. (Chaniotis & Chaniotis, 2010, Unusan, 2006)

## **7.2 ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΡΟΦΗΣ**

### **7.2.1 Η κατανάλωση λιπαρών**

Το λίπος στις περισσότερες τροφές έχει ευχάριστη γεύση, για αυτό τον λόγο το καταναλώνουμε σε μεγαλύτερες ποσότητες, έτσι ως συνέπεια έχουμε την αύξηση του σωματικού λίπους και το αποτέλεσμα αυτού είναι η παχυσαρκία. Επιπλέον, μερικοί από τους γνωσιακούς παράγοντες επιδρούν στην κατανάλωση του λίπους, διότι όταν τα άτομα γνωρίζουν ότι τα τρόφιμα, τα οποία είναι προς κατανάλωση, δεν περιέχουν μεγάλη περιεκτικότητα λίπους όπως είναι τα light, τότε προσπαθούν να αυξήσουν την κατανάλωση αυτών νομίζοντας ότι δεν παχαίνουν.

Το ψυχολογικό στρες έχει σχέση με την μεγάλη κατανάλωση φαγητών, τα οποία περιέχουν πολλά λιπαρά (Kandiah κ.ά., 2008; Wallis & Hetherington, 2009), ενώ όταν τα άτομα προτιμούν συγκεκριμένα τρόφιμα αυτό εξαρτάται ίσως από προγενέστερες εμπειρίες με τις τροφές αυτές.(Sims κ.ά., 2008)

Επιπλέον, τα άτομα που έχουν διαφορετικές προτιμήσεις στα τρόφιμα, συνήθως έχουν και διαφορετικό σωματικό βάρος. Ένα παράδειγμα είναι ότι τα άτομα που είναι υπέρβαρα προτιμούν τις τροφές οι οποίες περιέχουν περισσότερο λίπος σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν φυσιολογικό βάρος. Αντίθετα τα άτομα που έχουν ανορεξία, προτιμούν τις τροφές οι οποίες δεν περιέχουν λιπαρά.

Ο Kandiah και οι συνεργάτες του διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ των διατροφικών προτιμήσεων των ενηλίκων υπό την επήρεια στρες ή χωρίς αυτό. Με βάση την έρευνα, το 67% του πληθυσμού παρουσίασε αλλαγές στην όρεξη σε συνθήκες στρες, με το 69% από αυτούς να παρουσιάζουν αύξηση και το 31% μείωση της όρεξης. Οι συμμετέχοντες σε στρεσογόνες συνθήκες, προτίμησαν τα γλυκά και τα αλμυρά φαγητά, ενώ οι «συγκρατημένοι» συμμετέχοντες προτίμησαν περισσότερα είδη γλυκών τροφίμων και ποτών σχετικά με τους ελαφρώς συγκρατημένους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν το γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα είναι δυνατόν να εμφανίσουν μεγαλύτερη όρεξη, μόλις υπάρξει έντονο στρες, με μεγαλύτερη προτίμηση στα γλυκά και στα αλμυρά τρόφιμα. Επιπλέον, το φύλο, η ηλικία, αλλά και το επίπεδο εγκράτειας επηρεάζουν τις διατροφικές προτιμήσεις.

Οι Wallis & Hetherington, (2009) μελέτησαν την συσχέτιση της σίτισης και του στρες. Με βάση την έρευνα, 89 γυναίκες συμπλήρωσαν το ολλανδικό Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς (DEBQ) και ένα ακόμη εργαλείο μέτρησης των ιδίων, με στόχο την εκτίμηση τυχόν αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες ως απάντηση στο άγχος. Τα αποτελέσματα εμφάνισαν ότι η μεγάλη πρόσληψη σνακ, που περιέχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπος, έχουν άμεση σχέση με την αυξημένη συναισθηματική κατανάλωση και όχι με την αυτοσυγκράτηση. (Wallis & Hetherington, 2009)

### **7.2.2 Η κατανάλωση υδατανθράκων**

Έχει διαπιστωθεί ότι όταν ο άνθρωπος καταναλώνει σοκολάτα του προκαλείται αίσθημα ευεξίας, διότι υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στην πρόσληψη υδατανθράκων και επιπέδων σεροτονίνης του εγκεφάλου. Όταν καταναλώνεται

σοκολάτα προκύπτει η αύξηση του σακχάρου του αίματος, η απελευθέρωση ινσουλίνης από το πάγκρεας, όπως και η πρόσληψη διαφόρων αμινοξέων από τους περιφερικούς ιστούς.(Brownley κ.ά., 2007)

Αναφορικά με το αμινοξύ τρυπτοφάνη, αυτό συγκρατείται από την αλβουμίνη του αίματος, έτσι μεγαλώνει η αναλογία τρυπτοφάνης και ουδέτερων αμινοξέων μακράς αλύσου (LNAA) στο αίμα με αποτέλεσμα την ανάπτυξη σημαντικών ποσοτήτων αυτού του αμινοξέους στον εγκέφαλο, με σκοπό την παραγωγή σεροτονίνης.

Πραγματοποιήθηκε έρευνα από τους ίδιους επιστήμονες σε άτομα που νοσούσανε από Εποχιακή Κατάθλιψη και αποδείχθηκε ότι η ανεπάρκεια σεροτονίνης ωθεί στην αναζήτησή της μέσω της τροφής. Επιπλέον, κατά το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο, διαπιστώθηκε ότι όταν το βραδινό γεύμα είναι πλούσιο σε υδατάνθρακες, κατά την ωχρή φάση του εμμηνορροϊκού κύκλου, τότε βελτιώνεται η κατάθλιψη, η ένταση, όπως και άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών με προεμμηνορροϊκό σύνδρομο αυτό συμβαίνει όχι μόνο σε ασθενείς, αλλά και σε υγιής ανθρώπους.(Chandler-Laney κ.ά., 2007)

Σε πολλούς ανθρώπους έχει διαπιστωθεί ότι, το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο, το άγχος κλπ είναι υπαίτια σε μεγάλο βαθμό στην κατανάλωση φαγητών με μεγάλη περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες και λίπη, που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της σεροτονίνης, καθώς και την απελευθέρωση ενδορφινών. Άτομα που πάσχουν από Άτυπη Κατάθλιψη και χρόνιο άγχος είναι πολύ πιθανόν να καταναλώνουν συχνότερα πρόχειρα φαγητά, πλούσια σε υδατάνθρακες και λίπη, ώστε με αυτό τον τρόπο να μπορέσουν να αλλάξουν τα συναισθήματά τους. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με έντονο στρες ή γυναίκες με προεμμηνορροϊκό σύνδρομο καταναλώνουν διάφορα τρόφιμα ως φάρμακα, με συνέπεια να αυξάνεται το σωματικό τους βάρος.(Cottone κ.ά., 2008)

Τα περισσότερα άτομα που έχουν διαταραχές διάθεσης, συνήθως καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες υδατανθρακούχων τροφίμων, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να διατηρήσουν ένα κανονικό βάρος. Ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει η σωματική άσκηση ενισχύεται το φαινόμενο αυτό.

Οι σωματικές και ψυχολογικές μεταβλητές μετά από έντονο στρες έχουν μεγάλη σχέση με την κατανάλωση φαγητού. Μια έρευνα έδειξε ότι 59 υγιείς προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, που έκαναν μετρήσεις σε μία συνεδρία με άγχος και σε μία αντίστοιχη ηρεμίας, σε δύο διαφορετικές ημέρες, διαπιστώθηκε ότι αυτές με υψηλή απόκριση κορτιζόλης τρώνε πιο πολλές θερμίδες κατά την ημέρα του στρες σε σχέση με την άλλη ομάδα γυναικών. Εντούτοις κατανάλωναν παρόμοιες ποσότητες φαγητού την ημέρα της ηρεμίας. Η υψηλής ανταπόκρισης εξεταζόμενες γυναίκες τρώγανε περισσότερες γλυκές τροφές σε όλες τις ημέρες. (Davis κ.ά., 2007)

Μεγάλη σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της συχνότητας της αρνητικής διάθεσης και της μεγαλύτερης κατανάλωσης τροφής. Με αυτόν τον τρόπο, έγινε γνωστό ότι η ψυχοσωματική απόκριση στο στρες επιδράει στη διατροφική συμπεριφορά, στο βάρος, αλλά και στην υγεία των ανθρώπων. (De Vriendt κ.ά., 2009)

Ο Kandiah et al., (2006) μελέτησε σε πληθυσμιακό δείγμα κολεγίου, τις επίδρασης του στρες στην όρεξη και τις διατροφικές συνήθειες σε σχέση με τα λεγόμενα τρόφιμα «παρηγοριάς» (comfort foods). Το 81% των ατόμων του δείγματος παρουσίασαν αλλαγή στην όρεξη, εκ των οποίων το 62% παρουσίασε αύξηση της όρεξης. Επιπλέον, δεν έδειξε καμία σχέση μεταξύ της ηλικίας και των αλλαγών στην όρεξη, κατά την κανονική και την αγχωτική κατάσταση. Το 80% διάλεγε την υγιεινή διατροφή κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, εκ των οποίων το 33% τεκμηριώθηκε ότι έτρωγε υγιεινά όταν αγχώονταν. (Davis κ.ά., 2008, Kandiah κ.ά., 2006)

Οι τροφές που προτιμήθηκαν ήταν διάφορα είδη γλυκών, όσο για τις τροφές που συχνά αναφέρονταν ήταν σοκολάτες, σάντουιτς, πρόχειρα γεύματα και άλλα. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι η ποικιλία των τροφίμων δεν ήταν ίδια κάτω από συνθήκες πίεσης ανά κατηγορία δείγματος πληθυσμού. Τέλος, δεν υπήρξε σχετικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της όρεξης κατά τη διάρκεια του στρες και σε κανονικές συνθήκες ανάμεσα στα «συγκρατημένα» και μη «συγκρατημένα» άτομα του δείγματος. (Kandiah κ.ά., 2006)

## 7.3 ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

### 7.3.1 Μηχανισμός όρεξης και συναισθηματική κατάσταση

Η τροφή δίνει στον άνθρωπο την απαραίτητη ενέργεια, ώστε να μπορέσει να παράγει έργο, αλλά και θερμότητα, έτσι ώστε να μπορέσει συμβάλλει στη διατήρηση και αποκατάσταση των ιστών. Επιπλέον, δίνει την δυνατότητα στην ανάπτυξη του βρέφους και του παιδιού έπειτα. (Morrison & Berthoud, 2007)

Το ενεργειακό ισοζύγιο είναι η ενεργειακή πρόσληψη και οι ενεργειακές δαπάνες οι οποίες ρυθμίζονται για να βρίσκονται σε ισορροπία από την μεταβολική ομοιόσταση που περιέχει όλες τις οργανικές λειτουργίες. Η μεταβολική ομοιόσταση προστατεύεται στην ουσία από της ρύθμισης της πρόσληψης τροφής κάτω από την επίδραση των συναισθημάτων τόσο της πείνας, όσο και του κορεσμού. (Morrison & Berthoud, 2007)

Το ενεργειακό ισοζύγιο εξασφαλίζει την διατήρηση του σταθερού σωματικού βάρους στους ανθρώπους, για αυτό το λόγο υπάρχουν βραχυπρόθεσμα συστήματα, τα οποία μπορούν να ειδοποιούν για το αίσθημα της πείνας και του κορεσμού, και μέσα σε όλα αυτά μπορούν να επικοινωνούν ταυτόχρονα και με άλλα συστήματα που παρακολουθούν τα ενεργειακά αποθέματα και τις ανάγκες του οργανισμού. (Morrison & Berthoud, 2007)

Έχει διαπιστωθεί ότι στη διαδικασία όρεξης - κορεσμού αναμειγνύονται και κάποιες λειτουργίες του εγκεφάλου, και αυτό συμπεραίνεται λόγω του ότι η διάθεση για φαγητό συνοδεύεται συχνά από ένα αίσθημα συναισθηματικής ευχαρίστησης. Πιο συγκεκριμένα, έχουν βρεθεί νευροπεπτίδια και ορμόνες, που μεταδίδουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα μηνύματα όρεξης και κορεσμού. Τα συστήματα που αποτελούν το δίκτυο για την ρύθμιση της διαδικασίας πρόσληψης - κατανάλωσης τροφής αναλύονται παρακάτω:

- A. Το κεντρικό σύστημα επεξεργασίας, στον υποθάλαμο του εγκεφάλου, που επεξεργάζεται τις πληροφορίες από τους περιφερικούς ιστούς και μεταφέρει διάφορα μηνύματα.
- B. Το προσαγωγό σύστημα, που μεταδίδει μηνύματα από τους περιφερικούς ιστούς προς τον εγκέφαλο.



