

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΛΟΡΔΟΣ

Α.Μ. 1780

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Μελέτη Περίπτωσης, Επισκόπηση Βιβλιογραφίας και Θεωρητικές Προεκτάσεις

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2010

Η Ψυχολογία της Παχυσαρκίας: Μελέτη Περίπτωσης, Επισκόπηση Βιβλιογραφίας και Θεωρητικές Προεκτάσεις

Αλέξανδρος Λόρδος, Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης

9 Φεβρουαρίου 2010

Περίληψη: Στην εργασία αυτή διερευνήθηκε η ψυχολογική διάσταση της παχυσαρκίας μέσα από την μελέτη της περίπτωσης ενός τέως παχύσαρκου άνδρα ο οποίος για τους σκοπούς της έρευνας συνέταξε την αυτοβιογραφία του. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με την μέθοδο της θεμελιωμένης θεωρίας, η οποία απέδωσε τις εξής κατηγορίες: Υποκείμενοι παχυσαρκογενείς παράγοντες, παχυσαρκογενές πρότυπο συμπεριφοράς, αυξομειώσεις βάρους, σχέση με το σώμα, συνέπειες παχυσαρκίας, στάδια αλλαγής, θεραπείες που αποτυγχάνουν, στοιχεία επιτυχημένης θεραπείας, και συνέπειες θεραπείας. Αυτές οι εννέα κατηγορίες αναλύθηκαν σε 61 συνολικά υποκατηγορίες, οι οποίες περιγράφονται λεπτομερώς στο κείμενο της εργασίας. Η επισκόπηση βιβλιογραφίας έγινε στην βάση των κατηγοριών που προέκυψαν, και δίνει μια ολοκληρωμένη εικόνα της μέχρι σήμερα έρευνας αναφορικά με την ψυχολογία της παχυσαρκίας. Από την ερευνητική διαδικασία προέκυψαν τρία θεωρητικά μοντέλα: Πρώτο, ένα μοντέλο για την παθογένεση της παχυσαρκίας που περιγράφει την αλληλεπιδραστική σχέση μεταξύ υποκείμενων παραγόντων, εκλυτικών παραγόντων, παχυσαρκογενούς συμπεριφοράς, και των ίδιων των συνεπειών της παχυσαρκίας. Δεύτερο, ένα μοντέλο για στάδια αλλαγής στην παχυσαρκία που περιλαμβάνει διάκριση μεταξύ βεβιασμένης δράσης και στοχευμένης δράσης. Και τρίτο, ένα μοντέλο για την θεραπεία της παχυσαρκίας που περιλαμβάνει τα εξής επίπεδα παρέμβασης: Κράτος/κουλτούρα, πλαίσιο ζωής, συμπεριφορικό επίπεδο, γνωστικό επίπεδο και σχέση νου – σώματος.

Φράσεις Κλειδιά: Αυτοβιογραφία, Μελέτη Περίπτωσης, Θεμελιωμένη Θεωρία, Ψυχολογία της Παχυσαρκίας, Παχυσαρκογενής Συμπεριφορά, Θεραπεία της Παχυσαρκίας

The Psychology of Obesity: Case Study, Literature Review and Implications for Theory

Alexandros Lordos, Department of Psychology, University of Crete

9th February 2010

Abstract: In this study, the psychological aspects of obesity were researched through the case study of a formerly obese male adult who authored his autobiography for the purposes of this research. Data analysis was conducted in line with the Grounded Theory approach, which resulted in the emergence of the following categories: Underlying obesogenic factors, obesogenic behavioral profile, weight fluctuations, relationship with the body, consequences of obesity, stages of change, treatments that fail, elements of successful therapy, and impact of obesity treatment. These nine categories were further analyzed into 61 sub-categories in total, which are described in detail within the study. The literature review was conducted on the basis of the categories that emerged, and provides a comprehensive overview of research to date in relation to the psychology of obesity. As a result of the research process, three theoretical models were constructed: Firstly, a model that seeks to explain the genesis of obesity, and which describes the interaction between underlying factors, triggering factors, obesogenic behavior and the consequences of obesity. Secondly, a model for stages of change in obesity which includes a distinction between rushed action and deliberated action. And thirdly, a model for the treatment of obesity which includes the following levels of intervention: State/culture, life context, behavioral level, cognitive level, and mind-body relationship.

Key Phrases: Autobiography, Case Study, Grounded Theory, Psychology of Obesity, Obesogenic Behavior, Obesity Treatment

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1ο ΜΕΡΟΣ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1.1 Εισαγωγικές Σκέψεις: Γιατί έγινε αυτή η έρευνα;	8
1.2 Η Μεθοδολογία της Έρευνας	11
1.3 Επισκόπηση των Κατηγοριών που προέκυψαν από την Ανάλυση	18
2ο ΜΕΡΟΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	20
2.1 Υποκείμενοι Παχυσαρκογενείς Παράγοντες.....	21
2.1.1 Διαταραχή Γονεϊκής Σχέσης	21
2.1.2 Απουσία Διατροφικής Αγωγής.....	22
2.1.3 Θλίψη και Πικρία	23
2.1.4 Υπερένταση.....	23
2.1.5 Ψυχοκοινωνικό Στρες.....	24
2.1.6 Συζήτηση και Προεκτάσεις.....	25
2.2 Παχυσαρκογενές Πρότυπο Συμπεριφοράς.....	32
2.2.1 Τάση για καταχρήσεις.....	32
2.2.2 Καθιστική Ζωή	32
2.2.3 Φαγητά ως Φάρμακα	33
2.2.4 Χρήση Θερμιδικά Πυκνών Τροφών	34
2.2.5 Υπερφαγία	34
2.2.6 Απουσία Προσανατολισμού	35
2.2.7 Μονότονη και Ανελαστική Συμπεριφορά	35
2.2.8 Ανεπαρκής Κρίση	36
2.2.9 Συζήτηση και Προεκτάσεις.....	36
2.3 Αυξομειώσεις Βάρους	45
2.3.1 Σταθερή Αύξηση	45
2.3.2 Ταχύτατη Αύξηση	45
2.3.3 Ταχύτατη Μείωση.....	45
2.3.4 Απώλεια και Επαναπρόσληψη.....	46
2.3.5 Σταθεροποίηση	46
2.3.6 Συζήτηση και Προεκτάσεις.....	47

