

Ειδικό άρθρο Special article

Διαταραχές πρόσληψης τροφής και σεξουαλική λειτουργία

B. Κραββαρίτη, Φρ. Γονιδάκης

Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο Αθήνα

Ψυχιατρική 2016, 27:136–143

Κοινό εύρημα πολλών μελετών αποτελεί το γεγονός ότι στις γυναίκες με διαταραχές πρόσληψης τροφής υπάρχει καθυστέρηση και δυσκολία σε πολλούς τομείς της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης κατά την εφηβεία, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν πρωτογενείς ή δευτερογενείς ανεπάρκειες στη μετέπειτα σεξουαλική τους ζωή. Ένας αριθμός μελετών για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής καταλήγει στο κοινό συμπέρασμα ότι υπάρχει διαφοροποίηση σε πολλούς τομείς της σεξουαλικότητας των πασχουσών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, καθώς και ότι οι πάσχουσες είναι λιγότερο θετικές προς τις σεξουαλικές σχέσεις και εμπειρίες. Υπεύθυνοι γι' αυτό είναι μια σειρά από βιολογικούς, οικογενειακούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Οι γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία έχουν αρνητικές στάσεις σε σχέση με σεξουαλικά ζητήματα εν γένει αλλά και με το σώμα τους ειδικότερα, ενώ φαίνεται να αυξάνεται το σεξουαλικό τους κίνητρο όταν αυξάνεται το σωματικό τους βάρος στα πλαίσια της θεραπευτικής προσπάθειας. Ο υποσιτισμός και οι συνέπειές του στην ανθρώπινη φυσιολογία και ιδιαίτερα στη λειτουργία του εγκεφάλου, φαίνεται να είναι ο κύριος παράγοντας που οδηγεί σε μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και σε αραιή σεξουαλική δραστηριότητα. Επιπλέον, χαρακτηριστικά προσωπικότητας που είναι κοινά στις γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία όπως η καταναγκαστικότητα και η ακαμψία σχετίζονται και αυτά με δυσκολίες στη δημιουργία και διατήρηση ρομαντικών και ερωτικών σχέσεων. Αναφορικά με την ψυχογενή βουλιμία, η παρορμητικότητα και οι δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων που είναι κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ αυτών των ασθενών, οδηγούν συχνά σε παρορμητικές και αυτοκαταστροφικές σεξουαλικές συμπεριφορές. Επίσης οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία, βιώνουν έντονη δυσαρέσκεια και απέχθεια για το σώμα τους και συχνά αναφέρονται σε αυτό με θυμό, ντροπή και αηδία, εξαιτίας των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων ότι είναι χοντρές και άσχημες. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι παρόλο που μια σειρά ερευνητικών ευρημάτων καταδεικνύει ότι οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία είναι πιο ενεργές σεξουαλικά και έχουν πιο πολλές σεξουαλικές εμπειρίες από τις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, και οι δύο ομάδες ασθενών δηλώνουν πιο συχνά από τον γενικό πληθυσμό έλλειψη ικανοποίησης από τις σεξουαλικές τους εμπειρίες. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής και η σεξουαλικότητα φαίνεται να συσχετίζονται με ποικίλους τρόπους. Οι μεταβλητές που μπορεί να μεσολαβούν σε αυτή τη σχέση είναι: συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, χαρακτηριστικά της οικογένειας καταγωγής, η αρνητική εικόνα σώματος και το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης. Επίσης, η υψηλή συννοσηρότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής με την κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί έναν ακόμα παράγοντα που επηρεάζει τη σεξουαλική λειτουργία των πασχουσών. Η θεραπεία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας είναι ιδιαίτερα δύσκολη καθώς οι ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν είναι πρόθυμοι να συζητήσουν

με τον θεραπευτή για την ερωτική τους ζωή. Ιδιαίτερα στην ψυχογενή ανορεξία ένα μεγάλο μέρος των ασθενών δεν έχει ενεργό ερωτική ζωή, τουλάχιστον μέχρι την αποκατάσταση της διατροφής και του σωματικού βάρους. Οι ασθενείς αυτές είναι απρόθυμες να εμπλακούν στην οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση και αρνούνται να μιλήσουν για την ερωτική ζωή τους.

Λέξεις ευρετηρίου: Διαταραχές πρόσληψης τροφής, σεξουαλικότητα, ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία.

Εισαγωγή

Ένας αριθμός μελετών για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) καταλήγει στο κοινό συμπέρασμα ότι υπάρχει διαφοροποίηση σε πολλούς τομείς της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης των πασχουσών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, καθώς και ότι οι πάσχουσες είναι λιγότερο θετικές προς τις σεξουαλικές σχέσεις και εμπειρίες.¹ Υπεύθυνοι γι' αυτό είναι μια σειρά από βιολογικούς, οικογενειακούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.²

Πολλοί συγγραφείς έχουν αναγνωρίσει τον σημαντικό και κρίσιμο ρόλο της σεξουαλικότητας στην ανάπτυξη της ταυτότητας του ατόμου. Η δημιουργία της ατομικής ταυτότητας είναι τόσο μια ενδοψυχική όσο και μια ψυχοκοινωνική διαδικασία, μια επαφή μεταξύ του ατόμου και του κόσμου μέσα στον οποίο ζει. Παρόλ' αυτά η σεξουαλικότητα είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο. Σε κάθε στάδιο ανάπτυξής της, η σεξουαλικότητα αντιπροσωπεύει την αλληλεπίδραση των προσωπικών εμπειριών του ατόμου με το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο.³

Όπως αναφέρει η Daniluk,³ οι γυναίκες δεν έχουν παίξει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των σεξουαλικών τους παραδειγμάτων. Αυτά τα παραδείγματα δεν έχουν αναπτυχθεί από την εσωτερική συναισθηματική πραγματικότητα των γυναικών και δεν αντανακλούν τις ανάγκες και τις ορμές τους. Ως εκ τούτου, οι παρούσες κατασκευές της γυναικείας σεξουαλικότητας είναι προβληματικές και μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη γυναικεία σεξουαλικότητα και αυτοεικόνα. Για παράδειγμα, μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη υπερβολικής δυσαρέσκειας με το σώμα καθώς και σε σύγκρουση και αβεβαιότητα αναφορικά με την εστίαση και την έκταση της σεξουαλικής επιθυμίας.

