

Α.Τ.Ε.Ι. : ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : "ΑΝΟΡΕΞΙΑ, ΒΟΥΛΙΜΙΑ, ΠΑΧΥΣΑΡΕΙΑ"



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
Παναγιωτοπούλου Αλκμήνη

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
Δετοράκης Ιωάννης

ΠΑΤΡΑ, 2003

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

4178

Αφιερώνεται στον παππού μου...

Που πρόσφατα έφυγε από κοντά μου...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

Πρόλογος	5
ΜΕΡΟΣ Α΄ : ΑΝΟΡΕΞΙΑ	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</u>	
1.1 Εισαγωγή	7
1.2 Ορισμοί	8
1.3 Ιστορική αναδρομή	8
1.4 Επιδημιολογία	9
1.5 Έναρξη της νόσου – Παράγοντες πρόκλησης	9
1.6 Αιτοπαθογένεια	11
1.7 Διάγνωση	14
1.7.1 Διαγνωστικά κριτήρια	14
1.7.2 Τύποι ψυχογενούς ανορεξίας	15
1.8 Διαφορική διάγνωση	16
1.9 Πρόγνωση και πορεία	18
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</u>	
2.1 Γενικά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς	21
2.2 Επιπτώσεις της νόσου στον οργανισμό	22
2.3 Κυριότερες αιτίες θανάτου	24
2.4 Ψυχογενής ανορεξία στους άνδρες	25
2.5 Δίαιτα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία	26
2.6 Θεραπεία	26
2.6.1 Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη	29
2.6.2 Ο νοσηλευτής και η ψυχογενής ανορεξία	29
2.6.3 Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη	31
2.6.3.1. Ψυχοθεραπεία	31
2.6.3.2 Φαρμακοθεραπεία	32
2.7 Πρόληψη	33

ΜΕΡΟΣ Β΄ : ΒΟΥΛΙΜΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Εισαγωγή	36
1.2 Ορισμοί	36
1.3 Ιστορική αναδρομή	37
1.4 Επιδημιολογία	38
1.5 Αιτοπαθογένεια	38
1.6 Διάγνωση	40
1.6.1 Κλινική εικόνα	40
1.6.2 Διαγνωστικά κριτήρια	41
1.6.3 Τύποι ψυχογενούς βουλιμίας	42
1.6.4 Κλινική περίπτωση	42
1.7 Διαφορική διάγνωση	44
1.8 Πρόγνωση και πορεία	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Η κρίση βουλιμίας	48
2.2 Παράδειγμα κρίσης βουλιμίας	49
2.3 Επιπτώσεις της νόσου στον οργανισμό	50
2.4 Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της βουλιμίας	51
2.5 Μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι βουλιμικοί για να αντισταθούν στην βουλιμία	52
2.6 Τρόποι που χρησιμοποιούν οι βουλιμικοί για να μη πάρουν βάρος	52
2.7 Θεραπεία	54
2.7.1 Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη	55
2.7.2 Ο νοσηλευτής και η ψυχογενής βουλιμία	56
2.7.3 Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη	56
2.7.3.1 Ψυχοθεραπεία	56
2.7.3.2 Φαρμακοθεραπεία	58
2.8 Ανταπόκριση	59
2.9 Πρόληψη	60

ΜΕΡΟΣ Γ΄ : ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Εισαγωγή	62
1.2 Ορισμοί	62
1.3 Δείκτης μάζας σώματος	63
1.4 Ιστορική αναδρομή	63
1.5 Επιδημιολογία	64
1.6 Αιτιοπαθογένεια	66
1.7 Διάγνωση – Διερεύνηση της παχυσαρκίας	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Επιπτώσεις	74
2.2 Θεραπεία	78
2.2.1 Διαιτητική θεραπεία	79
2.2.2 Ψυχοθεραπεία	80
2.2.3 Φαρμακοθεραπεία	81
2.2.4 Σωματική άσκηση	82
2.2.5 Χειρουργική θεραπεία	83
2.2.6 Ο νοσηλευτής και η παχυσαρκία	85
2.3 Πρόληψη	86
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	105

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αναζητώντας το θέμα πτυχιακής εργασίας, προβληματίστηκα αρκετά. Ήθελα κάτι το διαφορετικό, κάτι έντονο, πέρα από τα συνήθη ιατρικά προβλήματα, ένα θέμα που θα άγγιζε εμένα την ίδια πρώτα και θα ενημέρωνε του συμφοιτητές μου και γενικά τους νέους ανθρώπους. Μετά από αρκετή αναζήτηση κατέληξα:

«Ανορεξία, Βουλιμία, Παχυσαρκία»

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός, κυρίως γυναικών, αναφέρει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό. Δύο κλινικά σύνδρομα φαίνεται να προεξάρχουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, η Ανορεξία και η Βουλιμία. Η Παχυσαρκία δεν ανήκει στις διαταραχές στην πρόσληψη της τροφής και δεν αποτελεί γενικά ψυχική διαταραχή, εκτός αν ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της.

Στην εργασία αυτή διατυπώνονται οι βασικές επιστημονικές γνώσεις όσον αφορά τις παραπάνω διαταραχές, αλλά και την πρόληψη από αυτές, με τρόπο κατανοητό και περιεκτικό, με σκοπό τον περιορισμό του μεγάλου αυτού προβλήματος.

Σε αυτή μου την προσπάθεια έχω συγκεντρώσει μεγάλο μέρος από τις πρόσφατες αλλά και παλαιότερες αντιλήψεις, ώστε να καταστήσω την εργασία αυτή ένα «χρήσιμο οδηγό» πάνω στις διαταραχές της διατροφής.

Προκειμένου να παρουσιάσω όλα αυτά τα θέματα σχετικά σαφή και ευκολονόητα, έχω συμβουλευτεί τα γραπτά ενός μεγάλου αριθμού από διεθνώς αναγνωρισμένους εμπειρογνώμονες. Γι' αυτό το λόγο δεν μου είναι δυνατόν να ευχαριστήσω και ν' αναγνωρίσω το τεράστιο χρέος που οφείλω χωριστά στον καθένα, κατά την προετοιμασία αυτής της εργασίας.



ΜΕΡΟΣ Α΄

“ΑΝΟΡΕΞΙΑ”

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο



1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Έχετε αναρωτηθεί πού μπορεί να οδηγήσει η επίδραση και η συνεχώς αυξανόμενη πίεση πού ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης από τη μια και η βιομηχανία ομορφιάς από την άλλη για την διαμόρφωση ενός καλλίγραμμου και αδύνατου σώματος ;»

Η μεγάλη αλλαγή της μόδας στο γυναικείο σώμα και η καθημερινή προβολή προτύπων σωματικής αισθητικής από την τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τα περιοδικά, τις εφημερίδες δίνουν την αντίληψη ότι μια γυναίκα θεωρείται ελκυστική, επιθυμητή και πετυχημένη όταν έχει ωραία εμφάνιση και καλλίγραμμο κορμί.

Όλα αυτά τα μηνύματα επηρεάζουν τα άτομα και ιδιαίτερα τα ευάλωτα άτομα που δεν έχουν καλή σχέση με τον εαυτό τους και το σώμα τους και υιοθετούν ακραία πρότυπα σώματος νιώθοντας δυσφορία και δυσαρέσκεια για το σώμα τους. Έχουν σαν αποτέλεσμα να καταφεύγουν σε παθολογικές συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής και κατά συνέπεια προκαλούνται κίνδυνοι ανορεκτικών και βουλιμικών συνδρόμων.^{1,2}

Τα άτομα από την πλευρά τους, είναι σκόπιμο να αναφερθεί, ότι αργούν να επισκεφτούν τους ειδικούς για το πρόβλημα τους, γιατί πολύ συχνά η νόσος δεν γίνεται αντιληπτή στην έναρξή της αλλά όταν έχει ήδη προχωρήσει αρκετά.

Στη συνέχεια θα αναφερθώ στην Ψυχογενή Ανορεξία η οποία ανήκει στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και η συχνότητά της από το 1980 έχει αυξηθεί σημαντικά στον Ευρωπαϊκό χώρο. Υπολογίζεται ότι τα 10 – 15 τελευταία χρόνια, η ψυχογενής ανορεξία αυξάνεται κατά γεωμετρική πρόοδο στη χώρα μας. Δεν υπάρχει όμως επίσημα στατιστικά δεδομένα για την συχνότητα του προβλήματος ούτε κατά τα χρόνια της εφηβείας, ούτε κατά την ενηλικίωση.³

1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ

*«Θα 'θελα να φύγει η ανορεξία από την ζωή μου! Από το 1977 μέχρι σήμερα ότι κάνω, έκανα ή δεν έκανα έχει ως επίκεντρο το φόβο μου για το φαγητό. Για όσους δεν ξέρουν την δαιμονική επίδραση της ανορεξίας – τα βασικά στοιχεία της είναι ο φόβος του φαγητού και του πάχους».*²

«Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από βαριά διαταραχή της εικόνας που σχηματίζει ο ασθενής για το σώμα του και από αδιάκοπη αναζήτηση της ισχύτητας, μέχρι σημείου λιμοκτονίας».⁴

«Είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με την θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ».⁵

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

«Ιστορικά, η άρνηση της τροφής, ανάλογα με την εποχή και τον πολιτισμό έχει μια διαρκή σηματοδοτική δράση, η οποία όμως συνδέθηκε με διαφορετική ερμηνεία».⁶

Περιγράφηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1689 και έγινε θέμα συστηματικής μελέτης στα μέσα του περασμένου αιώνα στην Ευρώπη ως μια μορφή υστερίας. Όπως με την υστερία, η διαταραχή αποδόθηκε σε κάποια κληρονομική ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος, που εμφανίζεται αποκλειστικά σε νεαρές γυναίκες. Ο Μπαμπίνσκι, την ονόμασε παρθενοανορεξία. Γύρω στα τέλη του αιώνα και για τα επόμενα πενήντα χρόνια, η διαταραχή ταυτίστηκε με την νόσο του Σάιμοντς, που οφείλεται σε μια δυσλειτουργία της υποφύσεως. Το 1951, ο Γερμανός Χένι, πρότεινε τον όρο ψυχογενή ανορεξία, που επικράτησε στην Ευρώπη, αλλά όχι στην Αμερική, όπου αναφέρεται ακόμα ως ανορεξία νερβόζα.⁷

Όλοι σήμερα αναγνωρίζουν την ψυχογενή προέλευση της νόσου, δεν υπάρχει όμως πλήρη συμφωνία απόψεων. Μερικοί θεωρούν την ανορεκτική συμπεριφορά ως σύμπτωμα που συναντάται σε πολλές ψυχιατρικές παθήσεις

και άλλοι επιχειρούν να την απομονώσουν ως ειδική και ψυχοδυναμική οντότητα.⁸

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι διαφόρου τύπου διαταραχές πρόσληψης τροφής που έχουν αναφερθεί αφορούν έφηβους και νεαρής ηλικίας σπουδαστές σε ποσοστό μέχρι 4%. Η ψυχογενής ανορεξία αναφέρεται πιο συχνά τις τελευταίες δεκαετίες από ότι στο παρελθόν, με αυξανόμενες αναφορές της διαταραχής σε κορίτσια και σε άνδρες ευρισκόμενα σε πριν την ήβη ηλικία. Η συχνότερα εμφανιζόμενη ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι το μέσον της εφηβείας, αλλά για ένα ποσοστό ασθενών (το οποίο φτάνει μέχρι και το 5%) τοποθετείται στα πρώτα χρόνια της 3^{ης} δεκαετίας. (από τα 20 έως τα 25 έτη).⁴

Προσβάλλει κυρίως γυναίκες, σε μια συχνότητα που ίσως ξεπερνάει τις τέσσερις στις 1.000. Μόνο ένα 10% των περιπτώσεων αφορά άνδρες.⁷

Η νόσος εκδηλώνεται στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες και καλύπτει όλες τις κοινωνικές τάξεις, αλλά κυρίως την μεσοαστική και μεγαλοαστική οι οποίες υπολογίζουν ιδιαίτερα την κοινωνική άνοδο, την επαγγελματική επιτυχία, έχουν αυξημένο το ένστικτο του ανταγωνισμού, θέτουν υψηλά στάνταρ και κάνουν τα πάντα να ανταποκριθούν σε αυτά.^{9,1}

Φαίνεται λοιπόν, ότι είναι πιο συχνή στις αναπτυγμένες χώρες και μπορεί να απαντά πιο συχνά μεταξύ νέων γυναικών οι οποίες ασκούν επαγγέλματα που απαιτούν ισχύτητα, όπως για παράδειγμα, μόντελινγκ και μπαλέτο.⁴

Αντίθετα, η ασθένεια είναι εντελώς άγνωστη στον τρίτο κόσμο.¹⁰

1.5 ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ

«Πάντως, όταν, πρωτάρχισα να κάνω δίαιτα, όρισα στον εαυτό μου μια συγκεκριμένη ποσότητα που επιτρεπόταν να φάω κάθε μέρα – συνήθως μερίδες κατάλληλες για πουλιά. Υπέφερα πάρα πολύ αν τα σχέδιά μου χαλούσαν από μια πρόκληση για φαγητό. Το να φάω ένα μεγάλο γεύμα στη μέση της ημέρας ήταν αιτία για μεγάλες τύψεις συνειδήσεως επί πολλές ημέρες, τόσο ήταν το μέγεθος της παράνοιάς μου! Τηρούσα με θρησκευτική ευλάβεια την διαίτά μου. Αλλά η ανταμοιβή ήταν πάντα ένα ζαχαρωτό με καρύδα την Παρασκευή το απόγευμα και επέτρεπα στον εαυτό μου να τρώει ψωμί το Σαββατοκύριακο».²

Συνήθως η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας σε μια κοπέλα ακολουθεί την επίγνωση του γεγονότος ότι δεν της αρέσει το σχήμα ή το μέγεθος του σώματός της, επηρεασμένη από τα ακραία πρότυπα ομορφιάς.

Έτσι όλα αρχίζουν με ένα συνηθισμένο, τυποποιημένο και παραπλανητικό τρόπο:

“ Η κοπέλα μας έχοντας διαμορφώσει ότι το ιδανικό πρότυπο σώματος, βρίσκει είναι πολύ στρογγυλή ακόμα και αν έχει φυσιολογικό βάρος ή λίγο περισσότερο και αποφασίζει όπως τόσες άλλες στην ηλικία της να αδυνατίσει ”.⁹

Ξεκινά διάφορα είδη δίαιτας, όπως μείωση συνολικής ποσότητας τροφής, αποφυγή ορισμένων τύπων τροφής. Χαρακτηρίζει της σαν υγιεινή διατροφή ή αποδίδει το γεγονός ότι καταναλώνει περιορισμένα είδη τροφών στη χορτοφαγία ή στις αλλεργίες της.¹

Σιγά-σιγά οδηγείται σε ένα νοσηρό φόβο παχυσαρκίας, σε μια φοβική αντιμετώπιση του φαγητού και η δίαιτα καταλήγει να κυριεύσει όλη της την ύπαρξη, με αποτέλεσμα ο τρόπος διατροφής της να καθοδηγείται από ένα αδιάκοπο κυνήγι μιας αδύνατης σιλουέτας.³

Όπως προαναφέραμε, ο συνηθέστερος τρόπος έναρξης της νόσου είναι η δίαιτα.

Δηλαδή όλα τα άτομα που κάνουν δίαιτα αναπτύσσουν προβλήματα ψυχογενούς ανορεξίας :

Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι όχι. Η δίαιτα παίζει σημαντικό και άμεσο ρόλο στην πρόκληση της ασθένειας, αλλά δεν αποτελεί αιτία. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η δίαιτα αποτελεί το ερέθισμα.¹

Η απόφαση να κάνει κανείς δίαιτα πυροδοτείται με διάφορους τρόπους ανάλογα με την προσωπικότητα και τις ειδικές συνθήκες που αντιμετωπίζει. Επομένως υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται και σε συνδυασμό με την δίαιτα ασκούν σημαντική επίδραση.²

Συχνότερα σαν παράγοντες αναφέρονται οι εξής :

α) Θάνατος, σοβαρή αρρώστια ή χωρισμός από ένα στενό συγγενή, (μπορεί να είναι θάνατος ενός παππού ή γάμος αδελφής ή αδελφού) ο οποίος έπαιξε σημαντικό ρόλο στη ζωή του ασθενούς. Επίσης και η απομάκρυνση από το οικογενειακό περιβάλλον είναι ένα είδος χωρισμού, όπου το άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει την ανεξάρτηση από το περιβάλλον και το άγχος του χωρισμού.¹¹

β) Η οικογενειακή ένταση μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας έναρξης και συνήθως αποτελεί έναν αγώνα ανεξαρτησίας του εφήβου.

Ακόμη μια εγκυμοσύνη, κάποιο διαζύγιο ή ένας καυγάς με κάποιον φίλο μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες πρόκλησης ψυχογενούς ανορεξίας.⁶

γ) Αντιπαράθεση του εαυτού του με τον σεξουαλικό προβληματισμό, είτε αυτός είναι πραγματικός και άμεσος (πρώτη σεξουαλική επαφή, σεξουαλική κακοποίηση) είτε τις περισσότερες φορές φανταστικός και έμμεσος (δεσμός μιας αδελφής, πρώτο πάρτι, συνάντηση με έναν νεαρό)

δ) Ύπαρξη περισσότερου βάρους από το φυσιολογικό, το οποίο είναι σχετικά εμφανές και συχνά προκαλεί κοροϊδευτικά σχόλια.

ε) Προοπτική εξετάσεων ή αποτυχία σε αυτές, συνθήκες που επαναδραστηριοποιούν το αίσθημα ανικανότητας. Αποτυχία στο σχολείο ή στην εργασία ή αναγκαιότητα αλλαγής σχολείου ή διαφορετικής δουλείας.

στ) Ύπαρξη ιατρικής αρρώστιας στον ασθενή.^{11,12}

1.6 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αναφέραμε προηγουμένως διάφορους παράγοντες που μπορούν να συντελέσουν στην έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας.

Για ποιο λόγο όμως τα άτομα αυτά που περνούν τέτοιες εκλυτικές καταστάσεις οδηγούνται στο σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας ; Όλοι αυτοί που περνούν από κάποιες στρεσιογόνες καταστάσεις κατά την διάρκεια της ζωής τους είναι δυνατόν να νοσήσουν ; Τι κάνει την διαφορά ; Μήπως υπάρχει κάποια βαθύτερη αιτία ;

Αυτά τα διάφορα ερωτήματα σίγουρα θα σας προβλημάτισαν. Για να μπορέσουμε να απαντήσουμε σε αυτά δεν πρέπει να ξεχνάμε πως η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί ψυχοσωματική νόσο και δεν μπορούμε να παραλείψουμε την ψυχογένεση του συνδρόμου.

Η ετερογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας έχει παρακινήσει τη διατύπωση πολλών αιτιολογικών υποθέσεων, θεωριών και μοντέλων. Χαρακτηριστική είναι όμως η τάση σε πολλά μοντέλα, η κύρια δύναμη του αιτίου να αποδίδεται σχεδόν πάντα σε συνδυασμό των ψυχολογικών παραγόντων που εμπλέκονται στο πρόβλημα, με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς.¹³

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η συστηματική θεωρία. Η θεωρία αυτή προτείνει ότι το πρόβλημα είναι οικογενειακό κι όχι ατομικό. Συνεπώς θεωρείται σωστό να αναφερόμαστε σε "ανορεκτικές οικογένειες" και όχι σε "ανορεκτικά άτομα". Διαφόρων ειδών οικογενειακά προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν στην δημιουργία της διαταραχής στο παιδί. Συνήθως υπάρχει κά-

ποια έμμεση σύγκρουση ή κάποιο πρόβλημα μεταξύ των γονέων που δεν εκφράζεται. Το παιδί διαισθανόμενο το πρόβλημα ασυνείδητα «θυσιάζεται», αναπτύσσει τα συμπτώματα της διαταραχής και γίνεται το επίκεντρο της προσοχής των γονέων, οι οποίοι αφενός δεν χρειάζεται πλέον να ασχοληθούν με τα προβλήματά τους και αφετέρου ενώνονται για να βοηθήσουν το παιδί τους.

Πολύ συχνά οι γονείς είναι αυταρχικοί και ελέγχουν το παιδί τους. Συνεπώς η διαταραχή είναι ένας τρόπος να επαναστατήσει το παιδί. Είναι σαν αντίδραση στους γονείς, χρησιμοποιώντας τα συμπτώματά του σαν όπλο.¹⁴

Μια διαίρεση των αιτιολογικών μηχανισμών της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να είναι η παρακάτω :

Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας.⁵

Ψυχολογικοί μηχανισμοί : Η ψυχογενής ανορεξία δείχνει να αποτελεί αντίδραση κάποιων εφήβων στις απαιτήσεις που προβάλλει πάνω τους η κοινωνία, απαιτήσεις που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς με την διαταραχή υποκαθιστούν τις άλλες φυσιολογικές εφηβικές επιδιώξεις τους με την ενασχόληση με θέματα διατροφής / βάρους. Η ενασχόλησή τους αυτή παίρνει μορφή ιδεοληψίας.⁴

Σύμφωνα με την σύγχρονη Ψυχαναλυτική Θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία εκφράζει κυρίως ασυνείδητες ψυχικές συγκρούσεις, κυρίως σε σχέση με την σεξουαλικότητα, η οποία στις πρώιμες φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται μέσα από το στόμα. Η ερωτική επιθυμία συνδέεται με την λήψη της τροφής και έτσι το άτομο ασυνείδητα θεωρεί ότι με την άρνηση της τροφής μπορεί να αναστείλει και οποιαδήποτε σεξουαλική ορμή.¹⁵

Τυπικά, στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Πολλοί από αυτούς αισθάνονται ότι κατά κάποιον τρόπο τα σώματά τους ελέγχονται από τους γονείς τους. Η “αυτόλιμοκτονία” τους ίσως αποτελεί μια προσπάθεια να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα άτομα. Μόνο μέσα από τις πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας μπορεί ένας ανορεκτικός άρρωστος να αναπτύξει την αίσθηση της αυτονομίας και της ατομικότητας.⁴

Κοινωνικοί μηχανισμοί: Η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζεται κυρίως στον δυτικό κόσμο με μια όλο και συνεχή αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης. Δεν είναι βέβαια καθόλου τυχαίο αυτό, μιας και στα δυτικά κράτη τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προβάλλουν το πρότυπο της λεπτής σιλουέτας, μέσα από την παρουσία αδύνατων και κομπών γυναικών.

Μέσω της διαφήμισης η οποία καταλαμβάνει μια σημαντική θέση στα γυναικεία περιοδικά και στα άλλα ΜΜΕ, εμφανίζονται τρόποι αδυνατίσματος, ινστιτούτα που προσφέρουν γρήγορο αδυνάτισμα, διαιτολόγια υγιεινής διατροφής που συντελούν στην εξιδανίκευση του λεπτού σώματος. Τώρα τελευταία άρχισαν να κάνουν την εμφάνισή τους και ινστιτούτα αδυνατίσματος που προσφέρουν αδυνάτισμα και γυμνασμένο σώμα. «Λεπτό σώμα σημαίνει αυτοπεποίθηση, κομψότητα, σεξουαλικότητα, ελκυστικότητα.».

Υπάρχει όμως μια αντιφατικότητα στον τρόπο που οι διαφημίσεις προβάλλουν το αδυνάτισμα από την μια πλευρά και την κατανάλωση τροφών από την άλλη. Κατακλυζόμαστε από εικόνες που παρουσιάζουν γαστρονομικές λιχουδιές, οι οποίες ικανοποιούν ανάγκες και ηδονές. Αυτή η αντιφατικότητα οδηγεί σε εσφαλμένη προσαρμογή απέναντι στην διατροφή και προκαλεί εσωτερικές συγκρούσεις, οι οποίες δημιουργούν διαστρεβλωμένη αντίληψη για την εικόνα του σώματος.

Τα παχύσαρκα ή κάπως παχιά άτομα, οι βουλιμικοί ή οι ανορεκτικοί ασθενείς, θέλοντας να γίνουν ελκυστικοί για το άλλο φύλο καταφεύγουν στο χάσιμο βάρους, με ποικίλους τρόπους και αν είναι δυνατόν όσο γίνεται πιο γρήγορα. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η επιχείρηση «χάσιμο βάρους» δεν κρατάει για πολύ και ακολουθείται από περιόδους αποχής που εναλλάσσονται με περιόδους βουλιμίας. Άλλες πάλι φορές συμβαίνει, τα άτομα αυτά να ξεκινούν κάποιο πρόγραμμα αδυνατίσματος κατά το οποίο να μην σταματούν να χάνουν βάρος ή ακόμα να αρνούνται εντελώς το αίσθημα της πείνας.¹⁶

Γενετικοί μηχανισμοί : Μελέτες σε οικογένειες και σε διδύμους έχουν δείξει την γενετική / κληρονομική πλευρά της διαταραχής. Έχει βρεθεί ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν τη διαταραχή. (όπως επίσης είναι πιο συχνές και οι διαταραχές της διάθεσης, ιδιαίτερα σε συγγενείς ατόμων με τον τύπο Υπερφαγίας / Κάθαρσης) και ότι οι μονοζυγώτες δίδυμοι συμπίπτουν πολύ πιο συχνά να έχουν την διαταραχή απ' ότι οι διζυγώτες.⁵

Βιολογικοί μηχανισμοί : Την ψυχογενή ανορεξία συνοδεύουν πολλές ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές. Συνέπεια αυτών είναι τα δύο κύρια συμπτώματα, η απίσναση και η αμηνόρροια.¹¹

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στην λειτουργία του υποθαλάμου (που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και γενικότερα την ομοιόσταση). Φαίνεται ότι στην ψυχογενή ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως αποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις : την αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας

βάρους, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία κι άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης.

1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1.7.1 Διαγνωστικά κριτήρια

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι :

A: Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του.(π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85%από το αναμενόμενο).

B: Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ: Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ: Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλ. απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών. (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της έρχονται μόνο μετά από χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά αποτελούν και τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας κατά το DSM-IV.⁵

Θα ήταν παράληψη όμως εάν δεν αναφέραμε και την συμπτωματική τριάδα του LASEGUE.

Η συμπτωματική τριάδα του Lasague παραμένει μια αναμφισβήτητη κλινική πραγματικότητα και ένα σημαντικό διαγνωστικό σημείο αναφοράς, αλλά είναι πια φανερό ότι δεν μπορεί, σε καμιά περίπτωση, να επαρκέσει για την απόλυτη διάγνωση της πάθησης.

Πρόκειται για την τριάδα των τριών «Α».

ΑΝΟΡΕΞΙΑ: Είναι μια συμπεριφορά, συχνά εναρκτήρια της νόσου, που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής και που έχει λίγο-πολύ ταχεία και σφαιρική εξέλιξη. Πρόκειται πολύ περισσότερο για μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στην τροφή και τη διατροφή, παρά για ανορεξία με την στενή έννοια της λέξης, αφού είναι εκούσια και θεληματική. Η σημαντική αυτή τροφική αποδιοργάνωση - αντικείμενο πολλαπλών εκλογικεύσεων και προσποιήσεων - εκδηλώνεται με μια ελάττωση των θερμίδων που λαμβάνονται, γεγονός που αποτελεί το χαρακτηριστικό κλινικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας (η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα σε 1800 ως 2500 θερμίδες, ενώ, συχνά, είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανόρεκτες).Ο περιορισμός αυτός αφορά κυρίως τα γλυκίδια και τα λίπη, παρά τις πρωτεΐνες.

ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ: Μπορεί και αυτή να είναι εναρκτήριο σύμπτωμα της κλινικής εικόνας. Η αμηνόρροια συχνά μπορεί να εμφανιστεί πριν παρατηρηθεί σημαντική ελάττωση βάρους και οφείλεται σε ελαττωμένη έκκριση από την υπόφυση της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH)και της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH)^{5,11}

ΑΠΙΣΧΝΑΣΗ: Εμφανίζεται πάντα ως δευτερογενές αποτέλεσμα της ανορεξίας. Η απίσχναση εμφανίζεται ύστερα από την τήρηση ενός ιδιόμορφου διαιτολογίου, κατά το οποίο λαμβάνουν μόνο πρωτεΐνες για πολύ καιρό. Αυτή η τακτική δίνει την εντύπωση αδυνατίσματος περισσότερο παρά εκούσια απώλεια βάρους.¹¹

1.7.2 Τύποι ψυχογενούς ανορεξίας

Διακρίνουμε δύο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας:

1. Τύπος βουλιμίες / έμετοι ή υπεφαγίας / καθαρκτικός : Συνήθως το άτομο ήταν υπέρβαρο πριν την έναρξη της αρρώστιας και το βάρος του παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά την διάρκεια της ασθένειας. Τα άτομα αυτού του τύπου παρουσιάζουν ανεξέλεγκτες υπερφαγίες, συνοδευόμενες από συμπεριφορές εξισορρόπησης για την πρόληψη αύξησης βάρους όπως πρόκληση εμετών, λήψη καθαρκτικών και διουρητικών.⁹ Ο τύπος αυτός είναι συχνός στους ανορεξικούς. Αφορά μέχρι και το 50% των περιστατικών.⁴

2. Περιοριστικός τύπος : Δεν παρουσιάζει ούτε επεισόδια ανεξέλεγκτης υπερφαγίας, ούτε συμπεριφορές εξισορρόπησης για να προλάβει την αύξηση βάρους. Τα άτομα αυτού του τύπου έχουν επίμονη ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος τους, όπου η ιδέα του φαγητού τους απορροφά εξ'ολοκλήρου και βρίσκονται διαρκώς σε μια πάλη ενάντια στις ορέξεις τους.⁹ Αυτά τα άτομα περιορίζουν την επιλογή των τροφών τους, λαμβάνουν όσο το δυνατόν λιγότερες θερμίδες και χαρακτηρίζονται συχνά από ιδεοψυχαναγκαστικά φαινόμενα σχετικά με την τροφή και άλλα θέματα.⁴

Εκτός από την τυπική οργάνωση της ψυχογενούς ανορεξίας υπάρχουν και άλλες μορφές ανορεξίας που εμφανίζονται σε άτομα με ποικίλες ψυχικές δομές και εκφράζουν άنيση βαρύτητα παλινδρόμησης. Σ' αυτές η διατροφική αποδιοργάνωση εμφανίζεται ως :

-Αντιδραστική ανορεξία : Μετά από κάποιο πένθος ή αποτυχία. Εδώ η έλλειψη όρεξης είναι πρωτογενής, δεν πρόκειται για πάλη ενάντια της πείνας και εντάσσεται σε ένα πλαίσιο κατάθλιψης.

-Υστερική ανορεξία : Η ασθενής επιδεικνύει την ισχνότητα της και την χρησιμοποιεί για να προσελκύσει το ενδιαφέρον του περιβάλλοντός της.

-Ιδεοψυχαναγκαστική ανορεξία : Περιλαμβάνει τελετουργίες διατροφής θερμιδικούς ελέγχους και η ασθενής είναι πολύ δυσπρόσιτη στην ανάμιξη άλλων ατόμων και στη θεραπευτική σχέση.⁸

1.8 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας επιπλέκεται λόγω της άρνησης των συμπτωμάτων από τον άρρωστο, τη μυστικοπάθεια με την οποία περιβάλλει τις παράξενες "τελετουργίες" πρόσληψης τροφής και της αντίστασή του στην αναζήτηση βοήθειας.

Έτσι ίσως αποδειχθεί δύσκολο να σημειωθεί ο μηχανισμός απώλειας βάρους και ο συνοδός μηρυκασμός σκέψεων του αρρώστου σχετικά με την εικόνα του σώματός του.

Την ψυχογενή ανορεξία λοιπόν πρέπει να την διαχωρίζουμε από :

1. Καταθλιπτικές διαταραχές
2. Σχιζοφρένεια
3. Ψυχογενή Βουλιμία
4. Οργανικές / Σωματικές διαταραχές

Καταθλιπτικές διαταραχές : Οι καταθλιπτικές διαταραχές και η ψυχογενής ανορεξία έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, όπως καταθλιπτική διάθεση, κλάματα, διαταραχές ύπνου, ιδεοληπτικούς μηρυκασμούς και μερικές φορές αυτοκτονικό ιδεασμό. Ωστόσο, οι δύο διαταραχές έχουν και αρκετά χαρακτηριστικά που τις διακρίνουν. Γενικά ένας ασθενής με καταθλιπτική διαταραχή έχει μειωμένη όρεξη, ενώ ένας ασθενής με ψυχογενή ανορεξία ισχυρίζεται ότι έχει κανονική όρεξη και αισθάνεται πείνα. Μόνο σε προχωρημένα στάδια της ψυχογενούς ανορεξίας ο ασθενής παρουσιάζει πραγματικά μειωμένη όρεξη. Σε αντίθεση με την ανησυχία της κατάθλιψης, η υπερκινητικότητα που εμφανίζεται στην ψυχογενή ανορεξία είναι σχεδιασμένη και τελετουργική. Η υπερβολική απασχόληση με το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών και τις συνταγές, καθώς και η παρασκευή επιτηδευμένων συμποσίων, αποτελούν τυπική συμπεριφορά ανορεξικού ατόμου και δεν ανευρίσκεται σε πάσχοντες από καταθλιπτική διαταραχή. Σε περιπτώσεις καταθλιπτικών διαταραχών άλλωστε, οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν ούτε έντονο φόβο της παχυσαρκίας ούτε αφύσικη αντίληψη της εικόνας του σώματός τους, όπως συμβαίνει στους ανορεξικούς.

Σχιζοφρένεια : Ο άρρωστος με σχιζοφρένεια σπάνια υπερασχολείται με τον φόβο μήπως γίνει παχύσαρκος και δεν έχει την υπερκινητικότητα που παρουσιάζει ο άρρωστος με ψυχογενή ανορεξία. Σχιζοφρενικοί άρρωστοι έχουν παράξενες συνήθειες πρόσληψης τροφής και όχι το πλήρες σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας.⁴

Ψυχογενής Βουλιμία : Η ψυχογενής βουλιμία μπορούμε να πούμε ότι μοιάζει πολύ περισσότερο με την ψυχογενή ανορεξία. Στις βουλιμίες όμως οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι (βουλιμικά επεισόδια) είναι το κυρίαρχο χαρακτηριστικό και συμβαίνουν τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα.

Βέβαια, η ψυχογενής ανορεξία, μπορεί να συνυπάρχει με τις δυο τελευταίες (την σχιζοφρένεια και την ψυχογενή βουλιμία) που στην περίπτωση αυτή πρέπει να γίνονται και οι δυο διαγνώσεις.