- C. Το απαγωγό σύστημα, το οποίο ελέγχει τη σχέση όρεξης - κορεσμού με την κατανάλωση ενέργειας.(Morrison & Berthoud, 2007)

Ο υποθάλαμος παίζει τον μεγαλύτερο ρόλο, καθώς είναι το κέντρο επικοινωνίας του εγκεφάλου με το σώμα, που αποτελεί τον αποδέκτη μηνυμάτων κατά την ρύθμιση της πρόσληψης τροφής. Τα μηνύματα αυτά ξεκινάν από τα εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και από τα εσωτερικά ερεθίσματα.

Η ρύθμιση της πρόσληψης τροφής πετυχαίνεται μέσω:

- Της παραγωγής διαφόρων μηνυμάτων από την περιφέρεια και μεταφορά τους στο ΚΝΣ, μέσω α) της κυκλοφορίας του αίματος (ορμόνες) ή β) νευρικών οδών.
- Της λήψης, όπως και της επεξεργασίας των μηνυμάτων από τις περιοχές του εγκεφάλου.
- Της απόκρισης του εγκεφάλου μέσω αύξησης συγκεκριμένης συμπεριφοράς, που περιέχει το ερέθισμα της επιθυμίας για πρόσληψη τροφής ή την διακοπή της επιθυμίας για τροφή.(Morrison & Berthoud, 2007)

### **7.3.2 Έκκριση ορμονών και συναισθηματική κατάσταση**

Η όρεξη ελέγχεται από τη δράση διάφορων πεπτιδίων της κυκλοφορίας στον υποθάλαμο, το στέλεχος του εγκεφάλου και το αυτόνομο νευρικό σύστημα, ενώ και από τα στεροειδή που συνθέτει το σώμα. Αυτές οι ορμόνες προκύπτουν από τα λιπώδη κύτταρα, το γαστρεντερικό σωλήνα και το πάγκρεας. (Coll κ.ά., 2007)

Με βάση ορισμένες έρευνες, το άγχος, αλλά και τα συναισθηματικά δίκτυα του εγκεφάλου ενδυναμώνουν τις διατροφικές συμπεριφορές που συνήθως καταλήγουν στην παχυσαρκία. Οι στρεσογόνοι παράγοντες θέτουν σε λειτουργία το νευρικό δίκτυο απόκρισης στρες, αντικαθιστούν τη γνωστική λειτουργία, αλλάζοντας την κατεύθυνση προς μία αυξημένη συναισθηματική δραστηριότητα, που έχει σχέση με την μείωση της κανονικής λειτουργίας. Επιπρόσθετα, οι στρεσογόνοι παράγοντες ισχυροποιούν την έκκριση γλυκοκορτικοειδών,

μεγαλώνοντας με αυτόν τον τρόπο την όρεξη για πρόσληψη τροφής και μακροπρόθεσμα την έκκριση ινσουλίνης, κάτι που ενισχύει την λήψη τροφής και έπειτα την παχυσαρκία. Το φαγητό από αίσθημα χαράς από την άλλη, μειώνει τη δραστηριότητα στο δίκτυο απόκρισης στρες, δημιουργώντας τη διατήρηση της συνήθειας του φαγητού. (Dallman, 2010)

Οι ορμόνες, όπως είναι η γκρελίνη, η λεπτίνη, η ινσουλίνη, η χολοκυστοκινίνη (CCK) και όμοια με τη γλυκαγόνη πεπτίδια, όπως η GLP-1 και η GLP-2 (ινκρετίνες) συγκροτούν χημικά μηνύματα, που μεταφέρονται μέσω της κυκλοφορίας. Ωστόσο, στα περιφερικά μηνύματα, τα οποία διαβιβάζονται μέσω νευρικών οδών, εμπίπτουν τόσο τα οπτικά, οσφρητικά, γευστικά ερεθίσματα, όσο και η διάταση του στομάχου. (Van Vugt, 2010)

Η ερμηνεία των περιφερικών μηνυμάτων γίνεται όταν βρεθούν στο ΚΝΣ, μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ή των νευρικών οδών. Για να μπορέσει να γίνει η ερμηνεία, συνθέτονται κάποιες ουσίες στις περιοχές του εγκεφάλου που παίρνουν μέρος στη ρύθμιση της λήψης τροφής, οι οποίες έχουν την ικανότητα να διατυπώνουν και να διαβιβάζουν τις πληροφορίες στα νευρικά κύτταρα μέσω των συνάψεων. Οι νευροδιαβιβαστές χωρίζονται σε ορεξιογόνους, που μπορούν να διεγείρουν την όρεξη, όπως και σε ανορεξιογόνους, που μπορούν να την περιορίσουν. (Van Vugt, 2010)

### **Έκκριση ορμονών και αύξηση όρεξης**

Ο οργανισμός παράγει ορμόνες, όπως η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη και αυτή είναι η αντίδραση του προς το άγχος. Η αδρεναλίνη έχει την δυνατότητα να αποσπά αποθηκευμένη ενέργεια, και έτσι να μπορέσει να βοηθήσει τον οργανισμό στο να ανταποκριθεί σε τυχόν δύσκολες καταστάσεις. Η κορτιζόλη από την άλλη, μεταφέρει μηνύματα στον οργανισμό στο να μπορέσει να συμπληρώσει τα αποθέματα ενέργειας, παρουσιάζοντας ταυτόχρονα το αίσθημα της πείνας. Έχει γίνει γνωστό ότι το μεγαλύτερο άγχος, μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη παραγωγή κορτιζόλης, και με αυτό τον τρόπο ενισχύεται όλο και περισσότερο το αίσθημα της πείνας. (Engel κ.ά., 2007)

Η γκρελίνη είναι ένα ορεξιογόνο σήμα, που βρίσκεται στο γαστρεντερικό σύστημα και οδηγείται προς τον εγκέφαλο. Όταν χορηγηθεί γκρελίνη σε έναν οργανισμό, τότε διαπιστώνεται σταθερή αύξηση της λήψης τροφής, άρα και αύξηση του σωματικού βάρους. Η γκρελίνη έχει την δυνατότητα να επηρεάζει το ισοζύγιο γλυκόζης και ινσουλίνης, οπότε αν τυχόν γίνει ενδοφλέβια χορήγηση τότε αυξάνονται τα επίπεδα γλυκόζης, και μειώνονται τα επίπεδα ινσουλίνης. Επιπλέον, η ενδοφλέβια έγχυση γκρελίνης μεγαλώνει τη συγκέντρωση κορτιζόλης και προλακτίνης στο πλάσμα. (Fatima κ.ά., 2013)

Η κατανάλωση φαγητών υπό στρεσογόνες καταστάσεις συνδέεται με ατομικούς παράγοντες και με ορμονικές εκκρίσεις που παράχθηκαν λόγω στρες. Οι Rasporow et al. (2010) ερευνήσαν τις συναισθηματικές και ορμονικές αποκρίσεις σε συναισθηματικούς και μη συναισθηματικούς καταναλωτές τροφής, υπό την επίδραση εργαστηριακών στρεσογόνων παραγόντων (TSST).

Με αυτή την έρευνα συμπεράνανε ότι τα επίπεδα κορτιζόλης στους συναισθηματικούς σε σχέση με τους μη συναισθηματικούς καταναλωτές είναι αυξημένα. Ο θυμός παρεμβαίνει σημαντικά στη σχέση μεταξύ άγχους και των επιπέδων κορτιζόλης. Τα αρχικά επίπεδα γκρελίνης στα άτομα τα οποία είχαν χαμηλή συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά ξεπερνούσαν τα άτομα με αυξημένη τη συναισθηματική πρόσληψη τροφής, ενώ αυξάνονταν μέτρια ως απόκριση στη στρεσογόνο κατάσταση. Τα επίπεδα γκρελίνης λιγόστεψαν μόνο στους μη συναισθηματικούς καταναλωτές. Το αποτέλεσμα της έρευνας ήταν ότι η ανεπάρκεια της μείωσης της γκρελίνης στους συναισθηματικούς καταναλωτές τροφής δύναται να δυναμώσει τη πρόσληψη φαγητού. (Rasporow κ.ά., 2010)

Όταν ένα άτομο καταναλώνει ένα γεύμα η διάθεση του αλλάζει σημαντικά, όπως και η συναισθηματική του προδιάθεση, μειώνοντας έτσι τη διέγερση και την οξυθυμία και αυξάνοντας την ηρεμία. Εντούτοις, ο συνδυασμός και η ποσότητα του γεύματος θα πρέπει να ταιριάζει με τις συνήθειες και τις ανάγκες του ατόμου. Τα γεύματα που δεν είναι τόσο συνηθισμένα επηρεάζουν αρνητικά τη διάθεση, ενώ η γλυκιά γεύση και η αυξημένη ενεργειακή πυκνότητα καλυτερεύει τη διάθεση, χαμηλώνοντας ταυτόχρονα το στρες. Ακόμη και, η κληρονομική προδιάθεση, όπως και η χρόνια έκθεση σε τροφές με μεγάλη ενεργειακή πυκνότητα έχουν ως

αποτέλεσμα την υπερβολική κατανάλωση τροφής και την παχυσαρκία.(Figlewicz κ.ά., 2008)

Επιπλέον, τα γλυκά και τα λιπαρά τρόφιμα μικρής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη μετριάζουν το άγχος μέσω της λειτουργίας του σεροτονεργικού συστήματος. Επιπρόσθετα, αποδεδειγμένα κάποιες ορμόνες, όπως και ινσουλίνη, χαμηλώνοντας τη δραστηριότητα τόσο του υποθαλάμου, όσο και των επινεφριδίων της υπόφυσης κατά τη διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων.

Ωστόσο, η επιρροή των γλυκών και λιπαρών τροφίμων μικρής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη σχετίζεται με την παχυσαρκία στην κοιλιακή περιοχή. Ακόμη, μερικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά ενδυναμώνουν την τάση επιλογής τέτοιου είδους φαγητού σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως είναι η κατάθλιψη, που φανερώνουν την ύπαρξη νευροφυσιολογικής ευαισθησίας στην ενίσχυση των επιδράσεων αυτών των τροφίμων.(Leigh Gibson, 2006)

Έχει γίνει αντιληπτό ότι απότομη μείωση λήψης τροφής όχι μόνο δεν βοηθά στο χάσιμο των κιλών, αλλά μακροπρόθεσμα προκαλεί τα αντίθετα αποτελέσματα. Ειδικότερα, τα επίπεδα άγχους και τα επίπεδα κορτικοστερόνης έχουν μια αύξηση, ενώ είναι δυνατόν να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπεριφορά με αποτέλεσμα η πρόσληψη τροφής να είναι ακόμη πιο μεγάλη.(Foster κ.ά., 2009)

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

- ❖ Το Νευροπεπτίδιο Υ (NPY), που δημιουργείται στην περιοχή του τοξοειδούς πυρήνα (ARC) του υποθαλάμου και αποτελεί ορεξιογόνο πεπτίδιο με μεγάλη δραστηριότητα (Puma, et al., 2008).
- ❖ Το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), που παράγεται από γλουταμινικό οξύ στον υποθάλαμο (Foster, et al. 2009).
- ❖ Το Αγκούτι-σχετιζόμενο πεπτίδιο (AGRP), το οποίο διεγείρει την όρεξη για μια εβδομάδα
- ❖ Η Melanin-concentrating-hormone (MCH), το οποίο έχει ορεξιογόνο δράση.