Η σεξουαλική λειτουργία των γυναικών με Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής

Πολλές από τις δημοσιευμένες μελέτες που αφορούν στη σεξουαλικότητα των γυναικών που πάσχουν από ΔΠΤ έχουν γίνει σε μικρές ομάδες ασθενών και

παρουσιάζουν αρκετές μεθοδολογικές αδυναμίες. Το αποτέλεσμα είναι ορισμένα από τα βασικά ερωτήματα για τις σεξουαλικές εμπειρίες των ασθενών με ΔΠΤ να παραμένουν αδιευκρίνιστα.

Υπάρχουν, για παράδειγμα, πολύ λίγα δεδομένα για τον βαθμό στον οποίο οι γυναίκες με ΔΠΤ βιώνουν προβλήματα ως προς την οικειότητα με τη σεξουαλική λειτουργία. Επίσης, δεν έχει επαρκώς μελετηθεί η επικράτηση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας μεταξύ των διαφόρων μορφών ΔΠΤ ή ο βαθμός στον οποίο τα ψυχολογικά και σωματικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις ΔΠΤ επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία.⁴ Επιπλέον, σε κλινικό επίπεδο η σεξουαλική λειτουργία σπανίως συζητείται σαν μια σημαντική συνιστώσα της θεραπείας των ΔΠΤ, πέραν του πλαισίου της σεξουαλικής κακοποίησης και της ύπαρξης κάποιων τραυματικής εμπειρίας στο ιστορικό.⁵ Πάντως, οι περισσότερες μελέτες που έχουν μέχρι στιγμής πραγματοποιηθεί σε γυναίκες ασθενείς που έπασχαν από ΔΠΤ υποδεικνύουν σημαντικές δυσκολίες στον τομέα της σεξουαλικότητας.^{2,6,7}

Η σεξουαλική λειτουργία των κοριτσιών με Ψυχογενή Ανορεξία

Η Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ) εμφανίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Σε μια περίοδο δηλαδή της ανάπτυξης του ατόμου που αναδύεται η σεξουαλικότητά του παράλληλα με τον βιολογικό μετασχηματισμό του σώματος που εισέρχεται σταδιακά στην αναπαραγωγική ηλικία.¹

Οι Beumont et al, αναφέρουν ότι οι σεξουαλικές εμπειρίες των κοριτσιών με ΨΑ ήταν παρόμοιες με αυτές των κοριτσιών στον γενικό πληθυσμό.⁸ Το παραπάνω εύρημα είναι αρκετά ενδιαφέρον, αν συνδυαστεί με την απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας που συνοδεύει την απίσχναση και τον υποσιτισμό.

Σε μια άλλη έρευνα βρέθηκε ότι στην έναρξη της θεραπείας οι έφηβες με ΨΑ εκδήλωναν σημαντικά αρνητικές στάσεις για τα σεξουαλικά θέματα.⁹ Επίσης, ανέφεραν σημαντικά φτωχότερη αυτο-αξιολόγηση του σώματός τους, της προσωπικότητάς τους και των

κοινωνικών τους δεξιοτήτων, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ακόμη, στην ομάδα των κοριτσιών με ΨΑ εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, αναφορικά με τα αρνητικά συναισθήματα για τη σεξουαλικότητα και την έλλειψη ενδιαφέροντος για τις σεξουαλικές σχέσεις. Όλες αυτές οι ανησυχίες και οι προβληματισμοί φαίνεται να μειώνονται αρκετά με τη θεραπεία και την αποκατάσταση του βάρους.⁹

Η σεξουαλική λειτουργία των γυναικών με Ψυχογενή Ανορεξία

Η απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, ιδιαίτερα στις γυναίκες με ΨΑ, είναι πιθανό να αντανακλά τις συνέπειες του υπογοναδισμού λόγω της απίσχνανσης, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς με ΨΑ λειτουργούσαν μέσα σε ένα φυσιολογικό ψυχοσεξουαλικό επίπεδο πριν την εκδήλωση της ασθένειάς τους.¹⁰ Η αύξηση της σεξουαλικής ορμής, αλλά και η σημαντική μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης που συνοδεύουν την αποκατάσταση του βάρους στις ασθενείς με ΨΑ, αποτελούν σημαντική ένδειξη ότι οι αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία που παρατηρούνται στην ΨΑ έχουν ισχυρή βιολογική βάση.^{6,8} Έχει επίσης βρεθεί ότι η σεξουαλική ικανοποίηση των γυναικών που πάσχουν από ΨΑ σχετίζεται αρνητικά με τον βαθμό του περιορισμού των θερμίδων. Αντιστοίχως, όσο μεγαλύτερη είναι η απώλεια βάρους, τόσο μεγαλύτερη είναι και η απώλεια της σεξουαλικής ευχαρίστησης.^{11,8}