2.4 Σχέση με το Σώμα.....	50
2.4.1 Το Σώμα ως Φτωχός Συγγενής.....	50
2.4.2 Το Σώμα ως Πηγή Ηδονής.....	50
2.4.3 Το Σώμα ως Εχθρός.....	51
2.4.4 Επιβολή Ελέγχου.....	51
2.4.5 Αναζήτηση Ισορροπίας.....	52
2.4.6 Συζήτηση και Προεκτάσεις.....	53
2.5 Συνέπειες Παχυσαρκίας.....	55
2.5.1 Πλήγμα Αυτό-Εκτίμησης.....	55
2.5.2 Μεταβολική Απορρύθμιση.....	55
2.5.3 Υπέρταση.....	56
2.5.4 Φόβος και Ανασφάλεια.....	56
2.5.5 Σωματική Δυσχέρεια.....	57
2.5.6 Γνωσιακή Έκπτωση.....	57
2.5.7 Μειωμένη Λειτουργικότητα.....	57
2.5.8 Αλυσιδωτές Κοινωνικές Συνέπειες.....	57
2.5.9 Συζήτηση και Προεκτάσεις.....	58
2.6 Στάδια Αλλαγής.....	62
2.6.1 Άρνηση του Προβλήματος.....	62
2.6.2 Υπαρξιακή Αναζήτηση.....	62
2.6.3 Κινητοποίηση εν μέσω Αρνητικών Βιωμάτων.....	63
2.6.4 Συνειδητοποίηση και Σχεδιασμός.....	63
2.6.5 Διερεύνηση Επιλογών.....	64
2.6.6 Έμπρακτη Προετοιμασία.....	65
2.6.7 Δράση.....	65
2.6.8 Ανατροπή Ισορροπιών.....	66
2.6.9 Εγκατάλειψη και Υποτροπή.....	66
2.6.10 Συζήτηση και Προεκτάσεις.....	67
2.7 Παρεμβάσεις που Αποτυγχάνουν.....	73
2.7.1 Μη-Συνεργατική Παρέμβαση.....	73
2.7.2 Επιφανειακή Συμμόρφωση.....	73
2.7.3 Παραπληροφόρηση ‘Ειδικών’.....	74
2.7.4 Υπέρμετρες Προσδοκίες σε Τεχνολογικές Λύσεις.....	74
2.7.5 Ανεπαρκής Γυμναστική.....	75

2.7.6 Προσοχή στην Ποιότητα αλλά όχι στην Ποσότητα Τροφής	76
2.7.7 Ανυπόφορα Υποκατάστατα Τροφών	76
2.7.8 Συζήτηση και Προεκτάσεις.....	77
2.8 Στοιχεία Επιτυχημένης Θεραπείας.....	81
2.8.1 Θετικά Παραδείγματα	81
2.8.2 Υποστηρικτικές Σχέσεις	81
2.8.3 Αποδοχή Θυσιών	82
2.8.4 Αναζήτηση Γνώσης.....	83
2.8.5 Καλά Δομημένο Πρόγραμμα.....	83
2.8.6 Διατροφική Αναδόμηση.....	84
2.8.7 Εντατική Γυμναστική.....	85
2.8.8 Συντήρηση Σταθερού Θερμιδικού Ελλείμματος	86
2.8.9 Ενίσχυση Επιτελικών Λειτουργιών	87
2.8.10 Θετικές Συνήθειες πέρα από την Απώλεια Βάρους.....	88
2.8.11 Συζήτηση και Προεκτάσεις.....	88
2.9 Συνέπειες Θεραπείας	97
2.9.1 Αυξημένη Αυτό-αποτελεσματικότητα.....	97
2.9.2 Αυξημένη Εκτίμηση από το Περιβάλλον.....	97
2.9.3 Γενίκευση της Υπεύθυνης Στοχοθέτησης.....	97
2.9.4 Διευθέτηση Πολλαπλών Εκκρεμοτήτων	98
2.9.5 Συζήτηση και Προεκτάσεις.....	98
3ο ΜΕΡΟΣ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	100
3.1 Η παχυσαρκία και η θεραπεία της: Τι μας διδάσκει το συγκεκριμένο περιστατικό;	101
3.1.1 Η παθογένεση της παχυσαρκίας	101
3.1.2 Παχυσαρκία και στάδια αλλαγής	103
3.1.3 Η θεραπεία της παχυσαρκίας.....	105
3.2 Επόμενα Βήματα στην Έρευνα για την Παχυσαρκία	108
3.2.1 Επέκταση και επαλήθευση της διαδικασίας θεμελιωμένης θεωρίας.....	108
3.2.2 Κατασκευή και στάθμιση ψυχομετρικών εργαλείων	108
3.2.3 Αξιολόγηση πιλοτικών θεραπευτικών προγραμμάτων	109
Βιβλιογραφικές Παραπομπές	111

1^ο ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγικές Σκέψεις: Γιατί έγινε αυτή η έρευνα;

Είθισται στην εισαγωγή επιστημονικών συγγραμμάτων για την παχυσαρκία, να θεμελιώνει ο ερευνητής την απόφαση του να ασχοληθεί με το συγκεκριμένο θέμα αναφερόμενος στην σχετική βιβλιογραφία που τεκμηριώνει την σοβαρότητα των συνεπειών της παχυσαρκίας, τις επιδημιολογικές της διαστάσεις, το πολιτισμικό της υπόβαθρο και άλλα παρόμοια. Στην περίπτωση αυτής της έρευνας μια τέτοια εισαγωγή όχι μόνο περιττεύει αλλά θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως ανειλικρινής: Η απόφαση μου να διερευνήσω το ζήτημα της παχυσαρκίας από την ψυχολογική του σκοπιά δεν έχει την γένεση της στη μελέτη καμίας βιβλιογραφίας που να κέντρισε την προσοχή και την ακαδημαϊκή μου περιέργεια, αλλά προέρχεται σαφώς από προσωπικά βιώματα και εμπειρίες με την παχυσαρκία, η οποία αποτέλεσε την σοβαρότερη απειλή που έχω μέχρι σήμερα αντιμετωπίσει ως προς την ψυχική μου υγεία και σωματική μου επιβίωση.

Ως ένα τέως παχύσαρκο άτομο, συνέταξα αυτή την εργασία πρωτίστως για να βοηθηθώ εγώ ο ίδιος: Κατανοώντας την παχυσαρκία, κατανώ καλύτερα τον εχθρό μου. Στο πλαίσιο μιας πολεμικής εκστρατείας - και πράγματι η αποτελεσματική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτελεί μια πολυμέτωπη εκστρατεία, ωσάν να πρόκειται για πόλεμο - η επίγνωση του εχθρού είναι βασική προϋπόθεση για τη νίκη. Στο ζήτημα της παχυσαρκίας και της θεραπείας της, όπως ανακάλυψα μέσα από πολλές επώδυνες εμπειρίες ως πάσχων άνθρωπος που αναζητούσε θεραπεία, επικρατούν δυστυχώς ψηλά επίπεδα σύγχυσης, άγνοιας, εμπορικής εκμετάλλευσης και τσαρλατανισμού. Οι

καθ' ύλην αρμόδιοι επιστήμονες για την αντιμετώπιση του προβλήματος – γενικοί ιατροί και ενδοκρινολόγοι αφού η παχυσαρκία εντάσσεται στις γενικές ιατρικές διαταραχές, διαιτολόγοι και γυμναστές αφού η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από εμφανείς αποκλίσεις στις συμπεριφορές λήψης τροφής και σωματικής άσκησης – δεν έχουν την αναγκαία εκπαίδευση και εμπειρία για να διεισδύσουν στον έσω πυρήνα και τα ψυχογενή αίτια της παχυσαρκογενούς συμπεριφοράς. Η επιστήμη της ψυχολογίας, που θα μπορούσε να συνεισφέρει σε αυτό τον σκοπό, έχει δυστυχώς εδώ και δεκαετίες γυρίσει την πλάτη της στο συγκεκριμένο πρόβλημα αρνούμενη ότι η παχυσαρκία, ή έστω η παχυσαρκογενής συμπεριφορά, αποτελεί κλινική διαταραχή που αφορά τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Οι καιροί όμως αλλάζουν, και όπως θα δούμε στη συνέχεια η αναμενόμενη έλευση του διαγνωστικού εργαλείου DSM-V στα επόμενα χρόνια ενδέχεται να προκαλέσει ριζική αναθεώρηση των όσων μέχρι σήμερα πιστεύαμε, ως επιστήμονες ψυχικής υγείας, για την παχυσαρκία.

