

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (ΣΕΥΠ)
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ &
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ”**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΣΚΑΒΔΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ

ΚΟΜΙΝΗ ΕΙΡΗΝΗ - ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, MSc.

ΠΑΤΡΑ-2014

Πρόλογος

Θεωρούμε πολύ σημαντικό να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας προς τον επιβλέποντα καθηγητή Κύριο Μαρνέρα Χρήστο που μας έδωσε την δυνατότητα να ασχοληθούμε με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα καθώς επίσης και για την συνολική υποστήριξη του. Θέμα της πτυχιακής μας είναι: “Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις”.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση των διαταραχών πρόσληψης τροφής που σχετίζονται με την παχυσαρκία, τη βουλιμία, την ψυχογενή ή νευρική ανορεξία και την εστίαση της νοσηλευτικής παρέμβασης. Η επιθυμία μας για την επιλογή του θέματος πηγάζει από το ενδιαφέρον μας για την ενημέρωση και προπάντων την ανάλυση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων των τριών αυτών σύγχρονων παθήσεων που απευθύνονται κυρίως σε νεαρές ηλικίες και μπορεί να αποδειχθούν βλαβερές για την υγεία.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές αποτελούν ένα σύγχρονο κοινωνικό πρόβλημα που λαμβάνει ανησυχητικές διαστάσεις. Η αφθονία, η τεχνολογική εξέλιξη, οι ραγδαίοι ρυθμοί της ζωής και τα αμφισβητούμενα κοινωνικά πρότυπα έχουν επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το σύγχρονο άνθρωπο, καθιστώντας τον πιο επιρρεπή στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, οι οποίες δικαίως χαρακτηρίζονται ως μάστιγα του 21^{ου} αιώνα. Ωστόσο, επικρατεί συχνά σύγχυση γύρω από τη φύση των διαταραχών αυτών, προκατάληψη απέναντι στους ασθενείς και άγνοια ως προς τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος. Τα δεδομένα αυτά δημιουργούν καινούριες προκλήσεις για τους νέους νοσηλευτές που καλούνται να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη και θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση των συχνότερα εμφανιζόμενων διατροφικών διαταραχών με τρόπο απλό και κατανοητό αλλά και η ανάδειξη του ρόλου του σύγχρονου νοσηλευτή στην αντιμετώπιση ατόμων που πάσχουν από τις διαταραχές αυτές. Η εργασία εστιάζει στην παρουσίαση των ακόλουθων διαταραχών διατροφής: ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, παχυσαρκία και επεισοδιακή υπερφαγία.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας αναζητήθηκε βιβλιογραφία που αφορά κυρίως έτη μετά το 2000. Πρόκειται για συγγράμματα, ελληνικά και ξενόγλωσσα που αφορούν τόσο τον τομέα της ψυχολογίας όσο και αυτόν της διατροφής. Επίσης, μελετήθηκαν άρθρα που αφορούν τις διατροφικές διαταραχές με κύρια πηγή το διαδίκτυο.

Συμπεράσματα: Η εργασία καταλήγει στο συμπέρασμα πως η αυξημένη συχνότητα που χαρακτηρίζει την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στη σύγχρονη κοινωνία υπογραμμίζει τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης των διαταραχών, της πρόληψης αλλά και της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Μάλιστα, μεγάλες είναι οι προκλήσεις για τους σύγχρονους νοσηλευτές που καλούνται να συμβάλλουν με τις γνώσεις και τη δουλειά τους τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση τέτοιου είδους διαταραχών.

ABSTRACT

Introduction: Psychogenic eating disorders are a modern social problem reaching worrying proportions. The abundance, technological development, rapid pace of life and controversial social standards have greatly influenced modern people, rendering them more vulnerable to eating disorders, which are rightfully described as a scourge of the 21st century. However, there is often confusion regarding the nature of these disorders, bias towards patients and unawareness of the ways to treat the problem. These data pose new challenges for new nurses who have to play an active role in the prevention and treatment of eating disorders.

Purpose: This work aims to present the most common eating disorders in a simple and understandable way and highlight the modern nurse's role in the treatment of people suffering from these disorders. The paper focuses on the presentation of the following eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity.

Literature review: Writing of this paper followed a search of the relevant literature mainly after year 2000. Greek and English literature on both the field of psychology and this of diet was reviewed. Articles on eating disorders were also studied with the main source of them being the internet.

Conclusions: The paper concludes that the increased frequency of the onset of eating disorders in modern society emphasizes the importance of early identification, prevention and therapy of these disorders. Indeed, great are the challenges for modern nurses who are requested to offer their knowledge and work on prevention, treatment and rehabilitation of such disorders

Περιεχόμενα

Σελ

Πρόλογος	2
Περίληψη	3
Εισαγωγή	10

Κεφάλαιο 1: Τροφή – Διατροφή – Θρεπτικά συστατικά 11

1.1 Ορισμός τροφής και διατροφής	11
1.2 Η έννοια της διατροφής	11
1.2.1 Διατροφή και ποιότητα ζωής	12
1.3 Η έννοια της σωστής διατροφής	13
1.3.1 Βασικές αρχές για μια υγιεινή διατροφή	13
1.3.2 Η έννοια των θρεπτικών συστατικών	14
1.3.2.1 Κατηγορίες των θρεπτικών συστατικών	15

Κεφάλαιο 2: Διαταραχές πρόσληψης τροφής 17

2.1 Ορισμός διαταραχής πρόσληψης τροφής	17
2.2 Επιδημιολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής	18
2.3 Ο σημαντικός ρόλος της λήψης τροφής	19
2.4 Αίτια διαταραχών πρόσληψης τροφής	20
2.5 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής	21
2.6 Ταξινόμηση – Είδη των διαταραχών πρόσληψης τροφής	22
2.7 Προειδοποιητικά σημεία για την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών	23
2.8 Επιπτώσεις μειωμένης πρόσληψης τροφής	24
2.9 Θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής	26

2.9.1 Ο ρόλος της ομάδας ψυχοθεραπείας	27
Κεφάλαιο 3: Παχυσαρκία	28
3.1 Ορισμός παχυσαρκίας	28
3.2 Αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας	29
3.3 Κλινική εικόνα και μορφές παχυσαρκίας	31
3.4 Επιπτώσεις της παχυσαρκίας στα διάφορα συστήματα του οργανισμού.....	32
3.5 Επιπλοκές της παχυσαρκίας	35
3.6 Παχυσαρκία και εγκυμοσύνη	38
3.7 Παιδική παχυσαρκία	39
3.7.1 Παιδική παχυσαρκία και σακχαρώδης διαβήτης	39
3.7.2 Παιδική παχυσαρκία και κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου	40
3.7.3 Οι ευθύνες των γονέων	40
3.7.4 Συμβουλές προς τους γονείς	41
3.8 Πρόληψη της παχυσαρκίας	42
3.8.1 Δείκτης μάζας σώματος	43
3.8.2 Υπολογισμός θερμίδων	44
3.9 Θεραπεία (νοσηλευτικές παρεμβάσεις)	45
3.9.1 Δίαιτα και άσκηση	46
3.9.2 Σωματική δραστηριότητα	48
3.9.3 Φυσική δραστηριότητα	49
3.9.4 Φαρμακευτική αγωγή	50
3.9.5 Χορήγηση ασβεστίου	51
3.9.6 Χειρουργικές επεμβάσεις	51
3.9.6.1. Ο ρόλος του ενδοσκοπικού ενδογαστρικού μπαλονιού στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας	54

3.10 Αισθητική αντιμετώπιση	55
3.10.1 Αισθητικές μέθοδοι	56
3.10.2 Μάλαξη	56
3.10.3 Θερμαινόμενες κουβέρτες	57
3.11 Ψυχολογική υποστήριξη	57
3.12 Παχυσαρκία και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2	57
3.12.1 Αντιμετώπιση	58
3.13 Παχυσαρκία και κατάθλιψη	59

Κεφάλαιο 4: Νευρογενής ανορεξία 60

4.1 Ορισμός νευρογενούς ανορεξίας. Γενικά στοιχεία	60
4.2 Διαγνωστικά κριτήρια νευρογενούς ανορεξίας	61
4.3 Επιπολασμός και τύποι νευρογενούς ανορεξίας	62
4.4 Κλινική εικόνα νευρογενούς ανορεξίας	63
4.4.1 Τα τέσσερα στάδια της νευρογενούς ανορεξίας	64
4.5 Αίτια εμφάνισης νευρογενούς ανορεξίας	70
4.5.1 Βιολογικοί παράγοντες	71
4.5.2 Κοινωνικοί παράγοντες	71
4.5.3 Ψυχολογικοί παράγοντες	72
4.6 Διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας	72
4.7 Θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας	73
4.7.1 Οικογενειακή θεραπεία	74
4.7.2 Ψυχοθεραπεία	75
4.8 Νευρογενής ανορεξία και νοσηλευτική παρέμβαση	76
4.9 Νευρογενής ανορεξία σε ειδικές ομάδες πληθυσμού	78
4.9.1 Νευρογενής ανορεξία στους άνδρες	78

4.9.2	Νευρογενής ανορεξία και εγκυμοσύνη	79
4.9.3	Νευρογενής ανορεξία στα παιδιά	80
4.9.3.1	Κριτήρια νευρογενούς ανορεξίας στα παιδιά	81
4.9.3.2	Θεραπεία νευρογενούς ανορεξίας στα παιδιά	81
4.9.3.3	Πως μπορούν οι γονείς να βοηθήσουν τα παιδιά τους	82
Κεφάλαιο 5: Ψυχογενής βουλιμία		83
5.1	Ορισμός ψυχογενούς βουλιμίας. Γενικά στοιχεία	83
5.2	Επιδημιολογία ψυχογενούς βουλιμίας – Επικράτηση	83
5.3	Αίτια εμφάνισης ψυχογενούς βουλιμίας	85
5.4	Χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας	87
5.4.1	Τύποι της ψυχογενούς βουλιμίας - Κλινική εικόνα	88
5.5	Σημεία και συμπτώματα ψυχογενούς βουλιμίας	89
5.6	Επιπτώσεις της ψυχογενούς βουλιμίας στον οργανισμό	90
5.7	Επιπλοκές ψυχογενούς βουλιμίας	90
5.8	Θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας	91
5.8.1	Φαρμακοθεραπεία	92
5.8.2	Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις	93
5.8.3	Γνωστική/ συμπεριφορική θεραπεία	94
5.8.4	Οικογενειακή θεραπεία	96
5.8.5	Ομαδική θεραπεία	97
5.8.6	Ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία	97
5.8.7	Ιατρική –διατροφική θεραπεία	98
5.9	Στόχοι θεραπείας	99

Κεφάλαιο 6: Επεισοδιακή υπερφαγία	100
6.1 Ορισμός επεισοδιακής υπερφαγίας	100
6.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	100
6.3 Διαγνωστικά κριτήρια επεισοδιακής υπερφαγίας	101
6.4 Αίτια εμφάνισης επεισοδιακής υπερφαγίας	102
6.5 Θεραπεία επεισοδιακής υπερφαγίας	102
6.6 Συναισθηματική υπερφαγία	104
Κεφάλαιο 7	105
7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας σε διάφορες κλινικές περιπτώσεις	105
7.2 Κλινικές περιπτώσεις από το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»	106
7.2.1 Κλινική περίπτωση πρώτη.....	106
7.2.2 Κλινική περίπτωση δεύτερη	107
7.3 Νοσηλευτική διεργασία (1)	110
7.4 Νοσηλευτική διεργασία (2)	113
Συμπεράσματα	117
Βιβλιογραφία	119

Εισαγωγή

Είναι γεγονός ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του ατόμου καθώς σχετίζεται με την ικανοποίηση των βιολογικών του αναγκών αλλά και με άλλες σημαντικές διαστάσεις της ζωής του. Έτσι, η σχέση του ατόμου με το φαγητό επηρεάζει και επηρεάζεται από ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να διευκρινιστούν οι διατροφικές διαταραχές, οι οποίες θεωρούνται ένα μείζον πρόβλημα στις μέρες μας που παίρνει μεγάλες διαστάσεις. Αρχικά παρατίθενται οι βασικοί ορισμοί, τα αίτια των διατροφικών διαταραχών, οι συνέπειες και οι τρόποι αντιμετώπισης τους. Στην συνέχεια, γίνεται αναφορά στις πλέον αναγνωρίσιμες διαταραχές πρόσληψης τροφής που είναι η παχυσαρκία, η ψυχογενής βουλιμία και η νευρική ανορεξία.

Το σύνδρομο της παχυσαρκίας χαρακτηρίζεται από περιττή συσσώρευση λίπους στον λιπώδη ιστό με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους. Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας που συνοδεύονται από ανάρμοστες συμπεριφορές με στόχο την αποφυγή πρόσληψης βάρους, ενώ η νευρική ανορεξία αφορά άρνηση διατήρησης του κατώτερου φυσιολογικού σωματικού βάρους.

Τέλος, υπάρχει ένα πλήθος άλλων διαταραχών πρόσληψης τροφής (αδηφαγική διαταραχή, νυχτερινό σύνδρομο, ορθορεξία) που όμως δεν είναι αναγνωρίσιμες και έχουν επινοηθεί και χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν παρόμοιες καταστάσεις. Εμείς θα αναφερθούμε μόνο στις πιο διαδεδομένες και αναγνωρίσιμες μορφές διαταραχής πρόσληψης τροφής που είναι οι τρεις παραπάνω και που γίνονται όλο και πιο έντονες στην σύγχρονη εποχή.

Κεφάλαιο 1: Τροφή – Διατροφή – Θρεπτικά συστατικά

1.1 Ορισμός τροφής και διατροφής

Τροφή χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε ουσία μπορεί να αφομοιωθεί από ένα ζωντανό οργανισμό προκειμένου να του προσφέρει τα απαραίτητα στοιχεία για την αναπλήρωση ενέργειας ή ουσιών που αναλώθηκαν και να εξασφαλισθεί η ανάπτυξη και η επιβίωση του.

Με αυτόν τον τρόπο θέτουμε ως διατροφή την επιστήμη της τροφής που σχετίζεται με την υγεία. Ο σύγχρονος κλάδος της επιστήμης της διατροφής αναπτύχθηκε από ενδιαφέρον για την μελέτη των κλινικών νόσων που προκαλούνται από μια συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή.¹

1.2 Η έννοια της διατροφής

“Η τροφή σου είναι το φάρμακό σου και το φάρμακό σου η τροφή σου”. Αυτή η δήλωση αποδίδεται στον Ιπποκράτη πριν από δύο χιλιάδες χρόνια και γίνεται ολοένα και πιο σημαντική σήμερα, καθώς αναγνωρίζεται η προληπτική και θεραπευτική αξία της τροφής απέναντι στην ανάπτυξη χρόνιων ασθενειών. Η ποιότητα της τροφής παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη πληθώρας χρόνιων ασθενειών όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος, η παχυσαρκία κ.α.

Η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην διατήρηση καλής σωματικής υγείας. Μια υγιεινή δίαιτα οφείλει να είναι ισορροπημένη και να παρέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά για την ανάπτυξη. Η διατροφή πρέπει να καλύπτει όλες τις ανάγκες του σώματος σε ενέργεια συμβάλλοντας παράλληλα στη διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους και στη σωστή λειτουργία των διάφορων συστημάτων του οργανισμού.

Η ισορροπημένη διατροφή δεν ταυτίζεται με την κατανάλωση συγκεκριμένων μόνο τροφών και τον αποκλεισμό άλλων. Κανένα τρόφιμο δεν περιέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά που έχουμε ανάγκη καθημερινά, γι' αυτό το διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει ποικιλία τροφίμων. Αυτό το διαιτολόγιο θα πρέπει να περιέχει τροφές από όλες τις ομάδες

τροφίμων: γάλα, λαχανικά, ψωμί και δημητριακά, φρούτα, ψάρια, πουλερικά και κρέας.¹

1.2.1 Διατροφή και ποιότητα ζωής

Η υγιεινή διατροφή και η σωματική δραστηριότητα αποτελούν παράγοντες καθοριστικούς του επιπέδου της υγείας και της ποιότητας ζωής των ατόμων. Η τροφή, σύμφωνα και με τον ορισμό της που δόθηκε παραπάνω, παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία του ανθρώπου προσφέροντας θρεπτικά συστατικά για τον οργανισμό καθώς και ενέργεια απαραίτητη για τις δραστηριότητες του ανθρώπου. Γενικά, το φαγητό είναι απαραίτητο για τις φυσιολογικές λειτουργίες και την ευημερία του ατόμου αλλά το τι τρώμε, το πότε το τρώμε και το πως τρώμε συνεισφέρουν στην κοινωνική, πολιτιστική και ψυχολογική ποιότητα ζωής του ατόμου.

Η διατροφική κατάσταση δεν επηρεάζει τόσο άμεσα την ποιότητα ζωής, όσο έμμεσα μέσω των επιπτώσεων που έχει στις φυσιολογικές λειτουργίες του ατόμου. Η κακή διατροφή προκαλεί φυσικές, διανοητικές αλλά και κοινωνικές ανικανότητες στα άτομα. Ενώ η τροφή αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για τη ζωή του ατόμου, η διαθεσιμότητά της και γενικά η διατροφική κατάσταση επηρεάζεται από παράγοντες όπως οι πολιτιστικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις, από την τεχνολογική πρόοδο και κυρίως από το σύγχρονο φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης. Οι αλλαγές που σημειώθηκαν στον πολιτισμό μας δημιούργησαν δύο διαφορετικούς κόσμους σχετικά με την διατροφή με μεγάλο χάσμα μεταξύ τους. Από την μία είναι ο κόσμος των αναπτυγμένων χωρών όπου επικρατεί πληθώρα αγαθών και υπερκατανάλωση. Στις περιοχές αυτές η αφθονία τροφίμων οδηγεί σε φαινόμενα υπερσιτισμού και παχυσαρκία. Από την άλλη πλευρά, έχουμε τον κόσμο των αναπτυσσόμενων χωρών όπου επικρατούν τραγικές συνθήκες διατροφής. Οι άνθρωποι υποσιτίζονται, ενώ οι τροφικές ανεπάρκειες ευθύνονται για εκατομμύρια πρόωρους θανάτους.^{1,2}

1.3 Η έννοια της σωστής διατροφής

Η διατροφή είναι βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση της σωματικής και κατά συνέπεια της ψυχικής υγείας. Καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου η διατροφή είναι το βασικό στοιχείο που διατηρεί τη ζωή και παρέχει στα κύτταρα την απαραίτητη ενέργεια έτσι ώστε οι διάφοροι ιστοί και τα όργανα να μπορούν να λάβουν συντονισμένες ενέργειες.

Ως σωστή διατροφή ορίζουμε τη διατροφή που περιέχει όλες τις θρεπτικές και συμπληρωματικές ουσίες στις αναγκαίες ποσότητες και με τον κατάλληλο σχεδιασμό των γευμάτων, που πρέπει να λαμβάνονται απαραίτητα λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής του ατόμου και τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού σε συνδυασμό με την ηλικία και τη σωματική διάπλασή του.¹

1.3.1 Βασικές αρχές για μια υγιεινή διατροφή

Οι βασικές αρχές για μια υγιεινή διατροφή είναι οι ακόλουθες:

- 1) εξισορρόπηση της λαμβανόμενης τροφής με τη φυσική δραστηριότητα για τη διατήρηση του βάρους
- 2) επιλογή διατροφής με επαρκή θρεπτικά συστατικά και με μεγάλη ποικιλία τροφίμων
- 3) η διατροφή πρέπει να είναι χαμηλή σε λιπαρά
- 4) κατανάλωση ζάχαρης, αλατιού και απλών υδατανθράκων με μέτρο
- 5) αποφυγή αλκοολούχων ποτών ή λήψη τους με μέτρο
- 6) το διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει τροφές που προσφέρουν σίδηρο και ασβέστιο
- 7) κατανάλωση πολλών λαχανικών
- 8) τα παιδιά επειδή είναι επιρρεπή στην ανάπτυξη τερηδόνας πρέπει να λαμβάνουν φθόριο
- 9) λήψη συχνών γευμάτων. Η παράλειψη γευμάτων ειδικά του πρωινού οδηγεί σε ανεξέλεγκτη πείνα, η οποία συχνά οδηγεί σε υπερφαγία
- 10) λήψη πολλών υγρών. Οι ενήλικοι πρέπει να πίνουν τουλάχιστον 1.5 λίτρο ημερησίως.

Η ισορροπία είναι το πάν. Δεν υπάρχουν καλά ή κακά τρόφιμα, μόνο καλή ή κακή διατροφή. Η προτίμηση κάποιων τροφίμων δεν πρέπει να δημιουργεί ενοχές αλλά τα τρόφιμα αυτά πρέπει να καταναλώνονται με μέτρο. Οποσδήποτε στο διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνονται τρόφιμα που παρέχουν τη σωστή ισορροπία για την καλή λειτουργία του

οργανισμού.³

1.3.2 Η έννοια των θρεπτικών συστατικών

Τα θρεπτικά συστατικά είναι ουσίες απαραίτητες για την ανάπτυξη και την λειτουργία ενός οργανισμού. Αν δε λαμβάνονται για κάποιο χρονικό διάστημα προκαλούνται βλάβες στον οργανισμό.

Η σωστή διατροφή βασίζεται στα ακόλουθα:

- 1) λήψη ποσότητας των θερμίδων που έχει ανάγκη ο οργανισμός
- 2) λήψη όλων των θρεπτικών συστατικών που είναι απαραίτητα για τη διατήρηση στη ζωή και για την ανάπτυξη
- 3) απόρριψη των τροφίμων που στερούνται θρεπτικής αξίας, είναι πλούσια σε θερμίδες και συντηρητικά.

Τα θρεπτικά συστατικά που πρέπει να υπάρχουν στο διαιτολόγιο είναι τα έξι^{1,3} :

1. υδατάνθρακες
2. πρωτεΐνες
3. λίπη
4. βιταμίνες
5. μέταλλα-ιχνοστοιχεία
6. νερό

1.3.2.1 Κατηγορίες των θρεπτικών συστατικών

Τα θρεπτικά συστατικά χωρίζονται σε έξι κατηγορίες που είναι οι εξής: υδατάνθρακες, λίπη, πρωτεΐνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία και νερό.

- Υδατάνθρακες: ονομάζονται και φυτικές ίνες ή σάκχαρα, αποτελούν τη γρήγορη ενέργεια που παίρνει και καταναλώνει ο οργανισμός. Γνωστοί υδατάνθρακες είναι η γλυκόζη, η φρουκτόζη, η ζάχαρη, το άμυλο και η κυτταρίνη. Προσφέρουν πολύτιμη ενέργεια, η οποία καλύπτει όλες τις ανάγκες του οργανισμού. Παράλληλα, βοηθούν

στην καλή λειτουργία του εντέρου, του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος. Διακρίνονται σε απλούς και σύνθετους. Οι απλοί παρέχουν θερμίδες που δεν τις περιέχουν οι βιταμίνες και τα μέταλλα και δεν πρέπει να καταναλώνονται συχνά, ενώ οι σύνθετοι είναι ωφέλιμοι και βρίσκονται σε φρούτα, ψωμί, δημητριακά κ.α.

- Λίπη: χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό μας κυρίως για την πρόσληψη ενέργειας και την απορρόφηση των βιταμινών. Τα λίπη είναι απαραίτητα διατροφικά στοιχεία. Διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: τα κορεσμένα, τα ακόρεστα και τα πολυακόρεστα. Τα κορεσμένα λίπη προκαλούν τις περισσότερες παθήσεις στον οργανισμό. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν το λίπος του κρέατος, το βούτυρο κ.α. Τα ακόρεστα και πολυακόρεστα έχουν συνδεθεί με την πρόληψη των καρδιακών παθήσεων. Ακόρεστο λίπος είναι το ελαιόλαδο. Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα είναι τα σπορέλαια: καλαμποκέλαιο, σογιέλαιο, ηλιέλαιο κ.λ.π. Η υπερβολική κατανάλωση λιπών οδηγεί στην παχυσαρκία. Τα αποθηκευμένα λίπη χρησιμοποιούνται:

- 1) σε περιπτώσεις ανάγκης
- 2) προστατεύουν από χτυπήματα
- 3) συγκρατούν τα σπλάχνα
- 4) επιβραδύνουν τη πέψη των τροφών
- 5) εφοδιάζουν τον οργανισμό με τις βιταμίνες
- 6) προσδίδουν γευστικότητα και νοστιμιά στο φαγητό

- Πρωτεΐνες: θεωρούνται τα κύρια θρεπτικά συστατικά που συμβάλουν στην ανάπτυξη και λειτουργία των μυικών ιστών του σώματος. Επίσης παρέχουν αμινοξέα που χρησιμοποιεί ο οργανισμός για τη διατήρηση και την επισκευή των κυττάρων και του μυικού ιστού, για την επούλωση τραυμάτων, για την υποστήριξη του πεπτικού συστήματος και βοηθούν τον οργανισμό να αμύνεται στις ασθένειες. Η υπερπρόσληψη πρωτεΐνης, ωστόσο, δε βοηθά στην ενδυνάμωση του μυικού συστήματος όπως πολλοί άνθρωποι πιστεύουν, αλλά αποθηκεύεται με τη μορφή λίπους. Η υπερπρόσληψη μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στο ήπαρ και τα νεφρά. Οι πρωτεΐνες χωρίζονται σε ζωικής προέλευσης που είναι το γάλα, τα αυγά, τα πουλερικά, τα κρέατα, οι ξηροί καρποί και διαθέτουν καλύτερη ποιότητα και ποσότητα πρωτεϊνών και σε φυτικής προέλευσης (όσπρια).
- Μέταλλα-ιχνοστοιχεία : πρόκειται για ανόργανες και φυσικές ουσίες που κρίνονται απαραίτητες για τη δομή και τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος. Μερικές από αυτές είναι το κάλιο, το μαγνήσιο, το ασβέστιο, ο φώσφορος, ο σίδηρος και το νάτριο. Τα ιχνοστοιχεία είναι σημαντικά για τη λειτουργία των ιστών του σώματος. Η έλλειψή τους προκαλεί σημαντικές βλάβες. Όταν όμως λαμβάνονται σε μεγάλες ποσότητες προκαλούν τοξικότητα και είναι επιβλαβή. Δεν προσφέρουν στον οργανισμό ενέργεια αλλά είναι απαραίτητα γιατί:
 - 1) χρησιμοποιούνται σαν οικοδομικά υλικά
 - 2) ρυθμίζουν πολλές εσωτερικές λειτουργίες του οργανισμού
 - 3) αποτελούν βασικά συστατικά των δοντιών και των οστών.
- Νερό: χαρακτηρίζεται και ως η αρχή της ζωής, καθώς είναι η βάση για όλα τα υγρά του οργανισμού. Η έλλειψη του νερού μπορεί να προκαλέσει μείωση του μεταβολισμού και αρκετά προβλήματα στην υγεία. Τουλάχιστον 2- 3 λίτρα την ημέρα είναι απαραίτητα για την ενυδάτωση του οργανισμού κάθε ενήλικα ώστε να μην οδηγηθεί σε κόπωση, πονοκέφαλο και ταχυκαρδία. Η απαραίτητη ποσότητα νερού, ποικίλει ανάλογα με ^{1,3}:
 - 1) την εντατικότητα του μεταβολισμού
 - 2) την ένταση της σωματικής άσκησης
 - 3) τη θερμοκρασία του σώματος
 - 4) τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος
 - 5) την ποσότητα και την ποιότητα της τροφής.

Κεφάλαιο 2: Διαταραχές πρόσληψης τροφής

2.1 Ορισμός διαταραχής πρόσληψης τροφής

« Αν καταφέρω να ελέγξω το βάρος μου έχω την αίσθηση ότι ελέγχω την ζωή μου » είναι μια έκφραση που μας παραπέμπει στον όρο « διαταραχές πρόσληψης τροφής ». Αφορά ένα σύνολο ψυχοσωματικών διαταραχών που έχουν να κάνουν με την διατροφή και το σώμα. Οι διαταραχές αυτές διαπερνούν πολιτιστικά, φυλετικά και κοινωνικοοικονομικά σύνορα επηρεάζοντας τόσο τους άντρες όσο και τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, ως διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ορίζεται μια συνεχώς διαταραγμένη διατροφή που επηρεάζει αρνητικά την υγεία ή τις φυσιολογικές λειτουργίες ενός οργανισμού ή και τα δύο, εφόσον η συμπεριφορά αυτή δεν αποτελεί δευτερογενές αίτιο οφειλόμενο σε άλλη νόσο ή ψυχιατρική διαταραχή.⁴

Οι πιο διαδεδομένες μορφές διαταραχής πρόσληψης τροφής είναι: η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η παχυσαρκία και η επεισοδιακή υπερφαγία. Χαρακτηρίζονται από ακραία συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές σχετικά με την λήψη τροφής, το βάρος και την εικόνα του σώματος. Μπορεί να είναι για ένα άτομο διατροφική διαταραχή να παραδεχθεί ότι έχει πρόβλημα, η θεραπεία όμως είναι διαθέσιμη και αποτελεσματική. Έτσι πρώτο βήμα για το ταξίδι προς την ευεξία αποτελεί η γνώση.⁵

2.2 Επιδημιολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συνήθως εμφανίζονται στην εφηβική ηλικία. Περίπου το 0,5 -20% των γυναικών πάσχει από νευρική ανορεξία και το 2-4% από βουλιμία. Η νευρική ανορεξία είναι μια από τις πιο επικίνδυνες ψυχιατρικές ασθένειες αφού το 5-20% των ασθενών μπορεί να πεθάνουν λόγω επιπλοκών της ασθένειας. Το 10% των ασθενών εμφανίζουν συμπτώματα βουλιμίας.

Δέκα εκατομμύρια γυναίκες και ένα εκατομμύριο άνδρες δίνουν μάχη για να κρατηθούν στην ζωή επειδή εμφανίζουν διαταραχή πρόσληψης τροφής όπως ανορεξία και βουλιμία, ενώ εκατομμύρια άλλοι ταλαιπωρούνται από επεισόδια υπερφαγίας. Λόγω της

ντροπής που συνδέεται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής μερικά περιστατικά δεν αναφέρονται. Πολλά άτομα είναι δυσαρεστημένα με την εικόνα του σώματός τους και γι' αυτό εμφανίζουν διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές.

Το ποσοστό θνησιμότητας της νευρικής ανορεξίας σε γυναίκες 12-24 ετών είναι δώδεκα φορές υψηλότερο από το ποσοστό θνησιμότητας των υπόλοιπων αιτιών θανάτου. Η νευρική ανορεξία έχει το υψηλότερο ποσοστό πρόωρης θνησιμότητας από όλες τις ψυχιατρικές ασθένειες. Η συχνότητα εμφάνισης της βουλιμίας σε ηλικίες 10-39 ετών τριπλασιάστηκε τα τελευταία χρόνια. Μόνο το 6% των ατόμων ακολουθούν την θεραπευτική αγωγή. Στην υπερφαγία τα κορίτσια που κάνουν δίαιτα, σε σχέση με άλλα που δεν κάνουν, είναι πιο επιρρεπή στο να εμφανίσουν τη νόσο.

Στον ελλαδικό χώρο τα δεδομένα είναι αποθαρρυντικά. Ένας στους τέσσερις Έλληνες έχει παραπανίσια κιλά ή χάνει βάρος και αυτό αναμένεται μέσα στα επόμενα χρόνια να αυξηθεί δραματικά.

Γενικά όσον αφορά τις διατροφικές διαταραχές απαραίτητη κρίνεται η ύπαρξη επιστημονικής διάγνωσης και η αποφυγή εξαγωγής συμπερασμάτων από πιθανές παρόμοιες περιπτώσεις συγγενών και φίλων.⁵

2.3 Ο σημαντικός ρόλος της λήψης τροφής

Η φροντίδα για την λήψη τροφής αποτελεί μια σημαντική ασχολία για την ζωή του ανθρώπου. Η λήψη τροφής από τον άνθρωπο αποτελεί ανάγκη για να καλυφθούν οι ανάγκες του, τόσο σε ενέργεια όσο και σε δομικά συστατικά. Όσο σημαντική είναι για τον ανθρώπινο οργανισμό η τροφή το ίδιο σημαντική είναι και η έλλειψη του μέτρου στην πρόσληψη της, είτε με την υπερβολική κατανάλωση που παρατηρείται στην παχυσαρκία, είτε με την στέρησή της όπως συμβαίνει στη νευρική ανορεξία.

Τα τελευταία χρόνια η κοινωνία εκτός των διάφορων σοβαρών ασθενειών φαίνεται να έρχεται σε επαφή με μια επιδημία, αυτή των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Παρότι η ανορεξία και η βουλιμία αφορούν κυρίως τις γυναίκες, τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται αύξηση στα παιδιά αλλά και στους άνδρες.

Αλλά άτομα που θέλουν να μειώσουν το βάρος τους υποβάλλονται σε μείωση

της πρόσληψης τροφής (υποσιτισμός). Αυτή η μείωση δεν προκαλεί προβλήματα σε άτομα που την εφαρμόζουν για ένα μικρό χρονικό διάστημα και έχουν φυσιολογικό βάρος, όμως άτομα που υποσιτίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα θα εμφανίσουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους.

Γενετικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συμβάλουν στην εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ανορεκτικών ή βουλιμικών ασθενών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν οι ίδιοι διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η οικογένεια, το στρες, η προσωπικότητα, η εφηβεία και οι κοινωνικοί παράγοντες προάγουν την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής. ^{5,6}

2.4 Αίτια διαταραχών πρόσληψης τροφής

Δεν είναι γνωστές οι αιτίες των διατροφικών διαταραχών όμως φαίνονται να είναι μια κατάσταση πολυοργανική. Είναι αρκετά σύνθετες και υπάρχει ένας συνδυασμός βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με την ανάπτυξη του προβλήματος. Η ταύτιση του λεπτού σώματος με το σεξουαλικά επιθυμητό σώμα που υπαγορεύεται από το σύγχρονο κοινωνικό πλαίσιο, συχνά σε συνδιασμό με φυσιολογικές αλλαγές στην εικόνα του σώματος (εφηβεία, ενηλικίωση, μετάβαση στην ωριμότητα) ωθούν ορισμένα άτομα, κυρίως γυναίκες, σε μια υπέρμετρη ενασχόληση με την σωματική τους εικόνα. Μάλιστα, ευθύνη στη διόγκωση του προβλήματος φέρουν και τα σύγχρονα μέσα μαζικής ενημέρωσης που προωθούν μη ρεαλιστικές εικόνες για το σώμα και την εμφάνιση του ατόμου, αυξάνοντας ακόμα περισσότερο την πίεση που υφίστανται ευπαθείς ομάδες.⁷

Σε άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές συχνά παρατηρούνται: χαμηλή αυτοεκτίμηση, θλίψη ή θυμός, δυσκολίες στην έκφραση των συναισθημάτων, έλλειψη αυτοπεποίθησης, αρνητική αξιολόγηση του εαυτού και του σώματος, μίμηση νέων προτύπων, πρόβλημα στις διαπροσωπικές σχέσεις ή στην οικογένεια και δυσκολίες κοινωνικοποίησης. Επίσης ορισμένα άτομα εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα από τις φυσιολογικές ουσίες που επηρεάζουν την πέψη, την όρεξη και το συναίσθημα.