Οργανικές / Σωματικές διαταραχές : Η διαφορική διάγνωση από άλλες οργανικές διαταραχές είναι εύκολη λόγω της παθογνωμικότητας που την χαρακτηρίζει. Πρέπει όμως να αναφέρουμε ότι στα αρχικά στάδια είναι μερικές φορές δύσκολο να την διαγνώσουμε γιατί τα συμπτώματα που εμφανίζονται μιμούνται και άλλες ασθένειες όπως :

- Ο χαμηλός μεταβολισμός, η βραδυκαρδία, τα υψηλά ποσοστά χοληστερίνης λόγω του τρόπου διατροφής μπορεί να δώσουν εσφαλμένη εντύπωση ότι πρόκειται για διαταραχή του θυρεοειδή.
- Η ταχυκαρδία, η αύξηση του ρυθμού, η εφίδρωση, η επιπόλαιη αναπνοή μπορεί να μας δυσκολέψει να την διαχωρίσουμε από την θυρεοτοξίκωση.
- Επίσης η διάρροια, ο πόνος στην κοιλιά, το οίδημα που παρουσιάζεται στα αρχικά στάδια μπορεί να δώσει την εντύπωση ότι πρόκειται για σκωληκοειδίτιδα.¹⁷

Γενικά η απώλεια βάρους στη σωματοποιητική διαταραχή δεν είναι τόσο σοβαρή όσο στην ψυχογενή ανορεξία, ούτε ο πάσχων από αυτή εκφράζει νοσηρό φόβο ότι θα γίνει υπέρβαρος, όπως συνήθως συμβαίνει στον ασθενή με ψυχογενή ανορεξία. Αμηνόρροια για τρεις ή παραπάνω μήνες είναι ασυνήθης στη σωματοποιητική διαταραχή.

Ο κλινικός γιατρός πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο άρρωστος δεν πάσχει από κάποια σωματική νόσο που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους. (π.χ. όγκο του εγκεφάλου ή καρκίνο).⁴

Γι' αυτό πρέπει να προηγηθεί μια πλήρη έρευνα που περιλαμβάνει :

1. Μια γενική εξέταση με απλό εργαστηριακό έλεγχο που να αποκλείσει το ενδεχόμενο μιας χρόνιας καχεκτικής πάθησης (φυματίωση, αιματολογική πάθηση, διαβήτης), ακτινογραφία θώρακος, γενική αίματος, ταχύτητα καθίζησης, σάκχαρο αίματος, κ.τ.λ
2. Μια ενδοκρινολογική εξέταση.
3. Μια νευρολογική εξέταση, επειδή οι νευρολογικές αιτιολογίες παρουσιάζουν ίσως τον μεγαλύτερο κίνδυνο μιας λανθασμένης διάγνωσης (όγκος του διεγκεφάλου ή προπάρτων του οπίσθιου εγκεφαλικού βόθρου).

1.9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ

« Το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να ποικίλει από την αυτόματη ανάρρωση μέχρι τον θάνατο, ενώ η ασθένεια μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες μέχρι και ολόκληρη την ζωή».¹¹

Η πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία – αυτόματη ίαση χωρίς θεραπεία, ίαση μετά από ποικιλία θεραπειών, διακυμαινόμενη πορεία με αυξήσεις βάρους που ακολουθούνται από υποτροπές, πορεία σταδιακής επιδείνωσης που προκαλεί τον θάνατο από τις επιπλοκές της λιμοκτονίας. Γενικά, η πρόγνωση δεν είναι καλή. Όσοι έχουν επανακτήσει επαρκές βάρος, η συνεχής απασχόληση με το φαγητό και το βάρος του σώματος συχνά συνεχίζονται, οι κοινωνικές σχέσεις είναι συχνά φτωχές και πολλοί ασθενείς είναι μελαγχολικοί. Η βραχύχρονη ανταπόκριση σε όλα σχεδόν τα προγράμματα ενδονοσοκομειακής θεραπείας είναι καλή. Σε ορισμένες μελέτες το εύρος του δείκτη θνησιμότητας κυμαίνεται από 5-15 %.⁴



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο



2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν μια αδύνατη σιλουέτα αρχίζουν να υιοθετούν παθολογικές μορφές συμπεριφοράς :

1. Αποκτούν έμμονες ιδέες σε σχέση με το φαγητό και την διατροφή. Οι ιδέες αυτές τους βασανίζουν τόσο πολύ που δεν μπορούν να σκεφτούν και να ασχοληθούν με τίποτα άλλο.
2. Συνέχεια μετρούν θερμίδες που καταναλώνουν, υπολογίζουν τι έχουν φάει και το ζύγισμα αποκτά για αυτές μεγάλη σημασία.
3. Βλέπουν την τροφή ως ρύπανση του εσωτερικού του σώματος και αποφεύγουν τροφές που θεωρούν παχυντικές, προτιμάνε να φάνε χωρίς περιττά στοιχεία όπως μικρές ποσότητες γαλακτοκομικών, φρούτα, λαχανικά, άπαχο κρέας.
4. Τα φυσιολογικά γεύματα για αυτές είναι απαγορευμένα και αρνούνται να φάνε με τις οικογένειές τους σε δημόσιους χώρους.
5. Πολλές φορές εκτός από την αυστηρή δίαιτα ή νηστεία, ακολουθούν και άλλα μέτρα ελέγχου βάρους, όπως εντατική γυμναστική, λήψη διουρητικών ή καθαρτικών, πρόκληση εμέτου.
6. Το ιδανικό σώμα για αυτές είναι το χωρίς υπόσταση, χωρίς όγκο, χωρίς λίπος.
7. Οι γυναικείες καμπύλες, στήθος, γοφοί γίνονται αντικείμενο απέχθειας.
8. Η σεξουαλικότητα απορρίπτεται στο σύνολό της.

9. Στην εφηβεία, εμφανίζουν καθυστέρηση της σεξουαλικής ανάπτυξης και στην ενήλικη ζωή μειώνεται το ενδιαφέρον για το σεξ.

10. Το πάθος τους για συλλογή συνταγών είναι μεγάλο και η παρασκευή περιπλοκών γευμάτων για άλλους είναι πολύ συχνή.

11. Έχουν επεισόδια υπερφαγίας. Αυτά τα επεισόδια λαμβάνουν χώρα κατά κανόνα κρυφά και συνήθως την νύχτα. Προκλητοί έμετοι συχνά ακολουθούν τα επεισόδια υπερφαγίας.

12. Κρύβουν παντού στο σπίτι φαγώσιμα και κουβαλάνε πολλές καραμέλες στις τσέπες και στις τσάντες τους.

13. Ενώ τρώνε προσπαθούν να βάλουν το φαγητό στις πετσέτες τους ή να το κρύψουν στην τσέπη τους.

14. Τεμαχίζουν το κρέας τους σε μικρά κομμάτια και διαθέτουν πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια του φαγητού τους στο πιάτο τους. Εάν τους εκτεθεί αυτή η περίεργη συμπεριφορά, οι άρρωστοι συχνά απορρίπτουν ότι είναι περίεργη ή αρνούνται κατηγορηματικά να το συζητήσουν.

15. Είναι συχνές οι ψυχαναγκαστικές κλοπές, συνήθως καραμελών και υπακτικών, αλλά σποραδικά ρούχων και άλλων αντικειμένων.^{1,10,17}

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι τα περισσότερα άτομα που πάσχουν, αρνούνται τα σημάδια και τα συμπτώματα της ασθένειας και ο φόβος να παχύνουν συμβάλλει στο να παύουν να ενδιαφέρονται και να αντιστέκονται στην θεραπεία τους.⁴

2.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Η ψυχογενής ανορεξία δεν αποτελεί μια αβλαβή συνήθεια, οι συνέπειες της δεν είναι μόνο ψυχολογικές, αλλά μπορεί να βλάψει με πολλούς τρόπους το σώμα.¹

Οι σωματικές αυτές συνέπειες που χαρακτηρίζουν την ψυχογενή ανορεξία μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ιδιορρυθμίας της διαίτας ή της συμπεριφοράς που χρησιμοποίησε το άτομο για να χάσει βάρος όπως διουρητικά, υπερβολική γυμναστική, λιμοκτονία.¹⁸

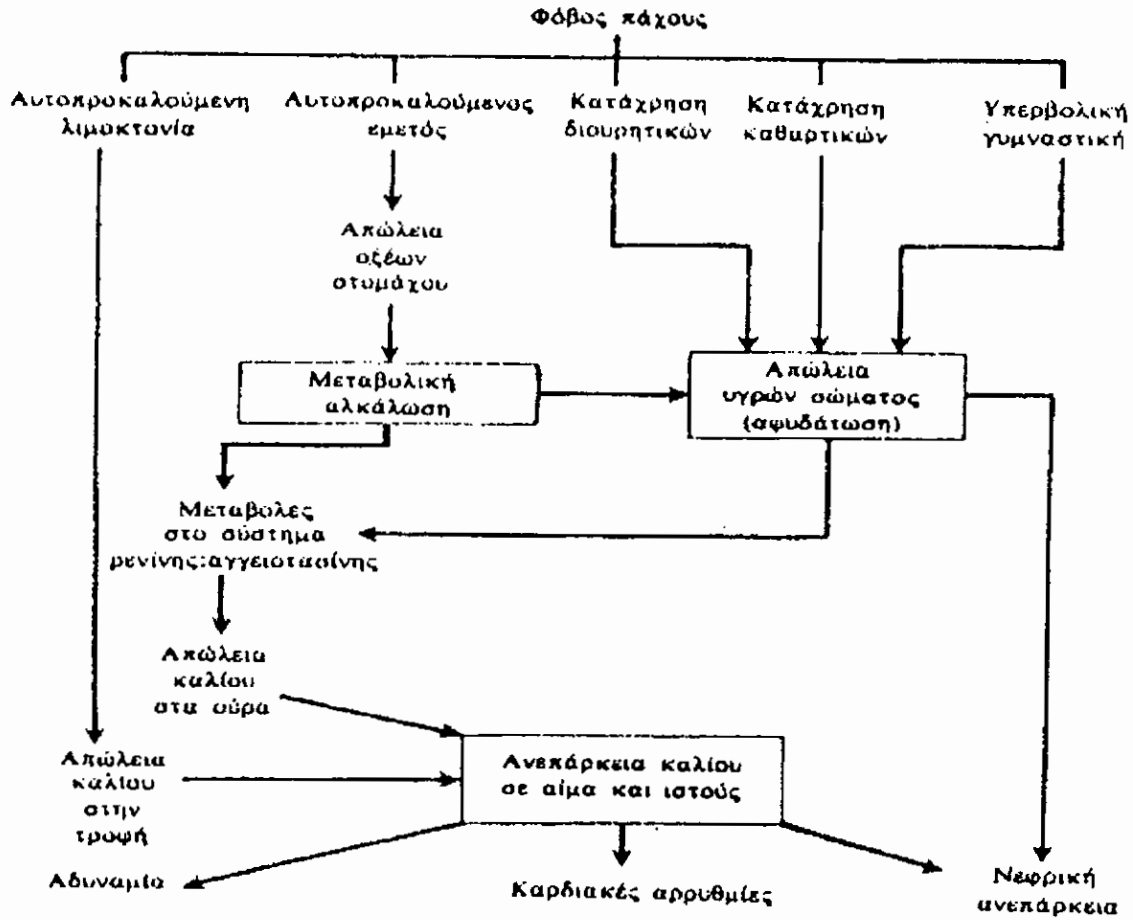
Αν ένα άτομο αδυνατίσει υπερβολικά, τότε :

- * Η μονωτική στοιβάδα του λίπους χάνεται σε μεγάλο βαθμό και έτσι γίνεται αναίσθητη στην υψηλή και την χαμηλή θερμοκρασία.
- * Το δέρμα μπορεί να στεγνώσει, να χάσει την ελαστικότητά του, να παρουσιάσει σημαντική ωχρότητα που πολλές φορές δίνει την εντύπωση ότι πρόκειται για αναιμία.
- * Τα χέρια και τα πόδια είναι κρύα και συχνά μελανά.
- * Τα μαλλιά γίνονται λεπτά, σκληρά, μπορεί να εμφανιστεί τριχόπτωση, ενώ παράλληλα μπορεί να εμφανιστεί στο πρόσωπο, στην πλάτη ή στα μπράτσα ένα απαλό χνούδι για μόνωση από το κρύο.
- * Τα νύχια αποκτούν ραβδώσεις και σπάνε εύκολα.
- * Τα ούλα μαζεύουν και αποκαλύπτουν τα δόντια.
- * Τα μάτια είναι σκαμμένα και τα κόκαλα προεξέχουν.
- * Η κινητικότητα του εντέρου μειώνεται γιατί υπάρχει μειωμένη τροφή για να διεγείρει την περισταλτικότητα του εντέρου και η δυσκοιλιότητα είναι συχνή.
- * Η μειωμένη λήψη τροφής δημιουργεί υπερδραστηριότητα με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται διαταραχές ύπνου.
- * Ο καρδιακός ρυθμός επιβραδύνεται και έχουμε μείωση του όγκου του αίματος.
- * Λόγω της περιορισμένης λήψης τροφής μπορεί επίσης να παρατηρηθεί υποπρωτεϊναιμία και αβιταμίνωση.^{9,17,18,19,20}

Εάν μια ανορεκτική χάσει μεγάλο αριθμό κιλών (μπορεί να φτάσει 15-20 κιλά μέσα σε λίγους μήνες) το σώμα της επιστρέφει στην παιδική ηλικία, τα στήθη σταματούν να αναπτύσσονται, παρουσιάζονται διαταραχές ή απουσία της εμμηνου ρύσεως, τα οστά της μπορεί να γίνουν ευπαθή και να τραυματίζεται εύκολα, όπως επίσης να είναι ευάλωτη στις ασθένειες.²¹

Αν τώρα το άτομο χρησιμοποιήσει άλλους τρόπους εκτός από την δίαιτα που στοχεύουν στην απώλεια βάρους τότε μπορούν να προκληθούν σοβαρές βιοχημικές διαταραχές. Οι σημαντικότερες βιοχημικές διαταραχές είναι η αφυδάτωση και οι μεταβολές των επιπέδων ορισμένων ηλεκτρολυτών στο

αίμα. Τα επίπεδα χλωρίου και καλίου μειώνονται και το αίμα γίνεται αλκαλικό σε κάποιο βαθμό, προκαλώντας μεταβολική αλκάλωση. Η μεταβολική αλκάλωση μπορεί να βλάψει την νευρομυϊκή λειτουργία και να εμφανιστούν μούδιασμα στα χέρια και στα πόδια.



Συχνά είναι επίσης τα οδοντικά προβλήματα, ιδιαίτερα σε ασθενείς που προκαλούν έμετο, όπου έχουμε απώλεια οδοντικού σμάλτου λόγω επίδρασης του όξινου εμέτου. Η πρόκληση εμέτου μπορεί ακόμα να προκαλέσει διόγκωση σιελογόνων αδένων, μόλυνση του φάρυγγα, ενώ σπανιότερα μπορεί να οδηγήσει σε αποκόλληση και αιμορραγία του τοιχώματος του οισοφάγου, δηλαδή του σωλήνα που επεκτείνεται από το στόμα στο στομάχι.²

2.3 ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Σύμφωνα με τα παραπάνω επιβάλλεται να τονίσουμε ότι η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να αποδειχτεί θανάσιμη ασθένεια σε ποσοστό 5-10 % των περιπτώσεων.⁸

Οι κυριότερες αιτίες θανάτου είναι :

1. Καχεξία, εξασθένηση όλου του οργανισμού.
2. Μεταβολικές διαταραχές.
3. Έλλειψη ισορροπίας σε νερό και μεταλλικά άλατα.
4. Δευτερογενή επιμόλυνση, λοίμωξη.
5. Αιφνίδια καταπληξία κατά την διάρκεια υπερδραστηριότητας.
6. Διάτρηση στομάχου σε πρόκληση εμέτου.
7. Νεφρικές ανεπάρκειες .
8. Καρδιακές ανεπάρκειες.^{2,10}

2.4 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Οι γνώσεις μας για την ψυχογενή ανορεξία στα αγόρια και εφήβους είναι πολύ περιορισμένες, κυρίως γιατί η διαταραχή αυτή είναι σπάνια στα αγόρια και ιδίως στην παιδική ηλικία. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι διαταραχές της διατροφής είναι σπάνιες στα αγόρια.

Η νόσος στους άνδρες εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 3-13 % και παρουσιάζεται κυρίως στα χρόνια της εφηβείας.

Αν η αρρώστια συμβεί στην έναρξη της εφηβείας, η ανάπτυξη είναι περιορισμένη, το πέος και το όσχεο παραμένουν παιδικά, όπως επίσης υπάρχει ένα ανεπαρκές ηβικό τρίχωμα. Τα αγόρια όπως και τα κορίτσια αναπτύσσονται σεξουαλικά μετά την θεραπεία.

Εκείνο που είναι πολύ σοβαρό για την ψυχική ισορροπία των αγοριών εφήβων είναι η αμφιβολία που εκδηλώνουν για την σεξουαλική ικανότητά τους, εξαιτίας της καθυστερημένης ανάπτυξής τους.²²

Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα αγόρια, είναι αντίστοιχα αυτών των κοριτσιών. Η καθυστερημένη ανάπτυξη είναι αντίστοιχη της κατάστα-

σης της αμηνόρροιας στα κορίτσια. Επίσης και τα συμπτώματα που αφορούν την στάση που κρατούν απέναντι στη νόσο, είναι παρόμοια. Υπάρχει έντονη σωματική άσκηση (οι περισσότεροι άνδρες με ψυχογενή ανορεξία έχουν μανία με την γυμναστική και περνούν ατέλειωτες ώρες κάθε μέρα κάνοντας τζόκινγκ, πους-απς και άλλες ασκήσεις.), ναυτία, έμετοι, άρνηση της κατάστασής τους, επίμονη άρνηση για λήψη τροφής, καχεξία.²³

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση ενός δωδεκάχρονου αγοριού που ενώ έτρωγε, κρατούσε την κοιλιά του για να βεβαιωθεί ότι δεν θα πάχαινε.

Ακόμη παρατηρείται στους εφήβους μια υπεροπτική άρνηση να συναστραφούν με συνομήλικους, ισχυρίζονται ότι είναι ανεξάρτητοι και ότι δεν χρειάζονται συμπαράσταση ή συμβουλές από γονείς, δασκάλους, φίλους.²⁴

2.5 ΔΙΑΙΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν επίμονη ενασχόληση με το φαγητό. Μαζεύουν και διαβάζουν βιβλία και άρθρα σε περιοδικά που αφορούν το φαγητό, τη διαίτα και το σωματικό βάρος. Συχνά αναλαμβάνουν το μαγείρεμα της οικογένειας. Ξέρουν περισσότερα πράγματα για την διατροφή από το ευρύτερο κοινό.

Το διαιτολόγιο μιας ασθενούς με ψυχογενή ανορεξία περιέχει το ένα έκτο της ενέργειας, το ένα έκτο των υδατανθράκων, το ένα τρίτο των πρωτεϊνών, και το ένα ένατο του λίπους του διαιτολογίου μιας φυσιολογικής γυναίκας.

Αρκετοί ερευνητές έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν ψυχογενή ανορεξία αποφεύγουν τους υδατάνθρακες στη διατροφή τους και ότι η χαμηλή πρόσληψη υδατανθράκων είναι το χαρακτηριστικό που διακρίνει το διαιτολόγιο που έχουν διαλέξει για να χάσουν βάρος. Μια πρόσφατη όμως έρευνα στο Σίντεϋ αμφισβητεί το κατά πόσον «έλλειψη υδατανθράκων» είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της ψυχογενούς ανορεξίας. Σύμφωνα με την έρευνα οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία μείωναν όλα τα στοιχεία του διαιτολογίου τους για απώλεια βάρους και δεν στερούνταν κατά προτίμηση τους υδατάνθρακες. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι έχουν καλύτερη γνώση από το μέσο όρο σχετικά με την διατροφή.²

2.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου. Στα

ανορεκτικά άτομα αυτό σημαίνει να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια. Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι προκλητοί έμετοι, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.⁵

Η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας πρέπει να γίνεται έγκαιρα και να ευαισθητοποιηθεί γρήγορα η οικογένεια ώστε να αρχίσει σύντομα η ψυχιατρική παρακολούθηση του παιδιού γιατί αλλιώς η χρονιότητα της κατάστασης κάνει πολύπλοκη την αντιμετώπισή της. Όσο πιο γρήγορα αρχίσει η θεραπεία τόσο οι πιθανότητες για γρήγορη ίαση αυξάνονται.²⁰

Η θεραπεία εξαιτίας της πολυπλοκότητας των συμπτωμάτων και των παραγόντων που την προκαλούν διαφέρει στον τρόπο, στην ένταση και την έκταση που δίνεται κάθε φορά. Όπως και να είναι πρέπει να είναι εξατομικευμένη.²³

Πριν προτείνει οποιαδήποτε θεραπεία, ο γιατρός πρέπει να έχει πάρει ένα προσεκτικό ιστορικό για να επιβεβαιώσει ότι η γυναίκα έχει ψυχογενή ανορεξία και το βάρος του σώματός της δεν είναι χαμηλό επειδή πειραματίζεται με δίαιτες, λόγω της καριέρας της ή εξαιτίας του τρόπου ζωής της.

Ένα παράδειγμα για την σημασία αυτής της διάκρισης είναι το παράδειγμα της Ζωής.

« Η Ζωή ήθελε πάντα να γίνει να γίνει χορεύτρια μπαλέτου και σε ηλικία 15 ετών η δασκάλα της του μπαλέτου την διάλεξε για να διαγωνιστεί για μια θέση σε μια φημισμένη σχολή μπαλέτου με πλήρες ωράριο διδασκαλίας. Η δασκάλα της, της είχε τονίσει την ανάγκη του να είναι αδύνατη και την ζύγισε μια φορά την εβδομάδα από την ηλικία των 12 χρόνων, επαινώντας την που έμενε λεπτή. Η Ζωή είπε πως ποτέ δεν χρειάστηκε να ελέγξει συνειδητά το βάρος της γιατί έκανε μαθήματα μπαλέτου τρία βράδια την εβδομάδα και δεν έτρωγε ανάμεσα στο σχολείο και στο μπαλέτο. Όταν ζυγίστηκε έξι μήνες πριν από την διαδικασία της επιλογής η δασκάλα της του μπαλέτου της είπε ότι θα έπρεπε να χάσει βάρος γιατί διαφορετικά δεν θα την επέλεγαν.

Άρχισε να κάνει δίαιτα και σε λίγο η διευθύντρια του σχολείου της πρόσεξε ότι είχε χάσει βάρος και ήρθε σε επαφή με την μητέρα της Ζωής από φόβο μήπως η Ζωή ήταν άλλο ένα κορίτσι με ψυχογενή ανορεξία. Η μητέρα της πήγε αμέσως την Ζωή σε ένα γιατρό που κανόνισε να εισαχθεί σε νοσοκομείο για επανασίτιση. Στο νοσοκομείο αρνιόταν να φάει ή έδινε το φαγητό της σε άλλους ασθενείς. Εφάρμοσε αυτή τη στρατηγική γιατί πίστευε πως αν έπαιρνε βάρος οι πιθανότητές της να επιλεγεί στη σχολή μπαλέτου θα καταστρέφονταν. Η αντίστασή της στην επανασίτιση επιβεβαίωσε στους γιατρούς ότι η Ζωή είχε

ψυχογενή ανορεξία. Επίσης την θεωρούσαν μη συνεργάσιμη, ανειλικρινή και δύσκολη.

Μετά από τρεις εβδομάδες στο νοσοκομείο δεν είχε πάρει καθόλου βάρος και μετά από συζήτηση οι γονείς της την πήραν στο σπίτι. Τότε την παρέπεμψαν σε έναν ψυχολόγο. Όταν μίλησε με την Ζωή κατάλαβε τον φόβο της μήπως δεν επιλεγεί για την σχολή μπαλέτου. Την καθησύχασε ότι στην Αυστραλία οι χορεύτριες μπαλέτου έπρεπε να έχουν φυσιολογικό βάρος για το ύψος τους γιατί διαφορετικά δεν φαίνονται καλά στη σκηνή. Η Ζωή δέχτηκε την διαβεβαίωσή του και πήρε 2,5 κιλά τις επόμενες πέντε εβδομάδες, πράγμα που έφερε το βάρος της στα επιθυμητά όρια.

Επελέγη για εκπαίδευση στη σχολή μπαλέτου και έχει διατηρήσει το βάρος της σε αποδεκτά όρια για μια χορεύτρια. Δεν φαίνεται να ασχολείται περισσότερο με το φαγητό, τη δίαιτα ή το βάρος της από τις άλλες μαθήτριες και απολαμβάνει την εκπαίδευσή της στην οποία έχει σημειώσει μεγάλη επιτυχία».

Μπορεί να συμβεί και η αντίστροφη κατάσταση από της Ζωής, όταν η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να είναι δύσκολη γιατί πολλές νέες γυναίκες που έχουν αυτή την πάθηση αρνούνται αρχικά την αρρώστια τους.²

Η θεραπεία ενός ασθενή μπορεί να είναι απλή ή δύσκολη, σύντομη ή μακρόχρονη, θεραπευτική ή αποτυχημένη ανάλογα με τον τύπο της ψυχογενούς ανορεξίας, το χρονικό διάστημα που πάσχει ο ασθενής και από το παρελθόν του ασθενή. Συνήθως όμως η ανορεκτική συμπεριφορά έχει τάσεις μονιμοποίησης και η αυτόματη ύφεση δεν είναι συνηθισμένο φαινόμενο.²⁵

Στο παρελθόν έχουν προταθεί και χρησιμοποιηθεί πολλές θεραπείες για την ψυχογενή ανορεξία όπως, η θεραπεία με σοκ ινσουλίνης, η αναγκαστική σίτιση, η σίτιση με σωλήνα, η υπνοθεραπεία και η χρήση φαρμάκων που διεγείρουν την όρεξη. Αυτές οι θεραπείες όμως δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται γιατί δεν αφήνουν τους ασθενείς να μάθουν ή να ξαναμάθουν την φυσιολογική συμπεριφορά στο φαγητό και συχνά προκαλούν αισθήματα απώλειας ελέγχου και πανικού.²

Σήμερα, συχνότερες χρησιμοποιούμενες αγωγές είναι :

1. Νοσοκομειακή περίθαλψη
2. Ψυχοθεραπεία (υποστηρικτική, ψυχοεκπαιδευτική, γνωσιακή– συμπεριφορική, κατευθυντική, ψυχαναλυτική, εστιασμένη ψυχοθεραπεία)
3. Συμπεριφεριολογική τροποποίηση συμπεριφοράς
4. Φαρμακοθεραπεία (αντικαταθλιπτικά)

Στην πράξη η αγωγή σπάνια βασίζεται σε μια από αυτές. Ανάλογα με τις τρέχουσες απαιτήσεις χρησιμοποιούμε διαδοχικά τη μία ή την άλλη προσέγγιση.⁹

2.6.1 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η νοσοκομειακή περίθαλψη δεν είναι αναγκαία όταν οι ασθενείς πάσχουν λιγότερο από έξι μήνες, δεν κάνουν κρεπάλες στο φαγητό, δεν κάνουν εμετό και οι οποίοι έχουν οικογένειες που θα συνεργάζεται και θα συμμετέχει αποτελεσματικά στην οικογενειακή θεραπεία.⁴

Αντίθετα, η είσοδος στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις προχωρημένης καχεξίας με σοβαρές μεταβολικές διαταραχές, σοβαρή απώλεια βάρους (πάνω από 30 %) και απίσχναση, η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης ή ακόμα όταν υπάρχει εμφανής κατάθλιψη, οικογενειακές διαμάχες ή αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας.^{5,26}

Η εισαγωγή γίνεται για να πάρει ο ασθενής βάρος, να προσδιοριστεί μια αυθεντική καταθλιπτική κίνηση στην οποία η ψυχοθεραπεία θα βρει τις πρώτες βάσεις της, να διακόψει την επιδείνωση των αντιδραστικών οικογενειακών συμπεριφορών, να γίνει μια προοδευτική επανεκπαίδευση στη διατροφή, ελεγχόμενη με καθημερινές ζυγίσεις και καθημερινή επίβλεψη, μιας και οι περισσότεροι ανορεκτικοί χρησιμοποιούν διάφορα tricks για να μην φάνε.^{2,6,19}

Απάτες σχετικά με το φαγητό, όπως τις αναφέρουν οι ασθενείς:

1. Κρύβουν το φαγητό σε πετσέτες.
2. Αφήνουν την κόρα της φρυγανιάς ή του ψωμιού στο πιάτο, και πετάνε το υπόλοιπο.
3. Πετάνε το φαγητό σε βάζα, ντουλάπια ή από το παράθυρο.
4. Κρατάνε το φαγητό στο στόμα τους και το πετάνε όταν καθαρίζουν τα δόντια τους.²

2.6.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Τα γενικά καθήκοντα του νοσηλευτή στην διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας ατόμων με ψυχογενή ανορεξία είναι τα εξής :

Οι άρρωστοι πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί, αφού προηγουμένως έχει εκκενωθεί η ουροδόχος κύστη. Επίσης θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη υγρών όπως και η αποβολή των ούρων. Εάν παρουσιαστούν έμετοι θα πρέπει να εκτιμούνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση υποκαλιαιμίας. Επειδή παρατηρείται συχνά αναγωγή τροφής μετά τα γεύματα, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ελέγξει τον έμετο, με το να μην επιτρέπει την χρήση τουαλέτας για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τα γεύματα ή με το να υπάρχει συνοδός στο μπάνιο που δεν θα επιτρέψει τον έμετο. Η δυσκοιλιότητα υποχωρεί στους αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, όταν αρχίζουν να σιτίζονται κανονικά. Χορηγούνται σποραδικά μαλακτικά των κοπράνων, αλλά ποτέ υπακτικά. Εάν εμφανιστεί διάρροια, υποδηλώνει συνήθως ότι ο άρρωστος παίρνει υπακτικά κρυφά. Λόγω της σπάνιας επιπλοκής της διάτασης του στομάχου και της πιθανότητας κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, εάν ο άρρωστος αρχίσει απότομα να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες θερμίδων, το προσωπικό θα πρέπει να ξεκινάει με χορήγηση περίπου 500 θερμίδων πάνω από το απαιτούμενο για την συντήρηση του υπάρχοντος βάρους (συνήθως 1500-2000 θερμίδες την ημέρα). Αυτές οι θερμίδες, καλό είναι να δίνονται σε 6 ισόποσα γεύματα ημερήσια, έτσι ώστε να μην χρειάζεται να παίρνουν οι άρρωστοι μεγάλες ποσότητες τροφής ανά γεύμα. Συνίσταται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων τροφής, όπως το Sustagen, επειδή οι ασθενείς μπορεί να γίνονται λιγότερο αγχώδεις μήπως αποκτήσουν σιγά-σιγά βάρος με την αγωγή παρά με το να τρώνε φαγητό.⁴

Στο νοσοκομείο συντάσσεται ένα συμβόλαιο μεταξύ ασθενούς και θεραπευτικής ομάδας, όπου αυτό περιλαμβάνει μια «κλίμακα ανάνηψης βάρους» καταμετρημένη σε στάδια. Κάθε φορά που επιτυγχάνεται η συγκεκριμένη ανάληψη βάρους, ο ασθενής επιβραβεύεται με δυνατότητα αλληλογραφίας, τηλεφωνημάτων, επισκέψεων ακόμα και άδειας από το νοσοκομείο.¹¹

Τέλος, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι παρατηρητικοί και να μην έχουν απόλυτη εμπιστοσύνη στους ασθενείς, γιατί οι τελευταίοι επινοούν διάφορες μεθόδους για να εξαπατήσουν το προσωπικό, όσον αφορά την αύξηση του βάρους τους.

Απάτες που οδηγούν σε φαινομενική αύξηση βάρους, όπως τις διηγούνται οι ασθενείς

1. Πίνουν μεγάλες ποσότητες νερού την νύχτα πριν από το ζύγισμα.
2. Αποφεύγουν να αδειάζουν την κύστη τους πριν να ζυγιστούν
3. Πίνουν νερό από το μπάνιο ή το ντους.
4. Τρώνε πολύ την προηγούμενη νύχτα.
5. Φοράνε βαριά κοσμήματα ή βαριά κοσμήματα .
6. Ράβουν βάρη στα νυχτικά τους νωρίς το πρωί, όταν πρόκειται να ζυγιστούν.²

Μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, ο κλινικός γιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχίσει κάποιου τύπου εξωνοσοκομειακής επίβλεψης για οποιοδήποτε πρόβλημα συμβεί στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.⁴

2.6.3 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

2.6.3.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Επειδή η ψυχογενής ανορεξία είναι διαταραχή της οποίας τα αίτια είναι κυρίως ψυχολογικά, για την αντιμετώπιση της κατάστασης χρειάζεται η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου ανάλογα με την προσωπικότητα, τις συνθήκες και την ηλικία του.⁸

Μερικοί πιστεύουν ότι η κλασική μορφή της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας – ψυχανάλυσης, δεν έχει αποδειχτεί επαρκείς ως θεραπευτική μέθοδος γιατί «τα λόγια δεν γιατρεύουν». Άλλοι πιστεύουν ότι η ψυχανάλυση έχει συμβάλλει στην ερμηνεία της ψυχογενούς ανορεξίας και άρα είναι η λύση στο πρόβλημα.^{23,24}

Η διαδικασία της εναρκτήριας φάσης της ψυχοθεραπείας πρέπει να προσβλέπει στην εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας. Επειδή οι ασθενείς θεωρούν ότι τα συμπτώματά τους αποτελούν τον πυρήνα της ιδιαιτερότητάς τους, οι θεραπευτές πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική επένδυση σε προσπάθειες μεταβολής των συνηθειών διατροφής των. Οι άρρωστοι μπορεί να βιώνουν τις πρώιμες ερμηνείες σαν κάποιος άλλος να προσπαθεί να τους λείει

τι πραγματικά αισθάνονται, ενώ οι δικές τους εμπειρίες ελαχιστοποιούνται και ακυρώνονται.

