

Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας Διατροφής



Πτυχιακή εργασία

Θέμα: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΚΑΙ
Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥΣ

Όνομα Φοιτητή: Παπαϊωάννου Σεβαστή

A.M. : 20627

Επιβλέπων καθηγητής: Τσίτσας Γεώργιος,

Μέλη εξεταστικής επιτροπής: Γιαννακούλια Μαρία

Πολυχρονόπουλος Ευάγγελος

Τσίτσας Γεώργιος

Αθήνα

Ιούλιος 2015

Αθήνα

Ιούλιος 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Γεώργιο Τσίτσα, για τις συμβουλές, τη βοήθειά του καθώς και το χρόνο που μου διέθεσε για την αποπεράτωση και ορθή ολοκλήρωση αυτής της εργασίας. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές της επιτροπής, κύρια Μαρία Γιαννακούλια και κύριο Ευάγγελο Πολυχρονόπουλο για τη βοήθεια και κατανόησή τους ούτως ώστε να πραγματοποιηθεί αυτή η εργασία. Η συμβολή και βοήθειά τους υπήρξε κομβικής σημασίας.

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φοιτητές και τις φοιτήτριες που διέθεσαν το χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που χωρίς τη συμβολή τους δεν θα μπορούσε να έχει ολοκληρωθεί αυτή η έρευνα.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, την αδερφή μου Βασιλική Παπαϊωάννου και τους φίλους μου για την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια τους.

Αθήνα

Ιούλιος 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	8
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
1.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ)	9
1.1.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	10
1.1.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	12
1.1.3 ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ/ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ	13
1.1.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΡΙCΑ.....	15
1.1.5 ΜΗΡΥΚΑΣΜΟΣ	15
1.1.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗ/ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (ARFID)	16
1.1.7 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ (Η ΑΛΛΕΣ) ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΣΙΤΙΣΗ Ή ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ (OSFED)	17
1.1.8 ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΣΙΤΙΣΗ Η ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ (UFED).....	18
1.2 ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	19
2. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ	21
2.1 ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΟΤΗΤΑ Ή ΠΑΡΡΗΣΙΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	23
2.2 ΤΟΠΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ	29
2.3 ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ.....	31
2.4 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	34
2.5 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	38
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	39
3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	39

3.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	41
3.2.1 ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	41
3.2.2. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	42
3.2.3 ΤΟΠΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ	43
3.2.4 ΕΑΤ26	44
3.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.....	45
4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	47
4.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	47
4.1.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΣΤΙΚΗ	47
4.1.2 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	49
5.ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	51
5.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	53
5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι :	61

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΔΜΣ Δείκτης Μάζας Σώματος

ΣΒ Σωματικό βάρος

EAT26 Eating attitude test 26

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά συνίσταται σε κάποιες συμπεριφορές σχετικές με τη διατροφή οι οποίες μπορεί να είναι καθαρικές, περιοριστικές ή αποφευκτικές. Επιπλέον η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά αποτελεί δυνητικό προπομπό ανάπτυξης διαταραχών λήψης τροφής. Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά όπως και η διαταραχές λήψης τροφής φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με τον τόπο ελέγχου και αρνητικά με τη διεκδικητικότητα.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας και σκοπός της είναι η διερεύνηση της ύπαρξης διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών ανάμεσα στους φοιτητές με ηλικίες από 18 έως και 38. Η εργασία ερευνά τη συσχέτιση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά των φοιτητών και τα τρία χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τη διεκδικητικότητα, τον τόπο ελέγχου και την ενσυναίσθηση.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε 78 φοιτητές των πανεπιστημίων του Χαροκοπείου και του Οικονομικού Τμήματος του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμηθεί ηλεκτρονικά, για τη διερεύνηση το εύρος διακύμανσης των τριών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, τη διεκδικητικότητα, τον προσωπικό και διαπροσωπικό τόπο ελέγχου, τη φαντασία, την ενσυναίσθηση, το προσωπικό άγχος και την ανάληψη προοπτικής. Επίσης υπήρξε συσχέτιση όλων αυτών μεταξύ τους και με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Η έρευνα έδειξε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση στατιστικά σημαντική μεταξύ διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς και διεκδικητικότητας, ανάμεσα στη βουλιμία και την ενσυναίσθηση όπως και τη διεκδικητικότητα. Αρνητική συσχέτιση στατιστικά σημαντική βρέθηκε μεταξύ του ύψους του δείγματος και της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς.

Λέξεις κλειδιά: *διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, διεκδικητικότητα, ενσυναίσθηση, τόπος ελέγχου*

ABSTRACT

The disordered eating attitude consists of behaviors about nutrition, which can be developed as purging, restrictive or avoidant. Moreover disordered eating attitude is a potential precursor of developing eating disorders. The disordered eating attitude, as well as eating disorders, seems to correlate positively with the perceived control and assertiveness.

The current research has been conducted in the dissertation, and its aim is to investigate the existence of disordered eating attitude among students having an age range of 18 to 38. This paper explores the relationship between disordered eating of university students and three personality traits, which are, assertiveness, perceived control and empathy.

This research has been conducted among 78 students of Harokopio University and the Economics Department of National and Kapodistrian University of Athens. Data were collected using a questionnaire method that was distributed electronically, through email, in order to investigate the range of variation of the three personality traits, assertiveness, personal and interpersonal control, fantasy, empathy, distress and perspective taking. There has also been a correlation among the aforementioned traits and the demographics of the sample data.

Research concluded that there is a statistically significant positive correlation between disordered eating and assertiveness. Research also concluded that there is a statistically significant positive correlation between bulimia, empathy and assertiveness. A statistically significant negative correlation has been found between the height of the sample and disordered eating.

Key words: *disordered eating attitude; assertiveness; empathy; Locus of control*

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως διαταραχές λήψης τροφής ή διατροφικές διαταραχές ορίζονται οι ιατρικές παθήσεις με διαγνωστικά κριτήρια ψυχολογίας, συμπεριφοράς και φυσιολογίας. Οι διατροφικές διαταραχές αποτελούνται από ένα σύνολο διαταραχών που κοινό τους γνώρισμα είναι η μη φυσιολογική άποψη που έχουν τα άτομα αυτά σχετικά με το φαγητό ή/και με την εικόνα του σώματός τους. Περιστατικά των διαταραχών αυτών έχουν παρατηρηθεί και καταγραφεί πολλά χρόνια προτού οριστεί ως ασθένεια. Συγκεκριμένα, τη ρωμαϊκή περίοδο λαμβάνουν χώρα τα «λουκούλια» γεύματα, στα οποία οι συνδαιτυμόνες καταναλώνουν τεράστιες ποσότητες φαγητού και ποτού με σκοπό να προκαλέσουν έμετο. Τον 12^ο μ.Χ. κάνουν την εμφάνιση τους οι πρώτες μάρτυρες του Χριστιανισμού, οι οποίες αρνούνταν τη σίτιση τους για πνευματικούς λόγους. Πολλές φορές αυτήν την οδό την ακολουθούσαν και άλλοι άνθρωποι εν γνώσει τους - είχε γίνει μία τάση/ «μόδα» της εποχής. Αυτά είναι μερικά παραδείγματα ότι πάντα υπήρχαν άνθρωποι με διαταραγμένη άποψη όσον αφορά το φαγητό και δεν είναι μια ασθένεια της εποχής. Συνεπώς, οι διατροφικές διαταραχές είναι ψυχικές ασθένειες που χαρακτηρίζονται από μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες. Ειδικότερα, οι συνήθειες αυτές αφορούν την ανεπαρκή ή υπερβολική πρόσληψη τροφής σε βάρος της σωματικής και ψυχικής υγείας ενός ατόμου (Hudson et al., 2007). Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής ή αλλιώς διατροφικές διαταραχές είναι σχετικά σπάνιες στον γενικό πληθυσμό και αποτελούν ένα σύνολο ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ψυχολογικές και συμπεριφοριστικές συγχύσεις συσχετιζόμενες με την διατροφή και το βάρος. Όπως ορίζει το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM), πέμπτη έκδοση (2013), χωρίζονται σε 8 κατηγορίες:

- i. Ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa)
- ii. Ψυχογενής βουλιμία (bulimia nervosa)
- iii. Επεισοδιακή Υπερβολική πρόσληψη τροφής (Επεισοδιακή υπερφαγία) (binge eating disorder)
- iv. Διαταραχή Pica

- v. Μηρυκαστική διαταραχή
- vi. Περιοριστική/αποφευκτική διαταραχή (ARFID)
- vii. Διαφορετικά προσδιορισμένες διαταραχές σχετικές με τη σίτιση/τη διατροφή (ODFED)
- viii. Απροσδιόριστες διαταραχές σχετικές με τη σίτιση ή τη διατροφή (UFED)

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαταραχές, Pica, μηρυκασμός και αποφευκτική / περιοριστική διαταραχή πρόσληψης τροφής, αποτελούν ξεχωριστές διατροφικές διαταραχές βάσει του DSM-V. ενώ στο DSM-IV ανήκαν στις «διαταραχές που διαγνώστηκαν πρώτη φορά στην παιδική, νηπιακή ή εφηβική ηλικία» και αποτελούσαν κεφάλαιο που δεν υπάρχει στο καινούριο εγχειρίδιο.

Οι διατροφικές διαταραχές είναι πολύπλοκες, που σημαίνει ότι υπάρχουν πολλές διαφοροποιήσεις μεταξύ τους και συχνά συγχέονται. Η έννοια «διατροφικές διαταραχές» έχει προσεγγιστεί στο πέρασμα των χρόνων με πλησιέστερη την ακόλουθη: « Διατροφική Διαταραχή ορίζεται ως μία επίμονη διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς ή μιας συμπεριφοράς που αποσκοπεί στον έλεγχο του σωματικού βάρους, η οποία επηρεάζει αξιοσημείωτα τη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργία. Αυτή η διαταραχή δεν πρέπει να είναι δευτερεύουσα καμίας αναγνωρισμένης γενικής ιατρικής διαταραχής (π.χ. όγκος υποθαλάμου) ή κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής (π.χ. διαταραχή άγχους)» (Vandereycken & Deth, 1994).

1.1.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία έχει αναφερθεί από τους William Gul, το 1874 και Charles Lasague, το 1873, οι οποίοι παρατήρησαν ότι υπάρχει μία πάθηση που έχει συγκεκριμένη κλινική εικόνα (υπερβολικά χαμηλό σωματικό βάρος, αμηνόρροια κ.α.), η οποία δεν έχει παθολογικά αίτια αλλά σχετίζεται με αντιλήψεις του πάσχοντος γύρω από τη διατροφή.

Στην συνέχεια, ο J. J. Brumberg προσέγγισε τη νόσο από άλλη σκοπιά, αναφέροντας ότι αφορά τον έλεγχο της όρεξης, που πραγματοποιείται από γυναίκες που αντιδρούν σε πολύ διαφορετικές πιέσεις, οι οποίες αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου (Gelder et al., 2000).

Επομένως, στον ορισμό της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν αποδοθεί δύο ορισμοί ανάλογα με την προσέγγιση των ειδικών (Gelder et al., 2000):

- i. Σύμφωνα με την *ιατροκλινική* προσέγγιση ορίζεται η πάθηση με βάση τις κλινικές της εκδηλώσεις. Η τριάδα των συμπτωμάτων αποτελείται από το σωματικό βάρος μετρούμενο ως Δείκτης Μάζας Σώματος, τη διαταραγμένη εικόνα σώματος και μη φυσιολογικές αντιλήψεις για τη διατροφή και σωματικό βάρος και τέλος από την αμνηνόρροια και γενικότερη κλινική εικόνα ασιτίας.
- ii. Η *κοινωνικο-πολιτισμική* προσέγγιση ορίζει τη νόσο ως μία αντίδραση στα επικρατούντα κοινωνικά και πολιτισμικά συστήματα, που συνεχώς μεταβάλλονται.

Η ψυχογενής ανορεξία έχει πολλές μορφές και αρκετά περίπλοκες. Με άλλα λόγια είναι πολλές οι συμπεριφορές που δύναται να αναπτύξει ένας ασθενής, ανάλογα με τις εμπειρίες και τις πεποιθήσεις του. Το εγχειρίδιο DSM IV αναφέρει ότι οι τύποι της ασθένειας διακρίνονται σε δύο βασικούς. Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους είναι ο περιοριστικός τύπος και ο τύπος με επεισόδια υπερφαγίας και χρήση καθαρτικών. Τα άτομα με περιοριστική ψυχογενή ανορεξία, περιορίζουν την επιλογή τροφίμων, λαμβάνοντας όσο το δυνατόν λιγότερες θερμίδες και συχνά έχουν ιδεοψυχαναγκαστικές συνήθειες όσον αφορά το φαγητό. Ο δεύτερος τύπος έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία, χωρίς ψυχογενή ανορεξία. Τα συγκεκριμένα άτομα δηλαδή παρουσιάζουν επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού (Kaplan & Sadock's, 2007).

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, τέταρτη έκδοση (DSM-IV, 1994), για τη διάγνωση της απαιτούνται τα εξής πέντε χαρακτηριστικά :

- i. Απώλεια σωματικού βάρους 15% κάτω από το φυσιολογικό (ανάλογα την ηλικία)
- ii. Αποφυγή παχυντικών φαγητών από παράλογο φόβο απόκτησης βάρους. ως αντισταθμιστική συμπεριφορά κάνουν χρήση καθαρτικού ή τεχνητή πρόκληση εμετού
- iii. Διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα και τη σιλουέτα

- iv. Ενδοκρινική διαταραχή περιλαμβάνοντας τον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια είναι φανερή στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και σεξουαλικής ικανότητας.
- v. αν η έναρξη της ασθένειας είναι στη προεφηβεία, η επίπτωση των συμπτωμάτων καθυστερείται ή δεν υπολογίζεται, (κορίτσια : δεν αναπτύσσεται το στήθος και υπάρχει πρωταρχική αμηνόρροια, αγόρια : τα γεννητικά όργανα παραμένουν νεανικά)

Με την κατηγοριοποίηση του DSM-V (2013) της νευρογενούς ανορεξίας, δόθηκε η αφορμή για συζήτηση για την αλλαγή των κριτηρίων για τη διάγνωση της διαταραχής. Προτάθηκε να αφαιρεθεί από βασικό κριτήριο η ενδοκρινική διαταραχή που στους άντρες εκφράζεται με μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, εξαιτίας της δύσκολης αναγνώρισης τους με τη διαταραχή. Επιπλέον, βασικός λόγος που δεν είναι κριτήριο πλέον η ενδοκρινική διαταραχή – αμηνόρροια, είναι γιατί πολλά κορίτσια- γυναίκες λάμβαναν την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για την αποφυγή της και επομένως έπασχαν από τη νόσο ενώ είχαν έμμηνο ρύση (Föcker, Knoll & Hebebrand, 2012).

1.1.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Υπάρχουν τέσσερα διαγνωστικά κριτήρια για την πάθηση που είναι τα εξής:

- i. Επανελημμένα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής
- ii. Χαρακτηριστική υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το σωματικό βάρος
- iii. Ακραία συμπεριφορά ελέγχου του βάρους (υπερβολική δίαιτα, αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών ουσιών)
- iv. Δεν πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή ανορεξία.

Ο J.Mitchel (1990) σημειώνει ότι για την κατανόηση της διαταραχής αυτής είναι σημαντική η ύπαρξη δύο μεταβλητών που παρουσιάζουν ισχυρή συσχέτιση με την ανάπτυξη της νόσου. Η πρώτη είναι η πολιτισμική μεταβλητή – η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά στις

κοινωνίες που δίνεται μεγάλη έμφαση στην ισχνότητα- και η δεύτερη είναι το φύλο – σχεδόν αποκλειστικά παρουσιάζεται η ασθένεια στις γυναίκες.

Ειδικότερα, υπάρχει μία πολιτιστική ενασχόληση με την ισχνότητα στις κοινωνίες. Ενώ στο πέρασμα των αιώνων, το υπερβάλλον σωματικό βάρος καταδεικνυε πλούτο και υψηλή κοινωνική θέση, σήμερα δεν ισχύει αυτό το μοντέλο κοινωνικής συμπεριφοράς σε πολλές δυτικές κοινωνίες. Στο παρόν, η ισχνή σιλουέτα, που είναι συνώνυμο του αυτοελέγχου και πειθαρχίας, είναι το επιθυμητό από πλήθος κόσμου. Αυτό συνέβη παρόλο που ο μέσος όρος του σωματικού βάρους είναι παραπάνω από τον αντίστοιχο πριν από τρεις δεκαετίες και που υπάρχει μία αυξανόμενη ανισότητα μεταξύ του πραγματικού και του επιθυμητού βάρους, ειδικά στις νεαρές γυναίκες. Αυτή η αυξανόμενη έμφαση στην ισχνότητα, ως μοντέλο ελκυστικότητας επικροτείται και από άλλα αξιοσημείωτα φαινόμενα της κοινωνίας μας, όπως η απεικόνιση των γυναικών στην τέχνη και τη διαφήμιση. Αυτή η ολοένα αυξανόμενη ενασχόληση με την ισχνότητα έχει οδηγήσει κορίτσια και γυναίκες να νιώθουν ότι έχουν υπερβάλλον σωματικό βάρος ή και λίπος, ακόμα κι αν ανήκουν στον πληθυσμό με υγιές σωματικό βάρος. Με τη σειρά του αυτό ώθησε στη δημιουργία και περαιτέρω ανάπτυξη μη φυσιολογικών συμπεριφορών γύρω από τη διατροφή (Mitchell, 1990).

Στο DSM-V σχετικά με την νευρογενή βουλιμία, η μόνη αλλαγή η οπ

οία επήλθε σε σχέση με το DSM-IV για τα κριτήρια είναι η μείωση της ελάχιστης απαιτούμενης συχνότητας υπερφαγίας και της ακατάλληλης ιδεοψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς από δυο φορές σε μια φορά την εβδομάδα. Τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα των ατόμων τα οποία πληρούν τα μειωμένα κριτήρια είναι παρεμφερή με τα κριτήρια τα οποία αναφέρονται στο DSM-IV.

1.1.3 ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ/ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

Σύμφωνα με το DSM-V η επεισοδιακή υπερφαγία πλαισιώνεται από απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκεια της. Λαμβάνει χώρα σε σύντομο χρονικό διάστημα

για την ποσότητα που προσλαμβάνεται από τον ασθενή και δεν παρατηρούνται τεχνικές απόρριψης της τροφής.

Τα τρία διαγνωστικά κριτήρια αυτής της διαταραχής είναι:

1. Απώλεια ελέγχου σχετικά με την ποσότητα της τροφής
2. Αξιοσημείωτη αγωνία για το επεισόδιο
3. Λαμβάνει χώρα τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα για 3 μήνες

Με συμπληρωματικά 3 από τα ακόλουθα:

1. Κατανάλωση τροφής πιο γρήγορα από το φυσιολογικό
2. Πρόσληψη τροφής μέχρι την επίτευξη άβολης κατάστασης
3. Συμβαίνει η υπερφαγία ακόμα και όταν δεν αισθάνονται πείνα
4. Γεύματα χωρίς παρουσία άλλων ανθρώπων, λόγω της ντροπής που αισθάνονται
5. Αίσθημα «αηδίας» , ενοχής ή/και θλιμμένος σχετικά με την υπερφαγία

Στο DSM-IV η επεισοδιακή υπερφαγία αποτελούσε υποομάδα των «μη αλλιώς προσδιορισμένων διατροφικών διαταραχών». Το 2007 στο DSM-IV προτάθηκε ως μια νέα διατροφική διαταραχή, η οποία όμως απαιτούσε περαιτέρω έρευνα και το 2013 με την κατηγοριοποίηση του DSM-V, προστέθηκε ως ξεχωριστή κατηγορία.

