



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΥΓΕΙΑΣ**

---



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΟΧΗΣ, ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ  
ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΕ  
ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΑΤΟΜΑ  
ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:  
Κυριακού Δήμητρα**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια  
Κοτρώτσιου Ευαγγελία**

**ΛΑΡΙΣΑ  
Σεπτέμβριος 2012**



## **Ευχαριστίες**

Θερμές ευχαριστίες στους ανθρώπους που με την υποστήριξη και την συμμετοχή τους κατέστησαν δυνατή την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης και συγκεκριμένα:

Στην καθηγήτρια μου και επιβλέπουσα της εργασίας κ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία για την καθοδήγησή της.

Στην καθηγήτρια μου κ. Γκούβα Μαίρη για την βοήθειά της

Στον καθηγητή μου Τσάρα Κωνσταντίνο για την υποστήριξη που παρέχει σε κάθε προσπάθειά μας

Στον σύζυγό μου για την βοήθεια και κατανόηση που μου παρέχει σε κάθε μου προσπάθειά

*ΑΥΤΗ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΝΑΙ  
ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΗ  
ΣΤΟ ΓΙΟ ΜΟΥ*

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

**Τίτλος εργασίας:** Αίσθηση συνοχής, ψυχοπαθολογία και διαπροσωπικές σχέσεις σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Της: ΚΥΡΙΑΚΟΥ Δήμητρας, Γενικής Ιατρού

Τριμελής επιτροπή

1.Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας, επιβλέπουσα

2.Γκούβα Μαίρη, Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου

3.Τσάρας Κωνσταντίνος. Καθηγητής εφαρμογών του τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι να ερευνηθεί η αίσθηση συνοχής, η ψυχοπαθολογία και οι διαπροσωπικές σχέσεις στα άτομα με αυξημένο βάρος (υπέρβαροι με BMI:25-29 και παχύσαρκοι με BMI>30).

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε δομή της ΠΦΥ (Κέντρο Υγείας Μεγαλόπολης). Το δείγμα αποτέλεσαν 87 άτομα ηλικίας από 18 έως 65 ετών, που κυμαινόταν από τα 49 έως τα 125 κιλά, με Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) του δείγματος σαν σύνολο 27,13 (από 18,22 έως 39,26, τυπική απόκλιση 4,75).

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η Κλίμακα Καταγραφής Συμπτωμάτων SCL-90-R (Derogatis, 1994), η Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998) και η Κλίμακα Αίσθησης Συνεκτικότητας (SOC). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (Version 18.0) και excel.

**Αποτελέσματα:** Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 87 άτομα, εκ των οποίων 62% ήταν άνδρες και 38% γυναίκες, 54% παντρεμένοι και 41% άγαμοι, 62% απόφοιτοι λυκείου και 25% απόφοιτοι ανωτάτης σχολής, μέσης ηλικίας 36,8 ετών, μέσου βάρους 81 κιλών, μέσου ύψους 1,74, και μέσου δείκτη μάζας σώματος 27,13. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος και στην ομάδα υπέρβαρων/παχύσαρκων, στην καταγραφή συμπτωμάτων και στα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, όχι όμως και στην αίσθηση συνοχής. Δεν βρέθηκαν να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην αίσθηση της συνοχής, στην καταγραφή των συμπτωμάτων ή στα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, είτε στην ομάδα έλεγχου είτε και στους υπέρβαρους-παχύσαρκους. Στην ομάδα των υπέρβαρων/παχύσαρκων, η ηλικία είχε μία στατιστικά σημαντική και θετική σχέση με την κλίμακα συνεκτικότητας. Συγκεκριμένα η αίσθηση συνοχής αυξάνεται με την ηλικία στην ομάδα των υπέρβαρων-παχύσαρκων. Οι άγαμοι υπέρβαροι-παχύσαρκοι ανέφεραν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα από ό,τι οι παντρεμένοι. Οι υπέρβαροι/παχύσαρκοι απόφοιτοι λυκείου και ανωτάτων σχολών είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα συνοχής/συνεκτικότητας από ό,τι οι υπέρβαροι/παχύσαρκοι απόφοιτοι γυμνασίου, και γενικά η ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος είχε υψηλότερα σκορ στην κλίμακα βιωμάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις από τους υπέρβαρους.

**Συμπεράσματα:** Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα, συγκριτικά με τα άτομα φυσιολογικού βάρους δεν έχουν κάποια ιδιαίτερα συμπτώματα ή προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Εκεί που διαφοροποιούνται είναι στην αίσθηση συνοχής.

Συγκεκριμένα η αίσθηση συνοχής αυξάνεται με την ηλικία στην ομάδα των υπέρβαρων-παχύσαρκων. Το φύλο, δεν αποτέλεσε παράγοντα που να επηρεάζει την αίσθηση της συνοχής, την καταγραφή των συμπτωμάτων ή τα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις.

## Abstract

**Title:** in Primary Health Care

**By:** Kyriakou Dimitra

**Supervisors:**

1. Kotrotsiou Evangelia Nursing Department TEI of Larisa
2. Gouva Mary, Nursing Department TEI of Hefirus
3. Tsaras Konstantinos Professor of Nursing Department applications TEI of Larisa

**Purpose:** To investigate the sense of cohesion and sense of internal-external shame in individuals with increased weight (overweight by BMI :25-29 and obese with BMI> 30).

**Material-Method:** The study was realised with a cross sectional study in primary care structure (Megalopolis Health Center). The sample was consisted by 87 people, 18 to 65 years old ranging from 49 to 125 pounds, with a Body Mass Index (BMI) of the sample as a whole 27.13 (from 18.22 to 39.26, standard deviation 4.75). The study tools that were used were the Symptom Scale Recording SCL-90-R (Derogatis, 1994), the Scale Experiences on Interpersonal Relations (ECRI) (Brennan et al., 1998) and the Scale Sense of coherence (SOC).. The statistical package SPSS 18 and excel was used for the statistical analysis.

**Results:** The present study involved 87 people, of whom 62% were male and 38% female, 54% married, 41% single, 62% of high school graduates and 25% of higher education graduates, mean age 36.8 years, mean weight 81 kg average of 1.74, and average body mass index of 27.13. The survey found a statistically significant difference between the responses of a group of people with normal weight and those of the group of overweight / obese, to record symptoms and experiences in interpersonal relationships, but not in the sense of cohesion. There were significant differences in sense of coherence, the recording of symptoms or experiences on interpersonal relations between the sexes, or the control group and either the overweight-obese. In the group of overweight / obese, age had a statistically significant and positive relationship with the level of consistency. Specifically, the sense of cohesion increases with the age in the group of overweight-obese. Unmarried overweight-obese people reported significantly more symptoms than the married people. The overweight / obese high school graduates and university graduates had a higher score on the scale coherence / consistency than overweight / obese high school graduates, and generally the group with normal weight had higher scores on the scale experiences in interpersonal relationships from overweight.

**Conclusions:** Overweight and obese individuals compared to normal weight individuals have no particular symptoms or problems in interpersonal relationships. Where we differ is in the sense of cohesion. Specifically, the sense of cohesion increases with age in the group of overweight-obese. The sex was not a factor affecting the sense of cohesion, recording symptoms or experiences on interpersonal relationships.





# Περιεχόμενα

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>10</b>
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ .....	12
1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	13
1.3. ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	17
1.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	18
1.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ .....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....</b>	<b>23</b>
2.1. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ .....	23
2.1.1. Παχυσαρκία και καρδιαγγειακά.....	23
2.1.2. Παχυσαρκία και υπέρταση .....	24
2.1.3. Παχυσαρκία και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2.....	25
2.1.4. Παχυσαρκία και καρκίνος.....	26
2.1.5. Παχυσαρκία και αναπαραγωγική λειτουργία .....	26
2.1.6. Παχυσαρκία και χολολιθίαση.....	28
2.1.7. Παχυσαρκία και αναπνευστική δυσλειτουργία .....	28
2.1.8. Παχυσαρκία και πεπτικό και μυοσκελετικό σύστημα.....	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....</b>	<b>31</b>
3.1. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	31
3.2. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΆΓΧΟΣ .....	33
3.3. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΟΧΗΣ, ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ. ....</b>	<b>38</b>
4.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ .....	38
4.2. Ο ΟΡΟΣ «ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ» .....	39
4.3. Ο ΟΡΟΣ «ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ» .....	40
4.4. ΕΙΔΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ .....	40
4.5. ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ .....	42
4.5.1. Διαταραχή υποτίμησης εικόνας σώματος ατόμων με σοβαρή παχυσαρκία.....	43
4.6. ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ.....	45
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>48</b>
1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	48
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	49
3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	49
3.1. Κλίμακα Καταγραφής Συμπτωμάτων SCL-90-R (Derogatis, 1994).....	49
3.2. Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998).....	50
3.3. Κλίμακα Αίσθησης Συνεπικότητας (SOC).....	50
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ.....	51
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	51
5.1. Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων .....	51
5.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ .....	54
5.3. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΝΔΡΩΝ - ΓΥΝΑΙΚΩΝ .....	61
5.3.1. Περιγραφικά στατιστικά δεδομένα.....	61
5.3.2. Έλεγχος κανονικότητας.....	62
5.3.3. Αποτελέσματα σύγκρισης ανδρών –γυναικών .....	64
5.4. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ OAS, ESS ΚΑΙ SCL-90.....	65
5.5. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ.....	66
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>67</b>
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	68
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>70</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....</b>	<b>77</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι σύγχρονες ιστορικές συνθήκες, όπως επισημαίνουν πολλοί ερευνητές, συνδέτηκαν αφενός στο να τονιστεί ο ατομικισμός και αφετέρου στο να αποτελέσει ο εαυτός την κύρια πηγή νοήματος και αξίας στη ζωή. Ο μεταμοντέρνος εαυτός από πολλούς έχει χαρακτηριστεί ως «ξένος εαυτός» που προσπαθεί απεγνωσμένα να καλύψει το κενό του με καταναλωτικά αγαθά. Η αυξανόμενη ενασχόληση με τον εαυτό, που παρατηρείται στις σύγχρονες κοινωνίες, προκάλεσε το ενδιαφέρον μας ώστε να προσανατολιστούμε σ' αυτόν τον τομέα έρευνας. Πολλοί άνθρωποι, καθώς δε νιώθουν ικανοποιημένοι από τη ζωή τους ή δεν έχουν αξίες και ενδιαφέροντα στη ζωή, στρέφονται σε υλικές απολαύσεις, μια από τις οποίες είναι και η κατανάλωση τροφών. Άλλοτε πάλι, καταφεύγουν σ' αυτή για να ξεφύγουν από τις έγνοιες και τα προβλήματα της καθημερινής ζωής. Ως αποτέλεσμα, οι διατροφικές διαταραχές που συνδέονται με απόκτηση περιττού βάρους αυξάνονται συνεχώς. Πάντοτε, όμως, σ' αυτές τις περιπτώσεις το ψυχολογικό υπόβαθρο και οι ψυχολογικές επιπτώσεις χρήζουν εξαιρετικής προσοχής.

Από μια άποψη, όλες οι διατροφικές διαταραχές συνδέονται με ψυχολογικούς παράγοντες. Η παχυσαρκία, με την οποία θα ασχοληθούμε στην ερευνά μας, αποτελεί μια αυξανόμενη παθολογία στις αναπτυγμένες χώρες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτηρίζει την παχυσαρκία ως την νέα παγκόσμια επιδημία του 21ου αιώνα. Στις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι το 60% των ατόμων άνω των 20 ετών είναι υπέρβαροι. Εξίσου αποθαρρυντικά είναι τα δεδομένα στον Ελλαδικό χώρο. Ένας στους τέσσερις Έλληνες έχει περιττά κιλά και η αναλογία αυτή αναμένεται μέσα στα επόμενα χρόνια να αυξηθεί δραματικά.

Τα περιττά κιλά και η παχυσαρκία είναι πολλές φορές πλήγμα για την ψυχή του ανθρώπου. Η απόκτηση περιττού βάρους είναι ένα πρόβλημα που μπορεί να υποτροπιάζει εφ' όρου ζωής και συνοδεύεται από σημαντικό κοινωνικό στίγμα και κοινωνική απόρριψη. Οι πάσχοντες, βεβαίως, αυτοστιγματίζονται και αρχίζουν να ελαττώνουν τη δραστηριότητά τους. Είναι ένας φαύλος κύκλος που δυστυχώς γίνεται όλο και πιο έντονος. Εκτός από τα γενετικά αίτια, τις μεταβολικές διαταραχές και τις νευρολογικές αιτιολογίες που έχουν αποδώσει στην παχυσαρκία, η τελευταία συνδέεται στενά με την αρνητική εικόνα εαυτού και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση. Όπως πρώτος ισχυρίστηκε ο James (1890, 1963), ως ενήλικες διαμορφώνουμε μια σφαιρική άποψη για την αξία μας ως άτομα, πέραν των αυτοπεριγραφών και των αξιολογήσεων

μας στους διάφορους τομείς της ζωής μας. Αυτή η σφαιρική άποψη είναι η αυτοεκτίμησή μας. Μια χαμηλή αυτοεκτίμηση συνεπάγεται μια συμπεριφορά άλλοτε παρακίνησης να αλλάξω την κατάσταση που προκαλεί τα αρνητικά συναισθήματα και άλλοτε μια ακραία συμπεριφορά απόσυρσης. Η αρνητική εικόνα που έχουν οι παχύσαρκοι για το σώμα τους, τους προκαλεί κατάθλιψη και ντροπή. Πολλές επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν γενικά μεγαλύτερη συναισθηματική κόπωση

Τέλος οι διάφορες ψυχοθεραπείες που προσπαθούν να θεραπεύσουν την παχυσαρκία θα έπρεπε να δώσουν περισσότερη προσοχή στην αυτοεκτίμηση που προβλέπεται κομβικής σημασίας. Η ψυχανάλυση, η ομαδική και η ατομική θεραπεία εξετάζουν τις ψυχιατρικές καταστάσεις που προηγούνται της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη διατροφή. Αυτές οι μέθοδοι μπορεί να είναι αποτελεσματικές για ορισμένα άτομα, ειδικότερα για όσους έχουν ισχυρά κίνητρα, χαμηλότερο αρχικό βάρος και βελτιώνουν την εικόνα που διατηρούν για τον εαυτό τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον, οι διαιτολόγοι που προτείνουν αλλαγή σίτισης στους πάσχοντες θα πρέπει από τη μεριά μας να ασχοληθούν με τα συναισθήματά τους και να προσπαθήσουν για τη διαμόρφωση μιας θετικής εικόνας σώματος που θα αποφέρει πιο υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και συνεπώς καλύτερα αποτελέσματα.

Η αίσθηση συνοχής (Sense Of Coherence-SOC ) είναι ένας παράγοντας προαγωγής της υγείας, κυρίως της ψυχικής .Η ισχυρή αίσθηση συνοχής (SOC) θεωρείται ως ένα χαρακτηριστικό που βοηθά τους ανθρώπους να εντοπίζουν, να χρησιμοποιούν τους διαθέσιμους πόρους από το περιβάλλον και, συνεπώς, να ελαχιστοποιούν τα συναισθήματα της έντασης και του στρες στη ζωή και να βελτιώνουν την προοπτική της παραμονής της υγείας. "Ερχόμαστε να αντιληφθούμε την υγεία όχι ως την απουσία ασθένειας, αλλά μάλλον ως τη διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα διατηρούν την αίσθηση συνοχής τους (π.χ. την αίσθηση ότι η ζωή είναι κατανοητή, εύχρηστη, και σημαντική) και τη δυνατότητά τους να λειτουργήσουν παρά τις αλλαγές στον εαυτό τους και τις σχέσεις τους με το περιβάλλον τους" (Aaron Antonovsky,1987).

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> Παχυσαρκία

### 1.1. Ορισμός Παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία είναι εδώ και χιλιάδες χρόνια γνωστή και μπορεί να εκφραστεί και με άλλους ορισμούς όπως ευσαρκία, πολυσαρκία κ.α. Σε πολλές κοινωνίες ιδιαίτερα των ανεπτυγμένων χωρών της δύσης η παχυσαρκία προκαλεί ακόμα και σήμερα αίσθημα ενοχής ενώ άτομα με βαριά παχυσαρκία εξακολουθούν να είναι στιγματισμένα από το κοινωνικό σύνολο. Αντίθετα άλλες κοινωνίες, οι θεωρούμενες τριτοκοσμικές χώρες, αναγνωρίζουν στην παχυσαρκία στοιχεία υγείας, ομορφιάς και γονιμότητας (Scott et al, 2005).

Ο όρος «παχυσαρκία» περιγράφει την υπερβολική αποθήκευση λίπους στο σώμα. Η αύξηση του λιπώδους ιστού ερμηνεύεται είτε ως μία αύξηση πάνω από το μέσο όρο ενός «φυσιολογικού» πληθυσμού, είτε ως μία αύξηση πάνω από ένα θεωρητικά βέλτιστο ή «ιδανικό» επίπεδο σωματικού λίπους για ένα δεδομένο ύψος. (Kral - Heymsfield, 1987).

Οι έννοιες «υπέρβαρος» και «παχύσαρκος» παρότι χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, έχουν διαφορετικό περιεχόμενο. Υπέρβαρο είναι ένα άτομο όταν το βάρος του είναι μεγαλύτερο από το πρότυπο για το ύψος του (Mahan & Escott-Stump, 2004), ενώ η παχυσαρκία είναι μία κατάσταση υπερβολικού πάχους, που μπορεί να μεταφραστεί σε υπερβάλλον σωματικό λίπος (Uauy & Diaz E., 2005).

Σήμερα η παχυσαρκία είναι μία από τις κυριότερες μεταβολικές παθήσεις σε όλο τον κόσμο. Εμφανίζεται κυρίως σε λαϊκά στρώματα με δυσάρεστες επιπτώσεις, τόσο στον κοινωνικό-οικονομικό τομέα, όσο και στο τομέα της υγείας μίας κοινωνίας, αφού είναι γνωστό ότι ευθύνεται για πολλές εκφυλιστικές παθήσεις, όπως η αρτηριοσκλήρυνση, η υπέρταση, διάφορες καρδιαγγειακές παθήσεις, που πολλές φορές μπορούν να οδηγήσουν στη βράχυνση της ζωής των ατόμων αυτών (Shauna et al, 2005) .

Είναι συνώνυμη της διάχυτης υπερλίπωσης και χαρακτηρίζεται από υπερβολική εναπόθεση λίπους στις λιποαποθήκες του σώματος (Ruth et al, 2001).

«Ιδανικό» ή «επιθυμητό» βάρος ορίζεται το επίπεδο του σωματικού βάρους για δεδομένο ύψος, που συνοδεύεται με τη μικρότερη θνητότητα (σύμφωνα με στατιστικές που διενεργήθηκαν από ασφαλιστικές εταιρείες). «Υπερβάλλον» βάρος ονομάζεται το πλεόνασμα του σωματικού βάρους σε σχέση με το «ιδανικό» βάρος.

Μπορεί να εκφραστεί και ως η εκατοστιαία αύξηση του βάρους σε σχέση με το «ιδανικό» (παρόν βάρος-ιδανικό βάρος / ιδανικό βάρος X 100%). Οι πιο ευρέως χρησιμοποιούμενοι πίνακες υπολογισμού του «ιδανικού» βάρους είναι αυτοί της Metropolitan Life Insurance Company (New York Metropolitan Life Insurance Co 1981). Αν και αυτοί οι πίνακες χρησιμοποιούνταν από τις αρχές του 20ου αιώνα, η παχυσαρκία γενικά δεν αντιμετωπιζόταν ως «νόσος» από τις ασφαλιστικές εταιρείες, τον ιατρικό κόσμο ή το κοινωνικό σύνολο, τουλάχιστον μέχρι την τελευταία δεκαετία.

Για το λόγο αυτό ο χειρουργός J. Howard Payne εισήγαγε τον όρο «νοσογόνος παχυσαρκία» το 1963, προκειμένου να δώσει έμφαση στη νοσηρότητα που τη συνοδεύει και να πείσει τις ασφαλιστικές εταιρείες ότι η χειρουργική προσέγγιση έχει θέση και είναι επιβεβλημένη σε πολλές περιπτώσεις στην αντιμετώπιση της «υπέρμετρης παχυσαρκίας» (Kral, Heymsfield, 1987).

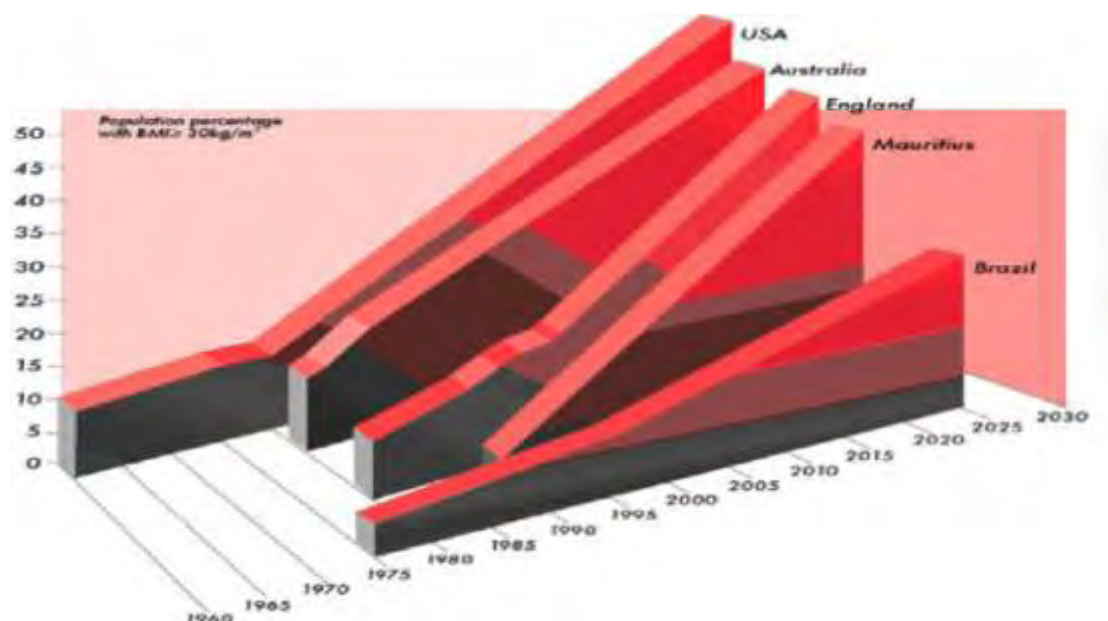
Ο ορισμός που δόθηκε και αναφέρεται στις περιπτώσεις εκείνες όπου το βάρος του ατόμου είναι διπλάσιο του «ιδανικού» ή το υπερβαίνει κατά 100 lb (45,5 Kg), και επέτρεψε στις ασφαλιστικές - εταιρείες να αρνηθούν την κάλυψη ατόμων που πλησίαζαν ή ξεπερνούσαν το διπλάσιο του «ιδανικού» βάρους για το ύψος τους.

## 1.2. Επιδημιολογικά στοιχεία

Τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων αυξάνουν με ανησυχητικό ρυθμό στο τέλος του 20 αιώνα, με αποτέλεσμα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας να χαρακτηρίσει την παχυσαρκία ως μια «παγκόσμια επιδημία» (WHO, 2000). Παγκοσμίως υπολογίζεται πως περισσότερο από ένα δισεκατομμύριο άτομα είναι υπέρβαροι και από αυτούς τουλάχιστον 300 εκατομμύρια είναι παχύσαρκοι (WHO, 2006).

