

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Μπόχτη Μαρία-Μαγδαληνή



Θέμα : « Κατάθλιψη και Παχυσαρκία »

Εισηγητής : Σφακιανάκη Ειρήνη

TECHNOLOGICAL EDUCATION INSTITUTE CRETE
FACULTY OF HEALTH & WELFARE
Department of Nutrition and Dietetics

Bohti Maria Magdalnh



Title: <<DEPRESSION AND OBESITY>>

Supervisor : Sfakianaki Eirini

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα σε αυτό το σημείο να ευχαριστήσω τους καθηγητές του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας για τις πολύτιμες γνώσεις που μου πρόσφεραν και για τις νουθεσίες που μου δόθηκαν στα πρώτα χρόνια των σπουδών μου .

Ξεχωριστά θα ήθελα να ευχαριστήσω τη κ.Σφακιανάκη Ειρήνη την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας για τη αρωγή της και για την υποστήριξή της που έλαβα κατά την συγγραφή της εργασίας μου . Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τη κ. Γαβρή Χριστίνα τη προϊσταμένη μου κατά την πρακτική μου άσκηση στον νοσοκομείο του Ευγγελισμού που αποτέλεσε αρωγός κατά τη συλλογή του δείγματος και καθ'όλη την ολοκλήρωση της εργασίας .

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που στηρίζει τις προσπάθειες μου .

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ 1

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 2

Εισαγωγή 5

Κεφάλαιο 1. Κατάθλιψη 7

1.1 Ορισμός κατάθλιψης 7

1.2 Κλινική εικόνα κατάθλιψης 8

Καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές μνήμης 10

1.3 Μείζον Καταθλιπτική διαταραχή 13

1.4 Δυσθυμική διαταραχή 21

1.5 Επιδημιολογία 24

1.6 Αιτιολογία 25

Κεφάλαιο 2. Παχυσαρκία 34

2.1 Ορισμός παχυσαρκίας 34

2.2 Ταξινόμηση της Παχυσαρκίας 35

2.3 Νοσήματα και παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία 39

2.4 Αίτια της Παχυσαρκίας 40

2.5 Παθοφυσιολογία 47

2.6 Επιδημιολογία 54

Κεφάλαιο 3. Κατάθλιψη και Παχυσαρκία 57

3.1 Σχετικές έρευνες 57

3.2 Κατάθλιψη και Παχυσαρκία 58

3.3 Κατάθλιψη και Παχυσαρκία 62

65

Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία 66

4.1 Επιλογή σχεδίου έρευνας 68

4.2 Επιλογή μεθόδου συλλογής στοιχείων 70

4.3 Ο πληθυσμός και το δείγμα της έρευνας 70

4.4 Ανάλυση Αξιοπιστίας 72

Αποτελέσματα Ερευνητικού 73

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 78

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 80

Παραρτήματα 85

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνήσει τη σχέση κατάθλιψη – παχυσαρκία αποδεικνύοντας πως η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία αλλά και πως η παχυσαρκία μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη.

Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίζεται στη συλλογή πρωτογενών και δευτερογενών δεδομένων. Τα πρωτογενή δεδομένα συλλέχθηκαν μέσα από τη διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας χρησιμοποιώντας ως βασικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτηματολόγια. Για τον έλεγχο αξιοπιστίας των δύο ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν, το PROQ9 & το B.I.T.E (Συμπτώματα βουλιμίας) χρησιμοποιήθηκε

ο έλεγχος Cronbach's alpha. Για το PROQ9 η τιμή του δείκτη ήταν 0,798 ενώ στο δεύτερο 0,842. Και στις δύο περιπτώσεις άνω του 0,7 που σημαίνει ότι και τα δύο ερωτηματολόγια ήταν αξιόπιστα. Το δείγμα αποτέλεσαν 81 άτομα.

Τα δευτερογενή δεδομένα συλλέχθηκαν μέσα από βιβλία άρθρα σε περιοδικά αλλά και μέσα από επίσημους διαδικτυακούς τόπους.

Η παρούσα έρευνα δεν κατέδειξε κάποια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην παχυσαρκία και την κατάθλιψη. Το αντίθετο μάλιστα. Όλοι οι ερωτώμενοι είναι παχύσαρκοι και μόνο ένα μικρό ποσοστό πάσχει από κατάθλιψη. Οι μισοί σχεδόν ερωτώμενοι παρουσιάζουν ένα διαταραγμένο πλαίσιο διατροφής, ενώ οι περισσότεροι δεν πάσχουν από βουλιμία. Τέλος, όσον αφορά στις συσχετίσεις βρέθηκε πως όταν η κατάθλιψη αυξάνεται τότε αυξάνονται τα συμπτώματα βουλιμίας αλλά και η σοβαρότητα αυτής (και αντίστροφα).

ABSTRACT:

The purpose of this study is to investigate the relationship depression - obesity proving that depression can lead to obesity and how obesity can lead to depression. The methodology of the work based on the collection of primary and secondary data. The primary data was collected through conducting quantitative research using as a basic tool the questionnaire. It used two questionnaires. To check the reliability of the questionnaires used, the PROQ9 & the BITE (Bulimia Symptoms) test were used Cronbach's alpha. For PROQ9 the index value was 0.798 and 0.842 in the second. In both cases more than 0.7 means that both questionnaires were unreliable. The sample consisted of 81 people. The secondary data were collected through articles in books and journals through official websites. This study did not demonstrate a significant association between obesity and depression. Quite the contrary. All respondents are obese and only a small percentage suffer from depression. Nearly half of the respondents have a disturbed context maintenance, while most do not suffer from bulimia. Finally, regarding the associations found that when the depression is increased then increased bulimia symptoms and severity thereof (and vice versa).

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, παχυσαρκία, βουλιμία, BMI

Keyword : depression , obesity , bulimia BMI

Εισαγωγή

Η έννοια της ψυχικής διαταραχής και της ψυχικής υγείας σχετίζεται τόσο με συμπεριφορικούς ορισμούς, όσο και με αλλαγές στη βιοχημεία του εγκεφάλου. Η έννοια της διαταραχής πηγάζει από εσωτερικές, διαπροσωπικές και καθαρά οργανικές διεργασίες. Ως ορισμός της ψυχικής διαταραχής αναφέρεται αυτός της Αμερικάνικης Εταιρείας Ψυχιατρικής, σύμφωνα με την οποία, πρόκειται για ένα συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο, το οποίο τυπικά συνοδεύεται είτε από κάποιο επώδυνο σύμπτωμα (δυσφορία), είτε από περιορισμό σε μια σημαντική πλευρά της λειτουργικότητας του ατόμου, ή ακόμα από ένα αυξημένο κίνδυνο πόνου, θανάτου, απώλεια της ελευθερίας

Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται συχνότερα και κατατάσσεται στις συναισθηματικές διαταραχές (διαταραχές της διάθεσης). Κύριο χαρακτηριστικό των συναισθηματικών διαταραχών είναι η εκτροπή του θυμικού, είτε προς την υπερβολική ευφορία (η περίπτωση της μανίας), είτε προς τη δυσθυμία και την απογοήτευση (η περίπτωση της κατάθλιψης) (American Psychiatric Association, 2010). Ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του. Από επιδημιολογικές έρευνες υπολογίζεται ότι το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο (Gabilondo et al, 2009).

Παχυσαρκία ονομάζεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία υπερβολική ποσότητα λίπους συσσωρεύεται κάτω από το δέρμα (υποδόριο λίπος) ή γύρω από τα διάφορα όργανα του σώματος. Πιο αναλυτικά παχυσαρκία είναι η υπερβολική αποταμίευση ενέργειας στον οργανισμό με τη μορφή λίπους και προκαλείται από την τακτική λήψη υπερβολικής ποσότητας τροφής που η θερμιδική της αξία υπερβαίνει αυτή που το άτομο καταναλώνει (Κατσίκης, 2009).

Είναι γνωστό, ότι η παχυσαρκία και ιδιαίτερα η κεντρική (σπλαχνική) εναπόθεση λίπους αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, υπέρτασης, καρδιαγγειακής νόσου, δυσλιπιδαιμίας και άλλων νοσημάτων και παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες επηρεάζουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα χρόνιας διαταραχής του ισοζυγίου ενέργειας. Η εξίσωση του ισοζυγίου ενέργειας, αντανακλά τη διαφορά μεταξύ της προσλαμβανόμενης (πρόσληψη τροφής και της καταναλισκόμενης ενέργειας, που αποτελείται από το βασικό μεταβολισμό, τη σωματική δραστηριότητα και τη θερμική ενέργεια των τροφών, τη σιτιογενή θερμογένεση.

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνήσει τη σχέση κατάθλιψη – παχυσαρκία αποδεικνύοντας πως η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία αλλά και πως η παχυσαρκία μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη.

Κεφάλαιο 1. Κατάθλιψη

1.1 Ορισμός κατάθλιψης

Η έννοια της ψυχικής διαταραχής και της ψυχικής υγείας σχετίζεται τόσο με συμπεριφορικούς ορισμούς, όσο και με αλλαγές στη βιοχημεία του εγκεφάλου. Η έννοια της διαταραχής πηγάζει από εσωτερικές, διαπροσωπικές και καθαρά οργανικές διεργασίες. Ως ορισμός της ψυχικής διαταραχής αναφέρεται αυτός της Αμερικάνικης Εταιρείας Ψυχιατρικής, σύμφωνα με την οποία, πρόκειται για ένα συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο, το οποίο τυπικά συνοδεύεται είτε από κάποιο επώδυνο σύμπτωμα (δυσφορία), είτε από περιορισμό σε μια σημαντική πλευρά της λειτουργικότητας του ατόμου, ή ακόμα από ένα αυξημένο κίνδυνο πόνου, θανάτου, απώλεια της ελευθερίας. Επιπρόσθετα, αυτό το σύνδρομο ή ο τύπος συμπεριφοράς θα πρέπει να μη μπορεί εύκολα να αποδοθεί σε κάποιο ειδικό γεγονός, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Αποκλίνουσες από το συνηθισμένο συμπεριφορές (πολιτικές, θρησκευτικές ή σεξουαλικές) ή συγκρούσεις ανάμεσα στο άτομο και την κοινωνία δεν περιλαμβάνονται στον ορισμό, εκτός και εάν καθιστούν το άτομο δυσλειτουργικό. Η ψυχιατρική νοσηλευτική ενδιαφέρεται ασφαλώς για τα άτομα που πάσχουν από διαγνωσμένες ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά όχι μόνο. Ενδιαφέρεται ακόμα και για τις ανθρώπινες αντιδράσεις των ατόμων απέναντι στην ασθένειά τους, στην ανικανότητα και τη δυσφορία που βιώνουν. Αυτό γίνεται φανερό στις συναισθηματικές διαταραχές, που στις μέρες μας αποτελούν ένα ολοένα αυξανόμενο σε ένταση και συχνότητα φαινόμενο, με την κατάθλιψη να προεξάρχει.

Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται συχνότερα και κατατάσσεται στις συναισθηματικές διαταραχές (διαταραχές της διάθεσης). Κύριο χαρακτηριστικό των συναισθηματικών διαταραχών είναι η εκτροπή του θυμικού, είτε προς την υπερβολική ευφορία (η περίπτωση της μανίας), είτε προς τη δυσθυμία και την απογοήτευση (η περίπτωση της κατάθλιψης). Ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του. 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. Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική & κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Η κατάθλιψη καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση και υπολογίζεται ότι θα αναρριχηθεί στην 2η θέση της κατάταξης μέχρι το 2020. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους αγροτικών περιοχών. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σ' όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 12% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσουν μέσα σε ένα έτος. Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών), στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, διαμορφώνουν τα ποσοστά αυτά.

1.2 Κλινική εικόνα κατάθλιψης

Το βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι το υποθυμικό συναίσθημα. Ο ασθενής δεν μπορεί να «χαρεί», γεγονός που τον ενοχλεί, ενώ δε συγκινείται από παλιές συντροφίες και ενδιαφέροντα. Έχει ελαττωμένη αυτοεκτίμηση και κατέχεται από ανησυχία και άγχος, μαζί

με διάφορα νευροφυτικού τύπου ενοχλήματα. Κάποιοι ασθενείς δεν περιγράφουν πάντα τη διάθεσή τους ως «καταθλιπτική». Αντίθετα, μπορεί να λένε πως είναι θλιμμένοι, απογοητευμένοι, άκεφοι, ή να αισθάνονται αβοήθητοι. Μπορεί επίσης να παραπονιούνται πως δεν διαθέτουν καθόλου αισθήματα. Σε άλλες περιπτώσεις, αναφέρονται ακαθόριστα σωματικά ενοχλήματα όπως άλγη και πόνοι, ενώ άλλοι αναφέρουν αυξημένο θυμό, απογοήτευση και ενόχληση και αχαρακτήριστα ξεσπάσματα με ασήμαντα αφορμές. Όταν ένα άτομο βιώνει μία μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δραστηριότητες οι οποίες προηγουμένως έδιναν ευχαρίστηση όπως οι κοινωνικές σχέσεις, τα χόμπι, τα αθλήματα και οι σεξουαλικές δραστηριότητες, συχνά παύουν να προκαλούν ικανοποίηση. Αυτή η κατάσταση είναι γνωστή ως ανηδονία.

Οι αλλαγές στη φυσιολογική λειτουργία του σώματος κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης καλούνται νευροφυτικά συμπτώματα. Συχνά παρατηρούνται αλλαγές στην όρεξη, οι οποίες διαπιστώνονται συνήθως ως μείωση ή απώλεια ενδιαφέροντος για φαγητό ή ως αυξημένη όρεξη και λαχτάρα. Διαταραχές του ύπνου είναι επίσης συχνές ειδικά η «αϋπνία» (η ανικανότητα να κοιμηθεί κάποιος ή να συνεχίσει τον ύπνο του). Δύο τύποι αϋπνίας είναι αυτοί που βιώνονται πιο συχνά από τα άτομα που εμφανίζουν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Η Μέση αϋπνία αναφέρεται στο ξύπνημα στη διάρκεια της νύχτας και στη δυσκολία να πέσει για ύπνο πάλι. Η Τελική αϋπνία αναφέρεται στην έγερση στο τέλος της νύχτας και την αδυναμία του ατόμου να ξανακοιμηθεί. Επίσης αναφέρεται η Υπερυπνία (hypersomnia), στην οποία το άτομο κοιμάται για παρατεταμένες περιόδους τη νύχτα όπως επίσης, και κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η εξάντληση και η μειωμένη ενέργεια, γνωστή και ως ανεργία (anergy). Άλλοι αναφέρουν ότι νιώθουν κουρασμένοι όταν ξυπνούν ανεξάρτητα από το πόσο έχουν κοιμηθεί. Ακόμα και ο μικρότερος σκοπός φαίνεται απραγματοποιήτος, ενώ οι καθημερινές δραστηριότητες απαιτούν ουσιώδη προσπάθεια και περισσότερο χρόνο. Η μειωμένη ενέργεια μπορεί να ορίζεται ως ψυχοκινητική καθυστέρηση, στην οποία οι κινήσεις του σώματος και της σκέψης είναι σημαντικά καθυστερημένες και η ομιλία είναι αργή ή απύσχα. Επίσης μπορεί να συμβεί ψυχοκινητική αναστάτωση, όπου το άτομο δεν μπορεί να μείνει ακίνητο, περπατάει συνεχώς, σφίγγει τα χέρια του και πιάνει με τα δάχτυλά του το δέρμα, τα ρούχα, τις πιτζάμες ή άλλα αντικείμενα (<http://depression.about.com/>) Άλλα κοινά συμπτώματα, σε άτομα με κατάθλιψη ενδεικτικά είναι η ενοχή ή η αίσθηση πως είναι άχρηστοι, η αυτομομφή, η διασπασμένη προσοχή και ανικανότητα λήψης αποφάσεων, ακόμη και σε ασήμαντα πράγματα, και τάσεις αυτοκτονίας (Gabilonso 2009).

Τα πολυάριθμα πράγματι συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης αναφέρονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα.

Καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές μνήμης

Ανήσυχος, απαθής, αλλαγές όρεξης

Έλλειψη διάθεσης (ακεφιά)

Επαγγελματικά προβλήματα

Αναποφασιστικότητα, αμφιβολία – αμφισβήτηση του εγώ

Κενό συναίσθημα, πεσιμισμός, εμμένουσα θλίψη, ψυχοκινητική επιβράδυνση

Αναφορά ακαθόριστων πόνων

Χαμένη ενέργεια

Σκέψεις αυτοκτονίας και διεγέρσεις

Διαταραχές ύπνου

Ευερεθιστότητα , αδυναμία συγκέντρωσης

Καταπιεστική ενοχή

Απελπισία " τίποτα δεν μπορεί να βοηθήσει "

Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεση του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κτλ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα. Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεση του και με λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια» ή μπορεί ακόμη να μας λέει ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε παιδιά, που όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπο τους. Όπως, ήδη τονίσαμε, ψάχνουμε και για άλλα συμπτώματα πέρα από την καταθλιπτική διάθεση, σε άτομα που δεν την παρουσιάζουν αλλά πιστεύουμε ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης, όπως στη συνέντευξη με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή που δεν έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα η αίσθηση παράξενου στον κλινικό εξεταστή μπορεί να βοηθήσει, έτσι και στην επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή, ο εξεταστής μπορεί να νιώσει θλίψη, πολλές φορές αφόρητη, ενώ ο ασθενής δεν αναφέρει θλίψη.

Απώλεια της ευχαρίστησης (ανηδονία) σε δραστηριότητες που προηγούμενα ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό. Η οικογένεια του μπορεί όμως να το έχει προσέξει. Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπυ, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς την ανηδονία είναι και η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες (βλ. παρακάτω στην Κινητοποίηση).

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικειμένου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή.

Συχνή είναι η παρουσία συμπτωμάτων από το φυτικό νευρικό σύστημα. Η αναγνώριση τους είναι σημαντική τόσο για τη διάγνωση, όσο και για τη θεραπεία της κατάθλιψης.

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία (ιδιαίτερα παιδιά, νεαρά άτομα και ασθενείς με Διπολική Διαταραχή). Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και σε αφύπνιση χωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις τέσσερις, πέντε ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, 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.

Συχνή είναι η ελάττωση της libido, που ιδιαίτερα στους άντρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους.

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος γίνεται

μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει την κατατονία.

Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς - ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα - παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κτλ. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα-διάθεση να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες.

Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμη και απλά καθήκοντα - μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνιση του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάσταση του.

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας, όμως, είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη απ' ότι του αναλογεί. Επίσης το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοση τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθεια τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Επειδή τα ανοϊκά άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.

1.3 Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο) ή περισσότερα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα) Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (βλέπε Πίνακα για τα διαγνωστικά του κριτήρια), 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). Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Μοναδικό Επεισόδιο ή Υποτροπιάζουσα) παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί:

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή
Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο

A. Παρουσία ενός μοναδικού Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

B. Το Μείζων 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 υπομα-νιακό 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

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα

A. 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 Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

B. Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματι-κή 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 υπομα-νιακό 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/Υφεσης

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

Όπως φαίνεται στον Πίνακα η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να προσδιορισθεί είτε με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, είτε με βάση την πορεία της.

Με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο ή Υποτροπιάζουσα μπορεί να χαρακτηρισθεί/προσδιορισθεί ως:

Ήπια, Μέτρια, Σοβαρή Χωρίς Ψυχωτικά Στοιχεία, Σοβαρή Με Ψυχωτικά Στοιχεία, Σε Μερική Υφεση, Σε Πλήρη Υφεση).

Χρόνια Με Κατατονικά Στοιχεία

ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν εμφανισθεί κατά τη διάρκεια του ίδιου χρονικού διαστήματος των δύο εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργία του ατόμου .
Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) η καταθλιπτική διάθεση ή (2) η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης . Σημείωση : να μην συμπεριλαμβάνονται τα συμπτώματα , τα οποία οφείλονται ξεκάθαρα σε μία γενική ιατρική κατάσταση , ή σε ασύμφωνα με τη διάθεση παραληρήματα ή ψευδαισθήσεις .

1. Καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας , σχεδόν κάθε μέρα , όπως αναδεικνύεται από κάθε υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται θλιμμένος ή άδειος) ή αντικειμενικές παρατηρήσεις από άλλους (π.χ. φαίνεται κλαμένος) .

Σημείωση : στα παιδιά και στους έφηβους μπορεί να εμφανίζεται ευερεθιστότητα ως προς τη διάθεση .

2. Σημαντικά ελαττωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες , ή σχεδόν σε όλες , τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας , σχεδόν κάθε μέρα (όπως διαπιστώνεται είτε από υποκειμενικές αναφορές , είτε από αντικειμενικές παρατηρήσεις άλλων) .

3. Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς να κάνει δίαιτα , ή αύξηση βάρους (μεταβολή πάνω από 5 % του βάρους σε ένα μήνα) ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα . Σημείωση : στα παιδιά , σκέψου αποτυχία σε προσπάθεια να πετύχουν συγκεκριμένη αύξηση σωματικού βάρους .

4. Αϋπνία ή υπερυπνία (hypersomnia) σχεδόν κάθε μέρα .

5. Ψυχοκινητική αναστάτωση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα (που έχει παρατηρηθεί από άλλους και όχι απλά υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή ψυχικής επιβράδυνσης) .

6. Εξάντληση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα .

7. Αισθήματα απαξίωσης ή υπερβολικής ακατάλληλης ενοχής (η οποία μπορεί να είναι παραληρητική) σχεδόν κάθε μέρα (όχι απλή αυτό-προσέγγιση ή ενοχή για το γεγονός ότι είναι άρρωστος) .

8. Ελαττωμένη ικανότητα να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί , ή αναποφασιστικότητα , σχεδόν κάθε μέρα (όπως διαπιστώνεται είτε από υποκειμενικές αναφορές , είτε από αντικειμενικές παρατηρήσεις άλλων) .

9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλά φόβος θανάτου) , επαναλαμβανόμενες τάσεις αυτοκτονίας χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο , ή μία απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για να διαπραχθεί η αυτοκτονία .

B. Τα συμπτώματα δεν ταιριάζουν με τα κριτήρια για ένα Μεικτό Επεισόδιο .

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικώς σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στη λειτουργικότητα του ατόμου στην κοινωνική , επαγγελματική ή άλλες σημαντικές πτυχές της ζωής του .

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση επίδραση μιας ουσίας (χρήση απαγορευμένης ουσίας , φαρμακευτική αγωγή) ή σε μία γενική ιατρική

κατάσταση π.χ. υποθυρεοειδισμός .

Ε. Τα συμπτώματα δεν προκαλούνται από κάποια απώλεια π.χ. μετά την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου , τα συμπτώματα επιμένουν για παραπάνω από δύο μήνες ή χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική διαταραχή , αρρωστημένη συνεχή ενασχόληση με αισθήματα απαξίωσης , τάσεων αυτοκτονίας , ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση .

ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΠΟΧΙΑΚΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ (SEASONAL PATTERN SPECIFIER)

Προσδιόρισε λεπτομερώς:

Με το Εποχιακό Μοντέλο (μπορεί να εφαρμοστεί το μοντέλο των μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων στην διπολική τύπου Ι και τύπου ΙΙ διαταραχή ή στην Επαναλαμβανόμενη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή) .

Α. Έχει σημειωθεί μία τακτική προσωρινή σχέση ανάμεσα στην έναρξη των μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων στην διπολική τύπου Ι και ΙΙ διαταραχή ή στην επαναλαμβανόμενη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή , και σε συγκεκριμένη περίοδο του έτους (π.χ. τακτική εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου στο φθινόπωρο ή το χειμώνα) . Σημείωση : να μην συμπεριληφθούν περιπτώσεις όπου υπάρχει εμφανές αποτέλεσμα επίδρασης στρεσογόνων ψυχολογικών παραγόντων σχετιζόμενων με την εποχή π.χ. το να είναι άνεργος κάθε χειμώνα .