Τελικά οι διατροφικές διαταραχές έχουν πολλές και διαφορετικές αιτίες, συχνά όμως ξεκινούν είτε με μια απλή δίαιτα, είτε όταν το άτομο προσπαθεί να ανταπεξέλθει στα

σωματικά πρότυπα της κοινωνίας στην οποία ζει.. Ορισμένες περιπτώσεις ανθρώπων υιοθετούν συμπεριφορές όπως η δίαιτα, η επεισοδιακή υπερφαγία και οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα που τους πνίγουν και να νιώσουν τον έλεγχο της ζωής τους. Ωστόσο αυτές οι συμπεριφορές καταστρέφουν την σωματική και συναισθηματική τους υγεία. ^{5,6}

2.5 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής

Οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι οι έξης :

A. Πολιτισμικοί :

- τα σύγχρονα πρότυπα ομορφιάς προστάζουν η γυναίκα να είναι αδύνατη
- τα μέσα προβολής και ενημέρωσης προκαλούν άγχος όσον αφορά το πάχος

B. Οικογενειακοί:

- τα μέλη της οικογένειας έχουν μια μη υγιεινή διατροφική συμπεριφορά που δεν είναι σωστή γιατί δίνουν παραπάνω βάρος όταν χρησιμοποιούν την τροφή ως τιμωρία/επιβράβευση.
- άσκηση κριτικής στον υπέρβαρο από την οικογένειά του
- οικογενειακά τραύματα όπως θάνατος, διαζύγιο και αποχωρισμός
- σεξουαλική κακοποίηση από πατέρα, άνδρες και αδέρφια που οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση , ενοχές και προβλήματα σωματικής εικόνας
- φορτισμένο οικογενειακό περιβάλλον και διαπροσωπικές σχέσεις
- ύπαρξη στην οικογένεια διαταραχών πρόσληψης τροφής⁸ κατάθλιψης, κατάχρησης ουσιών, παχυσαρκίας, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής ή ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας.⁹

Γ. Κοινωνικοί:

- αξιολόγηση των ατόμων βάσει της σωματικής εμφάνισης και όχι βάσει των προσωπικών αξιών και δυνατοτήτων
- κοινωνικές πιέσεις που γίνονται για να αποκτήσουν ένα τέλειο σώμα

Δ. Ψυχολογικοί:

- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- αίσθημα ανεπάρκειας ή έλλειψης ελέγχου στην ζωή
- κατάθλιψη και άγχος

E. Άλλοι παράγοντες:

- ορισμένοι βιοχημικοί παράγοντες του εγκεφάλου που ελέγχουν την πείνα, την όρεξη και την πέψη είναι ασταθείς. Οι επιπλοκές αυτής της αστάθειας είναι υπο έρευνα.

-συχνά οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν χαρακτήρα κληρονομικό. ^{6, 10}

2.6 Ταξινόμηση – Είδη των διαταραχών πρόσληψης τροφής

Τρία από τα πιο βασικά είδη διατροφικών διαταραχών είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η παχυσαρκία. Η παχυσαρκία είναι ένα μείζον διατροφικό πρόβλημα παγκοσμίως. Ορίζεται ως μια περίσσεια ποσότητα σωματικού λίπους. Το υπερβολικό βάρος αναφέρεται ως περίσσιο σωματικό βάρος. Διαφέρει ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες καθώς και ηλικιακά εφόσον το σωματικό λίπος μεταβάλλεται. Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο για πολλά χρόνια νοσήματα καθώς και πολλές ψυχολογικές επιδράσεις τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες.

Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια εξίσου σοβαρή μορφή διαταραχής η οποία χαρακτηρίζεται από έναν κύκλο συμπεριφορών που ξεκινούν με επεισόδια ανεξέλεγκτης και υπερβολικής πρόσληψης τροφής. Το άτομο αρχίζει να καταναλώνει σε σύντομο χρόνο μεγάλες ποσότητες φαγητού συνήθως πλούσιες θερμιδικά και στην συνέχεια επιβάλει στον εαυτό του μέτρα αντιμετώπισης για το κάψιμο ή την αποβολή των θερμίδων που κατανάλωσε. Είναι μια ψυχογενής κατάσταση αφού το άτομο κυριεύεται από μια ποικιλία συναισθηματικών διαταραχών. Στην περίπτωση αυτή το βάρος του σώματος παραμένει κατά κανόνα στα ευρέως φυσιολογικά όρια.

Τέλος, η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από εκούσια μείωση του σωματικού βάρους και του δείκτη μάζας σώματος (BMI). Υπάρχει έντονος φόβος ότι το άτομο θα γίνει παχύσαρκο επιδιώκοντας συνεχώς να φαίνεται όλο και πιο αδύνατο, με αποτέλεσμα την διαταραγμένη εικόνα του σώματος. Παρ' όλα αυτά το άτομο αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασής του χάνοντας όλο και πιο πολύ βάρος. ⁵

2.7 Προειδοποιητικά σημάδια για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών

Σημάδια αλλαγής συμπεριφοράς:

- 1) εξαντλητικές δίαιτες
- 2) κατανάλωση τροφής χωρίς μέτρο
- 3) πρόκληση εμετού ώστε να αποβάλλεται η τροφή μετά από κάθε γεύμα
- 4) χρήση ή κατάχρηση καθαρτικών
- 5) αποφυγή λήψης γευμάτων

Φυσικά σημάδια:

- 1) υπερβολική απώλεια βάρους
- 2) διογκωμένοι αδένες και κατεστραμμένα δόντια
- 3) διαταραχές της περιόδου
- 4) αίσθημα κόπωσης
- 5) συχνές ζαλάδες
- 6) αδυναμία συγκέντρωσης

Ψυχολογικά συμπτώματα ^{II}:

- 1) φόβος για αύξηση του
- 2) διαστρευλωμένη εικόνα του σώματος
- 3) νευρικότητα και άγχος κατά τη διάρκεια του γεύματος
- 4) κοινωνική απόσυρση
- 5) εμμονή για την εξωτερική εμφάνιση

2.8 Επιπτώσεις μειωμένης πρόσληψης τροφής

Κάποιες μορφές μείωσης της πρόσληψης τροφής είναι:

- 1) περιορισμός της τροφής για έλεγχο του βάρους
- 2) αποφυγή συγκεκριμένων τροφών λόγω φόβου αύξησης του βάρους
- 3) εμμονή για χάσιμο βάρους

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι:

1. Διάθεση και συναίσθημα - κατάθλιψη: η διάθεση επηρεάζεται πολύ από τη μείωση της πρόσληψης τροφής. Πολλά θρεπτικά συστατικά επηρεάζουν το κέντρο συναισθημάτων του εγκεφάλου. Τα άτομα που δε λαμβάνουν αρκετή ποσότητα φαγητού έχουν κακή διάθεση και εκνευρίζονται εύκολα

2. Πανικός: οι κρίσεις πανικού είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο και σχετίζεται με τον πανικό που συνοδεύει την αύξηση βάρους. Τα συμπτώματα πανικού δεν προκύπτουν μόνο από τα συναισθήματα αλλά και από το στρες. Οι κρίσεις σταματούν όταν το άτομο φτάσει στο φυσιολογικό βάρος.

3. Απομόνωση: η μειωμένη πρόσληψη τροφής αν συνεχιστεί και γίνει τρόπος ζωής το άτομο θα κλειστεί στον εαυτό του και δεν θα ασχοληθεί με άλλα θέματα εκτός από το φαγητό και το βάρος. Στη νευρική ανορεξία το άτομο δεν έχει κοινωνική ζωή και είναι απομονωμένο στο σπίτι. Αυτή η απομόνωση μπορεί να οφείλεται στη έλλειψη θρεπτικών συστατικών.

4. Αίσθημα πάχους: τα άτομα που υποσιτίζονται νομίζουν πως είναι υπέρβαρα και γι' αυτό οδηγούνται σε μεγαλύτερο περιορισμό της τροφής.

5. Σκέψη: η σκέψη επηρεάζεται από τη μειωμένη πρόσληψη τροφής και αυτό γίνεται γιατί ο εγκέφαλος χρειάζεται τα θρεπτικά συστατικά για να λειτουργήσει.

6. Συγκέντρωση: τα άτομα που περιορίζουν την τροφή τους δεν μπορούν να συγκεντρωθούν και δεν είναι σε εγρήγορση.

7. Βάθος σκέψης: για τα άτομα που υποσιτίζονται τα μόνα σημαντικά θέματα είναι πως θα

αποφύγουν τα γεύματα και πως θα ελέγξουν το βάρος.

8. *Ενοχλητικές σκέψεις*: η έλλειψη θρεπτικών συστατικών μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολία του ατόμου να αντιληφθεί σωστά τις καθημερινές ασχολίες. Αυτές οι σκέψεις κάνουν το άτομο να έχει κακή σχέση με την τροφή.

Σωματικές επιπτώσεις:

Η μείωση πρόσληψης τροφής, ανεξάρτητα από το βάρος του κάθε ατόμου έχει σημαντικές συνέπειες στην σωματική υγεία του. Οι επιπτώσεις εξαρτώνται από το είδος και την διάρκεια της καθώς και από το βαθμό της απώλειας βάρους.

1. *Καρδιαγγειακό*: Η καρδιά είναι αδύναμη σε μείωση της πρόσληψης τροφής. Η αρτηριακή πίεση και ο καρδιακός παλμός μειώνονται σημαντικά. Προκαλούνται έλκη στα πόδια και μείωση της θερμοκρασίας σώματος. Επίσης εμφανίζεται αρρυθμία η οποία μπορεί να είναι θανατηφόρα.

2. *Ορμόνες του φύλου*: Όταν δεν λαμβάνεται η κατάλληλη ενέργεια το σώμα προσπαθεί να δώσει την ενέργεια που διαθέτει σε άλλες σημαντικές λειτουργίες οπότε διακόπτει την παραγωγή ορμονών του φύλου. Έτσι μειώνεται η σεξουαλική επιθυμία και η έμμηνος ρύση.

3. *Πεπτικό σύστημα*: Το πεπτικό σύστημα των ατόμων που υποσιτίζονται δε λειτουργεί σωστά και αργεί πολύ στην πορεία του. Έτσι, η διέλευση της τροφής από το στομάχι στο έντερο καθυστερεί και το άτομο παρουσιάζει φουσκώματα και μετεωρισμό.

4. *Δέρμα και μαλλιά*: Τα συμπτώματα μπορεί να είναι το ξηρό και γηρασμένο δέρμα. Τα μαλλιά είναι λεπτά, αδύνατα και συχνά παρουσιάζεται τριχόπτωση.

5. *Υπνος και ξεκούραση*: Τα άτομα που υποσιτίζονται δεν κοιμούνται καλά και ξυπνούν νωρίς με υπερένταση.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η μειωμένη πρόσληψη τροφής έχει αρνητικές επιπτώσεις που επηρεάζουν όλο τον οργανισμό. Οι επιπτώσεις είναι πολύ επικίνδυνες. Το

άτομο μπορεί να αισθάνεται δυνατό και ξεκούραστο, όμως στην πραγματικότητα είναι

δυστυχισμένο και κουρασμένο. Όλα αυτά τα συμπτώματα μειώνονται όταν το άτομο αρχίσει να τρώει φυσιολογικά και αποκτήσει υγιές σωματικό βάρος.^{5,12}

2.9 Θεραπεία διαταραχών πρόσληψης τροφής

Ευτυχώς τα άτομα με διατροφικές διαταραχές μπορούν να γίνουν καλά και σταδιακά να μάθουν να τρέφονται ξανά σωστά. Όσο πιο γρήγορα αναζητήσει κάποιος τη θεραπεία τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι ώστε να διορθωθούν οι σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Οι διατροφικές διαταραχές αφορούν τόσο το μυαλό όσο και το σώμα. Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου βοηθά στην καλύτερη εξέλιξη και θεραπεία του ατόμου. Είναι σημαντικό να κατανοήσει κανείς την πορεία της ασθένειας αλλά και την πορεία που ακολουθεί η θεραπεία.

Οι γιατροί, οι ψυχοθεραπευτές και οι διατροφολόγοι μπορούν να βοηθήσουν στη θεραπεία. Η ψυχοθεραπεία είναι ένας κρίσιμος παράγοντας στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών και σε πολλές περιπτώσεις ή οικογενειακή θεραπεία είναι το κλειδί.

Οι ατομικές καταστάσεις πρέπει να καλυφθούν λεπτομερώς ώστε να έχουμε πλήρη εικόνα για τα αίτια που προκαλούν τα διατροφικά προβλήματα. Τα άτομα με ανορεξία, παχυσαρκία και βουλιμία μπορούν να επιστρέψουν σε ένα υγιή τρόπο διατροφικής συμπεριφοράς, με αρκετή προσπάθεια και θέληση. Επιπλέον θα εξαφανιστούν πολλές από τις σωματικές παρενέργειες που προκαλεί η διαταραχή.

Μια αποτελεσματική ψυχο-διατροφική θεραπευτική παρέμβαση προετοιμάζει σταδιακά τα άτομα να φτιάξουν τη σχέση τους με το φαγητό, να φτιάξουν τις αντιλήψεις τους, τις πεποιθήσεις τους, παρέχει όλες τις απαραίτητες γνώσεις, ψυχολογικές, τεχνικές, διατροφικές συμβουλές και άλλα πολλά ώστε να αποφευχθούν δίαιτες και τα παραπανίσια κιλά.

Η ψυχοθεραπεία προσαρμόζεται στις ανάγκες του ατόμου και του παρέχει ενημέρωση και καθοδήγηση ώστε το ίδιο να μπορεί να κινηθεί αποκτώντας πάλι τον έλεγχο στην ζωή του. Η θεραπευτική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει:

1) ψυχολογικές θεραπείες που βοηθούν το άτομο να αλλάξει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του.

2) νοσηλεία σε περιπτώσεις σοβαρού υποσιτισμού

3) χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

4) τη συνεργασία με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον που μπορούν να παρέχουν επιπλέον στήριξη στα άτομα με διατροφικές διαταραχές.^{11, 13}

2.9.1 Ο ρόλος της ομάδας της ψυχοθεραπείας

Η ομάδα της ψυχοθεραπείας δεν εστιάζει στα προβλήματα των διαταραχών πρόσληψης τροφής άλλα αντίθετα προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να λύσει τις συγκρούσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις και να βρει τρόπο στο άτομο να επικοινωνεί με άλλους ανθρώπους. Όταν το ίδιο είναι έτοιμο να ζητήσει βοήθεια μέσω της ψυχοθεραπείας θα λάβει αλλά και θα δώσει υποστήριξη σε άλλα άτομα που παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα. Έτσι θα νιώσει πιο υπεύθυνο και θα καταλάβει πως γίνεται αποδεκτός.

Η ομάδα της ψυχοθεραπείας πρέπει να παρέχει:

1) υποστήριξη και ένα ασφαλές περιβάλλον εμπιστοσύνης.

2) ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με άλλους ανθρώπους με παρόμοια προβλήματα

3) επεξεργασία θεμάτων όπως αυτοεκτίμηση, κοινωνικός αποκλεισμός, εικόνα σώματος κ.α

4) κλίμα εμπιστοσύνης απέναντί στα άτομα ώστε να αρχίσουν να ανοίγονται και να μοιράζονται τα προσωπικά τους και να μιλούν για σχέσεις του παρελθόντος που πιθανά εμπλέκονται στην ανάπτυξη αυτών των συμπεριφορών και της προβληματικής στάσης

5) εκπαίδευση των μελών για τις φυσικές και συναισθηματικές συνέπειες των διαταραχών πρόσληψης τροφής, τους κινδύνους και τις σωματικές και ψυχικές επιπλοκές

6) εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων

Οι ομάδες υποστήριξης και ψυχοθεραπείας αποτελούν ένα χρήσιμο και απαραίτητο στοιχείο στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, βουλιμίας και ανορεξίας.¹³

Κεφάλαιο 3: Παχυσαρκία

3.1 Ορισμός παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία είναι μια από τις συχνότερες και δυσκολότερες διαταραχές. Παχυσαρκία ορίζεται η μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους στο λιπώδη ιστό με τελικό αποτέλεσμα την σωματική αύξησή του. Η συσσώρευση του λίπους στο ανθρώπινο σώμα, πέραν από την ποσότητα που είναι απαραίτητη, προκαλεί μεταβολικές διαταραχές και αυξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα.

Φυσιολογικά το λίπος στο σύνολό του αποτελεί το 15-20% του συνολικού βάρους για τον άντρα και 20-25% για τη γυναίκα. Στην παχυσαρκία το ποσοστό αυτό φτάνει το 40% και σε σπάνιες περιπτώσεις το 70%. Το υπερβολικό βάρος σώματος και η παχυσαρκία αξιολογούνται με τη χρήση του δείκτη μάζας σώματος. Ο δείκτης μάζας σώματος εκφράζει τη σχέση μεταξύ βάρους και ύψους και χρησιμοποιείται για την παρατήρηση και τον έλεγχο του κινδύνου της παχυσαρκίας.

Η κατηγοριοποίηση των ατόμων σε υπέρβαρα, παχύσαρκα και υπερβολικά παχύσαρκα γίνεται με βάση τον δείκτη μάζας σώματος του ατόμου. Ενήλικες με δείκτη μάζας σώματος 25-29% θεωρούνται υπέρβαροι, με 30 και πάνω θεωρούνται παχύσαρκοι ενώ τα άτομα με 40 και πάνω θεωρούνται υπερβολικά παχύσαρκοι.¹⁴

3.2 Αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως: 1) Κληρονομικότητα 2) Υπερφαγία 3) Φυσική δραστηριότητα 4) Ανάπτυξη λιπωδών κυττάρων 5) Μεταβολισμός λιπώδους ιστού 6) Άγχος

Κληρονομικότητα

Η παθογένεια της παχυσαρκίας είναι αρκετά πολύπλοκη. Σπουδαιότερος προδιαθεσικός παράγοντας θεωρείται η κληρονομικότητα. Αρχικά, όταν ο ένας εκ των δυο

γονέων είναι παχύσαρκος ενώ πολύ περισσότερο όταν και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι. Στη δεύτερη περίπτωση μάλιστα, οι πιθανότητες διπλασιάζονται. Αυτό πιθανότατα συμβαίνει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης για τον λόγο ότι επηρεάζονται οι υποθαλαμικές λειτουργίες που είναι υπεύθυνες για την διατροφική συμπεριφορά και την ρύθμιση της ενεργειακής κατανάλωσης.

Υπερφαγία

Ο “καλοπροαίρετος” υπερσιτισμός στην παιδική ηλικία επηρεάζει αρνητικά τον μεταβολικό ρυθμό, αυξάνει τον αριθμό των λιποκυττάρων και προδιαθέτει στην εμφάνιση παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή.

Φυσική δραστηριότητα

Η καθιστική ζωή και η ανθυγιεινή διατροφή μπορούν να οδηγήσουν εύκολα στην παχυσαρκία και να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία. Διάφοροι είναι οι λόγοι που οδηγούν μεγάλο ποσοστό ανθρώπων να ζει καθιστική ζωή με κυριότερους λόγους την τηλεόραση και τη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών. Η παρακολούθηση τηλεόρασης συνδέεται άμεσα με την κατανάλωση παχυντικών σνακ, όπως είναι τα τσιπς, οι σοκολάτες και οι ξηροί καρποί. Ταυτόχρονα, η έλλειψη χρόνου έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της φυσικής άσκησης.

Ανάπτυξη λιπωδών κυττάρων

Κατά την διάρκεια αύξησης του βάρους τα λιπώδη κύτταρα αυξάνουν το μέγεθος

τους και όταν φτάσουν στο μέγιστο μέγεθος μπορούν να διαιρεθούν. Κατά την αντίθετη διαδικασία, δηλαδή κατά τη μείωση του βάρους σώματος, τα λιπώδη κύτταρα μειώνουν το μέγεθός τους αλλά δεν μειώνουν τον αριθμό τους. Έτσι αν κάποιος πάρει βάρος μια φορά αποκτά μεγαλύτερο αριθμό λιποκυττάρων τα οποία μετά δεν μειώνονται. Για αυτό τον λόγο η πρόληψη της παχυσαρκίας είναι μείζονος σημασίας κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης όπου τα σωματικά κύτταρα αυξάνονται με ταχύτατο ρυθμό.

Μεταβολισμός λιπώδους ιστού

Ο μεταβολισμός του λιπώδους ιστού επηρεάζεται από ένα ένζυμο που ονομάζεται λιποπρωτεϊνική λιπάση (LPL). Το ένζυμο αυτό προωθεί την αποθήκευση του λίπους τόσο στα λιπώδη όσο και στα μυϊκά κύτταρα. Τα άτομα που έχουν αυξημένη δραστηριότητα αυτού του ενζύμου έχουν την τάση να αποθηκεύουν περισσότερο λίπος. Η δραστηριότητα εν μέρει επηρεάζεται από ορμόνες σχετιζόμενες με το φύλο, όπως είναι η τεστοστερόνη για τους άνδρες και τα οιστρογόνα για τις γυναίκες. Η δραστηριότητα του ενζύμου μπορεί να εξηγήσει γιατί κάποιος μπορεί να επανακτήσει τόσο εύκολα το βάρος που χάνει. Όταν χάσει κάποιος βάρος η δραστηριότητα του ενζύμου αυτού αυξάνει οπότε και πάλι το λίπος αποθηκεύεται. Συμπερασματικά, προκύπτει ότι η μέτρια κατανάλωση ενέργειας μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στο λιπώδη ιστό των παχύσαρκων ατόμων με αυξημένη δραστηριότητα της LPL.

Άγχος

Είναι γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι, όταν βρίσκονται σε κατάσταση στρες και δύσκολων συναισθηματικών καταστάσεων, οδηγούνται στο να τρώνε, έστω και αν δεν πεινούν, με ασυναίσθητο, αυτόματο τρόπο. Η κατάσταση αυτή αναγνωρίζεται ως μια ξεχωριστή κατηγορία η οποία χαρακτηρίζεται από επεισόδια ανεξέλεγκτης και παρορμητικής υπερφαγίας, πέρα από το σημείο της επάρκειας. Συχνά, τα επεισόδια αυτά συνοδεύονται από ενοχές για το γεγονός. Έτσι προσπαθώντας ο οργανισμός από μόνος του να προσαρμοστεί στα αντιλαμβανόμενα στρεσογόνα ερεθίσματα παρουσιάζει κάποιες ορμονικές μεταβολές που βελτιώνουν την ικανότητα του να προσαρμοστεί και να πετύχει την ομοιόσταση ώστε να αυξήσει τις πιθανότητες του για επιβίωση.

Ομοιόσταση ορίζεται η ικανότητα του οργανισμού να μπορεί να επανέρχεται μετά από κάποια μεταβολή του εξωτερικού ή εσωτερικού περιβάλλοντος στην προηγούμενη κατάσταση διατηρώντας την ισορροπία του. Για την σχέση λοιπόν του στρες με την παχυσαρκία έχει αποδειχθεί ότι κατά την διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων ενεργοποιείται η απελευθέρωση ενδογενών οπιοειδών ορμονών. Η απελευθέρωση αυτή είναι μέρος ενός ισχυρού μηχανισμού άμυνας του οργανισμού κατά των επιζήμιων επιπτώσεων του στρες. Η

έκκριση των οπιοειδών αυξάνει την πρόσληψη εύγευστης τροφής ενώ ταυτόχρονα η εύγευστη τροφή προκαλεί την απελευθέρωση των οπιοειδών. Η συνεχής διέγερση του συστήματος της ανταμοιβής μέσω του στρες και της πρόσληψης εύγευστων τροφών μπορεί να οδηγήσει σε νευροβιολογικές προσαρμογές που προωθούν την καταναγκαστική φύση της υπερκατανάλωσης τροφής.^{14, 15}

3.3 Κλινική εικόνα και μορφές της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία δεν εμφανίζει κάποια ιδιαίτερα συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από αύξηση βάρους του σώματος, επηρεάζει τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού και

δημιουργεί διαταραχές σε διάφορα όργανα.

Ο παχύσαρκος παρουσιάζει αγωνία, κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, επιθετικότητα κ.α. Όταν ο βαθμός της παχυσαρκίας είναι μεγάλος εμφανίζεται αναπνευστική ανεπάρκεια, υπνηλία και κυάνωση που μπορεί να φθάσει στο κώμα και να καταλήξει στο θάνατο. Επίσης σύνηθες είναι το σύγκαμα, το δερματικό ερύθημα και οι δερματικές φλεγμονές. Στο πεπτικό μπορεί να εμφανισθεί δυσπεψία, αέρια, δυσκοιλιότητα, χολολιθίαση κ.α.

Άλλες διαταραχές που συνοδεύουν την παχυσαρκία είναι: η ηπατική ανεπάρκεια, η ασβέστωση των χοληφόρων οδών, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η κακοήθης αρτηριακή πίεση και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η παχυσαρκία είναι νόσημα που αυξάνει τους κινδύνους εμφάνισης άλλων νοσημάτων.^{12,16}

Η παχυσαρκία διακρίνεται σε δύο τύπους: την υπερτροφική και την υπερπλαστική. Η πρώτη χαρακτηρίζεται από αύξηση του μεγέθους των λιποκυττάρων και η δεύτερη από αύξηση του αριθμού των λιποκυττάρων. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι στην παιδική ηλικία αυξάνεται ο αριθμός των λιποκυττάρων ενώ μετά την ενηλικίωση αυξάνεται μόνο το μέγεθος αυτών.¹¹

3.4 Επιπτώσεις της παχυσαρκίας στα διάφορα συστήματα του οργανισμού

Η παχυσαρκία δεν είναι μόνο ένα θέμα αισθητικής αλλά και ένας σοβαρός κίνδυνος για την υγεία του ατόμου. Καταπονεί σε μεγάλο βαθμό τον οργανισμό του ατόμου που νοσεί, είτε προσβάλλοντας τα διάφορα συστήματα του οργανισμού, είτε επιδεινώνοντας διάφορα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει το άτομο. Οι οργανικές διαταραχές εξαρτώνται από το βαθμό και από την περιοχή του σώματος στην οποία έχουμε την συσσώρευση λίπους. Η συσσώρευση λίπους επιφέρει αλλαγές στο συνολικό όγκο του αίματος και στην καρδιακή λειτουργία, ενώ η συσσώρευση του λίπους στην κοιλιακή χώρα επηρεάζει την αναπνευστική λειτουργία. Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας επηρεάζουν τα ακόλουθα συστήματα:

1. καρδιαγγειακό σύστημα:

Η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία είναι οι συχνότερες παθήσεις που εμπλέκονται στην παχυσαρκία. Η σοβαρή παχυσαρκία προκαλεί αύξηση του βάρους της καρδιάς με

αποτέλεσμα το λίπος να αποθηκεύεται στους μυϊκούς ιστούς και να προκαλεί υπερτροφία της αριστερής και δεξιάς κοιλίας.

Όλα τα παραπάνω μπορεί να οδηγήσουν σε αρτηριοσκλήρυνση, ισχαιμική νόσο, στηθάγχη και σε καρδιακή ανεπάρκεια. Έτσι οι υπέρτασικοί, παχύσαρκοι ασθενείς βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και αιφνίδιο θάνατο. Σύμφωνα με μελέτη των Janssen et al . Οι παχύσαρκοι ασθενείς με υψηλή αναλογία περιμέτρου μέσης-γλουτών (>1,0 στους άνδρες και >0,9 στις γυναίκες) έχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, στεφανιαίας νόσου και πρώιμου θανάτου, σε σύγκριση με ισοβαρείς παχύσαρκους με μικρότερη αναλογία περιμέτρου μέσης-γλουτών.¹⁷

2. αναπνευστικό σύστημα:

Τα άτομα με νοσογόνο παχυσαρκία υποφέρουν από σύνδρομο ύπνου- άπνοιας, ενώ το έργο της αναπνοής έχει βρεθεί να αυξάνεται κατά 30%.^{18, 19} Ο ασθενής ξεκινά με ροχαλητό που μπορεί να καταλήξει σε μεγάλα διαστήματα άπνοιας και στο θάνατο.

Η παχυσαρκία προκαλεί δυσλειτουργία του αναπνευστικού συστήματος. Η συσσώρευση του λίπους στην περιοχή της κοιλιάς και του θώρακα επιφέρει μεγάλη δυσκολία στην αναπνοή, επειδή μειώνονται οι δυνατότητες έκπτυξης του θώρακα και αύξησης του όγκου των πνευμόνων αλλά και λόγω της διαταραχής στην οξυγόνωση και μείωση στην αποβολή διοξειδίου του άνθρακα που προκαλεί αναπνευστική ανεπάρκεια. Η υποξαιμία προκαλεί διαταραχές στα πνευμονικά αγγεία με αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να εκτελέσει τις ασκήσεις και τις καθημερινές δραστηριότητες του.

Τα παραπάνω προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν σε χρόνια υποξία, κατακράτηση διοξειδίου του άνθρακα, υπνηλία και αποφρακτική άπνοια ύπνου. Η υποξία είναι σοβαρή κατάσταση που συνοδεύεται από πνευμονική υπέρταση και δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Τέλος, οι παχύσαρκοι ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα εμφανίζουν άσθμα και χρόνιες πνευμονοπάθειες. Επίσης διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν πνευμονική εμβολή.

3. πεπτικό σύστημα:

Στην παχυσαρκία συχνές είναι οι παθήσεις και οι δυσλειτουργίες που σχετίζονται με το πεπτικό και το γαστρεντερικό σύστημα, όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η χολολιθίαση, οι κήλες και η εντερική απόφραξη.

4. ενδοκρινικό σύστημα:

Οι ορμόνες που απελευθερώνονται από τον λιπώδη ιστό στις παχύσαρκες γυναίκες προκαλούν προβλήματα στις ωοθήκες, στο ενδομήτριο, καθώς και στην απελευθέρωση των ορμονών που ρυθμίζουν την έμμηνο ρύση. Επίσης επηρεάζουν την γονιμότητα, την κύηση και την ανάπτυξη του εμβρύου. Στις παχύσαρκες γυναίκες συναντάται αυξημένη επίπτωση αρρενογεννητικών φαινομένων και πολυκυστικών ωοθηκών. Επίσης αυξάνεται ο κίνδυνος κακοήθειας μαστού και γυναικολογικών οργάνων. Οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν τριπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο ενδομητρίου και ωοθηκών. Εκτός από τις γυναίκες, στους άνδρες που έχουν αυξημένο δείκτη μάζας σώματος συχνά συναντάται διαταραχή στην ποιότητα και την ποσότητα του σπέρματος. Επίσης, επηρεάζεται η γονιμοποίηση των ωαρίων.

5. δέρμα:

Στην παχυσαρκία τα δερματικά προβλήματα που εκδηλώνονται είναι μελανοδερμία, σκούρο χρώμα δερματικών πτυχών σε λαιμό και αγκώνα και ερυθρότητα του δέρματος αυξάνοντας τον κίνδυνο λοιμώξεων από μύκητες. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν ραβδώσεις και πολλαπλά θηλώματα

6. ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις:

Τα παχύσαρκα άτομα έχουν αρνητική αντίληψη για την εικόνα του εαυτού τους. Η παχυσαρκία τους συνδέεται με διάφορα προβλήματα όπως η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, η ανησυχία και η κατάθλιψη που σχετίζονται με σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Τα αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος, η νευρικότητα, η απόρριψη, ο θυμός και η οργή τους κάνουν να νιώθουν καλύτερα μέσα από το φαγητό και να ξεχνούν τα αισθήματα που νιώθουν.

Οι κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας είναι σοβαρές και περιλαμβάνουν περιορισμό στην κινητικότητα, απουσία από την εργασία, απομόνωση, αποφυγή δημιουργία σχέσεων και κοινωνικό στιγματισμό ενώ τους δημιουργείται συνεχώς η υποψία ότι οι άλλοι τους σχολιάζουν αρνητικά.

Επιπλέον τα αναπνευστικά προβλήματα, η καταστροφή των αρθρώσεων και οι καρδιαγγειακές παθήσεις οδηγούν τους παχύσαρκους σε αναπηρία και ανικανότητα. Όλα αυτά τους οδηγεί στην κατάθλιψη και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

7. σεξουαλική ζωή:

Η παχυσαρκία επηρεάζει πολύ αρνητικά τη σεξουαλική ζωή. Υπάρχει μείωση της σεξουαλικής διάθεσης, απόλαυσης, της συχνότητας και δυσκολεύεται μηχανικά η συνουσία. Το λίπος παράγει ουσίες και λειτουργεί σαν ενδοκρινής αδένας. Οι ουσίες που παράγει καταστέλλουν την διάθεση για σεξ. Η παχυσαρκία συνοδεύεται από καρδιακά προβλήματα, αναπνευστικά προβλήματα, μειωμένη αντοχή και όλα αυτά επηρεάζουν αρνητικά την σεξουαλική δραστηριότητα.

8. καρκίνος και πρόωρος θάνατος:

Στους παχύσαρκους ο πρόωρος θάνατος είναι 12 φορές μεγαλύτερος από τα άτομα που έχουν φυσιολογικό βάρος. Το σωματικό βάρος είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου

για διάφορους τύπους καρκίνου όπως του παχέος εντέρου, του μαστού, των νεφρών, του οισοφάγου και του παγκρέατος. Η υπερβολική αύξηση του βάρους και η παχυσαρκία είναι οι βασικές αιτίες για την πρόκληση καρκίνου.²⁰

Το άτομο που εμφανίζει παχυσαρκία οφείλει να αντιμετωπίσει γρήγορα τα περιττά κιλά αλλιώς θα υπάρχουν κι άλλες επιπτώσεις στην υγεία του εκτός από τις παραπάνω.^{5,15}

3.5 Επιπλοκές της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα και έχει συσχετισθεί με μια σειρά προβλημάτων όπως: υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα (έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακή ανεπάρκεια) άπνοια ύπνου, καρκίνος του μαστού, καρκίνος του παχέος εντέρου, αρθρίτιδα, στεάτωση και κίρρωση του ήπατος, διαφραγματοκήλη, δερματικές λοιμώξεις και κατάθλιψη.

Υπέρταση

Απαιτεί έγκαιρη ανίχνευση. Η μείωση του βάρους έχει σημαντική επίδραση στην ρύθμιση της υπέρτασης. Επηρεάζει τόσο τους ενήλικες όσο και τα παιδιά, Σε παχύσαρκα

άτομα σημειώνονται υψηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης από την παιδική έως την ώριμη ηλικία. Σε σύγκριση με άτομα φυσιολογικού βάρους, κατά την παχυσαρκία ανευρίσκονται υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης.

Σακχαρώδης διαβήτης

Τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες η σύνδεση μεταξύ παχυσαρκίας και σακχαρώδη διαβήτη μεγαλώνει παράλληλα με την αύξηση του ΔΜΣ, ιδιαίτερα με συγκεκριμένη οικογενειακή και φυλετική προδιάθεση. Επιπλέον, ακόμη συχνότερα απαντούν υπερινσουλιναμία και αντίσταση στην δράση της ινσουλίνης, οι οποίες μπορεί να χαρακτηριστούν ως «προδιαβητικές» καταστάσεις. Σύμφωνα με μελέτη των Kosaka et al, το επιπλέον βάρος (11–18 kg) αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2

δύο φορές περισσότερο απ' ό,τι στα άτομα με φυσιολογικό βάρος σώματος.²¹ Χαρακτηριστικό είναι ότι το 80% των ατόμων με διαβήτη τύπου 2 είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.²²

Καρδιαγγειακά νοσήματα:

Είναι ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται απόλυτα με την παχυσαρκία. Η συντριπτική πλειονότητα των νοσημάτων αυτών εμφανίζεται με κλινικές εκδηλώσεις αθηρωματικής νόσου. Η βασική βλάβη είναι η αρτηριοσκλήρυνση, η οποία αφορά το σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας λόγω της εναπόθεσης λίπους και χοληστερίνης στο εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών.

Υπνική άπνοια:

Κατά την διαταραχή αυτή η αναπνοή του ασθενή γίνεται πολύ ρηχή ή σταματά εντελώς για χρονική διάρκεια 10 με 15 δευτερόλεπτα ή περισσότερο. Η συχνότερη μορφή της είναι η αποφρακτική. Αυτή συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα στους οποίους η ρίζα αποφράσσει την αεροφόρο οδό κατά τον ύπνο.

Καρκίνος μαστού:

Ο καρκίνος του μαστού αυξάνει στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση (είναι σαφώς σπανιότερος προεμμηνόπαυσιακά). Ο αυξημένος κίνδυνος οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων. Τα οιστρογόνα παράγονται κυρίως από τις ωοθήκες πριν την εμμηνόπαυση ενώ μετά την εμμηνόπαυση παράγονται και από τον λιπώδη ιστό ο οποίος είναι αυξημένος στις παχύσαρκες γυναίκες.