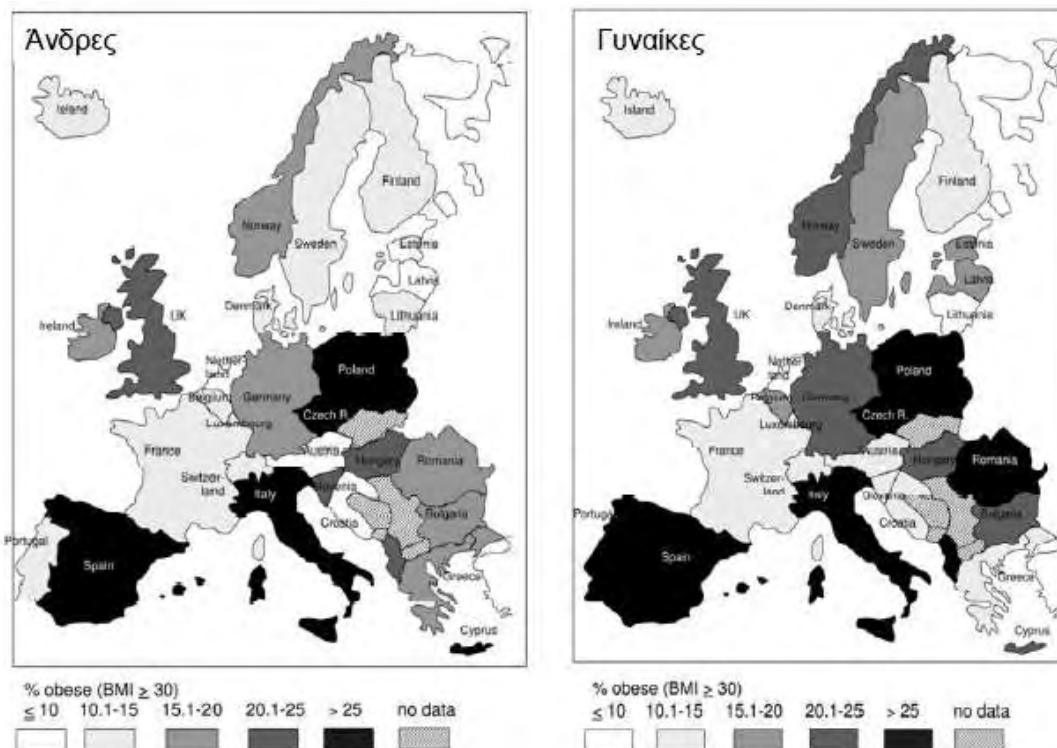
Το **σχήμα 1** δείχνει την πορεία της νόσου από το 1960 έως σήμερα καθώς επίσης και αυτή που αναμένεται να έχει μέχρι το έτος 2030 στις ΗΠΑ, στην Αγγλία, στην Αυστραλία, στα νησιά του Αγίου Μαυρικίου και στη Βραζιλία (Kopelman, 2000).

Σχήμα 1: Ποσοστά παχύσαρκων ατόμων σε διάφορες χώρες (πρόβλεψη έως το 2030). (Πηγή: Kopelman, 2000)



Τα ποσοστά είναι υψηλότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και αυξάνονται τόσο σε ανεπτυγμένες όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες. Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά υπέρβαρων ατόμων (Δ.Μ.Σ 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) στον ευρωπαϊκό πληθυσμό είναι 35,9% και τα ποσοστά των παχύσαρκων ατόμων (Δ.Μ.Σ>30kg/m<sup>2</sup>) είναι 17,2% με αποτέλεσμα περισσότερο από το 53% του ευρωπαϊκού πληθυσμού να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (James, 2008). Υπάρχει μεγάλη γεωγραφική διακύμανση με τα υψηλότερα ποσοστά στην Κεντρική, Ανατολική και Νότια Ευρώπη σε σχέση με την Δυτική και Βόρεια (Berghofer et al, 2008).

Σχήμα 2: Γεωγραφική διακύμανση στον επιπολασμό της παχυσαρκίας στην Ευρώπη για ενήλικες άνδρες και γυναίκες (πηγή: Berghofer et al. 2008).



Στην Ελλάδα, τα πιο πρόσφατα δεδομένα των Karantais et al δείχνουν πως ο μέσος ΔΜΣ του πληθυσμού είναι  $26,5 \text{ kg/m}^2$  ( $27,3$  για τους άνδρες και  $25,7 \text{ kg/m}^2$  για τις γυναίκες) (Karantais et al, 2006). Τα ποσοστά παχύσαρκων ατόμων είναι  $22,5\%$ , ( $26\%$  για τους άνδρες και  $18,2\%$  για τις γυναίκες) ενώ τα ποσοστά υπέρβαρων  $35,2\%$  ( $41,1\%$  για τους άνδρες και  $29,9\%$  για τις γυναίκες). Με βάση τα δεδομένα της μελέτης ΑΤΤΙΚΑ, η οποία χρησιμοποίησε αντιπροσωπευτικό τυχαίο δείγμα ενηλίκων στο νομό Αττικής τα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων ήταν  $53\%$  και  $20\%$  για τους άνδρες και  $31\%$  και  $15\%$  για τις γυναίκες (Panagiotakos et al, 2004). Τα ποσοστά κεντρικής παχυσαρκίας ήταν  $36\%$  για τους άνδρες και  $43\%$  για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας διέφερε στις αγροτικές ( $10\%$ ) από τις αστικές ( $25\%$ ) περιοχές αλλά αυτό εξηγήθηκε από τις διαφορές που υπήρχαν στην επαγγελματική κατάσταση των ατόμων. Η παχυσαρκία και το υπερβάλλον βάρος αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας για τον ελληνικό πληθυσμό, ειδικά για τους μεσήλικες και υπερήλικες, και σχετίζονται θετικά με τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής, το χαμηλό

μορφωτικό επίπεδο και τους κλασσικούς παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (Panagiotakos et al, 2004).

Η παχυσαρκία αποτελεί πρόβλημα για όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου, το οποίο με την πάροδο των ετών γίνεται ακόμα μεγαλύτερο. Σε όλες τις χώρες, αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες, η νόσος αυξάνει ραγδαία και έχει φτάσει σε «επίπεδα συναγερμού».

Η παθοφυσιολογία της παχυσαρκίας είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και ελάχιστα κατανοητή, αλλά φαίνεται να περιλαμβάνει γενετικούς, συμπεριφορολογικούς, ψυχολογικούς και άλλους παράγοντες (Copp & Allison, 2006). Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε οικογένειες δείχνουν πως σε ποσοστό 67%, η ποικιλότητα του δείκτη σωματικής μάζας μπορεί να ερμηνευθεί με βάση γενετικούς παράγοντες (Maes et al, 1997). Ωστόσο οι γενετικοί παράγοντες είναι απίθανο να εξηγήσουν σε επαρκή βαθμό τη ραγδαία αύξηση της επίπτωσης της παχυσαρκίας στις μέρες μας. Η συνεχώς μειούμενη φυσική δραστηριότητα (Brownson et al, 2005) και η αύξηση της κατανάλωσης εδεσμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο (Ledikwe et al, 2006).

Το οικονομικό κόστος μιας νόσου εκτιμάται με δυο τρόπους: το άμεσο και το έμμεσο κόστος. Στο άμεσο κόστος συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες διάγνωσης και θεραπείας που σχετίζονται με τη νόσο, ενώ στο έμμεσο κόστος περιλαμβάνεται η ελάττωση της παραγωγικότητας, η απώλεια ωρών εργασίας, λόγω ασθένειας και η θνησιμότητα από τη νόσο (μείωση εργατικού δυναμικού, λόγω πρόωρου θανάτου) (Κατσίκης και συν, 2009).

Η οικονομική επίπτωση της παχυσαρκίας έχει αναλυθεί σε αρκετές μελέτες. Σε μια από αυτές, οι ερευνητές Wolf και Colditz εκτίμησαν το άμεσο και έμμεσο κόστος της παχυσαρκίας, με βάση το Δ.Μ.Σ. πάνω από  $29\text{kg/m}^2$ , με τα σχετιζόμενα νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, η χολολιθίαση, ο καρκίνος του μαστού, του ενδομητρίου και του παχέος εντέρου και η οστεοαρθρίτιδα (Wolf & Colditz, 1998).

Στις ΗΠΑ τα ετήσια έξοδα που σχετίζονται με την παχυσαρκία και τις συνοσηρές με την παχυσαρκία καταστάσεις αγγίζουν 100 δισεκατομμύρια δολάρια (Wolf & Colditz, 1998), ενώ το 2000 η παχυσαρκία θεωρήθηκε ως το αίτιο 400.000 θανάτων (Mokdad et al, 2000). Μέσα σε αυτά τα πλαίσια διατυπώθηκε η άποψη πως τον 21ο αιώνα, η παχυσαρκία θα είναι ένα από τα σημαντικότερα αίτια σημαντικής μείωσης του προσδόκιμου επιβίωσης (Olshansky et al, 2005).



Σε αρκετές μελέτες εκτιμήθηκε, επίσης, η επίδραση της παχυσαρκίας στην ποιότητα ζωής, με διάφορα ερωτηματολόγια, όπως για παράδειγμα, το ερωτηματολόγιο IWQOL (Impact of Weight on Quality of Life), στα οποία αξιολογείται η επίδραση του σωματικού βάρους στις διάφορες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής στην αυτοεκτίμηση και στη σεξουαλική ζωή (Kolotin et al, 1995). Βρέθηκε, λοιπόν, ότι η παχυσαρκία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής, ενώ η απώλεια βάρους βελτιώνει όλες τις παραμέτρους, που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής (Kolotin et al, 1995; Kolotin et al, 1995(b)).

Η μελέτη SOS ανέδειξε μία δραματική βελτίωση της ποιότητας ζωής κατά τη διάρκεια της διετούς παρακολούθησης σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας, μία βελτίωση η οποία ξεκινούσε κατά βάση από μία βελτίωση των ψυχολογικών παραμέτρων των ασθενών (Karlsson et al, 1998). Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός πως ο βαθμός βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών σχετίζεται με το βαθμό απώλειας του σωματικού βάρους (Karlsson et al, 1998). Σε μία άλλη μελέτη βρέθηκε πως το 95 % από ένα σύνολο 275 ασθενών που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση γαστρικού bypass εμφάνισαν βελτίωση στην ποιότητα ζωής (Schauer et al, 2000), ενώ παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν και σε μία σειρά αρρώστων που υποβλήθηκαν σε επέμβαση τοποθέτησης ρυθμιζόμενου γαστρικού ιμάντα (Dixon et al, 2001).

### **1.3.Μονάδες μέτρησης και δείκτες αξιολόγησης της παχυσαρκίας**

Οι μέθοδοι για την μέτρηση της παχυσαρκίας, διακρίνονται στις άμεσες (εργαστηριακές) και στις έμμεσες (σωματομετρήσεις) με διαφορές ως προς την ακρίβεια, την εγκυρότητα, την ευχρηστία και το κόστος εφαρμογής (Lobstein et al, 2003).

#### **α) Εργαστηριακές μέθοδοι:**

- Η Ζύγιση μέσα στο νερό, Υδροστατική, (hydrodensitometry)
- Η Μαγνητική τομογραφία (MRI)
- Η Αξονική τομογραφία (CT)
- Η Ακτινοβολία δύο επιπέδων (DEXA-Dual energy X-ray Absorptiometry)

- Η Ανάλυση βιοηλεκτρικής αντίστασης (BIA-Bioelectrical impedance analysis)
- Η Καταγραφή εκτοπιζόμενου αέρα

#### **β) Σωματομετρήσεις:**

- Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) (BMI-Body Mass Index)
- Η Περιφέρεια μέσης (waist circumference)
- Ο λόγος της Περιφέρειας μέσης προς την περιφέρεια των ισχίων (WHR-Waist to Hip Ratio)
- Η μέτρηση δερματοπτυχών
- Ο λόγος της Περιφέρειας μέσης προς το σωματικό ύψος (WHtR-Waist to Height Ratio) (Παπαβραμίδης, 2002; Καφάτος, 2002; WHO, 1995).

### **1.4.Ταξινόμηση της παχυσαρκίας**

Για να γίνουν συγκρίσεις του βαθμού παχυσαρκίας ανάμεσα σε άτομα και πληθυσμιακές ομάδες, για να εκτιμηθεί ο βαθμός παχυσαρκίας καθώς επίσης και για να ακολουθηθεί η καταλληλότερη παρέμβαση τη καταλληλότερη στιγμή, είναι χρήσιμη η ταξινόμηση της παχυσαρκίας.

Παρακάτω ακολουθούν οι τέσσερις πιο βασικές μέθοδοι ταξινόμησης της παχυσαρκίας (Παπαβραμίδης, 2002; Καφάτος, 2002):

1. **Ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης**, σε: **Πρώιμη παχυσαρκία**, η οποία συμπεριλαμβάνει την παιδική και την εφηβική ηλικία (η οποία αναλυθεί στα επόμενα κεφάλαια). Αξίζει να σημειωθεί πως είναι δυσκολότερη και συνήθως εάν δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως παραμένει εφόρου ζωής και σε **όψιμη**, η οποία είναι των ενηλίκων.
2. **Ανάλογα με τη κατανομή του λίπους**, σε: **Κεντρική, σπλαχνική ή ανδρικού τύπου παχυσαρκία**, στην οποία υπάρχει εναπόθεση λίπους κυρίως στο άνω ήμισυ του θώρακος και σε **περιφερική, υποδόρια ή γυναικείου τύπου παχυσαρκία**, στην οποία υπάρχει εναπόθεση λίπους σε ολόκληρο το σώμα και κυρίως στο υποδόριο, τους γλουτούς και τους μηρούς
3. **Ανατομική ταξινόμηση**, σε: **Υπερπλαστική παχυσαρκία**, η οποία συνήθως εμφανίζεται τα πρώτα χρόνια ζωής, χαρακτηρίζεται από μεγάλη αύξηση του

αριθμού των λιποκυττάρων και είναι πολύ δύσκολη η αντιμετώπιση της (με συμβατικές μεθόδους) και σε **υπερτροφική** παχυσαρκία, η οποία συνήθως εμφανίζεται σε ενήλικες και χαρακτηρίζεται από αύξηση του μεγέθους των λιποκυττάρων και είναι ευκολότερη η αντιμετώπιση της. Σαν πλαίσιο αναφοράς, ένας μέσος μη παχύσαρκος άνθρωπος έχει περίπου 25-30 δισεκατομμύρια λιποκύτταρα. Για τους μέτρια παχύσαρκους ο παραπάνω αριθμός ανέρχεται σε 60-100 δισεκατομμύρια, ενώ για τους ογκώδεις παχύσαρκους ο αριθμός των λιποκυττάρων μπορεί να ανέλθει σε 300 ή και περισσότερα δισεκατομμύρια (William et al, 2001).

#### 4. Κλινική ταξινόμηση με βάση το ΔΜΣ - μονάδες μέτρησης και δείκτες παχυσαρκίας:

Οι πιο συνηθισμένες μονάδες μέτρησης και οι δείκτες παχυσαρκίας καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα 1:

**Πίνακας 1: Μονάδες μέτρησης και δείκτες παχυσαρκίας (πηγή Παπαβραμίδης, 2002)**

<b>ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ &amp; ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ</b>	
<b>ΔΕΙΚΤΗΣ</b>	<b>ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ</b>
«ιδανικό βάρος σώματος» (I.B.)	Kg
Βάρος σώματος (B)	Kg
Υπέρβαρο, επιπλέον ή πλεονάζον βάρος	Kg
Εκατοστιαίο υπέρβαρο	Kg %
Δ.Μ.Σ.	Kg/m <sup>2</sup>
Περίμετρος μέσης	Cm
Περίμετρος λεκάνης & γλουτών (περιφέρεια)	Cm
Σχέση μέσης προς περιφέρεια	-----
Πάχος δερματικών πτυχών	Cm
Ολικό λίπος σώματος	Kg

### 1.5. Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της παχυσαρκίας

Τα αίτια που εμπλέκονται στη γένεση της παχυσαρκίας είναι ποικίλα, ενώ στην όλη διαδικασία συμβάλλει και η αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων. Η φύση και τα αίτια της παχυσαρκίας είναι το θέμα εντατικής και συνεχιζόμενης έρευνας. Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες εμπλέκονται στη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταβλητών οι οποίοι περιλαμβάνουν ψυχολογικές επιρροές και επιρροές από τη μόρφωση (Mahan et al, 2004):

- Ενεργειακό Ισοζύγιο
- Γενετικοί παράγοντες (κληρονομικότητα)
- Περιβαλλοντικοί Παράγοντες
  - Κοινωνικές και πολιτικοοικονομικές αλλαγές
  - Κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ατόμου
  - Μορφωτικό επίπεδο
  - Ηλικία και φύλο
  - Εγκυμοσύνη
  - Ορμονικό και μεταβολικό παράγοντες
  - Ψυχογενείς παράγοντες
- Άλλοι παράγοντες που οδηγούν σε αύξηση βάρους
  - Φαρμακευτικά αίτια
  - Διακοπή καπνίσματος

### **Θεραπεία της παχυσαρκίας**

Η καταπολέμηση της παχυσαρκίας αποτελεί τη λύση στη μείωση των αρνητικών συνεπειών, σύμφωνα με δήλωση που εκδόθηκε από κοινού των American Cancer Society, American Diabetes Association και American Heart Association (Eyre et al, 2004).

Η θεραπεία της παχυσαρκίας περιλαμβάνει:

- **Συστάσεις για τη μείωση του σωματικού βάρους.** Η ενεργειακή πρόσληψη που συμμετέχει στο ενεργειακό ισοζύγιο μπορεί να επιδρά στο σωματικό βάρος. Μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την απώλεια βάρους δείχνει ότι η ενεργειακή πρόσληψη παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση του σωματικού βάρους. Όταν η ενεργειακή πρόσληψη μειώνεται μεταξύ των ενεργειακών αναγκών του σώματος, απώλεια βάρους θα επιτευχθεί (Jakicic et al, 2001). Οι πιο πρόσφατες διαιτητικές οδηγίες που εκδόθηκαν από το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) στις Ηνωμένες Πολιτείες συστήνουν ότι οι ενήλικες πρέπει να παίρνουν το 45-65% της διαιτητικής ενέργειας από τους υδατάνθρακες (CHO) και το 20-35% της ενέργειας από το λίπος (FAT) (IOM, 2002).
- **Φαρμακευτική αγωγή.** Υπάρχουν πλέον μόνο τρεις ουσίες εγκεκριμένες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, η ορλιστάτη, η σιμπουτραμίνη και ένα νέο σκεύασμα που κυκλοφόρησε προσφάτως, το rimonabant (Κόκκινος, 2008). Όλες οι τρέχουσες οδηγίες συστήνουν η

φαρμακοθεραπεία να είναι επιπρόσθετη των επεμβάσεων της τροποποίησης του τρόπου ζωής και να περιορίζεται η χρήση της σε ασθενείς με BMI>30 kg/m<sup>2</sup> (παχύσαρκος) ή με BMI>27 kg/m<sup>2</sup> (υπέρβαρος) με επιπρόσθετες ασθένειες, όπως υπέρταση, δυσλιπιδαιμία ή διαβήτης τύπου 2 (Κόκκινος, 2008; NHI, 1998; NTF, 1996). Η φαρμακολογία κατά της παχυσαρκίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για τη θεραπεία της ασθένειας αλλά οι αλλαγές στον τρόπο ζωής στα πλαίσια των προτύπων διαίτας και άσκησης είναι ακόμη το ουσιώδες ζήτημα της θεραπείας (Wangsness, 2000; Jakicic et al, 2001; Orzano and Scott, 2004).

- **Χειρουργικές επεμβάσεις.** Εγχείρηση για τη μείωση βάρους συνήθως συστήνεται σε άτομα με παχυσαρκία Τύπου III, BMI>40 kg/m<sup>2</sup>, οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν σε πρόγραμμα που περιλαμβάνει περιορισμό θερμίδων, τροποποίηση τρόπου ζωής, ψυχολογική υποστήριξη και εμπλοκή της οικογένειας και απέτυχαν (Κωνσταντινίδης, 2008; Orzano and Scott, 2004; Mahan and Escott-Stump, 2004). Στις αποδεκτές μεθόδους ανήκουν 1. γαστρικός δακτύλιος 2. γαστρικό bypass ή γαστρική παράκαμψη 3. επιμήκης γαστρεκτομή ή γαστρεκτομή «τύπου μανίκι» 4. χολοπαγκρεατική παράκαμψη – παράκαμψη δωδεκαδακτυλουενδογαστρικό μπαλονογαστροπλαστική ή διαμερισματοποίηση στομάχου. (Κωνσταντινίδης, 2008; Orzano and Scott 2004).
- **Τροποποίηση συμπεριφοράς/ τρόπου ζωής.** Η τροποποίηση του τρόπου ζωής ή συμπεριφοράς βασίζεται στην ανάλυση της συμπεριφοράς για να αναγνωριστούν γεγονότα που συνδέονται με απρεπείς όσο και κατάλληλες συνήθειες πρόσληψης τροφής, άσκησης ή σκέψης (Wadden and Sarver, 1998). Διάφορα είδη παρεμβάσεων έχουν χρησιμοποιηθεί με σκοπό την επίτευξη της τροποποίησης της διατροφικής συμπεριφοράς και γενικότερα του τρόπου ζωής (αύξηση σωματικής δραστηριότητας, μείωση ή διακοπή καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ) με μεγαλύτερο ή μικρότερο ποσοστό επιτυχίας. Παραθέτονται οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες.
  - Οι κοινοτικές παρεμβάσεις (community interventions)
  - Η ενημέρωση μέσω των MME (media campaigns)
  - Παρέμβαση μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary care lifestyle interventions) σε προσωπικό ή σε ομαδικό επίπεδο

- Οι προσωπικές συνεδρίες με επαγγελματίες υγείας (π.χ. διαιτολόγους)
- Παρέμβαση βάσει της συμβουλευτικής (counseling)
- Συμπεριφορική και γνωστική παρέμβαση (behavioral & cognitive intervention)
- Παρέμβαση βάσει των σταδίων αλλαγής (stages of change intervention)
- Παρέμβαση μέσω κινήτρων (motivational intervention) (Pignone et al, 2003; Sluijs et al, 2004).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> Επιπτώσεις της Παχυσαρκίας στην Υγεία

Είναι γνωστό πια ότι η παχυσαρκία αποτελεί πανδημία στις Δυτικές κοινωνίες του 21ου αιώνα. Επιδημικές διαστάσεις έχει προσλάβει και στη χώρα μας, στην οποία μάλιστα είναι ανησυχητικό ότι το ποσοστό παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας βρίσκεται μεταξύ των υψηλότερων στην Ευρώπη. Οι συνέπειες της παχυσαρκίας είναι σημαντικές για τη δημόσια υγεία, καθώς περιλαμβάνουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ<sub>2</sub>) και καρδιαγγειακής νοσηρότητας, αλλά και αυξημένη επίπτωση νεοπλασμάτων, συνδρόμου υπνικής άπνοιας, μυοσκελετικών διαταραχών κ.ά. Βεβαίως, μέσω της προδιάθεσης για ΣΔ<sub>2</sub>, η παχυσαρκία συμβάλλει στην ανάπτυξη χρόνιων διαβητικών επιπλοκών, όπως π.χ. η αμφιβληστροειδοπάθεια και οι λοιπές μικροαγγειακές διαταραχές. Ανεξάρτητα όμως από αυτό, υπάρχουν πλέον ενδείξεις ανάπτυξης περιφερικής νευροπάθειας και στο πλαίσιο της νοσηρότητας της ίδιας της παχυσαρκίας, χωρίς την προϋπόθεση του ΣΔ<sub>2</sub>. Η σχέση παχυσαρκίας και περιφερικής νευροπάθειας συζητείται ολοένα περισσότερο, δεδομένου ότι η τελευταία θεωρείται μια από τις συχνότερες νευρολογικές διαταραχές στην πράξη.

### 2.1. Νοσηρότητα και παχυσαρκία

Η παχυσαρκία δεν δημιουργεί μόνο προβλήματα εμφάνισης και καλαισθησίας αλλά συμβάλλει και στην εμφάνιση πολλών προβλημάτων υγείας. Παρακάτω αναφέρονται τα κυριότερα ιατρικά προβλήματα.

#### 2.1.1. Παχυσαρκία και καρδιαγγειακά

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ παχυσαρκίας και καρδιαγγειακής νόσου. Δεδομένα από την προοπτική μελέτη Framingham έδειξαν ότι η παχυσαρκία είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγων καρδιαγγειακής νόσου, ανεξάρτητα από τη σχέση παχυσαρκίας με τους άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου όπως η υπέρταση, η διαταραχή μεταβολισμού υδατανθράκων και η υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας της καρδιάς. Ο κυριότερος παράγοντας για τα αυξημένα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η δυσλιπιδαιμία δηλαδή

τα υψηλά επίπεδα χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών LDL και τα χαμηλά επίπεδα υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών HDL. Πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο παρουσιάζουν παχύσαρκα άτομα με συσσώρευση λίπους κυρίως στον κορμό. Επίσης, στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι η παχυσαρκία συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο για αιφνίδιο θάνατο, γεγονός που οφείλεται, ενδεχομένως, στις κοιλιακές αρρυθμίες και στις έκτακτες συστολές, που παρατηρούνται συχνότερα στα παχύσαρκα άτομα, τα οποία παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό υπερτροφία της αριστερής κοιλίας. (Hubert et al, 1983).

Σε άλλη κλινική μελέτη, στην οποία συσχετίστηκε η παχυσαρκία με την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου στις γυναίκες, βρέθηκε ότι, όταν ο Δ.Μ.Σ. είναι μεγαλύτερος από  $30\text{kg/m}^2$ , ο σχετικός κίνδυνος μη θανατηφόρων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και θανατηφόρων επεισοδίων στεφανιαίας νόσου σχεδόν τετραπλασιάζεται. Ο σχετικός κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο με Δ.Μ.Σ. 23 έως  $24,9\text{kg/m}^2$  ήταν 1,49, ενώ για Δ.Μ.Σ. 25 έως  $28,9\text{kg/m}^2$  ήταν 2,06, σε σχέση με Δ.Μ.Σ. κάτω από  $21\text{kg/m}^2$  (Willet et al, 1995).