Παραδίδω λοιπόν την εργασία αυτή στην κρίση των αναγνωστών με πνεύμα ελπίδας; Ελπίδας, ότι στο μέλλον η θεραπεία της παχυσαρκίας δεν θα αποτελεί ένα άπιαστο όνειρο για τους πολλούς, ούτε πεδίο εμπορικής εκμετάλλευσης του πόνου αμέτρητων ανθρώπων, αλλά μια ολοκληρωμένη ψυχοκοινωνική 'παρέμβαση ρουτίνας', στο πλαίσιο μιας γόνιμης διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ ψυχολόγων, ιατρών, διατροφολόγων και άλλων ειδικών που μπορούν και οφείλουν να συνεισφέρουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Κλείνοντας την εισαγωγή αυτή θα ήθελα να ευχαριστήσω, πρώτα αυτούς που μου συμπαραστάθηκαν όλα αυτά τα χρόνια στον αγώνα μου με την παχυσαρκία: Την σύζυγο μου Ειρήνη, για την αδιασάλευτη αγάπη της και την υπομονή που επέδειξε όλα τα χρόνια που μαζί υποφέραμε λόγω της δικής μου κατάστασης. Τον πατέρα μου Κωνσταντίνο, ο οποίος έδωσε σε μένα το καλό παράδειγμα ενός ανθρώπου που βάζει στόχους στη ζωή του και αγωνίζεται να τους υλοποιήσει, και που μου συμπαραστάθηκε με πολλή διάκριση και λεπτότητα στην προσπάθειά μου για να απαλλαχτώ από την παχυσαρκία. Τον πνευματικό μου, Μητροπολίτη Αθανάσιο, ο οποίος μέσα από την κατανόηση, την προσευχή και τις σοφές συμβουλές του, μου επέτρεψε να διαμορφώσω νέα προσωπικά θεμέλια για μια πιο ισορροπημένη και πιο ολοκληρωμένη ζωή. Και τέλος τα πολύ-αγαπημένα μου παιδιά, Μαριάννα, Θεοδώρα και Κωνσταντίνο: Η δική τους αγάπη, απλότητα και χαρά με διδάσκει ένα άλλο τρόπο ζωής όπου οι παχυσαρκογενείς αγκυλώσεις και καταχρήσεις του σύγχρονου κόσμου είναι εντελώς περιττές. Ολοκληρώνοντας, θέλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου στο Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης για τα εφόδια που μου έδωσαν ώστε να είμαι σε θέση να εκπονήσω την εργασία αυτή, και ιδιαίτερα την επόπτριά μου Δρ. Σοφία Τριλίβα, για τον πολύτιμο χρόνο που μου αφιέρωσε και για την ενθάρρυνση της να αποτολμήσω την ανακάλυψη της παχυσαρκίας μέσα από την ανακάλυψη του εαυτού μου.

Αλέξανδρος Λόρδος

Ρέθυμνο, 9 Φεβρουαρίου 2010

1.2 Η Μεθοδολογία της Έρευνας

Η έρευνα αυτή σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να αξιοποιεί όσο το δυνατόν περισσότερο το γεγονός ότι ως ερευνητής έχω μακρόχρονη προσωπική εμπειρία με το ζήτημα της παχυσαρκίας. Η Smith (2005), περιγράφοντας τα δικά της προσωπικά διλήμματα στην επιλογή ερευνητικής μεθοδολογίας, συμπεραίνει ότι ένας ερευνητής σε θέματα ψυχικής υγείας που είναι 'εκ των έσω γνώστης' (*Insider*) του ερευνητικού του χώρου, δεν πρέπει να αποποιείται την βιωματική του επίγνωση στην επιλογή της μεθοδολογίας. Σύμφωνα με τους Foster et al (2005), ο ερευνητής με προσωπικό βίωμα του υπό έρευνα ζητήματος καλείται να εξεύρει μια ισορροπία μεταξύ της 'εκ των έσω γνώσης' και της 'εκ των έξω γνώσης', ενώ η Dowling (2006) αναφέρεται στην ανάγκη να υπάρχει μια κατάσταση δημιουργικής έντασης μεταξύ του εαυτού ως υποκειμένου και του εαυτού ως αντικειμένου. Εξ' άλλου, οι ψυχολόγοι και ψυχοθεραπευτές θα έπρεπε ούτως ή άλλως να είναι εξοικειωμένοι στην δημιουργική χρήση του εαυτού, τόσο στον ρόλο τους ως ερευνητές όσο και στον ρόλο τους ως θεραπευτές (Foster, McAllister, & O' Brien, 2006).

Στη συγκεκριμένη έρευνα, και λαμβάνοντας υπ' όψη το γεγονός ότι το ζήτημα της παχυσαρκίας με απασχολεί σταθερά από την παιδική ηλικία μέχρι σήμερα, θεώρησα ότι ένας κατάλληλος τρόπος για να αποκαλύψω τα σχετικά βιώματα μου ώστε να γίνουν αντικείμενο έρευνας θα ήταν μέσω της σύνταξης μιας αυτοβιογραφίας. Οι Boyle και Parry (2007) ενθαρρύνουν όσους σκοπεύουν να καταγράψουν τις προσωπικές τους εμπειρίες για σκοπούς έρευνας να χρησιμοποιούν το πρώτο πρόσωπο και λογοτεχνικό