Καρκίνος παχέως εντέρου:

Οι άνθρωποι που είναι παχύσαρκοι έχουν όχι μόνο περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τη νόσο αλλά και να πεθάνουν από καρκίνο του παχέως εντέρου σε σύγκριση με άτομα που θεωρούνται ότι διατηρούν ένα φυσιολογικό βάρος. Οι περισσότερες περιπτώσεις αρχίζουν ως μικρές καλοήθειες συστάσεις των κυττάρων που ονομάζονται πολύποδες (μικροί όγκοι που προεξέχουν στο εσωτερικό τμήμα του παχέως εντέρου). Με τον καιρό εξελίσσονται σε καρκίνο του παχέως εντέρου.

Αρθρίτιδα:

Η κακή φυσική κατάσταση σχετίζεται με πόνο. Άτομα που αναφέρουν πόνο στα άκρα έχουν χαμηλότερη σωματική λειτουργία, επομένως είναι παχύσαρκα. Η αρθρίτιδα είναι

μια πάθηση που προκαλεί υψηλά επίπεδα ουρικού οξέος στο αίμα. Μερικές φορές το ουρικό οξύ σχηματίζει στέρεους λίθους ή μάζες κρυστάλλων, οι οποίες τοποθετούνται στις αρθρώσεις. Η αρθρίτιδα είναι πιο συνηθισμένη στα παχύσαρκα άτομα και ο κίνδυνος αυξάνει όσο αυξάνει και το σωματικό βάρος.

Στεάτωση ήπατος:

Λίπος συσσωρεύεται στο ήπαρ αν δεν είναι σε θέση να το μεταβολίσει σωστά. Αυτό συνήθως οφείλεται σε βλάβη του ήπατος ή υπερβολική πρόσληψη λίπους και πρότυπο κεντρικής “σπλαχνικής” κατανομής του λίπους ενδοκοιλιακά. Η συσσώρευση του λίπους μπορεί επίσης να προκαλέσει φλεγμονή, η οποία με την σειρά της να οδηγήσει σε αυξανόμενη και επιταχυνόμενη ίνωση και τελικά ακόμη και σε κίρρωση.

Διαφραγματοκήλη:

Η τροφή ταξιδεύει από το στόμα στο στομάχι μέσω ενός σωλήνα που καλείται οισοφάγος. Στο χαμηλότερο τμήμα του οισοφάγου υπάρχει ένας μικρός μυώδης δακτύλιος ο οποίος ενεργεί σαν μια μονόδρομη βαλβίδα επιτρέποντας στην τροφή να περνάει μέσα από το στομάχι χωρίς να γυρίζει πίσω. Ο δακτύλιος αυτός ονομάζεται κατώτερος οισοφαγικός σφικτήρας. Όταν ο σφικτήρας αυτός δε λειτουργεί σωστά, επιτρέποντας στα οξέα να κυλήσουν προς τα πίσω, τότε έχουμε τον σχηματισμό της διαφραγματοκήλης. Κατά την διαφραγματοκήλη τμήμα της κοιλιακής κοιλότητας διέρχεται παθολογικά μέσω φυσιολογικού τμήματος του διαφράγματος στην θωρακική κοιλότητα. Αυτό μπορεί να υπάρχει εκ γενετής σε άτομα με αδύνατο σφικτήρα αλλά μπορεί να προκληθεί και από την λήψη πικάντικων και λιπαρών τροφών σε μεγάλες ποσότητες και συχνά.

Λοιμώξεις δέρματος:

Άτομα με παθολογική παχυσαρκία εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό λοιμώξεων σε αντίθεση με άτομα που έχουν φυσιολογικό βάρος.

Ψυχολογικές:

Μία από τις πιο οδυνηρές πλευρές της παχυσαρκίας είναι ο συναισθηματικός πόνος. Η σύγχρονη κοινωνία δίνει μεγάλη αξία στην εξωτερική εμφάνιση ιδίως στις γυναίκες. Τα μηνύματα που εκπέμπονται από όλους, είτε θελημένα είτε άθελα, κάνουν τους παχύσαρκους ανθρώπους να νιώθουν απωθητικοί. Πολλοί πιστεύουν ότι οι παχύσαρκοι είναι λαίμαργοι, αργόσχολοι ή και τα δυο. Το πρόβλημα τους συνήθως το αντιμετωπίζουν στην δουλειά τους, στο σχολείο, στην αναζήτηση εργασίας καθώς και σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Συναισθήματα

απόρριψης, ντροπής ή και κατάθλιψης είναι πολύ συχνό φαινόμενο.^{5, 12}

3.6 Παχυσαρκία και εγκυμοσύνη

Το περιττό βάρος δημιουργεί προβλήματα στην υγεία, προκαλεί υπογονιμότητα και ορμονικές διαταραχές που δυσκολεύουν την εγκυμοσύνη ενώ μπορεί να επηρεάσει ακόμη και την ανάπτυξη του εμβρύου.

Η αύξηση του σωματικού βάρους κατά την διάρκεια της κύησης δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα επιτρεπτά όρια, ώστε η έγκυος να μην αντιμετωπίσει προβλήματα όπως :

- 1) διαβήτη κύησης,
- 2) υπέρταση,
- 3) προεκλαμψία,
- 4) δυσκολία στον τοκετό,
- 5) δυσκολία στην κίνηση και αναπνοή,
- 6) πνευμονική εμβολή,
- 7) αιμορραγίες από τον τοκετό
- 8) λοιμώξεις ουροποιητικού συστήματος.

Η παχυσαρκία στη εγκυμοσύνη αυξάνει τις πιθανότητες αποβολής στο πρώτο ειδικά τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Τέλος, η παρακολούθηση της καρδιάς του εμβρύου κατά τον τοκετό είναι λιγότερο ικανοποιητική λόγω της μεγαλύτερης περιφέρειας της κοιλιάς.

Λόγω του κινδύνου αυτού είναι σημαντικό να γίνεται προσπάθεια για τη ρύθμιση του σωματικού βάρους κατά την εγκυμοσύνη με την καθοδήγηση του διαιτολόγου. Η συνδυασμένη προσπάθεια της εγκυμονούσας, τού μαιευτήρα, του διαιτολόγου και η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας καθώς και από το οικείο περιβάλλον είναι βασικά συστατικά για να πετύχουμε το στόχο μας ώστε να αποφεύγονται οι επιπλοκές και να εξασφαλίζεται η ομαλή πορεία της εγκυμοσύνης.¹³

3.7 Παιδική παχυσαρκία

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί ένα σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα και χαρακτηρίζεται ως επιδημία τις τελευταίες δεκαετίες. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, εργασίας και στιγμών ξεκούρασης, πιθανότητα όλες μαζί να συμβάλουν στην σημερινή κατάσταση. Δυστυχώς στο 70% των περιπτώσεων, η παιδική παχυσαρκία φαίνεται ότι ακολουθεί τα παιδιά και στην ενήλικη ζωή τους.

Τα αίτια της παιδικής παχυσαρκίας δεν διαφέρουν πολύ από αυτά των ενήλικων. Η έλλειψη άσκησης και φυσικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με την κακή ποιότητα τροφής και τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες ευνοούν την αύξηση βάρους και την εναπόθεση λίπους στον οργανισμό. Η κληρονομικότητα, η άγνοια των γονέων συντηρούν και επιδεινώνουν το πρόβλημα.

Πρέπει επιπλέον να έχουμε το μυαλό μας στον ψυχικό κόσμο των παιδιών. Παιδιά με παχυσαρκία μπορεί να ταπεινώνονται από τους συμμαθητές τους και να γίνονται αντικείμενο χλευασμού και κοροϊδίας.²³

3.7.1 Παιδική παχυσαρκία και σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και η παχυσαρκία αποτελούν σύγχρονες μάστιγες. Η συχνότητα και των δύο αυξάνεται εντυπωσιακά τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα ο σακχαρώδης διαβήτης να αποτελεί ένα ιατρικό, οικονομικό και ψυχιατρικό πρόβλημα.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 εμφανίζεται στην εφηβεία και συνυπάρχει βεβαρημένο οικογενειακό κληρονομικό ιστορικό σε πρώτου και δευτέρου βαθμού συγγενείς.

Επίσης η εξέλιξη της παχυσαρκίας σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στα παιδιά είναι γρηγορότερη σε σχέση με τους ενήλικες με αποτέλεσμα να εμφανίζονται συχνότερα επιπλοκές που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής και τη βιωσιμότητα του παχύσαρκου διαβητικού παιδιού. Η εξέλιξη της παχυσαρκίας σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στα παιδιά ξεκινάει συνήθως με οριακά αυξημένα σάκχαρα νηστείας ή ελαττωμένη ανοχή στην γλυκόζη αρκετά χρόνια πριν εκδηλωθεί ο σακχαρώδης διαβήτης.

Η διάγνωση γίνεται με καμπύλη σακχάρου και με τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, μια εξέταση αίματος που δίνει μια εικόνα για το σάκχαρο για τους προηγούμενους δυο -τρεις μήνες και βοηθά στην ταχύτερη έναρξη της θεραπείας, την υγιεινή διατροφή και την άσκηση, προκειμένου να χάσει κανείς κιλά και να καθυστερήσει ή να αποφύγει την εξέλιξη της παχυσαρκίας σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Πολλές φορές η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στα παχύσαρκα ή υπέρβαρα νεαρά άτομα προκαλεί στους ίδιους και την οικογένειά τους αγωνία, φόβο, άγχος και μελαγχολία.

Η αντιμετώπιση είναι η σωστή θεραπευτική προσέγγιση με βάση την άσκηση και την υγιεινή διατροφή σε συνδυασμό με τη συστηματική παρακολούθηση και την ιδανική ρύθμιση που προστατεύει από την εμφάνιση των χρόνιων επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.²³

3.7.2 Παιδική παχυσαρκία και κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου

Η παχυσαρκία προκαλεί αλλοιώσεις που είναι η αιτία για την στηθάγχη και την εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου, ευθύνεται για την δημιουργία καρκίνου διάφορων τύπων. Οι επιστήμονες δεν γνωρίζουν τον μηχανισμό με τον οποίο η παχυσαρκία καθιστά κάποιον ευάλωτο στον καρκίνο αλλά πιστεύουν ότι οι παχύτεροι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν.

Η παρουσία παραπάνω κυττάρων λίπους επηρεάζει τις ορμόνες. Σε κυτταρικό επίπεδο αυτό μπορεί να ευνοεί την ανάπτυξη όγκων στους ανθρώπους. Επίσης οι παχύσαρκοι εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο παχέος εντέρου, μήτρας και μαστού. Τα παχύσαρκα και υπέρβαρα παιδιά εμφανίζουν ανωμαλίες του μεταβολισμού και διάφορων οργάνων ή συστημάτων που πιθανόν να συντομεύσουν την διάρκειά ζωής τους.²³

3.7.3 Οι ευθύνες των γονέων

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει μια επιδημία παχυσαρκίας, που θέτει σε κίνδυνο την υγεία των παιδιών, οι περισσότεροι γονείς, σχεδόν το 80% , είναι αδιάφοροι για το γεγονός ότι δεν ασκούνται στο βαθμό που θα έπρεπε.

Η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος σώματος που έχουν τα παιδιά σήμερα,

μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές ασθένειες που απειλούν την ζωή τους. Επίσης οδηγούν σε καρδιακά προβλήματα, σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, σε καρκίνο, υψηλή πίεση.

Ωστόσο οι γονείς, δεν έχουν συνειδητοποιήσει τους κινδύνους που απειλούν τόσο το παρόν όσο και το μέλλον των παιδιών τους. Η σύγχρονη τεχνολογία έχει καθηλώσει τα παιδιά σε μια καθιστική ζωή. Τα παιχνίδια με υπολογιστές, τηλεόραση, διάφορα βίντεο στο διαδίκτυο ελκύουν τα παιδιά με αποτέλεσμα να μην βγαίνουν έξω και να κάθονται με τις ώρες μπροστά από μια οθόνη.

Είναι γεγονός ότι πολλοί γονείς δεν αντιλαμβάνονται ότι το παιδί τους πάσχει από υπερβολικό βάρος ή παχυσαρκία. Οι λόγοι της άγνοιας αυτής περιλαμβάνουν την άρνηση, την απροθυμία παραδοχής ενός προβλήματος υπερβολικού βάρους ή ακόμα την αυτοπεποίθηση. Φαίνεται ότι η απουσία ενδιαφέροντος των γονιών για την παχυσαρκία των παιδιών τους, είναι περισσότερο πρόβλημα απουσίας ενημερότητας, διαφώτισης παρά αδιαφορία ή αμέλεια. Το συμπέρασμα είναι ότι χρειάζεται εκπαίδευση των γονιών για το τι είναι το κανονικό βάρος. Ταυτόχρονα οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ζυγίζουν τα παιδιά όλων των γονέων και να λένε στους γονείς αν είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα. Έτσι επιτυγχάνεται η πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Χωρίς τη συμβολή των γονιών, του σχολείου και των επαγγελματιών υγείας δεν μπορεί να καταπολεμηθεί η παχυσαρκία. Είναι σημαντικό να ληφθούν στρατηγικές πρωτοβουλίες προς αυτήν την κατεύθυνση με εκπαίδευση γονιών, διαφώτιση εκπαιδευτών και εντατικοποίηση των προσπαθειών των γιατρών που φροντίζουν την υγεία των παιδιών.

Τα παιδιά δεν είναι δυνατό να αντιληφθούν τις βλαβερές συνέπειες τις παχυσαρκίας ούτε σε θέση να λαμβάνουν από μόνα τους τα κατάλληλα μέτρα. Οπότε οι γονείς είναι αυτοί που πρέπει να αντιληφθούν και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα με υπευθυνότητα. Δυστυχώς όμως, πολλές φορές οι γονείς δεν λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους κινδύνους που δημιουργεί η παχυσαρκία στην υγεία των παιδιών τους ενώ μερικές φορές δεν αντιλαμβάνονται την ύπαρξη του προβλήματος.²³

3.7.4 Συμβουλές προς τους γονείς

Οι γονείς θα πρέπει να συμβουλευτούν τον γιατρό τους, να μην πιέζουν και να μην μαλώνουν το παιδί υπενθυμίζοντας διαρκώς το πρόβλημα του. Τέτοιου είδους συμπεριφορά δημιουργεί στο παιδί ντροπή, θυμό, στεναχώρια και εγκατάλειψη. Το παιδί θα πρέπει να καταλάβει την αξία της υγιεινής διατροφής και άσκησης αποφεύγοντας πάντα τις

ακρότητες. Ταυτόχρονα, πρέπει να υπάρχει ένα υγιεινό διαιτολόγιο για όλη την οικογένεια. Οι γονείς είναι αναγκαίο να μαγειρεύουν στο σπίτι, να μειώνουν τις μερίδες και να μην πιέζουν τα παιδιά να τρώνε όταν δεν πεινάνε. Το ψυγείο πρέπει να είναι εφοδιασμένο με υγιεινές τροφές- φρούτα και γιαούρτια.

Επόμενο βήμα είναι η ενθάρρυνση για φυσική δραστηριότητα. Με κάθε ευκαιρία οι γονείς θα πρέπει να περπατούν και να παίζουν με τα παιδιά τους. Καλό θα είναι να βρεθούν κοινές δραστηριότητες που θα διασκεδάσουν και θα γυμνάσουν και τους γονείς και τα παιδιά. Επίσης θα πρέπει να αποφευχθούν από τους γονείς συνήθειες όπως το φαγητό μπροστά στην τηλεόραση ή τον υπολογιστή. Συνήθως τα παιδιά μιμούνται τους γονείς. Εάν τους βλέπουν να καταναλώνουν χωρίς μέτρο και προσοχή μπορεί να κάνουν το ίδιο. Πρέπει να βρίσκονται συνεχώς κοντά τους και να τονώνουν την αυτοπεποίθησή τους. Εάν οι γονείς θέλουν να προφυλάξουν το μέλλον των παιδιών τους είναι απαραίτητο να λάβουν μέτρα από πολύ νωρίς στην ζωή τους που θα τα προστατεύουν για πάντα. ^{11, 23}

3.8 Πρόληψη της παχυσαρκίας

Η λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας είναι η πρόληψη με αύξηση δηλαδή της φυσικής δραστηριότητας, επιτήρηση του βάρους και υιοθέτηση κανόνων υγιεινής διατροφής. Η πρόληψη της παχυσαρκίας είναι πολύ σημαντική. Για το λόγο αυτό οι σωστές βάσεις πρέπει να τεθούν από τη νεαρή ηλικία.

Για να προλάβουμε το πρόβλημα κάνουμε τα εξής :

- 1) Ρωτάμε τον γιατρό ποιο είναι το φυσιολογικό ύψος και βάρος του παιδιού ανάλογα με την ηλικία
- 2) Εκπαιδεύουμε το άτομο για την υγιεινή διατροφή ακολουθώντας το τρίπτυχο: ισορροπία, μέτρο, ποικιλία.
- 3) Από μικρή ηλικία αποφεύγουμε junk food και γλυκά.
- 4) Όλα τα τρόφιμα μπορούν να υπάρχουν σε ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο αρκεί αυτό να γίνεται με μέτρο.
- 5) Δεν πρέπει όταν καθόμαστε στην τηλεόραση ή τον υπολογιστή να καταναλώνουμε σνακ και αναψυκτικά.
- 6) Με την βοήθεια του διαιτολόγου υιοθετούμε ένα υγιεινό διαιτολόγιο.

Το ιδανικό βάρος ή υγιές βάρος του ατόμου καθορίζεται από διάφορες παραμέτρους όπως η ηλικία, το φύλο, το γένος και το ύψος. Σύμφωνα με παγκόσμιους οργανισμούς Υγείας και Διαιτολογίας η επιτρεπόμενη απώλεια βάρους είναι 1/2- 1 κιλό την εβδομάδα, ώστε να μην υπάρξουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου, μείωση του μεταβολισμού ή απώλεια μυϊκής μάζας.

Για να βρούμε το ιδανικό βάρος κάνουμε τα εξής : με το μέσο δάχτυλο και τον αντίχειρα του ενός χεριού σχηματίζουμε κύκλο – πιάνουμε τον καρπό του άλλου χεριού. Αν η άκρη του μέσου δαχτύλου και του αντίχειρα δεν εφάπτονται τότε κάνουμε λόγο για Μεγάλη σωματική διάπλαση, αν μόλις εφάπτονται για Μεσαία και αν επατονίζουν για Μικρή.^{13, 15}

3.8.1 Δείκτης μάζας σώματος

Ο δείκτης μάζας σώματος είναι μια από τις χρήσιμες μετρήσεις του υπερβάλλοντος βάρους που προκύπτει όταν διαιρεθεί το βάρος με το τετράγωνο του ύψους, σύμφωνα με τον εξής τύπο: $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Βάρος} / \text{Ύψος}^2$ (kg/m²). Οι φυσιολογικές τιμές του δείκτη αυτού είναι μεταξύ 20 και του 25. Ένα αποτέλεσμα μεταξύ 25 και του 29.9 καταδεικνύει άτομο παχύσαρκο. Όταν ο δείκτης μάζας ξεπερνά το 40, η υπέρβαση του βάρους φτάνει το 50 με 60 επιπλέον κιλά και τότε η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται νοσογόνος. Το χαρακτηριστικό αυτής είναι η απορρύθμιση του μεταβολισμού και η τάση για ακόμη μεγαλύτερη αύξηση βάρους.

Η ύπαρξη ενός ποσοστού λίπους στο σώμα είναι απαραίτητη για την ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπινου οργανισμού. Οι γυναίκες διαθέτουν περισσότερα ποσοστά λίπους απ' ότι οι άνδρες. Η ακριβής μέτρηση της ποσότητας του λίπους ενός ατόμου γίνεται σε εξειδικευμένα εργαστήρια. Ωστόσο κυκλοφορούν μερικές συσκευές- λιπομετρητές

που υπολογίζουν το πάχος αλλά οι μετρήσεις δεν είναι ακριβείς και τα αποτελέσματα δεν είναι αξιόπιστα. Για τον λόγο αυτό οι ειδικοί συνηθίζουν να χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους μέτρησης.¹²

3.8.2 Υπολογισμός θερμίδων

Η κατανάλωση τροφής συνδέεται με την κάλυψη των απαιτήσεων ενέργειας του οργανισμού. Οι ενεργειακές απαιτήσεις του οργανισμού διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την σωματική διάπλαση και την φυσική δραστηριότητα του ατόμου. Όταν η προσλαμβανόμενη ενέργεια υπερβαίνει τις ημερήσιες ανάγκες το περίσσειμα αποθηκεύεται με την μορφή λίπους στον οργανισμό.

Η ενέργεια της τροφής υπολογίζεται σε θερμίδες (kcal). Ο υπολογισμός όμως της καθημερινής αναγκαίας ενέργειας είναι αρκετά πιο περίπλοκος. Η συνολική ενέργεια που απαιτείται καθημερινά για κάθε ζωντανό οργανισμό, είναι το άθροισμα της ενέργειας που χρειάζεται στις φυσικές του δραστηριότητες. Η ενέργεια που καταναλώνουμε για την φυσική μας δραστηριότητα αντιπροσωπεύει από το 15 έως το 50% της συνολικής, ανάλογα με τα επίπεδα της δραστηριότητας αυτής.

Η ενέργεια που απαιτείται για το βασικό μεταβολισμό του ανθρώπινου οργανισμού, BMR, υπολογίζεται ως εξής :

Για τις γυναίκες:

$$\text{BMR} = 655 + (9.6 \times \text{Βάρος σε κιλά}) + (1.8 \times \text{Ύψος σε cm}) \\ (4.7 \times \text{Ηλικία σε χρόνια}).$$

Για τους άνδρες:

$$\text{BMR} = 660 + (13.7 \times \text{Βάρος σε κιλά}) + (5 \times \text{Ύψος σε cm}) \\ (6.8 \times \text{Ηλικία σε χρόνια}).$$

Η επιπλέον ενέργεια που καταναλώνουμε με τη φυσική μας δραστηριότητα προστίθεται στις ημερήσιες ανάγκες μας. Έτσι οι συνολικές ημερήσιες ανάγκες του οργανισμού σε θερμίδες υπολογίζονται, εμπειρικά ως εξής:

$$\text{BMR} \times 1.2$$

Όταν δεν υπάρχει αξιόλογη φυσική σωματική δραστηριότητα

$$\text{BMR} \times 1.375$$

Όταν υπάρχει κάποια σωματική δραστηριότητα, άσκηση ή σπορ 3 φορές την

εβδομάδα

$$\text{BMR} \times 1.55$$

Για πιο έντονη σωματική δραστηριότητα, άσκηση ή σπορ 35 φορές την εβδομάδα

$$\text{BMR} \times 1.725$$

Για έντονη καθημερινή σωματική δραστηριότητα, άσκηση ή απαιτητική εργασία
BMR X 1.9

Για αθλητές και άτομα με εξαιρετικά βαριά χειρωνακτικά επαγγέλματα

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, η παχυσαρκία οφείλεται στην υπερβολική αποταμίευση ενέργειας με τη μορφή λίπους στον οργανισμό και προκαλείται από την τακτική λήψη υπερβολικής ποσότητας τροφής, που η θερμιδική της αξία υπερβαίνει αυτή που το άτομο καταναλώνει. Έτσι, η καλύτερη στρατηγική για όλους είναι το μέτρο στην κατανάλωση τροφής και η άσκηση. Φροντίζουμε να τρώμε τα πάντα, σε λογικές ποσότητες, χωρίς ακρότητες προς την μία ή την άλλη κατεύθυνση, προσπαθώντας όσο το δυνατό περισσότερο να αποφύγουμε την κακής ποιότητας τροφή: την τροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος και θερμίδες, που προσφέρουν τα fast foods, τα κυλικεία και τα έτοιμα γεύματα. Πολλά και μικρά γεύματα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά, σε συνδυασμό με μια όσο το δυνατόν καλή φυσική δραστηριότητα, μπορούν να αποφέρουν άριστα και μόνιμα αποτελέσματα.^{5, 12}

3.9 Θεραπεία (νοσηλευτικές παρεμβάσεις)

Η θεραπεία της παχυσαρκίας δεν είναι ούτε εύκολη, ούτε απλή και φυσικά δεν αφορά απλά και μόνο τη λήψη ενός φαρμάκου. Η σωστή αντιμετώπιση ενός παχύσαρκου ατόμου προϋποθέτει τον καθορισμό του βαθμού και του είδους της παχυσαρκίας και ακολούθως τη μελέτη των συνηθειών του, του μεταβολισμού του και των ενδοκρινολογικών χαρακτηριστικών του. Μάλιστα, πριν επιχειρηθεί οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια κάθε παχύσαρκος υποβάλλεται σε κλινική εξέταση καθώς και εργαστηριακές, ακτινολογικές και μικροβιολογικές εξετάσεις με σκοπό να ανακαλυφθεί μια πιθανή κρυφή πάθηση που μπορεί να ευθύνεται ή να συμβάλει στη δημιουργία του προβλήματος.

Κυρίαρχο ρόλο σε κάθε θεραπευτική προσπάθεια έχει η ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος. Μόνο με τον τρόπο αυτό ο ασθενής θα κατορθώσει να απαλλαγεί από τις παλιές διατροφικές του συνήθειες, να ελαττώσει το βάρος του και να προσαρμοστεί στον καινούριο τρόπο ζωής του. Παράλληλα, ο ίδιος, μέσα από την ψυχολογική υποστήριξη θα εφοδιασθεί με υπομονή και διάθεση, στοιχεία απαραίτητα στο δύσκολο έργο της απώλειας βάρους που αποτελεί μια χρονοβόρα διαδικασία.

Παρακάτω γίνεται αναφορά σε ορισμένες θεραπείες που εφαρμόζονται από διαιτολόγους και γιατρούς.²⁴

3.9.1 Δίαιτα και άσκηση

Οι δίαιτες έχουν σαν στόχο την απώλεια βάρους θέτοντας περιορισμούς στην πρόσληψη τροφής. Ως μέθοδος θεραπείας, η δίαιτα ενδείκνυται περισσότερο στη μέτρια παχυσαρκία, όταν δηλαδή το πλεονάζον βάρος δεν ξεπερνά τα 20 με 25 κιλά. Είναι επίσης κατάλληλη για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο ορισμένων παθήσεων του μεταβολισμού, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση ή η υπερλιπιδαιμία.

Η πρόσληψη της πρωτεΐνης είναι απαραίτητη γιατί αυτή αποτελεί το δομικό στοιχείο του οργανισμού και όσο μικρότερη είναι η ενεργειακή πρόσληψη τόσο μεγαλύτερες οι ανάγκες γι' αυτήν. Τα επίπεδα των υδατανθράκων είναι σημαντικής σημασίας σε δίαιτες χαμηλών θερμίδων, αφού πρέπει να υπάρχει επαρκής ποσότητα αυτών για να διατηρηθούν τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος και το ισοζύγιο των υγρών του οργανισμού.

Ηλεκτρολύτες (όπως κάλιο, νάτριο) πρέπει να περιλαμβάνονται στη δίαιτα ιδιαίτερα των ατόμων που εισάγονται σε διαιτητικά σχήματα πολύ χαμηλών θερμίδων. Επίσης οι δίαιτες θα πρέπει να συνδυάζονται με την πρόσληψη ικανοποιητικής ποσότητας νερού και να συμπληρώνονται με βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

Οι δίαιτες θα μπορούσαν να χωριστούν σε δύο κύριες κατηγορίες: αυτές που βασίζονται στη μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων και λιπών (ολιγοθερμιδικές ή υποθερμιδικές και άλιπες) εκείνες που βασίζονται στην εκλεκτική στέριση ή υπερκατανάλωση ορισμένων από τα βασικά διατροφικά συστατικά (λίπος, πρωτεΐνη ή υδατάνθρακες).

Οι υποθερμιδικές δίαιτες διακρίνονται ανάλογα με το ποσοστό μείωσης της θερμιδικής πρόσληψης που επιβάλλουν. Σε μια εξαιρετικά ολιγοθερμιδική δίαιτα (λιγότερο από 800 Kcal/ ημέρα), ο ρυθμός καύσης του λίπους αυξάνεται σταδιακά τις 2-3 πρώτες εβδομάδες, μέχρι περίπου το 1 κιλό ανά εβδομάδα. Με τις δίαιτες αυτές παρατηρείται αρχικά ταχεία απώλεια βάρους που οφείλεται στις συγκριτικά μεγάλες απώλειες νερού και σκελετικής πρωτεΐνης. Το φαινόμενο αυτό, δεν είναι παρά η φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στην ελαττωμένη πρόσληψη τροφής, που αποσκοπεί στην εξοικονόμηση ενέργειας που προκαλεί η μείωση των καύσεων.

Οι καύσεις του οργανισμού ρυθμίζονται από τον θερμοστάτη που βρίσκεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Το όργανο αυτό είναι σε θέση να αυξομειώνει τις καύσεις με σκοπό να αποτρέψει τις αυξομειώσεις του βάρους. Όταν κανείς προσπαθεί να μειώσει το βάρος του κάνοντας αυστηρή (εξαιρετικά υποθερμιδική) δίαιτα, ο θερμοστάτης αντιδρά

μειώνοντας τις καύσεις και την κατανάλωση ενέργειας. Οι μεταβολές του θερμοστάτη είναι υπεύθυνες για το φαινόμενο της αντίστασης, που συνοδεύεται από εξάντληση, νευρική αλλοίωση και απογοήτευση για την γρήγορη ανάκτηση του βάρους. Το βάρος, παρά την προσπάθεια που καταβάλλεται, ανακτάται σύντομα μετά την διακοπή της δίαιτας, καθώς ο οργανισμός παραμένει σε κατάσταση μειωμένων καύσεων για αρκετό καιρό (περίπου ένα μήνα μετά).

Επιπλέον, είναι γνωστό ότι οι επαναλαμβανόμενες εξαιρετικά ολιγοθερμιδικές δίαιτες καθώς και οι συχνές διακυμάνσεις του βάρους απορυθμίζουν τελικά το μεταβολισμό και δημιουργούν μια νοσηρή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από χρόνιες θρεπτικές διαταραχές, μείωση της μυϊκής μάζας και αύξηση του σπλαχνικού λίπους. Αντίθετα, οι ισορροπημένες ολιγοθερμιδικές δίαιτες που βασίζονται στον περιορισμό του λίπους και των επεξεργασμένων υδατανθράκων (όπως η ζάχαρη) με ταυτόχρονη αύξηση των φυτικών ινών είναι υγιεινές και παρέχουν μακροχρόνια αποτελέσματα. Οι δίαιτες της δεύτερης κατηγορίας βασίζονται στην εκλεκτική στέρηση ή υπερκατανάλωση ορισμένων από τα βασικά διατροφικά συστατικά. Οι περισσότερες από αυτές επιτρέπουν την καθημερινή πρόσληψη των τροφών σε μερίδες και παρέχουν μια λίστα τροφών που πρέπει να αποφεύγονται ή να περιορίζονται σοβαρά. Ανάλογα με την κάθε δίαιτα μπορεί να αποφεύγονται τροφές που περιέχουν πολλά λίπη, πολλούς υδατάνθρακες ή πολλές πρωτεΐνες.

Για να είναι αποτελεσματική μια δίαιτα θα πρέπει οι αλλαγές να είναι μικρές και σταδιακές. Οι ξαφνικές και μεγάλες αλλαγές συνήθως δεν διατηρούνται επί μακρόν. Σταδιακή μείωση της ζάχαρης, των μερίδων, των φαγητών με πολλά λιπαρά, σταδιακή αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, περπάτημα και υπομονή είναι η καλύτερη συνταγή για μια καλή αρχή με σταθερό και μακροχρόνιο αποτέλεσμα. Η απόφαση να δώσει κανείς ολοκληρωμένη – σφαιρική αντιμετώπιση στην πολύπλοκη νόσο της παχυσαρκίας, εγγυάται όχι μόνο καλύτερα αλλά και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Όπως επισημάνθηκε και σε προηγούμενες ενότητες, πολύ συχνά η παχυσαρκία οφείλεται σε ψυχογενείς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί, όχι μόνο την προκαλούν αλλά μπορεί και να διαιωνίζουν την όποια παθολογική κατάσταση. Συχνά παρατηρείται ότι ενώ οι πάσχοντες έχουν τη διάθεση να προσπαθήσουν να χάσουν βάρος, δείχνουν δυσκολία να αποδεχτούν μόνιμες αλλαγές στην καθημερινότητα και τη διατροφή τους. Για πολλούς από αυτούς το φαγητό αποτελεί μέσο συναισθηματικής έκφρασης. Έτσι, ακόμα κι όταν αρχικά υπάρξει κάποια επιτυχία, αυτή είναι συνήθως προσωρινή. Με τη βοήθεια όμως της ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο η επίτευξη, όσο και η διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων, διευκολύνονται σημαντικά. Σε μία θεραπευτική σχέση, το άτομο έχει την ευκαιρία να διερευνήσει σε βάθος τις ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις της νόσου του και

απαλλαγμένο από τα συναισθήματα ενοχών και τον γνωστό κοινωνικό στιγματισμό, να μπορέσει να βοηθηθεί και να βρει τη δύναμη να επιφέρει μεγάλες αλλαγές στην υγεία και τη ζωή του.

Άσκηση

Η άσκηση όταν συνδυαστεί με την κατάλληλη διαίτα μπορεί να επιφέρει πιο γρήγορα το επιθυμητό αποτέλεσμα και να βοηθήσει στην μακροχρόνια διατήρησή του. Η γυμναστική, το περπάτημα, ο αθλητισμός και τα σπορ μειώνουν την όρεξη, καταναλώνουν θερμίδες, βοηθούν στη μείωση του βάρους και δημιουργούν ευεξία. Η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες. Οι ενδογενείς παράγοντες αφορούν την προσωπικότητα και τον χαρακτήρα του ατόμου, ενώ οι εξωγενείς, σχετίζονται με το περιβάλλον και το επάγγελμα του.

Η άσκηση (άθληση) είναι μια ειδική μορφή έντονης δραστηριότητας που γίνεται προγραμματισμένα. Τα καλύτερα αποτελέσματα φαίνεται ότι έχει ο συνδυασμός αεροβικής και αναερόβιας άσκησης. Η αύξηση της καθημερινής φυσικής δραστηριότητας ή κάποιο τακτικό πρόγραμμα άσκησης συνιστάται οπωσδήποτε από τους ειδικούς καθώς σε συνδυασμό με διαιτητική αγωγή φέρνει ευεργετικά αποτελέσματα στο μεταβολικό ισοζύγιο.⁵

24

3.9.2 Σωματική δραστηριότητα

Η σωματική δραστηριότητα αφορά όλες τις σωματικές κινήσεις που έχουν ως αποτέλεσμα τη δαπάνη ενέργειας. Περιλαμβάνονται όλες οι καθημερινές δραστηριότητες. Η σωματική δραστηριότητα είναι σημαντική για καλή υγεία και ευεξία, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου ειδικά του εντέρου. Επίσης, βοηθά στην πρόληψη της καρδιακής νόσου και του διαβήτη, ενώ συμβάλλει στη διατήρηση ενός υγιούς σώματος. Η σωματική δραστηριότητα βοηθάει να νιώθει κανείς καλύτερα.

Οι σωματικές δραστηριότητες για παιδιά και ενήλικες θα πρέπει να είναι κατάλληλες για την ηλικία τους, να είναι διασκεδαστικές και να παρουσιάζουν ποικιλία. Η σωματική δραστηριότητα βοηθά στην ενδυνάμωση των οστών, στην ενισχυμένη εγρήγορση, στην απόκτηση δύναμης, αντοχής, ταχύτητας και στην αποφυγή της κόπωσης.