Η νόσος αυτή είναι η πιο συχνή παραλλαγή της νευρογενούς βουλιμίας στον γενικό πληθυσμό. Χαρακτηρίζεται από τακτικά επεισόδια άμετρης κατανάλωσης φαγητού με απουσία ελεγκτικών συμπεριφορών σχετικών με το σωματικό βάρος, οι οποίες παρατηρούνται στη νευρογενή βουλιμία. Επόμενο είναι οι πάσχοντες να είναι υπέρβαροι και συχνά σε πολύ μεγάλο βαθμό και αυτό έρχεται σε αντίθεση με τους νευρογενείς βουλιμικούς οι οποίοι τείνουν να βρίσκονται εντός του εύρους του φυσιολογικού βάρους, σύμφωνα με το δείκτη μάζα σώματος. Επιπλέον, η νευρογενής βουλιμία είναι πολύ συχνή στον γυναικείο πληθυσμό, ενώ η υπερβολική πρόσληψη τροφής εμφανίζεται σχεδόν εξίσου σε συχνότητα τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες.

Στο DSM-V στα προτεινόμενα κριτήρια για τη νόσο παρέμειναν τα ίδια με τη διαφορά ότι η εμφάνιση των επεισοδίων υπερφαγίας κατά μέσο όρο εμφανίζεται μια φορά αντί για δυο μέσα στην εβδομάδα για τουλάχιστον τρεις μήνες ενώ προηγουμένως το διάστημα αφορούσε τουλάχιστον έξι μήνες. Μια διαφορά η οποία επήλθε επίσης είναι η αντικατάσταση της λέξης τακτική με τη λέξη υποτροπιάζουσα αναφορικά με τη μη συσχέτιση της νόσου με ακατάλληλες ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές.

1.1.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ PICA

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο DSM-V εισήλθε και μία άλλη διατροφική διαταραχή, η Pica, η οποία εμφανίζεται συχνά με άλλες διαταραχές της ψυχικής υγείας που σχετίζονται με μειωμένη λειτουργία. Τα κριτήρια, για να διαγνωστεί με Pica ένα άτομο, πρέπει αυτό να εμφανίζει:

- Επίμονη κατανάλωση μη-θρεπτικών ουσιών για μια περίοδο τουλάχιστον ενός μηνός.
- Η διατροφή μη θρεπτικών ουσιών είναι ακατάλληλη για το επίπεδο ανάπτυξης του ατόμου.
- Η διατροφική συμπεριφορά δεν υποστηρίζεται πολιτισμικά ή δεν αποτελεί μέρος μιας συνήθους κοινωνικής πρακτικής.
- Εάν συμβαίνουν στην παρουσία άλλης ψυχικής διαταραχής (π.χ. διαταραχή αυτιστικού φάσματος), ή κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής κατάστασης (π.χ. εγκυμοσύνη), είναι αρκετά σοβαρή ώστε να δικαιολογεί ανεξάρτητη κλινική προσοχή.

1.1.5 ΜΗΡΥΚΑΣΜΟΣ

Σύμφωνα με το DSM-5 τα κριτήρια τα οποία πρέπει να πληρούνται για τη διάγνωση ενός ατόμου με τη διαταραχή του μηρυκασμού είναι τα εξής:

- Επαναλαμβανόμενες παλινδρομήσεις των τροφίμων για μια περίοδο τουλάχιστον ενός μήνα. Η τροφή η οποία έχει παλινδρομηθεί μπορεί να αναμασηθεί, να επανακαταποθεί ή και να πτυσθεί.

- Η επαναλαμβανόμενη παλινδρόμηση δεν οφείλεται σε κάποια προϋπάρχουσα ιατρική πάθηση (π.χ. παθήσεις του γαστρεντερολογικού συστήματος).
- Η συμπεριφορά αυτή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της νευρογενούς ανορεξίας, νευρικής βουλιμίας, υπερφαγίας, ή διαταραχής περιοριστικού/αποφευκτικού τύπου.
- Αν συνδυάζεται με μια διανοητική διαταραχή (π.χ. πνευματική αναπτυξιακή διαταραχή), είναι αρκετά σοβαρή ώστε να δικαιολογεί ανεξάρτητη κλινική προσοχή.

1.1.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗ/ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (ARFID)

Σύμφωνα με το DSM-5 τα κριτήρια τα οποία πρέπει να πληρούνται για να διαγνωστεί ένα άτομο με περιοριστική διαταραχή πρόσληψης τροφής πρέπει να εμφανίζει:

Μία διατροφική διαταραχή, η οποία εκδηλώνεται με επίμονη αποτυχία να ανταποκριθεί στις κατάλληλες θρεπτικές ή / και ενεργειακές ανάγκες, οι οποίες συνδέονται με ένα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

- Σημαντική απώλεια βάρους (και διαφοροποιείται στα παιδιά, όπου ισχύει μη αναμενόμενη επίτευξη αύξησης του σωματικού βάρους ή χαμηλότερος σε σχέση με τον κανονικό ρυθμό ανάπτυξης).
- Σημαντική διατροφική ανεπάρκεια
- Εξάρτηση από την εντερική διατροφή ή από του στόματος συμπληρωμάτων διατροφής
- Συνοδά προβλήματα ψυχοκοινωνικής λειτουργίας
- Η συμπεριφορά δεν εξηγείται με επάρκεια από την έλλειψη διαθέσιμης τροφής ή από πολιτισμικές πρακτικές (θρησκευτική νηστεία).
- Η συμπεριφορά δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά στη νευρογενή ανορεξία ή βουλιμία, και δεν υπάρχει καμία ένδειξη διαταραχής στον τρόπο αντιλήψης του σωματικού βάρους.

Η διαταραχή δεν οφείλεται σε μια ιατρική κατάσταση, ή δεν εξηγείται καλύτερα από κάποια άλλη διανοητική διαταραχή. Όταν συνοδεύεται με την παρουσία άλλης πάθησης / διαταραχής χρήζει επιπλέον κλινικής προσοχής.

1.1.7 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ (Η ΑΛΛΕΣ) ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΣΙΤΙΣΗ Ή ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ (OSFED)

Οι διαφορετικά (ή άλλες) προσδιορισμένες διαταραχές σχετικές με τη σίτιση ή τη διατροφή (OSFED) αποτελούν κατηγορία διαγνωσμένων περιπτώσεων ασθενών με διαταραγμένη πρόσληψη τροφής. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται σε όλες αυτές τις περιπτώσεις που δεν πληρούν τα κριτήρια των παραπάνω κατηγοριών, αλλά είναι αποδεδειγμένη η μη φυσιολογική διατροφική κατανάλωση, η οποία έχει δυσάρεστο αντίκτυπο στο σώμα και μετέπειτα στην υγεία του ατόμου. Σύμφωνα με το DSM–IV αυτή η ομάδα περιστατικών ονομάζοταν άτυπες ή μη αλλιώς προσδιορίσιμες διατροφικές διαταραχές (EDNOS) (Ekeroth et al., 2013). Στην πορεία, η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση (American Psychiatric Association, APA) (2013), μετονόμασε τις «Μη αλλιώς προσδιορίσιμες διατροφικές διαταραχές» (EDNOS) σε «Διαφορετικά προσδιορισμένες διαταραχές σχετικές με τη σίτιση ή τη διατροφή» (OSFED). Με τη σειρά τους αυτές χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες, που είναι η «Νευρογενής ανορεξία που δεν παρουσιάζει τα τυπικά χαρακτηριστικά της νόσου», η επεισοδική υπερφαγία μικρότερης συχνότητας, η ψυχογενής βουλιμία χαμηλότερης συχνότητας, η καθαρκτική διαταραχή και η νυχτερινή υπερφαγία..

Ένας ασθενής μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα, χαρακτηριστικά των άλλων διατροφικών διαταραχών (όπως Νευρογενής ανορεξία ή Νευρογενής Βουλιμία), χωρίς όμως να πληροί τα κριτήρια της διάγνωσής των τελευταίων. Η νευρογενής ανορεξία που δεν παρουσιάζει τα τυπικά χαρακτηριστικά της νόσου, περιλαμβάνει όλα τα κριτήρια της εγκαθιδρυμένης νόσου, εκτός της σημαντικής απώλειας σωματικού βάρους, και το βάρος του ατόμου είναι εντός ή πάνω από το φυσιολογικό εύρος. Η επεισοδική υπερφαγία (μικρής συχνότητας ή/και περιορισμένης διάρκειας) πληροί/εί όλα τα κριτήρια της διαταραχής, μόνο που έχει χαμηλότερη συχνότητα ή / και διαρκεί λιγότερο

από τρεις μήνες. Η ψυχογενής Βουλιμία (χαμηλής συχνότητας ή / και περιορισμένης διάρκειας) διακρίνεται από τη διάγνωση της νευρογενής βουλιμίας στο κριτήριο ότι η υπερφαγία και αντισταθμιστική συμπεριφορά η οποία εμφανίζεται σε χαμηλότερη συχνότητα ή/και για λιγότερο από τρεις μήνες. Η Καθαρκτική Διαταραχή παρουσιάζει περιοδική καθαρκτική συμπεριφορά που μπορεί να επηρεάσει το βάρος, απουσία υπερφαγίας. Η νυχτερινή υπερφαγία περιλαμβάνει υποτροπιάζοντα επεισόδια κατανάλωσης φαγητού το βράδυ, που διακρίνονται στην κατανάλωση φαγητού μετά το ξύπνημα από τον ύπνο και στην υπερβολική κατανάλωση τροφής μετά το βραδινό γεύμα. Επιπλέον, η συμπεριφορά δεν δικαιολογείται/εξηγείται από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος ή από διάφορες κοινωνικές νόρμες και προκαλεί σημαντική δυσφορία στο άτομο. Η νόσος δεν συνοδεύεται ή προκαλείται από κάποια άλλη διαταραχή της ψυχικής υγείας (π.χ. επεισοδιακή υπερφαγία).

1.1.8 ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΣΙΤΙΣΗ Η ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ (UFED)

Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του DSM-5, σε αυτή την κατηγορία υπάγονται οι συμπεριφορές που προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία της λειτουργικότητας του ατόμου, αλλά δεν πληρούν κανένα από τα κριτήρια των διατροφικών διαταραχών. Η κατηγορία αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους κλινικούς ιατρούς όταν επιλέγουν να μην διευκρινίζει γιατί δεν πληρούνται τα κριτήρια, συμπεριλαμβανομένων των παρουσιάσεων, που μπορεί να υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για να κάνει μια πιο συγκεκριμένη διάγνωση (π.χ. ρυθμίσεις επειγόντων περιστατικών).

1.2 ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά αποτελεί ένα διαταραγμένο διατροφικό μοτίβο που μπορεί να περιλαμβάνει περιοριστική δίαιτα, ψυχαναγκαστική κατανάλωση ή παράλειψη γευμάτων και δυνητικά μπορεί να εξελιχθεί σε διατροφική διαταραχή. Τα συμπτώματα της διαταραγμένης πρόσληψης τροφής είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν τη συμπεριφορά που συνήθως συνδέεται με διατροφικές διαταραχές, όπως ο περιορισμός ορισμένων τροφίμων ή και ομάδας τροφίμων, η υπερφαγία, διάφορες καθαρτικές συμπεριφορές (μέσω αυτό-πρόκλησης εμετού ή υπερβολικής άσκησης ή/και χρήσης χαπιών αδυνατίσματος ή/και καθαρτικών). Ωστόσο, η διαταραγμένη διατροφή μπορεί επίσης να περιλαμβάνει και άλλες συμπεριφορές και συνήθειες, όπως η αυτοεκτίμηση, που βασίζεται κατά μεγάλο μέρος ή ακόμη και αποκλειστικά στο σχήμα του σώματος και το βάρος. Μια διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το σώμα του ένα άτομο, δηλαδή εάν το άτομο αυτό υπάγεται σε ένα υγιές εύρος σωματικού βάρους, αλλά συνεχίζει να αισθάνεται ότι είναι υπέρβαρο, υποδηλώνει διαστρεβλωμένη άποψη για το σώμα του και αποτελεί μέρος της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς. Άλλες πλευρές της συμπεριφοράς αυτής είναι η υπερβολική ή άκαμπτη άσκηση ρουτίνας, η ψυχαναγκαστική καταμέτρηση θερμίδων, καθώς και η ανησυχία για ορισμένα τρόφιμα ή ομάδες τροφίμων. Η άκαμπτη προσέγγιση για το φαγητό, όπως μόνο η κατανάλωση ορισμένων τροφίμων, η άκαμπτη ώρα του φαγητού, η άρνηση για φαγητό σε εστιατόρια ή έξω από το σπίτι είναι μερικές επιπλέον συνιστώσες της διαταραγμένης διατροφικής πρόσληψης και άρα και συμπεριφοράς.

Η διάκριση μεταξύ της διαταραγμένης πρόσληψης τροφής από τις πλήρως ανεπτυγμένες διατροφικές διαταραχές, έγκειται στο βαθμό ανάπτυξης των αποκλίνουσων συμπεριφορών, οι οποίες περιγράφονται παραπάνω. Ένα άτομο με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά συχνά παρουσιάζει ορισμένες από τις συμπεριφορές, που περιγράφουν άτομα με διατροφικές διαταραχές, αλλά σε μικρότερη συχνότητα ή χαμηλότερο επίπεδο σοβαρότητας. Ωστόσο, η εμφάνιση και η διατήρηση διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς είναι κλινικά σημαντική, παρόλο που η συχνότητα

και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να μην είναι τόσο ακραία, όπως στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Τα άτομα με διαταραγμένη διατροφή μπορεί να είναι σε κίνδυνο για την ανάπτυξη μίας πλήρως ανεπτυγμένης διατροφικής διαταραχής και είναι πιο πιθανό να έχουν ένα ιστορικό κατάθλιψης ή / και άγχους, ή είναι σε κίνδυνο για την εμφάνιση σοβαρού άγχους ακόμα και κατάθλιψης κάποια στιγμή στο μέλλον (Moore, 2006).

2. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ

Στη δεκαετία του '60, εμφανίστηκε η ανθρωπιστική ψυχολογία στη σκηνή της ιστορίας και αναπτύχθηκε το ενδιαφέρον για το συνειδητό κίνητρο και τον καθορισμό στόχου, με παράλληλη άνθηση της ανάπτυξης των διαπροσωπικών δυνατοτήτων. Η προσωπικότητα άρχισε να εξετάζεται σε σχέση με την ικανότητά της αυτο-βελτίωσης και της αυτοπραγμάτωσης. Η προσωπικότητα του ανθρώπου συνίσταται από τις διαφορές μεταξύ των ατόμων και από πρότυπα συμπεριφοράς, νόησης και συναισθήματος (Mischel et al., 2004). Οι διάφορες θεωρίες προσωπικότητας παρουσιάζουν το δικό τους ορισμό της έννοιας, βασιζόμενοι σε διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις (Engler B., 2009). Οι ατομικές διαφορές στην προσωπικότητα είναι αυτές που καθορίζουν τον άνθρωπο και έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινότητα (Ozer, D. J., 2009). Έτσι αναπτύχθηκε η θεωρία των γνωρισμάτων ή χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Στην ψυχολογία, ο όρος «χαρακτηριστικό της προσωπικότητας» αναφέρεται σε διαρκή προσωπικά χαρακτηριστικά που αποκαλύπτονται σε ένα συγκεκριμένο μοτίβο συμπεριφοράς μέσα από ποικιλία καταστάσεων. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με αυτή την άποψη, τα χαρακτηριστικά είναι σχετικά σταθερά με την πάροδο του χρόνου, όμως διαφέρουν μεταξύ των ατόμων (π.χ. μερικοί άνθρωποι είναι εξωστρεφείς ενώ άλλοι είναι ντροπαλοί) και επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Επομένως, τα χαρακτηριστικά είναι σταθερά ενώ οι καταστάσεις που εμπειρίζουν συναισθήματα, είναι παροδικές και εξαρτώνται από τη διάθεση του ατόμου.

Ο Gordon Allport (1927) πρώτη φορά μελέτησε τη θεωρία χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και προσπάθησε να προσεγγίσει την έννοια «προσωπικότητα του ανθρώπου». Στην προσέγγιση του, υπάρχουν τα βασικά χαρακτηριστικά, τα οποία είναι αυτά που κυριαρχούν και διαμορφώνουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου και χαλيناγωγούν ή πυροδοτούν τα πάθη του. Σε αντίθεση βρίσκονται τα κεντρικά χαρακτηριστικά, όπως τιμιότητα κ.α., που βρίσκονται σε κάποιο βαθμό σε όλους τους ανθρώπους. Υπάρχουν και τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά που είναι αυτά που έχουν παρατηρηθεί μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, (όπως τις συμπάθειες ή

αντιπάθειες που τις γνωρίζει μόνο ένας καλός φίλος) και υφίστανται μόνο για να πλαισιώσουν την πολυπλοκότητα του ανθρώπου (H.Jelle et al.,1992) .

Στη συνέχεια, το 1946 ο Raymond B. Cattell με τους συνεργάτες του ανέπτυξαν την πρώτη κλίμακα για τη μέτρηση των κυρίαρχων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, το ερωτηματολόγιο 16 παραγόντων προσωπικότητας. Στη πορεία και άλλοι πολλοί ανέπτυξαν θεωρίες για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως οι J. P. Guilford (1957), Henry Murray (1938) και Timothy Leary (1957).

Ο Βρετανός ψυχολόγος Eysenck (1967) ανέπτυξε ένα μοντέλο προσωπικότητας βασιζόμενο σε τρεις πυλώνες, την εξωστρέφεια – εσωστρέφεια, τη νεύρωση – συναισθηματική σταθερότητα και τον ψυχωτισμό. Όσον αφορά τον πρώτο πυλώνα ο Eysenck κατηγοριοποίησε τους ανθρώπους είτε σε εσωστρεφείς, αυτοί δηλαδή που κατευθύνουν τη συγκέντρωσή τους στον εσωτερικό τους κόσμο, είτε σε εξωστρεφείς. Με άλλα λόγια, οι τελευταίοι δίνουν περισσότερη σημασία στους άλλους και στο περιβάλλον τους. Στην δεύτερη κατηγορία, τα άτομα διαχωρίζονται σε νευρωτικά, που χαρακτηρίζονται από γρήγορη εναλλαγή των συναισθημάτων τους, και σε συναισθηματικά σταθερά άτομα, που τείνουν να διατηρούν μία σταθερή διάθεση ή συναίσθημα. Τέλος, η διάσταση του ψυχωτισμού αναφέρεται στα άτομα που το βρίσκουν δύσκολο να ασχοληθούν ή και να ενταχθούν στην πραγματικότητα. Τα ψυχωτικά άτομα μπορεί να γίνουν επιθετικά, αντικοινωνικά ή και να έχουν έλλειψη ενσυναίσθησης.

Ως αποτέλεσμα μιας ενδελεχούς έρευνας για τις θεωρίες χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των Cattell (1965) και Eysenck (1967), διατυπώθηκε η θεωρία του μοντέλου «Big Five Factor». Αυτό το μοντέλο δηλώνει ότι υπάρχουν 5 βασικά γνωρίσματα που αλληλεπιδρούν για να σχηματίσουν μια ενιαία προσωπικότητα. Αυτά περιλαμβάνουν την εξωστρέφεια, τη δεκτικότητα σε καινούργιες εμπειρίες, την τερπνότητα, την ευσυνειδησία και το νευρωτισμό. Η εξωστρέφεια αναφέρεται στη τάση του ατόμου να είναι κοινωνικά ενεργό, προσανατολισμένο στον άνθρωπο, ομιλητικό, αισιόδοξο και με κατανόηση. Ο δεύτερος παράγοντας, δεκτικότητα στις καινούργιες εμπειρίες, περιγράφει την τάση του ατόμου να διαποτίζεται με περιέργεια,

δημιουργικότητα, φαντασία και εφευρετικότητα με αποτέλεσμα οι απόψεις του να μην είναι συμβατικές, όπως οι πεποιθήσεις και αξίες του. Η τρίτη κατεύθυνση, η τερπνότητα συνίσταται από την εγκαρδιότητα, τον αλτρουισμό, την ενσυναίσθηση και την εμπιστοσύνη. Η ευσυνειδησία αποτελεί την τάση να είναι εργατικό, αξιόπιστο, φιλόδοξο, έγκαιρο και αυτο-κατευθυνόμενο. Η τάση του νευρωτισμού αντιπροσωπεύει τη συναισθηματική αστάθεια ακόμη και την ψυχολογική δυσφορία.

