ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ – ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ - ΠΑΧΥΣΑΡΚΕΙΑ

ΦΑΝΑΡΑ ΜΑΡΙΑ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ – ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ – ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

ΦΑΝΑΡΑ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΕΡΒΙΣΟΓΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2013

Περίληψη

Η εργασία αυτή επιχειρεί να μελετήσει τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και τη παχυσαρκία, που εκδηλώνονται στο στάδιο της εφηβείας. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα εμβαθύνει στις περιπτώσεις της νευρικής ανορεξίας, της ψυχογενούς βουλιμίας και της παχυσαρκίας. Πρόκειται για νοσογόνες καταστάσεις που λαμβάνουν επιδημικές διαστάσεις στο δυτικό κόσμο τις τελευταίες δεκαετίες, προσβάλλουν κάθε μέρα όλο και περισσότερους νέους και αποτελούν μια σημαντική απειλή για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Οι παθήσεις αυτές είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση και άλλων επικίνδυνων παθήσεων, αλλά παρουσιάζουν και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας.

Κοινός παρονομαστής στην εμφάνιση των διαταραχών αυτών είναι η προσωπικότητα των ασθενών, που χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, τελειομανία, ψυχαναγκαστικές σκέψεις, και τα ψυχολογικά προβλήματα που οδηγούν σε αυτές.

Τέλος, πραγματοποιείται έρευνα πάνω στην αντιμετώπιση τους και τη συμβολή της αισθητικής στον τομέα αυτό.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχές πρόσληψης τροφής, νευρική ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, παχυσαρκία, εφηβεία

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη 3
Πίνακας Πινάκων 6
Πίνακας Εικόνων 7
Εισαγωγή 8
Κεφάλαιο 1: ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ 10
1.1 Σύσταση του σώματος 10
1.2 Σωματικό βάρος 10
1.3 Κατανομή λίπους 12
1.4 Μεταβολισμός 12
1.5 Ενεργειακό ισοζύγιο 13
Κεφάλαιο 2: Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ 15
2.1 Ορισμός 15
2.2 Θρεπτικά συστατικά 15
2.2.1 Υδατάνθρακες 17
2.2.2 Λίπη 17
2.2.3 Πρωτεΐνες 18
2.2.4 Βιταμίνες 18
2.2.5 Μέταλλα και Ιχνοστοιχεία 20
2.2.6 Νερό 21
2.3 Η Σωστή Διατροφή – Το παράδειγμα της Μεσογειακής Διατροφής 21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΦΗΒΕΙΑ 25
3.1 Ορισμός 25
3.2 Η σωματική ανάπτυξη του εφήβου 26
3.3 Η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου 28
3.4 Η διατροφή του εφήβου 28
Κεφάλαιο 4: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ 31

4.1 Νευρική Ανορεξία 32
4.1.1 Ορισμός 32
4.1.2 Ενδείξεις ύπαρξης νευρικής ανορεξίας 36
4.1.3 Παράγοντες-αίτια εμφάνισης νευρικής ανορεξίας 38
4.1.4 Αντιμετώπιση της Νευρικής Ανορεξίας 41
4.2 Ψυχογενής Βουλιμία 44
4.2.1 Ορισμός 44
4.2.2 Ενδείξεις ύπαρξης ψυχογενούς βουλιμίας 47
4.2.3 Παράγοντες-αίτια εμφάνισης ψυχογενούς βουλιμίας 50
4.2.4 Αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας 51
4.3 Άρθρα σχετικά με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής 53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ 60
5.1 Ορισμός 60
5.2 Διαγνωστικά Κριτήρια 64
5.3 Παράγοντες-αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας 69
5.4 Επιπτώσεις στην Υγεία του εφήβου 72
5.5 Η Αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας 73
Κεφάλαιο 6: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ 82
6.1 Ψυχολογική Υποστήριξη 83
6.2 Αποκατάσταση του Δέρματος 84
6.3 Επαναφορά του σχήματος του σώματος 86
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 95

Πίνακας Πινάκων

Πίνακας 1: Οι τιμές του ΔΜΣ και η σημασία τους 11

Πίνακας 2: Ταξινόμηση των θρεπτικών συστατικών της τροφής 16

Πίνακας 3: Οι βιταμίνες και η χρησιμότητά τους..... 19

Πίνακας 4: Τα ιχνοστοιχεία και η χρησιμότητά τους 20

Πίνακας 5: Διεθνή επίπεδα κατηγοριοποίησης του βάρους των εφήβων βάσει ΔΜΣ ανά φύλο και ηλικία 27

Πίνακας 6: Ο ΔΜΣ για την παιδική και εφηβική παχυσαρκία 65

Πίνακας 7: Όρια Περιμέτρου Μέσης (cm) ανάλογα με την ηλικία και το φύλο για το χαρακτηρισμό του ατόμου ως παχύσαρκο..... 68

Πίνακας 8: Ενδεικτικό πρόγραμμα άσκησης για παχύσαρκους 74

Πίνακας Εικόνων

Εικόνα 1: Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής 23

Εικόνα 2: Ο φαύλος κύκλος της νευρικής ανορεξίας 35

Εικόνα 3: Ο φαύλος κύκλος της νευρογενούς βουλιμίας 47

Εικόνα 4: "Το διατροφικό μου πιάτο" - Η νέα αμερικανική καμπάνια κατά της παχυσαρκίας ... 62

Εικόνα 5: Η αφίσα ενημέρωσης της αμερικανικής καμπάνιας κατά της παχυσαρκίας "Let's Move"..... 63

Εικόνα 6: Η αφίσα ενημέρωσης για την καμπάνια "Παιδική παχυσαρκία, Τέλος!" 64

Εικόνα 7: Καμπύλη ανάπτυξης Δείκτη Μάζας Σώματος – ηλικία (BMI - Ηλικία) για τα κορίτσια 66

Εικόνα 8: Καμπύλη ανάπτυξης Δείκτη Μάζας Σώματος – ηλικία (BMI - Ηλικία) για τα αγόρια67

Εικόνα 9: Ο γαστρικός δακτύλιος που τοποθετείται στο στομάχι των παχύσαρκων ατόμων..... 77

Εικόνα 10: Το ενδογαστρικό μπαλόνι 78

Εικόνα 11: Το γαστρικό μανίκι..... 79

Εικόνα 12: Το γαστρικό by pass 80

Εισαγωγή

Στο 1ο κεφάλαιο, μελετάται το ανθρώπινο σώμα και οι μηχανισμοί που ευθύνονται για την πρόσληψη ή την αποβολή του βάρους (μεταβολισμός, κατανομή του λίπους, ενεργειακό ισοζύγιο κ.α.). Το σωματικό βάρος και σχήμα επηρεάζεται άμεσα από τις υπό μελέτη νόσους καθιστώντας απαραίτητη την παρουσία του κεφαλαίου αυτού.

Το 2ο κεφάλαιο, έχει ως θέμα τη διατροφή. Δίνεται ο ορισμός της, αναλύονται τα θρεπτικά συστατικά που περιέχουν οι τροφές και παρουσιάζεται το παράδειγμα της μεσογειακής διατροφής, η οποία είναι αναγνωρισμένη παγκοσμίως ως η καταλληλότερη διατροφή που πρέπει να ακολουθείται.

Το κεφάλαιο 3 εστιάζει σε ένα στάδιο της πορείας της ζωής του ανθρώπου, αυτό της εφηβείας. Οι έφηβοι είναι η ομάδα μελέτης της συγκεκριμένης εργασίας. Οι διατροφικές τους συνήθειες και η ροπή προς την εμφάνιση διαταραχών και παχυσαρκίας ενισχύουν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση αυτής της ηλικιακής ομάδας. Εδώ δίνεται έμφαση στη σωματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου.

Το 4ο κεφάλαιο μελετά τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Αφού δίνεται ο ορισμός τους, προχωράει στην μελέτη των δύο κυρίαρχων διαταραχών, της νευρικής ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Οι ορισμοί, οι ενδείξεις ύπαρξης, οι παράγοντες εμφάνισης και η αντιμετώπιση και των δύο παθήσεων περιγράφονται, ύστερα από μελέτη της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας.

Το κεφάλαιο 5 αναφέρεται στην παχυσαρκία. Η πάθηση αυτή αποτελεί ξεχωριστό κεφάλαιο επειδή δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα από την επιστημονική κοινότητα αν ανήκει στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Αυτό συμβαίνει γιατί η παθογένεια της δεν οφείλεται αποκλειστικά σε ψυχολογικά τραύματα και συναισθηματικές δυσκολίες, όπως οι δύο διαταραχές που προηγήθηκαν.

Στο 6ο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη περιγραφή της συμβολής του τομέα της αισθητικής στη θεραπεία και αντιμετώπιση των παραπάνω παθήσεων.

Ακολουθούν τα συμπεράσματα και η παράθεση της βιβλιογραφίας.

Κεφάλαιο 1: ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ

Το ανθρώπινο σώμα είναι ένας πολύπλοκος μηχανισμός με ποικίλες λειτουργίες και ένα σύνολο τμημάτων που εργάζονται μαζί αρμονικά. Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται όλοι οι παράγοντες και οι λειτουργίες που παίζουν ρόλο στην αύξηση ή τη μείωση του σωματικού βάρους στον άνθρωπο.

1.1 Σύσταση του σώματος

Η σύσταση του ανθρώπινου σώματος αποτελείται από τον λιπώδη, τον μυϊκό και τον οστίτη ιστό. Ο λιπώδης ιστός περιλαμβάνει τα λιποκύτταρα, τις φλέβες και ίνες συνδετικού ιστού. Πρόκειται για την περιοχή στην οποία αποθηκεύεται το πλεόνασμα της ενέργειας με μορφή τριγλυκεριδίων. Το απαραίτητο λίπος στον οργανισμό ενός άνδρα είναι το 2-4% του σωματικού του βάρους, ενώ μιας γυναίκας το 9-12%. Ο μυϊκός ιστός είναι υπεύθυνος για τις κινήσεις του σώματος που γίνονται με τη βοήθεια των μυϊκών ινών. Τρείς είναι οι τύποι μυϊκού ιστού που διακρίνονται στον άνθρωπο: οι σκελετικοί μύες, οι λείοι και οι καρδιακοί. Ο μυϊκός ιστός αποτελεί το μεγαλύτερο σε μάζα ιστό του σώματος (45% του ΣΒ σε άντρες και 36% στις γυναίκες). Τέλος, ο οστίτης ιστός είναι η στερεότερη μορφή συνδετικού ιστού και αποτελεί περίπου το 15% και 12% του σωματικού βάρους στους ενήλικες άντρες και γυναίκες, αντίστοιχα.

Το σωματικό βάρος σε συνδυασμό με το σωματικό λίπος, η σύσταση του σώματος δηλαδή, είναι αυτά που καθορίζουν τη καλή ή κακή φυσική κατάσταση ενός ανθρώπου.

1.2 Σωματικό βάρος

Η αναγνώριση του σωματικού βάρους ως δείκτη υγείας είναι παγκόσμια και οι ειδικοί σε θέματα υγείας τονίζουν ότι το υπερβολικά αυξημένο ή μειωμένο σωματικό βάρος σχετίζεται με την εμφάνιση πολλών ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα το μεγαλύτερο του ιδανικού σωματικό

βάρος μπορεί να συνδεθεί με τις καρδιακές παθήσεις, τον σακχαρώδη διαβήτη και ορισμένες μορφές καρκίνου. Ακόμα, το χαμηλό σωματικό βάρος συχνά αποτελεί ένδειξη υποσιτισμού ή κάποιας διαταραχής της πρόσληψης τροφής. Καθίσταται λοιπόν απαραίτητος ο προσδιορισμός του συνιστώμενου σωματικού βάρους.

Ο πιο εύχρηστος τρόπος και ένας από τους πιο αξιόπιστους δείκτες προσδιορισμού του επιθυμητού σωματικού βάρους είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή Body Mass Index (BMI) ή δείκτης Quetelet. Ο ΔΜΣ είναι το πηλίκο του βάρους δια του ύψους στο τετράγωνο [ΔΜΣ= Βάρος (kg)/Ύψος^2 (m)] και έχει συσχέτιση με το ποσοστό του σωματικού λίπους, χωρίς όμως να λαμβάνει υπ' όψη τη σύσταση του σώματος. Οι τιμές που κυμαίνονται μεταξύ 18.5 kg/m^2 και 24.9 kg/m^2 θεωρούνται επιθυμητές, μεταξύ 25 kg/m^2 και 29.9 kg/m^2 το άτομο χαρακτηρίζεται ως υπέρβαρο και με ΔΜΣ πάνω από 30 kg/m^2 θεωρείται παχύσαρκο. Άτομα με ΔΜΣ μικρότερο από 18.5 kg/m^2 εμφανίζουν επικίνδυνα χαμηλό σωματικό βάρος.

Πίνακας 1: Οι τιμές του ΔΜΣ και η σημασία τους

ΔΜΣ (kg/m^2)	**Κατάταξη**	**Κίνδυνος νοσηρότητας**
<18.5	Λιποβαρής	Αυξημένος
18.5-24.9	Φυσιολογικός	Φυσιολογικός
25-29.9	Υπέρβαρος	Αυξημένος
30-34.9	Παχύσαρκος 1^{ου} Βαθμού	Πολύ αυξημένος
35-39.9	Παχύσαρκος 2^{ου} Βαθμού	Σοβαρά αυξημένος
≥40	Θνησιγενής παχυσαρκία	Πολύ σοβαρά αυξημένος

1.3 Κατανομή λίπους

Η κατανομή του λίπους στο σώμα διαφέρει από άτομο σε άτομο και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι το φύλο, η ηλικία, η κληρονομικότητα, περιβαλλοντικοί και οργανικοί παράγοντες.

Οι τρεις τύποι που έχουν ορισθεί σύμφωνα με την εναπόθεση του λίπους στο σώμα και τη μορφολογική εμφάνισή του είναι:

- Τύπος Α: Το λίπος αποθηκεύεται γενικά σε όλο το σώμα.
- Τύπος Β: Το λίπος συσσωρεύεται επιλεκτικά στον κορμό και στην κοιλιακή χώρα. Ο τύπος αυτός απαντάται συχνότερα στους άνδρες και θυμίζει το σχήμα του μήλου.
- Τύπος Γ: Το λίπος συσσωρεύεται κυρίως στις περιοχές των γλουτών, των μηρών και των ισχίων και αποτελεί χαρακτηριστικό τύπο του γυναικείου σώματος με το σχήμα να θυμίζει αχλάδι.

1.4 Μεταβολισμός

Για να μπορέσει το άτομο να αυξήσει ή να ελαττώσει το σωματικό του βάρος εξέχοντα ρόλο παίζει ο μεταβολισμός του.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει αναφορά και στον βασικό μεταβολισμό, μια λειτουργία διαφορετική από τον μεταβολισμό. Με τον όρο “βασικός μεταβολισμός” εννοούμε την ενέργεια που χρειάζεται ο οργανισμός για να εκτελέσει τις βασικές λειτουργίες του όπως η αναπνοή, ο μεταβολισμός των κυττάρων, η διατήρηση της θερμοκρασίας σώματος, η κυκλοφορία του αίματος, η λειτουργία του εγκεφάλου, των πνευμόνων και άλλες. Ο βασικός μεταβολισμός υπολογίζεται όταν το άτομο είναι ξαπλωμένο, ήρεμο, σε θερμοκρασία δωματίου (20-25 ^{o}C) και ενώ έχει περάσει διάστημα δώδεκα ωρών από την τελευταία πρόσληψη τροφής.

Από την άλλη με τον όρο “μεταβολισμός” χαρακτηρίζεται το αθροιστικό σύνολο των βιοχημικών διεργασιών που γίνονται στα κύτταρα ενός οργανισμού κατά τις οποίες είτε

αποθηκεύεται ενέργεια (διαδικασία αναβολισμού), είτε απελευθερώνεται από τα βιομόρια ενέργεια (περίπτωση καταβολισμού). Οι πηγές ενέργειας για τον ανθρώπινο οργανισμό βρίσκονται στα μόρια των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών που μέσα στο σώμα μετατρέπονται σε απλές ενεργειακές μονάδες όπως η γλυκόζη, τα λιπαρά οξέα και τα αμινοξέα. Η διαδικασία αύξησης και μείωσης του σωματικού βάρους είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη λειτουργία αυτή του οργανισμού.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία του μεταβολισμού. Ορισμένοι από αυτούς είναι το φύλο, η ηλικία, τα γονίδια, η συχνότητα και οι ώρες των γευμάτων, η κατανάλωση νερού, η φυσική δραστηριότητα και οι ψυχολογικές διαταραχές.

1.5 Ενεργειακό ισοζύγιο

Για να διατηρήσει ένα άτομο το βάρος του σταθερό θα πρέπει η θερμιδική- ενεργειακή του πρόσληψη να είναι ίση με την θερμιδική- ενεργειακή του απώλεια. Τότε λέμε ότι το άτομο βρίσκεται σε ενεργειακό ισοζύγιο.

Όταν η συνολική ενεργειακή πρόσληψη είναι μεγαλύτερη από τη συνολική ενεργειακή κατανάλωση (θετικό ενεργειακό ισοζύγιο), ο οργανισμός χρησιμοποιεί την ενέργεια που χρειάζεται και την περισσευούμενη την αποθηκεύει ως λίπος, το οποίο είναι η κυριότερη αποθήκη ενέργειας του οργανισμού. Από τα παραπάνω, γίνεται προφανές ότι θετικό ενεργειακό ισοζύγιο σημαίνει με απλά λόγια πρόσληψη βάρους.

Αντίθετα, όταν η συνολική ενεργειακή πρόσληψη είναι μικρότερη από τη συνολική ενεργειακή κατανάλωση (αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο), ο οργανισμός δεν λαμβάνει όση ενέργεια χρειάζεται με αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί και να “καίει” τα αποθεματικά του (κυρίως το λίπος) και να χάνει βάρος.

Η ενεργειακή απώλεια του ατόμου εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

- Τον βασικό μεταβολισμό του ατόμου

- Τη θερμογένεση
- Την ενεργειακή απώλεια λόγω της φυσικής δραστηριότητας.

Κεφάλαιο 2: Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Στο κεφάλαιο αυτό δίνεται ο ορισμός της διατροφής και παρουσιάζονται τα βασικά θρεπτικά συστατικά που περιέχουν οι τροφές. Τέλος, υπογραμμίζονται τα οφέλη μιας υγιεινής καθημερινής διατροφής, γίνεται αναφορά στη μεσογειακή κουζίνα και στη σύνδεση της με την πρόληψη ασθενειών.

2.1 Ορισμός

Με τον όρο «διατροφή» περιγράφεται το σύνολο των διεργασιών που λαμβάνουν μέρος στην πρόσληψη της τροφής και στην εκμετάλλευση των ουσιών που αυτή περιέχει. Οι διεργασίες αυτές αρχίζουν με την πρόσληψη της τροφής, συνεχίζουν με τη διαδικασία της μάσησης και της πέψης και ολοκληρώνονται στο στάδιο της απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών και του μεταβολισμού.

Για να γίνει αντιληπτή η σημασία της διατροφή αρκεί να επισημανθεί πως ο ανθρώπινος οργανισμός, για να διατηρηθεί στη ζωή, να αναπτυχθεί, και να αντικαταστήσει τους φθαρμένους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων του και να παραγάγει έργο, έχει ανάγκη από διάφορες ουσίες, που λαμβάνει μόνο μέσω της τροφής.

Η διατροφή που επιλέγει και ακολουθεί ένα άτομο στην καθημερινή του ζωή εξαρτάται κυρίως από οικονομικούς παράγοντες, αλλά και από ψυχολογικούς και κοινωνιολογικούς. Σε κάθε περίπτωση το άτομο πρέπει να επιλέγει την τροφή με άξονα την εξασφάλιση όλων εκείνων των θρεπτικών συστατικών που διασφαλίζουν την καλή του υγεία, ευεξία και μακροζωία.

2.2 Θρεπτικά συστατικά

Τα θρεπτικά συστατικά είναι ουσίες που βρίσκονται στην τροφή και είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη και τη λειτουργία ενός οργανισμού. Αν δε λαμβάνονται επαρκώς για κάποιο

κρίσιμο χρονικό διάστημα προκαλούνται βλάβες στον οργανισμό, ενδεχομένως σοβαρές και μόνιμες.

Η γνώση των διαφορετικών τύπων θρεπτικών ουσιών, των χαρακτηριστικών τους και των αναγκών του οργανισμού κάθε ατόμου είναι ένα στοιχειώδες προαπαιτούμενο για να θεμελιωθούν οι βάσεις μιας υγιούς διατροφής. Έξι λοιπόν είναι οι βασικές κατηγορίες:

Πίνακας 2: Ταξινόμηση των θρεπτικών συστατικών της τροφής

Ταξινόμηση θρεπτικών συστατικών		
Όνομα τάξης	**τύπος**	**Πηγή ενέργειας**
Υδατάνθρακες	Οργανικές ενώσεις	✓
Λιπίδια	Οργανικές ενώσεις	✓
Πρωτεΐνες	Οργανικές ενώσεις	✓
Βιταμίνες	Οργανικές ενώσεις	✗
Μέταλλα και Ιχνοστοιχεία	Χημικά στοιχεία	✗
Νερό	Ανόργανη ένωση	✗

2.2.1 Υδατάνθρακες

Είναι η κυριότερη πηγή ενέργειας για τον οργανισμό, η καύσιμη ύλη για τους μύες και τον εγκέφαλο. Συναντώνται σε τρεις μορφές: α) άμυλα (δημητριακά και αμυλούχα λαχανικά) β) σάκχαρα (φρούτα, λαχανικά και γάλα ως γλυκόζη, φρουκτόζη και λακτόζη) και γ) φυτικές ίνες (δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, φρούτα, λαχανικά). Τροφές που περιέχουν υδατάνθρακες (πατάτες, ρύζι, μακαρόνια, ψωμί, όσπρια, λαχανικά, φρούτα), πρέπει να καταναλώνονται κάθε μέρα σε ποσοστό που φθάνει ως και το 60% του συνόλου των θερμίδων της διατροφής ενός υγιούς ατόμου χωρίς διαβητικά προβλήματα. Οι φυτικές ίνες που περιέχονται σ' αυτές τις τροφές και οι οποίες δεν απορροφώνται από το έντερο είναι απαραίτητες για την καλή λειτουργία αυτού του οργάνου και την ευεξία του οργανισμού.

2.2.2 Λίπη

Τα λίπη είναι απαραίτητα για την ισορροπία του οργανισμού. Διακρίνονται σε δύο τύπους: Τα κορεσμένα που είναι στερεά σε θερμοκρασία δωματίου και τα ακόρεστα που είναι υγρά. Τα ακόρεστα λίπη είναι προτιμότερα από τα κορεσμένα. Ένας ακόμα διαχωρισμός είναι τα λίπη ζωικής και φυτικής προέλευσης. Τα ζωικής προέλευσης βρίσκονται σε τροφές, όπως το κρέας, τα ψάρια, το τυρί, το γάλα και το βούτυρο. Τα φυτικής προέλευσης λίπη κυρίως σε τροφές υγρής μορφής (λάδια), όπως το ελαιόλαδο, το φιστικέλαιο, το σησαμέλαιο κ.α. και πιο σπάνια σε τροφές σε στερεά τροφή, όπως η μαργαρίνη, το βιτάμ και η φυτίνη.

Η μεγάλη πρόσληψη λιπών, και ειδικά η πρόσληψη λιπών ζωικής προέλευσης, έχει συνδεθεί, μετά από σχετικές έρευνες, με παθήσεις, όπως οι καρδιοπάθειες και η παχυσαρκία. Αυτός είναι ο λόγος άλλωστε που οι ειδικοί σε θέματα διατροφής και υγείας συνιστούν την προσεκτική και περιορισμένη κατανάλωσή τους.

2.2.3 Πρωτεΐνες

Οι πρωτεΐνες αποτελούν το βασικό δομικό συστατικό όλων των κυττάρων του ανθρώπινου σώματος. Πρόκειται για ουσίες απαραίτητες για την ανάπλαση των κατεστραμμένων κυττάρων και για τον σχηματισμό νέων, για την ανάπτυξη και λειτουργία του οργανισμού. Τις έχει απόλυτη ανάγκη ο εγκέφαλος, το αίμα, οι μύες και το αμυντικό σύστημα του οργανισμού.

Οι πρωτεΐνες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τις ζωικές και τις φυτικές. Οι ζωικές βρίσκονται στο κρέας, τα πουλερικά, τα ψάρια, τα αυγά και τα γαλακτοκομικά. Οι φυτικές είναι χαμηλότερης ποσότητας και βρίσκονται κυρίως στα φασόλια, τις φακές, τον αρακά και τους ξηρούς καρπούς. Η ανάγκη για λήψη πρωτεϊνών είναι αυξημένη στα βρέφη, τα παιδιά και τους εφήβους.

2.2.4 Βιταμίνες

Οι βιταμίνες είναι αναγκαίες για την καλή λειτουργία του οργανισμού. Χωρίς τη βοήθειά τους δε θα μπορούσε να γίνει χρήση κανενός από τα άλλα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων. Ο πίνακας που ακολουθεί αναφέρει τις πηγές προέλευσης των βιταμινών και τη χρησιμότητά τους.