### **2.1.2. Παχυσαρκία και υπέρταση**

Υπάρχουν πολλά στοιχεία που δείχνουν μία σταθερή σχέση μεταξύ της παρουσίας της παχυσαρκίας και μίας αυξημένης συχνότητας εμφάνισης υπέρτασης. Η εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, αυξάνεται σημαντικά με την παχυσαρκία, ενώ φαίνεται ότι η κεντρική (κοιλιακή) κατανομή του λίπους σχετίζεται ισχυρότερα με την υπέρταση (Van Gaal & Mertens, 1998). Η υπέρταση βελτιώνεται ή εξαφανίζεται με την απώλεια βάρους. Η αιτιολογία της εμφάνισης υπέρτασης στους παχύσαρκους δεν είναι γνωστή. Ο αυξημένος όγκος αίματος και οι αυξημένες περιφερικές αντιστάσεις φαίνεται να συνδέονται με την αυξημένη καρδιακή παροχή. Τα παχύσαρκα άτομα έχουν επίσης αυξημένα επίπεδα νορεπινεφρίνης που συμβάλουν στη αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων. Τα επίπεδα νορεπινεφρίνης, ρενίνης και αλδοστερόνης μειώνονται με την απώλεια βάρους. Οι μηχανισμοί που προκαλούν αυτές τις αλλαγές δεν είναι γνωστοί. Υποστηρίζεται ότι η ανοχή στην ινσουλίνη προκαλεί την εμφάνιση υπέρτασης σε παχύσαρκα αλλά και μη παχύσαρκα άτομα. Η ανοχή στην ινσουλίνη αυξάνει την επαναρρόφηση του νατρίου στα εγγύς και άπω εσπειραμένα σωληνάκια και αυξάνει τη δράση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Αν και πιθανός, ο αιτιολογικός



ρόλος της ινσουλinoαντοχής στην υπέρταση δεν έχει αποδειχθεί (Mokdad et al, 2001; Jakicic et al, 2001).

### **2.1.3. Παχυσαρκία και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2**

Η παχυσαρκία αποτελεί, επίσης, το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Το 80 έως 90% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι παχύσαρκοι. Το αυξημένο BMI σχετίζεται με την ανάπτυξη Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Η κεντρικού τύπου παχυσαρκία αποτελεί εγκυρότερο προμήνυμα για διαβήτη από το BMI μόνο. Η αυξημένη έκκριση ινσουλίνης, επέρχεται μείωση της λειτουργίας των β-κυττάρων του παγκρέατος με την πάροδο του χρόνου. Παχύσαρκα άτομα με κοιλιακό λίπος έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαβήτη. (Kopelman & Albou, 1997).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι 2,9 φορές μεγαλύτερος στους ενήλικες παχύσαρκους, από ότι στα άτομα με κανονικό σωματικό βάρος της ίδιας ηλικίας, ενώ είναι 3,8 φορές μεγαλύτερος σε παχύσαρκους ηλικίας 20 έως 45 ετών (Van Itallie, 1985).

Στη British Regional Heart Study, στην οποία 7.735 μεσήλικες Βρετανοί παρακολουθήθηκαν για 12,8 έτη, βρέθηκε ότι οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι άνδρες, με Δ.Μ.Σ. πάνω από 27,9kg/m<sup>2</sup>, είχαν 7 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη (Perry et al, 1995). Στη μελέτη του Chan και των συνεργατών του, σε 51.529 άνδρες, ηλικίας 45-75 ετών, που παρακολουθήθηκαν για 5 χρόνια, βρέθηκε ότι αυτοί που είχαν Δ.Μ.Σ. από 25 έως 26,9kg/m<sup>2</sup> παρουσίαζαν 2,2 φορές υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη (Ghan et al, 1994), από ότι εκείνοι με Δ.Μ.Σ. μικρότερο από 23kg/m<sup>2</sup>. Στην ίδια κλινική μελέτη βρέθηκε ότι όταν ο Δ.Μ.Σ. είναι μεγαλύτερος από 28kg/m<sup>2</sup>, ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 δεκαπλασιάζεται, ενώ όταν ο Δ.Μ.Σ. είναι πάνω από 35kg/m<sup>2</sup>, ο σχετικός κίνδυνος είναι 42,1 φορές μεγαλύτερος (Ghan et al, 1994).

Παρόμοια δεδομένα έχουν βρεθεί και στις γυναίκες. Στη Nurses' Health Study, σε 110.000 γυναίκες, με μέσο όρο παρακολούθησης 14 έτη, βρέθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τριπλασιάζεται, ακόμη και όταν ο Δ.Μ.Σ. είναι στα ανώτερα φυσιολογικά όρια (Δ.Μ.Σ. 22 έως 22,9kg/m<sup>2</sup>), σε

σύγκριση με τις γυναίκες με Δ.Μ.Σ.21 μικρότερο από 22kg/m<sup>2</sup> (Golditz GA et al,1995).

#### **2.1.4.Παχυσαρκία και καρκίνος**

Τα τελευταία χρόνια έχει μελετηθεί, σε αρκετές επιδημιολογικές μελέτες, η συσχέτιση της παχυσαρκίας με τη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων καρκίνων και ιδιαίτερα, των ορμονοεξαρτώμενων καρκίνων. Έχει βρεθεί ότι οι παχύσαρκοι άνδρες εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο του προστάτη (Freedland et al, 2008), ενώ οι παχύσαρκες γυναίκες μεγάλης ηλικίας, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για ορμονοεξαρτώμενους καρκίνους του αναπαραγωγικού συστήματος όπως ο καρκίνος του ενδομητρίου, των ωοθηκών και του μαστού (Leitzmann et al, 2009; Cohen et al, 2008; Patel et al, 2008;Barbusch & Swanson, 1996). Ειδικότερα, στον καρκίνο του μαστού έχει βρεθεί ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές παχύσαρκες γυναίκες, με Δ.Μ.Σ. πάνω από 27kg/m<sup>2</sup>, έχουν σχετικό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού 1,2 έως 15 φορές μεγαλύτερο, ενώ, αντίθετα, οι προεμμηνοπαυσιακές παχύσαρκες γυναίκες έχουν μικρότερο κίνδυνο (σχετικός κίνδυνος 0,6) (Barbusch & Swanson, 1996). Το ποσοστό λίπους της τροφής φαίνεται ότι είναι καθοριστικός παράγοντας κινδύνου. Έχει βρεθεί ότι, όταν τριπλασιαστεί η ημερήσια περιεκτικότητα της τροφής σε λίπος, δηλαδή από ποσοστό 15% σε 45%, η θνησιμότητα και η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι 5,5 φορές υψηλότερη (Hoskins,2005). Η παχυσαρκία, επίσης, σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου της χοληδόχου κύστης και καρκίνου του νεφρού. Επίσης αυξημένοι θάνατοι στα παχύσαρκα άτομα παρατηρήθηκαν και για αιματολογικούς καρκίνους όπως τα λεμφώματα τύπου non-Hodgkins και το πολλαπλούν μυέλωμα. (Adams et al, 2008; Larsson & Wolk ,2007).

#### **2.1.5.Παχυσαρκία και αναπαραγωγική λειτουργία**

Είναι γνωστή η σχέση παχυσαρκίας και διαταραχών της αναπαραγωγικής λειτουργίας, με τους μεν άνδρες να εμφανίζουν μειωμένη γενετήσια ορμή και ανικανότητα, τις δε γυναίκες αμηνόρροια. Σε παχύσαρκους άνδρες έχουν διαπιστωθεί μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης στο πλάσμα και μειωμένα επίπεδα SHBG (sex hormone binding globulin).Σε αυτούς τους άνδρες έχουν διαπιστωθεί αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων λόγω αυξημένης αρωματοποίησης των ανδρογόνων από τον

λιπώδη ιστό, οδηγώντας σε διαταραχή της λειτουργίας του άξονα υποθάλαμος- υπόφυση (Marin et al, 1996).

Στο σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, το οποίο χαρακτηρίζεται από χρόνια ολιγοωοθυλακιορρηξία ή ανωοθυλακιορρηξία και υπερανδρογοναιμία, οι παχύσαρκες γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές του εμμηνορρυσιακού κύκλου, σε σχέση με τις λεπτόσωμες γυναίκες (Balen et al, 1995). Όσον αφορά στην υπογονιμότητα, έχει βρεθεί ότι οι παχύσαρκες γυναίκες εμφανίζουν, σε υψηλότερο ποσοστό, αυτόματες αποβολές πρώτου τριμήνου, σε σχέση με τις γυναίκες με φυσιολογικό σωματικό βάρος 28. Συγκεκριμένα, σε μελέτη 13.000 γυναικών, που επιθυμούσαν εγκυμοσύνη, το ποσοστό αποβολών ήταν 11% στις γυναίκες με Δ.Μ.Σ. από 19 έως 24,9kg/m<sup>2</sup>, ενώ το ποσοστό αποβολών ήταν 14% σε γυναίκες με Δ.Μ.Σ. από 25 έως 27,9kg/m<sup>2</sup> και 15% σε γυναίκες με Δ.Μ.Σ. μεγαλύτερο από 28kg/m<sup>2</sup> (Αναστασίου, 2001). Επιπλέον, οι δόσεις της κιτρικής κλομιφένης, που απαιτούνται για πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας στις παχύσαρκες γυναίκες είναι υψηλότερες, συγκριτικά με τις δόσεις που απαιτούνται στις λεπτόσωμες γυναίκες (Norman & Clark, 1998). Τα ποσοστά επιτυχίας εγκυμοσύνης, ύστερα από πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας με γοναδοτροπίνες, είναι παρόμοια για τις γυναίκες με φυσιολογικό βάρος (Δ.Μ.Σ. 20 έως 24,9kg/m<sup>2</sup>) και για τις παχύσαρκες γυναίκες με Δ.Μ.Σ. έως 34,9kg/m<sup>2</sup>. Εντούτοις, όταν ο Δ.Μ.Σ. είναι μεγαλύτερος από 35kg/m<sup>2</sup>, τα ποσοστά επιτυχίας εγκυμοσύνης, ύστερα από πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας με γοναδοτροπίνες, είναι χαμηλότερα (Norman & Clark, 1998).

Στις παχύσαρκες γυναίκες έχουν διαπιστωθεί αυξημένα επίπεδα τεστοστερόνης και ανδροστενεδιόνης, χαμηλή SHBG και αυξημένος λόγος οιστρόνη / οιστραδιόλη, πιθανά λόγω αυξημένης παραγωγής ανδρογόνων από τα επινεφρίδια και τις ωοθήκες. Οι διαταραχές αυτές είναι παρόμοιες με αυτές που εμφανίζουν οι γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Η απώλεια σωματικού βάρους, όχι μόνο αντιστρέφει αυτές τις βιοχημικές αλλαγές, αλλά συχνά επανεμφανίζεται η έμμηνος ρύση. Τα αυξημένα ανδρογόνα, ανεξάρτητα, διεγείρουν την σπλαχνική εναπόθεση λίπους και την πρόσθετη αυξημένη μεταβολική κάθαρση των στεροειδών μέσω του λιπώδους ιστού. (Dunaif et al, 1992; Kopelman, 1998).

### **2.1.6. Παχυσαρκία και χολολιθίαση**

Ο κίνδυνος ανάπτυξης χολολιθίασης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον δείκτη μάζας σώματος. Δηλαδή όσο μεγαλύτερο είναι το BMI τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος ανάπτυξης χολολιθίασης. Επίσης η μεγάλη και απότομη απώλεια σωματικού βάρους αυξάνει τον κίνδυνο σχηματισμού χολόλιθων. Από την άλλη πλευρά η χοληδόχος κύστη γίνεται υποτονική λόγω της απουσίας τροφής στο 12δάκτυλο, με αποτέλεσμα τη δημιουργία λίθων. Οι περισσότεροι χειρουργοί αφαιρούν τη χοληδόχο κύστη στο γαστρικό by-pass. ( Mazzella et al 1998).

### **2.1.7. Παχυσαρκία και αναπνευστική δυσλειτουργία**

Οι διαταραχές στην πνευμονική λειτουργία στους παχύσαρκους ποικίλλουν από τις κλινικά ασήμαντες ποσοτικές διαταραχές στις αναπνευστικές λειτουργικές δοκιμασίες, μέχρι τη σοβαρή δυσλειτουργία με κλινικές συνέπειες. Η πνευμονική δυσλειτουργία είναι συχνή στη «σοβαρού βαθμού παχυσαρκία» και ειδικά στην ύπτια θέση (Gibson, 2000). Η μηχανική του θωρακικού τοιχώματος μεταβάλλεται και αφορά στη μειωμένη αναπνευστική διατασιμότητα και τη διαταραχή στη λειτουργία των αναπνευστικών μυών λόγω της υπερβολικής εναπόθεσης υποδορίου λίπους και του αυξημένου έργου της αναπνοής. Οι παχύσαρκοι ασθενείς παίρνουν γρήγορες και επιπόλαιες αναπνοές. Η λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα και ο εκπνευστικός εφεδρικός όγκος αέρα είναι μειωμένοι. Η μέγιστη εκπνευστική ροή είναι χαμηλή στους παχύσαρκους άνδρες (αλλά όχι στις γυναίκες), ακόμη και αν δεν είναι καπνιστές. Ο αερισμός γίνεται κυρίως στους άνω λοβούς, ενώ η αιμάτωση είναι μεγαλύτερη στα κατώτερα τμήματα, με αποτέλεσμα μία άνιση κατανομή αερισμού-αιμάτωσης και υποξαιμία. Σοβαρά παχύσαρκοι ασθενείς έχουν αυξημένο κίνδυνο υποαερισμού με αποτέλεσμα την εμφάνιση υπερκαπνίας. Η υποξαιμία μόνη της παρατηρείται στην παχυσαρκία, αλλά όταν συνδυάζεται με υπερκαπνία θέτει τη διάγνωση του συνδρόμου υποαερισμού στην παχυσαρκία ή συνδρόμου Pickwick. Η αιτία του υποαερισμού είναι μία ελαττωμένη ανταπόκριση στα ερεθίσματα της υποξαιμίας και της υπερκαπνίας, αν και μηχανικοί παράγοντες και η αδυναμία των αναπνευστικών μυών παίζει αναμφισβήτητα σημαντικό ρόλο. Η άπνοια στον ύπνο είναι συνήθης στους παχύσαρκους ασθενείς με κυψελιδικό υποαερισμό. Δεν είναι γνωστό όμως κατά πόσο εμφανίζεται συχνότερα στους παχύσαρκους παρά στα άτομα φυσιολογικού βάρους. Εντούτοις, η άπνοια στον ύπνο έχει πιο σοβαρές συνέπειες

στην παχυσαρκία λόγω της συνυπάρχουσας πνευμονικής δυσλειτουργίας. Το σύνδρομο της άπνοιας στον ύπνο μπορεί να είναι κεντρικής (δεν υπάρχουν αναπνευστικές κινήσεις), αποφρακτικής (δεν υπάρχει ροή κατά τις αναπνευστικές κινήσεις), ή μικτής αιτιολογίας. Η μελέτη ύπνου είναι χρήσιμη για τη διάκριση της κεντρικής από την αποφρακτική άπνοια. Στους παχύσαρκους ασθενείς με αποφρακτική άπνοια, η αντιμετώπιση αρχικά περιλαμβάνει την απώλεια βάρους και μπορεί να υπάρχει βελτίωση με σχετικά μικρή απώλεια βάρους (10-20 Kg)( Shlomo Kyzer,1998).

#### **2.1.8.Παχυσαρκία και πεπτικό και μυοσκελετικό σύστημα**

Η επίδραση της παχυσαρκίας στο πεπτικό και στο μυοσκελετικό σύστημα αφορά την εμφάνιση της μη αλκοολικής λιπώδους διήθησης του ήπατος, της χολολιθίασης, των διαταραχών της κινητικότητας του γαστρεντερικού συστήματος, της οστεοαρθρίτιδας του γόνατος και του ισχίου και την αύξηση του ουρικού οξέος. Η μη αλκοολική λιπώδης διήθηση του ήπατος είναι συχνή επιπλοκή της παχυσαρκίας και χαρακτηρίζεται από αύξηση των ηπατικών ενζύμων και των τριγλυκεριδίων, ηπατομεγαλία και ιστολογική παρουσία τυπικών ευρημάτων αλκοολικής ηπατίτιδας, όπως η λιπώδης διήθηση, η φλεγμονή, τα σωμάτια Mallory και η περικεντρική ίνωση, χωρίς ιστορικό ιογενούς ηπατίτιδας Β ή C (Clain & Lefkowitz,1987). Η συχνότητα της λιπώδους διήθησης του ήπατος, σε μεγάλες σειρές βιοψιών ήπατος από παχύσαρκα άτομα, κυμαίνεται από 60-90% και η βαρύτητά της σχετίζεται με το βαθμό της παχυσαρκίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις η λιπώδης διήθηση μπορεί να συνοδεύεται από σημαντικό βαθμό ηπατική νέκρωση, στεατονέκρωση ή στεατοηπατίτιδα και να εξελιχθεί σε κίρρωση του ήπατος. Η χολολιθίαση είναι, επίσης, συχνότερη σε παχύσαρκα άτομα και έχει βρεθεί ότι γυναίκες με Δ.Μ.Σ. πάνω από 45kg/m<sup>2</sup> έχουν επταπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης συμπτωματικής χολολιθίασης, σε σύγκριση (Kamrath et al, 1992) με τις γυναίκες με Δ.Μ.Σ. πάνω από 24kg/m<sup>2</sup>. Όσον αφορά στην οστική μάζα, είναι γνωστό ότι οι παχύσαρκες γυναίκες, σε αντίθεση με τις λεπτώσμες, δεν εμφανίζουν οστεοπόρωση, ενώ αντίθετα, εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα οστεοαρθρίτιδας (Van Loan et al, 1998; Haffner & Bauer, 1993). Στη μελέτη Framingham Osteoarthritis, που έγινε κατά το χρονικό διάστημα 1948-1951, σε άτομα με μέση ηλικία 37 ετών, βρέθηκε ότι τα άτομα με αυξημένο σωματικό

βάρος εμφάνιζαν αύξηση, κατά 50%, του κινδύνου για οστεοαρθρίτιδα γόνατος, τα επόμενα 36 χρόνια (Kuczmarski et al, 1994).

## **2.2 Θνησιμότητα:**

Η παχυσαρκία στις ΗΠΑ είναι η δεύτερη δυνητικά προσλαμβανόμενη αιτία θανάτου μετά το κάπνισμα και ευθύνεται για 300.000 θανάτους ετησίως. Η θνησιμότητα στους παχύσαρκους άνδρες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό είναι 12 φορές μεγαλύτερη στις ηλικίες 25-34 έτη και μειούμενη με την αύξηση της ηλικίας φτάνει στο διπλάσιο για τις ηλικίες 65-74 έτη (Adams et al, 2006).

Ευρωπαϊκές και αμερικανικές έρευνες μεγάλης κλίμακας έδειξαν ότι άτομα με ΔΜΣ 20–25 kg/m<sup>2</sup> εμφανίζουν τις μικρότερες πιθανότητες θανάτου (Berrington de Gonzalez et al, 2010; Whitlock et al, 2009) ανάμεσα σε μη καπνιστές, και με 24–27 kg/m<sup>2</sup> αντίστοιχα ανάμεσα σε καπνιστές (Calle et al, 1999; Pischon et al, 2008).

Σε γυναίκες με ΔΜΣ άνω του 32 παρατηρείται διπλάσια συχνότητα θανάτων σε διάστημα 16 χρόνων (Manson et al, 1995).

Θεωρείται ότι η παχυσαρκία στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ευθύνεται για 111.909 με 365.000 θανάτους το χρόνο (Allison et al, 1999; Haslam & James, 2005) ενώ ένα εκατομμύριο θάνατοι στην Ευρωπαϊκή Ένωση (7.7%) αποδίδονται στο υπερβολικό πάχος (Fried et al, 2007).

Κατά μέσο όρο, η παχυσαρκία μειώνει τον προσδόκιμο χρόνο ζωής κατά έξι με επτά χρόνια (Haslam & James, 2005; Peeters et al, 2003): ΔΜΣ 30–35 μειώνει τον προσδόκιμο χρόνο ζωής κατά δύο με τέσσερα χρόνια (Whitlock et al, 2009), ενώ οι κλινικά παχύσαρκοι ασθενείς (ΔΜΣ > 40) έχουν μειωμένο προσδόκιμο χρόνο ζωής ως και 10 χρόνια. (Whitlock et al, 2009).

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> Επιπτώσεις της Παχυσαρκίας στην ψυχική Υγεία**

Τα δεδομένα που υπάρχουν όσον αφορά τις ψυχολογικές συνέπειες της παχυσαρκίας είναι ποικίλα (Carroll et al, 2010; Payne, 2010). Δεν είναι σαφές αν η παχυσαρκία προκαλεί αυτές τις συνέπειες, αν αυτές οι ψυχολογικές μεταβλητές συμμετέχουν στην εμφάνιση ή και στη διατήρηση της παχυσαρκίας ή αν η σχέση είναι σύνθετη και περιλαμβάνει ένα ευρύτερο σύνολο μεταβλητών (Rojas and Storch, 2010) .

Η εντύπωση ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη, άγχος, καταναγκαστική συμπεριφορά και ορισμένα αποκλίνοντα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι πολύ διαδεδομένη (de Wit et al, 2010).

Μελέτες στο γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι η επίπτωση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε παχύσαρκους διαφέρει από εκείνη σε μη παχύσαρκους. Οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης τις διατροφικές συνήθειες. Πολλοί τρώνε ως αντίδραση σε αρνητικά συναισθήματα, όπως πόνο, κατάθλιψη ή θυμό (Katon et al, 2010) . Επίσης, η παχυσαρκία θεωρείται συχνά ως συνέπεια της έλλειψης βούλησης και αδυναμιών ή ως μια «επιλογή τρόπου ζωής» - η επιλογή του υπερβολικού φαγητού και της ελάχιστης φυσικής δραστηριότητας. Είναι ορθότερο να αντιληφθεί κανείς την παχυσαρκία ως νόσο παρά ως επιλεγμένο τρόπο ζωής. Η αλήθεια είναι ότι η αρνητική εικόνα για το σώμα τραυματίζει περισσότερο τον ψυχισμό των ανθρώπων. Μεγάλες επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν γενικά μεγαλύτερη συναισθηματική κόπωση, ενώ συσχετίζουν άμεσα την κακή εικόνα που έχουν για το σώμα τους με το περιττά κιλά τους (Boutelle et al, 2010; Katon et al, 2010) . Οι παχύσαρκοι ασθενείς εμφανίζουν συνολικά μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία απ' ό,τι οι άνθρωποι με φυσιολογικό σωματικό βάρος (Katon et al, 2010; Azarbad and Gonder-Frederick, 2010).

### **3.1. Παχυσαρκία και κατάθλιψη**

Ερευνητικές εργασίες συνηγορούν υπέρ μιας σχέσης μεταξύ παχυσαρκίας και κατάθλιψης (Roberts et al, 2000). Καταθλιπτικοί έφηβοι έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης και διατήρησης της παχυσαρκίας κατά την εφηβεία (Goodman and

Whitaker 2002), Σε μελέτη των Stunkard, et al (2003) η κατάθλιψη μεταξύ των εφήβων ήταν παράγοντας πρόβλεψης μεγαλύτερου ΜΣ στην ενήλικη ζωή από ότι σε άτομα που δεν είχαν κατάθλιψη. Στις γυναίκες, η παχυσαρκία σχετίζεται με την μείζονα κατάθλιψη και η σχέση αυτή αυξάνει σε γυναίκες με υψηλότερο κοινωνικοοικονομική θέση. Στους άνδρες υπάρχει μια αρνητική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και παχυσαρκίας και δεν υπάρχει σχέση με την κοινωνικοοικονομική θέση. Μια γενετική ευαισθησία τόσο στην κατάθλιψη όσο και στην παχυσαρκία μπορεί να εκφραστεί λόγω περιβαλλοντολογικών επιδράσεων. Δυσμενέ γεγονότα στη ζωή του παιδιού μπορεί να προάγουν την εξέλιξη και της κατάθλιψης και της παχυσαρκίας και την συνύπαρξή τους. Η κατάθλιψη μπορεί να ακολουθήσει χρονικά την παχυσαρκία όπως διαπιστώθηκε σε προοπτική μελέτη των Roberts et al (2003) σε 2123 άτομα ηλικίας >50 ετών που μελετήθηκαν από το 1994 μέχρι το 1999 στις ΗΠΑ.