Το μοντέλο Big Five ορίστηκε από διάφορες ανεξάρτητες ομάδες ερευνητών (Digman, 1990), οι οποίες μελέτησαν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αναλύοντας τα βρίσκοντας αιτιολογική σχέση με τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και μεταξύ τους (Poropat, 2009). Το αρχικό μοντέλο προωθήθηκε από τους Ernest Tupes και Raymond Christal (1961) προς το ακαδημαϊκό κοινό. Το 1990, ο JM Digman αναβάθμισε το μοντέλο των πέντε-παραγόντων της προσωπικότητας και ο Lewis Goldberg (1993) το επέκτεινε στο υψηλότερο επίπεδο της οργάνωσης. Αυτοί οι πέντε πρωταρχικοί τομείς έχουν βρεθεί να περιέχουν τα πιο γνωστά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αντιπροσωπεύοντας τη βασική δομή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Όπως έδειξαν οι μελέτες των Mershon και Gorsuch (1988) και Paunonen & Ashton (2001), το μοντέλο Big Five δεν εξάγει ισχυρά προβλεπτικά αποτελέσματα και εξήγηση της συμπεριφοράς σε σχέση με την πολυπληθή πτυχή ή τα πρωτογενή χαρακτηριστικά.

2.1 ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΟΤΗΤΑ Ή ΠΑΡΡΗΣΙΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Μια πολύ σημαντική διαπροσωπική ικανότητα είναι η διεκδικητικότητα, η οποία θέτει το άτομο ικανό για να εκφράσει ευχάριστα και δυσάρεστα συναισθήματα και να υποστηρίξει τον εαυτό του, τις θέσεις του, με σκοπό την επιτυχία των στόχων τους και την υπερπήδηση των δυσκολιών, ελέγχοντας όμως τις (επιθετικές) παρορμητικές τάσεις και χωρίς να παραβιάζονται τα δικαιώματα των άλλων. Η έννοια αυτή είναι μέρος της δυναμικής του ατόμου και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αυτοπραγμάτωση. «Η διεκδικητικότητα αποτελεί μέρος της ευρύτερης έννοιας «διαπροσωπικές δεξιότητες και συμπεριφορά» (Gist, Stevens & Bavetta, 1991, Τσίτσας, 2009).

Στη δεκαετία του '70, ένας αριθμός ψυχολόγων δίνει την απαιτούμενη προσοχή στη διεκδικητικότητα ως μέσο για την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων (Alberti και Emmons (2008), Jakubowski και Lange 1976, 1978 και Smith, 1985). Τη δεκαετία του '80, του '90 και του '00, οι κοινωνικές και πολιτικές σχέσεις, αύξησαν το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για τη διεκδικητικότητα ως μέσο για την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού και την επίτευξη της μέγιστης προσωπικής ολοκλήρωσης. Η πειραματική μελέτη της διεκδικητικότητας ξεκίνησε στα μέσα του περασμένου αιώνα και σχετίστηκε με την κλινική πρακτική. Πολλοί επιστήμονες εργάστηκαν σε αυτόν τον τομέα, όπως Beck, Freeman, και Davis (2004), Lazarus (1971), Salter (2002), Ullrich (1973) και Wolpe (1990). Αυτοί οι κλινικοί ψυχολόγοι παρατήρησαν ότι η πλειοψηφία των νευρωτικών ασθενών και των ασθενών που έπασχαν από κατάθλιψη, ένιωθαν ανασφάλεια, μοναξιά και είχαν δυσκολία στην επικοινωνία. Έτσι, οι θεραπευτές αποδέχτηκαν ως την κύρια αιτία για ορισμένες ψυχικές ασθένειες την έλλειψη αυτοπεποίθησης και άλλων διεκδικητικών ικανοτήτων και ως εκ τούτου για την αντιμετώπιση των ασθενειών υλοποιήθηκαν διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης με στόχο την ανάπτυξη της διεκδικητικότητας. Με άλλα λόγια, η υπόθεση ότι η σχέση μεταξύ ψυχικών ασθενειών και της έλλειψης της διεκδικητικότητας σε ασθενείς, οδήγησε τους θεραπευτές στη σύλληψη της ιδέας ότι η αβεβαιότητα παράγει την εσωτερική πίεση η οποία με τη σειρά της προκαλεί νευροψυχιατρικές διαταραχές, ωθώντας τους να δημιουργήσουν τρόπους για να ξεπεραστεί η αβεβαιότητα και ανασφάλεια δίδοντας ώθηση στην πειραματική έρευνα σε αυτόν τον τομέα (Labunskaya, 1999).

Η πρώτη έρευνα για τη διεκδικητικότητα διεξήχθη από τον αμερικάνο ψυχολόγο και ψυχοθεραπευτή Andrew Salter το 1949, ο οποίος συνεργάστηκε με καταθλιπτικούς ασθενείς με τον απότοκο των εργασιών του να είναι η θεωρητική εξήγηση των αιτίων της αβεβαιότητας και της ανασφάλειας. Σύμφωνα με τη θεωρία του, τα αίτια βρίσκονται στη ανθρώπινη φυσιολογία, δηλαδή η ανασφάλεια οφείλεται στην επικράτηση των διεργασιών κατακράτησης έναντι των διεγερτικών, στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αυτό οδήγησε στο σχηματισμό "ανασταλτικών" ατόμων, που δεν ήταν κοινωνικά και δεν μπορούσαν να εκφράζουν αυθόρμητα τα συναισθήματα, τις επιθυμίες

και τις ανάγκες τους. Συνοπτικά, τα άτομα αυτά έχουν περιορισμένη αυτοπραγμάτωση και κατά συνέπεια, βιώνουν δυσκολίες στις επαφές με άλλους ανθρώπους. Βασιζόμενος στην κλινική εμπειρία του, εντόπισε έξι χαρακτηριστικά της δυναμικής και διεκδικητικής προσωπικότητας, που αποτελούνται από το συναισθηματισμό του λόγου, ο οποίος αποτελείται από την ανοιχτή έκφραση των συναισθημάτων, και την εκφραστικότητα του λόγου, η οποία απαιτεί ακριβή και αυθόρμητη έκφραση των συναισθημάτων (Salter, 2002). Τρίτο χαρακτηριστικό ενός ατόμου με υψηλή διεκδικητικότητα αποτελεί η δυνατότητα να αντιταχθεί και να αντιμετωπίσει τις γνώμες των άλλων, μέσω άμεσης και σαφούς έκφρασης των απόψεών του. Στην πορεία, πολύ σημαντικό κρίθηκε και το γεγονός να χρησιμοποιεί το άτομο την προσωπική αντωνυμία «εγώ», ως εγγύηση ότι θα υποστηρίξει τα λεγόμενα του. Η αποδοχή επαίνων, όχι ως αλαζονεία, αλλά ως έκφραση αυτοσεβασμού και επαρκούς αυτοκριτικής αποτελεί το πέμπτο γνώρισμα διεκδικητικών ανθρώπων. Τέλος, η εμπιστοσύνη στις προσωπικές ενέργειες και η άρνηση στην ύπαρξη οποιουδήποτε σχεδιασμού, ως εκδήλωση της κλίσης του ατόμου προς τον αυτοσχεδιασμό, είναι το έκτο χαρακτηριστικό που ολοκληρώνει την ομάδα γνωρισμάτων, η οποία ενσωματώθηκε στις θεραπευτικές τεχνικές του ερευνητή.

Η συμπεριφοριστική θεραπεία, την οποία ο Wolpe χρησιμοποιούσε για την ανάπτυξη της διεκδικητικότητας, στηριζόταν στην πρακτική του Salter και επομένως συνέχισε την ανάπτυξη της ικανότητας για ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του αυθορμητισμού. Βασικός στόχος της θεραπείας ήταν κυρίως να απαλλάξει το άτομο από κοινωνικούς του φόβους και να διατηρηθεί υψηλό το επίπεδο της αυτοπεποίθησης, ανεξάρτητα από τις αποτυχίες στη ζωή. (Patterson & Watkins, 1996, Wolpe, 1990). Το πρώτο ερωτηματολόγιο για τη μελέτη της διεκδικητικότητας (Wolpe & Lazarus, 1966), που σχεδιάστηκε ειδικά για την κλινική πρακτική, είχε ως στόχο να αξιολογήσει την αβεβαιότητα και τις ελλείψεις στις διαπροσωπικές συμπεριφορές των ασθενών που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες. Στην κλινική πρακτική του ο Lazarus επικεντρώθηκε στο μετασχηματισμό της επιθετικότητας σε κοινωνικά αποδεκτές μορφές. Αυτός όρισε τη διεκδικητική συμπεριφορά ως «κοινωνική αρμοδιότητα». Η έλλειψη αυτής της ικανότητας

οφείλεται σε ανεπάρκεια των στρατηγικών συμπεριφοράς που διασφαλίζουν της πλήρη γνώση της κοινωνικής πραγματικότητας, καθώς και στην άκαμπτη συμπεριφορά, που αποτελεί αδυναμία προσαρμογής. Η έλλειψη εναλλακτικών λύσεων συμπεριφοράς ορίζεται ως «κοινωνικό έλλειμμα» και θεωρείται ότι είναι μία από τις κύριες αιτίες της αβεβαιότητας. Αυτές οι ιδέες εμπεριέχονται στο «πολυτροπικό μοντέλο θεραπείας», όπου υλοποιήθηκαν μέσω τακτικού ελέγχου της προσαρμογής των διαπροσωπικών δεξιοτήτων των κοινωνικών ελλειμμάτων και της απόκτησης κοινωνικών ικανοτήτων (Lazarus, 1971). Ο Lazarus προσδιόρισε τέσσερις ομάδες συνηθειών, οι οποίες παρατηρούνται σε άτομα με προσωπικότητες που διακατέχονται από υψηλή διεκδικητικότητα, και είναι οι εξής: η δυνατότητα να μιλήσουν ανοιχτά για τις επιθυμίες και τις ανάγκες, η ικανότητα να πουν "όχι", η δυνατότητα να μιλήσουν ανοιχτά για τα δικά τους θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα και η ικανότητα να δημιουργούν επαφές, για να ξεκινήσουν, να διατηρήσουν και να ολοκληρώσουν μια συνομιλία.

Η διεκδικητικότητα ορίστηκε από τον Fensterheim (1971) ως «η δράση της δήλωσης του εαυτού του ατόμου, με άλλα λόγια τη δήλωση ότι αυτό είναι που εγώ είμαι, αυτό που σκέφτομαι και αισθάνομαι. Αποτελώντας μία ενεργητική παρά μια παθητική προσέγγιση στη ζωή».

Στην πορεία, οι Galassi και Galassi (1977) ορίζουν τη διεκδικητική συμπεριφορά ως ένα πολύπλοκο σύνολο συμπεριφορών που ένα άτομο παρουσιάζει σε διαπροσωπικό πλαίσιο, όπου εκφράζονται άμεσα και ειλικρινώς τα συναισθήματά του εν λόγω προσώπου, οι επιθυμίες, οι απόψεις ή τα δικαιώματά του, με παράλληλο σεβασμό προς τα δικαιώματα, τα συναισθήματα και τις απόψεις των άλλων ατόμων. Σύμφωνα με τους συγγραφείς αυτούς, ο ισχυρισμός δεν συνεπάγεται αδικαιολόγητο ή υπερβολικό άγχος ή φόβο, αλλά αντιπροσωπεύει την υποστήριξη των νομίμων δικαιωμάτων του ατόμου, χωρίς την παραβίαση των δικαιωμάτων των άλλων.

Πολλοί επιστήμονες έχουν αναπτύξει ποικίλες θεωρίες και θεραπείες για τη διεκδικητικότητα (Linehan, 1979. Rakos, 1991. Zauner, 1997). Έτσι, παρατηρήθηκε ότι στην έννοια «διεκδικητικότητα» έχουν δοθεί παραπάνω

από 20 ορισμοί, διαφορετικοί μεταξύ τους, οι οποίοι χρησιμοποιούνται στην έρευνα και την θεραπεία της διεκδικητικότητας (Τσίτσας, 2009). Οι Galassi, Galassi και Vedder (1981) παρατήρησαν ότι οι διάφοροι ορισμοί δείχνουν ότι η διεκδικητικότητα περιέχει τα εξής χαρακτηριστικά: α) έκφραση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, β) ειλικρινή ή/και κατάλληλη συναισθηματική έκφραση, γ) συνδυασμό των δύο παραπάνω αλλά παράλληλα και έκφραση αναγκών και δ) συγκεκριμένες απαντήσεις σε διάφορες περιστάσεις (Τσίτσας, 2009).

Η προσέγγιση της διεκδικητικότητας με βάση τα ανθρώπινα δικαιώματα ξεκίνησε από τις δεκαετίες του 1960 και 1970, όταν και άρχισε να δίδεται έμφαση στα ατομικά δικαιώματα, λόγω των επικρατούντων πολιτικών και κοινωνικών συνθηκών (Rakos, 1991). Με βάση την εκτεταμένη έρευνα και ασχολία των Alberti και Emmons (1970, 1983, 2001) όσον αφορά τη διεκδικητικότητα και τον τρόπο που συνδέεται αυτή με τα ανθρώπινα δικαιώματα, η έννοιά της ορίζεται με δύο εναλλακτικούς τρόπους. Ο πρώτος επισημαίνει ότι η διεκδικητικότητα ορίζεται ως η «συμπεριφορά που επιτρέπει σε ένα πρόσωπο να ενεργήσει σύμφωνα με τα συμφέροντά του, να υπερασπιστεί τον εαυτό του χωρίς άγχος, να ασκήσει τα δικαιώματά του χωρίς άρνηση των δικαιωμάτων των άλλων». Ο δεύτερος τονίζει ότι είναι η «συμπεριφορά σε μια κατάσταση σύγκρουσης, στην οποία ένα άτομο υπερασπίζεται τα προσωπικά δικαιώματά του και εκφράζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τα 'πιστεύω' του με άμεσο και κατάλληλο τρόπο, που να σέβεται τα δικαιώματα των άλλων». Βασιζόμενοι στους ορισμούς αυτούς, η διεκδικητικότητα που βασίζεται στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων συντελεί στη δημιουργία μίας συμπεριφοράς που έχει θετικά αποτελέσματα γι' αυτόν που την ασκεί. Σύμφωνα με τους Back, Back & Bates (1992) η έννοια της παρρησιαστικής συμπεριφοράς, προάγει την υπεράσπιση των δικαιωμάτων με τέτοιο τρόπο ώστε να μην υπάρχει παραβίαση των δικαιωμάτων του άλλου προσώπου. Ίδιος ορισμός δόθηκε και από τους Infante, Rancer & Womack (1997), που όμως θεωρούν ότι η διεκδικητικότητα αναφέρεται στην τάση του ανθρώπου να είναι κυρίαρχος στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Ο Rakos (1979, 1991) χρησιμοποιεί τον όρο «διεκδικητικότητα» ώστε να περιλαμβάνει αφενός την έκφραση των δικαιωμάτων και αφετέρου τις

υποχρεώσεις, σχετικές με το πλαίσιο όπου εκφράζονται τα δικαιώματα. Συνοπτικά, για κάποιους ερευνητές η έκφραση των δικαιωμάτων αποτελεί το θεμέλιο οποιασδήποτε διεκδίκησης (Kolotkin, Wielkiewicz, Judd & Weiser, 1984, Romano & Bellack, 1980). Η πλειοψηφία των παραπάνω ορισμών χαρακτηρίζεται από μία μονοδιάστατη προσέγγιση της έννοιας της διεκδικητικότητας με βάση την έκφραση των δικαιωμάτων (Wilson & Gallois, 1993).

Στον ορισμό με βάση τα συναισθήματα, άλλοι ορισμοί της διεκδικητικότητας εστιάζουν στην άμεση έκφραση των συναισθημάτων, επιθυμιών και σκέψεων σε διαπροσωπικό επίπεδο. Όπως ορίζεται από τους Wolpe (1958) και Wolpe & Lazarus (1966), η διεκδικητικότητα αποτελεί την αποτελεσματική επικοινωνία προσωπικών σκέψεων και συναισθημάτων στις διαπροσωπικές συγκρούσεις με έναν τρόπο που να δείχνει σεβασμό στις σκέψεις και στα συναισθήματα των άλλων. Σύμφωνα με το Wolpe (1982) η διεκδικητικότητα περιγράφεται ως «η κατάλληλη έκφραση προς ένα άλλο πρόσωπο οποιουδήποτε συναισθήματος, εκτός από το άγχος» (Τσίτσας, 2009). Οι Eisler & Frederiksen (1980) έδωσαν μια περαιτέρω διάσταση στη διεκδικητικότητα ορίζοντάς την ως την ικανότητα «να εκφράζει κανείς τις απόψεις και τις επιθυμίες του άμεσα» (Τσίτσας, 2009). Από τους Rimm και Masters (1979) δόθηκε η επέκταση στον ορισμό με την εισαγωγή του χαρακτηρισμού κοινωνικά αποδεκτό αναφορικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Ο Butler (1981) έδωσε τέσσερις διαστάσεις στην έκφραση της διεκδικητικότητας, τα θετικά συναισθήματα, τα αρνητικά συναισθήματα, τη δημιουργία ορίων και την έκφραση αιτημάτων (Τσίτσας, 2009). Τέλος ο Rakos (1991) προσέδωσε τη διάσταση της προσωπικής αποτελεσματικότητας στον ορισμό.

2.2 ΤΟΠΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

Η έννοια του τόπου ελέγχου, είναι μία από τις πιο μελετημένες έννοιες στην ψυχολογία και τις κοινωνικές συμπεριφοριστικές επιστήμες, και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στους τομείς της έρευνας της δημόσιας υγείας και της παρέμβασης της συμπεριφοράς υγείας. Ο τόπος ελέγχου μπορεί να είναι είτε εσωτερικός είτε εξωτερικός. Ο Rotter (1990) εξηγεί τη διάκριση αυτή όσον αφορά το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι υποθέτουν ότι τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς τους εξαρτώνται από τις δικές τους ενέργειες ή τα προσωπικά χαρακτηριστικά και όχι από την τύχη, την ευκαιρία ή την επιρροή των ισχυρών άλλων. Η δημοτικότητα της έννοιας του τόπου έλεγχου στην έρευνα για την υγεία αποδεικνύεται από την ύπαρξη σχεδόν 2500 εκδόσεων στη βάση δεδομένων PsycInfo (American Psychiatric Association) για τα έτη 1967-2006 (Boslaugh & Clark, 2008).

Η έννοια του τόπου ελέγχου έχει προέλθει μέσα από τη θεωρία κοινωνικής μάθησης του Julian Rotter (1966), στην οποία η συμπεριφορά του ατόμου προβλέπεται από την αξία ότι οι άνθρωποι έχουν για συγκεκριμένα ερεθίσματα, τις δικές τους προσδοκίες για την επιρροή κάποιας συμπεριφοράς. Στη θεωρία κοινωνικής μάθησης, ο τόπος ελέγχου είναι μια "γενικευμένη προσδοκία" που σχετίζεται με την αντίληψη της αιτιώδους σχέσης μεταξύ των συμπεριφορών και των εμπειριών του ατόμου. Είναι παρόμοιο με μία πεποίθηση ή μια στάση που το άτομο έχει για την αποτελεσματικότητα της συμπεριφοράς του, για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων.

Ο Rotter (1954) διαχώρισε τα άτομα με τόπο ελέγχου σε 2 κατηγορίες, αυτά που έχουν εξωπροσωπικό τόπο ελέγχου και τα υπόλοιπα ενδοπροσωπικό. Με βάση αυτή τη διάκριση, υπάρχει από τη μία πλευρά το άτομο που γίνεται μοιρολατρικό, πιστεύοντας ότι μπορεί να κάνει ελάχιστα για να αλλάξει τη φύση των εμπειριών του και έχει γενικευμένη προσδοκία για τον έλεγχο των εξωτερικών ερεθισμάτων. Το άτομο αυτό μεταφέρει τον τόπο ελέγχου εξωπροσωπικά. Στον αντίποδα, βρίσκεται το άτομο το οποίο πιστεύει ότι οι εμπειρίες του πρέπει να αντανakλούν τις προσπάθειες του, τα προσωπικά χαρακτηριστικά του και τις δράσεις του, το οποίο όπως ορίζεται έχει αναπτύξει γενικευμένες προσδοκίες του εσωτερικού ελέγχου. Με άλλα λόγια, υποθέτει

ότι τα αποτελέσματά του και οι εμπειρίες του διαμορφώνονται, τουλάχιστον εν μέρει, από τις δικές του ενέργειες, μεταφέροντας τον τρόπο ελέγχου ενδοπροσωπικά. Η βασική διαφορά των δύο τρόπων ελέγχου έγκειται στο ότι το άτομο με εξωπροσωπικό τρόπο ελέγχου δεν πιστεύει στον εαυτό του και τις δυνάμεις του, ενώ το άτομο με ενδοπροσωπικό τρόπο ελέγχου στηρίζεται στις δικές του δυνατότητες σε κάθε έκφανση της ζωής του.