Αντίθετα, θεραπευτές που συναισθάνονται τις απόψεις του ασθενούς και εμφανίζουν ενεργό ενδιαφέρον σε οτιδήποτε αυτός σκέφτεται και αισθάνεται, δείχνουν ότι η αυτονομία τους είναι σεβαστή.⁴

Η στάση του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, αφού το άτομο δεν πρόκειται να ζητήσει από μόνο του βοήθεια μιας και αρνείται πεισματικά να παραδεχτεί ότι είναι άρρωστο.⁸

Τελευταία πολλοί μιλούν για την οικογενειακή θεραπεία με ενθουσιασμό. Στόχος της είναι η μείωση της υπερβολικής εμπλοκής της οικογένειας με το ανορεκτικό άτομο και η βοήθεια της οικογένειας ώστε να αλλάξει τους συνηθισμένους τρόπους της συναλλαγής.^{23,24}

Πολλοί συγγραφείς υπογραμμίζουν το ρόλο της θεραπευτικής ομάδας απέναντι στους γονείς που συχνά κατέχονται από τρομερό άγχος και νιώθουν ενοχές. Ο ρόλος αυτός μπορεί αρχικά να συνίσταται στην παροχή διευκρινίσεων σχετικά με τις συνθήκες νοσηλείας, η οποία τους παρουσιάζεται περισσότερο σαν μια επιστημονική τεχνική, παρά σαν μέσο καταναγκασμού και αργότερα, κατά την διάρκεια τακτικών συζητήσεων, στην παροχή απαντήσεων στα ερωτήματά τους, ώστε να μην αποκτήσουν κανένα συναίσθημα αποκλεισμού. Ακόμη μπορεί να συμμετέχουν σε συγκεντρώσεις ομάδων γονιών.¹¹

Η θεραπεία συμπεριφοράς αποδείχθηκε αποτελεσματική σε ορισμένες περιπτώσεις, καθώς λειτουργεί μέσα από ένα σύστημα θετικών και αρνητικών ενισχύσεων. Σε άλλες όμως περιπτώσεις το αποτέλεσμα ήταν προσωρινό.^{23,24}

Υπέρνω όλων, οι ψυχοθεραπευτές πρέπει να είναι ευέλικτοι, επίμονοι και αυθεντικοί στο να παράσχουν βοήθεια στις τάσεις των ασθενών να υπερνικήσουν τις προσπάθειές τους. Θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για διακυμάνσεις στην πορεία, για βραδεία σταδιακή πρόοδο και να κάνουν εισαγωγή στο νοσοκομείο όταν χρειάζεται (απόπειρες αυτοκτονίας ή κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών).^{4,27}

2.6.3.2 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από φαρμακολογικές μελέτες, δεν βρέθηκε ακόμα κάποιο σκεύασμα που να προκαλεί οριστική βελτίωση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας. Σε μερικές αναφορές συνίσταται η χρήση της κυπροεπταδίνης (*Periacti*), ενός φαρμάκου με αντιϊσταμινική αντισεροτονινεργική δράση στον περιορισμένο τύπο της ψυχογενούς ανορεξίας. Αναφέρεται ότι η αμιτριπτυλίνη (*Saroten*), έχει κάποιο αποτέλεσμα σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Άλλα φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί σε αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία όπως, η χλωριμιπραμίνη (*Anafranil*), η πιμοζίδη (*Pirium*) και η χλω-

ροπρομαζίνη (*Largactil*), δεν έχουν δώσει θετικά αποτελέσματα.. Σε δοκιμές χωρίς ομάδες ελέγχου, η φλουοξετίνη (*Ladose*) είχε προκαλέσει αύξηση βάρους. Άλλα αντικαταθλιπτικά έχουν δοκιμαστεί σε ανορεκτικούς αρρώστους με συνυπάρχουσες καταθλιπτικές διαταραχές, με ελάχιστα αποτελέσματα. Υπάρχει μια κάποια ανησυχία σχετικά με την χρήση *τρικυκλικών φαρμάκων* σε χαμηλού βάρους καταθλιπτικούς αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, αφού μπορεί να είναι ευάλωτοι σε υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και αφυδάτωση. Με την αποκατάσταση ικανοποιητικής κατάστασης θρέψης, οι κίνδυνοι από την χρήση τρικυκλικών μπορεί να μειωθούν. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη βελτιώνεται με την απόκτηση βάρους και την αποκατάσταση της φυσιολογικής θρέψης. Υφίστανται ορισμένες ενδείξεις ότι η *ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)* ωφελεί σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.⁴

Συνοψίζοντας τα παραπάνω οι σκοποί της θεραπείας είναι :

1. Αποκατάσταση του βάρους και διατήρηση στα φυσιολογικά επίπεδα.
2. Θεραπεία σωματικών επιπλοκών.
3. Θεραπεία ψυχιατρικών επιπλοκών.
4. Βοήθεια να αλλάξει η στάση απέναντι στο φαγητό.
5. Βοήθεια να δει πιο ρεαλιστικά το σώμα του.
6. Εγκατάσταση υγιεινών συνθηκών διατροφής.
7. Πρόληψη υποτροπών.^{10,28}

2.7 ΠΡΟΛΗΨΗ

Πολλοί από εσάς δεν αποδέχεστε το σωματικό σας βάρος, επηρεασμένοι από τα πρότυπα σωματικής αισθητικής. Παραδεχόμαστε πως είναι δύσκολο να συμβιβαστείτε με ένα βάρος μεγαλύτερο από αυτό που σας παρουσιάζουν τα προγράμματα δίαιτας. Θα πρέπει να κλείσετε τα μάτια σας στις δελεαστικές υποσχέσεις τους και σε πολλές περιπτώσεις να εγκαταλείψετε την ελπίδα ότι θα γίνετε πραγματικά αδύνατη ή αδύνατος. Αυτό είναι πολύ καλύτερο για τον αυτοσεβασμό και την αυτοπεποίθησή σας, από το να ταλαιπωρείστε την υπόλοιπη ζωή σας με δίαιτες, αυξομειώσεις βάρους και τυχόν

συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας ή άλλων διατροφικών διαταραχών που προκύπτουν από την διαδικασία αυτή.¹

Στις μέρες μας όλοι οι κλινικοί υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι πρέπει να βοηθηθούν ώστε να αποδεχτούν το βάρος τους και την σωματική τους εικόνα, αφού καθιερώσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής καθώς και τακτικές συνήθειες διατροφής.

Προσπαθήστε να κάνετε **ΔΥΟ** βασικές αλλαγές στη ζωή σας που θα σας βοηθήσουν να αποκτήσετε ή να διατηρήσετε μια καλή σχέση με τον εαυτό σας:

1. **Να υιοθετήσετε έναν τρόπο ζωής με σωματική δραστηριότητα:**

Πρόκειται για την ευκαιριακή γυμναστική, δηλαδή την αναζήτηση ευκαιριών για άσκηση. Αντί να κοιτάτε το σώμα σας στον καθρέφτη και να εύχεστε να ήταν διαφορετικό βγείτε έξω και χρησιμοποιήστε το. Η σωματική άσκηση είναι ο καλύτερος τρόπος για να νιώσετε ωραία, να κάνετε καλό στον εαυτό σας και να βελτιώσετε την ψυχική σας διάθεση. Η άσκηση απελευθερώνει χημικές ουσίες μέσα στην κυκλοφορία του αίματος που σε φτιάχνουν και σε ωφελούν πνευματικά. Αυξάνει τις πιθανότητες απώλειας βάρους, αλλά συγχρόνως μειώνονται οι κίνδυνοι διατάραξης της υγείας. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να ασκηθείτε, ανάλογα με τις προτιμήσεις του καθενός, όπως περπάτημα, ποδηλασία, τρέξιμο, τένις, κολύμπι, χορός, μαθήματα γυμναστικής κ. α. Προσοχή όμως μην ξεχνάτε ότι η σωματική άσκηση όπως και κάθε δραστηριότητα δεν θα πρέπει να σας γίνει έμμονη ιδέα. Είναι σημαντική, αλλά δεν είναι και το σπουδαιότερο πράγμα στην ζωή σας.^{1,21}

2. **Να ακολουθήσετε υγιεινή διατροφή:** Η υγιεινή διατροφή προϋποθέτει την λήψη όλων των απαραίτητων για τον οργανισμό θρεπτικών συστατικών που περιέχουν οι τροφές. Δηλαδή υγιεινή διατροφή ισούται με ποικιλία. Να τρώει κανείς κάθε μέρα από όλες τις ομάδες των τροφών, οι οποίες περιέχουν σε διαφορετικές ποσότητες τα διατροφικά στοιχεία.²⁹

Είναι σημαντικό πού και πού να επιτρέπετε στον εαυτό σας να τρώει γλυκά χωρίς να νιώθετε ενοχές, γιατί ο αυστηρός αποκλεισμός μπορεί να σας οδηγήσει στην ψυχογενή ανορεξία.²¹

Τι θα πρέπει λοιπόν να τρώτε ; Η απάντηση δεν είναι και τόσο εύκολη αφού ο κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός. Ένας όμως καλός οδηγός είναι η πυραμίδα της διατροφής.

Αν λοιπόν διατηρήσετε αυτές τις αναλογίες στην καθημερινή σας διατροφή και υιοθετήσετε έναν τρόπο ζωής με σωματική δραστηριότητα, τότε δεν θα δημιουργηθεί πρόβλημα.



ΜΕΡΟΣ Β΄
“ΒΟΥΛΙΜΙΑ”

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο



1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Αν είχα ένα μαγικό χάπι που θα με έκανε να μην παχαίνω, ενώ θα συνέχιζα να τρώω απεριόριστα, θα το έπαιρνα».³⁰

Σχεδόν όλοι μας τρώμε κάποια λιχουδιά πότε-πότε. Αν όμως διαπιστώσετε ότι τρώτε ως το σημείο που δεν πάει άλλο, μπορεί να είστε και εσείς θύμα της βουλιμίας. Αυτή είναι μια πολύ σοβαρή κατάσταση, η οποία χρειάζεται ψυχιατρική συμβουλή, σύμφωνα με τον Robert L. Spitzer, M.D., καθηγήτη της ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο Κολούμπια και διευθυντή της Βιομετρικής Έρευνας στο Ινστιτούτο Ψυχιατρικής της Νέας Υόρκης.

Οι άνθρωποι που έχουν έντονες τάσεις βουλιμίας, τρώνε υπερβολικά και κατόπιν προσπαθούν να προκαλέσουν εμετό για να αποφύγουν την αύξηση βάρους.³¹

Η κινητήριος δύναμη δεν είναι η στομαχική, πραγματική πείνα, αλλά η ψυχολογική πείνα. Πείνα δηλαδή που δεν έρχεται από μια πραγματική ανάγκη για φαγητό, αλλά από μια συναισθηματική ανάγκη για το «γέμισμα» ενός κενού.³⁰

Οι γιατροί λένε ότι αυτό το πρόβλημα δημιουργείται από την ψυχολογική πίεση και τα προβλήματα αυτοεκτίμησης. Αν δεν τη θεραπεύσουμε, τότε η βουλιμία μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα μεταβολισμού και σωματικές αρρώστιες εξαιτίας της παχυσαρκίας.³¹

Τι είναι λοιπόν αυτό που μας ωθεί να συνεχίζουμε να τρώμε έτσι ώστε να παχαίνουμε, παρά τον πόνο που αυτό μας δημιουργεί; Οι ειδικοί μιλούν για την «*ψυχολογική πείνα*» των βουλιμικών...³⁰

1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ

«Διαταραχή που συνίσταται σε υπερβολική λήψη τροφής εξαιτίας μιας παθολογικής και ατέρμονης αίσθησης πείνας».³²

«Αίσθημα ασυγκράτητης πείνας, με αγωνία, που επέρχεται μόλις γίνει η πέψη μέσα στο στομάχι».³³

«Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, πέρα από εκούσια έλεγχο, που ακολουθούνται από καταθλιπτική διάθεση και υποτίμηση του εαυτού».³⁴

«Ανωμαλία στο φαγητό η οποία έχει σχέση με την νευρωτική ανορεξία. Αφορά ξαφνική υπερβολική κατανάλωση τροφής, ακολουθούμενη συνήθως από εμετό προκαλούμενο από το άτομο ή υπερβολική κατανάλωση / κατάχρηση καθαρτικών».¹⁰

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Περιγραφές ατόμων με συμπτωματολογία ψυχογενούς βουλιμίας ανάγονται στο απώτερο παρελθόν και συγκεκριμένα τον 4^ο και 5^ο π.Χ. αιώνα.¹

Ο όρος βουλιμία – ελληνική λέξη που σημαίνει μεγάλη και ακόρεστη πείνα – αρχικά χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει απληστία για την τροφή, συνοδευόμενη από αισθήσεις αδυναμίας.⁹

Το 1873 περιγράφηκε από τον LASEGUE με τον όρο «*επιτακτική ψευδής – όρεξη*». Μελετήθηκε σαν κληρονομική νόσος, σαν βιοχημική ή υποθαλαμική (υπερθυρεοειδισμός).²⁴

Το ενδιαφέρον για τον αριθμό των ατόμων που υποφέρουν από βουλιμία, ξεκίνησε με την εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας στα μέσα της δεκαετίας του '70. Η πρώτη μαρτυρία που κατέγραψε την ύπαρξη της διαταραχής προήλθε από τη δημοσίευση ενός αριθμού άρθρων που περιέγραφαν την «*βουλιμαρεξία*» ή το «*σύνδρομο βουλιμίας – κάθαρσης*» (Binge – purge syndrome), σε φοιτήτριες που έμεναν σε εστίες Αμερικανικών πανεπιστημίων.

Συνεπώς, οι πρώτες ενέργειες ταξινόμησης της ψυχογενούς βουλιμίας με την καθιέρωση κριτηρίων, έγιναν το 1970 και 1979 αντίστοιχα από τον καθηγητή Gerald Russel ο οποίος μετά από τη δημοσίευση της εργασίας του το 1979 με τίτλο, «Ψυχογενής Βουλιμία: Η άλλη όψη του νομίσματος της ψυχογενούς ανορεξίας» («Bulimia Nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa»), απέδωσε πρώτος τον όρο αυτό.¹

Η βουλιμία αναγνωρίστηκε επίσημα στη διεθνή ψυχιατρική ορολογία μετά τη δεκαετία του '80. Τελικά, το 1987, καθιερώνεται η διάγνωση νευρική βουλιμία (Bulimia nervosa) αποκλειστικά για τα βουλιμικά άτομα που διατηρούν φυσιολογικό βάρος με τη βοήθεια ενός μηχανισμού εξισορρόπησης, που έχει ως βασικό εργαλείο την πρόκληση εμετού.⁹

Μέχρι πρόσφατα η βουλιμία θεωρείται μέρος της ψυχογενούς ανορεξίας. Σήμερα η βουλιμία γίνεται δεκτή σαν χωριστή αρρώστια, αλλά πολλά από τα γνωρίσματα είναι παρόμοια και στις δύο αρρώστιες.²

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, από το 1980 μέχρι σήμερα, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός **επιδημιολογικών ερευνών** σε νεανικούς πληθυσμούς με την εφαρμογή κλινικών κριτηρίων για την αποκάλυψη της ψυχογενούς βουλιμίας, ενώ υπάρχουν και επιδημιολογικές έρευνες που βασίστηκαν σε αρχειακό κλινικό υλικό που προέρχεται από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας ή ψυχικής υγείας. Παρόλο όμως, το εύρος των ερευνών, μερικές μόνο από αυτές θεωρήθηκαν ως ποιο αξιόπιστες και απέδωσαν σχετικά σταθερά αποτελέσματα.¹

Ο Νίκος Μάνου όπως και ο Daniel Foster υποστηρίζει πως η βουλιμία εμφανίζεται στην εφηβεία ή ακόμα και σε κάποια φάση της ενήλικης ζωής.³⁵

Η ψυχογενούς βουλιμία είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Οι εκτιμήσεις για την ψυχογενή βουλιμία κυμαίνονται στο 1 – 3% των νεαρών γυναικών.⁴

Υπολογίζεται ότι πάνω από 90% των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες. Στους άντρες το 1/10 αυτού.⁵

Σποραδικά συμπτώματα ψυχογενούς βουλιμίας, έχουν αναφερθεί μέχρι και στο 40% των γυναικών σε κολέγια. Αν και η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται συνήθως σε φυσιολογικού βάρους νέες γυναίκες, μερικές φορές υποκρύπτεται ιστορικό παχυσαρκίας.⁴

Οι περιπτώσεις της βουλιμίας, για τις οποίες εκτιμήθηκε αρχικά ότι χαρακτηρίζαν το 2% του γυναικείου πληθυσμού το 1983, έπεσαν στη συνέχεια σε 0,9% το 1990: αν μία στις τρεις γυναίκες υπέφερε, κατά καιρούς, από βουλιμικές «μεγάλες πείνες», ενδεχομένως μόνο το 2,4% προκαλεί εμετό και το 2,7% χρησιμοποιεί καθαρτικά.⁹

Η διαταραχή είναι ιδιαίτερα συχνή στις ανεπτυγμένες χώρες.⁵

1.5 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ωστόσο, ένα επίσης σημείο το οποίο χρειάζεται διερεύνηση, αποτελεί η **αιτιοπαθογένεια**. Το αν και κατά πόσο η ψυχογενής βουλιμία θα εμφανιστεί και θα συνεχίσει την πορεία της, εξαρτάται από την παρουσία συνθηκών που ενεργοποιούν την επιρρέπεια του ατόμου σε ειδικούς παράγοντες κινδύνου ή το προσανατολίζουν προς την κατεύθυνση προστατευτικών μηχανισμών. Η διαπλοκή και η αλληλεπίδραση μεταξύ προδιαθεσικών παραγόντων (όπως, βιογενετικοί, ψυχοκοινωνικοί, οικογενειακοί και ατομικοί παράγοντες) και προκλητικών γεγονότων, φαίνεται ότι μπορεί να δώσει απαντήσεις σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς βουλιμίας.

Ποιο συγκεκριμένα, ο ρόλος της κληρονομικότητας στο επίπεδο του οικογενειακού χώρου, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα, διότι παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα που έχουν βιολογική συγγένεια με ανορεκτικούς και βουλιμικούς ασθενείς.³⁶

Μερικοί ερευνητές κατέβαλαν προσπάθειες να συνδέσουν τους κύκλους υπερφαγίας και κάθαρσης με διάφορους νευροδιαβιβαστές. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά είναι συχνά ωφέλιμα στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, έχουν ενοχοποιηθεί η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη.

Τα επίπεδα ενδορφινών στο πλάσμα αυξάνονται σε μερικούς αρρώστους που έχουν ψυχογενή βουλιμία με εμέτους, οδηγώντας στην πιθανότητα ότι το αίσθημα ευεξίας μετά από έμετο, που βιώνουν ορισμένοι απ' αυτούς τους αρρώστους, μπορεί να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα ενδορφινών.⁴

Εκτός όμως από τους βιογενετικούς παράγοντες, στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί οι ψυχολογικές διαστάσεις της διαταραχής ως σοβαρότερος παράγοντας από τα φυσιολογικά αποτελέσματα. Έχει παρατηρηθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των βουλιμικών ασθενών, παρουσιάζουν κρίσεις πολυφαγίας ως μία προσπάθεια μείωσης της έντασης από όλες αυτές τις δυσάρεστες συνέπειες των εσφαλμένων προσπαθειών για επίλυση των προβλημάτων τους.³⁷

Καταστάσεις συναισθηματικού στρες γίνονται συχνά αφορμή έναρξης του επεισοδίου.³⁸

Πολλοί άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία έχουν ιστορικά δυσκολιών αποχωρισμού από τα άτομα που τους φροντίζουν, όπως φαίνεται και από την απουσία μεταβατικών αντικειμένων στην πρώιμη παιδική ηλικία. Πολλοί θεραπευτές έχουν παρατηρήσει ότι οι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία χρησιμοποιούν το σώμα τους ως μεταβατικό αντικείμενο. Η διαπάλη αποχωρισμού απ' το μητρικό πρόσωπο εκδηλώνεται με αμφιθυμία σχετικά με το φαγητό. Η πρόσληψη τροφής μπορεί να αναπαριστά την επιθυμία για συνταύτιση με το άτομο που τους φροντίζει, ενώ η αποβολή μπορεί να εκφράζει, ασυνείδητα, την επιθυμία για αποχωρισμό.⁴

Είναι εμφανές, από τη βραχεία αυτή ανασκόπηση, ότι η αιτιολογία και οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της ψυχογενούς βουλιμίας δεν έχουν γίνει πλήρως κατανοητοί και φαίνεται ότι δεν εξαντλούν όλο το θέμα της διατήρησης των προβλημάτων της βουλιμίας.

Συνεπώς, μία κάποια αποσαφήνιση των παραγόντων που αναφέρθηκαν, θα οδηγήσει σε περισσότερο ακριβείς και αποτελεσματικές παρεμβάσεις προληπτικού ή θεραπευτικού χαρακτήρα. Στην ουσία όμως δεν αναφέρθηκε ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες στη διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας, και αυτός είναι η κινητοποίηση για αλλαγή. Ορισμένοι άνθρωποι δεν επιθυμούν σε μεγάλο βαθμό την αλλαγή. Σε αυτές τις περιπτώσεις το πρόβλημα τείνει να διαιωνίζεται. Κάποιοι άνθρωποι αποφασίζουν να αλλάξουν και να κάνουν μία καινούργια αρχή, άλλοι όμως όχι, πιθανότατα να χρειάζονται μια εξωτερική βοήθεια.

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1.6.1 Κλινική εικόνα

Αρκετά συχνά η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί συνέχεια μιας προϋπάρχουσας ανορεκτικής συμπτωματολογίας ή ακολουθεί μια μακρόχρονη ενασχόληση και προσπάθεια του πάσχοντος να περιορίσει το φαγητό του. Στα αρχικά στάδια οι κλινικές εκδηλώσεις της ψυχογενούς βουλιμίας δεν γίνονται αντιληπτές από το περιβάλλον των ασθενών. Οι πάσχοντες φροντίζουν να συγκαλύπτουν επιμελώς τις συμπεριφορές τους, με αποτέλεσμα να παραμένουν κρυφά τα υπερφαγικά τους επεισόδια και οι έμετοι. Άλλοι όμως ασθενείς αφήνουν εμφανή σημεία της διαταραγμένης τους συμπεριφοράς για να υποδηλώσουν πιθανότατα το μέγεθος του προβλήματος.¹

Κατά τον Russel οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από:

- ✓ ακατάσχετη επιθυμία να καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής
- ✓ προσπάθεια να αποφύγουν τις συνέπειες της πολυφαγίας
- ✓ νοσηρό φόβο για παχυσαρκία¹⁵

Η βουλιμία εμφανίζεται συχνά με τη μορφή της συνδρομής του Stanhard: νυχτερινή υπερφαγία, αϋπνία, πυρετός, ανορεξία, με φυσική πορεία ή με περιόδους εξάρσεως της βουλιμίας.³⁹

Εμετοί είναι δυνατό να εμφανίζονται ως σύμπτωμα ψυχολογικών διαταραχών όπως είναι η ψυχογενής βουλιμία.⁴⁰

Μια μειονότητα βουλιμικών δεν προκαλούν έμετο και ακολουθούν πολύ αυστηρή δίαιτα μεταξύ των κρίσεων βουλιμίας, ελέγχοντας το βάρος τους μ' αυτό τον τρόπο. Μερικοί ασθενείς με βουλιμία κάνουν επίσης κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών μεταξύ των κρίσεων σε μια προσπάθεια να κρατήσουν το βάρος τους υπό έλεγχο.²

Οι περισσότεροι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία βρίσκονται στα όρια του φυσιολογικού βάρους, αλλά μερικοί είναι είτε υπέρβαροι, είτε λιπόβαροι.⁴

Τα βουλιμικά άτομα συχνά δείχνουν υπερβολικό νοιάξιμο για το βάρος και προσπαθούν επανειλημμένα να το ελέγξουν, ασχολούνται με τη σωματική τους εμφάνιση, ανησυχούν για το πως τα βλέπουν οι άλλοι.^{4,5}

Είναι συνηθισμένες οι διακυμάνσεις του βάρους των βουλιμικών που οφείλονται σε εναλλασσόμενες περιόδους υπερφαγίας ή νηστείας.⁵

Τα βουλιμικά άτομα ενδιαφέρονται για την ερωτική τους ελκυστικότητα και είναι σεξουαλικά δραστήριοι σε σύγκριση με τους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία οι οποίοι δεν ενδιαφέρονται για το σεξ.

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται σε ασθενείς με αυξημένη συχνότητα διαταραχών της διάθεσης και ελέγχου των παρορμήσεων. Έχει επίσης αναφερθεί ότι η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα υψηλού κινδύνου για χρήση ουσιών και σε μια ποικιλία διαταραχών της προσωπικότητας. Οι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία εμφανίζουν επίσης αυξημένη συχνότητα διαταραχών άγχους διπολικής διαταραχής τύπου I, διχαστικών διαταραχών και ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης.⁴

Πολλές φορές γίνονται κλεπτομανείς, νυμφομανείς, τοξικομανείς, υποφέρουν από αλκοολικές κρίσεις, κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας και οδηγούνται σε πράξεις βίας.⁹

Κύρια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των βουλιμικών είναι η ανωριμότητα, η καχυποψία και το έκδηλο άγχος.³⁹

Σε άλλες περιπτώσεις, οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι πιο βαθιές, ενώ η αυτογνωσία και οι δυνατότητες αυτοσυγκέντρωσης είναι περιορισμένες.⁹

Τα άτομα αυτά είναι επίσης «ευαίσθητα» στις συναισθηματικές – ψυχικές συγκρούσεις, είναι επιθετικά, ευερέθιστα και έχουν εσφαλμένη την (συνειδητή ή ασυνείδητη) αντίληψη της εικόνας του σώματος.³⁹

1.6.2 Διαγνωστικά Κριτήρια

➤ Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο τα παρακάτω:

- το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις
- μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει)

➤ Επανελημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους, όπως π.χ. πρόκληση εμέτου, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων.

➤ Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, και τα δύο, συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.

- Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.
- Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

1.6.3 Τύποι Ψυχογενούς Βουλιμίας

Τύπος Κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμέτου ή την κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

Τύπος Μη Κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμέτου ή την κακή χρήση καθαρτικών διουρητικών ή ενεμάτων.^{4,5}

1.6.4 Κλινική περίπτωση

Μια 17χρονη κοπέλα επέμενε να εξεταστεί λόγω επεισοδίων υπερφαγίας και εμέτων. Στα 16 έτη της είχε φθάσει στο μεγαλύτερο βάρος, 90 κιλά. Όταν είχε ύψος 1,90, το βάρος της ήταν 75 κιλά το λιγότερο που είχε ποτέ. Κατά το χρόνο της εξέτασης το βάρος της ήταν 80 κιλά.

Η ασθενής ανέφερε ότι έκανε δίαιτα από 10 ετών και ότι πάντα ήταν πολύ ψηλή και ελαφρά παχουλή. Στην ηλικία των 12 ετών άρχισε να τρώει υπερβολικά και να κάνει εμέτους. Στερούσε απ' τον εαυτό της, για μερικές ημέρες, το φαγητό με αποτέλεσμα να έχει στη συνέχεια έντονη επιθυμία να φάει. Δεν μπορούσε να αυτοελεγχθεί με συνέπεια να καταφεύγει στο ψυγείο και στα ντουλάπια, ψάχνοντας για παγωτά, πάστες και άλλα γλυκίσματα. Αυτά τα έκανε την νύχτα, όταν δεν την έβλεπε κανείς. Στη συνέχεια ένιωθε κατάθλιψη και φοβόταν ότι θα αποκτήσει βάρος, οπότε προκαλούσε εμετό.

Η ασθενής ανησυχούσε πάντα για το σωματικό της βάρος και φοβόταν ότι ήταν παχύσαρκη, λαμβάνοντας σποραδικά δεξτροαμφεταμίνη (Dexedrine) για να βοηθηθεί στην απώλεια βάρους. Στα 15 χρόνια της είχε επεισόδια πολυφαγίας και εμέτων 4 φορές την εβδομάδα. Από την ηλικία των 13 ετών είχε μόνο μια περίοδο 6 εβδομάδων που δεν είχε πάρει βάρος, ούτε είχε επεισόδια πολυφαγίας ή εμέτων. Στα 17 της σταμάτησε το σχολείο για 5 μήνες, στη διάρκεια των οποίων έμενε σπίτι, εμφανίζοντας ορισμένα επεισόδια πολυφαγίας και εμέτων κάθε μέρα. Στη συνέχεια, επανήλθε στο σχολείο και προσπάθησε να βελτιωθεί στα μαθήματά της.

Εδώ και 2 χρόνια η ασθενής είχε αρχίσει να πίνει κρασί και μπύρα τα Σαββατοκύριακα, κυρίως με φίλες, ενώ με αγόρια έβγαινε σπάνια. Ανέφερε ότι ήθελε να βγει με αγόρια, αλλά ντρεπόταν για την εμφάνισή της. Μερικούς μήνες πριν από την ψυχιατρική συνέντευξη είχε νοσηλευθεί επί 2 εβδομάδες για να ελέγξει τα επεισόδια πολυφαγίας. Στη διάρκεια αυτή ήταν σε κατάθλιψη και είχε κόψει τις φλέβες της μερικές φορές όσο νοσηλευόταν.

Διάγνωση: Η ασθενής είχε σαφώς βαριά διαταραγμένη συμπεριφορά στην πρόσληψη τροφής. Είχε επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας κατά τα οποία κατανάλωνε μεγάλη ποσότητα τροφής σε μεμονωμένα διαστήματα. Το φαγητό, στη διάρκεια των επεισοδίων, περιείχε μεγάλες ποσότητες υδατανθράκων και το έτρωγε κρυφά. Στο διάστημα των επεισοδίων αισθανόταν ότι δεν έλεγχε τη συμπεριφορά πρόσληψης της τροφής της και, έτσι, μόνο η σωματική δυσφορία που προκαλούσε η πολυφαγία την ανάγκαζε να σταματήσει. Για να μην πάρει βάρος κατέφευγε σε προκλητούς εμετούς, ενώ σποραδικά χρησιμοποιούσε δεξτροαμφεταμίνη για να χάσει βάρος. Λόγω των συχνών διακυμάνσεων του βάρους της απ' τα επεισόδια πολυφαγίας, η διαίτα και ο έλεγχος του σωματικού βάρους ήταν οι μόνιμες ανησυχίες της. Τα επεισόδια πολυφαγίας ήταν συχνά, ορισμένες φορές μέχρι και αρκετές φορές την ημέρα, δικαιολογώντας έτσι την διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας.⁴

Ένα πρόβλημα στη διάγνωση της βουλιμίας είναι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι τρώνε υπερβολικά καμιά φορά. Η διαφορά ανάμεσα σ' αυτούς και στους βουλιμικούς είναι ότι οι τελευταίοι τρώνε υπερβολικά συχνά (συνήθως περισσότερο από δυο φορές την εβδομάδα) και πιστεύουν πως έχουν χάσει τον έλεγχο του φαγητού τους. Έχουν γίνει «αλκοολικοί του φαγητού». Μοιράζουν τις μέρες τους σε «καλές» μέρες, όταν δεν έχουν την επιθυμία να φάνε υπερβολικά και «κακές» ημέρες, όταν η παρόρμηση για υπερβολικό φαγητό γίνεται ακαταμάχητη. Έχουν επίγνωση του γεγονότος ότι το άγχος, το στρες ή η δυστυχία μπορεί να προκαλέσει ένα επεισόδιο βουλιμίας.²

Ιδιαίτερη σημασία επίσης στην διάγνωση αποτελεί η **σωματική και παρακλινική εξέταση.**

Η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να οδηγήσει σε ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες και διαφόρου βαθμού προβλήματα από λιμοκτονία, αν και αυτά μπορεί να μην είναι τόσο εμφανή όσο στους χαμηλού βάρους αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία. Έτσι, ακόμα και στους αρρώστους με ψυχογενή βουλιμία και με κανονικό βάρος θα πρέπει ο κλινικός εκτός από το ιστορικό να ζητάει εργαστηριακές εξετάσεις και για τους ηλεκτρολύτες και το μεταβολισμό. Η λειτουργικότητα του θυρεοειδούς παραμένει γενικά ανέπαφη στην ψυχογενή

βουλιμία, αλλά ο άρρωστος μπορεί να εμφανίσει μη καταστολή στην εξέταση καταστολής της δεξαμεθαζόνης.⁴

1.7 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας πρέπει να διαχωριστεί από:

- Ψυχογενής Ανορεξία Τύπου Υπερφαγίας / Κάθαρσης
- Νευρολογικές Παθήσεις όπως:
 - Επιληψία
 - Όγκος Κ.Ν.Σ.
 - Kluver – Bucy
 - Kleine Levin
- Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή
- Μετ αιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας^{5,41}

Ψυχογενής Ανορεξία Τύπου Υπερφαγίας / Κάθαρσης

Σύμφωνα με το DSM – IV, εφόσον το άτομο έχει επεισόδιο υπερφαγίας / κάθαρσης μόνον κατά την πορεία Ψυχογενούς Ανορεξίας, δεν θα δοθεί ως επιπρόσθετη διάγνωση η Ψυχογενής Βουλιμία. Στην περίπτωση που κάποιο άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας / κάθαρσης, αλλά δεν πληρεί πια όλα τα κριτήρια για Ψυχογενή Ανορεξία, Τύπου Υπερφαγίας / Κάθαρσης (π.χ. το βάρος του είναι φυσιολογικό ή η εμμηνορρυσία είναι κανονική), τότε εναπόκειται στην κρίση του κλινικού να βάλει τη διάγνωση Ψυχογενής Ανορεξία, Τύπου Υπερφαγίας / Κάθαρσης, Σε Μερική Ύφεση ή τη διάγνωση Ψυχογενής Βουλιμία.⁵

Νευρολογικές Παθήσεις

Τα παθολογικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου **Kluver – Bucy**

είναι οπτική αγνωσία, ψυχαναγκαστικά γλειψίματα και δαγκώματα, εξέταση των αντικειμένων με το στόμα, αδυναμία να αγνοηθεί οποιοδήποτε ερέθισμα, μαλθακότητα, μεταβολή σεξουαλικής συμπεριφοράς (υπερσεξουαλικότητα) και μεταβολή των συνηθειών διατροφής, κυρίως υπερφαγία. Το σύνδρομο εί-

ναι εξαιρετικά σπάνιο και είναι απίθανο να προκαλέσει διαφορογνωστικό πρόβλημα.