Η υπερβολική σωματική δραστηριότητα μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα. Πρέπει να αποφεύγονται οι πολύωρες ασκήσεις. Η ξεκούραση είναι μέρος του προγράμματος της σωματικής άσκησης και είναι απαραίτητη για την ανάκτηση δυνάμεων. Τα

συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με την υπερβολική σωματική δραστηριότητα είναι η κόπωση, κράμπες των μυών, εξάντληση και διαταραχές ύπνου.^{7,11}

3.9.3 Φυσική δραστηριότητα

Η φυσική δραστηριότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή μας. Το να ασκείται κάποιος είναι κύριο στοιχείο για να έχει μια υγιεινή, χαρούμενη και μακροχρόνια ζωή. Η υγιεινή διατροφή είναι η μια παράμετρος για να πετύχουμε και να διατηρήσουμε το βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα. Η άλλη παράμετρος είναι μια φυσική δραστηριότητα.

Ο βασικός μεταβολισμός των ανθρώπων μειώνεται όσο μεγαλώνουμε ηλικιακά. Έτσι, για να διατηρήσουμε μια ενεργειακή ισορροπία πρέπει να αυξήσουμε τη φυσική μας δραστηριότητα και να ισορροπήσουμε τη διατροφή μας.

Πλεονεκτήματα φυσικής δραστηριότητας

- μειώνει τις πιθανότητες για εμφάνιση χρόνιων παθήσεων όπως καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά, διαβήτη και παχυσαρκία
- βοηθά στη διαχείριση του βάρους
- βοηθά στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης
- μειώνει το αίσθημα κατάθλιξης και το άγχος
- βελτιώνει την ισορροπία του σώματος και αποφεύγονται οι πτώσεις και με αυτόν τον τρόπο μειώνονται τα κατάγματα.

Φυσική δραστηριότητα και απώλεια βάρους

Για να βρούμε ποια είναι η πιο αποτελεσματική άσκηση για την καύση του λίπους και για να βοηθήσει στην απώλεια βάρους πρέπει να κατανοήσουμε πως λειτουργεί το σώμα μας κατά την διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας.

Ένας αποτελεσματικός τρόπος είναι ο συνδυασμός αερόβιας και αναερόβιας άσκησης. Είναι πολύ σημαντικό να προσπαθούμε να κάνουμε την φυσική μας δραστηριότητα ενδιαφέρουσα κάνοντας διαφορετικές ασκήσεις σε διαφορετικές μέρες.

Τέλος, το πόσο θα ασκηθεί κανείς εξαρτάται από την υγεία του ατόμου. Ακόμα και οι σοβαρά άρρωστοι πρέπει να ασκούνται ανάλογα με ότι θα τους πει ο γιατρός τους,

γιατί η άσκηση θα βοηθήσει στην θεραπεία τους.^{7,11}

3.9.4 Φαρμακευτική αγωγή

Εκτός από την δίαιτα και την άσκηση για την καταπολέμηση του υπερβάλλοντος βάρους πολλά άτομα καταφεύγουν στην φαρμακευτική αγωγή η οποία συνήθως ενδείκνυται στις ελαφρές μορφές παχυσαρκίας. Τα πιο γνωστά φάρμακα που χρησιμοποιούνταν στο παρελθόν ήταν οι αμφεταμίνες οι οποίες λειτουργούσαν μεν σαν ανορεξιογόνα, είχαν όμως σοβαρές παρενέργειες για τον οργανισμό, και γι' αυτό το λόγο η κυκλοφορία τους έχει πλέον απαγορευτεί. Η χορήγηση μικρών δόσεων θυρομόνης διευκολύνει την απώλεια βάρους στις περιπτώσεις όπου η παχυσαρκία οφείλεται σε υποθυρεοειδισμό εφόσον συνδυάζεται με δίαιτα.

Σήμερα στο εμπόριο κυκλοφορούν τρία νέα σκευάσματα: το Acomplia, το Xenical και το Reductil. Το Acomplia ανήκει σε μια νέα κατηγορία φαρμάκων που ονομάζονται εκλεκτικοί αποκλειστές των υποδοχέων των κανναβινοειδών. Παρασκευάζεται από την SanofiAventis και περιέχει την ουσία rimonabant, η οποία δρα στους κανναβινικούς υποδοχείς του εγκεφάλου. Οι υποδοχείς αυτοί υπεισέρχονται στο μεταβολισμό της γλυκόζης και των λιπιδίων, συμπεριλαμβανομένων του λιπώδους ιστού, του ήπατος, της γαστρεντερικής οδού και των μυών. Το συγκεκριμένο φάρμακο πρέπει να χορηγείται με συνταγή γιατρού, ενώ δεν πρέπει να λαμβάνεται από ασθενείς με ηπατική ή νεφρική βλάβη ή ψυχιατρικές παθήσεις, όπως η κατάθλιψη.

Το Reductil(σιμπουτραμίνη), είναι ανορεξιογόνο με δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, αλλά διαφορετικό από τις αμφεταμίνες. Αυξάνει τα επίπεδα σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης στον εγκέφαλο μειώνοντας την όρεξη κατά 30% και αυξάνοντας το αίσθημα κορεσμού. Όταν συνδυαστεί με κάποια ήπια δίαιτα και ελαφρά άσκηση, πετυχαίνει σημαντική απώλεια βάρους στο 77% των ασθενών, σε διάστημα έξι μηνών. Οι σπουδαιότερες παρενέργειες του φαρμάκου είναι η δημιουργία άγχους, νευρικότητας, αϋπνίας, ταχυκαρδίας, υπέρτασης, πονοκεφάλων και ξηροστομίας. Πρέπει πάντα να χορηγείται μετά από ιατρική εξέταση. Αντενδείκνυται σε ασθενείς με καρδιακή νόσο και υπέρταση, ενώ χρειάζεται προσοχή και παρακολούθηση όταν χορηγείται σε άτομα που λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά και αντιεπιληπτικά λόγω αυξημένης πιθανότητας παρενεργειών.

Το Xenical(ορλιστάτη), είναι αναστολέας της παγκρεατικής λιπάσης, ενός ενζύμου που είναι απαραίτητο για την απορρόφηση του λίπους της τροφής. Παρασκευάζεται από τη Roche. Όταν λαμβάνεται λίγη ώρα πριν το γεύμα, πετυχαίνει να μειώσει μέχρι και 30% την απορρόφηση του λίπους της τροφής. Το άπεπτο λίπος αποβάλλεται με τα κόπρανα. Η πιο συχνή παρενέργεια του φαρμάκου είναι οι διάρροιες.

Φυσικά, η καταφυγή σε φάρμακα για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας θα πρέπει να είναι η τελευταία επιλογή. Είναι καλύτερα πρώτα να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί μέσω αλλαγής τρόπου ζωής, καλύτερης διατροφής, σωματικής άσκησης και ψυχολογικής ενδυνάμωσης.⁷

3.9.5 Χορήγηση ασβεστίου

Το ασβέστιο έχει πολλούς και σημαντικούς ρόλους στο ανθρώπινο σώμα. Εκτός από το ρόλο του στα οστά και στα δόντια ,χρειάζεται για τη λειτουργία των μυών, τη συστολή και διαστολή των αιμοφόρων αγγείων, τη σύνθεση και έκκριση ορμονών και ενζύμων. Επίσης, δρα εναντίον ορισμένων μορφών καρκίνου και στην πρόληψη της παχυσαρκίας. Βοηθά τους ανθρώπους να μην παίρνουν υπερβολικό βάρος συμβάλλοντας έτσι στην πρόληψη κατά της μάζας της παχυσαρκίας που ταλανίζει την ανθρωπότητα στην εποχή μας. Τα συμπληρώματα ασβεστίου έχουν τη μεγαλύτερη δυνατότητα στο να βοηθούν στη διατήρηση του βάρους χωρίς αύξηση του δείκτη μάζας σώματος αλλά ακόμη βοηθούν στην απώλεια των περιττών κιλών που επιβαρύνουν το σώμα.

Τα συμπληρώματα ασβεστίου που λαμβάνονται για άλλους λόγους, όπως για παράδειγμα για την πρόληψη της οστεοπόρωσης, μπορεί να έχουν μια μικρή ευεργετική επίδραση στη μείωση του σωματικού βάρους, ιδιαίτερα σε μεσήλικες γυναίκες.⁷

3.9.6 Χειρουργικές επεμβάσεις

Η απόφαση για χειρουργική θεραπεία πρέπει να λαμβάνεται σε περιπτώσεις σοβαρής και επίμονης παχυσαρκίας (περισσότερο από 5 χρόνια) και εφ' όσον οι προηγούμενες συντηρητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις με δίαιτες και φάρμακα δεν έχουν αποδώσει. Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι για τις δυνατότητες και τα όρια της χειρουργικής και να είναι έτοιμοι για σημαντικές αλλαγές στη ζωή τους. Η χειρουργική

αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, είναι η μοναδική μέθοδος απώλειας βάρους και μακροχρόνιας διατήρησης των χαμένων κιλών για τους ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία.^{25, 26} Μερικές φορές η χειρουργική ενδείκνυται και σε ελαφρότερες μορφές παχυσαρκίας όταν συνυπάρχουν νοσήματα όπως διαβήτης, υπέρταση, υπνοαπνοϊκό σύνδρομο ή οστεοαρθρίτιδα και θεωρείται ότι θα υπάρξει σημαντική ωφέλεια από την απώλεια βάρους.

Για την επιλογή της κατά περίπτωση καταλληλότερης επέμβασης, έχουν ιδιαίτερη σημασία παράγοντες όπως ο δείκτης μάζας σώματος και το πλεονάζον βάρος, το φύλο, η ηλικία, το ιατρικό ιστορικό, οι διαιτολογικές προτιμήσεις και το περιβάλλον του ασθενούς. Η επιλογή πρέπει να γίνει με την καθοδήγηση του εξειδικευμένου χειρουργού, υπό την προϋπόθεση ότι ο ασθενής έχει μια εικόνα για τις αλλαγές που θα φέρει στη ζωή του το χειρουργείο. Το σημείο αυτό χρήζει ιδιαίτερης προσοχής γιατί στη χειρουργική της παχυσαρκίας η συνεργασία του ασθενούς μετά την επέμβαση, είναι κάτι παραπάνω από απαραίτητη.

Στις εξαιρετικά βαριές μορφές παχυσαρκίας απαιτείται πολλές φορές κάποια απώλεια βάρους προκειμένου να μειωθεί ο χειρουργικός κίνδυνος πριν την οριστική εγχείρηση. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να χρησιμοποιηθεί το γαστρικό μπαλόνι ή να σχεδιαστεί μια πολυσταδιακή χειρουργική προσέγγιση. Να γίνει δηλαδή αρχικά μια περιοριστική επέμβαση και αφού χαθεί αρκετό βάρος, να ακολουθήσει, αν χρειασθεί, και δεύτερη επέμβαση εντερικής παράκαμψης.

Οι επεμβάσεις της παχυσαρκίας κατατάσσονται στην κατηγορία των βαρέων χειρουργικών επεμβάσεων. Όταν συνυπάρχουν σοβαρά προβλήματα υγείας ή όταν η φυσική κατάσταση του ασθενούς δεν είναι καλή, το χειρουργείο πρέπει να αναβάλλεται μέχρι να προετοιμαστεί κατάλληλα ο ασθενής. Οι ασθενείς με υπνοαπνοϊκό σύνδρομο, άσθμα ή χρόνια βρογχίτιδα και οι καπνιστές θα πρέπει να προετοιμάζονται τουλάχιστον τρεις εβδομάδες πριν την επέμβαση.

Η παχυσαρκία αυτή καθ' αυτή, είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση. Αυτό σημαίνει ότι ο παχύσαρκος ασθενής βρίσκεται γενικά σε μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών όταν χειρουργηθεί. Οι επιπλοκές στη χειρουργική της παχυσαρκίας μπορεί να διακριθούν σε δυο κατηγορίες: α) στις περιεγχειρητικές επιπλοκές, αυτές δηλαδή που συμβαίνουν στο χειρουργείο και μέσα στις πρώτες 30 μέρες μετά την χειρουργική επέμβαση και β) στις αψότερες επιπλοκές που έχουν σχέση με το είδος της επέμβασης.

Το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών είναι σε γενικές γραμμές μικρό και η θνητότητα ελάχιστη όταν η επέμβαση γίνει με σωστή τεχνική και τηρηθούν οι ενδείξεις.

Οι συχνότερες επιπλοκές είναι η λοίμωξη και η ορώδης συλλογή τραύματος. Οι επιπλοκές αυτές δε δημιουργούν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία, καθυστερούν όμως την ανάρρωση και μπορούν να παρατείνουν τη νοσηλεία.

Οι απώτερες επιπλοκές εμφανίζονται συνήθως πολύ αργότερα, μήνες ή χρόνια μετά την επέμβαση. Στις επεμβάσεις γαστρικού περιορισμού, απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές αποτελούν η γαστροισοφαγική παλινδρόμηση, τα φαινόμενα δυσφαγίας και δυσανεξίας σε τροφές καθώς και οι επίμονοι εμετοί. Στις επεμβάσεις γαστρικής παράκαμψης, οι πιο συχνές επιπλοκές είναι οι μετεγχειρητικές κήλες, καθώς και επιπλοκές που σχετίζονται με τις αναστομώσεις. Στις επεμβάσεις αυτές παρατηρούνται και απώτερες μεταβολικές διαταραχές που σχετίζονται με την κακή θρέψη και την απώλεια βάρους. Τέτοιου είδους παρενέργειες αποτελούν η σιδηροπενία, οι συχνές διάρροιες, η αναιμία και η παροδική τριχόπτωση.

Μετά την επέμβαση η ιατρική παρακολούθηση πρέπει να είναι τακτική για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, η συχνότητα και η διάρκειά της εξαρτώνται από το είδος της επέμβασης. Για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα η επέμβαση θα πρέπει να συνοδεύεται από προσεκτική διατροφή. Οι διατροφικοί περιορισμοί διαφέρουν στην κάθε επέμβαση, σε καμία περίπτωση ωστόσο δεν θα πρέπει τους πρώτους 6 μήνες να καταναλώνονται μαλακές και υγρές τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος, όπως ζάχαρη, αναψυκτικά και σνακ. Οι τροφές αυτές καταναλώνονται εύκολα, χωρίς να προκαλούν δυσφαγία ή κορεσμό, συμβάλλοντας αρνητικά στη διαμόρφωση του βάρους. Θα πρέπει επίσης να αποφεύγεται η υπερβολική ποσότητα φαγητού, καθώς και η γρήγορη, λαίμαργη και αμάσητη κατάποση τροφής. Στο διάστημα αυτό θα πρέπει να αποφεύγονται οι τροφές οι οποίες είναι σκληρές και ινώδεις, οι δύσπεπτες τροφές ή εκείνες που διογκώνονται με την απορρόφηση υγρών αλλά και η λήψη υγρών κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά το γεύμα.

Σε πολλές περιπτώσεις είναι απαραίτητη η λήψη βιταμινών, σιδήρου, ασβεστίου και φυλλικού οξέως προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι μεταβολικές επιπλοκές. Σχεδόν όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν ριζική επίδραση στις καθημερινές συνήθειες του ασθενούς και τον υποχρεώνουν να τροποποιήσει τη διατροφή του.

Επίσης, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας είναι απαραίτητη για την επιτυχία της εγχείρησης. Όταν υπάρχει θερμιδική στέρση και σημαντική απώλεια βάρους, οι καύσεις του οργανισμού μειώνονται και ο μόνος τρόπος για να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο αυτό, είναι η φυσική δραστηριότητα και η άσκηση.^{12, 14}

3.9.6.1 Ο ρόλος του ενδοσκοπικού ενδογαστρικού μπαλονιού στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Το ενδοσκοπικό ενδογαστρικό μπαλόνι σχεδιάστηκε ώστε μηχανικά να προσφέρει αίσθημα πληρότητας και πρόωρου κορεσμού στο στομάχι, εμποδίζοντας έτσι την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής, καθυστερώντας την γαστρική κένωση και διευκολύνοντας την εκμάθηση της νέας διατροφής και της αλλαγής του τρόπου συμπεριφοράς των παχύσαρκων ατόμων. Έτσι, σε θεωρητικό επίπεδο ο ρόλος του είναι διπλός: απώλεια βάρους από την μία, αλλά και εξίσου σημαντικά, αρωγή στην αναμόρφωση του τρόπου ζωής και διατροφής των παχύσαρκων ατόμων από την άλλη.

Το ενδοσκοπικό μπαλόνι που χρησιμοποιείται σήμερα έχει ομαλή και λεία επιφάνεια για να μην ερεθίζει τον γαστρικό βλεννογόνο, διαθέτει μικρή και εύκαμπτη μορφή ώστε να τοποθετείται και να αφαιρείται με άμεση ενδοσκοπική όραση, γεμίζει με υγρό καλύτερα παρά αέρα, είναι κατασκευασμένο από σιλικονούχο, μαλακό και ελαστικό υλικό για ασφαλή χρήση, μπορεί να ρυθμισθεί σε διαφορετικά μεγέθη και είναι ορατό ακτινολογικά ώστε να εντοπίζεται σε περίπτωση επιπλοκών.

Οι αντενδείξεις για την τοποθέτηση του ενδογαστρικού μπαλονιού είναι: η κατάχρηση αλκοόλης ή ναρκωτικών ουσιών, το ενεργό πεπτικό έλκος, η χρόνια χρήση αντιπηκτικής αγωγής, η ευμεγέθης διαφραγματοκήλη, η σοβαρή οισοφαγίτιδα και οι γαστρικές επεμβάσεις.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επικοινωνία και ενημέρωση του ασθενούς από τον ιατρό- ενδοσκόπο. Λαμβάνεται αρχικά πλήρες ιατρικό ιστορικό του ασθενούς με ιδιαίτερη σημασία στην παρουσία πιθανά συνοδών νοσημάτων όπως η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, ο σακχαρώδης διαβήτης, και η κληρονομική προδιάθεση. Στη συνέχεια, αναλύονται οι διατροφικές συνήθειες του ασθενούς, αναζητώντας πιθανές διατροφικές αδυναμίες που οδηγούν στην παχυσαρκία καθώς και στοιχεία της καθημερινής συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής του παχύσαρκου ατόμου που μπορούν πιθανότατα με την μελλοντική βοήθεια του μπαλονιού να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικότερα.

Πριν από την τοποθέτηση ο ασθενής υποβάλλεται σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο που ορίζεται από τον ιατρό του. Ο ασθενής προετοιμάζεται σύμφωνα με την

διαδικασία της γαστροσκόπησης και λαμβάνει «μέθη». Τοποθετείται από το στόμα το μπαλόνι άδειο στο στομάχι και φουσκώνεται με 400-700 ml φυσιολογικού ορού χρωματισμένου με μια μπλε χρωστική. Η χρωστική αυτή χρησιμοποιείται για ασφάλεια ώστε σε περίπτωση που το μπαλόνι σπάσει κατά την διάρκεια των 6 μηνών που είναι προγραμματισμένο να παραμείνει στο στομάχι, να το αντιληφθεί ο ασθενής έγκαιρα σαν αλλαγή του χρώματος των ούρων του (πρασινόμπλε ούρα) και να επικοινωνήσει επείγοντως με τον ιατρό του, ο οποίος πιθανότατα να συστήσει πρόωρη αφαίρεση του μπαλονιού για τον κίνδυνο, το σιλικονούχο περίβλημά του, να περάσει από τον στόμαχο στο έντερο, οπότε δεν είναι δυνατή η αφαίρεσή του από το στόμα και υπάρχει κίνδυνος να προκαλέσει εντερική απόφραξη. Η επιπλοκή αυτή συμβαίνει σπάνια. Ο ασθενής μετά την τοποθέτηση του μπαλονιού δεν χρήζει απαραίτητα νοσηλείας, αλλά παραμένει τουλάχιστον επί 2ωρου στην αίθουσα ανάνηψης για παρακολούθηση. Εξέρχεται με συστάσεις για προοδευτική επανασίτιση με υδρική και πολτοποιημένη διατροφή τουλάχιστον επί 10ημέρου καθώς και ειδική φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της περιόδου προσαρμογής, που περιλαμβάνει συνήθως φάρμακα για γαστροπροστασία και αντιεμετικά.

3.10 Αισθητική αντιμετώπιση

Η σωστή διατροφή και η αυξημένη δραστηριότητα αποτελούν καταλυτικούς παράγοντες στην ρύθμιση του σωματικού βάρους και την αποφυγή της παχυσαρκίας. Η αισθητική ανήκοντας στα παραϊατρικά επαγγέλματα, βρίσκεται κοντά στο πρόβλημα και μέσα στα δικά της όρια και με τις δικές της μεθόδους συνδράμει στην αντιμετώπιση του αυξημένου βάρους και ιδιαίτερα της τοπικής συσσώρευσης λίπους.

Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιοι τρόποι με τους οποίους η αισθητική μπορεί να βοηθήσει στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας.¹¹

3.10.1 Αισθητικές μέθοδοι

Πριν την έναρξη της όποιας ειδικής αισθητικής εργασίας που αφορά την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας θα πρέπει η αισθητικός :

- 1) Να γνωρίζει τη φυσική κατάσταση του ατόμου και τα πιθανά προβλήματα υγείας
- 2) Να έχει καταρτίσει τα προγράμματα που θα εφαρμοσθούν σε κάθε περίπτωση και θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου,
- 3) Να έχει ενημερώσει πλήρως το άτομο για τις εφαρμογές που θα χρησιμοποιηθούν καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος,
- 4) Να ξεκινά πάντα τις όποιες εφαρμογές για την αντιμετώπιση του επιπλέον βάρους με την προετοιμασία του δέρματος του σώματος, ώστε να διευκολύνεται η διείσδυση των διαφόρων καλλυντικών σκευασμάτων και η επίδραση τω χρησιμοποιουμένων ρευμάτων.¹¹

3.10.2 Μάλαξη

Η μάλαξη, σαν μέσο για την φροντίδα του σώματος και την ηρεμία του μυαλού, αποτελεί μια τέχνη και είναι η πιο παλιά μέθοδος. Εφαρμόζεται από μασέρ απόλυτα συγκεντρωμένο στο έργο του που μπορεί να προσφέρει τέλεια χαλάρωση σώματος και μυαλού ή διέγερση και αναζωογόνηση όλων σχεδόν των οργανικών συστημάτων του ατόμου με μεγάλη αποτελεσματικότητα. Τα διαφορετικά αποτελέσματα της μάλαξης επιτυγχάνονται με τη διαφοροποίηση της πίεσης, της ταχύτητας, της έντασης, του ρυθμού και της αλλαγής του συνδυασμού των χειρισμών. Η μάλαξη αν συνδυασθεί με μειωμένη θερμιδική πρόσληψη καθίσταται πολύ χρήσιμο εργαλείο στην σταθεροποίηση της σωματικής εμφάνισης.

Η Τοπική μάλαξη και ειδικές ενεργητικές ασκήσεις μαζί με κατάλληλο διατροφικό σχεδιασμό μπορούν να εξασφαλίσουν τη βελτίωση της εμφάνισης της τοπικής λιπώδους δυσμορφίας.¹¹

3.10.3 Θερμαινόμενες κουβέρτες

Χρησιμοποιούνται για τις θεραπείες της τοπικής ή γενικής παχυσαρκίας και κυτταρίτιδας. Οι θερμαινόμενες κουβέρτες προκαλούν εφίδρωση. Η θερμοκρασία τους είναι 38-40° C, μεταφέρουν τη ζέστη βαθιά στο δέρμα και προκαλούν αύξηση της θερμοκρασίας στον υποκείμενο ιστό. Η βελτίωση του μεταβολισμού του λίπους και της κυκλοφορίας του αίματος βοηθά στη αποσύνθεση του λίπους και στην σύσφιξη του συνδετικού ιστού. Η άνοδος της θερμοκρασίας στους ιστούς έχει σαν αποτέλεσμα την υπεραιμία και την αυξημένη ενζυματική δράση. Έτσι επηρεάζεται το νευρικό σύστημα και επιταχύνεται η χαλάρωσή του. Οι μύες χαλαρώνουν και το άτομο ηρεμεί, νιώθει άνετα και το σώμα του δέχεται ευκολότερα τα ενεργά συστατικά των προϊόντων. ¹¹

3.11 Ψυχολογική υποστήριξη

Η συμβολή της Αισθητικής είναι ιδιαίτερα σημαντική στον τομέα της ψυχολογικής υποστήριξης του υπέρβαρου ατόμου, στο μέρος βέβαια που της αναλογεί. Ο χώρος της αισθητικού δεν είναι μόνο χώρος ομορφιάς αλλά μπορεί και είναι χώρος ανάπαυσης, ηρεμίας και χαλάρωσης. Το φιλικό, ευχάριστο, ζεστό, ήρεμο περιβάλλον και η προσωπική επαφή, το ιδιαίτερο ενδιαφέρον της αισθητικού με προγράμματα και εφαρμογές προσαρμοσμένες στην κάθε περίπτωση ξεχωριστά, βοηθούν το άτομο να αποβάλλει το στρες και να αποκτήσει επαφή με τον εαυτό του μέσα από ψυχική ηρεμία και ανάταση. Ψυχικά ήρεμα το άτομο μπορεί πια πιο ευχάριστα, πιο εύκολα και με μεγαλύτερη θέληση να δεχθεί τους καινούργιους τρόπους συμπεριφοράς που θα εισβάλλουν σε πολλούς τομείς της ζωής του, οι οποίοι θα το βοηθήσουν να πετύχει τον στόχο του, που είναι η απώλεια βάρους. ¹¹

3.12 Παχυσαρκία και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 έχει λάβει επιδημικό χαρακτήρα. Αυτή η δραματική αύξηση οφείλεται κυρίως στην αλλαγή των συνθηκών διαβίωσης με την υιοθέτηση διατροφικών πρότυπων (fast food) και στη μείωση της φυσικής δραστηριότητας. Η παχυσαρκία αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη

τύπου 2. Καταπολεμώντας την παχυσαρκία προλαμβάνεται και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2.

Η παχυσαρκία προκαλεί αντίσταση στην φυσιολογική δράση της ινσουλίνης. Η ινσουλίνη που φυσιολογικά χαμηλώνει το σάκχαρο στο αίμα, δεν μπορεί να δράσει. Ο λιπώδης ιστός απορροφά την ινσουλίνη και δεν επιτρέπει την δράση της, φαινόμενο που καλείται αντίσταση στην ινσουλίνη. Ο οργανισμός μέσω του παγκρέατος, για να επαναφέρει το σάκχαρο στα φυσιολογικά επίπεδα αναγκάζεται να παράγει ινσουλίνη. Έτσι, στο αίμα των παχύσαρκων υπάρχουν αυξημένες συγκεντρώσεις ινσουλίνης, η οποία δεν μπορεί να δράσει για να ρυθμίσει το σάκχαρο.

Η ινσουλίνη αυξάνει το αίσθημα της πείνας και γι' αυτό τα παχύσαρκα άτομα είναι δύσκολο να χάσουν βάρος. Ωστόσο, όταν χάσουν βάρος η ινσουλίνη έρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα. Όσο πιο φυσιολογικό βάρος έχουν τα άτομα με προδιάθεση για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 τόσο πιο αργά θα αναπτύξουν σακχαρώδη διαβήτη.⁵

3.12.1 Αντιμετώπιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε παχύσαρκα άτομα

Πολλές φορές η διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στα παχύσαρκα άτομα προκαλεί αγωνία, φόβο, ανησυχία και μελαγχολία. Ωστόσο πρέπει να γίνει κατανοητό από την αρχή ότι ο σακχαρώδης διαβήτης στην εποχή μας είναι τρόπος ζωής. Ένας τρόπος ζωής στον οποίο διδάσκεται και εκπαιδεύεται το άτομο για να μάθει να ζει φυσιολογικά. Σταματά ή περιορίζεται η εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με την απώλεια βάρους και με την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ήπια μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων και παράλληλα με την αύξηση των θερμιδικών καύσεων.

Η διαίτα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 δίνεται ανάλογα με τους επιθυμητούς στόχους για κάθε ασθενή, καθώς και με τις διατροφικές του προτιμήσεις. Για να πετύχουν αυτοί οι στόχοι πρέπει διατροφικά να μειωθούν τα κορεσμένα λιπαρά υψηλής περιεκτικότητας είτε σε υδατάνθρακες, είτε σε μονοκόρεστα λιπαρά οξέα και να αυξηθεί η ποικιλία σε φρούτα, λαχανικά, δημητριακά και όσπρια.

Μια μικρή απώλεια βάρους 5-10 κιλών μπορεί να προλάβει ή να καθυστερήσει την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη 2 σε άτομα υψηλού κινδύνου. Επίσης οι αλλαγές στον τρόπο διατροφής σε συνδυασμό με την φυσική δραστηριότητα μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο του διαβήτη. Τέλος, η σωστή και εντατικοποιημένη θεραπευτική προσέγγιση με βάση την άσκηση και την υγιεινή διατροφή, σε συνδυασμό με την συστηματική παρακολούθηση

και την ιδανική ρύθμιση του βάρους από την αρχή, διατηρεί μια καλή εξέλιξη του σακχαρώδη διαβήτη 2 και προστατεύει από την εμφάνιση επιπλοκών.⁵

3.13 Παχυσαρκία και κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί μια επώδυνη ψυχική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από θλίψη, έντονη δυσαρέσκεια με την εικόνα του εαυτού, εκνευρισμό και άγχος, διαταραχές ύπνου και συγκέντρωσης. Ένα κύριο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι η διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς και κυρίως η εκδήλωση παχυσαρκίας. Πίσω από τα παραπάνω κιά βρίσκεται η θλίψη και η απόγνωση που χαρακτηρίζουν την καταθλιπτική διάθεση.

Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης και παχυσαρκίας έχει αυξηθεί ανησυχητικά τα τελευταία χρόνια. Η παχυσαρκία και η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχουν. Παράγοντες όπως η σοβαρότητα της κατάθλιψης, ο βαθμός παχυσαρκίας, το φύλο και οι εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία καθορίζουν κάτω από ποιες συνθήκες εμφανίζονται η κατάθλιψη και η παχυσαρκία.

Η παχυσαρκία συνδέεται συχνά με ένα καταθλιπτικό συναίσθημα, όπου το άτομο βρίσκεται σε ψυχολογικό αδιέξοδο σε σχέση με την εικόνα αλλά και τη αίσθηση του σώματός του. Η τροφή σε αυτές τις περιπτώσεις λειτουργεί περισσότερο για να καλύψει συναισθηματικά κενά παρά για να αυτοσυντηρηθεί το άτομο. Η τροφή μπορεί να γίνει εμμονή για κάποιον που ζητά να ηρεμήσει συναισθηματικά, μέσω των υπερφαγικών επεισοδίων.

Τα υπερφαγικά επεισόδια που έχουν σαν αποτέλεσμα την παχυσαρκία επηρεάζουν με διαταραχές τη ρύθμιση της κορτιζόλης που είναι υπεύθυνη για την κατάθλιψη. Η κορτιζόλη είναι η ορμόνη που βοηθάει να απαντάει ο οργανισμός σε διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις, όπως επίσης μετατρέπει το λίπος, του υδατάνθρακες και τις πρωτεΐνες σε ενέργεια. Όλα αυτά αποδεικνύουν ότι η παχυσαρκία και η κατάθλιψη δεν σχετίζονται μόνο σε συμπεριφορικό επίπεδο αλλά έχουν και το ίδιο ορμονικό σύνδεσμο.

Τέλος στους υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς πρέπει να παρακολουθείται η διάθεση. Αυτό θα βοηθήσει στην έγκαιρη πρόληψη, στον έγκαιρο εντοπισμό και στον συνδυασμό αγωγής για όσους αντιμετωπίζουν κίνδυνο.²⁷

Κεφάλαιο 4: Νευρογενής ανορεξία

4.1 Ορισμός νευρογενούς ανορεξίας. Γενικά στοιχεία

Η νευρογενής ανορεξία έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλές δεκαετίες. Οι γυναίκες φαίνονται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά της νόσου σε σύγκριση με τους άντρες, ενώ η έναρξη της εντοπίζεται στην εφηβεία. Το σύνδρομο της ανορεξίας που περιλαμβάνει όλες τις μορφές της, δηλαδή την κλασική μορφή της εφηβείας αλλά και της προεφηβείας, την ανορεξία του βρέφους, την ανορεξία στον ηλικιωμένο και στην ενήλικη γυναίκα είναι μια μη ειδική συμπεριφορά άρνησης όπου το άτομο έχει ψυχαναγκαστική, καταθλιπτική και υστερική προσωπικότητα. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ένα συνεχές φαινόμενο που περιλαμβάνει σοβαρές διαταραχές στην διατροφή και στο βάρος καταλήγοντας σε πιο σοβαρά προβλήματα υπερβολικής απώλειας βάρους, κάτι που είναι χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας.

Ο όρος ανορεξία αναφέρεται στην απώλεια της όρεξης και ο όρος νευρογενής υποδηλώνει το συναισθηματικό υπόβαθρο. Η νόσος μπορεί να προκληθεί από την αυστηρή στέρηση τροφής δηλαδή την νηστεία στην οποία αυτοεπιβάλεται το άτομο ή μπορεί να προκληθεί μετά από υπερφαγικό επεισόδιο ή κανονικό μικρό γεύμα. Άλλο ένα σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος (ο παράλογος φόβος του πάχους) που οδηγεί το άτομο στον περιορισμό λήψης τροφής σε ότι αφορά την ποιότητα και την ποσότητα.

Έτσι, το άτομο οδηγείται σε σταδιακή απώλεια βάρους καθώς προοδευτικά φτάνει σε κατάσταση λιμοκτονίας. Η απώλεια βάρους επηρεάζει αρνητικά το άτομο. Η αποδυνάμωση του οργανισμού καθιστά το άτομο ευάλωτο στις μολύνσεις, ενώ δεν είναι απίθανο να καταλήξει και στο θάνατο.⁵

Η ψυχογενής ανορεξία ή νευρική ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης αστίας στο οποίο το άτομο με την θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής επειδή φοβάται πως θα γίνει παχύσαρκο. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη για όλο τους το σώμα και για την εξωτερική εμφάνισή τους. Πιστεύουν ότι το σώμα τους ή τα διάφορα μέλη του είναι παχιά ακόμα και όταν έχουν φυσιολογικό βάρος. Η μείωση του βάρους κατορθώνεται με περιορισμό των τροφών

πλούσιων σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητό έμετο, διάρροια κ.α.

Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνο αργά στην πορεία της νόσου. Η συνήθης ηλικία έναρξης είναι τα 16-18 έτη, αν και ένα ποσοστό ανορεκτικών εμφανίζουν τη νόσο μετά τα 20.⁵

4.2 Διαγνωστικά κριτήρια νευρογενούς ανορεξίας

Η νευρική ανορεξία έχει ταξινομηθεί ως μια διαταραχή του Άξονα I στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Πνευματικών Διαταραχών (DSM-IV), που εκδόθηκε από τον Αμερικάνικο Σύλλογο Ψυχιατρικής.

Τα διαγνωστικά κριτήρια, σύμφωνα με το DSM-IV-TR περιλαμβάνουν:

1. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού για το ύψος και την ηλικία του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης που έχει σαν αποτέλεσμα βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).
2. Έντονος φόβος για αύξηση σωματικού βάρους (δηλαδή φόβος ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό).
3. Διαταραγμένη εικόνα σώματος (δηλαδή διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος στην αυτοαξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος).
4. Αμηνόρροια σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μία γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια, αν οι περίοδοι της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων).

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με την ICD (Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας) είναι παρόμοια αλλά επιπρόσθετα αναφέρουν:

1. Τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα μπορεί να προκαλέσουν απώλεια βάρους ή να διατηρήσουν χαμηλό βάρος (αποφεύγοντας παχυντικά φαγητά, αυτοπροκαλούμενος

εμετός, χρήση καθαρτικών, υπερβολική άσκηση, κατάχρηση κατασταλτικών όρεξης ή διουρητικών).