Το ερώτημα που τίθεται είναι αν όντως υπάρχουν άτομα με ξεκάθαρο τρόπο ελέγχου, εσωτερικό ή εξωτερικό. Έτσι μελέτες έδειξαν ότι δεν υπάρχει ένας τρόπος ελέγχου σε κάθε άνθρωπο, αλλά σύμφωνα με τον Strickland (1989), ένα πρόσωπο δεν έχει μόνο εξωπροσωπικό ή ενδοπροσωπικό έλεγχο, αλλά και τα δύο. Ανάλογα με την περίπτωση και τις εμπειρίες του ατόμου διαμορφώνεται και η αντίδραση του, είτε με ενδοπροσωπικό ή εξωπροσωπικό τρόπο ελέγχου (Endler & Edwards, 1978). Βέβαια υπάρχουν και αρκετές παλαιότερες έρευνες που καταδεικνύουν ότι ο τρόπος ελέγχου είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας με μικρές αλλαγές που εξαρτώνται στη εκάστοτε περίπτωση (Cherlin & Bourque, 1974, . Schneider & Parsons, 1970. Schulz, Heckhausen & Locher 1991). Επίσης ένας βασικός παράγοντας διαμόρφωσης του τρόπου ελέγχου είναι το κατά πόσον μια κατάσταση είναι οικεία στο άτομο. Με άλλα λόγια, ο τρόπος ελέγχου διαμορφώνεται με βάση αν έχει βιώσει την επικείμενη κατάσταση ξανά ή αν είναι πρωτόγνωρη (Τσίτσας, 2009).

Ο Howard (1996), έδωσε τη διάσταση της ανταμοιβής ή της απογοήτευσης για την ενασχόληση του ατόμου με μια δράση και ο Rotter (1966), δημιούργησε την κλίμακα ενδοπροσωπικού-εξωπροσωπικού ελέγχου, βασιζόμενος στο θεωρητικό πλαίσιο το οποίο είχε αναπτύξει προηγουμένως ο ίδιος. Οι Phares (1976) και Strickland (1983) επέκτειναν το δυσδιάστατο μοντέλο του Rotter, προσθέτοντας υποκατηγορίες. Η Levenson (1973), έδωσε και μια τρίτη διάσταση αναλύοντας περαιτέρω τον εξωτερικό έλεγχο σε δυο υποκατηγορίες, την τύχη και τους δυνατούς άλλους. Ο Connell (1985), πρόσθεσε μια τρίτη αυτοτελή διάσταση, ονομάζοντας την άγνωστο τρόπο ελέγχου. Οι Paulhus & Christie (1981), άλλαξαν το μοντέλο ανάλυσης, αναλύοντας τρεις διαστάσεις οι οποίες αφορούσαν τόσο τον προσωπικό και διαπροσωπικό έλεγχο, προσθέτοντας όμως και μια τρίτη η οποία αφορά τον κοινωνικοπολιτικό έλεγχο (Τσίτσας, 2009).

Ο ενδοπροσωπικός έλεγχος έχει φανεί ότι σχετίζεται με υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις., αφού η βιβλιογραφική έρευνα υποστηρίζει ότι τον κατέχουν φοιτητές που έχουν κίνητρο από τα μαθήματα και ακολουθούν μία συστηματική μελέτη. Επιπλέον, ο εσωτερικός έλεγχος έχει συσχετιστεί με υψηλή διεκδικητική συμπεριφορά (Appelbaum, Tuma και Johnson. 1975. Hartwig, Dickson & Kaieron, 1980), και ιδιαίτερα στο φοιτητικό πληθυσμό. (Hebert, 1992, Felice, 1996, Burger, 1994).

2.3 ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Ο Titchener (1909) πρώτη φορά εισήγαγε τον όρο «empathy» στην αγγλική γλώσσα, ορμώμενος από τη γερμανική λέξη Einfuhlung (“συναίσθημα μέσα σε”), που δημιουργήθηκε για πρώτη φορά από τους Theodore Lipps, Hermann Lotze και Robert Vischer. Οι πρώτοι ερευνητές χρησιμοποίησαν τον όρο για την παρατήρηση και βίωση της τέχνης (Τσίτσας, 2009), και γενικότερα της αισθητικής αντίληψης του ατόμου (T.Lipps, 1905). Παρόλο που ο όρος «empathy» έχει τις ρίζες του στην αρχαιοελληνική λέξη «ενσυναίσθηση», χρησιμοποιείται ευρέως στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία η μετάφραση της νεοελληνικής λέξης «εμπάθεια», που έχει δυσάρεστη χροιά στην ελληνική γλώσσα (Astin, 1967, Smith, 1989, Shlien, 1997).

Η σημασία της έννοιας της «ενσυναίσθησης» είναι ασαφής και πολλοί έχουν προσπαθήσει να τη διασαφηνίσουν με τη σύγχρονη της έννοια. Πρώτος ορισμός θεωρείται αυτός του Mead (1934), ο οποίος όρισε ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί την ικανότητα του ατόμου αν μπορεί να αντιληφθεί και να βιώσει τη θέση του άλλου. Ο Koestler (1949) περιέγραψε την ενσυναίσθηση ως «μια διαδικασία προβολής ή ενδοβολής που οδηγεί στη διείσδυση της διανοητικής κατάστασης του άλλου και συμμετοχή στα δικά του συναισθήματα» (Τσίτσας, 2009).

Από τον ορισμό του Hogan (1969), συνάγεται ότι «η ενσυναίσθηση είναι η κατανόηση των σχέσεων και αισθημάτων των ψυχικών καταστάσεων του άλλου ατόμου. Η ενσυναίσθηση αποτελεί μια διανοητική και γνωστική διεργασία, χωρίς όμως αυτό να αποκλείει τη δυνατότητα στο υποκείμενο να

αισθάνεται συναισθήματα, που δεν είναι ταυτόσημα με αυτά που αισθάνεται το αντικείμενο της ενσυναίσθησης/ενσυναισθησίας» (Τσίτσας, 2009). Προτείνει ότι η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης σχετίζεται με τέσσερις παράγοντες, τη νοημοσύνη, την αφομοίωση και υιοθέτηση άλλων, ξένων προοπτικών, τα ατομικά χαρακτηριστικά και τη δεκτικότητα σε νέες εσωτερικές εμπειρίες.

Ο Kohut, πατέρας της ψυχαναλυτικής ψυχολογίας του Εγώ (1984), ισχυρίστηκε ότι η ενσυναίσθηση δεν είναι απλώς ένας χρήσιμος τρόπος με τον οποίο θα έχουν πρόσβαση στην εσωτερική ζωή του ανθρώπου και της ψυχολογίας των πολύπλοκων νοητικών καταστάσεων του. Υποστήριξε επίσης, ότι η έννοια της ενσυναίσθησης είναι αδιανόητη χωρίς τη δυνατότητα να γνωρίζει το άτομο την προσωπική του ενδοσκόπηση. Με τη λέξη ενδοσκόπηση εννοεί την εσωτερική ζωή του ατόμου, τις σκέψεις και τα συναισθήματα του (Kohut, 1977). Με άλλα λόγια, η ενσυναίσθηση ξεκινάει από την αυτογνωσία και τον αυτοπροσδιορισμό των συναισθημάτων σε μία ψυχολογική κατάσταση και μόνο τότε το άτομο μπορεί να προχωρήσει στην ενδοσκόπηση ενός τρίτου και να βιώσει τα συναισθήματα του άλλου.

Ο Carl Rogers (1959) όρισε ότι η κατάσταση της ενσυναίσθησης αποτελεί την έννοια που επιτρέπει στο άτομο να αντιληφθεί το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου ατόμου με ακρίβεια και με συναισθήματα που αφορούν την φαντασίωση, όπου το άτομο ταυτίζεται συναισθηματικά με άλλο πρόσωπο, αλλά χωρίς ποτέ να χάσει τον προσωπικό-ατομικό προσδιορισμό. Δηλαδή, το άτομο μπορεί να αισθάνεται τα συναισθήματα του άλλου, όπως ο ίδιος αισθάνεται τα δικά του και να αντιληφθεί τις αιτίες τους, όπως ο ίδιος τις αντιλαμβάνεται, αλλά χωρίς ποτέ να χάσει την αναγνώριση ότι δεν είναι το ίδιο πρόσωπο, αλλά «σαν να» είναι. Εάν χαθεί αυτή η συνθήκη, «σαν να» χάνεται η ποιότητα, χάνεται και η ισορροπία της κατάστασης της ενσυναίσθησης. (Rogers, 1959,1957).

Η Μ. Μαλικιώση-Λοϊζου (2003) ορίζει ως ενσυναίσθηση την ικανότητα της εμπίωσης (εμβιώ = ζω εν τινι), που έχει ένα άτομο, σχετική με την κατάσταση ενός άλλου. Με άλλα λόγια, είναι η κατανόηση των συναισθημάτων και των σκέψεων του άλλου. Η Μ. Μαλικιώση-Λοϊζου συμφωνεί και με τον ορισμό των

Grenberg & Elliot (1997), οι οποίοι ισχυρίστηκαν ότι «η ενσυναίσθηση αποτελεί τη στάση του ατόμου, που επιδεικνύεται μέσα από τη συμπεριφορά του απέναντι σε κάποιον άλλο, δηλαδή το άτομο έχει ικανότητα ενσυναίσθησης, προσπαθεί να λειτουργήσει μέσα στο εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου και παραμένοντας σε ενσυναίσθητη επαφή με τον εσωτερικό του κόσμο» (Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. 2003) .

Ο Rogers (1957) ήταν ο πρώτος ο οποίος διέκρινε στην ενσυναίσθηση τρία βασικά χαρακτηριστικά, το θυμικό το γνωστικό και το επικοινωνιακό. Ο Obozon (1979) άλλαξε τον άξονα ανάλυσης αναγνωρίζοντας τη συναισθηματική, την εκτελεστική και την ικανότητα να συναισθάνονται τα άτομα ως τα είδη της ενσυναίσθησης. Ο Djrnazian (1980) συνεχίζοντας τη διάκριση του Obozon (1979) ανέλυσε τα είδη της ενσυναίσθησης σε τρεις συνιστώσες τη συναισθηματική, τη γνωστική και την κινητική. Η Bachelor (1988), αναγνώρισε τις πρώτες δυο συνιστώσες του Djrnazian (1980), διαφοροποιούμενη όμως στη συνέχεια αναγνωρίζοντας άλλες δυο τη συμμετοχική και την επικουρική δίδοντας και τη διάσταση του ψυχαναλυτή προσθέτοντας αυτές τις δυο. Οι Bohart και Greenberg (1997) πατώντας πάνω στη διάσταση του ψυχαναλυτή η οποία δόθηκε την κατηγοριοποίησαν ανάμεσα σε επιφανειακή και βαθιά, στοιχείο το οποίο οι Mahrer (1997) και Jordan (1997) ενσωμάτωσαν, για να εξηγήσουν τη σχέση θεραπευτή θεραπευμένου και τα αποτελέσματα της. Περαιτέρω διερεύνηση από τον Unal (1975), διαχώρισε την ενσυναίσθηση ανάμεσα σε διανοητική και ευαίσθητη. Η Gavrilova (1975) αναγνώρισε δυο αναπτυξιακά επίπεδα στην ενσυναίσθηση, το ένα το πρώιμο στο οποίο διαμορφώνεται το εγώ και το δεύτερο το στάδιο της εξέλιξης το οποίο αφορά τη συναισθηματική αναγνώριση. Τέλος οι Watson & Prosser, (2002) αναγνώρισαν τη διαπροσωπική λειτουργία της ενσυναίσθησης.

2.4 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης η σχέση των διατροφικών διαταραχών και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Έχει παρατηρηθεί τις τελευταίες δεκαετίες ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν εμπλακεί στην έναρξη, στη συμπτωματική έκφραση και στη συντήρηση των διατροφικών διαταραχών. Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει συσχετίσεις μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των αυτοαναφερόμενων μέτρων συγκεκριμένων γνωρισμάτων της προσωπικότητας, συμπεριλαμβανομένης της τελειομανίας, της παρορμητικότητας και του ναρκισσισμού. Καμία εμπειριστατωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν είχε συνοψίσει την έρευνα σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και την προσωπικότητα πριν από το 1994. Η ενσωμάτωση της γνώσης που έχει αποκτηθεί από διαφορετικές μελέτες έχει κλινική σημασία, διότι η προσωπικότητα μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην πρόβλεψη της γενικής λειτουργίας, της κλινική φαινομενολογίας, της πρόγνωσης και της έκβασης της θεραπείας των διατροφικών διαταραχών (Steiger & Bruce, 2004, Westen & Harnden-Fischer).

Το 1994, οι Vitousek και Manke δημοσίευσαν μια ολοκληρωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετική με τις μεταβλητές της προσωπικότητας και τις διαταραχές της νευρογενούς ανορεξίας, τον περιοριστικό τύπο και τον καθαρκτικό/υπερφαγικό τύπο, και της νευρογενούς βουλιμίας. Ανέλυσαν τα προβλήματα στην αξιολόγηση των ατόμων με διατροφικές διαταραχές και παρείχαν συστάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της έρευνας στον τομέα αυτό (π.χ., αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, μαζί με διαταραχές της προσωπικότητας). Σε γενικές γραμμές, οι μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία παρουσιάζουν χαρακτηριστικά, όπως τελειοθηρία, εμμονή (obsessionality) και συμμόρφωση (Sohlberg και Strober, 1994, Vitousek και Manke, 1994), ενώ οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία χαρακτηρίζονται περισσότερο από παρορμητικότητα και συναισθηματική απορύθμιση (Casper et al, 1992, Pryor & Wiederman, 1996, Vitousek & Manke, 1994).

Ένα από τα προβλήματα της έρευνας είναι ότι στην οξεία φάση της ασθένειας, η αξιολόγηση της προσωπικότητας επηρεάζεται από τις επιδράσεις από την πείνα, το διατροφικό χάος ή τη διάθεση και τις ψυχολογικές καταστάσεις (Vitousek και Manke, 1994). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει μικρότερη διαταραχή στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας εάν η αξιολόγηση πραγματοποιείται στο τέλος της θεραπείας (Garner et al, 1989, 1990, Kennedy et al, 1990, Steiger et al, 1993) και αν ληφθούν υπόψη μεταβλητές κατάστασης, όπως η κατάθλιψη (Kleifield et al, 1994b, Pollice et al, 1997). Σύμφωνα με το scar model, του οποίου η γενική ιδέα είναι ότι η εμπειρία της δυσφορίας θα επηρεάσει τον παράγοντα της τρωτότητας, επισημαίνεται ότι οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν σε υπερβολική έκφραση ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (Lilenfeld et al, 2000, Wonderlich και Mitchell, 2001). Ωστόσο, δεν είναι σαφές σε ποιο βαθμό συμβαίνει αυτό.

Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι A.R. Behar et.al. (2006) βρήκαν ότι η έλλειψη διεκδικητικότητας είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και μπορεί να επιδεινώσει τα αποτελέσματά της και ακόμα να διαιωνίζονται τα συμπτώματα. Η ήπια δήλωση γνώμης και ο χαμηλός αυτό-ισχυρισμός μπορούν να θεωρηθούν ως προγνωστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής και θα πρέπει να διαχειρίζονται από προληπτική ή θεραπευτική οπτική γωνία.

Σε αυτό το σημείο χρήζει σημείωσης, το γεγονός ότι έχει συσχετιστεί βιβλιογραφικά η παρορμητικότητα με την επιθετικότητα, δηλαδή αυτές οι δύο έννοιες συνδέονται αλλά αποτελούν δύο ξεχωριστές καταστάσεις (García-Forero et al., 2009). Επομένως αφού η επιθετικότητα είναι η αντίστροφη έννοια της διεκδικητικότητας και παραπάνω συνδέθηκαν οι διαταραχές λήψης τροφής με την παρορμητικότητα, θα μπορούσαν να συσχετιστούν οι διαταραχές αυτές και με την επιθετικότητα.

Όσον αφορά την ισχύ του τόπου ελέγχου για να μπορεί να προβλέψει κάποιες διατροφικές συμπεριφορές, έχουν δοκιμασθεί διάφορες μελέτες (π.χ., Caggiula and Watson, 1992? Saturnino et al., 1994). Αυτοί ερεύνησαν τη σχέση μεταξύ διατροφικών συμπεριφορών ή συμπεριφορών που είχαν σχέση με τον έλεγχο του βάρους, με τον τόπο ελέγχου και την αυτο-ρύθμιση της διατροφής.

Τα ευρύματα ήταν αρκετά αντιφατικά, αφού σε άλλες μελέτες η επίδραση του τόπου ελέγχου ήταν θετική και σε άλλες αρνητική (Caggiula and Watson, 1992, Saturnino-Springer και Bogue, 1994). Αυτές οι ασυνέπειες μπορούν να εξηγηθούν από τις διαφορές στις μεταβλητές, στα μοτίβα που ακολουθούσαν οι ερευνητές και τους συμμετέχοντες. Κατά συνέπεια, είναι δύσκολο να γενικεύσουμε για μία συγκεκριμένη επιρροή του τόπου ελέγχου στην αυτορύθμιση της διατροφικής – διαιτητικής συμπεριφοράς.

Στην πορεία, η McClane (1995) πραγματοποίησε έρευνα η οποία ερεύνησε τη σχέση ανάμεσα τον τόπο ελέγχου, την ικανοποίηση αναφορικά με το σώμα και την ενασχόληση με το βάρος και τη δίαιτα, ανάμεσα σε 156 φοιτήτριες οι οποίες είχαν χαρακτηριστεί από προηγούμενη έρευνα ως ομάδα η οποία βρίσκεται «σε κίνδυνο». Βρέθηκε μια μικρή αλλά σημαντική σχέση ανάμεσα στο τόπο ελέγχου και τη δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος, πιο συγκεκριμένα βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον τόπο ελέγχου και την ενασχόληση με το βέρος και τη δίαιτα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσο πιο εξωτερικός είναι ο τόπος ελέγχου σε ένα άτομο τόσο υψηλότερος είναι ο βαθμός δυσαρέσκειας για την εικόνα του σώματος και υπάρχει μεγαλύτερη ενασχόληση με το βάρος αλλά και δίαιτες.

Οι Williams με τους συνεργάτες του (1990), ισχυρίστηκαν ότι οι ασθενείς με διαταραχή λήψης τροφής αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ότι ελέγχονται σε μεγάλο βαθμό από την οικογένεια και την κοινωνία αλλά δε δείχνουν διεκδικητική συμπεριφορά απέναντι σε αυτό τον έλεγχο. Οι ανορεκτικές και βουλιμικές γυναίκες ασθενείς συγκρίθηκαν με γυναίκες ψυχιατρικά ασθενείς, ομάδα δείγματος που έκανε δίαιτα και ομάδα ελέγχου που δεν έκανε δίαιτα, πάνω στα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών, καθώς και στον τόπο ελέγχου, στη διεκδικητικότητα, στην ενδογενώς κατευθυνόμενη επιθετικότητα, στον οικογενειακό έλεγχο και στην οικογενειακή ενθάρρυνση για ανεξαρτησία. Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές σημείωσαν σημαντικά περισσότερο εξωτερικό τόπο έλεγχου με μεγαλύτερη επιθετικότητα, μικρότερη διεκδικητικότητα και μικρότερη ενθάρρυνση από την οικογένεια για ανεξαρτησία, από την ομάδα δείγματος που έκανε δίαιτα και την ομάδα ελέγχου, αλλά δεν διέφεραν από την ομάδα των ψυχιατρικά ασθενών γυναικών. Τα περισσότερα χαρακτηριστικά που συναντήθηκαν στο δείγμα με

διατροφικές διαταραχές σημειώθηκαν και στο δείγμα των ψυχιατρικά ασθενών.