Β. Πλήρεις υφέσεις (ή αλλαγή από κατάθλιψη σε μανία ή υπομανία) επίσης συμβαίνουν σε χαρακτηριστικές εποχές του έτους π.χ. κατάθλιψη που εξαφανίζεται την άνοιξη .

Γ. Τα τελευταία δύο χρόνια έχουν συμβεί δύο μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια , τα οποία αποδεικνύουν τις προσωρινές εποχιακές σχέσεις που ορίζονται στα κριτήρια Α και Β , και κανένα μη εποχιακό μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο δεν έλαβε χώρα στην ίδια περίοδο .

Δ. Τα εποχικά μείζονα

καταθλιπτικά επεισόδια όπως περιγράφηκαν παραπάνω , ουσιαστικά είναι περισσότερα από τα μη εποχιακά μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που μπορεί να έχουν συμβεί στη διάρκεια της ζωής του ατόμου .

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ , ΑΠΛΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ .

Α. Παρουσία ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου .

Β. Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο δεν ερμηνεύεται ως σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και δεν κατατάσσεται στη σχιζοφρένεια , σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή , παραληρητική διαταραχή ή ψυχωτική διαταραχή μη διαφορετικά ταξινομούμενη .

Γ. Δεν έχει συμβεί καμία φορά ένα Μανιακό ή Μικτό ή Υπομανιακό επεισόδιο . Σημείωση : αυτό το παράδειγμα δεν ισχύει εάν όλα αυτά τα επεισόδια που μοιάζουν με μανιακά , μικτά ή υπομανιακά είναι αποτέλεσμα δράσης ουσίας ή θεραπείας ή οφείλονται στα άμεσα αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης .

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ

Α. Παρουσία δύο ή περισσότερων μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων .

Σημείωση : πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν μεμονωμένα επεισόδια τα οποία πρέπει να παρεμβάλλονται σε διάστημα το λιγότερο δύο συνεχόμενων μηνών στους

οποίους δεν συμβαδίζουν για ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο Β. Τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια δεν ερμηνεύονται ως σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και δεν κατατάσσονται στη σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή ψυχωτική διαταραχή μη διαφορετικά ταξινομούμενη .

Γ. Δεν έχει συμβεί καμία φορά ένα Μανιακό ή Μικτό ή Υπομανιακό επεισόδιο . Σημείωση : αυτό το παράδειγμα δεν ισχύει εάν όλα αυτά τα επεισόδια που μοιάζουν με μανιακά , μικτά ή υπομανιακά είναι αποτέλεσμα δράσης ουσίας ή θεραπείας ή οφείλονται στα άμεσα αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης .

ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Α. Καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας , για τις περισσότερες μέρες, όπως αναδεικνύεται είτε από υποκειμενικές εκτιμήσεις είτε από αντικειμενικές παρατηρήσεις άλλων , για το λιγότερο δύο χρόνια . Σημείωση : στα παιδιά και στους εφήβους , η διάθεση μπορεί να είναι οξύθυμη και να διαρκεί το λιγότερο ένα χρόνο .

Β. Παρουσία , ενώ είναι καταθλιπτική, δύο ή περισσότερων από τα παρακάτω :

φτωχή όρεξη ή βουλιμία

αϋπνία ή υπερυπνία

χαμηλή ενέργεια ή εξάντληση

χαμηλή αυτοεκτίμηση

αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων

αισθήματα απελπισίας

Γ. Κατά τη διετή διάρκεια της διαταραχής (ένας χρόνος για παιδιά ή τους εφήβους) το άτομο δεν ήταν ποτέ χωρίς τα συμπτώματα των Κριτηρίων Α και Β για περισσότερο από δύο μήνες κάθε φορά .

Δ. Κανένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο δεν έλαβε χώρα τα δύο πρώτα χρόνια της διαταραχής (ένα χρόνο για παιδιά και εφήβους) π.χ. , η διαταραχή δεν ερμηνεύεται καλύτερα από χρόνια μείζονα καταθλιπτική διαταραχή , ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή , σε Μερική Ύφεση . Σημείωση : μπορεί να είχε συμβεί προηγούμενα ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεδομένου ότι υπήρχε περίοδος πλήρους ύφεσης (κανένα σημαντικό σημείο ή σύμπτωμα για δύο μήνες) πριν την ανάπτυξη Δυσθυμικής Διαταραχής . Επιπλέον , μετά τα δύο πρώτα χρόνια (ένα για παιδιά ή εφήβους) τα επεισόδια της Δυσθυμικής Διαταραχής μπορεί να είχαν, ταξινομηθεί ως επεισόδια της Μείζονος

Καταθλιπτικής Διαταραχής όπου σε κάθε περίπτωση δόθηκαν και οι δύο διαγνώσεις όταν τα κριτήρια ταίριαζαν για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο

Ε. Δεν έχει λάβει χώρα Μανιακό ή Μικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο και τα κριτήρια ταίριαζαν για Κυκλοθυμική Διαταραχή .

ΣΤ. Η διαταραχή δεν συνέβη αποκλειστικά κατά την πορεία μιας χρόνιας Ψυχωτικής Διαταραχής , όπως ή Σχιζοφρένεια ή Παραληρητική Διαταραχή .

Ζ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεσες επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. χρήση απαγορευμένης ουσίας ή φαρμακευτική αγωγή) ή γενικής ιατρικής κατάστασης π.χ. υποθυρεοειδισμός .

Η. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικώς σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στη λειτουργικότητα του



1.4 Δυσθυμική διαταραχή

Πρόκειται για χρόνια κατάθλιψη, η οποία δεν πληρεί κατά τη φάση της διάγνωσης τα κριτήρια της υποτροπιάζουσας καταθλιπτικής διαταραχής, είτε ήπιας, είτε μέτριας βαρύτητας. Η διάγνωση της δυσθυμικής διαταραχής απαιτεί καταθλιπτική διάθεση που να αφορά χρονικά το μεγαλύτερο τμήμα των περισσότερων ημερών του έτους για χρονικό διάστημα το λιγότερο 2 ετών (για παιδιά και εφήβους χρειάζεται ένας χρόνος). Τα συμπτώματα της δυσθυμικής διαταραχής τείνουν να είναι ηπιότερα από αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, ενώ εμφανίζονται λιγότερα σωματικά ενοχλήματα

	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΜΕ ΤΗ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
	<p>Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης είναι το μέσο της δεκαετίας των τριάντα, παρόλο που μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία και φαίνεται να λαμβάνει χώρα σε όλο και νεαρότερα άτομα.</p> <p>Η πιθανότητα ανάπτυξης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται μεταξύ 10-25% στις γυναίκες και 5-12% στους άντρες κάνοντας την κατάθλιψη δύο φορές πιο πιθανή στις γυναίκες απ'ότι στους άντρες.</p> <p>Οι συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς ή αδέρφια) των ατόμων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχουν 3 φορές περισσότερο την πιθανότητα να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.</p> <p>Τα συμπτώματα συνήθως αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου. Το άτομο μπορεί να βιώνει ανησυχία και ήπια κατάθλιψη για πολλές ημέρες, εβδομάδες ή μήνες πριν την έναρξη ενός ολοκληρωμένου μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.</p> <p>Αθεράπευτη, η μείζονα κατάθλιψη διαρκεί 6 ή περισσότερους μήνες. Στο 20-30% των περιπτώσεων, μερικά καταθλιπτικά συμπτώματα επιμένουν για μεγαλύτερες περιόδους, από μήνες μέχρι χρόνια. Αυτό χαρακτηρίζεται ως μερική ύφεση και θεωρείται πρόδρομο σημείο για μελλοντικά καταθλιπτικά επεισόδια και ανάπτυξη χρόνιας κατάθλιψης.</p>

Η δυσθυμική διαταραχή τείνει να επηρεάζει τα άτομα στην ανάπτυξη μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, το 10% των ατόμων με δυσθυμική διαταραχή θα αναπτύξει μείζονα καταθλιπτική διαταραχή σε ένα χρόνο.

Η δυσθυμική διαταραχή συμβαίνει συχνά στην παιδική ηλικία, την εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής και τείνει να ακολουθεί χρόνια πορεία. Ενώ και οι άντρες και οι γυναίκες εμφανίζουν ίδια συχνότητα στην παιδική ηλικία, στους ενήλικες οι γυναίκες υπερέχουν 2 με 3 φορές περισσότερο από τους άντρες στην εμφάνιση δυσθυμικής διαταραχής. Η πιθανότητα εμφάνισης δυσθυμικής διαταραχής στη διάρκεια της ζωής στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 6%.

Τα συμπτώματα της δυσθυμικής διαταραχής είναι παρόμοια με αυτά της χρόνιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Αυτό δυσκολεύει τα πράγματα, ακόμη και για έμπειρους κλινικούς ιατρούς, για την πραγματοποίηση ακριβούς διαφορικής διάγνωσης. Η δυσθυμική διαταραχή αναφέρεται εδώ επειδή μπορεί να διαβάσεις ή να ακούσεις για αυτή τη διάγνωση και πρέπει να ξέρεις τι σημαίνει. Στην κλινική πράξη, η νοσηλευτική φροντίδα του δυσθυμικού ασθενούς είναι παρόμοια με αυτήν του κάθε καταθλιπτικού ασθενούς.

Το φυσικό φως συχνά θεωρείται δεδομένο, αλλά επηρεάζει την ανθρώπινη εμπειρία με τρόπους, τους οποίους οι περισσότεροι άνθρωποι δεν γνωρίζουν. Από τις μέρες του Ιπποκράτη ακόμα, παρατηρητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς παρατήρησαν ότι μερικοί άνθρωποι υποφέρουν από αλλαγές διάθεσης καθώς αλλάζουν οι εποχές. Οι σχέσεις ανάμεσα στο φως, τους βιολογικούς ρυθμούς και τη διάθεση αποτελούν ένα μεγάλο θέμα της σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Αυτή η έρευνα εστιάζεται στη χρήση του φωτός στη θεραπεία της εποχιακής συναισθηματικής διαταραχής (SAD), μια καταθλιπτική διαταραχή που η εμφάνισή της σχετίζεται με τις εποχές, συνήθως κατά τους χειμερινούς μήνες. Το φυσικό φως μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση των καθημερινών ρυθμών, που επηρεάζουν τον ύπνο και τα μοντέλα δραστηριότητας, των νευροενδοκρινικών λειτουργιών και χημικών συστημάτων του εγκεφάλου. Τα κριτήρια του προσδιορισμού της ύπαρξης της SAD αναφέρονται στο πλαίσιο DSM-IV-TR στη σελίδα

Ερευνητικές μελέτες έχουν ανακαλύψει την επίπτωση των διαφορετικών μορφών φωτός στο δέρμα και στα μάτια σε διαφορετικές ώρες της ημέρας με ανάμεικτα αποτελέσματα (Birtwistle and Martin, 1999). Η ακριβής σχέση ανάμεσα στη SAD και στο φως, στους βιολογικούς ρυθμούς, και στις αλλαγές σε κυτταρικό επίπεδο δεν έχει προσδιοριστεί ακόμη

Σχεδόν 70% των γυναικών βιώνουν το "baby blues" – παροδικές διαταραχές διάθεσης, συνήθως κατάθλιψη, που δεν διαταράσσουν τη λειτουργικότητα – στην περίοδο των 10 ημερών μετά τη γέννηση ενός μωρού. Όταν όμως τα συμπτώματα ταιριάζουν με τα κριτήρια οποιασδήποτε κατηγορίας του DSM-IV-TR που συζητήθηκαν νωρίτερα σε αυτό το κεφάλαιο, η πελάτης διαγιγνώσκεται ως έχων μία διαταραχή ψυχικής διάθεσης με επιλόχεια έναρξη ή επιλόχειο επεισόδιο ψυχικής διάθεσης. Η έναρξη μιας διαταραχής διάθεσης με κατά τη λοχεία συμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων από τη στιγμή της γέννησης του παιδιού, αλλά μπορεί να συμβεί και οποιαδήποτε άλλη στιγμή εντός του πρώτου χρόνου μετά τον τοκετό (Beck & Gable, 2001). Τα συμπτώματα που βιώνει η πελάτης δεν διαφέρουν από τα συμπτώματα των άλλων διαταραχών διάθεσης εκτός από ένα σημαντικό – ενασχόληση με την καλή κατάσταση του βρέφους. Αυτή η ενασχόληση μπορεί να κυμαίνεται από υπερβολική ανησυχία μέχρι βαθύ συλλογισμό για την ασφάλεια του βρέφους της. Μερικές φορές, αλλά όχι πάντα, ψυχωσικά χαρακτηριστικά είναι εμφανή. Για παράδειγμα, η γυναίκα μπορεί να έχει παραληρητικές σκέψεις για το βρέφος της (το βρέφος κυριαρχείται από μια διαβολική παρουσία) ή ψευδαισθήσεις υπεροχής – ισχύος (να σκοτώνει ή να τραυματίζει το βρέφος). Ο κίνδυνος για ένα επιλόχειο επεισόδιο καταθλιπτικής ψυχικής διάθεσης με ψυχωσικά χαρακτηριστικά είναι αυξημένος για γυναίκες οι οποίες είχαν μια προηγούμενη διαταραχή διάθεσης (ειδικά διπολική τύπου I διαταραχή) ή προηγούμενο επιλόχειο επεισόδιο με ψυχωσικά χαρακτηριστικά, ή στις γυναίκες χωρίς ιστορικό προηγούμενης διαταραχής διάθεσης αλλά με ένα οικογενειακό ιστορικό διπολικών διαταραχών. Ο κίνδυνος επανεμφάνισης σε έναν μεταγενέστερο τοκετό είναι ανάμεσα στο 30% και 50% (Kheirabadi 2009).

1.5 Επιδημιολογία

Υπολογίζεται ότι 4-12% των ανδρών και 20-26% των γυναικών στο γενικό πληθυσμό θα νοσήσουν από κατάθλιψη, το λιγότερο μια φορά στη ζωή τους. Η επίπτωση υπολογίζεται για τους άνδρες σε 0.08 – 0.2% και για τις γυναίκες σε 0.25-7.8%. από τους ασθενείς αυτούς

μόνο 1.7 – 3.2% των ανδρών και 4.1 – 6.9% των γυναικών πάσχουν από μεγάλη κατάθλιψη. Για την ανισοκατανομή στα δύο φύλλα υποστηρίζεται πως: α) υπάρχει γενετική επιβάρυνση που μεταβιβάζεται ως φυλοσύνδετος (X – σύνδετος) χαρακτήρας. β) Η κατάθλιψη σχετίζεται στενά με τον αλκοολισμό, την εξάρτηση από ουσίες και τις διαταραχές της συμπεριφοράς. Η διάγνωση αυτών των καταστάσεων, όντας συχνότερη στους άνδρες, καλύπτει στην πραγματικότητα περιπτώσεις καταθλίψεων. γ) Ο κοινωνικός ρόλος της γυναίκας, δίνοντάς της λιγότερες ευκαιρίες για επαγγελματική και κοινωνική αναγνώριση και εκθέτοντάς την συχνότερα σε απογοητεύσεις και ανασφάλεια αυξάνει τη συχνότητα της νόσησής της από κατάθλιψη.

Παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη θεωρούνται: α) Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως: δυσανεξία στο stress, εσωστρέφεια, ψυχαναγκαστικά στοιχεία, αδράνεια, εξάρτηση, ανασφάλεια, αδεξιότητα για κοινωνικές σχέσεις και απαισιοδοξία για τη ζωή. β) Πρόσφατα δυσμενή συμβάμματα όπως: θάνατος ή αποχωρισμός αγαπημένων προσώπων, απώλεια αγαθών ή εργασίας, συνταξιοδότηση και απώλεια κοινωνικής αναγνώρισης. γ) Βαρυμένο οικογενειακό ιστορικό, όπως: γενετική επιβάρυνση, μαθησιακή επίδραση, επιλογή καταθλιπτικού και απώλεια των γονιδίων στην παιδική ηλικία.

1.6 Αιτιολογία

Η αιτιολογία και η παθογένεια δεν είναι απόλυτα γνωστή. Ενοχοποιούνται παράγοντες βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Μεγάλη σημασία έχουν οι γενετικοί παράγοντες (δηλαδή η κληρονομικότητα) και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής, απώλεια και πένθος κλπ). Κάθε ψυχοθεραπευτική σχολή έχει προσφέρει κάποιο μοντέλο ερμηνείας της Κατάθλιψης.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στις νευροβιολογικές θεωρίες καθότι υπάρχουν σαφή ευρήματα που αφορούν διαταραχές στην λειτουργία του εγκεφάλου (ιδίως στα συστήματα των κατεχολαμινών και της 5 Υδροξυτρυπταμίνης).

Επισημαίνεται ότι η κατάθλιψη μπορεί να είναι και αποτέλεσμα ενός μεγάλου πλήθους σωματικών νοσημάτων και συνδρόμων (πχ υποθυρεοειδισμού, εγκεφαλικού επεισοδίου, νόσου του Parkinson, χρονίου αλκοολισμού κα), αλλά ακόμα και τότε ο ακριβής μηχανισμός παθογένεσης δεν είναι γνωστός.

ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι άνθρωποι με συγκεκριμένους τύπους προσωπικότητας ή ιδιοσυγκρασίας είναι πιο επιρρεπείς από άλλους στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπεριφορών. Η έρευνα για την ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων των διαταραχών διάθεσης έχει εστιαστεί στις σχέσεις του πρόωρου χωρισμού από τους γονείς ή την απώλειά τους, στις πρώτες σχέσεις μητέρας – παιδιού, στα λάθη στον τρόπο σκέψης, στην κληρονομικότητα, στους βιολογικούς παράγοντες και σε άλλες πτυχές της ανάπτυξης και της εμπειρίας του ανθρώπου. Μέχρι σήμερα, κανένας ξεχωριστός τύπος προσωπικότητας, βιολογικό ή ψυχολογικό χαρακτηριστικό ή σύνολο εμπειριών δεν έχει αποδειχθεί ότι ερμηνεύει όλες τις μορφές των διαταραχών διάθεσης. Υπάρχουν πολλαπλοί και πολύπλοκοι παράγοντες, που συντελούν στην ανάπτυξη των διαταραχών διάθεσης.

ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Η ψυχαναλυτική θεωρία της κατάθλιψης αρχικά αναπτύχθηκε από τον Freud και αργότερα ξεκαθαρίστηκε από άλλους. Εστιάζεται σε μία μη ικανοποιητική πρόωρη σχέση μεταξύ μητέρας – βρέφους, ως τον πρωταρχικό παράγοντα, που προδιαθέτει τα άτομα σε μελλοντική κατάθλιψη. Αν οι ανάγκες του βρέφους δεν ικανοποιούνται, εμφανίζεται μια αίσθηση απώλειας. Η θλίψη για την απώλεια έχει ως αποτέλεσμα τον εσωτερικό θυμό. Η ανάπτυξη του εγώ του παιδιού συνεπώς επηρεάζεται δυσμενώς, έχοντας ως αποτέλεσμα ένα ασθενές εγώ και ένα υπερανπτυγμένο, σφφρονιστικό υπερ-εγώ. Η ψυχαναλυτική θεωρία έχει δεχθεί κριτική για την τάση της να κατηγορεί τις μητέρες και να αμελεί τους βιολογικούς παράγοντες.

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Οι γνωσιακοί θεωρητικοί, όπως οι Beck & Gable (2001), πιστεύουν ότι η κατάθλιψη προέρχεται από μειωμένη γνώση ή από διαστρεβλωμένες διαδικασίες σκέψης. Οι άνθρωποι που κάνουν αρνητικές σκέψεις αξιολογούν τους εαυτούς τους κριτικά και μεταφράζουν τα στρεσογόνα γεγονότα σαν να έχουν ισχυρό, σφαιρικό αντίκτυπο πάνω τους. Αισθάνονται ένοχοι, ανεπαρκείς και απελπισμένοι σχετικά με το μέλλον. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο συνδυασμός δυσμενών γεγονότων της ζωής (ή η αντίληψη των δυσμενών γεγονότων της ζωής) και η ελαφρά καταθλιπτική διάθεση συνδυάζονται για να ευοδώσουν την πορεία προς στην κατάθλιψη (Mazure, Bruce, Maciejewski, Jacobs, 2000). Η θεωρία της μαθημένης αδυναμίας είναι μια γνωσιακή θεωρία, που

υποστηρίζει ότι η εκπαίδευση παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης . Αυτή η θεωρία υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη βασίζεται στην αντίληψη του ατόμου ότι αυτός ή αυτή δεν έχει κάποιο έλεγχο στις καταστάσεις της ζωής . Αυτό το συμπέρασμα πηγάζει από τις επαναλαμβανόμενες αποτυχίες , πραγματικές ή φανταστικές , στο να ελέγξει τα γεγονότα της ζωής . Το αποτέλεσμα είναι ότι το άτομο παραιτείται , σταματά να προσπαθεί να ελέγξει , γίνεται εξαρτημένος από άλλους και συνεπώς αποκτά προδιάθεση για κατάθλιψη (www.psychologyinfo.com/depression/cognitive.html)

ΘΕΩΡΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ

Στην θεωρία απώλειας αντικειμένου του Bowlby (1973 as cited Ruiz, 1998) για την κατάθλιψη , ο βίαιος , συχνά τραυματικός χωρισμός ή η εγκατάλειψη ενός βρέφους από τη μητέρα του κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών , παίζει ένα σημαντικό ρόλο . Ο χωρισμός διακόπτει την διαδικασία δεσίματος , η οποία είναι πολύ ουσιαστική για την περαιτέρω ανάπτυξη των σχέσεων και το παιδί απομακρύνεται από τους άλλους ανθρώπους και από το περιβάλλον . Αυτό καθιερώνει ένα σκηνικό ανησυχίας , θλίψης , αδυναμίας και απελπισίας . Όταν το σκηνικό αυτό έχει πλέον καθιερωθεί , το άτομο χρησιμοποιεί αυτού του είδους τις συμπεριφορές για να αντιμετωπίσει όλες τις ακόλουθες απώλειες , είτε αυτές είναι μεγάλης είτε μικρής σημασίας . Τέτοιοι άνθρωποι αισθάνονται αδύναμοι να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα φυσιολογικά σκαμπανεβάσματα της ζωής και παίρνουν μια απελπισμένη , καταθλιπτική στάση .

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Τα περισσότερα υποσχόμενα ευρήματα σχετικά με τις αιτίες των διαταραχών διάθεσης αναδύονται σήμερα από τις μελέτες των βιολογικών παραγόντων που τροποποιούν τη λειτουργία του εγκεφάλου . Η έρευνα πάνω στη οργανική βάση της κατάθλιψης έχει ξεκινήσει εδώ και περισσότερο από 40 χρόνια και έχει προκαλέσει μια ποικιλία υποθέσεων . Από τη στιγμή που οι διαταραχές διάθεσης ποικίλουν ευρέως , είναι απίθανο να απομονωθεί ένας μοναδικός βιολογικός αιτιολογικός παράγοντας . Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει στην εστίαση της σύγχρονης έρευνας στο πώς οι διάφοροι βιολογικοί παράγοντες , που έχουν ήδη αναγνωρισθεί σχετίζονται μεταξύ τους , πώς επηρεάζουν τη συμπεριφορά και πώς ανταποκρίνονται σε διαφορετικές θεραπείες . Ψάχνοντας για βιολογικές αλλαγές στις διαταραχές διάθεσης , είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι παρόλο που μια βιολογική ανωμαλία μπορεί να συνυπάρχει με μία διαταραχή διάθεσης , δεν είναι απαραίτητα ένας αιτιολογικός παράγοντας . Μπορεί να είναι μία αιτία , ένας συνυπάρχων παράγοντας ή μια συνέπεια (American Psychiatric Association, 2000).