ύφος, διότι με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται πιο αποτελεσματικά η ανάκληση των κινήτρων και συναισθημάτων που συνδέονται με τα διάφορα συμβάντα. Υιοθετώντας αυτή την προσέγγιση, η πρώτη καταγραφή της ιστορίας μου έγινε με αβίαστο τρόπο και σε προσωπικό ύφος, ακολουθώντας μια χρονική σειρά καταγραφής σχετικών βιωμάτων από την αρχή της παιδικής ηλικίας μέχρι σήμερα. Η έννοια του 'σχετικού' βιώματος ήταν ευρεία και συμπεριλάμβανε όλα τα βιώματα που αναφέρονταν στο σώμα, αλλά και γενικότερα όλα τα γεγονότα που μπορούσα να ανακαλέσω αναφορικά με σημαντικά ψυχοκοινωνικά συμβάντα. Σύμφωνα με τους Bluck και Habermas (2000), ο κάθε άνθρωπος αυτόματα και αυθόρμητα κωδικοποιεί την αυτοβιογραφία του σε ένα ασυνείδητο επίπεδο, διαμορφώνοντας έτσι το 'Σχήμα Ιστορίας Ζωής' (*Life Story Schema*), το οποίο χαρακτηρίζεται από χρονική, θεματική και αιτιακή συγκρότηση, ενώ ο Eakin (2005) προχωρά ένα βήμα πάρα πέρα, λέγοντας ότι η διαμόρφωση και αναδιαμόρφωση της προσωπικής αυτοβιογραφίας αποτελεί ομοιοστατική διαδικασία μέσω της οποίας ρυθμίζεται και διατηρείται η αίσθηση ταυτότητας του ατόμου. Με αυτά υπ' όψη, θα ήταν ίσως πιο ορθό να πω ότι στην πρώτη καταγραφή της αυτοβιογραφίας μου απλώς εξέφρασα στο χαρτί την ιστορία ζωής που είχα ήδη κωδικοποιημένη στην μνήμη ως αναπόσπαστο στοιχείο της προσωπικής μου ταυτότητας. Η ιστορία που καταγράφηκε μιλούσε για ένα μακρόχρονο αγώνα με την παχυσαρκία στο φόντο διαφόρων εποχών, ηλικιών και κοινωνικών συνθηκών. Διαβλέποντας αυτή την υποκείμενη θεματική, έδωσα στην αυτοβιογραφία τον τίτλο 'Μία Προσωπική Οδύσσεια μέσα από το Πέλαγος της Παχυσαρκίας: Η Αυτοβιογραφία ενός Σώματος'.

Μετά την πρώτη και αυθόρμητη καταγραφή, ακολούθησε μια διαδικασία συστηματικού εμπλουτισμού της αυτοβιογραφίας, στο πλαίσιο της οποίας έγινε κριτική ανάγνωση του κειμένου έχοντας υπ' όψη τα συγκεκριμένα κριτήρια που, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, πρέπει να τηρεί μια ιστορία ζωής για να θεωρείται πλήρης. Ο Dollard (1949) προτείνει τα εξής στοιχεία - κριτήρια που πρέπει να περιλαμβάνονται σε μια ιστορία ζωής: Χαρακτηριστικά πλαισίου, κοινωνικές νόρμες, συστήματα αξιών, παράγοντες που επηρεάζουν τους στόχους και τις ανησυχίες του ατόμου, η επιρροή σημαντικών άλλων, επιλογές και δράσεις σε συνάρτηση με τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα, ιστορική συνέχεια των χαρακτήρων της ιστορίας, ύπαρξη αρχής, μέσης και τέλους, και συγκροτημένη συνολική πλοκή. Οι Cook-Cottone και Beck (2007) προτείνουν ένα απλοποιημένο αλλά επίσης χρήσιμο πλαίσιο κριτηρίων για την ιστορία ζωής, που περιλαμβάνει το εσωτερικό σύστημα – σκέψεις, συναισθήματα και σώμα – και το οικολογικό σύστημα – οικογένεια, κοινότητα, κουλτούρα – σε μια συνεχή αλληλεπίδραση με την αναπαράσταση του εαυτού. Με τα πιο πάνω κριτήρια υπ' όψη επεξεργάστηκα συστηματικά την αυτοβιογραφία μου μέχρι που κατέληξα σε μια εκδοχή που θεωρούσα αρκετά ολοκληρωμένη, ώστε να στηριχθεί πάνω της η υπόλοιπη ανάλυση της έρευνας.

Η ίδια η ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την αυτοβιογραφία έγινε σύμφωνα με την προσέγγιση της θεμελιωμένης θεωρίας (*Grounded Theory Approach*). Η απόφαση αυτή δεν λήφθηκε αβασάνιστα: Ενώ η προσέγγιση της θεμελιωμένης θεωρίας προσφέρεται για την έρευνα προσωπικών εμπειριών και νοημάτων, ιδιαίτερα σε θέματα που χαρακτηρίζονται από θεωρητική ανεπάρκεια και όπου το ζητούμενο

είναι η διαμόρφωση πρωτότυπων υποθέσεων (Burck, 2005), την ίδια ώρα δεν συνηθίζεται να εφαρμόζεται η προσέγγιση της θεμελιωμένης θεωρίας στην βάση ενός μόνο περιστατικού. Ο τυπικός σχεδιασμός θεμελιωμένης θεωρίας περιλαμβάνει την αξιοποίηση δεδομένων από ένα σύνολο περιστατικών, όπως στην περίπτωση των Swatton και O' Callaghan (1999) που διαμόρφωσαν θεωρία για την 'θεραπευτική αφήγηση' στη βάση των ιστοριών έξι ατόμων, ή την περίπτωση των Dilks et al (2008) που διασαφήνισαν τις διαδικασίες και δραστηριότητες στην ψυχολογική θεραπεία της ψύχωσης στη βάση απομαγνητοφωνημένων πρακτικών από τις θεραπευτικές συνεδρίες έξι ασθενών. Ο προβληματισμός μου γύρω από την καταλληλότητα της προσέγγισης θεμελιωμένης θεωρίας στην δική μου έρευνα τελικά λύθηκε μέσα από την επισκόπηση πιο πρόσφατης βιβλιογραφίας, όπου διαφαίνεται σαφώς μια τάση αποδοχής της μελέτης περίπτωσης ως βάση για διαμόρφωση θεωρίας (Westerman, 2009; Stiles, 2003). Ανάμεσα στα επιχειρήματα που επιστρατεύονται οι υποστηρικτές αυτής της προσέγγισης περιλαμβάνονται το γεγονός ότι η μελέτη περίπτωσης παρέχει πλούσια δεδομένα από τα οποία δεν χάνεται η διασύνδεση με το πλαίσιο, ότι επιτρέπει μια πιο ανθρωποκεντρική οπτική γωνία ελεύθερη από την από-προσωποποίηση της αφάιρεσης, και ότι δημιουργεί πιο άμεσους διαύλους επικοινωνίας μεταξύ θεωρίας και κλινικής πράξης. Οι επικριτές αυτής της προσέγγισης δεν απαξιώνουν πλήρως την προσπάθεια διαμόρφωσης θεωρίας στη βάση μελέτης περίπτωσης, συστήνουν όμως προσοχή και την συμπλήρωση της έρευνας από άλλες, πιο συμβατικές μεθόδους ώστε να διασφαλίζεται η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων (Fishman, 2009). Με αυτά υπ' όψη αποφάσισα να προχωρήσω με την προσέγγιση της θεμελιωμένης θεωρίας, αλλά με

επιφύλαξη και χωρίς να επιτρέπω στον εαυτό μου να αναπτύξει υπέρμετρη εμπιστοσύνη στα όποια θεωρητικά συμπεράσματα προκύπτουν από την διαδικασία. Εξ' άλλου, στην προσέγγιση της θεμελιωμένης θεωρίας πάντοτε ενδείκνυται να διατυπώνει κάποιος με επιφύλαξη την όποια θεωρία προκύπτει, είτε η μελέτη γίνεται με έξι άτομα είτε αποτελεί μελέτη περιστατικού (Giske & Artinian, 2007). Εκ των υστέρων, και αφού έχω αναλύσει τα δεδομένα, μπορώ να πω ότι αισθάνομαι περισσότερη σιγουριά για την καταλληλότητα της προσέγγισης θεμελιωμένης θεωρίας στο πλαίσιο της μελέτης περιστατικού, αφού όντως προέκυψαν πλούσιες κατηγορίες με διάφορες μεταξύ τους συνδέσεις, που οδήγησαν σε ενδιαφέροντα θεωρητικά συμπεράσματα.

