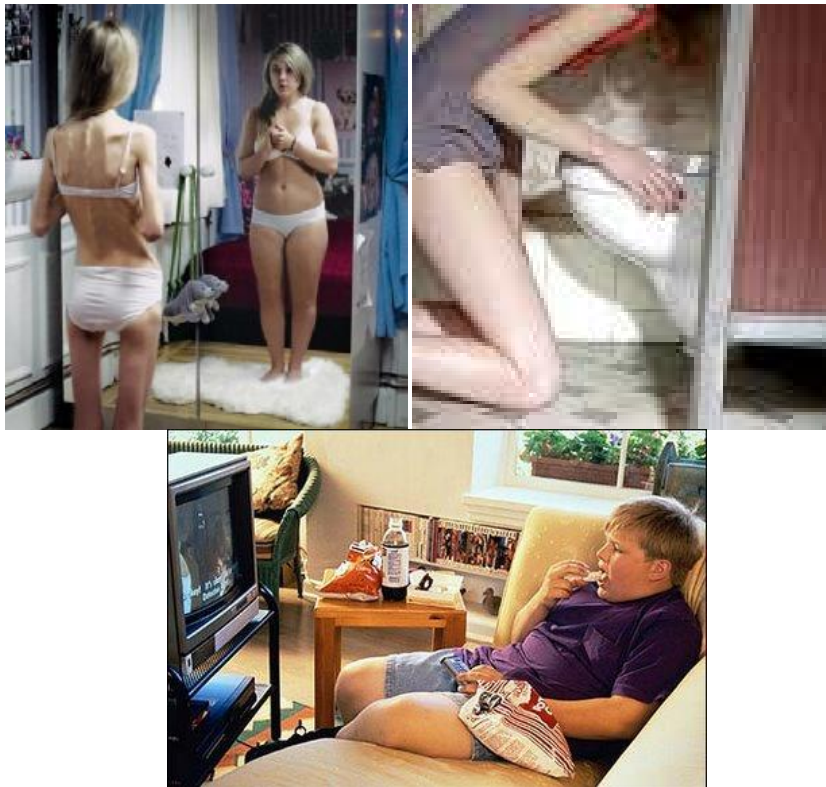


ΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ”



Εισηγήτρια:
Μιχαλοπούλου Αντιγόνη

Επιμέλεια:
σπουδάστρια:
Ταμπουρά Ειρήνη

ΠΑΤΡΑ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	σελ.4
Εισαγωγή	σελ.4
Ορισμοί διατροφικών διαταραχών	σελ.5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ~1⁰

1.1 Νευρογενής ανορεξία	σελ.7
1.2 Επιδημιολογία	σελ.8
1.3 Θνησιμότητα	σελ.8
1.4 Αιτιοπαθογένεια	σελ.9
1.5 Νευρική ανορεξία και άνδρες	σελ.11
1.6 Διάγνωση	σελ.12
1.7 Τύποι ψυχογενούς ανορεξίας	σελ.15
1.8 Διαφορική διάγνωση	σελ.15
1.9 Επιπλοκές υγείας στη ανορεξία	σελ.17
1.10 Θεραπεία	σελ.18
1.11 Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη	σελ.19
1.12 Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη	σελ.20
1.13 Πρόληψη	σελ.21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ~2⁰

2.1 Βουλιμία	σελ.23
2.2 Επιδημιολογία	σελ.24
2.3 Θνησιμότητα	σελ.24
2.4 Αιτιοπαθογένεια	σελ.25
2.5 Η βουλιμία στους άνδρες	σελ.27
2.6 Διάγνωση	σελ.27
2.7 Τύποι ψυχογενούς βουλιμίας	σελ.29
2.8 Διαφορική διάγνωση	σελ.29
2.9 Μέθοδοι βουλιμικών για να αντισταθούν στη βουλιμία	σελ.30
2.10 Τρόποι βουλιμικών για να μην πάρουν βάρος	σελ.31
2.11 Επιπλοκές υγείας στην βουλιμία	σελ.31
2.12 Θεραπεία	σελ.32
2.13 Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη	σελ.34
2.14 Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη	σελ.36
2.15 Ανταπόκριση θεραπείας	σελ.37
1.16 Πρόληψη	σελ.38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ~3⁰

3.1 Παχυσαρκία	σελ.39
3.2 Επιδημιολογία	σελ.40

3.3 Θνησιμότητα	σελ.41
3.4 Αιτοπαθογένεια	σελ.42
3.5 Διάγνωση	σελ.47
3.6 Επιπλοκές υγείας στην παχυσαρκία	σελ.51
3.7 Θεραπεία	σελ.56
3.8 Διαιτητική Θεραπεία	σελ.57
3.9 Ψυχοθεραπεία	σελ.58
3.10 Φαρμακοθεραπεία	σελ.59
3.11 Κινησιοθεραπεία	σελ.62
3.12 Χειρουργική θεραπεία	σελ.63
3.13 Ο νοσηλευτής και η παχυσαρκία	σελ.68
3.14 Πρόληψη	σελ.69
Περίληψη	σελ.72
Μαρτυρία ασθενή με Ψ.Α	σελ.73
Νοσηλευτική διεργασία	σελ.75
Βιβλιογραφία	σελ.77

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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 στην πρόσληψη της τροφής και δεν αποτελεί γενικά ψυχική διαταραχή, εκτός αν οι 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, καθώς και τον ρόλο του νοσηλευτή στην κάθε μία από αυτές με τρόπο περιεκτικό και κατανοητό, με σκοπό τον περιορισμό του μεγάλου αυτού προβλήματος.

Στην προσπάθεια μου αυτή έχω συγκεντρώσει μερικές 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 από διεθνώς αναγνωρισμένους εμπειρογνώμονες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διατροφή είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία. Η ίδια η ζωή των ανθρώπων εξαρτάται από τη δυνατότητα λήψης τροφής, ενώ η προστασία και η προαγωγή της υγείας συναρτώνται με το είδος και την ποσότητα της τροφής, καθώς και με τις διατροφικές συνήθειες. Τόσο η έλλειψη όσο και η υπερκατανάλωση τροφής μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ορισμένων νοσημάτων.

Τα προβλήματα της σωστής διατροφής και της εξασφάλισης αρκετής υγιεινής τροφής απασχολούν σήμερα περισσότερο από κάθε άλλη φορά τον άνθρωπο, ο οποίος καταβάλλει πολλές προσπάθειες για την αύξηση της παραγωγής τροφίμων για την κάλυψη των αναγκών της ανθρωπότητας.

Η τροφή καλύπτει τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού του ανθρώπου και συνεπώς, ο άνθρωπος εξαρτάται κατ' απόλυτο τρόπο από την τροφή του, επειδή με αυτή οικοδομεί τα κύτταρα του οργανισμού του και τα διατηρεί σε καλή κατάσταση σε όλη του τη ζωή.

Πολλοί άνθρωποι έχουν μια λανθασμένη εντύπωση πως <<κάποιος με ψυχογενή διατροφική διαταραχή φαίνεται>>. Πρέπει ο κόσμος να καταλάβει ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι φαινόμενο της κοινωνίας μας, μας αφορούν όλους και

μόνο μέσα από ευαισθησία, υπευθυνότητα και σωστή πληροφόρηση μπορούμε να βοηθήσουμε όσους υποφέρουν από αυτές.

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται ως εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Γίνονται ο τρόπος όπου τα άτομα αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες τους. Η υπερφαγία ή η μη λήψη τροφής χρησιμοποιείται για να καταστείλει συναισθήματα και σκέψεις που πονούν. Αναπτύσσοντας το άτομο μια ισορροπημένη σχέση με το φαγητό και παράλληλα έχοντας το άτομο μια ισορροπημένη δίαιτα, βοηθώντας το να έρθει σε επαφή με τα καταπιεσμένα συναισθήματα του μπορεί να βοηθηθεί, να αντεπεξέλθει και να διαχειριστεί τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει με έναν τρόπο που δεν είναι επιβλαβής για τον εαυτό του.

Ορισμοί διατροφικών διαταραχών:

Διατροφή: Είναι η επιστήμη που μελετά τον καθορισμό του είδους και του ποσού του τροφίμου που προάγει την υγεία.⁹

Υγιεινή Διατροφή: Η υγιεινή της βρώσης (*healthy eating*) αφορά την πολιτική τροφίμων (*food*) και διατροφής (*nutrition*) την εξασφάλιση (*security*) των τροφίμων, την ασφάλεια (*safety*) των τροφίμων, τις ελλείψεις μικροθρεπτικών στοιχείων (*micronutrient deficiencies*) και τις επιλογές υγιεινών τροφίμων.⁹

Επίσης, παρέχει στον οργανισμό όλες τις θρεπτικές ουσίες που χρειάζεται ώστε να είναι υγιής. Έχει ποικιλία και είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά. Η διατροφή πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες του σώματος σε ενέργεια, συμβάλλοντας παράλληλα στη διατήρηση φυσιολογικού βάρους.

Ψυχογενής ανορεξία: Η ψυχογενής ανορεξία (ΨΑ ή και Νευρογενής Ανορεξία) χαρακτηρίζεται από την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό για το ύψος και την ηλικία του, από έναν υπερβολικό φόβο ότι είναι ή θα γίνει παχύ, από τη διαστρέβλωση της σωματικής του εικόνας (ως προς το βάρος, το σχήμα ή το μέγεθος) και από αμηνόρροια στις γυναίκες.¹⁰

Ψυχογενής βουλιμία: Ο όρος βουλιμία ελληνική λέξη που σημαίνει μεγάλη και ακόρεστη πείνα αρχικά χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει απληστία για την τροφή, συνοδευόμενη από αισθήσεις αδυναμίας. Δεν επρόκειτο λοιπόν, αναγκαστικά, για παθολογική πείνα. Η βουλιμία είναι η συμβολική έκφραση μιας ψυχικής σύγκρουσης μια μορφή συμβιβασμού ανάμεσα στην επιθυμία και την άμυνα και αποδίδονται σε μια βαθύτερη διαταραχή της προσωπικότητας.³

Επεισοδιακή Πολυφαγία (*binge eating*): Πρόκειται για ένα είδος παχυσαρκίας, που χαρακτηρίζεται από επεισόδια ανεξέλεγκτης και παρορμητικής υπερφαγίας (*binge eating*), πέρα από το σημείο του να αισθανθεί κάποιος <<ικανοποιητικά χορτάτος>>. Δεν υπάρχουν επεισόδια προκλητού εμετού, υπάρχουν όμως περίοδοι

επαναλαμβανόμενων διαίτων, γι' αυτό και σε κάποιες περιπτώσεις το βάρος αυτών των ανθρώπων μπορεί να κυμαίνεται υπερβολικά. Εμφανίζεται μετά από μια περίοδο κατά την οποία μόλις τελειώσει δίνει τη θέση της στην πολυφαγία.

Νυκτερινή Υπερφαγία: Το σύνδρομο Νυκτερινής Υπερφαγίας, είναι μια διατροφική διαταραχή με κλινικά χαρακτηριστικά την πρωινή ανορεξία, τη βραδινή υπερφαγία και την αϋπνία με συνεχείς διακοπές νυκτερινής κατανάλωσης φαγητού. Το βασικό χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα του συνδρόμου είναι η καθυστέρηση στον εικοσιτετράωρο συγχρονισμό της πρόσληψης ενέργειας.

Ορθορεξία: Η ορθορεξία χαρακτηρίζεται από την παθολογική εμμονή με την κατανάλωση 'βιολογικώς αγνών' τροφών, η οποία οδηγεί σε σημαντικούς διαιτητικούς περιορισμούς, λειτουργική έκπτωση, απώλεια κοινωνικών σχέσεων και συναισθηματικών δεσμών με συνακόλουθη επιδείνωση της ψυχαναγκαστικής εμμονής σχετικά με το φαγητό.

Παχυσαρκία: Ως παχυσαρκία συνήθως ορίζεται η κατάσταση στην οποία υπάρχει μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους στο λιπώδη ιστό, σε σημείο τέτοιο, ώστε να αποτελεί κίνδυνο για την υγεία. Υπεύθυνη διαταραχή είναι το ανεπιθύμητο θετικό ενεργειακό ισοζύγιο και η αύξηση του βάρους.²

Pica: Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η επιμονή του παιδιού να τρώει μη θρεπτικές ουσίες για μια περίοδο τουλάχιστον ενός μήνα, όπως μπογιές, γύψο, σπάγκο, τρίχες, ύφασμα, άμμο, έντομα, φύλλα, πετραδάκια, πηλό, χώμα, περιττώματα ζώων.¹¹

Μηρυκαστική διαταραχή: Κατ' επανάληψη αναγωγή και αναμάσημα της τροφής για μια περίοδο τουλάχιστον ένα μήνα, που ακολουθεί μια περίοδο φυσιολογικής λειτουργικότητας.¹¹

Διαταραχή στη Σίτιση της Βρεφονηπιακής ή Πρώτης Παιδικής Ηλικίας: Εκδηλώνεται με επίμονη αδυναμία να φάει αρκετά, με αποτέλεσμα σημαντική αδυναμία να πάρει βάρος ή σημαντική απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια τουλάχιστον ενός μήνα. Η έναρξη είναι πριν την ηλικία των 6 ετών.¹¹

Χορτοφαγία: Είναι η πρακτική της μη κατανάλωσης κρέατος, συμπεριλαμβανομένων του βοδινού, πουλερικών, ψαριού και των ή αυγών και συμπεριλαμβανομένων των προϊόντων που προέρχονται από ζώα.

Νηστειοθεραπεία: Ένας τρόπος θεραπείας διαφόρων ασθενειών. Αντί φαρμάκων χρησιμοποιεί την νηστεία ή κάποια δίαιτα αποτοξίνωσης. Εφαρμόζεται εδώ και 2500 χρόνια από θεραπευτές με κορυφαίους εκπροσώπους. Τον Γαλλινό, τους Βυζαντινούς Ιατρούς και τον Ιπποκράτη κ.α.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

«ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ»



Ο όρος νευρογενής ανορεξία διατυπώθηκε και πρώτη φορά το 19^ο αιώνα από το γιατρό Cull και περιγράφει μια σύνθετη ψυχιατρική συνδρομή, γνωστή από το 17^ο αιώνα η οποία μέχρι τότε χαρακτηριζόταν από μερική ασιτία και απώλεια βάρους, αμηνόρροια, υπερκινητικότητα, έντονο φόβο παχυσαρκίας και συνοδό παραμόρφωση της ‘ψυχικής εικόνας του σώματος’.⁵

Στις μέρες μας η ψυχογενής ανορεξία (ΨΑ ή και Νευρογενής Ανορεξία) χαρακτηρίζεται από την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό για το ύψος και την ηλικία του, από έναν υπερβολικό φόβο ότι είναι ή θα γίνει παχύ, από τη διαστρέβλωση της σωματικής του εικόνας (ως προς το βάρος, το σχήμα ή το μέγεθος) και από αμηνόρροια στις γυναίκες. Ο νοσηρός φόβος των ατόμων με Ψ.Α. ότι είναι παχιά, ή ότι μπορούν πολύ εύκολα να παχύνουν, καθώς και η διαταραγμένη εικόνα που έχουν για το σώμα τους (βλέπουν, για παράδειγμα, τον εαυτό τους σαν παχύ ακόμη κι αν είναι τελείως λιπόσαρκα) τα κάνει να ζουν κάτω από ένα πολύ αυστηρό και περιορισμένο πρόγραμμα διατροφής. Αν και η διαταραχή ονομάζεται Ανορεξία, τα άτομα με Ψ.Α. εξακολουθούν να έχουν την ίδια όρεξη για φαγητό όπως όλοι μας, κάτι, που όπως καταλαβαίνουμε, κάνει τις στερήσεις στις οποίες υποβάλλονται ιδιαίτερα βασανιστικές. Ως αποτέλεσμα της φυσιολογικής τους όρεξης από την μια πλευρά, και της παρατεταμένης δίαιτας και των νηστειών από την άλλη, τα άτομα αυτά κάποτε υποκύπτουν στην ανάγκη να φάνε προκαλώντας έτσι βουλιμικά επεισόδια, διαφορετικής έκτασης και συχνότητας (Βουλιμικός Τύπος της Ψυχογενούς Ανορεξίας). Τα άτομα με Ψ.Α. είναι εξ ορισμού πάρα πολύ αδύνατα, γιατί ακόμη κι αν υποκύπτουν σε βουλιμικά επεισόδια, καταφεύγουν σε επανορθωτικές

στρατηγικές, όπως οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, με τις οποίες διατηρούν πολύ χαμηλό το σωματικό τους βάρος.¹⁰

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται κατά κύριο λόγο σε γυναίκες εφηβικής ηλικίας, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί ακόμα και στην ηλικία των 10 ετών ή και μέχρι την εμμηνόπαυση. Το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτές ανήκουν στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και έχουν υψηλή νοημοσύνη. Το ποσοστό των ανδρών που εμφανίζουν τη νόσο δεν ξεπερνά το 5-10%. Η αναλογία στο γενικό πληθυσμό δεν είναι ακριβώς γνωστή, αλλά σύμφωνα με μελέτες 1 στις 100 γυναίκες εφηβικής ηλικίας εμφανίζουν τη νόσο.⁵

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.^{3,10}

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.¹³

1.3 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η Ψυχογενής Ανορεξία, μία από τις λίγες ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να οδηγήσει το θάνατο, με παραπάνω από 10% θνησιμότητα, έχει μέση ηλικία έναρξης τα 17 χρόνια. Γι' αυτό και συχνά η νοσηλεία και η υποχρεωτική σίτιση (συχνά με ρινογαστρικό καθετήρα ή παρεντερικά) είναι απαραίτητα για τη σωτηρία του ανορεκτικού ατόμου.¹⁰

Ο θάνατος από Ψ.Α. γίνεται πρωτοσέλιδο στις εφημερίδες, ιδίως αν το θύμα είναι μία διασημότητα. Αλλά λιγότερο από 5% των ασθενών πεθαίνουν από τις επιπτώσεις της αρρώστιας. Σε βραχυπρόθεσμες έρευνες, κυρίως σε γυναίκες εφηβικής ηλικίας, το ποσοστό θνησιμότητας είναι περίπου 2%. Μακροπρόθεσμες έρευνες που περιλαμβάνουν το 20% των ατόμων με χρόνια ψυχογενή ανορεξία, δείχνουν ότι 9% αυτών των ασθενών θα πεθάνουν σε διάστημα ετών. Πάντως με μεγαλύτερη επίγνωση της κοινότητας σχετικά με την Ψ.Α. ώστε τα θύματα να ζητάνε βοήθεια νωρίτερα κατά της αρρώστιας τους, και περισσότερους γιατρούς εκπαιδευμένους στην αντιμετώπιση της αρρώστιας το ποσοστό θνησιμότητας είναι πιθανό να μειωθεί κατά την επόμενη δεκαετία.¹⁴



1.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η αιτιοπαθογένεια της είναι πολυπαραγοντική. Η παρουσία πασχόντων συγγενών α' βαθμού δείχνει ότι υπάρχει γενετικό υπόβαθρο, ενώ σημαντικό ρόλο για την πρόκλησή της παίζει η οικογένεια και ο κοινωνικός περίγυρος. Τα άτομα τα οποία εμφανίζουν τη νόσο συνήθως θέλουν να ξεχωρίζουν με υποδειγματικές επιδόσεις στο σχολείο ή στη δουλειά τους, είναι τελειομανή, κοινωνικά και θέλουν να έχουν τον έλεγχο των καταστάσεων.¹⁵

Σύμφωνα με τη σύγχρονη ψυχαναλυτική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία εκφράζει κυρίως ασυνείδητες ψυχικές συγκρούσεις κυρίως σε σχέση με την σεξουαλικότητα και ιδίως με την εγκυμοσύνη, η οποία στις πρώιμες φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται μέσα από το στόμα (στοματική σεξουαλικότητα). Αυτά τα συγκρουσιακά στοιχεία εκφράζονται μέσα από τα συμπτώματα της διαταραχής. Η ερωτική επιθυμία, καθώς και αυτή της εγκυμοσύνης συνδέεται με την λήψη της τροφής, κι έτσι το άτομο ασυνείδητα θεωρεί ότι την άρνηση της τροφής μπορεί να αναστείλει και οποιαδήποτε σεξουαλική ορμή.¹⁶

Άλλοι ψυχαναλυτές θεωρούν ότι η διαταραχή αυτή είναι πιθανόν να εκφράζει διάφορες ρήξεις στον ψυχικό δεσμό του ατόμου με τη μητέρα. Το φαγητό συμβολίζει ασυνείδητα τη σχέση με τη μητέρα που ανάγεται στην περίοδο του θηλασμού από το μαστό. Επομένως, η αντιμετώπιση της διαταραχής επιχειρείται μέσα από την διερεύνηση αυτής της σχέσης.¹⁶

Η θεωρία της Hilde Bruche (1974) προτείνει μία νέα θεώρηση στην αιτιολογία της διαταραχής. Το άτομο υποφέρει από την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει το περιβάλλον του καθώς και από σύγχυση ταυτότητας, ενώ δεν έχει καλή επαφή με το σώμα και τις αισθήσεις του. Μέσω της διαταραχής επιχειρεί να οριοθετήσει τον ψυχισμό του και το σώμα του.¹⁶

Οι δυσλειτουργίες αυτές προέρχονται από προβληματικές σχέσεις με τα σημαντικά άτομα κατά την παιδική ηλικία. Κατά την συμπεριφοριστική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία οφείλεται στην εκμάθηση αρνητικών συμπεριφορών. Αν αλλάξουν οι συνεξαρτήσεις του φαγητού, μπορεί να βελτιωθεί και η σχέση του ατόμου με το φαγητό.¹⁶

Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία, το πρόβλημα είναι οικογενειακό και όχι ατομικό. Ο Minuchin (1974) θεωρεί ότι πρέπει να αναφερόμαστε σε "ανορεκτικές οικογένειες" και όχι άτομα. Συνήθως υπάρχει κάποια σύγκρουση μεταξύ των γονέων, ή κάποιο πρόβλημα που δεν εκφράζεται για να εκτονωθεί. Το παιδί, διαισθανόμενο την ένταση, "θυσιάζεται", εκδηλώνοντας την διαταραχή και γίνεται το επίκεντρο του οικογενειακού ενδιαφέροντος. Οι γονείς έτσι αποστρέφουν την προσοχή τους από τις δικές τους εντάσεις και ασχολούνται κυρίως με το παιδί και έτσι ενώνονται. Συχνά τα παιδιά και κυρίως οι έφηβοι χρησιμοποιούν τα συμπτώματα για να αντιδράσουν στον αυταρχισμό ή την αδιαφορία των γονέων.¹⁶

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 κομμών 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 εμφάνιση 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 μία 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.³⁶

Γενετικοί μηχανισμοί: μελέτες σε οικογένειες και σε δίδυμους 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 πιο συχνές και οι διαταραχές της διάθεσης, ιδιαίτερα σε συγγενείς ατόμων με τον τύπο Υπερφαγίας/Κάθαρσης) και ότι οι μονοζυγότες δίδυμοι συμπίπτουν πολύ πιο συχνά να έχουν την διαταραχή απ' ό,τι οι διζυγώτες.¹¹

Βιολογικοί μηχανισμοί: Την Ψ.Α. συνοδεύουν πολλές ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές. συνέπεια αυτών είναι τα δύο κύρια συμπτώματα, η απίσχναση και η αμηνόρροια.¹⁷

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στην λειτουργία του υποθαλάμου (που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και

γενικότερα ομοιόσταση). Φαίνεται ότι στην Ψ.Α. 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.