Ενώ δεν υπάρχουν εργαστηριακές μελέτες που να κάνουν οριστική διάγνωση διαταραχών διάθεσης , κάποια μη φυσιολογικά ευρήματα σημειώνονται πιο συχνά σε ψυχικά διαταραγμένα άτομα όταν υπάρχουν συμπτώματα . Αυτά είναι (American Psychiatric Association, 2000):

Απορύθμιση νευροδιαβιβαστή και νευροπεπτιδίου στο μείζον καταθλιπτικό και στο μανιακό επεισόδιο . Διαταραχές ύπνου στο 40% - 60% των εξωτερικών ασθενών και μέχρι το 90% των εσωτερικών ασθενών με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και στο 25% - 50% των ενηλίκων με δυσθυμική διαταραχή . Μειωμένη ανάγκη για ύπνο και παθολογικά πολυπνογραφικά ευρήματα σε άτομα με μανιακό επεισόδιο (οι

διαταραχές ύπνου μπορεί να προηγούνται της έναρξης μιας διαταραχής διάθεσης και μπορεί να επιμένουν παρά την απουσία άλλων συμπτωμάτων).

Ορμονικές διαταραχές (πτώση των επιπέδων της αυξητικής ορμόνης και θυρεοειδοτρόπος ορμόνη), αυξημένη ελεύθερη κορτιζόλη των ούρων , μη καταστολή της προλακτίνης από δεξαμεθαζόνη , αυξημένη κορτιζόλη πλάσματος.

Μελέτες απεικόνισης εγκεφάλου μπορεί να δείχνουν αυξημένη αιματική ροή σε μεταιχμιακές και παρακείμενες δομές και μειωμένη ροή σε τμήματα του προμετωπιαίου φλοιού στην κατάθλιψη . Αυξημένη συχνότητα βλαβών του δεξιού ημισφαιρίου ή αμφοτερόπλευρες υποφλοιώδεις ή παρακοιλιακές βλάβες .

Παρακοιλιακές αγγειακές βλάβες όταν η κατάθλιψη ξεκινά στα τελευταία χρόνια της ζωής .

Δοκιμασίες ανίχνευσης φαρμάκων στα ούρα και το αίμα μπορεί να δείξουν διαταραχή διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες .

ΦΥΛΟ

Οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς στη μείζονα κατάθλιψη και τη δυσθυμία από ότι οι άντρες . Αυτό συμβαίνει σε όλους τους πολιτισμούς . Το στρες της ζωής , η ανεπαρκής κοινωνική στήριξη , η ανεπαρκής οικονομική δυνατότητα και η τάση προς φιλοσοφική αντιμετώπιση της ζωής (π.χ. το να σκέφτεται και να μιλά κανείς για ένα πρόβλημα παρά να αναλαμβάνει δράση για την αντιμετώπισή του) όλα συμβάλλουν στο να αισθάνεται το άτομο παγιδευμένο και αβοήθητο .

Οι ενδοκρινικοί και οι αναπαραγωγικοί κύκλοι μπορούν επίσης να παίζουν κάποιο ρόλο παρόλο που η εμμηνόπαυση από μόνη της , σε αντίθεση με την κοινή πεποίθηση δεν φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για κατάθλιψη στις γυναίκες . Δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο εάν η περιγενετική και η επιλόχειος κατάθλιψη είναι ορμονικής φύσεως , αποτέλεσμα του αυξημένου στρες της μητρότητας ή αντανακλά μία αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών και άλλων παραγόντων . Σε κάθε περίπτωση, ενώ το φύλο είναι βασικός παράγοντας, οι εμπειρίες της ζωής και του περιβάλλοντος παίζουν έναν μέγιστο ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες (Kaplan and Saddock's, 2007).

ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Πολλαπλές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στο ρόλο που παίζει η κληρονομικότητα στην καταθλιπτική νόσο . Μελέτες των ποσοστών της νόσου μέσα και μεταξύ των γενεών των οικογενειών , σε μονοζυγωτικά και διζυγωτικά δίδυμα , στο γενικό πληθυσμό και αυτών που χρησιμοποιούν γνωστούς γενετικούς δείκτες όπως ομάδα αίματος ή αχρωματοψία επιβεβαιώνουν την αυξημένη επίπτωση κατάθλιψης στους συγγενείς καταθλιπτικών ατόμων . Οι γενετικές μελέτες δείχνουν πως ο βαθμός κινδύνου για καταθλιπτική διαταραχή είναι 54% στους μονοζυγώτες (MZ) και 19% στους διζυγώτες (ΔZ), ενώ για διπολικές διαταραχές είναι 67-79% στους MZ και 15-20% στους ΔZ δίδυμους. Φαίνεται πως οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν ομάδα γενετικά ανομοιογενών νοσημάτων. Ο βαθμός κινδύνου στους συγγενείς πρώτου βαθμού είναι 20% για τις καταθλιπτικές και 25% για τις διπολικές διαταραχές. Η ταυτότητα του γενετικού παράγοντα και ο τρόπος της γενετικής μεταβίβασης είναι υπό μελέτη. Υπάρχουν ενδείξεις για πολυγονιδιακή εκπροσώπιση παθολογικών χαρακτήρων. Ο ρόλος της γενετικής στην ανάπτυξη μειζόνων διαταραχών διάθεσης είναι αμφιλεγόμενος , αφού οι άνθρωποι που είναι βιολογικά συνδεδεμένοι τείνουν να περνούν περισσότερο χρόνο μαζί και να

επηρεάζει ο ένας τον τρόπο σκέψης του άλλου. Μοιράζονται ίδιες αξίες και πεποιθήσεις και υπόκεινται σε παρόμοιους στρεσογόνους παράγοντες, όπως φτώχεια ή απώλεια αγαπημένου προσώπου. Είναι όμως μερικές φορές δύσκολο να καθοριστεί η σχετική επίδραση της γενετικής, των μοντέλων σκέψης, των οικογενειακών σχέσεων και της μάθησης στην ανάπτυξη των διαταραχών διάθεσης (Kaplan and Saddock's, 2007).

ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Πρώιμες βιοχημικές μελέτες θεώρησαν ότι ένα λάθος του μεταβολισμού έχει ως αποτέλεσμα μία ηλεκτρολυτική αστάθεια, που φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στην κατάθλιψη. Μελέτες έδειξαν ότι το κάλιο και το νάτριο μεταφέρονται στους νευρώνες καταθλιπτικών ατόμων. Αυτή η μετακίνηση τροποποιεί την ευαισθησία των νευρωνικών κυτταρικών μεμβρανών. Οι τροποποιήσεις της ευαισθησίας των υποδοχέων των νευρώνων πιθανόν να δημιουργεί αλλαγές στη συμπεριφορά. Ίσως αυτό να ευθύνεται για την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων όπως λίθιο και αντικαταθλιπτικά, στη θεραπεία των διαταραχών διάθεσης. Από τότε, η επιστημονική έρευνα επικεντρώθηκε στο ρόλο συγκεκριμένων χημικών ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, στο κεντρικό νευρικό σύστημα.. Πρόκειται για ουσίες, οι οποίες διαβιβάζουν νευρικά ερεθίσματα κατά μήκος νευρωνικών διαδρομών στη μεταιχμιακή περιοχή του εγκεφάλου (American Psychiatric Association, 2010). Τα επίπεδα συγκεκριμένων μονοαμινικών νευροδιαβιβαστών – νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη, επινεφρίνη, και ντοπαμίνη – έχουν βρεθεί μειωμένα σε πολλά άτομα με κατάθλιψη. Μέχρι το 1980 οι επιστήμονες πίστευαν ότι η μείζονα κατάθλιψη ήταν αποτέλεσμα ανεπάρκειας της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης και τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα παρασκευάστηκαν σύμφωνα με αυτή την αντίληψη. Οι νευροχημικές – νευροφαρμακολογικές θεωρίες, ενοχοποιούν διαταραχές του ισοζυγίου ορισμένων νευροδιαβιβαστών στο νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.). σε συντομία, αυτές οι θεωρίες υποστηρίζουν ότι: α) Η ελάττωση των κατεχολαμινών, ιδιαίτερα της νορεπινεφρίνης (NE), νορεπινεφρινεργικές συνάψεις του ΚΝΣ, προκαλεί κατάθλιψη ενώ στη μανία η στάθμη τους είναι υψωμένη. β) Η μείωση των ινδολαμινών, ιδιαίτερα της σεροτονίνης (5-HT) στις σεροτονινεργικές συνάψεις του ΚΝΣ προκαλεί κατάθλιψη γ) Υπάρχει έλλειψη της 5-HT τόσο στην κατάθλιψη όσο και στη μανία. Στην κατάθλιψη όσο και στη μανία. Στην κατάθλιψη η έλλειψη της 5-HT συνοδεύεται από μείωση της στάθμης και της NE, ενώ στη μανία την έλλειψη 5-HT συνοδεύει αύξηση της NE δ) Υπάρχουν δύο τύποι συναισθηματικών διαταραχών. Ο ένας συνδέεται με διαταραχή του ισοζυγίου των κατεχολαμινών, ιδιαίτερα της NE και ο άλλος με διαταραχή του ισοζυγίου των ινδολαμινών, ιδιαίτερα της 5-HT. Ορισμένες παρατηρήσεις ενοχοποιούν διαταραχές του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. Στην κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί κατακράτηση και διαταραχές της κατανομής του νατρίου, με αύξηση της αποβολής του καλίου και του νερού. Στην ευφορία η αποβολή του καλίου και του νερού είναι μειωμένη. Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μελέτες του ύπνου έχουν δείξει: α) Η ολική διάρκεια των φάσεων REM και D- ονειρικής του ύπνου μειωμένη στη μανία και αυξημένη στην κατάθλιψη. β) Μειωμένη λανθάνουσα περίοδος του ύπνου D στην κατάθλιψη (NICE, 2009).

Η υπόθεση της μονοαμίνης επικρατούσε για πολλά χρόνια μέχρι τη στιγμή που κρίθηκε ανεπαρκής στην πλήρη αιτιολόγηση πολύπλοκων διαταραχών όπως αυτή της κατάθλιψης. Τα μειωμένα επίπεδα μονοαμινικών νευροδιαβιβαστών δεν ανευρίσκονταν συνεχώς στα άτομα με κατάθλιψη και δεν μπορούσαν να ανακουφίσουν ικανοποιητικά τα συμπτώματα. Σήμερα θεωρείται πως οι ανεπάρκειες των μονοαμινών είναι μία από τις πτυχές της εξήγησης της

κατάθλιψης. Πολλοί φαρμακολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιήθηκαν με επιτυχία στη θεραπεία της κατάθλιψης και της μανίας εντούτοις αυξάνουν τη μονοαμινική δραστηριότητα. Για παράδειγμα, η μελέτη του μεταβολισμού της σεροτονίνης και η ανακάλυψη της δυσλειτουργίας συγκεκριμένων σεροτονινικών νευρώνων σε καταθλιπτικά άτομα οδήγησε στην ανάπτυξη των αναστολέων των υποδοχέων της σεροτονίνης (SSRIs) και στις επόμενες γενιές των χρήσιμων αυτών αντικαταθλιπτικών.

Ένα μεγάλο μέρος από το σύγχρονο επιστημονικό βιοχημικό ενδιαφέρον εστιάζεται σήμερα στο ρόλο του ψυχοκοινωνικού στρες στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης. Οι καταστροφικές συνέπειες του χρόνιου στρες , περιλαμβανομένης και της επίδρασης στη δραστηριότητα του μεταιχμιακού συστήματος, είναι κάτω από εξονυχιστική έρευνα και μελέτη (WFSBP, 2007).

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΡΥΘΜΟΙ

Οι ερευνητές έχουν περιγράψει καθημερινές μεταβολές στη διάθεση , στους κύκλους ηρεμίας και δραστηριότητας, στις μορφές ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων και στις νευροενδοκρινολογικές εκκρίσεις. Η διαταραχή στη λειτουργία του καρδιακού ρυθμού μπορεί να εξηγήσει έναν αριθμό συμπτωμάτων διαταραχής διάθεσης, όπως η αϋπνία , η υπερυπνία, το πολύ πρωινό ξύπνημα και μεταβολές στην όρεξη, την ξεκούραση και τους κύκλους δραστηριότητας. Μελέτες σε ζώα έχουν δείξει ότι το αλκοόλ και τα αντιμανιακά φάρμακα , όπως το λίθιο , επιβραδύνουν το βιολογικό ρολόι , ενώ τα οιστρογόνα και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τον επιταχύνουν ή επαναφέρουν τους φυσιολογικούς ρυθμούς. Ο ακριβής ρόλος που παίζουν οι βιολογικοί ρυθμοί στις διαταραχές διάθεσης δεν έχει ακόμη καθοριστεί (CANMAT, 2009).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όλοι οι άνθρωποι , ανεξάρτητα από το είδος του ταμπεραμέντου και της προσωπικότητάς τους , μπορούν σε κάποια φάση της ζωής τους να εκδηλώσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Η ήπια κατάθλιψη είναι ευρέως γνωστή ως ένα μέρος του ανθρώπινου βιώματος. Άτομα, που παρουσιάζουν συγκεκριμένες στάσεις και πιστεύω – όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση , έλλειψη προσωπικών στόχων και πορείας, τάση να αποφεύγουν δύσκολες καταστάσεις αντί να τις αντιμετωπίζουν ευθέως, εξάρτηση και παθητικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις, που δρουν και αντιδρούν παρορμητικά , μια περιορισμένη ικανότητα να δημιουργήσουν σχέσεις ώριμες και με διάρκεια, και η εσωτερική της μομφής – πιστεύεται ότι είναι σε κίνδυνο να αναπτύξουν καταθλιπτικές διαταραχές (CANMAT, 2009).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι περισσότεροι κλινικοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα γεγονότα της ζωής και το στρες του περιβάλλοντος παίζουν κάποιο ρόλο στις διαταραχές διάθεσης . Συγκεκριμένα γεγονότα , όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου , το διαζύγιο και άλλες απώλειες είναι αναγνωρισμένα ευρέως τόσο από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και από το γενικό πληθυσμό , ως προδιαθεσικά γεγονότα στην κατάθλιψη . Το αδιάκοπο στρες του να ζεις στη φτώχεια και η κοινωνική υποτίμηση αυτών που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, φαίνεται ότι προδιαθέτουν επίσης τους ανθρώπους στην εμφάνιση κατάθλιψης (Ruiz , 1998) .

Διαφορές στην πολιτιστική και κοινωνική κατάσταση των πελατών και ανθρώπων που παρέχουν φροντίδα μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα στη διάγνωση και τη

θεραπεία . Οι γλωσσικές διαφορές , για παράδειγμα , δημιουργούν εμπόδια στην ανάπτυξη θεραπευτικών σχέσεων , ενώ οι πολιτισμικές διαφορές στην έκφραση των συμπτωμάτων κάνουν δύσκολο το να καθοριστεί αν η συμπεριφορά είναι φυσιολογική ή παθολογική . Επίσης , ο πολιτισμός επηρεάζει έντονα τη στάση των πελατών απέναντι στη θεραπεία και τη συμμόρφωση τους με αυτή (Ruiz , 1998) .

Κεφάλαιο 2. Παχυσαρκία

2.1 Ορισμός παχυσαρκίας

Παχυσαρκία ονομάζεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία υπερβολική ποσότητα λίπους συσσωρεύεται κάτω από το δέρμα (υποδόριο λίπος) ή γύρω από τα διάφορα όργανα του σώματος. Πιο αναλυτικά παχυσαρκία είναι η υπερβολική αποταμίευση ενέργειας στον οργανισμό με τη μορφή λίπους και προκαλείται από την τακτική λήψη υπερβολικής ποσότητας τροφής που η θερμιδική της αξία υπερβαίνει αυτή που το άτομο καταναλώνει (Hans et al., 1996).

Ως παχυσαρκία ορίζεται «η υπερβολική συσσώρευση λίπους στο σώμα, ενώ ως υπερβάλλον βάρος «το πλεόνασμα του σωματικού βάρους σε σχέση με το ύψος». Η παχυσαρκία παρουσιάζει δύο τύπους: την κεντρική (σπλαχνική) παχυσαρκία, όπου το αυξανόμενο λίπος κατανέμεται στο άνω τμήμα του σώματος και την περιφερική παχυσαρκία, όπου το λίπος εναποτίθεται στους μηρούς και στους γλουτούς ή τον συνδυασμό των δύο. Από τις δύο παραπάνω μορφές, η κεντρική παχυσαρκία αποτελεί τη νοσογόνο παχυσαρκία, μιας και έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση του συνολικού σωματικού βάρους δεν οδηγεί υποχρεωτικά σε νόσο, αλλά χρειάζεται να υπάρχει και άλλος παράγοντας κινδύνου (Κατσίκης κ.α, 2009).

Το σωματικό βάρος εξαρτάται από το ισοζύγιο ενέργειας, δηλαδή από την πρόσληψη θερμίδων με την τροφή και την κατανάλωση θερμίδων με τη σωματική δραστηριότητα. Όταν η πρόσληψη ενέργειας (θερμίδες) είναι μεγαλύτερη από την κατανάλωσή της, αυξάνεται το σωματικό βάρος, ενώ, όταν συμβαίνει το αντίθετο, υπάρχει απώλεια σωματικού βάρους (Hans et al., 1996).

Το λίπος αποθηκεύεται στο λιπώδη ιστό, αποτελεί φυσιολογικό συστατικό του σώματος. Ο λιπώδης ιστός εκκρίνει ορμόνες και δεν θεωρείται ένας αδρανής μεταβολικά ιστός. Το ποσοστό του σωματικού λίπους εξαρτάται από την ηλικία και το φύλο, ενώ, στο φυσιολογικό ποσοστό λίπους, υπάρχει σημαντική απόκλιση μεταξύ των ατόμων (WHO, 2006).

Στα νεογνά, κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους, το λίπος αυξάνεται στο 25% της σύστασης του σώματος ενώ, στη συνέχεια, πέφτει στο 15%, μέχρι την ηλικία των δέκα ετών. Στην προεφηβική ηλικία, η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα αρχίζει να γίνεται εμφανής με τα κορίτσια να παρουσιάζουν αύξηση του σωματικού λίπους (25%), ενώ τα αγόρια διατηρούν το ίδιο ποσοστό λίπους (~15%). Ύστερα από την εφηβεία, το ποσοστό λίπους αυξάνεται με την ηλικία και στους άνδρες και στις γυναίκες, χωρίς να είναι γνωστό εάν αυτό αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο ή οφείλεται στην αυξημένη πρόσληψη τροφής ή στην καθιστική ζωή. Στους ενήλικες άνδρες, το φυσιολογικό ποσοστό λίπους αποτελεί το 15-20% της σύστασης του σώματος, ενώ στις ενήλικες γυναίκες το ποσοστό είναι υψηλότερο, της τάξης του 25-30% (Κατσίκης κ.α, 2009).

2.2 Ταξινόμηση της Παχυσαρκίας

Παλαιότερα, η ταξινόμηση της παχυσαρκίας πραγματοποιούνταν βάσει του «ιδανικού» σωματικού βάρους και στηριζόταν σε πίνακες των ασφαλιστικών εταιρειών. Η εκτίμηση επομένως, του σωματικού βάρους γινόταν ανάλογα με τη σωματική διάπλαση (λεπτόσωμος, κανονικός, εύσωμος), σε σχέση με το ύψος και ως παχυσαρκία οριζόταν το σωματικό βάρος πάνω από το 120% του ιδανικού σωματικού βάρους (Hans et al., 1996).

Πίνακας 1: Το ιδανικό βάρος για άνδρες και γυναίκες

ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
ΥΨΟΣ cm	ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ kg	ΥΨΟΣ cm	ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ kg
157.5	61.7	147.3	52.2
160.0	62.6	149.9	53.1
162.1	63.5	152.4	54.1
165.1	64.6	154.9	55.3
167.6	65.8	157.5	56.7
170.2	67.6	160.0	58.1
172.7	68.5	162.6	59.4
175.3	69.8	165.1	60.8
177.8	71.2	167.6	62.8
180.3	72.6	170.2	63.5
182.3	74.2	172.7	64.9
185.4	75.9	175.3	66.2
188.0	77.6	177.8	67.6
190.5	74.2	180.3	68.9
193.0	81.2	182.9	70.3

WHO, 2006

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) άλλαξε την ταξινόμηση της παχυσαρκίας, χρησιμοποιώντας το Δείκτη Μάζας Σωματος (Δ.Μ.Σ.), ο οποίος ορίζεται ως «το βάρος του σώματος σε χιλιόγραμμα (Kg) διαιρούμενο από το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (m²)». Η ταξινόμηση των παχύσαρκων ατόμων, με βάση τον τύπο αυτό, είναι υπέρβαροι, παχύσαρκοι και σοβαρά παχύσαρκοι (Κατσίκης κ.α, 2009).

$$\Delta.Μ.Σ. (BMI) = \text{Βάρος σε χιλιόγραμμα (Kg)} / (\text{Ύψος σε μέτρα})^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

Βάσει της ταξινόμησης αυτής, ο Δ.Μ.Σ., σχετίζεται με το ποσοστό του σωματικού λίπους στο γενικό πληθυσμό και έχει μικρή συσχέτιση με το ύψος. Έτσι, όταν ένα άτομο είναι παχύσαρκο, έχει ποσοστό λίπους >25% στους άνδρες, και >35% στις γυναίκες. Επίσης, η ταξινόμηση αυτή δείχνει, πολύ καλύτερα, τον κίνδυνο που διατρέχει ένα άτομο να εμφανίσει κάποιο νόσημα, που σχετίζεται με τη παχυσαρκία (Hans et al., 1996).

Ο Δ.Μ.Σ. δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε έγκυες γυναίκες ή σε άτομα που επιδίδονται σε ανάπτυξη του μυϊκού συστήματος γιατί θα οδηγήσει σε ψευδή συμπεράσματα. Στα παιδιά και στους εφήβους η ταξινόμηση της παχυσαρκίας βασίζεται στις καμπύλες ανάπτυξης (National Center of Health Statistics) και ως παχυσαρκία θεωρείται όταν η αναλογία του ύψους προς το βάρος είναι πάνω από την ενενηκοστή θέση καμπύλης ανάπτυξης. Επίσης χρησιμοποιούνται και καμπύλες με βάση το Δ.Μ.Σ. Ένα παιδί ή ένας έφηβος θεωρείται υπέρβαρος όταν ο Δ.Μ.Σ. κυμαίνεται από την ογδοηκοστή πέμπτη έως την ενενηκοστή πέμπτη θέση της καμπύλης ανάπτυξης και παχύσαρκος εφόσον ο Δ.Μ.Σ. είναι πάνω από την ενενηκοστή πέμπτη θέση της καμπύλης ανάπτυξης (Κατσίκης κ.α, 2009).

Πίνακας 2: Ταξινόμηση των παχύσαρκων ατόμων με το Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.) και κίνδυνος εμφάνισης σχετιζόμενων με τη παχυσαρκία νοσημάτων

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	ΔΜΣ (kg/m ²)	ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΧΕΤΙΚΩΝ
------------	--------------------------	-------------------

		ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
Λιποβαρής	<18,5	Χαμηλός
Φυσιολογικού βάρους	18,5-24,9	Φυσιολογικός
Υπέρβαρος	25,29,9	Αυξημένος
Παχύσαρκος		
Στάδιο I	30-34,9	Μέτριος
Στάδιο II	35-39,9	Σοβαρός
Στάδιο III (σοβαρά παχύσαρκος)	>40	Πολύ σοβαρός

Πηγή: Κατσίκης κ.α (2009)

Για την ταξινόμηση της παχυσαρκίας, πέραν του Δ.Μ.Σ., χρησιμοποιείται και η μικρότερη περίμετρος μέσης (Waist) ή η σχέση της μικρότερης περιμέτρου της μέσης προς τη μεγαλύτερη περίμετρο των ισχίων (Hip) (Waist to Hip ratio:WHR). Η μέτρηση αυτή είναι περισσότερο απλή. Συγκεκριμένα, η περίμετρος της μέσης είναι μια απλή και αξιόπιστη μέθοδος μέτρησης και εκτίμησης της κεντρικής παχυσαρκίας και του κινδύνου ανάπτυξης συνοδών νοσημάτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και η καρδιαγγειακή νόσος και είναι ανεξάρτητη του ύψους. Τα άτομα με αυξημένη περίμετρο μέσης και φυσιολογικό βάρος σώματος έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νόσου (Hans et al., 1996).