2.5 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί οχτώ τύποι διαταραχών λήψης τροφής οι οποίες είναι: η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία, η επεισοδιακή υπερφαγία, η διαταραχές Pica, μηρυκασμού, η περιοριστική/αποφευκτική και οι διαφορετικά προσδιορισμένες προσλήψεις τροφής (OSFED) και οι απροσδιόριστες διαταραχές σχετικές με τη σίτιση ή τη διατροφή (UFED). Επίσης υπάρχει και η κατηγοριοποίηση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς η οποία αποτελεί το στάδιο προπομπό ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Σε αυτή την εργασία θα διερευνηθεί η ύπαρξη διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς σε φοιτητές. Από τη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναγνωριστεί τρία βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, τα οποία είναι η διεκδικητικότητα ή παρρησιαστική συμπεριφορά, ο τόπος ελέγχου και η ενσυναίσθηση. Παρότι έχει υπάρξει συσχέτιση στη διεθνή βιβλιογραφία ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και ιδιαίτεως ανάμεσα στη διεκδικητικότητα και της διατροφικές διαταραχές καθώς και του τόπου ελέγχου και τις διατροφικές διαταραχές, δεν έχει υπάρξει συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Σε αυτή τη εργασία διερευνάται η συσχέτιση των τριών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, το καθένα ξεχωριστά, με τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά σε ένα δείγμα 78 φοιτητών πανεπιστημίων της Αθήνας.

Συνοπτικά τα ερωτήματα τα οποία η εργασία θα διερευνήσει και θα απαντήσει είναι:

- Εμφανίζεται διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά στους φοιτητές;
- Ποια η συσχέτιση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και τη διεκδικητικότητα;
- Ποια η συσχέτιση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και τον τόπο ελέγχου;
- Ποια η συσχέτιση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και την ενσυναίσθηση;

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας επιλέχθηκαν τυχαία 78 φοιτητές από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Συγκεκριμένα οι φοιτητές – συμμετέχοντες στην έρευνα προέρχονταν από τις τρεις σχολές του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου, 1) Περιβάλλοντος, γεωγραφίας και Εφαρμοσμένων Οικονομικών (1α. τμήμα Οικιακής οικονομίας και Οικολογίας, 1β. τμήμα Γεωγραφίας), 2) Σχολή επιστημών υγείας και αγωγής (τμήμα επιστήμης διαιτολογίας και διατροφής), 3) Σχολή Ψηφιακής ανάλυσης, και από την Σχολή Νομικών, Πολιτικών και Οικονομικών Επιστημών του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Από αυτούς τους συμμετέχοντες οι 22, ποσοστό 28%, ήταν άνδρες, ενώ οι 56, ποσοστό 72% ήταν γυναίκες (Πίνακας 2.1).

Πίνακας 3.1 Ποσοστό αντρών και γυναικών στο δείγμα

	Μέγεθος δείγματος (N)	Αριθμός στο δείγμα	Ποσοστό επί του δείγματος (%)
Άντρες	78	22	28
Γυναίκες	78	56	72

Το εύρος των ηλικιών των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 18 έως 38, με τον μέσο όρο να βρίσκεται στο 23 έτη. Επιπλέον, το ύψος των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 148 εκατοστά έως 202 εκατοστά, με μέσο όρο τα 169,2 εκατοστά. Το βάρος των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 40 έως 115 κιλά, με μέσο όρο τα 67 κιλά. Υπολογίζοντας το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των συμμετεχόντων παρατηρήθηκε ότι αυτός είχε εύρος από 17 έως 34. Αναφορικά με τον ΔΜΣ βρέθηκαν 8 άτομα τα οποία ήταν ελλιποβαρή, δηλαδή είχαν ΔΜΣ κάτω του 18,5. Όλα τα ελλιποβαρή άτομα ήταν γυναίκες.

Επίσης οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αναφορικά με τα μορφωτικά επίπεδα των γονέων τους. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας των

συμμετεχόντων οι 2 είχαν ολοκληρώσει μόνο μερικές τάξεις του δημοτικού, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 3% του συνόλου. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους πατέρες ήταν 6%, δηλαδή 5 συμμετέχοντες. Ολόκληρο το δημοτικό είχαν τελειώσει οι μητέρες 4 συμμετεχόντων, ποσοστό 5%, και οι πατέρες 4 συμμετεχόντων, ποσοστό επίσης 5% του συνόλου. Οι μητέρες 24 συμμετεχόντων έχουν αποφοιτήσει από Γυμνάσια ή Λύκεια, διαμορφώνοντας ποσοστό 31% του συνόλου. Αντίστοιχα από Γυμνάσια ή Λύκεια έχουν αποφοιτήσει οι πατέρες 31 από τους συμμετέχοντες, ποσοστό 40%. Από ΑΕΙ και ΤΕΙ έχουν αποφοιτήσει οι μητέρες των περισσότερων συμμετεχόντων, 44 στον αριθμό, με ποσοστό 56 % του συνόλου. Αντίστοιχα ο αριθμός για τους πατέρες είναι 38, με ποσοστό 49%. Τέλος την επιλογή Άλλο επέλεξαν για τις μητέρες τους 4 συμμετέχοντες, δηλαδή ποσοστό 5%, ενώ δεν επιλέχθηκε για κανέναν πατέρα από τους συμμετέχοντες.

Πίνακας 3.2

	Πατέρας		Μητέρα	
	Αριθμός στο δείγμα	Ποσοστό επί του δείγματος (%)	Αριθμός στο δείγμα	Ποσοστό επί του δείγματος (%)
Μερικές τάξεις του δημοτικού	5	6	2	3
Δημοτικό	4	5	4	5
Γυμνάσιο ή λύκειο	31	40	24	31
ΑΕΙ'ΤΕΙ	38	49	44	56
Άλλο	0	0	4	5

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ζητήθηκαν να συμπληρώσουν τον μέχρι τώρα μέσο όρο τους στη σχολή. Από τους 78 συμμετέχοντες μόνο 45 συμπλήρωσαν αυτό το πεδίο. Το εύρος των μέσων όρων κυμαινόταν από 5 έως 10, με μέσο όρο για τους συμμετέχοντες το 7,24.

3.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα για τη πραγματοποίησή της και την συλλογή δεδομένων χρησιμοποίησε ερωτηματολόγια στηριγμένα σε 4 ψυχομετρικά εργαλεία . (Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούσση, 2012).

3.2.1 ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η διεκδικητικότητα ορίζεται ως ένα χαρακτηριστικό των ανθρώπων όταν είναι δυνατή η διεκδίκηση των ατομικών του αναγκών με τον ταυτόχρονο σεβασμό των αναγκών των υπόλοιπων ανθρώπων.

Ο Rathus (1973) σχημάτισε ένα ερωτηματολόγιο για την μέτρηση της διεκδικητικότητας και το οποίο χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την έρευνα, και το οποίο ονομάζεται Κλίμακα διεκδικητικότητας του Rathus (Rathus Assertiveness Schedule). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 30 ερωτήσεις και καλείται να αξιολογήσει την διεκδικητικότητα ενός ατόμου σε διαπροσωπικό επίπεδο.

Στηριζόμενο σε ερωτήσεις και κλίμακες άλλων ερευνών (Allport, 1961, Guilford & Zimmerman, 1956, Wolpe, 1969, Wolpe & Lazarus, 1966), το ερωτηματολόγιο του Rathus βρίσκει το επίπεδο από το οποίο ένας άνθρωπος χαρακτηρίζεται αναφορικά με διάφορες διαπροσωπικές συμπεριφορές είτε διεκδικητικές είτε μη. Το ερωτηματολόγιο του Rathus έχει αποδειχθεί ότι έχει υψηλή αξιοπιστία, με τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας άλφα να βρίσκεται ανάμεσα στο 0,77 και στο 0,87 και τον συντελεστή επαναληπτικών μετρήσεων να βρίσκεται ανάμεσα στο 0,79 και στο 0,86.

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιεί μία κλίμακα 6 επιλογών, οι οποίες κυμαίνονται από το «Δεν με χαρακτηρίζει ούτε με περιγράφει καθόλου» έως το «Με χαρακτηρίζει και με περιγράφει απολύτως». Η διαβάθμιση του ερωτηματολογίου γίνεται με την αντιστοίχιση μίας βαθμολογίας για κάθε μία από τις επιλογές της κλίμακας. Έτσι στην απάντηση «Δεν με χαρακτηρίζει ούτε με περιγράφει καθόλου» δίνεται ο βαθμός -3, στην απάντηση «Με χαρακτηρίζει και με περιγράφει απολύτως» δίνεται ο βαθμός +3, ενώ η βαθμολογία 0 δεν αντιστοιχεί σε καμία επιλογή.

Κατ' επέκταση το ερωτηματολόγιο διεκδικητικότητας συνοψίζεται σε ένα σκορ το οποίο κυμαίνεται από -90 έως +90 και χωρίζεται σε τρεις επιμέρους υποκατηγορίες. Η βαθμολογία -90 έως -31 δηλώνει ένα άτομο με χαμηλή διεκδικητικότητα, η βαθμολογία -30 έως +30 δηλώνει ένα άτομο με μέτρια διεκδικητικότητα, ενώ η βαθμολογία +30 έως +90 δηλώνει ένα άτομο με υψηλή διεκδικητικότητα.

3.2.2. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Το ερωτηματολόγιο για την ενσυναίσθηση εξετάζει το επίπεδο ενσυναίσθησης του ατόμου, και ονομάζεται Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (Interpersonal Reactivity index). Δημιουργήθηκε από τον Davis (1980) στηριζόμενη σε ερωτήσεις και στοιχεία από άλλα ερωτηματολόγια και περιλαμβάνει, στην τελική του μορφή, 28 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Τσίτσα & Μαλικιώση-Λοΐζου, με τους δείκτες αξιοπιστίας να μην μειώνονται σημαντικά.

Η αξιοπιστία της κλίμακας και των υποκατηγοριών έχει αποδειχτεί (Davis 1983) με συντελεστές εσωτερικής συνέπειας άλφα από 0,71 έως 0,77. Επίσης έχει αποδειχτεί ότι το ερωτηματολόγιο έχει αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων με εύρος 0,62 έως 0,80 (Davis 1980). Τέλος η εσωτερική συνέπεια των 4 υποκατηγοριών είναι από 0,68 έως 0,79 (Davis 1980).

Το ερωτηματολόγιο της ενσυναίσθησης χωρίζεται σε 4 υποκατηγορίες, 2 ανήκουν στην γνωστική προσέγγιση και οι άλλοι 2 στην συναισθηματική προσέγγιση.

- Γνωστική Ενσυναίσθησία (Perspective Taking): περιγράφει την υιοθέτηση των απόψεων των άλλων από ένα άτομο, χωρίς συναισθηματική συμμετοχή. Η τάση αυτή προϋποθέτει ανάπτυξη της γνωστικής και κοινωνικής ικανότητας του ατόμου.
- Φαντασία (Fantasy): περιγράφει την ικανότητα των ατόμων να φανταστούν και να ταυτιστούν με φανταστικούς χαρακτήρες και τα συναισθήματά τους σε βιβλία, ταινίες και παιχνίδια.

- Ενσυναίσθηση (Empathic Concern): περιγράφει την ανάπτυξη από έναν άνθρωπο συναισθημάτων ζεστασίας, συμπάθειας και ενδιαφέροντος προς άλλους ανθρώπους.
- Προσωπικό Άγχος (Personal Distress): περιγράφει το προσωπικό άγχος ενός ανθρώπου το οποίο είναι άμεση απόρροια του άγχους ενός άλλου ανθρώπου. Αυτό προκύπτει από την τάση του ανθρώπου να αντιλαμβάνεται λανθασμένα το άγχος ενός άλλου ανθρώπου για δικό του

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου χρησιμοποιούν για την συμπλήρωσή τους την κλίμακα Likert, πέντε σημείων, με βαθμολόγηση 0 έως 4 για τις επιλογές «Δεν με περιγράφει καλά» έως «Με περιγράφει πολύ καλά» αντίστοιχα. Για την βαθμολόγηση των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου, κάθε μία περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις, ενώ προσθέτονται βαθμοί ανάλογα με τις απαντήσεις από το 0 έως και το 4. Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία σε κάθε κλίμακα, τόσο περισσότερη ενσυναίσθηση έχει το άτομο.

3.2.3 ΤΟΠΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

Ο τόπος ελέγχου περιγράφει το επίπεδο στο οποίο ένας άνθρωπος μπορεί να έχει τον έλεγχο πάνω στον εαυτό του και στη συμπεριφορά του, τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά.

Το ερωτηματολόγιο του τόπου ελέγχου δημιουργήθηκε από τον Paulhus (1983), στηριζόμενο σε προηγούμενο ερωτηματολόγιο του Rotter (1954), περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις και διαχωρίζει 3 υποκατηγορίες ελέγχου, με 10 ερωτήσεις η κάθε μία:

- Προσωπικός Έλεγχος: περιγράφει το επίπεδο στο οποίο ένας άνθρωπος πιστεύει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει τις διάφορες καταστάσεις στη ζωή του.
- Διαπροσωπικός Έλεγχος: περιγράφει το επίπεδο στο οποίο ένας άνθρωπος μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του όταν αλληλεπιδρά με άλλους ανθρώπους.

- Κοινωνικοπολιτικός Έλεγχος: περιγράφει το επίπεδο στο οποίο ένας άνθρωπος έχει τον έλεγχο του εαυτού του σε καταστάσεις του κοινωνικοπολιτικού του περιβάλλοντος και οι στόχοι του συγκρούονται με αυτό.

Το ερωτηματολόγιο του τύπου ελέγχου χρησιμοποιεί την κλίμακα Likert 7 σημείων, ενώ η βαθμολόγηση των ερωτήσεων γίνεται υπολογίζοντας για κάθε ερώτηση έναν βαθμό από το 1 έως και το 7 και προσθέτοντας τα σκορ για κάθε υποκατηγορία. Το ερωτηματολόγιο για τον τύπο ελέγχου μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από την Μαλικιώση – Λοΐζου (1992) και βρέθηκε αρκετά αξιόπιστο.

3.2.4 EAT26

Το ερωτηματολόγιο EAT26 (Eating Attitude Test) είναι μία συμπυκνωμένη μορφή του ερωτηματολογίου EAT40, το οποίο δημιουργήθηκε από τους Garner & Garfinkel (1979). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει ως σκοπό την αναγνώριση ενδείξεων για διατροφικές διαταραχές, αλλά όχι την διάγνωση ή την αναγνώριση συγκεκριμένων διαταραχών.

Το ερωτηματολόγιο EAT26 περιλαμβάνει α) 26 ερωτήσεις για τις διατροφικές συνήθειες των ερωτηθέντων, β) κάποιες συμπεριφορικές ερωτήσεις σχετικά με διατροφικά συμπτώματα και απώλεια βάρους και γ) τον υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) (Orbitello, Ciano, Corsaro, Rocco, Taboga, Tonutti & Balestrieri, 2006). Η βαθμολόγησή του περιλαμβάνει ποσοτική βαθμολογία για τις πρώτες ερωτήσεις και τον ΔΜΣ και ποιοτική βαθμολόγηση για τις συμπεριφορικές ερωτήσεις. Μία βαθμολογία κάτω του 20 υποδεικνύει ενδείξεις για διατροφικές διαταραχές.

Το ερωτηματολόγιο αυτό δεν είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο αλλά ένα εργαλείο το οποίο εμφανίζει πρόταση για παράπεμψη σε ειδικό διατροφολόγο.

Θεματικά το ερωτηματολόγιο EAT26 μπορεί να χωριστεί σε 3 υποκατηγορίες:

- Δίαιτα (Dieting): συνδέεται με λανθασμένη ή διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος.
- Βουλιμία (Boulimia): συνδέεται με το βάρος του σώματος και δίνει πληροφορίες για την εικόνα του σώματος και την ύπαρξη βουλιμικής συμπεριφοράς.
- Έλεγχος Στόματος (Oral Control): αντικατοπτρίζει την τάση και την ένταση του ελέγχου του στόματος. Οι υψηλές τιμές σε αυτήν την κατηγορία συνδέονται με χαμηλό βάρος σώματος και ανυπαρξία βουλιμικής συμπεριφοράς.

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου EAT26 έχει αποδειχτεί στην Ελλάδα από τους Douka, Grammatopoulou, Skordilis & Koutsouki (2009) με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

3.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η διαδικασία της παρούσας έρευνας ξεκινά με την επιλογή και συγκέντρωση των 4 κλιμάκων και ερωτηματολογίων, καθώς και την ενοποίηση τους σε ένα ενιαίο ερωτηματολόγιο για την διευκόλυνση των συμμετεχόντων στην απάντησή τους.

Η διανομή των ερωτηματολογίων και η απάντησή τους πραγματοποιήθηκε μέσω κοινοποίησης ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε όλους τους συμμετέχοντες. Τα ερωτηματολόγια περιλάμβαναν τις 4 κλίμακες, διεκδικητικότητα, ενσυναίσθησης, τόπου ελέγχου και EAT26, συμπεριλαμβανομένων 6 δημογραφικών ερωτήσεων για τους συμμετέχοντες.

Το χρονικό διάστημα της διανομής και συλλογής των απαντήσεων ήταν Μάιος – Ιούνιος 2014 για τους φοιτητές τους Χαροκόπειου Πανεπιστημίου και Μάιος – Ιούνιος 2015 για τους φοιτητές του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους 78 συμμετέχοντες στον χρόνο που δόθηκαν.

Οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν περάστηκαν σε υπολογιστικά φύλλα στο πρόγραμμα Excel και ως δεδομένα για ανάλυση στο πρόγραμμα SPSS.20. Τα ποσοστά και η περιγραφική στατιστική πραγματοποιήθηκαν με το πρόγραμμα excel, ενώ οι υπόλοιπες αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Στην αρχή υπολογίστηκαν τα σκορ των 4 βασικών ερωτηματολογίων, διεκδικητικότητας, ενσυναίσθησης, τόπου ελέγχου και EAT26, καθώς και τα σκορ των επιμέρους υποκατηγοριών αυτών. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική (μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και ποσοστά) και επαγωγική στατιστική όπου ως μέτρο σύνδεσης των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (r). Πριν πραγματοποιηθεί η ανάλυση διερευνήθηκε έλεγχος ορθότητας για να επιβεβαιωθεί ότι η εισαγωγή δεδομένων έγινε με το σωστό τρόπο. Σε όλες τις αναλύσεις το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

4.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

4.1.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΣΤΙΚΗ

Στον πίνακα 4.1 παρατίθενται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι μέγιστες και ελάχιστες τιμές όλων των μεταβλητών της έρευνας. Από τον πίνακα 4.1 παρατηρείται ότι οι φοιτητές που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είχαν υψηλό προσωπικό και διαπροσωπικό τόπο ελέγχου ($\text{mean}=40,93$ και $\text{mean}=41,48$). Όσον αφορά το σκορ για το EAT26 βρέθηκε σχετικά χαμηλός μέσος όρος ($\text{mean}=20,6$). Οι συνιστώσες του EAT26 (δίαιτα, βουλιμία, στοματικός έλεγχος) είχαν και αυτές χαμηλό μέσο όρο (πίνακας 3.1). Στην πορεία βρέθηκε ότι οι φοιτητές είχαν μεσαία προς χαμηλή διεκδικητικότητα. Στο σκορ της ενσυναίσθησης εξήχθη ότι οι φοιτητές χαρακτηρίζονται από υψηλή φαντασία, ενσυναίσθηση, άγχος και ανάληψη προοπτικής, κάτι που είναι χαρακτηριστικό αυτής της πληθυσμιακής ομάδας.