2. Εάν η έναρξη λαμβάνει χώρα πριν από την εφηβεία, αυτού του είδους η ανάπτυξη καθυστερείται ή διακόπτεται.

3. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της φυσιολογίας του σώματος, συγκεκριμένα εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή που περιλαμβάνει υποθαλαμικό –υποφυσιακό γοναδιακό άξονα, είναι έκδηλη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και ικανότητας. Μπορεί, επίσης, να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα ορμονών ανάπτυξης και ανεβασμένα επίπεδα κορτιζόλης, αλλαγές στον περιφερειακό μεταβολισμό της ορμόνης του θυροειδούς και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.

4.3 Επιπολασμός και τύποι νευρογενούς ανορεξίας

Επιπολασμός οναμάζεται η συχνότητα εμφάνισης ενός φαινομένου, στη συγκεκριμένη περίπτωση της διαταραχής αυτής στο γενικό πληθυσμό. Παρά την έλλειψη επαρκών στοιχείων από επιδημιολογικές έρευνες για την ψυχογενή ανορεξία, φαίνεται πως η διαταραχή αυτή εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Η συχνότητα εμφάνισής της στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 0,2% και 0,8%.²⁸ Τα ποσοστά αυτά, όμως, φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τον συγκεκριμένο πληθυσμό στον οποίο αναφέρονται.

Η διαταραχή προσβάλλει κορίτσια 10 φορές συχνότερα από τα αγόρια και αρχίζει τυπικά στην εφηβεία. Το 90- 95% των ασθενών είναι γυναίκες, συνηθέστερα από τα μεσαία και ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα της λευκής. Η νόσος έχει συσχετισθεί με έναν δείκτη θνησιμότητας της τάξης του 5,6% ανά δεκαετία παρουσίας της. Τα μοντέλα, οι χορεύτριες και οι αθλήτριες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην νευρική ανορεξία. Η νόσος έχει δείκτη θνησιμότητας 5,6% ανά δεκαετία.²⁹

Στο DSM-IV γίνεται διάκριση δύο τύπων νευρικής ανορεξίας, ανάλογα με τον τρόπο που επιλέγει το άτομο προκειμένου να περιορίσει τη λήψη θερμίδων. Η διάκριση αυτή γίνεται περισσότερο για τη διαφοροποίηση της πιθανής αιτιολογίας της ανορεξίας και κατ' επέκταση της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Οι τύποι της ψυχογενούς ανορεξίας είναι οι εξής :

1) ο *περιοριστικός τύπος*, ο οποίος χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη αυστηρή

αποχή από το φαγητό (δίαιτα, νηστεία).

2) ο τύπος υπερφαγίας/ κάθαρσης, ο οποίος χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερφαγίας. Σε αυτή την περίπτωση τα άτομα καταναλώνουν σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο τροφή σε ποσότητες μεγαλύτερες από αυτές που οι περισσότεροι είναι σε θέση να καταναλώσουν σε αντίστοιχη χρονική περίοδο και σε ανάλογες συνθήκες. Τα επεισόδια συνοδεύονται από πρόκληση εμετού, λήψη καθαρτικών, διουρητικών κ.α, ώστε το σωματικό βάρος να παραμένει χαμηλό. Ο τύπος αυτός αφορά περίπου τις μισές περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα που εμφανίζουν το δεύτερο τύπο, τείνουν να έχουν συχνότερα οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας και συναισθηματικά προβλήματα. Αντίθετα, τα άτομα με περιοριστικού τύπου ανορεξία συνήθως χαρακτηρίζονται από εμμονές, ανελαστική συμπεριφορά και υπερβολικό αυτοέλεγχο.

4.4 Κλινική εικόνα νευρογενούς ανορεξίας

Η σοβαρή απώλεια βάρους, η οποία ξεπερνά το 25% είναι το κύριο χαρακτηριστικό του ανορεξικού ατόμου. Σωματικά παρατηρείται αμηνόρροια για τρεις συνεχόμενους κύκλους στις γυναίκες και μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας στους άντρες, έντονη ευαισθησία στο κρύο και την ξηρασία, συμπτώματα ασιτίας (δυσκοιλιότητα, κοιλιακοί πόνοι, ζαλάδες) καθώς και τριχόπτωση. Το οικείο περιβάλλον των ασθενών παρατηρεί σιγά σιγά αλλαγές στην συμπεριφορά τους, όπως συναισθηματική αστάθεια, έντονη ανησυχία, θυμό και δυσκολίες στον ύπνο, συστολή και μοναχικότητα και δυσκολία στην δημιουργία σχέσεων. Ακόμα, είναι πιθανόν οι πάσχοντες από νευρική ανορεξία να εμφανίσουν βραδυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, αρρυθμία, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, μυοπάθεια, οστεοπόρωση κ.α. ¹²

4.4.1 Τα τέσσερα στάδια της ψυχογενούς ανορεξίας

Η πρόοδος της ψυχογενούς ανορεξίας ως διαταραχής δύναται να διαιρεθεί σε τέσσερα στάδια, τα οποία καθορίζουν τη διαταραχή καθώς οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η προσωπικότητα του ασθενούς διαστρεβλώνονται.³⁰ Η εξέλιξη της ψυχογενούς ανορεξίας χαρακτηρίζεται ιατρικά από απώλεια βάρους, ακολουθούμενη από μείωση της θερμοκρασίας του σώματος, μείωση της αρτηριακής πίεσης, επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, αμηνόρροια, λέπτυνση της τρίχας, κόπωση και άλλα σημάδια υποσιτισμού. Καθώς η απώλεια βάρους συνεχίζεται, νέα συμπτώματα παρουσιάζονται και επιδεινώνονται συνεχώς. Το τελικό, θανάσιμο στάδιο για τους ανορεξικούς ασθενείς χαρακτηρίζεται από ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια και τελικά καρδιακή ανεπάρκεια.

Η αντίστοιχη εξέλιξη σε επίπεδο συμπεριφοράς του ασθενούς περιλαμβάνει συνεχή μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, σταδιακή αύξηση της έντασης της άσκησης και επιπρόσθετες προσπάθειες απώλειας βάρους όπως κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών. Όλα τα παραπάνω συνδυάζονται με ένα παράλογο φόβο λήψης πρωτεϊνούχων τροφίμων και με αντικατάσταση της ζάχαρης με τεχνητές γλυκαντικές ουσίες και καταλήγουν σε ένα σοβαρά υποσιτισμένο οργανισμό, με ανεπάρκεια πρωτεϊνών, υπερβολικά γυμνασμένο, άλλα με ανεπαρκή μυϊκή μάζα.³¹

1ο στάδιο : Το στάδιο επίτευξης (achievement stage)

Η ψυχογενής ανορεξία τυπικά ξεκινά με την επιθυμία του ατόμου να χάσει βάρος, να είναι λεπτό ώστε να είναι κοινωνικά αποδεκτό από το περιβάλλον του. Το στάδιο αυτό δεν υποδεικνύει υπερβολική ή αφύσικη συμπεριφορά. Αντιθέτως, το άτομο δείχνει να συμβαδίζει με τη σύγχρονη αντίληψη ότι είναι ανεπίτρεπτο να είναι παχύσαρκο.³¹

Η πλειοψηφία των υπέρβαρων ατόμων βρίσκει τις δίαιτες βαρετές και καταθλιπτικές με αποτέλεσμα να διακόπτει τη διαίτα πριν καν φτάσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα ή εφόσον φτάσει στο επιθυμητό βάρος, υιοθετεί εξαρχής τις παλιές διατροφικές συνήθειες με αποτέλεσμα να προσλαμβάνει το βάρος που έχασε. Όμως η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων αυτών δεν είναι συναισθηματικά προδιατεθειμένοι απέναντι στην ανορεξία³¹. Τα άτομα που είναι προδιατεθειμένα απέναντι στην ψυχογενή ανορεξία χαρακτηρίζονται από τελειομανία³⁰ και διοχετεύουν όλες τις δυνάμεις τους στην προσπάθεια για την επίτευξη του στόχου τους, δηλαδή την απώλεια βάρους. Καθώς το τελειομανές άτομο συνεχίζει να χάνει

βάρους τηρώντας αυστηρά τη δίαιτά του, επιβραβεύεται από το περιβάλλον του με επαίνους και εκδηλώσεις θαυμασμού ή ζήλιας. Το άτομο νιώθει ότι επιτυγχάνει το στόχο του και το αίσθημα αυτό ενισχύει την επιμονή του στην περιοριστική διατροφική του συμπεριφορά.³⁰

2ο στάδιο: Το στάδιο ασφάλειας – καταναγκασμού (security – compulsive stage)

Το δεύτερο στάδιο της νόσου ξεκινά με στόχο την απώλεια ενός κιλού την εβδομάδα. Η ιδέα του ιδανικού βάρους εξαφανίζεται και το άτομο όσο λεπτότερο γίνεται, τόσο παχύτερο νιώθει. Παράλληλα αρχίζει να μετράει την περιφέρειες των βραχιόνων, της μέσης, των μηρών του³², δοκιμάζει ρούχα σε ολοένα και μικρότερα νούμερα, συγκρίνει τον εαυτό του με όσους ανθρώπους βλέπει και φαντάζεται ότι είναι παχύτερο από όλους.³⁰ Αυτή η διαταραχή αντίληψης του σωματικού μεγέθους επινοείται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να έχει λόγο να εμπείνει στην απόφασή του να χάσει βάρους. Οπότε, το άτομο ενισχύει τις προσπάθειές του περπατώντας περισσότερο ή προσθέτοντας υπερβολικά παραπάνω άσκηση στο πρόγραμμά του γενικότερα, ενώ στόχος γίνεται πλέον η απώλεια περισσότερων από ένα κιλών την εβδομάδα. Ο ανορεξικός, αντίθετα με τα φυσιολογικά άτομα που κάνουν δίαιτα, θεωρεί κάθε κιλό που χάνει ένδειξη ότι πρέπει να χάσει περισσότερο.^{30, 32}

Το άτομο εστιάζει στον καταναγκασμό για απώλεια βάρους που νιώθει, σαν να είναι η μόνη του έγνοια. Η απώλεια βάρους γίνεται εμμονή στην οποία ο ανορεξικός βρίσκει καταφύγιο και μ' αυτόν τον τρόπο περιορίζει το άγχος του. Αναγκάζεται να χρησιμοποιεί επανειλημμένα καταναγκαστικές συμπεριφορές απώλειας βάρους για να περιορίσει τους φόβους που τον κατακλύζουν.^{33, 34}

Όλη αυτή η πνευματική δραστηριότητα αφήνει πολύ λίγο ελεύθερο χρόνο για φίλους και συγγενείς. Ο ανορεξικός σ' αυτό το στάδιο έχει αρχίσει να αποσυνδέεται συναισθηματικά από τους άλλους³⁰ καθώς στρέφεται προς τα ενδόμυχά του, στη μάχη του ενάντια στην πείνα. Αυτό το αίσθημα της πείνας είναι στην πραγματικότητα μήνυμα από τον εγκέφαλο του ανορεξικού ότι επιπλέον απώλεια βάρους θα οδηγήσει σε ανικανότητα του σώματος να διατηρεί ομοιόσταση, σταθερή θερμοκρασία, σταθερή αρτηριακή πίεση, σταθερό καρδιακό ρυθμό και να μη χάνει μυϊκή μάζα. Στη φάση αυτή της εξέλιξης της ψυχογενούς ανορεξίας σχηματίζονται πτυχές στο δέρμα των κλειδώσεων του αγκώνα, του γόνατου και της μασχάλης, διότι το σώμα του ασθενούς έχει συρρικνωθεί περισσότερο απ' όσο μπορεί να συσταλθεί το δέρμα του. Βέβαια, το άτομο θεωρεί ότι οι πτυχές στο δέρμα του

προκλήθηκαν από το πάχος.³¹

Καθώς ο ανορεξικός γίνεται λεπτότερος, είναι ανίκανος να σκεφτεί οτιδήποτε άλλο εκτός από το φαγητό. Ο εγκέφαλός του προσαρμόζεται στα ερεθίσματα που λαμβάνει, όπως το αίσθημα της έντονης πείνας, το οποίο πλέον είναι απαραίτητο να υπάρχει για τον ασθενή. Το άτομο σκέφτεται συνέχεια το φαγητό και το πώς θα απαλλαγεί απ' αυτό. Η εμμονή του αυτή συχνά εκφράζεται με ένα πάθος για τη συλλογή συνταγών και την παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για τους άλλους. Προκειμένου ο ίδιος να αποφύγει την κατανάλωση θερμίδων, κρύβει στο σπίτι, στις τσάντες και στις τσέπες του τα προς κατανάλωση τρόφιμα, ώστε οι γύρω του να νομίζουν ότι έχουν καταναλωθεί. Τεμαχίζει το φαγητό του σε μικρά κομμάτια και διαθέτει πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια στο πιάτο του. Όταν του γίνεται παρατήρηση γι' αυτή του τη συμπεριφορά, ο ανορεξικός ασθενής την αρνείται ή τη χαρακτηρίζει φυσιολογική.³⁵ Παράλληλα, το άτομο αναπτύσσει διαταραχή ύπνου^{33,34} και το μυαλό του στοιχειώνεται από σκέψεις για φαγητό. Οι σκέψεις αυτές για το ίδιο το άτομο μεταφράζονται σε ανεπτυγμένη όρεξη στην οποία αν ενδώσει θα οδηγηθεί σταδιακά στην παχυσαρκία. Ο όρος «ανορεξία», που σημαίνει απώλεια της όρεξης, είναι παραπλανητικός. Η απώλεια της όρεξης είναι κατά κανόνα σπάνια, μέχρι τα προχωρημένα στάδια της διαταραχής³⁵. Το μυαλό και το σώμα του ανορεξικού στέλνουν μηνύματα για να σταματήσει τη λιμοκτονία και να σωθεί από το θάνατο. Το άτομο όμως που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία βρίσκεται σε σύγχυση και διπλασιάζει τις προσπάθειές του να χαλιναγωγήσει την ήδη πενιχρή πρόσληψη τόσο τροφής όσο και ποτών. Οι περισσότεροι ανορεξικοί αναπτύσσουν φοβίες και για τις υγρές και για τις στερεές τροφές.³⁴

Με τον καιρό οι φοβίες του ανορεκτικού ατόμου πολλαπλασιάζονται. Το ίδιο μπορεί να παρουσιάσει φοβία πάχους, φοβία φαγητού, φοβία πρόσληψης βάρους, φοβία αύξησης όρεξης, φοβία αργού μεταβολισμού. Το τελευταίο δεν είναι απλώς μια φοβία του ασθενούς. Πραγματικά καθώς το άτομο χάνει βάρος ή όταν φτάνει σε απίσχναση, ο οργανισμός καταναλώνει λιγότερες θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους στην προσπάθειά του να διατηρηθεί εν ζωή μέχρι η τροφή να γίνει διαθέσιμη ξανά. Το σώμα δηλαδή προβαίνει σε μια κάποιου είδους τακτική οικονομίας. Καθώς η πρόσληψη θερμίδων δεν επαρκεί, η θερμοκρασία του σώματος είναι αδύνατον να διατηρηθεί στους 37 οC³⁶, και το άτομο κρυώνει συνεχώς. Για τον ίδιο λόγο το άτομο παρουσιάζει υπόταση, η οποία είναι πιθανό να του προκαλεί ζαλάδα. Επίσης εξαιτίας της χαμηλής θερμοϊδικής πρόσληψης και ο καρδιακός ρυθμός είναι χαμηλότερος του φυσιολογικού, με αποτέλεσμα η καρδιά να συρρικνώνεται και ο αριθμός των παλμών ανά λεπτό να ελαττώνεται.³⁷ Και οι αποθήκες πρωτεΐνης μειώνονται, έτσι ο οργανισμός δεν καταναλώνει πρωτεΐνες για λειτουργίες πέραν των βασικών όπως η ανάπτυξη των μαλλιών, που συχνά γίνονται λεπτότερα και αδύναμα. Ο έμμηνος κύκλος

απαιτεί ικανές ποσότητες θερμίδων, πρωτεϊνών και σιδήρου προκειμένου να διατηρηθεί, αλλά ο οργανισμός διακόπτει αρκετές ζωτικές λειτουργίες για να διατηρηθεί ζωντανός.³¹

Όλες αυτές τις σωματικές αλλαγές, δυστυχώς, ο ανορεξικός τις μεταφράζει λανθασμένα. Πιστεύει ότι χρειάζεται λιγότερες θερμίδες για να τραφεί και νομίζει ότι απλώς έχει έντονη όρεξη την οποία πρέπει να καταπολεμά διότι αν υποκύψει σ' αυτήν θα προσλάβει βάρος και θα καταντήσει παχύσαρκος.

Το άτομο προσπαθεί με το να τρώει όσο το δυνατόν λιγότερο και να ασκείται παράλληλα, να νιώθει σιγουριά και ασφάλεια, και αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να νιώσει ασφαλής ο ανορεξικός. Η εμμονή του αυτή να επιτυγχάνει την ασφάλεια δια των φόβων του, οδηγεί στην υιοθέτηση διαρκώς διευρυνόμενων προστατευτικών συμπεριφορών, τις οποίες όμως καταναγκάζεται να εφαρμόζει.^{31,35}

Το στάδιο αυτό είναι μια διαρκώς αυξανόμενη, απελπισμένη προσπάθεια από πλευράς ασθενούς να αποφύγει την ανασφάλεια, η οποία είναι καταδικασμένη εξαρχής σε αποτυχία. Το άτομο καταλήγει με εμμονές, καταναγκασμούς, απομακρυσμένο από τον περίγυρό του, ντροπιασμένο, αποκαρδιωμένο και μελαγχολικό.³¹

3^ο στάδιο: Το κατηγορηματικό στάδιο (assertive stage)

Τα άτομα που αναπτύσσουν ψυχογενή ανορεξία, είθισται να είναι ευγενικά, προστατευτικά, συγκαταβατικά, υπάκουα, ευχάριστα άτομα που αποφεύγουν τις διαμάχες και τις συγκρούσεις, και που δεν έτυχαν αρκετής προσοχής στα πλαίσια της οικογενείας τους, που συνήθως είναι καταπιεστική. Το τρίτο στάδιο αναπτύσσεται όταν ο ασθενής δέχεται κριτική για το πόσο αδύνατος έχει γίνει από πολλούς ανθρώπους γύρω του. Έχει παραβλέψει τις συμβουλές τους και τώρα οι απαιτήσεις τους να προσλάβει ο ανορεξικός βάρος ανανεώνονται. Στο σημείο αυτό, το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι πιθανώς η πρώτη φορά που είναι ανυπάκουο σε όλο του το περιβάλλον.³⁵ Δε φοβάται πλέον να συγκρουστεί και δεν ανησυχεί για το τι σκέφτεται ο οποιοσδήποτε για τις πράξεις του. Δε νιώθει πια καμία υποχρέωση να ευχαριστεί τους άλλους. Ωστόσο, γνωρίζει ότι νιώθει ήρεμος και ασφαλής με την προσφάτως ευρεθείσα ανυπακοή μόνο γιατί τη χρησιμοποιεί για να αμυνθεί και να κρύψει την ανορεξία.

Το άτομο νιώθει υποσυνείδητα νέο συναίσθημα ενδυνάμωσης, ακόμα κι αν

περιορίζεται σ' αυτόν τον τομέα, ο οποίος πλέον έχει γίνει ο σημαντικότερος της ζωής του. Ο ανορεξικός φανερώνει στο περιβάλλον του ότι έχει φτάσει στο τρίτο στάδιο όταν αρχίζει να απαιτεί ιδιαίτερες προϋποθέσεις για να φάει. Επί παραδείγματι, μπορεί να πηγαίνει τους οικείους του από εστιατόριο σε εστιατόριο, ψάχνοντας για το τέλειο, εντελώς άπαχο μενού ή πιάτο. Στο σπίτι, μπορεί να στέκεται δίπλα σε όποιον παρασκευάζει το γεύμα, ώστε να σιγουρευτεί ότι δεν προστίθενται κρυφά επιπλέον θερμίδες στο γεύμα του. Ταυτόχρονα, γίνεται επιθετικός σε συζητήσεις που αφορούν στο σωματικό του βάρος και υποστηρίζει ότι πρέπει να ζυγίζει λιγότερο και ότι είναι παχύς και όχι αδύνατος όπως νομίζουν οι άλλοι.^{31, 35}

Το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι οι υπόλοιποι ζηλεύουν τη δύναμη της θέλησης και την ισχύότητά του και θέλουν να το ωθήσουν στην παχυσαρκία. Ο ανορεξικός νιώθει υπερβολικό και διαρκώς αυξανόμενο θυμό όταν παραβιάζονται οι επιθυμίες του που αφορούν στη διαδικασία της σίτισης. Ίσως να ζητάει να μη βρίσκεται κανείς στην κουζίνα όταν γευματίζει ή η κουζίνα να μη βρίσκεται στο βεληνεκές της όρασης ή της ακοής οποιουδήποτε βρίσκεται μες στο σπίτι όση ώρα ο ίδιος τρώει.³⁵ Αν η οικογένεια ακολουθήσει αυτές τις τυραννικές διαταγές, μπορεί να καταλήξει εκτός σπιτιού προκειμένου να φάει το άτομο που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία. Βέβαια, η οικογένεια του ανορεξικού φοβάται να παραβεί τις εντολές του διότι κατά βάση φοβούνται την περαιτέρω απώλεια βάρους. Δεν έχουν εμπειρία στην αντιμετώπιση του ανορεξικού, καθώς αυτός ήταν πάντα ευγενικό άτομο. Ο δε ανορεξικός, είναι ενθουσιασμένος με την προσφάτως ανακαλυφθείσα δύναμή του, άλλωστε από αυτή τη δύναμη αντλεί την επιβεβαίωση που έψαχνε καιρό. Αυτή την απόλυτη και ακραία αντιδραστική συμπεριφορά, ο ανορεξικός τη χρησιμοποιεί μόνο σε ότι αφορά τη διατροφή και το βάρος του και κυρίως στο οικείο του περιβάλλον. Όταν βρίσκεται εκτός σπιτιού και ασχολείται με άλλα θέματα, συνεχίζει να είναι ο πράος, χαρούμενος, υποχωρητικός άνθρωπος που ήταν ανέκαθεν, παρόλο που η αίσθηση του χιούμορ και η φιλική του συμπεριφορά στο σχολείο ή τη δουλειά έχουν πλέον επισκιαστεί από τη μόνιμη επαγρύπνηση του φαγητού και του βάρους.

Αυτό το κατηγορηματικό στάδιο προειδοποιεί την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του ασθενούς για την επιμονή της ασθένειας και είναι η κυριότερη ένδειξη ότι ο επιάλτης της ανορεξίας έχει αρχίσει. Ο ανορεξικός από τη μεριά του είναι ευτυχής και ενθουσιασμένος με το νέο του εαυτό. Η ασθένεια του παρέχει μια αίσθηση δύναμης την οποία δεν προέβλεπε όταν ξεκίνησε να χάνει βάρος. Η ιδιαίτερη ισχύότητά του έχει γίνει η ιδιαίτερη επιβεβαίωσή του.³¹

4ο στάδιο: Το στάδιο της ψευδο – ταυτότητας (pseudo – identity stage)

Αργά ή γρήγορα, η απώλεια βάρους του ανορεξικού γίνεται εμφανής στην οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο, οι οποίοι προσαρμόζονται μαθαίνοντας να το «αποδέχονται». Η ανορεξία δεν προσφέρει καμία μυστικότητα. Ορισμένα θύματα κρύβουν την ιδιαίτερη ισχύότητά τους κάτω από στρώσεις ενδυμάτων, ενώ άλλοι νιώθουν υπερήφανοι και επιδεικνύουν το σώμα τους όσο το δυνατόν περισσότερο φορώντας ρούχα όπως: κοντά παντελόνια και κοντά μπλουζάκια το καλοκαίρι και στενά κολλητά παντελόνια το χειμώνα. Αυτή η επιδειξιμανία γίνεται ένα όπλο ενάντια στους άλλους, ως δήλωση του ποιος έχει τη μεγαλύτερη δύναμη θέλησης, ποιος μπορεί αν ελέγξει καλύτερα την όρεξή του. Ίσως αυτό εξηγεί την εχθρότητα που βιώνουν κάποιοι άνθρωποι με την επίδειξη της ισχύότητας. Και ενώ οι συγγενείς και οι φίλοι παρακολουθούν το «υπό εξαφάνιση» άτομο με απογοήτευση και ανησυχία, κάποιοι άλλοι ανταγωνίζονται την παθολογική κατάσταση συναγωνισμού του ασθενούς. Όμως όλοι – φίλοι, δάσκαλοι, γιατροί, σύμβουλοι και συγγενείς – αναφέρονται στον ασθενή ως «ο ανορεξικός». Ανεξάρτητα από το είδος της αντίδρασης, είτε είναι θυμός, είτε είναι ανησυχία ή απογοήτευση, όλοι αντιδρούν. Ο ασθενής απ' τη δική του σκοπιά έχει πετύχει αυτό που νομίζει ότι είναι η ταυτότητά του, έναν τρόπο να είναι γνωστός ως ξεχωριστός, ως διαφορετικός. Αυτή η ψευδο – ταυτότητα γεμίζει την κενότητα που κρυφά ένιωθε για καιρό ο ασθενής.

Αυτό το τέταρτο στάδιο δε χαρακτηρίζεται από νέες συμπεριφορές, αλλά μάλλον από την καινούρια αίσθηση δύναμης που νιώθει ο ανορεξικός, τη «φήμη» του, που έχει σηματοδοτήσει μια βαθιά πεποίθηση ότι βρίσκεται στο σωστό δρόμο. Τώρα νιώθει ότι η προσωπικότητά του έχει επίδραση και διακρίνεται καθαρά από τους άλλους. Εκτιμά το νέο του αυτο – προσδιορισμό, αλλά τα «επιτεύγματά» του σπανίως εκτιμώνται σε συνειδητό επίπεδο. Ο ανορεξικός, χωρίς αμφιβολία, δεν εναντιώνεται στις περιγραφές και τις γενικότητες που τον παρουσιάζουν πονηρό και παραπλανητικό. Άλλωστε ενδέχεται να μη γνωρίζει καν ότι οι άλλοι τον χαρακτηρίζουν έτσι.

Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Με τη βοήθεια ειδικών θα ανακαλύψει εναλλακτικούς, πιο υγιεινούς τρόπους να πετύχει τους στόχους του. Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία.³¹

Η διαταραχή όμως χειροτερεύει. Τα θύματα δεν ξεπερνούν απλά την κατάσταση καθώς μεγαλώνουν. Αν και υπάρχει μια μειονότητα που αναρρώνει χωρίς τη

βοήθεια άλλων, εκτιμάται ότι το 70% των ανορεξικών ποτέ δε συνέρχεται εντελώς και ότι το ποσοστό θνησιμότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας αγγίζει το 9%.

Η απάντηση ίσως να βρίσκεται στη φύση της ασθένειας. Καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, γίνεται πιο πολύτιμη για την προσωπικότητα του ασθενούς, παρά τα όσα χάνονται σε επίπεδο σωματικής υγείας, σχέσεων και αληθινών επιτευξών.³⁰ Η ανορεξία ξεκινά από την επιθυμία ενός αδύνατου σωματότυπου, την ανάγκη ενός αισθήματος ασφάλειας-σιγουριάς ώστε να περιοριστούν στο ελάχιστο οι ανασφάλειες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι ανησυχίες για το μέλλον. Το αποτέλεσμα της ανορεξικής συμπεριφοράς παράγει μια αίσθηση επιβεβαίωσης και ταυτότητας. Το να αναρρώσει κανείς από την ψυχογενή ανορεξία συνεάζεται το να χάσει προσωρινά τον εαυτό του και όσα έχει πετύχει μέσω του βιώματος της ασθένειας.^{30,31}

4.5 Αίτια εμφάνισης νευρογενούς ανορεξίας

Τα αίτια για την πρόκληση της νευρικής ανορεξίας σύμφωνα με τους επιστήμονες αποδίδονται στον συνδυασμό της διατροφικής διαταραχής με ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες. Έρευνες έχουν δείξει ότι μια αρχική απώλεια βάρους όπως αυτή σε μια δίαιτα μπορεί να αποτελεί παράγοντα υπεύθυνο για την πρόκληση της νευρικής ανορεξίας. Επίσης, αξίζει να τονιστεί ότι η νευρική ανορεξία είναι η μοναδική ψυχική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο με ποσοστό θνησιμότητας 10%.

Η σκέψη των ατόμων με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και από μια διαρκή ανάγκη για έλεγχο των καταστάσεων και του εαυτού τους. Όσο πιο πολύ συνειδητοποιούν ότι είναι δύσκολο να ελέγξουν τις καταστάσεις γύρω τους τόσο πιο πολύ θέλουν να ελέγξουν το σώμα τους μέσα από τη δίαιτα και την άσκηση. Το συναίσθημα των ανορεκτικών χαρακτηρίζεται από άγχος και κατάθλιψη.^{5,12}

4.5.1 Βιολογικοί παράγοντες

Η γενετική συνδέεται στενά με τις διατροφικές διαταραχές. Η ανορεξία εμφανίζεται πιο συχνά σε συγγενείς πρώτου βαθμού εκείνων που πάσχουν από τέτοιους είδους διαταραχές. Στα δίδυμα υπάρχει διαφορά μεταξύ των μονοζυγωτικών και δυζυτικών διδύμων. Στα μονοζυγωτικά δίδυμα ο συσχετισμός για την νευρική ανορεξία είναι περίπου 10 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τα δυζυγωτικά δίδυμα.

Επίσης, η νευρική ανορεξία συνδέεται με ανώμαλη δραστηριότητα του νευροδιαβιβαστή στο τμήμα του εγκεφάλου που ελέγχει την ευχαρίστηση και την όρεξη. Οι νευροδιαβιβαστές συμμετέχουν και σε άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη. Ορισμένοι άνθρωποι πιστεύουν ότι το στομάχι των ατόμων με ανορεξία τείνει να αδειάζει πιο γρήγορα από το κανονικό. Άλλοι πιστεύουν ότι μπορεί να σχετίζεται με τον μηχανισμό ελέγχου της όρεξης του εγκεφάλου.^{5,12}

4.5.2 Κοινωνικοί παράγοντες

Τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι πιο πιθανό να προέρχονται από είτε από υπερπροστατευτική είτε από διαταραγμένη οικογένεια όπου κυριαρχούν μεγάλες συγκρούσεις και ταπεινωτικές συμπεριφορές. Η οικογένεια έχει συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες που καταλήγουν σε άκαμπτη συμπεριφορά και τάσεις αποβολής. Έτσι, τα άτομα αυτά καταλήγουν ως καταπιεσμένες προσωπικότητες και αισθάνονται την ανάγκη να έχουν τον έλεγχο του εαυτού τους και συγκεκριμένα ξεσπούν στην εμφάνιση τους και στο σωματικό βάρος τους. Η κατάσταση επιδεινώνεται όταν ο κοινωνικός περίγυρος κατακρίνει συνέχεια το άτομο για το βάρος του, τα ρούχα του, την κατανάλωση junk food κ.α.

Συμπερασματικά, μέσα από το είδος της κοινωνίας στην οποία ζούμε αναπτύσσεται όλο και περισσότερο το φαινόμενο της διατροφικής διαταραχής ως είδος κουλτούρας. Τα τελευταία χρόνια ως πρότυπο ομορφιάς προβάλλεται το αδύνατο σώμα με αποτέλεσμα τα άτομα που το διαθέτουν να αντλούν την υψηλή αυτοεκτίμηση, επιτυχία και ευτυχία. Η επιτυχία και η αυτοαξία συχνά ταυτίζονται με το να είναι κανείς αδύνατος. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προωθούν την εικόνα των λιπόσαρκων νεαρών μοντέλων και την

εικόνα των πολύ αδύνατων ηθοποιών, με αποτέλεσμα την αύξηση των ποσοστών των διαταραχών της διατροφής.

Παρόλα αυτά η ανορεξία είναι μια διαταραχή που προυπήρχε, οπότε η κοινωνικό- πολιτισμικοί παράγοντες δεν είναι οι μόνοι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη της διαταραχής.¹²

4.5.3 Ψυχολογικοί παράγοντες

Τα πρότυπα που προβάλλει η σημερινή κοινωνία οδηγούν στην αντίδραση κάποιων εφήβων για περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Έτσι, οι έφηβοι υποκαθιστούν τις φυσιολογικές τους εφηβικές επιδιώξεις με την ενασχόληση της διατροφής και του βάρους. Τα άτομα που παρουσιάζουν νευρική ανορεξία συνήθως έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και υποβαθμίζουν τον εαυτό τους έναντι των άλλων, άλλοι είναι τελειομανείς με αποτέλεσμα να έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες για το πως "πρέπει" να τραφούν και να συντηρηθούν. Πολλοί από αυτούς έχουν την αίσθηση ότι τα σώματά τους ελέγχονται από τους γονείς τους και επίσης έχουν την εμμονή με τον έλεγχο και την αυτοσυγκράτηση που τους κάνει να επιμένουν στις αυστηρές δίαιτες.

Τέλος, μερικά άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία εμφανίζουν κατάθλιψη και κρίσεις άγχους και για τα πιο απλά καθημερινά γεγονότα. Ο έντονος και μόνιμος φόβος του πάχους, προκαλεί τον περιορισμό της πρόσληψης θερμίδων, τη διακοπή του ζυγύσματος και τη λήψη διαφόρων φαρμάκων (καθαρκτικά, διουρητικά).^{12, 38}

4.6 Διαφορική διάγνωση νευρογενούς ανορεξίας

Η διαφορική διάγνωση της νευρικής ανορεξίας περιπλέκεται λόγω της άρνησης συμπτωμάτων, της μυστικοπάθειας και της αντίστασης των ασθενών στην αναζήτηση της βοήθειας. Ο κλινικός γιατρός πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο άρρωστος δεν πάσχει από κάποια σημαντική νόσο που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους. Απώλεια βάρους, περίεργες συμπεριφορές, εμετοί μπορεί να παρουσιαστούν σε διάφορες ψυχολογικές

διαταραχές.

Οι καταθλιπτικές διαταραχές και η νευρική ανορεξία έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά όπως κλάμα, διαταραχές ύπνου, καταθλιπτική διάθεση, αυτοκτονικές τάσεις κ.λ.π. Ένας ασθενής με καταθλιπτική διαταραχή έχει μειωμένη όρεξη, ενώ ένας ασθενής με νευρική ανορεξία ισχυρίζεται ότι έχει κανονική όρεξη και αίσθημα πείνας.

4.7 Θεραπεία νευρογενούς ανορεξίας

Ο άμεσος στόχος της θεραπείας είναι να βοηθήσει τον πάσχοντα να αυξήσει το σωματικό του βάρος έτσι ώστε να αποφευχθούν οι ιατρικές επιπλοκές και η πιθανότητα θανάτου. Αναφορικά με την πρόσληψη τροφής θα πρέπει πρώτα να καθοριστεί και να αξιολογηθεί η μερική ή ολική νοσηλεία. Όλα θα καθοριστούν βάσει του σωματικού βάρους, της ταχύτητας απώλειας βάρους, συμπεριφορικών προβλημάτων και την συνύπαρξη κατάθλιψης. Θα πρέπει να αξιολογηθούν και να αντιμετωπιστούν τα οργανικά προβλήματα όπως διαταραχές ηλεκτρολυτών και καρδιακές αρρυθμίες. Στη θεραπεία της συμπεριφοράς ο νοσηλεύόμενος είναι απομονωμένος και του παρέχεται συντροφιά κατά τη διάρκεια του γεύματος, στον περίπατο, στην αλληλογραφία, στην τηλεόραση και στην επίσκεψη. Ο δεύτερος στόχος είναι η διατήρηση του σωματικού βάρους σε ένα φυσιολογικό επίπεδο και η διατροφική συμπεριφορά στα φυσιολογικά πλαίσια.