Πίνακας 3: Οι βιταμίνες και η χρησιμότητά τους

ΕΙΔΟΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ	ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ	ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ
Βιταμίνη Α Ημερήσιες ανάγκες 750mg	Καρότα, σπανάκι, πατάτες, αντίδια, τεύτλα, δαμάσκηνα, βερίκοκα, μουρουνέλαιο, μοσχαρίσιο συκώτι και γάλα.	Για την ανάπτυξη, την όραση, την αντίσταση στις λοιμώξεις, την αναπαραγωγή, τον θηλασμό και για τη διατήρηση των κυτταρικών μεμβρανών και ιστών	Διαταραχή στην ανάπτυξη, ξηρότητα δέρματος, εύθραυστα νύχια, τερηδόνα, ξηροφθαλμία και μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις
Βιταμίνη D Ημερήσιες ανάγκες 20 mg	Παράγεται από τον ανθρώπινο οργανισμό με την επίδραση του φωτός.	Για την απορρόφηση ασβεστίου και του φωσφόρου, την ανάπτυξη και υγεία οστών και δοντιών	Ραχίτιδα στα παιδιά και οστεομαλάκυνση στους μεγάλους
Βιταμίνη Ε Ημερήσιες ανάγκες 30 mg	Κρέας, αυγά, γάλα, σιτηρά, πράσινα λαχανικά, συκώτι, ελαιόλαδο	Στο μεταβολισμό, στην καταστροφή τοξικών ουσιών, στην αναπαραγωγική λειτουργία, στην υγεία του κυκλοφορικού συστήματος	Επιδείνωση των λειτουργιών στις οποίες λαμβάνει μέρος
Βιταμίνη Κ Ημερήσιες ανάγκες 0,3 γρ/κιλό βάρους σώματος	Πράσινα λαχανικά, κουνουπίδι, ντομάτες, πατάτες, σιτηρά, λάδι, γαλακτοκομικά, συκώτι, νεφρά, αυγά	Απαραίτητη για την ομαλή πηκτικότητα του αίματος	Διαταραχή της πηκτικότητας του αίματος
Βιταμίνη C Ημερήσιες ανάγκες 50 mg	Εσπεριδοειδή, φράουλες, κεράσια, ανανάς, λάχανα, σπανάκι, πιπεριές, ντομάτες και μαϊντανός	Πρόληψη λοιμώξεων, κρυολογήματος, δημιουργία οστών, δοντιών και δέρματος, καταπολέμηση στρες. Για την αντίσταση στον καρκίνο	Σκορβούτο, αδυναμία, απώλεια βάρους, κατάθλιψη
Σύμπλ. Βιταμινών Β Ημερήσιες ανάγκες: Β1:1,2-1,4 μgr Β2:1,4-1,5 mg Β3:18 mg Β6:1,6-2 mg Β12:3μgr	Συκώτι, νεφρά, χορταρικά, δημητριακά, τυριά, αυγά, κόκκινο κρέας, πουλερικά, ψάρια, λαχανικά, φρούτα	Βοηθούν στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών	Διαταραχές του γαστρεντερικού, κεντρικού και νεφρικού συστήματος και της καρδιάς. Έλλειψη της Β12 προκαλεί κακοήθη αναιμία

2.2.5 Μέταλλα και Ιχνοστοιχεία

Τα μέταλλα δεν προσφέρουν ενέργεια στον οργανισμό, αλλά είναι απαραίτητα για την εύρυθμη λειτουργία του. Ρυθμίζουν πολλές εσωτερικές λειτουργίες (πηκτικότητα αίματος, ρύθμιση των καύσεων, συμμετοχή στην δημιουργία κατάλληλης οσμωτικής πίεσης στα κύτταρα και τους ιστούς), διατηρούν τη σύσταση των υγρών του σώματος και αποτελούν βασικά συστατικά των οστών και των δοντιών. Βρίσκονται, στις τροφές αλλά και στο νερό.

Πίνακας 4: Τα ιχνοστοιχεία και η χρησιμότητά τους

ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΤΡΟΦΕΣ	ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ
Σίδηρος (Fe)	Συκώτι, κρέας, αυγά, κριθάρι, σιτάρι	Παραγωγή αιμοσφαιρίνης	Κόπωση, αναιμία, λοιμώξεις
Ασβέστιο (Ca)	Γαλακτοκομικά, σολομός, σαρδέλες, σόγια, φασόλια, κουνουπίδι, λάχανο	Σχηματισμός οστών και δοντιών, πήξη αίματος, λειτουργία νεύρων, τη μυϊκή σύσπαση	Στα παιδιά ραχιτισμός, στην τρίτη ηλικία οστεοαρθροπάθειες
Μαγνήσιο (Mg)	Πράσινα λαχανικά, καρύδια, κριθάρι, όστρακα, σιτάρι	Κατά του στρες, για τη λειτουργία νεύρων, μυϊκή σύσπαση	Κούραση, κεφαλαλγίες, μυϊκές κράμπες, αϋπνία, ανορεξία
Ψευδάργυρος (Zn)	Θαλασσινά, κρέας, καρύδια, αυγά	Ανάπτυξη, υγιές δέρμα, επούλωση τραυμάτων	Ανορεξία, καθυστέρηση επούλωσης, μολύνσεις
Φώσφορος (P)	Γάλα, κρέας, τυρί, ψάρι, κοτόπουλα, αυγά, φιστίκια	Σχηματισμών οστών και δοντιών, παραγωγή ενέργειας	Ασυνήθιστη
Χαλκός (Cu)	Συκώτι, όστρακα, καρύδια, κριθάρι, σιτάρι, ξερά φρούτα	Κατά των μολύνσεων, παραγωγή αιμοσφαιρίνης	Μυϊκή εξασθένηση
Κάλλιο (K) (Ποτάσσιο)	Δημητριακά, φακές, πράσινα λαχανικά και φρούτα	Επεμβαίνει στην μυϊκή συστολή, ρυθμίζει την κατανομή του νερού στα κύτταρα	Αναιμία, εύθραστα οστά
Σελήνιο (Se)	Θαλασσινά, κρέας, δημητριακά	Ενίσχυση της άμυνας του κυττάρου	Δεν αναφέρονται
Μαγγάνιο (Mn)	Πράσινα, λαχανικά, κριθάρι, σιτάρι, τσάι	Κατασκευή οστών	Δεν αναφέρονται

2.2.6 Νερό

Ο ρόλος του νερού στον οργανισμό είναι ουσιώδης και είναι απαραίτητο για κάθε λειτουργία του. Αποτελεί το 75% του ανθρώπινου σώματός. Ο άνθρωπος μπορεί να επιβιώσει μεγαλύτερο διάστημα χωρίς τροφή παρά με την έλλειψη νερού.

2.3 Η Σωστή Διατροφή – Το παράδειγμα της Μεσογειακής Διατροφής

Μια διατροφή θεωρείται ισορροπημένη όταν περιλαμβάνει μεγάλη ποικιλία τροφίμων σε μέτριες ποσότητες. Με τον τρόπο αυτό το άτομο λαμβάνει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και παράλληλα το σωστό αριθμό θερμίδων για τον έλεγχο του βάρους του. Οι αναλογίες τροφίμων και η ποσότητα που συνίσταται να καταναλώνει ένα άτομο διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τον τρόπο ζωής.

Ήδη από την αρχαιότητα ο άνθρωπος γνώριζε πως η τροφή και η ποιότητα της είχε αντίκτυπο στην υγεία του και δεν είναι λίγες οι τροφές που χρησιμοποιούσε για την πρόληψη ασθενειών ή για την καταπολέμησή τους.

Από το 1950 και μετά, ο επιστημονικός κόσμος επιδεικνύει έντονο ενδιαφέρον για τη μεσογειακή διατροφή, το διατροφολόγιο δηλαδή των χωρών που περιστοιχίζονται από τη Μεσόγειο Θάλασσα και ιδιαίτερα της Κρήτης και της Νότιας Ιταλίας. Αφορμή για το ενδιαφέρον αυτό στάθηκε μια μελέτη, γνωστή ως «η μελέτη των επτά χωρών», εκ των οποίων η μία ήταν η Ελλάδα. Κύριο συμπέρασμα της μελέτης ήταν η συσχέτιση της μεσογειακής διατροφής με την καλή υγεία και μακροζωία. Τα πρωτεία της έρευνας κατείχαν οι Κρητικοί καθώς εμφάνιζαν το μεγαλύτερο όριο ζωής και μικρό κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών νοσημάτων, καρκίνου, διαβήτη και θνησιμότητας. Οι Κρητικοί εκτός από τη σωστή διατροφή που είχαν υιοθετήσει (χόρτα, ψάρια, ζυμωτό ψωμί, ελαιόλαδο) όφειλαν την καλή τους κατάσταση και στην καθημερινή σωματική δραστηριότητα.

Μέχρι και σήμερα, το μοντέλο της μεσογειακής διατροφής θεωρείται το ενδεδειγμένο από την επιστημονική κοινότητα και έχει αναγνωριστεί διεθνώς. Το 2010 μάλιστα, η ΟΥΝΕΣΚΟ συμπεριέλαβε την Μεσογειακή Διατροφή στον Κατάλογο της Άυλης Πολιτιστικής Κληρονομιάς της Ανθρωπότητας, ύστερα από αίτημα που υπέβαλαν από κοινού οι χώρες Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία και Μαρόκο.

Για την καλύτερη κατανόηση των διατροφικών οδηγιών αλλά και για τη χρήση ως οπτικό εργαλείο τα Υπουργεία Γεωργίας και Υγείας των ΗΠΑ δημιούργησαν την Πυραμίδα τροφίμων. Στην πυραμίδα αυτή απεικονίζονται οι κατηγορίες των τροφών που πρέπει να καταναλώνει ο άνθρωπος και η συχνότητα. Οι τροφές που βρίσκονται στη βάση θα πρέπει να καταναλώνονται πολύ συχνά, ενώ ανεβαίνοντας προς την κορυφή συναντώνται οι τροφές που θα πρέπει να καταναλώνονται σπάνια.

Στη μεσογειακή διατροφή συστήνεται η ύπαρξη ποικιλίας τροφών στη διατροφή, και ακόμα και τα τρόφιμα που δεν συνιστώνται ιδιαίτερα δεν θα πρέπει να αποκλείονται τελείως από τη διατροφή, αφού μπορεί να παρέχουν ένα ή περισσότερα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά.

Ακολουθώντας το συγκεκριμένο πλάνο διατροφής το άτομο προστατεύεται από την εμφάνιση χρόνιων νόσων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο διαβήτης και θωρακίζει τον οργανισμό του ενάντια σε κάθε μορφής καρκίνο. Επιπλέον, ο συνδυασμός καλής διατροφής και άσκησης είναι η πιο ευνοϊκή προσέγγιση για την πρόληψη και θεραπεία της παχυσαρκίας, μιας κατάστασης που αποτελεί και σημαντικό παράγοντα κινδύνου για άλλες χρόνιες παθήσεις.

Εικόνα 1: Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής

Με βάση την πυραμίδα Μεσογειακής Διατροφής, δίνονται οι εξής διατροφικές οδηγίες:

- Κατανάλωση Δημητριακών (8 μικρομερίδες την ημέρα, κατά προτίμηση προϊόντα ολικής αλέσεως)
- Κατανάλωση Πατατών (3 μικρομερίδες την εβδομάδα)
- Κατανάλωση Φρούτων (3 μικρομερίδες την ημέρα)
- Κατανάλωση Λαχανικών (6 μικρομερίδες την ημέρα)
- Κατανάλωση Οσπρίων (3 μικρομερίδες την εβδομάδα)
- Κατανάλωση Κρέατος και Πουλερικών (1 μικρομερίδα την ημέρα, κατά προτίμηση κρέας των πουλερικών)
- Κατανάλωση Αυγών (3 την εβδομάδα)
- Κατανάλωση Ψαρικών και θαλασσινών (1 μικρομερίδα την ημέρα)
- Κατανάλωση Γαλακτοκομικών Προϊόντων (2 μικρομερίδες την ημέρα)
- Κατανάλωση Ελαιόλαδου (πρέπει να χρησιμοποιείται όποτε είναι δυνατό, τόσο σε σαλάτες όσο και σε μαγειρεμένα τρόφιμα)
- Κατανάλωση Ζάχαρης και σχετικών προϊόντων (1/2 μικρομερίδα την ημέρα)
- Κατανάλωση Αλατιού (πρέπει να μειώνεται στο ελάχιστο δυνατό η κατανάλωση του)
- Κατανάλωση Μυρωδικών όπως η ρίγανη, ο βασιλικός, το θυμάρι (πρέπει να χρησιμοποιούνται όποτε είναι δυνατό, για ως αντικαταστάτες του αλατιού)
- Κατανάλωση Οινοπνευματωδών Ποτών (3 ποτήρια την ημέρα για τους άνδρες, 1 ½ ποτήρι την ημέρα για τις γυναίκες, και ιδιαίτερα του κρασιού)
- Διατήρηση του επιθυμητού βάρους για το ύψος και την ηλικία
- Αργή κατανάλωση τροφής, σε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας, χωρίς άγχος και με τη συντροφιά φιλικών προσώπων
- Προτίμηση σε φρούτα και ξηρούς καρπούς και όχι σε γλυκίσματα στα ενδιάμεσα μικρογεύματα
- Προτίμηση νερού και όχι αναψυκτικών
- Δεν χρειάζονται τα διατροφικά συμπληρώματα όταν ακολουθείται μια ισορροπημένη διατροφή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος που σηματοδοτεί σοβαρές αλλαγές στην εμφάνιση, στη συμπεριφορά, στη σκέψη αλλά και στην ψυχοσύνθεση του ανθρώπου. Για την καλύτερη κατανόηση του τρόπου ζωής και διατροφής του εφήβου, καλό θα ήταν να περιγραφούν πρώτα οι αλλαγές αυτές.

3.1 Ορισμός

Ο κύκλος ζωής του ανθρώπου ξεκινάει ήδη από την κοιλιά της μητέρας ως έμβρυο, συνεχίζει ως βρέφος, νήπιο, παιδί, περνάει στην εφηβεία, ενηλικιώνεται με τελικά στάδια ως μεσήλικος και ηλικιωμένος. Το στάδιο της εφηβείας είναι αυτό που καθορίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό τη μετέπειτα πορεία της ζωής του ανθρώπου. Κάθε σωματικό και ψυχολογικό πρόβλημα που μπορεί να επηρεάσει την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού σε αυτή την ευαίσθητη περίοδο μπορεί να στιγματίσει και να καθορίσει δραματικά την ζωή του ανθρώπου ως ενήλικα.

Με τον όρο εφηβεία εννοείται μια διακριτή αναπτυξιακή φάση εξαιτίας των ραγδαίων βιοσωματικών αλλαγών και των νέων εξελίξεων:

1. Ως προς τις νοητικές ικανότητες και
2. ως προς την σεξουαλικότητα.

Αρχίζει περίπου στα 10.5-11 χρόνια και τελειώνει βαθμιαία με την έναρξη της ενήλικης ζωής. Διαιρείται σε τρία στάδια: α) στην πρώιμη εφηβική ηλικία (10.5-11 έως 14 ετών), β) στη μέση (14 έως 16-17 ετών) και γ) στην όψιμη (16-17 έως 20-21 ετών).

Η εφηβεία είναι η περίοδος της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία και έχει για κέντρο της την ήβη. Πρόκειται για τη δεύτερη φάση, μετά τη βρεφική ηλικία, κατά την οποία ο ρυθμός ανάπτυξης είναι γρήγορος και έντονος, ενώ παράλληλα έχουμε διαφοροποίηση

ανάμεσα στα δύο φύλα. Χαρακτηρίζεται από μία μεταμόρφωση του σώματος (φυσιολογική μεταμόρφωση) με αύξηση του βάρους και του ύψους και αλλαγές στη σύσταση του σώματος και από μία μεταμόρφωση του πνεύματος και των συναισθημάτων (ψυχική μεταμόρφωση).

Με τον διακριτό όρο ήβη εννοούνται τα φυσιολογικά, ορμονικά φαινόμενα που εμφανίζονται στα κορίτσια σε ηλικία 11-13 ετών περίπου και στα αγόρια 13-15 ετών περίπου. Πιο συγκεκριμένα μερικοί αδένες – υπόφυση, όρχεις, ωοθήκες – είναι ώριμοι να εκκρίνουν υγρά, που ονομάζονται ορμόνες. Αυτές οι ορμόνες κυκλοφορούν στο αίμα και μεταβάλουν τα όργανα για τα οποία προορίζονται και τα οποία μεταμορφώνονται στη διάρκεια της ήβης. Τα γεννητικά όργανα μπαίνουν σε διαδικασία ωρίμανσης και αυτό σηματοδοτεί την έναρξη της περιόδου της γονιμότητας.

3.2 Η σωματική ανάπτυξη του εφήβου

Μέχρι την εφηβεία κορίτσια και αγόρια έχουν σχεδόν το ίδιο σωματικό μέγεθος. Από την έναρξη της ήβης και μετά τα δύο φύλα διαφοροποιούνται.

Τα κορίτσια φτάνουν το μέγιστο ρυθμό ανάπτυξης περίπου στα 10 ή 11 χρόνια. Η έναρξη της εφηβείας στα κορίτσια σηματοδοτείται με κάποιες ενδείξεις. Αυτές είναι:

1. Η ανάπτυξη του στήθους. Αυτή αρχίζει περίπου δύο χρόνια πριν την έναρξη της περιόδου.
2. Η εμφάνιση τριχώματος στις μασχάλες και την ηβική περιοχή.
3. Η ανάπτυξη του γυναικείου περιγράμματος του σώματος.
4. Η έναρξη της περιόδου.

Τα αγόρια φτάνουν το μέγιστο ρυθμό ανάπτυξης περίπου στα 12 ή 13 χρόνια. Οι ενδείξεις έναρξης της εφηβείας στα αγόρια είναι:

1. Αύξηση του μεγέθους του πέους και των όρχεων.
2. Η εμφάνιση ηβικού και μασχαλιαίου τριχώματος.
3. Η εμφάνιση τριχώματος στο πρόσωπο.
4. Αλλαγές της φωνής με βαθύτερο τόνο.
5. Η ανάπτυξη του μυός και του αναστήματος.

Προκειμένου να αξιολογηθεί σωστά η ανάπτυξη του εφήβου υπάρχουν αξιόπιστα εργαλεία όπως οι καμπύλες ανάπτυξης, ο (τροποποιημένος) Δείκτης Μάζας Σώματος και οι μέτρηση των δερματικών πτυχών.

Πίνακας 5: Διεθνή επίπεδα κατηγοριοποίησης του βάρους των εφήβων βάσει ΔΜΣ ανά φύλο και ηλικία

ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	Κατηγοριοποίηση βάσει Δείκτη Μάζας Σώματος			
		Ελλιποβαρείς	Κανονικοί	Υπέρβαροι	Παχύσαρκοι
ΑΓΟΡΙΑ	11ετών	≤ 18	19-20.89	20.9-25.58	>25.58
	13ετών	≤ 18	19-22.27	22.28-27.25	>27.25
	15ετών	≤ 18	19-23.60	23.61-28.60	>28.60
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	11ετών	≤ 18	19-21.20	21.21-26.05	>26.05
	13ετών	≤ 18	19-22.98	22.99-28.20	>28.20
	15ετών	≤ 18	19-24.17	24.18-29.29	>29.29

Γενικότερα κατά την εφηβεία ο σκελετός μεγαλώνει, τα οστά αναπτύσσονται και κερδίζουν βάρος, ο μυϊκός και λιπώδης ιστός αυξάνει όπως και ο όγκος του αίματος. Επίσης, χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση φαγεσώρων (κοινή ακμή) ή άλλων ειδών αλλοιώσεων στο δέρμα του προσώπου και του θώρακα.

3.3 Η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου

Ο έφηβος κατά τη διάρκεια της σωματικής αλλαγής μεταμορφώνεται και πνευματικά. Παρακολουθώντας την εικόνα του να μεταβάλλεται προσπαθεί να χτίσει την ατομική του ταυτότητα. Διανύει μια περίοδο αβεβαιότητας, ανασφάλειας, φόβου. Αποχωρίζεται το παιδικό σώμα, τις παιδικές συνήθειες και επιθυμεί να είναι αρεστός στους συνομήλικούς του υιοθετώντας έτσι τα ίδια γούστα, το ίδιο "λουκ" και τα ίδια ενδιαφέροντα με αυτούς. Νιώθει περισσότερο αυτόνομος και προσπαθεί να διαμορφώσει δεσμούς και σχέσεις εκτός της οικογένειας. Λαμβάνει αποφάσεις, θέτει στόχους, παίρνει πρωτοβουλίες και επιλύει προβλήματα. Ταυτόχρονα αλλάζει ο τρόπος σκέψης του, αναπτύσσει αφαιρετική και κριτική ικανότητα, ξεκινάει να αμφισβητεί αξίες και πρόσωπα που μέχρι πρότινος θαύμαζε. Έτσι έρχεται σε σύγκρουση κυρίως με τους γονείς του και τους καθηγητές του. Τέλος, ο έφηβος ξυπνά ερωτικά, το σώμα του επιθυμεί την επαφή με το άλλο φύλο και ερωτεύεται έντονα.

3.4 Η διατροφή του εφήβου

Η διατροφή στην εφηβική ηλικία πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στον γρήγορο ρυθμό ανάπτυξης. Ο έφηβος πρέπει να εξασφαλίζει στον οργανισμό του τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, να εμπλουτίζει τη διατροφή του με φρούτα και λαχανικά και επιπλέον να φροντίζει να διατηρεί το σώμα του σε καλή φυσική κατάσταση με συχνή δραστηριότητα. Σε αυτή την περίοδο το άτομο αποκτά τις διατροφικές συνήθειες που θα ακολουθεί για μια ζωή, για τον λόγο αυτό θα πρέπει να ακολουθεί ένα ισορροπημένο και υγιεινό διαιτολόγιο. Οι ενεργειακές ανάγκες του εφήβου είναι μεγάλες αλλά ποικίλουν ανάλογα με τον ρυθμό ανάπτυξης, το βάρος, το ύψος και τη φυσική δραστηριότητα.

Η σωστή διατροφή στην ηλικιακή αυτή περίοδο θέτει τα θεμέλια για ένα γερό οργανισμό στο πέρασμα του χρόνου. Η υγεία των οστών και η απόκτηση υψηλής οστικής μάζας κατά την εφηβεία αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα έναντι της εμφάνισης οστεοπόρωσης

μετά την εμμηνόπαυση. Ακόμη, έρευνες έχουν δείξει μια συσχέτιση ανάμεσα στη διατροφή κατά την παιδική και εφηβική ηλικία και την εμφάνιση καρκίνου στην ενήλικη ζωή. Οι σωστές συμβουλές και η κλίση προς μια υγιεινή διατροφή με συναίσθηση της αξίας της, προστατεύουν τους νέους από νοσήματα σχετικά με την πρόσληψη της τροφής, όπως η παχυσαρκία ή η ανορεξία.

Το διαιτολόγιο ενός εφήβου θα πρέπει να εστιάζει στην καθημερινή πρόσληψη πρωτεϊνών, λιπαρών, υδατανθράκων, βιταμινών, ασβεστίου και σιδήρου. Ενδεικτικές τροφές για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι τα γαλακτοκομικά, το ψωμί, τα αυγά, τα δημητριακά, τα φρούτα και τα λαχανικά, το συκώτι, το κόκκινο κρέας και τα ψάρια.

Οι έφηβοι παρόλα αυτά δείχνουν να αγνοούν τη σημασία και την αξία των πλούσιων σε θρεπτικά στοιχεία τροφίμων και παρουσιάζουν διατροφικές συνήθειες με τα εξής χαρακτηριστικά:

- Σημαντική παράλειψη γευμάτων
- Κατανάλωση έτοιμου φαγητού εκτός σπιτιού
- Προτίμηση στα σνακ χαμηλής θρεπτικής αξίας
- Συχνές και ανορθόδοξες δίαιτες για απώλεια βάρους
- Διαρκείς αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες.

Οι μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι καταναλώνουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα τρόφιμα με αυξημένη ποσότητα θερμίδων και ελάχιστη θρεπτική αξία, όπως πατατάκια, σοκολάτες, αναψυκτικά, σάντουιτς ζαχαρούχα ποτά και άλλα. Επιπλέον, η συχνότητα λήψης «γρήγορου φαγητού» από έξω είναι άλλη μια αρνητική διαπίστωση για τις διατροφικές συνήθειες τω νέων. Αξίζει επίσης να τονισθεί ότι ο έφηβος παραλείπει πολλά γεύματα και κυρίως το πρωινό, ενώ δεν προτιμούν το σπιτικό φαγητό. Οι ειδικοί μεταφράζουν τη συμπεριφορά αυτή των νέων ως μια ανάγκη έκφρασης αυτονομίας και ύπαρξης χρόνου μακριά από την επιτήρηση των γονέων.

Οι διαφημίσεις, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, το lifestyle και το καταναλωτικό πνεύμα της εποχής, η υπερπληθώρα προϊόντων χαμηλών σε θρεπτικά στοιχεία και η εύκολη πρόσβαση σε

αυτά, τα ΜΜΕ και τα σωματικά πρότυπα που προωθούν σε συνδυασμό με την έλλειψη φυσικής άσκησης οδηγούν στη παθητική υπερκατανάλωση τροφών χαμηλής θρεπτικής αξίας ή σε εξαντλητικές δίαιτες φτωχές σε θρεπτικά συστατικά και απομακρύνουν τον έφηβο από την μεσογειακή διατροφή και παραδοσιακή κουζίνα.

Κεφάλαιο 4: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν σοβαρές ψυχογενείς νόσους, όπου η ασιτία και η υπερφαγία εκδηλώνονται ως συμπτώματα υποκείμενων ψυχολογικών και συναισθηματικών δυσκολιών. Η υπερφαγία ή μη λήψη φαγητού χρησιμοποιείται για να καταστείλει συναισθήματα και σκέψεις που πονούν. Χωρίς κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία, οι διατροφικές διαταραχές πιθανόν να επιμείνουν σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου και να οδηγήσουν ακόμα και στον θάνατο.

Η έντονη ανησυχία του ατόμου για το σωματικό του βάρος και η υπερβολική ενασχόλησή του με την τροφή σε συνδυασμό με την απώλεια μέτρου είναι τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν και τα οποία επιχειρούν να αποκρύψουν άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας.