Το σύνδρομο Kleine – Levin συνίσταται από περιοδική υπερυπνία και υπερφαγία που διαρκεί 2-3 εβδομάδες. Όπως και στην ψυχογενή βουλιμία, η έναρξη είναι συνήθως στην εφηβεία. Το σύνδρομο εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Ασθενείς με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας μερικές φορές παρουσιάζουν επεισόδια πολυφαγίας, αλλά η πρόσληψη τροφής συνοδεύεται και από τα υπόλοιπα σημεία της διαταραχής.⁴

Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή

Η διαφορική διάγνωση θα βασισθεί στο ότι δεν υπάρχει η παθολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά, ούτε έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Μετايχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας

Όσον αφορά τα παρορμητικά επεισόδια υπερφαγίας που μπορεί να παρατηρηθούν στη Μετايχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας, θα μας οδηγήσουν σε διπλή διάγνωση, αν πληρούνται τα κριτήρια και για της δύο διαταραχές.⁵

1.8 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ

Οι γνώσεις μας σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες είναι περιορισμένες. Γενικά, απόπειρες αυτοκτονίας, παχυσαρκία, μη ικανοποιητικές σχέσεις με συνομήλικους ή με γονείς και άγχος στους γονείς θεωρούνται δυσμενή σημεία, ενώ η αρχή της νόσου πριν από το 16^ο έτος θεωρείται ευνοϊκό προγνωστικό στοιχείο.¹⁵

Η πρόγνωση εξαρτάται από τα επακόλουθα της κάθαρσης – δηλαδή κατά πόσο ο άρρωστος έχει ηλεκτρολυτικές διαταραχές και σε ποιο βαθμό οι έμετοι οδηγούν σε οισοφαγίτιδα, αμυλασαιμία, διόγκωση των σιελογόνων αδένων και τερηδονισμό των δοντιών.⁴

Η πορεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι, συνήθως, μακροχρόνια αλλά λίγα είναι γνωστά για τη μακρόχρονη πορεία της ενώ η βραχύχρονη έκβαση ποικίλλει.^{4,15}

Γενικά η πορεία της είναι χρόνια και διαλείπουσα με εναλλαγές περιόδων υπερφαγίας και περιόδων φυσιολογικής διαίτας ή νηστείας.²⁴

Για ένα μικρό διάστημα, ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία που μπορούν να ενταχθούν σε θεραπεία ανέφεραν πάνω από 50% βελτίωση στην πολυφαγία και στην κάθαρση. Σε περιπατητικούς αρρώστους, η βελτίωση φαίνεται να διαρκεί πάνω από 5 χρόνια. Ωστόσο, και στις περιόδους βελτίωσης οι ασθενείς δεν είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων. Η ψυχογενής βουλιμία είναι χρόνια διαταραχή με υφέσεις και εξάρσεις. Μερικοί άρρωστοι με ήπια πορεία νόσου έχουν μακρόχρονες υφέσεις. Άλλοι ασθενείς καθίστανται ανάπηροι από την αρρώστια και νοσηλεύονται. Στη διάρκεια μιας παρακολούθησης 3 ετών διαπιστώθηκε ότι λιγότερο απ' το 1/3 των αρρώστων είναι καλά, πάνω απ' το 1/3 εμφανίζουν κάποια βελτίωση, ενώ το τελευταίο 1/3 περίπου έχει φτωχή έκβαση με χρόνια συμπτώματα.

Σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας χωρίς θεραπεία, παρουσιάζεται αυτόματη ύφεση σε 1 έως 2 χρόνια.⁴



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο



2.1 Η ΚΡΙΣΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

«Είναι εύκολο να πείσεις τον εαυτό σου την επόμενη της κάθε κρίσης βουλιμίας πως ήταν η τελευταία και πως από σήμερα δε θα ξαναφάς ποτέ υπερβολικά. Δυστυχώς η ναυτία και το αίσθημα της αποστροφής για τον εαυτό σου εξαφανίζονται μετά από λίγες μέρες και πριν καλά – καλά το καταλάβεις, η ιδέα της απόδρασης σε μια κατανάλωση απεριόριστων ποσοτήτων από οτιδήποτε σου αρέσει σε ξανακυριεύει. Αυτό μπορεί να προκληθεί από ανία, άγχος ή απλώς μια επιθυμία να χαλαρώσεις ή να ξεφύγεις για λίγο».²

Η βουλιμική κρίση, της οποίας συχνά προηγείται μια περίοδος πυρετώδους δραστηριότητας, εκτυλίσσεται συνήθως μέσα σε μια δεύτερη κατάσταση, στο λυκόφως όπου το άτομο αισθάνεται διχασμένο.⁹

Συνήθως ένα επεισόδιο βουλιμίας προετοιμάζεται στα κρυφά. Πολλά άτομα ετοιμάζονται μυστικά για την κραιπάλη ή την προγραμματίζουν αποθηκεύοντας τρόφιμα εκ των προτέρων. Μερικά άλλα αγοράζουν φαγητά ειδικά για να τα τρώνε κατά τη διάρκεια των επεισοδίων βουλιμίας. Περίπου τα μισά άτομα τρώνε το μεγαλύτερο μέρος του φαγητού τους στη διάρκεια μιας κρίσης βουλιμίας σε καφεενεία ή γαλακτοπωλεία ή πηγαίνουν από μαγαζί σε μαγαζί αγοράζοντας φαγητά και τρώγοντάς τα αμέσως.²

Οι τροφές που καταναλώνονται στη διάρκεια των βουλιμιών είναι συνήθως «απαγορευμένες», υπερθερμιδικές, κατηγορία αποκλεισμένη τον υπόλοιπο καιρό: γλυκίσματα, μαρμελάδες, σοκολάτες, ψωμί, πίτσες, ζυμαρικά, αλλαντικά, τυριά.⁹

Οι περισσότεροι βουλιμικοί ασθενείς καταπίνουν γρήγορα το φαγητό τους στη διάρκεια μιας κρίσης βουλιμίας, μερικοί χώνοντας πυρετικά το φαγητό στο στόμα τους, και συχνά δημιουργώντας αρκετή ακαταστασία. Άλλοι προσέχουν να μην αφήσουν τίποτα στη μέση για να αποφύγουν την ανακάλυψη. Εάν το άτομο ξέρει πως δε θα το ενοχλήσουν, θα τρώει πιο αργά, ιδίως αν ξέρει πως μπορεί να προκαλέσει εμετό χωρίς να το ανακαλύψουν. Γενικά η ταχύτητα με την οποία τρώει γίνεται μικρότερη καθώς προχωρεί το βουλιμικό επεισόδιο.

Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας, τα περισσότερα άτομα νιώθουν «φουσκωμένα» ή «γεμάτα» και μερικά παρατηρούν ότι τα χέρια και τα πόδια τους πρήζονται.

Περίπου έξι στους δέκα βουλιμικούς ασθενείς προκαλούν καθ' έξιν εμετό. Αρχικά ο εμετός επιτυγχάνεται βάζοντας τα δάχτυλά τους ή ένα κουτάλι στο λαιμό τους, αλλά αργότερα πολλοί ασθενείς μπορούν να προκαλέσουν εμετό προκαλώντας μια ισχυρή σύσπαση του διαφράγματος ή των μυών της

κοιλιάς για να σπρώξουν το περιεχόμενο του στομαχιού στον οισοφάγο και στη συνέχεια να κάνουν εμετό.²

Σε εκείνους που δεν κάνουν εμετό, η βουλιμική κρίση ακολουθείται από περίοδο μακράς χώνευσης, σύντομη ωστόσο, γιατί γρήγορα διαταράσσεται από μια άναρχη πέψη.

Η χρήση καθαρτικών είναι άλλο ένα μέσον για να βραχυκυκλωθούν οι διαδικασίες χώνευσης με την πρόκληση διάρροιας.⁹

Μερικοί ασθενείς με βουλιμία κάνουν επίσης κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών μεταξύ των κρίσεων βουλιμίας σε μια προσπάθεια να κρατήσουν το βάρος τους υπό έλεγχο.²

Το βουλιμικό άτομο, κατηγορώντας τον εαυτό του γιατί ηττήθηκε ακόμα μια φορά από τον δαίμονά του, οδηγείται στην κατάθλιψη που έχει ονομαστεί μεταπολυφαγική αγωνία, στην απελπισία και σε αυστηρή δίαιτα, με σκοπό αφενός να ξεπλύνει το σφάλμα και αφετέρου να αποφύγει την αύξηση βάρους.^{4,9}

Η μέση θρεπτική αξία μιας βουλιμικής κρίσης εκτιμήθηκε στις 3.500 θερμίδες, αλλά μπορεί να φτάσει τις 10.000 ή και περισσότερες. Η συχνότητα των κρίσεων είναι ασταθής. Μπορεί να κυμανθεί από μερικές σποραδικές κρίσεις, μέχρι περισσότερες από 10 ημερησίως. Ο βουλιμικός μπορεί επίσης να υποφέρει, για πολλές ημέρες ή πολλές εβδομάδες, από έντονες κρίσεις, που χωρίζονται από λίγα ως πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα.⁹

2.2 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΡΙΣΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

- 3 φραντζόλες, 5 λίμπρες πατάτες (τσιπς), 1 βάζο μέλι
- 1 βάζο αντζούγιες (με ψωμί), μια λίμπρα κουάκερ
- 2 λίμπρες αλεύρι (σε τηγανίτες), 1 λίμπρα μακαρόνια
- 2 πουτίγκες στιγμής, 4 ουγγιές καρύδια, 2 λίμπρες ζάχαρη
- 1 μεγάλο πακέτο νιφάδες ρυζιού
- 1,5 λίμπρα μαργαρίνη, μισό λίτρο λάδι (μαγειρικό)
- 2 λίτρα γάλα σε σκόνη, 1 κονσέρβα συμπυκνωμένο γάλα (σε ψωμί ή σε ποτήρι), 4 λίμπρες παγωτό
- 1 λίμπρα λουκάνικα (ή κροκέτες κρέατος) 1,5 λίμπρα κρεμμύδια
- 12 αυγά (σε μιλκ-σέικ, ομελέτα)
- 1 λίμπρα γλυκόριζα, 2 μεγάλες σοκολάτες, 1 λίμπρα ξερά σύκα, 2 πακέτα γλυκά, 6 «σοκολάτες υγείας», διάφορα κέικ με κρέμα (μέχρι 12) που φαγώθηκαν κατά τα ψώνια, 1 λίμπρα σταφίδες
- περισεύματα από το ψυγείο, 1 μπουκάλι τονωτικό με πορτοκάλι

Αυτή η ποσότητα φαγητού δίνει συνολικά:

Ενέργεια 226.070 kg (54.000 θερμίδες)

Πρωτεΐνες 1.071 g
Λίπη 1.964 g
Υδατάνθρακες 14.834 g²

2.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Με το πέρασμα του χρόνου, η πρόκληση εμετού, η κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών προξενούν:

- Υποκαλιαιμία και υποχλωραιμική αλκάλωση
- Υπονατριαιμία, υπομαγνησισαιμία, υπεραμυλασαιμία
- Πλήρης καταστροφή του νευρικού δικτύου τμημάτων του πρωκτού
- Διαταραχές του μεταβολισμού
- Φλεγμονές στομάχου
- Οισοφαγική ρήξη – οισοφαγίτιδα
- Γαστρεντερικές ανωμαλίες
- Διόγκωση των σιελογόνων αδένων
- Μεταβολική οξέωση
- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- Αρρυθμίες, υπόταση, βραδυκαρδία
- Εξάρτηση από καθαρτικά
- Πονοκέφαλο
- Αφυδάτωση
- Τα χέρια και τα πόδια πρήζονται
- Τα ούλα υποχωρούν (φθορά αδαμαντίνης)
- Τα μαλλιά πέφτουν
- Κάλους ή ουλές στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών

Οι απότομες μεταβολές βάρους προκαλούν:

- Δερματικά προβλήματα (ραγάδες)
- Φλεγμονή των σιελογόνων αδένων (παρωτίτις)
- Σωματική εξασθένηση
- Ανωμαλίες στην περίοδο
- Αμηνόρροια^{2,4,5,9,42,43}

2.4 ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

«Νομίζω πως περιμένω ανυπόμονα μια κρίση βουλιμίας. Δεν ξέρω ακριβώς τι σκέφτομαι, αλλά όταν το καλοσκεφτώ είναι: Ωραία, τώρα δε χρειάζεται να σκέφτομαι πια τη δίαιτα – τι ανακούφιση. Αν συμβεί κάτι που θα καθυστερήσει την έναρξη της κρίσης βουλιμίας θυμώνω και φέρομαι μάλλον άσχημα στο πρόσωπο που προκάλεσε την καθυστέρηση. Ο θυμός δεν είναι δικαιολογημένος και είναι εντελώς εκτός τόπου – θα μπορούσε να παρομοιαστεί με μια παιδική κρίση θυμού».²

Το νέο άτομο που ανήκει στον τύπο του βουλιμικού είναι συνήθως περιποιημένο και δίνει την εντύπωση ότι είναι σίγουρο για τον εαυτό του. Όταν το βάρος του είναι κοντά στο φυσιολογικό – αντίθετα με το διανοητικό ανορεκτικό ή υπερφαγικό παχύσαρκο άτομο – φαίνεται φυσιολογικό. Πίσω όμως από αυτό το προσωπίο κρύβεται κάποιος που αμφισβητεί βαθιά και δεν αγαπά τον εαυτό του, που δεν αγαπά το κορμί του και περνά τον καιρό του προσπαθώντας να γίνει αρεστός στους συνομιλητές του, φοβούμενος την απόρριψη. Έχει την εντύπωση ότι ζει σ' ένα αιώνιο ψέμα. Ανίκανο να πάρει αποφάσεις, να δεσμευτεί σταθερά σε μια κατεύθυνση, το άτομο υποφέρει από ξαφνικές παλινωδίες στις επιλογές που αφορούν τη ζωή του. Εγκλωβίζεται σε «προσωρινές» καταστάσεις που διαιωνίζονται. Οι μόνες αποφάσεις του χαρακτηρίζονται γενικά από βίαιες και απερίσκεπτες παρορμήσεις, που στη συνέχεια συνήθως αναιρούνται. Απέναντι στους άλλους, το άτομο διαψά για τον πλησίον, τον οποίο καταβροχθίζει, ενώ ταυτόχρονα ασφυκτιά μέσα στις πολύ στενές σχέσεις.⁹

Πριν αρχίσουν να τρώνε με βουλιμία, τα περισσότερα άτομα νιώθουν εκνευρισμένα και αγχωμένα, έχουν ταχυπαλμία ή αρχίζουν να ιδρώνουν. Στη διάρκεια της κρίσης βουλιμίας τα περισσότερα βουλιμικά άτομα νιώθουν ένα αίσθημα ελευθερίας. Αν το άτομο αποφασίσει να προκαλέσει εμετό, μπορεί να συνδυάσει τη μείωση της έντασής του με την πράξη του εμετού. Στο τέλος της κρίσης τα περισσότερα άτομα νιώθουν λιγότερο εκνευρισμένα και αγχωμένα αλλά μπορεί να μην τους αρέσει ο εαυτός τους εξαιτίας αυτού που έκαναν στο σώμα τους. Μπορεί να νιώθουν ενοχή που προκάλεσαν εμετό και πανικό ότι η κρίση βουλιμίας μπορεί να τα κάνει να πάρουν βάρος. Αυτό μπορεί να οδηγήσει με τη σειρά του σε περισσότερο άγχος και ένταση με αποτέλεσμα να μπορεί να ξαναρχίσουν να τρώνε με βουλιμία. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. Αν ένας βουλιμικός δεν μπορεί να ανακουφίσει το άγχος και την έντασή του, η συμπεριφορά του μπορεί να αλλάξει σε ταραχή, θυμό ή επιθετικότητα.²

Στα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία υπάρχει αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση), όπως και Μείζονος

Καταθλιπτικής Διαταραχής και Δυσθυμικής Διαταραχής, που μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα ή να προηγούνται της διαταραχής. Επίσης, υπάρχει αυξημένη συχνότητα αγχωδών συμπτωμάτων (π.χ. φόβος κοινωνικών καταστάσεων), Αγχωδών Διαταραχών, Κατάχρησης Ουσιών και Εξάρτησης από Ουσίες (ιδιαίτερα αλκοόλ και διεγερτικών) και Διαταραχών της Προσωπικότητας (πιο συχνά της Μεταιχμιακής Διαταραχής της Προσωπικότητας).⁵

2.5 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΟΙ ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΙ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΤΙΣΤΑΘΟΥΝ ΣΤΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

- ✓ Αγοράζουν τόσο φαγητό όσο χρειάζεται κάθε μέρα, για να μη μένει στο σπίτι.
- ✓ Αποφεύγουν να μαγειρεύουν ή να μπαίνουν στην κουζίνα.
- ✓ Μασάνε πολύ ώρα μια μπουκιά φαί, για να μην βάζουν όλο και περισσότερο φαγητό στο στόμα τους.
- ✓ Αποφεύγουν να τρώνε με την οικογένειά τους ή να πηγαίνουν σε κοινωνικές συγκεντρώσεις όπου σερβίρεται φαγητό.
- ✓ Αποφεύγουν να έχουν σπίτι τους οποιαδήποτε απαγορευμένη τροφή
- ✓ Κλειδώνονται στο μπάνιο ή πηγαίνουν με το αυτοκίνητο στην εξοχή μη έχοντας χρήματα στην τσάντα τους.
- ✓ Προγραμματίζουν να είναι εντελώς απασχολημένοι σε κάθε στιγμή για να απομακρύνουν τη σκέψη τους από το φαγητό.
- ✓ Προσπαθούν να ακολουθήσουν αυστηρή δίαιτα ή αποφεύγουν να πηγαίνουν σε καταστήματα τροφίμων.
- ✓ Χρησιμοποιούν τη γυμναστική, περνώντας ατέλειωτες ώρες στο γυμναστήριο (σκουός, τένις, τζόκινγκ κ.α.).

Από μαρτυρίες έχουμε την πληροφορία πως κάποια βουλιμική έραψε τα σαγόνια της με σύρμα, χρησιμοποιώντας πριν αναισθητική αλοιφή και μια άλλη έκοψε τις άκρες των δακτύλων της ώστε να πονάνε πάρα πολύ για να μην μπορεί να προκαλέσει εμετό, ελπίζοντας έτσι ότι δεν θα άρχιζε να τρώει.^{2,9}

2.6 ΤΡΟΠΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΟΙ ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΙ ΓΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΠΑΡΟΥΝ ΒΑΡΟΣ

«Πάντως, όταν, πρωτάρχισα να κάνω δίαιτα, όρισα στον εαυτό μου μια συγκεκριμένη ποσότητα που επιτρεπόταν να φάω κάθε μέρα – συνήθως μερίδες

κατάλληλες για πουλιά. Υπέφερα πάρα πολύ αν τα σχέδιά μου χαλούσαν από μια πρόκληση για φαγητό. Το να φάω ένα μεγάλο γεύμα στη μέση της ημέρας ήταν αιτία για μεγάλες τύψεις συνειδήσεως επί πολλές ημέρες, τόσο ήταν το μέγεθος της παράνοιάς μου! Τηρούσα με θρησκευτική ευλάβεια την δίαιτά μου. Αλλά η ανταμοιβή ήταν πάντα ένα ζαχαρωτό με καρύδα την Παρασκευή το απόγευμα και επέτρεπα στον εαυτό μου να τρώει ψωμί το Σαββατοκύριακο».²

Τα βουλιμικά άτομα συχνά δείχνουν υπερβολικό νοιάξιμο για το βάρος τους και προσπαθούν επανειλημμένα να το ελέγξουν.⁵

Ξέρουν ότι η βουλιμία και το υπερβολικό φαγητό είναι διαφορετικά πράγματα και επειδή έχουν το φόβο μήπως πάρουν βάρος, παίρνουν μέτρα για να είναι σίγουρα πως το φαγητό που έφαγαν στη διάρκεια μιας κρίσης βουλιμίας δεν θα οδηγήσει σε αύξηση βάρους.

Για να το πετύχουν αυτό μπορεί ΝΑ:

- κάνουν αυστηρή δίαιτα μεταξύ των κρίσεων βουλιμίας
- κάνουν υπερβολική γυμναστική περνώντας ώρες κάθε μέρα στο γυμναστήριο
- παίζουν βόλεϊ
- κολυμπούν

Αν ανακαλύψουν ότι αυτά τα μέτρα δεν ελέγχουν το βάρος τους μπορεί να καταφύγουν σε μια επικίνδυνη μέθοδο μείωσης του βάρους φροντίζοντας να μην απορροφάται το φαγητό που τρώνε.²

Πολλά από αυτά τα άτομα προκαλούν εμετό είτε βάζοντας τα δάκτυλα στο στόμα, αγγίζοντας την επιγλωττίδα τους έτσι ώστε να καταφέρουν το αντανακλαστικό «τράβηγμα» των μυών, είτε με ένα απλό σφίξιμο του στομαχιού. Άλλα πάλι καταφεύγουν σε λαβές κουταλιών ή σε αλατόνερο, ή ακόμα σε εμετικά που πωλούνται σε φαρμακεία.⁹

Οι εμετοί είναι συχνοί και επιτρέπουν παράλληλα στον ασθενή να συνεχίζει να τρώει, χωρίς να φοβάται ότι θα πάρει βάρος.⁴

Η χρήση καθαρτικών είναι άλλο ένα μέσο για να βραχυκυκλωθούν οι διαδικασίες χώνευσης με την πρόκληση διάρροιας.⁹

Πάνω από 75 τοις εκατό των βουλιμικών παίρνουν καθαρτικά για να καθαριστούν κατά τη διάρκεια της κρίσης βουλιμίας ή αμέσως μετά. Σε μερικές περιπτώσεις η ποσότητα των καθαρτικών που παίρνουν είναι σημαντική και κυμαίνεται από το τριπλάσιο της συνιστώμενης δόσης μέχρι «χούφτες». Η χρήση καθαρτικών είναι παράλογη και μπορεί να είναι επικίνδυνη. Τα καθαρτικά επιδρούν κυρίως στο παχύ έντερο κάνοντάς το να αδειάσει, αλλά αυτό συμβαίνει αφού η ενέργεια που παίρνεται από την τροφή που τρώμε έχει απορροφηθεί στο λεπτό έντερο. Το μόνο που κάνουν τα καθαρτικά είναι να κάνουν τον οργανισμό να χάσει υγρά, όχι ενέργεια.²

Κυκλοφορούν στο εμπόριο μια εκπληκτική ποικιλία από σκόνες, χάπια, υγρά, και ακόμη γλυκά και τσίχλες.⁴²

Τα μισά βουλιμικά άτομα παίρνουν «χάπια αδυνατίσματος» ή διουρητικά για να χάσουν βάρος. Η κατάχρηση διουρητικών φαίνεται ιδιαίτερα παράλογη αφού το μόνο που επιφέρει είναι η απώλεια νερού και μεταλλικών αλάτων. Δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα στην απαλλαγή του οργανισμού από το αποθηκευμένο λίπος.^{2,9}

2.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

*«Το βασικό στοιχείο που χρειάζεται για την ανάρρωση από τη βουλιμία είναι μια απεγνωσμένη θέληση να ζήσεις φυσιολογικά. Η φυσιολογική ζωή είναι ο παράδεισος για τον οποίο αγωνίζομαι. Ίσως μια μέρα να την πετύχω. Δεν έχω εγκαταλείψει την προσπάθεια. Αυτό όμως δεν είναι τόσο απλό όσο ακούγεται για ένα βουλιμικό. Πρέπει να είναι πολύ εύκολο να ξεχάσεις το μέτρημα των θερμίδων και να τρως τρία κανονικά γεύματα την ημέρα, αλλά κατά κάποιο τρόπο είναι απαραίτητη η σιγουριά ότι δεν έφαγες περισσότερο από τις θερμίδες που επιτρέπονται».*²

Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν γίνει πράγματι πολύ σημαντικά βήματα στη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Το μεγαλύτερο ωστόσο μέρος των ερευνών έχει επικεντρωθεί στην ψυχογενή βουλιμία και φαίνεται πως οι θεραπείες αυτές προσφέρουν απαραίτητη βοήθεια στα άτομα με τη διαταραχή αυτή. Η θεραπεία απαιτεί μακροχρόνιο προγραμματισμό.^{15,37}

Υπάρχουν δύο βασικοί στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου. Στα βουλιμικά άτομα αυτό σημαίνει να επιτευχθεί μεταβολική ισορροπία. Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι προκλητοί έμετοι, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.⁵

Η θεραπεία της βουλιμίας πρέπει να εξατομικευμένη και να στοχεύει στο να βοηθήσει τον βουλιμικό να διορθώσει τη διαταραγμένη συμπεριφορά του στο φαγητό. Για να ληφθούν υπ' όψη οι ειδικές ανάγκες του ασθενούς πρέπει να αξιολογηθούν το ιστορικό της αρρώστιας και η φυσική κατάσταση του ασθενούς. Στη περίπτωση που υπάρχει ψυχιατρικό πρόβλημα αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί σε συνεργασία με τον ψυχίατρο πριν ή ταυτόχρονα με τη θεραπεία της βουλιμίας.²

Λόγω της συννοσηρότητας της ψυχογενούς βουλιμίας με διαταραχές της διάθεσης, του άγχους και της προσωπικότητας ο κλινικός γιατρός πρέπει

να λάβει υπόψη του τις επιπρόσθετες αυτές διαταραχές στο θεραπευτικό πλάνο.⁴

Γενικά η θεραπεία συνίσταται σε ποικιλία παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν:

- (1) Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη
- (2) Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
 - Ψυχοθεραπεία (ατομική, γνωστική, συμπεριφοράς, ομαδική, οικογενειακή)
 - Φαρμακοθεραπεία^{4,5}

Στη πράξη η αγωγή σπάνια βασίζεται σε μία από αυτές. Ανάλογα με τις τρέχουσες απαιτήσεις χρησιμοποιούμε διαδοχικά τη μία ή την άλλη προσέγγιση.⁹

2.7.1 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Συνήθως, η θεραπεία γίνεται σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Οι περισσότεροι ασθενείς με μη επιπλεγμένη ψυχογενής βουλιμία δεν χρειάζονται νοσηλεία. Πολλοί ασθενείς όμως μπορεί να χρειασθούν.^{4,5}

Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. πάνω από 30%) και απίσχναση, η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών και αποτυχία εξωνοσοκομειακής θεραπείας.⁵

Επίσης όταν τα επεισόδια πολυφαγίας δεν ελέγχονται, η περιπατητική θεραπεία δεν έχει αποτέλεσμα ή ο άρρωστος παρουσιάζει επιπρόσθετα συμπτώματα με αυτοκτονικότητα και χρήση ουσιών – η νοσηλεία μπορεί να καταστεί απαραίτητη.⁴

Η νοσοκομειακή θεραπεία βοηθά τον ασθενή να διδαχθεί φυσιολογικές συνήθειες στο φαγητό και να σταματήσει να χρησιμοποιεί τις πιθανόν επικίνδυνες μεθόδους ελέγχου του βάρους του. Επίσης, δημιουργεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον που βοηθά στην ανάρρωση και συμβάλλει στην αλλαγή του τρόπου ζωής. Υποστηρίζεται όμως ότι η ενδονοσοκομειακή θεραπεία δεν είναι η καλύτερη αλλά οι ασθενείς που είναι σοβαρά δεν μπορούν ν' αντιμετωπισθούν ως εξωτερικοί ασθενείς.

Πρέπει να σημειώσουμε πως υπάρχει μία ομάδα ασθενών που χρησιμοποιούν την ενδονοσοκομειακή θεραπεία όταν δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν προκλήσεις προσωπικές ή στη δουλειά τους και γενικά καταστάσεις συννηθισμένες, οι οποίες ευθύνονται και για τη βουλιμία. Μ' αυτό τον τρόπο αποφεύγουν την αλλαγή συμπεριφοράς τους, περιμένοντας από το προσωπικό του νοσοκομείου ν' αναλάβει αυτή την ευθύνη.²

2.7.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Τα γενικά καθήκοντα του νοσηλευτή στην διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας ατόμων με ψυχογενή βουλιμία είναι τα εξής:

- Πλήρες ιστορικό του παρόντος προβλήματος
- Καθημερινό ζύγισμα
- Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- Στενή παρακολούθηση μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός
- Δίαιτα
 - Αρχικά 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος των ασθενών
 - Σιγά – σιγά αύξηση των θερμίδων μοιράζοντας την τροφή σε πολλά μικρά γεύματα
- Σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα σε περίπτωση μεγάλης ελάττωσης βάρους
- Διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών
- Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο να εκφράσει με λόγια έννοιες και φόβους του
- Αναγνώριση φόβων του αρρώστου και μετάδοση ελπίδας σ' αυτόν^{2,5}

2.7.3 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

2.7.3.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Επειδή η ψυχογενής βουλιμία είναι διαταραχή της οποίας τα αίτια είναι κυρίως ψυχολογικά, για την αντιμετώπιση της κατάστασης χρειάζεται η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου ανάλογα με την προσωπικότητα, τις συνθήκες και την ηλικία του.

Ατομική ψυχοθεραπεία:

Είναι ένα είδος ανθρώπινης διαπροσωπικής σχέσης και επικοινωνίας που μέσα στα πλαίσια της και το κλίμα της, δημιουργούνται βελτιωμένες ε-

μπειρίες και βιώματα που τροποποιούν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις της προσωπικότητας.

Η ατομική ψυχοθεραπεία ασκείται μεταξύ δύο μόνο ατόμων. Του ψυχοθεραπευτή και του ασθενούς. Αποτελεί σχέση εξατομικευμένη. Κανένας άλλος δεν βρίσκεται στις θεραπευτικές συνεδρίες. Η ατομική ψυχοθεραπεία βοηθάει τον ασθενή να λύσει τις προηγούμενες αγνώριστες διαμάχες και να επιτύχει μια καλλίτερη προσαρμογή στις εντάσεις της ζωής.

Η ψυχοθεραπεία δεν προσφέρει μόνο απλή ανακούφιση ή απαλλαγή από τα συμπτώματα, αλλά συμβάλει στη διόρθωση ή ανασύνταξη των διαταραγμένων προτύπων συμπεριφοράς στις ανθρώπινες σχέσεις. Το κλειδί για την ερμηνεία των ελατηρίων πολλών πράξεων μας ή ορισμένου τύπου συμπεριφοράς είναι η πλήρης κατανόηση του ψυχοδυναμικού τρόπου, πάνω στον οποίο έχει οικοδομηθεί ο χαρακτήρας μας.

Γνωστική ψυχοθεραπεία:

Η γνωστική θεραπεία είναι μια ειδική θεραπευτική τεχνική (ψυχοθεραπεία), που χρησιμοποιείται προοδευτικά. Είναι ουσιαστικά μια βραχεία ψυχοθεραπεία με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών στοιχείων του ασθενούς.¹⁰

Η ψυχοθεραπεία αυτή μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λαθεμένες αντιλήψεις για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους. Επίσης μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, που μπορεί να συνδέονται με τη διαταραχή στην πρόσληψη τροφής.⁵

Θεραπεία συμπεριφοράς:

Η θεραπεία της συμπεριφοράς στηρίζεται στην ψυχολογία της μάθησης. Είναι πιο αποτελεσματική, όταν ο σκοπός της θεραπείας είναι να αλλάξει κάποια μεμονωμένη συνήθεια. Στη ψυχογενή βουλιμία στόχος είναι ν' αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής.^{5,10}

Σε μερικές αναφορές ενθαρρύνεται η χρήση θεραπείας συμπεριφοράς, στην ψυχογενή βουλιμία, με στόχο τις ειδικές συμπεριφορές που περιβάλλουν και οδηγούν τα επεισόδια πολυφαγίας. Ορισμένα προγράμματα που έχουν βοηθήσει περιλαμβάνουν συμπεριφεριολογικό συμβόλαιο και απευαισθητοποίηση σκέψεων και συναισθημάτων που έχουν οι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία λίγο πριν τη πολυφαγία.⁴

Ομαδική ψυχοθεραπεία:

Στην ομαδική ψυχοθεραπεία ο ασθενής βλέπει ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει σ' αυτόν τον κόσμο. Δέχεται παραινέσεις από πολλές μεριές, δημιουργεί δεσμούς με τους συνασθενείς – συνομιλητές κ.λ.π.¹⁰

Έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμη για ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. Εντατική ομαδική ψυχοθεραπεία για βουλιμικούς ασθενείς συνδυάζει εκπαιδευτικά στοιχεία γύρω από τη διατροφή, τεχνικές γνωστικής ανακατασκευής, τεχνικές συμπεριφορικής τροποποίησης και ψυχοκοινωνική υποστήριξη.⁵

Οικογενειακή ψυχοθεραπεία:

Θεραπεία οικογένειας συνίσταται ιδιαίτερα για οριακούς αρρώστους με ψυχογενή πρόβλημα διατροφής – βουλιμία.⁷

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική, γιατί μπορεί ν' απευθυνθεί στις ενδοοικογενειακές διαντιδράσεις, οι οποίες είναι δυνατό να συμβάλλουν στην προβληματική συμπεριφορά του ασθενή όσον αφορά την πρόσληψη τροφής, στις ενδοοικογενειακές εντάσεις που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή και στις αλληλεπιδράσεις τους.⁵

Κατά την διάρκεια των συζητήσεων με τον θεραπευτή συζητούνται τα παρακάτω θέματα και ο ασθενής μαθαίνει να:

- ✓ υιοθετεί μια νέα στάση απέναντι στο φαγητό και στο βάρος
- ✓ διατηρεί το βάρος του μέσα στα φυσιολογικά όρια
- ✓ τρώει κάτι τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα
- ✓ αποφεύγει τις λανθασμένες μεθόδους απώλειας βάρους
- ✓ αναγνωρίζει πότε έχει «κακή» διάθεση και να μάθει να έχει επίγνωση των μεταβολών της διάθεσής του
- ✓ αναγνωρίζει τι προκαλεί τις κρίσεις βουλιμίας και
- ✓ βρίσκει τρόπους να αντιμετωπίζει τα προβλήματά του, εκτός από το να καταφεύγει στο φαγητό²

2.7.3.2 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, έχει δειχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά και της υπερφαγίας και της πρόκλησης εμέτου, σε βουλιμικά άτομα.⁵

Έχουν βοηθήσει η μιπραμίνη (Tofranil, ΣτΜ.: δεν κυκλοφορεί πια στην Ελλάδα), η δεσιπραμίνη (ΣτΜ.: επίσης δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα), η τραζοδόνη (Trittico) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ). Η φλουοξετίνη (Ladose) φαίνεται να υπόσχεται αποτελεσματική θεραπεία. Γενικά, τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά είναι τις περισσότερες φορές αποτελεσματικά σε δόσεις που συνήθως χορηγούνται στις καταθλιπτικές διαταραχές. Ωστόσο, οι αποτελεσματικές, για τη μείωση της πολυφαγίας, δόσεις της φλουοξετίνης μπορεί να είναι υψηλότερες (60 mg την ημέρα) απ' αυτές που χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη. Σε περιπτώσεις συννοσηρότητας καταθλιπτικών διαταραχών και ψυχογενούς βουλιμίας, η φαρμακευτική αγωγή βοηθάει. Η καρβαμαζεπίνη (Tegretol) και το λίθιο (Milithin) δεν έχουν δείξει εντυπωσιακά αποτελέσματα στη θεραπεία της πολυφαγίας, αλλά έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία ασθενών με ψυχογενή βουλιμία και συνυπάρχουσες διαταραχές της διάθεσης, όπως διπολική διαταραχή Ι.⁴

Η διφαινυλδαντοΐνη ακόμη έχει δώσει σε μερικές περιπτώσεις καλά θεραπευτικά αποτελέσματα.³⁸

Παρ' όλο ότι ορισμένα φάρμακα μπορούν να καταστείλουν την πείνα και να ελαττώσουν τη συχνότητα βουλιμικών «επεισοδίων», καλό είναι να μη χρησιμοποιούνται, λόγω του μεγάλου κινδύνου εθισμού, εξάρτησης και κατάχρησής τους.¹⁵

2.8 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

«Οι κρίσεις βουλιμίας συνεχίζονται αλλά δε θα τις όριζα τώρα σαν υπερβολικό φαγητό. Το βάρος μου έχει αυξηθεί κατά 3 κιλά αλλά αυτό δε με ενοχλεί. Δε ζυγίζομαι πια, τουλάχιστον όχι συχνά. Δεν προσπαθώ να ακολουθήσω μια δίαιτα γιατί απλώς θα έδινα για μια ακόμη φορά έμφαση στο φαγητό (αλλά είμαι σίγουρη πως πάντοτε στο μυαλό μου θα μετράω θερμίδες – αλλά μόνο σε εκατοντάδες). Νιώθω εντυχημένη και προσπαθώ να τρώω κανονικά όποτε μπορώ».

