

Ανώτατα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα Κρήτης
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ
Παράρτημα Σητείας

ΤΙΤΛΟΣ:

**Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ
ΣΩΜΑΤΟΣ**

Υπεύθυνη καθηγήτρια:
Μαρκάκη Αναστασία

Επιμελήτρια:
Δημοπούλου Μαρία

ΣΗΤΕΙΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

- 1.1 Ιστορία της παχυσαρκίας
- 1.2 Ορισμός της παχυσαρκίας
- 1.3 Είναι η παχυσαρκία νόσος;
- 1.4 Μονάδες μέτρησης και δείκτες
- 1.5 Κλινική ταξινόμηση της παχυσαρκίας
- 1.6 Επιπολασμός και τάσεις της παχυσαρκίας
- 1.7 Αιτίες παχυσαρκίας
- 1.8 Επιπτώσεις της παχυσαρκίας
- 1.9 Θεραπείες παχυσαρκίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

- 2.1 Ορισμός αυτοεκτίμησης
- 2.2 Θεωρίες του εαυτού και αυτοεκτίμηση
- 2.3 Σταθερότητα της εικόνας του εαυτού και αυτοεκτίμηση
- 2.4 Ιδανικός εαυτός και αυτοεκτίμηση
- 2.5 Αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ αυτοεκτίμησης και επιμέρους όψεων της αυτοαντίληψης
- 2.6 Δομή και περιεχόμενο αυτοεκτίμησης
- 2.7 Διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης και της έννοιας του εαυτού ανάλογα με την ηλικία
- 2.8 Παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση
- 2.9 Αυτοεκτίμηση και ψυχική υγεία
- 2.10 Λόγος περί αυτοπεποίθησης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

- 3.1 Εικόνα σώματος και σώμα
- 3.2 Εικόνα σώματος και παχυσαρκία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

- 4.1 Υποθέσεις
- 4.2 Δείγμα
- 4.3 Μεθοδολογία έρευνας
- 4.4 Όργανα μέτρησης
- 4.5 Διαδικασία έρευνας
- 4.6 Αποτελέσματα και ερμηνεία
- 4.7 Συζήτηση

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

BMI, ΔΜΣ	Δείκτης μάζας σώματος
B-WISE	Ερωτηματολόγιο βάρους σώματος, εικόνας σώματος και αυτοεκτίμησης
ICD	Διεθνές Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών
NHANES	Εθνική Έρευνα Υγείας και Διατροφής
NIH	Εθνικό ινστιτούτο Υγείας
U.S.H.	Εθνικό Κέντρο στατιστικής της υγείας
VLCD	Δίαιτες πολύ χαμηλής θερμιδικής πρόσληψης
WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
WHR	Αναλογία μέσης προς περιφέρεια

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία αποτελεί μια διατροφική διαταραχή της οποίας η παθογένεια δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως μέχρι σήμερα. Ωστόσο, όλο και περισσότεροι ερευνητές στρέφουν την προσοχή τους στο ψυχολογικό προφίλ του παχύσαρκου πληθυσμού, διερευνώντας κατά πόσο αυτό συμβάλλει στην αιτιολογία της νόσου ή αναζητώντας το βαθμό στον οποίο επεκτείνονται οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας. Στην έρευνα μας, το κύριο ζητούμενο ήταν να ελεγχθεί αν δύο από τις κύριες συνιστώσες της κλινικής εικόνας, που έχει αποδοθεί στον παχύσαρκο πληθυσμό, αποτελούν πράγματι χαρακτηριστικά του γνωρίσματα. Οι συνιστώσες αυτές ήταν η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αρνητική εικόνα σώματος.

Μέθοδος: Στο δείγμα μας συμμετείχαν 60 άτομα, 30 γυναίκες και 30 άνδρες, ηλικίας από 18 έως 65 ετών, τα οποία κατανεμήθηκαν σε τρεις ομάδες βάσει του BMI τους: φυσιολογικού βάρους ($18,5-24,9\text{Kg/m}^2$), υπέρβαροι ($25-29,9\text{Kg/m}^2$), παχύσαρκοι (30Kg/m^2 και άνω). Η έρευνα διεξάχθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του ενδοκρινολογικού και διαιτολογικού τμήματος δυο δημόσιων νοσοκομείων. Οι συμμετέχοντες παρακολουθούνταν από τα τμήματα αυτά για τον έλεγχο του βάρους τους. Η έρευνα βασίστηκε στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων.

Αποτελέσματα: Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων καταλήξαμε στα παρακάτω συμπεράσματα. Τα παχύσαρκα άτομα παρουσίασαν σημαντικά αρνητικότερη εικόνα σώματος σε σύγκριση με τα άτομα των άλλων δύο ομάδων. Στο ερωτηματολόγιο B-Wise εμφάνισαν μέσο σκορ $24,8\pm 3,4$ και τα άτομα κανονικού βάρους $31\pm 2,59$. Ωστόσο, δεν φάνηκαν να χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, παρόλο που η αυτοεκτίμησή τους, σε γενικές γραμμές, κυμαινόταν σε χαμηλότερα επίπεδα από αυτή των άλλων δύο ομάδων. Άτομα 7 (35%) από την ομάδα των παχύσαρκων ατόμων βρέθηκαν με χαμηλή αυτοεκτίμηση, 2 άτομα από την ομάδα των υπέρβαρων (10%) και 1 άτομο από την ομάδα κανονικού βάρους (5%). Στο σημείο αυτό, τα αποτελέσματά μας δεν συμφωνούν με εκείνα της διεθνής βιβλιογραφίας. Επίσης, βρέθηκε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τους άνδρες ανεξαρτήτως BMI. Τέλος, αναφέρουμε ότι τα αποτελέσματά μας ενισχύουν την άποψη ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται με ασυμφωνία της εικόνας του πραγματικού εαυτού του ατόμου και του εαυτού που θα ήθελε να έχει (ιδανικός εαυτός), αλλά η ασυμφωνία αυτή δεν υπήρξε μεγαλύτερη για τα παχύσαρκα άτομα.

Συμπεράσματα: Συνοψίζοντας, παρατηρούμε ότι τα παχύσαρκα άτομα χαρακτηρίζονται από αρνητική εικόνα σώματος και μέτρια έως χαμηλή αυτοεκτίμηση. Παρόλα αυτά, για να θεωρηθούν τα συμπεράσματα αυτά αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού απαιτείται σαφώς μεγαλύτερο δείγμα, ενώ πρέπει να ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι τα άτομα της έρευνάς μας προέρχονται από νοσοκομειακό περιβάλλον όπου, ήδη, είχαν αρχίσει ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους, επομένως ήταν εν εξελίξει μιας προσπάθειας αλλαγής. Τέλος, θεωρούμε ότι, είτε αποτελούν αιτία της παχυσαρκίας είτε επακόλουθά της, οι ψυχολογικές συνιστώσες αξίζει να διαλευκανθούν σε μια προσπάθεια να προσφερθεί ολιστική φροντίδα στα άτομα που υποφέρουν από αυτήν.

Λέξεις κλειδιά: παχυσαρκία, αυτοεκτίμηση, εικόνα σώματος, βουλιμία, βάρος σώματος, κατάθλιψη, εικόνα εαυτού.

ABSTRACT

Background: Obesity is an eating disorder whose pathogenic factors haven't been clarified yet. Even though, more and more researchers turn their attention to the psychological profile of obese population, in order to explore whether it contributes to the disease etiology or it is included in the consequences of the disease. The basic question of our research was to examine the fact that the two main components of the clinical course, which has been attributed to obese population, are really two of its identifying traits. These components were poor self-esteem and negative body image.

Method: In our sample, 60 subjects participated, 30 women and 30 men, aged from 18 to 65 years old, who were distributed into three groups concerning their BMI: normal weight, overweight and obese. Our study took place in the outpatients' endocrinological and dieting departments of two public hospitals. The participants, who used to attend to the hospital so as to control their body weight, were selected randomly. The research was based on questionnaire collection.

Results: The statistical data analysis arrived at the following conclusions. Obese subjects showed significantly more negative body image comparing to the subjects of the two other groups. In particular, they achieved in B-Wise a mean score $24,8 \pm 5,10$ while overweight subjects achieved a mean score $28,6 \pm 3,4$ and normal weight subjects $31 \pm 2,59$. However, they didn't seem to be characterized by poor self-esteem, although their self-esteem generally fluctuated among low prices in contrast with the other groups. As a result, 7 obese subjects (35%) were found with poor self-esteem in contrast with 2 overweight subjects (10%) and 1 normal weight subject (5%). At this point, our results didn't agree with those of the international literature. Moreover, we found that women appear to have poorer self-esteem than men, no matter BMI price. In addition, we note that our results reinforce the notion that poor self-esteem is associated with the discord between real self-image and ideal self-image, but this discord didn't rise among obese people in comparison to the other groups.

Conclusions: To sum up, we observe that obese subjects were characterized by negative body image and moderate or poor self-esteem. Nevertheless, our conclusions wouldn't be representative for the general population, unless the sample was bigger than ours. We should also take into account that our participants came from a hospital environment where they had already begun a weight loss program, so they were in the middle of an effort of change. In conclusion, we think that psychological variables, either taken as the causes or as the consequences of obesity, do worth to be elucidated as we wish to offer overall care to people who suffer from obesity.

Key Words: obesity, self-esteem, body image, binge eating, body weight, depression, self-image.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Από μια άποψη, όλες οι διατροφικές διαταραχές συνδέονται με ψυχολογικούς παράγοντες. Η παχυσαρκία, με την οποία θα ασχοληθούμε στην ερευνά μας, αποτελεί μια αυξανόμενη παθολογία στις αναπτυγμένες χώρες. Η απόκτηση περιττού βάρους είναι ένα πρόβλημα που μπορεί να υποτροπιάζει εφ' όρου ζωής και συνοδεύεται από σημαντικό κοινωνικό στίγμα και κοινωνική απόρριψη. Οι πάσχοντες, βεβαίως, αυτοστιγματίζονται και αρχίζουν να ελαττώνουν τη δραστηριότητά τους. Είναι ένας φαύλος κύκλος που δυστυχώς γίνεται όλο και πιο έντονος. Εκτός από τα γενετικά αίτια, τις μεταβολικές διαταραχές και τις νευρολογικές αιτιολογίες που έχουν αποδώσει στην παχυσαρκία, η τελευταία συνδέεται στενά με την αρνητική εικόνα εαυτού και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Όπως πρώτος ισχυρίστηκε ο James (1890/1963), ως ενήλικες διαμορφώνουμε μια σφαιρική άποψη για την αξία μας ως άτομα, πέραν των αυτοπεριγραφών και των αξιολογήσεων μας στους διάφορους τομείς της ζωής μας. Αυτή η σφαιρική άποψη είναι η αυτοεκτίμησή μας. Μια χαμηλή αυτοεκτίμηση συνεπάγεται μια συμπεριφορά άλλοτε παρακίνησης να αλλάξω την κατάσταση που προκαλεί τα αρνητικά συναισθήματα και άλλοτε μια ακραία συμπεριφορά απόσυρσης.

Καταλήγοντας, θα προσπαθήσουμε να ρίξουμε φως στη σχέση παχυσαρκίας και αρνητικής εικόνας εαυτού-χαμηλής αυτοεκτίμησης και να αποφανθούμε ποιο από τα δύο είναι το αίτιο και ποιο το αποτέλεσμα. Οι απόψεις δίστανται για το αν η αρνητική εικόνα εαυτού προκαλεί την παχυσαρκία ή αν, αντιθέτως, είναι ένα επακόλουθο αυτής της τελευταίας. Για να διευκρινιστεί το πώς συσχετίζονται μεταξύ τους οι δύο έννοιες και η κατεύθυνση της αιτιώδους σχέσης τους, αν υπάρχει τέτοια, χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα μας τη μέθοδο των ερωτηματολογίων. Τα άτομα της έρευνας βάσει του δείκτη μάζας σώματος (BMI) αποτελούν τρεις κατηγορίες: φυσιολογικού βάρους, υπέρβαρα και παχύσαρκα και για τα οποία εκτιμάται το επίπεδο αυτοεκτίμησης.

Τέλος οι διάφορες ψυχοθεραπείες που προσπαθούν να θεραπεύσουν την παχυσαρκία θα έπρεπε να δώσουν περισσότερη προσοχή στην αυτοεκτίμηση που προβλέπεται κομβικής σημασίας. Η ψυχανάλυση, η ομαδική και η ατομική θεραπεία εξετάζουν τις ψυχιατρικές καταστάσεις που προηγούνται της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη διατροφή. Αυτές οι μέθοδοι μπορεί να είναι αποτελεσματικές για ορισμένα άτομα, ειδικότερα για όσους έχουν ισχυρά κίνητρα, χαμηλότερο αρχικό

βάρος και βελτιώνουν την εικόνα που διατηρούν για τον εαυτό τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον, οι διαιτολόγοι που προτείνουν αλλαγή σίτισης στους πάσχοντες θα πρέπει από τη μεριά μας να ασχοληθούμε με τα συναισθήματά τους και να προσπαθήσουμε για τη διαμόρφωση μιας θετικής εικόνας σώματος που θα αποφέρει πιο υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και συνεπώς καλύτερα αποτελέσματα.

..



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία είναι γνωστή εδώ και χιλιάδες χρόνια με διάφορα ονόματα, όπως ευσαρκία, πολυσαρκία κλπ. Σε πολλές κοινωνίες, ιδιαίτερα των ανεπτυγμένων χωρών της δύσης, προκαλεί ακόμα και στις μέρες μας αίσθημα ενοχής. Αντίθετα, σε άλλες κοινωνίες, στις θεωρούμενες σήμερα τριτοκοσμικές αναγνωρίζονται στην παχυσαρκία στοιχεία υγείας, ομορφιάς και γονιμότητας (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

Οι προϊστορικοί χρόνοι

Τα πρώτα γλυπτά που ανακαλύφθηκαν και απεικονίζουν παχύσαρκες γυναικείες μορφές ανάγονται στη λίθινη εποχή. Το πιο γνωστό από όλα είναι η Αφροδίτη του Willendorf που κατασκευάστηκε 25000 χρόνια πριν και αναπαριστά γυναίκα με βαρεία, κεντρική παχυσαρκία. Στη χώρα μας, παρόμοια αγάλματα βρέθηκαν στη Μακεδονία, στη Θεσσαλία και στην Κρήτη. Η πλέον αληθοφανής ερμηνεία που δίνεται για τα αγαλματίδια αυτά είναι εκείνη που υποστηρίζει ότι είναι «μητέρα θεότητας» και αποτελούν σύμβολο γονιμότητας (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

Οι Ελληνικοί και Ρωμαϊκοί χρόνοι

Η παχυσαρκία ήταν γνωστή στους αρχαίους Έλληνες και Ρωμαίους γιατρούς. Η κλασική εποχή, η οποία λάτρευε το μέτρο και την αρμονία του ανθρώπινου σώματος, θεωρούσε την παχυσαρκία νόσο.

Ο Ιπποκράτης υπήρξε μελετητής και θεραπευτής της παχυσαρκίας. Ο ίδιος θεωρούσε την παχυσαρκία ως μία από τις συνηθέστερες αιτίες υπογονιμότητας και στειρότητας των γυναικών.

Το παρακάτω κείμενο του Ιπποκράτη σε ελεύθερη μετάφραση σημαίνει «Παχύσαρκοι, άνθρωποι πλαδαροί και ροδαλοί πρέπει σχεδόν όλο το χρόνο να τρώνε ξηρό φαγητό, αφού η φύση τους είναι υγρή... Οι παχύσαρκοι να τρώνε μόνο μια φορά τη μέρα, να μην κάνουν μπάνιο, να κοιμούνται σε σκληρό κρεβάτι και να περπατούν ελαφρά ντυμένοι όσο το δυνατό περισσότερο» (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

Οι Βυζαντινοί και Μεσαιωνικοί χρόνοι

Η παχυσαρκία την εποχή αυτή, αλλά και μέχρι περίπου τον 17^ο αιώνα, ανάλογα με τη βαρύτητα της αλλά και το μέγεθος της βουλιμίας του ατόμου, θεωρούνταν ως μικρότερη ή μεγαλύτερη «αμαρτία». Η επίδραση του μοναχισμού με τη λιγόσαρκη, ισχγή και εικαστική μορφή των αγίων, των οσίων, των μαρτύρων και των αναχωρητών επιβάλλεται ως κυρίαρχη αισθητική αντίληψη για πολλούς αιώνες.

Ο 17^{ος} Αιώνας

Κατά μια έννοια, ο Santorio Santorio στις αρχές του 17^{ου} αιώνα θα μπορούσε να αποκαλείται ο «Πατέρας της Παχυσαρκίας». Ασχολήθηκε με την ισορροπία του μεταβολισμού και αυτό που δανείστηκε από τα τέλη του 16^{ου} αιώνα ήταν η ανάγκη για ποσοτικοποίηση των μετρήσεων και η αξία του πειράματος ώστε να διαχωριστεί η αλήθεια από τα ψεύδη (Bray GA, 2002).

Ο 18^{ος} Αιώνας

Ο Lavoisier θεωρείται ότι συνέβαλλε σημαντικά στην επιστημονική βάση της παχυσαρκίας. Η μέτρησή του, το 18^ο αιώνα, της ανθρώπινης κατανάλωσης οξυγόνου και η υπόδειξη ότι ο μεταβολισμός ισούται με καύσεις ήταν θεμελιώδεις συνεισφορές στην ενεργειακή ισορροπία. Έπρεπε να περάσει ένας αιώνας πριν την εφαρμογή αυτών των αρχών στο ανθρώπινο ενεργειακό ισοζύγιο από τον Atwater, ο οποίος έδειξε ότι ο Νόμος Διατήρησης της Ενέργειας εφαρμόζεται και στα ανθρώπινα όντα (Bray GA, 2002).

Ως σημαντικές αιτίες της νόσου θεωρούνταν την εποχή εκείνη ο τύπος του εισπνεόμενου αέρα, το είδος και η ποσότητα τροφής και υγρών που εισέρχονταν στον οργανισμό, ο τύπος των κενώσεων, η ξεκούραση και η άσκηση, ο συναισθηματικός κόσμος του ατόμου και η διάρκεια και ποιότητα του ύπνου, που όλα μαζί αποκαλούνταν «αφύσικα». Η θεραπεία στηριζόταν στη διόρθωση των αφύσικων και συνίστατο σε νηστεία, εισπνοή καθαρού και φρέσκου αέρα, τη χορήγηση υπακτικών κ.λπ. (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

Ο 19^{ος} Αιώνας

Το 19^ο αιώνα η παχυσαρκία δέχθηκε χρήσιμες εισφορές από άλλους κλάδους. Ο Quelet, επιδημιολόγος και μαθηματικός από το Βέλγιο, δημοσίευσε την έννοια του BMI το 1835. Χρειάστηκαν 150 χρόνια γι' αυτή την ιδέα μέχρι η ερευνητική κοινότητα να την αγκαλιάσει. Η κυτταρική θεωρία στη βιολογία αναγνώρισε το λιποκύτταρο και έτσι σημειώθηκε η υπερτροφία αυτών των κυττάρων στη παχυσαρκία.

Η παχυσαρκία την εποχή αυτή ονομάζεται πολυπαρκία. Η νόσος αποδίδεται συνήθως στην υπερφαγία, στο φλεγματικό ταμπεραμέντο του ασθενούς, στην παράλειψη σωματικής άσκησης και στη δυσκοιλιότητα. Η θεραπεία που συστήνεται είναι η μείωση της πρόσληψης τροφής και η αύξηση της σωματικής άσκησης, ο λιγότερος ύπνος, η υποβοήθηση των εκκριντικών λειτουργιών και σε βαριές περιπτώσεις η χορήγηση ιωδίου (Bray GA, 2002).

Ο 20^{ος} Αιώνας

Στον 20^ο αιώνα η αντίληψη ότι η παχυσαρκία αποτελεί νόσο με πολλούς αιτιολογικούς παράγοντες έχει γίνει ευρύτατα αποδεκτή. Οι μελέτες πάνω στους μηχανισμούς πρόσληψης της τροφής και στον έλεγχο της από τον εγκέφαλο υπήρξαν καθοριστικές για την κατανόηση της παθογένειας της παχυσαρκίας.

Η συστηματική προσέγγιση της παθογένειας της νόσου, η σοβαρή ενασχόληση από πολλούς επιστήμονες με το πρόβλημα, η επινόηση νέων τεχνικών σωματικής άσκησης, η ανακάλυψη νέων φαρμάκων και εγχειρητικών τεχνικών καθώς επίσης και η μεταβολή των απόψεων της κοινωνίας για τη νόσο, δημιούργησαν βάσιμες ελπίδες επίλυσης του προβλήματος (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία σήμερα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα διατροφικά προβλήματα για τις προηγμένες κοινωνίες. Είναι μια παγκόσμια επιδημία της εποχής μας με δυσάρεστες επιπτώσεις τόσο στη σωματική νοσηρότητα και θνησιμότητα, όσο και στον ψυχο-κοινωνικό τομέα και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με παχυσαρκία (Ζαμπάκος Γ, 1989). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1998) ακόμη και στις υποανάπτυκτες πλέον χώρες εμφανίζεται αύξηση της παχυσαρκίας. Το βάρος του σημερινού ανθρώπου είναι κατά μέσο όρο 4Kg περισσότερο απ' αυτό που ήταν πριν 10 χρόνια (Χασαπίδου Μ, Φαχαντίδου Α, 2002).

Παχυσαρκία θεωρείται η παθολογική εκείνη κατάσταση κατά την οποία περίσσεια λίπους ή λιπώδους ιστού εναποθηκεύεται στον οργανισμό σε βαθμό τέτοιο που να επηρεάζεται δυσμενώς η υγεία του ατόμου. Συχνά συνδέεται, αλλά δεν είναι συνώνυμη, με την κατάσταση του αυξημένου σωματικού βάρους, η οποία όμως παρατηρείται και στους αθλητές ή στα άτομα με αυξημένη φυσική δραστηριότητα λόγω μυϊκής υπερτροφίας ή σε οιδηματώδεις ασθενείς με παθολογική κατακράτηση υγρών. Παλαιότερα, η περίσσεια αυτή του σωματικού βάρους καθοριζόταν στα 20% πάνω από το «επιθυμητό» ή «ιδανικό» βάρος. Σήμερα, το ποσοστό αυτό έχει μικρότερη διαγνωστική αξία, γιατί η διάγνωση της πραγματικής παχυσαρκίας έχει σχέση περισσότερο με την ποσότητα του λίπους του σώματος παρά με το σωματικό βάρος του ατόμου (Παπανικολάου Γ, 2002). Φυσιολογικά το λίπος στο σύνολό του, αποτελεί το 15-20% του σωματικού βάρους για τον άνδρα και το 20-25% για τη

γυναίκα, αν και στις Ηνωμένες Πολιτείες υπάρχει τάση τα όρια να είναι λίγο υψηλότερα. Στην παχυσαρκία το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει και το 40% ενώ, σε σπάνιες περιπτώσεις, και το 70% (κακοήθης παχυσαρκία). Το όριο πάνω από το οποίο η συσσώρευση λίπους χαρακτηρίζεται παχυσαρκία είναι >25% για τους άνδρες και 32% για τις γυναίκες (Ζαμπάκος Γ, 1989).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι, βάσει επιδημιολογικών ερευνών, πολυάριθμοι όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, κοινωνικοί παράγοντες, βιολογικοί παράγοντες, παράγοντες συμπεριφοράς κτλ. Επομένως, και η αντιμετώπισή της πλέον απαιτεί μια ομάδα διαφόρων ειδικών πχ γιατρού, ψυχολόγου, διαιτολόγου, γυμναστή κα. Εν τέλει, είναι φανερό ότι η παχυσαρκία δεν είναι απλά ένα αισθητικό πρόβλημα, αλλά μια απειλή για την υγεία (Guyton A, 2001).

1.3 ΕΙΝΑΙ Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΝΟΣΟΣ;

Η παχυσαρκία είναι αναμφισβήτητα μια απειλή για την υγεία, τη μακροζωία και την ποιότητα ζωής. Ωστόσο, υπάρχει μια διαφωνία σχετικά με το αν η παχυσαρκία θα έπρεπε να θεωρείται νόσος, όπως και αντιμετωπίζεται από τον ιατρικό κόσμο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD-9, 9^η έκδοση) περιέχει δύο καταχωρήσεις της παχυσαρκίας: 278.00 (obesity NOS) και 278.01 (morbid obesity, κακοήθης παχυσαρκία) θεωρώντας την ασθένεια, χωρίς φυσικά να εξετάζεται η καταλληλότητα του όρου.

Αναζητώντας τον ορισμό της νόσου συναντούμε τις εξής κοινές συνθήκες:

1. Είναι μια διακοπή, καταστολή ή διαταραχή των οργανικών λειτουργιών των συστημάτων ή των οργάνων του σώματος (Stedman's Medical Dictionary, 1995).
2. Προκαλείται από μολύνσεις, παράσιτα, διατροφικές, διαιτητικές, περιβαλλοντικές, γενετικές ή άλλες αιτίες (Webster's Third New International Dictionary, 1993).
3. Έχει μια χαρακτηριστική και αναγνωρίσιμη ομάδα συμπτωμάτων.
4. Καθιστά παρέκκλιση από τη φυσιολογική δομή ή λειτουργία (ενίοτε περιγράφεται ως ανώμαλη λειτουργία, μη σωστή λειτουργία, υποβάθμιση της φυσιολογικής κατάστασης) (Heska & Allison International Journal of Obesity, 2001).

Ας δούμε λοιπόν πόσο καλά η παχυσαρκία ταιριάζει στον παραπάνω ορισμό και αν πληροί τις συνθήκες αυτές. Καταρχήν, όσον αφορά την συνθήκη (1) είναι δύσκολο να αρνηθούμε ότι η παχυσαρκία είναι μια κατάσταση του σώματος που προέρχεται από υπερβολική αποθήκευση λίπους στον υποδόριο ιστό από τον οποίο πολύ λίγα όργανα εξαιρούνται. Προχωρώντας στη δεύτερη συνθήκη, η λίστα των ενδεχόμενων αιτιών είναι τόσο εκτεταμένη που είναι σίγουρο ότι οι αιτίες της παχυσαρκίας εμπεριέχονται σ' αυτή. Κεντρικός είναι ο ρόλος των γονιδίων, του περιβάλλοντος και της διατροφής. Η παχυσαρκία αποτελεί, επιπλέον, το χαρακτηριστικό αλλά, όχι το μόνο, κλινικό γνώρισμα ενός αριθμού μονοζυγωτικών συνδρόμων που σχετίζονται με

την πορεία άλλων επιβλαβών ασθενειών και πρόωρο θάνατο (πχ Prader-Willi, Barder-Biedl). Ακόμη, σπάνιες μεταλλάξεις ενός και μόνο γονιδίου προκαλούν παχυσαρκία (Kopelman PG, Finan N, 2001).

Σχετικά με την τρίτη συνθήκη, αυτή κατανοείται καλύτερα μ' ένα παράδειγμα. Η ισχαιμική καρδιακή νόσος ίσως περιλαμβάνει πόνο στο στήθος από καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά δεν είναι ασυνήθιστο να έχει κάποιος ισχαιμική καρδιακή νόσο χωρίς συμπτώματα και πράγματι να πεθαίνει εξαιτίας της. Όπου υπάρχουν συμπτώματα ίσως να μην είναι συγκεκριμένα ή να εκλαμβάνονται λανθασμένα ως δυσπεψία ή πόνος των σιαγόνων. Οι ιατροί χρησιμοποιούν τα χαρακτηριστικά μεν, μη συγκεκριμένα δε, συμπτώματα και σε συνδυασμό με ένα λεπτομερές ιστορικό κάνουν διάγνωση. Η παχυσαρκία είναι κάτι περισσότερο από το υπερβολικό πάχος. Έχει, εξίσου, χαρακτηριστικά συμπτώματα καθώς η αυξημένη αποθήκευση λίπους αντανακλάται σε κούραση, άπνοια, απώλεια της σεξουαλικής ικανότητας, διαταραχές εμμήνου ρύσεως, πόνο στις αρθρώσεις και αλλαγή διάθεσης. Αυτά τα συμπτώματα συνοδεύονται από ενδείξεις ταχύπνοιας κατά την άσκηση, κόπωση, αυξημένη αρτηριακή πίεση, υπερβολική εφίδρωση και αρθρίτιδα στις κλειδώσεις. Σε μια μελέτη παχύσαρκων ατόμων το 1/3 των ανδρών και σχεδόν το μισό των γυναικών ανέφεραν δυσκολία της αναπνοής και λαχάνιασμα περπατώντας σε ανηφόρα ή ανεβαίνοντας σκαλιά και σχεδόν το 2/4 των συμμετεχόντων παραπονέθηκαν για πόνο στο κάτω μέρος της πλάτης (Lean et al, 1999).

Όσον αφορά την κλινική εικόνα, τα παχύσαρκα άτομα χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, συναισθήματα αναποτελεσματικότητας, έλλειψη αυτονομίας, ιδεοληψίες, διαπροσωπική ευαισθησία, εσωστρέφεια, κοινωνικό άγχος, αποφυγή συγκρούσεων και φτωχό αυτοέλεγχο (Fairburn CG, Brownell KD, 2002). Επομένως, η παχυσαρκία ταιριάζει περισσότερο με την έννοια του συνδρόμου και μαζί με ένα λεπτομερές ιστορικό μπορεί κάποιος να προβεί σε διαγνώσεις (Garner DM, 2002).

Τέλος, η παχυσαρκία ως απόκλιση από τη φυσιολογική λειτουργία υποστηρίζεται από τις αλλαγές που φαίνονται στο πλάσμα των λιπιδίων, τη δομή του συκωτιού και στη διαταραγμένη λειτουργία των βήτα κυττάρων του παγκρέατος. Περαιτέρω, τα τελευταία νούμερα θνησιμότητας των ΗΠΑ ταξινομούν την παχυσαρκία ως τη βαθύτερη αιτία θανάτου σε 1983 περιστατικά και ως ένα παράγοντα συμβολής σε άλλα 8761 (U.S.H. Εθνικό Κέντρο Στατιστικής της Υγείας). Είναι γεγονός ότι οι παχύσαρκοι εμφανίζουν πολλές επιπλοκές της υγείας.

Πίνακας 1: Κίνδυνος εμφάνισης διαφόρων παθήσεων σε παχύσαρκους, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Πολύ αυξημένος (>3 φορές)	Αυξημένος (2-3 φορές)	Ελαφρά αυξημένος (1-2 φορές)
διαβήτη τύπου 2	ισχαιμική καρδιακή νόσος	καρκίνος (μαστού, ενδομητρίου, παχέως εντέρου)
χολοκυστοπάθεια	υπέρταση	ενδοκρινικές διαταραχές
δυσλιπιδαιμία	οστεοαρθρίτιδα	πολυκυστικές ωοθήκες
αντίσταση στην ινσουλίνη	υπερουριχαιμία	υπογονιμότητα, στειρώση
αναπνευστική δυσλειτουργία	οσφυαλγία	εμβρυϊκές ανωμαλίες
WHO, 1998		

Είδαμε, λοιπόν, ότι η παχυσαρκία ικανοποιεί τις συνθήκες που περιγράφουν μια νόσο και μόνο αν την αντιμετωπίσουμε σοβαρά ως τέτοια θα έχουμε θετικά αποτελέσματα στη λύση του τεράστιου αυτού προβλήματος. Όσο για τους επικριτές αυτής της θέσης, ο Feber (1923) θα απαντούσε: « Όλες οι οντότητες ασθενειών είναι αφηρημένες έννοιες που δημιουργήθηκαν από το ανθρώπινο μυαλό».

1.4 ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Οι πλέον συνηθισμένες μονάδες μέτρησης και δείκτες της παχυσαρκίας καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα και αναλύονται στη συνέχεια (Παπαβραμίδης ΣΘ,2002).

Πίνακας 2: Δείκτες παχυσαρκίας και μονάδες μέτρησης	
Δείκτες	Μονάδες μέτρησης
«Ιδανικό βάρος» σώματος	(Kg)
Βάρος σώματος	(Kg)
Υπέρβαρο, Επιπλέον ή Πλεονάζον βάρος	(Kg)
Εκατοστιαίο υπέρβαρο	(Kg %)
Δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index, BMI)	(Kg/m ²)
Περίμετρος μέσης (Μέση)	(cm)
Περίμετρος λεκάνης-γλουτών (Περιφέρεια)	(cm)
Σχέση μέσης προς περιφέρεια-(Waist/Hip Ratio, WHO)	-
Πάχος δερματικών πτυχών	(mm)
Ολικό λίπος σώματος	(Kg)

ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Το βάρος σώματος μετριέται σε Kg και αποτελεί το βάρος του γυμνού ατόμου τη δεδομένη στιγμή (Goodhart και Shils,1980).

ΙΔΑΝΙΚΟ Ή ΕΠΙΘΥΜΗΤΟ ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Για το χαρακτηρισμό του ατόμου ως φυσιολογικού σε βάρος, παχύσαρκου ή ελλειποβαρούς, το πραγματικό του βάρος συγκρίνεται με το καλούμενο «επιθυμητό» ή «ιδεώδες» ανάλογα με το φύλο, το ύψος και το σκελετό του. Κατά πρόχειρο παλαιότερο κανόνα, θεωρούνταν ότι το βάρος ενός ατόμου έπρεπε να είναι τόσα χιλιόγραμμα όσα ήταν και τα εκατοστά του ύψους του πάνω από ένα μέτρο. Συνήθως,

επιτρεπόταν και ένα περιθώριο της τάξης του 10% (Ζερφυρίδης ΓΚ, 1998). Ένας από τους τρόπους υπολογισμού του επιθυμητού βάρους είναι :

Γρήγορος υπολογισμός του επιθυμητού βάρους	
Άνδρες	Γυναίκες
Για 1.5m, θεωρείστε τα 48Kg σαν λογικό βάρος	Για 1.5m, θεωρείστε τα 45.5Kg σαν λογικό βάρος
Για κάθε 2.5cm παραπάνω, προσθέστε 2.7Kg και αφαιρέστε για κάθε 2.5cm πιο κάτω από το 1.5 m	Για κάθε 2.5cm παραπάνω, προσθέστε 2.3Kg και αφαιρέστε για κάθε 2.5cm πιο κάτω από το 1.5m
Προσθέστε 10% για άτομο με μεγάλο σκελετό και αφαιρέστε 10% για άτομα με μικρό σκελετό	

(Garrow JS, 2000)

ΥΠΕΡΒΑΡΟ, ΕΠΙΠΛΕΟΝ Ή ΠΛΕΟΝΑΖΟΝ

Ως τέτοιο ορίζεται το βάρος του σε Kg πάνω από το ιδανικό που έχει τη δεδομένη στιγμή ένα άτομο (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΥΠΕΡΒΑΡΟ

Ορίζεται ως η εκατοστιαία αναλογία του πλεονάζοντος βάρους του ατόμου. Αποτελεί έναν από τους πλέον αξιόπιστους δείκτες της παχυσαρκίας και χρησιμοποιείται ευρέως σήμερα (Lederer J, 2002).

ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ- BODY MASS INDEX (BMI)

Ποικίλες σχέσεις του βάρους του ατόμου με το ύψος του έχουν κατά καιρούς προταθεί για τον καθορισμό της παχυσαρκίας του. Οι Keys και συν (1972) βρήκαν ότι η σχέση B/Y^2 που ονομάζεται και δείκτης σωματικής μάζας (ή αλλιώς τύπος Quelet) έχει πιο άμεση σχέση με το υποδόριο λίπος παρά οποιοσδήποτε άλλος δείκτης. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Watson και συν (1979) (Παπανικολάου Γ, 2002).

Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) ορίζεται, δηλαδή, το πηλίκο του βάρους σώματος σε Kg δια του τετραγώνου του ύψους του ατόμου σε μέτρα (Kg/m^2). Θεωρείται ότι παρέχει τις πλέον χρήσιμες μετρήσεις του βαθμού παχυσαρκίας και η σημασία του είναι πολύ μεγάλη (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), αν και συσχετίζεται με το λίπος σώματος, δεν είναι η τέλεια μέτρηση. Παραδείγματος χάριν, ένας αθλητής μπορεί να έχει BMI 31 αλλά να είναι πολύ μυώδης. Θα ήταν ανακριβές να θεωρηθεί αυτό το άτομο παχύσαρκο. Επίσης, είναι σημαντικό ότι το BMI είναι βασισμένο στην ίδια σύνθεση σώματος για τους άνδρες και τις γυναίκες, εντούτοις, οι άνδρες είναι γενικά πιο μυώδεις από τις γυναίκες. Το BMI είναι πολυτιμότερο όταν χρησιμοποιείται από

κοινού με μια μέτρηση της αναλογίας μέσης-περιφέρειας (Expert Panel of the National Institutes of Health, 1998).

ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΜΕΣΗΣ

Η μέση αποτελεί νοητή περιμετρική γραμμή ανάμεσα στα κάτω όρια των πλευρών και στα ανώτερα σημεία των πρόσθιων άνω λαγόνιων ακάνθων και δείχνει τη συγκέντρωση λίπους στην κοιλιά και τα σπλάχνα. Η περίμετρος μέσης θεωρείται ότι βρίσκεται σε παραδεκτά όρια όταν είναι για μεν τους άνδρες <94cm, για δε τις γυναίκες <80cm (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002). Ο κίνδυνος αυξάνεται ουσιαστικά όταν η περίμετρος μέσης είναι $\geq 102\text{cm}$ για τους άνδρες και $\geq 88\text{cm}$ για τις γυναίκες (WHO, 1998).

ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (Waist to Hip Ratio, WHR)

Η περίμετρος μέσης μετριέται σε κατάσταση νηστείας από το προηγούμενο βράδυ, σε θέση φυσιολογικής αναπνοής, οριζόντια. Η περιφέρεια αποτελεί τη νοητή περιμετρική γραμμή που περιβάλλει τους γλουτούς και τη λεκάνη του ατόμου. Ο δείκτης WHR υπολογίζεται στη συνέχεια και αντανακλά το μέγεθος της εναπόθεσης λίπους στην κοιλιά και τα σπλάχνα προκειμένου ν' αναγνωριστούν άτομα «υψηλού κινδύνου» για καρδιαγγειακά νοσήματα (Bjorntorp P, 2002).

Η κεντρική παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από αυξημένη εναπόθεση λίπους στην κοιλιά, στο θώρακα και στα σπλάχνα, ενώ η περιφερική χαρακτηρίζεται από ομαλότερη κατανομή λίπους σε ολόκληρο το σώμα και κυρίως στον υποδόριο, τους γλουτούς και τους μηρούς.

ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΑΧΟΥΣ ΤΩΝ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΠΤΥΧΩΝ

Μια από τις πιο εύκολες και απλές μεθόδους για τον έμμεσο υπολογισμό του λίπους του σώματος είναι η μέτρηση του πάχους των δερματικών πτυχών με ειδικά όργανα (Calipers). Για τον υπολογισμό αυτόν απαιτούνται δύο μετρήσεις των τεσσάρων δερματικών πτυχών της περιοχής του τρικεφάλου, του δικεφάλου, του υποπλατίου και του άνω γλουτιαίου μυός. Άλλες περιοχές αποτελούν ο θώρακας, ο μηρός, η γάμπα και ο κοιλιακός μυς. Οι εξισώσεις και οι πίνακες που υπάρχουν είναι χρήσιμοι για τη μετατροπή του πάχους των πτυχών σε σωματικό λίπος. Η χρήση του πτυχόμετρου απαιτεί εκπαίδευση και ακριβέστατη μέτρηση (Wildman R, Medeiros D, 2000).

1.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία καθορίζεται ως η υπερβολική συσσώρευση λίπους σε σημείο που επηρεάζεται δυσμενώς η υγεία του ατόμου. Το ζήτημα, λοιπόν, είναι ποιο είναι το σημείο αυτό που ο κίνδυνος γίνεται φανερός. Ωστόσο δεν υπάρχει ακριβής σκιαγράφηση της σχέσης μεταξύ της μάζας σωματικού λίπους και των επιπτώσεων διαφόρων ασθενειών. Η σχέση αυτή δεν είναι γραμμική, αλλά συχνά έχει σχήμα τύπου U ή τύπου J. Υπάρχουν αρκετοί λόγοι γι' αυτό. Ένας λόγος είναι το κάπνισμα που τείνει να μειώνει το σωματικό λίπος και αυξάνει, μέσω άλλων μηχανισμών, τον κίνδυνο για ασθένειες. Μια άλλη αιτία είναι το γεγονός ότι ο κίνδυνος ποικίλλει ανάλογα με την κατανομή του περιττού λίπους. Όταν κατανέμεται σε κεντρικά αποθέματα (σχήμα μήλου), ο κίνδυνος για νόσημα αυξάνει κατακόρυφα, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (Fairburn CG, Brownell KD, 2002).

Επιπρόσθετα, τα στοιχεία δείχνουν ότι στην πραγματικότητα αύξηση στη νοσηρότητα παρουσιάζεται και με μικρή μόνο αύξηση βάρους πάνω από τα ανώτατα όρια φυσιολογικού εύρους και όχι μόνο στα παχύσαρκα άτομα, όπως πιστευόταν παλιά (Τριχόπουλος Δ, 2002).

Προκύπτει, λοιπόν, ότι η ταξινόμηση της παχυσαρκίας είναι χρήσιμη για τους εξής θεωρητικούς και πρακτικούς λόγους:

1. Επιτρέπει εξαιρετικής σημασίας συγκρίσεις του βαθμού παχυσαρκίας ανάμεσα σε άτομα και πληθυσμιακές ομάδες.
2. Επιτρέπει την αναγνώριση ατόμων και ομάδων υψηλού κινδύνου ανάπτυξης διαφόρων παθήσεων.
3. Επιτρέπει την αναγνώριση προτεραιοτήτων για παρέμβαση σε άτομα ή ομάδες.
4. Αποτελεί σημαντικό μέρος εκτίμησης του βαθμού της παχυσαρκίας και προσδιορίζει το είδος της παρέμβασης που θα ακολουθήσει (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

Αρκετοί είναι οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και ταξινόμηση της παχυσαρκίας, οι πιο αξιόπιστοι και πιο εύχρηστοι από τους οποίους είναι οι εξής:

1. Οι πίνακες της Metropolitan Life Insurance Company αποτελούν χρήσιμο οδηγό εκτίμησης της παχυσαρκίας. Σύμφωνα με τους πίνακες αυτούς, παχύσαρκος θεωρείται κάποιος που το σωματικό του βάρος ξεπερνά το 120% του ιδανικού, δηλαδή 20% πάνω από το επιθυμητό (ιδεώδες 100%) (Τσίντσιφα Ε, 2002). Η χρήση των πινάκων αυτών στη διάγνωση της παχυσαρκίας εξακολουθεί να αποτελεί αμφιλεγόμενο ζήτημα (Nestle M, 1987).
2. Η μέτρηση της σχέσης της περιμέτρου της μέσης προς αυτή των γοφών (WHR) που λαμβάνει υπόψη την κατανομή σωματικού λίπους. Όταν υπερβαίνει το 0,85 για τις γυναίκες και το 1,00 για τους άνδρες, χαρακτηρίζει την κεντρική παχυσαρκία (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000). Ωστόσο, σήμερα η πιο αξιόπιστη μέθοδος θεωρείται η περίμετρος μέσης (Seidell και Flegal, 1997).

3. Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ/BMI) είναι ο πλέον καθιερωμένος τρόπος διεθνώς για την εκτίμηση του σωματικού βάρους και της παχυσαρκίας και ο πλέον εύχρηστος. Το 1997, ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας συνέστησε την ταξινόμηση της παχυσαρκίας των ενηλίκων βάσει του BMI όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα 4 (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000). Όταν ο ΔΜΣ κυμαίνεται από 20-25Kg/m² αρχίζει ν' αυξάνεται ο κίνδυνος για την υγεία, ενώ ένας ΔΜΣ 30Kg/m² σχετίζεται με σοβαρά αυξημένη νοσηρότητα και κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Ένας ΔΜΣ κάτω από 16Kg/m² αντανακλά, πιθανόν, μια διατροφική διαταραχή όπως ανορεξία ή βουλιμία (Brody T, 1999).

Πίνακας 4: Ταξινόμηση ενηλίκων με βάση το BMI	
Ταξινόμηση	BMI(Kg/m²)
Λεπτοί ή ελλειποβαρείς	<18
Φυσιολογικού βάρους	18.5-24.9
Υπέρβαροι	25-29.9
Παχύσαρκοι	≥30
Παχυσαρκία κατηγορίας I (Ηπια παχυσαρκία)	30-34,4
Παχυσαρκία κατηγορίας II (Μέτρια παχυσαρκία)	35-39.9
Παχυσαρκία κατηγορίας III (Βαρεία ή νοσογόνος παχυσαρκία)	40+
WHO, 1998	

(Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002)

1.6 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Στις ΗΠΑ σύμφωνα με τη μελέτη της NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), από το 1988 έως το 1994, το 59,4% των ανδρών έχει BMI>25 καθώς και το 50,7% των γυναικών δηλαδή συνολικά 97,1 χιλιάδες άτομα (Wildman R, Medeiros D, 2000). Μελέτες στον Καναδά, τη Βρετανία και τις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι οι Αμερικάνοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν παχύσαρκοι σε σύγκριση με τους άλλους πληθυσμούς (Millar & Stephens, 1987).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μια έρευνα το 1980 με δείγμα 5000 άνδρες και 5000 γυναίκες ηλικίας 16-64 ετών έδειξε ότι το 34% των ανδρών ήταν προπαχύσαρκοι (BMI: 25-29,9) και το 6% παχύσαρκοι, ενώ το 24% των γυναικών ήταν προπαχύσαρκες και το 8% παχύσαρκες. Μια έρευνα με την ίδια μεθοδολογία το 1987 έδειξε ότι τα ποσοστά αυτά σχεδόν διπλασιάστηκαν (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000).

Στην Ελλάδα, έρευνες στην Βόρεια Ελλάδα το 1998 έδειξαν ότι το ποσοστό ατόμων με παχυσαρκία είναι ένα από τα χαμηλότερα της Ευρώπης και υπολογίστηκε σε 1-2%. Μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι τα ποσοστά αυτά παρουσιάζουν έντονα αυξητικές τάσεις και, εφόσον οι ρυθμοί παραμείνουν οι ίδιοι, σε λίγα χρόνια θα φθάσουμε τα επίπεδα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

Γενικά, υπάρχουν περισσότεροι παχύσαρκοι άνδρες απ' ότι γυναίκες. Το ποσοστό παχυσαρκίας στους άνδρες αυξάνει μέχρι το 50^ο έτος της ηλικίας. Στις γυναίκες το ποσοστό παχυσαρκίας αυξάνει σε μεγάλη ηλικία και, κυρίως, μετά την εμμηνόπαυση (Sarafino Ed, 1998). Η νόσος βαίνει αυξανόμενη, επίσης, και στα παιδιά τις τελευταίες δεκαετίες (Gortmaker, Dietz, Sobol & Wehler, 1987, Zaldivar, 1993). Είναι χαρακτηριστικό, επίσης, το γεγονός ότι σε πολλές χώρες του τρίτου κόσμου η παχυσαρκία συνυπάρχει με την πείνα και την καχεξία (WHO, 1998).

1.7 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παθογένεια της παχυσαρκίας δεν έχει διαλευκανθεί μέχρι σήμερα. Τα αίτια και οι μηχανισμοί που συμβάλλουν στη γένεση της παχυσαρκίας δεν είναι πλήρως γνωστά και η νόσος χαρακτηρίζεται ως πολυπαραγοντική (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

Οι πολυφάγοι γίνονται παχύσαρκοι, αλλά υπάρχουν και πολλοί παχύσαρκοι που υποστηρίζουν ότι δεν τρώνε πολύ. Πράγματι, υπάρχουν μελέτες που έδειξαν ότι παχύσαρκα άτομα και άτομα φυσιολογικού βάρους δε διαφέρουν στην ποσότητα και το είδος της τροφής που αναφέρουν ότι έχουν καταναλώσει το τελευταίο 24ωρο. (Broutman, Adlen & Stanton, 1985; Shah & Jeffery, 1991). Βασισμένος σ' αυτές τις ενδείξεις, ο Von Noorden ξεχώρισε δύο κατηγορίες: την παχυσαρκία που οφείλεται σε εξωγενείς παράγοντες, δηλαδή σε διαιτητικούς- περιβαλλοντικούς, και την παχυσαρκία που οφείλεται σε ενδογενείς παράγοντες, δηλαδή σε μεταβολικές- ενδοκρινολογικές διαταραχές, νοσήματα κτλ (Lederer J, 2002). Το ποσοστό των ενδογενών παχυσαρκιών είναι μόνο 5-10%, ενώ το υπόλοιπο 90-95% θεωρούνται εξωγενείς παχυσαρκίες (Ζαμπάκος Γ, 1989).

Αν και συνηθίζεται να θεωρείται η παχυσαρκία ως μια ομογενής οντότητα, πολλά δεδομένα υποδηλώνουν ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι παχυσαρκίας οι οποίοι, πιθανόν, να έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου (Bjorntorp και συν, 1972).

ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΚΑΙ ΘΕΡΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ

Η πιο απλή και αληθοφανής θεωρία της γένεσης της παχυσαρκίας είναι εκείνη που υποστηρίζει ότι όταν η πρόσληψη των θερμίδων υπερβαίνει εκείνες που καταναλώνει ο οργανισμός με τις λειτουργίες και τις δραστηριότητές του, προκαλείται η εμφάνιση της νόσου (Μουτσόπουλος ΧΜ, Εμμανουήλ ΔΣ, 2000). Το θερμιδικό αυτό πλεόνασμα ή θετικό ισοζύγιο θερμίδων, όπως ονομάζεται,

αποταμιεύεται στον οργανισμό κυρίως με τη μορφή λίπους. Για κάθε 93cal παραπάνω ενέργειας εναποθηκεύεται 1gr λίπους (Guyton A, 2001).

Το βάρος του σώματος ρυθμίζεται από μια σειρά φυσιολογικών μηχανισμών που τείνουν να το διατηρήσουν σταθερό (Bennet & Gurin, 1982; Keeseey, 1986). Προς απάντηση στην υποσίτιση, μειώνεται ο μεταβολικός ρυθμός του ατόμου προκειμένου να διατηρηθεί το βάρος του. Αντιθέτως, η υπερφαγία οδηγεί σε αύξηση του μεταβολισμού, ώστε να αποφευχθεί η πρόσληψη επιπλέον βάρους (James OH, 2002). Τα άτομα που μειώνουν ή αυξάνουν δραστικά τη θερμιδική τους πρόσληψη για μικρό χρονικό διάστημα βιώνουν αρχικά αλλαγές στο βάρος που, όμως, σταδιακά μειώνονται, έως ότου φτάσουν σ' ένα σημείο όπου το βάρος τους, πλέον, σταθεροποιείται. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα αυτά, συχνά, επιστρέφουν στο αρχικό τους βάρος όταν διακόψουν την υποσίτιση ή την υπερφαγία και επανέλθουν στις αρχικές τους διατροφικές συνήθειες (Key et al, 1950; Liebel, Rosenbaum & Hirsch, 1995; Sims, 1976). Επιπλέον, η ενεργειακή πρόσληψη επηρεάζει την ενεργειακή δαπάνη μέσω του ρυθμιστικού μηχανισμού της θερμογένεσης. Η μετατροπή από τον οργανισμό της πλεονασματικής ενέργειας σε θερμότητα και η αποβολή αυτής, κυρίως, από το δέρμα αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα της παχυσαρκίας και χρεώνεται το 10% περίπου της επιπλέον θερμιδικής πρόσληψης (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000).

Η παχυσαρκία, συνεπώς, δεν οφείλεται σε μικρές διαφορές ενεργειακής πρόσληψης και δαπάνης, αλλά σε μια δυναμική και μακροχρόνια απορρύθμιση του ενεργειακού ισοζυγίου (James OH, 2002). Η πρόσληψη περίσσειας ενέργειας συμβαίνει μόνο κατά τη φάση ανάπτυξης της παχυσαρκίας. Εφόσον το άτομο έχει ήδη γίνει παχύσαρκο, το μόνο που χρειάζεται για να διατηρήσει το πάχος του είναι η επίτευξη ισορροπίας μεταξύ της προσλαμβανόμενης και της καταναλισκόμενης ενέργειας (Guyton A, 2001).

Ενεργειακή πρόσληψη που υπερβαίνει την ενεργειακή δαπάνη κατά 2% καθημερινά μπορεί να καταλήξει σε συγκέντρωση 2,3Kg λίπους μέσα σε ένα χρόνο (Wildman R, Medeiros D, 2000). Ένας τυπικός παχύσαρκος με πλεονάζον βάρος 20Kg πρέπει να είχε στη ζωή του ενεργειακή πρόσληψη κατά 140000kcal μεγαλύτερη από την ενεργειακή του δαπάνη. Υποθέτοντας ότι απέκτησε αυτό το βάρος σε χρονικό διάστημα 10 ετών, τότε η μέση ενεργειακή αύξηση ήταν 30-40kcal κάθε μέρα (0,126-0,168MJ). Στην πράξη τα μεγέθη αυτά είναι πολύ μικρά και αντιστοιχούν σε ενεργειακή πρόσληψη που παρέχει μισό σάντουιτς ή σε ενεργειακή δαπάνη που προκαλεί περπάτημα μισής ώρας την ημέρα. Γι' αυτό το λόγο, η ημερήσια ενεργειακή αποταμίευση γίνεται δύσκολα αντιληπτή από το ίδιο το άτομο (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000).

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αναμφισβήτητα η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας (Epstein & Cluss, 1986). Έχει βρεθεί ότι όταν και οι δύο γονείς είναι φυσιολογικού βάρους, το 7% των παιδιών τους είναι πιθανό να γίνουν παχύσαρκα. Όταν, όμως, ο ένας εκ των δύο γονέων είναι παχύσαρκος, το 40% των τέκνων τους είναι πιθανόν να αναπτύξουν παχυσαρκία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε περίπτωση που και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι ανέρχεται στο 80% (Mayer, 1980). Έρευνες σε μονοζυγωτικούς διδύμους που έχουν υιοθετηθεί και έχουν ανατραφεί ξεχωριστά έδειξαν ότι το βάρος τους σχετίζεται περισσότερο με αυτό των βιολογικών τους

γονέων (Stunkard, 1990). Επιπλέον, μελέτες βρήκαν ότι μονοζυγωτικοί δίδυμοι, δηλαδή από το ίδιο ωάριο, έχουν μεγάλες πιθανότητες 80% να αναπτύξουν τον ίδιο δείκτη μάζας σώματος μεταξύ τους, είτε ανατρέφονται μαζί είτε ξεχωριστά (Stunkard, Foch & Hrubec, 1986). Ο Bouchard και συν συμπεράνανε ότι μονοζυγωτικοί δίδυμοι παρουσιάζουν ίδιο ποσοστό αύξησης (+5Kg) και απώλειας βάρους μετά από διατροφικό χειρισμό στην έρευνα, ενώ λιγότερες πιθανότητες ν' ανταποκριθούν με τον ίδιο τρόπο παρουσίασαν διζυγωτικοί δίδυμοι. Τέλος, προσεκτικές μελέτες σε γονείς και παιδιά, ετεροθαλή αδέρφια, υιοθετημένα παιδιά, μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς δίδυμους κατέληξαν ότι ο βαθμός στον οποίο η κληρονομικότητα επηρεάζει το βάρος κυμαίνεται από 5% έως 70% ανάλογα με τους γενετικούς παράγοντες (Allison et al, 1994).

Ένας αριθμός γενετικών νόσων χαρακτηρίζονται από παχυσαρκία και άλλες ανωμαλίες, όπως το σύνδρομο Prader-Willi και το σύνδρομο Bardet-Biedl (Berdanier C, 2000). Γενετικές διαταραχές επηρεάζουν το αίσθημα πείνας και κορεσμού και καταλήγουν σε ανωμαλίες της ενεργειακής πρόσληψης. Ο Kenedy, το 1953, για να εξηγήσει το φαινόμενο αυτό, διατύπωσε τη λεγόμενη «λιποστατική θεωρία» την οποία στήριξε στην αναγνώριση από τον υποθάλαμο ενός ειδικού ερεθίσματος που αντανάκλα το μέγεθος των ενεργειακών αποθεμάτων του σώματος. Τα κέντρα του υποθαλάμου λειτουργούν ως ένα είδος λιποστάτη ο οποίος, όπως ο θερμοστάτης του αυτοκινήτου διατηρεί τη θερμοκρασία της μηχανής σταθερή και δεν επιτρέπει την άνοδό της, έτσι και ο λιποστάτης διατηρεί σταθερό το ολικό λίπος του σώματος και δεν επιτρέπει την αύξησή του (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

Αρχικά η λιποστατική θεωρία δεν εξηγούσε τον τρόπο με τον οποίο ελέγχεται η πρόσληψη τροφής με τα γεύματα. Η θεωρία αυτή επαληθεύτηκε, εν μέρει τουλάχιστον, σήμερα με τα πειράματα σε ποντικούς ob/ob και db/db καθώς και την ανακάλυψη της ορμόνης λεπτίνης και του γονιδίου ob που φέρει τον κωδικό της. Οι έρευνες έδειξαν ότι οι ποντικοί ob/ob αδυνατούν να παράγουν έναν παράγοντα κορεσμού, ενώ οι ποντικοί db/db αδυνατούν να απαντήσουν στο ερέθισμά του (Μουτσόπουλος ΧΜ, Εμμανουήλ ΔΣ, 2000). Στην πράξη, φάνηκε ότι οι παχύσαρκοι άνθρωποι που παρουσιάζουν έλλειψη λεπτίνης είναι ελάχιστοι και οι περισσότεροι έχουν αυξημένα επίπεδα ορμόνης. Η έλλειψη υποδοχέων της λεπτίνης θα μπορούσε να θεωρηθεί υπεύθυνη για το φαινόμενο αντίστασης στη λεπτίνη (Τσακόπουλος Μ, Vander A, Sherman J, Luciano D, 2001).

Τα κέντρα κορεσμού (μεσοκοιλιακός πυρήνας, UMN) και της πείνας (πλάγια υποθαλαμική περιοχή, LHA) βρίσκονται στον υποθάλαμο. Συνεπώς, μια δυσλειτουργία του υποθαλάμου δύναται να οδηγήσει σε υπερφαγία. Τέλος, ένας άλλος τρόπος με τον οποίο ο υποθάλαμος, πιθανόν, να ρυθμίζει το σωματικό βάρος είναι επηρεάζοντας κατά κάποιο τρόπο τα λιποκύτταρα. Μια μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι παχύσαρκα άτομα που είχαν χάσει βάρος άρχισαν να παράγουν μεγάλες ποσότητες ενός ενζύμου που διευκόλυνε την αποθήκευση λίπους στα κύτταρα, οδηγώντας στην αύξηση βάρους (Kern, Ong, Saffari & Carty, 1990).

Όσον αφορά τη θεωρία των λιποκυττάρων, ο Hirsch (1975) υπέθεσε ότι «η παχυσαρκία είναι δυνατόν να συνοδεύεται από έναν υπερβολικό αριθμό λιποκυττάρων, που η γένεσή τους, πιθανόν, να οφείλεται στον υπερσιτισμό στην βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία, και ότι ο αριθμός αυτών παραμένει σταθερός και κατά κάποιο τρόπο προκαλεί μια κατάσταση για τη διατήρηση της παχυσαρκίας». Η περίοδος πολλαπλασιασμού των λιποκυττάρων είναι μεταξύ 1-12 ετών, όπου και σταθεροποιείται ο αριθμός τους. Από εκεί και έπειτα, ο αριθμός τους δεν αυξάνει παρά μόνο το μέγεθός τους (Fairburn CG, Brownell KD, 2002). Η παχυσαρκία της παιδικής ηλικίας ονομάζεται υπερπλαστικός τύπος παχυσαρκίας, ενώ εκείνη της

ενηλικίωσης ονομάζεται υπερτροφικός τύπος παχυσαρκίας. Έρευνες έχουν δείξει ότι παχύσαρκα παιδιά ηλικίας 2 ετών έχουν μέγεθος λιποκυττάρων όπως αυτό του ενήλικα και χαρακτηρίζονται από μια προδιάθεση για παχυσαρκία στην μετέπειτα ζωή (Knittle et al, 1981). Σε περιπτώσεις κακοήθους παχυσαρκίας, είναι δυνατόν να αναπτυχθούν νέα λιποκύτταρα ακόμη και στον ενήλικα (Ζαμπάκος, 1989).

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πολλοί παχύσαρκοι τείνουν να έχουν υψηλά επίπεδα ινσουλίνης στον ορό, μια κατάσταση που ονομάζεται «υπερινσουλιναιμία». Τα υψηλά επίπεδα ινσουλίνης πλάσματος αυξάνουν την αίσθηση πείνας του ατόμου (λόγω υπογλυκαιμίας), την ευχαρίστηση στη γλυκιά γεύση και την κατανάλωση τροφής. Ασθενείς με υψηλά επίπεδα ινσουλίνης στον ορό και επιδεινούμενη ανοχή στη γλυκόζη που απώλεσαν το βάρος τους παρουσιάζουν βελτίωση των επιπέδων ινσουλίνης μετά από νηστεία και μετά τη δοκιμασία χορήγησης γλυκόζης. Τα ευρήματα αυτά σημαίνουν ότι η ινσουλίνη δεν αποτελεί πρωτογενή αιτιολογικό παράγοντα στη γένεση της παχυσαρκίας (Sarafino EP, 1998).

Πλήθος από ενδοκρινοπάθειες συνοδεύονται από παχυσαρκία και, μερικές φορές, αυτές δύσκολα αναγνωρίζονται από τη μη ενδοκρινική μορφή της νόσου. Ο υποθυροειδισμός δεν αποτελεί πραγματική αιτία της παχυσαρκίας, αφού η αύξηση βάρους είναι αποτέλεσμα κατακράτησης υγρών και οιδήματος των ιστών. Το σύνδρομο Cushing χαρακτηρίζεται από επιλεκτική εναπόθεση λίπους με περιοχική κατανομή και κατανάλωση μυϊκής μάζας, που δίδουν στον ασθενή χαρακτηριστική εμφάνιση (περίσσεια γλυκοκορτικοειδών). Ο υπογοναδισμός, ποικίλης αιτιολογίας, λόγω της αναβολικής δράσης της τεστοστερόνης μπορεί να έχει κάποια σχέση με την εναπόθεση λίπους και την παχυσαρκία (Παπαβραμίδης ΣΘ, 2002).

Τέλος, κάποιοι επικαλέστηκαν τις ωοθήκες ως αιτία της παχυσαρκίας που επέρχεται στην εμμηνόπαυση ή μετά την κύηση. Ως επιχείρημα υπέρ μιας ωοθηκικής αιτίας εμφανίζεται το γεγονός ότι πολλές νέες παχύσαρκες κοπέλες είναι αμηνορροϊκές, oligορροϊκές ή σπανιορροϊκές. Αποδείχθηκε, ωστόσο, ότι η αμηνόρροια είναι συνέπεια μιας δίαιτας φτώχεις σε πρωτεΐνες αυτών των νεαρών παχύσαρκων κοριτσιών που καταναλώνουν γλυκίσματα, αμυλώδη και λίπη. Ένας εμπλουτισμός της δίαιτας σε πρωτεΐνες και αδυνάτισμα, χωρίς καμιά ορμονοθεραπεία, αρκούν για να επαναφέρουν τον έμμηνο κύκλο. Καταλήγοντας, το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών συνοδεύεται από παχυσαρκία ως αποτέλεσμα αυξημένης θερμιδικής πρόσληψης, χωρίς εμφανή ορμονική βάση (Lederer J, 2002).

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Γενετικοί παράγοντες και περιβάλλον αλληλεπιδρούν και καθορίζουν την έκλυση ή μη της παχυσαρκίας. Για παράδειγμα, η παχυσαρκία είναι παρούσα, σε κάποιο βαθμό, ακόμη και σε περιβάλλοντα τα οποία χαρακτηρίζονται από χαμηλές σε λιπαρά και ενεργειακή πυκνότητα δίαιτες, καθώς επίσης υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Παρομοίως, υπάρχουν άνθρωποι σε περιβάλλοντα τα οποία συμβάλλουν πολύ στην παχυσαρκία, που, εντούτοις, παραμένουν αδύνατοι λόγω γενετικών παραγόντων (James OH, 2002).

Είναι, επίσης, γεγονός ότι οι διατροφικές συνήθειες τις περισσότερες φορές υιοθετούνται μέσα από την οικογένεια και τα πρότυπα διατροφικής συμπεριφοράς των γονέων. Τροφές υψηλές σε λίπη και θερμίδες στο καθημερινό διαιτολόγιο ορισμένων οικογενειών προκαλούν παχυσαρκία σε όλα ή πολλά από τα μέλη τους (Jeffrey & French, 1996).