Πίνακας 4.1

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Προσωπικός τόπος ελέγχου	28	70	41	6
Διαπροσωπικός τόπος ελέγχου	19	54	41	6
Σκορ για το EAT26	0	58	20,5	14
Δίαιτα (Dieting)	0	37	11	8*
Βουλιμία (Bulimia)	0	15	5	4
Στοματικός έλεγχος (Oral control)	0	15	5	4
Σκορ για τη διεκδικητικότητα	-56	84	2	19
Φαντασία	14	35	26	4
Ενσυναίσθηση	19	35	25	3
Προσωπικό άγχος	15	35	26	4
Ανάληψη προοπτικής	19	35	26	4

4.1.2 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Στην επαγωγική στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson r για να εκτιμηθούν οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας. Στον πίνακα 4.2 παρατηρείται ότι ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ του EAT26 και της διεκδικητικότητας είναι $r=0,324$ με $p<0,01$ και επομένως υπάρχει θετική συσχέτιση στατιστικά σημαντική μεταξύ του σκορ για του EAT26 και της διεκδικητικότητας. Επιπλέον, υπάρχει θετική συσχέτιση στατιστικά σημαντική μεταξύ της βουλιμίας και της ενσυναίσθησης ($r=0,230$ $p<0.05$).

Πίνακας 4.2. Τιμές του συντελεστή συσχέτισης Pearson's r και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας μεταξύ της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς σε σχέση με τη διεκδικητικότητα και την ενσυναίσθηση

	Διεκδικητικότητα	Ενσυναίσθηση
Διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (συνολικό σκορ eat26)	0,324**	-
Βουλιμία (επιμέρους σκορ eat26)	-	0,230*

Στην πορεία πραγματοποιήθηκε η ανάλυση παλινδρόμησης (regression analysis) μεταξύ όλων των μεταβλητών της έρευνας. Το αποτέλεσμα που αναζητείται είναι πόσο επηρεάζουν οι τιμές της ανεξάρτητης μεταβλητής τις αντίστοιχες της προβλεπτικής, δηλαδή την προβλεπτική αξία της κάθε μεταβλητής. Στη συγκεκριμένη έρευνα, για την εκτίμηση της επίδρασης του συνολικού σκορ του EAT26 (προβλεπτική μεταβλητή) στη διεκδικητικότητα (ανεξάρτητη μεταβλητή) πραγματοποιήθηκε *ευθύγραμμη ανάλυση παλινδρόμησης*.

Η πρώτη ανάλυση έδειξε ότι συνολικό σκορ του EAT26 συσχετίζεται θετικά με τη διεκδικητικότητα και αυτή η σχέση είναι στατιστικά σημαντική, δηλαδή

όσο αυξάνεται η διεκδικητικότητα τόσο το σκορ του EAT26 μεγαλώνει.. Σύμφωνα με τα στοιχεία από την έρευνα η μεταβλητή του σκορ του EAT26 εξηγεί σχεδόν το 9,3% της διακύμανσης των σχέσεων (Adjusted R^2 : = 0.093, $p < 0,05$). Η αύξηση κατά μια μονάδα της διεκδικητικότητας τότε αυξάνεται η τιμή κατά 0,32 μονάδες (B . = 0,324). Η δεύτερη ανάλυση έδειξε ότι συνολικό σκορ του EAT26 δεν συσχετίζεται με κανέναν από τους άλλους παράγοντες πχ με τη φαντασία (Adjusted R^2 : = 0,001, $p < 0,05$), με την ενσυναίσθηση (Adjusted R^2 : = 0.009, $p < 0.01$). με το προσωπικό άγχος (Adjusted R^2 : = 0.005, $p < 0.01$), με το προσωπικό τόπο ελέγχου (Adjusted R^2 : = 0.01, $p < 0.01$) και με τον ενδοπροσωπικό τόπο ελέγχου (Adjusted R^2 : = 0.005, $p < 0.01$).

Η επόμενη ανάλυση έδειξε ότι η βουλιμία συσχετίζεται θετικά με τη διεκδικητικότητα και αυτή η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική, δηλαδή όσο η διεκδικητικότητα αυξάνεται τόσο αυξάνει και η βουλιμία. Βέβαια αυτή η σχέση είναι σχετικά μικρή. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα η μεταβλητή της βουλιμίας εξηγεί σχεδόν το 8% της διακύμανσης των σχέσεων (Adjusted R^2 : = 0.08, $p < 0.01$). Αποτέλεσμα της αύξησης της διεκδικητικότητας κατά μια μονάδα αποτελεί η αύξηση της τιμής κατά 0,02 μονάδες (B . = 0,023).

Στη συνέχεια, η τρίτη ανάλυση έδειξε ότι η βουλιμία συσχετίζεται θετικά με την ενσυναίσθηση και αυτή η σχέση είναι στατιστικά σημαντική, δηλαδή όσο αυξάνει η ενσυναίσθηση τόσο αυξάνεται και η βουλιμία. Η σχέση είναι σχετικά μικρή και τα στοιχεία του πίνακα καταδεικνύουν ότι η μεταβλητή της βουλιμίας εξηγεί σχεδόν το 8% της διακύμανσης των σχέσεων (Adjusted R^2 : = 0.08, $p < 0.01$). Αποτέλεσμα της αύξησης κατά μια μονάδα της ενσυναίσθησης προκαλεί μείωση της τιμής κατά 0,02 μονάδες (B . = -0,023).

Τέλος η ανάλυση έδειξε ότι το ύψος συσχετίζεται αρνητικά με το συνολικό σκορ στο EAT26 και αυτή η σχέση είναι στατιστικά σημαντική, δηλαδή όσο μειώνεται το ύψος τόσο αυξάνεται το σκορ στο EAT26. Βέβαια αυτή η σχέση είναι σχετικά μεγάλη, Από το αποτέλεσμα φαίνεται ότι η μεταβλητή του ύψους εξηγεί σχεδόν το 13,6% της διακύμανσης των σχέσεων (Adjusted R^2 : = 0.136, $p < 0.01$) και η αύξηση κατά μια μονάδα του ύψους οδηγεί σε μείωση της τιμής κατά 0,31 μονάδες (B . = -0,319).

5.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για την ανάπτυξη κάποιας διατροφικής διαταραχής. Οι διαταραχές καθώς και η διαταραγμένη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής συνδέονται με την προσωπικότητα του ατόμου και βιβλιογραφικά έχουν συνδεθεί με την έλλειψη κάποιων χαρακτηριστικών προσωπικότητας που συνδράμουν σε θετική έκβαση των πραγμάτων, καθώς σύνδεση υπάρχει και με την κατοχή κάποιων άλλων γνωρισμάτων που δεν παρέχουν κάποιο θετικό αποτέλεσμα σε ένα άτομο.

Σε αυτήν την έρευνα τα αποτελέσματα από την στατιστική ανάλυση έδειξαν ότι η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά συσχετίζεται σθεναρά θετικά με την διεκδικητικότητα ενός ατόμου. Αυτό σημαίνει πως όσο πιο διεκδικητικό είναι ένα άτομο, γνώρισμα θετικό για την προσωπική του εξέλιξη, τόσο πιο πιθανό είναι να αναπτύξει κάποια στιγμή στη ζωή του διαταραγμένη συμπεριφορά όσον αφορά το φαγητό.

Εδώ οφείλεται να σημειωθεί ότι η υπόθεση από τη βιβλιογραφία, η οποία έδειξε ότι η έλλειψη της διεκδικητικότητας στο άτομο έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, δεν επιβεβαιώνεται από το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας. Είναι πολύ πιθανό οι φοιτητές να βρέθηκαν σε σύγχυση κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και έτσι να το συμπλήρωσαν με γνώμονα ότι σε κάποιες ερωτήσεις η επιθετική συμπεριφορά ταυτίζεται με τη διεκδικητική. Αυτό βέβαια έγινε εν αγνοία τους, γιατί μπορεί ποτέ να μην είχαν εκπαιδευτεί στη δημιουργία διεκδικητικής συμπεριφοράς για την αυτοπραγμάτωση τους και επομένως να μην ήταν σε θέση να την ξεχωρίσουν από την επιθετική. Βιβλιογραφικά η επιθετικότητα διαφέρει από τη διεκδικητικότητα στο ότι η πρώτη δεν εκφράζεται με σεβασμό προς τα ανθρώπινα δικαιώματα, συναισθήματα και σκέψεις, αλλά καταπατώντας τα. Παρά τη διαφορά αυτή το άτομο μπορεί να παρουσιάσει και τις δύο συμπεριφορές, διεκδικητική και επιθετική, στις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του, χωρίς να μπορεί πολλές φορές να αντιληφθεί το συναίσθημά του κι να ταυτίζει αυτές τις δύο έννοιες.

Επόμενο αποτέλεσμα είναι ότι η βουλιμία συσχετίζεται σημαντικά με τη διεκδικητικότητα και την ενσυναίσθηση. Με άλλα λόγια, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πάλι οι φοιτητές είναι πιθανό να συνέχουν τις έννοιες της διεκδικητικότητας και της επιθετικότητας. Αυτό συμβαίνει, γιατί η διεκδικητικότητα είναι ένα χαρακτηριστικό που αποδίδει στο άτομο που την εκφράζει θετικά αποτελέσματα και η βουλιμική τάση είναι ένα αρκετά δυσάρεστο αποτέλεσμα για το άτομο. Όπως βρέθηκε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η βουλιμία δεν συνδέεται με τη διεκδικητικότητα, αλλά με την παρορμητικότητα και επομένως και με την επιθετικότητα. Συνοψίζοντας μπορεί και να έγινε λάθος κατανόηση του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες στην έρευνα και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο για την διερεύνηση της διεκδικητικότητας, με γνώμονα την επιθετικότητα, η οποία αποτελεί χαρακτηριστικό των διατροφικών διαταραχών.

Επιπλέον βρέθηκε ότι τα άτομα που επιδεικνύουν ενσυναίσθηση, είναι πιθανό να έχουν και κάποια διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά κάποια στιγμή στη ζωή τους. Η ενσυναίσθηση είναι μία κατάσταση, όπου το άτομο αισθάνεται σαν να βρίσκεται στη θέση του άλλου, χωρίς όμως να καταργείται η συνθήκη «σαν να». Στη συγκεκριμένη περίπτωση, μπορεί η ενσυναισθητική κατάσταση που έχουν βρεθεί αυτοί οι φοιτητές να ξέφυγε από τον παραπάνω ορισμό και να καταργήθηκε η συνθήκη «σαν να». Αυτό είναι μία υπόθεση για την εξήγηση του αποτελέσματος που πηγάζει από τον ορισμό της έννοιας.

Αφού η ενσυναίσθηση είναι μία κατάσταση η οποία το άτομο βιώνει τις σκέψεις και το συναισθηματικό κόσμο του άλλου, χωρίς όμως να χάνει τον δικό του αυτοπροσδιορισμό, το άτομο δεν δύναται να ετεροπροσδιοριστεί. Από τη βιβλιογραφία παραπάνω, φάνηκε ότι το άτομο που πάσχει από νευρογενή βουλιμία, χαρακτηρίζεται από συναισθηματική απορρύθμιση, κάτι που θα μπορούσε να προέρχεται από την λανθασμένη έκφραση της ενσυναίσθησης. Συμπερασματικά, τα άτομα που έχουν βουλιμικές τάσεις, βιώνουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις του άλλου, χωρίς όμως να διαχωρίζουν τον εαυτό τους από τον άλλον ξεχνώντας τη συνθήκη «σαν να» ήταν το ίδιο πρόσωπο. Επόμενο είναι να έρθει μία συναισθηματική απορρύθμιση, γιατί απλά μπλέκονται τα δικά του συναισθήματα με του τρίτου και το άτομο δυσκολεύεται να τα διαχωρίσει από τη σύγχυση στην οποία

βρίσκεται. Συνοπτικά επιβεβαιώνεται έμμεσα η υπόθεση από την βιβλιογραφία, ότι η βουλιμία συσχετίζεται με την ενσυναίσθηση, αλλά έτσι όπως το ορίζει το ίδιο το άτομο, γιατί απλά δεν έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα.

Τέλος, η έρευνα έδειξε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ ύψους και διαταραγμένης συμπεριφοράς σχετικής με το φαγητό. Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο ψηλός είναι ένας φοιτητής, τόσο πιο απίθανο είναι να αναπτύξει κάποια διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι είναι ένα περίεργο αποτέλεσμα. Βέβαια, για να εξηγήσει κάποιος το αποτέλεσμα, αρκεί να αναλογιστεί ότι η σύγχρονη κοινωνία επιδεικνύει συνεχώς πρότυπα ομορφιάς που είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με άτομα που χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερο ύψος από το μέσο όρο του πληθυσμού. Αυτό μπορεί να σχετιστεί με την υπόθεση ότι δημιουργούνται ενοχές στο άτομο που δεν πληροί τα κριτήρια του ύψους και να το οδηγήσει σε κάποια διαταραγμένη συμπεριφορά, η οποία δείχνει η συγκεκριμένη έρευνα να είναι σχετική με τη διατροφή του ατόμου αυτού.

5.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα το οποίο ήταν στενά ορισμένο και αφορούσε φοιτητές με την ηλικιακή απόκλιση να βρίσκεται ανάμεσα σε 18 έως και 38 ετών. Απότοκος αυτού είναι πως τα αποτελέσματα δεν μπορούν να διευρυνθούν στο συνολικό πληθυσμό αλλά περιορίζονται στους φοιτητές.

Επίσης περιορισμός στην εργασία αποτέλεσε το εύρος και η χρονική διάρκεια του ερωτηματολογίου, για το οποίο εξέφρασαν παράπονα ένα σημαντικό μέρος του δείγματος. Επίσης στους περιορισμούς μπορεί να συμπεριληφθεί η διατύπωση κάποιων ερωτήσεων, μιας και σε περιπτώσεις κρίθηκε αναγκαία η συμβολή του ερευνητή στην επεξήγηση κάποιων ερωτήσεων. Επιπλέον σε αυτό προστίθεται ότι η συμπλήρωση ερωτηματολογίου μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, χωρίς να είναι παρών ο ερευνητής αποτέλεσε από μόνο του έναν περιορισμό γιατί ενδέχεται κάποιοι φοιτητές να μην απάντησαν ειλικρινώς στις ερωτήσεις που μπορεί να δυσκολεύτηκαν. Σε αυτό σε σημείο, οφείλεται να σημειωθεί ότι τα ερωτηματολόγια για διαταραγμένη διατροφική

συμπεριφορά δεν απαντώνται εύκολα από το άτομο, γιατί μπορεί να έρθει αντιμέτωπο με καταστάσεις που το κάνουν να αισθάνεται άβολα και να μην συμπληρωθούν με ευκολία.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μέρος του δείγματος συνέχεε τη διεκδικητικότητα με την επιθετικότητα και λόγω αυτού τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης αναφορικά με τη διεκδικητικότητα να μην μπορούν να χαρακτηριστούν ως απόλυτα, μιας και ενέχει ο κίνδυνος σύγχυσης μεταξύ των εννοιών.

5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερο βάρος από την ακαδημαϊκή έρευνα, για τη μελέτη των διαταραχών λήψης τροφής. Αυτή η έρευνα μελέτησε και προχώρησε στη διερεύνηση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς, πεδίο το οποίο δεν αναπτύχθηκε εξίσου από την ακαδημαϊκή έρευνα, ιδιαίτερος σε ένα δείγμα φοιτητών συσχετίζοντας τη με τρία χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τη διεκδικητικότητα, τον τρόπο ελέγχου και την ενσυναίσθηση.

Πρόταση για μελλοντική έρευνα θα αποτελούσε η διεύρυνση αυτού του δείγματος στο γενικό πληθυσμό και όχι μόνο στους φοιτητές, λόγω και της σημαντικότητας στην πρωτογενή πρόληψη της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς η οποία παρουσιάζει δυνητικό προπομπό για ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής στην τροφή.

Παρόμοιες έρευνες θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν και σε μικρότερες ηλικίες για την πρωτογενή και από νεαρή ηλικία πρόληψη για την αποτροπή ανάπτυξης τόσο διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς όσο και διαταραχών λήψης τροφής ήδη από στο σχολείο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Allport, G. W. (1961) Pattern and growth in personality. New York: Holt, Rinechart & Winston.

Cattell, R.B. (1965). The scientific analysis of personality. Baltimore: Penguin Books.

Cotton MA, Ball C & Robinson P (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. J Gen.Intern.Med., 18, 53-56

Davis, M. H. (1980) A multidimensional approach to individual differences in empathy. JSAJ Catalogue of Selected Documents in Psychology, vol. 10, no. 4, p 85.

Davis, M. H. (1983) Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. Journal of personality and social psychology, vol. 44, no. 1, pp. 113.

Digman, J.M. (1990). "Personality structure: Emergence of the five-factor model". Annual Review of Psychology 41: 417–440.

Douka, A., Grammatopoulou, E., Skordilis, E., & Koutsouki, D. (2009) Factor analysis and cut-off score of the 26-item eating attitudes test in a Greek sample. Biology of Exercise, vol. 5, no. 1, pp. 51-68.

Dsm5,. (2015). Home | APA DSM-5. Retrieved 10 July 2015, from <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Effects of self-efficacy and post-training intervention on the acquisition and maintenance of complex interpersonal skills, Gist, Stevens & Bavetta, 1991, perssonel psycology, 1991, 44

Ekeroth, K., Clinton, D., Norring, C., & Birgegård, A. (2013). Clinical characteristics and distinctiveness of DSM-5 eating disorder diagnoses: findings from a large naturalistic clinical database. J Eat Disord, 1(1), 31. doi:10.1186/2050-2974-1-31

Engler, B. (2009). *Personality Theories: Eighth Edition*. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.

Eysenck, H. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, Ill.: Thomas.

Fensterheim, H. (1971). *Help without psychoanalysis* (p. 233). New York: New York: Stein & Day.

Föcker, M., Knoll, S., & Hebebrand, J. (2012). Anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(S1), 29-35. doi:10.1007/s00787-012-0358-6

García-Forero, C., Gallardo-Pujol, D., Maydeu-Olivares, A., & Andrés-Pueyo, A. (2009). Disentangling impulsiveness, aggressiveness and impulsive aggression: An empirical approach using self-report measures. *Psychiatry Research*, 168(1), 40-49. doi:10.1016/j.psychres.2008.04.002

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979) The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, vol. 9, no. 2, pp. 273-279.

Gelder, M., López Ibor, J., & Andreasen, N. (2000). *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Goldberg, L. R. (1993). "The structure of phenotypic personality traits". *American Psychologist* 48 (1): 26–34

Guilford, J. (1957). *A revised structure of intellect*. [Los Angeles]

Guilford, J. P., & Zimmerman, W. S. (1956) Fourteen dimensions of temperament. *Psychological Monographs: General and Applied*, vol. 70, no. 10, p. 1.

HJelle, L.A., Ziegler, D.J. (1992). *Personality Theories: Basic Assumptions, Research, and Applications*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H., & Kessler, R. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040

Journal of Nervous & Mental Disease: February 2004 - Volume 192 - Issue 2 - pp 129-138 Articles Original Stability of Personality Traits in Patients Who Received Intensive Treatment for a Severe Eating Disorder; Bloks, Hans MA*; Hoek, Hans Wijbrand MD†; Callewaert, Ineke MA‡; van Furth, Eric PhD*
© 2004 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.

Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, Perry L & Lacey JH (2002). The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ*, 325, 755-756

Mead. G.H., 1934. *Mind, Self, and Society*, Chicago: University of Chicago Press

Mershon, B.; Gorsuch, R.L. (1988). "Number of factors in the personality sphere: does increase in factors increase predictability of real-life criteria?". *Journal of Personality and Social Psychology* 55 (4): 675–680.

Mischel, W., Shoda, Y., & Smith, R. E. (2004). *Introduction to personality: Toward an integration*. New York: John Wiley & Sons.