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν πολύ-παραγοντική αιτιολογία. Μερικοί από τους παράγοντες αυτούς είναι:

- Η οικογένεια και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της.
- Στοιχεία προσωπικότητας, όπως η τελειομανία, ο ναρκισσισμός, η ευαισθησία, η χαμηλή αυτοπεποίθηση.
- Κοινωνικές παράμετροι, όπως τα πρότυπα που κυριαρχούν στο δυτικό κόσμο και εξιδανικεύουν ένα ισχνό, αψεγάδιαστο και συχνά ουτοπικό σώμα.
- Αναπτυξιακοί λόγοι και κυρίως η μετάβαση από την εφηβεία στην ενηλικίωση.
- Γενετική προδιάθεση, ένας παράγοντας που ίσως συμβάλλει (κυρίως στη ψυχογενή ανορεξία).

Οι διαταραχές αυτές συναντώνται κατά κύριο λόγο στην περίοδο της εφηβείας. Στη φάση αυτή ο έφηβος διακατέχεται από έντονες ανησυχίες, φόβους, αρνητικά συναισθήματα και συχνά έρχεται σε αντιπαράθεση με το οικογενειακό του περιβάλλον. Επιπλέον το σώμα και η εξωτερική εμφάνιση αλλάζει σημαντικά με συνηθέστερο αποτέλεσμα η αυτοεικόνα να μειώνεται αισθητά. Ο έφηβος επικεντρώνει την προσοχή του στην εικόνα του και στο σωματικό του βάρος

παραβλέποντας την εσωτερική του καλλιέργεια, τις σχέσεις με τους άλλους και τα συναισθήματα του.

Επιπλέον, σε μεγάλο ποσοστό οι διαταραχές αυτές πλήττουν το γυναικείο πληθυσμό, ενώ έρευνες δείχνουν ότι είναι συχνότερες σε λευκές σε σχέση με μαύρες γυναίκες.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν ένα δύσκολο θεραπευτικό εγχείρημα τόσο λόγο της σοβαρότητας της νόσου όσο και λόγο της άρνησης που συχνά συναντάται στους ασθενείς ως προς την αναγνώριση και παραδοχή της ύπαρξης προβλήματος. Η άρνηση αυτή συχνά οδηγεί σε δυσκολία συνεργασίας μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας.

Κυριότερες μορφές διατροφικής διαταραχής είναι η νευρική ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η παχυσαρκία που θα εξεταστούν λεπτομερώς στη συνέχεια. Άλλες μορφές είναι το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας και η ορθορεξία.

4.1 Νευρική Ανορεξία

4.1.1 Ορισμός

Η ψυχογενής ή νευρική ανορεξία (*Anorexia nervosa*) είναι μια διατροφική διαταραχή με κύριο χαρακτηριστικό την επίμονη άρνηση του ασθενούς να τραφεί σωστά, ώστε να διατηρήσει ένα υγιές φυσιολογικό βάρος. Το άτομο με νευρική ανορεξία διακατέχεται από έναν έντονο φόβο για την απόκτηση βάρους, ενώ η εικόνα που έχει για τον εαυτό του και το σώμα του είναι πλήρως διαστρεβλωμένη. Οι ασθενείς καλούνται να επιδείξουν μεγάλη αυτοσυγκράτηση για να υπερνικήσουν το αίσθημα της πείνας που δεν έχει χαθεί και επιβάλλουν στον εαυτό τους την ασιτία, επιτρέποντας την κατανάλωση μόνο πολύ μικρών ποσοτήτων φαγητού. Η νευρική ανορεξία εκδηλώνεται συνήθως στην εφηβεία και η πλειοψηφία των θυμάτων της είναι γυναίκες. Το ποσοστό των ανδρών που εμφανίζουν τη νόσο δεν ξεπερνά το 5-10%.

Ο πρώτος που καθιέρωσε τον όρο ήταν ο Σερ Γουίλλιαμ Γκαλ (Sir William Gull), ένας από τους προσωπικούς γιατρούς της Βασίλισσα Βικτωρίας, το 1873. Περιγραφές όμως της ασθένειας υπάρχουν ήδη από τον 16ο και 17ο αιώνα.

Στα τέλη του 19ου αιώνα η κοινή προσοχή στράφηκε στα λεγόμενα "κορίτσια που νηστεύουν" και προκάλεσε σύγκρουση μεταξύ της θρησκείας και της επιστήμης. Τέτοιες περιπτώσεις ήταν η Σάρα Τζέικομπ (η οποία ονομάστηκε το κορίτσι από την Ουαλία που νηστεύει) και η Μόλυ Φάντσερ (το αίνιγμα του Μπρούκλυν). Οι πιστοί έκαναν αναφορά για διχασμό μεταξύ του μυαλού και του σώματος, ενώ οι σκεπτικιστές επέμειναν στους νόμους της επιστήμης και των υλικών πραγματικοτήτων της ζωής. Επίσης, πολλές γυναίκες που τελικά έγιναν αγίες ακολούθησαν την πρακτική της αυτοπροκαλούμενης λιμοκτονίας, συμπεριλαμβανομένου της Αγίας Χέντγουιγκ (Hedwig) της Σιλεσίας κατά τον 13ο αιώνα και της Αγίας Αικατερίνης της Σιένα κατά τον 14ο αιώνα.

Το 1689 ο Richard Morton δημοσίευσε στο Λονδίνο ένα βιβλίο ιατρικής με τίτλο «*Phthisiologia, seu Exercitasiones de Phthisi*» στο οποίο περιέγραφε πολλές ασθένειες που προκαλούν την απώλεια σωματικού βάρους. Πρόκειται για την πρώτη αναφορά στη νευρική ανορεξία που καταγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία.

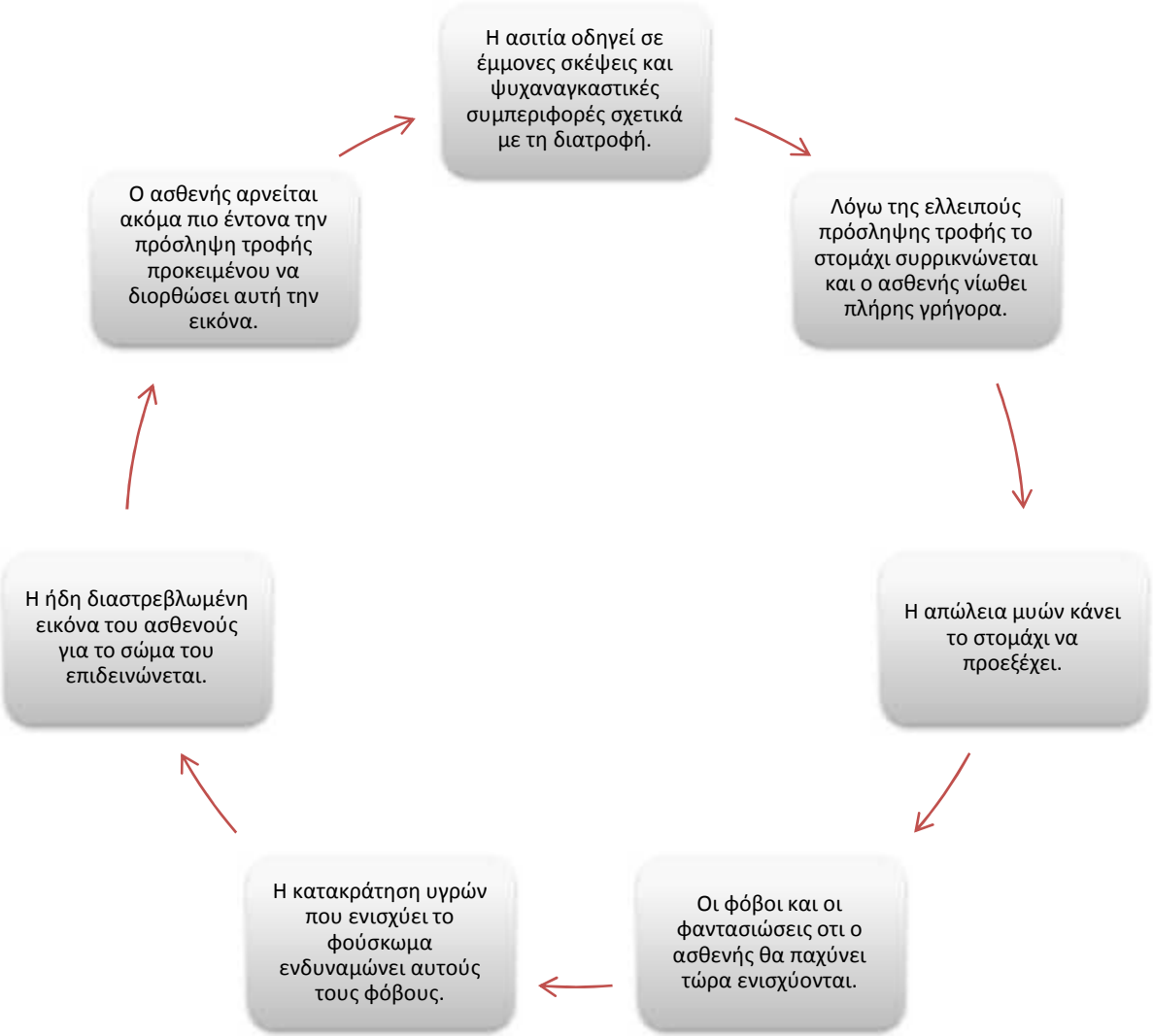
Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία έχει θέσει ορισμένα κριτήρια (DSM- IV, 1994), τα οποία πρέπει να υπάρχουν για να τεθεί η διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας. Τα κριτήρια αυτά δίνονται παρακάτω:

- Έντονος φόβος παχυσαρκίας και απόκτησης βάρους.
- Άρνηση διατήρησης σωματικού βάρους πάνω στα ελάχιστα φυσιολογικά πρότυπα που ισχύουν για την ηλικία και το ύψος του ασθενούς. Απώλεια σωματικού βάρους που οδηγεί σε διατήρηση σωματικού βάρους 25% κάτω του φυσιολογικού, ή σε αδυναμία απόκτησης του αναμενόμενου βάρους κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης.
- Διαταραχή της ψυχικής εικόνας του σώματος. Οι ασθενείς αναφέρουν ότι αισθάνονται παχείς ακόμα και όταν είναι φανερά αδυνατισμένοι. Αδικαιολόγητη και υπέρμετρη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αυτο-αξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.

- Αμηνόρροια στις γυναίκες. Απουσία τουλάχιστον τριών συνεχόμενων εμμήνων κύκλων ή απώλεια περιόδου.

Τέλος, δύο είναι οι κατηγορίες ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία:

- Ανορεξία περιοριστικού τύπου (restricting type): Το άτομο αυθυποβάλλεται σε αυστηρή στέρηση τροφής ακόμα και σε πλήρη νηστεία, ενώ πολλές φορές καταφεύγει στη χρήση ναρκωτικών ουσιών ή βοτάνων ως βοηθητικά μέσα στην απώλεια θερμίδων. Σε αυτό τον τύπο ανορεξίας το άτομο αισθάνεται περήφανο και αποκτά την αίσθηση της αυτοκυριαρχίας όταν το βάρος του αρχίζει να μειώνεται, ενώ αντίθετα όταν το βάρος του αυξάνεται κατακλύζεται από συναισθήματα αποτυχίας και την εντύπωση ότι δεν είναι πλέον αποδεκτό από τους οικείους και το κοινωνικό σύνολο.
- Ανορεξία υπερφαγικού/ καθαρτικού τύπου (binge eating/purging type): Το άτομο προκαλεί εμετό ή καταφεύγει στη χρήση καθαρτικών και διουρητικών έπειτα από ένα υπερφαγικό επεισόδιο ή μετά από ένα κανονικό ή μικρό γεύμα. Ο βουλιμικός ανορεκτικός νοσεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απαιτεί μεγαλύτερη συχνότητα στις θεραπευτικές συναντήσεις, βιώνει υψηλότερο βαθμό συναισθηματικής δυσφορίας και έχει λιγότερο καλή πρόγνωση από ότι τα άτομα που εμφανίζουν τον Περιοριστικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Γενικότερα έχουν περισσότερο αποδιοργανωμένη προσωπική ζωή και περισσότερο διαταραγμένο οικογενειακό ιστορικό, ενώ είναι πιο ευάλωτοι να αναπτύξουν διαταραχές που σχετίζονται με τον έλεγχο των παρορμήσεων όπως η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, ο αλκοολισμός, η ψυχαναγκαστική αγοραστική συμπεριφορά, η κλεπτομανία και η ασύδοτη, αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά.



Εικόνα 2: Ο φαύλος κύκλος της νευρικής ανορεξίας

4.1.2 Ενδείξεις ύπαρξης νευρικής ανορεξίας

Ένας έφηβος που πάσχει από νευρική ανορεξία μπορεί να εμφανίσει ορισμένα ή πολλά από τα ακόλουθα σημάδια. Οι μορφές τους καθώς και η σοβαρότητά τους διαφέρουν σε κάθε περίπτωση και μερικές φορές μπορεί να υπάρχουν, αλλά να μην είναι ορατά.

Σημάδια στη *συμπεριφορά*:

- Τρώει πολύ λίγο και συνήθως διαλέγει από μια μικρή ποικιλία φαγητών που θεωρούνται “ασφαλή”.
- Εφαρμόζει αυστηρή δίαιτα ακόμα και όταν είναι λιποβαρής.
- Ασχολείται υπερβολικά με την προετοιμασία του φαγητού, διαβάζει βιβλία μαγειρικής, προετοιμάζει πολύπλοκες συνταγές και εξεζητημένα γεύματα για τους άλλους, αποφεύγοντας να φάει ο ίδιος.
- Ζυγίζει συνεχώς τα τρόφιμα και τις μερίδες.
- Κόβει το φαγητό σε μικρά κομμάτια, αρνείται να φάει μπροστά σε άλλους, κρύβει ή πετάει το φαγητό.
- Παρουσιάζει σημαντική απώλεια βάρους, χωρίς να πάσχει από κάποια άλλη ασθένεια.
- Φοράει πολλά και φαρδιά ρούχα για να κρύψει το σώμα του είτε γιατί το θεωρεί υπέρβαρο είτε για να αποφύγει τα σχόλια των άλλων.
- Αποσύρεται από κοινωνικές δραστηριότητες και καταπονεί το σώμα του με έντονη άσκηση.
- Θέτει υπερβολικά υψηλούς στόχους και αγωνίζεται για να επιτύχει την τελειότητα.
- Επικαλείται απροθυμία ή ανικανότητα να φάει, γεγονός που πέφτει πια στην αντίληψη των συγγενών και φίλων.

Σημάδια στην *ψυχολογία*:

- Συγκεντρώνεται δύσκολα.
- Εμφανίζεται αναποφάσιστος ή αντίθετα με άκαμπτη άποψη.
- Κάνει σχόλια σχετικά με το υπερβολικό βάρος και συσχετίζει τη λεπτότητα με την ευτυχία.

- Θεωρεί τον εαυτό του παχύ, χωρίς πραγματικά να είναι.
- Τοποθετεί κίνητρα και επιβραβεύει τον αυτοέλεγχο.

Σημάδια στα *συναισθήματα*:

- Εμφανίζει άγχος, κατάθλιψη, ευερεθιστικότητα, θυμό και έντονες εναλλαγές στη διάθεση.
- Εκφράζει αισθήματα ανεπάρκειας, αναξιότητας, άγχους και μοναξιάς.
- Έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Τείνει να αποζητά την απομόνωση και γίνεται μυστικοπαθής.
- Επιδεικνύει ακαμψία και αντιστέκεται στις αλλαγές.
- Διακατέχεται από το φόβο της αύξησης του βάρους.
- Εκφράζει το συναίσθημα τις αποτυχίας με χαμηλές επιδόσεις στο σχολείο.
- Σε συζητήσεις σχετικές με διατροφικές διαταραχές εκφράζει αισθήματα ντροπής ή ενοχής.
- Θυμώνει ή κρατάει αμυντική στάση όταν το περιβάλλον του δηλώνει την ανησυχία του.

Σημάδια στην *εμφάνιση* και στη *λειτουργία του οργανισμού*:

- Η απώλεια βάρους είναι ορατή σε σύντομο χρονικό διάστημα.
- Φαίνεται ασυνήθιστα λεπτός με αδύναμους μυς και ελάχιστο λίπος.
- Παραπονιέται για συνεχή προβλήματα στο στομάχι (κίνδυνος εσωτερικής αιμορραγίας, έλκη, γαστρίτιδες, δυσκοιλιότητα και μειωμένη γαστρική κένωση) και μυϊκές κράμπες, ενώ η κοιλιά είναι φουσκωμένη.
- Το δέρμα είναι ξηρό και κίτρινο ή γκρι στο χρώμα.
- Λανούγκο (Lanugo): Μικρές ανοιχτού χρώματος τρίχες φυτρώνουν στο κεφάλι και το σώμα.
- Τα μαλλιά αραιώνουν, είναι θαμπά και εύθραστα.
- Δείχνει διαρκώς κουρασμένος και υποφέρει από ισχυρούς πόνους.
- Παραπονιέται πως κρυώνει εξαιτίας της έλλειψης μονωτικού λίπους ή κακής κυκλοφορίας του αίματος λόγω πολύ χαμηλής πίεσης. Εμφανίζει επίσης πολύ χαμηλή

θερμοκρασία σώματος (υποθερμία) καθώς το σώμα προσπαθεί να εξοικονομήσει ενέργεια.

- Πάσχει από σοβαρά οδοντικά προβλήματα.
- Τα μάγουλα του μπορεί να είναι πρησμένα εξαιτίας της μεγέθυνσης των σιελογόνων αδένων που προκαλείται από την υπερβολική και συχνή πρόκληση εμετού.
- Έχει πρησμένες αρθρώσεις.
- Εμφανίζει ακμή και έντονο κνησμό.
- Πάσχει από καρδιακά προβλήματα (μη φυσιολογικός καρδιακός χτύπος και καρδιακή ανεπάρκεια που μπορεί να αποτελέσει αιτία θανάτου) και νεφρική ανεπάρκεια η οποία οφείλεται σε αφυδάτωση (πολλοί μπορεί να χειροτερέψουν από τη χρήση διουρητικών).
- Παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο οστεοπόρωσης.
- Ζαλίζεται, λιποθυμάει, έχει αϋπνίες.
- Έχει έλλειψη ψευδαργύρου.
- Οι γυναίκες εμφανίζουν καθυστέρηση ή απώλεια της εμμήνου ρύσης.

4.1.3 Παράγοντες-αίτια εμφάνισης νευρικής ανορεξίας

Οι αιτίες εμφάνισης αυτής της διαταραχής της διατροφής δεν έχουν ακόμα προσδιοριστεί πλήρως. Από την έως τώρα μελέτη των κρουσμάτων νευρικής ανορεξίας οι παράγοντες που φαίνεται να εμπλέκονται είναι κυρίως γενετικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί. Ειδικότερα:

Γενετικές καταβολές: Έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει κληρονομική προδιάθεση για την εκδήλωση τέτοιας ψυχοπαθολογίας. Αν και οι μελέτες πάνω στο θέμα είναι ακόμα ανεπαρκείς, πρόσφατες έρευνες που αφορούν οικογένειες, δίδυμα και μελέτες γενετικού υλικού ενισχύουν την πιο πάνω υπόθεση. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που έχουν συγγενείς ασθενείς που πάσχουν από ανορεξία, έχουν 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν και οι ίδιοι τη διαταραχή. Τα ποσοστά ανεβαίνουν σημαντικά όσον αφορά στα δίδυμα αδέρφια. Η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε έναν αδερφό ενώ πάσχει ήδη ο άλλος, ανάμεσα σε μονοζυγωτικούς διδύμους είναι 47%, ενώ σε ετεροζυγωτικούς 10%. Ο τρόπος που κληρονομούνται αυτά τα γονίδια και το πως

δρουν δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα. Επίσης γενετικοί παράγοντες προδιαθέτουν τον άνθρωπο και στο άγχος, την τελειομανία, σε ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές και σκέψεις, κάνοντας τον πιο ευάλωτο στην εμφάνιση της νόσου.

Όσον αφορά στις πιθανές βιολογικές αιτίες οι επιστήμονες κατά καιρούς έχουν συνδέσει τη νευρική ανορεξία με τη δυσλειτουργία του υποθαλάμου του εγκεφάλου. Μια τέτοια ανωμαλία προκαλεί απώλεια βάρους και μείωση της όρεξης, παρόλα αυτά δε συνάδει με τη κλινική εικόνα του ανορεκτικού ασθενή, ο οποίος όπως έχει επισημανθεί αισθάνεται πείνα. Επιπλέον δεν μπορεί να δικαιολογήσει τη ψυχολογική κατάπτωση του ασθενή με το συνεχή φόβο για αύξηση του βάρους του και τη λανθασμένη εικόνα για το σώμα του.

Άλλες έρευνες συνδέουν την ανορεξία με λανθασμένη δραστηριότητα του νευροδιαβιβαστή στο τμήμα του εγκεφάλου που ελέγχει την ευχαρίστηση και την όρεξη. Και αυτή η εκδοχή εστιάζει αποκλειστικά στη λειτουργία του εγκεφάλου και αποτυγχάνει να δικαιολογήσει άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με τη ψυχολογία του ασθενή.

Είναι φανερό πως προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να κινηθούν οι επόμενες βιοχημικές έρευνες για να υπάρξει στο μέλλον μια πιο καθαρή εικόνα για τα αίτια αυτά.

Οικογενειακό περιβάλλον: Τα οικογενειακά προβλήματα και οι διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ των μελών της είναι πιθανό να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη και διαιώνιση της διαταραχής. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις, ότι οι γονείς των ατόμων που εμφανίζουν αυτή την ψυχογενή νόσο είναι υπερβολικά ελεγκτικοί και δεν επιτρέπουν την αυτονόμηση και ανεξαρτησία των παιδιών τους. Η οικογένεια έχει συχνά μη ρεαλιστικές υψηλές προσδοκίες που καταλήγουν σε άκαμπτη συμπεριφορά και τάσεις επιβολής. Πιο συγκεκριμένα, οι περιγραφές αναφέρονται σε μια μητέρα αυστηρή, υπερπροστατευτική, που παρεμβαίνει στη ζωή του νέου και δεν επιτρέπει τις πρωτοβουλίες και για έναν πατέρα "απόντα", παθητικό και απομακρυσμένο από τα προβλήματα της οικογένειας.

Το παιδί λοιπόν δεν μπορεί να αυτονομηθεί, παραμένει εξαρτημένο από τους γονείς του, αδυνατεί να ικανοποιήσει τις επιθυμίες και τις ανάγκες του και στρέφει την απόλυτη προσοχή

του στο σώμα και την εικόνα του. Είναι το μόνο που μπορεί να ελέγξει και συχνά οι ανορεκτικοί νέοι πιστεύουν πως η ανορεξία ήταν δική τους επιλογή.

Τέλος, αν λάβουμε υπόψη μας ότι το φαγητό είναι ένας τρόπος επικοινωνίας της μητέρας με τα παιδιά της, το ότι το παιδί αρνείται τη τροφή είναι σα να αρνείται να έχει σχέση με τη μητέρα. Πολλοί πιστεύουν ότι η ανορεξία πηγάζει από την ιδιόμορφη και διαστρεβλωμένη σχέση κυρίως ανάμεσα στην κόρη και την μητέρα με την σιωπηρή συναίνεση του πατέρα γεγονός που μας επιτρέπει να υποθέσουμε ότι το ζευγάρι δεν έχει καλή σχέση.

Κοινωνικοί παράγοντες: Η έμφαση και η σημασία που δίνεται κυρίως στις δυτικές κοινωνίες στο λεπτό σώμα και στην ελκυστική εμφάνιση παίζουν σημαντικό ρόλο.

Τα πορτραίτα των γυμνών γυναικών με τα φυσικά, θηλυκά σώματα στους πίνακες ζωγραφικής του 17^{ου} αιώνα έχουν δώσει τη θέση τους σε καχεκτικά μοντέλα δίχως καμπύλες στο κόσμο της μόδας, της διαφήμισης, του τύπου και της τηλεόρασης. Οι γυναίκες της σύγχρονης εποχής, ήδη από μικρή ηλικία, έρχονται σε επαφή με τις εικόνες αυτές και τις αναγάγουν σε πρότυπα. Θεωρούν το σώμα τους παχύ, κατηγορούν τον εαυτό τους και παιδεύονται με εξαντλητικές δίαιτες προκειμένου να επιτύχουν αυτές τις αναλογίες. Το φαινόμενο αυτό έχει διευρυνθεί και έχει λάβει και άλλες διαστάσεις. Πλέον τα παχύσαρκα άτομα αντιμετωπίζονται ως αποτυχημένα, τεμπέλικα και όχι ιδιαίτερα ευφυή. Αντίθετα την εικόνα ενός επιτυχημένου ανθρώπου συμπληρώνει ένα αδύνατο κορμί. Σε μη δυτικές κοινωνίες που δεν υπήρχαν αυτά τα πρότυπα τα περιστατικά ανορεξίας που αναφέρονταν είναι ελάχιστα.

Επιπρόσθετα, η γυναίκα της σύγχρονης εποχής έχει αναλάβει πολλούς ρόλους και θέλει να ανταπεξέλθει με επιτυχία σε όλους. Έτσι είναι ταυτόχρονα στοργική μητέρα, ιδανική σύζυγος, πετυχημένη επαγγελματίας και ποθητή γυναίκα. Το άγχος της επιτυχίας σε όλους αυτούς τους τομείς, οι υπερβολικές απαιτήσεις από τους άλλους αλλά και τα κοινωνικά «ταμπού» που αναπτύχθηκαν παραπάνω, πιέζουν ψυχολογικά τη γυναίκα και την καθιστούν εύκολο θύμα της διαταραχής αυτής.

Ψυχολογικοί παράγοντες: Η προσωπικότητα του ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στην άμυνα ενάντια σε αυτή τη διαταραχή. Έφηβοι τελειομανείς, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και

επιρρεπείς σε κρίσεις άγχους και καταθλιπτικές συμπεριφορές τείνουν να εμφανίσουν τη νόσο. Για τους περισσότερους πάσχοντες από νευρική ανορεξία η εξωτερική τους εμφάνιση είναι αυτή που καθορίζει την αυτοαξία τους. Αυτό σε συνδυασμό με την αίσθηση, ότι χάνουν τον έλεγχο της ζωής τους σε διάφορα ζητήματα, τους οδηγεί να ασχολούνται με το σωματικό τους βάρος υπερβολικά και εμμονικά, για να αναπληρώσουν την έλλειψη αυτή.