Φαίνεται ότι οι άνθρωποι δεν τρώνε περισσότερο φαγητό από ότι έτρωγαν το 1980, αλλά είναι σίγουρο ότι η ενεργειακή δαπάνη σε χειρωνακτική εργασία ή σε φυσική δραστηριότητα του ελεύθερου χρόνου μειώθηκε (Health Education Authority, 1995). Η συνήθεια της τηλεόρασης συμβάλλει στην παχυσαρκία, καθώς μειώνει την φυσική άσκηση, μειώνει το ρυθμό των καύσεων και παρουσιάζει μέσω της διαφήμισης κυρίως γλυκά και φαγητά χαμηλά σε θρεπτική αξία (Gortmaker, Dietz & Cheung, 1990; Story & Faulkner, 1990).

Γενικά ο καθιστικός τρόπος ζωής, το πρόχειρο και πλούσιο σε λίπος φαγητό, η αφθονία των αγαθών καθώς και η υπερκατανάλωση είναι χαρακτηριστικά της σύγχρονης κοινωνίας μας που προάγουν την παχυσαρκία (Browell K, 2002).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα ψυχολογικά προβλήματα των υπέρβαρων ατόμων είναι συχνά και πολλές φορές καθοριστικά για όλες τις εκδηλώσεις της ζωής τους (οικογενειακές,, επαγγελματικές, κοινωνικές, προσωπικές, σεξουαλικές κτλ). Εκείνο που είναι δύσκολο να απαντηθεί είναι το αν οι ψυχολογικές διαταραχές προκάλεσαν την παχυσαρκία ή αν η παχυσαρκία αυτές. Πάντως, είτε είναι αίτιο, είτε είναι αποτέλεσμα, χωρίς σωστή ψυχολογική προσπέλαση του υπέρβαρου ατόμου και χωρίς τροποποίηση της διαιτητικής του συμπεριφοράς, η πιθανότητα μόνιμης αντιμετώπισης του προβλήματος θα παραμείνει όνειρο.

Συγκεκριμένα κάποιες ψυχαναλυτικές θεωρίες εντοπίζουν το πρόβλημα στην πρώτη αντικειμενοτρόπο σχέση του παιδιού, δηλαδή εκείνη που έχει με τη μητέρα του. Μια έλλειψη ουσιαστικής επικοινωνίας με το βρέφος οδηγεί στη διαρκή ικανοποίηση των επιθυμιών του δια της τροφής. Ο φανταστικός κόσμος του αναπτύσσεται ανεπαρκώς, αφού κάθε επιθυμία του ή δυσαρέσκειά του απαντάται από τη μητέρα με τον ίδιο ομοιόμορφο τρόπο, τη χορήγηση τροφής. Εγγράφεται έτσι από τα πρώτα χρόνια ότι κάθε αναστάτωση θετική ή αρνητική κατευνάζεται με τη λήψη τροφής (Schneider, 1995). Ακόμη μια ανασφαλής ή πειστική μητέρα μπορεί να κάνει το παιδί της να παχύνει με το να το υπερσιτίζει και, ακόμη, να το βλέπει ισχνό.

Ο M.Soule υπογραμμίζει πως το νεογέννητο μπορεί να συνδέσει το αίσθημα της πείνας με ναρκισσιστικά τραύματα, καθώς είναι άμεσα εξαρτημένο από τους άλλους. Σε μεγαλύτερη ηλικία το παιδί μπορεί να αποκομίζει δευτερογενή οφέλη από την παχυσαρκία: την απαλλαγή από κοπιαστικές δραστηριότητες, την προσοχή της μητέρας αλλά ακόμη και τη μαζοχιστική «ικανοποίηση» από τις ειρωνείες των άλλων για το πάχος του.

Ο Bruch (1973) ορίζει την αντιδραστική παχυσαρκία σαν μια αντίδραση των ενηλίκων σε κάποιο τραύμα ή στρες. Εδώ, η υπερφαγία θεωρείται ότι λειτουργεί ως μηχανισμός άμυνας για να μειώσει συναισθήματα θλίψης ή απογοήτευσης. Υπάρχουν ενδείξεις που υποστηρίζουν την ιδέα ότι πολλά παχύσαρκα άτομα βιώνουν άλλα ψυχολογικά προβλήματα όπως κατάθλιψη. Στην έρευνα των Coldsmith et al(1992) για παράδειγμα το 26% των παχύσαρκων ατόμων που ήθελαν να αδυνατίσουν

διαγνώστηκαν ως άτομα με διαταραχές διάθεσης και το 55% είχε ήδη διάγνωση για διαταραχή διάθεσης στη διάρκεια της ζωής τους.

Σύμφωνα με τις γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις η πρόσληψη βάρους από το άτομο και η τάση του να το διατηρήσει μπορεί να εξηγηθεί σύμφωνα με όρους των μαθησιακών αρχών (Fairburn, Doll et al,1998). Για όλους μας οι διατροφικές συνήθειες καθορίζονται από εξαρτημένες αντιδράσεις σε ποικίλα εξωτερικά ερεθίσματα. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι μαθαίνουν να τρώνε σε κοινωνικές συγκεντρώσεις, βλέποντας ταινίες ή τηλεόραση, ακόμη και στη δουλειά. Το φαγητό επιβάλλεται σ' όλες αυτές τις συνθήκες και είναι δύσκολο να αποφύγει κανείς την πρόκληση να φάει. Ακόμη, το άγχος, ο θυμός, η ανία οδηγούν σε ανεξέλεγκτη κατανάλωση φαγητού που μειώνει τη συναισθηματική ένταση.

1.8 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

1. Επιπτώσεις στα όργανα και τα συστήματα

Οι περισσότεροι παχύσαρκοι εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου και ισχύουν οι ακόλουθες γενικές διαπιστώσεις:

1. Τα ποσοστά θνησιμότητας αυξάνονται ανάλογα με την ποσότητα περιττού βάρους του σώματος. Ενώ από τα νέα δεδομένα προκύπτει ότι και μια μικρή αύξηση βάρους πάνω από τα ανώτατα όρια φυσιολογικού βάρους σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα (Sarafino EP, 1998). Σε μια προοπτική μελέτη των Manson et al (1995) με δείγμα νοσηλευτικού προσωπικού φάνηκε ότι μια γυναίκα ηλικίας 30-55 ετών έχει διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνει τα επόμενα 14 χρόνια εάν ο Δ.Μ.Σ. της είναι $>29\text{Kg/m}^2$ απ' ότι εάν ήταν $<19\text{Kg/m}^2$.
2. Τα ποσοστά θνησιμότητας αυξάνονται σύμφωνα με την ηλικία έναρξης της παχυσαρκίας. Τα άτομα που ήταν παχύσαρκα από μικρή ηλικία διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο.
3. Η αυξημένη θνησιμότητα, οφείλεται, σε μεγάλη έκταση, στις συνέπειες των χρονίων νόσων που συνοδεύουν την παχυσαρκία. Τα περισσότερα από τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία αναλύονται στην συνέχεια.

Ισχαιμική καρδιοπάθεια

Υπάρχει πληθώρα δεδομένων τα οποία συνδέουν έμμεσα την παχυσαρκία με την ισχαιμική καρδιοπάθεια, δηλαδή μέσω της επιδείνωσης που αυτή προκαλεί στην υπέρταση, την υπερλιπιδαιμία, την υπεργλυκαιμία και την υπερούριχαιμία (Perkonen και συν, 1977; Gordon και συν, 1977).

Μια μελέτη των παραγόντων κινδύνου της στεφανιαίας νόσου σε νέους ενήλικες, ομάδα της μελέτης του Framingham έδειξε ότι: «το χαρακτηριστικό που συνδεόταν πολύ στενά με αλλαγές στη λιποπρωτεΐνη και στην πίεση του αίματος και στα δύο φύλα ήταν αλλαγές στο Δ.Μ.Σ. Αλλαγή μιας μονάδας στο Δ.Μ.Σ. για παράδειγμα, είχε ως αποτέλεσμα μια αλλαγή στη χοληστερόλη περίπου 3mg/dl στους νέους άνδρες» (Τριχόπουλος Δ, 2002).

Υπέρταση

Η σχέση παχυσαρκίας και αρτηριακής υπέρτασης έχει μελετηθεί και αποδειχθεί επαρκώς, εδώ και πολλά χρόνια. Η αρτηριακή πίεση αυξάνεται ανάλογα με το BMI, αλλά και με τη διάρκεια της νόσου. Έχει φανεί ότι αύξηση στο επιθυμητό βάρος από 100 ως 110% προκαλεί αύξηση της συστολικής πίεσης του αίματος κατά 7mmHg (υδραργύρου). Επιπρόσθετες μελέτες (13) βρήκαν ότι μέση απώλεια βάρους 8,3Kg συνδεόταν με μέση μείωση της πίεσης του αίματος, της τάξης των 14/13mmHg, σε σύγκριση με μια μείωση 12/8mmHg στην ομάδα που έπαιρνε φαρμακευτική αγωγή και 9/4mmHg μείωση στην ομάδα που έπαιρνε placebo (Τριχόπουλος Δ, 2002).

Σακχαρώδης Διαβήτης

Η παχυσαρκία συνδέεται στενά με το μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη ή διαβήτη τύπου II. Η παχυσαρκία σχετίζεται με δευτερογενή ινσουλινοαντοχή και υπερέκκριση ινσουλίνης. Γίνεται δεκτό ότι ο τελευταίος παράγοντας οδηγεί, τελικά, σε εξάντληση των β-παγκρεατικών κυττάρων σε παχύσαρκα άτομα που έχουν προδιάθεση για εμφάνιση διαβήτη (Courtney-Moore M, 2000). Ο διαβήτης των παχύσαρκων σε ποσοστό 90-95% του συνόλου των περιπτώσεων έχει αυτή τη μορφή, ενώ από το σύνολο των ασθενών με διαβήτη τύπου II το 80% περίπου είναι παχύσαρκοι (Wildman R, Medeiros D, 2000).

Σε μια πρόσφατη μελέτη φάνηκε ότι άτομα των οποίων το βάρος ξεπερνούσε το κανονικό κατά 45% ή λιγότερο, ο κίνδυνος για διαβήτη αυξήθηκε στο δεκαπλάσιο, ενώ σ' αυτούς των οποίων το βάρος ξεπερνούσε το κανονικό κατά περισσότερο του 45%, ο κίνδυνος αυξήθηκε περίπου στο τριανταπλάσιο. Ένας άνδρας με βάρος που υπερβαίνει κατά 40% το κανονικό έχει 5,2 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνει από διαβήτη σε σύγκριση μ' έναν άνδρα φυσιολογικού βάρους, καθώς επίσης η αναλογία θνησιμότητας είναι 7,9 φορές μεγαλύτερη για μια γυναίκα του ίδιου βαθμού παχυσαρκίας (Lew & Garfinkel, 1979). Μια απώλεια βάρους 0,5 έως 9,0Kg σχετίζεται με 30-40% μείωση της σχετιζόμενης με το διαβήτη θνησιμότητας (Williamson et al, 1995).

Χολοκυστοπάθεια

Τα παχύσαρκα άτομα έχουν τάση να υπερεκκρίνουν χοληστερόλη στη χολή (λόγω του αυξημένου επιπέδου της χοληστερόλης στο αίμα) και χαρακτηρίζονται από χαμηλή συγκέντρωση σε χολικά άλατα. Συνεπώς, είναι πιθανότερη η δημιουργία

περισσότερων χολόλιθων στα παχύσαρκα από ότι στα λιπόσαρκα άτομα. Σε ηλικία 45-65 ετών οι παχύσαρκες γυναίκες εμφανίζουν συχνότητα χολολιθίασης 30% μεγαλύτερη από τις ισχνές (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000).

Οστεοαρθρίτιδα

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μια εκφυλιστική νόσος των αρθρώσεων που υποβαστούν το βάρος και, συχνά, εμφανίζεται ως επιπλοκή της παχυσαρκίας. Συνιστά βασική αιτία της ανικανότητας, κυρίως, των γονάτων και είναι ιδιαίτερα συχνή σε γυναίκες μέσης ηλικίας (Rissanen et al, 1990).

Καρκίνος

Μια μακροπρόθεσμη προοπτική μελέτη που διεξήγαγε Αμερικανική Εταιρία για τον Καρκίνο έδειξε ότι η αναλογία θνησιμότητας λόγω καρκίνου στους άνδρες που ήταν υπέρβαροι κατά 40% ήταν 1,33 και για τις γυναίκες ήταν 1,55. Μετά την εμμηνόπαυση, οι ιδιαίτερα παχύσαρκες γυναίκες, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, καθώς επίσης του ενδομητρίου, του τραχήλου, των ωοθηκών και της μήτρας (Garfinkel, 1985). Ο κίνδυνος αυτός, πιθανόν, να οφείλεται στην αυξημένη μετατροπή των ανδρογόνων ορμονών σε οιστρογόνα στον λιπώδη ιστό των γυναικών αυτών (McDonald και συν, 1978). Σκόπιμη απώλεια βάρους 0,5-9,0Kg σχετίζεται με μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο που συνδέεται με την παχυσαρκία κατά 40-50% (Williamson et al, 1995).

Διαταραχές Αναπαραγωγής

Η παχυσαρκία σχετίζεται με διαταραχές της λειτουργίας της εμμήνου ρύσεως, της γονιμότητας, της κύησης και της γέννησης. Τα προβλήματα της παχύσαρκης εγκύου είναι ανάλογα του βαθμού παχυσαρκίας της. Η εξέταση σε παχύσαρκες εγκύους είναι εξαιρετικά δύσκολη, είτε γίνεται με κοιλιακή ψηλάφηση, είτε με υπέρηχο. Οι δυσκολίες για να ρυθμιστεί η επιβίωση του εμβρύου κατά τον τοκετό εξηγεί, εν μέρει, το αυξημένο ποσοστό καισαρικής τομής σε τέτοιες περιπτώσεις (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000).

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε γυναίκες με παχυσαρκία μπορεί να υπάρξουν αρκετές και σοβαρές μεταβολικές διαταραχές, με κυριότερες, το σακχαρώδη διαβήτη της κύησης και την υπέρταση. Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης ανέρχεται σε ποσοστό 4-18% και μια πιθανή ερμηνεία της αυξημένης εμφάνισης του στις παχύσαρκες εγκύους είναι ότι στην ήδη υπάρχουσα αντίσταση στην ινσουλίνη της εγκυμοσύνης προστίθεται και εκείνη της παχυσαρκίας. Η συχνότητα της αρτηριακής υπέρτασης των εγκύων παχύσαρκων είναι 5-23%, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από εκείνο των εγκύων φυσιολογικού βάρους (Galtier-Dereure et al, 1995).

Τέλος, κατά τη διάρκεια της κύησης οι γυναίκες οφείλουν να προσέχουν το ενεργειακό τους ισοζύγιο, καθώς η εγκυμοσύνη μπορεί να αποτελέσει, σε αρκετές περιπτώσεις, την αφετηρία έναρξης της παχυσαρκίας (Strubbe JH, 1994).

Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας

Η παχυσαρκία προκαλεί ανεπάρκεια του αναπνευστικού συστήματος με διάφορους μηχανισμούς. Πρόκειται για περιοριστικού τύπου πάθηση, και όχι αποφρακτικού, που παρατηρείται κυρίως σε ασθενείς με κεντρική παχυσαρκία, κατά την οποία η ενδοκοιλιακή πίεση είναι πολύ αυξημένη και το θωρακικό τοίχωμα παχύ και με μειωμένη ελαστικότητα (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000). Αυτά τα προβλήματα προκαλούν το σύνδρομο Pickwick που μπορεί να εκδηλωθεί ως ανάρμοστη υπνηλία και παρεμποδιστική άπνοια του ύπνου (Harman & Block, 1986).

2. Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Τα παχύσαρκα άτομα αποτελούν συχνά θύματα της έμπρακτης ανοχής του κοινωνικού τους περιβάλλοντος, εκφράσεις της οποίας αποτελούν η προσωπική γελοιοποίηση, η κοινωνική απόρριψη και η μεροληπτική αντιμετώπιση στην προσπάθεια εύρεσης εργασίας (Nestle M, 1987).

Ο κοινωνικός ρατσισμός βλάπτει, ιδιαίτερα, την ψυχική υγεία των παχύσαρκων παιδιών που συχνά δέχονται τα πειράγματα των συνομηλίκων τους που σπεύδουν να τους αποδώσουν χαρακτηρισμούς όπως τεμπέληδες, ακάθαρτους, βλάκες, άσχημους, αποκρουστικούς και ψεύτες. Η εφηβεία είναι, επίσης, μια κρίσιμη εξελεγκτική περίοδο κατά την οποία το σώμα των παιδιών αλλάζει και παίρνει τη μορφή ενήλικα. Ειδικά για τα κορίτσια, είναι δύσκολο να αντιμετωπίσουν επαρκώς τις σωματικές αυτές αλλαγές, οι οποίες συχνά συμβάλλουν στην έναρξη διατροφικών διαταραχών. Για τα κορίτσια στη δυτική κοινωνία, το να είσαι ελκυστικός είναι συνώνυμο με το να είσαι αδύνατος, έως εκ τούτου μαθαίνουν να συνδέουν την αυτοαξία τους με την κοινωνική αποδοχή, η οποία κερδίζεται μέσω της εξωτερικής τους εμφάνισης. Αρκετές είναι οι περιπτώσεις, όπου οι πιέσεις για ελκυστικότητα και αποδοχή συνυπάρχουν με δυσπροσαρμοστικές σκέψεις και διαταραγμένα πρότυπα διατροφικής συμπεριφοράς. Πολλά κορίτσια αναπτύσσουν εμμονή με το βάρος τους, ενώ κάποια απ' αυτά που διαθέτουν περιττά κιλά αναπτύσσουν κοινωνική φοβία και απομονώνονται, γίνονται αμήχανα, ντροπαλά, εσωστρεφή και καταθλιπτικά (Jacalyn J, Comb R, 2001).

Η κοινωνική διάκριση συνεχίζει και στην ενήλικη ζωή. Οι Sonn Holm & Sorensen (1986) έδειξαν ότι, για μια δεδομένη οικογενειακή κοινωνική τάξη και έχοντας ίδιο μορφωτικό επίπεδο, οι σοβαρά παχύσαρκοι πέτυχαν λιγότερο ευνοϊκή κοινωνική θέση σε σχέση με άτομα φυσιολογικού βάρους. Οι Gortmaker et al (1993) βρήκαν, μετά από 7 έτη παρακολούθησης (16 έως 24 ετών), ότι γυναίκες με παχυσαρκία συμπληρώνουν λιγότερα χρόνια στο σχολείο, είναι λιγότερο πιθανό να παντρευτούν και βρίσκονται σε δυσμενέστερη οικονομική κατάσταση από ότι οι γυναίκες κανονικού βάρους.

Μια συνήθης ψυχοπαθολογική κατάσταση που παρατηρείται σε ασθενείς με βαρεία, κυρίως, παχυσαρκία είναι εκείνη που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια βουλιμίας και υπερφαγίας (Fairburn C, Wilson T, 1993). Η βουλιμία στα

παχύσαρκα άτομα διαφέρει από αυτή που συναντάμε σε άτομα με νευρική βουλιμία, καθώς οι πρώτοι δεν εμπλέκονται σε ανάρμοστες αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως χρήση καθαρτικών, διουρητικών κτλ. Τα βουλιμικά επεισόδια τείνουν να είναι μικρότερου μεγέθους και θερμιδικού περιεχομένου που κυμαίνεται από 50 έως αρκετές χιλιάδες θερμίδες. Επιπλέον, επειδή δεν καταλήγουν σε εμετό, ίσως, είναι δύσκολο να αναγνωριστούν (Yanouskis S, 2002).

Το άγχος και η κατάθλιψη, που χαρακτηρίζουν πολλούς από τους παχύσαρκους με βαρειά, ιδίως, παχυσαρκία μελετήθηκαν από πλήθος ερευνητών. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (NIH Diagnostic Interview Schedule) των ΗΠΑ μελέτησε ασθενείς με βαρειά παχυσαρκία και βρήκε ότι το 20% αυτών είχε ένα τουλάχιστον επεισόδιο βαρειάς καταθλιπτικής συνδρομής. Οι Sullivan et al (1993) έδειξαν ότι η ψυχολογική κατάπτωση, καθώς επίσης τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σοβαρά παχύσαρκων είναι ανάλογα με αυτά ασθενών με χρόνια πάθηση, όπως κακοήθης μελάνωμα ή τετραπληγία μετά από ατύχημα.

Η ύπαρξη στοιχείων ανώριμης χαρακτηρολογικής οργάνωσης της προσωπικότητας ασθενών με παχυσαρκία, ιδιαίτερα με πρόιμη έναρξη, είναι ευρύτερα παραδεκτή σήμερα και αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα έκβασης των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων απώλειας βάρους. Αποφευκτικότητα, χαμηλή κοινωνικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κακή εικόνα σώματος και εαυτού, αίσθηση μειωμένης αρρενωπότητας ή θηλυκότητας, παθητικότητα-εξάρτηση, παθητική επιθετικότητα, έλεγχος συναισθημάτων, καχυποψία, αυτοτιμωρητική διάθεση, αδυναμία αναστολής της ικανοποίησης των ενορμήσεων (παρορμητικότητα) είναι στοιχεία που διαπιστώνουμε σε πολλές μελέτες. Η κακή εικόνα εαυτού και η χαμηλή αυτοεκτίμηση παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του χαρακτήρα ενός παχύσαρκου παιδιού και δύσκολα βελτιώνεται ακόμη και αν αργότερα αδυνατίσει (Seidel J, Tjshuis M, 2002).

1.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

1. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στη θεραπεία της παχυσαρκίας το ποσοστό αποτυχίας είναι μεγάλο. Πάνω από 90% των ατόμων πήραν τα ίδια ή περισσότερα κιλά από αυτά που έχασαν με δίαιτα μέσα στα επόμενα 5 χρόνια. Η Kelly Brownell (1988) χαρακτήρισε τους επαναλαμβανόμενους κύκλους, ουσιαστικής απώλειας και επαναπλόσληψης βάρους, ως δίαιτα «γιο-γιο». Η δίαιτα «γιο-γιο», συνήθως, αποτελείται από μεγάλα χρονικά διαστήματα διαιτητικού περιορισμού και περιόδους βουλιμίας ή υπερφαγίας, κυρίως μετά την υποσίτιση (Berdanier C, 2000).

Ο πραγματικός σκοπός σε μια προσπάθεια αδυνατίσματος πρέπει να είναι η βελτίωση της υγείας και για να εξασφαλιστεί αυτό, πρέπει πρώτα από όλα ο στόχος να είναι ρεαλιστικός και να μη στοχεύει σε ποσοστό μεγαλύτερο από 5-15% του σωματικού βάρους (Τσίντσιφα Ε, 2002).

Μια συνάντηση του παχύσαρκου με το διαιτολόγο θα οδηγήσει στο ιστορικό της παχυσαρκίας. Η λήψη λεπτομερούς διαιτολογικού ιστορικού θα δώσει μια εικόνα για τις διατροφικές του συνήθειες και το ποσό των θερμίδων που καταναλώνει το άτομο, πάνω στο οποίο θα στηριχθεί το ύψος του θερμιδικού ελλείματος για τη μετέπειτα διαίτά του (Παπανικολάου Γ, 2002).

Πριν ακόμη αρχίσει τη διαιτητική θεραπεία πρέπει να του δοθούν εξηγήσεις για το ποιο θεωρείται το ιδανικό χάσιμο βάρους, το οποίο επιτυγχάνεται βαθμιαία και με σταθερό ρυθμό. Για την αντιμετώπιση ήπιας μέχρι και μέτριας παχυσαρκίας, θεωρείται ασφαλές όταν η μείωση του βάρους δεν ξεπερνάει το μισό μέχρι ένα κιλό την εβδομάδα. Στην πραγματικότητα, ακόμη και αυτός ο στόχος δεν είναι εύκολη υπόθεση και είναι πολύ δύσκολο να διατηρηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η απώλεια μυϊκού ιστού κατά την απώλεια βάρους είναι η βασικότερη αιτία για την έντονη μείωση του μεταβολισμού, πέρα από την αναμενόμενη που παρατηρείται σε μια προσπάθεια αδυνατίσματος. Για τους περισσότερους επιστήμονες είναι αποδεκτή η απώλεια μυϊκού ιστού μέχρι και 30% της απώλειας βάρους, ενώ ιδανικό θεωρείται η απώλεια μέχρι 25% (Χασαπίδου Μ, Φαχαντίδου Α, 2002).

A) Υποθερμιδικές Δίαιτες

Οι ισορροπημένες δίαιτες χαμηλών θερμίδων (>800kcal/ημέρα) είναι η καλύτερη επιλογή για άτομα που είναι λιγότερο από 30% υπέρβαρα. Αυτές οι δίαιτες, όταν αποτελούνται από κοινά τρόφιμα, επιλεγμένα από όλες τις ομάδες τροφών, είναι συνήθως επαρκείς σε όλα τα θρεπτικά συστατικά (Courtney-Moore M, 2000).

Οι δίαιτες που είναι χαμηλές σε λιπαρά και πλούσιες σε υδατάνθρακες είναι συνήθως οι πλέον αποτελεσματικές. Οι υδατάνθρακες διαθέτουν λιγότερες από τις μισές θερμίδες σε σχέση με τα λίπη (4kcal/g έναντι 9kcal/g) και ο μεταβολισμός τους προκαλεί μεγαλύτερο «θερμικό φαινόμενο» ή απώλεια θερμότητας (και άρα απώλεια θερμίδων) σε σχέση με τα λίπη (Courtney-Moore M, 2000).

Ο McCullagh ήταν ο πρώτος που επέμεινε στην ανάγκη παροχής στον παχύσαρκο μιας ικανοποιητικής ποσότητας από πρωτεΐνες, μεταλλικά άλατα και βιταμίνες. Θα προσπαθήσουμε να παρέχουμε στον ασθενή 1g πρωτεϊνών ανά κιλό βάρους που θα έπρεπε να έχει (Lederer J, 2002).

B) Δίαιτες Πολύ Χαμηλής Θερμιδικής Πρόσληψης (Very Low Calories Diets VLCD)

Με τον όρο αυτό περιγράφονται οι δίαιτες εκείνες που παρέχουν 800kcal/ημερησίως με τη μορφή γευμάτων πλουσίων κυρίως σε πρωτεΐνες, υγρά και βιταμίνες. Προκαλούν ταχεία απώλεια βάρους η μακροπρόθεσμη, όμως, διατήρηση του οποίου είναι σχεδόν αδύνατη. Έχουν απόλυτη ένδειξη σε ασθενείς με κακοήθης παχυσαρκία, με σοβαρές άλλες παθήσεις, που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση (Wildman R, Medeiros D, 2000).

Γ) Πλήρη Νηστεία

Σε αυτήν τη μέθοδο επιτρέπουμε στον ασθενή όσο νερό θέλει και του παρέχουμε ένα χάπι με βιταμίνες για ένα χρονικό διάστημα που ποικίλλει από μία εβδομάδα έως για περισσότερο από ένα μήνα.

Ο Ball και οι συνεργάτες του απέδειξαν ότι εάν συγκρίναμε δύο ομάδες από παχύσαρκους, που στη μία επιβάλλαμε μια δίαιτα πλήρους νηστείας και στην άλλη μια δίαιτα περιορισμού με 600 έως 800θερμίδες, η απώλεια βάρους θα ήταν σχεδόν η

ίδια στις δύο ομάδες, αλλά αυτή η απώλεια θα πραγματοποιούταν κατά τη διάρκεια της περιόδου περιορισμού εις βάρος των λιπαρών ιστών σε ποσοστό 70% και κατά τη διάρκεια της πλήρους νηστείας σε ποσοστό μόνο 15% εις βάρος του λιπαρού ιστού και το υπόλοιπο εις βάρος του ισχνού ιστού. Επιπλέον, υπάρχουν ξαφνικοί θάνατοι από καρδιακά αίτια σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε αυτή τη δίαιτα. Διάφοροι συγγραφείς, ανάμεσά τους και ο Garnett, είχαν τη δυνατότητα να κάνουν μια αυτοψία. Παρατήρησαν ατροφία των καρδιακών ινών και, ακόμη, διάσταση και κατάτμησή τους (Lederer J, 2002).

Δ) Χημικές Δίαιτες- Συνδυασμοί Τροφών- Μονοφαγία

Όλες αυτές οι δίαιτες δεν έχουν ουσιαστική επιστημονική βάση και μπορούν να γίνουν πολύ επικίνδυνες για την υγεία. Οι περισσότερες δίαιτες που αυτοαποκαλούνται «χημικές» δεν έχουν στην πραγματικότητα καμία «χημική» λογική στο σχεδιασμό τους, ούτε στην επιλογή των τροφών. Σε πολλές τέτοιες δίαιτες, που, συνήθως, προτείνονται από μη επαγγελματίες, χρησιμοποιείται η λογική της μονοφαγίας, η κατανάλωση ενός μόνο είδους τροφής για κάποιες ημέρες. Τέλος, καταλήγουν, συνήθως, σε προτάσεις γευμάτων σύμφωνα με τους γνωστούς περιορισμούς των «συνδυασμών τροφών», όπου η πιο γνωστή θεωρία είναι αυτή σύμφωνα με την οποία δεν επιτρέπεται η ταυτόχρονη κατανάλωση, για παράδειγμα κρέατος με πατάτες (υδατάνθρακα και πρωτεΐνης). Η τακτική αυτή δεν έχει καμία λογική βάση, αφού μάλιστα το εντελώς αντίθετο προτείνεται παγκοσμίως από όλους τους επίσημους οργανισμούς διατροφής (Χασαπίδου Μ, Φαχαντίδου Α, 2002).

Ε) Low carbohydrate-high protein diets

Επιτρέπουν απεριόριστες ποσότητες πρωτεϊνών και λιπιδίων ενώ η πρόσληψη υδατανθράκων είναι αυστηρά περιορισμένη. Η απώλεια βάρους μπορεί να ξεπεράσει τα 3,5Kg την πρώτη εβδομάδα (αφορά κύρια απώλεια νερού). Όταν προστεθούν υδατάνθρακες το βάρος επανακτάται. Η δίαιτα αυτή είναι υψηλή σε ολικό λίπος, κορεσμένα λιπίδια, χοληστερόλη και πρωτεΐνες. Είναι κετονική και αθηρογόνος. Επικίνδυνη για άτομα με αδιάγνωστη νεφρική πάθηση (Rockville M, 1988).

2. ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Άτομα τα οποία ασχολούνται με πολύ βαριές εργασίες χρησιμοποιούν περίπου 800kcal (3,33MJ)/ημέρα περισσότερες από εκείνους που διάγουν καθιστική ζωή (Mayer & Mikra, 1956). Το καθαρό θερμιδικό κόστος της άσκησης στον ενήλικα είναι περίπου 3kcal/min, γιατί η έντονη άσκηση απαιτεί 5kcal/min, ενώ η καθιστική εργασία 2kcal/min (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000).

Κάποιοι θεωρούν ότι η άσκηση είναι εξουθενωτική, επειδή τη συνδέουν με αυξημένη όρεξη (Suitor & Hunter, 1980). Εντούτοις, στην πραγματικότητα, άμεσα μετά τη λήξη της άσκησης μειώνεται η κατανάλωση τροφής, ενώ μακροπρόθεσμα δεν έχει βεβαιωθεί κάτι τέτοιο. Διαφοροποιείται, όμως, η διάθεση για πιο υγιεινές επιλογές όπως, για παράδειγμα παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση υδατανθράκων σε άτομα που γυμνάζονται (Τσίντσιφα Ε, 2002).

Η άσκηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα ελέγχου του βάρους με πολλά πλεονεκτήματα. Πρώτα απ' όλα, αυξάνει το αρνητικό ισοζύγιο ενέργειας αυξάνοντας

την κατανάλωση και όχι μειώνοντας την πρόσληψη της ενέργειας. Η απώλεια βάρους στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε απώλεια μυϊκού ιστού, ενώ με την άσκηση ευνοείται η κατανάλωση λίπους (Τσίντσιφα Ε, 2002). Επιπλέον, η άσκηση αυξάνει τη θερμογένεση και μπορεί να επιφέρει αύξηση του βασικού μεταβολισμού. Βελτιώνει, επίσης, τη φυσική κατάσταση και μειώνει τον κίνδυνο για συγγενή προβλήματα υγείας όπως ευαισθησία στην ινσουλίνη, αρτηριακή πίεση, τριγλυκερίδια στο αίμα (Sarafino EP, 1998). Τέλος, ο συνδυασμός άσκησης και σωστής διατροφής για χρονικά διαστήματα κάποιων μηνών οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα απώλειας βάρους απ' ότι όταν εφαρμόζονται ξεχωριστά (Epstein, Wing, Penner & Icreg, 1985).

Εν τέλει, η άσκηση θεωρείται ιδανικός τρόπος απώλειας σωματικού λίπους, όταν πρόκειται για ελαφρά ή μέτρια παχυσαρκία. Σε περιπτώσεις σοβαρής παχυσαρκίας, άσκηση μπορεί να θεωρηθεί η στοιχειώδης κινητοποίηση του ατόμου και γίνεται περισσότερο με τη μορφή κινησιοθεραπείας και πάντα με την επίβλεψη γιατρού. Πρακτικοί τρόποι βελτίωσης των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας στις υπόλοιπες περιπτώσεις είναι το καθημερινό περπάτημα (30λεπτά), το ανέβασμα της σκάλας και άλλες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Τσίντσιφα Ε, 2002).

3. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία της παχυσαρκίας συστήνεται μόνο σε άτομα με $BMI \geq 30$ ή σε άτομα με BMI πάνω από 27 με προβλήματα υγείας όπως υπέρταση ή σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Συστήνονται μόνο από γιατρό και ενσωματώνονται σε προγράμματα που περιλαμβάνουν δίαιτα, τροποποίηση συμπεριφοράς και άσκηση. Η αποτελεσματικότητά τους μακροπρόθεσμα είναι αμφίβολη (Wildman R, Medeiros D, 2000).

1) Ανορεξιογόνα

Είναι αμφεταμίνες ή συγγενείς ενώσεις οι οποίες καταστέλλουν την όρεξη (Wildman R, Medeiros D, 2000). Είναι ουσίες οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν εθισμό και είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλες ουσίες όπως αλκοόλ. Έχουν πλέον αποσυρθεί (Andreoli, Bennett et al, 1996).

Η ορλιστάτη (Xenecal) είναι ένας νέος διαφορετικός τύπος φαρμάκου το οποίο δεν δρα στο ΚΝΣ. Εμποδίζει τη δράση της γαστρικής και παγκρεατικής λιπάσης και συνεπώς, μειώνει την πέψη του λίπους. Περίπου 30% του προσλαμβανόμενου λίπους αποβάλλεται με τα κόπρανα. Ο Sjostrom et al (1998) αναφέρει απώλεια βάρους 10,3Kg μετά από 1 χρόνο χορήγησης ορλιστάτης συγκριτικά με 6,1Kg για τα άτομα που λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Η απώλεια βάρους εξηγείται αφενός λόγω της δράσης του φαρμάκου στη διάσπαση και απορρόφηση του λίπους που αυξάνει την αποβολή ενέργειας και αφετέρου επειδή τα άτομα που το λαμβάνουν βιώνουν ανεπιθύμητες ενέργειες όταν καταναλώνουν τροφές υψηλές σε λίπος (Garrow J, 2000).

2) Θερμογενετικά Φάρμακα

Η θυροξίνη (T4) και η τριουδοθυρονίνη (T3) είναι ορμόνες του θυροειδούς που όταν υπάρχουν σε αυξημένα επίπεδα προκαλούν απώλεια βάρους, ενώ όταν υπολείπονται έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα δηλαδή μεγάλα αποθέματα λίπους.

Συνεπώς, η χορήγησή τους σε μεγάλες δόσεις μειώνει το σωματικό βάρος (Berdanier C, 2000). Παρόλα αυτά, η χρήση τους στη θεραπεία της παχυσαρκίας είναι απaráδεκτη, καθώς προκαλεί ταχυκαρδία, αύπνια, αύξηση της συστολικής πίεσης και άλλες δυνητικά επικίνδυνες καρδιακές επιδράσεις (Nestle M, 1987).

Η χοριακή γοναδοτροπίνη έχει χρησιμοποιηθεί, κατά καιρούς, στη θεραπεία της παχυσαρκίας, γιατί πιστεύεται ότι προκαλεί λιπόλυση και μείωση της πείνας (Asher & Harper, 1973). Άλλοι, όμως, ερευνητές δεν βρήκαν διαφορές μεταξύ της χοριακής γοναδοτροπίνης (HCG) και των εικονικών φαρμάκων (Stein και συν, 1976; Garrow J.S, 2000).

3) Διουρητικά

Χρησιμοποιούνται για την απώλεια βάρους λανθασμένα, αφού η μείωση βάρους που επιτυγχάνεται είναι απλά μείωση νερού, που μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, αλλά και τα αποτελέσματα από τη χρήση τους να είναι παροδικά (Τσίντσιφα Ε, 2002).

4) Διογκωτικές Ουσίες

Οι μη απορροφήσιμες φυτικές ίνες (πχ. μεθυλική κυτταρίνη) απορροφούν νερό, προκαλούν αύξηση του όγκου της προσλαμβανόμενης τροφής στο στόμαχο και δημιουργούν αίσθημα κορεσμού (Nestle M, 1987).

4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε άτομα με νοσογόνο παχυσαρκία, δηλαδή με βάρος 100% πάνω από το φυσιολογικό ($BMI \geq 45$), τα οποία έχουν αποτύχει να χάσουν βάρος με συντηρητικές μεθόδους, μπορεί να εφαρμοστεί η χειρουργική θεραπεία (Perri, Nezu & Viegner, 1992; Stunkard, Stinnett & Smoller, 1986). Όλες οι μέθοδοι της χειρουργικής αντιμετώπισης βασίζονται σε αναχαίτηση της πρόσληψης ή της απορρόφησης της τροφής (Westerterp-Plantenga MS, Fredrix E, Steffens AB, Kissileff HR, 1994). Υπόσχονται μεγάλη απώλεια βάρους που φθάνει, συνήθως, στο 25-35% του σωματικού βάρους που είχε ο ασθενής και βελτιώνουν την κατάσταση της υγείας του. Ωστόσο, συνοδεύονται από μετεγχειρητικές επιπλοκές, συνέπειες στην υγεία του ατόμου και μεταβολικές επιπτώσεις (Nestle M, 1987).

1) Νηστιδοειλεακή Παράκαμψη

Η παράκαμψη μεγάλου τμήματος του εντέρου ήταν η πρώτη χειρουργική μέθοδος που εφαρμόστηκε τη δεκαετία του '50 και σηματοδότησε την έναρξη της χειρουργικής παχυσαρκίας (Παπανικολάου Γ, 2002). Με τον τρόπο αυτό, η τροφή πέπτεται και απορροφάται ατελώς. Για ν' αποφύγουν τα συμπτώματα της δυσαπορρόφησης, οι ασθενείς πρέπει να μειώσουν δραστικά την πρόσληψη τροφής (Nestle M, 1987). Η θνησιμότητα είναι σχετικά μεγάλη (Lipner, 1977).

2) Γαστροπλαστικές επεμβάσεις

Η γαστρική συρραφή είναι η πιο δημοφιλής μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της παχυσαρκίας. Η χωρητικότητα του στομάχου μειώνεται με την κατασκευή ενός γαστρικού θύλακου αμέσως μετά τον οισοφάγο, ο οποίος επικοινωνεί με τον υπόλοιπο αποθηκευτικό χώρο με ένα στόμιο (Wildman R, Medeiros D, 2000). Στη γαστρική παράκαμψη κατασκευάζεται ένας μικρός γαστρικός θύλακας μετά τον οισοφάγο και αναστομώνεται με τη νήστιδα. Ο αντικειμενικός στόχος είναι αφενός η μείωση της πρόσληψης τροφής λόγω της μειωμένης χωρητικότητας του στομάχου και αφετέρου η δυσαπορρόφηση των τροφών που συνεπάγεται η απευθείας σύνδεση του κεντρικού διαμερίσματος του στομάχου με το λεπτό έντερο, καθώς το μεγαλύτερο τμήμα του εντέρου είναι βραχυκυκλωμένο.

3) Ενδογαστρικός Αεροθάλαμος (Intragastric Ballon)

Η κατάληψη του στομάχου από ένα ξένο σώμα, στην προκειμένη περίπτωση από τον αεροθάλαμο, προκαλεί μείωση της όρεξης και της χωρητικότητας του στομάχου (Παπαβραμίδης Σ, 2002). Τα αποτελέσματα απώλειας βάρους υπήρξαν απογοητευτικά, ενώ μετά την έξοδο του αεροθαλάμου από το στόμαχο οι ασθενείς ανακτούν το απωλεσθέν βάρος (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000).

4) Λιποαναρρόφηση

Η λιποαναρρόφηση δεν θεωρείται μέθοδος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, αλλά εξυπηρετεί, ίσως, αισθητικούς σκοπούς (Henig, 1988). Κατά τη διαδικασία αυτή, μέρος του λιπώδους ιστού σκίζεται και αποβάλλεται μέσω ενός σωλήνα (Sarafino EP, 1998). Τυπικά, με μια μόνο διαδικασία αφαιρούνται περίπου 2,5Kg ή λιγότερο λίπους (Wildman R, Medeiros D, 2000).

5) Περίδεση σιαγόνων

Η ραφή της άνω και κάτω γνάθου είναι ορθοδοντική πρακτική για τη θεραπεία των γναθικών θλάσεων. Η μέθοδος αυτή αναγκάζει τους ασθενείς να περιορισθούν σε υγρές δίαιτες, καθώς δεν μπορούν να μασήσουν. Οι υγρές δίαιτες τείνουν να έχουν χαμηλή ενεργειακή πυκνότητα και οι ασθενείς χάνουν βάρος (Garrow JS, James WPT, Ralph A, 2000).

5. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πιο αποτελεσματική ψυχολογική θεραπεία για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι η συμπεριφορική μέθοδος, που μέσω διαφόρων τεχνικών ενθαρρύνει τους ασθενείς ν' αλλάξουν συνήθειες. Η κεντρική ιδέα της συμπεριφορικής θεραπείας είναι ότι η διατροφική συμπεριφορά δεν είναι ενστικτώδης, αλλά μαθαίνεται. Στην παχυσαρκία η διατροφική συμπεριφορά είναι ανάρμοστη και, επομένως, θα πρέπει να την «ξανα-μάθουμε». Υπάρχουν, πιθανόν, επαναλαμβανόμενες συνθήκες που τείνουν να προκαλούν βουλιμία και αν αυτές μπορούν να αναγνωριστούν και να αποφευχθούν, τότε αυξάνεται η πιθανότητα συμμόρφωσης με τη δίαιτα (Garrow JS, 2000). Το 1967, πρώτος ο Stuart δημοσίευσε την επιτυχία του με μια πιλοτική έρευνα βασισμένη στη συμπεριφορική θεραπεία της

παχυσαρκίας. Έκτοτε, πολλοί ερευνητές έσπευσαν να εδραιώσουν τα αποτελέσματα της συμπεριφορικής μεθόδου (Robinson TN, 1999).

Τα συμπεράσματα των ερευνών ήταν τα ακόλουθα (Haddock, Shadish, Klesges & Stein, 1994; Peri, Nezu, Viegner, 1992; Wilson, 1984). Πρώτα απ' όλα, οι τεχνικές, γενικά, βοηθούν στην απώλεια βάρους, αλλά δεν αποδίδουν το ίδιο σε όλα τα άτομα. Έρευνες έχουν δείξει ότι υψηλά κινητοποιημένα άτομα μπορούν εύκολα να χάσουν βάρος και να το διατηρήσουν (Klem, Wing et al, 1997; Tinker & Tucker, 1997). Δεύτερον, όσοι δεν εγκαταλείπουν το πρόγραμμα, καθώς αρκετά υψηλό ποσοστό δεν το ολοκληρώνει, χάνουν κατά μέσο όρο το 10% του αρχικού τους βάρους τους 4 πρώτους μήνες. Τρίτον, μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας προάγει μόνο μέτρια απώλεια βάρους επιπλέον, καθώς η πλειοψηφία των ασθενών φαίνεται να μην είναι ικανή να χάσει πάνω από 10-15% του σωματικού βάρους (Fairburn C, Brownell KD, 2002). Τέταρτον, όσα άτομα χάνουν βάρος με ένα πρόγραμμα συμπεριφοράς το διατηρούν για τουλάχιστον ένα χρόνο. Τέλος, η εν λόγω μέθοδος έχει φανεί αποτελεσματική και στα παιδιά (Haddock, Shadis, Klesges & Stein, 1994).

Οι τεχνικές που περιλαμβάνονται σε κάθε πρόγραμμα είναι συγκεκριμένες (Perri, Nezu & Viegner, 1992; Stunkard & Berthold, 1985). 1) Καταρχήν, εμπεριέχουν ατομική συμβουλευτική και εκπαίδευση σε θέματα διατροφής και άσκησης. 2) Ο αυτοέλεγχος είναι σημαντικό κομμάτι της αλλαγής συμπεριφοράς. Η προσεκτική καταγραφή του τι τρώει το άτομο, πού, πότε, κάτω από ποιες συνθήκες και τι αισθάνεται εκείνη τη στιγμή οδηγεί στην επιλογή και την εφαρμογή των παρεμβάσεων συμπεριφοράς. 3) Ο έλεγχος των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος αναφέρεται σε τεχνικές όπως να κάνει ψώνια ο ασθενής βάσει λίστας, να αποθηκεύει το φαγητό σε μέρη εκτός του οπτικού του πεδίου, να τρώει σε ένα μόνο δωμάτιο του σπιτιού, να μη βλέπει τηλεόραση καθώς τρώει κτλ. 4) Η αλλαγή της διαδικασίας θρέψης συνίσταται για παράδειγμα στο να μασάει το άτομο την τροφή αργά πριν καταπιεί, ακόμη να χρησιμοποιεί μικρά σκεύη για να δείχνουν πιο μεγάλες οι μερίδες. 5) Το να θέτει συμβόλαια με το θεραπευτή βοηθάει μέσω της δέσμευσης στη τήρηση του προγράμματος. 6) Οι ασθενείς διδάσκονται, επίσης, ν' ανταμείβουν τον εαυτό τους όταν διατηρούν τις νέες συνήθειες. 7) Η αναθεώρηση των σκέψεων είναι μια γνωστική τεχνική ώστε να μπορέσουν οι ασθενείς να μεταβάλλουν τις αρνητικές σκέψεις που τους αποσπών από το στόχο τους. Για παράδειγμα, κάποιος που σκέφτεται ότι «όλοι στην οικογένειά μου είναι υπέρβαροι, άρα είναι στο γονίδιό μου» μαθαίνει να συμπληρώνει αυτή την απαισιόδοξη πρόταση με την εξής «αυτό κάνει την απώλεια βάρους πιο δύσκολη, αλλά όχι ακατόρθωτη. Αν συνεχίσω το πρόγραμμα, θα τα καταφέρω» (Stunkard AJ, 1987). 8) Μια άλλη γνωστική τεχνική, η επίλυση προβλημάτων διδάσκει στους ασθενείς στρατηγικές να ανταπεξέλθουν στις δύσκολες καταστάσεις και να ακολουθήσουν πιστά το πρόγραμμα. Τα άτομα, συχνά, δυσκολεύονται να αποφύγουν τους πειρασμούς σε περιπτώσεις εορτών ή όταν νιώθουν στρες. Με τις ικανότητες που αναπτύσσουν μέσω της επίλυσης προβλημάτων δύνανται να βρουν λύσεις στις δυσκολίες. Όσοι είναι ικανοί να γενικεύσουν αυτές τις στρατηγικές, χάνουν περισσότερο βάρος και έχουν λιγότερα παραστρατήματα (Sarafino EP, 1998). Γενικά, η γνωστική προσέγγιση δίνει έμφαση στις νοητικές διεργασίες που παρεμβάλλονται μεταξύ του περιβάλλοντος και των αντιδράσεων του ατόμου σ' αυτό. Άρα, για να αλλάξουμε τη διατροφική συμπεριφορά, πρέπει ν' αλλάξουμε τον τρόπο που σκεφτόμαστε σχετικά με τη διατροφή μας.

Μια συμπεριφορική προσέγγιση η οποία δεν αποφέρει καλά αποτελέσματα και έχει υψηλό ποσοστό ατόμων που αποχωρούν είναι αυτή που περιλαμβάνει μεθόδους

αποστροφής. Οι μέθοδοι αυτοί στηρίζονται στο συνδυασμό συγκεκριμένων τροφίμων με δυσάρεστα ερεθίσματα (Straw, 1983).

Τέλος, προγράμματα οικογενειακής παρέμβασης που εστιάζονται τόσο στους γονείς όσο και στα παιδιά υπήρξαν πιο αποτελεσματικά. Οι μεν υποστηρίζουν και ενθαρρύνουν τους δε για κάθε αλλαγή συμπεριφοράς. Ενώ, ακόμη και η μη εμπλοκή σε καθιστικές δραστηριότητες θα πρέπει να ανταμείβεται. Έτσι, οι Epstein et al (1995) αναφέρουν ότι 10 χρόνια μετά την έναρξη της συμπεριφορικής θεραπείας το 30% των ατόμων που συμμετείχαν δεν ήταν παχύσαρκοι (Robinson TN, 1999). Αυτό που επιτυγχάνει η συμπεριφορική θεραπεία είναι να καταστήσει την απαγόρευση της ενεργειακής πρόσληψης ευκολότερη στο να επιτευχθεί, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνει την αυτοεκτίμηση και την κακή εικόνα σώματος του ασθενή (Garrow JS et al, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Αν υπάρχει ένα πράγμα στον κόσμο που μας αφορά όλους μας, αυτό είναι ο εαυτός μας και, πιο συγκεκριμένα, η έννοια του εαυτού. Το ερώτημα «Ποιος και τι είμαι εγώ;» έχει απασχολήσει, ενίοτε, τον καθένα μας και πολύ περισσότερο το χώρο της ψυχολογίας. Στο υπαρξιακό αυτό ερώτημα, η χρήση της αυτοπαθούς αντωνυμίας καθίσταται απαραίτητη και φανερώνει τη διπολική μορφή του εαυτού, δηλαδή ως υποκείμενο που δρα και, παράλληλα, ως αντικείμενο της αντίληψης της δικής του και των άλλων. Ο όρος εαυτός αντιπροσωπεύει μια δυαδική οντότητα η οποία είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του εξωτερικού και του εσωτερικού κόσμου του ατόμου (Pervin L, John O, 1999).

Η τόσο δημοφιλής έννοια του εαυτού είναι αναπόφευκτο να μη δημιουργεί σύγχυση, όσον αφορά τους εναλλακτικούς ορισμούς που, εκάστοτε, της έχουν αποδοθεί από τους διάφορους ερευνητές. Κατά τον Burns (1982), η έννοια του εαυτού «είναι ένα σύνολο υποκειμενικά αξιολογούμενων χαρακτηριστικών και συναισθημάτων» και αναφέρεται σε «όλες τις πτυχές της άποψης του ατόμου για τον εαυτό του». Σύμφωνα με τον Coopersmith (1967) είναι μια «αφηρημένη έννοια, που αναπτύσσει το άτομο για τις ιδιότητες, τα αντικείμενα και τις ενέργειες που κατέχει και επιδιώκει». Για το Rosenberg (1986) είναι «το σύνολο των απόψεων και των συναισθημάτων του ατόμου που αναφέρονται στον εαυτό του ως αντικείμενο». Παρομοίως, ο Rogers (1951) θεωρεί ότι είναι «ένα οργανωμένο σχήμα αντιλήψεων του εαυτού». Τέλος, ανεξάρτητα από τις αντιθέσεις μεταξύ των ερευνητών, ένας γενικά παραδεκτός ορισμός αυτής της εννοιολογικής κατάστασης είναι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

Η έννοια του εαυτού είναι μια σύνθετη και πολυδιάστατη εννοιολογική κατάσταση. Ωστόσο, υπάρχει γενική συμφωνία ότι οι δυο βασικές συνιστώσες της είναι η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση. Η αυτοαντίληψη είναι η γνωστική πλευρά της έννοιας του εαυτού και αντιπροσωπεύει μια δήλωση, μια περιγραφή ή μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του. Η νοητική, σε περιεχόμενο, θεώρηση του εαυτού μας είναι αδύνατο να είναι απαλλαγμένη ή να μη συνοδεύεται από συναισθηματική φόρτιση, που είναι το κύριο νόημα της αυτοεκτίμησης. Επομένως, η αυτοεκτίμηση δηλώνει τη συναισθηματική πλευρά του εαυτού και αναφέρεται στη «σφαιρική άποψη που έχει κάποιος για την αξία του ως ατόμου». Το στοιχείο της αυτοαξιολόγησης ενέχεται και στις δύο συνιστώσες της έννοιας του εαυτού (Monteil JM, 1993).

Η έννοια του εαυτού μπορεί να τοποθετηθεί στο πλαίσιο μελέτης των στάσεων. Η στάση περιέχει τρία συστατικά στοιχεία (Παρασκευόπουλος, 1993): το γνωστικό, το συναισθηματικό και το πραξιακό. Έτσι ως στάση σε σχέση με τον εαυτό, η έννοια του εαυτού θα περιλαμβάνει αντίστοιχα: 1) μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του (αυτοαντίληψη), 2) μια συναισθηματική ένταση για την πεποίθηση αυτή (αυτοεκτίμηση) και 3) πιθανόν μια αντίδραση ορμώμενη από τις άλλες δύο πτυχές.

Για παράδειγμα ένα άτομο 1) θεωρεί τον εαυτό του υπέρβαρο, 2) αισθάνεται απογοητευμένος με την σωματική του εμφάνιση και 3) πιθανόν παρακινείται να κάνει δίαιτα ή αποσύρεται από την κοινωνική ζωή για να αποφύγει, πιθανόν, αρνητικά σχόλια για την παχυσαρκία του (Burns, 1982).

Στην παρούσα μελέτη, θα μας απασχολήσει, μόνο, η διάσταση της αυτοεκτίμησης γιατί πιστεύουμε, όπως ο McDougall (1932) στη θεωρία του περί συναισθημάτων, ότι η αυτοεκτίμηση, με άλλα λόγια ο τρόπος που αισθανόμαστε σε σχέση με τον εαυτό μας, είναι το κυρίαρχο συναίσθημα, το συναίσθημα στο οποίο όλα τα υπόλοιπα υποτάσσονται. Καθοριστικός παράγοντας της σκέψης μας και της συμπεριφοράς μας, καθώς και βασική ορμή της ανθρώπινης πάλης είναι το κίνητρο του να προστατεύσουμε και να ενισχύσουμε την αυτοεκτίμησή μας.

Η υψηλή αυτοεκτίμηση είναι, έμφυτα, ευχάριστη και ικανοποιητική και θεμέλιο υγιούς προσωπικότητας, ενώ η χαμηλή το αντίθετο. Άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση παρουσιάζουν καλή προσαρμογή, είναι περισσότερο ειλικρινή με τον εαυτό τους, χρησιμοποιούν σπανιότερα μηχανισμούς άμυνας, αποδέχονται τον εαυτό τους ακόμη και με τις αδυναμίες του, έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και υψηλά κίνητρα. Αντίθετα, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση υποφέρουν από άγχος, υιοθετούν μια στάση άμυνας απέναντι στους άλλους, νιώθουν μοναξιά και υποτιμούν τις πραγματικές τους δυνατότητες. Επικεντρώνονται στις αδυναμίες τους, δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και, συνεπώς, αποφεύγουν τον ανταγωνισμό και φοβούνται την αποτυχία (Λεονταρή Α, 1998).

2.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

1. ΠΡΩΙΜΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ

Η έννοια του εαυτού είναι πολύ παλαιά, καθώς από τα πρώτα ιστορικά έγγραφα φανερώνεται, ήδη, η ισχυρή τάση των ανθρώπων να παρατηρούν τους εαυτούς τους και τους άλλους. Πριν από εικοσιπέντε αιώνες, τα Βεδικά δόγματα του Ινδουισμού πραγματεύονταν την ιδέα του εαυτού με τέτοια εξαιρετική σαφήνεια που θα ζήλευαν ακόμη και οι σύγχρονοι επιστήμονες της ψυχοδυναμικής. Υποστήριζαν, λοιπόν, ότι η ανθρώπινη ύπαρξη αποτελείται από τέσσερα στρώματα. Το πιο απομακρυσμένο στρώμα είναι το σώμα, το κέλυφος της ανθρώπινης οντότητας που ενδιαφέρεται για τα υλικά αγαθά. Το επόμενο στρώμα είναι η συνειδητή προσωπικότητα που συνδέει το άτομο με το εαυτό του και τους άλλους, διαχρονικά. Αμέσως μετά, βρίσκεται το προσωπικό ασυνείδητο, κάτι παρεμφερές με το φροϋδικό ασυνείδητο. Τέλος, κάτω από αυτά βρίσκεται ο κρυμμένος εαυτός ή Atman όπου ο ατομικός εαυτός συναντά τον παγκόσμιο. Αυτό το άπειρο κέντρο κάθε ζωής είναι η Θεότητα. Εδώ, λοιπόν, βρίσκονται οι απαρχές της απόπειρας σχηματοποίησης του εαυτού (Mann DW, 1997).

Οι ανθρωποκεντρικές ιδέες των φιλοσόφων αποτέλεσαν, επίσης, τη βάση για τις σύγχρονες θεωρίες του εαυτού στο χώρο της ψυχολογίας. Οι επιταγές του Σωκράτη «γνώθι σαυτόν» παραπέμπουν τον άνθρωπο να ανακαλύψει ποιος είναι ο σκοπός του προκειμένου ν' αποκτήσει την αρετή. Οι υψηλές αξίες όπως η αυτοσυγκράτηση και η αυτογνωσία διδάσκονται μέσω της διαλεκτικής. Η

επικοινωνία με τους άλλους είναι ο τρόπος να ξεσκεπάσουμε το μυστήριο που περιβάλλει τον εαυτό μας. Πρώτο βήμα για την απόκτηση της γνώσης είναι η συνείδηση της άγνοιας. Για τον Πλάτωνα, η ψυχή, χάρη στην αληθινή γνώση του σταθερού είναι, μπορεί να γίνει κοινωνός ιδεών και, επομένως, από φθαρτή να γίνει αθάνατη. Οι τρεις μορφές δράσης της ψυχής είναι από τη μια μεριά, ο νους και από την άλλη, ο θυμός και η επιθυμία. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, η ψυχή συνδέεται στενά με το σώμα, σαν μια ενότητα. Το σώμα είναι το εργαλείο διαμέσου του οποίου εκφράζεται η ψυχή. Αντίθετα, την εποχή της αναγέννησης, ο Descartes τονίζει τον περίφημο διϊσμό ψυχής/σώματος. Οι δύο αυτές οντότητες είναι παράλληλες αλλά ανεξάρτητες. Ο εαυτός του Descartes είναι κενός από συναισθήματα και συρρικνώνεται όλη του η ύπαρξη στη φράση «σκέφτομαι άρα υπάρχω». Τέλος, ο Kant ήταν ο πρώτος που διακρίνει τον εαυτό ως υποκείμενο και τον εαυτό ως αντικείμενο. Η γνώση του εαυτού μας πηγάζει από τον εξωτερικό κόσμο και προέρχεται από τις αισθήσεις μας. Όμως, μπορεί να είναι τόσο παραμορφωμένη από τη σκέψη του νου που να μην έχει σχέση με την αλήθεια (Λεονταρή Α, 1998).

Οι ιδέες των φιλοσόφων προετοίμασαν το έδαφος, ώστε, το 19^ο αιώνα με την ανάπτυξη της ψυχολογίας ως επιστήμης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, η έννοια του εαυτού να θεωρείται πλέον ψυχολογικό ζήτημα. Εδώ, να σημειώσουμε ότι η αυτοεκτίμηση, ως πλευρά του εαυτού, είναι αδύνατο να μη συνοδεύεται από τη μελέτη της έννοιας του εαυτού. Θα τονίζεται, κάθε φορά, η έμφαση που δόθηκε από τους ερευνητές στην αυτοεκτίμηση σε συνάρτηση, βέβαια, πάντα με την θεωρία του εαυτού όπου θα την εντάσσουμε.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η ψυχολογία, στην προσπάθειά της να καθιερωθεί ως επιστήμη στο πρότυπο των φυσικών επιστημών, απορρίπτει οτιδήποτε το αφηρημένο και μη μετρήσιμο. Η έννοια του εαυτού εξοστρακίζεται από το κίνημα του συμπεριφορισμού με πρωτεργάτες των Watson και Skinner. Η αμερικανική ακαδημαϊκή ψυχολογία χρησιμοποιεί την αυτοπεριγραφή, δηλαδή είμαι αυτό που περιγράφω ότι είμαι, με συνέπεια το άτομο να γνωρίζει το συνειδητό μόνο επίπεδο του εαυτού. Παρ' όλα αυτά, την ίδια εποχή ο William James αναπτύσσει τις πρωτοποριακές του ιδέες και αποτελεί τον πρώτο σύγχρονο σχολιαστή της έννοιας του εαυτού (Pervin L, 1999).

2. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ WILLIAM JAMES ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Στο έργο του «Principles of Psychology» (1890) ο William James παρουσιάζει τον εαυτό ως μια δυναμική οντότητα. Δίνει έμφαση στη διπλή του φύση, τον εαυτό ως γνωρίζων (knower), ως υποκείμενο που παρατηρεί και αισθάνεται και έχει εκτελεστική λειτουργία και τον εαυτό ως αντικείμενο της εμπειρίας, ως ό,τι γίνεται γνωστό (empirical self). Η πρώτη όψη του εαυτού συμβάλλει στη γνώση της συμπεριφοράς και προτείνεται να αναχθεί στη φιλοσοφία. Αντίθετα, η δεύτερη όψη του, ο εμπειρικός εαυτός είναι αντικείμενο της ψυχολογίας (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

Στη συνέχεια διαιρεί ιεραρχικά τον εμπειρικό εαυτό σε έναν υλικό εαυτό, έναν κοινωνικό εαυτό, έναν πνευματικό εαυτό και το καθαρό Εγώ.

- 1) Ο υλικός εαυτός που βρίσκεται στην κατώτερη βαθμίδα, περιλαμβάνει το σώμα του ατόμου αλλά και την οικογένεια, το σπίτι του και τα υλικά του υπάρχοντα. Αντανακλά το σύνολο όλων όσων μπορεί να αποκαλέσει δικά του, γιατί όλα αυτά τα πράγματα του προκαλούν τα ίδια συναισθήματα. Έχει την τάση ο άνθρωπος να συγκεντρώνει περιουσιακά στοιχεία και, όταν αυτά αυξάνονται, αισθάνεται θριαμβευτής. Αν αυτά χάνονται, νιώθει συντετριμμένος, όχι στον ίδιο βαθμό, αλλά περίπου με τον ίδιο τρόπο για όλα.
- 2) Ο κοινωνικός εαυτός αφορά την αναγνώριση που λαμβάνει ο άνθρωπος από τους άλλους, με άλλα λόγια από τους φίλους και τους «σημαντικούς άλλους» του περιβάλλοντός του. Στην πραγματικότητα, ισχυρίστηκε ο καθένας μας έχει τόσους κοινωνικούς εαυτούς όσα είναι και τα άτομα που τον «αναγνωρίζουν» και έχουν μια εικόνα του στο μυαλό τους. Συμπερασματικά, κάθε άνθρωπος, έχει πληθώρα «κοινωνικών αντιλήψεων» για τον εαυτό του, καθώς σε κάθε άτομο με το οποίο συναναστρέφεται παρουσιάζει μια διαφορετική άποψη του εαυτού του η οποία είναι, πιθανόν, αντιφατική με κάποια άλλη, πάλι δική του.
- 3) Ο πνευματικός εαυτός αντιστοιχεί σε όλα τα υποκειμενικά στοιχεία, στο σύνολο των αντιλήψεων του ατόμου.
- 4) Τέλος, το καθαρό εγώ αναφερόταν αφηρημένα στην αίσθηση της προσωπικής ταυτότητας δια μέσω του χρόνου. Για τον James κάθε εαυτός ζει μέσα στο δικό του ιδιοσυγκρασιακό ρεύμα χρόνου (Mann DW, 1997).