Η ίδια η κωδικοποίηση και ανάλυση των δεδομένων έγινε μέσα από τα χαρακτηριστικά στάδια της προσέγγισης θεμελιωμένης θεωρίας: Αρχική γραμμή προς γραμμή κωδικοποίηση των δεδομένων, εστιασμένη κωδικοποίηση με διαμόρφωση κατηγοριών, διαχωρισμός των κατηγοριών αυτών σε υπό-κατηγορίες, και σύνταξη περιγραφικών σημειωμάτων για την κάθε υποκατηγορία (Ghezeljeh & Emami, 2009; Charmaz, 2008; Scott & Howell, 2008; Eaves, 2001). Συγκεκριμένα από την διαδικασία αυτή προέκυψαν 366 αρχικές κωδικοποιήσεις, οι οποίες συγκεντρώθηκαν έπειτα σε 9 κατηγορίες, που με την σειρά τους αναλύθηκαν σε 61 συνολικά επί μέρους υπό-κατηγορίες. Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζεται μια σύνοψη των κατηγοριών που προέκυψαν. Σε αντίθεση με την αυτοβιογραφία που συντάχθηκε σε πρώτο πρόσωπο και με λογοτεχνικό ύφος, τα περιγραφικά σημειώματα γράφτηκαν σε τρίτο πρόσωπο και με κλινικό ύφος. Ο σκοπός αυτής της διαφοροποίησης ήταν αφ' ενός η καλύτερη

διαχείριση των δικών μου πολλαπλών ρόλων ως ερευνητή και ερευνώμενου, και αφ' ετέρου η διευκόλυνση της διαδικασίας διασύνδεσης των πρωτογενών δεδομένων με την υφιστάμενη επιστημονική βιβλιογραφία. Τα περιγραφικά σημειώματα και για τις 61 υποκατηγορίες παρατίθενται στον τομέα των αποτελεσμάτων, και αποτελούν τον βασικό κορμό αυτής της εργασίας.

Το πρόγραμμα για την επισκόπηση βιβλιογραφίας διαμορφώθηκε μόλις σε αυτό το στάδιο, με αποκλειστική αφετηρία τα περιγραφικά σημειώματα που προέκυψαν από την ανάλυση. Στην προσέγγιση της θεμελιωμένης θεωρίας γενικά ενδείκνυται να αποφεύγεται η επισκόπηση βιβλιογραφίας μέχρι να έχει ολοκληρωθεί η ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων, διότι στην αντίθετη περίπτωση υπάρχει κίνδυνος να διαστρεβλωθεί η διαδικασία της κωδικοποίησης και να προκύψουν θεωρίες που θεμελιώνονται μάλλον πάνω στην υφιστάμενη βιβλιογραφία, παρά στα ίδια τα δεδομένα (McGhee, Marland, & Atkinson, 2007). Στην συγκεκριμένη μελέτη η αναζήτηση βιβλιογραφίας ακολούθησε αυστηρά την κατεύθυνση που ορίστηκε από τις κατηγορίες που προέκυψαν, σύμφωνα με τις οποίες διατυπώθηκαν φράσεις-κλειδιά για εξεύρεση άρθρων στις βάσεις δεδομένων *PsycINFO* και *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζονται όλες οι φράσεις – κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για αναζήτηση άρθρων στην κάθε κατηγορία. Η επισκόπηση της βιβλιογραφίας συντάχθηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να διαφωτίζει το περιστατικό που αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης, και γενικότερα επιχειρήθηκε μια σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών που προέκυψαν από την κωδικοποίηση των πρωτογενών δεδομένων με την μαρτυρία της σύγχρονης επιστημονικής βιβλιογραφίας.

Το τελικό στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας ήταν η διαμόρφωση θεωρητικών συμπερασμάτων για τις διάφορες πτυχές του θέματος της παχυσαρκίας που, μέσα από το περιστατικό, φάνηκαν να αναδεικνύονται. Κατ' ακρίβεια, η διαδικασία της διαμόρφωσης συμπερασμάτων δεν περιορίστηκε στο τελικό στάδιο της έρευνας, αλλά ήταν σύνοδο στοιχείο ολόκληρης της ερευνητικής διαδικασίας: Ο Moustakas (1990) στο πλαίσιο της προσέγγισης της 'Ευρετικής Έρευνας' (*Heuristic Research*) προτείνει ότι ο ερευνητής καλό είναι να εμπιστευτεί και να σεβαστεί τις υποσυνείδητες του διεργασίες που συνεχίζουν να λειτουργούν ακόμη και όταν το άτομο επιφανειακά ασχολείται με άλλα ζητήματα, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται ξαφνικά στην συνείδηση του ολοκληρωμένες λύσεις για τα ζητήματα που ερευνά. Σε αυτό το πλαίσιο προτείνεται όπως ο ερευνητής κρατά μαζί του ένα σημειωματάριο καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας, όπου να σημειώνει σκέψεις, σχεδιαγράμματα, υποθέσεις και άλλα σχετικά που ξαφνικά εμφανίζονται στην συνείδηση του αναφορικά με το ερευνώμενο ζήτημα. Τηρώντας αυτή την προσέγγιση και στην συγκεκριμένη έρευνα, μέχρι το τέλος της διαδικασίας διαμορφώθηκαν συνολικά τρία θεωρητικά σχήματα αναφορικά με τρεις βασικές θεματικές που προέκυψαν μέσα από την κατηγοριοποίηση: Την παθογένεση της παχυσαρκίας, τα στάδια αλλαγής στην παχυσαρκία, και την θεραπεία της παχυσαρκίας. Οι θεωρητικές αυτές προτάσεις παρουσιάζονται στον τομέα των συμπερασμάτων, μαζί με εισηγήσεις για περαιτέρω έρευνα.

1.3 Επισκόπηση των Κατηγοριών που προέκυψαν από την Ανάλυση

Μέσα από την διαδικασία της κωδικοποίησης των αποτελεσμάτων, προέκυψαν συνολικά 9 κατηγορίες οι οποίες με την σειρά τους αναλύθηκαν σε 61 συνολικά υποκατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές παρουσιάζονται συνοπτικά στον πιο κάτω πίνακα.