Ο ψυχίατρος θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τις πολύ σημαντικές οργανικές αλλά και τις ψυχολογικές καταστάσεις της νηστείας και την ανάγκη αύξησης βάρους, ώστε τα προβλήματα να αντιμετωπισθούν επιτυχώς. Οι διαφωνίες των ασθενών για τους θεραπευτικούς στόχους είναι εμπόδιο για την θεραπεία. Ο θεραπευτής θα πρέπει να αποφεύγει να συνομωτεί με τον ασθενή και να του υποβαθμίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει αλλά θα πρέπει να διατηρηθεί η θεραπευτική συμμαχία.

Κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του σωματικού βάρους οι ασθενείς έχουν ανάγκη από συναισθηματική υποστήριξη. Οι συμβουλές ενός διαιτολόγου μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς εφόσον στο διαιτολόγιό τους συμπεριλαμβάνονται τροφές που φοβούνται να καταναλώσουν λόγω της υψηλής θερμιδικής αξίας. Όταν το βάρος αρχίσει να αυξάνεται η ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία μπορεί να αντιμετωπίσει άλλα θέματα.

4.7.1 Οικογενειακή θεραπεία

Οι συγγενείς των ανορεκτικών ατόμων συχνά μένουν απλοί θεατές. Πολλοί προσπαθούν ενεργά να πείσουν ή να ικετέψουν το παιδί τους να φάει, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις οι προσπάθειες αυτές δεν επιφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο θεραπευτικό σχεδιασμό από την αρχή και να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια. Σε περιπτώσεις που το περιβάλλον είναι αυστηρό, το ίδιο θα πρέπει πρώτα να προετοιμαστεί κατάλληλα για να συμμετάσχει στην οικογενειακή θεραπεία που πραγματοποιείται για τον ασθενή.

Η οικογενειακή θεραπεία είναι χρήσιμη και υποχρεωτική για παιδιά και εφήβους. Είναι σημαντικό να επισημανθεί στην οικογένεια ότι οι θεραπευτικοί χειρισμοί θα πρέπει να τίθενται από τη θεραπευτική ομάδα. Οι θεραπευτές από τη μια βοηθούν την μητέρα να αντέξει την άρνηση του παιδιού της για το φαγητό και από την άλλη να δώσει ένα κίνητρο στο παιδί να αναζητήσει την τροφή μόνο του.

Μια στρατηγική είναι να δοθούν οδηγίες στον κάθε γονέα να προσπαθήσει να επιβάλλει στο παιδί να φάει. Οι ατομικές προσπάθειες μπορούν να αποτύχουν. Αλλά μέσα από αυτή την αποτυχία η μητέρα και ο πατέρας μπορούν να συνεργαστούν στην προσπάθεια να πείσουν το παιδί τους να φάει. Έτσι αντί για συγκρούσεις η πρόσληψη της τροφής του παιδιού τους θα φέρει την συνεργασία και θα αυξήσει την εμπιστοσύνη και την αποτελεσματικότητα των γονέων στην αντιμετώπιση του παιδιού τους.

Η ανορεξία συχνά αποχωρεί αν:

- 1) γίνονται ελαστικοί οι κανόνες που αφορούν τη διατροφή του παιδιού
- 2) καθησυχαστεί η μητέρα και αλλάξει η στάση της
- 3) αποφεύγονται οι τροφές που δεν αρέσουν στο παιδί
- 4) αποφεύγονται οι εντάσεις κατά τη διάρκεια του φαγητού
- 5) δεν το παιδί δεν πιέζεται να τρώει
- 6) τρώνε όλοι μαζί στην ώρα του φαγητού.

Συμπερασματικά οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται κάτω από την πίεση της οικογένειας. Οι σχέσεις παιδιού – γονέων κατά τη διάρκεια του γεύματος έρχεται σε ρήξη με αποτέλεσμα η ψυχολογία του παιδιού να χαρακτηρίζεται από άρνηση για το φαγητό. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι η απώλεια της όρεξης μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας οργανικής ασθένειας.^{5, 38, 39}

4.7.2 Ψυχοθεραπεία

Οι περισσότερες μορφές ψυχοθεραπείας δίνουν έμφαση στο χτίσιμο μιας καλής σχέσης μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή. Οι περισσότεροι θεραπευτές προσπαθούν να ενθαρρύνουν υγιείς διατροφικές συνήθειες, να ενισχύσουν στην επανάκτηση του φυσιολογικού βάρους και κάποιες συνεδρίες γίνονται για θέματα της εικόνας του σώματος. Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο χρειάζονται συνεχείς παρεμβάσεις. Η ψυχοθεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με το στυλ και την πολυπλοκότητα του ασθενή και της οικογένειας. Μπορεί να χρειάζεται να συνεχιστεί για πολλά χρόνια, ίσως με διαλείμματα και αυτό εξαρτάται από την ψυχοπαθολογία και την κατάσταση του ασθενή.

Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών σε ασθενείς με νευρική ανορεξία βασίζονται σε ψυχοδυναμικές, ψυχαναλυτικές, γνωσιακές κοινωνικοπολιτικές θεωρίες και ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που έχουν εφαρμοστεί. Κάθε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να εστιάζει αφ' ενός στα εσωτερικά προβλήματα του ανορεκτικού ασθενούς και αφ' ετέρου στο να τον βοηθήσει να επεξεργασθεί τις προκλήσεις της εφηβείας. Ο θεραπευτής πρέπει να εκπαιδεύει, να ενθαρρύνει, να προτείνει, να συζητά, να διαπραγματεύεται και να αποτελεί πρότυπο για τον ασθενή. Επίσης, πρέπει να είναι ευέλικτος και επίμονος στην παροχή βοήθειας ώστε να καταπολεμηθούν οι τάσεις των ασθενών να εγκαταλείψουν τις προσπάθειές τους.

Η ψυχοθεραπεία συνδυάζει θεραπεία συμπεριφοράς και υποστηρικτική θεραπεία με άμεσο στόχο την παθολογική συμπεριφορά όσον αφορά την πρόσληψη τροφής. Ταυτόχρονα βοηθά τον ασθενή :

- 1) να ενισχύσει την σωστή συμπεριφορά γύρω από την τροφή
- 2) να εκπαιδεύει σε θέματα γύρω από την διατροφή και για τις συνέπειες των βουλιμικών επεισοδίων και εμετών κτλ
- 3) να αντιμετωπίζει τα αίτια του προβλήματος
- 4) να φτιάξει τις σχέσεις με τους γονείς του
- 5) να ελέγχει ή να διαχειρίζεται τα αρνητικά συναισθήματα

- 6) να λύνει τα προβλήματα και τις συγκρούσεις
- 7) στην θλίψη και την κατάθλιψη
- 8) στα ψυχοσωματικά προβλήματα.

Στην ψυχοθεραπεία υπάρχει ένας βασικός κανόνας : να λέει το άτομο την ώρα της συνεδρίας αυτό που σκέφτεται, την στιγμή που το σκέφτεται και τον λόγο που το σκέφτεται, να μην προσπαθεί να το κρύψει. Η διάθεση και η προσπάθεια που κάνει ο θεραπευόμενος μέσα από την ψυχοθεραπεία είναι για να γνωρίσει τον εαυτό του καλύτερα, να ανοιχτεί και να είναι ειλικρινής με τον εαυτό του και τον ψυχολόγο του καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας. Η ψυχοθεραπεία βοηθάει στον έλεγχο της αυτοεκτίμησης, της εκμάθησης τρόπου ελέγχου της λύπης και των δυνατών συναισθημάτων.^{5,6}

4.8 Νευρογενής ανορεξία και νοσηλευτική παρέμβαση

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική και επιστημονική αντιμετώπιση για την επίλυση των προβλημάτων που προσαρμόζονται σε διάφορες καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα. Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι: η αξιολόγηση αναγκών, προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμογή προγράμματος και αξιολόγηση της φροντίδας.

Πρώτη ευθύνη του νοσηλευτή είναι η αξιολόγηση του πάσχοντα. Κατά την αξιολόγηση αυτή δεν πρέπει να λησμονείται ότι η πάθηση ενδέχεται να οφείλεται σε σωματικούς παράγοντες. Επίσης σημαντικό είναι να διορθωθεί η κατάσταση της θρέψης του αρρώστου, επειδή η αφυδάτωση, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών και η λιμοκτονία μπορούν να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο στην υγεία και σε μερικές περιπτώσεις τον θάνατο. Το καλό ιστορικό και οι σωματικές εξετάσεις συχνά χρειάζονται γιατί προσφέρουν πληροφορίες. Η απόφαση για νοσηλεία αποτελεί συνάρτηση της κατάστασης του αρρώστου και του βαθμού συνεργασίας του.

Τα προγράμματα νοσηλείας σε άτομα με νευρική ανορεξία χρησιμοποιούν γενικά ένα συνδυασμό συμπεριφериολογικής θεραπείας, ατομικής θεραπείας, εκπαίδευσης και θεραπείας της οικογένειας και σε μερικές περιπτώσεις χρήση ψυχοτρόπων σκευασμάτων. Για

να είναι αποτελεσματική η νοσηλεία πρέπει να υπάρχει σταθερή σχέση του προσωπικού με τον ασθενή και υποστήριξη. Η νοσηλεία πρέπει να ταιριάζει με τις ανάγκες και τις ικανότητες του ασθενή.

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι αδιάφοροι ή αντιστέκονται στην θεραπεία. Τους φέρνουν στο ιατρείο χωρίς να θέλουν οι συγγενείς και οι φίλοι που ανησυχούν για την υγεία τους. Σπάνια αποδέχονται τη νοσηλεία. Η έμφαση στα οφέλη όπως την αυπνία, τα συμπτώματα και τα σημεία της κατάθλιψης βοηθούν τον άρρωστο να κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι οικογένειες πρέπει να ενημερωθούν ότι οι άρρωστοι θα αντισταθούν στην θεραπεία από την πρώτη εβδομάδα και θα ζητήσουν την υποστήριξη της οικογένειας για να αποφύγουν το πρόγραμμα νοσηλείας. Όμως η νοσηλεία πρέπει να γίνει αναγκαστικά σε κακή θρέψη, σε κίνδυνο θανάτου και σε διάφορες επιπλοκές.

Η νοσηλευτική παρέμβαση που γίνεται σε έναν ασθενή με νευρική ανορεξία περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- 1) ισορροπημένη διατροφή πλούσια σε θερμίδες
- 2) οι άρρωστοι πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί αφού προηγουμένως έχουν κενώσει την ουροδόχο κύστη. Επίσης θα πρέπει να καταγράφεται η ημερίσια πρόσληψη υγρών όπως και η αποβολή των ούρων. Εάν παρουσιαστούν εμετοί θα πρέπει να εκτιμούνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται πιθανή εμφάνιση υπογλυκαιμίας
- 3) παραμονή με τον άρρωστο κατά την διάρκεια και μετά τα γεύματα
- 4) καθορισμός γραπτής συμφωνίας που να περιγράφει τις ευθύνες του αρρώστου όπως επίσης και του νοσηλευτικού προσωπικού που περιλαμβάνει τις δίαιτες και τις δραστηριότητες
- 5) χρήση ρινογαστρικού καθετήρα για να όποτε είναι αναγκαίο
- 6) χρήση ιστοριών που δείχνουν καταλλήλες ικανότητες επικοινωνίας και αντιμετώπισης
- 7) ενθάρρυνση του αρρώστου με θερμό και γεμάτο κατανόηση τρόπο να αναγνωρίσει της δυνάμεις του, τα ταλέντα του και τις δεξιότητές του
- 8) επιβεβσίωση ότι ο ασθενής δέχεται συνεχή φροντίδα απο ομάδα υγείας
- 9) συζήτηση με τον άρρωστο για την προοπτική ανάληψης ρόλου στην οικογένεια και την κοινωνία και εκτίμηση της συμπεριφοράς του
- 10) διδασκαλία στον άρρωστο αποτελεσματικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης
- 11) συντονισμό της στήριξης της οικογένειας και των φίλων
- 12) προτροπή του αρρώστου να χρησιμοποιεί τις δεξιότητές του για την επίλυση των προβλημάτων του.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας πρέπει να καταγράφονται τα εξής :

- 1) ισοζύγιο υγρών
- 2) η κατάσταση του αρρώστου και η εκτίμηση των ευρημάτων κατά την εισαγωγή του
- 3) οι αλλαγές στην κατάσταση του αρρώστου
- 4) η πρόσληψη τροφής
- 5) η συμπεριφορά και η αύξηση βάρους
- 6) η συμμετοχή των γονέων στη θεραπεία
- 7) οι οδηγίες για την σχεδιασμένη έξοδο από το νοσοκομείο
- 8) τα σχέδια μακροχρόνιας παρακολούθησης ^{10, 12}

4.9 Νευρική ανορεξία σε ειδικές ομάδες πληθυσμού

4.9.1 Νευρική ανορεξία στους άνδρες

Η νευρική ανορεξία στους άντρες είναι εξαιρετικά σπάνια σε σχέση με την εμφάνισή της στις γυναίκες (15 φορές λιγότερο), καθιστώντας την υπάρχουσα βιβλιογραφία ασαφή και συχνά αντιφατική. Μια μερίδα ειδικών υποστηρίζει πως η τυπική νευρική ανορεξία δεν συμβαίνει στους άντρες και μια άλλη μερίδα ότι δε διαφέρει από αυτή των γυναικών. Ορισμένοι αμφισβητούν την ύπαρξη της νόσου στους άνδρες, ισχυριζόμενοι ότι εφόσον η αμηνόρροια θεωρείται θεμελιώδες σύμπτωμα τότε, εκ των πραγμάτων, το αντρικό φύλο εξαιρείται τη νόσο. Ωστόσο, είναι πλέον γνωστό πως οι ανορεκτικοί άντρες έχουν τα ίδια ψυχολογικά χαρακτηριστικά με αυτά των γυναικών και πως δεν παρουσιάζεται ομοιομορφία, αφού η κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή. Ο άντρας ασθενής ασχολείται υπερβολικά με το μέγεθος του σώματός του, με μια συνεχή επιδίωξη να είναι αρρενωπός. Αυτή η παράδοξη κατάχρηση του φαγητού απεικονίζει μια τρομερή προσπάθεια να εδραιώσει την αίσθηση του ελέγχου και της ταυτότητας. ⁴⁰

Ωστόσο, οι άντρες με νευρική ανορεξία δεν επιδιώκουν τόσο πολύ όσο οι γυναίκες να είναι αδύνατοι αλλά πολύ περισσότερο να έχουν ένα καλογυμνασμένο σώμα. Για αυτόν τον λόγο σπαταλούν υπερβολικά πολλές ώρες ώστε να γυμναστούν. Βασανίζονται από τη σκέψη του φαγητού, όπως ακριβώς και το αντίθετο φύλο, αλλά δεν δίνουν τόσο μεγάλη έμφαση στο μαγείρεμα. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως οι άντρες δεν κάνουν επικίνδυνες

δίαιτες, αλλά χρησιμοποιούν μεθόδους απώλειας βάρους (καθαρτικά, διουρητικά κτλ.), εφόσον οι περισσότεροι εμφανίζουν τον καθαρτικό τύπο.⁴¹

4.9.2 Νευρική ανορεξία και εγκυμοσύνη

Η ανορεξία δημιουργεί πολλά προβλήματα στις γυναίκες που επιθυμούν να μείνουν έγκυες ή είναι ήδη έγκυες. Η διατήρηση της εικόνας του σώματος μπορεί να είναι δύσκολη για κάθε γυναίκα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η αλλαγή της εικόνας του σώματος φαίνεται να είναι διαδεδομένη. Επίσης, οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να είναι συχνότερες στην αναπαραγωγική περίοδο.

Για τις γυναίκες που ήδη έχουν μια διατροφική διαταραχή, η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι δύσκολη και μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση της διαταραχής. Η πρόσληψη τροφής για μια έγκυο είναι σημαντική γιατί είναι η υπεύθυνη για την υποστήριξη του εμβρύου. Η ανορεξία σε αυτό το σημείο προκαλεί ζημιά. Αν η μητέρα δεν τρώει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στερεί στο έμβρυο τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, που χρειάζονται για τη σωστή ανάπτυξη και εξέλιξη του.

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν αρνητικές επιπτώσεις για την εγκυμοσύνη. Μερικές από αυτές είναι οι εξής:

- πρόωρος τοκετός
- χαμηλό βάρος γέννησης παιδιού
- θάνατος εμβρύου
- διαβήτη κύησης
- προεκλαμψία κ.α

Τέλος σημαντική είναι η έγκαιρη δράση στην αντιμετώπιση της ανορεξίας για να αυξηθούν οι πιθανότητες να επιτευχθεί η γέννηση ενός υγιούς μωρού. Η εγκυμονούσα πρέπει να τρώει υγιεινά και να κανονικό βάρος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να αποφευχθούν επιπλοκές και ανωμαλίες. Το πρώτο πράγμα που πρέπει να γίνει είναι η αναζήτηση ιατρικής, ψυχολογικής και διατροφολογικής βοήθειας για την διατροφική διαταραχή.¹²

4.9.3 Νευρική ανορεξία στα παιδιά

Η νευρική ανορεξία, σε αρκετές περιπτώσεις, παρουσιάζεται και στα παιδιά με τα ίδια ακριβώς συμπτώματα (άρνηση φαγητού, αυτοπροκαλούμενος εμετός). Η νευρική ανορεξία είναι σοβαρή διατροφική διαταραχή με ισχυρά ψυχολογικά προβλήματα και οδυνηρές συνέπειες για την υγεία του παιδιού. Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που νοσούν είναι έφηβοι, ιδίως κορίτσια 11-20 ετών.

Επειδή τα παιδιά πρέπει να αναπτυχθούν, η αποτυχία στην πρόσληψη βάρους θεωρείται ισοδύναμη με την απώλειά του στους ενήλικους. Μάλιστα, η ίδια είναι ανησυχητική, ειδικά όταν αφορά την προεφηβική ηλικία όπου τα επίπεδα λίπους είναι χαμηλά. Τα παιδιά δεν γνωρίζουν τίποτα σε σχέση με το βάρος και το σώμα, νομίζουν ότι είναι παχύσαρκα όταν είναι πολύ αδύνατα ή εκδηλώνουν έναν έντονο φόβο μήπως γίνουν υπέρβαρα. Τα παιδιά με νευρική ανορεξία ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με το βάρος, το σώμα τους και το φαγητό. Επίσης, είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν πολλές δικαιολογίες ώστε να αποφύγουν το φαγητό. Η πιο καλή δικαιολογία είναι ότι δε θέλουν να φάνε για να μην παχύνουν, ωστόσο πολλές φορές μπορεί να εμφανίζουν ναυτία, εμετούς, κοιλιακούς πόνους, έλλειψη της όρεξης και δυσκολία στην κατάποση. Συνήθως, όταν δεν δύνανται να αποφύγουν το φαγητό, χρησιμοποιούν την υπερβολική γυμναστική ή τον αυτοπροκαλούμενο εμετό, ώστε να μειωθεί το βάρος τους. Ωστόσο, η κατάχρηση καθαρτικών είναι λιγότερο κοινή επειδή έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε αυτά.⁴²

Τα παιδιά μπορούν να αναπτύξουν νευρική ανορεξία από την ηλικία των 8 ετών. Η κλινική παρουσίαση της νόσου είναι παρόμοια με αυτή των ενηλίκων. Τα αγόρια με νευρική ανορεξία εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα με αυτά των αντρών, δηλαδή δεν ασχολούνται τόσο με την απώλεια βάρους όσο με το καλογυμνασμένο σώμα και την υγεία. Αυτό που θέλουν να αποφύγουν είναι η ανάπτυξη ενός πλαδαρού σώματος. Το τελικό αποτέλεσμα, ωστόσο, αυτής της διαδικασίας είναι η απώλεια βάρους.⁴²

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι οι φυσικές, συμπεριφοριστικές, γνωστικές και συναισθηματικές όψεις της διαταραχής είναι πιθανό να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, υποδεικνύοντας ότι το κάθε παιδί απαιτεί διαφορετικές προτεραιότητες στην θεραπεία. Επιπροσθέτως, η νευρική ανορεξία μπορεί να συσχετιστεί με την κατάθλιψη σε έναν σημαντικό αριθμό παιδιών ή με την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή. Έχει αποδειχτεί ότι συγκεκριμένα στα αγόρια παρουσιάζονται σε αρκετά υψηλά ποσοστά ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά χαρακτηριστικά.⁴³

4.9.3.1 Κριτήρια νευρικής ανορεξίας στα παιδιά

1. Το παιδί αρνείται να διατηρήσει το σωματικό βάρος στα φυσιολογικά επίπεδα σύμφωνα με την ηλικία και το ύψος του
2. Το παιδί νιώθει έντονο φόβο για την αύξηση του βάρους του, γεγονός που καθορίζει τον τρόπο που αξιολογεί την ζωή του
3. Απουσία έμμηνου ρύσης για τουλάχιστον 3 κύκλους.

Η διάγνωση είναι δύσκολη διότι η σωματική ανάπτυξη των παιδιών δεν έχει ολοκληρωθεί και γίνονται διάφορες αλλαγές στο σώμα του. Έτσι μπορεί να υπάρξει καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας. Επίσης πρέπει να εντοπισθούν πιθανές διατροφικές αλλαγές στην συμπεριφορά του παιδιού, όπως η υπερβολικά αργή κατανάλωση της τροφής, οι ασυνήθιστοι συνδυασμοί τροφίμων, η υπερβολική κατανάλωση αναψυκτικών, η αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων και η μικρή ποικιλία τροφίμων.

4.9.3.2 Θεραπεία νευρικής ανορεξίας στα παιδιά

Η συστηματική θεραπεία στα παιδιά με νευρική ανορεξία δίνει βάση στο οικογενειακό περιβάλλον, μέσα από το οποίο ερμηνεύονται τα προβλήματα και πραγματοποιούνται οι παρεμβάσεις. Συχνά οι οικογένειες με ανορεκτικό παιδί απευθύνονται σε ειδικούς αφού έχουν προσπαθήσει με διάφορους τρόπους να διορθώσουν την κατάσταση.

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να αλλάξει η λάθος συμπεριφορά είναι να αλλάξουν τα πρότυπα επικοινωνίας μέσα από την οικογένεια. Ο στόχος της θεραπείας είναι η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους, η αλλαγή της δομής της προσωπικότητας καθώς και η αποκατάσταση των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον. Ουσιαστικά, πρέπει να αποκατασταθούν οι ψυχολογικές και συναισθηματικές λειτουργίες του παιδιού. Χρειάζεται να μάθει τους λόγους που εκδηλώνεται η ανορεξία και να μάθει να χειρίζεται αυτή την εμμονή.

Η διάρκεια της θεραπείας δεν είναι συγκεκριμένη. Η θεραπεία παρατείνεται

όταν ο ασθενής δεν αποδέχεται εύκολα το πρόβλημα του και δεν είναι συνεπής στην συνεργασία με τους ειδικούς. Αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί πρόωρα, τότε δυστυχώς η πρόγνωση θα είναι δυσμενής και το άτομο θα χρειαστεί να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο ώστε να επανέλθει στα φυσιολογικά πλαίσια. Στο νοσοκομείο πρέπει να δημιουργηθεί ένα έμπιστο περιβάλλον, όπου το άτομο θα νιώθει ασφάλεια, θα έχει ελευθερία να εκδηλώνει τα συναισθήματα του και τις σκέψεις του ¹².

4.9.3.3 Πως μπορούν οι γονείς να βοηθήσουν τα παιδιά τους

- να μην συγκρίνουν τα κορίτσια με εσφαλμένα πρότυπα ομορφιάς, να μην τα πιέζουν να κάνουν δίαιτα
- να τα ενημερώνουν για τους κινδύνους τις δίαιτας και τι προκαλεί στον οργανισμό και στο σώμα
- να διδάσκουν στα παιδιά τους να αποφεύγουν να έχουν στερεότυπα όσον αφορά την ομορφιά, το βάρος και την ασθένεια
- να τα παροτρύνουν να αθλούνται και να κινούνται για την προαγωγή της υγείας τους
- να τα ενθαρρύνουν ώστε να αναπτύσσουν αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση
- με ήπιο τρόπο να προτρέψουν το παιδί τους να αναζητήσει την βοήθεια ενός ειδικού.

Κεφάλαιο 5: Ψυχογενής βουλιμία

5.1 Ορισμός ψυχογενούς βουλιμίας – Γενικά στοιχεία

Ο όρος ψυχογενής ή νευρική ή νευρογενής βουλιμία περιγράφει μια διαταραχή πρόσληψης τροφής. Η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή υπερφαγία (κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα), η οποία ακολουθείται από την προσπάθεια απαλλαγής από τις περιττές θερμίδες συνήθως μέσω εμετού, διουρητικών, καθαρτικών.

Η ψυχογενής βουλιμία θεωρείται μια παραλλαγή της ψυχογενούς ανορεξίας με πολλά κοινά χαρακτηριστικά κλινικά και δημογραφικά. Είναι περισσότερο συχνή από την ψυχογενή ανορεξία και μοιάζει με τον υπερφαγικό, καθαρτικό τύπο της ψυχογενούς ανορεξίας χωρίς όμως τα έντονα προβλήματα του υποσιτισμού.

Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία είναι παρορμητικοί, ευέξαπτοι, συχνά χαρακτηρίζονται από ασυνέπεια ή απογοήτευση στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ενώ χάνουν γρήγορα το ενδιαφέρον τους για τις καταστάσεις στην ζωή τους. Επίσης εκδηλώνουν μια έντονη ευαλωτότητα στις περιβάλλουσες στρεσογόνες καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια της οικογένειας τους, συναισθηματική απορύθμιση, έλλειψη ελέγχου συμπεριφοράς.

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που αποτελούν παράγοντες ευπάθειας στη ψυχογενή βουλιμία είναι :

- 1) η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αποτελεί μακροχρόνιο χαρακτηριστικό προσωπικότητας με τις ρίζες της σε πρώιμα παιδικά βιώματα,
- 2) η παρορμητικότητα η οποία αντανακλάται σε μειωμένες αναστολές και σε προβλήματα στον έλεγχο των παρορμήσεων του ασθενή.⁵

5.2 Επιδημιολογία ψυχογενούς βουλιμίας – Επικράτηση

Το ενδιαφέρον για τον αριθμό των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία ξεκίνησε με την εμφάνισή της στα μέσα της δεκαετίας του 70. Η ψυχογενής

βουλιμία εμφανίζεται και απασχολεί κυρίως τις νεαρές γυναίκες στις δυτικές κοινωνίες. Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται στην εφηβεία.

Μια περίοδος έντονης διαταραχής στέρησης προηγείται της έναρξης και των δυο κυριότερων διαταραχών λήψης τροφής δηλαδή της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Υπάρχει όμως και ένα μικρό ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής της βουλιμίας που η ασθένεια εκδηλώνεται με υπερβολική κατανάλωση τροφής.

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές λήψης τροφής δεν εμφανίζουν τυχαία κατανομή στον πληθυσμό. Η πιο ευπαθής ομάδα είναι οι νεαρές γυναίκες ενώ ποσοστό 5% έως 10% είναι άντρες. Άτομα σε συγκεκριμένους εργασιακούς χώρους φαίνονται να εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της διαταραχής(μόδα, χορεύτριες μπαλέτου, αθλήτριες). Οι επιδημιολογικές έρευνες μελετούν την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών και θέτουν ως στόχο των προσδιορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την ανάπτυξη των συγκεκριμένων διαταραχών.⁵

Στην επιδημιολογική έρευνα στις διατροφικές διαταραχές, οι μελέτες για την επικράτηση υπερέχουν κατά πολύ αυτών που αφορούν την συχνότητα. Οι μελέτες επικράτησης των διατροφικών διαταραχών διεξάγονται συχνά σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως κορίτσια σχολικής ηλικίας ή φοιτήτριες. Προς το παρόν μια έρευνα δύο σταδίων, που πραγματοποιήθηκε στο γενικό πληθυσμό αποτελεί την πιο αποδεκτή διαδικασία για την ταυτοποίηση των περιπτώσεων στην κοινότητα. Το πρώτο στάδιο περιελάμβανε την «εξέταση» ενός μεγάλου αριθμού ατόμων από ύποπτες περιπτώσεις με την μορφή ερωτηματολογίων. Το δεύτερο στάδιο περιλάμβανε συνεντεύξεις με τα άτομα που, βάση των απαντήσεων που έδωσαν στα ερωτηματολόγια, πιστεύεται ότι έχουν μια διατροφική διαταραχή.

Επίσης, οι συνεντευξιαζόμενοι ήταν ένας αριθμός τυχαία επιλεγμένων ατόμων, που σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια, δεν υποφέρουν από τέτοιου είδους διαταραχή, ώστε να επιβεβαιωθεί ότι δεν είναι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Οι έρευνες των δυο σταδίων, χρησιμοποιώντας αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια, από άτομα που αποτελούν κοινοτικά δείγματα αποκάλυψαν πολύ χαμηλότερους δείκτες επικράτησης σε σχέση με τις μελέτες οι οποίες βασίστηκαν αποκλειστικά στα ερωτηματολόγια.

Η παράσταση του μέσου όρου για το σημείο επικράτησης της νευρογενούς βουλιμίας ανάμεσα στις νεαρές γυναίκες, χρησιμοποιώντας αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια, είναι περίπου 1.000 ανά 100.000.^{5,12}

5.3 Αίτια εμφάνισης ψυχογενούς βουλιμίας

Η αιτιολογία της νευρογενούς ή ψυχογενούς βουλιμίας όπως και αυτή των περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών, θεωρείται ότι είναι πολυπαραγοντική. Μια ποικιλία σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων μπορεί να αποτελούν αιτίες καθώς και αποτελέσματα της βουλιμίας. Είτε αναπτυχθεί διαταραχή είτε όχι, είτε διατηρηθεί είτε όχι, εξαρτάται από την ύπαρξη συνθηκών που ενεργοποιούν την ευπάθεια του ατόμου σε συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου και των χειρισμών των προστατευτικών παραγόντων.

Αυτές οι αλληλένδετες πολύπλοκες διαδικασίες αναπτύσσονται με το χρόνο και καθορίζουν εάν το άτομο θα ακολουθήσει το μονοπάτι από την έκθεση σε ένα παράγοντα κινδύνου της, την εμφάνιση της διαταραχής και αν αυτή η διαταραχή έπειτα διατηρηθεί η αν ακόμα γίνει χρόνια.

Ορισμένα προβλήματα αποτελούν μια πραγματική συνέπεια της βουλιμίας, κάποια άλλα είναι απλές συμπτώσεις, ενώ κάποια άλλα ενισχύουν στην πραγματικότητα την βουλιμία. Τα προβλήματα εξελίσσονται διαφορετικά σε κάθε άτομο και γι' αυτό το λόγο δημιουργείται η ανάγκη διαχωρισμού των παραγόντων που ευθύνονται για την έναρξη της από εκείνους που είναι υπαίτιοι για την διατήρησή της.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι παράγοντες που πρέπει να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν είναι ειδικοί οι οποίοι λειτουργούν ως τροφή για την συντήρηση του προβλήματος, διαφορετικά το πρόβλημα θα παραμείνει ή θα επανεμφανιστεί.⁵

Στην ψυχογενή βουλιμία υπάρχουν βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι αλληλεπιδρώντας οδηγούν στην εμφάνιση της διαταραχής.⁴⁴

Το προϋπάρχον ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας αποτελεί αυτό καθεαυτό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ψυχογενούς βουλιμίας. Μάλιστα, σύμφωνα με κάποιες μελέτες το 20-30% των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία σε κάποια φάση της ζωής τους ανταποκρίνονταν στα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας. Επιπλέον, μελέτες σε οικογένειες καταδεικνύουν υψηλότερα ποσοστά και των δυο διαταραχών στα πλαίσια της ίδιας οικογένειας, υπαινισσόμενες κάποια κοινή περιβαλλοντική και/ή γενετική προδιάθεση⁴⁴.

Οι πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία, όπως και οι πάσχοντες από νευρική ανορεξία έχουν την τάση να επιτυγχάνουν και να αποκρίνονται στις κοινωνικές πιέσεις για λεπτά και γυμνασμένα σώματα. Πολλοί ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία έχουν κατάθλιψη και αυξημένη συχνότητα οικογενούς κατάθλιψης. Ωστόσο, οι σχέσεις στις οικογένειες των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία είναι λιγότερο στενές από ότι στις οικογένειες των ασθενών

με ψυχογενή ανορεξία. Μάλιστα, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία συχνά περιγράφουν τις οικογένειές τους ως αδιάφορες και απορριπτικές.³⁵

Η προδιάθεση για παχυσαρκία αυξάνει την ευαισθησία απέναντι στην ψυχογενή βουλιμία. Επιπλέον, πρώιμα βιώματα που αφορούν επικριτικά σχόλια από την οικογένεια σχετικά με το σωματικό βάρος, το σχήμα του σώματος και τις διατροφικές προτιμήσεις εμφανίζονται συχνότερα σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία.