Ο James ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την αυτοεκτίμηση. Ισχυρίστηκε, πρώτος, ότι ως ενήλικες διαμορφώνουμε μια σφαιρική άποψη για την αξία μας ως άτομα, την αυτοεκτίμηση, που επηρεάζεται, από τις προσωπικές φιλοδοξίες, δηλαδή τις απαιτήσεις που έχει το άτομο από τον εαυτό του και τις υποκειμενικές αξιολογήσεις σχετικά με την επίτευξη ή όχι των επιδιωκόμενων στόχων του. Επομένως, η αυτοεκτίμηση μπορεί να οριστεί μέσω μιας μαθηματικής σχέσης ως το πηλίκο των επιτυχιών του ατόμου προς τις επιδιώξεις του.

Στο πνευματικό μέρος του εμπειρικού εαυτού συναθροίζονται τα συναισθήματα και οι επιθυμίες του ανθρώπου. Ωστόσο και ο υλικός και ο κοινωνικός εαυτός είναι ικανοί να προκαλέσουν συναισθήματα ευνοϊκής αυτοεκτίμησης και προσωπικής ικανοποίησης ή αντίστροφα συναισθήματα ανεπαρκούς αυτοεκτίμησης και δυσαρέσκειας εξαιτίας της αντίληψης ως προς την αξία, ικανότητα, υπεροχή, κοινωνικότητα ή μη του εαυτού (Τανού ΧΓ, 1985).

3. Ο ΕΑΥΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥΣ

Η έννοια του «κοινωνικού εαυτού» του William James αποτέλεσε τη βάση πάνω στην οποία διαμορφώθηκε η θεωρία της «συμβολικής αλληλεπίδρασης». Για τους κοινωνικούς ψυχολόγους, στις αρχές του αιώνα, καθοριστικός παράγοντας της έννοιας του εαυτού είναι η κοινωνική αλληλεπίδραση. Η αυτοεκτίμηση αναδύεται για

πρώτη φορά, όταν το άτομο έρθει σε επαφή με τις απόψεις της κοινωνίας γι' αυτό (Beauvois JL, 1999).

Ο Cooley (1902) θεωρεί ότι η αυτοεκτίμηση προέρχεται από τις διαπροσωπικές μας σχέσεις. Ο εαυτός είναι κοινωνικό δημιούργημα και η άποψή μας για την σφαιρική μας αξία ως άτομα σχηματίζεται αναφορικά με το τι σκέφτονται οι άλλοι για εμάς. Ο όρος, που επινόησε ο ίδιος, «καθρεπτιζόμενος εαυτός» (looking glass self) αναφέρεται στην άποψη ότι η εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας πηγάζει από μια αντανάκλαση της εκτίμησης που οι άλλοι τρέφουν για εμάς. Οι «σημαντικοί άλλοι», πιο συγκεκριμένα, ο τρόπος που φανταζόμαστε ότι αισθάνονται για εμάς, το πως νομίζουμε ότι μας κρίνουν και τα συναισθήματα που μας προκαλούν τα παραπάνω όπως περηφάνια ή ντροπή, αποτελούν τον καθρέπτη του εαυτού μας. Εκτιμούμε τις στάσεις που έχουν οι άλλοι για τον εαυτό μας και μετά εσωτερικοποιούμε τις στάσεις αυτές στη δική μας αυτοεκτίμηση (Pervin L, 1999).

Ο Erving Goffman (1959) ισχυρίζεται ότι οι άνθρωποι όχι μόνο επηρεάζονται από τις στάσεις των άλλων για τον εαυτό τους, αλλά ασχολούνται συνεχώς με τον έλεγχο των εντυπώσεων. Οι άνθρωποι ελέγχουν τη συμπεριφορά και τις πράξεις τους προκειμένου να συμφωνούν με αυτό που θέλουν να παρουσιάσουν ότι είναι. Αυτό που προβάλλουν ως εξωτερικό τους εαυτό μπορεί να συμφωνεί ή να αντιτίθεται με τον εσωτερικό εαυτό. Με τον τρόπο αυτό, το άτομο προσπαθεί να ελέγξει την κατάσταση και να δημιουργήσει την επιθυμητή αντίδραση από τον κοινωνικό του περίγυρο. Αυτή η διεργασία και η αυταπάντηση από το περιβάλλον είναι που διαμορφώνουν, εν τέλει, τον εαυτό και την αυτοεκτίμηση. Οι άλλοι λειτουργούν, έμμεσα, ως εργαλείο αυτοεπιβεβαίωσης (Coffman E, 1984).

Ο Mead (1934) στη θεωρία του περί αυτοεκτίμησης, τονίζει τη σημασία της γλώσσας μέσω της οποίας το άτομο μπορεί να μπει στη θέση του άλλου και να αντιληφθεί τη θέση του άλλου απέναντι στον εαυτό του, με άλλα λόγια, να δει τον εαυτό του από τη δική τους σκοπιά. Διαμέσου της κοινωνικοποίησης το άτομο εσωτερικεύει ιδέες και στάσεις που εκφράζονται από ανθρώπους κλειδιά στη ζωή του και μετέπειτα τις εκλαμβάνει ως δικές του. Η αυτοεκτίμησή του διαμορφώνεται μέσω των «σημαντικών άλλων» (significant others) και είναι υψηλή ή χαμηλή ανάλογα με το ποσό της προσοχής και του ενδιαφέροντός τους (Τάνος ΧΓ, 1985).

Αποτέλεσμα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της συμβολικής επικοινωνίας με τη γλώσσα είναι «ο γενικευμένος άλλος». Ο τελευταίος αντιπροσωπεύει τις συλλογικές κρίσεις των «σημαντικών άλλων». Έτσι το άτομο είναι ικανό να υιοθετεί όχι μόνο το ρόλο του συγκεκριμένου άλλου (πατέρας, μητέρας) αρχικά, αλλά και του γενικευμένου άλλου (μιας ομάδας άλλων, φανταστικών ή πραγματικών) αργότερα. Υπάρχουν, επομένως, στη μετέπειτα ζωή πολλοί εαυτοί που έρχονται στο προσκήνιο ανάλογα με την κοινωνική κατάσταση (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

Εκτός από την κοινωνική ταυτότητα, δηλαδή τις εσωτερικευμένες αντιλήψεις των άλλων, το «Me», υπάρχουν κατά τον Mead, και οι πηγαίες ενεργητικές πτυχές του εαυτού, το «I». Ο εαυτός είναι ταυτόχρονα, υποκείμενο ή γνώστης και αντικείμενο γνώσης. Το «I» επενεργεί πάνω στο «Me» και συναποτελούν την προσωπικότητα του ατόμου. Το «Me» είναι το κυρίαρχο σημείο αναφοράς από το οποίο δανείζεται το άτομο τα κριτήρια της αυτοεκτίμησης. Η αυτοεκτίμηση εξαρτάται από την επανατροφοδότηση από τους άλλους και από τις ικανότητες που αντιλαμβανόμαστε ότι διαθέτουμε κάνοντας «κάτι που οι άλλοι δεν μπορούν να κάνουν ή δεν μπορούν να κάνουν τόσο καλά όσο εμείς» (Mead). Οι διατομικές διαφορές της αυτοεκτίμησης οφείλονται στο γεγονός ότι η έννοια του «γενικευμένου άλλου» ποικίλλει ανά άτομο, ανάλογα με το είδος των αξιών που ασπάζεται και με το βαθμό σπουδαιότητας που τους αποδίδει η κοινωνία (Mann DW, 1997).

Ο Ziller (1973) βλέπει την αυτοεκτίμηση μέσα στο πλαίσιο της κοινωνικής δομής του εαυτού. Αναδύεται μέσω της κοινωνικής συναλλαγής και αυτό τον οδηγεί στο να θεωρήσει ότι είναι προτιμότερη η χρήση του όρου «κοινωνική εκτίμηση» (Ziller RC, 1990).

Γίνεται, λοιπόν, εμφανές ότι ο εαυτός για τους κοινωνικούς ψυχολόγους είναι ένας παθητικός δέκτης των ρόλων και στάσεων που του επιβάλλονται από τον κοινωνικό του περίγυρο. Κατά τον Burns, ο εαυτός αυτός είναι κενός από συναισθήματα και από ασυνείδητα στοιχεία που επηρεάζουν τη διαμόρφωση του εαυτού. Κατά τον Burns (1982) η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με τρεις παράγοντες. Συμφωνεί με τους Cooley και Mead ότι ένας παράγοντας που επηρεάζει την αυτοεκτίμηση είναι η εσωτερικοποίηση της εκτίμησης της κοινωνίας. Από εκεί και πέρα, όμως, προσθέτει ότι σημαντικότερο ρόλο παίζει η σύγκριση της αυτοεικόνας κάποιου με την ιδανική εικόνα του εαυτού του ή με αυτό που θα ήθελε να είναι. Τέλος, ο τρίτος παράγοντας είναι η εκτίμηση του εαυτού αναφορικά με το πόσο επιτυχημένος είναι σ' αυτό που κάνει ή ακόμη καλύτερα με το πόσο καλά ανταποκρίνεται στις επιταγές της ταυτότητάς του (Λεονταρή Α, 1998).

4. ΟΙ ΙΔΕΕΣ ΤΟΥ SIGMUND FREUD

Ο Freud δε διατύπωσε ποτέ μια θεωρία για τον εαυτό ή μάλλον πλησίασε στη δημιουργία μιας θεωρίας του εαυτού, χωρίς ποτέ να κάνει τα τελευταία βήματα για την πραγμάτωση αυτού του σκοπού. Σαφέστερα, όμως, ο σκοπός του δεν ήταν αυτός, αλλά η διαμόρφωση μιας θεωρίας που να εξηγεί τη δομή και τη λειτουργία του ψυχικού οργάνου και σε ένα μεταψυχολογικό επίπεδο θα μπορούσε να εξηγήσει τα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα (Pergin L, 1999).

Στη δεύτερη τοπική του θεωρία (1923), όπου το ψυχικό όργανο έγκειται ενός τοπογραφικού ενδιαφέροντος, συναντούμε το Εγώ(Ego). Το Εγώ αποτελεί ένα από τα τρία δομικά στοιχεία της προσωπικότητας. Τα άλλα δύο είναι το Εκείνο(id) και το Υπερεγώ(superego). Το Εγώ είναι ανύπαρκτο κατά τη γέννηση και δημιουργείται βαθμιαία καθώς το παιδί αρχίζει να διαχωρίζει τον εαυτό του από τον εξωτερικό κόσμο. Το Ασυνείδητο, όρος που χρησιμοποιήθηκε από το Freud στην πρώτη τοπική θεωρία (1915) όπου συγκροτεί το ψυχικό όργανο μαζί με το Προσυνειδητό και το συνειδητό, υπηρετεί τον οργανικό κόσμο, καθώς από αυτό προέρχονται οι ενορμήσεις. Οι ενορμήσεις είναι ψυχικές αναπαραστάσεις διεγέρσεων που έχουν σωματική βάση και προέλευση. Στη δεύτερη τοπική θεωρία το Ασυνείδητο δίνει τη θέση του στο Εκείνο που είναι, κατά κύριο λόγο, κάτοικος του ασυνείδητου κόσμου. Το Υπερεγώ από την άλλη πλευρά υπηρετεί τον κοινωνικό ιδεατό κόσμο και εκπορεύεται από την ταύτιση του παιδιού με τους γονείς και με την εσωτερίκευση των απαγορεύσεων και των νόμων που του υπαγορεύουν οι γονείς. Το Εγώ έχει ένα συνειδητό και ένα ασυνείδητο τμήμα. Αντλεί τη δύναμή του από το Εκείνο, αλλά αναλαμβάνει να ματαιώσει ή να αναβάλει τις απαιτήσεις του για άμεση ικανοποίηση των ηδονιστικών του σκοπών. Ο Freud παρομοιάζει το Εγώ με τον καβαλάρη ενός αλόγου. Το άλογο αντιπροσωπεύει την ενέργεια που πηγάζει από το Εκείνο, μια ενέργεια που πρέπει να τιθασευτεί σωστά, αν ο καβαλάρης θέλει να διατηρήσει τη

θέση του στη σέλα. Ταυτόχρονα, το Εγώ αναλαμβάνει να προστατεύσει το Εκείνο από τις υπερβολικά αυστηρές απαιτήσεις της εξωτερικής πραγματικότητας. Από τη μια πλευρά, λοιπόν, ο ρόλος του είναι μεσολαβητικός. Αγωνίζεται να εξισορροπήσει τις απαιτήσεις του βιολογικού Εκείνου με αυτές του κοινωνικού κόσμου (υπερεγώ) και να συντονίσει τις αντιμαχόμενες δυνάμεις της προσωπικότητας ώστε να λύσει τις εσωτερικές συγκρούσεις, να εξαλείψει το άγχος και να διασφαλίσει μια ήρεμη και λογική συμπεριφορά. Από την άλλη πλευρά, ως φορέας της εκτελεστικής εξουσίας της προσωπικότητας αντιπροσωπεύει το ψυχικό όργανο στο σύνολό του (Ζερβής Χ, 2001).

Στην οικονομική θεωρία ο Freud κάνει λόγο για τη λίκνιντο που είναι σεξουαλική ενέργεια και περιέχεται στις ενορμήσεις. Η ενέργεια αυτή αναζητά, συνεχώς, αντικείμενα προκειμένου να επενδυθεί σ' αυτά. Ο ναρκισσισμός είναι μια αναπόφευκτη εξελικτική διαδικασία κατά την οποία το βρέφος, μη μπορώντας να ξεχωρίσει τον εαυτό του από τον κόσμο, εναποθέτει όλο το ποσό της libido στον εαυτό του. Έτσι, ο ναρκισσισμός, τα πρώτα χρόνια της ζωής, είναι ο ρυθμιστής της αυτοεκτίμησης. Καθώς το παιδί αρχίζει να συνειδητοποιεί την ατομικότητά του βρίσκεται σε στενή διαλεκτική σχέση με τους γονείς. Ταυτιζόμενο μ' αυτούς εσωτερικεύει τις γονεϊκές απαιτήσεις και απαγορεύσεις που ενσωματώνονται στο Ιδεώδες Εγώ. Το Ιδεώδες Εγώ, υποσύστημα του Υπερεγώ, αποτελεί πρότυπο για το Εγώ το οποίο μέσω της μετουσίωσης στρέφει τη libido σε αντικείμενα αποδεκτά από τον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο. Το Ιδεώδες Εγώ αποδιώχνει την ενοχή, που προκαλεί η συνείδηση, και ανταμείβει το άτομο με συναισθήματα υπερηφάνειας και ικανοποίησης για τον εαυτό του. Εάν το παιδί κατορθώσει να εφαρμόζει τους προσωπικούς κανόνες των γονέων, τότε η αυτοεκτίμησή του θα είναι κατοχυρωμένη και επαρκής (Λεονταρή Α, 1998).

Το Εγώ, προκειμένου να διευθετήσει τις συγκρούσεις μεταξύ του εκείνου και του Υπερεγώ, έχει στη διάθεσή του μηχανισμούς άμυνας που κινητοποιεί. Οι μηχανισμοί άμυνας, τους οποίους αναφέρει ο Freud στη δυναμική του θεωρία, συμβάλλουν, κατά τον Rosenberg (1963), στην προστασία και ενίσχυση της αυτοεκτίμησης. Αντιπαραθέτει λοιπόν στο έργο του «Conceiving the Self» έναν αριθμό παραδειγμάτων που εξηγούν την άποψή του αυτή, την οποία ασπάζονται και άλλοι (Murphy, 1947; Allport, 1955; Hillgard, 1949). Η «εκλογίκευση» λειτουργεί για να βρούμε μια κοινωνικά αποδεκτή εξήγηση στη συμπεριφορά μας η οποία, ειδάλλως, θα αποδοκιμαζόταν. Η «αναπλήρωση» αναπαριστά μια προσπάθεια να ξεπεράσουμε ένα πλήγμα της αυτοεκτίμησής μας, προερχόμενο από μια αποτυχία μας σε ένα πεδίο, μέσω της επιτυχίας μας στο ίδιο ή σε διαφορετικό πεδίο. Η «προβολή» είναι ένα μέσο να αποδώσουμε στους άλλους συγκεκριμένα μη επιθυμητά χαρακτηριστικά ή προθέσεις που στην πραγματικότητα χαρακτηρίζουν τον εαυτό μας, αλλά αν το συνειδητοποιούσαμε πιθανότατα θα προσβάλαμε την αυτοεκτίμησή μας. Οι «αντιδραστικοί μηχανισμοί» περιλαμβάνουν την τάση να δίνουμε έμφαση σε συναισθήματα ή χαρακτηριστικά που είναι ακριβώς αντίθετα με συγκεκριμένα ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά του πραγματικού μας εαυτού. Για παράδειγμα, μια μητέρα που ασυνείδητα μισεί το παιδί της δείχνει διάχυτα αγάπη. Ένας άνδρας με ασυνείδητες ομοφυλοφιλικές τάσεις γίνεται Δον Ζουάν. Η «μετάθεση» χρησιμοποιείται από ανθρώπους οι οποίοι από άτομα πιο δυναμικά από τους ίδιους ένιωσαν απογοήτευση ή ταπείνωση. Ψάχνουν, λοιπόν, να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους επιβάλλοντας την ανωτερότητά τους σε άλλα άτομα. Η «απώθηση» σπρώχνει τις σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις στο ασυνείδητο, προκειμένου να μην προσβληθεί η αυτοεκτίμηση. Για παράδειγμα, η επιθυμία να καταστρέψουμε τον πατέρα ή η σεξουαλική επιθυμία για την μητέρα. Σε σημαντικό

βαθμό, επομένως, αυτοί οι μηχανισμοί έχουν ως αντικείμενό τους να προστατέψουν την αυτοεκτίμησή μας (Rosenberg M, 1986).

5. ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΟΦΡΟΥΔΙΣΤΩΝ

Οι νεοφροϋδιστές, σε αντίθεση με το Freud, δίνουν έμφαση στο γεγονός ότι η συμπεριφορά δεν αποτελείται μόνο από ενστικτώδεις, αλλά και από κοινωνικές δυνάμεις. Η αλματώδης ανάπτυξη της Κοινωνιολογίας και της Ανθρωπολογίας τους επιβάλλει έμμεσα να «αποβιολογήσουν» την συμπεριφορά. Ο κοινωνικός παράγοντας εντάσσεται, πλέον, και στις θεωρίες για την έννοια του εαυτού και την αυτοεκτίμηση. Οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν βασικό συντελεστή στη συγκρότηση του εαυτού, ενώ ο ρόλος τους είχε υποβαθμιστεί από το Freud (Pervin L, 1999).

Η Karen Horney (1945) έστρεψε το ενδιαφέρον της στις διαπροσωπικές σχέσεις και στα συναισθήματα που γεννιούνται από αυτές. Τα συναισθήματα αυτά ωθούν το άτομο είτε προς ενίσχυση είτε προς υποτίμηση του εαυτού του. Έννοια κλειδί στη θεωρία της είναι το «βασικό άγχος». Η βασική αυτή ανησυχία μπορεί να προκληθεί από οτιδήποτε διαταράσσει τη σχέση του παιδιού με τους γονείς του όπως αδιαφορία, έλλειψη σεβασμού, διακρίσεις, περιφρόνηση.

Το παιδί που βιώνει δυσάρεστες εμπειρίες από το άμεσο περιβάλλον του αναπτύσσει αμυντικούς μηχανισμούς προάσπισης του εαυτού και εξουδετέρωσης του άγχους. Ένας από αυτούς τους μηχανισμούς είναι η ανάπτυξη μιας εξιδανικευμένης εικόνας (idealized image) των ικανοτήτων και των προτερημάτων του εαυτού μας, που έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης. Η εξιδανικευμένη εικόνα παίζει σημαντικό ρόλο στο πως το άτομο εκτιμά τον εαυτό του (Horney K, 1945).

Ο Harry Stack Sullivan (1964) συνέλαβε την έννοια του εαυτού ως δημόσιου και, ταυτόχρονα, ιδιωτικού. Από την μια πλευρά, ως ένα διαρκές πρότυπο ανθρωπίνων σχέσεων και από την άλλη, ως ένα πλήρες πρόσωπο, μοναδικό και μόνο του. Παρότι δεν μπορούμε να έχουμε πρόσβαση στις πρωταρχικές εμπειρίες του ιδιωτικού εαυτού, μπορούμε να μελετήσουμε τον τρόπο λειτουργίας αυτού του εαυτού σε σχέση με τους άλλους και τον τρόπο με τον οποίο εκφράζεται μέσω της γλώσσας. Δηλαδή, ο παρατηρών και το αντικείμενο παρατήρησης, για το Sullivan, καταλαμβάνουν δύο διαφορετικούς κόσμους που δε θα συναντηθούν ποτέ. Εμείς γνωρίζουμε τον εαυτό από την υποκειμενική μας εμπειρία, γιατί όσα ξέρουμε φθάνουν σε εμάς μέσω των γεγονότων που βιώνουμε (Mann DW, 1997).

Ο Sullivan δίνει έμφαση στην κοινωνική καταγωγή του εαυτού και της αυτοεκτίμησης. Η αλληλεπίδραση του παιδιού και των σημαντικών άλλων, ιδιαίτερα της μητέρας, παίζει σπουδαίο ρόλο στη ζωή του και διαμορφώνει τα αξιολογικά κριτήρια της προσωπικότητάς του. Το «σύστημα εαυτός» (όρος που χρησιμοποιείται από τον ίδιο για να δηλώσει ένα δυναμισμό του εαυτού) οικοδομείται με βάση τις εμπειρίες του ατόμου ως προς τις αντιδράσεις των σημαντικών άλλων απέναντί του.

Όταν η ασφάλεια του ατόμου κινδυνεύει ή απειλείται μέσα στο πλέγμα των διαπροσωπικών σχέσεων τότε το «σύστημα του εαυτού» λαμβάνει διάφορα προστατευτικά μέτρα προκειμένου να προφυλάξει το άτομο από την απώλεια της αυτοεκτίμησης, η οποία απώλεια επιφέρει άγχος και ανασφάλεια. Το άγχος αυτό αναμένεται να εμφανισθεί όταν κάποιος απορριφθεί ή υποβιβαστεί. Οι στάσεις των

γονιών έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία τριών εαυτών στο παιδί. Αυτοί είναι ο «καλός», ο «κακός» και ο «μη εαυτός». Ο «μη εαυτός» προκαλεί δυσαρέσκεια στους γονείς, συνεπώς το παιδί τον απαρνείται εκτοπίζοντας τον από τη συνείδηση. Εν τέλει, ο «καλός» και ο «κακός» εαυτός που απομένουν αποτελούν τη βάση της αυτοεκτίμησης (Λεονταρή Α, 1998).

Ο Erikson (1963), όπως οι άλλοι μεταφροϋδικοί, υποστηρίζει ότι ο πυρήνας της συμπεριφοράς δεν είναι μόνο βιολογικός, αλλά και κοινωνικός. Το Εγώ και ο εαυτός, στη θεωρία του Erikson δεν είναι ταυτόσημοι όροι. Το Εγώ έχει φροϋδικό νόημα και έχει, κατεξοχήν, ασυνείδητες ιδιότητες, ενώ ο εαυτός (ως αντικείμενο) είναι «κυρίως προσυνειδητός», που σημαίνει ότι μπορεί να γίνει συνειδητός, όταν το άτομο τον κάνει έτσι και εφόσον το Εγώ συμφωνεί.

Ο Erikson, όπως και ο Freud, μελέτησε τις συνέπειες πρώιμων εμπειριών στη ζωή, αλλά τονίζει ότι η προσωπικότητα δεν διαμορφώνεται τελεσίδικα κατά την παιδική ηλικία. Η προσωπικότητα συνεχίζει να εξελίσσεται και να μεταβάλλεται ενώ υφίσταται ποιοτικές αλλαγές στην εφηβεία, τη μέση και τη γεροντική ηλικία. Τα οκτώ στάδια ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του εγώ, που επισημαίνει στο μοντέλο του, εκτείνονται σε όλη τη ζωή του ανθρώπου. Κάθε στάδιο χαρακτηρίζεται από κάποια σύγκρουση ανάμεσα στις δυνάμεις ωρίμανσης και στις κοινωνικές απαιτήσεις που επιβάλλονται στο άτομο από το περιβάλλον. Το Εγώ γίνεται μεσολαβητική δύναμη στην εξελικτική διαδικασία και η μετάβαση στο επόμενο στάδιο ανάπτυξης προϋποθέτει τη λύση της σύγκρουσης του προηγούμενου (Erikson EH, 1963).

Σε αντίθεση με το Freud για τον οποίο το Εγώ διαμορφώνεται μετά τη γέννηση, ο Erikson θεωρεί ότι το Εγώ είναι παρόν στη γέννηση σε μια ανώριμη μορφή και η επιτυχή λύση των συγκρούσεων καθορίζει την εξέλιξή του. Οι υγιείς ή μη σχέσεις παιδιού-γονέων καθορίζουν την ανάπτυξη του Εγώ και την ποιότητα των στάσεων του παιδιού απέναντι στον εαυτό του, δηλαδή την ποιότητα της αυτοεκτίμησής του. Η σταθερή αγάπη και φροντίδα της μητέρας στη βρεφική ηλικία θεμελιώνουν την εμπιστοσύνη του παιδιού στον εαυτό του και τους άλλους. Η εμπιστοσύνη αυτή, αν ενθαρρυνθεί μετέπειτα μέσω της προτροπής για πρωτοβουλία και αυτονομία, συμβάλλει στην εμπέδωση της εκτίμησης του εαυτού (Harter S, 1999).

Ουσιαστική πτυχή του εαυτού είναι για τον Erikson η «ταυτότητα». Αυτή η τελευταία διαμορφώνεται μέσω της «ταύτισης». Αντικείμενο ταύτισης ή εξιδανίκευσης μπορούν να αποτελέσουν οι γονείς, τα αδέρφια, οι φίλοι ή και φανταστικά πρόσωπα. Η σύνθεση αυτών των ταύτισεων συγκροτεί την ταυτότητα του ατόμου. Η ταυτότητα δεν είναι αποκλειστικά ενδοψυχικό φαινόμενο αλλά και κοινωνικο-πολιτιστικός ρόλος ή ένα σύνολο ρόλων. Στην εφηβεία, το πέμπτο στάδιο του Erikson, το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με περιβαλλοντικούς και προσωπικούς παράγοντες, που σε συνδυασμό με την προηγούμενη εμπειρία, ενδέχεται να προκαλέσουν σύγχυση ρόλων. Αν κατορθώσει να αντιπαρέλθει με επιτυχία την κρίση της ταυτότητας, τότε θα ενισχύσει την θετική του αυτοεκτίμηση. Ο Erikson επισημαίνει παράλληλα τον κίνδυνο που ενέχει η διάχυτη ταυτότητα, αλλά και η άκαμπτη ταυτότητα. Το άτομο πρέπει να είναι ικανό να δομεί ταυτότητες, αλλά και να τις διαλύει (Pervin L, 1999).

Η έννοια του εαυτού για τον Adler (1927,1963) ισοδυναμεί με το σύνολο της προσωπικότητας. Ο «δημιουργικός εαυτός» είναι μια από τις δυνάμεις που συνθέτουν την προσωπικότητα και είναι αυτός που δίνει νόημα στη ζωή, καθώς αποτελεί την κύρια αιτία κάθε ανθρώπινης συμπεριφοράς. Κάθε ψυχική ενέργεια πηγάζει από τον εαυτό ο οποίος έχει την τάση να επιβάλλεται και να κυριαρχεί, να υπερνικά δυσκολίες και να αναπληρώνει μειονεκτήματα (Λεονταρή Α, 1998).

Ο Adler δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στα συναισθήματα κατωτερότητας, είτε σωματικών, είτε κοινωνικών αδυναμιών, που υπάρχουν ή όχι στην πραγματικότητα. Τα συναισθήματα αυτά ενδέχεται να προκαλέσουν χαμηλή αυτοεκτίμηση αν το άτομο δε γίνει αποδεκτό ή δεν υποστηριχθεί από τους γονείς ή τους Σημαντικούς άλλους του περιβάλλοντός του. Αντίθετα αν το άτομο γίνει αποδεκτό και ενθαρρυνθεί μπορεί να μετατρέψει το συναίσθημα αδυναμίας του σε κινητήρια δύναμη συνακόλουθη της επαρκούς και θετικής αυτοεκτίμησης (Pervin L, 1999).

Ο Erich Fromm πιστεύει ότι άτομο και κοινωνία είναι δύο οντότητες αλληλεξαρτώμενες. Η απομόνωση και το άγχος είναι προϊόντα της κοινωνίας που στρέφονται κατά της αυτοεκτίμησης. Στις διαπροσωπικές του σχέσεις το άτομο επιδιώκει είτε την απελευθέρωση από τους περιορισμούς είτε τη συμμόρφωση με αντάλλαγμα την ασφάλεια του Εγώ, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται την ανάγκη να διαμορφώσει μια προσωπική και μοναδική ταυτότητα (Fromm E, 1997).

6. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ CARL JUNG

Για τον Jung (1990) ο εαυτός ισοδυναμεί με την ψυχή. Εξερευνώντας τις φυλετικές βάσεις της προσωπικότητας επινοεί τους «αρχέτυπους» και υποστηρίζει ότι ο εαυτός είναι ένα αρχέτυπο. Ο εαυτός, ως αρχέτυπο, κινητοποιεί τη συμπεριφορά και διεξάγει αγώνα προκειμένου να εξασφαλίσει την ενότητα του ψυχικού βίου. Είναι η κεντρική δύναμη της προσωπικότητας που συνενώνει όλα τα υποσυστήματά της για να της δώσει ενότητα, ισορροπία και σταθερότητα (Jung CG, 1990).

Για να αναδυθεί ο εαυτός πρέπει από μια αδιαφοροποίητη μάζα να διαφοροποιηθούν οι διάφορες πτυχές της προσωπικότητας και να επανασυνδεθούν σε ένα εξισορροπημένο δυναμικό σύνολο με ισοδύναμες πτυχές. Η διαδικασία αυτή ανάπτυξης που οδηγεί στην εμφάνιση του εαυτού απαιτεί χρονικό διάστημα ετών και δεν ολοκληρώνεται πριν από τη μέση ηλικία. Τότε το άτομο καταβάλλει σοβαρές προσπάθειες για ν' αλλάξει το κέντρο της προσωπικότητας του συνειδητού Εγώ προς ένα ενδιάμεσο σημείο μεταξύ του συνειδητού και του ασυνείδητου. Μια αποτυχία στην προσπάθεια αυτή έχει συνέπεια την ψυχοπαθολογία, την κρίση της μέσης ηλικίας (Λεονταρή Α, 1998).

Ο Jung αναφέρει τέσσερις βασικές ψυχολογικές λειτουργίες: 1) τη συναίσθηση που αποσκοπεί στην αξιολόγηση του πόνου και της ηδονής, 2) την αίσθηση που τροφοδοτεί το άτομο με αναπαραστάσεις του κόσμου, 3) τη σκέψη που έχει στόχο την κατανόηση του εαυτού και του σύμπαντος, 4) την ενόραση που είναι η πηγή της μυστικής εμπειρίας και με την οποία επιτυγχάνεται η αντίληψη του ασυνείδητου. Οι τέσσερις αυτές λειτουργίες αρχικά αλληλεπιδρούν, έως ότου αποκτήσουν ίση δύναμη. Η ιδανική αυτή σύνθεση μεταξύ τους επιφέρει την αυτοπραγμάτωση. Ο πλήρως ανεπτυγμένος εαυτός παύει να αγωνίζεται και βρίσκεται σε κατάσταση νιρβάνα, η οποία ισοδυναμεί με ψυχικό θάνατο.

Η πορεία εξατομίκευσης είναι, μια περίπλοκη διαδικασία ανοδικής πορείας και παλινδρόμησης με σκοπό την αυτοπραγμάτωση. Το mandala (κύκλος στα σανσκριτικά) είναι η τέλεια συμβολική απεικόνιση του εαυτού για τον Jung (Jung CG, 1990).

7. ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ DONALD WINNICOTT

Ο Winnicott (1965) είδε στη σχέση βρέφους- μητέρας όλες τις απαρχές του εαυτού. Πίστευε ότι το πρώιμο υλικό περιστατικών του Freud αποτελούσαν άτομα με σχετικά ακέραια υποκειμενικότητα, τα οποία συνεπώς είχαν βιώσει την εμπειρία ενός αρκετά καλού πρώιμου μητρικού περιβάλλοντος. Χωρίς την εμπειρία αυτή δε θα είχαν παρουσιασθεί στον ψυχοθεραπευτή τους με ακέραια εγώ και ο θεωρητικός δε θα είχε αποδώσει θεμελιώδη σημασία στο θεωρητικό του κατασκεύασμα, το Εγώ.

Προτείνει τρία στάδια ανάπτυξης του Εγώ. Το πρώτο «η ολοκλήρωση» είναι η διαδικασία κατά την οποία το βρέφος αρχίζει να διαμορφώνει τον εαυτό του από το περιβάλλον του. Δεν υπάρχει βρέφος, δηλώνει ο Winnicott θέλοντας να πει ότι το βρέφος δεν μπορεί να υπάρξει ανεξάρτητα από τη μητέρα του. Η αρκετά καλή μητέρα και το βρέφος της αποτελούν μια αδιάσπαστη μονάδα και η σταθερότητα της σχέσης αυτής παρέχει το θεμέλιο για την ακεραιότητα του εγώ. Το βλέμμα της αρκετά καλής μητέρας γίνεται ο καθρέπτης μέσα στον οποίο το παιδί αναπτύσσει τη δική του αυτεκτίμηση που βρίσκεται εν τω γεννάσθαι. Η μητέρα που δέχεται θετικά τις αυθόρμητες χειρονομίες του βρέφους επικουρεί στο ν' αναπτύξει, αργότερα, τις δικές του ικανότητες και να διαμορφώσει έναν υγιή και ισορροπημένο εαυτό. Το δεύτερο στάδιο είναι «η απόκτηση της προσωπικότητας» που γίνεται με την επίτευξη της σύνθεσης των διαφόρων πτυχών του εαυτού σε μια ενότητα. Καθοριστικό ρόλο για την επίτευξη αυτή παίζει το δεκτικό και στοργικό κοινωνικό περιβάλλον που είναι πρόθυμο ν' αγκαλιάσει το παιδί. Το τρίτο στάδιο «η διαμόρφωση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων» αφορά τη διαμόρφωση των διαπροσωπικών σχέσεων. Αν το βρέφος έχει δεχθεί το διαχωρισμό του από τη μητέρα και του έχει προσφερθεί αγάπη ως παιδί από τους σημαντικούς άλλους τότε το άτομο είναι ικανό ν' αναπτύξει υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Το άτομο που έχει την τύχη να εκφρασθεί ελεύθερα και ν' αγαπηθεί από το άμεσο περιβάλλον του, εσωτερικεύει τα άτομα που το φρόντιζαν και αποκτά την ικανότητα να είναι μόνο του (Mann DW, 1997).

Ο Winnicott εκτιμούσε πολύ την ικανότητα να μένει κανείς μόνος, την οποία θεωρούσε συνδεδεμένη με τη συναισθηματική ωριμότητα. Η κατάσταση αυτή, που αποκτάται μέσω της εμπειρίας να είναι κανείς μόνος του ανάμεσα σε άλλους, ανήκει στα μεταβατικά φαινόμενα, όπως το ονόμασε ο Winnicott. Μεταβατικά τόσο από δομική όσο και από αναπτυξιακή άποψη, επειδή επέρχονται ανάμεσα σε καταστάσεις ψυχοσωματικής ένωσης και χωρισμού. Για να την εσωτερικεύσει το παιδί τη μητέρα πρέπει πρώτα να διαχωρίσει τον εαυτό του από εκείνη, να την καταστρέψει ως αντικείμενο φαντασίας, να την επαναφέρει ως πραγματικό αντικείμενο που το ικανοποιεί και το απογοητεύει. Ο εαυτός είναι συνέπεια τόσο της βιολογικής ωρίμανσης όσο και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. «Βλέπω ότι με βλέπουν και έτσι ξέρω ότι υπάρχω» δηλώνει ο Winnicott.

Τέλος διακρίνει ότι ο Αληθινός Εαυτός με την ορμή του για ζωή, δημιουργικότητα, αγάπη αλλά και με τις επιθετικές του ενορμήσεις συνυπάρχει με ένα Ψεύτικο Εαυτό. Ο τελευταίος αποτελεί ένα τοίχο, πίσω από τον οποίο κρύβεται ο Αληθινός Εαυτός, εάν βρεθεί σε απειλητικό ή μη υποστηρικτικό περιβάλλον. Ο Ψεύτικος Εαυτός αποκτά υπόσταση μέσω της συμμόρφωσης με τον κόσμο για ωφελμιστικό σκοπό. Ευχαριστεί τους άλλους για να κερδίσει την επιδοκιμασία τους. Η επικράτηση του Ψεύτικου Εαυτού σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής συνεπάγεται επιφανειακή επιτυχία και αποπροσωποποίηση (Λεονταρή Α, 1998).

8. Ο HEINZ KOHUT ΚΑΙ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ

Ο Heinz Kohut στήριξε τις ιδέες του στην κλινική του εμπειρία. Οι ασθενείς του ήταν άτομα με εξαιρετικά ασταθής αυτοεκτίμηση, υπερβολικά ευαίσθητα στις αποτυχίες, τις απογοητεύσεις και την υποτίμηση. Στις παραπάνω καταστάσεις, αντιδρούσαν με συναισθήματα τόσο έντονα που τους δημιουργούσαν ανικανότητα-ντροπή, η οποία με τη σειρά της οδηγούσε σε μαρασμό, βασανιστική κατάθλιψη και οργή. Τα άτομα αυτά προέρχονταν από τις κατηγορίες μεταιχμιακών, ναρκισσιστικών και συμπεριφορικών διαταραχών προσωπικότητας.

Στη διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς αυτοί ανέπτυξαν: 1) ναρκισσιστικές μεταβιβάσεις, που ο Kohut ονόμασε αντικατοπτριστικές, πίσω από τις οποίες βρίσκεται ο πόλος των φιλοδοξιών του εαυτού που επιζητά αποδοχή και επιβεβαίωση, 2) εξιδανικευμένες μεταβιβάσεις που παραπέμπουν σε έναν πόλο ιδανικών του εαυτού που αναζητά μια αίσθηση δύναμης και ηρεμίας μέσω της συγχώνευσης με το εξιδανικευμένο αντικείμενο, 3) μεταβιβάσεις δίδυμης σχέσης που υπόκεινται σε έναν πόλο ταλέντων και επιδεξιότητων του εαυτού που ψάχνει ένα alter ego αντικείμενο.

Οι τρεις αυτοί πόλοι και οι προσπάθειες που συμβολίζουν αποτελούν το μοντέλο του πυρηνικού εαυτού.

Ο Kohut ορίζει τον εαυτό του ως μια ενότητα με χωροχρονική συνέχεια που οργανώνει την ανθρώπινη εμπειρία. Στο στάδιο του «αποσπασματικού εαυτού» το βρέφος έχει μια αποσπασματική αίσθηση του εαυτού καθώς κάθε σκέψη, κάθε εμπειρία, κάθε μέλος του σώματος βιώνεται ως μέρος του εαυτού, ο οποίος δεν διαχωρίζεται από τον κόσμο.

Στο επόμενο στάδιο ανάπτυξης εμφανίζεται ο αρχαϊκός, πυρηνικός, διπολικός εαυτός. Είναι πρόδρομος του ώριμου και περιλαμβάνει το «μεγαλοπρεπή εαυτό» που δίνει μια αίσθηση παντοδυναμίας, και την εσωτερικευμένη «εξιδανικευμένη γονεϊκή εικόνα» ως μέρος του εαυτού. Τα αντικείμενα βιώνονται ως επέκταση του εαυτού και ονομάζονται «αυτο-αντικείμενα».

Τελικό στάδιο είναι η ανάπτυξη του ώριμου εαυτού κατά τον οποίο ιδιότητες και χαρακτηριστικά που το άτομο έλαβε από άλλους αποκτούν μια αυτονομία και οργανώνονται, πλέον, σε ένα λειτουργικό σύνολο (Kohut H, 1974).

9. ΕΑΥΤΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Για τη φαινομενολογική προσέγγιση δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ υποκειμένου και αντικειμένου. Καθοριστικό ρόλο παίζουν τα βιώματα του ατόμου και ο τρόπος που τα ερμηνεύει, όχι η πραγματικότητα καθαυτή. Η ερμηνεία των γεγονότων με τη σειρά της εξαρτάται από τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του. Οι άνθρωποι επιδιώκουν διαρκώς μια θετική εικόνα του εαυτού και αυτή η προσπάθεια

οδηγεί τη συμπεριφορά. Άτομο και κοινωνικός παράγοντας αλληλεπιδρούν αλλά αυτό που μετράει δεν είναι η πραγματική εμπειρία του ατόμου αλλά η υποκειμενική εκδοχή αυτής της εμπειρίας.

Ο Carl Rogers (1951, 1959) είναι ο κύριος εκπρόσωπος της φαινομενολογικής ή ανθρωπιστικής προσέγγισης. Οτιδήποτε βιώνει το άτομο συνιστά, για εκείνον, μια ψυχολογική και όχι αντικειμενική πραγματικότητα. Κύρια τάση του ανθρώπου είναι η πορεία προς την αυτοπραγμάτωση. Κατά την ανάπτυξή του το άτομο αξιολογεί τις εμπειρίες του ως θετικές ή αρνητικές ανάλογα με το αν διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν την προσπάθειά του για ωρίμανση, με τελικό σκοπό την αυτοπραγμάτωση. Κάθε άνθρωπος επιθυμεί να γίνει ο πραγματικός του εαυτός (Pervin L, 1999).

Στο πλαίσιο της γενικής του θεωρίας για την προσωπικότητα, ο Rogers εντάσσει τον εαυτό και την αυτοεκτίμηση στο φαινομενολογικό πεδίο. Το φαινομενολογικό πεδίο εκφράζει τη συνειδητή εμπειρία στο σύνολό της. Έτσι, ορίζει τον εαυτό ως «μια οργανωμένη μορφή των αντιλήψεων του εαυτού, που γίνονται αποδεκτές από τη συνείδηση». Επομένως, ο εαυτός περιέχει τα χαρακτηριστικά του ατόμου που emπίπτουν στην άμεση γνώση του και στα οποία ασκεί έλεγχο. Απορρίπτει, ως φαινομενολόγος, ο Rogers τις ασυνείδητες διεργασίες και τα ασυνείδητα κίνητρα. Ωστόσο πιστεύει ότι τα τελευταία έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την συμπεριφορά, έστω και αν γίνουν αμυδρά συνειδητά (Λεονταρή Α, 1998).

Η ανάγκη για θετική αποδοχή από τους άλλους, είτε αυτή είναι έμφυτη, είτε αποτέλεσμα μάθησης, αποτελεί πρωτογενής ανάγκη του ανθρώπου. Ιδιαίτερα για το μικρό παιδί που δεν έχει ακόμη διαμορφώσει ένα ισχυρό Εγώ, έχει υπέρμετρη σημασία η άνευ όρων αποδοχή, από τους γονείς, των αρχικών εμπειριών. Μέσα σε ένα κλίμα καλής διάθεσης χωρίς αξιολογικές κρίσεις το παιδί μαθαίνει να εκφράζεται ελεύθερα και να εκδηλώνει τα συναισθήματά του. Τότε η ιδέα για τον εαυτό του δεν αποτελεί συνάρτηση των αξιών και των επιθυμιών των άλλων, αλλά εξαρτάται μόνο από αυτό που το ίδιο αισθάνεται, όχι από συμβατικούς κανόνες. Αντίθετα, όταν οι εμπειρίες, όπως βιώνονται «οργανικά» από το άτομο, δεν συμφωνούν με τις εξωτερικές αξιολογήσεις διακρίνονται σε περισσότερο ή λιγότερο θετικής εκτίμησης εμπειρίες, αναλόγως με το πώς τις ορίζουν οι «σημαντικοί άλλοι». Ως εκ τούτου το άτομο ζει βάσει των αξιών που εσωτερικεύει, γεγονός που το οδηγεί στην πλήρη αποξένωση από τον εαυτό του (Pervin L, 1999).

Στενά συνδεδεμένη με την άνευ όρων αποδοχή είναι η ανάγκη για θετική αυτοεκτίμηση που αφορά τις θετικές στάσεις που έχει το άτομο απέναντι στον εαυτό του. Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση είναι αποτέλεσμα μάθησης και προέρχεται από το συσχετισμό μεταξύ προσωπικών εμπειριών και ικανοποίησης ή ματαίωσης της ανάγκης για θετική αποδοχή. Όταν η θετική αυτοεκτίμηση στηρίζεται στις αξιολογήσεις των άλλων, τότε μπορεί να υπάρξει αντίφαση μεταξύ των αναγκών του οργανισμού και της ανάγκης του εαυτού για θετική εκτίμηση. Ως επακόλουθο, το άτομο παραμορφώνει τη σημασία των εμπειριών του ώστε να τις εναρμονίσει με την εικόνα του εαυτού του. Άτομο χωρίς αυτοεκτίμηση είναι πιθανό να διαμορφώσει μια συμπεριφορά αμυντική με έντονο αίσθημα άγχους. Όταν παύσει οριστικά να εκτιμά τον εαυτό του τότε οι εμπειρίες αποφεύγουν τη συνείδηση ή παραμορφώνονται και παρεμποδίζονται να αφομοιωθούν ικανοποιητικά από την εντύπωση του ατόμου για τον εαυτό του. Σκοπός της θεραπείας είναι η σύμπτωση φαινομενολογικού πεδίου και εικόνας εαυτού για να απαλλαγεί το άτομο από το εσωτερικό άγχος και την ένταση. Στη σχέση του με το θεραπευτή βιώνει την πλήρη αποδοχή (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

Το φαινομενολογικό πεδίο είναι, επίσης, για τους Snygg και Combs, το σύνολο των ενσυνείδητων εμπειριών ενός ατόμου μια δεδομένη στιγμή. Το φαινομενολογικό πεδίο κατ' αυτούς αποτελείται από τρία μέρη που απεικονίζονται από τρεις ομόκεντρους κύκλους. Ο πρώτος, ο εξωτερικός και μεγαλύτερος αφορά το αντιληπτικό πεδίο, στο σύνολό του και εμπεριέχει τη συνείδηση στην ολότητά της τη δεδομένη στιγμή. Ο δεύτερος κύκλος περιλαμβάνει τις αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του. Τέλος, ο τρίτος, εσωτερικός κύκλος παριστάνει τις σταθερές αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του αλλά μόνο εκείνες που έχουν σημασία για το ίδιο και το αντιπροσωπεύουν.

Ο φαινομενολογικός εαυτός, επομένως, περιλαμβάνει εκείνα τα μέρη του φαινομενολογικού πεδίου που αποτελούν ατομικές εμπειρίες ως χαρακτηριστικό του εαυτού. Ο εαυτός για τους Snygg και Combs είναι ταυτόχρονα αντικείμενο και γνωστική διαδικασία. Το άτομο καθορίζει το είδος των εμπειριών που βιώνει, «δεν είναι θύμα των γεγονότων, αλλά είναι ικανό να αντιλαμβάνεται, να ερμηνεύει και ακόμη να δημιουργεί γεγονότα». Η υποκειμενική εμπειρία είναι αιτία της συμπεριφοράς (Snygg D, Combs A, 1949).

Τέλος, ο Maslow (1973) στο έργο για το γυναικείο φύλο θεωρεί όπως ο Rogers κύριο στόχο του ατόμου την αυτοπραγμάτωση. Το βασικό αυτό κίνητρο τον ωθεί στην κατανόηση του εαυτού και την αυτοαποδοχή αφού προηγηθεί η ικανοποίηση άλλων πρωταρχικών αναγκών. Υποστηρίζει ότι υπάρχουν δύο τύποι αυτοπραγμάτωσης που αντιστοιχούν σε δύο τρόπους ζωής με ανάλογα γνωρίσματα. Πρώτη θέση στα γνωρίσματα αυτά που συνθέτουν τους δύο αντίθετους τρόπους ζωής κατέχουν οι δύο ακραίες μορφές αυτοεκτίμησης, η υψηλή και η χαμηλή (Featherston M, Herworth M, Turner B, 1996).

10. ΟΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΙ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Kelly(1955), το άτομο ως λογικός επιστήμονας συστηματοποιεί τις εμπειρίες του δημιουργώντας νοητικά σχήματα ή προσωπικές δομές μέσα από τις οποίες αντιλαμβάνεται τον κόσμο, παίρνει αποφάσεις και προβλέπει συμπεριφορές δικές του και των άλλων. Αυτές οι γνωστικές δομές είναι ιεραρχημένες και οι κεντρικές δομές που βρίσκονται στην κορυφή μπορούν να περιγράψουν την προσωπικότητα του ατόμου. Ο άνθρωπος προσπαθεί να επιβεβαιώσει τις προσωπικές του δομές με προσθήκη νέων εμπειριών, αλλά έχει, επίσης, τη δυνατότητα ν' αλλάξει την κοσμοθεωρία του, αν δεν τον εξυπηρετεί. Η επανατροφοδότηση του εαυτού από άλλους μπορεί και να είναι λανθασμένη ή να μην συμφωνεί με το σύστημα προσωπικής δομής. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι η νευρωτική συμπεριφορά, η ενοχή και το έντονο άγχος. Στόχος του θεραπευτή είναι η αναθεώρηση των δομών, ώστε να μη μείνει το άτομο θύμα της αυτοβιογραφίας του (Ποταμιάνα Γ, 2002).

Ο Epstein (1973) συμφωνεί με τον Kelly, ότι ο άνθρωπος διαμορφώνει, αυτόματα βάσει των εμπειριών του, μια θεωρία της πραγματικότητας. Η θεωρία αυτή αποτελείται από την αυτό-θεωρία, δηλαδή τις ιδέες για τον εαυτό και την κοσμοθεωρία. Ο εαυτός προσδίδει σταθερότητα στη συμπεριφορά, αρνούμενος να ενσωματώσει εμπειρίες που διασαλεύουν τη συνοχή της.

Ο Epstein τονίζει τη συναισθηματική πλευρά του εαυτού, η οποία αφιερώνεται στη διατήρηση και ενίσχυση της αυτοεκτίμησης. Βασικός στόχος του εαυτού είναι η αύξηση της αυτοεκτίμησης. Ο εαυτός είναι , ταυτόχρονα, οντότητα που γνωρίζει, δηλαδή υποκείμενο, και αντικείμενο γνώσης. Ο εαυτός, ως αντικείμενο, περιλαμβάνει δύο συστήματα: το λογικό, που αποτελείται από συνειδητές αντιλήψεις για τον εαυτό και το βιωματικό, το οποίο περιλαμβάνει αντιλήψεις από συναισθηματικά έντονες εμπειρίες που ενδέχεται να είναι ή να μην είναι συνειδητές. Η διάκριση γίνεται έκδηλη σε ένα άτομο που έχει υψηλή αυτοεκτίμηση στο λογικό και χαμηλή στο βιωματικό επίπεδο. Σε μια συνέντευξη το άτομο αυτό αποδέχεται τον εαυτό του και του έχει εμπιστοσύνη, ενώ η συμπεριφορά του, που πιθανότατα περνά απαρατήρητη, δείχνει ότι προσβάλλεται εύκολα και είναι αμυντικά επιθετικός · πρόκειται για χαρακτηριστικά που αποτελούν σαφείς ενδείξεις μιας χαμηλής αυτοεκτίμησης (Τάνος ΧΓ, 1985).

Ο Markus και Nurius υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι διαμορφώνουν αντιλήψεις για τις δυνατότητες, τους στόχους, τις ελπίδες και τους φόβους τους κυρίως σε σχέση με τους τομείς που είναι σημαντικοί για τον αυτοπροσδιορισμό τους. Οι πιθανοί εαυτοί προέρχονται από εμπειρίες του παρελθόντος και περιλαμβάνουν, επίσης, αναπαραστάσεις του εαυτού για το μέλλον. Αποτελούν γέφυρες ανάμεσα στο παρόν και το μέλλον και επηρεάζουν τα κίνητρα της συμπεριφοράς (Λεονταρή Α, 1998).

11. ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ

Παρά τις ιστορικές και πολιτισμικές διαφοροποιήσεις ο εαυτός κινείται πάντοτε μεταξύ των δύο διαστάσεων, της απομόνωσης και του σχετίζεσθαι. Θεωρητικοί όπως ο Sartre και ο Descartes τονίζουν την πρώτη διάσταση, ενώ άλλοι όπως ο Cooley και ο Mead δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τέλος, οι ψυχαναλυτικές απόψεις επιδιώκουν μια ενοποίηση των δύο διαστάσεων, εισάγοντας τους όρους της «εσωτερικής αναπαράστασης» και των «αντικειμενοτρόπων σχέσεων».

Η θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης δίνει έμφαση στον κοινωνικό παράγοντα που καθορίζει την αυτοεκτίμηση. Η φαινομενολογική θεωρία δίνει ενεργό ρόλο στο άτομο, τις ανάγκες του και τις αδυναμίες του που διαμορφώνουν την ποιότητα της αυτοεκτίμησης. Η ψυχαναλυτική θεωρία τονίζει την ιδιαιτερότητα κάθε ατόμου δίνοντας βαρύτητα στον ψυχισμό του ανθρώπου. Οι νεότερες θεωρητικές προσεγγίσεις θεωρούν ότι η αυτοεκτίμηση προέρχεται από τις εμπειρίες και την επεξεργασία των πληροφοριών από το άτομο. Σε όλες όμως τις θεωρίες, εαυτός και αυτοεκτίμηση αποτελούν έννοιες αλληλένδετες, με την αυτοεκτίμηση να είναι το κίνητρο συμπεριφοράς που αποβλέπει στη διατήρηση και την ενίσχυσή της και να αποτελεί θεμέλιο της υγιούς και ισορροπημένης προσωπικότητας (Λεονταρή Α, 1998).

2.3 ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Το ερώτημα, εάν η εικόνα του εαυτού παραμένει σταθερή ή μεταβάλλεται σε συνάρτηση του χρόνου και της κατάστασης, αποτέλεσε σημείο διαφωνιών μεταξύ των ερευνητών.

Με έναυσμα τη θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας του Festinger (1957), κατά τον οποίο το άτομο που διαπιστώνει ασυμφωνία μεταξύ στάσεων του ή πεποιθήσεων και συμπεριφοράς κινητοποιείται για να επαναφέρει την αρμονία, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα άτομα έχουν την τάση να δημιουργούν και να διατηρούν μια σταθερή εικόνα εαυτού. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, γνωστή ως θεωρία αυτοσυνέπειας, αναζητούμε εκείνες τις εμπειρίες και αφομοιώνουμε εκείνες τις ιδέες που είναι συνεπείς με τις ήδη υπάρχουσες. Ο Swann et al ισχυρίζεται ότι τα άτομα έχουν την τάση για αυτοεπιβεβαίωση και ανθίστανται σε πληροφορίες αντίθετες με τις αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό. Η τάση αυτή προέρχεται από την επιθυμία τους για προβλεψιμότητα και έλεγχο και, συνεπώς, η επανατροφοδότηση που διαψεύδει την ταυτότητά τους δεν είναι επιθυμητή (Παπαστάμου Σ, 2001).

Η τάση για αυτοεπιβεβαίωση έρχεται αντιμέτωπη με την θεωρία διατήρησης μια θετικής εικόνας εαυτού. Σύμφωνα με την τελευταία οι άνθρωποι σκέφτονται και δρουν με τρόπο που τους επιτρέπει να διατηρούν μια θετική αυτοεκτίμηση. Επιλέγουν πληροφορίες θετικές για τον εαυτό τους και προσπαθούν με τις ενέργειές τους να εδραιώσουν μια θετική εικόνα εαυτού. Αντίθετα, όταν υφίστανται αρνητική ανατροφοδότηση την ερμηνεύουν με τρόπο που ελαχιστοποιεί την απειλή (Markus και Wurf, 1987). Οι Brown, Collins και Schmidt (1988) ισχυρίζονται ότι τόσο τα άτομα με θετική αυτοεκτίμηση όσο και τα άτομα με αρνητική αυτοεκτίμηση επιδιώκουν μια θετική ταυτότητα. Τα άτομα, όμως, με αρνητική αυτοεκτίμηση αποτυγχάνουν συχνά λόγω των αμφιβολιών τους για την θετική τους εικόνα εαυτού, ενώ η τάση για αυτοεπιβεβαίωση συμβάλλει στο να είναι πιο δεκτικοί, στην αρνητική επανατροφοδότηση. Η τάση τους για αυτοσυνέπεια τους ωθεί να διατηρούν μια αρνητική άποψη για τον εαυτό, ενώ η επιθυμία τους τείνει προς ενίσχυση της αυτοεκτίμησης (Rosenberg M, 1986).

Σε αντίθεση με την παραπάνω άποψη που υποστηρίζει ότι η αυτοεκτίμηση και η εικόνα εαυτού είναι σταθερές, κυρίως στην ενήλικη ζωή, κάποιοι άλλοι ερευνητές πιστεύουν ότι η εικόνα του εαυτού επηρεάζεται από περιστασιακούς παράγοντες που οδηγούν σε βραχυπρόθεσμες μεταβολές αυτοεκτίμησης. Ο Gergen (1972) μάλιστα θεωρεί ότι το άτομο έχει πολλούς εαυτούς ανάλογα με τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Όχι μόνο η αυτοπαρουσίαση των ατόμων παρουσιάζει καταφανείς μεταπτώσεις, αλλά και τα συναισθήματα για τον εαυτό, δηλαδή η αυτοεκτίμηση, αλλάζουν (Gergen K, 1997).

Ο James (1980) δηλώνει: «Εμείς οι ίδιοι γνωρίζουμε πολύ καλά, πόσο το βαρόμετρο της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης μας ανυψώνεται και καταποντίζεται, από τη μια μέρα στην άλλη, από αιτίες που είναι ιδιοσυγκρασιακές μάλλον παρά λογικές».

Ο Markus και Kunda (1986) σε μια απόπειρα συμβιβασμού των αντιπαραθέσεων επινοούν τον όρο «εργαζόμενη έννοια του εαυτού» (working self-concept). Η τελευταία αποτελεί ένα επιμέρους σύνολο αντιλήψεων του εαυτού που

είναι προσωρινές και επηρεάζονται από περιστασιακούς παράγοντες, ενώ ο πυρήνας της εικόνας του εαυτού παραμένει σταθερός.

Οι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι η προσωπικότητα αποτελείται από γνωστικές δομές, όπως ο Epstein, και ότι τα ανώτερης βαθμίδας προσωπικά σχήματα, όπως η αυτοεκτίμηση, που προέρχονται από συναισθήματα και σημαντικές εμπειρίες είναι πιο σταθερά και πιο αυθεντικά από τα κατώτερα (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

Για κάποιους ερευνητές η διακύμανση του βαρόμετρου της εικόνας του εαυτού και της αυτοεκτίμησης είναι πιο έντονη κατά την εφηβεία. Ο Rosenberg(1986) αποδίδει την αστάθεια της αυτοεκτίμησης σε παράγοντες σχετικούς με την κοινωνικοποίηση του ατόμου. Ο έφηβος στηρίζεται στις γνώσεις των άλλων που, πιθανόν, να είναι αντιφατικές ή αμφιλεγόμενες με αποτέλεσμα την αμφιβολία για τον εαυτό του και την αξία του (Rosenberg M, 1986).

Η Harter (1990) αναφέρει ότι ο έφηβος αναπτύσσει αντιθετικούς εαυτούς που επιζητά να συνενώσει σε μια αυτοθεωρία. Η απόκλιση πραγματικού και ιδανικού εαυτού, δηλαδή αυτό που θα ήθελε να είναι αποτελεί κίνητρο δράσης, αλλά και προκαλεί δυσφορία σύγκρουσης (Harter S, 1999).

Τέλος, ίσως, αυτές οι απόψεις να μην είναι αντίθετες μεταξύ τους, αλλά, αν και δεν υπάρχει ποτέ μια χρυσή τομή, η αλήθεια να βρίσκεται κάπου στη μέση. Η εικόνα του εαυτού και συνεπακόλουθα η αυτοεκτίμηση μπορεί να ποικίλλουν στα επιμέρους χαρακτηριστικά τους αλλά να είναι σταθερές στη βασική τους δομή (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

2.4 ΙΔΑΝΙΚΟΣ ΕΑΥΤΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η έννοια του ιδανικού εαυτού είναι αναγκαία για τον ορισμό της αυτοεκτίμησης, δεδομένου ότι η αυτοεκτίμηση αναφέρεται στα συναισθήματα ικανοποίησης που έχει το άτομο για τον εαυτό του και τα οποία αντανακλούν τη σχέση μεταξύ ιδανικού εαυτού και πραγματικής εικόνας του εαυτού (Pervin L, 1999).

Ο Higgins (1987) κάνει μια διάκριση μεταξύ τριών όψεων του εαυτού. Ο «πραγματικός εαυτός»(actual self) υποδηλώνει τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες που το άτομο αποδίδει στον εαυτό του. Ο «ιδανικός εαυτός»(ideal self) αντιπροσωπεύει τα χαρακτηριστικά που το άτομο θα ήθελε να έχει. Ο «δεοντικός εαυτός»(ought self) αντικατοπτρίζει τα χαρακτηριστικά που το άτομο θα έπρεπε να έχει και αναφέρεται σε πολιτιστικές αξίες και ηθικούς κανόνες. Οι τρεις αυτοί εαυτοί μπορεί να εκλαμβάνονται διαφορετικά από τους άλλους και από το ίδιο το άτομο. Για παράδειγμα, ένα άτομο εκτιμά τον εαυτό του χαμηλά σε μια κλίμακα που μετρά την εξωτερική του εμφάνιση. Ωστόσο, το άτομο αυτό θα επιθυμούσε να είναι μια γοητευτική γυναίκα ή ένας γοητευτικός άντρας (ιδανικός εαυτός), ενώ με αντικειμενικά κριτήρια (κρίσεις των άλλων) θεωρείται εμφανίσσιμος. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, μια ασυμφωνία των τριών πλευρών του εαυτού που έχει ως αποτέλεσμα την χαμηλή αυτοεκτίμηση (Piolat M, 1992).

Ο «ιδανικός εαυτός» σχηματίζεται μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων βάσει της μίμησης προτύπων. Κατά τον Burns (1982), ο ιδανικός εαυτός αντανακλά τις προσωπικές επιθυμίες και φιλοδοξίες του ατόμου. Ο Murray (1953) υποστηρίζει ότι

αποτελεί το σύνολο των φιλοδοξιών που οδηγούν στον υψηλότερο στόχο που το άτομο έχει διανοηθεί για τον εαυτό του. Κατά τον Allport (1961), καθορίζει τους στόχους του ατόμου για το μέλλον. Τέλος, οι Combs και Soper (1957) ορίζουν τον ιδανικό εαυτό ως «το σύνολο εκείνων των χαρακτηριστικών του εαυτού που το άτομο θεωρεί αναγκαία για να φτάσει στην επάρκεια (μερικές φορές δυστυχώς στην τελειότητα)» (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

Ο Rogers (1951) δίνει εξαιρετική βαρύτητα στον ιδανικό εαυτό και τον χρίζει ως την υψηλότερη αξία του ατόμου. Τονίζει ότι η ασυμφωνία μεταξύ πραγματικού εαυτού αποτελεί κριτήριο χαμηλής αυτοεκτίμησης που προκαλεί άγχος, χαρακτηριστικό των νευρωσικών ατόμων. Στόχος της θεραπευτικής του προσέγγισης είναι να αποκτήσει το άτομο θετική αυτοεκτίμηση μέσω της ορθής αντίληψης του εαυτού του και του περιβάλλοντός του. Όταν το άτομο αποκτήσει θετική αυτοεκτίμηση, η γνώμη η δική του για τον εαυτό του θα έχει μεγαλύτερη σημασία από την αντίληψη των άλλων.

Προϋπόθεση, επομένως, για προσωπική ευτυχία και ικανοποίηση στη ζωή αποτελεί η υψηλή αυτοεκτίμηση που προέρχεται από την εξάλειψη του χάσματος μεταξύ πραγματικής και ιδανικής εικόνας εαυτού (Chasseguet-Smirgel J, 1985).

2.5 ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΟΨΕΩΝ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

Όπως, ήδη, έχουμε αναφέρει οι δύο βασικές συνιστώσες του εαυτού είναι η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση. Η αυτοαντίληψη αφορά τη γνωστική πλευρά του ενώ η αυτοεκτίμηση τη συναισθηματική πλευρά, η οποία δείχνει το βαθμό στον οποίο το άτομο επιδοκμάζει τον εαυτό του. Σύμφωνα με τον Coopersmith, η αυτοεκτίμηση είναι μια «προσωπική εκτίμηση αυτοαξίας που κάνει το άτομο για τον εαυτό του».