Παρόλο που ο υποσιτισμός μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη σεξουαλική επιθυμία, άλλα ειδικά χαρακτηριστικά της ΨΑ, όπως η διαταραχή της εικόνας σώματος, η δυσαρέσκεια από το σώμα και η ντροπή, μπορούν, επίσης, να δυσχεράνουν τη σεξουαλική λειτουργία και τις ερωτικές σχέσεις μεταξύ των ατόμων που αγωνίζονται με την ΨΑ.¹²⁻¹⁴ Σύμφωνα με τους Morgan et al,¹⁵ οι γυναίκες με ΨΑ, είναι λιγότερο πιθανό να βρίσκονται σε μία ερωτική σχέση ή να αυτοϊκανοποιούνται, ενώ συχνά αναφέρουν δυσκολίες στις σεξουαλικές τους σχέσεις, χαμηλή εκτίμηση προς τη σεξουαλικότητά τους και σεξουαλική ασυμφωνία με τους συντρόφους τους. Οι Raboch & Faltus² βρήκαν πρωτογενείς ή δευτερογενείς ανεπάρκειες – τόσο βιολογικής, όσο και ψυχολογικής αιτιολογίας– στη σεξουαλική ζωή το 80% περίπου από τις ασθενείς με ΨΑ που μελέτησαν. Οι Mangweth-Matzek et al¹⁶ υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες με ΔΠΤ δεν παρουσίαζαν διαφορές σε σχέση με τις υγιείς γυναίκες της ομάδας ελέγχου στην ηλικία της εμμηναρχής και στην κατάκτηση των

περισσότερων σεξουαλικών οροσήμων, αλλά αποτιμούσαν τις σεξουαλικές τους εμπειρίες και την εικόνα του σώματός τους πολύ περισσότερο αρνητικά σε σχέση τόσο με μια ομάδα ψυχιατρικών ασθενών όσο και με μια υγιή ομάδα ελέγχου.

Σχετικά με τις δύο μορφές της ΨΑ, τον περιοριστικό και τον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να τις διαφοροποιούν αναφορικά με τη σεξουαλική λειτουργία.^{8,11,15} Μικρός μόνο αριθμός μελετών έδειξε ότι οι γυναίκες με ΨΑ περιοριστικού τύπου, είναι λιγότερο πιθανό να έχουν μια στενή σχέση με τον σύντροφό τους ή να έχουν εμπλακεί σε σεξουαλικές επαφές, σε σύγκριση με τις γυναίκες με Ψυχογενή Βουλιμία (ΨΒ).^{11,15-17} Σε μια μελέτη που αφορούσε ενδονοσοκομειακό πληθυσμό, τα άτομα που συμμετείχαν χωρίστηκαν σε διαφορετικές ομάδες ανάλογα με τον τύπο της ΔΠΤ από την οποία έπασχαν.¹⁸ Και οι τρεις ομάδες (ΨΑ περιοριστικού τύπου, ΨΑ υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου και ΨΒ) ανέφεραν αρκετά φτωχή σεξουαλική λειτουργία και ικανοποίηση, έλλειψη ευχαρίστησης από τις σεξουαλικές τους σχέσεις και εντονότερη δυσφορία για την εικόνα του σώματός τους, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Το ενδιαφέρον ήταν ότι δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των υποομάδων των ασθενών, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι οι συγκεκριμένες ασθενείς που είχαν ΔΠΤ αρκετά σοβαρές ώστε να χρήζουν νοσηλείας, ίσως να αποτελούν μια πιο ομοιογενή ομάδα αναφορικά με τα ψυχοσεξουαλικά τους χαρακτηριστικά, σε σχέση με εξωτερικές ασθενείς με ΔΠΤ.

Οι σεξουαλικές ανησυχίες μεταξύ γυναικών με ΨΑ είναι παρόμοιες με τις ανησυχίες γυναικών εντός άλλων ομάδων που είναι γνωστές για τις σεξουαλικές τους δυσκολίες, όπως οι γυναίκες με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και οι γυναίκες στη λοχεία. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι τόσο γυναίκες με ΨΑ όσο και με κατάθλιψη όταν βρίσκονται σε μια στενή σχέση έχουν παρόμοιο προφίλ στη συχνότητα των σεξουαλικών τους επαφών σε σχέση με γυναίκες που βρίσκονται στη λοχεία, όμως δηλώνουν να έχουν περισσότερα σεξουαλικά προβλήματα από τις τελευταίες.¹⁹

Η σεξουαλική λειτουργία των γυναικών με Ψυχογενή Βουλιμία και Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας

Οι γυναίκες που πάσχουν από ΨΒ, αναφέρουν αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα, μεγαλύτερη σεξουαλική επιθυμία και ενδιαφέρον, περισσότερες σεξουαλικές εμπειρίες, καθώς και ότι αντλούν περισ-

σότερη ευχαρίστηση από τις σεξουαλικές τους σχέσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες που πάσχουν από ΨΑ.^{11,20} Το κοινό σημείο με τις πάσχουσες από ΨΑ είναι ότι και οι γυναίκες με ΨΒ μπορεί να βιώνουν έντονη δυσαρέσκεια για το σώμα τους και να αναφέρονται σε αυτό με ντροπή και αηδία, εξαιτίας των συχνά διαστρεβλωμένων αντιλήψεων ότι είναι χοντρές και άσχημες.^{21,22} Φαίνεται, λοιπόν, πως μεταξύ των γυναικών με ΨΒ, η αυτο-απέχθεια για το σώμα τους σχετίζεται με μειωμένη πιθανότητα αυτοϊκανοποίησης. Επιπλέον, οι γυναίκες αυτές συχνά αποφεύγουν τις εμπειρίες εκείνες που μπορεί να εστιάζονται στο σώμα και να καταλήγουν σε σωματική ικανοποίηση.²¹