- ❖ Οι Ορεξίνες Α και Β, οι οποίες φτιάχνονται στην έξω και στη ραχιαία περιοχή του υποθαλάμου, και παίρνουν μέρος στη διεγερση της όρεξης, ενισχύοντας παράλληλα την αφύπνιση. (Foster κ.ά., 2009)
- ❖ Η Γαλανίνη που απελευθερώνεται από διαφορετικές περιοχές του υποθαλάμου και έχει συνεργική δράση με το NPY.(Allen κ.ά., 2008)
- ❖ Τα Ενδογενή οπιοειδή που συμμετέχουν στην ρύθμιση της όρεξης, του πόνου (αναλγησία) και της ευφορίας.(Sominsky & Spencer, 2014)

### **Έκκριση ορμονών και μείωση όρεξης**

Η ορμόνη λεπτίνη λειτουργεί ως βοηθητική στον έλεγχο του ενεργειακού ισοζυγίου, καθώς η ανεπάρκεια της αυξάνει το αίσθημα της πείνας και την μεγάλη λήψη τροφής. Επιπλέον, η λεπτίνη μπορεί να βοηθήσει τόσο στη ρύθμιση της διάθεσης, όσο και του συναισθήματος. Τα μειωμένα επίπεδα της ορμόνης αυτής έχουν μεγάλη σχέση με τις καταθλιπτικές συμπεριφορές. Η λεπτίνη δρα με σχεδόν ίδιο τρόπο με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ακόμη, με βάση κάποιες μελέτες, η έλλειψη λεπτίνης και η αντίσταση σε αυτή λαμβάνουν μέρος στις αλλαγές της συναισθηματικής κατάστασης, διαπιστώνοντας ότι μελλοντικά μπορεί να βοηθήσει στην εύρεση της παθογένειας της κατάθλιψης, αλλά και στην θεραπεία της.(Lu, 2007)

Η συναισθηματική κατάσταση και τα αρνητικά συναισθήματα επιδρούν στη διατροφική συμπεριφορά. Οι Messerli et al. (2005) εκπλήρωσαν μια μελέτη ώστε να εξετάσουν :

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

Οι Messerli et al. (2005) καταλήξαν στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι με παχυσαρκία τρώνε μεγάλες ποσότητες φαγητού ως ένας ασφαλής μηχανισμός

αυτορρύθμισης. Τόσο το άγχος, όσο και η κατάθλιψη έχουν μεγάλη σχέση με το θυμό, ο οποίος συνδέεται με την παχυσαρκία.

Οι Sharma et al. (2011) ασχολήθηκαν με τη σχέση της αντίστασης στην ινσουλίνη και των ψυχοσυμπεριφορικών χαρακτηριστικών του παιδιού σε δείγμα αφροαμερικανών με παχυσαρκία και συμπεράνανε ότι δεν ήταν μόνο ένα ψυχοσυμπεριφορικό χαρακτηριστικό που είχαν σχέση με το σωματικό λίπος και την αντίσταση στην ινσουλίνη. Ωστόσο, πρέπει να γίνουν και μελλοντικές μελέτες, με μεγαλύτερο δείγμα, ώστε να μπορέσουν να οριστούν με ακρίβεια τα ψυχοσυμπεριφορικά χαρακτηριστικά, που έχουν σχέση ανεξάρτητα με την αντίσταση στην ινσουλίνη στα παιδιά με υπερβολικό βάρος.

Η ινσουλίνη και η λεπτίνη είναι μακροπρόθεσμα μηνύματα κορεσμού. Πρέπει να τονιστεί ότι η λεπτίνη αναστέλλει την έκκριση της ινσουλίνης, ενώ η σεροτονίνη ορίζει την ψυχολογική διάθεση, απαρτίζοντας παράλληλα πεδίο δράσης των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.(Warne κ.ά., 2006)

Από την άλλη η χολοκυστοκινίνη (CCK), είναι μια ορμόνη πεπτιδικής φύσεως, η οποία ελευθερώνεται από το βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου κατά την λήψη τροφή, δημιουργώντας το αίσθημα του κορεσμού. Επιπλέον, η χολοκυστοκινίνη (CCK) έχει σχέση τόσο με το άγχος, όσο και με τις κρίσεις πανικού. Η ορμόνη αυτή δημιουργείται κατά την απελευθέρωση θρεπτικών συστατικών, ύστερα από την πέψη στο αίμα. Η έκκριση της ορμόνης προκαλείται από τις συσπάσεις της χοληδόχου κύστης και τα παγκρεατικά ένζυμα. Πολλές μελέτες έδειξαν την μικρή συγκέντρωση της ορμόνης αυτής σε ανθρώπους, που πάσχουν από Νευρική Βουλιμία και Νευρική Ανορεξία.(Fernández-Aranda κ.ά., 2008)

Επιπλέον, τα πεπτίδια GLP-1 και GLP-2 προκύπτουν από τα L-κύτταρα του ειλεού και του παχέος εντέρου, τα οποία παράγονται μετά την λήψη φαγητού, μεγαλώνοντας έτσι το αίσθημα του κορεσμού. Το πεπτίδιο GLP-2 συγκεκριμένα, είναι η αιτία για τα παρακάτω πράγματα :

- ❖ επιβράδυνση της κένωσης του στομάχου,
- ❖ αναστολή της έκκρισης των γαστρικών υγρών και
- ❖ ενεργοποίηση της εντερικής μεταφοράς της γλυκόζης(Allen κ.ά., 2008)

Η ντοπαμίνη βρίσκεται στους Νευροδιαβιβαστές με ανορεξιογόνο δράση, που είναι η αφορμή για το αίσθημα ευφορίας και ανταμοιβής. Ταυτόχρονα, η ντοπαμίνη έχει μεγάλη σχέση με την λήψη τροφής. Ακόμη, η σεροτονίνη (5-HT) είναι ένας νευροδιαβιβαστής, που φτιάχνει τις φυσιολογικές διεργασίες, που συσχετίζονται με τη συμπεριφορά του ανθρώπου (ρύθμιση ύπνου, θερμοκρασίας και πρόσληψη τροφής, καθώς και πρόκληση αίσθησης ευφορίας), καθώς παρουσιάζει ανορεξιογόνο δράση.(Allen κ.ά., 2008; Fichter κ.ά., 2008; Foster κ.ά., 2009)

#### **7.4 ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

Έχουν γίνει πολλές μελέτες για την διατροφική συμπεριφορά σε σχέση με το φύλο. Ωστόσο, δεν υπάρχουν μεγάλες συσχετίσεις των διαφορών σε σχέση με τη συναισθηματική συμπεριφορά ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες.(NGUYEN-RODRIGUEZ κ.ά., 2009)

Οι άνδρες τις περισσότερες φορές συνδυάζουν το συναισθηματικό φαγητό, με το συναίσθημα της σύγχυσης. Αντίθετα, η πρόσληψη φαγητού από τις γυναίκες γίνεται λόγω διάφορων ψυχολογικών καταστάσεων όπως το άγχος. Συνεπώς, η ελάττωση του άγχους θα μπορούσε να βοηθήσει το γυναικείο φύλο να μειώσει το υπερβολικό φαγητό. Επίσης, οι συγκεκριμένες τακτικές θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην κατανόηση της κατάστασης αυτής και με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαν να επωφεληθούν και οι άντρες.(Allen κ.ά., 2008)

Μια έρευνα, που πραγματοποιήθηκε από τους Braet et al., (2008), σε δείγμα 1.400 παιδιών στο Βέλγιο, επιβεβαίωσε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών (10,5%) παρουσιάζει συναισθηματική κατανάλωση τροφής. Με αυτό τον τρόπο διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική κατανάλωση έχει μεγάλη επίδραση στην παχυσαρκία και για αυτό λόγο πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω η συναισθηματική κατανάλωση, με σκοπό την πρόληψη της παχυσαρκίας. Ακόμη, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι αρνητικές σκέψεις επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό την διατροφική συμπεριφορά.(Sims κ.ά., 2008)

Με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα, η Νευρογενής Ανορεξία (NA) δείχνει αύξηση σε κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία και στην προεφηβεία (8-14 ετών).

Επιπλέον, η Νευρογενής Ανορεξία βρίσκεται σε ποσοστό 80-85% σε άτομα ηλικίας 15-25 ετών, με το ποσοστό του 95% να ανήκει στο γυναικείο φύλο. Με αυτό τον τρόπο συμπεραίνουμε ότι η νευρογενής ανορεξία παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη αναλογία στο γυναικείο φύλο σε σχέση με το ανδρικό, σε αναλογία 9-10:1. Η εξάπλωση της συγκεκριμένης διαταραχής ανέρχεται σε 0,5-1% σε γυναίκες της ώριμης εφηβείας ή της πρώιμης ενήλικης ζωής.

Έχει διαπιστωθεί ότι ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος, όταν δεν τηρούνται τα κριτήρια της Νευρογενούς Ανορεξίας, για αυτό το λόγο ονομάζεται ως Διαταραχή στην Πρόσληψη Τροφής Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Τα τελευταία χρόνια, η συγκεκριμένη διαταραχή γίνεται αντιληπτή πιο συχνά στα μέσα και ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ενώ γενικά η συχνότητα της νόσου φτάνει σε 1:100.000 παγκοσμίως. (Adam & Erel, 2007)

Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες δεν έχουν καλή εικόνα για το σώμα τους, ακόμη και εάν το βάρος τους βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Αντίθετα, οι άνδρες έχουν καλή εικόνα για τον εαυτό τους, ακόμη και όταν είναι υπέρβαροι. (Wardle κ.ά., 2006)

Πολλές γυναίκες συνήθως επενδύουν στη σωματική τους εικόνα (Χαρίτου - Φατούρου, 2020), επομένως η αρνητική εικόνα σώματος ρίχνει την αυτοεκτίμηση τους. Από την άλλη η αυτοεκτίμηση των ανδρών δεν επηρεάζεται από την εικόνα του σώματος τους, αλλά από την κοινωνική και οικονομική θέση. (Biro κ.ά., 2006)

Συνήθως, οι γυναίκες δίνουν μεγάλη έμφαση στην εξωτερική τους εμφάνιση και επενδύουν σε αυτή με έναν τρόπο που υπερβαίνει το κανονικό, με συνέπεια την αύξηση των πιθανοτήτων ανάπτυξης παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών, όπως είναι η δίαιτα και η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητών. (Warne κ.ά., 2009)

Οι πιο πολλές παχύσαρκες γυναίκες διακρίνονται από καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τους υπέρβαρους άνδρες. (Perez et al., 2009, Zender & Olshansky, 2009) Ο κίνδυνος για την εμφάνιση κατάθλιψης στις γυναίκες αυξάνεται στη μέση ηλικία και ιδιαίτερα κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης. (Carroll κ.ά., 2010)



## 7.5 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η παχυσαρκία θεωρείται σαν μια χρόνια και σημαντική νόσος η οποία γίνεται λόγω της τεράστιας ανόδου του σωματικού βάρους 20 έως και 30% πιο πολύ από το ιδανικό βάρος το οποίο οφείλεται στη συσσώρευση λίπους. Αυτή η νόσος πλήττει όχι μόνο τους ενήλικες, αλλά και τα παιδιά, για αυτό στη σημερινή εποχή έχει θεωρηθεί ως ένα είδος επιδημίας λόγω το ότι έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις.(Cannon & Kumar, 2009)

Οι διαστάσεις αυτές υπερβαίνουν σε πολύ μεγάλο βαθμό εκείνες των λοιμωδών νοσημάτων και του υποσιτισμού τα οποία έως και τη σύγχρονη εποχή θεωρούταν ως οι σημαντικότερες απειλές για τη δημόσια αλλά κυρίως την παγκόσμια υγεία. Η παχυσαρκία θεωρείται νοσογόνος, εφόσον έχει συμβεί ανοδική τάση κιλών και για αυτό το λόγο είναι αναγκαίο να καταπολεμηθεί με ιατρικές μεθόδους , διότι όσο περισσότερα είναι τα επιπλέον κιλά τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος για την υγεία του ασθενή.(Karantais κ.ά., 2006)

Γενικά, ως παχυσαρκία ονομάζεται η παθολογική αύξηση ποσότητας λίπους η οποία γίνεται στο ανθρώπινο σώμα. Ονομάζεται νοσογόνος, διότι γίνεται η αιτία για σοβαρές διαταραχές, αλλά και ασθένειες στον οργανισμό, κάποιες από αυτές είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης, η υπέρταση, οι κρίσεις άπνοιας κατά τη διάρκεια του ύπνου, οι αρθροπάθειες αλλά και μερικές μορφές καρκίνου.(Wang κ.ά., 2013)

Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται σαν νόσος, διότι κάθε κατάσταση η οποία έχει την δυνατότητα να μικρύνει τη διάρκεια και να χαλάσει την ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου ονομάζεται νόσος. Υπολογίζεται σαν μια ακραία κατάσταση αποταμίευσης λίπους, σε στάδια μεγαλύτερα από εκείνα τα οποία χρησιμεύουν για τη φυσιολογική δράση του οργανισμού μας.(Tzotzas κ.ά., 2008)