Έντονα συναισθήματα και ψυχολογική πίεση μπορεί να προκαλέσει και η μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία που φέρνει μεγάλες αλλαγές στη ζωή του ατόμου, το οποίο πολλές φορές νιώθει ανίκανο να προσαρμοστεί στα καινούρια δεδομένα. Ο έφηβος νιώθει ανασφάλεια για την εμφάνιση του και επιθυμεί να γίνει αρεστός στους άλλους. Έτσι, η προσκόλληση στη διατροφή, στο σώμα και στην προσπάθεια να γίνει «ιδανικό» φαντάζει διέξοδος.

Κακοποίηση: Άτομα, ανεξαρτήτως φύλου, που έχουν υποστεί σεξουαλική, σωματική ή ψυχολογική κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εκδηλώσουν διατροφικά προβλήματα ως έφηβοι ή νεαροί ενήλικες. Η λιμοκτονία ή η βουλιμική συμπεριφορά μπορεί να αποτελεί μια προσπάθεια απαλλαγής από τον έντονο πόνο και τις αναμνήσεις της κακοποίησης.

4.1.4 Αντιμετώπιση της Νευρικής Ανορεξίας

Η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας είναι πολύπλοκη και μακροχρόνια. Η Αμερικάνικη Εταιρεία Ψυχιατρικής έχει δημοσιεύσει οδηγίες για την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών. Οι οδηγίες τονίζουν την ανάγκη να υπάρχει πολύπλευρη εκτίμηση, ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική εκτίμηση ενός εκάστου περιστατικού και να αντιμετωπίζεται από ομάδα ειδικών που να αποτελείται από ψυχίατρο, παιδίατρο ή παθολόγο, ψυχολόγο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό.

Η αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας μπορεί να περιλαμβάνει ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία και θεραπεία συμπεριφοράς καθώς και αντιμετώπιση των

φυσιολογικών διαταραχών της νόσου, κυρίως αποκατάσταση του βάρους. Επίσης αντιψυχωτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα, πολλές φορές είναι αναγκαίο να χορηγηθούν.

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρώτιστα στην αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και στην επαναφορά φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών προκειμένου να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασιτίας που συντηρούν και διαιωνίζουν την παθολογική συμπεριφορά διατροφής. Παράλληλοι στόχοι είναι η ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου, η αντιμετώπιση των οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων και η αποφυγή υποτροπής. Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι της θεραπείας είναι:

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

Η θεραπεία μπορεί να γίνει σε νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή βάση. Όταν η απώλεια του βάρους είναι άνω του 25% υπάρχουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές, βαριά κατάθλιψη με μεγάλη πιθανότητα αυτοκτονίας, έντονες συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια και ανικανότητα ή έλλειψη θέλησης για συνεργασία κατά τη διάρκεια της εξωνοσοκομειακής θεραπείας, τότε επιβάλλεται η εισαγωγή σε παιδοψυχιατρική ή παιδιατρική μονάδα γενικού νοσοκομείου, για να γίνει διατροφική υποστήριξη και εντατική ψυχοθεραπεία.

Γενικά, οι ενδείξεις για την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο είναι:

1. Σοβαρή υποθρεψία (απώλεια βάρους > 25% του μέσου βάρους για το φύλο, το ύψος και την ηλικία)
2. Αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές
3. Καρδιακή δυσλειτουργία (σημαντική βραδυκαρδία, αλλοιώσεις στο ΗΚΓ)
4. Επικείμενο shock (ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση)
5. Οξεία άρνηση λήψης τροφής
6. Ανεξέλεγκτη πολυφαγία
7. Επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις (πχ αυτοκτονικός ιδεασμός)
8. Ακατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες για την αντιμετώπιση της διαταραχής (πχ
9. σοβαρή οικογενειακή δυσλειτουργία)
10. Αποτυχία εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης.

Η συνεργασία με τον διαιτολόγο είναι το πρώτο μέλημα για την ομαλή επαναφορά του ανορεκτικού ατόμου στο προηγούμενο υγειές σώμα του και στην προσπάθεια διατήρησης της κατάστασης μακριά από υποτροπιασμούς. Η ενδεχόμενη αποκατάσταση του βάρους του σώματος του ασθενή σε φυσιολογικά επίπεδα διαρκεί συνήθως τρεις μήνες. Το διατροφολόγιο που προτείνεται σε έναν ανορεκτικό ασθενή στο στάδιο της θεραπείας περιλαμβάνει κατηγορίες τροφών όπως:

- Ψωμί και αρτοποιήματα (όλα) ιδιαίτερα τα εμπλουτισμένα με ζάχαρη
- Ξηροί καρποί, σταφίδες
- Μέλι
- Σούπες (όλες)
- Κρέας, τουλάχιστον 2 μερίδες καθημερινά
- Αυγά, τουλάχιστον 1 αυγό καθημερινά
- Γάλα – τυριά (όλα), κρέμα γάλακτος
- Λαχανικά (όλα) ωμά, μαγειρεμένα ή σε κονσέρβα, περιχυμένα με βούτυρο ή λάδι
- Αμυλώδη (όλα), πατάτες, κατά προτίμηση τηγανιτές, επειδή απορροφούν πολύ λάδι
- Λίπος, βούτυρο, κρέμα, μαργαρίνη, λάδι, σάλτσες σαλάτας, σάλτες κρέατος
- Φρούτα (όλα) σε κάθε τύπο τους (ωμά, κομπόστα, μαγειρεμένα)
- Επιδόρπιο κέικ, μπισκότα, παγωτό, πίτες, πουτίγκες, γλυκά ζαχαρωτά, ζελέ, ζάχαρη

- Καρυκεύματα, μπαχαρικά, αλάτι

Ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας ώστε να εξακριβωθεί έγκαιρα η ενδεχόμενη απατηλή συμπεριφορά του, όπως για παράδειγμα η λαθραία απόρριψη της τροφής ή η πρόκληση εμετού. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να χρειασθεί παρεντερική σίτιση, η οποία όμως συνοδεύεται από τον κίνδυνο λοιμώξεων, κατακράτησης νερού και οξείας υποφωσφαταιμίας. Επιπλέον, υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης του συνδρόμου επανασίτισης. Το σύνδρομο επανασίτισης μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς με σοβαρή υποθρεψία (απώλεια βάρους > 30% του φυσιολογικού βάρους για το ύψος, το φύλο και την ηλικία), όταν επανασιτιστούν ταχέως. Στην ήπια μορφή παρουσιάζονται οίδημα, ηπατική επιβάρυνση, αύξηση τρανσαμινασών, καθυστέρηση της γαστρικής κένωσης και δυσκοιλιότητα, ενώ στη βαριά μορφή υπάρχει υποφωσφαταιμία λόγω της χρησιμοποίησης του φωσφόρου για ενδοκυττάρια παραγωγή ενέργειας με σοβαρές επιπλοκές (καρδιακή ανεπάρκεια, καταστολή ΚΝΣ, αιμολυτική αναιμία, ραβδομυόλυση), που μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο.

4.2 Ψυχογενής Βουλιμία

Μια ακόμα κυρίαρχη έκφανση των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι η ψυχογενής βουλιμία. Πολλοί κλινικοί υποστηρίζουν ότι η βουλιμία και η ανορεξία αποτελούν «τις δυο όψεις του ίδιου νομίσματος» και οι πάσχοντες, κατά τη διάρκεια της πορείας της ασθένειας, περνούν από τα χαρακτηριστικά της ανορεξίας σε αυτά της βουλιμίας και αντίστροφα.

4.2.1 Ορισμός

Ο όρος ψυχογενής ή νευρική ή νευρογενής βουλιμία περιγράφει μια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται σε δύο φάσεις, η πρώτη χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή υπερφαγία (κατανάλωση πολύ μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα), η οποία ακολουθείται από τη δεύτερη φάση, την προσπάθεια απαλλαγής από τις περιττές θερμίδες συνήθως μέσω εμετού, καθαρτικών, διουρητικών και υπερβολικής

άσκησης. Σε αυτή τη δεύτερη φάση ο ασθενής νιώθει τύψεις, ενοχές, άγχος και ντροπή για την υπερβολική κατανάλωση θερμίδων, για το λόγο αυτό καταφεύγει σε συμπεριφορές ακύρωσης. Η διαδικασία του εμέτου λειτουργεί και ως μέσο για να ελαφρύνει το άτομο από αβάσταχτα συναισθηματικά φορτία που νοιώθει. Πρόκειται και πάλι για μια πάθηση άμεσα συνδεδεμένη με τη ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενή.

Η έναρξη της βουλιμίας τοποθετείται στην εφηβεία, συναντάται συχνότερα από τη ψυχογενή ανορεξία και το 90% των πασχόντων είναι γυναίκες. Έχουν παρατηρηθεί μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου σε ομάδες που ασχολούνται με δραστηριότητες που έχουν εξιδανικεύσει ένα αδύνατο σώμα όπως ο χορός, η ενόργανη γυμναστική, το μόντελινγκ, οι μαζορέτες, το τρέξιμο, το καλλιτεχνικό πατινάζ, η ηθοποιία και η κωπηλασία. Η βουλιμία είναι πιο συχνή στους Καυκάσιους. Πρόκειται για μια διαταραχή που μπορεί να απειλήσει τη ζωή όπως και η ανορεξία.

Η νευρική ή ψυχογενής βουλιμία για πρώτη φορά περιγράφηκε το 1979 από τον Russell σαν μια εκδοχή – όπως ήδη αναφέρθηκε- της νευρικής ανορεξίας. Ο Russell περιέγραψε τα κοινά χαρακτηριστικά 30 γυναικών ασθενών τις οποίες παρακολουθούσε στο διάστημα 1972-1978, οι οποίες παρουσίαζαν συμπτώματα έντονης και ανεξέλεγκτης παρόρμησης για υπερβολικό φαγητό, αποφυγή πρόσληψης βάρους μέσω του αυτοπροκαλούμενου εμετού, φόβο για το πάχος και υπερβολική ενασχόληση με το βάρος του σώματος τους. Πρώιμες περιγραφές για τη βουλιμία όμως υπάρχουν ήδη από το 18ο αιώνα. Το 1980 πρωτοεμφανίστηκε στο εγχειρίδιο ψυχικών νοσημάτων του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου.

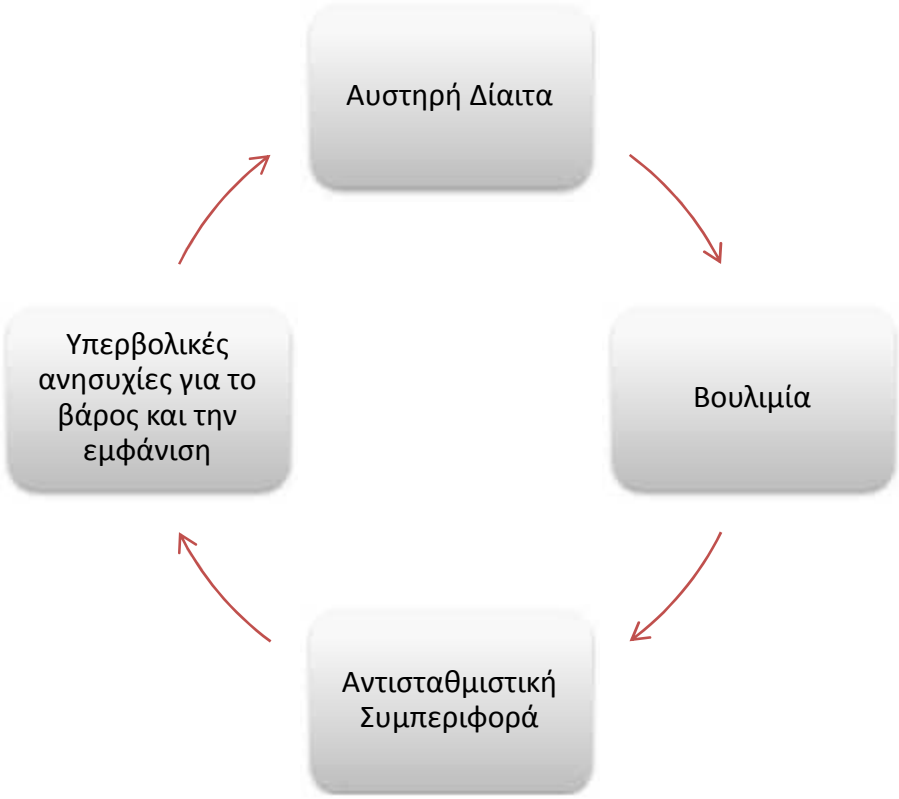
Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας (DSM-IV) σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία είναι τα εξής:

- Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα:
    1) Η κατανάλωση, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.

2) Αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει)

- Επανειλημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτό-προκαλούμενοι εμετοί, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία, ή υπερβολική σωματική άσκηση.
- Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα τριών μηνών.
- Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
- Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Όπως και στην νευρική ανορεξία υπάρχουν δύο τύποι βουλιμίας, ο καθαρτικός στον οποίο το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτό-προκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών και ο μη καθαρτικός, στον οποίο το άτομο χρησιμοποιεί άλλες απρόσφορες, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση.



Εικόνα 3: Ο φαύλος κύκλος της νευρογενούς βουλιμίας

4.2.2 Ενδείξεις ύπαρξης ψυχογενούς βουλιμίας

Ο έφηβος που πάσχει από τη διαταραχή αυτή μπορεί να εμφανίσει κάποια ή πολλά από τα παρακάτω σημάδια. Σε κάθε περίπτωση η άμεση επισήμανση του προβλήματος από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον μπορεί να βοηθήσει στην ταχύτερη αποκατάσταση και θεραπεία του ασθενή.

Σημάδια στη *συμπεριφορά*:

- Τρώει μεγάλες ποσότητες τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα.

- Εμφανίζει αντισταθμιστικές συμπεριφορές (πρόκληση εμετού, νηστεία, υπερβολική άσκηση ή / και κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών) μετά από ένα βουλιμικό επεισόδιο.
- Τρώει μόνος του ή είναι μυστικοπαθείς σχετικά με τη διατροφή του.
- Ξεκινάει συχνά εξαντλητικές δίαιτες.
- Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων προτιμά τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, υδατάνθρακες και ζάχαρη.
- Χρησιμοποιεί συχνά το μπάνιο για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά το φαγητό.
- Παρουσιάζει παραβατική συμπεριφορά, όπως μικροκλοπές, κατανάλωση αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών κ.α.
- Δείχνει σημαντική πτώση στις επιδόσεις του στο σχολείο.
- Δείχνει κοινωνικός, αλλά με μια προσεκτικότερη ματιά, οι σχέσεις τείνουν να είναι επιφανειακές.
- Θέτει υψηλούς στόχους και συνεχώς αγωνίζεται για την τελειότητα.

Σημάδια στην *ψυχολογία*:

- Συγκεντρώνεται δύσκολα, φαίνεται αναποφάσιστος ή με άκαμπτη άποψη.
- Κάνει σχόλια σχετικά με το υπερβολικό βάρος και υποστηρίζει τη σημασία του αυτοέλεγχου όταν αναφέρεται σε διαταραχές πρόσληψης τροφής.
- Οι συζητήσεις του και η δραστηριότητα του περιστρέφονται γύρω από τη διατροφή.
- Φοβάται την οικειότητα στις προσωπικές σχέσεις.

Σημάδια στα *συναισθήματα*:

- Εμφανίζει άγχος, κατάθλιψη, ευερεθιστικότητα, θυμό και έντονες εναλλαγές στη διάθεση.
- Εκφράζει αισθήματα ανεπάρκειας, αναξιότητας και νιώθει μοναξιά.
- Επιδεικνύει αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, τα οποία εκφράζει μέσω της ένδυσης του, της γλώσσας του σώματος και των κοινωνικών του σχέσεων.
- Εκφράζει το φόβο της αύξησης του βάρους.

- Αισθάνεται ότι εξαρτάται από τους άλλους και αποζητά την έγκριση και τον θαυμασμό τους.
- Εκφράζει το συναίσθημα τις αποτυχίας με χαμηλές επιδόσεις στο σχολείο.
- Σε συζητήσεις σχετικές με διατροφικές διαταραχές εκφράζει αισθήματα ντροπής ή ενοχής.

Σημάδια στην *εμφάνιση* και στη *λειτουργία του οργανισμού*:

- Εμφανίζει ευρείες αυξομειώσεις στο βάρος του, συνήθως όμως έχει φυσιολογικό βάρος.
- Έχει οδοντικά προβλήματα (διάβρωση του σμάλτου των δοντιών), σπασμένα αγγεία και «σακούλες» κάτω από τα μάτια, ενοχλήσεις στο λαιμό, φλεγμονή στον οισοφάγο, κυρίως λόγω της συχνής πρόκλησης εμετού.
- Οι σιελογόνοι αδένες του διευρύνονται.
- Είναι αφυδατωμένος ή έχει κατακράτηση υγρών.
- Φαίνεται κουρασμένος και αδύναμος.
- Λιποθυμάει, ζαλίζεται, τρέμουν τα χέρια του και η όραση του είναι θολή.
- Έχει έντονους πονοκεφάλους και ναυτίες.
- Νιώθει πόνο στο στήθος και καούρες.
- Μελανιάζει εύκολα (από υποκαλιαιμία/ δυσλειτουργία των αιμοπεταλίων).
- Πάσχει από συνεχιζόμενα προβλήματα στο στομάχι, δυσκοιλιότητα ή συχνές διάρροιες με αίμα.
- Έχει κάλους στις αρθρώσεις ή ουλές στο πίσω μέρος των χεριών εξαιτίας της επαναλαμβανόμενης πρόκλησης εμετού. Κατά τη διάρκεια της πράξης αυτής προκαλούνται πληγές στα χέρια από τους τομείς των δοντιών. Το σημάδι αυτό είναι γνωστό ως «σημείο Russell» (Russell’s sign).
- Οι γυναίκες εμφανίζουν καθυστέρηση ή απώλεια της εμμήνου ρύσης.

4.2.3 Παράγοντες-αίτια εμφάνισης ψυχογενούς βουλιμίας

Οι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι σε μεγάλο βαθμό οι ίδιοι με αυτούς που ήδη αναφέρθηκαν στη νευρική ανορεξία.

Άτομα με *χαμηλή αυτοεκτίμηση*, διάφορα *οικογενειακά προβλήματα*, το προβεβλημένο αδύνατο σώμα στα *μέσα μαζικής ενημέρωσης* και η εξιδανίκευσή του στις *δυτικές κοινωνίες* αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ανάπτυξης της νόσου. Όπως και στη νευρική ανορεξία, άτομα που έχουν *κακοποιηθεί* ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου εμφάνισης της ασθένειας.

Βασικός αιτιολογικός παράγοντας στην εκδήλωση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η τάση των ασθενών να αξιολογούν την *αυτοαξία* τους σχεδόν αποκλειστικά με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματός τους. Οι ασθενείς και σε αυτή τη διαταραχή εξιδανικεύουν τη λεπτότητα και αξιολογούν τον εαυτό τους αυστηρά πρωταρχικά με βάση την εμφάνιση αφήνοντας πίσω την διάπλαση του εσωτερικού τους κόσμου.

Για την παθογένεια αυτή έχουν ενοχοποιηθεί και *βιολογικοί παράγοντες*. Σε έρευνες έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επεισοδίων υπερφαγίας και αντιρροπιστικών συμπεριφορών αποβολής των τροφών και της δράσης των νευροδιαβιβαστών, νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από το γεγονός πως όταν ο ασθενής λαμβάνει αντικαταθλιπτικά φάρμακα (τρικυκλικά και σεροτονεργικά) τα συμπτώματα της νόσου υποχωρούν. Από την πλευρά της γενετικής, η *κληρονομικότητα* παίζει σημαντικό ρόλο. Δίδυμοι ασθενών με βουλιμία και γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά βουλιμίας.

Τα νοσήματα της νευρογενούς βουλιμίας και της νευρικής ανορεξίας είναι συχνότερα σε μονογονεϊκές οικογένειες, σε οικογένειες με αυστηρές αρχές και άκαμπτα πλαίσια συμπεριφοράς, όπου πολλές φορές η επικοινωνία με τους γονείς είναι ελλιπής ή απουσιάζει εντελώς. Συχνά στις περιπτώσεις αυτές ένας ή και οι δυο γονείς είναι «απόντες», πάσχουν από κατάθλιψη ή κάνουν χρήση ουσιών ή αλκοόλ. Έτσι, η κατανάλωση φαγητού γεμίζει το κενό που βιώνει το άτομο. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο καθώς ο ασθενής συνδέει την

ανάγκη του για ζεστασιά και επικοινωνία με την καταφυγή στην κατανάλωση τεράστιων ποσοτήτων φαγητού.

Όπως και στους ανορεκτικούς, το στάδιο της *μετάβασης στην εφηβεία* και οι δυσκολίες ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν αποτελεί αιτία βουλιμικών επεισοδίων στους νέους. Οι έφηβοι είναι μπερδεμένοι, συγχέουν την εμφάνιση με την αποδοχή ή την επιτυχία, αναζητούν την επιβράβευση των συνομήλικών τους και οδηγούνται στη διαρκή καταπόνηση του σώματος τους μέσα από την εκδήλωση τέτοιων παθήσεων.

Ακόμη, υπάρχουν ενδείξεις ότι η διαταραχή συνδέεται και με άλλες διαταραχές. Έρευνες σχετίζουν τη ψυχογενή βουλιμία με τη *μανιοκατάθλιψη*, τη *δυσθυμία*, τις *αγχώδεις διαταραχές*, την *κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών* και τις *διαταραχές προσωπικότητας*.

Στο ιστορικό των ατόμων με βουλιμία συχνά αναφέρεται πως ήταν *υπέρβαρα ή παχύσαρκα* τα ίδια ή οι γονείς τους και πως όσο μεγαλύτερο ήταν το πρόβλημα της παχυσαρκίας τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα για την εκδήλωση βουλιμίας.

Τέλος, στις περιπτώσεις νευρογενούς βουλιμίας σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα *απωθημένα τραύματα*, οι *σημαντικές απώλειες*, οι *ματαιώσεις* και οι *αλλαγές στις οικογενειακές σχέσεις*.

4.2.4 Αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας

Συγκριτικά με τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία, αυτοί που έχουν ψυχογενή βουλιμία είναι πιο παρορμητικοί και εξωστρεφείς. Συνήθως έχουν καλύτερη γνώση της συμπεριφοράς τους και αισθάνονται τύψεις ή ενοχές γι’ αυτήν. Έτσι, είναι περισσότερο πιθανόν να ομολογήσουν το πρόβλημα τους στο γιατρό ή σε άλλο έμπιστο πρόσωπο και να ξεκινήσουν μια θεραπεία.

Οι περισσότεροι ασθενείς με βουλιμία δεν χρειάζονται εισαγωγή σε νοσοκομείο και η θεραπεία τους δεν είναι τόσο δύσκολη όσο αυτή της ανορεξίας. Απαραίτητη προϋπόθεση για να

ξεκινήσει η θεραπεία και να επιτύχει είναι ο ασθενής και η οικογένειά του να συνειδητοποιήσουν τη σημαντικότητα του προβλήματος και να είναι πρόθυμοι να το αντιμετωπίσουν. Οι γονείς θα πρέπει να είναι διαρκώς δίπλα στο παιδί, να το στηρίζουν και να λάβουν σημαντικές αποφάσεις για τη λύση των προβλημάτων που οδήγησαν τον έφηβο στη συμπεριφορά αυτή.

Για την αντιμετώπιση και τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας απαιτείται μια μεγάλη ομάδα γιατρών ώστε να διαγνωσθεί οποιαδήποτε οργανική δυσλειτουργία λόγω του υποσιτισμού ή των ακραίων ακυρωτικών συμπεριφορών που υιοθετεί ο εκάστοτε ασθενής. Από την άλλη, στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης πρέπει να είναι η παρακολούθηση από ψυχοθεραπευτές και ψυχιάτρους για τη ψυχολογική στήριξη του ασθενή προκειμένου να επεξεργαστεί τις δυσκολίες που το εμποδίζουν να λειτουργήσει ικανοποιητικά. Μάλιστα απαραίτητο είναι οι θεραπευτές αυτοί να έχουν εμπειρία στις διαταραχές λήψης τροφής. Παράλληλα, αναγκαία είναι και η συνεργασία του ασθενούς με εξειδικευμένους διατροφολόγους.

Οι ασθενείς στο στάδιο της θεραπείας ακολουθούν συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή. Ακόμα και αν δεν υπάρχει εμφανής κατάθλιψη η λήψη αντικαταθλιπτικών έχει θετικές επιδράσεις στην θεραπεία της βουλιμίας. Μάλιστα η διαταραχή έχει την τάση να επανέρχεται μόλις διακοπεί το φάρμακο.

Επιπλέον, οι ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης επιδρούν θετικά στη μείωση των συμπτωμάτων της βουλιμίας. Η φλουοξετίνη, η οποία αποτελεί το πιο ευρέως μελετημένο αντικαταθλιπτικό φάρμακο στην θεραπεία της είναι αποτελεσματική σε αυξημένες δόσεις στη μείωση του αυτοπροκαλούμενου εμετού, των επεισοδίων υπερφαγίας και της πιθανότητας υποτροπής.

Τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούνται και τεχνικές που στοχεύουν στο να ενισχύσουν τη σωστή συμπεριφορά του ασθενούς σχετικά με το φαγητό και να αποθαρρύνουν τα βουλιμικά επεισόδια. Οι συμβουλές που δίνονται στον ασθενή είναι: α) να καταγράφει τα καθημερινά του γεύματα, β) να ακολουθεί ένα διατροφολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, φρούτα, λαχανικά, γ) να έχει συχνά και μικρά γεύματα κάθε 2-3 ώρες, δ) να μασάει αργά, ε) να τρώει στην τραπεζαρία και στ) να καταφεύγει στην συντροφιά ενός φίλου όταν

νιώθει πως θα υποκύψει σε κάποιο βουλιμικό επεισόδιο. Σημαντικό είναι ο ασθενής να μην αισθάνεται ότι ακολουθεί κάποια δίαιτα αδυνατίσματος, για αυτό συστήνεται η συχνή κατανάλωση γλυκών. Επίσης, ακόμα και αν ο ασθενής υποπέσει σε κάποιο βουλιμικό επεισόδιο δεν πρέπει να αποθαρρύνεται ή να ξανακυλάει στην προηγούμενη κατάσταση, αλλά με υπομονή πρέπει να συνεχίζει τη προσπάθεια.

Τέλος, όσον αφορά τη συνεργασία και τη στήριξη του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος, αυτή κρίνεται αναγκαία. Ο ασθενής χρειάζεται μεγάλη στήριξη και καθοδήγηση, ώστε να επενδύσει σε παλιές ή καινούριες δραστηριότητες, καθώς και σε πρόσωπα, προκειμένου να ανακτήσει τις εσωτερικές δυνάμεις του που θα τον προστατέψουν από το να παλινδρομήσει προς παθολογικές καταστάσεις.

4.3 Άρθρα σχετικά με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής

Κατά καιρούς στον έντυπο τύπο φιλοξενούνται άρθρα σχετικά με τη νευρική ανορεξία και τη ψυχογενή βουλιμία. Στο υποκεφάλαιο αυτό παρατίθενται κάποια από αυτά για την κατανόηση των περιπτώσεων έτσι όπως περιγράφονται από τους ίδιους τους ασθενείς.

«Νευρική ανορεξία και βουλιμία, οι σύγχρονες παθήσεις», Το Βήμα, 26/02/2010

“ Ήταν Φεβρουάριος του ΄93, όταν η 30χρονη Αναστασία, μόλις 13 ετών, έκανε την πρώτη της δίαιτα. «Είχα παχύνει και δεν ένιωθα άνετα με το σώμα μου. Άκουγα και διάφορα σχόλια για την περιφέρειά μου... Δεν θυμάμαι τι ακριβώς με οδήγησε σε αυτή την απόφαση. Απλώς άρχισα καθημερινά να μειώνω αυτά που έτρωγα. Είχα φθάσει στο σημείο να τρέφομαι όλη μέρα με δύο μήλα και ένα γιαούρτι. Έτρωγα και γαρίδες, διότι είχα διαβάσει κάπου ότι

είχαν λίγες θερμίδες. Δεν ξέρω πώς κατάφερνα κάποιες μέρες και έμενα νηστική. Σήμερα, αν δεν φάω ένα μεσημέρι, μπορεί λιποθυμήσω από την πείνα...».

Τα σημάδια της νευρικής ανορεξίας δεν άργησαν να φανούν. «Είχα φθάσει 47 κιλά και για έξι χρόνια δεν είχα περίοδο. Τα δόντια μου δεν αναπτύσσονταν σωστά και είχα σταματήσει να ψηλώνω. Οι γονείς μου μού έλεγαν "φάε". Αυτό ήξεραν, αυτό έλεγαν, αλλά εγώ δεν άκουγα κανέναν...».

Σε ηλικία 15 ετών άρχισε εντατική γυμναστική. «Δεν έτρωγα τίποτε και γυμναζόμουν πέντε ώρες την ημέρα: έκανα καθημερινά τρεις ώρες αεροβική γυμναστική και δύο ώρες όργανα. Αυτό ήταν όλη μου η ζωή». Η Αναστασία, εκτός από την εξαντλητική δίαιτα και την εντατική γυμναστική, διάβαζε πολύ. «Ήμουν τελειομανής» θυμάται. Αμέσως μετά το λύκειο πέρασε στη σχολή που ήθελε, αλλά δεν ήταν αυτό που περίμενε. «Πήγα στη σχολή, απογοητεύτηκα και έχασα τον έλεγχο με την τροφή. Άρχισα να τρώω πολύ. Σκεφθείτε ότι πήρα 30 κιλά μέσα σε τρεις μήνες. Τότε ήταν που άρχισα να καταλαβαίνω ότι πρέπει να κάνω κάτι, να αντιμετωπίσω αυτό το πρόβλημα. Έψαξα στο internet και βρήκα μια αμερικανίδα θεραπεύτρια. Εκείνη με παρέπεμψε στο Ελληνικό Κέντρο Διατροφικών Διαταραχών. Ετσι σώθηκα...».

Σύμφωνα με τους ειδικούς επιστήμονες, η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία- δύο σοβαρές παθήσεις που «πλήττουν» παιδιά και εφήβους και οι οποίες έχουν ταυτιστεί με το lifestyle- παρουσιάζουν έξαρση και στην Ελλάδα.

Όπως αναφέρει η διευθύντρια του Ελληνικού Κέντρου Διατροφικών Διαταραχών (ΕΚΔΔ) κυρία Μαρία Τσιάκα, οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν σοβαρότατη πάθηση, που εμφανίζεται συνήθως στα χρόνια της εφηβείας. Η σοβαρότερη μορφή της είναι η νευρική ανορεξία, η οποία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας (20%). Με βάση επιδημιολογικές μελέτες, στην Ελλάδα νοσεί το 6% του πληθυσμού (1% από νευρική ανορεξία και 5% από νευρική βουλιμία), ενώ 7% του πληθυσμού παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα και των δύο παθήσεων, ανεβάζοντας το συνολικό ποσοστό των πασχόντων σε 13%. *«Περισσότεροι από 1 εκατομμύριο έφηβοι και νεαροί ενήλικοι πάσχουν από κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής. Αυτό σημαίνει ότι 2 εκατομμύρια οικογένειες βρίσκονται αντιμέτωπες με το πρόβλημα»* σημειώνει η κυρία Τσιάκα.

Η νευρική ανορεξία ξεκινάει, συνήθως, στην εφηβεία με μια δίαιτα που βγαίνει εκτός ελέγχου. Στα κορίτσια μπορεί να κάνει την εμφάνισή της σε ηλικία 11 ετών και στα αγόρια σε ηλικία 16 ετών. Στοιχεία δείχνουν ότι ο ένας στους πέντε χάνει τη ζωή του σε δέκα χρόνια από αυτοκτονία ή ασιτία και οι δύο στους πέντε παραμένουν σε μια κατάσταση ανεκτή. Ο ένας στους τρεις πάσχοντες αναρρώνει (σε ορισμένες περιπτώσεις ύστερα από νοσηλεία σε νοσοκομείο). Σχεδόν οι μισοί από τους πάσχοντες παρουσιάζουν βουλιμικά επεισόδια, τα οποία συνοδεύονται από εμετούς και χρήση καθαρτικών ή χαπιών αδυνατίσματος. Τα βασικότερα χαρακτηριστικά των πασχόντων είναι η τελειομανία, η ευσυνειδησία, η συνέπεια, η επιθυμία να ευχαριστούν τους άλλους και να έχουν υψηλές επιδόσεις. Επίσης έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν θέλουν να ρισκάρουν, τους αρέσει η μοναξιά, αποφεύγουν να καταπιάνονται με καινούργια πράγματα, έχουν μεγάλες πιθανότητες να εκδηλώσουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κατάθλιψη και αυτοτραυματισμούς.”

«Ελληνίδες που ήρθαν αντιμέτωπες με την ανορεξία!», Πρώτο Θέμα, 16/04/2008

“Βρισκόμαστε προ των πυλών του καλοκαιριού. Οι περισσότερες από εμάς έχουμε μπει στη διαδικασία της διατροφής ή της δίαιτας για να χάσουμε τα κιλά εκείνα που κρύβαμε, χωρίς ενδοιασμό, κάτω από τα βαριά μάλλινα πουλόβερ του χειμώνα. Όπως και να έχει θέλουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ώστε να κυκλοφορούμε υπερήφανες με τα μαγιό μας στις παραλίες. Παν μέτρο άριστον, όμως, όπως έλεγαν και οι αρχαίοι ημών πρόγονοι, και όχι άδικα.

«Το μόνο που χρειαζόμαστε είναι ο αέρας». «Η απόλαυση του φαγητού δεν χρειάζεται να επεκτείνεται παραπάνω από το να ακουμπάει απλώς η τροφή τα χείλη». Τα σοκαριστικά αυτά λόγια βγαίνουν από το στόμα όλων όσοι πάσχουν από τη νέα ψυχωτική ασθένεια της εποχής, τη νευρική ανορεξία. Είναι οι ατάκες που διατρανώνουν αρκετά μοντέλα τα οποία εργάζονται στο εξωτερικό, δικαιολογώντας έτσι την πάθησή τους και παράλληλα… ωραιοποιώντας την. Απώτερος στόχος τους να χάσουν κιλά βιαστικά και λανθασμένα. Για την ασθένεια της σιωπής, όπως πολλοί την αποκαλούν, ελάχιστες γυναίκες τολμούν να μιλήσουν, καθώς ως επί το

πλείστον όσες πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, εσωκλείουν το πρόβλημά τους στους τέσσερις τοίχους του σπιτιού τους. Ωστόσο, τρεις Ελληνίδες, οι οποίες βίωσαν την… αυτοεπιβαλλόμενη ασιτία χάριν της ομορφιάς, μιλούν για τον Γολγοθά που βίωσαν.

Εκείνη που έσπασε όλα τα ταμπού και πρωτοβγήκε από το καβούκι της για να μιλήσει ανοιχτά για τη δική της περιπέτεια ήταν η ηθοποιός Ζέτα Δούκα. Η Ζέτα έπαθε νευρική ανορεξία όταν ήταν 15 ετών και ήταν πάσχουσα για τουλάχιστον 10 χρόνια. Έχει ύψος 1,75 και έφθασε να ζυγίζει 40 κιλά. Αν τη ρωτήσει κανείς τι έργο θα μπορούσε να ήταν η ανορεξία, η ίδια απαντά: *«Κάτι εφιαλτικό. Θα μπορούσα να έχω πεθάνει»*. Όλα άρχισαν από ένα χαζό… πείραμα. *«Ξεκίνησε ως μια προσπάθεια ελέγχου του εαυτού μου, ήθελα να δω με πόσο λίγη τροφή μπορώ να ζήσω. Μετά πέρασα στην άλλη φάση, αυτή της βουλιμίας. Έτρωγα και έκανα εμετό για να μην παχύνω. Μπορούσα να κάνω εμετό ακόμη και 10 φορές την ημέρα»*. Η συνέπεια της ασιτίας ήταν στα 16 της χρόνια να της κοπεί η περίοδος. *«Έπρεπε να πάρω κάποιες ορμόνες για να επανέλθει το σύστημα του οργανισμού μου σε φυσιολογική κατάσταση»*. Όταν έγινε 25 ετών συνειδητοποίησε πόσο μεγάλο κακό είχε κάνει στον εαυτό της. Τότε ξεκινούσε και τη σταδιοδρομία της στην ηθοποιία, για την οποία η ερμηνεία των ρόλων αποτέλεσε ψυχοθεραπευτική διαδικασία και η τέχνη λύτρωση. Σήμερα, έχοντας νικήσει την «ασθένεια της μόδας», επιτυγχάνει το μεγάλο όνειρό της. Την ίδρυση της «ΑΝΑΣΑΣ», στην οποία προεδρεύει, και η οποία έχει σκοπό την ενημέρωση, την πρόληψη, την αποκατάσταση και στήριξη εκείνων που πάσχουν από νευρική ανορεξία. *«Μην πολεμάς το σώμα σου. Αγάπησε το»*, θα φωνάξει δυνατά η Ζέτα Δούκα.

«Ήμουν μόλις 17 ετών όταν άρχισα να δουλεύω ως μοντέλο. Με πλησίασαν κάποιοι καλοθελητές, που μόνο προβλήματα δημιουργούν με τις ιδέες τους και τις φαντασίες τους, και μου είπαν πως έπρεπε χάσω 4 κιλά για να δουλέψω στο εξωτερικό. Έχοντας λοιπόν κερδίσει στον διαγωνισμό "Model Look of the Year", ήθελα να είμαι καθ' όλα προετοιμασμένη για τον αντίστοιχο παγκόσμιο διαγωνισμό. Έκανα αυστηρή δίαιτα και δυστυχώς φτάνοντας στα επιθυμητά κιλά, λόγω της έλλειψης αυτοπεποίθησης που σου προσφέρει ο χώρος του μόντελινγκ, άρχισα να κάνω δίαιτα επί της δίαιτας, με αποτέλεσμα να φθάσω στα 46 κιλά, ενώ έχω ύψος 1.74. Είχα γίνει κοκαλιάρα», εξομολογείται το γνωστό μοντέλο Μάρα Δαρμουσλή, η οποία προκειμένου να διεκδικήσει μια θέση στην κορυφή του μόντελινγκ, έπεσε θύμα της «ασθένειας των μοντέλων»,

όπως αποτυπώνεται και στον τίτλο σχετικής έρευνας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Στάνφορντ. *«Υπήρχε μια σχέση πάθους με το φαγητό. Μια σχέση μίσους. Και όταν ερχόμουν σε επαφή με τον πόθο μου, την τροφή, λόγω της εσωτερικής άρνησής μου, μου ερχόταν αναγούλα και απομακρυνόμουν»*, λέει η 28χρονη Μάρα, η οποία παραδέχεται πως είχε φθάσει στο σημείο να μετράει τα μαρουλόφυλλα και τις φέτες από τις πιπεριές με τις οποίες θα τρεφόταν. *«Δεν ήταν τρόπος ζωής αυτός»*, αναφέρει. Το έντονο φλερτ με τη νευρογενή ανορεξία διήρκεσε έξι μήνες, οι οποίοι όμως ήταν αρκετοί για να της προκαλέσουν για τα επόμενα χρόνια έντονα γαστρικά προβλήματα. *«Κληρονόμησα μια γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση με έντονους πόνους και εξάρσεις»*. Δεν ήταν όμως μόνο αυτό, αφού η νευρογενής ανορεξία έφερε τη νευρογενή βουλιμία. *«Πέρασα στο επόμενο στάδιο. Έξι ημέρες της εβδομάδας έτρωγα ελάχιστα και την έβδομη ότι έβρισκα μπροστά μου. Βίωσα μια μορφή βουλιμίας»*. Η «σωτηρία» της ήρθε με τον ερχομό του πρώτου της παιδιού. Πριν από περίπου δύο χρόνια έμεινε έγκυος και, όπως ομολογεί, τότε μόνο κατάφερε να ισορροπήσει. *«Το παιδί μου ήταν για μένα ότι πιο σημαντικό και έπρεπε να τρέφομαι σωστά και υγιεινά. Άκουγα το σώμα και του έδινα ότι χρειαζόταν»*. Ο λαμπερός κόσμος της μόδας χάρισε απλόχερα στη Μάρα Δαρμουσλή μια αξιοζήλευτη καριέρα γεμάτη εξώφυλλα, αναγνωρισιμότητα και χρήματα, όμως ο υπέρτατος ζήλος της και η θυσία της για να αποκτήσει ένα κορμί ποθητό, θα μπορούσε να της στοιχίσει πολύ ακριβά. *«Δεν θέλω να θυμάμαι εκείνη την περίοδο της ζωής μου, μακάρι να μην τη βίωνα ποτέ»*, καταλήγει.

Ξυστά πέρασε και η 24χρονη πρώην Σταρ Ελλάς, Ολυμπία Χοψονίδου και μάλιστα δύο φορές από την αρρώστια της εποχής. Μια η δίαιτα λίγο πριν από τα καλλιστεία, μια η αυστηρή σαρανταήμερη νηστεία που έκανε εν όψει του Πάσχα, και το ξεπέρασμα της λεπτής κόκκινης γραμμής δεν άργησε να φανεί. *«Εκείνο το διάστημα και μέσα σε 2 μήνες έχασα 12 κιλά»*. Να τονίσουμε πως η Ολυμπία έχει ύψος 1.81 και έφθασε στα 50 κιλά. Το βάρος της μειωνόταν με απίστευτα γοργούς ρυθμούς. Η ίδια δεν το συνειδητοποιούσε, μέχρι τη στιγμή που οι δικοί της άνθρωποι της έκρουσαν των κώδωνα του κινδύνου. *«Έτρωγα μόνο σαλάτες και φρυγανιές με αποτέλεσμα να αισθάνομαι για μεγάλο χρονικό διάστημα αδύναμη και να έχω συνεχώς ζαλάδες. Όλοι μου έλεγαν πόσο είχα αλλάξει και πόσο είχε αγριέψει το πρόσωπό μου»*. Το περιστατικό αυτό δεν βίωναν για πρώτη φορά οι γονείς της Ολυμπίας, αφού όταν ήταν 16 ετών και για περίπου δύο χρόνια ήταν στα 48 κιλά. *«Τότε πραγματικά είχε κλείσει το στομάχι μου και οι γονείς*

μου είχαν φθάσει στο σημείο να επιμένουν να με πάνε στο νοσοκομείο. Ευτυχώς με αρκετή προσπάθεια επανήλθα».

Αξίζει να σημειωθεί πως οι εκστρατείες ενημέρωσης ανά τον κόσμο έχουν πιάσει τόπο. Ήδη στην Γαλλία, την χώρα της υψηλής ραπτικής και των κάτισχνων μοντέλων, οι βουλευτές υιοθέτησαν αυτές τις ημέρες έναν πρωτοποριακό νόμο που έχει στόχο να καταπνίξει μια μόδα στο Ίντερνετ που ενθαρρύνει τους χρήστες να υφίστανται διατροφικές διαταραχές. Το νομοσχέδιο εγκρίθηκε από τη γαλλική Εθνοσυνέλευση και πρέπει να περάσει και από τη Γερουσία. Εάν ψηφιστεί, θα στοχεύει εναντίον όσων μέσων μαζικής επικοινωνίας -περιοδικών, μπλογκ, ιστοσελίδων- ενισχύουν με τα μηνύματα τους προβλήματα υγείας όπως η ανορεξία ή η βουλιμία. Συγκεκριμένα, θα επιβληθούν ποινές φυλάκισης έως και τριών χρόνων και πρόστιμα έως και 45.000 ευρώ. Στη δε Ισπανία, ομάδες υποστήριξης έχουν ήδη αναλάβει να αντισταθμίσουν την επιρροή των οπαδών της ana στο Ίντερνετ, ενώ η κυβέρνηση ασκεί πιέσεις στη Microsoft να απαγορεύσει τέσσερις τέτοιες ομάδες που δρουν στο διαδίκτυο. Τέλος, στη Βρετανία ειδικοί για θέματα υγείας έχουν εξαπολύσει εκστρατεία με την ελπίδα ότι θα αναστείλουν την εξάπλωση των ιστοσελίδων που αποκαλούν την ανορεξία «my friend ana».”

«Η βουλιμία σκότωσε την αδελφή μου Εϊμι», Τα Νέα, 25/06/2013

“Δύο χρόνια έχουν περάσει από τον θάνατο της Έιμι Γουάινχαουζ κι ενώ ο φάκελος του αιφνίδιου θανάτου της φαίνεται να έχει κλείσει, ο αδελφός της επανέρχεται για να αποκαλύψει ότι: «Η βουλιμία σκότωσε την αδελφή μου, όχι τα ναρκωτικά και το αλκοόλ».

Ο Άλεξ Γουάινχαουζ μιλάει για τα εφηβικά χρόνια της διάσημης τραγουδίστριας, όταν εκείνη εμφάνισε τα πρώτα σημάδια της βουλιμίας. «Ήταν ένα πολύ σκοτεινό ζήτημα» λέει. «Αντιμετώπιζε σοβαρό πρόβλημα εξαιτίας της βουλιμίας. Το καταλάβαινε κανείς όταν την έβλεπε. Θα πέθαινε κάποια στιγμή έτσι όπως πήγαινε. Εκείνο που τη σκότωσε ήταν η βουλιμία. Είναι τρομακτικό. Την εξασθένισε και την έκανε πιο αδύναμη» δηλώνει σε συνέντευξή του στη

βρετανική εφημερίδα Guardian με αφορμή την έκθεση «Amy Winehouse: A Family Portrait» στο Εβραϊκό Μουσείο του Λονδίνου.

«Όταν ήταν 17 ετών η Έιμι έβγαινε με κοπέλες οι οποίες έβαζαν σάλτσες στο φαγητό τους, το έτρωγαν γρήγορα και μετά έκαναν εμετό. Κάποια στιγμή εκείνες σταμάτησαν να το κάνουν, όμως η Έιμι συνέχισε. Γνωρίζαμε τι έκανε και ήταν αδύνατο να το αντιμετωπίσουμε» αναφέρει ο αδελφός της.

Ο ίδιος μιλάει για την Έιμι σε μια εξομολόγηση που δεν τολμούσε έως σήμερα να κάνει: «Ηταν ενοχλητική και εκνευριστική. Ήταν όμως απίστευτα γενναιόδωρη και νοιαζόταν για τον άλλον. Θα έκανε τα πάντα για τους άλλους. Ήταν πιστή. Ένας πολύ καλός άνθρωπος αλλά και φρικτός σε άλλα θέματα».”

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως οι περισσότεροι ειδικοί (με εξαίρεση κάποιους ειδικούς της ψυχικής υγείας) δεν κατατάσσουν τη παχυσαρκία στις διαταραχές διατροφής. Είναι ωστόσο ένα πολύπλοκο πρόβλημα με σοβαρές επιπτώσεις, όχι μόνο οργανικές αλλά και ψυχολογικές. Η παχυσαρκία σχετίζεται άμεσα τόσο με τη σωματική όσο και με τη ψυχική υγεία του ανθρώπου και τα τελευταία χρόνια η εμφάνιση και η εξάπλωσή της έχουν πάρει ανησυχητικές διαστάσεις, κυρίως στους εφήβους. Για το λόγο αυτό θα μελετηθεί στην εργασία αυτή ως ξεχωριστό κεφάλαιο. Εξάλλου τα παχύσαρκα άτομα έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές διατροφής και ένα ποσοστό των βουλιμικών ασθενών είναι παχύσαρκο.

5.1 Ορισμός

Η παχυσαρκία είναι κλινική κατάσταση στην οποία η υπερβολική αποθήκευση λίπους μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου. Πρόκειται για μια πάθηση που υποχωρεί δύσκολα όταν εγκατασταθεί. Τα αυξημένα επίπεδα λιποκυττάρων στο σώμα του παχύσαρκου ατόμου διατηρούνται και, ακόμα και κατά τη διάρκεια μιας δίαιτας, φαίνεται πως επικοινωνούν με τον εγκέφαλο, στέλνοντας σήματα υποσιτισμού ώστε να διεγερθεί η όρεξη. Καθίσταται λοιπόν ιδιαίτερα δύσκολη η διαφυγή από την κατάσταση αυτή.

Κατά μέσο όρο, οι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη δαπάνη ενέργειας από λεπτότερους, λόγω της ενέργειας που απαιτείται για να διατηρηθεί μια αυξημένη μάζα σώματος.

Τον 21^{ο} αιώνα η παχυσαρκία έχει εξελιχθεί στην κυριότερη μεταβολική νόσο, σε σημείο να καταγράφεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως παγκόσμια επιδημία. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν περισσότεροι από 500 εκατομμύρια υπέρβαροι και 250 εκατομμύρια παχύσαρκοι παγκοσμίως. Στην Ελλάδα υπέρβαροι είναι 6 στους 10 ενήλικες και παχύσαρκοι το

20% των ανδρών και το 15% των γυναικών του πληθυσμού (Μελέτη ATTICA, 2003), ενώ στις ΗΠΑ 1 στους 3 Αμερικανούς είναι υπέρβαρος.

Η εφηβική ηλικία αποτελεί μία από τις βασικότερες περιόδους αυξημένου κινδύνου για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Σύμφωνα με το Κέντρο ασθενειών και Πρόληψης (Centers for Disease control and Prevention-CDC) η παιδική και εφηβική παχυσαρκία έχει υπερδιπλασιαστεί μέσα σε 30 χρόνια. Το ποσοστό των εφήβων ηλικίας 12-19 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες, που ήταν παχύσαρκοι αυξήθηκε από 5% το 1980 σε 18% το 2010. Το 2010, περισσότερο από το ένα τρίτο των παιδιών και των εφήβων ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Η Ελληνική Ιατρική Εταιρία Παχυσαρκίας αναφέρετε σε αύξηση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας τη τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, στοιχεία εμφανίζουν το 2013 την Ελλάδα με ένα από τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας (22%) σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη.

Η παχυσαρκία έχει συνδεθεί με πολλές ασθένειες όπως στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικά επεισόδια, υπέρταση, διαβήτη τύπου 2, νεφρική ανεπάρκεια και υπερλιπιδαιμίες. Επίσης, προκαλεί δυσκολία στην αναπνοή κατά τον ύπνο, άσθμα, υπέρταση, συνδέεται με ορισμένους τύπους καρκίνου και αυξάνει την πιθανότητα νόσησης από οστεοαρθρίτιδα. Συνοπτικά μπορεί να επηρεάσει σχεδόν όλα τα όργανα και τους ιστούς του σώματος, ευθύνεται για πολλούς αιφνίδιους θανάτους και μειώνει το προσδόκιμο ζωής.

Πρόσφατα, στις 2 Ιουνίου 2011, οι επιστήμονες του αμερικάνικου υπουργείου Γεωργίας, στα πλαίσια μίας νέας καμπάνιας κατά της παχυσαρκίας λόγω της ραγδαίας εξάπλωσης της, παρουσίασαν το διατροφικό (μου) πιάτο (MyPlate). Πρόκειται για ένα σχήμα απλό, που αποτελείται από ένα πιάτο χωρισμένο σε 4 μέρη : δημητριακά, πρωτεΐνη, φρούτα και λαχανικά, και από 1 μικρότερο κύκλο που αντιπροσωπεύει τα γαλακτοκομικά τονίζοντας με αυτό τον παραστατικό τρόπο τα είδη των τροφές και τις ποσότητες που πρέπει να καταναλώνονται.

