

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ**

ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ- ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ- ΒΟΥΛΙΜΙΑ

ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ : ΚΑΛΛΗ ΜΑΡΙΑΝΝΑ – ΡΟΥΣΣΙΔΗ

ΜΑΡΙΑΝΝΑ



ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ : ΚΟΤΖΑΝΛΙΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2013

ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ-
ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-
ΒΟΥΛΙΜΙΑ
ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ : ΚΟΤΖΑΗΛΙΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ : ΚΑΛΛΗ ΜΑΡΙΑΝΝΑ –
ΡΟΥΣΣΙΔΗ ΜΑΡΙΑΝΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

«Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την Κ. Κοτζαηλία για την δυνατότητα διεκπεραίωσης της πτυχιακής εργασίας καθώς και όλους του καθηγητές του Α.Τ.Ε.Ι. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν όλα αυτά τα χρόνια.

Την συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία θα ήθελα να την αφιερώσω στην οικογένεια μου θέλοντας με αυτόν τον τρόπο να της εκφράσω ένα τεράστιο ευχαριστώ για την στήριξη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε στα χρόνια των σπουδών μου. Μου προσέφερε τα πιο σημαντικά εφόδια για την μετέπειτα ζωή μου. Πέραν όμως από την πολύτιμη αυτή στήριξη, μου έδωσαν όλα τα εφόδια ώστε να γίνω ένας σωστός Άνθρωπος και αυτό είναι κάτι που δεν μαθαίνεται, αλλά μεταδίδεται....»

Κάλλη Μαριάννα

«Θα ήθελα να αφιερώσω την παρακάτω πτυχιακή εργασία στην εκλιπούσα μητέρα μου, ελπίζοντας από όπου και αν βρίσκεται να νιώθει υπερήφανη και δικαιωμένη για τον αγώνα όλων αυτών των χρόνων καθώς και στην οικογένεια μου η οποία ήταν καθ' όλη τη διάρκεια της φοιτητικής μου ζωής, συμπαραστάτης μου.»

Ρουσιίδα Μαριάννα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	10
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
I. ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ	
Η σύσταση του σώματος	13
Σύνθεση σώματος Βάρος και σύνθεση σώματος	14
Ρύθμιση της σύνθεσης του σώματος	15
Κατανομή λίπους	15
Παράγοντες ρύθμισης της κατανομής του λίπους	16
I. ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ(B.M.) – ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ	
Παράγοντες που επηρεάζουν το μεταβολισμό	19
II. ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ	
Ενεργειακή πρόσληψη	21
Παράγοντες που επηρεάζουν την ενεργειακή πρόσληψη	22
Ενεργειακή απώλεια	22
Προϋποθέσεις διατήρησης μεταβολισμού	25
III. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	
Ορισμός φυσιολογικού βάρους	27
Διαγράμματα Ύψους-βάρους	28
Αξιολόγηση σκελετού	29
Το ποσοστό λίπους για ιδανικό βάρος	30
Ο δείκτης μάζας σώματος	31

Το δέρμα	32
Η υγεία	33
Η ψυχολογία	34
Γενικές διατροφικές συμβουλές	36

IV. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΩΝ

Επιδημιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής	38
Η συχνότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής στις δυτικές κοινωνίες	39
Το Ελληνικό τοπίο στις διαταραχές πρόσληψης τροφής (Σύμφωνα από έρευνες)	40
Η συχνότητα διατροφικών διαταραχών με την πάροδο του χρόνου	42
Κοινά χαρακτηριστικά των διαταραχών πρόσληψης τροφών	42
Αιτιολογία	43
Σωματική νοσηρότητα	43
Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές	44
Θνησιμότητα	44
Η αυξημένη θνησιμότητα σε Διατροφικές Διαταραχές (έρευνα)	45

V. ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Ιστορική αναδρομή	50
Ορισμός	51
Συμπτώματα αναγνώρισης της ασθένειας	52
Η διάγνωση της ασθένειας	53
Η συμπτωματική τριάδα του LASEGUE	54
Η νευρική ανορεξία ανάλογα με το φύλο	55
Παράγοντες εμφάνισης νευρικής ανορεξίας	56

Συνέντευξη από ασθενή (Η μάχη μιας 16χρονης με την νευρική ανορεξία)	58
Συνέντευξη από ασθενή (Δίδυμες με νευρική ανορεξία)	61
Συνέπειες και σωματικές διαταραχές	62
Κατάληξη ασθένειας	66
Θεραπεία	67
Αποκατάσταση του βάρους	68
Παράδειγμα διαιτολογίου για ασθενή με νευρική ανορεξία	72
Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών	75
Φαρμακευτική αντιμετώπιση	75
Οικογενειακή παρέμβαση	77
Ψυχοθεραπεία	78
Μακροπρόθεσμοι Στόχοι και Πρόγνωση	79
Περιστατικό Ανορεξίας	80
VI. ΒΟΥΛΙΜΙΑ	
Ιστορική αναδρομή	82
Τύποι ψυχογενούς βουλιμίας	84
Κλινική εικόνα	85
Επιδημιολογική προσέγγιση βουλιμίας	85
Αιτιολογική προσέγγιση της ψυχογενούς βουλιμίας	86
Κριτήρια διάγνωσης	88
Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη δίαιτα απώλειας βάρους	90
Προδιάθεση	91
Εκδήλωση	93

Διαιώνιση	95
Θεραπευτική προσέγγιση της ψυχογενούς βουλιμίας	96
Οργανικά προβλήματα που συνδέονται με τη βουλιμία	100
Η διατροφή στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας	102
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΙΩΣΗ Σ.Β ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ 80 ΚΙΛΩΝ,24 ΕΤΩΝ,1,65	103
Παχυσαρκία	105
Ορισμός παχυσαρκίας	108
Κλινική εικόνα	108
Μορφές Παχυσαρκίας	108
Αιτιολογία	108
Ψυχολογία του παχύσαρκου	110
Γήρανση και παχυσαρκία	111
Θεραπεία	112
Τροποποίηση της συμπεριφοράς	112
Παχυσαρκία και εικόνα σώματος	114
VII. ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	
Αισθητική	115
Κοσμητολογία	115
Ρόλος αισθητικού	116
Αισθητική αντιμετώπιση ατόμου που έχει περάσει νευρική ανορεξία	117
Δέρμα	117
Μυϊκό σύστημα	118
Αποκατάσταση	118

Ενυδάτωση	119
Θεραπεία με aloe vera	119
Σοκολατοθεραπεία	121
Θεραπεία με ιοντοφόρηση serum από βλέννα σαλιγκαριού	123
Ιοντοφόρηση	123
Γαλβανικό ρεύμα	124
Ενισχυμένος ορός με βλέννα από σαλιγκάρι	124
Μυϊκή ενδυνάμωση	126
Φαραδικό ρεύμα	126
Παθητική μυογύμναση / ηλεκτροθεραπεία	126
Ραδιοσυχνότητες	128
Πρεσσοθεραπεία	129
Λεμφικό μασάζ	130
Μάλαξη κοιλιάς	131
Αντιγήρανση	132
Κρέμες	132
Βιταμίνη Α – Ρετινοειδή	132
Βιταμίνη C	133
A.H.A. Alpha hydroxyl acids (Άλφα υδροξυ οξέα)	134
Βιταμίνη E	134
Φλαβονοειδή	135
Αιθέρια έλαια	135

Αισθητική αντιμετώπιση ατόμου που έχει ξεπεράσει την ψυχογενή βουλιμία	136
Δέρμα	136
Μυϊκό σύστημα	137
Αντιμετώπιση	137
Μέσα εφίδρωσης	138
Σάουνα	138
Θερμαινόμενες κουβέρτες	139
Τα περιτυλίγματα	139
Υπέρηχοι	140
Μάλαξη	142
Μάλαξη κυτταρίτιδας	142
Χαλαρωτικό	143
Αποτελέσματα μάλαξης	144
Κρυοθεραπεία	144
Θεραπεία με φύκια κατά της γήρανσης	145
Σύσφιξη	146
Ενίσχυση κολλαγόνου	146
Λασπόλουτρα	147
Μάσκες αργίλου	147
Κραδαστικά	148
Vacuum	148
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	150
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	152

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία αποτελεί την κορύφωση των σπουδών μας στο τμήμα Αισθητικής και Κοσμητολογίας του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης. Για την πραγματοποίησή της θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές ευχαριστίες μας προς την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Καλλιόπη Κοτζαηλία που μας έδωσε τη δυνατότητα να ασχοληθούμε με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα καθώς επίσης και για τη συνολική υποστήριξη της. Επιπλέον θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που έβαλαν έστω και ένα μικρό λιθαράκι στην περάτωση της πτυχιακής μας εργασίας και ειδικότερα να εκφράσουμε τον αμέτρητο σεβασμό μας στον Σιούτη Ηλία, ειδικό εφαρμογών διαιτητικής, για την παραχώρηση ειδικών διαιτολογίων καθώς και τις πολύτιμες συμβουλές του. Θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι το « Ιδανικό βάρος/ Ανορεξία / Βουλιμία / Αισθητική αντιμετώπιση ».

Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης των μέχρι τώρα δεδομένων για το φυσιολογικό βάρος, τη βουλιμία, την νευρική ανορεξία και την εστίαση της αισθητικής αντιμετώπισης. Η επιθυμία μας για την επιλογή αυτού του θέματος πηγάζει από το ενδιαφέρον μας για την ενημέρωση και προπάντων την ανάλυση της αισθητικής αντιμετώπισης των δύο αυτών σύγχρονων παθήσεων, που απευθύνονται κυρίως σε νεαρές ηλικίες και μπορεί να αποδειχθούν βλαβερές για την υγεία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με την παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης και ανάλυσης των δύο ψυχογενών ασθενειών που μαστίζουν στη σημερινή κοινωνία. Αυτές είναι η νευρική ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία. Και οι δύο παθήσεις μελετήθηκαν εκτενώς διεπισδύοντας στον κόσμο της ψυχολογίας και κατανοώντας το πρόβλημα των ασθενών.

Οι σωματικές τους ανησυχίες εξαιτίας των διατροφικών διαταραχών, αποτελούν το «έργο» του αισθητικού καθώς ο κλάδος της ομορφιάς καλείται να βελτιώσει και να αποκαταστήσει τις δυσμορφίες του σώματος αναλύοντας τόσο την προοπτική της απίσχνανσης και της λιποδιάλυσης όσο και της αύξησης του μυϊκού τόνου και της σύσφιξης

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η σύνθεση και η σύσταση του ανθρώπινου σώματος και πως είναι δυνατή η μείωση και η αύξηση του σωματικού βάρους. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το ιδανικό βάρος και τι απαιτεί η διατήρησή του. Το επόμενο κεφάλαιο ξεκινά με την αναφορά των διατροφικών διαταραχών εμπλουτισμένες πληροφοριακές βάσεις με ποσοστιαία αποτελέσματα από έρευνες για την ανάλυση και τη διαπίστωση της υπάρχουσας κατάστασης και της εξάπλωσης της τα τελευταία χρόνια. Στη συνέχεια γίνεται πλήρης αναφορά και ανάλυση στην παθογένεια και στην θεραπεία των ψυχογενών αυτών ασθενειών. Αναφέρονται περιστατικά ανορεκτικών κοριτσιών, η ψυχολογία και οι επιπτώσεις των βουλιμικών ατόμων καθώς και διατροφικές οδηγίες για κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Τέλος στο τελευταίο κεφάλαιο διαρθρώνεται η αρωγή της αισθητικής στα υποσιτιζόμενα και υπερφαγικά άτομα ώστε να επαναφέρουν το σωματικό τους βάρος και να βελτιώσουν τον επιδερμικό ιστό τους .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιδανικό βάρος σημαίνει ευφορία και πάνω από όλα υγεία! Ο καλύτερος τρόπος για να επιτευχθεί το ιδανικό βάρος είναι η καθημερινή άσκηση, και η πλήρης και σωστή διατροφή. Οι ακραίες δίαιτες που υπόσχονται απώλεια πολλών κιλών σε μικρό χρονικό διάστημα, δεν ωφελούν, γιατί μετά το πέρας της δίαιτας, τα κιλά που χάθηκαν είναι σχεδόν σίγουρο πως θα επανέλθουν, και με το παραπάνω, οδηγώντας το σώμα σε αύξηση του σωματικού λίπους και κατά συνέπεια στην παχυσαρκία. Η επίτευξη του ιδανικού βάρους είναι ένας στόχος που πρέπει να προσεγγιστεί σιγά - σιγά, κάνοντας τρόπο ζωής την άσκηση και την σωστή διατροφή, όσο αυτό είναι δυνατόν. Τα παραδείγματα λάθους διαχείρισης της διατροφικής σίτισης των ανθρώπων της σημερινής εποχής είναι πολλά και παρατηρούνται σε όλες τις ηλικίες. Έτσι, πολλοί είναι εκείνοι οι οποίοι προκειμένου να αποκτήσουν το «ιδανικό βάρος» καταφεύγουν σε βεβιασμένες λύσεις που έχουν ως στόχο είτε στην υπερβολική κατανάλωση τροφής, η οποία μπορεί να καταλήξει σε βουλιμία είτε στην υπερβολική έλλειψη τροφής με αποτέλεσμα την νευρική ανορεξία. Και στις δυο περιπτώσεις τα αποτελέσματα μπορεί να είναι εξαιρετικά επικίνδυνα τόσο για την ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων αυτών όσο και για την ίδια την ζωή τους. Ο τομέας της αισθητικής είναι αρωγός σε όλη αυτή την προσπάθεια των ατόμων που θέλουν είτε να απαλλαγούν από το περιττό τους βάρος είτε να επαναφέρουν το σώμα τους ύστερα από μεγάλη απώλεια κιλών (νευρική ανορεξία). Τα μέσα με τα οποία μπορεί να βοηθήσει είναι διατροφολογικά με συμβουλευτικά διατροφικά προγράμματα, κοσμητολογικά με τη χρήση καλλυντικών για την βελτίωση της εμφάνισης του δέρματος, αισθητικά με τη χρήση σύγχρονων μηχανημάτων εκγύμνασης και τόνωσης των μυών αλλά και μείωσης του λιπώδη ιστού και τέλος ψυχολογικά καθώς μια αισθητικός πρέπει να μπορεί να στηρίζει ψυχολογικά τον πάσχοντα και να τον κερδίζει με τη φροντίδα και την εχεμύθεια της.

I. ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ

Η σύσταση του σώματος

Η σύσταση του ανθρώπινου σώματος αποτελείται από τον λιπώδη ιστό, τον μυϊκό ιστό και τέλος τον οστίτη ιστό. Ο λιπώδης ιστός (*Adipose tissue*) ονομάζεται ο χαλαρός συνδετικός ιστός που αποτελείται από αφθονία των λιπωδών κυττάρων. Η κύρια λειτουργία του είναι η αποθήκευση ενέργειας με τη μορφή λίπους. Αποτελεί το 10% του βάρους του σώματος ενώ το περιεχόμενο λίπος του μπορεί να



χρησιμοποιηθεί ως απορροφητικό μέσο κραδασμών τους οποίους μπορεί να δεχτεί το σώμα, ως θερμορυθμιστικό όργανο και ως πηγή ενέργειας για 40 περίπου μέρες σε περιπτώσεις αστίας. Σχετικά πρόσφατα ανακαλύφθηκε ότι ο λιπώδης ιστός έχει και σημαντική ενδοκρινή δράση, καθώς έχει την ικανότητα να παράγει ορμόνες όπως η λεπτίνη. Ο μυϊκός ιστός αποτελείται από κύτταρα με σχετικά μεγάλο μήκος, που ονομάζονται μυϊκές ίνες. Είναι εξειδικευμένος για συσπάσεις και παραγωγή δύναμης. Χάρη στην ικανότητα των μυϊκών ινών να συστέλλονται, επιτυγχάνονται οι διάφορες κινήσεις του σώματος. Στον άνθρωπο διακρίνονται τρεις τύπους μυϊκού ιστού: το σκελετικό (απαντάται στους γραμμωτούς ή σκελετικούς μυς), τον καρδιακό (μυϊκός ιστός της καρδιάς) και τον λείο (απαντάται στο τοίχωμα των αγγείων και των σπλάχνων). Τέλος, ο οστίτης ιστός συναντάται αποκλειστικά στα οστά και αποτελείται από εξαιρετικά σκληρή μεσοκυττάρια ουσία. Η ουσία αυτή περιέχει στις κοιλότητες της, ινίδια κολλαγόνου και άλατα, αλλά και τα κύτταρα του οστίτη ιστού.

Από το ποσοστό που καταλαμβάνει καθένας από τους παραπάνω ιστούς στο σώμα μας προκύπτουν τρεις κατηγορίες κατανομής του σωματικού βάρους :

- Ιδανική κατανομή βάρους, έχει κάποιος μόνο στην περίπτωση που συνδυάζει το ιδανικό-φυσιολογικό βάρος σε σχέση με το ιδανικό ποσοστό σωματικού λίπους και το κατάλληλο βάρος του οστίτη ιστού.

- Το υψηλό σωματικό βάρος σε συνδυασμό με το υψηλό ποσοστό σωματικού λίπους αποτελεί αρνητικό παράγοντα της καλής φυσικής κατάστασης.
- Τα χαμηλά (μέσα στα φυσιολογικά όρια) ποσοστά λίπους, υψηλά ποσοστά μυϊκής μάζας και ιδανικό σωματικό βάρος είναι μια εικόνα ενός ανθρώπου με καλή φυσική κατάσταση.

Επομένως, η σύσταση του σώματος κατά κύριο λόγο, είναι το σωματικό βάρος σε σχέση με το σωματικό λίπος.

Σύνθεση σώματος

Βάρος και σύνθεση σώματος

Εδώ και αρκετά χρόνια ο άνθρωπος της σύγχρονης εποχής έχει επικεντρώσει το ενδιαφέρον του στην υπόθεση του βάρους του σώματος του. Μέρος αυτού του ενδιαφέροντος προκύπτει από τα επιβληθέντα «πρότυπα» υπερβολικής λεπτότητας του ανδρικού και του γυναικείου σώματος σα δείκτη ομορφιάς και υγείας. Πέρα όμως από την ομορφιά, υπάρχει και η κοινή πια γνώση ότι το επιπλέον ή το ελλιπές βάρος συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για πληθώρα ασθενειών και ανικανοτήτων. Η γνώση λοιπόν της σύνθεσης του σώματος καθίσταται απαραίτητη στη διάκριση του επικίνδυνου υπερβάλλοντος ή ελλείποντος βάρους.

Είναι πολύ σπουδαίο να υπάρξει διαχωρισμός μεταξύ του βάρους του σώματος και της σύνθεσής του. Το βάρος του σώματος είναι η μάζα του σώματος και προκύπτει από τη ζύγιση του ατόμου σε μια ζυγαριά ενώ η σύνθεση του σώματος αντιπροσωπεύει τη χημική και ανατομική σύνθεση του.

ΧΗΜΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ
Λίπος
Πρωτεΐνη
Υδατάνθρακες
Νερό
Ιχνοστοιχεία

ΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ
Λιπώδης ιστός
Μυϊκός ιστός
Όργανα
Οστά
Άλλα

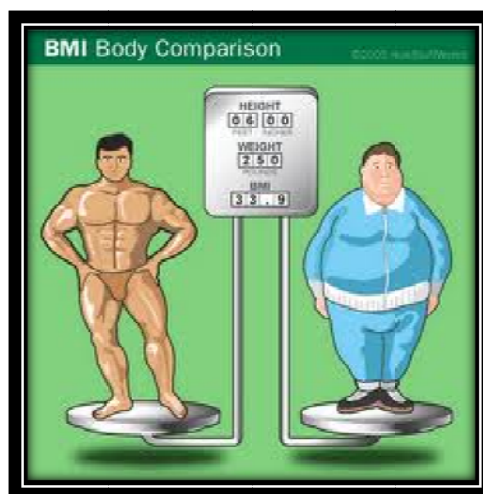
(Πίνακας 1: ανάλυση χημικού και ανατομικού μοντέλου ανθρωπίνου σώματος)

Έχοντας, λοιπόν ως δεδομένα ότι το μεγαλύτερο συστατικό του σωματικού βάρους είναι το νερό, το οποίο δεν συνεισφέρει στις ενεργειακές αποθήκες και ότι το 17% του σωματικού βάρους αποτελείται από λίπος (το μεγαλύτερο συστατικό της ενέργειας) , προκύπτει ως συμπέρασμα ότι η σύνθεση του σώματος είναι η κατανομή λίπους – νερού στο σώμα και η σχέση του βάρους προς τις ενεργειακές αποθήκες. Επομένως, είναι προφανές ότι εάν η ενεργειακή πρόσληψη είναι μεγαλύτερη ή μικρότερη της ενεργειακής απώλειας τότε οι ενεργειακές αποθήκες αυξάνονται ή μειώνονται αντίστοιχα.

Ρύθμιση της σύνθεσης του σώματος

Στη ρύθμιση της σύνθεσης του σώματος σημαντικό ρόλο παίζουν γενετικοί παράγοντες καθώς και το ενδοκρινικό και συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Πιο συγκεκριμένα οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν είναι :

- Το φύλο, καθώς υπάρχουν διαφορές στη σύνθεση του σώματος κυρίως στην εφηβεία λόγω ανάπτυξης διαφορετικών ορμονών σε κάθε φύλο (τεστοστερόνη για τα αγόρια – οιστρογόνα για τα κορίτσια).
- Οι διατροφικές μας συνήθειες, αν δηλαδή η διαίτα μας είναι υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος ή σε νερό και πρωτεΐνες .
- Η φυσική δραστηριότητα η οποία βοηθάει στην ελάττωση των αποθηκών λίπους του σώματος. (3)



Κατανομή λίπους

Η κατανομή λίπους στο σώμα διαφέρει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων ατόμων αλλά και μεταξύ των φύλων. Πολλά τα προβλήματα που δημιουργούνται από την ανομοιόμορφη κατανομή του λίπους στο σώμα τόσο από άποψη υγείας όσο και από άποψη αισθητικής εμφάνισης. Έχουν οριστεί τρεις τύποι κατανομής του λίπους οι οποίοι ανταποκρίνονται στην τοπογραφική εναπόθεσή του στο σώμα και στη μορφολογική εμφάνιση του σώματος.

Αυτοί είναι οι εξής:



- A τύπος : αφορά τη γενικευμένη εναπόθεση λίπους σε όλο το σώμα.

- B τύπος : στον τύπο αυτόν εμφανίζεται επιλεκτική εναπόθεση λίπους στον κορμό και κυρίως στην κοιλιακή χώρα. Η συσσώρευση του λίπους στην περιοχή αυτή είναι κατ' εξοχήν χαρακτηριστική στους άνδρες (μήλο).

- Γ τύπος : η εναπόθεση του λίπους γίνεται κυρίως στις περιοχές των γλουτών, των μηρών και των ισχίων, δίνοντας τη μορφολογική εμφάνιση του γυναικείου κυρίως σώματος (αχλάδι). (3)

Παράγοντες ρύθμισης της κατανομής του λίπους

1. Ορμονικό και ενζυματικό περιβάλλον: τα γλυκοκορτικοειδή και οι στεροειδικές ορμόνες ρυθμίζουν περιοχές ανάπτυξης του λίπους.
2. Φύλο: αρχικά μέχρι την ηλικία των 5 ετών αγόρια και κορίτσια έχουν τον ίδιο σωματότυπο. Κατά την εφηβεία τα κορίτσια αποκτούν το διπλάσιο λίπος από τα αγόρια. Μια επιπλέον διαφορά είναι ότι οι λιπαροθήκες στα κορίτσια είναι περισσότερες στους μηρούς και στους γλουτούς λόγω της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης σε αντίθεση με τα αγόρια τα οποία συγκεντρώνουν περισσότερο κοιλιακό λίπος.
3. Γενετική επιρροή: η οποία φτάνει ως και το 40% επιρροής. Έτσι μπορούν να εξηγηθούν οι παρατηρημένες οικογενειακές τάσεις στο μέγεθος και το σχήμα του σώματος, αλλά και γενικά στη φυσική διάπλαση των ατόμων.
4. Περιβαλλοντικοί παράγοντες: κυρίως το stress , η διατροφή, το κάπνισμα και το αλκοόλ.
5. Αυξομειώσεις στην ποσότητα της τροφής, οι οποίες προκαλούν μεγαλύτερη εναπόθεση λίπους στην κοιλιά.
6. Θερμοκρασία : το υποδόριο λίπος αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας και το γεγονός αυτό ίσως σχετίζεται με την ανάγκη αύξησης της μονωτικής

ικανότητας του υποδόριου λιπώδους ιστού, αφού η ικανότητα θερμογένεσης μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας και ως εκ τούτου η διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος στηρίζεται στη μείωση της απώλειας της θερμότητας.

7. Ηλικία : η ηλικία κατά την οποία εμφανίστηκε η παχυσαρκία του ατόμου ορίζει και την ανάλογη κατανομή του λίπους. Έτσι παχυσαρκία που αναπτύσσεται κατά την παιδική ηλικία οδηγεί σε ομαλή κατανομή, ενώ αυτή που εμφανίζεται αργότερα τείνει να παρασύρει την κατανομή του λίπους στην κεντρική περιοχή του σώματος.
8. Μέγεθος λιποκυττάρων: λιποκύτταρα με μικρότερο μέγεθος έχουν μεγαλύτερη ικανότητα για ανάπτυξη. (3)

II. ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ(B.M.) - ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Για να εξερευνήσουμε τη διαδικασία αύξησης και μείωσης του σωματικού βάρους πρέπει να εστιάσουμε στην λειτουργία του οργανισμού και συγκεκριμένα να αναλύσουμε τους όρους « **βασικό μεταβολισμό**» και «**μεταβολισμό**». Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόκειται για δύο διαφορετικούς ορισμούς και συνεπώς για δυο διαφορετικές λειτουργίες του οργανισμού με πολύ σημαντική δράση για την αύξηση και τη μείωση του σωματικού βάρους (μέσω της ενεργειακής πρόσληψης και της ενεργειακής απώλειας) για την παραγωγή ενέργειας. (3)

Πιο συγκεκριμένα με τον όρο *βασικό μεταβολισμό* εννοούμε το κατώτερο όριο ενέργειας που χρειάζεται ο οργανισμός για τη διατήρηση των βασικών λειτουργιών στη ζωή του. Ο υπολογισμός του Βασικού Μεταβολισμού του ατόμου γίνεται κάτω από συγκεκριμένες



συνθήκες και αυτές προϋποθέτουν *τη νηστεία* του μετρηθέντα για τουλάχιστον 12 ώρες από το τελευταίο γεύμα, *την κατάσταση ηρεμίας* για τουλάχιστον μισή ώρα και φυσικά *τη σταθερή θερμοκρασία* του δωματίου όπου πραγματοποιείται η μέτρηση στους 20-25° C.

Τα αποτελέσματα αυτής της μέτρησης κρίνονται

φυσιολογικά ή μη λαμβάνοντας υπόψη και τους παράγοντες που επηρεάζουν το βασικό μεταβολισμό.

Αυτοί είναι:

1. Η ηλικία καθώς στους ενήλικες ο Βασικός Μεταβολισμός μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας κατά 2% κάθε 10 χρόνια ίσως από την ελαττωμένη μυϊκή μάζα ή τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα του ατόμου.
2. Η σύνθεση του σώματος καθώς ο μυϊκός ιστός είναι μεταβολικά πιο δραστήριος από τον λιπώδη ιστό, έτσι άτομα με μεγαλύτερη μυϊκή μάζα έχουν υψηλότερο B.M
3. Το φύλο, οι άνδρες έχουν υψηλότερο μεταβολισμό από τις γυναίκες μιας και οι τελευταίες έχουν υψηλότερα ποσοστά λίπους.
4. Η επιφάνεια σώματος είναι σημαντικός παράγων μιας και μετρώντας σε ποσοστιαία κλίμακα τα άτομα με μικρότερο όγκο έχουν υψηλότερο βασικό μεταβολισμό ($S.A/V$, όπου $S.A$ = επιφάνεια σώματος και V = όγκος σώματος) ενώ κατά απόλυτες τιμές τα μεγαλόσωμα άτομα έχουν υψηλότερο μεταβολισμό.
5. Η θερμοκρασία καθώς με την αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος για οποιαδήποτε αιτία προκαλείται αύξηση του B.M.
6. Η διατροφική κατάσταση καθώς σε υποθερμιακή δίαιτα και νηστεία, συνήθεια που καταφεύγουν άτομα με διατροφικές διαταραχές, ο οργανισμός προστατεύεται από ενδεχόμενη απώλεια ενέργειας και μειώνει το ρυθμό του βασικού μεταβολισμού. Σε αντίθεση η παχυσαρκία ή οι καταστάσεις υπερφαγίας, επηρεάζουν ελάχιστα κατά τους ερευνητές τον B.M.
7. Η εγκυμοσύνη/γαλουχία αυξάνει το μεταβολισμό της εγκύου εξαιτίας της αύξησης του βάρους της μήτρας, του πλακούντα του εμβρύου αλλά και της αλλαγής του ρυθμού της καρδιάς και των πνευμόνων.
8. Οι παθολογικές καταστάσεις (ασθένειες με έντονη κυτταρική δραστηριότητα) και τα ενδοκρινικά προβλήματα αυξάνουν τον B.M.

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. Αυτές οι πηγές είναι χρήσιμες και

αξιοποιήσιμες για τον μεταβολισμό. *Μεταβολισμός* είναι οι χημικές διεργασίες (ή αντιδράσεις) του οργανισμού, με τις οποίες έχουμε τη διάσπαση (καταβολισμό ή αποδόμηση) και τη σύνθεση (ή αναβολισμό ή δόμηση) των εισαγομένων με τις τροφές θρεπτικών ουσιών και τη μετατροπή της χημικής ενέργειας των τροφών σε άλλες μορφές ενέργειας για τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού.

Όλες οι μεταβολικές αντιδράσεις πραγματοποιούνται σε διάφορα χρονικά στάδια όπου δημιουργούνται ή διασπώνται βαθμιαία χημικές ενώσεις. Κάθε στάδιο της μεταβολικής οδού καταλύεται από διαφορετικό κάθε φορά ένζυμο η δομή του οποίου φέρεται κωδικοποιείται από συγκεκριμένο γονίδιο. Το δε τελικό προϊόν κάθε τέτοιας διαδικασίας ονομάζεται «μεταβολίτης».

Παράγοντες που επηρεάζουν το μεταβολισμό

1. *Τα γονίδια και η κληρονομικότητα.* Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει εκ κατασκευής προδιάθεση του μεταβολισμού αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί να υποστεί αλλαγές.
2. *Η ηλικία* καθώς ο μεταβολισμός φτάνει στο σημείο αιχμής στις γυναίκες σε ηλικία 20 μέχρι 25 ετών ενώ στους άντρες 25 μέχρι 30 ετών. Μετά το 30^ο έτος της ηλικίας ο μεταβολισμός μειώνεται κατά 5% κάθε δεκαετία.
3. *Το φύλο.* Η σχέση του μεταβολισμού με τον παράγοντα φύλο ανάγεται στη σχέση του μεταβολισμού με τα ανδρογόνα(άνδρες) και τα οιστρογόνα (γυναίκες). Τα ανδρογόνα αυξάνουν την ανάπτυξη μυϊκού ιστού και τα οιστρογόνα την ανάπτυξη λιπώδη ιστού. Εξαιτίας αυτού οι άνδρες έχουν υψηλότερο μεταβολισμό από τις γυναίκες .
4. *Η σύνθεση του σώματος* καθώς ο μυϊκός ιστός είναι μεταβολικά πιο δραστήριος από τον λιπώδη ιστό, έτσι άτομα με μεγαλύτερη μυϊκή μάζα έχουν υψηλότερο B.M.
5. *Η επιφάνεια σώματος* είναι σημαντικός παράγων μιας και μετρώντας σε ποσοστιαία κλίμακα τα άτομα με μικρότερο όγκο έχουν υψηλότερο βασικό μεταβολισμό ($S.A/V$, όπου $S.A$ = επιφάνεια σώματος και V = όγκος σώματος) ενώ κατά απόλυτες τιμές τα μεγαλόσωμα άτομα έχουν υψηλότερο μεταβολισμό.
6. *Η συχνότητα των γευμάτων* είναι σημαντική για τον οργανισμό καθώς μέσα από τη λήψη της τροφής ενεργοποιείται ο μεταβολισμός . Ο οργανισμός κατά τη διάρκεια της πέψης απαιτεί περισσότερη ενέργεια και γι αυτό γίνεται και επιβεβλημένη η συνεχής κατανάλωση πολλών μικρών γευμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας με αποτέλεσμα η

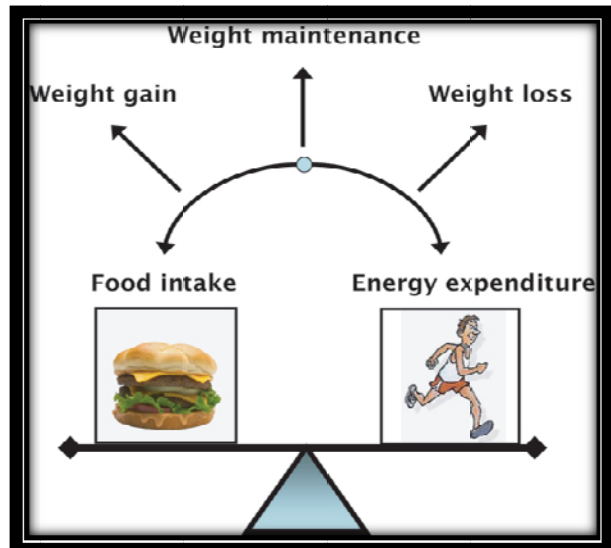
διάρκεια της πέψης να ελαττώνεται στο ελάχιστο, η πέψη να γίνεται ευκολότερα και η παραγόμενη ενέργεια να είναι χαμηλότερη για αυτή τη λειτουργία.

7. *Η σύσταση της τροφής.* Η πρόσληψη τροφών πλούσιων σε σύνθετους υδατάνθρακες αυξάνει το μεταβολισμό κατά 8-15%, των γλυκών και πολύ λιπαρών τροφών 3-5% ενώ των πρωτεϊνών 15-30%.
8. *Η κατανάλωση νερού* είναι από τις σημαντικότερες παραμέτρους καθώς η επαρκής λήψη νερού (2 lt) βοηθά σε πολλές μεταβολικές διαδικασίες και διευκολύνει την αποβολή άχρηστων ουσιών και τοξινών από τον οργανισμό . Η χαμηλή κατανάλωση νερού ευνοεί τη συσσώρευση του λίπους και μειώνει την καύση του.
9. *Οι ώρες των γευμάτων.* Γενικά ο μεταβολισμός είναι στα υψηλότερα επίπεδα του τις πρωινές ώρες και σταδιακά φτάνει στα χαμηλότερα επίπεδα τις νυχτερινές ώρες.
10. *Η δυσκοιλιότητα* ευθύνεται για τη μειωμένη αφομοίωση πολλών θρεπτικών συστατικών και τη συσσώρευση τοξινών στον οργανισμό, πράγμα που εμποδίζει να πραγματοποιηθούν σωστά πολλές βιοχημικές αντιδράσεις που συμβάλλουν στην καλή λειτουργία του οργανισμού.
11. *Το άγχος και οι ψυχολογικές διαταραχές* καθώς αυξάνονται ορισμένες ορμόνες όπως η αδρεναλίνη, η κορτιζόνη κάτι που όταν είναι στιγμιαίο αυξάνει τις καύσεις στο διπλάσιο . Σε μακροχρόνια βάση όμως, έχει αντίθετη δράση, ευνοείται η εναπόθεση λίπους κυρίως στην περιοχή της κοιλιάς.
12. *Η φυσική δραστηριότητα* κατά την οποία καταναλώνουμε ενέργεια, αυξάνεται το ποσοστό μυϊκής μάζας στο σώμα και μειώνεται το ποσοστό λίπους.
13. *Υποθερμιακές δίαιτες* καθώς μειώνουν τις καύσεις του μεταβολισμού.
14. *Η διατροφή* επηρεάζει τη μυϊκή μάζα ενός οργανισμού αλλά και την εναπόθεση του λιπώδους ιστού σε αυτόν. Επομένως τόσο η διατροφή όσο και το είδος των τροφών επηρεάζουν το μεταβολισμό.

III. ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ

Η ρύθμιση του ενεργειακού ισοζυγίου είναι μια εξαιρετικά πολύπλοκη διαδικασία στην οποία συμμετέχουν πολλαπλές αλληλεπιδρούσες ομοιοστατικές και συμπεριφοριστικές οδοί οι οποίες στοχεύουν στη διατήρηση της σταθερότητας των ενεργειακών αποθεμάτων. Είναι πλέον προφανές ότι ο έλεγχος του σωματικού βάρους επιτυγχάνεται μέσω ιδιαίτερα ολοκληρωμένων αλληλεπιδράσεων μεταξύ της επιλογής θρεπτικών συστατικών, των οργανοληπτικών επιρροών και των ενδοκρινικών απαντήσεων στη δίαιτα, ενώ παράλληλα επηρεάζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο εγκέφαλος είναι γνωστό ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση του ενεργειακού ισοζυγίου στο σύνολο του οργανισμού μέσω της ρύθμισης της ενεργειακής πρόσληψης και κατανάλωσης σε συμφωνία με εισερχόμενα και εξερχόμενα σήματα.

Για την επίτευξη μιας ιδανικής απώλειας βάρους ή ακόμη και κατά την διατήρηση βάρους, πρέπει να καταλάβουμε τι σημαίνει το ενεργειακό ισοζύγιο. Ο ορός ενεργειακή-θερμιδική πρόσληψη είναι η ενέργεια της τροφής που προσλαμβάνεται, ενώ ενεργειακή - θερμιδική απώλεια είναι το πόσο των θερμίδων το οποίο δαπανάται από το άτομο. Επομένως ένα άτομο βρίσκεται σε



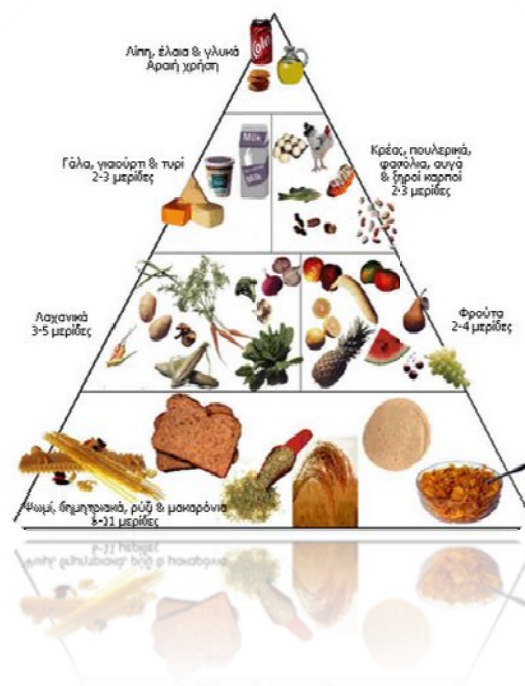
ενεργειακό ισοζύγιο όταν η θερμιδική του πρόσληψη είναι ίση με την θερμιδική του απώλεια. Σε αυτήν λοιπόν, την περίπτωση το άτομο διατηρεί το βάρος του σταθερό. Αν τώρα υπερέχει η θερμιδική πρόσληψη σε σχέση με την θερμιδική απώλεια τότε αυξάνεται το βάρος του ατόμου και θα έχουμε θετικό ενεργειακό ισοζύγιο. Αντίθετα, αν υπάρχει υπεροχή της θερμιδικής απώλειας σε σχέση με την θερμιδική πρόσληψη τότε θα υπάρξει απώλεια βάρους στο άτομο και θα έχουμε αρνητικό ισοζύγιο.

Ενεργειακή πρόσληψη

Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ενεργειακή πρόσληψη και το βάρος του σώματος μπορεί να υπολογιστεί από την εξής εξίσωση: $\text{Ενέργεια πρόσληψης} - \text{Ε απώλειας} = \text{Ε αποθήκευσης}$, δηλαδή η ενεργειακή πρόσληψη ή μειωμένη ενεργειακή απώλεια έχει σαν αποτέλεσμα την ενεργειακή αποθήκευση και την απόκτηση βάρους. Η ποσότητα τροφής που καταναλώνεται αντιπροσωπεύει τον βασικό παράγοντα ρύθμισης του σωματικού βάρους. Το σύστημα ρύθμισης της βιοσυμπεριφοριστικής πρόσληψης τροφής περιλαμβάνει επιρροές από το στοματοαισθητηριακό, το γαστρεντερικό και το κυκλοφορικό σύστημα από την ίδια την διατροφή, από το μεταβολισμό καθώς και από κεντρικές επιρροές της τροφής και των θρεπτικών συστατικών οι οποίες σχετίζονται με το σύστημα όρεξης του ανθρώπου.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ενεργειακή πρόσληψη

1. Κεντρικό νευρικό σύστημα
2. Περιφερικό σύστημα/ μεταβολικές επιδράσεις
3. Φάρμακα
4. Καταστάσεις υγείας
5. Συναισθηματικές καταστάσεις
6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες
7. Κοινωνικές επιρροές
8. Ιδιαίτερες προτιμήσεις
9. Συνήθειες προτιμήσεων και αποστροφών
10. Παράγοντες ευχαρίστησης



Ενεργειακή απώλεια

Τα κυριότερα στοιχεία της καθημερινής ενεργειακής απώλειας είναι :

- Ο Βασικός Μεταβολισμός του ατόμου

- Η θερμογένεση (κυρίως η θερμιδική επίδραση των τροφών)
- Το ενεργειακό κόστος της ελεύθερης φυσικής δραστηριότητας

Από αυτά ο βασικός μεταβολισμός αντιπροσωπεύει το 50 με 70 % της καθημερινής απώλειας, η θερμιδική επίδραση των τροφών το 10% και το ενεργειακό κόστος της φυσικής δραστηριότητας αντιπροσωπεύει το 20 με 40 %της καθημερινής ενεργειακής απώλειας.

1. Βασικός μεταβολισμός

Η στενή σχέση ανάμεσα στο βασικό μεταβολισμό και το μέγεθος του σώματος είναι γνωστή και έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη εξισώσεων που χρησιμοποιούνται ευρύτατα στην πρόβλεψη του μεταβολικού ρυθμού για κάθε φύλο, σε σχέση με το ύψος και το βάρος του ατόμου. Όσο βαρύτερο είναι το άτομο τόσο μεγαλύτερος είναι και ο μεταβολικός ρυθμός και η ενεργειακή απώλεια. Στα μικρά παιδιά, εντούτοις, η ενεργειακή απώλεια αυξάνεται από το ενεργειακό κόστος της ανάπτυξης και στα βρέφη από τις ενεργειακές απαιτήσεις για τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος. Κατά τη διάρκεια της ενηλικίωσης υπάρχει συνήθως μια μείωση του άλιπου ιστού και αύξηση του λιπώδους, γεγονός στο οποίο οφείλεται ένα μεγάλο μέρος της μείωσης του μεταβολικού ρυθμού αυτής της ηλικίας με αποτέλεσμα τη μείωση της ενεργειακής απώλειας.

2. Θερμογένεση

Η θερμογένεση είναι η αύξηση του Β.Μ σαν απάντηση σε ερεθίσματα όπως :

- Η πρόσληψη τροφής. Το μέγεθος και η σύνθεση του γεύματος, το εύγευστο της τροφής, η χρησιμοποιούμενη τεχνική για τις μετρήσεις, η ηλικία ,η φυσική φόρμα είναι παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν την αστάθεια και την ευμεταβλητότητα των αποτελεσμάτων όταν μετριέται η θερμιδική επίδραση της τροφής.
- Η έκθεση του ατόμου στο κρύο ή στη ζέστη. Η έκθεση σε χαμηλές θερμοκρασίες έχει σαν αποτέλεσμα την παραγωγή θερμότητας, αύξηση του Β.Μ. και μεγαλύτερη δαπάνη ενέργειας. Σε αύξηση της θερμοκρασίας παρατηρείται αγγειοδιαστολή , επιτάχυνση της δερματικής κυκλοφορίας και εφίδρωση δηλαδή μπαίνουν σε λειτουργία οι μηχανισμοί ψύξης του σώματος. Εξαιτίας αυτού αυξάνεται η λειτουργία της καρδιάς, των αναπνευστικών μυών

και των ιδρωτοποιών αδένων με αποτέλεσμα την αύξηση της ενεργειακής απώλειας.

- Ο φόβος / stress και γενικά η αυξημένη ψυχική ένταση αυξάνει τον μεταβολισμό του ατόμου εξαιτίας ίσως της αύξησης της μυϊκής έντασης και των νευρικών κινήσεων του σώματος αλλά και της κινητοποίησης του συμπαθητικού.
- Οι φαρμακευτικοί παράγοντες οι οποίες αυξάνουν την ενεργειακή απώλεια σε μικρές αλλά υπολογίσιμες ποσότητες.

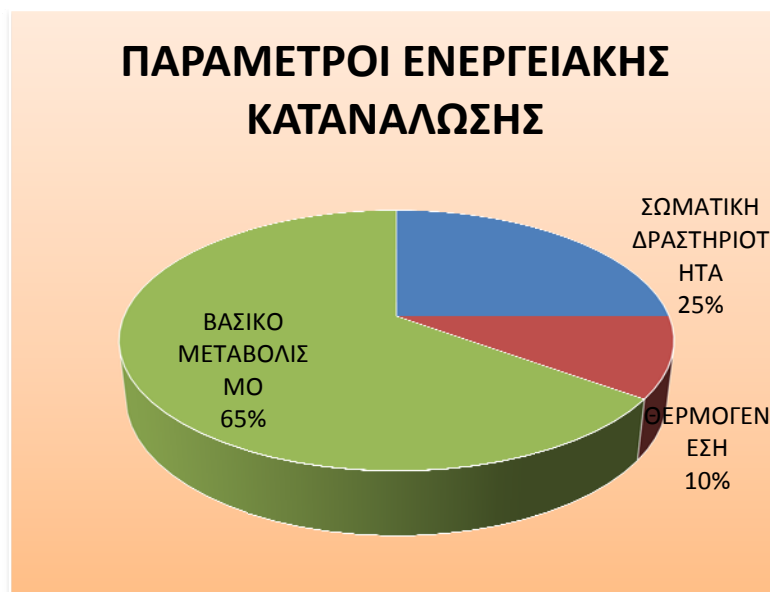
3. Φυσική δραστηριότητα

Το περισσότερο ευμετάβλητο στοιχείο της καθημερινής ενεργειακής απώλειας είναι αυτό που δαπανάται κατά τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας και μπορεί να εξηγήσει την απώλεια σημαντικών θερμίδων σε πολύ δραστήρια άτομα.

Χαμηλό επίπεδο καθημερινής σωματικής δραστηριότητας έχει δείχθει ότι είναι παράγοντας κινδύνου για αύξηση του σωματικού βάρους.

Η ενέργεια που ξοδεύεται κατά τη φυσική δραστηριότητα εξαρτάται από τη φύση και τη διάρκεια αυτής. Έτσι οι καθημερινές συνήθειες της ζωής ενήλικων ατόμων παρουσιάζουν ποικιλία δραστηριοτήτων, οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα σοβαρές διακυμάνσεις στη θερμιδική απώλεια των ίδιων των ατόμων και καλύπτουν το 20 με 40 % της ολικής θερμιδικής απώλειας.

Η ολική ενεργειακή απώλεια από τη φυσική δραστηριότητα κάτω από συνθήκες τυπικής καθημερινής ζωής είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή της περιορισμένης δραστηριότητας και διαφέρει ευρέως μεταξύ των ατόμων και των φύλων. Επίσης, το ενεργειακό κόστος των διαφόρων δραστηριοτήτων είναι ανάλογο του βάρους του σώματος και ως εκ τούτου είναι υψηλότερο στα παχύσαρκα άτομα, των οποίων όμως τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας είναι συνήθως πολύ χαμηλά.



Προϋποθέσεις διατήρησης μεταβολισμού

Για να μπορέσει ο μεταβολισμός ενός ατόμου να διατηρείται σε σταθερά επίπεδα πρέπει να ακολουθούνται κάποιες συγκεκριμένες οδηγίες που είναι άμεσα συνυφασμένες με τους παράγοντες που επηρεάζουν το μεταβολισμό αλλά και κατ' επέκταση το βασικό μεταβολισμό.