Είναι το αποτέλεσμα μιας χρόνιας διαταραχής του μεταβολισμού, η οποία φτιάχνεται από την μεγάλη κατανάλωση τροφής και την λήψη αρκετών θερμίδων. Παχύσαρκοι ονομάζονται τα άτομα των οποίων ο δείκτης μάζας σώματος(ΔΜΣ) είναι μεγαλύτερος από 30 kg/m<sup>2</sup>. Γενικά, η παχυσαρκία ορίζεται ως η μεγάλη συσσώρευση λίπους στο ανθρώπινο σώμα, ενώ σαν υπερβάλλον βάρος το

πλεόνασμα του σωματικού βάρους σε σχέση με το ύψος που έχει ο κάθε ασθενής  
(Karantais κ.ά., 2006)

Το σωματικό βάρος επηρεάζεται από το ισοζύγιο ισχύος, το οποίο υποδηλώνει πως έχει άμεση σχέση με την πρόσληψη θερμίδων με την τροφή και την κατανάλωση θερμίδων με τη σωματική άσκηση. Καθώς η λήψη ισχύος είναι μεγαλύτερη από την κατανάλωση, τότε εμφανίζεται ανοδική τάση του σωματικού βάρους, ενώ σε άλλη περίπτωση, υπόκειται σε απώλεια σωματικού βάρους.  
(Μιχαλάκη, 2006)

Η ψυχαναλυτική θεωρία της παχυσαρκίας αναφέρει ότι οι διάφορες υποσυνείδητες συγκρούσεις έχουν ως αποτέλεσμα την υπερφαγία. Το άτομο που ορίζεται ως παχύσαρκο εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά :

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

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό σε αυτό το σημείο ότι η υπερφαγία είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής δυσφορίας, άγχους, αλλά και κατάθλιψης.(Kirkham & Cooper, 2011)

Είναι ιδιαίτερα ορατή η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και καταθλιπτικού συναισθήματος, καθώς το άτομο τις περισσότερες φορές είναι σε ψυχολογικό αδιέξοδο σε σύγκριση με την εικόνα και την εκτίμηση που έχει για τον εαυτό του. Όλο αυτό δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο: «Τρώω — στιγμιαία ευχαρίστηση — παχαίνω — δυσaréσκεια από την εικόνα σώματος — αναζήτηση μέσου ανακούφισης — τρώω — στιγμιαία ευχαρίστηση...».(Adam & Epel, 2007, Burton κ.ά., 2007)

Πολλές φορές, το φαγητό γίνεται αναπλήρωση διαφόρων συναισθημάτων, για αυτό κιόλας αυξάνεται ολοένα και περισσότερο η πρόσληψη τροφής ώστε να βοηθήσει στην ικανοποίηση των ψυχικών αναγκών. (Gibson, 2006) Αναμφίβολα τα αίτια της συμπεριφοράς αυτής τακτικά προκύπτουν από την ανία, τη δυσφορία, ή τη

μοναξιά. Με αυτό τον τρόπο το φαγητό αλλάζει σε μορφή διασκέδασης και αναπληρώνει κάτι άλλο το οποίο λείπει.(Kirkham & Cooper, 2011)

Τα υπέρβαρα άτομα εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη, άγχος, καταναγκαστική συμπεριφορά και ασυνήθιστα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους σε σχέση με άλλες κατηγορίες ατόμων. (de Wit et al., 2010). Επιπλέον, αυτά τα άτομα διακρίνονται από μεγάλη επίπτωση ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών προσωπικότητας, και είναι σημαντικό να αντιμετωπίζεται άμεσα το πρόβλημα αυτό. Επίσης, η συνέπεια των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε μη παχύσαρκα άτομα είναι διαφορετική από την συνέπεια σε παχύσαρκα άτομα.(Boutelle κ.ά., 2010)

Οι διατροφικές συνήθειες μπορούν να επηρεαστούν και αυτές από τους ψυχολογικούς παράγοντες. Συναισθήματα τα οποία είναι αρνητικά, όπως είναι ο πόνος, η κατάθλιψη ενδυναμώνουν την τάση για πρόσληψη τροφής. Επιπλέον, ο καθορισμένος τρόπος ζωής, όπως είναι το υπερβολικό φαγητό και η ελάχιστη φυσική δραστηριότητα αυξάνουν το φαινόμενο της παχυσαρκίας.(Burton κ.ά., 2007)

Ο ψυχισμός των ανθρώπων τραυματίζεται όταν έχουν αρνητική εικόνα για το σώμα τους. Ειδικότερα, οι άνθρωποι που είναι υπέρβαροι παρουσιάζουν πιο μεγάλη συναισθηματική κόπωση, συνδυάζοντας τα περιττά κιλά τους με την όχι καλή εικόνα που έχουν για το σώμα τους. (Katon et al., 2010) Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν πιο μεγάλη ψυχοπαθολογία σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα. (Azarbad et al., 2010)

Μια έρευνα σε 400 παχύσαρκα άτομα, που δημοσιεύτηκε στο Αμερικανικό Περιοδικό Διαιτολογίας, σε σχέση με το αίσθημα της πείνας και τους λόγους πρόσληψης τροφής, παρουσίασε ότι το 70% από αυτούς δεν αισθάνεται σχεδόν ποτέ το αίσθημα της πείνας. Οι λόγοι που κάποιοι άνθρωποι προσλαμβάνουν τροφή είναι η λαιμαργία, η κοινωνικοποίηση, το άγχος, το συναισθηματικό κενό, η ανία. Το αποτέλεσμα που πάρθηκε από αυτήν την έρευνα ήταν ότι το φαγητό μπορεί να αλλάξει τη διάθεση, η οποία έπειτα μεταβάλλει τις διατροφικές επιλογές. Πολλές φορές η συναισθηματική διατροφή έχει μεγάλη σχέση με την υπερφαγία και

την συχνή κατανάλωση φαγητών, τα οποία είναι πλούσια σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι.(Avena, Rada, κ.ά., 2008)

## **Κεφάλαιο 8. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

### **8.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία εμφανίστηκε και άρχισε να εξελίσσεται στα τέλη της δεκαετίας του 1950, εφόσον υπήρχε η αναγκαιότητα για ένα νέο ψυχοθεραπευτικό μοντέλο. Η προσαρμογή και η υλοποίηση των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών χειρισμών στην πραγματικότητα προστέθηκε στο κενό που υπήρχε μέχρι τότε στις θεραπευτικές τεχνικές.

Τα τελευταία χρόνια η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία έχει θεσπιστεί ως ένα ακόμη είδος ψυχοθεραπείας με τα περισσότερα είδη εφαρμογών. Αυτό δεν έχει συμβεί μόνο σε ερευνητικό επίπεδο αλλά και σε κλινικό και πρακτικό επίπεδο, έχει εμφανίσει πολλά θετικά γνωρίσματα σε σχέση με άλλους τύπους ψυχοθεραπείας τόσο σε μικρό χρονικό διάστημα, όσο και σε μεγάλο χρονικό διάστημα.(Washington, et al., 2007)

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι μία συγκροτημένη μορφή θεραπείας, η οποία βοηθάει τον θεραπευτή να δώσει λύσεις στα προβλήματα των ασθενών του, διότι έχει ένα οργανωμένο πλαίσιο βάσει του οποίου εργάζεται ο θεραπευτής. Επίσης, δίνει την ευκαιρία στο ίδιο το άτομο να συμμετέχει ενεργά στην όλη θεραπευτική διαδικασία.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σε ένα πολύ μεγάλο φάσμα ψυχικών διαταραχών, κάποιες από αυτές είναι οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι διαταραχές προσωπικότητας, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και οι προβληματικές σχέσεις στο ζευγάρι ή στην οικογένεια. Ο στόχος είναι να καταλάβει τις δυσλειτουργικές σκέψεις και συμπεριφορές και καθορίσει τις βασικές αρχές ότι η γνωστική λειτουργία αλλάζει τη συμπεριφορά, και ότι μπορεί να μετατραπεί και να περιοριστεί και ότι οι αλλαγές στη συμπεριφορά πολλές φορές μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές.(Adam & Epel, 2007)

Σαν στόχο η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι η παρουσίαση και η αλλαγή των νοητικών συστημάτων του ατόμου, ώστε να γίνει εφικτή η γνωσιακή και συμπεριφοριστική αλλαγή. Το γνωσιακόσυμπεριφοριστικό μοντέλο αναλύει τον τρόπο με τον οποίο εξηγούνται τα γεγονότα, τους διάφορους τύπους συμπεριφοράς, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνονται αντιληπτές και με αυτόν τον τρόπο προσπαθεί να γίνει η σύνδεση μεταξύ των δύο. Η σύνδεση αυτή εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει και κατανοεί τα γεγονότα (γνωστικός παράγοντας), ενώ είναι η κατάληξη από προγενέστερες εμπειρίες και συγκεκριμένα από τις αλληλεπιδράσεις του με την οικογένεια του, την κοινωνία και το ευρύτερο περιβάλλον.

Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι διευρύνοντας αυτή την ακολουθία γεγονότων, βγαίνει το θεραπευτικό πλάνο της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας. Δίνοντας δηλαδή, στο άτομο μια καινούργια διαδικασία μάθησης, ο τρόπος σκέψης αλλάζει και γίνεται πιο λειτουργικός και η δυσλειτουργική συμπεριφορά του ατόμου μεταβάλλεται.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία συνήθως είναι αποτελεσματική στις αγχώδεις διαταραχές και στις διαταραχές διάθεσης. Ειδικότερα, έχει ανακαλυφθεί ότι είναι πιο αποτελεσματική στις διαταραχές διατροφής, στις φοβίες, στις κρίσεις πανικού, στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, στη διαταραχή υπερκινητικότητας και διάσπασης προσοχής, στα ψυχοσωματικά προβλήματα, στη διαχείριση θυμού και παρορμητικών συμπεριφορών, στα προβλήματα ύπνου και στις διαταραχές απέκκρισης. (Αγγελόπουλος, 2009)

Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ) είναι μια «μη ειδική μεταβλητή», δηλαδή μία μη κεντρική πτυχή της θεραπείας, ένας διαπροσωπικός παράγοντας που μπορεί να ευκολύνει την εφαρμογή και τη συμμόρφωση στις ειδικές τεχνικές, οι οποίες δίνουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα, και όχι ως ένας μηχανισμός αλλαγής αυτός καθαυτός (Castonguay et al., 2010). Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '80, δε έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη θεραπευτική σχέση στο πλαίσιο της ΓΣΘ: ο στόχος του θεραπευτή ήταν να εγκαθιδρύσει μια θετική σχέση εμπιστοσύνης, ώστε να μπορέσει να προχωρήσει η κυρίως θεραπευτική εργασία. (Efstathiou, 2021)

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι αποτελεσματική για μια ευρεία ποικιλία διαταραχών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των αγχώδων διαταραχών. Επίσης, η CBT έχει σχέση με τις βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με άγχος. Η CBT συνήθως πιστεύεται ότι είναι μια βραχυπρόθεσμη, επικεντρωμένη στις δεξιότητες θεραπεία που έχει στόχο στην αλλαγή των δυσπροσαρμοστικών συναισθηματικών αντιδράσεων αλλάζοντας τις σκέψεις, τις συμπεριφορές ή και τα δύο του ασθενούς.

Όλα αυτά τα χρόνια έχει φτιαχτεί ένας μεγάλος αριθμός διαφορετικών πρωτοκόλλων για την παροχή CBT σε ασθενείς με διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (GAD), ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD), διαταραχή πανικού (PD), ειδικές φοβίες και διαταραχή κοινωνικού άγχους, καθώς και σε άτομα με μη ειδικά συμπτώματα άγχους. (Kaczurkin & Foa, 2015)

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι η μέθοδος με τα πιο αξιόπιστα δεδομένα. Η CBT είναι σχεδιασμένη για τον εντοπισμό των δυσπροσαρμοστικών αυτόματων σκέψεων και συμπεριφορών και έπειτα για τις αναδομήσεις αυτών μέσω θεραπευτικών ασκήσεων. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι η CBT είναι αποτελεσματική για αρκετές αγχώδεις διαταραχές, με πολύ περιορισμένες παρενέργειες, οπότε συχνά είναι μια θεραπεία πρώτης γραμμής. Τα σημαντικότερα μειονεκτήματα της θεραπείας είναι ότι περιλαμβάνουν τη δυσκολία στην εμπλοκή του ασθενούς (σημαντικό εμπόδιο στις αγχώδεις διαταραχές) και η περιορισμένη διαθεσιμότητα καλά εκπαιδευμένων θεραπευτών. (Efstathiou, 2021)

Η εγκυρότητα της γνωστικής – συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας που βασίζεται στον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και η βραχυπρόθεσμη διάρκειά τους, γεγονός που συνδέεται με την λεπτομερή διερεύνηση των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών γενικά από οικονομική άποψη, είναι πιθανότατα οι βασικοί λόγοι της μεγάλης διάδοσης αυτού του είδους ψυχοθεραπείας.