Οι Abraham et al²³ μελετώντας τα ψυχοσεξουαλικά ιστορικά 20 ασθενών με ΨΒ και 20 γυναικών σε μια ομάδα ελέγχου, βρήκαν ότι οι ασθενείς με ΨΒ ήταν πιο πιθανό να βιώνουν οργασμό μέσω της αυτοϊκανοποίησης, να έχουν πειραματιστεί με την πρωκτική επαφή, και να περιγράφουν τη λίμπιντό τους ως «πάνω από τον μέσον όρο». Οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου ήταν πιο πιθανό να βιώνουν οργασμό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Οι ασθενείς με ΨΒ συσχέτιζαν το υψηλό σωματικό βάρος με έλλειψη ελκυστικότητας και έτειναν να αποσύρονται από τις κοινωνικές και σεξουαλικές δραστηριότητες όταν είχαν υψηλό βάρος.

Τέλος, αναφορικά με τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (ΔΕΥ) τα δεδομένα που έχουμε είναι σαφώς λιγότερα, καθώς η διαταραχή αυτή έχει περιγραφεί ως ξεχωριστή κλινική οντότητα πολύ πιο πρόσφατα σε σύγκριση με την ΨΑ και την ΨΒ. Οι Castellini et al²⁴ μελέτησαν τη σεξουαλική λειτουργία 107 παχύσαρκων γυναικών που έπασχαν από ΔΕΥ, συγκρίνοντάς τις με 110 παχύσαρκες χωρίς ΔΕΥ και με μια ομάδα ελέγχου 92 γυναικών φυσιολογικού βάρους. Οι δύο ομάδες των παχύσαρκων γυναικών και κυρίως αυτές που έπασχαν από ΔΕΥ παρουσίασαν χειρότερη σεξουαλική λειτουργία και χαμηλότερα ποσοστά και συχνότητα σεξουαλικών επαφών. Η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών σχετιζόταν αρνητικά με υψηλά επίπεδα κατανάλωσης τροφής για συναισθηματικούς λόγους, αυξημένη παρορμητικότητα και ανησυχία σχετικά με το σχήμα του σώματος.²⁴

Προσωπικότητα, σεξουαλικότητα και Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των πασχουσών από ΔΠΤ μπορεί επίσης να σχετίζονται με τη σεξουαλική τους λειτουργία.^{25,26} Ο μικρός αριθμός

των μελετών που εμπλέκουν και την προσωπικότητα σαν μεταβλητή που επιδρά στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών με ΔΠΤ, έδειξαν ότι σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης της σεξουαλικής λειτουργίας μπορεί να αποδοθεί σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Μάλιστα είναι πιθανό η επίδραση αυτών των χαρακτηριστικών να είναι μεγαλύτερη από τη συμπτωματολογία ή τη διαγνωστική κατηγορία των ΔΠΤ. Τα άτομα με ΔΠΤ, τα οποία είναι συναισθηματικά ανεσταλμένα και υπερελεγχόμενα, παρουσιάζουν περιορισμένη σεξουαλική λειτουργία, ενώ εκείνα που αντιμετωπίζουν σαφή δυσκολία στη ρύθμιση και στον έλεγχο των συναισθημάτων τους αναφέρουν πιο παρορμητικές και αυτοκαταστροφικές σεξουαλικές συμπεριφορές.^{25,26}

Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και ερωτικές σχέσεις

Σύμφωνα με τους Pinheiro et al,²⁷ η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών με ΔΠΤ που μελέτησαν δήλωσαν ότι είχαν βιώσει την εμπειρία στενών σχέσεων (98%). Το 55% αυτών ανέφεραν σχέσεις με σεξουαλική επαφή και 87% ανέφεραν σημαντικές σχέσεις με ποικίλους βαθμούς σταθερότητας. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες,^{28,29} οι οποίες έδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με ΔΠΤ βρίσκονται σε ερωτικές σχέσεις. Στη μελέτη των Pinheiro et al²⁷ αν και το ποσοστό των γυναικών που ανέφερε ότι είχε βρεθεί σε ερωτική σχέση ήταν αρκετά υψηλό, τα 2/3 των γυναικών με ΔΠΤ δήλωσαν ότι υποφέρουν από απώλεια της λίμπιντο και σεξουαλικό άγχος/αβεβαιότητα. Συγκρινόμενες, μάλιστα, με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου, περισσότερες γυναίκες με ΔΠΤ ανέφεραν απώλεια της λίμπιντο, σεξουαλικό άγχος, σχέσεις χωρίς σεξουαλική επαφή και αυξημένες εντάσεις με τον σύντροφό τους. Σε συνδυασμό, αυτά τα ευρήματα, υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες με ΔΠΤ βιώνουν σημαντικές δυσκολίες στους τομείς της σεξουαλικότητας και των σχέσεών τους.

Μία προηγούμενη μελέτη, βρήκε ότι οι γυναίκες με ΔΠΤ βλέπουν τις συζυγικές τους σχέσεις ως λιγότερο ικανοποιητικές από ό,τι τις έβλεπαν οι σύζυγοί τους, αλλά ότι αυτή η ικανοποίηση βελτιωνόταν σημαντικά κατά τη θεραπεία, καθώς υποχωρούσαν τα συμπτώματα της ΔΠΤ.³⁰ Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η ερωτική οικειότητα που είναι μια θεμελιώδης πλευρά των σχέσεων, μπορεί να διακοπεί από την εμφάνιση της ΔΠΤ, οδηγώντας έτσι στην απομάκρυνση των συντρόφων.