Συχνότερα σαν παράγοντες έναρξης της Ψ.Α. αναφέρονται οι εξής:

- Ο θάνατος, κάποια σοβαρή αρρώστια ή ο 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 και το άγχος του χωρισμού.
- Η οικογενειακή ένταση μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας έναρξης και συνήθως αποτελεί έναν αγώνα ανεξαρτησίας τοθ εφήβου. Ακόμη μία εγκυμοσύνη, κάποιο διαζύγιο ή ένας καυγάς με κάποιον φίλο μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες πρόκλησης ψυχογενούς ανορεξίας.
- 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).
- Ύπαρξη περισσότερου βάρους από το φυσιολογικό, το οποίο είναι σχετικά εμφανές και συχνά προκαλεί κοροϊδευτικά σχόλια.
- Προοπτική εξετάσεων ή αποτυχία σε αυτές, συνθήκες που επαναδραστηριοποιούν το αίσθημα ανικανότητας. Αποτυχία στο σχολείο ή στην εργασία ή αναγκαιότητα αλλαγής σχολείου ή διαφορετικής δουλειάς.
- Ύπαρξη ιατρικής αρρώστιας στον ασθενή.¹⁷

1.5 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΑΝΔΡΕΣ

Μόνο ένα 5-10% των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι άντρες, γεγονός που πιθανότατα οφείλεται στο ότι στις σύγχρονες κοινωνίες η γυναικεία ομορφιά έχει ταυτιστεί με την ισχύτητα, ενώ η αντρική με ένα μυώδες, γυμνασμένο σώμα. Επίσης, καθώς οι διατροφικές διαταραχές θεωρούνται γυναικείο «προνόμιο», οι έρευνες που έχουν γίνει σε άντρες ασθενείς είναι πολύ λιγότερες, με αποτέλεσμα, σε ορισμένες περιπτώσεις, τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας στους άντρες να μη γίνονται αντιληπτά. Το σίγουρο πάντως είναι πως τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ολοένα και πιο επίμονη ενασχόληση των αντρών με την εξωτερική τους εμφάνιση.¹⁹



1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της Ψ.Α. πρέπει να βασίζεται στην κλινική εξέταση και στη σωστή λήψη του ατομικού ιστορικού, γιατί δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη εξέταση που να μπορεί να θέσει τη διάγνωση. Τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης περιλαμβάνουν σημεία έντονου υποσιτισμού με εξαφάνιση του υποδόριου λίπους, που εκδηλώνεται με λιπόσαρκο πρόσωπο, ατροφία των μυών και των μαστών και απίσχναση των γλουτών. Συχνά συνυπάρχουν διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, όπως η βραδυκαρδία ή αρρυθμία, μειωμένη γαστρική κένωση, δυσκοιλιότητα, οιδήματα, οστεοπόρωση, χνοώδες τρίχωμα στα άκρα, διαταραχές της γεύσης και ανώμαλη θερμορρυθμιστική λειτουργία.⁵



Επιπλέον στη σωματική εξέταση θα παρατηρηθούν κρύα άκρα, επανεμφάνιση παιδικού χνουδιού αλλά διατήρηση του φυσιολογικού τριχώματος στη μασχάλη και στο εφήβαιο, μείωση της αρτηριακής πίεσης και οίδημα στα κάτω άκρα. Αν η ανορεξία έχει αρχίσει πριν από την έναρξη της εφηβείας, τότε θα υπάρχουν σημεία καθυστέρησης στην ανάπτυξη του σκελετού, των μαστών και της τριχοφυΐας, δηλαδή καθυστέρηση στην εμφάνιση των χαρακτηριστικών της ήβης.⁸

Από τις εργαστηριακές εξετάσεις συχνά διαπιστώνεται λευκοπενία, θρομβοπενία, σπανιότερα αναιμία, αύξηση των ηπατικών ενζύμων και της ουρίας και μείωση της σπειραματικής διήθησης. Συχνά επίσης παρατηρείται αύξηση της χοληστερόλης και των ελευθέρων λιπαρών οξέων του πλάσματος, ενώ τα απαραίτητα λιπαρά οξέα είναι μειωμένα. Οι πρωτεΐνες του πλάσματος στις περισσότερες περιπτώσεις βρίσκονται στα φυσιολογικά όρια παρά το γεγονός ότι

η θερμιδική υποθρεψία είναι εμφανής κλινικά. Διαταραχές ηλεκτρολυτών και ύδατος είναι έκδηλες με τη μορφή αφυδάτωσης και υποκαλιαιμίας.⁵

Ειδικότερα από τον ενδοκρινικό έλεγχο παρατηρούνται:

- Υπολειτουργία του θυρεοειδούς: μείωση της T3, κανονικά έως ελαφρός χαμηλά επίπεδα T4, αμβλυμμένη και καθυστερημένη απάντηση της TSH στην TRH.
- Αύξηση της GH.
- Μείωση γοναδοτροπινών και αμηνόρροια 100%.
- Αύξηση της κορτιζόλης πλάσματος και ούρων.
- Γλυκόζη και ινσουλίνη νηστείας, μειωμένες έως φυσιολογικές.

Τέλος τα επίπεδα των βιταμινών συνήθως είναι φυσιολογικά, ίσως επειδή τα ανόρεχτα άτομα συνηθίζουν να λαμβάνουν βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Η ψυχιατρική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει σημεία κατάθλιψης, επιθετικότητας ή ιδεοληπτικής ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς.⁵



Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά το DSM-IV(αμερικανική ψυχιατρική εταιρία), είναι τα εξής:

1. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει του βάρους του σώματος άνω από ένα ελάχιστο φυσιολογική βάρους για την ηλικία και του ύψος του, π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω από το

αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο.

2. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
3. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος, το μέγεθος ή το σχήμα του σώματός του, π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι νιώθει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο. Πιστεύει ότι μια περιοχή του σώματος του είναι "πολύ παχιά", ακόμη κι όταν το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό.
4. Σε γυναίκες, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών, ενώ κανονικά αναμένονταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια). (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της έρχονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).¹⁶

Θα ήταν παράληψη όμως εάν δεν αναφέραμε και την συμπτωματική τριάδα του LASEGUE: η συμπτωματική τριάδα του Lasegue 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. 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).^{11,17}

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.¹⁷

1.7 ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.

Τύπος βουλιμίες/ έμετοι ή υπερφαγίας/ καθαρτικός: 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 καθαρτικών και διουρητικών.³ Ο τύπος αυτός είναι συχνός στους ανορεκτικούς. Αφορά μέχρι και το 50% των περιστατικών.¹³

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.³ 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.¹³

Εκτός από την 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.

Υστερικά ανορεξία: η ασθενής επιδεικνύει την ισχνότητα της και την χρησιμοποιεί για να προσελκύσει το ενδιαφέρον του περιβάλλοντος της.

Ιδεοψυχαναγκαστική ανορεξία: περιλαμβάνει τελετουργίες διατροφής θερμιδικούς ελέγχους και η ασθενής είναι πολύ δυσπρόσιτη στην ανάμιξη άλλων ατόμων και στη θεραπευτική σχέση.¹⁸

1.8 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ:

1. Πρωτοπαθής κατάθλιψη.
2. Χρόνια κατάχρηση φαρμάκων, όπως διουρητικά και καθαρτικά.
3. Νόσος του Addison.
4. Ανεπάρκεια πρόσθιου λοβού της υπόφυσης.
5. Φυματίωση.

6. Νόσος του Crohn.
7. Καρκίνος του παγκρέατος.
8. Θυρεοτοξίκωση.
9. Σακχαρώδης διαβήτης.
10. Καρκίνος του δωδεκαδακτύλου.

Την ψυχογενή ανορεξία πρέπει να την διαχωρίζουμε και από τα παρακάτω:

1. Καταθλιπτικές διαταραχές
2. Σχιζοφρένεια
3. Ψυχογενή βουλιμία
4. Οργανικές/σωματικές διαταραχές

Καταθλιπτικές διαταραχές: οι καταθλιπτικές διαταραχές και η ψυχογενούς ανορεξία έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, όπως καταθλιπτική διάθεση, κλάμα, διαταραχές ύπνου, ιδεοληπτικούς μηχανισμούς 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 και αισθάνεται πείνα. Μόνο σε προχωρημένα στάδια της Ψ.Α. 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 ανορεκτικού 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 σώματος τους, όπως συμβαίνει στους ανορεκτικούς.

Σχιζοφρένεια: ο άρρωστος με σχιζοφρένεια σπάνια υπερασχολείται με τον φόβο μήπως γίνει παχύσαρκος και δεν έχει την υπερκινητικότητα που παρουσιάζει ο άρρωστος με Ψ.Α. σχιζοφρενικοί άρρωστοι έχουν παράξενες συνήθειες πρόσληψης τροφής και όχι το πλήρες σύνδρομο της Ψ.Α.

Ψυχογενής Βουλιμία: η Ψ.Β. μπορούμε να πούμε ότι μοιάζει πολύ περισσότερο με την Ψ.Α. στις βουλιμίες όμως οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι (βουλιμικά επεισόδια) είναι το κυρίαρχο χαρακτηριστικό και συμβαίνουν τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα.

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

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, διαβήτη), 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 μια λανθασμένης διάγνωσης (όγκος του εγκεφάλου ή προπάρτων του οπίσθιου εγκεφαλικού βόθρου).

1.9 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ Ν.Α.

Η συνηθέστερη επιπλοκή είναι η πρόωρη διακοπή της θεραπείας. Κατά τους Szmukler και συνεργάτες, η πρόωρη διακοπή θεραπείας συμβαίνει πιο συχνά σε οικογένειες που εκφράζουν έντονα αρνητικά αισθήματα και των οποίων τα μέλη είναι συναισθηματικά ιδιαίτερα προσκολλημένα και συναισθηματικά εμπλεγμένα. Επιπλοκές έχουν παρατηρηθεί ότι προέρχονται από πολλά συστήματα, π.χ.: από το πεπτικό: οξεία διάταση στομάχου, παγκρεατίτιδα, δυσκοιλιότητα και δευτερογενής νεκρωτική κολίτιδα. Από το κυκλοφορικό: αρρυθμίες, τοξική καρδιομυοπάθεια και φαινόμενο Raynauds. Από το νευρικό: (εκτός από την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας) σπασμοί, είτε λόγω ηλεκτρολυτικών διαταραχών είτε λόγω δηλητηρίασεως από νερό. Η καθυστέρηση στην ανάπτυξη και στην εμφάνιση της ήβης έχουν ήδη αναφερθεί.⁸



1.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας πρέπει να γίνεται από ομάδα ειδικών με συμμετοχή παθολόγου, ψυχιάτρου και διαιτολόγου η οποία θέτει τους στόχους της θεραπείας όπου είναι:

1. Την αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους-στόχου.
2. Την επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής, με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών.
3. Τη διάγνωση και τη θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της ασιτίας και των συμπεριφορών που την συντηρούν.
4. Την επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων.
5. Την παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής.
6. Την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοσύνης.
7. Την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για την αποφυγή υποτροπής.⁵

Η νοσοκομειακή περίθαλψη δεν είναι αναγκαία όταν οι ασθενείς πάσχουν λιγότερο από 6 μήνες, δεν κάνουν κραιπάλες στο φαγητό, δεν κάνουν εμετό και οι οποίοι έχουν οικογένειες που θα συνεργάζονται και θα συμμετέχει αποτελεσματικά στην οικογενειακή θεραπεία.¹³

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.¹¹

1.11 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

1. **Ατομική Ψυχοθεραπεία:** Οι περισσότερες μορφές ψυχοθεραπείας δίνουν έμφαση στο χτίσιμο μιας καλής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και στον θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία εστιάζει στα τρέχοντα προβλήματα του ασθενή αλλά και σε πλευρές της προσωπικής του ιστορίας. Οι περισσότεροι θεραπευτές προσπαθούν να ενθαρρύνουν υγιείς διατροφικές συνήθειες, να ενισχύσουν την επανάκτηση βάρους και κάποιες συνεδρίες περιστρέφονται σχεδόν αποκλειστικά σε θέματα αυτοεικόνας και εικόνας σώματος. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, η θεραπεία εστιάζεται σε άλλα θέματα και ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να διερευνήσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του γύρω από μια ευρεία γκάμα θεμάτων όπως είναι η επιτυχία και η αποτυχία, τα σεξουαλικά ζητήματα και ο αυτοέλεγχος. Αν κι έχουν αναφερθεί πάνω από 200 διαφορετικές μορφές ψυχοθεραπείας αναφέρουμε ενδεικτικά δυο από τις δημοφιλέστερες αναφορικά με τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας:

α) Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία: Πρόκειται για θεραπευτικά προγράμματα που περιλαμβάνουν ημερολόγια σίτισης κι εκτενή εκπαίδευση σχετικά με θέματα διατροφής στα οποία υπογραμμίζονται οι κίνδυνοι του υποσιτισμού κι ενθαρρύνεται η συζήτηση για θέματα υγείας και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό. Πολλά γνωσιακά προγράμματα θεραπείας έχουν αναπτυχθεί με στόχο την αλλαγή των μη ρεαλιστικών αντιλήψεων των ασθενών σε θέματα εικόνας του σώματος και διατροφής. Συχνά οι διαταραχές διατροφής χαρακτηρίζονται από την απουσία ελέγχου στη σίτιση και η ανάπτυξη αυτοελέγχου είναι από τους βασικούς στόχους της γνωσιακής θεραπείας. Αντίθετα, όταν η απώλεια του βάρους είναι αποτέλεσμα υπερβολικού αυτοελέγχου, βαρύτητα δίνεται στην υιοθέτηση πιο ελαστικών σχημάτων ελέγχου της συμπεριφοράς.

β) Συστημική θεραπεία οικογένειας: Οι συγγενείς των ανορεκτικών σπάνια μένουν απλοί θεατές της θεραπείας του. Οι πιο πολλοί εμπλέκονται ενεργά σε προσπάθειες να πείσουν, να εξαπατήσουν, να απειλήσουν ή και να ικετεύσουν τον άνθρωπό τους να φάει. Κάποιες φορές αυτές οι απόπειρες μπορεί να φέρουν αποτέλεσμα αλλά συνήθως δυσκολεύουν την κατάσταση του ανορεκτικού. Οι οικογενειακοί θεραπευτές βλέπουν την ανορεξία σαν μια κατάσταση που γεννιέται και συντηρείται από το οικογενειακό σύστημα. Υπογραμμίζουν την υπερπροστατευτικότητα, την υπερεμπλοκή και την αποφυγή της σύγκρουσης σαν χαρακτηριστικά των οικογενειών των ανορεκτικών.²⁰

2. **Φαρμακοθεραπεία:** Δεν υπάρχει ολοκληρωμένη φαρμακευτική θεραπεία της ανορεξίας αλλά διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα έχουν θέση στην αντιμετώπιση της ανορεξίας. Σε συνδυασμό με αυστηρά προγράμματα σίτισης και ψυχοθεραπείας τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συχνά αποδεικνύονται χρήσιμα.