Εικόνα 4: "Το διατροφικό μου πιάτο" - Η νέα αμερικανική καμπάνια κατά της παχυσαρκίας

Το 2013 η Μισέλ Ομπάμα, σύζυγος του προέδρου των ΗΠΑ, αποφάσισε να κυκλοφορήσει ένα χιπ χοπ άλμπουμ με τίτλο «Songs for a Healthier America» στα πλαίσια της καμπάνιας «Let’s Move!» για μια πιο υγιεινή διατροφή.

Εικόνα 5: Η αφίσα ενημέρωσης της αμερικανικής καμπάνιας κατά της παχυσαρκίας "Let's Move"

Αρκετές καμπάνιες έχουν πραγματοποιηθεί και στην Ελλάδα με στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από το πρόβλημα της παχυσαρκίας. Ενδεικτικά αναφέρονται η καμπάνια του υπουργείου Υγείας με τη συνεργασία ακόμα τεσσάρων υπουργείων (Παιδείας, Ανάπτυξης, Πολιτισμού και Μεταφορών) με το σύνθημα «Ρίξτε το βάρος στο Παιδί» το 2008. Η καμπάνια περιελάμβανε εκπομπές και τηλεοπτικά σποτ στην ΕΡΤ, επισκέψεις και διανομή φυλλαδίων σε επιλεγμένα σχολεία και διοργάνωση της βιωματικής εκδήλωσης «Σπίτι της Υγιεινής Διατροφής» στο μετρό Συντάγματος. Επίσης, πριν λίγα χρόνια η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας πήρε την πρωτοβουλία να διεξάγει ενημερωτική καμπάνια με θέμα τον έλεγχο βάρους και την παχυσαρκία και τίτλο «Γιατί παχαίνουμε;». Ενώ φέτος, στις 30 Ιουνίου 2013, η Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας Θράκης και η Περιφερειακή Ενότητα Δράμας στα πλαίσια ενός προγράμματος συνεργασίας με τη Βουλγαρία διοργάνωσε μια σειρά εκδηλώσεων για παιδιά και γονείς με σύνθημα «Παιδική παχυσαρκία, Τέλος».

Εικόνα 6: Η αφίσα ενημέρωσης για την καμπάνια "Παιδική παχυσαρκία, Τέλος!"

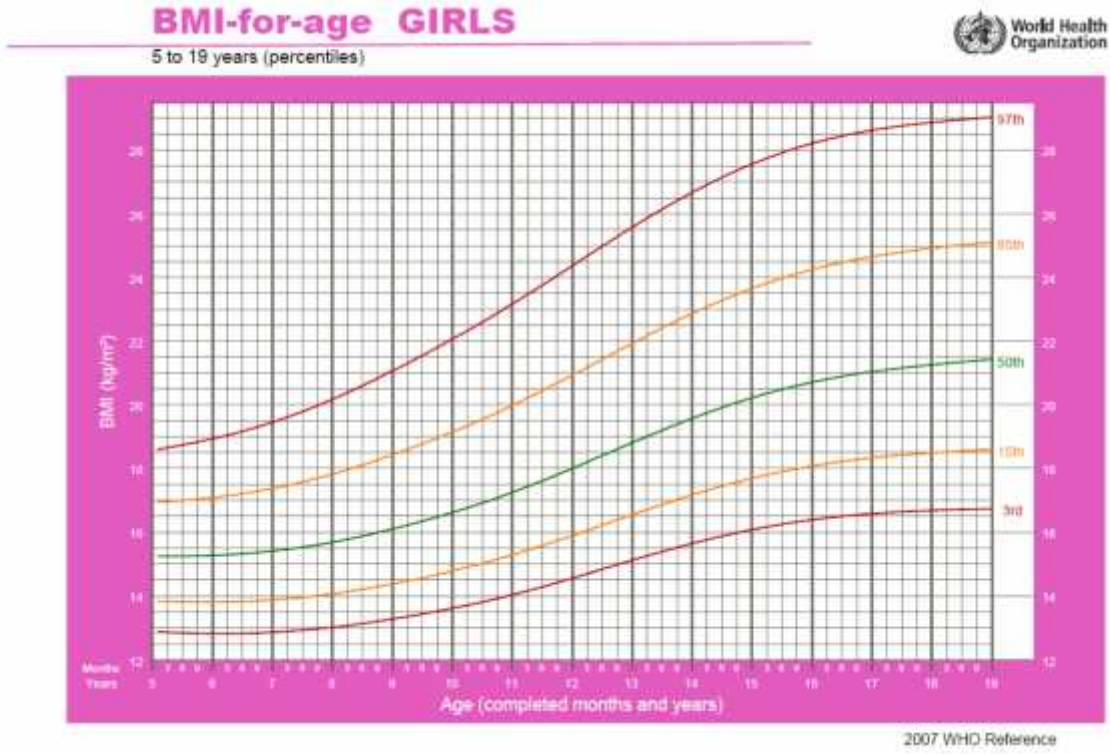
5.2 Διαγνωστικά Κριτήρια

Σύμφωνα με το Δείκτη Μάζας Σώματος ως παχύσαρκοι χαρακτηρίζονται τα άτομα με ΔΜΣ μεγαλύτερο από 30 (βλ. Πίνακα 1). Όσον αφορά τη παιδική και εφηβική παχυσαρκία ο ΔΜΣ για αγόρια και κορίτσια παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα:

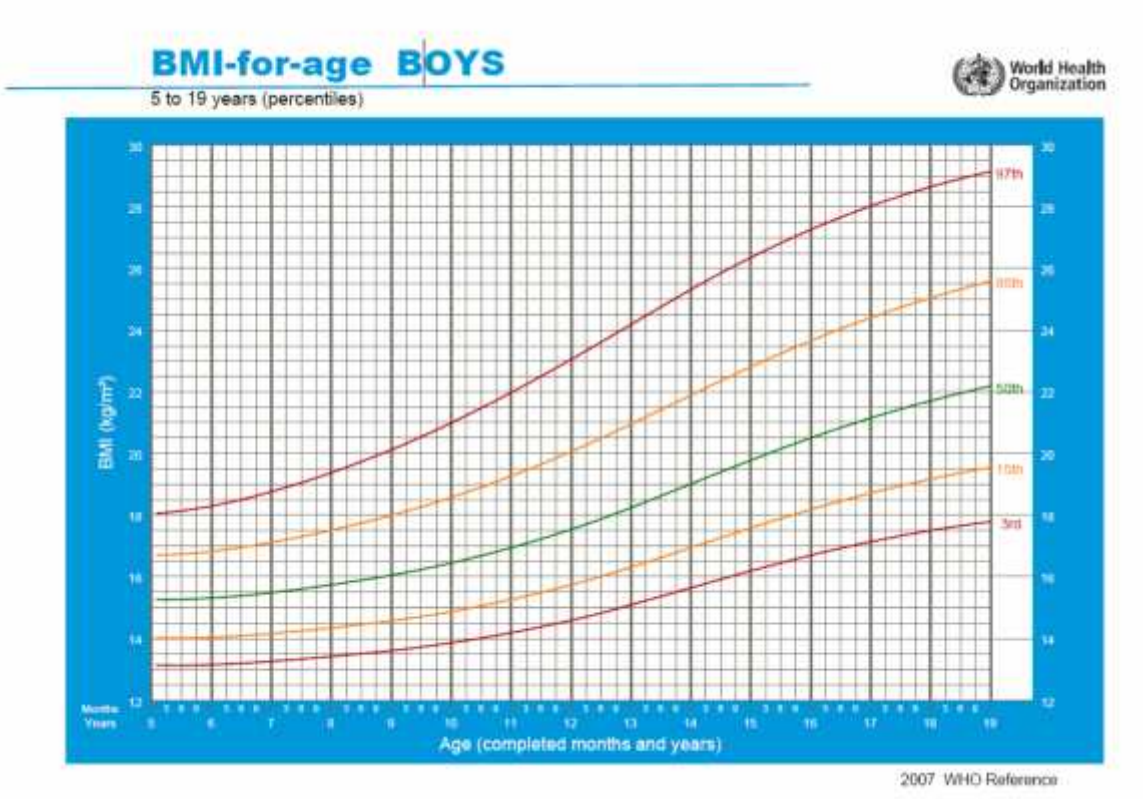
Πίνακας 6: Ο ΔΜΣ για την παιδική και εφηβική παχυσαρκία

Ηλικία (Έτη)	Αγόρια		Κορίτσια	
	Υπέρβαρο	Παχυσαρκία	Υπέρβαρο	Παχυσαρκία
7	17.9	20.6	17.8	20.5
8	18.4	21.6	18.4	21.6
9	19.0	22.8	19.1	22.8
10	19.8	24	19.9	24.1
11	20.6	25.1	20.7	25.4
12	21.2	26.0	21.7	26.7
13	21.9	26.8	22.6	27.8
14	22.6	27.6	23.3	28.6
15	23.3	28.3	23.9	29.1
16	23.9	28.9	24.4	29.4
17	24.5	29.4	24.7	29.7
18	25.0	30.0	25.0	30.0

Εκτός από το ΔΜΣ, στα παιδιά και τους εφήβους η εκτίμηση και η κατάταξη σε ελλιποβαρή, φυσιολογικά, υπέρβαρα και παχύσαρκα γίνεται και με τις καμπύλες ανάπτυξης.



Εικόνα 7: Καμπύλη ανάπτυξης Δείκτη Μάζας Σώματος – ηλικία (BMI - Ηλικία) για τα κορίτσια



Εικόνα 8: Καμπύλη ανάπτυξης Δείκτη Μάζας Σώματος – ηλικία (BMI - Ηλικία) για τα αγόρια

Εάν η τιμή του ΔΜΣ για τη συγκεκριμένη ηλικία του παιδιού ξεπερνάει κάποιο ανώτατο όριο π.χ. την 97η εκατοστιαία θέση, τότε μιλούμε για παχυσαρκία, ενώ αν ξεπερνάει κάποιο χαμηλότερο όριο π.χ. την 85η εκατοστιαία θέση τότε έχουμε σωματικό βάρος υπέρβαρο.

Επιπλέον, ένας άλλος δείκτης που μπορεί να βοηθήσει να στην εκτίμηση και την αξιολόγηση της παχυσαρκίας είναι η Περιφέρεια Μέσης (ΠΜ) (πίνακας 7). Η ΠΜ έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται θετικά με το ενδοκοιλιακό λίπος, τόσο σε ενήλικες, όσο και σε εφήβους, ενώ φαίνεται να υπερτερεί στην ανίχνευση προδιαθεσικών παραγόντων κινδύνου χρόνιων νοσημάτων φθοράς σε σχέση με το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ).

Πίνακας 7: Όρια Περιμέτρου Μέσης (cm) ανάλογα με την ηλικία και το φύλο για το χαρακτηρισμό του ατόμου ως παχύσαρκο

Ηλικία (Έτη)	Αγόρια	Κορίτσια
7	86,7	62,0
8	84,9	64,7
9	83,1	67,3
10	81,1	69,6
11	79,0	71,8
12	76,9	73,8
13	74,7	75,6
14	72,4	77,0
15	70,1	78,3
16	67,7	79,1
17	65,3	79,8
18	62,9	80,1
19	88,4	80,1

5.3 Παράγοντες-αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων. Οι έρευνες για την αναζήτηση των πιθανών αιτιών της παχυσαρκίας, έχουν οδηγήσει σε μια σειρά από παράγοντες, σημαντικούς και λιγότερο, οι οποίοι ευθύνονται για την εκδήλωσή της.

Η *οικογένεια* και ο *τρόπος ζωής* που υιοθετούν τα μέλη της παίζουν σημαντικό ρόλο. Στην Ελλάδα, ορισμένοι ειδικοί εκτιμούν πως η παιδική και εφηβική παχυσαρκία σχετίζεται με την υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονέων καθώς και με την τάση τους να ταΐζουν τα παιδιά ακόμη και όταν αυτά δεν πεινάνε. Μάλιστα αυτή η συμπεριφορά παρατηρείται από τις πρώτες μέρες ζωής του παιδιού. Η μητέρα, είτε από αφέλεια, είτε από απειρία, είτε από ανασφάλεια ερμηνεύει κάθε κλάμα του παιδιού της ως ένδειξη πείνας. Έτσι, το παιδί υποσυνείδητα συνηθίζει να καταφεύγει στο φαγητό κάθε φορά που χρειάζεται φροντίδα, στήριξη ή καθησυχασμό (αναπτυξιακή παχυσαρκία).

Οι γονείς και οι διατροφικές τους συνήθειες αποτελούν πρότυπο για τα παιδιά. Τα παιδιά δρουν μιμητικά και αποκτούν ανάλογη συμπεριφορά με τους γονείς σε σχέση με το φαγητό. Έτσι, οι παχύσαρκοι γονείς ή οι γονείς που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού χαμηλής θρεπτικής αξίας τείνουν να μεγαλώνουν παχύσαρκα παιδιά.

Επιπλέον, ο ποιοτικός χρόνος που αφιερώνουν οι γονείς στα παιδιά τους και η ενθάρρυνση που τους παρέχουν για ενασχόληση με κάποιο άθλημα ή άλλη δραστηριότητα μπορούν να μειώσουν σε μεγάλο βαθμό τις πιθανότητες εμφάνισης της πάθησης. Για παράδειγμα, ένα παιδί που ασκείται συχνά έχει σαφές πλεονέκτημα απέναντι σε ένα παιδί που παραμένει κλεισμένο στο σπίτι μπροστά από την τηλεόραση.

Έχει διαπιστωθεί ότι έφηβοι που προέρχονται από οικογένειες υψηλού *οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου* καταναλώνουν λιγότερα λιπαρά και ζάχαρη, περισσότερες πρωτεΐνες, ασβέστιο, φυλλικό οξύ, υδατάνθρακες, βιταμίνες, σίδηρο και περισσότερα γαλακτοκομικά,

φρούτα και λαχανικά σε σχέση με τους εφήβους που προέρχονται από χαμηλού οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου οικογένειες.

Η *κληρονομικότητα* και οι *γονιδιακοί παράγοντες* ευθύνονται και για την πάθηση αυτή. Παχυσαρκία μπορούν να προκαλέσουν διάφορες γενετικές διαταραχές σε γονίδια που καθορίζουν την όρεξη και το μεταβολισμό. Έως το 2006 είχαν βρεθεί 41 τέτοιοι γονιδιακοί τύποι, οι οποίοι σε κατάλληλο περιβάλλον οδηγούν σε παχυσαρκία. Όσον αφορά τη κληρονομικότητα, τα ποσοστά δείχνουν ξεκάθαρα την εμπλοκή της στην εμφάνιση παχυσαρκίας. Αν και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι, σχεδόν το 80% των απογόνων θα είναι παχύσαρκοι. Αν μόνο ο ένας γονιός είναι παχύσαρκος, η πιθανότητα παχυσαρκίας για τα παιδιά είναι μικρότερη από 40%. Επίσης, ένα παιδί του οποίου ο αδελφός είναι παχύσαρκος, έχει 40% πιθανότητες να είναι και το ίδιο παχύσαρκο. Τέλος, μελέτες σε μονοζυγωτικά δίδυμα δείχνουν ότι η κληρονομικότητα υπολογίζεται περίπου στο 70%.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η παχυσαρκία μπορεί να αποτελεί συνέπεια κάποιου *συνδρόμου* όπως του συνδρόμου Prader-Willi, Bardet-Biedl, Alstrom, Cushing ή του συνδρόμου Klinefelter. Η παχυσαρκία σχετίζεται και με την ύπαρξη κάποιου οργανικού προβλήματος ή με τη βλάβη σε μέρος του υποθαλάμου του εγκεφάλου.

Η *υπολειτουργία του θυρεοειδή* έως τώρα έχει ενοχοποιηθεί για τα παραπανίσια κιλά στους ασθενής. Ο θυρεοειδής είναι αδένας του λαιμού που παράγει ορμόνες οι οποίες ρυθμίζουν το μεταβολισμό. Μια δυσλειτουργία, που ονομάζεται υποθυρεοειδισμός, προκαλεί υπολειτουργία του θυρεοειδή, με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων όπως είναι η κόπωση, η ευαισθησία στο κρύο, η ξηροδερμία και τα παραπανίσια κιλά. Σε έρευνες που έγιναν σε άτομα με υψηλά, αλλά μέσα στα φυσιολογικά όρια, επίπεδα των ορμονών αυτών παρατηρήθηκε η τάση για παχυσαρκία. Είναι νωρίς ακόμα για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, ενώ οι στατιστικές δείχνουν την υπολειτουργία του θυρεοειδούς ως αιτία παχυσαρκίας σε ποσοστό λιγότερο του 1%.

Μια ορμόνη, η *λεπτίνη*, που παρουσιάζει άμεση σχέση με τον θυρεοειδή αδένα, είναι υπεύθυνη για την αποθήκευση του σωματικού λίπους. Σε έναν φυσιολογικό οργανισμό, η λεπτίνη παρουσιάζει την ιδιότητα να στέλνει ένα μήνυμα κορεσμού στον εγκέφαλο ώστε να

σταματήσει την κατανάλωση τροφής. Αντίθετα, σε έναν παχύσαρκο άνθρωπο που τα επίπεδα της ορμόνης λεπτίνης είναι πολύ ανεβασμένα, το μήνυμα αυτό δεν κατορθώνει να φτάσει στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα την συνέχεια λήψης τροφής και θερμίδων που στην πραγματικότητα ο οργανισμός δεν τα χρειάζεται.

Εν συνεχεία, περιστατικά *κακοποίησης* ή κάποια *τραυματική εμπειρία* μπορεί να οδηγήσουν στη πάθηση αυτή. Στις περιπτώσεις αυτές δε, μιλάμε για μια μορφή ψυχογενούς παχυσαρκίας, την αντιδραστική παχυσαρκία.

Τέλος, οι *διατροφικές συνήθειες των παιδιών* ευθύνονται για τα ποσοστά εμφάνισης παχυσαρκίας που διαρκώς αυξάνονται. Οι συνήθειες που σχετίζονται με το φαί, η «θερμιδική ανισσοροπία» η πρόσληψη δηλαδή πολύ παραπάνω θερμίδων από όσες «καίνε», η κακή ποιότητα τροφής, η παράλειψη του πρωινού γεύματος και η προτίμηση προς τα παχυντικά φαγητά είναι κάποιες από τις ενδείξεις για εμφάνιση της πάθησης. Η κατάσταση επιδεινώνεται και από την απουσία άσκησης και φυσικής δραστηριότητας.

Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών και των εφήβων επηρεάζεται από πολλούς τομείς της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειών, των κοινοτήτων, των σχολείων, των θρησκευτικών ιδρυμάτων, των κυβερνητικών υπηρεσιών, των μέσων μαζικής ενημέρωσης, καθώς και των βιομηχανιών τροφίμων και ποτών και της ψυχαγωγίας.

Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλουν και διάφοροι *περιβαλλοντικοί παράγοντες*, όπως η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης στο φαγητό στο σπίτι και το σχολείο, τα παχυντικά ή κακής ποιότητας τρόφιμα στα σχολικά κυλικεία, οι συνήθειες των συνομηλίκων καθώς και οι γενικότερες στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού περίγυρου.

5.4 Επιπτώσεις στην Υγεία του εφήβου

Οι επιπτώσεις που έχει η πάθηση στην εφηβεία είναι πολλές και ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες, τις βραχυπρόθεσμες και τις μακροπρόθεσμες και έχουν σχέση τόσο με τη σωματική όσο και με τη ψυχολογική υγεία του εφήβου. Η κυριότερη επίπτωση βέβαια που έχει η εφηβική παχυσαρκία είναι να ακολουθήσει τον νέο και στην ενήλικη ζωή του.

Βραχυπρόθεσμες είναι οι άμεσες επιπτώσεις που εμφανίζονται από τα πρώτα στάδια εκδήλωσης της νόσου και επηρεάζουν την σωστή λειτουργία του οργανισμού. Αυτές είναι:

- Δυσλιπιδαιμία: αυξημένα τριγλυκερίδια, χοληστερόλη και αυξημένη χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (LDL)
- Ινσουλινοαντίσταση και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2: υπερχρωμάτωση και πάχυνση του δέρματος στην περιοχή των δερματικών πτυχών
- Υπέρταση: ασυμπτωματική ή πονοκέφαλος, ζαλάδες και ρινορραγία
- Ηπατοπάθειες: αυξημένα ηπατικά ένζυμα, λιπώδες ήπαρ, λιπώδης ηπατίτιδα
- Χολοκυστίτιδα και χολολιθίαση: πόνος στην κοιλιακή χώρα, ναυτία, έμετος
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών: εμμηνορροϊκές ανωμαλίες (συνήθως αμμηνόρροια), υπερτρίχωση και ακμή
- Ορθοπεδικές επιπλοκές: στη μηριαία επίφυση, στο κνημιαίο οστό. Οι ασθενείς παρουσιάζουν περιορισμό κίνησης του ισχίου και πόνο στο γόνατο, στη μέση ή το ισχίο.
- Άπνοια ή σύνδρομο υποαερισμού: ιστορικό υπνηλίας κατά τη διάρκεια της μέρας και δυσκολία αναπνοής στον ύπνο, δυνατό ροχαλητό. Η κατάσταση χρήζει εξέτασης ύπνου από ειδικό.
- Αναπνευστικά προβλήματα: άσθμα
- Εγκεφαλικός ψευδοόγκος: ισχυρός πονοκέφαλος, θολό οπτικό πεδίο. Η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια των οπτικών πεδίων ή σε οξύτητα όρασης και χρειάζεται άμεση αναφορά.
- Δερματολογικά προβλήματα

- Ψυχολογικά προβλήματα: διαταραχές της εικόνας του εαυτού τους, χαμηλή αυτοεκτίμηση, συναισθήματα απόρριψης λόγω κοινωνικών διακρίσεων, κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση, έντονο άγχος, υιοθέτηση επικίνδυνων συνηθειών. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας επηρεάζουν περισσότερο τα κορίτσια εφήβους.

Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, δηλαδή οι έμμεσες επιπλοκές της πάθησης, είναι καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν στον παχύσαρκο άνθρωπο και απειλούν τη ζωή του. Οι επιπτώσεις αυτές είναι:

- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2
- Καρδιαγγειακή νόσος
- Αθηροσκλήρωση και στεφανιαία νόσος
- Αρθρίτιδα
- Κύρωση του ήπατος
- Καρκίνος

Άλλες επιπλοκές που έχουν καταγραφεί είναι ότι τα παχύσαρκα άτομα, και κυρίως τα κορίτσια, τείνουν να έχουν χαμηλότερο εισόδημα και μικρότερη μόρφωση όταν ενηλικιώνονται.

5.5 Η Αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας

Η αντιμετώπιση αλλά και η πρόληψη της εφηβικής παχυσαρκίας είναι αναγκαία, καθώς το αυξημένο σωματικό βάρος στις περισσότερες περιπτώσεις ακολουθεί τον έφηβο και στην ενηλικίωσή του. Εκτιμάται ότι το 40% των παχύσαρκων παιδιών και το 70% των παχύσαρκων εφήβων θα μεγαλώσουν και θα γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες αντιμετωπίζοντας αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας ή και θνησιμότητας.

Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας χρειάζεται η συμβολή και η συνεργασία διαφόρων ειδικών, διαιτολόγων, ιατρών, ψυχολόγων, φυσικοθεραπευτών και άλλων. Η θεραπεία

περιλαμβάνει δίαιτες χαμηλής πρόσληψης θερμίδων, σωματική άσκηση, φαρμακευτική αγωγή και τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών του ασθενή. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις αδυναμίας αντιμετώπισης της πάθησης με συμβατικές μεθόδους, τότε απαραίτητη είναι η χειρουργική παρέμβαση.

Η συστηματική άσκηση επιβάλλεται τόσο στην φάση του αδυνατίσματος όσο και στην φάση διατήρησης του υπάρχοντος σωματικού βάρους. Σύμφωνα με έρευνες τα θετικά της άσκησης είναι :

1. βελτίωση καρδιοαναπνευστκού συστήματος και αύξηση μεταβολισμού
2. αύξηση μυϊκής αντοχής και δύναμης
3. αύξηση HDL χοληστερόλης
4. αύξηση της οστικής πυκνότητας
5. βελτίωση της ψυχικής υγείας, αρμονίας
6. απαλλαγή από αυπνίες και βελτίωση σεξουαλικής ζωής.

Ο παρακάτω πίνακας αναφέρει ανάλογα με την ηλικία, την φυσική δραστηριότητα και την συχνότητα ένα ενδεικτικό πρόγραμμα άσκησης που μπορεί να ακολουθήσει ο παχύσαρκος στο στάδιο της θεραπείας.

Πίνακας 8: Ενδεικτικό πρόγραμμα άσκησης για παχύσαρκους

ΠΗΓΗ: B. J. Sharkey "Fitness & Health" , 4th edicione, 2005.

ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΑΠΟΣΤΑΣΗ (ΚΜ)	ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΗΛΙΚΙΑ (MIN)				ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΣΚΗΣΗΣ
		< 30	30 – 39	40 – 49	50 +	
1	1,6	15	15,5	16	16,5	2 - 3
2	1,6	15	14,5	15	15,5	3 – 4
3	2,4	21	21,5	22,5	23,5	3 – 4
4	3,2	28	29	29	31	3 – 4
5	4	33,5	37	37	41,5	4 - 5

Κυρίως η αεροβική άσκηση (βάδισμα, τρέξιμο, ποδηλασία, κολύμβηση) συμβάλλει στην ενδυνάμωση των μυών, στη μείωση του καρδιοαγγειακού κινδύνου και του βάρους.

Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, δύο είναι τα φάρμακα που έχουν εγκριθεί από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για μακροχρόνια χρήση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η ορλιστάτη και η σιβουτραμίνη.