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά άγχους και διαταραχών διάθεσης, κυρίως μείζονα κατάθλιψη³³ και δυσθυμική διαταραχή. Έρευνες που αφορούν στη συνοσηρότητα, έχουν καταλήξει στο ότι η διάδοση συναισθηματικών διαταραχών μεταξύ ασθενών με ψυχογενή βουλιμία, σε κάποια περίοδο της ζωής τους, αγγίζει το 75%. Επίσης, αυξημένα ποσοστά διάδοσης των συναισθηματικών διαταραχών εμφανίζονται και μεταξύ μελών των οικογενειών των βουλιμικών. Τα ευρήματα δημιουργούν την υποψία ότι μια γενετική προδιάθεση για κατάθλιψη ίσως να προδιαθέτει επίσης και για ανάπτυξη ψυχογενούς βουλιμίας. Ωστόσο, η φύση της σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και ψυχογενούς βουλιμίας παραμένει ασαφής.⁴⁴

Τέλος, κάποιοι ερευνητές προσπάθησαν κατά καιρούς να συνδέσουν τους κύκλους της υπερφαγίας και της κάθαρσης με διάφορους νευροδιαβιβαστές. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά συχνά ωφελούν ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, έχουν ενοχοποιηθεί η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Τα επίπεδα ενδορφινών στο πλάσμα αυξάνονται σε μερικούς ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία και εμετούς, οδηγώντας στην πιθανότητα ότι το αίσθημα ευεξίας μετά από εμετό, που βιώνουν ορισμένοι από αυτούς τους ασθενείς, είναι δυνατό να αποδίδεται στα υψηλά επίπεδα ενδορφινών.³⁵

Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχογενούς βουλιμίας, αξίζει να επισημανθεί η δυσκολία των ασθενών να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εφηβείας, με αποτέλεσμα συχνά να εμφανίζεται εξάρτηση από αλκοόλ και ουσίες κλεπτομανία, συναισθηματική ευμεταβλητότητα, αυτοκαταστροφικές σεξουαλικές σχέσεις και απόπειρες αυτοκτονίας. Πολλοί ασθενείς έχουν ιστορικό δυσκολιών αποχωρισμού από τα άτομα που τους φροντίζουν, όπως φαίνεται και από την απουσία μεταβατικών αντικειμένων στην πρώιμη παιδική ηλικία. Πολλοί θεραπευτές υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία χρησιμοποιούν το σώμα τους ως μεταβατικό αντικείμενο. Η διαπάλη αποχωρισμού από το μητρικό πρόσωπο εκδηλώνεται με αμφιθυμία σχετικά με το φαγητό. Η πρόσληψη τροφής μπορεί να αναπαριστά την επιθυμία για συνταύτιση με το άτομο που τους φροντίζει, ενώ η αποβολή μπορεί να εκφράζει, ασυνείδητα, την επιθυμία για αποχωρισμό.³⁵

Σχετικοί με την εμφάνιση ψυχογενούς βουλιμίας, πέρα από τους ψυχολογικούς

παράγοντες, είναι και οι κοινωνικοί παράγοντες. Η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί σύνδρομο που συνδέεται με τον πολιτισμό. Κατά συνέπεια οι εκτιμήσεις για κληρονομικότητα της ψυχογενούς βουλιμίας, πιθανά επηρεάζονται και από πολιτισμικά στοιχεία και μεταβάλλονται εύκολα.⁴⁵

Οι βουλιμικοί ασθενείς εμφανίζουν μια τάση προς την αυτοκριτική και την εξάρτηση ενώ παράλληλα αναφέρουν δυσάρεστες εμπειρίες στη παιδική τους ηλικία.⁴⁶ Πρώιμες αναφορές αφήνουν υπαινιγμούς για συγκεκριμένη συσχέτιση μεταξύ ψυχογενούς βουλιμίας και ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης.⁴⁴ Πράγματι, περίπου το 30-45% των γυναικών με ψυχογενή βουλιμία αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση^{30,44} στην παιδική τους ηλικία και ακόμα περισσότερες ότι έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση. Επίσης, μεγάλο ποσοστό βουλιμικών γυναικών αναφέρουν ανεπιθύμητες σεξουαλικές εμπειρίες στην ενήλικη ζωή τους.⁴⁷

5.4 Χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας

Συμπεριφορικά χαρακτηριστικά

Οι βουλιμικοί ασθενείς σημειώνουν επεισόδια υπερφαγίας τουλάχιστον δύο φορές εβδομαδιαία. Τα επεισόδια αυτά ακολουθούνται από επανορθωτικές πρακτικές όπως η αυτοπρόκληση εμετών, η κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών, ακραίες δίαιτες ή νηστείες και συχνά υπερβολική σωματική άσκηση. Ο συνδυασμός αυτών των συμπεριφορών βοηθά τους βουλιμικούς ασθενείς να διατηρούν, κατά κανόνα, φυσιολογικό σωματικό βάρος.^{30, 48} Οι βουλιμικοί ασθενείς συνηθίζουν να κρύβουν τα τρόφιμα και να τα καταναλώνουν κρυφά όταν βρίσκονται μόνοι τους. Παρουσιάζουν έντονη ενασχόληση με τα τρόφιμα και ζυγίζονται συχνά, ενώ ταυτόχρονα είναι πολύ δυσαρεστημένοι με το σώμα τους και έχουν λανθασμένη αντίληψη γι' αυτό.^{30, 49}

Ψυχολογικά χαρακτηριστικά

Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ανησυχούν σε βαθμό υπερβολικό μήπως γίνουν υπέρβαροι. Συνήθως καταβάλουν μεγάλες προσπάθειες για να ικανοποιήσουν τους γύρω τους, ενώ στην ουσία οι ίδιοι απομονώνονται κοινωνικά βιώνοντας καταθλιπτικά συναισθήματα. Οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν την ανάγκη να νιώθουν ότι ελέγχουν καταστάσεις και έχουν σταθερές και άκαμπτες απόψεις. Παράλληλα, δυσκολεύονται να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και συχνά νιώθουν ανεπαρκείς.^{30,50}

5.4.1 Τύποι ψυχογενούς βουλιμίας – Κλινική εικόνα

Οι τύποι της ψυχογενούς βουλιμίας είναι:

1) *καθαρτικός τύπος* : κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

2) *μη καθαρτικός τύπος* : κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση αλλά δεν καταφεύγει σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Κλινική εικόνα :

1) επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από:

α) κατανάλωση σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο μιας ποσότητας τροφής μεγαλύτερης από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου,

β) αισθητή έλλειψη ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά την διάρκεια του επεισοδίου.

2) επανειλημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους όπως αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών,

υπερβολική σωματική άσκηση.

3) η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος^{5,12}

5.5 Σημεία και συμπτώματα ψυχογενούς βουλιμίας

- 1) Επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας,
- 2) Διαταραχές εμμηνορυσίας ή διακοπή της περιόδου,
- 3) Ληθαργικότητα,
- 4) Δυσκοιλιότητα,
- 5) Στειρότητα,
- 6) Αίσθημα ενοχής, έλλειψης βοήθειας και μοναξιάς,
- 7) Παρορμητική συμπεριφορά με διαταραχή του ελέγχου των ενορμήσεων και μεταπτώσεις στη διάθεση,
- 8) Συμπεριφορές εγκατάλειψης, συγκάλυψης, απόκρυψης και εξαπάτησης,
- 9) Χρόνιο άγχος, υπερένταση και κατάθλιψη,
- 10) Συχνά, εξαφάνιση στην τουαλέτα μετά από τα γεύματα, με σκοπό την απομάκρυνση της τροφής που έχει προσληφθεί,
- 11) Οισοφαγίτιδα ή φλεγμονή,
- 12) Έλκη
- 13) Συχνές αυξομειώσεις του βάρους,
- 14) Αστάθεια των ηλεκτρολυτών, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή αρρυθμία, καρδιακή συγκοπή ακόμη και θάνατο,
- 15) Αφυδάτωση και υποκαλαιμία λόγω των συχνών εμέτων
- 16) Χρόνια γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος,
Η συχνή επαφή μεταξύ των δοντιών και του γαστρικού οξέος μπορεί να προκαλέσει συγκεκριμένα:
17) Διάβρωση των δοντιών
18) Διάβρωση του σμάλτου των δοντιών και
19) Διογκωμένους σιελογόνους αδένες.

Όπως σε πολλές ψυχιατρικές ασθένειες , μπορεί επίσης να υπάρξουν και παραισθήσεις μαζί με τα άλλα σημάδια και συμπτώματα αφήνοντας το άτομο με μια ψευδή πεποίθηση που κανονικά δεν γίνεται αποδεκτή από άλλους. Τα άτομα αυτά μπορεί επίσης να υποφέρουν από σωματικές επιπλοκές όπως καρδιακή αρρυθμία και μυική αδυναμία. ¹¹

5.6 Επιπτώσεις της ψυχογενούς βουλιμίας στον οργανισμό

Μερικές από τις επιπτώσεις που δημιουργεί η βουλιμία στον οργανισμό είναι :

- 1) σημαντική απώλεια βάρους,
- 2) διακοπή της ανάπτυξης,
- 3) ξηροδερμία
- 4) τριχόπτωση
- 5) οστεοπόρωση
- 6) μειωμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και
- 7) θάνατος ¹¹

5.7 Επιπλοκές βουλιμίας

Η βουλιμία μπορεί να προκαλέσει πολλές σοβαρές, ακόμα και απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές που είναι οι εξής :

- 1) αφυδάτωση ,η οποία οδηγεί σε σημαντικά ιατρικά προβλήματα όπως νεφρική ανεπάρκεια, καρδιακά προβλήματα(αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια), πεπτικά προβλήματα
- 2) άγχος, κατάθλιψη
- 3) κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ
- 4) επιληψία
- 5) ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- 6) ορμονικές διαταραχές (απουσία περιόδου της γυναίκας)
- 7) απώλεια μυικής μάζας
- 8) εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος

Σε άτομα με ανεξέλεγκτη υπερφαγία είναι :

- 1) αυξημένος ο κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη
- 2) αυξημένος ο κίνδυνος αρθρίτιδας

- 3) αυξημένος ο κίνδυνος καρδιακών παθήσεων

Ψυχολογικές επιπλοκές :

- 1) αυτοκτονία
- 2) αποστροφή
- 3) καχυποψία
- 4) παρορμητικότητα
- 5) χαμηλή αυτοεκτίμηση
- 6) ανησυχία ^{5, 12}

5.8 Θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας

Στην θεραπεία δίνεται έμφαση στη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων καθώς και σε μια βραχεία ψυχοθεραπεία. Οποιαδήποτε μορφή θεραπείας θεωρείται αποτελεσματική μόνο εφόσον καταλήγει σε μόνιμη βελτίωση.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη πολύ σπάνια είναι αναγκαία (σε σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης, αυτοκτονίας, εγκυμοσύνης, ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν στην εξωτερική θεραπεία, όταν ο στόχος είναι η διακοπή των κύκλων της βουλιμίας και των εμετών ή όταν προγραμματίζεται η εφαρμογή ενός θεραπευτικού σχεδίου. Σε διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς πολλές φορές είναι πιθανό η νοσοκομειακή περίθαλψη να λειτουργήσει τελικά εις βάρος του ασθενούς και αυτό μπορεί να εξηγηθεί ως εξής : οι ασθενείς αμέσως μετά την είσοδό τους στο νοσοκομείο παύουν τις βουλιμικές συμπεριφορές και αυτό στο μυαλό ενός αφελούς θεραπευτή μπορεί να σημαίνει ότι ο ασθενής ξεπέρασε την βουλιμία του. Στην πραγματικότητα όμως αντανακλά την αδυναμία των ασθενών να επιδοθούν στη βουλιμική τους συμπεριφορά αφενός για καθαρά πρακτικούς λόγους (επειδή ξαφνικά βρίσκονται σε έναν ξένο χώρο) και αφετέρου γιατί εντός του νοσοκομείου δεν έρχονται αντιμέτωποι με το άγχος και τα προβλήματα της καθημερινής ζωής που τους προκαλούν τα βουλιμικά επεισόδια.

Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή πολύ δύσκολα αναζητούν θεραπεία. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Κάποιοι από αυτούς είναι οι εξής :

- 1) Οι άνθρωποι πιστεύουν ότι το πρόβλημα θα ξεπεραστεί από μόνο του,
- 2) Κάποιοι πιστεύουν ότι το πρόβλημα τους δεν είναι αρκετά σοβαρό ώστε να είναι απαραίτητη η θεραπεία
- 3) Τα προβλήματα αυτά συνοδεύονται από αίσθημα ενοχής και ντροπής, οπότε ντρέπονται να

ζητήσουν βοήθεια,

4) Οι οικονομικές δυσκολίες επίσης συχνά εμποδίζουν τους ασθενείς να απευθυνθούν σε ειδικούς,

5) Τέλος ορισμένοι ασθενείς μπορεί να δυσκολεύονται να μιλήσουν σε γιατρό.

Τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα αν η θεραπεία ξεκινήσει νωρίς, πριν η διαταραχή γίνει συνήθεια και τρόπος ζωής. Υπομονή και δέσμευση τόσο από τη θεραπευτική ομάδα όσο και από την θεραπευόμενη και την οικογένεια της είναι σημαντικά, διότι τα αποτελέσματα θα έρθουν μετά από μερικούς μήνες και όχι αμέσως. Οι περισσότεροι ασθενείς θα χρειαστούν να ακολουθήσουν ψυχοθεραπεία. Η μορφή που θα πάρει η θεραπεία αυτή προσαρμόζεται πάντα στις ανάγκες του ατόμου και προσφέρεται από έμπειρο και ειδικευμένο θεραπευτή.

Έχει διαπιστωθεί ότι η θεραπεία οικογένειας και η ψυχοθεραπεία, που στηρίζεται σε γνωσιακές και συμπεριφερολογικές αρχές είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Ορισμένοι ασθενείς θα χρειαστούν φαρμακευτική αγωγή με στόχο να αντιμετωπιστούν πιθανόν συνυπάρχουσες καταστάσεις, όπως κατάθλιψη ή άγχος. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει επίσης και στη μείωση των βουλιμικών επεισοδίων. Η αγωγή παρακολουθείται στενά και προσεκτικά από ειδικευμένο ψυχίατρο.

Η συμβολή του διατροφολόγου είναι επίσης σημαντική. Σε λίγες μόνο περιπτώσεις, στις οποίες είτε κινδυνεύει άμεσα η υγεία του ατόμου είτε όλες οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει, συνιστάται εισαγωγή σε νοσοκομείο. Θα πρέπει η μονάδα αυτή να είναι εξειδικευμένη σε θέματα διαταραχών πρόσληψης τροφής και να υπάρχει ένα προσεχτικό πρόγραμμα παρακολούθησης και συνεχιζόμενης θεραπείας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.^{5,51}

5.8.1 Φαρμακοθεραπεία

Παρόλο που έχει γίνει ουσιαστική έρευνα όσον αφορά στην φαρμακοθεραπεία των διατροφικών διαταραχών, και παρόλο που τα φάρμακα έχει αποδειχτεί ότι είναι ευεργετικά, ιδιαίτερα σε ασθενείς με νευρική βουλιμία, σημαντικά ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα σχετικά με το πότε και σε ποιους ασθενείς πρέπει να εφαρμοστεί

φαρμακοθεραπεία. Έρευνες χρησιμοποιούν φάρμακα για την ψυχογενή βουλιμία που είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Αποτελέσματα δοκιμών ελέγχου άλλων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των σπασμολυτικών, του λιθίου και του σεροτονικού αγωνιστή βρέθηκαν είτε αρνητικά ή διαφορούμενα και αυτοί οι παράγοντες χρησιμοποιούνται σε σπάνιες περιπτώσεις για την θεραπεία της διαταραχής.

Οι αμφεταμίνες οι οποίες χρησιμοποιούνται λόγω της δράσης της τους ως αναστολείς της πείνας καθυστερούν την εκδήλωσή της και ελαττώνουν την ποσότητα των γευμάτων. Ωστόσο, επιφέρουν εγκεφαλική και φυσική διέγερση που ακολουθείται από μια καταθλιπτική περίοδο, η οποία απαιτεί νέα λήψη αμφεταμίνης και δημιουργεί εξάρτηση, ενώ στο μεταξύ παρατηρούνται καταθλιπτικές καταστάσεις και σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές.

Οι δοκιμές ελέγχου των αντικαταθλιπτικών για την ψυχογενή βουλιμία έχουν αποκαλύψει δύο σημαντικά κλινικά προβλήματα για την χρήση αυτής της κατηγορίας φαρμάκων σαν αποκλειστικό τρόπο παρέμβασης. Πρώτον, στις περισσότερες μελέτες μόνο σε μια μειοψηφία ασθενών επιτυγχάνεται ύφεση από το υπερβολικό φαγοπότι και από την κένωση με καθαρτικά. Δεύτερον, δεν είναι ξεκάθαρο ότι η βελτίωση που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας με φαρμακευτική αγωγή συντηρείται με την συνέχιση των φαρμάκων. Τέλος, δεν είναι ακόμα σαφές αν μια περιορισμένης χρονικής περιόδου θεραπεία με φάρμακα προάγει την διαρκή βελτίωση.

Στις θεραπευτικές δυνατότητες για τον ασθενή με ψυχογενή βουλιμία, μπορεί να είναι ωφέλιμο να συμπληρωθεί και η τρέχουσα γνώση όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα και της ψυχοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας. Για ασθενείς που δεν έχουν προηγουμένως θεραπευτεί και που δεν είναι σοβαρά καταθλιπτικοί, θεωρείται γενικά κατάλληλο να γίνει μια δοκιμή ψυχοθεραπείας πριν την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να συστήνονται όταν ο ασθενής έχει αποτύχει ή αποτυγχάνει να ανταποκριθεί επαρκώς σε μια περίοδο καλής ψυχοθεραπείας ή όταν ο ασθενής έχει καταθλιπτικό σύνδρομο αρκετά σοβαρό ώστε να εφαρμοστεί θεραπεία ανεξαρτήτως του συσχετισμού της με την ψυχογενή βουλιμία.⁵

5.8.2 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

Όταν αναφερόμαστε στην ψυχοθεραπευτική ασθενών με ψυχογενή βουλιμία αναφερόμαστε στην ενδοπροσωπική ψυχοδυναμική κατεύθυνση ή την ψυχαναλυτική πρόσβαση. Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι αυτές οι μέθοδοι θεραπείας μπορούν να βοηθήσουν

σε συνυπάρχουσες ανωμαλίες διάθεσης, άγχους, διαταραχών προσωπικότητας ή καταχρήσεων οι οποίες συχνά συνοδεύουν την ψυχογενή βουλιμία.

Το άτομο συχνά κρατά το πρόβλημα της διατροφής μυστικό καθώς νιώθει ντροπή και ενοχές. Εξαιτίας των συναισθημάτων αυτών συχνά δυσκολεύεται να ζητήσει βοήθεια για το πρόβλημά του. Ένα μεγάλο μέρος της καταπολέμησης του προβλήματος εστιάζεται στον εντοπισμό των συναισθημάτων που προκαλούν τα προβλήματα και στην εκμάθηση νέων τρόπων αντιμετώπισης των συναισθημάτων αυτών. Σκοπός δεν είναι μόνο να επιτευχθεί ισορροπία στις διατροφικές συμπεριφορές του ατόμου, αλλά και στη συναισθηματική του ζωή.

Η καταλληλότερη μορφή ψυχοθεραπείας για τη βουλιμία είναι η γνωσιακή ή συμπεριφοριστική. Αυτού του είδους η θεραπεία βοηθά στην αλλαγή όχι μόνο των διατροφικών συνηθειών και των συμπεριφορών που αποσκοπούν στον έλεγχο του βάρους, αλλά και στην τροποποίηση των πεποιθήσεων του ατόμου σχετικά με άλλες διαστάσεις, όπως η αυτοεκτίμηση και η επίμονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Προτεραιότητα της παρέμβασης είναι η επιστροφή σε ένα κανονικό πρόγραμμα διατροφής.

Στόχος είναι να διατηρηθεί σταθερό το βάρος του σώματος, με τρία προγραμματισμένα γεύματα την ημέρα, χωρίς το άτομο να βιώνει υπερβολική πείνα ή να προβαίνει σε αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Μόλις αποκατασταθεί ο αυτοέλεγχος, η προσοχή στρέφεται σε σκέψεις και συναισθήματα που συντελούν στη διατήρηση του προβλήματος και σε άλλες προσωπικές δυσκολίες που πιθανώς σχετίζονται με αυτό.^{5, 12, 38}

5.8.3 Γνωστική/ συμπεριφορική θεραπεία

Πολλοί άνθρωποι που αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματα της βουλιμίας έχουν επιχειρήσει μια ή περισσότερες αποτυχημένες θεραπευτικές προσπάθειες. Αυτό συμβαίνει συχνά γιατί η θεραπεία που εφαρμόστηκε δεν ήταν η κατάλληλη, καθώς δε βοηθούν όλα τα είδη θεραπείας τους ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας. Πολλές ψυχολογικές θεραπείες έχουν προταθεί και χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία ασθενών με ψυχογενή βουλιμία αλλά καμιά δεν ήταν τόσο αποτελεσματική όσο η γνωσιακή ή συμπεριφορική θεραπεία.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα είδος ψυχοθεραπείας που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε προβλήματα άγχους, πανικού και κατάθλιψης και σε άλλα προβλήματα όπως διατροφικές διαταραχές. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική είναι βραχυχρόνια

θεραπεία και προσανατολισμένη στο παρόν. Στόχος της είναι η εξάλειψη των συμπτωμάτων από τα οποία ο ασθενής υποφέρει και η εκλογίκευση των συναισθημάτων που τον οδηγούν στην βουλιμική συμπεριφορά.

Η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία αν και θεμελιώθηκε από τον Beck στην δεκαετία του 70, οι ρίζες της είναι πολύ πιο παλιές. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία η οποία περιλαμβάνει τη διδασκαλία των ασθενών να δοκιμάζουν αυτόματες σκέψεις και να συμμετέχουν σε συμπεριφορικά πειράματα έχει επιδείξει αποτελεσματικότητα και με την ταυτόχρονη χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής. Έρευνα προτείνει ότι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι η καλύτερη μορφή ψυχοθεραπείας για τη νευρική βουλιμία. Εξάιρεση αποτελεί μελέτη η οποία προτείνει ότι η διαπροσωπική θεραπεία μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, παρόλο που επιτυγχάνει τα αποτελέσματα της αργότερα.

Η γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση των βουλιμικών ατόμων στοχεύει σε δύο βασικές παραμέτρους. Η πρώτη παράμετρος απευθύνεται στις γνωσιακές πλευρές των προβλημάτων της ψυχογενούς βουλιμίας. Τέτοια προβλήματα είναι η υπερβολική ανησυχία για την εμφάνιση και το σωματικό βάρος, η τάση τελειομανίας που χαρακτηρίζει πολλά βουλιμικά άτομα, η σκέψη του «όλα ή τίποτα», καθώς και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η δεύτερη παράμετρος αφορά τα συμπεριφορικά στοιχεία του ατόμου και κυρίως τις διαταραγμένες συνήθειες σχετικά με την πρόσληψη τροφής.

Τα βασικά στοιχεία της γνωσιακής - συμπεριφορικής θεραπείας εντοπίζονται σε τρία στάδια:

1ο στάδιο :Λεπτομερής καταγραφή όλων των επεισοδίων της βουλιμίας τη στιγμή της εκδήλωσής τους, μαζί με τις σκέψεις και τα ανάλογα συναισθήματα. Υιοθέτηση μιας εναλλακτικής συμπεριφοράς για την ενίσχυση της αντίστασης στις παρορμήσεις βουλιμίας. Εκπαίδευση πάνω στο φαγητό, στις συνήθειες διατροφής, στην εικόνα του σώματος και στο βάρος.

2ο στάδιο : Εισαγωγή τροφών που αποφεύγονται βάσει του διαιτολογίου και σταδιακή μείωση άλλων μορφών αυστηρής δίαιτας. Αναγνώριση και μεταβολή των προβληματικών τρόπων σκέψης. Εξέταση των αιτιών του προβλήματος βουλιμίας και του ρόλου των οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων.

3ο στάδιο : Προγραμματισμός για το μέλλον βάσει ρεαλιστικών προσδοκιών και μεθόδων που μπορεί να ακολουθήσει το άτομο σε περίπτωση επανεμφάνισης του προβλήματος. Η θεραπεία γενικά διεξάγεται σε μια βάση ένα προς ένα και περιλαμβάνει συνεδρίες περίπου 20-50 λεπτών για μια περίοδο τεσσάρων έως πέντε μηνών. Είναι καλό να παρευρίσκεται ο ασθενής σε δύο συνεδρίες την εβδομάδα για τις δύο πρώτες εβδομάδες, γιατί βοηθούν ώστε

να διακοπούν τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας στις περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις. Γενικά, οι τελικές συνεδρίες επαναλαμβάνονται ανά δύο εβδομάδες καθώς η θεραπεία ολοκληρώνεται σταδιακά.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες. Φαίνεται ότι η γνωσιακή ή συμπεριφορική θεραπεία επιδρά στην μείωση της συχνότητας των επεισοδίων υπερφαγίας και των κενώσεων με καθαρτικά και μερικοί ασθενείς παύουν τις κενώσεις με καθαρτικά εντελώς. Για να δουλέψει η θεραπεία όλοι οι ασθενείς πρέπει να δουλέψουν μαζί για να συζητήσουν, καταγράψουν και να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης. Η θεραπεία αυτή, με το να κάνει τους ανθρώπους να συνειδητοποιήσουν τις πράξεις τους, τους κάνει να μπορούν να σκεφτούν εναλλακτικά.^{12, 51}

5.8.4 Οικογενειακή θεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία δε χρησιμοποιείται ευρέως στην θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας. Η οικογενειακή θεραπεία εφαρμόζεται για να βοηθήσει τους γονείς να παρέμβουν για να σταματήσει ο/η έφηβος τις κακές διατροφικές συμπεριφορές, ώστε στη συνέχεια να βοηθηθεί να ανακτήσει τον έλεγχο αυτών των συμπεριφορών. Στη θεραπεία οικογένειας το θεραπευτικό ενδιαφέρον στρέφεται στη στάση της οικογένειας απέναντι στο μέλος της που εκδηλώνει κάποια συμπτωματολογία, καθώς και στον αντίκτυπο που έχει η ατομική συμπτωματολογία στα υπόλοιπα μέλη.

Η συστημική θεραπεία οικογένειας συνίσταται σε αραιές μάλλον συνεδρίες με ολόκληρη την οικογένεια ή ένα μέρος της. Κατά την θεραπεία συζητούνται τα συμπτώματα ή τα προβλήματα που πιστεύει η οικογένεια ότι υπάρχουν και συνδέονται με αλλαγές ή σημαντικά γεγονότα στη ζωή της οικογένειας καθώς και τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Επίσης βρίσκονται οι πιθανές αιτίες ή ρόλοι που μπορεί να κρύβει η προβληματική συμπεριφορά.

Η οικογενειακή-συστημική θεραπεία βασίζεται στην σπουδαιότητα που έχουν, υπό το πρίσμα των θεωριών της μάθησης, οι θετικές ή αρνητικές ενισχύσεις που το κάθε μέλος δέχεται από τους άλλους για τη συμπεριφορά του. Η χρήση της αρνητικής ενίσχυσης εκτρέφει δυσλειτουργικές σχέσεις. Η συμπεριφορική θεραπεία της οικογένειας διακρίνεται για τις τεχνικές της στη συλλογική επίλυση προβλήματος καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας στην απόκτηση δεξιοτήτων επικοινωνίας.¹²

5.8.5 Ομαδική θεραπεία

Η ομαδική θεραπεία αποτελεί έναν ελκυστικό τρόπο θεραπείας για τους ανθρώπους με ψυχογενή βουλιμία. Πολλοί ασθενείς αποθαρρύνονται από την σκέψη ότι αυτός/αυτή είναι το μόνο άτομο με αυτού του είδους το πρόβλημα. Μοιράζοντας το πρόβλημα με άλλα άτομα μπορεί να είναι χρήσιμο γιατί έτσι μειώνεται η ντροπή και το αίσθημα απομόνωσης που αυτοί οι ασθενείς αισθάνονται. Η ομαδική θεραπεία πραγματοποιείται σε κατάλληλα οργανωμένα γκρουπ και τα μέλη μπορούν να μάθουν έμμεσα ο ένας τον άλλον.

Ο βασικός στόχος μιας ομαδικής θεραπείας είναι η συμπτωματική βελτίωση και συγκεκριμένα η ελάττωση της συχνότητας και της έντασης των κρίσεων βουλιμίας, η αποκατάσταση και σταθεροποίηση του βάρους, καθώς και η επαναφορά της ποικιλίας στη διατροφή. Ο θεραπευτής ακούει τα προβλήματα και τα κοινά θέματα των ασθενών που αναδύονται μέσα από τις ομαδικές ιστορίες ζωής των ασθενών και τους παρακινεί να εφαρμόσουν στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων. Προς το παρόν πάντως, η αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας και της εξατομικευμένης θεραπείας είναι αβέβαιη.¹²

5.8.6 Ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία

Η ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία διεξάγεται σε μια οργανωμένη ομάδα που περιλαμβάνει την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την ψυχογενή βουλιμία και τους τρόπους για να την ξεπεράσουν. Οι συμβουλές είναι αυτές που χρησιμοποιούνται στην γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.¹²

5.8.7 Ιατρική – Διατροφική Θεραπεία

Τα ποικίλα προβλήματα που σχετίζονται με τη διατροφή είναι πλέον αποδεκτό ότι χρήζουν την παρέμβαση διαιτολόγου - διατροφολόγου, ο οποίος απαιτείται να έχει εκπαιδευτεί και εξειδικευτεί στις διαταραχές λήψης τροφής. Η θεραπεία που καλείται ο εξειδικευμένος διαιτολόγος να προωθήσει, προκειμένου να βοηθήσει τον πάσχοντα καλείται Ιατρική Διατροφική Θεραπεία. Η Ιατρική Διατροφική θεραπεία χρησιμοποιεί διάφορες διατροφικές υπηρεσίες για να θεραπεύσει κάποια ασθένεια ή να αποκαταστήσει μια βλάβη ή τραύμα.

Η Ιατρική διατροφική θεραπεία περιλαμβάνει :

- 1) προσδιορισμό και εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς, και
- 2) θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει, διαιτητική θεραπεία, συμβουλευτική προσέγγιση και χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων. Η ιατρική διατροφική θεραπεία για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι μια διαδικασία κατά την οποία ο ασθενής και ο διαιτολόγος δουλεύουν μαζί προκειμένου να επιτευχθεί αλλαγή στην συμπεριφορά του πάσχοντος, όσον αφορά τη σχέση του με το φαγητό και το βάρος του.

Για την θεραπεία λοιπόν της βουλιμίας καλό θα ήταν η συνύπαρξη και του ψυχολόγου και του διατροφολόγου γιατί δεν είναι μια απλή ψυχολογική ασθένεια. Έτσι, αρχικά ο διατροφολόγος θα βοηθήσει το άτομο να επανέλθει σε μια σωστή διατροφική συμπεριφορά σε σύντομο χρονικό διάστημα ανεξάρτητα από τις παρενέργειες της ασθένειας. Η σταθερή επιστροφή στη φυσιολογική κατανάλωση της τροφής, η διακοπή των αντισταθμιστικών συμπεριφορών (όπως εκκαθάριση), τα μικρά και συχνά γεύματα και η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε θρεπτικά συστατικά θα έχει σαν αποτέλεσμα αλλαγή στη διάθεση καθώς η χημεία του εγκεφάλου επιστρέφει στα φυσιολογικά. Μόνο τότε το άτομο θα είναι κινητοποιημένο ως προς την αλλαγή.⁵

5.9 Στόχοι Θεραπείας

- 1) εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπή του φαύλου κύκλου υπερφαγίας – εμετών
- 2) τροποποίηση σκέψεων, πιστεύω και συναισθημάτων που συντηρούν την βουλιμική συμπεροφορά
- 3) θεραπεία ιατρικών επιπλοκών της βουλιμίας
- 4) αντιμετώπιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων
- 5) αναγνώριση του προβλήματος από τον ασθενή
- 6) συνειδητοποίηση της δυσλειτουργικής αντίληψης για το βάρος και το σχήμα του σώματος του πάσχοντα
- 7) υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και κατάλληλων τρόπων ελέγχου του βάρους
- 8) αύξηση της αυτοεκτίμησης του ατόμου
- 9) ψυχολογική προσέγγιση
- 10) πρόληψη των υποτροπών
- 11) βελτίωση διάθεσης
- 12) μείωση υπερφαγίας και
- 13) φάρμακα ¹⁰

Κεφάλαιο 6: Επεισοδιακή υπερφαγία

6.1 Ορισμός επεισοδιακής υπερφαγίας

Ως σύνδρομο επεισοδιακής υπερφαγίας ορίζονται τα συχνά επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία χαρακτηρίζονται από την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού σε σύντομες χρονικές περιόδους και συνοδεύονται από απώλεια ελέγχου και αδυναμίας του ατόμου να σταματήσει. Η υπερφαγία δεν σχετίζεται μόνο με την ψυχοπαθολογική διατροφική διαταραχή αλλά και με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, προβλήματα υγείας και την παχυσαρκία.

Το σύνδρομο υπερφαγίας αποτελεί την πλέον διαδεδομένη και αναγνωρισμένη διαταραχή πρόσληψης τροφής μη διαφορετικά προσδιοριζόμενη. Στο DSM-IV ορίζεται ως εξής : «Επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας με απουσία τακτικής χρήσης ανάρμοστων, αντισταθμιστικών συμπεριφορών, χαρακτηριστικών της Νευρικής Βουλιμίας». ⁵²

Το σύνδρομο της επεισοδιακής υπερφαγίας μοιράζεται πολλές ομοιότητες με την ψυχογενή βουλιμία, συμπεριλαμβάνοντας την υπερφαγία και αυξημένους ρυθμούς συνδεδεμένης ψυχοπαθολογίας. Ωστόσο, αποτελεί ξεχωριστή διαταραχή σημαντικής κλινικής σοβαρότητας, η οποία απαιτεί συγκεκριμένη θεραπεία.

6.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Υπολογίζεται ότι το σύνδρομο υπερφαγίας αφορά το 2-3% των ενηλίκων του γενικού πληθυσμού και το 8% των παχύσαρκων ατόμων. Η κύρια ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής βρίσκεται μεταξύ των 30 και 50 ετών. Το σύνδρομο υπερφαγίας έχει μεγαλύτερη διασπορά στους άνδρες συγκριτικά με την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία. ⁵² Επίσης, τα συμπτώματα της διαταραχής εμφανίζονται σε υψηλότερο βαθμό στους

Ισπανόφωνους λαούς, ενώ το ποσοστό διάδοσης αγγίζει το 8% τόσο στις Αφρο-Αμερικανίδες όσο και στις Καυκάσιες.⁵³

6.3 Διαγνωστικά κριτήρια επεισοδιακής υπερφαγίας

Τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου της επεισοδιακής υπερφαγίας είναι τα εξής:

1) επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας.

Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα εξής:
πρόσληψη τροφής σε μια περιορισμένη χρονική περίοδο
κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής
αίσθηση απώλειας ελέγχου κατά την κατανάλωση φαγητού.

2) Τα επεισόδια υπερφαγίας σχετίζονται με τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω:
κατανάλωση φαγητού πολύ γρηγορότερα από το κανονικό
πρόσληψη τροφής όταν δεν νιώθει ένα άτομο πεινασμένο
πρόσληψη τροφής μέχρι να νιώσει ένα άτομο πλήρες
αίσθημα αηδίας για τον εαυτό του, θλίψη ή ενοχή μετά από την υπερφαγία.

3) παρουσιάζεται έντονη δυσφορία στα επεισόδια υπερφαγίας

4) η υπερφαγία εμφανίζεται, κατά μέσο όρο τουλάχιστον 2 ημέρες την εβδομάδα για 6 μήνες

5) δεν σχετίζεται με συνηθισμένη χρήση ακατάλληλων συμπεριφορών (νηστεία, άσκηση) και δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια νευρικής ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι υπάρχουν δύο βασικοί τύποι επεισοδίων υπερφαγίας που συμβαίνουν συχνά σε άτομα με διατροφικές διαταραχές:

- τα αντικειμενικά βουλιμικά επεισόδια, που περιλαμβάνουν την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού και χαρακτηρίζονται από απώλεια ελέγχου, και
- τα υποκειμενικά βουλιμικά επεισόδια, που περιλαμβάνουν την κατανάλωση μια μικρής ή μέτριας ποσότητας φαγητού που συνοδεύεται και αυτή από απώλεια ελέγχου.^{5, 12}

6.4 Αίτια εμφάνισης επεισοδιακής υπερφαγίας

Δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για το πώς προκαλείται η επεισοδιακή υπερφαγία. Ο κύριος όμως λόγος για τον οποίο συμβαίνει είναι ότι η υπερβολική πρόσληψη τροφής χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των συναισθημάτων. Οι περισσότεροι άνθρωποι με αυτή τη διαταραχή πάσχουν από κατάθλιψη, άγχος, οικογενειακά προβλήματα, ανησυχία για την πορεία μιας σχέσης και ανία. Επίσης, οι ψυχολογικές αλλαγές που προκύπτουν μετά από μια αυστηρή δίαιτα, η οποία μόλις τελειώνει, μπορεί να οδηγήσουν στην πολυφαγία. Οι ψυχολογικές αυτές μεταπτώσεις που συνδέονται με την αρνητική-καταθλιπτική διάθεση, μπορούν να προκαλέσουν την αλλαγή της ισορροπίας των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο που καταλήγουν στην επεισοδιακή πολυφαγία. Επειδή στη συντριπτική πλειοψηφία των πασχόντων η πολυφαγία δεν επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους, σπάνια επιδιώκεται η βοήθεια από κάποιον ειδικό. Ωστόσο σε μερικές περιπτώσεις η ζωή του ατόμου επηρεάζεται, η ψυχική του υγεία αποδιοργανώνεται, η διαταραχή επεισοδιακής πολυφαγίας γίνεται κυρίαρχη στη διατροφική του συμπεριφορά και τότε ο πάσχων ζητά βοήθεια από ειδικούς. Κάποιοι άνθρωποι, θεωρώντας πως αυτό από το οποίο πάσχουν είναι πρωτίστως η παχυσαρκία, και όχι η διαταραχή επεισοδιακής πολυφαγίας, απευθύνονται σε γιατρούς με στόχο την καταπολέμηση της παχυσαρκίας τους. Θα πρέπει να τονιστεί πως οι άνθρωποι που πάσχουν από επεισοδιακή πολυφαγία δεν έχουν συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας ούτε ψυχογενούς βουλιμίας. Αυτό συμβαίνει επειδή δεν χρησιμοποιούν επικίνδυνες μεθόδους ελέγχου του σωματικού βάρους, όπως ασιτία, εμετό, χρήση καθαρτικών φαρμάκων.⁵

6.5 Θεραπεία επεισοδιακής υπερφαγίας

Η επεισοδιακή υπερφαγία χρειάζεται τη δράση ειδικών που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση τόσο των ψυχολογικών αιτιών όσο και των σωματικών επιπλοκών. Ο στόχος της θεραπείας είναι να αποκτήσει το άτομο μια υγιή σχέση με το φαγητό και να μάθει αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων.