Πίνακας 3: Κίνδυνος εμφάνισης συνοδών νοσημάτων, ανάλογα με τη μικρότερη περιφέρεια της μέσης, και τη σχέση της μικρότερης περιφέρειας της μέσης προς τη μεγαλύτερη περιφέρεια των ισχίων.

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ				
		Χαμηλός	Μέτριος	Υψηλός
ΑΝΔΡΕΣ	Περίμετρος μέσης (cm)	<94	94-102	>102
	WHR	<0,90	0,90-1,00	>1,00
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	Περίμετρος μέσης (cm)	<80	80-88	>88
	WHR	<0,75	0,75-0,85	>0,85

Πηγή: Κατσίκης κ.α (2009)

2.3 Νοσήματα και παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία

Είναι γνωστό, ότι η παχυσαρκία και ιδιαίτερα η κεντρική (σπλαχνική) εναπόθεση λίπους αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, υπέρτασης, καρδιαγγειακής νόσου, δυσλιπιδαιμίας και άλλων νοσημάτων και παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες επηρεάζουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Συγκεκριμένα τα νοσήματα και οι παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία, παρουσιάζονται στον κάτωθι πίνακα (Κατσίκης κ.α, 2009):

Καρδιαγγειακή νόσος (στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια)	Ορμονο-εξαρτώμενοι καρκίνοι (ενδομήτριο, μαστός, ωοθήκες, χοληδόχος κύστη, προστάτης, παχύ έντερο)
Παθολογική ανοχή γλυκόζης, υπερινσουλιαιμία, σακχαρώδης διαβήτης	Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

τύπου 2	
Αρτηριακή υπέρταση	Υπογονιμότητα
Δυσλιπιδαιμία (υπερτριγλυκεριδαιμία)	Διαταραχές εμμηνορρυσιακού κύκλου (ολιγομηνόρροια, συχνομηνόρροια)
Αναπνευστικά νοσήματα (σύνδρομο άπνοιας, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια)	Δερματικές εκδηλώσεις (υπερτρίχωση)
Ουρική αρθρίτιδα, υπερουριχαιμία	Νεφρολιθίαση
Οστεοαρθρίτιδα, οσφυαλγία	Πρώιμη ήβη (στα παιδιά)
Γαστρεντερικά νοσήματα (γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, πεπτικό έλκος)	Ψευδο-όγκος εγκεφάλου (στα παιδιά)
Χολολιθίαση, λιπώδης διήθηση ήπατος	Φλεβικοί κίρσοι, αιμορροϊδοπάθεια
Ψυχολογικά νοσήματα (κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση)	

Πηγή: Κατσίκης κ.α, 2009

2.4 Αίτια της Παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία είναι ουσιαστικά μία πολυπαραγοντική νόσος και υποδηλώνει σημαντική αλληλεπίδραση γενετικών παραγόντων και περιβάλλοντος σε όλα τα κυτταρικά επίπεδα, από την έναρξη, τη μεταγραφή ως και την έκφραση. Αν και από παλαιότερα είχε αναγνωριστεί ότι η παχυσαρκία είναι οικογενής πάθηση, η ύπαρξη και η σημασία των κληρονομικών παραγόντων από τους συγγενείς ήταν υπό αμφισβήτηση.

Κληρονομικότητα

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η παχυσαρκία αποτελεί μια πολυπαραγοντική νόσο. Το περιβάλλον διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνισή της, αλλά σε ποσοστό 40% - 70%, η παχυσαρκία οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τους Sorensen (1995) και Moll et al. (1991) ο ΔΜΣ, το πάχος της πτυχής του δέρματος, η μάζα του λίπους και τα επίπεδα της λεπτίνης, σχετίζονται σημαντικά με τους συγγενείς πρώτου βαθμού. Ωστόσο είναι αρκετά δύσκολο να διευκρινισθεί σε ποιο βαθμό συμμετέχει το περιβάλλον και σε ποιο οι γενετικοί παράγοντες. Η μελέτη των Stunkard et al. (1986) σε μονοζωγενείς διδύμους, απέδειξε ισχυρή γενετική συμμετοχή στην αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας. Παράλληλα οι Stunkard et al. (1986a) και Sorensen et al. (1986), μελέτησαν άτομα που ήταν υιοθετημένα και απέδειξαν μια σημαντική συσχέτιση του Δείκτη Μάζας Σώματος των βιολογικών γονέων και των απογόνων τους στη παιδική και στην ενήλικη ζωή.

Γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση της παχυσαρκίας έχει βρεθεί και στα παιδιά.

Φαίνεται ότι το περιβάλλον της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου παίζει καθοριστικό ρόλο. Οι Whitaker et al. (1997) και Stunkard (1996) απέδειξαν ότι τα παχύσαρκα παιδιά, μικρότερα των 3 ετών, έχουν χαμηλό κίνδυνο (8%) να αναπτύξουν παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή, εφόσον οι γονείς τους εμφανίζουν φυσιολογικό βάρος. Εάν, όμως οι γονείς τους είναι παχύσαρκοι, ο κίνδυνος να γίνει το παιδί παχύσαρκος ενήλικας αυξάνεται. Συγκεκριμένα, ύστερα από την ηλικία των 6 ετών, η πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή είναι πάνω από 50% για τα παχύσαρκα, ενώ είναι μόνο 10% για τα μη παχύσαρκα παιδιά. Η πιθανότητα της παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή των παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 10 έως 14 ετών με έναν, τουλάχιστον, παχύσαρκο γονέα φθάνει το 79%. Μια από τις παθολογικές καταστάσεις, που εκδηλώνεται στην εφηβεία, λόγω της παχυσαρκίας, είναι το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών.

Σχετικά με τον τρόπο μεταβίβασης ενός μείζονος γονιδίου, με βάση τους τρόπους μεταβίβασης ενός φαινότυπου μεταξύ συγγενών, φαίνεται ότι ορισμένα γονίδια, που επηρεάζουν το φαινότυπο της παχυσαρκίας, έχουν ισχυρή διαφυλετική επίδραση. Σήμερα, ο τρόπος γονιδιακής προσέγγισης της παχυσαρκίας αφορά ολόκληρο το γονιδίωμα (genome scan) και η ανάλυση της σύνδεσης γίνεται με τη χρήση σειρών ανώνυμων πολυμορφισμών (περίπου 350 ιχνηθέτες) σε σχετικά σταθερά διαστήματα του γονιδιώματος, με σκοπό την πιθανή ανεύρεση γενετικών τόπων ποσοτικών χαρακτηριστικών (Quantitative Trait Loci: QTLS), που επηρεάζουν το φαινότυπο. Μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί ελάχιστες περιπτώσεις μεταλλάξεων. Συγκεκριμένα έχουν αναφερθεί μεταλλάξεις του γονιδίου της λεπτίνης, του γονιδίου του υποδοχέα της λεπτίνης, του γονιδίου της καρβοξυπεπτιδάσης E και του γονιδίου του υποδοχέα της μελανοκορτίνης- 4 (MC4). Δεδομένα από χιλιάδες παχύσαρκα άτομα, που έχουν μελετηθεί για μεταλλάξεις, έδειξαν ότι η πλέον συχνή φυσική μετάλλαξη στον άνθρωπο αφορά στον υποδοχέα MC4, σε ποσοστό 3-5%, σε άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος υψηλότερο από 40 Kg/m². Πρέπει, όμως να σημειωθεί ότι δεν είναι όλα τα άτομα που έχουν μεταλλάξεις στον υποδοχέα της MC4 παχύσαρκα, και αυτό ισχύει ιδιαίτερα στους άνδρες (Κατσίκης κ.α., 2009).

Οι Comuzzie et al. (1997), σε έρευνά τους σε παχύσαρκους Αμερικανούς μεξικανικής καταγωγής, διαπίστωσαν ισχυρή σύνδεση μεταξύ των επιπέδων της λεπτίνης και δύο γενετικών τόπων (QLTs) στο χρωμόσωμα 2. Οι περιοχές αυτές περιέχουν υποψήφια γονίδια της παχυσαρκίας (POMC και ADRB3). Επίσης ο γενετικός τόπος στο χρωμόσωμα 2 βρέθηκε ότι έχει ισχυρή συσχέτιση με τα επίπεδα της λεπτίνης και σε αμερικανούς αφρικανικής καταγωγής. Οι Rotimi et al. (1999) και Kager et al. (1980) έκαναν αντίστοιχη μελέτη σε γαλλικές οικογένειες και βρήκαν ότι το χρωμόσωμα 10 έχει ισχυρή συσχέτιση με τα επίπεδα της λεπτίνης. Σε μελέτη του Quebec (Lembertas et al., 1997), βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού λίπους και ενός γενετικού τόπου στο μακρύ σκέλος του χρωμοσώματος 20, ενώ στο χρωμόσωμα 11 βρέθηκε γενετικός τόπος που συσχετίζει τα γονίδια των μη συζευγμένων πρωτεϊνών 2 και 3 (UCP2 και UCP3) με το ρυθμό του βασικού μεταβολισμού. Σήμερα, συνεχίζονται οι αναλύσεις του γονιδιώματος και φαίνεται ότι τα μείζονα γονίδια (major genes) για τον έλεγχο των αποθεμάτων λίπους και τον έλεγχο της θερμογένεσης βρίσκονται στα χρωμοσώματα 2, 10, 11 και 20. Επίσης γονίδια ελάσσονος σημασίας (minor genes) συμμετέχουν, δεδομένου ότι πολυμορφισμοί αυτών των γονιδίων σχετίζονται με τη παχυσαρκία.

Πίνακας 4: Υποψήφια γονίδια της ανθρώπινης παχυσαρκίας

ΓΟΝΙΔΙΟ	ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ	ΧΡΩΜΟΣΩΜΑ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ASIP	Παχυσαρκία	20q 11,2-q12
CPE	Παχυσαρκία	4q28
LEP	Παχυσαρκία	7q32
LEPR	Παχυσαρκία	1p31
TUB	Παχυσαρκία	11p15,4-p15,5
UCP1	Ενεργειακό ισοζύγιο	4q31
UCP2	Ενεργειακό ισοζύγιο	11q13
UCP3	Ενεργειακό ισοζύγιο	11q13
MC3R	Συμπεριφορά διατροφής	20q13
MC4R	Συμπεριφορά διατροφής	18q21,3-q22
POMC	Παχυσαρκία	2p23,2
NPYR5	Όρεξη	4q31-q32
MSTN	Μυϊκή ανάπτυξη	2q32,1
CKKAR	Κορεσμός	4p15,1
TNF α	Παχυσαρκία	6p21,3
PRAR- γ	Λιποκύτταρα	3p25
ADRB3	Λιποκύτταρα	8p11,1-p12

Πηγή: Κατσίκης κ.α (2009)

Ενδοκρινικά αίτια παχυσαρκίας

Οι περισσότεροι άνθρωποι, θεωρούν ότι η παχυσαρκία οφείλεται σε διαταραχή των ενδοκρινών αδένων και, μάλιστα, σε διαταραχή του θυρεοειδή αδένου, ενώ, στην πραγματικότητα, οι ενδοκρινοπάθειες ευθύνονται σε πολύ μικρό ποσοστό, περίπου 1 %, για την παχυσαρκία. Η δευτεροπαθής παχυσαρκία, οφείλεται σε ενδοκρινικές παθήσεις, σε φάρμακα και σε γενετικά σύνδρομα. Αναφορικά με τις ενδοκρινικές παθήσεις, αυτές που προκαλούν κυρίως παχυσαρκία στους ενήλικες είναι (Marcus & Kalarchian, 2003; Κατσίκης κ.α., 2009;):

Το σύνδρομο Cushing. Η παχυσαρκία στην περίπτωση αυτή είναι κοιλιακή, κεντρικού τύπου, ενώ τα άκρα είναι ισχνά. Άλλα σημεία εναπόθεσης του λίπους είναι το πρόσωπο (πανσεληνοειδές, προσωπείο) και ο τράχηλος (buffalo hump). Στα παιδιά το σύνδρομο Cushing προκαλεί γενικευμένη παχυσαρκία και ελάττωση της ανάπτυξης σε ύψος.

Ο Υποθυρεοειδισμός: Ο Υποθυρεοειδισμός πολύ σπάνια μπορεί να προκαλέσει σημαντικού βαθμού παχυσαρκία και η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τον προσδιορισμό της θυρεοτρόπου ορμόνης (TSH). Μικρή αύξηση του σωματικού βάρους μπορεί, όμως να παρατηρηθεί, λόγω, της ελάττωσης του βασικού μεταβολισμού, που προκαλεί ο υποθυρεοειδισμός.

Το Σύνδρομο των Πολυκυστικών Ωοθηκών: Το 50%, περίπου, των γυναικών με το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών είναι υπέρβαρες, ή παχύσαρκες. Η ακριβής σχέση της παχυσαρκίας με το σύνδρομο των Πολυκυστικών Ωοθηκών δεν έχει διευκρινισθεί,

μολονότι η υπερινσουλιναίμια και η αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης που συνυπάρχουν στο σύνδρομο, φαίνεται ότι συμμετέχουν στην αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας.

Η Εμμηνόπαυση: Κατά τη διάρκεια της Εμμηνόπαυσης παρατηρείται ανακατανομή του λιπώδη ιστού και αύξηση του σωματικού βάρους. Η ελάττωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ευνοούν την κεντρική εναπόθεση του λίπους, ενώ η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης δρα ευεργετικά σε αυτή την ανακατανομή του λίπους, όπως προσδιορίζεται από το λόγο της μικρότερης περιμέτρου της μέσης προς τη μεγαλύτερη περίμετρο των ισχίων.

Ο Υπογοναδισμός: Στους άνδρες με ελάττωση της τεστοστερόνης παρατηρείται ελάττωση της μυϊκής μάζας του σώματος και αύξηση του λιπώδη ιστού. Η θεραπεία υποκατάστασης με τεστοστερόνη, στους άνδρες με υπογοναδισμό, δρα ευεργετικά, προκαλώντας; ελάττωση του λίπους του σώματος και αύξηση της μυϊκής μάζας.

Παθήσεις υποθαλάμου: Η βλάβη του παρακοιλιακού πυρήνα του υποθαλάμου προκαλεί υπερφαγία, ενώ η βλάβη του μεσοκοιλιακού πυρήνα προκαλεί παχυσαρκία, χωρίς υπερφαγία. Βλάβες στον υποθάλαμο, όπως τραύματα, όγκοι, φλεγμονώδη νοσήματα, χειρουργικές επεμβάσεις και αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης προκαλούν συμπτώματα από πίεση, όπως η κεφαλαλγία, οι έμετοι και οι διαταραχές της όρασης. Σημεία υποφυσιακής ανεπάρκειας μπορεί, να παρατηρηθούν, όπως η αμηνόρροια, ο άποιος διαβήτης η θυρεοειδική και η επινεφριδική ανεπάρκεια και οι νευροψυχιατρικές διαταραχές οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν με σπασμούς, κώμα, υπνηλία και διαταραχές της θερμορύθμισης.

Ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης: Η έλλειψη αυξητικής ορμόνης αυξάνει το λίπος του σώματος κυρίως κεντρικά, ενώ η θεραπεία υποκατάστασης με αυξητική ορμόνη ελαττώνει κυρίως το σπλαχνικό λίπος.

Ψευδοϋποπαραθυρεοειδισμός: Ο Albright, το 1942, περιέγραψε για πρώτη φορά τον ψευδοϋποπαραθυρεοειδισμό, ο οποίος χαρακτηρίζεται από αντίσταση στη δράση της παραθορμόνης (PTH). Οι ασθενείς εμφανίζουν κλινική εικόνα υπασβεστιαϊμίας ενώ ο φαινότυπος αυτού του συνδρόμου περιλαμβάνει χαμηλό ανάστημα, παχυσαρκία, στρογγυλό πρόσωπο, υποδόριες επασβεστώσεις, οστικές ανωμαλίες, βραχύ 4ο και 5ο μετακάρπιο, και μικρού βαθμού πνευματική καθυστέρηση.

Τα γενετικά σύνδρομα, που συνοδεύονται από γονιδιακές ή χρωμοσωμικές διαταραχές και παχυσαρκία είναι (Κατσίκης κ.α, 2009):

Το Σύνδρομο Prader-Willi: πρόκειται για γονιδιακή έλλειψη του χρωμοσώματος 15, που εκδηλώνεται με παχυσαρκία, έλλειψη αυξητικής ορμόνης, κοντό ανάστημα, πνευματική καθυστέρηση, κρυσορχία, μικρά άκρα (χέρια και πόδια), μικρό στόμα, αμυγδαλοειδείς οφθαλμούς και σακχαρώδη διαβήτη, λόγω αντίστασης στη δράση της ινσουλίνης.

Το Σύνδρομο Alstrom: τα συμπτώματα είναι παχυσαρκία, τύφλωση, νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα, υπογοναδισμός, νεφροπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης λόγω ινσουλινοαντοχής και μελανίζουσα ακάνθωση.

Το Σύνδρομο Laurence-Moon-Biedl: παχυσαρκία, μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια, πνευματική καθυστέρηση, πολυδακτυλία και υπογονοδισμός.

Το Σύνδρομο Carpenter: παχυσαρκία, πνευματική καθυστέρηση, υπογοναδισμός, πολυδακτυλία και συνδακτυλία.

Το Σύνδρομο Cohen: παχυσαρκία, μικροκεφαλία σοβαρού βαθμού πνευματική καθυστέρηση, χαμηλό ανάστημα και ανωμαλίες προσώπου.

Η Νόσος Blount: παχυσαρκία, βλαιοποδία και συστροφή της κνήμης.

Τα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν αύξηση του σωματικού βάρους είναι: τα γλυκοκορτικοειδή, τα αντισυλληπτικά δισκία (τα νεότερα με χαμηλή περιεκτικότητα σε

οιστρογόνα έχουν ουδέτερη δράση στο σωματικό βάρος), η οξική μενεστρόλη (προγεσταγόνο που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλασμάτα ή στο σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας (AIDS) ως ορεξιογόνο), οι φαινοθειαζίνες (αγγολυτικά), η αμιτριπτυλίνη, το λίθιο, η κυπροεπταδίνη, το βαλπροϊκό νάτριο (αντιεπιληπτικό), οι β-αναστολείς (αντυπερτασικά φάρμακα), η ινσουλίνη και τα αντιδιαβητικά δισκία (Κατσίκης κ.α, 2009).

2.5 Παθοφυσιολογία

Η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα χρόνιας διαταραχής του ισοζυγίου ενέργειας. Η εξίσωση του ισοζυγίου ενέργειας, αντανάκλα τη διαφορά μεταξύ της προσλαμβανόμενης (πρόσληψη τροφής και της καταναλισκόμενης ενέργειας, που αποτελείται από το βασικό μεταβολισμό, τη σωματική δραστηριότητα και τη θερμική ενέργεια των τροφών, τη σιτιογενή θερμογένεση.

Όταν η προσλαμβανόμενη ενέργεια είναι μεγαλύτερη από την ενέργεια που καταναλώνεται, υπάρχει αποθήκευση ενέργειας, δηλαδή αύξηση του σωματικού βάρους, ιδιαίτερα του λιπώδη ιστού, ενώ όταν η κατανάλωση είναι μεγαλύτερη από την προσλαμβανόμενη ενέργεια, παρατηρείται απώλεια σωματικού βάρους. Στην περίπτωση που υπάρχει ισότητα μεταξύ πρόσληψης και κατανάλωσης ενέργειας το σωματικό βάρος παραμένει σταθερό (Marcus & Kalarchian, 2003).

Η παθογένεια της παχυσαρκίας, μολονότι δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί, είναι το αποτέλεσμα, κυρίως, των περιβαλλοντικών συνθηκών διαβίωσης κάθε ατόμου και των γενετικών παραγόντων που συμμετέχουν (Blundell, 2000).

Η προσλαμβανόμενη ενέργεια ενός ανθρώπου, μέσω της τροφής διαιρείται σε κατηγορίες όπως είναι οι πρωτεΐνες τα λίπη, οι υδατάνθρακες το νερό, τα ανόργανα συστατικά, τα ιχνοστοιχεία και οι βιταμίνες. Το είδος της προσλαμβανόμενης τροφής έχει μεγάλη σημασία, μιας και η ενέργεια που αποδίδεται από κάθε είδος τροφής δεν είναι ίδιας ενεργειακής αξίας. Έτσι, λοιπόν, η κατανάλωση ενός γραμμαρίου λίπους αποδίδει 9,3 θερμίδες (cal), σε αντίθεση με τη κατανάλωση ενός, γραμμαρίου πρωτεϊνών ή υδατανθράκων που αποδίδουν 4,1 θερμίδες. Η κατανάλωση αλκοόλ είναι, επίσης σημαντική πηγή ενέργειας, δεδομένου ότι ένα γραμμάριο αλκοόλ αποδίδει 7,1 θερμίδας. Επομένως, η σύσταση της τροφής (είδος διατροφής) κατέχει σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της παχυσαρκίας, σε συνάρτηση πάντα με την καθημερινή φυσική δραστηριότητα. Ένας ενήλικας πρέπει να προσλαμβάνει, κατά μέσο όρο, 1500 έως 2500 θερμίδες ημερησίως, ανάλογα με τη σωματική του δραστηριότητα, και η περιεκτικότητα της ημερήσιας διατροφής του, σε πηγές ενέργειας πρέπει να αποτελείται από 50% υδατάνθρακες 30% λίπος και 20% πρωτεΐνες (Marcus & Kalarchian, 2003).

Ο τρόπος διατροφής και οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζουν το σωματικό βάρος. Αρκετοί παχύσαρκοι ασθενείς χάνουν τον έλεγχο της ποσότητας που λαμβάνουν καθημερινά, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να παρουσιασθεί βουλιμία προερχόμενη από συναισθηματική αστάθεια, όπως είναι η ψυχογενής βουλιμία (Lawton et al., 1993; Blundell, 2000). Η συχνότητα των γευμάτων έχει, επίσης σημασία στην εμφάνιση της παχυσαρκίας και, μολονότι δεν είναι τεκμηριωμένο, φαίνεται ότι οι παχύσαρκοι τρώνε λιγότερο συχνά, αλλά σε μεγαλύτερες ποσότητες. Η συσχέτιση της παχυσαρκίας με τη συχνότητα των γευμάτων και με το μεταβολισμό των λιπών και των υδατανθράκων εξηγείται από την αυξημένη έκκριση της ινσουλίνης, που ακολουθεί τα μεγάλα γεύματα. Η μεταγευματική υπερινσουλιναμία, μέσω της αναβολικής δράσης της ινσουλίνης, προκαλεί αύξηση της αποθήκευσης λίπους (Blundell, 2000). Επίσης, το ωράριο των γευμάτων έχει σημασία, λόγω της ενέργειας που παράγεται από την κατανάλωση τροφής (σιτιογενής θερμογένεση) και η σιτιογενής

θερμογένεση είναι μεγαλύτερη τις πρωινές ώρες ενώ μειώνεται τις βραδινές ώρες. Οι παχύσαρκοι, που συνήθως δεν τρώνε πρωινό, αλλά μόνο τις βραδινές ώρες επηρεάζουν αρνητικά την ημερήσια κατανάλωση ενέργειας, λόγω της μειωμένης σιτιογενούς θερμογένεσης. Αυτή η συνήθεια ονομάζεται «σύνδρομο νυκτερινού φαγητού» και οδηγεί σε διαταραχές ύπνου και νυκτερινή άπνοια. Επίσης, υπάρχει το σύνδρομο της επεισοδιακής υπερφαγίας (binge eating disorder), το γνωστό τσιμπολόγημα, που συνοδεύεται από αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας και κατάθλιψης (Telch & Stice, 1998; Smith et al., 1998; Marcus & Kalarchian, 2003).