Η ορλιστάτη αναστέλλει την απορρόφηση του λίπους μειώνοντας τη διαδικασία αυτή κατά 30%. Η χρήση του φαρμάκου αυτού στους εφήβους εγκρίθηκε από τον FDA το 2003. Μελέτες έδειξαν μέτρια αλλά σημαντική βελτίωση του βάρους.

Η χρήση της σιβουτραμίνης έχει εγκριθεί μόνο για τους ενήλικες, ενώ η χρήση στους εφήβους είναι ακόμα στο επίπεδο της κλινικής μελέτης. Ανήκει στα ανορεξιογόνα φάρμακα και συμβάλλει στην απώλεια βάρους και στη βελτίωση των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά προβλήματα.

Παράλληλα με την άσκηση και την λήψη φαρμάκων το παχύσαρκο άτομο πρέπει να ακολουθεί και μια υγιεινή διατροφή. Η χορήγηση υποθερμιδικής δίαιτας από εξειδικευμένο διαιτολόγο πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ατομικές διατροφικές συνήθειες και να μην περιλαμβάνει μεγάλες στερήσεις. Ελαφρώς υποθερμιδικές δίαιτες έχουν καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, λιγότερες παρενέργειες και επιτρέπουν ποικιλία στη διατροφή και καλύτερη κοινωνική ζωή. Πρακτικά, η διαιτητική προσέγγιση συνιστάται σε μείωση κατά 15-30% της λήψης τροφής ή τη πρόσληψη περίπου των 2/3 της ημερήσιας ενεργειακής δαπάνης όπως αυτή υπολογίστηκε από την ηλικία, το φύλο, το βάρος και το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας. Οι δίαιτες χαμηλών ή πολύ χαμηλών θερμίδων δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε τακτική και μακροπρόθεσμη βάση στους εφήβους.

Η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί απαραίτητο τμήμα της θεραπείας συμπεριφοράς, ιδίως όταν η παχυσαρκία οφείλεται σε ψυχολογικά προβλήματα. Επιπλέον, ψυχοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις κατάθλιψης και διαταραχής της εικόνας του σώματος.

Τέλος, η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται μόνο σε νοσογόνο παχυσαρκία (BMI > 40 kg/m^2) η οποία ανθίσταται στη συμβατική θεραπεία και προκαλεί σημαντικές, μη ελεγχόμενες επιπλοκές. Οι κύριες χειρουργικές επεμβάσεις που προωθούν την απώλεια βάρους είναι ο γαστρικός δακτύλιος, το ενδογαστρικό μπαλόνι, το γαστρικό μανίκι και η γαστρική παράκαμψη κατά Roux-en-Y (γαστρικό by pass).

Γαστρικός δακτύλιος: Είναι μόνιμη περιοριστική τεχνική που ελαττώνει την ποσότητα της τροφής που μπορεί να καταναλωθεί. Έτσι η επέμβαση αυτή έχει σαν αποτέλεσμα το χάσιμο του παραπανίσιου βάρους. Ο δακτύλιος τοποθετείται γύρω από το στομάχι εξωτερικά και δημιουργεί ένα είδος κλεψύδρας που το πάνω μέρος της χωρά πολύ λιγότερη τροφή από ότι όλο το στομάχι.

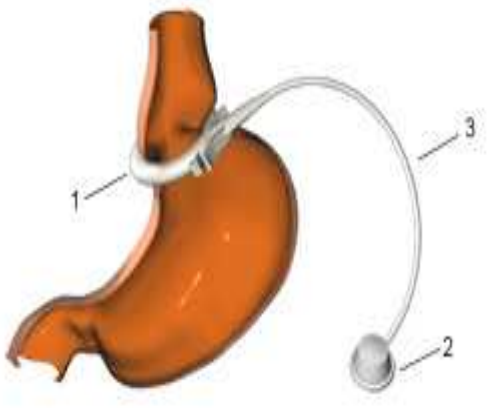
Ο δακτύλιος είναι κατασκευασμένος εξολοκλήρου από σιλικόνη εκτός από ένα μικρό μόνο μεταλλικό στοιχείο στην περιοχή της βαλβίδας όπου γίνονται οι ρυθμίσεις και η οποία τοποθετείται κάτω από το δέρμα. Το πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι μπορεί να ρυθμιστεί το εύρος του δακτυλίου. Έτσι μπορεί να σφίγγεται για να μειώσει την ποσότητα της τροφής που περνά στο έντερο και απορροφάται, η να ξεσφίγγεται ώστε αυτή η ποσότητα τροφής να αυξάνεται.

Ο δακτύλιος αποτελείται από τρία τμήματα:

1. Το κυρίως τμήμα του το οποίο βρίσκεται μέσα στην κοιλιακή χώρα και «αγκαλιάζει» περιμετρικά το στομάχι.

2. Τη βαλβίδα μέσω της οποίας μπορεί να ρυθμίζεται η διάμετρος του και που τοποθετείται ακριβώς κάτω από το δέρμα λίγο πιο πάνω από τον ομφαλό.

3. Ένα μικρό σωληνάκι που ενώνει τα δύο παραπάνω τμήματα.



Εικόνα 9: Ο γαστρικός δακτύλιος που τοποθετείται στο στομάχι των παχύσαρκων ατόμων

Ενδογαστρικό μπαλόνι: Το ενδογαστρικό μπαλόνι είναι μια σφαίρα από σιλικόνη που γεμίζει με 500cc φυσιολογικού ορού ή αέρα (νέου τύπου). Μετά την τοποθέτηση του, λόγω του όγκου που καταλαμβάνει, μειώνει σε μεγάλο βαθμό τη χωρητικότητα του στομάχου για φαγητό. Το ενδογαστρικό μπαλόνι μπορεί να παραμείνει στο στομάχι μέχρι 6 μήνες.

Η τεχνική αυτή συνήθως εφαρμόζεται σε δύο περιπτώσεις:

1. Σε ασθενείς με Δείκτη Μάζας Σώματος BMI από 27 έως 35 και που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για άλλες χειρουργικές τεχνικές, είτε λόγω σχετικά χαμηλού BMI είτε λόγω προβλημάτων υγείας.
2. Σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία και ιδιαίτερα υψηλό BMI όπου χρειάζεται να μειωθεί το σωματικό τους βάρος για να υποβληθούν στη συνέχεια σε χειρουργική επέμβαση όπως δακτύλιο, sleeve, κ.α. για να μειωθούν οι πιθανότητες των χειρουργικών επιπλοκών.

Εικόνα 10: Το ενδογαστρικό μπαλόνι

Γαστρικό μανίκι (Sleeve Gastrectomy): Το γαστρικό μανίκι αποτελεί μια ακόμη χειρουργική τεχνική για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας. Είναι περιοριστικού τύπου τεχνική καθώς μειώνει δραστικά την ημερήσια πρόσληψη φαγητού.

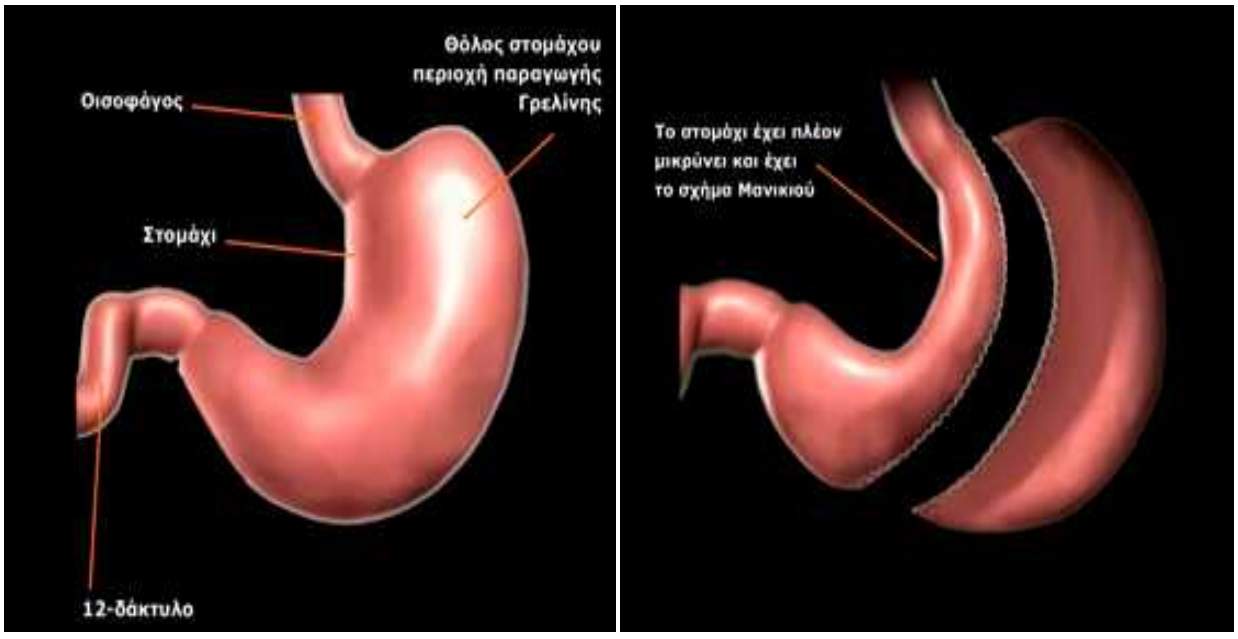
Κατά το χειρουργείο γίνεται εκτομή – αφαίρεση των 2/3 του στομάχου. Το τμήμα που απομένει έχει το σχήμα «μανικιού» γι' αυτό άλλωστε η συγκεκριμένη τεχνική αποκαλείται γαστρικό μανίκι (sleeve).

Με τη μέθοδο αυτή η δραστική μείωση της πρόσληψης φαγητού, επιτυγχάνεται για δύο λόγους:

1. Το στομάχι έχοντας πλέον πολύ μικρό μέγεθος, διογκώνεται εύκολα και γρήγορα με ελάχιστη ποσότητα φαγητού. Το αποτέλεσμα είναι ο ασθενής να νιώθει άμεσα κορεσμό.
2. Στο τμήμα του στομάχου που αφαιρείται, υπάρχουν κύτταρα που παράγουν μια ορμόνη που ονομάζεται Γρελίνη. Η ορμόνη αυτή ευθύνεται για το αίσθημα της πείνας. Έτσι, μετά την αφαίρεση η διάθεση για φαγητό – βουλιμία, μειώνεται αισθητά.

Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά με γενική αναισθησία και η διάρκεια της είναι περίπου 2 ώρες. Τα πλεονεκτήματα της είναι:

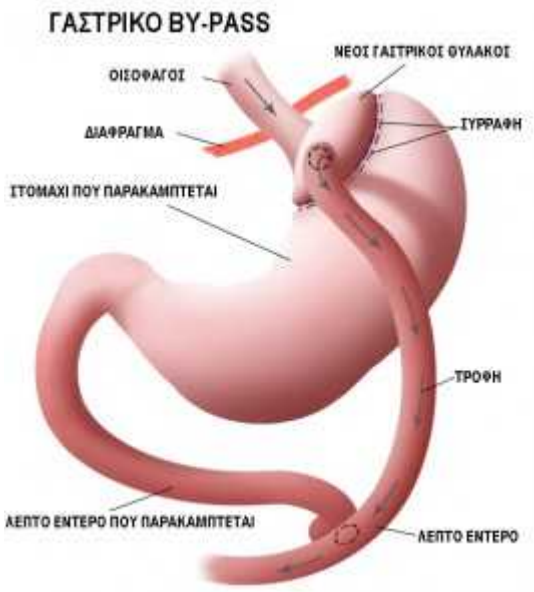
1. Λαπαροσκοπικό χειρουργείο με μικρές χειρουργικές τομές.
2. Μικρής διάρκειας νοσηλεία στο νοσοκομείο.
3. Ασφαλής επέμβαση ακόμη και για άτομα με πολλαπλά προβλήματα υγείας.
4. Μειωμένο αίσθημα πείνας.
5. Δεν χρειάζεται ρυθμίσεις όπως ο δακτύλιος.
6. Δεν απαιτεί μόνιμη λήψη βιταμινών, σιδήρου και άλλων ουσιών.
7. Είναι μια μόνιμη λύση με φυσιολογική τη λειτουργία του πεπτικού συστήματος.
8. Δεν περιορίζει τα είδη τροφής που καταναλώνονται.
9. Εξασφαλίζει πολύ καλή ποιότητα ζωής σε σχέση με άλλα χειρουργεία. (σύμφωνα με μαρτυρίες ασθενών που έχουν ήδη χειρουργηθεί)



Εικόνα 11: Το γαστρικό μανίκι

Γαστρική παράκαμψη ή γαστρικό by pass: Είναι μια τεχνική που συνδυάζει τον περιορισμό της τροφής που μπορεί να καταναλώσει ο ασθενής, με την αλλαγή στην έκκριση ορμονών του πεπτικού σωλήνα και τη μείωση της όρεξης.

Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά και χρειάζονται περίπου 2-2,5 ώρες. Δημιουργείται ένας μικρός γαστρικός θύλακας (μικρό τμήμα του στομάχου) σε συνέχεια του οισοφάγου, που γεμίζει εύκολα με μικρή ποσότητα τροφής. Ο θύλακας αυτός συνδέεται απ' ευθείας με το λεπτό έντερο και έτσι η τροφή δεν περνά μέσα από το υπόλοιπο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο. Επειδή καταργείται η πυλωρική βαλβίδα μετά από την κατανάλωση σακχαρούχων τροφών ο ασθενής αισθάνεται ναυτία και τάση προς εμετό, ιδρώνει και γενικά αποφεύγει την λήψη τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες. Είναι μια επέμβαση με περισσότερες επιπλοκές και μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τις προηγούμενες τεχνικές.



Εικόνα 12: Το γαστρικό by pass

Τέλος, η επανορθωτική χειρουργική είναι απαραίτητη για την αφαίρεση του υπερβάλλοντος υποδόριου λιπώδους ιστού όταν προκαλεί μηχανικά προβλήματα (δυσμορφία)

και έχει ψυχολογικές επιπτώσεις. Δεν αποτελεί όμως θεραπευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Κεφάλαιο 6: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ

Αισθητική είναι ο κλάδος της φιλοσοφίας που ασχολείται με τον ορισμό του ωραίου και αν μπορεί καταρχήν να υπάρξει ορισμός για το τι είναι ωραίο, αλλά και σε τι χρησιμεύει ένας τέτοιος ορισμός. Ο όρος εισήχθη για πρώτη φορά από τον γερμανό φιλόσοφο Αλεξάντερ Γκότλιμπ Μπαουμγκάρτεν, ο οποίος με το έργο του συνέβαλε στο να αναγνωριστεί η αισθητική σαν ξεχωριστός φιλοσοφικός κλάδος. Ο όρος ‘αισθητική’ παράγεται από την ‘αίσθηση’, την εμπειρία που προσλαμβάνουμε μέσω των αισθήσεων.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής που εξετάστηκαν σε αυτή τη μελέτη έχουν άμεση σχέση με την εμφάνιση και προκαλούν μεγάλες αλλοιώσεις και καταπονήσεις στο σώμα, για αυτό κρίνεται απαραίτητη η καταγραφή της συμβολής του τομέα της αισθητικής στην αποκατάσταση του ασθενή. Ιδιαίτερα τα άτομα που έχουν νοσήσει και κατάφεραν να τις ξεπεράσουν χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας και περιποίησης από τον- την αισθητικό για την επαναφορά του σώματος ύστερα από έντονη απίσχνανση ή από προσθήκη πολλών περιττών κιλών.

Ο ρόλος του αισθητικού στο στάδιο της θεραπείας από τις διαταραχές αυτές μπορεί να είναι καταλυτικός. Μετά τη συνεργασία του ασθενή με τους γιατρούς, νοσηλευτές και ψυχολόγους, απαραίτητη είναι η έναρξη διαφόρων αισθητικών παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι ποικίλες, γίνονται με χρήση ειδικών μηχανημάτων και καλλυντικών σκευασμάτων.

Πριν την έναρξη της όποιας ειδικής αισθητικής εργασίας που αφορά την αντιμετώπιση τέτοιων παθήσεων θα πρέπει ο- η αισθητικός:

- Να γνωρίζει τη φυσική κατάσταση του ατόμου και τα πιθανά προβλήματα υγείας και να έχει επαφή με τους αντίστοιχους γιατρούς, ώστε να αποφευχθούν σοβαρές ή και απλές δυσάρεστες καταστάσεις.
- Να έχει καταρτίσει τα προγράμματα που θα εφαρμοσθούν σε κάθε περίπτωση και θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου.

- Να έχει ενημερώσει πλήρως το άτομο για τις εφαρμογές που θα χρησιμοποιηθούν καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος καθώς και για την συμμετοχή του κατά τη διάρκεια των συνεδριών και μετά το πέρας τους.
- Να ξεκινά πάντα τις όποιες εφαρμογές με την προετοιμασία του δέρματος του σώματος, ώστε να διευκολύνεται η διείσδυση των διαφόρων καλλυντικών σκευασμάτων και η επίδραση των χρησιμοποιουμένων ρευμάτων.

Προετοιμασία σημαίνει να βοηθηθεί τεχνικά η πτώση των νεκρών κυττάρων του δέρματος. Αυτό επιτυγχάνεται με διάφορα καλλυντικά σκευάσματα που περιέχουν κερατολυτικές ουσίες. Τέτοια είναι για παράδειγμα τα απλά peelings, τα οξέα φρούτων και τα διάφορα ένζυμα.

6.1 Ψυχολογική Υποστήριξη

Η συμβολή της αισθητικής στη θεραπεία τέτοιων περιπτώσεων δεν περιορίζεται μόνο στον τομέα της ομορφιάς. Είναι σημαντική και η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται από τον- την αισθητικό, μέσα από την χαλάρωση και την ηρεμία του χώρου και των θεραπειών. Μετά από ένα μεγάλο χρονικό διάστημα θεραπείας με γιατρούς και ψυχολόγους, με ειδική διατροφή και ασκήσεις, ο ασθενής αναπαύεται, αφήνεται στις φροντίδες του ειδικού σε ένα ήρεμο και φιλικό περιβάλλον. Ο- η αισθητικός δείχνει ξεχωριστό ενδιαφέρον σε κάθε ασθενή, καθώς αποτελεί ξεχωριστή προσωπικότητα και η θεραπεία που θα ακολουθήσει είναι προσαρμοσμένη στην εκάστοτε περίπτωση. Μέσα από τις ασκήσεις και τα προγράμματα το άτομο έρχεται σε συνεχή επαφή με τον- την αισθητικό, δείχνει εμπιστοσύνη, αποβάλλει το στρες και αποκτά ψυχική ανάταση. Η διέγερση των αισθήσεων με τη σιγανή μουσική, τα χαλαρωτικά αρώματα και την επαφή βοηθά τον ασθενή να αγαπήσει ξανά το σώμα του και τη ζωή. Μέσα από αυτή τη ψυχική ηρεμία το άτομο νιώθει ευχάριστα και αισιοδοξεί για την πορεία της αποκατάστασης του και την επίτευξη των στόχων που έχει θέσει.

6.2 Αποκατάσταση του Δέρματος

Το δέρμα του ασθενούς που έχει ξεπεράσει τη νευρική ανορεξία είναι ξηρό, αφυδατωμένο, ρυτιδωμένο και πρόωρα γερασμένο. Το πρόβλημα αυτό παρατηρείται τόσο στο σώμα όσο και στο πρόσωπο. Οφείλεται κυρίως στην έλλειψη βασικών θρεπτικών συστατικών και στην υποβιταμίνωση του οργανισμού.

Το πρώτο μέλημα του αισθητικού στην αποκατάσταση του δέρματος είναι η παροχή βαθιάς ενυδάτωσης ενισχύοντας το κολλαγόνο και την ελαστίνη του. Έτσι το δέρμα σταδιακά θα αποκτήσει ξανά ελαστικότητα και σφριγηλότητα.

Οι θεραπείες που μπορούν να ακολουθηθούν είναι:

1. *Θεραπεία με aloe vera:* Η aloe vera χρησιμοποιείται εδώ και αιώνες για την περιποίηση του δέρματος. Η γέλη των φύλλων της έχει αναπλαστικές και επουλωτικές ιδιότητες. Τα προϊόντα φροντίδας του δέρματος που περιέχουν υψηλό ποσοστό αλόης εισχωρούν βαθιά σε όλα τα στρώματα του δέρματος, προσφέροντας στον οργανισμό ένζυμα, αμινοξέα, βιταμίνες και ανόργανα συστατικά που έχει ανάγκη.
2. *Σοκολατοθεραπεία:* Η σοκολάτα είναι γνωστή ως μια πηγή αληθινής απόλαυσης και ευχαρίστησης. Η περιποίηση του σώματος με προϊόντα ομορφιάς που έχουν ως συστατικό τη σοκολάτα, εκτός από την ενυδάτωση, προσφέρει στον ασθενή ηρεμία, χαλάρωση και αίσθηση ευχαρίστησης. Επιπλέον, η σοκολάτα τρέφει την επιδερμίδα με βιταμίνες (C, D και E), ιχνοστοιχεία και μέταλλα (σίδηρος, μαγνήσιο, κάλιο, φώσφορος και ασβέστιο).
3. *Ορός με βλέννα σαλιγκαριού*: Η μεγάλη του περιεκτικότητα σε ενυδατικά συστατικά και οι επουλωτικές του ικανότητες κάνουν το συγκεκριμένο προϊόν ιδανικό για τέτοιες περιπτώσεις. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία λοιμώξεων του δέρματος, την εξάλειψη των λεπτών ρυτίδων και την αφαίρεση των νεκρών κυττάρων.

Ακόμη, *κρέμες αντιγήρανσης* , πλούσιες σε βιταμίνη Α (ρετινόλη, ρετιναλδεύδη), βιταμίνη C, βιταμίνη Ε και υδροξυοξέα (ΑΗΑ) μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την απομάκρυνση των ρυτίδων και την αντιμετώπιση της χαλάρωσης.

Τέλος, συνιστάται η *χρήση αιθέριων ελαίων*, όπως το γεράνι, το τριαντάφυλλο και ο βασιλικός και η κατανάλωση αντιοξειδωτικών τροφών.

Το δέρμα των ασθενών της νευρογενούς βουλιμίας και των παχύσαρκων παρουσιάζει άλλες φθορές. Οι σμηγματογόνοι αδένες εξαιτίας του μεγάλου ποσοστού λίπους αλλά και ορμονικών διαταραχών παρουσιάζουν υπερέκκριση και το δέρμα γίνεται λιπαρό με έντονη παραγωγή σμήγματος. Επίσης, λόγω των αυξομειώσεων του βάρους δημιουργούνται ραγάδες και χαλάρωση. Ένα ακόμη πρόβλημα είναι η κυτταρίτιδα (κυρίως στις γυναίκες ασθενείς) λόγω της κατακράτησης υγρών στο σώμα.

Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει και πάλι ποικιλία θεραπευτικών εργασιών. Το *μασάζ* βοηθά το σώμα να αποβάλλει την ένταση και αποτοξινώνει τον οργανισμό. Επίσης, βελτιώνει την κυκλοφορία του αίματος και συμβάλλει στη βελτίωση της υφής του δέρματος, στη μείωση της κυτταρίτιδας και προβλημάτων, όπως οι κιρσοί, οι φλεβίτιδες και τα οιδήματα. Η *θεραπεία με φύκια* συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της γήρανσης και της κυτταρίτιδας. Τα φύκια περιέχουν βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και μεγάλα ποσοστά ιωδίου και η χρήση τους έχει ως συνέπεια τη λιπόλυση και την αποκατάσταση της ισορροπίας νερού και μετάλλων, αναδομώντας έτσι το ταλαιπωρημένο δέρμα. Επιπλέον, η *βιταμίνη Α ή ρετινόλη* αυξάνει την παραγωγή κολλαγόνου και συμβάλλει στη μείωση της χαλάρωσης και στην υγεία του δέρματος. Τα *αιθέρια έλαια* και οι *μάσκες αργίλου* προτείνονται για την αντιμετώπιση της κυτταρίτιδας και την μείωση των ιχνών από το υπερβολικό βάρος.

6.3 Επαναφορά του σχήματος του σώματος

Για την επιτυχή αποκατάσταση και επαναφορά του σχήματος του σώματος των ασθενών της νευρικής ανορεξίας, απαραίτητη είναι η μυϊκή ενδυνάμωση. Οι μύες των ασθενών αυτών έχουν ατροφήσει, εξού και η χαρακτηριστική εικόνα των λεπτών σωμάτων στα οποία διαγράφονται τα οστά. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο γίνεται χρήση εξειδικευμένων μηχανημάτων.

Μια μέθοδος είναι η *παθητική μυογύμναση*, είτε με *φαραδικό ρεύμα* είτε με *ηλεκτροθεραπεία*. Τα φαραδικά είναι εναλλασσόμενα ρεύματα τα οποία χρησιμοποιούνται στην παθητική γυμναστική των μυών, όταν δεν μπορεί να γίνει η ενεργητική για ιατρικούς και άλλους λόγους. Οι μη υποκείμενες στη θέληση συσπάσεις των μυών αυξάνουν τη ροή του αίματος και της λέμφου με όλα τα ευεργετήματα που προκύπτουν από την αύξηση αυτή. Οι μέθοδοι αυτή συμβάλουν καταλυτικά στην μεταβολή του σώματος, προσφέροντας τα εξής:

- Αναδιαμόρφωση του σώματος
- Τόνωση και ενδυνάμωση του μυϊκού συστήματος (ανύψωση και σύσφιξη γλουτών, μηρών, γοφών, μέσης, χεριών και στήθους)
- Βελτίωση της λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος
- Βελτίωση της λειτουργίας του λεμφικού συστήματος
- Αύξηση κολλαγόνου και ελαστίνης
- Βελτίωση της υφής του δέρματος
- Βελτίωση της στάσης του σώματος

Άλλες μέθοδοι με ορατά αποτελέσματα είναι το *λεμφικό μασάζ* ή οι *μαλάξεις κοιλιάς*. Η τελευταία ενεργοποιεί το γαστρεντερικό σύστημα και καταπολεμά τη δυσκοιλιότητα που συνήθως ταλαιπωρεί τα ανορεκτικά άτομα.