Η επικοινωνία με κάποιο ειδικό γιατρό σε θέματα διατροφής θα βοηθήσει το άτομο να βρει πιο εύκολα λύση στο πρόβλημά του. Το σύνδρομο υπερφαγίας αφορά άτομα κυρίως υπέρβαρα ή παχύσαρκα, τα οποία προσπαθούν επανειλημμένως να χάσουν βάρος, εφαρμόζοντας συνήθως αυστηρές και στερητικές δίαιτες. Το ίδιο συχνά αποτελεί συνέπεια συναισθημάτων απογοήτευσης και τύψεων από την εγκατάλειψη της «δίαιτας». Πρώτος στόχος του διατροφολόγου είναι να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει ότι οι «δίαιτες» δεν είναι ο κατάλληλος τρόπος για να λύσει το πρόβλημα του βάρους του. Πολλοί υποστηρίζουν ότι πριν ακόμα ο ασθενής ακολουθήσει πρόγραμμα απώλειας βάρους, θα πρέπει (πάντα με τη βοήθεια του ειδικού ψυχολόγου – ψυχιάτρου) να συνειδητοποιήσει τα αίτια που τον οδηγούν στην κρίση υπερφαγίας και να μάθει να διαχωρίζει το αίσθημα της «οργανικής» από αυτό της «εγκεφαλικής ή συναισθηματικής» πείνας. Η προσέγγιση αυτή φαίνεται από τη βιβλιογραφία να έχει καλύτερα και πιο μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από την απλή εφαρμογή υποθερμιδικού προγράμματος απώλειας βάρους, η οποία θα πρέπει να εφαρμόζεται σε δεύτερο χρόνο.⁵⁴

Από την άλλη πλευρά, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον μπορεί να βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό το άτομο με την υποστήριξη και τη φροντίδα του. Είναι πολύ σημαντικό για τους συγγενείς να κατανοήσουν το πρόβλημα της διατροφής που αφορά στο συγγενικό τους πρόσωπο. Αυτό θα βοηθήσει το άτομο να αντιμετωπίσει τα προβλήματα και τις συναισθηματικές δυσκολίες του.

Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της επεισοδιακής υπερφαγίας είναι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και η ψυχοεκπαίδευση. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα, καθώς αναγνωρίζει, αναδεικνύει και τροποποιεί τις αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα που οδηγούν στην επεισοδιακή υπερφαγία.

Η ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση γίνεται είτε προφορικά είτε γραπτά. Ο ασθενής με αυτό τον τρόπο:

μαθαίνει τις συνέπειες της επεισοδιακής υπερφαγίας

αντιλαμβάνεται τα οφέλη της ψυχοεκπαίδευσης και πιστεύει στον εαυτό του ότι μπορεί να αλλάξει σκέψεις και συμπεριφορές

ασχολείται στο σπίτι με εργασίες που του δίνουν τη δυνατότητα να αφομοιώσει αυτά που έμαθε στην θεραπευτική συνεδρία

μαθαίνει τα οφέλη της άσκησης και τα προσαρμόζει στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Ακόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα που μειώνουν την επιθυμία για επεισοδιακή υπερφαγία και θεραπεύουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα.⁵

6.6 Συναισθηματική υπερφαγία

Ως συναισθηματική υπερφαγία ορίζεται η ανάγκη για φαγητό, συνήθως τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος, άμυλο, ζάχαρη ως αντίδραση σε δύσκολες ή δυσάρεστες ψυχολογικές καταστάσεις. Η τροφή δεν λαμβάνεται για να ικανοποιήσει την πείνα αλλά για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών. Είναι στην πραγματικότητα ένας τρόπος διαφυγής από το πρόβλημα που απασχολεί τον ασθενή. Επίσης, όταν ο ίδιος δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα συναισθήματα άγχους, φόβου, θλίψης, θυμού, μοναξιάς νομίζει πως η μόνη διέξοδος είναι στην κατανάλωση φαγητού.

Το άτομο με συναισθηματική υπερφαγία δυσκολεύεται συνήθως στο να εντοπίζει και να εκφράζει ανάλογα τα συναισθήματα του, τις ανάγκες του και τα θέλω του και να τα διαχειρίζεται κατάλληλα. Με την λήψη τροφής τα άτομα που αντιμετωπίζουν αυτή την διαταραχή, νιώθουν ευχαρίστηση, ικανοποίηση και παρηγοριά.

Τέλος, κατά τη διάρκεια ενός τυπικού επεισοδίου υπερφαγίας τα άτομα έχουν έντονη την αίσθηση της απώλειας ελέγχου και καταναλώνουν με μεγάλη ταχύτητα μεγάλη ποσότητα παχυντικών τροφίμων. Η συστηματική συναισθηματική διατροφή με την υπερκατανάλωση θερμίδων οδηγεί σταδιακά το άτομο στην απώλεια της καλής φυσικής κατάστασης και στην απόκτηση παραπανίσιων κιλών που μπορεί να καταλήξει και στην παχυσαρκία και μαζί με αυτή να εμφανισθούν νέα ψυχολογικά προβλήματα, λόγω της κακής σωματικής εικόνας και της ενοχής.¹²

Κεφάλαιο 7

7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας σε διάφορες κλινικές περιπτώσεις

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σημαντικό πρόβλημα υγείας στη σύγχρονη εποχή. Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν διαμορφωμένους τρόπους συμπεριφοράς, ικανότητες, ενδιαφέροντα, παρορμήσεις, ελπίδες και όνειρα. Επομένως η ευθύνη των νοσηλευτών είναι μεγάλη. Παρακάτω απαριθμούνται οι παράμετροι για τη σωστή αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών:

οι νοσηλευτές οφείλουν να βλέπουν τον κάθε άρρωστο σαν μια ξεχωριστή οντότητα
κάθε ασθενής έχει δικαίωμα για την καλύτερη δυνατή θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη, χωρίς να υπολογίζονται κοινωνικο - οικονομικές και πολιτιστικές διαφορές
οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνουν όχι μόνο τους ασθενείς, αλλά και τις οικογένειές τους

να τίθενται βάσεις για την σωστή θεραπεία των ασθενών

όλο το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό οφείλει να λειτουργεί ως στήριγμα για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους

απαιτείται πληροφόρηση του κοινού σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, την πρόληψη και τη θεραπεία

προαγωγή της υγείας του ασθενή

αποκατάσταση της ψυχολογίας του ασθενή στα φυσιολογικά επίπεδα ^{5, 11}

7.2 Κλινικές περιπτώσεις από το νοσοκομείο « Ευαγγελισμός »

7.2.1 Κλινική περίπτωση πρώτη

Η Αγγελική ήταν 17 έτων όταν άρχισε να μειώνει το καθημερινό της φαγητό. Το μεγαλύτερο παιδί μιας πολύτεκνης οικογένειας, ήταν μέχρι εκείνη την στιγμή το στήριγμα της μητέρας της. Όπως λέει και η ίδια: «ποτέ δεν είχα προβλήματα με την Αγγελική . Ήταν πάντα άριστη στο σχολείο και στο σπίτι ήξερα ότι μπορούσα να βασιστώ επάνω της για το μέγαλωμα των μικρών».

Στην πρώτη επίσκεψη , η Αγγελική , πλην των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας, βίωνε σαφή καταθλιπτική συμπτωματολογία, έκανε συχνά κρίσεις πανικού και είχε έντονα αγοραφοβικά συμπτώματα που δυσκόλευαν τη συνεργασία με τον ειδικό, καθώς δεν μπορούσε εύκολα να έρθει στις συνεδρίες χωρίς να συνοδεύεται από κάποιον. Μέσα στους πρώτους έξι μήνες της θεραπείας με την Αγγελική , στην κλινική εικόνα προστέθηκαν έντονα ξεσπάσματα θυμού προς τα άλλα μέλη της οικογένειας ή προς τον εαυτό της. Όταν πιεζόταν από την οικογενειακή ατμόσφαιρα, παρουσίαζε διασχιστική συμπτωματολογία. Στην πιο έντονη μορφή της, η διασχιστική διαταραχή έπαιρνε το χαρακτήρα της ψυχογενούς φυγής, όπου η Αγγελική βρισκόταν σε διάφορα μέρη χωρίς να θυμάται πώς πήγε μέχρι εκεί. Περιστασιακά, είχε επίσης παραληρητικές ιδέες δίωξης και ακουστικές ψευδαισθήσεις, χωρίς όμως ποτέ να εμφανιστεί η πλήρης συμπτωματολογίας ενός ψυχωτικού επεισοδίου.

Μετά την επιτυχή εισαγωγή της στο πανεπιστήμιο η Αγγελική άρχισε να κάνει χρήση ουσιών, κυρίως κάνναβης, ψευδαισθησιογόνων και αμφεταμινών, που κατανάλωνε χωρίς μέτρο και σε μεγάλες ποσότητες.

Η διατροφή της στη διάρκεια του έτους παρουσίαζε εναλλαγές από τον υποσιτισμό στην υπερφαγία. Την ίδια ακριβώς ακραία διακύμανση παρουσίαζε και η ερωτική ζωή της, από την μοναχικότητα στην ταχεία εναλλαγή ερωτικών συντρόφων.

Σήμερα η Αγγελική είναι 27 ετών και βρίσκεται υπό παρακολούθηση κατόπιν διαιτητικής απεξάρτησης της από τις ναρκωτικές ουσίες. Η ψυχολογική της κατάσταση βρίσκεται σε ισορροπία καθώς ζει και εργάζεται σε συννοικιακή επιχείρηση παπουτσιών στην Αθήνα ενώ ταυτόχρονα τελειώνει τις πανεπιστημιακές της σπουδές. Πολύ σημαντικό ρόλο για την ένταξη της στο κοινωνικό σύνολο έπαιξε ο σύντροφος της ο οποίος κατάφερε να της παρέχει την ασφάλεια και την στήριξη που χρειαζόταν όλα αυτά τα χρόνια. Η Αγγελική αφού έχει ξεπεράσει το δύσκολο κομμάτι της ζωής της μαζί με την ψυχική της ισορροπία επακολούθησε και η σωματική. Βρίσκεται στα 55 κιλά με ύψος 1,70. Σε γενικές γραμμές τρέφεται φυσιολογικά με εξαίρεση 2 ημερών εντός της εβδομάδας λόγω του δύσκολου προγράμματος της.

7.2.2 Κλινική περίπτωση δεύτερη

Η Μαίρη, μια 36χρονη νοσηλεύτρια, παρουσιάζει ιστορικό διαταραχής πρόσληψης τροφής για τα προηγούμενα 16 χρόνια. Αν και τώρα έχει κανονικό βάρος και για ορισμένα χρονικά διαστήματα η συμπεριφορά πρόσληψης τροφής είναι φυσιολογική, συχνά παρουσιάζει έντονα επεισόδια (διαταραχής) που ακολουθούνται από αυθόρμητους εμετούς.

Η Μαίρη μεγάλωσε σε μια ανταγωνιστική, μέσης προς ανώτερης κοινωνικής τάξης οικογένεια. Λόγω του γεγονότος ότι ήταν το μεσαίο παιδί μεταξύ πέντε αδερφών, η Μαίρη πάντοτε ένιωθε ότι δεν ήταν αγαπητή και ότι την αγνοούσαν οι γονείς της, για τους οποίους αισθανόταν ότι συμπαθούσαν περισσότερο τα άλλα τους παιδιά. Κατά τη διάρκεια της παιδικής της ηλικίας και στα εφηβικά της χρόνια, συχνά παρουσίαζε συναισθηματικά ξεσπάσματα. Παρόλα αυτά τα προβλήματα, είχε καλή επίδοση στο σχολείο, ήταν δραστήρια σε συλλόγους, ήταν αρχηγός στην αθλητική ομάδα του σχολείου της, δηλαδή τσιρλίντερ (cheerleader) και είχε πολλούς φίλους. Όμως, η Μαίρη αισθανόταν ανασφαλής, ένιωθε ότι δεν ήταν ελκυστική και δεν έβγαине συχνά ραντεβού με αγόρια.

Στην ηλικία των 20 ετών, μαζί με μια φίλη της ταξίδεψαν στην Ευρώπη και παρέλειπαν κάποια γεύματα για να γλιτώσουν χρήματα. Στην πραγματικότητα, και οι δύο αισθανόταν ότι μπορούσαν να αντέξουν το χάσιμο κάποιου βάρους, παρόλο που η Μαίρη τότε ζύγιζε 60 κιλά (ύψος 1,72 μέτρα). Στην επιστροφή της από την Ευρώπη, ζύγιζε λιγότερο από 42,5 κιλά. Η οικογένειά της ανησυχούσε για την εμφάνισή της, επειδή έμοιαζε με σκιάχτρο, αλλά η Μαίρη ήταν ικανοποιημένη από το χάσιμο του βάρους της, επειδή

αισθανόταν ότι τώρα ήταν ελκυστική. Στην πραγματικότητα, πίστευε ότι ακόμη ήταν βαριά και μπορούσε να αντέξει το χάσιμο περισσότερου βάρους.

Τα επόμενα 5 χρόνια, το βάρος της παρουσίαζε διακυμάνσεις, αλλά παρέμενε σημαντικά κάτω του κανονικού της βάρους. Τα μέλη της οικογένειάς της άρχισαν να ανησυχούν για τις διατροφικές της συνήθειες. Αρνούνταν να γευματίσει με την οικογένειά της, έγινε χορτοφάγος, και την έβρισκαν σταθερά στην κουζίνα να ετοιμάζει πρόχειρα γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας από ζάχαρη, συμπυκνωμένο γάλα, ή άλλα γλυκίσματα. Η μητέρα της παρατήρησε ότι τα κέικ, τα μπισκότα, και τα άλλα γλυκίσματα, που ετοιμάζε για την οικογένειά της, εξαφανίζονταν μυστηριωδώς ή μπορεί να έβρισκε ένα κέικ, από το οποίο όμως έλειπε η επικάλυψη. Η Μαίρη σταδιακά μετακόμισε σε δικό της διαμέρισμα. Ο αδελφός της θυμάται να τρέχει προς το μέρος της σε ένα μανάβικο και να βρίσκει στο καλάθι για τα ψώνια της μόνο σόδα διαίτης, ένα μαρούλι, και πολλές σακούλες με γλυκίσματα.

Η οικογένειά της παρατήρησε συμπεριφορές κένωσης με καθαρτικό. Στην αρχή, η Μαίρη έμαθε πώς να προκαλεί εμετό με τα δάκτυλά της, αλλά αργότερα ο εμετός ερχόταν αυθόρμητα. Διατηρούσε άδεια δοχεία στο δωμάτιό της για τον εμετό της. Όταν μετακόμισε, μεγάλος αριθμός δοχείων βρέθηκε κάτω από το κρεβάτι της, μερικά από τα οποία ήταν μουχλιασμένα. Επίσης, έκανε συχνά τη διαδρομή ως το μπάνιο για να κάνει εμετό και σπάνια καθάριζε, αφήνοντας ορατά ίχνη του εμετού στην τουαλέτα.

Λόγω του ότι πάντοτε ήταν δραστήρια, άρχισε να ασχολείται με την άσκηση σε βαθμό ψυχαναγκασμού. Ξεκίνησε το τρέξιμο, πριν αυτό γίνει δημοφιλές, και, σταδιακά, έφτασε να τρέχει 10 μίλια την ημέρα. Από το τρέξιμο αντλούσε υπερηφάνεια και κατάφερνε να έρθει σε πολύ καλή σειρά σε πολλούς μαραθώνιους. Το τρέξιμο συνεχίστηκε σε υψηλό βαθμό, έως ότου η δημιουργία οστεοφύτων και η επιδείνωση ενός παλιού τραύματος στην πλάτη την ανάγκασαν να σταματήσει το τρέξιμο. Ανέπτυξε μια νέα συνήθεια, στην οποία εμπλεκόταν το τρέξιμο σε χαμηλότερο βαθμό, ακολουθούμενο από ποδηλασία 10 μιλίων, και έπειτα από κολύμβηση 45 λεπτών. Η Μαίρη ήταν τόσο απασχολημένη με τη συνήθεια της εξάσκησης, ώστε η κοινωνική της ζωή περιορίστηκε σημαντικά. Είχε λίγο χρόνο για φίλους και φαινόταν να έχει χάσει το ενδιαφέρον της για ραντεβού με αγόρια. Παρά τις συνήθειές της, ζούσε ανεξάρτητα, εργαζόταν σε πλήρη απασχόληση, και παρακολουθούσε παράλληλα, σε μερική απασχόληση, μια σχολή, από την οποία αποφοίτησε αποκτώντας δίπλωμα νοσηλευτικής.

Όταν η Μαίρη ήταν 25 χρονών, η μητέρα της πρότεινε να επισκεφθεί ένα γιατρό για να την εξετάσει, επειδή ήταν αδύνατη. Όμως, ο γιατρός, που δεν ήταν εξοικειωμένος με τη διαταραγμένη συμπεριφορά στην πρόσληψη τροφής, είπε στη μητέρα της, ότι το γεγονός πως η Μαίρη ήταν αδύνατη και είχε αυτές τις αποκλίνοσες

συμπεριφορές, οφειλόταν στην ιδιοσυγκρασία της. Η Μαίρη, αργότερα, ζήτησε βοήθεια από ένα σύμβουλο για προβλήματα σχέσεων, αλλά δεν ζήτησε βοήθεια ειδικά για την διαταραχή στην πρόσληψη τροφής.

Όταν, μετά από 6 χρόνια παρακολούθησης επανεξετάστηκε, η Μαίρη παρουσίαζε ακόμη, περιστασιακά, έντονα επεισόδια (διαταραχής) και συμπεριφορές κένωσης με καθαρτικό, αλλά διατηρούσε το κανονικό της βάρος. Συνέχισε να εργάζεται σε καθεστώς μερικής απασχόλησης, παντρεύτηκε και απέκτησε δύο παιδιά.

7.3 Νοσηλευτική διεργασία (1)

Ο Α.Π ηλικίας 45 ετών, είναι πάσχων από υψηλό βαθμό παχυσαρκίας. Διαγνώστηκε ότι πάσχει από υψηλό βαθμό παχυσαρκίας προ εξαμήνου. Εισήχθη στο παθολογικό τμήμα των Τ.Ε.Π στο Νοσοκομείου Ευαγγελισμός. Κατά την εισαγωγή του εμφάνισε δύσπνοια, δερματικό σύγκαμα, ανησυχία, κινητική δυσκολία και συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης.

Νοσηλευτική Διεργασία :

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώ στου Ανάγκες προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσμα τος
Δύσπνοια	Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας εντός μιας ώρας	Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση με τα πόδια κάτω. Χορήγηση O ₂ Χορήγηση Βρογχοδιασταλτικών.	Ο ασθενής τοποθετήθηκε με τα πόδια κάτω κρεμασμένα διότι με αυτό τον τρόπο αποτρέπεται η υπερφόρτωση της κυκλοφορίας του αίματος στην καρδιά. Χορηγήθηκε οξυγόνο με μάσκα στα 3 lt. Χορηγήθηκαν βρογχοδιασταλτικά (berovent).	Αποκαταστήθηκε η αναπνευστική λειτουργία εντός μιας ώρας.

Δερματικό σύγκωμα	Φροντίδα του ερεθισμένου δέρματος με σκοπό την αποκατάσταση εντός ωρών ή ημερών ανάλογα με τον βαθμό	Αφαίρεση των ενδυμάτων και καθαρισμός της ερεθισμένης περιοχής. Τοποθέτηση ειδικών αλοιφών για το σύγκωμα (κάποιες	Αφαίρεση των ενδυμάτων και αξιολόγηση της κατάστασης. Καθαρισμός ερεθισμένης περιοχής για την αποφυγή	Περιποίηση του ερεθισμένου δέρματος με επιτυχία.
	του συγκάματος.	μπορεί να περιέχουν αντιβιοτικούς ή αντιμυκητιασικούς παράγοντες. Καλός αερισμός της περιοχής.	μικροβίων. Τοποθέτηση αντιβιοτικών ή αντιμυκητιασικών αλοιφών σε περιπτώσεις μόλυνσης ή μυκητιάσεων. Καλός αερισμός για την αποφυγή της υγρασίας.	
Ανησυχία	Εξασφάλιση ήρεμου και έμπιστου περιβάλλοντος με σκοπό την ψυχική ηρεμία του πάσχον.	Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων και αντιμετώπιση ψυχοσωματικών λειτουργιών.	Έγινε ψυχοσωματική υποστήριξη. Χορηγήθηκε αγχολυτική αγωγή.	Η ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενή βελτιώθηκε κατά την δράση του φαρμάκου.

Κινητική δυσκολία	Βοήθεια του ασθενή στις κινήσεις με εξασφάλιση άνετης θέσης.	Προτεινόμενη διαίτα. Παρακολούθηση από φυσιοθεραπευτή.	Προτεινόμενη διαίτα για την εξασφάλιση απώλειας βάρους. Προτεινόμενες κινήσεις από φυσιοθεραπευτή για καλύτερη σωματική λειτουργικότητα. Πρόταση γυμναστικών ασκήσεων για καλύτερη καύση του λίπους και φυσικής αποκατάστασης.	Ο ασθενής ενώ βρισκόταν σε άνετη απόθεση και με την βοήθεια του προσωπικού ένωσε πολύ καλύτερα.
Καταθλιπτική διάθεση	Βελτίωση της ψυχολογίας του ασθενή στις επόμενες ημέρες.	Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από τον ψυχολόγο και από τον νοσηλευτικό προσωπικό. Χορήγηση αντικαταθλιπτικών.	Εγινε παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική αγωγή.	Βελτίωση σιγά σιγά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.

7.4 Νοσηλευτική διεργασία (2)

Η Κ.Σ ηλικίας 17 ετών πάσχει από νευρική ανορεξία. Διαγνώσθηκε με τη νόσο προ τετραμήνου. Εισήχθη στην Παθολογική κλινική του νοσοκομείου Ευαγγελισμός. Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο παρουσιάζει καχεξία, αρρυθμίες, αφυδάτωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, δυσκοιλιότητα και μετεωρισμό, έντονη ξηροδερμία, κατάθλιψη.

Αξιολόγηση ατόμου/ αρρώστου Ανάγκες προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Καχεξία -μη ισορροπημένη ανεπαρκής διατροφή	Ανάπτυξη ενός προγράμματος διατροφής με θερμιδική πρόσληψη που θα προλάβει την απώλεια επιπλέον βάρους και θα οδηγήσει στη σταδιακή πρόσληψη βάρους.	-Τίθεται στόχος για πρόσληψη ενός ελάχιστου βάρους εβδομαδιαία. -Σύσταση για λήψη μικρών γευμάτων και σνακ για να αποφευχθεί η ξαφνική γαστρική διάταση που αναμένεται σε άτομα με μακρά περίοδο νηστείας μετά από "επιθετική" επανασίτηση. -Ο νοσηλευτής να είναι σε εγρήγορση για ανακάλυψη συμπεριφορών αποφυγής λήψης τροφής -Εφαρμογή τακτικού προγράμματος ζύγισης του ασθενούς	-Πρόσληψη τουλάχιστον 0,5 kg εβδομαδιαία -Παροχή μικρών και συχνών γευμάτων στους ασθενείς -Ο νοσηλευτής κάθεται κοντά στον ασθενή την ώρα του γεύματος -Ο ασθενής ζυγίζεται 2 φορές εβδομαδιαία πχ Δευτέρα - Παρασκευή πριν το πρωινό.	-Η απώλεια βάρους της ασθενούς αναχαιτίζεται και η ίδια αρχίζει να προσλαμβάνει σιγά σιγά βάρος.
Αφυδάτωση	Άμεση αποκατάσταση του όγκου των υγρών του σώματος και της ισορροπίας τους	- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων ασθενούς και της πρόσληψης υγρών. - Παρακολούθηση των τιμών των	-Μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σφύξεων και θερμοκρασίας, έλεγχος για ξηρότητα	Η αφυδάτωση και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές αποκαταστάθηκαν εντός δύο

	με ανάκτηση φυσιολογικής παραγωγής ούρων, σταθερών ζωτικών σημείων και καλής σπαργής δέρματος.	ηλεκτρολυτών και των δεικτών νεφρικής λειτουργίας.	βλεννογόνων και έλεγχος σπαργής δέρματος. -Ποιοτική και ποσοτική καταγραφή των προσλαμβανόμενων υγρών. -Παρακολούθηση τιμών νατρίου και καλίου, ουρίας και κρεατινίνης ορού.	ωρών.
Αρρυθμίες	Αποκατάσταση του καρδιακού ρυθμού εντός μιας ώρας.	-Συνεχής παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού του αρρώστου μέσω σύνδεσης με μόνιτορ. -Χορήγηση O2 με ρινικό καθετήρα για τη διόρθωση της υποξυγοναιμίας. -Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και παρακολούθηση του αρρώστου για την ανταπόκριση στην θεραπεία καθώς και για τυχόν εμφάνιση παρενεργειών από τα φάρμακα.	-Άμεση σύνδεση με μόνιτορ. -Χορηγήση O2 -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ώστε να επανέλθει ο καρδιακός ρυθμός το συντομότερο δυνατό στα φυσιολογικά επίπεδα	Αποκατάσταση του καρδιακού ρυθμού εντός μιας ώρας

Ξηροδερμία	-Σταδιακή αποκατάσταση της υφής του δέρματος, ενυδάτωση.	Συμβουλές για την περιποίηση του δέρματος	-Προσεκτική εξέταση δέρματος για περιοχές ερεθισμού και ξηρότητας. -Πρόταση το μπάνιο να γίνεται κάθε 2 μέρες αντί για καθημερινά. -Χρήση προϊόντων φιλικών προς το δέρμα, κρεμών ενυδάτωσης δύο φορές ημερησίως και μετά το μπάνιο -Απαλό μασάζ δέρματος για βελτίωση της αιματικής κυκλοφορίας	Περιποίηση του ερεθισμένου δέρματος με επιτυχία.
Κατάθλιψη	Βελτίωση της ψυχολογίας της ασθενούς στις επόμενες ημέρες	-Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από ψυχολόγο και από το νοσηλευτικό προσωπικό. -Χορήγηση αντικαταθλιπτικών.	-Έγινε παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. -Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική αγωγή.	-Σταδιακή βελτίωση της ψυχολογίας της ασθενούς.

Συμπεράσματα

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν μια ομάδα ψυχικών διαταραχών που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική ανάπτυξη και την υγεία του ατόμου. Εάν αντιμετωπιστούν σύντομα μετά την έναρξή τους, συνήθως έχουν καλή έκβαση, εάν όμως μεταπέσουν στη χρονιότητα, οι ιατρικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές τους συνέπειες είναι πολλές φορές εξουθενωτικές για το άτομο και το περιβάλλον του και δυστυχώς αρκετά συχνά μη αναστρέψιμες. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζονται από χρονιότητα, υψηλά ποσοστά υποτροπών και θνησιμότητα. Μάλιστα, σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν ένα ραγδαία αυξανόμενο φαινόμενο, το οποίο πλέον διαπερνά τα στενά πολιτισμικά όρια του δυτικού πολιτισμού.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζονται από μία σειρά δυσπροσαρμοστικών στάσεων και πεποιθήσεων που σχετίζονται με το φαγητό, με το σχήμα και με το βάρος του σώματος. Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι το κομμάτι που θα έπρεπε να δοθεί μεγάλη βάση για είναι το μέλλον. Θα πρέπει λοιπόν να εστιάσουμε στους περιβαντολλογικούς παράγοντες που προδιαθέτουν συγκεκριμένα άτομα και όχι άλλα, στο να γίνουν παχύσαρκα, βουλιμικά ή ανορεξικά, με ιδιαίτερη έμφαση σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, την μόρφωση και το εισόδημα.

Νεότερες μελέτες δείχνουν ότι η δομή και η ποιότητα της δίαιτας σχετίζεται άμεσα με το κόστος της δίαιτας και ότι οι παρατηρούμενες ανομοιότητες στην υγεία μπορεί να σχετίζονται με μια άνιση πρόσβαση στην υγιεινή διατροφή. Η διασαφήνιση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε φυσιολογικούς παράγοντες και τα οικονομικά της επιλογής τροφής αποτελεί την επόμενη πρόκληση σε ότι αφορά τις διατροφικές διαταραχές και την διατροφή.

Βιβλιογραφία

Γαλανός Σ. Δημήτριος (2003): **Η διατροφή Μας Σήμερα**. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Επιμέλεια Έκδοσης Κωνσταντίνος Α. Δημόπουλος, Αθήνα Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Mary Courtney Moore.

Παπανικολάου Γ.(2005): **Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία. Βασικοί Κανόνες διατροφής και δίαιτας για όλες τις ηλικίες. Δίαιτες για όλες τις Παθήσεις**. Έκτη Έκδοση. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα.

Παπανικολάου Κ. Γεώργιος (2008): **Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία**. Έκτη Έκδοση. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα

Fairburn, C.G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P.A., O' Connor, M.E. (2003): **Understanding persistence in bulimia nervosa: A 5-year naturalistic study**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71 (1), 103-109.

Τζαβάρας Δ. (2011): **Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Ανορεξία- Βουλιμία- Υπερφαγία- Παχυσαρκία**. Εκδόσεις Mediforce Ιατρική.

Γονιδάκης Φ. & Χαρίλα Ντ. (2012): **Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση**. Εκδόσεις ΠΕΔΙΟ και ΙΑΝΟΣ, Αθήνα.

Dustine J. L. & Moore E. G. (2009): **Άσκηση Χρόνιες Παθήσεις και Αναπηρίες**. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Agras S., Hammer L., McNicholas F.(1999): **A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children**. *Int J Eat Disord*; 25(3)253-62

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL (1999): **Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons**. *Arch Gen Psychiatry*; 56(5):468-76

www.inhealth.gr. Προσπελάστηκε: 24/12/2013

www.iatrotek.gr. Προσπελάστηκε: 7/12/2013

www.Medloock.gr. Προσπελάστηκε: 20/11/2013

www.VitaEqualis.gr. Προσπελάστηκε: 26/10/2013

- Κατσίκης Η., Φλωράκης Δ., Πανίδης Δ. (2009): **Παχυσαρκία: Αίτια, διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση**. Εκδόσεις Γράμμα.
- Αναφορά μιας Σύσκεψης του Π.Ο.Υ. (2000): **Παχυσαρκία. Η πρόληψη και η Αντιμετώπιση μιας Παγκόσμιας Επιδημίας**. Επιμέλεια έκδοσης Καθηγητής Ν.Λ. Κατσιλάμπρος, Δρ. Κ. Τσίγκος. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Καπάντασης Ε. (2007): **Η Παχυσαρκία στην Κλινική Πράξη**. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. (2004): **Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk**. *Am J Clin Nutr* 79:379–384
- Koenig SM. (2001): **Pulmonary complications of obesity**. *Am J Med Sci*, 321:249–279
- Lean ME, Han TS, Seidell JC. (1999): **Impairment of health and quality of life using new US federal guidelines for the identification of obesity**. *Arch Intern Med*, 159:837–843
- Calle EE, Thun JM, Petrelli LM, Rodriguez C, Walker-Thurmond K. (1999): **Body mass index and mortality in prospective cohort of US adults**. *N Engl J Med*, 341:1097- 1105
- Kosaka K, Kuzuya T, Yoshinaga H, Li Z. (1996): **A prospective study of health check examinees for the development of non-insulin-dependent diabetes mellitus: relationship of the incidence of diabetes with the initial insulinogenic index and degree of obesity**. *Diabet Med*, 13 (Suppl 6): S120–S126
- Wannamethee SG, Shaper AG. (1999): **Weight change and duration of overweight and obesity in the incidence of type 2 diabetes**. *Diabetes Care*, 22:1266–1272
- Κυρίτση Κ., Παυλή Α., Λουκίδου Ε. (2011): **Παιδική Παχυσαρκία**. Εκδόσεις Εντός, Αθήνα.
- Ellrot T., Pudiel V. (2004): **Θεραπεία της Παχυσαρκίας**. Επιστημονική Επιμέλεια: Τσίγκος Κ., Κατσιλάμπρος Ν.. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
- Wadden A.T., Foster D.G.(2000): **Behavior treatment of obesity**. *Med Clin North Am*, 84:441
- Steinbrook M.D. (2004): **Surgery for severe obesity**. *N Engl J Med*, 350:1075–1079
- Καραδήμας Ε. (2006): **Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη**. Εκδόσεις Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα.
- Hoek, H.W., & Van Hoeken, D. (2003). **Review of the prevalence and incidence of eating disorders**. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

http://elocus.lib.uoc.gr/dlib/3/7/4/metadata-dlib-f2d2582fde3cd39192a1da99446953b0_1242023110.tkl#

Beumont PJV.(2002): **Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.** In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press: 162-170

Levenkron S. (2000): **Anatomy of Anorexia.** New York-London: W.W. Norton & Company

Klein DA & Walsh BT.(2003): **Eating disorders.** INT REV PSYCHIATR.; 15(3): 205-216

Bulik CM.(2002): **Anxiety, Depression, and Eating Disorders.** In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press: 193-198

www.swedauk.org

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. (1996): **Ψυχιατρική.** 7^η ΕΚΔΟΣΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Stacher G.(2003): **Gut function in anorexia nervosa and bulimia nervosa.** *Scand-J-Gastroenterol.*; 38(6): 573-87

Halmi KA.(2002): **Physiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.** In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press: 267- 271

Ogden J. (2006): **The Psychology Of Eating, From Healthy To Disordered Behavior.** Blackwell Publishing.

Λέττσιου Σ.(2011): **Anorexia Nervosa.** Εκδόσεις Τετράγωνο.

Bruch, H. M. D. (1973): **Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person with in.** New York: Basic Books, Inc.

Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. (1997): **Eating Disorders: the facts,** (4th ed.). Oxford, New York, Melbourne: Oxford University Press

Bryant-Waugh, R. (2000): **Overview of the eating disorder.** In B. Lask & R. Bryant- Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed) (pp. 27-40). UK: Psychology Press.

Shafram, R., Bryant-Waugh, R., Lask, B. & Arscott, K. (1995): **Obsessive compulsive symptoms in children with eating disorders: A preliminary investigation.** *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 304-310.

Klein D.A. & Walsh B.T.(2003): **Eating disorders.** *Int Rev Psychiatr.*; 15(3): 205-216

Keel P.K. & Klump K.L (2003): **Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology.** *Psychol-Bull.*; 129(5): 747-69

Speranza M, Atger F, Corcos M, Loas G, Guilbaud O, Stephan P, Perez-Diaz F, Halfon O, Venisse JL, Bizouard P, Lang F, Flament M, Jeammet P. (2003): **Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders.** *Eur Psychiat.* 2003; 18(8): 377-383

Leonard S, Steiger H, Kao A. (2003): **Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates.** *Int-J-Eat-Disord.*; 33(4): 397-405

Fairburn C.(1999): **Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον έλεγχο.** Αθήνα: Πατάκη

www.eatingdisordersonline.com

www.nationaleatingdisorders.org

Fairbyrn G. (2011): **Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον έλεγχο.** Μεταφραστής: Χήρα Μ. Εκδόσεις Πατάκη

Grilo CM.(2002): **Binge Eating Disorder.** In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press: 178-182

Walcott DD, Pratt HD, Patel DR.(2003): **Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues.** *J Adolescent Res*; 18(3): 223-243

Κωνσταντινίδου Μ.(2000): **Διαταραχές της Θρέψης. Ο ρόλος του διαιτολόγου στη θεραπευτική αντιμετώπιση.** Πανελλήνιο Συνέδριο Διατροφής Διαιτολογίας; 93-98