Διαφορές στη δημιουργία και διατήρηση ερωτικών σχέσεων έχουν βρεθεί και μεταξύ των διαφορετικών μορφών ΔΠΤ. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες με ΨΑ περιοριστικού τύπου και καθαρτικού τύπου ανέφεραν συχνότερα απώλεια της λίμπιντο, σε σχέση με τις γυναίκες με ΨΒ και με ΔΠΤ μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.²⁷ Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο, δεδομένου ότι το χαμηλότερο σωματικό βάρος σχετίζεται με απώλεια του ερωτικού ενδιαφέροντος.

Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι οι γυναίκες που πάσχουν από ΨΑ αν και συχνά αναζητούν τη συντροφικότητα, σπανιότερα αποδίδουν στη σεξουαλική δραστηριότητα ισόποση αξία. Αυτή η κλινική παρατήρηση είναι σύμφωνη με το ερευνητικό εύρημα ότι το χαμηλό σωματικό βάρος διαταράσσει τη φυσιολογική λειτουργικότητα των σεξουαλικών οργάνων και του κύκλου των ορμονών,¹⁰ καθώς και με αποτελέσματα άλλων μελετών που έδειξαν ότι οι αυξομειώσεις του σωματικού βάρους σχετίζονταν με αλλαγές στο σεξουαλικό ενδιαφέρον.^{6,8,31}

Η σχέση μεταξύ των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και της σεξουαλικής λειτουργίας

Αν και η διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας στην ΨΑ φαίνεται να είναι αποτέλεσμα του υποσιτισμού, η εμπλοκή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στη σεξουαλική συμπεριφορά των πασχουσών από ΔΠΤ υπονοεί ότι η σεξουαλική λειτουργία μπορεί να είναι επηρεασμένη αρνητικά και πριν από την εμφάνιση της συμπτωματολογίας της ΔΠΤ. Επίσης δεν είναι ξεκάθαρο, αν η προϋπάρχουσα σεξουαλική δυσλειτουργία έχει αιτιολογικό ρόλο στην εμφάνιση ΔΠΤ σε γυναίκες.¹¹

Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς μόνο η ψυχαναλυτική σχολή έχει δώσει έμφαση στον ρόλο των αρνητικών συναισθημάτων για τη σεξουαλική λειτουργία στην αιτιοπαθογένεια της ΨΑ.^{9,32} Η ψυχαναλυτική σχολή έχει τονίσει ότι η ΨΑ σχετίζεται με τον φόβο των νεαρών ασθενών για τις πλευρές της σεξουαλικότητας που σχετίζονταν με την ωρίμανση.¹ Το παραπάνω έρχεται σε αντίθεση με τα πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα που δείχνουν ότι σε ένα ποσοστό των πασχουσών η ΔΠΤ εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία μετά το τέλος της εφηβείας.¹ Μάλιστα, έχουν περιγραφεί περιπτώσεις γυναικών που η ΨΑ εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη μέση ηλικία, αφού είχε προηγηθεί τόσο ο γάμος όσο και η γέννηση των παιδιών τους.³³

Παρόλο που τα ευρήματα των διαφόρων ερευνών δεν συμφωνούν, οι ΔΠΤ και η σεξουαλικότητα φαίνεται να σχετίζονται με ποικίλους τρόπους. Επίσης, μια σειρά από μεταβλητές έχουν τον ρόλο διαμεσολαβητή ανάμεσα στην πάθηση και στη σεξουαλική λειτουργία. Αυτές οι μεταβλητές μπορεί να είναι: κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, χαρακτηριστικά της οικογένειας καταγωγής, η αρνητική εικόνα σώματος και το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης.^{11,34}

Οικογένειες οι οποίες έχουν μέλος που πάσχει από ΔΠΤ τείνουν να βιώνουν σχετικά λιγότερη συνοχή και περισσότερες συγκρούσεις, μη υγιή πρότυπα δεσμών και επικοινωνίας.¹ Το ερώτημα τού αν οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας σχετίζονται με την ανάπτυξη ΔΠΤ σε μεταγενέστερη ηλικία δεν έχει επαρκώς τεκμηριωθεί μέχρι σήμερα πάρα τις διάφορες θεωρητικές τοποθετήσεις. Οι πρώιμες εμπειρίες αναφορικά με τον δεσμό με τους γονείς, με την επαφή και τη στοργή μπορεί, επίσης, να έχουν επιπτώσεις στην ανάπτυξη της εικόνας σώματος.¹¹

Το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να είναι ένας δυναμικά ενδιάμεσος παράγοντας στη σύνδεση μεταξύ ΔΠΤ και σεξουαλικότητας.³⁵ Μια μικρή υποομάδα των γυναικών που πάσχουν από ΔΠΤ έχουν βιώσει κάποια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης, πιο συχνά κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας. Εξαιτίας διαφορών στον τρόπο που προσδιορίζεται η ύπαρξη σεξουαλικής κακοποίησης και του τρόπου και χώρου που συλλέγονται οι πληροφορίες (π.χ. μέσω της θεραπείας ή μέσω μελετών στην κοινότητα), δεν είναι ξεκάθαρο αν τα ποσοστά της σεξουαλικής κακοποίησης μεταξύ των γυναικών με ΔΠΤ είναι υψηλότερα από τις γυναίκες στον γενικό πληθυσμό, και το θέμα παραμένει αμφιλεγόμενο.³⁶ Πάντως για την ΨΑ τα δεδομένα δείχνουν ότι δεν σχετίζεται με αυξημένη αναφορά σεξουαλικής κακοποίησης στο ιστορικό της ασθενούς.³⁶ Αντίθετα, στην ΨΒ φαίνεται να υπάρχει όντως συχνότερη αναφορά σεξουαλικής κακοποίησης στο ιστορικό των ασθενών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.³⁶