Mitchell, J. (1990). *Bulimia nervosa*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Moore, K. (2006). Jean Petrucelli and Catherine Stuart (Eds.) (2001). *Hungers and compulsions the psychodynamic treatment of eating disorders & addictions*. Jason Aronson Inc.: London, pp. 392, ISBN 0-765-70318-1. *European Eating Disorders Review*, 14(1), 66-66. doi:10.1002/erv.683

Morgan JF, Reid F, & Lacey JH (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319, 1467-1468

Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press

Orbitello, B., Ciano, R., Corsaro, M., Rocco, P. L., Taboga, C., Tonutti, L., ... & Balestrieri, M. (2006) The EAT-26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *International journal of obesity*, vol. 30, no. 6, pp. 977-981.

Ozer, D. J., Benet-Martinez, V. (2006). "Personality and the prediction of consequential outcomes". *Annu Rev Psychol.* 57: 401–21.
doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190127. PMID 16318601

Paulhus, D. (1983) Sphere-specific measures of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 44, no. 6, p. 1253.

Paunonen, S.V.; Ashton, M.S. (2001). "Big Five factors and facets and the prediction of behavior". *Journal of Personality & Social Psychology* 81 (3): 524–539.

Perry L, Morgan J, Reid F, Brunton J, O'Brien A, Luck A, & Lacey H. (2002). Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *Int J Eat Disord.*, 32, 466-472

Poropat, A. E. (2009). "A meta-analysis of the five-factor model of personality and academic performance". *Psychological Bulletin* 135: 322–338.

Rathus, S. A. (1973) A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior therapy*, 4(3), 398-406.

Rotter, J. B. (1954) *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice Hall.

Sadock, B. J., Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins

Tupes, E.C., & Christal, R.E., *Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings*. Technical Report ASD-TR-61-97, Lackland Air Force Base, TX: Personnel Laboratory, Air Force Systems Command, 1961

Vandereycken, W., & Deth, R. (1994). From fasting saints to anorexic girls. Washington Square, N.Y.: New York University Press.

Williams, G., Chamove, A., & Millar, H. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal Of Clinical Psychology*, 29(3), 327-335. doi:10.1111/j.2044-8260.1990.tb00889.x

Williams, G., Chamove, A., & Millar, H. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal Of Clinical Psychology*, 29(3), 327-335. doi:10.1111/j.2044-8260.1990.tb00889.x

Wolpe, J. (1969) Behavior therapy of stuttering: Deconditioning the emotional factor. In: *Stuttering and the conditioning therapies*. Monterey Institute for Speech and Hearing Calif.

Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966) Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses. Oxford: Pergamon.

Μαλικιώση – Λοΐζου (1992) Κλίμακα σφαίρας ελέγχου: στοιχεία αξιοπιστίας της μεταφοράς της στα ελληνικά. *Ψυχολογικά Θέματα*, τ. 5, σ. 203-210.

Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2003). Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση. *Psychology*, 10(2 and 3), 295 - 309.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα.

Τσίτσας, Γεώργιος (2009). Η επίδραση ενός προγράμματος εκπαίδευσης στη διεκδικητικότητα, στη διεκδικητική συμπεριφορά, τον τόπο έλεγχου, την ενσυναίσθηση και την αυτοεκτίμηση σε Έλληνες φοιτητές και φοιτήτριες. Διδακτορική διατριβή για το Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι : Το ερωτηματολόγιο για τη συμπλήρωση των δημογραφικών στοιχείων.

ερωτηματολόγιο

ΗΛΙΚΙΑ

ΥΨΟΣ (cm)

ΦΥΛΟ

☐ ΑΝΔΡΑΣ

☐ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

☐ Μερικές τάξεις δημοτικού

☐ Δημοτικό

☐ Γυμνάσιο - Λύκειο

☐ ΑΕΙ - ΤΕΙ

☐ Άλλο:

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ

☐ Μερικές τάξεις δημοτικού

☐ Δημοτικό

☐ Γυμνάσιο - Λύκειο

☐ ΑΕΙ - ΤΕΙ

☐ Άλλο:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι Ερωτηματολόγιο Διεκδικητικότητας

Οδηγίες: Δείξε πόσο σε χαρακτηρίζει ή σε περιγράφει καθεμία από τις προτάσεις που ακολουθούν βαθμολογώντας τις από -3 μέχρι +3 σύμφωνα με τον κώδικα που δίνεται παρακάτω:

-3	Δε με χαρακτηρίζει ούτε με περιγράφει καθόλου
-2	Μάλλον δε με χαρακτηρίζει ούτε με περιγράφει
-1	Κατά κάποιο τρόπο δε με χαρακτηρίζει ούτε με περιγράφει
+1	Κατά κάποιο τρόπο με χαρακτηρίζει και με περιγράφει
+2	Μάλλον με χαρακτηρίζει και με περιγράφει αρκετά
+3	Με χαρακτηρίζει και με περιγράφει απολύτως

1. Οι περισσότεροι άνθρωποι δείχνουν να είναι πιο διεκδικητικοί από μένα	16. Έχω αποφύγει να κάνω ερωτήσεις από φόβο μήπως φανώ ανόητος/η
2. Έχω φανεί διστακτικός/η να κανονίσω ή να πω 'ναι' σε ραντεβού ή συζητήσεις επειδή είμαι ντροπαλός/ή	17. Όταν διαπληκτίζομαι μερικές φορές φοβάμαι πως θα νευριάσω σε σημείο να αρχίσω να τρέμω ολόκληρος/η
3. Όταν το φαγητό σε ένα μαγαζί δεν με ικανοποιεί, κάνω παράπονα στο/στη σερβιτόρο	18. Αν κάποιος που δε γνωρίζω καλά έκανε μπροστά μου ένα προσβλητικό σχόλιο θα του έλεγα ότι αυτή η συμπεριφορά είναι ανεπίτρεπτη
4. Προσέχω να μην πληγώνω τα αισθήματα των άλλων ανθρώπων, έστω κι αν νιώθω ότι έχω πληγωθεί	19. Αποφεύγω τα παζαρέματα με εμπορεύματα άλλους και εμπόρους
5. Αν ένας πωλητής/πωλήτρια έχει κουραστεί πολύ για να μου δείξει προϊόντα ή εμπορεύματα που δεν με ικανοποιούν αρκετά, δυσκολεύομαι να πω όχι.	20. Όταν κάνω κάτι σημαντικό ή αξιόλογο, φροντίζω να το μαθαίνουν οι άλλοι.
6. Επιμένω να γνωρίζω το λόγο για τον οποίο μου ζητάνε κάτι	21. Είμαι ειλικρινής και ανοικτός σε ότι αφορά αυτά που νιώθω
7. Υπάρχουν φορές που ψάχνω για ένα πολύ καλό επιχείρημα	22. Αν κάποιος διαδίδει κουτσομπολιά και ψέματα για μένα συναντώ το άτομο αυτό όσο το δυνατόν πιο γρήγορα για να το ξεκαθαρίσουμε
8. Αγινίζομαι να πάω μπροστά όπως και οι περισσότεροι άνθρωποι στη θέση μου	23. Συχνά δυσκολεύομαι να λέω όχι
9. Για να είμαι ειλικρινής, οι άνθρωποι συχνά με εκμεταλλεύονται	24. Έχω την τάση να πνίγω τα αισθήματά μου παρά να κάνω σκηνή
10. Με ευχαριστεί να ανοίγω συζήτηση με άτομα που γνωρίζω ελάχιστα ή και με αγνώστους	25. Παραπονιέμαι για κακή εξυπηρέτηση σε ένα εστιατόριο ή κάπου αλλού
11. Συχνά δυσκολεύομαι να μιλήσω με εκλυστικά άτομα του άλλου φύλου	26. Όταν μου κάνουν ένα κομπλιμέντο, καμιά φορά δε ξέρω τι να πω
12. Αν με εκνεύριζε ένας στενός συγγενής για τον οποίο τρέφω σεβασμό μάλλον θα έπνιγα τα αισθήματά μου παρά θα εξέφραζα την ενόχλησή μου.	27. Αν ένα ζευγάρι που καθόταν κοντά μου στον κινηματογράφο ή το θέατρο συζητούσε μάλλον δυνατά, θα τους ζητούσα να κάνουν ησυχία ή να συνεχίσουν τη συζήτησή τους κάπου αλλού.
13. Θα προτιμούσα να κάνω γραπτή αίτηση για μια θέση εργασίας παρά να περάσω μέσα από προσωπικές συνεντεύξεις	28. Οποιος προσπαθήσει να μου πάρει τη σειρά σε μια ουρά, θα τα ακούσει για τα καλά.
14. Ντρέπομαι να επιστρέψω πράγματα που έχω αγοράσει σε ένα μαγαζί	29. Σπεύδω να πω τη γνώμη μου
15. Διστάζω να απευθύνω από το τηλέφωνο σε κάποιον που δεν ξέρω	30. Υπάρχουν φορές που απλά δεν μπορώ να πω τίποτα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Ερωτηματολόγιο για την διερεύνηση του τόπου ελέγχου

Κλίμακα σφαίρας ελέγχου

Κυκλώστε το κατάλληλο νούμερο χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα για να βαθμολογήσετε κάθε δήλωση.

1 = Πολύ ανακριβές, πολύ λάθος

2 = Αρκετά ανακριβές, αρκετά λάθος

3 = Λίγο ανακριβές, λίγο λάθος

4 = Αβέβαιος/η

5 = Λίγο ακριβές, λίγο σωστό

6 = Αρκετά ακριβές, αρκετά σωστό

7 = Πολύ ακριβές, πολύ σωστό

A/A	ΔΗΛΩΣΕΙΣ	Πολύ ανα- κριβές	Αρκετά α- νακριβές	Λίγο ανα- κριβές	Αβέβαιος/η	Λίγο ακρι- βές	Αρκετά α- κριβές	Πολύ ακρι- βές
1	Όταν αποκτώ αυτό που θέλω είναι, συνήθως, επειδή εργάστηκα σκληρά για να το αποκτήσω.	1	2	3	4	5	6	7
2	Είμαι σχεδόν σίγουρος/η, όταν κάνω σχέδια, ότι θα τα πραγματοποιήσω.	1	2	3	4	5	6	7
3	Προτιμώ τα τυχερά παιχνίδια από τα παιχνίδια που απαιτούν καθαρή επιδεξιότητα.	1	2	3	4	5	6	7
4	Μπορώ να μάθω σχεδόν οτιδήποτε, αρκεί να το αποφασίσω.	1	2	3	4	5	6	7
5	Τα μεγαλύτερα επιτεύγματα μου οφείλονται αποκλειστικά και μόνο στη σκληρή εργασία και τις ικανότητες μου.	1	2	3	4	5	6	7
6	Δεν θέτω συνήθως στόχους, γιατί δυσκολεύομαι να τους πραγματοποιήσω.	1	2	3	4	5	6	7
7	Ο ανταγωνισμός αποθαρρύνει την άριστη επίδοση.	1	2	3	4	5	6	7
8	Οι άνθρωποι προοδεύουν συχνά, μόνο και μόνο επειδή είναι τυχεροί.	1	2	3	4	5	6	7
9	Θέλω να ξέρω, σε κάθε είδους εξετάσεις ή ανταγωνισμό, πόσο καλά τα καταφέρνω, σε σχέση με όλους τους άλλους.	1	2	3	4	5	6	7
10	Είναι ανώφελο να συνεχίσω να εργάζομαι για κάτι που μου φαίνεται πολύ δύσκολο για τις ικανότητές μου.	1	2	3	4	5	6	7
11	Φαίνεται ότι μου λείπει η ικανότητα ελέγχου σε διάφορες κοινωνικές περιστάσεις, ακόμη και όταν αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για τα περισσότερα πράγματα.	1	2	3	4	5	6	7
12	Δεν δυσκολεύομαι να κάνω και να διατηρώ φιλίες.	1	2	3	4	5	6	7
13	Δεν τα καταφέρνω και πολύ καλά στο να διευθύνω τη διεξαγωγή μιας συζήτησης, όπου συμμετέχουν πολλοί άλλοι.	1	2	3	4	5	6	7
14	Μπορώ συνήθως να συνάψω μια στενή προσωπική σχέση με ένα άτομο που το βρίσκω ελκυστικό.	1	2	3	4	5	6	7
15	Μπορώ συνήθως, όταν συνομιλώ με κάποιον, να κατευθύνω το συνομιλητή μου προς τα θέματα για τα οποία θέλω εγώ να μιλήσω και να τον απομακρύνω από εκείνα που επιθυμώ να αποφύγω.	1	2	3	4	5	6	7
16	Όταν χρειάζομαι βοήθεια, είναι δύσκολο συνήθως, να βρω άλλους να με βοηθήσουν, για να φέρω σε πέρας ένα σχέδιό μου.	1	2	3	4	5	6	7
17	Όταν επιθυμώ να συναντήσω, κάποιο άτομο μπορώ συνήθως να κανονίσω μια συνάντηση.	1	2	3	4	5	6	7
18	Βρίσκω ότι είναι συνήθως δύσκολο να κάνω τους άλλους να καταλάβουν την άποψή μου.	1	2	3	4	5	6	7
19	Όταν προσπαθώ να εξομαλύνω κάποια διαφωνία, τα κάνω συνήθως χειρότερα.	1	2	3	4	5	6	7
20	Βρίσκω ότι μου είναι εύκολο να παίξω κάποιο σημαντικό ρόλο, στις περισσότερες ομαδικές περιστάσεις.	1	2	3	4	5	6	7

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙΑ Ερωτηματολόγιο για την Ενσυναίσθηση

Κλίμακα διαπροσωπικής ικανότητας αντίδρασης

Οι ακόλουθες δηλώσεις διερευνούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά μας σε ποικίλες καταστάσεις. ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΚΑΘΕ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΠΡΙΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ. Απαντήστε όσο πιο ειλικρινά μπορείτε. Κυκλώστε το κατάλληλο νούμερο χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα για να βαθμολογήσετε κάθε δήλωση.

Δεν με περιγράφει καθόλου =1 Δεν με περιγράφει =2

Ούτε με περιγράφει ούτε δεν με περιγράφει =3

Με περιγράφει =4 Με περιγράφει απολύτως =5

A/A	ΔΗΛΩΣΕΙΣ	Δεν με περιγράφει καθόλου	Δεν με περιγράφει	Ούτε με περιγράφει ούτε δεν με περιγράφει	Με περιγράφει	Με περιγράφει απολύτως
1	Συχνά ονειροπολώ και φαντάζομαι πράγματα που μπορεί να μου συμβούν.	1	2	3	4	5
2	Συχνά νιώθω τρυφερότητα και νοιάζομαι για ανθρώπους λιγότερο τυχερούς από εμένα.	1	2	3	4	5
3	Μερικές φορές δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την πλευρά των άλλων.	1	2	3	4	5
4	Μερικές φορές δεν αισθάνομαι συμπόνια για τους άλλους όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα.	1	2	3	4	5
5	Παρακολουθώ με ενδιαφέρον τα συναισθήματά των προσώπων ενός μυθιστορήματος που διαβάζω.	1	2	3	4	5
6	Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης αισθάνομαι αμηχανία και ανησυχία.	1	2	3	4	5
7	Συνήθως προσπαθώ να είμαι αντικειμενικός/ή, όταν παρακολουθώ ένα κινηματογραφικό ή θεατρικό έργο και δεν παρασύρομαι από αυτό.	1	2	3	4	5
8	Σε μια διαφωνία προσπαθώ να εξετάσω όλες τις πλευρές πριν πάρω κάποια απόφαση.	1	2	3	4	5
9	Όταν βλέπω κάποιον να τον εκμεταλλεύονται, νιώθω να θέλω κάπως να τον προστατεύσω.	1	2	3	4	5
10	Μερικές φορές αισθάνομαι ανήμπορος/ή όταν είμαι στο μέσο μιας κατάστασης με έντονη συναισθηματική φόρτιση.	1	2	3	4	5
11	Μερικές φορές προσπαθώ να καταλάβω τους φίλους μου καλύτερα με το να φαντάζομαι τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν οι ίδιοι τα πράγματα.	1	2	3	4	5
12	Είναι σπάνιες οι φορές που με απορροφά ένα καλό βιβλίο ή έργο.	1	2	3	4	5
13	Όταν βλέπω κάποιον τραυματισμένο, προσπαθώ να παραμείνω ψύχραιμος.	1	2	3	4	5
14	Οι κακοτυχίες των άλλων δεν με προβληματίζουν ιδιαίτερα.	1	2	3	4	5
15	Εάν είμαι βέβαιος/ή ότι έχω δίκιο σε κάτι, δεν χάνω το χρόνο μου ακούγοντας τα επιχειρήματα των άλλων.	1	2	3	4	5
16	Μετά από ένα θεατρικό έργο ή μια ταινία αισθάνομαι σαν να ήμουν ένας από τους πρωταγωνιστές.	1	2	3	4	5
17	Με τρομάζει να βρίσκομαι σε μια κατάσταση με έντονη συναισθηματική φόρτιση.	1	2	3	4	5
18	Όταν βλέπω να φέρονται σε κάποιον άδικο, δεν συμπάσχω συχνά μαζί του.	1	2	3	4	5
19	Συνήθως είμαι αρκετά αποτελεσματικός στο να ανταπεξέρχομαι τις δύσκολες καταστάσεις.	1	2	3	4	5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙΒ Συνέχεια Ερωτηματολογίου για την Ενσυναίσθηση

20	Συχνά επηρεάζομαι από πράγματα που βλέπω να συμβαίνουν.	1	2	3	4	5
21	Πιστεύω ότι σε κάθε κατάσταση υπάρχουν δύο πλευρές και προσπαθώ να εξετάσω και τις δύο.	1	2	3	4	5
22	Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως αρκετά συμπονετικό πρόσωπο.	1	2	3	4	5
23	Όταν βλέπω ένα καλό έργο, ταυτίζομαι εύκολα με τον πρωταγωνιστή.	1	2	3	4	5
24	Έχω την τάση να χάνω τον έλεγχό μου σε έκτακτες καταστάσεις.	1	2	3	4	5
25	Όταν είμαι θυμωμένος/η με κάποιον, προσπαθώ να «δω μέσα από τα μάτια του» για λίγο.	1	2	3	4	5
26	Όταν διαβάζω μια ενδιαφέρουσα ιστορία, προσπαθώ να φανταστώ πώς θα αισθανόμουν, αν τα γεγονότα της ιστορίας συνέβαιναν σε εμένα.	1	2	3	4	5
27	Όταν βλέπω κάποιον που χρειάζεται άμεσα βοήθεια σε μια κρίσιμη κατάσταση, αποδιοργανώνομαι.	1	2	3	4	5
28	Πριν κριτικάρω κάποιον, προσπαθώ να φανταστώ πώς θα αισθανόμουν εγώ στη θέση του.	1	2	3	4	5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EATING ATTITUDE TEST 26 (EAT26)

	Πάντα	Συχνά	Συνήθως	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1. Τρομάζω στην ιδέα να γίνω υπέρβαρος / η.						
2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω.						
3. Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού						
4. Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω.						
5. Τεμαχίζω το φαγητό μου σε πολύ μικρά κομμάτια.						
6. Είμαι ενήμερος για το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφίμων που τρώω.						
7. Αποφεύγω ιδιαίτερα τα τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες (δηλ. ψωμί, ρύζι, πατάτες, κ.λπ.)						
8. Νομίζω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο.						
9. Κάνω εμετό μετά το φαγητό.						
10. Αισθάνομαι εξαιρετικά ένοχος μετά το φαγητό.						
11. Είμαι σχεδόν μόνιμα απασχολημένος/η με την επιθυμία να είμαι πιο αδύνατος/η.						
12. Όταν ασκούμαι σκέφτομαι τις θερμίδες που "καίω".						
13. Οι άλλοι πιστεύουν πως είμαι πολύ αδύνατος/η.						
14. Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω λίπος στο σώμα μου.						
15. Μου παίρνει περισσότερο χρόνο από ότι στους άλλους για να τελειώσω το γεύμα μου.						
16. Αποφεύγω τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη.						
17. Τρώω τρόφιμα που είναι διαίτης (τύπου light).						
18. Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου.						
19. Δείχνω αυτοέλεγχο σχετικά με το φαγητό.						