Στο παρελθόν, το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών για την παχυσαρκία είχε επικεντρωθεί στην περιεκτικότητα, κυρίως των τροφών σε λίπος και υδατάνθρακες, σε μια προσπάθεια να εξηγηθεί ο μηχανισμός που οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους και ιδιαίτερα του λιπώδη ιστού (Lissner & Heitman, 1995; Astrup et al., 2000). Σήμερα, έχει βρεθεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα αλληλορύθμισης του μηχανισμού διατήρησης της ενεργειακής ομοιοστασίας μεταξύ της προσλαμβανόμενης ενέργειας, μέσω της τροφής και των απαιτήσεων του οργανισμού για θερμότητα και κινητική ενέργεια, μέσω παραγωγής τριφωσφορικής αδενοσίνης (ATP). Το σύστημα αλληλορύθμισης, έχει δυο συνιστώσες, την περιφερική, που αποτελείται από το λιπώδη ιστό και την κεντρική, που αποτελείται από τα κέντρα πείνας, όρεξης και κορεσμού, που βρίσκονται στον εγκέφαλο (κεντρικό Νευρικό Σύστημα: ΚΝΣ) και, συγκεκριμένα, στον υποθάλαμο. Ο υποθάλαμος ονομάζεται «λιποστάτης» και κατέχει κεντρικό ρόλο στην ενεργειακή ομοιοστασία του ανθρώπινου οργανισμού. Ο λιπώδης ιστός δεν θεωρείται, πλέον ένας απλός χώρος αποθήκευσης λιπιδίων, με παθητικό ρόλο στην ενεργειακή ομοιοστασία. Είναι ένας μεγάλος ενδοκρινής αδένας, που επηρεάζει άμεσα τις λειτουργίες όλων, σχεδόν των ενδοκρινικών και μεταβολικών συστημάτων, μέσω της έκκρισης πολλών πεπτιδικών και μη πεπτιδικών ορμονών με ενδοκρινική, παρακρινική και αυτοκρινική δράση. Η λεπτίνη, η οποία είναι η κύρια ορμόνη μέσω της οποίας η περιφέρεια (λιπώδης ιστός επικοινωνεί με το ΚΝΣ, επηρεάζει την πρόσληψη τροφής και την κατανάλωση ενέργειας. Η υπερφαγία αυξάνει την παραγωγή λεπτίνης κατά 40% σε 12 ώρες περίπου, ύστερα από το γεύμα, ενώ η νηστεία ελαττώνει τα επίπεδα της λεπτίνης κατά 60-70% σε 48 ώρες (Lissner & Heitman, 1995; Astrup et al., 2000; Schwartz et al., 2000).

Η οξειδωση των προσλαμβανόμενων λιπών και των υδατανθράκων συμμετέχει στη διατήρηση του σωματικού βάρους, και των αποθηκών ενέργειας του οργανισμού. Έτσι, λοιπόν, εάν η οξειδωση του λίπους και των υδατανθράκων είναι μειωμένη, σε σχέση με την προσλαμβανόμενη ποσότητα λίπους και υδατανθράκων, υπάρχει εκτροπή σε άλλα μεταβολικά μονοπάτια και εμφανίζεται αύξηση του σωματικού βάρους, δηλαδή παχυσαρκία. Η αποθήκευση των υδατανθράκων επηρεάζεται από το βαθμό πρόσληψής τους. Συγκεκριμένα, παρατηρείται αύξηση της αποθήκευσης των υδατανθράκων, όταν την προηγούμενη ημέρα υπάρχει μειωμένη πρόσληψη, ενώ το αντίθετο συμβαίνει, όταν την προηγούμενη ημέρα υπάρχει αυξημένη πρόσληψη (Astrup et al., 2000).

Είναι δύσκολο λοιπόν, να γίνει κάποιος παχύσαρκος τρώγοντας μόνο υδατάνθρακες γιατί η αλληλορύθμιση μεταξύ αποθήκευσης και πρόσληψης υδατανθράκων είναι πολύ ισχυρή. Αντίθετα, εάν κάποιος τρώει πολύ λίπος πάνω από το 30% του ημερήσιου διαιτολογίου, θα γίνει παχύσαρκος γιατί η αποθήκευση του λίπους είναι ευκολότερη και μεγαλύτερη. Η μυϊκή άσκηση μπορεί να αυξήσει την οξειδωση του λίπους, με αποτέλεσμα το λίπος να μην αποθηκεύεται σε μεγάλο βαθμό. Μολονότι υπάρχουν μελέτες με ισοενεργειακές δίαιτες, στις οποίες αμφισβητείται ότι το λίπος ευνοεί περισσότερο την ανάπτυξη της παχυσαρκίας φαίνεται ότι το λίπος κατέχει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και στην επιδείνωση της

παχυσαρκίας Αυτό εξηγείται από τη διαφορετική πυκνότητα ενέργειας ανάμεσα στο λίπος και στους υδατάνθρακες Το λίπος αποδίδει 9,3 θερμίδες, ανά γραμμάριο, ενώ οι υδατάνθρακες 4,1 θερμίδες, Επίσης το λίπος είναι πιο γευστικό με μικρό όγκο, σε αντίθεση με τους υδατάνθρακες, που έχουν μεγαλύτερο όγκο, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται πιο αργά το αίσθημα του κορεσμού. Το ενεργειακό κόστος αποθήκευσης των λιπών είναι σημαντικά μικρότερο, με ενεργειακό κόστος λιπογένεσης 4%, σε αντίθεση με τους υδατάνθρακες με ενεργειακό κόστος γλυκογονογένεσης 12%, ενώ η θερμογένεση είναι μικρότερη για το λίπος (3%), σε αντίθεση με τους υδατάνθρακες (6-8%) (Lissner & Heitman, 1995).

Επομένως το λίπος αποτελεί καλύτερη πηγή ενέργειας για αποθήκευση και απαιτείται ελάχιστο νερό για την αποθήκευσή του, σε αντίθεση με τους υδατάνθρακες, που απαιτούν μεγάλη ποσότητα νερού. Εάν ο ανθρώπινος οργανισμός αποθήκευε τη περίσσεια ενέργειας σε υδατάνθρακες, και όχι σε λίπος τότε το φυσιολογικό σωματικό βάρος ενός ανθρώπου θα ήταν τεράστιο, σε τέτοιο βαθμό που δεν θα μπορούσε ούτε να περπατήσει (Luke & Schoeller, 1992).

Εντούτοις οι υδατάνθρακες αποτελούν αναντικατάστατη πηγή ενέργειας μιας και ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί αποκλειστικά σχεδόν, γλυκόζη ως πηγή ενέργειας. Το ποσοστό ενέργειας, ενός ημερήσιου διατροφολογίου, που προέρχεται από τα λίπη, δεν πρέπει να ξεπερνά το 30%. Ποσοστό 8% πρέπει να είναι κορεσμένα λίπη, 8% πολυακόρεστα λίπη (ω-Ξ λιπαρά οξέα), ενώ το υπόλοιπο 14% μονοακόρεστα λίπη (ελαιόλαδο). Επιπλέον, το μέσο ημερήσιο ποσό χοληστερόλης του διατροφολογίου πρέπει να είναι κάτω από 250mg, ενώ το ποσοστό ημερήσιας πρόσληψης των υδατανθράκων, πρέπει να είναι 50-55%, περίπου. Η ημερήσια κατανάλωση φυτικών ινών είναι ευεργετική, γιατί μειώνει την πρόσληψη τροφής, μέσω αύξησης του αισθήματος κορεσμού, ενώ, ταυτόχρονα, μειώνει την απορροφούμενη ενέργεια των τροφών, δράση ιδιαίτερα ευεργετική για το διατροφολόγιο των διαβητικών ατόμων (Astrup et al., 2000).

Η κατανάλωση ενέργειας, στο ισοζύγιο ενέργειας έχει 3 μορφές: το βασικό μεταβολισμό, τη σωματική δραστηριότητα και τη σιτιογενή θερμογένεση.

Ως βασικός μεταβολισμός ή βασικός, μεταβολικός ρυθμός (Basal Metabolic Rate: BMR) ορίζεται η μέτρηση της ταχύτητας με την οποία καταναλώνεται το οξυγόνο ή ως η θερμότητα που παράγεται από ένα άτομο σε ανάπαυση, αμέσως ύστερα από την πρωινή έγερση και ύστερα από νηστεία 12 ωρών, τουλάχιστον. Η ενέργεια αυτή είναι απαραίτητη και υπεύθυνη για τη διατήρηση της λειτουργίας των οργάνων, όπως της καρδιάς, των πνευμόνων και των νεφρών. Ο ημερήσιος βασικός μεταβολισμός εκφράζεται σε χιλιοθερμίδες (Kcal). Το σωματικό βάρος αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα από τον οποίο εξαρτάται ο βασικός μεταβολισμός. Υπάρχουν, όμως και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το βασικό μεταβολισμό. Υπάρχουν, επίσης εξισώσεις υπολογισμού του βασικού μεταβολισμού και χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό των ημερήσιων θερμίδων στις υποθερμιδικές δίαιτες (Dumin, 1991; Luke & Schoeller, 1992).

Ως σωματική δραστηριότητα ορίζεται κάθε κίνηση που πραγματοποιείται με τη σύσπαση των σκελετικών μυών, με αποτέλεσμα την αύξηση της κατανάλωσης ενέργειας, πάνω από τα επίπεδα του βασικού μεταβολισμού.

Θερμογένεση παραγόμενη από την τροφή (σιτιογενής θερμογένεση) ορίζεται η αύξηση του μεταβολικού ρυθμού, ύστερα από την πρόσληψη τροφής και είναι ίση με το 10% των ημερήσιων προσλαμβανόμενων θερμίδων (Astrup et al., 2000).

Ο ρόλος της σωματικής δραστηριότητας είναι, επίσης σημαντικός στην αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας. Η κίνηση είναι ταυτόσημη με τη ζωή και αποτελεί βασική ιδιότητα κάθε ζωντανού οργανισμού, απαραίτητη για την προσαρμογή στο περιβάλλον και την κάλυψη των

βιολογικών του αναγκών. Η μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας με υποθερμιδικές δίαιτες χωρίς αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, δεν μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική απώλεια σωματικού βάρους ούτε να διατηρήσει μακροχρόνια την αρχική απώλεια βάρους (Goran et al., 1999).

Σε ό,τι αφορά τη βιοχημεία της σωματικής δραστηριότητας η παραγωγή της τριφωσφορικής αδενοσίνης, το γνωστό ATP, είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της μυϊκής συστολής και εξαρτάται από το βαθμό οξειδωσης των υδατανθράκων και του λίπους. Αρχικά, καταναλώνεται προοδευτικά το γλυκογόνο των μυών και, στη συνέχεια, το λίπος δεδομένου ότι ο ρυθμός οξειδωσης του λίπους είναι 4 φορές μικρότερος σε σχέση με το ρυθμό οξειδωσης του γλυκογόνου. Η γλυκογονόλυση ελέγχεται από τη δραστηριότητα του ενδομυϊκού ενζύμου της γλυκονο-φωσφορυλάσης, ενώ η λιπόλυση από το ένζυμο της πυροσταφυλικής αφυδρογονάσης και από ένζυμα του κύκλου του τρικαρβοξυλικού οξέος (Astrup et al., 2000). Το ασβέστιο ενεργοποιεί και τα δύο ένζυμα. Το χαμηλό pH αναστέλλει τη γλυκονοφωσφορυλάση, ενώ, αντίθετα, ενεργοποιεί την πυροσταφυλική αφυδρογονάση. Αυτή η δράση είναι σημαντική, γιατί, κατά τη μυϊκή άσκηση παρατηρείται πτώση του pH στους μύες κάτω από 6,5, λόγω της αύξησης του γαλακτικού οξέος και λόγω της μείωσης της συγκέντρωσης του καλίου εντός των μυών. Η ισορροπία επομένως, της δραστηριότητας μεταξύ των δύο ενζύμων, καθορίζει το βαθμό με τον οποίο το γλυκογόνο και τα λιπαρά οξέα θα αποτελέσουν ενεργειακό υπόστρωμα, κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης. Το γλυκογόνο καταναλώνεται ταχύτατα και οι ενεργειακές ανάγκες των μυών καλύπτονται, κυρίως από την οξειδωση των λιπαρών οξέων. Η καύση των υδατανθράκων και του λίπους απαιτεί οξυγόνο. Η παρουσία του οξυγόνου εξασφαλίζεται από τη διέγερση των κυττάρων του εγκεφάλου, μέσω του νευροφυτικού συστήματος, που είναι ευαίσθητα στην υποξεία. Η διέγερση του συμπαθητικού συστήματος μέσω της αδρεναλίνης κινητοποιεί το λίπος, ενώ, μέσω της κοριζόλης ενεργοποιείται και η νεογλυκογένεση. Επίσης, μέσω των ενδογενών οπιοειδών προκαλείται η ευφορία, που συνοδεύει τη σωματική άσκηση. Η βιοχημεία της σωματικής δραστηριότητας είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο, με στόχο τη διατήρηση του σωματικού βάρους (Goran et al., 1999).

2.6 Επιδημιολογία

Η παχυσαρκία είναι το πιο συχνό πρόβλημα διατροφής στο δυτικό κόσμο. Περίπου 250.000.000 άνθρωποι, δηλαδή το 7% του τρέχοντος παγκόσμιου πληθυσμού είναι παχύσαρκοι. Περίπου 14-15% όλων των 15χρονων στις ΗΠΑ κατηγοριοποιούνται ως παχύσαρκοι. Μελέτες που διεξάχθηκαν σε σχολεία δείχνουν ότι οι ΗΠΑ, η Ελλάδα και η Πορτογαλία είχαν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας. Η παχυσαρκία στα παιδιά και τους εφήβους ραγδαία εξελίσσεται σε μια παγκόσμια επιδημία με τεράστιες προεκτάσεις στη δημόσια υγεία καθώς τα υπέρβαρα παιδιά γίνονται υπέρβαροι ενήλικες. Το 8% του ενήλικου πληθυσμού είναι υπερβολικά παχύσαρκοι όπως ορίζεται από το ΔΜΣ>30 και 25% των παιδιών και εφήβων είναι υπέρβαροι. Ελληνικά δεδομένα: Σύμφωνα με την πρόσφατη μελέτη σχετικά με την πληθυσμιακή ανάλυση των καμπύλων αύξησης Ελλήνων παιδιών και εφήβων, η 95η εκατοστιαία θέση έχει αυξηθεί την τελευταία 20ετία κατά 15 κιλά στα αγόρια και 7 κιλά στα κορίτσια. Αυτά, είναι παχύτερα κατά 3 και 2 κιλά από τα αντίστοιχα παιδιά των Ηνωμένων Πολιτειών που ήταν μέχρι τώρα τα παχύτερα παιδιά στον κόσμο. Από αυτό προκύπτει ότι τα Ελληνόπουλα έχουν τα πρωτεία παγκοσμίως στην παιδική παχυσαρκία (Astrup et al., 2000).

Η εφηβεία αποτελεί κρίσιμη περίοδο για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Το βασικό πλεονέκτημα της ηλικίας αυτής είναι η επιταχυνόμενη ανάπτυξη όπου η αύξηση της μυϊκής

μάζας συνεπάγεται αυξημένες ανάγκες και δαπάνες ενέργειας ενώ το βασικό μειονέκτημα αποτελεί η αύξηση της λιπώδους μάζας στα κορίτσια. Ο κίνδυνος για παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή συνδέεται ισχυρά με το βαθμό της παχυσαρκίας κατά την εφηβεία, ενώ για τα προεφηβικά παιδιά συνδέεται σε μεγαλύτερο βαθμό με την παχυσαρκία των γονέων. Στα κορίτσια υπάρχει μια φυσιολογική αύξηση στο ποσοστό της λιπώδους μάζας μέχρι την ηλικία των 17 ετών, ενώ στα αγόρια το ποσοστό της λιπώδους μάζας ελαττώνεται μετά την ηλικία των 13 χρόνων φτάνοντας το ελάχιστο στην ηλικία των 15 ετών. Η διαφορά αυτή συνδέεται με τη γρηγορότερη και μεγαλύτερη αύξηση της μη - λιπώδους μάζας στα αγόρια η οποία συνεχίζεται μέχρι την ηλικία των 19 ετών. Στα κορίτσια, η ανάπτυξη σταματά γύρω στα 15 χρόνια (Whitaker et al., 1997). Παράλληλα με τις μεταβολές στη μη-λιπώδη μάζα, η δαπάνη ενέργειας η οποία είναι περίπου η ίδια στα δύο φύλα προεφηβικά, αυξάνει περισσότερο για τα αγόρια από ότι για τα κορίτσια κατά την εφηβεία, έχοντας σαν αποτέλεσμα τις σημαντικά υψηλότερες απαιτήσεις σε ενέργεια και πρωτεΐνες στα αγόρια και τους ενήλικες άνδρες. Η εφηβεία λοιπόν, είναι μια περίοδος που συνοδεύεται από αλλαγές στη σύσταση του σώματος, τέτοιες που αμβλύνουν την ανάπτυξη της παχυσαρκίας στα αγόρια ενώ τις επιδεινώνουν στα κορίτσια. Επιπρόσθετα, στα κορίτσια η τάση για δαπάνη ενέργειας μειώνεται πριν την εφηβεία, εύρημα το οποίο δεν εμφανίζεται στον ίδιο βαθμό στα αγόρια και οφείλεται μάλλον σε αλλαγές συμπεριφοράς ή σε μηχανισμούς συντήρησης ενέργειας. Τέλος, οι δύο τύποι σώματος, ο ανδροειδής - με αύξηση του περικοιλιακού λίπους και αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα και υπερινσουλιναιμία και ο γυνοειδής τύπος- με αύξηση του λίπους στην περιφέρεια, εμφανίζονται από την εφηβεία (Lawton et al., 1993).

Κεφάλαιο 3. Κατάθλιψη και Παχυσαρκία

3.1 Σχετικές έρευνες

Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις όσον αφορά το ρόλο της διατροφής στην υγεία. Τόσο η ελαττωμένη πρόσληψη θερμίδων, όσο και η παχυσαρκία ενοχοποιούνται για την επιβάρυνση της υγείας. Το ίδιο ισχύει και για την έλλειψη διατροφικών συστατικών, παρά την επαρκή θερμιδική κάλυψη. Ιδιαίτερα όσον αφορά τα ιχνοστοιχεία, προσοχή απαιτείται όσον αφορά την πρόσληψη ασβεστίου για την πρόληψη της οστεοπόρωσης, σιδήρου για την πρόληψη της σιδηροπενικής αναιμίας, φυλλικού οξέος για την πρόληψη ορισμένων συγγενών διαμαρτιών, ιωδίου για την πρόληψη της απλής βρογχοκήλης και φθορίου για την πρόληψη της τερηδόνας (Bellisle et al., 2003).

Είναι αλήθεια ωστόσο, ότι τα περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με τη λήψη τροφής, αφορούν την υπερβολική κατανάλωσή της. Για παράδειγμα, με βάση έναν υπολογισμό, πάνω από τους μισούς ενήλικες στις Η.Π.Α. πληρούν τα κριτήρια της κλινικής παχυσαρκίας, δίνοντας στο πρόβλημα μορφή επιδημίας. Το οικονομικό και προσωπικό κόστος είναι τεράστιο. Κάθε χρόνο στις Η.Π.Α., \$45 δις ξοδεύονται στην θεραπεία των διαταραχών που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Η απουσία από την εργασία κοστίζει άλλα \$23 δις και \$33 δις ξοδεύονται σε προϊόντα και υπηρεσίες αδυνατίσματος. Επιπλέον, κάθε χρόνο περίπου 300.000 Αμερικανοί πολίτες πεθαίνουν από ασθένειες οφειλόμενες στην υπερβολική κατανάλωση φαγητού. (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, ΑΥ, καρδιοαγγειακά νοσήματα και μερικές μορφές καρκίνου). Αν και οι Η.Π.Α. διαμορφώνουν την τάση όσον αφορά την πολυφαγία και την παχυσαρκία, πολλές άλλες χώρες δεν απέχουν πολύ (Mahan & Scoot-Stump, 2004).

Από την άλλη πλευρά, καθώς η πολυφαγία και η παχυσαρκία έχουν πάρει επιδημικές διαστάσεις, υπάρχει μία σχετική αύξηση σε διαταραχές σχετιζόμενες με περιορισμένη λήψη τροφής (Krayner et al., 2008). Περίπου 3% των Αμερικανών εφήβων σήμερα πάσχουν από νευρογενή (ψυχογενή) ανορεξία, η οποία σε ακραίες περιπτώσεις είναι και απειλητική για τη ζωή. Το μήνυμα είναι ξεκάθαρο: κάποια στιγμή της ζωής σου, εσύ ή κάποιος για τον οποίο νοιάζεσαι θα υποφέρει σχεδόν με βεβαιότητα από μία, σχετική με το φαγητό, διαταραχή (Hertzlner & Fray, 2003).

3.2 Κατάθλιψη και Παχυσαρκία

Ένα άτομο θεωρείται λιποβαρές όταν ο Δείκτης Μάζας Σώματος(ΔΜΣ) βρίσκεται κάτω από ένα συγκεκριμένο όριο: για τα βρέφη και τα παιδιά, ΔΜΣ κάτω από το 10ο εκατοστημόριο για μια συγκεκριμένη ηλικία υποδεικνύει ένα άτομο που είναι λιποβαρές. Για ενήλικες ένας ΔΜΣ κάτω του 19,1 για γυναίκες και κάτω του 20,7 για άντρες υποδεικνύει επίσης λιποβαρές άτομο. Τα άτομα που είναι λιποβαρή βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για υποσιτισμό. Σύμφωνα με την ICD-10 της ΠΟΥ (1992), ο Δείκτης Σωματικής Μάζας κατά Quetelet αποτελεί ένα από τα κριτήρια για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας και συγκεκριμένα όταν η τιμή του είναι μικρότερη ή ίση της τιμής 17,5 (Mei et al, 2002; Prentice and Jebb, 2001).