Οι δυσκολίες της θεραπείας της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς που πάσχουν από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής

Οι ασθενείς με ΔΠΤ, ενώ έχει φανεί να έχουν πληθώρα από δυσκολίες και προβλήματα στη σεξουαλική τους λειτουργία αντιστέκονται στις παρεμβάσεις

της θεραπείας σεξ, οι οποίες μπορεί να είναι ιδιαίτερα βοηθητικές γι' αυτές. Όπως αναφέρει η Zebre,³⁵ πιθανώς αντιστέκονται γιατί έχουν μια πολύ εύθραυστη δομή προσωπικότητας, χωρίς ιδιαίτερη συνοχή και γιατί συνήθως έχουν παραπάνω από μία διαγνώσεις, οπότε τους είναι δύσκολο να επικεντρωθούν σε έναν συγκεκριμένο τομέα προβλημάτων, μέσα σε μια θεραπευτική διαδικασία που είναι ούτως ή άλλως ιδιαίτερα επίπονη γι' αυτές. Έχοντας ένα τιμωρητικό υπερεγώ, είναι επίσης αρκετά επικριτικές σχετικά με τη σεξουαλική τους απόκριση.³⁵ Επιπλέον, η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση μπορεί να συνεισφέρει στη σεξουαλική αποστροφή και κατά συνέπεια στην αποφυγή της θεραπείας που παρατηρείται στις ασθενείς με ΔΠΤ.³⁶

Κατάθλιψη, Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και σεξουαλικότητα

Η σχέση των ΔΠΤ με τις συναισθηματικές διαταραχές και ιδιαίτερα με την κατάθλιψη έχει μελετηθεί διεξοδικά. Έχει βρεθεί ότι περίπου 80% των ατόμων με ΔΠΤ αναφέρουν συννοσηρότητα με κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής τους.⁴⁰ Η κατάθλιψη συνυπάρχει με την ΨΑ σε ποσοστό 2,2–35,5%, ενώ η πιθανότητα μια ανορεκτική ασθενής να νοσήσει κάποια στιγμή στη ζωή της είναι 2,6–4 φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι αν δεν έπασχε από ΨΑ.³⁷ Η συννοσηρότητα με την κατάθλιψη δεν φαίνεται να διαφέρει μεταξύ των δύο τύπων της ανορεξίας, του περιοριστικού και του υπερφαγικού-καθαρτικού,^{37,38} παρότι παλαιότερες έρευνες ανέφεραν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε ασθενείς με τον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο της ΨΑ.³⁹ Όσον αφορά στην ΨΒ, η κατάθλιψη συνυπάρχει σε μεγαλύτερα ποσοστά που κυμαίνονται από 20–80%, τα οποία είναι στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα από αυτά που απαντώνται στον γενικό πληθυσμό.^{37,38} Όπως αναφέρουν οι Pinheiro et al,²⁷ μια σημαντική μεταβλητή στην έρευνα για τη διερεύνηση της σεξουαλικής λειτουργίας γυναικών με ΔΠΤ είναι η επίδραση της συννοσηρότητας με την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι γνωστό ότι επηρεάζει σημαντικά τη λίμπιντο. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φανερώνει ότι σεξουαλική δυσλειτουργία απαντάται στην πλειοψηφία των καταθλιπτικών ασθενών και έχει τεράστιο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής αυτών.^{41,42} Ενίοτε αυτή ενδέχεται να είναι και το μοναδικό σύμπτωμα της κατάθλιψης που αναφέρουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς. Αναλυτικότερα, η κατάθλιψη συσχετίζεται με μειωμένη λίμπιντο, μειω-

μένη ικανότητα για έναρξη σεξουαλικής επαφής και μειωμένη συχνότητα σεξουαλικών επαφών, δυσπαρευνία, καθυστερημένο οργασμό ή μη ύπαρξη οργασμού, απώλεια της ευχαρίστησης ή αποστροφή της σεξουαλικής επαφής και διαταραγμένη ποιότητα των σεξουαλικών σχέσεων σε ποσοστό έως και 75% των ασθενών με κατάθλιψη.^{41,42} Επίσης, περίπου το 30% των ασθενών που απευθύνονται για σεξουαλική θεραπεία έχουν και κατάθλιψη.^{41,42}

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι παρά το γεγονός ότι το ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας στην κατάθλιψη είναι συγκρίσιμο με το ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας στις ΔΠΤ, δεν υπάρχει μέχρι στιγμής επαρκής τεκμηρίωση της αλληλεπίδρασης των δύο παθήσεων και της συνδυαστικής αλληλεπίδρασής τους στη σεξουαλική λειτουργία της γυναίκας.