Αυτές οι προϋποθέσεις είναι:

- Ο τακτικός έλεγχος σωματικού βάρους και ανάλογη λήψη μέτρων σε υπέρμετρα διακυμαινόμενες μεταβολές.
- Τακτικός έλεγχος του θυρεοειδή αδένος. Ο εν λόγω αδένος είναι υπεύθυνος για την παραγωγή δύο ορμονών της Θυροξίνης (T3) και της τριϊδωδιοθυρονίνης (T4) υπεύθυνες και οι δυο για μεταβολικές δραστηριότητες.
- Πρέπει τα γεύματα και οι λήψεις των γευμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας να είναι πολλά και μικρά γιατί έτσι διευκολύνεται και ο μεταβολισμός.
- Το πρωινό αποτελεί ένα εκ των σημαντικότερων γευμάτων γιατί μετά από αυτό ξεκινά μια κουραστική έντονη για τον μεταβολισμό κατανάλωση ενέργειας. Επομένως η ποσότητα του φαγητού πρέπει να είναι μεγαλύτερη το πρώτο μισό της ημέρας σε σχέση με δεύτερο μισό που ο μεταβολισμός χαμηλώνει ταχύτητα.

- Είναι επίσης σημαντική προϋπόθεση η κατανάλωση νερού κατά τη διάρκεια των γευμάτων και αυτό γιατί η μεγάλη κατανάλωση του βοηθά στην αραίωση των γαστρικών υγρών και συνεπώς καθυστερεί η διαδικασία της πέψης και κατά συνέπεια καταπονείται ο οργανισμός περισσότερο κατ' αυτήν και συνεπώς αυξάνεται ο μεταβολισμός.
- Οι διατροφικές συνήθειες πρέπει να είναι συνυφασμένες με τον μεταβολικό ρυθμό του οργανισμού γιατί «ξεκουράζεται» και η απορρόφηση αποθηκευμένου λίπους γίνεται ευκολότερα και γρηγορότερα.
- Σημαντική προϋπόθεση είναι η σωματική άσκηση.

Συμπερασματικά με την κατανάλωση της τροφής προμηθεύεται ο οργανισμός καύσιμη ύλη και οικοδομήσιμα υλικά για τη ζωή, καλύπτοντας από τη μία μεριά τις ανάγκες των δομικών στοιχείων του σώματος και από την άλλη τις απαιτήσεις ενέργειας. Η διατροφή συμβάλλει στη δυναμική ισορροπία του οργανισμού με το περιβάλλον. Προσλαμβάνονται μέσω αυτής θρεπτικά συστατικά αλλά και οξυγόνο από το περιβάλλον, με τελικό προϊόν απόδοσης όλης αυτής της διεργασίας τα προϊόντα του μεταβολισμού όπως η έκλυση ενέργειας. Η ενέργεια συνεπώς χρειάζεται για όλες τις μεταβολικές οδούς. Πέρα από τις βασικές ανάγκες του οργανισμού, επιπλέον ενέργεια χρειάζεται κατά τη διάρκεια φυσικής δραστηριότητας είτε σε επίπεδο ψυχαγωγίας, είτε επαγγέλματος, είτε αθλητισμό.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ
ΓΝΩΣΙΑΚΟΙ	Αυτοσυγκράτηση, συναισθήματα, παλαιότερες εμπειρίες, προσαρμοσμένοι συσχετισμοί
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ	Θρησκευτικές πεποιθήσεις, μόρφωση, παράδοση, επίκτητες εμπειρίες, επίπεδα οικονομικών εσόδων

ΓΕΥΣΤΙΚΟΙ	Γευστικότητα, επίκτητες/ innate προτιμήσεις, ειδικός για τις τροφές κορεσμός, αισθητηριακά σήματα σχετιζόμενα με τα θρεπτικά συστατικά, γεγονότα κεφαλικής τάσης
ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ	Ορεξιογόνα, και ανορεξιογόνα πεπτιδία, εντερο-μονωτικός άξονας, λιποστατικά σήματα, συμπαθητική/παρασυμπαθητική ισορροπία
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΙ	Διατροφική σύσταση, περιεκτικότητα σε νερό, ενεργειακή πυκνότητα, ικανότητα πέψης, pH, οσμωτικότητα, απελευθέρωση πεπτιδίων/ ορμονών/ νευρικών σημάτων, μέγεθος στομάχου, μηχανική διάταση, ρυθμός κένωσης, απορρόφηση
ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ	Καταμερισμός/ ροή θρεπτικών συστατικών, αλληλεπιδράσεις θρεπτικών συστατικών-γονότυπου, ηπατικός μεταβολισμός
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΟΙ	Ηλικία, φύλο, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, επάγγελμα, κατανομή γευμάτων, επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, αναπτυξιακό στάδιο

Πίνακας 1. Βασικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τα συστήματα όρεξης του ανθρώπου

IV. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Ορισμός φυσιολογικού βάρους

Φυσιολογικό βάρος είναι αυτό που επιτρέπει στον ασκούμενο ή μη μια καλή υγεία, φυσιολογικό ή λίγο μικρότερο ποσοστό λίπους και σωστή βιολογική λειτουργία. Επιπλέον το βάρος του πρέπει να είναι τέτοιο που να το αντέχει ο σκελετός του και τέλος δεν επιβαρύνει

την λειτουργία της καρδιάς.

Το φυσιολογικό βάρος που πρέπει να έχει κάθε άτομο, ασκούμενο και μη, καθορίζεται από τους εξής παράγοντες:

- Το σωματικό ύψος.
- Το βάρος του σκελετού.
- Τον Δείκτη Μάζας Σώματος.
- Το αποδεκτό Ποσοστό Σωματικού Λίπους.

Ο αριθμός των κιλών που πρέπει να ζυγίζει ένα άτομο, βάσει του ύψους και της κατασκευής του, για να έχει και να διατηρεί την καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας. Πολλοί πίνακες, όπως είναι ο Metropolitan Life Height and Weight Table, δείχνουν το ιδανικό σωματικό βάρος για τους άνδρες και τις γυναίκες, ανάλογα με το ύψος. Αυτοί οι πίνακες αναφοράς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να τεθούν οι στόχοι σε ασθενείς με υψηλότερο ή χαμηλότερο από το φυσιολογικό σωματικό βάρος. (45)

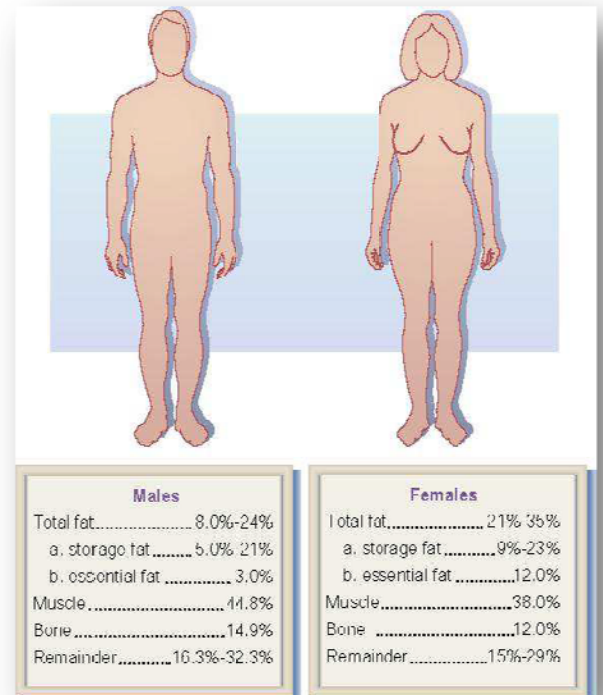
Διαγράμματα Ύψους-βάρους

Παλιότερα το φυσιολογικό-ιδανικό βάρος προέκυπτε από τα διαγράμματα που υπολόγιζαν το βάρος συνάρτηση με το ύψος. Στην συνέχεια όμως με την εξέλιξη της επιστήμης της σωματομετρίας προστέθηκαν και άλλοι παράγοντες όπως ο Δ.Μ.Σ. και το Π.Σ.Λ.

Τα διαγράμματα ύψους-βάρους χρησιμοποιούνται στο εξωτερικό από πολλές ασφαλιστικές εταιρείες, για τον προσδιορισμό του ιδανικού ή φυσιολογικού βάρους του σώματος.

Τρόποι υπολογισμού του Φυσιολογικού Βάρους σε σχέση με το ύψος

Υπάρχουν δύο τρόποι που συνήθως χρησιμοποιούνται για τον πρακτικό υπολογισμό του φυσιολογικού-ιδανικού βάρους χωρίς εργαστηριακές μετρήσεις:



- Από τα εκατοστά του ύψους αφαιρούμε τον αριθμό 10.

- Πολλαπλασιάζουμε το τετράγωνο του ύψους επί 25 για τους άντρες και επί 24 για τις γυναίκες.

Στον πρώτο τρόπο συγκρίνουμε τα κιλά του σωματικού βάρους με τα εκατοστά του ύψους πάνω από το μέτρο.

Για τους άντρες το βάρος θεωρείται:

Ιδανικό όταν είναι περίπου 10% χαμηλότερο από τα εκατοστά του ύψους.

Κανονικό όταν είναι στο κλειστό όριο του -10 έως +2 από τα εκατοστά του ύψους.

Ελλειποβαρές όταν είναι -11 κάτω από τα εκατοστά του ύψους.

Υπέρβαρο όταν είναι +3 πάνω από τα εκατοστά του ύψους .

Για τις γυναίκες το βάρος θεωρείται:

Ιδανικό όταν είναι -10 έως -12 χαμηλότερο από τα εκατοστά του ύψους.

Κανονικό όταν είναι στο κλειστό όριο -9 έως -5 από τα εκατοστά του ύψους.

Ελλειποβαρές όταν είναι -16 κάτω από τα εκατοστά του ύψους.

Υπέρβαρο όταν είναι -4 και πάνω από τα εκατοστά του ύψους.

Προσοχή

Τα παραπάνω ισχύουν για αυτούς που έχουν ηλικία από 18 έως 30 ετών.

Κάτω από την ηλικία των 18 ετών δεχόμαστε διάφορα προς τα πάνω 2% για κάθε έτος.

Πάνω από την ηλικία των 30 ετών δεχόμαστε διαφορά προς τα κάτω 1% για κάθε 5 χρόνια.

Αξιολόγηση σκελετού

Ένας άλλος παράγοντας είναι που παίζει σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό του φυσιολογικού βάρους είναι αυτός του βάρους του σκελετού. Είναι αδύνατον να προσδιοριστεί το ιδανικό βάρος χωρίς πριν να υπολογιστεί η διαφορετικότητα των σκελετών από άποψη βάρους. Αυτό είναι πολύ εύκολο να το βρείτε με το να μετρήσετε την περίμετρο του δεξιού καρπού. Βάση του αποτελέσματος που θα βρείτε οι σκελετοί χωρίζονται για άντρες και γυναίκες στις εξής κατηγορίες:

Πίνακας Φυσιολογικού Βάρους σύμφωνα με τα στοιχεία της ασφαλιστικής εταιρίας Metropolitan Life της Νέας Υόρκης			
ΑΝΔΡΕΣ		ΣΚΕΛΕΤΟΣ	
Ύψος	ΕΛΑΦΡΥΣ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΒΑΡΥΣ
	1.55	51-54	54-59
1.60	53-57	56-62	60-67
1.67	58-62	60-67	64-73
1.70	60-64	63-69	67-75
1.75	64-68	66-75	70-79
1.80	67-72	70-77	74-84
1.85	71-76	74-82	78-88
1.90	74-79	78-86	83-93
ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΚΕΛΕΤΟΣ	
Ύψος	ΕΛΑΦΡΥΣ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΒΑΡΥΣ
	1.42	42-44	44-49
1.45	43-46	45-50	48-55
1.50	45-49	47-53	51-58
1.60	50-54	53-59	57-64
1.65	54-58	56-63	60-68
1.70	57-61	60-67	64-72
1.75	61-65	63-70	68-76

ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΚΑΡΠΟΥ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
	ΣΚΕΛΕΤΟΣ	ΣΚΕΛΕΤΟΣ
<14 ΕΚΑΤΟΣΤΑ	ΠΟΛΥ ΕΛΑΦΡΥΣ	ΑΡΚΕΤΑ ΕΛΑΦΡΥΣ
15-16 ΕΚΑΤΟΣΤΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΕΛΑΦΡΥΣ	ΕΛΑΦΡΥΣ
17-18 ΕΚΑΤΟΣΤΑ	ΕΛΑΦΡΥΣ	ΜΕΤΡΙΟΣ
18,1-19 ΕΚΑΤΟΣΤΑ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΒΑΡΥΣ
19,1-20 ΕΚΑΤΟΣΤΑ	ΒΑΡΥΣ	ΠΟΛΥ ΒΑΡΥΣ
>21 ΕΚΑΤΟΣΤΑ	ΠΟΛΥ ΒΑΡΥΣ	ΑΝΤΡΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

Το ποσοστό λίπους για ιδανικό βάρος

Το ποσοστό λίπους εξαρτάται από το φύλο (οι γυναίκες έχουν περισσότερο λίπος από τους άντρες), την ηλικία (αύξηση του συνολικού σωματικού λίπους με την αύξηση της ηλικίας), την κατάσταση της υγείας του κάθε ατόμου, την κληρονομικότητα και τη μέθοδο με την οποία γίνεται η μέτρηση σωματικού λίπους. Επίσης τα επιθυμητά ποσοστά λίπους στους αθλητές είναι μικρότερα από το γενικότερο πληθυσμό, 5-12% περίπου για τους άντρες και 10-16% περίπου για τις γυναίκες, αλλά μπορεί να διαφέρουν και ανάλογα με το είδος του αθλήματος.

Ο μέσος άνδρας έχει περίπου 15% ολικό λίπος εκ των οποίων το 10-12% είναι αποταμιευτικό λίπος και το υπόλοιπο 3-5% είναι δομικό.

Η μέση γυναίκα έχει ολικό λίπος 20-26%, ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που έχει κάνει, εκ των οποίων το 8-12% είναι το δομικό λίπος. Ωστόσο για τις περισσότερες γυναίκες (με εξαίρεση την εγκυμοσύνη) το λίπος μάλλον παρά η μυϊκή μάζα είναι που επηρεάζει περισσότερο το σωματικό βάρος. Μεταξύ της ηλικίας 30 - 60 το ποσοστό λίπους σε αγύμναστες γυναίκες αυξάνει σταθερά με μέσο όρο αύξησης 1,5 - 2% ανά δεκαετία. (45)

ΗΛΙΚΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΛΙΠΟΥΣ %	
Διεθνές σύστημα μονάδων(SI)	$\Delta\text{ΜΣ} = \text{βάρους(kg)} / (\text{ύψους})^2 (\text{m}^2)$	
Αγγλοσαξονικό σύστημα	$\Delta\text{ΜΣ} = \text{βάρους(lb)} * 703 / (\text{ύψους})^2 (\text{in}^2)$	
	$\Delta\text{ΜΣ} = \text{βάρους(lb)} * 4,88 / (\text{ύψους})^2 (\text{ft}^2)$	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
20-30 ετών	15-20%	20-25%
31-40 ετών	17-22%	25-28%
41-50 ετών	20-25%	28-32%
51 ετών και άνω	25-28%	30-35%

Ο δείκτης μάζας σώματος

Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ, body mass index (BMI), ή Quetelet index) είναι μία γενική ιατρική ένδειξη για τον υπολογισμό του βαθμού παχυσαρκίας ενός ατόμου. Λόγω του εύκολου υπολογισμού του είναι ένα ευρέως διαδεδομένο διαγνωστικό εργαλείο των πιθανών προβλημάτων υγείας ενός ατόμου σε σχέση με το βάρος του. Δημιουργήθηκε το 1832 από τον Adolphe Quetelet. Ο ΔΜΣ είναι ένας αξιόπιστος δείκτης του σωματικού λίπους για τους περισσότερους ανθρώπους και χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει κατηγορίες βάρους που μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας. Ο ΔΜΣ δεν είναι ακριβής σε αθλητές και πολύ μυώδεις ανθρώπους (οι μύες ζυγίζουν περισσότερο από το λίπος), καθώς μπορεί να κατηγοριοποιήσει κάποιον σε υψηλότερο ΔΜΣ παρότι έχει υγιή επίπεδα σωματικού λίπους. Επίσης, δεν είναι ακριβής σε εγκύους και θηλάζουσες γυναίκες και σε σωματικά αδύναμους ανθρώπους.

Ο υπολογιστής του ΔΜΣ είναι μόνο ένας οδηγός για τη γενική υγεία σας. Η περιφέρεια μέσης, το επίπεδο σωματικού λίπους, η πίεση αίματος, η χοληστερόλη, η φυσική δραστηριότητα, η αποχή από το κάπνισμα και το πόσο υγιεινή είναι η διατροφή σας είναι επίσης σημαντικά.

Για παράδειγμα: Άτομο με ύψος 1,80 μέτρα και βάρος 80 κιλά έχει $\Delta\text{ΜΣ}=80/(1,80*1,80)=24,69$

Εάν δεν είναι δυνατός ο προσδιορισμός του ποσοστού λίπους από άλλες μεθόδους τότε χρησιμοποιείται ο ΔΜΣ σαν ποσοστό λίπους. Παγκοσμίως έχει γίνει αποδεκτή η εξής κατηγοριοποίηση:

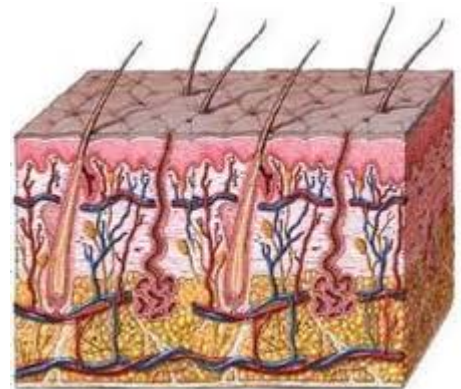
- Ποσοστό λίπους μικρότερο από 18,5 δείχνει ότι το άτομο είναι ελλιποβαρές.
- Ποσοστό λίπους μεταξύ 18,5 και 24,9 δείχνει ότι το άτομο έχει φυσιολογικό βάρος.
- Ποσοστό λίπους μεταξύ 25 και 29,9 δείχνει ότι το άτομο είναι υπέρβαρο.
- Ποσοστό λίπους 30 και μεγαλύτερο δείχνει ότι το άτομο πάσχει από παχυσαρκία.

Εξαρτάται πάρα πολύ από το φύλο, την ηλικία και το σωματότυπο του ατόμου. Άτομα που αθλούνται ή έχουν γενικά αρκετούς μυς έχουν μεγαλύτερο ΔΜΣ χωρίς να έχουν περισσότερο λίπος. Άτομα που λόγω ηλικίας ή παθήσεων έχουν χάσει μυϊκή μάζα θα έχουν μικρότερο ΔΜΣ χωρίς αυτό να σημαίνει πως έχουν λιγότερο λίπος. Επίσης άτομα στα οποία λείπει τμήμα του σώματος (κάποιο άκρο ή κάποιο όργανο του σώματος) θα έχουν μικρότερο ΔΜΣ.

Ειδικά για τα παιδιά χρησιμοποιούνται ξεχωριστοί πίνακες που προέρχονται από στατιστικά στοιχεία για κάθε ομάδα ατόμων (σε διαφορετικές ηπείρους έχουμε διαφορετικούς πίνακες), ηλικία και φύλο.

Το δέρμα

Το δέρμα είναι ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του σώματος. Κάθε φορά που ο οργανισμός υποφέρει από κάποια νόσο το δέρμα επηρεάζεται. Τα άτομα με φυσιολογικό βάρος διαθέτουν υγιές δέρμα χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, το χρώμα του δέρματος οφείλεται στη φυσιολογική χρωστική, τη μελανίνη, το πάχος της κερατίνης στιβάδας της επιδερμίδας, τον αριθμό και την ανατομική θέση των επιπολής αγγείων. Το χρώμα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ροδαλό υποδηλώνοντας την καλή και



πλούσια αιμάτωση του δίνοντάς του ζωντάνια και υγεία. Το δέρμα φαίνεται να είναι γεμάτο από θρεπτικά συστατικά, μιας και η διατροφή των ατόμων αυτών είναι πλούσια από ιχνοστοιχεία που βοηθούν το κολλαγόνο και την ελαστίνη να παρέχουν στο άτομο ένα ελαστικό και σφριγηλό δέρμα. Το πάχος του δέρματος, ποικίλλει από άτομο σε άτομο και από σημείο του σώματος σε άλλο σημείο. Ακόμη διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο και την ηλικία. Είναι λεπτότερο στις γυναίκες και τα παιδιά και παχύτερο στους ενήλικες άντρες.

Η εικόνα του είναι λαμπερή χωρίς σημάδια ατονίας, διήθησης και πρόωρης γήρανσης. Πλούσιο σε βιταμίνες A, B και C αντιστέκεται με φυσικούς φραγμούς όπως η ηλιακή ακτινοβολία και σε ρυπογόνες ουσίες που μπορούν να προκαλέσουν ενδεχόμενη μόλυνση. Συνήθως τα άτομα με φυσιολογικό βάρος που ακολουθούν και σωστή διατροφή λόγω της περιεκτικότητας της σε φρούτα, λαχανικά και πολύ νερό έχουν πολύ ενυδατωμένο δέρμα χωρίς εμφανή προβλήματα ξηρότητας ή υπερέκκριση σμήγματος από τους σμηγματογόνους αδένες. Συνήθως, λόγω του ότι τα άτομα αυτά δεν ταλαιπωρούνται από έντονες και συχνές αυξομειώσεις του σωματικού τους βάρους το δέρμα δεν παρουσιάζει χαλάρωση ή ραγάδες. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός πως σε γυναίκες με ιδανικό ποσοστό λίπους εκλείπει ο « φλοιός πορτοκαλιού» (κυτταρίτιδα) που τις απασχολεί ιδιαίτερα κυρίως στην περιοχή των γλουτών και των μηρών. Τέλος, το δέρμα μοιάζει λείο και απαλό με εμφανή τα σημάδια υγείας κ ζωτικότητας.

Η υγεία

Μέσα στην πληθώρα των διαιτών και των μυστικών για απώλεια βάρους, με τη λαχτάρα για απώλεια κιλών και την ατέρμονη προσπάθεια να πλησιάσει κανείς τα καλλίγραμμα πρότυπα της εποχής μας, χάνεται η ουσία και ο σκοπός του ‘αδυνατίσματος’. Ο λόγος γίνεται για το ‘φυσιολογικό βάρος’, ένα βάρος, διαφορετικό για τον καθένα, το οποίο χαρίζει στον άνθρωπο την καλύτερη δυνατή υγεία και τις λιγότερες πιθανότητες να νοσήσει. Και τι πιο σημαντικό, αλήθεια, από την υγεία; Κάποιος που έχει βάρος πέραν του φυσιολογικού ανάλογα με το ύψος του, κινδυνεύει να εμφανίσει διάφορες ασθένειες, είτε αυτό είναι υψηλότερο, είτε χαμηλότερο από συνιστώμενες τιμές. Ο κίνδυνος αυξάνεται όσο πιο μεγάλη απόσταση έχει το βάρος του από την ανώτερη ή κατώτερη τιμή.

Έτσι λοιπόν, το υπερβάλλον βάρος σχετίζεται με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης υπέρτασης και αυξημένων λιπιδίων στο αίμα (χοληστερίνη), καταστάσεις που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για καρδιακή ανεπάρκεια και εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτη τύπου II, καρκίνου, άπνοια ύπνου, χολόλιθων, οστεοαρθρίτιδα. Πολλές φορές η παχυσαρκία ευθύνεται για κατάθλιψη, υπογονιμότητα / στειρότητα, κίρρωση ήπατος, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και διαφραγματοκήλη και επιπλοκές της κύησης.

Ένα άτομο λιποβαρές παρουσιάζει αυξημένες πιθανότητες για οστεοπόρωση, αναιμία, υπόταση, καρδιακή ανεπάρκεια, γαστρίτιδες, τριχόπτωση, ορμονικά προβλήματα, υπογονιμότητα ή επιπλοκές εγκυμοσύνης, προβλήματα εμμήνου ρύσης και ευαισθησία σε μολύνσεις λόγω χαμηλής άμυνας του οργανισμού.

Ένα άτομο με φυσιολογικό βάρος σώματος, έχει μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης όλων των παραπάνω προβλημάτων υγείας. Σαν οργανισμός λειτουργεί σε πολύ καλά επίπεδα, έχοντας και τις προϋποθέσεις να αγγίξει τα μέγιστα επίπεδα ευεξίας και ψυχολογικής ηρεμίας.

Να σημειωθεί όμως, ότι πέρα από ένα καλό βάρος σώματος, δείκτης υγείας αποτελεί και ένα καλό ποσοστό λίπος σώματος, που σχετίζεται περισσότερο με την ποιότητα της διατροφής. Ο συνδυασμός ενός καλού βάρους και λίπους σώματος, θα μας χαρίσει τη βάση για μια καλή υγεία.

Η ψυχολογία

Η αυτοπεποίθηση είναι σημαντικός παράγοντας στις σχέσεις, στη δουλειά, στην υγεία. Σημαίνει ότι μπορεί το άτομο να είναι ρεαλιστικά και δημιουργικά σε επαφή με τον κόσμο των δυνατοτήτων του και των ταλέντων του. Ότι πιστεύει ότι ο εαυτός του αξίζει, ότι έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητές του και ότι έχει επίγνωση των ορίων του. Μπορεί έτσι να βιώνει την κάθε στιγμή της καθημερινότητάς του, να επιτυγχάνει τους στόχους του και να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες του. Στις μέρες μας υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι έχουν ό,τι θέλουν στη ζωή τους, τη σχέση που τους ικανοποιεί, το επάγγελμα που τους αρέσει και είναι ευχαριστημένοι με τον εαυτό τους. Άλλες φορές όμως χωρίς να συμβεί τίποτα το σημαντικό και κάτι πάει ανάποδα είτε στις σχέσεις είτε στη δουλειά κλονίζεται η πίστη στο εαυτό τους. Η αυτοεκτίμηση δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί ούτε να μετρηθεί. Όμως πολλοί ψυχολόγοι στρέφουν τη προσοχή τους σε αυτή την έννοια για την ψυχική υγεία των ανθρώπων. Η εκτίμηση, η αγάπη και η αποδοχή που έχει



κάποιος για τον εαυτό του, φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη ψυχική ισορροπία του εαυτού του.

Κάθε άνθρωπος έχει μια εικόνα για τον εαυτό του που περιλαμβάνει όλες τις πλευρές του εαυτού του: τη σωματική, τη συναισθηματική, τη νοητική, την κοινωνική. Η εικόνα αυτή, όμως, σπάνια ταυτίζεται με την εικόνα που έχουν οι άλλοι γι' αυτόν και πολλές φορές η απόσταση είναι μεγάλη. Εκτός από την εικόνα που έχουν για τους εαυτούς τους, έχουν και την εικόνα ενός ιδανικού εαυτού, αυτού δηλαδή που θα θέλανε να είναι και να φτάσουνε.

Όπως προκύπτει από έρευνες οι οποίες εξετάζουν τη σχέση ανάμεσα στην υψηλή αυτοεκτίμηση και την τάση για κατάθλιψη, η υψηλή αυτοεκτίμηση είναι σπάνια σε καταθλιπτικά άτομα, ενώ άτομα που τείνουν να υπερεκτιμούν τον εαυτό τους και να τον αξιολογούν θετικά είναι περισσότερο ικανοποιημένα από τη ζωή τους και παρουσιάζουν πολύ λιγότερο και σπανιότερα ψυχικές διαταραχές. Τι συμβαίνει ακριβώς και πώς μπορεί η έλλειψη αυτοεκτίμησης να επηρεάσει τόσο τη συναισθηματική κατάσταση και την ψυχική ισορροπία ενός ανθρώπου; Από τις παρατηρήσεις ψυχολόγων και ψυχοθεραπευτών σχετικά με αντιλήψεις και συμπεριφορές ατόμων που εκφράζουν αρνητική γνώμη για τον εαυτό τους και πιστεύουν ότι «δεν αξίζουν και πολλά», φαίνεται ότι τα άτομα αυτά διατηρούν μία ανάλογη στάση και απέναντι σε ότι τους συμβαίνει, δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο από τον οποίον είναι δύσκολο να βγουν. Φαίνεται λοιπόν ότι άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση:

- Πιστεύουν ότι και οι άλλοι δεν τους εκτιμούν και έχουν αρνητική γνώμη γι' αυτούς.
- Συμπεριφέρονται απέναντι στον εαυτό τους χωρίς αίσθημα ευθύνης και φροντίδας -όπως απέναντι σε ένα αντικείμενο που δεν μας πολυαρέσει και δεν έχει αξία για μας-, συχνά με συνέπειες για τη σωματική τους υγεία. Υποφέρουν συχνότερα από ψυχοσωματικές διαταραχές.
- Δεν τολμούν να εκφράσουν τις ανάγκες ή τις απαιτήσεις τους και να διεκδικήσουν αυτά που επιθυμούν, ακόμη και όταν είναι απόλυτα δικαιολογημένα.
- Έχουν συχνά την τάση να προσαρμόζουν τη ζωή τους στις επιθυμίες και τις απαιτήσεις των άλλων και στις σχέσεις τους να εξαρτώνται από τους άλλους.
- Αντιδρούν πολύ ευαίσθητα στην κριτική, ακόμη και όταν αυτή είναι καλοπροαίρετη, και συμπεριφέρονται καχύποπτα και αμυντικά.

- Έχουν συχνά αυστηρή και αρνητική στάση και απέναντι στους άλλους, εστιάζουν στα ελαττώματά τους και δεν δείχνουν επιείκεια και ανεκτικότητα.

Αυτές όμως οι συμπεριφορές έχουν ως αποτέλεσμα και την ενίσχυση της αρνητικής εικόνας του εαυτού τους, επειδή ακριβώς δυσχεραίνουν την επικοινωνία, προκαλούν την απομάκρυνση ή την απόρριψη των άλλων και δημιουργούν αρνητικό κλίμα και σε ατομικό αλλά και σε διαπροσωπικό επίπεδο. Έτσι το άτομο κλίνεται στον εαυτό του, ζει στη μοναξιά του και προσπαθεί να καταφύγει σε μεθόδους που θα τον κάνουν να νιώσει άξιος. Τη λύτρωση τη βρίσκουν είτε με την υπερβολική κατανάλωση φαγητού (βουλιμία) είτε με την ολοκληρωτική έλλειψη του (ανορεξία).

Γενικές διατροφικές συμβουλές

Υπάρχουν κάποιες γενικές διατροφικές συμβουλές για τη διατήρηση του σωματικού βάρους και είναι πολύ σημαντικές για τη σωστή λειτουργία του μεταβολισμού. Αρχικά πρέπει να γίνεται κατάποση νερού 6-8 ποτήρια καθημερινά. Το ημερήσιο διαιτολόγιο είναι ιδανικό να περιλαμβάνει 3 κύρια γεύματα (πρωινό- μεσημεριανό- βραδινό) και 3 ενδιάμεσα (δεκατιανό – απογευματινό – απόδειπνο).

Τα γεύματα πρέπει να καταναλώνονται στο τραπέζι και όχι βιαστικά σε όρθια στάση ή μπροστά στην τηλεόραση καθώς ο εγκέφαλος δεν προλαβαίνει να εκλάβει το μήνυμα του κορεσμού και η κατάληξη είναι η κατανάλωση επιπλέον ποσότητας φαγητού. Επιπλέον αν η κατάποση της τροφής γίνεται σε μικρές μπουκιές και η μάσηση είναι αργή καταφέρνουμε να μειώσουμε την ποσότητα με την οποία θα επέλθει ο κορεσμός.

Τα φρούτα , τα λαχανικά, το ψάρι και το κοτόπουλο ας κυριαρχούν στις καθημερινές διατροφικές μας συνήθειες καθώς είναι πλούσια σε βιταμίνες και θρεπτικά συστατικά.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως ακόμη και κάποια παραβίαση του διαιτολογίου να γίνει δεν πρέπει να το χρησιμοποιήσουμε ως δικαιολογία και να συνεχιστούν οι λανθασμένες επιλογές αλλά να αναγνωριστεί ότι πισωγυρίσματα συμβαίνουν πάντα και μπορεί άνετα να συνεχιστεί το πρόγραμμα ελέγχου του βάρους. (55)

Υ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΩΝ

Οι διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής (Eating Disorders) συγκεντρώνουν αυξανόμενο ενδιαφέρον την σύγχρονη εποχή, καθώς ένας όλο και μεγαλύτερος αριθμός ανθρώπων και κυρίως γυναικών παρουσιάζει προβλήματα στην συμπεριφορά που σχετίζεται με το φαγητό.

Ως διαταραχή της όρεξης ορίζεται μια επίμονη διατάραξη της συμπεριφοράς της πρόσληψης τροφής ή μια συμπεριφορά που έχει στόχο τον έλεγχο του βάρους η οποία διαταράσσει σημαντικά την σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Οι άνθρωποι που βιώνουν κάποιας μορφής διατροφική διαταραχή συνήθως εστιάζουν, όσο σχεδόν σε τίποτα άλλο, στην διατροφή τους, στις διατροφικές τους συνήθειες ή στο σωματικό τους βάρος.

Στις διαταραχές πρόσληψης τροφής δυο είναι οι κυριότερες προσδιοριζόμενες μορφές:

- Η ανορεξία και
- Η βουλιμία

Ως επακόλουθο της βουλιμιάς θα μπορούσε να χαρακτηριστεί μια ακόμη σημαντική διαταραχή όπως είναι η παχυσαρκία.

Επίσης στις διαταραχές πρόσληψης τροφής ανήκουν και οι μη προσδιοριζόμενες μορφές. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται οι διαταραχές που δεν πληρούν τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμιάς. Για παράδειγμα τέτοιες περιπτώσεις είναι αυτές των γυναικών, που έχουν ένα σωματικό βάρος κάτω του φυσιολογικού, ωστόσο δεν έχουν παρουσιάσει άλλα συμπτώματα (π.χ. αμηνόρροια) και κατά συνέπεια, δεν πληρούν τα κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας. Άλλο παράδειγμα είναι ένα άτομο που παρουσιάζει συχνά επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία



συνοδεύονται και από αυτό-προκαλούμενους εμετούς, αλλά η συχνότητα εμφάνισής τους είναι μικρότερη από 2 φορές την εβδομάδα. Πρέπει να επισημανθεί ότι οι διαταραχές αυτές

αποτελούν την πλειονότητα των περιπτώσεων που εξετάζονται και παρακολουθούνται από κλινικούς.

Η ανορεξία και η βουλιμία αποτελούν σοβαρές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπου η ασιτία και η υπερφαγία αποτελούν τα συμπτώματα, που οφείλονται σε υποκείμενες ψυχολογικές και συναισθηματικές δυσκολίες. Εκφράζουν δηλαδή ασυνείδητα, έναν τρόπο αντιμετώπισης της ζωής που υιοθετεί το άτομο όταν βρίσκεται μπροστά σε προβλήματα που φαίνονται δύσκολα και δυσεπίλυτα και για τα οποία δε διαθέτει επαρκή προετοιμασία. Η εστίαση στο φαγητό, η υπερφαγία ή η άρνηση πρόσληψης τροφής αποκλείουν την επεξεργασία επώδυνων συναισθημάτων. Αυτές οι σοβαρές ασθένειες εμφανίζονται κυρίως σε έφηβες και νεαρές γυναίκες (λιγότερο από 10% των ασθενών είναι άντρες). (74)

Επιδημιολογία

Στη νοσολογική οντότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής (eating disorders) που όπως αναφέρθηκε περιλαμβάνονται η ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa) και η ψυχογενής βουλιμία (bulimia nervosa). Η επιδημιολογική έρευνα των διαταραχών αυτών αναπτύχθηκε κυρίως στις τελευταίες δυο δεκαετίες. Αυτό κυρίως οφείλεται στην ανάπτυξη και εφαρμογή έγκυρων και αξιόπιστων κλινικών κριτηρίων. Υπάρχουν όμως ενδείξεις από κλινικές περιγραφές ότι υπήρξαν περιπτώσεις διαταραχών πρόσληψης τροφής και συγκεκριμένα ψυχογενούς ανορεξίας σε κορίτσια οικογενειών ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα στις Η.Π.Α. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, από το 1980 μέχρι σήμερα υπάρχει σημαντικός αριθμός επιδημιολογικών ερευνών σε νεανικούς πληθυσμούς με την εφαρμογή κλινικών κριτηρίων, κυρίως του DSM-III-R, για την αποκάλυψη περιπτώσεων ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας, ενώ υπάρχουν και επιδημιολογικές έρευνες που βασίστηκαν σε αρχαιακό κλινικό υλικό που προέρχεται από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας ή ψυχικής υγείας. Από μια σειρά κλινικό-επιδημιολογικών ερευνών βρέθηκε ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν μεγάλη συχνότητα μεταξύ των κοριτσιών ηλικίας 12-17 και νεαρών γυναικών 18-24 ετών ενώ στις αντίστοιχες ηλικίες των αγοριών και νέων ανδρών η εμφάνιση των διαταραχών αυτών είναι ελάχιστη ή ανύπαρκτη.

Ένα επίσης ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι τα άτομα που νοσούν από διαταραχές πρόσληψης τροφής προέρχονται από οικογένειες υψηλής κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης.

Η συχνότητα στις δυτικές κοινωνίες

Παρά την ύπαρξη αρκετών επιδημιολογικών μελετών, ο προσδιορισμός του δείκτη επικράτησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής αποδείχθηκε δύσκολος, επειδή συχνά οι εκτιμήσεις από τις διάφορες εργασίες καταλήγουν σε διαφορετικά ποσοστά. Η Ψυχογενής Ανορεξία παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα. Είναι σπάνια διαταραχή και επομένως απαιτείται μεγάλο τμήμα γενικού πληθυσμού προκειμένου να εξαχθούν αξιόπιστες εκτιμήσεις. Άλλα προβλήματα σχετίζονται με την ποικιλία στην κλινική έκφραση της νόσου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που αναφέρονται σε μη κλινικό περιβάλλον, αλλά και με την απροθυμία των ατόμων που πάσχουν να συμμετάσχουν σε έρευνες πληθυσμών. Μια μελέτη που αντιμετώπισε ικανοποιητικά τις δυσκολίες αυτές, είναι αυτή των Rastam και συν η οποία μελέτησε το σχολικό πληθυσμό του Gotenberg για ψυχογενή ανορεξία και υπολόγισε το δείκτη επικράτησης να βρίσκεται στο 0,7% για κορίτσια ηλικίας 16 ετών. Οι εκτιμήσεις για το δείκτη επίπτωσης ποικίλλουν και αυτές σημαντικά. Τα χαμηλότερα ποσοστά είναι αυτά που υπολογίστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '80 από αρχεία περιπτώσεων και ανεβάζουν το δείκτη σε 4-5/100.000 κατοίκους, ενώ μελέτες που έγιναν σε περιβάλλοντα όπως ιατρεία γενικών γιατρών, ή με τη χρήση των αρχείων όλων των υπηρεσιών, βρίσκουν υψηλότερα ποσοστά. Οι έρευνες για την Ψυχογενή Βουλιμία εμφανίζουν παρόμοια προβλήματα, τόσο γιατί η βουλιμία συχνά έχει κυμαινόμενη πορεία, όσο και επειδή οι βουλιμικές συμπεριφορές και τα συμπτώματα εμφανίζονται σε ένα συνεχές φάσμα, με μεμονωμένα συμπτώματα να είναι παρόντα συχνά στο γενικό πληθυσμό. Επειδή δεν έχουν χρησιμοποιηθεί όμοια κριτήρια αξιολόγησης, τα ποσοστά κυμαίνονται ανάλογα με το διαγνωστικό σύστημα που χρησιμοποιήθηκε σε κάθε μελέτη. Αργότερα, υιοθετήθηκαν οι μελέτες δύο σταδίων: αρχικά η εξέταση ενός πληθυσμού με αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια και κατόπιν τα άτομα με υψηλή βαθμολογία, καθώς και ένα μέρος από τα άτομα με χαμηλή, εξετάζονται σε δεύτερο στάδιο σε συνέντευξη και αξιολογούνται κλινικά. Τα ευρήματα από αυτού του τύπου τις μελέτες βρίσκονται χονδρικά σε συμφωνία, υπολογίζοντας ότι 3%-5% των νεαρών γυναικών εμφανίζουν κλινικά συμπτώματα διαταραχής πρόσληψης τροφής. Γενικά, η ψυχογενής βουλιμία φαίνεται να είναι η συχνότερη κλινική διαταραχή στην πρόσληψη τροφής.

Το Ελληνικό τοπίο στις διαταραχές πρόσληψης τροφής (Σύμφωνα από έρευνες)

Η αντίληψη πως οι ΔΤ είναι πολύ συχνότερες στις βιομηχανικές κοινωνίες βασίζεται στο γεγονός πως σε αυτές το να θεωρείται μια γυναίκα ελκυστική συσχετίζεται ιδιαίτερα με το να είναι αδύνατη, καθώς και στη διαπίστωση πως η δυτικοποίηση μιας κοινωνίας συνδέεται σταθερά με την αύξηση του ποσοστού των παθολογικών καταστάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής, έτσι ώστε, και λόγω της επίδρασης των ΜΜΕ, καμία κοινωνία να μη θεωρείται πλέον απροσπέλαστη στην ανάπτυξη των ΔΤ. Με την παραπάνω λογική είναι αυτονόητο πως η συχνότητα διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής, στον ελληνικό χώρο αυξάνει. Η πρώτη προσπάθεια διερεύνησης της συχνότητας των



ΔΤ στον ελληνικό χώρο έγινε από μια ελληνο-γερμανική επιστημονική ομάδα τη δεκαετία του 1980. Η έρευνα αυτή έδειξε πως η συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας σε κορίτσια ηλικίας 13-19 ετών ήταν 0,41% σε μαθήτριες σχολείων της Βέροιας και 0,35% των Ιωαννίνων. Τα ποσοστά αυτά ίσως φαίνονται μικρά, πρέπει όμως να συνυπολογίσουμε πως η έρευνα έγινε πριν από αρκετά χρόνια, και πως οι πόλεις της Βέροιας και των Ιωαννίνων δεν αντιπροσωπεύουν ίσως τον τυπικό αστικό και βιομηχανοποιημένο χαρακτήρα της ελληνικής

πραγματικότητας. Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη δεκαετία του 1990 στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης αφορούσε την διερεύνηση διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στη πρόσληψη τροφής σε μαθητές και μαθήτριες λυκείων της πόλης της Θεσσαλονίκης, ηλικίας 17 ετών. Το ποσοστό των κοριτσιών με τις «παθολογικές» στάσεις και συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής ήταν ιδιαίτερα υψηλό(24,8%), ενώ το αντίστοιχο στα αγόρια 7,8%. Τα ποσοστά αυτά είναι από τα μεγαλύτερα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία σε παρόμοιους πληθυσμούς. Η ιδιαίτερη δυσφορία και δυσαρέσκεια που βιώνουν οι ελληνίδες έφηβες για το σώμα τους, σε συνάρτηση με τα ακραία πρότυπα εικόνας σώματος που έχουν, τις κάνει να καταφεύγουν σε παθολογικές συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής, και κατά συνέπεια προκαλούνται κίνδυνοι ανάπτυξης ανορεκτικών και βουλιμικών

συνδρόμων. Η παραπάνω υπόθεση επιβεβαιώνεται και από τις απαντήσεις τους σε μια σειρά ερωτήσεων σχετικών με το βάρος τους και τη διαίτα.

Μόνο το 50% των κοριτσιών και το 58% των αγοριών θεωρούν το βάρος τους κανονικό για το ύψος και την ηλικία τους. Δύο στα τρία κορίτσια (65%), σε αντίθεση με 1 στα 3 αγόρια (33,5%), θα ήθελαν να χάσουν κιλά, φανερώνοντας έτσι ότι ένα 15% των κοριτσιών, παρότι θεωρεί το βάρος του κανονικό, θα ήθελε να αδυνατίσει. Δύο περίπου στα τρία κορίτσια (66%) και 1 στα 4 αγόρια (27%) είχαν προσπαθήσει να κατά το παρελθόν να χάσουν κιλά. Τρία περίπου στα τέσσερα κορίτσια (73%) και 1 στα 2 αγόρια (52%) που προσπάθησαν να χάσουν κιλά τα κατάφεραν. Παρότι το 48% του συνόλου των κοριτσιών είχε στο παρελθόν καταφέρει να χάσει κιλά, το γεγονός πως το 65% εξακολουθούσε επί του παρόντος να δηλώνει πως θα ήθελε να πετύχει κάτι τέτοιο, αφήνει ανοικτές δύο υποθέσεις: η παρότι υπήρξε μία απώλεια βάρους αυτή δεν κρινόταν επαρκής, γεννώντας έτσι την επιθυμία για περαιτέρω αδυνάτισμα, η ότι μέρος του βάρους που χάθηκε με διαίτα ξανακερδήθηκε. Ένας περίπου στους 4 συμμετέχοντες (25%) στα κορίτσια και 30% στα αγόρια ανέφερε πως ήταν κάποτε ένα μάλλον παχύ παιδί, κάτι που μόνο κατά ένα μέρος εξηγεί τις προηγούμενες απόπειρες για απώλεια βάρους. Τα κορίτσια ζυγίζονται πολύ συχνότερα από τα αγόρια. Καθημερινή ενασχόληση με το βάρος του παρουσίαζε ένα 15% των κοριτσιών.

Η συγκεκριμένη έρευνα σε σχέση με έρευνες που έγιναν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες έδειξε πως το 52% των νέων ελληνίδων δήλωσε ότι προσπαθεί να χάσει βάρος και το 36% βρίσκεται μόνιμα σε διαίτα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες ήταν 27% και 9% αντίστοιχα, που γενικότερα ήταν από τα πιο υψηλά σε σχέση με τους συνομήλικους τους των υπόλοιπων 19 χωρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Το 33,3% των νέων Ελληνίδων δήλωσε ότι θεωρεί τον εαυτό του υπέρβαρο, ενώ το 8,4% παχύσαρκο. Τα ίδια ποσοστά ήταν αυξημένα κι για τους άνδρες, καθώς το 36% δήλωσαν ότι νιώθουν υπέρβαροι και το 5,5% παχύσαρκοι. Στην πραγματικότητα μόνο το 8% είχε πρόβλημα περιττού βάρους και λιγότερο απ 1% ήταν παχύσαρκοι. Συνοψίζοντας τα παραπάνω για την κατάσταση στον ελληνικό χώρο σε σχέση με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής μπορούμε να πούμε ότι οι νεαρές ελληνίδες παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής που σημαίνει πως αρκετές από αυτές έχουν αναπτύξει ανορεκτική ή βουλιμική παθολογία. Παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας για το σώμα τους. Ασχολούνται αρκετά συχνά με δίαιτες. (1)

Συνυπολογίζοντας τα παραπάνω, αλλά και τα μηνύματα των ΜΜΕ μπορούμε να συμπεράνουμε πως το πρόβλημα των διαταραχών πρόσληψης τροφής στην ελληνική πραγματικότητα είναι υπαρκτό.

Η συχνότητα με την πάροδο του χρόνου

Η συχνότητα των διατροφικών διαταραχών αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Περίπου 1% των γυναικών αναπτύσσουν ανορεξία μεταξύ 14-19 χρονών, και 1-3% αναπτύσσουν βουλιμία στις ηλικίες 20-23 χρονών. Δεν είναι σπάνιο να μεταπέσει ένα κορίτσι από την ανορεξία στην βουλιμία ή το αντίθετο. Ακόμη ένα ποσοστό έως και 15% των γυναικών 14-25 χρονών εμφανίζουν υποκλινική Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία που δεν εξελίσσεται σε πλήρη νόσο. Τελευταία παρατηρείται αυξητική τάση στα αγόρια, στους έγχρωμους και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις χώρες αυτές, όπως στην Κύπρο και γενικότερα στην νοτιοανατολική μεσόγειο, παρατηρείται γρήγορη αλλαγή των κοινωνικών δομών και συνηθειών και αντιγραφή των Αμερικάνικων και γενικότερα των δυτικών προτύπων σε θέματα διατροφής, ντυσίματος, αξιών και τρόπου ζωής.

