Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

<u>ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</u>:

"ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 20-40 ΕΤΩΝ, ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ"



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΓΡΙΜΠΑΒΙΩΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΖΗΝΤΡΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: κ. ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

Σητεία, 2009

ΠΕΡΙΛΗΨΗ…… ..…..σελ: 7

ΕΙΣΑΓΩΓΗ……..σελ: 12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{ο} : ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1 ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ……. σελ: 134
1.1 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ…… σελ: 19
1.1 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ……. σελ: 22
1.1 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ……. σελ: 28

1.2 ΒΟΥΛΙΜΙΑ

1.2 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ……. σελ: 30
1.2 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ……. σελ: 32
1.2 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ…….. σελ: 33
1.2 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ…….. σελ: 35

1.3 ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

1.3 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ…… σελ: 36
1.3 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ……... σελ: 38
1.3 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ…… σελ: 39
1.3 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ…… σελ: 41
1.3 ε ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ……... σελ: 41
1.3 ζ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΧΩΡΙΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ…….. σελ: 43

1.4 ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

1.4 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ……. σελ: 45
1.4 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ…… σελ: 46
1.4 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ……. σελ: 47
1.4 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ……. σελ: 47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{ο} : ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

2.1 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

2.1 α ΟΡΙΣΜΟΣ…….. σελ: 49
2.1 β ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....σελ: 50
2.1 γ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ……..σελ: 52
2.1 δ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ - ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ «ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ»…… σελ: 54
2.1 ε ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ – ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΕ «ΑΝΑΤΟΛΗ-ΔΥΣΗ»…. σελ: 56

2.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ

2.2 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ……σελ: 59
2.2 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ……. σελ: 60
2.2 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ…….. σελ: 64
2.2 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ……σελ: 65
2.2 ε ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ…σελ: 68
2.2 στ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ ΚΑΙ «ΦΥΛΟ»…σελ: 70
2.2ζ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ……σελ: 74

2.3 ΜΥΙΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ

2.3 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ……....σελ: 76
2.3 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ……...σελ: 79
2.3 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ…….σελ: 79
2.3 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ…….σελ: 81
2.3 ε ΜΥΙΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ……..σελ: 82
2.3 στ Η ΜΥΙΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ 2 «ΦΥΛΑ»……σελ: 85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{ο}

3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1.α. ΟΡΙΣΜΟΣ- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ……..σελ: 87
3.1.β. ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ……σελ: 93
3.1.γ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ……..σελ: 95
3.1.δ. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ……...σελ: 96
3.1.ε. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ……...σελ: 99
3.1.στ. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ……σελ: 103
3.1.ζ. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΡΕΣ……..σελ: 104

3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ (ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ)

3.2.α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ…….σελ: 106
3.2.β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ……...σελ: 107
3.2.γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ……...σελ: 108
3.2.δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ……..σελ: 110

3.3 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ-ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΨΚΔ)

3.3.α. ΟΡΙΣΜΟΣ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ…….. σελ: 113
3.3.β. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ…….σελ: 115
3.3.γ. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ……..σελ: 116
3.3.δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ……..σελ: 118

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

4.1 α ΟΡΙΣΜΟΣ…….σελ: 120
4.1 β ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ…σελ: 121
4.1 γ WILLIAM SHELDON – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ / ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ – ΣΩΜΑΤΟΤΥΠΟΙ..σελ: 125
4.1 δ JUNG – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ «ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ»……..σελ: 129
4.1 ε Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ HANS JURGEN EYSENCK……....σελ: 129
4.1 ε ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ……σελ: 135

4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

4.2 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ…….....σελ: 139
4.2 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ……...σελ: 141
4.2 γ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ……σελ: 141

4.3 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

4.3 α ΟΡΙΣΜΟΣ……σελ: 142
4.3 β ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ –
ΥΨΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ……σελ: 143
4.3. γ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ……...σελ: 144
4.3. δ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ……..σελ: 144
4.3 ε ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ….σελ: 145

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^{ο}

5.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ……σελ: 151
5.2 ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΕΣ……..σελ: 159
5.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ……σελ: 266
5.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ……σελ: 280

ΕΠΙΛΟΓΟΣ……σελ: 305

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας, ήταν να διερευνήσει τον τρόπο που αξιολογούν σήμερα το σώμα τους οι άντρες ηλικίας 20-40 ετών. Επιλέχθηκαν 200 άτομα για την έρευνά μας, τα 100 από το Ηράκλειο και τα άλλα 100 από τη Σητεία.
Στο ερευνητικό μέρος, για την συγκεκριμένη έρευνα επιλέχτηκαν τρία ερωτηματολόγια, με υψηλό βαθμό αξιοπιστίας, τα οποία είναι τα εξής:

1) EAT-26 *(D.M. Garner and P.E. Garfinkel, 1979)*

2) Eysenck Personality Questionnaire *(Eysenck, H.J., 1965)* και

3) B-WISE *(Awand, A.G., Voruganti, L. N., 2004)*.

Αφού χορηγήθηκαν τα παραπάνω ερωτηματολόγια, έγινε συσχέτιση της προσωπικότητας, των διατροφικών συνηθειών και του ψυχοκοινωνικού αντίκτυπου. Τα αποτελέσματα της έρευνάς αναλύθηκαν με βάση το πρόγραμμα του Spss.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρατηρήθηκε ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και την κλίμακα ψεύδους (,226**), δηλαδή όσο αυξάνεται το ηλικιακό όριο, τόσο μεγαλώνει και η κλίμακα ψεύδους. Ανάμεσα στο νευρωτισμό και το επάγγελμα υπάρχει απλή θετική συσχέτιση (,148*). Συγκεκριμένα οι δημόσιοι υπάλληλοι εμφάνισαν το μικρότερο βαθμό νευρωτισμού, ενώ οι φοιτητές και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι εμφάνισαν το μεγαλύτερο βαθμό νευρωτισμού, μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα με τον Eysenck.

Επίσης και ανάμεσα στον ψυχωτισμό και το επάγγελμα υπάρχει απλή θετική συσχέτιση (,173*), το οποίο σημαίνει ότι αυτοί που ασχολούνται με κάτι άλλο εκτός των επαγγελμάτων που εμφανίζονται στο ερωτηματολόγιο, εμφάνισαν τον μεγαλύτερο βαθμό ψυχωτισμού. Ακόμα παρατηρήθηκε ότι ανάμεσα στο επάγγελμα και τις διατροφικές συνήθειες υπήρχε αρνητική ισχυρή συσχέτιση (,-189**). Συγκεκριμένα οι δημόσιοι και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, εμφάνισαν αυξημένο ποσοστό καλών διατροφικών συνηθειών, ενώ τα υπόλοιπα επαγγέλματα εμφάνισαν χαμηλότερο ποσοστό.

Ακόμα διαπιστώθηκε, ότι ανάμεσα στον τόπο διαμονής και το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο υπήρχε αρνητική συσχέτιση (,-144*). Συγκεκριμένα όσοι δήλωσαν τόπο διαμονής το Ηράκλειο εμφάνισαν υψηλότερο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν τόπο διαμονής τη Σητεία. Ανάμεσα στον τόπο διαμονής και την κλίμακα ψεύδους, παρατηρήθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση (,-216**) και

συγκεκριμένα αυτοί που μένουν στο Ηράκλειο εμφάνισαν μεγαλύτερη κλίμακα ψεύδους, σε σχέση με αυτούς που μένουν στη Σητεία.

Ανάμεσα στις σπουδές και το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο υπήρχε απλή θετική συσχέτιση (,157*). Συγκεκριμένα αυτοί που έχουν τελειώσει μια ανώτερη και ανώτατη σχολή, καθώς και αυτοί που έχουν τελειώσει το λύκειο και μια τεχνική/επαγγελματική σχολή, εμφάνισαν μεγαλύτερο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο. Επίσης, ανάμεσα στην κλίμακα ψεύδους και στο αν μένουν μόνοι, υπήρχε αρνητική ισχυρή συσχέτιση (,-216**). Αυτό σημαίνει ότι όσοι μένουν μόνοι εμφάνισαν μεγαλύτερη κλίμακα ψεύδους από αυτούς που δεν μένουν μόνοι.

Ανάμεσα στη σωματική άσκηση και τον νευρωτισμό, παρατηρήθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση (,-204**), δηλαδή όσοι δεν ασκούνταν είχαν υψηλότερο σκορ νευρωτισμού από αυτούς που ασκούνταν. Επίσης, ανάμεσα στη σωματική άσκηση και την εξωστρέφεια, υπήρχε ισχυρή θετική συσχέτιση (,211**), δηλαδή παρατηρήθηκε ότι όσοι αθλούνταν είχαν μεγαλύτερο βαθμό εξωστρέφειας από αυτούς που δεν αθλούνταν.

Ανάμεσα στο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο και στο αν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα, παρατηρήθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση (,343**). Συγκεκριμένα, όσοι βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα κατά τη διάρκεια της έρευνας, εμφάνισαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή, όπως επίσης εμφάνισαν και καλύτερες διατροφικές συνήθειες από αυτούς που δεν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα.

Ανάμεσα στο νευρωτισμό και τη διάθεση υπήρχε ισχυρή αρνητική συσχέτιση (,-334**). Δηλαδή αυτοί που έχουν μέτρια διάθεση, παρουσίασαν τον μεγαλύτερο βαθμό νευρωτισμού και αυτοί που έχουν άριστη διάθεση παρουσίασαν τον μικρότερο βαθμό νευρωτισμού. Τα άτομα του δείγματός μας που ήταν πιο εξωστρεφή, εμφάνισαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή.

Ανάμεσα στη βουλιμία και την κλίμακα ψεύδους υπήρχε αρνητική ισχυρή συσχέτιση (,-245**). Δηλαδή, όσο αυξάνονταν τα βουλιμικά επεισόδια, μειωνόταν η κλίμακα ψεύδους. Επίσης, βρέθηκε ότι ανάμεσα στο νευρωτισμό και τα βουλιμικά επεισόδια υπήρχε ισχυρή θετική συσχέτιση (,230**). Δηλαδή, όσο αυξανόταν ο νευρωτισμός, τόσο αυξάνονταν και τα βουλιμικά επεισόδια και το αντίθετο.

Άτομα με καλές διατροφικές συνήθειες, παρουσίασαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή.

Τέλος, ανάμεσα στο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο και τη βουλιμία υπήρχε ισχυρή θετική συσχέτιση (,242**), δηλαδή όσο αυξανόταν η κοινωνική προσαρμογή, αυξάνονταν και τα βουλιμικά επεισόδια.

SUMMARY

CONCEPTION OF BODY IMAGE OF MEN AGED 20 - 40, BASED ON THEIR PERSONALITY AND THEIR EATING HABITS

The aim of this thesis was to make a research on the way the men of 20 – 40 years old estimate their body today. Specifically, 200 persons were chosen, 100 from Heraklion and 100 from Sitia. As far as the research is concerned, three questionnaires with high reliability were chosen:

1) EAT – 26 *(D.M. Garner and P.E. Garfinkel, 1979)*

2) Eysenck Personality Questionnaire *(Eysenck, H.J., 1965)* and

3) B – WISE *(Awand, A.G., Voruganti, L. N., 2004)*.

Also, through a series of questionnaires, a correlation took place between personality, eating habits and psychological adjustment. The analyses of the results were carried out using the SPSS programme.

As referred to Spss, where our analyses were based on, we have made the following observations: there is a correlation between the age and the Lie scale (,266**), which means that as the individual grows up, he tends to lie more.

There is also a correlation between the professions and the neuroticism (,148*) and more specifically, the more uncertain or non permanent, the profession is (employees, students), the bigger the neuroticism gets. The same occurs with psychoticism (,173*). The professions that have uncertain future present a higher grade of psychoticism.

Also, it was obvious that there is a negative correlation between the professions and the healthy eating habits (,-189**). Specifically, the professions that follow a specific timetable, have better eating habits.

Furthermore, we came to the conclusion that in Heraklion there is a better social adjustment (,-144*), but higher Lie scale compared to Siteia (,-216**). Regarding studies and the psychological impact, there is a positive correlation (,157*). The persons who

have a higher educational level, have a better social adjustment as a consequence. Single persons, presented a higher Lie Scale as well (,-216**).

Regarding the physical exercise and neuroticism, it was observed that the persons who did not exercise, had a higher neuroticism score than the ones who did (,-204**). On the other hand, referring to the physical exercise and extroversion, the ones who exercised had a higher grade of extraversion than those who didn't (,211**).

The persons who were on a diet at the time of our research, had a better social adjustment (,343**), as well as better eating habits compared to those who were not on a diet.

We also noticed that people who were not in a very good mood, had a higher grade of neuroticism (,-334**), while people who were in an excellent mood had a higher level of extroversion.

The more the bulimic episodes, the less the Lie Scale (,-245**). The better the eating habits were, the better the social adjustment was.

Finally, the higher the social adjustment was, the higher the bulimic episodes were (,242**).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια οι άντρες έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την εικόνα του σώματός τους, με αποτέλεσμα αυτό να επηρεάζει τα συναισθήματα, τη συμπεριφορά και την ψυχική τους υγεία. Κάθε άτομο έχει ένα ιδανικό σώμα ως πρότυπο για τον εαυτό του, τα άτομα της ηλικίας του και τα άτομα του αντίθετου φύλου.

Η «σωματική εικόνα» αναφέρεται στην ικανοποίηση που το άτομο έχει για το σώμα και την εμφάνισή του γενικότερα. Εκφράζεται επίσης ως η «οπτική ιδέα που έχει ένα άτομο για το σώμα του» (Darten, 1972: Second and Jourard, 1953). Κατά την άποψη του Burns (1982), η εικόνα του σώματος είναι σύνθεση τεσσάρων στοιχείων: Το πρώτο είναι η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για την εμφάνισή του και τις σωματικές του ικανότητες. Το δεύτερο είναι οι προσωπικές καταστάσεις και οι συναισθηματικές εμπειρίες που έχει ζήσει ή ζει κάθε άτομο. Το τρίτο αποτελείται από την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στο άτομο και την αντίδραση του ατόμου σ'αυτούς. Το τέταρτο αποτελείται από την ιδανική σωματική εικόνα, που διαμορφώνεται από τις εμπειρίες του ατόμου, τις παραστάσεις του, τις αντιλήψεις του, από συγκρίσεις με άλλα πρόσωπα και την ταύτιση με το σώμα άλλων ατόμων.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική θέση, οι γονείς ως «σημαντικοί άλλοι» και το φύλο (Holter, 1984, Levinson, Powell and Steelman, 1986) επηρεάζουν σημαντικά τη διαμόρφωση της σωματικής εικόνας. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης με τα πρότυπα που προβάλλουν (Felson, 1985) επηρεάζουν και αυτά σε μεγάλο βαθμό τη διαμόρφωση της εικόνας του σώματος. Επιπλέον, οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες, είναι αυτοί που θεωρούν ότι το βάρος τους πλησιάζει πιο πολύ τα ιδανικά πρότυπα (Fallon and Rorin, 1985, Levinson, et al, 1986). Ο Holter (1984) υποστήριξε ότι οι γονείς ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση της άποψης που έχουν οι άντρες για το σώμα τους, σε σχέση με τις γυναίκες που επηρεάζονται περισσότερο από τους συνομήλικους τους.

Τα άτομα μαθαίνουν από πολύ μικρή ηλικία ποιο θεωρείται ελκυστικό σώμα (Fisher, 1986) και αποκτούν προτιμήσεις για συγκεκριμένους σωματικούς τύπους (Kirkpatrick and Sanders, 1978). Σε σχετικές έρευνες (Tucker, 1983, 1984) τα αποτελέσματα

μαρτυρούν ότι οι άντρες που αντιλαμβάνονται ως μεσόμορφο το σώμα τους, εξέφρασαν τη μεγαλύτερη σωματική ικανοποίηση.

Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται το κάθε άτομο το «ιδανικό σώμα», συνεπάγεται άμεσα και με την προσωπικότητά του. Προσωπικότητα είναι «το τελικό προϊόν των συνηθειών μας» (Watson, 1925). Κατά την άποψη του Allport (1937) προσωπικότητα είναι «η δυναμική οργάνωση των ψυχοφυσικών συστημάτων, τα οποία καθορίζουν την ξεχωριστή για κάθε άτομο ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον». Σύμφωνα με τον Warren (1934) προσωπικότητα είναι «η ολοκληρωμένη οργάνωση όλων των νοητικών, συναισθηματικών, βουλητικών και φυσικών χαρακτηριστικών που διακρίνουν το ένα άτομο από τα άλλα».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{ο} : ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1 ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα βασικά χαρακτηριστικά της, είναι: άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα και σημαντική απώλεια βάρους. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ο Ρίτσαρντ Μόρτον (1694) περιέγραψε δύο ιατρικά περιστατικά που με μεγάλη ευκολία θα αναγνωρίζονταν σήμερα ως νευρική ανορεξία. Η ψυχογενής ανορεξία όμως, αναγνωρίστηκε ως διαταραχή για πρώτη φορά δύο αιώνες μετά (1873) από τον άγγλο γιατρό William Gull, ο οποίος την χαρακτήρισε ως ειδική νόσο. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV *[American Psychiatric Association (APA) 1994]* για την ψυχογενή ανορεξία είναι:

Α. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει το αναμενόμενο βάρος κατά την διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, με αποτέλεσμα το σωματικό βάρος να βρίσκεται κάτω του ορίου του 85% του αναμενόμενου).
Β. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.
Δ. Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών.

American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association 4th ed. Washington, DC.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10 *[American Psychiatric Association (APA)1994]* για την ψυχογενή ανορεξία είναι:

Α. Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης της σωματικής μάζας κατά Quatelet είναι 17,5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.
Β. Η απώλεια βάρους αυτοπροκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών». Είναι δυνατό επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα: α. Αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, β. Αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, γ. Υπερβολική σωματική άσκηση, δ. χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή / και διουρητικών.
Γ. Υπάρχει παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους επιδιαρκεί ως παρέμβλητη, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.
Δ. Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του υποθαλαμοϋποφυσιογοναδικού άξονα, εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άντρες ως απώλεια

σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας (προφανή εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, υπό την μορφή αντισυλληπτικού χαπιού). Δυνατόν επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυρεοειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.
Ε. Εάν η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία, η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη του ατόμου σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση συχνά η ήβη συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί.

Μάνος, Ν, (1997). «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη: University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση.

Ουσιαστικές διαφορές δεν υπάρχουν ανάμεσα στα δυο αυτά διαγνωστικά εργαλεία εκτός του ότι στο DSM-IV καθορίζονται 2 κατηγορίες και στο ICD-10 δίνεται έμφαση στην συνύπαρξη της διαταραχής στο επίπεδο του υποθαλαμοϋποφυσιογοναδικού άξονα.

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στην ψυχογενή ανορεξία βάση του DSM-IV διακρίνονται δύο τύποι: *(American Psychiatric Association, 1994)*

α) **Περιοριστικός τύπος**:

Κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι έμετοι ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων).

β) **Υπερφαγικός – Καθαρτικός τύπος**:

Κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλαδή προκλητό εμετό ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων).

Ως μέρος μιας ογκωδέστερης προγνωστικής μελέτης που διεξήχθη στο Royal Edinburgh Hospital από τους Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. (1994) για την

νευρική ανορεξία περιγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά 24 αντρών με νευρική ανορεξία και συγκρίθηκαν με μια αντίστοιχη ομάδα γυναικών.

Η μελέτη επιβεβαιώνει την άποψη ότι οι άντρες εμφανίζουν το κλασικό σύνδρομο της νευρικής ανορεξίας αλλά διαφέρει από προηγούμενες μελέτες σε αρκετά σημεία.

Η ηλικία εκδήλωσης (μέση ηλικία 18.6 ετών) και η ηλικία εμφάνισης (μέση ηλικία 20.2) της νευρικής ανορεξίας στους άντρες είναι μεταγενέστερη από ότι στις γυναίκες με μέση διάρκεια εμφάνισης της αρρώστιας μόνο 1.6 χρόνια. Επιβεβαιώνεται επίσης μια τάση προδιάθεσης των ανδρών στην παχυσαρκία, η μέγιστη απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια της αρρώστιας ανέρχεται στο 42% μέσου βάρους του αντίστοιχου πληθυσμού και το βάρος κατά την εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας ανέρχεται στο 78.5% (μέσο βάρος αντίστοιχου πληθυσμού), λίγο μεγαλύτερο από εκείνο της γυναικείας ομάδας.

Σε συνάρτηση με τις προηγούμενες μελέτες η υπερφαγία και ο εμετός καταγράφηκαν ευρέως, σε περίπου μισούς από τους πάσχοντες, αλλά η κατάχρηση καθαρκτικών ήταν λιγότερο συχνή και εκτεταμένη στους άντρες. Η κατάθλιψη και η ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή είναι κοινές και στις δύο ομάδες και επίσης παρατηρήθηκε ισχυρό οικογενειακό ιστορικό διατροφικών διαταραχών αλλά και κατάχρησης αλκοόλ σε παραπάνω από το ένα τρίτο των περιπτώσεων.

Η ύπαρξη νευρικής ανορεξίας στους άντρες ήταν υπό αμφισβήτηση τα προηγούμενα χρόνια, κάτι βέβαια που έχει αλλάξει τελευταία. Μάλιστα οι Kidd και Wood (1966) δήλωναν ότι «όλοι οι ασθενείς με νευρική ανορεξία είναι γυναίκες καθώς η διακοπή εμμηνόρροιας θεωρείται ουσιώδης στην διάγνωση αυτής της κατάστασης,». Επίσης ο Nemian (1950) εξαίρεσε τους άντρες από την έρευνα του στηριζόμενος στην ίδια λογική.

Πολλοί λίγοι σήμερα θα αμφισβητούσαν την ύπαρξη νευρικής ανορεξίας στους άντρες. Παρ' όλα αυτά η γενίκευση της νευρικής ανορεξίας στους άντρες είναι λιγότερο σίγουρη και κάποιες αποκλίσεις στους υπολογισμούς της συχνότητας μεταξύ αντρών και γυναικών εξηγούνται από τις μεθοδολογικές δυσκολίες στην διεξαγωγή τέτοιων ερευνών. Αυτά που γνωρίζουμε για τη νευρική ανορεξία στους άντρες είναι λιγότερα και η διακοπή εμμηνόρροιας σαν σύμπτωμα εμφάνισης εξηγεί τον μικρό αριθμό των διαγνωσμένων περιστατικών.

Υπάρχουν μόνο 12 δημοσιευμένες έρευνες αντρών με νευρική ανορεξία εκ των οποίων μόνο η μία (Crisp & Burns,1983) ξεχωρίζει, περιέχοντας ένα εύλογο μέγεθος δείγματος

36 αντρών ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Ψυχιατρική Μονάδα του Νοσοκομείου St.George στο Λονδίνο. Οι υπόλοιπες μελέτες είχαν μέγεθος δείγματος μεταξύ 4 και 13 ασθενών.

Η μελέτη των Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. (1994) εξετάζει και περιγράφει τα χαρακτηριστικά εμφάνισης 24 αντρών ασθενών με διαγνωσμένη νευρική ανορεξία στο Royal Edinburgh Hospital για περισσότερο από 18 χρόνια, από το 1970 έως το 1987, συγκρινόμενη με μια ομάδα 25 ανορεκτικών γυναικών που νοσηλεύτηκαν στο ίδιο νοσοκομείο την ίδια περίοδο. Όλοι οι ασθενείς που πήραν μέρος στην παρούσα μελέτη, ήταν εσωτερικοί ασθενείς του νοσοκομείου σε κάποιο στάδιο της ασθένειας τους και για να εκμαιευτούν κλινικές λεπτομέρειες κατά την εμφάνιση της νόσου, καταγράφονταν στοιχεία που αφορούσαν τα κλινικά σημεία εμφάνισης της νόσου, το ιστορικό της ασθένειας, το προσωπικό ιστορικό του ασθενούς, το οικογενειακό ιστορικό και τις προσωπικές τους σχέσεις.

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς εκλήθησαν για περαιτέρω εκτίμηση και πραγματοποιήθηκε μια ψυχιατρική συνέντευξη (για τις Διαταραχές Διάθεσης και τη Σχιζοφρένεια, SADS-L, Endicott&Spitzer, 1978) όπου οι λεπτομέρειες της αρχικής εμφάνισης και οι πρόσθετες πληροφορίες μπορούσαν να διατυπωθούν άμεσα. Ένα σύνολο 36 χαρακτηριστικών κατά την εμφάνιση εξετάστηκαν αργότερα σε σχέση με την έκβαση της ασθένειας σε μια απόπειρα να καθοριστούν οι προγνωστικοί παράγοντες.

Για λόγους σύγκρισης, περιπτώσεις αντρών αντιστοιχήθηκαν με περιπτώσεις γυναικών με νευρική ανορεξία που εισήχθησαν στο ίδιο νοσοκομείο, την ίδια περίοδο και αντιμετωπίστηκαν από τους ίδιους συμβούλους. Και οι γυναίκες, όπου αυτό ήταν δυνατόν, έδωσαν συνέντευξη στα πρότυπα του SADS-L.

Τα ευρήματα αυτής της αναδρομικής έρευνας επιβεβαιώνουν την άποψη προηγούμενων συγγραφέων ότι η ασθένεια είναι σχετικά δυσδιάκριτη στους άντρες από ότι στις γυναίκες παρ' όλο που κάποιες διαφορές έχουν μειωθεί. Πρώτον, η διαταραχή στην περίπτωση του Εδιμβούργου εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία μετά από μια σχετικά μικρή περίοδο ασθένειας. Αυτό μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας της αυξημένης επίγνωσης της κατάστασης και την παρουσία της εξειδικευμένης σε θέματα διατροφικών διαταραχών κλινικής. Η χαμηλότερη κατάχρηση καθαρτικών και η μειωμένη σκέψη προ-παθολογικών σεξουαλικών φόβων καθώς και τα υψηλότερα επίπεδα σωματικής άσκησης

μπορεί να αντανακλούν σημαντικές γονιδιακές διαφορές και πολιτιστικές επιρροές στους άντρες. Φαίνεται ότι φτωχά ή ανύπαρκτα γονικά πρότυπα, διαλυμένες οικογενειακές σχέσεις και οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας δημιουργούν μια ψυχολογική ευπάθεια, είτε από κληρονομικότητα είτε από επιζήμια περιβαλλοντική επίδραση, η οποία σε μεταγενέστερο στάδιο εμφανίζεται σε κάποιους ανθρώπους ως διατροφική διαταραχή ιδιαίτερα όταν αυτοί υποβάλλονται σε ένα μείζον στρεσσογόνο γεγονός κατά τη διάρκεια της ζωής τους το οποίο και δεν μπορούν να ελέγξουν.

Η ίδια μελέτη ανέφερε ότι η υπερφαγία συνέβαινε πιο συχνά στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες (46%, 36%). Η υπερβολική σωματική δραστηριότητα είναι πιο συχνή στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες σ' αυτήν τουλάχιστον την έρευνα. Η κατάχρηση καθαρτικών ήταν πιο συχνή μεταξύ των γυναικών, αντανακλώντας ίσως μια ευρύτερη γνώση των υποτιθέμενων τεχνικών που βοηθούν στην απώλεια βάρους, οι οποίες και περιγράφονται σε δημοφιλή περιοδικά που στοχεύουν σ' αυτόν τον πληθυσμό.

1.1 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Την ψυχογενή ανορεξία την συναντάμε συνήθως σε άτομα εφηβικής και νεαρής ηλικίας και η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 17 χρόνια (σπάνια η διαταραχή αρχίζει μετά τα 40). *(Μάνος Ν., 1997)*

Η συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας έχει αυξηθεί αξιοσημείωτα τα τελευταία 50 χρόνια και αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει μεγαλύτερη γνώση του προβλήματος και παραδοχή αυτών των διαταραχών. *(Wakeling, 1996)*

Η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζεται στο 0,5 με 1% των εφήβων κοριτσιών. Παρατηρείται ότι το φαινόμενο αυτό είναι 10-20 φορές συχνότερο στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Το 90-95% των ασθενών με διαγνωσμένες διατροφικές διαταραχές είναι γυναίκες. Το υπόλοιπο 5-15% πρόκειται για άνδρες στους οποίους έχει διαγνωσθεί είτε Ψυχογενής Ανορεξία είτε Ψυχογενής Βουλιμία (από αυτούς το 0,2% είναι έφηβοι). *(Walcott D.D, Pratt H.D, Patel DR., 2003)*

Θα πρέπει να τονιστεί ότι οι άντρες συχνά εξαιρούνται από τις έρευνες, λόγω απουσίας αμηνόρροιας, που είναι ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της Ψυχογενούς

Ανορεξίας. Αυτή η εξαίρεση έχει ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στο ποσοστό ανίχνευσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας μεταξύ των ανδρών. *(Walcott D.D, Pratt H.D, Patel DR., 2003)*

Όσον αφορά την αντρική ανορεξία σύμφωνα με την έρευνα των Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. (1994) η μέση ηλικία στους άντρες ασθενείς (18.6 χρόνια) είναι μεταγενέστερη από τη μέση ηλικία που είχε αναφερθεί σε προηγούμενες μελέτες και δεν υποστηρίζει την άποψη της Bruch ότι η ασθένεια στους άντρες είναι προεφηβική. Παρά το γεγονός ότι η ηλικία εμφάνισης (20.2 χρόνια) ήταν κοντινή με την ηλικία που έδωσαν οι Crisp και Burns το 1983, η διάρκεια της ασθένειας κατά την εμφάνιση είναι μικρότερη (1.6 χρόνια σε σύγκριση με εκείνη των Crisps και Burns που ήταν 3.6 χρόνια) κάνοντας σαφές ότι η γενική αύξηση της επίγνωσης της κατάστασης στους άντρες οδηγεί σε πιο έγκαιρη αναγνώριση από τους ειδικούς και ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς είναι πιο πρόθυμοι να αναζητήσουν βοήθεια σε πιο αρχικό στάδιο της αρρώστιας.

Άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι παρόμοια με αυτά που βρέθηκαν σε προηγούμενες σειρές ερευνών σε άντρες και γυναίκες με νευρική ανορεξία. Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς είναι άγαμοι κατά την εμφάνιση της αρρώστιας και οι υψηλότερες κοινωνικά τάξεις τείνουν να μονοπωλούν την ασθένεια. (Hsu, 1979; Burns και Crisps, 1984). Το μέσο βάρος κατά την εμφάνιση της ασθένειας στους άντρες στην έρευνα αυτή ήταν οριακά υψηλότερο 78.5% MPMW από το μέσο βάρος που βρέθηκε στη σειρά ερευνών των Crisps και Burns αλλά είναι ουσιωδώς υψηλότερο από το μέσο βάρος 63.4% και 68% MPMW κατά την εμφάνιση της ασθένειας σε δύο σειρές μελετών που αφορούσαν γυναίκες. (Morgan και Russell, 1975; Hsu, 1979). Αυτό έχει αποδοθεί (Crisp και Burns, 1983) στο γεγονός ότι οι άντρες αρχικά έχουν λιγότερο λίπος να χάσουν αλλά το μέσο ποσοστό απώλειας βάρους (π.χ. η διαφορά μεταξύ του μέγιστου βάρους και του χαμηλότερου βάρους της ασθένειας) έφτανε σε ποσοστό 42% και στις δύο ομάδες, το οποίο είναι πάλι μεγαλύτερο από αυτό που καταγράφηκε σε άλλες σειρές ερευνών, υποδεικνύοντας την δριμύτητα της ασθένειας και το γεγονός ότι κατά μέσο όρο οι άντρες είχαν μεγαλύτερη προδιάθεση παχυσαρκίας σε ποσοστό 115% MPMW σε σχέση με τις γυναίκες.

Σ' αυτή την έρευνα, το φαινόμενο της υπερφαγίας, ο εμετός και το άγχος είχαν την ίδια συχνότητα (50%) με τα ποσοστά άλλων παλαιότερων ερευνών, που είχαν

πραγματοποιηθεί εξίσου σε άντρες και γυναίκες. *(Hsu, 1979, Crisp & Burns, 1983, Vandereyken & Van den Broucke, 1984)*

Όπως και σε προηγούμενες μελέτες η χρήση καθαρτικών ήταν λιγότερο συχνή στους άντρες (Beumont, Beardwood & Russell, 1972; Burns&Crisps, 1985; Crisp, Burns & Bhat, 1986). Παρά το ότι ακριβής ορισμός είναι δύσκολο να δοθεί και επίσης είναι υποκείμενος στα κοινωνικό-πολιτιστικά πρότυπα η αναλογία σωματικής άσκησης που καταγράφηκε σ' αυτή την έρευνα είναι μεγαλύτερη στους άντρες με νευρική ανορεξία απ' ότι στην αντίστοιχη έρευνα των Crisps&Burns και επίσης μεγαλύτερη από την αναλογία σωματικής άσκησης (περίπου το ένα τρίτο) σε προηγούμενες έρευνες που αφορούσαν γυναίκες (Crisp, 1967; Crisp, Hsu, Harding, &Hartshorn, 1980; Halmi, 1974). Αυτό μπορεί να αντανακλά τη μεγάλη αξία που η δυτική κοινωνία προσδίδει στη σωματική άσκηση και τον αθλητισμό και πιθανότατα αντιπροσωπεύει ένα κοινωνικά αποδεκτό τρόπο ελέγχου του σωματικού βάρους από τους άντρες, οι οποίοι θα ήταν πολύ περισσότερο διστακτικοί να υποβληθούν σε αυστηρούς διατροφικούς περιορισμούς. *(Margo, 1987)*

Ψυχιατρικά συμπτώματα όπως κακή διάθεση, πολύ πρωινό ξύπνημα σύνδρομα έμμονων ιδεών είναι εξαιρετικά συχνά. Τα σύνδρομα κατάθλιψης αντιπροσωπεύουν περισσότερο τα κύρια γνωρίσματα του συνδρόμου πείνας παρά την παρουσία κάποιας άλλης διαταραχής ακριβώς επειδή η πείνα από μόνη της συνδέεται με συμπτώματα αγωνίας, ευερεθιστικότητας, κακής διάθεσης, κακής συγκέντρωσης, κοινωνικής αποστασιοποίησης, διαταραχές ύπνου και απώλεια ερωτικού ενδιαφέροντος. *(Schiele&Brozek, 1948; Keys, Brozek, Henschel, Michelson, & Taylor, 1950)*

Μια μελέτη έχει δείξει επίσης ότι η προσθήκη βάρους σε ανορεξικούς ασθενείς σχετίζεται με την βελτίωση της διάθεσης τους. *(Eckert, Goldberg, Halmi, Casper, & Davis, 1982)*

Η πορεία της διαταραχής ποικίλλει. Μερικά άτομα αναρρώνουν πλήρως μετά από μόνο ένα επεισόδιο, ορισμένα κερδίζουν βάρος (που, όμως, παρουσιάζει διακυμάνσεις) και μετά υποτροπιάζουν και ορισμένα παρουσιάζουν μια προοδευτική επιδείνωση που κρατά χρόνια. Σε ορισμένα άτομα μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία και σε αυτά τα άτομα η θνησιμότητα ξεπερνάει το 10%. Ο θάνατος προέρχεται από ασιτία, από αυτοκτονία ή από ηλεκτρολυτικές διαταραχές. *(Μάνος Ν., 1997)*

Παράγοντες που υποδηλώνουν κακή πρόγνωση της διαταραχής είναι μεγαλύτερη ηλικία έναρξης, μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου, προηγούμενες ψυχιατρικές νοσηλείες, παρουσία κάποιας διαταραχής της προσωπικότητας και κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις. Επίσης η ενασχόληση με συγκεκριμένα επαγγέλματα και δραστηριότητες, όπως χορός, μόντελινγκ και αθλήματα που απαιτούν ένα καλλίγραμμο και ένα υπερβολικά αδύνατο σώμα (π.χ. ενόργανη γυμναστική) θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. *(Hoek H.W., 2002, Klein D.A., Walsh B.T., 2003)*

Αν και αρχικά είχε αναφερθεί ότι η διαταραχή είναι συχνότερη στις ανώτερες τάξεις, πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες δεν δείχνουν μια τέτοια διασπορά. Φαίνεται ότι είναι πιο συχνή στις ανεπτυγμένες χώρες και πιο συγκεκριμένα μεταξύ ατόμων της Καυκάσιας φυλής έναντι των Αφρικανών, των Ασιατών και των Ισπανοφώνων (Λατίνων). *(Μάνος Ν., 1997; Walcott D.D, Pratt H.D, Patel DR., 2003)*

Μια προδιάθεση στην παχυσαρκία, η οποία αρχικά παρατηρήθηκε από τους Crisps&Toms το 1972, επιβεβαιώθηκε και στην έρευνα των Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. 1994 με ένα μέσο βάρος προγενέστερο της εκδήλωσης της αρρώστιας της τάξεως του 114.7% MPMW για τους άντρες και 107.6% για τις γυναίκες. Εννιά από τους άντρες ήταν παχύσαρκοι (πάνω από 115% μάζας σώματος – MPMW) στα πλαίσια της προδιάθεσης παχυσαρκίας και 5 γυναίκες.

1.1γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ψυχολογικοί, οικογενειακοί, βιολογικοί, γενετικοί, κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες καθώς και η προσωπικότητα, έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η έναρξη της διαταραχής συχνά συνδέεται με κάποιο στρεσογόνο γεγονός. *(Μάνος Ν., 1997)*

Α. Ψυχολογικοί παράγοντες

Αφορά κυρίως μια μεγάλη μερίδα εφήβων που αντιδρούν στις απαιτήσεις που προβάλλει επάνω τους η κοινωνία, απαιτήσεις που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας, που μόνο μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας μπορεί να τις αναπτύξουν. *(Kaplan H.I.,, Sadock B.J., & Grebb J.A., 2000)*

Οι Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. (1994), ανέφεραν ότι προηγούμενα ψυχοτραυματικά γεγονότα παίζουν σημαίνοντα ρόλο στην εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας. Στην έρευνά τους, δώδεκα από τους εικοσιτέσσερις άντρες περιέγραψαν σημαντικά γεγονότα τον προηγούμενο χρόνο πριν την εκδήλωση της ασθένειας τα οποία και θεωρούσαν σημαντικά στην επίσπευση της αρρώστιας. Εφτά από αυτά περιελάμβαναν το θάνατο ή την αναχώρηση στενού συγγενούς ή απομάκρυνση από φίλους και οικεία περιβάλλοντα και τρεις από τους άντρες βίωσαν απρόσμενες κρίσεις ή επιβεβλημένες αλλαγές στα επαγγελματικά τους σχέδια. Ενός άντρα ο πατέρας είχε αποκαλύψει στην οικογένεια του ότι ήταν ομοφυλόφιλος και κάποιος άλλος είχε ανακαλύψει ότι οι «γονείς» του ήταν στην πραγματικότητα οι βιολογικοί του παππούδες και η «αδελφή» του ήταν η βιολογική του μητέρα. Επιπλέον τρεις ανακάλεσαν στη μνήμη τους πειράγματα που αφορούσαν το βάρος τους και επίσης θυμήθηκαν να τους αποκαλούν «χοντρούς». Παρόμοια σημαντικά γεγονότα συνέβησαν σε 8 από τις γυναίκες. Τρεις επιπλέον είχαν βιώσει ξαφνική αύξηση βάρους σαν αποτέλεσμα κάποιας φυσικής αρρώστιας ή τραυματισμού και 4 είχαν γίνει αντικείμενο κοροϊδίας για το βάρος τους.

Β. Οικογενειακοί παράγοντες

Η ψυχογενής ανορεξία έχει συνδυαστεί με έντονη ενασχόληση της οικογένειας με την τροφή, την ομορφιά, τον σχολαστικό έλεγχο του σωματικού βάρους και την έμφαση στη λεπτότητα. *(Leung, 1996)*

Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές, έχει βρεθεί ότι έχουν γονείς με ψυχικά προβλήματα, όπως κατάχρηση αλκοόλ στους πατέρες, κατάθλιψη στις μητέρες και άλλα. Πολλές φορές οι γονείς των ατόμων αυτών φαίνεται να έχουν αντιμετωπίσει και οι ίδιοι προβλήματα διατροφής κατά το παρελθόν *(Dare C.,, Le grange D., Eisler I., et al, 1995)*

Βασικός παράγοντας για την εκδήλωση της διαταραχής θεωρείται η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Η ανορεξία εμφανίζεται είτε γιατί το άτομο θέλει να κάνει κακό στο σώμα του, το οποίο βίωσε τη σεξουαλική κακοποίηση, είτε γιατί επιθυμεί να κάνει πιο άσχημη την εξωτερική του εμφάνιση για να μειώσει το ενδεχόμενο επανάληψης της σεξουαλικής κακοποίησης. *(Root, 1991)*

Σύμφωνα με τους Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. (1994), οι άντρες ασθενείς προέρχονταν από ελαφρώς μεγαλύτερες οικογένειες με μέσο αριθμό παιδιών 2.9 σε σύγκριση με τον προσδοκώμενο αριθμό των 2.4 (Farid, 1974). Στους 24 άντρες του δείγματός τους, τρεις ήταν μοναχοπαίδια και πέντε άλλοι ήταν πρωτότοκοι, αλλά γενικά οι ανορεξικοί δεν είχαν κάποια ιδιαίτερη θέση στη σειρά γεννήσεων.

Επιπλέον η απλή παχυσαρκία σε γονέα ή αδέλφια περιγράφτηκε από μια γυναίκα και τέσσερις άντρες. Ο συνδυασμός του αλκοολισμού του πατέρα με τη νευρική ανορεξία της μητέρας παρατηρήθηκε δύο φορές. *(Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. 1994)*

Οι παραπάνω ερευνητές παρατήρησαν επίσης στο δείγμα τους μια μη- κανονική σύνθεση οικογένειας. Αυτό που επίσης αναφέρθηκε ευρέως ήταν οι χρόνιες συγκρούσεις μεταξύ των γονέων και ο χωρισμός πριν την εκδήλωση της ασθένειας, το οποίο και συμφωνεί με μια προηγούμενη μελέτη (Dally & Gomez, 1979). Έχει ειπωθεί ότι οι άντρες με νευρική ανορεξία ταυτίζονται υπερβολικά με τις μητέρες τους όταν υπάρχει απουσία σταθερού αντρικού προτύπου (Bruch, 1971;Sreenivasan, 1978), αλλά τέτοια συμπεράσματα παραμένουν εικασίες. Συζυγικές δυσκολίες μεταξύ των γονέων περιέγραψαν 10 από τις 25 (40%) γυναίκες και 8 από τους 24 (33%) άντρες. Επίσης αναφέρθηκαν χρόνια συζυγική δυσαρμονία μεταξύ των γονέων, θάνατος του ενός γονέα και δυσαρμονία με το θετό γονέα και χρόνια σωματική ή ψυχική ασθένεια του ενός ή του άλλου γονέα. Οι γονείς πέντε αντρών είχαν χωρίσει, ενός άντρα ο γονέας είχε χηρέψει και από τους εναπομείναντες 18 οι 5 είχαν κακές σχέσεις. Από την ομάδα των γυναικών, 4 γονείς είχαν χωρίσει, 2 είχαν χηρέψει και από τις υπόλοιπες 19 οι 5 είχαν και αυτές

κακές σχέσεις με τις οικογένειες τους. *(Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. 1994)*

Η πλειοψηφία των ατόμων που συμμετείχαν στην παραπάνω έρευνα δεν εμφάνισε προηγούμενη ψυχοπαθολογία και δεν ανέφερε δυσκολίες ανατροφής μέχρι την ανάπτυξη των διατροφικών τους διαταραχών. Οι περισσότεροι ήταν κανονικά και με καλή συμπεριφορά παιδιά που ταυτίζονταν κατάλληλα με τους συνομηλίκους τους και είχαν πολύ καλή επίδοση στο σχολείο. Σε μια σχετικά μικρή μειοψηφία ατόμων συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ήταν ευδιάκριτα. Σχεδόν το ένα τρίτο των αντρών περιέγραψαν συνειδητά χαρακτηριστικά εμμονών ως παιδιά, πράγμα που συνάδει με προηγούμενες μελέτες (Sterling&Segal, 1985) και το ίδιο ποσοστό περιέγραψε διατροφικά προβλήματα παχυσαρκίας ή σχολαστικότητας με τα γεύματα κατά την παιδική ηλικία. Η απουσία ερωτικών ενδιαφερόντων και συμπεριφορών στα πλαίσια της φυσιολογικής προδιάθεσης είναι λιγότερο κοινή στους ανορεξικούς άντρες ίσως επειδή οι άντρες υποβάλλονται σε λιγότερο δραματικές σωματικές αλλαγές κατά την εφηβεία και επομένως μπορεί να υπάρχει μια λιγότερο άμεση σύνδεση μεταξύ της μορφής του σώματος τους και της σεξουαλικότητας τους. *(Bruch, 1973)*

Στην ίδια μελέτη αναφέρεται επίσης ότι υπήρχε ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας στον ένα ή και τους δύο γονείς, το οποίο και επηρέαζε το ένα τρίτο των περιπτώσεων. Και επειδή πρόκειται για αναδρομική μελέτη τα ποσοστά μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερα. Σε αντίθεση με προηγούμενα ευρήματα (Crisp & Toms, 1972; Dally & Gomez, 1979;Margo, 1987) δεν υπήρχε υπεροχή ψυχιατρικής ασθένειας από την πλευρά της μητέρας. Σ' αυτήν την έρευνα και οι δύο γονείς ήταν πιθανόν να έχουν κάποια ψυχοπαθολογία υποστηρίζοντας την άποψη ότι ο ρόλος του πατέρα μπορεί να είναι πιο σημαντικός στην αιτιολογία της ασθένειας στους άντρες (Sterling & Segal, 1985). Για τους άντρες ασθενείς ο αλκοολισμός και η κατάθλιψη του γονέα ήταν η πιο συχνή διάγνωση ενώ αντίθετα στην ομάδα γυναικών η διάγνωση διατροφικής διαταραχής ήταν πιο συχνή μεταξύ των συγγενών πρώτου βαθμού. Οκτώ από τους εικοσιτέσσερις άντρες ασθενείς (33%) και έντεκα από τις εικοσιπέντε γυναίκες(44%) επιβεβαίωσαν ότι συγγενείς πρώτου βαθμού έπασχαν από ψυχιατρική ασθένεια. Μεταξύ των αντρών υπήρχαν πέντε περιπτώσεις αλκοολισμού του πατέρα και μία της μητέρας, δύο περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας στη μητέρα ή σε αδέλφια και μία περίπτωση «υστερικής

παραπληγίας» και παθολογικής καταθλιπτικής διαταραχής. Οι γυναίκες ανέφεραν τρεις περιπτώσεις αλκοολισμού του πατέρα, τρεις της μητέρας και μια μείζονα καταθλιπτική διαταραχή του πατέρα, πέντε περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας και μια βουλιμίας σε μητέρες ή αδελφές, μια διαταραχή πανικού σε μητέρα με αγοραφοβία και μια περίπτωση αδελφής με χρόνια γενικευμένα συμπτώματα άγχους. *(Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. 1994)*

Γ. Βιολογικοί παράγοντες

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στην λειτουργία του υποθαλάμου που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος (όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία κ.α.). Φαίνεται ότι στην ψυχογενή ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις: την αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρο των ασθενών αυτών, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης. *(Μάνος Ν., 1997)*

Δ. Γενετικοί παράγοντες

Πολλές έρευνες υποδηλώνουν ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν γενετικό υπόστρωμα. Σύμφωνα με τον Treasure (1995), ο κίνδυνος νόσησης των συγγενών πρώτου βαθμού των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία κυμαίνεται από 2-3.8%.

Σε άλλη μελέτη που αφορούσε τα δίδυμα αδέρφια και έγινε το 1984 από τον Holland, διαπιστώθηκε ότι για την εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας υπήρχε ένα ποσοστό 48 - 55% στους μονοζυγώτες έναντι 7-11% για τους διζυγώτες.

Ε. Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες

Στη σύγχρονη Δυτική κοινωνία το λεπτό και το καλλίγραμμο σώμα συμβολίζει την ελκυστικότητα, την ικανότητα, την αυτοκυριαρχία, ενώ το πάχος συσχετίζεται με την έλλειψη αυτοελέγχου. Οι τάσεις της μόδας αλλάζουν ανάλογα με την εποχή και την κουλτούρα. *(Bruch H., 1982)*

Σύμφωνα με τον Brownell (1991) η αναζήτηση του τέλειου σώματος καθοδηγείται από δύο βασικές πεποιθήσεις. Η πρώτη είναι ότι το σώμα του κάθε ατόμου είναι εύπλαστο και μπορεί το ίδιο να κάνει οποιεσδήποτε παρεμβάσεις επιθυμεί για να το αλλάξει και η δεύτερη αφορά την αντίληψη ότι επιτυγχάνοντας το τέλειο σώμα θα αποκτήσει ευτυχία, περισσότερο πλούτο και ελκυστικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Οι Hill, Oliver και Rogers το 1982 μέσα από έρευνες που πραγματοποίησαν έδειξαν ότι ακόμη και τα 6χρονα και τα 9χρονα δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για το βάρος τους και το σχήμα του σώματος τους.

Το γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές παρατηρούνται σε κοινωνίες στις οποίες η λεπτότητα αποτελεί αξία, ενώ είναι πολύ αραιό φαινόμενο στις κοινωνίες όπου η παχυσαρκία αποτελεί αξία, προσθέτει την παρατήρηση ότι η κοινωνία παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην γένεση της διαταραχής.

ΣΤ. Ο ρόλος της Προσωπικότητας

Από το δείγμα της μελέτης των Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. (1994), οκτώ άντρες αναφέρουν διατροφικά προβλήματα ως παιδιά. 5 ήταν παχύσαρκοι, 2 ήταν αδύνατοι και σχολαστικοί με το φαγητό τους και 1 παρουσίασε αξιοσημείωτη απώλεια βάρους στην ηλικία των 10 χρόνων σαν αποτέλεσμα του θανάτου της γιαγιάς του. Εφτά από αυτούς θυμόταν χαρακτηριστικά εμμονών καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους λέγοντας ότι ήταν «σχολαστικοί», «εξονυχιστικοί», «κάτω από την απόλυτη εξουσία του ρολογιού» και «πάντα ασχολούνταν με τα χόμπι τους ως τα άκρα».

Προβλήματα πειθαρχίας στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία παρουσιάστηκαν μόνο σε τρεις περιπτώσεις, τα οποία έφταναν μέχρι τον ήπιας μορφής βανδαλισμό,

μικροκλοπές ή σωματικές αναμετρήσεις με τον πατέρα, υποστηρίζοντας την άποψη ότι οι ανορεξικοί είναι προδιαθεσικά υποχωρητικά, με αίσθηση καθήκοντος παιδιά. Η κλοπή σε μαγαζιά, ειδικά φαγητού, αναφέρθηκε από 6 (25%) άντρες και 4 (16%) γυναίκες, αλλά ο αριθμός μπορεί να είναι χαμηλός.

Στην έρευνα των Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. 1994 αναφέρεται επίσης ότι οι άντρες με νευρική ανορεξία ήταν περισσότερο αποστασιοποιημένοι απ' ότι κάποιος θα περίμενε και οι σεξουαλικές τους συμπεριφορές θεωρούνταν μη φυσιολογικές σε 14 γυναίκες (ποσοστό 56%) και 7 άντρες (ποσοστό 29%) από το συνολικό δείγμα της μελέτης. Αυτό περιελάμβανε παντελή έλλειψη ενδιαφέροντος, σαφή φόβο ή και αποστροφή για σωματική επαφή με άτομα του αντίθετου φύλου. Σε δύο περιπτώσεις σημειώθηκε δεδηλωμένη σεξουαλική ασυδοσία.

Πιθανολογείται ότι υπάρχει συννοσηρότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής και των διαταραχών προσωπικότητας. Άτομα με ψυχογενή ανορεξία μπορεί να παρουσιάσουν μια διαταραχή της προσωπικότητας που κυμαίνεται από 23-80%. Οι διαταραχές που παρατηρούνται πιο συχνά στα ανορεκτικά άτομα είναι η ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας και η μεθοριακή-αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. *(Rastam & Gillberg, 1991)*

Σύμφωνα με την Bruch στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας συμβάλλουν η κρίση της εφηβείας, οι νέες εμπειρίες, η έλλειψη επαρκούς ενίσχυσης και επιβεβαίωσης των ικανοτήτων του παιδιού και ο λανθασμένος τρόπος ανεξαρτησίας και αυτονομίας. *(Bruch H., 1982)*

1.1 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Υπάρχουν δυο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου (δηλαδή να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια). Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό οι προκλητοί έμετοι και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές. *(Μάνος Ν., 1997)*

Συνήθως, η θεραπεία πραγματοποιείται σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο, αλλά υπάρχουν και κάποιες περιπτώσεις που χρειάζεται νοσηλεία ή ακόμα και ψυχιατρική νοσηλεία.

Όταν κάποιο άτομο πάσχει από ψυχογενή ανορεξία και το βάρος του είναι κάτω από το 20% του αναμενόμενου βάρους σε σχέση με το ύψος του συνίσταται νοσηλεία, ενώ όταν το βάρος του είναι κάτω από το 30% του αναμενόμενου βάρους σε σχέση με το ύψος του, τότε το άτομο χρειάζεται ψυχιατρική νοσηλεία που διαρκεί περίπου από 2-6μήνες. *(Μάνος Ν., 1997)*

Σε κάποιες περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητη και η λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων για να υπάρξει μείωση των προκλητών εμετών. Ακόμα, η κρυπτοεπταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα στην πρόσκτηση βάρος. *(Sharp C.W.,* Freeman C.P.L., *1993)*

Η γνωστική- συμπεριφορική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην τροποποίηση των λανθασμένων αντιλήψεων των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους. *(Deter H.C., Herzog W., 1994)*

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί πολύ σημαντική γιατί μπορεί να απευθυνθεί στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και αντιδράσεις, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν στην βελτίωση της προβληματικής συμπεριφοράς του ασθενή όσον αφορά τη πρόσληψη της τροφής. *(Bruch H., 1982)*

1.2 ΒΟΥΛΙΜΙΑ

1.2 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ

Η ψυχογενής βουλιμία είναι το σύνδρομο εκείνο στο οποίο παρουσιάζονται επεισόδια υπερφαγίας στη διάρκεια των οποίων το άτομο νοιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του ώστε να σταματήσει να τρώει. Έτσι επέρχεται η χρήση αντισταθμιστικών μεθόδων, όπως προκλητού εμέτου, καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων, νηστείας ή υπερβολικής άσκησης για να μην πάρει βάρος και η υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τα άτομα που είναι βουλιμικά έχουν φυσιολογικό βάρος. Συχνά δείχνουν υπερβολικό ενδιαφέρον για το βάρος τους και προσπαθούν επανειλημμένα να το ελέγξουν με δίαιτα, νηστεία κ.α. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνίστανται στην κατανάλωση τροφών με υψηλή θερμιδική αξία, που είναι συνήθως γλυκές τροφές ή ευκολομάσητες και μπορούν να καταναλωθούν γρήγορα. *(Μάνος Ν., 1997)*

Κατά τα επεισόδια υπερφαγίας το άτομο συνήθως τρώει κρυφά και δεν σταματάει παρά μόνο όταν πονέσει η κοιλιά του ή πέσει για ύπνο ή κάποιος τον διακόψει ή προκαλέσει έμετο. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV *[American Psychiatric Association (APA)1994]* για την ψυχογενή βουλιμία είναι:

Α) Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από:
1. το να τρώει κάποιος μέσα σε μία διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι μεγαλύτερη απ όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.
2. μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το πόσο ή τι θα φάει).

Β) Επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους, όπως π.χ. πρόκληση εμετού, κακή χρήση διουρητικών, καθαρτικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων, νηστεία, υπερβολική άσκηση.
Γ) Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, συμβαίνουν και τα δυο κατά μέσο όρο τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.
Δ) Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.
Ε) Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Μάνος, Ν, (1997). «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη: University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10 *[American Psychiatric Association (APA)1994]* για την ψυχογενή βουλιμία είναι:

Α) Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για πρόσληψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλίσκονται σε βραχείες χρονικές περιόδους.
Β) Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπήσει την παχυντική επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: Α. Αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, Β. Κατάχρηση καθαρτικών ουσιών, Γ. Εναλλασσόμενες περίοδοι αποχής από τη πρόσληψη τροφής. Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία δυνατόν να παραμελήσουν την θεραπεία τους με ινσουλίνη.
Γ. Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρής φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο, το οποίο αποτελεί το άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικό βάρος. Συχνά, αλλά όχι πάντοτε, αναφέρονται στα ιατρικά επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Τυχόν προηγούμενο επεισόδιο μπορεί να έχει

πλήρη κλινική έκφραση ή αν έχει προσλάβει ελάσσονα λανθάνουσα μορφή με μέτρια μόνο απώλεια βάρους ή / και παροδική φάση αμηνόρροιας. Το μεσοδιάστημα μεταξύ ενός επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας και ενός ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μήνες μέχρι μερικά χρόνια.

Μάνος, Ν, (1997). «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη: University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση.

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στην ψυχογενή βουλιμία βάση του DSM-IV διακρίνονται δύο τύποι: *(American Psychiatric Association, 1994)*

α) **Τύπος Κάθαρσης:** κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμέτου ή την κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

β) **Τύπος μη Κάθαρσης:** κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμέτου ή την κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

1.2 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η Ψυχογενής Βουλιμία εμφανίζεται συχνότερα από την Ψυχογενή Ανορεξία και είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες (περίπου 10 φόρες συχνότερα εμφανίζεται στις γυναίκες) Η έναρξη της ψυχογενούς βουλιμίας είναι στην όψιμη εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή και η πορεία της είναι χρόνια ή διαλείπουσα. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ο προκλητός έμετος χρησιμοποιείται πάνω από το 80-90% των βουλιμικών ατόμων για να αποφευχθεί η αύξηση του βάρους, αλλά και για να μειωθούν τα αισθήματα ενοχής και

να ανακουφιστεί ο κοιλιακός πόνος που προέρχεται από την υπερφαγία. Περίπου το 30% των βουλιμικών παίρνουν καθαρτικά μετά τα επεισόδια υπερφαγίας. *(Μάνος Ν., 1997)*

Όπως συμβαίνει και με την Ψυχογενή Ανορεξία, έτσι και η Ψυχογενής Βουλιμία είναι πιο διαδεδομένη στους Δυτικούς πολιτισμούς και συγκεκριμένα στη Καυκάσια φυλή και στους Αφρο-Αμερικάνους το ποσοστό διάδοσης της διαταραχής αγγίζει το 3%. *(Klein D.A., Walsh B.T., 2003; Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A., 2000; Walcott D.D., Pratt H.D., Patel DR., 2003)*

1.2γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία της βουλιμίας δεν είναι αρκετά διαδεδομένη. Σε πολλές πάντως περιπτώσεις ανευρίσκεται πιο σφαιρική ψυχοπαθολογία (κάποια διαταραχή της προσωπικότητας).

Ψυχολογικοί, οικογενειακοί, και κοινωνικό-περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας.

Α. Ψυχολογικοί παράγοντες

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία είναι εξωστρεφείς, θυμώνουν εύκολα και είναι πιο παρορμητικοί απ' ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία. Τα άτομα αυτά είναι φυγόπονα και διακατέχονται από κλεπτομανία, έντονες συναισθηματικές αλλαγές, τάσεις αυτοκτονίας και εξάρτηση από το αλκοόλ. Πολλοί ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία παρουσιάζουν δυσκολία στο να αποχωριστούν τα άτομα που τους φροντίζουν. *(Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A., 2000)*

Η πρόσληψη τροφής τις περισσότερες φορές θέλει να δείξει την επιθυμία του ατόμου για συνταύτιση με το άτομο που το φροντίζει, ενώ η αποβολή συνήθως εκφράζει, ασυνείδητα, την επιθυμία για αποχωρισμό. *(Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A., 2000)*

Αξίζει να σημειωθεί ότι έχουν εμφανιστεί ορισμένες περιπτώσεις χρήσης υποκατάστατων ουσιών, συμπεριφορών αυτοτραυματισμού, όπως αυτοχαράκωμα και απόπειρες αυτοκτονίας, μεταξύ ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία. *(Wilson T.G., 2002)*

Β. Οικογενειακοί παράγοντες

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία αισθάνονται ότι οι οικογένειές τους δεν ενδιαφέρονται για εκείνους και ότι συνεχώς τους απορρίπτουν. *(Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A., 2000)*

Η παρουσία προδιάθεσης για παχυσαρκία αυξάνει τις πιθανότητες για την εμφάνιση της ασθένειας. Παιδικά βιώματα μέσα από το οικογενειακό περιβάλλον που αφορούν σχόλια για το σωματικό βάρος, το σχήμα του σώματος και τις διατροφικές προτιμήσεις εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία, με αποτέλεσμα να τους αναγκάζουν να βρίσκονται σε συνεχείς δίαιτες. *(Klein D.A.,* Walsh B.T., *2003)*

Τα άτομα αυτά είναι υπερβολικά αγχώδη, παρουσιάζουν διαταραχές διάθεσης και κυρίως μείζονα καταθλιπτική διαταραχή *(Bulik C.M., 2002)*

Μερικοί ερευνητές βρήκαν αυξημένη συχνότητα ψυχογενούς βουλιμίας, διαταραχών της διάθεσης και διαταραχών σχετιζόμενων με ουσίες στους βιολογικούς συγγενείς α' βαθμού των ατόμων με τη διαταραχή. Επίσης κατέβαλαν προσπάθειες να συνδέσουν τους κύκλους της υπερφαγίας και της κάθαρσης με διάφορους νευροδιαβιβαστές (φαίνεται να παίζει ρόλο και ο υποθάλαμος). Επειδή τα αντικαταθλιπτικά είναι συχνά ωφέλιμα στους ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία, έχουν ενοχοποιηθεί η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. *(Μάνος Ν., 1997*, *Kaplan H.I., 2000)*

Γ. Κοινωνικό-περιβαλλοντικοί

Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια διαταραχή που συνδέεται με τον πολιτισμό, επηρεάζεται από πολιτισμικά στοιχεία και σε διαφορετικό βαθμό από κοινωνικό-πολιτισμικούς παράγοντες. *(Keel P.K., Klump K.L., 2003)*

Οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν δυσάρεστες εμπειρίες από τη παιδική τους ηλικία, με αποτέλεσμα να ασκούν έντονη αυτοκριτική. *(Speranza M., Atger F., Corcos M., et al, 2003)*

Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν μαρτυρίες ασθενών (κυρίως γυναικών, σε ποσοστό 30-45%) ότι έχουν υποστεί σωματική-σεξουαλική κακοποίηση στη παιδική τους ηλικία, ενώ στην ενήλικη ζωή αναφέρονται ανεπιθύμητες σεξουαλικές εμπειρίες. Τα άτομα αυτά

βιώνουν την διαταραχή αυτή σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση μ' αυτούς που δεν έχουν υποστεί κάποια κακοποίηση (σωματική ή σεξουαλική) στο παρελθόν. *(Beumont P.J.V., 2002, Leonard S., Steiger H., Kao A., 2003, Klein D.A., Walsh B.T., 2003)*

1.2 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία δεν χρειάζεται να ακολουθήσουν ένα διατροφικό πρόγραμμα για τη πρόσληψη βάρους, καθώς βρίσκονται στο φυσιολογικό τους βάρος. Χρειάζεται όμως να επανακτήσουν μια φυσιολογική διατροφή, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές.

Οι περισσότεροι ασθενείς θεραπεύονται εξωνοσοκομειακά και θα πρέπει να παρακολουθούνται αρχικά σε εβδομαδιαία βάση και στη συνέχεια λιγότερο, καθώς σταδιακά επανακτούν τον έλεγχο απέναντι στη διατροφή τους. *(Μάνος Ν., 1997)*

Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να εισάγουν τρόφιμα που φοβούνται για υπερφαγία στη δίαιτα τους και να μην αισθάνονται άσχημα. Προτείνονται στρατηγικές που βοηθούν για να ρυθμίσουν τη διατροφή τους, όπως να αποφεύγουν να παραλείπουν γεύματα και όχι να τσιμπολογούν στο φαγητό. Δίνονται συμβουλές για τον σχεδιασμό γευμάτων και την προετοιμασία. Πάντα όμως υπάρχει το ενδεχόμενο υποτροπής και σ' αυτή τη περίπτωση θα πρέπει η πρόσβαση στο διαιτολόγο να είναι εύκολη και διαβεβαιωμένη. *(Μάνος Ν., 1997)*

Όσον αφορά την ομαδική ψυχοθεραπεία έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμη, καθώς συνδυάζει εκπαιδευτικά στοιχεία γύρω από την διατροφή, τεχνικές γνωστικής ανακατασκευής, τεχνικές συμπεριφορικής τροποποίησης και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. *(Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C., et al, 1993)*

Η λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων φαίνεται και στους βουλιμικούς ασθενείς να μειώνει τα επεισόδια υπερφαγίας. *(Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C., et al, 1993)*

1.3 ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

1.3 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ

Η υπερφαγία ορίζεται στην τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου, (DSM-IV-TR) ως συχνά επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία χαρακτηρίζονται από την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού σε χωριστές χρονικές περιόδους και συνοδεύονται από υποκειμενικό αίσθημα απώλειας ελέγχου σε σχέση με το φαγητό. Η υπερφαγία δεν σχετίζεται μόνο με την ψυχοπαθολογική διατροφική διαταραχή αλλά και με παθολογικές ψυχιατρικές διαταραχές, προβλήματα υγείας και την παχυσαρκία. *(Lather, J.D., Clyne, C., 2007)*

Η ποιότητα υγείας καταστρέφεται σημαντικά στις παχύσαρκες γυναίκες με διαταραχή υπερφαγίας σε σχέση με τις παχύσαρκες γυναίκες χωρίς διαταραχή υπερφαγίας. Γι' αυτούς τους λόγους έχει ειπωθεί ότι η διαταραχή υπερφαγίας (BED) είναι μια ξεχωριστή και σημαντική διαταραχή κλινικής σοβαρότητας, η οποία απαιτεί συγκεκριμένη θεραπεία.

Έχει όμως ειπωθεί ότι η συχνή ψυχιατρική παθολογία, η καλή αντίδραση σε μορφές θεραπείας και η διαφωνία ως προς τον προσδιορισμό μιας μεγάλης ποσότητας φαγητού κάνει τη διάγνωση της υπερφαγίας πιο χρήσιμη ως δείκτη για άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που αφορούν παχύσαρκους απ' ότι μια ξεχωριστή κλινική διαταραχή. Ένα άλλο πρόβλημα που αφορά τον διαγνωστικό ορισμό της υπερφαγίας είναι το κατά πόσο τα κριτήρια είναι έγκυρα.

Οι Kendell και Jablensky υπαινίσσονται ότι η εγκυρότητα σε ψυχιατρικές διαταραχές υπάρχει αν τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά ενός συνδρόμου μπορούν να περιγραφούν ως μια οντότητα και αν διαχωρίζονται ξεκάθαρα από γειτονικά σύνδρομα και από την κανονικότητα. *(Lather, J.D., Clyne, C., 2007)*

Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να ορίσουν τα επεισόδια υπερφαγίας στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο DSM-IV-TR περιλαμβάνουν

Α. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας επισημαίνεται από τα εξής χαρακτηριστικά : 1) την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού 2) την αίσθηση απώλειας ελέγχου κατά την κατανάλωση φαγητού 3) την εμφάνιση των επεισοδίων σε χωριστά χρονικά διαστήματα
Β. Τα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας νιώθουν εξαντλημένα από αυτό το σύνδρομο και τα επεισόδια υπερφαγίας σχετίζονται με τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα: α) καταναλώνουν φαγητό πολύ γρηγορότερα από το κανονικό β) τρώνε μέχρι να νιώσουν υπερβολικά γεμάτοι γ) τρώνε επίσης μεγάλες ποσότητες φαγητού όταν δεν πεινάνε δ) τρώνε μόνοι γιατί ντρέπονται ε) νιώθουν αηδιασμένοι, μελαγχολικοί ή ένοχοι για την υπερφαγία τους.
Γ. Παρουσιάζεται έντονη δυσφορία στα επεισόδια υπερφαγίας.
Δ. Μια διάγνωση υπερφαγίας απαιτεί ότι η υπερφαγία πρέπει να συμβαίνει κατά μέσο όρο τουλάχιστον 2 μέρες την εβδομάδα για τουλάχιστον 6 μήνες.
Ε. Τα επεισόδια υπερφαγίας δε συνοδεύονται από συμπεριφορές τύπου κάθαρσης, νηστείας ή υπερβολικής άσκησης και δεν εμφανίζονται απαραίτητα κατά την διάρκεια Ψυχογενούς Ανορεξίας ή Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Lather, J.D. and Clyne, C. (2007). «The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder». International Journal of Eating Disorders, σελ. 6-8.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι σύμφωνα με τον Fairburn και Cooper (1993) διαχωρίζονται δύο βασικοί τύποι επεισοδίων υπερφαγίας που συμβαίνουν συχνά σε άτομα με διατροφικές διαταραχές: *(Lather, J.D., Clyne, C., 2007)*

A. Τα αντικειμενικά βουλιμικά επεισόδια [Objective bulimic episodes (OBEs)] περιλαμβάνουν την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού που συνοδεύεται από απώλεια ελέγχου, και

B. Τα υποκειμενικά βουλιμικά επεισόδια [subjective bulimic episodes (SBEs)] περιλαμβάνουν την κατανάλωση μιας μικρής ή μέτριας ποσότητας φαγητού που συνοδεύεται και αυτή από απώλεια ελέγχου.

1.3 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η διαταραχή της υπερφαγίας (BED) είναι ευρέως διαδεδομένη μεταξύ των ατόμων που αναζητούν θεραπεία για την παχυσαρκία με γενικές εκτιμήσεις που κυμαίνονται από 15 – 50%. Στο γενικό πληθυσμό η επικράτηση της υπερφαγίας κατά τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται από 0.7% μέχρι 4%. *(Lather, J.D., Clyne, C., 2007)*

Η ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής κυμαίνεται μεταξύ των 30-50 ετών. Το Σύνδρομο της Υπερφαγίας εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες (το ποσοστό ανέρχεται στο 35%), συγκριτικά με την Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία. *(Grilo C.M., 2002, Ζαμπέλας Α., 2007)*

Τα συμπτώματα της διαταραχής εμφανίζονται σε υψηλότερο ποσοστό στους Ισπανόφωνους λαούς, ενώ το ποσοστό εκδήλωσης της νόσου αγγίζει το 8% τόσο στους Αφρο-Αμερικανούς όσο και στη Καυκάσια φυλή. *(Walcott D.D., Pratt H.D., Patel DR., 2003)*

1.3 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Αν και η διαταραχή αυτή παίρνει μεγάλες διαστάσεις, λίγα στοιχεία είναι διαθέσιμα για τα ακριβή αίτιά της. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ξεκινά όταν το φαγητό, χρησιμοποιείται ως μέσο ελέγχου των συναισθημάτων. Η αντίληψη της απώλειας ελέγχου κατά την κατανάλωση τροφής μπορεί να επηρεαστεί από τη διάθεση. Στη μελέτη των Guertin και Conger (1999), η αρνητική επαγωγική διάθεση αύξησε τις συχνότητες απώλειας ελέγχου των συμμετεχόντων με υψηλές επιδόσεις στο Τεστ Βουλιμίας (μια αξιόπιστη και έγκυρη κλίμακα αναφοράς των ίδιων των πασχόντων βάσει της οποίας μπορούν να αναγνωριστούν τα άτομα με νευρική βουλιμία). Από την άλλη πλευρά, η θετικότερη διάθεση αύξησε τις συχνότητες αυτοελέγχου κατά την κατανάλωση τροφής.

Σύμφωνα με αυτά τα ευρήματα η απώλεια ελέγχου μπορεί να αποτελεί έγκυρο κριτήριο στον προσδιορισμό της υπερφαγίας, οι αναφορές όμως των ασθενών με επεισοδιακή υπερφαγία μπορούν να επηρεαστούν από τη διάθεση και επομένως μπορεί να είναι ανακριβείς. *(Guertin T.L., Conger A,J., 1999)*

Σε μια πληθυσμιακή έρευνα που έγινε τα άτομα με πλήρες σύνδρομο διαταραχής υπερφαγίας ανέφεραν μεγαλύτερη μελαγχολία, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και περισσότερο άγχος από τα άτομα με αρχική διαταραχή υπερφαγίας, τα οποία ανέφεραν ελάχιστο όριο ενός επεισοδίου υπερφαγίας ανά εβδομάδα. Αυτοί οι χαμηλής συχνότητας ασθενείς υπερφαγίας ανέφεραν με τη σειρά τους μεγαλύτερη μελαγχολία και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από άτομα που υποβλήθηκαν σε διαδικασία υπερφαγίας ως εθελοντές (πειραματόζωα) κάνοντας λόγο για προοδευτική δριμύτητα της υπερφαγίας. *(Lather J.D., Clyne, C., 2007)*

Σε δείγμα 50 ατόμων με διαταραχή υπερφαγίας η μεγαλύτερη συχνότητα επεισοδιακής υπερφαγίας σχετιζόταν με υψηλότερη σωματική μάζα (Body Mass Index, kg/m2) και περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας. (Το μέγεθος υπερφαγίας σχετίστηκε μόνο με τη σωματική μάζα και όχι την ψυχοπαθολογία). Τα ευρήματα δείχνουν ότι η συχνότητα υπερφαγίας μπορεί να σηματοδοτεί την ύπαρξη μεγαλύτερης παθολογίας και ψυχοπαθολογίας. *(Lather J.D., Clyne, C., 2007)*

Σε αντίθεση άλλες έρευνες ισχυρίζονται ότι οι βλάβες που προκαλούνται στους ασθενείς με πλήρη διαταραχή υπερφαγίας και στους ασθενείς με μερική διαταραχή υπερφαγίας είναι οι ίδιες. (Οι ασθενείς με μερική διαταραχή υπερφαγίας θεωρήθηκε ότι ανταποκρίνονταν σε όλα τα κριτήρια SCID που καθορίζουν τη διαταραχή υπερφαγίας εκτός του κριτηρίου της συχνότητας υπερφαγίας, η οποία και συνέβαινε τουλάχιστον 1 ημέρα το μήνα για 6 μήνες). Η συχνότητα των επεισοδίων υπερφαγίας δεν επηρέασε τα επίπεδα αυτοεκτίμησης, κοινωνικής προσαρμογής και προηγούμενης ή τρέχουσας μελαγχολίας.

Ανακεφαλαιώνοντας, οι έρευνες χρησιμοποιώντας διαφορετικά δείγματα και μεθόδους υποστηρίζουν μερικώς την υπόθεση ότι όσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα υπερφαγίας ή η ανταπόκριση σε όλα τα κριτήρια που ορίζουν τη διαταραχή υπερφαγίας τόσο μεγαλύτερη είναι η διατροφική και γενική ψυχοπαθολογία του ατόμου.

Από την άλλη πλευρά όμως υπάρχουν μελέτες που παρέχουν αποδείξεις για την αντίθετη υπόθεση. Οι ασθενείς με μικρότερη συχνότητα επεισοδίων υπερφαγίας που δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια (DSM-IV) του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο με τους ασθενείς που εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα επεισοδιακής υπερφαγίας, η υπερφαγία τους να οφείλεται σε ψυχοπαθολογικούς παράγοντες. *(Lather J.D., Clyne, C., 2007)*

Η Επεισοδιακή Πολυφαγία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την κατάθλιψη. Το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το στρες και οι δυσκολίες στην αντιμετώπιση προβλημάτων οδηγούν στην εμφάνιση της διαταραχής. Οι μελέτες επίσης έχουν δείξει ότι βιολογικοί παράγοντες (τα γονίδια) από την μία πλευρά, αλλά και η στάση της οικογένειας απέναντι στο φαγητό, είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον στο να υποφέρει από τη διαταραχή αυτή. *(Δρ. Μωρόγιαννης Φ., 2003)*

Η επεισοδιακή υπερφαγία επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Τα κοντινά πρόσωπα του πάσχοντος, δεν καταλαβαίνουν ότι η διαταραχή αυτή αφορά κυρίως τον τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων παρά το ίδιο το φαγητό. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μικροπαρεξηγήσεις και διαφωνίες, κυρίως την ώρα των γευμάτων. Οι περισσότερες οικογένειες επωφελούνται από την οικογενειακή θεραπεία που στοχεύει την διευκόλυνση της επικοινωνίας και τη διαχείριση των δυσκολιών στις σχέσεις. *(Δρ. Μωρόγιαννης Φ., 2003)*

1.3 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η επεισοδιακή υπερφαγία θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα γιατί μπορεί να οδηγήσει σε σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα με την πάροδο του χρόνου που περιλαμβάνουν κατάθλιψη, απώλεια της φυσικής κατάστασης, άγχος, ανησυχία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση, μεγάλη πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος, καθώς και παχυσαρκία με τα επακόλουθά της (π.χ. υπέρταση, καρδιακές παθήσεις κ.α.) *(Δρ. Μωρόγιαννης Φ., 2003)*

Ένας τρόπος να αντιμετωπιστεί η επεισοδιακή υπερφαγία είναι η διατροφική παρέμβαση ενός διαιτολόγου-διατροφολόγου. Όπως αναφέρθηκε, η διαταραχή αυτή παρουσιάζεται και χαρακτηρίζει άτομα παχύσαρκα ή υπέρβαρα, τα οποία προσπαθούν με διάφορους τρόπους να χάσουν βάρος, κάνοντας πολλές φορές στερητικές δίαιτες, με αποτέλεσμα να απογοητεύονται και να εγκαταλείπουν τη δίαιτα, μη μπορώντας να συνεχίσουν. *(Κωνσταντινίδου Μ., 2000)*

Στόχος του διαιτολόγου είναι να κάνει τον ασθενή να καταλάβει ότι οι στερητικές-εξαντλητικές δίαιτες δεν είναι η λύση στο πρόβλημά του. Έτσι καλό θα ήταν πριν ο ασθενής ξεκινήσει ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους να καταλάβει τα αίτια που τον οδηγούν στα επεισόδια υπερφαγίας (με τη βοήθεια ενός ψυχολόγου) και να μπορέσει να ξεχωρίζει το αίσθημα της πείνας πότε είναι εγκεφαλικό και πότε οργανικό.

Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του συνδρόμου φαίνεται να έχει περισσότερα αποτελέσματα σε σχέση με μια εφαρμογή ενός απλού διαιτολογίου για την απώλεια βάρους, η οποία υλοποιείται μετά την επίσκεψη σε ένα ψυχολόγο. *(Κωνσταντινίδου Μ., 2000)*

1.3 ε ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Δύο ποιοτικές διαφορές ανάμεσα στα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής υπερφαγίας και της βουλιμίας είναι οι επανορθωτικές συμπεριφορές και οι ανησυχίες μορφής και βάρους. Ο καθαρισμός ή άλλες επανορθωτικές συμπεριφορές απαιτούνται

για να γίνει διάγνωση βουλιμίας ενώ αυτές οι ίδιες συμπεριφορές δεν συμπεριλαμβάνονται στα κριτήρια για την διαταραχή υπερφαγίας. *(Crow S.J., Agras W.S., Halmi K., et al, 2002; Wilfley D.E., Friedman M.A., Dounchis J.Z., et al, 2000; Martin C.K., Williamson D.A., Thaw J.M., 2000; Williamson D.A., Gleaves D.H., Stewart T.M., 2005)*

Στην βουλιμία η εκτίμηση του εαυτού επηρεάζεται υπερβολικά από τη μορφή του σώματος και του βάρους του ατόμου. Τέτοιο κριτήριο δεν υπάρχει στην διαταραχή υπερφαγίας. *(American Psychiatric Association, 2000; Becker A., Grinspoon S., Klibanski A., et al, 1999)*

Διαφορές στο βάρος και στο ιστορικό βάρους όπως είναι το μεγαλύτερο κυκλικό βάρος, η μεγαλύτερη μάζα σώματος και οι συχνότητες παχυσαρκίας στη διαταραχή υπερφαγίας μπορεί να σχετίζονται με την απουσία επανορθωτικών συμπεριφορών. *(Masheb R.M., Grilo C.M., 2000)*

Οι μελέτες που συγκρίνουν την ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών στη βουλιμία και στη διαταραχή υπερφαγίας έχουν καταλήξει ότι η νευρική βουλιμία σχετίζεται με δριμύτερη διατροφική παθολογία. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με νευρική βουλιμία βρίσκονταν υψηλότερα στις μετρήσεις όχι μόνο του «καθαρισμού» αλλά επίσης και στην αποφυγή απαγορευμένων τροφών, του περιοριστικού φαγητού, του φόβου της παχυσαρκίας, της συγκράτησης και της έλλειψης αναστολών σε σχέση με τους ασθενείς με διαταραχή υπερφαγίας.

Οι Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., et al. 2000 κατέγραψαν ακόμα πιο μυστικοπαθή κατανάλωση τροφής στους συμμετέχοντες με διαταραχή υπερφαγίας. Παχύσαρκοι ασθενείς με διαταραχή υπερφαγίας ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη δραστηριότητα αδυνατίσματος από τους ασθενείς με βουλιμία και από τους μη παχύσαρκους ασθενείς με διαταραχή υπερφαγίας, οι οποίοι δεν διέφεραν μεταξύ τους. Παρ' όλα αυτά η έλλειψη ικανοποίησης με το σώμα τους ήταν κοινή σε όλες τις ομάδες.

Επομένως παρά τα υψηλότερα επίπεδα διατροφικής ψυχοπαθολογίας και διατροφικού περιορισμού στη βουλιμία (που μπορεί να συνδέεται με την παρουσία ή την απουσία επανορθωτικών συμπεριφορών) υπάρχουν ομοιότητες όσον αφορά τις ανησυχίες για το σχήμα και το βάρος μεταξύ των ασθενών με διαταραχή υπερφαγίας και των ασθενών με βουλιμία. *(Crow S.J., Agras W.S., Halmi K., et al, 2002)*

Τα στοιχεία όμως σχετικά με το αν η νευρική βουλιμία και η διαταραχή υπερφαγίας διαφέρουν ως προς την ψυχοπαθολογία είναι μπερδεμένα. Κάποιες έρευνες που συγκρίνουν τη βουλιμία και τη διαταραχή υπερφαγίας εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, διαταραχές προσωπικότητας, κοινωνικής προσαρμοστικότητας, γενικής θλίψης, βλάβες και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα στη βουλιμία.

Παρ' όλα αυτά άλλες μελέτες δεν έχουν καταγράψει σημαντικές διαφορές μεταξύ της βουλιμίας και της επεισοδιακής υπερφαγίας στα χαρακτηριστικά της μελαγχολίας στα συναισθήματα λύπης, την αυτοεκτίμηση και κοινωνική προσαρμοστικότητα, στις απόπειρες αυτοκτονίας, στις συμπεριφορές αυτοτραυματισμού ή χρήσης ναρκωτικών, στο ιστορικό νοσηλείας και σε άλλα είδη ψυχοπαθολογίας. *(Crow S.J., Agras W.S., Halmi K., et al, 2002; Martin C.K., Williamson D.A., Thaw J.M., 2000)*

Έρευνες που εξέτασαν τις διαφορές μεταξύ της διαταραχής υπερφαγίας και της νευρικής βουλιμίας έδειξαν ότι παρ' όλο που αυτές οι διαταραχές συχνά διαφέρουν ως προς την γενική και τη διατροφική ψυχοπαθολογία τους, οι ασθενείς και των δύο ομάδων βιώνουν σημαντικές αγωνίες που αφορούν το σχήμα και βάρος τους σώματος. *(Hrabosky J.I., Masheb R.M., White M.A., et al, 2007, Mond J.M., Hay P.J., Rodgers B., 2007)*

Στην πραγματικότητα πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία που δίνουν υπερβολική σημασία στο σχήμα και βάρος του σώματος τους ως μέτρο αυτοεκτίμησης εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη διατροφική και γενική ψυχοπαθολογία και φτωχότερη ποιότητα ζωής από τα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία που δεν υπερεκτιμούν το σχήμα και βάρος τους. *(Hrabosky J.I., Masheb R.M., White M.A., et al, 2007, Mond J.M., Hay P.J., Rodgers B., 2007)*

1.3 ζ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΧΩΡΙΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

Μια έρευνα των Allison, K.C., Grilo, C.M., Masheb, R.M., et al. 2005, που σύγκρινε 177 άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία με άλλα 42 υπέρβαρα άτομα βρήκε κάποιες ουσιώδεις διαφορές μεταξύ αυτών των ομάδων. Τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν

σημαντικά υψηλότερα στα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία καθώς επίσης και η διατροφική ψυχοπαθολογία τους, συμπεριλαμβανομένων και των προσδιορισμένων αντικειμενικών βουλιμικών επεισοδίων, των διατροφικών περιορισμών, των διατροφικών συνηθειών, της έλλειψης αυτοσυγκράτησης και της πείνας.

Παρά την ίδια μάζα σώματος των ομάδων, οι ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα του σώματος ήταν σημαντικά πιο διαταραγμένες στα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας. Έτρωγαν επίσης πιο συχνά κατά τη διάρκεια της ημέρας και από τους υπέρβαρους συμμετέχοντες και από τα άτομα με σύνδρομο κατανάλωσης φαγητού κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Η έρευνα αυτή παρουσίασε συγκεκριμένα στοιχεία για τη διαφορετικότητα μεταξύ των ατόμων με επεισοδιακή υπερφαγία και των ατόμων που πάσχουν από παχυσαρκία χωρίς διαταραχή υπερφαγίας. Βέβαια παρά τις διαφορές μεταξύ παχυσαρκίας με διαταραχή υπερφαγίας και της παχυσαρκίας χωρίς διαταραχή υπερφαγίας είναι δυνατόν οι δύο ομάδες πασχόντων να έχουν παρόμοιες αντιδράσεις στην θεραπεία της παχυσαρκίας, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα. *(Allison K.C., Grilo C.M., Masheb R.M., 2005)*

1.4 ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

1.4 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ

Το 1955 περιγράφτηκε για πρώτη φόρα από τον Καθηγητή Al.Stunkard μια μορφή διαταραχής με βασικό τρίπτυχο αναγνώρισης, την πρωινή ανορεξία, την βραδινή κατανάλωση τροφής και την αϋπνία. *(Stunkard A.J., 2002)*

Το Σύνδρομο Νυχτερινής Υπερφαγίας (Night eating syndrome, NES), είναι μια διατροφική διαταραχή με κλινικά χαρακτηριστικά την πρωινή ανορεξία, τη βραδινή υπερφαγία και την αϋπνία με συνεχείς διακοπές νυχτερινής κατανάλωσης φαγητού. Το βασικό χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα του συνδρόμου είναι η καθυστέρηση στον εικοσιτετράωρο συγχρονισμό της πρόσληψης ενέργειας. *(Merck, 1983)*

Τα βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων που πάσχουν από το σύνδρομο της Νυχτερινής Υπερφαγίας είναι τα εξής: *(Stunkard A.J., 2002; Pawlow L.A., O'Neil P.M., Malcolm R.J., 2003)*

- Η αϋπνία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του συνδρόμου. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα αυτά ξυπνάνε κατά μέσο όρο 4 φορές το βράδυ, σε αντίθεση με τη φυσιολογική συχνότητα της 1 φοράς το βράδυ. Το πρόβλημα οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι όταν αυτά τα άτομα ξυπνήσουν, αναζητούν επίμονα κάποιο σνακ.
- Η σύσταση των νυχτερινών γευμάτων αποτελείται κυρίως από υδατάνθρακες (περίπου 65%) και πρωτεΐνες σε μια αναλογία 7:1. Πιθανολογείται πως μια τέτοια αναλογία θρεπτικών συστατικών, προάγει την προώθηση τρυπτοφάνης στον εγκέφαλο και την μετατροπή της σε σεροτονίνη, ουσία με σημαντικές ιδιότητες κατά της αϋπνίας, ενώ προκαλεί μια αίσθηση ηρεμίας και χαλάρωσης. Επιπλέον, φαίνεται να επηρεάζεται και ο μεταβολισμός της μελατονίνης και της κορτιζόλης, από την συγκεκριμένη αναλογία.
- Όσον αφορά τη συσχέτιση του συνδρόμου με τη ψυχολογική διάθεση, οι ειδικοί αναφέρουν ότι η αγάπη των ατόμων που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο για τους

υδατάνθρακες, εξηγείται από το μήνυμα που στέλνουν οι υδατάνθρακες στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου για να προκαλέσουν το αίσθημα της ευχαρίστησης. Ίσως, αυτή η επιδρομή που κάνουν τα συγκεκριμένα άτομα κατά τη διάρκεια της νύχτας σε υδατανθρακούχα σνακ, να αποτελεί μια ασυνείδητη προσπάθεια για να αποκαταστήσουν την κακή ψυχολογία, που τους διακατέχει.

- Έχει βρεθεί επιστημονικά ότι με το φαγητό καταπολεμάται και το άγχος. Αυτό συμβαίνει διότι ενεργοποιείται μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου και εκκρίνονται χημικές ενώσεις, οι οποίες απελευθερώνονται όταν το άτομο αισθανθεί ευτυχία, χαρά και ικανοποίηση. Στην πραγματικότητα, ο εγκέφαλος του ανθρώπου φαίνεται ότι έχει συσχετίσει την πρόσληψη τροφής με χαλαρωτικά και ευχάριστα συναισθήματα.
- Ακόμα θα πρέπει να αναφερθεί ότι στις ουσίες που καταπολεμούν το άγχος, συμπεριλαμβάνονται οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες, το σελήνιο και το φυλλικό οξύ. Τέλος, δεν θα πρέπει να παραληφθεί το γεγονός, ότι το σύνδρομο συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την κατάθλιψη και την χαμηλή αυτοεκτίμηση.

1.4 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το φαινόμενο της νυχτερινής υπερφαγίας βασανίζει μεγάλο αριθμό τόσο γυναικών όσο και ανδρών. Η εξάπλωση του συνδρόμου στο γενικό πληθυσμό, αγγίζει ποσοστό 1,5%. Τα κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου (ανορεξία, αϋπνία, βραδινή υπερφαγία) μπορούν να αρχίσουν σε μικρή ηλικία, συνήθως σε παιδιά υπέρβαρα, και ορισμένες φορές συνοδεύονται από πόνο στις αρθρώσεις. *(Stunkard A.J., 2002; Pawlow L.A., O'Neil P.M., Malcolm R.J., 2003)*

Τα άτομα τα οποία παρουσιάζονται με το σύνδρομο αυτό, είναι συνήθως γυναίκες που έχουν κατάθλιψη ή υπερβολικό στρες. Τα άτομα αυτά καταναλώνουν μόλις το 15% των θερμίδων της ημέρας πριν τις 19:00 το απόγευμα και το υπόλοιπο ποσοστό το καταναλώνουν κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Το σύνδρομο εμφανίζεται στο 10%-25% των παχύσαρκων που αποφασίζουν να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις θεραπείας της παχυσαρκίας, στο 15% των ατόμων που αναγνωρίζουν ότι πάσχουν από το Σύνδρομο Υπερφαγίας και στο 5% των ατόμων που αναζητούν θεραπεία για την αϋπνία. Τέλος έχει παρατηρηθεί, ότι 1 στους 10 υπέρβαρους ανθρώπους παρουσιάζει το σύνδρομο της νυχτερινής υπερφαγίας. *(Stunkard A.J., 2002; Pawlow L.A., O'Neil P.M., Malcolm R.J., 2003)*

1.4 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η νυχτερινή υπερφαγία οφείλεται στο άγχος, στην κατάθλιψη ή και στα δύο. Εξαιτίας του στρες, το σώμα παράγει πολλή κορτιζόλη (η εικοσιτετράωρη της συγκέντρωση στο πλάσμα είναι υψηλότερη στους πάσχοντες από ότι στους μη πάσχοντες) και ο οργανισμός ζητάει φαγητό για να καθυστερήσει την παραγωγή της. Πιθανολογείται ότι ευθύνονται τα γονίδια και κάποια συναισθηματικά προβλήματα. Η νυχτερινή υπερφαγία συνοδεύεται συχνά και από ήπια ή και έντονη κατάθλιψη. *(Stunkard A.J., 2002; Pawlow L.A., O'Neil P.M., Malcolm R.J., 2003)*

Τα άτομα που πάσχουν από νυχτερινή υπερφαγία παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλά ποσοστά μελατονίνης ορού κατά τη διάρκεια της νύχτας. Τέλος η συγκέντρωση της λεπτίνης ορού δεν αυξάνεται τη νύχτα όπως είναι αναμενόμενο και όπως συμβαίνει στους φυσιολογικούς ανθρώπους. *(Stunkard A.J., 2002; Pawlow L.A., O'Neil P.M., Malcolm R.J., 2003)*

1.4 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Για την καταπολέμηση του συνδρόμου είναι απαραίτητο να προσδιοριστεί η γενεσιουργός αιτία και να εκπαιδευτεί το άτομο σε ένα νέο τρόπο διατροφής κατά τον οποίο το μεγαλύτερο μέρος της ενεργειακής πρόσληψης κατά τη διάρκεια της ημέρας θα γίνεται ως το απόγευμα. Χρειάζεται λοιπόν η συμβολή κλινικού διαιτολόγου προκειμένου το άτομο να ξεπεράσει τον λανθασμένο τρόπο διατροφής του και να μην

καταφεύγει στο υπερβολικό φαγητό. Καλό είναι να αυξηθεί η ποσότητα φαγητού την ημέρα και να προστεθούν ενδιάμεσα σνακ, για να μειωθεί ο βραδινός παρορμητισμός.