Συμπεράσματα

Η σεξουαλική λειτουργία φαίνεται να είναι σημαντικά επηρεασμένη στις πάσχουσες από ΔΠΤ. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία είναι πολλαπλοί και διαφορετικοί σε κάθε μορφή ΔΠΤ. Στην ΨΑ ο υποσιτισμός και οι βιολογικές επιπτώσεις του στο σώμα και την εγκεφαλική λειτουργία φαίνεται ότι είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τη σεξουαλική λειτουργία. Επίσης, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν και αυτά σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της σεξουαλικής λειτουργίας. Η ψυχαναγκαστικότητα και η ακαμψία στην ΨΑ και η δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων στην ΨΒ και στη ΔΕΥ επηρεάζουν πολλούς τομείς της καθημερινότητας του ατόμου, ένας από τους οποίους είναι και η σεξουαλικότητα. Πέρα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τις βιολογικές επιπτώσεις των ΔΠΤ, πιθανόν να υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επιδρούν στη σεξουαλικότητα των ασθενών με ΔΠΤ όπως είναι οι πρώιμες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, το οικογενειακό κλίμα και τραυματικά γεγονότα όπως η σεξουαλική κακοποίηση.

Για τον κλινικό που καλείται να συνδράμει στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ΔΠΤ είναι σημαντικό να διερευνά τη σεξουαλική λειτουργία της πάσχουσας καθώς αυτή είναι πιθανό να είναι σημαντικά επηρεασμένη. Σε κάθε περίπτωση, η αποκατάσταση της σεξουαλικής λειτουργίας χρειάζεται να εντάσσεται στον θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς αποτελεί σημαντική δραστηριότητα του ατόμου, ιδιαίτερα για την ηλικιακή ομάδα στην οποία συνήθως εμφανίζονται οι ΔΠΤ.

Eating disorders and sexual function

V. Kravvariti, Fr. Gonidakis

Unit for Eating Disorders, First Department of Psychiatry, Athens University Medical School,
Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2016, 27:136–143

Women suffering from eating disorders, present considerable retardation and difficulties in their psychosexual development during adolescence. This leads to primary or secondary insufficiencies in their adult sexual life. The cause of these difficulties seems to be a series of biological, family and psychosocial factors. The majority of the research findings indicate that eating disorders have a negative impact on the patient's sexual function. The factors related to eating disorders symptomatology that influence sexuality are various and differ among each eating disorder diagnostic categories. Considering anorexia nervosa, it has been reported that women have negative attitudes to sexual issues and their body. Their sexual motivation increases when they engage in psychotherapy and their body weight is gradually restored. Starvation and its consequences on the human physiology and especially on the brain function seem to be the main factor that leads to reduced sexual desire and scarce sexual activity. Moreover, personality traits that are common in patients suffering from anorexia nervosa such as compulsivity and rigidity are also related with difficulties initiating and retaining romantic and sexual relationships. Usually patients suffering from anorexia nervosa report impaired sexual behavior and lack of interest to engage in a sexual relationship. Considering Bulimia Nervosa, impulsivity and difficulties in emotion regulation that are common features of the individuals that suffer from bulimia nervosa are also related to impulsive and sometimes self-harming sexual behaviors. Moreover women sufferers often report repulsion, anger and shame towards their body and weight, mainly due to the distorted perception that they are fat and ugly. It is interesting that a number of research findings indicate that although patients suffering from bulimia nervosa are more sexually active and have more sexual experiences than patients suffering from anorexia nervosa, both groups of patients report more often than general population a lack of satisfaction from their sexual experiences. Other factors that are common to eating disorders and sexual dysfunction are personality traits, negative body-image, adverse childhood experiences, negative family climate and especially early traumatic experiences such as sexual abuse. Furthermore, comorbidity of eating disorders with depression may have a negative impact on the patient's sexual function. The treatment and improvement of sexual behavior is quite problematic when the patient is also suffering from an eating disorder. Eating Disorder patients are often very reluctant to discuss their sexual life with the therapist and to engage in any kind of therapeutic intervention. Comorbidity with a number of other disorders makes psychotherapy even more difficult for those patients. Furthermore, a considerable percentage of Anorexia Nervosa patients do not have any kind of sexual activity, at least until nutrition and weight are restored.

Key words: Eating disorders, sexuality, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

Βιβλιογραφία

1. Γονιδάκης Φ, Βάρσου, Ε. *Ψυχογενής Ανορεξία. Αυτοφυλακισμένες κοπέλες και το μονοπάτι προς την έξοδο*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2008
2. Raboch J, Faltus F. Sexuality of women with anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 84:9–11
3. Daniluk JC. The meaning and experience of female sexuality. A Phenomenological Analysis. *Psychol Women Quart* 1993, 17:53–69
4. Dimitropoulos G, Lackstrom J, Woodside B. Couples with eating disorders: A review of the literature. In: Wonderlich S, Mitchell JE, Zwann M, Steiger H (eds) *Annual Review of Eating Disorders*. Radcliffe Publishing, Oxford, New York, 2007:15–22
5. Carter JC, Bewell C, Blackmore E, Woodside DB. The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect* 2006, 30:257–269