Ο Rosenberg τονίζει ότι η αυτοεκτίμηση δεν αναφέρεται σε συναισθήματα ανωτερότητας-την πεποίθηση δηλαδή ενός ατόμου ότι υπερέχει απέναντι των άλλων-ή τελειότητας-την πεποίθηση του ατόμου ότι είναι αλάθητο ή χωρίς ελαττώματα-αλλά αναφέρεται σε συναισθήματα αυτοαποδοχής και αυτοσεβασμού. Το άτομο με υψηλή αυτοεκτίμηση δεν θεωρεί τον εαυτό του ούτε καλύτερο, ούτε χειρότερο από τους άλλους. Το άτομο με χαμηλή αυτοεκτίμηση θεωρεί τον εαυτό του ανάξιο και ανεπαρκή. Επομένως, για το Rosenberg η αυτοεκτίμηση συνεπάγεται το τύπο αυτοαντίληψης (Rosenberg M, 1986).

Ο James ορίζει όπως είπαμε, την αυτοεκτίμηση ως πηλίκο των επιτυχιών προς τις προσδοκίες του ατόμου.

Αυτοεκτίμηση = επιτυχίες/προσδοκίες

Επομένως, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης επέρχεται είτε με μείωση των προσδοκιών σε τομείς που νιώθει ανεπαρκής, διαμέσου της υποβάθμισης της σπουδαιότητας των τομέων αυτών, είτε με αύξηση της επίδοσης σε τομείς που θεωρεί ο ίδιος σημαντικούς για τη ζωή του. Επομένως, η μείωση της απόκλισης ανάμεσα στο βαθμό αντίληψης και το βαθμό σπουδαιότητας των τομέων οδηγούν σε θετική αυτοεκτίμηση. Για άλλους ερευνητές, οι δύο έννοιες αλληλοεξαρτώνται και δεν χρειάζονται να διαφοροποιηθούν. Έτσι για τους Wells και Marxell(1976), η

αυτοαντίληψη αφορά τις στάσεις προς τον εαυτό και η αυτοεκτίμηση αποτελεί την αξιολογική πτυχή καθεμίας στάσεις από αυτές (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

Ο Brown (1993) ισχυρίζεται ότι η αυτοεκτίμηση δεν εξαρτάται από τις πεποιθήσεις του ατόμου για την επάρκεια του στους επιμέρους τομείς, αλλά το αντίθετο. Η υψηλή αυτοεκτίμηση είναι αυτή που οδηγεί στην πεποίθηση ότι το άτομο έχει θετικά στοιχεία. Η αυτοεκτίμηση, ακόμη, είναι περισσότερο σταθερή ως σφαιρική άποψη του ατόμου για την αξία του, ενώ ο Burns θεωρεί την αυτοεκτίμηση συνώνυμη με την αυτοαντίληψη. Θεωρεί ότι η αυτοαντίληψη περιλαμβάνει δύο πτυχές: την περιγραφική, που είναι το γνωστικό συστατικό της και την αξιολογική (Burns RB, 1982).

Τέλος οι Marsh και Yeung (1998) θεωρούν ότι η διερεύνηση της κατεύθυνσης των αιτιωδών σχέσεων μεταξύ αυτοεκτίμησης και επιμέρους τομέων αυτοαντίληψης πρέπει να γίνεται με τον έλεγχο της προσαρμογής σε διαχρονικά δεδομένα διαφόρων ανταγωνιστικών μοντέλων δομικών εξισώσεων των σχέσεων αυτών. Στο πρώτο μοντέλο οι επιμέρους αντιλήψεις προηγούνται αιτιωδώς της αυτοεκτίμησης. Στο δεύτερο η αυτοεκτίμηση προηγείται αιτιωδώς των επιμέρους αντιλήψεων. Στο μοντέλο των αμοιβαίων σχέσεων η αυτοεκτίμηση και οι αυτοαντιλήψεις αλληλεπιδρούν με την πάροδο του χρόνου. Τέλος στο μοντέλο οριζόντων επιδράσεων αυτοεκτίμηση και αυτοαντιλήψεις αυτοεπηρεάζονται διαχρονικά, ενώ αποτελούν ανεξάρτητες μεταξύ τους οντότητες (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

2.6 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Αρχικά η έννοια του εαυτού εκλαμβάνονταν ως μια γενική-αδιαφοροποίητη εννοιολογική κατασκευή. Κύριος εκπρόσωπος της μονοδιάστατης αυτής θεωρίας του εαυτού ήταν ο Coopersmith (1967). Το ερωτηματολόγιό του χρησιμοποιήθηκε ευρύτατα στην κλινική πρακτική και στην ψυχολογική έρευνα. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το σχολείο, τους συνομηθικούς, την οικογένεια και τον εαυτό γενικότερα. Το άθροισμα των τιμών όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου αποτελεί το δείκτη αυτοεκτίμησης. Το μοντέλο του χαρακτηρίζεται ως μονοδιάστατο-αθροιστικό μοντέλο του εαυτού (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

Ο Rosenberg (1986) ήταν ο πρώτος που αμφισβήτησε τα μονοδιάστατα-αθροιστικά μοντέλα της έννοιας του εαυτού. Υιοθετώντας την άποψη του James, ότι το κάθε άτομο έχει μια σφαιρική άποψη για την αξία του ως άτομο πέρα από τις αυτοαντιλήψεις στους επιμέρους τομείς της ζωής, δίνει έμφαση στη σφαιρική φύση της αυτοεκτίμησης. Σε αντίθεση με το ερωτηματολόγιο του CooperSmith, όπου η αυτοεκτίμηση αποτελεί το απλό άθροισμα των ερωτήσεων, για τον Rosenberg τα στοιχεία του εαυτού σταθμίζονται, ιεραρχούνται και συνθέτουν μια εξίσωση, της οποίας το άτομο δεν έχει επίγνωση. Το μοντέλο του Rosenberg αποκαλείται μονοδιάστατο σφαιρικό.

Ο Rosenberg υιοθετεί επίσης την άποψη του James ότι η αυτοαντίληψη του ατόμου σε κάποιο τομέα θα επηρεάσει τη γενική του αυτοεκτίμηση εφόσον ο τομέας αυτός έχει υποκειμενική σπουδαιότητα για το συγκεκριμένο άτομο. Η ελευθερία σ'

αυτές τις επιλογές περιορίζεται από τη σπουδαιότητα που προσδίδει η κοινωνία σε ορισμένους τομείς και αξίες. Για τον Rosenberg, η γενική αυτοεκτίμηση εμπεριέχει στοιχεία κοινωνικής ταυτότητας, προδιαθέσεις και σωματικά χαρακτηριστικά. Τα στοιχεία κοινωνικής ταυτότητας είναι άπειρα και αφορούν το φύλο, τη φυλή, την ηλικία κτλ. Ο Rosenberg τα χωρίζει σε έξι κατηγορίες. 1) Το κοινωνικό status που αποτελεί παράγοντα οικουμενικής διαφοροποίησης και προσδιορίζεται από το φύλο, την ηλικία, την κοινωνική τάξη και το επάγγελμα. 2) Τη συμμετοχή σε ομάδες, η οποία μπορεί να αναφέρεται στην πολιτισμική ταυτότητα του ατόμου. 3) Τον κοινωνικό χαρακτηρισμό που αντιστοιχεί στις «ετικέτες» που χαρακτηρίζουν, τα άτομα που παραβιάζουν τις κυρίαρχες νόρμες όπως αλκοολικός, ομοφυλόφιλος. 4) Την προσωπική ιστορία του ατόμου, δηλαδή τις ιδιαιτερότητες της αυτοβιογραφίας όπως διεξυγμένως, αποφυλακισμένος. 5) Τους κοινωνικούς τύπους που προέρχονται από τα ενδιαφέροντα, τις στάσεις, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ή τις συνήθειες του ατόμου. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να χαρακτηριστεί Δον Ζουάν σε ευρύ κοινωνικό σύνολο ή αρχηγός σε στενότερο κοινωνικό πλαίσιο. 6) Τέλος την προσωπική ταυτότητα που αναφέρεται στις βαθύτερες σκέψεις, συναισθήματα και επιθυμίες του ατόμου. Τα στοιχεία αυτά είναι κοινωνικά ιεραρχημένα και η αξία του ατόμου εξαρτάται από το κοινωνικό γόητρο που του προσδίδουν. Ένας καθηγητής αντιμετωπίζεται με σεβασμό ακόμη και ακαλλιέργητος, ένας τσιγγάνος με περιφρόνηση και ένας πρώην κατάδικος με δυσπιστία.

Οι προδιαθέσεις αφορούν τις στάσεις του ατόμου, τα χαρακτηριστικά του, τις συνήθειες, τις ικανότητες και τις αξίες του. Εκφράζουν τον πραγματικό εαυτό και έρχονται αντιμέτωπα με τα στοιχεία κοινωνικής ταυτότητας που αντιπροσωπεύουν τον εξωτερικό εαυτό.

Τέλος, τα σωματικά χαρακτηριστικά ή η εικόνα σωματικού εαυτού (body image) αναφέρεται στην εικόνα του σώματος όπως τη βιώνει το ίδιο. Τα σωματικά χαρακτηριστικά έχουν ιδιαίτερη σημασία για την προσωπικότητα του ατόμου, ειδικά, όταν δεν ανταποκρίνονται στην αντικειμενική πραγματικότητα ή όταν συγκρούονται με αντιλήψεις άλλων. Με την πάροδο του χρόνου, τα άτομα παύουν να χαρακτηρίζουν τον εαυτό τους βάσει της εξωτερικής εμφάνισης και οι αυτοπεριγραφές τους γίνονται όλο και πιο αφηρημένες (Rosenberg M, 1986).

Στη συνέχεια, σύγχρονοι θεωρητικοί αμφισβήτησαν και αυτοί το μονοδιάστατο αθροιστικό μοντέλο του εαυτού, επειδή μια τέτοια προσέγγιση αγνοεί την πολυδιάστατη φύση των αυτοπεριγραφικών εκτιμήσεων. Οι ενδοατομικές και οι διατομικές διαφορές, σχετικά με την έννοια του εαυτού, οφείλονται στη διαφορετική υποκειμενική βαρύτητα που έχουν οι επιμέρους τομείς της ζωής τους. Σύμφωνα με την πολυδιάστατη αυτή προσέγγιση, τα άτομα διατηρούμε πολλές επιμέρους αυτοεικόνες για τους διάφορους τομείς της ζωής μας. Οι αυτοεικόνες αυτές, όπως για παράδειγμα για τις γνωστικές ικανότητες ή τα σωματικά προσόντα, αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας. Ωστόσο, πέρα από τις αυτοπεριγραφές στους διάφορους τομείς, έμφαση δίνεται στη σφαιρική άποψη του ατόμου για την αξία του, δηλαδή την αυτοεκτίμησή του (Λεονταρή Α, 1998).

Δύο είναι τα πολυδιάστατα μοντέλα που έχουν επικρατήσει το ιεραρχικό και το ομοκεντρικό. Το ιεραρχικό μοντέλο τοποθετεί στην κορυφή της πυραμίδας την αυτοεκτίμηση, δηλαδή τη γενική εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του όπως το κατά πόσο είναι ικανό, σημαντικό ή επιτυχημένο. Κάτω από την αυτοεκτίμηση, βρίσκονται οι επιμέρους εικόνες του εαυτού ιεραρχημένες σε διάφορα επίπεδα. Για παράδειγμα, η σωματική αυτοαντίληψη υποδιαιρείται έπειτα σε σωματικές ικανότητες και σε φυσική εμφάνιση. Το πιο γνωστό ιεραρχικό μοντέλο είναι αυτό των Shavelson, Hubner και Stanton οι οποίοι θεωρούν ότι η γενική

αυτοεκτίμηση στην κορυφή της ιεραρχίας είναι σταθερή, ενώ, καθώς κατέρχεται κανείς τις βαθμίδες, η εικόνα του εαυτού γίνεται λιγότερο σταθερή. Μεταβολές, επομένως, στη βάση της πυραμίδας επισκιάζονται από ανώτερες ιεραρχικά αυτοαντιλήψεις.

Η κριτική που ασκήθηκε στα ιεραρχικά μοντέλα ήταν έντονη καθώς μια σαφής ιεραρχική δομή της έννοιας του εαυτού δεν έχει τεκμηριωθεί, άρα είναι αυθαίρετη. Η Harter θεωρεί ότι τα μοντέλα αυτά είναι στατικά και δεν συνεκτιμούν την υποκειμενική σπουδαιότητα, καθώς οι επιμέρους αυτοαντιλήψεις υπεισέρχονται με την ίδια σχετική βαρύτητα σε όλα τα άτομα. Δεν εξετάζουν, ακόμη, πώς η δομή της ιεραρχίας επηρεάζεται από τη συγκεκριμένη κατάσταση κάθε φορά, καθώς και από την πάροδο της ηλικίας.

Το ομοκεντρικό μοντέλο δίνει έμφαση στο γεγονός ότι οι διάφορες πτυχές της αυτοαντίληψης διαφέρουν για το κάθε άτομο ως προς τη σπουδαιότητα που τους αποδίδει. Ο εαυτός απεικονίζεται σε ένα σχήμα ομόκεντρων κύκλων. Οι πιο κεντρικές πτυχές είναι οι πιο σημαντικές και σταθερές. Αντίθετα όσες βρίσκονται στην περιφέρεια είναι ασήμαντες για το άτομο. Κατά τη διάρκεια της ζωής στοιχεία της περιφέρειας μπορεί να μετακινηθούν στο κέντρο και το αντίστροφο.

Σημείο διαφωνίας, όπως, ήδη, αναφέραμε, είναι το αν η αυτοεκτίμηση εμπεριέχει τις επιμέρους εικόνες του εαυτού ή είναι ανεξάρτητη από αυτές. Τέλος, λοιπόν, το πολυπαραγοντικό μοντέλο της Harter στηρίζεται στην άποψη του James ότι ο ρόλος της υποκειμενικής σπουδαιότητας των επιμέρους τομέων αυτοαντίληψης επιδρά στην αυτοεκτίμηση του ατόμου. Στα ερωτηματολόγια της κλίμακας για ενήλικες, οι τομείς αυτοαντίληψης εξετάζονται μέσω των συναφειών τους με μια ξεχωριστή κλίμακα που μετρά την αυτοεκτίμηση (Μακρή-Μπότσαρη Ε, 2001).

2.7 ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η αυτοεκτίμηση, όπως και ο εαυτός, δεν είναι έμφυτη ψυχολογική κατασκευή, έως εκ τούτου, δεν είναι ούτε έτοιμη, ούτε ολοκληρωμένη στη φάση της υποτυπώδους, ελλιπούς και ανοργάνωτης εμπειρίας. Το περιβάλλον ψυχολογικό και κοινωνικό, η μάθηση, η βιολογική ωρίμανση συνιστούν τις παραμέτρους της αυτοεκτίμησης η οποία ερμηνεύει την εμπειρία και κατευθύνει τη συμπεριφορά.

Τις πρώτες δεκαετίες της ζωής, τίθενται οι πρώτες βάσεις για τη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης. Το βρέφος, κατά τη γέννηση, είναι ένας βιολογικός οργανισμός του οποίου τα όρια με τον εξωτερικό κόσμο δεν είναι σαφή. Το βρέφος δε διακρίνει τον εαυτό του από τη μητέρα, ώσπου να επέλθει η διαδικασία χωρισμού από εκείνη. Το παιδί σταδιακά μέσα από το παιχνίδι, την επαφή ή όχι με τη μητέρα και την ωρίμανση των αντιληπτικών του λειτουργιών κατανοεί την ξεχωριστή του οντότητα. Για τον Piaget, η φάση του διαχωρισμού του σώματος τερματίζεται στο τέλος της αισθησιοκινητικής περιόδου. Κατά την περίοδο αυτή το νεογέννητο αποκτά τη γνώση του σώματός του με τον έλεγχο που ασκεί στα μέλη του, με τις μετακινήσεις στο χώρο και με την εξερεύνηση του κόσμου που το περιβάλλει. Η συνειδητοποίηση αυτής της διαφοροποίησης συνδέεται με αίσθημα ικανοποίησης, όταν ικανοποιούνται

οι ενστικτώδεις ανάγκες του βρέφους και απογοήτευσης στην αντίθετη περίπτωση. Φυσικά, η άμεση ικανοποίηση των αναγκών του ή η υπέρμετρη ικανοποίηση χωρίς την παρουσία έντασης ή, τέλος, η έλλειψη ικανοποίησης στερούν το παιδί από τις προϋποθέσεις εκείνες που εξασφαλίζουν την έγκαιρη αντίληψη των δικών του λειτουργιών και της δικής του αυθύπαρκτης ύπαρξης. Το επόμενο βήμα είναι η θεώρηση του εαυτού ως αντικειμένου, η αυτοαναγνώριση, δηλαδή η αναγνώριση του εαυτού μας στον καθρέπτη (18-24 μηνών) που προϋποθέτει τη σύνδεση πράξης και αποτελέσματος από το βρέφος. Η επανατροφοδότηση από τους σημαντικούς άλλους συμβάλλει στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης (Harter S, 1999).

Το πρώτο λοιπόν βήμα στην πορεία για το σχηματισμό μιας σφαιρικής εικόνας για τον εαυτό πραγματοποιείται με την αντίληψη του σωματικού εαυτού. Ο σωματικός εαυτός προετοιμάζει την ανάπτυξη του ψυχικού εαυτού, στον οποίο υπάγονται ο κοινωνικός και ο γνωστικός εαυτός, καθώς και οι συναισθηματικές στάσεις απέναντι σ' αυτούς. Όσο οι εμπειρίες πληθαίνουν και διαφοροποιούνται στις σχέσεις του ανθρώπου με το περιβάλλον και όσο η συμβολική και η αφηρημένη ικανότητα εξελίσσονται, εμφανίζεται ο μη φυσικός εαυτός που υπερέχει σε σπουδαιότητα του σωματικού και του οποίου τα στοιχεία είναι πιο αφηρημένα. Έρευνες, ωστόσο, σε ενηλίκους αποδεικνύουν ότι ο σωματικός εαυτός συνεχίζει να έχει σπουδαία σημασία για την εικόνα του εαυτού μας. Έτσι, αποδείχθηκε (Kurtz, 1971) ότι όσοι έτρεφαν αρνητικά συναισθήματα για το σώμα τους, είχαν τα ίδια αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό τους ως ολότητα. Ενώ, άτομα με θετικά αισθήματα για το σώμα τους είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση.

Σύμφωνα με τον Piaget, η γνώση του εαυτού προέρχεται από την ολοένα αυξανόμενη νοημοσύνη του παιδιού, τη συμβολική δύναμή της γλώσσας και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Έτσι στο στάδιο προσυλλογιστικής σκέψης (2-7 ετών) ο λόγος του παιδιού είναι εγωκεντρικός και η δημιουργία θετικών στάσεων απέναντι στον εαυτό του εξαρτάται από την αποδοχή του εγωκεντρισμού του από τους άλλους. Ταυτόχρονα, το παιδί μπορεί να διαμορφώσει αρνητική εικόνα εαυτού αν πιεστεί από τους άλλους να κατανοήσει έννοιες που ακόμη δεν είναι έτοιμο να αφομοιώσει. Με το στάδιο των συγκεκριμένων συλλογισμών (7-11 ετών) και, κυρίως, με το επόμενο κατά το οποίο αποκτά την αφαιρετική σκέψη (11-12 ετών) εδραιώνεται η αντίληψή του για τη νοητική του ικανότητα με συνεπακόλουθο την αποτίμησή του (Perlin L, 1999).

Στην προσχολική ηλικία, το παιδί έχει εσωτερικεύσει την εικόνα της μητέρας και ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες. Στο στάδιο αυτό, η αίσθηση αποτελεσματικότητας του παιδιού σε σχέση με τις νέες πρωτοβουλίες που αναλαμβάνει και η αποδοχή του από τους άλλους, όπως φαίνεται από τις θετικές αντιδράσεις και τις ενθαρρύνσεις τους, συντελούν στην δημιουργία ενός συναισθήματος αυτοπεποίθησης που συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας θετικής αυτοεκτίμησης. Αντίθετα, όταν αποθαρρύνεται ή τιμωρείται νιώθει αρνητικά συναισθήματα, όπως ενοχή και φόβο, που συνεπάγονται την ανάπτυξη μιας χαμηλής αυτοεκτίμησης. Ο Erikson ονομάζει το στάδιο αυτό «πρωτοβουλίας-ενοχής». Στην ηλικία 3-5 ετών το παιδί προσδιορίζει τον εαυτό του με αυτοπεριγραφές που έχουν αρνητική ή θετική χροιά και αντανakλούν τη δημιουργία μιας αρνητικής ή θετικής αυτοεκτίμησης, αντίστοιχα. Η έννοια του σωματικού εαυτού είναι κυρίαρχη, και εδώ, λόγω των ψυχολογικών της προεκτάσεων. Οι περιγραφές του εαυτού παιδιών προσχολικής ηλικίας αναφέρονται σε εμφανή, φυσικά χαρακτηριστικά, σε δραστηριότητες, σε ενέργειες που δείχνουν ικανότητες όπως ντύνομαι μόνη μου, σε κατοχή υλικών αγαθών και σε προτιμήσεις, όχι, όμως, ακόμη σε σταθερά ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

Στην διάρκεια της σχολικής ηλικίας, η απόκτηση αναγκαίων κοινωνικών δεξιοτήτων, φιλοπονίας κατά τον Erikson, οδηγεί σε συναισθήματα πληρότητας και ικανοποίησης. Παιδιά που δεν έχουν ευκαιρίες ελέγχου του κόσμου τους οδηγούνται σε ένα αίσθημα κατωτερότητας και στην πεποίθηση ότι δεν αξίζουν τίποτα (Erikson ΕΗ, 1963).

Την ίδια περίοδο συντελείται μια στροφή από τα παρατηρήσιμα χαρακτηριστικά προς τον εσωτερικό εαυτό και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Οι πρώτες περιγραφικές αναφορές αναφέρονται σε ιδιότητες του ατόμου όπως έξυπνος, φιλικός, σε συναισθηματικές καταστάσεις όπως χαρούμενος. Με την πάροδο του χρόνου τα παιδιά αναγνωρίζουν τη συναισθηματική σταθερότητα όπως ψυχραιμία και δίνουν έμφαση σε διαπροσωπικά χαρακτηριστικά όπως κοινωνικός, ντροπαλός, δημοφιλής. Επιπλέον, αρχίζουν να διαμορφώνουν μια σφαιρική άποψη για την αξία τους ως άτομα, δηλαδή την αυτοεκτίμησή τους. Κατά το Selman (1980), η διάκριση μεταξύ εξωτερικής εμφάνισης και συμπεριφοράς περνά δύο υποστάδια. Στην ηλικία των 6 ετών, τα ψυχολογικά βιώματα διαφέρουν από τη συμπεριφορά, αλλά τα παιδιά, ενώ συνειδητοποιούν τη διαφορά, πιστεύουν ότι υπάρχει μια συνάφεια μεταξύ τους. Στην ηλικία των 8 ετών, είναι πλέον σε θέση να αναγνωρίζουν ότι η φυσική εμφάνιση και εσωτερικό βίωμα διαφέρουν εντελώς.

Στην εφηβεία συντελούνται οι πιο δραστικές αλλαγές καθώς πληθαίνουν οι εμπειρίες και αναπτύσσεται η συμβολική ικανότητα. Ο Horrocks (1969) αναφέρει ότι κάθε άτομο στα μέσα της εφηβείας έχει αναπτύξει ένα προσωπικό εαυτό που περιέχει το σωματικό και ψυχικό εαυτό. Ταυτόχρονα κάνει την εμφάνισή του ένας μη φυσικός εαυτός με περισσότερο αφηρημένα στοιχεία, όπως, ήδη, αναφέραμε. Η απόκτηση της αφηρημένης σκέψης καθιστά δυνατή την οργάνωση «ετικετών» σε ανώτερης βαθμίδας αφηρημένες εννοιολογικές κατασκευές. Έτσι, τα αντιπροσωπευτικά σύνολα που έχει τη δυνατότητα να κατασκευάσει εντάσσονται κάτω από μια κατηγορία αφηρημένη. Για παράδειγμα, οι «ετικέτες» χαρακτηριστικών όπως χαρούμενος, ικανοποιημένος, θλιμμένος εντάσσονται στην αφηρημένη εννοιολογική κατασκευή «διάθεση» (Λεονταρή Α, 1998).

Οι έφηβοι αναζητούν την ταυτότητά τους, με άλλα λόγια, πρέπει να επιλέξουν κάποιο ρόλο, προκειμένου να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο, και να σταθεροποιηθούν σ' αυτό. Ο Erikson (1968) θεωρεί ότι η διαμόρφωση του εαυτού ολοκληρώνεται στην περίοδο της εφηβείας, αλλά συνεχίζει να εξελίσσεται στα διάφορα στάδια της ενήλικης ζωής. Κάνει λόγο για τη σύγχυση ταυτότητας που συντελείται στην εφηβεία, ως μια κρίση του εαυτού. Τα σταθερά και συνεπή πρότυπα της πρώτης δεκαετίας πολλαπλασιάζονται και προκαλούν σύγχυση και εσωτερική σύγκρουση ως προς τις επιλογές. Ο έφηβος συναντά δυσκολίες στο να καθορίσει το ρόλο του και, αν το περιβάλλον δεν είναι υποστηρικτικό, η ατομική ταυτότητα περνάει κρίση. Αν το φαινόμενο της σύγχυσης δεν έχει βαθιές ρίζες και ελέγχονται τα αίτιά του, ο έφηβος αντιπαρέρχεται την κρίση ανώδυνα. Αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της προηγούμενης εμπειρίας. Ένα ευτυχές παρελθόν σε εμπειρίες, σε αντίθεση με εκείνο που το βαραίνουν βιώματα ανασφάλειας και δυσπιστίας, βοηθά στον προσανατολισμό του εαυτού και την επένδυσή του με θετική αυτοεκτίμηση (Pervin L, 1999).

Για τον Rosenberg (1979), η προσπάθεια του ατόμου να δει τον εαυτό του μέσα από τα μάτια του άλλου, οδηγεί σε μια σχετικά ασταθή εικόνα του εαυτού στο στάδιο της εφηβείας. Καθώς οι έφηβοι μαθαίνουν τι ακριβώς αναμένουν οι άλλοι από αυτούς, διαμορφώνουν μια σταθερότερη εικόνα εαυτού και μια πιο σταθερή αυτοεκτίμηση (Bachman et al, 1978; Coleman, 1980; Dusek & Flaherty, 1981; Wylie, 1979).

Η έννοια του εαυτού και τα συνεπακόλουθα αισθήματα απέναντι σ' αυτόν, δηλαδή η αυτοεκτίμηση έχει ερευνηθεί ελάχιστα μετά το στάδιο της εφηβείας. Ο Erikson είναι από τους λίγους θεωρητικούς που με την ψυχοκοινωνική του θεωρία κάλυψε όλη την έκταση της ζωής. Η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση ολοκληρώνονται, κατ' αυτόν, στη φάση της εφηβείας, αλλά συνεχίζουν να εμπλουτίζονται σε όλη τη διάρκεια της ζωής, δεν παύει, όμως, να εξαρτώνται από προηγούμενα στάδια και την επιτυχή λύση τους.

Το έκτο, λοιπόν, από τα οκτώ στάδια της θεωρίας του έχει ως στόχο την οικειότητα, που εμπεριέχει μια μορφή δέσμευσης ώστε να δημιουργήσει το άτομο σχέσεις με νόημα. Η ανυπαρξία οικειότητας στις σχέσεις οδηγεί σε αίσθηση απομόνωσης και μειωμένη αυτοεκτίμηση. Το στάδιο αυτό προϋποθέτει την αυτονομία, την εμπιστοσύνη στον εαυτό και τους άλλους και την απόκτηση ενός σταθερού ρόλου που επιτυγχάνονται σε προηγούμενα στάδια.

Στο επόμενο στάδιο, της μέσης ενήλικης ζωής, το άτομο έχει χτίσει την επαγγελματική του καριέρα και έχει αναπτύξει στενές προσωπικές σχέσεις. Στόχος του, τώρα, είναι η απόκτηση μιας δυνατότητας γενίκευσης που πηγάζει από την υποστήριξη της ανάπτυξης της επόμενης γενιάς. Αν τα άτομα δεν το κάνουν αυτό, αν δηλαδή δεν αγνοήσουν προσωπικές τους ανάγκες προς όφελος των αναγκών των άλλων, οδηγούνται σταδιακά στην απραξία.

Το τελευταίο στάδιο ανάπτυξης του Erikson είναι η ολοκλήρωση του Εγώ. Τα άτομα κάνουν έναν απολογισμό της ζωής τους και είναι ικανά κοιτάζοντας πίσω να αισθανθούν ικανοποιημένα. Αντιθέτως, άτομα που δεν θεωρούν τη ζωή τους επιτυχημένη βιώνουν μια τραγική αίσθηση απόγνωσης και καταβάλλουν απεγνωσμένες προσπάθειες να αναπληρώσουν το χαμένο χρόνο. Είναι κάτι σαν την κρίση της μέσης ηλικίας που οδηγεί σε μια δραματική επανεκτίμηση του εαυτού (Erikson EH, 1963).

Ο Pearlin (1980) σε μια ανασκόπηση των ερευνών επισημαίνει ότι τα σημαντικά γεγονότα της ενήλικης ζωής όπως γάμος, γέννηση παιδιών, θάνατος γονιών ακολουθούνται από μικρές συναισθηματικές αλλαγές που δεν επηρεάζουν σημαντικά την γενική αυτοεκτίμηση του ενήλικα. Υπάρχουν σίγουρα σημαντικές αλλαγές στη γεροντική ηλικία, αλλά αυτές δεν έχουν ερευνηθεί αρκετά (Λεονταρή Α, 1998).

2.8 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η αυτοεκτίμηση είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης διαφόρων παραγόντων. Το αλληλεπιδραστικό μοντέλο της ανάπτυξης υποστηρίζει ότι κάθε άτομο αντιδρά, με βάση τα ιδιοσυστατικά χαρακτηριστικά του, διαφορετικά στις ίδιες εξωτερικές συνθήκες και ανάλογα με την αντίδρασή του, οι άλλοι διαμορφώνουν τη δική τους στάση απέναντί του. Το άτομο επηρεάζεται, αλλά και επηρεάζει τις αντιδράσεις των άλλων. Οι «άλλοι» είτε αναφέρονται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, είτε σε κάποιες θεωρίες διαφοροποιούνται αναφορικά με τους βασικούς φορείς της κοινωνικοποίησης όπως οικογένεια, σχολείο κτλ. Όση περισσότερη στήριξη νιώθει το

άτομο ότι λαμβάνει από διάφορα πρόσωπα του κοινωνικού περιβάλλοντός του, τόσο θετικότερη είναι η αυτοεκτίμησή του (Martinot D, 1995).

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

Ο Rosenberg σε μια προσπάθεια να προσδιορίσει ποια πρόσωπα μπορούν να θεωρηθούν «σημαντικοί άλλοι» στη ζωή του παιδιού κατέληξε ότι ένα πρόσωπο εκλαμβάνεται ως σημαντικό όταν έχει μια θετική γνώμη για το άτομο και αν η γνώμη του αυτή αξιολογηθεί ως έγκυρη. Η εγκυρότητα της γνώμης του βασίζεται στο αν το πρόσωπο αυτό είναι αποδεκτό όσον αφορά το επίπεδο γνώσεών του, στο βαθμό που η γνώμη του συμπίπτει με τη γνώμη των άλλων και, τέλος, από τον κοινωνικό του ρόλο. Για τον Rosenberg η σειρά σημαντικότητας των άλλων είναι συνήθως: η μητέρα, ο πατέρας, τα αδέρφια, οι δάσκαλοι, οι φίλοι. Ακόμη, αυτή η σειρά έχει σχέση με τα χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου όπως η ηλικία και το φύλο. Με την πάροδο του χρόνου οι «σημαντικοί άλλοι» διαφοροποιούνται και κάποιοι θεωρούνται πλέον λιγότερο σημαντικοί απ' ότι στο παρελθόν. Επίσης, διαφορές εντοπίζονται ως προς το φύλο, για παράδειγμα τα κορίτσια αποδίδουν μεγαλύτερη σπουδαιότητα στην οικογένεια απ' ότι τα αγόρια (Rosenberg M, 1986).

Κατά τον Hattie (1992) «σημαντικοί άλλοι» είναι εκείνοι που ασκούν πράγματι σημαντική επίδραση στον εαυτό κάποιου και όχι εκείνοι που έχουν συγκεκριμένους ρόλους και δύναμη.

Οi Shranger και Schoeneman (1979) συμπεραίνουν ότι η επίδραση που ασκούν στην αυτοεκτίμησή οι αξιολογήσεις του εαυτού ενός ατόμου από τους άλλους εξαρτάται από το κατά πόσο οι αξιολογήσεις αυτές είναι ευνοϊκές, από τη συνέπεια της επανατροφοδότησης, από την ειλικρίνεια, από τον αριθμό των αξιολογήσεων, καθώς και από την αντίληψη που το άτομο σχηματίζει για τα κίνητρό τους (Martinot D, 1995).

Για τον Epstein η θετική αυτοεκτίμησή έχει δύο πηγές. Η πρώτη είναι η προσωπική αντίληψη του παιδιού για την αντίληψη στα μάτια των γονιών του και η δεύτερη είναι η αίσθηση αποτελεσματικότητας, που αποκτά μέσα από την ενθάρρυνση για πρωτοβουλία στην ηλικία των 2-5 ετών. Η περαιτέρω εξέλιξη της αυτοεκτίμησής θα στηριχθεί στα προσωπικά βιώματα και στις εμπειρίες του ατόμου που έχουν μια ιδιαίτερη συναισθηματική φόρτιση.

Πολλοί είναι οι ερευνητές που τονίζουν το ρόλο της οικογένειας στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησής. Ο βαθμός ελέγχου που ασκούν οι γονείς στα παιδιά, οι απαιτήσεις για ώριμη συμπεριφορά, η επικοινωνία, η αγάπη και η αναγνώριση των επιτυχιών τους είναι μεταβλητές που ασκούν σημαντική επίδραση στην αυτοεκτίμησή. Οι γονείς που στόχος τους είναι να αναπτύξει το παιδί μια θετική αυτοεκτίμησή δείχνουν αποδοχή, κατανόηση, ενδιαφέρον και ζεστασιά. Διατηρούν ένα σταθερό σύστημα αξιών, συζητούν τα προβλήματά του και ενισχύουν την αυτοέκφρασή τους (Τανού ΧΓ, 1985).

Ο Rosenberg (1965) και ο Coopersmith (1967) θεωρούν ότι προϋπόθεση της θετικής αυτοεκτίμησής είναι η εφαρμογή προσδιορισμένων ορίων της παιδικής συμπεριφοράς και η παροχή αυτονομίας μέσα σ' αυτά τα όρια από τους γονείς. Ακόμη η αποδοχή, ο σεβασμός της ατομικής πρωτοβουλίας και γενικά ο τρόπος διαπαιδαγώγησής συμβάλλουν στο υψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησής. Σχετικά με τον

τρόπο διαπαιδαγώγησης, ο υπερβολικός έλεγχος ή η ανυπαρξία ελέγχου συνεπάγεται χαμηλή αυτοεκτίμηση, καθώς μπορεί να ερμηνευτούν ως καταπιεστική πειθαρχία ή απόρριψη, αντίστοιχα.

Ο Baumind (1967) διακρίνει τρεις τύπους συμπεριφοράς των γονιών απέναντι στα παιδιά τους με συνεπακόλουθες επιδράσεις στην προσωπικότητα και την αυτοεκτίμηση του παιδιού. Οι «αυταρχικοί γονείς» ασκούν αυστηρό έλεγχο, επικοινωνούν περιορισμένα με το παιδί και έχουν μεγάλες απαιτήσεις από αυτό. Ως αποτέλεσμα τα παιδιά γίνονται αμήχανα, ντροπαλά και αποτραβηγμένα, στοιχεία χαμηλής αυτοεκτίμησης. Οι «αυστηροί γονείς» ασκούν αυστηρό έλεγχο, αλλά παράλληλα επικοινωνούν πολύ καλά με το παιδί τους, είναι στοργικοί και ενισχύουν τις επιτυχίες τους. Τα παιδιά αποκτούν υψηλά κίνητρα για επιτυχία, αισθάνονται ανεξάρτητα, διεκδικούν και είναι κοινωνικά. Όλα αυτά μαρτυρούν μια υψηλή αυτοεκτίμηση. Οι «υποχωρητικοί γονείς» δεν ασκούν καθόλου έλεγχο, επικοινωνούν καλά με το παιδί τους, δεν έχουν πολλές απαιτήσεις και είναι πολύ στοργικοί. Τα παιδιά των γονιών αυτών είναι ντροπαλά, υστερούν αυτοελέγχου και δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Τα γνωρίσματα αυτά μαρτυρούν μια χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι αυταρχικοί και υποχωρητικοί γονείς τείνουν να είναι υπερπροστατευτικοί και δεν συμβάλλουν στην αυτοπεποίθηση και αυτονομία του παιδιού (Ζερβής Χ, 2001).

Άλλες θεωρίες βλέπουν την οικογένεια στο σύνολό της, όπως η συστατική θεώρηση για την οποία η οικογένεια λειτουργεί σαν ένα σύστημα όπου όλα τα μέλη αλληλοεπηρεάζονται, ενώ άλλες δίνουν έμφαση στη σχέση μητέρας-παιδιού, όπως ο Bowlby (1973) στη θεωρία του περί προσκόλλησης όπου ο δεσμός με τη μητέρα είναι καθοριστικός για την κοινωνικο-συναισθηματική του ανάπτυξη.

Τέλος, η ύπαρξη ή μη άλλων παιδιών στην οικογένεια, η σειρά γέννησης, η θέση του παιδιού στην οικογένεια και οι δυναμικές που δημιουργούνται απ' αυτή καθώς και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι παράμετροι που επιδρούν στην αυτοεκτίμηση αλλά που δεν έχουν ερευνηθεί αρκετά ακόμη (Beauvois JL, 1999)

Όταν πλέον το παιδί ξεκινά τη σχολική ζωή μπαίνει σε νέα πολιτισμική κατηγορία και βιώνει μια σειρά από νέες διαπροσωπικές σχέσεις, τελειώς διαφορετικές από αυτές της οικογενειακής ζωής. Ο δάσκαλος γίνεται ο «σημαντικός άλλος» για το μαθητή που με τη εξουσία του και την αξιολόγηση που πραγματοποιεί επηρεάζει τη συμπεριφορά, τη στάση και τη μαθησιακή αποδοτικότητα του παιδιού, επομένως, το τροφοδοτεί με θετική ή αρνητική αυτοεκτίμηση. Η σχολική αποτυχία λειτουργεί ως επιβεβαίωση της αρνητικής αυτοεκτίμησης και ματαιώνει, συγχρόνως, τις προσδοκίες των «σημαντικών άλλων». Επιπλέον, στα πλαίσια της σχολικής κοινότητας το παιδί έχει ως σημείο αναφοράς τα άλλα παιδιά και, εδώ, έχει εφαρμογή η θεωρία της κοινωνικής σύγκρισης του Festinger. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι άλλοι λειτουργούν ως πηγή πληροφόρησης για τον εαυτό μας και συγκρίνουμε τις ικανότητες, τις απόψεις και τον εαυτό μας με των άλλων ανθρώπων, ως μια μορφή κοινωνικής επικύρωσης. Όταν το γενικό ακαδημαϊκό επίπεδο του σχολείου είναι υψηλό ακόμα και οι καλοί μαθητές έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση απ' ότι όταν το γενικό επίπεδο είναι χαμηλό. Γενικά θετικές εμπειρίες στη σχολική ζωή τόσο από τη σχέση δασκάλου-μαθητή όσο και από τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνομηθικούς αυξάνουν το επίπεδο της αυτοεκτίμησης. Ο αυτοσεβασμός, η αμοιβαιότητα, η αποδοχή και η συνεχής επανατροφοδότηση διαμορφώνουν την ποιότητα των σχέσεων αυτών (Παπαστάμου Σ, 2001).

Κάποιες κοινές πτυχές του εαυτού είναι ανεξάρτητες από το πολιτισμικό πλαίσιο, ενώ κάποιες ειδικές πτυχές του εαυτού επηρεάζονται από αυτό. Για

παράδειγμα, στις κοινές πτυχές του εαυτού εντάσσονται η διαχρονικότητα του Allport (1937), σύμφωνα με τον οποίο κοινό ανθρώπινο γνώρισμα είναι η πτυχή της προσωπικότητας που μας επιτρέπει όταν ξυπνούμε το πρωί να είμαστε σίγουροι ότι είμαστε το ίδιο άτομο που πήγε για ύπνο το προηγούμενο βράδυ, και ο οικολογικός εαυτός του Neisser, κατά τον οποίο ο εαυτός γίνεται αντιληπτός σε σχέση με το φυσικό περιβάλλον. Αντίθετα, οι ειδικές πτυχές του εαυτού, αν και όχι καθοριστικά, επιδρούν στην αυτοεκτίμηση και, κυρίως, στους παράγοντες που τη διαμορφώνουν. Έτσι, ο δυτικός πολιτισμός προάγει την εικόνα του ανεξάρτητου εαυτού με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του και την προσωπική εξέλιξη. Οι άλλοι έχουν σημασία ως πηγή πληροφόρησης για την επιβεβαίωση της εσωτερικής εικόνας εαυτού. Αντίθετα, σε μη δυτικούς πολιτισμούς, δηλαδή σε πολλές ασιατικές και αφρικανικές χώρες, επικρατεί η εικόνα του «συσχετιστικού εαυτού». Η εικόνα αυτή συνδέεται με την αντίληψη ότι το άτομο αποτελείται από την ίδια ουσία με την υπόλοιπη φύση και βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τους άλλους, οι οποίοι συμμετέχουν διαρκώς στον προσδιορισμό του εαυτού (Mann DW, 1997).

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης παίζει η προσωπική ιστορία του ατόμου, δηλαδή τα γεγονότα που μπορεί να προκαλέσουν μεγάλη συναισθηματική φόρτιση όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, μια μακροχρόνια ασθένεια. Ο Epstein επισημαίνει ότι σημασία δεν έχουν τα γεγονότα καθ' αυτά, αλλά ο τρόπος ερμηνείας τους από το άτομο.

Το φύλο είναι ακόμη ένας παράγοντας καθοριστικός για τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του. Έτσι, τα κυρίαρχα πρότυπα προστάζουν στους μεν άνδρες να είναι αυτόνομα, ανεξάρτητα όντα, διεκδικητικά και επιβλητικά, στις δε γυναίκες να είναι ντροπαλές, υποχωρητικές, σε πλήρη ευθυγράμμιση με τις κοινωνικές απαιτήσεις και σε εξάρτηση από τους άλλους.

Τέλος, το ίδιο άτομο έχει ενεργητικό ρόλο στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησής του, ωθούμενο από δύο κίνητρα, το πρώτο για τη διαμόρφωση και τη διατήρηση μιας θετικής αυτοεκτίμησης (self-enhancement) και το δεύτερο κίνητρο για μια σταθερή εικόνα εαυτού (self-consistency) που συνεπάγεται μια σταθερή αυτοεκτίμηση (Rosenberg M, 1986).

2.9 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

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

στον εαυτό τους. Ωστόσο, η θετική αυτοεκτίμηση δεν πρέπει να παρεκκλίνει υπερβολικά από τον πραγματικό εαυτό, για να είναι λειτουργικότερη (Λεονταρή Α, 1998).

Σύμφωνα με τον Beck, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από «μια αρνητική αντίληψη του εαυτού, μια αρνητική ερμηνεία των βιωμάτων και μια μηδενιστική αντιμετώπιση του μέλλοντος». Αφετηρία όλων αυτών των ερευνών ήταν η παρατήρηση του Freud (1968) σχετικά με την χαμηλή αυτοεκτίμηση που καταγράφουν τα καταθλιπτικά άτομα. Το άγχος, σε γενικές γραμμές, θα μπορούσε να οριστεί ως η ψυχολογική εκείνη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έντονη ανησυχία και φόβο, εξαιτίας της αίσθησης ενός επερχόμενου κινδύνου του οποίου η πηγή μπορεί να είναι άγνωστη ή να παρουσιάζει ελάχιστο ή καθόλου κίνδυνο. Ο Rosenberg (1989) εξέτασε τη συνάφεια μεταξύ αυτοεκτίμησης και άγχους και βρήκε ενδείξεις για μια αιτιώδη σχέση μεταξύ τους. Πολλά ενδιαφέροντα ευρήματα προέρχονται από μοντέλα συννοσηρότητας κατάθλιψης και άγχους (Κλεφτάρας Γ, 2000).

2.10 ΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙ ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΘΗΣΗΣ

Η σχέση μεταξύ αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης είναι τόσο στενή που συχνά οι δύο όροι χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Ωστόσο, η αυτοπεποίθηση αναφέρεται στην προσμονή του επιτυχή χειρισμού των προκλήσεων ή της υπερπήδησης των εμποδίων. Γενικά, η αυτοπεποίθηση ορίζεται ως η πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί να ελέγξει την κατάσταση ώστε να συμβούν τα πράγματα σύμφωνα με τις εσωτερικές του επιθυμίες. Αντίθετα, η αυτοεκτίμηση αναφέρεται στην αυτοαποδοχή, στον αυτοσεβασμό και στα συναισθήματα αυτοαξίας. Ένα πρόσωπο με υψηλή αυτοεκτίμηση είναι ουσιαστικά ικανοποιημένο με τον εαυτό του, με αυτό που πραγματικά είναι. Παρόλο που ένα τέτοιο άτομο γνωρίζει τα ελαττώματά του, ελπίζει ότι θα τα ξεπεράσει (Rosenberg M, 1986).

Οι Franks&Marolla (1976) περιγράφουν την αυτοπεποίθηση ως την «εσωτερική αυτοεκτίμηση» σε διάκριση από την εξωτερική που αφορά τις αυτοαξιολογήσεις. Ο Burns(1974) την ορίζει ως προσωπικό έλεγχο, ο Smith (1968) της προσδίδει την ονομασία «ικανότητα»και κάποιοι άλλοι ερευνητές «εσωτερική έδρα ελέγχου». Το κοινό θέμα όλων αυτών των ιδεών είναι το αίσθημα ότι μπορεί κάποιος να έχει ενεργητικό ρόλο στη ζωή του και με ισχυρή θέληση να ανταπεξέρχεται στις δυσκολίες ενός απαιτητικού κόσμου που τον περιβάλλει (Petton R, Auble JP, Chicand J et al, 1991).

Η αυτοπεποίθηση μπορεί να συνεισφέρει στην αυτοεκτίμηση αλλά οι δύο έννοιες δεν είναι ταυτόσημες. Για κάποιους ανθρώπους, το να είναι αγαπητοί, ηθικοί και να αυτοθυσιάζονται για τους άλλους είναι γνωρίσματα που υπερέχουν της ικανότητας και της δεξιοτεχνίας. Όσοι είναι προικισμένοι με ταλέντο και είναι σίγουροι για την ικανότητα τους να πετυχαίνουν τους στόχους τους, αλλά υπολείπονται αυτοεκτίμησης, επειδή, κυρίως, δεν μπορούν να απαιτήσουν την αγάπη

των άλλων, διακατέχονται παρ' όλες τις επιτυχίες τους από ένα αίσθημα ανεκπλήρωτου (Καλατζή Α, 1998).

Επομένως κάθε έρευνα πάνω στην αυτοεκτίμηση πρέπει να λαμβάνει υπόψιν την παραπάνω διάκριση. Πολλοί ερευνητές διατείνονται ότι οι διακρίσεις του φύλου και η υποτίμηση κοινωνικά του γυναικείου ρόλου αποφέρουν μια χαμηλή αυτοεκτίμηση στις γυναίκες. Όμως, οι Maccoby & Jaklin (1974) προτείνουν ότι, ουσιαστικά, ο λόγος πρέπει να γίνεται περί χαμηλής αυτοπεποίθησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑ

Σχήμα του σώματος είναι μια νευρολογική έννοια, η οποία δηλώνει την απεικόνιση που έχει κάποιος για το σώμα σε νευρολογικό επίπεδο.

Η εικόνα του σώματος είναι μια φαινομενολογική ψυχιατρική έννοια που σημαίνει το πώς αναπαριστά το σώμα του σε σχέση με τα βιώματα που έχει.

Στο σχήμα του σώματος έχω μια αναπαράσταση, για παράδειγμα, του εαυτού μου, που αν είμαι κανονικός άνθρωπος είμαι κοντά σ' αυτό που δείχνει η αναπαράσταση του σώματος μου-δηλαδή τα νευρολογικά μου ερεθίσματα τα έχω επεξεργαστεί σε σχέση με την ψυχολογία που μου δίνει ένας καθρέφτης ή ο άλλος άνθρωπος και το μάτι του άλλου ανθρώπου που οργανώνει το σχήμα μου. Η εικόνα του σώματός μου είναι το πώς έχουν γραφτεί πάνω σ' αυτή την αναπαράσταση τα βιώματά μου. Π.χ. μπορεί να έχω την εικόνα ότι είμαι ένας άνθρωπος χωρίς το πίσω μέρος, σαν μια φέτα, μια επιφάνεια κατά Winnicott.

Για την Φρανσουάζ Ντολτό η εικόνα του σώματος είναι, καταρχήν, προσωπική στον καθένα, δεδομένου ότι συνδέεται με το υποκείμενο και την ιστορία του. Είναι, κατεξοχήν, ασυνείδητη και εν μέρει προσυνείδητη, μόνο όταν εκφράζεται έμμεσα μέσω του λόγου. Είναι ανά πάσα στιγμή η ασυνείδητη μνήμη όλων των βιωμένων σχέσεων και παράλληλα είναι επίκαιρη, ζωντανή, δυναμική. Δομείται μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις, αφού πρώτα το βρέφος έχει διαχωρίσει τον εαυτό του από τη μητέρα του. Στο ίδιο άτομο μπορεί να συνυπάρχουν σωματικό σχήμα ανάπηρο και εικόνα σώματος υγιής, αλλά και το αντίστροφο. Για παράδειγμα, όταν κάποιος πάσχει από αναπηρία των κάτω άκρων, από οργανική άποψη, έχει σωματικό σχήμα ανάπηρο αλλά εικόνα σώματος υγιής καθώς γνωρίζει ότι δεν μπορεί να περπατήσει. Αντίθετα, υπάρχει περίπτωση να είναι κάποιος ικανός φυσιολογικά να περπατήσει αλλά να βιώνει την αίσθηση ότι δεν είναι σε θέση να κουνήσει τα πόδια του, δηλαδή να έχει εικόνα σώματος διαταραγμένη (Dolto F, 1999).

Την τελευταία δεκαετία, έχει παρατηρηθεί ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την εικόνα σώματος, η οποία ορίζεται, γενικά, ως η αντίληψη του ατόμου για το σώμα του, για το μέγεθός του σώματος και τις ατέλειές του (πραγματικές ή φανταστικές). Η έμφαση που δόθηκε τα τελευταία χρόνια στις διατροφικές διαταραχές, κυρίως τη νευρική ανορεξία που συνοδεύεται από χαρακτηριστική παραμόρφωση της προσωπικής αντίληψης για το μέγεθος του σώματος, οδήγησε σε αύξηση των γνώσεων για τις διατροφικές διαταραχές, τις ηπιότερες και άτυπες εκφάνσεις τους σε μη κλινικά πλαίσια, καθώς και την επίδραση σε αυτές της εικόνας του σώματος. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, μια ειδική σχέση της κακής εικόνας του σώματος με μια γενική ψυχική διαταραχή και ειδικότερα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, με περιορισμένη προσωπική αποτελεσματικότητα, με προβλήματα συμπεριφοράς, συναισθηματικά προβλήματα και κατάθλιψη (Fischer S, 2000).

Ο Schiler (1968) ορίζει την εικόνα σώματος ως μια αναπαράσταση που δημιουργούμε στο μυαλό μας για το σώμα μας, με τον τρόπο που εμείς το

αντιλαμβανόμαστε σε σύγκριση με την εικόνα σώματος άλλων ανθρώπων. Ο Rosenberg (1963) υποστηρίζει ότι η εικόνα σώματος αναφέρεται στα σωματικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως αυτό τα αντιλαμβάνεται.

Ο Thompson συνοψίζοντας τις θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν τη δυσαρέσκεια που προκαλεί η εικόνα σώματος αναφέρεται στην θεωρία «ασυμφωνίας ιδανικού εαυτού», η οποία θεωρεί υπεύθυνα τα προσωπικά κριτήρια τελειότητας, καθώς και τις θεωρίες «αποτυχίας προσαρμογής» και «αντιληπτικής πλάνης» που σχετίζονται με τη γέννηση των διατροφικών διαταραχών. Ακόμη, θεωρεί ότι αυτή η δυσφορία που προκαλεί η κακή εικόνα σώματος, είναι κανονιστική. Τρία είναι τα στοιχεία που την χαρακτηρίζουν. Πρώτα, το αντιληπτικό, δηλαδή η προσωπική αντίληψη για το σώμα ή μέρος του σώματος. Δεύτερον, το υποκειμενικό στοιχείο, δηλαδή η δυσαρέσκεια ή θλίψη για την εικόνα του σώματος. Τρίτον, το στοιχείο συμπεριφοράς, δηλαδή ο βαθμός δράσης του ατόμου ν' αλλάξει εμφάνιση ή ν' αποφύγει καταστάσεις στις οποίες εκθέτει τον εαυτό του στην παρατήρηση των άλλων.

Η εικόνα του σώματος επηρεάζεται έντονα από κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες. Στον δυτικό κόσμο τα πρότυπα για το σώμα επιτάσσουν ότι μια καλή εξωτερική εμφάνιση χαρακτηρίζεται από ένα λεπτό σώμα. Η κουλτούρα προστάζει ειδικά για τις γυναίκες ένα καχεκτικό σώμα που προβάλλεται στα κανάλια, τα περιοδικά μόδας και τις αφίσες. Η διαφημιστική βιομηχανία παροτρύνει το κοινό να λάβει δράση για να διορθώσει την εμφάνισή του αγοράζοντας υγιεινά τρόφιμα, διαιτητικά προϊόντα ή κάποια φαρμακευτική αγωγή. Είναι δύσκολο ν' αποφύγει κανείς τα μηνύματα αυτά που κακολογούν το περιττό βάρος και στιγματίζουν τα παχύσαρκα άτομα. Ο Foucault στο έργο του «Discipline and Punish» (1979) προτείνει ότι τα σώματα δε δίνονται, αλλά φτιάχνονται για να ταιριάζουν σωστά σε μια συγκεκριμένη κοινωνική κατασκευή. Ο πειθαρχικός κώδικας που επιβάλλεται στη σύγχρονη καπιταλιστική κοινωνία είναι μια μη κατασταλτική προηγμένη κεκαλυμμένη μορφή εξουσίας, που όχι μόνο κυβερνά τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων, αλλά κατασκευάζει και το ενσωματωμένο ήθος. Κατά μεγάλο μέρος, είμαστε κυριαρχημένοι και ελεγχόμενοι μέσω κοινωνικών συζητήσεων, πρακτικών και θεσμών (νοσοκομεία, σχολεία, εκκλησία) που παριστάνουν ότι εγγυώνται την ελευθερία μας. Στο βιβλίο του «History of Sexuality» ορίζει το σώμα ως το κέντρο της αυτοδιαμόρφωσης. Το σώμα είναι το εργαλείο, με το οποίο η εξουσία επιβάλλεται είτε ως συμμόρφωση, είτε ως επίβλεψη τόσο των εαυτών τους όσο και των άλλων. Οι κοινωνικές νόρμες παράγουν αυτορρυθμιζόμενα σώματα που ενσωματώνουν την επιτήρηση και τον έλεγχο. Η κοινωνική ταυτότητα χαρακτηρίζει τις γυναίκες με όρους ντροπής ή αρετής και έμμεσα τις αποκλείει από τις κοινωνικές συναλλαγές. Το φύλο είναι προϊόν της ενσωματωμένης κοινωνικής ταυτότητας. Η αυτογνωσία προϋποθέτει την ερμηνεία αυτής της γνώσης από τον άλλο και εξυπηρετεί την περαιτέρω επιτήρηση και αυτορρύθμιση. Για τον Hegel, η ταυτότητα δημιουργείται μέσω του άλλου, ενώ το σώμα εκπροσωπεί το μυαλό, τη θέληση, τη σκέψη. Σύμφωνα με τον Hegel, κανόνας της σεξουαλικής διαφοράς είναι το ανδρικό ήθος, ενώ οι γυναίκες κατασκευάζονται ως διαφορετικές από τους άνδρες. Δηλαδή οι γυναίκες διαμορφώνουν την ταυτότητά τους ως διαφορετική, λαμβάνοντας ως γνώμονα την ανδρική ταυτότητα. Ο Nietzsche διατείνεται ότι είμαστε ολοκληρωτικό σώμα και τίποτα άλλο, ενώ η σκέψη και το εγώ είναι τα εργαλεία του. Έτσι, το σώμα είναι η έδρα της ευχαρίστησης και του πόνου, ενώ η σκέψη είναι μια αντανάκλασή τους. Οι άνδρες διατηρούν τον εαυτό τους κατασκευάζοντας την εικόνα της γυναίκας ως, απλά, συμπληρωματική του άνδρα. Οι γυναίκες είναι ηθοποιοί ενός ρόλου που τους έχουν επιβάλλει, καθώς η εικόνα του άνδρα για τον εαυτό του ως του ισχυρού

φύλου, ως του φορέα της δύναμης και της λογικής στηρίζεται στην κατασκευή του γυναικείου προτύπου βάσει διαφορετικών ιδιοτήτων όπως η μητρότητα, η ομορφιά, η ευγένεια, η δοτικότητα. Επομένως, έρεισμα της ανδρικής εικόνας εαυτού είναι η συμμόρφωση της γυναίκας, ώστε ν' ανταποκριθεί στο πρότυπο που της προσδίδουν και ο μόνος τρόπος αντίστασης είναι η μη συμμόρφωση. Η γυναικεία κατατερότητα βασίζεται στον ανδρικό έλεγχο πάνω στο γυναικείο σώμα και η γυναικεία ελευθερία στις πατριαρχικές κοινωνίες μπορεί να εξασφαλισθεί με το να κρατάμε το σώμα μας στον εαυτό μας (Diprose R, 1994). Ο Bordo ισχυρίζεται ότι το μέγεθος και το σχήμα του σώματος λειτουργούν ως σημάδια της εσωτερικής τάξης, ως ένα σύμβολο της κατάστασης της ψυχής. Οι τεχνολογίες δίαιτας και διαχείρισης του σώματος παράγουν αυτορυθμιζόμενα, «υπάκουα» σώματα με αποτέλεσμα ανορεκτικά και παραφουσκωμένα σώματα να είναι τα άκρα ενός συνεχούς (Watson J, 2000). Έτσι, στο διάσημο έργο του Rodain, ο «Σκεπτικός», είναι ανδρικό και όχι γυναικείο το σώμα που αναπαριστά το εργαζόμενο άτομο και, επίσης, δεν είναι ούτε παχύσαρκο ούτε σκελετωμένο. Ο Turner στο «The Body and Society» θεωρεί ότι η εξωτερική εμφάνιση είναι προσωπικό ζήτημα, ωστόσο η κοινωνία προβάλλει τους τρόπους που πρέπει να αναπαρίσταται το σώμα (Featherston M, Hepworth M, Turner B, 1996). Ο Gergen στο έργο του «Κορεσμένος Εαυτός» ισχυρίζεται ότι η διαμόρφωση της ταυτότητας ενός ατόμου δεν μπορεί να διαχωριστεί από τις διεργασίες αλληλεπίδρασης με τα μέλη των ομάδων στις οποίες είναι ενταγμένο και από τις συλλογικές εξελικτικές διεργασίες του ευρύτερου κοινωνικού χώρου. Τέλος, οι υποστηρικτές του φεμινιστικού κινήματος διατείνονται ότι η γυναικεία ανεξαρτησία έχει προσδώσει καινούριους ρόλους στη γυναίκα, εκτός από το παραδοσιακό πρότυπο της μητέρας. Ωστόσο, η σύγχυση των ρόλων που καλείται, πλέον, ν' αντιπροσωπεύσει την εξουθενώνουν και κάποιες φορές παράγεται η αυτοάρνηση ως αντίσταση στην πατριαρχική εξουσία. Έτσι, οι παχύσαρκες γυναίκες, σε μια κοινωνία που προάγει το πνεύμα ως ανδρικό στοιχείο και την εμμονή με το σώμα ως γυναικείο γνώρισμα, απαντούν με άρνηση της σεξουαλικής τους ταυτότητας, με απορρόφηση στον εαυτό τους, με έναν ψευδαισθησιακό έλεγχο του κόσμου, με απόρριψη των υψηλών προσδοκιών της οικογένειάς τους και με μοναδικό καταφύγιο στο φαγητό. Είναι ένας αυτοκαταστροφικός τρόπος αντίδρασης που δεν κάνει τίποτα για να αλλάξει τις κοινωνικές συνθήκες (Diprose R, 1994).

3.2 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Αναφέρεται, προηγουμένως, ότι η δυτική κοινωνία δίνει έμφαση στο λεπτό σώμα, κακολογεί το υπερβολικό βάρος και στιγματίζει τους παχύσαρκους. Βέβαια, δεν είναι όλα τα άτομα το ίδιο ευπρόσβλητα και ούτε έχουν όλα πρόβλημα κακής εικόνας σώματος. Αναμφισβήτητα, όμως, η παχυσαρκία συνδέεται με σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις.

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος της παχυσαρκίας μπορεί να σκιαγραφηθεί με φυσιολογικές και κοινωνικοψυχολογικές διαδικασίες. Οι πρώτες, αν και γίνονται δύσκολα κατανοητές, υπάρχει κάθε λόγος να ερευνηθούν. Για παράδειγμα, η φτώχη

διατροφή ή το υπερβολικό βάρος μπορούν να επηρεάσουν την διάθεση μέσω αλλαγών που προκαλούν στους νευρομεταβιβαστές, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει την εικόνα του σώματος. Το στρες μπορεί να εμποδίσει την όρεξη για φαγητό (Epel et al, 2000). Για να κατανοήσουμε το αντίκτυπο του βάρους στους ψυχολογικούς παράγοντες όπως είναι η εικόνα σώματος, πρέπει να λάβουμε υπόψη και την βιολογία.

Οι κοινωνικοί παράγοντες γίνονται εύκολα αντιληπτοί. Τα αρνητικά μηνύματα του να είσαι υπέρβαρος είναι αμείλικτα. Αυτό αντανακλά μια ισχυρή προκατάληψη κατά του πάχους που είναι ολοφάνερη στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και στις καθημερινές συζητήσεις. Η προκατάληψη αυτή γεννά ένα στίγμα και μια μεροληψία (Puhl και Browell, 2001). Έτσι, μια έρευνα σχετικά με υπέρβαρους και μη χαρακτήρες τηλεοπτικών προγραμμάτων συμπεραίνει ότι τα υπέρβαρα άτομα παρουσιάζονται πιο συχνά ως πλακατζήδες, λιγότερο συχνά συμμετέχουν ως αρχηγοί ή σε ρομαντικές σκηνές, ενώ πολλές φορές τρώνε ανεξέλεγκτα (Greenberg, Eastin, Hofshire, Lachlan και Brownell, 2003). Ακόμα και σε επαγγέλματα υγείας που ασχολούνται με παχύσαρκα άτομα ενυπάρχει αυτή η υπονοούμενη προκατάληψη.

Η θεωρία απόδοσης, κατά τους Crandall et al (2000) είναι η πιο σωστή εξήγηση της προκατάληψης αυτής, μέχρι τώρα. Η έμφαση δίνεται στην αιτία και την ικανότητα ελέγχου. Όταν, με άλλα λόγια, οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν κάποιον που ανήκει σε μια ομάδα περιθωριοποιημένων, ψάχνουν να βρουν μια αιτία που δικαιολογεί το στιγματισμό που υφίσταται το εν λόγω άτομο. Αν το χαρακτηριστικό για το οποίο το άτομο έχει στιγματιστεί, θεωρηθεί ότι μπορεί να τεθεί υπό προσωπικό έλεγχο, τότε αποδίδεται η κατηγορία, η προκατάληψη θεωρείται λογική και η μεροληψία δικαιολογείται. Στην περίπτωση της παχυσαρκίας τα άτομα υφίστανται ένα σοβαρό στιγματισμό και θεωρούνται υπεύθυνα γι' αυτό. Οι ερμηνείες προσωπικότητας ακολουθούν. Οι παχύσαρκοι άνθρωποι θεωρούνται άτομα με αδύναμη θέληση, τεμπέληδες, τσαπατσούληδες, ανίκανοι, συναισθηματικά ασταθείς ακόμη και ελαττωματικοί σαν άνθρωποι (Puhl et al, 2004). Η μεροληψία αυτή γίνεται φανερή και στην εκπαίδευση, στην αγορά εργασίας και στα ιατρικά ιδρύματα ακόμη και σε δικαστικές υποθέσεις όταν πρόκειται για παράδειγμα να υιοθετήσουν παιδί. Το σημείο, λοιπόν, κλειδί για την ψυχολογική τους ευημερία θεωρείται για πολλούς η εικόνα σώματος.