Όμως, η πιο ουσιαστική λύση βρίσκεται στην ψυχοθεραπεία, για να καταπολεμηθεί το στρες ή η κατάθλιψη. Τέλος η φαρμακευτική χορήγηση μελατονίνης, θεωρείται ότι μπορεί να συνεισφέρει στη βελτίωση της κλινικής εικόνας του συνδρόμου, μέσα από την αποκατάσταση των μειωμένων επιπέδων της την νύχτα. *(Κλινικός Διαιτολόγος M.Sc. Ξένος Ν., 2007)*

Οι Birketvedt και Stunkard πραγματοποίησαν μια μεγάλη μελέτη που δημοσιεύθηκε το 1999 στην Journal of the American Medical Association και αφορούσε 2 ομάδες παχύσαρκων ατόμων (όπου η ομάδα Α έτρωγε κυρίως από τις 6 το απόγευμα και μετά).

Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την μελέτη, η συνολική πρόσληψη τροφής των παχύσαρκων, που συνήθιζαν να τρώνε κυρίως από τις 18:00 το απόγευμα και μετά (γκρουπ Α), ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με τα υπόλοιπα παχύσαρκα άτομα που εξετάσθηκαν **(γκρουπ Β).** Πιο συγκεκριμένα το γκρουπ Α, κατανάλωνε από το πρωί μέχρι τις 18:00 το **37%** της συνολικής ημερήσιας πρόσληψης τροφής, σε σχέση με το **γκρουπ Β**, που κατανάλωνε το **74%**, στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα.

Από τις 20:00 και μέχρι τις 6:00 το πρωί, το γκρουπ Α κατανάλωνε το **56%** της συνολικής ημερήσιας πρόσληψης τροφής, σε αντίθεση με το γκρουπ Β που έφθανε το **15%**. Επιπρόσθετα, τα άτομα του γκρουπ Α ξυπνούσαν κατά μέσο όρο 3,6 φορές ανά νύχτα (στο γκρουπ Β ο μέσος όρος ήταν 0,3 φορές) και τα μισά από αυτά, αναζητούσαν επίμονα σνακ. Τα σνακ αυτά ήταν πλούσια σε υδατάνθρακες με μια αναλογία υδατάνθρακα – πρωτεΐνης 7:1.

Πιθανολογείται πως μια τέτοια αναλογία θρεπτικών συστατικών, προάγει την προώθηση τρυπτοφάνης στον εγκέφαλο και την μετατροπή της σε σεροτονίνη, ουσία με σημαντικές ιδιότητες κατά της αϋπνίας. Οι διαφορές στα δυο γκρουπ, σύμφωνα πάντα με τα ευρήματα των επιστημόνων, συνεχίζονταν και στα επίπεδα ορμονών άμεσα συνυφασμένων με τους βιορυθμούς, όπως η κορτιζόλη και η μελατονίνη. Τα επίπεδα της μελατονίνης το βράδυ, ήταν σαφέστατα χαμηλότερα στο γκρουπ Α από ότι στα άτομα του γκρουπ Β, ενώ τα επίπεδα της κορτιζόλης 24ωρου, ήταν υψηλότερα στο Α από ότι στο Β γκρουπ παχύσαρκων ατόμων. *(Birketvedt και Stunkard 1999)*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{ο} : ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

2.1 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

2.1 α ΟΡΙΣΜΟΣ

Το γεγονός ότι ο όρος «εικόνα σώματος» χρησιμοποιείται ευρέως, η ορολογία αυτή δεν είναι απόλυτα ακριβής. Ο Slade έχει χαρακτηρίσει την «εικόνα σώματος» ως «την εικόνα που έχουμε στο μυαλό μας για το μέγεθος, το σχήμα και τη μορφή των σωμάτων μας – και των συναισθημάτων μας σε σχέση με αυτά τα χαρακτηριστικά και τα συστατικά μέρη του σώματος μας». *(Slade P., 1988)*

Σύμφωνα με τους Cash και Pruzinsky (1990), η εικόνα σώματος έχει χαρακτηριστεί ως ο τρόπος που οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τον τρόπο με τον οποίο τους βλέπουν οι άλλοι.

Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η αντίληψη της εικόνας σώματος σε γενικές γραμμές αποτελείται από δύο συστατικά: α) την εκτίμηση του μεγέθους του σώματος (body size estimation (as a perceptual task) και β) τις στάσεις ή τα συναισθήματα ως προς το σώμα (attitudes or feelings towards the body). Αν βασιστούμε λοιπόν στην παραπάνω αντίληψη, μπορούμε να ξεχωρίσουμε δύο περιπτώσεις δυσλειτουργίας της εικόνας σώματος: α) την αντιληπτική παραμόρφωση του σωματικού μεγέθους (perceptual body size distortion) και β) την γνωσιακή –αυτοκριτική δυσαρέσκεια (από άποψη στάσης) [cognitive-evaluative dissatisfaction (attitudinal aspect)]. Τόσο η αντίληψη όσο και η στάση φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην δυσλειτουργία της εικόνας σώματος. Από τη μια η αντιληπτική παραμόρφωση συμβαίνει όταν το άτομο δυσκολεύεται να αντιληφθεί με ακρίβεια το σωματικό του/της μέγεθος. *(Slade P., 1988)*

Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές έχουν την τάση να βλέπουν το μέγεθος τους μεγαλύτερο απ' ότι είναι στην πραγματικότητα. Από την άλλη μεριά, η γνωσιακή - αυτοκριτική δυσαρέσκεια αντανακλά στην άποψη του ασθενούς που βλέπει τον εαυτό του ως πολύ ή λίγο χοντρό ή άτυχο, παρά το γεγονός ότι ο ασθενής μπορεί να έχει οξύτατη αντίληψη για το τι συμβαίνει πραγματικά. *(Slade P., 1988)*

2.1 β ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η παραμόρφωση της εικόνας σώματος είναι ένα κεντρικό χαρακτηριστικό των διατροφικών διαταραχών. Υπάρχει τεράστια βιβλιογραφία για τις διαστροφικές εικόνες σώματος στις γυναίκες με διατροφικές διαταραχές και ειδικά στην παραμόρφωση της εικόνας σώματος που σχετίζεται με μη ρεαλιστικές συμπεριφορές απέναντι στο σωματικό λίπος. *(Carter, Bulic, Lawson, Sullivan, & Wilson, 1996)*

Τα άτομα μπορεί να αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους πιο χοντρούς απ' ότι στην πραγματικότητα είναι ή μπορεί να φιλοδοξούν σε ένα εξιδανικευμένο σώμα, το οποίο είναι αρκετά αδύνατο. Δεν μπορεί λοιπόν να προσδιοριστεί ο ρόλος αυτών των παραγόντων στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών με ακρίβεια. *(Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., et al, 2004)*

Σε σχετική έρευνα επιλέχτηκαν 2 ομάδες αντρών ηλικίας 19-43 ετών, οι οποίοι ήταν είτε ενδονοσοκομειακοί ή εξωνοσοκομειακοί ασθενείς με διατροφική διαταραχή. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από 17 άντρες που πληρούσαν τα κριτήρια για την νευρική ανορεξία και η δεύτερη ομάδα αποτελούνταν από 10 άντρες που πληρούσαν τα κριτήρια για τη νευρική βουλιμία (σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV). Επίσης επιλέχθηκαν δύο ταυτισμένες ηλικιακά ομάδες χωρίς ψυχιατρικές διαταραχές, μία αθλητών και μία μη-αθλητών. Η ομάδα αθλητών αποτελούνταν από 21 αναρριχητές, οι οποίοι αθλούνταν τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα στην αναρρίχηση. Η ομάδα των μη-αθλητών αποτελούνταν από 21 υγιείς άντρες χωρίς εντατική αθλητική δραστηριότητα. Κανένα άτομο από τις δύο ομάδες δεν ανέφερε ιστορικό διατροφικής διαταραχής. *(Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., et al, 2004)*

Στην συγκεκριμένη έρευνα, μετρήθηκε το ύψος, βάρος και σωματικό λίπος του καθένα και υπολογίστηκε στη συνέχεια η άλιπη μάζα σώματος (FFMI). Ζητήθηκε από κάθε άντρα να διαλέξει εικόνες που αντιπροσώπευαν την καλύτερη εκτίμηση 1) του ίδιου του σώματος του, 2) του σώματος που θα ήθελε να έχει, 3) το σώμα ενός μέσου άντρα της ηλικίας του και 4) το αντρικό σώμα που θα άρεσε περισσότερο στις γυναίκες κατά την προσωπική του εκτίμηση. *(Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., et al, 2004)*

Οι 4 ομάδες εμφάνισαν παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά. Όπως ακριβώς είχε εκτιμηθεί από τα προσδιοριστικά κριτήρια, το ιστορικό βάρους ξεχώρισε τις 4 ομάδες δείχνοντας τους διαταραγμένους διατροφικά άντρες να έχουν ισχυρότερες διακυμάνσεις τρέχοντος, υψηλότερου και χαμηλότερου βάρους συγκριτικά με τις δύο άλλες ομάδες. Όσον αφορά τα περιεχόμενα της μυϊκής μάζας σώματος (FFMI) βρέθηκε ότι οι άντρες με νευρική ανορεξία εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερο, στα πλαίσια και της μέτρησης και της αντίληψης, περιεχόμενο μυϊκής μάζας χωρίς λίπος (FFMI) από τους άλλους άντρες. Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι η ελάχιστη αντιληπτή μέτρηση του FFMI ήταν σχεδόν ίδια μεταξύ των ομάδων, δείχνοντας με αυτόν τον τρόπο ότι και οι 4 ομάδες είχαν αντιληφθεί με ακρίβεια τα επίπεδα μυϊκής τους μάζας. Όσον αφορά τα περιεχόμενα λίπους, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το ιδανικό σωματικό λίπος, κρίνοντας από τα επίπεδα σωματικού λίπους που επέλεξαν ως ιδανικά για το αντρικό σώμα και από το ανδρικό σώμα που πίστευαν ότι οι γυναίκες προτιμούν. *(Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., et al, 2004)*

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε, συγκρίθηκαν 2 ομάδες αντρών με διατροφικές διαταραχές και 2 ομάδες αντρών χωρίς διατροφικές διαταραχές χρησιμοποιώντας μια αυτοματοποιημένη μέτρηση της εικόνας σώματος, το σωματομορφικό πίνακα. Η υπόθεση ότι οι άντρες με διατροφικές διαταραχές θα επέλεγαν ένα λεπτότερο σώμα και θα αντιλαμβάνονταν τους εαυτούς τους ως χοντρότερους απ' ότι στην πραγματικότητα ήταν, καταρρίφθηκε εξ' ολοκλήρου. *(Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., et al, 2004)*

Οι άντρες με διατροφικές διαταραχές επέλεξαν ένα ιδανικό σώμα με ίδια ποσότητα λίπους με αυτό που επέλεξε η άλλη ομάδα αντρών. Παρομοίως, όταν τους ζητήθηκε να επιλέξουν το σώμα που πίστευαν ότι θα διάλεγαν οι γυναίκες, οι άντρες με τις διατροφικές διαταραχές διάλεξαν ένα σώμα τουλάχιστον με την ίδια ποσότητα λίπους με αυτό που διάλεξε και η άλλη ομάδα. *(Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., et al, 2004)*.

Οι άντρες με διατροφικές διαταραχές νόμιζαν ότι ήταν δύο φορές πιο παχύς απ' ότι ήταν στην πραγματικότητα, ενώ οι άντρες χωρίς διατροφικές διαταραχές δεν παραποίησαν εμφανώς την εικόνα σώματος τους. Είναι λοιπόν σημαντικό, τόσο για την έρευνα όσο και για τη θεραπεία, να διαχωριστούν προσεκτικά τα ιδανικά σώματος και οι

αντιλήψεις σώματος των ατόμων με διατροφικές διαταραχές. *(Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., et al, 2004)*

2.1 γ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Από το 1994-1999 το Medline πραγματοποίησε μια έρευνα για να συγκρίνει την νευρική ανορεξία και την εικόνα σώματος και βρήκε 182 άρθρα με αυτό το θέμα. Για να συμπεριληφθούν οι έρευνες έπρεπε να περιλαμβάνουν 2 κριτήρια: α) τα υποκείμενα της μελέτης έπρεπε να είναι ανορεξικοί ασθενείς και β) ο σχεδιασμός της έρευνας έπρεπε να περιλαμβάνει τουλάχιστον μια μέθοδο υπολογισμού του μεγέθους σώματος (αντίληψη), και όχι να υπολογίζει την αντίληψη της εικόνας σώματος μόνο μέσω ερωτηματολογίων.

Οι πιο συνηθισμένες μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για να εκτιμήσουν τη δυσαρέσκεια με το σώμα ήταν τα προσωπικά ερωτηματολόγια και οι δομημένες συνεντεύξεις. Ενσωματώθηκαν όμως και μέθοδοι αντίληψης για να διευκολύνουν υπολογισμούς ατομικής προσέγγισης. Για παράδειγμα, ζητούν από τα υποκείμενα να επιλέξουν ή να προσαρμόσουν μια εικόνα έτσι ώστε να ταιριάζει με το ιδανικό μέγεθος σώματος που έχουν στο μυαλό τους καθώς επίσης και το πραγματικό μέγεθος σώματος τους. Μ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να μετρηθεί το μέγεθος της διαφοράς μεταξύ ατομικής και ιδανικής αντίληψης εικόνας σώματος. Σύμφωνα με τον Cash (1997) αυτή η διαφορά «υποστηρίζεται εμπειρικά ως μια διάσταση εκτίμησης - κλειδί των συμπεριφορών που συνδέονται με την εικόνα σώματος» *(Skrzypek S., Wehmeier M., Remschmidt H., 2001)*

Χρησιμοποιώντας μια μέθοδο παραμόρφωσης μέσω βίντεο σε μια οθόνη πραγματικού μεγέθους (using a video distortion method on a life-size screen) και με τη χρήση προσωπικών ερωτηματολογίων ο Probst (1998) βρήκε ότι το 20% των ανορεξικών ασθενών υπολόγιζε πάνω από το κανονικό το σωματικό τους μέγεθος. Οι ασθενείς αυτοί ανέφεραν περισσότερη αρνητική συμπεριφορά απέναντι στο σώμα τους. Επίσης ο Fernandez (1994) που χρησιμοποίησε και αυτός τη μέθοδο παραμόρφωσης δεν βρήκε διαφορές στην εκτίμηση των πραγματικών μεγεθών σώματος. Η δυσαρέσκεια με το σώμα ήταν αρνητικά συνδεδεμένη με την ιδανική εικόνα σώματος. Οι Fernandez και Aranda (1999) χρησιμοποίησαν τη μέθοδο παραμόρφωσης μαζί με αρκετά

ερωτηματολόγια. Δεν βρήκαν λοιπόν διαφορές στην εκτίμηση του σωματικού βάρους από την πλευρά των ανορεκτικών ασθενών και ούτε και στοιχεία που να αποδεικνύουν σοβαρές βλάβες στην αντίληψη σωματικού μεγέθους. Αυτό όμως που βρήκαν ήταν μια διαταραχή της συναισθηματικής πλευράς της εικόνας σώματος. Ο Molinari E. (1995) βρήκε ότι οι ανορεξικοί ασθενείς υπερεκτίμησαν την κοιλιακή περιοχή και την περιοχή λεκάνης πολύ περισσότερο απ' ότι οι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου. *(Skrzypek S., Wehmeier M., Remschmidt H., 2001, Probst M., Vandereycken W., Coppenolle H.V., 1998)*

Ο Baluch (1997) προσδιόρισε την εικόνα σώματος χρησιμοποιώντας και ανδρικά και γυναικεία σκίτσα σωμάτων που κυμαίνονταν από πολύ αδύνατα μέχρι πολύ χοντρά. Οι ομάδες ανορεξικών και εφήβων εκτίμησαν τις λεπτότερες γυναίκες πιο θετικά από τις φυσιολογικού βάρους γυναίκες. Σύμφωνα τώρα με τον Gila οι ανορεξικοί ασθενείς υπερεκτίμησαν όλα τα μέρη του σώματος τους, αλλά ειδικότερα το θώρακά τους, τη μέση τους και τους γοφούς τους. *(Baluch B., Furnham A., Huszcza A., 1997)*

Ο Hennighausen (1999) δημιουργώντας μια παραμόρφωση εικόνας μέσω υπολογιστή, δε βρήκε κάποιο είδος υπερεκτίμησης των διαστάσεων σώματος στους ανορεξικούς ασθενείς. Ο Smeets (1999) χρησιμοποιώντας τη μέθοδο παραμόρφωσης με βίντεο, πρόβαλε μια ταινία που έδειχνε την μεταμόρφωση μιας λεπτής γυναίκας σε παχύσαρκη. Η δουλειά του ασθενούς ήταν να συλλέξει εκείνα τα μεγέθη σώματος που ο ίδιος αντιλαμβανόταν ότι ανταποκρίνονταν στη μετάβαση μεταξύ των λεπτών, κανονικών χοντρών και παχύσαρκων φάσεων. Οι ανορεξικοί ασθενείς επέλεξαν σημαντικά λεπτότερες οπτικές μεταμορφώσεις απ' ότι οι μη ανορεκτικοί συμμετέχοντες. Ακόμα οι ασθενείς έκριναν πιο αυστηρά τα μεγέθη σώματος τους, καθώς επίσης και τα μεγέθη άλλων γυναικών απ' ότι τα μεγέθη των άλλων συμμετεχόντων. *(Skrzypek S., Wehmeier M., Remschmidt H., 2001)*

Αν οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές υπερεκτιμούν το σωματικό τους μέγεθος ή όχι είναι ακόμα υπό αμφισβήτηση. Αρκετές μελέτες έχουν υποστηρίξει μια τέτοια υπερεκτίμηση και άλλες στάθηκε αδύνατον να το κάνουν. *(Skrzypek S., Wehmeier M., Remschmidt H., 2001, Molinari E., 1995)*

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντιφατικά και η πραγματική φύση της διαταραχής εικόνας σώματος δεν είναι ακόμα κατανοητή. Το ζήτημα του αν και με

ποιο τρόπο οι ανορεξικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον υπολογισμό του μεγέθους τους δεν έχει ακόμη επιλυθεί και η αιτία της δυσαρέσκειας πολλών ατόμων με νευρική ανορεξία παραμένει ασαφής. *(Skrzypek S., Wehmeier M., Remschmidt H., 2001)*

2.1 δ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ - ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ «ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ»

Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Pope H.G.J., Olivardia R., Gruber A.J., et al. 1999 συσχέτισε την εικόνα σώματος με τα παιχνίδια δράσης (π.χ. στα JI Joe, Star Wars, Star Trek, στο Superman, Spiderman και στο Batman). Επιλέχθηκαν να μελετηθούν αυτά τα παιχνίδια επειδή σε αντίθεση με τους χαρακτήρες κινουμένων σχεδίων ή τους πρωταγωνιστές ταινιών μπορούν να μετρηθούν σωματικά, επιτρέποντας έτσι ακριβείς συγκρίσεις μεταξύ φιγούρων διαφορετικών εποχών. Η μοναδική απαίτηση ήταν το παιχνίδι να αντιπροσωπεύει μια πραγματική αντρική φιγούρα. Στη συνέχεια μετρήθηκε η μέση, το στήθος και η περιφέρεια των μυών στο μπράτσο και κλιμακώθηκαν αυτές οι μετρήσεις προσαρμόζοντας τις σε ένα κοινό ύψος της τάξεως του 1.78 μέτρα. Με την παραπάνω μελέτη τα παιχνίδια δράσης θα έδειχναν τις εξελισσόμενες εξιδανικεύσεις του αντρικού σώματος στις Ηνωμένες Πολιτείες. *(Pope H.G.J., Olivardia R., Gruber A.J., et al, 1999)*

Μετρήθηκαν οι πιο δημοφιλείς φιγούρες δράσης που κατασκευάστηκαν τα τελευταία 30 χρόνια. Τόσο κατά τον οπτικό έλεγχο όσο και κατά την ανθρωπομορφική μέτρηση, φαίνεται ότι αυτές οι φιγούρες δράσης είναι συνεχώς όλο και πιο μυώδεις από τους προκατόχους τους. Πολλές μοντέρνες φιγούρες παρουσιάζουν σωματική διάπλαση ανάλογη των προχωρημένων bodybuilders και κάποιες εμφανίζουν επίπεδα μυϊκής μάζας που υπερβαίνουν κατά πολύ τα εξωτερικά ανθρώπινα όρια. Οι κωμικοί χαρακτήρες των κινουμένων σχεδίων, οι άντρες μοντέλα στα περιοδικά μόδας και οι άντρες ηθοποιοί έχουν όλοι επιδείξει μια παράλληλη τάση προς τη λεπτότητα του σώματος και το μυώδες κορμί τις τελευταίες δεκαετίες. Τέλος δεν είναι ακόμα σαφές σε ποιο βαθμό οι τάσεις αυτές στα παιχνίδια ή οι παράλληλες τάσεις στα άλλα μέσα ενημέρωσης προκαλούν ή

επηρεάζουν την εξελισσόμενη πολιτιστική έμφαση στο μυώδες αντρικό κορμί. *(Pope H.G.J., Olivardia R., Gruber A.J., et al, 1999)*

Σε μια μελέτη που έγινε για τα ανδρικά και γυναικεία περιοδικά που απευθύνονται σε άτομα ηλικίας από 18-24 ετών, οι Andersen και DiDomenico (1992) βρήκαν ότι τα ανδρικά περιοδικά δημοσίευαν σημαντικά περισσότερες διαφημίσεις και άρθρα για την αλλαγή του σχήματος του σώματος παρά για την απώλεια βάρους, υποδεικνύοντας μ' αυτόν τον τρόπο ότι οι άντρες μπορεί να ενδιαφέρονται περισσότερο για τη γενική σωματική τους διάπλαση και όχι τόσο για το λίπος τους. *(Pope H.G., Olivardia R., Gruber A., et al, 1999)*

Άλλη έρευνα που έγινε από το 1980 ως το 1991 ανακάλυψε ότι τα ανδρικά περιοδικά μόδας δημοσίευαν έναν αυξανόμενο αριθμό άρθρων για το βάρος των αντρών και τις ανησυχίες τους σχετικά με την υγεία τους. *(Nemeroff, Stein, Diehl, & Smilack, 1994)*

Επίσης μια άλλη μελέτη σημείωσε μια τάση της μόδας να χρησιμοποιεί νεαρά ανδρικά κορμιά στα περιοδικά μόδας και στην προώθηση ποικίλων προϊόντων. *(Davis, Shapiro, Elliot, & Dionne, 1993)*

Έρευνα που αφορούσε ανδρικά περιοδικά έδειξε ότι με το πέρασμα των χρόνων τα μοντέλα γίνονταν όλο και πιο μυώδη (τα οποία πιθανότατα απόκτησαν το σχήμα τους με τη βοήθεια στεροειδών). *(Pope H.G., Olivardia R., Gruber A., et al, 1999)*

Τέλος σε μια πρόσφατη έρευνα έγινε προσπάθεια να υπολογιστεί ο αριθμός των αντρών και γυναικών μοντέλων που εμφανίζονταν σε δύο Αμερικάνικα γυναικεία περιοδικά, καθώς και να υπολογιστεί η αναλογία των μοντέλων που εμφανίζονταν ξεντυμένα (δηλαδή να δείχνουν περισσότερα ακάλυπτα μέρη του σώματος από τα αποδεκτά). Από το 1958 ως το 1998 η αναλογία των γυμνών γυναικών μοντέλων παρέμεινε σχετικά η ίδια, στα επίπεδα δηλαδή του 20%, ενώ η αναλογία των γυμνών αντρών αυξήθηκε κατά 3% τη δεκαετία του 1950 και κατά 35% τη δεκαετία του 1990. Αυτή η μόδα δείχνει μια σχετική αύξηση στην αξία του ανδρικού σώματος. *(Pope H.G., Olivardia R., Borowiecki J.J., et al, 2001, Yang, C. F., Gray, P. and Pope, H. G., 2005)*

2.1 ε ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ – ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΕ «ΑΝΑΤΟΛΗ-ΔΥΣΗ»

Τις τελευταίες δεκαετίες οι διαταραχές της εικόνας σώματος έχουν αυξηθεί σημαντικά στους άντρες των δυτικών κοινωνιών. *(Pope H.G., Phillips K.A., Olivardia R., 2000)*

Οι παθολογικές ανησυχίες της εικόνας σώματος που συχνά ονομάζονται και «το σύμπλεγμα του Άδωνη» ενδιαφέρουν πολύ τα δυτικά μέσα ενημέρωσης. Αντίθετα, οι διαταραχές εικόνας του αντρικού σώματος είναι σπάνιες στις μη-δυτικές κοινωνίες. Για παράδειγμα, είναι γνωστή μόνο μια τέτοια περίπτωση στην Ασία. Άλλη μια σοβαρή επίπτωση αυτού του φαινομένου είναι η κατάχρηση αναβολικών και άλλων ναρκωτικών ουσιών, τα επονομαζόμενα «ναρκωτικά εικόνας σώματος». Τα αναβολικά χρησιμοποιούνται κατά κόρον στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Ευρώπη και την Αυστραλία και αποτελούν ένα κυρίαρχο πρόβλημα. Αντίθετα πάλι, η χρήση αναβολικών είναι εξαιρετικά σπάνια στις μη-δυτικές κοινωνίες. *(Margo J., 2002, Kanayama G., Pope H.G., Hudson J.I., 2001, Yang, C. F., Gray, P. and Pope, H. G., 2005)*

Οι άντρες των δυτικών χωρών είναι ευάλωτοι σε προβλήματα που αφορούν την εικόνα σώματος α) επειδή μπορεί να έχουν μη ρεαλιστικά σωματικά ιδεώδη και β) επειδή η δυτική κοινωνία δίνει μεγάλη «αξία» στο αντρικό σώμα. Εξέτασαν λοιπόν αυτά τα δύο φαινόμενα χρησιμοποιώντας σε πρώτη φάση το «σωματομορφικό προφίλ». *(Yang, C. F., Gray, P. and Pope, H. G., 2005)*

Η έρευνα έδειξε ότι τόσο οι φοιτητές από τις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και οι φοιτητές από την Αυστρία και τη Γαλλία διάλεξαν ως ιδανικό αντρικό σώμα μια εικόνα που ήταν 28 lb (13 kg) πιο μυώδης από τους ίδιους και επίσης υπολόγισαν ότι οι γυναίκες προτιμούσαν ένα αντρικό σώμα περίπου 30 lb (14 kg) πιο μυώδες απ' ότι πάλι ήταν οι ίδιοι. Όταν όμως παρουσίασαν τις εικόνες αυτές στις γυναίκες, αυτές προτίμησαν ένα ανδρικό σώμα που ήταν πιο κοντά σ' ένα μέσο άντρα, με λιγότερους μύες. *(Pope H.G., Gruber A.J., Mangweth B, et al, 2000, Yang, C. F., Gray, P. and Pope, H. G., 2005)*

Οι Lynch και Zellner που έκαναν μια παρόμοια έρευνα χρησιμοποιώντας σκίτσα αντρών βρήκαν τα ίδια ακριβώς αποτελέσματα. *(Yang, C. F., Gray, P. and Pope, H. G., 2005)*

Σε άλλη έρευνα μετρήθηκαν προ-πτυχιακοί φοιτητές του πανεπιστημίου της Ταϊβάν στα πλαίσια μιας μελέτης που εξέταζε την αντίληψη της εικόνας σώματος. Αφού

μετρήθηκε το ύψος, το βάρος και το λίπος τους, υπολογίστηκε το περιεχόμενο μυϊκής μάζας και το περιεχόμενο μυϊκής μάζας χωρίς λίπος. Μετά τους ζητήθηκε να υποβληθούν στο σωματομορφικό τεστ. Όσον αφορά τα περιεχόμενα λίπους δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο μέσο αντιληπτό λίπος των αντρών και το μέσο επίπεδο του σωματικού λίπους που επέλεξαν στις τρεις ερωτήσεις του υπολογιστή. Όσον αφορά όμως τα επίπεδα μυϊκής μάζας (περιεχόμενο μάζας χωρίς λίπος) προέκυψαν σημαντικές διαφορές. Οι άντρες διάλεξαν ως ιδανική εικόνα σώματος μια εικόνα κατά 2.0 kg/m2 μεγαλύτερη σε μυϊκή μάζα απ' ότι ήταν στην πραγματικότητα – μια σημαντική διαφορά. Επίσης έδειξαν μια διαφορά ανάμεσα στην αντιληπτική τους μυϊκή μάζα και τη μυϊκή μάζα που εκτιμούσαν ότι οι γυναίκες θα προτιμούσαν. *(Pope H.G., Gruber A.J., Mangweth B, et al, 2000, Yang, C. F., Gray, P. and Pope, H. G., 2005, Pope H.G., Gruber A.J., Mangweth B., et al, 2000)*

Όταν έγινε η σύγκριση με τα αποτελέσματα των αντρών στην Αμερική και την Ευρώπη φάνηκε ότι οι άντρες και στην Ανατολή και στη Δύση θα ήθελαν να είναι πιο μυώδεις. Όταν όμως τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν το αντρικό σώμα που οι γυναίκες θα προτιμούσαν, οι Ταϊβανοί άντρες εμφανίστηκαν πολύ πιο άνετοι με την εικόνα του σώματος τους απ' ότι οι Δυτικοί. *(Yang, C. F., Gray, P. and Pope, H. G., 2005)*

Όταν έγινε σύγκριση με τις Ταϊβανέζικες και με τις Αμερικάνικες διαφημίσεις βρέθηκαν μόνο μικρές διαφορές όσον αφορά την επικράτηση των γυμνών δυτικών μοντέλων (αντρών και γυναικών) και στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Ταϊβάν, με τα περιοδικά της Ταϊβάν να δείχνουν περισσότερο «γυμνό» και στα δύο φύλα απ' ότι τα Αμερικάνικα περιοδικά. Οι Ασιάτισσες γυναίκες μοντέλα παρουσιάζονταν γυμνές μόνο κατά το ήμισυ σε σχέση με τις αντίστοιχες Αμερικανίδες και το πιο αξιοσημείωτο είναι ότι οι Ασιάτες άντρες δεν φωτογραφίζονταν σχεδόν ποτέ γυμνοί. Μόνο το 5% των Ασιατών μοντέλων φωτογραφήθηκαν γυμνοί, ενώ οι δυτικοί άντρες και γυναίκες φωτογραφήθηκαν γυμνοί σε ποσοστά 43% για τους άντρες και 42% για τις γυναίκες. *(Yang, C. F., Gray, P. and Pope, H. G., 2005)*

Τέλος σε μια άλλη έρευνα που αφορούσε την εικόνα σώματος, συμμετείχαν 54 άντρες από την Αυστρία, 65 από τη Γαλλία και 81 από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι Αυστριακοί ήταν αρκετά μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατί οι περισσότεροι Αυστριακοί δεν αποφοιτούν από το κολέγιο μέχρι τα είκοσι τους χρόνια. Οι Αμερικανοί ήταν πιο κοντοί και χοντροί,

καθώς και πιο μυώδεις από τους Ευρωπαίους. Οι άντρες μετέχοντες στην έρευνα σχολίασαν ότι δεν είχαν δυσκολία να ξεχωρίσουν τις αναπαραστάσεις για την ιδανική «εικόνα σώματος» στον υπολογιστή και ότι εύκολα θα μπορούσαν να διαλέξουν κατάλληλες εικόνες ως απάντηση στις ερωτήσεις. Κάποιοι απ' αυτούς παραπονέθηκαν όμως, ότι ο υπολογιστής έδινε εικόνες με ένα μόνο τύπο σώματος με σχετικά μεγάλους ώμους σε σύγκριση με τη μέση και τους γοφούς. (Pope, H. G., Gruber, A., Mangweth, B., et al, 2000)

Στην Αυστρία και τις Ηνωμένες Πολιτείες υπήρχαν λίγες διαφορές μεταξύ του πραγματικού μετρημένου λίπους του υποκειμένου και των επιπέδων σωματικού λίπους που επέλεξαν στις ερωτήσεις του υπολογιστή. Τόσο οι Αυστριακοί όσο και οι Αμερικανοί όμως θεωρούσαν ότι ένας μέσος άντρας της ηλικίας τους ήταν ελαφρώς αλλά σημαντικά πιο χοντρός απ' ότι αυτοί οι ίδιοι. Αντίθετα στη Γαλλία το κατά μέσο όρο λίπους που μετρήθηκε στα υποκείμενα ήταν σημαντικά χαμηλότερο από εκείνο των εικόνων που επέλεξαν ως απάντηση στις ερωτήσεις του υπολογιστή. (Pope, H. G., Gruber, A., Mangweth, B., et al, 2000)

Οι πιο εντυπωσιακές διαφορές προέκυψαν από τις μετρήσεις μυϊκής μάζας. Οι Αυστριακοί άντρες είχαν σημαντικά χαμηλότερες μετρήσεις FFMI (άλιπη μάζα σώματος) σε αντίθεση με τους άντρες από τη Γαλλία, οι οποίοι με τη σειρά τους είχαν πολύ μικρότερες μετρήσεις FFMI από τους Αμερικανούς. Οι άντρες λοιπόν και στις τρεις χώρες αντιλαμβάνονταν τους εαυτούς τους περισσότερο μυώδεις απ' ότι στην πραγματικότητα ήταν. Αυτές οι διαφορές όμως ήταν μικρές σε σύγκριση με τις διαφορές που προέκυψαν από τις ερωτήσεις για το βαθμό μυϊκής μάζας που θα ήθελαν να έχουν. Στη συνέχεια, για να γίνει διασταύρωση των απόψεων των αντρών για τις ιδανικές αναλογίες του αντρικού σώματος που οι γυναίκες προτιμούν, παρουσιάστηκαν διάφορες εικόνες σε 43 φοιτήτριες και τους ζητήθηκε να διαλέξουν το αντρικό σώμα που τους άρεσε περισσότερο. Οι εικόνες που διάλεξαν οι γυναίκες είχαν μέσο ποσοστό λίπους 14.9%. Με άλλα λόγια οι γυναίκες δεν διάλεξαν ένα μυώδες αντρικό σώμα αλλά αντίθετα προτίμησαν έναν άντρα που έμοιαζε πολύ με έναν μέσο άντρα στη χώρα τους. (Pope, H. G., Gruber, A., Mangweth, B., etg al, 2000)

2.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ

2.2 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ

Η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας είναι ένα καινούργιο όνομα για ένα παλιό σύνδρομο. Μέχρι τώρα την συναντούσαμε με τον όρο «φοβία δυσμορφίας». Παρ' όλο που ο όρος αυτός έχει χρησιμοποιηθεί με διαφορετικούς τρόπους, σε γενικές γραμμές έχει προσδιοριστεί ως ένα υποκειμενικό συναίσθημα ασχήμιας ή σωματικού ελαττώματος που ο ασθενής νομίζει ότι είναι αντιληπτό από τους άλλους, παρά τη φυσιολογική του εμφάνιση *(Rosen J.C., Reiter J., 1996, Phillips K.A., 1991)*

Η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας (BDD) είναι μια βασανιστική διαταραχή της εικόνας σώματος που έχει περιγραφεί στα ψυχιατρικά βιβλία εδώ και έναν αιώνα (Morselli, 1886). Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια (American Psychiatric Association, 1987) η ουσία της διαταραχής δυσμορφίας έγκειται στην ενασχόληση ή το εκτεταμένο ενδιαφέρον με ένα ανύπαρκτο ή μικρό σωματικό ελάττωμα σ' ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό πρόσωπο. *(Rosen J.C., Reiter J., 1996)*

Πιο συγκεκριμένα το ουσιώδες χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής, όπως αυτό περιγράφηκε στο DSM-III-R, είναι η επιμονή σε κάποιο υποτιθέμενο ελάττωμα στην εμφάνιση σ' ένα άτομο με φυσιολογική σωματική διάπλαση, ή αν όντως υπάρχει κάποια ελαφριά σωματική ανωμαλία, η ανησυχία του ατόμου είναι κατάφωρα εκτεταμένη. Οι ασθενείς για παράδειγμα, μπορεί να παραπονιούνται για «στραβά» φρύδια, για πολύ μεγάλη μύτη ή κεφάλι, μικρά γεννητικά όργανα, ή ακόμα και για «μεγάλο» στόμα– υποτιθέμενες δηλαδή δυσμορφίες που οι ασθενείς αισθάνονται ότι είναι πολύ άσχημες. *(Rosen J.C., Reiter J., 1996, Phillips K.A., 1991)*

Αυτή η επιμονή μπορεί να είναι τόσο έντονη και διαβρωτική που να οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και συνεχείς επισκέψεις σε δερματολόγους ή πλαστικούς χειρουργούς σε μια προσπάθεια των ασθενών να διορθώσουν το υποτιθέμενο ελάττωμα. Τα άτομα με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας μπορεί να έχουν πολύ λίγους ή και καθόλου φίλους και μπορεί να αποφεύγουν τα ραντεβού ή και άλλες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν κατεστραμμένη ακαδημαϊκή,

επαγγελματική λειτουργία και συνήθως εγκαταλείπουν το σχολείο ή σταματάνε να εργάζονται. *(Rosen J.C., Reiter J., 1996, Phillips K.A., 1991, 2004)*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη σωματική δυσμορφία είναι:

Α. Έντονη ενασχόληση με κάποιο φανταστικό ελάττωμα στην εμφάνιση του ατόμου. Εάν υπάρχει κάποια μικρή σωματική ανωμαλία, η ανησυχία του ατόμου είναι σαφώς υπερβολική.
Β. Η έντονη ενασχόληση προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
Γ. Η έντονη ενασχόληση δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. δυσαρέσκεια με το σχήμα και το μέγεθος του σώματος στην ψυχογενή ανορεξία).

Μάνος, Ν, (1997). «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη: University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση, σελ. 317.

2.2 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επικράτηση της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας ανέρχεται στο 4% περίπου των γυναικών και σε λιγότερο από 1% στους άντρες. Κάποιες άλλες μελέτες όμως, αναφέρουν μια ίση αναλογία μεταξύ των φύλων, ενώ άλλες αναφέρουν υπεροχή των αντρών, ή των γυναικών (ενώ υπάρχουν και αρκετές προκαταλήψεις σε κάποιες άλλες). Η πλειοψηφία των ασθενών δεν είναι παντρεμένοι και ένα μεγάλο ποσοστό είναι και άνεργοι. Η ενασχόληση με την εμφάνιση στους ασθενείς με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας, αρχίζει κυρίως κατά την πρώιμη εφηβεία και μπορεί να συμβεί και στην παιδική ηλικία. Σε γενικές γραμμές τα κλινικά χαρακτηριστικά της σωματικής δυσμορφίας είναι τα ίδια και στα παιδιά και στους ενήλικες. Αρκετοί μηχανισμοί διατηρούν την ενασχόληση αυτή με την εμφάνιση. Ο ασθενής, επαναλαμβάνει συνήθως για πολλές ώρες την ημέρα, αρνητικές προτάσεις για τον εαυτό του και την εμφάνιση του

σε τέτοιο βαθμό που γίνονται αυτόματες και πιστευτές. *(Phillips K.A., 2004, Rosen C. J., Reiter J., Orosan P., 1995)*

Οι ασθενείς με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας ασχολούνται συνεχώς με ένα φανταστικό ή κατάφωρα μεγαλοποιημένο ελάττωμα σε κάποιο σημείο του σώματος τους αντιμετωπίζοντας το με «αηδία, αποστροφή και ντροπή» και είναι ανίκανοι να σκεφτούν οτιδήποτε άλλο. *(Phillips, K.A., 1991)*

Πιο συχνά τα παράπονα αφορούν ψεγάδια του προσώπου, όπως είναι οι ρυτίδες, τα σημάδια, οι ουλές, τα σημάδια των αγγείων, η ακμή, η ωχρότητα ή η κοκκινάδα στο χρώμα του δέρματος, το πρήξιμο, η ασυμμετρία ή η δυσαναλογία του προσώπου, οι τρίχες στο πρόσωπο και η απώλεια μαλλιών (με ένα παράλληλο φόβο επικείμενης φαλάκρας). Άλλες εμμονές περιλαμβάνουν το σχήμα ή το μέγεθος της μύτης, τα μάτια, τα βλέφαρα, τα φρύδια, τα αυτιά, το στόμα, τα χείλη, τα δόντια, το πηγούνι, τα μάγουλα ή το κεφάλι. Ακόμα οποιοδήποτε άλλο μέρος του σώματος μπορεί να αποτελέσει την εστία του ενδιαφέροντος, συμπεριλαμβανομένων των γεννητικών οργάνων, του στήθους, των οπισθίων, της κοιλιάς, των μπράτσων, των χεριών, των ποδιών, των γοφών, των ώμων και της σπονδυλικής στήλης. *(Phillips, K.A., 1991)*

Στο Grovelands Priory Hospital πραγματοποιήθηκε μια έρευνα με 50 ασθενείς, που είχαν διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Εκείνοι που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη παρευρέθησαν σε μια σειρά συνεντεύξεων**,** οι οποίες είχαν διάρκεια περίπου 2 ώρες για κάθε ασθενή. Εξαιρέθηκαν ασθενείς που είχαν σχιζοφρένεια, διαταραχή ψευδαίσθησης, οργανική εγκεφαλική βλάβη, εξάρτηση από τα ναρκωτικά και επίσης ασθενείς που παρουσίαζαν κύρια ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος τους. Μερικές από τις συνεντεύξεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: η συνέντευξη για το DSM-III-R, η Εξέταση της Διαταραχής Σωματικής Δυσμορφίας, προσωπικά ερωτηματολόγια, οι κλίμακες Derrifold (οι οποίες προσδιορίζουν τα οφέλη της αισθητικής χειρουργικής) κ.α. *(Veale D., Boocock A., Gournay K., et al, 1996)*

Πολλοί ασθενείς ανέφεραν πολλαπλά ελαττώματα και 86% ανέφεραν ελάττωμα στην περιοχή του προσώπου. Οι πιο κοινές περιοχές στην έρευνα ήταν η μύτη (46%), τα μαλλιά (35%), το δέρμα (36%) και τα μάτια (14%). Άλλες περιοχές που αναφέρθηκαν ήταν τα δόντια (12%), το άσχημο πρόσωπο γενικά (12%), τα οπίσθια, τα πόδια ή το στομάχι (10%), το στήθος (8%), το πηγούνι (8%), το στόμα και το σαγόνι (σε

συνδυασμό) (8%) και τα ανδρικά γεννητικά όργανα (6%). Όσον αφορά την εκτίμηση του υποτιθέμενου ελαττώματος, 77% των ασθενών είχαν φυσιολογική εμφάνιση και το εναπομείναν 23% είχε ένα μικρό ελάττωμα, το οποίο ήταν σε «φυσιολογικά» όρια. Το 38% των ασθενών δεν είχαν μιλήσει για το ελάττωμα τους στον γιατρό τους επειδή αισθανόντουσαν ντροπή. Από αυτούς που είχαν μιλήσει για το ελάττωμα τους (ποσοστό 62%), το 83% δήλωσαν δυσαρεστημένοι ή πολύ δυσαρεστημένοι με την αντίδραση που έλαβαν. Από τους 26 που είχαν λάβει ψυχολογική ή ψυχιατρική θεραπεία για τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας το 92% δήλωσε δυσαρεστημένο ή πολύ δυσαρεστημένο με τη θεραπεία του. Το 48% των ασθενών είχαν επισκεφτεί είτε πλαστικό χειρουργό είτε δερματολόγο για μια τουλάχιστον φορά και το 26% είχε ήδη υποβληθεί σε μια με δύο εγχειρήσεις για τη διόρθωση του υποτιθέμενου ελαττώματος. Το 81% δήλωσε δυσαρεστημένο ή πολύ δυσαρεστημένο με το αποτέλεσμα της ιατρικής συμβουλής ή της εγχείρησης. Το 28% είχε επισκεφτεί ψυχίατρο κάποια στιγμή στο παρελθόν και ένα 12% είχε νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο για αρκετούς μήνες. Στη φάση της εκτίμησης το 12% έπαιρνε κλομιπραμίνη, το 4% έπαιρνε αντικαταθλιπτικά, άλλο ένα 4% έπαιρνε άλλα αντικαταθλιπτικά και ένα 10% έπαιρνε βενζοδιαζεπίνες. *(Veale D., Boocock A., Gournay K., et al, 1996)*

Η αγωνία που προκαλεί η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας μπορεί να είναι τόσο σοβαρή που να οδηγήσει σε αυτοκτονικό ιδεασμό, απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονία. Μια συγκεκριμένη επιπλοκή της διαταραχής δυσμορφίας είναι το αίτημα για μη απαραίτητη πλαστική χειρουργική. Στην πραγματικότητα το 2% των ασθενών που απαιτούν πλαστική επέμβαση παρουσιάζουν τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να πηγαίνουν από τον ένα πλαστικό χειρουργό στον άλλον ζητώντας ρινοπλαστική, λίφτινγκ προσώπου, αύξηση των γραμμών του σαγονιού ή ανύψωση φρυδιών, μέχρι να βρουν ένα πρόθυμο γιατρό να τους χειρουργήσει. Μετά την εγχείριση μπορεί να αναπτύξουν ακόμα μεγαλύτερη εμμονή με το ίδιο ελάττωμα, πράγμα που συχνά οδηγεί σε πολλαπλές επεμβάσεις ή μπορεί να επικεντρωθούν σε ένα νέο ελάττωμα. (Phillips, K.A., 1991). Όπως οι Andreasen και Bardach παρατήρησαν, κάποιοι ασθενείς γίνονται τελικά «συνθετικά κατασκευάσματα ψεύτικων μυτών, στήθους, αυτιών και γοφών».

Οι ασθενείς με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας συμβουλεύονται και άλλους γιατρούς εκτός από χειρουργούς μεταξύ των οποίων δερματολόγους, ζητώντας θεραπείες όπως η ηλεκτρόλυση ή μεταμόσχευση δέρματος και μαλλιών. Δεν τους αρκεί η απλή εξέταση και δεν είναι ευχαριστημένοι με την θεραπεία. Άλλες μελέτες αναφέρουν οικογενειακά ιστορικά διαταραχών συμπεριφοράς και σχιζοφρένειας με τους μισούς ασθενείς να παρουσιάζουν αυτές τις διαταραχές και οι ίδιοι. Κάποιοι όμως ασθενείς με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής. *(Phillips, K.A., 1991)*

Η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας έχει αναφερθεί σε πολλές χώρες και ηπείρους σε όλο τον κόσμο, όχι μόνο στην Αμερική, τον Καναδά, την Αυστραλία και σε πολλές χώρες της Ανατολικής και Δυτικής Ευρώπης, αλλά και στην Κίνα, την Ιαπωνία, την πρώην Σοβιετική Ένωση, την Νότιο Αμερική, την Αφρική και άλλες. Η μεγαλύτερη φαινομενολογία όμως έχει παρατηρηθεί στην Αμερική, την Ιταλία και την Αγγλία. *(Phillips K.A., 2004)*

Όλες οι έρευνες μέχρι τώρα ισχυρίζονται ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας είναι λίγο πολύ τα ίδια σε όλες τις χώρες, αλλά επίσης τονίζουν ότι ο διαφορετικός πολιτισμός παράγει διαφορετικές χροιές και τόνους σε μια φαινομενικά αμετάβλητη ή παγκόσμια έκφραση της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας. Για παράδειγμα, έρευνες από την Ιαπωνία λένε ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας σ' αυτήν τη χώρα είναι σε γενικές γραμμές τα ίδια με εκείνα των άλλων χωρών, αλλά η εμμονή με τα βλέφαρα και με την πρόκληση δυσαρέσκειας στους άλλους (αν δεν είναι ελκυστικοί) μπορεί να είναι πιο κοινή στην Ιαπωνία απ' ότι στις Δυτικές χώρες. *(Phillips K.A., 2004)*

2.2 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι εικασίες για την αιτιολογία της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας ποικίλουν από θεωρίες που έχουν να κάνουν με τον αμυντικό μηχανισμό της μετατόπισης μέχρι εκείνες που αφορούν την δυσλειτουργία των νευροδιαβιβαστών. Από ψυχολογικής πλευράς, κάποιοι αναλυτές θεωρούν ότι οι διαταραχές σωματικής δυσμορφίας προκύπτουν από την υποσυνείδητη μετατόπιση της σεξουαλικής ή συναισθηματικής σύγκρουσης ή από αισθήματα κατωτερότητας, ενοχής, ή φτωχής εικόνας του εαυτού μας, που επικεντρώνονται σ' ένα σημείο του σώματος. *(Phillips K.A., 1991)*

Με τον ίδιο τρόπο, τα σωματικά συμπτώματα μπορεί να αντιμάχονται μια αδύναμη ταυτότητα ή να αντανακλούν ένα υποβόσκον έλλειμμα προσωπικότητας και διαταραχή στη διαπροσωπική επικοινωνία. Η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας μπορεί επίσης να αντανακλά την απόπειρα ελέγχου των κοινωνικών και επικοινωνιακών ελλειμμάτων του ατόμου, να «ελευθερώνει» δηλαδή κάποιον από την ανάγκη να μάχεται τον εξωτερικό κόσμο, ή να εξηγεί τον πόνο κάποιου, ή τις αποτυχίες του με το αντίθετο φύλο. *(Phillips K.A., 1991, Phillips K.A., 2004)*

Τα «δυσαρμονικά» οικογενειακά περιβάλλοντα και οι «δυσάρεστες» εμπειρίες της παιδικής ηλικίας παράγουν διαρκή συναισθήματα έλλειψης, παράγουν συναισθήματα ανασφάλειας και απόρριψης. Αρνητική επίπτωση έχουν επίσης και τα πειράγματα για την εικόνα του σώματος και όλοι οι παράγοντες αυτοί μαζί συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διαταραχής. Κάποιες μελέτες σημείωσαν την ξαφνική εκδήλωση των συμπτωμάτων αμέσως μετά από ένα θλιβερό γεγονός, όπως για παράδειγμα μια εξωσυζυγική σχέση ή μια εγκατάλειψη από σύντροφο. Οι δραματικές σωματικές αλλαγές καθώς και οι αλλαγές στην φυσιολογία κατά την εφηβεία μπορεί επίσης να παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας. *(Phillips K.A., 1991, Phillips K.A., 2004)*

Η Zaidens (1950), γράφοντας από μια ψυχαναλυτική πλευρά, πίστευε ότι οι μικρές δερματικές αλλαγές κατά την εφηβεία, όπως για παράδειγμα η εμφάνιση ελαφριάς ακμής, θα μπορούσε να προκαλέσει την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Θεωρούσε ότι μια τέτοια αλλαγή στο δέρμα βλάπτει περισσότερο το «ευάλωτο εγώ» ενός ατόμου με λανθάνουσα σχιζοφρένεια, προκαλώντας την κατάρρευση της αυτό-εκτίμησης η οποία και εξαρτάται κατά πολύ από την φυσική ομορφιά. Η προκαλούμενη «υποχονδρία»

λειτουργεί ως «προστατευτική συγκάλυψη» του φόβου του ατόμου. Η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας σπάνια συνδέεται με οργανικά διανοητικά σύνδρομα, παρά το ότι κάποιοι συγγραφείς εξ' ορισμού απέκλεισαν τις διαταραχές της εικόνας σώματος από κάθε οργανική αιτιολογία στον προσδιορισμό της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας. Όπως έχει ήδη παρατηρηθεί κάποιοι συγγραφείς έχουν δηλώσει ότι η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας είναι ριζωμένη σε συγκεκριμένους προ-παθολογικούς τύπους προσωπικότητας. *(Phillips K.A., 1991)*

Άλλοι θεωρούν δεδομένο ότι μπορεί να είναι μια μεταβλητή άλλων ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η διαταραχή συμπεριφοράς, η σχιζοφρένεια, η κοινωνική φοβία, ή η ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή. Σαν τέτοια, η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας θα έπρεπε να σχετίζεται με κάποιες βιολογικές ανωμαλίες. Αλλά όπως είπε ο Olley (1974) τα «κίνητρα είναι ποικίλα και μια μόνο εξήγηση απίθανη». *(Phillips K.A., 1991)*

2.2 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αν και δεν υπάρχουν επαρκείς έρευνες για τη θεραπεία της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας υπάρχουν μέχρι στιγμής δύο θεραπείες επιλογής. Η χρήση των αναστολέων σεροτονίνης Serotonin-Reuptake (SRIs) και της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT). Τα μέχρι τώρα στοιχεία δείχνουν ότι οι αναστολείς SRIs, και όχι άλλα φάρμακα ή άλλες ηλεκτρο-συσπαστικές θεραπείες, αποδεικνύονται συχνά αποτελεσματικοί τόσο στην αντιμετώπιση της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας όσο και στους ασθενείς με ψευδαισθήσεις. Μια μελέτη που έγινε σε 30 ασθενείς έδειξε ότι το 58% ανταποκρίθηκε στους αναστολείς SRIs και ένα μόλις 5% ανταποκρίθηκε σε άλλα φάρμακα. Παρ' όλο που και η έρευνα για τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας είναι περιορισμένη, φαίνεται ότι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι και αυτή αποδοτική. *(Phillips KA., 2002, Neziroglu F., Khemiani-Patel S., 2002)*

Σε άλλη μελέτη συμμετείχαν τυχαία 54 άτομα με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας τα οποία υποβλήθηκαν σε γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Οι ασθενείς παρακολουθούνταν σε μικρές ομάδες και η θεραπεία αποτελείτο από 8 συνεδρίες των 2 ωρών. Η θεραπεία περιελάμβανε την τροποποίηση των «παρείσακτων» σκέψεων που

αφορούσαν τη δυσαρέσκεια με το σώμα και ταυτόχρονα έδινε παραπάνω αξία στο να πειστούν για την σωματική τους εικόνα και την έκθεση σε καταστάσεις εικόνας σώματος που οι ασθενείς απέφευγαν. *(Rosen C. J., Reiter J., Orosan P., 1995)*

Τα συμπτώματα της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας μειώθηκαν σημαντικά και η ίδια η διαταραχή ελαχιστοποιήθηκε στο 82% των περιπτώσεων που έλαβαν θεραπεία και μετά και στο 77% των περιπτώσεων που έλαβαν θεραπεία μόνο κατά τη διάρκεια της μελέτης. Τα ψυχολογικά συμπτώματα και η αυτοεκτίμηση βελτιώθηκαν στους μετέχοντες στη θεραπεία. *(Rosen C. J., Reiter J., Orosan P., 1995)*

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία αποδείχτηκε αποτελεσματική για τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Η συνολική σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας μειώθηκε σε κανονικά επίπεδα και η πλειοψηφία των ασθενών δεν παρουσίαζε πλέον τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής αυτής. Επίσης βελτιώθηκε η ενασχόληση με την εμφάνιση και η δυσαρέσκεια με το σώμα σε κανονικά επίπεδα. Σε γενικές γραμμές η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η αυτοεκτίμηση βελτιώθηκαν και έφτασαν τα φυσιολογικά επίπεδα. *(Rosen C. J., Reiter J., Orosan P., 1995)*

Η θεραπεία δεν είχε όμως τα ίδια αποτελέσματα σε όλους. Μια σημαντική μειοψηφία ασθενών εξακολούθησε να παρουσιάζει διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Δεν μπόρεσαν να βρεθούν τα χαρακτηριστικά εκείνα που ξεχώριζαν αυτούς τους ασθενείς από τους άλλους. Η εντύπωση πάντως που αποκομίσθηκε ήταν ότι κάποιοι ασθενείς χρειάζονταν μεγαλύτερη και πιο εντατική θεραπεία. Επίσης ίσως να χρειάζονταν πιο ατομική προσέγγιση από αυτή που παρέχεται σε μια ομαδική θεραπεία. *(Rosen C. J., Reiter J., Orosan P., 1995)*

Οι αβεβαιότητες που έχουν παρατηρηθεί στην αιτιολογία της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας αντανακλώνται και στη διαφορετικότητα των θεραπειών, οι οποίες περιλαμβάνουν εκτός των δυο παραπάνω, τα φάρμακα, τη ψυχοθεραπεία και την αισθητική χειρουργική. *(Phillips K.A., 1991)*

Ένας αριθμός περιπτώσεων αντιμετωπίστηκε με αντικαταθλιπτικά. Για τους ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στα αντικαταθλιπτικά χάπια αναφέρθηκε συννοσηρή κατάθλιψη σε λιγότερους από τους μισούς. Τόσο η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας όσο και η σοβαρή κατάθλιψη υποχώρησαν σε τρεις περιπτώσεις και η διαταραχή σωματικής

δυσμορφίας υποχώρησε σε μια περίπτωση. Κανένας από τους ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στα αντικαταθλιπτικά δεν παρουσίασε ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή. Τα θετικά αποτελέσματα παρέμειναν με συνεχιζόμενη θεραπεία που διήρκεσε από 4 μήνες με 3 χρόνια. Παρ' όλα αυτά, τα συμπτώματα επανεμφανίστηκαν σε ασθενείς των οποίων η δόση μειώθηκε ή διακόπηκε. Οι θεραπείες με αντιψυχωτικά χάπια ήταν σε μεγάλο βαθμό ανεπιτυχείς. *(Hollander E., Liebowitz M.R., Winchel R., et al., 1989, Phillips K.A., 1991)*

Κάποιοι συγγραφείς συνέστησαν θεραπεία συμπεριφοράς ή υποστηρικτική ψυχοθεραπεία αλλά δεν έδωσαν επαρκείς αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα τους. Η πλαστική χειρουργική είναι άλλη μια επιλογή. Μόνο λίγες έρευνες αναφέρονται σε ασθενείς με σύνδρομο σωματικής δυσμορφίας και τα αποτελέσματα τους δεν είναι σαφή. Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι συγκεκριμένοι ασθενείς με μικρές δυσμορφίες μπορεί να έχουν καλό αποτέλεσμα αλλά παράλληλα τονίζουν τη σημασία ψυχιατρικής βοήθειας πριν την επέμβαση. *(Phillips K.A., 1991)*

Παρ' όλα αυτά ο Fukuda (1977) δήλωσε ότι οι περισσότεροι ασθενείς αρνούνται την ψυχιατρική συμβουλή και επομένως είναι ριψοκίνδυνο να υποβληθούν σε επέμβαση αφού οι προσδοκίες τους για την επέμβαση είναι μη ρεαλιστικές και συχνά δυσαρεστούνται με το αποτέλεσμα της, κλιμακώνοντας τα παράπονα τους εναντίον του γιατρού. *(Phillips K.A., 1991, Phillips K.A., 2004)*

Οι Andreasen και Bardach (1977), έχουν επισημάνει ότι εξαιτίας του ότι το πραγματικό τους «ελάττωμα» είναι συναισθηματικό και όχι σωματικό, τα άτομα με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας σπάνια ικανοποιούνται απόλυτα με τα χειρουργικά αποτελέσματα και συχνά βρίσκουν ένα καινούργιο «ελάττωμα» που χρειάζεται διόρθωση. *(Phillips K.A., 1991)*

Ο Ladee προειδοποίησε ότι η αισθητική χειρουργική και ειδικά η ρινοπλαστική στους άντρες μπορεί να φέρει αντίθετο αποτέλεσμα γιατί μπορεί να είναι αποτέλεσμα της «αυτοτιμωρίας», του μαζοχισμού και των «παθητικών επιθυμιών» και μπορεί να αποδεσμεύσει τέτοιες αχαλίνωτες επιθέσεις που είτε ο ασθενής είτε ο ίδιος ο γιατρός μπορεί να γίνουν θύματα ως εκ τούτου. Για να αποφευχθούν τέτοια αποτελέσματα απαιτείται η συνεργασία ψυχιάτρων, δερματολόγων και πλαστικών χειρουργών στην αξιολόγηση και θεραπεία των ασθενών που αναζητούν προαιρετική αισθητική επέμβαση.

Τέλος, μια περίπτωση, ανέφερε βελτίωση της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας με τροποποιημένη τομή των λευκοκυττάρων. *(Phillips K.A., 1991, Phillips K.A., 2004, Neziroglu F., Khemiani-Patel S., 2002)*

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία προ το παρόν, προεισαγωγικά στοιχεία ισχυρίζονται ότι κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να είναι χρήσιμα σε κάποιους τουλάχιστον ασθενείς. Επίσης κάποια αντικαταθλιπτικά έχουν προταθεί εξαιτίας της επιτυχίας τους στη θεραπεία της μονοσυμπτωματικής υποχονδρίασης και της ψευδαισθητικής διαταραχής σωματικού τύπου, η οποία είναι δύσκολο να διαχωριστεί κλινικά από τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Όμως έχει ήδη ειπωθεί ότι αυτή η αγωγή δεν είναι χρήσιμη σε μη ψευδαισθητικούς ασθενείς. Η χρησιμότητα της θεραπείας συμπεριφοράς και της ψυχοθεραπείας δεν είναι σαφής, αλλά ο Leon έχει πει ότι η προσοχή στους ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες, καθώς επίσης και η χρήση φαρμάκων, είναι απαραίτητη. *(Phillips K.A., 1991, Phillips K.A., 2004, Neziroglu F., Khemiani-Patel S., 2002)*

2.2 ε ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στον πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου και συγκεκριμένα στο Grovelands Priory Hospital διεξήχθη μια έρευνα που περιελάμβανε 50 ασθενείς με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Στην έρευνα αυτή εξέτασαν με ιδιαίτερη προσοχή τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία, την πορεία της ασθένειας, την προγενέστερη βοήθεια που μπορεί οι ασθενείς να έλαβαν και τα πιστεύω τους για την αρρώστια. Οι ασθενείς παρουσίασαν υψηλά ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας (24%) και παρελθόντων επεισοδίων κατάθλιψης (36%). Παρατηρήθηκε επίσης υψηλή συχνότητα διαταραχής προσωπικότητας: 72% των ασθενών είχαν μία ή δύο διαγνωσμένες διαταραχές προσωπικότητας, 48% είχαν δύο ή περισσότερες διαταραχές, 26% είχαν τρεις ή περισσότερες διαταραχές και το 4% είχε τέσσερις ή περισσότερες διαταραχές. Οι πιο συχνές διαταραχές προσωπικότητας ήταν η αποφευκτική (38%), η παρανοειδής (38%) και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας (28%). Άλλες διαταραχές προσωπικότητας που βρέθηκαν ήταν η παθητική-επιθετική (16%), η

εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας (12%), η δραματική διαταραχή (8%), η ναρκισσιστική διαταραχή (6%) και η μεταιχμιακή διαταραχή (6%). *(Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., et al, 1996)*

Οι ψυχιατρικές διαταραχές που σχετίζονται με τη σωματική δυσμορφία εμφανίζουν την κλίμακα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Η πιο συχνή διαταραχή είναι η κατάθλιψη. Άλλη έρευνα αναφέρει ότι από τους 16 ασθενείς με «δερματολογικά προβλήματα» με φοβία σωματικής δυσμορφίας, οι 5 είχαν κατάθλιψη και οι δύο αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν. *(Hollander, 1989)*

Σε μια άλλη δερματολογική περίπτωση (Hardy G.E., Cotterill J.A., 1982) οι 5 από τους δώδεκα ασθενείς με φοβία σωματικής δυσμορφίας είχαν ελάσσονα ή μείζονα κατάθλιψη σε σύγκριση με άλλους ασθενείς που δεν παρουσίασαν κανένα σημάδι κατάθλιψης.

Ο Hay παρ' όλα αυτά, χρησιμοποιώντας ψυχομετρικές κλίμακες ανακάλυψε ότι μόνο ένας από τους 17 ασθενείς με φοβία δυσμορφίας είχε κατάθλιψη, αλλά 11 είχαν σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας και 5 ήταν σχιζοφρενείς (παρά το ότι 4 από αυτούς παρουσίαζαν εμμονές με το σώμα και τις αναλογίες τους). Σε σύγκριση με ελεγχόμενους ασθενείς, οι ασθενείς με φοβία δυσμορφίας ήταν «σοβαρά διαταραγμένοι» με την έννοια ότι ήταν πιο εσωστρεφείς, νευρωτικοί και εχθρικοί. *(Phillips K.A., 1991)*

Οι Connolly και Gipson, οι οποίοι μελέτησαν 187 ασθενείς, 15 χρόνια μετά που είχαν πραγματοποιήσει ρινοπλαστική επέμβαση, βρήκαν ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς με φοβία δυσμορφίας που κατέφυγαν σε πλαστική χειρουργική για αισθητικούς λόγους έπασχαν από σχιζοφρένεια (6 από τους 86), απ' ότι εκείνοι που είχαν διορθώσει μια πραγματική δυσμορφία οφειλόμενη σε ασθένεια ή τραυματισμό (1 από τους 101). Άλλοι πάλι έχουν αναφέρει την συνύπαρξη διαταραχής σωματικής δυσμορφίας με την σχιζοφρένεια ή την ψύχωση, παρ' όλο που οι ορισμοί σχιζοφρένειας που έχουν δοθεί είναι ιδιαίτερα ευρείς και επομένως περιλαμβάνουν και άτομα που τώρα θα είχαν διαγνωστεί ως έχοντες διαταραχές συμπεριφοράς, προσωπικότητας, ψυχαναγκασμού και καταναγκασμού ή και άλλες διαταραχές. *(Phillips K.A., 1991)*

Η διαταραχή ψυχαναγκασμού και καταναγκασμού συνδέεται επίσης με τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Σε μια έρευνα που έγινε σε 8 ασθενείς με σοβαρή διαταραχή ψυχαναγκασμού – καταναγκασμού, οι τρεις παρουσίασαν διαταραχή σωματικής δυσμορφίας (Solyom L., DiNikola V.F., et al, 1985). Η κοινωνική αποστασιοποίηση και

απομόνωση, η εσωστρέφεια, η δυσαρέσκεια με τις διαπροσωπικές σχέσεις, η ντροπή, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η νευρική ανορεξία, μπορεί επίσης να συνυπάρχουν με τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Σε μια περίπτωση, η νευρική ανορεξία ήταν δευτερεύουσα της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας – «ο ασθενής λιμοκτονούσε επειδή φοβόταν ότι τα μάγουλα του ήταν «πολύ ροδαλά και στρογγυλά». *(Phillips K.A., 1991)*

Τέλος, μια άλλη μελέτη που αποτελείτο από μια ομάδα ειδικών ψυχολόγων και ψυχιάτρων, πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης και αφορούσε 13 ασθενείς (η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 18 – 48 ετών). Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν τα κριτήρια DSM-IV για τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Οι ασθενείς εγγράφηκαν για 12 συνεδρίες ομαδικής θεραπείας συμπεριφοράς. Τα άτομα αυτά παρουσίασαν υψηλά ποσοστά σοβαρής κατάθλιψης (62%), κοινωνικής φοβίας (38%), διαταραχής ψυχαναγκασμού – καταναγκασμού (23%), βουλιμίας (8%) και κατάχρησης αλκοόλ (8%). Επίσης ο αυτοτραυματισμός με τσιμπήματα του δέρματος ήταν πολύ συχνός, γύρω στο 31% του δείγματος. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν το σύνδρομο του επαναλαμβανόμενου ελέγχου στον καθρέπτη για τουλάχιστον μια ώρα την ημέρα. Το «φανταστικό» ελάττωμα περιελάμβανε την υφή και το χρώμα του δέρματος. Πολλαπλές ανησυχίες παρουσιάστηκαν σε ποσοστό 54% του δείγματος. *(Wilhelm S., Otto W. M., Lohr B., et al, 1998)*

2.2 ζ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ ΚΑΙ «ΦΥΛΟ»

Λίγες έρευνες έχουν γίνει μέχρι τώρα για τις διαφορές φύλου στη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Μια μελέτη εκτίμησε τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε 188 ασθενείς με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας, οι οποίοι αξιολογήθηκαν με τη χρήση διαφόρων οργάνων προκειμένου να εκτιμηθούν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας, το ιστορικό θεραπείας τους και οι προνοσηρές διαταραχές τους. 93 ασθενείς ήταν γυναίκες (49%) και 95 (51%) ήταν άντρες. *(Phillips G., Katharine A. M. D., Susan F. M. D., 1995)*

Οι άντρες και οι γυναίκες δεν διέφεραν σημαντικά στα πλαίσια των περισσότερων μεταβλητών που εξετάστηκαν, συμπεριλαμβανομένων των αναλογιών κατάθλιψης, παρ’

όλο που οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να ασχολούνται με τους γοφούς και το βάρος τους, να καμουφλάρονται με μέικ απ και να αναπτύσσουν προνοσηρότητα βουλιμίας. Οι άντρες πάλι ήταν πιο πιθανό να ασχολούνται με το «χτίσιμο» του σώματος τους, τα γεννητικά τους όργανα, την απώλεια μαλλιών τους και τη χρήση καπέλου ως καμουφλάζ, να είναι ανύπαντροι και να έχουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή να κάνουν κατάχρηση. *(Phillips G., Katharine A. M. D., Susan F. M. D., 1995)*

Αποδείχτηκε ότι οι άντρες αναζήτησαν αισθητική επέμβαση με την ίδια συχνότητα των γυναικών. Παρ' όλο που τα κλινικά χαρακτηριστικά είναι περίπου ίδια σε γυναίκες και άντρες υπάρχουν κάποιες διαφορές, πράγμα που σημαίνει ότι οι πολιτιστικές αξίες και τα πρότυπα μπορεί να επηρεάζουν το περιεχόμενο των συμπτωμάτων της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας. Οι διαφορές φύλου στις ψυχιατρικές διαταραχές εξετάζονται συνεχώς. Ίσως η πιο σχετική με τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας διαταραχή είναι αυτή της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής. *(Phillips G., Katharine A. M. D., Susan F. M. D., 1995)*

Και οι γυναίκες και οι άντρες είχαν ίδια δημογραφικά χαρακτηριστικά. Και οι δύο ομάδες αποτελούντο από ανύπαντρους και ανέργους. Τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες παρουσίαζαν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά. Η ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας ήταν ίδια και στις δύο ομάδες (συνήθως κατά την εφηβεία) και η πορεία της αρρώστιας ήταν συνεχής με την τάση να χειροτερεύει με το πέρασμα του χρόνου. Και οι άντρες και οι γυναίκες ασχολούνταν σε μεγάλο βαθμό με τον ίδιο αριθμό μερών του σώματος κατά τη διάρκεια της αρρώστιας τους (τρία με τέσσερα σημεία) και ήταν το ίδιο πιθανό να αναπτύξουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας, όπως είναι ο έλεγχος στον καθρέπτη, η αναζήτηση επιβεβαίωσης και ο εκτεταμένος καλλωπισμός. Και οι δύο ομάδες ανέφεραν το ίδιο υψηλά επίπεδα κοινωνικής, επαγγελματικής και ακαδημαϊκής «βλάβης», νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική και απόπειρες αυτοκτονίας. *(Phillips G., Katharine A. M. D., Susan F. M. D., 1995)*

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας ήταν παρόμοια σε άντρες και γυναίκες. Όμως οι άντρες και οι γυναίκες διέφεραν σε αρκετά κλινικά χαρακτηριστικά. Οι γυναίκες τσιμπούσαν το δέρμα τους και καμουφλάρονταν

με μέικ απ, αντίθετα με τους άντρες, οι οποίοι πιο συχνά χρησιμοποιούσαν καπέλο για να κρύψουν το ελάττωμα τους. *(Phillips G., Katharine A. M. D., Susan F. M. D., 1995)*

Υπήρχαν περισσότερες ομοιότητες απ' ότι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών αναφορικά με όλες τις περιοχές σώματος που εστιαζόταν η εμμονή. Το ενδιαφέρον για το δέρμα, τη μύτη και τα μαλλιά ήταν κοινό. Όσον αφορά τα μαλλιά οι άντρες ανησυχούσαν περισσότερο απ' ότι οι γυναίκες για τη φαλάκρα, ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ενδιαφέροντος για άλλου τύπου «ελαττώματα» των μαλλιών, όπως η ασυμμετρία, το να είναι περισσότερο σγουρά ή να έχουν διαφορετικό χρώμα από αυτό που θα ήθελαν. *(Phillips G., Katharine A. M. D., Susan F. M. D., 1995)*

Επιπλέον, το 23% των γυναικών με ανησυχίες για τα μαλλιά τους ασχολούνταν υπερβολικά με τις πολλές τρίχες που είχαν στο σώμα, πράγμα που τις περισσότερες φορές σχετιζόταν με το φόβο να μη φανούν αρρενωπές, ενώ αντίθετα κανένας άντρας δεν είχε τέτοια ανησυχία. *(Phillips G., Katharine A. M. D., Susan F. M. D., 1995)*

Οι γυναίκες ήταν πιο ανήσυχες με το βάρος του σώματος τους και τους γοφούς τους, πιστεύοντας σε γενικές γραμμές ότι ήταν πολύ χοντρές. Οι άντρες ανησυχούσαν περισσότερο με το «χτίσιμο» του σώματος τους, θεωρώντας είτε ότι το σώμα τους ήταν πολύ μικρό, είτε ότι ήταν πολύ αδύνατο και όχι αρκετά αρρενωπό. Οι άντρες πάλι ανησυχούσαν περισσότερο από τις γυναίκες για τα γεννητικά τους όργανα (η ανησυχία αφορούσε κυρίως το μέγεθος του αντρικού γεννητικού μορίου). Στην πραγματικότητα καμιά από τις γυναίκες δεν παρουσίασε ανησυχία με τα γεννητικά της όργανα. Οι άντρες και οι γυναίκες είχαν επίσης περισσότερες ομοιότητες απ' ότι διαφορές στα πλαίσια της σχετιζόμενης ψυχοπαθολογίας, που συμπεριλάμβανε διαταραχές όπως της κατάθλιψης, της διαταραχής πανικού, της αγοραφοβίας, της απλής φοβίας και της νευρικής ανορεξίας. Οι γυναίκες εμφάνισαν πιο συχνά προ-παθολογική βουλιμία και διατροφικές διαταραχές και οι άντρες εμφάνισαν υψηλότερες αναλογίες κατάχρησης αλκοόλ ή εξάρτησης από το αλκοόλ και όποια άλλη διαταραχή σχετική με τη χρήση ουσιών. *(Phillips G., Katharine A. M. D., Susan F. M. D., 1995)*

Σχετικά με το ιστορικό θεραπείας, και οι άντρες και οι γυναίκες είχαν αναζητήσει την ίδια μη-ψυχιατρική ιατρική βοήθεια, αλλά οι γυναίκες έλαβαν πιο συχνή θεραπεία σε σχέση με τους άντρες. Όσον αφορά συγκεκριμένους τύπους μη-ψυχιατρικής θεραπείας που έλαβαν γυναίκες και άντρες η μόνη διαφορά μεταξύ των φύλων βρέθηκε στην

οδοντιατρική θεραπεία. Οι άντρες έκαναν αισθητικά επέμβαση με την ίδια συχνότητα που έκαναν και οι γυναίκες. Οι ασθενείς που δεν έλαβαν ψυχιατρική βοήθεια πέρασαν από πολλαπλές διαδικασίες, αλλά η πλειοψηφία τόσο των αντρών όσο και των γυναικών ανέφεραν ότι αυτές οι διαδικασίες θεραπείας δεν αντιμετώπισαν τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Τέλος όσον αφορά την ψυχιατρική θεραπεία δεν υπήρχαν όπως ήταν αναμενόμενο διαφορές μεταξύ των αντρών και των γυναικών. *(Phillips G., Katharine A. M. D., Susan F. M. D., 1995)*

Με τη χρήση μιας ειδικά κατασκευασμένης συνέντευξης (specially constructed semistructured interview), εκτιμήθηκαν 58 εξωτερικοί ασθενείς με το σύνδρομο της σωματικής δυσμορφίας. 24 από τους ασθενείς ήταν γυναίκες (41.4%) και 34 ήταν άντρες (58.6%). Η μέση ηλικία ήταν 25.4 ετών (από 18 ως 40 ετών). Όλοι οι ασθενείς αξιολογήθηκαν βάσει ενός διαγνωστικά ημι-δομημένου προσωπικού ερωτηματολογίου. Εξαιρέθηκαν μόνο ασθενείς που δεν παρουσίαζαν ενασχολήσεις με κάποιο σημείο του σώματος τους (π.χ. ακμή, μύτη). *(Perugi, Giulio M. D., Akiskal, et al, 1994)*

Και οι δύο ομάδες εκδήλωσαν την ασθένεια κατά την εφηβεία και όλοι οι ασθενείς είχαν χρόνια διαταραχή σωματικής δυσμορφίας που είχε μέση διάρκεια 9 χρόνια. Σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άγαμοι και οι μισοί παρακολουθούσαν ακόμη μαθήματα στο σχολείο ή είχαν κάποιο επάγγελμα. Οι περισσότεροι ασθενείς ανησυχούσαν για περισσότερα από ένα μέρη του σώματος. Οι περιοχές του «αντιληπτικού ελαττώματος» είναι και για τις δύο ομάδες κυρίως το πρόσωπο (πρήξιμο, ασυμμετρία, υποτιθέμενη ακμή ή σημάδια). Κάποιες εμμονές είναι παρούσες μόνο στους άντρες (γεννητικά όργανα, ύψος, εκτεταμένη τριχοφυΐα σώματος), ενώ άλλες μόνο ή σχεδόν αποκλειστικά παρουσιάζονται σε γυναίκες (πόδια, στήθος) και αυτές οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές. *(Perugi, Giulio M. D., Akiskal, et al, 1994)*

Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας είναι παρόμοιες και στις δύο ομάδες, παρ' όλο που οι γυναίκες τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα καταναγκαστικού ελέγχου της εμφάνισης τους στους καθρέπτες και προσπαθούν πιο συχνά σε σχέση με τους άντρες να καμουφλάρουν το υποτιθέμενο ελάττωμα τους με τα χέρια τους, τα μαλλιά τους, τα ρούχα και την εκτεταμένη χρήση μέικ απ. Επιπλοκές παρουσιάζονται και στα δύο φύλα. Περισσότεροι από το 70% των

ασθενών αποφεύγουν την κοινωνικές επαφές, περισσότεροι από το 30% γίνονται επιθετικοί και βίαιοι απέναντι σε συγγενείς και φίλους και περισσότεροι από 40% είναι μελαγχολικοί σε τέτοιο βαθμό ώστε να αναπτύσσουν αυτοκτονικό ιδεασμό εξαιτίας των συμπτωμάτων τους. *(Perugi, Giulio M. D., Akiskal, et al, 1994)*

2.2 η Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ

Η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας είναι μια σχετικά συχνή και ενοχλητική διαταραχή. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με αυτή τη διαταραχή δεν έχει ακόμα εξεταστεί πλήρως. Παρόλα αυτά το σύνδρομο σωματικής δυσμορφίας έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με υψηλές αναλογίες λειτουργικής βλάβης, νοσοκομειακή περίθαλψη, αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας. *(Hay, 1970; Perugi, 1997; Philips 1991; Philips 1993; Veale, 1996)*

Η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας σχετίζεται επίσης με υψηλά επίπεδα αντιληπτικού άγχους (DeMarco, 1998). Επιπλέον, τα βιβλία δερματολογίας τονίζουν την παθολογία που η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας μπορεί να προκαλέσει (Cotterill, 1981, Cotterill, 1996, Koblenzer, 1985) και μια πρόσφατη έρευνα σε δερματολογικούς ασθενείς που αυτοκτόνησαν αναφέρει ότι οι περισσότεροι είχαν ακμή ή διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. *(Cotterill and Cunliffe, 1997)*

Παρ' όλο που αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας έχουν φτωχή ποιότητα ζωής, η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών δεν έχει εξεταστεί μέχρι τώρα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Η ποιότητα υγείας και ζωής φαίνεται ότι καταστρέφεται σε ασθενείς με μια ποικιλία άλλων ψυχιατρικών και διανοητικών ασθενειών, όπως είναι οι διαταραχές κατάθλιψης, οι γενικές διαταραχές άγχους, η διαταραχή πανικού, η σχιζοφρένεια, η ψυχαναγκαστική και καταναγκαστική διαταραχή, ο διαβήτης, η υπερένταση και άλλες διαταραχές. *(Koran, 1996; Massion, 1993; Russo 1998; Ware, 1993)*

Η συγκεκριμένη έρευνα που διεξήχθη από την Rand Corporation τη δεκαετία του 1980, είναι η πρώτη που ασχολήθηκε με την ποιότητα ζωής των ασθενών με διαταραχή

σωματικής δυσμορφίας. Σ' αυτήν την μελέτη εκτιμήθηκε και συγκρίθηκε η ποιότητα ζωής και υγείας των ασθενών με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας με τα δημοσιευμένα πρότυπα για την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών και των ασθενών με κατάθλιψη ή άλλη παθολογική ασθένεια που συμμετείχαν σ' αυτήν τη μελέτη. *(McHorney, 1993; Ware, 1993)*

Στη μελέτη αυτή πήραν μέρος 62 εξωτερικοί ασθενείς με σύνδρομο σωματικής δυσμορφίας. 41 (66%) ήταν γυναίκες και 21 (34%) ήταν άντρες, ενώ η μέση ηλικία τους ήταν 33.5 έτη. 31 (52%) ασθενείς ήταν άγαμοι, 18 (30%) ήταν παντρεμένοι και 11 (18%) ήταν χωρισμένοι. 15 (25%) ήταν άνεργοι, 35 (59%) ήταν εργαζόμενοι (εκ των οποίων 9 ήταν μερικώς απασχολούμενοι), 8 (14%) ήταν φοιτητές και 1 (2%) είχε συνταξιοδοτηθεί. *(McHorney, 1993; Ware, 1993)*

Όπως διαγνώστηκε από τη δομημένη κλινικά συνέντευξη για το DSM-III-R, η πιο κοινή και τρέχουσα προ-παθολογική διαταραχή ήταν η σοβαρή κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη, τα αποτελέσματα των ασθενών με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας ήταν χαμηλότερα (φτωχότερα δηλαδή) σε όλα τα επίπεδα της ποιότητας διανοητικής υγείας (διανοητική υγεία, περιορισμός ρόλων εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων) από τα γενικά πρότυπα του πληθυσμού της Αμερικής. *(McHorney, 1993; Ware, 1993)*

Οι βαθμολογίες των ασθενών με ΔΣΔ στα επίπεδα της διανοητικής υγείας ήταν επίσης χαμηλότερες από τις πρότυπες βαθμολογίες των ασθενών με κατάθλιψη, διαβήτη ή πρόσφατη μυοκαρδιακή απόφραξη. Οι βαθμολογίες για την ποιότητα ζωής σε σχέση με τη σωματική υγεία (σωματική λειτουργία, περιορισμός ρόλων εξαιτίας σωματικών προβλημάτων και σωματικός πόνος) των ασθενών με ΔΣΔ ήταν σε γενικές γραμμές χαμηλότερες από τις πρότυπες του γενικού πληθυσμού αλλά μεγαλύτερες από τις πρότυπες για ασθενείς με κατάθλιψη ή άλλη ασθένεια. Όπως είχε προβλεφθεί αρχικά όσο πιο σοβαρά ήταν τα συμπτώματα της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας τόσο φτωχότερη ήταν και η ποιότητα ζωής. Επίσης η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας σχετιζόταν με την διανοητική υγεία και τον περιορισμό ρόλων ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων καθώς επίσης και με τη ζωτικότητα. Η σοβαρότητα της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας δεν συνδέθηκε άμεσα με τα αποτελέσματα σωματικής υγείας. *(McHorney, 1993; Ware, 1993)*

2.3 ΜΥΙΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ

2.3 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ

Μια μορφή της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας, η οποία έχει υποτιμηθεί είναι η μυϊκή δυσμορφία. Ο όρος "μυϊκή δυσμορφία'' εμφανίστηκε το 1997 για να περιγράψει αυτήν την νέα μορφή διαταραχής. Άλλοι άνθρωποι αναφέρονται στον όρο ως "αντίστροφη ανορεξία" και τώρα συχνότερα ως "μεγαλορεξία". Σε αντίθεση με τους ασθενείς με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας, οι οποίοι ασχολούνται με ένα συγκεκριμένο μέρος του σώματος, τα άτομα με μυϊκή δυσμορφία ασχολούνται παθολογικά με ολόκληρη την εμφάνιση του σώματος. Τα άτομα με μυϊκή δυσμορφία αναφέρουν μια εμμονή με την μυϊκή τους μάζα σε τέτοιο βαθμό που μπορεί να βλάψει την κοινωνική και επαγγελματική τους λειτουργία. Για παράδειγμα, μπορεί να εγκαταλείψουν σημαντικές κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις ή ακόμα και να εγκαταλείψουν επαγγελματικές καριέρες, προκειμένου να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στο γυμναστήριο. *(Pope, Katz and Hudson, 1993, Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al., 1997)*

Η ενασχόληση αυτή επιμένει και προκαλεί σημαντική βλάβη ή μελαγχολία ακόμα και αν το άτομο είναι πολύ πιο μυώδες από το μέσο όρο. Κάποια άτομα έχουν γνώση του προβλήματος τους, αναγνωρίζουν ότι είναι μυώδεις αλλά δεν καθησυχάζονται απ' αυτήν τη γνώση. Άλλα πάλι άτομα δεν έχουν καλή γνώση του προβλήματος και είναι πεπεισμένοι ότι δείχνουν πολύ μικρότεροι σε σύγκριση με άλλους που έχουν ακριβώς το ίδιο μέγεθος. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al., 1997)*

Αυτά τα άτομα συνήθως αποφεύγουν τα δημόσια μέρη για να μην δείχνουν το σώμα τους, από φόβο μήπως φανούν υπερβολικά μικροκαμωμένοι. Μπορεί να φοράνε φαρδιά παντελόνια και μπλούζες ή επιπλέον ρούχα, ακόμα και το καλοκαίρι, για να κρύψουν το σώμα τους. Αποφεύγουν παραλίες, πισίνες, αποδυτήρια και άλλα μέρη προκειμένου να μην τους δουν – κι αν η έκθεση τους είναι αναπόφευκτη βιώνουν μεγάλο πόνο. *(Pope, Katz and Hudson, 1993, Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al., 1997)*

Συχνά χρησιμοποιούν αναβολικά στεροειδή ή άλλες ναρκωτικές ουσίες που αυξάνουν την σωματική τους απόδοση συνεχίζοντας να τις χρησιμοποιούν παρά τις σοβαρές παρενέργειες που έχουν εξαιτίας του επίμονου άγχους για τη μυϊκή τους μάζα. *(Pope, 1993; Pope & Katz, 1994)*

Σε αντίθεση με τους φυσιολογικούς αρσιβαρίστες και τους άντρες φοιτητές, οι άντρες με μυϊκή δυσμορφία εμφανίζουν μεγαλύτερες «ανωμαλίες» σε οποιαδήποτε βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική μεταβλητή. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν ομοιογενείς διαταραχές με την εικόνα σώματος, μη φυσιολογικές συμπεριφορές διατροφής και έμμονες ιδέες για την μυϊκότητα, χρήση αναβολικών στεροειδών, εκτεταμένη άσκηση και αξιοσημείωτα λειτουργικά ελλείμματα, όπως η κοινωνική αποφυγή και η επαγγελματική λειτουργία. *(Pope H.G.J., Phillips K.A., Olivardia R., 2000, Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

Τα άτομα με μυϊκή δυσμορφία αναφέρουν ότι θα αγχώνονταν πολύ ή θα αναστατώνονταν αν τους στερούσαν μια ημέρα εξάσκησης. Συχνά ακολουθούν αυστηρά διατροφές που είναι χαμηλές σε λιπαρά και υψηλές σε πρωτεΐνη με λήψη συγκεκριμένων θερμίδων ανά ημέρα. Αν παραβιάσουν τη διατροφή τους για οποιοδήποτε λόγο αγχώνονται υπερβολικά και προσπαθούν να αντισταθμίσουν με επιπλέον άσκηση. Γι αυτόν τον λόγο πολλοί αποφεύγουν να τρώνε με παρέα. Εξαιτίας του μεγάλου κόστους των συμπληρωμάτων διατροφής και των εργογενικών ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένων και των αναβολικών, τα άτομα με μυϊκή δυσμορφία συνήθως μειώνουν το επίπεδο διαβίωσης τους. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al., 1997)*

Κάποιοι χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό ναρκωτικών, αυστηρής διατροφής (χωρίς την απόκτηση λίπους) και υπερβολικής άσκησης που δηλητηριάζει την υγεία τους. Πολλοί αρνούνται να αλλάξουν το πρόγραμμα άσκησης τους, ακόμα κι όταν γνωρίζουν ότι μπορεί να φέρει αντίθετο αποτέλεσμα. Άλλες συμπεριφορές που σχετίζονται με τη μυϊκή δυσμορφία περιλαμβάνουν συνεχή σύγκριση με τους άλλους, έλεγχο στον καθρέπτη, ζύγισμα και αναζήτηση επιβεβαίωσης. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al., 1997)*

Τα διαγνωστικά κριτήρια της μυϊκής δυσμορφίας είναι:

1) το άτομο αναπτύσσει υπερβολική ενασχόληση με την ιδέα ότι το σώμα του είναι αρκετά αδύνατο και όχι μυώδες. Χαρακτηριστικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν πολλές ώρες άρσης βαρών και υπερβολική προσήλωση στη διατροφή.
2) αυτή η ενασχόληση προκαλεί κλινικά σημαντική διαταραχή ή βλάβη στις κοινωνικές, επαγγελματικές και άλλες περιοχές λειτουργίας του ατόμου όπως αυτό φαίνεται από τα ακόλουθα τέσσερα κριτήρια.
2α) το άτομο συχνά εγκαταλείπει σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εξαιτίας μιας καταναγκαστικής ανάγκης να διατηρήσει το πρόγραμμα άσκησης και διατροφής του.
2β) το άτομο αποφεύγει περιβάλλοντα όπου το σώμα του ή το σώμα της θα εκτεθεί στη θέα άλλων, ή αντιμετωπίζει τέτοια περιβάλλοντα με αξιοσημείωτο πόνο και συνεχή αγωνία.
2γ) η ενασχόληση με την ανεπάρκεια του σωματικού μεγέθους και της μυϊκότητας προκαλεί κλινικά σημαντική διαταραχή ή βλάβη στην κοινωνική, επαγγελματική και άλλη λειτουργία του ατόμου
2δ) το άτομο συνεχίζει να ασκείται, να κάνει δίαιτα ή να κάνει χρήση εργογόνων ουσιών παρά τις αντίθετες σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που έχουν.
3) το πρωταρχικό επίκεντρο της ενασχόλησης και των συμπεριφορών του ατόμου είναι το ότι είναι πολύ μικρός ή ανεπαρκώς μυώδης σε αντίθεση με το φόβο του πάχους που χαρακτηρίζει τη νευρική ανορεξία, ή την εμμονή με ένα συγκεκριμένο σημείο του σώματος, όπως συμβαίνει στη διαταραχή σωματικής δυσμορφίας.

Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., et al. (1997). «Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder». Psychosomatics, 38, σελ. 555.

2.3 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Φαίνεται ότι η μυϊκή δυσμορφία εμφανίζεται περισσότερο στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες, δεδομένου ότι οι πολιτιστικές πιέσεις για ένα μυώδες σώμα απευθύνονται περισσότερο στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες. Είναι επίσης σαφές ότι ένας μεγάλος αριθμός αντρών στις Ηνωμένες Πολιτείες υποφέρουν από μυϊκή δυσμορφία. *(Olivardia R., 2001)*

Η μόνη ελεγχόμενη μελέτη που έχει δημοσιευτεί μέχρι τώρα αναφέρει ως ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής τα 19.4 χρόνια, παρά το γεγονός ότι οι μετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν συμπτώματα αυτής της διαταραχής στην αρχή της εφηβείας. *(Olivardia R., 2001)*

2.3 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η μυϊκή δυσμορφία μπορεί να προκαλέσει σημαντική διαταραχή και λειτουργική βλάβη. Δεν πρέπει να συγχέεται με τον ενθουσιασμό για την άρση βαρών ή οποιοδήποτε άλλο άθλημα. Η γενίκευση αυτής της διαταραχής είναι δύσκολο να υπολογιστεί. Σε οποιαδήποτε περίπτωση φαίνεται ότι αυτή η διαταραχή παράγει μεγάλη παθολογία μαζί με απροσάρμοστες συμπεριφορές, όπως είναι η χρήση αναβολικών, και επομένως μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

Από άποψη ψυχολογίας, οι άντρες με μυϊκή δυσμορφία έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και μπορεί να έχουν άλυτα θέματα με τον ανδρισμό τους. *(Pope H.G., Phillips K.A., Olivardia R., 2000)*

Ο αγώνας για την απόκτηση μυϊκότητας μπορεί να είναι ένα μέσο να αντισταθμίσουν το αίσθημα ανεπάρκειας για τον ανδρισμό τους. Σε μια μελέτη 154 αντρών φοιτητών, τα άτομα που είχαν πιο παραδοσιακές απόψεις και συμπεριφορές περί ανδρισμού εξιδανίκευσαν το υψηλότερο επίπεδο μυϊκότητας. Η επίτευξη ενός σώματος που είναι πιο σμιλευμένο και μυώδες μπορεί να είναι μια ισχυρή και συμβολική έκφραση του ανδρισμού κάποιου που εμπνέει ταυτόχρονα σεβασμό και θαυμασμό τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες. *(Olivardia R., 2000, 2001)*

Κάποιοι άντρες θέλουν να είναι μυώδεις για να εκπέμπουν σθένος και δύναμη κάνοντας τους άλλους να νιώθουν φόβο. Οι εμπειρίες με συνομηλίκους μπορεί επίσης να επηρεάζουν την ανάπτυξη της διαταραχής εικόνας σώματος. Κάποιοι άντρες με μυϊκή δυσμορφία αναφέρουν ότι υπήρξαν είτε κάτω του φυσιολογικού βάρους είτε υπέρβαροι κατά την παιδική τους ηλικία ή την εφηβεία και ως εκ τούτου έγιναν αντικείμενο κοροϊδίας σε κάποια φάση της εφηβείας τους, πράγμα που τους οδήγησε να επικεντρωθούν ολοκληρωτικά στην εμφάνιση τους σε μια προσπάθεια να σταματήσουν αυτόν τον «βασανισμό». *(Olivardia R., 2000)*

Μια άλλη θεωρία, κοινωνικό-πολιτιστικής φύσης αναφέρει ότι οι άντρες δέχονται κοινωνικές πιέσεις με επίκεντρο την εμφάνιση τους, παρόμοιες με εκείνες που δέχονταν οι γυναίκες για δεκαετίες. *(Pope H.G., Olivardia R., Borowiecki J.J., et al, 2001, Olivardia R., 2001)*

Τα αγόρια και οι άντρες εκτίθενται σε παιχνίδια δράσης και μια σειρά εικόνων στα μέσα ενημέρωσης (π.χ. διαφημίσεις, ταινίες, αθλητικές εκπομπές) που εκθειάζουν την επιθυμία για ένα μυώδες και γυμνασμένο κορμί. Τα σώμα αυτό δεν μπορεί να αποκτηθεί από το μέσο άντρα τις περισσότερες φορές. Είναι λοιπόν σημαντικό να τονιστεί ότι τα μέσα ενημέρωσης μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο οι άντρες βλέπουν τα σώματα τους, αλλά δεν είναι ο μοναδικός ή κυρίαρχος αιτιολογικός παράγοντας. Αν συνέβαινε αυτό τότε περισσότεροι άντρες θα έπασχαν από διαταραχή μυϊκής δυσμορφίας. *(Olivardia R., 2001)*

Η επίγνωση της εικόνας σώματος δεν είναι απαραίτητα παθολογική. Αυτό που ουσιαστικά είναι το πρόβλημα, είναι το άκρο στο οποίο φτάνουν τα άτομα με διαταραχή μυϊκής δυσμορφίας. Στην πραγματικότητα, είναι απόλυτα φυσιολογικό κατά την εφηβεία. Το σώμα περνά τέτοιες σημαντικές αλλαγές κατά την εφηβεία που συνήθως τα αγόρια προσπαθούν κι αυτά να κατανοήσουν τις αλλαγές της εμφάνισης τους. Από τη στιγμή που και η σεξουαλικότητα και η συμμόρφωση αποτελούν σημαντικά σημεία της ανάπτυξης, το σώμα ξαφνικά γίνεται ένα προεξέχον σύμβολο μιας καινούργιας ταυτότητας. *(Rosenblum G.D., Lewis M., 1999, Olivardia R., 2001)*

Υπάρχουν αρκετές διαφορές μεταξύ των φυσιολογικών ανησυχιών για την εικόνα σώματος κατά την εφηβεία και της μυϊκής δυσμορφίας. Κατ' αρχήν η μυϊκή δυσμορφία περιλαμβάνει μια σημαντική διαταραχή της εικόνας σώματος, κατά την οποία υποτιμάται

το επίπεδο μυϊκής μάζας. Δεύτερον, η αυτοεκτίμηση σε άτομα με μυϊκή δυσμορφία μπορεί να εξαρτάται εξ' ολοκλήρου από την εμφάνιση, ενώ στους έφηβους περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένης και της εμφάνισης. Τρίτον, η εμμονή με το μέγεθος επηρεάζει την φυσιολογική λειτουργία, ενώ στους εφήβους χωρίς μυϊκή διαταραχή η άσκηση δεν επηρεάζει τη φυσιολογική λειτουργία. Τέλος, η ανάπτυξη ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως η χρήση αναβολικών, η αυστηρή δίαιτα ή η επεισοδιακή υπερφαγία και ο καθαρισμός (εμετός) είναι τυπικά χαρακτηριστικά της μυϊκής δυσμορφίας και όχι της εφηβείας. *(Olivardia R., 2001)*

2.3 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τα άτομα με μυϊκή δυσμορφία σπάνια αναζητούν θεραπεία. Αν αναζητήσουν θεραπεία θα είναι εξαιτίας της κατάθλιψης που τους δημιουργεί η εικόνα σώματος τους ή η κατάχρηση ουσιών. Η άρνηση τους να αναζητήσουν θεραπεία οφείλεται στην ντροπή και στην αμηχανία που νιώθουν για το σώμα τους. Μπορεί να νιώθουν «ευνουχισμένοι», ότι όλα είναι μάταια ή ακόμα και θηλυπρεπείς, συναισθήματα που τους εμποδίζουν να εκθέσουν το πρόβλημα τους σε άλλους. Συνήθως ο γιατρός είναι και το πρώτο πρόσωπο στο οποίο αποκαλύπτουν το πρόβλημα. Όταν τα άτομα με μυϊκή διαταραχή υποβάλλονται σε θεραπεία ο γιατρός πρέπει να αναπτύξει στενή σχέση μαζί τους, να ισχυροποιήσει τον χαρακτήρα τους, να αναγνωρίσει το θάρρος που έδειξαν ώστε να αναζητήσουν θεραπεία και να αναγνωρίσει τις επιφυλάξεις τους σχετικά με την θεραπεία. Μέσω αυτής της διαδικασίας ο γιατρός αποκτά αξιοπιστία και ισχυροποιεί τη «θεραπευτική συμμαχία». *(Olivardia R., 2001, Pope H.G.J., Phillips K.A., Olivardia R., 2000, Olivardia R., Pope H.G., Hudson J.I., 2000)*

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν αρκετές παρεμβατικές μέθοδοι. Η ψυχο-εκπαιδευτική προσέγγιση είναι απαραίτητη. Οι γιατροί μπορούν να εκτιμήσουν τα ιδανικά πρότυπα του ασθενή για την εικόνα σώματος του και πόσο ρεαλιστικά είναι. Επίσης πρέπει να γίνεται επιμόρφωση στον τομέα της διατροφής, τους κινδύνους των αναβολικών και το γεγονός ότι οι εικόνες που προβάλλουν τα μέσα ενημέρωσης δεν είναι αντιπροσωπευτικές του τι κάνουν οι άνθρωποι ή πως θα έπρεπε να είναι εξωτερικά.

Επίσης είναι σημαντικό να γνωρίζει ο εκάστοτε γιατρός πως αναπτύχθηκε η μυϊκή δυσμορφία, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην ηλικία κατά την οποία εμφανίστηκε. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να εξερευνήσει εμπειρίες με συνομηλίκους ή άλλα σημαντικά γεγονότα που μπορεί να έχουν παίξει ρόλο στην ανάπτυξη ανησυχιών σχετικών με την εμφάνιση. Για κάποιους ασθενείς μια συζήτηση για το φύλο και τη σεξουαλική τους ταυτότητα είναι επίσης απαραίτητη. *(Olivardia R., 2001, Pope H.G.J., Phillips K.A., Olivardia R., 2000)*

Οι στρατηγικές συμπεριφοράς μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα στην καταπολέμηση της διαταραχής. Αυτές οι στρατηγικές τονίζουν τη σημασία ελέγχου των καταναγκαστικών συμπεριφορών, όπως είναι η επεισοδιακή υπερφαγία ή η χρήση καθαρτικών και περιορίζουν τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές όπως είναι η άρση βαρών, το κοίταγμα στον καθρέπτη και η αναζήτηση επιβεβαίωσης. Η θεραπεία συμπεριφοράς περιλαμβάνει την κοινωνική έκθεση (όπως για παράδειγμα το να βγάλει κάποιος το πουκάμισο του σε δημόσιο χώρο ή να παραλείψει την άσκηση του στο γυμναστήριο). Η παύση των αναβολικών είναι ένας ακόμη στόχος. Επίσης κάποια ειδική αγωγή με φάρμακα μπορεί να είναι χρήσιμη και σ' αυτήν τη διαταραχή. *(Olivardia R., 2001)*

2.3 ε ΜΥΙΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η μυϊκή δυσμορφία σχετίζεται και με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Παρ' όλα αυτά η εμμονή με το μέγεθος και την μυϊκότητα, ή τη λεπτότητα και τη μυϊκότητα είναι κυρίαρχη. Για παράδειγμα, η υπερβολική δίαιτα πολλές φορές εξελίσσεται σε ολοκληρωμένη διατροφική διαταραχή, όπως είναι η βουλιμία. Η διαταραχή-διάθεσης και η διαταραχή-άγχους συνήθως συμβαίνουν ταυτόχρονα με τη μυϊκή δυσμορφία. *(Pope H.G., Phillips K.A., Olivardia R., 2000, American Psychiatric Association, 1994)*

Όμως αφού οι σκέψεις και οι συμπεριφορές που βιώνονται στη μυϊκή δυσμορφία είναι αποδυναμωτικές του εγώ, η διαταραχή μυϊκής δυσμορφίας δεν είναι απλά μια προέκταση της διαταραχής προσωπικότητας. Σε αντίθεση με τη ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας, κατά την οποία τα άτομα νιώθουν άβολα αν δεν βρίσκονται στο

επίκεντρο της προσοχής, οι άντρες με μυϊκή δυσμορφία βιώνουν αντίθετη εμπειρία. Νιώθουν τρομερά άβολα αν βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής. Αποφεύγουν δημόσιες εκδηλώσεις κυρίως γιατί πιστεύουν ότι μια τέτοια έκθεση τραβάει την προσοχή στην υποτιθέμενη έλλειψη μυϊκότητας τους. *(Pope H.G., Phillips K.A., Olivardia R., 2000)*

Οι άντρες με μυϊκή δυσμορφία αναφέρουν χαμηλή ή καθόλου αυτοεκτίμηση και ποτέ δεν θεωρούν τους εαυτούς τους σημαντικούς, πράγμα που εν μέρει εξηγεί την απέλπιδα προσπάθεια τους να αποκτήσουν το τέλειο σώμα ως ένα τρόπο να γίνουν σημαντικοί ή να κερδίσουν την αποδοχή. Τέλος, οι άντρες με μυϊκή δυσμορφία τείνουν να είναι πιο καταναγκαστικοί, σε σχέση με τα άτομα που πάσχουν από κάποια διαταραχή προσωπικότητας. *(Pope H.G., Phillips K.A., Olivardia R., 2000)*

Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για τη μυϊκή δυσμορφία, από τους 15 άντρες της πρώτης έρευνας κανένας δεν ανέφερε ενασχόληση με ένα συγκεκριμένο σημείο του σώματος. Μεταξύ όμως των γυναικών της δεύτερης μελέτης οι 10 περιέγραψαν προϋπάρχουσες ανησυχίες με άλλες περιοχές του σώματος, ξεχωριστές από την ενασχόληση τους με τη μυϊκότητα. 5 από αυτές (16%) θεωρούσαν ότι ένα σημείο του σώματος τους ήταν τόσο απαράδεκτο που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση. Στην τρίτη μελέτη όλα τα άτομα είχαν εμμονή με τουλάχιστον ένα σημείο του σώματος σε σχέση με το συνολικό μέγεθος του σώματος τους και τη μυϊκότητα τους. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

Οι διατροφικές διαταραχές μοιάζουν με τη μυϊκή δυσμορφία σε πολλά σημεία. Και οι δύο διαταραχές περιλαμβάνουν την ενασχόληση με αντιληπτικά σωματικά ελαττώματα, όπως επίσης και χαρακτηριστικές συμπεριφορές, όπως είναι οι απόπειρες να κρύψουν ή να καλύψουν τα ελαττώματα, οι μη φυσιολογικές διατροφικές συμπεριφορές και η υπερβολική άσκηση. Στις διατροφικές όμως διαταραχές και συγκεκριμένα στη νευρική ανορεξία, τα άτομα ασχολούνται με το γεγονός ότι είναι πολύ χοντρά. Για να αντιμετωπίσουν λοιπόν αυτή τη διαταραχή της εικόνας σώματος αναπτύσσουν πρώτα παθολογικά πρότυπα διατροφής και δευτερευόντως παθολογικά πρότυπα άσκησης. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

Στη μυϊκή δυσμορφία τα άτομα τείνουν να ανησυχούν αρχικά με την επίτευξη μεγαλύτερου μεγέθους και μυϊκότητας. Έτσι εστιάζουν πρώτα στην άσκηση και μετά στη

διατροφή. Στις τρέχουσες έρευνες πολλοί ασθενείς με μυϊκή δυσμορφία έχουν αναφέρει προ-παθολογικές διατροφικές διαταραχές. Σε προηγούμενη έρευνα (Pope H.G., Katz D.L., 1994) από τους 16 άντρες με αντίστροφη νευρική ανορεξία οι 2 ανέφεραν ιστορικό νευρικής ανορεξίας. Σε πιο πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη 2 (13%) από τους 15 άντρες με μυϊκή δυσμορφία ανέφεραν ιστορικό βουλιμίας. Από τις 32 γυναίκες αρσιβαρίστριες με χαρακτηριστικά μυϊκής δυσμορφίας, οι 15 (47%) ανέφεραν ιστορικό διατροφικής διαταραχής. 3 ανέφεραν νευρική ανορεξία, 9 βουλιμία και 3 ανέφεραν και τις δύο διαταραχές. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

Όπως οι διατροφικές διαταραχές έτσι και η διαταραχή μυϊκής δυσμορφίας μπορεί να συνδέονται με κατάχρηση πολλών ουσιών. Για παράδειγμα οι περισσότεροι άντρες που εξετάστηκαν, έκαναν χρήση αναβολικών. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

Κατά τη διάρκεια μιας προηγούμενης έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 1994 (Pope HG Jr and Katz DL.) στις περιοχές της Βοστώνης, του Λος Άντζελες και της Καλιφόρνιας για τη χρήση αναβολικών στους άντρες, πήραν μέρος 156 άντρες αρσιβαρίστες, 88 από τους οποίους ήταν χρήστες αναβολικών και 68 που δεν ήταν. Όλοι οι μετέχοντες στην έρευνα πέρασαν από μια συνέντευξη DSM-III-R καθώς και από ψυχιατρικές και άλλες ιατρικές ερωτήσεις. Βρέθηκαν λοιπόν, 16 μετέχοντες που θεωρούσαν τους εαυτούς τους σωματικά «μικρούς» και αδύνατους, παρά το γεγονός ότι ήταν «μεγάλοι» και μυώδεις.

Μια ερευνητική ομάδα στον Καναδά το 1995 βρήκε τα ίδια ευρήματα σε μια συγκριτική μελέτη 43 αρσιβαριστών, 48 δρομέων και 48 αθλητών πολεμικής τέχνης. Οι αρσιβαρίστες εμφάνισαν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια με το σώμα τους από τις άλλες ομάδες. Σ' αυτήν τη μελέτη 9 αρσιβαρίστες ανέφεραν χρήση αναβολικών σε σύγκριση με τον 1 δρομέα και κανένα από τους αθλητές πολεμικής τέχνης. Οι αρσιβαρίστες (χρήστες αναβολικών) διέφεραν από τους μη χρήστες στο ότι είχαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και μεγαλύτερο όγκο. *(Blouin A.G., Goldfield G.S., 1995)*

Η μυϊκή δυσμορφία μοιάζει επίσης και με την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή. Το άτομο βιώνει εμμονές για την μυϊκότητα του και ταυτόχρονα αναπτύσσει καταναγκαστικές συμπεριφορές, όπως είναι η σύγκριση, ο έλεγχος, η αναζήτηση επιβεβαίωσης και η υπερβολική άσκηση. Επειδή όμως η εικόνα σώματος είναι και το επίκεντρο αυτής της ενασχόλησης είναι προτιμότερο η μυϊκή δυσμορφία να καταταχτεί

ως μορφή της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας παρά σαν μορφή της ψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής διαταραχής. Είναι όμως πιθανόν να συνδέονται η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας και η ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

2.3 ζ Η ΜΥΙΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ 2 «ΦΥΛΑ»

Μπορεί η μυϊκή δυσμορφία να εμφανίζεται περισσότερο στους άντρες, σε αντίθεση με τις γυναίκες, αυτό όμως δεν παύει να σημαίνει ότι η μυϊκή δυσμορφία αφορά και τα δύο φύλα. Για να επιτύχουν την ιδανική εικόνα σώματος, πολλά άτομα με μυϊκή δυσμορφία υιοθετούν ένα τρόπο ζωής που περιστρέφεται γύρω από ένα πρόγραμμα εξάσκησης και σχολαστικής διατροφής. Πολλοί περνούν τόσες ώρες στο γυμναστήριο που παραιτούνται από τις στενές διαπροσωπικές τους σχέσεις ή και τις επαγγελματικές ευκαιρίες που τους παρουσιάζονται. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

Το φαινόμενο αυτό είναι εκτεταμένο στις γυναίκες αρσιβαρίστριες που κάνουν πρωταθλητισμό. 17 (53%) από τις 32 γυναίκες με χαρακτηριστικά μυϊκής δυσμορφίας ανέφεραν ότι δούλευαν σε γυμναστήριο, γιατί η ειδική διατροφή τους τις εμπόδιζε να κρατήσουν οποιαδήποτε άλλη δουλειά. 5 (15%) ανέφεραν ότι προτιμούσαν να ζουν μόνες τους, επειδή η παρουσία άλλου προσώπου μπορεί να έθετε σε κίνδυνο τη διατροφή και τη σωματική τους άσκηση. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

Σε μια δεύτερη μελέτη, που αφορούσε γυναίκες, αρχικά στόχευε να συγκρίνει γυναίκες αρσιβαρίστριες που είχαν κάνει χρήση αναβολικών με γυναίκες αρσιβαρίστριες που δεν είχαν κάνει χρήση αναβολικών. Παρ' όλο που αυτή η έρευνα δεν αναζητούσε περιπτώσεις με μυϊκή δυσμορφία, βρέθηκε ότι 32 (84%) αυτών των γυναικών ανέφερε σοβαρή εμμονή με την μυϊκότητα και τη λεπτότητα του σώματος σε βαθμό να βιώνουν κοινωνική και επαγγελματική βλάβη ή σοβαρή μελαγχολία. 12 από αυτές τις γυναίκες (38%) είχαν χρησιμοποιήσει αναβολικά ενώ 20 (62%) δεν είχαν. Στην τρίτη μελέτη αναζητήθηκαν άτομα και από τα δύο φύλα με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας. Βρέθηκε λοιπόν ότι από τα 193 άτομα τα 18 είχαν μυϊκή δυσμορφία. Όλα τα άτομα αυτά ήταν άντρες που πίστευαν ότι ήταν πολύ «μικροί», πολύ αδύνατοι και με ανεπαρκείς μύες. Όλοι παρουσίαζαν εμμονές με την εμφάνιση τους, που εστιάζονταν σε όργανα του

σώματος όπως το μόριο τους, τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα αυτιά τους και το πηγούνι. Οι συμπεριφορές που σχετίζονταν με αυτά τα χαρακτηριστικά ήταν η άρση βαρών, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού και οι ειδικές διατροφές, ο έλεγχος εικόνας στον καθρέπτη, η συνεχής σύγκριση με άλλους, η αναζήτηση επιβεβαίωσης, το καμουφλάρισμα με ρούχα και η χρήση επιπλέον ρούχων για την αύξηση του μεγέθους τους. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{ο} : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ- ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ- ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1 α ΟΡΙΣΜΟΣ- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Στην καθημερινή ζωή με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε μια κατάσταση θλίψης και μελαγχολίας, κάτι το οποίο συνήθως είναι παροδικό και μάλλον οφείλεται σε κάτι σχετικά ασήμαντο και επουσιώδες. Συμπερασματικά λοιπόν, μπορούμε να πούμε ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μια «άσχημη διάθεση», που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού κ.λ.π. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

Η κατάθλιψη διαφέρει από την Κλινική Κατάθλιψη η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες και είναι τόσο σοβαρά ώστε να επεμβαίνουν σε μεγάλο βαθμό στην καθημερινότητα ενός ατόμου. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία είναι υπεύθυνη για έναν συνδυασμό συμπτωμάτων, που δεν συναντώνται σε κάποια άλλη νόσο. Ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της Κατάθλιψης είναι και η «άσχημη διάθεση», από όπου προέκυψε και η ονομασία του συνδρόμου. Δεν είναι όμως το μοναδικό χαρακτηριστικό που παρουσιάζεται στο σύνδρομο αυτό, ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν ασθένεια, η Κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που

συμβάλλουν καθοριστικά στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

Τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι τα ακόλουθα:

- Συναίσθημα

Καταθλιπτική διάθεση

Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή, τις περισσότερες φορές περιγράφει τη διάθεση του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει σε μεγάλο βαθμό λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κτλ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι ότι το άτομο εμφανίζεται να κλαίει συχνά. Υπάρχει όμως περίπτωση το άτομο να περιγράψει τη διάθεση του και με λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια» ή μπορεί ακόμη να ισχυρίζεται ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο παρατηρείται κυρίως σε παιδιά, που όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπο τους. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ανηδονία

Με τον όρο Ανηδονία εννοούμε την απώλεια της ευχαρίστησης σε διάφορες δραστηριότητες που παλαιότερα ήταν ευχάριστες. Η Ανηδονία αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό. Η οικογένεια του όμως είναι σε θέση να το προσέξει.

Τέτοιες δραστηριότητες που τις περισσότερες φορές παύουν να είναι ευχάριστες είναι συνήθως το φαγητό, το σεξ, τα διάφορα χόμπυ, τα σπορ, οι κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. *(Μάνος Ν., 1997)*

Άγχος

Σε μεγάλο βαθμό οι καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικειμένου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως εφίδρωση, ταχυκαρδία κτλ. Η αναγνώριση αυτών των συμπτωμάτων που θα προκύψουν είναι σημαντική τόσο για τη διάγνωση, όσο και για τη

θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης οδηγεί στο να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή. *(Μάνος Ν., 1997)*

Διαταραχή του ύπνου

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, κυρίως αϋπνία, ενώ μερικές φορές εμφανίζεται και υπερυπνία (ιδιαίτερα συχνή στα παιδιά, τα νεαρά άτομα και τους ασθενείς με Διπολική διαταραχή). Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία που αντιμετωπίζει το άτομο να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις πέντε ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί. *(Μάνος Ν., 1997)*

Διαταραχή της όρεξης

Ένα μεγάλο μέρος των καταθλιπτικών ασθενών, παρουσιάζει ανορεξία που δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους (αν εμφανιστεί) μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Σε πολύ μικρότερο βαθμό εμφανίζεται η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους, κάτι το οποίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική διαταραχή. *(Μάνος Ν., 1997)*

Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παραπονιούνται συχνά ότι νιώθουν ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο γι αυτούς, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση-εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωρά η ημέρα. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)

Συχνή είναι η ελάττωση της libido, που ιδιαίτερα στους άντρες μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, κάτι το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα να τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό που εμφανίζουν σε μεγάλο βαθμό οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι η επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι απαντήσεις τους είναι «φτωχές» ή πολλές φορές και μονολεκτικές, ο λόγος τους δε γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα που παρουσιάζουν, μπορεί να φθάσει να μοιάζει με την κατατονία. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ψυχοκινητική διέγερση

Ένα μικρό ποσοστό των καταθλιπτικών ασθενών - ιδιαίτερα τα ηλικιωμένα άτομα - παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για την επιβράδυνση που συνήθως επικρατεί σε αυτή τη διαταραχή. Αυτό οδηγεί τους ασθενείς να βηματίζουν πάνω κάτω, να τραβούν τα μαλλιά τους, τα ρούχα τους, να παραπονιούνται έντονα, να φωνάζουν κ.α. *(Μάνος Ν., 1997)*

- Κινητοποίηση

Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επιπλέον και μια ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής (π.χ. εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κτλ.). Επιπλέον, χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα, αλλά και τη διάθεση να εκτελέσει τις συνηθισμένες του ασχολίες. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας

Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, από τα πιο απλά καθήκοντα, μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνιση του και την υγιεινή του. Επίσης, δεν κάνει όνειρα για το μέλλον και νιώθει ότι δεν υπάρχει ελπίδα να αλλάξει η κατάσταση του. *(Μάνος Ν., 1997)*

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι χωρίς αμφιβολία η αυτοκτονία. Η συχνότητα, με την οποία εμφανίζονται οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι το 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Η συχνότητα αυξάνει σε μεγαλύτερο βαθμό, σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης και το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 μέχρι 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Παρόλο, που αυτό φαίνεται παράδοξο, κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να πραγματοποιήσει μια απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί ακόμα αρκετά αρνητική, ώστε να θέλει σε μεγάλο βαθμό να σχεδιάσει να αυτοκτονήσει. *(Μάνος Ν., 1997)*

- Σκέψη-Αντίληψη

Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς πολλές φορές εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες αποτυχίες ή λάθη του παρελθόντος. Ο βαθμός αυτοκατηγόριας, όμως, είναι υπερβολικός, κάτι το οποίο φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα τα οποία εξιστορεί ο ασθενής είναι μηδαμινά, είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη απ' ότι του αναλογεί. Ακόμα το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζει ένα μεγάλο μέρος των ασθενών, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας, μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Στον ίδιο βαθμό επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση, καθώς οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοση τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγουμένων. Η ενοχή, η αναξιότητα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες. *(Μάνος Ν., 1997)*

Δυσκολία στη συγκέντρωση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς, τη περίοδο εκείνη που μπορεί να είναι έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις, είναι πιθανό να δυσκολεύονται να προσέξουν το τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, ένα ακόμα παράπονο που έχουν τα άτομα αυτά, έχει να κάνει με μια «έκπτωση της μνήμης» ή με μια δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται όταν προσπαθούν να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Επειδή τα ανοϊκά άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροποιήσει-διαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα.

Συχνά στους καταθλιπτικούς ασθενείς παρουσιάζεται επίσης και επιβράδυνση της σκέψης, καθώς και αναποφασιστικότητα. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ψύχωση

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντονο με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη που έχει κάνει. Επιπλέον μπορεί να εμφανισθούν και μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας.

Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν χωρίς να μπορεί να εξηγήσει τον λόγο κτλ. *(Μάνος Ν., 1997)*

- Σωματικά ενοχλήματα

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέρθηκαν παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κ.ά. βομβαρδίζονται με τέτοια σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος

στο στήθος κ.ά. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται σ' αυτούς τους καταθλιπτικούς ασθενείς, χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι όλα αυτά ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Δεν πρόκειται, όμως, για άλλου είδους κατάθλιψη. Ο κάθε γιατρός αυτό που θα πρέπει να σκεφθεί, είναι ότι το άτομο με τέτοια συμπτώματα μπορεί να έχει κατάθλιψη, οπότε ρωτώντας για άλλα συμπτώματα κατάθλιψης (εκτός των πόνων κτλ.), οδηγείται στη διάγνωσή της. *(Μάνος Ν., 1997)*

Δεν είναι απαραίτητο να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, αρκούν για να βγει η διάγνωση. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

3.1 β ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο (Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή, μοναδικό επεισόδιο) ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά επεισόδια (Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα), χωρίς ιστορικό μανιακού, μεικτού ή υπομανιακού επεισοδίου. Αν επισυμβεί κάποιο μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε Διπολική διαταραχή (εκτός, βέβαια, αν υπεύθυνη για την αλλαγή της διάθεσης είναι κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή, κάποια ουσία ή τοξίνη ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση, οπότε η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής διαταραχής παραμένει και μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της διαταραχής της διάθεσης προκαλούμενης από ουσίες, με μανιακά ή με μεικτά στοιχεία ή της Διαταραχής της διάθεσης οφειλόμενης σε γενική ιατρική κατάσταση, με μανιακά ή μεικτά στοιχεία). *(Μάνος Ν., 1997)*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή είναι:

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο

Α. Παρουσία ενός μοναδικού Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
Β. Το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
Γ. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. Σημείωση: Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδια έχουν προκληθεί από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
Προσδιορίστε (για το τρέχον ή το πιο πρόσφατο επεισόδιο): Προσδιοριστές Βαρύτητας/Ψύχωσης/Υφεσης Χρόνιο Με Κατατονικά Στοιχεία Με Μελαγχολικά Στοιχεία Με Άτυπα Στοιχεία Με Επιλόχεια Έναρξη

Μάνος, Ν, (1997). «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη: University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση, σελ. 196.

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα

Α. Παρουσία δύο ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών επεισοδίων. Σημείωση: Για να θεωρηθούν ξεχωριστά τα επεισόδια θα πρέπει να υπάρχει ένα μεσοδιάστημα 2 τουλάχιστον συνεχών μηνών κατά τους οποίους δεν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο.
Β. Τα Μείζονα Καταθλιπτικά επεισόδια δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, Παραληρητική διαταραχή ή Ψυχωτική διαταραχή

μη προσδιοριζόμενης αλλιώς.
Γ. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό επεισόδιο, Μεικτό επεισόδιο ή Υπομανιακό επεισόδιο. Σημείωση: Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδια προκαλούνται από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
Προσδιορίστε (για το τρέχον ή το πιο πρόσφατο επεισόδιο): Προσδιοριστές Βαρύτητας/Ψύχωσης/Ύφεσης Χρόνιο Με Κατατονικά Στοιχεία Με Μελαγχολικά Στοιχεία Με Άτυπα Στοιχεία Με Επιλόχεια Έναρξη
Προσδιορίστε: Προσδιοριστές Μακρόχρονης Πορείας (Με και Χωρίς Ανάρρωση Ανάμεσα στα Επεισόδια) Με Εποχιακό Σχήμα

Μάνος, Ν, (1997). «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη: University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση, σελ. 197.

3.1 γ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Από έρευνες που έχουν γίνει υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής διαταραχής σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-25°/ο για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες. Ο επιπολασμός (σημείου) της Μείζονος Καταθλιπτικής διαταραχής είναι 5%-9% για τις γυναίκες και 2%-3% για τους άντρες. *(Μάνος Ν., 1997, Σκαπινάκης Π., 1997)*

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη δύο φορές σχεδόν πιο συχνά απ' ότι οι άνδρες. Η διαφορά αυτή δεν έχει πλήρως εξηγηθεί. Κατ' αρχήν ένα

μέρος της μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες μπορεί να παραδέχονται πιο εύκολα από τους άνδρες τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα στις σχετικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

Τα ποσοστά αυτά που προκύπτουν, δεν φαίνεται να επηρεάζονται σε κανένα βαθμό από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή από το αν το άτομο είναι ανύπαντρο, παντρεμένο, χωρισμένο ή σε χηρεία. *(Μάνος Ν., 1997)*

Η Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σ' οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25 χρόνια. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ότι σε εφήβους και ενήλικους άντρες, αλλά παρόλο αυτά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα που εμφανίζεται και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25 και 44 ετών, ενώ ελαττώνεται σε σημαντικό βαθμό και για τους δύο φύλα μετά τα 65 χρόνια. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τέλος η Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζεται 1,5-3 φορές συχνότερα στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. Από μελέτες που έχουν γίνει, έχει προκύψει, ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για εξάρτηση από αλκοόλ στους ενήλικους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και ενδεχομένως για Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας στα παιδιά, των ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή. *(Μάνος Ν., 1997)*

3.1 δ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πρώτα απ' όλα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες διαταραχές γενικότερα). Έρευνες που έχουν διαρκέσει έτη, έχουν οδηγήσει σε μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στο σύνδρομο της κατάθλιψης. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυγκρασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη μ' αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την

άλλη, αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης: *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

[1] Γενετικοί παράγοντες

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη είναι αυξημένος, όταν υπάρχουν συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές κατάθλιψης. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου, θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται από γενιά σε γενιά. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη, θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λπ.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

[2] Βιολογικοί παράγοντες

α) Επιπλέον μέσα από έρευνες, έχουν βρεθεί και ορισμένες μη ψυχιατρικές παθήσεις που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό τους, είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν: [1] παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το εγκεφαλικό επεισόδιο. [2] Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων). [3] Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση [4] Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος [5] Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντι-υπερτασικό Αλντομέτ και το αλκοόλ. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

β) Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής γενικότερα στον αιώνα που πέρασε. Στη

δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευροδιαβιβαστές (βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τι οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους). Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης, υφίστανται σαν παρενέργεια ένα είδος κατάθλιψης. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο στάδιο ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

Στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευροδιαβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται σε μεγάλο βαθμό στην δημιουργία της κατάθλιψης. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας έχουν σαν στόχο να ανεβάσουν την συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

[3] Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

α) Αρκετές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής, έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π.χ. θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών κ.λ.π.) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

β) Παράγοντες που δρουν αργότερα:

(1) Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

(2) Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω

τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Βασισμένη σ' αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

(3) Τέλος αν και βρίσκονται ακόμη στα πρώτα στάδια, οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η έλλειψη μερικών θρεπτικών στοιχείων συμβάλλει σημαντικά στη γένεση ψυχικών παθήσεων. Φαίνεται μάλιστα ότι η επίδραση των φαγητών στη ψυχική διάθεση και συμπεριφορά, μπορεί να είναι άμεση και μακροχρόνια, λόγω του τρόπου με τον οποίο επηρεάζονται η δομή και η λειτουργία του εγκεφάλου. Η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με μειωμένη πρόσληψη ωμέγα 3 λιπαρών οξέων, λόγω μη επαρκούς κατανάλωσης ψαριών. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

3.1 ε ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Υπάρχουν θεραπείες, φάρμακα ή ψυχοθεραπείες, που είναι αποτελεσματικές για την κατάθλιψη. Μέσα από διάφορες έρευνες που έχουν διενεργηθεί, έχει βρεθεί ότι περισσότερες από το 80% των περιπτώσεων κατάθλιψης βελτιώνονται με την κατάλληλη θεραπεία. Η θεραπεία μειώνει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, μειώνει το χρόνο διάρκειας τους και βοηθά στην πρόληψη νέων επεισοδίων κατάθλιψης. Επιπλέον τα άτομα του περιβάλλοντος της οικογένειας των ατόμων που παρουσιάζουν σημάδια κατάθλιψης, μπορούν να βοηθήσουν και αυτά καθοριστικά, παρέχοντας και αναζητώντας υποστήριξη από ειδικούς γιατρούς, ψυχολόγους και άλλους συμβούλους. *(Σκαπινάκης Π., 1997)*

Το πρώτο μέλημα του κλινικού είναι οι επείγουσες καταστάσεις. Η αυτοκτονία αποτελεί αναμφισβήτητα τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τα άτομα που αντιμετωπίζουν κατάθλιψη και γι' αυτό θα πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε άτομο που παρουσιάζει κατάθλιψη. *(Μάνος Ν., 1997)*

Επιπλέον στην κατάθλιψη υπάρχει και το ενδεχόμενο να εμφανιστεί και κίνδυνος ανθρωποκτονίας, κάτι το οποίο δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής. Ο κίνδυνος αυτός συνδέεται κυρίως με ψυχωτική κατάθλιψη - με παραληρητικές ιδέες όπως π.χ. «τα παιδιά θα είναι καλύτερα αν πεθάνουν». *(Μάνος Ν., 1997)*

Οξεία ψυχωτική κατάθλιψη όπως και άρνηση λήψης τροφής ή πλήρης ανορεξία με τη συνεπακόλουθη απίσχνανση και εξάντληση επίσης αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, που πρέπει να αντιμετωπισθούν με νοσηλεία. Γενικότερα οι ενδείξεις νοσηλείας ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι: *(Μάνος Ν., 1997)*

- Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας
- Σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας
- Απώλεια της ικανότητας για φροντίδα του εαυτού είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης
- Οξείες παθολογικές καταστάσεις επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου που προέρχονται από την κατάθλιψη (π.χ. ανορεξία, αφυδάτωση)
- Συνακόλουθες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. σοβαρή καρδιακή νόσος) που απαιτούν ειδική διάγνωση και θεραπεία

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών - κυρίως της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται κατά βάση για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα πιο διαδεδομένα είναι τα Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (π.χ. Anafranil), τα παρόμοια ετεροκυκλικά (π.χ. Ludiomil), οι Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (π.χ. Aurorix) και οι Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (π.χ. Ladose, Seropram, Seroxat κ.λ.π). *(Μάνος Ν., 1997, Σκαπινάκης Π., 1997)*

Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών βασίζεται στην ικανότητα τους να ενδυναμώνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) έχουν δειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά και οι ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη (ακόμα δεν έχει βρεθεί πιο από τα δυο φάρμακα υπερτερεί). *(Μάνος Ν., 1997, Σκαπινάκης Π., 1997)*

Όσον αφορά τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ), είναι κατά κάποιο τρόπο η δεύτερη γραμμή επίθεσης στην κατάθλιψη, γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικά φάρμακα και με σοβαρότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ. Είναι χρήσιμα φάρμακα, όμως, για τις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη έχει άτυπα συμπτώματα, δεν απαντά στα τρικυκλικά ή στους ΕΑΕΣ ή υπάρχουν αντενδείξεις στη χρησιμοποίηση των τρικυκλικών. *(Μάνος Ν., 1997)*

Το ηλεκτροσόκ κυρίως ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά, ώστε να φθάσει σε σημείο να κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου και που η γρήγορη βελτίωση της κατάστασής του κρίνεται αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη). Αν και εφαρμόζονται διάφορα σχήματα, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. *(Μάνος Ν., 1997)*

Γενικά η θεραπεία ξεκινάει με κάποιο τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ή κάποιον ΕΑΕΣ και μόνο αν δεν υπάρξει αποτέλεσμα μέσα σε περίοδο 6-8 εβδομάδων, χρησιμοποιείται κάποιο άλλο τρικυκλικό ή ΕΑΕΣ (με διαφορετικό χημικό προφίλ όσον αφορά την επίδραση του στη νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη αλλά και στην ακετυλχολίνη), έναν αναστολέα της ΜΑΟ, ένα άλλο νεότερο αντικαταθλιπτικό ή ηλεκτροσόκ (ή ενίσχυση με λίθιο της δράσης του τρικυκλικού). *(Μάνος Ν., 1997)*

Επιπλέον Μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά), καταπραϋντικά, υπνωτικά και ελάσσονα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες κτλ.), μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν υπάρχουν

ψυχωτικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, σύγχυση, εκνευρισμός, αϋπνία κ.α. *(Μάνος Ν., 1997)*

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τα τελευταία χρόνια έχει διαδοθεί σημαντικά και η διαπροσωπική θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει ένα συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού διαπροσωπικών προβλημάτων, όπως πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές συγκρούσεις, αλλαγές ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη. *(Μάνος Ν., 1997)*

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση. *(Μάνος Ν., 1997)*

Η γνωστική θεραπεία με τη σειρά της, είναι μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται όσο περνάνε τα χρόνια όλο και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Αποτελείται από δομημένες συνεδρίες, που στοχεύουν στην αναγνώριση και διόρθωση των αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη. *(Μάνος Ν., 1997)*

Συνοψίζοντας από τα παραπάνω προκύπτει ότι καμία θεραπεία - σωματική ή ψυχοθεραπεία - δεν μπορεί να διεκδικήσει την αποκλειστικότητα για την κατάθλιψη. Αυτό που χρειάζεται είναι ένας συνδυασμός θεραπειών (μια κατάλληλη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας), που ο θεραπευτής να επιλέγει για την κάθε περίπτωση, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. *(Μάνος Ν., 1997, Σκαπινάκης Π., 1997)*

3.1 στ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης στις γυναίκες συνήθως ξεκινάνε από την εφηβεία μέχρι την ενηλικίωσή τους, όπου ο συναισθηματικός τους κόσμος και τα πιστεύω τους, επηρεάζονται από την εξωτερική τους εμφάνιση. Σύμφωνα με την Mc Carthy (1990), η έναρξη της κατάθλιψης στις γυναίκες και των διατροφικών διαταραχών, οφείλεται στο ότι οι περισσότερες γυναίκες δεν είναι ικανοποιημένες με το σώμα τους και προσπαθούν να πετύχουν μέσα από αυστηρές δίαιτες την αποδοχή από το άλλο φύλο, δημιουργώντας έτσι μια ελκυστική εικόνα, η οποία στην ουσία το μόνο που δημιουργεί είναι η στιγμιαία ικανοποίηση του εαυτού τους, αλλά και παράλληλα το αίσθημα του φόβου που οδηγεί στην απογοήτευση και στις διατροφικές διαταραχές.

Και οι γυναίκες και οι άντρες, που έχουν μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους, αδιαφορούν για το πόσο σημαντική είναι η σωματική τους υγεία και για το πόσο αξίζουν σαν άτομα. Από την άλλη πλευρά, η εξωτερική τους εικόνα σχετίζεται με τις διατροφικές διαταραχές. Και για τα δύο φύλα οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με υψηλό επίπεδο προβλημάτων με αυτούς που έχουν αρνητική εικόνα σώματος. *(Koenig, L. J., Wasserman, E. L., 1995)*

Προσπαθώντας να φτιάξουν μια καλύτερη εξωτερική εμφάνιση και επηρεασμένοι σε μεγάλο βαθμό από τα διάφορα πρότυπα που κυριαρχούν, για να μπορούν να γίνουν αποδεκτοί από το κοινωνικό τους περιβάλλον, δημιουργούν ακόμα πιο σοβαρά διατροφικά προβλήματα.

Η αποτυχία μιας διατροφικής αγωγής (δίαιτα), έχει σαν αποτέλεσμα την απογοήτευση και στη συνέχεια αυτό έχει σαν επακόλουθο την κατάθλιψη.

Οι λόγοι αποτυχίας μιας δίαιτας είναι διάφοροι. Η εμμονή και παράλληλα η επιμονή στο να πετύχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, οδηγεί τους περισσότερους στο να σκέφτονται αρνητικά και να μην μπορούν να επιτύχουν το στόχο τους. *(Koenig, L. J., Wasserman, E. L., 1995)*

Τα συμπτώματα που μπορεί να οδηγήσουν στην κατάθλιψη είναι η απαισιοδοξία και οι αυστηρές δίαιτες οι οποίες οδηγούν σε ψυχολογικό στρες.

Από διάφορες μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι για τους άντρες που αποτυγχάνουν στην πραγματοποίηση μιας δίαιτας, αυτό το γεγονός συνδέεται σε μεγαλύτερο βαθμό με το Mac (Mizes Anorectic Cognitions Scale) από ότι με το EAT 26, σαν αποτέλεσμα, αυτό αποδεικνύει ότι μπορούν να προβλεφθούν καλύτερα οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά το φαγητό από ότι η διατροφική συμπεριφορά. Αυτό είναι μια διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών. *(Koenig, L. J., Wasserman, E. L., 1995)*

Θα πρέπει να τονιστεί επίσης, ότι δεν είναι σωστό να χρησιμοποιούμε το ίδιο μέτρο σύγκρισης για τους άντρες και τις γυναίκες, γιατί διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η σχέση (που είναι δυσαρεστημένοι με το σώμα τους) είναι αντιστρόφως ανάλογη, γιατί πολλοί άντρες θέλουν να αυξήσουν το βάρος τους, αντί να το μειώσουν. *(Drewnowski A., Yee D. K., 1987)*

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι άντρες που είναι δυσαρεστημένοι με την εμφάνισή τους, δεν κάνουν δίαιτα, αλλά προτιμούν να αυξήσουν το σωματικό τους βάρος και το μυϊκό ιστό τους, χρησιμοποιώντας διάφορα συμπληρώματα διατροφής, κάνοντας γυμναστική και λαμβάνοντας στεροειδή. *(Yesalis C. E., Kennedy N. J., Kopstein A. N., et al, 1993)*

3.1 ζ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΡΕΣ

Μέσα από κλινικές έρευνες έχει βρεθεί ότι οι άντρες και οι γυναίκες βιώνουν διαφορετικά την κατάθλιψη και έχουν διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης της πάθησης τους. Τα κυριότερα συμπτώματα που εμφανίζουν οι άντρες, περιλαμβάνουν την ευερεθιστότητα, την αυξημένη απώλεια ελέγχου, τον αιφνίδιο θυμό, την εκδήλωση ριψοκίνδυνων συμπεριφορών και την επιθετικότητα. Οι άντρες, επιπλέον, έχουν περισσότερες πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας και εδώ είναι αξιοσημείωτο να τονιστεί ότι ο αριθμός των θανάτων λόγω αυτοκτονιών στους άντρες σύμφωνα με ορισμένες στατιστικές, είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τις γυναίκες. Και αυτό παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των αποπειρών αυτοκτονίας στις γυναίκες είναι μεγαλύτερος. *(American Journal of Geriatric Psychiatry, 2006)*

Οι άνδρες είναι συνήθως πιο πρόθυμοι να δηλώσουν ότι έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για τη δουλειά τους ή τα χόμπι τους και ότι παρουσιάζουν διαταραχές στον ύπνο. Ακόμα δηλώνουν πιο εύκολα σε σχέση με τις γυναίκες ένα πρόβλημα αλκοολισμού ή εθισμού στα ναρκωτικά. Παρόλο όμως, που οι άντρες διαγιγνώσκεται ότι πάσχουν από κατάθλιψη σπανιότερα σε αντίθεση με τις γυναίκες, καταφεύγουν πιο συχνά και σε μεγαλύτερο βαθμό στην κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ συγκριτικά με το άλλο φύλο. Από την άλλη μεριά όμως δεν εκμυστηρεύονται εύκολα ότι υποφέρουν από έντονα αισθήματα λύπης και ενοχών ή ότι αισθάνονται ανάξιοι για να κάνουν το οτιδήποτε. *(American Journal of Geriatric Psychiatry, 2006)*

Επιπλέον, οι άνδρες επειδή δεν επιθυμούν να παραδεχτούν ότι αισθάνονται εύθραυστοι ή ότι «αποτελεί αδυναμία η υποστήριξη από κάποιον άλλον», αντί να ζητήσουν βοήθεια ή να απευθυνθούν σε ειδικούς για την κατάλληλη θεραπεία, αντιδρούν με διαφορετικούς τρόπους. Μερικοί άνδρες με κατάθλιψη είναι δυνατόν να κατευθυνθούν προς το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά (όπως αναφέρθηκε παραπάνω). Άλλοι απογοητεύονται, αποθαρρύνονται, θυμώνουν εύκολα και γίνονται βίαιοι. *(American Journal of Geriatric Psychiatry, 2006)*

Ακόμα μια άλλη μερίδα ανδρών, αντιδρώντας στην κατάθλιψη, αφιερώνουν πολλές ώρες στη δουλειά, προσπαθώντας έτσι να κρύψουν την κατάθλιψη τους από τον ίδιο τον εαυτό τους, την οικογένεια τους και τους φίλους τους.

Επίσης ένας αριθμός αντρών με κατάθλιψη, αντιδρούν ενεργώντας ριψοκίνδυνα με αδιαφορία για τους κινδύνους , θέτοντας έτσι τον εαυτό τους σε επικίνδυνη θέση. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι θάνατοι λόγω αυτοκτονιών στους άνδρες, συχνά σχετίζονται με κατάθλιψη. Παρατηρείται σχεδόν σε όλες τις ηλικίες του ανδρικού φύλου, από την εφηβική περίοδο, μέχρι και τα βαθιά γεράματα. Στους ηλικιωμένους άνδρες ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος. Ο μεγάλος και ταυτόχρονα ανησυχητικός αριθμός αυτοκτονιών στους άνδρες πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνδρες δεν αναζητούν βοήθεια και θεραπεία όταν πάσχουν από κατάθλιψη. *(American Journal of Geriatric Psychiatry, 2006)*

3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ (ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ)

3.2 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ

Η κοινωνική φοβία, επίσης γνωστή ως κοινωνική διαταραχή ανησυχίας είναι μια έντονη φοβία του ατόμου να μην «ταπεινωθεί» ή ντροπιαστεί απέναντι σε άλλους ανθρώπους. Το φαινόμενο αυτό συχνά συμβαίνει σε οικογένειες και μπορεί να συνοδεύεται από κατάθλιψη ή αλκοολισμό. Η κοινωνική φοβία συνήθως ξεκινάει κατά την πρώρη εφηβεία ή ακόμα και σε νεότερη ηλικία. *(American Psychiatric Association,1994, Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., 1996)*

Οι άνθρωποι με κοινωνική φοβία νοιώθουν ότι είναι κατώτεροι των άλλων ανθρώπων. Ντρέπονται και «φοβούνται», αφού αισθάνονται ότι όλοι τους κοιτάνε και στα μόνα άτομα που έχουν εμπιστοσύνη, είναι τα πιο κοντινά τους άτομα. *(Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., 1996)*

Η κοινωνική φοβία διαταράζει τη ζωή του ατόμου και παρεμποδίζει τη σταδιοδρομία ή τις κοινωνικές του σχέσεις. *(Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., 1996)*

Είναι αλήθεια, ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων Αγοραφοβίας, τα φοβικά συμπτώματα είναι επιπλοκή της Διαταραχής Πανικού. Δηλαδή το άτομο, πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει τον φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει ν' αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν. *(Μάνος Ν., 1997)*

Μολονότι, συχνά, τέτοιες καταστάσεις είναι επισκέψεις σε μαγαζιά ή την αγορά γενικότερα (από όπου και ο όρος αγοραφοβία), ο βασικός φόβος των ασθενών αυτών είναι να βρίσκονται οι ασθενείς μακριά από την πηγή ασφάλειας τους. Έτσι, φοβούνται μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού σε δημόσιο χώρο και έρθουν σε δύσκολη θέση ή αμηχανία ή μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού και δεν είναι κοντά στο γιατρό τους ή κοντά σε κάποιο νοσοκομείο. Αρχίζουν, λοιπόν, να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο (μαγαζιά, εστιατόρια, την εκκλησία, τα θέατρα, τους κινηματογράφους κτλ.), καθώς και τις κάθε είδους απομακρύνσεις από τη βάση τους (το μέρος που αισθάνονται σιγουριά και ασφάλεια). Προοδευτικά, ο αριθμός των αγοραφοβικών καταστάσεων αυξάνει με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να

ταξιδέψει και ζητά συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία κάποιου συντρόφου. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Αγοραφοβία είναι:

Α. Η παρουσία Αγοραφοβίας που σχετίζεται με τον φόβο μήπως το άτομο αναπτύξει συμπτώματα παρόμοια του πανικού (π.χ. ζάλη ή διάρροια).
Β. Δεν έχουν ποτέ συμπληρωθεί τα κριτήρια για Διαταραχή Πανικού.
Γ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
Δ. Αν είναι παρούσα μια συνδεόμενη γενική ιατρική κατάσταση, ο φόβος που περιγράφεται στο κριτήριο Α είναι ξεκάθαρα μεγαλύτερος από αυτόν που συνήθως συνδέεται με την κατάσταση αυτή.

Μάνος, Ν, (1997). «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη: University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση, σελ. 258.

3.2 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες η κοινωνική φοβία έχει ένα ποσοστό διάρκειας ζωής 13,3 % και για ένα έτος ανέρχεται σε ένα ποσοστό 7,9% στα κοινοτικά δείγματα, που την κάνουν τη τρίτη επικρατέστερη ψυχιατρική διαταραχή, μετά από την κατάχρηση ουσιών και την κατάθλιψη. Στα κοινοτικά δείγματα, περιγράφηκαν φόβοι της δημόσιας ομιλίας, αλλά η εκτέλεση της ήταν ακόμη πιο δύσκολη. *(Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., 1996)*

Τα πρώτα συμπτώματα της κοινωνικής φοβίας εμφανίζονται στην ηλικία μεταξύ 11 και 19 ετών. Η ασθένεια σπάνια εμφανίζεται μετά από την ηλικία των 25 ετών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν είναι ασυνήθιστο μια υπάρχουσα κοινωνική φοβία να παραμείνει σε ύφεση για χρόνια, μέχρι ώσπου κάποια νέα κοινωνική ή επαγγελματική απαίτηση να αναγκάσει αυτά τα άτομα να φέρουν στην επιφάνεια αυτό το σύνδρομο. *(Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., 1996)*

Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες εμφανίζουν σε λίγο μεγαλύτερο βαθμό αυτή τη φοβία. Σε μια μελέτη, περίπου το ένα δεύτερο των ασθενών ανέφερε ότι η φοβία τους ξεκίνησε από μια συγκεκριμένη ενοχλητική εμπειρία στο παρελθόν. Οι υπόλοιποι ασθενείς ανέφεραν ότι είχαν τη φοβία από τότε που θυμόντουσαν τον εαυτό τους. *(Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., 1996)*

Η κοινωνική φοβία μπορεί να είναι χρόνια και αδιάλειπτη. Η εκλεκτική αποφυγή των κοινωνικών καταστάσεων μπορεί προσωρινά να μειώσει τα συμπτώματα, αλλά συνήθως αφήνει ανεπηρέαστους τους "βαθιά ριζωμένους" φόβους τους. Η ανικανότητα σε αυτά τα άτομα, μπορεί να παίζει τον κυρίαρχο ρόλο. Περίπου το 85% των ασθενών με αυτή τη διαταραχή αντιμετωπίζουν ακαδημαϊκές και επαγγελματικές δυσκολίες, που οφείλονται στην ανικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τις κοινωνικές απαιτήσεις, για να εξασφαλίσουν ή να διατηρήσουν τη θέση εργασίας ή τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Σε ένα επιδημιολογικό δείγμα, σχεδόν το ένα δεύτερο των ατόμων με κοινωνική φοβία ήταν ανίκανο να ολοκληρώσει το γυμνάσιο, το 70% ήταν στα χαμηλότερα δύο τεταρτημόρια της κοινωνικοοικονομικής θέσης και περίπου το 22% βρίσκονταν σε ευημερία. *(Scholing A.E., Emmelkamp P.M., 1990, Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., 1996)*

3.2 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται πολλές έρευνες για την αιτιολογία της διαταραχής της κοινωνικής φοβίας. Ιδιαίτερα δημοφιλείς τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει οι νευροβιολογικές θεωρίες γύρω από την παθοφυσιολογία του πανικού. Βιολογικές διαταραχές που πιθανολογούνται ότι μπορεί να αποτελούν το υπόστρωμα του πανικού περιλαμβάνουν αύξηση των κατεχολαμινών στο κεντρικό νευρικό σύστημα, κάποια ανωμαλία στον υπομέλανα τόπο, υπερευαισθησία στο CO_2, διαταραχές στον μεταβολισμό του γαλακτικού οξέος, διαταραχές στο νευροδιαβιβαστικό

σύστημα του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) κ.ά. και οι υποθέσεις γι' αυτές βασίζονται κυρίως στην ικανότητα διαφόρων ουσιών να προκαλούν προσβολές πανικού (π.χ. το CO_2, το γαλακτικό νάτριο, η ισοπροτερενόλη κ.ά.).

Μελέτες που έχουν γίνει με διδύμους και οικογένειες προτείνουν ότι η διαταραχή Πανικού και η κοινωνική φοβία μπορεί να είναι κληρονομική. Γι' αυτό το λόγο, υπήρξαν μελέτες με διδύμους που έδειξαν μέχρι και πέντε φορές μεγαλύτερη συχνότητα της διαταραχής σε μονοζυγώτες απ' ότι σε διζυγώτες, ενώ στις οικογενειακές μελέτες οι βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με διαταραχή Πανικού εμφανίζονται να έχουν τέσσερις ως επτά φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ν' αναπτύξουν Διαταραχή Πανικού απ' ότι η ομάδα ελέγχου. *(Μάνος Ν., 1997)*

Οι ψυχολογικές θεωρίες για την αιτιολογία του άγχους και του πανικού είναι πολλές. Η ψυχαναλυτική θεωρία, ακολουθώντας τη δεύτερη θεωρία του Freud για το άγχος, αποδίδει το άγχος σε ενδοψυχική σύγκρουση. Το άγχος δηλαδή θεωρείται ως απάντηση του εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις που έρχονται σε σύγκρουση με το εγώ και το υπερεγώ ή την πραγματικότητα. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή έχουμε δύο είδη άγχους: το προειδοποιητικό άγχος, που κινητοποιείται από το εγώ για να προειδοποιήσει το άτομο για την επαπειλούμενη εισβολή στο συνειδητό απαγορευμένων ενορμήσεων, οπότε και ενδυναμώνονται οι αμυντικοί μηχανισμοί για τον έλεγχο τους και διατηρείται η ψυχική ισορροπία και το αυτόματο (τραυματικό άγχος), που όταν συμβεί, το άτομο το βιώνει σαν πανικό και που μπορεί να εμφανισθεί όταν οι απαγορευμένες ενορμήσεις (είτε επειδή αδυνάτισαν οι άμυνες του εγώ είτε επειδή δυνάμωσαν πολύ οι ενορμήσεις) εισβάλουν στην συνείδηση. Οι ενδοψυχικές συγκρούσεις στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι και συνειδητές, οπωσδήποτε όμως καθώς το παιδί μεγαλώνει απωθούνται στο ασυνείδητο. Στην ενήλικη ζωή, όμως, διάφορες συνθήκες μπορεί να επανενεργοποιήσουν μια ασυνείδητη σύγκρουση και να προκαλέσουν άγχος. Συμβολικά, οι συνθήκες αυτές προκαλούν άγχος γιατί κινητοποιούν παιδικούς φόβους, οι οποίοι ήταν η αναμενόμενη συνέπεια (συχνά με τη μορφή φαντασιωμένης τιμωρίας) της ύπαρξης της απαγορευμένης επιθυμίας (π.χ. αν το παιδάκι επιθυμεί να σκοτώσει τον μικρό αδελφό του, φοβάται ότι θα το τιμωρήσουν αυστηρά). *(Μάνος Ν., 1997)*

Οι πιο τυπικοί φόβοι που μπορούν να επανενεργοποιηθούν στην ενήλικη ζωή είναι:

- απώλεια γονιού ή άλλου σημαντικού ατόμου ή αποχωρισμός από γονιό ή άλλο σημαντικό άτομο

- απώλεια της αγάπης λόγω θυμού ή αποδοκιμασίας από κάποιο σημαντικό άτομο
- βλάβη ή απώλεια των γεννητικών οργάνων (άγχος ευνουχισμού)
- απώλεια της αυτοεκτίμησης, όταν το άτομο δεν καταφέρνει να ανταποκριθεί στις ηθικές και άλλες αξίες που υιοθέτησε από τους γονείς του και άλλες σημαντικές μορφές

Μολονότι η δεύτερη θεωρία του Freud μπορεί να εξηγήσει αρκετές περιπτώσεις άγχους, υπάρχουν πολλές που δεν μπορεί να εξηγήσει. Γι αυτό το λόγο ο ψυχιατρικός κόσμος έφερε και πάλι στο προσκήνιο την πρώτη θεωρία του Freud για το άγχος. Η πρώτη θεωρία του Freud για το άγχος πρέσβευε (χωρίς ψυχοδυναμικές πολυπλοκότητες που αποτέλεσαν τη δεύτερη θεωρία) ότι το άγχος προέρχεται από απωθημένες σεξουαλικές ενορμήσεις. Ότι δηλαδή όταν η ψυχική ενέργεια που συνδέεται μ' αυτές τις μη αποδεκτές σεξουαλικές ενορμήσεις γίνεται πιο δυνατή από την απώθηση που τις συγκρατεί στο ασυνείδητο, τότε εισβάλλει μέσα στο συνειδητό με τη μορφή του άγχους (μεταμορφώνεται σε άγχος). Η πρώτη αυτή θεωρία παρόλο που σήμερα δεν μπορεί να γίνει αυτούσια αποδεκτή, εντούτοις βρίσκεται πιο κοντά στις σημερινές βιολογικές θεωρήσεις, αφού μιλά γενικά για το άγχος με όρους φυσιολογίας ή βιολογικής μεταμόρφωσης. *(Μάνος Ν., 1997)*

Η μαθησιακή θεωρία πρεσβεύει ότι το άγχος είναι μια εξαρτημένη απάντηση σε κάποια περιβαλλοντική κατάσταση που προκάλεσε φόβο (π.χ. αυτοκινητιστικό δυστύχημα), οπότε αργότερα και μόνη η αίσθηση κάποιας σωματικής αντίδρασης, π.χ. ταχυκαρδίας, μπορεί να δημιουργήσει εξαρτημένα μια προσβολή πανικού ή κάποια αγχώδη κατάσταση. *(Μάνος Ν., 1997)*

3.2 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όσον αφορά τη θεραπευτική προσέγγιση, πρώτα απ' όλα δημιουργείται ένα υποστηρικτικό ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο αισιοδοξίας, συμπαράστασης και αγωνιστικότητας. Μέσα στο πλαίσιο αυτό της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, που ανεβάζει το ηθικό και την αυτοεκτίμηση του ασθενή, εφαρμόζεται κατόπιν η θεραπευτική αντιμετώπιση του κάθε στοιχείου ειδικά. *(Μάνος Ν., 1997)*

Η επιλογή θεραπείας περιλαμβάνει τις προτιμήσεις του μεμονωμένου ασθενή (μέσα από συζήτηση ασθενή-θεραπευτή), τα συμπτώματα και τους στόχους της θεραπείας, καθώς τα

οφέλη και τους κινδύνους που θα υπάρξουν από την επιλογή της εκάστοτε θεραπείας. *(Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., 1996)*

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (ή γνωστική ψυχοθεραπεία) βοηθάει τους ανθρώπους να δουν τις κοινωνικές καταστάσεις διαφορετικά, έτσι ώστε να μην τις φοβούνται πλέον. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η θεραπεία πραγματοποιείται είτε μεμονωμένα (με ένα ασθενή κάθε φορά), είτε κατά προτίμηση σε ένα σύνολο ατόμων (μέσα σε μια ομάδα) και διαρκεί συνήθως για 16 με 24 συνεδρίες. Η θεραπεία περιλαμβάνει την εκμάθηση των ατόμων για να μειώσουν την ανησυχία, καθώς επίσης και να βελτιώσουν τις κοινωνικές και επικοινωνιακές τους σχέσεις. Επιπλέον ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του να κατανοήσει ότι το άγχος και ιδιαίτερα ο πανικός συνδέονται με λανθασμένες καταστροφικές σκέψεις/πεποιθήσεις. *(Μάνος Ν., 1997, Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., 1996)*

Η αγοραφοβία αντιμετωπίζεται με θεραπεία συμπεριφοράς και ειδικότερα με βαθμιαία και προοδευτική (κλιμακωτή) έκθεση in vivo του ατόμου σε συνεχώς και πιο δύσκολες αγοραφοβικές καταστάσεις. *(Μάνος Ν., 1997)*

Όσον αφορά τη δυναμική ψυχοθεραπεία, αυτή μπορεί να χρειασθεί για τις περιπτώσεις εκείνες που το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με συγκρούσεις (π.χ. για τον αποχωρισμό από σημαντικά άτομα) ή αντιδράσεις προς το περιβάλλον που πρέπει να διερευνηθούν πριν/και για να γίνει δυνατό να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Έτσι, π.χ., κάποια άτομα φοβούμενα ασυνείδητα τον αποχωρισμό μπορεί να μην τολμούν να εκτεθούν στη συμπεριφορική θεραπεία πριν λύσουν τις συγκρούσεις τους γύρω από τον «κίνδυνο» της αυτονομίας. *(Μάνος Ν., 1997)*

Φαρμακευτική αγωγή θα χρησιμοποιηθεί μόνη ή καλύτερα σε συνδυασμό με την υποστηρικτική-γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση, αν ο ασθενής δεν μπορεί να ακολουθήσει μόνο την ψυχολογική θεραπεία. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως η ιμιπραμίνη, η χλωριμιπραμίνη κ.ά. και εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) όπως η φλουοξετίνη, η παροξετίνη κ.ά. είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία του πανικού και της αγοραφοβίας γιατί εμποδίζουν τις προσβολές πανικού ίσως και στο 80% των ασθενών. (Οι αναστολείς της ΜΑΟ μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν, αν αποτύχουν τα τρικυκλικά ή οι ΕΑΕΣ). *(Μάνος Ν., 1997)*

Η βενζοδιαζεπίνη αλπραζολάμη είναι επίσης αποτελεσματική, αλλά μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση (οπότε κι αν δοθεί πρέπει να διακοπεί σε λίγους μήνες). *(Μάνος Ν., 1997)*

Όσον αφορά τη δοσολογία των φαρμάκων, τα τρικυκλικά χορηγούνται σε δόσεις 150-300 mg, οι ΕΑΕΣ π.χ. φλουοξετίνη σε δόση 20 mg και η αλπραζολάμη σε δόσεις 2-6 mg ημερησίως. *(Μάνος Ν., 1997)*

Πάντως, εφόσον ελεγχθούν οι πανικοί, ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει την αγωγή για 6 μήνες έως 1 χρόνο. Μετά τη (βαθμιαία) διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής κάποιοι ασθενείς αμέσως ή αργότερα υποτροπιάζουν, οπότε μερικοί από αυτούς μπορεί να χρειασθεί να παίρνουν φάρμακα σε χρόνια βάση. *(Μάνος Ν., 1997)*

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι με περίπου 20 ελεγχόμενες έρευνες, που πραγματοποίησαν οι Weiller E., Bisserbe J.C. και Boyer P. (μέχρι το 1996), μελέτησαν τις διάφορες θεραπευτικές επεμβάσεις για την κοινωνική φοβία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να ωφελήσει τουλάχιστον το 75% των ασθενών με αυτή την ασθένεια. Επιπλέον μέσα από αυτές τις έρευνες, έγινε γνωστό ότι τα ποσοστά υποτροπής μετά από την αναστολή της γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας, είναι σημαντικά λιγότερα (έως 17%) από εκείνα μετά από την αναστολή της φαρμακευτικής αγωγής (έως 50%). Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε ότι τα συνολικά στοιχεία της μελέτης υποστηρίζουν ότι η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί το καλύτερη αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας, ενώ θα πρέπει να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα για το αν ο συνδυασμός γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής, αποδίδει καλύτερα αποτελέσματα. *(Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., 1996)*

3.3 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ-ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΨΚΔ)

3.3 α ΟΡΙΣΜΟΣ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Το βασικό χαρακτηριστικό της ΨΚΔ είναι οι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλίσκουν περισσότερο από 1 ώρα την ημέρα από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ο όρος ψυχαναγκασμός (ή ιδεοληψία) αναφέρεται σε έμμονες σκέψεις που μπορούν να πάρουν τη μορφή μιας λέξης, μιας φράσης ή μιας εικόνας. Επίσης μπορεί να αναφέρεται σε μια συνεχή απασχόληση με ένα συγκεκριμένο θέμα ή σε μια ιδέα του ατόμου - φόβος και ταυτόχρονα επιθυμία ότι θα κάνει κάτι κακό (π.χ. φόβος μόλυνσης ή φόβος του μήπως σκοτώσει). Οι πιο συχνοί ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις αμφιβολίας (π.χ. αν κλείδωσε την πόρτα), μόλυνσης (π.χ. μήπως μολυνθεί κάνοντας χειραψία), τακτοποίησης (π.χ. έντονη δυσφορία αν κάποια αντικείμενα είναι μη συμμετρικά τακτοποιημένα), παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας (π.χ. να σκοτώσει το παιδί του/της) ή σεξουαλικές εικόνες/φαντασιώσεις (π.χ. επαναλαμβανόμενες πορνογραφικές εικόνες). Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τους ψυχαναγκασμούς ή να τους εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη (π.χ. με κάποιο καταναγκασμό). *(Μάνος Ν., 1997)*

Οι καταναγκαστικές πράξεις συνίστανται σε στερεότυπες συμπεριφορές, που λαμβάνουν τη μορφή ιεροτελεστιών και επαναλαμβάνονται επίμονα και συνεχώς. Μπορεί να είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος), ή νοητικές πράξεις (προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει, (διαφορετικά νιώθει υπέρμετρο άγχος), ως απάντηση σε ένα ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι καταναγκασμοί αυτοί ενώ αναγνωρίζονται από τον ασθενή ως ανούσιες ή υπερβολικές πράξεις και εκτελούνται ακούσια και με αίσθημα δυσφορίας, ωστόσο κρίνεται εξαιρετικά δυσχερές, αν όχι αδύνατο, από τον ίδιο να τις σταματήσει. Οι πιο κοινοί καταναγκασμοί είναι πλυσίματος και καθαρισμού, μέτρησης, ελέγχου,

αναζήτησης διαβεβαιώσεων/καθησυχασμού, επανάληψης πράξεων και τακτοποίησης. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είναι:

Α. Είτε ψυχαναγκασμοί, είτε καταναγκασμοί: Ψυχαναγκασμοί όπως ορίζονται από το (1), (2), (3) και (4): 1. επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που βιώνονται, κάποια στιγμή στη διάρκεια της διαταραχής, ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που προκαλούν έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση. 2. οι σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες δεν είναι απλώς υπερβολικές ανησυχίες για πραγματικά προβλήματα της ζωής. 3. το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τέτοιες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη. 4. το άτομο αναγνωρίζει ότι οι ψυχαναγκαστικές σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες είναι προϊόν του μυαλού του. Καταναγκασμοί όπως ορίζονται από το (1) και (2): 1. επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά) τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει ως απάντηση σ' ένα ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. 2. οι συμπεριφορές ή οι νοητικές πράξεις έχουν σαν σκοπό να αποτρέψουν ή να μειώσουν υποκειμενική ενόχληση ή να αποτρέψουν κάποιο γεγονός ή κατάσταση που το άτομο φοβάται, εντούτοις αυτές οι συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις είτε δεν είναι συνδεδεμένες κατά κάποιο ρεαλιστικό τρόπο μ' αυτό που είναι σχεδιασμένες να εξουδετερώσουν ή να αποτρέψουν είτε είναι σαφώς υπερβολικές.
Β. Σε κάποιο σημείο στην πορεία της διαταραχής το άτομο έχει αναγνωρίσει ότι οι ψυχαναγκασμοί ή οι καταναγκασμοί είναι υπερβολικοί ή παράλογοι. (αυτό δεν ισχύει για παιδιά)

Γ. Οι ψυχαναγκασμοί ή οι καταναγκασμοί προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, καταναλίσκουν χρόνο (περισσότερο από 1 ώρα τη μέρα) ή παρεμποδίζουν σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική λειτουργικότητα του ή τις συνηθισμένες κοινωνικές του δραστηριότητες ή σχέσεις.
Δ. Αν είναι παρούσα κάποια άλλη διαταραχή, το περιεχόμενο των ψυχαναγκασμών δεν περιορίζεται σ' αυτήν (π.χ. ενασχόληση με τροφή σε παρουσία Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής, τράβηγμα τριχών σε παρουσία Τριχοτιλλομανίας, ανησυχία για την εμφάνιση σε παρουσία Συνδρόμου Σωματικής Δυσμορφίας κτλ)
Ε. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Μάνος, Ν, (1997). «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη: University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση, σελ. 279

3.3 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η διαταραχή εμφανίζεται συνήθως σε πρώιμα στάδια της παιδικής ηλικίας και στην ενήλικη ζωή αποβαίνει ιδιαίτερα δυσλειτουργική. Γενικά αρχίζει νωρίτερα στα αγόρια. Η έναρξη είναι βαθμιαία, σπάνια απότομη. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν χρόνια πορεία με υφέσεις και εξάρσεις (συχνά μετά από στρες). Ακόμη η διαταραχή αυτή σχετίζεται με την κατάθλιψη σε τέτοιο βαθμό ώστε η διάκριση τους να γίνεται ιδιαίτερα δυσχερής. *(ΚΕ.ΣΥ.Ψ.Υ.,2001, Μάνος Ν., 1997)*

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή είναι σχεδόν το ίδιο κοινή σε άντρες και γυναίκες, με μια μικρή κυριαρχία των γυναικών (Foa and Kozak, 1995, Karno, 1998, Rasmussen and Eisen, 1992). Σε κλινικά δείγματα έχει αναφερθεί ότι η διαταραχή ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού εκδηλώνεται νωρίτερα στους άντρες (συνήθως 3 ή περισσότερα χρόνια) (Castle, 1995; Noshirvani, 1991; Rasmussen and Eisen, 1992). *(Phillips G., Katharine A.M.D., and Susan F.M.D., 1995)*

Έχουν βρεθεί και άλλες διαφορές μεταξύ των φύλων στη διαταραχή ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού, οι οποίες στις γυναίκες κυρίως συμπεριλαμβάνουν μεγαλύτερες αναλογίες γάμων, προ-παθολογίες κατάθλιψης και διατροφικών διαταραχών (Castle, 1995; Kasvikis, 1986; Noshirvani, 1991), παρ' όλο που μια μελέτη βρήκε ίδιες αναλογίες διατροφικών διαταραχών σε άντρες και γυναίκες με διαταραχή ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού (Rubenstein, 1992). *(Phillips G., Katharine A.M.D., and Susan F.M.D., 1995)*

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής στα παιδιά είναι γενικά τα ίδια όπως και στους ενηλίκους. Αν και η ΨΚΔ θεωρούνταν μέχρι πρότινος ότι είναι σχετικά σπάνια, πρόσφατες μελέτες αποδίδουν επιπολασμό ζωής 2,5% και επιπολασμό έτους 1,5% ως 2,1%. *(Μάνος Ν., 1997)*

3.3 γ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Προς το παρόν δεν έχει βρεθεί κάποια συγκεκριμένη αιτία. Φαίνεται πως για κάθε άτομο με ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή υπάρχει μια διαφορετική αιτιολογία. Πιθανόν να σχετίζεται με σημαντικά γεγονότα της ζωής, με το οικογενειακό ιστορικό καθώς και με ασυνείδητα αισθήματα ανησυχίας και ανασφάλειας. Βέβαια, οι έρευνες για το θέμα αυτό συνεχίζονται. *(ΚΕ.ΣΥ.Ψ.Υ., 2001)*

Για την αιτιολογία της ΨΚΔ έχουν προταθεί πολλές θεωρίες-γενετικές, ψυχοδυναμικές, μαθησιακές (συμπεριφορικές), νευροβιολογικές, χωρίς καμία από μόνη της να είναι αρκετή να την ερμηνεύσει. Μελέτες σε διδύμους έχουν δείξει μεγαλύτερη συχνότητα ΨΚΔ στους μονοζυγώτες από ότι στους διζυγώτες. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η συχνότητα της ΨΚΔ είναι μεγαλύτερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με ΨΚΔ, απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. *(Μάνος Ν., 1997)*

Για πολλά χρόνια ψυχαναλυτικά προσανατολισμένοι κλινικοί θεωρούσαν ότι η ΨΚΔ οφείλεται σε καθήλωση του ατόμου στη γεννητική του φάση και παλινδρόμηση στην προηγούμενή της πρωκτική φάση, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη ενασχόληση με θυμό, βρωμιά, από μαγική σκέψη και από αμφιθυμία. Το αποτέλεσμα κατ' αυτούς ήταν η ανάπτυξη ενός έντονα αυστηρού υπερεγώ και μιας ποικιλίας νευρωτικών αμυντικών

μηχανισμών – μόνωσης, αντισταθμιστικής συμπτωματολογίας, ματαίωσης, που στόχο είχαν να ελέγξουν το εσωτερικό άγχος του ατόμου. *(Μάνος Ν., 1997)*

Η μαθησιακή θεωρία πρεσβεύει ότι η ΨΚΔ αναπτύσσεται σε δυο στάδια. Πρώτα το άτομο συνδέει το άγχος με κάποιο ψυχικό γεγονός και μετέπειτα εκτελεί κάποια τελετουργία για να μειώσει το άγχος. Αν ο χειρισμός αυτός λειτουργήσει, τότε ενισχύεται η επανάληψη της τελετουργίας και το αποτέλεσμα είναι μια καταναγκαστική ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Αντίστοιχα κάποιες σκέψεις ή εικόνες μπορεί να συνδυασθούν με μείωση του άγχους, οπότε οδηγούν σε καταναγκαστικές νοητικές πράξεις. *(Μάνος Ν., 1997)*

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί στη νευροβιολογία της ΨΚΔ. Έχει ήδη παρατηρηθεί ότι ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα εμφανίζονται με ιδιαίτερη συχνότητα σε νευρολογικές διαταραχές, όπως το τραύμα κεφαλής, η επιληψία, ή μετά από εγκεφαλίτιδα κ.α. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί ότι η ΨΚΔ ενδεχομένως συνδέεται με τραύμα κατά τη γέννηση, με ανώμαλα ΗΕΓ ή ακουστικά προκλητά δυναμικά ή ότι σε πειραματόζωα αμφοτερόπλευρες βλάβες του ιππόκαμπου οδηγούν σε στερεοτυπικές συμπεριφορές που μοιάζουν με καταναγκαστικές τελετουργίες – ευρήματα που όλα συνηγορούν για βιολογική προέλευση της ΨΚΔ. *(Μάνος Ν., 1997)*

Σύμφωνα με πιο πρόσφατα ευρήματα οι ειδικοί οδηγήθηκαν στην υπόθεση ότι στην ΨΚΔ υπάρχει δυσλειτουργία στο επίπεδο των βασικών γαγγλίων, που ευθύνεται ίσως για τους καταναγκασμούς και την προμετωπιαία δραστηριότητα, που ευθύνεται ίσως για τους ψυχαναγκασμούς (είναι γνωστό ότι υπάρχουν σημαντικές διασυνδέσεις μεταξύ βασικών γαγγλίων και προμετωπιαίου φλοιού). *(Μάνος Ν., 1997)*

Τέλος η νευροβιοχημική έρευνα της σεροτονίνης συνδέει τον νευροδιαβιβαστή αυτόν με την ΨΚΔ. Η σεροτονίνη θεωρείται ότι διαμεσολαβεί συμπεριφορές χαρακτηριζόμενες από παρορμητικότητα, αυτοκτονικότητα, επιθετικότητα και ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα. *(Μάνος Ν., 1997)*

3.3 δ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Υπάρχουν αρκετές προτεινόμενες θεραπείες αλλά οι πιο αποτελεσματικές μέχρι τώρα είναι η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία σε συνδυασμό με ή χωρίς φαρμακοθεραπεία. *(ΚΕ.ΣΥ.Ψ.Υ., 2001)*

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία βοηθά τα άτομα να αντιμετωπίσουν το άγχος που προκαλείται από τις ιδεοληπτικές σκέψεις και τις ψυχαναγκαστικές πράξεις και να ελέγξουν την επαναλαμβανόμενη, κυκλική συμπεριφορά τους. Επιπλέον, η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία βοηθά τα άτομα να υιοθετήσουν εναλλακτικούς τρόπους σκέψης και αντίδρασης τους οποίους μπορούν να χρησιμοποιήσουν όταν είναι απαραίτητο. *(ΚΕ.ΣΥ.Ψ.Υ., 2001)*

Η φαρμακοθεραπεία χρησιμοποιείται συνεχώς και περισσότερο για τη θεραπεία της ΨΚΔ μόνη ή σε συνδυασμό με τη θεραπεία συμπεριφοράς, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Ορισμένα φάρμακα όπως το τρικυκλικό χλωριμιπραμίνη και οι ΕΑΕΣ (εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) έχει δειχθεί ότι έχουν σαφείς αντί-ΨΚ ιδιότητες και η χρήση τους έχει βοηθήσει μεγάλο αριθμό ατόμων με ΨΚΔ. *(Μάνος Ν., 1997)*

Η χλωριμιπραμίνη σε δόσεις 150-300 mg ημερησίως είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, αν και αντιχολινεργικές παρενέργειες (όπως ξηρότητα στόματος, δυσκοιλιότητα, θόλωση της όρασης, κατακράτηση ούρων) και άλλες παρενέργειες (όπως καταστολή και ορθοστατική υπόταση) δημιουργούν προβλήματα στους ασθενείς. Οι ΕΑΕΣ χρησιμοποιούνται σε δόσεις μεγαλύτερες από ότι για την κατάθλιψη (π.χ. φλουοξετίνη 60-80mg ημερησίως, φλουβοξαμίνη 200-300mg ημερησίως) και είναι κι αυτοί αποτελεσματικοί, όπως και η χλωρομιπραμίνη και στους ψυχαναγκασμούς και στους καταναγκασμούς και άσχετα αν υπάρχει κατάθλιψη ή όχι. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ο βαθμός βελτίωσης με τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να φτάσει και το 80% και πρέπει να συνεχισθεί για μακρό χρονικό διάστημα, καθώς οι ασθενείς τείνουν να υποτροπιάσουν αν η αγωγή διακοπεί. *(Μάνος Ν., 1997)*

Ιδιαίτερη θέση στη θεραπεία της ΨΚΔ έχει και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, που συνεπικουρεί και τη συμπεριφορική και τη φαρμακευτική θεραπεία, προσφέροντας ενθάρρυνση, ανύψωση του ηθικού και πρακτικές λύσεις στα προβλήματα του ασθενή. Η

οικογενειακή θεραπεία μπορεί επίσης να βοηθήσει κατά τη θεραπεία του ατόμου με ΨΚΔ, με ενημέρωση των μελών της οικογένειας για τη φύση της αρρώστιας και εκμάθηση του πώς να δείχνουν κατανόηση αλλά να μην ενθαρρύνουν την ΨΚ συμπεριφορά (π.χ. να μην ελέγχουν όλες τις πόρτες και τα παράθυρα πριν πάνε για ύπνο, όπως τους ζητά ο ΨΚ ασθενής). Ομάδες αυτοβοήθειας με την ενημέρωση και τη συμπαράσταση που προσφέρουν, είναι επίσης πολύ χρήσιμες στην αντιμετώπιση της ΨΚΔ. Συνήθως, η εξάλειψη της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής πετυχαίνεται με το συνδυασμό θεραπειών που ίσως να περιλαμβάνει και επιπλέον τεχνικές. *(Μάνος Ν., 1997)*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

4.1 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

4.1 α ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ψυχολογία της προσωπικότητας είναι ένα παρακλάδι της ψυχολογίας που μελετά την προσωπικότητα και τις διαφορές των ατόμων. Πρώτος στόχος αυτού του κλάδου είναι να κατασκευάσει μια κατανοητή εικόνα του ατόμου και των βασικών ψυχολογικών του χαρακτηριστικών. Δεύτερος στόχος είναι η μελέτη των ατομικών διαφορών, με άλλα λόγια ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι διαφέρουν ο ένας από τον άλλον. Τρίτος σκοπός είναι η εξέταση της ανθρώπινης φύσης και το πως οι άνθρωποι μοιάζουν μεταξύ τους. Αυτοί οι τρεις σκοποί συγχωνεύονται στη μελέτη της προσωπικότητας. *(Bradberry T., 2007)*

Η προσωπικότητα μπορεί να ορισθεί ως ένα δυναμικό και οργανωμένο σύνολο χαρακτηριστικών που κατέχει ένα άτομο και το οποίο επηρεάζει μοναδικά τις αντιλήψεις, τα κίνητρα και τις συμπεριφορές του σε διάφορες περιστάσεις *(Ryckman R., 2004)*.

Ο πρωτοπόρος Αμερικανός ψυχολόγος Gordon Allport (1937) περιέγραψε δύο βασικούς τρόπους μελέτης της προσωπικότητας, τον νομοθετικό και τον ιδιογραφικό. Η νομοθετική ψυχολογία αναζητά γενικούς νόμους που μπορεί να ανταποκρίνονται σε πολλούς διαφορετικούς ανθρώπους, όπως είναι η αρχή της αυτοπραγμάτωσης ή το χαρακτηριστικό της εξωστρέφειας. Η ιδιογραφική ψυχολογία είναι η απόπειρα κατανόησης των μοναδικών πλευρών ενός συγκεκριμένου ατόμου.

Η μελέτη της προσωπικότητας έχει πλούσια ιστορία στην ψυχολογία αλλά και έλλειψη θεωρητικών παραδόσεων. Οι κύριες θεωρίες περιλαμβάνουν το χαρακτηριστικό της προδιάθεσης, την ψυχοδυναμική, την ανθρωπιστική, τη βιολογική, την θεωρία της συμπεριφοράς και της κοινωνικής μάθησης. Στην ψυχολογία δεν υπάρχει ομοφωνία στον ορισμό της «προσωπικότητας». Οι περισσότεροι ερευνητές και ψυχολόγοι δεν συντάσσονται κατηγορηματικά με μια συγκεκριμένη θεωρία και συχνά υιοθετούν μια συνθετική προσέγγιση. *(Bradberry T, 2007)*

4.1 β ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο Gordon Allport (1937) περιέγραψε διαφορετικά είδη χαρακτηριστικών, τα οποία και ονόμασε προδιαθέσεις. Τα κεντρικά χαρακτηριστικά είναι βασικά στην προσωπικότητα ενός ατόμου ενώ τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά είναι περισσότερο περιφερειακά. Τα κοινά χαρακτηριστικά είναι εκείνα που αναγνωρίζονται στα πλαίσια ενός πολιτισμού και επομένως μπορεί να διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό. Τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά είναι εκείνα που εμφανώς διαφοροποιούν ένα άτομο από το άλλο. *(American Psychiatric Association, 1994)*

Η μελέτη του Raymond Catell αναπαρήγαγε την διάρθρωση μιας προσωπικότητας δύο βαθμίδων με δεκαέξι «βασικούς παράγοντες» (16 παράγοντες Προσωπικότητας) και πέντε «δευτερεύοντες παράγοντες». *(American Psychiatric Association, 1994)*

Ο Hans Eysenck (1975) πίστευε ότι μόνο τρία χαρακτηριστικά – η εξωστρέφεια, ο νευρωτισμός και ο ψυχωτισμός – ήταν αρκετά για να περιγράψουν την ανθρώπινη προσωπικότητα. Προέκυψαν βέβαια διαφορές μεταξύ των Catell και Eysenck εξαιτίας των διαφορετικών παραγόντων ανάλυσης που χρησιμοποίησαν για να αναλύσουν τους παράγοντες που ανέκυπταν, όταν τα ερωτηματολόγια προσωπικότητας υποβάλλονταν σε στατιστική ανάλυση.

Στις μέρες μας οι Πέντε Μεγάλοι παράγοντες έχουν πίσω τους το βάρος μιας αξιοσημείωτης εμπειρικής μελέτης. Ο Lewis Goldberg πρότεινε ένα μοντέλο προσωπικότητας πέντε διαστάσεων με το παρατσούκλι «Οι Μεγάλοι Πέντε». *(American Psychiatric Association, 1994)*

1. Εξωστρέφεια – εξωστρεφής και δεχόμενος ερεθίσματα έναντι ήσυχου και μη δεχόμενου ερεθίσματα.
2. Νευρωτισμός – συναισθηματικά αντιδραστικός, επιρρεπής σε αρνητικά συναισθήματα έναντι ήρεμου, ατάραχου και αισιόδοξου.
3. Αποδοχή – καταδεκτικός, φιλικός, συμβιβαστικός έναντι επιθετικού, ηγετικού και αντιπαθητικού.
4. Ευσυνειδησία – ευπειθής, οργανωμένος και μεθοδικός έναντι αδιάφορου, αυθόρμητου και αναξιόπιστου.

5. Δεκτικότητα στην εμπειρία – ανοικτός σε νέες ιδέες και αλλαγές έναντι παραδοσιακού και προσανατολισμένου στην καθημερινότητα.