Μεγαλύτερες πιθανότητες για κατάθλιψη διαπιστώθηκαν σε παχύσαρκα άτομα, γυναίκες, ανύπαντρα, με περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης, χρόνιες σωματικές διαταραχές και ήταν παιδιά παχύσαρκων γονέων (Dong et al, 2004).

Η παχυσαρκία σχετίζεται με υψηλότερο βαθμό άγχους, κατάθλιψης και χαμηλότερης ποιότητας ζωής σε γυναίκες αλλά όχι σε άνδρες (Jorm et al, 2003).

Οι Mastillo και οι συνεργάτες τους (2003) διερεύνησαν την σχέση παιδικής παχυσαρκίας και κατάθλιψης. Το χαρακτηριστικό εύρημα αυτής της έρευνας είναι ότι βρέθηκαν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης στα αγόρια που ήταν χρόνια παχύσαρκα. Αντίθετα δεν ανιχνεύτηκε κατάθλιψη στα αγόρια που εμφάνισαν παχυσαρκία για πρώτη φορά στην εφηβεία ή είχαν περιόδους με μειωμένο βάρος εναλλασσόμενες με περιόδους παχυσαρκίας.

Σύμφωνα με τους Burrows και Cooper (2002 ) η κατάθλιψη είναι ένα από τα αποτελέσματα της παιδικής παχυσαρκίας και επιπλέον όταν συνυπάρχει με χαμηλή αυτοεκτίμηση και ανησυχία για το βάρος και το σχήμα του σώματος, αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση διαταραχών διατροφής, (βουλιμία, βουλιμαρεξία, ανορεξία ) στα κορίτσια. Ο Stice και οι συνεργάτες τους (2006) διερεύνησαν την σχέση της παιδικής κατάθλιψης σε συνάρτηση με την εμφάνιση της παχυσαρκίας στην προεφηβεία και εφηβεία. Συγκεκριμένα διερεύνησαν κατά πόσο η κατάθλιψη σε κορίτσια ηλικίας 11-12ετών οδηγεί στην παχυσαρκία στην εφηβεία και κατέληξαν στο ότι η κατάθλιψη αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση της παχυσαρκίας στην εφηβεία στα κορίτσια όταν η ύπαρξη της συνοδεύεται με



πρακτικές ελέγχου του βάρους όπως η διαίτα ή η σωματική άσκηση (Stice et al, 2006).

### **3.2.Παχυσαρκία και Άγχος**

Αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν υποδείξει ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στο χρόνιο στρες, την παχυσαρκία και το ενδοκοιλιακό λίπος. Μάλιστα σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, η κοιλιακή παχυσαρκία είναι συσχετισμένη με έντονες ψυχολογικές καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, και με κοινωνικές δυσκολίες, όπως η ανεργία και το διαζύγιο. Το φαινόμενο αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι η εκκρινόμενη λόγω του στρες κορτιζόλη τροφοδοτεί την εναπόθεση λίπους στην κοιλιά, αυξάνοντας το μέγεθος των λιποκυττάρων. Ωστόσο το παράδοξο είναι ότι κάτω από συνθήκες στρες επειδή ο οργανισμός χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις ενεργειακές του αποθήκες θα έπρεπε να παρατηρείται απώλεια βάρους. Εντούτοις, αυτό δεν προκύπτει. Σειρά από μελέτες υπέδειξαν ότι τα άτομα που είναι πιο ευάλωτα στο στρες έχουν μια μεγαλύτερη έκθεση στην κορτιζόλη. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα παχύσαρκα άτομα είναι περισσότερο ευάλωτα στο χρόνιο στρες συγκριτικά με τα άτομα φυσιολογικού βάρους. Το έτος 2000 οι Elissa Epel και οι συνεργάτες της από το Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια των Η.Π.Α., υπέδειξαν ότι το αυξημένο στρες μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη αποθήκευση ενδοκοιλιακού λίπους τόσο σε παχύσαρκες όσο και σε λεπτές γυναίκες. Μελέτες που ακολούθησαν κατέδειξαν ότι πράγματι το στρες αυξάνει το ενδοκοιλιακό λίπος σε όλα τα άτομα ανεξάρτητα του βάρους τους. Έτσι δεν είναι πλέον ασύνηθες να βλέπουμε άτομα φυσιολογικού βάρους, τα οποία έχουν όμως αυξημένο λίπος στην περιοχή της κοιλιάς ( Epel et al, 2000).

Μελέτες έχουν αναφέρει ότι το ψυχολογικό στρες σχετίζεται με μεγαλύτερη κατανάλωση τροφίμων, ιδιαίτερα τη κατανάλωση τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά (Sims et al, 2008; Kandiah et al,2008; Wallis and Hetherington,2009).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Kandiah et al, το 2008 εξετάστηκε η σχέση μεταξύ των διατροφικών προτιμήσεων των ενηλίκων, κάτω υπό κανονικές (μη στρεσογόνες) και αγχωτικές συνθήκες. Σε ένα σύνολο από 185 εργαζόμενους σε πανεπιστήμιο οι οποίοι ολοκλήρωσαν ένα InQsit, μια έρευνα 31 στοιχείων στρεσογενούς σίτισης. Εξήντα επτά τοις εκατό (67%) είχαν αλλαγές στην

όρεξη τους όταν αισθάνονταν στρεσαρισμένοι, με το 69% από αυτούς να δείχνουν μια αύξηση στην όρεξη και 31% μείωση. Υπό συνθήκες στρες, οι συμμετέχοντες επέλεξαν μια ευρύτερη ποικιλία γλυκών ( $p \leq .001$ ) και αλμυρών/τραγανών τροφίμων ( $p = 0,004$ ). Οι έντονα συγκρατημένοι συμμετέχοντες επέλεξαν σημαντικά περισσότερα είδη γλυκών τροφίμων ( $p = 0,031$ ) και ποτών ( $p = 0,020$ ) σε σχέση με τους ελαφρώς συγκρατημένους συμμετέχοντες. Η ποικιλία από διάφορα πιάτα μειώθηκε σημαντικά ( $p = 0,048$ ) με την αύξηση της ηλικίας. Η έρευνα αυτή δείχνει ότι η πλειοψηφία των ενηλίκων μπορεί να παρουσιάσει αυξημένη όρεξη με το στρες και μπορεί να επιλέξει περισσότερα είδη γλυκών και αλμυρών / τραγανών τροφίμων. Υπό κανονικές και αγχωτικές συνθήκες, φαίνεται ότι το φύλο, η ηλικία, και το επίπεδο συγκράτησης μπορεί επίσης να επηρεάσουν τις διατροφικές επιλογές (Kandiah et al, 2008).

Σε άλλη έρευνα με στόχο να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ αντιληπτού στρες και στις διατροφικές συμπεριφορές με υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά τροφές, σε ένα δείγμα Αφροαμερικανών (AAS). Οι στόχοι της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ αντιληπτού στρες και στις διατροφικές συμπεριφορές με υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά τροφές, σε ένα δείγμα της AAS, να εξετάσει κατά πόσον η σχέση αυτή είναι ισχυρότερη μεταξύ των υπέρβαρων και παχύσαρκων συμμετεχόντων και να εξετάσει κατά πόσο ο τυχαίος προγραμματισμός των γευμάτων μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ αντιληπτού στρες και στις διατροφικές συμπεριφορές με υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά τροφές. Εκατόν πενήντα εννέα ενήλικες από μια μητροπολιτική περιοχή ολοκλήρωσαν την κλίμακα αντιληπτού άγχους (PSS-10), το ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Κατανάλωσης Τροφής (EBPQ), ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο και μετρήθηκαν ως προς τον δείκτη μάζας σώματος. Το αντιληπτό στρες συνδέθηκε με τον τυχαίο σχεδιασμό και την συναισθηματική κατανάλωση, αλλά δεν σχετίζεται με άλλους τομείς κατανάλωσης τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά στο συνολικό δείγμα. Τα ευρήματα αυτά ισχύουν για υπέρβαρους και παχύσαρκους συμμετέχοντες με την προσθήκη γλυκών σνακ. Οι διατροφικές συμπεριφορές κατανάλωσης τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά δεν διαμεσολαβούνται από τυχαίο προγραμματισμό των γευμάτων. Αυτά τα ευρήματα είναι παρόμοια με ευρήματα άλλων μελετών που δείχνουν μια σχέση μεταξύ άγχους και διατροφής. Μακροπρόθεσμες παρεμβάσεις για την υψηλή κατανάλωση λίπους και τη παχυσαρκία θα πρέπει να περιλαμβάνουν εξέταση του αντιληπτού στρες μεταξύ των A.A (Sims et al, 2008).

Δύο μελέτες διερεύνησαν την σχέση σίτισης και στρες. Η πρώτη εξέτασε τις αυτοαναφερόμενες αλλαγές στην κατανάλωση πρόχειρου φαγητού, ενώ η δεύτερη εξέτασε το άγχος που προκαλείται από την υπερκατανάλωση σε ένα εργαστήριο, συγκρίνοντας τα υψηλής (HF) και χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά (LF) σνακ. Ογδόντα εννέα γυναίκες συμπλήρωσαν το ολλανδικό Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Σίτισης (DEBQ), καθώς και μια δική τους έκθεση μέτρησης που αποσκοπεί στο να αξιολογήσει τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες ως απάντηση στο άγχος. Η αυξημένη πρόσληψη HF σνακ σχετιζόταν με την υψηλή συναισθηματική κατανάλωση, αλλά όχι με την αυτοσυγκράτηση. Ένα πείραμα στο εργαστήριο συνέκρινε την πρόσληψη HF και LF σνακ μετά από δραστηριότητες που αφορούν την απειλή του εγώ και ονομασία χρώματος Stroop. Η πρόσληψη κατεστάλη κατά 31,8% στους συγκρατημένους σε σύγκριση με τους ανεξέλεγκτους καταναλωτές τροφής κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων αυτών. Οι συγκρατημένοι κατανάλωναν σημαντικά λιγότερο μετά από την απειλή του εγώ τους από ό, τι μετά την ουδέτερη χειραγωγή, αλλά αυτό σχετιζόταν μόνο με την πρόσληψη του LF σνακ. Η πρόσληψη ξηρών καρπών των συγκρατημένων κατεστάλη κατά 33,2% μετά από την απειλή του εγώ τους σε σχέση με την ουδέτερη χειραγωγή, παρά τη σημαντική αύξηση στην πείνα για αυτήν την ομάδα μετά την απειλή του εγώ τους. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι το είδος και η ποικιλία των τροφίμων που προσφέρονται επηρεάζει τη σύνδεση μεταξύ άγχους και διατροφής σε αυτούς που εξετάστηκαν εργαστηριακά. Η μελλοντική περαιτέρω έρευνα θα πρέπει να στοχεύει να επαναλάβει και να επεκτείνει αυτά τα ευρήματα, με σκοπό την ενημέρωση των δυνητικών παρεμβάσεων για το φαγητό που σχετίζεται με το άγχος (Wallis, Hetherington, 2009).

### **3.3. Παχυσαρκία και Διατροφικές διαταραχές**

Τα πολυπαραγοντικά αίτια που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά συνοψίζονται στην εικόνα 1. Η κατανάλωση τροφής είναι πολύ μεγαλύτερη και αναγκαία σ' αυτές τις περιπτώσεις από αυτήν που χρειάζεται ο άνθρωπος για να μετατραπεί σε ενέργεια και συνεπώς αποθηκεύεται σε λίπος.

Εικόνα 1: Τα Πολυπαραγοντικά αίτια της Διατροφικής Συμπεριφοράς(πηγή: Χατζηδημητρίου,2012)



Οι διαταραχές διατροφής μπορούν να αποδοθούν σε σχέση με την ύπαρξη τριών χαρακτηριστικών: δυσλειτουργική διατροφική συμπεριφορά, αρνητική εικόνα σώματος, και προσπάθειες (επιτυχείς ή ανεπιτυχείς) απώλειας βάρους. Εκτός από την παραπάνω παθολογική διατροφική συμπεριφορά, τα άτομα με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής υποφέρουν συνήθως από κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές προσωπικότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Jansen, 2001).

Οι Διατροφικές Διαταραχές (Colton et al., 2004), συμπεριλαμβανομένης της νευρικής ανορεξίας, της νευρικής βουλιμίας και των ηπιότερων εκδοχών τους (διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς [EDNOS] και υποκλινικές διαταραχές) είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από πολύ διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και έχουν ψυχολογικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα. Οι διατροφικές αυτές συμπεριφορές, μπορεί να περιλαμβάνουν νηστεία και δίαιτα, αδηφαγικό τρώγειν, αυτοπροκαλούμενο έμετο, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, χαπιών δίαιτας και άλλων φαρμάκων καθώς και εντατική και υπερβολική άσκηση για έλεγχο του βάρους. Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα περιλαμβάνουν ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος, διαταραγμένη εικόνα σώματος και σοβαρά διαταραγμένες συμπεριφορές όσον αφορά το φαγητό, τις θερμίδες και γενικά το τρώγειν. Οι διατροφικές διαταραχές έχουν

αυξημένη ιατρική και ψυχιατρική παθολογία και το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές, κυρίως μέσω αυτοκτονίας. Η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών φαίνεται να είναι σύνθετη και πολυπαραγοντική, περιλαμβάνοντας προσωπικούς, οικογενειακούς, περιβαλλοντικούς, γενετικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Butryn and Wadden, 2005).

Διατροφικές διαταραχές, όπως η νευρογενής ανορεξία, η νευρογενής βουλιμία και το αδηφαγικό τρώγειν, επηρεάζουν ένα μικρό ποσοστό εφήβων της τάξεως του 1-3%, αλλά υπάρχει ανησυχία λόγω των σοβαρών συνεπειών τους στην υγεία και των συνεχώς αυξανόμενων τάσεων που παρουσιάζουν (Haines and Neumark-Sztainer, 2006). Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι τα ποσοστά τις νευρογενούς βουλιμίας στις γυναίκες ηλικίας 10-39 ετών τριπλασιάστηκαν μεταξύ των ετών 1988-1993 και θα συνεχίσουν να αυξάνονται. Σε επιδημιολογική μελέτη που διεξήχθη σε επίπεδο κοινότητας στην Βόρεια Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη και μελετούσε τις διατροφικές διαταραχές, βρέθηκε ότι το 0,3% και 1% των νέων κοριτσιών έπασχαν από νευρογενή ανορεξία και νευρογενή βουλιμία, αντίστοιχα (Machado et al., 2007).

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Αίσθηση συνοχής, Ψυχική υγεία: αυτοεκτίμηση και διαμεσολαβητικός ρόλος της αίσθησης συνοχής.**

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεώρηση της παχυσαρκίας, ασυνείδητες συγκρούσεις οδηγούν στην υπερφαγία. Το παχύσαρκο άτομο χαρακτηρίζεται από παθητική εξάρτηση, συναισθηματική απογοήτευση, έντονη επιθυμία να αγαπηθεί, και ελλειπείς ικανότητες αντιμετώπισης προβλημάτων (McReynolds, 1982; Brownell and Wadden, 1992). Η υπερφαγία είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής δυσφορίας, άγχους και κατάθλιψης (Brownell and Wadden, 1992).

Η παχυσαρκία συχνά οδηγεί σε αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά οι οποίες εκδηλώνονται με τη μορφή κατάθλιψης, απόσυρσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και ευερεθιστότητας. Οι παχύσαρκοι συχνά δέχονται πιέσεις από το περιβάλλον τους, ενώ δεν λείπουν οι διακρίσεις σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο (Τοκμακίδης, 2003).

### **4.1.Η έννοια του εαυτού**

Κατά τον Burns (1982), η έννοια του εαυτού εμφανίζεται να έχει τριπλό ρόλο: (α) διατηρεί την εσωτερική συνοχή του ατόμου, (β) καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται οι διάφορες εμπειρίες, και (γ) παρέχει ένα σύνολο προσδοκιών (Burns, 1982).

Η έννοια του εαυτού είναι μια σύνθετη και πολυδιάστατη κατάσταση. Ωστόσο, υπάρχει γενική συμφωνία ότι οι δυο βασικές συνιστώσες της είναι η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση. Η αυτοαντίληψη είναι η γνωστική πλευρά της έννοιας του εαυτού και αντιπροσωπεύει μια δήλωση, μια περιγραφή ή μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του. Η νοητική, σε περιεχόμενο, θεώρηση του εαυτού μας είναι αδύνατο να είναι απαλλαγμένη ή να μη συνοδεύεται από συναισθηματική φόρτιση, που είναι το κύριο νόημα της αυτοεκτίμησης. Επομένως, η αυτοεκτίμηση δηλώνει τη συναισθηματική πλευρά του εαυτού και αναφέρεται στη «σφαιρική άποψη που έχει κάποιος για την αξία του ως ατόμου». Το στοιχείο της αυτοαξιολόγησης ενέχεται και στις δύο συνιστώσες της έννοιας του εαυτού (Ποταμιάνος, 2002).

Η έννοια του εαυτού μπορεί να τοποθετηθεί στο πλαίσιο μελέτης των στάσεων. Η στάση περιέχει τρία συστατικά στοιχεία (Παρασκευόπουλος, 1993): το γνωστικό, το συναισθηματικό και το πραξιακό. Έτσι ως στάση σε σχέση με τον εαυτό, η έννοια του εαυτού θα περιλαμβάνει αντίστοιχα: 1) μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του (αυτοαντίληψη), 2) μια συναισθηματική ένταση για την πεποίθηση αυτή (αυτοεκτίμηση) και 3) πιθανόν μια αντίδραση ορμώμενη από τις άλλες δύο πτυχές. Για παράδειγμα ένα άτομο 1) θεωρεί τον εαυτό του υπέρβαρο, 2) αισθάνεται απογοητευμένος με την σωματική του εμφάνιση και 3) πιθανόν παρακινείται να κάνει δίαιτα ή αποσύρεται από την κοινωνική ζωή για να αποφύγει, πιθανόν, αρνητικά σχόλια για την παχυσαρκία του (Burns, 1982).

#### **4.2.Ο όρος «αυτοαντίληψη»**

Μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η αυτοαντίληψη για τους περισσότερους μελετητές ορίζεται ως η εικόνα που το άτομο διαμορφώνει για τον εαυτό του. Σύμφωνα με το μοντέλο των Shavelson, Hubner and Stanton (1976) που αναγνωρίζει την πολυδιάστατη πτυχή της αυτοαντίληψης, η αυτοαντίληψη ορίζεται ως η αντίληψη ενός ατόμου για τον εαυτό του, όπως διαμορφώνεται μέσα από τις εμπειρίες που αποκομίζει από το περιβάλλον του και τους «σημαντικούς άλλους» (Huitt, 2004).

Μία άλλη άποψη είναι ότι η αυτοαντίληψη αντιπροσωπεύει «μια δήλωση ή μια περιγραφή του ατόμου, ανεξάρτητα από το κατά πόσο η γνώση είναι σωστή ή λανθασμένη, βασισμένη σε αντικειμενικά στοιχεία ή σε υποκειμενική γνώμη» (Burns, 1982).

Η αυτοαντίληψη είναι το σύνολο των οργανωμένων ιδιοτήτων που το άτομο προσδίδει στον εαυτό του (Kinch, 1963).

Ακόμη η αυτοαντίληψη διαχωρίζεται ως η γνωστική πτυχή του εαυτού (που συνδέεται με την αυτοεικόνα του ατόμου) και γενικά αναφέρεται στη ολότητα ενός σύνθετου, οργανωμένου και δυναμικού συστήματος των όσων το άτομο έχει ως πιστεύω, ιδανικά, στάσεις και συμπεριφορές και τα θεωρεί ως αληθινά για την προσωπικότητά του και την ύπαρξή του (Purkey, 1988)

Η αυτοαντίληψη δεν είναι έμφυτη, αλλά αναπτύσσεται και δομείται από το άτομο μέσα από την αλληλεπίδρασή του με το περιβάλλον και συνειδητοποιώντας, αξιολογώντας αυτή την αλληλεπίδραση (Λεοντάρη, 1998).

### 4.3.Ο όρος «αυτοεκτίμηση»

Η αυτοεκτίμηση είναι ένα συναισθηματικό φαινόμενο, δηλαδή ο άνθρωπος το ζει ως συναίσθημα. Είναι μια δυναμική διαδικασία που επηρεάζεται από τις επιτυχίες και τις αποτυχίες και για αυτό θεωρείται ότι η αυτοεκτίμηση πλάθεται. Σχετίζεται με τις αξίες, τις επιτυχίες και τις ικανότητες του ατόμου (Huitt,2004; Μπότσαρη-Μακρή, 2001).

Η αυτοεκτίμηση είναι μια στάση (θετική ή αρνητική) που έχουμε για τον εαυτό μας. Είναι ένα προϊόν που δημιουργείται από τις επιδράσεις του πολιτισμού, της κοινωνίας, της οικογένειας και των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου. Η αυτοεκτίμηση είναι μια βασική ανθρώπινη ανάγκη. Η έλλειψή της έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες όπως για παράδειγμα κατάχρηση ουσιών, αυτοκτονία, άγχος και κατάθλιψη. Έχει δυναμική φύση και σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να ζει με τέτοιο τρόπο ώστε να έχει μια καλή, τιμητική οπτική του εαυτού του. Η ικανότητα, η αίσθηση προσωπικής αξίας, η αυτοπεποίθηση και ο αυτοσεβασμός είναι σημαντικά συστατικά για αυτή την προσέγγιση της αυτοεκτίμησης (Huitt,2004; Μπότσαρη-Μακρή, 2001).

Άλλος ένας ορισμός της αυτοεκτίμησης είναι ως η βασική ανθρώπινη ανάγκη που μας ωθεί, μας παρακινεί συνειδητά και ασυνείδητα. Ως μια συνέπεια της ανθρώπινης κατανόησης του κόσμου και των άλλων και του ποιοι είμαστε σε σχέση με τους άλλους (Huitt,2004; Μπότσαρη-Μακρή,2001).

Η αυτοεκτίμηση σήμερα μέσα από μελέτες και σχετικές έρευνες θεωρείται η αξιολογική πτυχή της αυτοαντίληψης. Ένα άτομο που έχει υψηλή αυτοεκτίμηση, σέβεται τον εαυτό του και θεωρεί τον εαυτό του άξιο, νιώθει ικανός και έχει μια αίσθηση ότι κάπου ανήκει. Αν η αυτοεκτίμησή του είναι χαμηλή τότε στερείται σεβασμού για τον εαυτό του και πιστεύει ότι είναι ανίκανο, ασήμαντο, αποτυχημένο και ανάξιο άτομο. Ο Bibring (1953) δήλωσε πως η αυτοεκτίμηση είναι: «(1) η επιθυμία να είσαι άξιος, αγαπητός, να σε εκτιμούν, να μην είσαι κατώτερος και ανάξιος, (2) η επιθυμία να είσαι δυνατός, ανώτερος, σημαντικός, ασφαλής, να μην είσαι αδύναμος και ανασφαλής, (3) η επιθυμία να είσαι καλός, να δίνεις αγάπη, να μην είσαι επιθετικός, καταστρεπτικός και να μην νιώθεις μίσος» (Shirley, 1977).

### 4.4.Είδη αλληλεπίδρασης

Όπως προανέφερα η αυτοαντίληψη δεν είναι έμφυτη, αλλά αναπτύσσεται και



δομείται από το άτομο μέσα από την αλληλεπίδραση του με το περιβάλλον και συνειδητοποιώντας, αξιολογώντας αυτή την αλληλεπίδραση. Έτσι θεώρησα σωστό να συμπεριλάβω τα είδη αλληλεπίδρασης για να γίνει πιο κατανοητός ο ρόλος της αλληλεπίδρασης στη διαμόρφωση της αυτοαντίληψης. Τα είδη αλληλεπίδρασης είναι δύο: η συμμετρική και η ασύμμετρη αλληλεπίδραση (Μπότσαρη- Μακρή, 2001).

Ως συμμετρική αλληλεπίδραση θεωρείται η αλληλεπίδραση που σε ένα επικοινωνιακό ερέθισμα υπάρχει ανταπόκριση. Πρόκειται για τη σχέση μεταξύ ενός δρώντος ατόμου και ενός αντιδρώντος ατόμου. Η συμμετρική αλληλεπίδραση μπορεί να είναι διαπροσωπική, ή και διομαδική. Η ασύμμετρη αλληλεπίδραση είναι αντίθετη από τη συμμετρική. Είναι η αλληλεπίδραση κατά την οποία το άτομο που δέχεται ένα επικοινωνιακό ερέθισμα δεν έχει τη δυνατότητα να αντιδράσει άμεσα προς τον πομπό του ερεθίσματος. Είναι πιθανόν όμως να υπάρχουν αντιδράσεις προς άλλες κατευθύνσεις εκτός του πομπού (Μπότσαρη- Μακρή, 2001).