Το 40% των βουλιμικών που παρακολουθήθηκαν επί μία περίοδο πέντε χρόνων εμφανίζουν καλή έκβαση της θεραπείας και άλλο ένα 40% εμφανίζουν άμεσο αποτέλεσμα. Περίπου 20% των βουλιμικών δεν εμφανίζουν καμία βελτίωση.

Η καλή έκβαση της θεραπείας εξαρτάται από το πόσο έγκαιρα ο ασθενής έχει συμβουλευτεί το γιατρό (να μην έχει κρίσεις πάνω από πέντε χρόνια). Βέβαια αυτό είναι δύσκολο εφ' όσον οι βουλιμικοί κρύβουν τη συμπεριφορά τους στο γιατρό και οι γιατροί δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις.

2.9 ΠΡΟΛΗΨΗ

*«Κάπου βαθιά στο μυαλό μου νιώθω ότι – αν κάποια μέρα τα πράγματα πάνε άσχημα στη ζωή μου – θα μπορούσα να γίνω βουλιμική. Αν υπήρχε υπερβολική πίεση, ανησυχίες ή δεν μπορούσα να αντιμετωπίσω τα προβλήματα, το φαγητό θα ήταν το δεκανίκι για να συνεχίσω. Θα έπρεπε τα πράγματα να είναι πολύ άσχημα, αλλά νομίζω πως θα πρέπει να ζητήσω βοήθεια από τους ειδικούς για να μη στραφώ εντελώς στο φαγητό...».*²

Τρόποι για να αποφύγετε την ψυχογενή βουλιμία:

- ✓ αρχίστε να αθλείστε
- ✓ τηλεφωνήστε σε κάποιον φίλο σας αν αισθάνεστε ανία
- ✓ καταπνίξτε τη θλίψη σας
- ✓ διαλέξτε «εναλλακτικές» τροφές με χαμηλά λιπαρά
- ✓ τρώτε 3 κανονικά γεύματα κάθε μέρα³¹

Για να μην τρώμε υπερβολικά, δεν προαπαιτείται να λύσουμε όλα μας τα προβλήματα. Εξάλλου, ένας τέτοιος στόχος θα ήταν απόλυτα ουτοπικός. Αρκεί να προσπαθήσουμε να τρώμε συνειδητά και με γνώμονα την πραγματική πείνα.

Όλοι οι άνθρωποι τρώνε κάποια στιγμή χωρίς να πεινάνε, επιζητώντας τη στοματική ευχαρίστηση. Είναι όμως δυνατό να μάθουμε να ξεχωρίζουμε την ψυχολογική από τη στομαχική πείνα. Να βάλουμε ως στόχο να τρώμε όταν πραγματικά μας το ζητάει το στομάχι μας. Να διασκεδάσουμε την κάθε μπουκιά. Όταν καταλαβαίνουμε ότι κάποια άλλη ανάγκη μας παρουσιάζεται μασκαρεμένη σε πείνα, να προσπαθούμε να καταλάβουμε ποια είναι αυτή, εφόσον το φαγητό έτσι κι αλλιώς δεν θα μας ικανοποιήσει πραγματικά.

Μπορεί, αντί για φαγητό, να χρειαζόμαστε μια αγκαλιά, ένα ζεστό μπάνιο. Μπορεί να είναι ώρα για μια μεγαλύτερη αλλαγή. Μπορεί ακόμα, μεταμφιεσμένο σε πείνα, να είναι ένα ανυπόφορο συναίσθημα (π.χ. έντονη θλίψη), που είναι προτιμότερο να το βιώσουμε, να το αναγνωρίσουμε και να δούμε τι έχει να μας πει για τη ζωή μας, παρά να το πνίξουμε σε ένα κουτί γλυκά, που θα μας κάνει τελικά να αισθανθούμε ακόμα χειρότερα.³⁰



ΜΕΡΟΣ Γ΄
“ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ”

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο



1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*«βροχή βαριά, καταραμένη, κρύα
μονότροπη κι αναπαμό δεν έχει.
Χαλάζι αδρό, σαπρόνερο και χιόνι
με ορμή στον σκοτεινό χιμούν αγέρα...
Ο κέρβερος, σκληρό θεριό και τέρας,
με τρεις λαιμούς σκυλίτικα αλυχτάει
τα πλήθη τις ψυχές που εδώ βουλιάζουν...
για το φριχτό της λαιμαργίας πάθος».*

Δάντη: «Η θεία Κωμωδία», τραγούδι Στ', «Κόλαση»
Μετάφραση: Νίκου Καζαντζάκη⁴⁴

Δεν είναι σωστό να θεωρούμε την παχυσαρκία σαν απλή «άκομψη εμφάνιση» κι «άχαρη φιγούρα» του σώματος, αλλά σαν «αληθινή νόσο».⁴⁵

Στην πραγματικότητα η παχυσαρκία αποτελεί σήμερα τη συχνότερη μεταβολική νόσο. Έχει τις περισσότερες και βαρύτερες επιπλοκές. Μειώνει τα χρόνια της ζωής μας και στην κυριολεξία καταστρέφει την ποιότητά της.⁴⁴

Ο παχύσαρκος όσο «ευτυχισμένος» και αν φαίνεται αντιδραστικά, δεν παύει να είναι γεμάτος προβληματισμούς, αισθήματα μειονεξίας, να συνθλίβεται ανάμεσα σε κάθε λογής ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, να κατατρέχεται από φόβους, ενοχή, έλλειψη αυτοπεποίθησης κι εμπιστοσύνης στον εαυτό του.

Κι ο μιν πληθωρικός καθίσταται ενοχλητικός άρρωστος για το περιβάλλον του και το γιατρό με τις φοβίες που τον διατρέχουν, η δε παχυσαρκία σαν οντότητα καθίσταται μεγάλο «ιατροκοινωνικό» πρόβλημα κι οινός κακόν.⁴⁵

1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ

«Παχυσαρκία είναι η υπερβολική αύξηση της λιπώδους μάζας του οργανισμού».⁴⁶

«Παχυσαρκία σημαίνει ότι το άτομο ζυγίζει περισσότερο από όσο θα έπρεπε – ανάλογα με το ύψος και την ηλικία του – για να είναι σε θέση να παραμένει υγιές και να αντιστέκεται στην αρρώστια».⁴⁷

«Παχυσαρκία θεωρείται η παθολογική εκείνη κατάσταση κατά την οποία περίσσεια λίπους ή λιπώδους ιστού εναποθηκεύεται στον οργανισμό». ⁴⁸

1.3 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Για τον προσδιορισμό της παχυσαρκίας υπάρχουν πολλοί επιστημονικοί τρόποι, αλλά σήμερα παγκοσμίως χρησιμοποιείται ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) που είναι το πηλίκο του σωματικού βάρους σε κιλά, διαιρούμενο δια του ύψους σε μέτρα και πολλαπλασιαζόμενο επί τον εαυτό του, δηλαδή στο τετράγωνο.

$$\text{Δείκτης Μάζας Σώματος} = \frac{\text{Βάρος (σε κιλά)}}{\text{Ύψος (σε μέτρα)}^2}$$

Ένας άντρας βάρους 75 κιλών και ύψους 1,80 θα έχει:

$$\Delta\text{Μ}\Sigma = \frac{75}{1,80 \times 1,80} = \frac{75}{3,2400} = 23,1$$

Έτσι, σύμφωνα με τον ΔΜΣ έχουμε την εξής κατάταξη:

ΔΜΣ < 18,5	Έλλειποβαρές άτομο
ΔΜΣ από 18,5 – 25	Φυσιολογικό βάρος
ΔΜΣ από 25 – 30	Υπέρβαρο άτομο
ΔΜΣ από 30 – 40	Μεγάλου βαθμού παχυσαρκία
ΔΜΣ > 40	Νοσογόνος παχυσαρκία

Η κατάταξη αυτή αφορά μόνο τους ενήλικες και όχι τα παιδιά. ⁴⁹

1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στους αρχαίους πολιτισμούς της Αιγύπτου, της Ασσυρίας, της Ρώμης και της Ελλάδας σίγουρα υπήρχαν παχείς άνθρωποι. Από όσο όμως μπορούμε

να κρίνουμε από γραφτά και τα αγάλματα εκείνης της εποχής οι άνθρωποι αυτοί ήταν λίγιοι.⁴⁷

Οι μεγάλοι γιατροί της αρχαιότητας Γαληνός, Ιπποκράτης, οι Άραβες γιατροί στα γραφτά τους κείμενα επισημαίνουν τους κινδύνους που απορρέουν από το πάχος, όσο και τη συντόμευση της ζωής.⁴⁵

Στη Βρετανική Εθνική Πινακοθήκη βλέπουμε λεπτούς βασιλιάδες, βασίλισσες και αυλικούς που έζησαν από το 13^ο μέχρι τα μέσα του 17^{ου} αιώνα. Ο Κάρολος Β΄, που έζησε στα τέλη του 17^{ου} ήταν ο μόνος σε ολόκληρη την πινακοθήκη με πραγματικά μεγάλη κοιλιά.

Αμέσως μετά από αυτόν, στη βασιλεία της Άννας, σχεδόν όλοι οι λόρδοι και λαίδες ήταν παχύσαρκοι. Πριν από αυτήν την εποχή, η παχυσαρκία αποτελούσε σπάνιο φαινόμενο.

Η παχυσαρκία σαν συνηθισμένη κατάσταση εμφανίστηκε στις Δυτικές χώρες τους τελευταίους αιώνες. Πρόσφατα άρχισε να εμφανίζεται στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες της Αφρικής και άλλα μέρη του Τρίτου Κόσμου. Οι Αφρικανοί γνώριζαν, ωστόσο, στο παρελθόν πώς να παχαίνουν ένα άτομο. Τη δεκαετία του 1920 τα κορίτσια πάχαιναν για να εξασφαλίζουν καλή τιμή στο γάμο τους.⁴⁷

Καρπός της αφθονίας, της άνεσης η παχυσαρκία. Δεν εμφανιζόταν στους λαούς της προαγροτικής εποχής και τις νομάδες των τροφοκνηγών. Πρωτοεμφανίστηκε όταν οι πρόγονοί μας έγιναν εδραίοι κι άλλαξαν τρόπο διαβίωσης.⁵⁰

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

A) ΗΛΙΚΙΑ

Η παχυσαρκία χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τη μέση ηλικία. Με την πάροδο όμως του χρόνου, στις αναπτυγμένες κοινωνίες, παρατηρείται μια προοδευτική αύξηση της συχνότητας της, στην παιδική και στην εφηβική ηλικία ως αποτέλεσμα της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας ή και του υπερσιτισμού.⁴⁸

Σύμφωνα με τις κρατούσες συνθήκες, η παχυσαρκία είναι 50% συχνότερη σε άτομα άνω των 40 ετών και 30% σε μικρότερες ηλικίες.⁵⁰

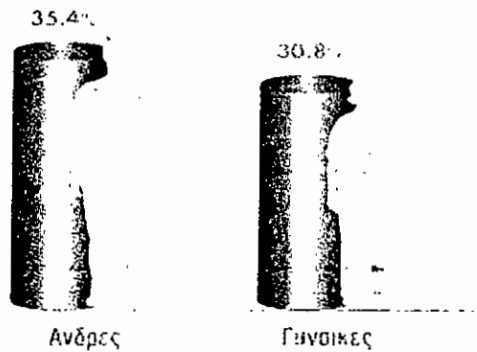
B) ΦΥΛΟ

Εμφανίζεται και στα δύο φύλλα αλλά συχνότερα στις γυναίκες μετά από κύηση ή την εμμηνόπαυση. Μέρος της αυξημένης συχνότητας μετά από κύηση οφείλεται στην απουσία θηλασμού και στην εγκυμοσύνη.⁴⁸

Ένας επιστήμονας, ο WOLFF, έδειξε ότι το φαινόμενο είναι χειρότερο στα κορίτσια απ' ότι στ' αγόρια.⁵¹

Οι έφηβες έχουν διπλάσια πιθανότητα να είναι παχύσαρκες απ' ότι οι έφηβοι.²

Στην Ελλάδα όμως σύμφωνα με μέτρηση της Eurobarometer 1996 το ποσοστό των υπέρβαρων – παχύσαρκων ανδρών είναι μεγαλύτερο από ότι στις γυναίκες:



Ποσοστό (%) υπέρβαρων/παχύσαρκων στην Ελλάδα⁵²

Γ) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ

Στις αναπτυγμένες κοινωνίες αποτελεί χαρακτηριστικό της μέσης και της φτωχότερης κοινωνικής τάξης.⁴⁸

Σπάνια στα πτωχά κράτη παίρνει επιδημικό χαρακτήρα όσο και στις υπό ανάπτυξη χώρες. Υπολογίζεται ότι 30 – 50% του πληθυσμού τέτοιων χωρών έχει περίσσιο σωματικό βάρος.⁵⁰

Παρατηρείται πάρα πολύ συχνά το φαινόμενο της παχυσαρκίας στα Ελληνόπουλα.⁵¹

Είναι χαρακτηριστικό ότι σήμερα οι ειδικοί εκτιμούν, ότι οι παχύσαρκοι Έλληνες υπερβαίνουν τα 2.000.000 άτομα, αριθμός που αναμένεται να αυξηθεί θεαματικά μέχρι το 2020!⁵³

Ενδεικτικά, 33% των ατόμων με χαμηλή μόρφωση εμφανίζει υπερβολικό βάρος, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό μορφωμένων φθάνει μόνο το 7%. Επίσης η ευρωστία είναι πιο σπάνια σε γυναίκες ανώτερης τάξης 4% και 35% σε κατώτερης.⁵⁰

Στις Η.Π.Α. το 40% των ενηλίκων είναι παχύσαρκοι.⁴⁷

1.6 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το πάχος πρέπει να θεωρείται πάθηση και να αναζητείται πάντοτε η αιτία του.⁵⁴

Σε ότι αφορά την αιτιολογία της παχυσαρκίας δεν είναι ακριβώς γνωστό τι φταίει.⁵¹

Ο ορισμός «υπερβολική θερμιδική πρόσληψη», ή «ανεπάρκεια κατανάλωσης θερμίδων», από τη σκοπιά της αιτιοπαθογένειας είναι αφελής και απλοϊκός. Κι αυτό γιατί σωστό είναι να μελετηθούν βαθύτερα τα αίτια.⁵⁰

Οι διάφορες αιτίες που θα αναφερθούν παρακάτω επιδρούν είτε μειώνοντας τις καύσεις, είτε αυξάνοντας πάνω από το φυσιολογικό την επιθυμία για φαγητό, είτε τέλος δημιουργώντας εκλεκτικές γευστικές επιθυμίες προς τροφές που ευνοούν την αύξηση του σωματικού βάρους όπως είναι κυρίως τα λιπαρά και λιγότερο η ζάχαρη.

Εκείνο όμως που θα πρέπει από την αρχή να γίνει κατανοητό είναι ότι η αιτία της παχυσαρκίας δεν είναι μια αλλά πολλές, ακόμα και για το ίδιο άτομο. Θα πρέπει τις πιο πολλές φορές να συνδυαστούν περισσότεροι από έναν παράγοντα για την εμφάνιση αλλά και διαίωσή της.⁴⁴

Οι διάφοροι εμφανείς παράγοντες για την παχυσαρκία αναφέρονται παρακάτω:

1) ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ: Στο μεγάλο της ποσοστό η παχυσαρκία οφείλεται στην υπερφαγία.⁵⁵ Η πρόσληψη με τη δίαιτα μεγαλύτερου ποσού θερμίδων από εκείνο που απαιτείται για τις θερμιδικές ανάγκες του ατόμου, οδηγεί τελικά στην παχυσαρκία.⁴⁸

Η υποταγή στην πολυφαγία είναι συνισταμένη δυο βασικών παραγόντων:

- ✓ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ που αποτελούν την φυσιολογική ρύθμιση δια μέσου του διεγκεφαλο – ορμονο – φυτικού συστήματος
- ✓ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ η σκανδαλιστική θέα των τροφών⁵⁰

2) ΕΛΛΑΤΩΜΕΝΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ: Όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα, όλοι γνωρίζουμε καλά σήμερα το πόσο πολύ έχει μειωθεί, όχι μόνο σε επίπεδο επαγγελματικής ενασχόλησης.⁴⁴

Οι περισσότεροι άνθρωποι περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους μπροστά στην τηλεόραση. Ο μέσος Ευρωπαίος αφιερώνει, περισσότερο από 26 ώρες την εβδομάδα σε παθητική τηλεθέαση. Στα παιδιά και στους νέους πρέπει να προστεθούν και οι ώρες μπροστά στο βίντεο και στο κομπιούτερ. Το 30 – 35% των ατόμων στην Ευρώπη αφιερώνουν λιγότερα από 20 λεπτά τον μήνα για άσκηση (κάθε είδους). Το 80% δεν περπατά αρκετά, το 90% δεν χρησιμοποιεί ποτέ ποδήλατο, το 50 – 60% δεν παίρνει ποτέ μέρος σε ασκήσεις που

απαιτούν κάποια ένταση. Μόνο 20 – 30% συμμετέχει σε κάποια μορφή άσκησης, όχι απαραίτητα συστηματικά.⁵⁶ Δεν είναι μόνο οι θερμίδες που καίμε κατά την διάρκεια της άσκησης, αλλά και μετά από αυτήν υπάρχει κάποιος βαθμός υπερμεταβολισμού. Επιπλέον, άτομα που ασκούνται συστηματικά αυξάνουν την ποσότητα και βελτιώνουν την ποιότητα του μυϊκού τους ιστού και έτσι έχουν αυξημένο ακόμα και το βασικό τους μεταβολισμό, αφού ο ενεργός μεταβολικά ιστός είναι ο μυϊκός και όχι ο λιπώδης.⁴⁴

Οι τελευταίες μελέτες επιβεβαιώνουν συνεχώς την άποψη ότι η καθιστική ζωή αποτελεί εξίσου σημαντικό παράγοντα στην πρόκληση παχυσαρκίας με την κακή διατροφή.

3) ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Τελευταία η επιστήμη βρήκε το «γονίδιο της παχυσαρκίας», επιβεβαιώνοντας τη θεωρία της κληρονομικότητας.⁵⁶ Δεν υπάρχει ανθρώπινη ιδιότητα που στη διαμόρφωσή της να μην συμμετέχει ο κληρονομικός παράγοντας, άλλοτε περισσότερο κι άλλοτε λιγότερο.⁴⁶

Όταν ένα παιδί είναι χοντρό σχεδόν πάντα βρίσκει κανείς ότι ένας ή και οι δυο γονείς έχουν περισσότερο βάρος από ότι θα έπρεπε.⁵¹ Τα άτομα αυτά με παχύσαρκους γονείς εμφανίζουν μειωμένες καύσεις ακόμα και πριν παχύνουν.⁴⁴

Σε σχετική μελέτη που έγινε δείχθηκε ότι το 10% περίπου των παιδιών ήταν παχύσαρκα όταν οι γονείς ήταν φυσιολογικού βάρους. Το 40% όταν ένας από τους γονείς ήταν χοντρός και το 80% των παιδιών ήταν παχύσαρκα όταν αμφότερα οι γονείς ήταν το ίδιο υπέρβαροι.⁵¹

Επίσης μονωγενή δίδυμα που ανατρέφονται σε διαφορετικό περιβάλλον διαφέρουν στο βάρος περισσότερο από ότι μονωγενή δίδυμα, που ανατρέφονται στο ίδιο περιβάλλον. Το ερώτημα είναι αν οι διαφορές αυτές είναι αποτέλεσμα ιδιοτήτων που κληρονομούνται, όπως ο διαφορετικός μεταβολισμός, η ιδιοσυγκρασία που προσδιορίζει την κινητικότητα και την επιθυμία για φαγητό ή είναι αποτέλεσμα συνηθειών των γονέων που με την συμβίωση μεταδίδονται στα παιδιά, όπως π.χ. κατανάλωση άφθονης και πλούσιας σε θερμίδες τροφής από το παιδί που μιμείται τους γονείς του.

Είναι πολύ πιθανό πως και οι δύο παράγοντες κληρονομικός και περιβαλλοντικός, συμμετέχουν στη δημιουργία της παχυσαρκίας.⁴⁶

Ένας άλλος τρόπος για να προσδιοριστεί κατά πόσον η παχυσαρκία είναι κληρονομική είναι να δούμε εάν το βάρος του σώματος και ειδικότερα ο δείκτης Quetelet των υιοθετημένων παιδιών (κατά την ωριμότητα) είχε στενότερη σχέση με εκείνον των βιολογικών γονέων παρά με εκείνον των θετών γονέων. Μια έρευνα που έγινε στη Δανία το 1986 επιβεβαίωσε ότι ο δείκτης Quetelet των υιοθετημένων παιδιών (όταν είναι ενήλικοι) είχε στενότερη σχέση με εκείνον των βιολογικών γονέων, πράγμα που και πάλι υποδηλώνει ότι η τάση για παχυσαρκία μπορεί να είναι κληρονομική.²

Σύμφωνα όμως με τον καθηγητή Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Στέφανο Καραγιαννόπουλο, η παχυσαρκία δεν κληρονομείται με τα γονίδια, αλλά επιβάλλεται με τις κακές συνήθειες και τις λανθασμένες απόψεις τον γονέων μας.⁵⁷

4) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ : Η παχυσαρκία είναι χαρακτηριστικό περισσότερο των κατώτερων κοινωνικών τάξεων από ότι των ανώτερων.⁵¹

Επίσης είναι σήμερα γνωστό ότι άτομα χαμηλού οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό βαριά παχυσαρκία. Αλλά και άτομα με έντονη κοινωνική ζωή, είναι συχνά υπέρβαρα και μάλιστα εμφανίζουν και σωρεία άλλων διατροφικών νόσων, αφού κάθε κοινωνική εκδήλωση αρχίζει και τελειώνει με γεύμα, το οποίο βέβαια δεν είναι...ντοματοσαλάτα.

5) ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ : Είναι βέβαιο σήμερα ότι τα παχύσαρκα άτομα ή τρώνε περισσότερο από το φυσιολογικό για τα προσωπικά τους δεδομένα και το υπό – εκτιμούν ή τρώνε, αναλογικά με τα λεπτόσωμα άτομα, μεγαλύτερες ποσότητες λιπαρών ουσιών, έστω και με φυσιολογικές συνολικά ποσότητες τροφής. Και αυτή όμως η εσωτερική «επιθυμία» για μεγαλύτερης ποσότητες τροφής ή και για περισσότερες λιπαρές ουσίες, φαίνεται ότι οφείλεται σε μεταβολές του χημισμού του οργανισμού των παχύσαρκων ατόμων σε επίπεδο ορμονών και νευρομεταβιβαστών.⁴⁴

Οι άνθρωποι που έχουν πολλά παραπανίσια κιλά δεν τρώνε πολύ ζάχαρη, αλλά πολλά λίπη. Η κατανάλωση πολλών λιπαρών ανατρέπει τον φυσιολογικό μηχανισμό ενέργειας του ανθρώπου. Το σώμα μας φαίνεται πως μπορεί ευκολότερα να υπολογίσει το ποσό των θερμίδων που πήρε από υδατάνθρακες και ανάλογα να ειδοποιήσει τον εγκέφαλο να σταματήσει να τρώει. Άρα, το κορμί μας έχει προγραμματιστεί για χιλιετίες να υπολογίζει τις θερμίδες που πήρε από τον όγκο των υδατανθράκων. Όταν στον ίδιο όγκο πάρει λιπαρά ο αριθμός των θερμίδων εκτοξεύεται στα ύψη. Άλλο ένα κιλό πατάτες βραστές και άλλο ένα κιλό πατάτες τηγανητές.⁵⁶

6) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ : Μία άλλη θεωρία υποστηρίζει ότι μερικοί άνθρωποι αντιδρούν στο στρές, στην ανία, την απογοήτευση ή την κατάθλιψη τρώγοντας υπερβολικά. Αυτό μπορεί να αρχίσει κατά την εφηβεία ή κατά την ωριμότητα. Με άλλα λόγια το άτομο αντιμετωπίζει ένα ψυχολογικό πρόβλημα παρατρώγοντας. Αν το υπερβολικό φαγητό γίνει συνήθεια επειδή η ευχαρίστηση του φαγητού σβήνει τον πόνο του προβλήματος, το άτομο θα παίρνει ανελέητα βάρος.²

Τα ψυχολογικά προβλήματα των υπέρβαρων ατόμων είναι συχνά και πολλά, πολλές φορές δεν είναι και καθοριστικά για όλες τις εκδηλώσεις της

ζωής του (οικογενειακές, επαγγελματικές, κοινωνικές, προσωπικές, σεξουαλικές κ.τ.λ.).⁴⁴

Οι παρακάτω ψυχοπαθολογικές μορφές βρίσκουν την ηρεμία τους όσο και την χαρά της ζωής μόνο στο κύκλωμα των «γαστρονομικών απολαύσεων» με υψηλές επιδόσεις, πέρα από αυτό αποκóπτονται όλα τα ενδιαφέροντα για δημιουργία, εργασία, προβολή, αυτοσυγκράτηση.

- ✓ **ΑΓΧΩΔΗ** με εσωστρέφεια, προβληματισμένα, υπερφορτωμένα, καταπιεσμένα, δυσπροσάρμοστα.
- ✓ **ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΑ** αποτραβηγμένα απ' τη ζωή, ακοινωνήτα, εσωστρεφή, με περιορισμένες σχέσεις χωρίς αυτοκυριαρχία και πεποίθηση.
- ✓ **ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΑ** με τις ταλαντεύσεις ανάμεσα σε ένταση θυμού – ψυχικής ανάτασης και ευφορίας, σε εναλλαγή με υποτονική διάθεση, στερούμενα ψυχικής ισορροπίας. (Τραγουδούν – γελούν και κλαίνε ταυτόχρονα).
- ✓ **ΑΝΩΡΙΜΑ** παιδαριώδη, υπερπροστατευόμενα εξαρτώμενα και επηρρεαζόμενα άμεσα από την οικογενειακή συναναστροφή πλήρης εξάρτησης περιβαλλοντική.
- ✓ **ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΑ**, απείθαρχα, χωρίς αναστολές κάθε ηθική αξία με επακόλουθο την κατάρρευση και κατολίπηση. Τρικυμιώδης συμπεριφορά.⁵⁰

Εκείνο που είναι δύσκολο να απαντηθεί είναι το αν οι ψυχολογικές διαταραχές προκάλεσαν την παχυσαρκία ή αν η παχυσαρκία αυτές. Πάντως, είτε είναι αίτιο, είτε είναι αποτέλεσμα, χωρίς σωστή ψυχολογική προσπέλαση του υπέρβαρου ατόμου και χωρίς τροποποίηση της διαιτητικής του συμπεριφοράς, οι πιθανότητες μόνιμης αντιμετώπισης του προβλήματος θα παραμείνουν όνειρο.⁴⁴

7) ΦΑΡΜΑΚΑ : Ορισμένα φάρμακα (φαινοθειαζίνες, οιστρογόνα κ.λ.π.) είναι σπάνια αιτία παχυσαρκίας.⁴⁸

8) ΑΥΞΗΣΗ ΚΟΡΤΙΖΟΝΗΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ : Είναι γνωστό ότι άτομα σε μακροχρόνια θεραπεία με κορτιζόνη αυξάνουν πολύ συχνά το βάρος τους. Αύξηση της κορτιζόνης είναι δυνατόν να υπάρχει και σε παθήσεις των επινεφριδίων. Αν και είναι πολύ σπάνιες, θα πρέπει να τις υποψιαστείτε και να καταφύγετε στον γιατρό, όταν δείτε ένα στρογγυλό πρόσωπο με υπερβολικά παχιά και κόκκινα μάγουλα, δυσανάλογα παχιά κοιλιά σε σχέση με τα πόδια και κατακόκκινες ραβδώσεις σε όλο το σώμα.⁴⁴

9) ΥΠΟΘΑΛΑΜΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ : Στον υποθάλαμο βρίσκονται τα κέντρα πείνας και όρεξης, καθώς και το κέντρο του κορεσμού. Αν και συμβαίνει πολύ σπάνια, βλάβη του τελευταίου κέντρου προκαλεί την εμφάνιση παθολογικής μορφής παχυσαρκίας.

10) ΕΝΔΡΟΚΡΙΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ : Η παχυσαρκία συχνά συνοδεύει σύνδρομο όπως ο υποθυρεοειδισμός, ο υπογοναδισμός, ο υποφυσισμός και το σύνδρομο Cushing, αλλά δεν αποτελεί πρωτεύοντα χαρακτήρα των συνδρόμων αυτών.⁴⁸

11) ΝΗΣΤΕΙΑ : Πολλά άτομα, κυρίως νέες γυναίκες, στην προσπάθειά τους να μην παχύνουν, καταναλώνουν μακροχρόνια πολύ μικρές ποσότητες φαγητού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πολύ μεγάλη μείωση των καύσεων του οργανισμού. Έτσι, μόλις αρχίσουν να τρώνε, έστω και κανονικά, το σωματικό τους βάρος αυξάνει πολύ πιο εύκολα από αυτό που θα δικαιολογούσε η ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν.⁴⁴

12) ΕΡΓΑΣΙΑ : Ο πίνακας που ακολουθεί δείχνει την κατανάλωση θερμίδων ανά ώρα ανάλογα με τη δουλειά που κάνει ο καθένας:

Γραφική δουλειά	20
Δακτυλογραφία	16 – 40
Ραπτική με το χέρι	25 – 30
Σχεδίαση σε όρθια στάση	40 – 50
Βιβλιοδεσία χωρίς μηχανήματα	90
Βαφή(αυτοκινήτων ή επίπλων)	160
Ξυλουργική	135 – 275
Οικιακά	85 – 175
Πορεία	130 - 200
Ποδηλασία	180 – 300

Επομένως ένας ανθρώπινος οργανισμός που εργάζεται εντατικά πνευματικά, χωρίς να καταβάλει μυϊκή δύναμη, καταναλίσκει μόνο 7 – 8 θερμίδες την ώρα.⁵⁸

13) ΥΨΗΛΗ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ : Στα θερμά κλίματα ή τις θερμές εποχές του χρόνου, οι ανάγκες σε θερμίδες, και επομένως οι ανάγκες σε τροφή, είναι μειωμένες. Αυτός βέβαια είναι ένας πολύ σοφός μηχανισμός της φύσης για να αποφευχθεί η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και επομένως η θερμοπληξία. Οι κίνδυνοι λοιπόν είναι δύο όταν υπάρχει πολυφαγία το καλοκαίρι: ευκολότερη αύξηση του βάρους και δυσκο-

λότερη προσαρμογή του οργανισμού στην ζέστη μέχρι και θερμοπληξίας όταν υπάρχει καύσωνας.

14) ΓΑΛΟΥΧΙΑ : Κατά τον θηλασμό οι καύσεις της γυναίκας είναι λίγο μειωμένες. Αυτό γίνεται για να εξοικονομηθεί ενέργεια η οποία μέσω του μαστού και του μητρικού γάλακτος θα θρέψει το παιδί της. Θα ήταν βέβαια έξω από κάθε λογική να στερήσετε το παιδί σας από τα ευεγερτικά οφέλη του μητρικού θηλασμού για να μην παχύνετε. Απλά, αποφύγετε τις διαιτητικές υπερβολές που πολλές μητέρες, πεθερές αλλά και γιαγιάδες συστήνουν. Μην ενδίδετε σε υπερβολικές επιθυμίες με τη δικαιολογία του θηλασμού και φροντίστε να τρώτε για ΔΥΟ αλλά όχι... όσο ΔΥΟ.⁴⁴

15) ΑΓΝΩΣΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ : Δεν είναι σωστό να πούμε ότι ολόκληρο το πρόβλημα της παχυσαρκίας θα μπορούσε να εξηγηθεί και να κατανοηθεί με πληρότητα. Γιατί δεν υπάρχει αμφιβολία ότι μερικοί άνθρωποι έχουν τεράστια όρεξη αλλά δεν παχαίνουν, ενώ ορισμένοι τρώνε λίγο, και παρ' όλα αυτά παχαίνουν εύκολα.⁵¹

1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Ένας απλός αλλά αντικειμενικός τρόπος για την εκτίμηση της παχυσαρκίας είναι απαραίτητος στην καθημερινή ιατρική. Η σωματική διάπλαση του ατόμου είναι αρκετή, πολλές φορές, να βοηθήσει στη διάγνωση της παχυσαρκίας σε εξαιρετικά παχύσαρκα άτομα.⁴⁸

Πριν να προσφερθεί θεραπεία σε ένα παχύσαρκο άτομο πρέπει να γίνουν μια σειρά εξετάσεων. Αυτές οι εξετάσεις αρχίζουν πριν από την θεραπεία και συνεχίζονται όσο ο ασθενής υποβάλλεται σε θεραπεία:

A) Η φυσική εξέταση

Γίνεται λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού και φυσική εξέταση. Το ιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το οινόπνευμα, το κάπνισμα και τα ναρκωτικά. Στις γυναίκες λαμβάνεται εμμηνορρυσιακό και σεξουαλικό ιστορικό. Η φυσική εξέταση είναι εκείνη που γίνεται συνήθως στις εξετάσεις για ασφάλιση και περιλαμβάνει μέτρηση της πίεσης του αίματος σε ηρεμία και εξέταση ούρων. Πρέπει με την ευκαιρία αυτή να αξιολογηθούν οι παθήσεις που επιδεινώνονται από την παχυσαρκία όπως η οστεοαρθρίτιδα και η υπέρταση.

B) Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι εργαστηριακές εξετάσεις όπως π.χ. οι ακτινογραφίες του κρανίου (υποφυσιακός βόθρος), τα επίπεδα ινσουλίνης πλάσματος, οι δοκιμασίες ανοχής γλυκόζης, η έκκριση κορτιζόλης και κατεχολαμίνης, έχουν ελάχιστη αξία στην αξιολόγηση της παχυσαρκίας. Αντίθετα στην έρευνα, δύο εργαστηριακές εξετάσεις δίνουν μια πολύ ακριβή εκτίμηση του σώματος. Οι εξετάσεις είναι: 1) μέτρηση του ολικού καλίου του σώματος και 2) μέτρηση του ολικού ύδατος του σώματος.

Γ) Κλινική εξέταση

Η αναλογία λίπους στο σώμα μπορεί να υπολογισθεί με μέτρηση του πάχους μιας πτυχής δέρματος σε τέσσερα σημεία του σώματος.

Τα ακόλουθα πάχη πτυχών δέρματος μετρούνται πιάνοντας μια πτυχή δέρματος και μετρώντας το πλάτος της με ένα παχυμετρικό διαβήτη.

- 1) δερματική πτυχή δικέφαλου μπροστά από το βραχίονα στη μέση της απόστασης μεταξύ αγκώνα και ώμου
- 2) δερματική πτυχή τρικέφαλου πάνω από το πίσω μέρος του βραχίονα στη μέση της απόστασης μεταξύ αγκώνα και ώμου
- 3) υποωμοπλάτια δερματική πτυχή κάτω από το κάτω άκρο της ωμοπλάτης
- 4) υπερλαγόνιος δερματική πτυχή πάνω από την κορυφή του λαγόνιου οστού.²



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο



2.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Διαστάσεις... επιδημίας αποκτά τα τελευταία έτη η παχυσαρκία στην χώρα μας, απειλώντας να καταστρέψει όχι μόνο την εμφάνιση, αλλά και την υγεία πολλών συμπατριωτών μας. Το πλέον ανησυχητικό, είναι ότι τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν άμεση συσχέτιση της παχυσαρκίας με την ανάπτυξη πολλών παθήσεων.⁵³

Μπορούμε να δούμε ότι ένα πολύ παχύσαρκο άτομο έχει τριπλάσια πιθανότητα να πεθάνει από ένα άτομο μέσου βάρους και όσο πιο παχύσαρκο γίνεται το άτομο τόσο μεγαλύτερη είναι η θνησιμότητα. Τα παχύσαρκα άτομα έχουν την τάση να πεθαίνουν νέα: η παχυσαρκία μικραίνει την ζωή.²

Οι σύγχρονες στατιστικές τονίζουν την γραμμική σχέση που υφίσταται ανάμεσα στην παχυσαρκία και το ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε αύξηση βάρους 5 – 14% η θνησιμότητα αυξάνει κατά 122%. Σε αύξηση 15 –24% κατά 144%, φτάνει τα 175% όταν το βάρος ξεπερνά τα 125%, και αυτό κύρια από αγγειοκαρδιακές αιτίες.⁴⁵

Στη συνέχεια αναφέρονται παθήσεις και προβλήματα υγείας που οφείλονται η επιβαρύνονται από την παχυσαρκία:

ΚΑΡΔΙΑ

- πρώιμη ισχαιμική νόσος της καρδιάς
- υπερτροφία αριστεράς κοιλίας
- στηθάγχη
- καρδιακή ανεπάρκεια

ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- υπέρταση
- εγκεφαλικό επεισόδιο
- φλεβική στάση

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- αποφρακτική άπνοια στον ύπνο
- σύνδρομο Pickwick
- δευτεροπαθής πολυκυθαιμία
- υπερτροφία δεξιάς κοιλίας

ΗΠΑΤΟ – ΧΟΛΗΦΟΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- χολολιθίαση
- λιπώδης εκφύλιση του ήπατος

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

- σακχαρώδης διαβήτης
- ουρική αρθρίτιδα
- υπερλιπιδαιμίες

ΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- λευκωματουρία, νέφρωση
- θρόμβωση των νεφρικών φλεβών

ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ, ΜΥΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ

- οστεοαρθρίτιδα στην κατά γόνυ άρθρωση
- οστικές άκανθες στην πτέρνα
- εκφυλιστική οστεοαρθροπάθεια (στις γυναίκες)
- επιβάρυνση προϋπάρχουσας βλάβης στην σταση/θέση του ατόμου

ΔΕΡΜΑ

- ραβδώσεις
- ακανθωτική μελανοδερμία (καλοήθης τύπος)
- δασυτριχισμός των γυναικών ανδρικού τύπου
- παράτριμμα
- κάλλοι του πέλματος
- πολλαπλά θηλώματα

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

- αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο του ενδομητρίου
- πιθανόν αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο του μαστού

ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

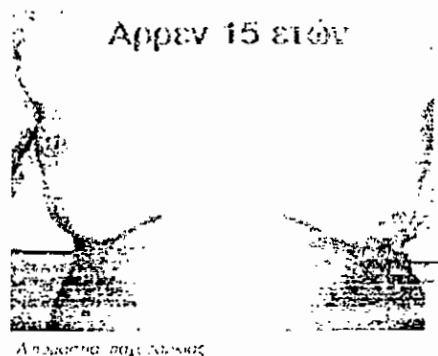
- προβλήματα κατά την κύηση και τον τοκετό (αυξημένος κίνδυνος για τοξιναιμία, υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, παράταση του χρόνου του τοκετού, αυξημένη συχνότητα για καισαρική τομή)
- ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση και συχνοί κύκλοι χωρίς ωορρηξία
- μειωμένη γονιμότητα
- αποβολές

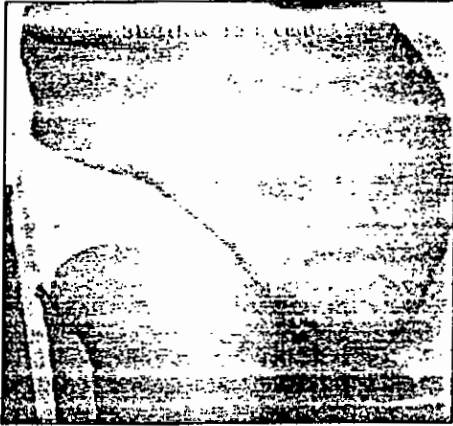
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

- αίσθημα μειονεκτικότητας
- κοινωνική απομόνωση
- αυξημένη ευαισθησία για ψυχονευρώσεις
- μειωμένη κινητικότητα
- αυξημένη και αδικαιολόγητη αποχή από την εργασία
- αύξηση συχνότητας αυτοκτονιών

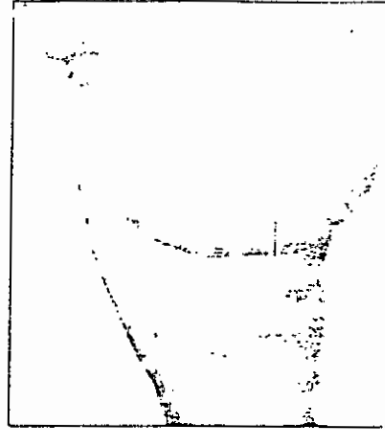
ΔΙΑΦΟΡΑ

- λιπομαστία
- αυξημένος κίνδυνος στις χειρουργικές επεμβάσεις και στην αναισθησία
- μειωμένη σωματική ευκινησία και αυξημένη επιρρέπεια σε δυστυχήματα
- παρεμβολή δυσχερειών στη διάγνωση άλλων ασθενειών
- αυξημένη θνησιμότητα^{2,44,48,50,53,59}





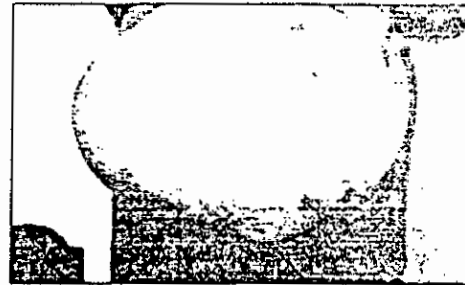
Κρεμαμένη καιλία σε γυναίκα 53 ετών.



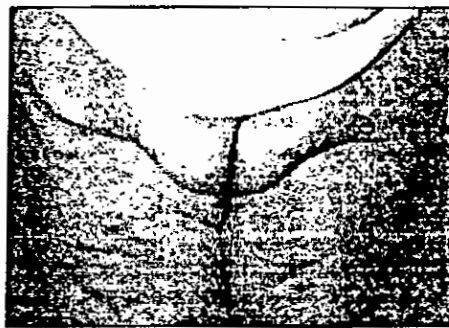
Παραπλασματώδης καιλία σε γυναίκα 29 ετών.



Βαρίες τροφικές αλλοιώσεις κάτω άκρων σε παχύσαρκο άνδρα 50 ετών.



Σοβαρή μεταγεννητική καίλιση σε παχύσαρκο άνδρα 60 ετών.



Εκείνηση καίλιση σε γυναίκα μεσης ηλικίας.

Βαρίες μορφές παχυσαρκίας⁴⁴

2.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

*«Ξέρω πως έχω διαταραχή της διατροφής. Δεν μπορώ να ελέγξω τον ε-
αυτό μου, το φαγητό με ελέγχει. Είμαι χοντρή και θέλω να είμαι λεπτή, αλλά δεν
μπορώ να κάνω δίαιτα για να αδυνατίσω. Εξακολουθώ να είμαι χοντρή. Ζυγίζω
τώρα 86 κιλά. Θα ήθελα να μπορούσα να αδυνατίσω...»*

Όπως και στην περίπτωση των άλλων διαταραχών της διατροφής, τα βασικά χαρακτηριστικά της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας είναι πρώτον να βοηθηθεί το άτομο να αντισταθεί στην παρόρμηση να φαιει και δεύτερο να του δοθεί ένα εύκολα κατανοητό, κατάλληλα σχεδιασμένο διαιτολόγιο που μειώνει την ποσότητα ενέργειας που προσλαμβάνει σε επίπεδο σημαντικά μικρότερο από εκείνη που ξοδεύει. Η θεραπεία προσπαθεί να αυξήσει τα κίνητρα του ατόμου για να αντισταθεί στην παρόρμηση να φαιει και να του επιτρέψει να ακολουθήσει πιστά τη δίαιτά του.²

Πολλά άτομα τα οποία επιθυμούν να χάσουν βάρος δεν επισκέπτονται το γιατρό από την αρχή. Προσπαθούν να αδυνατίσουν μόνα τους ή σε κάποιο κέντρο αδυνατίσματος. Ο μεγάλος αριθμός από δίαιτες αδυνατίσματος, οι οποίες κυκλοφορούν και ακολουθούνται συχνά από πολλά άτομα, αποδεικνύουν: α) την έλλειψη βασικών γνώσεων διατροφής, και β) την επιθυμία για γρήγορο αδυνάτισμα. Το άτομο το οποίο έχει την ανάγκη και την επιθυμία να χάσει βάρος, πρέπει να έχει ορισμένες βασικές γνώσεις σχετικά με τη διατροφή και την σύνθεση των διαφόρων τροφών εφόσον έχει αποφασίσει να κάνει μακροχρόνια δίαιτα. Η δίαιτα αποτελεί το σημαντικότερο ίσως τμήμα του προγράμματος «απώλεια βάρους» και το πιο αποδοτικό μέτρο για την επιτυχία του, είναι η δημιουργία αρνητικού θερμιδικού ισοζυγίου.⁴⁸

Από την αρχή θα πρέπει να γίνει σε όλους καλά αντιληπτό ότι, δεν είναι δυνατόν να υπάρξει απώλεια βάρους χωρίς αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο, αν δηλαδή δεν φάμε λιγότερο από αυτό που θα κάψουμε!

Τα σημεία λοιπόν του ισοζυγίου που μπορούμε θεωρητικά να επέμβουμε και τα οποία βέβαια θα αποτελέσουν και τους θεραπευτικούς μας στόχους είναι:

- ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ, δηλαδή ολιγοθερμιδική δίαιτα, περιοριστικές εγχειρήσεις στο στομάχι, ανορεκτικά φάρμακα κ.τ.λ.
- ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΡΡΟΦΟΥΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΤΕΡΟ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ, δηλαδή δημιουργία μηχανισμών, φαρμακευτικών ή χειρουργικών, που ενώ τρώμε περισσότερο, ένα ποσοστό της καταναλισκομένης τροφής δεν απορροφάται.

- **ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ**, δηλαδή αύξηση των σωματικών μας δραστηριοτήτων σε καθημερινή βάση, άθληση, σπορ κ.τ.λ.
- **ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΣΙΚΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ**, δηλαδή των καύσεων που έχει ο άνθρωπος άσχετα από οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα.
- **ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**, απόκτηση δηλαδή αυτοελέγχου σε διεργασίες πρόσληψης τροφής και αποσύνδεση του φαγητού από οποιαδήποτε συναισθηματική μεταβολή ευχάριστη ή δυσάρεστη για άτομα με μέτριες σωματικές δραστηριότητες και 80% για άτομα με βαριές δραστηριότητες και έτσι υπολογίζουμε τις συνολικές ενεργειακές ανάγκες του ατόμου.

2.2.1 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διαίτα που θα εφαρμοστεί πρέπει να έχει τις εξής προϋποθέσεις:

- **ΑΣΦΑΛΕΙΑ**: η σωρεία επιπλοκών, μερικές φορές πολύ σοβαρών, που πιθανώς να εμφανιστούν κατά ή μετά μεγάλη απώλεια βάρους κάνουν προφανή την ανάγκη εφαρμογής ενός ασφαλούς σχήματος.
- **ΤΑΧΥΤΗΤΑ**: Η μεγάλη χρονική διάρκεια μιας στερητικής διαίτας είναι πάντα εναντίον της αποτελεσματικότητας. Έχει αποδειχθεί ότι μετά από 20 εβδομάδες διαίτας, μόνο το 20% αυτών που αρχικά συμμετείχαν σε κάποιο πρόγραμμα απώλειας βάρους, παραμένει ακόμα σε παρακολούθηση.
- **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**: Αν και η βραδεία απώλεια βάρους είναι αναμφισβήτητα ασφαλέστερη, η μακροχρόνια υπαγωγή ενός ατόμου σε περιοριστική διαίτα συναντά πολλά εμπόδια στην εφαρμογή της με αποτέλεσμα είτε την διακοπή, είτε την πολύ χαμηλή συνεργασιμότητα. Αντίθετα, σταθερή απώλεια βάρους, της τάξεως του 1 – 1,5 κιλών την εβδομάδα, προκαλεί μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα τόσο έντονες μακροσκοπικές μεταβολές στην εικόνα του σώματος, ώστε η προσπάθεια συνεχίζεται με αμείωτο ενδιαφέρον και για περαιτέρω βελτίωση αλλά και για διατήρηση αυτών που ήδη κερδήθηκαν.
- **ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ**: Η σύνθεση του διαιτολογίου με τροφές της προτίμησης του συγκεκριμένου ατόμου βοηθάει στη βελτίωση της συνεργασιμότητάς του. Αλλά και άσχετα από προτιμήσεις, συχνά υπάρχουν τροφικές αλλεργίες, διαιτητικές αποστροφές ή τροφικές δυσανεξίες. Οι τροφές αυτές δεν πρέπει να περιλαμβάνονται στο διαιτολόγιο αν θέλουμε να υπάρχουν πιθανότητες τήρησής τους.
- Πρέπει να **ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ** με τυχόν συνυπάρχοντα προβλήματα όπως διαβήτη, χοληστερίνη, καρδιοπάθειες, νεφρικά ή ηπατικά προβλήματα κ.α.

- Να έχει ΛΟΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ, ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς δυσβάστακτες οικονομικές επιβαρύνσεις.
- Πρέπει να δίνει στο υπέρβαρο άτομο την ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΜΟΝΙΜΗΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ των διαιτητικών του συνηθειών, προς το καλύτερο βέβαια.

Όταν λοιπόν αποφασίσετε να ακολουθήσετε κάποιο διαιτητικό πρόγραμμα για απώλεια βάρους, συγκρίνετε αυτό που σας προσφέρεται με τις παραπάνω προϋποθέσεις. Αν δεν ικανοποιούνται τουλάχιστον οι 5 από τις 7, αποφύγετε οπωσδήποτε την εφαρμογή του.⁴⁴

Πολλοί άνθρωποι καταφεύγουν στους παρακάτω τύπους δίαιτας:

A) Πλήρης νηστεία: Ο πιο δραστικός τρόπος για τη δημιουργία αρνητικού θερμιδικού ισοζυγίου είναι η πλήρης νηστεία, αν και στον άνθρωπο προκαλεί πολύπλοκες μεταβολικές και ενδοκρινικές προσαρμογές οι οποίες σπάνια είναι ευχάριστες.

B) Τροποποιημένες ειδικές δίαιτες: Στη θεραπεία της παχυσαρκίας έχουν χρησιμοποιηθεί και ειδικές δίαιτες που μοιάζουν με τις στοιχειακές της παρεντερικής διατροφής, αλλά με τη διαφορά ότι είναι υποθερμιδικές. Οι δίαιτες αυτές περιέχουν όλα τα θρεπτικά στοιχεία εκτός από θερμίδες και έχουν τη δυνατότητα να προκαλούν αίσθημα κορεσμού για 3 – 4 ώρες μετά την πρόσληψή τους.

Γ) Υποθερμιδικές δίαιτες: Η μέθοδος αυτή είναι σχετικά ασφαλής και ανέξοδη και μάλιστα αν προσεχθεί η σύνταξη του διαιτολογίου, είναι απίθανο να δημιουργήσει σοβαρές διατροφικές ανεπάρκειες.

Πάντοτε σχεδόν θεωρείται απαραίτητο να καθορίζεται η θερμιδική απώλεια του ατόμου ή τουλάχιστο, με λεπτομερές διαιτολογικό ιστορικό, να υπολογίζεται η προηγούμενη πρόσληψη για να δίνεται ένα διαιτολόγιο με αξιόπιστο έλλειμμα, δηλαδή να δημιουργείται ένα αρνητικό θερμιδικό ισοζύγιο που τα αποτελέσματά του να είναι προϋπολογισμένα.⁴⁸

2.2.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα ψυχολογικά προβλήματα των παχύσαρκων, πρωτογενή ή δευτερογενή είναι πολλά.

Αν και συνήθως η ψυχοπαθολογία του υπέρβαρου ατόμου δεν αποκτά κλινική υπόσταση, σχεδόν πάντα το σύνολο της συμπεριφοράς του καθορίζεται από την σωματική του κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι εάν δεν υπάρχει ταυτόχρονη ψυχολογική υποστήριξη για τροποποίηση της συνολικής συμπεριφοράς και όχι μόνο της διαιτητικής, οποιοδήποτε θεραπευτικό σχήμα θα έχει πολύ λίγες πιθανότητες επιτυχίας.

Γενικά, στην παχυσαρκία, φαίνεται ότι υπάρχουν έντονα φαινόμενα σωματοποίησης, τάσεις απομόνωσης και υπερθυμίας. Άγχος, κατάθλιψη και

παρανοειδή στοιχεία προσωπικότητας εμφανίζονται και επιδεινούνται παράλληλα με την αύξηση του σωματικού βάρους.

Αν και στην ψυχοθεραπεία της παχυσαρκίας χρησιμοποιούνται ποικίλες τεχνικές (ομαδική ψυχοθεραπεία, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ύπνωση, ψυχανάλυση), εν τούτοις το κύριο βάρος σε ερευνητικό και θεραπευτικό επίπεδο έχει η τροποποίηση της συμπεριφοράς.

Τα κύρια και αποδεδειγμένα πλεονεκτήματα της ψυχοθεραπείας στην παχυσαρκία είναι η δραστική μείωση των ενδιαμέσων διακοπών στην προσπάθεια απώλειας βάρους και η αποφυγή των συνήθων ψυχολογικών επιπτώσεων της δίαιτας (άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη). Μειονεκτήματα είναι η μικρή απώλεια βάρους που επιφέρει όταν εφαρμόζεται μόνη της η ψυχοθεραπεία, η ανάγκη απόλυτης εξατομίκευσης της θεραπευτικής προσπέλασης και η ανάγκη ύπαρξης έμπειρου ψυχοθεραπευτή, αφού έχειδειχθεί ότι όσο πιο έμπειρος είναι ο ψυχοθεραπευτής τόσο καλύτερα και τα αποτελέσματα, κάτι βέβαια που δεν συμβαίνει με άλλου είδους θεραπείες.

Για τη φάση διατήρησης του σωματικού βάρους, αν και τα πρώτα δεδομένα ανέφεραν ικανοποιητικά αποτελέσματα, τα πιο πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία τονίζουν: Τα απώτερα οφέλη της ψυχοθεραπείας ως μονοθεραπείας δεν είναι εντυπωσιακά. Απαιτείται συνδυασμός με δίαιτα και άσκηση.⁴⁴

2.2.3 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γενικά, η μεμονωμένη χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία της παχυσαρκίας έχει αποδειχθεί ανεπιτυχής. Τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες: α) τα ανορεξιογόνα, και β) τα θερμογόνα ή θερμογενετικά. Και δύο δευτερεύουσες: γ) τα διουρητικά ή εικονικά και ε) στα σκευάσματα της κυτταρίνης.

α) Ανορεξιογόνα ή ανορεκτικά φάρμακα

Είναι αμφεταμίνες ή συγγενείς ενώσεις οι οποίες χορηγούνται συχνά στα αρχικά στάδια του περιορισμού της δίαιτας. Τα φάρμακα αυτά ελαττώνουν την πείνα, αλλά η δραστικότητά τους μειώνεται με τον χρόνο. Ορισμένα από αυτά προκαλούν κεντρική διέγερση, έχουν κατασταλτική επίδραση, ενώ όλα σχεδόν είναι δυνατό να προκαλέσουν εθισμό.

β) Θερμογόνα ή θερμογενετικά φάρμακα

Η δράση τους θεωρείται παροδική και η απώλεια αφορά κυρίως τον μυϊκό ιστό και λιγότερο τον λιπώδη. Υπάρχουν αρκετές και σοβαρές παρενέργειες κατά τη χρήση των σκευασμάτων αυτών στη θεραπεία της παχυσαρκίας.

γ) Διουρητικά φάρμακα

Τα φάρμακα αυτά κακώς χρησιμοποιούνται για την πρόκληση απώλειας βάρους. Θεωρούνται μη δραστικά, η χρησιμοποίησή τους εμπεριέχει κινδύνους και εκτρέπουν τον ασθενή από το ουσιαστικό πρόβλημα του θερμικού ισοζυγίου.

δ) Μεθυλική κυτταρίνη

Είναι σκεύασμα το οποίο πιθανόν δρα με το αίσθημα πλήρωσης του στομάχου, το οποίο προκαλεί λόγω του όγκου του. Αλλά, επειδή καταπίνεται αργά είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει αίσθημα πλήρωσης, γιατί πριν να προσληφθεί όλη η ποσότητα του, μέρος της έχει προχωρήσει προς το έντερο. Γενικά, δρα καλύτερα ως υπακτικό παρά ως ανορεξιογόνο.⁴⁸

2.2.4 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Η ζωή έξω από το σπίτι, η αλλαγή περιβάλλοντος και κυρίως τα σπορ θα βοηθήσουν το άτομο να βγει από το φαύλο κύκλο της κατάθλιψης και της αμαυρωμένης εικόνας που έχει σχηματίσει για τον εαυτό του. Πρέπει να ξέρουμε, όμως, ότι η παρακίνηση για συμμετοχή σε σπορ προσκρούει συνήθως σε έντονο αρνητισμό. Ο αρνητισμός αυτός πηγάζει από το δέος που προκαλεί η αποκάλυψη ενός σώματος που δεν κολακεύει. Εδώ η βοήθεια μας μπορεί να είναι αποφασιστική. Δεν είναι δύσκολο να επικαλεστούμε την εικόνα των αθλητών άρσης βαρών ή ρίψεων π.χ. των σφαιροβόλων και να επιμείνουμε ότι αν δεν αρχίσει το άτομο να ασκείται δεν θα σπάσει ποτέ ο φαύλος κύκλος.⁴⁶

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

- Περπάτημα
- Κολύμβηση
- Μαθήματα γυμναστικής
- Βιντεοταινίες γυμναστικής
- Ποδηλασία
- Χορός
- Πατινάζ
- Άσκηση με όργανα στο σπίτι

ΠΡΟΣΟΧΗ!!!

Η σωματική άσκηση, όπως και κάθε άλλη δραστηριότητα, δεν θα πρέπει να σου γίνει έντονη ιδέα. Είναι σημαντική, αλλά δεν είναι το πιο σημαντι-

κό πράγμα στη ζωή σου. Τρεις φορές την εβδομάδα είναι υπέρ αρκετές. Μην ασκείσαι με πολύ έντονο ρυθμό όταν ο καιρός είναι ζεστός ή αισθάνεσαι άρρωστη.²¹

2.2.5 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε παθολογικά παχύσαρκα άτομα με υπερβολική όρεξη και με σοβαρά προβλήματα υγείας ή διαιτητική θεραπεία συνήθως αποτυγχάνει. Στα άτομα αυτά συχνά οι γιατροί συστήνουν χειρουργική επέμβαση.⁴⁸

Ενδείξεις για χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας είναι:

- A) Νοσογόνος παχυσαρκία (BMI > 40) συνοδευόμενη από παθολογικές καταστάσεις οι οποίες έχουν βελτιωθεί με την απώλεια βάρους σε προηγούμενες προσπάθειες αλλά η παχυσαρκία έχει υποτροπιάσει και
- B) Υπερβάλλον του φυσιολογικού βάρους τουλάχιστον κατά 45 κιλά αφού είναι γνωστό ότι στις περιπτώσεις αυτές ο κίνδυνος επιπλοκών είναι υπερδιπλάσιος ατόμων φυσιολογικού βάρους.

Άσχετα από την ύπαρξη ενδείξεων για χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας, δεν πρέπει να προχωρήσουμε στην εφαρμογή της αν προηγουμένως δεν ελεγχθούν οι παρακάτω προϋποθέσεις, διαφορετικά η υποτροπή είναι ο κανόνας.

- 1) Ανάλυση διαιτητικών συνηθειών. Αν ο παχύσαρκος καταναλώνει τροφές με μικρό όγκο αλλά με μεγάλη πυκνότητα σε ενέργεια, τότε και η εγχείρηση θα αποτύχει αν δεν αλλάξουν οι συνήθειες αυτές.
- 2) Έλεγχος συνεργασιμότητας μέσω της τήρησης ή όχι των ραντεβού του, της εφαρμογής κάποιων διαιτητικών περιορισμών, προηγούμενη διακοπή καπνίσματος κ.α.
- 3) Μελέτη του κοινωνικο – οικονομικού περιβάλλοντος του παχύσαρκου και των πιθανών εξωτερικών αιτιών αύξησης του σωματικού του βάρους.
- 4) Μελέτη της ποιότητας ζωής του και των απόψεών του για την υγεία.

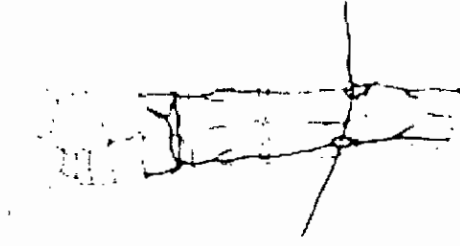
Τα απώτερα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας της παχυσαρκίας δεν είναι άριστα αλλά είναι καλύτερα από αυτά της συντηρητικής. Εκείνο που είναι πολύ χειρότερο είναι η ποιότητα ζωής των χειρουργημένων λόγω των επίμονων επιγαστρικών ενοχλημάτων.⁴⁴

Τρεις τύποι χειρουργικής θεραπείας έχουν εφαρμοσθεί σε παχύσαρκα άτομα με βάρος περισσότερο από 150Kg: (α) η γαστρο – εντερο – αναστόμωση μετά από υφολική γαστρεκτομή για να μειωθούν τα μεγάλα ποσά των τροφών που καταναλώνονται λόγω σμίκρυνσης της περιεκτικότητας του στομάχου, και (β) η εντερο – εντερική αναστόμωση (νησιδο – ειλεακή) μετά από

αφαίρεση μεγάλου τμήματος του λεπτού εντέρου, για να μειωθεί η επιφάνεια απορρόφησης των τροφών. (γ) Η τοπική αφαίρεση λίπους έχει φτωχά αποτελέσματα γιατί: ή είναι δύσκολη λόγω της περιοχής στην οποία βρίσκεται (λ.χ. μηρός) ή ξανά συγκεντρώνεται πάλι σύντομα (λ.χ. κοιλιά).⁴⁸

Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν σαν χειρουργική θεραπεία:

α) **Συρραφή σαγονιών:** Περνιέται σύρμα από τους γομφίους (τραπεζίτες) που επιτρέπει στα σαγόνια να ανοίγουν μόνο περίπου 1,5 εκ.



Η τεχνική της συρραφής των σαγονιών²

Αυτό μειώνει την ικανότητα φαγητού εκτός αν το άτομο βγάλει το σύρμα, ομοιογενοποιήσει το φαγητό ή «περάσει» το φαγητό μέσα από τα δόντια. Το άτομο που τα σαγόνια του έχουν ραφτεί μπορεί να μιλάει εύκολα αλλά οι φίλοι και οι συγγενείς του θα βλέπουν ότι το στόμα του είναι κάπως άκαμπτο όταν μιλάει.

Η συρραφή των σαγονιών μπορεί να γίνει μόνο αν το άτομο δεν έχει ψυχιατρική νόσο, έχει γερά δόντια και ούλα, και έχει μεταβολικό ρυθμό ηρεμίας που είναι φυσιολογικός ή υψηλός. Μια κατανάλωση οξυγόνου σε ηρεμία μικρότερη από 240ml / λεπτό αποτελεί αντένδειξη για την συρραφή των σαγονιών.

Η συρραφή των σαγονιών είναι σχετικά ανώδυνη, αν και μπορεί να υπάρξει κάποιος πόνος κατά το πρώτο 24ωρο μετά την επέμβαση. Τα σαγόνια δεν πρέπει να ράβονται για περισσότερο από 9 μήνες γιατί τα περιοδοντικά προβλήματα αυξάνουν μετά από αυτό το διάστημα. Κατά την περίοδο που τα σαγόνια είναι δεμένα με το σύρμα, ο ασθενής πρέπει να εξετάζεται από οδοντίατρο.²

β) **Στερεοτακτική επέμβαση στον υποθάλαμο:** Όπως είναι γνωστό στον υποθάλαμο βρίσκεται το κέντρο της πείνας. Χειρουργική επέμβαση ή ακτινοβολία είναι δυνατόν να μειώσει τη διεγερσιμότητα του κέντρου αυτού, με αποτέλεσμα την μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής. Οι μέθοδοι αυτές δεν έχουν δώσει μέχρι σήμερα ικανοποιητικά αποτελέσματα.⁴⁸

Οι πρώιμες μετεγχειρητικές επιπλοκές (<30ημ.), φτάνουν στο 14.4% και είναι: μόλυνση του εγχειρητικού τραύματος, πάρεση του στομάχου, διάτρηση, πνευμονία, πνευμονική εμβολή, θρομβοφλεβίτις, θάνατος. Οι αψότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές φθάνουν στο 34.5% και είναι κατά σειρά συχνότητας: μετεγχειρητικές κήλες, γαστροπληγία, διάτρηση της περιίδεσης, οισοφαγίτις, γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος, καταστροφή των δοντιών, αλωπεκία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και πολυνευροπάθεια. Εξ' άλλου το 15% χρειάστηκε να υποβληθεί και σε δεύτερη εγχείρηση. Να σημειωθεί ότι η συνολική θνητότης των ελασσόνων επεμβάσεων υπερβαίνουν ελαφρώς το 2%.

ΝΑ ΘΥΜΑΣΤΕ ΠΑΝΤΑ:

- Η προσπάθεια απώλειας βάρους είναι μια πολύ επίπονη διαδικασία. Μόνο όποιος το έχει επιχειρήσει, μπορεί να το κατανοήσει. Αν λοιπόν κάνετε κάποιες αποκλίσεις από τις οδηγίες που σας δόθηκαν, κρατείστε το ηθικό σας ψηλά.
- Μην απογοητεύεστε. Είναι αρκετά δύσκολο να αλλάξετε τις παλιές διατροφικές σας συνήθειες και να υιοθετήσετε αυτές που θα σας βοηθήσουν να αποκτήσετε και διατηρήσετε το επιθυμητό βάρος.
- Κάθε φορά που κάνετε μια παράλειψη ή τρώτε παραπάνω, θυμηθείτε ότι μπορούμε να μάθουμε απ' ο τα λάθη μας, αρκεί να μην τα επαναλάβουμε.
- Προσπαθήστε να αναγνωρίζεται το λάθος σας πριν ή μόλις αυτό συμβεί. Έτσι σιγά – σιγά θα μάθετε να το αποφεύγετε.
- Το αίσθημα της ενοχής μετά από κρίση βουλιμίας, όχι μόνο δεν βοηθάει, αλλά σας οδηγεί σε φαύλο κύκλο πολυφαγίας.
- Αν δείξετε «αδυναμία» και αποτύχετε σε κάποια φάση της προσπάθειάς σας, μην απομακρυνθείτε από τον θεραπευτή σας λόγω ντροπής. Αυτή είναι κυρίως η περίοδος που έχετε ανάγκη από υποστήριξη και βοήθεια.

Μάθετε να επιμένετε!!!

Τελικά θα πετύχετε τους αρχικούς σας στόχους!!!⁴⁴

2.2.6 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η νοσηλευτική παρέμβαση στη θεραπεία της παχυσαρκίας εκτός από την ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων καθ' όλη την διάρκεια του συντηρητικού προγράμματος, έγκειται περισσότερο σαν χειρουργική θεραπεία.