Το επαγγελματικό μοντέλο RIASEC (πρακτικός, ερευνητικός, καλλιτεχνικός, κοινωνικός, επιχειρηματικός, συμβατικός) του John L. Holland, το οποίο αναφέρεται και ως Κώδικες του Holland, ορίζει ότι υπάρχουν έξι χαρακτηριστικά προσωπικότητας τα οποία και οδηγούν τους ανθρώπους να επιλέξουν τα επαγγελματικά τους μονοπάτια. Αυτό το μοντέλο χρησιμοποιείται ευρέως στον επαγγελματικό προσανατολισμό και είναι ένα μοντέλο όπου οι έξι τύποι αναπαριστώνται ως ένα εξάγωνο όπου οι παρακείμενοι τύποι είναι πιο στενά συνδεδεμένοι μεταξύ τους απ' ότι οι πιο μακρινοί. *(American Psychiatric Association, 1994)*

Τα μοντέλα χαρακτηριστικών έχουν δεχτεί κριτική γιατί δεν είναι αρκετά περιγραφικά και δεν προσφέρουν επαρκείς εξηγήσεις για τις βαθύτερες αιτίες της διαμόρφωσης της προσωπικότητας. Η θεωρία του Eysenck όμως προτείνει βιολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι καθοδηγούν τα χαρακτηριστικά και οι ερευνητές της σύγχρονης γενετικής της συμπεριφοράς έχουν περιγράψει ένα σαφές γενετικό υπόστρωμα που επιδρά σ' αυτά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Μια άλλη εν γένει αδυναμία των θεωριών για τα χαρακτηριστικά είναι ότι οδηγούν τους ανθρώπους στην αποδοχή υπέρ-απλουστευμένων ταξινομήσεων ή ακόμα χειρότερα προσφέρουν συμβουλές βασιζόμενες σε επιφανειακές αναλύσεις της προσωπικότητας ενός ατόμου. Τέλος, τα μοντέλα χαρακτηριστικών συχνά υποτιμούν την επίδραση που έχουν συγκεκριμένες περιστάσεις στη συμπεριφορά των ανθρώπων. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι τα χαρακτηριστικά αποτελούν στατιστικές γενικεύσεις που δεν ανταποκρίνονται πάντα στη συμπεριφορά των ατόμων. *(American Psychiatric Association, 1994)*

Οι τύποι προσωπικότητας αναφέρονται στην ψυχολογική ταξινόμηση των διαφορετικών τύπων ανθρώπων. Τα είδη ή οι τύποι προσωπικότητας διαχωρίζονται από τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, τα οποία και βρίσκονται σε διαφορετικά επίπεδα και βαθμούς. Σύμφωνα με τις θεωρίες των τύπων για παράδειγμα, υπάρχουν δύο ειδών άνθρωποι, οι εσωστρεφείς και οι εξωστρεφείς. Σύμφωνα με τις θεωρίες των χαρακτηριστικών, η εσωστρέφεια και η εξωστρέφεια είναι μέρη μιας συνεχούς διάστασης, με πολλούς ανθρώπους να βρίσκονται στη μέση. Η θεωρία των ψυχολογικών τύπων προέρχεται από το θεωρητικό έργο των Carl

Jung και William Marston (1921), των οποίων το έργο κρίνεται στον Κώδικα Προσωπικότητας του Dr. Travis Bradberry.

Τύποι Προσωπικότητας: Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1950, ο Meyer Friedman και οι συνεργάτες του καθόρισαν τα πρότυπα συμπεριφοράς Τύπου Α και Τύπου Β όπως οι ίδιοι τα αποκαλούσαν. Διατύπωσαν λοιπόν την θεωρία ότι οι υπέρ-ευαίσθητες και δύσκολες προσωπικότητες Τύπου Α διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου επειδή είναι «εθισμένοι» στο άγχος ("stress junkies"). Οι άνθρωποι Τύπου Β, απ' την άλλη, έτειναν να είναι χαλαροί, λιγότερο ανταγωνιστικοί και διέτρεχαν χαμηλότερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Υπήρξε επίσης και ένα προφίλ Τύπου ΑΒ που περιέχει χαρακτηριστικά και από τους δύο τύπους. Ο Dr. Redford Williams, καρδιολόγος στο Πανεπιστήμιο του Duke, αντέκρουσε τη θεωρία του Friedman ότι οι προσωπικότητες Τύπου Α διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Παρ' όλα αυτά πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η εχθρική προδιάθεση του Τύπου Α μπορεί να αναπτύξει επιπλοκές στην υγεία. Η θεωρία Τύπου Α/Β έχει επικριθεί πολύ από τους ψυχολόγους επειδή τείνει να υπέρ-απλουστεύει τους πολυάριθμες διαστάσεις τους προσωπικότητας του ατόμου.

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες εξηγούν την ανθρώπινη συμπεριφορά στα πλαίσια της αλληλεπίδρασης των ποικίλων συστατικών της προσωπικότητας. Ο Sigmund Freud ήταν ο ιδρυτής της σχολής. Ο Freud χρησιμοποίησε ένα όρο της φυσικής (θερμοδυναμική) για να δημιουργήσει τον όρο «ψυχοδυναμική». Βασιζόμενος στη θεωρία της μετατροπής της θερμότητας σε μηχανική ενέργεια, υποστήριξε ότι η ψυχική ενέργεια μπορούσε να μετατραπεί σε συμπεριφορά. Η θεωρία του Freud τοποθετεί μεγάλη σημασία στις δυναμικές, ασυνείδητες ψυχολογικές συγκρούσεις. Ο Freud χωρίζει την ανθρώπινη προσωπικότητα σε τρία σημαντικά συστατικά – το εγώ, το υπέρ-εγώ και το εκείνο. Το εκείνο δρα σύμφωνα με την αρχή τους ευχαρίστησης απαιτώντας άμεση ικανοποίηση των αναγκών του ανεξάρτητα από το εξωτερικό περιβάλλον. Το εγώ στη συνέχεια πρέπει να αναλάβει δράση για να ανταποκριθεί ρεαλιστικά στις επιθυμίες και απαιτήσεις του εκείνου σε σχέση με τον εξωτερικό κόσμο. Τέλος το υπέρ-εγώ ενσταλάζει ηθική κριτική και κοινωνικούς κανόνες στο εγώ, απαιτώντας μ' αυτόν τον τρόπο όχι μόνο τη ρεαλιστική αλλά και την ηθική ικανοποίηση των απαιτήσεων του εκείνου. Το υπέρ-εγώ είναι η τελευταία λειτουργία στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και αποτελεί την προσωποποίηση των γονικών/κοινωνικών ιδεωδών που διαμορφώθηκαν κατά την παιδική ηλικία. *(Carver C., Scheier M., 2004)*

Σύμφωνα με τον Freud η προσωπικότητα βασίζεται στη δυναμική αλληλεπίδραση αυτών των τριών συστατικών. Η διοχέτευση και απελευθέρωση των ερωτικών (σεξουαλικών) και επιθετικών ενεργειών, οι οποίες προκύπτουν από την κατεύθυνση «Έρως», (σεξουαλική πράξη, ενστικτώδης αυτό-συντήρηση) και από την κατεύθυνση «Θάνατος» (θάνατος, ενστικτώδης αυτοκαταστροφή) είναι σημαντικά συστατικά της θεωρίας του. Είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε ότι η ευρεία κατανόηση της σεξουαλικότητας από το Freud περιλαμβάνει όλα τα είδη των συναισθημάτων ηδονής που βιώνονται από το σώμα. Ο Freud πρότεινε πέντε ψυχοσεξουαλικά στάδια ανάπτυξης της προσωπικότητας. Πίστευε ότι η προσωπικότητα του ενήλικα είναι απόλυτα εξαρτημένη από την πρώιμη παιδική του ηλικία και σε μεγάλο βαθμό καθορίζεται μέχρι την ηλικία των 5. Οι κατευθύνσεις/εμμονές που αναπτύσσονται στο στάδιο της παιδικής ηλικίας συνεισφέρουν στην προσωπικότητα και συμπεριφορά του ενήλικα. *(Carver C., Scheier M., 2004)*

Από τους πιο πρόσφατους συνεργάτες του Freud, ο Alfred Adler, συμφώνησε ότι οι εμπειρίες της πρώιμης παιδικής ηλικίας είναι σημαντικές στην ανάπτυξη και πίστευε ότι η σειρά γέννησης μπορεί να επηρεάζει την ανάπτυξη της προσωπικότητας. Ο Adler θεωρούσε ότι το μεγαλύτερο από τα αδέλφια θέτει υψηλούς στόχους για να ξανακερδίσει την προσοχή που έχασε όταν γεννήθηκαν τα νεότερα αδέλφια του. Πίστευε ότι τα μεσαία παιδιά είναι ανταγωνιστικά και φιλόδοξα πιθανόν για να ξεπεράσουν τα επιτεύγματα του πρωτότοκου, αλλά ότι δεν τα απασχολεί και πολύ η δόξα. Ο ίδιος ανέφερε επίσης ότι τα τελευταία σε σειρά γέννησης παιδιά είναι πιο εξαρτημένα και κοινωνικά αλλά εξακολουθούν να είναι «μωρά». Τέλος, πίστευε ότι τα μοναχοπαίδια θέλουν να βρίσκονται στο κέντρο της προσοχής και ότι ωριμάζουν εύκολα αλλά τελικά αποτυγχάνουν να ανεξαρτητοποιηθούν. Ο Heinz Kohut είχε τις ίδιες απόψεις με τον Freud για τη μετάθεση. Χρησιμοποίησε τον ναρκισσισμό ως πρότυπο του πως αναπτύσσουμε την αίσθηση του εαυτού τους. Ο ναρκισσισμός είναι η μεγιστοποιημένη αίσθηση του εαυτού, η οποία θεωρείται ότι υπάρχει για να προστατεύει την χαμηλή αυτό-εκτίμηση του ατόμου και την αίσθηση ανικανότητας. Ο Kohut είχε μεγάλο αντίκτυπο στην κοινωνία των ψυχολόγων επειδή επέκτεινε τη θεωρία του Freud για τον ναρκισσισμό εισάγοντας τον όρο «μεταθέσεις του εαυτού – αντικειμένου» μέσω του καθρεφτίσματος και της εξιδανίκευσης. Με άλλα λόγια τα παιδιά νιώθουν την ανάγκη να εξιδανικεύουν, να «βουλιάζουν» συναισθηματικά και να ταυτίζονται με την εξιδανικευμένη ικανότητα των ανθρώπων που θαυμάζουν, είτε αυτοί είναι οι γονείς ή τα

μεγαλύτερα αδέλφια. Τα παιδιά νιώθουν την ανάγκη να καθρεφτίζουν την ατομική τους αξία σ' αυτούς τους ανθρώπους. Αυτές οι εμπειρίες τους επιτρέπουν να μάθουν τον αυτό-κατευνασμό και άλλες δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη μιας υγιούς αίσθησης του εαυτού. *(Carver C., Scheier M., 2004)*

Μια άλλη σημαντική φιγούρα για την θεωρία της προσωπικότητας ήταν η Karen Horney. Η Karen Horney χρεώθηκε τη δημιουργία του «αληθινού εαυτού» και του «ιδανικού εαυτού». Σύμφωνα με τη θεωρία της όλοι οι άνθρωποι έχουν αυτές τις δύο πλευρές στον εαυτό τους. Ο «αληθινός εαυτός» είναι αυτό που πραγματικά είναι το άτομο σε σχέση με την προσωπικότητα, τις αξίες και τους ηθικούς κανόνες. Ο «ιδανικός εαυτός» είναι ένα κατασκεύασμα που εφαρμόζει στον εαυτό του για να συμμορφωθεί με τα κοινωνικά και προσωπικά πρότυπα και στόχους. Για παράδειγμα ο «ιδανικός εαυτός» θα ήταν «Μπορώ να γίνω επιτυχημένος, διαθέτω διευθυντικά στοιχεία» και ο αληθινός εαυτός θα ήταν «Απλά δουλεύω στο τμήμα αλληλογραφίας με πολύ μικρές πιθανότητες προαγωγής». *(Carver C., Scheier M., 2004)*

4.1 γ WILLIAM SHELDON – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ / ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ – ΣΩΜΑΤΟΤΥΠΟΙ

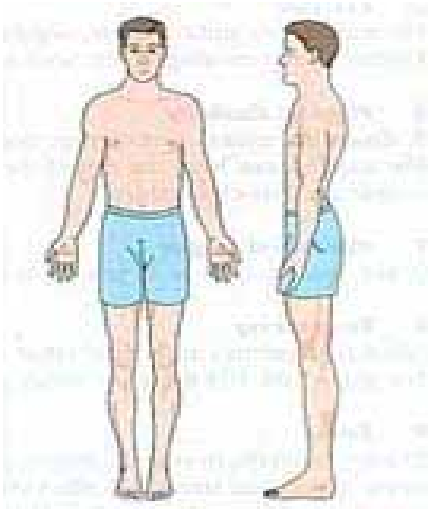
Μεγάλο μέρος της επαγγελματικής ζωής του Dr. William Sheldon αφιερώθηκε στην διερεύνηση της κλίμακας των χαρακτηριστικών της ανθρώπινης προσωπικότητας και των τύπων ιδιοσυγκρασίας. Ο Dr. Sheldon (1940) κατέληξε ότι υπήρχαν τρία βασικά χαρακτηριστικά της ανθρώπινης προσωπικότητας, τα οποία ονόμασε Viscerotonia, Somatotonia και Cerebrotonia. Αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας κατά τον Sheldon γεννούσαν μια άμεση σχέση με κάθε ένα από τους τρεις τύπους του ανθρωπίνου σώματος (ή σωματότυπους) τους οποίους και ονόμασε Ενδόμορφο, Μεσόμορφο και Εξώμορφο. *(Hartl M. E., Monnelly P. E., Elderkin R.D. 1982)*

Μετά από μια λεπτομερή εξέταση των προσεκτικά κανονισμένων φωτογραφιών τεσσάρων χιλιάδων «ανεπαρκώς» ντυμένων αντρών φοιτητών (μπροστινή όψη, πλευρική όψη και πίσω όψη), ο Sheldon ήταν πεπεισμένος ότι υπήρχαν τρία βασικά στοιχεία, τα οποία σε ποικίλες αναλογίες, συνεισέφεραν στην πραγματική διάπλαση ή σωματότυπο του κάθε ατόμου.

Συμπέρανε επίσης ότι μπορεί να υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ των τριών αυτών στοιχείων και των τριών στρωμάτων του ανθρώπινου εμβρύου – το ενδόδερμο, το μεσόδερμο και το εξώδερμο – και επομένως ονόμασε τα τρία αυτά στοιχεία: ενδόμορφο, μεσόμορφο και εξώμορφο. *(Bradberry, T. 2007)*

Τα βασικά στοιχεία των σωματικών τύπων φαίνονται παρακάτω:

Ο Εξώμορφος



- Θέλει να «βγαίνει» πάντα νικητής σ' ότι κάνει
- Έχει λεπτή σωματοδομή
- Έχει «επίπεδο» στήθος
- Είναι «εύθραυστος» (fragile)
- Ο μεταβολισμός του είναι ταχύτερος
- Είναι «ελαφρά» μυώδης
- Έχει μικρούς ώμους
- Χρειάζεται περισσότερο χρόνο από τους υπόλοιπους άντρες για να πάρει βάρος
- Είναι αδύνατος

Σε ακραίες περιπτώσεις η εξώμορφη διάπλαση είναι εύθραυστη και λεπτή. Τα οστά είναι ελαφριά, οι αρθρώσεις μικρές και οι μύες αδύναμοι. Τα άκρα είναι σχετικά μακρύτερα σε αναλογία με τα άλλα μέρη του σώματος και οι ώμοι είναι γυρτοί. Ο εξώμορφος όταν εμφανίζεται σε όρθια θέση, φαίνεται μακρύτερος απ' ότι είναι στην πραγματικότητα εξαιτίας του μήκους των άκρων του και της έλλειψης αναπτυγμένης μυϊκής μάζας σ' αυτά τα άκρα. Ο εξώμορφος δεν είναι σωματικά «δυνατός» και πρέπει να εργαστεί σκληρά για να αυξήσει τη μυϊκή του μάζα. Οι εξώμορφοι πολύ δύσκολα παχαίνουν. Έχουν γρήγορο μεταβολισμό, ο οποίος καίει θερμίδες πολύ γρήγορα. Επιπλέον χρειάζονται μεγάλο αριθμό θερμίδων προκειμένου να κερδίσουν βάρος. Η σωματική άσκηση πρέπει να είναι σύντομη και έντονη εστιάζοντας στις μεγάλες ομάδες μυών. Συμπληρώματα διατροφής προτείνονται ανεπιφύλακτα. Οι εξώμορφοι πρέπει να τρώνε πριν κοιμηθούν για να εμποδίσουν τον μυϊκό

καταβολισμό κατά την διάρκεια της νύχτας. Σε γενικές γραμμές οι εξώμορφοι μπορούν να χάσουν λίπος πολύ εύκολα, κάτι που τους οδηγεί στο να αποκτήσουν ξανά λεπτούς μύες, το οποίο είναι πολύ εύκολο γι' αυτούς. *(Bradberry, T. 2007, Hartl M. E., Monnelly P. E., Elderkin R.D. 1982)*

Άλλα χαρακτηριστικά του εξώμορφου: ο ακραίος εξώμορφος μπορεί να έχει μακριά δάχτυλα στα χέρια και τα πόδια και μακρύ λαιμό. Τα χαρακτηριστικά του προσώπου είναι «κοφτερά» και το σχήμα του προσώπου είναι τριγωνικό. Το κάτω σαγόνι κατά κάποιο τρόπο γέρνει προς τα πίσω. Εξαιτίας του μεγάλου χώρου που καταλαμβάνει το σώμα σε σχέση με τη μυϊκή μάζα ο εξώμορφος μπορεί να υποφέρει από τις υψηλές θερμοκρασίες και εξαιτίας του χαμηλού σωματικού λίπους μπορεί να υποφέρει και από το υψηλό κρύο. Τα μαλλιά του είναι λεπτά, μεταξένια και μεγαλώνουν πιο γρήγορα και πολλές φορές είναι δύσκολο να μείνουν σ' ένα σημείο. *(Bradberry, T. 2007)*

Ο Μεσόμορφος

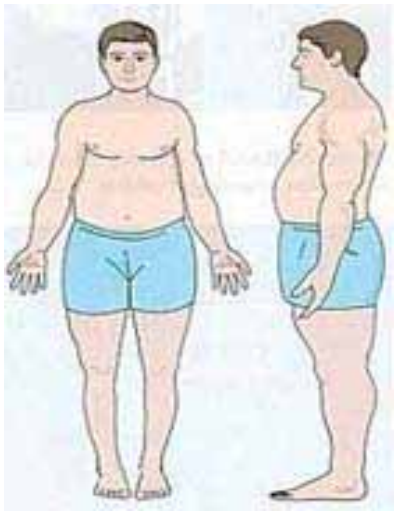


- Είναι αθλητικός τύπος
- Έχει σκληρό σώμα
- Έχει σχήμα σώματος σαν «κλεψύδρα» (για τις γυναίκες)
- Έχει σχήμα σώματος ορθογώνιο (για τους άντρες)
- Έχει μυώδες σώμα
- Έχει εξαιρετική στάση σώματος
- Φτιάχνει εύκολα μύες
- Παχαίνει πιο εύκολα από τον εξώμορφο
- Έχει «παχύ» δέρμα

Ο μεσόμορφος έχει ανεπτυγμένους μύες και μεγάλα οστά. Τα οστά των μυών και της κεφαλής προεξέχουν από το υπόλοιπο σώμα. Τα χαρακτηριστικά του προσώπου είναι σαφώς προσδιορισμένα, όπως για παράδειγμα τα οστά στα μάγουλα και το «τετράγωνο» σαγόνι. Το πρόσωπο του είναι μακρύ και πλατύ. Τα χέρια και τα πόδια είναι ανεπτυγμένα και ακόμα και τα δάχτυλα των χεριών είναι μυώδη. Ο σωματικός τύπος του μεσόμορφου ανταποκρίνεται

καλύτερα απ' όλους τους τύπους στον έλεγχο βάρους. Τα αποτελέσματα είναι πολύ γρήγορα ορατά, ιδιαίτερα στις αρχές. Το μειονέκτημα των μεσόμορφων είναι ότι παχαίνουν πολύ πιο εύκολα από τους εξώμορφους. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ελέγχουν τη λήψη θερμίδων καθημερινά. Συνήθως ο συνδυασμός δίαιτας και θωρακικών ασκήσεων λειτουργεί με τον καλύτερο τρόπο για τους μεσόμορφους. *(Bradberry, T. 2007, Hartl M. E., Monnelly P. E., Elderkin R.D. 1982)*

Ο Ενδόμορφος



- Έχει «απαλό» δέρμα, λόγω των παραπάνω κιλών του
- Έχει υπό-αναπτυγμένους μύες
- Έχει «στρογγυλή» διάπλαση
- Χάνει πολύ δύσκολα βάρος
- «Κερδίζει» εύκολα μυϊκή μάζα και λίπος
- Έχει χαμηλό μεταβολισμό

Η σωματική διάπλαση του ενδόμορφου δείχνει ότι μεγάλο μέρος της μάζας έχει συγκεντρωθεί στην κοιλιακή χώρα (αυτό δεν συμβαίνει σε κάθε περίπτωση). Τα μπράτσα και τα πόδια ενός ενδόμορφου σε ακραία περίπτωση είναι κοντά σε μήκος και λεπτά στις άκρες. Ακόμα δίνει την εντύπωση ότι περπατάει με μεγάλους βηματισμούς. Τα χέρια και οι πατούσες του ενδόμορφου είναι συγκριτικά μικρά και το πάνω μέρος των χεριών και των μηρών του είναι συνήθως περισσότερο αναπτυγμένο απ' ότι το κάτω μέρος τους. Το σώμα έχει ψηλή μέση. Οι ενδόμορφοι παχαίνουν πολύ εύκολα. Δυστυχώς μεγάλη αναλογία αυτού του πάχους είναι λίπος και όχι μυϊκή μάζα. Για να περιορίσουν το πάχος στο ελάχιστο οι ενδόμορφοι πρέπει πάντα να γυμνάζουν τη θωρακική κοιλότητα και να κάνουν ασκήσεις με βάρη. Τα συμπληρώματα διατροφής δεν είναι απαραίτητα, όσο το ενδόμορφο άτομο λαμβάνει τροφές υψηλές σε πρωτεΐνη. Οι μύες τους είναι δυνατοί, ιδιαίτερα στο πάνω μέρος των ποδιών. *(Bradberry, T. 2007, Hartl M. E., Monnelly P. E., Elderkin R.D. 1982)*

Άλλα χαρακτηριστικά του Ενδόμορφου: το δέρμα είναι απαλό και μαλακό και τα μαλλιά του είναι λεπτά και μεταξένια. Το κεφάλι του ενδόμορφου είναι σφαιρικό, μεγάλο και το πρόσωπο πλατύ. *(Bradberry, T. 2007)*

Συνδυασμοί σωματικών τύπων

Πολύ συχνά οι άνθρωποι δεν μπορούν εύκολα να ταξινομηθούν σε έναν από τους τρεις σωματικούς τύπους. Παρ' όλο που υπάρχουν άνθρωποι που είναι αμιγώς εξώμορφοι, ενδόμορφοι ή μεσόμορφοι, με καθόλου ή πολύ λίγα χαρακτηριστικά των άλλων τύπων σώματος, πολύ συχνά, οι άνθρωποι διαιρούνται σε ανάμεικτες κατηγορίες, όπως είναι οι εξω-μεσόμορφοι ή οι ενδο-μεσόμορφοι. Οι δυο τελευταίες κατηγορίες σε πολύ μεγάλο βαθμό είναι σαν τους μεσόμορφους αλλά με χαρακτηριστικά εξώμορφων ή χαρακτηριστικά ενδόμορφων αντίστοιχα. *(Bradberry, T. 2007)*

4.1 δ JUNG – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ «ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ»

Σύμφωνα με τη θεωρία του Jung για τους ψυχολογικούς τύπους όλοι οι άνθρωποι είμαστε διαφορετικοί σε βασικά σημεία. Η ικανότητα κάποιου να επεξεργάζεται διαφορετικές πληροφορίες περιορίζεται από τον ιδιαίτερο τύπο του. Αυτοί οι τύποι είναι δεκαέξι. Οι άνθρωποι μπορεί να είναι είτε Εξωστρεφείς είτε Εσωστρεφείς ανάλογα με την κατεύθυνση της δραστηριότητας τους, τη σκέψη, το συναίσθημα, την αίσθηση, τη διαίσθηση σύμφωνα πάντα με τα δικά τους μονοπάτια πληροφόρησης. Η κριτική ή η αντιληπτική τους ικανότητα εξαρτάται από την μέθοδο που χρησιμοποιούν για να επεξεργαστούν τις ληφθείσες πληροφορίες. *(Bradberry, T. 2007)*

4.1 ε Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ HANS JURGEN EYSENCK

Στην ψυχολογία το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck (EPQ) είναι ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμεύει στην εκτίμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας

ενός ατόμου. Κατασκευάστηκε από τον Hans Jurgen Eysenck και την σύζυγο του Sybil B. G. Eysenck. *(Eysenck H. J., Eysenck, B.G., 1975)*

Η θεωρία του Hans Eysenck βασίζεται πρωταρχικά στην φυσιολογία και τη γενετική. Θεωρούσε ότι οι εμπεδωμένες συνήθειες έχουν εξαιρετική σημασία, όπως επίσης ότι οι διαφορές προσωπικότητας αναπτύσσονται ανεξάρτητα της γενετικής μας προδιάθεσης. Επομένως, ενδιαφέρεται βασικά γι' αυτό που ονομάζεται ιδιοσυγκρασία. Η ιδιοσυγκρασία είναι η πλευρά των προσωπικοτήτων μας που βασίζεται γενετικά, έχει εμφυτευτεί με άλλα λόγια εκεί από γέννας ή ακόμα και νωρίτερα. Αυτό δε σημαίνει ότι μια θεωρία ιδιοσυγκρασίας ισχυρίζεται ότι δεν διαθέτουμε πλευρές της προσωπικότητας οι οποίες μαθαίνονται, απλά ο Eysenck επικεντρώνεται στη «φύση» και αφήνει την «ανατροφή» σε άλλους θεωρητικούς. *(Eysenck H. J., 1990)*

Ο Eysenck αρχικά διαχώρισε την προσωπικότητα βάση δύο κατηγοριών/ διαστάσεων, με βιολογική βάση, ιδιοσυγκρασίας:

Εξωστρέφεια / Εσωστρέφεια

Η εξωστρέφεια χαρακτηρίζεται από κοινωνικότητα, ομιλητικότητα, υψηλή θετική επίδραση (το να αισθάνεται κανείς ωραία) και ανάγκη για εξωτερική διέγερση. Σύμφωνα με τη θεωρία της εξωστρέφειας του Eysenck, υπάρχει ένα βέλτιστο επίπεδο διέγερσης του φλοιού του εγκεφάλου και εκδηλώνεται, όταν κάποιος διεγείρεται περισσότερο ή λιγότερο από αυτό το βέλτιστο επίπεδο. Η διέγερση (arousal) μπορεί να μετρηθεί από τη συμπεριφορά του δέρματος, τα κύματα του εγκεφάλου ή τον ιδρώτα. Σε πολύ χαμηλά αλλά και πολύ υψηλά επίπεδα διέγερσης, η υψηλή θετική επίδραση είναι χαμηλή, αλλά σε μια καλύτερη μέσου επιπέδου διέγερση, η υψηλή θετική επίδραση μεγιστοποιείται.

Οι εξωστρεφείς, σύμφωνα με τη θεωρία του Eysenck είναι χρονίως υπό-διεγερμένοι και βαριούνται εύκολα και επομένως νιώθουν την ανάγκη εξωτερικής διέγερσης για να τους φέρει σε ένα μέγιστο επίπεδο εκτέλεσης. Οι εσωστρεφείς από την άλλη πλευρά είναι χρονίως υπέρ-διεγερμένοι και βρίσκονται σε εγρήγορση και επομένως έχουν ανάγκη για ηρεμία, η οποία θα τους φέρει σε ένα μέγιστο επίπεδο εκτέλεσης. *(Eysenck H. J., 1990)*.

Η εξωστρέφεια / εσωστρέφεια θεωρείται συχνά διπολική αλλά στην πραγματικότητα συμβαίνει παράλληλα με μια ραγδαία αλλαγή. Οι άνθρωποι που βρίσκονται στα άκρα έχουν ξεκάθαρες προτιμήσεις. Αυτοί που βρίσκονται στη μέση ονομάζονται «αμφιστρεφείς» και

μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά σε πολλές διαφορετικές καταστάσεις. *(Bradberry T., 2007, Pawlik-Kienlen L., 2007)*

Η εξωστρέφεια είναι η «πράξη, η κατάσταση ή η συνήθεια του να ασχολείται το άτομο κυρίως με τη λήψη ευχαρίστησης από πράγματα που βρίσκονται έξω από τον εαυτό». Οι εξωστρεφείς τείνουν να απολαμβάνουν τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις και να είναι ενθουσιώδεις, ομιλητικοί, κατηγορηματικοί και κοινωνικοί. Ικανοποιούνται από δραστηριότητες που αφορούν μεγάλες κοινωνικές συγκεντρώσεις, όπως είναι τα πάρτι, οι κοινοτικές εκδηλώσεις, οι δημόσιες εκδηλώσεις και οι εργασιακές ή πολιτικές ομάδες. Η υποκριτική, η διδασκαλία, οι διοικητικές θέσεις, οι διευθυντικές θέσεις, το χρηματιστήριο είναι τομείς που ευνοούν την εξωστρέφεια. Οι εξωστρεφείς έχουν την τάση να «μαραζώνουν» όταν είναι μόνοι και βαριούνται εύκολα όταν δεν υπάρχουν άλλοι άνθρωποι γύρω τους, ενώ απολαμβάνουν το χρόνο που περνάνε με άλλους ανθρώπους. Τα εξωστρεφή άτομα απολαμβάνουν τις ριψοκίνδυνες καταστάσεις και συχνά παρουσιάζουν ηγετικές ικανότητες. Οι εξωστρεφείς τείνουν επίσης να σκέφτονται καθώς μιλάνε. Όταν τους δίνεται η ευκαιρία θα μιλήσουν με κάποιον άλλο αντί να καθίσουν μόνοι και να σκέφτονται. *(Bradberry T., 2007, Pawlik-Kienlen L., 2007)*

Χαρακτηριστικά Εξωστρεφών

1. Μιλούν περισσότερο και τείνουν να ενεργούν χωρίς να σκέφτονται πολύ.
2. Εργάζονται καλύτερα σε ομάδες απ’ ότι μόνοι.
3. Είναι καλοί στο να μεταφράζουν τη γλώσσα του σώματος και τις εκφράσεις του προσώπου.
4. Διακρίνονται κατά τη διάρκεια των μαθημάτων από υψηλό επίπεδο δραστηριότητας.
5. Ανταποκρίνονται καλά στην επιβράβευση και τον ανταγωνισμό.
6. Προτιμούν τη γρήγορη και λιγότερο ακριβή προσέγγιση.
7. Είναι καλοί σε εργασίες που αφορούν τη βραχυπρόθεσμη μνήμη.
8. Είναι ανθεκτικοί στον περισπασμό σε συνθήκες παρεμβολών που έχουν να κάνουν με διασπασμένη προσοχή.
9. Προτιμούν τα φωτεινά χρώματα, τη δυνατή μουσική και τη συγκίνηση.
10. Ενδιαφέρονται γι’ αυτά που συμβαίνουν γύρω τους.

Η εσωστρέφεια είναι η «κατάσταση ή η τάση να είσαι ολοκληρωτικά απασχολημένος ή να σε ενδιαφέρει η δική σου πνευματική ζωή». Οι εσωστρεφείς έχουν την τάση να είναι συγκρατημένοι, προσεκτικοί και σχετικά παθητικοί στις κοινωνικές καταστάσεις. Συχνά ικανοποιούνται με μοναχικές δραστηριότητες, όπως είναι το διάβασμα, το γράψιμο, η ζωγραφική, κ.α. Οι καλλιτέχνες, συγγραφείς, γλύπτες, συνθέτες και οι εφευρέτες είναι παραδείγματα εσωστρεφών. Ο εσωστρεφής είναι πιθανόν να απολαμβάνει το χρόνο που περνάει μόνος του και να βρίσκει μικρότερη ανταμοιβή/ευχαρίστηση στο χρόνο που περνάει με μεγάλες ομάδες ανθρώπων, παρ' όλο που τείνει να απολαμβάνει τις επαφές με στενούς φίλους. Οι εσωστρεφείς προτιμούν να συγκεντρώνονται σε μια μόνο δραστηριότητα τη φορά και τους αρέσει να παρατηρούν τις καταστάσεις πριν πάρουν μέρος σ' αυτές. Επίσης εύκολα κουράζονται από τα υπερβολικά ερεθίσματα που προέρχονται από κοινωνικές συναθροίσεις και εκδηλώσεις. Είναι πιο αναλυτικοί πριν μιλήσουν. Η εσωστρέφεια δεν είναι το ίδιο με τη ντροπαλότητα. Οι εσωστρεφείς επιλέγουν τις μοναχικές δραστηριότητες και όχι τις κοινωνικές επειδή το προτιμούν, ενώ οι ντροπαλοί άνθρωποι αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές εξαιτίας του φόβου τους. *(Pawlik-Kienlen L., 2007)*



Χαρακτηριστικά Εσωστρεφών

1. Μιλούν λιγότερο και σκέφτονται περισσότερο πριν ενεργήσουν.
2. Τους αρέσει να είναι χαμηλών τόνων.
3. Είναι καλύτεροι στην επίλυση προβλημάτων που χρειάζονται σκέψη ή εργασίες που σχετίζονται με μακροπρόθεσμη μνήμη.
4. Τους αρέσει να εργάζονται ανεξάρτητα ή με έναν ή δύο ανθρώπους.

5. Προτιμούν την αργή και ακριβέστερη προσέγγιση.
6. Μπορεί να έχουν προβλήματα στη δημιουργία στενών σχέσεων με τους άλλους.
7. Προσανατολίζονται προς τον εσωτερικό κόσμο των ιδεών και συναισθημάτων.
8. Προτιμούν χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας.
9. Διακρίνονται για την συγκέντρωση της προσοχής τους σε καταστάσεις για μεγάλες χρονικές περιόδους αν δεν υπάρχει απόσπαση.
10. Έχουν την αίσθηση ότι διαδραματίζονται πολλά γεγονότα στον «εσωτερικό» τους κόσμο, που δεν αφήνουν να ηρεμήσουν.

Ένας εσωστρεφής μπορεί να λειτουργεί καλύτερα με την εξ' αποστάσεως επικοινωνία μέσω του ηλεκτρονικού υπολογιστή (with asynchronous computer-mediated communication). Μια μελέτη ζήτησε από φοιτητές να υπολογίσουν το επικοινωνιακό τους στυλ, δίνοντας τη γνώμη τους για σεμινάρια μέσω υπολογιστή CMC (Computer-mediated communication) που διεξήχθησαν εξ' αποστάσεως. Όσο πιο εξωστρεφείς ήταν οι φοιτητές τόσο λιγότερο πιθανό ήταν να θεωρήσουν τα σεμινάρια αυτά ικανοποιητικά, σε σύγκριση με εκείνα που γίνονταν πρόσωπο με πρόσωπο. Όσο πιο πολύ προτιμούσαν οι φοιτητές να εργάζονται ανεξάρτητα και όσο πιο συνειδητοποιημένοι ήταν, τόσο περισσότερο έκριναν τα σεμινάρια ως διεγερτικά και συμμετοχικά. Οι φοιτητές που προτίμησαν να εργαστούν σε ομάδες είχαν χαμηλότερα επίπεδα επίδοσης καθώς στερούνταν την πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπίδραση. Ο ερευνητής συμπέρανε ότι οι εσωστρεφείς και πιο χαμηλών τόνων φοιτητές ωφελήθηκαν περισσότερο από τα σεμινάρια CMC (*Taylor J., 1998, Pawlik-Kienlen L., 2007).*

Νευρωτισμός / Σταθερότητα

Ο νευρωτισμός ή αλλιώς η συναισθηματικότητα, χαρακτηρίζεται από υψηλές αρνητικές επιδράσεις, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Ο νευρωτισμός σύμφωνα με τη θεωρία του Eysenck βασίζεται στις ενεργοποιημένες εισόδους του συμπαθητικού νευρικού συστήματος ή του εσωτερικού εγκεφάλου. Η ενεργοποίηση μπορεί να μετρηθεί από τον καρδιακό παλμό, την αρτηριακή πίεση, τα κρύα χέρια, την εφίδρωση και την ένταση των μυών (ιδιαίτερα στο κούτελο). Οι νευρωτικοί άνθρωποι που έχουν χαμηλές εισόδους

ενεργοποίησης, και είναι ανίκανοι να εμποδίσουν ή να ελέγξουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, βιώνουν αρνητική επίδραση στη θέα ασήμαντων αγχωτικών παραγόντων – αναστατώνονται και αγχώνονται εύκολα. Οι συναισθηματικά σταθεροί άνθρωποι που έχουν υψηλές εισόδους ενεργοποίησης και επαρκή συναισθηματικό έλεγχο, βιώνουν αρνητικές επιδράσεις μόνο στη θέα σημαντικών εντάσεων – είναι ήρεμοι και συγκροτημένοι σε συνθήκες πίεσης. Έχει ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε ότι οι μετρήσεις ενεργοποίησης δεν συσχετίζονται επαρκώς μεταξύ τους. Αυτό σημαίνει ότι οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς το ποιες αντιδράσεις ενεργοποιούνται κατά τη διάρκεια του άγχους – κάποιοι ιδρώνουν για παράδειγμα, ενώ κάποιοι άλλοι έχουν πονοκεφάλους. *(Eysenck H. J., 1990)*

Οι δύο διαστάσεις ή άξονες, δηλαδή η εξωστρέφεια – εσωστρέφεια και η συναισθηματική σταθερότητα – αστάθεια αποτελούνται από: *(Eysenck H. J., 1990)*

- Σταθερούς εξωστρεφείς (αιματώδεις ιδιότητες, είναι δηλαδή κοινωνικοί, ομιλητικοί, ξένοιαστοι, ζωντανοί, ανέμελοι, ηγετικοί)
- Ασταθείς εξωστρεφείς (χολερικές ιδιότητες, είναι δηλαδή εύθικτοι, ανήσυχοι, ευερέθιστοι, ευμετάβλητοι, παρορμητικοί, ανεύθυνοι)
- Σταθεροί εσωστρεφείς (φλεγματικές ιδιότητες, είναι δηλαδή ατάραχοι, ήρεμοι, αξιόπιστοι, συγκρατημένοι, ειρηνικοί, σκεφτικοί, προσεκτικοί, παθητικοί)
- Ασταθείς εσωστρεφείς (μελαγχολικές ιδιότητες, είναι δηλαδή χαμηλών τόνων, επιφυλακτικοί, απαισιόδοξοι, νηφάλιοι, αυστηροί, αγχώδεις, δύσθυμοι)

Ψυχωτισμός / Κοινωνικοποίηση

Ο ψυχωτισμός δεν σχετίζεται μόνο με την προδιάθεση στην ανάπτυξη ενός ψυχωτικού επεισοδίου (ή τη φυγή από την πραγματικότητα) αλλά και με την επιθετικότητα. Η ψυχωτική συμπεριφορά έχει τις ρίζες της στα χαρακτηριστικά της αδιαλλαξίας, της έλλειψης συμμόρφωσης, της έλλειψης σεβασμού στα συναισθήματα του άλλου, της απερισκεψίας, της εχθρότητας, του θυμού και της παρορμητικότητας. Η ψυχολογική βάση του ψυχωτισμού κατά τον Eysenck είναι η τεστοστερόνη, όπου όσο πιο υψηλά είναι τα επίπεδα του ψυχωτισμού τόσο υψηλότερα είναι και τα επίπεδα τεστοστερόνης.

Ο ακόλουθος πίνακας περιγράφει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που συνδέονται με τις τρεις ιδιοσυγκρασίες στο μοντέλο προσωπικότητας του Eysenck: *(Eysenck H. J., 1990)*

Ψυχωτισμός	**Εξωστρέφεια**	**Νευρωτισμός**
Επιθετικός	Κοινωνικός	Νευρικός
Κατηγορηματικός	Ανεύθυνος	Καταθλιπτικός
Εγωκεντρικός	Κυρίαρχος	Ενοχικός
Έλλειψη συμπόνιας	Έλλειψη συναισθήματος	Χαμηλή αυτοεκτίμηση
Ραδιούργος	Φιλήδονος (sensation-seeking)	Σε υπερένταση
Καθορίζεται από τα επιτεύγματα του	Παρορμητικός	Δύσθυμος
Δογματικός	Ριψοκίνδυνος	Υποχόνδριος
Μυώδης	Εκφραστικός	Έλλειψη αυτονομίας
Αδιάλλακτος	Ενεργητικός	Με εμμονές

Eysenck, H. J., (1990). «Biological dimensions of personality» Handbook of personality: Theory and research, New York: Guilford, 244-276.

4.1 ε ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Κάτι άλλο που δεν έχει εξεταστεί λεπτομερώς είναι η σχέση ανάμεσα στα σταθερά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και τις συμπεριφορές δίαιτας. Κάποιοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι τα παχύσαρκα άτομα και τα άτομα φυσιολογικού βάρους που κάνουν δίαιτα χαρακτηρίζονται από αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής αντιδραστικότητας *(Nisbett, 1972, Herman and Polivy, 1988)*

Τα αποτελέσματα μιας μελέτης έδειξαν ότι τα νευρωτικά και καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν οι παράγοντες που με μεγάλη ακρίβεια διαχώρισαν τις έφηβες εκείνες που είχαν διατροφικές διαταραχές *(Patton, 1988)*

Αυτά λοιπόν τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ή μη φυσιολογική κατανάλωση τροφής μπορεί να σχετίζεται με μια προσωπικότητα επιρρεπή στο άγχος. Όμως λίγες είναι οι ψυχομετρικές μελέτες που έχουν κάνει σαφείς και γενικευμένους συσχετισμούς ανάμεσα στις διαφορές προσωπικότητας και τις δίαιτες. Η σχέση της άσκησης με τη μελέτη της δίαιτας, ιδιαίτερα σε πολιτιστικά περιβάλλοντα όπου τα θέματα φυσικής κατάστασης και υγείας είναι κυρίαρχα είναι απόλυτα σχετική. Έχει αποδειχτεί επαρκώς ότι η υψηλή φυσική δραστηριότητα είναι ένα χαρακτηριστικό που αναπτύσσουν οι γυναίκες με νευρική ανορεξία, (Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur & Munoz, 1972, p.65) παρά το ότι υπάρχουν αρκετές διαφωνίες για τις αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ άσκησης και δίαιτας (Eisler & Le Grange, 1990).

Παρ' όλο που μια μη κλινική έρευνα βρήκε ότι μια ομάδα νέων γυναικών που έκαναν δίαιτα ανέφερε σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας από τις γυναίκες που σπάνια έκαναν δίαιτα (Davis, Fox, Cowles, Hastings & Schwass, 1990), η έκταση στην οποία αυτή η σχέση μπορεί να διαχωρίσει τους άντρες ή τις μεγαλύτερες γυναίκες που κάνουν δίαιτα δεν είναι σαφής. Οι έρευνες λοιπόν που αφορούν την κατανάλωση τροφής με περιορισμούς έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν τα άτομα που κάνουν δίαιτα ως μια ομογενή ομάδα και δεν έχουν δώσει ιδιαίτερη προσοχή στην μεταβλητότητα της ψυχολογίας, συμπεριφοράς και σωματικής σύνθεσης αυτών των ατόμων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καθορίσει το βαθμό σχέσης της διατροφής με περιορισμούς και τον αριθμό των κύριων μεταβλητών και επίσης να εξετάσει αν το μοντέλο αυτών των σχέσεων διαφέρει ανάμεσα στα φύλα και ανάμεσα στους νέους και μέσης ηλικίας ανθρώπους. Βρέθηκε λοιπόν ότι οι συσχετισμοί της διατροφής με περιορισμούς δεν εμφανίζουν ένα σταθερό προφίλ για όλες τις ομάδες ατόμων που κάνουν δίαιτα.

Στις γυναίκες ο περιορισμός αυτός σχετιζόταν με μεγαλύτερη συναισθηματική αντιδραστικότητα, δυσαρέσκεια με το σώμα, εστίαση στο σώμα και τη σωματική μυϊκή μάζα. Στις νέες γυναίκες τα μεγαλύτερα ποσοστά άσκησης ήταν ένας σημαντικός συσχετισμός. Μεταξύ των αντρών υπήρξαν αρκετές διαφορές ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες. Στους νέους άντρες μόνο η δυσαρέσκεια με το σώμα, το επίπεδο σωματικής άσκησης και σωματικής μυϊκής μάζας είχαν θετική σχέση με τον περιορισμό. Μεταξύ των μεγαλύτερων ηλικιακά αντρών όμως, η συναισθηματική αντιδραστικότητα, η σωματική άσκηση, τα ποσοστά σωματικού λίπους και η σωματική μυϊκή μάζα αποτελούσαν όλα μαζί παράγοντες επιρροής.

Δεν υπάρχει αμφιβολία επίσης ότι οι βορειοαμερικανικές και δυτικές κοινωνίες ενθαρρύνουν και ανταμείβουν το ατελείωτο κυνήγι του «τέλειου σώματος» επειδή είναι ένα ιδανικό που συμβολίζει την πραγματοποίηση αναρίθμητων προσωπικών αρετών και επιτευγμάτων. Δυστυχώς, τα επίπεδα της εικόνας σώματος που τα τελευταία χρόνια οι γυναίκες φιλοδοξούν να φτάσουν είναι πολύ πιο πάνω από εκείνα που οι περισσότερες μπορούν να φτάσουν με υγιεινά ή λογικά επίπεδα δίαιτας και άσκησης. *(Brownell, 1991)*

Στο παρόν πολιτιστικό κλίμα η υψηλή συναισθηματική αντιδραστικότητα είναι πιθανόν να υποδαυλίζει μια κριτική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα μεταξύ των γυναικών και να αυξάνει την πιθανότητα να μπαίνουν σε δίαιτες ως αντίδραση στις κοινωνικές πιέσεις για να συμμορφωθούν με τα τρέχοντα δεδομένα υπερβολικής λεπτότητας που ισχύουν για το γυναικείο φύλο και την ερωτικότητα του, ακόμα κι όταν δεν υπάρχει εμφανής λόγος να το κάνουν. Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη αυτή η τάση δεν βελτιώνεται με την ηλικία. Άρα οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες είναι το ίδιο πιθανό να αναπτύξουν την ίδια ανάγκη με τις νεότερες. Το τέλειο σώμα δεν είναι ένα φαινόμενο που αφορά μόνο τις γυναίκες. Φαίνεται ότι οι άντρες στις μέρες μας βιώνουν ένα μεγαλύτερο βαθμό ανησυχίας για την φυσική τους ομορφιά απ' ότι κάποιες δεκαετίες πριν. *(Mishkind, Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1986)*

Περισσότερο από ποτέ τα νεανικά αντρικά σώματα εμφανίζονται στα περιοδικά μόδας και χρησιμοποιούνται για να προωθήσουν μια μεγάλη ποικιλία σεξουαλικών προϊόντων από αυτοκίνητα μέχρι καλλυντικά. Σαν αποτέλεσμα οι άντρες είναι πιθανόν να αντιλαμβάνονται πιέσεις ούτως ώστε να πετύχουν το λεπτό και υπερβολικά μυώδες επίπεδο που έχει εξιδανικευτεί από τα μέσα ενημέρωσης. Παρ' όλα αυτά πρόκειται για ανατομικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να αυξηθούν και να αλλάξουν κυρίως με αυστηρή άσκηση όπως είναι το κολύμπι και η προπόνηση με βάρη και όχι απαραίτητα με τη δίαιτα. Αυτό μπορεί να εξηγεί το γιατί ο νευρωτισμός δεν σχετίζεται με τη δίαιτα στους νεαρούς άντρες.

Την τελευταία δεκαετία έχει δοθεί μεγάλη σημασία στον έλεγχο του βάρους. Είναι δεδομένο ότι οι κίνδυνοι για την υγεία που σχετίζονται με την παχυσαρκία αφορούν περισσότερο τους μεγαλύτερους άντρες απ' ότι τους νεότερους επειδή σχετίζονται άμεσα με στεφανιαίες νόσους. Αν ο νευρωτισμός προδιαθέτει ένα άτομο να είναι αγχωμένο και ανήσυχο και να αντιδρά ισχυρά στις κοινωνικές πιέσεις τότε η σχέση μεταξύ δίαιτας και νευρωτισμού στους γηραιότερους άντρες μπορεί με τον ίδιο τρόπο να αντανακλά τις

ανησυχίες τους για την υγεία. Το γεγονός επίσης ότι η δυσαρέσκεια με το σώμα δεν σχετίζεται με τον περιορισμό στη διατροφή στους γηραιότερους άντρες, ενώ αντίθετα σε όλες τις άλλες ομάδες σχετίζεται, υποστηρίζει περισσότερο την άποψη ότι η δίαιτα δεν αποτελεί δραστηριότητα βελτίωσης της εμφάνισης στους μεγαλύτερους άντρες.

Από μια άλλη έρευνα φαίνεται επίσης ότι η εντονότερη σωματική άσκηση σχετίζεται με την περιοριστική διατροφή στους άντρες και τις γυναίκες. Έχει αποδειχτεί ότι η συστηματική σωματική άσκηση παρέχει σωματικά και ψυχολογικά οφέλη. *(Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton & McPherson, 1990)*

Είναι επίσης σαφές ότι οι νέες γυναίκες έχουν την τάση να ασκούνται για να χάσουν βάρος και ότι οι νέοι άντρες ασκούνται κυρίως για να αυξήσουν τη δύναμη τους και να βελτιώσουν τους μύες τους. *(Garner, 1985; Mishkind, 1986; Silberstein, Striegel-Moore, Timko & Rodin, 1988)*

Οι δίαιτες ως εκδήλωση συμπεριφοράς είναι πιο συχνές μεταξύ των γυναικών, οι οποίες δηλώνουν ότι αυτό που νιώθουν για τα σώματα τους καθορίζει και το πώς νιώθουν για τους εαυτούς τους γενικά. Αυτή η σχέση δεν βρέθηκε μεταξύ των αντρών. Υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία ότι οι άντρες ενδιαφέρονται οπτικά περισσότερο από τις γυναίκες για τα σώματα του αντίθετου φύλου *(Mazur, 1986)*

Σε μια εποχή λοιπόν που εξιδανικεύει ένα εξαιρετικά λεπτό σώμα για τις γυναίκες αυτές που θεωρούν την εκτίμηση σώματος κεντρική πλευρά της εκτίμησης του εαυτού τους είναι πιο πιθανό να ασχολούνται υπερβολικά με το βάρος τους και να είναι επιρρεπείς σε χρόνιους περιορισμούς διατροφής. Υπάρχουν λοιπόν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις γυναίκες και τους άντρες και ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακά ομάδες. *(Davis C., Shapiro M.C., Elliot S., et al, 1993)*

4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

4.2 α ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΤΙΤΗΡΙΑ

Το DSM-IV ορίζει τη Διαταραχή της Προσωπικότητας ως ένα διαρκή τύπο εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς που παρεκκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου. Είναι εκτεταμένος και άκαμπτος, αρχίζει στην εφηβεία ή στη νεαρή ενήλικη ζωή, είναι διαχρονικά σταθερός και οδηγεί σε υποκειμενική ενόχληση ή λειτουργική έκπτωση. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή διακατέχονται από καχυποψία και δυσπιστία προς τους άλλους ανθρώπους, οπότε και τα κίνητρα των πράξεών τους ερμηνεύονται ως κακόβουλα. *(Μάνος Ν., 1997)*

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

● Οι διαταραχές της προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις στο στρες.

● Εξαιτίας της ύπαρξης διαταραχής της προσωπικότητας επηρεάζεται όλη η ζωή του ατόμου – ιδιαίτερα οι σχέσεις του, με αποτέλεσμα σημαντική αναπηρία στις τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής: αγάπη, εργασία, διασκέδαση.

● Συνήθως το άτομο δεν είναι ψυχωτικό. Αν επισυμβεί ψύχωση συνήθως είναι της μορφής της Βραχείας Ψυχωτικής Διαταραχής, της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής με Ψυχωτικά Στοιχεία ή με μορφή παροδικών ψυχωτικών συμπτωμάτων.

● Συχνά τα άτομα με Διαταραχή της Προσωπικότητας δεν έχουν ή δυσκολεύονται να αποκτήσουν ευαισθησία στα δυσπροσαρμοστικά σχήματα της συμπεριφοράς τους, οπότε δύσκολα προσέρχονται για θεραπεία και δύσκολα επίσης θεραπεύονται.

● Πολλές επιπλοκές συνοδεύουν τις Διαταραχές της Προσωπικότητας. Οι πιο κοινές είναι: η κατάθλιψη, αυτοκτονία, βία και αντικοινωνική συμπεριφορά, παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, βραχέα ψυχωτικά επεισόδια, κατάχρηση ουσιών. *(Μάνος Ν., 1997)*

ΓΕΝΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ DSM-IV:

Α. Ένας διαρκής τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς που παρεκκλίνει έντονα από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου. Αυτός ο τύπος εκδηλώνεται σε δυο ή περισσότερους από τους παρακάτω τομείς: 1. Γνωστική λειτουργία (δηλ. τρόποι αντίληψης και ερμηνείας του εαυτού, των άλλων ανθρώπων και γεγονότων) 2. Συναισθηματικότητα (δηλ. το εύρος, η ένταση, η μεταβλητότητα και η καταλληλότητα/ προσφορότητα της συναισθηματικής απάντησης) 3. Διαπροσωπική λειτουργικότητα 4. Έλεγχος των παρορμήσεων
Β. Ο διαρκής τύπος είναι άκαμπτος και επεκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων.
Γ. Ο διαρκής τύπος οδηγεί σε κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
Δ. Ο τύπος αυτός είναι σταθερός και μακράς διάρκειας και η έναρξη του μπορεί να ανιχνευθεί πίσω τουλάχιστον στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή.
Ε. Ο διαρκής αυτός τύπος δεν εξηγείται καλύτερα σαν εκδήλωση ή συνέπεια μιας άλλης ψυχικής διαταραχής.
ΣΤ. Ο διαρκής αυτός τύπος δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. τραύμα κεφαλής)

Μάνος, Ν. <<*Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*>> University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1997, σελ. 403.

4.2 β ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Διάφορες μελέτες υπολογίζουν τον επιπολασμό των Διαταραχών της Προσωπικότητας σε 10% ως 20% του γενικού πληθυσμού και σε πολύ περισσότερο στον ψυχιατρικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός των παθολογικών στοιχείων προσωπικότητας είναι φυσικά ακόμα μεγαλύτερος.

Ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας είναι πιο συχνές στους άντρες(π.χ. αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας) και άλλες πιο συχνές στις γυναίκες(π.χ. μεταιχμιακή, δραματική και εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας). Οι διαταραχές της προσωπικότητας συνήθως γίνονται εμφανείς στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή και διαρκούν τις περισσότερες φορές για όλη τη ζωή, εκτός αν υπάρξει βελτίωση ή αλλαγή με κατάλληλη θεραπεία. Οπωσδήποτε, όμως, η ένταση των παθολογικών χαρακτηριστικών ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας, σε άλλες περισσότερο (π.χ. στην Αντικοινωνική και τη Μεταιχμιακή) και σε άλλες λιγότερο (π.χ. στην Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική και στη Σχιζότυπη). *(Μάνος Ν., 1997)*

4.2 γ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ακριβή στοιχεία για το ποιοι είναι οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν για την εκδήλωση και ανάπτυξη της διαταραχής της προσωπικότητας δεν υπάρχουν. Οι ψυχαναλυτικοί θεραπευτές αναφέρουν ότι ευθύνονται κάποια τραυματικά γεγονότα ή καθηλώσεις στο στοματικό, πρωκτικό ή φαλλικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, χωρίς να υπάρχουν όμως ουσιαστικά αποδεικτικά στοιχεία. Οι μελέτες οικογενειών, διδύμων και υιοθετημένων ατόμων προτείνουν σχέση μεταξύ σχιζότυπης διαταραχής προσωπικότητας και σχιζοφρένειας που πιθανότατα οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη. *(Μάνος Ν., 1997)*

4.3 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

4.3 α ΟΡΙΣΜΟΣ

Η αυτοεκτίμηση είναι μια «στάση» που επιτρέπει στο άτομο να έχει μια θετική αλλά και ρεαλιστική αντίληψη για τον εαυτό του και για τις ικανότητές του, να μπορεί να χειρίζεται ικανοποιητικά τις καταστάσεις ή τις δυσκολίες που προκύπτουν. Με άλλα λόγια, είναι η πεποίθηση του ατόμου ότι έχει την ικανότητα να πράττει, στα πλαίσια των δυνατοτήτων του και της λογικής, ότι επιθυμεί, σχεδιάζει και αναμένει. Αντανακλά, επίσης, την εμπιστοσύνη που έχει στις ικανότητές του αυτές, αλλά και την αίσθηση ότι ασκεί έλεγχο στη ζωή του. Ακόμα και αν κάτι δεν πάει καλά, η θετική στάση και η αποδοχή του εαυτού στα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση δεν αλλάζει. Αντίθετα, τα άτομα που δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους εξαρτώνται υπερβολικά από την αποδοχή και την έγκριση των άλλων για να νιώσουν καλά. Γενικά, δεν αναλαμβάνουν κινδύνους γιατί φοβούνται την αποτυχία, αλλά και προσδοκούν ότι δεν θα πετύχουν σε οτιδήποτε κι αν καταπιαστούν. *(Baron J., & Brown R.V., 1991)*

Η αυτοεκτίμηση είναι η συναίσθηση της ικανότητας να ανταποκρίνεται κανείς στις απαιτήσεις της καθημερινότητας και η επίγνωση της σημαντικότητάς του, της ιδιαιτερότητας και της μοναδικότητας. Εκφράζεται με συγκεκριμένες γόνιμες συμπεριφορές και υγιή συναισθήματα όπως υπευθυνότητα, πρωτοβουλία, αξιοπρέπεια, αυτοέλεγχο, ανεκτικότητα και σεβασμό των άλλων, επιδίωξη αξιόλογων στόχων κλπ. Συνοδεύεται από ένα αίσθημα επάρκειας των ικανοτήτων μας, δημιουργική επικοινωνία, γόνιμο προβληματισμό, κατάλληλο σχεδιασμό, σωστές αποφάσεις και από την συναίσθηση ότι με τις προσπάθειές μας μπορούμε να πετύχουμε τα αποτελέσματα που επιθυμούμε. Η αυτοεκτίμηση δεν καλλιεργείται μόνο με τα ενισχυτικά και υποστηρικτικά λόγια των άλλων, αλλά κυρίως με την ρεαλιστική και έγκυρη αυτο-αξιολόγηση, μέσα από την ανάληψη ευθυνών, την εμπειρία της αγάπης και την δυναμική στάση απέναντι στις καθημερινές δυσκολίες και τις αναπόφευκτες αντιξοότητες. *(Baron J., & Brown R.V., 1991)*

4.3 β ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ – ΥΨΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζονται από: *(Baron J., & Brown R.V., 1991)*

- Αισθήματα κατωτερότητας και ανασφάλειας
- Δυσκολία κοινωνικής ένταξης και αισθήματα μοναξιάς
- Υπερβολική ευθιξία και χαμηλές αντοχές στις συντροφικές σχέσεις
- Παραμέληση ικανοποίησης βασικών προσωπικών αναγκών
- Παραμέληση της εξωτερικής εμφάνισης
- Υπερβολική ενασχόληση με αυτό που οι άλλοι σκέπτονται για αυτούς
- Υπερβολική ανησυχία μήπως και ενοχλήθηκε κάποιος άλλος εξαιτίας τους
- Διάχυτο άγχος και συχνά αισθήματα απογοήτευσης
- Δυσκολία να ερμηνεύσουν με ειλικρίνεια την πραγματικότητα
- Επικέντρωση στα αρνητικά στοιχεία μιας κατάστασης
- Μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες
- Δυσκολία να δέχονται φιλοφρονήσεις
- Έλλειψη εμπιστοσύνης στις προσωπικές τους απόψεις
- Χαμηλές προσδοκίες από τη ζωή
- Αναπάντεχες εκρηκτικές συμπεριφορές
- Αποφυγή των προκλήσεων
- Κοινωνική απόσυρση
- Διαταραχές στη συγκέντρωση, τον ύπνο και τη διατροφή

Τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζονται από:

- Υπευθυνότητα για τις πράξεις τους
- Αισιοδοξία, δημιουργικότητα, αγωνιστικότητα και τόλμη
- Συγκρότηση, αυτοέλεγχο και εσωτερική ισορροπία
- Ανθεκτικότητα στις αρνητικές κριτικές των άλλων
- Ανεκτικότητα και σεβασμό για τους άλλους

4.3 γ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Συχνά η έλλειψη αυτοεκτίμησης είναι το αποτέλεσμα υπερβολικού εστιασμού σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες ή κανόνες (που υιοθετούνται από γονείς, φίλους, άλλους). Αυτό προκαλεί δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που καθιστούν το άτομο ευάλωτο. Σκέψεις όπως «όλα ή τίποτα», «άσπρα ή μαύρα», «ό,τι δεν είναι επιτυχία είναι αποτυχία», η υπερβολική έμφαση στα «πρέπει» και τους κανόνες, η δυσκολία στην αποδοχή κομπλιμέντων, η μειωμένη έμφαση στα θετικά στοιχεία του εαυτού, ο φόβος και για το μικρότερο σφάλμα ή παράλειψη, η άκριτη αποδοχή των συναισθημάτων ως μόνη αλήθεια («νιώθω νικημένος, άρα έτσι έχουν τα πράγματα»), είναι παγίδες που μπορούν να εγκλωβίσουν το άτομο και να το κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και τις ικανότητές του. *(Baron J., & Brown R.V., 1991)*

4.3 δ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Τα νέα άτομα πρέπει να κατανοήσουν τη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα σε αυτό που είναι και αυτό που κάνουν. Πρέπει να διδαχτούν να μην προσδιορίζουν την αξία τους ανάλογα με τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες τους και να νιώθουν σημαντικά και αξιόλογα ανεξάρτητα από την ποιότητα των συντροφικών τους σχέσεων ή από την επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Επίσης είναι βασικό από πολύ νωρίς τα παιδιά να μάθουν να μην συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους άλλους. Το κάθε άτομο είναι μοναδικό και έχει τα δικά του ιδιαίτερα χαρίσματα. Πάντα θα υπάρχουν κάποιοι άνθρωποι που θα τα καταφέρνουν καλύτερα ή χειρότερα από εμάς. *(Baron J., & Brown R.V., 1991)*

Η ανθρώπινη προσωπικότητα σύμφωνα με τον Maslow, σχηματίζεται μέσα από μια συνεχή πορεία για αυτοπραγμάτωση. Η πορεία αυτή είναι ιεραρχικά δομημένη στη γνωστή πυραμίδα των αναγκών. Στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι βιολογικές ανάγκες (τροφή, νερό, κ.τ.λ.), στο επόμενο σκαλί συναντούμε τις ανάγκες για ασφάλεια, η ανάγκη δηλαδή της στέγης, της υγείας και της προστασίας γενικότερα, στην τρίτη βαθμίδα βρίσκονται οι κοινωνικές σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους, η ανάγκη να έχουμε φίλους, να

ερωτευτούμε και να είμαστε κοινωνικά αποδεκτοί · στο επόμενο στάδιο βρίσκονται οι συναισθηματικές ανάγκες (ανάγκη για αυτοσεβασμό και θετική αξιολόγηση από τους άλλους) και τέλος στην κορυφή βρίσκεται η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση. Το πέρασμα από το ένα επίπεδο στο άλλο, προϋποθέτει την ικανοποίηση των αναγκών του προηγούμενου σκαλιού. (Maslow, 1970).

Ιεράρχηση των Βασικών Αναγκών του ανθρώπου κατά τον Maslow:



4.3 ε ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η αυτοεκτίμηση είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης διαφόρων παραγόντων όπως είναι το οικογενειακό περιβάλλον, το κοινωνικό περιβάλλον, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η προσωπικότητα κ.α.

- **Οικογενειακό περιβάλλον**

Η εφηβεία αποτελεί ένα καθοριστικό σημείο για τη ζωή του ανθρώπου καθώς, μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα, συμβαίνουν πολλές και απότομες εσωτερικές και εξωτερικές αλλαγές. Έχει χαρακτηριστεί ως η μεταβατική ηλικία ανάμεσα στην παιδική και την ενήλικη ζωή. Αυτή η αμφιταλαντευόμενη μετάβαση προς την ενηλικίωση, όπου ο νέος προσπαθεί να

διαμορφώσει την «ταυτότητά του», χαρακτηρίζεται από αποσταθεροποίηση και καθιστά τους έφηβους περισσότερο ευάλωτους όχι μόνο στη χρήση ουσιών αλλά και σε άλλες μορφές συμπεριφοράς που εκφράζονται στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και ιδιαίτερα στο χώρο του σχολείου. *(Carris M.J., Sheeber L., Howe S., 1998)*

Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς ανατρέφουν τα παιδιά τους διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ομαλή κοινωνικοποίηση τους και στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης τους. Στις οικογένειες που επικρατεί η αυταρχικότητα, η αδιαφορία, η έλλειψη αγάπης αναπτύσσονται οι προϋποθέσεις για την αρνητική στάση του παιδιού απέναντι στον εαυτό του. *(Ζαφειροπούλου, 1995)*

Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η σχέση ανάμεσα στη συμπεριφορά των γονέων και στη συμπεριφορά του παιδιού δεν είναι μονόδρομη αλλά, κυρίως, σχέση αλληλεπίδρασης *(Παρασκευόπουλος, 1991)*

Σύμφωνα με τον Conger (1977), μέσα από το οικογενειακό περιβάλλον, το αναπτυσόμενο άτομο θα πρέπει να βιώσει την αδιαμφισβήτητη απόδειξη της γονεϊκής αγάπης και προστασίας, έτσι ώστε να διαμορφώσει θετική αυτοεκτίμηση, να αισθανθεί υψηλή αυτοαποδοχή και να οικοδομήσει εγκάρδιες και σταθερές διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνανθρώπους του. Σε αντίθετη περίπτωση, αν τα παιδιά δεν αισθανθούν τα παραπάνω και βιώσουν την απόρριψη, την παραμέληση και την εχθρότητα από τους γονείς, είναι πιθανό να μην κατορθώσουν να αναπτύξουν ένα υψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης και επιπλέον να εκδηλώσουν προβλήματα σε διάφορους λειτουργικούς τομείς της προσωπικότητας τους, όπως μαθησιακές δυσκολίες, γνωστικά προβλήματα, διαταραχές της προσωπικότητας κ.α. *(Carris M.J., Sheeber L., Howe S., 1998)*

- **Κοινωνικό περιβάλλον**

Α. Συμμαθητές και φίλοι

Στα χρόνια της εφηβείας, επειδή οι έφηβοι σταδιακά αποδεσμεύονται από τον οικογενειακό κύκλο και γίνονται πιο ανεξάρτητοι, καθοριστικός είναι ο ρόλος της στήριξης από τους συνομηλίκους.

Οι υποστηρικτικές σχέσεις μεταξύ των εφήβων συνδέονται με υψηλότερη αυτοεκτίμηση, θετικότερες αυτοαντιλήψεις, καλύτερη ψυχική υγεία, λιγότερα συναισθηματικά προβλήματα, χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και καλύτερη προσαρμογή στο σχολικό

περιβάλλον *(Bagwell, Newcomb & Bukowski 1998, Berndt & Savin -Williams 1993, Buhrmester 1996, Hymel, Rubin, Rowden & LcMatc 1990. Rubin 1985)*

Ο Berndt (1999), ανέπτυξε τέσσερα σημεία, τα οποία εξηγούν τις λειτουργίες της φιλίας στην περίοδο της εφηβείας:

1. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι νέοι επιδιώκουν να έχουν παρέες με τις οποίες θα μοιράζονται τις ίδιες δραστηριότητες. Έτσι οι φίλοι αντικαθιστούν μερικώς, τους γονείς και τα αδέρφια (αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές συνέπειες).
2. Η ανάγκη για να βρουν ένα δικό τους χώρο σε ένα καινούργιο και πολύπλοκο κοινωνικό κόσμο, τους κάνει να θέλουν να ανεξαρτητοποιηθούν πλήρως από το οικογενειακό τους περιβάλλον *(Berndt & Perry 1986)*. Έτσι δημιουργείται μια ομάδα από συνομήλικους, όπου αναπτύσσονται στενοί συναισθηματικοί δεσμοί ενώ παράλληλα υπάρχει κάποια ιεραρχία στην οργάνωση της ομάδας.
3. Οι νέοι αρχίζουν να διαμορφώνουν τη δική τους ταυτότητα, η οποία αποτελείται από ένα σύνολο ιδεών για το ποιοι είναι και τι μπορούν να κάνουν στη ζωή τους *(Erikson 1963)*. Οι αλληλεπιδράσεις με τους φίλους μπορούν να παίξουν μείζονα ρόλο στη διαμόρφωση της ταυτότητας. Από τη μία μεριά, η υποστήριξη από τους φίλους βοηθάει το νέο να διαμορφώσει μια θετική ταυτότητα, ενώ από την άλλη, οι φίλοι μπορεί να γίνουν αιτία χαμηλής αυτοεκτίμησης.
4. Οι νέοι είναι ανάγκη να μάθουν όχι μόνο για τους εαυτούς τους, αλλά επίσης και για την ευρύτερη κοινωνία. Στα πλαίσια αυτά αναπτύσσουν σταδιακά ιδέες και γνώμες για άλλους ανθρώπους, κοινωνικές οργανώσεις και πολιτικά συστήματα *(Keating 1990)*. Τέλος, η σύναψη σχέσεων-φιλίας μπορεί να προσδώσει στο νέο συναισθηματική ικανοποίηση και πληρότητα στη ζωή του, ενώ η απουσία της μπορεί να οδηγήσει σε ένα μεγάλο βαθμό στην αποξένωση και στη μοναξιά.

Β. Εκπαιδευτικοί

Η σημαντική θέση του εκπαιδευτικού (σχολείο ή ίδρυμα ανώτερης εκπαίδευσης), στο ευρύτερο περιβάλλον του εφήβου επηρεάζει έντονα την προσωπικότητα του νέου. Η αξιολόγηση της επίδοσης του νέου επηρεάζει σημαντικά τον ψυχισμό του και την ιδέα που έχει για τον εαυτό του. Επίσης όταν ο εκπαιδευτικός αποδέχεται το νέο, κατανοεί τα προβλήματά του, τον ενθαρρύνει να ανακαλύψει από μόνος του τις δυνατότητες του, με

αποτέλεσμα να συμμετέχει στη βελτίωση του επίπεδου αυτοεκτίμησης του εκπαιδευόμενού του. Η αυτοεκτίμηση του εκπαιδευτικού είναι σημαντική για το εκπαιδευτικό περιβάλλον και τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συμμαθητές τους. Ο ίδιος ο εκπαιδευτικός πρέπει να διαθέτει ένα υψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης και να προσαρμόζει τη διδασκαλία του όχι στις δικές του ανάγκες, αλλά σε εκείνες των μαθητών του. Επομένως, όταν ο νέος έχει θετικές εμπειρίες από τον εκπαιδευτικό του, βελτιώνει την αυτοεικόνα του και αυξάνει την αυτοεκτίμηση του. *(Graumlich G., Baron J., 1991)*

Σύμφωνα με τον Rogers (1974), ο εαυτός συνίσταται στο σύνολο των αντιλήψεων του παιδιού, για τα εξωτερικά αντικείμενα και τις εμπειρίες που σχετίζονται με το «εγώ» του ατόμου. Κατά τον Gordon (1991), η δύναμη της εκπαιδευτικής παρέμβασης βασίζεται στην ποιότητα των σχέσεων εκπαιδευτικού – μαθητών. Οι σχέσεις αυτές αποβαίνουν θετικές και αποτελεσματικές όταν είναι ανοιχτές, επιτρέπουν την ανάπτυξη της ατομικότητας και χαρακτηρίζονται από φροντίδα, αλληλεξάρτηση και αμοιβαιότητα.

Τέλος, ο Rogers και ο Kelly ανέφεραν ότι το άτομο σχηματίζει τη γνώση για τον εαυτό του και αυτή εξαρτάται άμεσα από αυτά που λένε οι άλλοι για αυτό το άτομο, αλλά και έμμεσα από τον τρόπο που του φέρονται. *(Graumlich G., Baron J., 1991)*

- **Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης**

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι μια σημαντική πτυχή της ζωής στον πολιτισμό μας. Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν μια ευρεία ποικιλία μέσων όπως είναι το ραδιόφωνο, η τηλεόραση, καθώς και το διαδίκτυο όπου η ανθρώπινη επικοινωνία έχει αντικατασταθεί από την εξ' αποστάσεως επικοινωνία μέσω των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Κάθε ένα από τα Μ.Μ.Ε. επιδιώκει να ενημερώσει, να πείσει και να προωθήσει διάφορα προϊόντα. Οι ομάδες που αποτελούνται από άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, καθώς και τα άτομα νεαρής ηλικίας φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο. *(Kuther T. L., Higgins-D'Alessandro A., 2000)*

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας γίνεται περίπλοκη η εικόνα που έχει ο έφηβος για το σώμα του, γιατί είναι η περίοδος όπου το σώμα αρχίζει πραγματικά να αλλάζει. Οι έφηβοι είναι συχνά υπερευαίσθητοι προς το σώμα τους στην αρχή της εφηβείας. Η υπερέκθεση στα μέσα μαζικής ενημέρωσης κατευθύνει τους νέους για να εξετάσουν το σώμα τους και να

συγκρίνουν ακόμη και τη φυσική τους εμφάνιση με τις μη ρεαλιστικές φωτογραφίες των μοντέλων, αφού δέχονται ειδική επεξεργασία από τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. *(Kuther T. L., Higgins-D'Alessandro A., 2000)*

Τα εφηβικά χρόνια είναι συχνά γεμάτα σύγχυση, αμφιβολία και υπάρχει μια συνεχής αναζήτηση μιας ταυτότητας, που συντίθεται από τις δραματικές φυσικές αλλαγές που πραγματοποιούνται στο σώμα. Έτσι ο έφηβος μπορεί να υιοθετήσει πιο εύκολα τις άξίες, τις ιδέες και τις συμπεριφορές των προτύπων που προβάλλονται από τα μέσα.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης στους έφηβους μέσω των μηνυμάτων που προβάλλουν για την εικόνα σώματος. Με τις προσπάθειες των μέσων μαζικής ενημέρωσης να πωλήσουν μια εικόνα που εμμένει σε ορισμένα πρότυπα κάποιου συγκεκριμένου βάρους και μεγέθους σώματος μπορεί να θεωρηθούν ένας καταλύτης για την ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Και, όταν οι έφηβοι βλέπουν ότι οι προσδοκίες τους πέφτουν στο κενό, οι οποίες είναι βασισμένες στις εικόνες των μέσων μαζικής ενημέρωσης, τότε η αυτοεκτίμησή τους μπορεί να υποφέρει.

Ο ανοικτός διάλογος μπορεί να βοηθήσει τους έφηβους να κερδίσουν ένα καλύτερο έλεγχο των ρεαλιστικών και εφικτών στόχων. Η ανοικτή επικοινωνία και οι ρεαλιστικές προσδοκίες θα βοηθήσουν τον έφηβο να μην γίνει θύμα των αρνητικών επιρροών των μέσων μαζικής ενημέρωσης. *(Kuther T. L., Higgins-D'Alessandro A., 2000)*

- **Προσωπικότητα**

Η προσωπικότητα είναι το μέσο με το οποίο κάθε άτομο εκφράζει κατά ένα μοναδικό τρόπο τον ψυχικό του κόσμο, ενεργεί και αντιδρά στα διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, αντιμετωπίζει τη ζωή γενικά, εκπληρώνει τις ανάγκες του, πετυχαίνει τις επιδιώξεις του και αναπτύσσει τα ιδεώδη και τις αξίες του, που κατευθύνουν τη δραστηριότητα του. Άρα, η προσωπικότητα του κάθε ατόμου θεωρείται ότι είναι μοναδική και σταθερή. *(Ganzel A.K., 1999)*

Οι παράγοντες που βοηθούν έτσι ώστε να διαμορφωθεί η προσωπικότητα του κάθε ατόμου είναι δυο πολύ βασικοί: οι βιολογικοί και οι περιβαλλοντικοί. *(Ganzel A.K., 1999)*

Οι βιολογικοί παράγοντες δεν έχουν να κάνουν μόνο με ομοιότητες στα εξωτερικά χαρακτηριστικά (π.χ. μάτια, μαλλιά, χέρια) αλλά και στα συναισθήματα (όπως φόβος, θυμός, χαρά, λύπη). Οι ομοιότητες, λοιπόν, έχουν να κάνουν με τα γονίδια. Οι κληρονομικοί

παράγοντες δεν καθορίζουν με ποιο ακριβώς τρόπο θα συμπεριφερθεί ο άνθρωπος, αλλά του δίνουν τη δυνατότητα να εκφράσει πιθανές αντιδράσεις ανάλογα με το περιβάλλον που ζει. Έτσι, κάθε στοιχείο που είναι κληρονομικό μπορεί να εκφραστεί σαν συμπεριφορά με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με το περιβάλλον.

Επίσης, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της προσωπικότητας. Σε αυτούς ανήκουν οι επιδράσεις του πολιτισμού και της γλώσσας (τι νιώθουμε και πώς το εκφράζουμε, πώς σχετιζόμαστε με τους άλλους, πώς αντιμετωπίζουμε τη ζωή και το θάνατο και άλλα). *(Ganzel A.K., 1999)*

Μέσα σε αυτούς τους παράγοντες εντάσσονται επίσης και οι επιδράσεις της κοινωνικής ή οικονομικής τάξης του ατόμου, αλλά και της οικογένειας, μέσα στην οποία αναπτύσσεται (π.χ. η προσωπικότητα των γονέων και ο τρόπος ανατροφής). *(Ganzel A.K., 1999)*

.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Υποκείμενα: Για την έρευνα που πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα 200 ατόμων. Τα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν ήταν 250 αλλά λόγω κάποιων λανθασμένων ή κενών απαντήσεων, κρίθηκαν άκυρα και εξαιρέθηκαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Από τα 200 άτομα του δείγματος, τα 100 ήταν από το Ηράκλειο Κρήτης και τα άλλα 100 από τη Σητεία. Το εύρος της ηλικίας εκτείνονταν από 20-40 έτη και τα υποκείμενα ήταν αποκλειστικά άντρες. Συγκεκριμένα τα 114 άτομα ήταν ηλικίας 20-29 ετών και τα 86 ήταν 30-40 ετών. Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση οι περισσότεροι ήταν δημόσιοι υπάλληλοι (35,5%), ιδιωτικοί υπάλληλοι (23%), ελεύθεροι επαγγελματίες (5%), φοιτητές (27%) και λοιπά επαγγέλματα (9,5%). Επίσης, το 74% ήταν άγαμοι, το 24,5% έγγαμοι, και το 1,5% διαζευγμένοι. Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων αντιστοιχούσε σε απόφοιτους δημοτικού (1,5%), απόφοιτους γυμνασίου (2%), απόφοιτους λυκείου (46,5%), απόφοιτους Τεχνικής/ επαγγελματικής σχολής (8,5%), απόφοιτους Τ.Ε.Ι (20,5%), απόφοιτους Α.Ε.Ι (18,5%) και το υπόλοιπο (2,5%) δεν εντασσόταν σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες. Ακόμα, το 83,5% του δείγματός μας εργαζόταν, ενώ το 16,5% δεν εργαζόταν. Οι περισσότεροι γυμνάζονταν (59,5%) και το υπόλοιπο δείγμα μας (40,5%) δεν γυμναζόταν. Το 46% είχε κάνει κάποια στιγμή της ζωής του δίαιτα, ενώ το 54% δεν είχε κάνει. Το 16% την περίοδο που πραγματοποιήθηκε η έρευνα βρισκόταν σε κάποια δίαιτα, ενώ το 84% όχι. Τέλος, το 12% του δείγματος ανέφερε μέτρια διάθεση, το 60,5% καλή και το 27,5% άριστη.

Τεχνική και Μέθοδοι:

Ανάλυση ερωτηματολογίων: Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ένα προσωπικό ερωτηματολόγιο, όπου το κάθε άτομο ανέφερε προσωπικά του δεδομένα, το EAT-26, το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας ενηλίκων του Eysenck (E.P.Q.) και το B-wise. Τα ερωτηματολόγια αυτά αναλύθηκαν με το πρόγραμμα spss.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ E.P.Q: Με το ερωτηματολόγιο του Eysenck μπορούμε να διακρίνουμε την προσωπικότητα του κάθε ατόμου κα να παρατηρήσουμε αν υπάρχει εξωστρέφεια-εσωστρέφεια, νευρωτισμός, ψυχωτισμός καθώς και την κλίμακα ψεύδους.

Ο «τυπικός» εξωστρεφής σύμφωνα με τον Eysenck είναι κοινωνικός, αγαπά τις συγκεντρώσεις, έχει πολλούς φίλους, έχει ανάγκη από ανθρώπους γύρω του να μιλά και δεν συμπαθεί το διάβασμα και τη μελέτη. Είναι ανέμελος, αισιόδοξος και του αρέσουν οι διασκεδάσεις.(Eysenck 1965)

Ο «τυπικός» εσωστρεφής είναι ήσυχος, απομονωμένος, ενορατικός. Προτιμά τα βιβλία από τους ανθρώπους, είναι συγκρατημένος και μένει σε απόσταση, με εξαίρεση τους πολύ στενούς φίλους. Ελέγχει τα συναισθήματά του, δεν αγαπά τις έντονες συγκινήσεις και προτιμά την προγραμματισμένη ζωή. (Eysenck 1965)

Ο νευρωτισμός, αναφέρεται στην γενική συναισθηματική αστάθεια του ατόμου. Τα άτομα με νευρωτισμό είναι αγχώδη, στενοχωρούνται εύκολα, είναι σκυθρωπά και συχνά θλιμμένα. (Eysenck 1959; Eysenck & Eysenck,1975)

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχωτισμό είναι εχθρικά και επιθετικά ακόμα και στα άτομα που αγαπούν. Δεν εμπιστεύονται τους άλλους, ούτε τους συμπαθούν. Δεν έχουν καλούς τρόπους, είναι χωρίς συναισθήματα και ανθρωπισμό. Αγαπούν παράξενα πράγματα και καταστάσεις. (Eysenck & Eysenck,1972; Eysenck & Eysenck,1975,1976)

Για την προσαρμογή του E.P.Q στον ελληνικό πληθυσμό μεταφράστηκαν στα ελληνικά τα ανάλογα αγγλικά ερωτηματολόγια του E.P.Q. Η μετάφραση έγινε με τη συνεργασία τριών αγγλομαθών ψυχιάτρων, που ήταν γνώστες της ψυχοσύνθεσης των αγγλοσαξώνων αλλά και των ιδιωματισμών της αγγλικής γλώσσας. Επειδή υπήρχαν αρκετοί ιδιωματισμοί χρησιμοποιήθηκε, όπου έπρεπε, ελεύθερη μετάφραση, ώστε οι ερωτήσεις να προσαρμοστούν στην ελληνική καθομιλούμενη γλώσσα. Ακολούθησε καθοδηγητική έρευνα για να ελεγχθεί αν οι ερωτήσεις ήταν εύκολα κατανοητές από άτομα με μόρφωση τουλάχιστον Δημοτικού σχολείου.

Το ερωτηματολόγιο ενηλίκων του αγγλικού E.P.Q. που αρχικά συμπληρώθηκε από το ελληνικό δείγμα πληθυσμού, αποτελείται από 90 ερωτήσεις, 25 της κλίμακας ψυχωτισμού (P), 23 νευρωτισμού (N), 21 εξωστρέφειας (E) και 21 της κλίμακας ψεύδους (L). Μετά από λεπτομερή στατιστική επεξεργασία των αρχικών ερωτηματολογίων, που

έγινε κυρίως με τη χρήση της τεχνικής της παραγοντικής ανάλυσης (Δημητρίου 1977), το τελικό ελληνικό ερωτηματολόγιο του E.P.Q., το οποίο χρησιμοποιήσαμε και εμείς στην πτυχιακή μας εργασία, αποτελέσθηκε από 84 ερωτήσεις, 24 της κλίμακας ψυχωτισμού (P), 22 της κλίμακας νευρωτισμού (N), 19 της κλίμακας εξωστρέφειας (E) και 19 της κλίμακας ψεύδους (L).

Στον παρακάτω πίνακα αναγράφονται οι μέσες φυσιολογικές τιμές των τεσσάρων κλιμάκων του E.P.Q. για τους έλληνες ενήλικες κατά φύλο και ηλικία.

ΠΙΝΑΚΑΣ: Μέσες τιμές των κλιμάκων P, E, N και L μετά την ανακατάταξη και μείωση του αριθμού των ερωτήσεων από 90 σε 84 (τελικές τιμές).

ΑΝΔΡΕΣ

		P	E	N	L
Ηλικία	Αριθμός	x - s	x - s	x - s	x - s
16-19	77	5.45 - 3.50	14.15 - 3.55	12.34 - 3.93	8.03 - 3.61
20-29	277	5.38 - 3.23	13.64 - 3.83	11.93 - 4.65	9.12 - 3.99
30-39	127	4.90 - 3.09	13.56 - 3.76	12.27 - 4.74	10.70 - 4.01
40-49	71	4.80 - 3.20	13.22 - 4.06	19.92 - 4.22	11.86 - 4.27
50-59	61	4.05 - 2.91	12.98 - 3.62	12.46 - 4.40	12.62 - 3.82
60-69	26	2.77 - 2.30	11.77 - 3.70	11.87 - 3.80	14.23 - 3.60

Το E.P.Q είναι μια εύχρηστη και αξιόπιστη δοκιμασία προσωπικότητας. Έχει ικανοποιητική θεωρητική υποδομή και η στάθμισή του στον ελληνικό πληθυσμό έχει γίνει με αξιοπιστία και επιτυχία. Αυτό αποδεικνύεται και από έρευνες που έχουν γίνει, όπως φαίνεται και παρακάτω.

Ο στόχος της παρούσας έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από τον Alexopoulo, D. S. & Kalaitzidi, I., (2004), ήταν να αξιολογηθεί η αξιοπιστία, η

εσωτερική δοκιμή και κατ' επανάληψη δοκιμή και η ταυτόχρονη δομική ισχύ-εγκυρότητα του προσωπικού ερωτηματολογίου του Eysenck, αλλά και η αναθεωρημένη έκδοση- κλίμακα (EPQ-R,s) σε ελληνικό δείγμα. Η κλίμακα αυτή (EPQ-R,s)-48, είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς-αυτοέκθεσης για την αξιολόγηση των διαστάσεων της προσωπικότητας, του νευρωτισμού, της εξωστρέφειας, του ψυχωτισμού. Περιλαμβάνει επίσης μια κλίμακα ψεύδους. Το τεστ, μεταφράστηκε-προσαρμόστηκε από τους συγγραφείς και ξανά μεταφράστηκε από άτομο που η μητρική του γλώσσα ήταν τα αγγλικά. *(Alexopoulos, D. S. & Kalaitzidis, I., 2004)*

Το δείγμα αποτελείτο από 946 άτομα (422 άνδρες, 524 γυναίκες) ηλικίας 16-73 ετών. Το (EPQ-R,s), όπως και το προσωπικό ερωτηματολόγιο ενηλίκων του Eysenck (EPQ-A), όπως και το τελευταίο, προσαρμόστηκε για τον ελληνικό πληθυσμό από τον Δημητρίου, και χρησιμοποιήθηκαν για να βρεθεί η πρόσφατη εγκυρότητα της έρευνας.

Οι συντελεστές αξιοπιστίας, τόσο στις εσωτερικές δοκιμές, όσο και στις κατ' επανάληψη δοκιμές, καθώς και οι βασικοί συσχετισμοί, βρέθηκαν να είναι ικανοποιητικοί για το E, N, L ενώ για το P δεν ήταν τόσο ικανοποιητικοί. Οι διαστάσεις E, N, L, του EPQ- Rs, έδειξε υψηλούς συσχετισμούς με τις ανταποκρινόμενες διαστάσεις του EPQ-A, αλλά όχι το P. Τελικά, ένας παράγοντας ανάλυσης του τεστ επισήμανε την ύπαρξη των τεσσάρων παραγόντων E, N, P, L, το οποίο δεν επιβεβαιώθηκε από το CFA. *(Alexopoulos, D. S. & Kalaitzidis, I., 2004)*

Η αξιοπιστία μιας γενικευμένης έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τους Caruso, C. J., Witkiewitz, K., Belcourt-Dittloff, A., et al., (2001), συνδέθηκε με στοιχεία από 69 δείγματα που βρέθηκαν σε 44 μελέτες που απευθύνονταν στον ψυχωτισμό (P), νευρωτισμό (N), στην εξωστρέφεια (E) και στην κλίμακα ψεύδους (L), κλίμακες του EPQ ή EPQ-R(revised) αναθεωρημένο. Η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων ποικίλει αρκετά μεταξύ των κλιμάκων του P, το score της οποίας τείνει να έχει τη χαμηλότερη αξιοπιστία.

Ιεραρχικές αναλύσεις οπισθοδρόμησης, αποκάλυψαν ότι ένας μεγαλύτερος μέσος όρος των αποτελεσμάτων συνδέθηκε με υψηλότερο βαθμό αξιοπιστίας και για τις 4 κλίμακες του EPQ. Περισσότερη μεταβλητότητα στην ηλικία συνδέθηκε με υψηλότερο βαθμό αξιοπιστίας για την κλίμακα P και L. Δείγματα αποτελούμενα από σπουδαστές,

παρείχαν αποτελέσματα με υψηλότερη αξιοπιστία από αυτά που αποτελούνταν από άλλα δείγματα ατόμων όσον αφορούσε την κλίμακα Ρ.

Μερικές άλλες ενδεχόμενες προβλέψεις (μορφή, γλώσσα της διοίκησης, μέσος όρος αποτελεσμάτων, μέσος όρος ηλικίας, το φύλο και ο αριθμός στοιχείων ανά κλίμακα) δεν συσχετίζονταν σημαντικά με το βαθμό αξιοπιστίας. *(Caruso, C. J., Witkiewitz, K., Belcourt-Dittloff, A., et al., 2001)*

EAT-26

Μία έκδοση 26 αντικειμένων του EAT (EAT-26) προτάθηκε, βασισμένη στον παράγοντα ανάλυσης του αυθεντικού (EAT-40). Υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στο EAT-26 και στο EAT-40. *(Garner D. M. & Garfinkel P. E., 1979, Garner D. M., et al., 1982)*

Οι 26 ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο του eat 26 χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες από τις οποίες η πρώτη αναφέρεται στις διατροφικές-διαιτητικές συνήθειες και αποτελείται από 13 ερωτήσεις, η δεύτερη αναφέρεται στην βουλιμία και τις διατροφικές ανησυχίες και αποτελείται από 6 ερωτήσεις και η τρίτη αναφέρεται στον «έλεγχο» του φαγητού, δηλαδή αν μπορούν να ελέγχουν τον εαυτό τους όσο αφορά το θέμα του φαγητού (ποσότητα και ποιότητα) και αποτελείται από 7 ερωτήσεις. *(Garner D. M. & Garfinkel P. E., 1979, Garner D. M., et al., 1982)*

Το ερωτηματολόγιο απαντάται βάσει μιας κλίμακας Likert. Για την απάντηση «ποτέ» υπολογίζονται 3 βαθμοί, για «σπάνια» 2 βαθμοί, για «μερικές φορές» 1 βαθμός και 0 βαθμοί για τις απαντήσεις «πάντα, συνήθως και συχνά». Αν η συνολική βαθμολογία είναι κάτω από τους 20 βαθμούς, τότε η διατροφική συμπεριφορά είναι μη φυσιολογική.

Σε μια τμηματική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1998 για να αξιολογήσει την εγκυρότητα της βραζιλιάνικης έκδοσης του EAT-26, για τον προσδιορισμό των μη φυσιολογικών συμπεριφορών διατροφικής κατανάλωσης σε ένα πληθυσμό νέων γυναικών στο Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, 56 γυναίκες παρουσίασαν ανώμαλη- μη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά, όπως αποδεικνύεται από το EAT-26 και από την Κλίμακα Βουλιμίας του Εδιμβούργου. Κάθε υποκείμενο αντιστοιχήθηκε

βάσει της ηλικίας και της περιοχής κατοικίας με 2 φυσιολογικά υποκείμενα (ομάδα ελέγχου: n=112) και επαναξιολογήθηκε 4 χρόνια αργότερα με τα 2 προαναφερθέντα ερωτηματολόγια, μαζί με το CIDI (Composive International Diagnostic Interview) *(Nunes, M. A., Camey, S., Olinto, M. T. A., Mari, J. J. 1998)*.