Τέλος, σε Εθνικά Συστήματα Υγείας πολλών χωρών του εξωτερικού όπως και στην Ειδική Αγωγή, στη Σχολική Ψυχολογία, στην Ψυχολογία της Υγείας, θέτονται

κυρίως μοντέλα πρόληψης και παρέμβασης σε θέματα ψυχικής υγείας που στηρίζονται στη γνωσιακή – συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία.(Adam & Epel, 2007)

## 8.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η ψυχοφαρμακολογία παρουσιάστηκε γρήγορα και εντυπωσιακά το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, με την έναρξη της στην κλινική πράξη των αντικαταθλιπτικών και των θυμορρυθμιστικών φαρμάκων. Τα θετικά αποτελέσματα της έπαιξαν μεγάλο ρόλο στην διερεύνηση της βιολογικής δράσης και των ψυχικών διαταραχών, όπως και στην γνωστικών λειτουργιών. Οι φαρμακευτικές θεραπείες για την καταπολέμηση της σχιζοφρένειας συμβάλλανε στην έξοδο των ασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα, διότι βοήθησαν στην εφαρμογή άλλων θεραπευτικών τεχνικών με τα αποτελέσματα τους και συμβάλλανε στη μείωση των στιγμάτων των ψυχικών διαταραχών αλλά και του χάσματος μεταξύ κοινωνίας και Ψυχιατρικής. (Γονιδάκης, & Χαρίλα, 2011)

Επίσης, έχει σημειωθεί πρόοδος και με την εισαγωγή των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων για την θεραπεία των ψυχώσεων, τα οποία κατέχουν πλεονεκτικότερο κόστος, δηλαδή δεν έχουν τόσες παρενέργειες και έχουν ποιοτικά μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, σε σχέση με τα κλασικά φάρμακα. Βελτίωση έχει γίνει και στην εισαγωγή νεότερων αντικαταθλιπτικών, όπως είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRIs), που έχουν επιβεβαιωμένη θεραπευτική επάρκεια. Τα πιο καινούργια αντικαταθλιπτικά δεν έχουν τόσες επικίνδυνες παρενέργειες, από όσες είχαν τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά, με αποτέλεσμα τις θετικές επιπτώσεις και τη συνεργασιμότητα των ασθενών.(Combs & Markman, 2014)

Τελευταία έγινε αντιληπτό ότι κάποιοι ασθενείς τους χορηγούνται ψυχοφαρμάκα πριν ανταποκριθούν αρκετά στην ψυχοθεραπεία. Αντίστοιχα, πολλοί ψυχοθεραπευτές ξέρουν ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να ενισχύσει και να παρατείνει τα αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας. Η αλληλοσύνδεση και η αλληλοενίσχυση των δύο ειδών θεραπείας είναι ένα ακόμη θετικό αποτέλεσμα, διότι δρουν μέσα

από τους ίδιους βιολογικούς διαύλους στον εγκέφαλο. Σήμερα παρέχεται ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία από τον ίδιο θεραπευτή. Η εφαρμογή ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας πρέπει να έχει εκπαιδευτικά προγράμματα, όπως και η σύγχρονη ψυχιατρική μεταπτυχιακή εκπαίδευση θα πρέπει να προσφέρει περισσότερες ώρες διδασκαλίας και άσκησης στην ψυχοθεραπεία. Αυτές είναι και οι προδιαγραφές από το Συμβούλιο Ψυχιατρικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Επιπρόσθετα, μπορεί να γίνει ταυτόχρονη χρήση αντιψυχωτικών, καθώς το άτομο παρουσιάζει ψυχωτική διάσταση ή λανθασμένη αντίληψη της πραγματικότητας (π.χ. chlorpromazine με ντοπαμινεργική δραστηριότητα). Ακόμη, χρησιμοποιούνται ηρεμιστικά ή νευροληπτικά της ομάδας των φαινοθειαζινών, που έχουν σχέση με ψυχωτικές καταστάσεις. Το άτομο όταν ηρεμεί μπορεί παράλληλα να μειώσει τις διαστρεβλωμένες αντιληπτικές σκέψεις. Η επιθυμία για πρόσληψη τροφής γίνεται με την παράλληλη λήψη διεγερτικών φαρμάκων που βοηθούν στην όρεξη, όπως η συπροεπταδίνη, ως ανταγωνιστή της σεροτονίνης. Στις περιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη, χρησιμοποιείται ινσουλίνη συνδυαστικά. Η ορμόνη αυτή δρα στο μεταβολισμό, μειώνοντας το ζάχαρο στο αίμα, έτσι αυξάνει παράλληλα την αδρεναλίνη, ενώ δίνει την όρεξη σε ασθενείς, που έχουν αγγίξει τα όρια της ατροφίας. (Μαδιανός 2004)

### **8.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Εκτενής έρευνες έχουν δείξει ότι μερικές φυτικές χημικές ουσίες και παραδοσιακές φυτικές θεραπείες της Ανατολής δρουν θετικά στην καταπολέμηση του άγχους ως ηρεμιστικά και χαλαρωτικά . Κάποια βότανα όπως είναι η μελίσα και η βαλεριάνα με συστατικά όπως τα μονοτερπένια σχέση με διάφορους υποδοχείς νευροδιαβιβαστών συμπεριλαμβανομένης και της σεροτονίνης. (Kennedy, 2006)

Επίσης, η βιταμίνη C εμφανίζεται να έχει μεγάλη χρησιμότητα σε περιόδους στρες, αφού φαίνεται να συμβάλλει στη μείωση των επιπτώσεων του. Είναι αναγκαία για τη σύνθεση των κατεχολαμινών (αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη). Όταν υπάρχουν περίοδοι με πολύ stress η αδρεναλίνη είναι σε αυξημένα επίπεδα και ως



επακόλουθο η βιταμίνη C μειώνεται . Θεωρείται ότι η ποσότητα βιταμίνης C που χρειάζεται ο οργανισμός σε περιόδους στρες πρέπει να είναι διπλάσια σε σχέση με την καθημερινή ποσότητα. Τη βιταμίνη C μπορούμε να την βρούμε στα πορτοκάλια , στα λεμόνια , το γκρέιπφρουτ , στα βατόμουρα , τις πιπεριές , στο μπρόκολο στα ακτινίδια , στο πεπόνι).(Brown κ.ά., 2003, Μόρτογλου , 2007)

Μερικά από τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία βοηθούν σε καταστάσεις stress. Το μαγνήσιο έχει βεβαιωθεί ότι είναι μια από τις αντιστρές ουσίες, εφόσον η έλλειψη του έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση άγχους . Σημαντικό ρόλο στο άγχος παίζει και ο ψευδάργυρος. Έχει διαπιστωθεί ότι όταν ο οργανισμός δεν έχει λάβει αρκετή ποσότητα ψευδαργύρου παράγεται υπερτροφία των επινεφριδίων και εναπόθεση λίπους και χοληστερόλης σε αυτόν τον αδένα. Αυτή η υπερτροφία των επινεφριδίων μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργία του άξονα HPA και μεγάλη έκκριση γλυκοκορτικοειδών. Για αυτό τον λόγο πρέπει να λαμβάνεται ψευδάργυρος σε καταστάσεις άγχους.(Singewald κ.ά., 2004; Takeda κ.ά., 2007)

Οι υδατάνθρακες παίζουν μεγάλο ρόλο στη ελάττωση του άγχους καθώς επιδρούν στην αύξηση σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Τα άτομα που πάσχουν από χρόνιο άγχος φανερώνουν δυσλειτουργία στους σεροτονινεργικούς νευρώνες του εγκεφάλου. Μια διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες μπορεί να βοηθήσει τα άτομα αυτά διότι μέσω της πρόσληψη τροφής θα αυξηθεί η σεροτονίνη.(Markus R., et al 2000)

Το μέλι είναι πηγή τροφής για την καταπολέμηση του άγχους. Παράγεται από ένα μείγμα απλών και συνθετών υδατανθράκων, βιταμινών, ιχνοστοιχείων, οξέων και ένζυμων. Έχει χαμηλότερο γλυκαιμικό δείκτη από τη σακχαρόζη και αντιοξειδωτικές ιδιότητες.(Cherulis κ.ά., 2009)

Η καφεΐνη είναι μια ουσία η οποία διαδραματίζει και αυτή το ρόλο της στο μηχανισμό του άγχους. Το πως θα επιδράσει είναι ανάλογο με την κατανάλωση της. Όταν καταναλώνεται με μέτρο δηλαδή 1-2 φλυτζάνια ημερησίως, τότε προκαλεί εγρήγορη και δρα ευεργετικά στο νευρικό σύστημα. Όμως άμα καταναλωθεί μεγαλύτερη ποσότητα τότε προκαλούνται τα αντίθετα αποτελέσματα. Οι επιδράσεις

της καφεΐνης δεν είναι ίδιες σε όλους παίζουν ρόλο και το φύλο, η ηλικία αλλά και το είδος του καφέ. (Μόρτογλου , 2007)

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η συναισθηματική διατροφή είναι συνδεδεμένη τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, οπότε είναι απαραίτητο να γίνει εκπαίδευση του ατόμου με στόχο την διατροφική αντιμετώπιση του προβλήματος. Για αυτό τον λόγο, το άτομο θα πρέπει να προβεί :

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

## **Κεφάλαιο 9. ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ**

Τα τρόφιμα είναι ένας σύνθετος συνδυασμός πολλών συστατικών που μπορούν να ταξινομηθούν σε θρεπτικά και μη θρεπτικά συστατικά. Τα θρεπτικά συστατικά έχουν χωριστεί σε μακροθρεπτικά και μικροθρεπτικά συστατικά. Τα μικροθρεπτικά συστατικά, τα οποία περιέχουν βιταμίνες και μέταλλα, δεν χρειάζονται σε μεγάλες ποσότητες και είναι υπεύθυνα για τη σωστή λειτουργία σημαντικών πρωτεϊνών και ενζύμων. Τα μακροθρεπτικά συστατικά, τα οποία περιέχουν τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες και τα λίπη, πρέπει να υπάρχουν σε μεγαλύτερες ποσότητες. Επίσης, τα μακροθρεπτικά συστατικά πρέπει να καταναλώνονται διότι είναι ωφέλιμα για τον οργανισμό του ανθρώπου, καθώς οι υπομονάδες τους χρησιμοποιούνται ως δομικά στοιχεία των κυτταρικών δομών και ως ενεργειακά υποστρώματα σε όλους τους οργανισμούς. Κάποια είδη δεν μπορούν να συνθέσουν βασικούς μεταβολίτες που είναι απαραίτητοι για την επιβίωση και πρέπει να τους λάβουν από άλλα είδη. Αυτοί οι βασικοί μεταβολίτες, μαζί με τα μέταλλα, είναι μια κατηγορία ουσιών που αναφέρονται ως απαραίτητα θρεπτικά συστατικά.