Οι προεγχειρητικοί στόχοι της φροντίδας είναι:

- Η μείωση του άγχους
- Η προετοιμασία του ασθενούς για την χειρουργική επέμβαση
- Η προετοιμασία του ασθενούς για την μετεγχειρητική περίοδο
- Βοήθεια στο να αποκτήσει θετική αντίληψη για τον εαυτό του

Οι μετεγχειρητικοί στόχοι της φροντίδας είναι:

- Η απουσία δυσφορίας
- Η πρόληψη επιπλοκών
- Απουσία διαταραχής της ακεραιότητας του δέρματος
- Η βοήθεια στον ασθενή να αναπτύξει στρατηγικές που θα τον βοηθήσουν να αποκτήσει ανοχή στις διαιτητικές τροποποιήσεις
- Η εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με την φροντίδα κατά την περίοδο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης.⁶⁰

2.3 ΠΡΟΛΗΨΗ

Είναι πάντα καλύτερο να προλαμβάνουμε παρά να θεραπεύουμε τις νόσους. Πρέπει όλοι να προλάβουμε την εμφάνιση της παχυσαρκίας στα παιδιά μας, καθώς τα υπέρβαρα παιδιά γίνονται παχύσαρκοι ενήλικες. Τα πρώτα χρόνια της ζωής είναι πιο κρίσιμα στη διαμόρφωση σωματικού βάρους.⁴⁹

Τρόποι για να αποφύγετε την παχυσαρκία:

1. Ξεκινήστε την ημέρα σας με ένα καλό πρωινό
2. Τρώτε 3 γεύματα καθημερινά
3. Προτιμήστε φρούτα για τα ενδιάμεσα διαστήματα μεταξύ των γευμάτων
4. Τρώτε περισσότερο λαχανικά, φρούτα, δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, ψάρι, κοτόπουλο και λιγότερο κόκκινο κρέας
5. Οποιαδήποτε μορφή τακτικής άσκησης θα σας βοηθήσει να μειώσετε ή να διατηρήσετε το βάρος σας
6. Πίνετε τουλάχιστον 6 – 8 ποτήρια νερό την ημέρα
7. Μην τρώτε αν δεν πεινάτε, ακόμα και αν είναι ώρα φαγητού ή είστε καλεσμένοι σε τραπέζι
8. Χαλαρώστε σε όλα τα «επίπεδα» πριν καθίσετε στο τραπέζι. Ξεσφίξετε τα ρούχα, χαλαρώστε τους μύες, αφήστε τις έννοιες, απαλλαγείτε

από τυχόν αρνητικά συναισθήματα. Αν δεν μπορείτε να πετύχετε κάποιον από τα προηγούμενα, ΜΗΝ φάτε.

9. Πάρτε στο πιάτο σας την ΕΛΑΧΙΣΤΗ ποσότητα που μπορείτε να φάτε.
10. Μασάτε καλά. Η πέψη αρχίζει από το στόμα. Άλλωστε το στομάχι δεν έχει δόντια.
11. Σταματήστε μόλις χορτάσετε.
12. Αφήστε την γεύση, την όσφρηση και το στομαχικό σάκο να σας οδηγήσουν.
13. Απομακρύνετε τους «πειρασμούς» από το τραπέζι μόλις τελειώσετε και μείνετε χαλαρωμένοι για 30 ακόμη λεπτά.
14. Αποφύγετε τα τηγανητά φαγητά.
15. Το λάδι είναι λίπος. Περιορίστε το.
16. Αποφύγετε τα κρέατα με πολλά λιπαρά, την πέστα από το κοτόπουλο, τα αλλαντικά.
17. Περιορίστε την κατανάλωση τυριών όπως γραβιέρα, φέτα, κασέρι, γκούντα γιατί περιέχουν πολλά λιπαρά.
18. Προτιμήστε το ανθότυρο, την άπαχη μυζήθρα, το cottage cheese.
19. Προτιμήστε ημιαποβουτυρωμένο γάλα ή γιαούρτι.
20. Αποφύγετε το τσιμπολόγημα και το φαγητό μπροστά στην τηλεόραση.^{52,61}

Ας γίνουμε πρακτικότεροι:

Η καλή μέρα από το πρωινό φαίνεται. Αφήστε να περάσει 1 ώρα από την αφύπνιση και πάρτε το πρωινό σας που είναι απαραίτητο για υψηλής ποιότητας ενεργητικότητα. Γάλα, φρούτα και προϊόντα από δημητριακά, συμπεριλαμβανομένου του ψωμιού, είναι η καλύτερη λύση.

Για το μεσημεριανό τηρείστε τους 20 κανόνες. Αν η εργασιακή σας απασχόληση δεν το επιτρέπει περιοριστείτε σε φρούτα ή σαλάτα. Δεν πρέπει να τρώτε συνέχεια, όμως είναι καλύτερα να ανασχέσετε την όρεξή σας παρά να οργιάσετε αργότερα στο τραπέζι εκτός εαυτού από την πείνα. Στα «κατασταλτικά» της όρεξης περιλαμβάνονται τα φρούτα, σαλάτες, τα προϊόντα από δημητριακά ολικής άλεσης, το γιαούρτι και ΟΧΙ τα μπισκότα, τα σοκολατάκια και τα γλυκά. Το βραδινό πάρτε το τόσο νωρίς όσο να έχετε χωνέψει πριν κοιμηθείτε. Με άλλα λόγια 3 – 4 ώρες πριν την κατάκλιση. Αν μπορείτε αποστηθίστε το σοφό γνωμικό: «Τρώγε το πρωί σαν αυτοκράτορας, το μεσημέρι σαν βασιλιάς και το βράδυ σαν ζητιάνος» ή έστω την παραλλαγή του «Το πρωινό τρώγε το μόνο σου, το μεσημεριανό μοιράσου το με τον αδερφό σου και το βραδινό δώσε το στον εχθρό σου».

Μην ανησυχήσετε αν κάποιες φορές το μήνα δεν πεινάσετε για να φάτε ένα γεύμα. Η τελευταία φορά που στην Ελλάδα πέθανε άνθρωπος από την πείνα ήταν στην κατοχή.⁶¹

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η αλλοτρίωση που έχει υποστεί ο σημερινός άνθρωπος, εξαιτίας της κρίσης της σύγχρονης κοινωνίας, τον οδηγεί όλο και πιο συχνά σε τέτοιου είδους συμπεριφορές και καταστάσεις. Κλεισμένος ερμητικά στον εαυτό του και εγκλωβισμένος στο ψυχοφθόρο συναίσθημα της μοναξιάς του, μετέρχεται κάθε μέσο προκειμένου να «ικανοποιήσει» τις ανάγκες του και να «λύσει τα προβλήματα που τον πολιορκούν».

Όμως από τον ίδιο τον άνθρωπο εξαρτάται να αγωνιστεί και να εξαλείψει όλα τα αρνητικά σύνδρομα, όπως αυτό της ψυχογενούς βουλιμίας. Η σωστή επικοινωνία με το συνάνθρωπο, η καλλιέργεια του πνεύματος και του σώματος ταυτόχρονα, η στροφή σε πνευματικές αξίες και ιδανικά και το κυριότερο η πίστη του και ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξία θα τον βοηθήσουν να επαναπροσδιορίσει τους στόχους και τους σκοπούς της ζωής του, έτσι ώστε να αγαπήσει πραγματικά τον εαυτό του και να τον τοποθετήσει στο ανώτερο βάθρο της ζωής του.

Μόνο όταν η ψυχή αποκοιμείται και λιμνάζει, οι εχθροί της αποκτούν μεγάλη υπεροχή και τότε βυθιζόμαστε στο βούρκο του δρόμου μας, ώστε να μην μπορούμε να προχωρήσουμε. Στο χέρι μας όμως είναι να κάνουμε τη ζωή μας όμορφη, γεμάτη συναισθήματα και συμπεριφορές που καταξιώνουν την ανθρώπινη προσωπικότητα!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

Μαρτυρίες εφήβων με ψυχογενή ανορεξία :

Πρώτο περιστατικό : Άλισον

Η Άλισον ήταν μια ψηλή, λεπτή κοπέλα, που σε ηλικία 15 ετών είχε αρχίσει να κάνει δίαιτα μαζί με τις άλλες συμμαθήτριες της στο σχολείο. Το έκανε μάλλον για να νιώθει μέλος της ομάδας, παρά επειδή χρειαζόταν να χάσει βάρος. Κατάφερε να ακολουθήσει την δίαιτα καλύτερα από τις άλλες συνομήλικές της και το βάρος της έπεσε από τα 52 κιλά στα 47 κιλά. « Μπόρεσα να ακολουθήσω την δίαιτα γιατί η οικογένειά μου έχει μανία με την υγεία και άρχισα να νιώθω ένοχη αν έτρωγα κακές, παχυντικές τροφές.» Την ίδια εποχή τα άλλα κορίτσια άρχισαν να την πειράζουν για το μικρό της στήθος και άρχισε να νιώθει δειλία γι' αυτό και τους γλουτούς της, που όπως έλεγε «προεξείχαν πάρα πολύ»

Η Άλισον ήταν φιλόδοξη και ήθελε να τα πηγαίνει καλά στο σχολείο. Τα δύο τελευταία χρόνια σπάνια πήγαινε σε κοινωνικές εκδηλώσεις γιατί ένιωθε πως έπρεπε να μελετάει και μελετούσε συνειδητά «Ίσως είχα μάλλον έμμονη ιδέα με την μελέτη», είπε, «αλλά ήθελα να τα καταφέρω». Εκτός του ότι μελετούσε πολύ, μαγείρευε για την οικογένειά της, φτιάχνοντας γλυκά και μπισκότα (που απέφευγε να τα τρώει) εκτός από τα κυρίως γεύματα.

Εκείνη έβλεπε τα καθήκοντά της στο νοικοκυριό σαν προσπάθεια να βοηθήσει την μητέρα της, που εργαζόταν, αλλά η αδερφή της τα έβλεπε σαν μια προσπάθεια να παραστήσει το καλό παιδί.

Πέρασε τις εξετάσεις της στο σχολείο και μπήκε σε μια σχολή catering γιατί της άρεσε η πρακτική πλευρά της μαγειρικής και της ετοιμασίας του φαγητού. Την ίδια περίπου εποχή, άρχισε να ζυγίζεται κάθε μέρα και συνέχισε την δίαιτα και αδυνάτισε. Η αδερφή της έφυγε από το σπίτι και είπε στην Άλισον ότι κατά την γνώμη της είχε χάσει βάρος μόνο για να έχει όλη την προσοχή της οικογένειας και για να μπει στην μύτη της αδερφής της. Η αδελφική αντιζηλία ήταν έντονη.

Τα επόμενα δύο χρόνια η Άλισον συνέχισε τα μαθήματά της και αποδείχτηκε εξαιρετική μαθήτρια. Σε αυτό το διάστημα το βάρος του πατέρα της αυξήθηκε κατά περίπου 14 κιλά, ενώ το βάρος της εξακολουθούσε να μειώνεται, έτσι που την μέρα της αποφοίτησής της η Άλισον ζύγιζε 32 κιλά. Ο πατέρας της παρουσίασε υπέρταση και του είπαν να χάσει βάρος πράγμα που το έβρισκε δύσκολο. Η Άλισον προσπάθησε να τον βοηθήσει, πληροφορώντας τον τι έπρεπε να τρώει και ετοιμάζοντάς του δίαιτες και μετρώντας τις θερμίδες των τροφών στις δίαιτες που επινοούσε.

Αναγνώριζε πως ήταν πολύ αδύνατη και πώς δεν είχε πια περίοδο, αλλά πίστευε πως έτρωγε όσο και οι άλλοι και πως αν έτρωγε περισσότερο « θα έπαιρνε γρήγορα βάρος και θα γινόταν χοντρή». Ένιωθε ασφαλής όσο το βάρος της δεν αυξανόταν. Ένιωθε επίσης πως ήταν λάθος να τρώει περισσότερο από τους άλλους όταν « υπήρχαν τόσοι άνθρωποι που πεινούσαν στον κόσμο».

Στα 19 της χρόνια επισκέφτηκε έναν γιατρό για την δυσκοιλιότητα που την ανησυχούσε και που δεν την συσχέτιζε με την μικρή ποσότητα φαγητού που έτρωγε. Της έγινε διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας και την έβαλαν στο νοσοκομείο για επανασίτιση, που δεν πέτυχε. Ανταποκρίθηκε στην εξωνοσοκομειακή θεραπεία και σε επτά μήνες το βάρος της αυξήθηκε σε 44 κιλά. Ήθελε να πάρει περισσότερο βάρος, αλλά ανησυχούσε πως αν το έκανε « θα έχανε τον έλεγχο και γινόταν χοντρή.» Με την πειθώ και την επιμονή την έπεισαν να πάρει βάρος και στα 20 είχε σταθεροποιηθεί στα 49 κιλά. Πίστευε τώρα πως αν το βάρος της αυξανόταν στα 50 κιλά θα έχανε τον έλεγχο, αλλά ήταν ευτυχημένη διατηρώντας το γύρω στα 49 κιλά.

Εκείνη την εποχή μετακόμισε σε μια πόλη 125 μίλια μακριά για να διευθύνει ένα εστιατόριο και άρχισε να γράφει γράμματα. Δυο μήνες μετά την μετακόμιση έγραφε :

«Ζυγίστηκα πρόσφατα και είμαι ακριβώς 47 κιλά. Δεν προσπαθώ συνειδητά να χάσω βάρος, αλλά είναι φανερό πως τρώω αρκετά. Δεν παραλείπω γεύματα και τρώω διάφορες τροφές – ανάμεσά τους και τροφές που υποτίθεται πως παχαίνουν. Αλλά ο εγκέφαλος μου εξακολουθεί να λειτουργεί όπως πριν—ότι δεν πρέπει να παχύνω. Τι φταίει ; Δεν μπορώ να περάσω την ζωή μου νιώθοντας την ανάγκη κάποιου για να με πείθει ότι πρέπει να έχω μεγαλύτερο βάρος για να αρχίσουν να λειτουργούν οι ορμόνες μου. Αισθάνομαι ακόμα την ανάγκη να με διαβεβαιώσουν πως είναι εντάξει να είμαι 52 ή 54 κιλά—όποιο βάρος υποτίθεται πως πρέπει να έχω. Τώρα έχω μόνο τον εαυτό μου που μου λει πώς δεν πρέπει να παχύνω. Δεν μπορώ να πιστέψω πως είμαι τόσο ξεροκέφαλη!

Δυο μήνες αργότερα :

«Ένα θετικό γεγονός είναι ότι δεν έχω χάσει καθόλου βάρος. Αλλά είναι αλήθεια πως όταν το βάρος σου είναι χαμηλό, η διάθεσή σου μεταβάλλεται, νιώθεις κατάθλιψη και η διανοητική σου λειτουργία είναι ελαττωματική. Δεν μπορώ να το πιστέψω—οι άλλοι μου λένε πως δεν τρώω αρκετά, αλλά ολόκληρη η μέρα μου είναι ένα γεύμα ! Δεν μπορώ να χωρέσω περισσότερο φαγητό μέσα μου. Αν τα έντερα μου λειτουργούσαν κανονικά, ίσως να είχα περισσότερη όρεξη. Τις τελευταίες 3 ή 4 εβδομάδες τα νεύρα μου είναι περισσότερο τεντωμένα, με αναστατώνει φοβερά ! Όσο μεγαλύτερη είναι η κατάθλιψή μου, τόσο αποφεύγω να βρίσκομαι με κόσμο. Θα ήμουν πολύ ευτυχημένη να είμαι μόνη μου—συνεχώς κατηγορώ τον εαυτό μου για διάφορα πράγματα και ζητάω συ-

γνώμη από τους άλλους. Μιλάω με τους άλλους, αλλά δεν ακούω τι λένε. Ξέρω πως πρέπει να είμαι δύσκολη, αλλά δεν μπορώ να κάνω τίποτα γι' αυτό. Δεν θέλω να γυρίσω γιατί ξέρω πως θα έτρεχα σπίτι στην οικογένειά μου για προστασία—θα με διαβεβαίωναν πως όλα είναι εντάξει, ενώ ξέρω πολύ καλά πως δεν είναι. Χαραμίζω την ζωή μου—είναι αγγαρεία απλώς να περάσω την μέρα. Θέλω να γυρίσω και να σας μιλήσω όταν πάρω άδεια! Τρεις μήνες μετά από το τελευταίο της γράμμα, η Άλισον γύρισε στην κλινική. Ήταν όμορφα, κομψά ντυμένη, αλλά φαινόταν αδύνατη. Ζύγιζε 46 κιλά. Τους τελευταίους μήνες άφαινε το βάρος της με ρυθμό 1 το μήνα και τα τελευταία 2 χρόνια έχει διατηρήσει βάρος 50 κιλών. Έχει δημιουργήσει σχέσεις και έχει έναν μόνιμο φίλο. Εξακολουθεί να διακρίνεται στην δουλεία της ως διευθύντρια εστιατορίου.

Δεύτερο περιστατικό : Τζένη

Η Τζένη ήταν 15 χρονών όταν πήγε διακοπές μόνη της. Στο παραλιακό θέρετρο πήρε μέρος σε έναν διαγωνισμό ομορφιάς και ήρθε δεύτερη. Στο σχολείο ήταν καλή μαθήτρια, εργαζόταν σκληρά και διακρινόταν στα σπορ, συμμετέχοντας στις ομάδες κολύμβησης, χόκεϊ και μπάσκετ του σχολείου. Όταν γύρισε από τις διακοπές πίστευε πως θα είχε κερδίσει στον διαγωνισμό αν ήταν πιο λεπτή και οι μηροί και οι γλουτοί της ήταν μικρότεροι. Αποφάσισε να κάνει δίαιτα για να χάσει βάρος και αυτό εόχε σαν αποτέλεσμα έναν καυγά με την μητέρα της, που πίστευε πως η Τζένη ήταν ήδη πολύ αδύνατη.

Η Τζένη συμβιβάστηκε προτείνοντας να αναλάβει το μαγειρέμα (στην πραγματικότητα ήθελε να ελέγχει την περιεκτικότητα σε θερμίδες). Κατά την διάρκεια των γευμάτων ανακάτευε το φαγητό στο πιάτο της, έτσι ώστε φαινόταν ότι έτρωγε. Απέφευγε τα φαγητά με κρέμες και λίπη, λέγοντας στην οικογένειά της ότι την αηδίαζαν. Περνούσε ατέλειωτες ώρες μόνη στο δωμάτιό της μελετώντας και τα βράδια πήγαινε σε μαθήματα χορού. Στο δωμάτιό της γυμναζόταν εντατικά, επί 15 με 20 λεπτά κάθε δύο ώρες και έβαζε μουσική για να κρύβει τον θόρυβο των ασκήσεών της από τους γονείς της. Τους έλεγε πως η μουσική την βοηθούσε να συγκεντρωθεί στην μελέτη της. Απέκτησε μανία με το βάρος της και ζυγιζόταν πριν και μετά τα γεύματα, πριν και μετά την γυμναστική και πριν και μετά από κάθε επίσκεψη στην τουαλέτα.

Περίπου την ίδια εποχή την διάλεξαν για να εκπροσωπήσει την πολιτεία της σε έναν διαγωνισμό λαϊκών χορών και αύξησε την καθημερινή της γυμναστική, λέγοντας στους γονείς της πως « έπρεπε να είναι σε σούπερ φόρμα για να βοηθήσει την ομάδα της να κερδίσει». Με την αύξηση της γυμναστικής και τον περιορισμό του φαγητού, το βάρος της Τζένης έπεσε από τα 53 κιλά στα 45. Φορούσε φαρδιά ρούχα για να κρύβει την αδυναμία της από τους γονείς της. Ένα πρωί όμως η μητέρα της την είδε γυμνή και κρύβει πόσο έτρωγε και όποτε μπορούσε έδινε κρυφά φαγητό από το πιάτο της στο σκύλο της οικογένειας.

Καθώς πλησίαζε η μέρα του πρωταθλήματος λαϊκών χορών, η Τζένη ά-
ξισε την καθημερινή της γυμναστική και επειδή εξακολουθούσε να νιώθει πως
ήταν υπερβολικά παχιά, μείωσε ακόμη περισσότερο το φαγητό της. Δύο εβδο-
μάδες πριν από το πρωτάθλημα κατέρρευσε και μπήκε στο νοσοκομείο. Το βά-
ρος της ήταν τώρα 30 κιλά. Ένωθε πως δεν έλεγχε πια το βάρος της και έγινε
συγγυτική. Με την επανασίτιση πήρε 8 κιλά και με την συγκατάθεση των γονέ-
ων της, βγήκε από το νοσοκομείο.

Στο σπίτι εξακολουθούσε να γυμνάζεται υπερβολικά και κατέρρευσε και
πάλι. Ξαναμπήκε στο νοσοκομείο και έμεινε εκεί ώσπου το βάρος της αυξήθη-
κε στα 51 κιλά. Κατά την διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο συμφώ-
νησε και ετοίμασε μια δίαιτα με τον διαιτολόγο. Μετά την έξοδό της από το νο-
σοκομείο έχει διατηρήσει το βάρος της περίπου στα 46 κιλά. Στην αρχή φοβό-
ταν πως θα έπαιρνε βάρος και ξανάρχισε να γυμνάζεται. Αυτό της είχε γίνει
έμμονη ιδέα, σε βαθμό που να κάνει τζόκινγκ στους δρόμους αν ο γιατρός της
αργεί στα ραντεβού τους. Όμως παρά το κοπιαστικό πρόγραμμα γυμναστική
της, τρώει αρκετά για να διατηρεί το σωματικό της βάρος.

Τρίτο περιστατικό : Μπάρμπαρα

Η Μπάρμπαρα πιστεύει πως άρχισε να τρώει με βουλιμία στα δέκα της
χρόνια. Στην κρίση βουλιμίας έτρωγε συνήθως ένα ή δύο πακέτα μπισκότα,
αρκετά παγωτά και ότι μπορούσε να βρει στο σπίτι όταν γυρνούσε από το σχο-
λείο. Σε ηλικία 13 χρονών η Μπάρμπαρα ζύγιζε 70 κιλά και άρχισε να έχει
περίοδο. Ένα χρόνο αργότερα άρχισε να ενδιαφέρεται για τα αγόρια, απόκτησε
επίγνωση του γεγονότος ότι ήταν χοντρή και σταμάτησε να τρώει γλυκά και
κέικ. Ήξερε πως ήταν υπέρβαρη αλλά ήταν δημοφιλής και είχε δραστήρια κοι-
νωνική ζωή. Τα τελευταία πέντε χρόνια το βάρος της μειωνόταν αργά, ώστε σε
ηλικία 18 ετών ζύγιζε 63 κιλά. Εκείνη την εποχή άρχισαν να υπάρχουν φανερά
προβλήματα στο γάμο των γονέων της.

Μπήκε στο πανεπιστήμιο και απολάμβανε την εμπειρία, αλλά στο τέλος
του δεύτερου έτους αποφάσισε πως έπρεπε να χάσει βάρος για το επόμενο κα-
λοκαίρι και άρχισε να κάνει δίαιτα. Απέφευγε επίσης να τρώει όσο μελετούσε.
Το αποτέλεσμα ήταν να πέσει το βάρος της στα 57 κιλά σε διάστημα τεσσάρων
μηνών. Περιορίσε ακόμη περισσότερο το φαγητό της, άρχισε να μετράει θερμί-
δες και να κάνει τζόκινγκ. Άρχισε επίσης να παίρνει καθαρτικά λόγω δυσκοι-
λιότητας. Οι γονείς της είχαν χωρίσει και είχε μετακομίσει στο σπίτι της μητέ-
ρας της. Το χειμώνα το βάρος της είχε πέσει στα 32 κιλά και η περιόδός της
είχε σταματήσει. Έκανε κατάχρηση καθαρτικών και τις ημέρες που έτρωγε πο-
λύ έπαιρνε εμετικά για να μπορέσει να κάνει εμετό μετά. Μπόρεσε επίσης να
πάρει διουρητικά από τον οικογενειακό γιατρό για «κατακράτηση υγρών» Με
αυτά τα φάρμακα, την δίαιτα και του εμετούς έγινε αρκετά άρρωστη ώστε να

μπει στο νοσοκομείο για επανασίτιση. Στο νοσοκομείο έχασε τον έλεγχο του φαγητού της και έτρωγε ό,τι μπορούσε να βρει, με αποτέλεσμα να αυξηθεί γρήγορα το βάρος της και να την επαινεί το προσωπικό. Το βάρος της ήταν τώρα 43 κιλά και βγήκε από το νοσοκομείο σαν «θεραπευμένη από την ψυχογενή ανορεξία»

Η ανησυχία της με την υπερβολική αδυναμία είχε σταματήσει, αλλά εξακολουθούσε να έχει μια διαταραχή της διατροφής. Αυτό έγινε φανερό αργότερα τον ίδιο χρόνο, όταν πήγε στην Ινδία με μια ομάδα φοιτητών για να επισκεφτεί το Κασμίρ. Από εκεί έγραψε στην κλινική :

« Πέρασα τις τρεις πρώτες εβδομάδες των διακοπών κάνοντας πεζοπορία στο Κασμίρ που ήταν υπερβολικά όμορφο. Απολάμβανα το φανταστικό τοπίο, τον καθαρό αέρα και την άσκηση και μου φαινόταν ότι ξέφευγα από τα προβλήματά μου εκεί ψηλά στα βουνά. Αλλά τις τελευταίες μέρες της εκδρομής, αρρώστησα από οξεία δυσεντερία, πυρετό—και όλα τα σχετικά—και έφτασα στο Σριναγκάρ σε μεγάλη απόγνωση που συνοδευόταν από απίστευτες κράμπες. Αναγκάστηκα να μείνω αρκετές εβδομάδες στο κρεβάτι νιώθοντας απαίσια. (το νοσοκομείο ήταν φρικτό) Τι έκανα λοιπόν ; Έτρωγα είτε το πιστεύετε είτε όχι ! Λίγοι άνθρωποι, εκτός από τους πρώην ανορεξιακούς , θα μπορούσαν να τρώνε με τέτοια ορμή, παρά τους κοιλιακούς πόνους. Κατά κάποιον όμως τρόπο τα κατάφερα και συνέχισα να τρώω από τότε που γύρισα σπίτι. Τώρα είμαι πιο χοντρή παρά ποτέ ! Είμαι 66 κιλά και έχω κατά καιρούς διάρροια και κράμπες. Αλλά αυτά θα περάσουν Εκείνο που με στεναχωρεί περισσότερο είναι το βάρος μου (τι άλλο !) γιατί νιώθω πως καταστρέφει αργά –αργά_την ικανότητά μου να αντιμετωπίζω την καθημερινή μου ζωή. Όπως έχω χάσει τον έλεγχό μου στο φαγητό, το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και με την ζωή μου. Η κοινωνική μου ζωή είναι γεμάτη και διασκεδαστική γενικά και δεν είμαι αποτραβηγμένη, αλλά νιώθω την επικείμενη καταστροφή και φοβάμαι όλο και περισσότερο μήπως πάρω κι άλλο βάρος. Έχω δοκιμάσει πολλούς τρόπους για να αντιμετωπίσω αυτό που με κάνει να τρώω, αλλά δεν μπορώ να αλλάξω τις συνήθειές μου για περισσότερο από 2 ή 3 μέρες. Σκέφτηκα τις εναλλακτικές λύσεις –τον εμετό, την λιμοκτονία—ακόμη και την αυτοκτονίααλλά στην πραγματικότητα θα έδινά και το δεξί μου χέρι για να ξεμπλέξω. Μου αρέσουν τα μαθήματα που είναι γεμάτα ενδιαφέρον (όταν δεν απασχολώ το μυαλό μου αποτελεσματικές σκέψεις για το βάρος και το φαγητό). Θα προτιμούσα οτιδήποτε άλλο από το να ξοδεύω το μισό μου χρόνο (και όλα μου τα χρήματα) για φαγητό. Και αυτό το αίσθημα με έκανε να κάνω δίαιτα και να πάθω ανορεξία πριν από δύο χρόνια.

Είμαι ξαπλωμένη και σκέφτομαι. Θα 'πρεπε να γράφω μια έκθεση αλλά έφαγα τόσο πολύ χτες που σήμερα έχω άσχημες κράμπες και πόνο στο επιγάστριο από το πολύ φαγητό. Κάθομαι και σκέφτομαι πόσο καιρό θα μου πάρει να χάσω 19 κιλά και με τον γρηγορότερο δυνατό τρόπο – και τα λοιπά, και τα λοιπά – και ασφαλώς είναι

ΧΑΣΙΜΟ ΧΡΟΝΟΥ. Έχω μια πολύ καλή οικογένεια, μερικούς καλούς φίλους, ένα φανταστικό αγόρι, ένα σωρό υλικά αγαθά – και εγώ αποτραβιέμαι στην φρικτή ζωή που δημιούργησα για τον εαυτό μου. Νιώθω πως με πλακώνει και με πνίγει. Δεν μπορώ να κάνω πολλά πράγματα γιατί έχω πιαστεί σ' αυτό το φαύλο κύκλο –έχω την ίδια έμμονη ιδέα με το φαγητό που είχα πριν δύο χρόνια και θέλω να ξεφύγω γιατί αλλιώς θα χρειαστούν 3 χρόνια, 4 χρόνια –επ' άπειρον. **Μια ανυπόφορη σκέψη !**

Μαρτυρίες ατόμων με ψυχογενή βουλιμία:

Πρώτο περιστατικό: Λάμπρος

Παραπονιέται για ακούσια πολυφαγία και αύξηση βάρους, τα οποία προσπαθεί μάταια να ελέγξει, κάνοντας εμετό και δίαιτα. Δίνει το ακόλουθο ιστορικό, συμπληρωμένο από τους γονείς του:

Πριν επτά μήνες, ύστερα από τα Χριστούγεννα, διαβάζοντας για τις Πανελλήνιες Εξετάσεις, άρχισε να τρώει σε βαθμό που να κάνει εμετό και έπειτα πάλι να ξανατρώει. Για μια εβδομάδα αρνήθηκε να πάει στο σχολείο. Άρχισε να κάνει δίαιτα και για δύο εβδομάδες ήταν καλά. Αλλά δεν μπόρεσε να την κρατήσει για πολύ και ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται ως τώρα.

Από μικρός είχε άγχος με το φαϊ επειδή ήταν παχουλός. Δεν έτρωγε, ζυγίζοταν διαρκώς. Όπως λέει ο ίδιος: «όποτε μου έχει συμβεί κάτι στη ζωή μου καταφεύγω στο φαγητό. Τρώω μέχρι να σκάσω, ως τον εμετό, πολλές φορές τον προκαλώ. Έπειτα ξανατρώω, κι όταν παχαίνω αρχίζω τη δίαιτα. Τώρα που το λέω μου φαίνεται γελοίο. Εκείνη τη στιγμή το 'χω ανάγκη το φαϊ, να ηρεμήσω. Με μεγάλη προσπάθεια αρχίζω να κάνω δίαιτα. Όσπου να μου τύχει κάτι να με στενοχωρήσει, να με τσαντίσει. Ζαλίζεται το μυαλό μου και ξαναρχίζω να τρώω. Όταν κάνω δίαιτα και στη λαιμαργία μου ξεφύγω λιγάκι, ξεφεύγω τελείως. Αν έρθω σε αντιλογία με κάποιον, όταν μου πάει κάτι στραβά ή δεν μπορώ να αναλάβω κάποια ευθύνη που μου έχουν αναθέσει, το ρίχνω στο φαϊ.

Προσπαθούσα από πάντα να κάνω δίαιτα, αλλά η μητέρα μου, επειδή ήμουν στην ανάπτυξη, μου την έσπαγε. Μπαίνοντας στην τρίτη Λυκείου βρήκα πολύ δύσκολα τα μαθήματα κι άρχισα φροντιστήρια. Δεν ήμουν καλός μαθητής, στην τρίτη Λυκείου έγινα. Εγώ τότε χρειαζόμουν κάποια ψυχική βοήθεια, να μου πει κάποιος, 'δεν έχεις τίποτα, θα τα καταφέρεις'. Μου δημιουργήθηκε άγχος, το 'ριζα στο φαγητό, έβαλα 14 κιλά σε ένα μήνα. Κι από τότε αρχίζει ο φαύλος κύκλος. Πολλές φορές στην απόγνωση μου, το 'χω πάρει απόφαση να πάω να πέσω στη θάλασσα, που λέει ο λόγος. Την ώρα που τρώω μου 'ρχεται

να βάλω τα κλάματα. Τρώω χωρίς να το θέλω, μου 'χει γίνει οργανική ανάγκη. Κι όσο η νευρική κατάσταση εξακολουθεί, τρώω, θολώνει το μυαλό, κάνω εμετό, ηρεμώ για λίγο. Παίρνω αλοπεριδίνη, μου προσφέρει κάποια βοήθεια, αν και μπορεί να είναι μόνο στη φαντασία μου, παίρνω ως πέντε χάπια την ημέρα. Πηγαίνω στην ντισκοτέκ για να αποφύγω το σπίτι και την νευρική κατάσταση».²³

Δεύτερο περιστατικό: Κάρεν

Εύκολα μπορώ να εντοπίσω την αρχή της αρρώστιας μου. Αρχίζει μια εμπειρία σχετική με ένα από τα δώρα της δέκατης πέμπτης επετείου των γενεθλίων μου: ένα κουτί σοκολάτες. Βρισκόμουν σε μια εποχή που οι πιέσεις για κοινωνική αποδοχή ήταν τεράστιες για μένα και το λεπτό σώμα ήταν για μένα απαραίτητη προϋπόθεση για κοινωνική αποδοχή και αυτοπεποίθηση. Έφαγα μερικές από τις σοκολάτες των γενεθλίων μου και η μητέρα μου μου έκανε μία υπόδειξη: «Αν δεν θέλεις να παχύνεις, βάλε το δάχτυλό σου στο λαιμό σου. Το μέλλον μου, μ' εκείνες τις σοκολάτες μέσα μου, φαινόταν απλώς «μαύρο». Η υπόδειξη της μητέρας μου φαινόταν η μοναδική διέξοδος από το «μαύρο μέλλον» που είχα προδιαγράψει για τον εαυτό μου.

Ακολούθησα αφελώς αυτή τη διέξοδο, που αποδείχθηκε πως ήταν καθόλου διέξοδος αλλά μια είσοδος προς την κόλαση. Μακάρι να το ήξερα! Το να προκαλέσω εμετό ήταν μια απωθητική εμπειρία για μένα, αλλά ο φόβος του «μαύρου μέλλοντος» δε μου έδινε εναλλακτική λύση. Η φυσική αδυναμία και η ψυχολογική ευφορία ακολούθησε τον εμετό. Όσο οδυνηρό και αηδιαστικό κι αν ήταν, βρήκα το κλειδί για την ελευθερία για το επίφοβο «μαύρο μέλλον».

Άφησα το σχολείο μόλις έκλεισα τα δεκαπέντε και οι πιέσεις της ζωής αυξήθηκαν. Δυσκολευόμουν να τις εντοπίσω, αλλά εξακολουθούσα να έχω το «κλειδί» της αυτοπεποίθησης και της αποδοχής. Καθώς περνούσαν οι μήνες, έχανα σιγά σιγά βάρος, πιστεύοντας πως γινόμουν πιο ελκυστική.

Γύρω στα δεκαέξι ανακάλυψα πως δεν μπορούσα να αντιμετωπίσω όχι μόνο τα προβλήματα, αλλά και τον ελεύθερο χρόνο μου. Το άγχος φαινόταν να κυβερνά τη ζωή μου και δεν μπορούσα να χαλαρώσω χωρίς φαγητό. Δεν ξέρω αν ακόμη και τότε χαλάρινα.