Κοινά χαρακτηριστικά

Η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζουν πολλά κοινά μεταξύ τους χαρακτηριστικά, όχι μόνο σε κλινικό επίπεδο, όπως η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος, αλλά και σε συμπεριφοριστικό (μείωση και έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας, δυσκολία στην επικοινωνία με την οικογένεια, τους φίλους και τον θεραπευτή τους) και σε γνωστικό επίπεδο (διεργασιακά λάθη στη ερμηνεία σωματικών αισθήσεων, σκέψεις γύρω από το φαγητό, πολλά σχήματα σχετικά με την πρόσληψη τροφής). Μάλιστα, δεδομένου ότι το 50% των ανορεκτικών εμφανίζει στην ζωή του βουλιμικά επεισόδια, αρκετά άτομα κινούνται διαγνωστικά μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών (Παπακώστας, 1994). Παρ' όλες τις ομοιότητες, υπάρχουν και διαφορές που συνιστούν την διάφορο-διάγνωσή τους στους τομείς της κλινικής εικόνας, αφού στην ψυχογενή βουλιμία το βάρος δεν πέφτει κάτω από τα φυσιολογικά όρια, της πρόγνωσης και της θεραπείας των διαταραχών αυτών.

Αιτιολογία

Όσο αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες που πιθανότατα οδηγούν στην γένεση των Διαταραχών της πρόσληψης τροφών, δεν υπάρχει ενιαία θεωρία. Αν και κάποιοι παράγοντες υψηλού κινδύνου έχουν αναγνωρισθεί, δεν υπάρχει άμεση αιτιολογία και οι ερευνητές μιλούν για αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων. Ειδικότερα, σημαντικές φαίνονται οι επιδράσεις του γενετικού παράγοντα. Ακόμα, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η αποφυγή της βλάβης, η επιμονή, η τελειοθηρία και τα καταναγκαστικά στοιχεία παρουσιάζονται συχνότερα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Από αναπτυξιακή σκοπιά, η ίδια η εφηβεία αποτελεί παράγοντα υψηλού κινδύνου λόγω των ψυχολογικών αντιδράσεων στο σώμα που αλλάζει, στην φύση των διαπροσωπικών σχέσεων και του άγχους που συνεπάγονται αυτές οι αλλαγές για τον έφηβο. Επιπλέον, οι οικογενειακές σχέσεις των ατόμων που εμφανίζουν διαταραχές στην πρόσληψη τροφής περιγράφονται ως κλειστές και στενές, δίνοντας προτεραιότητα στην υπερβολική προστασία, τον έλεγχο και την ασφάλεια με αποτέλεσμα να καταπνίγονται οι ανάγκες της ατομικότητας και της αυτονομίας των μελών. Επίσης, η επίδραση των κοινωνικών και πολιτισμικών συνθηκών διαδραματίζει βασικό ρόλο ειδικά στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο ρόλος της ομορφιάς και της λεπτής σιλουέτας είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην γυναικεία ταυτότητα και επηρεάζει καθοριστικά την αυτοεκτίμηση των γυναικών.

Σωματική νοσηρότητα

Από αρκετούς ερευνητές υποστηρίχθηκε η άποψη ότι το ιστορικό μιας σοβαρής σωματικής νόσου αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη, αργότερα, ψυχογενούς ανορεξίας. Έτσι, διάφορες σωματικές παθήσεις έχουν συσχετισθεί με την ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας, όπως βρογχικό άσθμα, φυματίωση, συγγενής τύφλωση, στραβισμός, μέση ωτίτιδα με επακόλουθο βαρηκοΐα ή κώφωση, κρανίο-εγκεφαλική κάκωση. Εξάλλου, η ψυχογενής ανορεξία συχνά συνυπάρχει με διάφορες σωματικές παθήσεις επιπλέοντας στην κλινική τους εικόνα όπως: σακχαρώδης διαβήτης, παθήσεις του ουρογεννητικού συστήματος, νευρο-ινωμάτωση συνδρομή Turner, νόσος του Crohn, AIDS.

Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές

Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, αδρά, περιλαμβάνουν τις απόπειρες αυτοκτονίας και τις επιτυχείς αυτοκτονίες. Οι δυο αυτές μεγάλες κατηγορίες έχουν στενή σχέση μεταξύ τους αλλά και σημαντικές διαφορές. Όπως είναι γνωστό οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολλαπλάσιες των επιτυχών αυτοκτονιών. Εκτιμάται ότι σε κάθε αυτοκτονία αντιστοιχούν 10-30 απόπειρες. Στο επίπεδο των διαταραχών πρόσληψης τροφής έχουν αναφερθεί, από αρκετούς ερευνητές, θετικές συσχετίσεις τόσο με τις επιτυχείς αυτοκτονίες όσο και με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Όπως και προηγουμένως επισημάνθηκε, η αυτοκτονία θεωρείται μια από τις κύριες αιτίες θανάτου ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Αρκετοί μάλιστα ερευνητές πιστεύουν ότι αποτελεί την κυριότερη αιτία πρόωρου θανάτου των ασθενών αυτών. Συνηθέστερος τρόπος απόπειρας ή επιτυχούς αυτοκτονίας ασθενών με διαταραχές



πρόσληψης τροφής θεωρείται η υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων ή άλλων ουσιών. Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής (ψυχογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας) έχουν συσχετισθεί με παράλληλη νοσηρότητα από κατάθλιψη ή παρουσία καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογίας, με κοινωνική μόνωση, μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, σεξουαλική

κακοποίηση, κατάχρηση ή κακή χρήση ουσιών (συμπεριλαμβανομένων υπακτικών ή άλλων φαρμάκων), κατάχρηση αλκοόλ. Αρκετοί ερευνητές πιστεύουν ότι υπάρχει μια υποκατηγορία ασθενών με ψυχογενή βουλιμία που αποκαλείται «πολύ-παρορμητική βουλιμία» και η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από παρορμητικού τύπου συμπεριφορές των ασθενών σε διάφορα επίπεδα (π.χ. συνύπαρξη αποπειρών αυτοκτονίας με κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ).

Θνησιμότητα

Οι μελέτες θνησιμότητας ανορεκτικών ασθενών που πραγματοποιήθηκαν μέχρι το 1980 παρουσίαζαν μεγάλες διακυμάνσεις των δεικτών θνησιμότητας (από 0% έως 25%). Βέβαια, όλες αυτές οι μελέτες αναφέρονταν σε υπολογισμό των αδρών δεικτών θνησιμότητας χωρίς να αναφέρονται σε σταθεροποιημένους δείκτες. Ακόμη, στις μελέτες αυτές ασκήθηκε κριτική

για τη μη χρησιμοποίηση ευρέως αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων, τη μικρή χρονική περίοδο παρακολούθησης των ασθενών και το μικρό αριθμό ασθενών του δείγματος. Στη δεκαετία του 80, τρεις σημαντικές μελέτες θνησιμότητας ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, εφαρμόζοντας σαφώς καλύτερη μεθοδολογία (μεγαλύτερο αριθμό ασθενών του δείγματος και μεγαλύτερη περίοδο παρακολούθησης των αρρώστων, 6-34 χρόνια), έδειξαν αδρούς δείκτες θνησιμότητας που κυμαίνονταν από 2%-18%. Πρόσφατα, δημοσιεύθηκαν τρεις μελέτες θνησιμότητας ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής (ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία) όπου εφαρμόστηκε η καλύτερη δυνατή μεθοδολογία (εφαρμογή του προτυπωμένου ηλικιακού θνησιμότητας, SMR). Εάν ο δείκτης αυτός (SMR) είναι μεγαλύτερος του 1 υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Έτσι, παρατηρήθηκε ότι ο δείκτης SMR ήταν σημαντικά υψηλός, τόσο στο σύνολο των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής, όσο και στις υποομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία. Όσον αφορά στις αιτίες θανάτου ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής αυτές διακρίνονται στις οφειλόμενες σε επιπλοκές της διαταραχής και σε οφειλόμενες σε άλλες αιτίες.

Έτσι, ως επιπλοκές έχουν αναφερθεί, κυρίως, οι παρακάτω: ηπατική ανεπάρκεια, υπογλυκαιμία, εμφύσημα, βρογχοπνευμονία, καρδιακή αρρυθμία, ανεπάρκεια των στεφανιαίων αγγείων, υπογλυκαιμία. Εξάλλου, στις άλλες αιτίες υπάγονται οι θάνατοι που οφείλονται σε αυτοκτονίες, τροχαία ατυχήματα, καρκίνο. Ας σημειωθεί, ότι ο αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας συσχετίστηκε με σοβαρότερη ψυχοπαθολογία, χρονιότερη διαδρομή της διαταραχής και περισσότερες ψυχιατρικές νοσηλείες.

Η αυξημένη θνησιμότητα σε Διατροφικές Διαταραχές(έρευνα)

Η παρακάτω έρευνα διεκπεραιώνει την θνησιμότητα της ανορεξίας, της βουλιμίας και άλλων διατροφικών διαταραχών σε εθνικό επίπεδο την περίοδο 1979-1997 και των δύο φύλων ηλικίας 8-25 ετών.

Στόχος-Σκοπός

Η νευρική ανορεξία σχετίζεται με μεγαλύτερη θνησιμότητα, σε σχέση με άλλες διατροφικές διαταραχές. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να προσδιορίσει αν η νευρική ανορεξία, η

νευρική βουλιμία και οι υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα από κάθε αιτία θνησιμότητας ή αυτοκτονία.

Μέθοδος

Οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν για την συγκεκριμένη έρευνα τον Εθνικό Δείκτη Θνησιμότητας, σε ηλικίες πάνω από 8 έως 25 ετών σε 1.885 άτομα με νευρική ανορεξία (N = 177), με νευρική βουλιμία (N = 906), και με άλλες διατροφικές διαταραχές (N = 802), που έγινε σε μια εξειδικευμένη θεραπευτική κλινική για τις διατροφικές διαταραχές στην Μινεσότα.

Αποτελέσματα

Τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν 4,0% για την νευρική ανορεξία, 3,9% για την βουλιμία, και 5,2% για τις υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές. Στις αναλογίες θνησιμότητας η αυτοκτονία ήταν σε αυξημένα επίπεδα για την νευρική βουλιμία και για τις διατροφικές διαταραχές.

Συμπεράσματα

Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές είχαν αυξημένη θνησιμότητα ενώ εκείνα με νευρική ανορεξία διέτρεχαν παρόμοιους κινδύνους. Αυτή η μελέτη απέδειξε επίσης ένα αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε διατροφικές διαταραχές. (62)

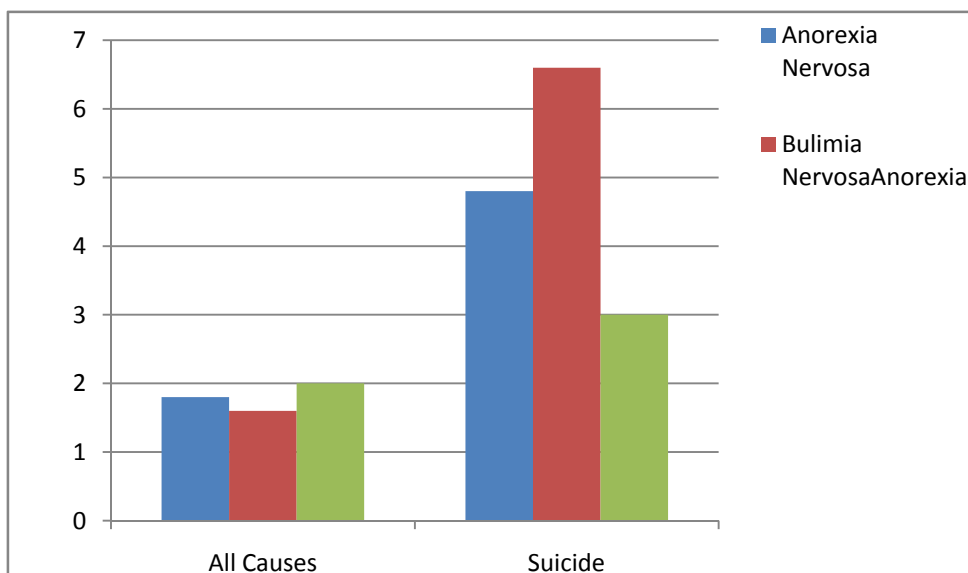
Characteristic	Entire Sample (N=1,885)		Anorexia Nervosa (N=177)		Bulimia Nervosa (N=906)		Eating Disorder Not Otherwise Specified (N=802)	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Male	93	4,9	5	2,8	39	4,3	49	6,21
Female	1,792	95,1	172	97,2	867	95,7	753	93,9
Race ^a								
White	1,788	94,9	172	97,2	865	95,5	751	93,6
African American	34	1,8	0	0,0	10	1,1	24	3,0
Native American	7	0,4	0	0,0	5	0,6	2	0,2
Hispanic	6	0,3	1	0,6	1	0,1	4	0,4
Asian	7	0,4	1	0,6	2	0,2	4	0,5
Other	7	0,4	2	1,1	4	0,4	1	0,1
	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Age	26.12	7.49	24.79	6.81	25.24	6.48	27.49	8.51
BMI	22.67	7.19	16.29	0.95	22.66	5.37	24.16	8.86
Lowest BMI in adulthood	18.90	4.06	15.31	1.33	19.28	8.74	19.28	4.43
Years of follow-up	18.13	4,09	18.13	5.16	18.83	5,74	17.31	5.12

^aRace was unknown in
36 subjects

Πίνακας 2. (Πάνω) Demographic and Clinical Characteristics of 1,885 Patients Evaluated for Treatment for Eating Disorders between 1979 and 1997, by Diagnosis

	Entire Sample (N=1,885)		Anorexia Nervosa (N=177)		Bulimia Nervosa (N=906)		Eating Disorder (N=802)	
Observed Deaths	N	%	N	%	N	%	N	%
All causes	84	4,5	7	4,0	35	3,9	42	5,2
Suicide	13	0,7	1	0,6	8	0,9	4	0,5

Πίνακας 3 (πάνω) . Mortality for Patients Evaluated for Treatment for Eating Disorders between 1979 and 1997, by Diagnosis



Διάγραμμα 1 (πάνω). All-Cause and Suicide Standardized Mortality Ratios for Patients Evaluated for Treatment for Eating Disorders (N=1,885) Between 1979 and 1997

VI. ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η νευρική ανορεξία αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, όχι μόνο λόγω της αύξησης του φαινομένου αυτού αλλά και λόγω των επιπτώσεων του. Έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας στην εποχή μας. Το ίδιο και το σύνολο των διατροφικών διαταραχών». «Η νευρική ανορεξία είναι μία από τις συχνότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις στις νέες γυναίκες. Μία στις τέσσερις από αυτές θα οδηγηθούν στο θάνατο από τη διατροφική διαταραχή. Στις ΗΠΑ, 10 εκατομμύρια γυναίκες και 1 εκατομμύριο άνδρες παλεύουν με κάποια διατροφική διαταραχή, με κίνδυνο να πεθάνουν. Αυτές είναι μόνο οι καταγεγραμμένες περιπτώσεις. Εκατομμύρια μένουν εκτός στατιστικών, αφού η ντροπή που σχετίζεται μ' αυτές τις αφήνει αδιάγνωστες.



Η νευρική ανορεξία παρουσιάζεται από τα μέσα ενημέρωσης ως η νέα λαίλαπα που μαστίζει τις νεαρές γυναίκες στην Ελλάδα. Η νευρική ανορεξία είναι πλέον της μόδας, όλες οι νεαρές τη φοβούνται, μα οι περισσότερες ανησυχούν για το βάρος τους, το σώμα τους, προσέχουν τι τρώνε, πως το τρώνε, πότε το τρώνε. Αναζητούν να είναι τέλειες μέσα σε ένα τέλειο σώμα, με ένα τέλειο μυαλό, με υψηλές επιδόσεις στο σχολείο, στο πανεπιστήμιο, στην επαγγελματική ζωή. Είναι τα τέλεια παιδιά που δεν δημιούργησαν ποτέ πρόβλημα, ήταν πάντα συνεπείς, τακτικές, προσεκτικές και ποτέ

αντιδραστικές και αυθάδεις προς τους γονείς τους. Τώρα όμως απειλούνται από τις τραγικές και καταστροφικές συνέπειες της νευρικής ανορεξίας. Νομίζουν ότι είναι υπέρβαρες, ότι δεν είναι αρκετά τέλειες και εμφανίζουν τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας για να αντισταθούν και οι ίδιες στη τελειομανία τους.

Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα άτομα με ανορεξία περιορίζουν το φαγητό (ιδιαίτερα τους υδατάνθρακες - carbohydrates) για να κερδίζουν τον έλεγχο σε κάποια έστω περιοχή της ζωής τους. Έχοντας ακολουθήσει τις επιθυμίες των άλλων στα περισσότερα θέματα, δεν έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν τα τυπικά προβλήματα της εφηβείας να

μεγαλώσουν δηλαδή και να γίνουν ανεξάρτητα. Το να ελέγχουν το βάρος τους φαίνεται να έχει δύο πλεονεκτήματα, τουλάχιστον αρχικά:

1) Μπορούν να έχουν τον έλεγχο του σώματός τους, πιστεύοντας πως έτσι

2) θα κερδίσουν την αναγνώριση των άλλων. Παρ' όλα αυτά, οι άλλοι τελικά συνειδητοποιούν το αντίθετο: ότι έχουν χάσει τον έλεγχο και ότι είναι επικίνδυνα αδύνατες.

Η ασθένεια έχει θνησιμότητα πάνω από 10% και τα συμπτώματα στις ασθενείς συμπεριλαμβάνουν τον φόβο μην παχύνουν, ο οποίος συνδυάζεται με άρνηση να φάνε και εξαντλητική φυσική άσκηση.

Αυτός ο συνδυασμός οδηγεί τις περισσότερες φορές σε επικίνδυνη απώλεια βάρους και διαστρέβλωση της εικόνας σώματος. Είναι από τις ασθένειες με τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή. Τα άτομα με ανορεξία αναπτύσσουν μια παράλογη και αδυσώπητη συμπεριφορά προς τον εαυτό τους στην προσπάθειά τους να χάσουν βάρος. Δεν έχει σημασία πόσο βάρος θα χάσουν και πόσο εκθέτουν την υγεία τους σε κίνδυνο, αρκεί να τους ικανοποιεί το αποτέλεσμα. Η ανορεξία μπορεί να προκαλέσει σοβαρές μακροπρόθεσμες επιπλοκές για την υγεία και να φτάσει τον ασθενή έως και το θάνατο.

Ιστορική αναδρομή

Η νευρική ανορεξία συχνά θεωρείται ως ένα σύγχρονο πρόβλημα, αλλά αυτό περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Άγγλο γιατρό Richard Morton το 1689. Η ιστορία της νευρικής ανορεξίας αρχίζει με πρώιμες περιγραφές που χρονολογούνται από τον 16ο και τον 17ο αιώνα και με την αναγνώριση και την περιγραφή της νευρικής ανορεξίας ως ασθένειας στα τέλη του 19ου αιώνα. Παρ' όλα αυτά, η ανορεξία δεν είχε επίσημα χαρακτηριστεί ως ψυχιατρική διαταραχή από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία μέχρι την τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών που δημοσιεύθηκε το 1980. 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 όπως η Σάρα Τζέικομπ (Sarah Jacob) (η οποία ονομάστηκε το κορίτσι από την Ουαλία που νηστεύει) και η Μόλυ Φάντσερ (Mollie Fancher) (το αίνιγμα του Μπρούκλιν) προκάλεσε αντιπαράθεση καθώς οι ειδικοί "ζύγισαν" τις πεποιθήσεις περί

πλήρης αποχής από το φαγητό. 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. Οι κριτικοί κατηγορήσαν "τα κορίτσια που νηστεύουν" για υστερία, δεισιδαιμονία και απάτη.

Η πρόοδος της εξατομίκευσης και της ιατρικοποίησης πέρασε την πολιτιστική εξουσία από τους κληρικούς στους γιατρούς και η νευρική ανορεξία μεταβλήθηκε από κάτι που προκαλούσε τον σεβασμό σε κάτι που οι άνθρωποι επέκριναν.

Μεγαλύτερο ενδιαφέρον σχετικά με την νευρική ανορεξία προκαλεί η μεσαιωνική πρακτική της αυτοπροκαλούμενης λιμοκτονίας από γυναίκες συμπεριλαμβανομένου κάποιων θρησκευόμενων γυναικών στο όνομα της θρησκευτικής ευλάβειας και αγνότητας. Από τον 12ο αιώνα αυξανόταν η συχνότητα της συμμετοχής των γυναικών στην θρησκευτική ζωή και η συχνότητα της αγιοποίησής τους από την Καθολική Εκκλησία. Πολλές γυναίκες που τελικά έγιναν αγίες ακολούθησαν την πρακτική της αυτοπροκαλούμενης λιμοκτονίας. Στον εικοστό πρώτο αιώνα, η νευρική ανορεξία αναγνωρίζεται ως ένα σοβαρό πρόβλημα ιδίως μεταξύ των εφήβων γυναικών και όχι μόνο. Η επίπτωσή του στις Ηνωμένες Πολιτείες αλλά σταδιακά και σε άλλες χώρες της Ευρώπης έχει υπερδιπλασιαστεί από το 1970 έως σήμερα. Αρχικά η ανορεξία πιστεύεται ότι ήταν κατά κύριο λόγο μια διαταραχή που εντοπιζόταν κυρίως στη λευκή φυλή, σε κορίτσια ανώτερης κοινωνικά τάξης. Στη σύγχρονη εποχή είναι γνωστό ότι αναπτύσσεται ανάμεσα σε όλες τις φυλές και τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

Ορισμός

Η νευρική ανορεξία είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από φόβο της αύξησης βάρους, αυτο-λιμοκτονία και εμφανή παραμόρφωση της εικόνας του σώματος. Το άτομο έχει εμμονή με την ολοένα και πιο λεπτή εμφάνιση του καθώς και με τα όρια της πρόσληψης τροφής στο σημείο όπου η υγεία τίθεται σε κίνδυνο και η διαταραχή μπορεί να γίνει θανατηφόρα. Το όνομα καθιερώθηκε το 1873 από τον Σερ Γουίλλιαμ Γκαλ (Sir William Gull) έναν από τους προσωπικούς γιατρούς της Βασίλισσα Βικτωρίας. Ο όρος έχει ελληνική προέλευση από το άν -(πρόθεμα που δηλώνει



άρνηση) και το όρεξις (όρεξη) άρα σημαίνει έλλειψη της επιθυμίας του ατόμου να τραφεί. Υπάρχουν δυο κατηγορίες ατόμων με νευρική ανορεξία:

A) Ανορεξία στερητικού τύπου (restricting type): Είναι εκείνοι που στην προσπάθεια τους να ελέγξουν το βάρος τους, περιορίζουν αυστηρά την ποσότητα των θερμίδων που καταναλώνουν ή ακόμη και με πλήρη νηστεία. Αυτή η κατηγορία καταφεύγει στην κατάχρηση ναρκωτικών ή βοτάνων ισχυριζόμενοι ότι λειτουργούν ως βοηθητικά μέσα στην απώλεια θερμίδων.

B) Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου (binge eating/purging type): Ο δεύτερος τύπος ανόρεκτων περιλαμβάνει άτομα που τρώνε και στη συνέχεια για να απαλλάγουν από τις θερμίδες και το βάρος καταλήγουν στην πρόκληση εμετού και στην υπερβολική χρήση καθαρτικών και διουρητικών. (4)

Συμπτώματα αναγνώρισης της ασθένειας

Αναγνωρίζοντας την ανάπτυξη της ανορεξίας ειδικά σε μια κοινωνία που εκτιμά τη λάμψη και τη λεπτότητα του σώματος, η αντιμετώπιση της ασθένειας μπορεί να είναι δύσκολη. Τα πρώτα σημάδια της έναρξης της ασθένειας παρατηρούνται όταν το άτομο ξεκινά αυστηρή δίαιτα και να στερείται ότι περισσότερο μπορεί. Στη συνέχεια ο ασθενής αρχίζει την παράλειψη γευμάτων ή τη λήψη μόνο μικροσκοπικών τμημάτων αυτών εκμηδενίζοντας σχεδόν την ποσότητα τροφής. Έχει πάντα μια δικαιολογία για το ότι δεν θέλει να φάει, ότι δεν πεινάει, ότι νιώθει αδιαθεσία, ότι μόλις έχει φάει με κάποιον άλλο, ή ακόμη και ότι δεν του αρέσει το φαγητό που σερβίρεται. Η συμπεριφορά αυτή εξελίσσεται σε διαστρεβλωμένη αντιμετώπιση της τροφής. Άλλο ένα σύμπτωμα που μπορεί να παρατηρηθεί μέσα στην καθημερινότητα του ασθενούς είναι ότι αρχίζει να διαβάζει τις ετικέτες των τροφίμων ώστε να ξέρει ακριβώς πόσες θερμίδες και πόσο λίπος θα καταναλώσει. Αρχικά ξεκινά η εξάλειψη του λίπους και της ζάχαρης από τη διατροφή τους και φαίνεται να ζουν με λαχανικά και φρούτα. Προκειμένου λοιπόν να κάψει τις θερμίδες που κατανάλωσε ξεκινά μια επίπονη, συνεχής, καταναγκαστική άσκηση ώστε να είναι βέβαιος ότι θα κάψει όλες τις θερμίδες ή πολύ διαδεδομένη είναι και η προσφυγή σε καθαρτικά. Η μέθοδος αυτή αποτελεί προοπτική αναζήτησης της κένωσης του γαστρεντερικού σωλήνα ώστε να μην έχουν αίσθηση φουσκώματος αλλά και για να μην παίρνουν πολλές θερμίδες κατά τη διάρκεια της ημέρας. Πολλοί ψυχολόγοι εξηγούν το βουλητικό χαρακτήρα του περιορισμού της τροφής ως μια «ενεργός πάλη» ενάντια στην πείνα. Πιο συγκεκριμένα οι ίδιοι οι ασθενείς έχουν ομολογήσει

πόσο βασανιστική είναι για αυτές η πείνα. Η ενεργός αυτή πάλη ενάντια στην πείνα, που διεξάγεται πεισματικά, όσο οδυνηρή και να είναι, αποτελεί για τον ασθενή μια πηγή έντονης ικανοποίησης. Μπορεί κανείς να συσχετίσει την ικανοποίηση αυτή με ένα αίσθημα κυριαρχίας και ελέγχου που εκπληρώνεται για το νοσηρό άτομο. Τελικά όλες αυτές οι συνήθειες που αποκτά σταδιακά ο ασθενής έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία. Μετά από κάποιο σημείο το διατροφικό πρόβλημα μετατρέπεται σε διατροφική διαταραχή και τότε τα πράγματα σοβαρεύουν σημαντικά.

Οι ασθενείς έχει παρατηρηθεί ότι ξοδεύουν πολύ χρόνο κοιτάζοντας στον καθρέφτη τον εαυτό τους και παρουσιάζουν εμμονή για το μέγεθος των ειδών ένδυσης. Μερικοί είναι μυστικοπαθείς σχετικά με το φαγητό και αποφεύγουν να τρώνε μπροστά στους άλλους ανθρώπους. Πολλοί ανορεκτικοί βιώνουν την κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές και για αυτό καταλήγουν να λένε ψέματα για τις διατροφικές τους συνήθειες στους φίλους, στην οικογένεια και στον γιατρό που θα τους αναλάβει.

Η διάγνωση της ασθένειας

Η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας περιπλέκεται από μια σειρά παραγόντων. Το ένα είναι ότι η διαταραχή η οποία ποικίλλει κάπως σε σοβαρότητα από ασθενή σε ασθενή. Ένας δεύτερος παράγοντας είναι ότι οι περισσότεροι ασθενείς αρνούνται ότι είναι άρρωστοι και γι' αυτό έρχονται συνήθως στη θεραπεία με ένα μέλος της οικογένειάς τους.

Η νευρική ανορεξία διαγιγνώσκεται από κάποιο ειδικό όταν οι περισσότερες από τις ακόλουθες συνθήκες είναι παρούσες:

- όταν το άτομο νιώθει μια επιτακτική εμμονή για το φαγητό και την λεπτότητα του σώματος ώστε να ελέγχει τις δραστηριότητες και τις διατροφικές συνήθειες κάθε ώρα, κάθε μέρα.
- το άτομο ζυγίζει λιγότερο από το 85% του μέσου βάρους του ή για την ηλικία και το ύψος του και εκ προθέσεως αρνείται να διατηρήσει το κατάλληλο σωματικό βάρος.
- όταν το άτομο νιώθει ακραίο φόβο για την απόκτηση βάρους.

- παρατηρείται να διαθέτει μια διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό του και μάλιστα αρνείται να παραδεχτεί πως είναι λιποβαρής, ακόμη και όταν αυτό είναι πραγματικά αποδεδειγμένο.
- για τις γυναίκες ασθενείς, οι υποψίες γίνονται εντονότερες αν χάσουν τον κύκλο τους για τρεις συνεχόμενες φορές.

Η συμπτωματική τριάδα του LASEGUE

Ωστόσο, η συμπτωματική τριάδα του LASEGUE παραμένει μια αναμφισβήτητη κλινική πραγματικότητα και ένα σημαντικό διαγνωστικό σημείο αναφοράς, αλλά είναι πια φανερό ότι δεν μπορεί, σε καμία περίπτωση να επαρκέσει για την απόλυτη διάγνωση της πάθησης. Προκειται για την τριάδα των τριών «Α».

Η «Ανορεξία» είναι μια συμπεριφορά, συχνά εναρκτήριο της νόσου, που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής και που έχει λίγο – πολύ ταχεία και σφαιρική εξέλιξη. Πρόκειται πολύ περισσότερο για μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στη τροφή και τη διατροφή, παρά για ανορεξία με τη στενή έννοια της λέξης, αφού είναι εκούσια και θεληματική. Η σημαντική αυτή τροφική αποδιοργάνωση εκδηλώνεται με μίαν ελάττωση των θερμίδων που λαμβάνονται, γεγονός που αποτελεί το χαρακτηριστικό κλινικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας. Η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα σε 1800 ως 2500 θερμίδες, ενώ, συχνά είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανόρεκτες. Ο περιορισμός αυτός των θερμίδων αφορά κυρίως τα γλυκίδια και τα λίπη, παρά τις πρωτεΐνες.

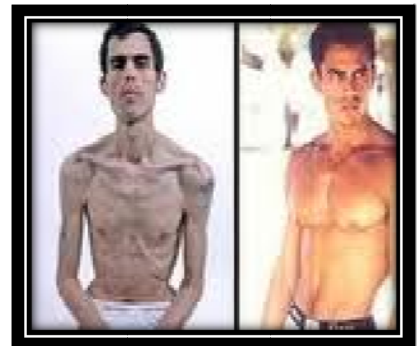
Η «Απίσχυανση» εμφανίζεται πάντα ως δευτερογενές αποτέλεσμα της ανορεξίας. Εξελίσσεται εξαρτημένη ως προς την κλινική της έκφραση από τις συνηθισμένες ιδιομορφίες του διαιτολογίου των ασθενών που διατηρούν για πολύ καιρό τη λήψη πρωτεϊνών, δικαιολογώντας έτσι την τάση να μιλάμε για αδυνάτισμα παρά για απώλεια βάρους.

Η «Αμηνόρροια» μπορεί και αυτή να είναι εναρκτήριο σύμπτωμα της κλινικής εικόνας, με μια συχνότητα που ποικίλλει σημαντικά. Όταν είναι αρχικό σύμπτωμα, εντάσσεται πολύ καλά στο φάσμα των ενδοκρινολογικών διαταραχών της ωοθήκης(δυσωορηξία) , που είναι

ψυχογενετικής προέλευσης. Ξεκινούν με δυσμηνόρροια η οποία εξελίσσεται σε σπανιομηνόρροια και μπορεί να καταλήξει σε αμηνόρροια. Σε μια δεύτερη ενδεχόμενη περίπτωση η αμηνόρροια εκδηλώνεται συνήθως μερικούς μήνες μετά την εμφάνιση των άλλων δύο στοιχείων της τριάδας. Ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η ανάπτυξη και η ηλικία της ασθενούς πρόκειται για πρωτογενή ή δευτερογενή αμηνόρροια. Πρωτογενή αμηνόρροια σημαίνει ότι δεν υπάρχει έμμηνος ρύση σε μια γυναίκα, ακόμη και στην ηλικία των 16, συμβαίνει δηλαδή όταν μια νεαρή γυναίκα δεν έχει αρχίσει την έμμηνο ρύση της, ανάλογα με την ηλικία της. Δευτερογενή αμηνόρροια είναι εκείνο στο οποίο μια γυναίκα παύει καθιερωμένη εμμηνόρροια για 3 ή 6 ή περισσότερους μήνες. (4)

Η νευρική ανορεξία ανάλογα με το φύλο

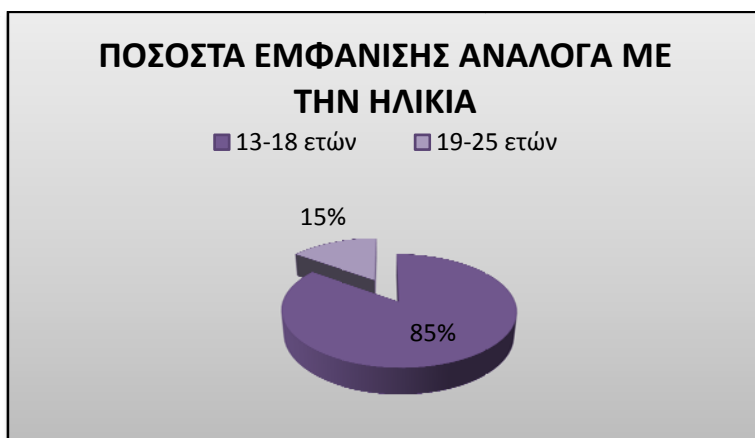
Η νευρική ανορεξία απευθύνεται και στις γυναίκες και στους άντρες. Όσον αφορά το γεγονός ότι η γυναικεία ανορεξία εμφανίζεται αριθμητικά πολύ περισσότερο πρέπει να παραδεχθούμε πως ελάχιστες πραγματικά ικανοποιητικές εξηγήσεις δόθηκαν ως τώρα σχετικά με τη στατιστική αυτή διαπίστωση. Το μεγαλύτερο πλήγμα δέχονται οι ηλικίες κοντά στην εφηβεία μεταξύ 14 με 18 ετών αλλά και μετέπειτα φάσεις, στην ηλικία των 19-24 ετών. Πέρα από τα κοινωνικά-πολιτιστικά δεδομένα που υπογραμμίζουν το κοινωνικό ιδανικό της λεπτής γυναίκας, που αυτό καθεαυτό απαιτεί επεξήγηση των εικόνων του σώματος, αμοιβαία ανταλλαγή σχημάτων ανάμεσα στη δική μας εικόνα του σώματος και σε εκείνη των άλλων γυναικών και πιο συγκεκριμένα λανθασμένων προτύπων που αναπτύσσουν τα κορίτσια σε αυτές τις ηλικίες.



Η μορφή της νόσου στα αγόρια περιγράφηκε από την αρχή της εμφάνισης της έννοιας της ψυχογενούς ανορεξίας. Θεωρείται πολύ σπάνια αλλά χαρακτηρίζεται από τη συχνότητα των βαριών μορφών, γεγονός που οδήγησε στο να θεωρηθεί ως *ψυχωτική ανορεξία* λόγω των σχιζοειδών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, σε αντίθεση με τη γυναικεία ανορεξία που θεωρείται νευρωτική. Παρ'όλα αυτά παρατηρείται μια τάση εκλογίκευσης κατά τρόπο ασκητικό με κάποια απόχρωση μυστικισμού κατά την ηλικία των 16- 18 ετών λόγω της δύσκολης εφηβείας που περνούν.



Σχήμα.1 (Περίπου το 95% των ανόρεκτων είναι γυναίκες ενώ μόλις το 5% είναι άντρες. AMERICAN PSYCHIATRIC INSTITUTE,2010)



Σχήμα.2 (Περίπου το 85% των ανόρεκτων ασθενών αναπτύξουν την διαταραχή μεταξύ των ηλικιών 13 και 18 ετών ενώ το 15% μεταξύ 19 και 25 ετών.)

Παράγοντες εμφάνισης νευρικής ανορεξίας

Η ανορεξία είναι μια διαταραχή που προκύπτει από την αλληλεπίδραση των πολιτιστικών και βιολογικών παραγόντων. Η έρευνα δείχνει ότι μερικοί άνθρωποι έχουν μια προδιάθεση προς ανορεξικές καταστάσεις και ότι κάτι προκαλεί τη συμπεριφορά αυτή, η οποία στη συνέχεια γίνεται αυτοτροφοδοτούμενη. Κληρονομικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας.

• Κληρονομικότητα. Οι μελέτες δείχνουν ότι αν το ένα άτομο απο δύο δίδυμα έχει νευρική

ανορεξία τότε έχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής και το άλλο άτομο. Επίσης έχοντας μια μητέρα στενή σχέση με την κόρη της με νευρική ανορεξία αυξάνει επίσης την πιθανότητα των άλλων μελών της οικογένειας την ανάπτυξη της διαταραχής. Ωστόσο, σε σύγκριση με πολλές άλλες ασθένειες, η κληρονομική συνιστώσα της νευρικής ανορεξίας φαίνεται να είναι αρκετά μικρή.

- Βιολογικοί παράγοντες. Υπάρχουν σημαντικά στοιχεία ότι η νευρική ανορεξία συνδέεται με ανώμαλη δραστηριότητα του νευροδιαβιβαστή στο τμήμα του εγκεφάλου που ελέγχει την ευχαρίστηση και την όρεξη. Οι νευροδιαβιβαστές συμμετέχουν επίσης και σε άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη. Οι άνθρωποι με ανορεξία έχουν την τάση να αισθάνονται πλήρεις πιο γρήγορα από τους άλλους ανθρώπους. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτό είναι που σχετίζεται με το γεγονός ότι το στομάχι των ανθρώπων με ανορεξία τείνει να αδειάζει πιο αργά από το κανονικό. Άλλοι πιστεύουν ότι μπορεί να σχετίζεται με τον μηχανισμό ελέγχου της όρεξης του εγκεφάλου.

- Ψυχολογικοί παράγοντες. Ορισμένοι τύποι προσωπικότητας φαίνεται να είναι πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας. Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία τείνουν να είναι τελειομανείς με αποτέλεσμα να καταλήγουν να έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες για το πώς "πρέπει" να τραφούν και να συντηρηθούν. Τείνουν να αντιμετωπίζουν την κατάσταση με έναν ακραίο τρόπο «μαύρο-άσπρο», «όλα ή τίποτα». Πολλοί παθόντες στερούνται της αυτοεκτίμησης και υποβαθμίζουν τον εαυτό τους έναντι άλλων. Πολλοί από αυτούς πάσχουν από κατάθλιψη και κρίσεις άγχους ακόμη για τα πιο απλά καθημερινά γεγονότα. Ο έντονος και μόνιμος φόβος του πάχους, προκαλεί το θεληματικό περιορισμό της ανάλωσης θερμίδων, ανεξάρτητα από το βαθμό ισχνότητας, αποτελεί για τις αρρώστιες αυτές μια σταθερή φροντίδα και δικαιολογεί αδιάκοπους ελέγχους ζυγίσματος και καταμετρήσεων καθώς και την προσφυγή σε διάφορα φάρμακα (καθαρτικά, διουρητικά, αμφιταμίνες). Αυτή η ιδιαίτερη δυσμορφοφοβία συνδυάζεται σε μια λανθασμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος. Αυτή η ιδιαίτερη δυσμορφοφοβία συνδυάζεται με μια λανθασμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται στο 90% των ασθενών και ερμηνεύεται σαν την ανικανότητα να ενσωματώσουν λεπτομέρειες τις οποίες αντιλαμβάνονται ξεχωριστά σε μια συγκροτημένη εικόνα. Η διαταραχή αυτή μπορεί να εξελιχθεί σε άλλες διαταραχές του σχήματος του σώματος, ιδιαίτερα στο επίπεδο της αντίληψης των δύο ημιμορίων του

σώματος. Η πρώτη πιο συχνή ψυχολογική επιδείνωση είναι ο «δύσμορφος ψυχαναγκασμός», στον οποίο ο ασθενής επικεντρώνεται σε ένα μέρος του σώματος του το οποίο πραγματικά μπορεί να έχει κάποιο ελάττωμα (κοιλιά, μηροί, λεκάνη) εκείνος όμως το μεγαλοποιεί. Η δεύτερη και σοβαρότερη ψυχολογική επιδείνωση είναι το «δύσμορφο παραλήρημα», μια παραληρητική και έμμονη πεποίθηση μιας σωματικής ανωμαλίας, η οποία ωστόσο δεν είναι πραγματική. Η παραγνώριση της σωματικής κατάστασης και συνακόλουθα της ισχνότητας συμβαδίζει με την παραγνώριση και την άρνηση της αναγνώρισης της ασθένειας και των αναγκών του σώματος εξαιτίας της διαταραχής της συνείδησης και της καλαισθησίας. Έτσι γνωρίζοντας τον κοινωνικό ρατσισμό και την αποδοκιμασία έχουν τάσεις απομόνωσης, το αίσθημα του να «μην είναι μέσα στα πράγματα» δημιουργώντας ένα γυάλινο κάλυμμα τριγύρω της προκειμένου να αισθάνεται η ίδια ασφαλής αδιαφορώντας για την εικόνα που βλέπουν οι άλλοι.

Συνέντευξη από ασθενή

Η μάχη μιας 16χρονης με την νευρική ανορεξία

Μόλις 13 ετών ήταν η 20χρονη σήμερα Annabel Norris, από το Gildersmore του West Yorkshire, όταν βρέθηκε παγιδευμένη στον εφιάλτη της νευρικής ανορεξίας.

Έχασε περίπου 20 κιλά και έφθασε να ζυγίζει 31! Το κορίτσι μπήκε σε αυτή την επικίνδυνη περιπέτεια, επειδή μια παρέα παιδιών στο σχολείο την κορόιδευε για το κόκκινο χρώμα των μαλλιών της. Τρομοκρατημένοι οι γιατροί ανακοίνωσαν στην ίδια και την μητέρα της, ότι βρισκόταν σε απόσταση μόλις 12 ωρών από το θάνατο, όταν σε ηλικία 16 ετών εισήχθη εσπευσμένα στο νοσοκομείο, ενώ έπασχε ήδη



τέσσερα χρόνια από τη νόσο. Η Annabel Norris κατάφερε να ξεπεράσει το πρόβλημά της και τώρα απολαμβάνει μια απόλυτα φυσιολογική ζωή.

Η 20χρονη μιλώντας για την δραματική της εμπειρία ανέφερε: «Η μητέρα μου ήταν αυτή που με έκανε να πιστέψω ότι δεν ήθελα να πεθάνω. Ήταν πάρα πολύ δύσκολο αυτό που πέρασα και δεν θα τα είχα καταφέρει αν δεν ήταν εκείνη δίπλα μου».

«Πλέον έχω ξεπεράσει όλα τα προβλήματα που είχα με το σώμα μου. Μου αρέσει πολύ το φυσικό χρώμα των μαλλιών μου. Όμως όταν έπασχα από την ανορεξία όλα αυτά για μένα ήταν μια... κόλαση. Μακάρι να μην το περνούσε κανένας άλλος αυτό που πέρασα εγώ» πρόσθεσε. Την κοπέλα πείραζε συνεχώς μια παρέα παιδιών για

το χρώμα των μαλλιών της. Μάλιστα της έστελναν και email λέγοντάς της ότι είναι μια «χοντρή, κόκκινη αγελάδα». «Μεγάλωσα μισώντας τα κόκκινα μαλλιά μου και το σώμα μου και πίστευα ότι ο μόνος τρόπος για να γίνω αποδεκτή ήταν να βάφω τα μαλλιά μου σε διαφορετικά χρώματα και να... σταματήσω να τρώω» είπε. Άλλαζε

το χρώμα των μαλλιών της κάθε εβδομάδα, έκανε πολλές ώρες γυμναστική και... παρέλειπε τα γεύματα. «Η μητέρα μου ανησύχησε πολύ, ειδικά όταν ανακάλυψε τα κοροϊδευτικά email που μου έστελναν από το σχολείο. Με πήγε σε ένα γιατρό, ο οποίος διέγνωσε ότι έπασχα από ανορεξία και μπήκα στο νοσοκομείο για νοσηλεία.

Ύστερα από τέσσερις μήνες εντατικής θεραπείας, πήρα ξανά βάρος. Οι γιατροί μου επέτρεψαν να γυρίσω στο σπίτι, αλλά με το που ξαναπήγα σχολείο, άρχισαν ξανά και τα πειράγματα. Και ήταν χειρότερα απ' ότι ήταν πριν. Το αποτέλεσμα ήταν να κατακυλήσω και μέσα σε οκτώ μήνες να μπω και στο νοσοκομείο». Το Μάιο του

2007, σε ηλικία 16 ετών, ήταν τόσο αδύναμη που δεν μπορούσε καν να σηκωθεί

από το κρεβάτι και εισήλθε εσπευσμένα στο νοσοκομείο. Εκεί οι γιατροί

ανακάλυψαν ότι η καρδιά της ήταν τόσο αδύναμη που υπήρχε περίπτωση να μην άντεχε παρά μόνο μερικές ώρες.

Μιλώντας για την περιπέτεια του παιδιού της η μητέρα της 20χρονης, Dorianne είπε χαρακτηριστικά: «Από τη στιγμή που γεννήθηκε λατρεύαμε το ανοιχτό, κόκκινο χρώμα των μαλλιών της. Δεν μπορούσα να το πιστέψω όταν μου είπε ότι έγινε ανορεκτική επειδή την κορόιδευαν γι' αυτό. Έπαθα σοκ και ήμουν απελπισμένη. Το

στομάχι της είχε σχεδόν εξαφανιστεί. Οι γιατροί μου είπαν ότι αν είχε μείνει μία ακόμη μέρα στο σπίτι, θα μπορούσε να είχε πεθάνει». (75)

• Κοινωνικοί παράγοντες. Τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι πιο πιθανό να προέρχονται είτε από υπερπροστατευτική είτε από διαταραγμένη οικογένεια όπου κυριαρχούν μεγάλες συγκρούσεις και ταπεινωτικές συμπεριφορές. Η οικογένεια έχει συχνά μη ρεαλιστικές υψηλές προσδοκίες που καταλήγουν σε άκαμπτη συμπεριφορά και τάσεις επιβολής. Έτσι τα άτομα αυτά που δέχονται αυτές τις συμπεριφορές καταλήγουν ως « καταπιεσμένες προσωπικότητες» και αισθάνεται την ανάγκη να έχουν τον έλεγχο του εαυτού τους και συγκεκριμένα ξεσπούν στην εμφάνιση τους και στο σωματικό τους βάρος. Αυτό επιδυνώνει την κατάσταση όταν ο κοινωνικός περίγυρος κατακρίνει συνεχώς το άτομο για το βάρος του, για την κατανάλωση junk food, για τα ρούχα που δεν ταιριάζουν, ή συγκρίνοντας το πρόσωπο δυσμενώς με κάποιο που είναι λεπτό. Τα σημαντικά γεγονότα της ζωής όπως η μετακίνηση σε ένα νέο σχολείο, η αποκοπή από φίλους, ή ακόμα και η είσοδος στην εφηβεία και το αίσθημα ντροπής που μπορεί να νιώσει το πρόσωπο σχετικά με την αλλαγή του σώματος ενός ατόμου μπορεί να προκαλέσει ανορεξικές συμπεριφορές. Συμπερασματικά, τα κοινωνικά πρότυπα που προωθούνται ότι οι αδύνατοι άνθρωποι είναι επιτυχείς, λαμπεροί και χαρούμενοι, και ότι άνθρωποι με περισσότερα κιλά είναι ανόητοι, τεμπέληδες, και ιδανικοί στις αποτυχίες είναι εγκληματικά και μπορούν να ωθήσουν, ειδικά άτομα μικρότερων ηλικιών, σε βεβιασμένες αντιδράσεις που θα έχουν ως σκοπό να προκαλέσουν βλάβες στον ίδιο τους τον εαυτό.

Η ύπαρξη και η επικράτηση μιας εικόνας με τελειότητα στην αισθητική ή το πρότυπο του ιδανικού μοντέλου είναι αποτέλεσμα των πιέσεων της ομάδας των νεότερων. Έτσι, το πρόσωπο που είναι το "ιδανικό μοντέλο" φαίνεται ως μια θετική εικόνα και προσπαθεί να προσαρμόσει του εαυτού του σε αυτή την κατάσταση. Όποιος δεν πληρεί αυτά τα κριτήρια οδηγείται σε χαμηλή πάσχει από χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σημαντικό ποσοστό ευθύνης για αυτή την ψυχολογική καταπίεση, πέρα από τον τομέα της οικογένειας την έχουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης σε ποσοστό 35%.