Μελέτες σε μη κλινικά δείγματα δείχνουν ότι τα παχύσαρκα άτομα δεν έχουν περισσότερα σοβαρά πνευματικής υγείας συμπτώματα ή χαρακτηριστικά δυσπροσαρμοστικής προσωπικότητας από τους μη παχύσαρκους. Η μόνη σημαντική και συνεπής διαφορά μεταξύ των δύο στις ψυχολογικές μετρήσεις είναι η εικόνα σώματος. Τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζονται πιο επιρρεπή στη διαστρέβλωση του μεγέθους του σώματός τους, πιο απογοητευμένα από την εικόνα του σώματός τους, με περισσότερη ανησυχία για την εξωτερική τους εμφάνιση και με πιο πολλές τάσεις αποφυγής των κοινωνικών συναναστροφών. Επομένως, και οι τρεις παράγοντες που συνιστούν την εικόνα σώματος-αντίληψη, συναίσθημα και συμπεριφορά-επηρεάζονται (Friedman M, Browell K, 2002).

Τα μέρη του σώματος που απασχολούν συνήθως τους παχύσαρκους και μη πληθυσμούς, κυρίως τις γυναίκες, είναι η μέση ή η κοιλιά, οι μηροί και οι γλουτοί. Σχεδόν το 1/3 των παχύσαρκων ατόμων αναφέρουν ανησυχία για θέματα διαφορετικά από το μέγεθος περιοχών του σώματος όπως τα χαρακτηριστικά προσώπου, τα μαλλιά, τις κηλίδες του δέρματος και το μέγεθος του στήθους. Οι ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία συγκεκριμένα παραπονιούνται για προβλήματα εμφάνισης όπως η τριχοφυΐα προσώπου ή ο αποχρωματισμός του δέρματος που συχνά σχετίζονται με το υπερβολικό τους βάρος. Το μέγεθος του σκελετού και η περίμετρος

των γοφών στις γυναίκες είναι παράγοντες που προβλέπουν καλύτερα τη δυσαρέσκεια για το σώμα απ' ότι το λίπος του σώματος και ο βαθμός υπέρβαρου. Επομένως, από μόνη της η απώλεια βάρους, ίσως, δεν επαρκεί να μειώσει τη δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος.

Το όριο ανάμεσα στη φυσιολογική και παθολογική ενασχόληση με την εμφάνιση είναι δύσκολο να συγκεκριμενοποιηθεί και πολλοί θεωρούν, μεταξύ των οποίων και αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ότι η δυσαρέσκεια με την εικόνα σώματος στα παχύσαρκα άτομα είναι λογική, καθώς τα παχύσαρκα άτομα, απλώς, δεν φαντάζονται το σωματικό τους μειονέκτημα ή την κοινωνική προκατάληψη. Αυτή η στάση αναπαριστά μια παρεξήγηση σχετικά με τη φύση της διαταραχής της εικόνας σώματος και αποτελεί ακόμη ένα τύπο προκατάληψης απέναντι στην παχυσαρκία, ότι, δηλαδή, οι παχύσαρκοι αξίζουν να νιώθουν έτσι (Puhl R, 2002). Η σχέση συγκεκριμένων παράλογων σκέψεων με τις πραγματικές παραισθήσεις οδήγησαν σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για μια ιδιαίτερη διαταραχή με τον όρο δυσμορφοβική διαταραχή σώματος. Ο ορισμός της στο DSM II-R έχει ως εξής: «Το κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι ότι ένα άτομο φυσιολογικής εμφάνισης ασχολείται υπερβολικά με κάποιο φανταστικό σωματικό ελάττωμα.» Παρόλο που η σωματική αυτή ατέλεια δεν υφίσταται στην πραγματικότητα, ωστόσο καταλαμβάνει μεγάλο μέρος των σκέψεων του ατόμου. Η εστίαση σε κάποιο μέρος του σώματος μπορεί να αποσπά την προσοχή του ατόμου από τη διαχείριση του πραγματικού προβλήματος που πιθανόν είναι η προσωπική ανασφάλεια, η χαμηλή αυτεκτίμηση ή κάποια συναισθηματική διαταραχή (Snaitth P, 1992).

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

Παρόλο που η διαταραχή εικόνας σώματος υφίσταται στην παχυσαρκία η έλλειψη τυποποιημένου, σαφή ορισμού είναι ένα τεράστιο ερευνητικό και κλινικό πρόβλημα. Η έρευνα πάνω στην αντιληπτή διάσταση σώματος των παχύσαρκων έχει αποφέρει αντιφατικά αποτελέσματα και η σχετική βιβλιογραφία είναι δύσκολο να συνδυάσει τα ευρήματα που προέρχονται από διαφορετικές μεθόδους μέτρησης (Thompon & Garden, 2002). Μια σημαντική εξέλιξη διενεργήθηκε στα τέλη του 1980 με το οριστικό συμπέρασμα ότι οι μέθοδοι δεν πρέπει να μετρούν ένα αισθητήριο έλλειμμα (όπως είχαν αρχικά υποθέσει για τους ασθενείς με νευρική ανορεξία) αλλά το πώς οι στάσεις, οι ιδέες και οι σκέψεις των ανθρώπων επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνουν το μέγεθος του σώματός τους.

Αρχικά οι έρευνες σ' αυτό το χώρο υπέθεταν ότι τα παχύσαρκα άτομα, όπως και αυτά με νευρική ανορεξία, υπερεκτιμούν το μέγεθος του σώματός τους. Οι Garner, Garfinkel, Stancer και Moldofky (1976) χρησιμοποίησαν την τεχνική της παραμορφωμένης φωτογραφίας για να συγκρίνουν άτομα με νευρική ανορεξία ή παχυσαρκία με ομάδες ελλειποβαρών και κανονικού βάρους ατόμων, καθώς και μια ομάδα ελέγχου ψυχιατρικά πασχόντων κανονικού βάρους. Τα παχύσαρκα άτομα και αυτά με νευρική ανορεξία εμφάνισαν μια κανονική κατανομή του βαθμού διαστρέβλωσης με σχεδόν τα μισά άτομα να υποεκτιμούν και τα άλλα μισά να υπερεκτιμούν τις διαστάσεις του σώματός τους. Αντίθετα, η πλειοψηφία των ατόμων

στις ομάδες ελέγχου υποεκτίμησαν τις σωματικές τους διαστάσεις. Σε μια άλλη έρευνα βρέθηκε ότι οι τρεις κλινικές ομάδες παχύσαρκων ατόμων, ατόμων με νευρική ανορεξία και με νευρική βουλιμία ήταν σημαντικά πιο ανακριβείς από την ομάδα ελέγχου (άτομα κανονικού βάρους), καθώς και οι τρεις ομάδες υπερεκτιμούσαν το σωματικό τους μέγεθος (Collins et al, 1987).

Μια τρίτη μελέτη σύγκρινε άτομα με νευρική ανορεξία, παχύσαρκα και κανονικού βάρους άτομα χρησιμοποιώντας ένα πίνακα με σωματικές φιγούρες για να μετρήσει την ακρίβεια στην εκτίμηση του μεγέθους του σώματος (Bell, Kirkpatrick, Rinn, 1986). Τα άτομα με νευρική ανορεξία υπερεκτίμησαν, οι παχύσαρκοι ασθενείς υποεκτίμησαν και τα άτομα κανονικού βάρους ήταν ακριβή στην εκτίμηση του τρέχοντος σωματικού τους μεγέθους. Στην έρευνα αυτή, επίσης, τα άτομα έπρεπε να κατατάξουν τις φιγούρες βάσει μιας σειράς σημασιολογικού διαφορικού (πχ. χαρούμενος/θλιμμένος, καλός/ κακός, κρύος/ζεστός, έξυπνος/ηλίθιος, ανταγωνιστικός/μη ανταγωνιστικός κτλ.). Τα παχύσαρκα άτομα κατέταξαν πιο θετικά τις πιο παχουλές φιγούρες, τα ανορεκτικά τις κατέταξαν πιο αρνητικά από τις άλλες δύο ομάδες και τα άτομα κανονικού βάρους κυμάνθηκαν στο ενδιάμεσο. Αυτό παρουσιάζει ενδιαφέρον, γιατί προτείνει ότι τα παχύσαρκα άτομα δεν κρίνουν στερεότυπα το μέγεθος του σώματος όπως οι άλλες ομάδες, παρόλο που και οι τρεις ομάδες εκτίμησαν με πιο θετικές ιδιότητες τη φιγούρα κανονικού βάρους.

Οι Brodie και Slade (1988) μέτρησαν το σωματικό λίπος, την εκτίμηση του σωματικού μεγέθους και τη δυσαρέσκεια εικόνας σώματος σε ένα δείγμα γυναικών αρχικά κανονικού βάρους (μέσο BMI=23). Δεν βρέθηκε καμιά συσχέτιση ανάμεσα στο σωματικό λίπος και την ακρίβεια της εκτίμησης του σωματικού μεγέθους, αλλά βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ της αύξησης του σωματικού λίπους και της δυσαρέσκειας με την εικόνα σώματος. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες κανονικού βάρους εκτιμούν σωστά τις σωματικές τους διαστάσεις αλλά, επίσης, εμφανίζουν αύξηση της απογοήτευσης με την εικόνα σώματος όσο αυξάνεται το σωματικό λίπος.

Σε μια μελέτη των Collins, Cabe, Jupp και Sutton (1983) συμμετείχαν υπέρβαρες γυναίκες οι οποίες ακολουθούσαν κάποιο πρόγραμμα αδυνατίσματος και όλες υπερεκτίμησαν το σωματικό τους μέγεθος. Το ενδιαφέρον, ωστόσο, εύρημα ήταν ότι οι γυναίκες που δεν το ολοκλήρωσαν ήταν εκείνες που ήταν και οι λιγότερο ακριβείς στις εκτιμήσεις τους υπερεκτιμώντας το σωματικό τους μέγεθος κατά 24%, ενώ όσες έφεραν εις πέρας ολόκληρο το πρόγραμμα υπερεκτιμούσαν το σώμα τους κατά 19%. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, όταν οι άνθρωποι βλέπουν τον εαυτό τους περισσότερο υπέρβαρο απ' ότι είναι, τότε η αλλαγή φαίνεται μάταιη, τα άτομα είναι απαισιόδοξα και, συνήθως, αυτό τους οδηγεί στο να εγκαταλείψουν κάθε προσπάθεια για ανατροπή της κατάστασής τους.

Οι Gardner, Gallega, Martinez και Espinoza (1989) χρησιμοποιώντας το είδωλο του καθρέπτη ζήτησαν από εθελοντές κανονικού βάρους και παχύσαρκους να διατυπώσουν κρίσεις για τις σωματικές τους διαστάσεις. Τα άτομα κανονικού βάρους υπερεκτίμησαν το σώμα τους κατά 11% ενώ τα παχύσαρκα κατά 15%. Αντίθετα, ο Vatolina (1998) χρησιμοποιώντας παχύσαρκους ασθενείς που νοσηλεύονται για να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους κατέληξε ότι τα παχύσαρκα άτομα υποεκτιμούσαν τις πραγματικές τους διαστάσεις, ενώ τα άτομα κανονικού βάρους τις υπερεκτίμησαν. Αν και ο ερευνητής δεν αναφέρει για πόσο διάστημα παρέμειναν τα άτομα στο νοσοκομείο ή πόσο βάρους είχαν χάσει, είναι πιθανόν η γρήγορη απώλεια βάρους να οδηγεί σε υποεκτίμηση.

Είναι εμφανές από τις μελέτες που αναφέραμε ότι τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα και αυτό καθιστά δύσκολο το εγχείρημα να τα συνοψίσουμε. Τα συμπεράσματα είναι τριών ειδών: τα παχύσαρκα άτομα άλλοτε υπερεκτιμούν, άλλοτε

υποτιμούν και άλλοτε είναι ακριβείς στην εκτίμηση του σωματικού τους μεγέθους. Τα ασυνεπή αυτά ευρήματα, πιθανόν, να οφείλονται στις διαφορετικές μεθόδους μέτρησης καθώς και στην διαφορά των δειγμάτων σε σημαντικές παραμέτρους. Για παράδειγμα άλλα άτομα ήταν εθελοντές, άλλα συμμετείχαν σε προγράμματα απώλειας βάρους ενώ άλλα είχαν σταθερό και άλλα κυμαινόμενο βάρος σώματος. Το πιο σημαντικό ίσως ζήτημα δεν είναι αν τα παχύσαρκα άτομα κάνουν ή όχι ακριβείς εκτιμήσεις των σωματικών τους διαστάσεων, αλλά τι σημαίνει αυτό για εκείνους και πώς επηρεάζει τη ζωή τους. Μια υπόθεση που γεννάται από τις διάφορες έρευνες είναι ότι η υποτίμηση του μεγέθους του σώματος από τα παχύσαρκα άτομα συνδέεται με αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα, θετική αυτοεικόνα και αισιοδοξία.

Οι διαθέσιμες έρευνες πάνω στην ανάπτυξη της αρνητικής εικόνας σώματος είναι λίγες. Γνωρίζουμε ότι μερικά παχύσαρκα άτομα διαθέτουν αυτοπεποίθηση όσον αφορά την εμφάνισή τους, αντίθετα με κάποια άλλα που εμφανίζονται φοβισμένα, αμήχανα και ντροπαλά. Σίγουρα τα θετικά βιώματα σε αθλήματα και η κοινωνική υποστήριξη από τον οικογενειακό και φιλικό περίγυρο σχετίζονται με μια θετική εικόνα σώματος. Τα θετικά μηνύματα μπορεί να θεωρηθούν ως προστατευτικοί παράγοντες, ενώ τα πειράγματα και η πίεση από οικεία πρόσωπα για απώλεια βάρους οδηγούν σε αύξηση της δυσαρέσκειας με την εικόνα σώματος. Οι εμπειρίες στιγματισμού για τα παχύσαρκα άτομα δεν είναι απλά περιστασιακά γεγονότα και περιλαμβάνουν άσχημα σχόλια από συνομηλίκους, αρνητικές υποθέσεις ανθρώπων όπως ότι οι παχύσαρκοι πάσχουν πιθανόν από συναισθηματικά προβλήματα, ανάρμοστα σχόλια από γιατρούς και υποτιμητικές παρατηρήσεις από την οικογένεια ή από αγνώστους. Η συχνότητα αυτών των καταστάσεων σχετίζεται με αρνητική εικόνα σώματος και συμπτώματα ψυχικής υγείας. Μια δυσπροσαρμοστική αντιμετώπιση του στιγματισμού οξύνει την απογοήτευση, ενώ μια αντιμετώπιση που συνίσταται σε μια θετική αυτοκριτική, σε μια θεώρηση της κατάστασης σαν να αφορά το πρόβλημα των άλλων, σε μια άρνηση να κρύψει το σώμα του και σε στρατηγικές αυτοαποδοχής και αγάπης του εαυτού του προοιωνίζει καλύτερη προσαρμογή (Rosen J, 2002).

Απαριθμίζοντας τους παράγοντες που συμβάλλουν στο να νιώθει ένα άτομο δυσφορία με την εικόνα σώματός του θα δούμε ότι πολλοί παράμετροι παίζουν ρόλο. Πρώτα απ' όλα το φύλο. Οι παχύσαρκες γυναίκες δηλώνουν περισσότερο κακή σχέση με το σώμα τους και υψηλότερα στάνταρ για το ιδανικό βάρος. Αντίθετα, οι άνδρες νιώθουν περισσότερο δυνατοί παρά χονδροί, είναι λιγότερο επιρρεπείς στο να συνδέσουν το πάχος με ψυχολογικά, προσωπικά ή συναισθηματικά προβλήματα, παλεύουν ενάντια στην κοινωνική απαξίωση παρά την εσωτερικεύουν και δεν θεωρούν ότι το βάρος επηρεάζει τις σχέσεις ή τον ανδρισμό τους. Το γεγονός αυτό συμβαίνει από την εφηβεία. Οι Cash και Hicks (1990) εξέτασαν ομάδες ανδρών και γυναικών κανονικού βάρους και υπέρβαρων και τους ζήτησαν να κατατάξουν τον εαυτό τους ως κανονικού βάρους ή υπέρβαρο. Η αυτοκατηγοριοποίηση σχετιζόταν περισσότερο με την εικόνα σώματος παρά με το πραγματικό τους βάρος. Οι γυναίκες που ήταν υπέρβαρες και κατέταξαν τον εαυτό τους επίσης ως υπέρβαρο ήταν λιγότερο ευχαριστημένες από το σώμα τους απ' ότι οι γυναίκες κανονικού βάρους που αυτοκατηγοριοποιήθηκαν ως υπέρβαρες. Οι υπέρβαροι άνδρες που θεωρούσαν τον εαυτό τους υπέρβαρο ήταν λιγότερο δυσαρεστημένοι από το σώμα τους από τους άνδρες κανονικού βάρους οι οποίοι πίστευαν ότι είναι υπέρβαροι. Οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι οι βαρύτεροι άνδρες βλέπουν τον εαυτό τους ως σκληρό και δυνατό και όχι παχουλό σε αντίθεση με τις γυναίκες. Μια τέτοια άποψη για τον εαυτό τους προστατεύει κάποιους υπέρβαρους άνδρες από μια αρνητική εικόνα σώματος. Οι Wardle και Johnson (2002) ερεύνησαν ένα μεγάλο δείγμα Βρετανών ενηλίκων

σχετικά με το τρέχον και το ιδανικό τους βάρος και την αυτοαντίληψη του βάρους τους. Η δυσαρέσκεια με την εικόνα σώματος μετρήθηκε ως η διαφορά μεταξύ του πραγματικού και του ιδανικού βάρους κάποιου. Τα 3/4 των υπέρβαρων γυναικών, ενώ μόνο τα 2/3 των υπέρβαρων ανδρών, αντιλαμβάνονταν τον εαυτό τους ως υπέρβαρο. Ακόμη, για BMI από 25 έως 28 οι άνδρες ήταν λιγότερο πιθανό απ' ότι οι γυναίκες να δηλώσουν υπέρβαροι και ήταν λιγότερο δυσαρεστημένοι από το σώμα τους. Η θεώρηση αυτή έχει, όπως είδαμε, ψυχολογικό αλλά και συμπεριφορικό αντίκτυπο. Έτσι, το να βλέπει κάποιος τον εαυτό του ως δυνατό και μεγαλόσωμο, ίσως, αποτελεί κίνητρο για να είναι σωματικά δραστήριος, ή εναλλακτικά, όπως εξέφρασαν οι Wardle και Johnson, η σκέψη αυτή να τον ικανοποιεί και να καθιστά λιγότερο πιθανή μια απόπειρα αλλαγής.

Επιπλέον, επηρεάζει ο πολιτιστικός παράγοντας. Έρευνες αναφέρουν ότι στις λιγότερο πλούσιες και αναπτυσσόμενες χώρες το πάχος σημαίνει θηλυκή ομορφιά. Οι υπέρβαρες γυναίκες αφρικανικής καταγωγής είναι γενικά πιο ικανοποιημένες με το σώμα τους από τις λευκές γυναίκες λόγω ενός πιο ευέλικτου πολιτισμικού στάνταρ ελκυστικότητας και λόγω μιας μεγαλύτερης διακύμανσης αποδεκτών βαρών (Celio et al, 2002). Σε μια μεγάλη έρευνα βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ Αφρικανο-Αμερικανών και λευκών νεαρών γυναικών όσον αφορά την εικόνα σώματος και τις ανησυχίες για το βάρος (Parker et al, 1995). Συνολικά 70% μαύρων γυναικών ήταν ικανοποιημένες ή πολύ ικανοποιημένες με το βάρος τους, ενώ 90% των λευκών γυναικών ήταν δυσαρεστημένες. Οι ερευνητές βρήκαν ότι οι Αφρικανο-Αμερικάνες ήταν πιο ευέλικτες και λιγότερο απόλυτες στους ορισμούς τους για την ομορφιά. Πίστευαν ότι η ομορφιά πηγάζει από «το σωστό τρόπο συμπεριφοράς» παρά από το «σωστό σώμα». Συνδύαζαν την ομορφιά με το ντύσιμο, το στυλ, την κίνηση τονίζοντας ότι κάθε γυναίκα που ήταν περήφανη για τον εαυτό της και την κουλτούρα της μπορούσε να είναι όμορφη. Πολλές ανέφεραν ότι δεχόταν κοπλιμέντα για την εμφάνισή τους από τις μητέρες τους και τις φίλες τους, γεγονός που συνέβαλε στην ικανότητά τους να αισθάνονται καλά με το σώμα τους, όπως και αν ήταν αυτό. Οι Parker et al καταλήγουν ότι οι μαύρες γυναίκες αντιστέκονται στην «τυραννία της καχεκτικότητας» προβάλλοντας την προσωπικότητα και τον πολιτισμό τους. Οι Smith, Thompson, Raczynski και Hilner (1999) μελέτησαν ένα μεγάλο δείγμα λευκών και μαύρων γυναικών. Το BMI ήταν σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της σωματικής δυσαρέσκειας σε όλες τις ομάδες. Στους παχύσαρκους πληθυσμούς, οι λευκές γυναίκες είχαν το υψηλότερο επίπεδο δυσαρέσκειας με την εικόνα σώματος, οι λευκοί και μαύροι άνδρες είχαν παρόμοιο επίπεδο απογοήτευσης, ενώ οι μαύρες γυναίκες είχαν αρνητικότερη εικόνα σώματος από τους μαύρους άνδρες αλλά παρόμοια με αυτή των λευκών ανδρών και γυναικών. Το συμπέρασμα από τις έρευνες είναι ότι αφρικανικές φυλές προσδίδουν αξία στη γυναίκα για τη συμβολή της στην οικογένεια και την κοινωνία –μέσω του μαγειρέματος που κρατά ζωντανή την παράδοσή τους αλλά και άλλων μορφών παραγωγικής εργασίας- γεγονός που τους εμφυσά την πεποίθηση ότι η ταυτότητά τους αποτελείται από πολλά πράγματα πέρα από την εμφάνισή τους.

Ακόμη, περισσότερο ευάλωτα θεωρούνται τα παχύσαρκα άτομα που συνοδεύονται από βουλιμικές τάσεις. Την τελευταία δεκαετία η έρευνα έδειξε ότι τα παχύσαρκα άτομα με βουλιμική διαταραχή είναι μια ξεχωριστή ομάδα του παχύσαρκου πληθυσμού, τα οποία βιώνουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα (όπως κατάθλιψη, άγχος, χρήση ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας) απ' ότι τα παχύσαρκα άτομα χωρίς βουλιμική διαταραχή (Dingemans, Bruna, Furth, 2002). Ένα σημαντικό συστατικό αυτής της ψυχικής αναστάτωσης είναι η φτωχή εικόνα σώματος. Οι Wilfley et al (2000) μέτρησαν την ανησυχία για το βάρος και την εικόνα

σώματος σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα με βουλιμική διαταραχή συγκρίνοντας τα σκορ τους με εκείνα ασθενών με νευρική ανορεξία, με νευρική βουλιμία και παχύσαρκων ατόμων χωρίς βουλιμική διαταραχή. Τα άτομα με βουλιμική διαταραχή επέδειξαν παρόμοια επίπεδα ανησυχίας για το βάρος και την εικόνα σώματος με τα άτομα με νευρική βουλιμία. Αυτό σημαίνει ότι η αυξημένη δυσαρέσκεια με την εικόνα σώματος είναι κεντρικός παράγοντας στη βουλιμική διαταραχή, όπως και στις άλλες διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον, τα παχύσαρκα άτομα με βουλιμική διαταραχή είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας για την εικόνα σώματος απ' ό,τι τα παχύσαρκα άτομα χωρίς βουλιμική διαταραχή. Οι Milkewicz και Cash (2000) μελέτησαν γυναίκες που ήταν υπέρβαρες, υπήρξαν υπέρβαρες στο παρελθόν ή δεν υπήρξαν ποτέ υπέρβαρες. Η αρνητική εικόνα σώματος και η βουλιμική διαταραχή συσχετίστηκαν σημαντικά και στις τρεις ομάδες. Η σχέση αυτή υποδηλώνει ότι οι δύο μεταβλητές συνδυάζονται στους ανθρώπους ανεξαρτήτως της κατάστασης του σωματικού τους βάρους.

Ο κύκλος του βάρους, δηλαδή η εμπειρία του να χάνεται και να επαναπροσλαμβάνεται βάρος, οδηγεί σε μια μεγαλύτερη απογοήτευση από ένα σταθερό βάρος. Ο κύκλος βάρους επικρατεί στα παχύσαρκα άτομα (Brownell & Rodin, 1994). Στις ψυχολογικές επιπτώσεις αυτής της συμπεριφοράς συμπεριλαμβάνεται η αρνητική εικόνα σώματος. Δύο μεθοδολογικά προβλήματα έχουν προκύψει από τις έρευνες που διερευνούν αυτή τη σχέση. Πρώτα απ' όλα, δεν υπάρχει σαφής ορισμός και μέτρηση του κύκλου βάρους και δεύτερον, κάποιες έρευνες υποθέτουν ότι κάποιος που χάνει και επαναπροσλαμβάνει δυο φορές μεγάλο ποσό βάρους, για παράδειγμα 50Kg, θα έχει δυο φορές μεγαλύτερη απογοήτευση. Αυτή η υπόθεση είναι πιθανότατα λανθασμένη (Brownell & Schwartz, 2004). Σε μια μελέτη των Friedman, Schwartz και Brownell (1998) υπήρχε διάκριση μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης κάποιου ως ατόμου που χάνει και επανακτά βάρος και του αντικειμενικού βαθμού διακύμανσης βάρους (δηλαδή του αριθμού των περιπτώσεων που ένα συγκεκριμένο ποσό κιλών απωλέσθηκε και επαναπροσλήφθηκε). Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αυτοαντίληψη του ατόμου ήταν σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τη δυσαρέσκεια εικόνας σώματος. Τα άτομα που διαθέτουν την άποψη για τον εαυτό τους ότι ακολουθούν ένα κύκλο βάρους είναι πιο πιθανό να είναι απογοητευμένα με το σώμα τους, να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη ικανοποίησης από τη ζωή.

Ένα άλλο ενδιαφέρον ζήτημα αφορά το τι συμβαίνει με την εικόνα σώματος σε άτομα που χάνουν βάρος. Υπάρχουν ενδείξεις ότι μετά την απώλεια βάρους τα προβλήματα εικόνας σώματος εμμένουν, γεγονός που ονομάστηκε από τον Cash «πάχος φάντασμα». Οι Milkewicz και Cash (2000) ερεύνησαν πως διαφέρουν οι υπέρβαροι, οι πρώην υπέρβαροι και όσοι δεν υπήρξαν ποτέ υπέρβαροι όσον αφορά την εικόνα σώματος. Τα άτομα που ήταν στο παρελθόν υπέρβαρα δεν απέκτησαν, τελικά, τόσο θετική εικόνα σώματος όταν έχασαν το περιττό τους βάρος, όσο κάποιος που δεν υπήρξε ποτέ υπέρβαρος. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν την άποψη ότι ο κίνδυνος εικόνας σώματος είναι περισσότερο γνωστικό ζήτημα παρά σωματικό.

Η ηλικία έναρξης της παχυσαρκίας, θεωρείται από κάποιους ως σημαντική για τη διαμόρφωση μιας αρνητικής εικόνας σώματος, καθώς όσο πιο νωρίς εμφανίζεται τόσο περισσότερες δυσάρεστες εμπειρίες βιώνει το άτομο (Schwartz MB, 2004). Οι Grilo, Wilfley, Brownell και Rodin (1994) προσδιόρισαν την έναρξη της παχυσαρκίας στην παιδική και ενήλικη ηλικία σε παχύσαρκες γυναίκες που αναζητούσαν θεραπεία. Οι δυο ομάδες δεν διέφεραν στο βάρος τους αλλά οι γυναίκες που υπήρξαν παχύσαρκες ως παιδιά εμφάνιζαν υψηλότερη δυσαρέσκεια με την εικόνα σώματος. Επίσης, βρέθηκε ότι η συχνότητα των πειραγμάτων σχετικά με το

βάρος σχετιζόταν με την απογοήτευση για το σώμα. Οι Adami et al (1998) χρησιμοποιώντας στην έρευνά τους ασθενείς με κακοήθης παχυσαρκία, πρώην ασθενείς που έχασαν το βάρος τους με χειρουργική επέμβαση και άτομα που δεν υπήρξαν ποτέ παχύσαρκα βρήκαν ότι τα παχύσαρκα άτομα που βίωσαν την έναρξη της παχυσαρκίας ως παιδιά ή ως ενήλικες είχαν παρόμοια επίπεδα δυσαρέσκειας με την εικόνα σώματός τους. Ωστόσο, στα άτομα που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, εκείνα με έναρξη της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία είχαν αρνητικότερη εικόνα σώματος από εκείνα που έγιναν παχύσαρκα ως ενήλικες. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η ηλικία έναρξης της παχυσαρκίας δεν επηρεάζει την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος στα παχύσαρκα άτομα, αλλά ότι η έναρξή της σε νεαρή ηλικία αυξάνει την ανθεκτικότητα της αρνητικής εικόνας σώματος μετά την απώλεια βάρους.

Τέλος, η κοινωνική τάξη επιδρά και αυτή στην εικόνα σώματος, αφού στα υψηλά κοινωνικά-οικονομικά στρώματα έχει αποδειχθεί ότι δίνουν περισσότερη αξία στο λεπτό σώμα απ' ότι στα κατώτερα κοινωνικά-οικονομικά στρώματα (Counihan C, 1999).

Για ορισμένους, η θλίψη για την εικόνα σώματος θα έπρεπε να κινητοποιεί σε αλλαγή συμπεριφοράς. Οι αρνητικές, όμως, εμπειρίες περισσότερο δεν ωθούν το άτομο ν' ανακουφιστεί χάνοντας βάρος, αλλά το οδηγούν σε ψυχολογική κατάπτωση, το απομονώνουν και δεν το κάνουν να προβεί σε αλλαγές. Με ανακούφιση από τη κατάθλιψη, το άγχος, την χαμηλή αυτοεκτίμηση ή τη θλίψη μιας κακής εικόνας σώματος θα βελτιωνόταν η ικανότητα να χάσουν βάρος. Η σχέση σωματικής δυσαρέσκειας και πρόγνωσης απώλειας βάρους αναπαρίσταται ως αναστραμμένο U, δηλαδή με μέση απογοήτευση το άτομο κινητοποιείται περισσότερο να χάσει βάρος απ' ότι με καθόλου δυσφορία, ενώ με υπερβολική απογοήτευση σταματάει κάθε απόπειρα αλλαγής.

Κάποιοι διατείνονται ότι με ψυχοθεραπεία, ώστε να βελτιωθεί η εικόνα σώματος, σε συνδυασμό με χάσιμο βάρους έχουμε καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Ενώ, προγράμματα που δίνουν έμφαση στην αποδοχή του σώματος και του εαυτού τους και στην αποσύνδεση της αυτοεκτίμησης από το βάρος είχαν ως συνέπεια πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες και περισσότερο κίνητρο για αλλαγή (Schwartz MB, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Εκτός από τις πρωταρχικές υποθέσεις που θέσαμε στην έρευνά μας ότι τα παχύσαρκα άτομα θα παρουσιάζουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τις άλλες δύο ομάδες υπέρβαρων ατόμων και ατόμων κανονικού βάρους, καθώς και ότι τα παχύσαρκα άτομα θα εμφανίζουν αρνητικότερη εικόνα σώματος σε σχέση με τα άτομα των άλλων δύο ομάδων, ερευνήσαμε, επιπλέον, και τις ακόλουθες παραμέτρους:

1. Υποθέτουμε ότι υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα θα έχουν ασταθή αυτοεκτίμηση, καθώς στο κίνητρο να αποκτήσουν μια θετική αυτοεκτίμηση (self-enhancement) αντιτίθεται το κίνητρο για τη διατήρηση σταθερής αυτοεκτίμησης (self-consistency), η οποία στην προκειμένη περίπτωση είναι αρνητική.
2. Υποθέτουμε ότι τα παχύσαρκα άτομα θα έχουν μεγαλύτερη ασυμφωνία μεταξύ εικόνας πραγματικού και ιδανικού εαυτού, γιατί κάτι τέτοιο συνεπάγεται χαμηλή αυτοεκτίμηση.
3. Εξετάζεται η πιθανότητα τα παχύσαρκα άτομα να έχουν υψηλές ενδείξεις για κατάθλιψη. Ενώ, η κατάθλιψη, ως παρεμβαλλόμενη μεταβλητή, ενδέχεται να επιφέρει χαμηλή αυτοεκτίμηση στις άλλες δύο ομάδες.
4. Οι παχύσαρκες γυναίκες αναμένεται ότι, πιθανόν, να έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, καθώς ασχολούνται περισσότερο με το σώμα τους και ανησυχούν για την εμφάνισή τους.

4.2 ΔΕΙΓΜΑ

Οι συμμετέχοντες της έρευνας ήταν συνολικά 60. Από αυτούς τα μισά άτομα ήταν άνδρες (30) και τα υπόλοιπα γυναίκες (30). Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνονται από 18 ετών έως 65, με μέσο όρο ηλικίας 35,316 έτη. Η απόφαση να διεξαχθεί η έρευνα με ενήλικα άτομα δεν ήταν τυχαία, καθώς λίγες έρευνες έχουν ασχοληθεί με την αυτοεκτίμηση πέρα από το στάδιο της εφηβείας, καθώς επίσης ενήλικα είναι τα περισσότερα παχύσαρκα άτομα που αυτόβουλα επιζητούν να χάσουν βάρος. Στο δείγμα μας, συγκεκριμένα, 26 άτομα ήταν από 20 έως 30 ετών, 10 άτομα είχαν ηλικία από 31 έως 40 ετών, 15 άτομα από 40 έως 50 ετών και 9 άτομα ήταν από 51 έως 65 ετών. Οι συμμετέχοντες

συγκεντρώθηκαν τυχαία από άτομα που παρακολουθούνταν από δύο δημόσια νοσοκομεία για τον έλεγχο του βάρους τους.

Βάσει του βάρους και του ύψους υπολογίσαμε το BMI των συμμετεχόντων και διαμορφώθηκαν τρεις ομάδες. Επομένως, τα 20 άτομα της πρώτης ομάδας ήταν φυσιολογικού βάρους, 20 άτομα ήταν υπέρβαρα και η τρίτη ομάδα αποτελούνταν από 20 παχύσαρκα άτομα, από τα οποία τα 8 άτομα διαγνώστηκαν με παχυσαρκία 1^{ου} βαθμού, τα άλλα 5 άτομα με παχυσαρκία 2^{ου} βαθμού και τα υπόλοιπα 7 με παχυσαρκία 3^{ου} βαθμού. Το BMI στην πρώτη ομάδα κυμαινόταν από 18,5 έως 24,9, στην δεύτερη από 25 έως 29,9 και στην τρίτη από 30 έως 34,4 τα άτομα με 1^{ου} βαθμού παχυσαρκία, από 35 έως 39,9 τα άτομα με 2^{ου} βαθμού παχυσαρκία και από 40 και πάνω τα άτομα με 3^{ου} βαθμού παχυσαρκία.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων αντιστοιχούσε σε απόφοιτους δημοτικού(11,7%), απόφοιτους γυμνασίου(16,7%), απόφοιτους λυκείου(33,3%), απόφοιτους ΑΕΙ(15%), απόφοιτους ΤΕΙ(16,7%) και απόφοιτους ΙΕΚ(6,7%).

Το 31,7% του δείγματος ήταν άνεργοι, το 23,3% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 15% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 11,7% ήταν επαγγελματίες υγείας, το 11,7% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και, τέλος, το 4% ήταν συνταξιούχοι.

Τέλος, το 76,7% των συμμετεχόντων ήταν κάτοικοι Αθηνών και το υπόλοιπο 23,3% ήταν κάτοικοι επαρχιωτικών πόλεων όπως Πάτρα, Τρίκαλα, Σαλαμίνα.

Παρακάτω παρατίθενται οι πίνακες συχνοτήτων βάσει των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος, καθώς και η απεικόνισή τους σε κυκλογράμματα.

4.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση των ερευνητικών μεθόδων από τον Kerlinger (1969), η μέθοδος που ακολουθεί η έρευνα για τη συλλογή δεδομένων είναι η *ex post facto*, η οποία σημαίνει κατά λέξη «από ότι έγινε μετά». Δηλαδή η εξέταση στρέφεται σε ψυχικά φαινόμενα που έχουν συμβεί και, επομένως, δεν μπορεί να γίνει λόγος για προγενέστερο χειρισμό ή έλεγχο των μεταβλητών σε πειραματικές συνθήκες.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε μπορεί να χαρακτηριστεί και ποσοτική, επειδή χρησιμοποιεί ποσοτικά δεδομένα. Ακόμη, είναι συμπερασματική και συγκεκριμένα στην έρευνά μας επαγωγική, δηλαδή από τα επιμέρους κατευθύνεται στα γενικά συμπεράσματα. Μια ποσοτική μέθοδος επιχειρεί να εξηγήσει αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, χρησιμοποιεί ελέγχους που επιτρέπουν την εξέταση των υποθέσεων και χρησιμοποιεί υψηλών προδιαγραφών μεθοδολογία για να διευκολύνει τις απαντήσεις στις ερωτήσεις (Gill και Johnson, 1991).

Βέβαια, η ποσότητα και ποιοτική προσέγγιση στην καθαρή τους μορφή είναι δύο ακραίες περιπτώσεις και η εφαρμογή τους δε συνηθίζεται. Συνήθως, μια ενδιάμεση μορφή, ένα μωσαϊκό των δύο τύπων, είναι η πιο συνηθισμένη μορφή προσέγγισης έρευνας. Τέλος, η μεθοδολογία δειγματοληψίας του πληθυσμού ήταν το απλό τυχαίο δείγμα.

Η τεχνική συλλογής δεδομένων της έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Η επιλογή του ερωτηματολογίου ως τεχνική στηρίχθηκε στο ότι 1) μπορεί να δοθεί σε μεγάλο αριθμό ερωτώμενων, 2) μπορεί εύκολα να συμπληρωθεί, 3) εξοικονομεί χρόνο και χρήμα, ενώ συλλέγεται μεγάλος αριθμός δεδομένων, 4) ενισχύει τους ερωτώμενους ν' απαντήσουν ειλικρινά στις ερωτήσεις, μιας και ο ερευνητής δεν είναι παρών στις περισσότερες περιπτώσεις, 5) επιτρέπει έγκυρα και αντικειμενικά αποτελέσματα. Ωστόσο, το κύριο μειονέκτημά του είναι ότι δεν επιτρέπει την προσωπική επαφή του ερευνητή με τους ερωτώμενους, έως εκ τούτου δεν μπορούν σαφώς να διευκρινιστούν τα αίτια των απόψεων των ερωτώμενων (Παπαστάμου Σ, 2001).

Η προετοιμασία ενός ερωτηματολογίου είναι ένα σημαντικό βήμα στην όλη έρευνα. Ειδικά στο ερωτηματολόγιο μας χρησιμοποιήθηκαν κλειστού τύπου ερωτήσεις που απαντώνται με ναι ή όχι, καθώς και δομημένες ή προκατασκευασμένες ερωτήσεις στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες που διευκολύνουν τους ερωτώμενους στις απαντήσεις τους.

4.4 ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε 60 άτομα φυσιολογικού βάρους, υπέρβαρα και παχύσαρκα βάσει του δείκτη μάζας σώματος (BMI) ο οποίος υπολογίστηκε, εφόσον ζητήθηκε από τα άτομα να συμπληρώσουν μαζί με τα δημογραφικά στοιχεία το βάρος και το ύψος τους. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν το μισό από άνδρες, δηλαδή 30 άτομα ανδρικού φύλου και το άλλο μισό από γυναίκες. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από άτομα ηλικίας 18-65. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από συνδυασμό ερωτηματολογίων τα οποία είναι τα ακόλουθα:

3.2.1 Το ερωτηματολόγιο του Rosenberg

Δομή. Το RSE είναι μια συσσωρευτική κλίμακα (τύπου Guttman) με 10 θέματα (items). Οι συμμετέχοντες καλούνται να συμφωνήσουν απόλυτα, να συμφωνήσουν, να διαφωνήσουν, ή να διαφωνήσουν απόλυτα με τις προτάσεις.

Η κλίμακα βασίζεται σε συνδυασμό των θεμάτων και παράγει μία κλίμακα με επτά κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία της κλίμακας αποτελείται από συνδυασμό απαντήσεων στις προτάσεις 3,7 και 9. Εάν ο συμμετέχων απαντά στις 2 από τις 3 ή στις 3 από τις 3 θετικά, θα λάβει ένα θετικό σκορ (δηλαδή χαμηλή αυτοεκτίμηση) στο πρώτο τμήμα. Η δεύτερη κατηγορία αποτελείται από συνδυασμό απαντήσεων στις προτάσεων 4 και 5. Μία στις 2 ή 2 στις 2 θετικές απαντήσεις θεωρούνται θετικές. Οι κατηγορίες 3,4 και 5 βαθμολογούνται, απλά, σαν θετικές ή αρνητικές βασιζόμενες στις απαντήσεις των θεμάτων 1,8 και 10 αντίστοιχα. Η κατηγορία 6 αποτελείται από συνδυασμό των απαντήσεων στα θέματα 2 και 6. Μία στις 2 ή 2 στις 2 θετικές απαντήσεις θεωρούνται θετικές.

Δείκτες αξιοπιστίας. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου για χρονικό διάστημα 2 εβδομάδων έχει βρεθεί να κυμαίνεται από $r=0,85$ έως $r=0,88$.

Ο συντελεστής alpha εσωτερικής συνοχής/συνέπειας του ίδιου ερωτηματολογίου στο αρχικό δείγμα στάθμισης των 5024 εφήβων βρέθηκε ίσος με $\alpha=0,77$. Η Wylie (1989) και οι Blascovich και Tomaka (1991) αναφέρουν άλλους επτά συντελεστές alpha, των οποίων οι τιμές κυμαίνονται από $\alpha=0,72$ έως $\alpha=0,87$.

Δείκτες εγκυρότητας. Παρόλο που το ερωτηματολόγιο του Rosenberg σχεδιάστηκε και χρησιμοποιείται με την υπόθεση του μονοδιάστατου, ορισμένες παραγοντοαναλυτικές μελέτες αποκάλυψαν σε αυτό την ύπαρξη δύο παραγόντων, οι οποίοι θα μπορούσαν να αποδοθούν με τους όρους «αρνητική αυτοεκτίμηση» και «θετική αυτοεκτίμηση» (Byrne, 1996a. Wylie, 1989). Στη βάση, όμως, της σύνθεσης των δύο αυτών παραγόντων οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι το ερωτηματολόγιο του Rosenberg είναι μονοδιάστατο.

Η συγκλίνουσα και η διακρίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου έχει, μεταξύ άλλων, διερευνηθεί και με πίνακες πολυχαρακτηριστικών-πολυμέσων. Ενδεικτικά, αναφέρεται η έρευνα των Byrne και Shavelson (1986), στην οποία χρησιμοποιήθηκαν δώδεκα επιμέρους κλίμακες για την αξιολόγηση τεσσάρων εννοιολογικών κατασκευών (τρεις κλίμακες για καθεμιά εννοιολογική κατασκευή): γενική σχολική ικανότητα, ικανότητα στα μαθηματικά, ικανότητα στα γλωσσικά μαθήματα και αυτοεκτίμηση. Για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο του Rosenberg (1965), η κλίμακα αυτοεκτίμησης του ερωτηματολογίου του Marsh (1992a) και η κλίμακα αυτοεκτίμησης του ερωτηματολογίου των Soares και Soares (1979). Η συνάφεια των τιμών του ερωτηματολογίου του Rosenberg με τις τιμές της κλίμακας αυτοεκτίμησης του ερωτηματολογίου του Marsh και τις τιμές της κλίμακας αυτοεκτίμησης του ερωτηματολογίου των Soares και Soares βρέθηκε, αντίστοιχα, ίση με $r=0,79$ και $r=0,64$. Επιπλέον, αυτοί οι συντελεστές συγκλίνουσας εγκυρότητας ήταν υψηλότεροι από τους συντελεστές διακρίνουσας εγκυρότητας του πίνακα πολυχαρακτηριστικών-πολυμέσων.

Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου του Rosenberg σε σχέση με τη θεωρητική υπόθεση έχει τεκμηριωθεί διαμέσου των συναφειών του με ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, του άγχους, του γονεϊκού ενδιαφέροντος, των ηγετικών ικανοτήτων, του κέντρου ελέγχου, της αυτοπεποίθησης και της δημοτικότητας.

3.2.2 Το ερωτηματολόγιο του Coopersmith

Δομή. Το ερωτηματολόγιο για άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 16 ετών αποτελείται από 25 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στο χώρο εργασίας, την οικογένεια, τις σχέσεις με τους συνομήλικους και τον εαυτό γενικότερα. Οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων του Coopersmith είναι σύντομες προτάσεις της μορφής «Η οικογένειά μου με καταλαβαίνει», στις οποίες ο ερωτώμενος απαντά με τη δήλωση «μου ταιριάζει» ή «δεν μου ταιριάζει». Το άθροισμα των τιμών όλων των ερωτήσεων παρέχει, κατά τον Coopersmith, ένα δείκτη της αυτοεκτίμησης.

Δείκτης αξιοπιστίας. Δείκτες αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου για άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 16 ετών δεν αναφέρονται.

Δείκτες εγκυρότητας. Αν ο Coopersmith κατασκεύασε τα ερωτηματολόγια του με την υπόθεση του μονοδιάστατου, ο ίδιος στο εγχειρίδιο χρήσης τους συνιστά οι τέσσερις επιμέρους κλίμακες των ερωτηματολογίων αυτών (χώρος εργασίας, οικογένεια, συνομήλικοι, γενικός εαυτός) να βαθμολογούνται ξεχωριστά. Όπως όμως παρατηρούν οι Keith και Bracken (1996), μεταξύ των τυπικών δεδομένων των ερωτηματολογίων δεν περιλαμβάνονται ούτε οι μέσοι όροι ούτε οι τυπικές αποκλίσεις των τιμών των τεσσάρων αυτών επιμέρους κλιμάκων ούτε κάποιοι δείκτες εγκυρότητας που θα μπορούσαν να προσφέρουν επαρκή βάση για τον υπολογισμό των τεσσάρων ξεχωριστών βαθμών. Οι ίδιοι επισημαίνουν, ακόμη, ότι οι παράγοντες ανάλυσης των ερωτηματολογίων του Coopersmith αποκάλυψαν την ύπαρξη περισσότερων του ενός παραγόντων, χωρίς όμως η παραγοντική δομή των ερωτηματολογίων να είναι σταθερή στις διάφορες έρευνες, αφού ο αριθμός των παραγόντων σε αυτές κυμάνθηκε από 4 έως 9.

3.2.3 Body weight, image and self-esteem evaluation (B-WISE): Ερωτηματολόγιο βάρους σώματος, εικόνας σώματος και αυτοεκτίμησης.

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

Η εσωτερική συνοχή και η αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Ο συντελεστής Cronbach της εσωτερικής συνοχής υπολογίστηκε με τα αποκτηθέντα δεδομένα από 141 υποκείμενα και το αποτέλεσμα (0,79) βρέθηκε ικανοποιητικό. Η αξιοπιστία της μέτρησης των δύο ημίσεων παρήγαγε ένα συντελεστή Spearman-Brown 0,76. Οι συσχετίσεις Pearson's υπολογίστηκαν μεταξύ δοκιμής και επανελέγχου βαθμολογιών από 56 άτομα και παρήγαγαν έναν συντελεστή 0,81, $p < 0,001$. Ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής ήταν 0,80 που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μέτρια υψηλός.

Διακρίνουσα εγκυρότητα. Το συνολικό δείγμα 141 συμμετεχόντων ταξινομήθηκε αυθαίρετα σε τέσσερις ομάδες που βασίστηκαν στο δείκτη μάζας σώματος (BMI)-κανονικό βάρος (BMI < 24,9) [n=35], υπέρβαρος (BMI 25,0-29,9) [n=46], παχύσαρκος (BMI 30,0-34,9) [n=43] και παχυσαρκία τρίτου βαθμού (BMI > 40,0) [n=17]. Επίσης, βασισμένα στη συνολική βαθμολογία που πήραν στην κλίμακα, το δείγμα ταξινομήθηκε αυθαίρετα σε τρεις ομάδες-εκείνη με ήπιο (12-20), μέτρια (21-28) και σοβαρό (29-36) ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο. Ένας 4x3 πίνακας πιθανότητας επινοήθηκε και X^2 υπολογίστηκε για να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος και των αποτελεσμάτων του B-WISE. Τα σκορ του B-WISE ήταν σε θέση από μόνα τους να διακρίνουν τις τέσσερις ομάδες σαν διαφορετικές, και οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές ($X^2=16,4$, $df=6$, $p < 0,001$).

3.2.4 Διαπολιτισμικό ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης για ενήλικες

Σύντομη περιγραφή. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιλαμβάνει (χωρίς την κλίμακα ψεύδους) 32 δηλώσεις. Οι δηλώσεις αυτές επιδιώκουν να μετρήσουν τη γενική, την προσωπική και την κοινωνική αντίληψη για τον εαυτό (self-perception), και χωρίζονται σε δύο ομάδες: εκείνες που δείχνουν υψηλή και εκείνες που δείχνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η κάθε ερώτηση απαντάται είτε με «ναι» (αν περιγράφει πώς ο ερωτώμενος αισθάνεται συνήθως), είτε με «όχι» (αν δεν περιγράφει πώς αισθάνεται συνήθως). Περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες αυτοεκτίμησης: γενική (16 δηλώσεις), κοινωνική (8 δηλώσεις) και προσωπική (8 δηλώσεις). Υπάρχει επίσης μία κλίμακα ψεύδους (8 δηλώσεις).

Αξιοπιστία. Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's α της συνολικής κλίμακας και των τριών υποκλιμάκων κυμαίνεται από 0,50 έως 0,79. Οι συσχετίσεις (Pearson r) ανάμεσα στη συνολική αυτοεκτίμηση και στις υποκλίμακες κυμαίνονται από 0,59 έως 0,92.

3.2.5 Κλίμακα μέτρησης της εικόνας του εαυτού

Σύντομη περιγραφή. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία τμήματα: (1) τον πραγματικό εαυτό, (2) τον ιδανικό εαυτό και (3) τον εαυτό όπως τον βλέπουν οι άλλοι. Και τα τρία τμήματα απαρτίζονται από 15 κλίμακες εννέα διαβαθμίσεων. Κάθε κλίμακα έχει στα άκρα της από ένα ζεύγος εννοιολογικά αντιθέτων επιθέτων. Τα ζεύγη παρουσιάζονται με διαφορετική σειρά σε κάθε τμήμα και ο ερωτώμενος σημειώνει στην κλίμακα το σημείο που θεωρεί ότι βρίσκεται πιο κοντά στη περιγραφή του εαυτού του.

Τρόπος βαθμολόγησης. Η βαθμολογία της κλίμακας αρχίζει από 9 (το επίθετο με τη θετική έννοια) και τελειώνει στο 1 (το αρνητικό επίθετο). Το άθροισμα των τιμών κάθε τμήματος κυμαίνεται από 15 έως 135. Η διαφορά που προκύπτει από το άθροισμα του τμήματος του πραγματικού εαυτού από όπου αφαιρείται το άθροισμα του τμήματος του ιδανικού εαυτού δείχνει το επίπεδο της εικόνας του εαυτού.

Εγκυρότητα. Οι συσχετίσεις με άλλες μεταβλητές έδειξαν ότι οι κλίμακες έχουν καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής.

4.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Καταρχήν επειδή το δείγμα παχύσαρκων ατόμων ήταν δύσκολο να βρεθεί, τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε άτομα που επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία ενδοκρινολόγων και διαιτολόγων στα νοσοκομεία: Γζάνειο και Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά. Κατά τη διάρκεια που τα άτομα περίμεναν στην αίθουσα αναμονής για την καθορισμένη τους συνάντηση με τον ιατρό τους, τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Δόθηκαν κάποιες πληροφορίες για το σκοπό της έρευνας, όπως οι εξής: «Ερευνούμε τους ψυχολογικούς παράγοντες που επιδρούν στο βάρος του σώματος μας». Δώσαμε, επίσης, οδηγίες για το πώς θα συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο και αναμέναμε στον ίδιο χώρο μέχρι να ολοκληρωθεί η συμπλήρωση, απαντώντας σε πιθανόν πρόσθετες απορίες. Αρκετά ήταν τα άτομα που πρόθυμα δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα, ωστόσο σε ένα τέτοιο περιβάλλον όπως το νοσοκομείο, με την πίεση του χρόνου και την ένταση που προκαλεί, υπήρξαν και άτομα που αρνήθηκαν να συμβάλλουν. Ειδικά τα παχύσαρκα άτομα ένιωθαν κάπως αμήχανα στην αρχή, αλλά καθώς τα ερωτηματολόγια δόθηκαν συγχρόνως και σε άτομα υπέρβαρα και φυσιολογικού βάρους που συνήθως τους συνόδευαν, ενδεχομένως να μην αισθάνθηκαν το λεγόμενο στιγματισμό απέναντί τους. Πρόθυμα ήταν, ακόμη, άτομα του προσωπικού του νοσοκομείου και επαγγελματίες υγείας να βοηθήσουν στην έρευνα καθώς και άτομα του φιλικού μας περιβάλλοντος. Συγκεντρώθηκαν συνολικά 60 ερωτηματολόγια.

Ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν 20 λεπτά. Δεν ζητήθηκαν πληροφορίες προσωπικού χαρακτήρα. Η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων διεξήχθη από τις 1/5/2005 έως τις 31/8/2005.

Τέλος η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το σύστημα Excell και SPSS.

4.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες τα άτομα φυσιολογικού βάρους έχουν μεγαλύτερα σκορ στην κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg. Έτσι τα παχύσαρκα άτομα είναι λιγότερο ικανοποιημένα με τον εαυτό τους, αισθάνονται ότι δεν έχουν αρκετές ικανότητες, πιστεύουν ότι δεν έχουν καταφέρει πολλά πράγματα στη ζωή τους και ενώ δηλώνουν μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό τους θα εύχονταν να εκτιμήσουν περισσότερο τον εαυτό τους. Γενικά κυμαίνονται σε χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης απ' ότι οι άλλες δύο ομάδες. Παρακάτω ακολουθούν οι πίνακες συσχετισμού BMI και ερωτήσεων αυτοεκτίμησης.

1^{ος} Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης:

Μέτρηση: 1=Διαφωνώ απόλυτα

2=Διαφωνώ

3=Συμφωνώ

4=Συμφωνώ απόλυτα

Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Γενικά είμαι	1			1		1
ικανοποιημένος	2	1	5	4	1	
με τον εαυτό	3	17	11	1	2	4
μου	4	2	4	2	2	2

Κατά περιόδους σκέφτομαι ότι δεν είμαι καλός/η σε τίποτα * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Κατά περιόδους	1	3	8	2	1	2
σκέφτομαι ότι δεν	2	9	10	2	3	
είμαι καλός/η σε	3	7	2	3	1	2
τίποτα	4	1		1		3

Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές ικανότητες * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Αισθάνομαι ότι	1					1
έχω αρκετές	2			2		
ικανότητες	3	12	12	4	3	2
	4	8	8	2	2	4

**Είμαι ικανός/η να κάνω το ίδιο καλά κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι άλλοι άνθρωποι
bmi Crosstabulation**

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Είμαι ικανός/η να κάνω	2	2		2		1
το ίδιο καλά κάποια	3	6	3	2	1	2
πράγματα όπως οι	4	12	17	4	4	4
περισσότεροι άλλοι						
άνθρωποι						

Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Νομίζω ότι δεν έχω	1	2	5	3		1
καταφέρει αρκετά	2	12	10	1	3	
πράγματα στη ζωή	3	3	4	1	1	5
μου	4	3	1	3	1	1

Νιώθω άχρηστος/η ορισμένες φορές * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Νιώθω άχρηστος/η	1	5	8	3	2	2
ορισμένες φορές	2	11	6	1	2	2
	3	3	6	3	1	2
	4	1		1		1

ισθάνομαι ότι αξίζω σαν άτομο, τουλάχιστον στον ίδιο βαθμό με τους άλλους ανθρώπους * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Αισθάνομαι ότι αξίζω	2	1				
σαν άτομο, τουλάχιστον	3	7	6	4	1	2
στον ίδιο βαθμό με τους	4	12	14	4	4	5
άλλους ανθρώπους						

Μακάρι να εκτιμούσα περισσότερο τον εαυτό μου * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Μακάρι να εκτιμούσα	1	3	1	1		
περισσότερο τον	2	11	10	3	2	
εαυτό μου	3	6	7	1	2	3
	4		2	3	1	4

Εν γένει, έχω την τάση να αισθάνομαι αποτυχημένος/η * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Εν γένει, έχω την	1	9	10	3	3	3
τάση να αισθάνομαι	2	8	5	3	1	2
αποτυχημένος/η	3	3	3	1	1	2
	4		2	1		

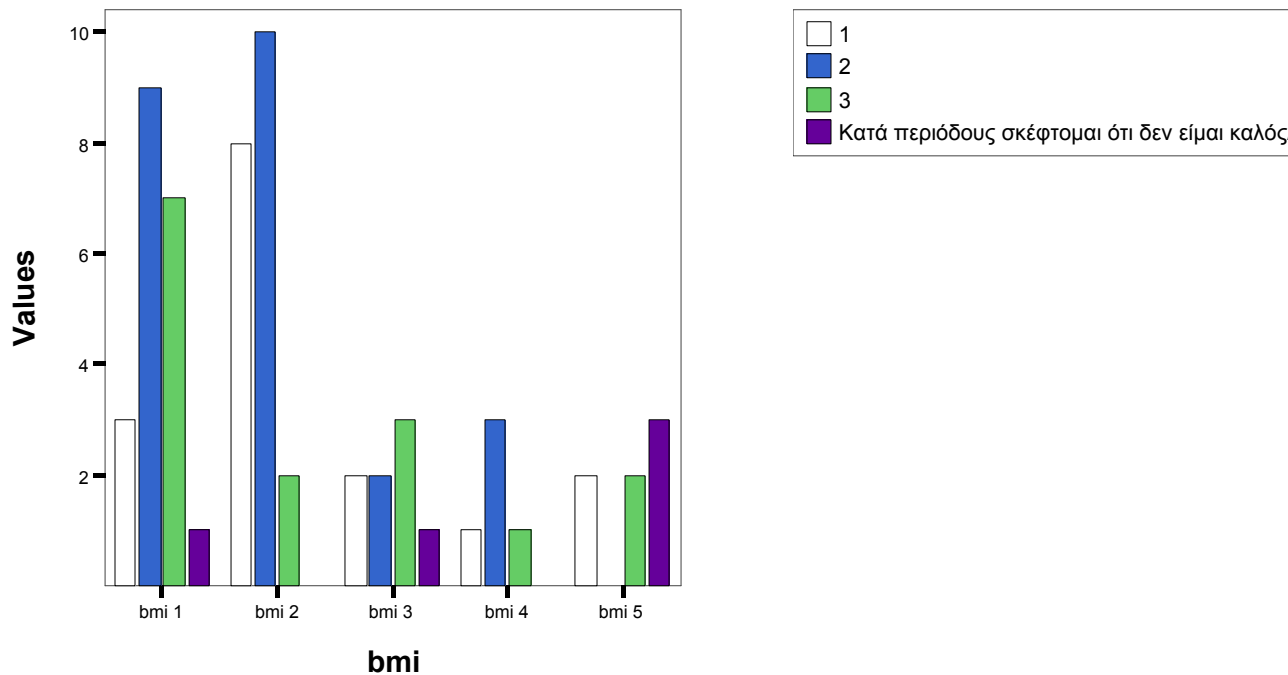
Έχω μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου * bmi Crosstabulation

Count		bmi				
		1	2	3	4	5
Έχω μια θετική	1			3		1
στάση απέναντι	2	1	3	1	1	1
στον εαυτό μου	3	12	11	4	2	2
	4	7	6		2	3

Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης: 1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ 3=συμφωνώ 4=συμφωνώ απόλυτα

Κατά περιόδους σκέφτομαι ότι δεν είμαι καλός/η σε τίποτα * bmi Crosstabulation

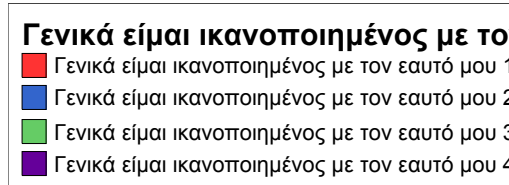
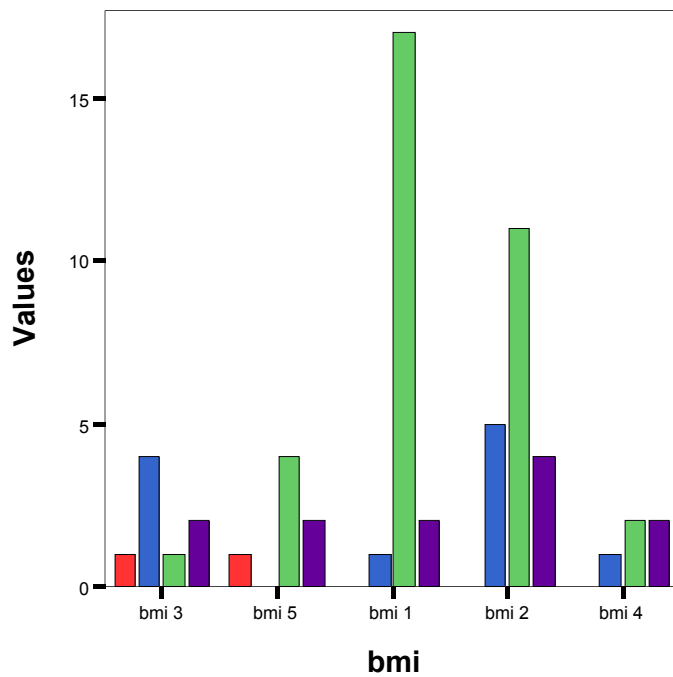
Statistics : Count



Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης: 1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ 3=συμφωνώ 4=συμφωνώ απόλυτα

Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου * bmi Crosstabulation

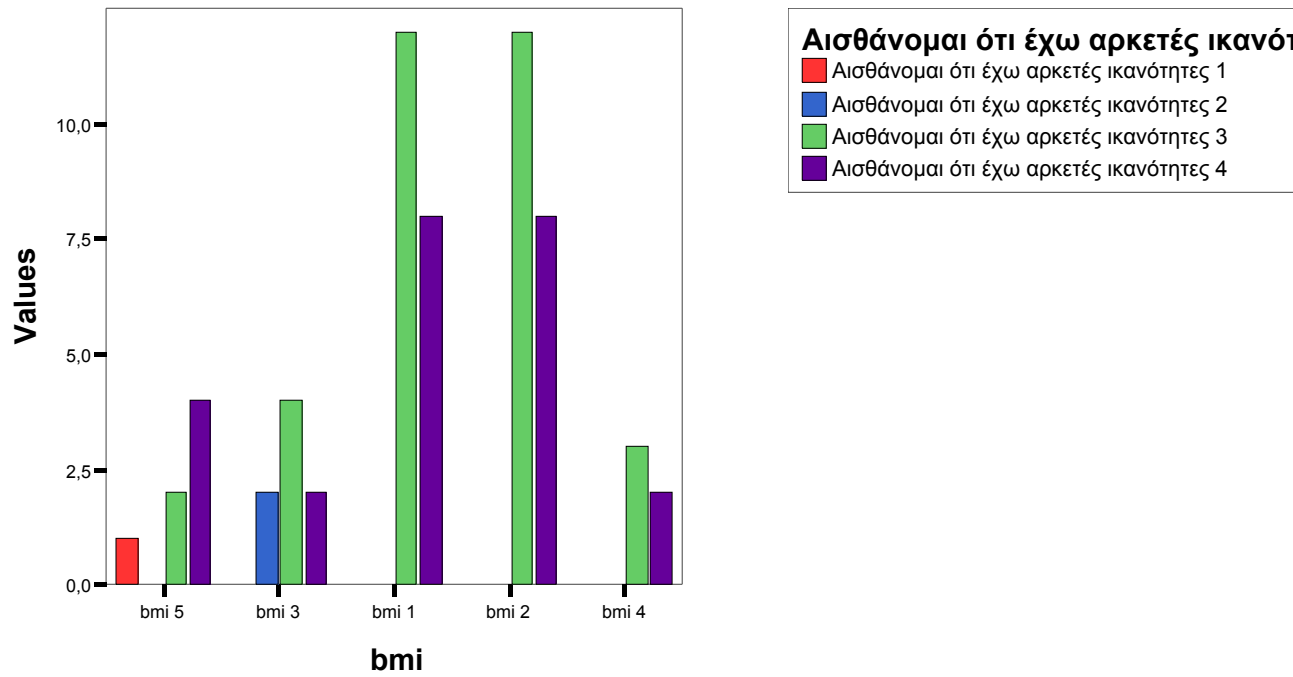
Statistics : Count



Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης: 1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ 3=συμφωνώ 4=συμφωνώ απόλυτα

Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές ικανότητες * bmi Crosstabulation

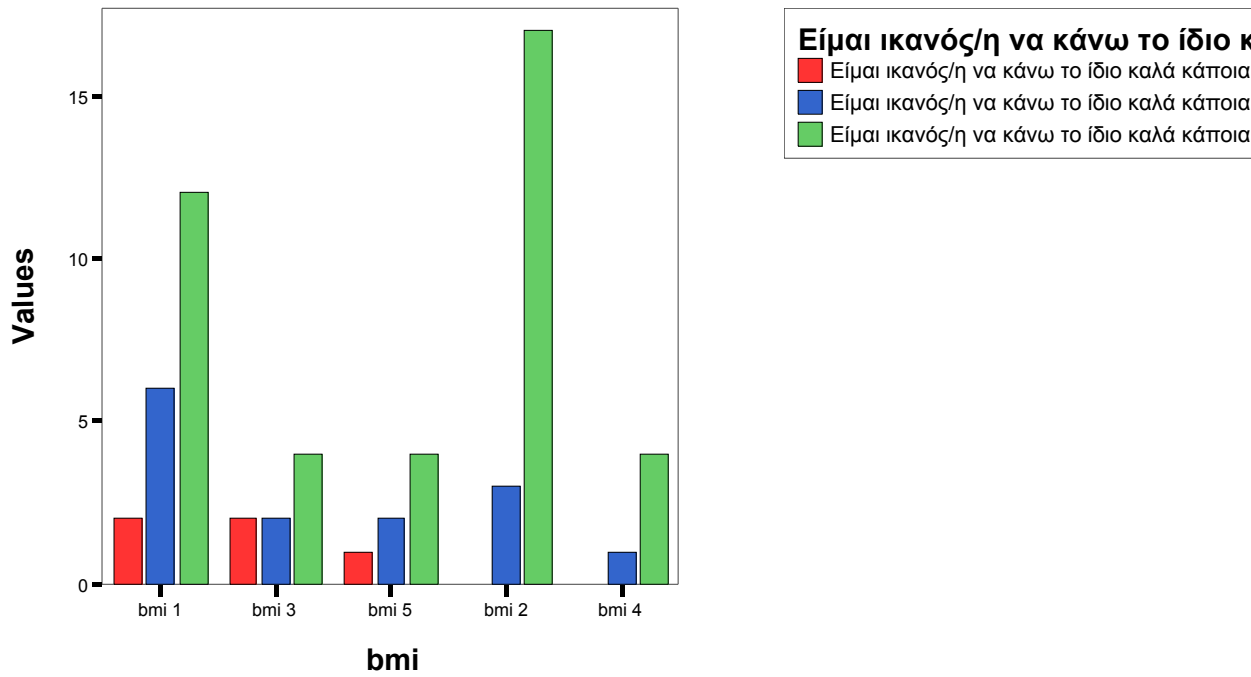
Statistics : Count



Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης: 1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ 3=συμφωνώ 4=συμφωνώ απόλυτα

Είμαι ικανός/η να κάνω το ίδιο καλά κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι

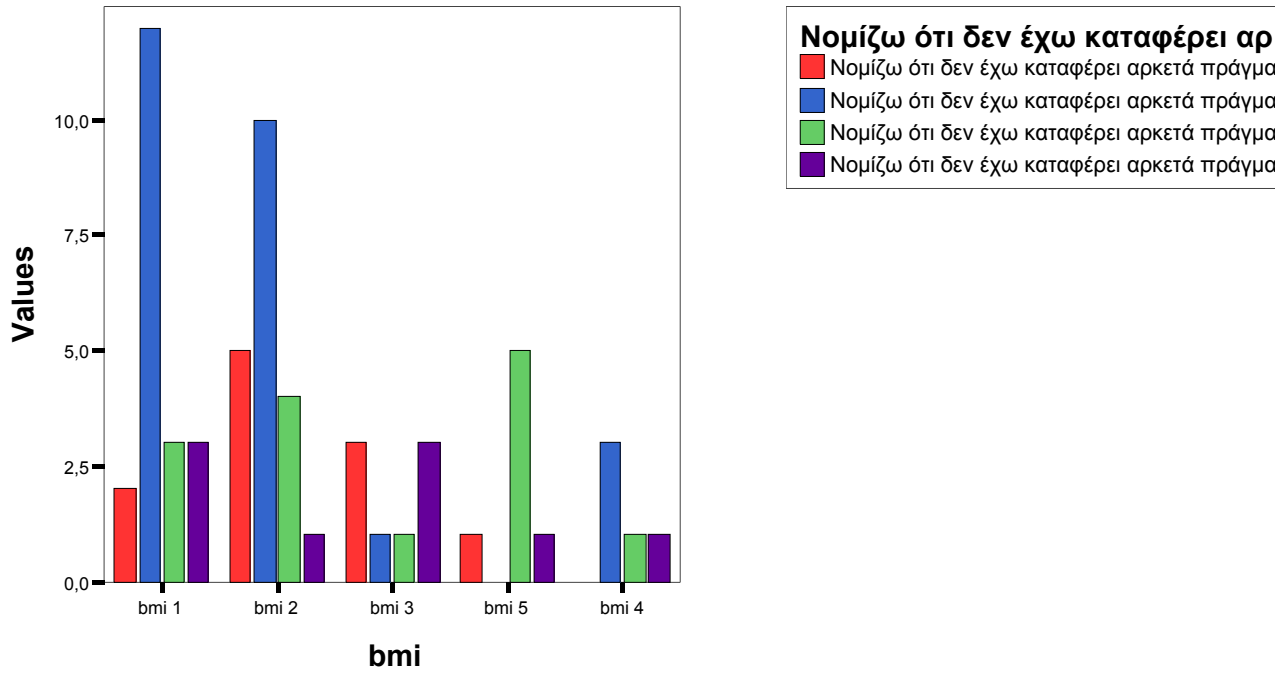
Statistics : Count



Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης: 1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ 3=συμφωνώ 4=συμφωνώ απόλυτα

Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου * bmi Crosstab

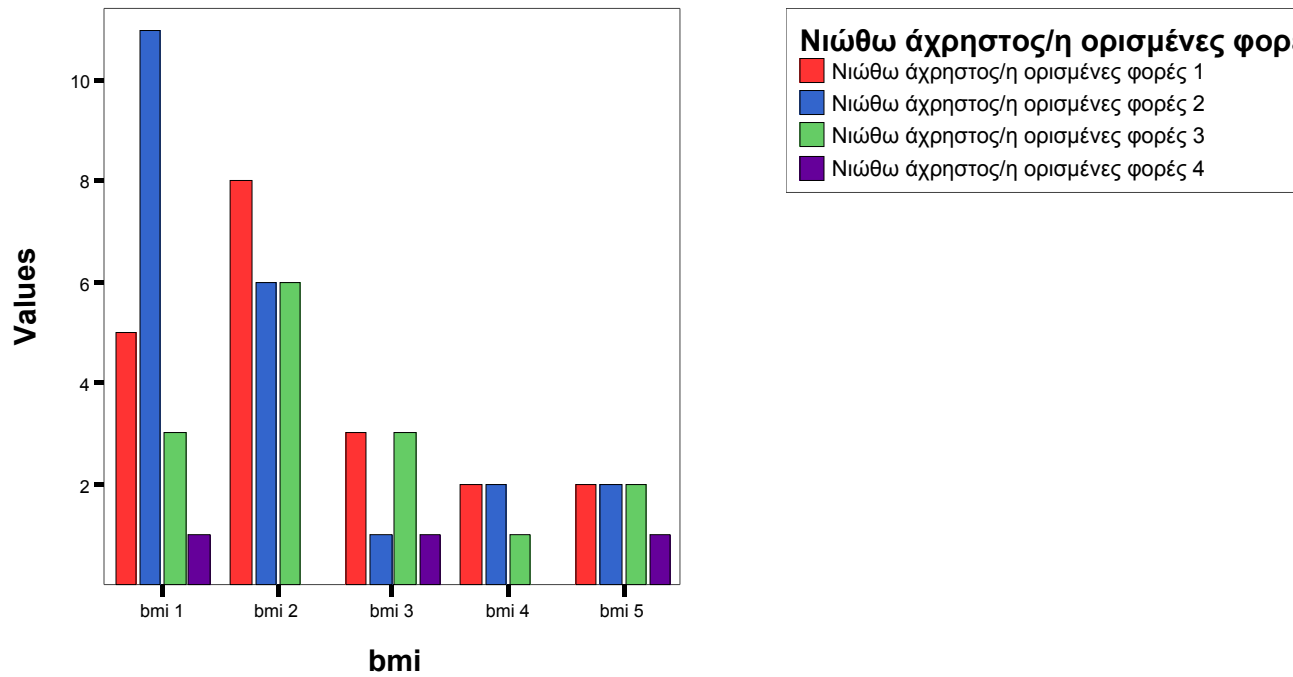
Statistics : Count



Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης: 1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ 3=συμφωνώ 4=συμφωνώ απόλυτα

Νιώθω άχρηστος/η ορισμένες φορές * bmi Crosstabulation

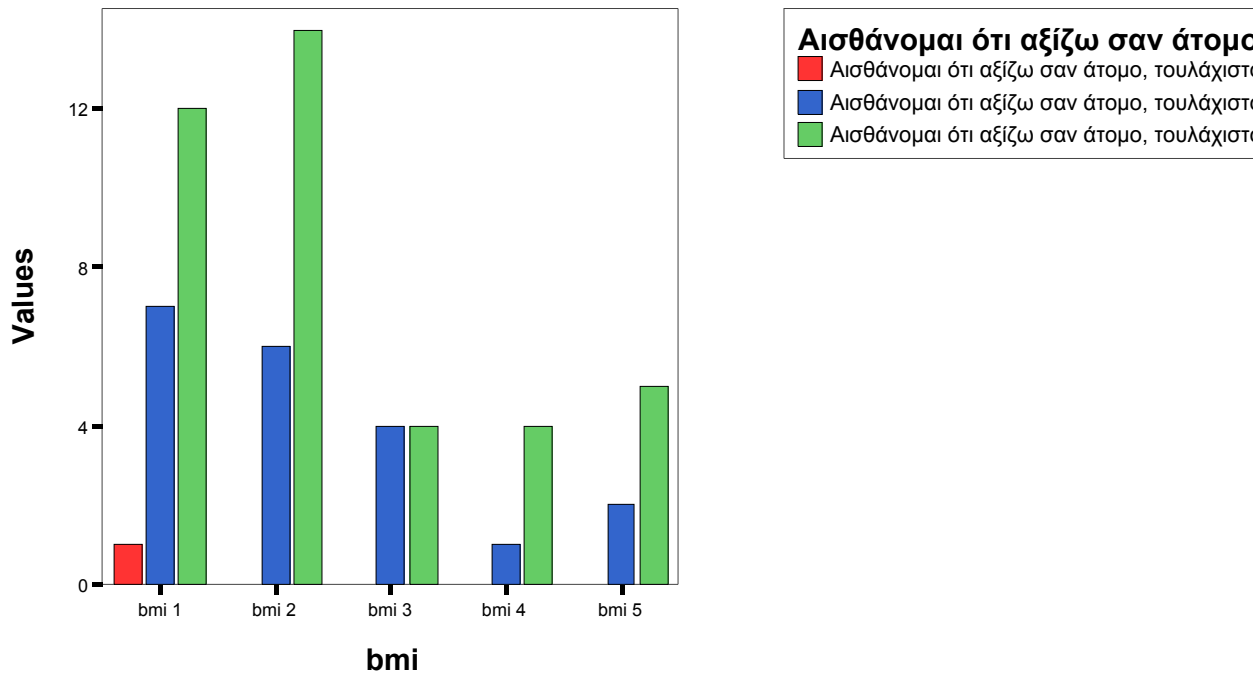
Statistics : Count



Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης: 1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ 3=συμφωνώ 4=συμφωνώ απόλυτα

Αισθάνομαι ότι αξίζω σαν άτομο, τουλάχιστον στον ίδιο βαθμό με τους άλλους

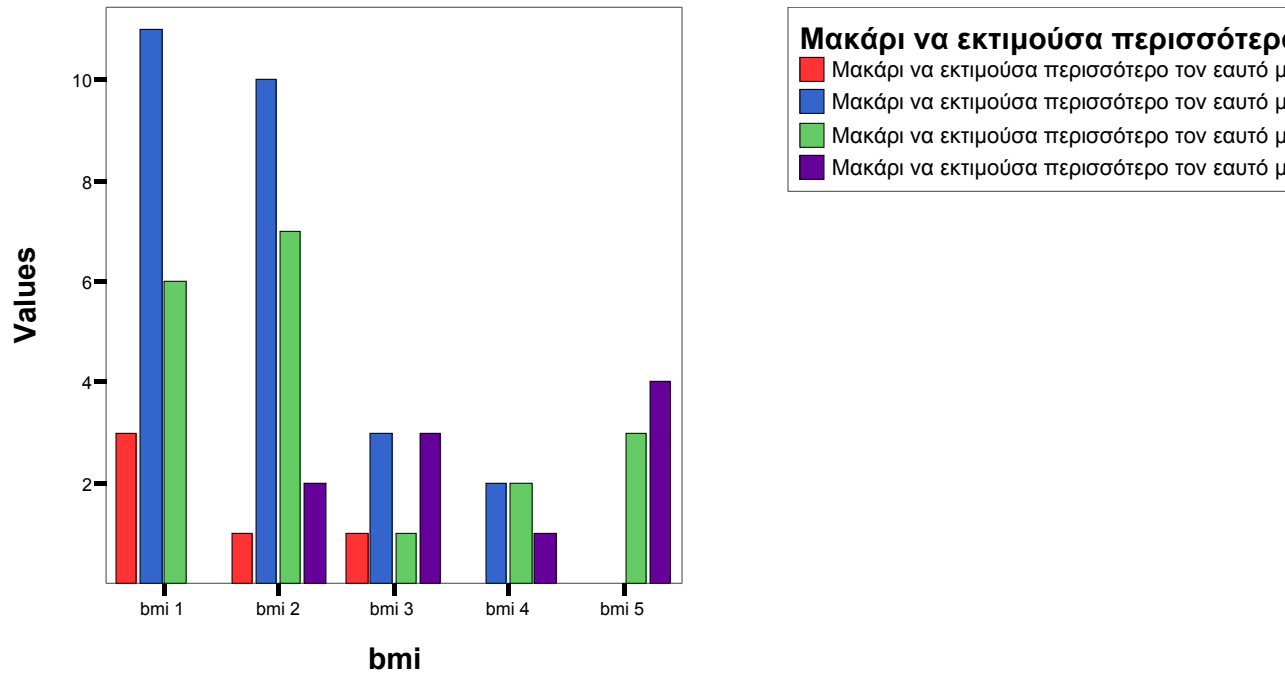
Statistics : Count



Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης: 1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ 3=συμφωνώ 4=συμφωνώ απόλυτα

Μακάρι να εκτιμούσα περισσότερο τον εαυτό μου * bmi Crosstabulation

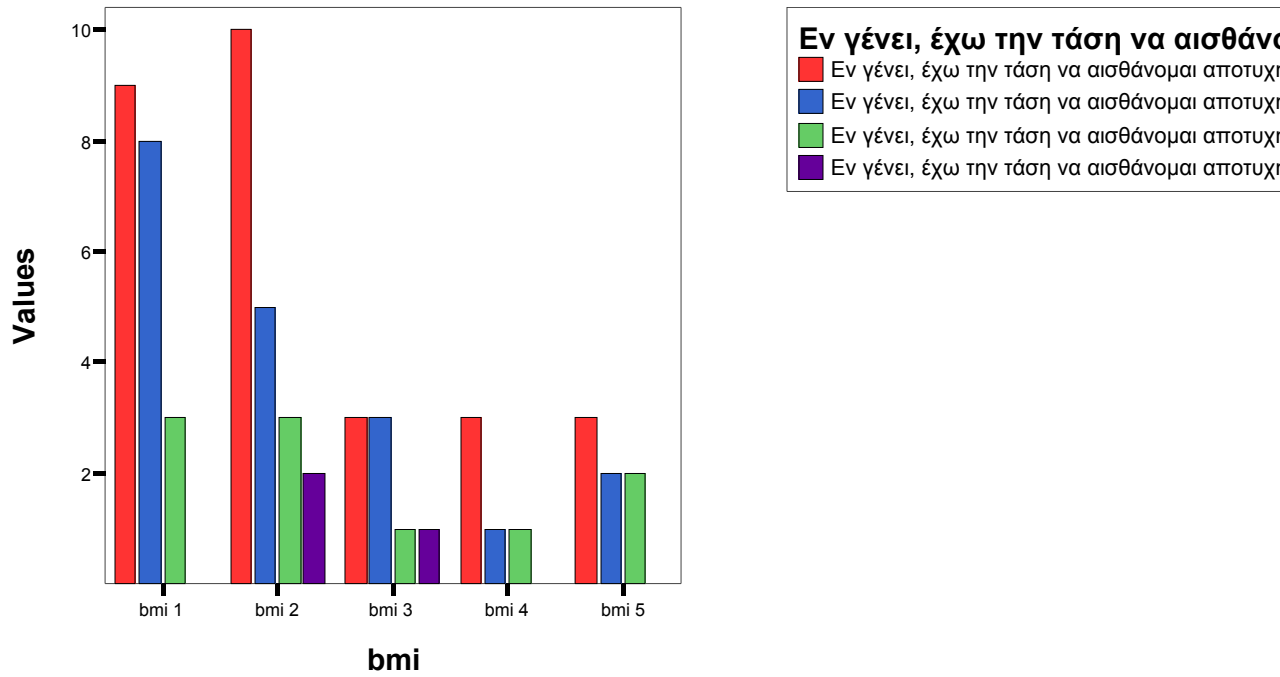
Statistics : Count



Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης: 1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ 3=συμφωνώ 4=συμφωνώ απόλυτα

Εν γένει, έχω την τάση να αισθάνομαι αποτυχημένος/η * bmi Crosstabulation

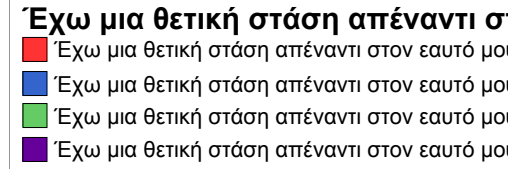
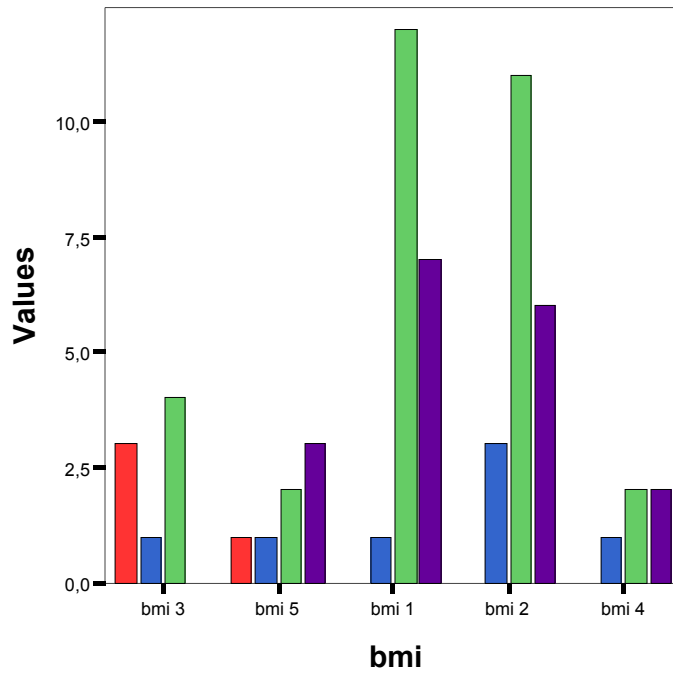
Statistics : Count



Δείκτης γενικής αυτοεκτίμησης: 1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ 3=συμφωνώ 4= συμφωνώ απόλυτα

Έχω μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου * bmi Crosstabulation

Statistics : Count



Όσον αφορά τη σταθερότητα της αυτοεκτίμησης, ενώ τα άτομα με παχυσαρκία δηλώνουν ότι η άποψη για τον εαυτό τους αλλάζει πιο συχνά από τις άλλες δύο ομάδες, παρόλα αυτά οι διαφορές μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Έτσι, η υπόθεση ότι η αυτοεκτίμηση των ατόμων αυτών θα ήταν πιο ασταθής, δεδομένου ότι η επιθυμία τους να διατηρήσουν μια σταθερή αυτοεκτίμηση η οποία τείνει να τους ωθεί σε χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης έρχεται σε αντίθεση με την επιθυμία τους να αποκτήσουν μια θετική αυτοεκτίμηση, δεν επιβεβαιώθηκε. Συνολικά τα άτομα και των τριών ομάδων θεωρούν την άποψη για τον εαυτό τους γενικά σταθερή. Ωστόσο, εξαίρεση αποτελεί η ομάδα των παχύσαρκων ατόμων τρίτου βαθμού που στην πλειοψηφία τους 85,7% δηλώνουν ότι τη μια μέρα έχουν θετική άποψη για τον εαυτό τους, ενώ την άλλη αρνητική. Γεγονός που δείχνει μια εσωτερική σύγκρουση για το αν αξίζουν ή όχι σαν άτομα.

Σημαντική διαφορά παρατηρείται μεταξύ των ομάδων όσον αφορά τις ερωτήσεις σχετικά με την κατάθλιψη. Το 95% τόσο των υπέρβαρων ατόμων όσο και των ατόμων με φυσιολογικό βάρος αισθάνονται γενικά χαρούμενα άτομα και μόνο 5% δεν αισθάνονται το ίδιο. Αντίθετα, το αντίστοιχο ποσοστό των παχύσαρκων που δεν αισθάνεται γενικά χαρούμενο είναι 35%, το 85% νιώθουν ότι δεν διασκεδάζουν αρκετά στη ζωή τους και το 55% δεν θεωρούν τον εαυτό τους ευτυχισμένο άτομο.

Όσον αφορά την κοινωνική αυτοεκτίμηση το 50% των παχύσαρκων ατόμων θεωρούν ότι δεν είναι τόσο εμφανίσιμοι όσο οι περισσότεροι άνθρωποι, έναντι 20% του αντίστοιχου ποσοστού των υπέρβαρων και έναντι 5% των ατόμων φυσιολογικού βάρους. Γενικά, τα παχύσαρκα άτομα δυσκολεύουν να εκφράσουν τις απόψεις τους, δεν έχουν πολλούς φίλους, είναι ντροπαλοί σε ποσοστό 75% και θυμώνουν εύκολα σε ποσοστό 100%! Το 90% των παχύσαρκων ατόμων θεωρούν ότι οι άλλοι δε σέβονται τις απόψεις τους και το 80% νιώθουν υπερένταση ή άγχος. Το 70% διακατέχεται συχνά από άσχημα συναισθήματα ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους υπέρβαρους είναι 40% και για τα άτομα με φυσιολογικό βάρος 35%. Το 40% δηλώνει ότι ντρέπεται για τον εαυτό του συχνά έναντι 0% και 5% για τα άτομα με φυσιολογικό βάρος και τα υπέρβαρα άτομα, αντίστοιχα. Δηλαδή, σε γενικά πλαίσια, τα παχύσαρκα άτομα έχουν χαμηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες.

Αναφορικά με την εικόνα του σώματος το 65% των παχύσαρκων ατόμων δηλώνει ότι είναι πάντοτε απογοητευμένοι με το βάρος τους, ενώ 25% των υπέρβαρων ατόμων και το 10% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος νιώθουν το ίδιο. Το 50% δηλώνει ότι δεν τους αρέσει ποτέ η εμφάνισή τους, ενώ το ποσοστό για τα υπέρβαρα άτομα είναι 15% και για τα άτομα με φυσιολογικό βάρος 10%. Επίσης, το 50% δηλώνουν αμήχανοι στην παρέα λόγω του βάρους τους και είναι οι μόνοι σε ποσοστό 25% που αποφεύγουν φίλους και συγγενείς επειδή δεν έχουν ωραίο σώμα. Τέλος, στο σύνολό τους τα παχύσαρκα άτομα θεωρούν ότι το παραπάνω βάρος δεν είναι καλό για την υγεία. Γενικά, τα παχύσαρκα άτομα έχουν αρνητική εικόνα σώματος ενώ τα υπέρβαρα άτομα και τα άτομα με φυσιολογικό βάρος θετικότερη. Επίσης, οι γυναίκες εμφανίζονται να σκέφτονται περισσότερο το σώμα τους και να έχουν πιο χαμηλές τιμές εικόνας σώματος από τους άνδρες. Εν τέλει, τα παχύσαρκα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση εμφανίζονται να έχουν μια αρνητική εικόνα πραγματικού εαυτού που βρίσκεται σε έντονη ασυμφωνία με τα υψηλά στάνταρ του ιδανικού εαυτού που θέτουν και, συνήθως, είναι μη ρεαλιστικά και ανέφικτα. Το γεγονός αυτό ισχύει και για τα υπέρβαρα και για άτομα κανονικού βάρους που σημειώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Στους πίνακες που ακολουθούν εμφανίζονται κατά σειρά οι πίνακες και τα γραφήματα των ερωτήσεων σε συσχέτιση με τις ομάδες του BMI, καθώς και οι πίνακες με τη συχνότητα των απαντήσεων σε κάθε ερώτηση.

2^{ος} Δείκτης σταθερότητας αυτοεκτίμησης:

Μέτρηση: 1=Ανίκανος/η Μέτρηση: 1=Ναι Μέτρηση: 1=Ποτέ

2=Μέτριος/α

0=Όχι

2=Σπάνια

3=Ικανός/η

3=Μερικές φορές

4=Συχνά

Εσείς νιώθετε ότι στα περισσότερα πράγματα είστε * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Εσείς νιώθετε ότι	1			1		
στα περισσότερα	2	4	6	3	1	3
πράγματα είστε	3	16	14	4	4	4

Έχετε νιώσει ποτέ ανίκανος/η; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Έχετε νιώσει ποτέ	0	11	9	3	2	3
ανίκανος/η;	1	9	11	5	3	4

Έχετε αισθανθεί ποτέ ότι είστε αρκετά καλός/η σε κάποια πράγματα; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Έχετε αισθανθεί ποτέ ότι	0		1	1		
είστε αρκετά καλός/η σε	1	20	19	7	5	7
κάποια πράγματα;						

Έχετε νιώσει ποτέ ότι δεν είστε ικανός/η σε τίποτα; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Έχετε νιώσει ποτέ ότι δεν	0	15	15	6	4	5
είστε ικανός/η σε τίποτα;	1	5	5	2	1	2

Η άποψη για τον εαυτό σας τείνει να αλλάξει * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Η άποψη για	1	5	6		1	1
τον εαυτό σας	2	6	7	3	2	
τείνει να αλλάξει	3	8	7	3	2	4
	4	1		2		2

Η άποψη για τον εαυτό σας αλλάζει από τη μια μέρα στην άλλη * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Η άποψη για τον	1	6	8	3	3	1
εαυτό σας αλλάζει	2	12	5	3	1	2
από τη μια μέρα	3	1	7		1	3
στην άλλη	4	1		2		1

Νομίζετε ότι η ιδέα που έχετε γενικά για τον εαυτό σας αλλάζει γρήγορα; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Νομίζετε ότι η ιδέα που	0	18	19	7	4	4
έχετε γενικά για τον εαυτό	1	2	1	1	1	3
σας αλλάζει γρήγορα;						

Κάποιες μέρες έχετε θετική γνώμη για τον εαυτό σας ενώ κάποιες άλλες αρνητική; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Κάποιες μέρες έχετε	0	11	12	3	4	1
θετική γνώμη για τον	1	9	8	5	1	6
εαυτό σας ενώ κάποιες						
άλλες αρνητική;						

Θεωρείτε ότι τίποτα ή σχεδόν τίποτα δεν μπορεί να αλλάξει την άποψη που έχετε τώρα για τον εαυτό σας; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Θεωρείτε ότι τίποτα ή	0	16	15	5	2	5
σχεδόν τίποτα δεν	1	4	5	3	3	2
μπορεί να αλλάξει την						
άποψη που έχετε τώρα						
για τον εαυτό σας;						

Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε σίγουρος/η ότι γνωρίζετε πραγματικά τον εαυτό σας; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Σε ποιο βαθμό	2		1			
αισθάνεστε σίγουρος/η ότι	3	12	11	4	4	5
γνωρίζετε πραγματικά τον	4	8	8	4	1	2
εαυτό σας;						

3^{ος} Δείκτης κατάθλιψης:

Μέτρηση: 1=Καθόλου Μέτρηση: 1=Ναι
 2=Λίγο 0=Όχι
 3=Αρκετά
 4=Πολύ

Γενικά είμαι ένα ευτυχισμένο άτομο, Σε ποιο βαθμό σας αντιπροσωπεύει η παραπάνω πρόταση; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Γενικά είμαι ένα	1		1	1	1	1
ευτυχισμένο άτομο,	2	2	2	2	1	3
Σε ποιο βαθμό σας	3	15	12	3	3	2
αντιπροσωπεύει η	4	3	5	2		1
παραπάνω πρόταση;						

Νιώθετε ότι διασκεδάζετε πολύ στη ζωή σας; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Νιώθετε ότι διασκεδάζετε	0	9	11	6	5	6
πολύ στη ζωή σας;	1	11	9	2		1

Γενικά είστε χαρούμενο άτομο; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Γενικά είστε χαρούμενο	0	1	1	3	1	3
άτομο;	1	19	19	5	4	4

Σήμερα αισθάνεστε χαρούμενος/η; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Σήμερα αισθάνεστε	1	1		2	1	1
χαρούμενος/η;	2	4	3	1		4
	3	13	16	4	4	1
	4	2	1	1		1

Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι από μένα, Νιώθετε ότι σας συμβαίνει; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Οι περισσότεροι άνθρωποι	0	16	14	3	4	2
είναι πιο ευτυχισμένοι από						
μένα, Νιώθετε ότι σας	1	4	6	5	1	5
συμβαίνει;						

Θα θέλατε να είστε τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται οι περισσότεροι άνθρωποι; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Θα θέλατε να είστε τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται οι περισσότεροι άνθρωποι;	0	14	9	3	1	2
	1	6	11	5	4	5

Θα λέγατε ότι τον περισσότερο καιρό νιώθετε χαρούμενος/η; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Θα λέγατε ότι τον περισσότερο καιρό νιώθετε χαρούμενος/η;	0	4	4	4	3	4
	1	16	16	4	2	3

4^{ος} Δείκτης αυτοπεποίθεσης:

Μέτρηση: 0=Δεν θα σας άρεσε Μέτρηση: 0=Καθόλου Μέτρηση: 0=Όχι

1=Δεν θα σας πείραζε

1=Λίγο

1=Ναι

2=Θα σας άρεσε

2=Πολύ

Μέτρηση: 1=Όχι και τόσο συμπαθητικά Μέτρηση: 0=Καθόλου

2=Λίγο συμπαθητικό

1=Λίγο

3=Αρκετά συμπαθητικό

2=Αρκετά

4=Υπέροχο

3=Πολύ

εφτείτε ότι σας ζητούν να μιλήσετε και να πείτε ορισμένα πράγματα για τον εαυτό σας μπροστά σε κάποια άλλα άτομα προκυμένου να σας γνωρίσουν, Αυτό: * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Σκεφτείτε ότι σας ζητούν να μιλήσετε και να πείτε ορισμένα πράγματα για τον εαυτό σας μπροστά σε κάποια άλλα άτομα προκυμένου να σας γνωρίσουν, Αυτό:	0	6	8	1		4
	1	10	8	5	4	2
	2	4	4	2	1	1

Αν έπρεπε να δώσετε μια δημόσια ομιλία, σε πιο βαθμό θα νιώθατε αγχωμένος/η; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Αν έπρεπε να δώσετε μια δημόσια ομιλία, σε πιο βαθμό θα νιώθατε αγχωμένος/η;	0	2	2	1		1
	1	10	8	4	5	1
	2	8	10	3		5

Όταν μιλάτε μπροστά σε άλλα άτομα κατά πόσο σκέφτεστε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Όταν μιλάτε μπροστά σε άλλα άτομα κατά πόσο σκέφτεστε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι;	0	5	3	2	2	
	1	8	13	2	3	3
	2	7	4	4		4

Υποθέστε ότι έχετε πάει σε ένα πάρτυ και δεν έχετε φορέσει τα κατάλληλα ρούχα, Αυτό θα σας ενοχλούσε; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Υποθέστε ότι έχετε πάει σε ένα πάρτυ και δεν έχετε φορέσει τα κατάλληλα ρούχα, Αυτό θα σας ενοχλούσε;	0	2	3	1	2	2
	1	13	8	4	3	3
	2	5	9	3		2

Αν υποθέσουμε ότι πηγαίνατε σε ένα πάρτυ όπου δεν γνωρίζατε τα περισσότερα άτομα, Θα αναρωτιόσασταν για το τι σκέφτονται για εσάς; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Αν υποθέσουμε ότι πηγαίνατε σε ένα πάρτυ όπου δεν γνωρίζατε τα περισσότερα άτομα, Θα αναρωτιόσασταν για το τι σκέφτονται για εσάς;	0	11	3	4	4	2
	1	9	17	4	1	5

Γίνεστε νευρικός/η όταν κάποιος σας παρακολουθεί ενόσω εργάζεστε; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Γίνεστε νευρικός/η	0	6	6	2	3	1
όταν κάποιος σας παρακολουθεί ενόσω εργάζεστε;	1	14	14	6	2	6

ταν είμαι με κόσμο αγχώνομαι γιατί ανησυχώ για το πόσο με συμπαθούν, Σας συμβαίνει κάτι τέτοιο; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Όταν είμαι με κόσμο αγχώνομαι γιατί ανησυχώ για το πόσο με συμπαθούν, Σας συμβαίνει κάτι τέτοιο;	0	3	5	4	3	1
	1	15	11		2	4
	2	2	4	4		2

Θα λέγατε ότι ο περίγυρός σας σας θεωρεί ένα άτομο: * bmi Crosstabulation

Count

		bmi					Total
		1	2	3	4	5	
Θα λέγατε ότι ο περίγυρός σας σας θεωρεί ένα άτομο:	1		1				1
	2	2		1	2	2	7
	3	14	18	7	3	1	43
	4	4	1			4	9
Total		20	20	8	5	7	60

Κατά πόσο πιστεύετε ότι σας συμπαθούν οι άνδρες; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Κατά πόσο πιστεύετε ότι σας συμπαθούν οι άνδρες;	1	1	5	3	1	2
	2	14	9	5	4	4
	3	5	6			1

Κατά πόσο θεωρείτε ότι σας συμπαθούν οι γυναίκες; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi					Total
		1	2	3	4	5	
Κατά πόσο θεωρείτε ότι σας συμπαθούν οι γυναίκες;	1	5	1	1		2	9
	2	10	13	5	5	4	37
	3	5	6	2		1	14
Total		20	20	8	5	7	60

Δώστε μερικά επίθετα που να περιγράφουν τι τύπος ανθρώπου είστε * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Δώστε μερικά επίθετα	0	4		1		3
που να περιγράφουν τι	1	3	7	3	1	1
τύπος ανθρώπου είστε	2	13	13	4	4	3

5^{ος} Δείκτης κοινωνικής αυτοεκτίμησης και 6^{ος} Δείκτης προσωπικής αυτοεκτίμησης:

Μέτρηση: 1=Καθόλου ή ποτέ
 2=Ελάχιστα ή σπάνια
 3=Λίγο ή μερικές φορές
 4= Πολύ ή συχνά
 5=Πάρα πολύ ή πάντοτε

Μέτρηση: 1=Ναι
 0=Όχι

Θα ήθελα να αλλάξω αρκετά πράγματα από τον εαυτό μου αν μπορούσα * bmi Crosstabulation

Count

		bmi					Total
		1	2	3	4	5	
Θα ήθελα να αλλάξω	1	3	3	1	1	1	9
αρκετά πράγματα	2	11	7	2	1		21
από τον εαυτό μου	3	5	5	1	3	1	15
αν μπορούσα	4	1	3	2		1	7
	5		2	2		4	8
Total		20	20	8	5	7	60

Οι περισσότεροι άνθρωποι αρέσουν στους άλλους περισσότερο απ' όσο εγώ * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Οι περισσότεροι άνθρωποι	1	7	6	1	1	1
αρέσουν στους άλλους	2	9	9	3		
περισσότερο απ' όσο εγώ	3	3	4	2	2	3
	4	1	1	1	2	2
	5			1		1

Σου αρέσει που είσαι άνδρας/γυναίκα; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Σου αρέσει που είσαι	1	20	20	8	5	7
άνδρας/γυναίκα;						

Είσαι εμφανίσιμος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Είσαι εμφανίσιμος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;	0	1	4	2	2	6
	1	19	16	6	3	1

Είσαι δυνατός και υγιής όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Είσαι δυνατός και υγιής όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;	0	1	4	1	2	4
	1	19	16	7	3	3

Πήρες ποτέ κάτι που δεν σου άνηκε; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Πήρες ποτέ κάτι που δεν σου άνηκε;	0	16	12	7	3	5

Λές πάντα την αλήθεια; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi					Total
		1	2	3	4	5	
Λές πάντα την αλήθεια;	0	8	10	3	1	1	23
	1	12	10	5	4	6	37
Total		20	20	8	5	7	60

Λές ποτέ ψέματα; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi					Total
		1	2	3	4	5	
Λές ποτέ ψέματα;	0	9	7	5	4	5	30
	1	11	13	3	1	2	30
Total		20	20	8	5	7	60

Εκνευρίζομαι εύκολα στο σπίτι * bmi Crosstabulation

Count

		bmi					Total
		1	2	3	4	5	
Εκνευρίζομαι	1	2	1				3
εύκολα στο	2	6	3	1	1		11
σπίτι	3	6	6	2	1	4	19
	4	5	6	4	2	2	19
	5	1	4	1	1	1	8
Total		20	20	8	5	7	60

Υποχωρώ εύκολα * bmi Crosstabulation

Count

		bmi					Total
		1	2	3	4	5	
Υποχωρώ	1	1	4				5
εύκολα	2	6	4	5		1	16
	3	6	4	1	2	2	15
	4	5	3		1		9
	5	2	5	2	2	4	15
Total		20	20	8	5	7	60

Είναι δύσκολο να συμπεριφερόμαι όπως νιώθω * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Είναι δύσκολο να	1	5	4	3	1	
συμπεριφερόμαι	2	10	6	3	2	2
όπως νιώθω	3	4	5	2	2	3
	4	1	2			
	5		3			2

Αν έχω κάτι να πώ, το λέω χωρίς δισταγμό * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Αν έχω κάτι να	2	1	6			1
πώ, το λέω	3	6	3	2		
χωρίς δισταγμό	4	8	5	1	3	4
	5	5	6	5	2	2

Αντιμετωπίζω με ηρεμία τους άλλους και τις διάφορες καταστάσεις * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Αντιμετωπίζω με ηρεμία τους άλλους και τις διάφορες καταστάσεις	1	1		2		1
	2	4	4	1	1	3
	3	5	7	3	1	
	4	7	4	2	3	2
	5	3	5			1

Στενοχωριέμαι όταν νιώθω ότι εξαρτώμαι από τους άλλους * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Στενοχωριέμαι όταν νιώθω ότι εξαρτώμαι από τους άλλους	1	1		1	1	
	2	2	1			
	3	3	2	2		
	4	6	10	1		2
	5	8	7	4	4	5

Έχεις λίγους μόνο φίλους * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Έχεις λίγους μόνο φίλους	0	13	8	2	1	2
	1	7	12	6	4	5

Συμπαθείς όλους όσους ξέρεις; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Συμπαθείς όλους όσους ξέρεις;	0	18	14	5	3	3
	1	2	6	3	2	4

Περνάς τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο μόνος/η σου; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Περνάς τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο μόνος/η σου;	0	13	10	4	3	1
	1	7	10	4	2	6

Σε αντιπαθούν πολλοί; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Σε αντιπαθούν πολλοί;	0	16	16	6	3	5
	1	4	4	2	2	2

Κουσομπολεύεις μερικές φορές; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Κουσομπολεύεις μερικές φορές;	0	2	4	1	2	3
	1	18	16	7	3	4

Δυσκολεύεσαι να εκφράσεις τις απόψεις ή τα συναισθήματά σου; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Δυσκολεύεσαι να εκφράσεις τις απόψεις ή τα συναισθήματά σου;	0	15	11	7	5	4
	1	5	9	1		3

Θυμώνεις ποτέ; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Θυμώνεις ποτέ;	0	2	3			
	1	18	17	8	5	7

Είσαι ποτέ ντροπαλός/η; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Είσαι ποτέ ντροπαλός/η;	0	5	6	2	1	2
	1	15	14	6	4	5

Οι ιδέες σου αρέσουν στους άλλους; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Οι ιδέες σου αρέσουν στους άλλους;	0			1	1	
	1	20	20	7	4	7

Είναι δύσκολο να κάνεις γνωριμίες με καινούργια πρόσωπα; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Είναι δύσκολο να	0	16	15	7	4	4
κάνεις γνωριμίες με	1	4	5	1	1	3
καινούργια πρόσωπα;						

Οι περισσότεροι άνθρωποι σέβονται τις απόψεις σου; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Οι περισσότεροι άνθρωποι	0	1			1	1
σέβονται τις απόψεις σου;	1	19	20	8	4	6

Σου λείπει η πρωτοβουλία; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Σου λείπει η	0	17	14	7	3	3
πρωτοβουλία;	1	3	6	1	2	3
	13					1

Μπορώ να παίρνω αποφάσεις χωρίς δυσκολία; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Μπορώ να παίρνω	1		2			
αποφάσεις χωρίς	2	1	5		1	
δυσκολία;	3	8	7	2	1	3
	4	10	4	4	2	3
	5	1	2	2	1	1

Δυσκολεύομαι να συνηθίσω κάτι καινούργιο * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Δυσκολεύομαι	1		2	3	2	2
να συνηθίσω	2	6	4		1	
κάτι καινούργιο	3	6	4	4	2	4
	4	7	7			1
	5	1	3	1		

Νομίζω ότι δεν έχω πολλές πνευματικές ικανότητες * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Νομίζω ότι δεν	1	10	4	3		2
έχω πολλές	2	7	7	1	2	1
πνευματικές	3	1	5	2	2	3
ικανότητες	4	1	1	1		1
	5	1	3	1	1	

Συνήθως πετυχαίνεις όταν αναλαμβάνεις ένα σημαντικό έργο ή σημαντικές υποχρεώσεις; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Συνήθως πετυχαίνεις όταν	0		1	1		
αναλαμβάνεις ένα σημαντικό	1	20	19	7	5	7
έργο ή σημαντικές						
υποχρεώσεις;						

Αισθάνεσαι τόσο σπουδαίος όσο οι περισσότεροι άνθρωποι; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Αισθάνεσαι τόσο	0	3	3	3	1	2
σπουδαίος όσο οι	1	17	17	5	4	5
περισσότεροι άνθρωποι;						

Νιώθεις συχνά υπερένταση ή άγχος; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Νιώθεις συχνά	0	6	9	3		
υπερένταση ή άγχος;	1	14	11	5	5	7

Διακατέχεται συχνά από άσχημα συναισθήματα; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Διακατέχεται συχνά από	0	13	12	3	3	
άσχημα συναισθήματα;	1	7	8	5	2	7

Σου λείπει η αυτοπεποίθηση; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Σου λείπει η	0	11	14	3	3	2
αυτοπεποίθηση;	1	9	6	5	2	5

Είσαι πιο ευαίσθητος/η απ'ότι οι περισσότεροι άνθρωποι; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Είσαι πιο ευαίσθητος/η	0	13	12	1		2
απ'ότι οι περισσότεροι	1	7	8	7	5	5
άνθρωποι;						

Αισθάνεσαι ποτέ λυπημένος/η; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Αισθάνεσαι ποτέ	0	2	1		1	
λυπημένος/η;	1	18	19	8	4	7

Ντρέπεσαι συχνά για τον εαυτό σου; * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Ντρέπεσαι συχνά για	0	19	20	5	4	3
τον εαυτό σου;	1	1		3	1	4

7^{ος} Δείκτης εικόνας σώματος:

Μέτρηση: 1=Ποτέ

2=Μερικές φορές

3=Πάντοτε

Επιθυμώ να ήμουν κάποιος άλλος * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Επιθυμώ	1	7	7	4	3	1
να ήμουν	2	10	8		1	1
κάποιος	3	3	3	2	1	1
άλλος	4		2	1		3
	5			1		
	33					1

Είμαι απογοητευμένος/η με το βάρος μου * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Είμαι απογοητευμένος/η	1	13	4			
με το βάρος μου	2	5	11	3	2	2
	3	2	5	5	3	5

Νιώθω δραστήριος/ια και ενεργητικός/η * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Νιώθω δραστήριος/ια και ενεργητικός/η	1			1		2
	2	3	4	3	3	3
	3	17	16	4	2	2

Βγαίνω συχνά έξω για διασκέδαση * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Βγαίνω συχνά έξω για διασκέδαση	1	1	3	1	2	3
	2	7	11	4	2	2
	3	12	6	3	1	2

Δεν μπορώ να ελέγξω την πείνα μου * bmi Crosstabulation

Count

		bmi					Total
		1	2	3	4	5	
Δεν μπορώ να ελέγξω την πείνα μου	1	5	4		1		10
	2	13	10	6	3	3	35
	3	2	6	2	1	4	15
Total		20	20	8	5	7	60

Δεν μου αρέσει η εμφάνισή μου * bmi Crosstabulation

Count

		bmi					Total
		1	2	3	4	5	
Δεν μου αρέσει η εμφάνισή μου	1	8	5	1	1	1	16
	2	10	12	4	3		29
	3	2	3	3	1	6	15
Total		20	20	8	5	7	60

Είμαι αμήχανος/η στην παρέα λόγω του βάρους μου * bmi Crosstabulation

Count

		bmi					Total
		1	2	3	4	5	
Είμαι αμήχανος/η στην παρέα λόγω του βάρους μου	1	16	11	3	3	1	34
	2	4	6	2	1	1	14
	3		3	3	1	5	12
Total		20	20	8	5	7	60

Σκέφτομαι το σώμα μου και την εμφάνισή μου κατά τη διάρκεια της ημέρας * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Σκέφτομαι το σώμα μου	1	5	8	2	1	3
και την εμφάνισή μου κατά	2	13	6	2	3	3
τη διάρκεια της ημέρας	3	2	6	4	1	1

Αποφεύγω φίλους και συγγενείς επειδή δεν έχω ωραίο σώμα * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Αποφεύγω φίλους και	1	20	18	4	4	3
συγγενείς επειδή δεν	2		1	2		2
έχω ωραίο σώμα	3		1	2	1	2

Γνωρίζω γιατί παίρνω βάρος και γνωρίζω πως μπορώ να χάσω βάρος * bmi Crosstabulation

Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Γνωρίζω γιατί παίρνω	1		1			
βάρος και γνωρίζω πως	2	3	4	2	1	3
μπορώ να χάσω βάρος	3	17	15	6	4	4

Έχω την άποψη ότι το παραπάνω βάρος δεν είναι καλό για την υγεία * bmi Crosstabulation

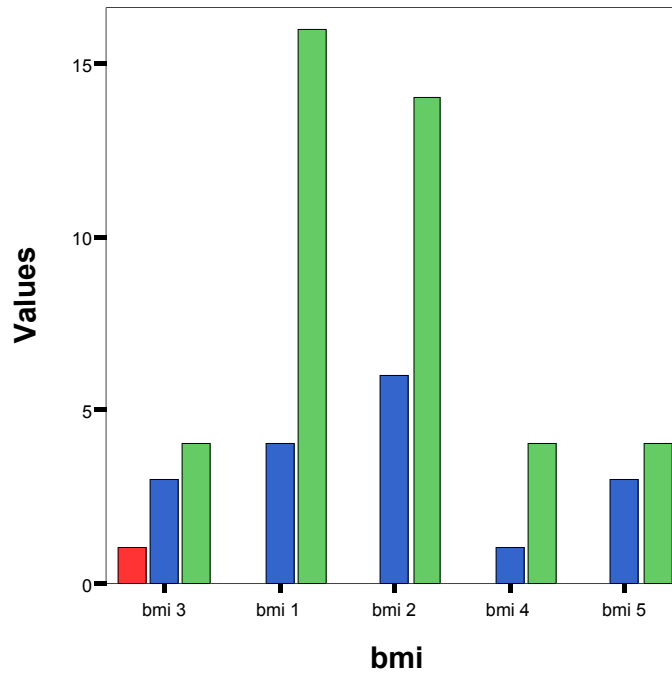
Count

		bmi				
		1	2	3	4	5
Έχω την άποψη ότι το	1	3				
παραπάνω βάρος δεν	2	1	6	1		
είναι καλό για την υγεία	3	16	14	7	5	7

Δείκτης σταθερότητας αυτοεκτίμησης: 1=Ανίκανος/η 2=Μέτριος/ια
3=Ικανός/η

Εσείς νιώθετε ότι στα περισσότερα πράγματα είστε * bmi Crosstabulation

Statistics : Count

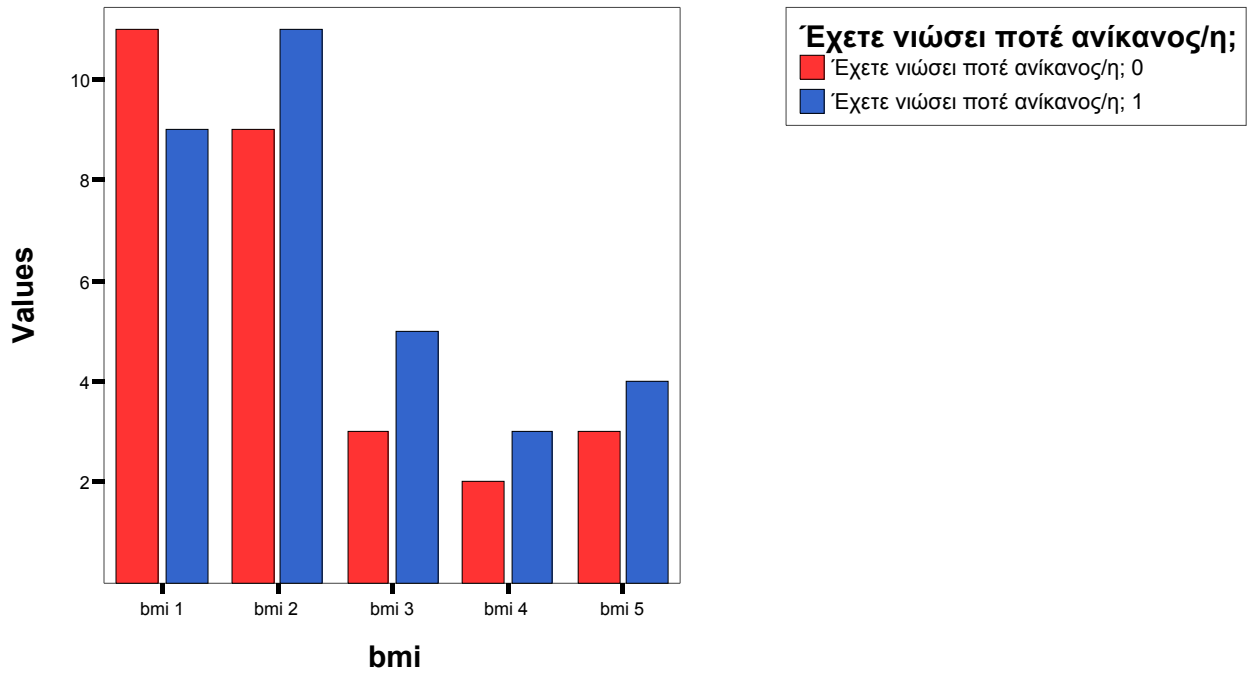


Εσείς νιώθετε ότι στα περισσότερα πράγματα είστε *
■ Εσείς νιώθετε ότι στα περισσότερα πράγματα είστε 1
■ Εσείς νιώθετε ότι στα περισσότερα πράγματα είστε 2
■ Εσείς νιώθετε ότι στα περισσότερα πράγματα είστε 3

Δείκτης σταθερότητας αυτοεκτίμησης: 0=όχι
1=Ναι

Έχετε νιώσει ποτέ ανίκανος/η; * bmi Crosstabulation

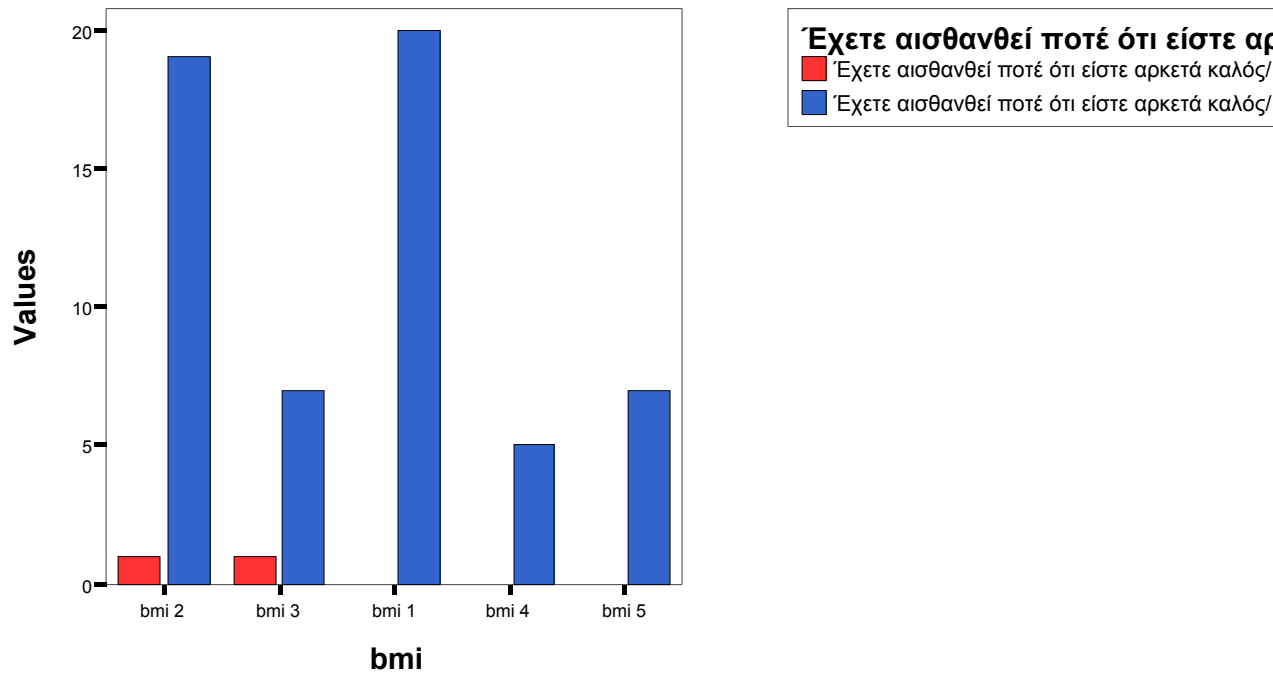
Statistics : Count



Δείκτης σταθερότητας αυτοεκτίμησης: 0=Όχι 1=Ναι

Έχετε αισθανθεί ποτέ ότι είστε αρκετά καλός/η σε κάποια πράγματα; * bmi C

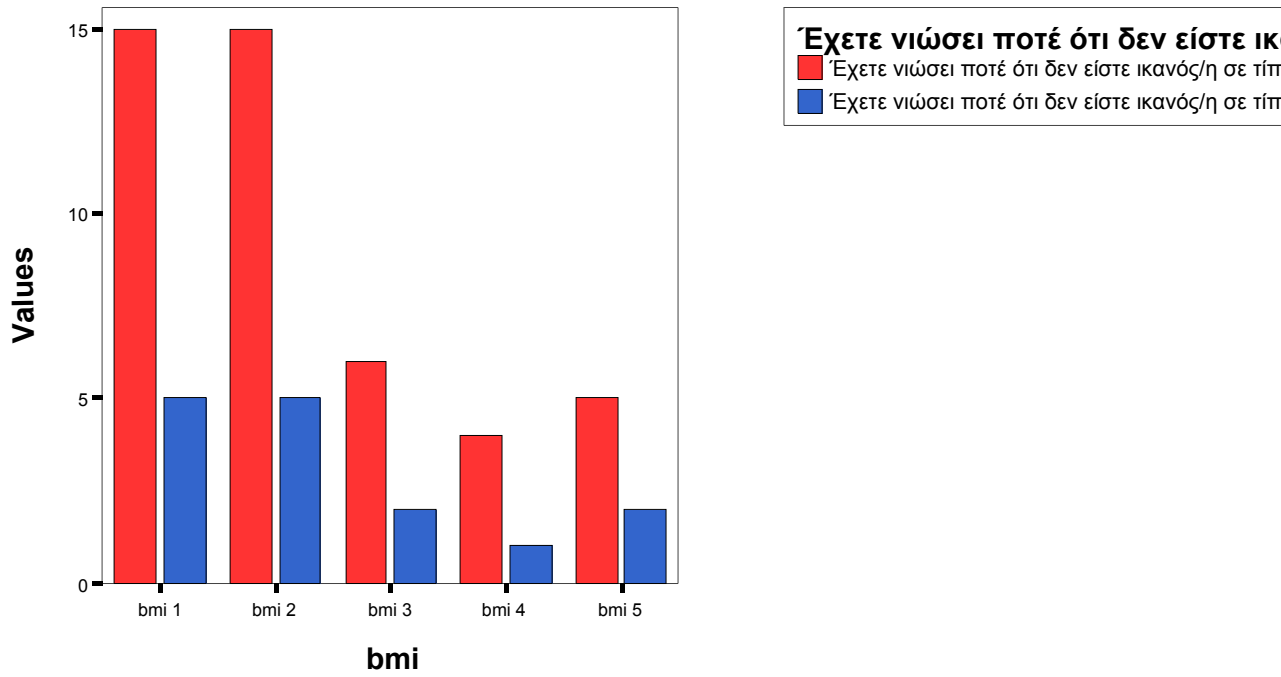
Statistics : Count



Δείκτης σταθερότητας αυτοεκτίμησης: 0=Όχι
1=Ναι

Έχετε νιώσει ποτέ ότι δεν είστε ικανός/η σε τίποτα; * bmi Crosstabulation

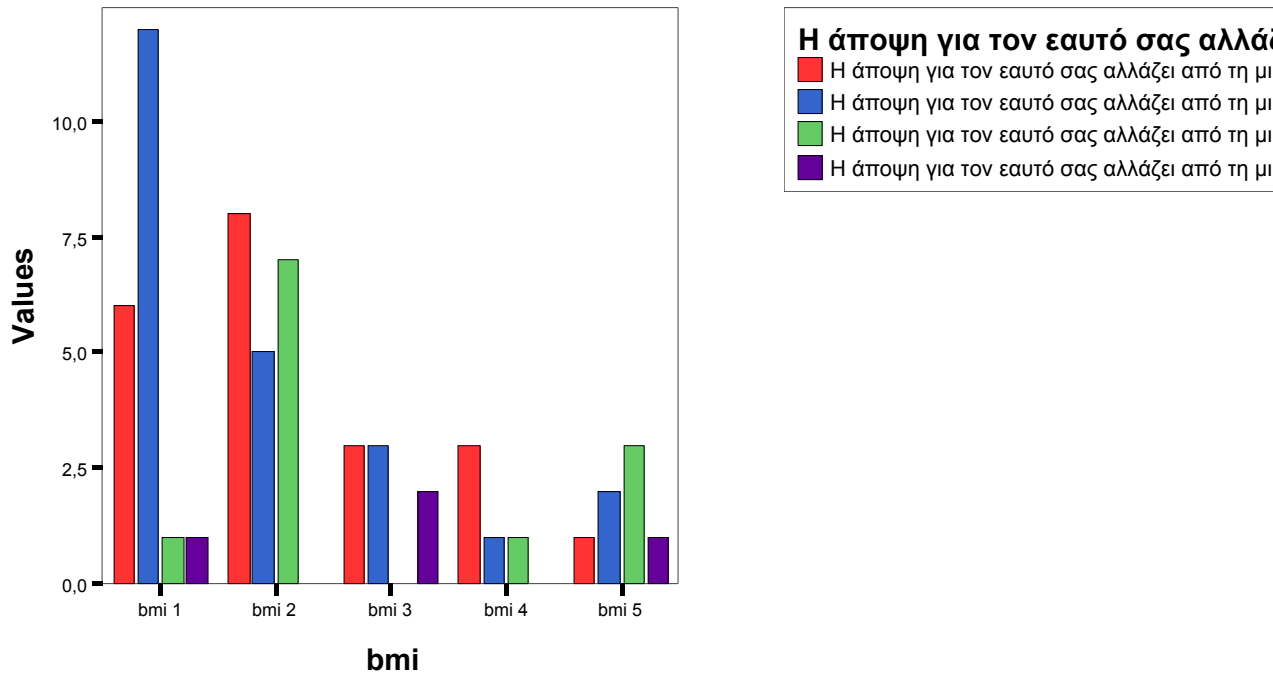
Statistics : Count



Δείκτης σταθερότητας αυτοεκτίμησης: 1=Ποτέ 2=Σπάνια 3=Μερικές φορές 4=Συχνά

Η άποψη για τον εαυτό σας αλλάζει από τη μια μέρα στην άλλη * bmi Crossta

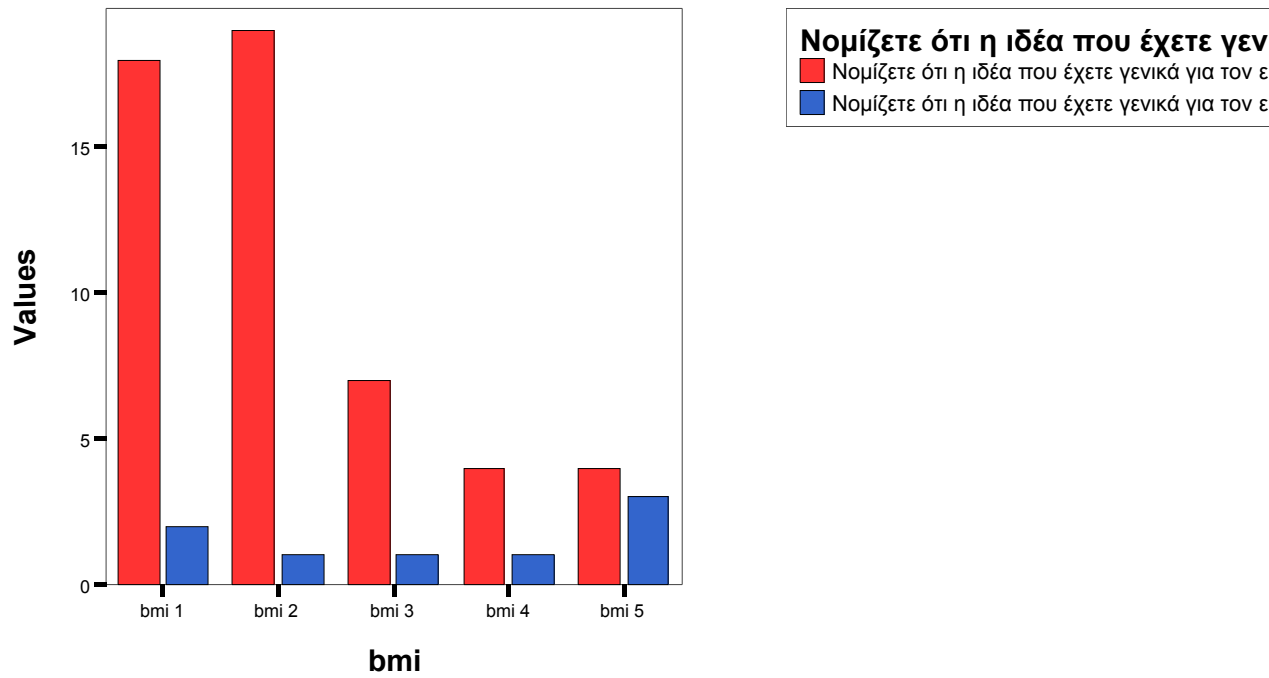
Statistics : Count



Δείκτης σταθερότητας αυτοεκτίμησης: 0=Όχι
1=Ναι

Νομίζετε ότι η ιδέα που έχετε γενικά για τον εαυτό σας αλλάζει γρήγορα; * b

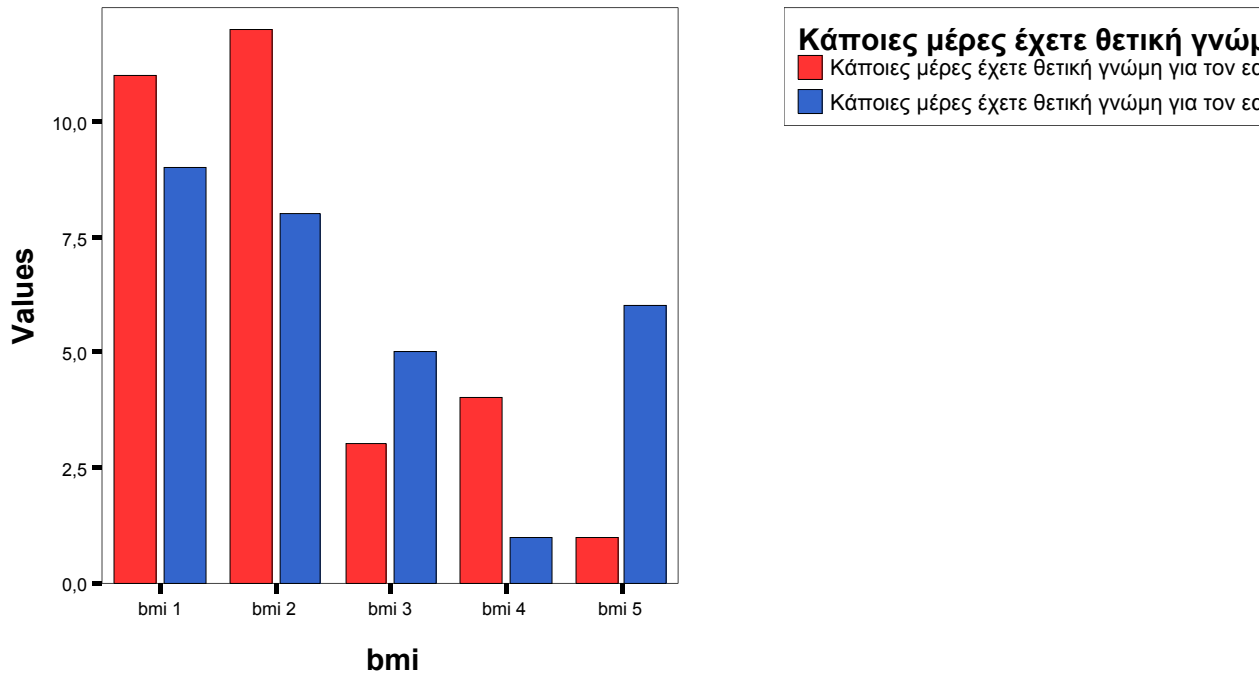
Statistics : Count



Δείκτης σταθερότητας αυτοεκτίμησης: 0=Όχι
1=Ναι

Κάποιες μέρες έχετε θετική γνώμη για τον εαυτό σας ενώ κάποιες άλλες αρν

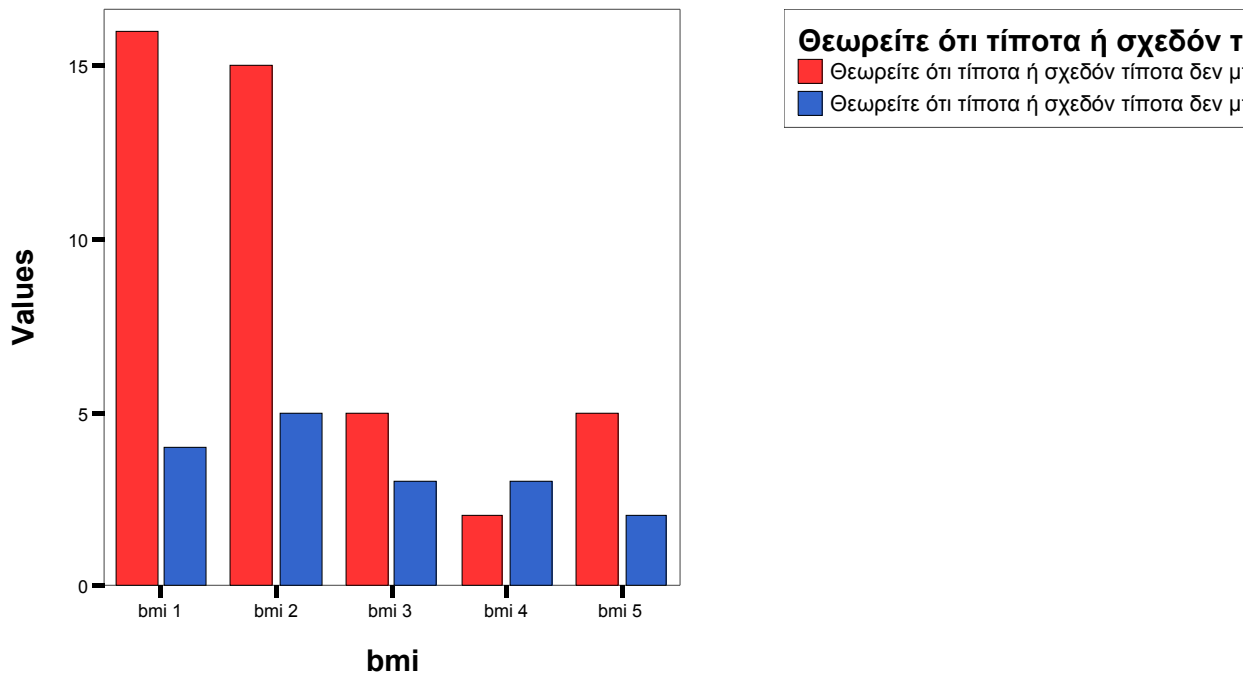
Statistics : Count



Δείκτης σταθερότητας αυτοεκτίμησης: 0=Όχι
1=Ναι

Θεωρείτε ότι τίποτα ή σχεδόν τίποτα δεν μπορεί να αλλάξει την άποψη πο

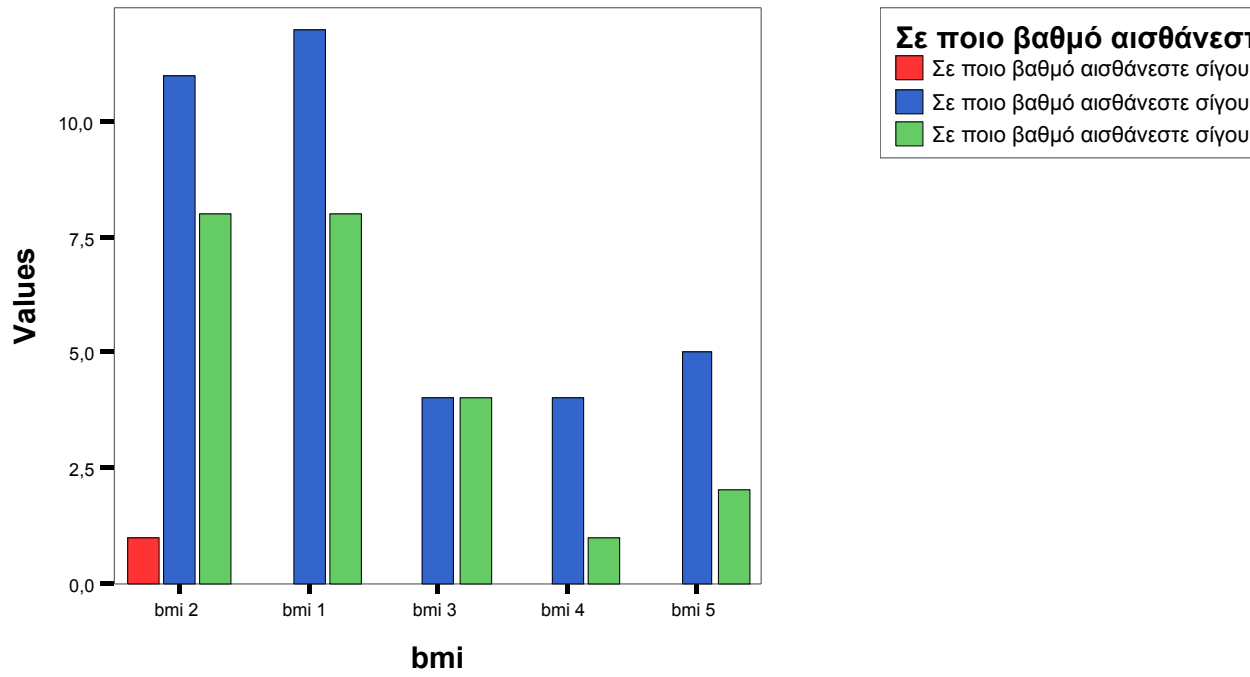
Statistics : Count



Δείκτης σταθερότητας αυτοεκτίμησης: 1=Καθόλου 2=Λίγο 3=Αρκετά 4=Πολύ

Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε σίγουρος/η ότι γνωρίζετε πραγματικά τον εαυτό