Το άτομο επηρεάζεται, αλλά και επηρεάζει τις αντιδράσεις των άλλων. Οι «άλλοι» είτε αναφέρονται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, είτε σε κάποιες θεωρίες διαφοροποιούνται αναφορικά με τους βασικούς φορείς της κοινωνικοποίησης όπως οικογένεια, σχολείο κτλ. Όση περισσότερη στήριξη νιώθει το άτομο ότι λαμβάνει από διάφορα πρόσωπα του κοινωνικού περιβάλλοντός του, τόσο θετικότερη είναι η αυτοεκτίμησή του (Mann, 1997).

Στη θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης δίνεται έμφαση στην κοινωνική αλληλεπίδραση, μέσα από το συμβολικό σύστημα επικοινωνίας, η οποία διαμορφώνει την αυτοεκτίμηση. Έτσι, ο Cooley με τον όρο «καθρεπτιζόμενος εαυτός» υποδηλώνει ότι τα συναισθήματα που τρέφει το άτομο για τον εαυτό του αντανακλούν τα συναισθήματα και τις κρίσεις των άλλων. Ενώ ο Mead υποστηρίζει ότι η εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του διαμορφώνεται αφού εσωτερικεύσει ιδέες και στάσεις που εκφράζονται από σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή του (Matz et al, 2002).

Ο Rosenberg σε μια προσπάθεια να προσδιορίσει ποια πρόσωπα μπορούν να θεωρηθούν «σημαντικοί άλλοι» στη ζωή του παιδιού κατέληξε ότι ένα πρόσωπο εκλαμβάνεται ως σημαντικό όταν έχει μια θετική γνώμη για το άτομο και αν η γνώμη του αυτή αξιολογηθεί ως έγκυρη. Η εγκυρότητα της γνώμης του βασίζεται στο αν το πρόσωπο αυτό είναι αποδεκτό όσον αφορά το επίπεδο γνώσεών του, στο βαθμό που η γνώμη του συμπίπτει με τη γνώμη των άλλων και, τέλος, από τον κοινωνικό του ρόλο. Για τον Rosenberg η σειρά σημαντικότητας των άλλων είναι συνήθως: η μητέρα, ο πατέρας, τα αδέρφια, οι δάσκαλοι, οι φίλοι. Ακόμη, αυτή η σειρά έχει

σχέση με τα χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου όπως η ηλικία και το φύλο. Με την πάροδο του χρόνου οι «σημαντικοί άλλοι» διαφοροποιούνται και κάποιοι θεωρούνται πλέον λιγότερο σημαντικοί απ' ό,τι στο παρελθόν. Επίσης, διαφορές εντοπίζονται ως προς το φύλο, για παράδειγμα τα κορίτσια αποδίδουν μεγαλύτερη σπουδαιότητα στην οικογένεια απ' ό,τι τα αγόρια (Rosenberg, 1986).

#### **4.5.Εικόνα σώματος και διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές**

Η έννοια της εικόνας σώματος περιλαμβάνει τις σχετικές με το σώμα αντιλήψεις και συμπεριφορές και συνδέεται με την αυτοεκτίμηση, την εμπιστοσύνη στον εαυτό, το τρώγειν, την άσκηση και την συναισθηματική σταθερότητα (Huang et al., 2007). Από μελέτες προκύπτει ότι τα υπέρβαρα παιδιά είναι πιο επιρρεπή σε ανησυχίες για την εικόνα σώματος και έτσι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για διαταραγμένο τρώγειν. Συγκεκριμένα, τα υπέρβαρα παιδιά αναφέρουν περισσότερες ανησυχίες για το βάρος, το σχήμα του σώματος και το τρώγειν, εκδηλώνουν μεγαλύτερη επιθυμία για πιο λεπτό σώμα, μεγαλύτερα ποσοστά περιοριστικού τρώγειν και περισσότερες διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές σε σχέση με τα φυσιολογικού βάρους παιδιά (Erickson & Gerstle, 2007). Μία πιθανή σύνδεση όλων των παραπάνω θα μπορούσε να είναι η εξής (Haines & Neumark-Sztainer, 2006): η μη ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος να οδηγεί σε πρακτικές διαχείρισης αυτής της κατάστασης που είναι ο περιορισμός της τροφής και η δίαιτα. Όταν αρθεί ο περιορισμός, η δίαιτα οδηγεί σε αδηφαγία που με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία. Επιπλέον, η μη ικανοποίηση από την εικόνα σώματος φαίνεται να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την ενασχόληση με την άσκηση, γεγονός που επίσης οδηγεί, λαμβανομένου υπ' όψη του ενεργειακού ισοζυγίου, σε παχυσαρκία. Τέλος, τόσο η ενασχόληση με δίαιτες όσο και το αδηφαγικό τρώγειν, που προκύπτουν από τις συνεχώς αυξανόμενες ανησυχίες για την εικόνα και το σχήμα του σώματος, σχετίζονται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Haines & Neumark-Sztainer, 2006).

Η διαταραγμένη ή/και η μειωμένη σωματική εικόνα έχει επανειλημμένα ενοχοποιηθεί ως ένα από τα βασικά στοιχεία πολλών διατροφικών διαταραχών (Thompson & Heinberg, 1999), της χαμηλής αυτοεκτίμησης (Fox, 1997), της μειωμένης φροντίδας του εαυτού (Mehler, 2001) και της μειωμένης σωματικής δραστηριότητας (Sonstroem, 1997). Άτομα με χαμηλή σωματική εικόνα

παρουσιάζουν συχνά διάφορες γνωστικές στρεβλώσεις όπως, εξωπραγματικές πεποιθήσεις σχετικά με τον ιδεατό σωματότυπο, σύγκριση του εαυτού με άλλα πρόσωπα που διαθέτουν «ιδεατά» στοιχεία εμφάνισης, εμμονή με συγκεκριμένα σημεία του σώματος, ανικανότητα αντίληψης των προσωπικών θετικών στοιχείων εμφάνισης, λανθασμένες αιτιακές αποδόσεις σε σημαντικά γεγονότα της ζωής και «μαγικές» ιδιότητες της απώλειας βάρους για την ανθρώπινη ευτυχία (Schlundt & Johnson, 1990), που πολύ συχνά σχετίζονται με μειωμένη ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στις σωματικές δραστηριότητες ενός ατόμου, στην συναισθηματική του κατάσταση, στις κοινωνικές του δεξιότητες και σχέσεις (Schwimmer et al, 2003).

#### **4.5.1. Διαταραχή υποτίμησης εικόνας σώματος ατόμων με σοβαρή παχυσαρκία**

Μερικά παχύσαρκα άτομα πιστεύουν ότι το σώμα τους είναι άσχημο και σιχαμερό και ότι οι άλλοι το βλέπουν με εχθρικότητα και περιφρόνηση. Τα άτομα αυτά πάσχουν από /Διαταραχή Υποτίμησης της Εικόνας του Σώματος (Body Image Disparagement) (Stunkard and Mendelson, 1961). Παρατηρείται κυρίως σε νεαρά λευκά κορίτσια ανωτέρας κοινωνικοοικονομικής τάξης και είναι πιο σοβαρή σε άτομα που ήταν παχύσαρκα από την παιδική τους ηλικία και των οποίων το σώμα υποτιμούσαν οι γονείς όταν ήταν παιδιά.

Τα παχύσαρκα άτομα, ίσως, δεν φαντάζονται απλά ότι είναι παχύσαρκα όπως, για παράδειγμα, ένα άτομο φυσιολογικού βάρους με βουλιμία, ωστόσο η διαστρέβλωση του μεγέθους του σώματος δεν είναι απαραίτητο χαρακτηριστικό της διαταραχής εικόνας σώματος. Οι παχύσαρκοι με διαταραχή εικόνας σώματος βιώνουν μια ανησυχητική ενασχόληση με την εμφάνισή τους, μη ρεαλιστικά πιστεύουν ότι η εμφάνισή τους αποδεικνύει κάτι αρνητικό για την προσωπική τους αξία, αποφεύγουν την συμμετοχή σε κοινωνικές συναθροίσεις λόγω του βάρους τους και τους απασχολεί υπερβολικά το πώς θα κρύψουν ή θα καλύψουν το σώμα τους (Cash & Pruzinsky, 2002).

Παρόλο που η διαταραχή εικόνας σώματος υφίσταται στην παχυσαρκία η έλλειψη τυποποιημένου, σαφή ορισμού είναι ένα τεράστιο ερευνητικό και κλινικό πρόβλημα. Η έρευνα πάνω στην αντιληπτή διάσταση σώματος των παχύσαρκων έχει αποφέρει αντιφατικά αποτελέσματα και η σχετική βιβλιογραφία είναι δύσκολο να συνδυάσει τα ευρήματα που προέρχονται από διαφορετικές μεθόδους μέτρησης (Cash & Pruzinsky, 2002). Μια σημαντική εξέλιξη διενεργήθηκε στα τέλη του 1980 με το οριστικό συμπέρασμα ότι οι μέθοδοι δεν πρέπει να μετρούν ένα αισθητήριο έλλειμμα

(όπως είχαν αρχικά υποθέσει για τους ασθενείς με νευρική ανορεξία) αλλά το πώς οι στάσεις, οι ιδέες και οι σκέψεις των ανθρώπων επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνουν το μέγεθος του σώματός τους.

Χρήσιμες ερωτήσεις κατά τη λήψη του ιστορικού του/της ασθενούς για να διευκρινισθεί αν υπάρχει Διαταραχή Εικόνας Σώματος είναι: α) πώς βλέπει το άτομο τον εαυτό του στον καθρέπτη, β) πώς νομίζει ότι το βλέπουν οι άλλοι, γ) πώς αισθάνεται ότι είναι, δ) πώς θα ήθελε ιδανικά να είναι.

Η διατάραξη της σωματικής εικόνας φαίνεται να είναι το πρόβλημα-πυρήνας για τα άτομα με διάγνωση μίας διαταραχής διατροφής και ίσως το τελευταίο από τα συμπτώματα που βελτιώνεται με την θεραπεία Stewart & Williamson (2003)

Η οικογένεια, ο τρόπος λειτουργίας της, οι αντιλήψεις γύρω από το φαγητό και την σωματική εικόνα, καθώς και οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των διαταραχών διατροφής.

Συχνά, στο οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων με βουλιμία ή διαταραχή της υπερφαγίας υπάρχει ιστορικό έντονης ενασχόλησης με το φαγητό, είτε μέσω ακραίων διατροφικών συμπεριφορών, είτε μέσω της ενασχόλησης με το λεπτό ιδεώδες σώμα. Συνήθως οι γονείς, και ιδιαίτερα η μητέρα, εμφανίζει κάποια διαταραχή διατροφής (Keer et al, 2006; Hill & Franklin, 1998; Pike & Rodin, 1991), ή δυσaráσκεια γύρω από το δικό της σώμα (Kischler & Crowther, 2001). Οι κόρες μητέρων με διαταραγμένες συμπεριφορές σε σχέση με την λήψη τροφής φαίνεται να υιοθετούν το μητρικό πρότυπο συμπεριφορών και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό και να έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν και οι ίδιες παρόμοιες συμπεριφορές.

Οι οικογένειες των βουλιμικών συχνά χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στην έκφραση συναισθημάτων και την συνοχή (Hill & Franklin, 1998; Furburn et al, , 1997, Pike, 1995), οπότε η υπερφαγία γίνεται μέσον διαχείρισης των συναισθημάτων. Επίσης, συχνά οι γονείς των βουλιμικών ατόμων είναι επικριτικοί και τελειοθηρικοί, χωρίς ζεστασιά και ενσυναίσθηση (Humphrey, 1986). Η λήψη τροφής έρχεται να καλύψει τα συναισθηματικά κενά σε αυτά τα άτομα (Humphrey, 1989). Επίσης, οι οικογένειες αυτές δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη αυτονομίας και ατομικότητας στα μέλη, οπότε οι αυστηρές δίαιτες και η υπερφαγία που τις ακολουθεί αποτελεί μια προσπάθεια του ατόμου να ελέγξει κάτι στην ζωή του.

Η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη αυτών των οικογενειών είναι συχνά αρνητική και χαρακτηρίζεται από αρνητικά σχόλια για τον σωματικό εαυτό (Fairburn et al., 1997, Fairburn, et al, 1998, Keere et al 2005; Keere et al 2006).

#### **4.6. Διατήρηση της εσωτερικής συνοχής**

Ορισμένοι ερευνητές της προσωπικότητας (Lecky, 1945; Rogers, 1961) έχουν εστιάσει την προσοχή τους στο γεγονός ότι τα άτομα λειτουργούν με τρόπους που διατηρούν την εσωτερική τους συνοχή.

Αν τα άτομα έχουν ιδέες, συναισθήματα ή αντιλήψεις που δεν εναρμονίζονται ή έρχονται σε αντίθεση μεταξύ τους, δημιουργείται μια ψυχολογικά δυσάρεστη κατάσταση, την οποία οι περισσότεροι ερευνητές ονομάζουν δυσαρμονία (Festinger, 1957).

Μια σημαντική πτυχή αυτής της δυσαρμονίας είναι η δημιουργία ενός ισχυρού κινήτρου, που ωθεί το άτομο να δράσει με οποιονδήποτε τρόπο θα του επιτρέψει αφενός να ξεφύγει από αυτή την ψυχολογικά δυσάρεστη κατάσταση και αφετέρου να επανέλθει στην προηγούμενη κατάσταση ψυχικής άνεσης και ηρεμίας.

Έτσι τα άτομα πολλές φορές έχουν την τάση να μειώνουν την αξία του προσώπου που τους ασκεί κριτική, να επιλέγουν όσο γίνεται στις συναναστροφές τους άτομα με παρόμοιες ιδέες και αντιλήψεις, να απορρίπτουν τις αρνητικές επικρίσεις ως αδικαιολόγητες και ενδεχομένως να αφομοιώνουν αντιφατικές εμπειρίες διαμέσου αμυντικών μηχανισμών (Burns, 1982. Secord & Backman, 1974).

Πολλές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, από ψυχοδυναμικές μέχρι γνωστικές και συμπεριφορικές, θέτουν την αυτοεκτίμηση στο επίκεντρο του θεωρητικού τους πλαισίου. Το μεγάλο ενδιαφέρον των ερευνητών για την αυτοεκτίμηση, το οποίο εκδηλώνεται με σωρεία σχετικών ερευνών, δικαιολογείται από τη διαπίστωση ότι υφίσταται θετική συνάφεια ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και την ψυχολογική υγεία. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με κατάθλιψη (Rosenberg, 1965), άγχος (Bachman, 1970), αρνητικές θυμικές αντιδράσεις όπως ευερεθιστότητα, τάσεις επιθετικότητας και συναισθήματα μη ικανοποίησης από τη ζωή (Campbell et al., 1991). Άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση ελέγχουν το περιβάλλον τους, αντιμετωπίζουν θετικά το μέλλον, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας στο έργο που αναλαμβάνουν και κατακτούν συχνότερα το στόχο τους γιατί έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Ωστόσο, η θετική αυτοεκτίμηση δεν πρέπει να παρεκκλίνει

υπερβολικά από τον πραγματικό εαυτό, για να είναι λειτουργικότερη (Λεονταρή , 1998).

Σύμφωνα με τον Beck, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από «μια αρνητική αντίληψη του εαυτού, μια αρνητική ερμηνεία των βιωμάτων και μια μηδενιστική αντιμετώπιση του μέλλοντος». Αφετηρία όλων αυτών των ερευνών ήταν η παρατήρηση του Freud (1968) σχετικά με την χαμηλή αυτοεκτίμηση που καταγράφουν τα καταθλιπτικά άτομα (Beck,1967; Freud,1968). Ο Rosenberg (1986) εξέτασε τη συνάφεια μεταξύ αυτοεκτίμησης και άγχους και βρήκε ενδείξεις για μια αιτιώδη σχέση μεταξύ τους. Πολλά ενδιαφέροντα ευρήματα προέρχονται από μοντέλα συνοσηρότητας κατάθλιψης και άγχους (Rosenberg, 1986).

Για πολλά χρόνια, το επιστημονικό ενδιαφέρον ήταν στραμμένο στην αναγνώριση παραγόντων που θεωρούνταν ότι σχετίζονται αιτιολογικά με την εμφάνιση νόσου ή έχουν αρνητική επίδραση στη φυσική πορεία της. Την τελευταία δεκαετία, ωστόσο, πέρα από την αναζήτηση των αιτιολογικά συσχετισμένων με τη νόσο παραγόντων, το ενδιαφέρον στράφηκε και στην ύπαρξη καταστάσεων που μπορούν να δράσουν προστατευτικά για το άτομο και να εμποδίσουν την εμφάνιση νόσου. Σημαντική προς αυτή την κατεύθυνση ήταν η συνεισφορά του Aaron Antonovsky, που διατύπωσε τη θεωρία περί «προαγωγής της υγείας» (salutogenesis) και περιέγραψε αυτό που εκείνος ονόμασε «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of coherence, SOC) (Antonovsky,1993; Sagy & Antonovsky, 1996; Geyer,1997)

Η «αίσθηση συνεκτικότητας» (SOC) είναι ένα θεωρητικό μοντέλο, που προσπαθεί να εξηγήσει γιατί μερικά άτομα αρρωσταίνουν κατά την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, ενώ άλλα όχι. Όντας δυσανεκτός από την έρευνα που επικεντρώνεται μόνο στη δυνητικά βλαπτική επίδραση καταστάσεων της ζωής, ο Antonovsky ξεκίνησε τη μελέτη του με παρατηρήσεις πάνω σε επιζώντες στρατοπέδων συγκέντρωσης που παρέμεναν καλά παρά τις τραγικές τους εμπειρίες και επικέντρωσε το ενδιαφέρον του στους μηχανισμούς ανοχής που τα συγκεκριμένα άτομα αναπτύσσουν (Sagy & Antonovsky, 1996). Αυτό τον οδήγησε στη διατύπωση της έννοιας της SOC ως «μια σφαιρική θεώρηση, που εκφράζει το βαθμό στον οποίο κάποιος έχει ένα συνεχές, έντονο και δυναμικό αίσθημα αυτοπεποίθησης ότι (α) τα ερεθίσματα που λαμβάνει από το εσωτερικό και εξωτερικό του περιβάλλον στην πορεία της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα (comprehensibility), (β) υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προκύπτουν από τα συγκεκριμένα ερεθίσματα (manageability) και (γ) οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν

προκλήσεις, που αξίζουν να ασχοληθεί κάποιος και να επενδύσει πάνω τους (meaningfulness)». Η SOC θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας, που καθορίζει συγκεκριμένη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μείζων μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας. Η υπόθεση του Antonovsky είναι:

Ισχυρή SOC—»Δυνατότητα επιτυχούς αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος—»Διατήρηση της υγείας.

Η SOC αναπτύσσεται πλήρως στα πρώτα έτη της ενήλικης ζωής και, σύμφωνα με τη θεωρία, είναι ισχυρότερη όταν στο περιβάλλον του ατόμου υπάρχουν 3 βασικά στοιχεία: σταθερότητα (consistency), ισόρροπη συναισθηματική φόρτιση (emotional load balance) και αίσθηση ομαδικότητας (sense of belonging). Παραμένει σχεδόν εντελώς σταθερή μετά την ηλικία των 30 ετών, χωρίς αξιόλογες μεταβολές, εκτός αν προκύψουν τέτοιες συνθήκες, που επιφέρουν μείζονες τροποποιήσεις στους στόχους και τους προσανατολισμούς του ατόμου.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Βασικός σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθεί η αίσθηση συνοχής, η ψυχοπαθολογία και οι διαπροσωπικές σχέσεις στα άτομα με αυξημένο βάρος (υπέρβαροι με BMI:25-29 και παχύσαρκοι με BMI>30). Οι επιμέρους στόχοι της εργασίας είναι η μελέτη της αίσθησης συνοχής, της ψυχοπαθολογίας και των διαπροσωπικών σχέσεων στα άτομα με αυξημένο βάρος ως προς την ηλικία, το φύλο και άλλα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο).

Η βασική ερευνητική υπόθεση είναι:

H<sub>0</sub>: Οι υπέρβαροι- παχύσαρκοι δεν διαφέρουν από την ομάδα ελέγχου ως προς την αίσθηση συνοχής, την ψυχοπαθολογία και τις διαπροσωπικές σχέσεις.

H<sub>1</sub>:Υπάρχει διαφορά των υπέρβαρων και παχύσαρκων από την ομάδα ελέγχου ως προς την αίσθηση συνοχής, την ψυχοπαθολογία και τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Οι επιμέρους ερευνητικές υποθέσεις είναι:

1. H<sub>0</sub>: δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την αίσθηση συνοχής ανάμεσα στα δυο φύλα, τόσο στην ομάδα έλεγχου όσο και στους υπέρβαρους-παχύσαρκους.

H<sub>1</sub>:υπάρχουν διαφορές ως προς την αίσθηση συνοχής ανάμεσα στα δυο φύλα, τόσο στην ομάδα έλεγχου όσο και στους υπέρβαρους-παχύσαρκους.

2. H<sub>0</sub>: δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την αίσθηση συνοχής ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες τόσο στην ομάδα έλεγχου όσο και στους υπέρβαρους-παχύσαρκους.

H<sub>1</sub>: υπάρχουν διαφορές ως προς την αίσθηση συνοχής στις ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες ,τόσο στην ομάδα έλεγχου όσο και στους υπέρβαρους-παχύσαρκους.

3. H<sub>0</sub>: δεν υπάρχουν διαφορές της αίσθησης συνοχής σε σχέση με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τόσο στην ομάδα έλεγχου όσο και στους υπέρβαρους-παχύσαρκους.



H<sub>1</sub>: υπάρχουν διαφορές της αίσθησης συνοχής σε σχέση με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τόσο στην ομάδα έλεγχου όσο και στους υπέρβαρους-παχύσαρκους.

## **2. Υλικό και Μέθοδος**

Στην έρευνα πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη (cross - sectional study) σε δομή της ΠΦΥ (Κέντρο Υγείας Μεγαλόπολης) σε δείγμα 87 ατόμων (n=87) ηλικίας από 18 έως 65 ετών, που κυμαίνονταν από τα 49 έως τα 125 κιλά, με Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) του δείγματος σαν σύνολο 27,13 (από 18,22 έως 39,26, τυπική απόκλιση 4,75).

Τα άτομα με BMI μεγαλύτερο από 25 χωρίστηκαν σε 2 υποομάδες: υπέρβαροι με BMI 25-29,9 και παχύσαρκοι με BMI > 30.

Τα άτομα ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης, υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης και εντάχθηκαν στην έρευνα. Χρησιμοποιήθηκαν η Κλίμακα Καταγραφής Συμπτωμάτων SCL-90-R η Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και η Κλίμακα Αίσθησης Συνεκτικότητας (SOC) . Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε αρχικά τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των ατόμων καθώς και μετρήσεις βάρους - ύψους.

Από την έρευνα αποκλείστηκαν άτομα ηλικίας <18 και >65 ετών. Άτομα με παθολογικές καταστάσεις που συνδέονται με παθολογική παχυσαρκία π.χ. σύνδρομο Prader-Willi. Άτομα με δυσχερή επικοινωνία και τέλος άτομα με ψυχωσικές διαταραχές.

Αντίθετα στην έρευνα, συμμετείχαν άτομα με BMI > 25, με μεταβολικό σύνδρομο και τέλος άτομα με καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές.

## **3. Ερευνητικά εργαλεία**

### **3.1 Κλίμακα Καταγραφής Συμπτωμάτων SCL-90-R (Derogatis, 1994)**

Το ερωτηματολόγιο (Derogatis, 1994) έχει στόχο να ανιχνεύσει την ύπαρξη ψυχοσωματικών συμπτωμάτων που πιθανώς να συνδέονται με το άγχος. Το άτομο καταγράφει την ένταση (1= λίγο έντονο, 2= αρκετά έντονο, 3= πολύ έντονο, 4= πάρα πολύ έντονο) με την οποία εμφανίζονται μία σειρά από 68 αγχογόνα συμπτώματα.

Μετά τη συμπλήρωση της κλίμακας προκύπτουν 9 παράγοντες ψυχοπαθολογίας και οι μέσες βαθμολογίες των παραγόντων μπορούν να παρασταθούν σε κοινό διάγραμμα. Ακόμα, από την κλίμακα SCL-90 μπορούν να προκύψουν: ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων, το σύνολο θετικών συμπτωμάτων και ο δείκτης ενόχλησης από τα θετικά συμπτώματα.