Τα αποτελέσματα του EAT-26 συγκρίθηκαν έπειτα με τις πρωταρχικές διαγνώσεις του CIDI. Για να αξιολογηθεί η χρονική σταθερότητα των 2 ερωτηματολογίων, ένας σχεδιασμός επαναλαμβανόμενης δοκιμής (test - retest), εφαρμόστηκε για να υπολογίσει «κ» συντελεστές για τα μεμονωμένα στοιχεία. Λαμβάνοντας υπόψη την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στο 6,2%, η συνέντευξη ψυχιατρικής του CIDI εφαρμόστηκε σε 161 γυναίκες. Από αυτές το 0,6% έπασχε από νευρική ανορεξία, το 5,6% από νευρική βουλιμία (10 πιθανές περιπτώσεις).

Οι συντελεστές εγκυρότητας του EAT-26 ήταν: 40% ευαισθησία, 84% ιδιομορφία και 14% θετική προβλεπόμενη αξία. Ο συντελεστής Cronbach ήταν 0,75. Για κάθε αντικείμενο του EAT- 26, ο δείκτης «κ» δεν ήταν υψηλότερος από 0,344 και ο συντελεστής συσχετισμού ήταν <0,488.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι το EAT-26 έδειξε χαμηλούς συντελεστές ισχύος για την ευαισθησία και τη θετική προβλεπόμενη αξία και παρουσίασε χαμηλή προσωρινή σταθερότητα.

Είναι λογικό να υποθέσουμε ότι αυτά τα αποτελέσματα δεν επηρεάστηκαν από τη χαμηλά επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στην κοινότητα. Κατά συνέπεια τα αποτελέσματα δημιουργούν αμφιβολίες ως προς την ικανότητα δοκιμής του EAT-26, να αναγνωρίσουν περιπτώσεις ανώμαλων διατροφικών συμπεριφορών σε αυτόν τον πληθυσμό. *(Nunes, M. A., Camey, S., Olinto, M. T. A., Mari, J. J. 1998)*

Το EAT-26 είναι πιθανότατα το πιο ευρέως χρησιμοποιημένο, τυποποιημένο μέτρο των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών. Το EAT-26 από μόνο του δεν βγάζει μια συγκεκριμένη διάγνωση μιας διατροφικής διαταραχής. Παρ' όλα αυτά, έρευνες έχουν δείξει ότι το EAT-26 μπορεί να είναι ένας ικανοποιητικός τρόπος διαλογής, στο οποίο εκείνοι που σημειώνουν σε αυτό ένα αποτέλεσμα πάνω από 20 βαθμούς, αναφέρονται για μια διαγνωστική συνέντευξη. Έρευνες σε εφήβους ή σε νέες ενήλικες γυναίκες, δείχνουν αποτέλεσμα περίπου 15% επάνω από 20 βαθμούς στο EAT-26. *(Garner, D.M., Olmstead, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. 1982)*.

Με βάση τα αποτελέσματα μιας έρευνας που έγινε από τους Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., and Garfinkel, P.E. (1982), από τα 720 άτομα που συμπλήρωσαν το τεστ, οι υψηλοί "scorers", χωρίστηκαν σε 6 ομάδες: (1) Eating disorders, (2) Partial syndrome, (3) Obsessive Dieters, (4) Normal Dieters, (5) Obese Individuals, (6) Disturbed Individuals.

Μετά από 12-18 μήνες, 20% των ατόμων παρουσίασαν μερικό σύνδρομο και οδηγήθηκαν σε διαταραχή πρόσληψης τροφής, και 30% των ατόμων που έκαναν δίαιτα έγιναν υπερφαγικοί. *(Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E., 1982).*

B-wise (body weight, image and self-esteem evaluation): Ερωτηματολόγιο βάρους σώματος, εικόνας σώματος και αυτοεκτίμησης.

Το B-wise είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς και αποτελείται από 12 θέματα. Τα θέματα συντάσσονται ως πρώτες δηλώσεις προσώπων περιγράφοντας την προσωπική αξιολόγηση του υποκειμένου για τις αλλαγές στο βάρος του σώματος και για ζητήματα σχετικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των προηγούμενων δύο εβδομάδων. Οι απαντήσεις επιλέγονται από μια συχνότητα τριών στοιχείων βασισμένων σε μια κλίμακα Likert (δηλαδή, ποτέ, μερικές φορές, πάντοτε). Στις απαντήσεις ορίζεται μια εκτίμηση 1,2 ή 3 με πιθανά συνολικά σκορ που κυμαίνονται μεταξύ του 12 και του 36. Τα υψηλότερα σκορ είναι ενδεικτικά της καλύτερης προσαρμογής. Η διατύπωση των προτάσεων είναι απλή για να ελαχιστοποιηθεί το γνωστικό φορτίο των υποκειμένων.

Σε αυτό το ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 12 ερωτήσεις, αναλύουμε το «Ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο» και ταξινομούμε το δείγμα μας αυθαίρετα σε 3 ομάδες: εκείνη με ήπιο (12-20) βαθμούς, με μέτριο (21-28) βαθμούς και με σοβαρό (29-36) βαθμούς ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο. Η απάντηση ποτέ μετράει για 1 βαθμό, η απάντηση μερικές φορές μετράει για 2 βαθμούς και η απάντηση πάντοτε μετράει για 3 βαθμούς.

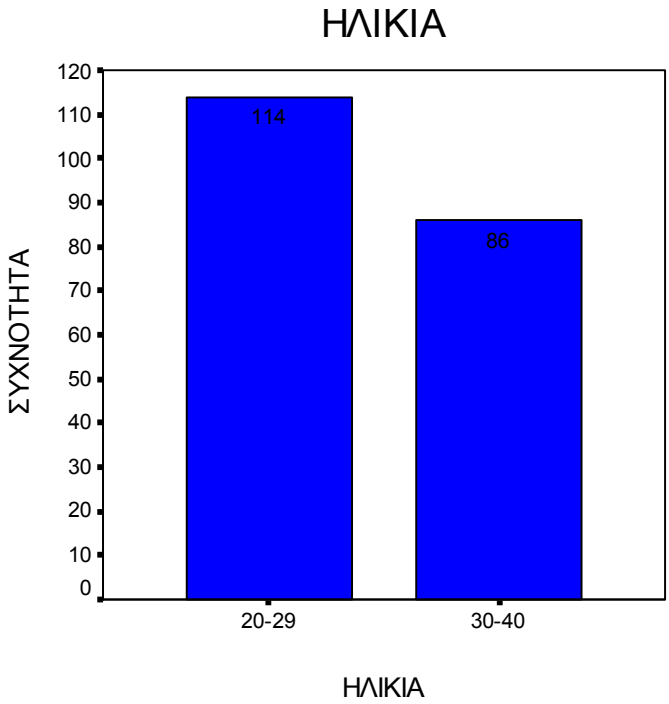
Το συνολικό δείγμα 141 συμμετεχόντων ταξινομήθηκε αυθαίρετα σε τέσσερις ομάδες που βασίστηκαν στο δείκτη μάζας σώματος (BMI)-κανονικό βάρος (BMI<24,9) [n=35], υπέρβαρος (BMI 25,0-29,9) [n=46], παχύσαρκος (BMI 30,0-34,9) [n=43] και παχυσαρκία τρίτου βαθμού (BMI>40,0) [n=17]. Επίσης, βασισμένα στη συνολική

βαθμολογία που πήραν στην κλίμακα, το δείγμα ταξινομήθηκε αυθαίρετα σε τρεις ομάδες- εκείνη με ήπιο (12-20), μέτρια (21-28) και σοβαρό (29-36) ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο. Η εσωτερική συνοχή και η αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων: Ο συντελεστής Cronbach της εσωτερικής συνοχής υπολογίστηκε με τα αποκτηθέντα δεδομένα από 141 υποκείμενα και το αποτέλεσμα (0,79) βρέθηκε ικανοποιητικό. Η αξιοπιστία της μέτρησης των δυο ημίσεων παρήγαγε ένα συντελεστή Spearman-Brown 0,76. Οι συσχετίσεις Pearson's υπολογίστηκαν μεταξύ δοκιμής και επανελέγχου βαθμολογιών από 56 άτομα και παρήγαγαν ένα συντελεστή 0,81,$p<0,001$. Ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής ήταν 0,80 που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μέτρια υψηλός. *(Awand, A.G., Voruganti, L. N., 2004)*

5.2 ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΗΛΙΚΙΑ

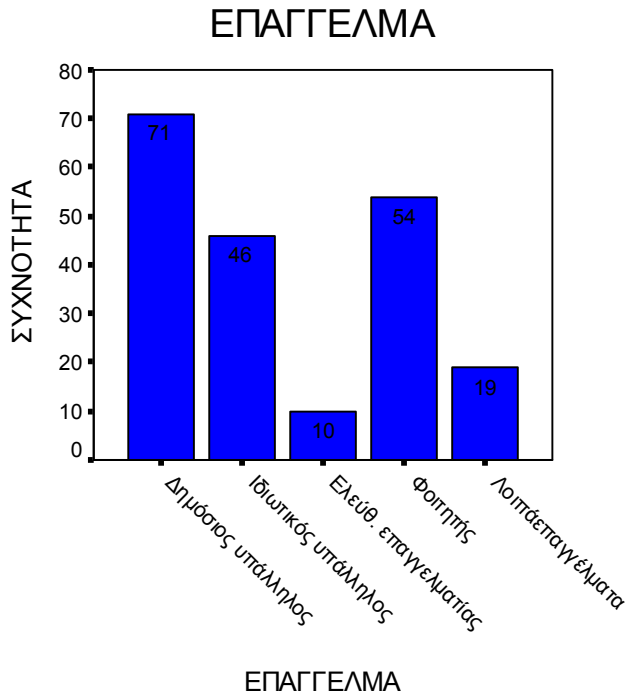
Δημογραφικοί παράγοντες	Συχνότητα	Συχνότητα %
Ηλικία		
20-29	114	57%
30-40	86	43%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Παρατηρούμε ότι από τα 200(100%) άτομα του δείγματος τα 86(43%) έχουν ηλικία 30-40 και τα 114(57%) έχουν ηλικία 20-29.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

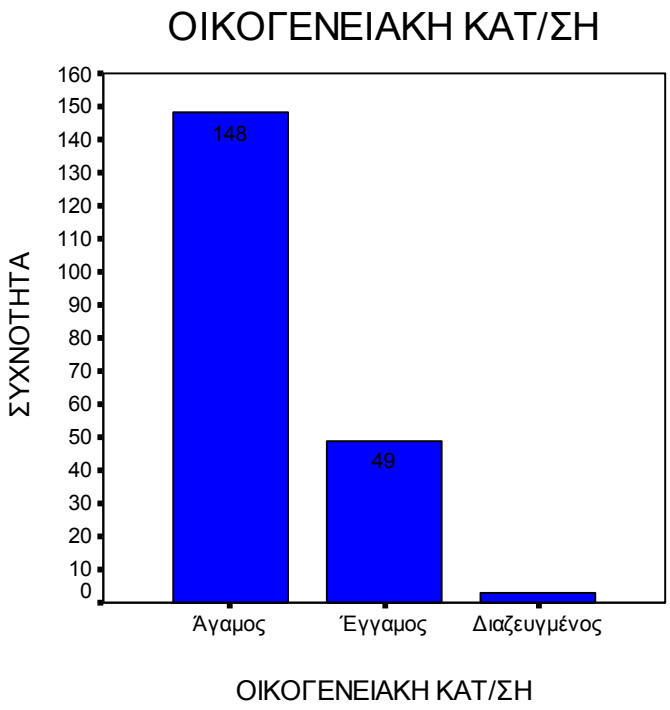
Δημογραφικοί Παράγοντες	Συχνότητα	Συχνότητα %
Επαγγελματική κατάσταση		
Δημόσιος υπάλληλος	71	35,5%
Ιδιωτικός υπάλληλος	46	23%
Ελεύθερος επαγγελματίας	10	5%
Φοιτητής	54	27%
Λοιπά επαγγέλματα	19	9,5%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Παρατηρούμε ότι από τα 200(100%) άτομα του δείγματος τα 71(35,5%) είναι δημόσιοι υπάλληλοι, τα 46 (23%)ιδιωτικοί υπάλληλοι, τα 10(5%) ελεύθεροι επαγγελματίες, τα 54(27%) φοιτητές και τα 19(9,5%) ασκούν κάποιο άλλο επάγγελμα.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

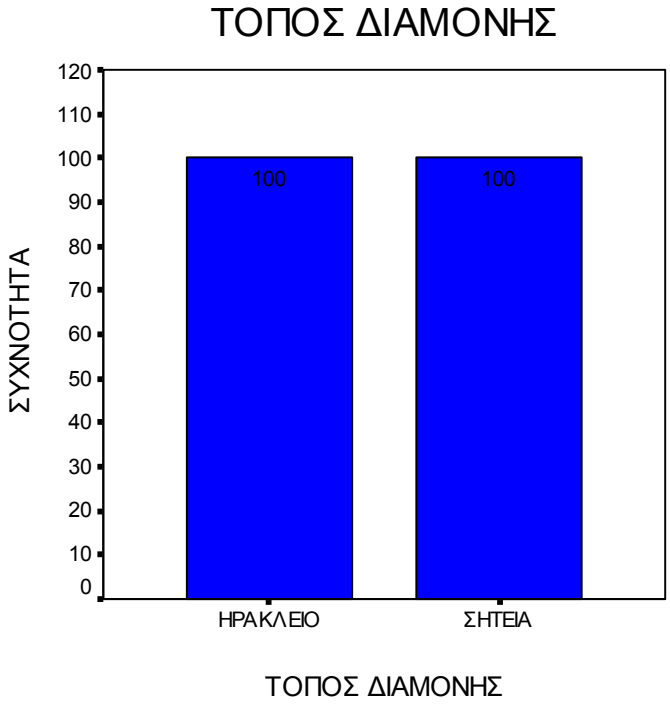
Δημογραφικοί Παράγοντες	Συχνότητα	Συχνότητα %
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	148	74%
Έγγαμος	49	24,5%
Χήρος	0	0%
Διαζευγμένος	3	1,5%
Άλλο	0	0%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Παρατηρούμε ότι από τα 200(100%) άτομα του δείγματος, τα 148(74%) είναι άγαμοι, τα 49(24,5%) είναι έγγαμοι, δεν υπήρξε κανένας χήρος, τα 3(1,5%) είναι διαζευγμένα και δεν υπήρξε κανένα άτομο που να βρίσκεται σε κάποια άλλη οικογενειακή κατάσταση.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

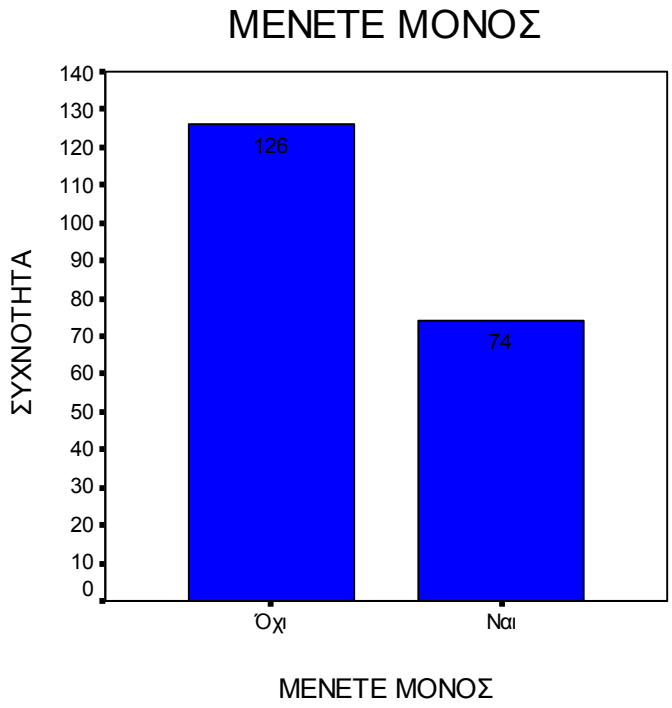
Δημογραφικοί Παράγοντες	Συχνότητα	Συχνότητα %
Τόπος διαμονής		
Ηράκλειο	100	50%
Σητεία	100	50%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι από τα 200(100%) άτομα του δείγματος τα 100(50%) βρίσκονται στην Αθήνα και τα άλλα 100(50%) στο Ηράκλειο.

ΜΕΝΕΤΕ ΜΟΝΟΣ ΣΑΣ

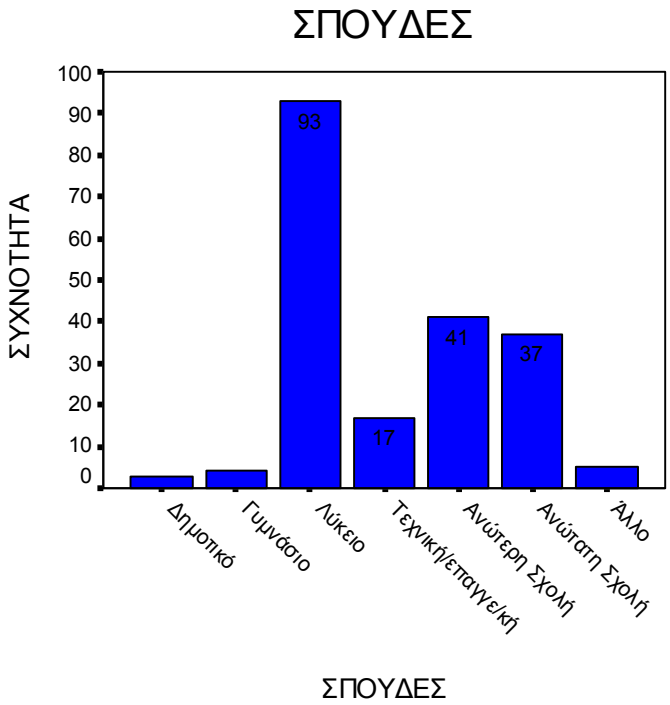
Δημογραφικοί Παράγοντες	Συχνότητα	Συχνότητα %
Τρόπος διαβίωσης		
Μόνος	74	37%
Όχι μόνος	126	63%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στην ερώτηση αν μένουν μόνοι τους ή όχι, από τα 200(100%) άτομα του δείγματος τα 74(37%) απάντησαν ότι μένουν μόνα, ενώ τα 126(63%) ότι δεν μένουν μόνα.

ΣΠΟΥΔΕΣ

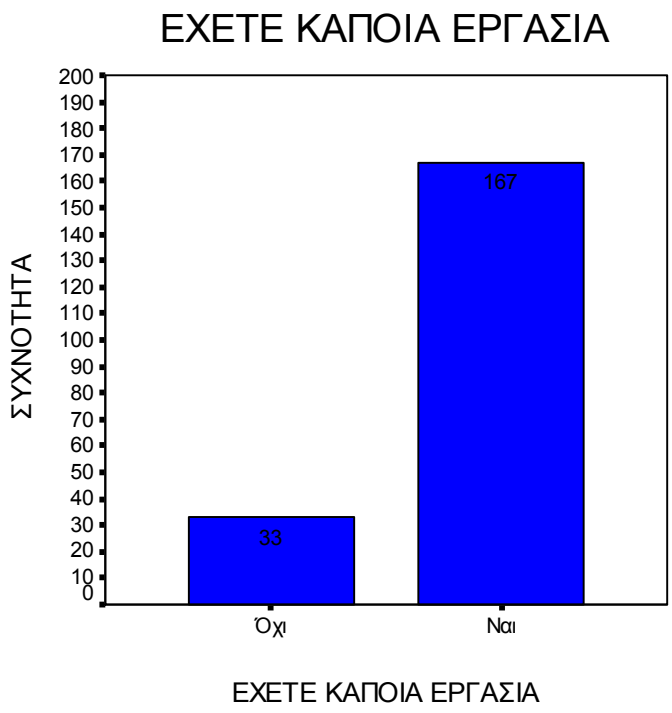
Σπουδές	Συχνότητα	Συχνότητα %
Δημοτικό	3	1,5%
Γυμνάσιο	4	2%
Λύκειο	93	46,5%
Τεχνική/ Επαγγελματική σχολή	17	8,5%
Ανώτερη σχολή	41	20,5%
Ανώτατη σχολή	37	18,5%
Άλλο	5	2,5%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Από τα 200(100%) άτομα του δείγματος τα 3(1.5%) έχουν απολυτήριο δημοτικού, τα 4(2%) έχουν απολυτήριο γυμνασίου, τα 93(46,5%) έχουν απολυτήριο λυκείου, τα 17(8,5%) έχουν απολυτήριο τεχνικής/ επαγγελματικής σχολής, τα 41(20,5%) έχουν πτυχίο ανώτερης σχολής, τα 37(18,5%) έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και τα 5(2,5) έχουν κάποιο άλλο πτυχίο.

ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

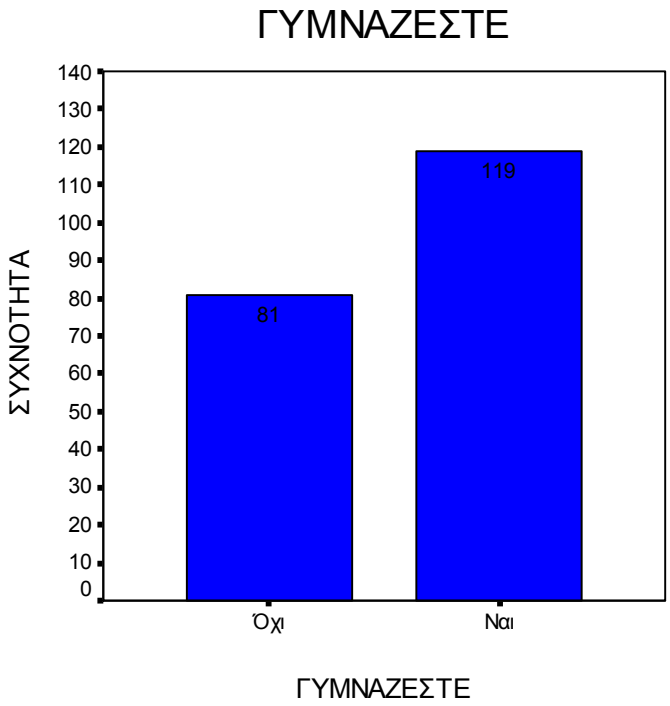
Εργασιακή κατάσταση	Συχνότητα	Συχνότητα %
Ναι	167	83,5%
Όχι	33	16,5%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στην ερώτηση αν εργάζονται ή όχι από τα 200(100%) άτομα του δείγματος, τα 33(16,5%) απάντησαν ότι δεν εργάζονται, ενώ τα 167(83,5%) ότι εργάζονται.

ΓΥΜΝΑΖΕΣΤΕ

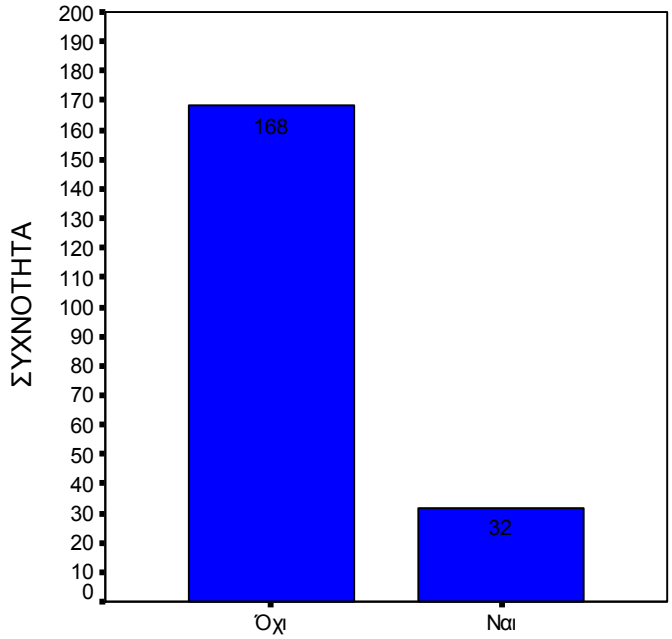
Φυσική δραστηριότητα	Συχνότητα	Συχνότητα %
Ναι	119	59,5%
Όχι	81	40,5%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στην ερώτηση αν γυμνάζονται, από τα 200(100%) άτομα του δείγματος, τα 81(40,5%) απάντησαν πως δεν γυμνάζονται και τα 119(59,5%) ότι γυμνάζονται.

ΑΥΤΟ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΑΙΤΑ

Διαιτητικές συνήθειες	Συχνότητα	Συχνότητα %
Ναι	32	16%
Όχι	168	84%
Σύνολο	***200***	***100%***

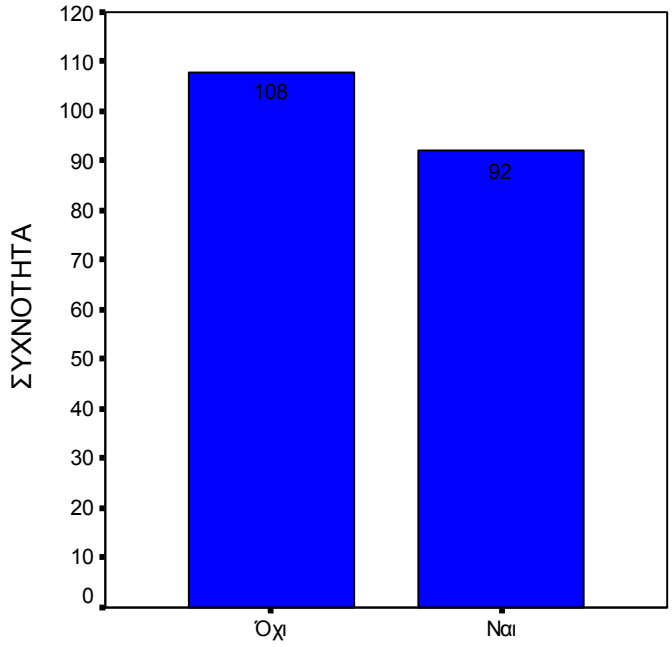


ΑΥΤΟ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΑΙΤΑ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στην ερώτηση αν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα, από τα 200(100%) άτομα του δείγματος, τα 168(84%) απάντησαν όχι, ενώ τα 32(16%) ναι.

ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΑΣ ΔΙΑΙΤΑ

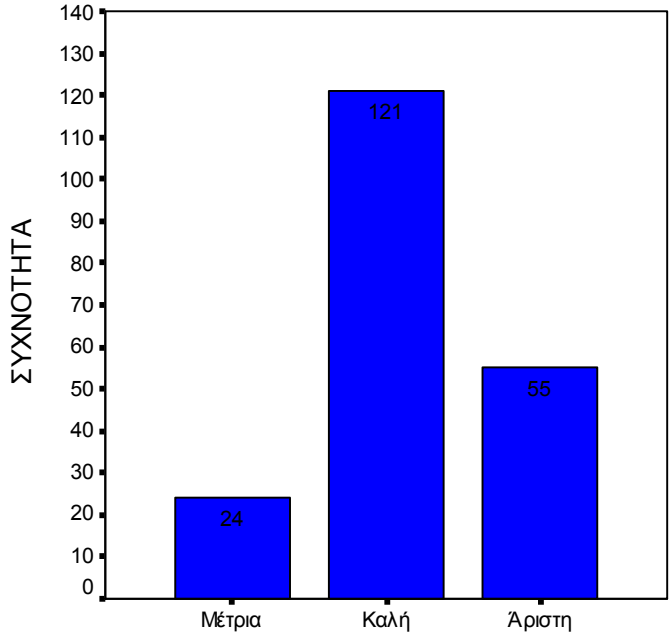
Διαιτητικές συνήθειες	Συχνότητα	Συχνότητα %
Ναι	92	46%
Όχι	108	54%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στην ερώτηση αν σε κάποια στιγμή της ζωής τους έχουν κάνει κάποια δίαιτα, από τα 200(100%) άτομα, τα 108 (54%)απάντησαν ότι δεν έχουν κάνει, ενώ τα 92(46%) ότι έχουν κάνει.

Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ:

Αυτοαναφερόμενη διάθεση	Συχνότητα	Συχνότητα %
Μέτρια	24	12%
Καλή	121	60,5%
Άριστη	55	27,5%
Σύνολο	***200***	***100%***

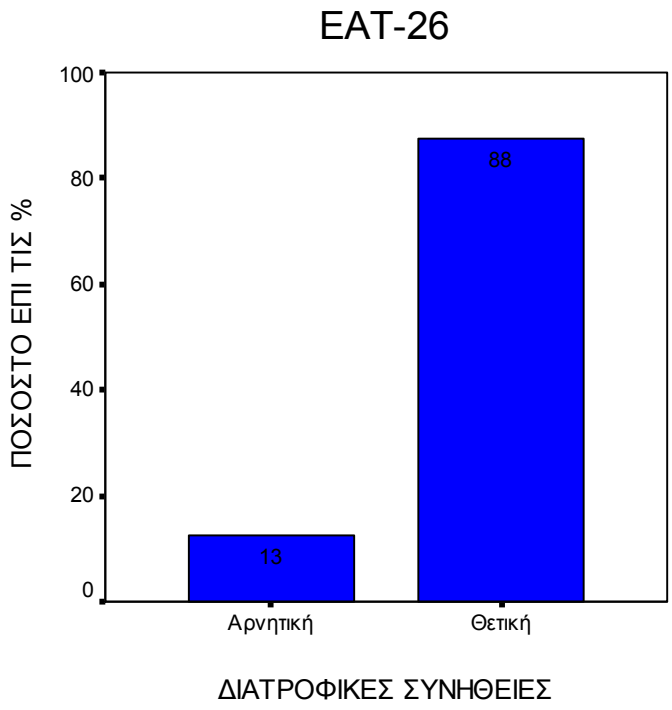


Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ:

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στην ερώτηση πως είναι η διάθεσή τους , από τα 200(100%) άτομα, τα 55(27,5%) απάντησαν άριστη, τα 121(60,5%) καλή και τα 24(12%) μέτρια.

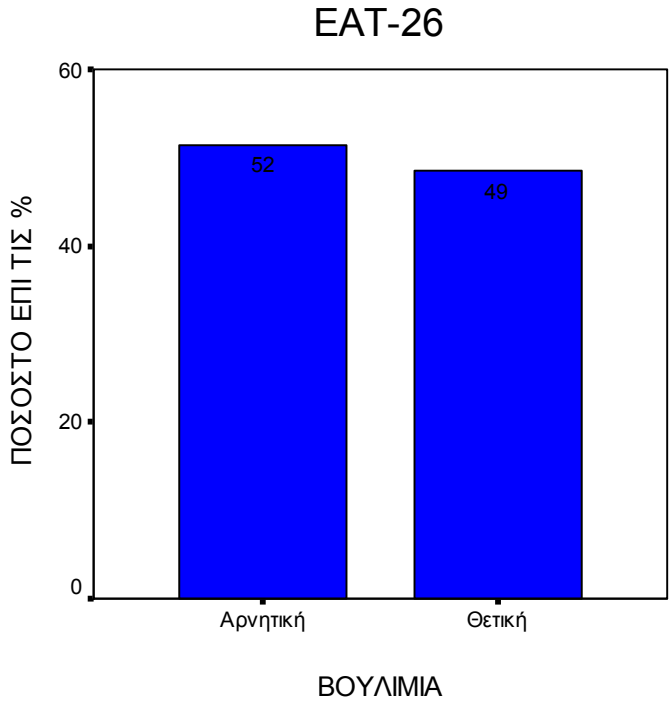
EAT- 26

EAT 26	Συχνότητα	Συχνότητα %
Διατροφικές συνήθειες		
Θετικές απαντήσεις	175	87,5%
Αρνητικές απαντήσεις	25	12,5%
Σύνολο	***200***	***100%***



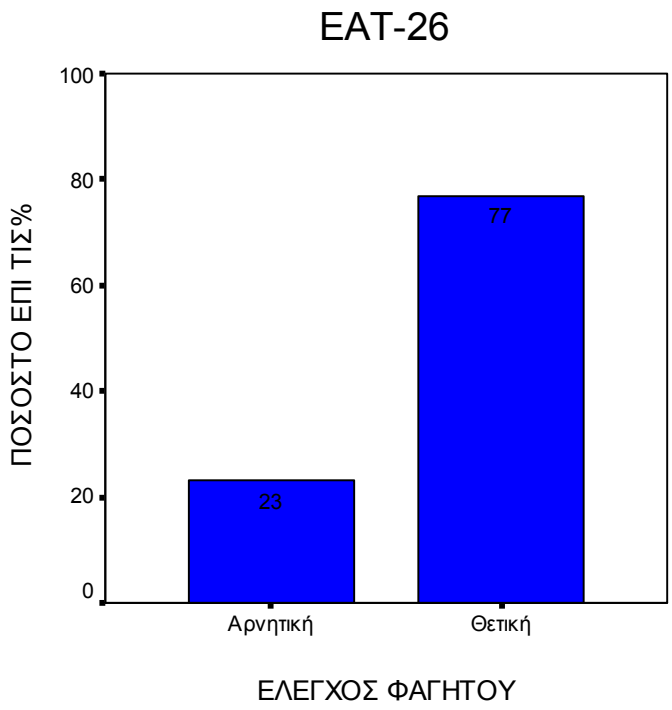
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου του EAT-26, που αναφέρονται στις καλές διατροφικές συνήθειες που έχει το κάθε άτομο, από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 175 (88%) απάντησαν πως είχαν καλές διατροφικές συνήθειες, ενώ τα 25 (13%) πως δεν είχαν καλές διατροφικές συνήθειες.

EAT 26	Συχνότητα	Συχνότητα %
Βουλιμία και διατροφικές ανησυχίες		
Θετικές απαντήσεις	97	48,5%
Αρνητικές απαντήσεις	103	51,5%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου του EAT-26, που αναφέρονται στις βουλιμικές τάσεις, από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 103 (52%), απάντησαν πως δεν είχαν βουλιμικές τάσεις, ενώ τα 97 (49%), απάντησαν πως είχαν.

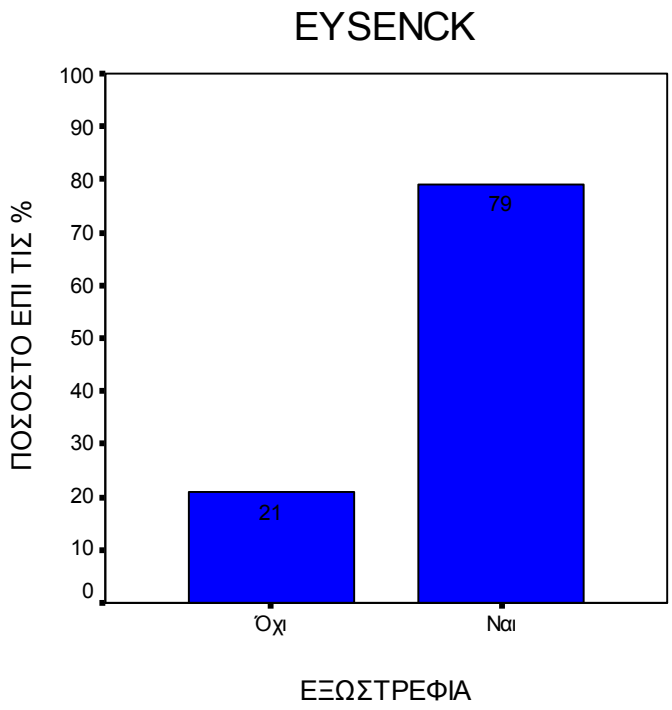
EAT 26	Συχνότητα	Συχνότητα %
Έλεγχος φαγητού		
Θετικές απαντήσεις	154	77%
Αρνητικές απαντήσεις	46	23%
Σύνολο	***200***	***100%***



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: : Στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου του EAT-26, που αναφέρονται στον έλεγχο που έχει το κάθε άτομο για το φαγητό, από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 154 (77%), απάντησαν ότι μπορούν να το ελέγξουν, ενώ τα 46 (23%), απάντησαν ότι δεν μπορούν να το ελέγξουν.

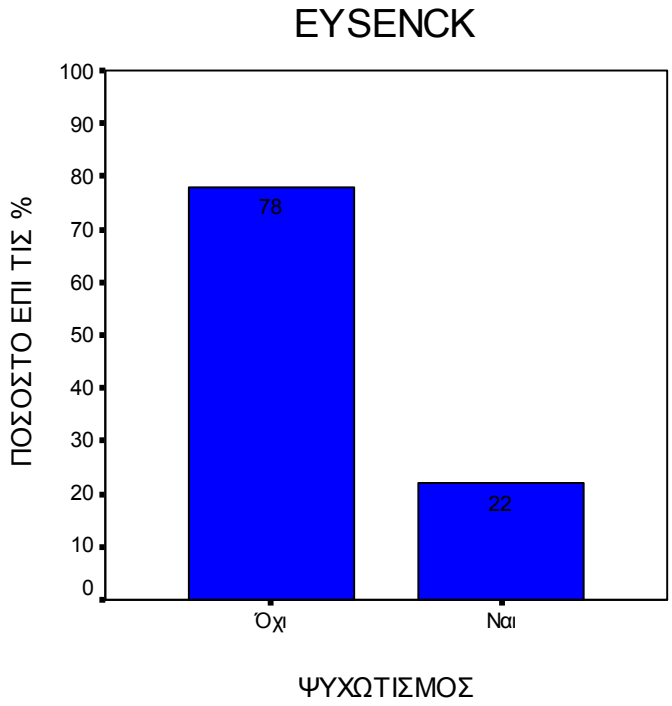
Ανάλυση ερωτηματολογίου προσωπικότητας του Eysenck.

Eysenck	Συχνότητα	Συχνότητα %
Εξωστρέφια		
Ναι	3007	79,1%
Όχι	905	20,9%
Σύνολο	***3800***	***100%***



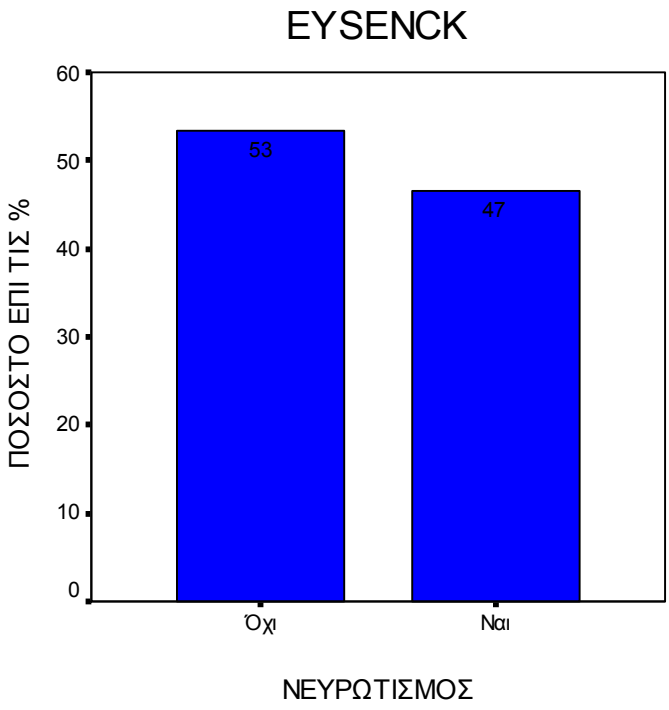
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Οι ερωτήσεις που αναφέρονται στην εξωστρέφεια είναι 19. Τα άτομα που απάντησαν ήταν 200, οπότε οι απαντήσεις τους είναι 3800. Παρατηρούμε λοιπόν, ότι από τις 3800 ερωτήσεις που απαντήθηκαν, οι 3007 (79%), ήταν θετικές, δηλαδή ότι ήταν εξωστρεφείς, ενώ οι 905 (21%) ήταν αρνητικές, δηλαδή ότι δεν ήταν εξωστρεφείς.

Eysenck	Συχνότητα	Συχνότητα %
Ψυχωτισμός		
Ναι	1012	22%
Όχι	3588	78%
Σύνολο	***4600***	***100%***



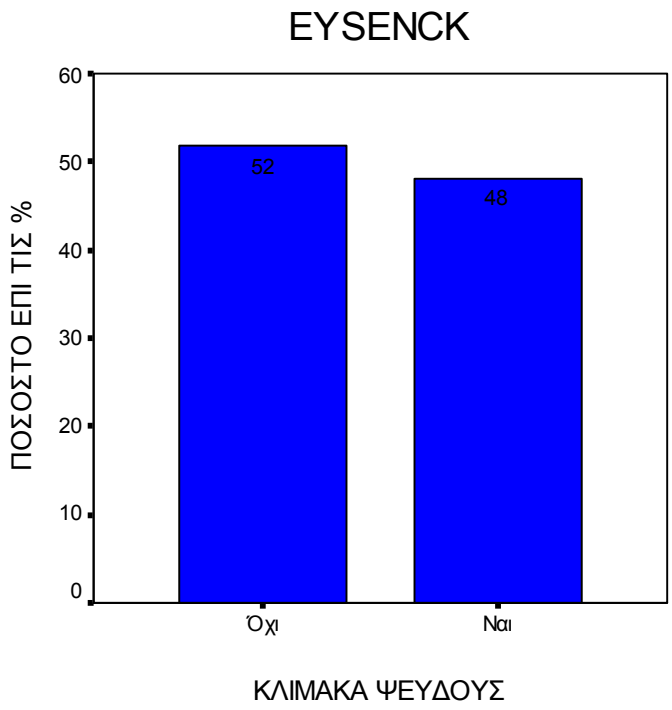
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Οι ερωτήσεις που αναφέρονται στον ψυχωτισμό είναι 23. Τα άτομα που απάντησανήταν 200, οπότε οι απαντήσεις ήταν 4600. Από αυτές οι 1012 (22%) ήταν θετικές, δηλαδή τα άτομα αυτά εμφάνισαν ένα βαθμό ψυχωτισμού. Ενώ, οι 3588 (78%) απαντήσεις ήταν αρνητικές, δηλαδή τα άτομα αυτά δεν εμφάνισαν ψυχωτισμό.

Eysenck	Συχνότητα	Συχνότητα %
Νευρωτισμός		
Ναι	2050	46,6%
Όχι	2350	53,4%
Σύνολο	***4400***	***100%***



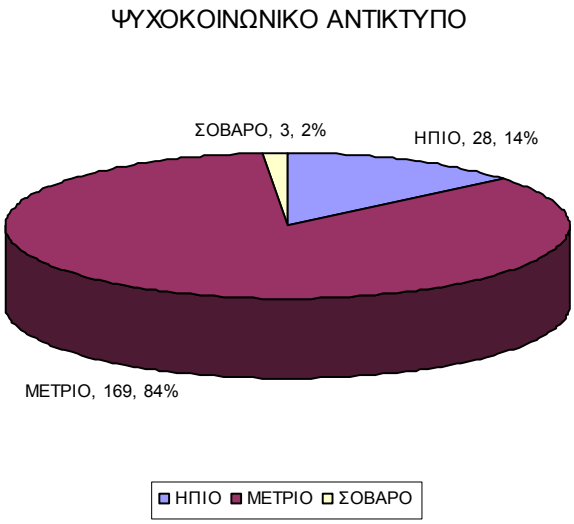
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Οι ερωτήσεις που αναφέρονται στο νευρωτισμό είναι 22. Τα άτομα που απάντησαν ήταν 200. Οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν 4400. Από αυτές οι 2050 (47%) ήταν θετικές, δηλαδή τα άτομα αυτά εμφάνιζαν κάποιο βαθμό νευρωτισμού, ενώ οι 2350 (53%) ήταν αρνητικές, δηλαδή τα άτομα αυτά δεν εμφάνιζαν νευρωτισμό.

Eysenck	Συχνότητα	Συχνότητα %
Κλίμακα ψεύδους		
Ναι	1831	48,2%
Όχι	1969	51,8%
Σύνολο	***3800***	***100%***



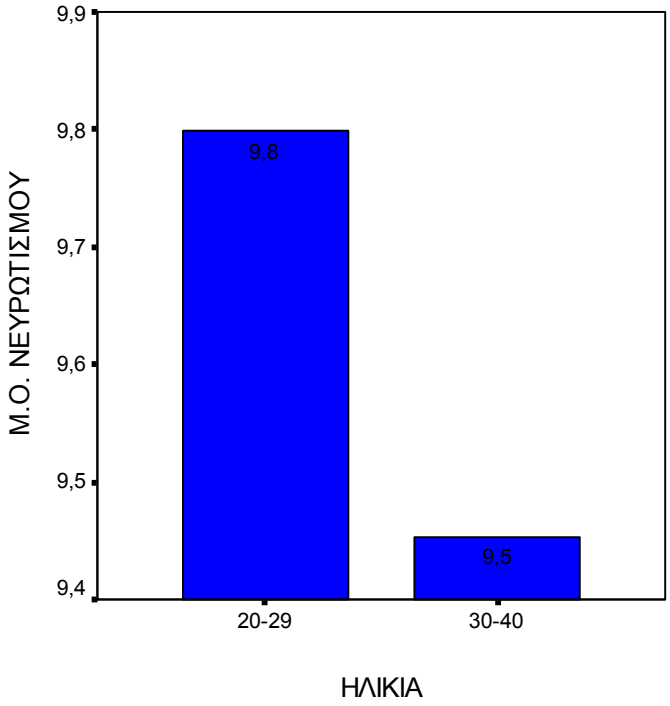
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Οι ερωτήσεις που αναφέρονται στην κλίμακα ψεύδους είναι 19. Τα άτομα που απάντησαν ήταν 200, οπότε οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν 3800. Από αυτές οι 1831 (48%), ήταν θετικές, δηλαδή το δείγμα μας έλεγε ψέματα, ενώ οι 1969 (52%), ήταν αρνητικές, δηλαδή το δείγμα μας δεν έλεγε ψέματα.

B-WISE



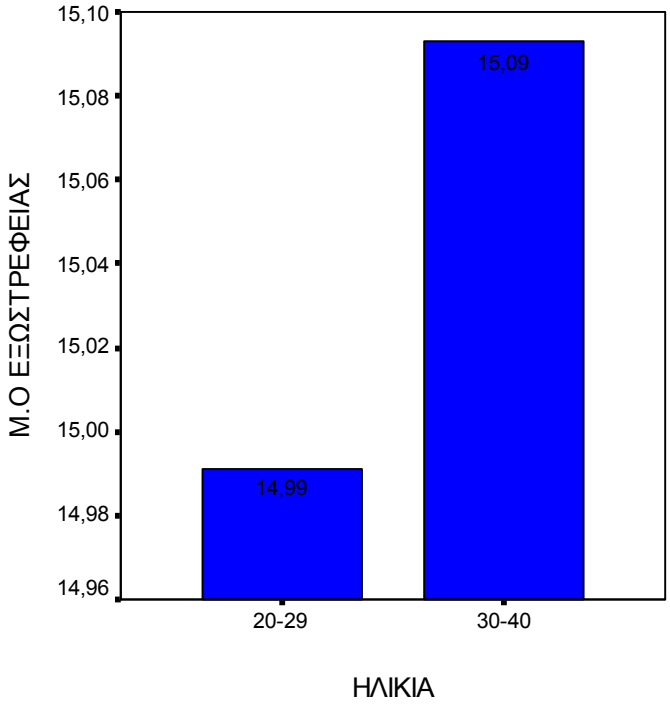
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 169 (84%), εμφάνισαν μέτριο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο, τα 28 (14%), εμφάνισαν ήπιο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο και τα 3 (2%), εμφάνισαν σοβαρό ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο.

Σύγκριση της ηλικίας με το νευρωτισμό	Μέσος Όρος Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία			
20-29	9,80	114	4,399
30-40	9,45	86	4,098
Σύνολο	9,65	200	4,265



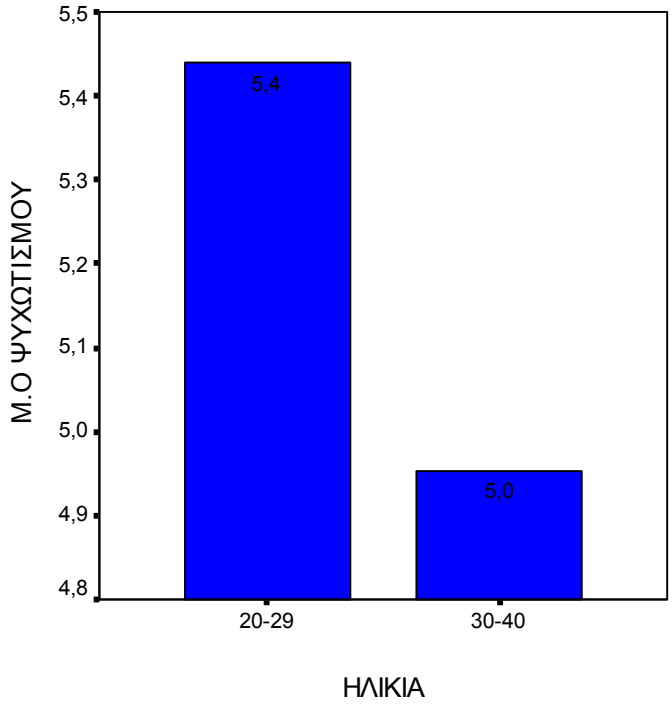
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από το δείγμα μας, 114 άτομα ηλικίας 20-29 ετών είχαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,8 με τυπική απόκλιση 4,399 ενώ 86 άτομα ηλικίας 30-40 ετών είχαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,5 με τυπική απόκλιση 4,098. Οι τιμές αυτές κυμαίνονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια, σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση της ηλικίας με την εξωστρέφεια	Μέσος Όρος Εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία			
20-29	14,99	114	3,914
30-40	15,09	86	3,573
Σύνολο	15,03	200	3,762



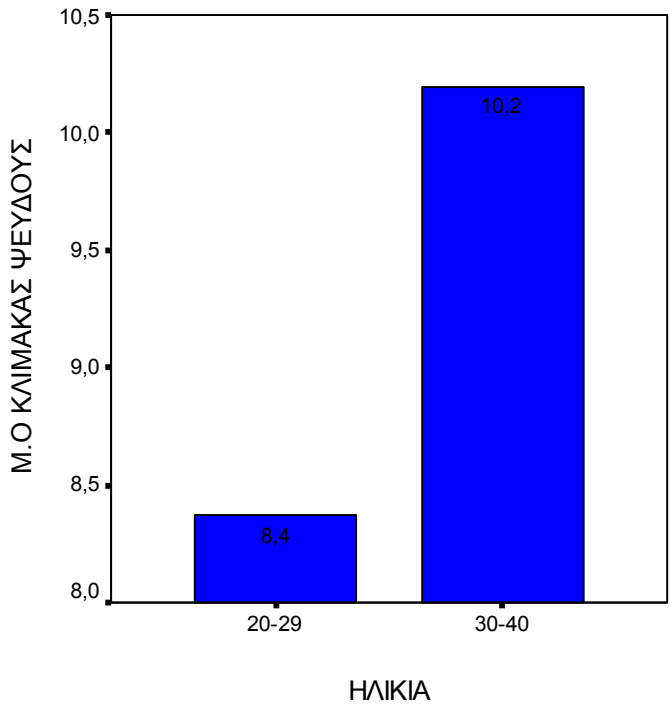
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από το δείγμα μας, 114 άτομα ηλικίας 20-29 ετών είχαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,99 με τυπική απόκλιση 3,914, ενώ 86 άτομα ηλικίας 30-40 ετών είχαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,09 με τυπική απόκλιση 3,573. Οι τιμές αυτές αν και είναι λίγο ανεβασμένες, βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση της ηλικίας με τον ψυχωτισμό	Μέσος Όρος Ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία			
20-29	5,44	114	2,887
30-40	4,95	86	3,143
Σύνολο	5,23	200	3,002



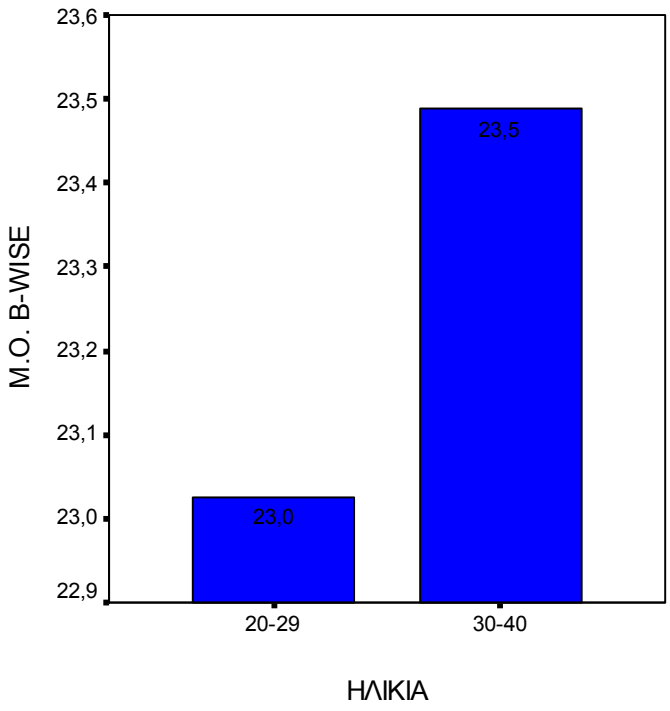
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από το δείγμα μας, 114 άτομα ηλικίας 20-29 ετών είχαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,44 με τυπική απόκλιση 2,887, ενώ 86 άτομα ηλικίας 30-40 ετών είχαν μέσο όρο ψυχωτισμού 4,95 με τυπική απόκλιση 3,143. Οι τιμές αυτές του ψυχωτισμού βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση της ηλικίας με την κλίμακα ψεύδους	Μέσος Όρος Κλίμακας Ψεύδους	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία			
20-29	8,37	114	4,079
30-40	10,20	86	3,710
Σύνολο	9,15	200	4,019



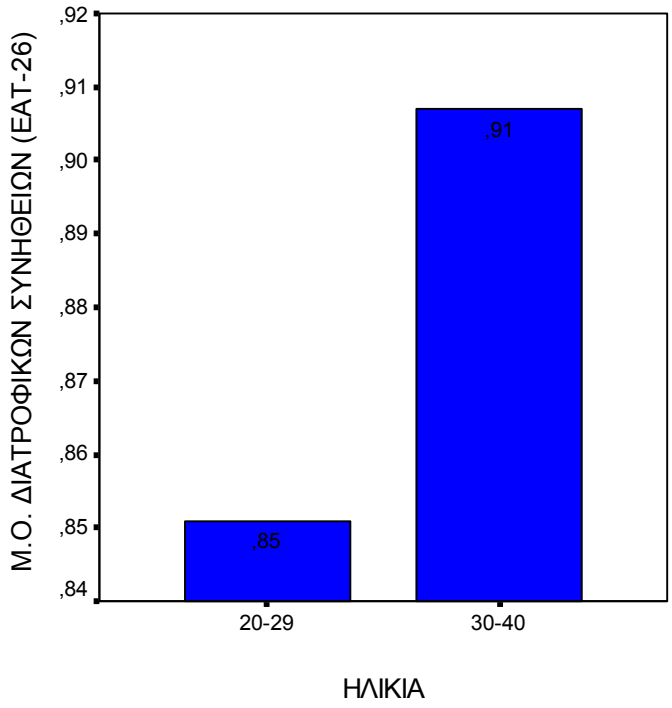
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από το δείγμα μας, 114 άτομα ηλικίας 20-29 ετών είχαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 8,37 με τυπική απόκλιση 4,079, ενώ 86 άτομα ηλικίας 30-40 ετών είχαν μέσο όρο 10,20 με τυπική απόκλιση 3,710. Οι τιμές αυτές βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση της ηλικίας με το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (B-wise)	Μέσος Όρος Ψυχοκοινωνικού Αντίκτυπου	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία			
20-29	23,03	114	2,522
30-40	23,49	86	2,538
Σύνολο	23,23	200	2,533



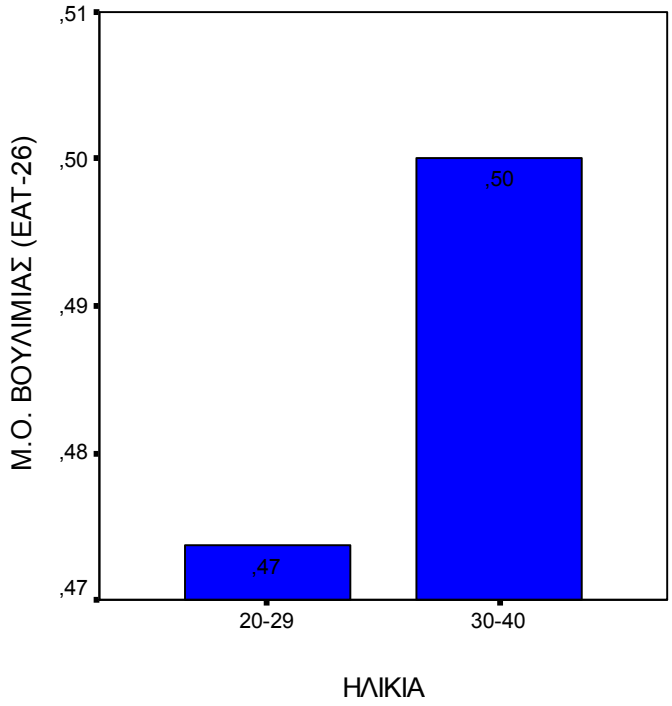
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από το δείγμα μας, 114 άτομα ηλικίας 20-29 ετών είχαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,03 με τυπική απόκλιση 2,522, ενώ 86 άτομα ηλικίας 30-40 ετών είχαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,49 με τυπική απόκλιση 2,538.
Δηλαδή, παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία υπάρχει μεγαλύτερο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο, ενώ όσο μικρότερη είναι η ηλικία τόσο μικρότερο είναι το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο.

Σύγκριση της ηλικίας με τις διατροφικές συνήθειες (EAT-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
<u>Ηλικία</u>			
20-29	0,85	114	0,358
30-40	0,91	86	0,292
Σύνολο	0,88	200	0,332



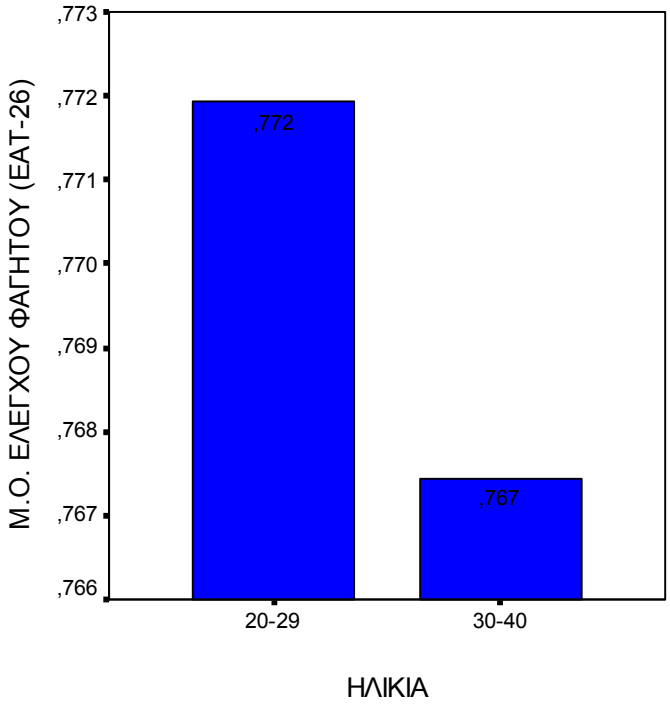
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από το δείγμα μας, 114 άτομα ηλικίας 20-29 ετών είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,85 με τυπική απόκλιση 0,358, ενώ 86 άτομα ηλικίας 30-40 ετών είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,91 με τυπική απόκλιση 0,292.

Σύγκριση της ηλικίας με τη βουλιμία (EAT-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία			
20-29	0,47	114	0,502
30-40	0,50	86	0,503
Σύνολο	0,48	200	0,501



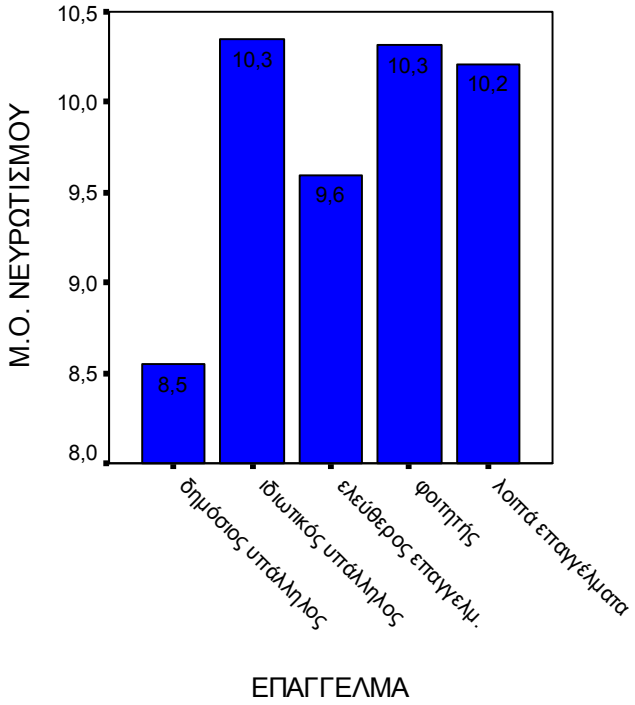
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από το δείγμα μας, 114 άτομα ηλικίας 20-29 ετών είχαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,47 με τυπική απόκλιση 0,502, ενώ 86 άτομα ηλικίας 30-40 ετών είχαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,50 με τυπική απόκλιση 0,503.

Σύγκριση της ηλικίας με τον έλεγχο φαγητού (EAT-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία			
20-29	0,7719	114	0,42144
30-40	0,7674	86	0,42494
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



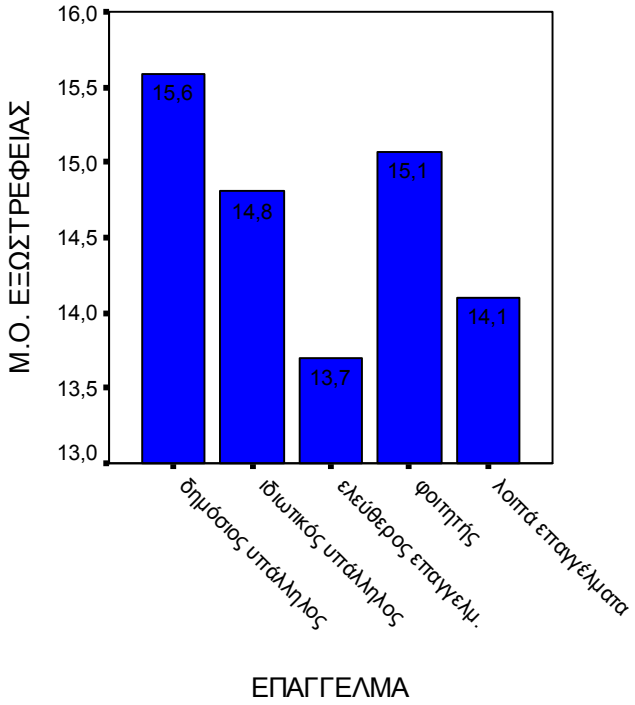
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε, ότι από το δείγμα μας, 114 άτομα ηλικίας 20-29 είχαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής 0,77 με τυπική απόκλιση 0,421, ενώ τα 86 άτομα ηλικίας 30-40 είχαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής 0,76 με τυπική απόκλιση 0,424.

Σύγκριση του επαγγέλματος μετο νευρωτισμό	Μέσος Όρος του Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Επάγγελμα			
Δημόσιος υπάλληλος	8,55	71	4,126
Ιδιωτικός υπάλληλος	10,35	46	3,900
Ελεύθερος επαγγελματίας	9,60	10	4,402
Φοιτητής	10,31	54	4,459
Λοιπά επαγγέλματα	10,21	19	4,577
Σύνολο	9,65	200	4,265



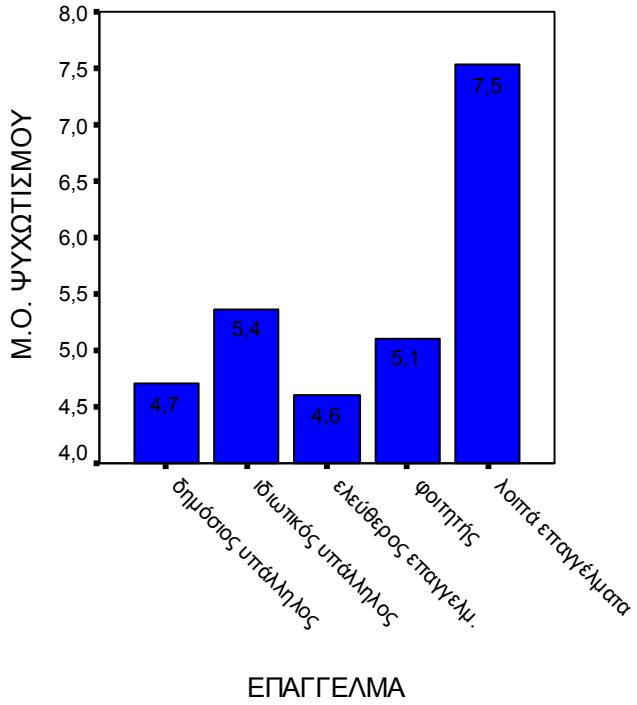
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι, από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 71 που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, είχαν μέσο όρο νευρωτισμού 8,5 με τυπική απόκλιση 4,126. Τα 46 άτομα που ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, είχαν μέσο όρο νευρωτισμού 10,3 με τυπική απόκλιση 3,9. Τα 10 άτομα που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, είχαν μέσο όρο. νευρωτισμού 9,6 με τυπική απόκλιση 4,402. Τα 54 άτομα που ήταν φοιτητές, είχαν μέσο όρο νευρωτισμού 10,3 με τυπική απόκλιση 4,459. Τα 19 άτομα που ασχολούνταν με κάποιο άλλο επάγγελμα είχαν μέσο όρο νευρωτισμού 10,2 με τυπική απόκλιση 4,577. Σύμφωνα με τον Eysenck οι τιμές αυτές του νευρωτισμού βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση του επαγγέλματος με την εξωστρέφεια	Μέσος Όρος της Εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Επάγγελμα			
Δημόσιος υπάλληλος	15,59	71	3,639
Ιδιωτικός υπάλληλος	14,80	46	3,948
Ελεύθερος επαγγελματίας	13,70	10	4,322
Φοιτητής	15,07	54	3,821
Λοιπά επαγγέλματα	14,11	19	3,230
Σύνολο	15,03	200	3,762



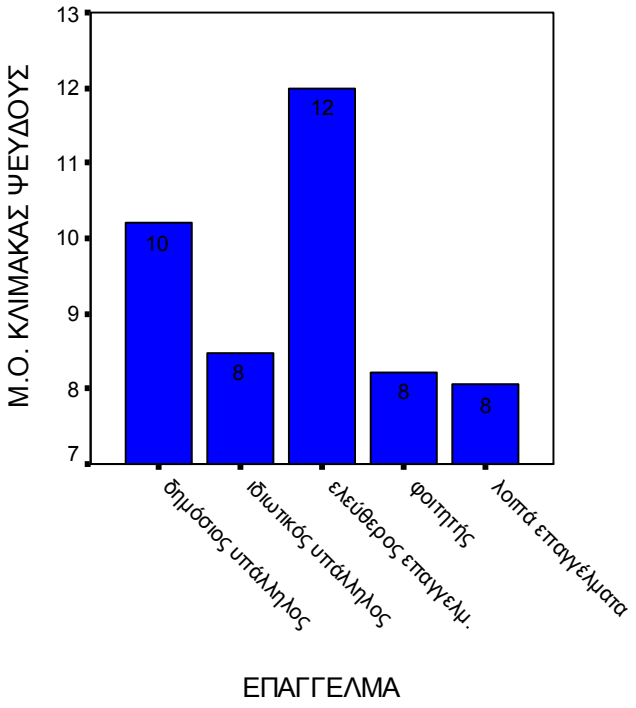
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι, από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 71 που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,6 με τυπική απόκλιση 3,639. Τα 46 άτομα που ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,8 με τυπική απόκλιση 3,948. Τα 10 άτομα που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 13,7 με τυπική απόκλιση 4,322. Τα 54 άτομα που ήταν φοιτητές παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,1 με τυπική απόκλιση 3,821. Τα 19 άτομα που ασχολούνταν με κάποιο άλλο επάγγελμα παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,1 με τυπική απόκλιση 3,230. Σύμφωνα με τον Eysenck, ο βαθμός εξωστρέφειας που παρουσίασαν τα άτομα του δείγματός μας αν και ήταν λίγο υψηλός, βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση του επαγγέλματος με τον ψυχωτισμό	Μέσος Όρος του ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Επάγγελμα			
Δημόσιος υπάλληλος	4,70	71	2,925
Ιδιωτικός υπάλληλος	5,37	46	2,784
Ελεύθερος επαγγελματίας	4,60	10	2,459
Φοιτητής	5,11	54	2,759
Λοιπά επαγγέλματα	7,53	19	3,821
Σύνολο	5,23	200	3,002



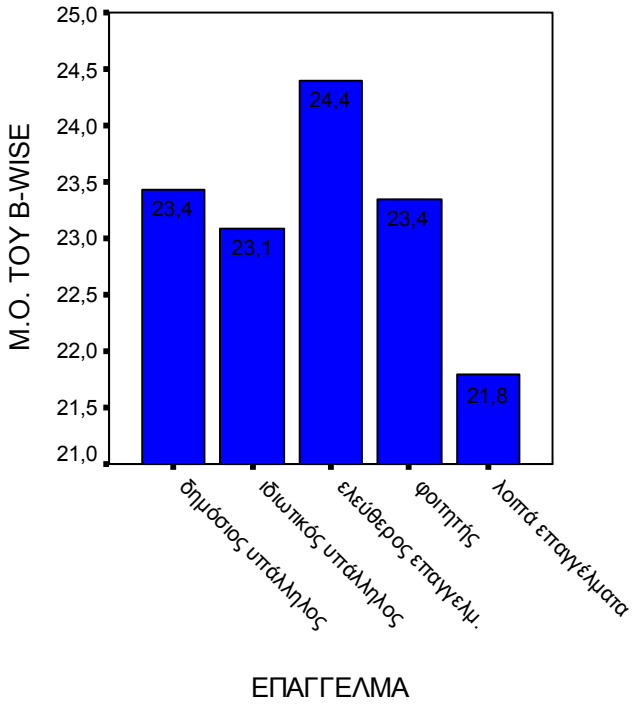
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι, από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 71 που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 4,7 με τυπική απόκλιση 2,925. Τα 46 άτομα που ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,4 με τυπική απόκλιση 2,784. Τα 10 άτομα που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτιμού 4,6 με τυπική απόκλιση 2,459. Τα 54 άτομα που ήταν φοιτητές παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,1 με τυπική απόκλιση 2,759. Τα 19 άτομα που ασχολούνταν με κάποιο άλλο επάγγελμα παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 7,5 με τυπική απόκλιση 3,821. Σύμφωνα με τον Eysenck, ο ψυχωτισμός που παρουσίασαν τα άτομα του δείγματός μας κυμαίνεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση του επαγγέλματος με την κλίμακα ψεύδους	Μέσος Όρος της Κλίμακας Ψεύδους	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Επάγγελμα			
Δημόσιος υπάλληλος	10,20	71	3,901
Ιδιωτικός υπάλληλος	8,48	46	3,601
Ελεύθερος επαγγελματίας	12,00	10	3,621
Φοιτητής	8,22	54	4,055
Λοιπά επαγγέλματα	8,05	19	4,262
Σύνολο	9,15	200	4,019



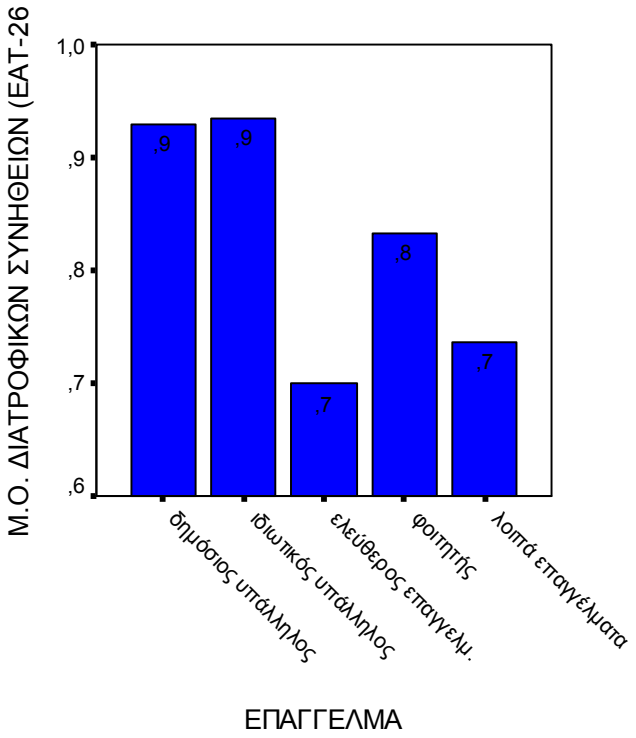
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι, από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 71 που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι είχαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 10 με τυπική απόκλιση 3,901. Τα 46 άτομα που ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι είχαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 8 με τυπική απόκλιση 3,601. Τα 10 άτομα που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες είχαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 12 με τυπική απόκλιση 3,621. Τα 54 άτομα που ήταν φοιτητές είχαν έσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 8 με τυπική απόκλιση 4,055. Τα 19 άτομα που ασχολούνταν με κάποιο άλλο επάγγελμα είχαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 8 με τυπική απόκλιση 4,262. Σύμφωνα με τον Eysenck ο μέσος όρος της κλίμακας ψεύδους των ατόμων του δείγματός μας είναι μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση του επαγγέλματος με το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (B-wise)	Μέσος Όρος του B-wise	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Επάγγελμα			
Δημόσιος υπάλληλος	23,44	71	2,562
Ιδιωτικός υπάλληλος	23,09	46	2,707
Ελεύθερος επαγγελματίας	24,40	10	2,836
Φοιτητής	23,35	54	2,275
Λοιπά επαγγέλματα	21,79	19	2,149
Σύνολο	23,23	200	2,533



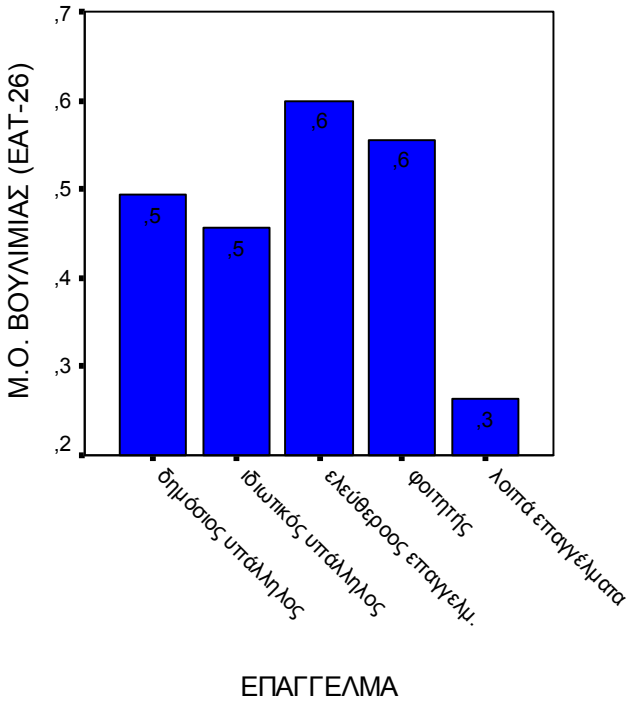
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 71 που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,4 με τυπική απόκλιση 2,562. Τα 46 άτομα που ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,1 με τυπική απόκλιση 2,707. Τα 10 άτομα που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 24,4 με τυπική απόκλιση 2,836. Τα 54 άτομα που ήταν φοιτητές παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,4 με τυπική απόκλιση 2,275. Τέλος, τα 19 άτομα που ασχολούνταν με κάποιο άλλο επάγγελμα παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 21,8 με τυπική απόκλιση 2,149.

Σύγκριση του επαγγέλματος με τις διατροφικές συνήθειες (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Επάγγελμα			
Δημόσιος υπάλληλος	0,93	71	0,258
Ιδιωτικός υπάλληλος	0,93	46	0,250
Ελεύθερος επαγγελματίας	0,70	10	0,483
Φοιτητής	0,83	54	0,376
Λοιπά επαγγέλματα	0,74	19	0,452
Σύνολο	0,88	200	0,332



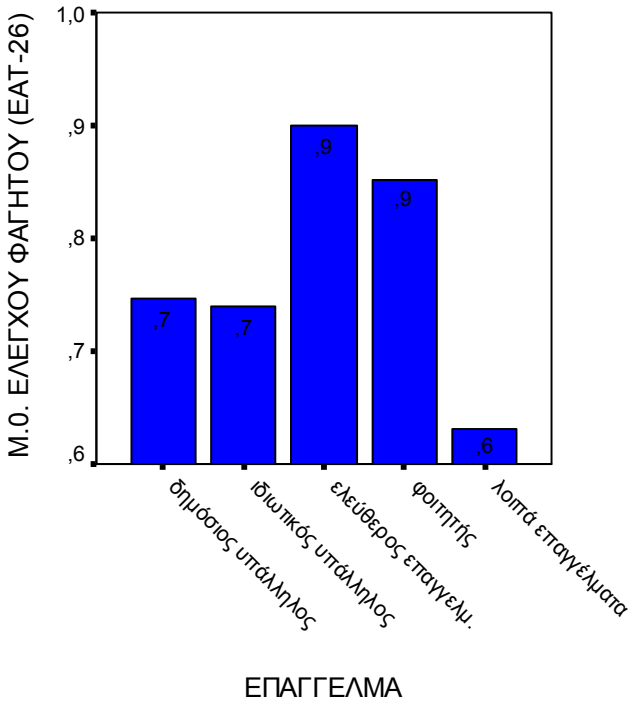
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 71 που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,9 με τυπική απόκλιση 0,258. Τα 46 άτομα που ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,9 με τυπική απόκλιση 0,250. Τα 10 άτομα που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,7 με τυπική απόκλιση 0,483. Τα 54 άτομα που ήταν φοιτητές είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,8 με τυπική απόκλιση 0,376. Τέλος, τα 19 άτομα που ασχολούνταν με κάποιο άλλο επάγγελμα είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,7 με τυπική απόκλιση 0,452.

Σύγκριση του επαγγέλματος με τη βουλιμία (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Επάγγελμα			
Δημόσιος υπάλληλος	0,49	71	0,504
Ιδιωτικός υπάλληλος	0,46	46	0,504
Ελεύθερος επαγγελματίας	0,60	10	0,516
Φοιτητής	0,56	54	0,502
Λοιπά επαγγέλματα	0,26	19	0,452
Σύνολο	0,48	200	0,501



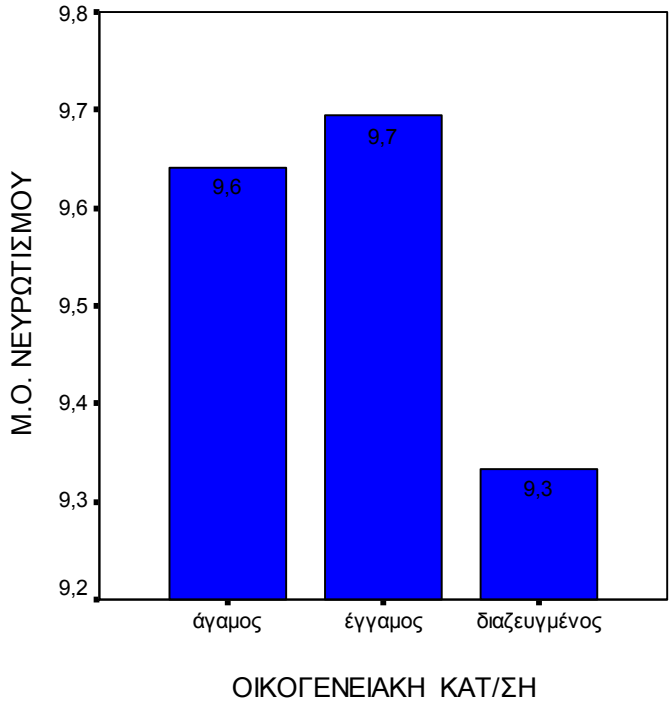
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 71 που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,49 με τυπική απόκλιση 0,504. Τα 46 που ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,46 με τυπική απόκλιση 0,504. Τα 10 άτομα που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,6 με τυπική απόκλιση 0,516. Τα 54 άτομα που ήταν φοιτητές παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,56 με τυπική απόκλιση 0,502. Τέλος, τα 19 άτομα που ασχολούνταν με κάποιο άλλο επάγγελμα παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,3 με τυπική απόκλιση 0,452.

Σύγκριση του επαγγέλματος με τον έλεγχο του φαγητού (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Επάγγελμα			
Δημόσιος υπάλληλος	0,7465	71	0,43812
Ιδιωτικός υπάλληλος	0,7391	46	0,44396
Ελεύθερος επαγγελματίας	0,9000	10	0,31623
Φοιτητής	0,8519	54	0,35858
Λοιπά επαγγέλματα	0,6316	19	0,49559
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



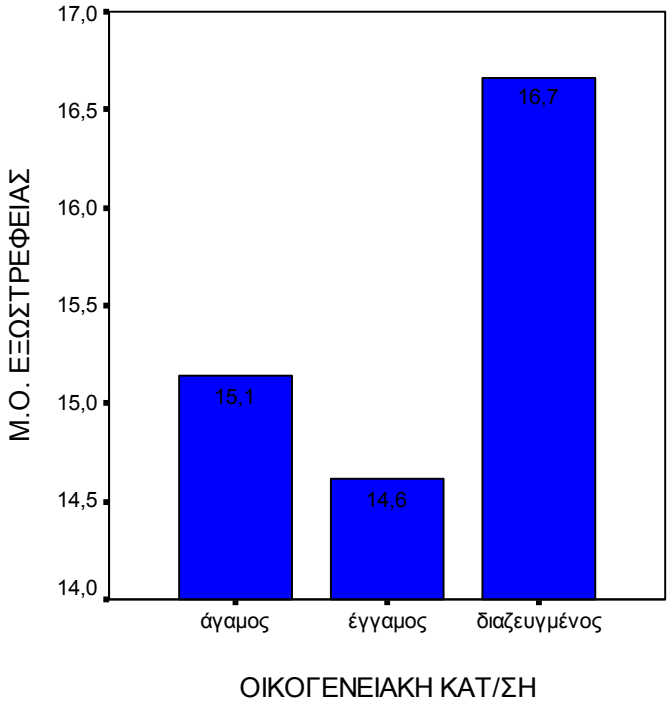
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 71 που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι είχαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,7 με τυπική απόκλιση 0,438. Τα 46 άτομα που ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι είχαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,7 με τυπική απόκλιση 0,443. Τα 10 άτομα που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες είχαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,9 με τυπική απόκλιση 0,316. Τα 54 άτομα που ήταν φοιτητές είχαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,85 με τυπική απόκλιση 0,358. Τέλος, τα 19 άτομα που ασχολούνταν με κάποιο άλλο επάγγελμα είχαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,6 με τυπική απόκλιση 0,495.

Σύγκριση της οικογενειακής κατ/σης με το νευρωτισμό	Μέσος Όρος του Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Οικογενειακή κατ/ση			
Άγαμος	9,64	148	4,358
Έγγαμος	9,69	49	4,149
Διαζευγμένος	9,33	3	0,577
Σύνολο	9,65	200	4,265



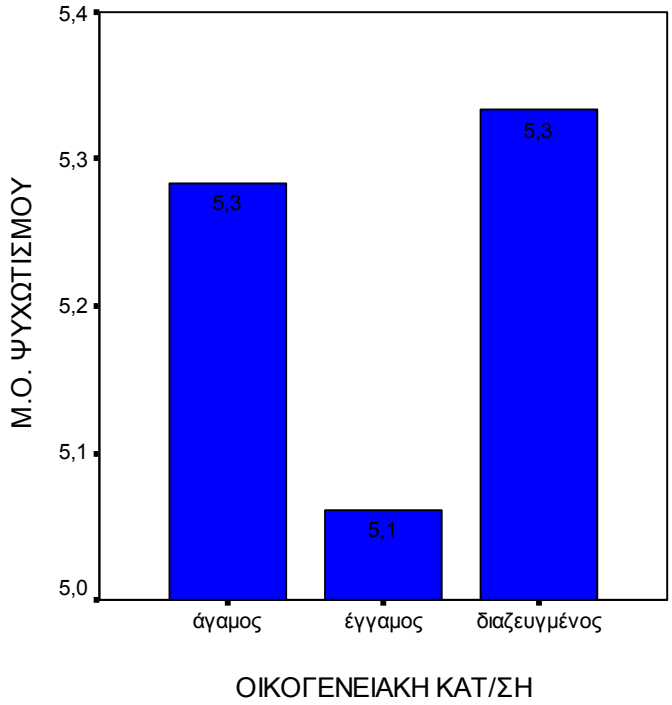
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 148 που ήταν άγαμοι παρουσίασαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,6 με τυπική απόκλιση 4,358. Τα 49 άτομα που ήταν έγγαμοι παρουσίασαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,7 με τυπική απόκλιση 4,149. Τα 3 άτομα που ήταν διαζευγμένοι παρουσίασαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,3 με τυπική απόκλιση 0,577. Σύμφωνα με τον Eysenck, ο μέσος όρος νευρωτισμού που παρουσιάζεται σε αυτά τα άτομα βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση της οικογενειακής κατ/σης με την εξωστρέφεια	Μέσος Όρος της Εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Οικογενειακή κατ/ση			
Άγαμος	15,14	148	3,805
Έγγαμος	14,61	49	3,729
Διαζευγμένος	16,67	3	1,155
Σύνολο	15,03	200	3,762



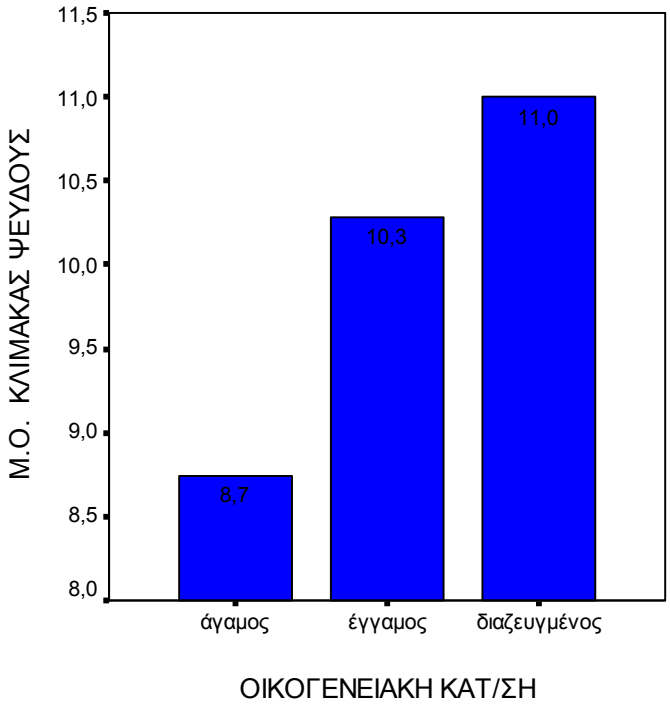
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 148 που ήταν άγαμοι, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,1 με τυπική απόκλιση 3,805. Τα 49 που ήταν έγγαμοι παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,6 με τυπική απόκλιση 3,729. Τα 3 άτομα που ήταν διαζευγμένα παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 16,7 με τυπική απόκλιση 1,155. Σύμφωνα με τον Eysenck, παρατηρούμε ότι παρόλο που είναι λίγο αυξημένη η εξωστρέφεια του δείγματός μας, βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση της οικογενειακής κατ/σης με τον ψυχωτισμό	Μέσος Όρος του Ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Οικογενειακή κατ/ση			
Άγαμος	5,28	148	2,824
Έγγαμος	5,06	49	3,532
Διαζευγμένος	5,33	3	3,215
Σύνολο	5,23	200	3,002



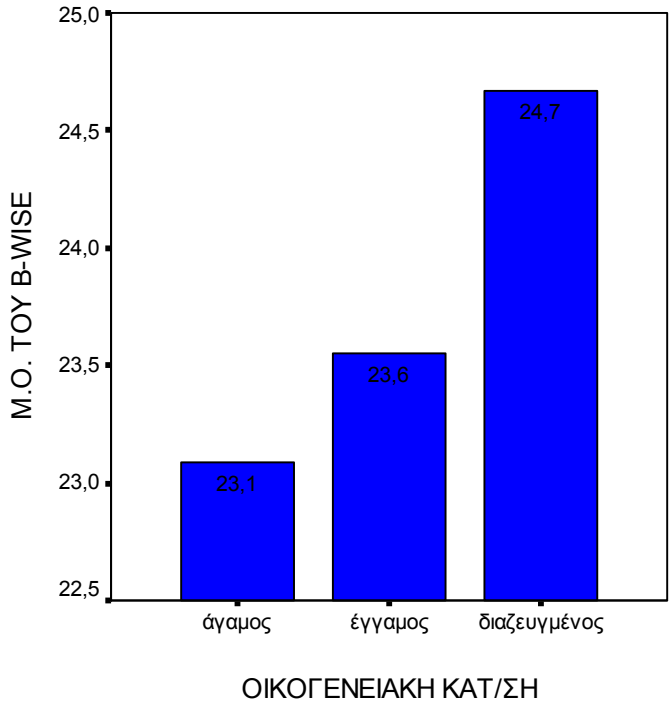
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 148 που ήταν άγαμοι, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,3 με τυπική απόκλιση 2,824. Τα 49 άτομα που ήταν έγγαμοι παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,1 με τυπική απόκλιση 3,532. Τα 3 άτομα που ήταν διαζευγμένοι, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,3 με τυπική απόκλιση 3,215. Σύμφωνα με τον Eysenck, ο ψυχωτισμός που παρουσίασε το δείγμα μας βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση της οικογενειακής κατ/σης με την κλίμακα ψεύδους	Μέσος Όρος της Κλίμακας Ψεύδους	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Οικογενειακή κατ/ση			
Άγαμος	8,74	148	3,969
Έγγαμος	10,29	49	3,889
Διαζευγμένος	11,00	3	6,083
Σύνολο	9,15	200	4,019



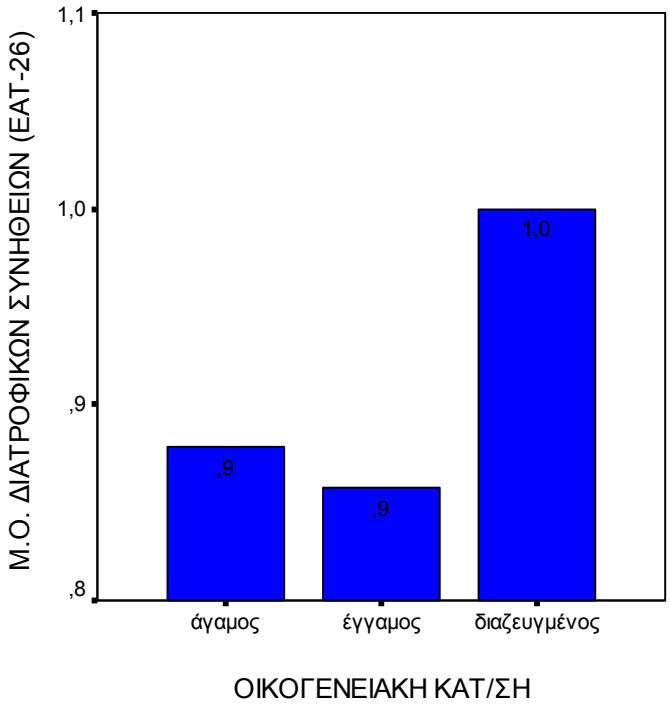
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 149 που ήταν άγαμοι παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 8,7 με τυπική απόκλιση 3,969. Τα 49 άτομα που ήταν έγγαμοι παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 10,3 με τυπική απόκλιση 3,889. Τα 3 άτομα που ήταν διαζευγμένοι παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 11 με τυπική απόκλιση 6,083. Σύμφωνα με τον Eysenck, ο μέσος όρος της κλίμακας ψεύδους του δείγματός μας βρίσκεται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση της οικογενειακής κατ/σης με το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (B-wise)	Μέσος Όρος του B-wise	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Οικογενειακή κατ/ση			
Άγαμος	23,09	148	2,504
Έγγαμος	23,55	49	2,654
Διαζευγμένος	24,67	3	1,155
Σύνολο	23,23	200	2,533



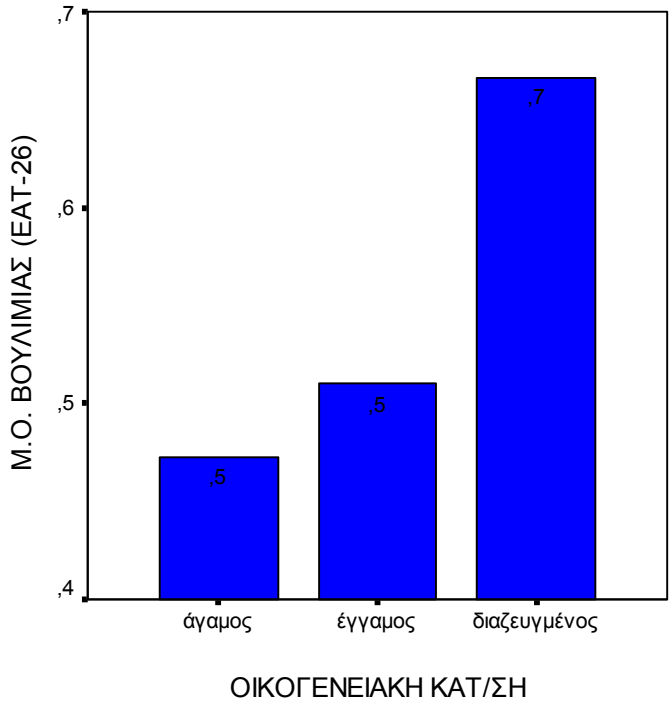
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 148 που ήταν άγαμοι, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,1 με τυπική απόκλιση 2,504. Τα 49 άτομα που ήταν έγγαμοι, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,6 με τυπική απόκλιση 2,654. Τα 3 άτομα που ήταν διαζευγμένοι παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 24,7 με τυπική απόκλιση 1,155.