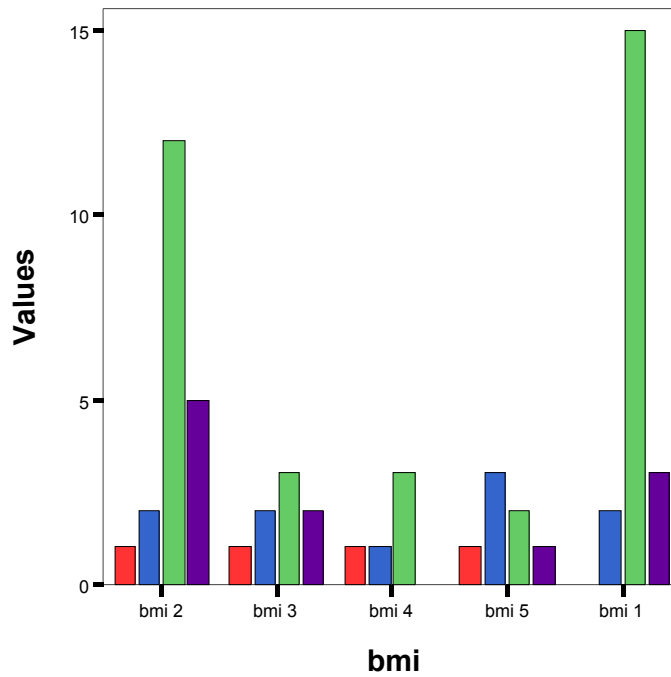
Statistics : Count



Δείκτης κατάθλιψης: 1=Καθόλου 2=Λίγο 3=Αρκετά 4=Πολύ

Γενικά είμαι ένα ευτυχισμένο άτομο, Σε ποιο βαθμό σας αντιπροσωπεύει η

Statistics : Count



Γενικά είμαι ένα ευτυχισμένο άτομο

Γενικά είμαι ένα ευτυχισμένο άτομο, Σε ποιο

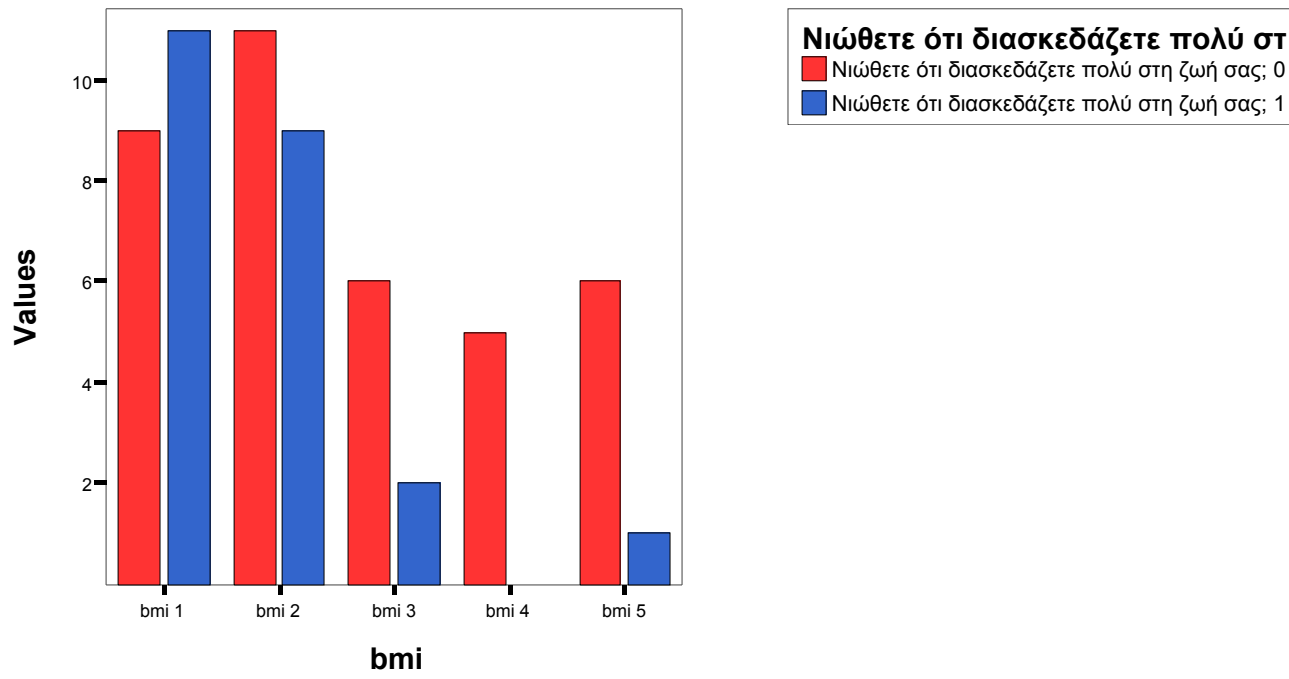
Γενικά είμαι ένα ευτυχισμένο άτομο, Σε ποιο

Γενικά είμαι ένα ευτυχισμένο άτομο, Σε ποιο

Δείκτης κατάθλιψης: 0=Όχι 1=Ναι

Νιώθετε ότι διασκεδάσετε πολύ στη ζωή σας; * bmi Crosstabulation

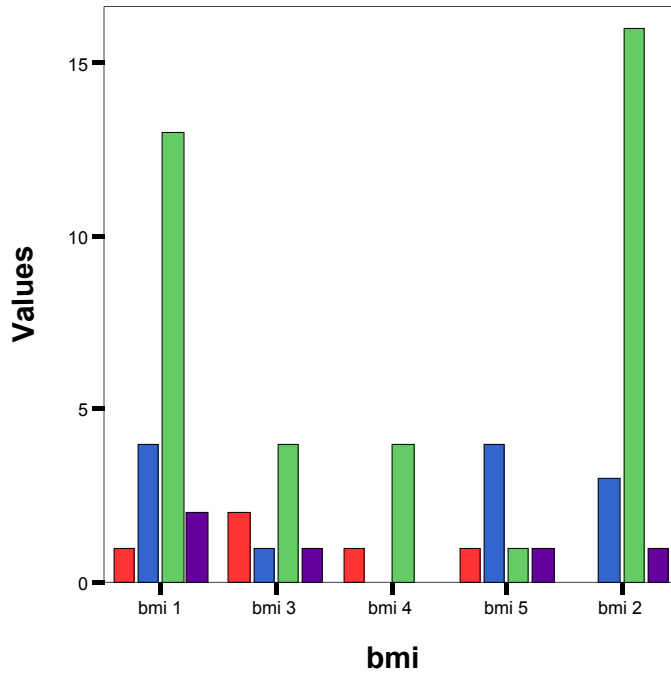
Statistics : Count



Δείκτης κατάθλιψης: 1=Καθόλου 2=Λίγο 3=Αρκετά
4=Πολύ

Σήμερα αισθάνεστε χαρούμενος/η; * bmi Crosstabulation

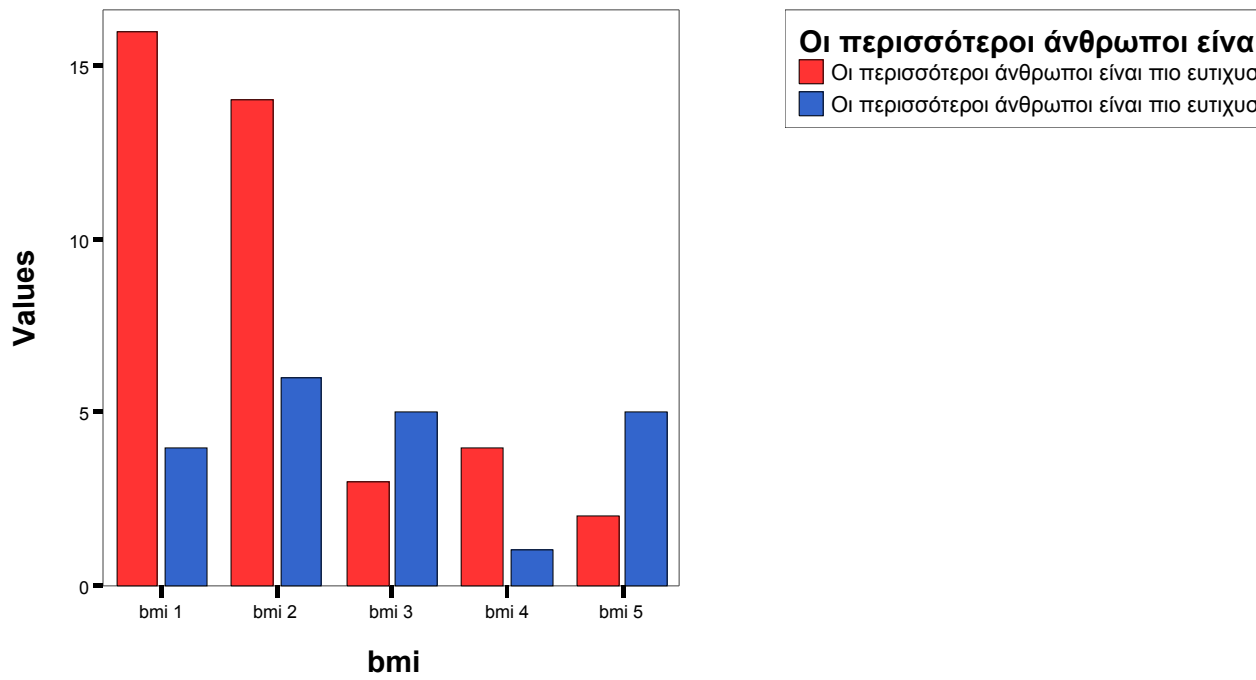
Statistics : Count



Δείκτης κατάθλιψης: 0=όχι 1=Ναι

Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι από μένα, Νιώθετε ότι σα

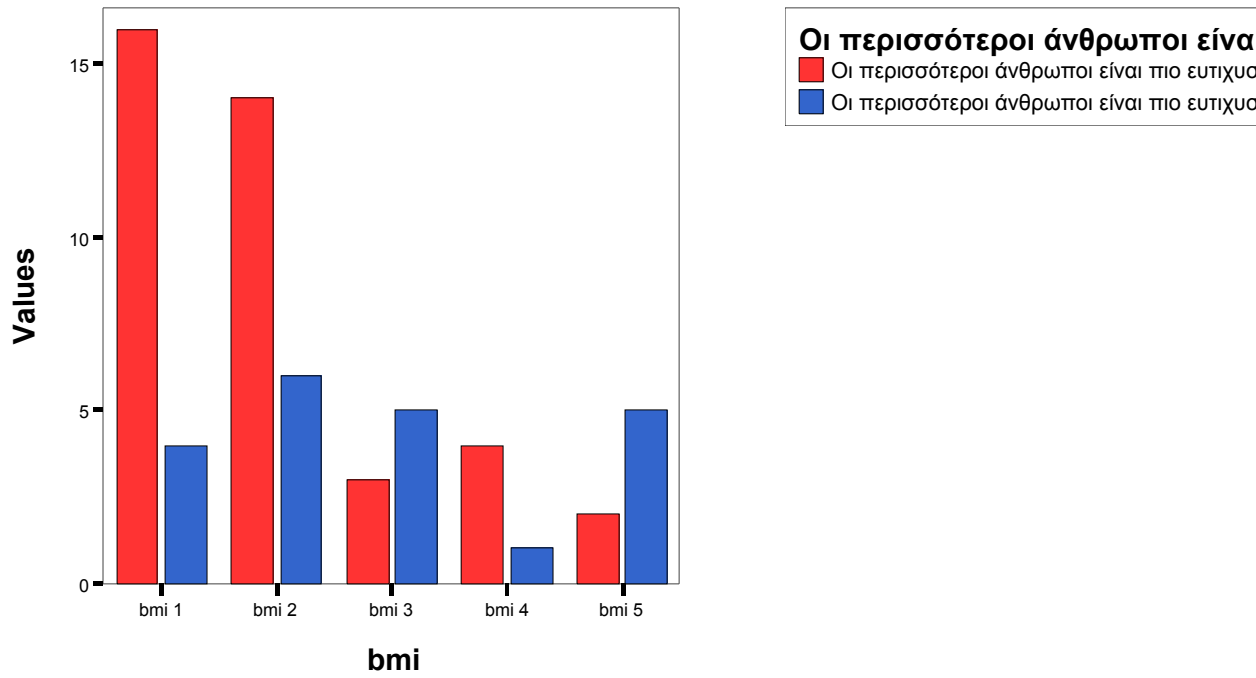
Statistics : Count



Δείκτης κατάθλιψης: 0=Όχι 1=Ναι

Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι από μένα, Νιώθετε ότι σα

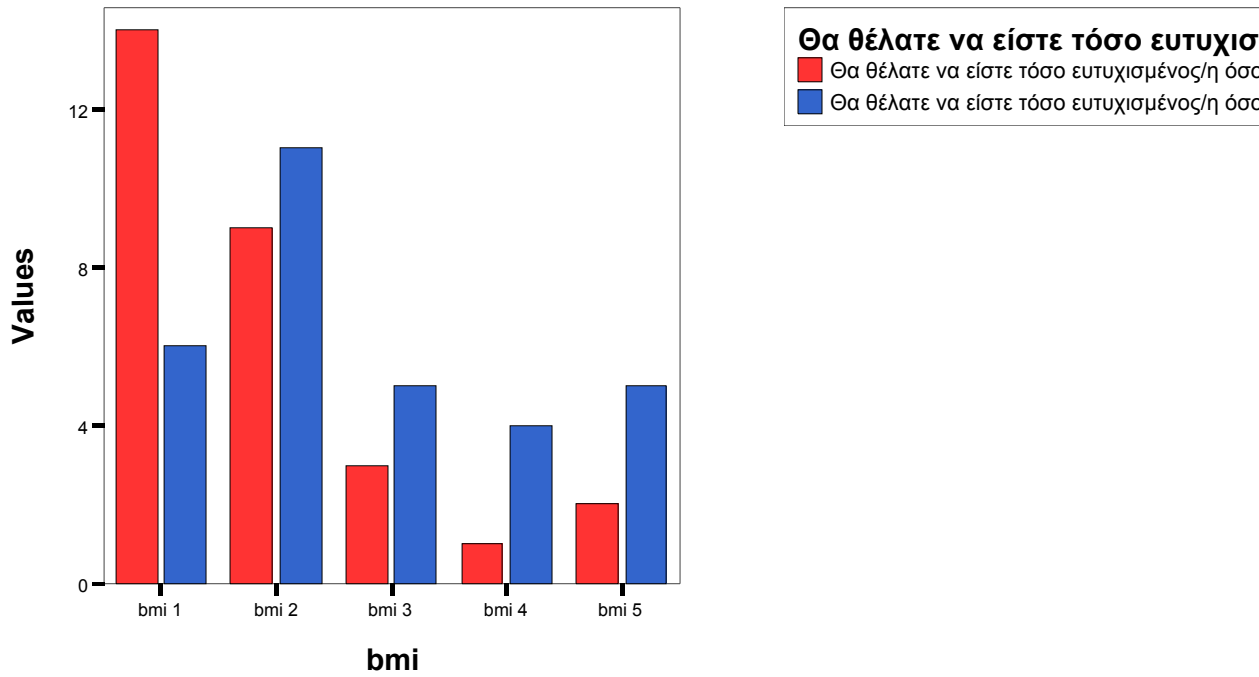
Statistics : Count



Δείκτης κατάθλιψης: 0=Όχι 1=Ναι

Θα θέλατε να είστε τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται οι περισσότεροι άνθρωποι?

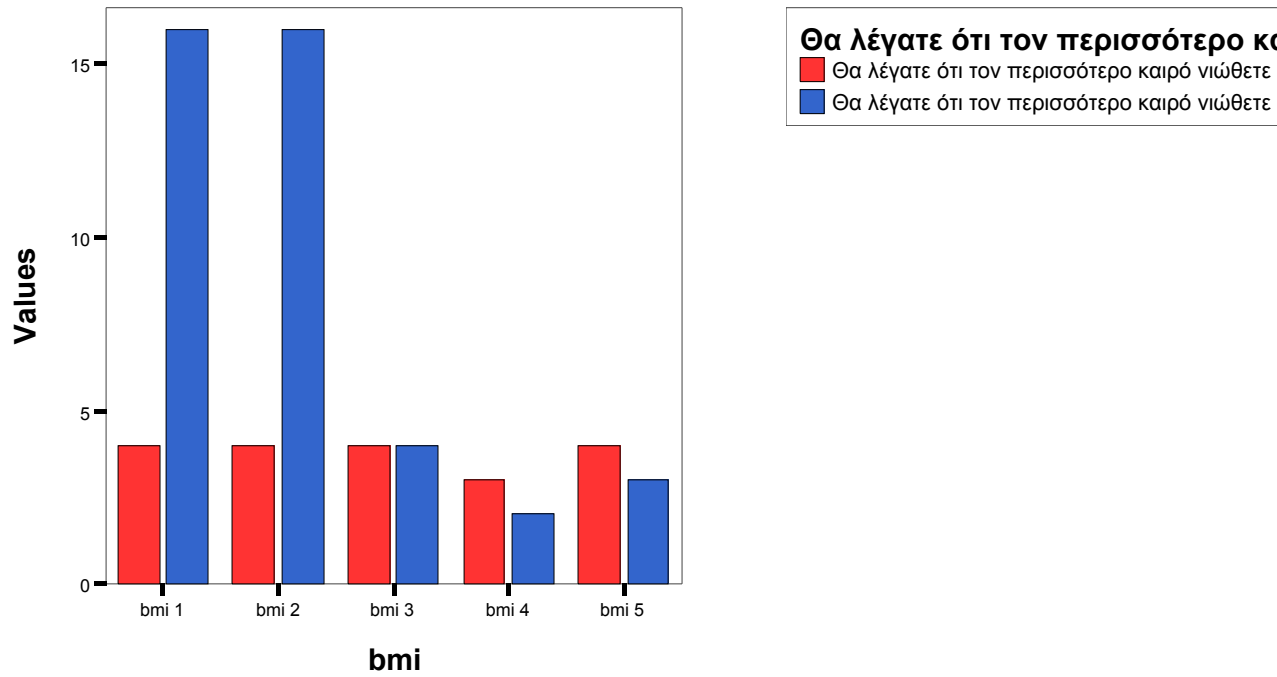
Statistics : Count



Δείκτης κατάθλιψης: 0=Όχι 1=Ναι

Θα λέγατε ότι τον περισσότερο καιρό νιώθετε χαρούμενος/η; * bmi Crosstabu

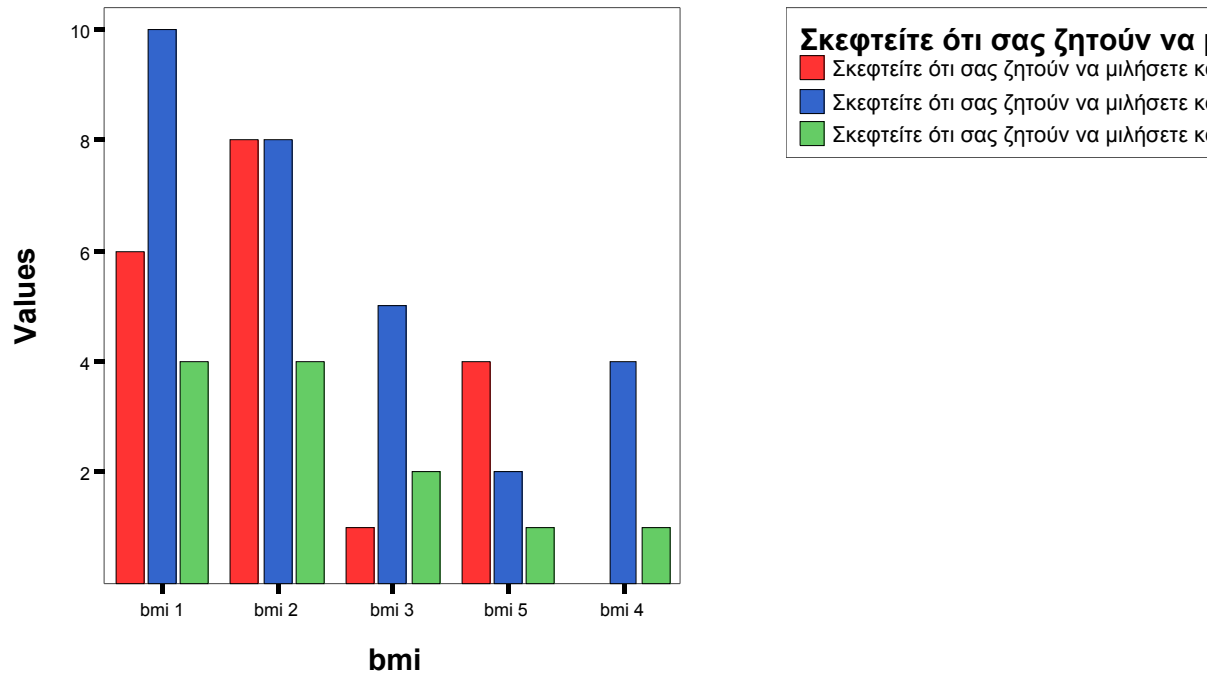
Statistics : Count



Δείκτης αυτοπεποίθησης: 0=Δε θα σας άρεσε 1=Δε θα σας πείραζε 2=Θα σας άρεσε

Σκεφτείτε ότι σας ζητούν να μιλήσετε και να πείτε ορισμένα πράγματα για

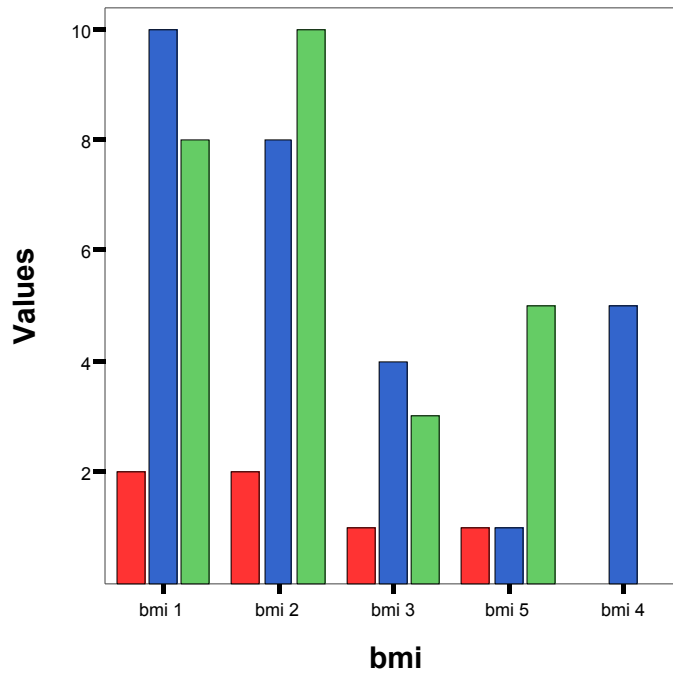
Statistics : Count



Δείκτης αυτοπεποίθησης: 0=Καθόλου 1=Λίγο 2=Πολύ

Αν έπρεπε να δώσετε μια δημόσια ομιλία, σε πιο βαθμό θα νιώθατε αγχωμέν

Statistics : Count

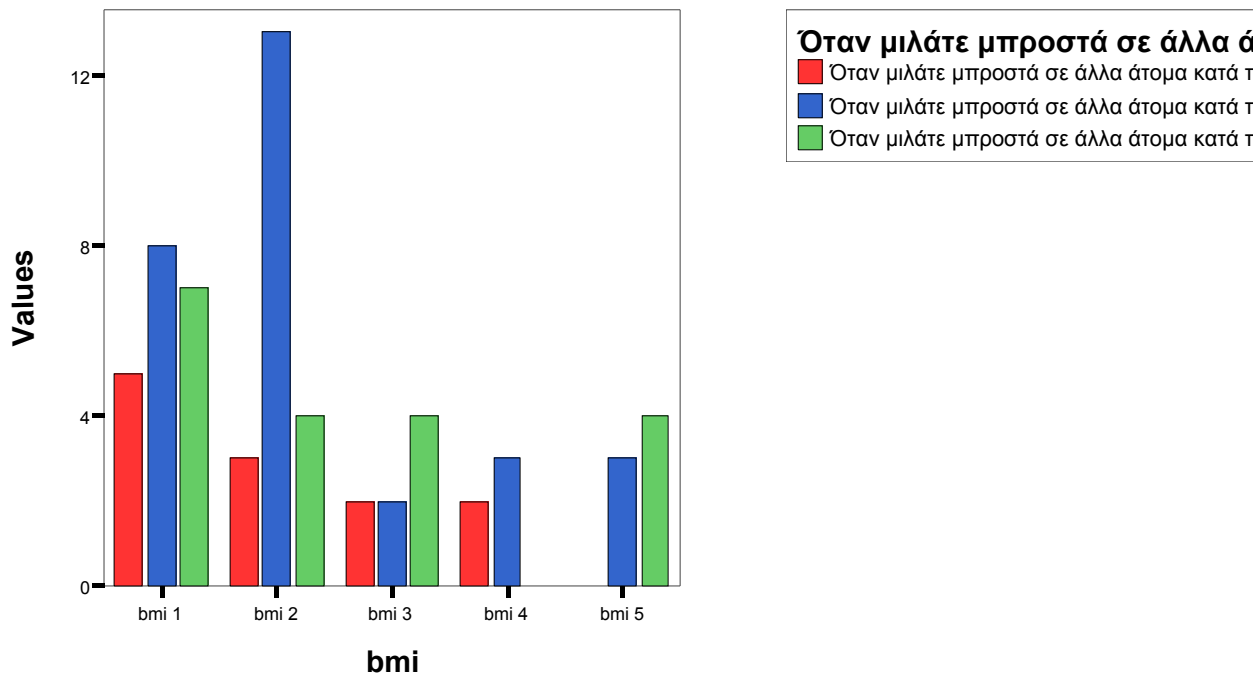


Αν έπρεπε να δώσετε μια δημόσια ομιλία, σε...
■ Αν έπρεπε να δώσετε μια δημόσια ομιλία, σε...
■ Αν έπρεπε να δώσετε μια δημόσια ομιλία, σε...
■ Αν έπρεπε να δώσετε μια δημόσια ομιλία, σε...

Δείκτης αυτοπεποίθησης: 0=Καθόλου 1=Λίγο 2=Πολύ

Όταν μιλάτε μπροστά σε άλλα άτομα κατά πόσο σκέφτεστε για το πώς σας

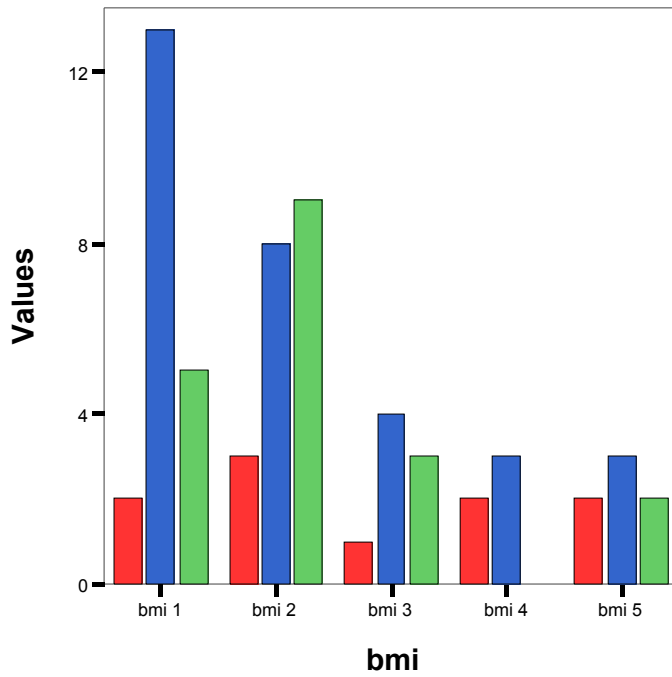
Statistics : Count



Δείκτης αυτοπεποίθησης: 0=Καθόλου 1=Λίγο 2=Πολύ

Υποθέστε ότι έχετε πάει σε ένα πάρτυ και δεν έχετε φορέσει τα κατάλληλα

Statistics : Count



Υποθέστε ότι έχετε πάει σε ένα
■ Υποθέστε ότι έχετε πάει σε ένα πάρτυ και
■ Υποθέστε ότι έχετε πάει σε ένα πάρτυ και
■ Υποθέστε ότι έχετε πάει σε ένα πάρτυ και

4.7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, τα παχύσαρκα άτομα παρουσίασαν την αρνητικότερη εικόνα σώματος, καθώς σημείωσαν τα πιο χαμηλά σκορ στο ερωτηματολόγιο B-Wise, εμφανίζοντας ένα μέσο σκορ $24,8 \pm 5,10$, ενώ τα υπέρβαρα άτομα είχαν ένα μέσο σκορ $28,6 \pm 3,4$. Τέλος, τα υποκείμενα κανονικού βάρους είχαν γενικά μια θετική εικόνα σώματος εμφανίζοντας ένα μέσο σκορ $31 \pm 2,59$.

Τα ευρήματα αυτά συγκλίνουν με προηγούμενες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Σύμφωνα με τους Fitzpatrick et al (2004), η επικράτηση της αρνητικής εικόνας σώματος σε άνδρες και γυναίκες έχει αυξηθεί, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών (1985 και 1995). Στο δείγμα τους ($n=1064$) το 20% ήταν γυναίκες με κανονικό βάρος σώματος και το 80% υπέρβαρες. Παρόλο που το ενδιαφέρον τους εστιάστηκε στην αρνητική εικόνα σώματος των γυναικών που ακολουθούν χρόνια δίαιτα για να μειώσουν το βάρος τους, τα συμπεράσματα τους συγκλίνουν με τα δικά μας, καθώς φαίνεται στην έρευνά τους ότι η αρνητική εικόνα σώματος σχετίζεται με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, ενώ προτείνουν ότι για την ενσωμάτωση υγιεινών τρόπων διατροφής χρειάζεται, πρωτίστως, να βελτιωθεί η αρνητική εικόνα σώματος.

Πιο συγκεκριμένα, οι Brodie & Slade (1998) καταλήγουν σε παρόμοια στοιχεία με τα δικά μας, καθώς στην εν λόγω μελέτη, όπου έλαβαν μέρος 100 γυναίκες ηλικίας $30,8 \pm 9,38$ ετών, ύψους $164,9 \pm 5,5$ cm και βάρους $63,7 \pm 12,3$ kg, όσο πιο ανυψωμένο ήταν το BMI, τόσο πιο αρνητικά συναισθήματα διατηρούσαν για την εικόνα σώματός τους. Συμπεραίνουν, ταυτόχρονα, ότι η προώθηση της αποδοχής του σώματος (θετική εικόνα σώματος) συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από το μέγεθος σώματος.

Επιπλέον, οι Olmsted & McFarlane (2004) παρουσίασαν τα αποτελέσματα της εθνικής έρευνας υγείας του πληθυσμού (NPHS), στον Καναδά, το 1996-1997, για άνδρες και γυναίκες ηλικίας 20-64 ετών. Χρησιμοποιώντας την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το BMI και ως κριτήριο για την αρνητική εικόνα σώματος την απόκλιση του πραγματικού βάρους από το βάρος που κατά τη γνώμη των υποκειμένων θεωρούνταν ιδανικό, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες σε όλες τις κατηγορίες βάρους παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια για το σώμα τους απ' ότι οι άνδρες, παρόλο που εμφανίζουν χαμηλότερα BMI. Παρατηρούν, ακόμη, ότι η εικόνα σώματος των γυναικών έχει γίνει φτωχότερη κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών. Τέλος, επισημαίνουν ότι η αρνητική εικόνα σώματος συσχετίζεται εντονότερα με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση απ' ότι με το BMI. Για πολλές γυναίκες, τονίζουν, η αυτοεκτίμηση είναι δεμένη με το βάρος και την εικόνα σώματος, με συνέπεια τα αρνητικά συναισθήματα για το σώμα να γενικεύονται σε ολόκληρο τον εαυτό.

Υπάρχουν, επίσης, κάποιες μελέτες που ασχολούνται με τη διερεύνηση των παραγόντων που συσχετίζονται με την αρνητική εικόνα σώματος σε παχύσαρκα άτομα. Στη μελέτη των Matz et al (2002), εξετάστηκαν οι προάγγελοι της δυσαρέσκειας της εικόνας σώματος σε 79 παχύσαρκες γυναίκες που επιδίωκαν τη μείωση βάρους. Οι αναλύσεις αποκάλυψαν ότι μόνο η αυτοεκτίμηση, το ενήλικο πείραγμα και η εσωτερικοποίηση των κοινωνικοπολιτιστικών προτύπων εμφάνισης προέβλεπαν τη δυσαρέσκεια εικόνας σώματος. Τα αποτελέσματα δίνουν έμφαση στη

σημασία της αυτοεκτίμησης ενηλικίωσης και του διαπροσωπικού πολιτιστικού πλαισίου-παρά στην εμπειρία παιδικής ηλικίας-στην πρόβλεψη της αρνητικής εικόνας σώματος ενηλικίωσης.

Το πολιτιστικό πλαίσιο, ως μεταβλητή που επηρεάζει την εικόνα σώματος, επισημαίνεται και από τους Yu-Jen et al (2004) οι οποίοι, προκειμένου να ερευνήσουν την εμπειρία υπέρβαρων γυναικών, τι σκέφτονται για το βάρος τους, γιατί σκέφτονται μ' αυτό τον τρόπο και τον αντίκτυπο αυτής της σκέψης, πραγματοποίησαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με 5 συμμετέχοντες. Κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι για τον τρόπο σκέψης τους ευθύνεται ο κοινωνικός στιγματισμός του υπερβολικού βάρους και η υπερεκτίμηση του λεπτού σώματος. Το φαινόμενο αυτό έχει ως αποτέλεσμα μια αρνητική εικόνα σώματος στις υπέρβαρες γυναίκες, που αθούνται σε μια ατέρμονη προσπάθεια απώλειας βάρους.

Τέλος, οι Wardle et al (2002) αναφέρονται στη σχέση της αρνητικής εικόνας σώματος με την πρόωγη ηλικία έναρξης της παχυσαρκίας. Στην έρευνα, 105 παχύσαρκες γυναίκες ($BMI \geq 30$) συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αναφερόταν στη δυσαρέσκεια σώματος σε σχέση με την ηλικία έναρξης της παχυσαρκίας. Η ομάδα πρόωρης παχυσαρκίας είχε υψηλότερο BMI, μεγαλύτερη δυσαρέσκεια σώματος και μια χαμηλότερη αυτοεκτίμηση. Ακόμη, η πρόωγη έναρξη της παχυσαρκίας (16 ετών) είχε μια δυσμενή συνέπεια στην εικόνα σώματος, η οποία ήταν ανεξάρτητη από το τρέχον BMI. Ενώ, οι συντάκτες προτείνουν ότι η δυσαρέσκεια σώματος εξασθενίζει, στη συνέχεια, την αυτοεκτίμηση.

Ελέγχοντας, βάσει των αποτελεσμάτων, την υπόθεσή μας, ότι τα παχύσαρκα άτομα θα έχουν φτωχότερη αυτοεκτίμηση από τα υποκείμενα κανονικού βάρους και τα υπέρβαρα άτομα, βλέπουμε ότι αυτή επιβεβαιώνεται μερικώς. Στην ομάδα των ατόμων με παχυσαρκία ($n=20$), βάσει του ερωτηματολογίου για την αυτοεκτίμηση του Rosenberg, τα 7 άτομα εμφανίζονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση (35%), 1 άτομο με μέτρια (5%) και 12 άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση (60%), γεγονός που μας προβληματίζει στο να διατυπώσουμε την πρόταση, ότι ο παχύσαρκος πληθυσμός του δείγματος χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης. Ωστόσο, όσον αφορά την ομάδα των υπέρβαρων ατόμων ($n=20$) μόνο 2 άτομα σημειώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση (10%), 3 άτομα μέτρια (15%) και 15 άτομα υψηλή (75%), ενώ στην ομάδα ελέγχου με άτομα κανονικού βάρους 1 άτομο εμφανίζει χαμηλή (5%), 1 μέτρια (5%) και 18 υψηλή αυτοεκτίμηση (90%). Καταλήγουμε ότι, σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες, τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, εντούτοις η φτωχή αυτοεκτίμηση δεν αποτελεί χαρακτηριστικό της ομάδας των παχύσαρκων υποκειμένων.

Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίφαση με τις περισσότερες προηγούμενες μελέτες, οι οποίες αναφέρουν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση ως βασικό παράγοντα του ψυχολογικού προφίλ των παχύσαρκων ατόμων και μια από τις πλέον σοβαρές επιπτώσεις της παχυσαρκίας. Οι Bocchieri et al (2002) υποστηρίζουν ότι η φτωχή αυτοεκτίμηση, καθώς και άλλα ψυχολογικά συμπτώματα, όπως η κατάθλιψη, θεωρήθηκαν πολύ προεξέχοντα στην αιτιολογία της παχυσαρκίας, παρά την πενιχρή εμπειρική υποστήριξη. Μια μελέτη, που ενισχύει τη λανθασμένη αυτή ιδέα, είναι αυτή των Wooley et al (2004). Η τρέχουσα συναίνεση των ερευνητών είναι ότι οι παχύσαρκοι πληθυσμοί δεν φανερώνουν γενικά άλλη κλινική ψυχοπαθολογία από τους μη παχύσαρκους πληθυσμούς και ότι η ψυχολογική συμπτωματολογία είναι, συνήθως, ένα αποτέλεσμα, παρά μια αιτία στην ανάπτυξή της. Οι Stunkard et al (1992), οι Friedman & Brownell (1994) καθώς και οι Stunkard & Wadden (1992) συμφωνούν ότι η ψυχολογική συμπτωματολογία επέρχεται ως συνέπεια της παχυσαρκίας. Πέρα, όμως, από το γεγονός ότι η αυτοεκτίμηση θεωρείται, πλέον, ως

μια από τις σημαντικότερες επιπτώσεις και όχι αιτία της παχυσαρκίας, στη συνέχεια, θα εξετάσουμε κατά πόσο συμφωνούν οι προηγούμενες μελέτες με την υπόθεση ότι τα παχύσαρκα άτομα πάσχουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση και, επομένως, αντιτίθενται στα δικά μας ευρήματα.

Οι Von Hout et al (2004), βάσει μιας συστηματικής αναζήτησης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας των παχύσαρκων ασθενών, αναφέρουν ότι αυτοί απεικονίζονται ως αγχώδεις, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και εξασθενημένη ποιότητα ζωής. Οι Jirik-Babb & Geliebter (2003), στη μελέτη τους, συγκρίνανε τα επίπεδα κατάθλιψης και αυτοεκτίμησης των γυναικών με παχυσαρκία, που ακολουθούσαν πρόγραμμα απώλειας βάρους σε νοσοκομείο. Οι συμμετέχουσες (n=43) συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck και το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Coopersmith, με την είσοδο στο πρόγραμμα. Μια υποομάδα (n=15) συμπλήρωσε τα ίδια ερωτηματολόγια κατά την 4^η και 8^η εβδομάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι βουλιμικοί είχαν σημαντικά πιο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης ($p<0,002$) και χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης με την είσοδό τους στο πρόγραμμα (εβδομάδα 0). Το ίδιο ισχύει και για τα βουλιμικά άτομα που παρέμειναν στο πρόγραμμα την 8^η εβδομάδα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι άτομα που συνδυάζουν την παχυσαρκία με τη βουλιμία έχουν περισσότερη ψυχολογική καταπόνηση, που τείνει να εμμένει ακόμη και κατά τη διάρκεια απώλειας βάρους.

Οι Mathus et al (2004), στην έρευνά τους, συμπεριέλαβαν 50 παχύσαρκους ασθενείς (BMI>40), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση (γαστρική παράκαμψη) και 100 άτομα κανονικού βάρους, που αντιστοιχήθηκαν ως προς το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και την επαγγελματική κατάρτιση με τα υποκείμενα της πρώτης ομάδας. Τους χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο «Σχετικά με την υγεία ποιότητα ζωής» (HRQL), πριν και 1 χρόνο μετά την επέμβαση. Όσον αφορά την κλίμακα της αυτοεκτίμησης (7-49), στην πρώτη μέτρηση παρατηρήθηκαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα στην ομάδα των παχύσαρκων ασθενών (30,9±9,1) σε σύγκριση με τα άτομα κανονικού βάρους (41,3±6,7). Επίσης, οι παχύσαρκοι ασθενείς αντιλαμβάνονταν την εμφάνισή τους (5-35) ως λιγότερο ελκυστική (12,4±5,4) από τα άτομα της αντίστοιχης ομάδας (26,8±5,5) και παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (19,4±11,0) που απουσίαζε στα άτομα κανονικού βάρους (8,6±8,7). Πάνω από 16 αποτελέσματα δείχνει βαριά κατάθλιψη που ήταν παρούσα σε 25 ασθενείς (50%). Ένα χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση, τα παχύσαρκα άτομα έχασαν κατά μέσο όρο 35Kg, ωστόσο η αυτοεκτίμηση δεν σημείωσε σημαντικές αλλαγές (SMR, 0,49), ενώ η κατάθλιψη μειώθηκε από 25 σε 19 (39%) ασθενείς. Ωστόσο, οι 41 συμμετέχοντες, που είχαν απώλεια βάρους πάνω από 25% του αρχικού τους βάρους, παρουσίασαν βελτίωση στη κατάθλιψη (n=0,001) και στην αυτοεκτίμηση (n=0,05) 2,7 φορές μεγαλύτερης σε σύγκριση με τους υπόλοιπους 9 ασθενείς, που είχαν μικρότερες απώλειες βάρους. Σε παρόμοια αποτελέσματα, καταλήγουν και άλλες μελέτες (Karlsson, 1998 & Freys, 2001), όμως υπάρχει ο περιορισμός ότι μελετώνται άτομα που επιζητούν βοήθεια για την παχυσαρκία και όχι γενικός πληθυσμός.

Σε παρόμοια αποτελέσματα, καταλήγουν οι De Zwaan, Mitchell et al (2002). Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 110 ασθενείς, από τους οποίους, μόνο, 14 άτομα ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας 39,6ετών (εύρος από 19 έως 62), μέσου BMI 48,4Kg/m² (εύρους 35,4 έως 86,9Kg/m²). Πριν υποβληθούν σε γαστρική παράκαμψη, συμπλήρωσαν 2 ερωτηματολόγια για την ποιότητα ζωής, καθώς και ένα κατάλογο συμπτωμάτων κατάθλιψης, το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg και ένα ψυχομετρικό εργαλείο για εξέταση διατροφικών διαταραχών (Ede-Q4). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, 19 άτομα έπασχαν από βουλιμική διαταραχή, η οποία είχε αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Οι γυναίκες,

γενικά, ήταν περισσότερο καταπονημένες ψυχολογικά από τους άνδρες. Τέλος, και τα 2 μέτρα ποιότητας ζωής συσχετίστηκαν με το επίπεδο κατάθλιψης και την αυτοεκτίμηση, με παρόμοιο τρόπο, όπως η βουλιμία. Δηλαδή, η εξασθενημένη αυτοεκτίμηση είχε αρνητική επίδραση στην υποκειμενική και συναισθηματική ευημερία που υπερβαίνει την επιρροή της παχυσαρκίας. Ενώ, ποιότητα ζωής και αυτοεκτίμηση εμφανίζονται αντιστρόφως ανάλογες με το βαθμό BMI.

Ακόμη, οι Dixon et al (2004) αναφέρουν ότι ασθενείς με κατάθλιψη, ακόμη και αν η υποκειμενική υγεία βελτιώθηκε μετά τη χειρουργική επέμβαση, είχαν ακόμη σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα φυσικής και συναισθηματικής ευημερίας. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη δεν επιλύεται, εντελώς, με την απώλεια βάρους. Οι Crowley et al (2002) επισημαίνουν ότι οι επιπλοκές υγείας που επιφέρει η παχυσαρκία είναι εξίσου σημαντικές με τις ψυχολογικές της συνέπειες που μπορούν να κυμανθούν από τη μείωση της αυτοεκτίμησης στην κλινική κατάθλιψη.

Οι Lundgren et al (2004), με σκοπό να αξιολογήσουν την ισχύ του ερωτηματολογίου «Φόβος της αρνητικής αξιολόγησης της εμφάνισης» (FNAE), σε διαφορετικό δείγμα από το αρχικό (Thomas et al, 1998) και να εξετάσουν την συγκλίνουσα ισχύ του με άλλα μέτρα εικόνας σώματος, διάθεσης, αυτοεκτίμησης και συμπεριφοράς κατανάλωσης, συμπεριλαμβάνουν την αρνητική εικόνα σώματος, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και τον φόβο αρνητικής αξιολόγησης της εμφάνισης του ατόμου από τους άλλους ως παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στην έναρξη και συντήρηση διατροφικών διαταραχών.

Οι Tod & Lacey (2004) προσπάθησαν να ερευνήσουν τους παράγοντες που ενθαρρύνουν ή αποθαρρύνουν τους υπέρβαρους από ομάδες χαμηλού εισοδήματος να αποφασίσουν να χάσουν βάρος και να απευθυνθούν στις αρμόδιες υπηρεσίες. Πραγματοποίησαν 16 ημι-δομημένες συνεντεύξεις και φάνηκε ότι η απόφαση απώλειας βάρους είναι σύνθετη και εύθραυστη. Η απόφαση συνδέθηκε με χαμηλή αυτοεκτίμηση που καθιστά τους ανθρώπους τρωτούς στο σημείο που λαμβάνουν μέτρα.

Στην έρευνα των Harvey et al (2002) συμμετείχαν 187 μέλη της βρετανικής ένωσης διαιτολόγων. Συγκεντρώνοντας στοιχεία τους για τις αντιλήψεις των διαιτολόγων, όσον αφορά τους υπέρβαρους και παχύσαρκους πελάτες, καθώς και τις πρακτικές διαχείρισης βάρους στους μεν και στους δε, φάνηκε ότι οι πιο αρνητικές αντιλήψεις συγκεντρώθηκαν στη μειωμένη αυτοεκτίμηση και ελκυστικότητα με τους παχύσαρκους πελάτες να κρίνονται πιο αρνητικά από τους υπέρβαρους. Αυτή η μειωμένη αποδοχή των παχύσαρκων ατόμων συνδέθηκε με μείωση των κοινωνικών και ψυχολογικών συμβουλών και του χρόνου που ξοδεύτηκε στην ανάπτυξη μιας καλής σχέσης με τους πελάτες. Παρόλο, που από τη δική μας έρευνα φαίνεται εκείνοι να το έχουν περισσότερο ανάγκη.

Τέλος, στο άρθρο του Byrne (2002) γίνεται μια αναθεώρηση των μελετών που έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που μπορούν να συνδεθούν με την συντήρηση ή με την υποτροπή βάρους στην παχυσαρκία. Είναι σημαντικό, πρωτίστως, να καθοριστεί το ψυχολογικό προφίλ των παχύσαρκων ατόμων και να ερευνηθεί, στη συνέχεια, ποιες συνιστώσες έχουν επιπτώσεις στην επίτευξη απώλειας βάρους και, εν συνεχεία, στη συντήρηση του μειωμένου βάρους ή στην επανάκτησή του. Ωστόσο, αξίζει να επισημάνουμε τη μελέτη των Colvin & Olson (1993) οι οποίοι διεξήγαγαν συνεντεύξεις σε 13 άνδρες και 41 γυναίκες που είχαν χάσει τουλάχιστον 20% του αρχικού τους βάρους και διατήρησαν το νέο βάρος για 2 έτη. Το ποσό βάρους που χάθηκε κυμάνθηκε από 9 έως 123Kg. Τρία κοινά ψυχολογικά χαρακτηριστικά παρατηρήθηκαν μεταξύ των συμμετεχόντων. Καταρχήν, εξέφρασαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης με το νεοαποκτηθέν βάρος. Δεύτερον, ότι

χάνοντας βάρος αυξήθηκε η προσοχή και η ανησυχία τους για την εικόνα σώματος. Τέλος, ειδικότερα οι γυναίκες ανέφεραν ότι έγιναν σίγουρες για τον εαυτό τους, δηλαδή ενισχύθηκε η αυτοεκτίμησή τους και ένιωθαν περισσότερο αυτόνομες. Βλέπουμε ότι η βελτίωση εικόνας σώματος και η αυτοεκτίμηση συγκαταλέγονται στους παράγοντες που συνεισφέρουν, επίσης, για τη διατήρηση του απωλεσθέντος βάρους.

Είδαμε ότι οι περισσότερες έρευνες συγκλίνουν στην άποψη ότι τα παχύσαρκα άτομα διαθέτουν μια χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτό γίνεται έμμεσα εμφανές και από μελέτες που αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα των θεραπειών της παχυσαρκίας, εστιάζοντας στη βελτίωση που επιφέρουν αυτές στην αυτοεκτίμηση των ασθενών με παχυσαρκία, καθώς και στα επίπεδα κατάθλιψης που συνήθως εμφανίζονται υψηλά. Αναφέρουμε, ενδεικτικά, κάποιες μελέτες που αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας, που μέσα στους πρωταρχικούς στόχους της θέτει τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των παχύσαρκων ατόμων. Οι Foster et al (2004) διεξήγαγαν μια έρευνα, στην οποία οι συμμετέχοντες ήταν 17 γυναίκες με μέση ηλικία 46,5±9,7ετών και το BMI τους 34,7±2,9Kg/m². Έλαβαν μέρος σε μια γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία, η οποία διήρκησε 40 εβδομάδες, για τη μείωση 5% ή 10% του αρχικού βάρους. Ο έλεγχος βάρους στράφηκε στις μεθόδους βελτίωσης της εικόνας σώματος και της αυτοεκτίμησης. Στο τέλος της παρέμβασης, οι συμμετέχοντες έχασαν κατά μέσο όρο 5,7±5,3% του αρχικού βάρους, το οποίο συνδέθηκε με σημαντικές βελτιώσεις στην εικόνα σώματος και στην αυτοεκτίμηση, συνιστώσες που θεωρήθηκαν σημαντικές για τη συντήρηση του βάρους 1 χρόνο μετά.

Οι Nauta et al(2001) συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα της γνωστικής παρέμβασης μ' αυτή της συμπεριφοριστικής για τη θεραπεία της παχυσαρκίας. Επαναξιολογώντας τους συμμετέχοντες και στις 2 παρεμβάσεις μετά από 1 χρόνο φάνηκε μια θετική και μόνιμη επίδραση στην ανησυχία για την εικόνα σώματος, την αυτοεκτίμηση και την κατάθλιψη. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες στη γνωστική παρέμβαση έχασαν 3Kg, ενώ στη συμπεριφοριστική έχασαν 0,3Kg. Εντούτοις, οι αλλαγές στην ψυχολογική ευημερία υπήρξαν ίδιες και για εκείνους που κέρδισαν και για εκείνους που έχασαν βάρος.

Στην έρευνα των Roach, Yadrick et al (2003) συμμετείχαν 66 γυναίκες σπουδαστές κολλεγίου από τις οποίες οι 48 ακολούθησαν ένα πρόγραμμα συμπεριφορικής θεραπείας της παχυσαρκίας για 12 εβδομάδες ενώ οι υπόλοιπες 18 τοποθετήθηκαν στην ομάδα ελέγχου (χωρίς παρέμβαση). Τα αποτελέσματα δείχνουν αλλαγή για την αυτοαποτελεσματικότητα στην ομάδα παρέμβασης αλλά όχι στην ομάδα ελέγχου. Επίσης, η αυτοαποτελεσματικότητα συσχετίστηκε με απώλεια βάρους στην πρώτη ομάδα (p=0,536, n<0,1) αλλά όχι στην ομάδα ελέγχου (p=0,267, n>0,1). Επομένως, φαίνεται ότι η συμπεριφοριστική θεραπεία προωθεί τον έλεγχο του βάρους και παράγει θετικές εκβάσεις.

Σύμφωνα με τους Olszanesca-Clianowicz et al (2002), ευνοϊκότερα αποτελέσματα για την θεραπεία απώλειας βάρους και τη διατήρηση του μειωμένου βάρους μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εκπαίδευσης, όσον αφορά τη συμπεριφορά κατανάλωσης και την αλλαγή της δομής της διατροφής. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα έχασαν σε ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους με έμφαση στις παραπάνω συνιστώσες το 9,1% του αρχικού τους βάρους. Σύμφωνα με τους Wisotsky W & Swencion C (2002), η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, χωρίς απαραίτητα να προκαλέσει δραστηκή απώλεια βάρους στα παχύσαρκα άτομα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του δυσμενούς κοινωνικού στίγματος, να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση και να μειώσει τη δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος.

Τέλος, φαίνονται να είναι αποτελεσματικότερες στα παιδιά πριν την εφηβεία απ' ότι στους ενήλικους.

Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγουν οι Bacon, Keim et al (2002). Στην έρευνα συμμετείχαν 78 παχύσαρκες γυναίκες ηλικίας 30-45ετών που τυχαία τοποθετήθηκαν σε μια ομάδα που ακολούθησε ένα παραδοσιακό πρόγραμμα απώλειας βάρους με διατροφικό περιορισμό και μια ομάδα που ακολούθησε ένα εναλλακτικό πρόγραμμα με έμφαση στην κατανάλωση σε απάντηση σε φυσιολογικά μηνύματα (πείνα και κορεσμός) και την ενίσχυση της αποδοχής του σώματος. Μετά το τέλος του προγράμματος που διήρκεσε 6 μήνες και για τις 2 ομάδες το βάρος μειώθηκε για την ομάδα του διατροφικού περιορισμού $5,9 \pm 6,3 \text{Kg}$, ενώ δεν υπήρξε καμιά σημαντική αλλαγή για την άλλη ομάδα. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες της δεύτερης ομάδας βίωσαν παρόμοιες βελτιώσεις σε ψυχολογικές μεταβλητές (αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, εικόνα σώματος), ενώ, συγχρόνως, ελαχιστοποίησαν την ανησυχία, το στρες και την τριβή που ήταν κοινή στο πρόγραμμα διατροφής.

Τέλος, οι Teixeira, Going et al (2003) συναινούν με τις προαναφερθέντες μελέτες. Στη μελέτη τους συμμετείχαν 112 υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες μέσης ηλικίας $47,8 \pm 4,4$ ετών και μέσου BMI $31,4 \pm 3,9 \text{Kg/m}^2$. Μετά τη συμμετοχή τους σ' ένα συμπεριφορικό πρόγραμμα μείωσης βάρους, οι απώλειες βάρους ήταν από $-3,4 \text{Kg}$ έως $-5,4 \text{Kg}$ για όσους κατάφεραν να ολοκληρώσουν ($n=89$). Ο υψηλότερος αντίκτυπος του βάρους στην ποιότητα ζωής, η υψηλότερη δυσανεμία για το σώμα και η χαμηλότερη αυτοεκτίμηση συνδέθηκαν με τη λιγότερη απώλεια βάρους. Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να δημιουργήσουν τη βάση για ένα ερωτηματολόγιο ετοιμότητας απώλειας βάρους.