Από την άλλη τα μη θρεπτικά συστατικά των τροφίμων είναι εκείνα που δεν μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ούτε ως μακροθρεπτικά συστατικά ούτε ως μικροθρεπτικά συστατικά. Αυτές οι ουσίες είναι τόσο φυσικές όσο και συνθετικές ενώσεις. Μπορεί να είναι ευεργετικά (π.χ. φυτικές ίνες και ορισμένες πολυφαινολικές ενώσεις που παράγονται από φυτά), μη ευεργετικά (π.χ. πολλά πρόσθετα τροφίμων και συντηρητικά) ή ακόμη και τοξικά (π.χ. ξενοβιοτικά και αντιβιοτικά). Τέλος, έχει γίνει αντιληπτό ότι τόσο τα θρεπτικά όσο και τα μη θρεπτικά συστατικά, όπως και οι μεταβολίτες τους, έχουν την ικανότητα να ρυθμίζουν τη γονιδιακή έκφραση, την πρωτεϊνική λειτουργία και το επιγονιδίωμα. (Chen κ.ά., 2018)

Τα ορυκτά μέταλλα είναι χωρισμένα σε κύρια ορυκτά (μακρο-ορυκτά) και ιχνοστοιχεία (μικρο-ορυκτά). Τα πιο βασικά μέταλλα είναι το ασβέστιο (Ca), το μαγνήσιο (Mg), το κάλιο (K), το νάτριο (Na), το χλώριο (Cl), ο φώσφορος (P) και το θείο (S), ενώ κάποια ιχνοστοιχεία είναι το ιώδιο (I), ο ψευδάργυρος (Zn), το σελήνιο (Se), ο σίδηρος (Fe), το μαγγάνιο (Mn), ο χαλκός (Cu), το κοβάλτιο (Co), το μολυβδαίνιο (Mo), το φθόριο (F), το χρώμιο (Cr) και το βόριο (B). Για μια καλή και ισορροπημένη διατροφή, μπορούν να καταναλωθούν διαφορετικά λαχανικά, φρούτα και ζωικές πηγές για να λάβουν μια σειρά από σημαντικά μέταλλα. Τέλος, μια ισορροπημένη διατροφή μπορεί να υποστηρίξει όλα τα απαραίτητα μέταλλα για το σώμα. (Gharibzahedi & Jafari, 2017)

Ο εγκέφαλος είναι ένα όργανο, το οποίο είναι απαραίτητο για όλες τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού και ο οποίος δεν σταματάει να λειτουργεί ακόμα και όταν κοιμόμαστε. Για αυτό χρειάζεται την σωστή τροφή, ώστε να μπορέσει να λειτουργήσει. Δηλαδή, αυτό που τρώει ο άνθρωπος επηρεάζει άμεσα τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου του και εντέλει τη διάθεσή του.

Επίσης, ο εγκέφαλος λειτουργεί καλύτερα μόνο όταν οι τροφές που καταναλώνουμε είναι υψηλής ποιότητας. Όπως είναι τα τρόφιμα που περιέχουν πολλές βιταμίνες, μέταλλα και αντιοξειδωτικά θρέφουν τον εγκέφαλο και τον προστατεύουν από το οξειδωτικό στρες, δηλαδή τις ελεύθερες ρίζες που παράγονται όταν το σώμα χρησιμοποιεί οξυγόνο, οι οποίες μπορούν να βλάψουν τα κύτταρα.

Εάν καταναλωθούν ουσίες «χαμηλής ποιότητας», όπως είναι αυτές που προέρχονται από επεξεργασμένα ή ραφινάρισμα τρόφιμα και φτάσουν στον εγκέφαλο, τότε υπάρχει μικρή πιθανότητα να απαλλαγεί από αυτά. Όπως για παράδειγμα, οι δίαιτες με υψηλή περιεκτικότητα σε ραφινάρισμα σάκχαρα, δεν είναι καλές για τον εγκέφαλο. Επιπλέον, επιδεινώνουν την ρύθμιση της ινσουλίνης από το σώμα του ατόμου και προάγουν τη φλεγμονή και το οξειδωτικό στρες. Κάποιες από τις μελέτες έχουν ανακαλύψει μια σχέση μεταξύ μιας διατροφής υψηλής περιεκτικότητας σε ραφινάρισμα σάκχαρα και της μειωμένης λειτουργίας του εγκεφάλου, όπως και την επιδείνωση των συμπτωμάτων των διαταραχών της διάθεσης, όπως είναι η κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει διότι ο εγκέφαλός μπορεί να στερείται της καλής ποιότητας διατροφής ή οι ελεύθερες ρίζες ή τα επιβλαβή φλεγμονώδη κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στον κλειστό χώρο του εγκεφάλου, έτσι συμβάλλουν στον τραυματισμό του εγκεφαλικού ιστού. Αλλά για πολλά χρόνια, ο ιατρικός τομέας δεν αναγνώριζε πλήρως τη συσχέτιση μεταξύ διάθεσης και φαγητού.

Αλλά, τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε ότι το πεδίο της διατροφικής ψυχιατρικής έχει μεγάλη σχέση και ευθύνεται όχι μόνο μεταξύ του τι τρώτε, πώς αισθάνεστε και πώς τελικά συμπεριφέρεστε, αλλά και των ειδών των βακτηρίων που βρίσκονται στο έντερό του ανθρώπου.

Η σεροτονίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής που είναι υπεύθυνος για την ρύθμιση του ύπνου και της όρεξης, παρεμβαίνουν οι διαθέσεις, και σταματούν τον πόνο. Το 95% της σεροτονίνης παράγεται στο γαστρεντερικό σωλήνα του ατόμου, ο οποίος είναι ενισχυμένος με εκατό εκατομμύρια νευρικά κύτταρα ή νευρώνες, με αυτό τον τρόπο καταλαβαίνουμε ότι οι εσωτερικές λειτουργίες του πεπτικού συστήματος δεν βοηθούν μόνο στην αφομοίωση των τροφίμων, αλλά και στην καθοδήγηση των συναισθημάτων του ατόμου. Επίσης, η λειτουργία των νευρώνων και η παραγωγή νευροδιαβιβαστών όπως είναι η σεροτονίνη, προκαλείται από τα δισεκατομμύρια των «καλών» βακτηρίων που αποτελούν το εντερικό μικροβίωμα, αυτά τα βακτήρια είναι σημαντικά υγεία του ανθρώπου. Βοηθούν στην προστασία των εντέρων από τις τοξίνες και τα «κακά» βακτήρια, επίσης περιορίζουν τη φλεγμονή, βελτιώνουν την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών από το

φαγητό και ενεργοποιούν νευρικές οδούς που φτάνουν απευθείας μεταξύ του εντέρου και του εγκεφάλου.

Τέλος, κάποιες μελέτες έχουν συγκρίνει τις δίαιτες, όπως η μεσογειακή διατροφή και η παραδοσιακή ιαπωνική διατροφή, με μια τυπική «δυτική» διατροφή και έχουν διαπίστωσει ότι ο κίνδυνος κατάθλιψης είναι 25% έως 35% χαμηλότερος σε όσους ακολουθούν παραδοσιακή διατροφή. Αυτό συμβαίνει διότι οι παραδοσιακές δίαιτες συνήθως περιέχουν πολλά λαχανικά, φρούτα, μη επεξεργασμένα δημητριακά, ψάρια και θαλασσινά και μικρές ποσότητες άπαχου κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων. Επιπλέον, είναι απαλλαγμένες από επεξεργασμένα και ραφινάρισμα τρόφιμα και σάκχαρα, τα οποία συνήθως αποτελούν τα βασικά στοιχεία του «δυτικού» διατροφικού προτύπου. (MD, 2015)

## **Κεφάλαιο 10. ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΔΙΑΘΕΣΗ**

Πρέπει να γνωρίζουμε ποιες τροφές πρέπει και δεν πρέπει να τρώμε, διότι αυτά που τρώμε μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο που αισθανόμαστε, καθώς και τη σωματική μας υγεία.

Η διατροφή μπορεί να βοηθήσει:

- ❖ Στην βελτίωση της διάθεσης
- ❖ Να δώσει περισσότερη ενέργεια και
- ❖ Να βοηθήσει στην πιο καθαρή σκέψη

Ένα παράδειγμα είναι το σάκχαρο στο αίμα μπορεί να πέσει και για αυτό να αισθανθείτε κούραση, ευερεθιστότητα και κατάθλιψη. Όμως, επιλέγοντας συχνά τροφές που απελευθερώνουν ενέργεια αργά, μπορεί να διατηρήσετε το σάκχαρό σε σταθερά επίπεδα. Κάποιες από τις τροφές που απελευθερώνουν αργά την ενέργεια είναι τα ζυμαρικά, το ρύζι, η βρώμη, το ψωμί ολικής άλεσης, τα δημητριακά, οι ξηροί καρποί και οι σπόροι.

Επίσης, η μεγάλη ποσότητα υγρών βοηθάει στην συγκέντρωση ή στην καθαρή σκέψη, όπως και στην εξάλειψη της δυσκοιλιότητας, το οποίο βοηθάει στην καλή διάθεση.

Επιπλέον, η διατροφή του ανθρώπου πρέπει να περιέχει άφθονες φυτικές ίνες και υγρά για μια καλή πέψη, διότι άμα λείπουν αυτά και σε περιόδους που υπάρχει άγχος μπορεί να δημιουργηθεί στο έντερό επιβράδυνση ή επιτάχυνση. Επίσης, βοηθάει και η άσκηση. Κάποιες υγιεινές για το έντερο τροφές περιλαμβάνουν φρούτα, λαχανικά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως, τα φασόλια, τα όσπρια, το γιαούρτι και άλλα προβιοτικά.

Η καφεΐνη είναι ένα διεγερτικό, αυτό σημαίνει ότι δίνει μια γρήγορη έκρηξη ενέργειας. Αλλά για μερικούς ανθρώπους, η καφεΐνη μπορεί να προκαλέσει άγχος και κατάθλιψη ή να διαταράξει τον ύπνο τους. Επίσης προκαλεί συμπτώματα στέρησης εάν σταματήσει ξαφνικά η κατανάλωση. Κάποια τρόφιμα και ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη είναι το τσάι, ο καφές, η σοκολάτα, η coca cola και άλλα κατασκευασμένα ενεργειακά ποτά.

Τα λαχανικά και τα φρούτα περιέχουν πολλά από τα μέταλλα, βιταμίνες και φυτικές ίνες που χρειάζονται ώστε να κρατήσουν τον άνθρωπο σωματικά και ψυχικά υγιή. Για αυτό τον λόγο θα πρέπει να υπάρχει μια ποικιλία φρούτων και λαχανικών σε καθημερινή βάση στην διατροφή του ατόμου. (SAMH,2024)

Επίσης, τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά, συμπεριλαμβανομένων και των αντιοξειδωτικών. Είναι γνωστό ότι τα φρούτα ή τα λαχανικά μπορούν να τροποποιήσουν την σεροτονινεργική κατάσταση του εγκεφάλου και να έχουν θετική επίδραση στη διάθεση, όπως και κάποια άλλα τρόφιμα πλούσια σε υδατάνθρακες. Σε μια έρευνα που έγινε τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και της κατάθλιψης και της ψυχολογικής δυσφορίας . Η ομάδα του Liu ανακάλυψε σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ φρέσκων φρούτων και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ έτοιμων προς κατανάλωση τροφίμων (fast food) και συμπτωμάτων κατάθλιψης.(Huang κ.ά., 2019)

Επιπρόσθετα, η πρωτεΐνη περιέχει αμινοξέα, τα οποία είναι υπεύθυνα για τις χημικές ουσίες που είναι αναγκαίες για τον εγκέφαλο για μπορεί να ρυθμίζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του ανθρώπου. Επιπλέον, βοηθάει στην αίσθηση του κορεσμού για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Κάποια τρόφιμα τα οποία περιέχουν την πρωτεΐνη είναι το άπαχο κρέας, τα ψάρια, τα αυγά, το τυρί, όσπρια (μπιζέλια, φασόλια και φακές), τα προϊόντα σόγιας, οι ξηροί καρποί και οι σπόροι.

Άλλο ένα τρόφιμο που πρέπει να υπάρχει στην διατροφή του ανθρώπου είναι τα λιπαρά οξέα (όπως το ωμέγα-3 και το ωμέγα-6) για να συνεχίσει να λειτουργεί καλά ο εγκέφαλος. Για αυτό τον λόγο δεν πρέπει να αποφεύγονται όλα τα λιπαρά. Τα υγιή λίπη βρίσκονται στα λιπαρά ψάρια, τα πουλερικά, τους ξηρούς καρπούς (τα καρύδια και τα αμύγδαλα), τα ελαιόλαδα και τα ηλιέλαια, τους σπόρους (ηλίανθος και κολοκύθα), το αβοκάντο, το γάλα, το γιαούρτι, το τυρί και τα αυγά. (SAMH,2024)

Έχουν αναφερθεί ότι η μη συχνή κατανάλωση ψαριών μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα κατάθλιψης. Πολλές μελέτες έχουν επαληθεύσει αυτή τη συσχέτιση. Η μετα-ανάλυση του Li έδειξε ότι η μεγάλη κατανάλωση ψαριών θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο κατάθλιψης.