### **3.2 Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)**

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αναπτύχθηκε από τους Brennan, Clark και Shaver (1998), με στόχο τη μέτρηση των τύπων δεσμού στους ενήλικους σύμφωνα με 2 διαστάσεις: ασφάλεια-αποφυγή και εμμονή- μη εμμονή. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις και αξιολογούν αυτές τις 2 διαστάσεις 4 τύπων δεσμού (δηλ. ασφαλής, φοβικός, εμμονής και απορριπτικός). Οι εξεταζόμενοι καλούνται να δηλώσουν την αντιπροσωπευτικότητα κάθε πρότασης για τους ίδιους σε μια 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως). Η βαθμολόγηση της ΚΒΔΣ πραγματοποιείται με την αντιστροφή των ερωτήσεων εκείνων που είναι αρνητικά διατυπωμένες και το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις που απαρτίζουν κάθε διάσταση, δίνοντας 2 δείκτες. Ο δείκτης Cronbach's alpha για την αποφυγή είναι 0,85, ενώ για την εμμονή 0,79. Παρουσιάζει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και στην Ελληνική εκδοχή της, καθώς και υψηλές συσχετίσεις με άλλες κλίμακες διαπροσωπικών σχέσεων (Kafetsios, 2002; Σταλίκας και συν., 2002).

### **3.3 Κλίμακα Αίσθησης Συνεκτικότητας (SOC)**

Η κλίμακα «Αίσθησης Συνεκτικότητας» (Sense of Coherence) αποτελείται από 29 ερωτήματα. Κάτω από κάθε ερώτημα υπάρχει μια επταβάθμια κλίμακα, στα άκρα της οποίας αντιστοιχούν δύο ακραίες, αντίθετες μεταξύ τους απαντήσεις (1 έως 7). Τα ερωτήματα μετρούν και τα 3 βασικά στοιχεία της SOC: 11 ερωτήματα αφορούν στην «κατανόηση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος» (comprehensibility), 10 αφορούν την πεποίθηση ότι «το άτομο θα ανταποκριθεί επιτυχημένα στις απαιτήσεις» (manageability) και 8 αφορούν την αίσθηση ότι «η προσπάθεια αξίζει τον κόπο» (meaningfulness). Δεκατρία από τα ερωτήματα εμπεριέχουν άρνηση και η βαθμολογία τους πρέπει να αναστραφεί στον τελικό υπολογισμό του αθροίσματος (Καραλής και συν., 2004).

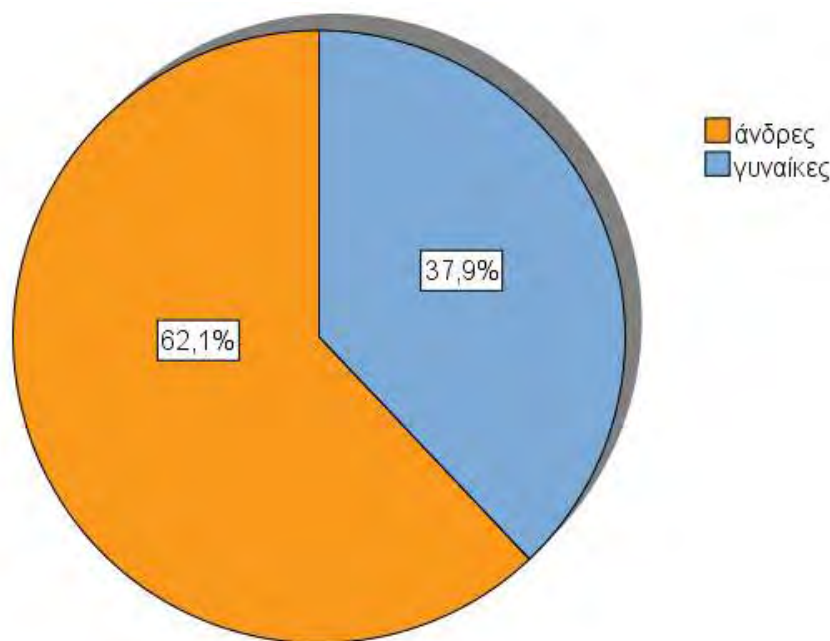
#### 4.Στατιστική επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία θα γίνει με την χρήση στατιστικών μεθόδων (δείκτης συνάφειας  $r$  του Pearson,  $t$ -test,  $\chi^2$ ) και με τη χρήση του προγράμματος SPSS (Version 18.0) και excel.

#### 5.Αποτελέσματα

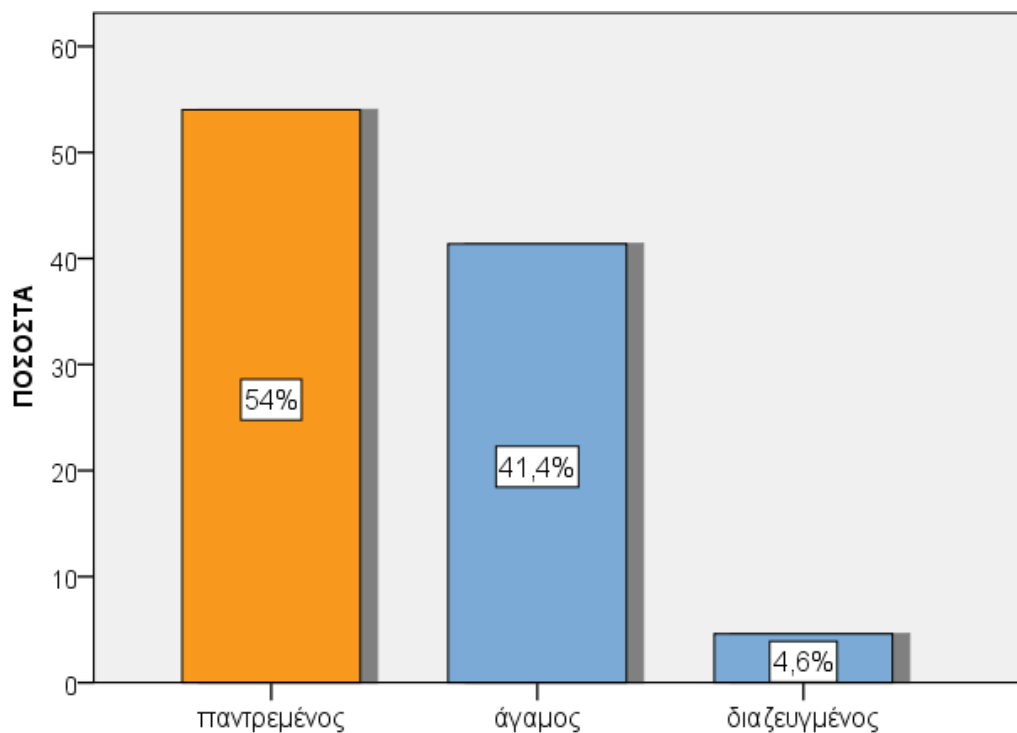
##### 5.1 Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Το έγκυρο δείγμα αποτελούταν από  $N=87$  άτομα. Το 62% του δείγματος ήταν άνδρες ( $N=54$ ), ενώ το 38% ήταν γυναίκες ( $N=33$ ). Το Γράφημα 1 απεικονίζει την αναλογία των δύο φύλων σε σχήμα πίτας.



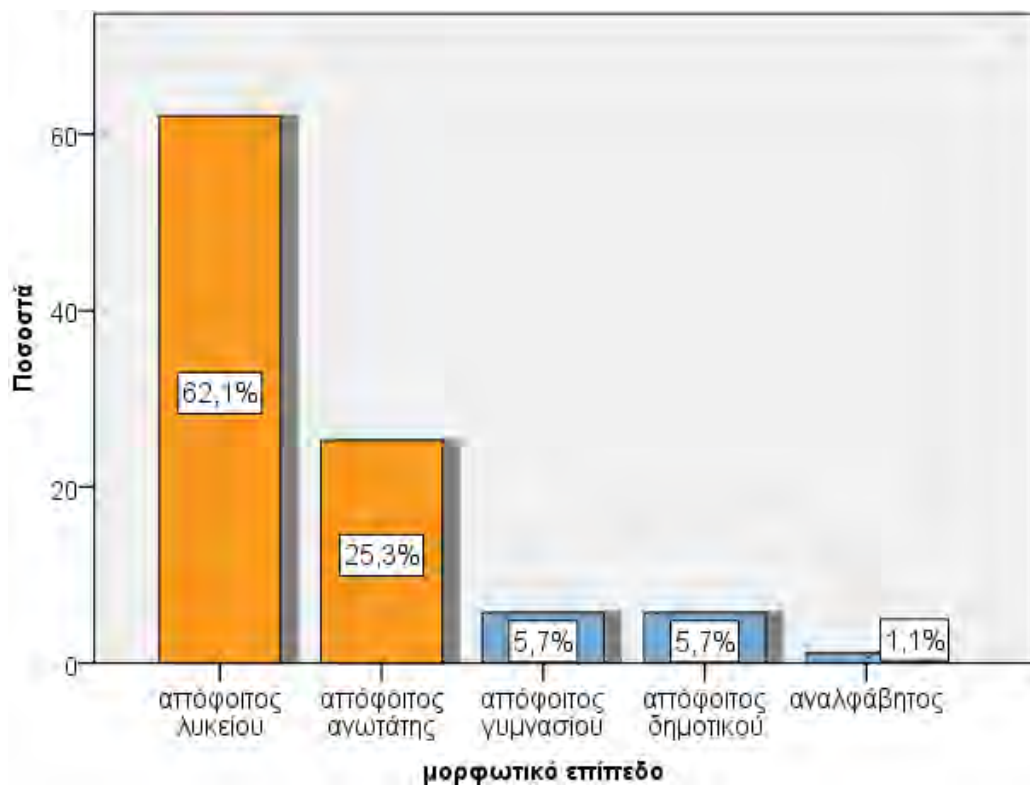
ΓΡΑΦΗΜΑ 1. ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ.

Το 54% του δείγματος ήταν παντρεμένοι ( $N=47$ ), ενώ το 41% ήταν άγαμοι ( $N=36$ ). Πέντε τοις εκατό δήλωσαν διαζευγμένοι. Το Γράφημα 2 της επόμενης σελίδας απεικονίζει τα αντίστοιχα ποσοστά σε μορφή μπάρας.



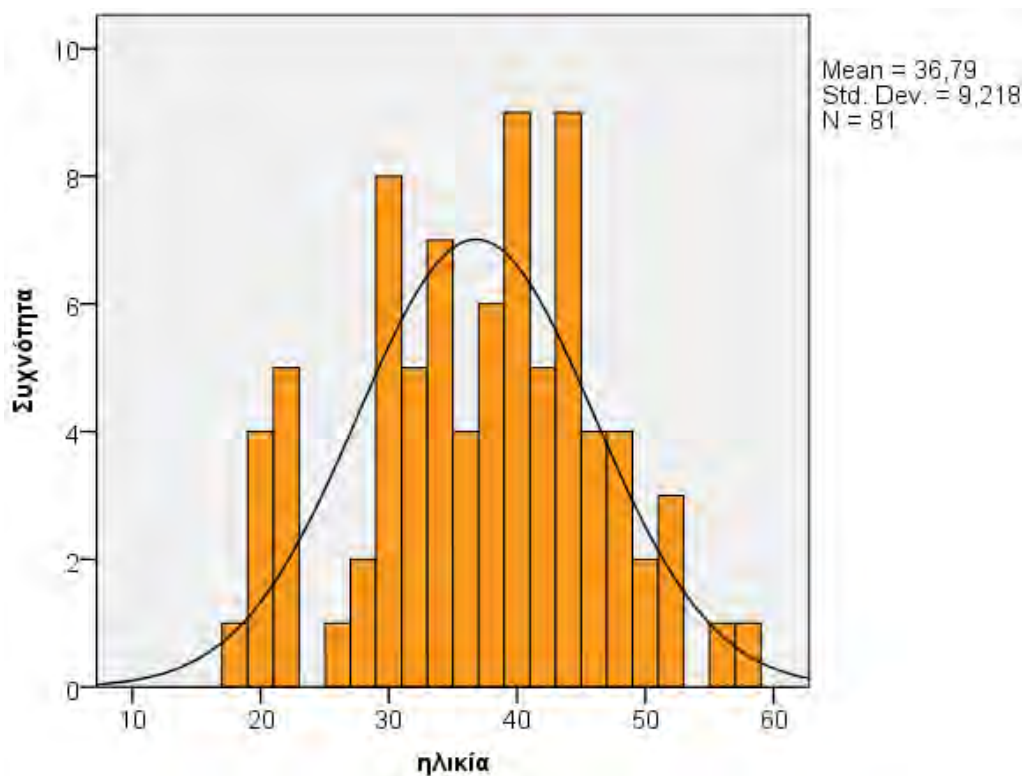
*ΓΡΑΦΗΜΑ 2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ.*

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν απόφοιτοι λυκείου (62%, N=54), και το 25% (N=22) είχαν αποφοιτήσει από ανώτατη σχολή (Γράφημα 3).



*ΓΡΑΦΗΜΑ 3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ.*

Οι ηλικίες του δείγματος ποίκιλαν από 18 έως 58 ετών, με μέση ηλικία 36,8 και τυπική απόκλιση 9,22. Τα έτη γέννησής τους κυμαίνονταν από το 1954 έως το 1993. Έξι συμμετέχοντες δεν σημείωσαν την ηλικία που έχουν. Το ραβδόγραμμα του Γραφήματος 4 απεικονίζει την κατανομή των ηλικιών των συμμετεχόντων.

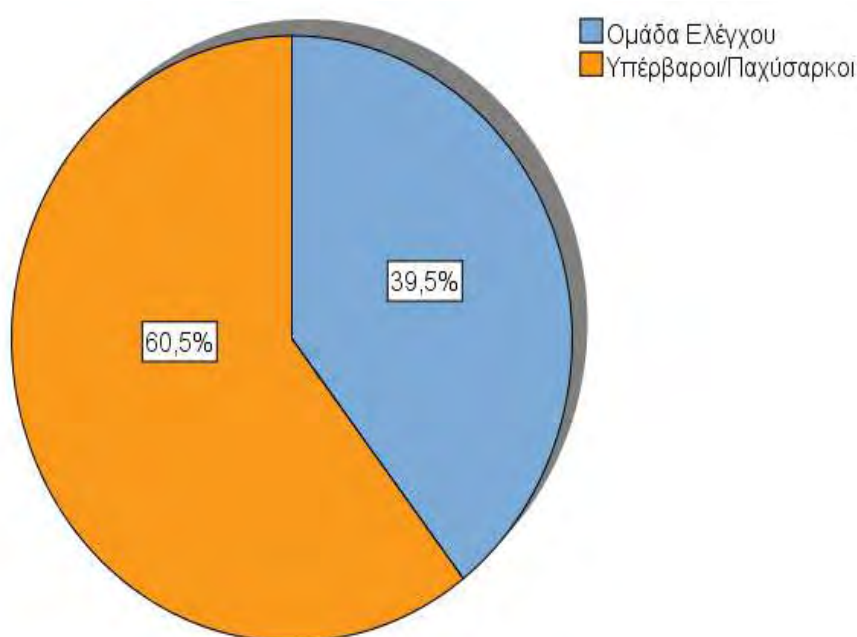


*ΓΡΑΦΗΜΑ 4. ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ.*

Παρατηρούμε ότι οι ηλικίες ακολουθούν σε κάποιο βαθμό την κανονική κατανομή, ωστόσο υπάρχουν κάποιες εμφανείς εξαιρέσεις: οι ηλικίες των 20 έως 22, 29-30, 40-41 και 43-44 εμφανίζονταν ελαφρώς συχνότερα από ό,τι θα αναμενόταν για μια κανονική κατανομή.

Τα μέλη του δείγματος είχαν κατά μέσο όρο βάρος 81 κιλά, που κυμαίνονταν από τα 49 έως τα 125 κιλά, με τυπική απόκλιση 15,44. Το μέσο ύψος του δείγματος ήταν 1,74 (από 1,48 έως 1,92), με χαμηλή τυπική απόκλιση 0,08. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) του δείγματος σαν σύνολο ήταν 27,13 (από 18,22 έως 39,26, τυπική απόκλιση 4,75).

Οι ερευνητικές ομάδες ήταν τρεις: η **Ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος** είχε δείκτη μάζας σώματος (BMI) μικρότερο από 25, η **Ομάδα Υπέρβαρων** είχε BMI από 25 έως 29,9, και η **Ομάδα Παχύσαρκων** είχε BMI πάνω από 30. Η ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος αποτελούταν από N=34 άτομα (39,5% επί του δείγματος). Οι υπέρβαροι αποτελούσαν το 37,2% του δείγματος (N=33) και οι παχύσαρκοι το 23,3% (N=20), ή συνολικά το 60,5%. Το Γράφημα 5 απεικονίζει την αναλογία των δύο ομάδων.



ΓΡΑΦΗΜΑ 5. ΟΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ.

Οι επιμέρους ομάδες είχαν τους εξής μέσους δείκτες μάζας σώματος: η ομάδα με φυσιολογικό βάρος είχε μέσο BMI 22,7, η ομάδα υπέρβαρων 27,5 και η ομάδα παχύσαρκων 34,1. Οι δύο υπέρβαρες ομάδες μαζί είχαν μέσο BMI 30.

## 5.2 Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα ψυχολογικών εργαλείων

Αναφορικά με τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη, βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα (οι αναλυτικές απαντήσεις των συμμετεχόντων στα τρία ερωτηματολόγια της έρευνας παρατίθενται, με μορφή μέσων όρων, αλλά και συχνοτήτων και ποσοστών).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL-90-R	N		Mean	Std. Dev.	Max
	Valid	Missing			
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	87	0	2,06	1,145	5
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	85	2	1,71	,911	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	83	4	1,89	1,071	5
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	85	2	1,42	,918	5
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	87	0	1,70	1,069	5
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	87	0	2,10	1,057	5
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	87	0	1,29	,806	5
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	85	2	1,88	,969	5
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	85	2	2,25	1,234	5
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	86	1	1,88	1,078	5
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	87	0	2,52	,998	5
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	86	1	1,52	,850	5
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	86	1	1,31	,771	5
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	86	1	1,91	1,036	5
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	87	0	1,21	,701	5
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	87	0	1,08	,348	3
17. Τρέμετε;	86	1	1,33	,659	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	86	1	2,58	1,232	5
19. Έχετε ανορεξία;	85	2	1,19	,664	5
20. Κλαίτε εύκολα;	84	3	1,93	1,003	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	87	0	1,74	1,005	5
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	87	0	1,52	1,033	5
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	84	3	1,54	,950	5
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	85	2	1,78	1,016	5
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	86	1	1,16	,611	5
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	86	1	2,09	1,013	5
27. Έχετε πόνους στη μέση;	87	0	2,38	1,251	5
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτό που θέλετε;	86	1	2,13	1,003	5
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	86	1	1,91	,966	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	84	3	1,96	,950	5
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	86	1	2,56	1,154	5
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	87	0	1,75	1,037	5
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	87	0	1,68	1,051	5
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	86	1	2,66	1,134	5
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	85	2	1,91	,781	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	84	3	2,06	,961	5
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	86	1	1,49	,682	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	86	1	1,85	1,046	5
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	87	0	1,71	,987	5
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	86	1	1,55	,966	5
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	87	0	1,48	,926	5
42. Νοιώθετε πόνους στους μυς;	86	1	1,79	1,030	5
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	86	1	1,50	,955	5

44. Υποφέρετε από αϋπνία;	86	1	1,60	,986	5
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ό,τι κάνετε;	84	3	1,90	1,082	5
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	87	0	2,01	1,062	5
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	87	0	1,25	,838	5
48. Έχετε δύσπνοια;	86	1	1,41	,817	5
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	84	3	1,88	1,057	5
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	87	0	1,72	,996	5
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	86	1	1,47	,904	5
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	87	0	1,79	1,036	5
53. Έχετε έναν κόμπο στον λαιμό;	87	0	1,40	,769	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	87	0	1,86	1,025	5
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	87	0	1,85	,909	5
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	87	0	1,92	1,133	5
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	87	0	2,02	1,067	5
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	86	1	1,64	,969	5
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	84	3	1,48	,871	5
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	85	2	2,31	1,205	5
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	87	0	2,14	1,112	5
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	86	1	1,31	,619	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	87	0	1,47	,805	5
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	86	1	2,31	1,249	5
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	87	0	1,61	,944	5
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	87	0	1,80	1,119	5
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	85	2	1,46	,867	5
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	87	0	2,33	,996	5
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	87	0	2,01	1,225	5
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	87	0	1,55	1,054	5
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	85	2	1,71	,974	5
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	86	1	1,47	,822	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	86	1	1,47	,762	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	85	2	1,91	,946	5
75. Αισθάνεσθε νευρική όλη όταν μένετε μόνος;	87	0	1,51	,963	5
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	87	0	2,26	1,083	5
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	86	1	1,59	1,022	5
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	85	2	1,81	1,107	5
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	87	0	1,41	,883	5
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	87	0	1,69	,944	5
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	87	0	1,63	,929	5
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	86	1	1,26	,739	5
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	86	1	2,43	1,122	5



84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	85	2	1,72	1,087	5
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	87	0	1,71	1,077	5
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	87	0	1,76	1,034	5
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	87	0	1,74	1,051	5
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	85	2	1,67	1,016	5
89. Νοιώθετε ενοχές;	87	0	1,91	1,041	5
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	87	0	1,45	1,009	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (SOC)	N		Mean	Std. Dev.
	Valid	Missing		
1. Όταν μιλάτε με τους ανθρώπους, έχετε την αίσθηση ότι δεν σας καταλαβαίνουν;	87	0	2,33	1,568
2. Στο παρελθόν, όταν έπρεπε να συνεργαστείτε με άλλους για κάτι, είχατε την αίσθηση ότι:	86	1	4,64	1,940
3. Σκεφτείτε τους ανθρώπους με τους οποίους έρχεστε καθημερινά σε επαφή, εκτός από αυτούς που αισθάνεσθε περισσότερο κοντά σας. Πόσο καλά γνωρίζετε τους περισσότερους από αυτούς;	86	1	4,10	1,666
4. Έχετε την αίσθηση ότι δεν νοιάζεστε πραγματικά για ό,τι συμβαίνει γύρω σας;	87	0	2,51	1,764
5. Συνέβη στο παρελθόν να εκπλαγείτε από τη συμπεριφορά ατόμων που νομίζατε ότι γνωρίζατε καλά;	86	1	3,81	1,663
6. Έχει συμβεί ποτέ να σας απογοητεύσουν οι άνθρωποι, στους οποίους βασιζόσασταν;	86	1	3,80	1,768
7. Η ζωή είναι:	87	0	2,60	1,914
8. Μέχρι τώρα η ζωή σας είχε:	87	0	5,10	1,772
9. Έχετε την αίσθηση ότι σας συμπεριφέρονται άδικα;	86	1	4,09	2,039
10. Τα τελευταία δέκα χρόνια η ζωή σας ήταν:	86	1	3,51	2,102
11. Τα περισσότερα από τα πράγματα που θα κάνετε στο μέλλον πιθανόν θα είναι:	86	1	3,20	1,600
12. Έχετε την αίσθηση ότι βρίσκεστε σε μια περίεργη κατάσταση και δεν ξέρετε τι να κάνετε;	85	2	4,96	1,979
13. Τι περιγράφει καλύτερα το πώς βλέπετε τη ζωή:	85	2	2,27	1,546
14. Όταν σκέφτεστε τη ζωή σας, πολύ συχνά:	86	1	1,98	1,623
15. Όταν αντιμετωπίζετε ένα δύσκολο πρόβλημα, η επιλογή της λύσης είναι:	85	2	4,34	1,750
16. Το να κάνετε τα πράγματα που κάνετε κάθε μέρα είναι:	86	1	3,07	1,629
17. Περιμένετε τη ζωή σας στο μέλλον να είναι:	85	2	3,56	1,822
18. Όταν κάτι δυσάρεστο συνέβη στο παρελθόν, η τάση σας ήταν:	85	2	4,71	2,170
19. Έχετε πολύ μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες;	87	0	4,71	2,034
20. Όταν κάνετε κάτι που σας κάνει να αισθάνεσθε καλά:	86	1	2,55	1,826
21. Σας συμβαίνει να έχετε συναισθήματα που θα προτιμούσατε να μην είχατε;	87	0	4,55	1,975
22. Περιμένετε την προσωπική σας ζωή στο μέλλον να είναι:	86	1	5,49	1,858
23. Νομίζετε ότι πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι, στους οποίους θα μπορείτε να βασιστείτε στο μέλλον;	87	0	2,43	1,702
24. Σας συμβαίνει να έχετε το αίσθημα ότι δεν γνωρίζετε ακριβώς το τι πρόκειται να συμβεί;	87	0	3,74	2,077
25. Πολλοί άνθρωποι –ακόμα και εκείνοι με δυνατό χαρακτήρα– μερικές φορές αισθάνονται ως αποτυχημένοι σε κάποιες καταστάσεις. Πόσο συχνά έχετε αισθανθεί κατ' αυτόν τον τρόπο στο παρελθόν;	86	1	3,23	1,614
26. Όταν συνέβαινε κάτι, ανακαλύπτατε γενικά ότι:	86	1	4,06	1,881
27. Όταν σκέφτεστε τις δυσκολίες που πρόκειται πιθανά να αντιμετωπίσετε σε σημαντικούς τομείς της ζωής σας, έχετε την αίσθηση ότι:	87	0	2,59	1,435
28. Πόσο συχνά έχετε την αίσθηση ότι έχουν λίγο νόημα τα πράγματα που κάνετε στην καθημερινή σας ζωή;	87	0	4,59	2,043
29. Πόσο συχνά έχετε συναισθήματα που δεν είστε σίγουροι ότι μπορείτε να κρατήσετε υπό έλεγχο;	87	0	5,18	1,871