6. Morgan JF, Lacey JH, Reid F. Anorexia Nervosa: Changes in sexuality during weight restoration. *Psychosom Med* 1999, 61:541-545
7. Mazzei C, Castellini G, Benni L, Godini L, Lazerretti L, Pracucci C et al. Sexuality and eating disorders. *Rivista Psichiatr* 2011, 46:122-128
8. Beumont P, Abraham S, Simson, K. The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa. *Psycholog Med* 1981, 11:131-140
9. Leon GR, Lucas AR, Colligan RC, Ferdinande RJ, Kamp J. Sexual, Body-image, and personality attitudes in anorexia nervosa. *J Abnorm Child Psychol* 1985, 13:245-257
10. Tuiten A, Panhuysen G, Everaerd W, Koppeschaar H, Krabbe P, Zelissen P. The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa. *J Sex Marital Ther* 1993, 19:259-275
11. Wiederman MW, Pryor T, Morgan CD. The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Intern J Eat Disord* 1996, 19:109-118
12. Seeger G, Braus DF, Ruf M, Goldberger U, Schmidt MH. Body image distortion reveals amygdala activation in patients with anorexia nervosa - A functional magnetic resonance imaging study. *Neurosci Lett* 2002, 326:25-28
13. Gupta M, Gupta A, Schork N, Watteel G. Perceived touch deprivation and body image: Some observations among eating disordered and non-clinical subjects. *J Psychosom Research* 1995, 39:459-464
14. Grabhorn R, Stenner H, Kaufbold J, Overbeck G, Stangier U. Shame and social anxiety in anorexia and bulimia nervosa. *Z Psychosom Med Psychother* 2005, 51:79-193
15. Morgan CD, Wiederman MW, Pryor TL. Sexual functioning and attitudes of eating-disordered women: a follow-up study. *J Sex Marital Ther* 1995, 21:67-77
16. Mangweth-Matzek B, Rupp CI, Hausmann A, Kemmler G, Biebl W. Menarche, puberty, and first sexual activities in eating-disordered patients as compared with a psychiatric and a non psychiatric control group. *Intern J Eat Disord* 2007, 40:705-710
17. Abraham S, Beumont P. The psychosexual experience in patients with anorexia nervosa. *Intern J Eat Disord* 1982, 1:10-19
18. Rothschild BS, Fagan PJ, Woodall C, Andersen AE. Sexual functioning of female eating-disordered patients. *Intern J Eat Disord* 1991, 10:389-394
19. Carter FA, Carter JD, Luty SE, Jordan J, McIntosh VV, Bartram AF. What is worse for your sex life: Starving, being depressed, or a new baby? *Intern J Eat Disord* 2007, 40:664-667
20. Wiederman MW. Women, Sex, and Food: A Review of Research on Eating Disorders and Sexuality. *J Sex Research* 1996, 33: 301-311
21. Wiederman MW, Pryor T. Body Dissatisfaction and Sexuality among Women with Bulimia Nervosa. *Intern J Eat Disord* 1997, 21:361-365
22. Wiederman MW, Pryor TL. Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: the mediating role of drive for thinness. *Intern J Eat Disord* 2000, 27:90-95
23. Abraham SF, Bendit N, Mason C, Mitchell H, O'Connor N, Ward J et al. The psychosexual histories of young women with bulimia. *Austr N Zealand J Psychiatry* 1985, 19:72-76
24. Castellini G, Mannucci E, Mazzei C, Lo Sauro C, Faravelli C, Rotella CM et al. Sexual function in obese women with and without binge eating disorder. *J Sexual Med* 2010, 7:3969-3978
25. Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry* 2001, 158:547-562
26. Eddy KT, Novotny CM, Westen D. Sexuality, personality, and eating disorders. *Eat Disord* 2004, 12:191-208
27. Pinheiro AP, Raney TJ, Thornton LM, Fichter MM, Berrettini WH, Goldman D. Sexual Functioning in Women with Eating Disorders. *Intern J Eat Disord* 2010, 43:123-129
28. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: Reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand* 1988, 77:611-617
29. Bulik C, Sullivan P, Fear J, Pickering A, Dawn A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with a history of anorexia nervosa: A controlled study. *J Clin Psychiatry* 1999, 60:130-135
30. Woodside DB, Lackstrom JB, Shekter-Wolfson L. Marriage in eating disorders comparisons between patients and spouses and changes over the course of treatment. *J Psychosom Research* 2000, 49:165-168
31. Hsu LK, Crisp AH, Harding B. Outcome of anorexia nervosa. *Lancet* 1979, 1:61-65
32. Lucas AR, Crowson CS, O'Fallon WM, Melton LJ. The ups and downs of anorexia nervosa. *Intern J Eat Disord* 1999;26, 397-405
33. Dally P. Anorexia tardive-late onset marital anorexia nervosa. *J Psychosom Research* 1984, 28:423-428
34. Sansone RA, Levitt JL, Sansone LA. The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eat Disord* 2004, 13:7-21
35. Zerbe KJ. Why Eating-Disordered Patients Resist Sex Therapy: A Response to Simpson and Ramberg. *J Sex Res Marital Ther* 1992, 18:55-64
36. Γονιδάκης Φ. Κακοποίηση και διαταραχές πρόσληψης τροφής, Στο: Ο κύκλος της κακοποίησης. Γιωτάκος Ο, Τσιλιάνου Μ (Συντ.) Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα, 2008:181-188
37. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P et al. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *J Affect Disord* 2007, 97:37-49
38. Godart, N, Berthoz, S, Rein, Z, Perdereau, F, Lang, F, Venisse, J. L. Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *Intern J Eat Disord* 2006, 39:772-778
39. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, 31:810-818
40. Fernandez-Aranda F, Pinheiro AP, Tozzi F, Thornton LM, Fichter MM, Halmi KA. Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *Austr N Zealand J Psychiatry* 2007, 41:24-31
41. Michael A, O'Keane V. Sexual dysfunction in depression. *Hum Psychopharmacol Clin Experiment* 2000, 15:337-345
42. Perlman CM, Martin L, Hirdes JP, Curtin-Telegdi N, Perez E, Rabinowitz T. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in psychiatric inpatients. *Psychosomatics* 2007, 48:309-318

Αλληλογραφία: Φρ. Γονιδάκης, Επικ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Λεωφ. Βασ. Σοφίας 74, 115 28 Αθήνα
 Τηλ: (+30) 210-72 89 160, 6977-370 056
 e-mail: fragoni@yahoo.com