Τέλος, έχει αναφερθεί ότι η πρόσληψη ζάχαρης έχει σχέση με την κατάθλιψη επειδή αλλάζει τα επίπεδα ενδορφινών και οξειδωτικού στρες. Όμως, μια μελέτη ανακάλυψε ότι οι συμμετέχοντες που καταναλώνανε μεγάλα ποσοστά πρόσθετων σακχάρων δεν έδειξαν σημαντική αύξηση του κινδύνου κατάθλιψης. Για αυτό το λόγο το αποτέλεσμα της κατάθλιψης σε σχέση με τα ζαχαρούχα ποτά μπορεί να εξαρτάται από την περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες. (Huang κ.ά., 2019)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι αγχώδεις διαταραχές παράγουν τις ψυχικές διαταραχές, οι οποίες αναγνωρίζονται από υπερβολικά, παρατεταμένα και ταυτόχρονα εξουθενωτικά επίπεδα άγχους, που δρουν σε πολύ μεγάλο βαθμό στην καθημερινότητα του ατόμου. Οι αιτίες για τις αγχώδεις διαταραχές συνήθως είναι βιολογικές, γενετικές ή και ψυχολογικές. Συχνά, οι αγχώδεις διαταραχές συσχετίζονται με τον τρόπο διατροφής, κάτι που προσδιορίζεται ως συναισθηματική διατροφή.

Το άγχος, ο θυμός, η στεναχώρια, η χαρά είναι συναισθήματα, που αλλάζουν τα κίνητρα για φαγητό, τη συναισθηματική διατροφή, το μεταβολισμό και την πέψη της τροφής, όπως και την επιλογή, την ποσότητα, αλλά και την ταχύτητα κατανάλωσης του φαγητού. Τα περισσότερα άτομα αποβλέπουν στο συναισθηματικό φαγητό λόγω συναισθηματικού στρες. Τα έντονα συναισθήματα μπορούν να δημιουργήσουν μεγαλύτερη πρόσληψη φαγητού σε μια ομάδα ανθρώπων με κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, αλλά όπως έχει παρατηρηθεί τα διαφορετικά συναισθήματα έχουν την δυνατότητα να αυξομειώσουν την πρόσληψη τροφής στην ίδια ομάδα ατόμων. (Mathes κ.ά., 2009)

Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών σχετίζεται πάντα με την διατροφική συμπεριφορά, περιέχει συνήθως την φαρμακο-θεραπεία και τη ψυχοθεραπεία, όπως είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (η οποία έχει κατεύθυνση στο εγώ) και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (όταν υπάρχει πιθανότητα για σοβαρά συμπτώματα που προκαλούν δυσλειτουργία). Σε αυτές τις περιπτώσεις δίνονται αγχολυτικά, όπως βενζοδιαζεπίνες ή βουσπιρόνη, αλλά και αντικαταθλιπτικά, όπως είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAOIs), και β-αναστολείς, όπως η προπρανολόλη. Εφόσον, η συναισθηματική διατροφή άμεσα συνδεδεμένη με τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, είναι αναγκαίο η απαραίτητη εκπαίδευση του ατόμου με στόχο την διατροφική αντιμετώπιση του προβλήματος. (Adam & Epel, 2007)



Κάποια από τα τρόφιμα που μπορούν να βελτιώσουν ή να μειώσουν την διάθεση του ανθρώπου αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα:

Τρόφιμα	Καλή Διάθεση	Κακή Διάθεση	Πηγή
Μπανάνα	+		<a href="https://www.scielo.br/j/bjnbr/a/VvP8LJpCptm4r9z7VNjQtVn/?lang=en">https://www.scielo.br/j/bjnbr/a/VvP8LJpCptm4r9z7VNjQtVn/?lang=en</a>
Ανανάς	+		<a href="https://www.scielo.br/j/bjnbr/a/VvP8LJpCptm4r9z7VNjQtVn/?lang=en">https://www.scielo.br/j/bjnbr/a/VvP8LJpCptm4r9z7VNjQtVn/?lang=en</a>
Γάλα	+		<a href="https://www.scielo.br/j/bjnbr/a/VvP8LJpCptm4r9z7VNjQtVn/?lang=en">https://www.scielo.br/j/bjnbr/a/VvP8LJpCptm4r9z7VNjQtVn/?lang=en</a>
Ξηροί Καρποί	+		<a href="https://www.scielo.br/j/bjnbr/a/VvP8LJpCptm4r9z7VNjQtVn/?lang=en">https://www.scielo.br/j/bjnbr/a/VvP8LJpCptm4r9z7VNjQtVn/?lang=en</a>
Γλυκοπατάτες	+		<a href="https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327">https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327</a>
Βρώμη	+		<a href="https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327">https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327</a>
Μαύρη Σοκολάτα	+		<a href="https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327">https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327</a>
Καλαμάρια	+		<a href="https://www.scielo.br/j/bjnbr/a/VvP8LJpCptm4r9z7VNjQtVn/?lang=en">https://www.scielo.br/j/bjnbr/a/VvP8LJpCptm4r9z7VNjQtVn/?lang=en</a>
Σολωμός	+		<a href="https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327">https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327</a>
Κοτόπουλο	+		<a href="https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327">https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327</a>
Ρύζι	+		<a href="https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327">https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327</a>
Αβοκάντο	+		<a href="https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327">https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327</a>
Σπανάκι	+		<a href="https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327">https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327</a>
Κιμάς	+		<a href="https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327">https://ijojournals.com/index.php/ssh/article/view/612/327</a>
Λευκό Ψωμί		+	<a href="https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood">https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood</a>
Ζυμαρικά		+	<a href="https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood">https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood</a>
Χοι Ντογκ		+	<a href="https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood">https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood</a>
Καφές		+	<a href="https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood">https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood</a>
Αλκοόλ		+	<a href="https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood">https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood</a>
Κρουασάν		+	<a href="https://www.opastpublishers.com/open-access-articles/assessment-of-the-impact-of-mood-on-food-intake-and-bmi-among-secondary-female-students-in-al-madinah-almunawarah-ksa.pdf">https://www.opastpublishers.com/open-access-articles/assessment-of-the-impact-of-mood-on-food-intake-and-bmi-among-secondary-female-students-in-al-madinah-almunawarah-ksa.pdf</a>
Τηγανητές Πατάτες		+	<a href="https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood">https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood</a>
Χάμπουργκερ		+	<a href="https://www.opastpublishers.com/open-access-articles/assessment-of-the-impact-of-mood-on-food-intake-and-bmi-among-secondary-female-students-in-al-madinah-almunawarah-ksa.pdf">https://www.opastpublishers.com/open-access-articles/assessment-of-the-impact-of-mood-on-food-intake-and-bmi-among-secondary-female-students-in-al-madinah-almunawarah-ksa.pdf</a>

Βάφλες		+	<a href="https://www.opastpublishers.com/open-access-articles/assessment-of-the-impact-of-mood-on-food-intake-and-bmi-among-secondary-female-students-in-al-madinah-almunawarah-ksa.pdf">https://www.opastpublishers.com/open-access-articles/assessment-of-the-impact-of-mood-on-food-intake-and-bmi-among-secondary-female-students-in-al-madinah-almunawarah-ksa.pdf</a>
Αλλαντικά		+	<a href="https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood">https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood</a>
Μπισκότα		+	<a href="https://www.opastpublishers.com/open-access-articles/assessment-of-the-impact-of-mood-on-food-intake-and-bmi-among-secondary-female-students-in-al-madinah-almunawarah-ksa.pdf">https://www.opastpublishers.com/open-access-articles/assessment-of-the-impact-of-mood-on-food-intake-and-bmi-among-secondary-female-students-in-al-madinah-almunawarah-ksa.pdf</a>
Πατατάκια		+	<a href="https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood">https://www.simplynourishconsulting.com/blog/avoid-these-five-foods-for-a-better-mood</a>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

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

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

Γονιδάκης, Φ. & Χαρίλα Ντ. (2011). Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Γνωσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση

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

Ε. Κάκουρος, Κ. Μανιαδάκη—Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων by Gutenberg Books—Issuu. (2018, Φεβρουάριος 3). <https://issuu.com/gutenbergbooks/docs/g-kakourospsychopathology>.

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

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

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

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

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

Χαρίτου - Φατούρου, Μ. (2020). Σύγχρονες τάσεις της γνωστικής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας στη μετανεωτερική εποχή. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 11(4), 488–496. [https://doi.org/10.12681/psy\\_hps.24021](https://doi.org/10.12681/psy_hps.24021)

Ξενόγλωσση

Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.011>

Al-Biltagi, M., & Sarhan, E. (2016). Anxiety Disorder in Children: Review. *Journal of Paediatric Care Insight*, 1, 18–28. <https://doi.org/10.24218/jpci.2016.05>

Allen, K. L., Byrne, S. M., La Puma, M., McLean, N., & Davis, E. A. (2008). The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children. *Eating Behaviors, 9*(4), 438–446.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.07.008>

American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association (Επιμ.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.

Anagnostis, P., Athyros, V. G., Tziomalos, K., Karagiannis, A., & Mikhailidis, D. P. (2009). The Pathogenetic Role of Cortisol in the Metabolic Syndrome: A Hypothesis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94*(8), 2692–2701.

<https://doi.org/10.1210/jc.2009-0370>

Avena, N. M., Bocarsly, M. E., Rada, P., Kim, A., & Hoebel, B. G. (2008). After daily bingeing on a sucrose solution, food deprivation induces anxiety and accumbens dopamine/acetylcholine imbalance. *Physiology & Behavior, 94*(3), 309–315.

<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2008.01.008>

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

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.019>

Beesdo Katja, Susanne Knappe and Daniel S. Pine(2011). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>

Begum, G., Stevens, A., Smith, E. B., Connor, K., Challis, J. R. G., Bloomfield, F., & White, A. (2012). Epigenetic changes in fetal hypothalamic energy regulating pathways are associated with maternal undernutrition and twinning. *The FASEB Journal, 26*(4), 1694–1703. <https://doi.org/10.1096/fj.11-198762>

Biro, F. M., Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Padgett, J., & Bean, J. A. (2006). Self-Esteem in Adolescent Females. *Journal of Adolescent Health, 39*(4), 501–507.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.03.010>

Boutelle, K. N., Hannan, P., Fulkerson, J. A., Crow, S. J., & Stice, E. (2010). Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 29*(3), 293–298. <https://doi.org/10.1037/a0018645>

Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2008). The Neurobiology and Genetics of Impulse Control Disorders: Relationships to Drug Addictions. *Biochemical pharmacology, 75*(1), 63–75. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2007.06.043>

Brown, E. A., Davies, S. J., Rutherford, P., Meeus, F., Borrás, M., Riegel, W., Divino Filho, J. C., Vonesh, E., Van Bree, M., & Group, on behalf of the E. (2003). Survival of Functionally Anuric Patients on Automated Peritoneal Dialysis: The European APD

- Outcome Study. *Journal of the American Society of Nephrology*, 14(11), 2948.  
<https://doi.org/10.1097/01.ASN.0000092146.67909.E2>
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Binge eating disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 337–348.  
<https://doi.org/10.1002/eat.20370>
- Brunton, P. J., McKay, A. J., Ochędalski, T., Piastowska, A., Rębas, E., Lachowicz, A., & Russell, J. A. (2009). Central Opioid Inhibition of Neuroendocrine Stress Responses in Pregnancy in the Rat Is Induced by the Neurosteroid Allopregnanolone. *The Journal of Neuroscience*, 29(20), 6449–6460. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0708-09.2009>
- Burstein, M., He, J.-P., Kattan, G., Albano, A. M., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2011). Social Phobia and Subtypes in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(9), 870–880.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.06.005>
- Burstein, R., Zhang, X., Levy, D., Aoki, K. R., & Brin, M. F. (2014). Selective inhibition of meningeal nociceptors by botulinum neurotoxin type A: Therapeutic implications for migraine and other pains. *Cephalalgia*, 34(11), 853–869.  
<https://doi.org/10.1177/0333102414527648>
- Burton, P., J. Smit, H., & J. Lightowler, H. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49(1), 191–197.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.007>
- Cannon, C. P., & Kumar, A. (2009). Treatment of overweight and obesity: Lifestyle, pharmacologic, and surgical options. *Clinical Cornerstone*, 9(4), 55–71.  
[https://doi.org/10.1016/S1098-3597\(09\)80005-7](https://doi.org/10.1016/S1098-3597(09)80005-7)
- Carroll, D. D., Blanck, H. M., Serdula, M. K., & Brown, D. R. (2010). Obesity, Physical Activity, and Depressive Symptoms in a Cohort of Adults Aged 51 to 61. *Journal of Aging and Health*, 22(3), 384–398. <https://doi.org/10.1177/0898264309359421>
- Chandler-Laney, P. C., Castañeda, E., Viana, J. B., Oswald, K. D., Maldonado, C. R., & Boggiano, M. M. (2007). A history of human-like dieting alters serotonergic control of feeding and neurochemical balance in a rat model of binge-eating. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 136–142. <https://doi.org/10.1002/eat.20349>
- Chen, Y., Michalak, M., & Agellon, L. B. (2018). Importance of Nutrients and Nutrient Metabolism on Human Health. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 91(2), 95–103.
- Chaniotis DI, Chaniotis FI. (2010), Dietary stress in relation to exams anxiety among Greek students. *e-Journal of Science & Technology* 2010, 5(1):1- 14.