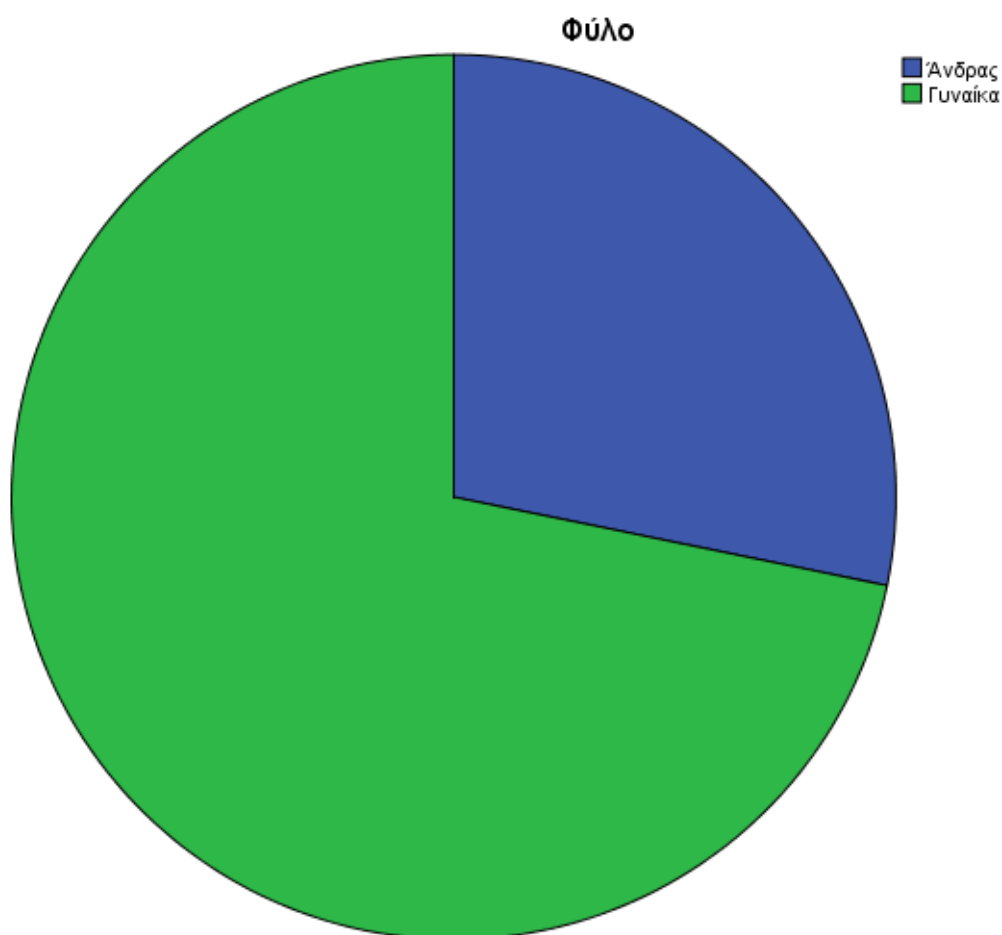
20. Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.						
21. Αφιερώνω πολύ χρόνο για να σκέφτομαι το φαγητό.						
22. Νιώθω πολύ άσχημα όταν τρώω γλυκά.						
23. Ασχολούμαι με/κάνω δίαιτες.						
24. Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι.						
25. Έχω την τάση για να κάνω εμετό μετά από τα γεύματα.						
26. Μου αρέσει να δοκιμάζω νέα τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες.						

Τους τελευταίους 6 μήνες :	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2 - 3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	2- 6 φορές την εβδομάδα	1 φορά την ημέρα ή περισσότερο
Καταφεύγετε σε υπερβολική κατανάλωση φαγητού , από όπου δεν μπορείτε να απεγκλωβιστείτε/ και δεν μπορείτε να σταματήσετε;						
Έχετε προκαλέσει ποτέ εμετό στον εαυτό σας για να ελέγξετε το βάρος/ σιλουέτα σας;						
Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ καθαρτικά, διουρητικά ή χάπια αδυνατίσματος, ώστε να ελέγξετε το βάρος/ σιλουέτα σας;						
Έχετε ασκηθεί πάνω από 60 λεπτά τη μέρα για να ελαττώσετε ή ελέγξετε το βάρος σας;						
	NAI	OXI				
Έχετε χάσει 10 κιλά ή παραπάνω (τους τελευταίους 6 μήνες);						
Έχετε ποτέ διαγνωστεί για κάποια διατροφική διαταραχή;						

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΦΥΛΟ

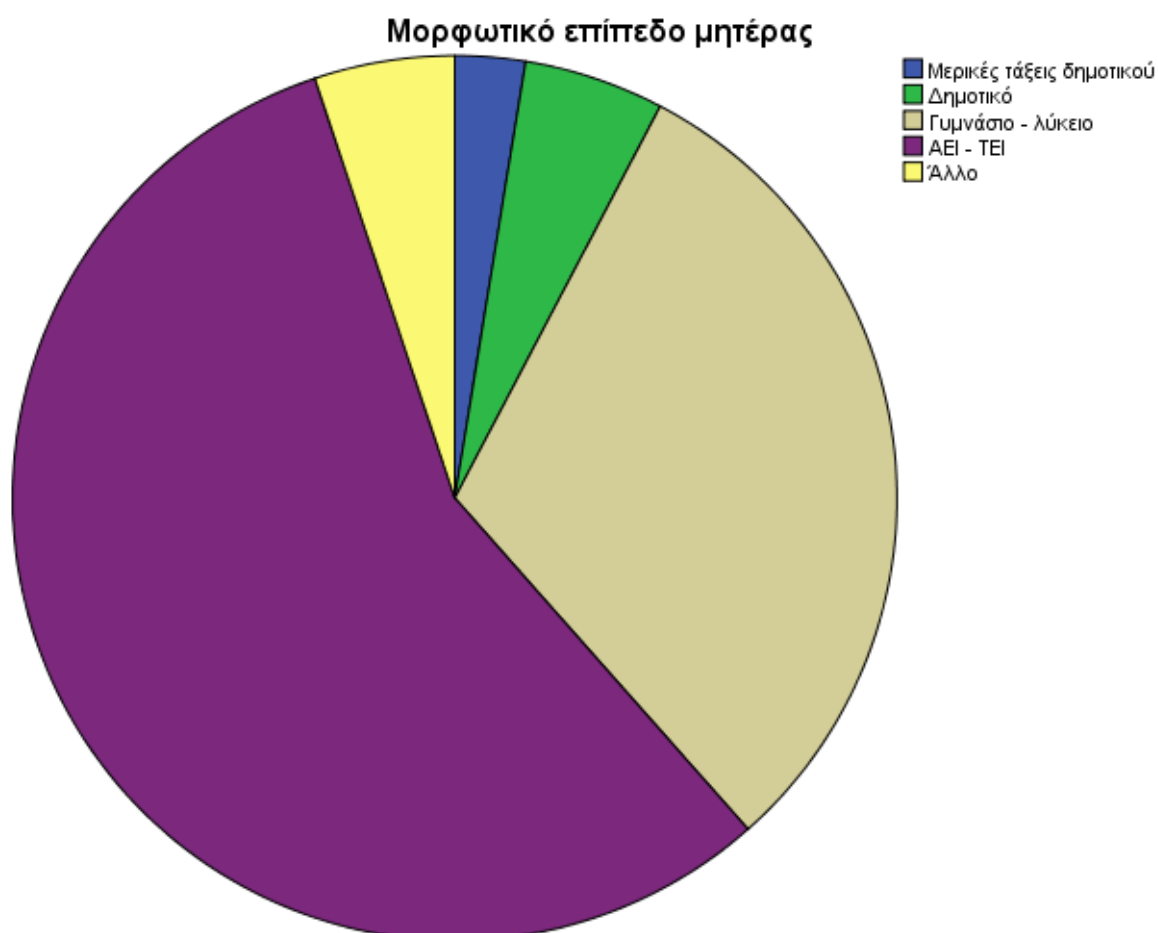
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Άνδρας	22	28,2	28,2
Γυναίκα	56	71,8	71,8
Total	78	100,0	100,0

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1:

Στο διάγραμμα παρουσιάζεται το ποσοστό του φύλου στο δείγμα (N=78), όπου από τον πίνακα 1, φαίνεται ότι το 28,2 % είναι άντρες και το 71,8% γυναίκες.

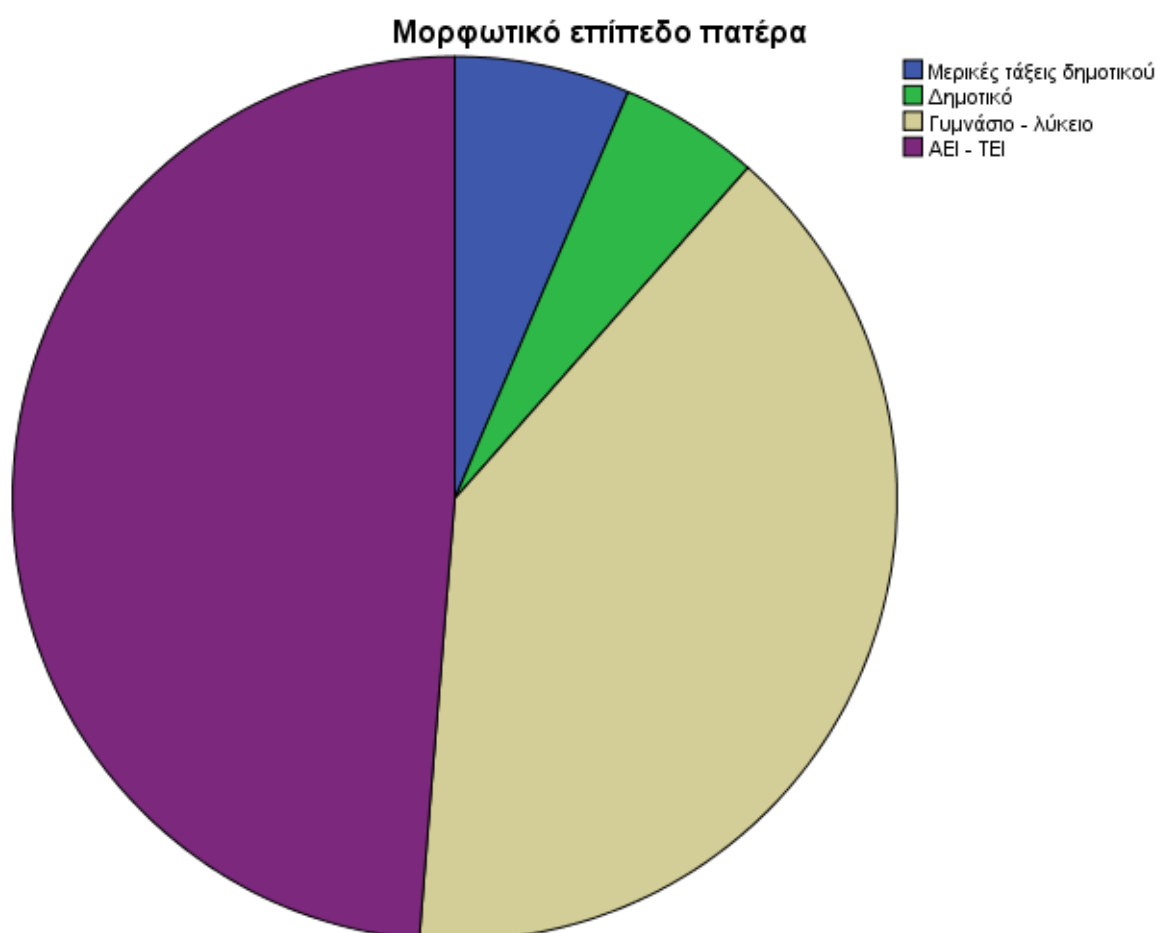
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Μερικές τάξεις δημοτικού	2	2,6	2,6
Δημοτικό	4	5,1	5,1
Γυμνάσιο - λύκειο	24	30,8	30,8
ΑΕΙ - ΤΕΙ	44	56,4	56,4
Άλλο	4	5,1	5,1
Total	78	100,0	100,0

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ

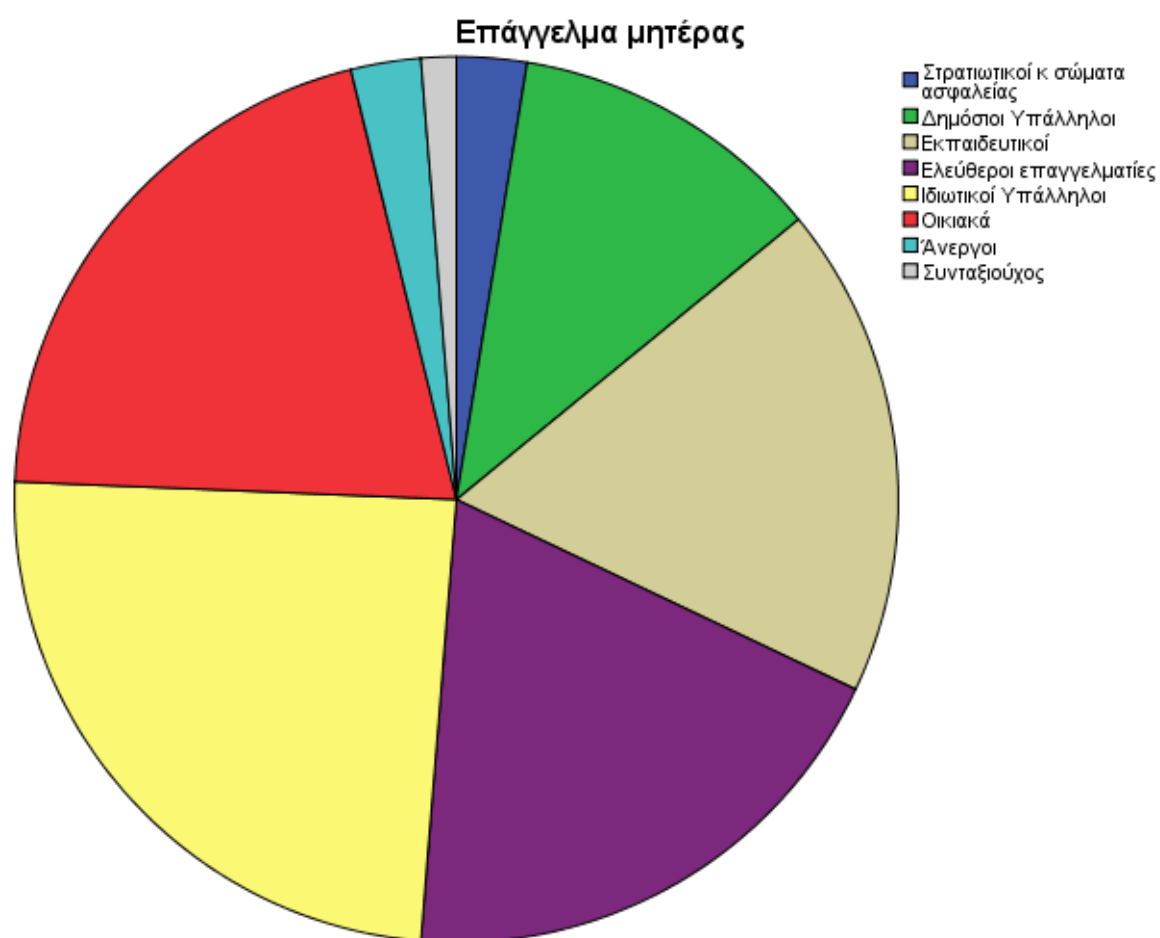
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Μερικές τάξεις δημοτικού	5	6,4	6,4
Δημοτικό	4	5,1	5,1
Γυμνάσιο - λύκειο	31	39,7	39,7
ΑΕΙ – ΤΕΙ	38	48,7	48,7
Total	78	100,0	100,0

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Στρατιωτικοί κ σώματα ασφαλείας	2	2,6	2,6
Δημόσιοι Υπάλληλοι	9	11,5	11,5
Εκπαιδευτικοί	14	17,9	17,9
Ελεύθεροι επαγγελματίες	15	19,2	19,2
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	19	24,4	24,4
Οικιακά	16	20,5	20,5
Άνεργοι	2	2,6	2,6
Συνταξιούχος	1	1,3	1,3
Total	78	100,0	100,0

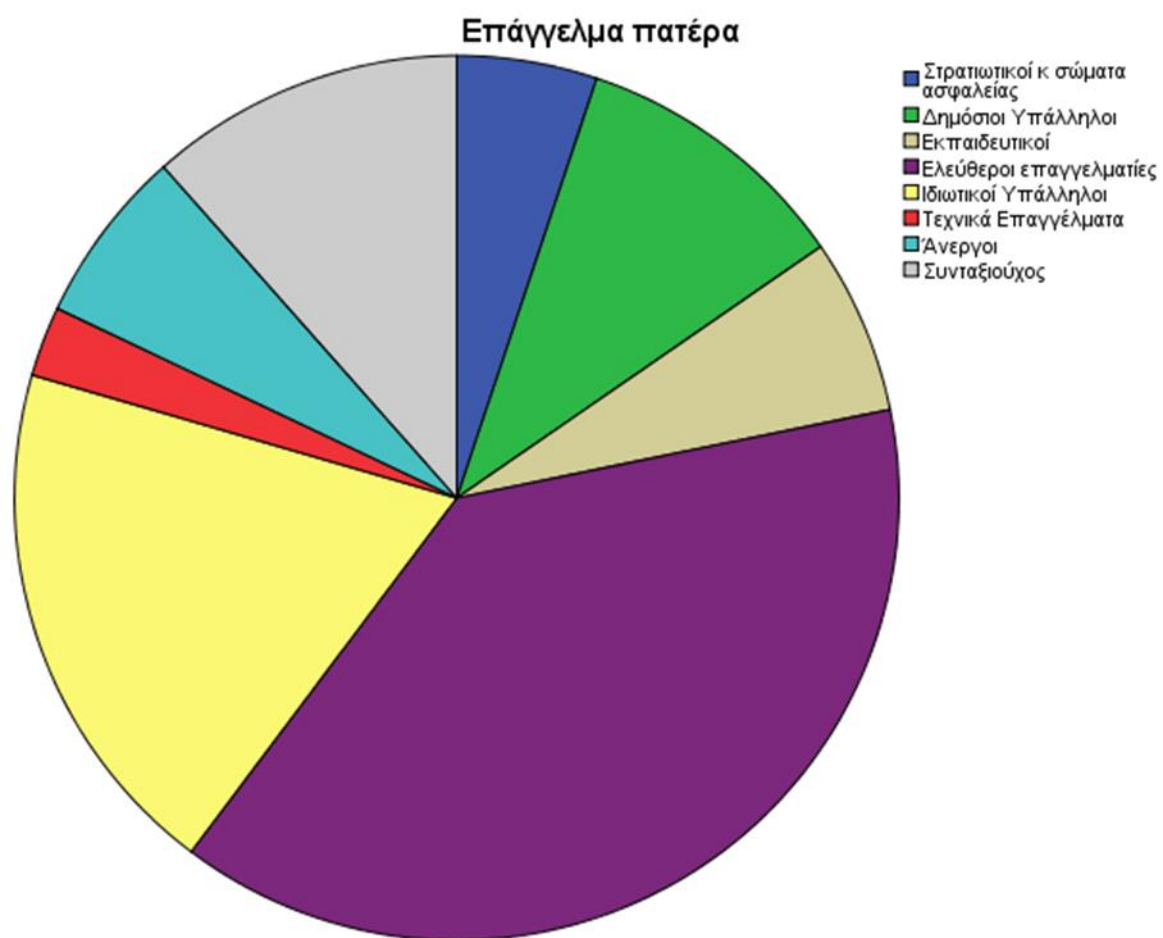
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4



ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Στρατιωτικοί κ σώματα ασφαλείας	4	5,1	5,1
Δημόσιοι Υπάλληλοι	8	10,3	10,3
Εκπαιδευτικοί	5	6,4	6,4
Ελεύθεροι επαγγελματίες	30	38,5	38,5
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	15	19,2	19,2
Τεχνικά Επαγγέλματα	2	2,6	2,6
Άνεργοι	5	6,4	6,4
Συνταξιούχος	9	11,5	11,5
ΣΥΝΟΛΟ	78	100,0	100,0

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5



ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ Ή ΟΧΙ

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	8	10,3	10,3
ΟΧΙ	70	89,7	89,7
Total	78	100,0	100,0

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6