Σύγκριση της οικογενειακής κατ/σης με τις διατροφικές συνήθειες (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Οικογενειακή κατ/ση			
Άγαμος	0,88	148	0,328
Έγγαμος	0,86	49	0,354
Διαζευγμένος	1,00	3	0,000
Σύνολο	0,88	200	0,332



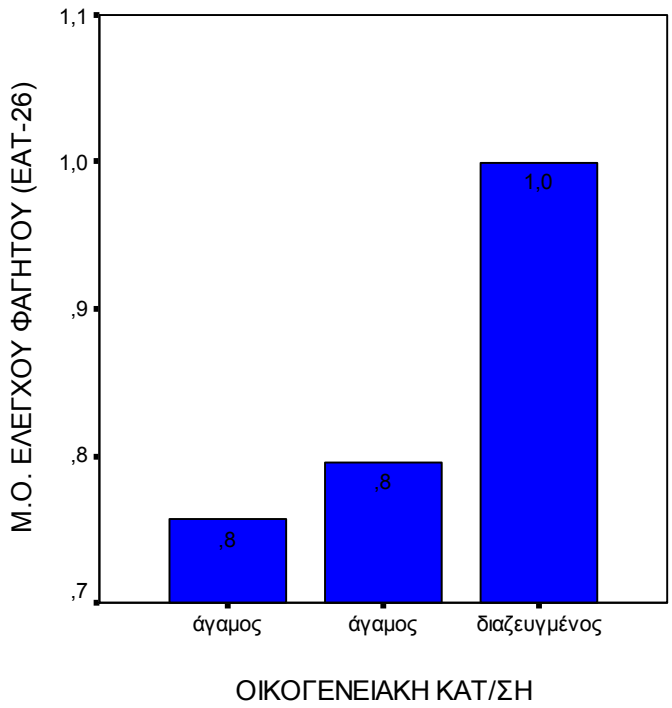
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 148 που ήταν άγαμοι, είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,9 με τυπική απόκλιση 0,328. Τα 49 άτομα που ήταν έγγαμοι, είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,86 με τυπική απόκλιση 0,354. Τα 3 άτομα που ήταν διαζευγμένοι, είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 1 με τυπική απόκλιση 0.

Σύγκριση της οικογενειακής κατ/σης με τη βουλιμία (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Οικογενειακή κατ/ση			
Άγαμος	0,47	148	0,501
Έγγαμος	0,51	49	0,505
Διαζευγμένος	0,67	3	0,577
Σύνολο	0,48	200	0,501



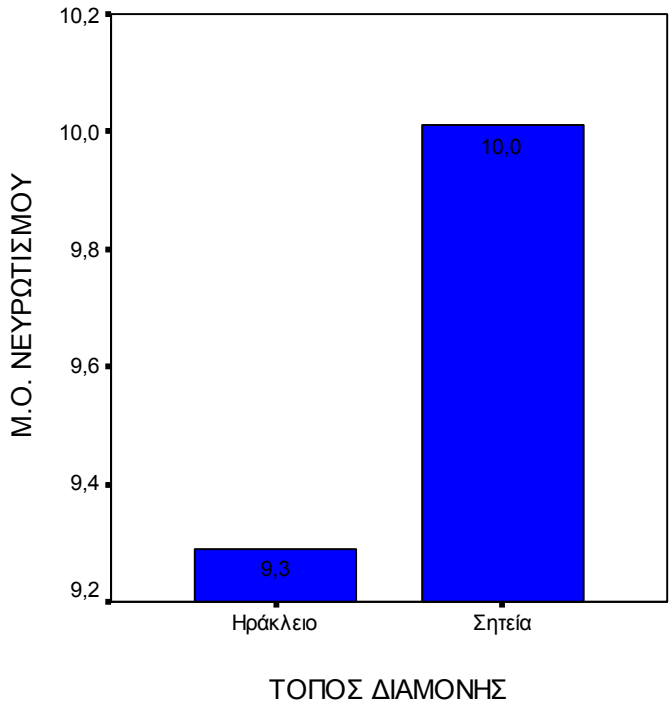
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 148 που ήταν άγαμοι, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,47 με τυπική απόκλιση 0,501. Τα 49 άτομα που ήταν έγγαμοι παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,5 με τυπική απόκλιση 0,505. Τα 3 άτομα που ήταν διαζευγμένοι, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,7 με τυπική απόκλιση 0,577.

Σύγκριση της οικογενειακής κατ/σης με τον έλεγχο του φαγητού (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Οικογενειακή κατ/ση			
Άγαμος	0,7568	148	0,43050
Έγγαμος	0,7959	49	0,40721
Διαζευγμένος	1,0000	3	0,00000
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



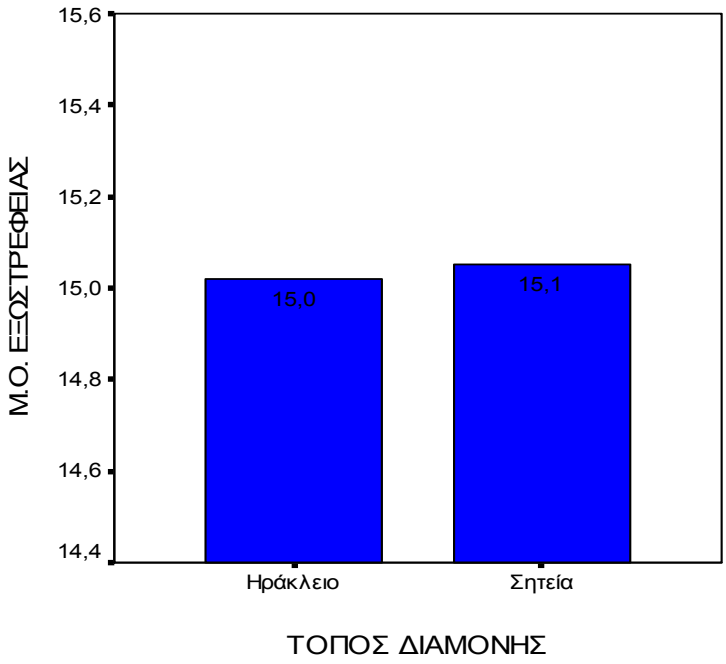
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 148 που ήταν άγαμοι είχαν μέσο όρο ελέγχου της πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,75 με τυπική απόκλιση 0,430. Τα 49 άτομα που ήταν άγαμοι είχαν μέσο όρο ελέγχου της πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,8 με τυπική απόκλιση 0,407. Τα 3 άτομα που ήταν διαζευγμένοι, είχαν μέσο όρο ελέγχου της πρόσληψης τροφής (EAT-26) 1 με τυπική απόκλιση 0.

Σύγκριση του τόπου διαμονής με το νευρωτισμό	Μέσος Όρος του Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Τόπος Διαμονής			
Ηράκλειο	9,29	100	3,880
Σητεία	10,01	100	4,609
Σύνολο	9,65	200	4,265



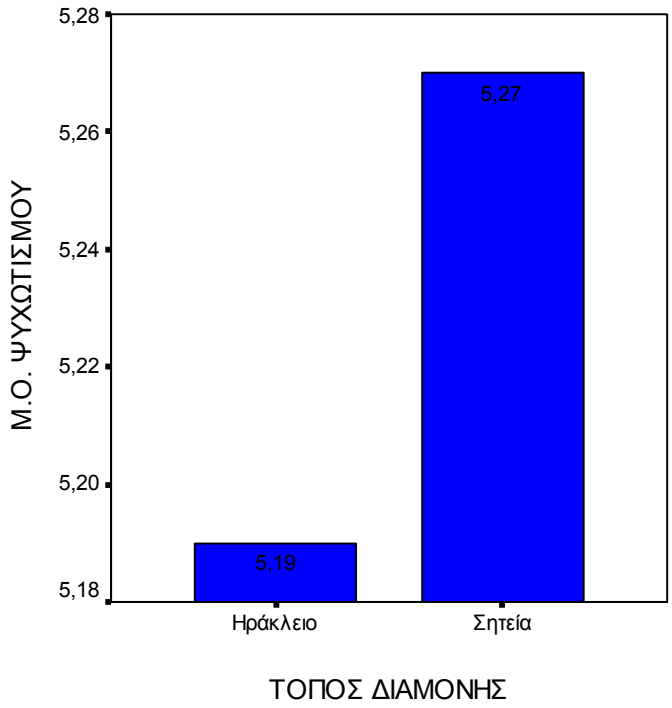
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από 200 άτομα του δείγματός μας, τα 100 που έμεναν στο Ηράκλειο παρουσίασαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,3 με τυπική απόκλιση 3,880. Ενώ, τα άλλα 100 άτομα που έμεναν στη Σητεία, παρουσίασαν μέσο όρο νευρωτισμού 10 με τυπική απόκλιση 4,609. Σύμφωνα με τον Eysenck, ο νευρωτισμός και στις δύο περιοχές κυμαίνεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση του τόπου διαμονής με την εξωστρέφεια	Μέσος Όρος της Εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Τόπος Διαμονής			
Ηράκλειο	15,02	100	3,892
Σητεία	15,05	100	4,647
Σύνολο	15,03	200	3,762



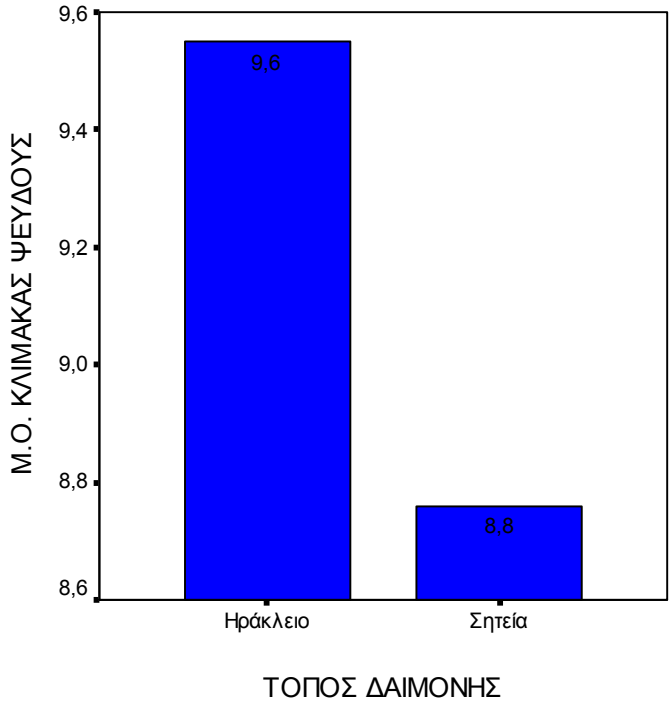
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 100 που έμεναν στο Ηράκλειο, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15 με τυπική απόκλιση 3,829. Ενώ, τα άλλα 100 άτομα που έμεναν στη Σητεία, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,1 με τυπική απόκλιση 4,647. Και στις δύο περιπτώσεις ο μέσος όρος εξωστρέφειας βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση του τόπου διαμονής με τον ψυχωτισμό	Μέσος Όρος του Ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Τόπος Διαμονής			
Ηράκλειο	5,19	100	3,203
Σητεία	5,27	100	2,803
Σύνολο	5,23	200	3,002



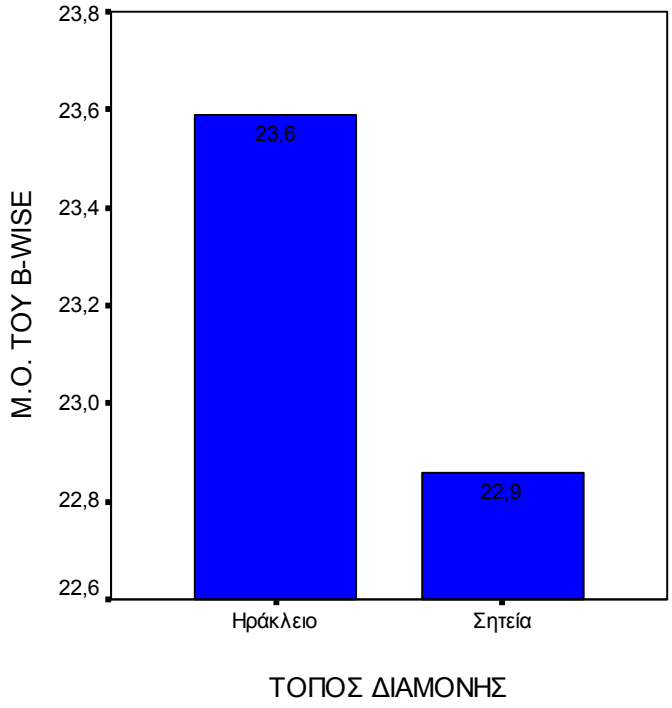
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 100 που έμεναν στο Ηράκλειο παρουσίασαν μέσο όρου ψυχωτισμού 5,19 με τυπική απόκλιση 3,203. Ενώ, τα άλλα 100 άτομα που έμεναν στη Σητεία, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,27 με τυπική απόκλιση 2,803. Σύμφωνα με τον Eysenck, ο μέσος όρος ψυχωτισμού που παρουσιάστηκε και στις δύο πόλεις, βρίσκεται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση του τόπου διαμονής με την κλίμακα ψεύδους	Μέσος Όρος της Κλίμακας Ψεύδους	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Τόπος Διαμονής			
Ηράκλειο	9,55	100	3,762
Σητεία	8,76	100	4,243
Σύνολο	9,15	200	4,019



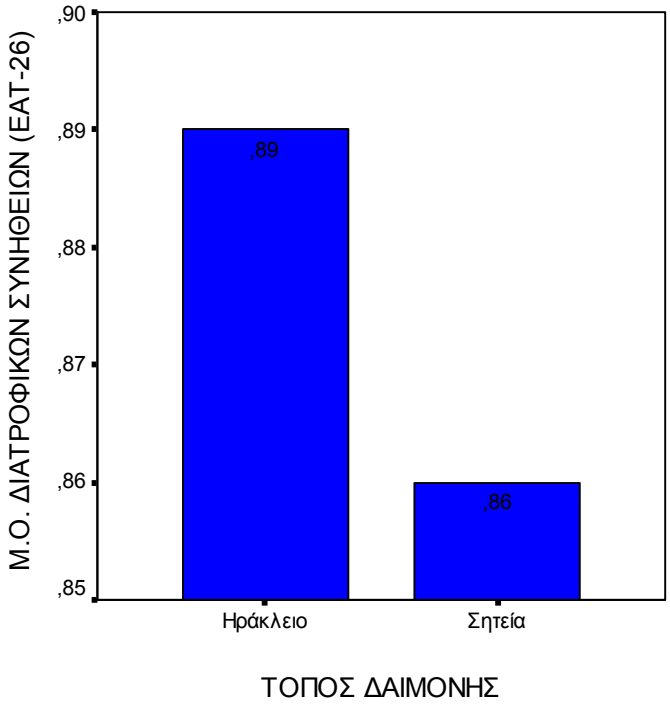
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 100 που έμεναν στο Ηράκλειο, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,6 με τυπική απόκλιση 3,762. Ενώ, τα άλλα 100 άτομα που έμεναν στη Σητεία, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 8,8 με τυπική απόκλιση 4,243. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι παραπάνω τιμές είναι μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση του τόπου διαμονής με το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (B-wise)	Μέσος Όρος του B-wise	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Τόπος Διαμονής			
Ηράκλειο	23,59	100	2,539
Σητεία	22,86	100	2,486
Σύνολο	23,23	200	2,533



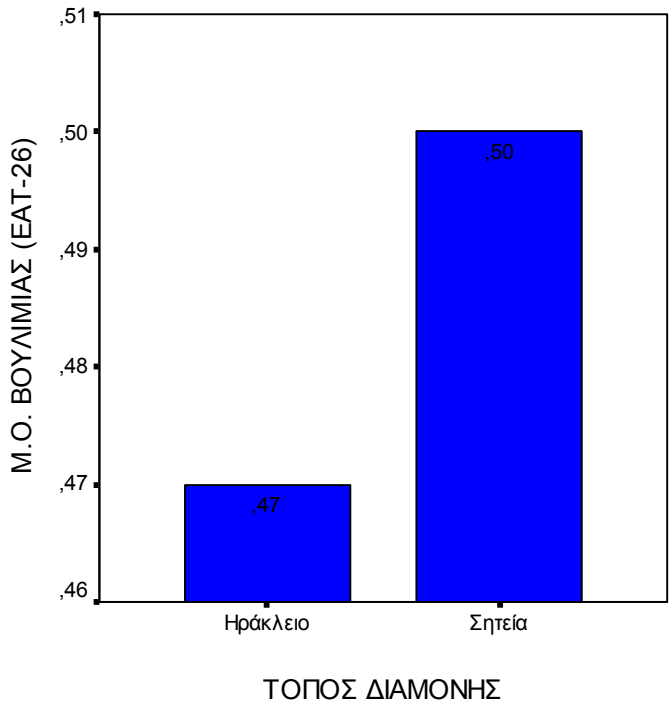
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 100 που έμεναν στο Ηράκλειο, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,6 με τυπική απόκλιση 2,539. Ενώ, τα άλλα 100 άτομα που έμεναν στη Σητεία, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 22,9 με τυπική απόκλιση 2,486.

Σύγκριση του τόπου διαμονής με τις διατροφικές συνήθειες (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Τόπος Διαμονής			
Ηράκλειο	0,89	100	0,314
Σητεία	0,86	100	0,349
Σύνολο	0,88	200	0,332



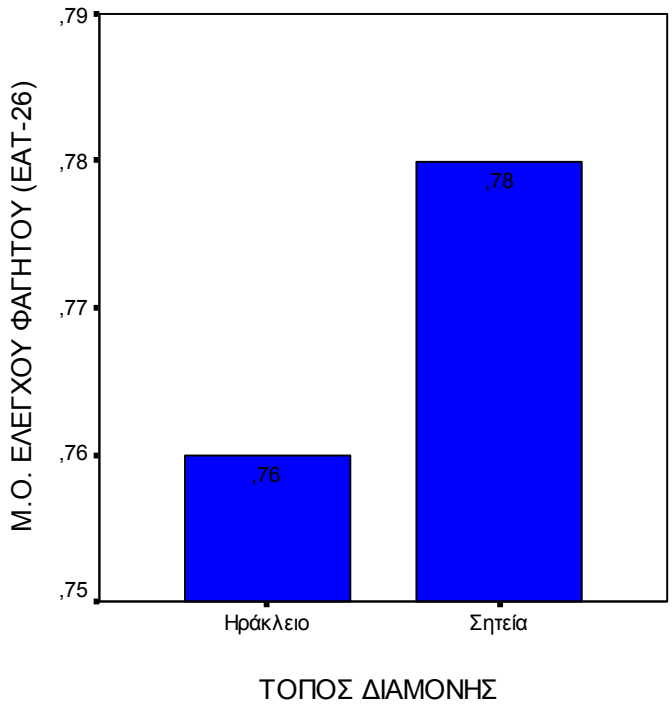
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 100 που έμεναν στο Ηράκλειο, είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,89 με τυπική απόκλιση 0,314. Ενώ, τα άλλα 100 άτομα που έμεναν στη Σητεία είχαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,86 με τυπική απόκλιση 0,349.

Σύγκριση του τόπου διαμονής με τη βουλιμία (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Τόπος Διαμονής			
Ηράκλειο	0,47	100	0,502
Σητεία	0,50	100	0,503
Σύνολο	0,48	200	0,501



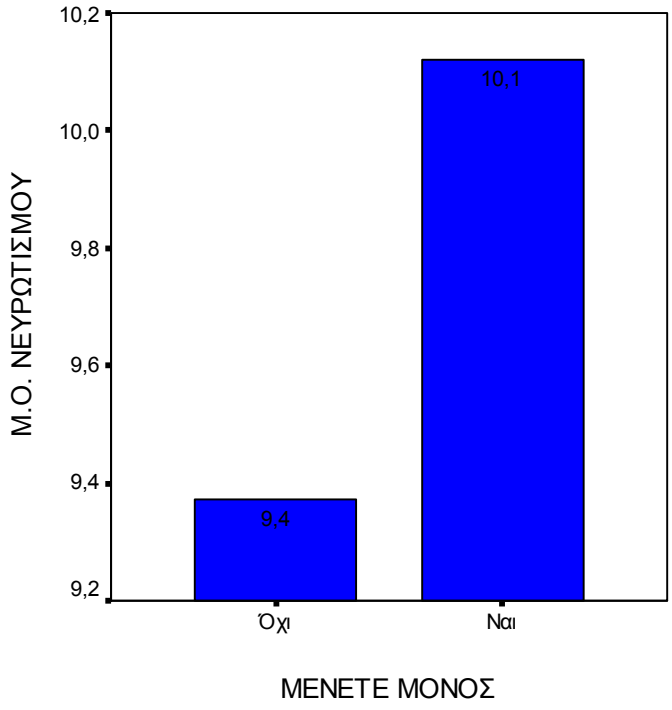
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 100 που έμεναν στο Ηράκλειο, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,47 με τυπική απόκλιση 0,502. Ενώ, τα άλλα 100 άτομα που έμεναν στη Σητεία, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,50 με τυπική απόκλιση 0,503.

Σύγκριση του τόπου διαμονής με τον έλεγχο του φαγητού (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Τόπος Διαμονής			
Ηράκλειο	0,7600	100	0,42923
Σητεία	0,7800	100	0,41633
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



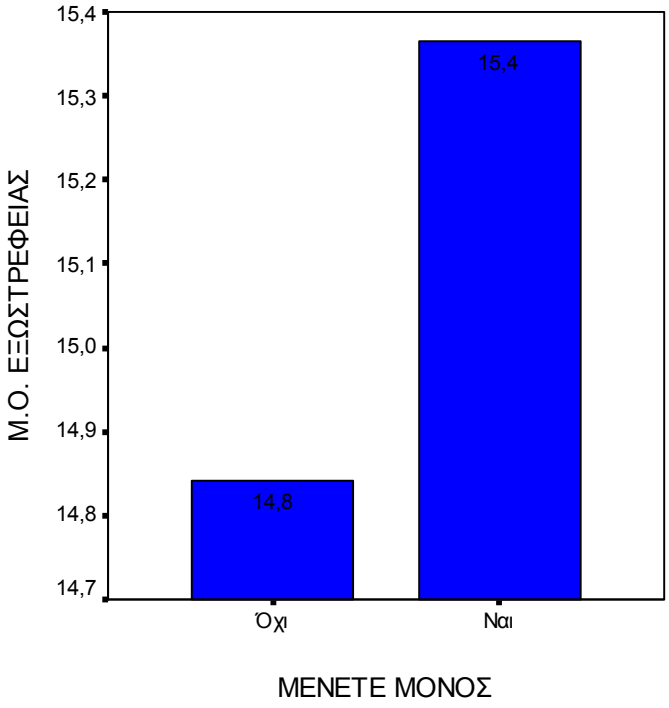
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 100 που έμεναν στο Ηράκλειο, είχαν μέσο όρο ελέγχου της πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,76 με τυπική απόκλιση 0,429. Ενώ, τα άλλα 100 άτομα που έμεναν στη Σητεία, είχαν μέσο όρο ελέγχου της πρόσληψης τροφής 0,78 με τυπική απόκλιση 0,416.

Σύγκριση του νευρωτισμού με το αν μένουν μόνοι ή όχι	Μέσος Όρος του Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Μένετε Μόνος			
Όχι	9,37	126	4,162
Ναι	10,12	74	4,423
Σύνολο	9,65	200	4,265



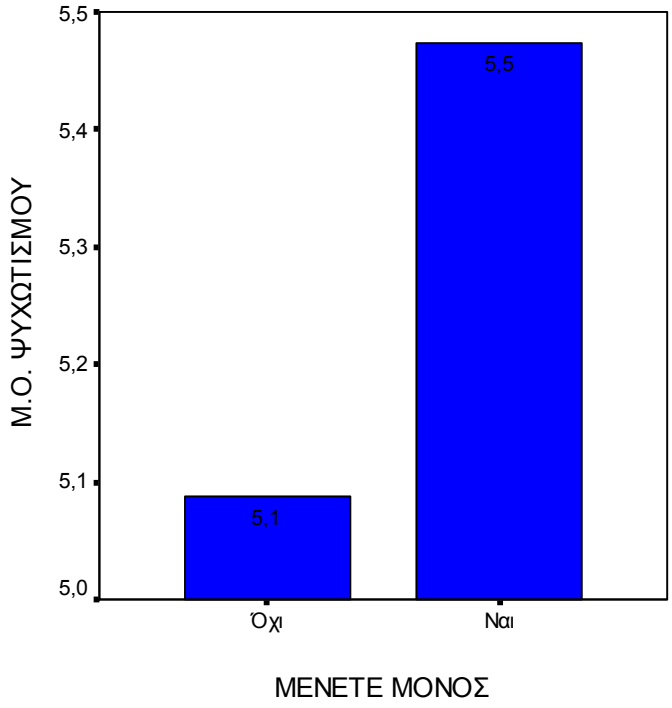
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 126 που δεν έμεναν μόνα, παρουσίασαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,4 με τυπική απόκλιση 4,162. Τα 74 άτομα που έμεναν μόνα, παρουσίασαν μέσο όρο νευρωτισμού 10,1 με τυπική απόκλιση 4,423. Σύμφωνα με τον Eysenck, και οι δύο τιμές βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση της εξωστρέφειας με το αν μένουν μόνοι ή όχι	Μέσος Όρος της Εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Μένετε Μόνος			
Όχι	14,84	126	3,812
Ναι	15,36	74	3,677
Σύνολο	15,03	200	3,762



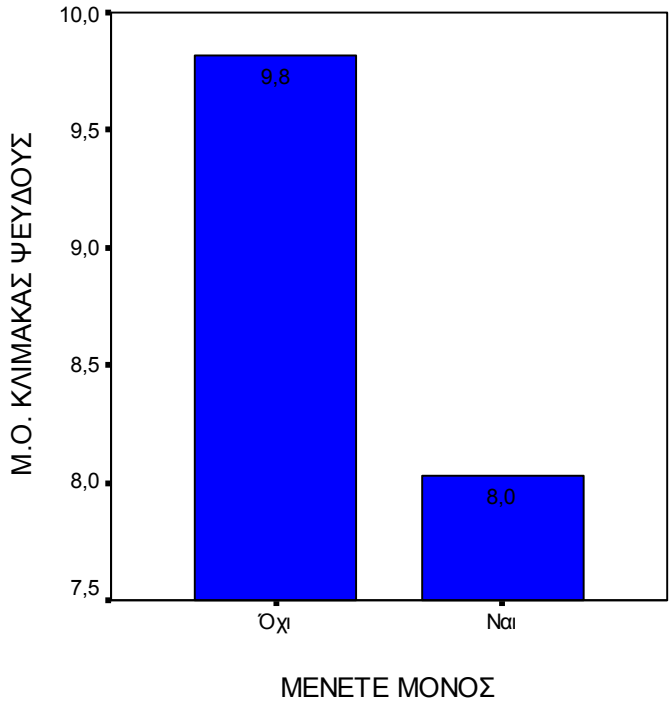
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 126 που δεν έμεναν μόνα, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,8 με τυπική απόκλιση 3,812. Ενώ, τα υπόλοιπα 74 που έμεναν μόνα, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,3 με τυπική απόκλιση 3,677. Σύμφωνα με τον Eysenck, και για τις δύο περιπτώσεις οι τιμές βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά επίπεδα.

Σύγκριση του ψυχωτισμού με το αν μένουν μόνοι ή όχι	Μέσος Όρος του Ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Μένετε Μόνος			
Όχι	5,09	126	3,127
Ναι	5,47	74	2,781
Σύνολο	5,23	200	3,002



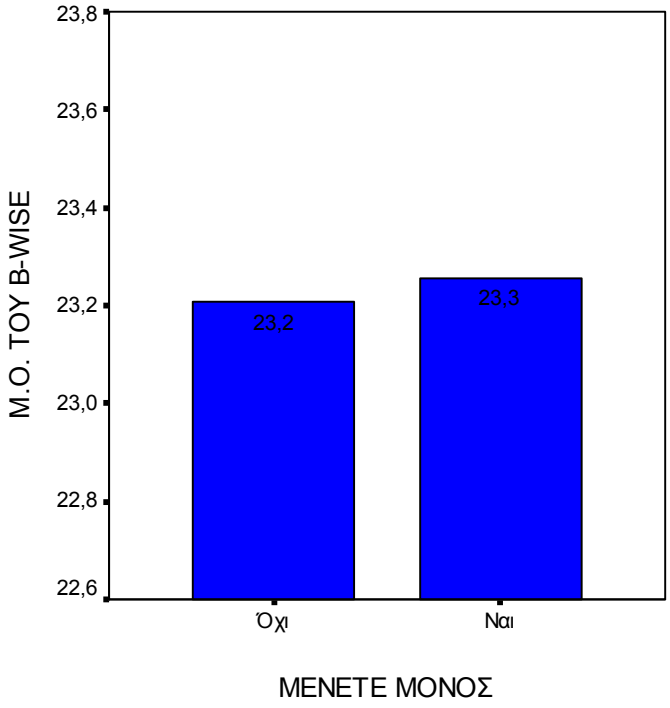
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 126 που δεν έμεναν μόνα, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,1 με τυπική απόκλιση 3,127. Ενώ, τα υπόλοιπα 74 που έμεναν μόνα, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,5 με τυπική απόκλιση 2,781. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση της κλίμακας ψεύδους με το αν μένουν μόνοι ή όχι	Μέσος Όρος της Κλίμακας Ψεύδους	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Μένετε Μόνος			
Όχι	9,82	126	4,119
Ναι	8,03	74	3,596
Σύνολο	9,15	200	4,019



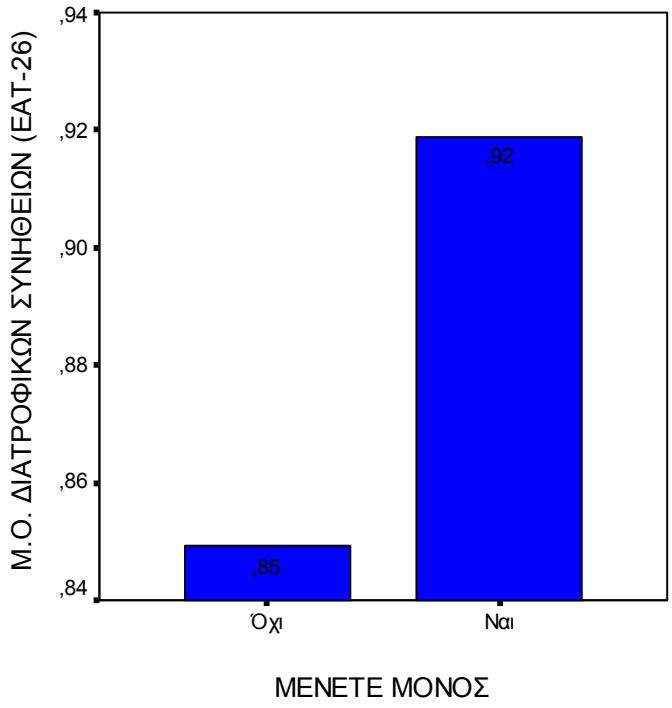
Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, οι 126 που δεν έμεναν μόνα παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,8 με τυπική απόκλιση 4,119. Ενώ τα 74 που έμεναν μόνα, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 8 με τυπική απόκλιση 3,596. Οι τιμές αυτές βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση του ψυχοκοινωνικού αντίκτυπου (B-wise) με το αν μένουν μόνοι ή όχι	Μέσος Όρος του B-wise	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Μένετε Μόνος			
Όχι	23,21	126	2,547
Ναι	23,26	74	2,527
Σύνολο	23,23	200	2,533



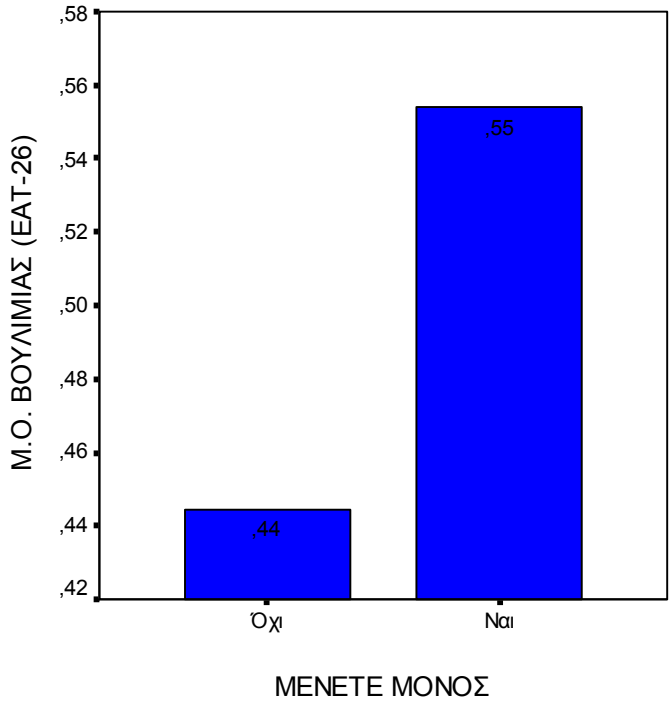
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 126 που δεν έμεναν μόνα, είχαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,2 με τυπική απόκλιση 2,547. Ενώ τα υπόλοιπα 74 άτομα που έμεναν μόνα, είχαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,3 με τυπική απόκλιση 2,527.

Σύγκριση των διατροφικών συνηθειών (eat-26) με το αν μένουν μόνοι ή όχι	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Μένετε Μόνος			
Όχι	0,85	126	0,359
Ναι	0,92	74	0,275
Σύνολο	0,88	200	0,332



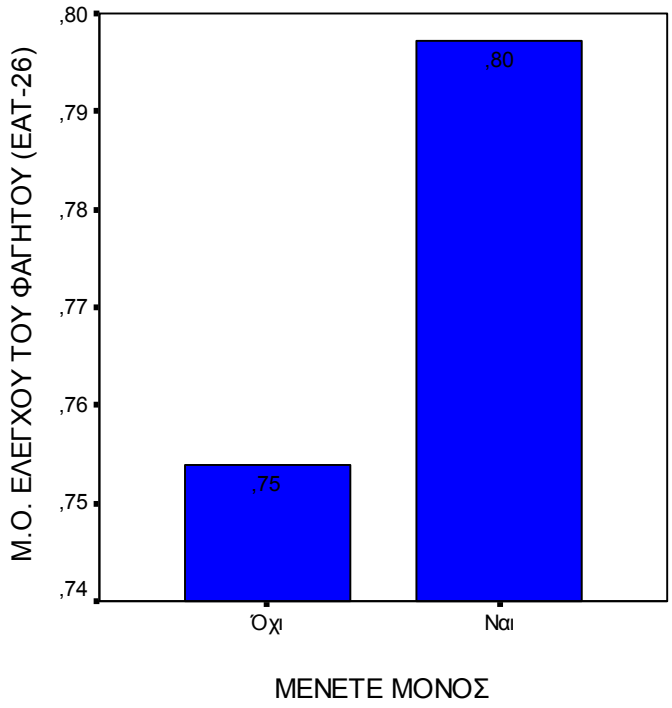
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 126 που δεν έμεναν μόνα, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,85 με τυπική απόκλιση 0,359. Τα υπόλοιπα 74 άτομα που έμεναν μόνα, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 0,92με τυπική απόκλιση 0,275.

Σύγκριση της βουλιμίας (eat-26) με το αν μένουν μόνοι ή όχι	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Μένετε Μόνος			
Όχι	0,44	126	0,499
Ναι	0,55	74	0,500
Σύνολο	0,48	200	0,501



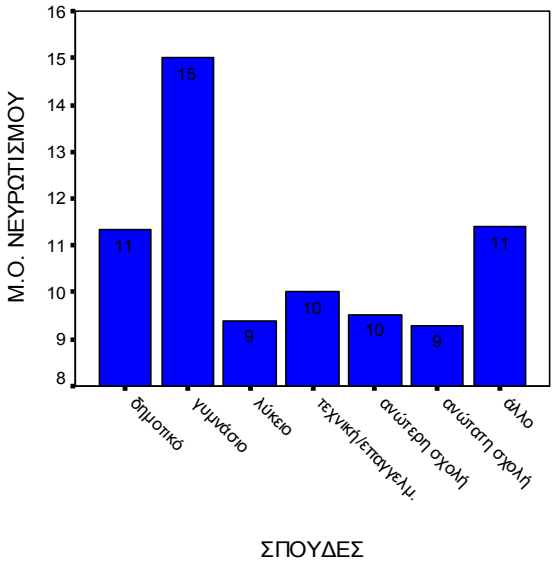
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 126 που δεν έμεναν μόνα, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,44 με τυπική απόκλιση 0,499. Τα υπόλοιπα 74 άτομα που έμεναν μόνα, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,55με τυπική απόκλιση 0,500.

Σύγκριση ελέγχου του φαγητού (eat-26) με το αν μένουν μόνοι ή όχι	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Μένετε Μόνος			
Όχι	0,7540	126	0,43242
Ναι	0,7973	74	0,40476
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



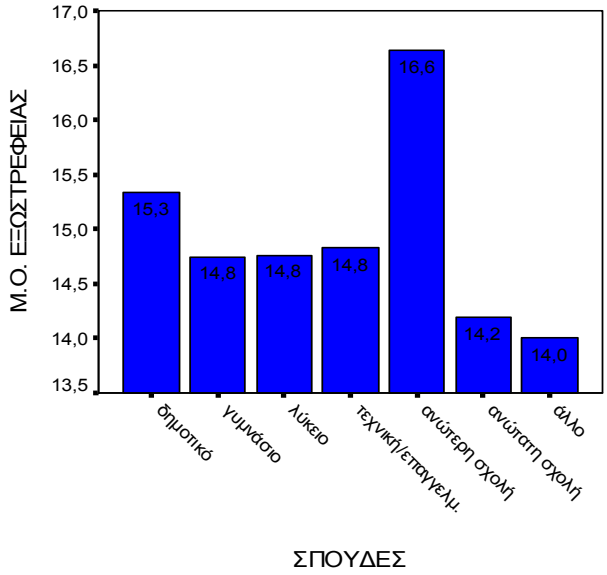
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 126 που δεν έμεναν μόνα, εμφάνισαν μέσο όρο ελέγχου της πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,75 με τυπική απόκλιση 0,432. Τα υπόλοιπα 74 που έμεναν μόνα, εμφάνισαν μέσο όρο ελέγχου της πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,80 με τυπική απόκλιση 0,404.

Σύγκριση σπουδών με το νευρωτισμό	Μέσος Όρος του Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Σπουδές			
Δημοτικό	11,33	3	4,509
Γυμνάσιο	15,00	4	0,816
Λύκειο	9,40	93	4,251
Τεχνική/ επαγγελματική σχολή	10,00	17	4,664
Ανώτερη σχολή	9,54	41	3,815
Ανώτατη σχολή	9,30	37	4,582
Άλλο	11,40	5	4,393
Σύνολο	9,65	200	4,265



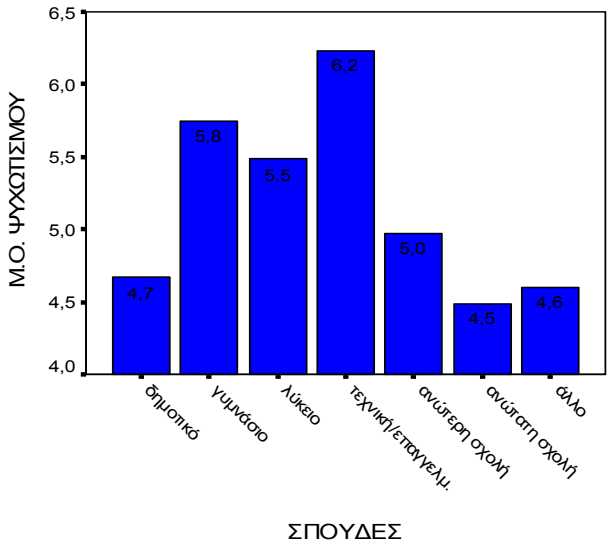
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 3 που είχαν τελειώσει δημοτικό, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 11,3 με τυπική απόκλιση 4,509. Τα 4 που είχαν τελειώσει γυμνάσιο, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 15 με τυπική απόκλιση 0,816. Τα 93 που είχαν τελειώσει λύκειο, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,4 με τυπική απόκλιση 4,251. Τα 17 που είχαν τελειώσει κάποια τεχνική/ επαγγελματική σχολή, εμφάνισαν μέσο όρο ψυχωτισμού 10 με τυπική απόκλιση 4,664. Τα 41 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτερη σχολή, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,5 με τυπική απόκλιση 3,815. Τα 37 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτατη σχολή, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,3 με τυπική απόκλιση 4,582. Τα 5 που είχαν τελειώσει κάποια άλλη σχολή εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 11,4 με τυπικη απόκλιση 4,393. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι παραπάνω τιμές του νευρωτισμού βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση σπουδών με την εξωστρέφεια	Μέσος Όρος της εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Σπουδές			
Δημοτικό	15,33	3	0,577
Γυμνάσιο	14,75	4	3,202
Λύκειο	14,76	93	4,052
Τεχνική/ επαγγελματική σχολή	14,82	17	3,358
Ανώτερη σχολή	16,63	41	1,933
Ανώτατη σχολή	14,19	37	4,636
Άλλο	14,00	5	2,550
Σύνολο	15,03	200	3,762



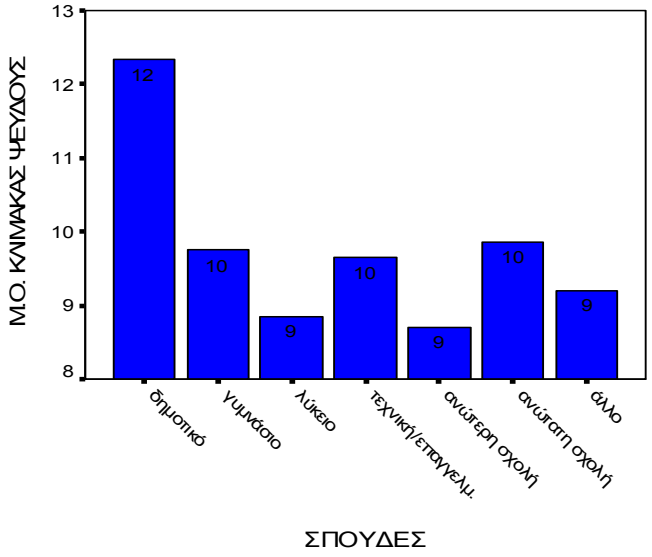
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 3 που είχαν τελειώσει το δημοτικό, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,3 με τυπική απόκλιση 0,577. Τα 4 που είχαν τελειώσει γυμνάσιο, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,7 με τυπική απόκλιση 3,202. Τα 93 που είχαν τελειώσει λύκειο, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,7 με τυπική απόκλιση 4,052. Τα 17 που είχαν τελειώσει κάποια τεχνική/ επαγγελματική σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,8 με τυπική απόκλιση 3,358. Τα 41 είχαν τελειώσει κάποια ανώτερη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 16,6 με τυπική απόκλιση 1,933. Τα 37 είχαν τελειώσει κάποια ανώτατη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,1 με τυπική απόκλιση 4,636. Τα 5 που είχαν τελειώσει κάποια άλλη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14 με τυπική απόκλιση 2,550. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι παραπάνω τιμές βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση σπουδών με τον ψυχωτισμό	Μέσος Όρος του ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Σπουδές			
Δημοτικό	4,67	3	3,786
Γυμνάσιο	5,75	4	2,754
Λύκειο	5,48	93	3,435
Τεχνική/ επαγγελματική σχολή	6,24	17	2,884
Ανώτερη σχολή	4,98	41	2,612
Ανώτατη σχολή	4,49	37	2,194
Άλλο	4,60	5	2,608
Σύνολο	5,23	200	3,002



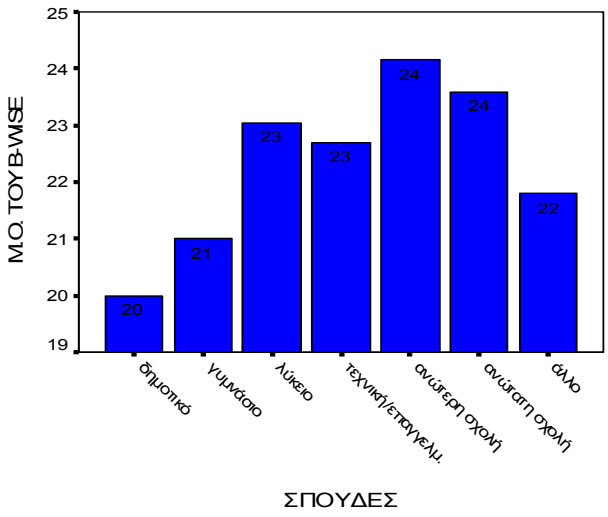
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 3 που είχαν τελειώσει το δημοτικό, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 4,67 με τυπική απόκλιση 3,786. Τα 4 που είχαν τελειώσει γυμνάσιο, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,75 με τυπική απόκλιση 2,754. Τα 93 άτομα είχαν τελειώσει το λύκειο, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,48 με τυπική απόκλιση 3,435. Τα 17 είχαν τελειώσει κάποια τεχνική/ επαγγελματική σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 6,24 με τυπική απόκλιση 2,884. Τα 41 άτομα που είχαν τελειώσει κάποια ανώτερη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 4,98 με τυπική απόκλιση 2,612. Τα 37 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτερη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 4,49 με τυπική απόκλιση 2,194. Τα 5 που είχαν τελειώσει κάποια άλλη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 4,60 με τυπική απόκλιση 2,608. Οι τιμές αυτές του ψυχωτισμού βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια, σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση σπουδών με την κλίμακα ψεύδους	Μέσος Όρος της Κλίμακας Ψεύδους	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Σπουδές			
Δημοτικό	12,33	3	5,686
Γυμνάσιο	9,75	4	4,992
Λύκειο	8,85	93	4,083
Τεχνική/ επαγγελματική σχολή	9,65	17	3,757
Ανώτερη σχολή	8,71	41	4,094
Ανώτατη σχολή	9,86	37	3,867
Άλλο	9,20	5	2,950
Σύνολο	9,15	200	4,019



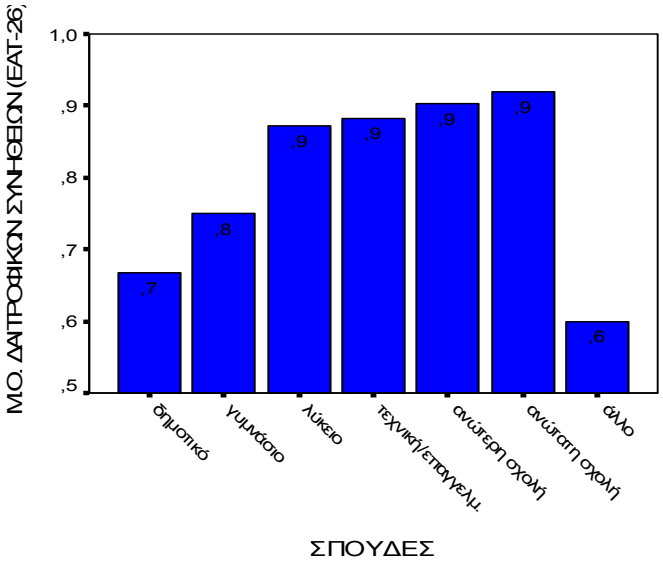
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 3 που είχαν τελειώσει το δημοτικό, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 12,3 με τυπική απόκλιση 5,686. Τα 4 που είχαν τελειώσει γυμνάσιο, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,7 με τυπική απόκλιση 4,992. Τα 93 που είχαν τελειώσει το λύκειο, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 8,8 με τυπική απόκλιση 4,083. Τα 17 που είχαν τελειώσει κάποια τεχνική/ επαγγελματική σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,6 με τυπική απόκλιση 3,757. Τα 41 είχαν τελειώσει κάποια ανώτερη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 8,7 με τυπική απόκλιση 4,094. Τα 37 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτατη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,9 με τυπική απόκλιση 3,867. Τα 5 είχαν τελειώσει κάποια άλλη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,2 με τυπική απόκλιση 2,950. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές για την κλίμακα ψεύδους, βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Σύγκριση σπουδών με το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (B-wise)	Μέσος Όρος του B-wise	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Σπουδές			
Δημοτικό	20,00	3	2,000
Γυμνάσιο	21,00	4	2,160
Λύκειο	23,04	93	2,541
Τεχνική/ επαγγελματική σχολή	22,71	17	2,710
Ανώτερη σχολή	24,15	41	2,007
Ανώτατη σχολή	23,59	37	2,477
Άλλο	21,80	5	3,633
Σύνολο	23,23	200	2,533



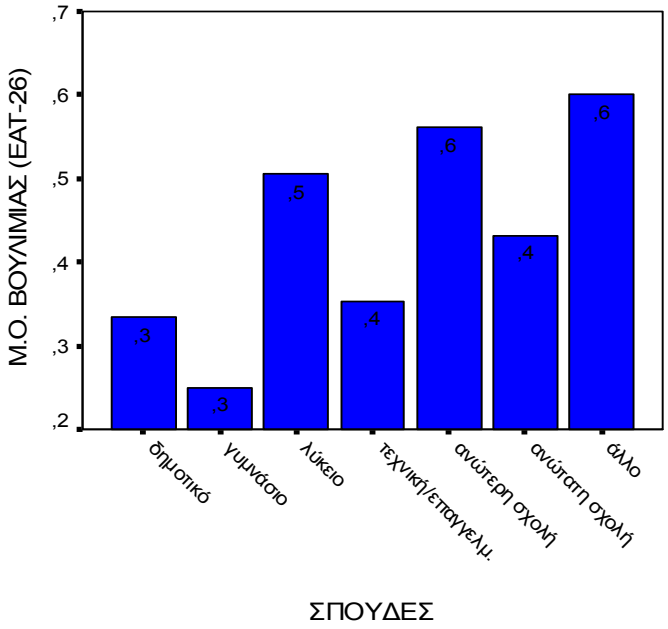
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 3 που είχαν τελειώσει το δημοτικό, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 20 με τυπική απόκλιση 2. Τα 4 που είχαν τελειώσει το γυμνάσιο, παρουσίασαν, μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 21 με τυπική απόκλιση 2,160. Τα 93 που είχαν τελειώσει το λύκειο, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23 με τυπική απόκλιση 2,541. Τα 17 που είχαν τελειώσει κάποια τεχνική/ επαγγελματική σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 22,7 με τυπική απόκλιση 2,710. Τα 41 που τελείωσαν κάποια ανώτερη σχολή, παρουσίασαν, μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 24,1 με τυπική απόκλιση 2,007. Τα 37 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτατη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,6 με τυπική απόκλιση 2,477. Τα 5 που τελείωσαν κάποια άλλη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 21,8 με τυπική απόκλιση 3,633.

Σύγκριση σπουδών με τις διατροφικές συνήθειες (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Σπουδές			
Δημοτικό	0,67	3	0,577
Γυμνάσιο	0,75	4	0,500
Λύκειο	0,87	93	0,337
Τεχνική/ επαγγελματική σχολή	0,88	17	0,332
Ανώτερη σχολή	0,90	41	0,300
Ανώτατη σχολή	0,92	37	0,277
Άλλο	0,60	5	0,548
Σύνολο	0,88	200	0,332



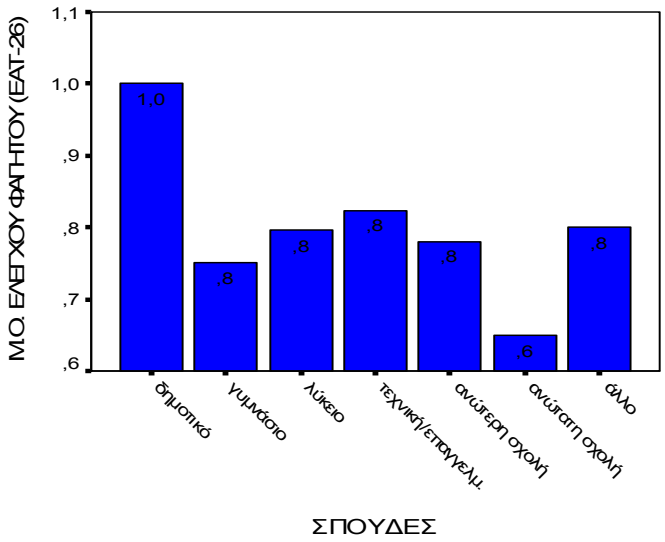
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 3 που είχαν τελειώσει το δημοτικό, παρουσίασαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,67 με τυπική απόκλιση 0,577. Τα 4 που είχαν τελειώσει το γυμνάσιο, παρουσίασαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,75 με τυπική απόκλιση 0,5. Τα 93 που είχαν τελειώσει το λύκειο, παρουσίασαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,87 με τυπική απόκλιση 0,37. Τα 17 που είχαν τελειώσει κάποια τεχνική/ επαγγελματική σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,88 με τυπική απόκλιση 0,332. Τα 41 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτερη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,9 με τυπική απόκλιση 0,3. Τα 37 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτατη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,92 με τυπική απόκλιση 0,277. Τα 5 άτομα που είχαν τελειώσει κάποια άλλη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,6 με τυπική απόκλιση 0,548.

Σύγκριση σπουδών με τη βουλιμία (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Σπουδές			
Δημοτικό	0,33	3	0,577
Γυμνάσιο	0,25	4	0,500
Λύκειο	0,51	93	0,503
Τεχνική/ επαγγελματική σχολή	0,35	17	0,493
Ανώτερη σχολή	0,56	41	0,502
Ανώτατη σχολή	0,43	37	0,502
Άλλο	0,60	5	0,548
Σύνολο	0,48	200	0,501



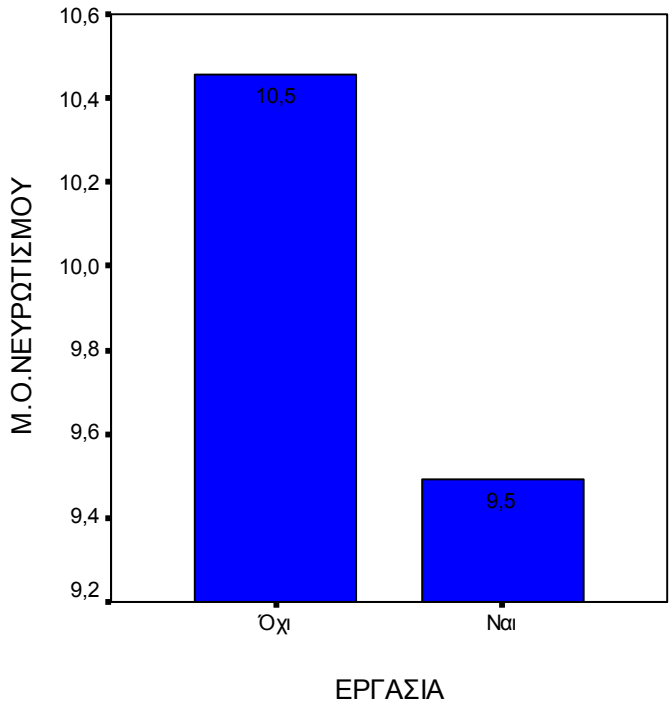
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 3 που είχαν τελειώσει το δημοτικό, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,3 με τυπική απόκλιση 0,577. Τα 4 που είχαν τελειώσει γυμνάσιο, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,2 με τυπική απόκλιση 0,5. Τα 93 που είχαν τελειώσει λύκειο, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,5 με τυπική απόκλιση 0,503. Τα 17 που είχαν τελειώσει κάποια τεχνική/ επαγγελματική σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,4 με τυπική απόκλιση 0,493. Τα 41 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτερη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,6 με τυπική απόκλιση 0,502. Τα 37 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτατη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,4 με τυπική απόκλιση 0,502. Τα 5 που είχαν τελειώσει κάποια άλλη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,6 με τυπική απόκλιση 0,548.

Σύγκριση σπουδών τον έλεγχο του φαγητού (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Σπουδές			
Δημοτικό	1,0000	3	0,00000
Γυμνάσιο	0,7500	4	0,50000
Λύκειο	0,7957	93	0,40538
Τεχνική/ επαγγελματική σχολή	0,8235	17	0,39259
Ανώτερη σχολή	0,7805	41	0,41906
Ανώτατη σχολή	0,6486	37	0,48398
Άλλο	0,8000	5	0,44721
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



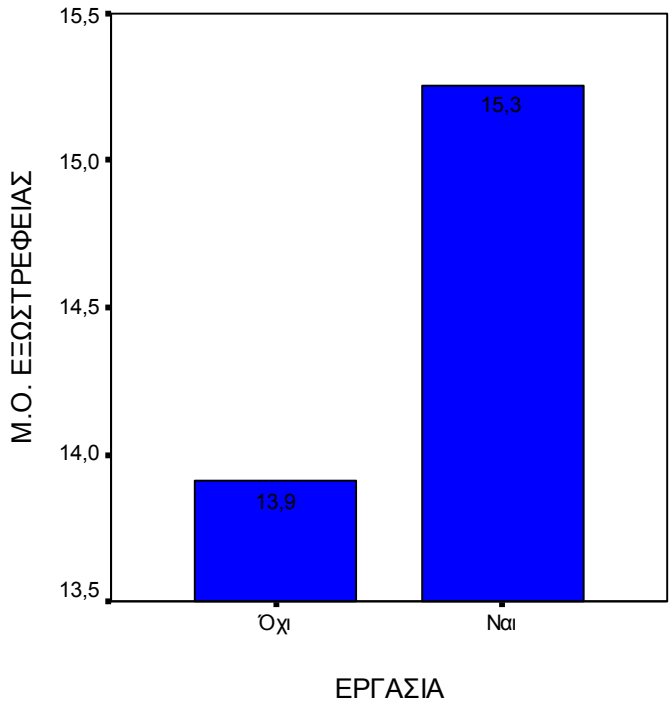
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 3 που είχαν τελειώσει το δημοτικό, παρουσίασαν μέσο όρο στον έλεγχο πρόσληψης της τροφής (EAT-26) 1 με τυπική απόκλιση 0. Τα 4 που είχαν τελειώσει γυμνάσιο, παρουσίασαν μέσο όρο στον έλεγχο πρόσληψης της τροφής (EAT-26) 0,75 με τυπική απόκλιση 0,5. Τα 93 που είχαν τελειώσει το λύκειο, παρουσίασαν μέσο όρο στον έλεγχο πρόσληψης της τροφής (EAT-26) 0,8 με τυπική απόκλιση 0,405. Τα 17 που είχαν τελειώσει κάποια τεχνική/ επαγγελματική σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο στον έλεγχο πρόσληψης της τροφής (EAT-26) 0,82 με τυπική απόκλιση 0,392. Τα 41 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτερη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο στον έλεγχο πρόσληψης της τροφής (EAT-26) 0,78 με τυπική απόκλιση 0,419. Τα 37 που είχαν τελειώσει κάποια ανώτατη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο στον έλεγχο πρόσληψης της τροφής (EAT-26) 0,6 με τυπική απόκλιση 0,483. Τα 5 που είχαν τελειώσει κάποια άλλη σχολή, παρουσίασαν μέσο όρο στον έλεγχο πρόσληψης της τροφής (EAT-26) 0,8 με τυπική απόκλιση 0,447.

Σύγκριση εργασίας με το νευρωτισμό	Μέσος Όρος του Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Εργάζεστε			
Όχι	10,45	33	4,597
Ναι	9,49	167	4,192
Σύνολο	9,65	200	4,265



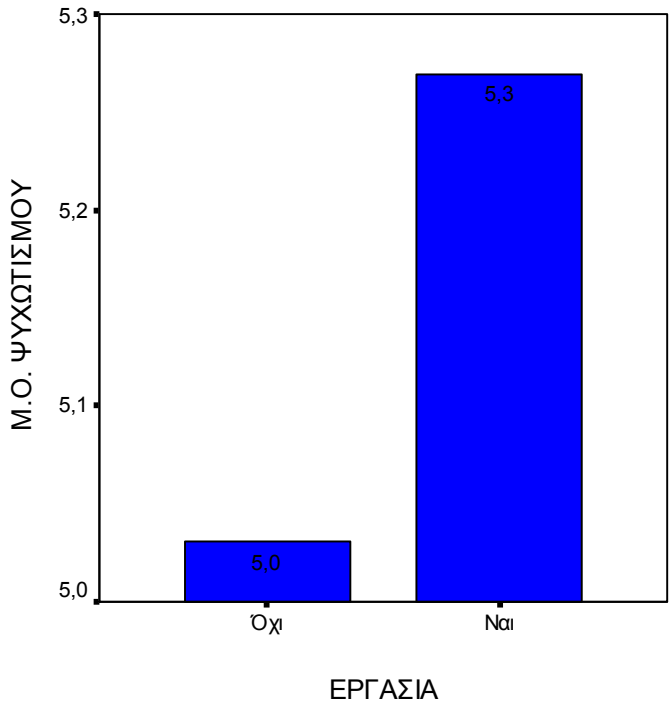
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 33 που δεν εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 10,5 με τυπική απόκλιση 4,597. Τα 167 που εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,5 με τυπική απόκλιση 4,192. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές του νευρωτισμού, βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση εργασίας με την εξωστρέφεια	Μέσος Όρος της εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Εργάζεστε			
Όχι	13,91	33	4,468
Ναι	15,26	167	3,580
Σύνολο	15,03	200	3,762



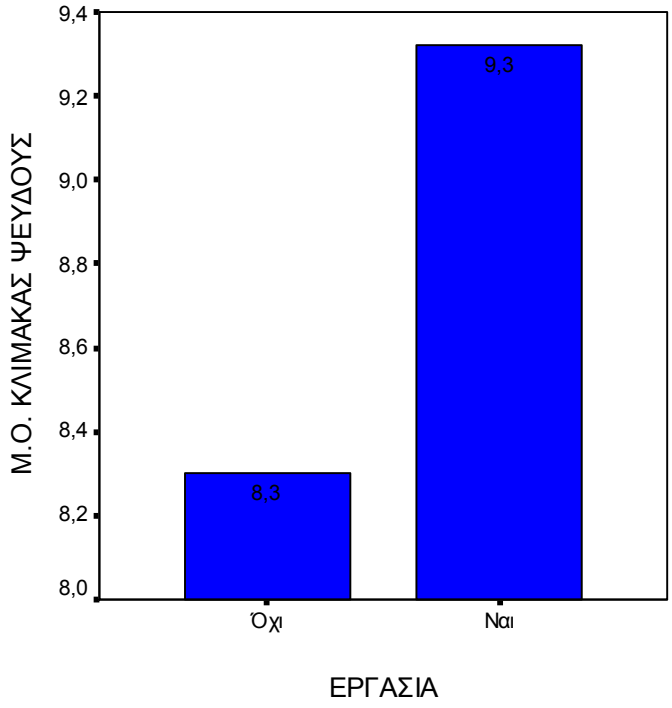
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 33 άτομα που δεν εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο εξωστρέφειας 13,9 με τυπική απόκλιση 4,468. Τα υπόλοιπα 167 άτομα που εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,3 με τυπική απόκλιση 3,580. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές της εξωστρέφειας βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση εργασίας με τον ψυχωτισμό	Μέσος Όρος του Ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Εργάζεστε			
Όχι	5,03	33	2,158
Ναι	5,27	167	3,146
Σύνολο	5,23	200	3,002



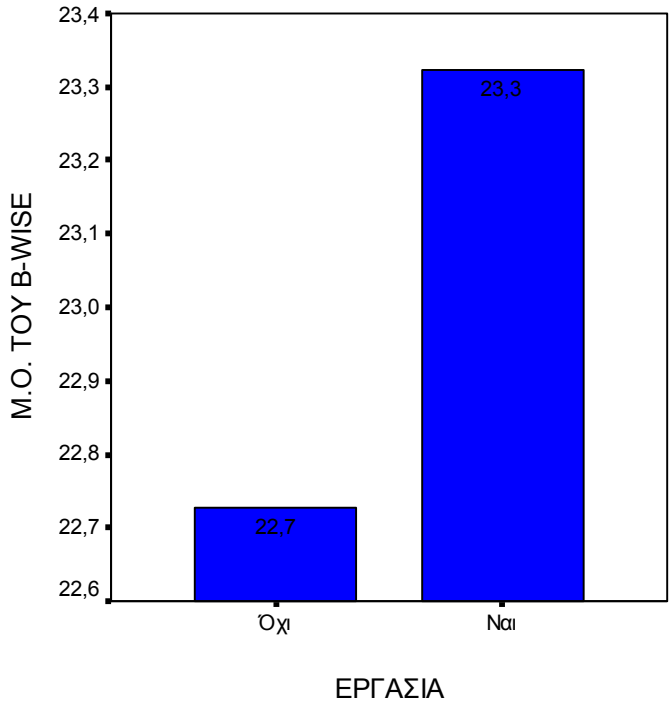
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 33 που δεν εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5 με τυπική απόκλιση 2,158. Τα 167 που εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,3 με τυπική απόκλιση 3,146. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση εργασίας με την κλίμακα ψεύδους	Μέσος Όρος της Κλίμακας Ψεύδους	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Εργάζεστε			
Όχι	8,30	33	4,179
Ναι	9,32	167	3,978
Σύνολο	9,15	200	4,019



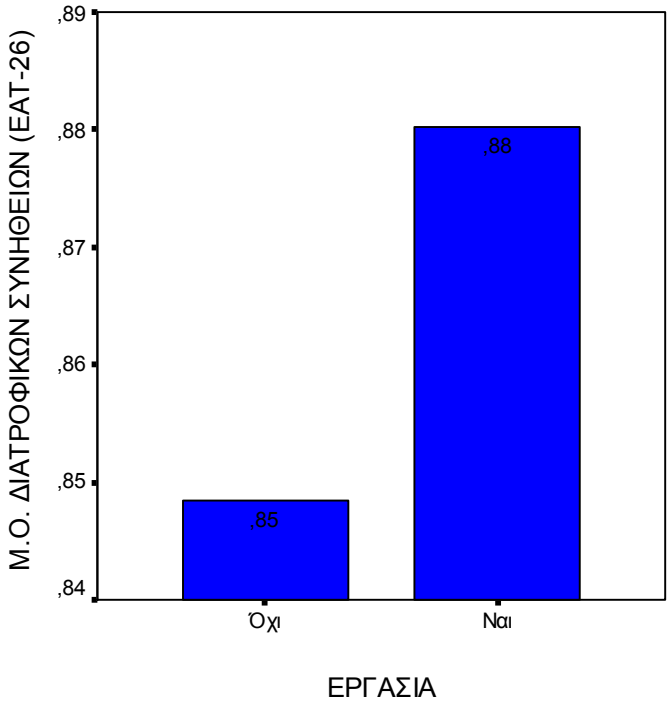
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 33 που δεν εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 8,3 με τυπική απόκλιση 4,179. Τα 167 που εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,3 με τυπική απόκλιση 3,978. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές για την κλίμακα ψεύδους βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση εργασίας με το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο(B-wise)	Μέσος Όρος του B-wise	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Εργάζεστε			
Όχι	22,73	33	2,516
Ναι	23,32	167	2,532
Σύνολο	23,23	200	2,533



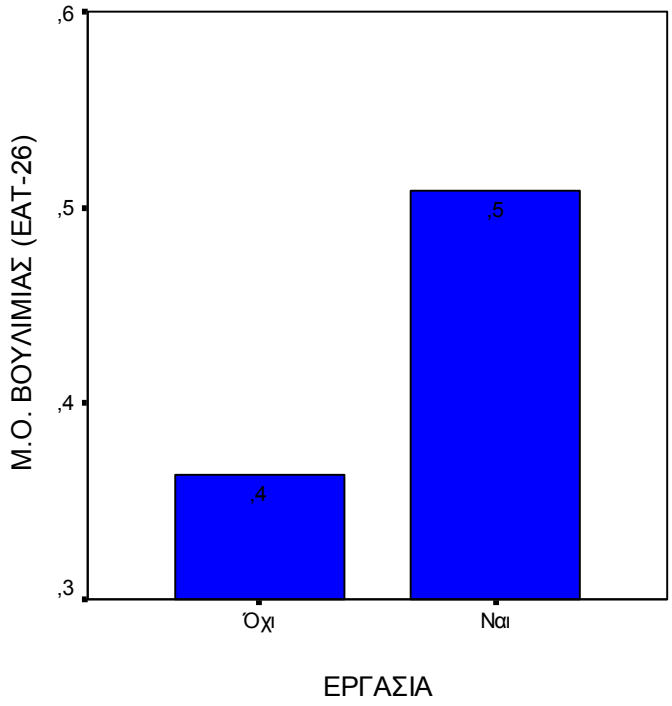
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 33 που δεν εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 22,7 με τυπική απόκλιση 2,516. Ενώ, τα υπόλοιπα 167 άτομα που εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,3 με τυπική απόκλιση 2,532.

Σύγκριση εργασίας με τις διατροφικές συνήθειες (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Εργάζεστε			
Όχι	0,85	33	0,364
Ναι	0,88	167	0,326
Σύνολο	0,88	200	0,332



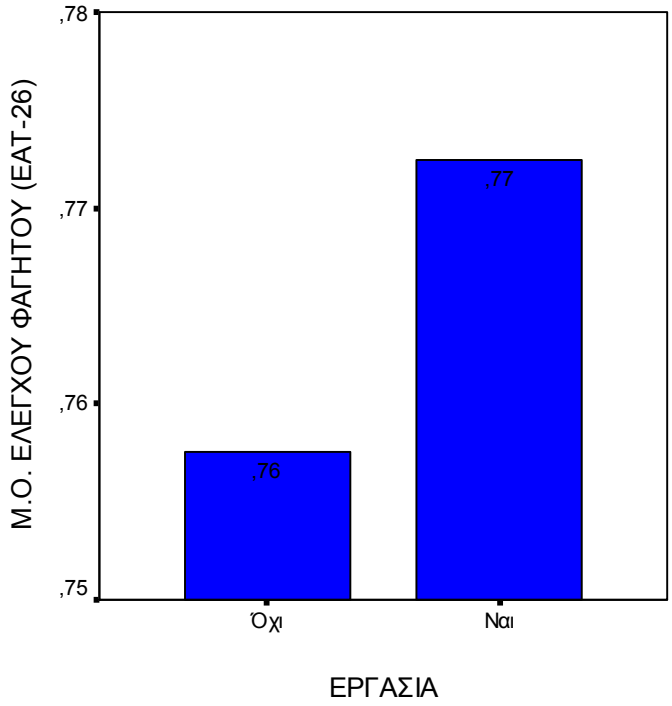
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 33 που δεν εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,85 με τυπική απόκλιση 0,364. Τα 167 άτομα που εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,88 με τυπική απόκλιση 0,326.

Σύγκριση εργασίας με τη βουλιμία (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Εργάζεστε			
Όχι	0,36	33	0,489
Ναι	0,51	167	0,501
Σύνολο	0,48	200	0,501



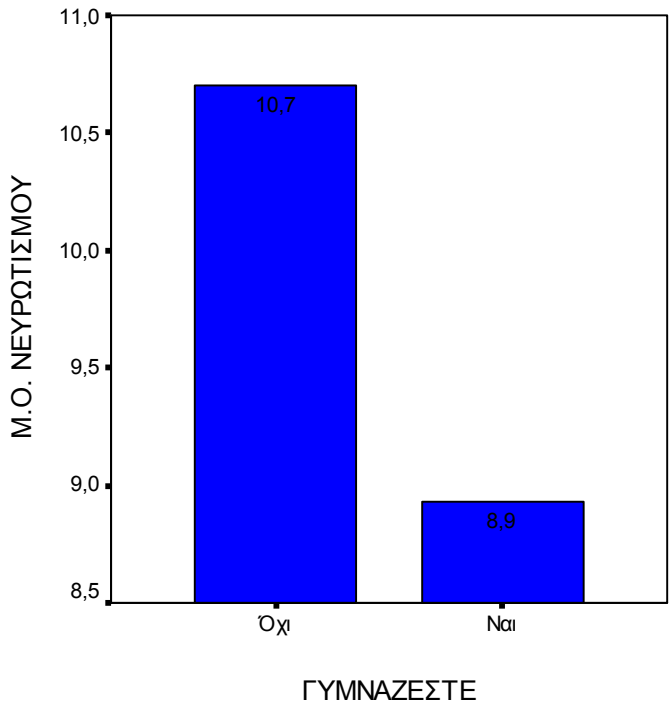
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 33 που δεν εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,4 με τυπική απόκλιση 0,489. Τα 167 που εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,5 με τυπική απόκλιση 0,501.

Σύγκριση εργασίας με τον έλεγχο του φαγητού (eat-26)	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Εργάζεστε			
Όχι	0,7576	33	0,43519
Ναι	0,7725	167	0,42051
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



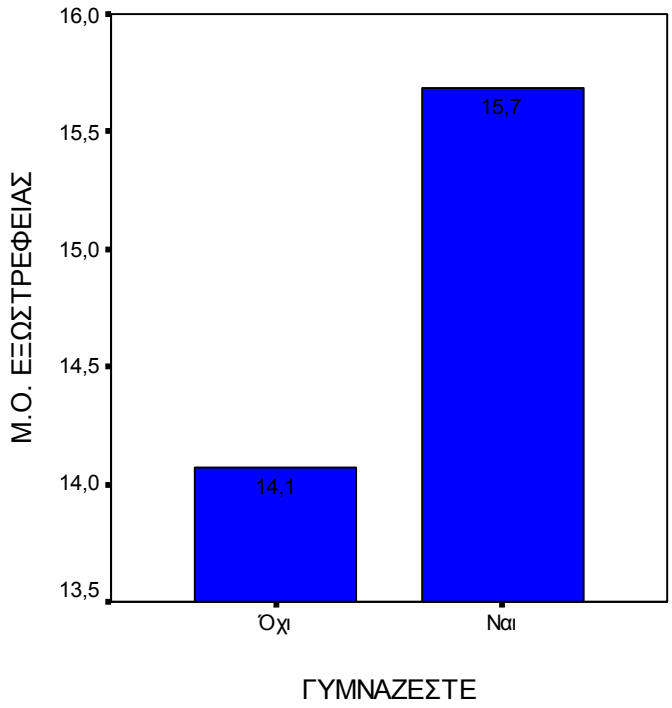
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 33 που δεν εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,76 με τυπική απόκλιση 0,435. Τα 167 άτομα που εργάζονταν, εμφάνισαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) με τυπική απόκλιση 0,420.

Σύγκριση νευρωτισμού με το αν γυμνάζονται ή όχι	Μέσος Όρος του Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Γυμνάζεστε			
Όχι	10,70	81	4,331
Ναι	8,93	119	4,083
Σύνολο	9,65	200	4,265



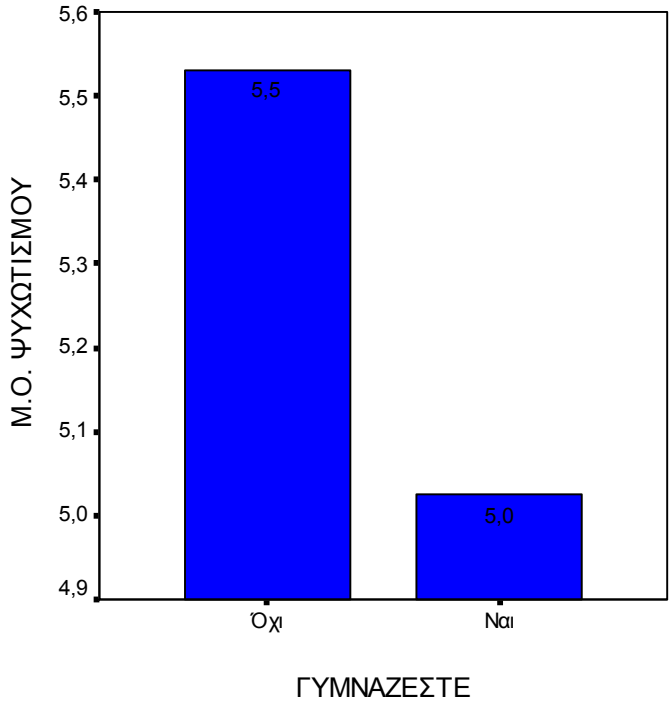
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 81 που δεν γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο νευρωτισμού 10,7 με τυπική απόκλιση 4,331. Τα 119 που γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο νευρωτισμού 8,9 με τυπική απόκλιση 4,083. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση εξωστρέφειας με το αν γυμνάζονται ή όχι	Μέσος Όρος της Εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Γυμνάζεστε			
Όχι	14,07	81	3,977
Ναι	15,69	119	3,476
Σύνολο	15,03	200	3,762



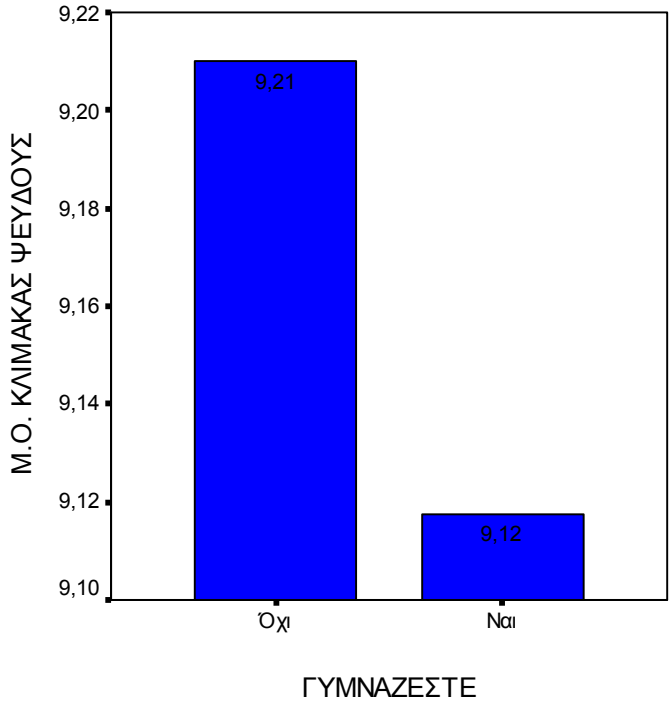
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 81 που δεν γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,07 με τυπική απόκλιση 3,977. Τα 119 που γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,7 με τυπική απόκλιση 3,476. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές της εξωστρέφειας βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση ψυχωτισμού με το αν γυμνάζονται ή όχι	Μέσος Όρος του Ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Γυμνάζεστε			
Όχι	5,53	81	3,264
Ναι	5,03	119	2,806
Σύνολο	5,23	200	3,002



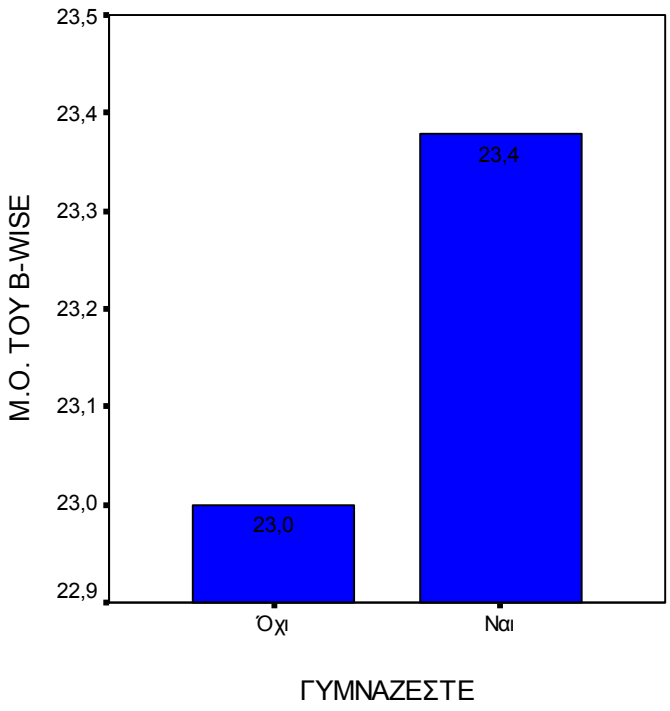
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 81 που δεν γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,5 με τυπική απόκλιση 3,264. Τα 119 που γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5 με τυπική απόκλιση 2,806. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση κλίμακας ψεύδους με το αν γυμνάζονται ή όχι	Μέσος Όρος της Κλίμακας Ψεύδους	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Γυμνάζεστε			
Όχι	9,21	81	3,711
Ναι	9,12	119	4,231
Σύνολο	9,15	200	4,019



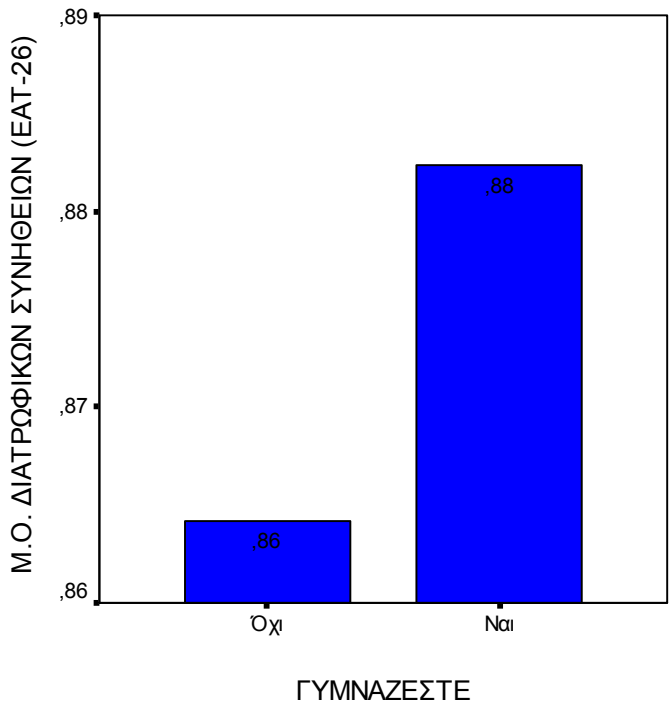
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 81 που δεν γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,21 με τυπική απόκλιση 3,711.Τα 119 που γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,12 με τυπική απόκλιση 4,231. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση ψυχοκοινωνικού αντίκτυπου (B-wise) με το αν γυμνάζονται ή όχι	Μέσος Όρος του B-wise	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Γυμνάζεστε			
Όχι	23,00	81	2,361
Ναι	23,38	119	2,643
Σύνολο	23,23	200	2,533



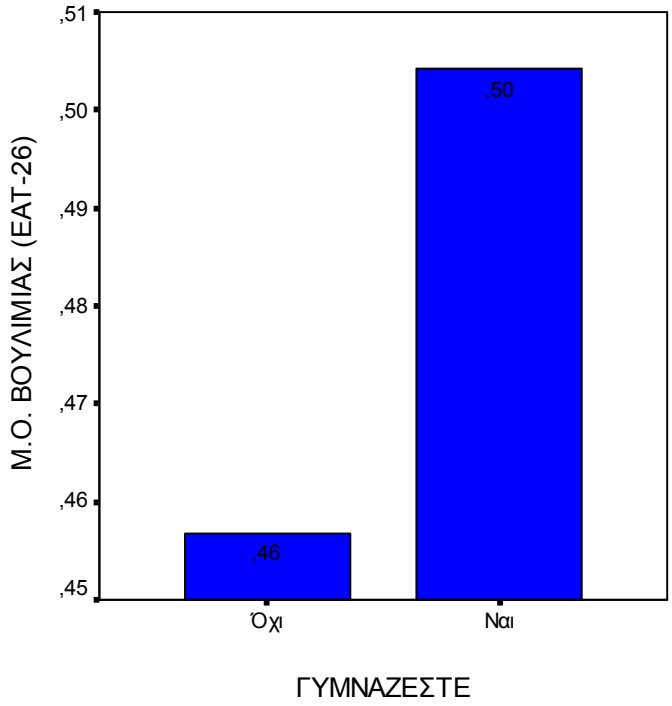
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 81 άτομα που δεν γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23 με τυπική απόκλιση 2,361. Τα 119 που γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,4 με τυπική απόκλιση 2,643.

Σύγκριση διατροφικών συνηθειών (eat-26) με το αν γυμνάζονται ή όχι	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Γυμνάζεστε			
Όχι	0,86	81	0,345
Ναι	0,88	119	0,324
Σύνολο	0,88	200	0,332



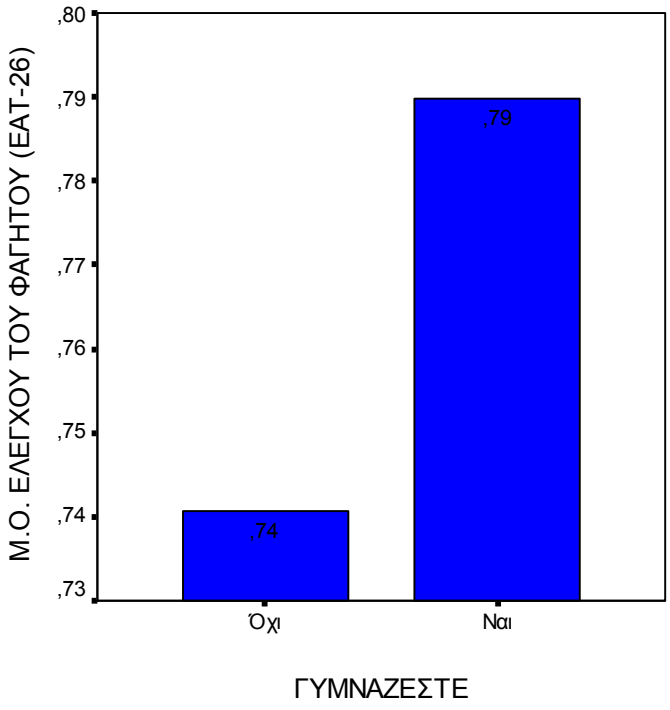
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 81 που δεν γυμνάζονταν εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,86 με τυπική απόκλιση 0,345. Τα 119 που γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,88 με τυπική απόκλιση 0,324.

Σύγκριση βουλιμίας (eat-26) με το αν γυμνάζονται ή όχι	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Γυμνάζεστε			
Όχι	0,46	81	0,501
Ναι	0,50	119	0,502
Σύνολο	0,48	200	0,501



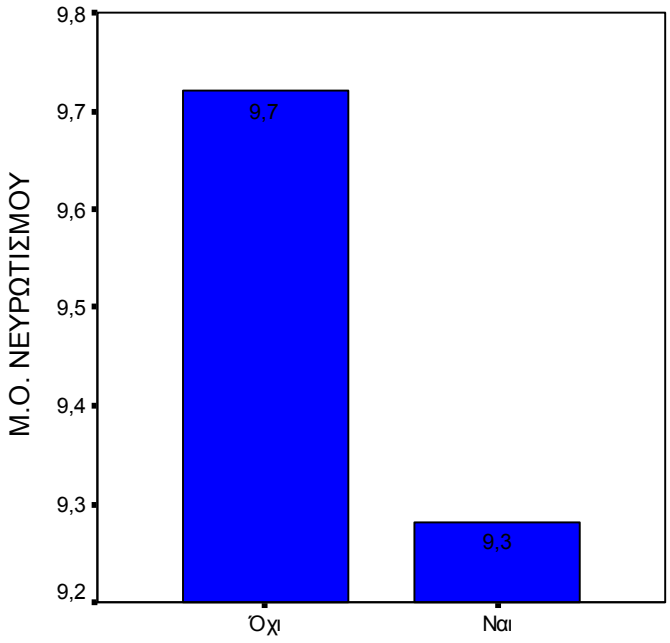
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 81 που δεν γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,46με τυπική απόκλιση 0,501. Τα 119 που γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,5 με τυπική απόκλιση 0,502.

Σύγκριση ελέγχου του φαγητού (eat-26) με το αν γυμνάζονται ή όχι	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Γυμνάζεστε			
Όχι	0,7407	81	0,44096
Ναι	0,7899	119	0,40909
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



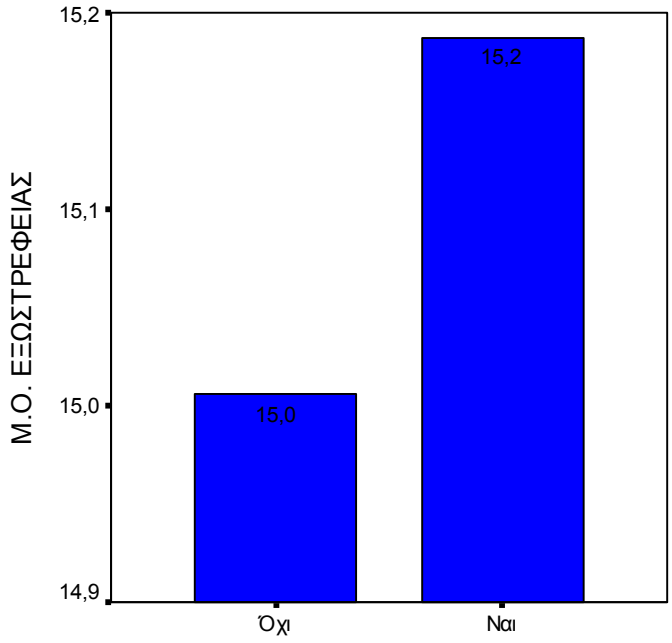
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 81 που δεν γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,74 με τυπική απόκλιση 0,440. Τα 119 που γυμνάζονταν, παρουσίασαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,79 με τυπική απόκλιση 0,409.