Επίσης, όταν η ανορεξία συνοδεύεται από υψηλά επίπεδα άγχους τα ηρεμιστικά φάρμακα ενδέχεται να βοηθήσουν.²⁰

1.12 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

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.
- Καταγραφή της ημερήσιας πρόσληψης υγρών όπως και η αποβολή των σύρων.
- Εάν παρουσιαστούν έμετοι θα πρέπει να εκτιμούνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται η τυχών 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 σιτίζονται κανονικά. Χορηγούνται σποραδικά μαλακτικά των κοπράνων, αλλά ποτέ υπακτικά. Εάν εμφανιστεί διάρροια, υποδηλώνει συνήθως ότι ο άρρωστος παίρνει υπακτικά κρυφά.
- Λόγο της σπάνια επιπλοκής της διάτασης του στομάχου και της πιθανότητας κυκλοφορικής 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 ισότοπα γεύματα ημερήσια, έτσι ώστε να μην χρειάζεται να παίρνουν οι άρρωστοι μεγάλες ποσότητες τροφής ανά γεύμα. Συνιστάται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων τροφής επειδή οι ασθενείς μπορεί να γίνονται λιγότερο αγχώδεις μήπως αποκτήσουν σιγά-σιγά βάρος με την αγωγή παρά με το να τρώνε φαγητό.¹³

Στο νοσοκομείο συντάσσεται ένα συμβόλαιο μεταξύ ασθενούς και θεραπευτικής ομάδας, όπου αυτό περιλαμβάνει μια «κλίμακα ανάνηψης βάρους» κατανομημένη σε στάδια. Κάθε φορά που επιτυγχάνεται η συγκεκριμένη ανάληψη βάρους, ο ασθενής επιβραβεύεται με δυνατότητα αλληλογραφίας, τηλεφωνημάτων επισκέψεων ακόμα και άδειας από το νοσοκομείο.¹⁷

Τα 10 σημεία που πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής σχετικά με τον ανορεκτικό ασθενή:

1. Πίνουν μεγάλες ποσότητες νερό τη νύχτα πριν το ζύγισμα.
2. Αποφεύγουν να αδειάσουν τη 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 ρούχα.
6. Ράβουν βάρη στα νυχτικά τους νωρίς το πρωί όταν πρόκειται να ζυγιστούν.
7. Κρύβουν το φαγητό σε πετσέτες
8. Αφήνουν την κόρα της φρυγανιάς ή του ψωμιού στο πιάτο και πετάνε το υπόλοιπο.
9. Αφήνουν το φαγητό σε βάζα, ντουλάπια ή το πετάνε από το παράθυρο.
10. Κρατάνε το φαγητό στο στόμα τους και το πετάνε όταν καθαρίζουν τα δόντια.²¹

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 υγιών συνθηκών διατροφής.
7. Πρόληψη υποτροπών.^{34,35}

1.13 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη της νευρικής ανορεξίας είναι ίσως εξίσου επιτακτική με τη θεραπεία της. Λέγοντας πρόληψη, σε αυτήν την περίπτωση, εννοούμε τη συστηματική προσπάθεια αλλαγής των συνθηκών εκείνων που προκαλούν ή διαιωνίζουν την ασθένεια. Για να συμβεί κάτι τέτοιο, είναι αρχικά απαραίτητη η ενημέρωση όλων, σχετικά με τα σημάδια αυτής της διατροφικής διαταραχής. Το επόμενο θύμα της νευρικής ανορεξίας μπορεί να είναι η κόρη μας, η αδελφή μας ή η καλύτερή μας φίλη. Όσο νωρίτερα αναγνωρίσουμε το πρόβλημα τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία. Για να μη χρειαστεί, όμως, να φτάσουμε καν στο κατώφλι της ανορεξίας, είναι απαραίτητο να ελαττώσουμε τους παράγοντες που την προκαλούν. Ένα ισορροπημένο οικογενειακό περιβάλλον, που ενθαρρύνει την επικοινωνία και την κριτική σκέψη, είναι ασπίδα ενάντια στις διατροφικές διαταραχές. Τα παιδιά είναι σημαντικό να μάθουν από μικρά να εκτιμούν και να σέβονται τον εαυτό τους, να

μην επηρεάζονται άκριτα από όσα βλέπουν, ακούν ή διαβάζουν, να εκτιμούν τους γύρω τους για τον ψυχικό τους πλούτο και όχι μόνο για την εξωτερική τους εμφάνιση, να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, και να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που προκύπτουν στις σχέσεις τους. Η οικογένεια, το σχολείο, αλλά και διάφορες κοινωφελείς οργανώσεις έχουν τη δύναμη να σώσουν ζωές. Στη χώρα μας, με πρωτοβουλία της πρώην πάσχουσας ηθοποιού Ζέτας Δούκα, έχει ιδρυθεί η μη κερδοσκοπική εταιρεία «Ανάσα», που στοχεύει στη στήριξη των ατόμων με διατροφικές διαταραχές και των οικογενειών τους, καθώς και στην ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη και τις διαστάσεις του προβλήματος.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 «ΒΟΥΛΙΜΙΑ»



Τα πρώτα διαγνωστικά κριτήρια για την βουλιμία προτάθηκαν από τον Russel το 1979, ο οποίος όρισε 3 βασικά κλινικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας: «οι ασθενείς πάσχουν από ακατανίκητη και καταδυναστευτική παρόρμηση για υπερβολική κατανάλωση τροφής. Προσπαθούν να αποφύγουν την αύξηση του βάρους τους προκαλώντας εμέτους, κάνοντας κατάχρηση καθαρτικών, ή και τα 2 συγχρόνως. Διακατέχονται από μια νοσηρή φοβία ότι θα παχύνουν». Το 1983, ο Russel τοποθέτησε ένα επιπρόσθετο κριτήριο: «ένα προηγούμενο, έκδηλο ή λανθάνον επεισόδιο ψυχογενούς ανορεξίας». Λίγα χρόνια αργότερα το 1986, δύο Άγγλοι συγγραφείς, οι Fairburn και Garner, πρόσθεσαν στα κριτήρια του Russel «τον ακραίο διατροφικό περιορισμό ως αντιστάθμισμα των βουλιμικών επεισοδίων» και έδωσαν έμφαση σε ένα ουσιώδες χαρακτηριστικό των βουλιμικών κρίσεων: «η αίσθηση απώλειας του ελέγχου της διατροφής, έχει μεγαλύτερη διαγνωστική αξία από τη συνολική ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται κατά τις διατροφικές κρίσεις». Το 1980 στην αμερικανική ταξινόμηση των κλινικών διαταραχών, η πρώτη αναφορά στη βουλιμία εμφανίζεται στο DSM-III (3^η έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association). Η εξέλιξη των κρίσεων της βουλιμίας περιγράφεται ως εξής: «κρυφή κατανάλωση υπερθερμιδικών και ευκόλως απορροφούμενων τροφών,(...) λήξη των επεισοδίων με κοιλιακούς πόνους, υπνηλία, παύση λόγω κάποιου εξωτερικού γεγονότος, ή πρόκληση εμέτου». Υπογραμμίζονται επίσης οι ψυχολογικοί παράγοντες που συνδέονται με τις διατροφικές κρίσεις: «φόβος μήπως τα άτομα δεν μπορέσουν να ελέγξουν την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν, θλίψη και υποτίμηση του εαυτού μετά τις βουλιμικές κρίσεις», «επαναλαμβανόμενες απόπειρες απόπειρες απώλειας βάρους μέσω πολύ αυστηρής δίαιτας, προκλητών εμέτων, ή χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, καθώς και συχνές αυξομειώσεις του βάρους» που εμφανίζουν οι ασθενείς. Το

1987 η αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III-R , εισάγει ως κριτήριο τη συχνότητα και επιμονή των κρίσεων προκειμένου να μιλήσουμε για κλινικώς διαγνώσιμη βουλιμία, ήτοι: «τουλάχιστον δύο κατά μέσο όρο βουλιμικά επεισόδια ανά εβδομάδα, σε διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών», υπογραμμίζοντας μια υποκείμενη ψυχοπαθολογική συμπεριφορά, παρούσα και στην ψυχογενή ανορεξία: « υπέρμετρη και εμμένουσα ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος». Τέλος, στο DSM-IV (American psychiatric Association, 1994), αναθεωρήθηκε η καταλληλότητα και η εγκυρότητα των παραπάνω διαγνωστικών κριτηρίων, καθώς δημοσιεύτηκε μια σειρά κλινικών και επιδημιολογικών μελετών με μεγάλα δείγματα βουλιμικών ατόμων (Dansky και συν., 1998, Flament και συν., 1998, Garfinkel και συν., 1998, Mitchell, 1998)τα τελευταία κριτήρια της τελευταίας Διεθνούς Ταξινόμησης Ψυχικών Διαταραχών του Π.Ο.Υ. συμπίπτουν απολύτως.¹

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Αναφέρεται ότι η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας σε νεαρές γυναίκες είναι 1-3%. Σε νεαρές ηλικίες είναι περισσότερο συχνή στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες σε μία σχέση 10/1. Η έναρξη της κατάστασης αυτής είναι συνήθως κατά την εφηβική ηλικία (μέση και τελική) ή κατά την αρχή της ενήλικου ζωής. Μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας χωρίς την πλήρη εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας έχουν αναφερθεί σε ποσοστό 40% νεαρών γυναικών. Αν και η ψυχογενούς βουλιμία εμφανίζεται συνήθως σε φυσιολογικού βάρους νέες γυναίκες, μερικές φορές υποκρύπτεται ιστορικό παχυσαρκίας. Στο γενικό πληθυσμό η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας έχει αναφερθεί σε συχνότητα 3-6% και η σχέση αγοριών προς κορίτσια 1/2.²²

2.3 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Αν και δεν υπάρχουν ποσοστά θνησιμότητας, η βουλιμία προκαλεί σημαντικές επιπτώσεις στον οργανισμό. Επίσης, παρατηρούνται τεράστιες διακυμάνσεις βάρους. Μέσα σε 3 μήνες και λιγότερο η βουλιμική μπορεί να ζυγίζει 30 κιλά παραπάνω, ενώ 3 μήνες μετά, με τους προκλητούς εμετούς, να αδυνατίζει 30 κιλά, μια χρόνια διαδικασία.²³



2.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

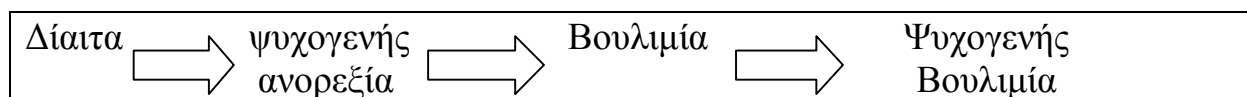
Τα ακριβή αίτια της βουλιμίας δεν είναι γνωστά. Πιστεύεται πως είναι πολυπαραγοντικά κι εμπλέκουν τόσο την προσωπικότητα των ατόμων, την έκθεσή τους στα πρότυπα των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών αναφορικά με την κομψότητα και την ομορφιά αλλά και μια μικρή γενετική συνδρομή.²⁴

Κοινωνικοί, ψυχολογικοί και σωματικοί παράγοντες φαίνεται πως παίζουν ρόλο στην πρόκληση των προβλημάτων της βουλιμίας. Η ψυχογενής βουλιμία είναι πρόσφατο φαινόμενο και παρατηρείται μόνο σε ορισμένες χώρες. Αυτό υποδηλώνει πως οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κατέχουν κάποια θέση στην εκδήλωση της διαταραχής. Εξετάσαμε ορισμένους από τους ψυχολογικούς παράγοντες που έρχονται στο προσκήνιο, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τελειομανία, γενετικά κληρονομημένα χαρακτηριστικά φαίνεται επίσης πως συμβάλλουν. Αυτό σημαίνει πως οι σωματικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο.¹⁰

Διαφορετικοί δρόμοι μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα βουλιμίας.

Οι λίγες έρευνες που έχουν γίνει πάνω στην ανάπτυξη των προβλημάτων βουλιμίας υποδηλώνουν πως υπάρχουν περισσότεροι από ένας δρόμοι που οδηγούν σ' αυτά. Υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερα πιθανά σενάρια.

Δρόμος 1.: όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, είναι αποδεδειγμένο πως η ψυχογενής ανορεξία προηγείται συχνά της ψυχογενούς βουλιμίας και πως η δίαιτα προηγείται της ψυχογενούς ανορεξίας.



Συνήθως το άτομο αρχίζει να κάνει δίαιτα και να χάνει βάρος στα μέσα της εφηβείας του, παρ' όλο που σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι υπέρβαρο. Η μεγάλη απώλεια βάρους οδηγεί στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Τελικά, μετά από ένα χρονικό διάστημα που μπορεί να ποικίλλει, το άτομο αρχίζει να μην είναι σε θέση να ελέγχει την κατανάλωση τροφών, με

αποτέλεσμα να εκδηλώνει βουλιμία. Το βάρος του επανέρχεται σιγά-σιγά κοντά στα αρχικά του επίπεδα.

Δρόμος 2.: ένα πολύ διαφορετικό σενάριο περιγράφουν πολλοί άνθρωποι που υποφέρουν από τη διαταραχή της βουλιμίας, ιδιαίτερα οι υπέρβαροι. Αναφέρουν πως παρουσιάζουν πρόβλημα βάρους από την παιδική τους ηλικία, πολύ πριν εκδηλώσουν βουλιμία. Γι' αυτούς ακολουθείται η πορεία από την παχυσαρκία στη δίαιτα και από τη δίαιτα στη βουλιμία.

Παχυσαρκία	⇒	Δίαιτα	⇒	Βουλιμία
------------	---	--------	---	----------

Σε αντίθεση με το δρόμο 1, τα άτομα αυτά φαίνεται πως κάνουν δίαιτα για να καταπολεμήσουν την παχυσαρκία τους.

Δρόμος 3.: κάποια άλλα άτομα με διαταραχή της βουλιμίας αναφέρουν πως έτρωγαν πολύ από μικρή σχετικά ηλικία, πως στη συνέχεια έκαναν δίαιτα για να χάσουν βάρος και πως αυτή χειρότερη την κατάσταση, αφού συνέχισαν να τρώνε πολύ και συγχρόνως κατάλαβαν πως αδυνατούσαν να χαλιναγωγήσουν την όρεξή τους.

Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής	⇒	Δίαιτα	⇒	Βουλιμία στην παιδική ηλικία
-------------------------------------	---	--------	---	------------------------------

Το πότε ακριβώς σ' αυτή τη διαδικασία εμφανίζονται τα προβλήματα βάρους, ποικίλλει από άτομο σε άτομο.

Ούτε ο δεύτερος δρόμος ούτε ο τρίτος δρόμος αναφέρονται τα σε κάποιο στάδιο κατά το οποίο το άτομο είναι πολύ αδύνατο, αν και δεν είναι απίθανο να χάσει πολλά κιλά σαν αποτέλεσμα της δίαιτας.

Δρόμος 4.: το τέταρτο σενάριο για τη βουλιμία είναι λιγότερο συνηθισμένο απ' τα άλλα τρία. Έχει να κάνει με μία άμεση πορεία προς τη βουλιμία στην οποία δεν παρεμβάλλεται το στάδιο «δίαιτα» συναντάται κυρίως σε άτομα που αντιμετωπίζουν έναν αριθμό προβλημάτων ελέγχου των παρορμήσεων. Σε αυτά, η υιοθέτηση της παρορμητικής συμπεριφοράς για την εκτόνωση της έντασης φαίνεται πως αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα. Η δίαιτα δεν παίζει σημαντικό ρόλο.

Αν και αυτά τα τέσσερα σενάρια είναι τα πιο συνηθισμένα που έχουν παρατηρηθεί, έχει σημασία να συνειδητοποιήσουμε ότι υπάρχουν κι άλλα και ότι πολλοί ακολουθούν ένα συνδυασμό τους.¹⁰

2.5 Η ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών έναντι των ανδρών που εμφανίζουν Διαταραχές στις Διατροφικές Συμπεριφορές (ΔΔΣ) οδήγησε επί μακρόν στην άποψη ότι οι ΔΔΣ εμφανίζονται στους άνδρες μόνο με άτυπες μορφές, ή μόνο παρουσία κάποιας διαταραχής της σεξουαλικής ταυτότητας. Ωστόσο, σήμερα γνωρίζουμε ότι, πολύ συχνά, η κλινική εικόνα και η υποκείμενη προβληματική εμφανίζουν ομοιότητες με τις αντίστοιχες τυπικές περιγραφές των διαταραχών στις γυναίκες.¹

Οι πρώτες αναφορές σε περιπτώσεις ανδρικής βουλιμίας είναι παλαιές, όπως δείχνει και μια μάλλον ανεκδοτολογική δημοσίευση, αναφορικά με δύο ρωμαίους αυτοκράτορες του 1^{ου} αιώνα, τον Κλαύδιο και το Βιτέλλιο, που εμφάνιζαν μια παραλλαγή της βουλιμίας με αυτοπροκαλούμενους εμετούς, τακτική την οποία η ελίτ της εποχής εφάρμοζε δημοσίως και μάλιστα με πολυτελή τρόπο και χωρίς το φόβο της πάχυνσης.¹



2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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.¹⁰

Η διάγνωση του συνδρόμου της βουλιμίας (Ψ.Β.) βασίζεται, κατά τον Russell, στα εξής κριτήρια:

Α) οι ασθενείς πρέπει να υποφέρουν από ακατάσχετη επιθυμία να καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής.

Β)πρέπει να καταβάλουν προσπάθεια να αποφύγουν τις συνέπειες της πολυφαγίας προκαλώντας εμετό με τεχνητό τρόπο ή διάρροια με καθαρτικά.

Γ)πρέπει να καταδυναστεύονται από νοσηρό φόβο για παχυσαρκία.

Οι νέες αυτές συχνά υποφέρουν από θλίψη, αισθήματα ενοχής και αυτοκριτικής, ιδίως μετά την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής. Επίσης η αντίληψη της εικόνας του σώματος τους μπορεί να είναι διαταραγμένη και η νέα να είναι πεισμένη ότι είναι παχύτερη απ' ότι πράγματι είναι. Γενικά, οι νέες που πάσχουν από Ψ.Β. θεωρούνται, ως ομάδα, ψυχολογικά πιο διαταραγμένες από αυτές που πάσχουν από Ψ.Α.⁸

Σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια για τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας (DSM-IV), το άτομο πρέπει να παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

1. Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω:

- υπερκατανάλωση φαγητού μέσα σε μία διακριτή χρονική 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 της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.
- μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο και τι τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

2. Επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους, όπως πρόκληση εμέτου, λήψη καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία, υπερβολική άσκηση.

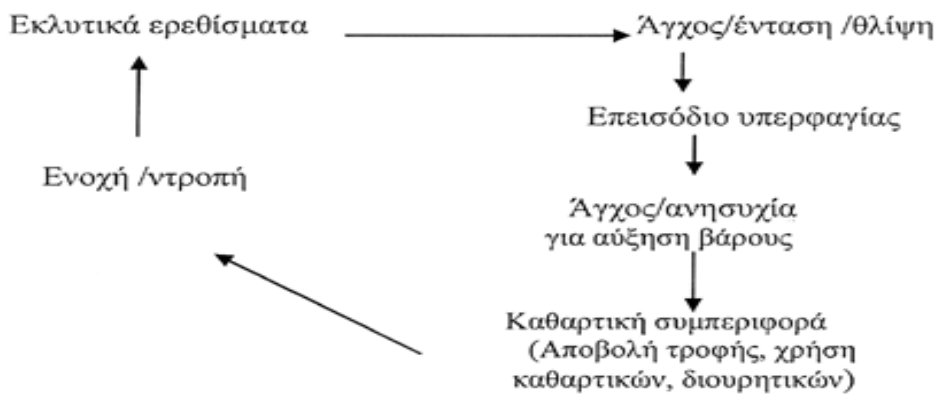
3. Η υπερφαγία και οι άλλες ακατάλληλες αντιρροπιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστο δυο φορές την εβδομάδα για μια περίοδο μεταξύ 3 και 6 μηνών.

4. Το επίπεδο αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης επηρεάζεται από το σωματικό βάρος και τη σωματοδομή.

Τα επεισόδια υπερφαγίας συνίστανται στην κατανάλωση τροφίμων με υψηλή θερμιδική αξία, που συνήθως είναι γλυκές ή ευκολομάσητες τροφές και μπορούν να καταναλωθούν γρήγορα π.χ. παγωτά, πάστες, κέικ κτλ. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου, το άτομο συνήθως τρώει κρυφά και δεν σταματάει παρά μόνον όταν πονέσει η κοιλιά του ή κάποιος το διακόψει ή προκαλέσει εμετό. Ο προκλητός εμετός χρησιμοποιείται από το 80-90% των βουλιμικών ατόμων για να αποφευχθεί η αύξηση του βάρους, αλλά και για να μειωθούν τα αισθήματα ενοχής και να ανακουφισθεί ο κοιλιακός πόνος που προέρχεται από

την υπερκατανάλωση τροφής. Περίπου το 30% των βουλιμικών ασθενών παίρνουν καθαρτικά μετά τα επεισόδια υπερφαγίας.²⁵

Πίνακας 2: Γνωσιακός φαύλος κύκλος στη βουλιμία



2.7 ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

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.^{11,13}

2.8 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας πρέπει να διαχωριστεί από:

- ∅ ψυχογενής ανορεξία τύπου υπερφαγίας/κάθαρσης: σύμφωνα με το DSM-IV, εφόσον το άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης μόνον κατά την πορεία ψυχογενούς ανορεξίας, δεν θα δοθεί ως επιπρόσθετη διάγνωση η ψυχογενούς 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 ανορεξίας, τύπου υπερφαγίας/κάθαρσης, σε μερική ύφεση ή τη διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας.¹¹
- ∅ νευρολογικές παθήσεις όπως:

- επιληψία
 - όγκος Κ.Ν.Σ.
 - Klüver-Bucy: τα παθολογικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου 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 είναι εξαιρετικά σπάνιο και είναι απίθανο να προκαλέσει διαφορογνωστικό πρόβλημα.
 - 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.¹³
- Ø μείζονα καταθλιπτική διαταραχή: η διαφορική διάγνωση θα βασιστεί στο ότι δεν υπάρχει η παθολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά, ούτε έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος.
- Ø μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας. Όσον αφορά τα παρορμητικά επεισόδια υπερφαγίας που μπορεί να παρατηρηθούν στη διαταραχή αυτή, θα μας οδηγήσουν σε διπλή διάγνωση, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές.¹¹

2.9 ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΟΥΛΙΜΙΚΩΝ 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 οικογένεια 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.

Απο 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.^{3,21}

2.10 ΤΡΟΠΟΙ ΒΟΥΛΙΜΙΚΩΝ ΓΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΠΑΡΟΥΝ ΒΑΡΟΣ:

Τα βουλιμικά άτομα συχνά δείχνουν υπερβολικό νοιάξιμο για το βάρος τους και προσπαθούν επανειλημμένα να το ελέγξουν.¹¹

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 του βάρους.

Για να το πετύχουν αυτό μπορεί να: Κάνουν αυστηρή δίαιτα μεταξύ των κρίσεων βουλιμίας ή να κάνουν υπερβολική γυμναστική περνώντας ώρες κάθε μέρα στο γυμναστήριο.