Κατηγορία	Αρχικές Κωδικοποιήσεις	Υποκατηγορίες
Υποκείμενοι παχυσαρκογενείς παράγοντες	47	5
Παχυσαρκογενές πρότυπο συμπεριφοράς	49	8
Αυξομειώσεις βάρους	14	5
Σχέση με το σώμα	31	5
Συνέπειες παχυσαρκίας	21	8
Στάδια αλλαγής	69	9
Παρεμβάσεις που αποτυγχάνουν	39	7
Στοιχεία επιτυχημένης θεραπείας	84	10
Συνέπειες θεραπείας	12	4
ΣΥΝΟΛΑ	366	61

Πίνακας 1 – Συνοπτική παρουσίαση των κατηγοριών που προέκυψαν μέσα από την ανάλυση της αυτοβιογραφίας

Στην βάση των κατηγοριών αυτών έγινε έπειτα αναζήτηση για σχετική βιβλιογραφία στις βάσεις δεδομένων *PsycINFO* και *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Οι

φράσεις – κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς επίσης και ο αριθμός των άρθρων που ανασύρθηκαν στην κάθε κατηγορία, παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα.

Κατηγορία	Φράσεις αναζήτησης	Επιστημονικά άρθρα που ανασύρθηκαν
Υποκείμενοι παχυσαρκογενείς παράγοντες	Obesity Attachment, Obesity Breastfeeding, Obesity Family, Obesity Father, Obesity Personality, Obesity Nutritional Education, Obesity Depression, Obesity Fatigue, Obesity Stress, Obesity Social Stressors, Obesity Culture	31
Παχυσαρκογενές πρότυπο συμπεριφοράς	Obesity Addiction, Obesity Physical Activity, Obesity Technology, Obesity Western Civilization, Obesity Emotional Eating, Obesity Self Medication, Obesity Sweet Taste, Obesity Calorie Density, Obesity Overeating, Obesity Executive Dysfunction, Obesity Cognition, Obesity Compulsivity, Obesity Decision Making	26
Αυξομειώσεις βάρους	Obesity Weight Fluctuation, Obesity Weight Cycling	12
Σχέση με το σώμα	Obesity Body Relationship, Obesity Body Control, Obesity Mind Body, Obesity Body Harmony	15
Συνέπειες παχυσαρκίας	Obesity Well Being, Obesity Psychological Impact, Obesity Comorbidity, Obesity Vicious Circle, Obesity Quality of Life	15
Στάδια αλλαγής	Obesity Stages of Change, Obesity Change Process, Obesity Model of Change, Obesity Denial, Obesity Motivation, Obesity Relapse	21
Παρεμβάσεις που αποτυγχάνουν	Obesity Treatment Failure, Obesity Ineffective Treatment, Obesity Treatment Compliance	13
Στοιχεία επιτυχημένης θεραπείας	Obesity Treatment, Obesity Treatment Success Factors, Obesity Treatment Supportive Relationships, Obesity Treatment Nutrition, Obesity Treatment Cognitive Deficits, Obesity Treatment Relapse Prevention, Obesity Treatment Permanent Change	23
Συνέπειες θεραπείας	Obesity Treatment Impact, Obesity Treatment Consequences, Obesity Treatment Quality of Life	9
ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ ΑΝΑΣΥΡΘΗΚΑΝ		165

Πίνακας 2 – Φράσεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων *PsycINFO* και *Psychology and Behavioral Sciences Collection*

2^ο ΜΕΡΟΣ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 Υποκείμενοι Παχυσαρκογενείς Παράγοντες

2.1.1 Διαταραχή Γονεϊκής Σχέσης

Στην περίπτωση αυτού του παχύσαρκου ατόμου σημειώθηκε διαταραχή στη σχέση τόσο με την μητέρα όσο και με τον πατέρα. Η μεν σχέση με την μητέρα παρουσιάζει σημάδια ανασφαλούς δεσμού αποφευκτικού τύπου - ψυχολογική απόσταση από την μητέρα, απουσία αναζήτησης μητρικής παρηγοριάς - που ίσως έχει την βάση της στην απουσία θηλασμού κατά την νηπιακή ηλικία, από μια μητέρα που ήταν κατά τα άλλα ζεστή και στοργική. Η σχέση με τον πατέρα ήταν συγκρουσιακού χαρακτήρα, με συχνές αυστηρές συστάσεις εκ μέρους του πατέρα που όμως δεν δίδονταν στο πλαίσιο πραγματικού διαλόγου ή με επαρκή επεξήγηση, με αποτέλεσμα να προκαλούν ντροπή, ενοχές και πικρία στο παιδί χωρίς να παρέχουν διέξοδο για βελτίωση της συμπεριφοράς. Ο ανασφαλής δεσμός αποφευκτικού τύπου με την μητέρα ενδεχομένως να συνέβαλλε στην παχυσαρκία, μέσω της 'παρεκτροπής' του μηχανισμού αναζήτησης παρηγοριάς, από τις διαπροσωπικές σχέσεις στα υλικά αγαθά και τις καταχρήσεις. Η διαταραγμένη σχέση με τον πατέρα πιθανόν να συνέβαλλε στην παχυσαρκία του παιδιού μέσα από δυο διακριτούς μηχανισμούς: Πρώτο, μέσω της διαμόρφωσης μιας αρνητικής ψυχολογικής διάθεσης - ντροπή, ενοχές και πικρία - με αποτέλεσμα το παιδί να αναζητεί έπειτα παρηγοριά και αυτοθεραπεία στις τροφές. Δεύτερο, η απουσία διαλόγου με τον πατέρα σε θέματα στοχοθέτησης και ρύθμισης της συμπεριφοράς ενδεχομένως να συνέβαλλε στα επιτελικά ελλείμματα του παιδιού,

για τα οποία θα γίνει λόγος αργότερα, με αποτέλεσμα να υπάρχει γενικότερη δυσκολία στην εφαρμογή στρατηγικών αυτό-ρύθμισης και αναστολής των παρορμήσεων.