Πολλά άτομα που επιθυμούν να μειώσουν το βάρος τους υποβάλλονται σε μείωση της πρόσληψης τροφής (υποσιτισμός) ή «υποθερμιδικές δίαιτες» για ένα χρονικό διάστημα. Αυτή η μείωση δεν προκαλεί προβλήματα σε ένα άτομο που την εφαρμόζει για μικρό χρονικό διάστημα και που το βάρος του είναι σε υγιές επίπεδο. Όμως άτομα που υποσιτίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα θα αντιμετωπίσουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Η πληροφορία για της επιπτώσεις της χαμηλής πρόσληψης τροφής και του χαμηλού σωματικού βάρους έχει συλλεχθεί από διάφορες πηγές, όπως έρευνες σχετικά με τον υποσιτισμό σε ανθρώπους και ζώα. Για οποιοδήποτε λόγο κι αν περιορίσει κάποιος την πρόσληψη τροφής, θα βιώσει τις ίδιες αρνητικές συνέπειες, ανεξάρτητα του πόσα κιλά ζυγίζει. Η διάθεση επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη μείωση της πρόσληψης τροφής. Πολλά από τα θρεπτικά συστατικά της τροφής επηρεάζουν το κέντρο ελέγχου των συναισθημάτων που βρίσκεται στον εγκέφαλο. Η μειωμένη πρόσληψη αυτών των θρεπτικών συστατικών επηρεάζει λοιπόν την ισορροπία τους και αυτό έχει αρνητική επίδραση στη διάθεση. Τα άτομα που δεν τρώνε επαρκείς ποσότητες φαγητού έχουν γενικότερα κακή διάθεση, είναι περισσότερο ευερέθιστα και εκνευρίζονται εύκολα (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Τα άτομα χαμηλού σωματικού βάρους που υποσιτίζονται μπορεί να νιώθουν ότι δεν βρίσκονται σε επαφή με τα συναισθήματά τους. Οι κρίσεις πανικού είναι ένα πολύ σύνηθες σύμπτωμα, και συχνά σχετίζεται με τον πανικό σχετικά με την αύξηση βάρους. Τα συμπτώματα πανικού δεν προκύπτουν μόνο από συναισθηματικούς λόγους. Μπορεί να προκύψουν και όταν το σύστημα του σώματος που ελέγχει το στρες δεν λαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται για να δουλέψει σωστά. Οι κρίσεις πανικού συχνά σταματούν όταν το άτομο επιστρέφει σε φυσιολογικό βάρος (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Μία από τις περισσότερο εμφανείς αλλαγές που προκαλεί η μειωμένη πρόσληψη τροφής είναι η εμμονικότητα, με την έννοια ότι το άτομο έχει τη τάση να καθορίζει αυστηρούς κανόνες και να είναι πολύ άκαμπτο. Για παράδειγμα, το άτομο μπορεί να νιώθει ότι εξαναγκάζεται να περπατήσει μια συγκεκριμένη απόσταση κάθε μέρα ή μπορεί να έχει πολύ άγχος με την τάξη και την καθαριότητα. Αυτό παρεμποδίζει την ικανότητα του ατόμου να είναι αυθόρμητο και χαλαρό. Η εμμονικότητα συχνά σχετίζεται με θέματα φαγητού και άσκησης. Κάποια άτομα για παράδειγμα νιώθουν ότι πρέπει να φάνε με ένα πολύ συγκεκριμένο τρόπο (π.χ. να κόψουν την τροφή σε πολλά μικρά κομμάτια). Η διαδικασία του φαγητού μπορεί να γίνει ένα μικρό τελετουργικό όπου η τροφή πρέπει να καταναλωθεί σε συγκεκριμένο μέρος και με συγκεκριμένο τρόπο. Πολλά άτομα γίνονται τόσο εμμονικά που θα μπορούσε να διαγνωστεί ότι πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Η μανιώδης συλλογή αντικειμένων είναι μια πολύ συνηθισμένη πρακτική μεταξύ των ατόμων που δεν σιτίζονται επαρκώς (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Η μειωμένη πρόσληψη τροφής μπορεί να κάνει το άτομο να νιώσει καλύτερα για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, ειδικά αν άλλα άτομα του περιβάλλοντος το επικροτούν για την απώλεια βάρους ή την εγκράτειά του. Εάν όμως η μειωμένη πρόσληψη τροφής συνεχιστεί και γίνει τρόπος ζωής, μπορεί να κλειστεί στον εαυτό του και να μην ασχολείται με άλλα θέματα πέρα από το φαγητό και το βάρος. Πολλά άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία δεν έχουν κοινωνική ζωή (δεν έχουν φίλους, δουλειά ή σχέση) και είναι απομονωμένα στο σπίτι τους. Αυτή η απομόνωση οφείλεται επίσης στην έλλειψη θρεπτικών συστατικών στον εγκέφαλο. Η επιθυμία αποφυγής άλλων ατόμων οφείλεται στη κακή διάθεση και την επικέντρωση του ατόμου στις εμμονές και τις ψυχαναγκαστικές διαδικασίες που πρέπει να κάνει προκειμένου να ελέγξει την πείνα του (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Τα άτομα που υποσιτίζονται αισθάνονται παχιά ή μεγαλύτερα από ότι είναι στη πραγματικότητα, και αυτό οδηγεί σε ακόμη μεγαλύτερο περιορισμό της τροφής. Το γιατί συμβαίνει αυτό δεν έχει γίνει ακόμα πλήρως κατανοητό. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η αίσθηση πάχους μπορεί να οφείλεται σε όλα τα θαμμένα συναισθήματα του ατόμου, που το

οδήγησαν εξ αρχής στην απόφαση να περιορίσει την τροφή. Τα αισθήματα πάχους αυξάνονται όσο το άτομο χάνει κιλά, ιδιαίτερα αν είναι ήδη ελλιποβαρές. Η μόνη λύση είναι η επαναφορά της σίτισης στο φυσιολογικό, και όχι η επιθυμία για ακόμα μεγαλύτερη απώλεια βάρους. Η σκέψη επηρεάζεται από τη μείωση της πρόσληψης τροφής. Αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς ο εγκέφαλος χρειάζεται ένα μεγάλο αριθμό θρεπτικών συστατικών προκειμένου να λειτουργήσει. Ένα σημαντικό σύμπτωμα είναι ότι η σκέψη γίνεται άκαμπτη, για παράδειγμα το άτομο δυσκολεύεται να καθορίσει προτεραιότητες και περνάει γρήγορα από το ένα θέμα στο άλλο. Τα άτομα που περιορίζουν τη τροφή συχνά αναφέρουν ότι είναι σε εγρήγορση, αλλά αυτό δεν μπορεί να διατηρηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η διαρκής σκέψη γύρω από το φαγητό και το βάρος, που αποτελεί επίπτωση του υποσιτισμού, παρεμβάλεται στην ενασχόληση με άλλα θέματα (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Άτομα που υποσιτίζονται για οποιοδήποτε λόγο σκέφτονται εντονότερα το φαγητό. Εάν το βάρος είναι ένα σημαντικό θέμα, ο υποσιτισμός κάνει πιο έντονη την ενασχόληση με αυτό. Έτσι ένα άτομο ξεκινώντας μια δίαιτα μπορεί να γίνει φανατικό με την μαγειρική, την συλλογή συνταγών, το διάβασμα βιβλίων σχετικά με τη διατροφή, ακόμα και να ονειρεύεται το φαγητό. Για τα άτομα που υποσιτίζονται τα μόνα σημαντικά θέματα είναι το πως να αποφύγουν το επόμενο γεύμα, πως να ελέγξουν το βάρος, πως θα εξασφαλίσουν ότι αυτό που θα φάνε είναι το κατάλληλο. Έτσι δεν μπορούν να επικεντρωθούν σε άλλα θέματα. Η περιορισμένη συναίσθηση οδηγεί πολλές φορές σε κοινωνική ανεπάρκεια, όπως έλλειψη ενσυναίσθησης και δυσκολία του ατόμου να μοιραστεί συναισθήματα (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Πολλά άτομα που υποσιτίζονται αναφέρουν ότι ακούν μια φωνή, η οποία τους λέει να φάνε ακόμα λιγότερο, ή ότι είναι λαίμαργοι εάν σκεφτούν να φάνε παραπάνω, ή ότι εάν φάνε μία συγκεκριμένη τροφή το βάρος τους θα αυξηθεί πολύ. Σε σοβαρό υποσιτισμό η φωνή μπορεί και να απειλεί το άτομο ότι θα τιμωρηθεί εάν φάει παραπάνω. Η ύπαρξη της φωνής οφείλεται στην ασιλία του εγκεφάλου, στην έλλειψη δηλαδή των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών που χρειάζονται για την εγκεφαλική λειτουργία, και δεν σημαίνει ότι το άτομο είναι τρελό ή έχει ψύχωση. Η φωνή εξαφανίζεται όταν το άτομο επιστρέψει σε φυσιολογικό σωματικό βάρος (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Η έλλειψη θρεπτικών συστατικών στον εγκέφαλο μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολία του ατόμου να αντιληφθεί σωστά τις καθημερινές εμπειρίες. Για παράδειγμα, η κατανάλωση μίας «απαγορευμένης» τροφής, ή ακόμα και η σκέψη της, μπορεί να κάνει ένα άτομο να αισθάνεται ότι είναι απαίσιο, ότι δεν αξίζει και ότι έχει παχύνει. Αυτές είναι ενοχλητικές σκέψεις που κρατούν το μυαλό φυλακισμένο σε μια κακή σχέση με την τροφή (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Οι αλλαγές στο πως κάποιος σκέφτεται και αισθάνεται έχουν μεγάλη επίπτωση και στο πως συμπεριφέρεται και σχετίζεται με άλλα άτομα. Άτομα που έχουν περιορίσει την πρόσληψη φαγητού για μεγάλο χρονικό διάστημα θεωρούν ότι αυτή η συμπεριφορά είναι μέρος της προσωπικότητάς τους, και δεν αντιλαμβάνονται ότι το πως σκέφτονται, αισθάνονται και συμπεριφέρονται, οφείλεται αποκλειστικά στις επιπτώσεις της κακής διατροφής. Με λίγα λόγια, ο πραγματικός τους εαυτός μένει καλυμμένος. Οι εντονότερες επιπτώσεις του υποσιτισμού στην συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα της ισχυρής επιθυμίας για φαγητό, ιδιαίτερα για τροφές πλούσιες σε ζάχαρη και λιπαρά. Πολλά άτομα ανταποκρίνονται στις λιγούρες με το να κάνουν διάφορα πράγματα ώστε να ελέγξουν το στόμα τους και την πείνα τους, π.χ. γυμνάζονται υπερβολικά, καπνίζουν, πίνουν αλκοόλ ή μασάνε τσίχλες. Για άλλα άτομα, οι λιγούρες ξεσπούν σε βουλιμικά επεισόδια, γεγονός που στη συνέχεια οδηγεί σε

επιθυμία για ακόμα μεγαλύτερο περιορισμό της τροφής, αλλά και για αντισταθμιστικές μεθόδους όπως είναι ο εμετός. Αυτό στη συνέχεια θα οδηγήσει σε ακόμα περισσότερες λιγούρες, κι έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Οι έρευνες έχουν πλέον αποδείξει ότι οι λιγούρες οφείλονται στην πραγματικότητα σε βιολογικούς λόγους, και συγκεκριμένα στην έλλειψη θρεπτικών συστατικών και στο χαμηλό βάρος, και ότι δεν πρόκειται να σταματήσουν αν το άτομο δεν ακολουθήσει μια διατροφή πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και επαρκή σε θερμίδες, κι εάν δεν επαναφέρει το βάρος του στο φυσιολογικό (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

Η μειωμένη πρόσληψη τροφής, ανεξάρτητα από το βάρος του ατόμου, έχει σημαντικές συνέπειες στη σωματική υγεία. Υπάρχει μια διαστρεβλωμένη άποψη ότι η άποψη έχει προκύψει απλά από το γεγονός ότι η υπερβολική πρόσληψη τροφής σχετίζεται πραγματικά με μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης και με αύξηση της νοσηρότητας. Οι πραγματικές επιπτώσεις της μειωμένης πρόσληψης τροφής εξαρτώνται από το είδος και τη διάρκεια της, καθώς και από το βαθμό απώλειας βάρους (Fairburn et al, 2008; Kandiah et al, 2008; Larsen et al, 2007).

3.3 Κατάθλιψη και Παχυσαρκία

Παχυσαρκία έχει καθοριστεί ως η παρουσία περίσσειας λιπώδους ιστού. Είναι σημαντικό να διαφοροποιήσουμε την έννοια παχύσαρκος και υπέρβαρος. Ανθυγιεινό βάρος αξιολογείται από δυο μετρήσεις που συνδέονται με το συνολικό λίπος και αυξημένο ρίσκο για επιπλοκές – περιφέρεια μέσης και Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Ο ΔΜΣ είναι μια μέτρηση του βάρους προς το ύψος στο τετράγωνο (kg/m^2). Οι ενήλικες που θεωρούνται υπέρβαροι έχουν ΔΜΣ μεταξύ 25 και 29.9 και/ή περιφέρεια μέσης 40 ίντσες για τους άντρες και 35 ίντσες για τις γυναίκες. Ενήλικες που έχουν ΔΜΣ 30 θεωρούνται παχύσαρκοι. Γενικά ένα άτομο του οποίου το βάρος είναι 20 % περισσότερο από το συνιστώμενο σύμφωνα με το ύψος του θεωρείται ως υπέρβαρο, ενώ ένα άτομο του οποίου το βάρος υπερβαίνει 30% του συνιστώμενου βάρους σύμφωνα με το ύψος θεωρείται παχύσαρκο (Kreulen et al, 2002; National Institutes of Health, 2000).

Πολλές χώρες χρησιμοποιούν διαφορετικούς δείκτες για καθορισμό της παιδικής παχυσαρκίας, όπως ΔΜΣ, δείκτης ponderal, βάρος σε σχέση με το ύψος, δερματική πτυχή τρικεφάλου και καθοριστικά σημεία όπως 85η, 95η ή 97η εκατοστιαία καμπύλη του ΔΜΣ ανάλογα με την ηλικία, χρησιμοποιώντας καμπύλες ανάπτυξης σύμφωνα με το φύλο, το ΔΜΣ και την ηλικία (Guillaune, 1999). Η εκτίμηση της παχυσαρκίας τόσο σε επιδημιολογικές μελέτες όσο και στην καθημερινή κλινική πράξη στηρίζεται ευρέως στο ΔΜΣ, τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά. Ο ΔΜΣ έχει το ισχυρό πλεονέκτημα ότι είναι απλός και εύκολα επαναλήψιμος αφού χρειάζεται για τον υπολογισμό του μετρήσεις (βάρος και ύψος σώματος) που ο κάθε παιδίατρος είναι εξοικειωμένος (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003; Cole et al, 2000).

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεώρηση της παχυσαρκίας, υποσυνείδητες συγκρούσεις οδηγούν στην υπερφαγία. Το παχύσαρκο άτομο χαρακτηρίζεται από παθητική εξάρτηση, συναισθηματική απογοήτευση, έντονη επιθυμία να αγαπηθεί, και ελλειψείς ικανότητες αντιμετώπισης προβλημάτων. Η υπερφαγία είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής δυσφορίας, άγχους και κατάθλιψη (Buckholdt et al, 2010; Wardle et al, 2000).

Η παχυσαρκία συνδέεται συχνά με καταθλιπτικό συναίσθημα, όπου το άτομο βρίσκεται σε ψυχολογικό αδιέξοδο σε σχέση με την εικόνα αλλά και την αίσθηση του σώματός του. Το αδιέξοδο αυτό μεταφράζεται ως εξής:

Τρώω → στιγμιαία ευχαρίστηση → παχαίνω → δυσαρέσκεια από την εικόνα σώματος → αναζήτηση μέσου ανακούφισης → τρώω → στιγμιαία ευχαρίστηση... (Buckholdt et al, 2010; Wardle et al, 2000) .

Το φαγητό, πολλές φορές, γίνεται υποκατάστατο άλλων συναισθηματικών ικανοποιήσεων που δεν έχει το άτομο οδηγώντας το άτομο να τρώει όχι για να ικανοποιηθούν οι σωματικές αλλά οι ψυχικές του ανάγκες. Μπορεί κανείς να καταφεύγει στο φαγητό όχι λόγω πείνας αλλά λόγω ανίας ή δυσφορίας για τις δυσκολίες της ζωής. Το φαγητό γίνεται σύντροφος, μια εύκολη λύση στη μοναξιά. Το φαγητό γίνεται μια μορφή διασκέδασης και η ευχαρίστηση της πρόσληψης τροφής μπορεί να υποκαθιστά την απουσία της ευχαρίστησης ενεργού σεξουαλικής ζωής. Το φαγητό γίνεται υποκατάστατο της αγάπης και της προστασίας. Η προετοιμασία του γεύματος αποτελεί μια μοναδική εμπειρία αγάπης και φροντίδας του εαυτού. Η παχυσαρκία αποτελεί δικαιολογία απουσίας σημαντικών ανθρώπων στη ζωή του ατόμου. Η αύξηση του βάρους μπορεί να αποτελεί ένα τρόπο προστασίας και απομάκρυνσης άλλων ανθρώπων γιατί το άτομο μπορεί να νιώθει αδύναμο και εύθραυστο στο να κάνει μια σχέση. Η αύξηση του βάρους μπορεί να αποτελεί τρόπο προστασίας από σεξουαλική κακοποίηση. Άτομα που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση γίνονται μη ελκυστικά για να αποφύγουν επανάληψη της κακοποίησης (Buckholdt et al, 2010; Wardle et al, 2000) .

Είναι διαδεδομένη η εντύπωση ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη, άγχος, καταναγκαστική συμπεριφορά και ορισμένα αποκλίνοντα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (de Wit et al, 2010). Πράγματι, έχει παρατηρηθεί αυξημένη επίπτωση ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών προσωπικότητας σε παχύσαρκα άτομα που προσέρχονται για θεραπεία. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα μελετών σε παχύσαρκους, οι οποίοι αποτελούν αντικείμενο κλινικής φροντίδας (de Wit et al, 2010; Boutelle et al, 2010). Μελέτες στο γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι η επίπτωση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε παχύσαρκους διαφέρει από εκείνη σε μη παχύσαρκους. Οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης τις διατροφικές συνήθειες. Πολλοί τρώνε ως αντίδραση σε αρνητικά συναισθήματα, όπως πόνο, κατάθλιψη ή θυμό . Επίσης, η παχυσαρκία θεωρείται συχνά ως συνέπεια της έλλειψης βούλησης και αδυναμιών ή ως μια «επιλογή τρόπου ζωής» - η επιλογή του υπερβολικού φαγητού και της ελάχιστης φυσικής δραστηριότητας. Είναι ορθότερο να αντιληφθεί κανείς την παχυσαρκία ως νόσο παρά ως επιλεγμένο τρόπο ζωής (Gibson, 2006).

Η αλήθεια είναι ότι η αρνητική εικόνα για το σώμα τραυματίζει περισσότερο τον ψυχισμό των ανθρώπων. Μεγάλες επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν γενικά μεγαλύτερη συναισθηματική κόπωση, ενώ συσχετίζουν άμεσα την κακή εικόνα που έχουν για το σώμα τους με το περιττά κιλά τους (Katon et al, 2010; Boutelle et al, 2010). Οι παχύσαρκοι ασθενείς εμφανίζουν συνολικά μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία απ' ό,τι οι άνθρωποι με φυσιολογικό σωματικό βάρος (Katon et al, 2010; Azarbad et al, 2010). Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε στο Αμερικανικό Περιοδικό Διαιτολογίας, 400 παχύσαρκα άτομα ερωτήθηκαν αν νιώθουν το αίσθημα της πείνας κάθε φορά που τρώνε και ποιοι είναι οι κύριοι λόγοι για τους οποίους τρώνε. Το εβδομήντα της εκατό απάντησε ότι δεν νιώθει σχεδόν ποτέ το αίσθημα της πείνας, ενώ οι λόγοι για τους οποίους τρώνε συμπεριλαμβάνουν τη λαιμαργία, την κοινωνικοποίηση, το άγχος, το συναισθηματικό κενό, την ανία, τη διασκέδαση, την ανάγκη για να φτιάξουν τη διάθεση τους. Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι το φαγητό αλλάζει τη διάθεση και ότι η διάθεση μπορεί να αλλάξει τις

διατροφικές μας επιλογές. Συχνά η συναισθηματική διατροφή μπορεί να οδηγήσει στην υπερφαγία και τη συχνή κατανάλωση εδεσμάτων που είναι υψηλά σε ζάχαρη, λιπαρά και αλάτι (Drewnowski and Specter, 2004).

Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία

Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι να διερευνήσει τη σχέση κατάθλιψης και παχυσαρκίας. Η Μεθοδολογία της έρευνας αναλύεται μέσα από τρεις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται σε μία μελέτη: το θετικισμό, τη φαινομενολογία και την ενεργητική μελέτη. Υπάρχουν ποικίλα μέσα μεθοδολογίας έρευνας. Εδώ θα επικεντρωθούμε στα τρία πιο βασικά, το θετικισμό, τη φαινομενολογία και την ενεργητική μελέτη¹.

Ο θετικισμός και η φαινομενολογία είναι φιλοσοφικές έννοιες των κοινωνικών επιστημών. Κάθε φιλοσοφική έννοια έχει τις δικές της αρχές και αξίες και στηρίζεται σε διαφορετικές ερευνητικές απόψεις. Φυσικά κάθε ερευνητής ακολουθεί κάποιες από τις φιλοσοφικές αυτές έννοιες. Συχνότερα οι ερευνητές στηρίζονται στην αντίστροφη φιλοσοφία κατά τη διάρκεια της μελέτης τους δηλαδή αντιστρέφουν τα γεγονότα προκειμένου να δούνε τι θα γινόταν στην πραγματικότητα αν τα γεγονότα θα συνέβαιναν διαφορετικά.

Ο θετικισμός σαν φιλοσοφία παρουσιάζει πως πραγματικά είναι τα γεγονότα και πώς θα έπρεπε να τα μελετήσουμε στηριζόμενοι σε λογικά επιχειρήματα προκειμένου να φτάσουμε στο επιθυμητό αποτέλεσμα .

Κάποια από τα βασικά συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε χρησιμοποιώντας αυτή τη μέθοδο είναι:

- 1) Ότι ο ερευνητής πρέπει να λειτουργεί ανεξάρτητα και ανεπηρέαστα προκειμένου να καταλήξει σε σωστά συμπεράσματα.
- 2) Ο ερευνητής πρέπει να στηρίζεται μόνο σε στοιχεία τα οποία απορρέουν από την ερευνά του και όχι από τα προσωπικά του πιστεύω και τις αξίες που τον χαρακτηρίζουν.
- 3) Ο ερευνητής πρέπει να δίνει σημασία μόνο στα γεγονότα. Συγχρόνως πρέπει να γνωρίζει τις γνώμες άλλων ερευνητών να έχει γνώση της βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας του θέματος που αναλύει άλλα και της νομοθεσίας που το διέπει αν υπάρχει. Ο ερευνητής εφόσον έχει γνώση όλων των παραπάνω πρέπει να έχει την αφαιρετική ικανότητα να κρατάει από όλα τα στοιχεία που γνωρίζει μόνο αυτά που πραγματικά των ενδιαφέρουν.
- 4) Ο ερευνητής πρέπει να υποστηρίζει το θέμα του χρησιμοποιώντας λειτουργικά μέσα όπως ερωματολογία έχοντας ένα μεγάλο δείγμα προκειμένου να προχωρήσει σε στατιστική ανάλυση.

Αντίθετα με τον θετικισμό η φαινομενολογική έρευνα παρουσιάζει τον κόσμο να στηρίζεται μόνο σε κοινωνικά θεμέλια και όχι σε αντικειμενικά . Για αυτό το λόγο ο ερευνητής δεν χρειάζεται να στηριχτεί σε ανάλυση συμπεριφορών και γεγονότων αλλά σε φαινομενικά κριτήρια όπως η εμπειρία . Ο ερευνητής μπορεί να μελετάει τους γύρω του ακόμα και τον ίδιο του τον εαυτό, όποτε όμως τον “συμφέρει” μπορεί να αφαιρέσει τον εαυτό του από αυτή τη μελέτη.

Από την άλλη στην φαινομενολογική μέθοδο ο ερευνητής πέρα από την επιφάνεια των γεγονότων πρέπει να ερευνήσει και τους δευτερεύοντες παράγοντες στους οποίους στηρίζονται αυτά τα γεγονότα. Πρέπει να ελέγχει το κάθε στοιχείο σαν μια ολοκληρωμένη εικόνα, και να παράγει τις δικές του ιδέες και αντιλήψεις. Σε γενικές γραμμές η φαινομενολογική έρευνα βασίζεται σε γνώμες και αντιλήψεις άλλων πάνω στις οποίες πρέπει να στηρίζεται ο ερευνητής για να διαμορφώσει τις δικές του ιδέες και απόψεις για το θέμα².