Σε μια μελέτη από την Toro, (εταιρεία ερευνών, μελέτη που έγινε το 2010) διαπιστώθηκε ότι από 10 ειδικά επιλεγμένα περιοδικά, τα οποία διαβάζονται κυρίως από τις γυναίκες, μία στις τέσσερις διαφημίσεις ωθούν τον καταναλωτή άμεσα ή έμμεσα να "χάσουν βάρος», δείχνοντας εικόνες με λεπτά και καλοσχηματισμένα σώματα. Αυτά τα μηνύματα συνήθως να απευθύνονται σε ένα κοινό νέων ηλικίας 15 έως 24 ετών, ηλικία που είναι ιδιαίτερα επιρρεπής στο να καταφύγουν σε διαταραχές στην προμήθεια της τροφής προκειμένου να επιτύχουν το επιθυμητό, αυτό δηλαδή που υποσυνείδητα έχει εντυπωθεί ως «ιδανικό». Μπορούμε επομένως καταλαβαίνουμε ότι πρώτα από όλα η νεολαία να επηρεάζεται από αυτά τα μηνύματα.

Συνέντευξη από ασθενή

Δίδυμες με νευρική ανορεξία

Μια απλή διαπίστωση του μπαμπά και της μαμάς των 33χρονων σήμερα δίδυμων

Maria και Kate ήταν αρκετή για να κάνει τη ζωή τους πολύ δύσκολη. «Κοίτα αποκτούν καμπύλες» είχε πει ο μπαμπάς τους κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους και οι δίδυμες αδερφές έκαναν σκοπό της ζωής τους να μην τις αποκτήσουν ποτέ, αφού τις θεωρούσαν ισοδύναμες με την



παχυσαρκία.

Έτσι σήμερα οι Maria και η Kate, γιατροί στο επάγγελμα, παλεύουν να κρατηθούν στη ζωή αφού πάσχουν από νευρική ανορεξία εδώ και 20 χρόνια. «Θέλαμε να τιμωρήσουμε τη μαμά και τον μπαμπά που έλεγαν ότι γινόμαστε γυναίκες» λένε οι δίδυμες στην Daily Mail, που αισθάνονται ότι έχουν μια θηλιά στο λαιμό από την οποία δεν μπορούν να απαλλαγούν.

Οι δίδυμες κάνουν λόγο για ψύχωση που τις έκανε καθημερινά να μετρούν τις θερμίδες που έπαιρναν και τις θερμίδες που έκαιγαν, να χάσουν τα μαλλιά τους και να αποκτήσουν πολλά προβλήματα υγείας, εξαιτίας των οποίων πέρασαν αρκετό καιρό μέσα στα νοσοκομεία. Τώρα, όμως, θέλουν πλέον να απαλλαγούν από τη



νευρική ανορεξία και δηλώνουν αποφασισμένες να την καταπολεμήσουν.

«Δεν μπορώ πλέον να περπατήσω. Με πονάει η πλάτη μου, οι καρδιακοί μου παλμοί δεν είναι κανονικοί, έχω οστεοπόρωση και παγκρεατίτιδα» λέει η Kate .

Οι δύο αδερφές θέλουν τώρα να κάνουν οικογένεια, αλλά οι γιατροί δεν είναι, πλέον, σίγουροι, αν θα τα

καταφέρουν.

«Θέλω το σώμα και τα μαλλιά μου πίσω. Ξέρω ανθρώπους που έχουν φτάσει στην ηλικία των 50 και έχουν ακόμα νευρική ανορεξία. Είμαι αποφασισμένη να μην καταλήξω έτσι» λέει η Maria. (75)

Συνέπειες και σωματικές διαταραχές

- Αλλοίωση του επιδερμικού ιστού (ξηρό, ρυτιδωμένο, πρόωρα γερασμένο). Από αισθητική άποψη παρατηρούνται αλλοιώσεις του δέρματος. Πιο συγκεκριμένα το δέρμα γίνεται ξηρό δηλαδή πού λεπτό και αφυδατωμένο. Έχει την ικανότητα να «

σπάει» πολύ εύκολα δημιουργώντας πολλές λεπτές ρυτίδες. Δεν περιέχει λιπαρές προστατευτικές ουσίες, κάτι που οφείλεται στην έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού σμηγματογόνων αδένων εξαιτίας της ατροφίας που έχουν υποστεί. Πρόσθετοι περιβαλλοντικοί παράγοντες ξηρότητας της επιδερμίδας όπως ο αέρας, ο ήλιος, ο καπνός, ο τεχνητός κλιματισμός (θερμός και ψυχρός) μπορούν να επιδεινώσουν την κατάσταση. Το ξηρό δέρμα, των ασθενών που πάσχουν από νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από την τραχύτητα της επιδερμίδας, υπερκεράτωση, απώλεια της ελαστικότητας, ελαττωμένη ταχύτητα αναπαραγωγής των κερατινοκυττάρων. Είναι εμφανής η έλλειψη ενυδάτωσης καθώς στερείται λιπιδίων στην επιφάνεια του. Παρουσιάζει μείωση του σμήγματος, καθώς και μικρές ρυτίδες γύρω από τα μάτια και το στόμα, ξεφλουδίζει συχνά, ενώ παράλληλα υπάρχει τάση για λεπτές γραμμές και ρυτίδες. Δίνει την εντύπωση πως το πρόσωπο είναι χάρτινο.

- Αλλοίωση των ονύχων (ραβδώτων, εύθραυστων). Η πρόωρη εμφάνιση των ραβδώσεων στα νύχια αποτελεί ένδειξη της ανεπάρκειας σημαντικών βιταμινών και ιχνοστοιχείων εξαιτίας της απώλειας τροφής . Περαιτέρω, υπάρχει σημαντική ποσότητα αποδείξεων που είναι συνδεδεμένη με την έλλειψη του ασβεστίου αλλά και άλλων βιταμινών και πρωτεϊνών.
- Δεν εμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα συμπτώματα όπως ο αποχρωματισμός και η αποψίλωση των γεννητικών περιοχών και της μασχάλης. Αντίθετα, η υπερτρίχωση του τύπου LANUGO παρουσιάζεται τόσο συχνά ώστε πλέον να γίνει μέρος των διαγνωστικών κριτηρίων. Αυτός ο τύπος υπερτρίχωσης μπορεί να παρατηρηθεί σε υποσιτιζόμενους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με διατροφικές διαταραχές καθώς η αυξημένη τρίχωση που παράγεται προσπαθεί να μονώσει το σώμα εξαιτίας της μεγάλης έλλειψης λίπους. Όταν βρεθεί μαζί με άλλα φυσικά συμπτώματα, μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας.
- Διαταραχές στο κυκλοφορικό οι οποίες καταλήγουν σε ακροκυάνωση. Η ακροκυάνωση (acrocyanosis) είναι σπάνιο αγγειοσυσπαστικό νόσημα, χαρακτηριζόμενο από επίμονη ψυχρότητα και κυάνωση των χεριών και λιγότερο συχνά των ποδιών (Goldman MP et al, 1994). Η ακροκυάνωση μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής. Ο πρωτοπαθής τύπος είναι καλοήθης. Δεν συνδέεται με υποκείμενα νοσήματα και είναι χωρίς συνέπειες. Ο δευτεροπαθής τύπος έχει περιγραφεί σε σχέση με πολλά νοσήματα συμπεριλαμβανομένων μεταξύ πολλών

άλλων και της νευρικής ανορεξίας. Στην δευτεροπαθή ακροκυάνωση ο μηχανισμός της κυανής υπέρχρωσης εμφανίζεται εξαιτίας θρόμβου λόγω υπεργλοιότητας, δυσρυθμίας του αγγειακού τόνου και φυσικά άθροιση τοξινών.

- Υπόταση είναι ένας κλινικός όρος που χρησιμοποιείται για το χαρακτηρισμό της χαμηλής αρτηριακής πίεσης, η οποία συνήθως είναι σπάνια και καλοήθης κατάσταση, συναντάται κυρίως σε νεαρά άτομα και μπορεί να υποδηλώνει ανεπαρκή ροή αίματος στην καρδιά, τον εγκέφαλο και άλλα ζωτικά όργανα. Προβλήματα όμως δημιουργούνται όταν η αρτηριακή πίεση πέσει απότομα και ο εγκέφαλος στερηθεί από επαρκή παροχή αίματος. Τότε μόνο μπορούν να προκληθούν συμπτώματα, όπως ζάλη, ελαφρύς πονοκέφαλος, τάσεις λιποθυμίας, αδυναμία, αστάθεια, συσκότιση όρασης, εφίδρωση και κόπωση. Αίτια είναι : Η αφυδάτωση, η μη επαρκής ενυδάτωση του οργανισμού οδηγεί σε απώλεια υγρών του σώματος, μείωση του όγκου αίματος και υπόταση. Η λήψη ορισμένων φαρμάκων όπως τα διουρητικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα ναρκωτικά, τα αναλγητικά όταν χορηγούνται σε υπερβολικές ποσότητες οδηγούν σε υπόταση καθώς και η έλλειψη νατρίου καλίου από τη διατροφή.
- Βραδυκαρδία χαρακτηρίζεται από καρδιακό ρυθμό κάτω των 60 κτύπων ανά λεπτό. Τα σημεία και συμπτώματα που προκαλούνται από τη βραδυκαρδία οφείλονται στην ανεπαρκή παροχή αίματος στον οργανισμό του ασθενούς. Σε αυτά περιλαμβάνονται αδυναμίες, ζαλάδες, κούραση, δύσπνοια, στηθάγχη, σύγχυση, προβλήματα του ύπνου, τάσεις λιποθυμίας και απώλεια αισθήσεων. Η βραδυκαρδία μπορεί να προκαλείται λόγω βλαβών στο σύστημα νευρικών κυττάρων που ελέγχουν τη δραστηριότητα της καρδιάς ή να είναι σύμπτωμα μιας άλλης κατάστασης όπως ο υποθυρεοειδισμός, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές που συμβαίνουν εξαιτίας της συνεχούς αποβολής της τροφής μέσω του εμέτου.
- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια πάθηση κατά την οποία η καρδιά δεν μπορεί πλέον να αντλήσει αρκετό αίμα, λόγω της εξασθένησης του οργανισμού, για να το διοχετεύσει στο υπόλοιπο σώμα. Ίσως το συνηθέστερο αίτιο της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η στεφανιαία νόσος, δηλαδή η στένωση των λεπτών αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν την καρδιά με αίμα. Αυτά ατροφούν εξαιτίας της έλλειψης σημαντικών στοιχείων του οργανισμού.

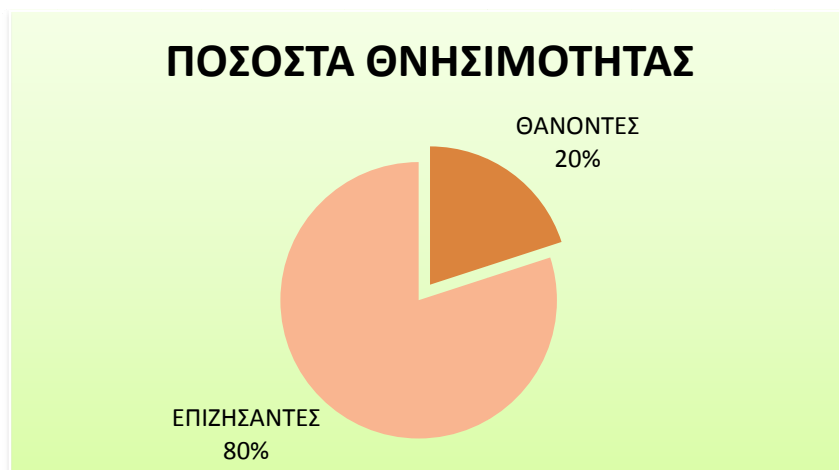
- Καθυστέρηση ανάπτυξης. Η στασιμότητα σωματικής ανάπτυξης δεν είναι διάγνωση, προκύπτει ως αποτέλεσμα πολλών σοβαρών ιατρικών, κοινωνικών, ή περιβαλλοντικών προβλημάτων. Ο όρος αναφέρεται σε άτομα που η ανάπτυξη τους υπολείπεται σε σχέση με τους συνομηλίκους τους του ίδιου φύλλου. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της ανεπάρκειας θρεπτικών συστατικών σε άτομα με νευρική ανορεξία, ψυχοκοινωνικές διαταραχές και άλλα σιτιστικά σφάλματα.
- Οδοντικά προβλήματα μπορεί να προκύψουν από τη συνεχή πρόκληση εμετού ο οποίος περιέχει πολλά οξέα και έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή του σμάλτου και την πρόκληση τεριδόνας.
- Δυσκοιλιότητα , ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα που απασχολούν τα άτομα με νευρική ανορεξία. Το πρόβλημα ξεκινά από τη στιγμή που το άτομο παύει να καταναλώνει τροφή και δεν παράγει ενέργεια. Έτσι ο μεταβολισμός προκειμένου να διατηρήσει ποσοστά ενέργειας σταματά τις εντερικές λειτουργίες. Οι συνέπειες αυτού του γεγονότος είναι επόμενες αφού ο ασθενής αισθάνεται φούσκωμα διοντάς του την εντύπωση πως αυξάνεται το βάρος του και απεγνωσμένα καταλήγει στη χρήση καθαρτικών.
- Διόγκωση σιελογόνων αδένων η πιο συχνή αιτία για την οποία προσέρχεται ο ασθενής στον ιατρό, είναι η διόγκωση του σιελογόνου αδένου. Η διόγκωση μπορεί να αφορά έναν ή περισσότερους σιελογόνους αδένες, όπως επίσης και όλο ή ένα τμήμα μόνο του αδένου. Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα με νευρική ανορεξία προκαλούν συνεχώς έμετο με αποτέλεσμα την υπέρμετρη παραγωγή σάλιου με αποτέλεσμα τη συνεχή υπερλειτουργία τους.
- Σιδηροπενική Αναιμία . Όταν η ποσότητα σιδήρου που παρέχεται στον οργανισμό με τις τροφές δεν αρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του, τότε ο οργανισμός αναγκάζεται να εξαντλήσει τα αποθέματά του για να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις του. Έτσι, προκύπτει μείωση της αιμοσφαιρίνης και το αίμα δεν μπορεί πλέον να θρέψει και να οξυγονώσει σωστά τα κύτταρα. Τότε προκαλείται σιδηροπενική αναιμία.
- Διαταραχές ηλεκτρολυτών προκαλούνται εξαιτίας της συνεχούς απώλειας των υγρών είτε μέσω του εμετού είτε μέσω των καθαρτικών που καταναλώνουν άτομα αυτής της κατηγορίας. Το κάλιο και το νάτριο διαταράσσεται και μπορεί να προκληθεί αφυδάτωση. Οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών είναι γενικά μια δευτερογενής εκδήλωση άλλης πρωτογενούς νόσου.

- Οστεοπόρωση είναι χρόνια πάθηση του μεταβολισμού των οστών, κατά την οποία παρατηρείται σταδιακή μείωση της πυκνότητας και ποιότητάς τους, με αποτέλεσμα αυτά με την πάροδο του χρόνου να γίνονται πιο εύθραυστα και λεπτά. Έτσι προκαλείται αυξανόμενος κίνδυνος κατάγματος των οστών, καθώς μειώνεται η ανθεκτικότητα και η ελαστικότητά τους. Στην ηλικία των κοριτσιών με νευρική ανορεξία εμφανίζεται λόγω της έλλειψης ασβεστίου και σημαντικών ιχνοστοιχείων για την ανάπτυξη των οστών.

Κατάληξη ασθένειας

Στις γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών, που υποφέρουν από νευρική ανορεξία, ο κίνδυνος κατάληξης είναι 12 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με όλες τις άλλες αιτίες θανάτου, σύμφωνα με μελέτη του Sullivan. Η νευρική ανορεξία έχει τον υψηλότερο δείκτη πρόωρων θανάτων από κάθε άλλη ψυχική ασθένεια, σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή.

Τέσσερις στις δέκα νέες διαγνώσεις ανορεξίας είναι σε κορίτσια 15-19 ετών, σύμφωνα με τους Hoek και Van Hoeken. «Η αύξηση της συχνότητας της ανορεξίας κατά την περίοδο 1935-1986 είναι τρομακτική, ειδικά στις παραπάνω ηλικίες. Παρατηρούμε σημαντική αύξηση των διαγνώσεων της ανορεξίας κάθε δεκαετία από το 1930 μέχρι και το 2010», προσθέτουν. Και μόνο το ένα τρίτο των ατόμων με ανορεξία έχουν ψυχιατρική φροντίδα για την αντιμετώπιση της ασθένειας.



Σχήμα 5. (ΤΟ 20% των ασθενών που αγωνίζεται δεν θα τα καταφέρει, ενώ το άλλο 80% είτε θα ξεπεράσει εντελώς την ασθένεια είτε θα ζει για χρόνια με αυτήν)

Αριθμός περιπτώσεων	Συγγραφείς	Πολύ ευνοϊκή	μέτρια ευνοϊκή	δυσμενής			
24	Selvini	8	33%	4	17%	12	50%
31	Lajeunesse	10	32%	8	26%	12	42%
166	Laboucarie and Barres	91	55%	67	40%	8	5%
31		12	35%	9	32%	10	33%
39	Wolf	13	33%	10	26%	16	41%
20	Brunch	6	30%	4	20%	10	50%
68	Davy	23	34%	13	19%	32	47%
58	Girard	9	16%	25	43%	24	41%
	Προσωπική έρευνα						

Πίνακας 4.(Η εξέλιξη της πορείας των ασθενών σύμφωνα με τους ανάλογους αριθμούς περιπτώσεων (4))

Θεραπεία

Η διαταραχή, με τα συμπτώματα και τα σημεία της, η πορεία και η σοβαρότητά της πρέπει να εξηγηθεί στην πάσχουσα και την οικογένειά της. Προϋπόθεση αποτελεί η εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Σ' αυτό το πλαίσιο θα συμφωνηθεί η αποκατάσταση του βάρους.

Η ψυχογενής ανορεξία, σύμφωνα με τα όσα έχουν καταγραφεί μέχρι τώρα, είναι τόσο από την ιατρική πλευρά, όσο και από την πλευρά της ψυχοπαθολογίας σύνθετη, σοβαρή και συχνά χρόνια κατάσταση που η θεραπεία της απαιτεί συνεχή προσπάθεια και προσοχή και ένα πλήρες θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει α) ιατρική και ψυχιατρική αντιμετώπιση, β) ατομική ψυχοθεραπεία και γ) οικογενειακή θεραπεία.

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. Οι συνοδοί στόχοι αφορούν την επισήμανση και την αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών, γνωστικών, συμπεριφοριστικών,

οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων έτσι ώστε να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να αποφευχθεί η υποτροπή.

Οι στόχοι της θεραπείας λοιπόν, πρέπει να περιλαμβάνουν:

- 1) την αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους-στόχου.
- 2) την επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής, με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών.
- 3) τη διάγνωση και τη θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της ασιτίας και των συμπεριφορών που τη συντηρούν.



4) την επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων.

5) την παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής.

6) την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης

και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοσύνης.

7) την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για την αποφυγή υποτροπής (Hsu 1990, Beumont και συν. 1993, APA 1993, Crisp 1997).

Αποκατάσταση του βάρους

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η αποκατάσταση του βάρους θα πρέπει να είναι κεντρικός και πρώτος στόχος της θεραπείας. Το επιθυμητό βάρος-στόχος θα πρέπει να είναι το ατομικά καθορισμένο φυσιολογικό βάρος σώματος στο οποίο θα αποκατασταθεί η αναπαραγωγική λειτουργία.

Ως προς το περιεχόμενο των γευμάτων και τον υπολογισμό της θερμιδικής πρόσληψης, είναι καλύτερα, εξ αρχής ο καθορισμός του περιεχομένου των γευμάτων και του ποσού των θερμίδων να γίνεται από το διαιτολόγο ή το γιατρό. Είναι επίσης σημαντικό να επισημανθεί και να συμφωνηθεί με τον ασθενή ότι ο στόχος της θεραπείας είναι το φυσιολογικό βάρος και ότι το υπερβολικό βάρος δεν είναι επιθυμητό και πρέπει να αποφεύγεται. Σα βασική πάντως αρχή της προτεινόμενης διατροφής είναι να περιλαμβάνονται απαραίτητως σε κάθε γεύμα υδατάνθρακες, λευκώματα και λίπη, χωρίς να αποφεύγονται τα λαχανικά και φρούτα, των οποίων η αποφυγή είναι συχνά επιθυμία των ασθενών και θα πρέπει να ελέγχεται. Συνήθως η αρχική θερμιδική πρόσληψη κυμαίνεται μεταξύ 30-40 Kcal/kg την ημέρα (περίπου 1000-1600 Kcal /την ημέρα) πιθανόν όμως να πρέπει να αυξηθεί σε 70-100 Kcal/kg την ημέρα για ορισμένους ασθενείς κατά τη διάρκεια της φάσης αύξησης του βάρους, ώστε να σταθεροποιηθεί στις 40-60 Kcal/kg την ημέρα κατά τη φάση διατήρησης του βάρους. Η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενούς για τη διατήρηση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής είναι ουσιαστική παράμετρος της θεραπείας καθ' όλη τη διάρκειά της (Hsu 1990).

Ο υπολογισμός του βάρους-στόχου γίνεται βάσει του Δείκτη Σωματικής Μάζας, που προσδιορίζεται από το πηλίκο του βάρους σε kg, δια του τετραγώνου του ύψους σε εκατοστά. Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω, ο ελάχιστος Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι 20. Γι' αυτούς που είναι 14 και 15 ετών ο Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι τουλάχιστον 18,5 - 19,5. Για ασθενείς μικρότερης ηλικίας πρέπει να γίνεται χρήση ειδικών πινάκων (Touyz και Beumont 1997, Crisp και συν. 1994).

Οι ανορεκτικοί ασθενείς που το βάρος τους είναι έως 20% κάτωθεν του φυσιολογικού βάρους πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά, ιδιαίτερα όταν υπάρχει υψηλό κίνητρο, όταν η οικογένεια είναι συνεργάσιμη και όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρή.

Σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις ασθενών με εξαιρετικά χαμηλό βάρος, απαιτείται ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και συνολική θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθεί η αύξηση του βάρους. Η απόφαση για νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα αντί για παθολογική ή παιδιατρική, εξαρτάται από την ιατρική κατάσταση του ασθενούς και από τις επιδεξιότητες και ικανότητες του τοπικού ψυχιατρικού και ιατρικού προσωπικού.

Στα προγράμματα ενδονοσοκομειακής θεραπείας θα πρέπει να καθορίζονται με ακρίβεια τόσο το βάρος-στόχος όσο και ο ρυθμός ελεγχόμενης αύξησης του βάρους αλλά και να πείθονται οι ασθενείς ότι μπορούν να αποκτήσουν τον έλεγχο επί των υγιών διατροφικών συνηθειών, στις οποίες εκπαιδεύονται. Ένα υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό προσωπικό με το οποίο οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν να αναπτύξουν ρεαλιστικές σχέσεις εμπιστοσύνης, είναι απολύτως αναγκαίο. Στο πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνεται ένας λογικός ρυθμός αύξησης του βάρους (π.χ. 1,5 kg/εβδομάδα για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή 1 Kgr/εβδ. για εξωτερικούς ασθενείς ή ασθενείς ημέρας) καθώς και ορισμένες θετικές και αρνητικές ενισχύσεις (παραμονή στο κρεβάτι, απαγόρευση προνομίων εκτός μονάδας, άσκηση εξαρτώμενη από την αύξηση του βάρους) (Hsu 1990, APA 1993).

Η θεραπεία των ανορεκτικών ασθενών στο νοσοκομείο ολοκληρώνεται όταν η φυσική τους κατάσταση είναι ιατρικά σταθεροποιημένη, όταν το βάρος-στόχος έχει αποκατασταθεί, όταν η συμπεριφορά διατροφής έχει ικανοποιητικά διορθωθεί, και όταν έχει γίνει αρκετή προετοιμασία για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και των οικογενειακών παραγόντων που εμπλέκονται στη διαταραχή.

Διατροφική φροντίδα ασθενών

Εάν η περιορισμένη διαίτα φαίνεται να είναι μόνιμο φαινόμενο στο τρόπο ζωής του ασθενή, τότε ένα μέρος της θεραπείας πρέπει να πάρει η επιμόρφωση για την επίτευξη καλής διατροφής. Ο στόχος είναι να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής γνωρίζει πώς να καλύπτει τις διατροφικές του ανάγκες χρησιμοποιώντας τροφές που να είναι αποδεκτές. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην ενέργεια, στη πρωτεΐνη, στο ασβέστιο, στο σίδηρο, στη βιταμίνη B12 και τη βιταμίνη D. Θα πρέπει να εξεταστεί η μακροχρόνια χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων, συμπεριλαμβανομένων του ασβεστίου και της βιταμίνης D για εκείνους με χαμηλή οστική πυκνότητα μετάλλου και σιδήρου για εκείνες που έχουν έμμηνο ρύση.

Για ορισμένους ασθενείς με μακρύ ιστορικό νευρικής ανορεξίας, η καλύτερη επιλογή μπορεί να είναι να διατηρηθεί ένα ασφαλές βάρος αρκετό ώστε να επιτρέπει ποιότητα ζωής και να εμποδίσει την εισαγωγή σε νοσοκομείο. Αυτό κανονικά απαιτεί ένα ΔΜΣ το λιγότερο 15 kg/m². Η διατήρηση ενός χαμηλού σωματικού βάρους χρειάζεται μία χαμηλή πρόσληψη ενέργειας, αλλά οι ανάγκες για τα περισσότερα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά είναι το λιγότερο όσο υψηλές είναι και οι συστάσεις για τους υγιείς ανθρώπους (με εξαίρεση το

σίδηρο όταν υπάρχει απουσία έμμηνου ρύσης). Για να επιτευχθεί μία επαρκής διατροφική πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών χρειάζεται μία δίαιτα με υψηλή θρεπτική πυκνότητα στο σύνολο. Αυτό μπορεί να σχεδιαστεί μέσα από συζήτηση με τον ασθενή, χρησιμοποιώντας τρόφιμα τα οποία το άτομο νιώθει ότι μπορεί να ανεχθεί και που είναι αποδεκτά μέσα στη πρακτική του πολιτισμικού και θρησκευτικού πλαισίου. Σχεδιάζοντας τη δίαιτα πρέπει να δοθεί προσοχή στα παρακάτω:

- Κανονική, σταθερή πρόσληψη υδατανθράκων, ώστε να προληφθούν απότομες αυξομειώσεις βάρους
- Επαρκής πρόσληψη πρωτεΐνης, ιδιαίτερα για τους χορτοφάγους, και εκείνους που αποφεύγουν τα γαλακτοκομικά και εκείνων με αυξημένες πρωτεϊνικές ανάγκες (π.χ. στη λοίμωξη)
- Επαρκής πρόσληψη απαραίτητων λιπαρών οξέων
- Επαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών αναγκαίων για την υποστήριξη της οστικής πυκνότητας σε μέταλλα (ασβέστιο, βιταμίνη D, μαγνήσιο)
- Ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος για όσους δεν τρώνε κόκκινο κρέας
- Λιποδιαλυτές βιταμίνες
- Η ανάγκη για μακροπρόθεσμη, καλά ισορροπημένη χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμινών και μετάλλων
- Η ανάγκη για χορήγηση συμπληρωμάτων με συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά που είναι δύσκολο να δοθούν σε επαρκείς ποσότητες μέσα από τη δίαιτα, ειδικά όταν υπάρχουν αυξημένες ανάγκες.

Η διαχείριση του αισθήματος πείνας πρέπει να αναφέρεται στο σχεδιασμό. Για τους περισσότερους ανθρώπους, δεν είναι δυνατόν να αναστέλλουν το αίσθημα της πείνας όταν βρίσκονται σε χαμηλό βάρος σώματος, αν και ορισμένοι το αρνούνται ή δεν φαίνεται να το νιώθουν.

Παράδειγμα διαιτολογίου για ασθενή με νευρική ανορεξία

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ

ΑΥΞΗΣΗΣ Σ.Β ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ 42 ΚΙΛΩΝ , 20 ΕΤΩΝ , 163CM

Η ΑΥΞΗΣΗ ΘΑ ΕΙΝΑΙ 1 ΚΙΛΟ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

ΘΕΡΜΙΔΕΣ:2774

ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ:19% ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ:44% ΛΙΠΟΣ:36%

ΠΡΩΙΝΟ

- 1 Γιαούρτι 2% (200γρ)
- +
- 4 καρύδια ολόκληρα
- +
- 1 κουταλιά της σούπας μαύρες σταφίδες(14γρ)

10:00

2 Φρούτα

(τα φρούτα είναι ζυγισμένα με την φλούδα

1Φρούτο=1 ακτινίδιο μεγάλο = 1 αχλάδι μέτριο = 2 βερίκοκα μέτρια ή 4 μικρά =2
δαμάσκηνα μικρά(150γρ)= 1 φέτα καρπούζι (300γρ – 350γρ)= 12 κεράσια (90γρ)= 1 μήλο
μικρό(120γρ)= 1 φέτα πεπόνι(300γρ)= **μισή μπανάνα** (120γρ)=1 μέτριο ροδάκινο(180γρ)=
17 ρόγες σταφύλι(90γρ)=1 πορτοκάλι μικρό(200γρ)=1 Νεκταρίνι μικρό(150γρ)=1 μανταρίνι
μεγάλο ή 2 μέτρια=1 ¼ φλυτζ.φράουλες(6 φράουλες)= ½ ποτήρι Χυμός(125ml)= 2 κουταλιές
της σούπας Σταφίδες=4 αποξ. Δαμάσκηνα= 120γρ Ανανά φρέσκο = 4 αποξ. βερίκοκα= ½
Ρόδι

12:00

- 1 κουταλιά της σούπας Goji berries(10gr)
- +2 αποξηραμένα δαμάσκηνα
- +2 αποξηραμένα βερίκοκα
- +12 Αμύγδαλα ωμά – ανάλατα
- +24 φιστίκια Αιγίνης ανάλατα

+4 κουταλάκια του γλυκού κολοκυθόσπορος καθαρισμένος

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ

1 η μέρα 100γρ Μοσχάρι ψητό – βραστό ή 100γρ Μπιφτέκι ψητό (άπαχα μέρη κρέατος μπον-φιλέ, κιλότο, νουά,) + 2 φλυτζ. Λαχανικά ωμά ή 1 φλυτζάνι βραστά

2^η μέρα 100γρ Κοτόπουλο ψητό ή βραστό . (χωρίς το δέρμα) + 2 φλυτζ. Λαχανικά ωμά ή 1 φλυτζάνι βραστά

3^η μέρα 100γρ Σαρδέλα ψητή ή 120γρ Σκουμπρί ψητό ή 140γρ σολομός ψητός ή 120γρ Κολιός ψητός + 2 φλυτζ. Λαχανικά ωμά ή 1 φλυτζάνι βραστά

4^η μέρα 90γρ Σαρδέλα ψητή, 110γρ Σκουμπρί ψητό, 120γρ σολομός ψητός , 110γρ Κολιός ψητός + 2 φλυτζ. Λαχανικά ωμά ή 1 φλυτζ βραστά

5^η μέρα 140γρ καλαμαράκια βραστά +2 φλυτζ. Λαχανικά ωμά ή 1 φλυτζ βραστά

(αγγούρι, μελιτζάνες, ραπανάκια, γογγύλια, κρεμύδια, καρότα, μπάμιες, κολυκuthάκια, λάχανο, σπανάκι, πιπεριές, ντομάτα, σπαράγγια, κουνουπίδι, μανιτάρια, παντζάρια, μπροκολο, φασολάκια, ρόκα, ραδίκια, μαϊντανός, αντίδια, μαρούλι, αγκινάρες, πράσα, σέλινο, Χόρτα)
+

1 Στρογγυλό Παξιμάδι Κριθαρένιο Μάννα (75γρ)=

2 πατάτες ψητές - βραστές(180γρ) με 35 γρ κριθαρένιο παξιμάδι μάννα=

1 φλυτζ. Ρύζι μπασμάτι πλήρες βραστό (130γρ-140γρ) (4 κουταλιές της σούπας 47γρ ωμό) με 35 γρ κριθαρένιο παξιμάδι μάννα=
+2 κουταλιές της σούπας ωμό Λάδι (30ml)
+1 κουταλιά της σούπας Λινέλαιο(15ml)(μετά το φαγητό)

6^η μέρα 1 ½ φλυτζ. Όσπρια(μαγ)(φακές, φασόλια, ρεβύθια)+1φλυτζ. σαλάτα

+45gr παξιμάδι Μάννα +5 κουταλάκια του γλυκού Λάδι(20ml) + 1 κουταλιά της σούπας Λινέλαιο(15ml)

7^η μέρα 1 ½ φλυτζ. Όσπρια(μαγ)(φακές, φασόλια, ρεβύθια)+1φλυτζ. σαλάτα

+45gr παξιμάδι Μάννα +5 κουταλάκια του γλυκού Λάδι(20ml) + 1 κουταλιά της σούπας Λινέλαιο(15ml)

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ

2 Φρούτα

+1 Γιαούρτι 2%(200γρ)

+2 βραζιλιάνικα Φιστίκια

+1 κουταλιά της σούπας μαύρες σταφίδες(14γρ)

+2 κουταλάκια του γλυκού Κολοκυθόσπορος

ΒΡΑΔΙΝΟ

1^η μέρα 90γρ μοσχάρι βραστό ή 90γρ μπιφτέκι + 1 φλυτζ. ωμά ή ½ φλυτζ. βραστά λαχανικά + 75γρ κριθαρένιο Παξιμάδι + 1 κουταλιά της σούπας ωμό Λάδι(15ml)

2^η μέρα 90γρ Κοτόπουλο ψητό – βραστό + 1 φλυτζ. ωμά ή ½ φλυτζ. βραστά λαχανικά + 75γρ κριθαρένιο Παξιμάδι + 1 κουταλιά της σούπας ωμό Λάδι(15ml)

3^η μέρα 1 Αυγό βραστό + 1 φλυτζ. ωμά ή ½ φλυτζ. βραστά λαχανικά + 75γρ κριθαρένιο Παξιμάδι + 4 κουταλάκια του γλυκού Λάδι

4^η μέρα 110γρ ωμές βίδες ολ. αλέσεως + 40γρ φέτα ήπειρος με 12% Λίπος τριμμένη + 1 ντομάτα περασμένη στο μπλέντερ + 1 κουταλιά της σούπας ωμό Λάδι(15ml)

5^η μέρα 50γρ φέτα Ήπειρος με 12% Λίπος + 2 φλυτζ. ωμά ή 1 φλυτζ. βραστά λαχανικά + 75γρ κριθαρένιο Παξιμάδι + 5 κουταλάκια του γλυκού Λάδι(25ml)

6^η μέρα 1 Αυγό βραστό + 2 φλυτζ. ωμά ή 1 φλυτζ. βραστά λαχανικά + 75γρ κριθαρένιο Παξιμάδι + 5 κουταλάκια του γλυκού Λάδι (25ml)

7^η μέρα 180γρ Αρακάς + 50γρ φέτα Ήπειρος με 12% Λίπος + 75γρ κριθαρένιο Παξιμάδι + 1 κουταλιά της σούπας ωμό Λάδι(15ml) (55)

Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών

Η ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του βάρους και των συνηθειών διατροφής θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των ζωτικών σημείων, τον υπολογισμό πρόσληψης και απώλειας υγρών, την παρακολούθηση για ανάπτυξη οιδημάτων λόγω γρήγορης αύξησης του βάρους εξαιτίας κατακράτησης υγρών, την αποφυγή συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, και την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων.

Ενίοτε, ένεκα της ασιτίας, των εμέτων και των καθαρτικών, παρατηρούνται σοβαρές επιπλοκές όπως ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, αφυδάτωση, αρρυθμίες και νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση στο νοσοκομείο.

Η χρήση ρινογαστρικού καθετήρα ή, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η χορήγηση παρεντερικής διατροφής είναι εναλλακτικές λύσεις που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν κίνδυνοι για τη ζωή του ασθενή. Τέτοιου τύπου παρεμβάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για όσο χρονικό διάστημα είναι απολύτως αναγκαίες, ενώ θα πρέπει να συνεχίζεται η μέριμνα για την αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής (Beumont και συν. 1993).



Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Παρ' ότι τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί ιδιαίτερα σημαντική πρόοδος στην ψυχοφαρμακολογία, κανένα φάρμακο δεν έχει αποδειχθεί χρήσιμο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Επειδή λοιπόν η



κεντρική ψυχοπαθολογία της διαταραχής αυτής, είναι εξαιρετικά ανθεκτική στη φαρμακευτική προσέγγιση, τα φάρμακα δεν πρέπει να χορηγούνται ως μοναδική θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή όμως είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αστίας και για τη θεραπεία της συνυπάρχουσας νοσηρότητας που παρατηρείται στους ανορεκτικούς ασθενείς με χρόνια πορεία (25% των πασχόντων).

Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο είναι τα αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη- σε ασθενείς με κατάθλιψη που επιμένει παρά την αύξηση του βάρους) τα νευροληπτικά (χλωροπρομαζίνη κατά την ενδοноσοκομειακή αντιμετώπιση και ιδιαίτερα κατά την περίοδο που ο ασθενής παραμένει κλινήρης, έχουν χρησιμοποιηθεί βοηθητικά οι υψηλές δόσεις χλωροπρομαζίνης, οι οποίες γίνονται καλώς ανεκτές και συμβάλλουν στην επιτυχή ενδοноσοκομειακή νοσηλεία, η πιμοζίδη σε χαμηλές δόσεις για την ψυχαναγκαστικότητα, το άγχος και τον ψυχωσικόμορφο τρόπο σκέψης) καθώς και τα αγχολυτικά φάρμακα (λοραζεπάμη) που χρησιμοποιούνται εκλεκτικά πριν από τα γεύματα για να μειώσουν το άγχος αναμονής που σχετίζεται με το φαγητό.

Οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι:

- 1) οι ασθενείς με υποθρεψία και κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής απ' ό,τι άλλοι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται λιγότερο σ' αυτή.
- 2) τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υπότασης και αρρυθμίας στους ασθενείς με ανορεξία ειδικότερα σε ασθενείς που κάνουν χρήση υπακτικών και των οποίων η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής και η καρδιακή λειτουργία διαταραγμένη.
- 3) μερικά συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να υποχωρήσουν με την αύξηση του βάρους.
- 4) τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που επιμένουν, μειώνουν την ψυχαναγκαστικότητα και γενικώς περιορίζουν τον κίνδυνο υποτροπής, μετά τη φάση αποκατάστασης του βάρους.
- 5) Σε περιπτώσεις ενδοноσοκομειακής νοσηλείας και ιδιαίτερα όταν είναι αναγκαίο ο ασθενής να παραμείνει κλινήρης κατά τη φάση απόκτησης φυσιολογικού βάρους, βαθμιαία αυξανόμενες δόσεις χλωροπρομαζίνης (μέχρι 400 mg ημερησίως), γίνονται καλά ανεκτές και

βοηθούν σημαντικά στην παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι και τη συμμόρφωση στην ενδεικνυόμενη σίτιση.

Συμπερασματικά, κανένα φάρμακο δεν έχει ειδική επίδραση στην ψυχογενή ανορεξία, και όσα έχουν χρησιμοποιηθεί έχουν μόνο μερική ένδειξη για την αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων και για περιορισμένο χρόνο (Garfinkel και Walsh 1997).

Οικογενειακή παρέμβαση

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

Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο θεραπευτικό σχεδιασμό από την αρχή και να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (εάν είναι δυνατόν με τους δυο γονείς τουλάχιστον εάν όχι με όλα τα μέλη της οικογένειας) θα πρέπει να αρχίσει όταν τα μέλη της οικογένειας μπορούν να συμμετάσχουν χωρίς να κρατούν κριτική στάση, απέναντι στον ασθενή και όταν κανένα μέλος της οικογένειας δεν είναι τόσο χαοτικό ώστε να αποκλείει την παραγωγική εργασία. Υπερβολικά αυστηροί γονείς θα πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται χωρίς την παρουσία του ασθενούς ώστε να γίνει η σχετική προετοιμασία για να συμμετάσχουν στην οικογενειακή θεραπεία που περιλαμβάνει και τον ασθενή.

Η οικογενειακή θεραπεία είναι περισσότερο χρήσιμη για νεότερους ασθενείς και πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι η οικογενειακή θεραπεία πρέπει να είναι υποχρεωτική για παιδιά και νεαρούς εφήβους. Η θεραπεία ζεύγους μπορεί να είναι χρήσιμη σε παντρεμένους ασθενείς .

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί στην οικογένεια ότι οι θεραπευτικοί χειρισμοί θα πρέπει να αποφασίζονται από τη θεραπευτική ομάδα. Συχνά οι ασθενείς προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια ώστε να διακοπεί η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία πριν το

βάρος-στόχος επιτευχθεί με διάφορα τεχνάσματα. Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας από την οικογένεια κατά τη διάρκεια της φάσης ανάκτησης φυσιολογικού βάρους, είναι απαραίτητη προϋπόθεση της θεραπείας.

Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με το επίπεδο γνωσιακής συγκρότησης, το στυλ και την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του.

Συναισθηματική δοτικότητα και υποστήριξη, ενίσχυση της εναισθησίας, εκπαίδευση και εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων αποτελούν βασικές περιοχές εργασίας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν ο ασθενής είναι επιδεκτικός σε τέτοιες παρεμβάσεις.

Η ψυχοθεραπεία, ατομική ή ομαδική χρειάζεται να συνεχιστεί για πολλά χρόνια, ίσως με διαλείμματα που εξαρτώνται από την ψυχοπαθολογία του ασθενούς και την ιατρική του κατάσταση. Η επίμονη και συχνά χρόνια φύση της ψυχοπαθολογίας αλλά και των διαταραχών της προσωπικότητας στην ψυχογενή ανορεξία, και η ανάγκη για ουσιαστική αλλαγή κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης, απαιτούν μακροχρόνια ψυχολογική αντιμετώπιση τουλάχιστον για ένα χρόνο (Crisp 2007) ή ίσο χρόνο ψυχοθεραπείας με τον χρόνο από την έναρξη της διαταραχής.

Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών που απαντώνται σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές (Crisp 1995), ψυχαναλυτικές (Goodsitt 1997), γνωσιακές (Garner και συν. 1997), συστημικές (Minuchin και συν. 1978, Palazzoli 1978), κοινωνικοπολιτισμικές (Striegel-Moore 1993) και φεμινιστικές θεωρίες (Orbach 1986), από τις οποίες απορρέουν και οι αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που όλες έχουν εφαρμοσθεί, με άλλοτε, άλλη επιτυχία.

Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στην οξεία φάση της ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης του σοβαρά υποσιτιζόμενου ασθενή παραμένει ασαφής. Η



εμπειρία από προγράμματα με μεγάλο αριθμό ασθενών και επιτυχή αντιμετώπιση δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας αρχίζει να φαίνεται μετά την αποκατάσταση του βάρους. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, χωρίς ταυτόχρονη πρόοδο στην απόκτηση του βάρους, συνήθως δεν είναι αποτελεσματικές.

Γενικά, κάθε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να εστιάζει αφ' ενός στα εσωτέρα προβλήματα του ανορεκτικού ασθενούς (αισθήματα κενού, άρνηση και φόβος έναντι των προσωπικών αναγκών, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εχθρότητα προς εαυτό) και αφ' ετέρου να τον βοηθήσει να επεξεργασθεί τις αναπτυξιακές προκλήσεις της εφηβείας. Ο θεραπευτής πρέπει να εκπαιδεύει, να διευθετεί, να υποστηρίζει, να προτείνει, να συζητά, να διαπραγματεύεται, να ενθαρρύνει, να εκπλήσσει και να αποτελεί πρότυπο για τον ασθενή του. Κάτι που πρέπει να αποφεύγεται γενικά σε κάθε προσέγγιση είναι η χρησιμοποίηση διαφόρων τακτικών και τεχνικών που εκλαμβάνονται ως εξαναγκαστικές από τους ασθενείς, για τους οποίους είναι γνωστό ότι ο έλεγχος είναι κάτι πολύ σημαντικό.

Μακροπρόθεσμοι Στόχοι και Πρόγνωση

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι περιλαμβάνουν σταθεροποίηση της συναισθηματικής διάθεσης, διευθέτηση των δυσλειτουργικών στοιχείων της προσωπικότητας, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Οι υποστηρικτικές και ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αρχίσουν από τα πρώτα στάδια της ψυχοθεραπείας και να συνεχιστούν καθ' όλο το διάστημα της θεραπείας. Οι ασθενείς πρέπει να διευκολύνονται να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση μ' έναν ειδικό όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Το φύλο του θεραπευτή δεν έχει τόσο σημασία, όσο η εμπειρία του και οι ικανότητές του (G. Waller 2007).

Ως προς την πρόγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας τα αποτελέσματα από έγκυρες μελέτες παρακολούθησης νοσηλευθέντων ασθενών, για τουλάχιστον 4 χρόνια μετά την έναρξη της διαταραχής δείχνουν ότι: περίπου το 44% των ασθενών είχε καλή έκβαση (το βάρος επανήλθε στο προτεινόμενο βάρος και αποκαταστάθηκε η εμμηνορυσία), στο 24% περίπου τα αποτελέσματα ήταν φτωχά (το βάρος ποτέ δεν έφτασε το προτεινόμενο, και η έμμηνος ρύση δεν αποκαταστάθηκε ή ήταν σποραδική), στο 28%, περίπου, υπήρχαν ενδιάμεσα αποτελέσματα, και λιγότεροι από 5% είχαν πεθάνει (πρώιμη θνησιμότητα) (Hsu 1990).

Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν (καλή έκβαση 43%, βελτίωση 36%, χρόνια πορεία 20%, θνησιμότητα 5%) από εντελώς πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (68 μελέτες - 3104 ασθενείς) (Steinhausen 2005).

Η κακή πρόγνωση έχει συσχετιστεί με το πολύ χαμηλό αρχικά βάρος, την παρουσία εμέτων, την αποτυχία ανταπόκρισης σε προηγούμενη θεραπεία, τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις και το γάμο.

Η θνησιμότητα, οφειλόμενη πρωταρχικά σε καρδιακή προσβολή ή αυτοκτονία, (1-5%) αυξήθηκε όσο παρατεινόταν η παρακολούθηση και έφτασε περίπου το 20% μεταξύ ασθενών που παρακολουθούνταν για περισσότερο από 20 χρόνια. Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 4% και 17% . Επιπλέον, περίπου τα 2/3 των ασθενών συνέχισαν να έχουν συνεχή νοσηρή ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος, πάνω από 40% είχαν βουλιμικά συμπτώματα και πολλοί είχαν δυσθυμία, κοινωνική φοβία, ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα και κατάχρηση ουσιών . Πρέπει να επισημανθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών (25% περίπου) εισέρχεται στη χρόνια μορφή της διαταραχής που συνοδεύεται από σοβαρές ιατρικές επιπλοκές.

Περιστατικό Ανορεξίας

Μία νεαρή γυναίκα ηλικίας 22 ετών ξεκίνησε να χάνει βάρος στα μέσα της εφηβείας της όταν διαγνώστηκε με ψυχογενής ανορεξία. Παρακολουθούνταν όπως είναι πρόπον, από έναν ψυχίατρο, με εμπειρία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η έμμηνος ρύση της είχε διακοπεί στην ηλικία των 16 ετών ενώ ο ΔΜΣ της ήταν κάτω του 17kg/m². Ο ΔΜΣ εξακολουθούσε να είναι μεταξύ 15- 17kg/m², μέχρι και έξι μήνες πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο, οπότε και η κατάσταση της χειροτέρευσε. Έγινε πολύ αδύναμη, ενώ η οικογένεια της και τα άτομα που την φρόντιζαν, ανησύχησαν για την ζωή της.

Ανίχνευση

Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το ύψος της ήταν 1,66 μέτρα και το βάρος της ήταν 29 κιλά, τα οποία δίνουν ΔΜΣ 11,0 kg/m².

Διατροφική αξιολόγηση

Απειλητική για τη ζωή δυσθρεψία. Ένδειξη για σωτήρια τεχνητή υποστήριξη θρέψης.