Σύγκριση νευρωτισμού με το αν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα ή όχι	Μέσος Όρος του Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Βρίσκεστε σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα			
Όχι	9,72	168	4,287
Ναι	9,28	32	4,191
Σύνολο	9,65	200	4,265



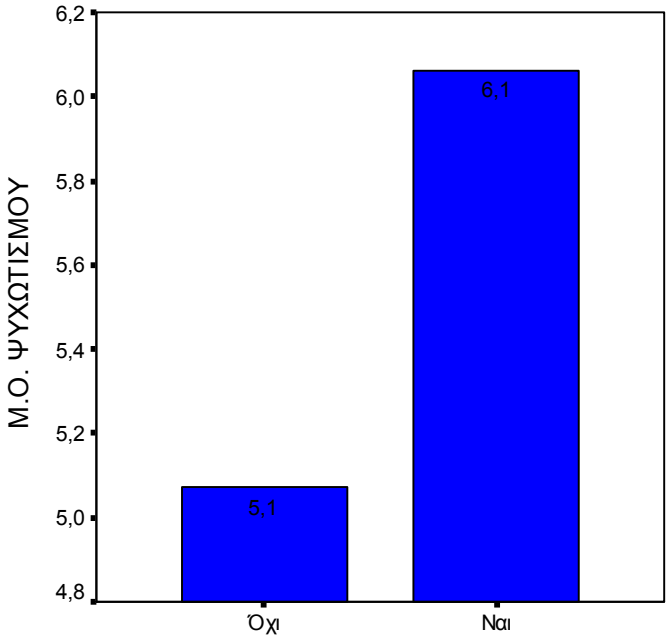
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 168 που δεν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα εκείνη τη στιγμή, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,7 με τυπική απόκλιση 4,287. Τα υπόλοιπα 32 άτομα που βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,3 με τυπική απόκλιση 4,191. Οι τιμές αυτές βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια, σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση εξωστρέφειας με το αν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα ή όχι	Μέσος Όρος της Εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Βρίσκεστε σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα			
Όχι	15,01	168	3,792
Ναι	15,19	32	3,658
Σύνολο	15,03	200	3,762



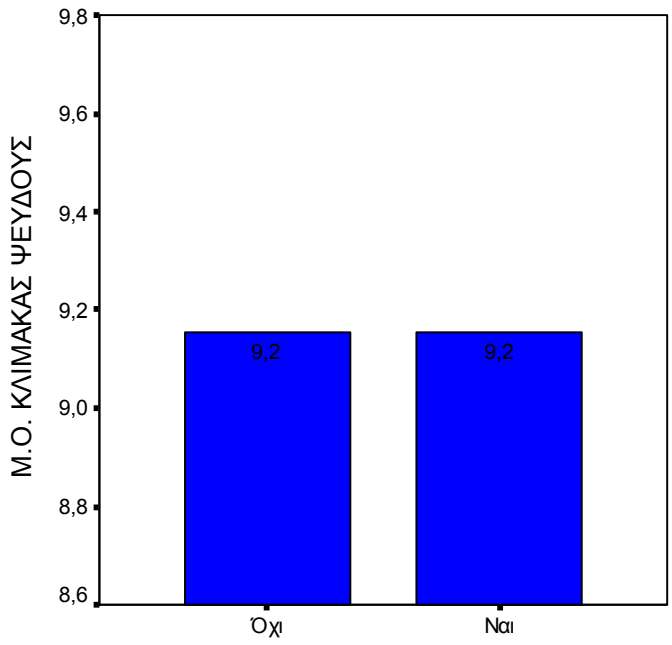
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 168 που δεν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα εκείνη τη στιγμή, εμφάνισαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15 με τυπική απόκλιση 3,792. Τα 32 που βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,2 με τυπική απόκλιση 3,658. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση ψυχωτισμού με το αν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα ή όχι	Μέσος Όρος του Ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Βρίσκεστε σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα			
Όχι	5,07	168	2,704
Ναι	6,06	32	4,196
Σύνολο	5,23	200	3,002



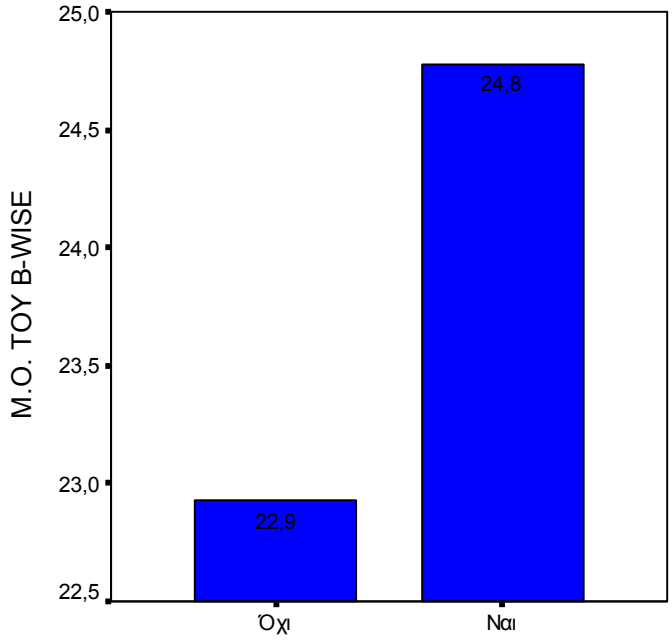
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 168 που δεν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα εκείνο το διάστημα, εμφάνισαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,07 με τυπική απόκλιση 2,704. Τα 32 που βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα εκείνο το διάστημα, εμφάνισαν μέσο όρο ψυχωτισμού 6,06 με τυπική απόκλιση 4,196. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές του ψυχωτισμού βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση κλίμακας ψεύδους με το αν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα ή όχι	Μέσος Όρος του Ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Βρίσκεστε σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα			
Όχι	9,15	168	3,929
Ναι	9,16	32	4,530
Σύνολο	9,15	200	4,019



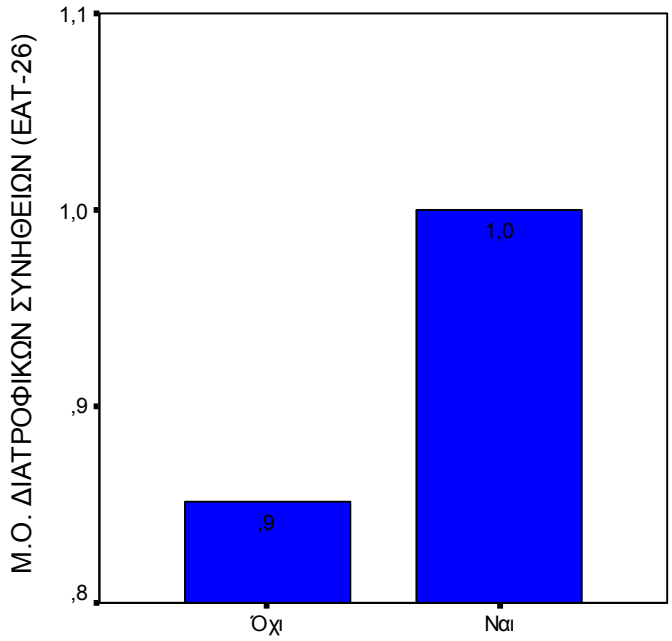
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 168 που δεν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα εκείνο το διάστημα, εμφάνισαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,15 με τυπική απόκλιση 3,929. Τα 32 που βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,16 με τυπική απόκλιση 4,530. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι παραπάνω τιμές βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση ψυχοκοινωνικού αντίκτυπου (B-wise) με το αν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα ή όχι	Μέσος Όρος του B-wise	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Βρίσκεστε σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα			
Όχι	22,93	168	2,473
Ναι	24,78	32	2,296
Σύνολο	23,23	200	2,533



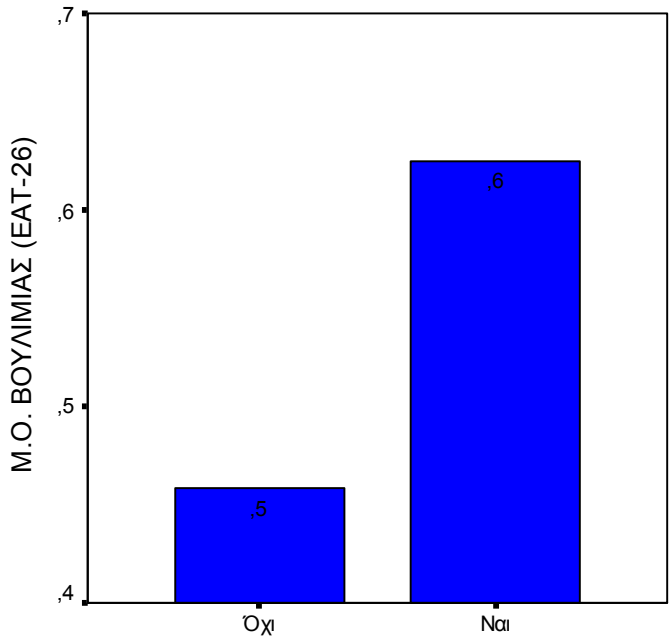
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 168 που δεν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα εκείνο το διάστημα, εμφάνισαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 22,9 με τυπικά απόκλιση 2,473. Τα 32 που βρίσκονται σε κάποια δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 24,8 με τυπική απόκλιση 2,296.

Σύγκριση διατροφικών συνηθειών (eat-26) με το αν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα ή όχι	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Βρίσκεστε σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα			
Όχι	0,85	168	0,357
Ναι	1,00	32	0,000
Σύνολο	0,88	200	0,332



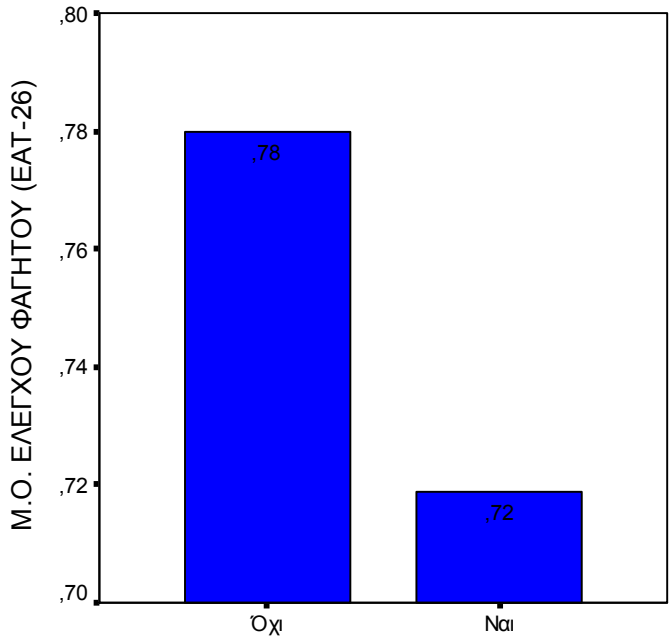
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 168 που δεν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα εκείνο το διάστημα, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,85 με τυπική απόκλιση 0,357. Τα 32 που βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 1 με τυπική απόκλιση 0.

Σύγκριση βουλιμίας (eat-26) με το αν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα ή όχι	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Βρίσκεστε σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα			
Όχι	0,46	168	0,500
Ναι	0,63	32	0,492
Σύνολο	0,48	200	0,501



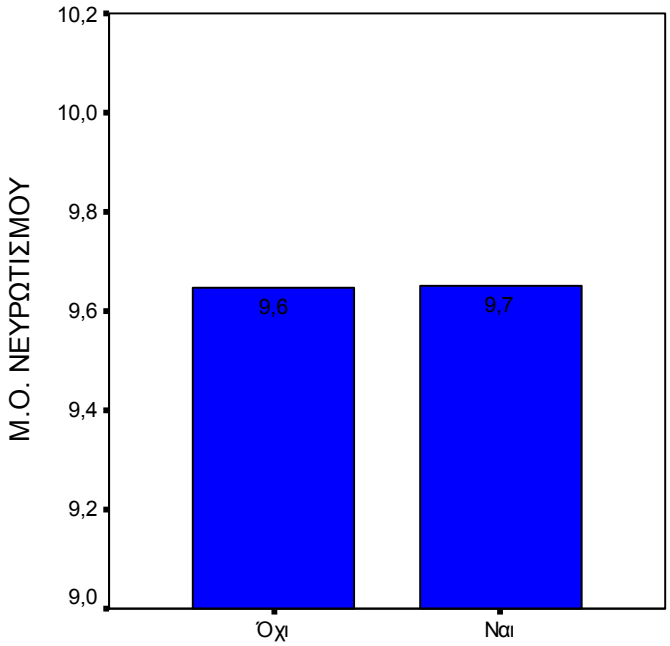
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 168 που δεν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα εκείνο το διάστημα, εμφάνισαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,5 με τυπική απόκλιση 0,5. Τα 32 που βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων 0,6 με τυπική απόκλιση 0,492.

Σύγκριση ελέγχου φαγητού(eat-26) με το αν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα ή όχι	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Βρίσκεστε σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα			
Όχι	0,7798	168	0,41565
Ναι	0,7188	32	0,45680
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



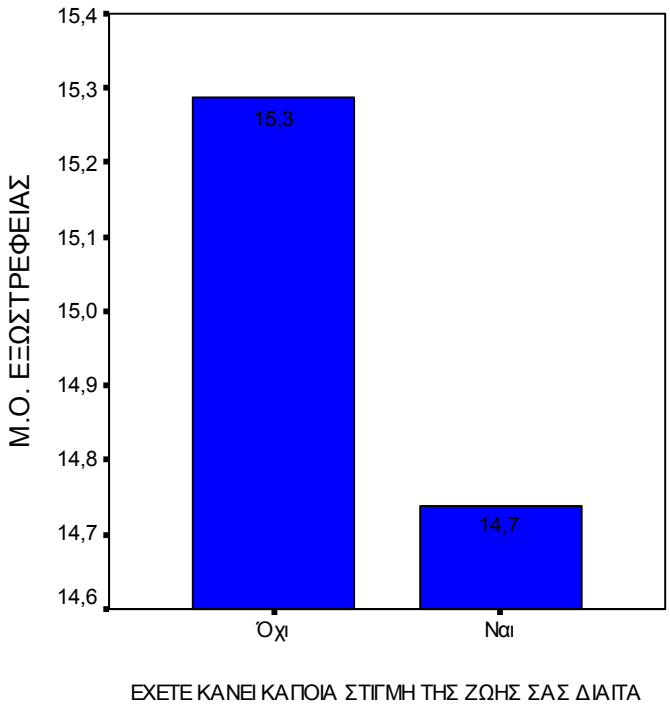
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 168 που δεν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα εκείνο το διάστημα, εμφάνισαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής 0,78 με τυπική απόκλιση 0,415. Τα 32 που βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής 0,72 με τυπική απόκλιση 0,456.

Σύγκριση νευρωτισμού με το αν έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα	Μέσος Όρος του Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Έχετε κάνει κάποια στιγμή της ζωής σας δίαιτα			
Όχι	9,65	108	4,492
Ναι	9,65	92	4,007
Σύνολο	9,65	200	4,265



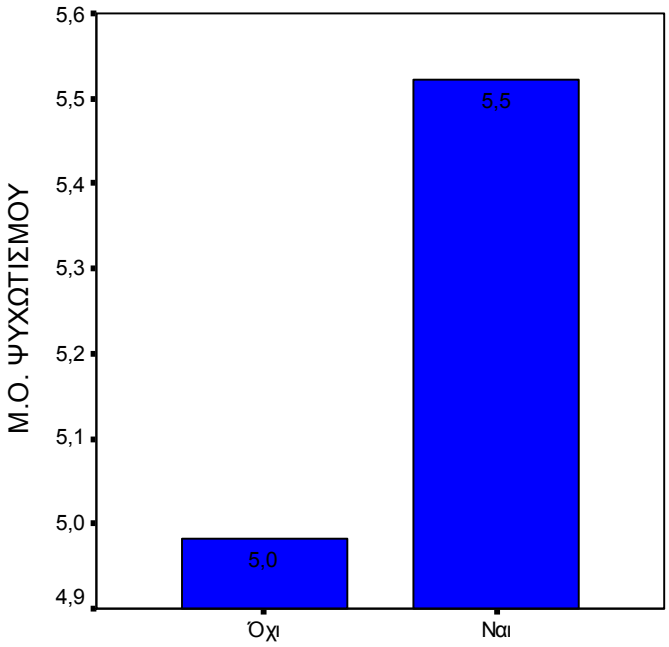
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 108 που δεν έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα, παρουσίασαν μέσο όρο νευρωτισμού 9,65 με τυπική απόκλιση 4,492. Αλλά, και τα υπόλοιπα 92 άτομα που είχαν κάνει δίαιτα κάποια στιγμή της ζωής τους, παρουσίασαν τον ίδιο μέσο όρο νευρωτισμού 9,65 με τυπική απόκλιση 4,007. Οι τιμές αυτές βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση εξωστρέφειας με το αν έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα	Μέσος Όρος της Εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Έχετε κάνει κάποια στιγμή της ζωής σας δίαιτα			
Όχι	15,29	108	3,483
Ναι	14,74	92	4,065
Σύνολο	15,03	200	3,762



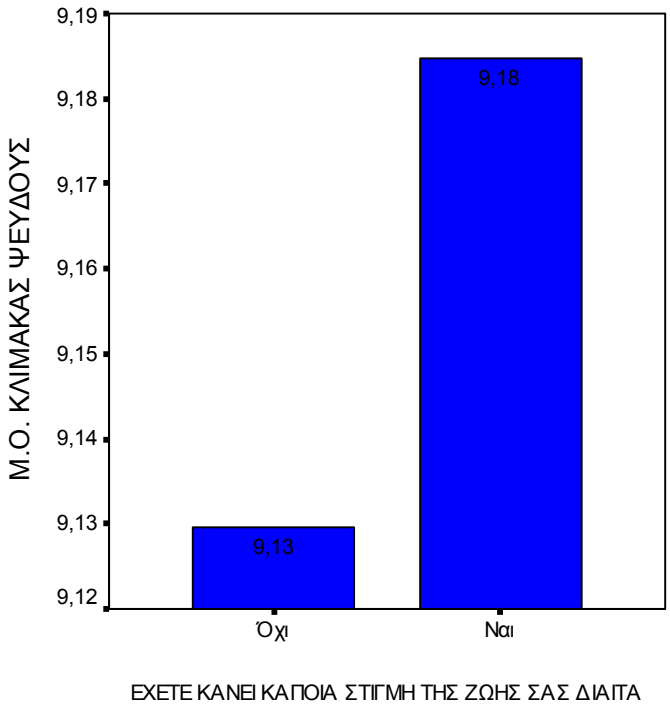
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 108 που δεν έχουν κάνει ποτέ δίαιτα, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15,3 με τυπική απόκλιση 3,483. Τα 92 που είχαν κάνει δίαιτα, παρουσίασαν μέσο όρο εξωστρέφειας 14,7 με τυπική απόκλιση 4,065. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση ψυχωτισμού με το αν έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα	Μέσος Όρος του Ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Έχετε κάνει κάποια στιγμή της ζωής σας δίαιτα			
Όχι	4,98	108	2,532
Ναι	5,52	92	3,466
Σύνολο	5,23	200	3,002



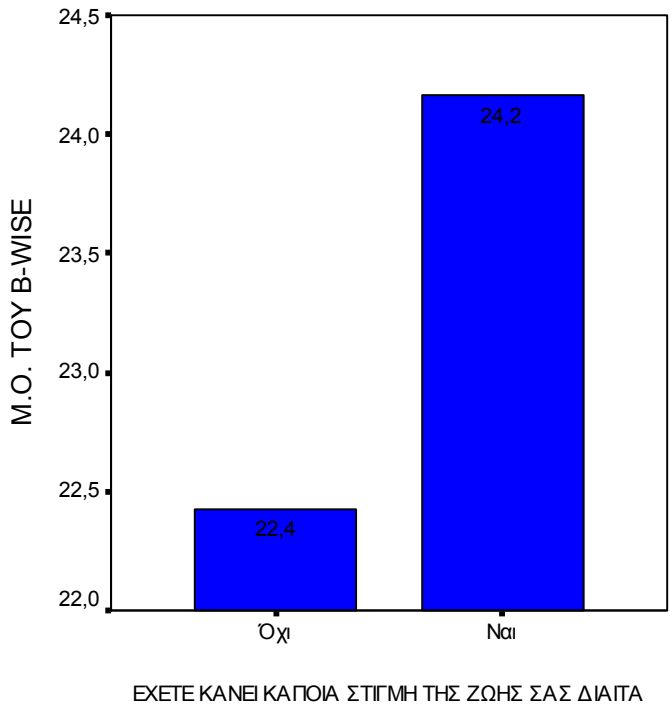
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 108 που δεν έχουν κάνει δίαιτα στη ζωή τους, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 4,98 με τυπική απόκλιση 2,532. Τα 92 που είχαν κάνει δίαιτα, παρουσίασαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,52 με τυπική απόκλιση 3,466. Οι τιμές αυτές είναι μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση κλίμακας ψεύδους με το αν έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα	Μέσος Όρος της Κλίμακας Ψεύδους	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Έχετε κάνει κάποια στιγμή της ζωής σας δίαιτα			
Όχι	9,13	108	4,030
Ναι	9,18	92	4,027
Σύνολο	9,15	200	4,019



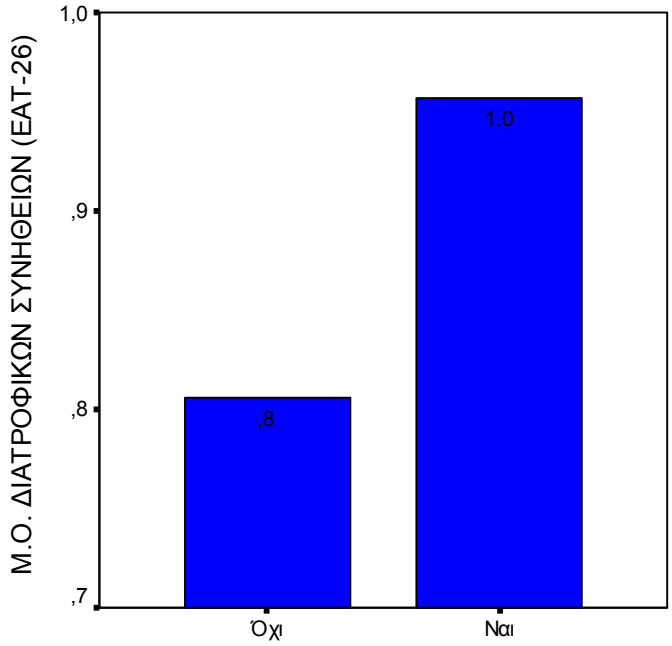
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 108 που δεν έχουν κάνει ποτέ δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,13 με τυπική απόκλιση 4,030. Τα 92 που είχαν κάνει δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,18 με τυπική απόκλιση 4,027. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές είναι μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση ψυχοκοινωνικού αντίκτυπου (B-wise)με το αν έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα	Μέσος Όρος του B-wise	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Έχετε κάνει κάποια στιγμή της ζωής σας δίαιτα			
Όχι	22,43	108	2,580
Ναι	24,16	92	2,134
Σύνολο	23,23	200	2,533



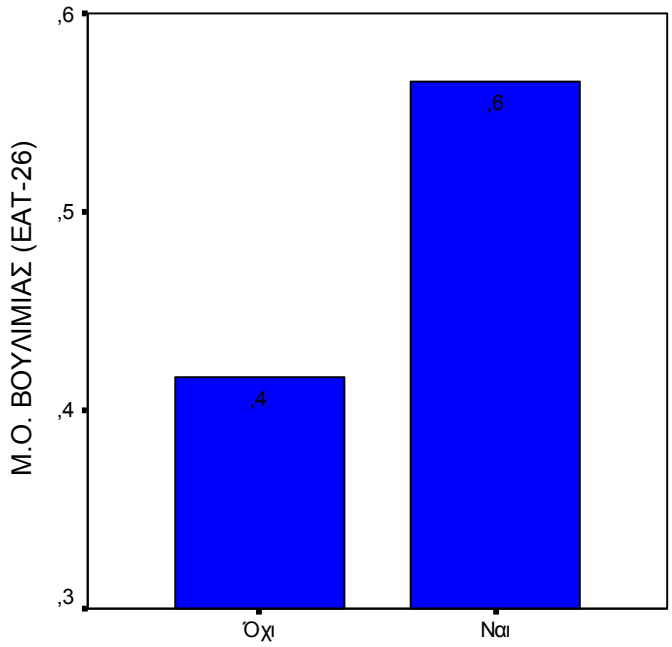
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 108 που δεν έχουν κάνει δίαιτα στη ζωή τους, εμφάνισαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 22,4 με τυπική απόκλιση 2,580. Τα 92 που είχαν κάνει δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 24,1 με τυπική απόκλιση 2,134.

Σύγκριση διατροφικών συνηθειών (eat-26) με το αν έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Έχετε κάνει κάποια στιγμή της ζωής σας δίαιτα			
Όχι	0,81	108	0,398
Ναι	0,96	92	0,205
Σύνολο	0,88	200	0,332



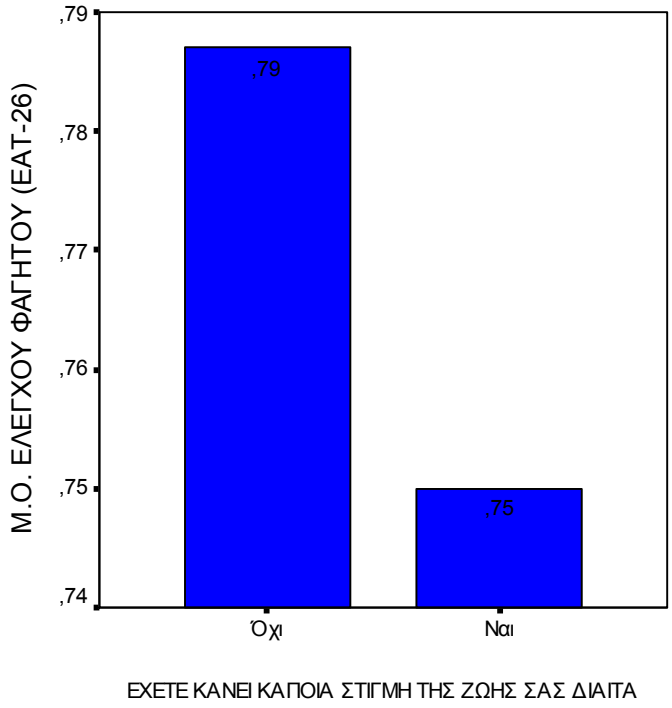
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 108 που δεν έχουν κάνει ποτέ δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,81 με τυπική απόκλιση 0,398. Τα 92 που είχαν κάνει δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,96 με τυπική απόκλιση 0,205.

Σύγκριση βουλιμίας (eat-26) με το αν έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Έχετε κάνει κάποια στιγμή της ζωής σας δίαιτα			
Όχι	0,42	108	0,495
Ναι	0,57	92	0,498
Σύνολο	0,48	200	0,501



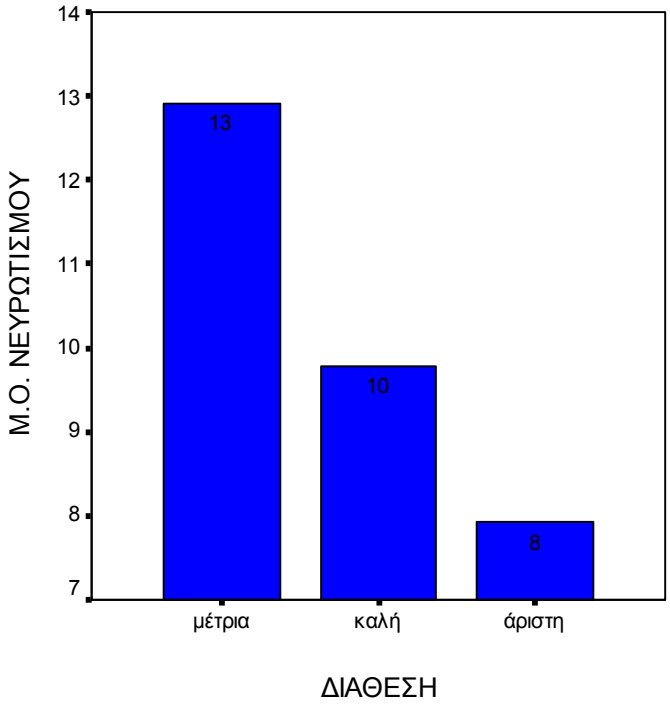
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 108 που δεν έχουν κάνει ποτέ δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,42 με τυπική απόκλιση 0,495. Τα 92 που είχαν κάνει δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,57 με τυπική απόκλιση 0,498.

Σύγκριση ελέγχου φαγητού (eat-26) με το αν έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Έχετε κάνει κάποια στιγμή της ζωής σας δίαιτα			
Όχι	0,7870	108	0,41131
Ναι	0,7500	92	0,43539
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



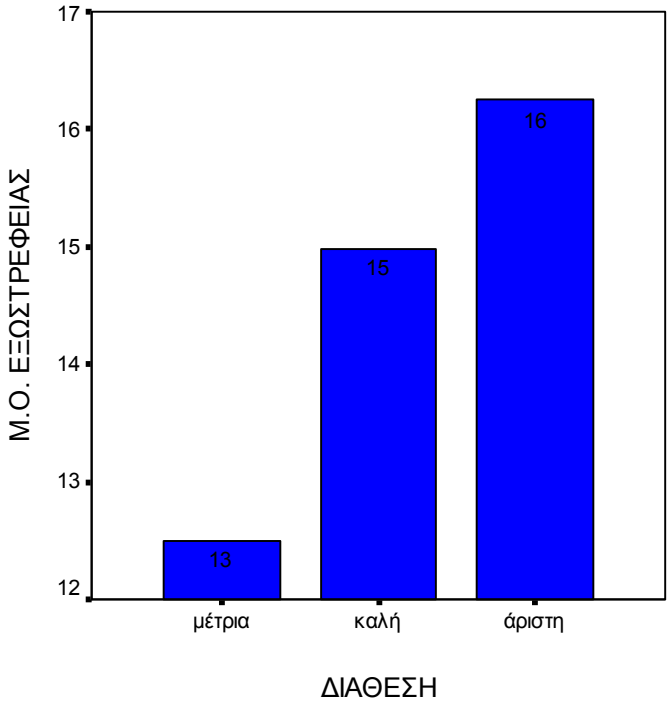
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 108 που δεν έχουν κάνει ποτέ δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,79 με τυπική απόκλιση 0,411. Τα 92 που είχαν κάνει δίαιτα, εμφάνισαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,75 με τυπική απόκλιση 0,435.

Σύγκριση νευρωτισμού με την διάθεσή τους	Μέσος Όρος του Νευρωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Η διάθεσή σας είναι:			
Μέτρια	12,92	24	3,562
Καλή	9,79	121	4,101
Άριστη	7,93	55	4,055
Σύνολο	9,65	200	4,265



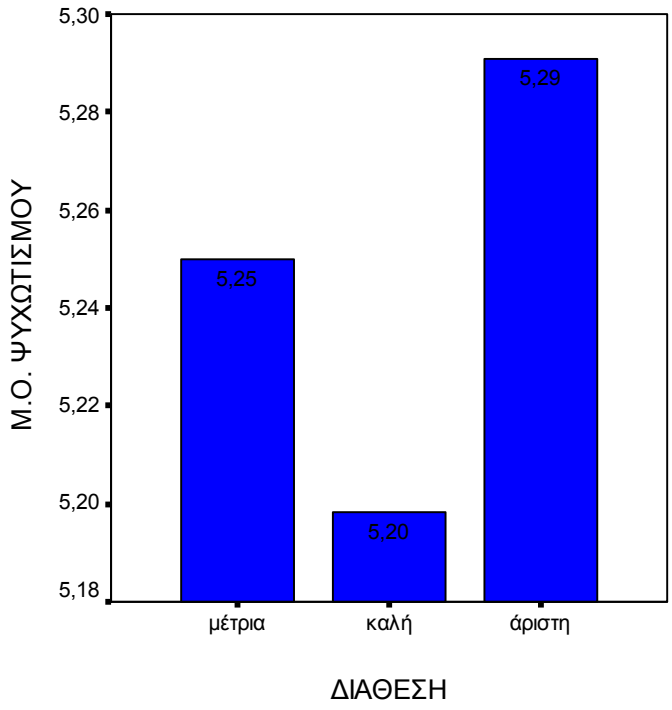
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 24 που είχαν μέτρια διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 13 με τυπική απόκλιση 3,562. Τα 121 που είχαν καλή διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 10 με τυπική απόκλιση 4,101. Τα 55 που είχαν άριστη διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο νευρωτισμού 8 με τυπικά απόκλιση 4,055. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές είναι φυσιολογικές.

Σύγκριση εξωστρέφειας με την διάθεσή τους	Μέσος Όρος της Εξωστρέφειας	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Η διάθεσή σας είναι:			
Μέτρια	12,50	24	4,578
Καλή	14,98	121	3,509
Άριστη	16,25	55	3,390
Σύνολο	15,03	200	3,762



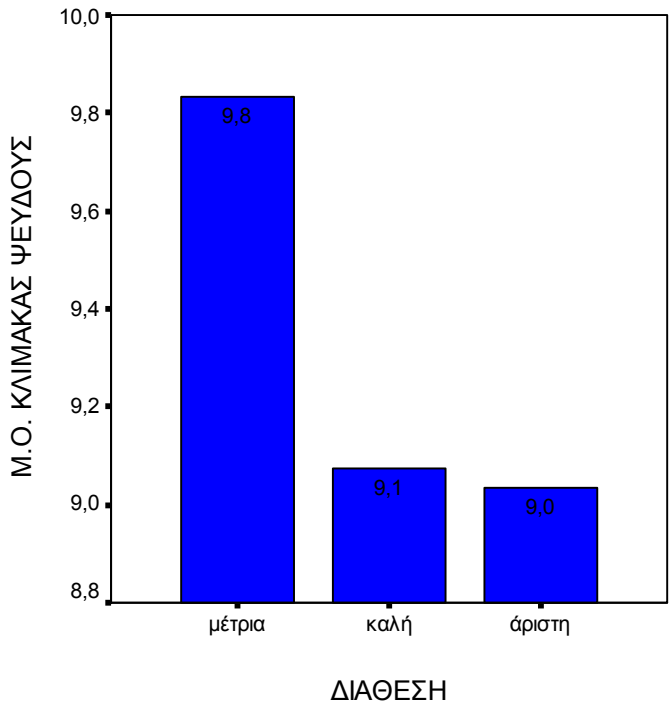
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 24 που είχαν μέτρια διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο εξωστρέφειας 12,5 με τυπική απόκλιση 4,578. Τα 121 που είχαν καλή διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο εξωστρέφειας 15 με τυπική απόκλιση 3,509. Τα 55 που είχαν άριστη διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο εξωστρέφειας 16,2 με τυπική απόκλιση 3,390. Οι τιμές αυτές για την εξωστρέφεια σύμφωνα με τον Eysenck, βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση ψυχωτισμού με την διάθεσή τους	Μέσος Όρος του Ψυχωτισμού	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Η διάθεσή σας είναι:			
Μέτρια	5,25	24	2,489
Καλή	5,20	121	2,771
Άριστη	5,29	55	3,675
Σύνολο	5,23	200	3,002



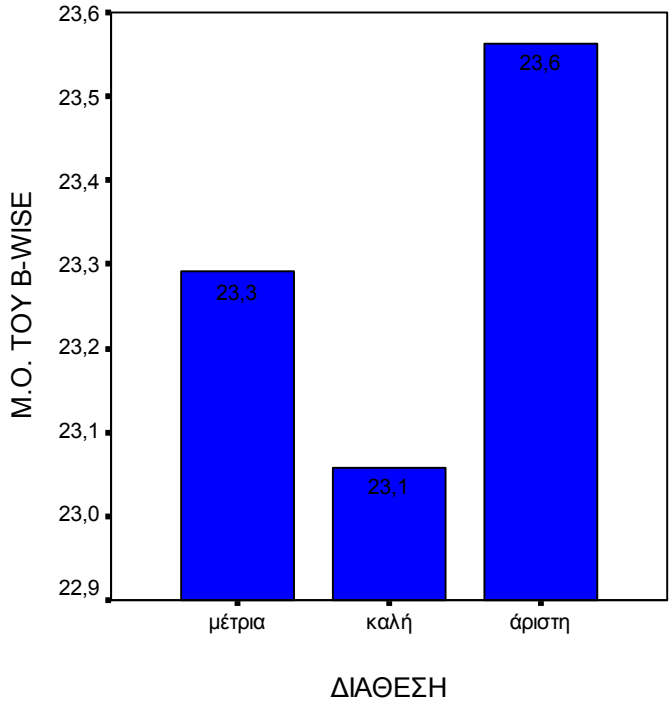
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 24 που είχαν μέτρια διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,25 με τυπική απόκλιση 2,489. Τα 121 που είχαν μέτρια διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,20 με τυπική απόκλιση 2,771. Τα 55 που είχαν άριστη διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο ψυχωτισμού 5,29 με τυπική απόκλιση 3,675. Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια, σύμφωνα με τον Eysenck.

Σύγκριση κλίμακας ψεύδους με την διάθεσή τους	Μέσος Όρος της Κλίμακας Ψεύδους	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Η διάθεσή σας είναι:			
Μέτρια	9,83	24	4,104
Καλή	9,07	121	4,087
Άριστη	9,04	55	3,873
Σύνολο	9,15	200	4,019



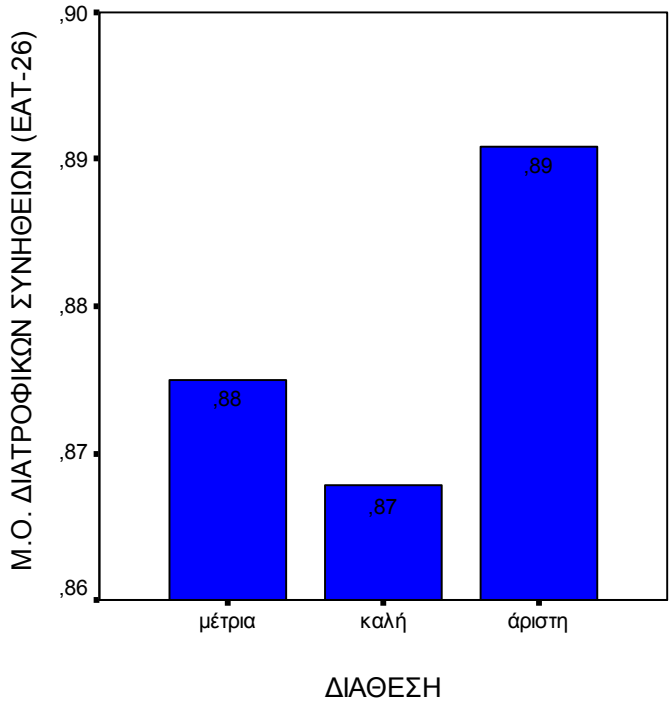
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 24 που είχαν καλή διάθεση, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,8 με τυπική απόκλιση 4,104. Τα 121 που είχαν καλή διάθεση, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,07 με τυπική απόκλιση 4,087. Τα 55 που είχαν άριστη διάθεση, παρουσίασαν μέσο όρο στην κλίμακα ψεύδους 9,04 με τυπική απόκλιση 3,873. Σύμφωνα με τον Eysenck, οι τιμές αυτές βρίσκονται στα φυσιολογικά πλαίσια.

Σύγκριση ψυχοκοινωνικού αντίκτυπου (B-wise) με την διάθεσή τους	Μέσος Όρος του B-wise	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Η διάθεσή σας είναι:			
Μέτρια	23,29	24	2,851
Καλή	23,06	121	2,550
Άριστη	23,56	55	2,355
Σύνολο	23,23	200	2,533



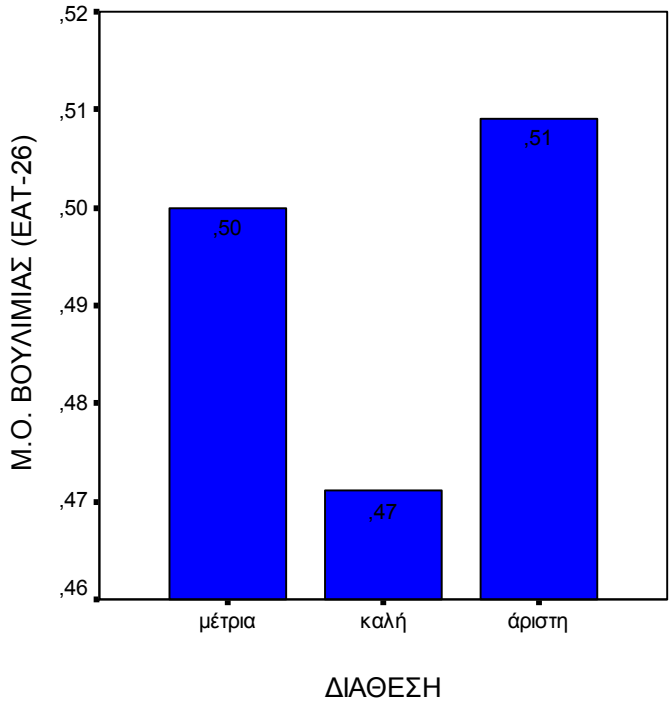
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 24 που είχαν μέτρια διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,3 με τυπική απόκλιση 0,495. Τα 121 που είχαν καλή διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,1 με τυπική απόκλιση 2,550. Τα 55 που είχαν άριστη διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο κοινωνικής προσαρμογής (B-wise) 23,6 με τυπική απόκλιση 2,355.

Σύγκριση διατροφικών συνηθειών (eat-26) με την διάθεσή τους	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Η διάθεσή σας είναι:			
Μέτρια	0,88	24	0,338
Καλή	0,87	121	0,340
Άριστη	0,89	55	0,315
Σύνολο	0,88	200	0,332



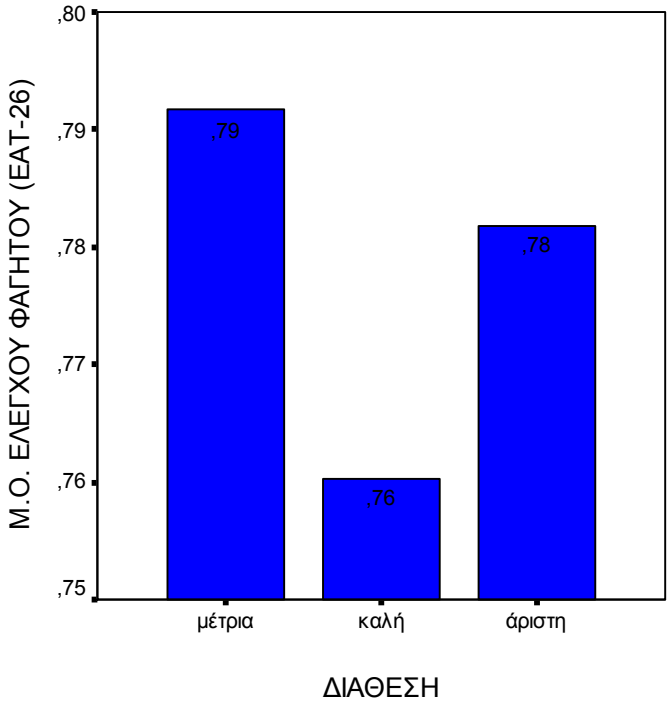
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 24 που είχαν μέτρια διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,88 με τυπική απόκλιση 0,338. Τα 121 που είχαν καλή διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,87 με τυπική απόκλιση 0,340. Τα 55 που είχαν άριστη διάθεση, εμφάνισαν μέσο όρο καλών διατροφικών συνηθειών (EAT-26) 0,89 με τυπική απόκλιση 0,315.

Σύγκριση βουλιμίας (eat-26) με την διάθεσή τους	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Η διάθεσή σας είναι:			
Μέτρια	0,50	24	0,511
Καλή	0,47	121	0,501
Άριστη	0,51	55	0,505
Σύνολο	0,48	200	0,501



Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 24 πουείχαν μέτρια διάθεση, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,50 με τυπική απόκλιση 0,511. Τα 121 που είχαν καλή διάθεση, παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,47 με τυπική απόκλιση 0,501. Τα 55 που είχαν άριστη διάθεση παρουσίασαν μέσο όρο βουλιμικών τάσεων (EAT-26) 0,51 με τυπική απόκλιση 0,505.

Σύγκριση ελέγχου φαγητού(eat-26) με την διάθεσή τους	Μέσος Όρος του EAT-26	Συχνότητα	Τυπική Απόκλιση
Η διάθεσή σας είναι:			
Μέτρια	0,7917	24	0,41485
Καλή	0,7603	121	0,42866
Άριστη	0,7818	55	0,41682
Σύνολο	0,7700	200	0,42189



Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τα 200 άτομα του δείγματός μας, τα 24 που είχαν μέτρια διάθεση, παρουσίασαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,79 με τυπική απόκλιση 0,414. Τα 121 που είχαν καλή διάθεση, παρουσίασαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,76 με τυπική απόκλιση 0,428. Τα 55 που είχαν άριστη διάθεση, παρουσίασαν μέσο όρο ελέγχου πρόσληψης τροφής (EAT-26) 0,78 με τυπική απόκλιση 0,416.

5.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

		ΗΛΙΚΙΑ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ
ΗΛΙΚΙΑ	Pearson Correlation	1	,226**
	Sig. (2-tailed)	,	,001
	N	200	200
ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ	Pearson Correlation	,226**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Βλέπουμε ότι στο δείγμα μας υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και την κλίμακα ψεύδους (,226**), δηλαδή όσο αυξάνεται το ηλικιακό όριο, τόσο μεγαλώνει και η κλίμακα ψεύδους του ερωτηματολογίου του Eysenck.

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Pearson Correlation	1	,148*
	Sig. (2-tailed)	,	,036
	N	200	200
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	,148*	1
	Sig. (2-tailed)	,036	,
	N	200	200

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει απλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στο επάγγελμα και το νευρωτισμό (,148*). Οι δημόσιοι υπάλληλοι εμφανίζουν το μικρότερο νευρωτισμό, ενώ οι φοιτητές και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, εμφανίζουν το μεγαλύτερο νευρωτισμό, αλλά μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα με τον Eysenck.

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Pearson Correlation	1	-,181*
	Sig. (2-tailed)	,	,010
	N	200	200
ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ	Pearson Correlation	-,181*	1
	Sig. (2-tailed)	,010	,
	N	200	200

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε μια απλή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο επάγγελμα και την κλίμακα ψεύδους (-,181*). Οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες εμφανίζουν μεγαλύτερη κλίμακα ψεύδους σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα, αλλά μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια, σύμφωνα με τον Eysenck.

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Pearson Correlation	1	,173*
	Sig. (2-tailed)	,	,014
	N	200	200
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	,173*	1
	Sig. (2-tailed)	,014	,
	N	200	200

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα υπάρχει απλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στο επάγγελμα και τον ψυχωτισμό (,173*). Αυτοί που ασχολούνται με κάτι άλλο εκτός των επαγγελμάτων που εμφανίζονται στο ερωτηματολόγιο, εμφανίζουν τον μεγαλύτερο ψυχωτισμό, αλλά σε φυσιολογικά πλαίσια.

		ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ (EAT-26)	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ (EAT-26)	Pearson Correlation	1	-,189**
	Sig. (2-tailed)	,	,007
	N	200	200
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Pearson Correlation	-,189**	1
	Sig. (2-tailed)	,007	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο επάγγελμα και τις διατροφικές συνήθειες (-,189**). Οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι εμφανίζουν αυξημένο ποσοστό καλών διατροφικών συνηθειών, ενώ τα υπόλοιπα επαγγέλματα εμφανίζουν χαμηλότερο ποσοστό.

		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤ/ΣΗ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤ/ΣΗ	Pearson Correlation	1	,165*
	Sig. (2-tailed)	,	,019
	N	200	200
ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ	Pearson Correlation	,165*	1
	Sig. (2-tailed)	,019	,
	N	200	200

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε απλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και την κλίμακα ψεύδους (,165*). Αυτοί που είναι διαζευγμένοι εμφανίζουν την μεγαλύτερη κλίμακα ψεύδους, σε φυσιολογικά πλαίσια, δεύτεροι έρχονται οι παντρεμένοι και τέλος οι άγαμοι.

		ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Pearson Correlation	1	-,144*
	Sig. (2-tailed)	,	,041
	N	200	200
ΨΥΧΩΚΟΙΝΟΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ	Pearson Correlation	-,144*	1
	Sig. (2-tailed)	,041	,
	N	200	200

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι στο δείγμα μας υπάρχει απλή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στον τόπο διαμονής και το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (B-wise) (-,144*). Όσοι δήλωσαν τόπο διαμονής το Ηράκλειο εμφανίζουν υψηλότερο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο, σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν τόπο διαμονής τη Σητεία.

		ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Pearson Correlation	1	-,216**
	Sig. (2-tailed)	,	,002
	N	200	200
ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ	Pearson Correlation	-,216**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στον τόπο διαμονής και την κλίμακα ψεύδους (-,216**). Από τα 200 άτομα του δείγματός μας, αυτοί που διαμένουν στο Ηράκλειο εμφανίζουν μεγαλύτερη κλίμακα ψεύδους σε φυσιολογικά πλαίσια, σε σχέση με αυτούς που διαμένουν στην Σητεία.

		ΣΠΟΥΔΕΣ	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ
ΣΠΟΥΔΕΣ	Pearson Correlation	1	,157*
	Sig. (2-tailed)	,	,027
	N	200	200
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ	Pearson Correlation	,157*	1
	Sig. (2-tailed)	,027	,
	N	200	200

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει απλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στις σπουδές και το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (B-wise) (,157*). Συγκεκριμένα, αυτοί που έχουν τελειώσει μια ανώτερη και ανώτατη σχολή, καθώς και αυτοί που έχουν τελειώσει το λύκειο και μια τεχνική/ επαγγελματική σχολή, εμφανίζουν το μεγαλύτερο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο.

		ΜΕΝΕΤΕ ΜΟΝΟΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ
ΜΕΝΕΤΕ ΜΟΝΟΣ	Pearson Correlation	1	-,216**
	Sig. (2-tailed)	,	,002
	N	200	200
ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ	Pearson Correlation	-,216**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα υπάρχει αρνητική ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην κλίμακα ψεύδους και το αν μένουν μόνοι ή όχι (-,216**). Αυτό σημαίνει ότι όσοι μένουν μόνοι εμφανίζουν μεγαλύτερη κλίμακα ψεύδους από αυτούς που δεν μένουν μόνοι.

		ΓΥΜΝΑΖΕΣΤΕ	ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ
ΓΥΜΝΑΖΕΣΤΕ	Pearson Correlation	1	-,204**
	Sig. (2-tailed)	,	,004
	N	200	200
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	-,204**	1
	Sig. (2-tailed)	,004	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο νευρωτισμό και στο αν τα υποκείμενα γυμνάζονται ή όχι (-,204**), δηλαδή όσοι δεν γυμνάζονται εμφανίζουν μεγαλύτερο νευρωτισμό σε σχέση με αυτούς που γυμνάζονται.

		ΓΥΜΝΑΖΕΣΤΕ	ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ
ΓΥΜΝΑΖΕΣΤΕ	Pearson Correlation	1	,211**
	Sig. (2-tailed)	,	,003
	N	200	200
ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ	Pearson Correlation	,211**	1
	Sig. (2-tailed)	,003	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εξωστρέφεια και τη γυμναστική (,211**), δηλαδή όσοι γυμνάζονται είναι πιο εξωστρεφείς από αυτούς που δεν γυμνάζονται.

		ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΑΙΤΑ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ
ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΑΙΤΑ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ	Pearson Correlation	1	,343**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	200	200
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ	Pearson Correlation	,343**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (B-wise) και στο αν τα άτομα βρίσκονται ή όχι σε κάποια δίαιτα αυτήν τη στιγμή (,343**) και βλέπουμε ότι όσοι βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτήν τη στιγμή έχουν πολύ υψηλότερο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο από αυτούς που δεν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα.

		ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ (EAT-26)	ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΑΙΤΑ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ (EAT-26)	Pearson Correlation	1	,165*
	Sig. (2-tailed)	,	,020
	N	200	200
ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΑΙΤΑ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ	Pearson Correlation	,165*	1
	Sig. (2-tailed)	,020	,
	N	200	200

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα υπάρχει απλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στις διατροφικές συνήθειες και στο αν τα άτομα βρίσκονται ή όχι σε κάποια δίαιτα αυτή τη στιγμή (,165*), δηλαδή αυτοί που βρίσκονται σε κάποια δίαιτα έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες από αυτούς που δεν βρίσκονται σε δίαιτα.

		ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΠΟΤΕ ΔΙΑΙΤΑ	ΒΟΥΛΙΜΙΑ (EAT-26)
ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΠΟΤΕ ΔΙΑΙΤΑ	Pearson Correlation	1	,148*
	Sig. (2-tailed)	,	,036
	N	200	200
ΒΟΥΛΙΜΙΑ (EAT-26)	Pearson Correlation	,148*	1
	Sig. (2-tailed)	,036	,
	N	200	200

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει απλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην βουλιμία και στον αν τα υποκείμενα έχουν κάνει ποτέ δίαιτα (,148*). Όσοι έχουν κάνει δίαιτα παρουσιάζουν μεγαλύτερη βουλιμία από αυτούς που δεν έχουν κάνει.

		ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΠΟΤΕ ΔΙΑΙΤΑ	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ (EAT-26)
ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΠΟΤΕ ΔΙΑΙΤΑ	Pearson Correlation	1	,228**
	Sig. (2-tailed)	,	,001
	N	200	200
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ (EAT-26)	Pearson Correlation	,228**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στις διατροφικές συνήθειες και στο αν τα άτομα έχουν κάνει ή όχι δίαιτα (,228**), δηλαδή όσοι έχουν κάνει δίαιτα έχουν και καλύτερες διατροφικές συνήθειες από αυτούς που δεν έχουν κάνει.

		ΔΙΑΘΕΣΗ	ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ
ΔΙΑΘΕΣΗ	Pearson Correlation	1	-,334**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	200	200
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	-,334**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα υπάρχει αρνητική ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο νευρωτισμό και τη διάθεση, (-,334**) δηλαδή αυτοί που έχουν μέτρια διάθεση, έχουν τον μεγαλύτερο νευρωτισμό και αυτοί που έχουν άριστη διάθεση έχουν τον μικρότερο νευρωτισμό.

		ΔΙΑΘΕΣΗ	ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ
ΔΙΑΘΕΣΗ	Pearson Correlation	1	,280**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	200	200
ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ	Pearson Correlation	,280**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται να υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην διάθεση και την εξωστρέφεια (,280**). Όσοι έχουν άριστη διάθεση είναι περισσότερο εξωστρεφείς από αυτούς που έχουν μέτρια διάθεση.

		ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	1	-,180*
	Sig. (2-tailed)	,	,011
	N	200	200
ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ	Pearson Correlation	-,180*	1
	Sig. (2-tailed)	,011	,
	N	200	200

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο νευρωτισμό και την εξωστρέφεια (-,180*). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται ο νευρωτισμός, μειώνεται η εξωστρέφεια ή το αντίστροφο.

		ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	1	,194**
	Sig. (2-tailed)	,	,006
	N	200	200
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	,194**	1
	Sig. (2-tailed)	,006	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Παρατηρούμε ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στο νευρωτισμό και τον ψυχωτισμό (,194**), δηλαδή όσο αυξάνεται ο νευρωτισμός τόσο αυξάνεται και ο ψυχωτισμός.

		ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	1	-,243**
	Sig. (2-tailed)	,	,001
	N	200	200
ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ	Pearson Correlation	-,243**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε αρνητική ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο νευρωτισμό και την κλίμακα ψεύδους (-,243**), δηλαδή όσο αυξάνεται ο νευρωτισμός μειώνεται η κλίμακα ψεύδους και το αντίθετο, όσο αυξάνεται η κλίμακα ψεύδους, μειώνεται ο νευρωτισμός.

		ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	ΒΟΥΛΙΜΙΑ (EAT-26)
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	1	,230**
	Sig. (2-tailed)	,	,001
	N	200	200
ΒΟΥΛΙΜΙΑ (EAT-26)	Pearson Correlation	,230**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στη βουλιμία και το νευρωτισμό (,230**). Όσο αυξάνεται η βουλιμία, τόσο αυξάνεται και ο νευρωτισμός και το αντίθετο.

		ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ
ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ	Pearson Correlation	1	,163*
	Sig. (2-tailed)	,	,021
	N	200	200
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ	Pearson Correlation	,163*	1
	Sig. (2-tailed)	,021	,
	N	200	200

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι υπάρχει απλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εξωστρέφεια και το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (,163*), δηλαδή όσο αυξάνεται το ένα, αυξάνεται και το άλλο.

		ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	1	-,285**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	200	200
ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ	Pearson Correlation	-,285**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα υπάρχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στον ψυχωτισμό και την κλίμακα ψεύδους (-,285**), δηλαδή όσο αυξάνεται ο ψυχωτισμός μειώνεται η κλίμακα ψεύδους και το αντίθετο.

		ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ	ΒΟΥΛΙΜΙΑ (EAT-26)
ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ	Pearson Correlation	1	-,245**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	200	200
ΒΟΥΛΙΜΙΑ (EAT-26)	Pearson Correlation	-,245**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε αρνητική ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην κλίμακα ψεύδους και την βουλιμία (-,245**), δηλαδή όσο αυξάνεται η κλίμακα ψεύδους, μειώνεται η βουλιμία και το αντίθετο.

		ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ (EAT-26)	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ (B-wise)
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ (EAT-26)	Pearson Correlation	1	,255**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	200	200
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ (B-wise)	Pearson Correlation	,255**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στις διατροφικές συνήθειες και το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (,255**), που αυτό σημαίνει ότι όσο καλύτερες είναι οι διατροφικές συνήθειες, τόσο καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή έχει το άτομο.

		ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ (B-wise)	ΒΟΥΛΙΜΙΑ (EAT-26)
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ (B-wise)	Pearson Correlation	1	,242**
	Sig. (2-tailed)	,	,001
	N	200	200
ΒΟΥΛΙΜΙΑ (EAT-26)	Pearson Correlation	,242**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Και εδώ επίσης παρατηρούμε ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην βουλιμία και το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (,242**), δηλαδή όσο αυξάνεται το ένα, τόσο αυξάνεται και το άλλο.

5.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με το ερευνητικό μας κομμάτι παρατηρούμε ότι όσο τα άτομα μεγαλώνουν ηλικιακά, εμφανίζουν και υψηλότερη κλίμακα ψεύδους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί τα μεγαλύτερα άτομα νιώθουν άσχημα με τον εαυτό τους, είτε λόγω διαταραγμένης εικόνας σώματος, είτε λόγω κάποιων ψυχολογικών παραγόντων. Αυτό έχει καμιά φορά σαν αποτέλεσμα το άτομο να αποξενώνεται από το κοινωνικό του περιβάλλον, ή ακόμα λόγω της εμφάνισής του να οδηγηθεί σε κάποια διατροφική διαταραχή. Παρατηρούμε λοιπόν ότι σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη στο Royal Edinburgh Hospital από τους Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. (1994) για την νευρική ανορεξία, η ηλικία εκδήλωσης στους άντρες είναι από τα 18,6 έτη ως τα 20,2 έτη. Σύμφωνα με την έρευνά μας παρατηρούμε ότι τα άτομα μικρότερης ηλικίας (20-29 ετών), δεν έχουν και τις καλύτερες διατροφικές συνήθειες, το οποίο ίσως είναι ένα δείγμα για την αρχή κάποιων διατροφικών διαταραχών, καθώς η ίδια η κοινωνία σήμερα δίνει έμφαση και προωθεί το πρότυπο του αδύνατου σώματος, ασκώντας έτσι έμμεσα ή άμεσα πίεση στις έφηβες κυρίως κοπέλες, αλλά και στους άντρες μέσα από τη μόδα, τα περιοδικά και τη διαφήμιση. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι στις δυτικές κοινωνίες περίπου το 70% των νεαρών κοριτσιών, αλλά και ένα πολύ μικρό ποσοστό αγοριών δεν είναι ευχαριστημένοι με το σώμα τους και προσπαθούν να χάσουν βάρος (*Μωρόγιαννης Φ., 2000*). Αν και η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος δεν συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση διαταραχής στη λήψη τροφής, η έμφαση στη λεπτότητα και η εμμονή με την εικόνα του σώματος μπορεί να αποτελέσει έναν παράγοντα κινδύνου για μία τέτοια διαταραχή. Η αναλογία εμφάνισης της πάθησης σε κορίτσια/ αγόρια είναι 9/1 (*Αργυρίου Σ., 2008*).

Αντίθετα με την παραπάνω έρευνα, τα αποτελέσματα στην έρευνά μας έδειξαν ότι τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα (30-40 ετών), εμφανίζουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες. Σύμφωνα με έρευνα του Μπαλή Σπύρου που έγινε, φάνηκε ότι συμβαίνει αυτό διότι, οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν μια σταθερή δουλειά και ζούνε με τις οικογένειές τους αποκτούν καλές διατροφικές συνήθειες και δεν ασχολούνται τόσο με τα ΜΜΕ. Άλλη έρευνα του Μπαλή Σπύρου έδειξε ότι το 73% των γυναικών λάμβαναν

υπόψη τους τις προτιμήσεις των ανδρών, το 63% τις προτιμήσεις των παιδιών και μόνο το 45% τις δικές τους προτιμήσεις για την παρασκευή του φαγητού. Φαίνεται λοιπόν ότι οι προτιμήσεις των ανδρών παίζουν σπουδαίο ρόλο στην εκλογή της τροφής στην οικογένεια*(Μπαλής,Σ.,2006)*.

Από την άλλη όμως, φάνηκε σύμφωνα με την έρευνά μας ότι τα μεγαλύτερα άτομα λόγω υπερβολικού άγχους παρουσιάζουν διαταραχές στη διάθεσή τους και με αυτόν τον τρόπο χάνουν τον έλεγχο του εαυτού τους με αποτέλεσμα να ξεσπάνε στο φαγητό, δημιουργώντας επεισόδια υπερφαγίας και έτσι προδιαθέτουν και την εμφάνιση της βουλιμίας. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί, τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει ο τρόπος ζωής των ανθρώπων, οι απαιτήσεις του επαγγέλματος έχουν αυξηθεί, καθώς και οι υποχρεώσεις απέναντι σε αυτό. Έτσι, δημιουργείαται πίεση και άγχος. Σύμφωνα με τον Μάνο Ν., 1997, η ηλικία εμφάνισης της βουλιμίας είναι τα 30-50 έτη και στη συγκεκριμένη ηλικία είναι πολύ συχνότερη στους άντρες κατά 35%. Έτσι, τα άτομα βρίσκουν διέξοδο και ξεσπούν στο φαγητό το οποίο και θεωρούν ένα μέσο ελέγχου των συναισθημάτων τους. *(Guertin T.L., Conger A,J., 1999)* Αυτό όμως με τη σειρά του οδηγεί στην μελαγχολία, στην αύξηση της σωματικής μάζας και την μείωση της αυτοεκτίμησης. *(Lather J.D., Clyne, C., 2007)*

Η Επεισοδιακή Πολυφαγία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την κατάθλιψη. Το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το στρες και οι δυσκολίες στην αντιμετώπιση προβλημάτων οδηγούν στην εμφάνιση της διαταραχής. Μελέτες επίσης έχουν δείξει ότι βιολογικοί παράγοντες (τα γονίδια) από την μία πλευρά, αλλά και η στάση της οικογένειας απέναντι στο φαγητό, είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον στο να υποφέρει από τη διαταραχή αυτή *(Δρ. Μωρόγιαννης Φ., 2003)*. Όσον αφορά το άγχος και την ηλικία, παρατηρούμε ότι τα μικρότερα σε ηλικία άτομα είναι πιο αγχώδη (Μ.Ο. 9,8) σε σχέση με τα μεγαλύτερα άτομα (Μ.Ο. 9,5). Αυτό μπορεί να συμβαίνει, γιατί τα μικρότερα σε ηλικία άτομα δεν είναι κατασταλαγμένα ούτε επαγγελματικά, ούτε και στην προσωπική τους ζωή και το μέλλον τους είναι αβέβαιο. Σε αυτό οφείλεται ο σύγχρονος τρόπος ζωής που λειτουργεί ως καταλυτικός παράγοντας στην καθημερινότητα των ανθρώπων, τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών. Οι απαιτήσεις της ζωής έχουν αυξηθεί αρκετά στην σημερινή κοινωνία, με αποτέλεσμα αυτό να μεταφράζεται, τελικά, σε άγχος στον σύγχρονο άνθρωπο *(Δαμιανίδου Δ., 2009)*.

Οι άνθρωποι στις μέρες μας έχουν να αντιμετωπίσουν πλήθος απαιτήσεων στην καθημερινότητά τους, οι οποίες απαιτήσεις δεν μένουν στατικές αλλά μεταβάλλονται και αυξάνονται συνεχώς. Έτσι, παρατηρούμε πως όλο και περισσότερο οι άνθρωποι, άντρες και γυναίκες, καταβάλλονται από το άγχος, όπως είναι το επαγγελματικό άγχος που αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση, ανέλιξη και συνεχή κατάρτιση για την διατήρηση μιας θέσεως εργασίας. Οι απαιτήσεις για την κατάκτηση μιας θέσεως εργασίας έχουν επίσης αυξηθεί. Αρχικά, ένα άτομο θα πρέπει να είναι όσο περισσότερο καταρτισμένο μπορεί, από άποψη σπουδών, όσον αφορά την θέση εργασίας που επιθυμεί. Έτσι ο εργαζόμενος, αφού αποκτήσει την πολυπόθητη θέση θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση να παρακολουθεί τις εξελίξεις του τομέα του για να μην χάσει την δουλειά του *(Δαμιανίδου Δ., 2009)*.

Σύμφωνα με την έρευνά μας, παρατηρούμε ότι όλα σχεδόν τα επαγγέλματα έχουν υψηλό σκορ νευρωτισμού και γενικά όσοι εργάζονται έχουν υψηλό βαθμό νευρωτισμού. Αυτό πιθανότατα να συμβαίνει επειδή τα άτομα που εργάζονται είναι σχετικά μικρά σε ηλικία, οπότε προσπαθούν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας τους, αλλά και να αποδείξουν ότι αξίζουν γι' αυτή την δουλειά, ώστε να μην τη χάσουν.

Βλέπουμε πως από μικρή ηλικία και για μεγάλο χρονικό διάστημα της ζωής, ο άνθρωπος βιώνει και ζει με το άγχος, όπως και αν αυτό μεταφράζεται στην σημερινή κοινωνία. Το άγχος αυτό, άλλοτε φανερό, με διάφορα ψυχοσωματικά συμπτώματα και ανυπέρβλητα εμπόδια στην καθημερινότητα, και άλλοτε «κρυμμένο», χωρίς ο ίδιος ο άνθρωπος να το καταλαβαίνει και να το συνειδητοποιεί, επηρεάζει τις επιδόσεις αλλά και την διάθεσή στην καθημερινότητα σε διάφορους τομείς *(Δαμιανίδου Δ., 2009)*.

Τα μικρότερα άτομα στην έρευνά μας εμφανίζονται λιγότερο εξωστρεφή (Μ.Ο. 14,99) από τα μεγαλύτερα ηλικιακά άτομα (Μ.Ο. 15,09), λόγω του ότι δεν έχουν κοινωνικοποιηθεί πλήρως και δεν έχουν ανεξαρτητοποιηθεί πλήρως. Η εξωστρέφεια επηρεάζεται από την πορεία της κοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου *(Ανθογαλίδου, 2006)*.

Επίσης, στην έρευνά μας παρατηρήσαμε ότι τα άτομα 20-29 ετών εμφανίζουν μεγαλύτερο ψυχωτισμό (Μ.Ο. 5,44) σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 30-40 ετών (Μ.Ο. 4,95). Το προφίλ του ατόμου με βίαιη συμπεριφορά είναι συνήθως άνδρας (90%), νεαρής ηλικίας, άνεργος, άγαμος, χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, χαμηλής εκπαίδευσης, με ιστορικό αυτοκαταστροφικής και επιθετικής συμπεριφοράς, με ιστορικό

κατάχρησης ουσιών (κυρίως αλκοόλ, ηρωίνη, κοκαΐνη, χάπια, χασίς), με συχνές αλλαγές κατοικίας, με προβλήματα με τον νόμο (παραπτωματική συμπεριφορά, συλλήψεις, κ.ά.) και προβλήματα με τη δομή της προσωπικότητας (κυρίως αντικοινωνικές προσωπικότητες) (*Σαλτός, Λ., 2008)*. Είναι γεγονός ότι η αύξηση στη βίαιη συμπεριφορά συνοδεύεται από μειωμένο μέσο όρο ηλικίας αυτών που επιδίδονται σε τέτοιες πράξεις (σε ολοένα και μικρότερη ηλικία). Στο δείγμα μας παρατηρήθηκε ότι ο ψυχωτισμός που περιγράφει επιθετικά άτομα εμφανίζεται περισσότερο σε άντρες μικρότερης ηλικίας (Μ.Ο. 5,44), που ασχολούνται με εποχικά ή μη μόνιμα επαγγέλματα (Μ.Ο. 7,5), είναι άγαμοι (Μ.Ο. 5,33) και έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ο.δημοτικού 4,67, Μ.Ο. γυμνασίου 5,75), στοιχείο που επιβεβαιώνεται και από την παραπάνω έρευνα.

Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι η επιθετικότητα προδιαθέτει για κατάθλιψη, άγχος, ακόμα και χρήση απαγορευμένων ουσιών. Στις Η.Π.Α βρέθηκε ότι μια ομάδα με σοβαρότερη μορφή της διαταραχής, με συχνότερες επιθετικές κρίσεις θυμού, αντιπροσωπεύει το 4% του πληθυσμού των ενηλίκων. Το σύνδρομο σχετίζεται με ουσιαστικά λειτουργικά προβλήματα της προσωπικότητας του ατόμου. (*National institute of Mental Health, 2006)*

Επίσης, έχει βρεθεί ότι αυτή η συμπεριφορά οφείλεται σε ανεπαρκή παραγωγή σεροτονίνης και βιολογικούς μηχανισμούς που την ρυθμίζουν. Γι' αυτό, οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (αντικαταθλιπτικά φάρμακα) είναι αποτελεσματικοί στην θεραπεία της πάθησης. Η συχνότητά της είναι σημαντική στον πληθυσμό όπως έχει βρεθεί πρόσφατα σε μεγάλη έρευνα του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ. *(National institute of Mental Health, 2006)*

Όσον αφορά τη διατροφή, και συγκεκριμένα τη βουλιμία, σύμφωνα με την έρευνά μας παρατηρούμε ότι τα άτομα ηλικίας 30-40 ετών παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα βουλιμίας σε σχέση με τα άτομα 20-29 ετών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα προβλήματα αναπτύσσονται στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Πιθανότατα αυτό είναι μια σειρά αποτελεσμάτων δυο παραγόντων: Πρώτον, οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άντρες στο να κρίνουν την αξία τους βάσει της εξωτερικής τους εμφάνισης, κάτι το οποίο είναι χαρακτηριστικό σε αυτή την ηλικία. Δεύτερον, πολλές κοπέλες αποκτούν ένα σώμα που δεν θεωρείται ιδανικό στις μέρες μας, όπως τουλάχιστον αυτό προβάλλεται από τα ΜΜΕ

και συγκεκριμένα από τα μανεκέν. Άλλος ένας παράγοντας σε σχέση με την ηλικία, είναι πως η εφηβεία όπως γνωρίζουμε, παρουσιάζει μεγάλες αναπτυξιακές αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση, διακυμάνσεις στη διάθεση, καθώς και αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους και προσδοκίες. *(Stiegel-Moore, R. H., 1993)*

Τα παιδιά αγωνιούν για μια θέση στο πανεπιστήμιο και περνούν μαζί με τα ψυχοσωματικά προβλήματα του άγχους και συνήθως επιδιώκουν να περνούν σε περιζήτητες σχολές. Κοινωνικά, οι σπουδές, οι σχολές υψηλής βαθμολογίας και κάθε άλλη ακαδημαϊκή διάκριση, γίνονται μέρος ενός «δυνατού» βιογραφικού, που αναμένεται να εξασφαλίσει την πολυπόθητη, ικανοποιητικά αμειβόμενη και υψηλής ευθύνης εργασίας, συμβάλλοντας και στο κοινωνικό prestige. *(Λασσιθιωτάκη, Μ., 2009)*

Παρατηρούμε στην έρευνά μας ότι όσοι εργάζονται έχουν άγχος, αλλά το περισσότερο το έχουν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (Μ.Ο. 10,35), οι φοιτητές (Μ.Ο. 10,31) και αυτοί που ασχολούνται με άλλα περιστασιακά-εποχικά επαγγέλματα (Μ.Ο. 10,21). Αυτό συμβαίνει γιατί, οι φοιτητές έχουν ένα επαγγελματικό μέλλον αβέβαιο, ενώ οι ιδιωτικοί υπάλληλοι δεν έχουν μια μόνιμη -σταθερή εργασία και ζούνε με το φόβο της απόλυσης.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το άγχος που οφείλεται στην εργασία είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με την εργασία, μετά την οσφυαλγία, και επηρεάζει το 28% των εργαζομένων στην Ε.Ε. Το άγχος που οφείλεται στην εργασία μπορεί να προκληθεί από ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, όπως ο σχεδιασμός, η οργάνωση και η διαχείριση της εργασίας, π.χ. υψηλές απαιτήσεις της εργασίας και χαμηλός βαθμός ελέγχου της εργασίας, και από παράγοντες όπως η ψυχολογική κακομεταχείριση και η βία στο χώρο εργασίας. Το άγχος που οφείλεται στην εργασία μπορεί να προκληθεί επίσης από φυσικούς κινδύνους, όπως ο θόρυβος και η θερμοκρασία. *(European Agency for Safety and Health at Work, 2002)*

Οι υπερβολικές απαιτήσεις και η πίεση για υψηλές επιδόσεις, σε συνδυασμό με την κακή οργάνωση της δουλειάς, το αυξημένο ή ασαφές ωράριο, την έλλειψη δυνατότητας ελέγχου και ξεκάθαρου ρόλου ή κατεύθυνσης όσον αφορά τα επαγγελματικά καθήκοντα, την ανασφάλεια για τη διατήρηση της εργασίας, τον μη επαρκή μισθό, κακές επαγγελματικές σχέσεις και συγκρούσεις στο χώρο εργασίας ή το λάθος επάγγελμα, είναι βασικοί λόγοι που οδηγούν στο άγχος τους εργαζόμενους.

Η ανεπαρκής ή ακατάλληλη για το συγκεκριμένο επάγγελμα εκπαίδευση και η

έλλειψη απαραίτητων ικανοτήτων (π.χ. οργάνωσης, διοίκησης κ.λπ.), η επιδίωξη της τελειότητας που δεν επιτρέπει ποτέ παρεκκλίσεις από την ανώτερη δυνατή επίδοση, οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες από την επαγγελματική ζωή, η δυσκολία προσαρμογής σε αλλαγές και νέες απαιτήσεις, ο φόβος κριτικής ή ανάληψης ευθυνών, η έλλειψη διεκδικητικότητας, οι δυσκολίες στην επικοινωνία, είναι επίσης σοβαροί λόγοι που οδηγούν στο άγχος τον κάθε εργαζόμενο.(*Παυλάτου, 2007*)

Οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι φοιτητές, αυτοί που ασχολούνται με άλλα περιστασιακά-εποχιακά επαγγέλματα καθώς και οι ελεύθεροι επαγγελματίες, εμφανίζουν εσωστρέφεια. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του εργασιακού άγχους, το οποίο τους κάνει να κλείνονται στον εαυτό τους και να αποξενώνονται.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με έρευνα του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, διαπιστώθηκε ότι οι Έλληνες εργαζόμενοι, κατέχουν την πρώτη θέση στο άγχος. Τα επαγγέλματα του μεταλλωρύχου, του αστυνομικού, του πιλότου και του δημοσιογράφου είναι στις πρώτες θέσεις της λίστας. Αρκετά ψηλά στην λίστα με τα πιο αγχώδη επαγγέλματα είναι και αυτά του γιατρού, της νοσοκόμας, του προσωπικού ασθενοφόρων, του πυροσβέστη και του εκπαιδευτικού. Δυστυχώς το άγχος παίζει αρνητικό ρόλο τόσο στην προσωπική ζωή όσο και στην επαγγελματική σταδιοδρομία του κάθε ανθρώπου. Μερικά από τα συμπτώματα του άγχους είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, πονοκέφαλοι, υπογονιμότητα, στυτική δυσλειτουργία, διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, παχυσαρκία, οστεοπόρωση, υπέρταση, εξασθένηση του ανοσοποιητικού και αρκετά άλλα.*(Βελιάδης, Τ., 2009)*

Στην έρευνά μας τα επαγγέλματα που παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό ψυχωτισμού (Μ.Ο. 7,5), είναι αυτά που τα άτομα ασχολούνται με κάτι το οποίο δεν είναι μόνιμο και οικονομικά ικανοποιητικό. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του ότι υπάρχουν στην κοινωνική τάξη επαγγέλματα υποτιμημένα και υπερτιμημένα, επαγγελματικά στερεότυπα, που επιδιώκουν αυθαίρετα την κοινωνική ταξινόμηση σε ανώτερους και κατώτερους ανθρώπους. Έτσι, άνθρωποι που ανήκουν στους κατώτερους ανθρώπους της κοινωνίας και «παλεύουν» όλη μέρα για να αποκτήσουν μέσα από την εργασία τους ένα καλύτερο μισθό, για να έχουν έτσι μια καλύτερη προσωπική ή οικογενειακή ζωή, γίνονται και πιο επιθετικοί απέναντι στην κοινωνία και τους ανθρώπους, καθώς αντιμετωπίζονται σαν κάτι το διαφορετικό. *(Λασσιθωτάκη, Μ., 2009)*

Επίσης, παρατηρούμε στην έρευνά μας ότι καλύτερες διατροφικές συνήθειες έχουν οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι. Αυτό πιθανότατα συμβαίνει γιατί αυτά τα επαγγέλματα έχουν ένα συγκεκριμένο ωράριο και επιστρέφουν στο σπίτι τους μια συγκεκριμένη ώρα το μεσημέρι, έχοντας τη δυνατότητα να καταναλώσουν κάτι μαγειρευτό. Αντιθέτως, οι φοιτητές, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και αυτοί που ασχολούνται με κάποιο άλλο επάγγελμα, δεν έχουν καλές διατροφικές συνήθειες, προφανώς εξαιτίας των ωραρίων τους, καθώς είναι άστατο και δεν έχουν συγκεκριμένες ώρες που μπορούν να βρίσκονται στο σπίτι τους και έτσι καταλήγουν στην εύκολη, γρήγορη και πολύ ανθυγιεινή λύση: το έτοιμο φαγητό. Καθημερινά συνειδητοποιούμε πως η διατροφή μας αλλάζει, δυστυχώς εις βάρος της υγείας μας, καθώς φεύγουμε από παραδοσιακούς τρόπους ζωής και εμπλεκόμαστε στους ρυθμούς που μας επιβάλλει η σύγχρονη εποχή με το γρήγορο και έτοιμο φαγητό από βιομηχανοποιημένα τρόφιμα. Συνέπεια αυτής της διατροφής του νεοέλληνα είναι η παχυσαρκία, οι καρδιοπάθειες, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση.

Η πλειοψηφία των ιατρικών και διαιτολογικών ερευνών που έχουν γίνει σε παγκόσμια κλίμακα φέρουν την κρητική κουζίνα ως το πιο χαρακτηριστικό και ποιοτικά υψηλό παράδειγμα μεσογειακής διατροφής. Οι κάτοικοι της Κρήτης διαπιστώθηκε ότι έχουν τους χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας και τα πιο μικρά αναλογικά και σε παγκόσμια κλίμακα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνους. *(Αναγνωστοπούλου-Μπίτου, Ν., Μπαζαίος, Κ., 1994)*

Επίσης, είναι λογικό οι φοιτητές, αλλά και οι ελεύθεροι επαγγελματίες να παρουσιάζουν βουλιμικά επεισόδια, γιατί όταν όλη μέρα σιτίζονται με ένα μικρό και καθόλου θρεπτικό έτοιμο γεύμα (π.χ. σάντουιτς), το βράδυ που θα πάνε στο σπίτι τους θα καταναλώσουν μεγάλη ποσότητα τροφής και πολύ πιθανό σε γρήγορο χρονικό διάστημα. Οπότε μετά νιώθουν αηδία και καταλαβαίνουν ότι έφαγαν από λαιμαργία και μετανιώνουν και με διάφορους προκλητούς τρόπους βγάζουν την τροφή τους-όχι πάντα. Έτσι το άγχος που υπάρχει σε αυτά τα άτομα λόγω εργασίας, βοηθάει πολύ στην ανάπτυξη της διαταραχής. *(Cooper, Z., 1995)*

Στην έρευνά μας παρατηρούμε ότι οι έγγαμοι και οι άγαμοι παρουσιάζουν περισσότερο άγχος (Μ.Ο. 9,69) και (Μ.Ο. 9,64) αντίστοιχα, σε σχέση με τους

διαζευγμένους (Μ.Ο. 9,33). Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή οι παντρεμένοι έχουν περισσότερες συζυγικές, αλλά και οικογενειακές υποχρεώσεις.

Το οικονομικό άγχος επηρεάζει τα παιδιά γιατί αναστατώνει τους γονείς τους, και κατά συνέπεια δημιουργεί προβλήματα για τα ίδια. Δηλαδή ο γονιός που εργάζεται βρίσκεται σε ένα μόνιμο άγχος,(ειδικά αν δεν είναι δημόσιος υπάλληλος), επειδή πρέπει να είναι πάντα σωστός στη δουλειά του, έτσι ώστε με την αμοιβή του να ζήσει την οικογένειά του.

Οι διαζευγμένοι από την άλλη παρουσιάστηκαν πιο εξωστρεφείς (Μ.Ο. 16,67) από τους παντρεμένους (Μ.Ο. 14,61) και από τους άγαμους (Μ.Ο. 15,14), το οποίο δείχνει ένα λογικό αποτέλεσμα, καθώς και οι διαζευγμένοι, αλλά και οι άγαμοι θέλουν να είναι πιο εξωστρεφείς, πιο κοινωνικοί και να κάνουν γνωριμίες με καινούρια πρόσωπα για να νιώθουν ασφάλεια και σιγουριά και να μειώσουν τα επίπεδα μοναξιάς τους.
Οι διαζευγμένοι και οι άγαμοι εμφανίζουν μεγαλύτερο ψυχωτισμό (Μ.Ο. 5,33) και (Μ.Ο. 5,28) αντίστοιχα, σε σχέση με τους έγγαμους (Μ.Ο. 5,06). Αυτό πιθανότατα συμβαίνει γιατί είναι αβέβαιοι για την προσωπική τους ζωή, τις σχέσεις τους και το κοινωνικό τους περιβάλλον. Βέβαια, σε έρευνες εμφανίζεται το αντίθετο, δηλαδή ότι περισσότερη επιθετικότητα παρουσιάζεται στους έγγαμους εξαιτίας των παιδιών που υπάρχουν στην οικογένεια. Έρευνες έδειξαν ότι η έλλειψη φροντίδας και προσοχής από τους γονείς οδηγεί στην επιθετικότητα των παιδιών. *(Δημητρίου, Μ., 2007)*

Αξιοσημείωτο είναι να αναφέρουμε ότι στην έρευνά μας οι παντρεμένοι και οι διαζευγμένοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα ψεύδους (Μ.Ο. παντρεμένων 10,29) και (Μ.Ο. διαζευγμένων 11), και αυτό συμβαίνει, γιατί πιθανότατα έχουν ανάγκη την επιβεβαίωση. Ίσως νιώθουν λίγο απομονωμένοι, παραγκωνισμένοι και φοβισμένοι με αυτό που φαίνονται ή με αυτό που είναι και αναγκάζονται να λένε ψέματα για τη ζωή τους, τον εαυτό τους, την εικόνα τους, προκειμένου να νιώσουν αυτοί καλύτερα και να ανεβούνε ψυχολογικά.

Στο δείγμα μας, οι διαζευγμένοι φαίνεται να έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες από τους άγαμους ή τους παντρεμένους. Αυτό πιθανότατα συμβαίνει, γιατί οι διαζευγμένοι προσέχουν την εξωτερική τους εμφάνιση για να αρέσουν και να μπορούν εύκολα να αναπτύσσουν σχέσεις με το κοινωνικό σύνολο. Όμως σύμφωνα με έρευνα

φαίνεται ότι οι παντρεμένοι έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες και έλεγχο φαγητού, διότι στο σπίτι συνήθως βρίσκεται η σύζυγος και μαγειρεύει. *(Μπαλής, Σ., 2006)*

Στο δείγμα μας εμφανίζουν μεγαλύτερες βουλιμικές τάσεις οι διαζευγμένοι που είναι κοντά στην ηλικία των 40 ετών. Αυτό συμβαίνει γιατί αγχώνονται πολύ για την εμφάνισή τους, προσπαθούν να ελέγχουν και να προσέχουν την διατροφή τους, σε σημείο που παρουσιάζουν βουλιμικές τάσεις και ότι κάνουν, το κάνουν σε υπερβολικό βαθμό. Έρευνα του Εθνικού Κέντρου Ελέγχου του Βάρους που έγινε σε 170 άτομα (71 άντρες και 99 γυναίκες) που ακολουθούσαν το πρόγραμμα του Εθνικού Κέντρου Ελέγχου του Βάρους, συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο ειδικά σχεδιασμένο ώστε να εντοπίσει όσους υπέφεραν από προβλήματα βουλιμίας. Δεκαοκτώ τοις εκατό-22 τοις εκατό γυναίκες και 13 τοις εκατό άντρες, είχαν προβλήματα βουλιμίας. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 41 έτη. Παρά το γεγονός ότι τα άτομα αυτά είχαν το ίδιο βάρος με εκείνα που δεν υπέφεραν από βουλιμία, ένιωθαν υπέρβαρα, φοβόντουσαν μήπως πάρουν βάρος, ήταν πολύ δυσάρεστα με τα κιλά τους και είχαν την τάση να κρίνουν την αξία τους βάσει της σιλουέτας ή του βάρους τους. Συνεπώς, είχαν πολλά κοινά στοιχεία με εκείνους που υπέφεραν από ψυχογενή βουλιμία.*(Wilson GT, Nonas CA, Rosenblum GD, 1993)*

Σύμφωνα με την έρευνά μας, τα άτομα που μένουν μόνα τους βιώνουν πιο έντονα το νευρωτισμό (Μ.Ο 10,12) από τα άτομα που δεν μένουν μόνα τους (Μ.Ο. 9,37). Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα αυτά βιώνουν εντονότερα το άγχος όχι μόνο στον εργασιακό τομέα, αλλά και για την προσωπική τους ζωή. Προσπαθούν ωστόσο να γίνονται όσο πιο επικοινωνιακοί μπορούν για να μην νιώθουν μόνοι. Επίσης, παρατηρούμε ότι αυτοί που μένουν μόνοι, εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ψυχωτισμού (Μ.Ο. 15,4), κάτι που μπορεί να συνεπάγεται της αποφυγής των κοινωνικών σχέσεων, της επιθετικότητας απέναντι στα συγγενικά και φιλικά τους πρόσωπα και της ανάπτυξης της μελαγχολίας. Σύμφωνα με έρευνα που έχει γίνει από τους Wanga, J. J., Snyderb, M., & Kaasb, M., (2002), εξέτασαν τους παράγοντες του άγχους, της μοναξιάς και της κατάθλιψης αγροτικών περιοχών στην Ταϊβάν. Καθόρισαν αν οι διαφορές των επιπέδων του άγχους ήταν συνδεδεμένες με συγκεκριμένα πρόσωπα και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά. Επίσης, εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη. Στην έρευνα πήραν μέρος 201 άτομα, κάτοικοι αγροτικών περιοχών. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα άτομα

αυτά, αγχώνονταν για ζητήματα που είχαν να κάνουν με την οικογένειά τους και την υγεία τους. Διαφορές όμως υπήρχαν και στο βαθμό άγχους ανάμεσα στα δύο φύλα, στο μορφωτικό επίπεδο, τον τρόπο ζωής και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα επίσης, έδειξαν ότι υπάρχει υψηλός συσχετισμός ανάμεσα στο άγχος, τα συμπτώματα της κατάθλιψης και στη διάθεση. (Wanga, J. J., Snyderb, M., & Kaasb, M., 2002)

Αυτοί που μένουν μόνοι έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες από αυτούς που δεν μένουν μόνοι. Αυτό συμβαίνει γιατί πιθανότατα προσπαθούν να έχουν ένα ωραίο σώμα για να είναι ελκυστικοί στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Ίσως κάποιοι προσπαθούν να μαγειρεύουν μόνοι και υγιεινά.

Από την άλλη, όσοι μένουν μόνοι εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό βουλιμικά επεισόδια, σύμφωνα με το δείγμα μας. Αυτό συμβαίνει γιατί, λόγω της εργασίας τους, των άστατων ωραρίων και του γεγονότος ότι δεν υπάρχει κάποιο άλλο άτομο στο σπίτι να επιμεληθεί το θέμα του φαγητού, καθώς και το ότι καταναλώνουν φαγητό εκτός σπιτιού, οδηγεί σε αυτή τη διαταραγμένη συμπεριφορά. Σύμφωνα με τον Cooper (1995), η μοναξιά και η έλλειψη αυτοπεποίθησης, είναι από τις βασικότερες αιτίες για την εμφάνιση βουλιμικού επεισοδίου. Κάθε βουλιμικό επεισόδιο κάνει το άτομο να νιώθει απέχθεια και να μισεί τον εαυτό του, τον οποίο τιμωρεί τρώγοντας όλο και περισσότερο.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο του δείγματός μας, αυτοί που έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, παρουσιάζουν μεγαλύτερο νευρωτισμό (Μ.Ο. δημοτικού 11,33 και Μ.Ο γυμνασίου 15) από αυτούς που έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ο λυκείου 9,40, Μ.Ο τεχνικής/επαγγελματικής σχολής 10, Μ.Ο ανώτερης σχολής 9,54 και Μ.Ο ανώτατης σχολής 9,30). Σύμφωνα με έρευνα που έχει γίνει από τη Λιμνιωτάκη Δέσποινα (2005), το άγχος εμφανίζεται από τα σχολικά χρόνια και συνεχίζει να υπάρχει μέχρι την εισαγωγή σε κάποιο ακαδημαϊκό ίδρυμα της Ελλάδας. Το άγχος ριζώνει μέσα στο κάθε άτομο επειδή πίσω του κρύβει τις απαιτήσεις που έχει κάθε παιδί από τον εαυτό του. Άγχος που υπάρχει σχεδόν σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, πριν την εισαγωγή του σε ένα ακαδημαϊκό ίδρυμα, κατά τη διάρκεια των σπουδών του, μετά την αποφοίτησή του, αφού μετά θα πρέπει να ψάξει για μια αξιοπρεπή δουλειά, την οποία όταν την βρει θα πρέπει να την κρατήσει. Επομένως, όσοι επιθυμούν να ενταχθούν στο δυναμικό του δημοσίου πρέπει να δώσουν εξετάσεις σε κάποιο ΑΣΕΠ, όσοι θέλουν να

δοκιμάσουν την τύχη τους στον ιδιωτικό τομέα, έχουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της ανεργίας ή της έντονης ανταγωνιστικότητας. Έχοντας αυτή την πραγματικότητα στο μυαλό τους, οι νέοι περνάνε στο πανεπιστήμιο, 4 και πλέον χρόνια με την νευρικότητα, την ευερεθιστικότητα ή τις κρίσεις πανικού που περιορίζουν τις επιλογές τους. Καθώς τον άγχος αυξάνεται σε ένταση, μεγαλώνουν και οι κίνδυνοι για την υγεία, αφού το άγχος είναι υπεύθυνο για πολλά σωματικά προβλήματα, για νοσήματα και αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος και για διάφορες διαταραχές του νου.