Οι έρευνες που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα της χειρουργικής θεραπείας της παχυσαρκίας αφιερώνουν, επίσης, κάποια προσοχή στη βελτίωση που επιδέχεται η αυτοεκτίμηση των παχύσαρκων ασθενών μετά την επέμβαση για μείωση του βάρους, θεωρώντας ότι πριν από αυτή η αυτοεκτίμησή τους κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Στη μελέτη των Cuisado, Vaz et al (2004), συμμετείχαν 100 ασθενείς με κακοήθη παχυσαρκία (85 γυναίκες, 15 άνδρες), που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για μείωση του βάρους τους. Το δείγμα χωρίστηκε σε 2 υποομάδες, 18 μήνες μετά την επέμβαση ανάλογα με το βαθμό απώλειας βάρους: 1) απώλεια $>30\%$ του αρχικού βάρους, 2) $<30\%$. Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων με την ομάδα με τη μικρότερη απώλεια βάρους να εμφανίζει αρνητική εικόνα σώματος και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση ($p<0,001$). Τα στοιχεία, αυτά, μας ωθούν να εξαγάγουμε το συμπέρασμα ότι η απώλεια βάρους πρέπει να εκτείνεται σε μεγάλο βαθμό, ώστε να συντελεί σε θετικές ψυχολογικές αλλαγές. Χρησιμοποιώντας μη δομημένες και ημι-δομημένες συνεντεύξεις οι Bocchieri et al (2002) ρώτησαν 31 ασθενείς για τις επιπτώσεις της γαστρικής παράκαμψης στη ζωή τους. Πέρα από τις θετικές συνέπειες της, όπως η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης με την απώλεια βάρους λόγω της επέμβασης, καθοριστικός παράγοντας της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ήταν και η διαπραγμάτευση/διαχείριση της έντασης των αλλαγών.

Γενικά, παρατηρούμε, στη σχετική βιβλιογραφία, ότι όσο αυξάνεται η απώλεια βάρους, τόσο βελτιώνεται η αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, αυτές οι μελέτες μπορούν στην πραγματικότητα να αντιπροσωπεύσουν ανεπαρκώς τη δριμύτητα της ψυχολογικής καταπόνησης αναφερόμενες μόνο στους ασθενείς με κακοήθη παχυσαρκία που επιδιώκουν συγκεκριμένα τη χειρουργική θεραπεία. Γενικά, αυτά τα άτομα ζητούν περισσότερο από τα άτομα που επιδιώκουν άλλους τύπους μείωσης του βάρους και επιδιώκουν άμεση θεραπεία δείχνοντας, ενδεχομένως, ότι το επίπεδο κινδύνου βρίσκεται σε όρια απογοητευτικά. Φαίνεται ότι ένα σημαντικό μέτρο έκβασης των

χειρουργικών εκβάσεων θα ήταν το επίπεδο ψυχολογικής καταπόνησης σε άτομα μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Επιστρέφουμε στα αποτελέσματά μας και αναζητώντας μια ενίσχυση του ευρήματός μας ότι τα παχύσαρκα άτομα δεν χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, μπορούμε να πούμε ότι τα παχύσαρκα άτομα της έρευνάς μας προέρχονται από ένα περιβάλλον νοσοκομειακό, στο οποίο παρακολουθούνται για την τήρηση ενός προγράμματος απώλειας βάρους. Το γεγονός ότι βρίσκονται σε ένα στάδιο συνειδητοποίησης του προβλήματος και σε μια προσπάθεια αλλαγής έχει, ίσως, μια θετική επίδραση στην αυτοεκτίμησή τους. Υπάρχουν, εντούτοις, στοιχεία ενός υψηλότερου ποσοστού ψυχολογικής καταπόνησης στα παχύσαρκα άτομα που επιδιώκουν νοσοκομειακή θεραπεία (όχι απαραίτητα χειρουργική επέμβαση) σε αντιδιαστολή με εκείνους που δεν επιδιώκουν νοσοκομειακή θεραπεία. Έχει αναφερθεί ότι τα παχύσαρκα άτομα που επιδιώκουν την ιατρική παρέμβαση στο νοσοκομείο (μόνο μια μειονότητα της οποίας εξέταζε ενεργά τη χειρουργική επέμβαση) ήταν πιθανότερο να έχουν κάποιο ιστορικό άγχους και κατάθλιψης από τα παχύσαρκα άτομα που επιδιώκουν τα διαιτητικά προγράμματα περιορισμού. Εκείνοι που εντοπίστηκαν ως βουλιμικοί, ειδικότερα, επέδειξαν σημαντικά περισσότερη ψυχοπαθολογία και περισσότερο κίνδυνο από τις ομάδες σύγκρισης.

Κατά παρόμοιο τρόπο, οι Kolotkin et al (2003) εξέτασαν 3353 υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα (1092 άνδρες και 2261 γυναίκες) που διέφεραν ως προς το είδος και την ένταση της θεραπείας που ακολουθούσαν. Η μέση ηλικία των ατόμων ήταν 48,1 έτη για τους άνδρες (18 έως 90) και 45 έτη για τις γυναίκες ενώ το μέσο BMI 36,1 και 36,8Kg/m² για τους άνδρες και για τις γυναίκες αντίστοιχα. Τα άτομα ανήκαν σε 5 ομάδες θεραπείας σύμφωνα με ένα συνεχές εντατικότητας: 1) υπέρβαροι/παχύσαρκοι κοινοτικοί εθελοντές που δεν εγγράφηκαν σε κάποιο πρόγραμμα απώλειας βάρους, 2) συμμετέχοντες σε κλινικές δοκιμές (σπάνιες συνεδρίες), 3) εξωτερικοί ασθενείς σε πρόγραμμα απώλειας βάρους με εβδομαδιαίες συνεδρίες, 4) συμμετέχοντες σε εντατικό πρόγραμμα με καθημερινές συνεδρίες και 5) ασθενείς γαστρικής παράκαμψης. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι επιδιώκοντες θεραπεία ήταν περισσότερο εξασθενημένοι ψυχολογικά από τους μη-επιδιώκοντες, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο αντίκτυπου βάρους στην ποιότητα ζωής HRQOL-Lite. Ακόμη, όσο πιο εντατική υπήρξε η θεραπεία, τόσο πιθανότερο ήταν οι συμμετέχοντες να δοκιμάζουν κάποια ψυχολογική και διατροφική διαταραχή, ενώ έχουν φτωχότερη ποιότητα ζωής. Ακόμη, όσο αυξανόταν το BMI, τόσο εξασθενίζε η ποιότητα ζωής. Τέλος, οι γυναίκες φάνηκαν να έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα στην κλίμακα αυτοεκτίμησης καθώς και πιο αρνητική εικόνα σώματος ειδικά για BMI 35Kg/m² και μεγαλύτερο.

Αναφέρουμε ότι και στη δική μας έρευνα οι γυναίκες φάνηκαν να έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τους άνδρες ανεξάρτητα από το BMI. Από τις 30 γυναίκες του δείματός μας 20 διέθεταν υψηλή αυτοεκτίμηση, 9 χαμηλή και 1 μέτρια. Από τους 30 άνδρες του δείματος 25 είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση, 2 χαμηλή και 3 μέτρια.

Καταλήγουμε ότι ως παρεμβαίνουσα μεταβλητή για τα αποτελέσματά μας μπορεί να έδρασε η τάση των υποκειμένων να δηλώνουν στις απαντήσεις τους το κοινωνικά επιθυμητό και όχι αυτό που βιώνουν στην πραγματικότητα.

Τέλος, όσον αφορά τα επίπεδα κατάθλιψης εμφανίζονται υψηλά για την ομάδα των ατόμων με παχυσαρκία, ενώ στις υπόλοιπες ομάδες είναι χαμηλά έως μηδαμινά. Το εύρημα αυτό το συναντήσαμε, ήδη, σε αρκετές από τις έρευνες που αναφέραμε, ενώ υπάρχει σε πλείστες άλλες μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας, κυρίως της κακοήθους, οι οποίες βελτιώνονται με την απώλεια βάρους. Αυτό

φαίνεται χαρακτηριστικά στη μελέτη των Wadden, Foster et al (2004). Συνολικά 123 παχύσαρκες γυναίκες τοποθετήθηκαν τυχαία σε μια από τις 3 συνθήκες: 1) διατροφή 1000kcal/d με υγρά γεύματα, 2) ισορροπημένη διατροφή ενεργειακού ελλείμματος 1200-1500kcal/d (θερμίδες/μέρα) και 3) συνθήκη ελέγχου χωρίς δίαιτα. Σε 20 εβδομάδες η πρώτη ομάδα έχασε $12,1 \pm 6,7\%$, η 2^η $7,8 \pm 6\%$ και η 3^η $0,1 \pm 2,4\%$ του αρχικού βάρους. Αυτό που έχει σημασία για την έρευνά μας, είναι ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά μόνο στις 2 πρώτες ομάδες, γεγονός που σημαίνει ότι η απώλεια βάρους συνοδεύεται από μείωση του επιπέδου κατάθλιψης και ότι η τελευταία είναι επακόλουθο της παχυσαρκίας.

Μερικές μελέτες έχουν ερευνήσει την ψυχοπαθολογία των ασθενών με κακοήθης παχυσαρκία πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση προκειμένου να διαγνώσουν ψυχολογικές διαταραχές χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο για ενήλικες MMPI. Οι Bull et al (1983) και οι Castelnovo-Tedesco et al (2003) δεν βρήκαν καμιά αλλαγή μετά την επέμβαση στις ανυψωμένες κλίμακες διάθεσης. Οι Leon et al (1979) βρήκαν μειώσεις στην κλίμακα κατάθλιψης και οι Wample et al (1980) βρήκαν πτώσεις στην κλίμακα κατάθλιψης και υστερίας. Τέλος, οι Kuldan & Rand (1980) χρησιμοποιώντας μια ψυχιατρική συνέντευξη σε 68 ασθενείς πριν τη χειρουργική επέμβαση και μετά από 6 μήνες διαπίστωσαν ότι 45% των ασθενών δεν είχε καμιά αλλαγή στην ψυχοπαθολογία 6 μήνες μετά, 31% είχε βελτιωθεί και 24% είχε επιδεινωθεί. Η γενική εικόνα, από τέτοιες μελέτες, είναι ότι λεπτότερα μέτρα ψυχολογικής καταπόνησης που δεν ανέρχονται σε επίπεδο ψυχιατρικής διάγνωσης μπορούν να είναι περισσότερο ικανά να ανιχνεύσουν αλλαγές στην ψυχολογική προσαρμογή. Μειώσεις στο άγχος και την κατάθλιψη έχουν αναφερθεί, από πολύ νωρίς, συχνά, σε μελέτες που χρησιμοποιούν ημι-δομημένες συνεντεύξεις.

Επιπλέον, διαπιστώσαμε μια συσχέτιση της χαμηλής αυτοεκτίμησης με την ασυμφωνία πραγματικού και ιδανικού εαυτού, όπως έχει αναφερθεί και στο παρελθόν από ορισμένες μελέτες όπως των Block & Robins (1999). Παρόλα αυτά, δεν φάνηκε τα παχύσαρκα άτομα να παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα ασυμφωνίας πραγματικού και ιδανικού εαυτού σε σύγκριση με τα άτομα των άλλων δύο ομάδων.

Δεδομένου, λοιπόν, ότι τα παχύσαρκα άτομα βρίσκονται σε μια τόσο εύθραυστη ψυχολογική κατάσταση, η αλλαγή είναι δύσκολη. Η πιο κοινή αντίδραση, επομένως, είναι η απόσυρση, η μοναξιά και η απομόνωση. Σε μια κοινωνία που το έτοιμο φαγητό είναι για όλους μια εύκολη λύση, υπάρχει πληθώρα αγαθών και η καθιστική ζωή χαρακτηρίζει την πλειοψηφία των ατόμων, η παχυσαρκία, συνεχώς, ανθίζει. Από την άλλη πλευρά, τα μηνύματα της μόδας προστάζουν ότι η ελκυστικότητα ταυτίζεται με το λεπτό και αθλητικό σώμα, ενώ η παχυσαρκία στιγματίζεται. Ως αποτέλεσμα, τα παχύσαρκα άτομα νιώθουν τύψεις, ενοχές, απογοήτευση και το μόνο που μπορούν να κάνουν είναι να θέτουν, συνεχώς, ανέφικτους στόχους, όσον αφορά το βάρος τους, ώστε να παραμένουν πάντα στην ίδια κατάσταση.

Τα προγράμματα που στηρίζονται στην χορήγηση διαιτολογίων για την παχυσαρκία στην πλειονότητά τους αποτυγχάνουν. Η γρήγορη επαναπρόσληψη του βάρους οδηγεί σε περισσότερο χαμηλή αυτοεκτίμηση, στην ματαιώση των προσδοκιών και στην παραίτηση από κάθε προσπάθεια αλλαγής. Επομένως, για την σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος χρειάζεται αρχικά η ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων που πάσχουν από παχυσαρκία. Πρέπει να παροτρυνθούν να αποδεχθούν το σώμα τους, να πιστέψουν στις ικανότητές τους, να αγαπήσουν τον εαυτό τους και να καταλάβουν ότι η εξωτερική εμφάνιση δεν είναι παρά μια πτυχή του εαυτού, όπου δεν πρέπει να στηρίζονται ολοκληρωτικά, να μάθουν να χρησιμοποιούν το στόμα τους για να εκφράζουν τα παράπονα και το θυμό τους και όχι να καταφεύγουν στο

φαγητό και, τέλος, να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες εν γένει μέσω ενημέρωσης για τη βιολογία του σώματος και τις ανάγκες του.

Η εκπαίδευση, γύρω από αυτά τα θέματα, είναι σημαντικός παράγοντας πρόληψης της παχυσαρκίας, καθώς πολλές έρευνες συσχετίζουν υψηλά BMI με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Εκεί, καταλήγουν οι Gutierrez-Fisac et al (2002) στην έρευνά τους, στην οποία συμμετείχαν 11461 άνδρες και 10219 γυναίκες ηλικίας 25-64 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποστηρίζουν ότι υπάρχει υψηλότερη επικράτηση της παχυσαρκίας σε άτομα με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση με στοιχειώδη εκπαίδευση, κυρίως στις γυναίκες, στις οποίες, ωστόσο, η απουσία του αντιληπτού υπερβολικού βάρους είναι συχνότερη απ' ό,τι στις γυναίκες με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο.

Σε παρόμοια συμπεράσματα, καταλήγουν οι Baughman et al (2003). Στην έρευνά τους συμμετείχαν 665 άτομα, 69% θηλυκά, 82% μεταξύ ηλικιών 40 και 59, 29% Αφρικανο-Αμερικάνοι και 71% λευκοί, 20% υπέρβαροι, 34% (BMI 30-34,9) 1^{ου} βαθμού παχυσαρκία, 23% (BMI 35-39,9) 2^{ου} βαθμού και 23% (BMI >40) 3^{ου} βαθμού παχυσαρκία. Οι άνδρες, πιο συχνά, είχαν 1^{ου} βαθμού παχυσαρκία, σε αντίθεση με τις γυναίκες που ήταν πιθανότερο να είναι υπέρβαρες ή να έχουν 3^{ου} βαθμού παχυσαρκία. Στόχος της μελέτης ήταν να ερευνηθεί αν σημαντικές θεωρητικά ψυχοκοινωνικές και συμπεριφοριστικές μεταβλητές μεσολαβούν τις εμπειρικές σχέσεις μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων και του δείκτη μάζας σώματος (BMI). Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέθηκε με υψηλότερο BMI και αυτό ίσχυε και κατόπιν ελέγχου των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, όπως πχ. η κοινωνική υποστήριξη για υγιή κατανάλωση. Αντίθετα, η εθνικότητα, ενώ συνδέθηκε, αρχικά, με το BMI, εφόσον ελέγχθησαν οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές (η κοινωνική στήριξη, καθώς οι Αφρικανο-Αμερικανοί διέθεταν υψηλότερη στήριξη από γονείς και φίλους, και οι αντιλήψεις για την υγιεινή διατροφή και άσκηση) η συσχέτιση έπαψε να υφίσταται. Επομένως, η εκπαίδευση εμφανίζεται ως καθοριστικός παράγοντας για την παχυσαρκία και χρήζει περαιτέρω προσοχής, καθώς κρύβει πίσω της διάφορες διαπροσωπικές, πολιτιστικές, κοινωνικές μεταβλητές. Με την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης τους έχει αποδειχθεί ότι τα κίνητρα για αλλαγή και χάσιμο βάρους αυξάνονται, ενώ τα αποτελέσματα μακροπρόθεσμα είναι καλύτερα.

Συνοψίζοντας, οι ψυχολογικοί παράγοντες, είτε λειτουργούν ως αίτια, είτε ως επακόλουθα της παχυσαρκίας, θεωρούνται θεμελιώδους σημασίας τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση του προβλήματος σε συνδυασμό με την χορήγηση διαιτολογίου. Ωστόσο, το δείγμα της έρευνας δεν είναι αρκετά μεγάλο ώστε να εγγυάται αδιάψευστα συμπεράσματα. Ακόμη, ένας σημαντικός περιορισμός της έρευνας είναι ότι δεν υπήρξε καμιά αντικειμενική μέτρηση του ύψους και του βάρους, αλλά βασιστήκαμε σε στοιχεία αυτοαναφοράς.

Άλλες μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα στοιχεία αυτοαναφοράς τείνουν να υποτιμήσουν την επικράτηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας κατά 10% (Hill A, Roberts J, 1998 & Roberts RJ, 1995). Σε μια πρόσφατη μελέτη φάνηκε ότι τα άτομα υπερεκτιμούν το ύψος τους με συνέπεια να υποτιμούν το βάρος τους, γεγονός που ισχύει και για εκείνους χωρίς καμιά διατροφική διαταραχή (McCabe RE, McFarlane T, Polwy J, Olmsted MP, 2001). Οι Shapiro & Anderson (2003) βασίστηκαν σε προηγούμενες έρευνες που έχουν δείξει ότι οι γυναίκες, άτομα που βρίσκονται σε μια προσπάθεια απώλειας βάρους και τα υπέρβαρα/παχύσαρκα άτομα έχουν μια τάση να υποτιμούν το βάρος τους. Συνολικά, 241 φοιτητές συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια σχετικά με το ύψος και το βάρος τους και έπειτα ζυγίστηκαν στο εργαστήριο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι,

ανεξάρτητα από το γένος και το BMI, όσα άτομα υποβάλλονται σε θερμιδικό περιορισμό έχουν μια τάση υποτίμησης του βάρους τους. Οι Gutierrez-Fisac et al (2002) διενήργησαν 3 έρευνες το 1987, 1995 και 1997, στις οποίες συμμετείχαν συνολικά 11496 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 20 ετών με δείκτη μάζας σώματος $\geq 25 \text{Kg/m}^2$. Το 1995/97 το 50% ανδρών και το 30% των γυναικών δεν αντιλαμβάνονταν τον εαυτό τους ως υπέρβαρο από τους οποίους οι περισσότεροι ήταν σε μέτρια επίπεδα υπέρβαροι.

Στην έρευνα των Spencer et al (2002) συμμετείχαν 4808 Βρετανοί άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 35-76 ετών. Συγκρίνοντας τις αυτοαναφερόμενες τιμές ύψους και βάρους με τις πραγματικές μετρήσεις αυτών των διαστάσεων, βρέθηκε ότι οι άνδρες υπερεκτιμούσαν το ύψος κατά 1,23cm κατά μέσο όρο και οι γυναίκες κατά 0,60cm, κυρίως πιο κοντοί άνδρες και πιο χονδρές γυναίκες. Ακόμη, υποεκτιμούσαν το βάρος κατά 1,85Kg κατά μέσο όρο και 1,40Kg οι άνδρες και οι γυναίκες αντίστοιχα, ενώ ο βαθμός υποτίμησης ήταν μεγαλύτερος για τα πιο βαριά άτομα. Σύμφωνα με τις κατηγορίες του BMI, 22,4% των ανδρών και 18% των γυναικών ταξινομήθηκαν λανθασμένα. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα δεδομένα αυτοαναφοράς ύψους και βάρους είναι έγκυρα για την αναγνώριση σχέσεων στις επιδημιολογικές έρευνες. Στις αναλύσεις, όπου οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις είναι οι κύριες μεταβλητές του ενδιαφέροντος, μετρήσεις σ' ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του υπό μελέτη πληθυσμού μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βελτιώσουν την ακρίβεια των εκτιμήσεων ύψους, βάρους και BMI.

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν οι Claesmer & Braehler (2002). Συγκρίνοντας τα υποκειμενικά στοιχεία αναφοράς με τα στοιχεία αντικειμενικών μετρήσεων προκύπτει ότι το BMI που στηρίζεται σε υποκειμενικά στοιχεία είναι ανακριβές. Κυρίως οι γυναίκες υποτιμούν το BMI περισσότερο από τους άνδρες. Παρ' όλα αυτά, αν και το BMI βάσει υποκειμενικών στοιχείων δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη είναι χρήσιμο στα πλαίσια της ψυχολογίας της υγείας. Επιπλέον, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), αν και συσχετίζεται με το λίπος σώματος, δεν είναι τέλεια μέτρηση όπως, έχουμε ήδη αναφέρει. Το BMI είναι πολυτιμότερο όταν χρησιμοποιείται από κοινού με μια μέτρηση της αναλογίας μέσης-περιφέρειας (Expert Panel of the National Institutes of Health, 1998).

Επίσης, τα συμπεράσματά μας μπορούν να γενικευτούν μόνο στον πληθυσμό της Ελλάδας που ανήκει στις ανεπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου, καθώς το δείγμα μας δεν περιλάμβανε άτομα άλλων εθνικοτήτων. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Hashimoto et al (2003) μπορούν να δείξουν ότι στις δυτικές βιομηχανοποιημένες κοινωνίες, ο φόβος του υπερβολικού βάρους είναι πιο επικρατών απ' ότι σε μια αναπτυσσόμενη χώρα, όπως η Βραζιλία και έτσι έχει περισσότερη επιρροή στην ποιότητα ζωής. Ομοίως, στη δική μας έρευνα τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευτούν όσον αφορά τον πληθυσμό σε μια ανεπτυγμένη χώρα του δυτικού κόσμου.

Οι Sanchez-Johnsen et al (2003) εξέτασαν 210 υποψήφιους γαστρικής παράκαμψης από τους οποίους οι 130 ήταν λευκοί και οι υπόλοιποι Αφρικανο-Αμερικάνοι. Αν και βασική υπόθεση της μελέτης ήταν ότι οι εθνικές μειονότητες εμφανίζουν περισσότερα επεισόδια βουλιμίας, ωστόσο εστιάστηκαν και σε ψυχοκοινωνικές μετρήσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η εθνικότητα είναι προάγγελος της εικόνας σώματος. Γενικά οι Αφρικανο-Αμερικάνες γυναίκες έχουν λιγότερο αυστηρά κριτήρια για την αντίληψη του υπερβολικού βάρους ή της παχυσαρκίας. Επίσης, εκθέτουν μικρότερη απόκλιση μεταξύ τρέχουσας και ιδανικής εικόνας σώματος απ' ότι οι λευκές και επομένως μεγαλύτερη ικανοποίηση για το σώμα τους. Τα δύο δείγματα δε διέφεραν σε BMI, επίπεδο κατάθλιξης και επίπεδο

αυτοεκτίμησης. Το μέσο BMI ήταν $54,1 \pm 10,2 \text{Kg/m}^2$. Οι συμμετέχοντες είχαν ένα μέτριο επίπεδο κατάθλιψης (BECK: $18 \pm 9,7$) και ένα συγκεκριμένα χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης ($21,9 \pm 6,3$ Rosenberg).

Σε αντίθεση με τις προηγούμενες έρευνες, έρχονται τα ευρήματα των Laferrere et al (2002). Στην έρευνα συμμετείχαν 145 παχύσαρκες γυναίκες, 65 λευκές και 80 Αφρικανο-Αμερικάνες, μέσης ηλικίας $46,3 \pm 11,1$ ετών και μέσου BMI $35,2 \pm 4,2 \text{Kg/m}^2$. Αφού συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης, φάνηκε ότι δεν υπήρχε καμιά διαφορά μεταξύ των εθνικών ομάδων όσον αφορά το επίπεδο αυτοεκτίμησης, εφόσον ελέγχθηκε η κοινωνικοοικονομική θέση. Επίσης, το δείγμα είχε υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($0,47 \pm 0,54$ BSI) από ένα πληθυσμό ελέγχου κανονικού βάρους ($0,35$) και χαμηλότερα από τα αποτελέσματα που δημοσιεύθηκαν για ασθενείς με ψυχιατρική διαταραχή ($1,7$). Ως επί τω πλείστον, όπως είδαμε στις έρευνες των Wardle et al και των Matz et al (2002) το προηγούμενο ιστορικό δίαιτας και ηλικίας έναρξης της παχυσαρκίας έχουν σημαντικές επιδράσεις στην ψυχολογική ευημερία των ατόμων, μεταβλητές οι οποίες δεν συμπεριλήφθηκαν στην έρευνά μας.

Οι Ikeda J, Lyons P et al (2004) σε συνεργασία με την εθνική ένωση προώθησης αποδοχής του πάχους (NAAFA) διεξήγαγαν μια έρευνα προκειμένου να μελετήσουν το ιστορικό δίαιτας παχύσαρκων γυναικών. Το δείγμα τους αποτελούνταν από 149 γυναίκες, ηλικίας 22-80 ετών και με BMI $30-70 \text{Kg/m}^2$. Οι 92 γυναίκες (62%) της έρευνας τέθηκαν για πρώτη φορά σε δίαιτα πριν την ηλικία των 14 ετών, ενώ πίστευαν ότι η δίαιτα υπονόμει την αυτοεκτίμησή τους και συνέβαλε στην αύξηση του βάρους τους. Ακόμη, σε όλα τα άτομα οι αρνητικές μνήμες ($n < 0,001$) ξεπέρασαν αριθμητικώς τις θετικές και περιλάμβαναν συναισθήματα ταπείνωσης, ντροπής για το βάρος τους, δυσαρέσκειας για το σώμα τους (αρνητική εικόνα) και απογοήτευσης. Δυστυχώς, στην έρευνά μας, αν και διακρίνουμε τα εν λόγω συναισθήματα στην ομάδα των παχύσαρκων, δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε τις εμπειρίες προσπάθειας απώλειας βάρους των συμμετεχόντων και επομένως την επίπτωσή τους στην αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, όπως προαναφέραμε το δείγμα μας προέρχεται από νοσοκομειακό περιβάλλον, γεγονός που μειώνει την εξωτερική εγκυρότητα (γενίκευση) των αποτελεσμάτων, καθώς θα μπορούσε να δράσει ως παρεμβαίνουσα μεταβλητή στις έννοιες που μετρήσαμε. Τέλος, δεδομένου ότι στην έρευνά μας χρησιμοποιούμε ερωτηματολόγια και όχι πειραματικές συνθήκες, καθώς και ότι η έρευνά μας είναι αναδρομική, δηλαδή ήταν, ήδη, παχύσαρκα τα άτομα που συμμετείχαν, μπορούμε να αποφανθούμε μόνο για τις συνάψεις μεταξύ των μεταβλητών και όχι για τις σχέσεις αιτίου-αιτιατού.

Περαιτέρω έρευνα θεωρείται απαραίτητη τόσο για τον εντοπισμό ψυχολογικών παραμέτρων που επιδρούν στην παχυσαρκία, πέραν της αυτοεκτίμησης και της αρνητικής εικόνας σώματος, ή ψυχολογικών προβλημάτων που συνδέονται μ' αυτή. Απαραίτητη είναι, ακόμη, η σύγκριση μεταξύ προγραμμάτων που επιδιώκουν να θεραπεύσουν την παχυσαρκία, με διαχρονικές έρευνες που δείχνουν ποια προσέγγιση είναι η πιο αποτελεσματική σε βάθος χρόνου. Αναμφισβήτητα, πάντως, ένας ψυχολόγος μπορεί να συμβάλει σημαντικά και μόνο θετικά σε παχύσαρκα άτομα, εφόσον το επιθυμούν.

Χαρακτηριστικός είναι ο στίχος του Σαίξπηρ: He's fat and scant of breath (Hamlet, V) (Είναι παχύς και μόλις μπορεί ν' ανασαίνει.) Αξίζει, λοιπόν, να δώσουμε στα άτομα που πάσχουν από παχυσαρκία τη δύναμη για μια καινούργια ανάσα στη ζωή.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Andreoli, Bennett, Carpentter, Rum, Smith. Cecil Παθολογία Α Τόμος, Διαταραχές της Διατροφής. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1996.
- 2 Bachieri LE, Meana M, Fisher BL. Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obesity Surgery*. 2002; 12(6):781-8.
- 3 Bacon L, Keim NL, Van Loan MD, Derricote M, Gale B, Kazaks A, Stern JS. Evaluating a «non diet» wellness intervention for improvement of metabolic fitness psychological well-being and eating and activity behavior. *Int J Obes Related Metab Disord*. 2002; 26(6):854-65.
- 4 Baughman K, Logue E, Sutton K, Capers C, Jarjoura D, Smucker W. Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patients: do psychosocial and behavior factors mediate sociodemographic effects? *Preventive Medicine*. 2003; 37(2):129-37.
- 5 Beauvois JL, Dubois N, Doise W. La construction sociale de la personne. Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 1999.
- 6 Bell C, Kirkpatrick SW, Rinn RC. Body image of anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology*. 1986; 42:431-439.
- 7 Berdanier C. Advanced Nutrition: Macronutrients. CRC Press, London, 2000.
- 8 Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 52(3):155-165.
- 9 Bray GA. An Atlas of Obesity and Weight Control. The Parthenon Publishing Group, New York, 2003.
- 10 Breakwell GM, Hammond S, Fife-Schaw C. Research Methods in Psychology. *Int J Obes*. 2001; 25:759-760.
- 11 Brehm BJ, Rourke KM, Cassell C, Sethuraman G. Psychosocial outcomes of a pilot multidisciplinary program of weight management. *American Journal of Health Behavior*. 2003; 27(4):348-54.
- 12 Brodie DA, Slade PD. The relationship between body-image and body-fat in adult women. *Psychological Medicine*. 1988; 18:623-631.
- 13 Brody T. Nutritional Biochemistry. Academic Press, New York, 1999.
- 14 Brownell KD, Rodin J. Medical, metabolic and psychological effects of weight cycling. *Archives of Internal Medicine*. 1994; 154:1325-1330.
- 15 Bull RH, Engels WD, Engelman F, Bloom L. Behavioral changes following gastric bypass surgery for morbid obesity: a prospective, controlled study. *J Psychosom Res*. 1983; 27:457-467.
- 16 Burns RB. Self Concept Development and Education. Ltsd, London, 1982.
- 17 Byrne SM. Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *J Psychosom Res*. 2002; 53(5):1029-36.
- 18 Cabe RE, Farlane T, Polwy J, Olmsted MP. Eating disorders, dieting and the accuray of self-reported weight. *Int J Eating Dis*. 2001; 29:59-64.
- 19 Cash TF, Hicks KF. Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors and well-being. *Cognitive Therapy and Research*. 1990; 14:327-341.

- 20 Celio AA, Zabinski MF, Wilfley DE. African American body images. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press, New York, 2002.
- 21 Chasseguet-Smirgel J. *The ego ideal: a psychoanalytic essay on the malady of ideal*. Free Association Books, London, 1985.
- 22 Claesmer H, Brahler E. Prevalence estimation of overweight and obesity based on subjective data of body mass index. *Gesundheitswesen*. 2002; 64(3):133-8.
- 23 Coffman E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Penguin Books, London, 1984.
- 24 Collins JK, Beaumont PJ, Touyz SW, Krass J, Thompson P, Philips T. Variability in body shape perception in anorexic, bulimic, obese and control subjects. *International Journal of Eating Disorders*. 1987; 6:633-638.
- 25 Collins JK, Cabe MP, Jupp JJ, Sutton JE. Body percept change in obese females after weight reduction therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 1983; 39:507-511.
- 26 Counihan C. *The Anthropology of Food and Body Gender, Meaning and Power*. Routledge, New York, 1999.
- 27 Courtney-Moore M. *Διαίτολογία. Ιατρικές εκδόσεις BHTA, Αθήνα, 2000*.
- 28 Crowley VE, Yeo GS, O' Rahilly S. Obesity therapy: altering the energy intake and expenditure balance sheet. *Nat Rev Drug Discov*. 2002; 1(4):276-86.
- 29 Cuisado JA, Vaz FJ, Alarcon J, Lopez-Ibor J, Rubio MA, Gaité L. Psychopathological Status and Interpersonal Functioning Following Weight Loss in Morbidly Obese Patients Undergoing Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*. 2004; 12(6):835-840.
- 30 Dinges AE, Bruna MJ, Furth EF. Binge eating disorder: A review. *International Journal of Eating Disorders*. 2002; 26:299-307.
- 31 Diprose R. *The bodies of women, ethics, embodiment and sexual difference*. Routledge, New York, 1994.
- 32 Dolto F. *Η ασυνείδητη εικόνα του σώματος. Εστία, Αθήνα, 1999*.
- 33 Dominguez Carmona M. The outriggers of personality An R. *Acad Nac Med*. 2002; 119(2):393-411.
- 34 Dymek MP, Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obesity Research*. 2002; 10(11):1135-42.
- 35 Elisabeth M Mathus-Vliegen, Sabina de Weerd, Laurens T de Wit. Health-related quality of life in patients with morbid obesity after gastric banding for surgically induced weight loss. *Science direct surgery*. 2004; 135(5):489-497.
- 36 Erikson EH. *Childhood and Society*. Norton, New York, 1963.
- 37 Expert Panel of the National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. *Am J Clin Nutr*. 1998; 68(4):899-917.
- 38 Fairburn C, Wilson T. *Binge Eating Nature, Assessment and Treatment*. The Guilford Press, New York, 1993.
- 39 Fairburn CG, Brownell KD. *Eating disorders and obesity*. The Guilford Press, New York, 2002.
- 40 Featherston M, Hepworth M, Turner B. *The Body: Social Process and Cultural Theory*. Sage Publications, London, 1996.
- 41 Fernstrom J., Miller G. *Appetite and Body Weight Regulation Sugar, Fat and Macronutrient substitutes*. CRC Press, London, 1994.
- 42 Fischer S. *Development and structure of the body image*. La Wrence Erlbann Associates Publisher, New York, 2000.

- 43 Foster GD, Phelan S, Wadden TA, Gill D, Ermold J, Didie E. Promoting more modest weight losses: a pilot study. *Obesity Research*. 2004; 12(8):1271-7.
- 44 Fromm E. *Aimer la Vie*. Desclee de Brouwer, Lonrai (Orne), 1997.
- 45 Garrow JS, James WPT, Ralph A. *Human Nutrition and Dietetics*. Churchill Living Stone, London, 2000.
- 46 Gergen K. *Κορεσμένος Εαυτός*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1997.
- 47 Gingras J, Fitzpatrick J, Cargar L. Body of chronic dieters: Lowered appearance evaluation and body satisfaction. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004; 104:1589-1592.
- 48 Goetz DR, Caron W. A biopsychosocial model for youth obesity: Consideration of an ecosystemic collaboration. *Int J Obes*. 1999; 23:58-64.
- 49 Goins RT, Spencer SM, Krummel DA. Effects of obesity on health related quality of life among Appalachian elderly. *South Med J*. 2003; 96(6):552-7.
- 50 Gutierrez-Fisac JL, Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar-Castillon P. Self-perception of being overweight in Spanish adults. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2002; 56(9):866-872.
- 51 Gutierrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas-Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. The size of obesity differences associated with educational level in Spain. *J Epidemiol Community Health*. 1987 & 1995/97; 56(6):457-60.
- 52 Guyton A. *Φυσιολογία του ανθρώπου*. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2001.
- 53 Guyton AC, Hall JE. *Φυσιολογία του ανθρώπου και μηχανισμοί των νόσων*. Γ.Ρ. Παρισιάνος, Αθήνα, 2001.
- 54 Harter S. *The construction of the self A developmental perspective*. The Guilford Press, New York, 1999.
- 55 Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SF, Hill AJ. Dieticians' view of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutr Diet*. 2002; 15(5):331-47.
- 56 Hashimoto DM, Schmid J, Martins FM, Fonseca AM, Andrade LH, Kirchengast S, Eggers S. The impact of weight status on subjective symptomatology of polycystic ovary syndrome: a cross-cultural comparison between Brazilian and Austrian women. *Anthropol Anz*. 2003; 61(3):297-310.
- 57 Hill A, Roberts J. Body mass index: a comparison between self-reported and measured height and weight. *J Public Health Med*. 1998; 20(2):206-210.
- 58 Horney K. *Our Inner Conflicts*. Norton, New York, 1945.
- 59 Ikeda JP, Lyons P, Schwartzman F, Mitchell RA. Self-reported experiences of women with body mass indexes of 30 or more. *J Am Diet Assoc*. 2004; 104(6):972-4.
- 60 Jacalyn J, Comb R. *Eating disorders in women and children prevention, stress management and treatment*. CRC Press, London, 2001.
- 61 Jirik-Babb P, Geliebter A. Comparison of psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese adults female outpatients. *Eat Weight Disord*. 2003; 8(2):173-7.
- 62 Jorro A. *L' enseignant et l' evaluation. Des gestes évaluatifs en question*. DeBoeck Universite, Bruxelles, 2000.
- 63 Jung CG. *L' Ame et le Soi Renaissance et individuation*. Albin Michel, Paris, 1990.
- 64 Kohut H. *Le SOI le fil rouge. Le psychanalyse des transferts narcissiques*. Presses Universitaires de France, Paris, 1974.

- 65 Kolotkin RL, Crosby RD, Pendleton R, Strong M, Gress RE, Adams T. Health related quality of life in patients seeking gastric bypass surgery vs nontreatment-seeking controls. *Obesity Surgery*. 2003; 13(3):371-7.
- 66 Kolotkin RL, Crosby RD, William GR. Health related quality of life varies among obese subgroups. *Obes Res*. 2002; 10(8):854-5.
- 67 Kuldán JM, Rand CS. Jejunoileal bypass for obesity general and psychiatric outcome after one year. *Psychosomatics*. 1980; 21:534-539.
- 68 Laferrere B, Clarkson JR, Yoshioka MR, Krauskopf K, Thornton JC, Synner FX. Race, Menopause, Health-Related Quality of Life, and Psychological Well-Being in Obese Women. *Obese Research*. 2002; 10:1270-1275.
- 69 Lauren L, Cauvin L. The cumulative impact of being overweight on women's body esteem: a preliminary study. *Eat Weight Disord*. 2002; 7(4):324-7.
- 70 Lean MEJ, Han TS, Seidell JC. Impairment of health and quality of life using US federal guidelines for the identification of obesity. *Arch Intern Med*. 1999; 159:837-843.
- 71 Lederer J. *Εγχειρίδιο Διατροφικής Παρισιάνου* ΑΕ, 2002.
- 72 Leon GR, Eckert ED, Teed DB, Buchwald H. Changes in body image and other psychological factors after intestinal bypass surgery for massive obesity. *J Behav Med*. 1979; 2:39-55.
- 73 Lundgren JD, Anderson DA, Thompson JK. Fear of negative appearance evaluation: development and evaluation of a new construct for risk factor work in a field of eating disorders. *Eat Behav*. 2004; 5(1):75-84.
- 74 Mann DW. Θεωρίες περί εαυτού. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997; 4:175-183.
- 75 Martinot D. *Le SOI. Les approches psychosociales*. Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 1995.
- 76 Matz PE, Foster GD, Faith MS, Wadden TA. Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70(4):1040-4.
- 77 Monteil JM. *Soi et le contexte*. Armand Colin, Paris, 1993.
- 78 Moustaid N, Berdanier CD. *Nutrient-Gene Interactions in Health and Disease*. CRC Press, London, 2001.
- 79 Nauta H, Hospers H, Jansen A. One year of follow-up effects of two obesity treatment on psychological well-being and weight. *Br J Health Psychol*. 2001; 6(3):271-84.
- 80 Neisser U, Jopling DA. *The conceptual self in context, culture, experience, self-understanding*. Gambridge University Press, Gambridge, 1997.
- 81 Neisser U. *The perceived self Ecological and interpersonal sources of self knowledge*. Gambridge University Press, Gambridge, 1993.
- 82 Nestle M. *Διατροφή στην Κλινική Πράξη*. Παρισιάνος ΓΚ, Αθήνα, 1987.
- 83 Olmsted MP, McFarlane T. *Body Weight and Body Image*. *Women's Health*. 2004; 4:1186-1472.
- 84 Olszanesca-Clinianowick M, Zahorska-Markiewicz B, Skubacz M, Zurakowski A, Ziemlewska M, Zak A. The influence of three months weight reducing treatment on eating behavior in obese women. *Wiad Lek*. 2002; 55(9):547-55.
- 85 Parker S, Nichter M, Vuckovic N, Sims C, Rittenbaugh C. *Body Image and Weight Concerns among African American and White Adolescent Females: Differences That Make a Difference*. *Human Organisation*. 1995; 54(2):103-14.
- 86 Perron R, Auble JP, Chicand J et all. *Les representation de soi. Developments, dynamiques, conflits*. Editions Privat, Toulouse, 1991.

- 87 Pervin L, John O. Θεωρίες προσωπικότητας. Τυπωθήτω, Αθήνα, 1999.
- 88 Phee S, Μουτσόπουλος Χ. Παθολογική Φυσιολογία. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα, 2000.
- 89 Piolat M, Hurtig MC, Pichevin MF. Textes de base en psychologie Le Soi Recherches dans le champ de la cognition sociale. Delachaux et Niestlé TDB, Paris, 1992.
- 90 Roach JB, Yadrick MK, Johnson JT, Boudreaux LJ, Forsythe WA, Billion W. Using self-efficacy to predict weight loss among young adults. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103(10):1357-9.
- 91 Roberts RJ. Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? *Public Health.* 1995; 109(4):275-284.
- 92 Rohrer JE, Rohland BM. Psychosocial risk factors for obesity among women in a family planning clinic. *BMC Family Practice.* 2004; 5:20.
- 93 Rosenberg M. *Conceiving the self.* Krieger Publishing, Florida, 1986.
- 94 Sanchez-Johnsen LA, Dymek M, Alverdy J, Grange D. Binge eating and eating related cognitions and behavior in ethnically diverse obese women. *Obes Res.* 2003; 11(8):1002-9.
- 95 Sarafino EP. *Health Psychology Biopsychosocial Interactions.* John Wiley and Sons, INC, New York, 1998.
- 96 Satir V. *Making Contact.* Celestial Arts, California, 1976.
- 97 Schwartz MB, Brownell KD. *Obesity and body image.* Elsevier. 2004; 1:43-56.
- 98 Scott S, Morgan D. *Body matters: essays on the sociology of the body.* The Falmer Press, London, 1993.
- 99 Seidell JC, Kahn HS, Williamson DF, et al. Report from a center for disease control and prevention workshop on use of adult anthropometry for public health and primary health care. *Am J Clin Nutr.* 2001; 73:123-126.
- 100 Shapiro JR, Anderson DA. The effects of restraint, gender and body mass index on the accuracy of self-reported weight. *Int J Eat Disord.* 2003; 34(1):177-80.
- 101 Snygg D, Combs AW. *Individual Behavior.* Harper and Row, Boston, 1959.
- 102 Spencer EA, Appleby PN, Davey GK, Key TJ. Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC- Oxford participants. *Public Health Nutr.* 2002; 5(4):561-5.
- 103 Stevens A, Lowe J. Παθολογική Ανατομική. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα, 1998.
- 104 Stunkard AJ, Wadden TA. Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr.* 1992; 55:524-532.
- 105 Supronowicz P. Relative validity of self-assessment of silhouette and BMI. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2003; 54(3):301-9.
- 106 Tarnopolsky M. *Gender Differences in Metabolism: Practical and Nutritional Implications.* CRC Press, London, 1999.
- 107 Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussier EC, Martin CJ, Metcalf LL, Finkenthal NR, Blew RM, Sardinha LB, Lohman TG. Weight loss readiness in middle aged women: psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction.
- 108 Tod AM, Lacey A. Overweight and obesity: helping clients to take action. *Br J Community Nurs.* 2004; 9(2):59-66.
- 109 Van Hout GC, Van Oudheusden I, Van Heck GI. Psychological drawing of morbidly obese. *Obesity Surgery.* 2004; 14(5):579-88.
- 110 Vial M. *Se former pour evaluer se donner une problematique et elaborer des concepts.* DeBoeck Universite, Bruxelles, 2001.

- 111 Wadden TA, Foster GD, Sarwer DB, Anderson DA, Gladis M, Sanderson RS, Letchak RV, Berkowitz RI, Phelan S. Dieting and the development of eating disorders in obese women: results of a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2004; 80(3):560-8.
- 112 Wampler RS, Lauer JB, Lantz JB. Psychosocial effects of intestinal bypass surgery. *J Couns Psychol.* 1980; 27:492-9.
- 113 Wardle J, Waller J, Fox E. Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addict Behaviour.* 2002; 27(4):561-73.
- 114 Watson J. *Male Bodies Health, Culture and Identity.* Open University Press, Buckingham, 2000.
- 115 Westterterp-Plantenga MS, Fredrix E, Steffens AB, Kissileff HR. *Food intake and energy expenditure.* CRC Press, London, 1994.
- 116 Wildman R, Medeiros D. *Advanced Human Nutrition.* CRC Press, London, 2000.
- 117 Williamson DA, Womble LG, Zucker NL, et al. Body image assessment for obesity (BIA-O): development of a new procedure. *Int J Obes.* 2000; 24:1326-1332.
- 118 Wisotsky W, Swencion C. Cognitive-behavioral approaches in management of obesity. *Obesity Research.* 2002; 10(12):1259-69.
- 119 Wolfe WA. A review: maximizing social support- a neglected strategy for improving weight management with African-American women. *Ethn Dis.* 2004; 14(2):308-9.
- 120 Yu-Jen C, Yiing-Mei I, Shuh-Jen S, Mei-Yen C. Unbearable weight: young adult women's experiences of being overweight. *J Nurs Res.* 2004; 12(2):153-60.
- 121 Ziller RC. *Photographing the self Methods for observing personal orientations.* SAGE Publications, London, 1990.
- 122 Zwaan M, Mitchell JE, Havell LM, Monson N, Swan-Kremeier L, Roerig JL, Kolotkin RL, Crosby RD. Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Research.* 2002; 10(11):1143-51.
- 123 Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swon-Kremeier L, Crosby RD, Seim HC. Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Comprehensive Psychiatry.* 2003; 44(5):428-34.
- 124 Γεωργιάννος ΣΝ. *Φυσιολογία της θρέψης, Μεταβολισμός και Τεχνητή εντερική και παρεντερική διατροφή.* Παρισιάνος ΓΡ, Αθήνα, 1998.
- 125 Ζαμπάκος Γ. *Παχυσαρκία.* Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1989.
- 126 Ζερβής Χ. *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα.* Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα, 2001.
- 127 Ζερφυρίδης ΓΚ. *Διατροφή του Ανθρώπου.* Γιαχούδη-Γιαπούλη, Θεσσαλονίκη, 1998.
- 128 Καλαντζής Α. *Αυτοανάλυση και αυτοέλεγχος Ψυχολογική Θεώρηση Ελληνικά Γράμματα , Αθήνα, 1998.*
- 129 Κλεφτάρας Γ. *Γνωστική ιδιαιτερότητα κατάθλιψης και άγχους: Μεθοδολογικά θέματα και ερευνητικά δεδομένα.* *Ψυχολογία.* 2000; 7: 46-62.
- 130 Λεονταρή Α. *Αυτοαντίληψη.* Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.
- 131 Μακρή-Μπότσαρη Ε. *Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση.* Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2001.
- 132 Μόρτογλου Α. *Παχυσαρκία ένας πρακτικός ενημερωτικός και θεραπευτικός οδηγός για όλους.* Advance Publishing, 1996.
- 133 Μουτσόπουλος ΧΜ., Εμμανουήλ ΔΣ. *Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας.* Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2000.
- 134 Παπαβραμίδης ΣΘ. *Παχυσαρκία Θεωρία και Πράξη.* Ιατρικές Εκδόσεις Σιάκης, Θεσσαλονίκη, 2002.

- 135 Παπανικολάου Γ. Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία. Παπανικολάου Γ.Κ., Αθήνα, 2002.
- 136 Παπαστάμου Σ. Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία, Επιστημονικοί Προβληματισμοί και Μεθοδολογικές Κατευθύνσεις. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2001.
- 137 Ποταμιάνος Γ. Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002.
- 138 Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π. Τα ψυχομετρικά εργαλεία στη Ελλάδα. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002.
- 139 Τανού ΧΓ. Αυτοεκτίμηση και Αξιολογικό Σύστημα των Εφήβων. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, 1985.
- 140 Τριχόπουλος Δ. Επιδημιολογία: Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές. Παρισιάνου ΑΕ, Αθήνα, 2002.
- 141 Τσακόπουλος Μ, Vander Α, Sherman J, Luciano D. Φυσιολογία του ανθρώπου Μηχανισμοί της λειτουργίας του οργανισμού II. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα, 2001.
- 142 Χασαπίδου Μ, Φαχαντίδου Α. Διατροφή για υγεία, Άσκηση και Αθλητισμός. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στα πλαίσια μιας πανεπιστημιακής έρευνας, που μελετά διάφορους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την ψυχολογική μας διάθεση και την εικόνα του εαυτού μας, διαμορφώσαμε το παρακάτω ερωτηματολόγιο.

Σας καλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω προτάσεις και να απαντήσετε αυτό που αντιπροσωπεύει την προσωπική σας θέση σχετικά με το περιεχόμενο της κάθε πρότασης. Σημειώστε αυθόρμητα αυτό που νιώθετε ή αυτό που σας συμβαίνει σε καθετί που σας ζητάμε. Όλες οι απαντήσεις σας θα κρατηθούν εμπιστευτικές καθώς την έρευνα δεν ενδιαφέρει η περίπτωση ενός επώνυμου ατόμου, αλλά οι απαντήσεις του ανώνυμου συνόλου.

Βεβαιωθείτε τέλος, ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις προτάσεις και μην ξεχνάτε ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

Σας ευχαριστούμε για την συνεργασία σας.

Φύλο: Άνδρας _____ Γυναίκα _____

Ηλικία: _____

Βάρος: _____

Ύψος: _____

Μορφωτικό επίπεδο: Σημειώστε με ένα X

Απόφοιτος Γυμνασίου	
Απόφοιτος Λυκείου	
Απόφοιτος ΑΕΙ	
Απόφοιτος ΤΕΙ	

Άλλο: _____

Επάγγελμα: _____

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος _____ Άγαμος _____

Τόπος Διαμονής: _____

Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg (1991)

1) Διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και σημειώστε με ένα X στο κατάλληλο χώρο την θέση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο πάνω στην κλίμακα.

ΣΑ= Συμφωνώ Απόλυτα

Σ= Συμφωνώ

Δ= Διαφωνώ

ΔΑ= Διαφωνώ Απόλυτα

	ΣΑ	Σ	Δ	ΔΑ
Γενικά είμαι ικανοποιημένος/η με τον εαυτό μου				
Κατά περιόδους, σκέφτομαι ότι δεν είμαι καλός/η σε τίποτα				
Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές ικανότητες				
Είμαι ικανός/η να κάνω το ίδιο καλά κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι άλλοι άνθρωποι				
Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου				
Νιώθω άχρηστος/η ορισμένες φορές				
Αισθάνομαι ότι αξίζω σαν άτομο, τουλάχιστον στον ίδιο βαθμό με τους άλλους ανθρώπους				
Μακάρι να εκτιμούσα περισσότερο τον εαυτό μου				
Εν γένει, έχω την τάση να αισθάνομαι αποτυχημένος/η				
Έχω μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου				

Κλίμακα σταθερότητας εαυτού Rosenberg (1991)

2) Διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και βάλτε ένα X δίπλα στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

1. Οι περισσότεροι άνθρωποι σε κάποια πράγματα είναι ικανοί ενώ σε κάποια άλλα είναι λιγότερο ικανοί. Εσείς νιώθετε ότι στα περισσότερα πράγματα που κάνετε είστε:

Ικανός/η _____ Ανίκανος/η _____ Μέτριος/ια _____

2. Έχετε νιώσει ποτέ ανίκανος/η;

Ναι _____ Όχι _____

3. Έχετε αισθανθεί ποτέ ότι είστε αρκετά καλός/η σε κάποια πράγματα;

Ναι _____ Όχι _____

4. Έχετε νιώσει ποτέ ότι δεν είστε ικανός/η σε τίποτα;

Ναι _____ Όχι _____

5. Η άποψη για τον εαυτό σας τείνει ν' αλλάζει:

Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ

6. Η άποψη για τον εαυτό σας αλλάζει από τη μία μέρα στην άλλη:

Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ

7. Νομίζετε ότι η ιδέα που έχετε γενικά για τον εαυτό σας αλλάζει γρήγορα;

Ναι _____ Όχι _____

8. Κάποιες μέρες έχετε θετική γνώμη για τον εαυτό σας ενώ κάποιες άλλες αρνητική;

Ναι _____ Όχι _____

9. Θεωρείτε ότι τίποτα ή σχεδόν τίποτα δεν μπορεί ν' αλλάξει την άποψη που έχετε τώρα για τον εαυτό σας;

Ναι _____ Όχι _____

10. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε σίγουρος/η ότι γνωρίζετε πραγματικά τον εαυτό σας;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου

Κλίμακα κατάθλιψης του Rosenberg (1991)

11. «Γενικά είμαι ένα ευτυχισμένο άτομο.» Σε ποιο βαθμό σας αντιπροσωπεύει η παραπάνω πρόταση;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου

11. Νιώθετε ότι διασκεδάζετε πολύ στη ζωή σας;

Ναι _____ Όχι _____

12. Γενικά είστε χαρούμενο άτομο;

Ναι _____ Όχι _____

13. Σήμερα, αισθάνεστε χαρούμενος/η;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου

14. «Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι από μένα.» Νιώθετε ότι σας συμβαίνει;

Ναι _____ Όχι _____

15. Θα θέλατε να είστε τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται οι περισσότεροι άνθρωποι;

Ναι _____ Όχι _____

16. Θα λέγατε ότι το περισσότερο καιρό νιώθετε χαρούμενος/η;

Ναι _____ Όχι _____

Κλίμακα αυτοπεποίθησης του Rosenberg (1991)

17. Σκεφτείτε ότι σας ζητούν να μιλήσετε και να πείτε ορισμένα πράγματα για τον εαυτό σας μπροστά σε κάποια άλλα άτομα προκειμένου να σας γνωρίσουν.

Αυτό: (Σημειώστε με ένα X)

Θα σας άρεσε _____

Δε θα σας άρεσε _____

Δε θα σας πείραζε _____

18. Αν έπρεπε να δώσετε μια δημόσια ομιλία, σε ποιο βαθμό θα νιώθατε αγχωμένος/η;

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

19. Όταν μιλάτε μπροστά σε άλλα άτομα, κατά πόσο σκέφτεστε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι;

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

20. Υποθέστε ότι έχετε πάει σε ένα πάρτυ και δεν έχετε φορέσει τα κατάλληλα ρούχα. Αυτό, θα σας ενοχλούσε;

Πολύ	Λίγο	Καθόλου

21. Αν υποθέσουμε ότι πηγαίνατε σε ένα πάρτυ όπου δεν γνωρίζατε τα περισσότερα άτομα. Θα αναρωτιόσασταν για το τι σκέφτονται για εσάς;
Ναι _____ Όχι _____

22. Γίνεστε νευρικός/ή όταν κάποιος σας παρακολουθεί ενόσω εργάζεστε;
Ναι _____ Όχι _____

23. «Όταν είμαι με κόσμο, αγχώνομαι γιατί ανησυχώ για το πόσο με συμπαθούν.»
Σας συμβαίνει κάτι τέτοιο:

Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ

24. Θα λέγατε ότι ο περίγυρός σας σας θεωρεί ένα άτομο:

Υπέροχο	
Αρκετά συμπαθητικό	
Λίγο συμπαθητικό	
Όχι και τόσο συμπαθητικό	

25. Κατά πόσο πιστεύετε ότι σας συμπαθούν οι άνδρες;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου

26. Κατά πόσο θεωρείτε ότι σας συμπαθούν οι γυναίκες;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου

27. Ας υποθέσουμε ότι ένα κοντινό σας πρόσωπο θέλει να πει σε κάποιον τα πάντα σχετικά με εσάς. Δώστε μερικά επίθετα που να περιγράφουν τι τύπος ανθρώπου είστε

Ερωτηματολόγιο του Coopersmith, Τάνος Χ. (1985)

3) Στην παρακάτω κλίμακα σημειώστε με ένα X το βαθμό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο ανάλογα με το περιεχόμενο της κάθε πρότασης.

	πάρα πολύ ή πάντοτε	πολύ ή συχνά	λίγο ή μερικές φορές	ελάχιστα ή καθόλου	καθόλου ή ποτέ
Επιθυμώ να ήμουν κάποιος άλλος					
Θα ήθελα να αλλάξω αρκετά πράγματα από τον εαυτό μου, αν μπορούσα					
Μπορώ να παίρνω αποφάσεις χωρίς δυσκολία					
Εκνευρίζομαι εύκολα στο σπίτι					
Δυσκολεύομαι να συνηθίσω κάτι καινούργιο					
Υποχωρώ εύκολα					
Είναι δύσκολο να συμπεριφέρομαι όπως νιώθω					
Νομίζω πως σαν άτομο δεν αξίζω και πολλά πράγματα					
Εάν έχω κάτι να πω, το λέγω χωρίς δισταγμό					
Νομίζω ότι δεν έχω πολλές πνευματικές ικανότητες					
Οι περισσότεροι άνθρωποι αρέσουν στους άλλους περισσότερο απ' όσο εγώ					
Αντιμετωπίζω με ηρεμία τους άλλους και τις διάφορες καταστάσεις(δεν εκνευρίζομαι δηλαδή εύκολα)					
Στενοχωριέμαι, όταν νιώθω ότι εξαρτώμαι από τους άλλους					

Ερωτηματολόγιο βάρους σώματος, εικόνας σώματος και αυτοεκτίμησης (B-WISE), Williamson DA et al (2000)

4) Σημειώστε με ένα X το βαθμό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο για κάθε πρόταση στην κλίμακα που ακολουθεί.

	ποτέ	μερικές φορές	πάντοτε
Είμαι απογοητευμένος/η με το βάρος μου			
Νιώθω δραστήριος/ια και ενεργητικός/η			
Βγαίνω συχνά έξω για διασκέδαση			
Δεν μπορώ να ελέγξω την πείνα μου			
Δεν μου αρέσει η εμφάνισή μου			
Είμαι αμήχανος/η στην παρέα λόγω του βάρους μου			
Σκέφτομαι το σώμα μου και την εμφάνισή μου κατά τη διάρκεια της ημέρας			
Αποφεύγω φίλους και συγγενείς επειδή δεν έχω ωραίο σώμα			
Γνωρίζω γιατί παίρνω βάρος και γνωρίζω πως μπορώ να χάσω βάρος			
Έχω την άποψη ότι το παραπάνω βάρος δεν είναι καλό για την υγεία			
Προσπαθώ να ελέγξω το βάρος μου			
Γενικά, αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου			

Διαπολιτισμικό ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης για ενήλικες, Αργυρακούλη Ε. (2000)

5) Παρακαλώ απαντήστε σε κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις με τον εξής τρόπο: Αν η ερώτηση περιγράφει πως αισθάνεστε συνήθως, σημειώστε ένα X στη στήλη «Ναι». Αν η ερώτηση δεν περιγράφει πως αισθάνεστε συνήθως, σημειώστε ένα X στη στήλη «Όχι». Παρακαλώ σημειώστε μόνο στη μία στήλη, Ναι ή Όχι για καθεμία από τις 27 ερωτήσεις.

	Ναι	Όχι
1.Έχεις λίγους μόνο φίλους;		
2.Συμπαθείς όλους όσους ξέρεις;		
3.Περνάς τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο μόνος σου/μόνη σου;		
4.Σου αρέσει που είσαι άνδρας;/Σου αρέσει που είσαι γυναίκα;		
5.Συνήθως πετυχαίνεις, όταν αναλαμβάνεις ένα σημαντικό έργο ή σημαντικές υποχρεώσεις;		
6.Πήρες ποτέ κάτι που δεν σου ανήκε;		
7.Αισθάνεσαι τόσο σπουδαίος όσο οι περισσότεροι άνθρωποι;		
8.Λές πάντα την αλήθεια;		
9.Είσαι εμφανίσιμος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;		
10.Σε αντιπαθούν πολύ;		
11.Νιώθεις συχνά υπερένταση ή άγχος;		
12.Σου λείπει η αυτοπεποίθηση;		
13.Κουτσομπολεύεις μερικές φορές;		
14.Είσαι δυνατός και υγιής όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;		
15.Δυσκολεύεσαι να εκφράσεις τις απόψεις ή τα συναισθήματά σου;		
16.Θυμώνεις ποτέ;		
17.Ντρέπεσαι συχνά για τον εαυτό σου;		
18.Διακατέχεσαι συχνά από άσχημα συναισθήματα;		
19.Είσαι ποτέ ντροπαλός/ή;		
20.Αισθάνεσαι ότι είσαι αποτυχημένος/η;		
21.Οι ιδέες σου αρέσουν στους άλλους;		
22.Σου είναι δύσκολο να κάνεις γνωριμίες με καινούργια πρόσωπα;		
23.Λες ποτέ ψέματα;		
24.Οι περισσότεροι άνθρωποι σέβονται τις απόψεις σου;		
25.Είσαι πιο ευαίσθητος/η από ότι οι περισσότεροι άνθρωποι;		
26.Αισθάνεσαι ποτέ λυπημένος/η;		
27.Σου λείπει η πρωτοβουλία;		

Κλίμακα μέτρησης της εικόνας του εαυτού, Χάιντς Ε. (1995)

Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ ΟΠΩΣ ΕΙΜΑΙ

έξυπνος										Κουτός
Μη δημιουργικός										δημιουργικός
άσχημος										Όμορφος
Αποτυχημένος										πετυχημένος
Ανίκανος να κάνω οτιδήποτε										Ικανός να κάνω οτιδήποτε
Εχθρικός, κρύος										Φιλικός, ζεστός
απομονωμένος										Κοινωνικός
Κακή σχέση με το άλλο φύλο										Καλή σχέση με το άλλο φύλο
Κοινωνικά ικανός										Κοινωνικά αδέξιος
Ενδιαφέρομαι για τους άλλους										Αδιαφορώ για τους άλλους
χαρούμενος άνετος										λυπημένος
Χωρίς										σφιγμένος
αυτοπεποίθηση										Με αυτοπεποίθηση
δραστήριος										παθητικός
Ικανός να χειρίζομαι προσωπικά προβλήματα										ανίκανος να χειρίζομαι

Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ ΟΠΩΣ ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΕΙΜΑΙ

Όμορφος										άσχημος
άνετος										σφιγμένος
ανίκανος να χειρίζομαι προσωπικά προβλήματα										Ικανός να χειρίζομαι προσωπικά προβλήματα
Κοινωνικά αδέξιος										Κοινωνικά ικανός
Με αυτοπεποίθηση										Χωρίς αυτοπεποίθηση
δημιουργικός										Μη δημιουργικός
πετυχημένος										Αποτυχημένος
Εχθρικός, κρύος										Φιλικός, ζεστός
έξυπνος										Κουτός
Καλή σχέση με το άλλο φύλο										Κακή σχέση με το άλλο φύλο
ικανός να κάνω οτιδήποτε										Ανίκανος να κάνω οτιδήποτε
χαρούμενος										λυπημένος
απομονωμένος										Κοινωνικός
δραστήριος										παθητικός
Ενδιαφέρομαι για τους άλλους										Αδιαφορώ για τους άλλους

Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ ΟΠΩΣ ΜΕ ΒΛΕΠΟΥΝ ΟΙ ΑΛΛΟΙ

Όμορφος										άσχημος
άνετος										σφιγμένος
ανίκανος να χειρίζομαι προσωπικά προβλήματα										Ικανός να χειρίζομαι προσωπικά προβλήματα
Κοινωνικά αδέξιος										Κοινωνικά ικανός
Με αυτοπεποίθηση										Χωρίς αυτοπεποίθηση
δημιουργικός										Μη δημιουργικός
πετυχημένος										Αποτυχημένος
Εχθρικός, κρύος										Φιλικός, ζεστός
έξυπνος										Κουτός
Καλή σχέση με το άλλο φύλο										Κακή σχέση με το άλλο φύλο
ικανός να κάνω οτιδήποτε										Ανίκανος να κάνω οτιδήποτε
χαρούμενος										λυπημένος
απομονωμένος										Κοινωνικός
δραστήριος										παθητικός
Ενδιαφέρομαι για τους άλλους										Αδιαφορώ για τους άλλους