Κλινική απόφαση

Η ασθενής συμφώνησε να εφαρμοστεί ρινογαστρική σίτιση. Δεδομένου ότι στη Μεγάλη Βρετανία, νομικά, η ψυχογενής ανορεξία υπόκειται στη δράση για την Ψυχική Υγεία το να φροντίζεις και να σιτίζεις τον ασθενή υπό αναισθησία, χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς, δεν είναι μόνο νόμιμο και ηθικό αλλά, και υποχρεωτικό στην περίπτωση που αξιολογείται ότι κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς, δεδομένου ότι η επιβίωση των γυναικών με ΔΜΣ κάτω του 10 kg/m² είναι σπάνια.

Διατροφικές ανάγκες

Η εκτιμώμενη ενεργειακή κατανάλωση ηρεμίας ήταν 912 kcal, αν και με τέτοια βαριά δυσθρεψία θα αναμενόταν να ήταν κατά 10-15% κάτω της τιμής αυτής.

Θεραπεία

Συστήθηκε η πρόσληψη πολύ βιταμινούχου σκευάσματος και φυλλικού οξέος από το στόμα. Άρχισε η χορήγηση συνήθους πολυμερούς εντερικού σκευάσματος 1 kcal/ml με ρυθμό χορήγησης 30 ml/ώρα, ο οποίος αυξήθηκε στα 60 ml/ώρα μέσα στις επόμενες τρεις ημέρες.

Παρακολούθηση και πρόοδος

Μετά από τρεις ημέρες εντερικής σίτισης χρησιμοποιώντας ένα σύνηθες πολυμερές σκεύασμα 1 kcal/ml, ξεκινώντας με 50 ml/ώρα και αυξάνοντας σταδιακά σε 80 ml/ώρα, η ασθενής αύξησε το βάρος της κατά 2κιλά, ενώ παρατηρήθηκε οίδημα. Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε πτώση των επιπέδων του καλίου και του φωσφορικού οξέος γεγονός που αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια συμπληρωματική χορήγηση φωσφορικού καλίου.

Την Τρίτη ημέρα έγινε έναρξη της ενδοφλέβιας χορήγησης φωσφορικού νατρίου. Σημειώστε τα χαμηλά επίπεδα κρεατινίνης ορού τα οποία αντανακλούν τη χαμηλή μυϊκή μάζα.

Έκβαση

Μετά από μία εβδομάδα, η ασθενής έγινε πιο κινητική και με καλύτερη διάθεση, ενώ μετά από τρεις εβδομάδες μεταφέρθηκε στην ψυχιατρική μονάδα για περαιτέρω αντιμετώπιση,

έχοντας κερδίσει 2κιλά ιστού χωρίς οίδημα. Μία από τις ανησυχίες όσον αφορά στη μακροπρόθεσμη διατροφή ήταν η ανάπτυξη οστεοπόρωσης η οποία θα μπορούσε να προκληθεί λόγω των χαμηλών επιπέδων οιστρογόνων, της δυσθρεψίας και της χαμηλής πρόσληψης ασβεστίου και βιταμίνης D.

VII. ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Ιστορική αναδρομή

Το σύνδρομο της ψυχογενούς βουλιμίας περιγράφηκε στα τέλη του 1970 από τον Russell (Russell 1979). Ο όρος «βουλιμία» συναντάται σε δυτικές ευρωπαϊκές πηγές για χρονικό διάστημα πάνω από 2000 χρόνια, με αξιοσημείωτη συνέπεια στην εννοιολογική απόδοση του ορισμού και στην παθολογική κατάσταση των αδηφαγικών επεισοδίων. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι υπάρχουν και λίγες μαρτυρίες από πηγές της Ιστορίας της Ιατρικής που αναφέρουν περιπτώσεις οι οποίες μπορεί να χαρακτηρισθούν ως ψυχογενής βουλιμία πριν από το 1970.



Ετυμολογικά ο όρος βουλιμία προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «βους» και «λιμός» που αντίστοιχα δηλώνουν το βόδι και την πείνα, ενώ πολλές παραλλαγές παρήχθησαν από το λατινικό bulimus και bolismus και το γαλλικό bolisme. Κατά λέξη η βουλιμία δηλώνει την «πείνα βοδιού», δηλαδή την όρεξη που είναι τόσο μεγάλη όσο αυτή ενός βοδιού ή την ικανότητα κατανάλωσης πολύς μεγάλης ποσότητας φαγητού, όπως ένα βόδι. Χειρόγραφα και τυπωμένες μελέτες από τον 14^ο έως τον 20^ο αιώνα υποδηλώνουν ευρεία χρήση της λέξεως «βουλιμία», όπως και παραλλαγών του όρου «κυνορεξία», «κυνοειδής όρεξη» και «νοσηρή πείνα». Η πιο πρόσφατη χρήση της λέξεως στην Αγγλική γλώσσα είναι «bolismus» και χρονολογείται από το 1938. Ο όρος «κυνοειδής όρεξη» χρησιμοποιούνταν ευρύτατα στην καθομιλουμένη, υπονοώντας την αρχέγονη τάση κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής, όπως ένας σκύλος, και ακολούθως την τάση κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής, όπως ένας σκύλος, και ακολούθως την τάση πρόκλησης εμετικών κενώσεων. Το 1982, το λεξικό

«Tuke's Dictionary of psychological Medicine» ισχυρίζεται ότι η βουλιμία και η कुνοείδης όρεξη αναφέρονται στην ίδια κατάσταση.

Η προσπάθεια προσέγγισης και κατανόησης του ιστορικού προφίλ της βουλιμίας δεν αποτελεί εύκολη διαδικασία καθώς οι πηγές συλλογής πληροφοριών είναι σποραδικές και ετερογενείς και καλύπτουν, σε διάφορα ανεξάρτητα μεταξύ τους επίπεδα ,το χρονικό διάστημα δύο χιλιετιών. Οι πηγές πληροφοριών περιλαμβάνουν κλασσικά κείμενα, πραγματείες ιατρών του μεσαίωνα, θεολογικές μελέτες, ιατρικά λεξικά, ενώ η διαδικασία προσέγγισης του ιστορικού προφίλ της βουλιμίας δια μέσω αυτών των πηγών θα πρέπει να πραγματοποιείται προσεκτικά. Στην αρχαιότητα βρίσκουμε αναφορές σχετικά με την βουλιμία στο έργο του Ξενοφώντος «Ανάβασις» και σε άλλα κλασσικά κείμενα και πηγές. Στις περιγραφές της βουλιμίας, η ασθένεια αναφέρεται ως μία κατάσταση μεγάλης πείνας, αδυναμίας και εξασθένησης και τάση φυσικής κατάρρευσης. Μία εξαίρεση σε αυτές τις περιγραφές αποτελεί η αναφορά του Aurelianus στα έργα του ,τον 5^ο αιώνα που αναφέρει στο γενικό πλαίσιο των χρόνιων διαταραχών, τον όρο «παθολογική αίσθηση πείνας». Σύμφωνα λοιπόν με τις αναφορές του Aurelianus η βουλιμία θεωρείται ως μία ασθένεια του οισοφάγου, η οποία χαρακτηρίζεται από πολύ μεγάλη όρεξη για κατανάλωση τροφής απουσίας της διαδικασίας της μάσησης, αλλά και πρόκλησης εμετικής κένωσης.

Στην περίοδο του μεσαίωνα επικρατούσαν δύο αντίθετες δυνάμεις και συνεπώς και αντιλήψεις σχετικά με το θέμα της διατροφής και της λαιμαργίας. Από την μία πλευρά, σύμφωνα με την Ρωμαϊκή καθολική εκκλησία η λαιμαργία θεωρούνταν ένα από τα επτά θανάσιμα αμαρτήματα. Από την άλλη πλευρά, η ανασφάλεια των περιορισμένων τροφικών αποθεμάτων και το μικρό προσδόκιμο ηλικίας αποτελούσαν δύο βασικούς λόγους για μη ελεγχόμενη κατανάλωση τροφής, σε περιόδους ευημερίας. Υπάρχουν αναφορές και στοιχεία σε κείμενα και ιατρικές αναφορές που δηλώνουν ότι η υπερκατανάλωση τροφής για ορισμένα άτομα δεν ήταν σπάνιο φαινόμενο, την εποχή εκείνη. Δεν είναι επίσης σπάνιο φαινόμενο η διαδικασία πρόκλησης εμετικών κενώσεων σε καλόγριες που ακολουθούσαν ασκητική ζωή, ως ένα είδος τιμωρίας στον εαυτό τους για τα επεισόδια αδηφαγίας. Παρόλο που η ύπαρξη των «λαίμαργων» ατόμων και γενικά της λαιμαργίας είναι αποδεκτή, περιστατικά που να περιγράφουν αναγνωρισμένους βουλιμικούς ασθενείς είναι σπάνια πριν τον 17^ο αιώνα.

Τον 20^ο αιώνα ο ιατρός Osler αναγνωρίζει την βουλιμία ως αν ανωμαλία της αίσθησης της πείνας ή του κορεσμού και διαπιστώνει ότι η ασθένεια αυτή εκδηλώνεται συνήθως σε

ασθενείς με υστερία ή ψυχική ασθένεια. Το 1930 η βουλιμία αναφέρεται επίσης ως ένα σύμπτωμα της συναισθηματικής στέρησης και της μη ικανοποιητικής κοινωνικής αποδοχής. Οι αναφορές σε επεισόδια αδηφαγίας, στα πλαίσια της ασθένειας της ψυχογενούς ανορεξίας αυξάνονται σημαντικά μετά το 1900. Πριν το 1900, η πρώτη αναφορά σε επεισόδια υπερφαγίας, στα πλαίσια της ψυχογενούς ανορεξίας πραγματοποιείται το 1866 από τον Gull. Τα πιο πρόσφατα βουλιμικά περιστατικά, που συμφωνούν με τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια αναφέρονται στη δεκαετία του '30, κυρίως σε Γερμανικές πηγές, και παρατηρείται σημαντική αύξηση της εμφάνισης και εκδήλωσης του κυρίως μετά τον 2^ο παγκόσμιο πόλεμο. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '60 τα επεισόδια αδηφαγίας και αυτό-προκαλούμενων εμετικών κενώσεων εξεταζόταν κυρίως μέσα στα περιστατικά της ψυχογενούς ανορεξίας. Τα ολοένα και περισσότερα όμως περιστατικά της βουλιμίας, στη δεκαετία του '70, τελικά είχαν ως αποτέλεσμα να αναγνωρισθεί η ασθένεια ως μία ξεχωριστή διαταραχή λήψης τροφής, το 1979.

Τύποι ψυχογενούς βουλιμίας

Η διαταραχή της Ψυχογενούς Βουλιμίας προσδιορίζεται σε δύο τύπους:

1)Καθαρτικός τύπος: κατά την διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενες εμετικές κενώσεις ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.



2)Μη καθαρτικός τύπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο χρησιμοποιεί άλλες απρόσφορες, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία, ή υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. (69)

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας παρουσιάζει 4 βασικά χαρακτηριστικά στοιχεία:

- 1) Υπερβάλλουσα σημασία στην εικόνα του σώματος ως μια προσδοκία βελτίωσης του αισθήματος αυτοεκτίμησης.
- 2) Υιοθέτηση περιοριστικών διατροφικών συνηθειών, συχνά σε υπερβάλλοντα βαθμό προκειμένου να υπάρχει έλεγχος του σωματικού βάρους.
- 3) Ο υπερβολικός διατροφικός περιορισμός γίνεται έμμονη ιδέα και οδηγεί στα επεισόδια αδηφαγίας.
- 4) Η υιοθέτηση συνηθειών, όπως ο αυτοπροκαλούμενος έμετος και η λήψη καθαρτικών και διουρητικών, πραγματοποιείται για να «ελεγχθούν» τα αισθήματα ενοχής μετά τα επεισόδια αδηφαγίας. Η επακόλουθη αίσθηση της χαμηλής αυτοεκτίμησης τείνει να διαιωνίζει τον κύκλο της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς.

Επιδημιολογική προσέγγιση βουλιμίας

Τα στατιστικά-επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τη ψυχογενή βουλιμία είναι ελλιπή και κυρίως προέρχονται από το βορειοαμερικανικό χώρο. Η κύρια αιτία έλλειψης στοιχείων ίσως έχει σχέση με την όχι τόσο εμφανή συμπτωματολογία της ψυχογενούς βουλιμίας. Επίσης οι βουλιμικοί ασθενείς δεν κινητοποιούνται εύκολα να επισκεφθούν ειδικούς λόγω ενοχών και συναισθημάτων ντροπής. Το σύντομο παρελθόν της ψυχογενούς βουλιμίας σημαίνει ότι υπάρχουν πολύ λιγότερα επιδημιολογικά στοιχεία συγκριτικά με την ψυχογενή ανορεξία. Η συχνότητα εμφάνισης περιστατικών τα οποία παρουσιάζονται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγείας στη Μεγάλη Βρετανία είναι 12/100.000 άτομα. Η συχνότητα εμφάνισης των περιστατικών βουλιμίας που παρουσιάστηκαν για νοσοκομειακή φροντίδα ήταν αυξημένη κατά τη διάρκεια του 1980, ενώ παρατηρήθηκε τριπλασιασμός των περιστατικών μεταξύ του 1988 και του 1993. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται εν μέρει στην αυξημένη αναγνώριση της κατάστασης τόσο από την πλευρά των γιατρών όσο και από την πλευρά των ασθενών. Τα στοιχεία που δίνει μια μελέτη η οποία εξέτασε το ψυχιατρικό ιστορικό ενός πληθυσμού διδύμων, δείχνουν ότι υπάρχει μια επίδραση της ηλικίας στον πληθυσμό αυτό, με μια σημαντική αύξηση του κινδύνου να χαρακτηρίζεται τις γυναίκες οι οποίες είχαν γεννηθεί

μετά το 1950. Ακόμη Ιατροί παθολόγοι στη Νορβηγία, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια διάγνωσης της ψυχογενούς βουλιμίας που βασίζονται στο DSM-III, μελέτησαν την εμφάνιση της νόσου σε ένα μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα του Γερμανικού πληθυσμού, και διαπίστωσαν ότι 11 περιστατικά σε πληθυσμό 100.000 ατόμων ανά έτος εκδήλωναν την νόσο, για το χρονικό διάστημα από το 1985 έως το 1989. Περίπου οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς παραπέμφθηκαν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για ιατρική θεραπεία, κάτι που αποδίδει μια εμφάνιση της νόσου για ιατρική προσέγγιση και θεραπεία, της τάξης των 6 περιστατικών σε πληθυσμό 100.000 ατόμων ανά έτος. Η αναλογία εμφάνισης της νόσου στην πρωτοβάθμια θεραπεία χρησιμοποιείται ως μία όχι τόσο σημαντική εκτίμηση συγκριτικά με την πραγματική αναλογία εμφάνισης της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό.

Εξαιτίας λοιπόν της μυστικότητας που περιβάλλει την διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας - συγκριτικά με την ψυχογενή ανορεξία, και των ελάχιστων ερευνών που πραγματοποιούνται από τους ειδικούς για την διαταραχή αυτή, η πραγματική αναλογία εμφάνισής της για τον γενικό πληθυσμό δεν είναι γνωστή. Όσον αφορά την επικράτηση της διαταραχής ο μέσος όρος για τον γυναικείο πληθυσμό, χρησιμοποιώντας αυστηρά τα διαγνωστικά κριτήρια, υπολογίζεται 1.000 άτομα σε πληθυσμό 100.000 (1.0%).

Αιτιολογική προσέγγιση της ψυχογενούς βουλιμίας

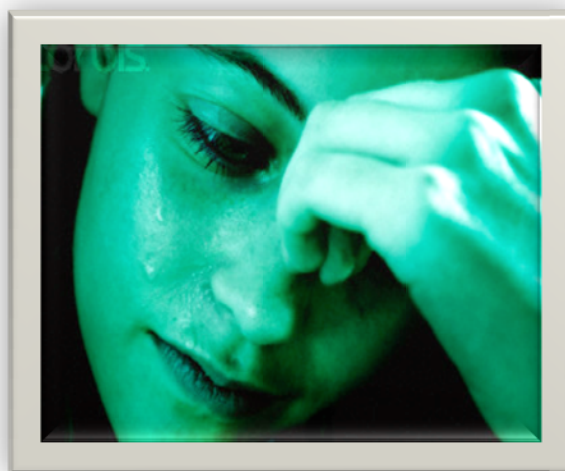
Δεν υπάρχει μόνο ένας αιτιολογικός παράγοντας για την εκδήλωση των διαταραχών λήψης τροφής. Αντιθέτως, η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών είναι πολυπαραγοντική. Τα τελευταία 20 χρόνια χρησιμοποιείται ένα συγκεκριμένο μοντέλο ταυτοποίησης της πολυπαραγοντικής φύσης των διαταραχών λήψης τροφής. Το μοντέλο αυτό προτείνει την ομοιότητα των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων που προδιαθέτουν τα άτομα που αναπτύσσουν διατροφικές διαταραχές, τους παράγοντες που επισπεύδουν την εκδήλωση των διαταραχών και τις φυσιολογικές και ψυχολογικές διαδικασίες που διαιωνίζουν το σύνδρομο. Ο τύπος αυτού του μοντέλου έχει θεωρηθεί ότι αντιπροσωπεύει μια θέση συμβιβασμού, συνεπώς είναι δύσκολο να ανασκευάσει κάποια δεδομένα.

Παρ' όλα αυτά όμως, το μοντέλο αυτό έχει αποβεί πολύ χρήσιμο, τις δύο τελευταίες δεκαετίες, στην διαδικασία ενημέρωσης προκειμένου να γίνουν πολλές έρευνες σε κλινικό επίπεδο. Πρόσφατες βιολογικές ερμηνείες για την κατανόηση των αιτιολογικών παραγόντων

στην εκδήλωση των διατροφικών διαταραχών συμπληρώνουν τις βασικές αρχές του μοντέλου. Ωστόσο τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν την ασθένεια σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ τα αποτελέσματά της είναι περισσότερο χρόνια και με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης προνοσηρότητας και οικογενούς παχυσαρκίας. Η αιτιολογία της βουλιμίας υποπίπτει σε τρεις τομείς: στην ατομική επιρρέπεια, στις αρνητικές περιβαλλοντικές συνθήκες και στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εφαρμογή δίαιτας απώλειας βάρους.

1. Ψυχολογικοί παράγοντες

Έγινε σύγκριση των θεμελιωδών πεποιθήσεων (απόλυτες απόψεις σχετικά με τον εαυτό, τους άλλους και τον κόσμο) και των υποκείμενων συμπερασμάτων(οι κανόνες τους οποίους ακολουθεί κάθε άτομο καθ'όλη την διάρκεια της ζωής του) μιας ομάδας ατόμων που έπασχε από ψυχογενή βουλιμία και μιας ομάδας που είχε διαγνωστεί με κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αν και τα επίπεδα της αρνητικής αυτοαξιολόγησης ήταν παρόμοια, στην περίπτωση που τα συμπεράσματα αφορούσαν το βάρος και το σχήμα του σώματος καθώς και τον τρόπο διατροφής, αυτά διέφεραν κατά πολύ στις δύο ομάδες. Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι η κατάθλιψη στις νεαρές γυναίκες σχετίζεται με το γεγονός ότι για αυτές το βάρος και το σχήμα του σώματος παίζει ρόλο στην αυτό-αποδοχή.



2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Η έρευνα έχει αποκαλύψει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ψυχογενούς βουλιμίας και των εμπειριών οικογενειακής κακοποίησης. Έχει βρεθεί επίσης, ότι οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία τείνουν να αναφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό προβληματική παιδική ηλικία σε σχέση με γυναίκες από μη-νοσηρές ομάδες. Τα αποτελέσματα μελετών δείχνουν ότι

το παρελθόν των γυναικών αυτών ομοιάζει με αυτό των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη. Η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία έχει καθοριστεί ως σημαντικός παράγοντας που οδηγεί στην εμφάνιση της βουλιμίας, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει ψυχιατρική νοσηρότητα, αν και δεν έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την βαρύτητα της κατάστασης.

Η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας

Η ψυχογενής βουλιμία είναι σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και από υπερβολική απασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού βάρους. Τα συμπτώματα αυτά οδηγούν τον ασθενή να υιοθετήσει ακραία μέτρα, για να μετριάσει την «παχυντική» επίδραση των προσλαμβανόμενων τροφών. Η χρήση του όρου πρέπει να περιορίζεται στη μορφή της διαταραχής, η οποία σχετίζεται με την ψυχογενή ανορεξία λόγω της εμφάνισης κοινών ψυχοπαθολογικών στοιχείων στις δύο καταστάσεις. Η κατανομή ηλικίας και φύλου είναι παρόμοια προς εκείνη της ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά η ηλικία έναρξης τείνει να είναι ελαφρώς καθυστερημένη. Η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να θεωρηθεί ως υπόλειμμα της επιμένουσας ψυχογενούς ανορεξίας (μολονότι μπορεί επίσης να παρατηρηθεί η αντίστροφη διαδοχή, σε μικρό ποσοστό). Μια ασθενής, η οποία προηγούμενα ήταν ανορεκτική, μπορεί να παρουσιάσει βελτίωση λόγω αύξησης του σωματικού βάρους και επανεμφάνισης της εμμήνου ρύσεως, στη συνέχεια όμως μπορεί να παρουσιάσει μια δυσμενή κατάσταση εναλλαγής υπερφαγίας και εμέτων, με όλα τα πιθανά οργανικά αποτελέσματα.

Κριτήρια διάγνωσης

Σύμφωνα με τις οδηγίες για τη διάγνωση, για την οριστική διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας, απαιτούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

- Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για λήψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλίσκονται σε βραχείες χρονικές περιόδους.

- Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπήσει την «παχυντική» επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών ουσιών, εναλλασσόμενες περιόδους αποχής από τη λήψη τροφής, χρήση φαρμάκων όπως ανορεκτικών, θυρεοειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών. Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία μπορεί να παραμελήσουν την θεραπεία τους με ινσουλίνη.
- Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο, το οποίο και αποτελεί το άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικό βάρος. Συχνά, αλλά όχι πάντοτε αναφέρονται στο ιστορικό επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Τυχόν προηγούμενο επεισόδιο μπορεί να έχει πλήρη κλινική έκφραση ή να είχε προσλάβει ελάσσονα λανθάνουσα μορφή με μέτρια μόνο απώλεια βάρους ή/και παροδική φάση αμηνόρροιας. Τα μεσοδιαστήματα μεταξύ ενός επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας και ενός ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μήνες μέχρι μερικά χρόνια.

Η ψυχογενής βουλιμία πρέπει να διαγιγνώσκεται από τα εξής:

- α) Διαταραχές του ανωτέρου γαστρεντερικού συστήματος, οι οποίες προκαλούν επαναλαμβανόμενους εμετούς (η χαρακτηριστική ψυχοπαθολογία απουσιάζει).
- β) Γενικότερη ανωμαλία της προσωπικότητας (η διαταραχή της λήψης τροφής μπορεί να συνυπάρχει με εξάρτηση από το οινόπνευμα και διάπραξη μικρών αδικημάτων όπως μικροκλοπές).
- γ) Καταθλιπτική διαταραχή (οι βουλιμικοί ασθενείς συχνά παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα).

Η ψυχογενής βουλιμία πρέπει να διαχωρίζεται από την άτυπη ψυχογενή βουλιμία. Ο όρος «άτυπη ψυχογενής βουλιμία» πρέπει να χρησιμοποιείται για τα άτομα, στα οποία ένα ή περισσότερα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχοπαθογενούς βουλιμίας απουσιάζουν, αλλά τα οποία, κατά τα άλλα, προσεγγίζουν την τυπική κλινική εικόνα. Συνηθέστατα, η διάγνωση αυτή ισχύει και για άτομα με φυσιολογικό ή ακόμη και υπερβολικό σωματικό βάρος, αλλά με τυπικές περιόδους υπερφαγίας ακολουθούμενες από εμέτους ή λήψη

καθαρτικών. Ατελείς μορφές του συνδρόμου μαζί με καταθλιπτικά συμπτώματα δεν είναι ασυνήθεις. Εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα δικαιολογούν την ξεχωριστή διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής, πρέπει να τίθενται δύο ξεχωριστές διαγνώσεις.

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από:

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας

χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα:

- Κατανάλωση σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες) μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά την διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.

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

B. Επανελημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι εμετοί κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

Γ. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 3 μηνών.

Δ. Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

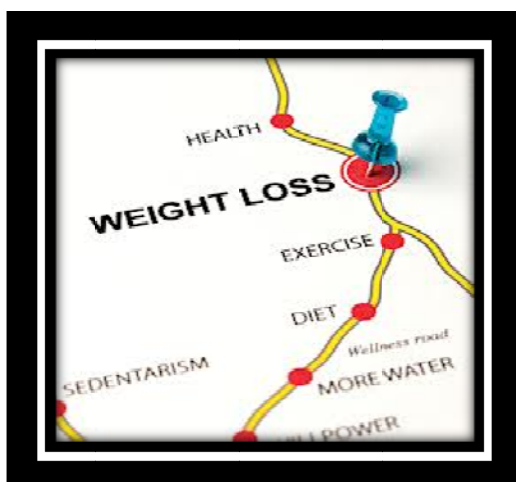
Ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά την διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας

Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη δίαιτα απώλειας βάρους

Η θεωρία της διατροφικής εγκράτειας η οποία αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1970 δείχνει ότι τα άτομα που αυτοπεριορίζονται ως προς την πρόσληψη τροφής (άτομα τα οποία χρόνια επιχειρούν να διατηρήσουν έναν αυστηρό έλεγχο στην κατανάλωση τροφής) κινδυνεύουν σε μεγάλο βαθμό να χάσουν προσωρινά τον έλεγχο (οδηγώντας έτσι στην επεισοδιακή υπερφαγία). Αρκετές μελέτες έχουν παρουσιάσει με λεπτομέρεια τις συνθήκες εκείνες οι οποίες οδηγούν στην επεισοδιακή υπερφαγία και οι οποίες συμπεριλαμβάνουν την αρνητική διάθεση, την κατάχρηση ουσιών και τον γνωσιακό φόρτο . Η επεισοδιακή υπερφαγία μπορεί να εφαρμοστεί ως αντιρροπιστικό μέσο από τους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία στην περίπτωση που ενεργοποιούνται ερεθίσματα στην ζωή τους, αν και η έρευνα έχει δείξει ότι η κατανάλωση τροφής ελάχιστα ανακουφίζει τα αισθήματα ανησυχίας, ενώ είναι πιθανό να τα ενισχύει. Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν προδιάθεση για έντονη όρεξη καθώς και μία τάση για αύξηση του βάρους τους. Τα χαρακτηριστικά αυτά απαντώνται συνήθως μέσα στην οικογένεια.

Προδιάθεση

Η διαδικασία διερεύνησης των φυσιολογικών-ψυχολογικών και κοινωνικό- πολιτισμικών παραγόντων που συντελούν στην εκδήλωση των διατροφικών διαταραχών είναι προβληματική, διότι οι περισσότερες έρευνες γύρω από αυτόν τον τομέα έχουν διεξαχθεί με



την χρησιμοποίηση αναδρομικών δεδομένων από ασθενείς που νοσηλεύονταν σε κλινικές, και όχι με βάση κατευθυντήριες γεωγραφικές προοπτικές μελέτες στον γενικό πληθυσμό.

Μια πρόσφατη έρευνα που ολοκληρώθηκε το 2000, διάρκειας 3 χρόνων, σε μαθητές 14-15 ετών, έδειξε ότι η διαδικασία περιοριστικών διαιτών είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης ενός νέου περιστατικού διαταραχής λήψης τροφής στις εφήβους.

Οι αυστηρά περιοριστικές δίαιτες αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης διατροφικών

διαταραχών κατά 18 φορές, συγκριτικά με τα άτομα που δεν ακολουθούν ένα αυστηρό διαιτολόγιο.

Ακόμη και τα σχετικά μέτρια διαιτολογικά προγράμματα αυξάνουν το ποσοστό εμφάνισης κάποιας διαταραχής λήψεως τροφής. Ένας ακόμα παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διαταραχής κατά 7 φορές, ανεξάρτητα από το διατροφικό προφίλ του ατόμου, αποτελεί η παρουσία μιας ψυχιατρικής παθολογικής κατάστασης. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η μάζα σώματος του ατόμου δεν αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης εμφάνισης διατροφικής διαταραχής.

Σε μια άλλη προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 543 μαθήτριες γυμνασίου, από τον Stice και τους συνεργάτες του, αποδείχθηκε ότι εκτός από τον παράγοντα των αυστηρών διαιτητικών προγραμμάτων, που συχνά ακολουθούν οι έφηβοι αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο εμφάνισης διατροφικής διαταραχής, και τα ενδεχόμενα αρνητικά αποτελέσματα των προγραμμάτων αυτών συμβάλλουν καθοριστικά σ' αυτή τη διαδικασία. Βέβαια καμία γεωγραφικού μήκους έρευνα δεν έχει δείξει ποιοι ενδεχόμενοι παράγοντες βιολογικού, ψυχολογικού και κοινωνικού χαρακτήρα συντελούν στην ακολούθηση αυστηρού διαιτητικού προγράμματος και στην αρνητική θεώρηση των πραγμάτων από τους εφήβους που εκδηλώνουν διατροφική διαταραχή.

Ο Huon και οι συνεργάτες του, ανακάλυψαν σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια 1644 εφήβων κοριτσιών, ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ των συνομηλίκων αποτελεί ένα παράγοντα προκειμένου μια έφηβη να ξεκινήσει δίαιτα. Κατ' αυτόν τον τρόπο η απόφαση ενός περιοριστικού διαιτολογικού προγράμματος σχετίζεται με τον περίγυρο του ατόμου, την προσωπικότητά του, αλλά και τις κοινωνικό-πολιτισμικές πιέσεις. Η αλληλουχία και η ρύθμιση των γεγονότων δεν είναι ακόμη γνωστή. Για παράδειγμα μπορεί κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διατροφικής διαταραχής, να υπάρχουν πολύ πριν την έναρξη της εφηβείας, και έτσι η έναρξη διαιτητικού προγράμματος να προβάλλεται ως μια στρατηγική προκειμένου να «επιλυθούν» ζητήματα όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος. Ο Stice και οι συνεργάτες του πραγματοποιώντας έρευνες σε παιδιά από την γέννησή τους ως τα 5 πρώτα χρόνια της ζωής τους, βρήκαν ότι ο δείκτης μάζας σώματος των γονιών, η σωματική δυσαρέσκεια της μητέρας, τα βουλιμικά συμπτώματα και οι δίαιτες αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης διατροφικής διαταραχής κατά την παιδική ηλικία. Τα

χαρακτηριστικά γνωρίσματα του παιδιού και οι διατροφικές συνήθειές του επίσης αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Αυτή η έρευνα αποδεικνύει ότι :

- τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του ατόμου και της οικογένειάς του,
- οι διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου με την οικογένεια,
- τα γενικά χαρακτηριστικά της ανάπτυξης του ατόμου κατά την εφηβεία
- το πολιτισμικό περιβάλλον

αποτελούν καθοριστικής σημασίας προδιαθεσικούς παράγοντες εκδήλωσης διαταραχής λήψης τροφής.

Το βιολογικό υπόβαθρο για την εκδήλωση διατροφικής διαταραχής εμπεριέχει κάποια ατομικά χαρακτηριστικά όπως το γενετικό προφίλ του ατόμου και τον δείκτη μάζα σώματος. Το ψυχολογικό υπόβαθρο εμπεριέχει κυρίως χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως η τάση τελειομανίας, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, το άγχος και η κατάθλιψη. Επίσης εμπεριέχει χαρακτηριστικά γνωρίσματα της οικογένειας (όπως ενδεχόμενο ψυχοπαθολογικό οικογενειακό ιστορικό, προβλήματα κοινωνικών επαφών της οικογένειας, κτλ.) αλλά και αρνητικές εμπειρίες στη ζωή του ατόμου (όπως π.χ. σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία). Νεαρά κορίτσια παχύσαρκα ή υπέρβαρα που εκδηλώνουν τάσεις κατάθλιψης στην εφηβεία, συνήθως καταφεύγουν σε αυστηρά διαιτολογικά προγράμματα, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και θέτουν ως πρωταρχικό σκοπό την απώλεια βάρους, προκειμένου να ξεφύγουν από τον κοινωνικό στιγματισμό, ο οποίος εκδηλώνεται σε μεγάλο ποσοστό πλέον προς τα παχύσαρκα άτομα. Τα ατομικά λοιπόν χαρακτηριστικά και η γενετική προδιάθεση σε συνδυασμό με τις συμπεριφοριστικές στρατηγικές του ατόμου, την ψυχολογική πίεση και τις κοινωνικές προσδοκίες προκειμένου να επιτευχθεί ένα λεπτό, «ιδανικό» σώμα αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της βουλιμίας.

Εκδήλωση

Αναφέρθηκε ότι η διαδικασία περιορισμού λήψης τροφής αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα προδιάθεσης κάποιας διατροφικής διαταραχής. Παρ' όλα αυτά όμως, δεν επαρκεί για να πυροδοτήσει την εκδήλωση της διαταραχής. Οι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση της νόσου εμπεριέχουν και την διαδικασία της δίαιτας, αλλά επίσης και άλλα στρεσογόνα γεγονότα. Έτσι, πέραν του αυστηρού διαιτολογικού προγράμματος, άλλα γεγονότα που μπορεί να πυροδοτήσουν την εκδήλωση της νόσου είναι

- η δυναμική της οικογένειας
- η αρνητική αντιμετώπιση από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον σχετικά με την εξωτερική εμφάνιση,
- το βάρος, και την γενική εικόνα του σώματος του ατόμου.

Εναλλακτικά, τα γεγονότα αυτά μπορεί να αποτελέσουν ορόσημα στην ανάπτυξη του ατόμου, κυρίως στις φυσικές και συναισθηματικές αλλαγές του χαρακτήρα και της προσωπικότητάς του που πραγματοποιούνται στην εφηβεία, αλλά και στις διαπροσωπικές σχέσεις του. Δεν είναι κατανοητός πλήρως, ο τρόπος με τον οποίο οι παραπάνω παράγοντες σχετίζονται με την πυροδότηση της εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών, αλλά είναι γνωστό ότι η διαδικασία της δίαιτας αποτελεί έναν σημαντικό συμπεριφοριστικό προάγγελο για την εκδήλωσή τους. Είναι γνωστό ότι το κίνητρο για την δίαιτα είναι συνήθως η προσδοκία για μια λεπτή «ιδανική» σιλουέτα. Η πλειοψηφία του γυναικείου πληθυσμού, είναι δυσαρεστημένη με το σωματικό βάρος, και έτσι η προσπάθεια απώλειας βάρους αποτελεί πρωταρχικό στόχο. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια 803 ενήλικων γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, από τους Cash και Henry, βρέθηκε ότι το 48% των γυναικών είχαν αρνητική θεώρηση για την εμφάνισή τους, το 63% ήταν δυσαρεστημένες με το σωματικό βάρος τους και το 49% ασχολούνται συνεχώς με το βάρος και την διατροφή τους. Είναι γεγονός ότι το φαινόμενο της σωματικής δυσαρέσκειας είναι πολύ διαδεδομένο στις δυτικές κοινωνίες, και είναι πλέον γνωστό ως «ρυθμιστική δυσαρέσκεια».



Διαιώνιση

Ο στόχος της απώλειας σωματικού βάρους είναι πρωταρχικός στην ψυχογενή βουλιμία. Στην ψυχογενή βουλιμία, ενδείξεις λιμοκτονίας και κακής θρέψης μπορεί να είναι λιγότερο ορατές συγκριτικά με τη ψυχογενή ανορεξία, αλλά υπάρχουν. Οι επιπτώσεις στον οργανισμό που προκαλούν οι διατροφικές διαταραχές υποβοηθούν την διαιώνιση του προβλήματος και γι' αυτόν τον λόγο αποτελούν κριτικής σημασίας ενδείξεις, προκειμένου να κατευθυνθεί σωστά η κλινική θεραπεία. Έτσι, οι αλλαγές στον μεταβολικό ρυθμό, η γαστροεντερική λειτουργία, το ενδοκρινικό σύστημα και άλλες φυσιολογικές-οργανικές λειτουργίες συμβάλλουν σημαντικά στην διαιώνιση των διαταραχών εφόσον βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια δυσλειτουργιών.

Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι οι βουλιμικοί ασθενείς, οι οποίοι προκαλούν εμετικές κενώσεις και λαμβάνουν καθαρτικά, σχετίζονται άμεσα με την πρόκληση μείωσης του μεταβολικού ρυθμού ανάπαυσης. Παρ' όλα αυτά, αποχή από την συγκεκριμένη συμπεριφορά προκαλεί περαιτέρω μείωση του μεταβολικού ρυθμού ανάπαυσης. Κατ' αυτόν τον τρόπο, στην θεραπεία της βουλιμίας, η αποχή από τον κύκλο πρόκλησης εμέτων – και κενώσεων, αυξάνει την πιθανότητα πρόσληψης σωματικού βάρους στα βουλιμικά άτομα που εναρμονίζονται σταδιακά με σωστές διατροφικές συνήθειες. Σε μια ομάδα όμως ανθρώπων όπου η εικόνα σώματος και το σωματικό βάρος αποτελούν πρωταρχικούς στόχους, οι μεταβολικές προσαρμογές ενδέχεται να διακινδυνεύσουν τα θετικά αποτελέσματα του θεραπευτικού προγράμματος.

Στα άτομα που πάσχουν από βουλιμία η γαστρική χωρητικότητα αυξάνεται, συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν την διαταραχή, και έτσι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια πρόσληψης τροφής-εμετικών κενώσεων εκτείνουν το στομάχο, και ως εκ τούτου μειώνουν το υποκειμενικό αίσθημα της πληρότητας από την πρόσληψη της τροφής και καθυστερούν την ανάπτυξη της αίσθησης του κορεσμού. Η αυξημένη χωρητικότητα συνδεόμενη με την μειωμένη έκκριση χολοκυστοκινίνης, ως απάντηση στην πρόσληψη των γευμάτων, συμβάλλουν στην εξασθένιση του αισθήματος του κορεσμού, κάτι που μπορεί να επιδεινώσει την αυξημένη «δυσχρονική» όρεξη των βουλιμικών ατόμων.

Η περιορισμένη ενεργειακή πρόσληψη, τα επεισόδια αδηφαγίας και οι κενώσεις προκαλούν μεταβολικές προσαρμογές στην κατάσταση λιμοκτονίας. Αυτές οι προσαρμογές και οι οργανικές ανωμαλίες υποβοηθούν την διατήρηση των μη σταθερών διατροφικών συνηθειών. Επιπρόσθετα, η παθοφυσιολογία των διατροφικών διαταραχών, περιλαμβανομένων και της χαμηλής ενεργότητας της ορμόνης του θυρεοειδούς αδένος, μπορεί να συντελέσει στην πρόσληψη σωματικού βάρους και έτσι να ενισχύσει την δυσάρεστη εικόνα σώματος, την χαμηλή αυτοεκτίμηση και την κατάθλιψη του βουλιμικού ατόμου.

Θεραπευτική προσέγγιση της ψυχογενούς βουλιμίας

Ενδονοσοκομειακή- εξωνοσοκομειακή περίθαλψη

Για την θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας υπάρχουν λίγες νοσοκομειακές μονάδες που δέχονται ασθενείς προκειμένου να παρακολουθήσουν ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, δεδομένου ότι η διαταραχή προσδιορίζεται από την κατάσταση του ασθενούς. Οι βουλιμικοί ασθενείς φαίνεται να παρουσιάζουν μια ταχύτατη ομαλοποίηση των διατροφικών συνηθειών τους, κατά την διάρκεια παραμονής εντός του νοσοκομειακού χώρου, εφόσον υπάρχει η ασφάλεια και η ανακούφιση του καταμερισμού των ευθυνών. Όταν η είσοδος στο νοσοκομείο πραγματοποιείται προκειμένου να σταθεροποιηθούν και να ομαλοποιηθούν οι χαοτικές διατροφικές συνήθειες, η παρακολούθηση του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο κρίνεται αναγκαία και καθοριστικής σημασίας, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η ομαλή και σταθερή πορεία του, όσον αφορά τον έλεγχο που ασκεί στον εαυτό του και την υιοθέτηση του νέου διατροφικού μοντέλου στο περιβάλλον του.

Η πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία ακολουθούν θεραπεία εξωνοσοκομειακή ή μερική νοσηλεία σε κλινικές. Οι ενδείξεις για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνουν αυστηρά δυσμενή συμπτώματα, τα οποία αποδεικνύουν ότι η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη δεν επαρκεί για την θεραπεία του ασθενούς, όπως επίσης και επιπρόσθετες ιατρικές επιπλοκές, όπως ο μη ελεγχόμενος αυτοπροκαλούμενος έμετος, κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών, μεταβολικές ανωμαλίες, αυτοκτονική τάση κτλ.

Η θεραπεία του ασθενούς, σε εξωτερική βάση, γίνεται μια φορά την εβδομάδα. Στα πρώτα στάδια της θεραπείας ενδέχεται να γίνεται και δύο φορές σε εβδομαδιαίο επίπεδο. Οι

θεραπευτικές προσεγγίσεις απαιτούνται να είναι περισσότερες από μία κάθε εβδομάδα στις περιπτώσεις που ο ασθενής είναι έντονα καταθλιπτικός ή αυτοκτονικός, αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υγείας (π.χ. διαταραχή των ηλεκτρολυτών) ή η προσπάθεια εξωνοσοκομειακής διατροφικής συμβουλευτικής και παρέμβασης έχει αποτύχει.

Φαρμακευτική αγωγή

Με βάση την κλινική εμπειρία έχει φανεί ότι η χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων, προκειμένου να μειωθούν οι αγχωτικές καταστάσεις σχετικά με το φαγητό μπορεί να συμβάλλει στην θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας, όταν πραγματοποιείται ως ένα μικρού χρονικού διαστήματος μέτρο. Έχει αποδειχθεί ότι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση της ψυχογενούς βουλιμίας και συγκεκριμένα η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελεί την πλέον αποτελεσματική θεραπεία για την διαταραχή. Παρ' όλα αυτά, η συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί μια επιτακτική μεν, επώδυνη και μεγάλης χρονικής διάρκειας δε, διαδικασία. Γι' αυτό το λόγο πραγματοποιούνται έρευνες προκειμένου να εντοπισθούν φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία θα μπορούσαν να χορηγηθούν παράλληλα με μια ψυχοθεραπευτική θεραπεία και να συμβάλλουν τόσο στον περιορισμό του χρονικού διαστήματος που θα λαμβάνει χώρα η θεραπεία, όσο και στην προσπάθεια απλούστευσης της επώδυνης αυτής διαδικασίας. Είναι πλέον αποδεκτό ότι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με πρωτογενή συναισθηματική διαταραχή, αλλά η φαρμακευτική αγωγή ως η μόνη θεραπευτική προσέγγιση στην ψυχογενή βουλιμία δεν επαρκεί και δεν είναι ικανοποιητικά αποτελεσματική. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα στην ψυχογενή βουλιμία συντελούν στη μείωση της συχνότητας των επεισοδίων αδηφαγίας, πρόσληψης καθαρτικών και διουρητικών και στους αυτοπροκαλούμενους εμέτους, ανεξάρτητα από τα αντικαταθλιπτικά αποτελέσματα .



Ψυχολογική θεραπεία

Οι περισσότερες έρευνες προβάλλουν κάποια μορφή ψυχοθεραπείας ως παρεπόμενη παρέμβαση στην ιατρική θεραπεία, ή ως η κύρια παρεμβατική μορφή στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Μέχρι πρόσφατα η κύρια μορφή παρέμβασης ήταν η ψυχαναλυτική ή τουλάχιστον με σημαντικές ψυχοδυναμικές ρυθμίσεις. Αυτό σημαίνει ότι το πρόβλημα του ασθενούς και το ιστορικό του αναλύονται και συσχετίζονται με τις παρελθοντικές διαπροσωπικές σχέσεις του και την εκδήλωση της διαταραχής, και έτσι μπορεί να επέλθει η θεραπεία, εφόσον πραγματοποιείται κατανόηση της φύσης των κρίκων της αλυσίδας του ιστορικού του ασθενούς. Επιπρόσθετα, με βάση την ψυχολογική θεραπευτική προσέγγιση, ο ασθενής λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την διαταραχή, οι οποίες βασίζονται στην ατομική ιδιοσυγκρασία του, με την βοήθεια των ειδικών θεραπειών και της σωστής σχέσης συνεργασίας που αναπτύσσεται μεταξύ τους. Είναι αποδεκτό ότι τα άτομα με διαταραχές λήψης τροφής συχνά παρουσιάζουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις τους, μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Γι' αυτόν τον λόγο η οικογενειακή θεραπεία αποτελεί, πολύ συχνά, θεραπεία επιλογής πολλών νέων κοριτσιών που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία.

Γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία

Οι διαταραχές λήψεως τροφής μελετώνται και εξετάζονται ως ψυχιατρικές διαταραχές. Συνεπώς και η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί μια διαταραχή που χρήζει ψυχιατρικής παρέμβασης. Σύμφωνα με τον Ψυχιατρικό Σύλλογο των ΗΠΑ, αλλά και την πολύτιμη πείρα των θεραπειών και των ερευνητών, η θεραπεία που προτείνεται για την διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Cognitive-Behavioral Therapy, CBT). Η θεραπεία αυτή θεωρείται ως η πιο αποτελεσματική, συγκριτικά με την χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (φαρμακευτική αγωγή) ή κάποιες άλλες



εναλλακτικές ψυχολογικές προσεγγίσεις και θεραπείες. Η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα είδος ψυχοθεραπείας που έχει βρεθεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε προβλήματα άγχους, πανικού και κατάθλιψης, αλλά και σε προβλήματα όπως διατροφικές διαταραχές π.χ. ψυχογενής βουλιμία, χρόνια κόπωση, διακοπή του καπνίσματος, κλπ. Σε αντίθεση με την ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπεία η Γνωσιακή- Συμπεριφοριστική είναι βραχυχρόνια θεραπεία (διαρκεί γύρω στους τρεις μήνες) και προσανατολισμένη στο παρόν. Στόχος της είναι η εξάλειψη των συμπτωμάτων από τα οποία ο ασθενής υποφέρει και η εκλογίκευση των συναισθημάτων που τον οδηγούν στην βουλιμική συμπεριφορά. Η μεγάλη διαφορά της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας με την Ψυχανάλυση είναι ότι η αποτελεσματικότητά της έχει πολλές φορές καταδειχτεί από επιστημονικές έρευνες. Η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία αν και θεμελιώθηκε από τον A. Beck στην δεκαετία του '70, ωστόσο οι ρίζες της είναι πολύ πιο παλιές. Οι Έλληνες μάλιστα έχουν κάθε λόγο να υποστηρίζουν ότι ο πρώτος Γνωσιακός θεραπευτής ήταν ο αρχαίος Έλληνας Φιλόσοφος Επίκτητος.

Η Γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση των βουλιμικών ατόμων στοχεύει σε δύο βασικές παραμέτρους.

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

Τα βασικά στοιχεία της Γνωσιακής - Συμπεριφορικής Θεραπείας εντοπίζονται σε τρία στάδια:

Πρώτο στάδιο

Λεπτομερής καταγραφή όλων των επεισοδίων βουλιμίας τη στιγμή της εκδήλωσής τους, μαζί με τις παρεπόμενες σκέψεις και τα ανάλογα συναισθήματα. Εισαγωγή ενός μοτίβου φυσιολογικών συνθηκών διατροφής, με συνέπεια την εξάλειψη πολλών επεισοδίων βουλιμίας. Υιοθέτηση μιας εναλλακτικής συμπεριφοράς για την ενίσχυση της αντίστασης

στις παρορμήσεις βουλιμίας. Εκπαίδευση πάνω στο φαγητό, στις συνήθειες διατροφής, στην εικόνα του σώματος και στο βάρος.

Δεύτερο στάδιο

Εισαγωγή τροφών που αποφεύγονται βάση του διαιτολογίου και σταδιακή μείωση άλλων μορφών αυστηρής δίαιτας. Ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση δυσκολιών που σε άλλες περιπτώσεις θα προκαλούσαν επεισόδια βουλιμίας. Αναγνώριση και μεταβολή των προβληματικών τρόπων σκέψης. Εξέταση των αιτιών του προβλήματος βουλιμίας και του ρόλου των οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων.

Τρίτο στάδιο

Προγραμματισμός για το μέλλον βάσει ρεαλιστικών προσδοκιών και μεθόδων που μπορεί να ακολουθήσει το άτομο σε περίπτωση επανεμφάνισης του προβλήματος. (1)

Οργανικά προβλήματα που συνδέονται με τη βουλιμία. Οι συνέπειες των εμετικών κενώσεων και της χρήσης διουρητικών - καθαρτικών.