αν ανακαλύψουν ότι με 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.²¹

πολλά από αυτά τα άτομα προκαλούν εμετό είτε βάζοντας τα δάκτυλα στο στόμα, αγγίζοντας την επιγλωττίδα τους έτσι ώστε να καταφέρνουν το αντανακλαστικό «τράβηγμα» των μυών, είτε με ένα απλό σφίξιμο του στομαχιού. Άλλα πάλι καταφεύγουν σε λαβές κουταλιών, αλατόνερο ή ακόμα σε εμετικά που πωλούνται σε φαρμακεία. Η χρήση καθαρτικών είναι άλλο ένα μέσο για να βραχυκυκλωθούν οι διαδικασίες χώνευσης με την πρόκληση διάρροιας.³

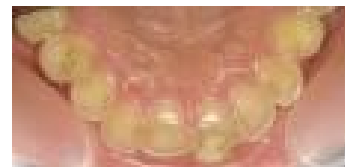
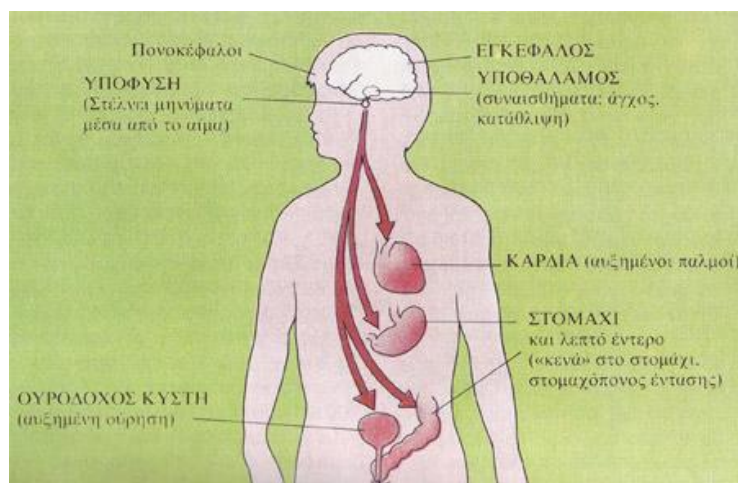
2.11 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Οι σωματικές επιπλοκές παρουσιάζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τη Ψ.Α. καθώς με το πέρασμα του χρόνου, η πρόκληση εμετού, η κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών προξενούν: ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιαιμία, υποχλωραιμία, υπονατριαιμία), διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας (μεταβολική αλκάλωση και οι διάρροιες από τη λήψη καθαρτικών μεταβολική οξέωση), πλήρη καταστροφή του δικτύου τμημάτων του προκτού, φλεγμονές στομάχου, οισοφαγική ρήξη-οισοφαγίτιδα, γαστρεντερικές

ανωμαλίες, συχνά διόγκωση των σιελογόνων αδένων ιδιαίτερα της παρωτίδας και διάβρωση της αδαμαντίνης (ιδίως στη στοματική επιφάνια των κοπτήρων), η κατάχρηση καθαρτικών προκαλεί το σύνδρομο δυσαπορρόφησης και Φυσικά, αν η νέα πάσχει από άλλη αρρώστια που απαιτεί δίαιτα (όπως διαβήτη), τότε η βουλιμία θα επηρεάσει την πορεία δυσμενώς. Επιπλέον παρουσιάζονται κάλοι ή ουλές στη ραχιαία επιφάνια των χεριών, Ακόμα, σε βουλιμικά άτομα μπορεί να εμφανισθούν διαταραχές του καταμήνιου κύκλου ή αμηνόρροια ακόμη και οισοφαγική ρήξη ή αρρυθμίες με κίνδυνο το θάνατο. ^{8,26}

ακόμη οι απότομες μεταβολές σωματικού βάρους προκαλούν:

- δερματικά προβλήματα(ραγάδες)
- φλεγμονή των σιελογόνων αδένων(παρωτίτις)
- σωματική εξασθένηση
- ανωμαλίες στην περίοδο
- αμηνόρροια



2.12 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

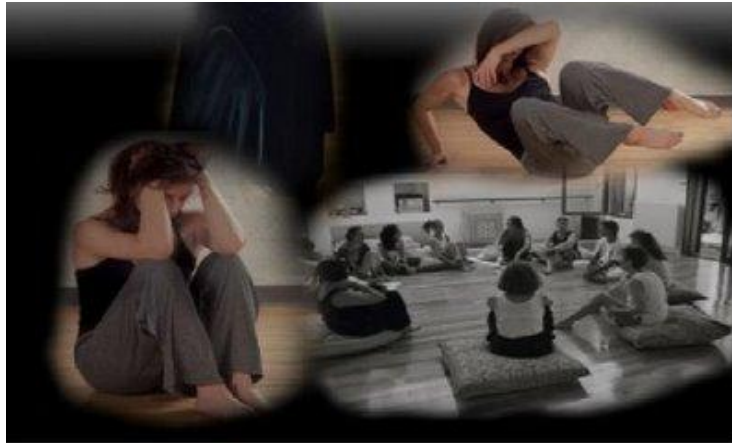
Η βουλιμία ανήκει στις διαταραχές στη λήψη τροφής, αλλά συνήθως τα αίτια αυτής, όπως και όλων των άλλων διαταραχών στη λήψη τροφής είναι ψυχολογικής φύσεως. Για την σωστή και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της πάθησης, είναι απαραίτητη η σύσταση μιας θεραπευτικής ομάδας από γιατρό, ψυχολόγο και διαιτολόγο. Η ψυχολογική υποστήριξη τόσο του ασθενούς, όσο και του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος κρίνεται αναγκαία, γιατί ο ίδιος ο ασθενής πολλές φορές δεν αντιλαμβάνεται ή δεν παραδέχεται το πρόβλημα. Όσο πιο γρήγορα διαγνωστεί η πάθηση, τόσο πιο ουσιαστική μπορεί να γίνει η θεραπεία, αλλά και να προληφθούν χειρότερες καταστάσεις, αν και η

θνησιμότητα δεν είναι αντίστοιχη με αυτή της ψυχογενούς ανορεξίας. Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι στο πρώτο στάδιο της πάθησης (περίπου τα πρώτα 2 χρόνια στάδιο νεύρωσης) η κατάσταση είναι πιο εύκολο να αντιμετωπιστεί, ενώ όταν προχωρήσει στο στάδιο της ψύχωσης η θεραπεία είναι πιο δύσκολη.²⁵

Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος του επιστήμονα διαιτολόγου στην αντιμετώπιση της πάθησης. Σκοπός της διατροφικής παρέμβασης είναι η αλλαγή της συνολικής διατροφικής συμπεριφοράς και η υιοθέτηση νέων υγιών συνηθειών. Παράλληλα, είναι απαραίτητο να εκπαιδευτεί το άτομο ολοκληρωμένα και σωστά πάνω σε θέματα διατροφής, να αποκτήσει βασικές διατροφικές γνώσεις και να καταρριφθούν μύθοι που οδηγούν σε λαθεμένη και πολλές φορές επικίνδυνη διατροφική συμπεριφορά.²⁵

Το πρόβλημα είναι πως το νοσοκομείο δεν αποτελεί το κατάλληλο περιβάλλον για τη θεραπεία. Ο θεραπευτής και ο ασθενής οφείλουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα στην πραγματική του μορφή, δηλαδή όπως αυτό είναι στον έξω κόσμο. Φυσικά, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες τη νοσοκομειακή περίθαλψη επιβάλλεται. Από αυτές, οι σημαντικότερες είναι:

1. ορισμένοι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας υποφέρουν σε τόσο μεγάλο βαθμό από κατάθλιψη που δεν μπορούν να επωφεληθούν από εξωτερική θεραπεία.
2. Κάποιοι έχουν τάσεις αυτοκτονίας και κατά συνέπεια χρειάζονται την προστασία που παρέχει ένα νοσοκομείο.
3. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η σωματική υγεία του ατόμου αποτελεί λόγο για την εξασφάλιση φροντίδας.
4. Είναι καλό οι γυναίκες που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης τους να εισάγονται στο νοσοκομείο, εφόσον οι συνήθειες διατροφής τους είναι διαταραγμένες, γιατί υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι επέρχεται ένα αυξημένο ποσοστό αποβολών.
5. Η νοσοκομειακή περίθαλψη ενδείκνυται επίσης για τα άτομα που δεν ανταποκρίθηκαν στην παρεχόμενη εξωτερική θεραπεία.¹⁰



2.13 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

1. Ατομική Ψυχοθεραπεία: Πολλά είδη ατομικής ψυχοθεραπείας έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της βουλιμίας με περισσότερη ή λιγότερη επιτυχία, ανάλογα και με τις ανάγκες και το πλαίσιο του κάθε ατόμου που αντιμετωπίζει αυτή την κατάσταση.²⁴

Η θεραπεία της βουλιμίας μπορεί να είναι μακροχρόνια κι επίμονη, ενώ πολύ συχνά οι βουλιμικοί διακόπτουν τη θεραπεία πρόωρα. Σε κάθε περίπτωση, η οικοδόμηση μιας σχέσης κατανόησης, αλληλοσεβασμού και εμπιστοσύνης του θεραπευομένου με τον θεραπευτή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την επιτυχία οποιουδήποτε προγράμματος θεραπείας.²⁴

Παρακάτω αναφέρω δυο από τα πιο δημοφιλή μοντέλα θεραπείας για την αντιμετώπιση της βουλιμίας:

Α)Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία: Περιλαμβάνει προγράμματα εκπαίδευσης σε θέματα γύρω από τη διατροφή και στις βιολογικές συνέπειες των βουλιμικών επεισοδίων, του εμετού και της χρήσης καθαρτικών μέσων. Επίσης, με τη χρήση ημερολογίων, η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία εστιάζεται στον εντοπισμό και στην αντικατάσταση μη ρεαλιστικών σκέψεων και προσδοκιών των βουλιμικών με άλλες πιο ρεαλιστικές και λιγότερο απαιτητικές σκέψεις και προσδοκίες. Η αντιμετώπιση της παρόρμησης των βουλιμικών για να καταφύγουν σε βουλιμικά επεισόδια μπορεί να αντιμετωπιστεί με τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. με βιοανάδραση) και καθοδηγούμενη ονειροπόληση.^{11,24}

Β)Διαπροσωπική θεραπεία: Αυτή δεν εστιάζει άμεσα στα συμπτώματα της βουλιμίας αλλά αντίθετα προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να λύσει τις συγκρούσεις του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, και να εξυγιάνει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους. Όπως τα αίτια της βουλιμίας εμπλέκουν σε μεγάλο βαθμό τις σχέσεις του ατόμου με το

περιβάλλον του, γεγονός στο οποίο φαίνεται να στηρίζονται τα αποτελέσματα αυτού του θεραπευτικού μοντέλου.^{10,24}

2. ομαδική θεραπεία: υπάρχουν λόγοι για τους οποίους η ομαδική θεραπεία μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή βοήθειας για τα άτομα με προβλήματα βουλιμίας, αφού δύναται να αλλάξει την άποψη ότι είναι το μόνο άτομο μ' αυτό το πρόβλημα, γεγονός που θα βοηθήσει πολύ. Μπορεί να προσφέρει ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο τα μέλη θα μάθουν το ένα το άλλο, εφόσον βέβαια η ομάδα λειτουργεί σωστά. Αλλά αυτή η μορφή θεραπείας ενδείκνυται και από πρακτικής πλευράς, καθώς ένα μεγάλο μέρος τη διδασκαλία και των συμβουλών που απαιτούνται για να βοηθήσουν τα άτομα με προβλήματα βουλιμίας είναι δυνατό να παρουσιάζονται με συγκεκριμένο τρόπο.¹⁰

Έτσι θα νιώσει πιο υπεύθυνο και θα λάβει το μήνυμα πως γίνεται αποδεκτό παρ' όλο το πρόβλημά του. Σημαντικές έρευνες των τελευταίων χρόνων έχουν δείξει πως οι ομάδες υποστήριξης υποστηρίζουν πολύ αποτελεσματικά μια οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια αντιμετώπισης της βουλιμίας.²⁴



Κατά τη 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 στα φυσιολογικά όρια
 - Τρώει κάτι τουλάχιστον τρεις φορές τη ημέρα
 - Αποφεύγει τις λανθασμένες μεθόδους απώλειας βάρους
 - Αναγνωρίζει πότε έχει «κακή» διάθεση και να μάθει να έχει επίγνωση των μεταβολών της διάθεσης του
 - Αναγνωρίζει τι προκαλεί τις κρίσεις βουλιμίας και
 - Βρίσκει τρόπους να αντιμετωπίζει τα προβλήματα του, εκτός από το να καταφεύγει στο φαγητό.²¹
- 3. Φαρμακοθεραπεία:** όσον αφορά τη θεραπευτική αγωγή, έχει δειχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά και της υπερφαγίας και της πρόκλησης εμέτου, σε βουλιμικά άτομα.¹¹

Έχουν βοηθήσει η ιμιπραμίνη (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 (60mg την ημέρα) απ' αυτές που χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη. Σε περιπτώσεις συννοσηρότητας καταθλιπτικών διαταραχών και ψυχογενούς βουλιμίας, η φαρμακευτική αγωγή βοηθάει. Καρβαμαζεπίνη (Tegretol) και το λίθιο (Milithin) δεν έχουν δείξει εντυπωσιακά αποτελέσματα στη θεραπεία ασθενών με ψυχογενή βουλιμία και συνυπάρχουσες διαταραχές της διάθεσης, όπως διπολική διαταραχήI.¹³

Παρ' όλα 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 κατάχρησης τους.



2.14 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Συνήθως, η θεραπεία γίνεται σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Οι περισσότεροι ασθενείς με μη επιλεγμένη Ψ.Β. δεν χρειάζονται νοσηλεία. Πολλοί ασθενείς όμως μπορεί να χρειασθούν.^{11,13}

Ενδείξεις για νοσηλεία είναι η σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. πάνω από 30%) και απίσχναση, η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών και αποτυχία εξωνοσοκομειακής θεραπείας.¹¹

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.¹³

Η νοσοκομειακή θεραπεία βοηθά τον ασθενή να διδαχθεί φυσιολογικές συνήθειες στο φαγητό και να σταματήσει να χρησιμοποιεί τις πιθανόν επικίνδυνες μεθόδους ελέγχου 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 ν' αντιμετωπίσουν προκλήσεις προσωπικές ή στη δουλειά τους και γενικά καταστάσεις συνηθισμένες, 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.²¹

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

- Ø Λήψη πλήρους ιστορικού του παρόντος προβλήματος.
- Ø Καθημερινό ζύγισμα
- Ø Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Ø Στενή παρακολούθηση μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός.
- Ø Δίαιτα:
 - Αρχικά 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές ου απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος των ασθενών
 - Σιγά-σιγά αύξηση των θερμίδων μοιράζοντας την τροφή σε πολλά μικρά γεύματα.
- Ø Σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα σε περίπτωση μεγάλης ελάττωσης βάρους
- Ø Διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών
- Ø Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο να εκφράσει με λόγια έννοιες και φόβους του.
- Ø Αναγνώριση φόβων του αρρώστου και μετάδοση ελπίδας σ' αυτόν.¹¹

2.15 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Το 40% των βουλιμικών που παρακολουθήθηκαν επί μία περίοδο πέντε χρόνων 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 εφόσον οι βουλιμικοί κρύβουν τη συμπεριφορά τους στο γιατρό και οι γιατροί δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις.

2.16 ΠΡΟΛΗΨΗ

Υπάρχουν πέντε κυρίως τρόποι για την αποφυγή της ψυχογενούς βουλιμίας:

- Ø Αρχίστε να αθλείστε.
- Ø Τηλεφωνήστε σε κάποιον φίλο σας αν αισθάνεστε ανία.
- Ø Καταπνίξτε τη θλίψη σας.
- Ø Διαλέξτε «εναλλακτικές» τροφές με χαμηλά λιπαρά.
- Ø Τρώτε τρία κανονικά γεύματα κάθε μέρα.²⁷

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 στομαχική 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 προσπαθήσουμε να καταλάβουμε ποια είναι η ανάγκη 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.²⁸



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 «ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ»



αγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και τη συμπεριέλαβε στη Διεθνή Ταξινόμηση των Παθήσεων (International Classification of Diseases).

Σίγουρα σε πολλούς δημιουργείται η απορία "γιατί είναι νόσος". Ως νόσο ορίζουμε κάθε κατάσταση που μειώνει το προσδόκιμο χρόνο ζωής και την ποιότητα ζωής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην αναφορά του για την παχυσαρκία το 1997 επισημαίνει μεταξύ άλλων τα εξής:

- ∅ Παίρνει διαστάσεις επιδημίας σε όλο τον κόσμο
- ∅ Οδηγεί σε άλλες ασθένειες με αυξημένο ιατρικό και κοινωνικό κόστος
- ∅ Τα βασικά αίτια είναι η καθιστική ζωή και η υψηλή σε λιπαρά και πλούσια σε θερμίδες διατροφή
- ∅ Είναι δυνατό να προληφθεί με την αλλαγή στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες
- ∅ Η πρόληψη δεν είναι προσωπικό θέμα, αλλά χρειάζονται κοινωνικές αλλαγές 2,500 χιλιάδες χρόνια πριν τις επισημάνσεις αυτές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας όμως, ο Ιπποκράτης, αλλά και οι μετέπειτα συνάδελφοί του ανά τους αιώνες, θεωρούσαν την παχυσαρκία νόσο και χρησιμοποιούσαν θεραπευτικές μεθόδους παρεμφερείς με τις σημερινές για την αντιμετώπισή της. Παρ' όλα αυτά στην πατρίδα του Ιπποκράτη, σήμερα, δεν είναι επίσημα αναγνωρισμένη ως νόσος.
- ∅ Τα υπέρβαρα άτομα που διατρέχουν τον κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκα πρέπει να έχουν ιατρική παρακολούθηση
- ∅ Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να είναι μακροχρόνια με στόχους μέτριας απώλειας βάρους

Ø Υπάρχει άμεση ανάγκη για εκπαίδευση της ιατρικής κοινότητας²⁹

Οργανισμού Υγείας όμως, ο Ιπποκράτης, αλλά και οι μετέπειτα συνάδελφοί του ανά τους αιώνες, θεωρούσαν την παχυσαρκία νόσο και χρησιμοποιούσαν θεραπευτικές μεθόδους παρεμφερείς με τις σημερινές για την αντιμετώπισή της. Παρ' όλα αυτά στην πατρίδα του Ιπποκράτη, σήμερα, δεν είναι επίσημα αναγνωρισμένη ως νόσος.²⁹

Σήμερα όμως, σε αντίθεση με το παρελθόν, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και με την πρόληψη. Είναι φανερό ότι στην αρχαιότητα οι ιατροί και οι κάθε είδους επιστήμονες-θεραπευτές προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο όταν αυτό είχε πλέον εμφανιστεί. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι δίνονταν οδηγίες ή συμβουλές για να μην γίνει κάποιος παχύσαρκος. Στις μέρες μας αυτό είναι κάτι παραπάνω από απαραίτητο. Οι στρατηγικές πρόληψης στο γενικό πληθυσμό στηρίζονται κυρίως στην προσπάθεια συνολικής εκπαίδευσης και ενημέρωσης των πολιτών σε θέματα διατροφής και σωματικής δραστηριότητας. Πριν από οτιδήποτε άλλο, πρέπει να περάσει στη συνείδηση του κάθε πολίτη, ότι η παχυσαρκία είναι μία χρόνια νόσος με σοβαρές επιπλοκές, η οποία ευκολότερα προλαμβάνεται παρά αντιμετωπίζεται.²⁹

Για τη συνέχεια πρέπει να αναφέρουμε πως ως παχυσαρκία συνήθως ορίζεται η κατάσταση στην οποία υπάρχει μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους στο λιπώδη ιστό, σε σημείο τέτοιο, ώστε να αποτελεί κίνδυνο για την υγεία. Υπεύθυνη διαταραχή είναι το ανεπιθύμητο θετικό ενεργειακό ισοζύγιο και η αύξηση του βάρους.²

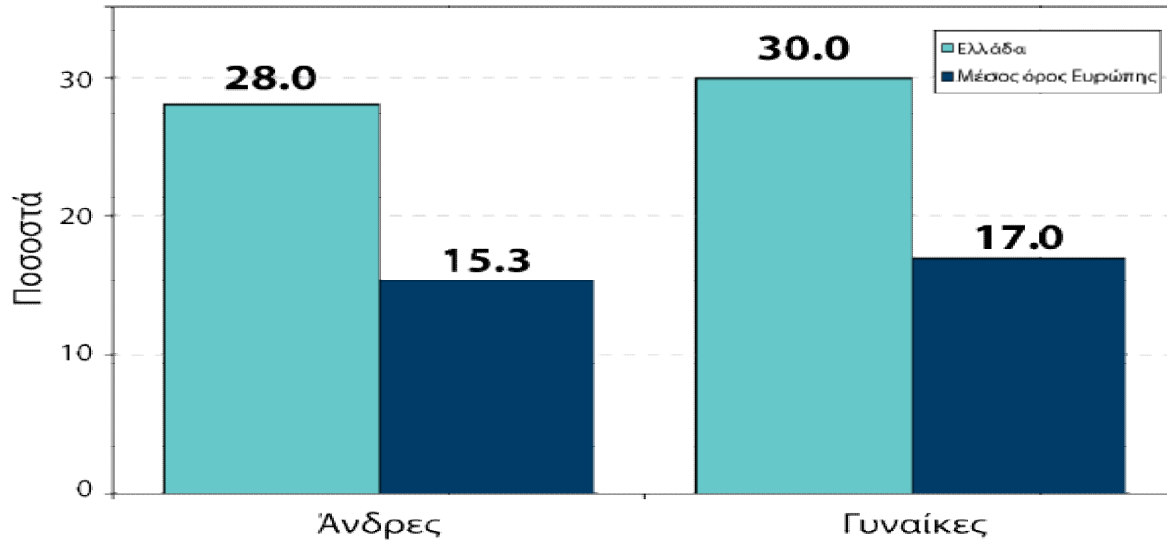
3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Α) ηλικία: 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 (συνηθέστερα).