Όπως και στους ασθενείς της νευρικής ανορεξίας, έτσι και στους βουλιμικούς και παχύσαρκους το σώμα έχει υποστεί σοβαρές αλλαγές. Οι μύες καταλαμβάνουν περιορισμένο

όγκο, σε αυτή την περίπτωση λόγω της υπερβολικής εναπόθεσης λίπους. Στην κατάσταση αυτή οδηγούν και οι συχνές, εξαντλητικές δίαιτες, οι οποίες όμως έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια υγρών, μυϊκής μάζας και όχι λίπους. Η αδράνεια και ο κακός μεταβολισμός συμβάλλουν στην ατροφία των μυών.

Οι μέθοδοι που θα ακολουθήσει ο-η αισθητικός για την αντιμετώπιση του προβλήματος στοχεύουν στην τόνωση του μυϊκού συστήματος, στην απώλεια πόντων και λίπους και στην αύξηση της μεταβολικής διαδικασίας. Προσοχή δίνεται επίσης στην αποφυγή χαλάρωσης του σώματος, λόγω της απώλειας κιλών. Η χρήση μηχανημάτων και καλλυντικών προϊόντων περιλαμβάνονται σε ένα πλήρες πρόγραμμα αποκατάστασης.

Αρχικά για την κατακράτηση των υγρών, την αποτοξίνωση του οργανισμού και την μείωση των οιδημάτων συνίσταται η χρήση *μέσων εφίδρωσης*. Τέτοια μέσα είναι η *σάουνα* και οι *θερμαινόμενες κουβέρτες*. Η υψηλή θερμοκρασία διεγείρει τους θερμουποδοχείς και έπειτα από μια σειρά μηνυμάτων από τον εγκέφαλο προκαλεί αυξημένη έκκριση ιδρώτα. Η διαδικασία αυτή επιτυγχάνει μεταξύ άλλων και τη χαλάρωση του ασθενή, ο οποίος είναι καταπονημένος και έχει μπροστά του ακόμα σημαντικό δρόμο για την ολική θεραπεία. Για μεγαλύτερο διεγερτικό αποτέλεσμα μπορεί η θερμοκρασία του σώματος να αυξάνεται και να ελαττώνεται εναλλάξ με την χρησιμοποίηση, για παράδειγμα, σάουνας υψηλής θερμοκρασίας και κρύων ντους.

Άλλες εφαρμογές θερμότητας είναι τα ατμόλουτρα, το υδρομασάζ, ο *θάλαμος υπερβαρικού οξυγόνου* και η *υπέρυθρη ακτινοβολία*.

Πιο συγκεκριμένα, τα ατμόλουτρα είναι η υγρή μορφή της σάουνας, η λειτουργία τους στηρίζεται στον ατμό και δεν πρέπει να εφαρμόζονται πάνω από δύο φορές την εβδομάδα. Η απώλεια τω υγρών είναι μικρή, αναπληρώνεται δε πολύ εύκολα μέσα στο επόμενο 24ωρο. Την εφαρμογή ακολουθεί χλιαρό ντους και μάλαξη. Το υδρομασάζ λειτουργεί πάνω στην αρχή της εκτόξευσης αερίων μέσα σε υγρό περιβάλλον για τη δημιουργία διέγερσης και θερμότητας. Η δύναμη προέρχεται από ένα συμπιεστή αέρα που εκτοξεύει αέρα, οξυγόνο και όζον με πίεση. Ο θάλαμος υπερβαρικού οξυγόνου είναι μια σύγχρονη μορφή σάουνας που λειτουργεί με θερμό αέρα, ατμό, οξυγόνο και όζον. Τέλος, η υπέρυθρη ακτινοβολία έχει δύο τύπους γεννητριών, τις φωτεινές ή μη. Οι πρώτες διεισδύουν βαθιά και περνώντας όλο το δέρμα φθάνουν μέχρι τους

μύες ενώ οι μη φωτεινές δεν διαπερνούν την επιδερμίδα ωστόσο η απορροφώμενη θερμότητα από την επιφάνεια του δέρματος διασκορπίζεται προς το εσωτερικό με αγωγή. Και στις δύο περιπτώσεις, με τη θερμότητα που παράγεται, αυξάνεται ο ρυθμός ροής του αίματος και της λέμφου, δημιουργείται ερύθημα, δραστηριοποιείται η εφίδρωση και οι μύες χαλαρώνουν απομακρύνοντας την ακαμψία των αρθρώσεων.

Οι ευεργετικές επιδράσεις των μεσών εφίδρωσης και θερμότητας είναι οι εξής:

- Επιταχύνεται η κυκλοφορία του αίματος.
- Διεγείρεται η έκκριση των ιδρωτοποιών αδένων και αποβάλλεται σχεδόν μισό κιλό νερό.
- Αυξάνεται ο βασικός μεταβολισμός περίπου 40%.
- Προάγεται η νευρομυϊκή χαλάρωση με την αύξηση της αιμάτωσης.

Μείωση της κακής κυκλοφορίας και απώλεια πόντων επιτυγχάνεται και με τις *μαλάξεις*. Το μασάζ συμβάλλει και στην σύσφιξη του σώματος μετά από την απώλεια πόντων. 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 δεν έχει από μόνη της άμεσο αποτέλεσμα στις λιπαποθήκες του λιπώδους ιστού. Αν όμως συνδυασθεί με μειωμένη θερμιδική πρόσληψη καθίσταται πολύ χρήσιμο εργαλείο στην σταθεροποίηση της σωματικής φιγούρας. Τοπική μάλαξη και ειδικές ενεργητικές ασκήσεις μαζί με κατάλληλο διατροφικό σχεδιασμό μπορούν να εξασφαλίσουν τη βελτίωση της εμφάνισης της τοπικής λιπώδους δυσμορφίας.

Διάλυση του λίπους και μείωση πόντων μπορεί να επιτευχθεί και με την χρήση *γαλβανικού ρεύματος* και *διασταυρούμενων ρευμάτων*.

Το γαλβανικό είναι συνεχές ρεύμα και οι εφαρμογές του στο σώμα χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα για τη διάλυση του εγκλωβισμένου λίπους και των υγρών στους ιστούς με τη μέθοδο της ιοντοφόρησης. Σε αυτήν, με τη βοήθεια του ρεύματος, γίνεται διείσδυση ειδικών δραστικών προϊόντων για την κυτταρίτιδα και την παχυσαρκία με σκοπό τη διάσπαση του λίπους και την

απομάκρυνσή του και την κατ’ αυτόν τον τρόπο βελτίωση της μεταβολικής λειτουργίας των ιστών.

Τα διασταυρούμενα ρεύματα είναι το αποτέλεσμα της διασταύρωσης δύο μέσης συχνότητας ρευμάτων, τα οποία έχουν διαφορετική συχνότητα, βρίσκονται ανεξάρτητα το ένα από το άλλο μέσα στο μηχάνημα και εισάγονται ξεχωριστά στην περιοχή εφαρμογής. Στο σημείο της διασταύρωσής τους προκαλείται ενδογενής ταλάντωση, που φτάνει βαθιά στους μύες προκαλώντας έντονη μυϊκή σύσπαση. Παράλληλα διεγείρουν τη ροή του αίματος και της λέμφου, προκαλούν ελαφρά αύξηση της θερμότητας της περιοχής εφαρμογής με στόχο τη βελτίωση του μεταβολισμού αυτής.

Τέλος, η αποκατάσταση του σώματος ασθενών όλων των αναφερόμενων παθήσεων μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση καλλυντικών σκευασμάτων. Λάδια, ζελέ, σέρουμ, κρέμες, σκόνες, κατεψυγμένα και αποξηραμένα προϊόντα επιστρατεύονται για να χρησιμοποιηθούν για επιθέματα, επαλείψεις, μάσκες αλλά και στην μάλαξη.

Προϊόντα με βάση τα *φύκια* εμφανίζονται με διαφορετικές μορφές και εφαρμογές, χρησιμοποιούνται δε ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες κάθε περίπτωσης. Στη θαλασσοθεραπεία, σε μάσκες, σε απλές επαλείψεις και επιθέματα χρησιμοποιούνται τα φύκια με τη μορφή κρέμας, ζελέ ή κονιορτοποιημένα.

Οι *μάσκες αργίλου* εμφανίζεται σε δύο χρώματα (πράσινο και ροζ) τα οποία διακρίνονται μεταξύ τους, πέρα από το χρώμα, από την περιεκτικότητά τους στα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία. Και οι δύο τύποι διαθέτουν μεγάλη ικανότητα απορρόφησης που τους προσδίδει ιδιότητες αποτοξίνωσης, διήθησης και απίσχνανσης. Συνδυάζονται με επαλείψεις αιθέριων ελαίων στα προγράμματα αντιμετώπισης της κυτταρίτιδας και του υπερβάλλοντος βάρους.

Τα *λασπόλουτρα* είναι άλλη μια μέθοδος θεραπείας. Η λάσπη – προϊόν απόλυτα ορυκτό– απαλλαγμένη από άχρηστες ουσίες, πλούσια σε μέταλλα, ιχνοστοιχεία και άλλα συστατικά, προερχόμενη από τα ιζήματα του πυθμένα λιμών, ποταμών και της Νεκράς Θάλασσας χαρακτηρίζεται από ιδιότητες που την κάνουν να θεωρείται μια πολύ αποτελεσματική εφαρμογή για πολλές περιπτώσεις.

Με τα λασπόλουτρα επιτυγχάνεται:

- Αύξηση της αιματικής και λεμφικής κυκλοφορίας και οξυγόνωση των ιστών.
- Αύξηση του μεταβολισμού.
- Απομάκρυνση των οιδημάτων.
- Αποβολή του άγχους και χαλάρωση.

Η *αρωματοθεραπεία* αποτελεί ένα σύνολο περιποιήσεων που στηρίζονται στις ιδιότητες των αιθέριων ελαίων που ανάλογα από ποιο φυτό ή μέρος φυτού προέρχονται έχουν συσφικτικές, τονωτικές, διεγερτικές, αντισηπτικές και διουρητικές ιδιότητες. Επειδή οι ενώσεις που περιέχουν είναι μικρομοριακές, γι’ αυτό διαπερνούν εύκολα το δέρμα προσφέροντας τα ευεργετήματά τους αποτελεσματικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, όπως η νευρική ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία καθώς και η παχυσαρκία παρουσιάζουν αυξητική τάση διεθνώς. Τα στοιχεία είναι ιδιαιτέρως ανησυχητικά και οι παθήσεις τέτοιου τύπου έχουν γίνει μάστιγα στον 21^{ου} αιώνα. Οι περιπτώσεις ανθρώπων που εμφανίζουν τέτοιες παθήσεις αυξάνονται καθημερινά με κυριότερα θύματα τους έφηβους και νέους. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό πως χρειάζονται άμεσα μέτρα και οργάνωση για την πρόληψη και τη θεραπεία αυτών των διαταραχών. Ας μην ξεχνάμε πως οι νόσοι αυτοί ευθύνονται για την εμφάνιση πολλών σοβαρών προβλημάτων στην υγεία και σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς καταλήγουν. Η νευρική ανορεξία, για παράδειγμα, είναι το ψυχιατρικό νόσημα με την μεγαλύτερη θνησιμότητα σε νεαρά άτομα και κυρίως κορίτσια.

Στην Ελλάδα, τα κρούσματα τέτοιων περιπτώσεων έχουν πυκνώσει και δυστυχώς πια η χώρα διαθέτει μια θλιβερή πρωτιά. Το 2013 τα υψηλότερα επίπεδα υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας της Ευρώπης εντοπίζονται στην Ελλάδα, με περισσότερα από 4 στα 10 παιδιά να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα (ποσοστό 44%, εκ των οποίων 11,2% είναι παχύσαρκα). Η δύσκολη και επίπονη αντιμετώπιση με αποτελέσματα όχι πάντα καλά, καθιστά επιτακτική ανάγκη την αποτελεσματική πρόληψη των νοσημάτων αυτών.

Το θέμα της παιδικής παχυσαρκίας πρέπει να αντιμετωπιστεί σε εθνικό επίπεδο, με σωστή στρατηγική και με την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας ώστε να αφιερωθεί ο απαιτούμενος χρόνος για την πρόληψή της.

Είναι ανάγκη το κράτος να οργανώσει συνεχείς καμπάνιες ενημέρωσης των νέων αλλά και των γονέων γύρω από αυτά τα ζητήματα, ενώ χρειάζεται ενίσχυση και στις μονάδες αντιμετώπισης τέτοιων ασθενών.

Στο επίπεδο της πρόληψης όλοι πρέπει να δράσουν με υπευθυνότητα και συλλογικότητα. Κρατικοί φορείς, εκπαιδευτικά ιδρύματα και εκπαιδευτικοί, νοσοκομεία και κλινικές, αθλητικοί σύλλογοι, εκκλησιαστικοί φορείς, μέσα μαζικής ενημέρωσης και επιστημονική κοινότητα οφείλουν να ενημερώσουν και να προστατέψουν τους νέους.

Τα σχολεία αποτελούν την κατάλληλη αφετηρία για την ενημέρωση των παιδιών ήδη από μικρές ηλικίες. Αυτό γιατί κάθε παιδί έχει πρόσβαση σε αυτά και περνάει πολλές ώρες εκεί. Έτσι, προγράμματα ενημέρωσης, μαθήματα γύρω από τη διατροφή και τη δραστηριότητα, συναντήσεις με παιδοψυχολόγους αλλά και επισκέψεις από ειδικούς μπορούν να συμβάλλουν στη σωστή καθοδήγηση των νέων. Είναι σημαντικό οι δάσκαλοι να εξηγήσουν στους μαθητές τα οφέλη της υγιεινής διατροφής και να τα ωθήσουν στην ενασχόληση με κάποιο άθλημα. Επιπλέον, οι υποδομές των σχολείων μπορούν να βοηθήσουν προς αυτή την κατεύθυνση με την ύπαρξη περισσότερων χώρων πρασίνου, γηπέδων και γυμναστηρίων.

Η προσπάθεια αυτή θα πρέπει να ενισχύεται και να συμπληρώνεται από τα μέσα ενημέρωσης, τα έντυπα μέσα, κοινωνικές δραστηριότητες και προγράμματα που να απευθύνονται στο κοινωνικό σύνολο. Όπως αναφέρθηκε και στα αίτια της εμφάνισης τέτοιων νόσων οι διαφημίσεις, τα περιοδικά και τα τηλεοπτικά προγράμματα πρέπει να αναλάβουν τις ευθύνες τους και να σταματήσουν να προωθούν ως πρότυπα καχεκτικά σώματα ή να εξιδανικεύουν το ωραίο χωρίς να ενδιαφέρονται για την ουσία.

Σε επίπεδο εθνικής πολιτικής θα πρέπει να υιοθετηθούν δράσεις, οι οποίες θα ενθαρρύνουν και θα παρέχουν ευκαιρίες στους νέους για μεγαλύτερη σωματική δραστηριότητα. Σημαντική είναι και η προσπάθεια για ευκολότερη και οικονομικότερη πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα. Η συμμετοχή και η δραστηριότητα των διαφόρων τομέων της κυβέρνησης, της κοινωνίας των πολιτών και του ιδιωτικού τομέα θα πρέπει να είναι συνεχής.

Οι οικογένειες από την πλευρά τους φέρουν και αυτές τεράστιο μερίδιο ευθύνης. Οι γονείς πρέπει να στηρίζουν τα παιδιά τους, να κατανοήσουν τις δυσκολίες και τις ιδιαιτερότητες των παιδιών στην εφηβεία, να είναι παρόντες στη ζωή τους και να αποτελούν πρότυπα για αυτά. Όπως φάνηκε από τη μελέτη της βιβλιογραφίας, οι διαταραχές στη διατροφή αποτελούν πολλές φορές καταφύγιο για το παιδί που βιώνει τραυματικές καταστάσεις μέσα στο σπίτι του. Έτσι, οι καλές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για τη δημιουργία ενός ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ώστε οι έφηβοι να παρουσιάζουν υγιή συμπεριφορά.

Οι γονείς θα πρέπει να ενημερώσουν από νωρίς τα παιδιά τους και για τη σημασία της σωστής διατροφής και να ωθήσουν με το παράδειγμα τους τα παιδιά να προτιμούν τροφές πλούσιες σε θρεπτικά στοιχεία. Επιπλέον, το σπιτικό φαγητό και η μάζωξη της οικογένειας στο τραπέζι για φαί δίνουν τα σωστά μηνύματα στους νέους.

Οι ίδιοι οι έφηβοι πρέπει να εκτιμούν τον εαυτό τους, να τον θωρακίζουν απέναντι σε τέτοιες παθήσεις και να συζητούν κάθε πρόβλημα τους με άτομα της εμπιστοσύνης τους. Απαραίτητη είναι και η ενασχόληση με κάποιο άθλημα ή άλλη δραστηριότητα. Ασφαλώς η συμπεριφορά τους απέναντι σε άτομα που πάσχουν από διαταραχές της διατροφής ή σε παχύσαρκα άτομα πρέπει να είναι υποστηρικτική.

Στο επίπεδο της θεραπείας τα προβλήματα είναι πολλά. Οι ασθένειες αυτές επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία νέων ανθρώπων και αποτελούν δύσκολα περιστατικά με μακροχρόνια πορεία και πολύ υψηλό κόστος αντιμετώπισης. Η αντιμετώπιση απαιτεί την ύπαρξη οργανωμένης μονάδας με ψυχίατρο, παιδίατρο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό.

Το οικονομικό κόστος αυτών των νοσημάτων είναι πολλές φορές δυσβάστακτο για τις οικογένειες των ασθενών. Οι ασθένειες αυτές διαρκούν για πολλά χρόνια, υπάρχουν σκαμπανεβάσματα της βαρύτητας της νόσου, πολλές φορές χρειάζεται εισαγωγή σε νοσοκομείο και νοσηλεία, απαιτείται πληθώρα επιστημόνων που θα ασχοληθούν με τον ασθενή και την οικογένεια του. Το κράτος λοιπόν πρέπει να πάρει δραστικά μέτρα και να παρέχει πλήρως καλυμμένη αγωγή και νοσηλεία σε αυτά τα σοβαρά νοσήματα. Επιπλέον, απαραίτητη είναι η δημιουργία μονάδων υγείας εξειδικευμένων στις διαταραχές διατροφής και στην παχυσαρκία.

Η επιστημονική κοινότητα και οι ιατρικές έρευνες πρέπει να επικεντρωθούν στη μελέτη των περιπτώσεων αυτών καθώς, αν και οι ασθένειες αυτές έχουν εμφανιστεί εδώ και πολλά χρόνια, δεν είναι ακόμα απόλυτα κατανοητά και καθορισμένα τα αίτια παθογένειάς τους. Αλλά και στην αντιμετώπισή τους υπάρχουν κενά. Αναγκαία είναι η συστηματική μελέτη για την ανεύρεση κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων για την αποτελεσματική θεραπεία τους. Στον ελληνικό χώρο, απουσιάζουν τεκμηριωμένες έρευνες γύρω από την νευρική ανορεξία, τη βουλιμία και τη παχυσαρκία, αν και τα κρούσματα είναι πολυάριθμα.

Ο τομέας της αισθητικής συμβάλλει σημαντικά στη θεραπεία και στην αποκατάσταση του σώματος και της εικόνας του ασθενή. Οι προτάσεις και οι λύσεις που δίνει για να συμβεί κάτι τέτοιο είναι ποικίλες, ενώ με την πάροδο του χρόνου προκύπτουν διαρκώς νέες. Ανάμεσα στις μεθόδους που ήδη χρησιμοποιεί είναι η ενυδάτωση του καταπονημένου δέρματος με αλόη, η σοκολατοθεραπεία, η θεραπεία με φύκια και αιθέρια έλαια, το μασάζ και η παθητική εκγύμναση των μυών.

Τέλος, περαιτέρω έρευνα, σε μελλοντικές εργασίας, είναι απαραίτητη πάνω στους παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση των νόσων που μελετήθηκαν. Όσον αφορά τη παχυσαρκία η έρευνα πρέπει να διαχωρίσει πια την παιδική από την εφηβική παχυσαρκία και να τις μελετήσει ξεχωριστά. Η παρούσα έλλειψη αποτέλεσε ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα για την πραγματοποίηση της εργασίας αυτής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

[1] Αγκριθαράκη Μ., Κοντογιαννάκη Μ., Κυριακάκη Κ., «Νευρική Ανορεξία», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, 2008

[2] Αναγειανάκις Γ., Καραγιαννίδου Μ., Παπαλιάγκας Β., «Διαταραχές Θρέψης», Interreg III, Διοίκηση 3ης υγειονομικής περιφέρειας (Μακεδονίας), Παρισιανός Α.Ε.

[3] Βελέντζα Π., Ελευθερίου Μ., «Διαταραχή πρόσληψης τροφής: διερεύνηση των συμπτωμάτων των διαταραχών πρόσληψης τροφής σε μαθητές Γυμνασίου – Λυκείου του Ηρακλείου Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2010

[4] Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, «Στους ρυθμούς της καρδιάς», ΙΕΛ, Εκδόσεις: Π.Τουτουζάς, 1997

[5] Ζαΐμη Βασιλική, «Νευρική Ανορεξία», Τμήμα Αισθητικής και Κοσμητολογίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 2012

[6] Ζυγομάνη Β., Κοκκινίδου Στ., «Μελέτη Δείκτη Μάζας Σώματος, παιδιών ηλικίας 15-18 ετών, και συσχέτιση αυτού με τη συχνότητα και την ποιότητα του πρωινού», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Διατροφής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 2009

[7] Κάλλη Μ., Ρουσσίδη Μ., «Ιδανικό Βάρος- Νευρική ανορεξία- Βουλιμία, Αισθητική αντιμετώπιση», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Αισθητικής και Κοσμητολογίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 2013

[8] Κορέτση Ε., «Ελληνική παραδοσιακή διατροφή και ποιότητα ζωής εφήβου», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα οικιακής οικονομίας και οικολογίας, Χαροκόπειο πανεπιστήμιο,, 2011

[9] Κουτρολού Χ., «Αντιμετώπιση της εφηβικής Παχυσαρκίας με διατροφή και άσκηση», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2005

[10] Λαζαρίδης Γ., «Μεσογειακή Διατροφή», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Βιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2009

[11] Λάσκη Δ., «Παχυσαρκία», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Αισθητικής και Κοσμητολογίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 2008

[12] Μωρόγιαννης Φ., «Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία (επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές λυκείου στο νομό Ιωαννίνων)», Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2000

[13] Πρακτικά 2ου σεμιναρίου, Πρωτόκολλο ενδονοσοκομειακής επανασίτισης διαταραχών πρόσληψης τροφής, Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.), Β' Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού» Διευθυντής: Καθηγητής Δημήτριος Καφετζής Επιστημονική Υπεύθυνος: Παιδίατρος Άρτεμις Κ. Τσίτσικα

[14] Σίμος Γ., «Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης», Διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 1996

[15] Σπανού Β., Καζάνη Ι., Τριπόδης Ν., «Νευρογενής Ανορεξία», 2ο Π.Ε.Κ., Αθήνα, 2008

[16] Χατζηγεωργίου Χ., «Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων», Ερευνητικό & Εκπαιδευτικό Ίδρυμα «Υγεία του Παιδιού», 2004

[17] Χατζητζάνου Ίρις, «Κατανοώντας το νόημα της ψυχογενούς βουλιμίας: Συνδυασμός ατομικών και ομαδικών συνεδρίων», Σειρά Κειμένων Εργασίας του "Λόγω Ψυχής", Αθήνα, 2011

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

[1] American Psychiatric Association [APA], Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health-DSM IV-TR, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000

[2] American Psychiatric Association [APA], Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition, DSM-IV, 1994

[3] Andersen AE. Anorexia Nervosa : Diagnosis and treatment. Weekly Psychiatry Update Series, Biomedia, Vol 13, lesson 1, 1979

[4] Charlotte Stark, «All about anorexia nervosa», The mental health foundation UK, 2000

[5] Debra K. Katzman, Neville H. Golden, “Anorexia nervosa and Bulimia Nervosa”, Charter 33

[6] Marchuk J., From “Eating disorders: a continuum”, notes from a presentation to the Alberta Teachers’ Association Guidance Specialist Council, Annual Conference, Banff, Alberta, November 6–8, 1997.

[7] Ministry of Education, Special Programs Branch, «Teaching Students with Mental Health Disorders, Resources for Teachers», Volume 1- Eating Disorders, Canada, 2000

ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

[1] World Health Organization: http://www.euro.who.int/en/home

[2] Centers for Disease control and Prevention:

http://www.cdc.gov/healthyyouth/obesity/facts.htm

[3] National Centre for Eating Disorders: http://eating-disorders.org.uk/

[4]Χειρουργική και Παχυσαρκία: http://www.ginosatis.com/index-2.html & http://www.imelissas.gr/page.php?id=35

[5] Το Βήμα: http://www.tovima.gr/society/article/?aid=317095

[6] Πρώτο Θέμα: http://www.protothema.gr/life-style/fashion/article/7255/ellhnides-poy-hrthan-antimetopes-me-thn-anoreksia/

[7] Τα Νέα: http://www.tanea.gr/news/culture/article/5025628/h-boylimia-skotwse-thn-adelfh-moy-eimi-apokalyptei-o-aleks-goyainxaoyz/

[8] Wikipedia: http://el.wikipedia.org/wiki/Νευρική_Ανορεξία

http://el.wikipedia.org/wiki/Μεταβολισμός

http://el.wikipedia.org/wiki/Εφηβεία

http://el.wikipedia.org/wiki/Διατροφολογία

http://el.wikipedia.org/wiki/Θρεπτικά_Συσταστικά

http://el.wikipedia.org/wiki/Μεσογειακή_Διατροφή

http://en.wikipedia.org/wiki/Russell_sign

http://el.wikipedia.org/wiki/Παχυσαρκία

http://el.wikipedia.org/wiki/Αισθητική