¹ Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας*, τόμος 2, Αθήνα

² Αθανασίου, Λ. (2000). *Μέθοδοι και Τεχνικές Έρευνας στις Επιστήμες της Αγωγής*, Ιωάννινα

Η τρίτη ερευνητική μέθοδος είναι η δραστική έρευνα. Αυτή η μέθοδος δανείζεται πολλά από τις προηγούμενες. Η βασική παράμετρος αυτής της μεθόδου είναι η βάση για την αλλαγή. Η αλλαγή είναι ο βασικός στόχος μιας έρευνας. Το κλασικό μοντέλο της δραστικής μελέτης στηρίζεται σε πέντε βασικές παραμέτρους: σκοπός και επιλογή, μελέτη, αλλαγή βασισμένη σε στοιχεία - πληροφορίες αλλά και την αίσθηση του ερευνητή, προσωπική άποψη στην έρευνα, γνώσεις.

Σκοπός και επιλογή: Σημαίνει ότι η δραστική έρευνα δεν δέχεται την επιστήμη απόλυτα ανεξάρτητη από τις αξίες και τονίζει τη σημασία της πιθανότητας σε σχέση με την πρόβλεψη. Οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ξεκάθαρες αξίες προκειμένου να έχουν ποιο ξεκάθαρες βλέψεις αλλά και να μπορούν να τις επιτύχουν.

Μελέτη: Η δραστική έρευνα είναι ένας συνδυασμός επίλυσης ρεαλιστικών και πρακτικών προβλημάτων. Οπότε η έρευνα βοηθάει στην επίλυση προβληματικών καταστάσεων, χρησιμοποιώντας υπαρκτές θεωρίες και όχι κατασκευασμένες. Η μελέτη επικεντρώνεται στο πρόβλημα αλλά και στην επίλυση του.

Αλλαγή βασισμένη σε στοιχεία - πληροφορίες αλλά και την αίσθηση του ερευνητή: Αυτή η παράμετρος βοηθάει στην περίπτωση που η αλλαγή είναι ο απόλυτος στόχος του ερευνητή. Ο ερευνητής κάνει συστηματική συλλογή στοιχείων μέχρι να επιτύχει το στόχο του.

Προσωπική άποψη στην έρευνα: Η προσωπική άποψη στην έρευνα παίζει ρόλο προκειμένου να βάλει ο ερευνητής την δική του σφραγίδα στην έρευνα.

Γνώσεις: Ο ερευνητής προτού αρχίσει την ερευνά του πρέπει να αυξήσει τις γνώσεις του προκειμένου να επιτύχει τον στόχο του δηλαδή να επιλύσει τα προβλήματα του οργανισμού που αναλύει³.

Στη συγκεκριμένη μελέτη επιλέγεται ο θετικισμός, δεδομένου ότι η ερευνήτρια, λειτούργησε ανεξάρτητα και ανεπηρέαστα προκειμένου να καταλήξει σε σωστά συμπεράσματα, στηρίχθηκε μόνο σε στοιχεία τα οποία συλλέχθηκαν από την ερευνά της και όχι σε προσωπικά της πιστεύω και τέλος μελέτησε ώστε να γνωρίζει τις γνώμες άλλων ερευνητών, μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που διεξήγαγε.

4.1 Επιλογή σχεδίου έρευνας

Ανάλογα με το σκοπό που επιδιώκεται, μπορούμε να διακρίνουμε τις επιστημονικές έρευνες σε τρεις βασικές κατηγορίες, τις διερευνητικές, τις περιγραφικές και τις πειραματικές⁴.

Οι διερευνητικές έρευνες αποβλέπουν στη διατύπωση ενός προβλήματος με σκοπό την εξέταση ή διατύπωση υποθέσεων, την ιεράρχηση προτεραιοτήτων και την ανάλυση αποκαλυπτικών καταστάσεων. Οι διερευνητικές έρευνες έχουν σαν κύριο σκοπό την ανακάλυψη και την καινοτομία, γι' αυτό και βασικό χαρακτηριστικό τους αποτελεί η ευελιξία. Σημαντική συμβολή για την επιτυχία των ερευνών αυτών θεωρείται:

η εμπειρία και

η συμμετοχή εμπειρογνομόνων

Οι περιγραφικές έρευνες έχουν ως σκοπό τον προσδιορισμό και την εκτίμηση των χαρακτηριστικών μιας δεδομένης κατάστασης. Για την επιτυχία των ερευνών αυτών απαιτείται:

³ Σταθακόπουλος,(2001),*Έρευνα Αγοράς*, Αθήνα: Σταμούλης

⁴ Αθανασίου, Λ. (2000). *Μέθοδοι και Τεχνικές Έρευνας στις Επιστήμες της Αγωγής*, Ιωάννινα

προσοχή για τυχόν μεροληψία.

να είναι περισσότερο οργανωμένες, προδιαγραμμένες και σχεδιασμένες

Οι πειραματικές έρευνες αποσκοπούν στον έλεγχο της ορθότητας των υποθέσεων. Δηλαδή, με τις έρευνες αυτές ελέγχεται αν μεταξύ δύο μεταβλητών υπάρχει συστηματική σχέση, π.χ. ελέγχεται αν:

η μια μεταβλητή εμφανίζεται πάντα με κάποια άλλη,

οι μεταβολές μιας μεταβλητής συνοδεύονται από μεταβολές μιας άλλης.

Οι πειραματικές έρευνες στηρίζονται στο πείραμα: φυσικό ή τεχνικό, μέσω του οποίου ο ερευνητής ελέγχει το παραδεκτό μιας υπόθεσης⁵.

Η παρούσα έρευνα κατατάσσεται στις περιγραφικές, με τη χρήση του ερωτηματολογίου, δεδομένου ότι επιθυμούμε να αποτυπώσουμε τα χαρακτηριστικά μιας δεδομένης κατάστασης.

4.2 Επιλογή μεθόδου συλλογής στοιχείων

Η συλλογή στοιχείων επιτυγχάνεται με δύο τρόπους. Με τη χρήση πρωτογενών πηγών και με τη χρήση δευτερογενών πηγών. Αντίστοιχα εξάγονται πρωτογενή και δευτερογενή στοιχεία της έρευνας. Τα πρωτογενή στοιχεία αναφέρονται ειδικά στο πρόβλημα ή στο αντικείμενο που εξετάζεται. Συγκεντρώνονται δηλαδή με βάση συγκεκριμένους σκοπούς ώστε να απαντήσουν σε συγκεκριμένα ερωτήματα συγκεκριμένης μελέτης. Η συλλογή τους απαιτεί περισσότερο χρόνο από ότι τα δευτερογενή και η διαδικασία είναι πιο πολύπλοκη αλλά σίγουρα τα αποτελέσματα της είναι πιο ακριβή. Ένα αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας της έρευνας είναι η λήψη της απόφασης, όσον αφορά το σχέδιο και την μεθοδολογία, που θα χρησιμοποιηθούν για την διεξαγωγή της και την συλλογή των πληροφοριών. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να γίνει η συλλογή αυτών των μέτρων και τεχνικών τα οποία θα βοηθήσουν καλύτερα στην απόκτηση πληροφοριών και απαντήσεων στις ερωτήσεις της έρευνας. Πολλές πληροφορίες της έρευνας απαιτούν διαφορετικές τεχνικές για την συλλογή των κατάλληλων δεδομένων⁶.

Η παρούσα έρευνα συλλέγει πρωτογενή στοιχεία, μέσα από τους ίδιους τους λογιστές, χρησιμοποιώντας ως βασικό εργαλείο της το ερωτηματολόγιο. Επομένως η έρευνα είναι ποσοτική.

Παράλληλα συλλέγει και δευτερογενή στοιχεία, μέσα από βιβλία, άρθρα σε περιοδικά, αλλά και μέσα από επίσημους διαδικτυακούς τόπους.

4.3 Ο πληθυσμός και το δείγμα της έρευνας

Ο ορισμός πληθυσμού είναι από τα σοβαρότερα προβλήματα στην έρευνα. Ο πληθυσμός αποτελείται από όλους τους δυνητικούς ερωτώμενους οι οποίοι θεωρούνται κατάλληλοι για να συμμετάσχουν στην έρευνα. Το δείγμα της έρευνας αποτελούν τελικά τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος στην έρευνα ⁷.

Το δείγμα μας αποτελείται από 81 ερωτώμενους. Ως προς την μόρφωση το 35,8% (29) των ερωτώμενων έχει τελειώσει το λύκειο, το 18,5%(15) έχει τελειώσει κάποια σχολή, το 16% έχει τελειώσει το γυμνάσιο, το 13,6% (11) το δημοτικό και το υπόλοιπο 13,6% (5) το πανεπιστήμιο (το 2,5% (2) δεν απάντησε). Το 27% (20) των ερωτώμενων είναι άγαμοι και το 66,2% (49) είναι παντρεμένοι (10,4% (12) δεν απάντησαν). Ακόμα το 44,4% (36) των ερωτώμενων εργάζεται σε καθεστώς οχταώρου ενώ το 92,6% (75) δεν λαμβάνει βιταμίνες ή ιχνοστοιχεία, το 44,4% (36%) δεν ακολουθεί κάποια φαρμακευτική αγωγή, το 80,2%(65) δεν έχει πεπτικές ενοχλήσεις, το 85,2% (69) δεν έχει εντερικές ενοχλήσεις, το 84% (68) δεν έχει καρδιακά προβλήματα, το 69,1%(56) δεν πάσχει από υπό/υπέρταση, το 90,1% (73) δεν πάσχει από υπατοπάθεια, το 91,4% (74) δεν πάσχει από νεφροπάθεια, το 86,4% (70) δεν έχει υπο/υπερ θυροειδισμό και το 81,4%(66) δεν έχει τροφικές αλλεργίες. Επιπλέον το 54,3% (44) δήλωσε ότι στο σπίτι του μένουν από 1-3 άτομα, το 30,9% (25) ανέφερε 4 άτομα, το 13,5% (11) ανέφερε από 5-8 άτομα και το 1,2% (1) ανέφερε μόνο τον εαυτό της. Επιπλέον το 49,4% (40) ανέφερε ότι το μαγείρεμα στο σπίτι το έχουν αποκλειστικά οι ίδιοι, το 22,2% (18) ανέφερε την μητέρα του, το 17,3%(14) η σύζυγος και το 11,1% (9) ανέφερε κυρίως συνδυασμό των παραπάνω. Το 72,3%(59) των ερωτώμενων ανέφερε ότι τρώει καθημερινά από 1-3 φορές, το 23,5%(19) από 4-8 φορές ενώ το υπόλοιπο 3,6% (3) τρώει ακανόνιστα. Άλλα σημαντικά στοιχεία είναι ότι το 50,6%(41) των ερωτώμενων αναφέρει ότι χρησιμοποιεί κατάλογο για τα ψώνια, το 65,4% (53) σχεδιάζει τα γεύματα του, το 97,5% (79)

⁶ Αθανασίου, Λ. (2000). Μέθοδοι και Τεχνικές Έρευνας στις Επιστήμες της Αγωγής, Ιωάννινα

⁷ Αθανασίου, Λ. (2000). Μέθοδοι και Τεχνικές Έρευνας στις Επιστήμες της Αγωγής, Ιωάννινα

μαγειρεύει με ελαιόλαδο και το 85,2% (69) χρησιμοποιεί αλάτι. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι το 53,8% (43) είναι πρόθυμο να δοκιμάσει νέα τρόφιμα. Ακόμα από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε ότι το κρέας περιστασιακά μαγειρεύεται ως βραστό και τηγανητό, συχνά ψήνεται, σπάνια ψήνεται στο grill και ποτέ σχεδόν βράζεται στην ατμό ή μαγειρεύεται στο φούρνο μικροκυμάτων ή καναλώνεται ωμό. Για τα λαχανικά παρατηρούμε ότι περιστασιακά μαγειρεύονται ως βραστά, συχνά τρώγονται ωμά ενώ ποτέ σχεδόν δεν χρησιμοποιείται άλλη διαδικασία μαγειρέματος τους.

Πίνακας
Τρόπος Μαγειρέματος

	Βράσιμο		Τηγάνισμα		Ψήσιμο	
	Μ.Τ	Τ.Α	Μ.Τ	Τ.Α	Μ.Τ	Τ.Α
ΚΡΕΑΣ	2,48	1,324	1,96	1,188	1,37	0,798
ΛΑΧΑΝΙΚ Α	2,04	1,364	3,73	0,707	3,58	0,947
	Ψητό στο grill		Φούρνος μικροκυμάτων		Ωμά	
	Μ.Τ	Τ.Α	Μ.Τ	Τ.Α	Μ.Τ	Τ.Α
ΚΡΕΑΣ	2,92	1,318	3,83	0,633	4	0
ΛΑΧΑΝΙΚ Α	3,74	0,791	3,87	0,537	1,26	0,742

4.4 Ανάλυση Αξιοπιστίας

Για τον έλεγχο αξιοπιστίας των δύο ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν, το PROQ9 & το Β.Ι.Τ.Ε (Συμπτώματα βουλιμίας) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Cronbach's alpha. Για το PROQ9 η τιμή του δείκτη ήταν 0,798 ενώ στο δεύτερο 0,842. Και στις δύο περιπτώσεις άνω του 0,7 που σημαίνει ότι και τα δύο ερωτηματολόγια ήταν αξιόπιστα.

Αποτελέσματα Ερευνητικού

Πίνακας 1
Φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άνδρας	30	37,0	42,3	42,3
	Γυναίκα	41	50,6	57,7	100,0
	Total	71	87,7	100,0	
	Αναπάντητ α	10	12,3		
Total		81	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 1 η αναλογία ανδρών και γυναικών είναι 42,3% και 57,7% αντίστοιχα.

Πίνακας 2
Κάπνισμα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	12	14,8	15,0	15,0
	Όχι	68	84,0	85,0	100,0
	Total	80	98,8	100,0	
	Αναπάντητα	1	1,2		
Total		81	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 2 το 15% των ερωτώμενων καπνίζει ενώ το 85% όχι.

Πίνακας 3
Αλκοόλ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	38	46,9	48,1	48,1
	Όχι	41	50,6	51,9	100,0
	Total	79	97,5	100,0	
	Αναπάντητα	2	2,5		
Total		81	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 3 το 48,1% καταναλώνει αλκοόλ ενώ το 51,9% όχι.

Πίνακας 4
Άσκηση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	18	22,2	22,5	22,5
	Όχι	62	76,5	77,5	100,0
	Total	80	98,8	100,0	
	Αναπάντητ α	1	1,2		
Total		81	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 4 το 22,5% των ερωτώμενων ασκείται ενώ το 77,5% όχι.

Πίνακας 5
Δείκτης μάζας σώματος & Ηλικία

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BMI	81	,31	,49	,3660	,03928
ΗΛΙΚΙΑ	81	19	63	43,41	9,868

Σύμφωνα με τον πίνακα 5 η μέση ηλικία των ερωτώμενων είναι τα 43,41 έτη με τυπική απόκλιση 9,8 έτη. Ο μικρότερος σε ηλικία είναι 19 ετών και ο μεγαλύτερος 63 ετών. Ακόμα η μέση τιμή του δείκτη μάζας σώματος είναι 0,36 με τυπική απόκλιση 0,03. Η μικρότερη τιμή είναι 0,31 (31%) που δηλώνει ότι όλοι είναι παχύσαρκοι.

Πίνακας 6
Κατάθλιψη

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελάχιστη	24	29,6	29,6	29,6
	Μέτρια	42	51,9	51,9	81,5
	Αρκετή	12	14,8	14,8	96,3
	Σοβαρή	3	3,7	3,7	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 το 81,5% των ερωτώμενων έχει ελάχιστη ή σε μέτριο επίπεδο κατάθλιψη ενώ το 18,5% έχει αρκετή ή σοβαρή κατάθλιψη.

Πίνακας 7
Συμπτώματα βουλιμίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κανονικά πλαίσια	32	39,5	39,5	39,5
	Διαταραγμένο πλαίσιο διατροφής	38	46,9	46,9	86,4
	Υψηλό επίπεδο διαταραγμένου πλαισίου	11	13,6	13,6	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 7 το 39,5% των ερωτώμενων δεν έχει συμπτώματα βουλιμίας, το 46,9% έχει διαταραγμένο πλαίσιο διατροφής και το 13,6% έχει υψηλό επίπεδο διαταραγμένου πλαισίου διατροφής.

Πίνακας 8
Σοβαρότητα βουλιμίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μηδενική-	78	96,3	96,3	96,3
	Μέτρια	3	3,7	3,7	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 για το 96,3% των ερωτώμενων η σοβαρότητα της βουλιμίας είναι μηδενική ή ελάχιστη ενώ για το 3,7% είναι σε μέτριο επίπεδο.

Πίνακας 9
Συσχετίσεις

Spearman's rho	Κατάθλιψη	Συμπτώματα βουλιμίας	Σοβαρότητα βουλιμίας	BM I
----------------	-----------	----------------------	----------------------	------

Κατάθλιψη	1	,486**	,263*	0,11
BMI	0,111	0,212	0,026	1

Σύμφωνα με τον πίνακα 9 παρατηρούμε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της κατάθλιψη χαμηλής έντασης με τα συμπτώματα της βουλιμίας ($r_{ho}=0.486$) και τη σοβαρότητα της βουλιμίας ($r_{ho}=0.263$). Αυτό σημαίνει ότι όταν η κατάθλιψη αυξάνεται τότε αυξάνονται τα συμπτώματα βουλιμίας αλλά και η σοβαρότητα αυτής (και αντίστροφα).

Πίνακας 10

Διαφορές μεταξύ των ατόμων που καπνίζουν και όσων δεν καπνίζουν

	ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;				U	p
	Ναι		Όχι			
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation		
Κατάθλιψη	11.50	3.85	11.62	3.57	392.5	0.834
Συμπτώματα βουλιμίας	11.92	7.23	12.10	5.96	384.0	0.746
Σοβαρότητα βουλιμίας	.92	2.31	-.09	2.07	331.0	0.271
BMI	.38	.04	.36	.04	317.5	0.223

Σύμφωνα με τον πίνακα 10 δεν παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των καπνιστών και των μη καπνιστών ως προς το επίπεδο της κατάθλιψης, τα συμπτώματα της βουλιμίας, τη σοβαρότητα της και το BMI.

Πίνακας 11

Διαφορές ως προς την κατανάλωση αλκοόλ ή όχι

	ΠΙΝΕΤΕ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ ΠΟΤΑ;				U	P
	Ναι		Όχι			
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation		
Κατάθλιψη	11.11	3.04	12.07	4.03	708.0	0.484
Συμπτώματα βουλιμίας	11.37	6.13	12.71	5.67	679.0	0.325
Σοβαρότητα βουλιμίας	.29	2.25	-.37	1.95	684.0	0.324
BMI	.36	.04	.37	.04	691.0	0.388

Σύμφωνα με τον πίνακα 11 δεν παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων καταναλώνουν αλκοόλ και όσων δεν καταναλώνουν ως προς το επίπεδο της κατάθλιψης, τα συμπτώματα της βουλιμίας, τη σοβαρότητα της και το BMI.

Πίνακας 12
Άσκηση

	ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ;					
	Ναι		Όχι		U	p
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation		
Κατάθλιψη	10.94	3.26	11.87	3.70	459.5	0.254
Συμπτώματα βουλιμίας	9.33	5.44	12.84	6.10	378.5	0.038
Σοβαρότητα βουλιμίας	.33	1.97	-.08	2.23	523.0	0.670
BMI	.35	.03	.37	.04	365.0	0.026

Σύμφωνα με τον πίνακα 12 δεν παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων ασκούνται και όσων δεν ασκούνται ως προς το επίπεδο της κατάθλιψης και τη σοβαρότητα της βουλιμίας. Υπάρχει όμως διαφορά ως προς τα συμπτώματα και το BMI. Όσοι ασκούνται έχουν μικρότερο δείκτη μάζας σώματος και λιγότερα συμπτώματα βουλιμίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα δεν κατέδειξε κάποια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην παχυσαρκία και την κατάθλιψη. Το αντίθετο μάλιστα. Όλοι οι ερωτώμενοι είναι παχύσαρκοι και μόνο ένα μικρό ποσοστό πάσχει από κατάθλιψη. Οι μισοί σχεδόν ερωτώμενοι παρουσιάζουν ένα διαταραγμένο πλαίσιο διατροφής, ενώ οι περισσότεροι δεν πάσχουν από βουλιμία.

Η συγκεκριμένη έρευνα έρχεται σε πλήρη αντίθεση με άλλες ερευνητικές μελέτες όπως των Buckholdt et al (2010), Wardle et al, (2000) βάσει των οποίων το παχύσαρκο άτομο χαρακτηρίζεται από παθητική εξάρτηση, συναισθηματική απογοήτευση, έντονη επιθυμία να αγαπηθεί, και ελλειψείς ικανότητες αντιμετώπισης προβλημάτων. Η υπερφαγία είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής δυσφορίας, άγχους και κατάθλιψη. Η παχυσαρκία συνδέεται συχνά με καταθλιπτικό συναίσθημα, όπου το άτομο βρίσκεται σε ψυχολογικό αδιέξοδο σε σχέση με την εικόνα αλλά και την αίσθηση του σώματός του.

Επίσης έρχεται σε αντίθεση με την άποψη των de Wit et al (2010) , βάσει των οποίων τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη, άγχος, καταναγκαστική συμπεριφορά και ορισμένα αποκλίνοντα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Όσον αφορά στις συσχετίσεις βρέθηκε πως όταν η κατάθλιψη αυξάνεται τότε αυξάνονται τα συμπτώματα βουλιμίας αλλά και η σοβαρότητα αυτής (και αντίστροφα).

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των καπνιστών και των μη καπνιστών ως προς το επίπεδο της κατάθλιψης, τα συμπτώματα της βουλιμίας, τη σοβαρότητα της και το BMI. Επίσης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων καταναλώνουν αλκοόλ και όσων δεν καταναλώνουν ως προς το επίπεδο της κατάθλιψης, τα συμπτώματα της βουλιμίας, τη σοβαρότητα της και το BMI. Τέλος δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων ασκούνται και όσων δεν ασκούνται ως προς το επίπεδο της κατάθλιψης και τη σοβαρότητα της βουλιμίας.

Διαπιστώθηκε ωστόσο διαφορά ως προς τα συμπτώματα και το BMI. Όσοι ασκούνται έχουν μικρότερο δείκτη μάζας σώματος και λιγότερα συμπτώματα βουλιμίας. Αξίζει να σημειωθεί πως υπήρχαν κάποιες μικρές δυσκολίες όσον αφορά την ολοκλήρωση των ερωτηματολογίων λόγω του ότι ήταν χρονοβόρο. Καθώς επίσης και την μερική άρνηση των ερωτηθέντων σε μερικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της κατάθλιψης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (2010). Practice guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition, October 2010

American Psychiatric Association. DSM- IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000

Astrup A, Ryan L, Grunwald GK, Storgaard M, Saris W, Melanson E, Hill JO. The role of dietary fat diets body fatness : Evidence from a preliminary meta-analysis of ad libitum low-fat dietary intervention study. *Br J Nutr* 2000; 83 :S25–S32,

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Further validation of the Postpartum Depression Screening. *Nursing Research*, 50(3), 155-164.

Birtwistle, J., & Marin, N. (1999). Seasonal affective disorder: Its recognition and treatment.

British Journal of Nursing, 8 (15), 1004-1009.