Ενιωθα αηδιαστικά χοντρή και άσχημη όταν δεν μπορούσα να δω όλα μου τα πλευρά όταν κοιταζόμουν στον καθρέφτη. Έπαιρνα μια μεγάλη δόση αλάτων. Επίσης καθημερινά έπαιρνα καθαρτικά χάπια που έφταναν στα 13 την ημέρα. Ευτυχώς το βάρος μου έπεσε μόλις κάτω από τα 51 κιλά στο χαμηλότερο όριό του. Αλλά βάραινε πολύ στη ζωή μου. Για πρωινό έτρωγα 8 – 10 φέτες φρυγανιά και δημητριακά. Ύστερα έπλενα τα πιάτα τρώγοντας τα αποφάγια όλων με μια αγχώδη, αμήχανη, κρυφή βιασύνη. Ύστερα εξαφανιζόμουν κρυφά στην τουαλέτα και έβγαζα το πρωινό μου. Η μύτη μου και το στομάχι

μου αιμορραγούσαν συχνά και δέκα λεπτά αργότερα ένιωθα μεγάλη αδυναμία, ζαλιζόμουν και χλόμιαζα.

Έπαθα ασιτία σε βαθμό που η περίοδός μου σταμάτησε επί έξι ή επτά μήνες. Θεέ μου, το δεχόμουν σαν φυσιολογικό!

Τον επόμενο χρόνο άρχισα να καταλαβαίνω πως ήμουν υπερβολικά αδύνατη κι έτσι πολέμησα τη συνείδησή μου και σταθεροποίησα το βάρος μου γύρω στα 57 κιλά.

Ο φίλος μου είχε γίνει μέλος μιας καινούργιας ομάδας φίλων που έπαιρναν πολλά ναρκωτικά κάθε είδους. Αυτό ήταν κάτι που δεν μπορούσα να το αντιμετωπίσω. Το «έτερο ήμισυ» μου πέθαινε και πέθαινα κι εγώ μαζί του.

Άρχισα να τρώω περισσότερο, το πνεύμα και η ψυχή μου εξασθένισαν. Εκείνος χάθηκε πιο βαθιά στα ναρκωτικά και άρχισα να τον ακολουθώ, αλλά, δόξα το Θεό, με αγαπούσε αρκετά για να με κρατήσει έξω από αυτή τη «μαύρη τρύπα». Δοκίμασα μερικά ναρκωτικά, δεν μου έκαναν τίποτα. Το φαγητό ήταν η ανακούφισή μου – το ναρκωτικό μου!

Μια μέρα απόγνωσης που είχα φερθεί τόσο άσχημα στο φίλο μου ώστε με χτύπησε και με πέταξε κάτω στη μέση του δρόμου (προσπαθούσα να τον εμποδίσω να πάει στην παμπ) γύρισα στο σπίτι του, μόνη και απελπισμένη. Δεν υπήρχε φαγητό στο σπίτι, δεν είχα χρήματα. Πήρα ένα γεμάτο ντουφέκι από τον τοίχο και έβαλα την άκρη της κάνης στο στόμα μου. Δεν πρέπει να ήθελα να πεθάνω, γιατί ένιωσα μια δύναμη που μου έδωξε την ανάγκη να τραβήξω την σκανδάλη. Ούρλιαζα και χτυπούσα τον τοίχο και έκλαιγα κάπου μια ώρα. Ύστερα ένιωσα μεγάλη αδυναμία. Γύρισα στη δουλειά μου αλλά δεν μπορούσα να μιλήσω στο αφεντικό μου, ούτε αργότερα στους δικούς μου. Δεν είχαν ιδέα – ούτε ήθελαν να έχουν.

Την άλλη μέρα διαπέρασα το φράγμα μου. Ένιωθα πως είχα πάρει μια παράταση ζωής, όταν ξαφνικά η κατάθλιψη και η απόγνωση με ξανακυρίευσαν σε μεγαλύτερο βαθμό. Έτρωγα απελπισμένα όλη την ημέρα, βάζοντας θλιβερή μουσική και νιώθοντας λύπηση για τον εαυτό μου.

Προς μεγάλη φρίκη και απογοήτευση των γονιών μου, μάζεψα γρήγορα τα πράγματά μου και μετακόμισα. Το μαρτύριο με ακολούθησε, βασανίζοντάς με όπου κι αν στρεφόμουν. Περνούσα τον καιρό μου τρώγοντας όλη την ημέρα για να ξεχάσω. Προσπαθούσα να ζήσω, αλλά δεν ωφελούσε. Τα Σαββατοκύριακα προσπαθούσα να πάω στο σπίτι μόνο και μόνο για το φαγητό που υπήρχε.

Δεν μπορούσα να αντιμετωπίσω αυτή τη ζωή και έτσι μετά από πεντέμισι χρόνια βουλιμίας και εμετού είπα στην αδερφή μου τι έκανα. Κανόνισε ένα ραντεβού με ένα γιατρό, μου γέλασε και μου είπε: «Τι θέλεις να κάνω; Να σου ράψω το στόμα;»

Η ψυχίατρος με έκανε να δεχτώ περισσότερο τον εαυτό μου. Αλλά η έμμονη απασχόλησή μου με το φαγητό εξακολουθούσε να αυξάνει. Δεν μπορούσα να αντέξω τη ζωή κι έτσι η ψυχίατρός μου κανόνισε να μπω σε νοσοκομείο γιατί δεν βελτιωνόμουν.

Αν ποτέ πίστεψα πως υπάρχει ένας δικός μου «Θεός», είναι αυτή η στιγμή, γιατί από κάτι που μου φαίνεται σαν θαύμα, κατάφερα να αναγνωρίσω ότι ήμουν εθισμένη και να φτάσω στις 12 ημέρες συνέχεια χωρίς να παραφάω ή να κάνω εμετό. Δεν τα είχα καταφέρει ούτε μια μέρα άλλοτε όσο κι αν είχα προσπαθήσει!

Με τη βοήθεια ενός προγράμματος εθισμού και τη φιλοσοφία των Ανώνυμων Αλκοολικών έμαθα να αποκτώ αυτοπεποίθηση, ελπίδα και να βλέπω τη ζωή όπως ονειρευόμουν να τη βλέπω. Έχω πολύ δρόμο να κάνω μέχρι την ανάρρωση και το δέχομαι! Σημειώνω πραγματικά κάποια πρόοδο και δε θα υποχωρήσω γιατί έχω πάρα πολλά να χάσω. Τώρα έχω πάρει μια γεύση από το πόσο ευχάριστη και συναρπαστική μπορεί να είναι η ζωή. Έτσι ελπίζω να μπορέσω να μείνω στη ζωή που αγαπώ τόσο πολύ και ελπίζω να διατηρήσω τον αυτοέλεγχό μου για την υπόλοιπη ζωή μου σχετικά με το φαγητό και τους εμετούς.

Τρίτο περιστατικό: Τζίλ

Όταν ήμουν 15 χρονών κοιτάχτηκα και σκέφτηκα: «Είμαι πολύ χοντρή, και δε μου αρέσει το μέγεθος των μηρών και των γλουτών μου». Το βάρος μου ήταν τότε 63 κιλά. Έτσι άρχισα δίαιτα παίρνοντας μόνο 5040 kj (1200 θερμίδες) και έπεισα τον πατέρα μου να μου αγοράσει ένα ποδήλατο γυμναστικής με το οποίο γυμναζόμουν μία ώρα την ημέρα. Έχασα 5 κιλά. Τον επόμενο χρόνο έκανα πολλή γυμναστική αλλά έτρωγα κανονικά γεύματα και δεν πήρα βάρος. Ύστερα έπαθα ηπατίτιδα κι έμεινα έξι βδομάδες στο νοσοκομείο και το βάρος μου έπεσε στα 54 κιλά, αλλά ύστερα αυξήθηκε στα 57 κιλά σε λίγους μήνες – και αυτό είναι το βάρος στο οποίο έχω την καλύτερη εμφάνιση. Έτσι ήμουν ευτυχισμένη.

Στα 18 πήγαίνα στο «Τεχνικό Λύκειο». Είχα ένα μόνιμο φίλο. Τα πηγαίναμε καλά αλλά άρχισα να τρώω περισσότερο και να γυμνάζομαι λιγότερο και το βάρος μου αυξήθηκε στα 60 κιλά. Εκείνος έλεγε πως πάχαινα και το ίδιο έλεγε και η Μέι, μια κοπέλα στην τάξη μου που ήταν πραγματικά χοντρή. Δεν ξέρω αν έφταιγε αυτό που έλεγαν, αλλά περίπου τότε άρχισα να δίνω μεγάλη προσοχή στα γυναικεία σώματα και στο πόσο διαφορετικό ήταν το σχήμα τους. Άρχισα να έχω έμμονη ιδέα με το σχήμα του σώματος και με το ότι συχνά ήταν δυσανάλογο και άσχημο και άρχισα να κάνω δίαιτα για να δώσω καλύτερο σχήμα στο σώμα μου. Δεν τα κατάφερα και πολύ καλά, γιατί το σώμα μου διατήρησε το ίδιο σχήμα και δεν έχασα καθόλου βάρος αν και προσπαθούσα επί ένα χρόνο. Νομίζω πως πείστηκα πως δεν μπορούσα να φάω όσο οι άλλοι γιατί αν το έκανα θα γινόμουν πραγματικά χοντρή σαν τη Μέι.

Ύστερα ο φίλος μου κι εγώ χωρίσαμε και ήμουν σίγουρη πως έφταιγε το γεγονός ότι ήμουν χοντρή. Άρχισα να παίρνω χάπια αδυνατίσματος – νομίζω

πως μερικές μέρες έπαιρνα πάνω από 20. ούτε αυτά έφεραν αποτέλεσμα κι έτσι δοκίμασα δεν ξέρω πόσες δίαιτες. Προσπάθησα να μένω ζύπνια όλη τη νύχτα γιατί είχα διαβάσει πως η πνευματική δραστηριότητα σε βοηθούσε να χάσεις βάρος. Πήγα σ' ένα γιατρό που μου έδωσε ενέσεις για να διαλύσω το λίπος, αλλά ούτε κι αυτό έφερε αποτέλεσμα. Δοκίμασα να φοράω πλαστικά ρούχα για να χάσω βάρος. Δοκίμασα την υπνοθεραπεία. Και κάποτε που έπαθα γρίπη στάθηκα κάτω από ένα κρύο ντους κι ύστερα βγήκα έξω μέσα στο χειμώνα επί δύο ώρες προσπαθώντας να πάθω πνευμονία. Σταμάτησα να παίρνω βιταμίνες γιατί πίστευα πως οι κάψουλες μπορεί να είχαν θερμίδες. Τίποτα δεν έφερε αποτέλεσμα και το βάρος μου έμενε ανάμεσα στα 63 και στα 66 κιλά. Ήταν πολύ αποθαρρυντικό.

Ένιωσα πως ο μοναδικός τρόπος για να χάσω πραγματικά βάρος θα ήταν να μένω νησική. Και το έκανα, αλλά πεινούσα τόσο πολύ που όταν έμενα νησική δύο ή τρεις εβδομάδες, πίνοντας μόνο υγρά, το έριχνα στο φαγητό. Έβγαινα έξω αργά τη νύχτα και αγόραζα φαγητό ή, αν μπορούσα, το έκλεβα. Προσπαθούσα να προκαλέσω εμετό μετά την κρίση λαιμαργίας βάζοντας τα δάχτυλά μου στο λαιμό μου αλλά δεν τα κατάφερνα κι έτσι άρχισα να παίρνω μεγάλες ποσότητες καθαρτικών και όταν, μετά από μια κρίση λαιμαργίας, οι αστράγαλοί μου πρήζονταν, έπαιρνα διουρητικά χάπια από τον γιατρό. Είχα χάσει εντελώς τον έλεγχο του φαγητού μου.

Η αλήθεια είναι ότι πήγα σε αρκετούς γιατρούς αλλά κανένας τους δεν φαινόταν να πιστεύει πως είχα κάτι. Έτσι μια μέρα πήρα μια μεγάλη ποσότητα ασπιρίνες - δεν θυμάμαι πόσες - για να προσπαθήσω να δείξω πως χρειαζόμουν βοήθεια - και χρειαζόμουν πραγματικά βοήθεια!

Μαρτυρίες ατόμων με παχυσαρκία:

Πρώτο περιστατικό: Μάρτζορι

«Όλα άρχισαν κάπου 10 χρόνια πριν, στην 25^η επέτειο του γάμου των γονέων μου όταν ο άντρας της αδερφής μου την εγκατέλειψε. Ζούσαμε όλοι στο σπίτι και είχαμε ατέλειωτες οικογενειακές συζητήσεις, που γίνονταν πολύ συναισθηματικές. Και ταυτόχρονα άρχισα να ανησυχώ όλο και περισσότερο για την επαγγελματική ηθική των εργοδοτών μου, που ήταν ανέντιμοι. Αυτά τα δύο πράγματα μου δημιούργησαν εκνευρισμό και θυμό συνεχώς. Και σα να μην έ-

φταναν όλα αυτά, ο φίλος μου έπαθε ένα άσχημο ατύχημα και έπαθε μεγάλη κατάθλιψη και χρειαζόταν την υποστήριξη μου. Ένωθα πως ήμουν το στήριγμα όλων και δεν μπορούσα να ξεφύγω.

Στην αρχή δεν καταλάβαινα πως το βάρος μου άρχισε να αυξάνεται, ώσπου ανακάλυψα ότι χρειαζόμουν φόρεμα νούμερο 16 αντί για 12. Προσπάθησα να κάνω δίαιτα αλλά τα προβλήματα συνεχίστηκαν και το φαγητό φαινόταν ο μόνος τρόπος για να αμβλύνω τον πόνο. Απέκτησα τη συνήθεια να κοιτάζομαι στον καθρέφτη, νιώθοντας κατάθλιψη γι' αυτό που έβλεπα και τρώγοντας περισσότερο για να μπορέσω να το αντιμετωπίσω. Έκανα δίαιτα και άρχισα να χάνω βάρος και υστέρα τα παρατούσα και έτρωγα τεράστιες ποσότητες και έπαιρνα πάλι βάρος.

Η συμπεριφορά μου έγινε καταστρεπτική. Ήξερα τώρα πως χρησιμοποιούσα το φαγητό σαν διέξοδο από τον συναισθηματικό πόνο και το στρες. Δεν διέφερα από μια αλκοολική, και συνειδητοποίησα πως δε θα μπορούσα να το ξεπεράσω μόνη μου, αλλά δεν είχα πού να στραφώ. Βρισκόμουν σε μια τραμπάλα φαγητού και δίαιτας και δεν μπορούσα να κατέβω. Δεν προκαλούσα εμετό ούτε έπαιρνα καθαρτικά ή τίποτα τέτοιο. Δεν ήταν σαν να είχα σκεφτεί όλα αυτά τα πράγματα και τα είχα απορρίψει – δεν τα είχα σκεφτεί καν.

Ξέρω πως έχω διαταραχή της διατροφής. Δεν μπορώ να ελέγχξω τον εαυτό μου· το φαγητό με ελέγχει, είμαι χοντρή και θέλω να είμαι λεπτή/ αλλά δεν μπορώ να κάνω δίαιτα για να αδυνατίσω. Εξακολουθώ να είμαι χοντρή. Ζυγίζω τώρα 86 κιλά. Θα ήθελα να μπορούσα να αδυνατίσω.

Δεύτερο περιστατικό : Μπέριλ

Η Μπέριλ είναι μια παχύσαρκη μεσόκοπη γυναίκα που έχει ύψος 1,60μ. και βάρος 72 κιλά. Είναι περίπου 17 κιλά υπέρβαρη και το μεγαλύτερο μέρος από το πλεόνασμα οφείλεται στο λίπος που έχει παραγάγει. και αποθηκεύσει με τα χρόνια όταν έτρωγε περισσότερη ενέργεια με τη μορφή φαγητού απ' όση κατανάλωνε. Η Μπέριλ έχει διαβάσει άρθρα και ανησυχεί μήπως είναι υπερβολικά παχιά. Θα ήθελε να ξαναγυρίσει στο ιδανικό της βάρος των 55 κιλών. Κάθε μέρα πρέπει να ξοδέψει περίπου 8.400 KJ (2.000 θερμίδες) ενέργειας για να ανταποκριθεί στις ανάγκες του οργανισμού της και της δουλειάς της στο σπίτι. Αν μπορούσε να καταφέρει να τρώει μόνο 4.200 KJ (1.000 θερμίδες) την ημέρα, θα χρειάζονταν 125 ημέρες – πάνω από 4 μήνες – για να εξαντλήσει την αποθηκευμένη ενέργειά της που είχε εναποθέσει με τα χρόνια. Μια δίαιτα με μόνο 4.200 KJ(1.000 θερμίδες) την ημέρα είναι πολύ δύσκολο να τηρηθεί και έτσι είναι πιθανότερο να διαλέξει μια δίαιτα που θα τις έδινε 6.300 KJ (1500 θερμίδες) την ημέρα. Μ' αυτή τη δίαιτα, αν την ακολουθήσει ακριβώς θα έκαιγε 2.100 KJ (500 θερμίδες αποθηκευμένη ενέργεια την ημέρα και θα χρειαζόταν 250 μέρες – πάνω από 8 μήνες για να πέσει στο ιδανικό βάρος! Η Μπέριλ έχει πραγματικό πρόβλημα γιατί είναι ανόητο να υποστηρίξει κανείς πως είναι εύκολο να χάσεις 17 κιλά και είναι απίθανο, όποια δίαιτα κι αν αποφασίσει να

ακολουθήσει να καταφέρει να το κάνει σε λιγότερο από 8 μήνες. Εκτός από αυτό, οι προηγουμένως παχύσαρκες γυναίκες που κατάφεραν να μειώσουν το βάρος τους κάνοντας δίαιτα, ξαναπαίρνουν βάρος πολύ γρήγορα σε σύγκριση με τις παχύσαρκες γυναίκες που δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία, αν ξαναρχίσουν να παρατρώνε.

Γι' αυτό το λόγο η Μπέριλ θα πρέπει να ασκήσει πολύ μεγάλη θέληση για να πετύχει την απώλεια βάρους της και να διατηρήσει το μειωμένο βάρος.

Τρίτο περιστατικό : Γκάρεθ

Ήμουν πάντα αρκετά μεγαλόσωμος και στα δεκαέξι μου, έπαιζα επαγγελματικό ράγκμπι. Τότε ζύγιζα περίπου 89 κιλά αλλά ήταν όλο μύς —καθόλου λίπος. Τότε, άρχισα να δουλεύω σε φουρνέλο. Έπινα σαν ψάρι κι έτρωγα σαν άλογο αλλά δούλευα και ιδρώνα και δεν πήρα βάρος σ' αυτή τη δουλειά. Δεν μου άρεσε πολύ αυτή η δουλειά και έτσι βρήκα δουλειά στους σιδηροδρόμους. Το πρόβλημα ήταν ότι στην καινούργια δουλειά καθόμουν απλώς 8-10 ώρες την ημέρα και δεν έκανα τίποτα, αλλά εξακολουθούσα να έχω τις ίδιες συνήθειες στο φαγητό και στο ποτό. Έτσι άρχισα να παίρνω βάρος κι έφτασα στα 153 κιλά. Ήμουν τόσο χοντρός που δυσκολευόμουν να κάνω τη δουλειά μου. Ο γιατρός των σιδηροδρόμων είπε πως θα έπρεπε να χάσω βάρος γιατί διαφορετικά θα μου απαγόρευε να οδηγώ. Δοκίμασα δίαιτες, *Weight Watchers* και όλα τα σχετικά αλλά δεν με ωφέλησαν καθόλου. Όταν δουλεύεις βάρδια δεν υπάρχει τρόπος να κάνεις δίαιτα. Έπινα πολύ καφέ κι όταν πίνεις καφέ πρέπει να φας μπισκότα ή ένα σάντουιτς. Ύστερα δοκίμασα τη γυμναστική. Ούτε αυτή δεν έφερε αποτέλεσμα. Έπαιζα ποδόσφαιρο και μετά πήγαινα στην παμπ. Το παιχνίδι μου έφερνε πείνα. Έτσι έτρωγα περισσότερο. Κι έτσι είχα φτάσει στα 153 κιλά και πάχαινα συνεχώς.

Τότε περίπου διάβασα για κάτι εγχειρήσεις και πειράματα που έκαναν στις ΗΠΑ. Κάποιος μου έλεγε πως έβαζαν ένα πλαστικό σωλήνα μέσα στα έντερα σου ώστε το τοίχωμα να μην μπορεί να απορροφήσει την τροφή γιατί αποκλειόταν. Έτσι πήγα και ρώτησα σχετικά το γιατρό μου και εκείνος μου είπε αμέσως: «Δε συμφωνώ. Είσαι υπέρβαρος αλλά έχεις μεγάλο σκελετό. Είσαι χοντροκόκκαλος και μπορείς να σηκώσεις το βάρος χωρίς προβλήματα. Για μένα αν δεν μπορείς να χάσεις βάρος με δίαιτα, θα πρέπει να μάθεις να το ανέχεσαι». Ύστερα πήγα σε μια άλλη γιατρό κι εκείνη άρχισε να με ρωτάει για το βάρος μου. Της είπα πως είχα ρωτήσει τον γιατρό μου σχετικά και εκείνη είπε: «Εντάξει, πάμε να δούμε αυτό το βλάκα» και με έστειλε στο χειρουργό μου.

Εκείνος μου μίλησε για τους 2 τύπους εγχειρήσεων που την έκανε τότε, μια που την έκανε άλλοτε και έραβε κατά πλάτος του στομαχιού και έβγαζε ένα κομμάτι έντερο και το ξανάστελνε στο επάνω μέρος του στομαχιού. Μου μίλησε επίσης για την άλλη που μου έκανε τελικά. Και αυτή ήταν να κάνει το στομάχι μου μικρότερο ράβοντάς το με συνδετήρες. Το έλεγε γαστρική διαίρεση. Ο Μπιλλ-ο χειρουργός μου--είναι ένας από εκείνους τούς χοντροκέφαλους που έχουν

μανία με τη γυμναστική και σηκώθηκα και περπάτησα τη δεύτερη μέρα αν και το περπάτημα μου έμοιαζε περισσότερο με αργό κρόουλ. Μου είπε πως θα μπορούσα να φάω αλλά θα έπρεπε να τα μασάω όλα καλά ώσπου να γίνουν πολτός γιατί έπρεπε να περάσουν από μια τρύπα περίπου 1/8 ή 1/4 της ίντσας. Αν δεν μασήσεις το φαγητό αρκετά για να περάσει, θα γυρίσει πίσω. Έτσι προσάρμοσα τις συνήθειές μου στο φαγητό ανάλογα. Έτρωγα λιγότερο και μασούσα καλά. Εξακολουθώ να βγάζω λίγο φαγητό αλλά όχι πολύ. Νομίζω πως είμαι σε πολύ καλύτερη φόρμα από πριν και νομίζω πως αυτό συμβαίνει επειδή σήκωνα το βάρος μου τόσο καιρό ώστε είμαι σε πολύ καλύτερη φόρμα από άλλους. Για παράδειγμα, κάπου 12 μήνες μετά την εγχείρηση πήγα στην πλαζ για να κάνω λίγο τζόκινγκ και να δω πόσο θα άντεχα. Έκανα μια απόσταση κάπου 4 ή 5 μίλια και δεν ήμουν καν λαχανιασμένος στο τέλος, δεν ένιωθα κούραση, ένιωθα σαν να είχα απλώς διασχίσει το δρόμο με τα πόδια.

Η_εγχείρηση με έκανε να αλλάζω την ποσότητα και τον τρόπο του φαγητού μου.

Είχα ένα πρόβλημα περίπου δύο χρόνια μετά την εγχείρηση.

Θα έκανα την εγχείρηση αν ήξερα τι σήμαινε; Τώρα που το ξανασκέφτομαι θα την έκανα, αλλά όταν βγήκα από το χειρουργείο και δύο μήνες μετά και μετά από τις 2 εγχειρήσεις που έκανα, μέχρι πριν από 6 μήνες αμφέβαλα αν θα το έκανα. Σύστησαν σε ένα από τα παιδιά στη δουλειά να την κάνει και με ρώτησε αν θα του τη συνιστούσα. «Όχι, δεν θα στη συνιστούσα», του είπα, «αλλά αν θέλεις κάντην, εμένα με βοήθησε».

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΥΟΡΚΗΣ**

ΑΝΔΡΕΣ

Ύψος	Μικρός σκελετός	Μέσος σκελετός	Μεγάλος σκελετός
m	kg	kg	kg
155	48	53	58
157	49	54	60
160	50	56	62
162	51	57	63
165	53	59	65
167	54	61	67
170	56	63	69
172	58	64	71
175	59	66	73
177	62	68	75
180	63	70	78
183	65	73	79
186	67	74	82
188	69	77	84
191	71	79	87

ΓΥΝΑΙΚΕΣ

m	kg	kg	kg
142	39	44	48
145	40	45	50
147	42	46	51
150	43	48	53
152	44	49	54
155	45	50	55
157	47	52	57
160	48	54	59
162	50	56	62
165	51	58	63
167	53	60	65
170	56	62	67
172	57	63	69
175	58	65	71
177	60	67	73

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Fairburn Ch.**, «Βουλιμία, ξανακερδίστε τον έλεγχο», μετάφραση: Χήρα Μ., εκδόσεις: Πατάκη, Αθήνα 1994
2. **Abraham S., Llewellyn D.J.**, «Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής», μετάφραση: Ταμπάκη Ε., εκδόσεις: Χατζηνικόλη, Αθήνα 1990
3. **Μπενέτου Α.**, «Ψυχοσωματικές νόσοι σε παιδιά και εφήβους», εκδόσεις: Ιατρικά ανάλεκτα, Αθήνα 1995
4. **Kaplan I. H., Sadock J.B.**, «Ψυχιατρική», τόμος Β, έκδοση 7^η, εκδόσεις: Λίτσα, Αθήνα 2000
5. **Μάνος Ν.**, «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», αναθεωρημένη έκδοση, εκδόσεις: University studio press, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1997
6. **Παπαδόπουλος Στ.**, «Ο ψυχοσωματικός ασθενής στην καθημερινή ιατρική πρακτική», εκδόσεις: Παρισιανός, Αθήνα 1995
7. **Χαρτοκόλλης Π.**, «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», έκδοση 2^η αναθεωρημένη, εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα 1991
8. **Σακελλαρόπουλος**, «Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογή στην Ελλάδα», εκδόσεις: Λίτσα, Αθήνα 1994
9. **Apfeldorfer G.**, «Ανορεξία, Βουλιμία, Παχυσαρκία», μετάφραση: Βιδάλη Π., εκδόσεις: Τραυλός Π., Κωσταράκη Ε., Αθήνα 1997
10. **Γιαννοπούλου Χρ. Α.**, «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», έκδοση 4^η, εκδόσεις: Ταβίθα, Αθήνα 2000
11. **Jean – Luc – Venisse**, «Η ψυχογενής ανορεξία», μετάφραση: Ταμπάκη Ε., εκδόσεις: Χατζηνικόλη, Αθήνα 1987
12. **Halmi K. M. D.**, «Anorexia nervosa», Comprehensive text – book of psychiatry / III, third edition, edited by : Kaplan I., Harold M. D., Freedman M., Alfred M. D., Sadock J., Benjamin MB., U.S.A. 1980
13. **Γκανά Κ.**, « Ψυχογενής ανορεξία, η αυτοεικόνα του ασθενούς και η οικογένειά του», Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής, Αθήνα 1997
14. **Χριστοπούλου** « Πανεπιστημιακές σημειώσεις ψυχοπαθολογίας», Αθήνα 1993
15. **Τσιαντής Ι., Μανωλόπουλος Σ.**, « Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», 2^{ος} τόμος, εκδόσεις : Καστανιώτη, Αθήνα 1988
16. **Touyz S. W., Beumont P. F. Y.**, « Anorexia and Bulimia nervosa, the dieting disorders», text-book of psychiatry, edited by : Beumont and Hampshire, 1989
17. **Hill W. Oscar**, « Psychosomatic medicine 2», edited by : Western printing service, London 1970
18. **Dally P.**, « Anorexia nervosa», edited by : Pitman press, London 1969

- 19.Γεωργαράς Κ. Α., « Συνοπτική ψυχιατρική», εκδόσεις : Πασχαλίδη, Αθήνα 1982
- 20.Willey R. S., Emmett Ph. D. « Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia», edited by Brunner, Mazel publishers, New York 1985
- 21.Ashwoth S., « Ξεχάστε το βάρος σας», μετάφραση : Καλογιάννη Ε., εκδόσεις : Πατάκη, Αθήνα 1999
- 22.Ryssell F. M. Gerald, « Anorexia and Bulimia nervosa», modern approaches, second edition, edited by : Butter M., Herson L., Blackwell scientific publication, 1989
- 23.Μαράτος Ι.,« Διαταραχές της διατροφής»,« Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», τόμος Β, μέρος Β ψυχοπαθολογία, επιμέλεια : Τσιαντής, Μανωλόπουλος, εκδόσεις : Καστανιώτη, Αθήνα 1988
- 24.Μάνος Ν., «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη 1988
- 25.Garfinkel R. E, Garner D. M., « The role of drug treatment for eating disorders», edited by : American psychiatric press, London 1987
- 26.Σινανίδου Μ., « Η κλινική των διαταραχών στην εφηβεία», Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής, Αθήνα 1998
- 27.Δουβελέτα Χίμψ, « Ανορεξία νερβόσα και παχυσαρκία», επιμέλεια: Δοξιάδη Α., Ζαχαρακοπούλου Ε., εκδόσεις: Βιβλιοπωλείων της εστίας, Αθήνα 1985
- 28.Halmi A. K, « Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa», edited by : American psychiatric press, London 1992
- 29.Πικούλη Δ., « Καλή διατροφή, καλύτερη υγεία», εκδόσεις : VITA, Αθήνα 1998
- 30.Μοσκόφ Α., περιοδικό: «Vita», τεύχος 54, εκδόσεις: Λαμπράκη Α.Ε., Αθήνα, Οκτώβριος 2001
- 31.Kirchheimer S., «Ο οικογενειακός γιατρός», τόμος Α, εκδόσεις: Φύκιρης, Αθήνα 1995
- 32.Ιατρικό λεξικό, «Υγεία», τόμος Α, εκδόσεις: Δομική, Αθήνα 1994
- 33.Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, τόμος Α, εκδοτικός οίκος: Πυραμίδες, Αθήνα [χ.χ.]
- 34.Μάνος Ν., «Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων», έκδοση 2^η, εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη 1992
- 35.Harrison R., «Εσωτερική Παθολογία», τόμος Α, εκδόσεις: Γρ. Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1986
- 36.Τρίκας Γ., Βάρσου Ε., «Διαταραχές πρόσληψης τροφής», εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα 2000
- 37.Καλαντζή – Αζίζι Α., «Νευρογενής ανορεξία και βουλιμία», τετράδια ψυχιατρικής, Νο 52, Αθήνα 1995
- 38.Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., «Ψυχιατρική», εκδόσεις: Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988

39. Φιλινόπουλος Γ., «Κλινική Ψυχιατρική», έκδοση 2^η, εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 1980
40. Epstein / Perkin / de Bono / Cookson, «Κλινική Εξέταση», ιατρικές εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 2000
41. Αβραμίδης Α., «Διαφορική διάγνωση εσωτερικής παθολογίας», τόμος Α, εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη 1985
42. Μπαρνάρντ Κ., «Το βιβλίο της υγείας», μετάφραση: Καλκάνη Ε., εκδόσεις: Αναστασιάδη, Αθήνα 1987
43. Βαγιούκας Α., «Εσωτερική Παθολογία Ψυχώσεων», εκδόσεις: Λίτσας, Θεσσαλονίκη 1976
44. Μόρτογλου Α., «Παχυσαρκία», εκδόσεις: Advance Publishing, Αθήνα 1996
45. Ιωάννου Ν. Αυγουστή, «Παχυσαρκία κ διατροφή», εκδόσεις: Φυτράκη, Αθήνα 1988
46. Ματσανιώτης Ν., «Εμείς κ το παιδί μας», έκδοση 3^η, εκδόσεις: Χριστάκης, Αθήνα[χ.χ]
47. Μπέρκιτ Ν., «Οι φυτικές ίνες», μετάφραση: Ελένη Τσελέπογλου, εκδόσεις: Ψυχογιός Αθ., Αθήνα 1983
48. Παπανικολάου Γ., «Σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία. Δίαιτες για όλες τις παθήσεις», εκδόσεις: Θυμάρι, Αθήνα 1982
49. Περιοδικό, «Στους ρυθμούς της καρδιάς», τόμος 11, τεύχος 125, εκδόσεις: Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, Αθήνα 2002
50. Βαρσαμής Ε., «Η θεραπεία της υπέρτασης», έκδοση 2^η, εκδόσεις: Μαρία Γρ. Παρισσιανού, Αθήνα 1996
51. Παλλίδης Σ., Το φυσιολογικό παιδί», έκδοση 2^η, εκδόσεις: Αϊβάξης – Ζουμπούλης, Θεσσαλονίκη 1987
52. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία, «Πρόβλημα υγείας», εκδόσεις: ΚΟΣΜΟΣ (ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ) Α.Ε., Αθήνα 1988
53. Περιοδικό, « Ιατρική Επικαιρότητα», τόμος 6, τεύχος 10, εκδόσεις Δικτύνα, Αθήνα 2003
54. Isa Anderson Kelso N.D., M.B.N.O.A., «Γυναικείες αδιαθεσίες και παθήσεις», εκδόσεις: Διόπτρα, Αθήνα 1979
55. Μαλλιάρου Μ.Α., «Η μητέρα εκπαιδεύεται στην παιδιατρική», εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα 1985
56. Περιοδικό, «Medilife», Τεύχος 5, εκδόσεις: Ευρωκλινική Αθηνών, Αθήνα 1999
57. Περιοδικό, «Medilife», Τεύχος 13, εκδόσεις: Ευρωκλινική Αθηνών, Αθήνα 2002
58. Γαλανός Δ.Σ., «Για να τρώμε σωστά», εκδόσεις: Β. Βασδέκης, Αθήνα 1982
59. Ρούσσοσ Ν., Σκαβίνσκα Β., «Αδυνατίστε και παραμείνετε αδύνατου», εκδόσεις: Ε.Α.Κ. Ε.Π.Ε, Αθήνα 1985

60. Ulrich, Canale, Wendell, «Νοσηλευτική – Παθολογική – Χειρουργική. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας», εκδόσεις: Λαγός Π. Δημήτριος, Αθήνα 1997
61. Περιοδικό, «Στους ρυθμούς της καρδιάς», τόμος 4, τεύχος 44, εκδόσεις: Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, Αθήνα 1995