Β) φύλο: εμφανίζεται και στα 2 φύλα αλλά συχνότερα στις γυναίκες μετά από κύηση ή την εμμηνόπαυση. Μέρος της αυξημένης συχνότητας μετά από κύηση οφείλεται στην απουσία του θηλασμού και στην έλλειψη βασικών γνώσεων διατροφής κατά την εγκυμοσύνη.

Γ) κοινωνική τάξη: στις αναπτυγμένες κοινωνίες αποτελεί χαρακτηριστικό της μέσης και της φτωχότερης κοινωνικής τάξης.⁶

Παχυσαρκία Ενηλίκων, Ελλάδα και μέσος όρος Ευρώπης*



* Εκτός από Αυστρία, Κροατία, Κύπρο, Ισλανδία, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Σαν Μαρίνο και Σλοβενία.
Πηγές: Robertson et al. (2004), the Danish Nutrition Council (2003) for data on Denmark and Israeli Center for Disease Control (2003) for data on Israel.

3.3 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Υπάρχει πολύ μεγάλη διαφωνία σχετικά με τη συσχέτιση παχυσαρκίας και θνησιμότητας. Ενώ ένας αριθμός μελετών έχει δείξει μια συσχέτιση τύπου U ή J, με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας στα μεγαλύτερα και στα χαμηλότερα επίπεδα σωματικού βάρους, άλλες μελέτες σημειώνουν μια αναλογική αύξηση της θνησιμότητας με την αύξηση του βάρους, ενώ άλλες αναφέρουν ότι δεν υπάρχει καμία τέτοια συσχέτιση.

Πολλές εργασίες που μελέτησαν την παχυσαρκία σε σχέση με τη θνησιμότητα περιείχαν σφάλματα αμεροληψίας στο σχεδιασμό τους, που οδήγησαν σε μια συστηματική υποεκτίμηση της επίδρασης της παχυσαρκίας στην πρόωμη θνησιμότητα. Τα σφάλματα αυτά περιλαμβάνουν την αδυναμία υπολογισμού του καπνίσματος (που συνεπάγεται μια λανθασμένα υψηλή θνησιμότητα σε πιο αδύνατα άτομα), τον ακατάλληλο υπολογισμό καταστάσεων όπως η υπέρταση και η υπεργλυκαιμία, που θεωρούνταν συγχυτικοί παράγοντες, αλλά, αποτελούν, σε μεγάλο βαθμό, αποτελέσματα της παχυσαρκίας (ως εκ τούτου, κάποιες παραγοντικές αναλύσεις απορρίπτουν την ύπαρξη πραγματικής συσχέτισης μεταξύ της παχυσαρκίας και της θνησιμότητας), την αποτυχία υπολογισμού της απώλειας βάρους που σχετίζεται με τη νόσηση (που οδηγεί σε υποεκτίμηση της επίδρασης της παχυσαρκίας στη θνησιμότητα), καθώς και την αποτυχία προτυποποίησης ανάλογα με την ηλικία.²



3.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του ανθρώπινου γένους, η ικανότητα της αύξησης του σωματικού βάρους, όταν η τροφή ήταν διαθέσιμη, με σκοπό τη αποθεμάτων για τις περιόδους ανάγκης αποτέλεσε ένα σημαντικό εξελικτικό-βιολογικό πλεονέκτημα. Μόνο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 χρόνων υπό τις συνθήκες της μόνιμης αφθονίας τροφής και συνεχούς μείωσης της σωματικής δραστηριότητας, το εξελικτικό αυτό πλεονέκτημα μετατράπηκε σε πραγματικό μειονέκτημα. Ο φαινότυπος του παχύσαρκου ανθρώπου θεωρείται, σήμερα, αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικής-εξελικτικής προδιάθεσης και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η γενετική προδιάθεση αποτελεί ήδη το αντικείμενο έντονης ερευνητικής δραστηριότητας. Αλλά και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, υπεύθυνοι σε μεγάλο βαθμό για την έκφραση του φαινοτύπου παχυσαρκία έχουν περιγραφεί με ακρίβεια εδώ και καιρό.⁴

Συγκεκριμένα η παχυσαρκία είναι πάντοτε αποτέλεσμα θετικού θερμιδικού ισοζυγίου, το οποίο είναι δυνατό να προέλθει από μεγάλο αριθμό διαταραχών, όπως είναι οι παρακάτω.

A) υποθαλαμικός τύπος παχυσαρκίας(σπάνιος):

1. όγκοι:

- i. Συμπαγής(σύνδρομο frolich-Babinski)
- ii. Λευχαιμία

2. φλεγμονή(μετά από εγκεφαλίτιδα)

3. τραύμα (μετά από μετωπιαία λοβοτομή)

4. αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση (βλάβη του τουρκικού επιπίου, εγκεφαλικός ψευδοόγκος).

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.⁶

B) γενετικός τύπος παχυσαρκίας:

1. Νεανικός τύπος η απλή παχυσαρκία-πολυγονιακός τύπος.
2. Μορφές συνδεδεμένες με σπάνιες κληρονομικές ασθένειες, όπως:
 - i. Σύνδρομο Laurence Moon-Biedl.
 - ii. Σύνδρομο Prader-Willi.
 - iii. Σύνδρομο Alstrom.
 - iv. Σύνδρομο Margani-Morel (υπερόστωση έσω μετωπιαίου μυός).
 - v. Ασθένεια του Von Gierke.

Στα πειραματόζωα ο ρόλος των γενετικών παραγόντων είναι σαφής. Το σύνδρομο τη κληρονομικής υπεργλυκαιμίας των παχύσαρκων ποντικών είναι ένα παράδειγμα μεταβολικής παχυσαρκίας. Άλλα παραδείγματα κληρονομικής παχυσαρκίας είναι η κίτρινη παχυσαρκία, ένα σύνδρομο το οποίο συναντάται σε ποντικούς ετερόζυγους στο γονίδιο αυτό, η παχυσαρκία της Ν. Ζηλανδίας, ένα σύνδρομο παχυσαρκίας και διαβήτη των ποντικών και άλλα. Παρόμοια όμως σύνδρομα δεν παρατηρήθηκαν στον άνθρωπο, αλλά άλλα πολύ σπάνια όπως φαίνεται παραπάνω.⁶

Γ) ενδοκρινικός τύπος παχυσαρκίας:

1. Σύνδρομο Cushing.
2. Ινσουλινώματα.
3. Ευνουχισμός, ερμαφροδιτισμός.
4. Σύνδρομο Stein-Leventhal.
5. Κύηση.
6. Μυξοίδημα.

Η παχυσαρκία συχνά συνοδεύει σύνδρομα όπως ο υποθυρεοειδισμός, ο υπογοναδισμός, ο υποφουσισμός και το σύνδρομο Cushing, αλλά δεν αποτελεί πρωτεύοντα χαρακτήρα των συνδρόμων αυτών. Γενικά η ενδοκρινική αιτιολογία της παχυσαρκίας είναι σπάνια.⁶

Δ) διαιτητικός ή/και περιβαλλοντικός τύπος παχυσαρκίας:

Η απόδειξη της κληρονομικής φύσης της οικογενούς παχυσαρκίας στον άνθρωπο είναι δύσκολη. Έχει αποδειχθεί όμως, ότι η παχυσαρκία έχει χαρακτήρα οικογενή. Οι Seltzer και Mayer υποστηρίζουν ότι ένα παιδί έχει 10% να γίνει παχύσαρκο, αν οι γονείς του έχουν φυσιολογικό βάρος, 50% πιθανότητες αν ο ένας από τους γονείς είναι παχύσαρκος και 80% αν και οι δύο είναι παχύσαρκοι. Παρόμοια ποσοστά αναφέρονται σε πολλές μελέτες και δείχνουν τον οικογενή χαρακτήρα της παχυσαρκίας. Συχνά, πιστεύεται ότι παιδιά παχύσαρκων γονέων γίνονται προοδευτικά παχύσαρκα, γιατί καταναλώνουν τις ίδιες τροφές και είναι εκτεθειμένα στις ίδιες διαιτητικές συνήθειες με τους γονείς τους, αλλά πολύ πιθανόν να υπάρχει και κάποια κληρονομική προδιάθεση για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας τους.⁶

Ε) οφειλόμενος σε μειωμένη φυσική δραστηριότητα τύπος παχυσαρκίας.

Στ)φαρμακευτικός τύπος παχυσαρκίας:

Ορισμένα φάρμακα (φαινοθειαζίνες, οιστρογόνα, κρυπτοεπταδίνη) είναι σπάνια αίτια παχυσαρκίας.

Ζ) οφειλόμενος σε λίγα και μεγάλα γεύματα:

Μεγαλύτερα ποσά λίπους εναποθηκεύονται με λίγα και μεγάλα γεύματα παρά με πολλά και μικρά. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ αυτών των δύο τύπων, δηλαδή εκείνου που προτιμάει τα πολλά και μικρά γεύματα και του άλλου που περιορίζεται σε λίγα αλλά μεγάλα. Στη δεύτερη περίπτωση παρατηρούνται:

1. Αύξηση της κοιλότητας των παγκρεατικών ενζύμων.
2. Αύξηση της δραστηριότητας των παγκρεατικών ενζύμων.
3. Αύξηση της δραστηριότητας των παγκρεατικών ενζύμων.
4. Αύξηση των επιπέδων της ινσουλίνης στο πλάσμα μετά το γεύμα.
5. Αύξηση της δραστηριότητας των ενζύμων για τη σύνθεση των λιπών.
6. Αύξηση της σύνθεσης της χοληστερόλης.
7. Αύξηση του ολικού λίπους.
8. Αύξηση της σύνθεσης πρωτεϊνών και νουκλεϊκών οξέων στον λιπώδη ιστό.
9. Αύξηση της ευαισθησίας διαβητογενετικά σκευάσματα.

Μερικές παρατηρήσεις στον άνθρωπο δείχνουν ότι η συχνότητα των γευμάτων έχει μια αντίστροφη σχέση με την παχυσαρκία. Γενικά όμως, η επίδραση των γευμάτων στην αιτιολογία της παχυσαρκίας στον άνθρωπο φαίνεται να είναι μικρή.⁶

Κοινωνικοί παράγοντες: η παχυσαρκία είναι χαρακτηριστικό περισσότερο των κατώτερων κοινωνικών τάξεων από ότι των ανώτερων. 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.

Ψυχολογικοί παράγοντες: μια άλλη θεωρία υποστηρίζει ότι μερικοί άνθρωποι αντιδρούν στο στρες, 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.²¹

τα ψυχολογικά προβλήματα των υπέρβαρων ατόμων είναι συχνά και πολλά, πολλές φορές δεν είναι και καθοριστικά για όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του. 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 αποκόπτονται όλα τα ενδιαφέροντα για δημιουργία, εργασία, προβολή και 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 επηρεαζόμενα άμεσα από την οικογενειακή συναναστροφή πλήρης εξάρτηση περιβαλλοντική.
- ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΑ, απείθαρχα, χωρίς αναστολές κάθε ηθική αξία με επακόλουθο την κατάρρευση και κατολίπωση. Τρικυμιώδης συμπεριφορά.

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 αποτέλεσμα, χωρίς σωστή ψυχολογική προσπέλαση του υπέρβαρου ατόμου και χωρίς τροποποίηση της διαιτητικής του συμπεριφοράς, οι πιθανότητες μόνιμης αντιμετώπισης του προβλήματος θα παραμείνουν όνειρο.³⁰

Αύξηση κορτιζόνης στο αίμα: 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.³⁰

Η πρόσληψη με τη διαίτα μεγαλύτερου ποσού θερμίδων από εκείνο που απαιτείται για τις θερμιδικές ανάγκες του ατόμου, οδηγεί τελικά στην παχυσαρκία. Μερικές μάλιστα εργασίες δείχνουν ότι μια αυξημένη πρόσληψη θερμίδων, συνδυασμένη με αντίστοιχα αυξημένη φυσική δραστηριότητα, ώστε να διατηρείται θερμιδικό ισοζύγιο, είναι μάλλον πιο ωφέλιμη για την υγεία απ' ό,τι μια ελαττωμένη πρόσληψη θερμίδων συνδυασμένη με μειωμένη φυσική δραστηριότητα.⁶

Από διατροφικής πλευράς η παχυσαρκία οφείλεται σε υψηλή πρόσληψη θερμίδων από τις τροφές όλων των ειδών. Δεν υπάρχει δηλαδή πειραματική απόδειξη ότι ορισμένα τρόφιμα ή κάποιος συνδυασμός τροφίμων είναι αίτια για μεγαλύτερη λιπογένεση. Ενδιαφέρει επομένως το ολικό ποσό θερμίδων που καταναλώνεται και όχι η πηγή από την οποία προήλθε αυτό.⁶

Από μεταβολική άποψη όλα τα άτομα ανήκουν σε μια ορισμένη κατηγορία(φύλο, ηλικία, επάγγελμα) δεν έχουν τις ίδιες θερμιδικές ανάγκες. Αυτό οφείλεται πιθανόν στο διάφορο βαθμό της φυσικής τους δραστηριότητας. Μόνη της όμως η φυσική δραστηριότητα δεν μπορεί να εξηγήσει τις διαφορές με τις οποίες τα διάφορα άτομα εναποθηκεύουν λίπος. Επομένως, η αποδοτικότητα με την οποία χρησιμοποιείται μια διαίτα για τη διατήρηση ενός σταθερού βάρους, σε ένα δεδομένο επίπεδο, πιθανόν να διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο.⁶

Το πρόβλημα λοιπόν της παχυσαρκίας είναι πιο πολύπλοκο από μια εξίσωση θερμιδικού ισοζυγίου. Η παχυσαρκία, δηλαδή, είναι μεν το αποτέλεσμα περιόδων θετικού θερμιδικού ισοζυγίου, οι αποφασιστικοί παράμετροι όμως του ισοζυγίου αυτού είναι πολλαπλοί, σύνθετοι και μερικοί από αυτούς ακόμη άγνωστοι. Εξάλλου, αν και οι συνηθίζεται να θεωρείται η παχυσαρκία ως μια ομογενής οντότητα, πολλά δεδομένα υποδηλώνουν ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι παχυσαρκίας οι οποίοι πιθανόν να έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου.⁶

Γαλουχία: κατά το θηλασμό οι καύσεις τη 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 ευεργετικά 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.**³⁰

Άγνωστοι παράγοντες: 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.

3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το αυξημένο σωματικό βάρος και η παχυσαρκία είναι έννοιες που χρησιμοποιούνται συχνά για να υποδηλώσουν την ίδια κατάσταση. Το αυξημένο σωματικό βάρος σημαίνει, ουσιαστικά, αύξηση όλων των ιστών του σώματος (λίπος, οστά, μυς). Η παχυσαρκία, αντίθετα, σημαίνει αύξηση του λίπους του σώματος. Στην κλινική πράξη ισχύει, ότι ο υπέρβαρος άνθρωπος είναι συνήθως και παχύσαρκος, αν και υπάρχουν και εξαιρέσεις (body-builders).⁴

Ο βαθμός της παχυσαρκίας μπορεί βάσει διαφορετικών μεθόδων να εκτιμηθεί με άλλοτε άλλη ακρίβεια. Ακόμα δεν διαθέτουμε μια άμεση και ακριβή μέθοδο για τη μέτρηση του ολικού σωματικού λίπους. Μια ακριβής μέθοδος για την μέτρηση του σωματικού λίπους είναι η υδροπυκνομετρία. Με την εμβύθιση του σώματος σε νερό επιτυγχάνεται η μέτρηση του ειδικού βάρους (πυκνότητας) όλου του σώματος, έτσι ώστε να υπολογισθούν στη συνέχεια ξεχωριστά τα διάφορα συστατικά αυτού. Τον τελευταίο καιρό εφαρμόζεται η διπλής ενέργειας μέτρηση της απορρόφησης ακτινών Χ (DEXA). Στη μέθοδο αυτή, ακτίνες Rontgen χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό του ολικού σωματικού λίπους. Σε σύγκριση με την υδροπυκνομετρία η μέθοδος DEXA έχει μεγαλύτερη ακρίβεια για τη μέτρηση του σωματικού λίπους με ποσοστό σφάλματος περίπου 4%.

Βιοηλεκτρική Αγωγιμότητα: Στο σώμα δημιουργείται ένα κύκλωμα χαμηλής έντασης όπου μετριέται η αντίστασή του στη διέλευση του ηλεκτρικού ρεύματος. Ο άπαχος ιστός είναι ενυδατωμένος και όπως είναι γνωστό τα υγρά είναι καλοί αγωγοί του ηλεκτρικού ρεύματος. Σε αντίθεση, ο λιπώδης ιστός παρουσιάζει υψηλή αντίσταση. Η αντίσταση λοιπόν του σώματος στο ηλεκτρικό ρεύμα μεταφράζεται ως ποσότητα λίπους λόγω της ανάλογης συσχέτισης μεταξύ των δύο μεγεθών.

Το αποτέλεσμα της μέτρησης επηρεάζεται από : Την υδατική κατάσταση του σώματος , Την λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων, Τον χρόνο λήψης του τελευταίου γεύματος, διουρητικού ροφήματος (πχ τσάι, καφές) και αλκοολούχου ποτού, Την τελευταία έντονη φυσική δραστηριότητα, Την θέση και τη θερμοκρασία του σώματος και Την εμπειρία του χειριστή.

Αν και η τάση του ρεύματος είναι πολύ χαμηλή, είναι ασφαλέστερο να μην χρησιμοποιείται η συγκεκριμένη μέθοδος σε σώματα που φέρουν κάποια ηλεκτρική ή μεταλλική μικροσυσκευή (πχ βηματοδότης) και σε εγκύους.³¹

Δερματοπτυχομέτρηση: Για τη συγκεκριμένη μέθοδο χρησιμοποιείται ένα ειδικά σχεδιασμένο εργαλείο (δερματοπτυχόμετρο) που μετράει το πάχος δερματικών πτυχών (mm) διαφορετικών για κάθε φύλο. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων εφαρμόζονται σε μαθηματικές εξισώσεις από τις οποίες προκύπτει το τελικό ποσοστό σωματικού λίπους.