Blundell JE. What foods go people habitually eat? A dilemma for nutrition, an enigma for psychology. *Am J Clin Nutr* 2000;71:3-5

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *Journal of Affective Disorders* 117 (2009) S1–S2

Comuzzie, A.G., J.E. Hixon, L. Almasy, Mitchell BD, Mahaney MC, Dyer TD, Stern MP, MacCluer JW, Blangero J. A major quantitative trait locus determining serum leptin levels and fat mass is located on human chromosome 2. *Nature Genet.* 1997; 15:273–276

Dumin JV. Practical estimates of energy requirements. *J Nutr* 1991;121:1907-1913

Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, Alonso J. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project.(in press) *J Affect Disord.* 2009

Goran, M. I., Lindquist, C. H., & Reynolds, K. D. (1999). Role of physical activity in the prevention of obesity in children. *International Journal of Obesity*, 23:S18-33

Han TS, Leer EM van, Seidell JC, Lean ME. Waist circumference as a screening tool for cardiovascular risk factors: evaluation of receiver operating characteristics (ROC). *Obes Res.* 1996 Nov; 4:533-47

Kaplan and Saddock's. (2007) Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (Synopsis of psychiatry). Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins

Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatin M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, Cassy P.(2009)Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. Arch Iran Med. , 12(5):461-7.

Lawton, C. L., Burley, V. J., Wales, J. K., Blundell, J. E. Dietary fat and appetite control in obese subjects: weak effects on satiation and satiety. Int J Obes 1993;17:409-416

Lembertas AV, Perusse L, Chagnon YC, Fisler JS, Warden CH, Purcell-Huynh DA, Dionne FT, Gagnon J., Nadeau A., Lucis AJ, Bouchard C. Identification of an obesity quantitative trait locus on mouse chromosome 2 and evidence of linkage to body fat and insulin on the human homologous region 20q. J Clin Invest 1997; 100, 1240–1247

Lissner L, Heitman BL. The dietary fat: carbohydrate ratio in relation to body weight. Curr Opin Lipidol 1995; 6:8-13

Luke A, Schoeller DA. Basal metabolic rate, fat-free mass, and body cell mass during energy restriction. Metabolism 1992;41:450–6.

Marcus, M. D. and Kalarchian, M. A. Binge eating in children and adolescents. International Journal of Eating Disorders, 2003; 34: S47–S57

Mazure, C. M., Bruce, M. L., Maciejewski, P. K., & Jacobs, S. C. (2000). Adverse life events and cognitive- personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response. American Journal of Psychiatry, 157(6), 896-903.

NICE: Depression: The treatment and management of depression in adults, 2009
Rotimi CN, Comuzzie AG, Lowe WL Blangero J, MacCluer JW, Hixson JE. The Quantitative Trait Locus on Chromosome 2 for Serum Leptin Levels Is Confirmed in African – Americans. Diabetes 1999;48:643-644

Ruiz, P. (1998). The role of culture in psychiatric care. American Journal of Psychiatry, 155(12), 1763-1765.

Schwartz MW, Woods SC, Seeley RJ, Porte D Jr., and Baskin DG. Central nervous system control of food intake. Nature 2000;40:661-671

Smith, D.E., Marcus, M.D., Lewis, C.E., Fitzgibbon, M., Schreiner, P., Prevalence of binge eating disorder, obesity and depression in a biracial cohort of young adults. Annals of Behavioral Medicine, 1998: 20, 227-232.

Sorensen TI. The genetics of obesity, Metabolism, 1995; 44:4-6
Stunkard (1996

Stunkard, A. J., Foch, T. T. & Hrubec, Z. (1986a). A twin study of human obesity. Journal of the American Medical Association 256, 51-54

Stunkard. AJ, Sorensen TA, Hanis C, Teasdale TW, Chakraborty R., Schull WJ, Schulsinger F., An adoption study of human obesity. *N Engl J Med* 1986a;314:193-198

Telch, C., & Stice, E. Psychiatric comorbidity in a nonclinical sample of women with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998;66:768-776

Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337(13), 869-873

WHO (2003). Technical Report 916 Diet, Nutrition and Prevention of chronic diseases
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2007; 8(2): 67_104

Κατσίκης Η., Φλωράκης Δ., Πανίδης Δ., (2009). Παχυσαρκία. Αίτια, διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση. *Θεσσαλονίκη* Azarbad L, Gonder-Frederick L. Obesity in women. *Psychiatr Clin North Am.* 2010 Jun;33(2):423-40.

Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychol.* 2010 May; 29(3):293-8

Buckholdt K, Parra G, Jobe-Shields L, Emotion dysregulation as a mechanism through which parental magnification of sadness increases risk for binge eating and limited control of eating behaviours, *Eating Behaviors* 11 (2010) 122–126

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240–5
de Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: A meta-analysis of community based studies. *Psychiatry Res.* 2010

Drewnowski A and Specter S , Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs, *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 79, No. 1, 6-16, January 2004

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 419-428.

Fairburn, CG, *Cognitive Behaviour Therapy & Eating Disorders* Guildford Press, 2008
Gibson E, Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways, *Physiology & Behavior* 89 (2006) 53–61

Guillaune M. Defining obesity in childhood: current practice. *American Journal of clinical Nutrition* 1999;70(suppl):126s-130s.

Kandiah J, Yake M, Willett H, Effects of Stress on Eating Practices Among Adults, *Family and Consumer Sciences Research Journal*, Vol. 37, No. 1, September 2008 27-38

Katon W, Richardson L, Russo J, McCarty CA, Rockhill C, McCauley E, Richards J, Grossman DC. Depressive symptoms in adolescence: the association with multiple health risk behaviors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 May-Jun;32(3):233-9.

Krayer A., Ingledew D. K. and Iphofen R. (2008). Social comparison and body image in adolescence: a grounded theory approach. *Health Educ. Res.* 23 (5): 892-903.

Kreulen,G., Noel, M., and Pivarnik, J., Healthy weight through physical activity and nutrition. Executive summary of promoting healthy weight in Michigan through physical activity and nutrition. 2002 Michigan State University

Larsen J, van Strien T, Eisinga R, Herman P, Engels R, Dietary restraint: Intention versus behavior to restrict food intake, *Appetite* 49 (2007) 100–108

Mahan L.K., Scoot-Stump S.,(2004), Krause's food, nutrition & food therapy, U.S.A 10th ed. W.B Saunders Company

Mei Z, Grummer-Strawn LM, Pietrobelli A, Goulding A, Goran MI, Dietz WH. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition* 2002;75:97–985

National Institutes of Health. The practical guide Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and obesity in Adults. October 2000

Prentice AM and Jebb SA. Beyond Body Mass Index. *Obesity Reviews*. 2001 August; 2(3): 141–7.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity in children and young people. A national clinical guideline. April 2003.

Wardle J, Steptoe A, Oliver G, Lipsey Z Stress, dietary restraint and food intake, *Journal of Psychosomatic Research* 48 (2000) 195–202

Παραρτήματα

Παράρτημα

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,798	9

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,842	30

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	ΚΑΙΙΝ ΙΖΕΤΕ; N		Mean Rank	Sum of Ranks
	Ναι	Όχι		
Κατάθλιψη	Ναι	12	39,21	470,50
	Όχι	68	40,73	2769,50
	Total	80		
Συμπτώματα βουλιμίας	Ναι	12	38,50	462,00
	Όχι	68	40,85	2778,00
	Total	80		
Σοβαρότητα βουλιμίας	Ναι	12	46,92	563,00
	Όχι	68	39,37	2677,00
	Total	80		
BMI	Ναι	12	48,04	576,50
	Όχι	68	39,17	2663,50
	Total	80		

Test Statistics^a

	Κατάθλιψη	Συμπτώματα βουλιμίας	Σοβαρότητα βουλιμίας	BMI
Mann-Whitney U	392,500	384,000	331,000	317,500
Wilcoxon W	470,500	462,000	2677,000	2663,500
Z	-,210	-,324	-1,100	-1,220
Asymp. Sig. (2-tailed)	,834	,746	,271	,223

a. Grouping Variable: ΚΑΙΙΝΙΖΕΤΕ;

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	ΠΙΝΕΤ Ε ΟΙΝΟ ΠΙΝΕΥ ΜΑΤΩ ΔΗ ΠΟΤΑ; N		Mean Rank	Sum of Ranks
Κατάθλιψη	Ναι	38	38,13	1449,00
	Όχι	41	41,73	1711,00
	Total	79		
Συμπτώματα βουλιμίας	Ναι	38	37,37	1420,00
	Όχι	41	42,44	1740,00
	Total	79		
Σοβαρότητα βουλιμίας	Ναι	38	42,50	1615,00
	Όχι	41	37,68	1545,00
	Total	79		
BMI	Ναι	38	37,68	1432,00
	Όχι	41	42,15	1728,00
	Total	79		

Test Statistics^a

	Κατάθλιψη	Συμπτώματα βουλιμίας	Σοβαρότητα βουλιμίας	BMI
Mann-Whitney U	708,000	679,000	684,000	691,000
Wilcoxon W	1449,000	1420,000	1545,000	1432,000
Z	-,701	-,984	-,986	-,864
Asymp. Sig. (2-tailed)	,484	,325	,324	,388

a. Grouping Variable: ΠΙΝΕΤΕ ΟΙΝΟΠΙΝΕΥΜΑΤΩΔΗ ΠΟΤΑ;

Mann-Whitney Test

Ranks

	EXETE E KAIPO IA PHYSIK H DRAS THRIO THTA; N		Mean Rank	Sum of Ranks
Κατάθλιψη	Ναι	18	35,03	630,50
	Όχι	62	42,09	2609,50
	Total	80		
Συμπτώματα βουλιμίας	Ναι	18	30,53	549,50
	Όχι	62	43,40	2690,50
	Total	80		
Σοβαρότητα βουλιμίας	Ναι	18	42,44	764,00
	Όχι	62	39,94	2476,00
	Total	80		
BMI	Ναι	18	29,78	536,00
	Όχι	62	43,61	2704,00
	Total	80		

Test Statistics^a

	Κατάθλιψη	Συμπτώματα βουλιμίας	Σοβαρότητα βουλιμίας	BMI
Mann-Whitney U	459,500	378,500	523,000	365,000
Wilcoxon W	630,500	549,500	2476,000	536,000
Z	-1,141	-2,073	-,426	-2,224
Asymp. Sig. (2-tailed)	,254	,038	,670	,026

a. Grouping Variable: EXETE KAIPOIA PHYSIKH DRASHTHRIOTHTA;

Tests of Normality

Kolmogorov-Smirnova	Shapiro-Wilk
---------------------	--------------

	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Κατάθλιψη	,127	81	,003	,926	81	,000
Συμπτώματα βουλιμίας	,107	81	,022	,959	81	,011
Σοβαρότητα βουλιμίας	,238	81	,000	,907	81	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Τα ερωτηματολόγια είναι **το Διαιτητικό Ιστορικό**, το ερωτηματολόγιο **BITE** καθώς και το **Patient Health Questionnaire (PHQ-9)** :

1)ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ημερομηνία.....

Όνοματεπώνυμο:.....

Ύψος (m):..... Βάρος (kg):..... Ηλικία:

.....

Βάρος στην ηλικία των 20 ετών:..... 50 ετών.....

Ένα χρόνο πριν:.....

Επίπεδο μόρφωσης : Δημοτικό: Γυμνάσιο: Λύκειο:

.....

Σχολή: Πανεπιστήμιο: Μεταπτυχιακό:

.....

Είδος απασχόλησης:..... Ωράριο.....

Τηλέφωνο δουλειάς:..... Οικίας:.....

Εξωτερική απασχόληση:..... Ωράριο.....

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος:..... Έγγαμος:.....

Διαζευγμένος-η..... Χήρος-α..... Σε διάσταση.....

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Παίρνετε βιταμίνες ή ιχνοστοιχεία:..... Ποιος σας τις σύστησε

.....

Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή:ΝΑΙ.....

.....ΟΧΙ.....

Για ποιο λόγο

.....

.....

Ποιος σας τη σύστησε

.....

.....

Αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις:

Ζάχαρο..... Σίδηρος..... Αιματοκρίτης

.....

Αιμοσφαιρίνη..... Φερριτίνη..... Ολική CHOL

.....

LDL..... HDL..... Tgl.....

Άλλο.....

Έχετε εγχειριστεί, για ποιό λόγο και πότε

Πεπτικές

ενοχλήσεις.....

Εντερικές ενοχλήσεις...

Καρδιακά προβλήματα.....

Γυναικολογικά προβλήματα ...

Υπό- / Υπέρταση ...

Ηπατοπάθεια

Νεφροπάθεια

Υπό- / Υπερθυρεοειδισμός ...

Άλλο

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Τροφές που προτιμάτε

Τροφές που δεν τρώτε

Τροφικές αλλεργίες;

Πόσα άτομα μένουν στο σπίτι σας;

Ποιός μαγειρεύει;

Πόσα γεύματα τρώτε την ημέρα;

Ποιά γεύματα τρώτε έξω;.....

ΓΕΥΜΑΤΑ φορές / εβδομάδα ΜΕΡΟΣ

Πρωινό

Μεσημεριανό

Βραδινό

Άλλο

37. Ποιά είναι σημαντικά πράγματα για σας στην ώρα του γεύματος;

α. Ο τρόπος σερβιρίσματος του φαγητού

β. Ο τρόπος μαγειρέματος του φαγητού

γ. Οι γαρνιτούρες ή/ και τα συνοδευτικά

δ. Να υπάρχει αρκετό φαΐ

ε. Να υπάρχει παρέα ή φίλοι

στ. Να υπάρχει κάποιος να μαγειρεύει

ζ. Οτιδήποτε άλλο,

Σημειώστε.....

.....

_ Πώς είναι η όρεξη σας;

- εξαιρετική καλή

- μέτρια κακή

Ποιός κάνει τα ψώνια;.....

Χρησιμοποιείται κατάλογο για ψώνια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Σχεδιάζεται τα γεύματα σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Σημειώστε πόσο συχνά χρησιμοποιείται τις παρακάτω μεθόδους μαγειρέματος;

Συχνά **1**

Περιστασιακά **2**

Σπάνια **3**

Ποτέ **4**

ΜΑΓΕΙΡΕΜΑ ΚΡΕΑΣ ΛΑΧΑΝΙΚΑ

Βράσιμο

Τηγάνισμα

Ψήσιμο

Βράσιμο σε ατμό

Ψητό στο grill

Φούρνος μικροκυμάτων

Ωμά

Μαγειρεύετε συνήθως με

Ελαιόλαδο.....Βούτυρο.....Μαργαρίνη.....Χοιρινό λίπος.....

Άλλο,

Βάζετε αλάτι στο φαγητό σας : ΝΑΙ..... ΟΧΙ

Αν ναι, πόσο: ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΜΕΤΡΙΟ.....ΠΟΛΥ

Πίνετε οινοπνευματώδη ποτά ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Σημειώστε είδος

Ποσότητα

Συχνότητα

Ποιά τρόφιμα νομίζετε ότι είναι καλά για την υγεία σας ;

.....

Ποιά τρόφιμα νομίζετε ότι σας
βλάπτουν;.....
.....

Θα θέλατε να δοκιμάσετε νέα τρόφιμα;
ΝΑΙ ΟΧΙ

Καπνίζετε; ΝΑΙΟΧΙ

Αν ναι, πόσα; τσ/ημερα.....

Έχετε κάποια φυσική δραστηριότητα; ΝΑΙΟΧΙ

Είδος.....

Συχνότητα

Διάρκεια

Υπάρχει κάτι άλλο στη ζωή σας που θα θέλατε να αναφέρετε, που πιθανόν να επηρεάζει τις
διατροφικές
σας συνήθειες και επιλογές;

.....
.....

.....

38

Ημερομηνία: _____

Όνοματεπώνυμο: _____

Βάρος (kg): _____ **Ύψος (m)** _____

ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ 24ΩΡΟΥ

ΤΡΟΦΙΜΟ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

(τρόπος μαγειρέματος)

ΠΡΩΪΝΟ

ΠΡΟΓΕΥΜΑ

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ

ΒΡΑΔΥΝΟ

ΠΡΙΝ ΤΟΝ

ΥΠΝΟ

Αναφέρετε, αν υπάρχουν, είδος και ποσότητα τροφίμων που καταναλώνετε καθημερινά ή
αρκετά συχνά

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων πόσο συχνά έχετε ενοχληθεί από
οποιοδήποτε από τα παρακάτω προβλήματα;

Μικρό ενδιαφέρον ή μικρή ευχαρίστηση στο να
κάνετε πράγματα;

- Καθόλου
- Αρκετές φορές
- Περισσότερο από

	<p>μισή μέρα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σχεδόν κάθε μέρα
Αισθήματα άσχημα , κατάθλιψη ή απελπισία ;	<ul style="list-style-type: none"> • Καθόλου • Αρκετές φορές • Περισσότερο από μια μέρα • Σχεδόν κάθε μέρα
Προβλήματα που σας κάνουν να μένετε ξάγρυπνοι ή να κοιμάστε πολύ ;	<ul style="list-style-type: none"> • Καθόλου • Αρκετές φορές • Περισσότερο από μισή μέρα • Σχεδόν κάθε μέρα
Αισθήματα κόπωσης ή μικρής ενέργειας ;	<ul style="list-style-type: none"> • Καθόλου • Αρκετές φορές • Περισσότερο από μισή μέρα • Σχεδόν κάθε μέρα
Ανορεξία ή υπερφαγία;	<ul style="list-style-type: none"> • Καθόλου • Αρκετές φορές • Περισσότερο από μισή μέρα • Σχεδόν κάθε μέρα
Αισθήματα άσχημα για τον εαυτό σας – ή ότι είστε μια αποτυχία ή ότι αφήνετε τον εαυτό σας ή την οικογένεια σας;	<ul style="list-style-type: none"> • Καθόλου • Αρκετές φορές

	<ul style="list-style-type: none"> • Περισσότερο από μισή μέρα • Σχεδόν κάθε μέρα
Προβλήματα συγκέντρωσης σε πράγματα όπως όταν διαβάζετε εφημερίδα ή παρακολουθείτε τηλεόραση κτλ ;	<ul style="list-style-type: none"> • Καθόλου • Αρκετές φορές • Περισσότερο από μισή μέρα • Σχεδόν καθημερινά
Να μετακινήστε ή να μιλάτε τόσο αργά ώστε οι άλλοι άνθρωποι να μπορέσουν να το παρατηρήσουν και να σας το έχουν πει- Ή να είστε τόσο νευρικοί και ανήσυχοι από ότι συνήθως;	<ul style="list-style-type: none"> • Καθόλου • Αρκετές φορές • Περισσότερο από μισή μέρα • Σχεδόν κάθε μέρα
Σκέψεις όπως θα ήμουν καλύτερα νεκρός ή σκέψεις που να πληγώνουν τον εαυτό σας με κάποιο τρόπο ;	<ul style="list-style-type: none"> • Καθόλου • Αρκετές φορές • Περισσότερο από μισή μέρα • Σχεδόν κάθε μέρα
Total = <input type="text"/> /27 <input type="text"/>	

Καθώς και το

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ B.I.T.E. (Bulimic Investigatory Test Edinburg)

ΦύλοΆντρας Γυναίκα **Ηλικία.....****Βάρος σώματος:**

ΟΔΗΓΙΕΣ : Παρακαλώ, απαντήστε προσεκτικά σε κάθε μία από τις ερωτήσεις που ακολουθούν, βάζοντας ένα X στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει. Τα περισσότερα ερωτήματα αναφέρονται σε συναισθήματα και συμπεριφορές που έχουν σχέση με τις συνήθειες της διατροφής σας ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ. Οι απαντήσεις είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

Σας ευχαριστώ πολύ.

1. Ακολουθείτε ένα κανονικό πρόγραμμα καθημερινής διατροφής;Ναι Όχι **2. Είσαστε σε αυστηρή δίαιτα;**Ναι Όχι **3. Αισθάνεστε αποτυχημένος/η αν παραβιάσετε τη διαίτά σας για μια φορά;**Ναι Όχι **4. Μετράτε τις θερμίδες από οτιδήποτε τρώτε ακόμα κι αν δεν είστε σε δίαιτα;**Ναι Όχι **5. Μένετε καμιά φορά νηστικός/η για ολόκληρη μέρα;**Ναι Όχι **6. Αν ναι, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;**Μέρα παρά μέρα 2-3 φορές την εβδομάδα Μία φορά τη βδομάδα Πότε - πότε **7. Χρησιμοποιείτε κάποιον από τους ακόλουθους τρόπους για να χάσετε βάρος :**

Παίρνετε διαιτητικά χάπια	Ποτέ	Σπάνια	1 φορά τη βδομάδα	2-3 φορές τη βδομάδα	Πάνω από 3 φορές τη βδομάδα
------------------------------	------	--------	----------------------	-------------------------	--------------------------------

Παίρνετε διουρητικά χάπια					
Παίρνετε καθαρτικά					
Προκαλείτε έμετο					

8. Μήπως το πρόγραμμα της διατροφής σας αναστατώνει πολύ την καθημερινή σας ζωή;

Ναι Όχι

9. Θα λέγατε πως το θέμα του φαγητού κυριαρχεί στη ζωή σας;

Ναι Όχι

10. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε τόσο πολύ ώστε να σταματάτε από σωματική δυσφορία;

Ναι Όχι

11. Υπάρχουν φορές που το μόνο που σκέφτεστε είναι το φαγητό;

Ναι Όχι

12. Τρώτε μετρημένα μπροστά σε άλλους και κάνετε το αντίθετο στα κρυφά;

Ναι Όχι

13. Μπορείτε πάντοτε να σταματήσετε το φαγητό σας όταν το θελήσετε;

Ναι Όχι

14. Σας συμβαίνει καμιά φορά να έχετε ακατανίκητη τάση να τρώτε συνεχώς μέχρι σκασμού;

Ναι Όχι

15. Όταν έχετε άγχος έχετε την τάση να τρώτε πολύ;

Ναι Όχι

16. Σας τρομοκρατεί η σκέψη να παχύνετε;

Ναι Όχι

17. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε μεγάλες ποσότητες τροφής γρήγορα (όχι απλά το φαγητό σας);

Ναι Όχι

18. Νοιώθετε ντροπή για τον τρόπο που συνηθίζετε να τρώτε;

Ναι Όχι

19. Στενοχωριέστε για το ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε το πόσο τρώτε;

Ναι Όχι

20. Καταφεύγετε στο φαγητό για να νοιώσετε καλύτερα;

Ναι Όχι

21. Μπορείτε να αφήσετε φαγητό στο πιάτο σας στο τέλος ενός γεύματος;

Ναι Όχι

22. Ξεγελάτε τους άλλους γύρω από την ποσότητα του φαγητού που τρώτε;

Ναι Όχι

23. Καθορίζεται η ποσότητα του φαγητού που τρώτε από το πόσο πολύ πεινάτε;

Ναι Όχι

24. Σας συμβαίνει καμιά φορά να καταβροχθίζετε μεγάλες ποσότητες φαγητού;

Ναι Όχι

25. Εάν ΝΑΙ, αισθάνεστε μετά από κάτι τέτοιο δυστυχισμένος/η;

Ναι Όχι

26. Αν σας συμβαίνει να τρώτε κατά κόρον, γίνεται αυτό μόνον όταν είστε μόνος/η;

Ναι Όχι

27. Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;

Πολύ σπάνια

Μια φορά το μήνα

Μια φορά τη βδομάδα

2-3 φορές τη βδομάδα

Καθημερινά 2-3 φορές την ημέρα

28. Θα πηγαίνατε σε μακρινές αποστάσεις προκειμένου να ικανοποιήσετε την ανάγκη να φάτε κατά κόρον;

Ναι Όχι

29. Όταν παραφάτε νοιώθετε μετά πολύ ένοχος/η;

Ναι Όχι

30. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε κρυφά;

Ναι Όχι

31. Τις συνήθειες του φαγητού σας τις θεωρείτε κανονικές;

Ναι Όχι

32. Θεωρείτε τον εαυτό σας ότι τρώτε με παρορμητικό τρόπο;

Ναι Όχι

33. Μήπως το βάρος σας αυξομειώνεται περισσότερο από 2-3 κιλά τη βδομάδα;

Ναι Όχι

Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (Bulimic Investigatory Test Edinburg, BITE)
που καταγράφουν παθολογικές συμπεριφορές διατροφής Ανορεκτικού, Βουλιμικού και
Υπερφαγικού τύπου