Είναι γνωστό ότι η βουλιμία δεν αποτελεί μια αβλαβή συνήθεια. Οι συνέπειες της δεν είναι μόνο ψυχολογικές, αλλά και οργανικές κάτι που οφείλεται τόσο στην υπερβολική κατανάλωση τροφών, όσο και στις παρεπόμενες προσπάθειες ελέγχου του σωματικού βάρους όπως είναι οι εξαντλητικές δίαιτες, η πρόκληση εμέτου, η λήψη καθαρτικών ουσιών κ.λ.π.

Πολλά από τα φυσικά συμπτώματα που ενδέχεται να εμφανίσει το βουλιμικό άτομο, μετά από ένα χρονικό διάστημα περιορισμένης λήψης τροφής, είναι αποτέλεσμα της φυσικής τάσης του οργανισμού για διαφύλαξη και εξοικονόμηση ενέργειας.

- Μειωμένος καρδιακός ρυθμός και μειωμένη πίεση του αίματος τα οποία εξηγούν τις συχνές ζαλάδες και τις λιποθυμίες,

- Η μειωμένη θερμοκρασία του σώματος εξηγεί την έντονη αίσθηση του κρύου που νιώθουν συχνά αυτά τα άτομα.
- Μειωμένη περισταλτικότητα του εντέρου που έχει ως συνέπεια εμφάνιση δυσκοιλιότητας.
- Γαστρεντερικά συμπτώματα τα οποία οφείλονται στις επαναλαμβανόμενες εμετικές κενώσεις και στην συχνή χρήση καθαρτικών.
- Η βίαιη πρόκληση εμέτου οδηγεί σε μείωση της ακεραιότητας του οισοφαγικού σφιγκτήρα, προκαλώντας παλινδρόμηση και οισοφαγίτιδα.
- Η ανάστροφη ροή του υδροχλωρικού οξέος που πραγματώνεται με την πρόκληση εμέτου οδηγεί σε διάβρωση της αδαμαντίνης των δοντιών και κακή στοματική υγιεινή.
- Οι πρησμένοι παρωτιδικοί αδένες είναι πιθανώς αποτέλεσμα της βίαιης πρόκλησης εμέτου.
- Τα καθαρτικά και οι εμετικές κενώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε αιμορραγία και αναιμία ή ακόμη και σε οισοφαγική ή εντερική διάτρηση και θάνατο.
- Η ισορροπία των σωματικών υγρών και των ηλεκτρολυτών μπορεί να διαταραχθεί. Η πιο ανησυχητική ηλεκτρολυτική διαταραχή είναι υποκαλιαιμία, που μπορεί να προκαλέσει μυϊκές κράμπες και αδυναμία, καρδιακή αρρυθμία και ξαφνική καρδιακή παύση.

Συνολικά οι οργανικές επιπτώσεις της ψυχογενούς βουλιμίας φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

	Ψυχογενής Βουλιμία Καθαρτικός Τύπος - Μη καθαρτικός τύπος
ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ	
Υποκαλιαιμία	√
Υπονατρίαμια	√
Υποχλωρειαμική αλκάλωση	√
Υψηλό BUN	√

Κενοτοουρία	√	√
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ		
Ορθοστατική υπόταση	√	√
Δυσθυμία	√	√
Ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες		√
Φαρμακευτική μυοκαρδιοπάθεια		√
ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΙΚΑ		
Παρωτιδική υπερτροφία		√
Τερηδόνα		√
Δυσκοιλιότητα	√	√
Αιμώδης διάρροια		√
Μειωμένος ρυθμός γαστρικής κένωσης	√	√
Εντερική ατονία	√	√
Οισοφαγίτις		√
Οισοφαγική ή γαστρική ρήξις		√
Διάτρηση/Ρήξη στομάχου		√
Χολόλιθοι	√	√
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ		
«Russel sign» (κάλλοι στα δάκτυλα των χεριών)		√
Οίδημα	√	√
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ		
Παροξυσμός		√
Μυοπάθεια		√

(Πηγή: Krauser's, Food nutrition and diet therapy)

Συνοσηρότητα με σωματικά προβλήματα

Μία βασική δυσκολία κατά την αντιμετώπιση παρουσιάζεται στην περίπτωση όπου οι διαταραχές λήψης τροφής αναπτύσσονται στα πλαίσια κάποιας σωματικής ασθένειας. Η κατάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα προβληματική στην περίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη. Το

ένα τρίτο περίπου των κοριτσιών με διαβήτη που βρίσκονται στην ηλικία της εφηβείας παρουσιάζουν κάποια μορφή διαταραχή λήψης τροφής και κυρίως ψυχογενής βουλιμίας. Οι ασθενείς αυτές συνήθως παραλείπουν τις δόσεις της ινσουλίνης ως μέσο για την επίτευξη απώλειας βάρους. Ο συνδυασμός του διαβήτη και κάποιας διαταραχής λήψης της τροφής οδηγεί στην ανάπτυξη πρώιμων και σοβαρών νευροαγγειακών επιπλοκών, αμφιβληστροειδοπάθεια (η οποία εμφανίζεται σε τριπλάσια συχνότητα στις ασθενείς με σοβαρή διαταραχή λήψης τροφής), οστεοπόρωση και σε υψηλή θνησιμότητα (πέντε φορές μεγαλύτερη από αυτή που χαρακτηρίζει μεμονωμένα το διαβήτη). Οι διαταραχές λήψης τροφής προκαλούν επίσης δυσκολίες στην αντιμετώπιση της νόσου του Crohn και της νόσου του θυρεοειδούς.

Η διατροφή στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας

Είναι γεγονός ότι λίγες έρευνες και μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την εξέταση του διατροφικού προφίλ των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία, και την σημασία που έχει η διατροφική αγωγή στη θεραπεία των ατόμων αυτών. Η διαπίστωση αυτή προκαλεί έκπληξη, καθώς ο εσφαλμένος τρόπος διατροφής και συνολικά η μη σωστή διατροφική συμπεριφορά του ατόμου, όπως επίσης και οι επιπτώσεις της υποθρεψίας αποτελούν τις γενεσιουργές αιτίες σοβαρών επιπλοκών, που διαφοροποιούν την συγκεκριμένη ασθένεια από άλλες διαταραχές. Στο παρελθόν δεν ήταν λίγες οι περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες εθεωρείτο ότι οι μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία μπορούσαν να διορθωθούν, κατά κάποιο τρόπο «από μόνες τους», εφόσον τα ψυχολογικά προβλήματα του ατόμου επιλύονταν με τη βοήθεια του ειδικού θεραπευτή. Υπήρχε επίσης η άποψη ότι η ενασχόληση με διατροφικά θέματα ήταν επιβλαβής για τον ασθενή, διότι κατά κάποιο τρόπο τον παρακινούσε να επικεντρώνει την προσοχή του στο «σύμπτωμα» και όχι στην «παθολογία» του προβλήματός του.

Σήμερα είναι πλέον αποδεκτό ότι η παρακολούθηση των διατροφικών συνηθειών των βουλιμικών ατόμων και η προσπάθεια βελτίωσής τους, με την βοήθεια ειδικού, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην διαδικασία της θεραπείας της ψυχογενούς βουλιμίας.

Επακολουθεί διαιτολόγιο:

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ

ΜΕΙΩΣΗ Σ.Β ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ 80 ΚΙΛΩΝ,24 ΕΤΩΝ,1,65

(ΘΕΡΜΙΔΕΣ:1400)

ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ:20%=70γρ,ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ:50%=175γρ, ΛΙΠΟΣ:35%=54.4γρ

ΠΡΩΙΝΟ

1 Γιαούρτι 2% (200γρ) +6 Αμύγδαλα ωμά + 2 αποξ. Δαμάσκηνα + κανέλα

ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ

1 Φρούτο

1Φρούτο=1 ακτινίδιο μεγάλο = 1 αχλάδι μέτριο = 2 βερίκοκα μέτρια ή 4 μικρά =2 δαμάσκηνα μικρά(150γρ)= 1 φέτα καρπούζι (300γρ – 350γρ)= 12 κεράσια (90γρ)= 1 μήλο μικρό(120γρ)= 1 φέτα πεπόνι(300γρ)= μισή μπανάνα (120γρ)=1 μέτριο ροδάκινο(180γρ)= 17 ρόγες σταφύλι(90γρ)=1 πορτοκάλι μικρό(200γρ)=1 Νεκταρίνι μικρό(150γρ)=1 μανταρίνι μεγάλο ή 2 μέτρια=1 ¼ φλυτζ.φράουλες(6 φράουλες)= ½ ποτήρι Χυμός(125ml)= 2 κουταλιές της σούπας Σταφίδες=4 αποξ. Δαμάσκηνα= 120γρ Ανανά φρέσκο = 4 αποξ. βερίκοκα= ½ Ρόδι

1 ποτήρι νερό 15 λεπτά πριν από κάθε κύριο γεύμα

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ

*110γρ Μοσχάρι μαγ. *110γρ Μπιφτέκι μαγ(**1φ.εβδ**) (άπαχα μέρη κρέατος μπον-φιλέ, κιλότο, νουά,)

*110γρ Κοτόπουλο μαγ. (χωρίς το δέρμα) (**1φ.εβδ**)

*90γρ Σαρδέλα ψητή,110γρ Σκουμπρί ψητό,130γρ σολομός ψητός , 110γρ Κολιός ψητός (**2φ.εβδ**)

* 1 Αυγό ολόκληρο με 1 ασπράδι αυγού (**2φ.εβδ**)

Όταν καταναλώνουμε το γεύμα με τα αυγά θα έχουμε ½ litro γάλα 500ml στο

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ

+

3 φλυτζ. Λαχανικά ωμά ή 1 ½ φλυτζ βραστά (αγγούρι, μελιτζάνες, ραπανάκια, γογγύλια, κρεμμύδια, καρότα, μπάμιες, κολυκυθάκια, λάχανο,σπανάκι,πιπεριές,ντομάτα, σπαράγγια, κουνουπίδι, μανιτάρια, παντζάρια, μπροκολο, φασολάκια ,ρόκα, ραδίκια, μαϊντανός, αντίδια, μαρούλι, αγκινάρες, πράσα, σέλινο, Χόρτα)

+

45 gr κριθαρένιο παξιμάδι Μάννα= 2 πατάτες ψητές - βραστές(180gr) + 4 κουταλάκια του γλυκού Λάδι(20ml)

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ(1φ.εβδ)

1 ½ φλυτζ. Όσπρια βραστά (φακές,φασόλια,ρεβύθια)+1φλυτζ. Σαλάτα +40gr παξιμάδι Μάννα +4 κουταλάκια του γλυκού Λάδι(20ml)

Όταν καταναλώνουμε Όσπρια θα αφαιρούμε το φρούτο του Απογευματινού

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ

1 Φρούτο

1Φρούτο=1 ακτινίδιο μεγάλο = 1 αχλάδι μέτριο = 2 βερίκοκα μέτρια ή 4 μικρά =2 δαμάσκηνα μικρά(150gr)= 1 φέτα καρπούζι (300gr – 350gr)= 12 κεράσια (90gr)= 1 μήλο μικρό(120gr)= 1 φέτα πεπόνι(300gr)= μισή μπανάνα (120gr)=1 μέτριο ροδάκινο(180gr)= 17 ρόγες σταφύλι(90gr)=1 πορτοκάλι μικρό(200gr)=1 Νεκταρίνι μικρό(150gr)=1 μανταρίνι μεγάλο ή 2 μέτρια=1 ¼ φλυτζ.φράουλες(6 φράουλες)= ½ ποτήρι Χυμός(125ml)= 2 κουταλιές της σούπας Σταφίδες=4 αποξ. Δαμάσκηνα= 120gr Ανανά φρέσκο = 4 αποξ. βερίκοκα= ½ Ρόδι

+ 1 ποτήρι γάλα 1,5% (250ml)

ΒΡΑΔΙΝΟ

1 Γιαούρτι 2% (200gr)+2 Καρύδια ολόκληρα +2 κουταλιές της σούπας μαύρες βιολογικές σταφίδες(28gr)+ κανέλα

ΥΠΟΔΕΙΠΝΟ

2 ασπράδια αυγού βραστά.(55)

Παχυσαρκία

Η σχέση βουλιμίας και παχυσαρκίας δεν είναι απλή αλλά πολύπλοκη, και δεν έχει γίνει ακόμη πλήρως κατανοητή. Αν και λίγοι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία είναι υπέρβαροι, η παχυσαρκία αποτελεί συχνό φαινόμενο στην περίπτωση της διαταραχής της βουλιμίας. Οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία υιοθετούν ακραία μέτρα του ελέγχου του βάρους τους, όπως η πρόκληση εμετού και η κατάχρηση καθαρτικών, κάτι που δεν κάνουν οι άνθρωποι με διαταραχή της βουλιμίας. Ας εξετάσουμε κάποιες σχέσεις για να δούμε αν τελικά η βουλιμία προκαλεί την παχυσαρκία ή η παχυσαρκία την βουλιμία.



Καταρχάς είναι λογικό να προβλέψουμε ότι η βουλιμία οδηγεί ορισμένους ανθρώπους στην παχυσαρκία ή τουλάχιστον στην αύξηση βάρους.

Σχέση 1_η: Βουλιμία → Παχυσαρκία

Η παρουσία της παχυσαρκίας στα άτομα που υποφέρουν από διαταραχή της βουλιμίας φαίνεται πως επιβεβαιώνει αυτή τη σχέση αιτίας- αποτελέσματος.

Από την άλλη έχει αποδειχθεί πέρα από κάθε αμφιβολία ότι η σωματική διάπλαση και το βάρος καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες. Έτσι, είναι δυνατόν οι

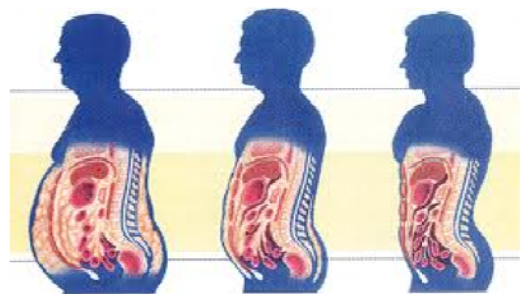
άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας να είναι γενετικά προγραμματισμένοι να γίνουν υπέρβαροι. Αυτό τους ωθεί να κάνουν δίαιτα, γεγονός που με τη σειρά του τους οδηγεί στη βουλιμία . Με άλλα λόγια, αντί η βουλιμία να προκαλεί την παχυσαρκία, ισχύει το αντίστροφο: Η παχυσαρκία καταλήγει στη βουλιμία.

Σχέση 2_η: Παχυσαρκία → Δίαιτα → Βουλιμία

Ο μόνος αξιόπιστος τρόπος για να διαπιστώσουμε αν η βουλιμία προκαλεί την παχυσαρκία η αντίστροφα, είναι να διερευνήσουμε την αλλαγή των ανθρώπων μέσα στο χρόνο. Φυσικά ένας τρόπος με τον οποίο διογκώνονται τα προβλήματα βουλιμίας είναι η παχυσαρκία. Αλλά ακόμη και όταν αυτή προηγείται της βουλιμίας(σχέση 2), είναι πιθανό η βουλιμία από την στιγμή που θα εκδηλωθεί, να συντελέσει άμεσα στη διατήρηση ή στην επιδείνωση της παχυσαρκίας, δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο(σχέση 3). Έτσι οι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας που είναι υπέρβαροι , μπορούν να ελπίζουν πως θα χάσουν κάποια κιλά αν σταματήσουν να τρώνε πολύ, αν και η απώλεια βάρους μπορεί να είναι αργή και όχι τόσο μεγάλη όσο θα επιθυμούσαν.

Σχέση 3_η: Παχυσαρκία → Δίαιτα → Βουλιμία

Πολλοί άνθρωποι με διαταραχή της βουλιμίας έχουν την τάση να τρώνε πολύ, καθώς και να παρουσιάζουν συμπτώματα βουλιμίας, γεγονός που όπως είναι φυσικό επηρεάζει το βάρος τους. Επειδή τρώνε πολύ, ανεξάρτητα από τα επεισόδια βουλιμίας τους, είναι απίθανο να χάσουν πολύ βάρος μόλις σταματήσουν να εκδηλώνουν βουλιμία εκτός αν η θεραπεία της βουλιμίας συνδεθεί με την καταπολέμηση της



τάσης για κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού.

Επίσης σχετικά με την σχέση ψυχογενούς βουλιμίας και παχυσαρκίας είναι καλό να αναφερθεί πως οι άνθρωποι που αναπτύσσουν ψυχογενή βουλιμία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο παχυσαρκίας, καθώς πολλοί υπήρξαν υπέρβαροι κατά την παιδική τους ηλικία, ενώ συγχρόνως παρατηρείται ένα αυξημένο ποσοστό παχυσαρκίας στα μέλη της οικογένειάς τους.

Φυσικά αυτή η ευπάθεια στην παχυσαρκία είναι πιθανόν να ενθαρρύνει την δίαιτα, δεδομένων των κοινωνικών πιέσεων. Ακόμη η ύπαρξη ενός μέλους της οικογένειας με σημαντικό πρόβλημα βάρους είναι δυνατό να ευαισθητοποιήσει το άτομο απέναντι στο «πάχος», κάνοντάς το να πασχίζει να το αποφύγει μέσω δίαιτας. (1)

Ορισμός παχυσαρκίας

Ως «παχυσαρκία» ορίζεται η υπερβολική συσσώρευση λίπους στο σώμα, ενώ ως «υπερβάλλον βάρος» το πλεόνασμα του σωματικού βάρους σε σχέση με το ύψος. Η επίπτωση της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες στις αναπτυσσόμενες και στις αναπτυγμένες χώρες. Η παχυσαρκία θεωρείται χρόνια και πολυπαραγοντικό νόσημα και αποτελεί μείζον παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Θεωρείται νόσος, εφόσον ως νόσος ορίζεται κάθε κατάσταση που βραχύνει τη διάρκεια και δυσχεραίνει την ποιότητα της ζωή και η παχυσαρκία προκαλεί και τα δύο.

Η παχυσαρκία έχει δυο τύπους:



- την κεντρική(σπλαχνική) παχυσαρκία, με αυξημένη κατανομή λίπους στο άνω τμήμα του σώματος,
- και την περιφερική παχυσαρκία, με εναπόθεση λίπους στους μηρούς και στους γλουτούς ή τον συνδυασμό των δύο.

Από τις δύο αυτές μορφές, η κεντρική παχυσαρκία αποτελεί τη νοσογόνο παχυσαρκία, μια και έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση του συνολικού σωματικού βάρους δεν οδηγεί υποχρεωτικά σε νόσο, αλλά χρειάζεται να υπάρχει και άλλος παράγοντας κινδύνου.(6)

Κλινική εικόνα

Η παχυσαρκία δεν παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από αύξηση βάρους του σώματος που επηρεάζει τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού και δημιουργεί διαταραχές στα διάφορα όργανα.

Μορφές Παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία διακρίνεται σε δυο τύπους, την υπερτροφική και την υπερπλαστική. Η πρώτη χαρακτηρίζεται από αύξηση του μεγέθους των λιποκυττάρων και η δεύτερη από αύξηση του αριθμού των λιποκυττάρων. Είναι πολύ βασικό να γνωρίζουμε ότι κατά την παιδική ηλικία αυξάνεται ο αριθμός των λιποκυττάρων (υπερπλαστική παχυσαρκία), ενώ μετά την ενηλικίωση αυξάνεται μόνον το μέγεθος αυτών (υπερτροφική παχυσαρκία). Η παιδική παχυσαρκία δηλαδή είναι υπερπλαστικού τύπου και εδώ ακριβώς έγκειται η σοβαρότητα της, καθώς αυτό έχει ως αποτέλεσμα ένα παχύσαρκο παιδί σχεδόν να καταδικάζεται να γίνει ένας παχύσαρκος ενήλικος.

Αιτιολογία

1. Κληρονομικότητα και γενετική της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία είναι πολυπαραγοντική νόσος και το περιβάλλον διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνισή της. Εντούτοις, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 40% έως 70%, η παχυσαρκία οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Ισχυρές ενδείξεις για γενετική συμμετοχή στην αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας προέρχονται από μελέτες σε διδύμους και, συγκεκριμένα, σε μονοωογενείς διδύμους. Επιπλέον, μελέτες σε άτομα που είναι υιοθετημένα δείχνουν σημαντική συσχέτιση του Δείκτη Μάζας Σώματος των βιολογικών γονέων και των απογόνων τους στη παιδική και στην ενήλικη ζωή .

Γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση παχυσαρκίας έχει βρεθεί και στα παιδιά. Φαίνεται ότι το περιβάλλον της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου παίζει καθοριστικό ρόλο. Σε μια κλινική μελέτη βρέθηκε ότι τα παχύσαρκα παιδιά, μικρότερα των 3 ετών, έχουν χαμηλό κίνδυνο (8%) να αναπτύξουν παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή, εφόσον οι γονείς τους εμφανίζουν φυσιολογικό βάρος. Εάν, όμως, οι γονείς τους είναι παχύσαρκοι, ο κίνδυνος να γίνει το παιδί παχύσαρκος ενήλικας αυξάνεται.

Συγκεκριμένα, ύστερα από την ηλικία των 6 ετών, η πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή είναι πάνω από 50% για τα παχύσαρκα, ενώ είναι μόνο 10% για τα μη παχύσαρκα παιδιά. Η πιθανότητα της παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή των παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 10 έως 14 ετών με έναν, τουλάχιστον, παχύσαρκο γονέα φθάνει το 79%.

2. Ενδοκρινικά αίτια παχυσαρκίας

Η πλειοψηφία των ατόμων πιστεύει ότι η παχυσαρκία οφείλεται σε διαταραχή των ενδοκρινών αδένων και, ειδικότερα, σε διαταραχή του θυρεοειδή αδένου, ενώ, στην πραγματικότητα, οι ενδοκρινολογικές ευθύνονται σε πολύ μικρό ποσοστό, περίπου 1%, των περιπτώσεων παχυσαρκίας.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες δευτεροπαθούς παχυσαρκίας:

- Ενδοκρινικές παθήσεις
- Φάρμακα
- Γενετικά σύνδρομα



Ψυχολογία του παχύσαρκου

Το παχύσαρκο άτομο νιώθει ενοχικά, διαθέτει χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα θέλω και τα συναισθήματά του. Χαμηλή αυτοπεποίθηση με πολλές ενοχές και το συναίσθημα του αδιεξόδου, συμβάλλουν σε έναν αρνητικό φαύλο κύκλο, όπου η

πολυφαγία χρησιμοποιείται ως διέξοδος στο πρόβλημα, το οποίο αρχικά προκαλεί. Ο στιγματισμός από το ευρύτερο κοινωνικό αλλά και το στενότερο συγγενικό περιβάλλον ενισχύει την αρνητική εικόνα του παχύσαρκου ατόμου για τον εαυτό του. Το παχύσαρκο άτομο μέσα από τη σχέση του με το φαγητό, εκφράζεται και εκφράζει τη συναισθηματική του κατάσταση. Εκτονώνει τις εντάσεις, τα άγχη και τα προβλήματα του. Το φαγητό αποτελεί γι' αυτό καταφύγιο όλων των εσωτερικών και εξωτερικών του συγκρούσεων, ενώ διατηρεί την ψευδαίσθηση ότι πρόκειται για μια σχέση από την οποία δεν πρόκειται ποτέ να προδοθεί.



Γήρανση και παχυσαρκία

Εάν θέλουμε να προστατευθούμε από πρόωγη γήρανση τότε καλό θα ήταν να αποφύγουμε την παχυσαρκία. Η παχυσαρκία επιδρά στα χρωμοσώματα με τον ίδιο περίπου τρόπο που επιδρά το πέρασμα του χρόνου. Μειώνει το μέγεθος μιας δομής χρωμοσωμάτων, τα τελομερή, που έχουν καθοριστικό ρόλο στη γήρανση του οργανισμού. Όσο πιο μικρά γίνονται με το πέρασμα του χρόνου τα τελομερή που είναι τμήματα των χρωμοσωμάτων τοποθετημένα στα άκρα τους, τόσο πιο γηρασμένος γίνεται ο οργανισμός με μεγαλύτερη ευπάθεια για πολλές ασθένειες. Η μείωση του μήκους των τελομερών των χρωμοσωμάτων καθιστά τις μεταλλάξεις του DNA ευκολότερες. Όσο μεγαλώνει η ηλικία μας τόσο μικρότερα γίνονται τα τελομερή και τόσο πιο πολύ κινδυνεύουμε από ασθένειες λόγω αστάθειας των χρωμοσωμάτων. Μπορούμε δηλαδή για ένα άνθρωπο να ορίσουμε τη χρονολογική ηλικία με βάση την ημερομηνία γέννησης του αλλά και τη βιολογική του ηλικία με βάση το μήκος των τελομερών στα χρωμοσώματα του. Είναι βέβαιο ότι οι παράγοντες που επιταχύνουν την απώλεια μήκους και τη σμίκρυνση των τελομερών, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον τόσο για λόγους παράτασης της νεότητας όσο και για λόγους πρόληψης πολλών ασθενειών. Η παχυσαρκία προκαλεί πρόωγη γήρανση διότι μειώνει το μέγεθος των τελομερών στα χρωμοσώματα όπως ακριβώς και ο χρόνος. Έχει υπολογιστεί από γιατρούς του νοσοκομείου St Thomas του Λονδίνου ότι τα παχύσαρκα άτομα, είναι σχεδόν 9 χρόνια βιολογικά περισσότερο γηρασμένα σε σύγκριση με άτομα που

έχουν την ίδια χρονολογική ηλικία αλλά με κανονικό βάρος σώματος. Τα σημαντικά αυτά συμπεράσματα προέκυψαν από έρευνες γενετικού τύπου με μελέτη των χρωμοσωμάτων σε 1.122 γυναίκες ηλικίας από 18 έως 76 ετών. Η μέτρηση των τελομερών των χρωμοσωμάτων γυναικών που ήταν κανονικού βάρους, παχύσαρκες, έγινε σε δείγματα αίματος που λήφθηκαν από αυτές.

Η παχυσαρκία προκαλεί αλλοιώσεις στα χρωμοσώματα διότι αυξάνουν το οξειδωτικό στρες στο οποίο υποβάλλονται τα κύτταρα του οργανισμού μας καθημερινά. Οι ασθένειες που αυξάνονται σε συχνότητα λόγω ηλικίας όπως ο καρκίνος, οι καρδιοπάθειες, ο διαβήτης, οι αρθρίτιδες, η νόσος Αλτσχάιμερ και άλλες, είναι πολύ πιθανόν να οφείλονται τουλάχιστο εν μέρει, στην αστάθεια των χρωμοσωμάτων λόγω μείωσης των τελομερών.

Θεραπεία

Διατροφή: διαιτητική αντιμετώπιση

Η διατροφή ενός παχύσαρκου πρέπει να είναι ισορροπημένη, να περιλαμβάνει, δηλαδή, σε ημερήσια βάση, 50% υδατάνθρακες, 20% πρωτεΐνες και 30% λίπος. Το προσλαμβανόμενο λίπος της τροφής πρέπει να αποτελείται από 10% κεκορεσμένα, 10% πολυακόρεστα και 10% μονοακόρεστα λιπαρά οξέα. Ο γενικός κανόνας της απώλειας σωματικού βάρους είναι 0,5 - 1 kg την εβδομάδα, που μεταφράζεται σε εβδομαδιαίο έλλειμμα 3.500-7.000 θερμίδων. Η ποσότητα των υδατανθράκων δεν πρέπει να περιορίζεται σημαντικά, όπως στη διαδεδομένη δίαιτα του Atkins, γιατί μπορεί να προκληθεί οξέωση, απώλεια ύδατος, αφυδάτωση, χολολιθίαση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οι οποίες ενδέχεται να οδηγήσουν σε καρδιακές αρρυθμίες και θάνατο.

Σωματική δραστηριότητα – άσκηση

Ως άσκηση ή σωματική δραστηριότητα ορίζεται κάθε ρυθμική δραστηριότητα, που αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό πάνω από τα επίπεδα της ανάπαυσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της κατανάλωσης ενέργειας, η οποία, όταν δεν αντισταθμίζεται από αύξηση της πρόσληψης τροφής, οδηγεί σε απώλεια βάρους και διατήρηση σταθερού σωματικού βάρους. Παραδείγματα τέτοιων ασκήσεων είναι το περπάτημα, το ανέβασμα σκάλας, το τρέξιμο, το ποδήλατο, η αεροβική γυμναστική και η κολύμβηση. Επίσης, η συμμετοχή σε ομαδικά

αθλήματα ορίζεται ως άσκηση. Εντούτοις, οι σημερινές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας ευνοούν την καθιστική ζωή, με αποτέλεσμα την εμφάνιση παχυσαρκίας.

Τροποποίηση της συμπεριφοράς: ψυχολογική υποστήριξη, γνωσιακή θεραπεία των διαταραχών της διατροφής

Από την πλευρά του θεράποντα γιατρού, στις συναντήσεις με τον παχύσαρκο ασθενή, πρέπει να αναπτύσσεται φιλική σχέση, να τίθενται ρεαλιστικοί στόχοι απώλειας βάρους και να υπάρχει συχνή επαφή μαζί του. Οι ιατρικές συμβουλές προς τον παχύσαρκο ασθενή για αλλαγή της συμπεριφοράς πρέπει να αφορούν τον αυτοέλεγχο και την καθημερινή σωματική του δραστηριότητα. Επίσης, ο θεράπωντας γιατρός πρέπει να ανταμείβει τον παχύσαρκο ασθενή και να αναγνωρίζει την προσπάθειά του, όταν χάνει βάρος. Χρειάζεται να τον συμβουλευεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποφεύγει τους διατροφικούς πειρασμούς και να επικεντρώνεται σε μηνύματα που έχουν σημασία. Επιπλέον, ο θεράπωντας γιατρός επιβάλλεται να υποστηρίζει ψυχολογικά τον παχύσαρκο ασθενή, διότι έχει βρεθεί ότι η μείωση του σωματικού βάρους αυξάνει την αυτοεκτίμηση και μειώνει την κατάθλιψη. Τα τελευταία χρόνια, στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας προτείνονται γνωσιακά και συμπεριφερειολογικά μοντέλα, προερχόμενα από τη θεωρία της μάθησης, με σκοπό την αλλαγή συμπεριφοράς στον τρόπο ζωής. Αυτά τα μοντέλα εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε παχύσαρκους με διαταραχές της διατροφής, όπως η ψυχογενής βουλιμία.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφερειολογικής και γνωσιακής ψυχοθεραπείας σταδιοποιούνται ως ακολούθως:

Στάδιο 1: Κλινική και διαγνωστική αποτίμηση

Στάδιο 2: Εισαγωγή εκπαιδευτικών και συμπεριφερειολογικών τεχνικών, για την τροποποίηση της διαταραγμένης συμπεριφοράς

Στάδιο 3: Επαναπροσδιορισμός ζητημάτων σχετιζόμενων με τη μειωμένη αυτοεκτίμηση και την εικόνα του εαυτού του

Στάδιο 4: Έμφαση στη σημασία που αποδίδει το άτομο στους διαμεσολαβητικούς παράγοντες, που υπόκεινται στη διαταραγμένη συμπεριφορά και στα διαταραγμένα συναισθήματά του

Στάδιο 5: Σωκρατική μέθοδος, κατά την οποία η διατύπωση ερωτήσεων στοχεύει στο να βοηθήσει τον πάσχοντα να κατανοήσει τους υποκείμενους νοσηρούς μηχανισμούς, να αντιληφθεί τις εναλλακτικές λύσεις και να τροποποιήσει τις στάσεις ζωής

Στάδιο 6: Προσήλωση στη συμπεριφερειολογική και γνωσιακή ψυχολογία, κατά την οποία η θεωρία μορφοποιείται επί τη βάση μαθησιακών κανόνων. Επίσης, εμπεριέχει τη δυνατότητα της αντικειμενότροπης διαμόρφωσης και αποτίμησης των θεραπευτικών στόχων.

Φαρμακευτική θεραπεία

Η αλλαγή του τρόπου ζωής, όπως έχει, ήδη, αναφερθεί, δεν είναι αποτελεσματική, μια και τα παχύσαρκα άτομα που χάνουν βάρος υποτροπιάζουν, επανακτώντας, έτσι, το σωματικό βάρος που έχασαν μέσα στα πρώτα δύο έως πέντε χρόνια . Επομένως, η συμπληρωματική φαρμακευτική θεραπεία στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι, σε αρκετές περιπτώσεις, αναγκαία και έχει αποδειχθεί ότι διατηρεί, σε ποσοστό υψηλότερο από το 50%, την αρχική απώλεια του σωματικού βάρους, για χρονικό διάστημα δύο έως τεσσάρων ετών. Εντούτοις, ύστερα από τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, παρατηρείται σταδιακή επανάκτηση του σωματικού βάρους.



Παχυσαρκία και εικόνα σώματος

Η ραγδαία αυτή αύξηση που σημειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες ενοχοποιεί πλέον και αιτίες που εντάσσονται στις αλλαγές του περιβάλλοντος των ατόμων, του

τρόπου ζωής και συμπεριφοράς τους, εφόσον από μόνη της η γενετική προδιάθεση δε θα μπορούσε να μονοπωλήσει τις ευθύνες για την τρέχουσα κατάσταση. Κάποιοι από τους λόγους που ενδεχομένως μπορούν να εξηγήσουν γιατί τα άτομα καταφεύγουν σε υπόλογες για την παχυσαρκία συμπεριφορές, είναι και τα βασικά χαρακτηριστικά της σύγχρονης εποχής: στρες και πρότυπα. Έχει πλέον παγιωθεί στις μέρες μας, πως οτιδήποτε το αρεστό ταυτίζεται με το ελλειποβαρές. Η άμεση και λανθασμένη αντίδραση πολλών ανθρώπων και κυρίως όσων εμφανίζονται πιο ευάλωτοι και δυσαρεστημένοι με την εικόνα του σώματος

τους προσβάλλει τις διατροφικές τους συνήθειες, εφόσον τα άτομα αυτά πασχίζουν να γίνουν αρεστά θέτοντας μη ρεαλιστικούς στόχους για την απώλεια του σωματικού τους βάρους. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα να καταλήγουν σε συνεχείς αυξομειώσεις βάρους, καθιστώντας με αυτόν τον τρόπο ανέφικτη τη διατήρηση της απώλειας, αλλά και την επιτυχημένη ρύθμιση της ενεργειακής τους πρόσληψης (ADA, 2002). Συμπερασματικά, λοιπόν, καταλήγουμε στο ότι η διαστρεβλωμένη και αρνητική εικόνα σώματος, σε συνδυασμό με λανθασμένες μεθόδους για άμεση απώλεια βάρους που μπορούν να οδηγήσουν σε κατ'επανάληψη αυξομειώσεις σωματικού βάρους, θα μπορούσαν εύλογα και εν μέρει να κατηγορηθούν για την έξαρση της παχυσαρκίας στις μέρες μας.

VIII. ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αισθητική

Είναι ο κλάδος της φιλοσοφίας που ασχολείται με τον ορισμό του ωραίου. 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 κλάδος.

Ο όρος 'αισθητική' παράγεται από την 'αίσθηση', την εμπειρία που προσλαμβάνουμε μέσω των αισθήσεων. Συγκεκριμένα Η Αισθητική ασχολείται με την πρόληψη και την αποκατάσταση δερματικών προβλημάτων που οφείλονται σε ενδοκρινολογικά προβλήματα με την χρήση ενδεδειγμένων κατά περίπτωση μέσων. Επίσης βελτιώνει και καλύπτει αισθητικές βλάβες με εξειδικευμένες τεχνικές επικάλυψης.



Κοσμητολογία

Η Κοσμητολογία στοχεύει στην παραγωγή, επεξεργασία, ποιοτικό έλεγχο και διασφάλιση της ποιότητας καλλυντικών σκευασμάτων. Καλλυντικά ονομάζονται οι ουσίες ή τα

παρασκευάσματα που προορίζονται να έλθουν σε επαφή με διάφορα μέρη του ανθρώπινου σώματος με αποκλειστικό ή κύριο σκοπό τον καθαρισμό, τον αρωματισμό ή την προστασία τους για να διατηρήσουν σε καλή κατάσταση, να μεταβάλλουν την εμφάνιση τους ή για να διορθώσουν οσμές του σώματος.

Ρόλος αισθητικού

Ο αισθητικός μπορεί να εφαρμόζει σύγχρονες επιστημονικές και τεχνολογικές μεθόδους, αυτοδύναμα, είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες σε αισθητικά προβλήματα του δέρματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει την ικανότητα και τις γνώσεις να χρησιμοποιεί εξειδικευμένες ηλεκτροθεραπευτικές μεθόδους σε ιδιαίτερα δερματοαισθητικά προβλήματα όπως ακμή, υπερτρίχωση, ευρυαγγείες, κυτταρίτιδα, παχυσαρκία, μελαγχρώσεις κ.α. Εκπονεί εξειδικευμένα προγράμματα γυμναστικών και αισθητικών ασκήσεων. Τέλος ασχολείται με εργαστηριακές τεχνικές για την ίδρυση και παραγωγή καλλυντικών προϊόντων με σκοπό την ενίσχυση της αποτελεσματικότητάς του έργου τους. Ένας αισθητικός αξίζει να λέγεται επιστήμονας όταν πέρα από το γνωστικό επίπεδό του μπορεί να παρέχει ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη. Η κοινωνικότητα, η ωριμότητα και η εχεμύθεια πρέπει να αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά του ώστε να αναπτυχθεί μία ιδανική σχέση «αισθητικού-πελάτη». Πριν την έναρξη της όποιας ειδικής αισθητικής εργασίας που αφορά την αντιμετώπιση των προβλημάτων θα πρέπει ο 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 εφαρμόσουν σε κάθε περίπτωση και που θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου.
- Να έχει ενημερώσει το κάθε άτομο για τις εφαρμογές που θα χρησιμοποιηθούν καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος καθώς και για τη συμμετοχή του κατά τη διάρκεια των συνεδριών και μετά το πέρας τους.
- Να ξεκινά πάντα τις όποιες εφαρμογές για την αντιμετώπιση του προβλήματος με την προετοιμασία του δέρματος του σώματος, ώστε να διευκολύνεται η διείσδυση των διαφόρων καλλυντικών σκευασμάτων.

Οι διατροφικές διαταραχές και συγκεκριμένα η ανορεξία και η βουλιμία είναι δύο καθαρά ψυχολογικές ασθένειες στις οποίες βασική προϋπόθεση είναι η πλήρη βοήθεια και ίαση από ειδικό ψυχολόγο. Μόνο τότε κρίνεται αναγκαία η παρέμβαση αισθητικού για την βελτίωση της σωματικής εμφάνισης των ασθενών καθώς σε διαφορετική περίπτωση ο ασθενής μπορεί να ξανακυλήσει στις λανθασμένες διατροφικές του συνήθειες και το αποτέλεσμα των ψυχολογικών και αισθητικών θεραπειών να είναι και πάλι δυσμενές για όλους και κυρίως για τον ασθενή.

Ειδικότερα τα άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν καταφέρει να ξεπεράσουν τις παραπάνω ασθένειες χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης και φροντίδας από την- τον αισθητικό για την επαναφορά του σώματος ύστερα από έντονη απίσχναση (ανορεξία) ή από προσθήκη περιττών κιλών (βουλιμία).

Τα μέσα με τα οποία μπορεί να επιτευχθεί αυτό είναι πολυάριθμα και ποικίλα. Μιλώντας πιο εξειδικευμένα οι τρόποι αντιμετώπισης αφορούν τόσο τον τομέα της αισθητικής με χρήση εξειδικευμένων μηχανημάτων όσο και αυτόν της κοσμητολογίας με τη χρήση καλλυντικών σκευασμάτων.



Αισθητική αντιμετώπιση ατόμου που έχει ξεπεράσει νευρική ανορεξία

Δέρμα

Το δέρμα ενός ασθενούς που έχει ξεπεράσει την νευρική ανορεξία μοιάζει να είναι ξηρό, ρυτιδωμένο και πρόωρα γερασμένο. Η ξηρότητα του δέρματος οφείλεται στην έλλειψη βασικών θρεπτικών συστατικών του εξαιτίας της έλλειψης βιταμινών και

ιχνοστοιχείων, τα οποία εκλείπουν από την διατροφή τέτοιων ατόμων. Το αισθητικό αυτό πρόβλημα παρατηρείται κατά μήκος όλου του σώματος αλλά και του προσώπου. Τα συμπτώματα της ξηρότητας ξεκινούν με υπερκεράτωση της κεράτινης στιβάδας την

εμφάνιση μικρών λεπτών ρωγμών κάνοντας την επιφάνεια αρκετά τραχιά. Έχει την ικανότητα να « σπάει» πολύ εύκολα δημιουργώντας πολλές λεπτές ρυτίδες οι οποίες οφείλονται στην έλλειψη λιπαρών προστατευτικών ουσιών, στην έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού σμηγματογόνων αδένων εξαιτίας της ατροφίας που έχουν υποστεί και στην παρουσία έντονης αφυδάτωσης. Η αφυδάτωση προκαλείται εξαιτίας της έλλειψης υγρασίας από το δέρμα το οποίο έχει συνεχώς ανάγκη από νερό αφενός για να επιτελέσει τις βασικές λειτουργίες του (άδηλη αναπνοή και παραγωγή ιδρώτα) και αφετέρου για την τροφή του. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να παρατηρηθεί σε επιφανειακό επίπεδο αρχικά, και συνήθως μπορεί να αποκατασταθεί εύκολα και στη συνέχεια σε βαθύτερα στρώματα του δέρματος όπου η αποκατάσταση είναι σοβαρότερη. Κατά συνέπεια το δέρμα παρουσιάζει απώλεια της ελαστικότητας, ελαττωμένη ταχύτητα αναπαραγωγής των κερατινοκυττάρων και όψη γηρασμένη και άτονη.

Μυϊκό σύστημα

Το μυϊκό σύστημα των ατόμων με νευρική ανορεξία πάσχει από μυϊκή ατροφία εξαιτίας της έντονης απίσχνανσης τους. Μυϊκή ατροφία ορίζεται ως μια μείωση στη μάζα του μυός . Μπορεί να είναι μερική ή ολική. Όταν ένας μυς ατροφεί, αυτό οδηγεί σε μυϊκή αδυναμία , διότι η δυνατότητα να ασκήσουν δύναμη τα άτομα αυτά σχετίζεται με τη μάζα. Η μυϊκή ατροφία μειώνει την ποιότητα της ζωής, όπως ο πάσχων αδυνατεί να εκτελέσει ορισμένα καθήκοντα ή να επιδεινώσει τους κινδύνους ατυχημάτων κατά την εκτέλεση τους (όπως το περπάτημα). Ένα σημαντικό εργαλείο αποκατάστασης για μυϊκή ατροφία περιλαμβάνει τη χρήση των λειτουργιών ηλεκτρικής διέγερσης για την τόνωση των μυών. Αυτό το έχει δει ένα μεγάλο μέρος της επιτυχίας για την αποκατάσταση των παραπληγικών ασθενών.

Αποκατάσταση

Τα άτομα που έχουν ξεπεράσει τον κίνδυνο από τη νευρική ανορεξία, έχουν τη δυνατότητα να αφεθούν στην φροντίδα ενός αισθητικού ώστε να ξεκινήσει η αποκατάσταση του σώματος αλλά και η εμφάνιση του προσώπου. Ο ασθενής έχει ανάγκη από βαθιά ενυδάτωση του δέρματος του ώστε να αποκτήσει το δέρμα και πάλι την οντότητα που είχε πριν. Αρωγός αυτής της διαδικασίας είναι το κολλαγόνο και η ελαστίνη, οι οποίες αφού εμπλουτισθούν προσφέρουν στο δέρμα ελαστικότητα, σφριγηλότητα και ζωντάνια. Εν συνεχεία το έργο του αισθητικού είναι η μυϊκή αποκατάσταση του ασθενούς. Το γυμναστήριο θα κούραζε και θα

εξασθενούσε ένα άτομο που μόλις έχει ξεπεράσει μια τόσο σοβαρή ασθένεια και ίσως θα είχαμε και επιπλέον κατανάλωση ενέργειας, γεγονός όχι αρκετά επιθυμητό μιας και ο ασθενής ξεκινά προσπάθεια αποκατάστασης του βάρους του. Η τόνωση και η ενδυνάμωση των μυών από τον αισθητικό μπορεί να γίνει από μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας με άμεσα αποτελέσματα. Το μασάζ και η πρεσοθεραπεία μπορούν να βοηθήσουν το κυκλοφορικό σύστημα και να αποτοξινώσουν τον οργανισμό προσφέροντας του οξυγόνο για την ανανέωση των κυττάρων. Τέλος, οι κοσμητολογικές γνώσεις του αισθητικού θα του υποδείξουν ποιες προϊόντικές θεραπείες μπορεί να εφαρμόσει ώστε να βελτιώσει τη χαλάρωση και την πρόωρη γήρανση του δέρματος.

Ενυδάτωση

Η ενυδάτωση του δέρματος είναι μια πολύ σημαντική διαδικασία και πρέπει να προηγηθεί πριν από οποιαδήποτε άλλη επεξεργασία του σώματος ώστε να υπάρχει η κατάλληλη υγρασία και ελαστικότητα στο δέρμα για να μην προκληθεί κανένας τραυματισμός. Τα άτομα που έχουν ταλαιπωρηθεί από τη νευρική ανορεξία έχουν έντονο πρόβλημα αφυδάτωσης και χρειάζονται δραστικές λύσεις για βαθιά ενυδάτωση και αναδόμηση του δέρματος.

Τέτοιες θεραπείες είναι οι ακόλουθες:

1. Θεραπεία με aloe vera

Η αλόη βέρα είναι ένα δώρο της φύσης για την περιποίηση του δέρματος που παράγει άριστα αποτελέσματα. Το εσωτερικό πήκτωμα, ή γέλη, ή ζελέ των φύλλων της αλόης χρησιμοποιείται για αιώνες για τις αναπλαστικές ιδιότητές της. Είναι επίσης ιδανικό για την καταπολέμηση της γήρανσης και για τη διατήρηση νεανικού δέρματος. Η ιδιότητα αναγέννησης των κυττάρων του δέρματος που έχει η αλόη βέρα εύκολα μεταφράζεται σε υπέρ-εμπλουτισμό των προϊόντων φροντίδας του δέρματος με αλόη και σε ικανότητα αυτο-ίασης που παρέχεται στο σώμα μας.

Η οργανική σύνθεση της αλόης βέρα είναι υψίστης σημασίας, λόγω της εκπληκτικής ομοιότητας της με τη σύνθεση του ανθρώπινου σώματος και αποτελείται σε μεγάλο μέρος από τις ίδιες ουσίες που βρίσκονται στο



ανθρώπινο σώμα, συμπεριλαμβανομένων ενζύμων, αμινοξέων, βιταμινών και μετάλλων - ανόργανων συστατικών.

Δεδομένου ότι το σώμα μας μοιράζεται πολλές από τις ίδιες ουσίες με την αλόη, τα κύτταρα του σώματος απορροφούν πολύ εύκολα τα προϊόντα με αυτήν. Πολλά προϊόντα περιποίησης και φροντίδας του δέρματος έχουν συστατικά που ενεργούν στο ανώτερο στρώμα του δέρματος, αλλά αδυνατούν να απορροφηθούν και να διεισδύσουν βαθιά μέσα στην επιδερμίδα. Αυτό μπορεί να είναι αντιπαραγωγικό στο τέλος. Η σωστή φροντίδα του δέρματος πρέπει να αντιμετωπίζει προβλήματα σε όλα τα στρώματα του και όχι απλώς να βελτιώνει την όψη της επιδερμίδας. Σε αντίθεση, τα προϊόντα φροντίδας του δέρματος που περιέχουν υψηλό ποσοστό αλόης βέρα εισχωρούν βαθιά σ' όλα τα στρώματα του δέρματος, μέχρι και τους μύες και αποφέρουν εξαιρετικά αποτελέσματα στην διευκόλυνση της αναγέννησης των κυττάρων. Το γεγονός αυτό καθιστά αυτό το φυσικό στοιχείο ιδανικό για την περιποίηση και βαθιά ενυδάτωση του δέρματος .