Με τον τρόπο αυτό μετριέται το υποδόριο λίπος (που αποθηκεύεται κάτω από το δέρμα) και υπολογίζεται η πυκνότητα του σώματος. Όσο περισσότερο είναι το ποσοστό λίπους σε ένα σώμα, τόσο μεγαλύτερο είναι το εύρος της πτυχής και μικρότερη η συνολική πυκνότητα. Η εμπειρία του χειριστή αποτελεί το κλειδί της ορθής μέτρησης.³¹



Μέτρηση Περιμέτρων: Ακόμα και η απλή μέτρηση καθορισμένων περιμέτρων για κάθε φύλο μπορεί να δώσει αρκετά αξιόπιστα αποτελέσματα για την ποσοστιαία αναλογία λίπους στο εκάστοτε σώμα. Η απόκλιση που παρουσιάζει σε σχέση με τα αποτελέσματά των άλλων μεθόδων (της τάξεως 4%) είναι φυσικά σημαντική αλλά όχι ικανή να ανατρέψει την γενική εικόνα της κατανομής του λίπους στο σώμα.³¹

Η απλούστερη και συχνότερα χρησιμοποιούμενη μέθοδος για την ταξινόμηση παχυσαρκίας είναι ο **Δείκτης Μάζας Σώματος (Body Mass Index, BMI)**. Για τον υπολογισμό του διαιρείται το σωματικό βάρος σε Kg με το τετράγωνο του ύψους σε m. Η τιμή συσχετίζεται ακόμη και σε παιδιά με το σωματικό λίπος και προτιμάται έναντι του παλαιότερου Δείκτη του Broca. Για τον εύκολο υπολογισμό σε κλινικό επίπεδο υπάρχουν νορμογραφίματα του BMI. Από αυτά με βάση το ύψος και το σωματικό βάρος ο ιατρός διαβάζει απευθείας την τιμή του BMI. Σε κάθε περίπτωση, στον υπολογισμό του BMI θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη το φύλο, η ηλικία και η ιδιοσυγκρασία του ασθενούς.

- Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) = σωματικό βάρος σε kg δια του τετραγώνου του ύψους σε m [$BMI = kg/m^2$]
- Δείκτης Broca-φυσιολογικό βάρος = Ύψος σε cm - 100.

Με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος ορίζονται διαφορετικές κατηγορίες Σωματικού Βάρους: χαμηλό ΣΒ, φυσιολογικό ΣΒ, και παχύσαρκα πρώτου μέχρι τρίτου βαθμού.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	BMI=kg/m ²	Παράδειγμα: Άνδρας ή γυναίκα 1,80 m
Χαμηλό ΣΒ	<20	<64,8kg
Φυσιολογικό ΣΒ	20-24,9	64,8-80,7kg
Αυξημένο ΣΒ (Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού)	25-29,9	80,8-96,9kg
Παχυσαρκία (παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού)	30-39,9	97,0-129,3kg
Νοσογόνος παχυσαρκία (παχυσαρκία 3 ^{ου} βαθμού)	>40	>129,3kg

Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται για τη διάγνωση της παχυσαρκίας διαχωρίζονται σε στοιχειώδεις και προαιρετικές.

Οι στοιχειώδεις εξετάσεις είναι:

- Υπολογισμός του ύψους, του βάρους και του BMI.
- Καθορισμός της κατανομής του λίπους(WHR).
- Συνακόλουθες παθήσεις(π.χ. αρθροπάθεια, καρδιαγγειακά νοσήματα).
- Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.
- Λιπιδαιμικό προφίλ, σάκχαρο αίματος, ουρικό οξύ, βασική έκκριση TSH, κορτιζόλη ούρων 24ώρου, γενική αίματος, γενική ούρων.
- Ιστορικό μεταβολής του σωματικού βάρους.
- Ιστορικό λήψης φαρμάκων.
- Ιστορικό διατροφικών συνηθειών.
- Ψυχολογικό και κοινωνικό ιστορικό.
- Σωματική δραστηριότητα.

Οι προαιρετικές εξετάσεις περιλαμβάνουν:

- BIA ή DEXA για τον υπολογισμό της σύστασης του σώματος.
- Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης για τη διάγνωση λανθάνοντος σακχαρώδη διαβήτη ή δυσανοχής στη γλυκόζη.
- HbA1c σε διαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη.

- Δοκιμασία αναστολής με δεξαμεθαζόνη ως δοκιμασία ελέγχου για σύνδρομο Cushing.
- ΗΚΓ και δοκιμασία κοπώσεως.
- Ερωτηματολόγιο διατροφικής συμπεριφοράς.

Εκτός από τα παραπάνω παρουσιάζονται και ορισμένες μεταβολικές διαταραχές όπου εμφανίζονται συχνότερα στους παχύσαρκους παρά στα φυσιολογικά άτομα και αυτές είναι:

A) οι διαταραχές των λιπιδίων που περιλαμβάνουν:

1. αύξηση των λιπαρών οξέων στο πλάσμα μετά από 12ωρη νηστεία.
2. Αύξηση των κετονικών σωμάτων.
3. Αύξηση των τριγλυκεριδίων.
4. Αύξηση της χοληστερόλης και των LDL.
5. Μείωση των HDL.

B) Οι διαταραχές των υδατανθράκων που περιλαμβάνουν:

1. Αύξηση της γλυκόζης του αίματος.
2. Αύξηση της ινσουλίνης του αίματος.
3. Αύξηση της ινσουλινικής απάντησης σε φόρτωση γλυκόζης.

Γ) οι διαταραχές των πρωτεϊνών αφορούν τις πουρίνες με αύξηση του ουρικού οξέος στο πλάσμα.



3.6 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παχυσαρκία έχει από παλιά θεωρηθεί ως αιτία για μια ποικιλία καταστάσεων οι οποίες είναι επιβλαβείς για την υγεία του ατόμου. Παρακάτω οι παθήσεις και άλλα προβλήματα τα οποία συνδέονται με την παχυσαρκία.⁶



Καρδιά:

1. Πρώιμη ισχαιμική νόσος της καρδιάς.
2. Υπερτροφία αριστεράς κοιλίας.
3. Στηθάγχη.
4. Καρδιακή ανεπάρκεια.⁶

Η επίδραση της παχυσαρκίας στην ανάπτυξη ή και επιβάρυνση της Ισχαιμικής Καρδιοπάθειας είναι δυνατό να είναι άμεση ή και έμμεση. Για την άμεση επίδραση δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και Ι.Κ. Τα αποτελέσματα των ερευνών είναι πολλές φορές αντιφατικά και πολλοί είναι εκείνοι που δεν δέχονται την απευθείας επίδραση της παχυσαρκίας στην πρόκληση Ι.Κ. Σε αντίθεση, υπάρχει πληθώρα δεδομένων τα οποία συνδέουν την παχυσαρκία έμμεσα με την Ι.Κ., δηλαδή μέσω της επιδείνωσης την οποία προκαλεί αυτή στην υπέρταση, στην υπερλιπιδαιμία, στην υπεργλυκαιμία και γενικά ότι προκαλεί την Ι.Κ.⁶

Αγγειακό σύστημα:

1. Υπέρταση.
2. Εγκεφαλικό επεισόδιο.
3. Φλεβική στάση(με οίδημα στα κάτω άκρα, κίρσους, θρομβωτική ή εμβολική ασθένεια των κάτω άκρων και της κάτω κοίλης φλέβας).⁶

Η σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της υπέρτασης είναι πολύ καλά τεκμηριωμένη. Η συστολική αλλά και η διαστολική αρτηριακή πίεση αυξάνουν με τον ΒΜΙ και οι παχύσαρκοι διατρέχουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης υπέρτασης απ' ότι τα λεπτόσωμα άτομα. Ο κίνδυνος ανάπτυξης υπέρτασης αυξάνει με τη διάρκεια της παχυσαρκίας, ειδικά στις γυναίκες, ενώ η μείωση του βάρους οδηγεί σε ελάττωση της αρτηριακής πίεσης. Αν και πολλές μεγάλες μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση της παχυσαρκίας και της CHD, δεν έχει δοθεί η ίδια έμφαση για το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.²

Αναπνευστικό σύστημα:

1. Αποφρακτική άπνοια στον ύπνο.
2. Σύνδρομο Pickwick(κυψελιδικός υπεραερισμός)
3. Δευτεροπαθής πολυκυθαιμία.
4. Υπερτροφία δεξιάς κοιλίας (που δυνατόν να οδηγήσει και σε ανεπάρκεια).⁶

Η παχυσαρκία προξενεί βλάβες στην πνευμονική δομή και λειτουργία, οδηγώντας σε φυσιολογικές και παθοφυσιολογικές μεταβολές. Το έργο της αναπνοής αυξάνεται στην παχυσαρκία, κυρίως ως αποτέλεσμα της υπερβολικής ακαμψίας του θωρακικού κλωβού, που προέρχεται από τη συσσώρευση λιπώδους ιστού γύρω και ανάμεσα στις πλευρές, στην κοιλιακή χώρα και στο διάφραγμα.²

Ηπατο-χοληφόρο σύστημα:

1. Χολολιθίαση
2. Λιπώδης εκφύλιση του ήπατος.⁶

Στο γενικό πληθυσμό, η χολολιθίαση είναι συχνότερη στις γυναίκες και στους ηλικιωμένους. Ωστόσο, η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης χολολιθίασης σε όλες τις ηλικίες. Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, χολολιθίαση αναπτύσσεται 3-4 φορές συχνότερα στα παχύσαρκα άτομα σε σχέση με τα μη παχύσαρκα, ενώ ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος όταν υπάρχει κοιλιακή συσσώρευση λίπους.²

Ενδοκρινικές και μεταβολικές λειτουργίες:

1. Σακχαρώδης διαβήτης
2. Ουρική αρθρίτιδα ή μόνο υπερουριχαιμία
3. Υπερλιπιδαιμίες (υπερτριγλυκεριδαιμία και υπερχοληστεριναιμία)⁶

Πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία έχουν δείξει ότι τα λιποκύτταρα είναι κάτι περισσότερο από απλές αποθήκες λίπους. Έτσι, λειτουργούν και ως ενδοκρινικά κύτταρα, παράγοντας στόχους, ενώ επίσης αποτελούν κύτταρα-στόχους για μεγάλο αριθμό ορμονών. Αρκετές ορμονικές διαταραχές παρατηρούνται σε παχύσαρκα άτομα, ειδικά σε εκείνα με ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους.²

Ο αυξημένος κίνδυνος για ουρική αρθρίτιδα, που συνοδεύει την παχυσαρκία, πιθανά σχετίζεται με τη συνήθως συμπαρομαρτούσα υπερουριχαιμία, αν και η κεντρική κατανομή του λίπους μπορεί επίσης να ενοχοποιείται, ειδικά στις γυναίκες.²

Νεφρικό σύστημα:

1. Λευκωματουρία
2. Σε σοβαρές παχυσαρκίες νέφρωση
3. Θρόμβωση των νεφρικών φλεβών.⁶

Άρθρώσεις, μυς και συνδετικός ιστός:

1. Οστεοαρθρίτιδα στην κατά γόνυ άρθρωση
2. Οστικές άκανθες στην πτέρνα
3. Εκφυλιστική οστεοαρθροπάθεια(στις γυναίκες)
4. Επιβάρυνση προϋπάρχουσας βλάβης στην στάση/ θέση του ατόμου.⁶

Η παχυσαρκία σχετίζεται με την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας και, επιπλέον, στις παχύσαρκες μεσήλικες γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση με πόνο στα γόνατα. Πιθανοί παράγοντες υπεύθυνοι για τη συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και οστεοαρθρίτιδας περιλαμβάνουν τις μηχανικές καταπονήσεις λόγω του αυξημένου φορτίου που μεταφέρεται από τους παχύσαρκους, τις μεταβολικές αλλαγές που συνδέονται με το αυξανόμενο λίπος, καθώς και διατροφικά στοιχεία που σχετίζονται με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Τα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι τα κυριότερα αίτια είναι συνήθως μηχανικά.²

Δέρμα:

1. Ραβδώσεις
2. Ακανθωτική μελανοδερμία(καλοήθης τύπος)
3. Δασυτριχισμός των γυναικών ανδρικού τύπου
4. Παράτριμμα
5. Κάλιοι του πέλματος
6. Πολλαπλά θηλώματα.⁶



Νεοπλάσματα:

1. Αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο του ενδομητρίου
2. Πιθανόν αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο του μαστού.⁶

Ένας αριθμός μελετών έχει δείξει θετική συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και ανάπτυξης καρκίνου, ιδιαίτερα των ορμονοεξαρτώμενων καρκίνων και των

όγκων του γαστρεντερικού συστήματος. Μεγαλύτερος κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου στο ενδομήτριο, στις ωθήκες, στον τράχηλο και στο μαστό μετεμμηνοπαυσιακά έχει τεκμηριωθεί στις παχύσαρκες γυναίκες, ενώ υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για αυξημένο κίνδυνο του προστάτη μεταξύ των παχύσαρκων ανδρών.²

Αναπαραγωγική και σεξουαλική λειτουργία:

1. Προβλήματα κατά την κύηση και τον τοκετό (αυξημένος κίνδυνος για τοξαιμία, υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παράταση του χρόνου του τοκετού, αυξημένη συχνότητα για καισαρική τομή)
2. Ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση και συχνοί κύκλοι χωρίς ωορρηξία
3. Μειωμένη γονιμότητα.⁶

Οι συγκεντρώσεις της ανδροστενδιόνης και της τεστοστερόνης είναι συνήθως αυξημένες, της SHBG ελαττωμένες, ενώ η αναλογία οιστρονης/οιστραδιόλης πλάσματος είναι αυξημένη στην παχυσαρκία. Η μείωση των επιπέδων της SHBG συνοδεύεται από αυξημένη κάθαρση της ελεύθερης τεστοστερόνης και της οιστραδιόλης, που έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της ισορροπίας των ορμονών του φύλου. Η μετρίου βαθμού παχυσαρκία σχετίζεται συχνά με το σύνδρομο πολυκυστικών ωθηκών, το οποίο αποτελεί την πλέον κοινή ενδοκρινική ανωμαλία της αναπαραγωγής. Η παχυσαρκία συμβάλει στην εμφάνιση των σχετικών ορμονικών διαταραχών και των διαταραχών του καταμήνιου κύκλου στις παχύσαρκες γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωθηκών ή και στην επιδείνωσή τους, ενώ η απώλεια βάρους δρα γενικά ευεργετικά.²



Ψυχολογική και κοινωνική συμπεριφορά:

1. Αίσθημα μειονεκτικότητας
2. Κοινωνική απομόνωση
3. Αυξημένη ευαισθησία για ψυχονευρώσεις
4. Μειωμένη κινητικότητα
5. Αυξημένη και αδικαιολόγητη αποχή από εργασία.⁶

Η μελέτη SOS βρήκε ότι το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν σύνταξη για ιατρικούς λόγους είναι υπερδιπλάσιο στα παχύσαρκα άτομα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Τα ψυχολογικά προβλήματα στους παχύσαρκους(με τις γυναίκες να επηρεάζονται περισσότερο απ' ότι οι άνδρες) ήταν χειρότερα σε εκείνους που, παράλληλα, υπέφεραν από χρόνιες παθήσεις ή τραύματα, π.χ. ρευματοειδή αρθρίτιδα, καρκίνο ή κακώσεις της σπονδυλικής στήλης. Για αυτούς, το πραγματικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος των μη θανατηφόρων συνεπειών της παχυσαρκίας μπορεί να είναι σοβαρά υποεκτιμημένο.²

Διάφορα:

1. Αυξημένος κίνδυνος στις χειρουργικές επεμβάσεις και στην αναισθησία
2. Μειωμένη σωματική ευκινησία και αυξημένη επιρρέπεια σε δυστυχήματα
3. Παρεμβολή δυσχερειών στη διάγνωση άλλων ασθενειών
4. Αυξημένη θνησιμότητα.⁶



3.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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 φάει 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 φάει και να του επιτρέψει να ακολουθήσει πιστά τη δίαιτα του.²¹

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.⁶

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:

- Ø Μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας: δηλαδή ολιγοθερμιδική δίαιτα, περιοριστικές εγχειρίσεις στο στομάχι, ανορεκτικά φάρμακα κ.τ.λ.
- Ø Μείωση της απορροφούμενης από το έντερο ενέργειας: δηλαδή δημιουργία μηχανισμών, φαρμακευτικών ή χειρουργικών, που ενώ τρώμε περισσότερο, ένα ποσοστό της καταναλισκόμενης τροφής δεν απορροφάται.
- Ø Αυξημένη κατανάλωση ενέργειας: δηλαδή αύξηση των σωματικών μας δραστηριοτήτων σε καθημερινή βάση, άθληση, σπορ κ.τ.λ.
- Ø Αύξηση του βασικού μεταβολισμού: δηλαδή των καύσεων που έχει ο άνθρωπος άσχετα από οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα.
- Ø Τροποποίηση συμπεριφοράς: 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.

3.8 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

- Ø **ΑΣΦΑΛΕΙΑ:** η σωρεία επιπλοκών, μερικές φορές πολύ σοβαρών, που πιθανώς να εμφανιστούν κατά ή μεγάλη απώλεια βάρους κάνουν προφανή την ανάγκη εφαρμογής ενός ασφαλούς σχήματος.
- Ø **ΤΑΧΥΤΗΤΑ:** η μεγάλη χρονική διάρκεια μιας στερητικής δίαιτας είναι πάντα εναντίον της αποτελεσματικότητας. Έχει αποδειχθεί ότι μετά από 20 εβδομάδες δίαιτας, μόνο το 20% αυτών που αρχικά συμμετείχαν σε κάποιο πρόγραμμα απώλειας βάρους, παραμένει ακόμα σε παρακολούθηση.
- Ø **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ:** αν και η βραδεία απώλεια βάρους είναι αναμφισβήτητα ασφαλέστερη, η μακροχρόνια υπαγωγή ενός ατόμου σε περιοριστική δίαιτα 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.
- Ø **ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ:** η σύνθεση του διαιτολογίου με τροφές της προτίμησης του συγκεκριμένου ατόμου βοηθάει στη βελτίωση της συνεργασιμότητας 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 τήρησης τους.
- Ø Πρέπει να ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ με τυχόν συνυπάρχοντα προβλήματα όπως διαβήτη, χοληστερίνη, καρδιοπάθειες, νεφρικά ή ηπατικά προβλήματα κ.α.
- Ø Να έχει ΛΟΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ, ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς δυσβάστακτες οικονομικές επιβαρύνσεις.
- Ø 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 5 από τις 7, αποφύγετε οπωσδήποτε την εφαρμογή του.³⁰

Πολλοί άνθρωποι καταφεύγουν στους παρακάτω τύπους δίαιτας:

Α) 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.

Β) 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 πρόσληψη 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 αποτελέσματα του να είναι προϋπολογισμένα.⁶



3.9 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα ψυχολογικά προβλήματα των παχύσαρκων, πρωτογενή ή δευτερογενή είναι πολλά.³⁰

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.³⁰

Γενικά, στην παχυσαρκία, φαίνεται ότι υπάρχουν έντονα φαινόμενα σωματοποίηση, τάσεις απομόνωσης και υπερθυμία. Άγχος, κατάθλιψη και παρανοειδή στοιχεία προσωπικότητας εμφανίζονται και επιδεινώνονται παράλληλα με την αύξηση του σωματικού βάρους.³⁰

Αν και στην ψυχοθεραπεία της παχυσαρκίας χρησιμοποιούνται ποικίλλες τεχνικές(ομαδική ψυχοθεραπεία, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ύπνωση, ψυχανάλυση), εν τούτοις το κύριο βάρος σε ερευνητικό και θεραπευτικό επίπεδο έχει η τροποποίηση της συμπεριφοράς.³⁰

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 έχει δειχθεί ότι όσο πιο έμπειρος είναι ο ψυχοθεραπευτής τόσο καλύτερα και τα αποτελέσματα, κάτι βέβαια που δεν συμβαίνει με άλλου είδους θεραπείες.³⁰

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 μονοθεραπεία δεν είναι εντυπωσιακά. Απαιτείται συνδυασμός με δίαιτα και άσκηση.³⁰

3.10 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ακριβείς μηχανισμοί που λαμβάνουν μέρος στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής δεν έχουν ακόμη ξεκαθαριστεί. Γι' αυτό το λόγο η αιτιοπαθογενετικά προσανατολισμένη φαρμακευτική θεραπεία της παχυσαρκίας φαίνεται εξ αρχής δύσκολη.⁴

Η φαρμακοθεραπεία είναι βασισμένη σε τέσσερις κατηγορίες φαρμάκων:

Α) ανορεκτικά ή ανορεξιογόνα: είναι οι αμφεταμίνες ή συγγενής ενώσεις οι οποίες χορηγούνται συχνά στα αρχικά στάδια του περιορισμού της δίαιτας. Τα φάρμακα αυτά ελαττώνουν την πείνα, αλλά η δραστηρότητα τους μειώνεται με τον χρόνο. Ορισμένα από αυτά προκαλούν κεντρική διέγερση, έχουν κατασταλτική επίδραση, ενώ όλα σχεδόν είναι αποδεδειγμένα εξαρτησιογόνα και προκαλούν βαρείες ανεπιθύμητες ενέργειες, οπότε εδώ και καιρό δεν χρησιμοποιούνται.^{6,4}

Σήμερα τα μόνα φάρμακα που έχουν εγκριθεί για τη θεραπεία της παχυσαρκίας που κυκλοφορούν στην αγορά είναι η ορλιστάτη, ένας αναστολέας της παγκρεατικής λιπάσης που δρα τοπικά στο έντερο μειώνοντας την απορρόφηση των λιπών της τροφής κατά 30% και η σιμπουτραμίνη η οποία αυξάνει τα επίπεδα σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης στον υποθάλαμο, δρώντας ως ανορεξιογόνος παράγοντας.⁴

Β) θερμογενετικά ή θερμογόνα: 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.⁶

Γ) άλλα φάρμακα ή εικονικά φάρμακα (placebo, διουρητικά): 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 θερμιδικού ισοζυγίου.⁶

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.⁶

Αρχές φαρμακοθεραπείας:

Σε οποιαδήποτε συζήτηση για την ορθολογική χρήση φαρμάκων στη θεραπεία της παχυσαρκίας είναι πολύ σημαντικό να κατανοηθούν τα εξής:

- Ø Τα σημερινά διαθέσιμα φάρμακα είναι καλύτερα να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με δίαιτα και αλλαγή στον τρόπο ζωής. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν τους ασθενείς να συμμορφώνονται με τις δίαιτες, τη σωματική άσκηση και τις αλλαγές της συμπεριφοράς.
- Ø Τα φάρμακα για τον έλεγχο του βάρους δεν θεραπεύουν οριστικά την παχυσαρκία και, όταν διακόπτονται, επισυμβαίνει επαναπρόσληψη βάρους.
- Ø Τα φάρμακα για τον έλεγχο του βάρους θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κάτω από ιατρική παρακολούθηση.
- Ø Τα φάρμακα για τον έλεγχο του βάρους δεν ωφελούν εάν δεν λαμβάνονται. Θα πρέπει να αναμένεται επαναπρόσληψη βάρους όταν η φαρμακευτική αγωγή διακόπτεται.
- Ø Η φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να θεωρείται ως μέρος μια μακροχρόνιας στρατηγικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, εξατομικευμένης για τον κάθε ασθενή. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με τη φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να εξισορροπούνται με εκείνους της επιμένουσας παχυσαρκίας.