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΒΙΩΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (ECRI)	N		Mean	Std. Dev.
	Valid	Missing		
1. Προτιμώ να μη δείχνω στον/στην σύντροφό μου τι αισθάνομαι κατά βάθος.	85	2	3,07	2,022
2. Φοβάμαι ότι θα χάσω την αγάπη του/της συντρόφου μου.	87	0	2,84	1,758
3. Αισθάνομαι άνετα να μοιράζομαι προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα με τον/την σύντροφό μου.	87	0	5,09	1,884
4. Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε θα θέλει να μείνει μαζί μου.	85	2	2,56	1,665
5. Το βρίσκω δύσκολο ν' αφήσω τον εαυτό μου να στηριχθεί σε ερωτικούς συντρόφους.	86	1	3,60	2,110
6. Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε με αγαπάει πραγματικά.	86	1	2,63	1,756
7. Αισθάνομαι πολύ άνετα, να είμαι συναισθηματικά κοντά με ερωτικούς συντρόφους.	87	0	4,71	2,068
8. Ανησυχώ ότι οι ερωτικοί μου σύντροφοι δε θα νοιάζονται για μένα όσο εγώ για αυτούς.	85	2	3,02	1,839
9. Δεν αισθάνομαι άνετα να «ανοίγομαι» σε ερωτικούς συντρόφους.	85	2	3,55	1,961
10. Συχνά εύχομαι τα συναισθήματα του/της συντρόφου μου για μένα να ήταν τόσο δυνατά όσο τα δικά μου για αυτόν/αυτήν.	87	0	3,97	2,110
11. Προτιμώ να μην είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά σε ερωτικούς συντρόφους.	85	2	3,45	1,961
12. Ανησυχώ πολύ για τις σχέσεις μου.	85	2	3,19	2,032
13. Αισθάνομαι άβολα, όταν ο/η ερωτικός μου σύντροφος θέλει να είναι συναισθηματικά πολύ κοντά μου.	87	0	2,48	1,751
14. Όταν ο σύντροφός μου είναι μακριά μου, ανησυχώ ότι μπορεί να ενδιαφερθεί για κάποιον/α άλλο/η.	87	0	2,86	1,844
15. Το βρίσκω σχετικά εύκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με τον/την σύντροφό μου.	87	0	4,43	1,933
16. Όταν δείχνω τα αισθήματά μου στους ερωτικούς συντρόφους, φοβάμαι ότι εκείνοι δεν θα αισθάνονται το ίδιο για μένα.	86	1	3,13	1,820
17. Δεν μου είναι δύσκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με τον/την σύντροφό μου.	84	3	4,51	2,027
18. Σπάνια ανησυχώ για το ότι ο/η σύντροφός μου μπορεί να με αφήσει.	87	0	4,61	2,019
19. Συνήθως συζητάω τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με τον/την σύντροφό μου.	86	1	5,23	1,780
20. Ο/Η ερωτικός μου σύντροφος με κάνει ν' αμφισβητώ τον εαυτό μου.	86	1	2,56	1,671
21. Με βοηθάει το να στραφώ στον/στην σύντροφό μου σε ώρες ανάγκης.	86	1	5,23	1,864
22. Σπάνια ανησυχώ με την ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν.	85	2	4,73	1,911
23. Λέω στον σύντροφό μου σχεδόν τα πάντα	87	0	4,57	2,009
24. Διαπιστώνω ότι οι σύντροφοί μου δεν θέλουν να έρθουν συναισθηματικά τόσο κοντά μου όσο θα ήθελα.	85	2	2,51	1,688
25. Συζητάω τα πράγματα που με απασχολούν με τον/την σύντροφό μου.	87	0	5,18	1,795
26. Μερικές φορές οι ερωτικοί μου σύντροφοι αλλάζουν τα αισθήματά τους για μένα χωρίς φανερό λόγο.	86	1	2,77	1,720
27. Αισθάνομαι νευρικότητα όταν ένας σύντροφος έρθει συναισθηματικά πολύ κοντά μου.	85	2	2,40	1,720
28. Η επιθυμία μου να είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά με τους άλλους μερικές φορές τους φοβίζει και τους απομακρύνει.	85	2	3,00	1,832
29. Αισθάνομαι άνετα να στηριχθώ στον/στην ερωτικό μου σύντροφο.	85	2	5,11	1,865
30. Φοβάμαι ότι μόλις ένας ερωτικός σύντροφος με γνωρίσει καλά, δεν θα του αρέσει το ποιος/α πραγματικά είμαι.	85	2	2,21	1,626
31. Το βρίσκω εύκολο να στηριχθώ σε ερωτικούς συντρόφους.	84	3	3,88	1,865

32. Θυμώνω που δεν παίρνω τη στοργή και τη στήριξη που χρειάζομαι από τον/την σύντροφό μου.	86	1	3,69	2,031
33. Μου είναι εύκολο να είμαι τρυφερός με τον/την ερωτικό μου σύντροφο.	84	3	5,23	1,871
34. Ανησυχώ ότι υστερώ σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους.	86	1	2,41	1,738
35. Ο/Η σύντροφός μου πραγματικά καταλαβαίνει εμένα και τις ανάγκες μου.	86	1	5,06	1,856
36. Μου φαίνεται ότι ο/η σύντροφός μου με προσέχει μόνο όταν είμαι θυμωμένος/θυμωμένη.	85	2	2,32	1,635

Από τους παραπάνω πίνακες συμπεραίνεται ότι Στην *Κλίμακα Καταγραφής Συμπτωμάτων SCL-90-R* υπολογίστηκε ο δείκτης γενικής δριμύτητας συμπτωμάτων Global Severity Index (GSI), που αποτελεί μία χρήσιμη περίληψη όταν αναζητείται ένας γενικός δείκτης (Derogatis, 1994). Στις άλλες δύο κλίμακες υπολογίστηκαν, αντίστοιχα, γενικοί δείκτες. Στην περίπτωση της κλίμακας *Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)*, και ακολουθώντας τις οδηγίες της κλίμακας, τα αρνητικά διατυπωμένα ερωτήματα 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 20, 24, 26, 27, 28, 30, 32, 34 και 36 αντιστράφηκαν προκειμένου να υπολογιστεί ο γενικός δείκτης.

Έτσι, για το συνολικό δείγμα, ο δείκτης Γενικής Δριμύτητας Συμπτωμάτων GSI είχε τιμή 1,63 (από 1,1 έως 3). Στην *Κλίμακα Αίσθησης Συνεκτικότητας (SOC)*, η μέση βαθμολογία ήταν 3,72 (από 1,2 έως 6,1). Στην *Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)*, η μέση βαθμολογία ήταν 5,05 (από 2,56 έως 7). Όσον αφορά κάθε ερευνητική ομάδα ξεχωριστά, ο Πίνακας 4 παρουσιάζει τις μέσες απαντήσεις για καθεμία από τις τρεις κλίμακες της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΝΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.

	N	GSI	SOC	ECRI
ΟΜΑΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	34	1,46	3,74	5,38
ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ	33	1,72	3,72	4,86
ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ	20	1,73	3,70	4,77
ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ/ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ	53	1,72	3,71	4,83

Όπως παρατηρούμε παραπάνω, η γενική δριμύτητα συμπτωμάτων ήταν χαμηλότερη στην ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος από ό,τι στις ομάδες υπέρβαρων/παχύσαρκων. Παράλληλα, η αίσθηση συνεκτικότητας ήταν για όλες τις ομάδες κοινή, με τιμές από 3,7 έως 3,74. Τα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις είχαν υψηλότερη τιμή στην ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος από ό,τι στους υπέρβαρους/παχύσαρκους. Στις ερευνητικές υποθέσεις που ακολουθούν ελέγχθηκε, μεταξύ άλλων, κατά πόσο αυτές οι παρατηρούμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές.

### 5.3 Σύγκριση ανδρών - γυναικών

#### 5.3.1 Περιγραφικά στατιστικά δεδομένα

##### Ομάδα Ατόμων με φυσιολογικό βάρος

Πίνακας 6. Group Statistics

φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
GSI άνδρας	16	1,4576	,36865	,09216
γυναίκα	4	1,4639	,17856	,08928
SOC άνδρας	17	3,6856	,72628	,17615
γυναίκα	14	3,8079	,36461	,09745
ECRI άνδρας	17	5,2925	1,06144	,25744
γυναίκα	11	5,5278	,86326	,26028

## Ομάδα Υπέρβαρων/Παχύσαρκων

**Πίνακας 7. Group Statistics**

φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
GSI άνδρας	24	1,6380	,46434	,09478
γυναίκα	12	1,8898	,43344	,12512
SOC άνδρας	29	3,6885	,70389	,13071
γυναίκα	17	3,7505	,29475	,07149
ECRI άνδρας	29	4,8199	,86033	,15976
γυναίκα	14	4,8393	,88058	,23535

### 5.3.2 Έλεγχος κανονικότητας

#### T-Test Ομάδα Ατόμων με φυσιολογικό βάρος

**Πίνακας 8. Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
GSI	Equal variances assumed	3,026	,099	-,032	18
	Equal variances not assumed			-,049	10,432
SOC	Equal variances assumed	1,517	,228	-,572	29
	Equal variances not assumed			-,607	24,471
ECRI	Equal variances assumed	2,328	,139	-,614	26
	Equal variances not assumed			-,643	24,488

**Πίνακας 9. Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
GSI	Equal variances assumed	,974	-,00625	,19249
	Equal variances not assumed	,962	-,00625	,12831
SOC	Equal variances assumed	,572	-,12228	,21370

	Equal variances not assumed	,549	-,12228	,20131
ECRI	Equal variances assumed	,544	-,23529	,38305
	Equal variances not assumed	,526	-,23529	,36609

**Πίνακας 10. Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
GSI	Equal variances assumed	-,41066	,39816
	Equal variances not assumed	-,29056	,27806
SOC	Equal variances assumed	-,55935	,31479
	Equal variances not assumed	-,53733	,29277
ECRI	Equal variances assumed	-1,02267	,55208
	Equal variances not assumed	-,99007	,51948

### **T-Test Ομάδα Υπέρβαρων/Παχύσαρκων**

**Πίνακας 11. Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
GSI	Equal variances assumed	,731	,398	-1,567	34
	Equal variances not assumed			-1,604	23,539
SOC	Equal variances assumed	4,730	,035	-,345	44
	Equal variances not assumed			-,416	40,859
ECRI	Equal variances assumed	,035	,852	-,069	41
	Equal variances not assumed			-,068	25,252

**Πίνακας 12. Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
GSI	Equal variances assumed	,126	-,25185	,16071
	Equal variances not assumed	,122	-,25185	,15697
SOC	Equal variances assumed	,732	-,06204	,17991
	Equal variances not assumed	,679	-,06204	,14898
ECRI	Equal variances assumed	,946	-,01936	,28209
	Equal variances not assumed	,946	-,01936	,28445

**Πίνακας 13. Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
GSI	Equal variances assumed	-,57846	,07476
	Equal variances not assumed	-,57616	,07245
SOC	Equal variances assumed	-,42462	,30054
	Equal variances not assumed	-,36295	,23886
ECRI	Equal variances assumed	-,58906	,55034
	Equal variances not assumed	-,60490	,56617

**5.3.3 Αποτελέσματα σύγκρισης ανδρών –γυναικών**

Οι στατιστικοί έλεγχοι t-test ανεξάρτητων δειγμάτων έδειξαν ότι δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την αίσθηση συνοχής, την καταγραφή συμπτωμάτων και τα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, ούτε στην ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος ούτε και στους υπέρβαρους-παχύσαρκους. Εδώ συνεπώς γίνεται αποδεκτή η μηδενική υπόθεση.



## 5.4 Συσχέτιση μεταξύ κλιμάκων και υποκλιμάκων OAS,ESS και SCL-90

Η βασική ερευνητική υπόθεση  $H_1$  προβλέπει ότι *υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην ομάδα υπέρβαρων/παχύσαρκων και την ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος, ως προς την αίσθηση συνοχής, την καταγραφή συμπτωμάτων και τα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις*. Για την πραγματοποίηση αυτού του στατιστικού ελέγχου, χρησιμοποιήθηκαν t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Βρέθηκε ότι οι απαντήσεις της ομάδας ατόμων με φυσιολογικό βάρος και της ομάδας υπέρβαρων/παχύσαρκων διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους στις κλίμακες συμπτωμάτων GSI ( $t=-2,443$ ,  $df=50,138$ ,  $p=0,018$ ) και στα βιώματα των διαπροσωπικών σχέσεων ECRI ( $t=2,539$ ,  $df=69$ ,  $p=0,013$ ). Στην κλίμακα συμπτωμάτων, η ομάδα των υπέρβαρων/παχύσαρκων ανέφερε περισσότερα συμπτώματα διαταραχής (M.O. 1,45 έναντι 1,72), και στην κλίμακα βιωμάτων διαπροσωπικών σχέσεων η ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος έλαβε υψηλότερη βαθμολογία από την ομάδα υπέρβαρων/παχύσαρκων (M.O. 5,38 έναντι 4,83). Στην κλίμακα συνοχής SOC, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες. Κατά συνέπεια, η κύρια ερευνητική υπόθεση γίνεται σε μεγάλο βαθμό αποδεκτή και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται, αφού υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας ατόμων με φυσιολογικό βάρος και της ομάδας υπέρβαρων/παχύσαρκων τόσο στην καταγραφή συμπτωμάτων όσο και στα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά όχι και στην αίσθηση συνοχής.

Για τις ερευνητικές υποθέσεις, ισχύουν τα εξής. Στην υπόθεση 2, οι στατιστικοί έλεγχοι t-test ανεξάρτητων δειγμάτων έδειξαν ότι δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την αίσθηση συνοχής, την καταγραφή συμπτωμάτων και τα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στα **δύο φύλα**, ούτε στην ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος ούτε και στους υπέρβαρους-παχύσαρκους. Εδώ συνεπώς γίνεται αποδεκτή η μηδενική υπόθεση.

Στην υπόθεση 3, πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος συνάφειας Pearson correlation (r) προκειμένου να βρεθεί κατά πόσο η ηλικία σχετίζεται με τους δείκτες της έρευνας. Βρέθηκε ότι στην ομάδα των υπέρβαρων/παχύσαρκων, η ηλικία είχε μία στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με την κλίμακα συνεκτικότητας ( $r=0,473$ ,  $p=0,001$ ). Κατά συνέπεια η υπόθεση 3 γίνεται μερικώς αποδεκτή, αφού η αίσθηση συνοχής αυξάνεται με την **ηλικία** στην ομάδα των υπέρβαρων-παχύσαρκων. Από την άλλη πλευρά, τα συμπτώματα και τα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις

δεν είχαν κάποια σημαντική θετική σχέση με την ηλικία, ενώ ειδικά οι ηλικίες της ομάδας ατόμων με φυσιολογικό βάρος δεν σχετίζονταν με κανέναν παράγοντα.

Τέλος, στην ερευνητική υπόθεση 4, κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία όπως η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο εξετάστηκαν για την δυνατότητά τους να διαφοροποιούν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων της ομάδας ατόμων με φυσιολογικό βάρος και της ομάδας υπέρβαρων-παχύσαρκων. Μετά από εφαρμογή του ελέγχου ανάλυσης διακύμανσης ANOVA, και την εφαρμογή εκ των υστέρων post-hoc ελέγχων Dunnett's C, βρέθηκε ότι στην ομάδα των υπέρβαρων-παχύσαρκων οι άγαμοι έδιναν στατιστικά σημαντικά περισσότερες αναφορές συμπτωμάτων από ό,τι οι παντρεμένοι ( $F=12,623, df=2, p\leq 0,0005$ ). Ακόμα, οι υπέρβαροι/παχύσαρκοι απόφοιτοι λυκείου και ανωτάτων σχολών είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα συνοχής/συνεκτικότητας (SOC) από ό,τι οι υπέρβαροι/παχύσαρκοι απόφοιτοι γυμνασίου ( $F=4,319, df=2, p=0,02$ ), ενώ η ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος είχε γενικά υψηλότερα σκορ στην κλίμακα ECRI από τους υπέρβαρους ( $F=4,458, df=2, p=0,022$ ).

## 5.5 Αξιοπιστία κλιμάκων

Χρησιμοποιώντας τον δείκτη εσωτερικής συνάφειας Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ), η αξιοπιστία και των τριών κλιμάκων βρέθηκε να είναι επαρκής. Ιδιαίτερα στην κλίμακα καταγραφής συμπτωμάτων SCL-90-R και την κλίμακα βιωμάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις (ECRI, η αξιοπιστία ήταν εξαιρετικά υψηλή με  $\alpha=0,97$  και  $\alpha=0,921$  αντίστοιχα. Ο Πίνακας 14 παρουσιάζει την αξιοπιστία των κλιμάκων..

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Κλίμακα	Cronbach's Alpha	Αριθμός ερωτημάτων
SCL-90-R	,970	90
SOC	,715	29
ECRI	,921	36

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα είχε ως σκοπό τη μελέτη της αίσθησης συνοχής, της καταγραφής συμπτωμάτων και των βιωμάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις σε υπέρβαρα/παχύσαρκα άτομα ως προς την ηλικία, το φύλο και άλλα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο. Το δείγμα, αποτελούνταν από 87 άτομα, 62% άνδρες και 38% γυναίκες, 54% παντρεμένοι και 41% άγαμοι, 62% απόφοιτοι λυκείου και 25% απόφοιτοι ανωτάτης σχολής, μέσης ηλικίας 36,8 ετών, μέσου βάρους 81 κιλών, μέσου ύψους 1,74, και μέσου δείκτη μάζας σώματος 27,13, καταλήγουμε στα εξής. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ερευνητικές ομάδες, την ομάδα *Ελέγχου*, με μέσο BMI 22,7, την ομάδα *Υπέρβαρων* με μέσο BMI 27,5, και την ομάδα *Παχύσαρκων* με μέσο BMI 34,1. Οι δύο υπέρβαρες ομάδες είχαν μαζί μέσο BMI 30.

Οι τρεις κλίμακες της συνοχής, της καταγραφής συμπτωμάτων και των βιωμάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις είχαν υψηλή αξιοπιστία Cronbach Alpha. Η δριμύτητα των αναφερόμενων συμπτωμάτων ήταν υψηλότερη για τους παχύσαρκους – υπέρβαρους και τα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις είχαν υψηλότερα σκορ στην ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος από ό,τι στις ομάδες υπέρβαρων/παχύσαρκων. Από την άλλη πλευρά, η αίσθηση συνεκτικότητας ήταν για όλες τις ομάδες παρόμοια. Οι ερευνητικές υποθέσεις που υιοθετήθηκαν κατέδειξαν, μεταξύ άλλων, τη στατιστική σημαντικότητα (ή της έλλειψη αυτής) στις παρατηρούμενες διαφορές. Έτσι, η βασική ερευνητική υπόθεση έγινε εν πολλοίς αποδεκτή αφού βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις της ομάδας ατόμων με φυσιολογικό βάρος και εκείνες της ομάδας υπέρβαρων/παχύσαρκων, στην καταγραφή συμπτωμάτων και στα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, όχι όμως και στην αίσθηση συνοχής.

Επιπλέον δεν βρέθηκαν να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην αίσθηση της συνοχής, στην καταγραφή των συμπτωμάτων ή στα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, είτε στην ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος είτε και στους υπέρβαρους-παχύσαρκους. Τρίτον, στην ομάδα των υπέρβαρων/παχύσαρκων, η ηλικία είχε μία στατιστικά σημαντική και θετική σχέση με την κλίμακα συνεκτικότητας. Άρα η υπόθεση 3 έγινε μερικώς αποδεκτή, αφού η αίσθηση συνοχής αυξάνεται με την ηλικία στην ομάδα των υπέρβαρων-παχύσαρκων. Από την άλλη πλευρά, τα αναφερόμενα συμπτώματα και τα βιώματα στις

διαπροσωπικές σχέσεις δεν είχαν κάποια σημαντική σχέση με την ηλικία, ενώ ειδικά οι ηλικίες της ομάδας ατόμων με φυσιολογικό βάρος δεν σχετιζόνταν με κανέναν παράγοντα. Τέλος, οι άγαμοι υπέρβαροι-παχύσαρκοι ανέφεραν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα από ό,τι οι παντρεμένοι. Οι υπέρβαροι/παχύσαρκοι απόφοιτοι λυκείου και ανωτάτων σχολών είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα συνοχής/συνεκτικότητας από ό,τι οι υπέρβαροι/παχύσαρκοι απόφοιτοι γυμνασίου, και γενικά η ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος είχε υψηλότερα σκορ στην κλίμακα βιωμάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις από τους υπέρβαρους.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας κατέδειξαν ότι η δριμύτητα των αναφερόμενων συμπτωμάτων και τα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις είχαν υψηλότερα σκορ στην ομάδα ατόμων με φυσιολογικό βάρος από ό,τι στις ομάδες υπέρβαρων/παχύσαρκων. Το παραπάνω εύρημα συμφωνεί με την έρευνα των de Wit et al (2010), βάσει των οποίων τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη, άγχος, καταναγκαστική συμπεριφορά και ορισμένα αποκλίνοντα χαρακτηριστικά της προσωπικότητά τους. Επίσης σύμφωνα με τους Katon et al. (2010), πολλοί τρώνε ως αντίδραση σε αρνητικά συναισθήματα, όπως πόνο, κατάθλιψη ή θυμό και σύμφωνα με τους Boutelle et al (2010), η παχυσαρκία θεωρείται συχνά ως συνέπεια της έλλειψης βούλησης και αδυναμιών ή ως μια «επιλογή τρόπου ζωής» - η επιλογή του υπερβολικού φαγητού και της ελάχιστης φυσικής δραστηριότητας. Τέλος οι Azarbad and Gonder-Frederick (2010), ισχυρίζονται ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς εμφανίζουν συνολικά μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία απ' ό,τι οι άνθρωποι με φυσιολογικό σωματικό βάρος.

Άλλο σημαντικό εύρημα της παρούσης μελέτης είναι η διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις της ομάδας ατόμων με φυσιολογικό βάρος και εκείνες της ομάδας υπέρβαρων/παχύσαρκων, στην καταγραφή συμπτωμάτων και στα βιώματα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Σύμφωνα με τους Huang et al. (2007), η έννοια της εικόνας του σώματος περικλείει τις σχετικές με το σώμα αντιλήψεις και συμπεριφορές και συνδέεται με την αυτοεκτίμηση, την εμπιστοσύνη στον εαυτό, το τρώγειν, την άσκηση και την συναισθηματική σταθερότητα. Μάλιστα τα υπέρβαρα παιδιά είναι πιο επιρρεπή σε ανησυχίες για την εικόνα σώματος και έτσι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για διαταραγμένο τρώγειν. Σύμφωνα τέλος με τους Thompson &

Heinberg (1999), η διαταραγμένη ή/και η μειωμένη σωματική εικόνα έχει επανειλημμένα ενοχοποιηθεί ως ένα από τα βασικά στοιχεία πολλών διατροφικών διαταραχών, της χαμηλής αυτοεκτίμησης (Fox, 1997), της μειωμένης φροντίδας του εαυτού (Mehler, 2001) και της μειωμένης σωματικής δραστηριότητας (Sonstroem, 1997).