2.1.2 Απουσία Διατροφικής Αγωγής

Στην περίπτωση αυτού του ατόμου υπήρχε εμφανής ανεπάρκεια διατροφικής αγωγής, πρόβλημα που εκδηλώθηκε μεν στο πλαίσιο της οικογένειας, είχε όμως ευρύτερες πολιτισμικές προεκτάσεις. Η ανεπάρκεια αγωγής μέσα στην οικογένεια δεν είχε να κάνει μόνο με την απουσία ενημέρωσης αναφορικά με το τι συνιστά υγιεινή διατροφή, αλλά πέραν τούτου με την απόλυτη προσαρμογή της οικογένειας στις διατροφικές επιθυμίες των παιδιών, χωρίς να προτείνεται, πόσο μάλλον να επιβάλλεται, ένα εναλλακτικό πρόγραμμα διατροφής που να στηρίζεται σε κάποια στρατηγική υγείας. Στο πρόβλημα της διατροφικής αγωγής εμπλέκονται και ζητήματα κατανομής γονεϊκών ρόλων, εφ' όσον ο πατέρας, που προφανώς είχε καλύτερες προϋποθέσεις από την μητέρα για να καθοδηγήσει τα παιδιά σε θέματα διατροφής, δεν θεωρούσε ότι η διατροφή των παιδιών ενέπιπτε στις αρμοδιότητες του. Είναι πιθανόν η ανεπαρκής διατροφική αγωγή της μητέρας να προκύπτει από δική της άγνοια, και ανεπάρκεια της αγωγής που η ίδια έλαβε από την δική της μητέρα, εφ' όσον η μητρική γιαγιά - σε αντίθεση με την πατρική γιαγιά - παρουσιάζει σημεία ανεπάρκειας συμπεριφορών υγείας σε σχέση με την διατροφή καθώς επίσης και παχυσαρκία. Η ανεπάρκεια διατροφικής αγωγής του συγκεκριμένου παιδιού φαίνεται να έλαβε καθολικό χαρακτήρα, εφ' όσον για πολλά χρόνια μέχρι και στην ενηλικίωση δεν γνώριζε στοιχειώδη θέματα αναφορικά με την υγιεινή διατροφή, την ποιότητα των τροφών και

την άμεση αιτιακή σχέση μεταξύ αυξημένης λήψης τροφής και αύξησης σωματικού λίπους. Η άγνοια αυτή φαίνεται να ενισχύθηκε από πολιτισμικούς παράγοντες, όπως τις διάφορες 'φημολογίες' αμφισβητήσιμης επιστημονικής αξίας που κυκλοφορούν στο πλαίσιο της λαϊκής κουλτούρας αναφορικά με την διατροφή και την απώλεια βάρους, αλλά επίσης και την διαφαινόμενη τάση πολλών ειδικών διατροφής να αποφεύγουν να ενημερώνουν τους ασθενείς με τρόπο που να τους ενδυναμώνει ή να ενισχύει την ικανότητα τους για αυτόνομη λήψη αποφάσεων σε θέματα διατροφής.

2.1.3 Θλίψη και Πικρία

Το άτομο αυτό παρουσιάζει τάσεις κατάθλιψης ως αντίδραση σε ψυχοπιεστικά γεγονότα. Συγκεκριμένα, στην παιδική ηλικία υπήρχε κατάθλιψη λόγω της συγκρουσιακής σχέσης με τον πατέρα. Ως νέος φοιτητής, παρουσίασε κατάθλιψη στο πλαίσιο αδιέξοδων υπαρξιακών αναζητήσεων. Τέλος, ως ενήλικας παρουσίασε κατάθλιψη ως αντίδραση στην απώλεια της εργασίας του. Τα σχετικά συναισθήματα που αναφέρονται περιλαμβάνουν θλίψη, παράπονο, αίσθημα αδικίας, πικρία, ψυχρότητα, συγκεκαλυμμένη επιθετικότητα και επιθυμία θανάτου. Σε όλες τις περιπτώσεις, η κατάθλιψη συνοδεύτηκε από επεισόδια υπερφαγίας ή άλλων καταχρήσεων, προφανώς σε μια προσπάθεια αυτοθεραπείας του αρνητικού συναισθήματος.

2.1.4 Υπερένταση

Στο πρόσφατο ιστορικό αυτού του ατόμου, παρουσιάζονται επεισόδια εξάντλησης, υπερέντασης και υπερκόπωσης. Αυτό φαίνεται να σχετίζεται με την ανάληψη

πολλαπλών παράλληλων ευθυνών, φαινόμενο που με την σειρά του έχει πολλαπλές αιτίες. Σε επίπεδο προσωπικότητας, το άτομο αυτό είναι δεκτικό στο περιβάλλον και στις προκλήσεις που προσφέρει, ενώ παράλληλα 'αδυνατεί να λέει όχι', όπως ο ίδιος λέει. Επιπλέον το πρόβλημα επιδεινώνεται λόγω ναρκισσιστικών τάσεων, με το άτομο να πιστεύει εσφαλμένα ότι μπορεί να αντεπεξέλθει σε μεγάλο αριθμό παράλληλων ευθυνών. Τέλος, περιστατικά υπερκόπωσης προκύπτουν όταν το άτομο αυτό βρίσκεται σε φάση ανάνηψης - αποκατάστασης, λόγω των πολλών ευθυνών που συσσωρεύτηκαν στην οξεία φάση της παχυσαρκίας του. Η υπερένταση φαίνεται να συμβάλλει στην παχυσαρκία με δυο τρόπους: Πρώτο, αυξάνοντας την υπερφαγία σε μια προσπάθεια αυτοθεραπείας της υπερέντασης, και δεύτερο, προκαλώντας εκπαραθύρωση της τήρησης προγράμματος συμπεριφορών υγείας, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την γυμναστική, λόγω της αίσθησης ανεπάρκειας χρόνου ή της αναθεώρησης των προτεραιοτήτων.

2.1.5 Ψυχοκοινωνικό Στρες

Το ψυχοκοινωνικό στρες φαίνεται να ενεργεί σε αυτό το άτομο ως εκλυτικός παράγοντας για παχυσαρκογενή συμπεριφορά. Σε μεταβατικές συνθήκες με έντονο το στοιχείο της σύγχυσης και της αβεβαιότητας - όπως τα πρώτα χρόνια του γάμου, η αρρώστια του παιδιού του, και η απώλεια της εργασίας του - το άτομο αυτό αποπροσανατολίζεται, βυθίζεται στο άγχος και στην απραξία, ξεχνά τα όποια σχέδια ενδεχομένως είχε αναφορικά με συμπεριφορές υγείας, και αφήνεται στην παρηγοριά της υπερφαγίας.

2.1.6 Συζήτηση και Προεκτάσεις

Οι θεματικές που παρουσιάζονται στο συγκεκριμένο περιστατικό ως προς τους υποκείμενους παχυσαρκογενείς παράγοντες – διαταραχή γονεϊκού δεσμού, απουσία διατροφικής αγωγής, κατάθλιψη, υπερένταση και ψυχοκοινωνικό στρες – συναντώνται συχνά στην σχετική επιστημονική βιβλιογραφία.