- Ø Η φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να παρατείνεται μόνο εάν θεωρηθεί ασφαλής και αποτελεσματική για κάποιον ασθενή. Τα σημερινά κριτήρια στην Αγγλία προτείνουν ότι η χρήση φαρμάκων αδυνατίσματος για περισσότερο από 3 μήνες θα πρέπει να επιτρέπεται μόνο όταν μια συνολική απώλεια τουλάχιστον 10% του βάρους έχει επιτευχθεί από την αρχή παρακολούθησης.²

Φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μπορεί να αποφασιστεί όταν οι ασθενείς :

- Ø Έχουν BMI>30 και η αντιμετώπιση με δίαιτα, σωματική άσκηση και αλλαγή συμπεριφοράς έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική
- Ø Παρουσιάζουν σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, σε συνδυασμό με έναν BMI>25, οι οποίες επιμένουν παρά τη βελτίωση της διατροφής, τη σωματική άσκηση και την αλλαγή της συμπεριφοράς.

Τα φάρμακα αδυνατίσματος δεν συστήνονται για παιδιά, επειδή δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την επίδραση τους στη διατροφική συμπεριφορά κατά την παιδική και εφηβική ηλικία ή ακόμα και μακροχρόνια.²



Αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων φαρμάκων.

Ένα κλινικά χρήσιμο φάρμακο κατά της παχυσαρκίας θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά.

- Ø Αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην ελάττωση του σωματικού βάρους και των παθολογικών καταστάσεων που οφείλονται στην παχυσαρκία
- Ø Αντιμετώπισιμες ή/και παροδικές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Ø Να μην προκαλεί εθισμό
- Ø Να διατηρεί την αποτελεσματικότητά του σε μακροχρόνια χορήγηση
- Ø Να μην δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα μετά από πολλά χρόνια χορήγησής του
- Ø Γνωστό μηχανισμό δράσης
- Ø Λογικό κόστος²

3.11 ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το σωματικό βάρος ενός ανθρώπου επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τη φυσική του δραστηριότητα. Η φυσική δραστηριότητα, επομένως, θα έπρεπε όπως και τα διαιτητικά μέτρα και τα θεραπευτικά μέτρα που σχετίζονται με τη συμπεριφορά, να παίζει βασικό ρόλο σε μια μακροπρόθεσμη μείωση του σωματικού βάρους.⁴

Η έντονη σωματική δραστηριότητα μπορεί να οδηγήσει από μόνη της σε απώλεια σωματικού βάρους, έστω και με αργό τρόπο. Συνήθως, απαιτείται κάποιο χρονικό διάστημα μέχρις ότου κατορθώσει ο υπέρβαρος ασθενής μέσω τακτικής σωματικής άσκησης να αυξήσει σε σημαντικό βαθμό την κατανάλωση ενέργειας.⁴

Η τακτική σωματική άσκηση επιδρά θετικά στους υπέρβαρους ασθενείς όχι μόνο από την άποψη της μεγαλύτερης κατανάλωσης ενέργειας. Οι υπέρβαροι που ασκούνται τακτικά έχουν καλύτερες εργαστηριακές μεταβολικές παραμέτρους και μικρότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε σχέση με τους υπέρβαρους χωρίς τακτική σωματική δραστηριότητα.⁴

Η σταδιακή και με μέτρο σωματική δραστηριότητα είναι ασφαλής για τους περισσότερους ασθενείς, ωστόσο, υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος καρδιακών επιπλοκών κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης. Οι ασθενείς όμως εφαρμόζουν προγράμματα τακτικής σωματικής άσκησης έχουν συνολικά μικρότερη καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε σχέση με ασθενείς που δεν ασκούνται.⁴

Η σωματική δραστηριότητα αυξάνει το μεταβολισμό λόγω έργου, ενώ σε μερικούς ασθενείς, η αύξηση της μυϊκής μάζας που προκαλεί από την άσκηση, αυξάνει και το βασικό μεταβολισμό.⁴

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

- Περπάτημα
- Κολύμβηση
- Μαθήματα γυμναστικής
- DVD γυμναστικής
- Ποδηλασία
- Χορός
- Άσκηση με όργανα στο σπίτι ή στο γυμναστήριο

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



3.12 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική επέμβαση θεωρείται σήμερα ως η πλέον αποτελεσματική μέθοδος ελάττωσης και διατήρησης του βάρους στους σοβαρά ($BMI > 35$) και στους πολύ σοβαρά ($BMI > 40$) παχύσαρκους ασθενείς. Με βάση το κόστος/kg χαμένου βάρους, μετά από 4 έτη, η χειρουργική αντιμετώπιση έχει υπολογιστεί ότι είναι λιγότερο δαπανηρή συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη θεραπεία.

Ενδείξεις για χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας είναι:

- Νοσογόνος παχυσαρκία ($BMI > 35-40$) συνοδευόμενη από παθολογικές καταστάσεις οι οποίες έχουν βελτιωθεί με την απώλεια βάρους σε προηγούμενες προσπάθειες αλλά η παχυσαρκία έχει υποτροπιάσει.
- Υπερβάλλον του φυσιολογικού βάρους τουλάχιστον κατά 45 κιλά αφού είναι γνωστό ότι στις περιπτώσεις αυτές ο κίνδυνος επιπλοκών είναι υπερδιπλάσιος από των 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, στην επιλογή των ασθενών, διαφορετικά η υποτροπή είναι ο κανόνας.³⁰



Επιλογή ασθενών:

Οι ασθενείς θα πρέπει να επιλέγονται για χειρουργική αντιμετώπιση με βάση τα ακόλουθα κριτήρια :

- Αρχικά, θα πρέπει να επιχειρείται μη χειρουργική αντιμετώπιση, συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών μέτρων και των φαρμάκων για απώλεια βάρους.
- Η γαστρεντερική χειρουργική επέμβαση για την παχυσαρκία θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε καλά πληροφορημένους και αποφασισμένους ασθενείς, με αποδεκτούς περιεγχειρητικούς κινδύνους.
- Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν BMI>40, ή >35 σε συνδυασμό με υψηλού κινδύνου και απειλητικές για τη ζωή παθολογικές καταστάσεις.
- Η χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να επιχειρείται μόνο από εξειδικευμένο χειρουργό σε κατάλληλες εγκαταστάσεις, κάτω από ειδική ιατρική παρακολούθηση, με πρόσβαση σε συσκευές αναπνευστικής υποστήριξης και με την κάλυψη μιας ομάδας διαφόρων ειδικοτήτων.²

Τα άωτερα 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.³⁰

Δύο είναι οι κύριες τεχνικές χειρουργικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας:

A) Οι διάφορες τεχνικές νηστιδοειλικής παράκαμψης όπου έχουν ουσιαστικώς εγκαταλειφθεί λόγω του υψηλού ποσοστού επιπλοκών που τις συνοδεύουν. Συγκεκριμένα ηπατική ανεπάρκεια ανεπτύχθη σε ποσοστό 5% έως 10% σε ασυμπτωματικούς ασθενείς μέχρι και 4 χρόνια μετά την επέμβαση. Νεφρολιθίαση και μάλιστα δημιουργία οξαλοξικών λίθων έχει περιγραφεί σε 10% -20% των ασθενών σε 2 χρόνια μετά την παράκαμψη. Τέλος αρθραλγίες (26%), διάρροιες (45%) ηλεκτρολυτικές διαταραχές (65%) ήταν σοβαρές

επιπλοκές που υποχρέωσαν σε επανεγχείρηση ή αποκατάσταση της ανατομικής συνέχειας του εντέρου σε 10%-20% των ασθενών που είχαν υποστεί νηστιδοειλικτή παράκαμψη.⁷



B) Οι διάφορες τεχνικές περιορισμού της εισαγόμενης τροφής με τη δημιουργία ενός μικρού γαστρικού χώρου και ενός στενού αποχετευτικού στομίου έδωσαν ικανοποιητικά αποτελέσματα απώλειας βάρους χωρίς τις προηγούμενες αναφερθείσες σοβαρές επιπλοκές της νηστιδοειλικτής παράκαμψης.

Οι κυριότερες <<περιοριστικού>> τύπου επεμβάσεις είναι :

α) Η γαστρική παράκαμψη με διαχωρισμό ή μη του στομάχου.

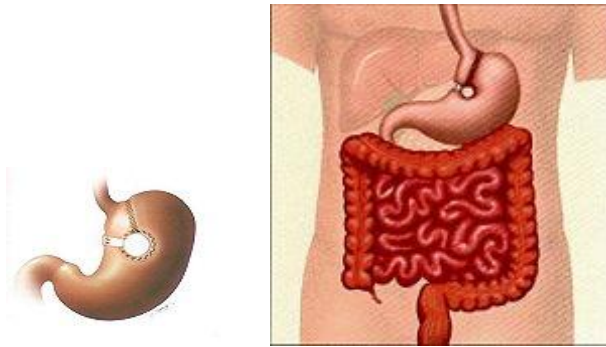
β) Η γαστροπλαστική με μερικό διαχωρισμό του στομάχου

γ) Η πρόσθια ή οπίσθια γαστρογαστρομία

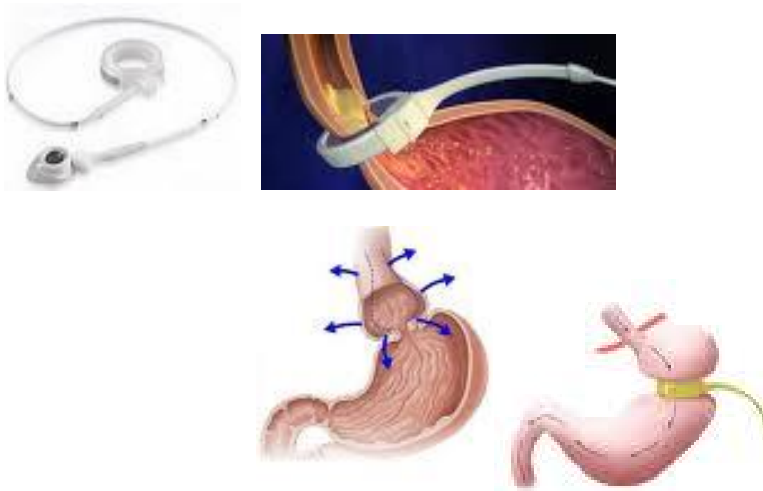
δ) Η οριζόντια γαστρική διαμερισματοποίηση

ε) Η κάθετη γαστρική διαμερισματοποίηση και τέλος

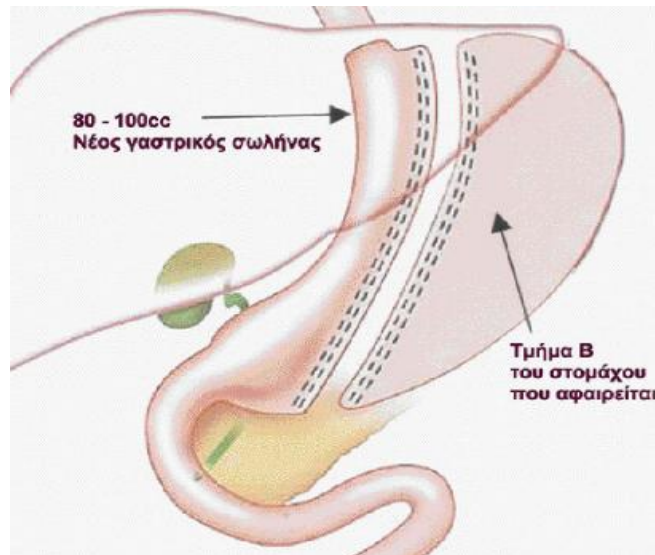
Στην κάθετη γαστροπλαστική κατά Mason που περιγράφηκε το 1982 και αποτελεί πλέον μια αρκετά αποτελεσματική τεχνική, τοποθετείται με συρραφή ένας δακτύλιος σιλικόνης διαμέτρου περίπου 5mm στο έλασσον τόξο του στομάχου. Από τον πυθμένα του στομάχου μέχρι το δακτύλιο αυτό τοποθετείται μια ραφή με αγκτήρες έτσι ώστε να αποκλεισθεί, ο υπόλοιπος στόμαχος και να παραμείνει ένας αποθηκευτικός χώρος 15-60ml. Η θνητότητα της επέμβασης είναι 0,26% ενώ η συχνότητα θρομβοεμβολικών επεισοδίων είναι 1,03%⁴



Στ) Μια χειρουργική θεραπεία είναι και η ελαστική περίδεση κατά Kuzmak, η οποία συνήθως πραγματοποιείται με την ελάχιστη παρέμβαση, λαπαροσκοπικά ή ενδοσκοπικά, τοποθετείται οριζόντια στο στόμαχο μια πλαστική ταινία που έχει τη δυνατότητα να φουσκώνει. Η διάμετρος της ταινίας μπορεί, μέσω ενός υποδόριου συστήματος να μεταβάλλεται προσαρμοζόμενη έτσι στις διατροφικές συνήθειες του ασθενούς.⁴



Μια ακόμη χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας η τεχνική sleeve gastrectomy. Η sleeve gastrectomy - ελληνικά θα μπορούσε να μεταφρασθεί ως "γαστρικό μανίκι" - περιλαμβάνει τη λαπαροσκοπική αφαίρεση του μεγαλύτερου τμήματος του στομάχου παράλληλα με ένα στενό σωλήνα ("μανίκι") κατά μήκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου. Ελαττώνεται, με άλλα λόγια, η χωρητικότητα του στομάχου κατά 75% χωρίς να παρεμποδίζεται η φυσιολογική λειτουργία του πυλωρού, ο οποίος αποτελεί τον φυσιολογικά ρυθμιζόμενο γαστρικό δακτύλιο που επιτρέπει τη διόδο των τροφών από το στομάχι (μετά την εγχείρηση έχει χωρητικότητα μόνο 80-100 cc) στον δωδεκαδάκτυλο. Η αφαίρεση γίνεται εύκολα με τη βοήθεια λαπαροσκοπικών εργαλείων και δεν απαιτούνται αναστομώσεις (όπως στη γαστρική παράκαμψη) ούτε τοποθέτηση ξένων σωμάτων (όπως στον ρυθμιζόμενο γαστρικό δακτύλιο). Η διάρκεια αυτής της επέμβασης είναι λιγότερο από μία ώρα και ο ασθενής μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο σε μία-δύο ημέρες.



Τέλος η στερεοτακτική επέμβαση στον υποθάλαμο όπου βρίσκεται το κέντρο της πείνας κάνοντας η 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 σήμερα ικανοποιητικά αποτελέσματα.⁶

Κίνδυνοι από τη χειρουργική επέμβαση:

Στους κινδύνους που σχετίζονται με τη γαστρική επέμβαση περιλαμβάνονται οι ανεπάρκειες μικροθρεπτικών συστατικών, οι νευροπάθειες, μετεγχειρητικές επιπλοκές, το σύνδρομο dumping και η μετεγχειρητική κατάθλιψη. Υποστηρίζεται όμως ότι οι περισσότερες από τις επιπλοκές που σχετίζονται με αυτού του είδους τις επεμβάσεις, σε αντίθεση με τις περισσότερες άλλες χειρουργικές επεμβάσεις, είναι αντιμετωπίσιμες με συμπεριφορική θεραπεία. Ο Kral, για παράδειγμα, σημειώνει ότι ο έμετος, που παρατηρείται σε περίπου 10% των ασθενών μετεγχειρητικά, οφείλεται περισσότερο σε διατροφικούς λόγους παρά σε στενώσεις στα σημεία των γαστροπλαστικών αναστομώνσεων.²

Απώλεια βάρους και γενική κατάσταση υγείας

Μέτρια απώλεια βάρους: στοιχεία από πολλές μελέτες έδειξαν ότι μια μέτρια απώλεια βάρους(οριζόμενη ως απώλεια μέχρι και 10% του βάρους)βελτιώνεται ο γλυκαιμικός έλεγχος και μειώνεται η αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα χοληστερίνης. Μέτρια απώλεια βάρους βελτιώνει επίσης την πνευμονική λειτουργία και την αναπνοή, μειώνει τη συχνότητα της υπνικής άπνοιας, βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου και μειώνει την ημερήσια υπνηλία. Παρόλα αυτά, ο βαθμός βελτίωσης συχνά εξαρτάται από το χρόνο παρουσίας της κατάστασης. Μια μέτρια απώλεια βάρους θα προκαλέσει επίσης υποχώρηση των συμπτωμάτων οστεοαρθρίτιδας, ανάλογα με το βαθμό της δομικής βλάβης, καθώς και του πόνου στη μέση και στις αρθρώσεις.²

Εκτεταμένη απώλεια βάρους: μετά από κάθετη γαστροπλαστική, υπερβολικά παχύσαρκοι ασθενείς που χάνουν 20-30kg βάρους, με ένα ρυθμό 4,5kg ανά μήνα για τους πρώτους 6 μήνες, έχουν σημαντικά οφέλη στην υγεία τους. Εμφανίζουν μια σημαντική μείωση στα λιπίδια αίματος μέσα στα 2 πρώτα χρόνια παρακολούθησης, ενώ η γενική κατάσταση του 43% των υπερτασικών ασθενών και του 69% των ασθενών με NIDDM βελτιώνεται. Επιπρόσθετα, σε επίπεδο πληθυσμού, τα ποσοστά εμφάνισης υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας και NIDDM ελαττώνονται περίπου στο ένα έκτο εκείνων που εμφανίζουν τα παχύσαρκα άτομα που διατηρούν το υπερβάλλον βάρος τους.²

3.13 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:

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

Μετεγχειρητικοί στόχοι της φροντίδας είναι:

- Ø Η απουσία δυσφορίας
- Ø Η πρόληψη επιπλοκών
- Ø Απουσία διαταραχής της ακεραιότητας του δέρματος
- Ø Η βοήθεια στον ασθενή να αναπτύξει στρατηγικές που θα τον βοηθήσουν να αποκτήσει ανοχή στις διαιτητικές τροποποιήσεις
- Ø Η εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με την φροντίδα κατά την περίοδο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης.³²

3.14 ΠΡΟΛΗΨΗ

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

Οι διατροφικοί παράγοντες και οι συνήθειες σωματικής δραστηριότητας θεωρούνται ως οι κύριοι τροποποιήσιμοι παράγοντες που βρίσκονται πίσω από μια υπερβολική αύξηση του βάρους και οι οποίοι, εάν διορθωθούν, μπορεί να συμβάλουν στην πρόληψη της παχυσαρκίας.²

Η αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας θα πρέπει, λοιπόν, να επικεντρωθεί σε:

- Ø Στοιχεία του κοινωνικού, πολιτισμικού, πολιτικού, φυσικού και δομικού περιβάλλοντος, τα οποία επηρεάζουν το επίπεδο του βάρους στην κοινότητα ή στον πληθυσμό γενικά.
- Ø Διαδικασίες και προγράμματα που θα ασχοληθούν με τα άτομα και τις ομάδες που βρίσκονται σε ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο για παχυσαρκία και τις σύνοδες παθολογικές καταστάσεις
- Ø Πρωτόκολλα αντιμετώπισης των ατόμων που πάσχουν ήδη από παχυσαρκία.²

Οι στρατηγικές που στοχεύουν στην πρόληψη της αύξησης του βάρους και της παχυσαρκίας θα πρέπει να είναι ευκολότερες, φθηνότερες και δυνητικά πιο αποτελεσματικές από εκείνες που στοχεύουν στη θεραπεία της παχυσαρκίας μετά την πλήρη ανάπτυξη της.