Η αλόη βέρα έχει ιδιότητες ίασης και αναγέννησης και είναι εκπληκτικό το γεγονός ότι αυτή η φυσική ουσία είναι ωφέλιμη όχι μόνο στην φροντίδα αλλά και στην θεραπεία παθήσεων του δέρματος. Δεδομένου ότι έχουμε ένα δέρμα αφυδατωμένο έως τις βαθύτερες στοιβάδες με ρωγμές και έντονη αποφολίδωση χρειάζεται κάτι θεραπευτικό, επουλωτικό και πολύ ενυδατικό ώστε να επαναφέρει την διασπασμένη επιδερμίδα σε φυσιολογικά επίπεδα και αυτό είναι η αλόη. Επιπλέον, είναι άξιο να σημειωθεί ότι δίνει οξυγόνο στα κύτταρα του δέρματος, αυξάνοντας την αντοχή των ιστών του δέρματος, απομακρύνει τα νεκρά κύτταρα του δέρματος και κάνει ανθεκτικότερη την επιδερμίδα στην ηλιακή ακτινοβολία αλλά και στις ρυπογόνες ουσίες του περιβάλλοντος.

Διάφοροι τύποι λοσιόν και παχύρρευστων κρεμών με αλόη βέρα είναι αποδεδειγμένα από τα πιο αξιόπιστα προϊόντα ενυδάτωσης. Έχουν αποδειχθεί εξαιρετικά για μια νεανική, υγιή χροιά του δέρματος, επειδή μειώνουν τις λεπτές γραμμές, αυξάνοντας την ελαστικότητα και σφριγηλότητα στο δέρμα. Η εφαρμογή γίνεται και στο πρόσωπο και στο σώμα ύστερα από έναν καλό καθαρισμό και μια βαθιά απολέπιση, απλώνοντας αρχικά τη λοσιόν της οποίας η σύσταση είναι ελαφρώς λιπαρή αλλά απορροφάται γρήγορα χωρίς να αφήνει κατάλοιπα λιπαρότητας. Εν συνεχεία, αφού απορροφηθεί εντελώς το πρώτο προϊόν απλώνουμε την κρέμα με αλόη και με ένα ελαφρύ μασάζ, ώστε να προκληθεί ελαφριά υπεραιμία για

βαθύτερη απορρόφηση, το αφήνουμε να στεγνώσει πλήρως. Τα αποτελέσματα θα είναι εμφανή από τις πρώτες κιόλας εφαρμογές, κάνοντας τον ασθενή μας να νιώσει πολύ γρήγορα τις επιδερμικές αλλαγές στο σώμα του.

2. Σοκολατοθεραπεία

Με την πάροδο του χρόνου, η σοκολάτα έχει γίνει γνωστή ως μια από τις πηγές της αληθινής απόλαυσης, τις χειρονομίες του έρωτα και της μαγείας, τρυφερές μνήμες της παιδικής ηλικίας, των εορτασμών και των πράξεων αγάπης. Αν και πολλοί άνθρωποι συνδέουν τη σοκολάτα με την ευχαρίστηση, αυτή η γλυκιά απόλαυση μπορεί πραγματικά να έχει μεγάλα οφέλη για το δέρμα, αυτός είναι και ο λόγος που εμφανίζεται σε τόσα πολλά προϊόντα φροντίδας του δέρματος. Από έρευνες που διεξάγονται παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων που εκτελούν τη συγκεκριμένη θεραπεία έχουν την ίδια έκρηξη ευφορίας όπως γίνεται και από την κατανάλωση σοκολάτας. (Alan Hirsch, διευθυντής νευρολογικής κλινικής με ειδικότητα την επεξεργασία της όσφρησης και της γεύσης και διευθυντής στο Ερευνητικό Ίδρυμα του Σικάγο). Αυτό είναι πολύ σημαντικό για τους ασθενείς από νευρική ανορεξία καθώς η αίσθηση της σοκολάτας θα τους ηρεμήσει, θα τους καταπραΰνει ψυχικά και θα τους κάνει να νιώσουν ευχάριστα.



Η σοκολάτα έχει εμφανιστεί ως συστατικό σε προϊόντα ομορφιάς και σώματος από τα μέσα της δεκαετίας του 1800, όταν οι κατασκευαστές ανακάλυψαν την ομορφιά του δέρματος, την απαλότητα και την ενυδάτωση που προσφέρει το κακάο. Στη σημερινή εποχή είναι ίσως, ο πιο "νόστιμος" τρόπος περιποίησης του σώματος και χαλάρωσης του πνεύματος! Τρέφει την επιδερμίδα με βιταμίνες, ιχνοστοιχεία & μέταλλα ενώ παράλληλα την ενυδατώνει και την κάνει απαλή, λεία & φρέσκια.

Τα ευεργετικά αποτελέσματα που έχει για το δέρμα είναι τα εξής:

- συμβάλει στην ενίσχυση της υγρασίας της επιδερμίδας με αποτέλεσμα να μειώνει την αφυδάτωση της.
- τονώνει την ανανέωση των κυττάρων ώστε να αποφεύγεται ή να καταπολεμούνται τα σημάδια πρόωρης γήρανσης.
- περιέχει πολυφαινόλες επομένως είναι αρκετά αντιοξειδωτική. Σε άτομα με ελάχιστη λήψη βιταμινών και θρεπτικών συστατικών είναι ιδανική για την αποτοξίνωση του δέρματος.
- περιέχει μεταλλικά άλατα, όπως ο σίδηρος, το μαγνήσιο, φώσφορος, κάλιο, ασβέστιο και λίγο νάτριο, συστατικά που της χαρίζουν ζωντάνια.
- δίνει σφριγηλό & λαμπερό δέρμα όταν εφαρμόζεται
- περιέχει βιταμίνες, όπως είναι η C, D & E για τη θρέψη και την βαθιά ενυδάτωση.
- έχει αντικαταθλιπτικές & ηρεμιστικές ιδιότητες. Ίσως από τα πιο σημαντικά αποτελέσματα που μπορεί να αποδώσει η σοκολατοθεραπεία ειδικότερα σε άτομα που έχουν ανάγκη την αποβολή της θλίψης και του συνεχούς άγχους που έχουν για την κατάσταση του σώματος τους. Η αίσθηση περιποίησης και φροντίδας της επιδερμίδας μας με ζεστή σοκολάτα είναι μοναδική ενώ το σοκολατένιο άρωμα ανασύρει παιδικές μνήμες και προκαλεί το αίσθημα της ασφάλειας στο χώρο.
- τονώνει την αυτοπεποίθηση και την ενεργητικότητα του ατόμου που δέχεται τη θεραπεία.
- τόσο το άρωμα της σοκολάτας που εισπνέετε όσο και η διείσδυση της διαδερμικά, συμβάλλουν στην έκκριση των ενδορφινών, ορμόνες που διεγείρουν το ενδοκρινολογικό σύστημα προκαλώντας την αίσθηση χαράς, ευφορίας, ευτυχίας, μακροζωίας και προστατεύουν το καρδιαγγειακό σύστημα .

Πριν την εφαρμογή της σοκολατοθεραπείας το σώμα ή το πρόσωπο στο οποίο θα εφαρμοστεί πρέπει να έχει καθαριστεί πολύ καλά και να έχει προηγηθεί μια βαθιά απολέπιση για την απομάκρυνση των νεκρών κυττάρων ώστε να έχουμε μεγαλύτερη και καλύτερη διείσδυση της ουσίας. Στη συνέχεια ζεσταίνουμε τη σοκολάτα για 5 με 7 λεπτά έτσι ώστε να λιώσει και να μπορεί να απλωθεί ομοιόμορφα. Αφού ελεγχθεί η θερμοκρασία της σοκολάτας ώστε να είναι ανεκτή από το δέρμα αλείφεται πάνω στο σώμα ή στο πρόσωπο και την αφήνουμε να απορροφηθεί πλήρως. Άλλος ένας τρόπος

εφαρμογής της σοκολατοθεραπείας είναι το λουτρό με λιωμένη σοκολάτα το οποίο λόγω της θερμότητας βοηθάει πολύ στην βελτίωση του κυκλοφορικού και της λέμφου.

Ολοκληρώνοντας αυτή τη θεραπεία θα έχουμε αποδώσει στον ασθενή μια ψυχική ευεξία και μια λεία μεταξένια επιδερμίδα τονώνοντας ακόμη περισσότερο την αυτοπεποίθησή του.

3. Θεραπεία με ιοντοφόρηση serum από βλέννα σαλιγκαριού

Ιοντοφόρηση

Είναι η τεχνική της εξαναγκασμένης διείσδυσης ενεργών συστατικών στο δέρμα, με τη βοήθεια του γαλβανικού ρεύματος για θεραπευτικούς σκοπούς. Εμφανίζει πολλά και ποικίλα πλεονεκτήματα ανάμεσα στα οποία είναι:

- ✓ η εισαγωγή συμπυκνωμένων δραστικών συστατικών στα βαθύτερα στρώματα του δέρματος
- ✓ η βελτίωση της αιμάτωσης και του κυτταρικού μεταβολισμού
- ✓ η εσωτερική ενυδάτωση του δέρματος
- ✓ η βελτίωση της ικανότητας δέσμευσης νερού στο δέρμα
- ✓ η δεκτικότητα του δέρματος στα ενεργά συστατικά, η οποία παραμένει και μετά την ιοντοφόρηση.



Λόγω του ότι ο κίνδυνος για έγκαυμα είναι αρκετά υψηλός πρέπει να ξεκινά η θεραπεία από μικρές εντάσεις, τα ηλεκτρόδια να είναι καλά εφαρμοσμένα στο σώμα και ο χρόνος εφαρμογής της θεραπείας να είναι πάντα καθορισμένος.

Γαλβανικό ρεύμα

Γαλβανικό είναι το συνεχές ηλεκτρικό ρεύμα, ρεύμα χαμηλής τάσεως και εντάσεως. Ο κύκλος ροής του περιλαμβάνει τον θετικό πόλο (άνοδο) και τον αρνητικό πόλο (κάθοδο). Μεταξύ των δύο αυτών πόλων μέσω ηλεκτροδίων είναι συνδεδεμένο το άτομο που θα δεχτεί την ηλεκτροθεραπεία. Όταν γίνει εφαρμογή γαλβανικού ρεύματος στον ανθρώπινο ιστό, επηρεάζεται η περιοχή μεταξύ των ηλεκτροδίων σε βαθμό που εξαρτάται από την ηλεκτρική αγωγιμότητα των ιστών. Η αγωγιμότητα είναι ανάλογη της περιεκτικότητας των ιστών σε υγρά γι αυτό και στα άτομα με πολύ ξηρό δέρμα χρησιμοποιούμε αρκετά ενυδατικά προϊόντα για την ιοντοφόρηση ώστε να μην έχουμε ανεπιθύμητα εγκαύματα.

Ενισχυμένος ορός με βλέννα από σαλιγκάρι

Το δέρμα των ατόμων με νευρική ανορεξία εξαιτίας της ξηρότητας που έχει υποστεί χρειάζεται μια ολική ανάπλαση από τη βαθύτερη έως την ανώτερη στοιβάδα. Με αυτό τον τρόπο η παραγωγή κολλαγόνου και ελαστίνης ξεκινά και πάλι βελτιώνοντας την όψη του δέρματος. Τις ενέργειες αυτές μπορεί να κάνει ο ορός με βλέννα σαλιγκαριού. Η μεγάλη του περιεκτικότητα σε ενυδατικά συστατικά και οι επουλωτικές του ικανότητες κάνουν το συγκεκριμένο προϊόν ιδανικό για τέτοιες περιπτώσεις.

Ο ορός σαλιγκαριού μόνο πρόσφατα δεν ανακαλύφθηκε ως συστατικό περίθαλψης δυνατικού δέρματος. Το φυσικό συστατικό αυτό έχει χρησιμοποιηθεί εδώ και αιώνες και έχει την ικανότητα να αντιμετωπίζει όλα τα είδη δερματικών προβλημάτων. Στην πραγματικότητα, κατά τη περίοδο του Ιπποκράτη, ο ορός σαλιγκαριού χρησιμοποιήθηκε για να αμβλύνει και να κρατάει σε υψηλά επίπεδα το ποσοστό υγρασίας του δέρματος. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που εφαρμοζόταν σε εγκαύματα. Η βλέννα του σαλιγκαριού είναι ιξώδες, συνεχής και υψηλής ισχύος για ισχυρή λίπανση του δέρματος. Η παραγωγή βλέννας σαλιγκαριών γίνεται σε μεγάλες ποσότητες μέσα από έναν αδένα που βρίσκεται στο πόδι του ζώου. Από αναλύσεις της βλέννας του σαλιγκαριού διαπιστώθηκε ότι περιέχει επτά από τα πιο φυσικά, πολύτιμα συστατικά για την παραγωγή καλλυντικών και της δερματολογίας για την περιποίηση του δέρματος:

-Allantoin

-Ελαστίνη

- Κολλαγόνο
- Γλυκολικό οξύ
- Φυσικά αντιβιοτικά
- Βιταμίνες
- Πρωτεΐνη (πεπτίδιο-ειδικά)

Επομένως μπορεί να χρησιμοποιηθεί και να βοηθήσει πολύ την ποιότητα του δέρματος. Πιο συγκεκριμένα, αφαιρεί τα σημάδια του προσώπου εξαιτίας της μεγάλης αναπλαστικής του ιδιότητας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα επίκαιρο φυσικό αντιβιοτικό. Λόγω της παρουσίας στη σύνθεση του γλυκολικού οξέος χρησιμοποιείται ως αποτελεσματική θεραπεία σε ενήλικες και εφήβους για λοιμώξεις του δέρματος(οι λοιμώξεις αυτές μπορεί να προέρχονται από μικρές εκδορές του προσώπου εξαιτίας της έντονης αποβολίδωσης και της λεπτότητας του δέρματος). Επιπροσθέτως, μπορεί να εξαλείψει τις λεπτές ρυτίδες του προσώπου και να χρησιμοποιηθεί για απολέπιση αφού μπορεί να αφαιρεί τα νεκρά κύτταρα και να αφήνει την επιδερμίδα καθαρή και λαμπερή. Τέλος , βελτιώνει την ελαστικότητα της, την αφήνει απαλή και μεταξένια αναπλάθοντας την με την ενίσχυση των βλαστικών κυττάρων και την παραγωγή κολλαγόνου και ελαστίνης.

Η εφαρμογή της θεραπείας ξεκινάει με τον καθαρισμό του προσώπου ή του σώματος που θα εφαρμοστεί και την εφαρμογή ενός απολεπιστικού προϊόντος ώστε να μείνει η επιφάνεια της επιδερμίδας λεία και καθαρή. Στη συνέχεια εφαρμόζουμε τον ορό του σαλιγκαριού και με τη βοήθεια της ιοντοφόρησης διεισδύουμε την ουσία σε βαθύτερες στιβάδες. Θα ήταν σημαντικό να χρησιμοποιήσουμε μία κρέμα μάλαξης πλούσια σε ενυδατικά και θρεπτικά συστατικά ώστε να ενυδατώσουμε ακόμη περισσότερο την επιδερμίδα. Η μερική υπεραιμία θα βοηθήσει στην απορρόφηση των συστατικών και θα ενεργοποιήσει το κυκλοφορικό σύστημα. Για να ολοκληρώσουμε την θεραπεία απλώνουμε στο σώμα ή στο πρόσωπο μάσκα με αρκετά λιπαρά συστατικά ώστε να έχουμε το ιδανικότερο αποτέλεσμα.

Οι τρεις αυτές θεραπείες ενυδάτωσης μπορούν να αποδώσουν τα μέγιστα σε δύσκολες καταστάσεις επανόρθωσης του δέρματος και να προσφέρουν σιγουριά και ασφάλεια στον ασθενή ότι οι προσπάθειες του θα αποδώσουν .

4. Μυϊκή ενδυνάμωση

Η μυϊκή ενδυνάμωση στην αποκατάσταση του σώματος είναι πολύ σημαντική καθώς οι μύες είναι εκείνοι που στηρίζουν το σώμα ενώνουν τις αρθρώσεις και προσφέρουν στο σώμα σωστή στάση και ευλυγισία. Αντίθετα οι μύες των ασθενών αυτών έχουν πλήρως εξασθενήσει, είναι έως και άρατοι αφού κάτω από το λεπτό και αφυδατωμένο δέρμα διαγράφονται με κάθε λεπτομέρεια τα οστά του. Η προσπάθεια αυτή ξεκινά με τη χρήση μηχανημάτων τα οποία εφαρμόζονται είτε στην έκφυση και στην κατάφυση του μυ είτε κατά μήκος αυτού με σκοπό να τον δραστηριοποιήσουν με τη χρήση φαραδικού ρεύματος.

Φαραδικό ρεύμα

Το φαραδικό ρεύμα είναι ένα εναλλασσόμενο εξ' επαγωγής ρεύμα χαμηλής συχνότητας. Η



επίδραση του φαραδικού ρεύματος στους μύες και τα νεύρα είναι ερεθιστική. Στόχος των φαραδικών ρευμάτων είναι η παθητική μυογύμναση για αυτό και η σύνδεση των ηλεκτροδίων γίνεται στις εκφύσεις και καταφύσεις των μυών. Το φαραδικό ρεύμα επιδρά με :

- Ερεθιστική ενέργεια πάνω στις αισθητικές απολήξεις
- Θρεπτική ενέργεια εξαιτίας της αγγειοδιαστολής που προκαλείται
- Αποιδηματική ενέργεια εξαιτίας της συσφίξεως των φλεβών και των λεμφοφόρων αγγείων, που προκαλείται κατά τη διάρκεια των μυϊκών συσπάσεων.

Ο χρόνος εφαρμογής των φαραδικών ρευμάτων είναι 15' – 30'. Η εκκίνηση γίνεται με χαμηλές εντάσεις και σταδιακά αυξάνονται.

Παθητική μυογύμναση / ηλεκτροθεραπεία

Πολλές λειτουργίες του οργανισμού ελέγχονται από νευρολογικά ηλεκτρικά ερεθίσματα. Αυτές οι ωθήσεις μεταδίδονται φυσιολογικά από τον εγκέφαλο σε ειδικά όργανα. Η

ηλεκτροθεραπεία μιμείται απλά κάθε ένα από αυτά τα συγκεκριμένα ερεθίσματα, ώστε να παράγει μια σειρά από διαφορετικά αποτελέσματα, τον μυϊκό τόνο τη μυϊκή ενδυνάμωση καθώς και τη σύσφιξη του σώματος. Η ηλεκτροθεραπεία στέλνει την κατάλληλη ακολουθία των σημάτων για να παράγει τις σωστές παραμέτρους θεραπείας. Για παράδειγμα, όταν το σώμα ασκείται, τα φυσικά ερεθίσματα προκαλούν τους μυς να συστέλλεται και να χαλαρώνει. Επιπλέον, μιμείται τα φυσικά ερεθίσματα να κάνει τη σύσπαση και τη χαλάρωση του μυ, παρόμοια με την κανονική άσκηση, αλλά με χαμηλότερο κίνδυνο για κόπωση.

Το συγκεκριμένο μηχάνημα έχει ειδικά προγράμματα, τα οποία ο θεραπευτής σας θα τα προσαρμόσει έτσι ώστε να καλύψουν τις συγκεκριμένες ανάγκες του ασθενή.

Η μορφή αυτή της ηλεκτροθεραπείας μοιάζει με ένα συνεχές μασάζ που δραστηριοποιεί τους μύες χωρίς όμως να δημιουργεί πιέσεις στο δέρμα. Τα γενικότερα θεραπευτικά αποτελέσματα της ηλεκτροθεραπείας είναι θερμικά, φυσικοχημικά και νευροφυσιολογικά. Η ηλεκτροθεραπεία εντάσσεται σε ένα γενικότερο πλαίσιο εφαρμογών που στηρίζονται σε παραδεκτές επιστημονικά αρχές και γνώσεις πάνω στη βιολογία, τη φυσική, και τη χημεία. Οι ευεργετικές επιδράσεις του είναι ποικίλες και μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά την λειτουργία του οργανισμού.

Έτσι επιτυγχάνει:

- Αναδιαμόρφωση του σώματος (Η εντατική διαδοχική διέγερση θα μετατρέψει αερόβια μυών, την παραγωγή και τη διαμόρφωση καμπύλες για τέλεια σιλουέτα και ένα κατάλληλο σώμα.)
- Τόνωση/ενδυνάμωση του μυϊκού συστήματος (ανύψωση και σύσφιξη των γλουτών, των μηρών, των γοφών, μέσης, των χεριών και του στήθους. Οι ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης ανανεώνονται κ ενισχύουν την επιδερμίδα)
- Βελτίωση της λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος
- Βελτίωση της λειτουργίας του λεμφικού συστήματος (Η απαλή πρόγραμμα θα προσομοιώσει ένα βαθύ χαλαρωτικό μασάζ λεμφικό και παλμό αποχέτευσης. Επιπλέον υγρά και οι τοξίνες θα πρέπει να ξεπλυθούν με αποτέλεσμα τη μείωση πρήξιμο στην κοιλιά και τις περιοχές αστράγαλο)
- Αύξηση της παραγωγής ATP
- Αύξηση κολλαγόνου και ελαστίνης

- Βελτίωση της υφής του δέρματος(αποτέλεσμα αναγέννησης του κυτταρικού ιστού, που επιτυγχάνεται μέσω της επανάκτησης της ισορροπίας της δραστηριότητας των κυτταρικών ιστών. Αυτό το αποτέλεσμα μας επιτρέπει την εξασφάλιση της μείωσης ή της εξάλειψης της τραχύτητας του δέρματος η οποία οφείλεται στην παρουσία κυτταρικών οξέων και στη συρρίκνωση του υποδόριου ιστού εξαιτίας της έλλειψης θρεπτικών συστατικών από τη διατροφή των ασθενών)
- Βελτίωση της στάσης του σώματος

Η παθητική μυογύμναση έχει την ικανότητα να μεταβάλλει σε μεγάλο βαθμό το σώμα, καθώς οι μύες ξαναβρίσκουν την υπόστασή τους και ανταποκρίνονται ευκολότερα και ενεργητικότερα σε κάθε ερέθισμα. Ο ασθενής νιώθει άμεσα την αλλαγή στο σώμα του και στις κινήσεις του αφού το σώμα γίνεται πιο εύκαμπτο.

5. Ραδιοσυχνότητες

Οι ραδιοσυχνότητες είναι μια ακόμη μέθοδος την οποία μπορούμε να ακολουθήσουμε ώστε να επιτύχουμε τη σύσφιξη του δέρματος, μιας και υπάρχει έντονη χαλάρωση σε περιπτώσεις ανορεκτικών ατόμων εξαιτίας της τεράστιας απώλειας βάρους.

Η νέα επαναστατική μέθοδος RF (radio frequency) δίνει λύσεις σε προβλήματα χαλάρωσης, με αποτέλεσμα ο κλάδος της ομορφιάς και της φροντίδας του δέρματος να ενισχύεται. Οι ραδιοσυχνότητες οποία ασκούν τη δράση τους με αγωγιμότητα. Η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία ενεργοποιεί ένα ηλεκτρονικό πεδίο που θέτει μια περιστροφική κίνηση στα μόρια, δημιουργώντας θερμότητα σε βάθος. Αυτή η θερμική δράση διεγείρει την κυκλοφορία του αίματος, σε επίπεδο δέρματος, ώστε να οδηγεί γενική βελτίωση της ποιότητάς του. Το πιο αξιοσημείωτο αποτέλεσμα, αφορά αναμφισβήτητα την ενεργοποίηση της γένεσης του κολλαγόνου στο χόριο και την αναγέννηση του συνδετικού ιστού μέσω της διέγερσης των ινοβλαστών,



με αποτέλεσμα το «τέντωμα» του δέρματος και μια αξιοσημείωτη βελτίωση στα προβλήματα χαλάρωσης. ένα τονωτικό ζεστό μασάζ θερμότητας εκεί που το έχει περισσότερο ανάγκη η επιδερμίδα σου για να λάμψει.

Μια αύξηση της θερμοκρασίας στη δερμίδα κατά 10-15°C θα ενεργοποιήσει του ινοβλάστες για να παράγουν νέο κολλαγόνο. Η θερμότητα αυτή εισέρχεται στο δέρμα κατά 1 cm, φτάνοντας στο χόριο. Το χόριο λειτουργεί ως δεξαμενή ενυδάτωσης και αποτελείται από ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης, δομικά στοιχεία τα οποία χαρίζουν ελαστική και ανθεκτική επιδερμίδα. Και όπου νέο κολλαγόνο, υπολόγισε ως αποτέλεσμα μακροχρόνια αναδόμηση και σύσφιξη του δέρματος. Από την πρώτη κιόλας εφαρμογή τα αποτελέσματα είναι εμφανή και βελτιώνονται σταδιακά με τις ανάλογες επαναλήψεις. Το δέρμα γίνεται σφριγηλό, ανανεωμένο και ξεκούραστο. Δείχνει κατά πολύ νεότερο και φρέσκο.

Ενδεικτικά και ανάλογα με την περίπτωση χρειάζονται 4 εφαρμογές ανά 10 ημέρες περίπου. Ο συνολικός αριθμός των επαναλήψεων εξαρτάται από την ποιότητα και την κατάσταση του δέρματος. Οι ραδιοσυχνότητες απευθύνονται σε όλους τους τύπους δέρματος και η διάρκεια κάθε εφαρμογής είναι από 15 -45 λεπτά (σταδιακά αυξανόμενος χρόνος). Τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι ποικίλα. Το χαλαρό δέρμα ανορθώνεται, σφίγγει, ανακτά την ελαστικότητα και τη νεανικότητά του.

6. Πρεσσοθεραπεία

Η πρεσσοθεραπεία είναι μια παλιά μέθοδος που στις μέρες μας έχει βελτιωθεί σημαντικά. Είναι συσκευές για την επιφανειακή λεμφοπαροχέτευση και αποτελούνται από μια μεγάλη αντλία, η οποία εκτοξεύει μεγάλη ποσότητα αέρα, ο οποίος διοχετεύεται στα διάφορα εξαρτήματα υπό μεταβλητή πίεση. Υπάρχουν εξαρτήματα για τα πόδια, τα χέρια, το στομάχι, την κοιλιά. Η αεροαντλία συνδέεται με τους αεροθαλάμους, τους γεμίζει και τους αδειάζει και προκαλεί έτσι ένα τμηματικό περισταλτικό μασάζ υπό ελεγχόμενη ρυθμικά πίεση. Οι αεροθάλαμοι έχουν σχήμα γαντιού για τα άνω άκρα και μπότες για τα κάτω. Η χρήση των συσκευών έχει σκοπό την καλύτερευση των κυκλοφορικών ανεπαρκειών.



Η πρεσσοθεραπεία έχει την ικανότητα:

- Ρυθμίζει την κυκλοφορία του αίματος
- Ρυθμίζει την κυκλοφορία της λέμφου
- Μειώνει την κατακράτηση της λέμφου
- Να αποκαθιστά τη λειτουργία των βαλβίδων της καρδιάς
- Προκαλεί αποτοξίνωση του οργανισμού
- Προστατεύει τους ιστούς από τη σκλήρυνση
- Βοηθά τη νεφρική λειτουργία καθώς η φτωχή περιεκτικότητα σε νερό και μια ανισορροπία των ηλεκτρολυτών, μπορεί να οδηγήσει σε πιθανή συσσώρευση μεγάλων ποσοτήτων υγρών στους ιστούς.
- Βελτιώσει τον τόνο του δέρματος
- Βελτιώσει την απώλεια του μυϊκού τόνου σε ακινητοποιημένους ασθενείς και άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία.

Άλλα οφέλη της θεραπείας περιλαμβάνουν τη διαμόρφωση σώματος και των χαρακτηριστικών της διαχείρισης του βάρους. Βοηθά στην πρόληψη της φλεβικής στάσης (στασιμότητα της ροής του αίματος στις φλέβες / τριχοειδή αγγεία). Βελτιώνει τη ροή του αίματος και η οξυγόνωση που προσφέρεται βοηθάει στην αναγέννηση νέων, υγιών κυττάρων. Η θεραπεία αυτή μπορεί να φανεί πολύ αποτελεσματική σε άτομα που μόλις έχουν ιανθεί από τη νευρική ανορεξία. Βοηθάει στην αποτοξίνωση του οργανισμού από τις τοξίνες οι οποίες έχουν κυριεύσει το σώμα κατά τη διάρκεια της νηστείας. Ο ασθενής νιώθει την έντονη διαφορά στο σώμα του μιας και το κυκλοφορικό σύστημα έχει αναζωογονηθεί προσδίδοντας μια καλαίσθητη ροδαλή όψη στο δέρμα.

7. Λεμφικό μασάζ

Σε άτομα όπου έχουν περάσει το στάδιο ίασης της ανορεξίας μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε λεμφικό μασάζ. Το λεμφικό μασάζ ή λεμφική αποστράγγιση ή λεμφοντρινιάζ σώματος, εκτελείται πάνω στους λεμφικούς αγωγούς του σώματος και



στα λεμφογάγγλια που παρεμβάλλονται ανάμεσα στα λεμφαγγεία. Όταν η λέμφος κινείται, τα κύτταρα δέχονται φρέσκα υγρά και θρεπτικά συστατικά, που κάνουν το δέρμα να φαίνεται λαμπερό και ζωντανό. Με τις κατάλληλες πιέσεις στα λεμφογάγγλια επηρεάζονται θετικά τα ζωτικά όργανα του σώματος και βελτιώνεται θεαματικά η λειτουργία τους. Το λεμφικό μασάζ εκτελείται στο σώμα και στο πρόσωπο, σύμφωνα με καθορισμένες αρχές και κανόνες. Καθώς εξελίσσεται η λεμφική αποστράγγιση που εκτελούμε στο σώμα, οι κινήσεις μας μετακινούνται όλο και πιο μακριά από τα λεμφογάγγλια, αλλά πάντοτε οδηγώντας τη λέμφο προς τον αδένα. Ο ρυθμός με τον οποίον γίνονται οι κινήσεις έχει ιδιαίτερη σημασία. Οι χειρισμοί στο λεμφικό μασάζ πρέπει ν' ακολουθούν τον ρυθμό του παλμού των λεμφικών βαλβίδων που διαθέτουν τα αγγεία. Η κατεύθυνση των κινήσεων έχει κι αυτή τη σημασία της, διότι η λέμφος πρέπει να ωθείται προς τους σωστούς αδένες. Εάν γίνει το αντίθετο, το αποτέλεσμα δεν θα είναι το αναμενόμενο. Η πίεση δεν πρέπει να είναι ούτε πολύ βαθιά, ούτε πολύ επιφανειακή. Η βαθιά κίνηση μπορεί να σπάσει τα αγγεία, κι αυτό δεν πρέπει να γίνει, ενώ η πολύ επιφανειακή κίνηση δεν θα έχει κανένα αποτέλεσμα.

Ο βασικός χειρισμός γίνεται με την παλάμη και τα δάχτυλα, ενώ σε ορισμένα σημεία χρησιμοποιούμε μόνο τα δάχτυλα και σε κάποια άλλα μόνο τις ράγες των δαχτύλων μας. Αυτή η εναλλαγή γίνεται για χάρη της καλύτερης προώθησης της λέμφου και, επομένως, ενός ακόμα καλύτερου αποτελέσματος. Έτσι λεμφικό μασάζ εφαρμόζεται σε ανθρώπους που έχουν έλλειψη ενέργειας και πεσμένο ανοσοποιητικό σύστημα όπως είναι τα άτομα που βρίσκονται μετά το στάδιο της θεραπείας της ανορεξίας. Από τα πιο σημαντικά οφέλη της λεμφικής παροχέτευσης είναι η αποτοξίνωση του οργανισμού και η καλύτερη θρέψη των ιστών επίσης ενδείκνυνται για πρόληψη πρόωρης γήρανσης. Τέλος στην εφαρμογή του μασάζ μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε κατάλληλα αιθέρια έλαια όπως αυτό του μάραθου το οποίο είναι άριστο αποτοξινωτικό και βρίσκει μεγάλη εφαρμογή στη μάλαξη της λεμφικής παροχέτευσης.

Μάλαξη κοιλιάς

Συνήθως τα ανορεκτικά άτομα πάσχουν από προβλήματα δυσκοιλιότητας και σε μεγάλο βαθμό λόγω των ψυχικών διαταραχών και του άγχους τα οποία οδηγούν σε κοιλιακή ένταση. Ειδική μάλαξη της κοιλιακής χώρας ενεργοποιεί το γαστρεντερικό σύστημα και καταπολεμά την δυσκοιλιότητα. Στην συγκεκριμένη μάλαξη χρησιμοποιούμε μόνο κυκλικές κινήσεις, με

τη φορά του ρολογιού με την παλαμιαία επιφάνεια και τα δάχτυλα του ενός ή και των δύο χεριών ή με την παλαμιαία επιφάνεια των δαχτύλων ή μόνο με την παλαμιαία επιφάνεια του ενός ή και των δύο χεριών, όταν θέλουν να προσφέρουμε μμεγαλύτερη πίεση σε συγκεκριμένα σημεία. Για την δυσκοιλιότητα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε στη μάλαξη και κάποια αιθέρια έλαια όπως μαντζουράνα, δεντρολίβανο, μανταρίνι, Ylang Ylang και πορτοκάλι.

8. Αντιγήρανση

Η εικόνα ενός ανορεκτικού ατόμου δεν διαφέρει κατά πολύ με αυτή ενός γηρασμένου προσώπου. Για την αντιμετώπιση του θα χρησιμοποιήσουμε αντιγηραντικές ουσίες ώστε να αναπλαστεί και να επανέλθει όσο το δυνατόν καλύτερα σε ένα φυσιολογικό επίπεδο. Οι συνέπειες της γήρανσης είναι η δημιουργία ρυτίδων και η χαλάρωση του προσώπου. Η πρόωγη γήρανση που επέρχεται σε ανορεκτικό άτομο ανήκει στο είδος της εξωγενής γήρανσης καθώς δημιουργείται λόγω της κακής διατροφής, του άγχους και της ψυχολογικής έντασης.

Κρέμες

Στα άτομα αυτά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κρέμες αντιγήρανσης οι οποίες περιέχουν αντιοξειδωτικές ουσίες, οι οποίες καταστρέφουν τις ελεύθερες ρίζες που είναι υπεύθυνες για την γήρανση του δέρματος. Οι αντιοξειδωτικές ουσίες που περιέχονται στις κρέμες αντιγήρανσης είναι η βιταμίνη Α (ρετινόλη, ρετιναλδεύδη), βιταμίνη C, η βιταμίνη E, τα υδροξυοξέα (ΑΗΑ) και τέλος τα . Ειδικά, η βιταμίνη C- στην ενεργή μορφή της, δηλ. το L-ασκορβικό οξύ-, αποτελεί ένα από τα κύρια αντιοξειδωτικά μόρια, ενώ είναι επίσης απαραίτητη για την σύνθεση κολλαγόνου, τον καταβολισμό της τυροσίνης και την ενεργοποίηση αρκετών ορμονών. Χρησιμοποιείται στις κρέμες σε συγκέντρωση 3-5%, ενώ δρα συνεργικά, με τα ρετινοειδή.

1. Βιταμίνη Α – Ρετινοειδή

Το βήτα-καροτένιο είναι πρόδρομη ουσία της βιταμίνης Α. Δεσμεύει τις ελεύθερες ρίζες οξυγόνου και τις ρίζες υπεροξειδίου των λιπιδίων και έχει τοπική φωτο-προστατευτική

δράση. Τα ρετινοειδή είναι φυσικά και συνθετικά παράγωγα της βιταμίνης Α. Το δραστικό παράγωγο είναι το ρετινοϊκό οξύ.

Μηχανισμός δράσης

Τα ρετινοειδή είναι λιπόφιλα μόρια που διαπερνούν εύκολα την κυτταρική μεμβράνη. Εντός του κυττάρου συνδέονται με πυρηνικούς υποδοχείς και στην συνέχεια με ειδικές αλληλουχίες DNA με αποτέλεσμα την τροποποίηση της έκφρασης γονιδίων που ρυθμίζουν την κυτταρική διαφοροποίηση και τον πολλαπλασιασμό.

2. Βιταμίνη C

Η βιταμίνη C είναι μία από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες ουσίες για τη φροντίδας του δέρματος. Δυνητικά, η βιταμίνη C μπορεί να ωφελήσει το δέρμα με δύο σημαντικούς τρόπους. Πρώτον, είναι απαραίτητη για τη σύνθεση του κολλαγόνου. Δεύτερον, η βιταμίνη C είναι ένα αντιοξειδωτικό και μπορεί να βοηθήσει στο να μειωθεί η δερματική βλάβη που προκαλείται από τις ελεύθερες ρίζες. Έτσι, η χρήση της βιταμίνης C είναι δυνατόν να μειώσει τις ρυτίδες και να βελτιώσει την υφή του δέρματος. Ωστόσο, θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι η βιταμίνη C είναι σχετικά ασταθής. Παρουσία αέρα ή άλλων οξειδωτικών παραγόντων, η βιταμίνη C εύκολα οξειδώνεται. Η οξειδωμένη βιταμίνη C δεν είναι μόνο ανίκανη να ενισχύσει τη σύνθεση κολλαγόνου ή να απομακρύνει τις ελεύθερες ρίζες, αλλά μπορεί να συμβάλλει στο σχηματισμό ελευθέρων ριζών που προκαλούν ζημιά σε ζωτικά μόρια όπως οι πρωτεΐνες και το DNA. Επιπρόσθετα, μόνο προϊόντα με υψηλές συγκεντρώσεις σε βιταμίνη C (10% ή περισσότερο) μπορεί να είναι αποτελεσματικά όταν εφαρμοστούν τοπικά. Τέλος, η από του στόματος λήψη μεγάλων ποσοτήτων βιταμίνης C (ή των παραγώγων της) είναι πολύ χρήσιμη για τη μείωση των



ρυτίδων, επειδή δεν μπορεί να υπάρχουν αρκετά υψηλή συγκέντρωση της βιταμίνης C στο δέρμα ώστε να αυξηθεί η παραγωγή του κολλαγόνου.

3. A.H.A. Alpha hydroxyl acids (Άλφα υδροξυ οξέα)

Τα A.H.A. επιτυγχάνουν επιδερμόλυση και απόπτωση των κερατινοκυττάρων, ενυδάτωση και λεύκανση. Βελτιώνουν το ξηρό δέρμα, την γεροντική κερατινοποιημένη τραχεία επιδερμίδα και τις επιφανειακές ρυτίδες.

Επιτυγχάνουν:

- Προσωρινό ερύθημα και λύση συνέχειας των κερατινοκυττάρων.
- Νεοκολλαγένεση
- Βελτίωση της ατροφίας του δέρματος
- Αύξηση της αντίστασης της επιδερμίδας στο νερό και τα απορρυπαντικά
- Αύξηση της παραγωγής βλεννοπολυσακχαριτών και κολλαγόνου στο χόριο, επιδρώντας ευεργετικά στο δέρμα που γερνά.

4. Βιταμίνη E

Η πιο σημαντική βιταμίνη απαραίτητη για την πρόληψη των νόσων που σχετίζονται με τη γήρανση, είναι η βιταμίνη E. Η βιταμίνη E, γνωστή και ως α-τοκοφερόλη, είναι ένα ισχυρό λιποδιαλυτό αντιοξειδωτικό, που καταπολεμά τη βλαβερή δράση των ελευθέρων ριζών. Προς αυτή την κατεύθυνση, η βιταμίνη E συνεργάζεται και με άλλα αντιοξειδωτικά, όπως η βιταμίνη C και το σελήνιο. Με λίγα λόγια, εμποδίζει τις αντιδράσεις των χημικών εκείνων ενώσεων, που οξειδώνουν τα λιπαρά οξέα στον εγκέφαλο και στο αίμα, σταματούν τη φυσιολογική λειτουργία των κυττάρων και επιταχύνουν τη γήρανση των ιστών. Η συγκεκριμένη βιταμίνη προσφέρει μεγάλη προστασία στο δέρμα καθώς δρά ως



ισχυρό αντιοξειδωτικό. Η βιταμίνη Ε προστατεύει τις ίνες κολλαγόνου από την καταστροφική δράση των ελευθέρων ριζών που οδηγούν στις ρυτίδες, ανακουφίζει την ξηρότητα του δέρματος και προάγει την απαλότητά του. Επίσης, προστατεύει το πιο ακραίο στρώμα της επιδερμίδας μας από την ζημιά που προκαλεί η UV ακτινοβολία, περιορίζοντας τη δυνατότητα για ηλιακά εγκαύματα. Η λιποδιαλυτή βιταμίνη Ε βρίσκεται σε μεγαλύτερες ποσότητες στις λιπαρές τροφές, με κυριότερη πηγή τα φυτικά έλαια (κυρίως στο σογιέλαιο, ηλιέλαιο και καλαμποκέλαιο), τους ξηρούς καρπούς (κυρίως στα αμύγδαλα, φουντούκια και καρύδια), προσφέροντας ω-3 λιπαρά οξέα στον οργανισμό μας, τους σπόρους και τα μη επεξεργασμένα δημητριακά, το σιτάρι, ορισμένα λαχανικά, το αβοκάντο και τα θαλασσινά.

Φλαβονοειδή

Τα φλαβονοειδή (πολυφαινόλες, κατεχίνες, κερκετίνη, κ.λπ.) είναι ευρύτατα διαδεδομένες ουσίες σε πολλά φυτικά προϊόντα της διατροφής και έχουν ισχυρές αντιοξειδωτικές ικανότητες (κρασί, τσάι, κρεμμύδι, σκόρδο, κακάο). Η αντιοξειδωτική τους δράση εξαρτάται από τη δομή του μορίου τους και των χαρακτηριστικών τους. Όσον αφορά την διατροφή μας τροφές πλούσιες σε φλαβονοειδή είναι το κόκκινο κρασί, πράσινο και μαύρο τσάι, κακάο, μαύρη σοκολάτα, κρεμμύδι, σκόρδο, τα βατόμουρα, ο αρακάς, τα εσπεριδοειδή, το κουμ κουάτ, τα κρεμμύδια, το μέλι, τα μήλα, το μπρόκολο, η σόγια, τα σταφύλια και στα φύκια.

Αιθέρια έλαια

Τα αιθέρια έλαια που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και που αρμόζουν στο δέρμα που έχει υποστεί τις συνέπειες της πρόωρης γήρανσης αναμειγμένα με ένα λάδι βάσης είναι:

- Το γεράνι ενδείκνυται στις ξηρές και αφυδατωμένες επιδερμίδες. Δρά ενάντια στις ελεύθερες ρίζες, τη χαλάρωση του δέρματος.
- Το τριαντάφυλλο χρησιμοποιείται κυρίως στο ώριμο, ξηρό, αφυδατωμένο δέρμα, με σπασμένα αγγεία
- Ο βασιλικός έχει αντιρυτιδικές και συσφικτικές ιδιότητες για το δέρμα και τονώνει την κυκλοφορία του αίματος.

Αισθητική αντιμετώπιση ατόμου που έχει ξεπεράσει την ψυχογενής βουλιμία

Η ψυχογενής βουλιμία συχνά σχετίζεται με την παχυσαρκία και την αύξηση του λιπώδους ιστού στον οργανισμό. Η παχυσαρκία δεν παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από αύξηση του βάρους του σώματος που επηρεάζει τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού και δημιουργεί διαταραχές στα διάφορα όργανα. Ο παχύσαρκος παρουσιάζει αγωνία, κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη ενδιαφερόντων. Το έργο, επομένως της αισθητικού, δεν περιορίζεται μόνο στην σωματική βελτίωση που παχύσαρκου αλλά και στην ψυχολογική τόνωση του.

Δέρμα

Το δέρμα ενός ατόμου που αρχίζει να παίρνει βάρος, αλλάζει και γίνεται πιο παχύ από το φυσιολογικό. Οι σμηγματογόνοι αδένες εξαιτίας του μεγάλου ποσοστού λίπους αλλά και ορμονικών ανωμαλιών παρουσιάζουν υπερέκκριση και το δέρμα γίνεται λιπαρό με έντονη παραγωγή σμήγματος. Επιπλέον όταν δεν υπάρχει ελαστικότητα στο δέρμα δημιουργούνται ραγάδες εξαιτίας της αύξησης του όγκου των λιποκυττάρων και της έλλειψης αντοχής του δέρματος. Τα ερυθρήματα δεν απουσιάζουν κυρίως στη μασχάλη, στις πτυχές του μαστού και των γεννητικών οργάνων με κίνδυνο να δημιουργηθούν δερματικές φλεγμονές από βακτήρια και μύκητες. Λόγω της κακής κυκλοφορίας του αίματος και της λέμφου συχνά είναι τα φαινόμενα εμφάνισης οίδημάτων εξαιτίας της κατακράτησης υγρών στο σώμα. Το γεγονός αυτό αφενός παρουσιάζει το σώμα πιο φουσκωμένου, αφετέρου κάνει ακόμη εντονότερο το πρόβλημα της κυτταρίτιδας στις γυναίκες. Η όψη του «φλοιού πορτοκαλιού» επηρεάζει πολύ την σωματική εικόνα της γυναίκας χαμηλώνοντας ακόμη περισσότερο την αυτοπεποίθησή της. Τέλος, το δέρμα χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας καθώς ο κίνδυνος χαλάρωσης είναι μεγάλος εξαιτίας των πολλών αυξομειώσεων του βάρους.



Μυϊκό σύστημα

Το μυϊκό σύστημα των ατόμων με παχυσαρκία εμφανίζεται περιορισμένο σε όγκο καθώς τη θέση αυτού έχει καταλάβει το λίπος. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που υποφέρουν χρόνια από επιπλέον βάρος, καταφεύγουν συνεχώς σε δίαιτες οι οποίες όμως έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια ποσοτήτων υγρών, μυϊκής μάζας και όχι λίπους . Κατά συνέπεια ο μυϊκός ιστός ατροφεί μερικώς. Λόγω της κυρίευσης του λιπώδη ιστού παρατηρείται χαμηλότερος μεταβολισμός με μειωμένες καύσεις. Την κατάσταση αυτή ενισχύει και η αδράνεια που χαρακτηρίζει τέτοιου είδους άτομα, αυξάνοντας ακόμη περισσότερο τα επίπεδα λίπους στον οργανισμό.

Όταν ο παχύσαρκος μπαίνει στη διαδικασία εκτέλεσης κάποιου διαιτολογίου πρέπει να είναι έτσι ρυθμισμένο ώστε να υπάρχει απώλεια λίπους έως και 70% και όχι απώλεια μυϊκής μάζας. Εν κατακλείδη, σε τέτοιες περιπτώσεις συνίσταται εντατική μυογύμναση με ασκήσεις αντίστασης ώστε να επιτευχθεί η ενδυνάμωση των μυών, αυξάνοντας κατά αυτό τον τρόπο και τον μεταβολισμό.

Αντιμετώπιση

Τα άτομα που έχουν ξεπεράσει την ψυχογενή βουλιμία με την συμμετοχή ειδικού ψυχολόγου, έχουν τη δυνατότητα να ξεπεράσουν το σωματικό πρόβλημα τους με τη βοήθεια του αισθητικού και διατροφολόγου. Οι θεραπείες που θα επιλεγούν μπορούν να είναι κατάλληλες και για το σώμα και για το πρόσωπο. Ο ασθενής έχει ανάγκη από συνολική απώλεια πόντων και ποσοστού λίπους για την καλύτερη λειτουργία του οργανισμού και του μεταβολισμού. Χρειάζονται επιπλέον τόνωση του μυϊκού ιστού ώστε να αυξηθεί η μεταβολική διαδικασία. Μεγάλη βελτίωση και ανακούφιση από το αίσθημα βάρους θα προσφέρει η λεμφική αποσυμφόρηση καθώς θα απαλλαγεί το σώμα από κατακρατήσεις. Τέλος η σύσφιξη είναι από τα βασικά μέτρα που πρέπει να ληφθούν ώστε να αντιμετωπιστεί και να προληφθεί επιπλέον χαλάρωση λόγω της απώλειας.

Η επίτευξη αυτών των στόχων μπορεί να επιτευχθεί αρχικά με την ψυχολογική στήριξη της αισθητικού και στη συνέχεια με τη βοήθεια μηχανημάτων καθώς και καλλυντικών προϊόντων ώστε να προκύψει ένα πλήρες και ολοκληρωμένο αποτέλεσμα που θα ικανοποιήσει τον ασθενή, κερδίζοντας έτσι την εμπιστοσύνη του.