## Βιβλιογραφία

1. Adams KF, Leitzmann MF, Albanes D, Kipnis V, Moore SC, Schatzkin A, Chow WH.( 2008). Body size and renal cell cancer incidence in a large US cohort study. *Am J Epidemiol.*; 168:268-277.
2. Allison DB, Fontaine KR, Manson JE, Stevens J, VanItallie TB . (1999)."Annual deaths attributable to obesity in the United States". *JAMA*, , 282 (16): 1530–8.
3. Balen AH, Conway GS, Kaltsas G, Techatrasak K, Manning PJ, West C, Jacobs HS.( 1995). Polycystic ovary syndrome: the spectrum of the disorder in 1741 patients. *Hum Reprod*; 10:2107-2111.
4. Barbusch RB, Swanson CA.( 1996). Body weight: estimation of risk for breast and endometrial cancers. *Am J Clin Nutr*; 63:S4375-4415.
5. Berghofer, A., T. Pischon, et al. (2008). "Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review." *BMC Public Health* 8: 200.
6. Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, Flint AJ, Hannan L, MacInnis RJ, et al.( 2010). Body-mass index and mortality among 1.46 million White adults. *N Engl J Med.*;363:2211–9.
7. Brennan, K.A., Clark, C.L. & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: *Attachment, Theory and Close Relationships*. J.A. Simpson & W.S. Rholes (eds). USA, NY: Guilford Press, (p. 46-76).
8. Brownson, R.C., T.K. Boehmer, and D.A. Luke,( 2005). Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? *Annu Rev Public Health.*, 26: p. 421-43.
9. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW (1999). "Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults". *N Engl J Med*. Oct 7;341(15):1097-105.
10. Clain DJ, Lefkowitz JH. (1987).Fatty liver disease in morbid obesity. *Gastroenterol Clin N Am*; 16:239-252.
11. Cohen SS, Palmieri RT, Nyante SJ, Koralek DO, Kim S, Bradshaw P, Olshan AF.( 2008). Obesity and screening for breast, cervical, and colorectal cancer in women: a review. *Cancer.*; 112:1892-1904.
12. Cope, M.B. and D.B. Allison,( 2006). Obesity: person and population. *Obesity (Silver Spring)*,. 14 Suppl 4: p. 156S-159S.

13. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE.( 2001). Quality of life after lap-band placement: influence of time, weight loss, and comorbidities. *Obes Res*;9:713-21.
14. Dunaif A.( 1992). Polycystic ovary syndrome and obesity. In: Bjorntorp P, Brodoff PN., eds. *Obesity*, Philadelphia: Lippincott, 594-605,.
15. Eyre H, Kahn R, Robertson RM, et al. (2004). Preventing cancer, cardiovascular disease, and diabetes: a common agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association. *Circulation*;109(25):3244-3255. Epub 2004 Jun 15.
16. Freedland SJ, Wen J, Wuerstle M, Shah A, Lai D, Moalej B, Atala C, Aronson WJ.( 2008). Obesity is a significant risk factor for prostate cancer at the time of biopsy. *Urology*; 72:1102-1105
17. Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. (2007). "Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity". *Int J Obes (Lond)*, , 31 (4): 569–77
18. Ghan JM, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC. (1994). Obesity, fat distribution and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care*; 17:961-969.
19. Gibson GJ. (2000). Obesity, respiratory function and breathlessness. *Thorax*; 55:S41-44.
20. Golditz GA et al.( 1995). Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Ann Intern Med*; 122:481-6.
21. Haffner SM, Bauer RL.( 1993). The association of obesity and glucose and insulin concentrations with bone density in premenopausal and postmenopausal women. *Metabolism*; 42:735-738
22. Haslam DW, James WP (2005). "Obesity". *Lancet* 366 (9492): 1197–209.
23. Hoskins W ,( 2005). *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*, Lippincott Williams & Wilkins,
24. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP.( 1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*; 67:968-977.
25. Institute of Medicine (2002)., *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients)*, National Academy Press, Washington, DC,.
26. Jakicic J. M., Clark K., Coleman E., Donnelly E. D., Foreyt J., Melanson E., Volek J. and Volpe S.L. (2001). *Appropriate Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention of Weight Regain for Adults*. Medicine & Science in Sports & Exercise.

27. Jakicic, J. M., K. Clark, et al. (2001). "American College of Sports Medicine position stand. Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults." *Med Sci Sports Exerc* 33(12): 2145-56.
28. James, W. P. (2008). "The fundamental drivers of the obesity epidemic." *Obes Rev* 9 Suppl 1: 6-13.
29. Kamrath RO, Plummer LJ, Sadur CN, Adler MA, Strader WJ, Young RL, Weinstein RL. (1992). Cholelithiasis in patients treated with low-calorie-diet. *Am J Clin Nutr*; 56:2555-2575.
30. Kapantais, E., T. Tzotzas, et al. (2006). "First national epidemiological survey on the prevalence of obesity and abdominal fat distribution in Greek adults." *Ann Nutr Metab* 50(4): 330-8.
31. Karlsson J, Sjostrom L, Sullivan M. (1998). Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*;22:113-26.
32. Kopelman PG (2000) . Obesity as a medical problem. *Nature*, 404: 635-643
33. Kopelman P and Albon L,( 1997). Obesity, non-insulin-dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrome, *British Medical Bulletin*,3 (No. 2):322-340
34. Kopelman PG.( 1998). Neuroendocrine function in obesity. *Clinical Endocrinology* 28:675-689,.
35. Kolotin RL, Head S, Hamilton M, Tse CK. (1995).Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Res*;3:49-56.
36. Kolotin RL, Head S, Brookhart A.( 1995b) Construct validity of the impact of Weight on Quality of Life Questionnaire. *Obes Res*; 5:434-441.
37. Kral JG, Heymsfield S. (1987), Morbid Obesity: Definitions, Epidemiology and Methodological Problems. *Gastroenterol Clin North Am*; 16(2): 197-205.
38. Kuczmarski R, Flegal K, Campbell S, Flegal K.( 1994). Increasing prevalence of overweight among US adults. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *JAMA*; 272:205-211.
39. Larsson SC, Wolk A.( 2007) Obesity and the risk of gallbladder cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer*; 96:1457-1461.
40. Ledikwe JH, Blanck HM, Kettel Khan L, Serdula MK, Seymour JD, Tohill BC, Rolls BJ.( 2006). Dietary energy density is associated with energy intake and weight status in US adults. *Am J Clin Nutr*;83:1362- 8.



41. Leitzmann MF, Koebnick C, Danforth KN, Brinton LA, Moore SC, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Lacey JV Jr. (2009). Body mass index and risk of ovarian cancer. *Cancer*; 115:812-822.
42. Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. (2004) Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*. 5(s1). 4-85.
43. Maes, H.H., M.C. Neale, and L.J. Eaves, (1997). Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity. *Behav Genet.*, 27(4): p. 325-51
44. Mahan L.K and Escott-Stump S.( 2004 ), .Krause' s Food, Nutrition, & Diet Therapy. 11th Edition, Philadelphia: Saunders.
45. Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, et al. (1995). "Body weight and mortality among women". *N. Engl. J. Med.*, 333 (11): 677–85
46. Marin P, Lonn L, Andersson B, et al. (1996). Assimilation of triglycerides in subcutaneous and intraabdominal adipose tissue in vivo in men. *J Clin*;81:1018-1022.
47. Mazzella Get al.( 1998). Gallbladder motility and gallstone formation in obese patients following very low calorie diets. Use it (fat) to lose it (well). *International Journal of Obesity* 22:592-600,.
48. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, et al. (2001). The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *Journal of the American Medical Association* 286(10): 1195-1200.
49. Mokdad AH, Serdula MK, Dietz WH, Bowman BA, Marks JS, Koplan JP.( 2000). The continuing epidemic of obesity in the United States. *JAMA*;284:1650-1.
50. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity (1996).. Long-term pharmacotherapy in the management of obesity. *JAMA* 276:1907-1915,.
51. National Institute of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute (1998) Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report, NIH. *Obes. Res.*6:464,
52. Norman RJ, Clark AM. (1998). Obesity and reproductive disorders: a review. *Reprod Fertil Dev*; 10:55-63.
53. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, Hayflick L, Butler RN, Allison DB, Ludwig DS.( 2005). A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med*;352:1138-45.
54. Orzano A. J. and Scott G. J.( 2004). Diagnosis and Treatment of Obesity in Adults: An Applied Evidence-Based Review. *The Journal of the America Board of Family Practice* 17:359-369,.

55. Patel AV, Feigelson HS, Talbot JT, McCullough ML, Rodriguez C, Patel RC, Thun MJ, Calle EE. (2008). The role of body weight in the relationship between physical activity and endometrial cancer: results from a large cohort of US women. *Int J Cancer.*; 123:1877-1882.
56. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L .( 2003), "Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: A life-table analysis" (PDF). *Ann. Intern. Med.*,138 (1): 24–32
57. Pignone MP, Ammerman A, Fernandez L et al. Counseling to promote a healthy diet in adults. *Am J Prev Med* 2003;24(1):75-92
58. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, et al. "General and abdominal adiposity and risk of death in Europe". *N Engl J Med* 2008; 359:2105-2120
59. Perry IJ, Wannamethee SG, Walker MK, Thomson AG, Whincup PH, Shaper AG. (1995). Prospective study of risk factors for development of NIDDM in middle aged British men. *Br Med J*; 310:560-564.
60. Ruth H., Striegel -Moore RH (2001). The impact of pediatric obesity treatment on eating behavior and psychological adjustment. *Journ Ped*, 139(1).
61. Scott BJ, Kirk S, Daniels SR.( 2005). Pediatric Obesity Epidemic: Treatment Options. *Journ Am Diet Ass*, 105: S44-S51,
62. Schauer PR, Ikramuddin S, Gourash W, Ramanathan R, Luketich J.( 2000). Outcomes after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Ann Surg*;232:515-29.
63. Shauna D.Ball, Debbie kertes, Laurie J Moyer-Milleur (2005). Dietary supplement use is prevalent among children with chronic illness. *Journ Am Diet Ass*, 105(1): 78,.
64. Shlomo Kyzer MD. (1998).Obstructive Sleep Apnea in the Obese. *World J Surger*; 22:998-1001.
65. Sluijs EMF, Poppel MNM, Mechelen W.( 2004). Stage-Based Interventions in Primary Care. Are they effective? *Am J Prev Med*;26(4):330-43
66. Tsagarakis M., Kafetsios K., Stalikas A. (2007). Reliability and Validityof the Greek Version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of Adult Attachment *European Journal of Psychological Assessment*. Vol.23(1):47–55.
67. Uauy R. & Diaz E., (2005), Consequences of food energy excess and positive energy balance. *Public Health Nutrition* 8, 1077-1099.
68. Van Gaal LF, Mertens IL.( 1998). Effects of obesity on cardiovascular system and blood pressure control, digestive disease and cancer. In *Clinical Obesity*, Kopelman PG and Stock MJ editors, Blackwell Science, Oxford :205-225.

69. Van Itallie TB. (1985). Health implications of overweight and obesity in the USA. *Ann Intern Med*; 103:983-988.
70. Van Loan MD, Johnson HL, Barbieri TF. (1998). Effect of weight loss on bone mineral content and bone density in obese women. *Am J Clin Nutr*; 67:734-738.
71. Wadden T. and Sarver DB. (1998). Behavioral treatment of obesity: new approaches to an old disorder. In Goldstein D, editor: *The management of eating disorders*, Totowa, NJ,.
72. Wangsness M. (2000). Pharmacological treatment of obesity. Past, present and future. *Minn Med* 83(11):21-6,
73. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, et al. (2009). Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*; 373:1083–1096
74. Willett WC, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz GA, Rosner B, Speizer FE, Hennekens CH. (1995). Weight, weight change, and coronary heart disease in women. Risk within the 'normal' range. *JAMA*; 273:461-465.
75. William D. McArdle, Frank I. Katch, Victor L. Katch (2001), *Φυσιολογία της άσκησης, Επιστημονική Επιμέλεια Βασίλης Κλεισούρας (2η έκδοση)*, Τόμος II, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 495-503
76. Wolf, A.M. and G.A. Colditz, Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes Res*, 1998. 6(2): p. 97-106.
77. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes Res* 1998; 6:97-106.
78. World Health Organization (WHO) (1995) . Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva, WHO Technical Report Series No 854
79. World Health Organization (WHO) (2000). "Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation." *World Health Organ Tech Rep Ser* 894: i-xii, 1-253.
80. World Health Organization (WHO ).(2006). Fact sheet: "Obesity and overweight." Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>. Accessed 10 June 2009.
81. Αναστασίου Ε. (2001). Παχυσαρκία και εγκυμοσύνη. Παχυσαρκία, 4ος Κύκλος Εντατικής Εκπαίδευσης στην Ενδοκρινολογία, Φεβρουάριος:373-381.
82. Καραλής, Ι. , Langius, Α. , Τσιρογιάννη, Μ., Faresjö, Τ. , Nettelbladt, Ρ., Λιονής, Χ. (2004). Η μετάφραση-στάθμιση της κλίμακας «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of

- coherence) στην Ελλάδα και η χρήση της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(2), σελ. 195-203.
83. Καφάτος Α (2002). Παχυσαρκία, Πρόληψη και Αντιμετώπιση , Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
  84. Κατσίκης Η, Φλωράκης Φ, Καρκανάκη Α, Πιούκα Α, Χατζηδημητρίου Δ, Πανίδης Δ,( 2009) , Παχυσαρκία II: Επιδημιολογία, οικονομικό κόστος, κλινική αξιολόγηση του παχύσαρκου ασθενή, Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 21(4):332-340,
  85. Κόκκινος Α, (2008).Φάρμακα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, στο Παχυσαρκία Μύθος και Πραγματικότητα, Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας & Διατροφής, Αθήναι
  86. Κωνσταντινίδης Κ,( 2008). Χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, στο Παχυσαρκία Μύθος και Πραγματικότητα, Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας & Διατροφής, Αθήναι .
  87. Παπαβραμίδης Σ.(2002). Παχυσαρκία, Θεωρία και πράξη. Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης.
  88. Panagiotakos, D. B., C. Pitsavos, et al. (2004). "Epidemiology of overweight and obesity in a Greek adult population: the ATTICA Study." Obes Res 12(12):1914-20.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL-90-R					
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Υπερβολικά
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτό που θέλετε;	0	1	2	3	4

29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μυς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ό,τι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε έναν κόμπο στον λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4

65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (SOC)

1. Όταν μιλάτε με τους ανθρώπους, έχετε την αίσθηση ότι δεν σας καταλαβαίνουν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν						Πάντα έχω
έχω αυτή						αυτή την
την αίσθηση						αίσθηση

2. Στο παρελθόν, όταν έπρεπε να συνεργαστείτε με άλλους για κάτι, είχατε την αίσθηση ότι:

1	2	3	4	5	6	7
Σίγουρα δε						Σίγουρα
θα γινόταν						θα γινόταν

3. Σκεφτείτε τους ανθρώπους με τους οποίους έρχεστε καθημερινά σε επαφή, εκτός από αυτούς που αισθάνεστε περισσότερο κοντά σας. Πόσο καλά γνωρίζετε τους περισσότερους από αυτούς;

1	2	3	4	5	6	7
αισθάνεστε						Τους
ότι είναι						γνωρίζετε
ξένοι						πολύ καλά

4. Έχετε την αίσθηση ότι δεν νοιάζεστε πραγματικά για ό,τι συμβαίνει γύρω σας;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ σπάνια						Πολύ συχνά
ή ποτέ						

5. Συνέβη στο παρελθόν να εκπλαγείτε από τη συμπεριφορά ατόμων που νομίζατε ότι γνωρίζατε καλά;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν						Πάντα
συνέβη						συνέβαινε



6. Έχει συμβεί ποτέ να σας απογοητεύσουν οι άνθρωποι, στους οποίους βασιζόσασταν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν						Πάντα
συνέβη						συνέβαινε

7. Η ζωή είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη						Τελείως
ενδιαφέρον						ρουτίνα

8. Μέχρι τώρα η ζωή σας είχε:

1	2	3	4	5	6	7
Κανέναν						Πολύ
απολύτως						σαφείς
σαφή στόχο ή σκοπό						στόχους-σκοπούς

9. Έχετε την αίσθηση ότι σας συμπεριφέρονται άδικα;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ
						Σπάνια ή
						ποτέ

10. Τα τελευταία δέκα χρόνια η ζωή σας ήταν:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη αλλαγές						απόλυτα
χωρίς εσείς να γνωρίζετε						σταθερή
τι θα συμβεί στη συνέχεια						και σαφής

11. Τα περισσότερα από τα πράγματα που θα κάνετε στο μέλλον πιθανόν θα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Απόλυτα						Θανάσιμα
Συναρπαστικά						βαρετά

12. Έχετε την αίσθηση ότι βρίσκεστε σε μια περίεργη κατάσταση και δεν ξέρετε τι να κάνετε;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ Σπάνια ή ποτέ

13. Τι περιγράφει καλύτερα το πώς βλέπετε τη ζωή:

1	2	3	4	5	6	7
Κάποιος μπορεί πάντα να βρει μια λύση για τα οδυνηρά πράγματα στη ζωή						Δεν υπάρχει καμία λύση για τα οδυνηρά πράγματα στη ζωή

14. Όταν σκέφτεστε τη ζωή σας, πολύ συχνά:

1	2	3	4	5	6	7
Αισθάνεστε πόσο καλό είναι το να ζείτε						Αναρωτιέστε γιατί υπάρχουν καθόλου

15. Όταν αντιμετωπίζετε ένα δύσκολο πρόβλημα, η επιλογή της λύσης είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Πάντα μπερδεμένη και δύσκολο να βρεθεί						Πάντα απόλυτα σαφής

16. Το να κάνετε τα πράγματα που κάνετε κάθε μέρα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Μια πηγή						Μια πηγή
ευχαρίστησης						πόνου και
και ικανοποίησης						πλήξης

17. Περιμένετε τη ζωή σας στο μέλλον να είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη						Απόλυτα
απρόβλεπτες						σταθερή και
αλλαγές						προβλέψιμη

18. Όταν κάτι δυσάρεστο συνέβη στο παρελθόν, η τάση σας ήταν:

1	2	3	4	5	6	7
Υποφέρατε						Να πείτε
έντονα						«εντάξει» αυτά
κλεισμένος						συμβαίνουν πρέπει
στον εαυτό σας						να συνεχίσω τη
						ζωή μου

19. Έχετε πολύ μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ
						Σπάνια ή
						ποτέ

20. Όταν κάνετε κάτι που σας κάνει να αισθάνεσθε καλά:

1	2	3	4	5	6	7
Είναι βέβαιο						Είναι βέβαιο
ότι θα συνεχίσετε						ότι κάτι θα
να αισθάνεστε						συμβεί και θα
καλά						χαλάσει το
						συναίσθημα

21. Σας συμβαίνει να έχετε συναισθήματα που θα προτιμούσατε να μην είχατε;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ Σπάνια ή ποτέ

22. Περιμένετε την προσωπική σας ζωή στο μέλλον να είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Χωρίς νόημα ή σκοπό						Γεμάτη νόημα και σκοπό

23. Νομίζετε ότι πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι, στους οποίους θα μπορείτε να βασιστείτε στο μέλλον;

1	2	3	4	5	6	7
Είστε Βέβαιος ότι Θα υπάρχουν						Αμφιβάλλετε να θα υπάρχουν

24. Σας συμβαίνει να έχετε το αίσθημα ότι δεν γνωρίζετε ακριβώς το τι πρόκειται να συμβεί;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ Σπάνια ή ποτέ

25. Πολλοί άνθρωποι –ακόμα και εκείνοι με δυνατό χαρακτήρα– μερικές φορές αισθάνονται ως αποτυχημένοι σε κάποιες καταστάσεις. Πόσο συχνά έχετε αισθανθεί κατ' αυτόν τον τρόπο στο παρελθόν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ						Πολύ συχνά

26. Όταν συνέβαινε κάτι, ανακαλύπτατε γενικά ότι:

1	2	3	4	5	6	7
Υπερεκτιμήσατε						είδατε
ή υποτιμήσατε						τα πράγματα
τη σημασία του					στις σωστές του αναλογίες	

27. Όταν σκέφτεστε τις δυσκολίες που πρόκειται πιθανά να αντιμετωπίσετε σε σημαντικούς τομείς της ζωής σας, έχετε την αίσθηση ότι:

1	2	3	4	5	6	7
Πάντα θα						Δε θα
πετυχαίνετε						πετύχετε
να ξεπερνάτε						να ξεπεράσετε
τις δυσκολίες						τις δυσκολίες

28. Πόσο συχνά έχετε την αίσθηση ότι έχουν λίγο νόημα τα πράγματα που κάνετε στην καθημερινή σας ζωή:

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ
						Σπάνια ή
						ποτέ

29. Πόσο συχνά έχετε συναισθήματα που δεν είστε σίγουροι ότι μπορείτε να κρατήσετε υπό έλεγχο;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ
						Σπάνια ή
						ποτέ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ. ΒΙΩΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ  
(ECRI)

1. Προτιμώ να μη δείχνω στον/στην σύντροφό μου τι αισθάνομαι κατά βάθος.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

2. Φοβάμαι ότι θα χάσω την αγάπη του/της συντρόφου μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

3. Αισθάνομαι άνετα να μοιράζομαι προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα με τον/την σύντροφό μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

4. Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε θα θέλει να μείνει μαζί μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

5. Το βρίσκω δύσκολο ν' αφήσω τον εαυτό μου να στηριχθεί σε ερωτικούς συντρόφους.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

6. Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε με αγαπάει πραγματικά.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

7. Αισθάνομαι πολύ άνετα, να είμαι συναισθηματικά κοντά με ερωτικούς συντρόφους.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

8. Ανησυχώ ότι οι ερωτικοί μου σύντροφοι δε θα νοιάζονται για μένα όσο εγώ για αυτούς.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

9. Δεν αισθάνομαι άνετα να «ανοίγομαι» σε ερωτικούς συντρόφους.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

10. Συχνά εύχομαι τα συναισθήματα του/της συντρόφου μου για μένα να ήταν τόσο δυνατά όσο τα δικά μου για αυτόν/αυτήν.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

11. Προτιμώ να μην είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά σε ερωτικούς συντρόφους.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

12. Ανησυχώ πολύ για τις σχέσεις μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

13. Αισθάνομαι άβολα, όταν ο/η ερωτικός μου σύντροφος θέλει να είναι συναισθηματικά πολύ κοντά μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Διαφωνώ  
απολύτως

Συμφωνώ  
απολύτως

14. Όταν ο σύντροφός μου είναι μακριά μου, ανησυχώ ότι μπορεί να ενδιαφερθεί για κάποιον/α άλλο/η.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

15. Το βρίσκω σχετικά εύκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με τον/την σύντροφό μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

16. Όταν δείχνω τα αισθήματά μου στους ερωτικούς συντρόφους, φοβάμαι ότι εκείνοι δεν θα αισθάνονται το ίδιο για μένα.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

17. Δεν μου είναι δύσκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με τον/την σύντροφό μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

18. Σπάνια ανησυχώ για το ότι ο/η σύντροφός μου μπορεί να με αφήσει.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

19. Συνήθως συζητάω τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με τον/την σύντροφό μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως



20. Ο/Η ερωτικός μου σύντροφος με κάνει ν' αμφισβητώ τον εαυτό μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

21. Με βοηθάει το να στραφώ στον/στην σύντροφό μου σε ώρες ανάγκης.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

22. Σπάνια ανησυχώ με την ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

23. Λέω στον σύντροφό μου σχεδόν τα πάντα

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

24. Διαπιστώνω ότι οι σύντροφοί μου δεν θέλουν να έρθουν συναισθηματικά τόσο κοντά μου όσο θα ήθελα.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

25. Συζητάω τα πράγματα που με απασχολούν με τον/την σύντροφό μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

26. Μερικές φορές οι ερωτικοί μου σύντροφοι αλλάζουν τα αισθήματά τους για μένα χωρίς φανερό λόγο.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

27. Αισθάνομαι νευρική/ότητα όταν ένας σύντροφος έρθει συναισθηματικά πολύ κοντά μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

28. Η επιθυμία μου να είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά με τους άλλους μερικές φορές τους φοβίζει και τους απομακρύνει.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

29. Αισθάνομαι άνετα να στηριχθώ στον/στην ερωτικό μου σύντροφο.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

30. Φοβάμαι ότι μόλις ένας ερωτικός σύντροφος με γνωρίσει καλά, δεν θα του αρέσει το ποιος/α πραγματικά είμαι.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

31. Το βρίσκω εύκολο να στηριχθώ σε ερωτικούς συντρόφους.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

32. Θυμώνω που δεν παίρνω τη στοργή και τη στήριξη που χρειάζομαι από τον/την σύντρόφό μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Διαφωνώ  
απολύτως

Συμφωνώ  
απολύτως

33. Μου είναι εύκολο να είμαι τρυφερός με τον/την ερωτικό μου σύντροφο.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

34. Ανησυχώ ότι υστερώ σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

35. Ο/Η σύντροφός μου πραγματικά καταλαβαίνει εμένα και τις ανάγκες μου.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως

36. Μου φαίνεται ότι ο/η σύντροφός μου με προσέχει μόνο όταν είμαι θυμωμένος/θυμωμένη.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ						Συμφωνώ
απολύτως						απολύτως