Τρόποι για να αποφύγετε την παχυσαρκία:

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

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

- Πάρτε στο πιάτο σας την ΕΛΕΧΙΣΤΗ ποσότητα που μπορείτε να φάτε
- Μασάτε καλά. Η πέψη αρχίζει από το στόμα. Άλλωστε το στομάχι δεν έχει δόντια.
- Σταματήστε μόλις χορτάσετε
- Αφήστε την γεύση, την όσφρηση και το στομαχικό σάκο να σας οδηγήσουν
- Απομακρύνετε τους «πειρασμούς» από το τραπέζι μόλις τελειώσετε και μείνετε χαλαρωμένοι για 30 ακόμη λεπτά
- Αποφύγετε τα τηγανητά φαγητά
- Το λάδι είναι λίπος. Περιορίστε το
- Αποφύγετε τα κρέατα με πολλά λιπαρά, την πέτσα από το κοτόπουλο, τα αλλαντικά
- Περιορίστε την κατανάλωση τυριών όπως γραβιέρα, φέτα, κασέρι, γκούντα γιατί περιέχουν πολλά λιπαρά.
- Προτιμήστε το ανθότυρο, την άπαχη μυζήθρα, το cottage cheese
- Προτιμήστε ημιαποβουτυρωμένο γάλα ή γιαούρτι
- Αποφύγετε το τσιμπολόγημα και το φαγητό μπροστά στην τηλεόραση

Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η ιδέα της πρόληψης της παχυσαρκίας δεν σημαίνει απλώς πρόληψη της μετατροπής των κανονικού βάρους ατόμων σε παχύσαρκους, αλλά περιλαμβάνει επίσης μια σειρά στρατηγικών που αποσκοπούν στην πρόληψη:

- Ø Της ανάπτυξης του υπερβάλλοντος βάρους σε άτομα με κανονικό βάρος
- Ø Της μετάπτωσης του υπερβάλλοντος βάρους σε παχυσαρκία, στα άτομα που είναι ήδη υπέρβαρα
- Ø Της επανάκτηση του βάρους στα άτομα που υπήρξαν υπέρβαρα ή παχύσαρκα στο παρελθόν, αλλά έκτοτε έχασαν βάρος.²

Η παραδοσιακή χρησιμοποίηση της υποδιαίρεσης της πρόληψης σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή παρέμβαση οδηγεί συνήθως σε μεγάλη σύγχυση και αμφιβολίες, ειδικά μεταξύ των κλινικών ιατρών. Σε αυτό το σχήμα, ο στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι να ελαττώνει τον αριθμό των νέων περιπτώσεων(επίπτωση), της δευτερογενούς να ελαττώσει το ρυθμό εγκατεστημένων περιπτώσεων στην κοινότητα(επιπολασμός), ενώ της τριτογενούς να σταθεροποιήσει ή να ελαττώσει το βαθμό νοσηρότητας και ανικανότητας που σχετίζεται με την κατάσταση.

Για παράδειγμα, η πρωτογενής πρόληψη της CHD περιλαμβάνει εθνικά προγράμματα ελέγχου των επιπέδων χοληστερίνης του αίματος, η δευτερογενής έχει ως στόχο την ελάττωση των επιπλέον κινδύνων στα άτομα που ήδη πάσχουν από CHD και έχουν υψηλή χοληστερίνη, ενώ η τριτογενής πρόληψη

αποσκοπεί στην αποφυγή νέων επεισοδίων στα άτομα που έχουν ήδη υποστεί καρδιακή προσβολή.²



ΝΑ ΘΥΜΑΣΤΕ ΠΑΝΤΑ:

- Ø Η προσπάθεια απώλειας βάρους είναι μια πολύ επίμονη 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.
- Ø Μην απογοητεύστε. 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.
- Ø Κάθε φορά που κάνετε μια παράλειψη ή τρώτε παραπάνω, θυμηθείτε ότι μπορούμε να μάθουμε από τα λάθη μας, αρκεί να μην τα επαναλάβουμε.
- Ø Προσπαθήστε να αναγνωρίζεται το λάθος σας πριν ή μόλις αυτό συμβεί. Έτσι σιγά-σιγά θα μάθετε να το αποφεύγετε.
- Ø Το αίσθημα της ενοχής μετά από κρίση βουλιμίας, όχι μόνο δεν βοηθάει, αλλά σας οδηγεί σε φαύλο κύκλο πολυφαγίας.
- Ø Αν δείξετε «αδυναμία» και αποτύχετε σε κάποια φάση της προσπάθειας 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!!!!³⁰

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ενημέρωση του κοινού για το φαινόμενο που έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας και ονομάζεται «διατροφικές διαταραχές», με πρωταγωνιστές τις εποχές μας την παχυσαρκία, την νευρική ανορεξία και την βουλιμία.

Ζούμε σε μια εποχή όπου η εικόνα μας και πως μας βλέπουν οι φίλοι μας και οι συνάδελφοί μας φαίνεται να είναι κυρίαρχο στην καθημερινή ζωή μας. Παράλληλα με αυτό υπάρχει μια επίμονη εμμονή με το φαγητό και την διαίτα. Βομβαρδιζόμαστε με χιλιάδες εικόνες και συμβουλές στο πώς να αποκτήσουμε μια 'τέλεια γραμμή'. Συνεπώς, οι διατροφικές διαταραχές απλώνονται σε τέτοια έκταση όπου θα ήταν αδιανόητο να συνέβαινε κάτι τέτοιο πριν 20 χρόνια. Έτσι, έχουν δημιουργηθεί αρκετοί μύθοι και παρανοήσεις. Πολλοί άνθρωποι έχουν μια λανθασμένη εντύπωση πως κάποιος με ψυχογενή διατροφική διαταραχή φαίνεται και συμπεριφέρεται.

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται ως εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Γίνονται ο τρόπος όπου τα άτομα αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που παρουσιάζονται στην ζωή τους αλλά και το γενικότερο στυλ ζωής τους. Η υπερφαγία ή μη λήψη φαγητού χρησιμοποιείται να καταστείλει συναισθήματα και σκέψεις που πονούν, τραυματικά γεγονότα όπως- διαδικασία πένθους, κακομεταχείριση ή κακοποίηση, δυσκολίες μέσα στην οικογένεια (διαζύγιο) ή ανησυχίες γύρω από τον σεξουαλικό προσανατολισμό του ατόμου οδηγούν νευρική βουλιμία ή ανορεξία.

Χωρίς κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία, οι διατροφικές διαταραχές πιθανόν να επιμείνουν σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου. Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές είναι πολύπλοκες διαταραχές όπου οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες μαζί με τις ψυχολογικές δυσκολίες χρειάζεται να θεραπευτούν. Αναπτύσσοντας μια ισορροπημένη σχέση με το φαγητό και παράλληλα έχοντας το άτομο μια ισορροπημένη διαίτα βοηθώντας το να έρθει σε επαφή με τα καταπιεσμένα συναισθηματικά θέματα –πηγή των διατροφικών προβλημάτων- μπορεί να βοηθηθεί να αντεπεξέλθει και να διαχειριστεί τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει με ένα τρόπο που δεν είναι βλαβερός προς τον εαυτό του. Ακόμη έρευνες φανερώνουν πως τα γονίδια ενός ατόμου ίσως προδιαθέτουν το άτομο να αναπτύξει μια τέτοια διαταραχή που όταν ερεθιστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες -επίδραση από την στάση άλλων μελών της οικογενείας του προς το φαγητό- ευνοείται η ανάπτυξή τους. Επίσης σε καταστάσεις όπου υπάρχουν υψηλές ακαδημαϊκές προσδοκίες ή κοινωνικές πιέσεις, το άτομο μπορεί να εστιάσει σε θέματα γύρω από το φαγητό ως ένα τρόπο να διαχειριστεί τις αγχώδεις καταστάσεις.

Οι περιπτώσεις ψυχογενών διατροφικών διαταραχών αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενήμεροι για την ύπαρξη τους, την σπουδαιότητά τους και τους κινδύνους που φέρνουν μαζί τους. Πανεπιστημιακές έρευνες έχουν αποδείξει ότι αναγνωρίζοντας την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σε ένα αρχικό στάδιο, όπου ακολουθείται από κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, έχει πολύ θετικά αποτελέσματα σε θέματα ανάρρωσης του ατόμου από την διαταραχή. Αυξάνοντας την γνώση μας και κατανοώντας τα ψυχογενή διατροφικά νοσήματα, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αυτών των πολύ επικίνδυνων για την υγεία νοσημάτων.

Τέλος όμως από τον ίδιο τον άνθρωπο εξαρτάται να αγωνιστεί και να εξαλείψει όλα τα αρνητικά σύνδρομα όπως αυτό της ψυχογενούς βουλιμίας ή της παχυσαρκίας ή της ανορεξίας. 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. Επομένως στο χέρι μας είναι να κάνουμε τη ζωή μας όμορφη, γεμάτη συναισθήματα και συμπεριφορές που καταξιώνουν την ανθρώπινη προσωπικότητα.

Μαρτυρία ενός κοριτσιού με ψυχογενή ανορεξία

Η Τζένη ήταν 15 ετών όταν πήγε διακοπές μόνη της. Στο παραλιακό θέρετρο πήρα μέρος σε έναν διαγωνισμό ομορφιάς και ήρθε δεύτερη. Στο σχολείο ήταν καλή μαθήτρια, εργαζόταν σκληρά και διακρινόταν στα σπορ, συμμετέχοντας σε ομάδες κολύμβησης, χόκεϊ και μπάσκετ του σχολείου. Όταν γύρισε από της 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 είχα σαν αποτέλεσμα έναν καυγά με την μητέρα της, που πίστευε πως η Τζένη ήταν ήδη πολύ αδύνατη.

Η Τζένη συμβιβάστηκε προτείνοντας να αναλάβει το μαγείρεμα (στην πραγματικότητα ήθελε να ελέγχει το περιεκτικότητα σε θερμίδες). Κατά την διάρκεια των γευμάτων ανακάτευε το φαγητό στο πιάτο της, έτσι ώστε φαίνονταν ότι έτρωγε. Απέφευγε τα φαγητά με κρέμες και λίπη, λέγοντας στην οικογένεια της ότι την αηδίαζαν. Περνούσε ατέλειωτες ώρες μόνη στο δωμάτιο της μελετώντας και τα βράδια πήγαινε σε μαθήματα χορού. Στο δωμάτιο της γυμναζόταν εντατικά, επί 15 με 20 λεπτά κάθε δύο ώρες και έβαζε μουσική για να κρύβει το θόρυβο των ασκήσεων της από τους γονείς της. Τους έλεγε πως η

μουσική την βοηθούσε να συγκεντρωθεί στην μελέτη της. Απέκτησε μανία με το βάρος της και ζυγίζόταν πριν και μετά τα γεύματα, πριν και μετά τη γυμναστική, 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 καλύψει την αδυναμία της από τους γονείς της. Καθώς πλησίαζε η μέρα του πρωταθλήματος λαϊκών χορών, η Τζένη αύξησε την καθημερινή της γυμναστική και επειδή εξακολουθούσε να νιώθει πως ήταν υπερβολικά παχιά, μείωσε ακόμη περισσότερο το φαγητό της. Δύο εβδομάδες πριν από το πρωτάθλημα κατέρρευσε και μπήκε στο νοσοκομείο. Το βάρος της ήταν τώρα 30 κιλά. Ένιωθε πως δεν έλεγχε το βάρος της και έγινε συγχυτική. Με την επανασίτιση πήρε 8 κιλά και με την συγκατάθεση των γονέων 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 αυξήθηκε στα 51 κιλά. Κατά την διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο συμφώνησε και ετοίμασε μια δίαιτα με τον διαιτολόγο. Μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο έχει διατηρήσει το βάρος της περίπου στα 46 κιλά. Στην αρχή φοβόταν 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 γυμναστικής της τρώει αρκετά για να διατηρεί το σωματικό της βάρος.

Νοσηλευτική διεργασία

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αίσθηση ατόμου ότι είναι παχύ ενώ είναι υπερβολικά αδύνατο	να μάθει να σέβεται τον εαυτό του	να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία και να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά	Εφαρμόστηκε ψυχοθεραπεία	Αισθάνεται ικανοποιημένη με την εμφάνιση της
Απίσχυση ατόμου	Να διδαχθεί λογικούς τρόπους σίτισης	Ρύθμιση θερμίδων να δίνονται 6 ισότοπα γεύματα	Ρυθμίστηκαν οι θερμίδες δόθηκαν 6 ισότοπα γεύματα	Βελτιώθηκε και προγραμματίστηκε η διατροφή της
Αφυδάτωση-διαταραχή ηλεκτρολυτών	Να μάθει σωστούς τρόπους πρόσληψης και αποβολής υγρών	Να χορηγηθούν ισότονα διαλύματα και να καταγράφονται καθημερινά η πρόσληψη και η αποβολή υγρών	Χορηγήθηκαν ισότονα διαλύματα & καταγράφηκαν τα υγρά	Ενυδατώθηκε ο ασθενής και ρυθμίστηκαν οι ηλεκτρολύτες του
Έντονη εξάντληση, αδυναμία λιποθυμία	Να μάθει να γυμνάζεται σωστά	Να διδαχθεί ελαφριές και ξεκούραστες ασκήσεις μικρής διάρκειας	Διδάχθηκε απλές ασκήσεις μικρής διάρκειας	Γυμνάζεται σωστά χωρίς να καταβάλλεται ο οργανισμός του
Άρνηση φαγητού-απώλεια βάρους	Αύξηση βάρους αργά και σταθερά	Να αυξηθεί το βάρος κατά 1 κιλό την εβδομάδα	Αυξήθηκε το βάρος κατά 1 κιλό την εβδομάδα	Έμαθε λογικούς τρόπους σίτισης
Λευκοπενία, υποκαλιαιμία, υπομαγνησιαίμια	Αύξηση K, Mg	Να χορηγηθεί K, Mg	Χορηγήθηκε K, Mg	Αυξήθηκαν K, Mg

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή ήταν επιτυχής. Ο ασθενής με τη βοήθεια του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού κατάφερε να ανακαλύψει την αλήθεια. Ύστερα από ολιγοήμερη θεραπεία στο νοσοκομείο και υπό την αυστηρή επίβλεψη στο σπίτι καθώς και με τη συμπαράσταση του οικογενειακού και φιλικού της περιβάλλοντος βλέπει το μέλλον γεμάτο αισιοδοξία. Ένα άτομο υγιές και ευτυχισμένο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΦΙΑ

1. Flament M., Jeamment P. «Η βουλιμία». Έκδοση 2^η, εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2006.
2. Κατσιλάμπρος Ν.Α., Τσίγκος Κ. «Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας. Παχυσαρκία». Έκδοση 2^η, ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις Μονοπρόσωπη, Αθήνα 2003.
3. Apfeldorfer G. «Ανορεξία-Βουλιμία-Παχυσαρκία». Έκδοση 2^η, εκδόσεις: «DOMINOS» Τραύλος Π. -Κωσταράκη Ε., Αθήνα 1997.
4. Ellrot T., Pudel V, et al. «θεραπεία της παχυσαρκίας». Έκδοση 2^η, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2002.
5. Σωτηρίου Α. Ράπη. «εσωτερική παθολογία». Τόμος Δ, Έκδοση 1^η, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Μ., Αθήνα 1998.
6. Παπανικολαου Γ. «σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία». Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Degiorgio L., Αθήνα 1990.
7. Παπαδημητρίου Γ., Ανδρουλάκης Γ. «αρχές γενικής χειρουργικής». Τόμος Β, Έκδοση 1^η, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Γ., Αθήνα 1990.
8. Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ. «σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής». Τόμος Β, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.
9. Αποστολόπουλος Α. «πληθυσμιακή υγιεινή-αγωγή υγείας» πάτρα 2003
10. Fairburn Ch. «βουλιμία, ξανακερδίστε τον έλεγχο». Εκδόσεις: Πατάκη, Αθήνα 1994
11. Μάνος Ν., «βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», university studio press, Θεσσαλονίκη 1997.
12. Παπαγιανόπουλος Γ. «παραβάσεις και νησθειοθεραπεία», Χολαργός 2004
13. Kaplan I.H., Sadock J.B., «ψυχιατρική». Τόμος Β, Έκδοση 7^η, εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 2000.
14. Βάρσου Ε. «ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία». Τόμος Α, εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000.
15. Σταματάκη Α. «η “ανατομία” της νευρογενούς ανορεξίας». Ygeia.tanea.gr/default.asp?pid. 14/05/2010.
16. Νικόλαος Τ. «ψυχογενής ανορεξία». www.iatronet.gr/article.asp?art_id=163. 14/05/2010.
17. Jean-Luk-Venisse, «η ψυχογενής ανορεξία». Μετάφραση: Ταμπάκη Ε., εκδόσεις: Χατζηνικολή, Αθήνα 1987.
18. Σακελλαρόπουλος Α. «εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογή στην Ελλάδα». Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 1994.
19. Ζαφείρη Σ. «νευρική ανορεξία: η σύγχρονη πανδημία που...σκοτώνει». www.in2life.gr. 14/05/2010.
20. Καναβίτσας Ε. «θεραπεία ανορεξίας». www.eatingdisorders.gr/content/view/48/. 14/05/2010.
21. Abraham S., Lewellyn D.J., «η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής». Μετάφραση: Ταμπάκι Ε., εκδόσεις: Χατζηνικολή, Αθήνα 1990.

- 22.Μπεράτη Σ.,»ψυχογενής βουλιμία». www.childmentalhealth.gr. 15/05/2010.
- 23.Σακκάς, «νευρική ανορεξία μια ψυχική ασθένεια». <http://archive.enet.gr>. 15/05/2010.
- 24.Δοϊρανλής Ν., «πιο συχνή η βουλιμία από την ανορεξία». <http://ygeia.tanea.gr>. 15/05/2010.
- 25.Αργυρίου Σ., «ψυχογενής βουλιμία». <http://woman.pathfinder.gr/beaty>. 16/05/2010.
- 26.Λυράκος Δ., «ψυχογενής βουλιμία και ανορεξία». www.ygeia-blog.gr/psychikygeia/. 20/05/2010.
- 27.Kirchheimer S., «ο οικογενειακός γιατρός». Τόμος Α', εκδόσεις: φυκίρης, Αθήνα 1995.
- 28.Μοσκόφ Α., περιοδικό: «vita», τεύχος 54, εκδόσεις: Λαμπράκη Α.Ε., Αθήνα, Οκτώβριος 2001.
- 29.Κακλαμάνος Ι., «η ιστορία της παχυσαρκίας: από τον Ιπποκράτη στην ορλιστάτη». www.eiep.gr/c02.asp?id=44. 22/05/2010.
- 30.Μόρτογλου Α., «παχυσαρκία». Εκδόσεις: Advance Publishing, Αθήνα 1996.
- 31.Ανδρουλάκη Κ., «διάγνωση παχυσαρκίας II» www.dietup.gr/antras/diatrofi/1052---ii.html. 20/05/2010.
- 32.Ulrich, Canale, Wendell., «νοσηλευτική-παθολογία-χειρουργική. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας», εκδόσεις: Λαγός Π.Δ., Αθήνα 1997.
- 33.«χειρουργικές θεραπείες σοβαρής παχυσαρκίας». <http://linos.gr/pages/posts/news/news18.php>. 28/05/2010.
- 34.Γιαννοπούλου Χρ. Α., «ψυχιατρική νοσηλευτική», έκδοση 4^η, εκδόσεις: Ταβίθα, Αθήνα 2000.
- 35.Halmi A.K., «Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa», edited by: American psychiatric press, London 1992.
- 36.Touyz S. W., Beumont P. F. Y., «anorexia and boulimia nervosa, the dieting disorders»,text-book of psychiatry, edited by: Beumont and Hampshire, 1990.