Λόγω έλλειψης σωστού επαγγελματικού προσανατολισμού, ένα μεγάλο ποσοστό νέων καταλήγουν να σπουδάζουν πράγματα που δεν τους αφορούν, δεν τους ταιριάζουν ή δεν τα ήθελαν ποτέ, δηλαδή οι σπουδές τους δεν αντιπροσωπεύουν εκείνο το κομμάτι του εαυτού τους που αγαπάνε και αυτό που θέλουν να βγάλουν προς τα έξω.

Επίσης στην έρευνά μας φαίνεται ότι πιο εξωστρεφείς είναι αυτοί που ανήκουν στις υψηλές κοινωνικές τάξεις (Μ.Ο λυκείου 14,76, Μ.Ο τεχνικής/επαγγελματικής σχολής 14,82, Μ.Ο ανώτερης σχολής 16,63 και Μ.Ο ανώτατης σχολής 14,19), από αυτούς που έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ο. δημοτικού 15,33, Μ.Ο. γυμνασίου 14,75). Αυτό πιθανότατα συμβαίνει, γιατί αυτοί οι άνθρωποι εξαιτίας της μόρφωσής τους δεν έχουν την ευχέρεια στο λόγο και στην έκφραση, νιώθουν κατώτεροι και διαφορετικοί και δεν κοινωνικοποιούνται εύκολα. Σύμφωνα με έρευνα που έχει γίνει από τη Λιμνιωτάκη Δέσποινα (2005), αυτό συμβαίνει γιατί, παρόλο που τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου έχουν τις παρέες τους, νιώθουν μοναξιά, επειδή υπάρχει ποιοτική διαφορά στον τρόπο με τον οποίο απευθύνονται σε μια παρέα και τις απαιτήσεις που έχει η παρέα από αυτούς, στις οποίες πιθανόν να μην μπορούν να αντεπεξέλθουν.

Στο δείγμα μας, παρατηρούμε ότι, όσοι έχουν τελειώσει κάποια τεχνική /επαγγελματική σχολή, εμφανίζουν υψηλότερο σκορ ψυχωτισμού (Μ.Ο. 6,24) σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Ένας από τους κυριότερους πλέον προβληματισμούς των νέων είναι η εξασφάλιση καριέρας, η οποία θα τους αποφέρει υλική και ηθική ικανοποίηση. Η αντίληψη ότι η κατοχή ενός οποιουδήποτε πτυχίου θα έχει ως αποτέλεσμα την επιτυχημένη επαγγελματική εξέλιξη έχει ξεπεραστεί, καθώς οι συνθήκες της αγοράς έχουν αλλάξει και στον εργασιακό χώρο επικρατούν ορισμένα επαγγέλματα. Η αυξανόμενη ανεργία σε απόφοιτους πανεπιστημίου και λυκείου είναι ένδειξη ότι οι απαιτήσεις της αγοράς έχουν διαφορετική κατεύθυνση από αυτή των

γενικών γνώσεων ή των άκρως θεωρητικών μαθημάτων που κατά κανόνα διδάσκονται στο εκπαιδευτικό σύστημα. Οι καινοτομίες στην τεχνολογία αντιπροσωπεύουν επίσης μια από τις κυριότερες αιτίες αλλαγών, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την καριέρα ενός εργαζομένου. Ο αριθμός εργαζομένων στον βιομηχανικό τομέα μειώνεται ενώ αντίθετα αυξάνεται με ραγδαίο ρυθμό ο αριθμός εργαζομένων στον τομέα της πληροφορικής. Οι υπάλληλοι ζητούνται να επιδείξουν αυτονομία και πρωτοβουλία για να διασφαλίσουν τη θέση τους. *(Τσακίρη Τ., 2000)*

Επίσης, παρατηρήθηκε στο δείγμα μας ότι όσοι έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο, έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες. Προσέχουν την διατροφή τους και κατά συνέπεια και το σώμα τους. Όμως παρουσιάζουν και επεισόδια βουλιμίας, το οποίο συνηθίζεται να συμβαίνει σε αυτά τα άτομα, καθώς είναι ένα φαινόμενο των υψηλών κοινωνικών τάξεων. *(Vandereycken, W. & Hoek, H. W. 1993)* Αυτό μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας της κοινωνικής τάξης, καθώς τα άτομα αυτά πιστεύουν ότι πρέπει να είναι πολύ αδύνατα, λόγω του κύκλου που τα περιβάλλει. Επομένως, τα άτομα αυτά δεν μπορούν να ελέγξουν και το φαγητό τους. Αυτό επιβεβαιώνεται και από έρευνα που έχει γίνει, η οποία αναφέρει ότι αυτοί που πάσχουν από βουλιμία, είναι άνθρωποι που προέρχονται από ανώτερες ή μεσαίες κοινωνικές τάξεις, παρά από κατώτερες κοινωνικές τάξεις. Όμως, αυτό μπορεί μόνο να σημαίνει ότι τα άτομα των ανώτερων ή μεσαίων κοινωνικών τάξεων αναζητούν θεραπεία, δηλαδή το πρόβλημα μπορεί να υπάρχει και στις κατώτερες τάξεις αλλά να μην γίνεται αντιληπτό. *(Vandereycken, W. & Hoek, H. W. 1993)*

Ένας άλλος παράγοντας ύπαρξης άγχους είναι η φυσική δραστηριότητα. Σύμφωνα με την έρευνα μας παρατηρήσαμε πως όσοι δεν γυμνάζονται έχουν μεγαλύτερο σκορ νευρωτισμού (Μ.Ο. 10,7) από αυτούς που γυμνάζονται (Μ.Ο. 8,9). Αυτό συμβαίνει γιατί η γυμναστική είναι ένας τρόπος εκτόνωσης του οργανισμού. Η άσκηση αναφέρεται ως μέσο βελτίωσης της ψυχικής διάθεσης, ως θεραπευτική τεχνική για άτομα που πάσχουν από ψυχοπαθολογικά προβλήματα και ως εκπαιδευτικό και θεραπευτικό μέσο για άτομα με ειδικές ανάγκες.

Η ψυχική διάθεση καθορίζεται από ψυχολογικούς και άλλους παράγοντες όπως το άγχος, την κατάθλιψη, την κόπωση, την ενεργητικότητα κ.ά. *(McNair et al. 1971).* Το άγχος και η κατάθλιψη θεωρούνται σοβαροί παράγοντες για την υγεία *(Martinsen 1993).* Ο Martens (1990), μέσα από μελέτες διέκρινε το άγχος σε *γνωστικό* και *σωματικό*. Το

γνωστικό άγχος είναι το άγχος, το οποίο προκαλεί ανησυχία και επηρεάζει την προσοχή και τις νοητικές παραστάσεις. Το σωματικό άγχος έχει να κάνει με τη φυσιολογική και συναισθηματική διάσταση του άγχους. Τα συμπτώματα είναι: αυξημένη καρδιακή συχνότητα, μυϊκή ένταση, στομαχικές διαταραχές και άλλα. Τα αποτελέσματα μιας μετα-ανάλυσης *(Petrouzello et al. 1991)* 124 μελετών που αφορούσαν το άγχος και διάφορες άλλες ψυχοφυσιολογικές μεταβλητές, έδειξαν ότι, ανεξάρτητα με το είδος ή τη μέθοδο εκτίμησης του άγχους, η άσκηση σχετίζεται με τη μείωση του άγχους. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση, η σχέση της σωματικής άσκησης και του άγχους σε καθημερινές και χρόνιες μορφές άσκησης είναι θετική, ενώ δεν υπάρχουν διαφορές στη μείωση του άγχους μεταξύ σωματικής άσκησης και τεχνικών ψυχολογικής παρέμβασης, όπως είναι η χαλάρωση και ο διαλογισμός.

Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποίησε ο Morgan (1987), συμπέρανε ότι η άσκηση συμβάλλει στη μείωση του άγχους σε άτομα όλων των ηλικιών και στα δυο φύλα και ότι η κατάσταση αυτή διατηρείται για 2-4 ώρες μετά την άσκηση. Ενώ, οι Tuson και Sinyor (1993), αναλύοντας 45 μελέτες, βρήκαν ότι μετά από άσκηση σημειώθηκε μια μέτρια μείωση του άγχους και ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, μεταξύ ηλικιών και μεταξύ ατόμων με υψηλότερη ή χαμηλότερη φυσική κατάσταση. Η τελευταία αυτή παρατήρηση δικαιολογείται αφού κατά κανόνα τα προγράμματα άσκησης προσαρμόζονται στη φυσική κατάσταση των ασκούμενων.

Σε μια ακόμα έρευνα των Raglin και Morgan (1987) βρέθηκε ότι η αερόβια άσκηση συνέβαλε στη μείωση του άγχους (πρόσκαιρου άγχους) και της συστολικής πίεσης του αίματος ατόμων με φυσιολογική πίεση αλλά και υπερτασικών ατόμων που έλεγχαν την πίεση με φάρμακα. Οι μεταβολές αυτές διατηρήθηκαν μόνο κατά την περίοδο της άσκησης.

Η γυμναστική είναι ένα μέσο επικοινωνίας με τους συνανθρώπους μας. Στην ερευνά μας φάνηκε ότι όσοι γυμνάζονται είναι πιο εξωστρεφείς (Μ.Ο. 15,70) από αυτούς που δεν γυμνάζονται (Μ.Ο. 14,07). Τα τελευταία χρόνια, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η εξασφάλιση περισσότερου ελεύθερου χρόνου κυρίως στις αναπτυγμένες κοινωνίες, καθώς και η στροφή προς την πρόληψη της σύγχρονης νοσηρότητας η οποία οφείλεται μεταξύ άλλων και στην καθιστική ζωή, έδωσαν και πάλι στη φυσική άσκηση πρωτεύουσα σημασία. Η συμμετοχή των ατόμων σε αθλητικές δραστηριότητες έχει

πολλές θετικές ψυχολογικές επιδράσεις. Πράγματι τα άτομα νοιώθουν καλύτερα όταν συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες. Νοιώθουν να εκτονώνονται, να μειώνεται το άγχος τους, να αυξάνεται η αυτοπεποίθησή τους, και να χαλαρώνουν. Επίσης νοιώθουν ευχάριστα από την επικοινωνία με άλλα άτομα, ότι κάνουν κάτι δημιουργικό. Σχετικά με τις ψυχολογικές μεταβλητές, είναι γενικά αποδεκτό ότι η βελτίωση της εικόνας του σώματος είναι ένας από τους βασικούς λόγους που ωθούν το γυναικείο και τον ανδρικό πληθυσμό να συμμετέχει σε προγράμματα άσκησης. Φαίνεται λοιπόν ότι η μελέτη του θέματος αυτού είναι ιδιαίτερα σημαντική στο χώρο της άσκησης και του αθλητισμού καθώς αρκετές έρευνες έχουν αποδείξει την αύξηση της ικανοποίησης των ατόμων από τη σωματική τους εμφάνιση ως αποτέλεσμα της συμμετοχής σε προγράμματα άσκησης *(Balogun, 1987; Tucker, 1983α, 1983β)*. Στο δικό μας δείγμα επιβεβαιώθηκε η άποψη αυτή αφού από τα 200 άτομα (100%), τα 119 (59,5%) ασχολούνται με τη σωματική άσκηση, ενώ τα υπόλοιπα 81 (40,5%) δεν ασχολούνται με τη σωματική άσκηση.

Οι αρνητικές επιδράσεις της καθιστικής ζωής δεν περιορίζονται μόνο στην πρόκληση κάποιας ασθένειας. Η άσκηση επηρεάζει άμεσα και τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Με τη φυσική άσκηση προκαλείται καλύτερη αιμάτωση του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και αύξηση της σεροτονίνης και άλλων νευροδιαβιβαστών που βελτιώνουν τη σωματική και ψυχική διάθεση. Επιπλέον η άσκηση είναι απαραίτητη για τη συντήρηση της φυσικής δομής και λειτουργίας του σώματος. Η έλλειψή της οδηγεί στην αποδυνάμωση ή και στην ατροφία ακόμα του μυϊκού συστήματος και στην απώλεια λειτουργικών ικανοτήτων. Η έλλειψη φυσικής άσκησης είναι πιο συχνή στις γυναίκες, στους μαύρους, στους ισπανόφωνους, στους μεσήλικες και στους φτωχότερους.

Στην Ελλάδα, ο Τούντας Γ. Κ. πραγματοποίησε μια έρευνα σε πανελλαδικό δείγμα αστικού πληθυσμού και παρατήρησε ότι το 74,4% δήλωσε ότι δεν ασχολείται με κάποιο είδος γυμναστικής, λόγω έλλειψης χρόνου (45,6%), λόγω έλλειψης διάθεσης (19,4%), για λόγους υγείας (8,2%), για οικονομικούς λόγους (8,2%), λόγω απαρέσκειας για τα γυμναστήρια (6,9%), λόγω ηλικίας (3,3%), λόγω έλλειψης χώρου στο σπίτι (2,7%). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη φυσική άσκηση, αφού αθλείται το 50% των ανύπαντρων, το 20% των παντρεμένων και το 10% των χήρων και των διαζευγμένων. Μεγάλες είναι και οι

διαφορές ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Το 70% των ατόμων που ασκούνται είναι μέσου και ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, ενώ απ' όσους δεν ασκούνται το 93% έχει τελειώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Απ' όσους πάντως γυμνάζονται, μόνο το 14% ασκείται καθημερινά. *(Τούντας Γ.Κ., 2006)*

Στο δείγμα μας, τα άτομα που δεν γυμνάζονται έχουν υψηλότερο σκορ ψυχωτισμού (Μ.Ο. 5,53) από τα άτομα που γυμνάζονται (Μ.Ο. 5,03) και αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί η άσκηση βοηθάει πολύ στη διοχέτευση του θυμού, ενώ όσοι δεν γυμνάζονται, δεν έχουν κάποιο τρόπο να εκτονωθούν.

Σύμφωνα με την έρευνά μας διαπιστώσαμε επίσης, ότι και τα άτομα που γυμνάζονται και τα άτομα που δεν γυμνάζονται έχουν καλές διατροφικές συνήθειες. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι άντρες δεν ασχολούνται τόσο με τη διατροφή τους, καθώς πρωταρχική σημασία γι' αυτούς έχει η γυμναστική. Εστιάζουν στην επίτευξη ενός μεγαλύτερου συνήθως μεγέθους σώματος και αυτό το καταφέρνουν πιο πολύ με τη γυμναστική και όχι τόσο με τη διατροφή. Επιδιώκουν την απόκτηση ενός «τέλειου σώματος» με καλύτερους μύες και όχι ενός σώματος πολύ αδύνατου, οπότε δεν υποπέφτουν και σε βουλιμικές τάσεις. Γενικά τα άτομα που γυμνάζονται ελέγχουν το φαγητό τους, καθώς επιδιώκουν να κάνουν και μια καλή διατροφή. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

Στην έρευνα των Pope H.G. & Katz D.L., (1994) από τους 16 άντρες με μυϊκή δυσμορφία οι 2 ανέφεραν ιστορικό νευρικής ανορεξίας. Σε πιο πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη 2 (13%) από τους 15 άντρες με μυϊκή δυσμορφία ανέφεραν ιστορικό βουλιμίας. Από τις 32 γυναίκες αρσιβαρίστριες με χαρακτηριστικά μυϊκής δυσμορφίας, οι 15 (47%) ανέφεραν ιστορικό διατροφικής διαταραχής. 3 ανέφεραν νευρική ανορεξία, 9 βουλιμία και 3 ανέφεραν και τις δύο διαταραχές. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*. Από τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας είναι λοιπόν ενδεικτικό ότι ενώ οι γυναίκες με διαταραχή στην εικόνα σώματός τους χρησιμοποιούν την δίαιτα, οι άντρες χρησιμοποιούν την άσκηση για την βελτίωση της σωματικής τους εικόνας

Στις διατροφικές όμως διαταραχές και συγκεκριμένα στη νευρική ανορεξία, τα άτομα έχουν νοσηρό φόβο πάχυνσης. Για να αντιμετωπίσουν λοιπόν αυτή τη διαταραχή της εικόνας σώματος αναπτύσσουν πρώτα παθολογικά πρότυπα διατροφής και

δευτερευόντως παθολογικά πρότυπα άσκησης. *(Pope H.G., Gruber A.J., Choi P., et al, 1997)*

Σύμφωνα με την έρευνά μας τα άτομα που δεν έχουν κάνει ή που δεν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτό το διάστημα έχουν υψηλότερο σκορ νευρωτισμού, από τα άτομα που κάνουν κάποια δίαιτα. Μελέτες όμως έχουν δείξει ότι, πολλοί άνθρωποι στις μέρες μας ακολουθούν δίαιτες αδυνατίσματος ή «προσέχουν το βάρους τους». Αυτό περιλαμβάνει συνήθως τον έλεγχο του είδους και της ποσότητας του φαγητού που καταναλώνουν. Οι άνθρωποι σε δίαιτα πρέπει επίσης να αγνοήσουν τα σήματα πείνας προκειμένου να φάνε λιγότερο απ' όσο θέλουν πραγματικά. Με άλλα λόγια, μαθαίνουν να περιορίζουν το φαγητό τους. Οι άνθρωποι που τρώνε σύμφωνα με την όρεξή τους τρώνε χωρίς περιορισμό. Οι μελέτες έχουν δείξει επανειλημμένα ότι οι «περιοριστικοί τύποι» τείνουν να τρώνε περισσότερο ως απάντηση στο άγχος, αφού όταν τα άτομα αγχώνονται, χάνουν τον έλεγχο, και εάν υπάρχουν διαθέσιμα τρόφιμα, θα τα καταναλώσουν. Αντιθέτως, οι «μη περιοριστικοί» τείνουν να τρώνε λιγότερο όταν είναι αγχωμένοι *(Lattimore, P., & Caswel,l N., 2004; Polivy, J., & Herman, C. P., 1999)*, στοιχεία που επιβεβαιώνονται και στην δική μας έρευνα όπως φαίνεται παραπάνω.

Σύμφωνα με την έρευνά μας, αυτοί που έχουν κάνει κάποια δίαιτα ή βρίσκονται σε κάποια δίαιτα αυτή τη στιγμή εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερο σκορ ψυχωτισμού από αυτούς που δεν κάνουν κάποια δίαιτα. Αυτό συμβαίνει γιατί αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές για να μη χαλάσουν τη δίαιτά τους και έτσι γίνονται πιο απόμακροι, πιο απότομοι, πιο μόνοι. Έρευνα από τον Nabi H. και τους συνεργάτες του (2009) έδειξε ότι η επιθετικότητα αυξάνει το σωματικό βάρος των αντρών. Οι ερευνητές εξέτασαν στοιχεία 6.484 αντρών και γυναικών ηλικίας 35 έως 55 ετών στην έναρξη της έρευνας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο για την επιθετικότητα στην έναρξη της έρευνας, ενώ μετρήθηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος τέσσερις φορές στα 19 χρόνια που διήρκεσε η έρευνα. Συγκεκριμένα, οι άντρες με επιθετική συμπεριφορά μπορεί να αυξήσουν το σωματικό τους βάρος με το πέρασμα του χρόνου σε σχέση με τους πιο ήρεμους και λιγότερο επιθετικούς άντρες. Όσο πιο επιθετική εμφανίζεται η προσωπικότητα ενός άντρα, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος. Στην έναρξη της έρευνας, άντρες και γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα επιθετικότητας είχαν μεγαλύτερο Δείκτη Μάζας Σώματος, ο οποίος αυξανόταν με το

πέρασμα του χρόνου. Ενώ η σχέση μεταξύ Δείκτη Μάζας Σώματος και επιθετικότητας παρέμενε σταθερή στις γυναίκες, στους άντρες φάνηκε ότι η επιθετικότητα επιτάχυνε την αύξηση βάρους με το πέρασμα του χρόνου. Οι εχθρικοί άνθρωποι, ενδεχομένως έχουν λιγότερες πιθανότητες να ακολουθούν οδηγίες για υγιεινή διατροφή και άσκηση ή μπορεί να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης κατάθλιψη. Προηγούμενες έρευνες έχουν συνδέσει την επιθετικότητα με την καρδιοπάθεια, την υψηλή αρτηριακή πίεση και το μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας, σημειώνουν οι ερευνητές. ***(****Nabi, H., Kivimaki, M., Sabia, S, et al., 2009****)***

Στην έρευνά μας παρατηρήθηκε ότι αυτοί που βρίσκονται σε κάποια δίαιτα ή έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν κάνει ποτέ δίαιτα. Αυτό συμβαίνει γιατί, τα άτομα αυτά έχουν μάθει μέσα από τις διάφορες δίαιτες που έχουν κάνει τι πρέπει και τι δεν πρέπει να τρώνε και γενικά μαθαίνουν τι σημαίνει μια καλή και ισορροπημένη διατροφή. Όμως, ο περιορισμός της λήψης τροφής δεν έχει πάντα ευχάριστα αποτελέσματα για το άτομο. Οι στερητικές δίαιτες οδηγούν σε βουλιμικά επεισόδια. Σύμφωνα και με έρευνα που έχει γίνει διαπιστώθηκε ότι η δίαιτα αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ενός προβλήματος βουλιμίας. Στην ουσία αποτελεί τον πιο επιβεβαιωμένο παράγοντα κινδύνου. Μια έρευνα έδειξε ότι οι έφηβοι που έκαναν δίαιτα, παρουσίαζαν οχτώ φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ψυχογενή βουλιμία από ότι εκείνοι που δεν έκαναν. Παρόλα αυτά, γνωρίζουμε ότι η πλειοψηφία των ατόμων που κάνουν δίαιτα δεν παρουσιάζουν προβλήματα πρόσληψης τροφής. Συνεπώς, άλλοι παράγοντες (ψυχολογικοί, σωματικοί, κοινωνικοί), συνδυάζονται με τη δίαιτα και έτσι μεγιστοποιείται ο κίνδυνος ανάπτυξης προβλημάτων βουλιμίας. Ακόμη, μόνο ορισμένα ήδη δίαιτας έχουν την ιδιότητα να θέτουν τους ανθρώπους σε κίνδυνο. *(Heatherton, T. F., & Povily J., 1992)* Επομένως, τα απότελέσματά μας επιβεβαιώνονται από την παραπάνω έρευνα αφού το δείγμα μας έδειξε ότι αυτοί που βρίσκονται σε κάποια δίαιτα δεν μπορούν να ελέγχουν το φαγητό τους, αφού υποβάλλουν τον εαυτό τους σε βουλιμικά επεισόδια.

Η διάθεση που έχει ο κάθε άνθρωπος καθορίζει πολλά πράγματα σε πολλούς τομείς της ζωής του. Κάποιος που δεν έχει καλή διάθεση και έχοντας να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις της κοινωνίας μπορεί πολύ εύκολα να οδηγηθεί σε κατάθλιψη. Σύμφωνα

με τα αποτελέσματα του δείγματός μας, παρατηρούμε ότι αυτοί που δεν έχουν άριστη διάθεση είναι αγχώδεις αφού παρουσιάζουν υψηλό σκορ νευρωτισμού (Μ.Ο. 12,92). Από επιδημιολογικές έρευνες υπολογίζεται ότι το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο και 550 χιλιάδες στη χώρα μας. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους αγροτικών περιοχών. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία (από 15-70 χρονών), η έναρξή της, όμως, τοποθετείται συνήθως στη μέση ηλικία. Το άγχος, από την άλλη είναι μια συναισθηματική αντίδραση, που κινητοποιεί το άτομο για να αντιμετωπίσει τους κινδύνους, να αποτρέψει κάποιες καταστάσεις, εξασφαλίζοντας την ομοιόσταση και την ισορροπία του με το περιβάλλον. Όταν, όμως, το άγχος γίνεται πολύ έντονο και έχει μεγάλη διάρκεια, όταν κυριαρχεί στο άτομο, όταν κινητοποιείται από ερεθίσματα που δεν είναι σημαντικά για την επιβίωση και οδηγεί σε λανθασμένες προβλέψεις και εκτιμήσεις, τότε γίνεται παθολογικό άγχος. Αυτό το παθολογικό άγχος, μπορεί να διαταράσσει την ικανότητά του ατόμου να ανταποκρίνεται στις καθημερινές δραστηριότητες. *(American Psychiatric Association (APA) 2003, National Mental Health Association, 2006)*

Ένας άλλος παράγοντας που συνδέει το άγχος με την κατάθλιψη είναι η σεροτονίνη. Οι άντρες συνθέτουν 52% γρηγορότερα σεροτονίνη από τις γυναίκες. Αυτή η διαφορά πιθανότατα εξηγεί και την μικρότερη συχνότητα νοσηρότητας του ανδρικού πληθυσμού από ενδογενή κατάθλιψη. Και τα δύο φύλα έχουν τα ίδια αποθέματα σεροτονίνης, αλλά αν αυτά καταναλωθούν απότομα εξαιτίας κάποιου αιφνίδιου και έντονου εξωτερικού στρες, τότε η μειωμένη σύνθεση σεροτονίνης στο γυναικείο πληθυσμό μπορεί να συμβάλλει στην ταχύτερη ή και εντονότερη κατάθλιψη. *(Nishizawa, S., Benkelfat, C., Young, S. N. et al.,1997)* Σε μια πρόσφατη έρευνα, αποδείχθηκε ότι η σεροτονίνη (μαζί με τη νορ-αδρεναλίνη) ρυθμίζει τα επίπεδα της γεύσης. Το γενικό επίπεδο άγχους συσχετίζεται άμεσα με την αντίληψη της γεύσης, που δείχνει ότι οι αλλαγές στη γεύση και την όρεξη, που βλέπουμε στις συναισθηματικές διαταραχές, οφείλονται σε μια πραγματική αλλαγή στο γευστικό σύστημα. *(Health, T.P., Melichar, J.K., Nutt, D.J., Donald, L.F,. et. al., 2006)*

Στο δείγμα μας παρατηρήθηκε επίσης ότι αυτοί που έχουν άριστη διάθεση είχαν μεγαλύτερο σκορ εξωστρέφειας (Μ.Ο. 16,25). Αυτό δείχνει φυσιολογικό, αφού τα άτομα αυτά αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους και αυτό το βγάζουν προς τα έξω. Όμως οι ίδιοι εμφανίζουν και μεγαλύτερο ψυχωτισμό (Μ.Ο. 5,3) από αυτούς που δεν έχουν και τόσο καλή διάθεση. Αυτό πολύ πιθανόν να συμβαίνει γιατί όσοι έχουν άριστη διάθεση δεν έχουν ενσυναίσθηση και δεν τους νοιάζουν τα προβλήματα των άλλων.

Ο υπερβολικός βαθμός επιθετικότητας, σε συνδυασμό με την άσχημη διάθεση μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στην αυτοκτονία. Ο Abraham ήταν ένας από τους πρώτους που ασχολήθηκε με τη σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στην εχθρικότητα. Η κλασική ψυχαναλυτική άποψη (Freud, Abraham) είναι ότι η επιθετικότητα εναντίον ενός "αγαπημένου" αντικειμένου, γίνεται επιθετικότητα προς τον εαυτό όταν το αντικείμενο αυτό χαθεί, με τη διαδικασία της ενδοβολής. *(Farmer, R., 1987, Abraham, K., 1924, Freud, S., 1917)*

Άλλες μελέτες από τότε έχουν επιβεβαιώσει την σχέση ανάμεσα στην επιθετικότητα, εχθρικότητα και την κατάθλιψη αλλά έχει υπάρξει διαφωνία για τη φύση αυτής της σύνδεσης. Μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η εχθρικότητα ενδοβάλεται. *(Blackburn, I., Lyketsos, G., Tscantis, I., 1979).* Πέρα από το ψυχοδυναμικό μοντέλο και τη κοινή νευροβιοχημική βάση της κατάθλιψης με την επιθετικότητα συνηγορούν σε αυτή τη συσχέτιση της κατάθλιψης και της επιθετικότητας π.χ. η ελαττωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα (ελάττωση του κυρίου μεταβολίτη CSF 5- HIAA) παρατηρείται τόσο στην επιθετική συμπεριφορά όσο και στην κατάθλιψη. *(Castrogiovanni, P., Pievaccini, F., Di Muro, A,. 1998; Coccaro, E.F., 1992)*

Σε μια μελέτη, ερευνήθηκαν 28 άτομα (13 άντρες, 15 γυναίκες) που νοσηλεύτηκαν στο Γ άξονα οξέων περιστατικών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) με διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής. Η εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας έγινε με την κλίμακα Hamilton-D και της επιθετικής συμπεριφοράς με τις ειδικές ερευνητικές κλίμακες του MMPI για την εχθρικότητα, την βιαιότητα, την παρορμητικότητα και την αναστολή της εκφρασμένης επιθετικότητας με την σωματοποίηση. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι στους ασθενείς της

μελέτης δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αποκλίσεις των κλιμάκων από το μέσο όρο του γενικού πληθυσμού. Παρατηρήθηκαν συσχετίσεις όπως έντονη ανεσταλμένη επιθετικότητα σε μικρότερης βαρύτητας κατάθλιψη και σε άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό χωρίς απόπειρες αυτοκτονίας. Αυτό συνηγορεί στο ότι η παρουσία ενοχής, θυμού που δεν εκφράζονται ελεύθερα και ανοιχτά ενισχύει την ύπαρξη αρνητικών σκέψεων. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός διευκολύνεται από τις αρνητικές σκέψεις του παρελθόντος και του παρόντος που είναι τυπικές στην κατάθλιψη με τη μορφή των τύψεων, της ενοχής, του μίσους όταν το άτομο αδυνατεί να εκφράσει το θυμό του προς τους άλλους άμεσα ή έμμεσα. Αυτή η συμπεριφορική αναστολή συνδυάζεται με την ψυχοκινητική επιβράδυνση τυπική της κατάθλιψης. *(Castrogiovanni, P., Pievaccini, F., Di Muro, A., 1998)*

Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες και τη διάθεση, παρατηρούμε ότι αυτοί που έχουν άριστη διάθεση έχουν και καλύτερες διατροφικές συνήθειες. Νιώθουν καλά με τον εαυτό τους και προσέχουν το σώμα τους. Από την άλλη όμως, τα άτομα με άριστη διάθεση παρουσιάζουν επεισόδια βουλιμίας. Αυτό εξηγείται και με έρευνες που έχουν διεξαχθεί. Μια από τις βασικότερες υποθέσεις που πρωτοεισήχθη στην επιστημονική κοινότητα σχετικά με την ευφορία που προκαλεί η κατανάλωση υδατανθρακούχων τροφίμων και ειδικά της σοκολάτας ήταν αυτή των Wurtman and Wurtman, το 1989. Σύμφωνα με αυτούς τους ερευνητές υπάρχει μια άμεση συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης υδατανθράκων και των επιπέδων σεροτονίνης του εγκεφάλου. *(Wurtman, R. J., Wurtman, J.J, 1989)* Το 1989 σε εργασία τους έδειξαν ότι η κατανάλωση ενός γεύματος πλούσιο σε υδατάνθρακες, αλλά φτωχού πρωτεϊνικά βραδινού γεύματος, βελτίωσε την κατάθλιψη, την ένταση, το θυμό, τη θλίψη, την κούραση. *(Wurtman, J.J., Bzezinski, A., Wurtman, R.J., et al, 1989)*

Το 1993 σε άλλη μελέτη, ισχυροποιείται η υπόθεση της σεροτονίνης. Η ανικανότητα να ελεγχθεί η κατανάλωση τροφίμων και η έλλειψη άσκησης, μπορεί να προκαλέσει επαναλαμβανόμενα επεισόδια αύξησης βάρους. Πολλά άτομα που αποτυγχάνουν να διατηρήσουν ένα φυσιολογικό βάρος, μπορούν να είναι ευαίσθητα σε καθημερινές-μηνιαίες ή εποχιακές διαταραχές της διάθεσης, που οδηγούν σε μια υπερβολική κατανάλωση πλούσιων σε υδατάνθρακες τροφίμων. Οπότε, η αύξηση της

σεροτονίνης εξαιτίας διατροφικών διαταραχών και συγκεκριμένα της βουλιμίας, προκαλεί και μια αύξηση στη διάθεση προς το καλύτερο φυσικά, αλλά είναι κάτι προσωρινό. (Wurtman, J. J., 1993) Επομένως, καταλαβαίνουμε ότι τα άτομα με άριστη διάθεση είναι δύσκολο να ελέγχουν το φαγητό τους λόγω των διατροφικών διαταραχών που παρουσιάζουν εξαιτίας της διάθεσής τους.

Άλλη μελέτη αναφέρει ότι όλων των ειδών τα δυσάρεστα συναισθήματα μπορούν να προκαλέσουν επεισόδια βουλιμίας όπως, για παράδειγμα, η κατάθλιψη που αποτελεί ένα ιδιαίτερο ισχυρό ερέθισμα. Άλλα συναισθήματα που μπορεί να προκαλέσουν αίτια εκδήλωσης ενός βουλιμικού επεισοδίου είναι το άγχος, η απόγνωση, η μοναξιά, η πλήξη, ο εκνευρισμός και ο θυμός. *(Fairburn, C. L., & Cooper, Z., 1993)*

Στην έρευνά μας παρατηρούμε ότι τα άτομα ηλικίας 30-40 ετών μπορούν να προσαρμοστούν ευκολότερα στο κοινωνικό περιβάλλον (Μ.Ο. 23,49), από τα άτομα ηλικίας 20-29 ετών (Μ.Ο. 23,03). Αυτό πιθανότατα συμβαίνει γιατί τα μεγαλύτερα άτομα θεωρούν τον εαυτό τους ολοκληρωμένες προσωπικότητες και έχουν αναπτύξει τις παρέες τους. Ενώ, τα μικρότερα άτομα δεν έχουν ολοκληρώσει την κοινωνική αναζήτηση, οπότε και κοινωνικά προσπαθούν να ενταχθούν σε ομάδες και να προσαρμοστούν με τη σειρά τους στην κοινωνία. Η πορεία της κοινωνικής προσαρμογής του ατόμου, κυρίως του νέου ατόμου, εξαρτάται και επηρεάζεται στο μεγαλύτερο βαθμό της από την πορεία της κοινωνικής του ανάπτυξης η οποία αφορά ποικίλες παραμέτρους. *(Τσουκαρέλλης, Π., & Παπάνης, Ε., 2007)*

Με βάση τον επαγγελματικό τομέα του δείγματός μας, αυτοί που έχουν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή είναι οι ελεύθεροι επαγγελματίες (Μ.Ο. 24,4). Αυτό φαίνεται λογικό, καθώς λόγω των απαιτήσεων της δουλειάς τους πρέπει να βρίσκονται σε μια συνεχή επαφή με άλλα άτομα, οπότε αυτό τους κάνει να προσαρμόζονται αναγκαστικά στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Οι διαφορές στην προσωπικότητα οδηγούν και σε διαφορές στην κοινωνική προσαρμογή τόσο μέσα στον χώρο εργασίας όσο και έξω από αυτόν. Τα άτομα που δεν έχουν φίλους μπορεί να μην συνειδητοποιούν τι έχουν να προσφέρουν ή να μην ξέρουν πώς να το κάνουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν η προσωπικότητα, το περιβάλλον και τα ενδιαφέροντα του κάθε ατόμου, διαφέρουν πολύ από αυτά των φίλων, μπορεί πραγματικά, και χωρίς να φταίνε γι' αυτό να μην διαθέτουν τίποτα που να έχει αξία για τους φίλους. Τα άτομα αυτά είναι ευάλωτα σε αισθήματα

μοναξιάς, κατάθλιψης και απόρριψης, που μπορούν να κρατήσουν μια ολόκληρη ζωή *(Hartup 1984)*.

Όταν ο άνθρωπος μεγαλώνει με γονείς ικανούς που του εμπνέουν σεβασμό και στοργή, κατανόηση και λογική, σαφή καθοδήγηση, έχει εφοδιαστεί με κάθε δυνατότητα να μάθει να κοινωνικοποιείται ικανοποιητικά με τους άλλους και να προσαρμόζεται στον κοινωνικό του περιβάλλον. Εάν οι γονείς ενθαρρύνουν τα παιδιά τους από μικρή ηλικία να σχετίζονται ελεύθερα με τους άλλους, να αποδέχονται και να εκτιμούν τον ρόλο τους στις κοινωνικές ανταλλαγές, αυτά μαθαίνουν να νιώθουν άνεση με τους άλλους ανθρώπους, να τους φέρονται με εμπιστοσύνη και εκφραστικότητα διατηρώντας ταυτόχρονα την αυτονομία και την ανεξαρτησία τους. *(Fontana 1996)* .

Στο δικό μας δείγμα παρατηρούμε ότι οι διαζευγμένοι είναι αυτοί οι οποίοι προσπαθούν να προσαρμοστούν κοινωνικά σε σχέση με τους έγγαμους και άγαμους. Αυτό συμβαίνει γιατί φοβούνται την μοναξιά και προφανώς η οικογένειά τους δεν έχει συμβάλλει σωστά στην καθοδήγηση της κοινωνικοποίησης με τα άλλα άτομα, οπότε προσπαθούν να βρίσκονται πάντα σε κάποια ομάδα.

Σύμφωνα με τον τόπο διαμονής, παρατηρούμε ότι στο Ηράκλειο υπάρχει μεγαλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Μ.Ο. 23,6) από ότι στη Σητεία (Μ.Ο. 22,7). Αυτό συμβαίνει γιατί σε μια μεγαλύτερη κοινωνία η ανάγκη κοινωνικοποίησης είναι μεγαλύτερη από μια κωμόπολη, στην οποία σχεδόν όλοι γνωρίζονται μεταξύ τους. Η ένταξη και προσαρμογή στην Κοινότητα προϋποθέτει μια συγκεκριμένη δυναμική σχέσεων με άλλα άτομα. *(Herbert 1991)*.

Επίσης, παρατηρούμε ότι σε μια κοινωνία μικρότερη όπως η Σητεία, υπάρχει μεγαλύτερος νευρωτισμός (Μ.Ο. 10,01) σε σχέση με το Ηράκλειο (Μ.Ο. 9,3). Αυτό πιθανότατα έχει να κάνει τόσο με τις ανάγκες της κοινωνίας και βασικά τους ρυθμούς ζωής, διότι είναι πολύ πιο ήπιοι σε σχέση με τις μεγαλουπόλεις. Επίσης, ίσως συμβαίνει εξαιτίας της μικρής-κλειστής κοινωνίας και του τρόπου ζωής που τους επιβάλλει αυτή. Ακόμα σε αυτό συμβάλλει και η χαμηλή αυτοεκτίμηση που έχουν. Όταν η αυτοεκτίμηση κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, ελαττώνεται η ικανότητα των ανθρώπων να προσαρμόζονται και να κινούνται ευέλικτα σε ακραίες, αρνητικά φορτισμένες συνθήκες. Τέτοιες καταστάσεις επηρεάζουν έντονα την προσωπικότητα. Μάλιστα τα αρνητικά γεγονότα έχουν μεγαλύτερη συναισθηματική επίδραση στους ανθρώπους από ότι τα

θετικά. Άτομα με χαμηλό δείκτη αυτοεκτίμησης, εκδηλώνουν περισσότερο άγχος, όταν καλούνται να ανταπεξέλθουν σε δύσκολες καταστάσεις συγκριτικά με άτομα υψηλής αυτοεκτίμησης, επειδή διαθέτουν λιγότερο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισής του. (*Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π., 2007)*

Στη Σητεία υπάρχει μεγαλύτερος βαθμός ψυχωτισμού (Μ.Ο. 5,27) από ότι στο Ηράκλειο (Μ.Ο. 5,19). Αυτοί οι άνθρωποι είναι πιο επιθετικοί, καχύποπτοι, εχθρικοί και βασικά πίσω από αυτά κρύβεται και ένας βαθμός ζήλειας. Ζηλεύουν τους άλλους και με την επιθετική συμπεριφορά προσπαθούν να υπερισχύσουν και να αναδείξουν τον εαυτό τους με διάφορους τρόπους. Η επιθετικότητα σε συνδυασμό με την κατάθλιψη, εμφανίζεται συχνότερα στους κατοίκους αγροτικών περιοχών. *(Σαλτός, Λ., 2008)*

Ως προς τους κοινωνικούς παράγοντες, βασικές αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν σε εκδηλώσεις βίας είναι η φτώχεια, η μετανάστευση, η ένταξη σε μειονότητες, οι δύσκολες συνθήκες, οι κοινωνικές προκαταλήψεις, ή αντίθετα, η απότομη κοινωνική πρόοδος και η ασύδοτη κοινωνική ευμάρεια. *(Καποδίστριας, Κ., 2007)*

Γενικά παρατηρήθηκε ότι οι διατροφικές συνήθειες του δείγματος είναι καλές, με μικρή διαφορά οι διατροφικές συνήθειες του Ηρακλείου να εμφανίζονται λίγο καλύτερες. Αν και κανονικά αυτό θα έπρεπε να συμβαίνει στη Σητεία, διότι οι άνθρωποι προσπαθούν να διατηρούν τον κρητικό τρόπο διατροφής, σε αντίθεση με το Ηράκλειο που ο τρόπος ζωής τους, τους αναγκάζει να τρώνε έτοιμα γεύματα. Στη Σητεία όμως παρατηρούμε ότι υπάρχουν μαρτυρίες για επεισόδια βουλιμίας. Αυτό πιθανότατα συμβαίνει, γιατί τα άτομα αυτά που ζούνε σε μια κλειστή κοινωνία πολλές φορές προσπαθούν να δείξουν κάτι που δεν είναι, σύμφωνα με τα διάφορα πρότυπα που τους προβάλλονται από τις διαφημίσεις. Επειδή λοιπόν, θέλουν να έχουν ένα ωραίο σώμα και επειδή αυτό δεν τους το επιτρέπει κατά κάποιο τρόπο ούτε η κουζίνα τους, ούτε η κοινωνία τους, υποπέφτουν σε επεισόδια. Όμως, όπως ήδη αναφέραμε και παραπάνω, από έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί, παρατηρούμε ότι η βουλιμία εμφανίζεται σε ανεπτυγμένες χώρες που τα άτομα θέλουν οπωσδήποτε να μοιάσουν σε κάποιο μοντέλο και σε άτομα που ανήκουν σε υψηλές κοινωνικές τάξεις. *(Vandereycken, W. & Hoek, H. W., 1993)*

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι αυτοί που έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο, έχουν και καλύτερη κοινωνική προσαρμογή (Μ.Ο. λυκείου 23,04, Μ.Ο.

τεχνικής/επαγγελματικής σχολής 22,71, Μ.Ο. ανώτερης σχολής 24,15 και Μ.Ο. ανώτατης σχολής 23,59). Σύμφωνα με τον Erikson (1968), το κάθε άτομο πρέπει να επεξεργαστεί τέσσερις αναπτυξιακές κρίσεις που θα το οδηγήσουν στην εδραίωση της προσωπικής του ταυτότητας που είναι εξαιρετικά σημαντική για την ομαλή του κοινωνική προσαρμογή. Αυτές είναι :

1. Η εδραίωση εμπιστοσύνης. Η αναζήτηση αυτή λειτουργεί σε διάφορα επίπεδα συγχρόνως τόσο στην προσωπική όσο και στην κοινωνική σφαίρα. Αναζήτηση αξιόπιστων και αξιοθαύμαστων φίλων, επιλογή ερωτικού συντρόφου, αναζήτηση πολιτικών σκοπών και αρχηγών.

2. Η εδραίωση αυτονομίας. Να επιλέγει κανείς μόνος του την πορεία της ζωής του, αντί να υπακούει στις αποφάσεις που επιβάλλουν οι γονείς του ή οι υπόλοιποι άνθρωποι επιρροής.

3. Η λήψη πρωτοβουλιών. Να βάζει τους δικούς του στόχους και να μην συμβιβάζεται με την περιορισμένη πραγματικότητα που πιθανόν να έχουν ορίσει γι' αυτόν οι ενήλικες.

4. Η εργατικότητα. Η σχετική ανεξαρτησία της ενήλικης ζωής ενέχει και την υποχρέωση της ευθύνης για τους στόχους και για την ποιότητα της δουλειάς. *(Cole 2002)*.

Συνεπώς, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι λογικό να μην μπορούν να κοινωνικοποιηθούν εύκολα, λόγω έλλειψης των παραπάνω δυνατοτήτων που θα τους εξασφάλιζε μια ομαλότερη προσαρμογή στην κοινωνία.

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι αυτοί που έχουν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα ή που και σε αυτό το διάστημα βρίσκονται σε κάποια δίαιτα έχουν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή (Μ.Ο. 24,8). Αυτό πιθανότατα συμβαίνει, γιατί τα άτομα νιώθουν καλύτερα με τον εαυτό τους, είναι ικανοποιημένα με το αποτέλεσμα της δίαιτας και έτσι προσαρμόζονται καλύτερα, νιώθουν αυτοπεποίθηση και αρχίζουν να νιώθουν και αυτοεκτίμηση. Η έννοια της υψηλής αυτοεκτίμησης καθορίζεται από δύο κυρίως παραμέτρους: Από την θετική αλλά ταυτόχρονα ρεαλιστική αξιολόγηση του εαυτού και από τον βαθμό που κάποιος μπορεί να ελέγξει εξωτερικούς παράγοντες και να χειριστεί επιτυχώς καθημερινά απλά ζητήματα. Οι αντιδράσεις και οι προσωπικές επιλογές σε δεδομένη χρονική στιγμή, επηρεάζονται από την αντίληψη του εαυτού. Όταν λοιπόν

κάνοντας κάποια δίαιτα, αρχίζουν να νιώθουν καλά με τον εαυτό τους, τον αξιολογούν σωστά και έτσι δεν επηρεάζονται. (*Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π., 2007)*

Στο δείγμα μας φάνηκε ότι όσοι γυμνάζονται έχουν μεγαλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Μ.Ο. 23,4). Η συμμετοχή των ατόμων σε προγράμματα άσκησης ή τον αθλητισμό εκτός από τη θετική επίδραση στο επίπεδο της σωματικής τους εικόνας, συντελεί στην αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησής τους *(Sonstroem, 1984)*. Αυτό έχει να κάνει και με τη διάθεση του ατόμου. Συνήθως, αυτοί που γυμνάζονται έχουν και άριστη διάθεση, είναι πιο επικοινωνιακοί, οπότε προσαρμόζονται ευκολότερα κοινωνικά, σε αντίθεση με αυτούς που παραπονιούνται για σχεδόν καθημερινή έλλειψη ενεργητικότητας ή κόπωση, μείωση της ικανότητας συγκέντρωσης και μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων. Αυτά τα άτομα, μπορεί να βρίσκονται σε ένταση ή αναστάτωση, ή αντίθετα να έχουν επιβραδυμένη κινητικότητα. Πολλοί έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση ή νιώθουν υπερβολικές ενοχές και τείνουν να ανακυκλώνουν τα πράγματα *(Ducro & Pham , 2006)* Επομένως, καταλαβαίνουμε ότι είναι και δύσκολο αν το άτομο δεν νιώθει καλά με τον εαυτό του πρώτα και με τους γύρω του έπειτα, να προσαρμοστεί κοινωνικά.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με βάση το πρόγραμμα του Spss, όπου έγιναν οι αναλύσεις της έρευνάς μας παρατηρήσαμε τα εξής:

- Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και την κλίμακα ψεύδους, το οποίο σημαίνει ότι όσο το άτομο μεγαλώνει ηλικιακά, έχει την τάση να ψεύδεται περισσότερο.
- Μεταξύ των επαγγελμάτων και του νευρωτισμού, εμφανίζεται συσχέτιση και συγκεκριμένα όσο πιο αβέβαιο- μη μόνιμο είναι ένα επάγγελμα (ιδιωτικοί υπάλληλοι, φοιτητές), τόσο μεγαλύτερος είναι και ο νευρωτισμός.
- Το ίδιο συμβαίνει και με τον ψυχωτισμό. Τα επαγγέλματα που είναι εποχικά και με αβέβαιο μέλλον, εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό ψυχωτισμού.
- Σε μερικά επαγγέλματα, λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων, τα άτομα αναγκάζονται να λένε ψέματα. Σύμφωνα με το δείγμα μας, παρατηρήσαμε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα επαγγέλματα και την κλίμακα ψεύδους.
- Επίσης φάνηκε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα επαγγέλματα και τις καλές διατροφικές συνήθειες. Συγκεκριμένα, τα επαγγέλματα που ακολουθούν ένα συγκεκριμένο ωράριο εργασίας (δημόσιοι υπάλληλοι, ιδιωτικοί υπάλληλοι), έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες.
- Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση και την κλίμακα ψεύδους, παρατηρήθηκε ότι οι διαζευγμένοι ψεύδονται περισσότερο από τους έγγαμους και τους άγαμους.
- Ακόμα, διαπιστώσαμε ότι στο Ηράκλειο υπάρχει καλύτερη κοινωνική προσαρμογή σε σχέση με τη Σητεία. Όπως επίσης, παρατηρήθηκε και μεγαλύτερη κλίμακα ψεύδους στο Ηράκλειο σε σχέση με τη Σητεία.
- Ανάμεσα στις σπουδές και το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο, υπάρχει θετική συσχέτιση. Όσοι έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο, έχουν και καλύτερη κοινωνική προσαρμογή, σε σχέση με αυτούς που έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.
- Όσα άτομα από το δείγμα μας έμεναν μόνα, εμφάνισαν μεγαλύτερη κλίμακα ψεύδους από τα άτομα που δεν έμεναν μόνα.

- Ανάμεσα στη σωματική άσκηση και τον νευρωτισμό, παρατηρήθηκε ότι όσοι δεν ασκούνταν είχαν υψηλότερο σκορ νευρωτισμού από αυτούς που ασκούνταν. Ενώ, ανάμεσα στη σωματική άσκηση και την εξωστρέφεια, παρατηρήθηκε ότι όσοι αθλούνταν είχαν μεγαλύτερο βαθμό εξωστρέφειας, από αυτούς που δεν αθλούνταν.
- Όσοι βρίσκονταν εκείνο το διάστημα της έρευνας σε κάποια δίαιτα, εμφάνισαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή, από αυτούς που δεν βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα. Όπως επίσης, αυτοί που βρίσκονταν σε κάποια δίαιτα, εμφάνισαν και καλύτερες διατροφικές συνήθειες. Όσοι λοιπόν, είχαν κάνει κάποια στιγμή της ζωής τους δίαιτα, από τη μία εμφάνισαν καλύτερες διατροφικές συνήθειες, όμως από την άλλη εμφάνισαν και βουλιμικά επεισόδια.
- Παρατηρήσαμε ακόμα ότι όσοι δεν είχαν και τόσο καλή διάθεση (μέτρια), παρουσίασαν μεγαλύτερο βαθμό νευρωτισμού, ενώ όσοι είχαν άριστη διάθεση παρουσίασαν μεγαλύτερο βαθμό εξωστρέφειας.
- Σημαντική ήταν και η συσχέτιση ανάμεσα στο νευρωτισμό και την εξωστρέφεια, όπου παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνεται η μία μεταβλητή, μειώνεται η άλλη. Ενώ, ανάμεσα στον νευρωτισμό και τον ψυχωτισμό, παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνεται η μία μεταβλητή, αυξάνεται και η άλλη. Αρνητική συσχέτιση παρατηρείται ανάμεσα στο νευρωτισμό και την κλίμακα ψεύδους, δηλαδή όσο αυξάνεται το ένα, τόσο μειώνεται το άλλο.
- Ανάμεσα στις βουλιμικές τάσεις και το νευρωτισμό, παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται ο νευρωτισμός, αυξάνονται και οι βουλιμικές τάσεις και το αντίθετο.
- Τα άτομα του δείγματός μας που ήταν πιο εξωστρεφή, εμφάνισαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή.
- Όσο αυξανόταν ο ψυχωτισμός, μειωνόταν η κλίμακα ψεύδους και το αντίθετο.
- Όσο αυξάνονταν τα βουλιμικά επεισόδια, μειωνόταν η κλίμακα ψεύδους.
- Άτομα με καλές διατροφικές συνήθειες, παρουσίασαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή.
- Τέλος, όσο αυξανόταν η κοινωνική προσαρμογή, αυξάνονταν και τα βουλιμικά επεισόδια.

Στην έρευνά μας παρατηρήσαμε ότι ένα ποσοστό ατόμων παρουσίασε ανώμαλες διατροφικές συνήθειες και διαταραγμένη εικόνα εαυτού. Όμως τα στοιχεία μας δεν ήταν επαρκή για να βγάλουμε κάποιο συμπέρασμα συγκεκριμένα που να αφορά τις διατροφικές διαταραχές και τους άντρες. Έτσι καλό θα ήταν να γίνουν περαιτέρω έρευνες πάνω στις διατροφικές διαταραχές (ψυχογενή βουλιμία, ψυχογενή ανορεξία, μυϊκή δυσμορφία) και τους άντρες. Επίσης καλό θα ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική τους- οικογενειακή τους- ψυχολογική τους κατάσταση και το μορφωτικό τους επίπεδο, καθώς ότι γνωρίζουμε για τις διαταραχές αυτές και τους άντρες, τις περισσότερες πληροφορίες τις έχουμε από μαρτυρίες θεράποντων ιατρών σχετικά με την επιδημιολογία των διατροφικών διαταραχών σε άντρες που αναζήτησαν ιατρική βοήθεια. Καλό επίσης θα ήταν να γίνουν και έρευνες στα γυμναστήρια όπου εκεί αρχίζει να υπάρχει το πρόβλημα των αντρών για την εικόνα του σώματός τους, ψάχνοντας διάφορες λύσεις σε διάφορα συμπληρώματα διατροφής και ουσίες που τα προμηθεύονται από τον γυμναστή τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) Μάνος, Ν. «*Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής»* University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1997.

2) Βασιλάκη, Ε. «Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας EPQ: στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό, ενήλικο και παιδικό» *Εγκέφαλος,* 1986, **23**, 41-54.

3) Garner, M. D., Olmsted, P.M., Bohr, Y. et al. «The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates» *Psychological Medicine*, 1982, **12**, 871-878.

4) Ortat, G., Ibanez, M. I., Moro, M., et al. «Psychometric appraisal of Eysenck's revised Psychoticism scale: a cross-cultural study» *Bond University*, 1999.

5) Phillips, G., Katharine, A. M. D. and Susan, F. M. D. «*Gender Differences in Body Dysmorphic Disorders*» American Psychiatric Association, Miami, Florida, 1995.

6) Phillips, G. and Katharine, A. M. D. «*Quality Of Life for Patients with Body Dysmorphic Disorder*» American Psychiatric Association, Washington, DC, May 15 to 20, 1999.

7) Perugi, Giulio, M. D., Akiskal, Hagop, S. M. D., Giannotti, Daniele, M. D., et al. «*Gender-Related Differences in Body Dysmorphic Disorder*» University of Pisa, Italy, 1994.

8) Θεοδωράκης, Γ. «Σωματική εικόνα, σωματική κάθεξη και ψυχική υγεία» *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 1999, **1**, 91-110.

9) Wilhelm, S., Otto, W. M., Lohr, B. and Deckersbach, T. «*Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series*» Massachusetts General Hospital and Harvard Medical school, Charlestown, 1998.

10) Ishigooka, J. M. D. PhD., Iwao, M. M. D., Suzuki, M. PhD., et al. «Demographic features of patients seeking cosmetic surgery» *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1998, **52**, 283-287.

11) Mc Cabe, E. R., Mc Farlane, T., Polivy, J., et al. «*Eating Disorders, Dieting and Accuracy of Self-Reported Weight*» Department of Psychiatry, The University of Toronto, Toronto, Canada, 1999.

12) Leon, R. G., Eckert, D E., Teed, D., et al. «Changes in body Image and Other Psychological factors After Intestinal Bypass Surgery for Massive Obesity» *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. **2**, No 2, 1979.

13) Preschool, J. M. M. D., «Body Image Dissatisfaction in Male Cosmetic surgery Patients» *Ash. Plast. Surg*, 1998, **22**, 20-24.

14) Rosen, C. J. Reiter, J. and Orosan, P. «Cognitive-Behavioral Body Image Therapy for Body Dysmorphic Disorder» *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, Vol. **63**, No 2, 263-269.

15) Sarwer, B. D. «The "obsessive" Cosmetic Surgery Patient: A Consideration of Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder» *Plastic Surgical Nursing*, 1997, Vol. **17**, No. 4, 193-209.

16) Betz, E. N., Mintz, L. and Speakmon, G. «Gender Differences in the Accuracy of Self-Reported Weight» *Sex Roles*, 1994, **30**, 543-552.

17) Koening, L. and Wasserman, E. «Body image and dieting failure in college men and women: Examining links between depression and eating problems» *Sex Roles*, 1995, **32**, 225-249.

18) Benninghoven, D. Tetsh, N. and Jantschek, G. «Patients with eating disorders and their siblings: An investigation of body image perceptions» *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2007.

19) Garner, D. M. and Garfinkel, P.E. «The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa» *Psychological Medicine,* 1979, **9**, 273-279.

20) Βάρσου, Ε. and Τρίκκας, Γ. «Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης της τροφής EDI, EAT-26 και BITE σε ελληνικό πληθυσμό: Προκαταρκτικά ευρήματα» *Ανακοίνωση στο 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής,* Βόλος, 1991.

21) Σίμος, Γ. «Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης» Διδακτορική Διατριβή, *Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Νευροεπιστημών,* Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 1996.

22) Hollander, E .M .D. and Wong, M. M. D. «Body Dysmorphic Disorder, Pathological Gambling and Sexual Compulsions» *J Clin Psychiatry,* 1995, **56**, 7-12.

23) Lather, J.D. and Clyne, C. «The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder» *International Journal of Eating Disorders,* 2007.

24) Unterhalter, G., Farrell, S. and Mohr, C. «Selective memory biases for words reflecting sex-specific body image concerns» *Eat Behav.*, 2007, **3**, 382-390.

25) Phillips, K. A. «Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness» *World Psychiatry,* 2004, **3**, 12-15.

26) Benninghoven, D., Jurgens, E., Mohr, A., et al. «Different Changes of Body-Images in Patients with Anorexia or Bulimia Nervosa During Inpatient Psychosomatic Treatment» *European Eating Disorders Review,* 2006, **14,** 88-96.

27) Leit, A. R., Pope, G. H. and Gray, J. J. «Cultural Expectations of Muscularity in Men: The Evolution of Playgirl Centerfolds» *Eastern Psychological Association,* 1999.

28) Evren, C. M. D. and Can, S. M. D. «Clinical Correlates of Dissociative Tendencies in Male soldiers with Conversion Disorder» *Isr Psychiatry Relat Sci,* 2007, **44**, 33-39.

29) Baghurst, T., Hollander, D. B., Nardella, B., et al. «Change in sociocultural ideal male Physique: An examination of past and present action figures» *Body Image,* 2006, **3**, 87-91.

30) Pope, H.G.J., Phillips, K.A. and Olivardia, R. «*The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*» The Free Press, New York, 2000.

31) Pope, H.G.J., Olivardia, R.,Gruber, A.J., et al. «Evolving ideals of male body image as seen through action toys» *International Journal of Eating Disorders*, 1999, **26**, 65–72.

32) Olivardia, R. «Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all: The features and phenomenology of muscle dysmorphia» *Harvard Review of Psychiatry*, 2001, **9**, 254–259.

33) Morgan, J.F. «From Charles Atlas to Adonis complex: Fat is more than a feminist issue» *Lancet*, 2000, **356**, 1372–1374.

34) Alexander, S.M. «Stylish hard bodies: Branded masculinity in Men's Health magazine» *Sociological Perspectives*, 2003, **46**, 535–554.

35) Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., et al. «Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder» *Psychosomatics,* 1997, **38**, 548–557.

36) Leit, R.A. «*Self-esteem and body satisfaction in men: Men in pursuit of the ideal body*» Paper presented at the annual meeting of the Eastern Psychological Association, Boston, 2004.

37) Blouin, A.G. and Goldfield, G.S. «Body image and steroid use in male bodybuilders» *International Journal of Eating Disorders*, 1995, **18**, 159–165.

38) Davis, C., Shapiro, M.C., Elliot, S., et al. «Personality and other correlates of dietary restraint: An age by sex comparison» *Personality and Individual Differences*, 1993, **14**, 297–305.

39) Cafri, G., Straus, J. and Thompson, J. K. «Male body image: Satisfaction and its relationship to well-being using the somatomorphic matrix» *International Journal of Men's Health*, 2002, **1**, 215–231.

40) Pope, H. G., Gruber, A., Mangweth, B., et al. «Body image perception among men in three countries» *American Journal of Psychiatry*, 2000, **157**, 1297–1301.

41) Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., et al. «Body fat perception in eating-disordered men» *International Journal of Eating Disorders*, 2004, **35**, 102–108.

42) Leit, R. A., Gray, J. J. and Pope, H. G. «The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia?» *International Journal of Eating Disorders*, 2002, **31**, 334–338.

43) Yang, C. F., Gray, P. and Pope, H. G. «Male body image in Taiwan versus the West: Yang gang Zhiqi meets the Adonis complex» *American Journal of Psychiatry*, 2005, **162**, 263–269.

44) Hart, B.A., Gilner, F.H., Handal, P.J., et al. «The relationship between Perfectionism and self-efficacy» *Personality and Individual Differences*, 1998, **24**, 109 –113.

45) Rosen, J. C., Reiter, J. and Orosan, P. «Cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder» *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, **63**, 263-269.

46) Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., et al. «Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases» *Int J Eating Dis*, 1994, **15**, 125-134.

47) Cash, T. F. and Strachan, M. D. «*Cognitive- Behavioral approaches to changing body image*» New York: Guilford Press, 2002, 478–486.

48) Rosen, J. C. «*Cognitive-behavioral body image therapy*» New York: Guilford Press, 1997, 188-204.

49) Rosen, J.C. and Reiter, J. «Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination» *Beh Res Ther*, 1996, **34**, 755-766.

50) Olivardia, R., Pope, H.G., Jr., Mangweth, B., et al. «Eating disorders in college men» *Am J Psychiatry*, 1995, **152**, 1279-1285.

51) Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., et al. «Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases» *Br J Psychiatry*, 1996, **169**, 196-201.

52) Phillips, K.A. «Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness» *Am J Psychiatry*, 1991, **148**, 1138-1149.

53) Polivy, J. and Herman, C. P. «Causes of eating disorders» *Annual Review of Psychology*, 2002, **53**, 187–213.

54) Phillips, K.A. «*The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorderer*» New York: Oxford University Press, 1996.

55) Walcott, D.D., Pratt, H.D. and Patel, D.R. «Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues» *J Adolescentres*, *2003,* 18(3), 223-243.

56) Klein, D.A. and Walsh, B.T. «Eating disorders» *Int Rev Psychiatr*, 2003, 15(3), 205-216.

57) Bruch, H. «Anorexia nervosa: therapy and theory» *Am J Psychiatry*, 1982, **139**, 1531-1538.

58) Sharp, C.W. and Freeman, C.P.L. «The medical complications of anorexia nervosa» *Br J Psychiatry*, 1993, **162**, 452-463.

59) Keel, P.K. and Klump, K.L. «Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology» *Psychol-Bull*, 2003, 129(5), 747-769.

60) Raymond, N.C., Neumeyer, B., Warren, C.S., et al. «Energy intake patterns in obese women with binge eating disorder» *Obes-Res*, 2003, 11(7), 869-879.

61) Hollander, E., Liebowitz, M.R., Winchel, R., et al. «Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers» *Am J Psychiatry*, 1989, **146**, 768-770.

62) Olivardia, R., Pope, H.G. and Hudson, J.I. «Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study» *Am J Psychiatry* 2000, **157**, 1291–1296.

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

64) Deter, H.C. and Herzog, W. «Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Manheim Study» *Psychosom Med*, 1994, **56**, 20-27.

65) Guertin, T.L. and Conger, A.J. «Mood and forbidden foods' influence on perceptions of binge eating» *Addict Behav*, 1999, **24**, 175–193.

66) Johnson, W.G., Robertson-Nay, R., Rohan, K.J. and Torgrud, L. «An experimental investigation of DSM-IV binge-eating criteria» *Eat Behav*, 2003, **4**, 295–303.

67) Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., et al «Psychotherapy and bulimia nervosa- long term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy» *Arch Gen Psychiatry*, 1993, **50**, 419-428.

68) Weiller, E., Bisserbe, J.C., Boyer P., et al «Social phobia in general health care: an unrecognized, undertreated, disabling disorder» *Br J Psychiatry*, 1996, **168**, 169-174.

69) Crow, S.J., Agras, W.S., Halmi, K., et al «Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: A multicenter study» *Int J Eat Disord*, 2002, **32**, 309–318.

70) Martin, C.K., Williamson, D.A. and Thaw, J.M. «Criterion validity of the multiaxial assessment of eating disorders symptoms» *Int J Eat Disord*, 2000, **28**, 303–310.

71) Williamson, D.A, Gleaves, D.H. and Stewart, T.M. «Categorical versus dimensional models of eating disorders: An examination of the evidence» *Int J Eat Disord*, 2005, **37**, 1–10.

72) Johnson, J.G., Spitzer, R.L. and Williams, B.W. «Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among

primary care and obstetric gynaecology patients» *Psychol Med*, 2001, **31**, 1455–1466.

73) Becker, A., Grinspoon, S., Klibanski, A., et al «Current concepts:Eating disorders» *N Eng J Med*, 1999, **340**, 1092–1098.

74) Allison, K.C., Grilo, C.M., Masheb, R.M., et al «Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating» *J Consult Clin Psychol*, 2005, **73**, 1107–1115.

75) Hrabosky, J.I., Masheb, R.M., White, M.A., et al «Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder» *J Consult Clin Psychol*, 2007, **75**, 175–180.

76) Phillips, K.A. «Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder:review of the evidence and a recommended treatment approach» *CNS Spectrums*, 2002, **7** ,453-460.

77) Blouin, A. G. and Goldfield, G. S. «Body image and steroid use in male bodybuilders» *International Journal of Eating Disorders*, 1995, **18**, 159-165.

78) Phillips, K.A., Nierenberg, A.A., Brendel, G., et al «Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression» *J Nerv Ment Dis*, 1996, **184**, 125-129.

79) Rosenblum, G.D. and Lewis, M. «The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence» *Child Dev*, 1999, **70**, 50–64.

80) Cohn, L.D. and Adler, N.E. «Female and male perceptions of ideal body shapes» *Psychol of Women Q*, 1992, **16**, 69–79.

81) Kanayama, G., Pope, H.G. and Hudson, J.I. «“Body image” drugs: a growing psychosomatic problem» *Psychother Psychosom*, 2001, **70**, 61–65.

82) Pope, H.G., Olivardia, R., Borowiecki, J.J., et al «The growing commercial value of the male body: a longitudinal survey of advertising in women’s magazines» *Psychother Psychosom*, 2001, **70**, 189–192.

83) Raymond, N.C., Bartholome, L.T., Lee, S.S., et al. «A comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis» *Int J Eat Disord*, 2007, **40**, 67–71.

84) Pawlow, L.A., O'Neil, P.M. and Malcolm, R.J. «Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns» *Int-J-Obes-Relat-Metab-Disord*, 2003, 27(8), 970-978.

85) Slade, P. «Body image in anorexia nervosa» *British Journal of Psychiatry*, 1988, **153**, 20–22.

86) Masheb, R.M. and Grilo, C.M. «Binge eating disorder; a need for additional diagnostic criteria» *Compr Psychiatry*, 2000, **41**, 159–162.

87) Gelernter, C.S., Uhde, T.W., Cimbolic, P., et al. «Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. ‘‘A controlled study’’» *Arch Gen Psychiatry*, 1991, **48**, 938-945.

88) Neziroglu, F. and Khemiani-Patel, S. «A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder» *CNS Spectrums*, 2002, **7**, 464-471.

89) Κωνσταντινίδου, Μ. «Διαταραχές της Θρέψης - *Ο ρόλος του διαιτολόγου στη θεραπευτική αντιμετώπιση*» Πανελλήνιο Συνέδριο Διατροφής Διαιτολογίας, 2000, 93-98.

90) Kaplan, H.I., Sadock, B.J. and Grebb, J.A. «*Ψυχιατρική*» 7η ΕΚΔΟΣΗ, Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, 2000.

91) Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., et al. «Recurrent binge eating with and without the ‘‘undue influence of weight or shape on self-evaluation’’: Implications for the diagnosis of binge eating disorder» *Behav Res Ther*, 2007, **45**, 929–938.

92) Pope, H.G., Gruber, A.J., Mangweth, B., et al. «Body image perception among men in three countries» *Am J Psychiatry*, 2000, **157**, 1297–1301.

93) Baluch, B., Furnham, A. and Huszcza, A. «Perception of body shapes by anorexics and mature and teenage females» *Journal of Clinical Psychology*, 1997, **53**, 167-175.

94) Molinari, E. «Body-size estimation in anorexia nervosa» *Perception and Motor Skills*, 1995, **81**, 23–31.

95) Wilfley, D.E., Friedman, M.A., Dounchis, J.Z., et al. «Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment» *J Consult Clin Psychol*, 2000, **68**, 641–649.

96) Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H.V., et al. «Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation» *Journal of Psychosomatic Research*, 1998, **44**, 451–456.

97) Dare, C., Grange, D., Eisler l., et al. «Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorders families» *Int J Eat Disord*, 1994, **3**, 211-226.

98) Lather, J.D. and Clyne, C. «The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder» *International Journal of Eating Disorders*, 2007.

99) Speranza, M., Atger, F., Corcos, M., et al. «*Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders*» Eur Psychiat. 2003, 18(8), 377-383.

100) Cash, T. F., and Pruzinsky, T. «*Body images: Development, deviance, and change*» New York, Guilford Press, 1990.

101) Ζαμπέλας, Α. «*Κλινικη διαιτολογία και διατροφή με στοιχεία παθολογίας*» Τομος Β, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2007.

102) American Psychiatric Association «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» Text Revision, 4 ed, Washington, DC American Psychiatric Press, 2000.

103) Margo, J. «For Adonis, the gym is abs fabulous» *Australian Financial Review*, 2002, Jan 24, 43.

104) Olivardia, R. «*Body image and masculinity in college males*» Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts, Boston, 2000.

105) Versiani, M., Nardi, A.E., Mundim, F.D., et al. «The long-term treatment of social phobia with moclobemide» *Int Clin Psychopharmacol*, 1996, **11**, 83-88.

106) Norton, K., Olds, T. «*Anthropometrica: A Textbook of Measurement for Sports and Health Courses*» Sydney, Australia, University of New South Wales Press, 1996, 236–258.

107) www.something-fishy.org

108) www.nationaleeatingdisorders.org

109) www.yourdietitian.gr

110) Scholing, A.E. and Emmelkamp, P.M. «*Social phobia: nature and treatment*» In: Leitenberg H, ed. Handbook of social and evaluation anxiety. New York: Plenum, 1990, 269-324.

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

112) Hoek, H.W. «*Distribution of Eating Disorders*» In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002, 233- 237.

113) Wilson, T.G. «*Eating Disorders and Addictive Disorders*» In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002, 199-203.

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

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

116) Grilo, C.M. «*Guided self-help for binge eating disorder*» In: Latner JD, Wilson GT, editors. Self-Help for Obesity and Eating Disorders, New York: Guilford Press, 2007, 73–91.

117) Stunkard, A.J. «*Night Eating Syndrome*» In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002, 183-187.

118) Clyne, C., Latner, J.D. and Blampied, N. «*Evaluation of a treatment programme for binge eating disorder (BED) teaching affect discrimination and regulation*» Australian and New Zealand Academy for Eating Disorders Conference, Sydney, Australia, 2005.

119) Bradberry, T. «*The Personality Code*» New York: Putnam, 2007.

120) Ryckman, R. *«Theories of Personality»* Belmont, CA: Thomson/Wadsworth, 2004.

121) Engler, B. «*Personality Theories*» Houghton Mifflin, 2006.

122) Carver, C., Scheier, M. «*Perspectives on Personality»* 5th ed, Boston: Pearson, 2004.

123) Pawlik-Kienlen L. *«*Introversion as a Personality Type - Shy, Quiet, and Tentative?» The Introvert's Personality Traits, 2007

124) Taylor, J. «*Using asynchronous computer conferencing to encourage interaction in seminar discussions*» In R. Hazemi, S. Hailed, & S. Wilbur (Eds.), *The Digital University: Reinventing the Academy,* London: Springer-Verlag, 1998.

125) Eysenck, H. J. Ph.D. «The Rees-Eysenck Body Index and Sheldon's Somatotype System» *Journal of Mental Science, 1959,* **105**, 1053-1058.

126) Sheldon, W. H., Stevens, S.S. and Tucker, W.B « *The Varieties of Human Physique»* Institute of Psychiatry, New York 1940.

127) Emil, M. H., Edward, P. M., Roland, D. E., «*Physique and Delinquent Behavior: A Thirty-year Follow-up of William H. Sheldon's Varieties of Delinquent Youth»* New York: Academic Press, 1982.

128) Eysenck, H. J. «*Biological dimensions of personality*» In L. A. Pervin (Ed.), Handbook of personality: Theory and research, New York: Guilford, 1990, 244-276.

129) Carris, M. J., Sheeber, L., Howe, S. «Family rigidity, adolescent problem-solving deficits, and suicidal ideation» A mediational model (Electronic version), *Journal of Adolescence*, **21**, 1998, 459-472.

130) Baron, J., Brown, R.V. «*Toward improved instruction in decision making to adolescents: A conceptual framework and pilot program*» In J. Baron & R.V. Brown (Eds.), Teaching Decision Making to Adolescents, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991, 95-122.

131) Ganzel, A. K. «Adolescent decision making: The influence of mood, age, and gender on the consideration of information» (Electronic version), *Journal of Adolescent Research*, 1999, **14**, 289-318.

132) Graumlich, G., Baron, J. «*Teaching decision making in the city: Two experiences*» In J. Baron & R.V. Brown (Eds.), Teaching Decision Making to Adolescents, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991, 147-160.

133) Kuther, T. L., Higgins-D'Alessandro, A. «Bridging the gap between moral reasoning and adolescent engagement in risky behaviour» *Journal of Adolescence*, 2000, **23**, 409-422.

134) Yesalis, C. E., Kennedy, N. J., Kopstein, A. N., et al «Anabolic-androgenic steroid use in the United States» *Journal of the American Medical Association*, 1993, **270**, 1217-1221.

135) Drewnowski, A., Yee, D. K. «Men and body image: Are males satisfied with their body weight?» *Psychosomatic Medicine*, 1987, **49**, 626-634.

136) American Journal of Geriatric Psychiatry « Gender Disparities in the Treatment of Late-Life Depression: Qualitative and Quantitative Findings From the Impact Trial» 2006, **14**, 884-892.

137) Koeniq, L. J., Wasserman, E. L. «Body Image and Dieting Failure in College Men and Women: Examining Links between Depression and Eating Problems» *Sex Roles*, 1995, **32**, 225-249.

138) Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G., Barrett, P. «A revised version of the psychoticism scale» *Personality and Individual Differences*, 1985, 1, 21-29.

139) Walcott, D. D., Pratt, H. D., Patel, D. R., «Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues*» J Adolescent Res*, 2003, 18, 223-243.

140) Hoek, H. W., «*Distribution of Eating Disorders*» In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London: The Guilford Press, 2002, 233- 237.

141) Klein, D. A., Walsh, B.T. «Eating disorders» *Int Rev. Psychiatr,* 2003, **3**, 205-216.

142) Dare, C. D., Le Grange, I. E., Rutherford, J. «Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorders families» *Int J Eat Disord,* 1994, **3**, 211-226.

143) Bruch, H. «Anorexia nervosa: therapy and theory» *Am J Psychiatry*, 1982, **139**, 1531-1538.

144) Sharp, C. W., Freeman, C. P. L., «The medical complications of anorexia nervosa» *Br J Psychiatry,* 1993, **162**, 452-463.

145) Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., et al «Psychotherapy and bulimia nervosa - long term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy» *Arch Gen Psychiatry,* 1993, **50**, 419-428.

146) Deter, H. C., Herzog, W. «Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Manheim Study» *Psychosom Med*, 1994, **56**, 20-27.

147) Wilson, T. G. «*Eating Disorders and Addictive Disorders*» In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002, 199-203.

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

149) Keel, P. K., Klump, K. L. «Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology» *Psychol-Bull*, 2003, **5**, 747-69.

150) Speranza, M., Atger, F., Corcos, M., et al. «Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders» *Eur Psychiat*, 2003, **8**, 377-383.

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

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

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

154) Raymond, N. C, Neumeyer, B., Warren, C. S., et al «Energy intake patterns in obese women with binge eating disorder» *Obes-Res*, 2003, **7**, 869-879.

155) Raymond, N. C., Bartholome, L. T., Lee, S. S., et al «A comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis» *Int J Eat Disord*, 2007, **40**, 67-71.

156) Johnson, J. G., Spitzer, R. L., Williams, B. W. «Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients» *Psychol Med*, 2001, **31**, 1455-1466.

157) Johnson, W. G., Robertson-Nay, R., Rohan, K. J., et al «An experimental investigation of DSM-IV binge-eating criteria» *Eat Behav*, 2003, **4**, 295-303.

158) Guertin, T. L., Conger, A. J. «Mood and forbidden foods' influence on perceptions of binge eating. *Addict Behav*, 1999, **24**, 175-193.

159) Crow, S. J., Agras, W. S., Halmi, K., et al «Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study» *Int J Eat Disord*, 2002, **32**, 309-318.

160) Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Dounchis, J. Z., et al «Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment» *J Consult Clin Psychol*, 2000, **68**, 641-649.

161) Martin, C. K., Williamson, D. A., Thaw, J. M. «Criterion validity of the multiaxial assessment of eating disorders symptoms» *Int J Eat Disord*, 2000, **28**, 303-310.

162) Williamson, D. A., Gleaves, D. H., Stewart, T. M. «Categorical versus dimensional models of eating disorders: An examination of the evidence» *Int J Eat Disord*, 2005, **37**, 1-10.

163) Becker, A., Grinspoon, S., Klibanski, A., et al «Current concepts: Eating disorders» *N Eng J Med*, 1999, **340**, 1092-1098.

164) Masheb RM, Grilo CM. Binge eating disorder; a need for additional diagnostic criteria. *Compr Psychiatry*, 2000, **41**, 159-162.

165) Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., et al «Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating» *J Consult Clin Psychol*, 2005, **73**, 1107-1115.

166) Grilo, C. M. «*Guided self-help for binge eating disorder*» In: Latner JD, Wilson GT, editors. Self-Help for Obesity and Eating Disorders. New York: Guilford Press, 2007, 73–91.

167) Clyne, C., Latner, J. D., Blampied, N. «*Evaluation of a treatment programme for binge eating disorder (BED) teaching affect discrimination and regulation*» Australian and New Zealand Academy for Eating Disorders Conference, Sydney, Australia, 2005.

168) Hrabosky, J. I., Masheb, R. M., White, M. A., et al «Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder» *J Consult Clin Psychol*, 2007, **75**, 175–180.

169) Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B. et al «Recurrent binge eating with and without the ‘‘undue influence of weight or shape on self-evaluation’’: Implications for the diagnosis of binge eating disorder.» *Behav Res Ther*, 2007, **45**, 929–938.

170) Stunkard, A. J. «*Night Eating Syndrome*» In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002, 183-187.

171) Pawlow, L. A., O'Neil, P. M., Malcolm, R. J. «Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns» *Int-J-Obes-Relat-Metab-Disord*, 2003, **8**, 970-978.

172) Cliff, W., Sharp, S. A., Clark, J. R., et al «Clinical Presentation of Anorexia Nervosa in Males: 24 New Cases» *lnternational Journal of Eating Disorders*, 1994, **15**, 125-134.

173) Lather, J. D., Clyne, C. «The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder» *International Journal of Eating Disorders*, 2007.

174) Slade, P. «Body image in anorexia nervosa» *British Journal of Psychiatry*, 1988, **153**, 20–22.

175) Cash, T. F., Pruzinsky, T. «*Body images: Development, deviance, and change*» New York: Guilford Press, 1990.

176) Margo, J. «*For Adonis, the gym is abs fabulous*» Australian Financial Review, Jan 24, 2002, 43-44.

177) Kanayama, G., Pope, H. G., Hudson, J. I. «"Body image" drugs: a growing psychosomatic problem» *Psychother Psychosom*, 2001, **70**, 61–65.

178) Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., et al «Body image perception among men in three countries» *Am J Psychiatry*, 2000; **157**:1297–1301.

179) Cohn, L. D., Adler, N. E. «Female and male perceptions of ideal body shapes» *Psychol of Women Q*, 1992, **16**, 69–79.

180) Norton, K., Olds, T. «*Anthropometrica: A Textbook of Measurement for Sports and Health Courses*» Sydney, Australia, University of New South Wales Press, 1996, 236–258.

181) Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. V., et al «Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation.» *Journal of Psychosomatic Research*, 1998, **44**, 451–456.

182) Molinari, E. «Body-size estimation in anorexia nervosa» *Perception and Motor Skills*, 1995, **81**, 23–31.

183) Baluch, B., Furnham, A., Huszcza, A. «Perception of body shapes by anorexics and mature and teenage females» *Journal of Clinical Psychology*, 1997, **53**, 167-175.

184) Phillips, K. A. «Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: review of the evidence and a recommended treatment approach» *CNS Spectrums*, 2002, **7**, 453-460.

185) Neziroglu, F., Khemiani-Patel, S. «A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder» *CNS Spectrums*, 2002, **7**, 464-471.

186) Hollander, E., Liebowitz, M. R., Winchel, R., et al. «Treatment of bodydysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers» *Am J Psychiatry*, 1989, **146**, 768-770.

187) Olivardia, R., Pope, H. G., Hudson, J. I. «Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study» *Am J Psychiatry*, 2000, **157**,1291-1296.

188) Pope, H. G., Olivardia, R., Borowiecki, J. J., et al «The growing commercial value of the male body: a longitudinal survey of advertising in women's magazines» *Psychother Psychosom*, 2001, **70**, 189-192.

189) Olivardia, R. «*Body image and masculinity in college males*» Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts, Boston, 2000.

190) Rosenblum, G. D., Lewis, M. «The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence» *Child Dev*, 1999, **70**, 50-64.

191) Weiller, E., Bisserbe, J. C., Boyer, P. et al «Social phobia in general health care: an unrecognized, undertreated, disabling disorder» *Br J Psychiatry*, 1996, **168**, 169-74.

192) Scholing, A. E., Emmelkamp, P. M. «*Social phobia: nature and treatment*» In: Leitenberg H, ed. Handbook of social and evaluation anxiety. New York: Plenum, 1990, 269-324.

193) Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbolic, P., et al. «Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia» A controlled study, *Arch Gen Psychiatry*, 1991, **48**, 938-45.

194) Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D., et al «The long-term treatment of social phobia with moclobemide» *Int Clin Psychopharmacol*, 1996, **13**, 83-88.

195) Phillips, K. A., Nierenberg, A. A., Brendel, G., et al. «Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression» *J Nerv Ment Dis*, 1996, **184**, 125-129.

196) Garfinkel, P. E. «*Classification and Diagnosis of Eating Disorders*» In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London: The Guilford Press, 2002, 155-161.

197) Fairburn, C. G., Cooper, Z. «*The eating disorder examination*» In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment, 12th ed. New York: Guilford Press, 1993, 317–332.

198) Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., et al «Using the eating disorder examination to identify the specific pathology of binge eating disorder» *Int J Eat Disord*, 2000, **27**, 259–269.

199) Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., et al «Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating» *J Consult Clin Psychol*, 2005, **73**, 1107-1115.

200) World Health Organization (WHO) «*The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*» 10th ed. Geneva:WHO, 1992.

201) Gardner, R. M., «Methodological issues in assessment of the perceptualcomponent of body image disturbance» *British Journal of Psychology*, 1996, **87**, 327-337.

202) Alexopoulos, D. S., Kalaitzidis, I. «Psychometric properties of Eysenck Personality Questionaire-Revised (E.P.Q-R), short scale in Greece» 2004, **37**, 1205-1220.

203) Caruso, C, J., Witkiewitz, K., Belcourt-Dittloffe, A., et al «Reliability of scores from the E.P.Q. Areliability generalization study», 2001.

204) Nunes, M. A., Camey, S., Olinto, M. T. A., Mari, J. J. «The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test- 26», 1998.

205) Garner, D.M., Olmstead, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. «The eating attitude test: Psychometric features and clinical correlates», Psychological Medicine, 1982, **12**, 871-8.

206) Awad, A. G., Voruganti, L. N. «Body weight, image and self-esteem evaluation questionnaire: development and validation of a new scale», Canada, 2004, **70**, 63-7.

207) Erikson, E. H. «Identity: Youth and Crisis» NewYork: Norton, 1968.

208) Μωρόγιαννης Φ. «Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με Διαταραχές Διατροφής στο Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Πρωτογενής, Δευτερογενής και Τριτογενής Πρόληψη»,2000, **70**, 21-31.

209) Αργυρίου, Σ. «Ψυχολογια στη διατροφη», 2008.

210) Μπαλής, Σ. «Κοινωνιολογία της διατροφής (οικογένεια και τροφή)», 2006.

211) Μπαλής, Σ. «Κοινωνιολογία της διατροφής
(κοινωνικοποίηση και διατροφικές συμπεριφορές)», 2006.

212) Μωρόγιαννης, Φ. «Οι επιπτώσεις των διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία», 2003, **82**, 44-48.

213) Δαμιανίδου, Δ. «Άγχος και σεξουαλική υγεία», 2009.

214) Τσουκαρέλλης, Π., Παπάνης, Ε. «Η έννοια της κοινωνικής προσαρμογής», 2007.

215) Σαλτός, Λ. «Η επιθετικότητα και η εποχιακή κατάθλιψη», 2008.

216) Ronald, C., Kessler, PhD; Emil F. Coccaro, MD; Maurizio Fava, MD; Savina Jaeger, PhD; Robert Jin, MS; Ellen Walters, MS «The Prevalence and Correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication» *Arch Gen Psychiatry,* 2006,**63**, 669-678.

217) Stiegel-Moore, R. H. «Etiology of binge eating: A developmental perspective.» In C. G. Fairburn & G. T. Wilson, Binge eating: Nature, assessment, and treatment. New York: Guilford Press, 1993.

218) Λασσιθιωτάκη, Μ. «Πανελλήνιες Εξετάσεις ή η αβάσταχτη ελαφρότητα του επαγγέλματος», 2009.

219) Cooper, Z. «The development and maintenance of eating disorders» In K. D. Browell & Fairburn, Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guildford Press, 1995.

220) Wilson, G. t., Nomas, C. A., & Rosensblum, G. D. «Assessment of binge eating in obese patients» International journal of Eating Disorders, 1993, **13**, 25-33.

221) Vandereycken, W. & Hoek, H. W. «Are eating disorders culture-bound syndromes?» In K. A. Halmi, Psychobiology and treatment of anorexia nervosa bulimia nervosa. Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1993.

222) Tuson, K. M., & Sinyor, D. «On the affective benefits of acute aerobic exercise: taking stock after years of research» In: *Exercise psychology: the influence of physical exercise on psychological processes, P.* Seraganian, New York: Wiley and Sons, 1993, 80-121.

223) Morgan, W.P. & Goldston, S. E. «Exercise and Mental Healt» Washington: D.C.: Hemisphere, 1987.

224) Petruzzelo, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K.A. & Salazar, W. «A metaanalysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise» *Sciences Reviews*, K.B. Randolf, Baltimore: Williams and Wilkinns, 1990, **18**,379-415.
Sports Medicine II(3):143-182, 1991.

224) Mc Nair, D. M., Lorr, M. & Droppleman, L. F. «Manual of the Profile of Mood States» San Diego:CA: 1971.

225) Martinsen, E.W. «Therapeutic implications of exercise with depressed for clinically anxious and depressed patients» *International Journal of Sport Psycho*logy, 1993, **2**, 185-199.

226) Martens, R., Vealey, R. & Burton, D. «Competitive anxiety in sport» Champaign, IL: Human Kinetics, 1990, 117-190.

227) Τούντας, Γ.Κ. «Η επίδραση της φυσικής άσκησης στην υγεία», 2007.

228) Lattimore, P. & Caswell, N. «Differential effects of active and passive stress on food intake in restrained and unrestrained eaters» Appetite, 2004, **42**, 167-173.

229) Polivy, J. & Herman, C. P. «Distress and dieting: why do dieters overeat?» International Journal of Eating Disorder, 1999, **25,** 153-164.

230) Nabi, H., Kivimaki, M., Sabia, S., Dugravot, A., et al. American Journal of Epidemiology Advance Access originally published online on November 20, 2008
American Journal of Epidemiology 2009 169(3):347-354;
doi:10.1093/aje/kwn333

231) Heatherton, T. F., & Polivy, J. «Chronic dieting and eating disorders» In J. H. Crowether, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll, & M. A. P. Stephens, The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context. Washington, D. C.: 1992.

232) American Psychiatric Association (1994):Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). American Psychiatric Association.

233) Nishizawa, S., Benkelfat, C., Young, S. N., Leyton, M., Mzengenza, S., Blier, P., and Diksic, M. Differences between males and females in rate of serotonin synthesis in human brain. USA 1997, May 13, 94 (10): 5308-5313. Departments of Neurological Institute, MC Gill University, and Montreal, Quebec, H3A 2B4 Canada.

234) Health, T. P., Melicar, J. K., Nutt, D. J., Donaldson, L. F., Neurosci, J. 2006 Dec 6, 26 (49): 12664-71. Human taste thresolds are modulated by serotonin and noradrenaline.

235) Farmer R: Hostility and Deliberate Self- Poising: The role of Depression. Brit Journ of Psychiatry 1987; 150: 609-614.

236) Abraham K (1924), A short study of the development of the libido. In Selected Papers on Psychoanalysis. London: Hogarth Press 1927.

237) Freud S: Mourning and Melancholia: In collected Papers Vol IV, New York, Baric Books 1917.

238) Blackburn I, Lyketsos G, Tscantis I: The temporal relationship between hostility and depressed mood. British Journal of Psychiatry, 1979; 18: 227-235.

239) Castrogiovanni P, Pievaccini F, Di Muro A: Suicidality and aggressive behavior. Acta Psych. Scand 1998; 97: 144-148.

240) Wurtman, R. J., Wurtman, J. j., Jan. 260 (1): 68-75. Carbohydrates and depression.

241) Wurtman, J. J., Bzezinski, A., Wurtman, R. J., Laferrere, B., 1989 Nov, 161 (5): 1228-34. Effect of nutrient intake on premenstrual depression.

242) Wurtman, J. J., 1993 Oct-Nov, 29 (2-3): 183-92. Depression and weight gain.

243) Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π. «Αυτοεκτίμηση και άγχος», 2007

244) Καποδίστριας, Κ. «Ο έφηβος και η βία στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινωνία», 2007.

245) Balogun, J. A. «Body image before and after assessment of physical performance» Journal of Sports Medicine, 1987, 27, 343-344.

246) Tucker, L. A. «Relationship between perceived somatotype and body cathexis of college males» Psychological Reports, 1982, **50**, 983-989.

247) Tucker, A. L. «Muscular strength and mental health» Journal of Personality and Social Psychology, 1983α, **45,** 1355-1360.

248) Βελιάδης, Τ. «Πρωταθλητές στο άγχος οι Έλληνες», 2009

249) Δημητρίου, Μ. «Επιθετική Συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι και στο σχολείο», 2007.

250) Για μια καλή οικογένεια. Άρθρο του Πανεπιστημίου Auburn, USA, δημοσιεύτηκε στο www.extension.org, 2009

251). Τσακίρη, Τ. «Τα περιζήτητα επαγγέλματα της χιλιετίας», 2000.

252) Τούντας Γ.Κ. «Αποτελέσματα πανελλαδικής έρευνας για την ποιότητα ζωής μας» Ινστιτούτο κοινωνικής και προληπτικής ιατρικής, 2006.

253) Levey, A., Fogel, H. «American Psychiatric Association (APA), Statement on diagnosis and treatment of mental disorders», 2003.

254) Sonstroem, R.J. 1984, Exercise and sport Sciences. 123-155

255) Άγχος και κρίσεις πανικού, κατάθλιψη και ψυχογενή ανορεξία. Βέλγιο, Vol:20, p.521-530 Durco & Pham 2006.

256) Αναγνωστοπούλου- Μπίτου, Ν., Μπαζαίος, Κ. 1994

257) European Agency forsafety and health at work, 2002