- Chepulis, L. M., Starkey, N. J., Waas, J. R., & Molan, P. C. (2009). The effects of long-term honey, sucrose or sugar-free diets on memory and anxiety in rats. *Physiology & Behavior*, *97*(3–4), 359–368. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2009.03.001>
- Combs, H., & Markman, J. (2014). Anxiety Disorders in Primary Care. *Medical Clinics of North America*, *98*(5), 1007–1023. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.003>
- Cottone, P., Sabino, V., Steardo, L., & Zorrilla, E. P. (2008). Opioid-Dependent Anticipatory Negative Contrast and Binge-Like Eating in Rats with Limited Access to Highly Preferred Food. *Neuropsychopharmacology*, *33*(3), 524–535. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301430>
- Dallman, M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in endocrinology and metabolism: TEM*, *21*(3), 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2009.10.004>
- Davis, C., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter, J., Reid, C., Curtis, C., Patte, K., Hwang, R., & Kennedy, J. L. (2008). Reward sensitivity and the D2 dopamine receptor gene: A case-control study of binge eating disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *32*(3), 620–628. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.09.024>
- Davis, C., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter, J., Reid, C., Curtis, C., Patte, K., & Kennedy, J. L. (2007). Dopamine Transporter Gene (DAT1) Associated with Appetite Suppression to Methylphenidate in a Case–Control Study of Binge Eating Disorder. *Neuropsychopharmacology*, *32*(10), 2199–2206. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301348>
- De Vriendt, T., Moreno, L. A., & De Henauw, S. (2009). Chronic stress and obesity in adolescents: Scientific evidence and methodological issues for epidemiological research. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *19*(7), 511–519. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2009.02.009>
- Efstathiou, G. (2021). Η θεραπευτική σχέση στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία. *Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society*, *26*(2), Article 2. [https://doi.org/10.12681/psy\\_hps.26862](https://doi.org/10.12681/psy_hps.26862)
- Encephalos Journal*. (χ.χ.). Ανακτήθηκε 29 Αύγουστος 2024, από <http://www.encephalos.gr/full/45-2-06g.htm>
- Engel, S. G., Boseck, J. J., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Smyth, J., Miltenberger, R., & Steiger, H. (2007). The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(3), 437–447. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.014>
- Evers, C., Dingemans, A., Junghans, A. F., & Boevé, A. (2018). Feeling bad or feeling good, does emotion affect your consumption of food? A meta-analysis of the experimental evidence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *92*, 195–208. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.05.028>

Fatima, A., Andrabi, S., Wolf, G., Engelmann, M., & Spina, M. G. (2013). Urocortin 1 administered into the hypothalamic supraoptic nucleus inhibits food intake in freely fed and food-deprived rats. *Amino Acids*, *44*(3), 879–885.

<https://doi.org/10.1007/s00726-012-1415-7>

Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Keel, P., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, *157*(1), 147–157.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.02.011>

Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria.

*International Journal of Eating Disorders*, *41*(7), 577–586.

<https://doi.org/10.1002/eat.20539>

Figlewicz, D. P., Bennett, J. L., Aliakbari, S., Zavosh, A., & Sipols, A. J. (2008). Insulin acts at different CNS sites to decrease acute sucrose intake and sucrose self-administration in rats. *American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, *295*(2), R388–R394.

<https://doi.org/10.1152/ajpregu.90334.2008>

Foster, M. T., Warne, J. P., Ginsberg, A. B., Horneman, H. F., Pecoraro, N. C., Akana, S. F., & Dallman, M. F. (2009). Palatable Foods, Stress, and Energy Stores Sculpt Corticotropin-Releasing Factor, Adrenocorticotropin, and Corticosterone Concentrations after Restraint. *Endocrinology*, *150*(5), 2325–2333.

<https://doi.org/10.1210/en.2008-1426>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, *14*(2), 231–233.

<https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Gharibzahedi, S. M. T., & Jafari, S. M. (2017). The importance of minerals in human nutrition: Bioavailability, food fortification, processing effects and nanoencapsulation. *Trends in Food Science & Technology*, *62*, 119–132.

<https://doi.org/10.1016/j.tifs.2017.02.017>

Huang, Q., Liu, H., Suzuki, K., Ma, S., & Liu, C. (2019). Linking What We Eat to Our Mood: A Review of Diet, Dietary Antioxidants, and Depression. *Antioxidants*, *8*(9), 376. <https://doi.org/10.3390/antiox8090376>

Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(3), 337–346. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>

Kandiah, J., Yake, M., Jones, J., & Meyer, M. (2006). Stress influences appetite and comfort food preferences in college women. *Nutrition Research*, *26*(3), 118–123.

<https://doi.org/10.1016/j.nutres.2005.11.010>

- Kandiah, J., Yake, M., & Willett, H. (2008). Effects of Stress on Eating Practices Among Adults. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 37(1), 27–38. <https://doi.org/10.1177/1077727X08322148>
- Kapantais, E., Tzotzas, T., Ioannidis, I., Mortoglou, A., Bakatselos, S., Kaklamanou, M., Lanaras, L., & Kaklamanos, I. (2006). First National Epidemiological Survey on the Prevalence of Obesity and Abdominal Fat Distribution in Greek Adults. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 50(4), 330–338. <https://doi.org/10.1159/000094296>
- Kennedy, M. M. (2006). Knowledge and Vision in Teaching. *Journal of Teacher Education*, 57(3), 205–211. <https://doi.org/10.1177/0022487105285639>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kirkham, T., & Cooper, S. J. (2011). *Appetite and Body Weight: Integrative Systems and the Development of Anti-Obesity Drugs*. Elsevier.
- Konttinen, H. (2020). Emotional eating and obesity in adults: The role of depression, sleep and genes. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 283–289. <https://doi.org/10.1017/S0029665120000166>
- Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473–479. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.014>
- Leigh Gibson, E. (2006). Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89(1), 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.01.024>
- Liu, C., Xie, B., Chou, C.-P., Koprowski, C., Zhou, D., Palmer, P., Sun, P., Guo, Q., Duan, L., Sun, X., & Anderson Johnson, C. (2007). Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of China seven cities. *Physiology & Behavior*, 92(4), 748–754. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.05.068>
- Lu, X.-Y. (2007). The leptin hypothesis of depression: A potential link between mood disorders and obesity? *Current opinion in pharmacology*, 7(6), 648–652. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2007.10.010>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Markey, M. A., & Vander Wal, J. S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 458–464. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.006>



- Mathes, W. F., Brownley, K. A., Mo, X., & Bulik, C. M. (2009). The Biology of Binge Eating. *Appetite*, 52(3), 545–553. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.03.005>
- MD, E. S. (2015, Νοέμβριος 16). *Nutritional psychiatry: Your brain on food*. Harvard Health. <https://www.health.harvard.edu/blog/nutritional-psychiatry-your-brain-on-food-201511168626>
- Morrison, C. D., & Berthoud, H.-R. (2007). Neurobiology of Nutrition and Obesity. *Nutrition Reviews*, 65(12), 517–534. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2007.tb00277.x>
- Nguyen-Rodriguez, S. T., Chou, C.-P., Unger, J. B., & Spruijt-Metz, D. (2008). BMI as a Moderator of Perceived Stress and Emotional Eating in Adolescents. *Eating behaviors*, 9(2), 238–246. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.09.001>
- NGUYEN-RODRIGUEZ, S. T., UNGER, J. B., & SPRUIJT-METZ, D. (2009). Psychological Determinants of Emotional Eating in Adolescence. *Eating disorders*, 17(3), 211–224. <https://doi.org/10.1080/10640260902848543>
- Öhman, L., Bergdahl, J., Nyberg, L., & Nilsson, L.-G. (2007). Longitudinal analysis of the relation between moderate long-term stress and health. *Stress and Health*, 23(2), 131–138. <https://doi.org/10.1002/smi.1130>
- Otowa, T., Maher, B. S., Aggen, S. H., McClay, J. L., van den Oord, E. J., & Hettema, J. M. (2014). Genome-Wide and Gene-Based Association Studies of Anxiety Disorders in European and African American Samples. *PLoS ONE*, 9(11), e112559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112559>
- Perez JA, Garcia FC, Palacios S, Perez M. (2009), Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas* 2009, 62(1):30-6.
- Pervin A. L. – John P. J. (2005), *Θεωρίες Προσωπικότητας, μετάφραση: Αλεξανδροπούλου Α. – Δασκαλοπούλου Ε., τυπωθήτω, Αθήνα, 2001.*
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maserko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Raspopow, K., Abizaid, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2010). Psychosocial stressor effects on cortisol and ghrelin in emotional and non-emotional eaters: Influence of anger and shame. *Hormones and Behavior*, 58(4), 677–684. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2010.06.003>
- Roohafza, H., Sadeghi, M., Sarraf-Zadegan, N., Baghaei, A., Kelishadi, R., Mahvash, M., Sajjadi, F., Toghianifar, N., & Talaei, M. (2007). Relation between stress and other life style factors. *Stress and Health*, 23(1), 23–29. <https://doi.org/10.1002/smi.1113>
- SAMH (2024). Food and Mood

Selye, H. (χ.χ.). *Chapter 1. What is Stress?*

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

Sims, R., Gordon, S., Garcia, W., Clark, E., Monye, D., Callender, C., & Campbell, A. (2008). Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Eating behaviors*, 9(2), 137–142.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.06.006>

Singewald, N., Sinner, C., Hetzenauer, A., Sartori, S. B., & Murck, H. (2004). Magnesium-deficient diet alters depression- and anxiety-related behavior in mice—Influence of desipramine and *Hypericum perforatum* extract. *Neuropharmacology*, 47(8), 1189–1197. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2004.08.010>

Sominsky, L., & Spencer, S. J. (2014). Eating behavior and stress: A pathway to obesity. *Frontiers in Psychology*, 5, 434. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00434>

*Stress and Health | The Nutrition Source | Harvard T.H. Chan School of Public Health.* (χ.χ.). Ανακτήθηκε 5 Αύγουστος 2023, από  
<https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/stress-and-health/>

Takeda, T., Kasai, K., & Kato, N. (2007). Moral judgment in high-functioning pervasive developmental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(4), 407–414.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01678.x>

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

Tzotzas, T., Kapantais, E., Tziomalos, K., Ioannidis, I., Mortoglou, A., Bakatselos, S., Kaklamanou, M., Lanaras, L., & Kaklamanos, I. (2008). Epidemiological Survey for the Prevalence of Overweight and Abdominal Obesity in Greek Adolescents. *Obesity*, 16(7), 1718–1722. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.247>

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

Van Vugt, D. A. (2010). Brain imaging studies of appetite in the context of obesity and the menstrual cycle. *Human Reproduction Update*, 16(3), 276–292.  
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmp051>

Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52(2), 355–362. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.007>

Wang, L., Stengel, A., Goebel-Stengel, M., Shaikh, A., Yuan, P.-Q., & Taché, Y. (2013). Intravenous injection of urocortin 1 induces a CRF2 mediated increase in circulating

ghrelin and glucose levels through distinct mechanisms in rats. *Peptides*, 39, 164–170. <https://doi.org/10.1016/j.peptides.2012.11.009>

Wardle, J., Steptoe, A., Oliver, G., & Lipsey, Z. (2000). Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(2), 195–202. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00076-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00076-3)

Warne, J. P., Akana, S. F., Ginsberg, A. B., Horneman, H. F., Pecoraro, N. C., & Dallman, M. F. (2009). Disengaging insulin from corticosterone: Roles of each on energy intake and disposition. *American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 296(5), R1366–R1375. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.91016.2008>

Warne, J. P., Horneman, H. F., Wick, E. C., Bhargava, A., Pecoraro, N. C., Ginsberg, A. B., Akana, S. F., & Dallman, M. F. (2006). Comparison of Superior Mesenteric Versus Jugular Venous Infusions of Insulin in Streptozotocin-Diabetic Rats on the Choice of Caloric Intake, Body Weight, and Fat Stores. *Endocrinology*, 147(11), 5443–5451. <https://doi.org/10.1210/en.2006-0702>

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