1. Μέσα εφίδρωσης

Τα μέσα εφίδρωσης χρησιμοποιούνται σαν θεραπευτικά μέσα για την παχυσαρκία. Τα παχύσαρκα άτομα υποφέρουν από οίδηματώδη διάχυση υγρού που κατακλύζει τα μεσοδιαστήματα του συνδετικού ιστού με αποτέλεσμα το άτομο να παίρνει βάρος σε μικρό χρονικό διάστημα. Είναι γνωστό πως το μεγαλύτερο μέρος του οργανισμού μας αποτελείται από νερό και αποβάλλεται από αυτόν κυρίως με τα ούρα και τους ιδρωτοποιούς αδένες. Όταν έχουμε επιπλέον κατακράτηση υγρών μπορούμε να αυξήσουμε την αποβολή τους χρησιμοποιώντας μέσα εφίδρωσης. Η αύξηση της θερμοκρασίας στο περιβάλλον και η έντονη μυϊκή δραστηριότητα διεγείρουν τους θερμοϋποδοχείς, οι οποίοι στη συνέχεια διεγείρουν το θερμορυθμιστικό κέντρο του υποθαλάμου, το οποίο μεταβιβάζει ανάλογα ερεθίσματα στους ιδρωτοποιούς αδένες και το αγγειοκινητικό κέντρο, με αποτέλεσμα την αυξημένη έκκριση ιδρώτα.

2. Σάουνα

Θεωρείται μια αποτελεσματική διαδικασία εφίδρωσης, που προκαλείται με την ανύψωση της θερμοκρασίας στο σώμα. Η διαδικασία αυτή επιτυγχάνει τη χαλάρωση και την αποκατάσταση μετά από κοπιαστική μυϊκή προσπάθεια. Γίνεται μέσα σε ξηρή ατμόσφαιρα, η οποία υγραίνεται λίγο κάθε φορά που χύνεται νερό πάνω σε μια εστία θερμότητας που αποτελείται από πυρακτωμένες πέτρες. Το νερό εξατμίζεται δημιουργώντας μια ευεργετική για τα άτομα που αισθάνονται δυσφορία. Η θερμοκρασία της σάουνας κυμαίνεται από 50° έως 100° C σε ξηρό αέρα και η διάρκεια της κυμαίνεται από 10-35 λεπτά.

Οι ευεργετικές επιδράσεις είναι ίδιες και στα δύο είδη και είναι οι εξής:

- Επιταχύνεται η κυκλοφορία του αίματος.



- Διεγείρεται η έκκριση των ιδρωτοποιών αδένων και αποβάλλεται περίπου μισό κιλό νερό.
- Αυξάνεται ο βασικός μεταβολισμός περίπου 40% προάγοντας την επανασύνθεση των ενεργειακών υποστρωμάτων που καταναλώθηκαν κατά την άσκηση.
- Προάγει τη νευρομυϊκή χαλάρωση με την αύξηση της αιμάτωσης και την απομάκρυνση των προϊόντων καύσης.

3. Θερμαινόμενες κουβέρτες

Χρησιμοποιούνται με εξαιρετική επιτυχία στην εφίδρωση και κατά κύριο λόγο στις θεραπείες τοπικής ή γενικής παχυσαρκίας και στην κυτταρίτιδα. Οι θερμαινόμενες κουβέρτες έχουν θερμοκρασία 38° - 40° C, μεταφέρουν τη ζέστη βαθιά στο δέρμα και προκαλούν αύξηση της θερμοκρασίας στον υποκείμενο ιστό. Η βελτίωση του μεταβολισμού του λίπους και της κυκλοφορίας του αίματος βοηθά στην αποσύνθεση του λίπους και τη σύσφιξη του συνδετικού ιστού. Είναι σημαντικό για αυτό το σκοπό η ζέστη να μην είναι υπερβολική. Η άνοδος της θερμοκρασίας στους ιστούς έχει σαν αποτέλεσμα την υπεραιμία και την αυξημένη ενζυματική δράση. Έτσι επηρεάζεται το νευρικό σύστημα και επιτυγχάνεται η χαλάρωση του. Οι μύες χαλαρώνουν και έτσι το άτομο ηρεμεί, νοιώθει άνετα και το σώμα του δέχεται ευκολότερα τα ενεργά συστατικά των προϊόντων.



4. Τα περιτυλίγματα

Ένας άλλος τρόπος περιποίησης που τελευταία κερδίζει έδαφος είναι τα περιτυλίγματα. Εδώ τον κύριο ρόλο παίζουν τα προϊόντα που θα χρησιμοποιήσουμε. Εφαρμόζουμε στην προς θεραπεία περιοχή ένα μίγμα από προϊόντα για απίσχναση και στη συνέχεια περιτυλίγουμε το άτομο με ειδικό πλαστικό που επιτρέπει να περάσει η θερμότητα. Το άτομο τοποθετείται στις ηλεκτρικές κουβέρτες όπου παραμένει ξαπλωμένο για 30 λεπτά. Η εφίδρωση που προκαλείται με το περιτύλιγμα βοηθάει στην απομάκρυνση των τοξινών και διευκολύνει την

αναπνοή του δέρματος. Έτσι το δέρμα προετοιμάζεται για να δεχθεί τη διείσδυση των κατάλληλων προϊόντων.

Το όφελος των περιτυλιγμάτων οφείλεται κυρίως σε δυο ενέργειες:

- Τη θερμική (η ενέργεια της θερμότητας ευνοεί τις ανταλλαγές στο επίπεδο των τριχοειδών και γενικά της κυκλοφορίας αυξάνοντας συγχρόνως τις καύσεις των θερμίδων και αυτό παρεμβαίνει διαμέσου μιας θερμαινόμενης κουβέρτας).
- Τη χημική (τα προϊόντα που χρησιμοποιούνται έχουν σαν βάση τους κυρίως θαλάσσια ιόντα, που συμβάλλουν στην αποβολή τοξινών, που παραμένουν συσσωρευμένες σε ορισμένα σημεία του σώματος).

5. Υπέρηχοι

Υπέρηχος είναι η ελαστική ταλάντωση ενός ορισμένου μέσου με συχνότητα ανώτερη των 15.000-20.000 HZ δηλαδή ανώτερη από το πεδίο ακουστικότητας του ανθρώπου. Με τη χρήση των υπερήχων επιτυγχάνεται η αύξηση της μεταβολικής δραστηριότητας των ιστών και των κυττάρων, έτσι επιτυγχάνεται η απορρόφηση των οιδημάτων, αυξάνεται η μικρή κυκλοφορία με αποτέλεσμα να είναι εμφανής η δράση των υπερήχων στην καταπολέμηση της κυτταρίτιδας.

Οι υπέρηχοι με τις δονήσεις που προκαλούν στα κύτταρα του συνδετικού ιστού, βοηθούν στην απελευθέρωση του νερού και στην απομάκρυνση των προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης, με αποτέλεσμα η μεσοκυττάρια ουσία να επανέρχεται στην αρχική της μορφή. Έτσι οι υπέρηχοι ενδείκνυνται για τη βελτίωση κυτταρίτιδας σε διάφορα σημεία καθώς και με την τοπική παχυσαρκία.

Για την αισθητική η συχνότητα που χρησιμοποιείται είναι τα 3 MHZ για να περιοριστεί το βάθος της δράσης σε 1 με 2 εκατοστά. υπάρχουν δύο είδη εκπομπής υπερήχων :

- ✓ Η συνεχής
- ✓ Η διακοπτόμενη

Στη συνεχή εκπομπή τα θερμικά αποτελέσματα είναι πολύ έντονα. Ενώ ελαχιστοποιούνται χρησιμοποιώντας τη διακοπτόμενη εκπομπή που χαρακτηρίζεται από τη συνεχή παρεμβολή διαλειμμάτων, έτσι ώστε να αποφεύγεται η αύξηση της θερμοκρασίας σε ανεπιθύμητα επίπεδα και να παραμένουν σταθερές οι βιολογικές επιδράσεις. Κατά τη διάρκεια της περιποίησης τα άτομα δεν πρέπει να αισθάνονται δυσάρεστα ή ακόμα και πόνο. Εκείνο που πρέπει να αιστανθεί είναι ένα μέτριο αίσθημα ερεθισμού. Όταν εφαρμόζονται υπέρηχοι σε συνεχή ή παλμική μορφή αλλά με μεγάλη ένταση είναι πιθανό το άτομο να αιστανθεί θερμότητα.

Οι τρόποι επίδρασης των υπερήχων είναι :

- ✓ Μηχανική επίδραση (τα ηχοβολισμένα σωματίδια των ιστών δονούνται γύρω από τη θέση ηρεμίας που βρίσκονται και υφίστανται υψηλή επιτάχυνση. Έτσι τα κύτταρα αλλάζουν όγκο και παρατηρούνται αλλαγές στη διαπερατότητα της μεμβράνης).
- ✓ Θερμική επίδραση (οφείλεται στην τοπική αύξηση της θερμοκρασίας στην περιοχή που εφαρμόζονται βοηθώντας τη διάλυση των λιποκυττάρων και την αύξηση της κυκλοφορίας).
- ✓ Βιολογική επίδραση με φυσικοχημικά αποτελέσματα (αγγειοδιαστολή, υπεραιμία, βελτίωση της λεμφικής κυκλοφορίας, βελτίωση της διαπερατότητας της μεμβράνης, αύξηση του μεταβολισμού).

Οι τεχνικές εφαρμογής των υπερήχων είναι: η τεχνική συνεχούς κίνησης της κεφαλής και η στατική τεχνική.

Τεχνική συνεχούς κίνησης

Με την τεχνική αυτή η κίνηση της κεφαλής είναι συνεχής, γίνεται άργα και κυκλικά ή πάνω-κάτω έτσι ώστε κάθε κίνηση να επικαλύπτει την προηγούμενη κατά το $\frac{1}{2}$. Η κεφαλή εφαρμόζεται κάθετα στην περιοχή που δέχεται στην περιοποίηση για να αποφευχθεί αντανάκλαση των κυμάτων στην επιφάνεια του διαμέσου. Απαιτείται απαραίτητα ποσότητα ζελέ μεταξύ της κεφαλής και του δέρματος ώστε αφενός να κινείται εύκολα η κεφαλή και αφ'ετέρου να είναι αποτελεσματική η μετάδοση των κυμάτων.

Στατική τεχνική εφαρμογής

Με την τεχνική αυτή η κεφαλή των υπερήχων τοποθετείται κάθετα πάνω στην προς περιποίηση περιοχή, με μικρή ένταση.

6. Μάλαξη

Η μάλαξη σα μέσο για τη φροντίδα του σώματος και την ηρεμία του μυαλού, αποτελεί μια τέχνη, την πιο παλιά, με αποδεδειγμένη την αξία και την προσφορά της στην καθημερινή ζωή δια μέσου των αιώνων. Με τον όρο *massage*, μάλαξη εννοείτε ένα σύνολο χειρισμών που βασίζονται στις αρχές της ανατομίας, φυσιολογίας και παθολογίας και εφαρμόζονται με τα χέρια στους μαλακούς ιστούς τους ανθρώπινου σώματος. Ανάλογα με τους χειρισμούς έχουμε την χαλαρωτική μάλαξη όπως επίσης και την λεμφική μάλαξη. Επιδέξια εφαρμοσμένη μάλαξη η οποία προσαρμόζεται στις φυσιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες του μαλασόμενου και δίνεται από μασέρ απόλυτα συγκεντρωμένο στο έργο του μπορεί να προσφέρει τέλεια χαλάρωση σώματος και μυαλού ή διέγερση και αναζωογόνηση όλων σχεδόν των οργανικών συστημάτων του ατόμου με μεγάλη αποτελεσματικότητα. Τα διαφορετικά αποτελέσματα της μάλαξης επιτυγχάνονται με τη διαφοροποίηση της πίεσης, της ταχύτητας, της έντασης, του ρυθμού και της αλλαγής του συνδυασμού των χειρισμών. Τοπική μάλαξη και ειδικές ενεργητικές ασκήσεις μαζί με το κατάλληλο διατροφικό σχεδιασμό μπορούν να εξασφαλίσουν τη βελτίωση της εμφάνισης της τοπικής λιπώδους δυσμορφίας.

Μάλαξη κυτταρίτιδας

Η μάλαξη μπορεί να επηρεάσει άμεσα τον υποδόριο συνδετικό ιστό, στον οποίο μπροφποιείται η κυτταρίτιδα. Το δέρμα γίνεται πιο ζωντανό, πιο λαμπερό, πιο λείο, διεγείρεται η μικροκυκλοφορία, αυξάνεται η παροχτευτική ικανότητα του λεμφικού συστήματος ως αποτέλεσμα τονκαλύτερο μεταβολισμό των κυττάρων, την απομάκρυνση των άχρηστων υλικών των ιστών και την λείανση των οζιδίων.

Θα πρέπει, όμως, να ξεκαθαριστεί η παρανόηση που έχει δημιουργηθεί όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της μάλαξης. Πρέπει να τονισθεί ότι δεν είναι πανάκεια για την

κυτταρίτιδα και πολύ περισσότερο για την απομάκρυνση του λίπους των λιπωδών κυττάρων, μπορεί όμως να συνεισφέρει στην αντιμετώπιση της κυτταρίτιδας σαν ένα μέρος της όλης συνδυασμένης προσπάθειας.

Η αποτελεσματικότητα της μάλαξης δεν έχει σχέση με την εφαρμογή δυνατών και σκληρών χειρισμών που κακοποιούν τους ιστούς αλλά και με τη σοβαρή γνώση του συγκεκριμένου προβλήματος για το οποίο αυτή εφαρμόζεται.

Η πλέον κατάλληλη, αποδοτική και ασφαλής μορφή της μάλαξης σε καταστάσεις κυτταρίτιδας είναι η λεμφική, οι χειρισμοί της οποίας σέβονται την ευθραυστότητα και την ανατομία των αγγείων. Είναι κινήσεις προσεκτικές, βαθιές, σταθερές, με πλήρη επαφή των χεριών και μπορούν να συνδυάζουν τους κλασικούς χειρισμούς με κινήσεις χαλάρωσης, προσαρμοσμένες στα ιδιαίτερα μηχανικά προβλήματα των περιοχών που εφαρμόζονται.

Χαλαρωτικό

Το Χαλαρωτικό μασάζ με δεξιοτεχνικές και χαλαρωτικές μαλάξεις βοηθούν το σώμα να αποβάλλει την συσσωρευμένη ένταση και κούραση. Αναζωογονεί τον οργανισμό και συνδράμει στην επίτευξη σωματικής και πνευματικής ηρεμίας, καθώς επιτυγχάνεται απόλυτη χαλάρωση των κουρασμένων μυών και επαναφορά της ελαστικότητάς τους. Το antistress μασάζ αναζωογονεί τον οργανισμό και συνδράμει στην επίτευξη σωματικής, ψυχικής και πνευματικής ηρεμίας. Η ανθρώπινη επαφή ηρεμεί και χαλαρώνει, βοηθά στην ανάπτυξη της κοινωνικότητας και του αισθήματος της αποδοχής στο κοινωνικό σύνολο. Κατά συνέπεια το χαλαρωτικό μασάζ έχει μεγάλη σημασία για τους ανορεκτικούς καθώς αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα σχετικά με το σώμα τους. Παράλληλα, η χρήση των ευεργετικών αιθέριων ελαίων προσφέρει ευεξία και αναζωογόνηση στον οργανισμό και βελτιώνει τη διάθεση. Αιθέρια έλαια τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν και δώσουν ένα καλύτερο αποτέλεσμα είναι:



- Το θυμάρι το οποίο σε ψυχολογικό επίπεδο είναι αναζωογονητικό, δυναμωτικό, προστατεύει και δίνει ενέργεια.
- Ο μάραθος ο οποίος σε ψυχολογικό επίπεδο είναι προστατευτικός και θερμαντικός, ενώ προστατεύει από ψυχικές διαταραχές.
- Το περγαμόντο το οποίο σε ψυχολογικό επίπεδο προσφέρει ηρεμία και εξισορρόπηση, ζεσταίνει την καρδιά και αντιμετωπίζει τις συναισθηματικές διαταραχές

Αποτελέσματα μάλαξης

Αφού πλέον τα αποτελέσματα της μάλαξης είναι γνωστά, η αξία της στη σημερινή ζωή γίνεται ξεκάθαρη. Μάλαξη επιδέξια, δοσμένη με γνώσεις μπορεί να συνεισφέρει στη χαλάρωση, τη διατήρηση ή τη διέγερση των διαφόρων συστημάτων του οργανισμού με μεγάλη αποτελεσματικότητα.

Είναι πλέον παραδεκτή η συνεισφορά της χειρομάλαξης στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Τα αποτελέσματα της στο μυϊκό σύστημα προκαλούν αύξηση της ανταλλαγής των υγρών μεταξύ των ιστών απομακρύνοντας την κόπωση και προλαβαίνοντας τη δημιουργία τάσης.

Συμπερασματικά μπορεί να αναφερθούν μερικά από τα ευεργετήματα που προέρχονται από τη μάλαξη: αυξημένη ενεργητικότητα, ευκίνητες αρθρώσεις, ευέλικτοι μύες, βελτιωμένη εμφάνιση της υφής του δέρματος, μείωση των προβλημάτων που προέρχονται από την κακή κυκλοφορία (π.χ οιδήματα, φλεβίτιδες, κρισοί, απαλλαγή ινώδων συγκεντρώσεων) και πάνω από όλα αίσθημα αναζωογόνησης και ευεξία.

7. Κρυοθεραπεία

Θεραπευτική μέθοδος με την οποία επιτυγχάνεται τοπική μείωση της θερμοκρασίας κάποιας δερματικής επιφανείας, με αποτέλεσμα την πρόκληση άμεσης αγγειοσυστολής, τη μείωση του κυτταρικού μεταβολισμού, την τοπική αναλγησία και την ελάττωση του μυϊκού σπασμού. Σε δεύτερο χρόνο, προκαλείται δευτερογενής τοπική αντίδραση αγγειοδιαστολής.

Η άμεση τοπική συστολή των αιμοφόρων αγγείων (κυρίως του δέρματος) οφείλεται στην προσπάθεια του σώματος να διατηρήσει τη φυσιολογική του θερμοκρασία περιορίζοντας την απώλεια θερμότητας από το δέρμα. Οι μηχανισμοί που ενεργοποιούνται είναι η αύξηση της

δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, η αναστολή έκκρισης ισταμίνης και η έντονη σύσπαση των λειών μυϊκών ινών των αρτηριακών αγγειακών τοιχωμάτων.

Εκτός της άμεσης τοπικής αγγειοσυστολής παρατηρείται επίσης και μια ήπια καθυστερημένη γενική αγγειοσυστολή, η οποία μάλλον οφείλεται στην ενεργοποίηση κάποιου υποθαλαμικού αντανακλαστικού τόξου.

Μετά την πάροδο περίπου 6-7 min, παρατηρείται τοπική αντίδραση αγγειοδιαστολής, η οποία οφείλεται σε παράλυση των αγγειοσυσταλτικών μυών και στην ενεργοποίηση κάποιου αξονικού αντανακλαστικού. Η έντονη αγγειοδιαστολή και υπεραιμία και η αύξηση της αιματικής ροής ενεργοποιούν την ενζυμική δραστηριότητα και τον κυτταρικό μεταβολισμό, με αποτέλεσμα την ταχύτερη απομάκρυνση από τις πάσχουσες περιοχές των αχρήστων ή τοξικών μεταβολικών προϊόντων. Επίσης επιταχύνεται ο ρυθμός παροχέτευσης της λέμφου.

Η εφαρμογή της κρυοθεραπείας μπορεί να γίνει με την τεχνική μάλαξης με πάγο, την τεχνική της εμβύθισης σε παγωμένο νερό, της κρύας πετσέτας, του ψεκασμού αιθυλοχλωριδίου και την τεχνική των ψυχρών επιθεμάτων. Η τελευταία μέθοδος είναι διαδεδομένη στις αισθητικές θεραπείες. Η διάρκεια της κάθε συνεδρίας είναι περίπου 10-20 λεπτά.

8. Θεραπεία με φύκια κατά της γήρανσης

Τα φύκια περιέχουν βιταμίνες και ιχνοστοιχεία που βοηθούν τον οργανισμό να αποβάλει τις τοξίνες που ευθύνονται για την πρόωγη γήρανση και την εμφάνιση κυτταρίτιδας. Είναι πολύ πλούσια σε ιώδιο, ρυθμίζουν το μεταβολισμό των ιστών και προωθούν ειδικά τη λιπόλυση και την αποκατάσταση της ισορροπίας του νερού και των μετάλλων. Θα τα βρείτε σε μορφή σκόνης ή σε έτοιμη λάσπη στα καταστήματα καλλυντικών και υγιεινής διατροφής, ινστιτούτα ομορφιάς αλλά και ως δραστικά συστατικά σε κρέμες.

Τεχνική χρήσης: Καθαρίζουμε καλά το δέρμα, στη συνέχεια μπορούμε να κάνουμε ένα ήπιο



peeling πριν την θεραπεία με τα φύκια. Έπειτα ανακατεύουμε τη σκόνη φυκιών με λίγο νερό και απλώνουμε το μείγμα. Στη συνέχεια τυλίγουμε καλά με μια πλαστική μεμβράνη και περιμένουμε 30 λεπτά. Ξεβγάζουμε με χλιαρό νερό. Μπορούμε επίσης να χρησιμοποιήσουμε σαπούνι από φύκια, το οποίο τονώνει την κυκλοφορία και λειαίνει την επιδερμίδα. Σε βρεγμένο δέρμα κάνουμε κυκλικές κινήσεις μασάζ στα σημεία που χρειάζεται. Αφήνουμε 2' και ξεπλένουμε.

Σύσφιξη

Η κύρια αιτία της χαλάρωσης του δέρματος είναι η μείωση της ποσότητας και της ποιότητας των ινών κολλαγόνου του δέρματος. Το ίδιο το σώμα παράγει από μόνο του κολλαγόνο χρησιμοποιώντας ένα πλήρες φάσμα θρεπτικών ουσιών που τις παίρνει από μια ισορροπημένη δίαιτα η οποία περιέχει βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, ένζυμα, συνένζυμα και αμινοξέα και μάλιστα στην φυσική τους μορφή. Η πιο σημαντική βιταμίνη που είναι και το βασικότερο δομικό στοιχείο με το οποίο κτίζεται το κολλαγόνο είναι η βιταμίνη C. Όταν η ποσότητα του κολλαγόνου στον συνδετικό ιστό μας μειώνεται, τότε κατά περιοχές σχηματίζονται χάσματα. Αυτά τα χάσματα γίνονται ορατά σε μας σαν χαλάρωση και ρυτίδες. Τέτοιες αλλαγές στο συνδετικό ιστό παρατηρούνται στα άτομα τα οποία έχουν ξεπεράσει την ανορεξία και στο σώμα τους έχει επέλθει χαλάρωση εξαιτίας της μη σωστής διατροφής καθώς και της μείωσης του σωματικού τους βάρους. Η χαλάρωση μπορεί να αντιμετωπιστεί με θεραπείες χρησιμοποιώντας προϊόντα με κατάλληλες ουσίες.

9. Ενίσχυση κολλαγόνου

Ο πιο φυσικός τρόπος για την ενίσχυση του κολλαγόνου είναι η χρήση της βιταμίνης A ή ρετινόλη (retinol). Γνωρίζουμε όλοι τη σημασία της βιταμίνης A στη διατροφή μας. Είναι απαραίτητη για την καλή όραση, για υγιή οστά και δέρμα, καθώς και για το ανοσοποιητικό σύστημα. Σύμφωνα με τους ειδικούς, η βιταμίνη A μπορεί επίσης να συμβάλει στην αύξηση του κολλαγόνου στο πρόσωπό μας, αλλά μόνο όταν είναι σε μεγάλη ποσότητα. Μεγάλες ποσότητες βιταμίνης A δεν βρίσκεις εύκολα και υπερβολική ποσότητα βιταμίνης A μπορεί να έχει σοβαρές παρενέργειες. Τα δραστικά συστατικά, που συναντώνται στη σύνθεση πολλών προϊόντων, μπορούν πραγματικά να βελτιώσουν και να αυξήσουν την παραγωγή κολλαγόνου. Το πόσιμο κολλαγόνο παίζει μεγάλο ρόλο στην υγεία του δέρματος και της επιδερμίδας γιατί

αυξάνει την πυκνότητα των ινών και των ινοβλαστών (τα κύρια κύτταρα που ευθύνονται για την παραγωγή κολλαγόνου). Περιέχει 8 από τα 9 βασικά αμινοξέα παραγωγής πρωτεΐνης στον οργανισμό.

10. Λασπόλουτρα

Η λάσπη-προϊόν απόλυτα ορυκτό-απαλλαγμένη από άχρηστες ουσίες, πλούσια σε μέταλλα, ιχνοστοιχεία και άλλα συστατικά, προερχόμενη από τα ιζήματα του πυθμένα λιμνών, ποταμών και της Νεκράς θάλασσας χαρακτηρίζεται από ιδιότητες που την κάνουν να θεωρείται μία πολύ αποτελεσματική εφαρμογή για πολλές περιπτώσεις, μεταξύ των οποίων και η απώλεια βάρους.

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.



11. Μάσκες αργίλου

Ο άργιλος προέρχεται από την αποσάθρωση των επιφανειακών πέτρινων στρωμάτων του φλοιού της γής. Εμφανίζεται σε δύο χρώματα (πράσινο και ρόζ) 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. Συνδέονται και αποδίδουν άριστα με τα περυτιλίγματα.

12. Κραδαστικά

Τα κραδαστικά είναι μηχανήματα τα οποία συμβάλλουν στη καταπολέμηση της γενικής και τοπικής παχυσαρκίας. Προκαλούν μια κραδαστική μάλαξη, η οποία είναι ευχάριστη για το άτομο. Το κραδαστικό μασάζ αυξάνει την τοπική κυκλοφορία και διευκολύνει την παροχέτευση της λέμφου, με αποτέλεσμα την καλύτερη αποβολή τοξινών από τα κύτταρα. Πριν τη χρήση των μηχανημάτων πρέπει να τοποθετήσουμε μια κατάλληλη κρέμα στο δέρμα για να είναι πιο ευχάριστη η μάλαξη αλλά και για να ενισχύσουμε το αποτέλεσμα της περιποίησης. Ανάλογα με την ισχύ που έχουν τα κραδαστικά μηχανήματα τα χωρίζουμε σε τρεις ομάδες:

- Με ελαφρά ισχύ: είναι μικρά μηχανήματα που χρησιμοποιούνται για το μασάζ του προσώπου, του λαιμού και του ντεκολτέ.
- Με μεσαία ισχύ: είναι τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται για τη μάλαξη του σώματος σε τοπική παχυσαρκία, αλλά κυρίως για την βελτίωση της κυκλοφορίας σε περιπτώσεις κιρσών και ευρυαγγείες. Επίσης χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις κυτταρίτιδας για την καλύτερη παροχέτευση της λέμφου. Οι κινήσεις πρέπει να είναι από κάτω προς τα πάνω για την κυκλοφορία και παλινδρομικές για την λέμφο.
- Με μεγάλη ισχύ: χρησιμοποιούνται για την μάλαξη του σώματος σε τοπική παχυσαρκία. Η συσκευή αυτή συνοδεύεται από διάφορα εξαρτήματα, που το καθένα χρησιμοποιείται ανάλογα με το είδος και το σκοπό της μάλαξης.

Απαραίτητο είναι πριν το κραδαστικό μασάζ να προηγείται η χειρομάλαξη γιατί αυτό που μετράει πάνω από όλα είναι η επαφή με το άτομο. Η εξέλιξη της τεχνολογίας δίνει την δυνατότητα κατασκευής μηχανημάτων που λειτουργούν με εναλλασσόμενο ρεύμα χωρίς σκληρά εξαρτήματα υλικά και ηλεκτρόδια όπου τοποθετείται κάλυμμα από υγρό σφουγγαράκι. Έτσι επιτυγχάνεται η διοχέτευση ρεύματος χαμηλής συχνότητας, με παλμικές κινήσεις χωρίς να προκληθεί ερεθισμός στο δέρμα. Η διάρκεια της μάλαξης είναι από 5' για κάθε περιοχή ενώ ο συνολικός χρόνος 20-45'.

13. Vacuum

Η συσκευή vacuum χρησιμοποιείται για μασάζ και αναρροφή όλα τα μέρη του σώματος με ρυθμό χρησιμοποιώντας την αντλία αρνητικής πίεσης. Ως εκ τούτου τα μηχανήματα αυτά αποτελούνται από αυτήν την αντλία που δημιουργεί κενό και καταλήγουν σε ένα σωλήνα στην άκρη του οποίου προσαρμύζονται εξαρτήματα σε σχήμα βεντούζας. Η μάλαξη με βεντούζες φτάνει στα βαθύτερα στρώματα του λιπώδους ιστού και αυξάνει την αιμάτωση του δέρματος. Ταυτοχρόνως προκαλεί κύμα υψηλής συχνότητας που μετατρέπει το λίπος σε λιπαρά οξέα, με αποτέλεσμα την καταπολέμηση του λίπους. Ενώ ισορροπείται η πίεση του αίματος λόγω της αποκατάστασης του αγγειακού τόνου, αυξάνεται η αντιαλλεργική δύναμη του οργανισμού. Η συσκευή προσφέρει, μέσω της αναρρόφησης ισχυρές δυνάμεις στις κάτω μυϊκές στιβάδες και στα ινοκύτταρα. Έτσι ωθεί τον οργανισμό να παράγει περισσότερο κολλαγόνο και ελαστικά ινοκύτταρα με αποτέλεσμα τη σύσφιξη των μυών και του δέρματος. Χρησιμοποιείται στην εξωτερική επιφάνεια από τα μπράτσα, τους μηρούς και τους γλουτούς. Η διάρκεια της μάλαξης είναι συνολικά 15'-30'. Οι βεντούζες περιφέρονται κατά μήκος της παχύσαρκης περιοχής με διεύθυνση από κάτω προς τα πάνω(από την περιφέρεια προς το κέντρο).

Οι σύγχρονες συσκευές διαθέτουν ηλεκτρονική ρύθμιση της πίεσης και έξοδο διπλής αναρροφήσεως δηλαδή οι αντλίες δεν απορροφούν μόνο αέρα αλλά και τον εκτοξεύουν. Πριν από την περιποίηση καλό θα είναι να χρησιμοποιήσουμε λίγο ταλκ ή αμυγδαλελαίο στο δέρμα.

Συμπεράσματα

Η παραπάνω μελέτη όσον αφορά το ιδανικό βάρος, την ανορεξία, τη βουλιμία και την αισθητική αντιμετώπισή τους ήταν καθοριστική για τις γνώσεις μας πάνω στον τομέα των ποικίλων δυσμορφιών του σώματος και τα αίτια τους.

Σκοπός μας είναι να αναδειχθεί η αρωγή που μπορεί να προσφέρει ο κλάδος της αισθητικής όχι μόνο σε σωματικά και δερματολογικά προβλήματα αλλά και στην βελτίωση και αντιμετώπιση δυσκολότερων προβλημάτων όπως είναι η ανορεξία και η βουλιμία καθώς αποτελούν δύο σοβαρές ψυχογενείς ασθένειες.

Αρχικά αφιερώσαμε μέρος της εργασίας μας στην ανάλυση του ανθρώπινου σώματος, τη σύσταση αλλά και τη σύνθεση του ώστε να έχει ο αναγνώστης μια πλήρη εικόνα του σωματικού προτύπου ώστε να διαπιστωθούν τις αλλαγές στον οργανισμό αλλά και στο μεταβολισμό κατά την εκδήλωση των ψυχογενών αυτών ασθενειών.

Στη συνέχεια, δίνουμε ιδιαίτερη βαρύτητα στην ανάλυση και στην κατανόηση των διατροφικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, μελετάμε από κάθε πλευρά τι μπορεί να οδηγήσει τον καθένα από εμάς σε διατροφικά λάθη που μπορούν να καταλήξουν σε ψυχογενείς ασθένειες όπως η βουλιμία και η ανορεξία. Τα συμπεράσματα από τη μελέτη μας ανάμεσα στη βουλιμία και την ανορεξία προέκυψαν από μελέτη ερευνών και συνεντεύξεων από άτομα με διατροφικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, η ψυχολογία, οι κοινωνικοί παράγοντες, το οικογενειακό περιβάλλον καθώς και σημαντικές αλλαγές στη ζωή των ατόμων αυτών είναι κάποια από τα αίτια που μπορεί να οδηγήσουν τα επιρρεπή κατά τα άλλα άτομα. Το φαινόμενο της νευρικής ανορεξίας εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε γυναίκες νεαρής ηλικίας και οφείλεται κυρίως σε ψυχολογικούς λόγους όπως και η βουλιμία η οποία όμως εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα ακόμη και σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι βρέθηκαν πολυάριθμες μαρτυρίες ατόμων με νευρική ανορεξία σε αντίθεση με μαρτυρίες ατόμων με νευρική ανορεξία σε αντίθεση με μαρτυρίες ατόμων με ψυχογενής βουλιμία οι οποίες ήταν ανύπαρκτες. Αυτό συμβαίνει καθώς τα άτομα με βουλιμία έχουν έντονα ανεπτυγμένο το αίσθημα της ντροπής για την ασθένεια τους με αποτέλεσμα να μην εξωτερικεύουν το πρόβλημα του και συνεπώς το θέμα αυτό να μην μπορεί να λάβει μεγαλύτερες διαστάσεις για την αντιμετώπισή του. Είναι φανερό, πως τα

τελευταία χρόνια η καταπολέμηση της νευρικής ανορεξίας έχει πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις και τα μέσα αντιμετώπισης ποικίλλουν. Το ίδιο θα πρέπει να συμβεί και με τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία ώστε να αρχίσουν να ομολογούν την περιπέτεια τους ολοένα και περισσότεροι ασθενείς δίνοντας θάρρος σε πολλούς και δραστηριοποιώντας κοινωνικούς φορείς.

Το «έργο» του αισθητικού είναι πολύτιμο και μαζί με ένα ψυχολόγο και ένα διατροφολόγο μπορούν να δημιουργήσουν ένα πολύ αποδοτικό συνδυασμό πετυχαίνοντας το μέγιστο αποτέλεσμα. Ο αισθητικός πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς, να μιλήσει μαζί του και να κατανοήσει το πρόβλημα του. Η ψυχολογική στήριξη σε αυτά τα άτομα είναι σημαντική ώστε να νιώσουν άνετα και να προσπαθήσουν για τη βελτίωση και αποκατάσταση του σώματος τους χωρίς πίστη και εξαναγκασμό. Τέλος, σειρά έχουν οι γνώσεις και η εμπειρία του αισθητικού καθώς είναι τα μέσα, από το οποίο θα καταλήξει στην καταλληλότερη θεραπεία για τον κάθε ασθενή ανάλογα πάντα με τις ανάγκες του.

Βιβλιογραφία

1. Fairburn, D. (1999). *Βουλιμία, Ξανακερδίστε τον έλεγχο*. (Μ. Χήρα, μεταφρ.). Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 1995).
2. Χατζημπούγιας, Δ. (2000). *Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: Γιώργος Μανιατογιάννης GM design.
3. Σαββίδου, Α. (2007). *Παχυσαρακία Κυτταρίτιδα Μάλαξη*. Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης.
4. Venisse, J. (2002). *Η ψυχογενής Ανορεξία*. (Ρ. Ράλλης, Ράλλη, μεταφρ.). Αθήνα: Εκδόσεις Χατζηνικολή. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 1987).
5. Gibney, M., Elia, M., Ljungqvist, O. & Dowsett, J. (2010). *Κλινική Διατροφή*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
6. Κατσίκης, Η., Φλωράκης, Δ., Πανίδης, Δ.,(2009). *ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, Αίτια, διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Γράμμα. Ανακτήθηκε 16 Ιανουαρίου, 2013, Δικτυακός τόπος: <http://www.grammaeditions.gr/downloads/paxysarkia.pdf>.
7. Βέγκος, Α. (2004). *Κοσμητολογία*. Αθήνα: Στάθης Νικητόπουλος.
8. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης. (2002). *Αισθητική προσώπου 1*. Θεσσαλονίκη: Πέπτα Μαρία.
9. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης. (2007). *Αισθητική σώματος 1*. Θεσσαλονίκη: Μεγακλή Κ. Θεογνωσία.
10. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης. (2003). *Ηλεκτροθεραπεία, Αισθητική σώματος 3*. Θεσσαλονίκη: Δερβίσογλου Κυριακή.
11. Carleton, Pamela and Deborah Ashin. *Take Charge of Your Child's Eating Disorder: A Physician's Step-By-Step Guide to Defeating Anorexia and Bulimia..* New York: Marlowe & Co., 2007.
12. Heaton, Jeanne A. and Claudia J. Strauss. *Talking to Eating Disorders: Simple Ways to Support Someone Who Has Anorexia, Bulimia, Binge Eating or Body Image Issues*. New York, NY: New American Library, 2005.
13. Liu, Aimee. *Gaining: The Truth About Life After Eating Disorders*. New York, NY: Warner Books, 2007.
14. Messinger, Lisa and Merle Goldberg. *My Thin Excuse: Understanding, Recognizing, and Overcoming Eating Disorders*. Garden City Park, NY: Square One Publishers, 2006.

15. Ιatronet. *Ιατρικό Λεξικό - Ιδανικό βάρος. σώματος*. Ανακτήθηκε 13 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/idaniko-varos-swmatos.html>.
16. ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ. (12 Οκτωβρίου, 2012). *Ψυχογενής βουλιμία*. Ανακτήθηκε 13 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://el.wikipedia.org/wiki/>.
17. ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ. (25 Ιανουαρίου, 2013). *Ιστός (βιολογία)*. Ανακτήθηκε 3 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://el.wikipedia.org/wiki/Ιστός>.
18. bestrong. (25 Απριλίου, 2012). *Τι είναι η σύσταση σώματος;*. Ανακτήθηκε 18 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://www.bestrong.org.gr/el/health/fitness/constitutionofbody/whatisconstitutionofbody/>.
19. Health care tips. (2012). *Αμηνόρροια Αιτίες Τύποι, Θεραπεία αμηνόρροια*. Ανακτήθηκε 18 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://healthcaretips.psyphil.com>.
20. Rheumatology. (2012). *Ακροκυάνωση*. Ανακτήθηκε 16 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://www.e-rheumatology.gr/scientific-articles/akrokyanosi>.
21. Wikipedia. (10 Οκτωβρίου, 2012). *Lanugo*. Ανακτήθηκε 16 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://en.wikipedia.org/wiki/Lanugo>.
22. TheFreeDictionary. *Anorexia nervosa*. Ανακτήθηκε 14 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Anorexia+Nervosa>.
23. TheFreeDictionary. *lanugo*. Ανακτήθηκε 14 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/lanugo>.
24. AAPF American Family Physician. *Nail Ανωμαλίες: Ενδείξεις για συστηματική νόσο*. Ανακτήθηκε 15 Μαρτίου, 2004, από <http://translate.google.gr/translate?hl=el&langpair=en|el&u=http://www.aafp.org/afp/2004/0315/p1417.html&ei=rE4CUeChH4Wm4gTJzYGYBw>.
25. Νικολαΐδου, Α. (4 Μαρτίου, 2009). *Nail Ανωμαλίες: Ενδείξεις για συστηματική νόσο*. Ανακτήθηκε 17 Ιανουαρίου, 2013, από <http://www.diatrofi.gr>
26. American Family Physicians. "Anorexia Nervosa." *Family Doctor.org*. April 2005 [cited January 19, 2009]. <http://familydoctor.org/online/famdocen/home/common/mentalhealth/eating/063.html>.
27. Bernstein, Bettina E. "Eating Disorder: Anorexia." *eMedicine.com*. March 31, 2008 [cited January 19, 2009]. <http://emedicine.medscape.com/article/912187-overview>.
28. "Eating Disorders." *American Psychological Association*. January 8, 2009 [cited January 19, 2009]. <http://www.apa.org/topics/topiceating.html>.

29. medicine plus. (15 Νοεμβρίου, 2012). *Eating Disorders*. Ανακτήθηκε 15 Ιανουαρίου, 2013, από <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/eatingdisorders.html>.
30. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ. (2010). *Παθήσεις των Σιελογόνων Αδένων*. Ανακτήθηκε 13 Δεκεμβρίου, 2012, από http://entathens.com/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=80.
31. VITA.gr. (18 Δεκεμβρίου, 2007). *Αναιμία*. Ανακτήθηκε 13 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://www.vita.gr/html/ent/190/ent.2190.asp>.
32. ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ. (7 Φεβρουαρίου, 2013). *Οστεοπόρωση*. Ανακτήθηκε 15 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://el.wikipedia.org/wiki>.
33. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ. (7 Ιανουαρίου, 2013). *Ψυχογενής ανορεξία-Αντίδραση ή νόσος*. Ανακτήθηκε 3 Φεβρουαρίου, 2013, από http://www.hcfed.gr/?option=com_content&task=view&id=147&Itemid=63.
34. emedi. (13 Αυγούστου, 2012). *Ποσοστό Σωματικού Λίπους*. Ανακτήθηκε 11 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://www.emedi.gr/1894/pososto-swmatikoy-lipoyv>.
35. emporium treatment clinic. *Ultratone Body Toning*. Ανακτήθηκε 18 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://www.emporiumtreatments.co.uk/treatments/body-sculpting/ultratone-body-toning/>.
36. Anew you health and beauty. (2013). *Ultra tone and body lifts*. Ανακτήθηκε 3 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://www.anew-you.co.uk/80375/info.php?p=7>.
37. IDEAL GLOW. (2012). *Ultra-tone Body shape*. Ανακτήθηκε 5 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://idealglow.com/microdermabrasion-mn-services/ultra-tone-body-shape>.
38. Aloe vera changes lives. (2012). *Αλόη Βέρα για Φροντίδα του Δέρματος*. Ανακτήθηκε 5 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://www.aloeverachangeslives.com/AloeVeraSkinCare-Gr.html>.
39. Made from earth. (2013). *Pure Aloe Vera Skin Treatment*. Ανακτήθηκε 3 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://www.madfromearth.com/content/pure-aloe-vera-skin-treatment>.
40. RealAge. (2006). *How Chocolate Benefits Your Skin*. Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://www.realage.com/beauty-skin-care/the-truth-about-chocolate-and-your-skin>.

41. LiveStrong. (14 Ιουνίου, 2011). *CHOCOLATE BODY TREATMENT*. Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://www.livestrong.com/article/291842-chocolate-body-treatment/>.
42. DeVette, V. ([χ.χ.]). *Σαλιγκάρι ορού για υγιές δέρμα*. Ανακτήθηκε 5 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://www.articlesphere.com/el/Article/Snail-Serum-for-Healthy-Skin/213902>.
43. wiseGEEK. (2013). *What Is Pressotherapy?*. Ανακτήθηκε 5 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://www.wisegeek.com/what-is-pressotherapy.htm>.
44. Koxliasfarm. ([χ.χ.]). *Βλέννα Σαλιγκαριού*. Ανακτήθηκε 4 Φεβρουαρίου, 2013, από <http://www.koxliasfarm.gr>.
45. fitnessinfo. (2006). Φυσιολογικό βάρος. Ανακτήθηκε 11 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://www.fitnessinfo.gr/fitnessgeneralinfo/beforestartingfitness/evaluationofnaturalssituation/physiologicweight/index.html>.
46. Πετριδίη, Μ. (2010). Μασάζ, επιδράσεις στα όργανα του σώματος. *Vivere*. 5, 18-20.
47. Ταρεμπέ, Μ., Πρωτόπαππας, Μ. & Μουγιάκου, Κ. (2011). Αντιμετώπιση της κυτταρίτιδας με ολιστικές θεραπευτικές μεθόδους. *Vivere*. 6, 20-26.
48. Σαμαρίδης, Ν. (2012). Λυμφατισμός-κατακράτηση υγρών. *Vivere*. 9, 22-25.
49. Τζίτζη, Μ. (2011). Παχυσαρκία και κυτταρίτιδα. *Esthete Hellas*. 24, 26-31.
50. Μπούτση, Φ. (2011). Κυτταρίτιδα: Η σύγχρονη κοσμητολογία μπορεί να δώσει την λύση. *Esthete Hellas*. 24, 136-140.
51. Φραγκοπούλου, Ρ. (2010). Παχυσαρκία... ποιούς και πως χτυπάει; είμαστε όλοι το ίδιο ευάλωτοι;. *Esthete Hellas*. 20, 18-30.
52. Καλλονιάτη, Μ. (2010). Λιπώδης ιστός, η ανατομία η φυσιολογία και η λειτουργία του στον οργανισμό. *Esthete Hellas*. 20, 32-40.
53. Σακής, Ι. (2010). Επιλεκτική λιπόλυση με την καινοτόμο συνδυαστική τεχνολογία υπερήχου και ραδιοσυχνοτήτων για σμίλευση σώματος. *Esthete Hellas*. 20, 106-114.
54. Βασιλειάδης, Γ. (2010). Η ψυχολογία της παχυσαρκίας. *Esthete Hellas*. 20, 132-139.
55. Μαθιουδάκη, Π. (2011). Μεταβολισμός, από τι εξαρτάται, πως αλλάζει και πως μετράτε;. *Esthete Hellas*. 24, 10-24.

56. Σιούτης Ηλίας. (2013). *Διαιτολόγια*. [Φυλλάδιο]. Αθήνα: Ειδικός εφαρμογών διαιτητικής.
57. Fairburn C, Begun SI. Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiat* 1995, 147: 401-409.
58. Healy K, Conroy R, Walsh N. The prevalence of binge eating and bulimia in 1063 college students. *J Psychiat Res* 1985, 19: 161-166.
59. Patton GC, Wood K, Johnson-Sabine E : Physical Illness: A risk factor in anorexia nervosa *Br J Psychiatry* 1986, 149: 756-759.
60. Siddiqui A, Ramsay B, Leonard J. The cutaneous signs of eating disorders. *Acta Derm Venereol* 1994, 74, 1: 68-69.
61. Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, Κονταξάκης ΒΠ, Κόντης Κ, Γέροντας Α, Καρούζος Χ, Χριστοδούλου ΓΝ. Θνησιμότητα ασθενών ενός μεγάλου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου: Ι. Αιτίες θανάτων και γενική Θνησιμότητα. *Ψυχιατρική* 1995, 6: 45-57
62. Κονταξάκης ΒΠ, Χριστοδούλου ΓΝ. Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά: Τάσεις και προβληματισμοί. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ και Κονταξάκης ΒΠ, επιμ. εκδ., *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, Τόμος Α', Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994: 267-275.*
63. Crow, M.D., S. (2009). Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders *American journal J Psychiatry* 166. Ανακτήθηκε 18 Δεκεμβρίου, 2012, από <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3908/09aj1342.PDF>.
64. Bonnie A. Spear, PhD, RD. E. Stellefson Myers, MPH, RD, FADA. *Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS)*. *Journal of the American Dietetic Association*. 2001, volume 101, number 7:810-819.
65. K.D. Brownell, C.G. Fairburn. *Eating Disorders and Obesity. A comprehensive Handbook*. Guilford Press: 1995.
66. Α. Καλαντζή - Azizi, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. *Διαταραχές Τροφής. Νευρογενής Ανορεξία και Βουλιμία*. Τετράδια Ψυχιατρικής, No 52/1996.
67. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. *Ταξινόμηση ICD-10, Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς - Κλινικές Περιγραφές και οδηγίες για τη*

- διάγνωση. Εκδόσεις BHTA medical Arts. Κέντρο συνεργασίας για την εκπαίδευση και την έρευνα στην ψυχική υγεία. ΑΘΗΝΑ, 1997.
68. Τάσος Μόρτογλου, MD. Κατερίνα Μόρτογλου, MB, MSc *Διατροφή από το σήμερα για το αύριο*. Εκδόσεις Γιαλλέλη, Αθήνα 2002.
69. L. Kathleen Mahan, S. Escott - Stump. *Krauser's, Food nutrition and diet therapy*, 10th edition, 2000.
70. Weinsier. Heimburger. Butterworth, *Handbook of clinical nutrition*, second edition.
71. M.E. Shils, J.A. Olson, M. Shike. *Modern nutrition in health and disease*, 8th edition.
72. Χατζηγεωργίου, Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. *Παιδιατρική Ενημέρωση*. 8, 12-18.
73. Paxysarkia.gr, Όλα όσα πρέπει να ξέρετε για την παχυσαρκία και την αντιμετώπισή της» 07 Αυγούστου 2008 <http://www.paxysarkia.gr/paxysarkia/>
74. Fairburn CG, Walsh BT: Atypical eating disorders. In Brownell KD, Fairburn CG (eds): *Eating disorders and Obesity: A comprehensive Textbook*. New York: Guildford Press, 1995: 135
75. empisteytiko. (17 Ιουνίου, 2011). ΔΥΔΥΜΕΣ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ. Ανακτήθηκε 12 Δεκεμβρίου, 2013, από http://empisteytiko.blogspot.gr/2011/06/blog-post_7858.html.