Όσο αφορά τον ρόλο των γονέων, οι Sallis et al (2009) επιμένουν ότι στην περίπτωση των παιδιών δεν αρκεί η αμιγώς ‘ψυχολογική προοπτική’, αλλά πρέπει να διερευνάται επισταμένα ο ρόλος των γονέων, ενώ ο Braet (2005) αναφέρει ότι η παχυσαρκία αποτελεί έκφραση οικογενειακής παθολογίας. Πιο συγκεκριμένα, σε μια σειρά ερευνών κατά τα τελευταία δέκα έτη έχει δοθεί έμφαση στον ρόλο μιας ενδεχόμενης διαταραχής δεσμού κατά την βρεφική ηλικία σε μετέπειτα ανάπτυξη παχυσαρκίας. Σε μια μελέτη με 30 παχύσαρκα και 80 κανονικού βάρους παιδιά, στην οποία συμμετείχαν και οι μητέρες τους (Trombini, Baldaro, Bertaccini, Mattei, Montebanocci, & Rossi, 2003), βρέθηκε ότι οι μητέρες των παχύσαρκων παιδιών είχαν αυξημένη πιθανότητα να χαρακτηρίζονται οι ίδιες από ανασφαλή τύπο δεσμού. Οι ερευνητές προτείνουν ότι ο ανασφαλής τύπος δεσμού της μητέρας μεταφράζεται σε διαταραγμένη αλληλεπίδραση με το παιδί, η οποία με την σειρά της συμβάλλει στην παχυσαρκία. Σε άλλη έρευνα με 39 παχύσαρκες ενήλικες (Celes, 1995) βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ ανασφαλούς δεσμού και της τάσης να τρώει κανείς για συναισθηματικά αίτια (*emotional eating*). Επιχειρώντας ψυχοδυναμική ερμηνεία του φαινομένου αυτού, η Celes διερωτάται κατά πόσο η διαταραχή δεσμού παρεμποδίζει την εσωτερίκευση φυσιολογικών δομών

αυτό-παρηγοριάς με αποτέλεσμα το άτομο να αναζητεί έπειτα παρηγοριά με άλλους τρόπους, στην προκειμένη περίπτωση με την λήψη τροφής. Τέλος, σε έρευνα με 101 παχύσαρκους (Marsh, 2006) βρέθηκε πιο συγκεκριμένα ότι ο ανασφαλής δεσμός φοβικού τύπου σχετίζεται με ιδιαίτερα ψηλά επίπεδα ευρύτερης ψυχοπαθολογίας σε παχύσαρκα άτομα.

Όσο αφορά πιο συγκεκριμένα το ζήτημα της απουσίας μητρικού θηλασμού που αναδεικνύεται στο συγκεκριμένο περιστατικό, η σχετική βιβλιογραφία είναι σαφής και κατηγορηματική: Σε συσχετιστική έρευνα στις ΗΠΑ με δεδομένα για 177,304 παιδιά από το Pediatric Nutrition Surveillance System (Grummer-Strawn & Mei, 2004) βρέθηκε σαφής αντίστροφη σχέση μεταξύ θηλασμού και επιπέδων παχυσαρκίας στην μετέπειτα παιδική ηλικία. Το ίδιο σαφές εύρημα επιβεβαιώθηκε σε μετά-ανάλυση 28 ερευνών, με συνολικά δείγμα 298,000 ατόμων, όπου και πάλι η απουσία μητρικού θηλασμού βρέθηκε να σχετίζεται με μετέπειτα εμφάνιση παχυσαρκίας (Owen, Martin, Whincup, Smith, & Cook, 2005). Επιπλέον, έχει βρεθεί σε έρευνες ότι δεν είναι μόνο η παρουσία ή απουσία μητρικού θηλασμού που εμπλέκεται στην παχυσαρκία, αλλά και η διάρκεια του θηλασμού: Σε μια έρευνα με δείγμα 231 παιδιά, βρέθηκε ότι τα παιδιά στα οποία ο αποθηλασμός έγινε πριν τον τέταρτο μήνα είχαν πάρει περισσότερο βάρος στους 7 και 14 μήνες σε σύγκριση με τα παιδιά που έτυχαν θηλασμού και πέραν του τέταρτου μήνα (Sloan, Gildea, Stewart, Sneddon, & Iwaniec, 2007). Ενώ η σχέση μεταξύ απουσίας θηλασμού και παχυσαρκίας είναι σαφώς τεκμηριωμένη, η διευκρίνιση του συγκεκριμένου μηχανισμού που συνδέει τις δύο αυτές καταστάσεις δεν είναι απλή υπόθεση. Πάντως, η ψυχαναλυτική σχολή εδώ και πολλές δεκαετίες προτείνει ότι η

παχυσαρκία σχετίζεται με φαινόμενο στοματικής καθήλωσης, ενώ σε σχετικές έρευνες έχει βρεθεί ότι αναλυόμενοι παχύσαρκοι παρουσιάζουν διάφορες στοματικές δραστηριότητες όπως κάπνισμα και ακατάσχετη φλυαρία (Buchanan & Rubin, 1973) ενώ θεωρείται ότι η υπερφαγία εκδηλώνεται ως σύμβολο του χαμένου μητρικού αντικειμένου (Rose, 1999).

Στο πλαίσιο μιας εναλλακτικής νευροψυχολογικής προσέγγισης, εξετάστηκε κατά πόσο υφίσταται έλλειμμα των παχύσαρκων παιδιών στην άντληση παρηγοριάς μέσα από διαπροσωπικές σχέσεις – κάτι που τους στρέφει προς τις τροφές για ικανοποίηση – ως αποτέλεσμα ελλείμματος στην αποκωδικοποίηση οπτικών και λεκτικών σημάτων που παραπέμπουν σε συναισθήματα, κατάσταση που είναι γνωστή ως αλεξιθυμία. Σε αυτό το πλαίσιο οι Baldaro et al (2003) εξέτασαν την ικανότητα αποκωδικοποίησης συναισθηματικών σημάτων από μια ομάδα 21 παχύσαρκων παιδιών και τις μητέρες τους έναντι μιας ομάδας ελέγχου, και όντως προέκυψαν δεδομένα που επιβεβαίωσαν την υπόθεση αυτή. Είναι ενδιαφέρον να δούμε αν το εύρημα αυτό θα επιβεβαιωθεί και από άλλες έρευνες στο μέλλον.

Όσο αφορά τον ρόλο του πατέρα στην παιδική παχυσαρκία, και σε αντίθεση με την έρευνα για τον ρόλο της μητέρας, η σχετική επιστημονική βιβλιογραφία είναι ελάχιστη. Σε μερικά πολύ πρόσφατα άρθρα αναφέρεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ βάρους του πατέρα και βάρους του παιδιού (Snethen, Broome, Kelber, Leicht, Joachim, & Goretzke, 2008), ότι τα επίπεδα αλληλεπίδρασης μεταξύ παιδιών και πατέρων που δεν ζουν στο σπίτι λόγω διαζυγίου σχετίζονται με το βάρος στην εφηβεία (Menning &

Stewart, 2008) και ότι οι συγκρούσεις στο σπίτι, τόσο με τον πατέρα όσο και με την μητέρα, σχετίζονται θετικά με την αύξηση βάρους σε έφηβα αγόρια και κορίτσια (May, Kim, McHale, & Crouter, 2006). Από τα ελάχιστα αυτά άρθρα διαφαίνεται ότι ο ρόλος του πατέρα, και η ποιότητα της αλληλεπίδρασης του με το παιδί, είναι ιδιαίτερα κρίσιμος για την ανάπτυξη ή μη της παχυσαρκίας καθώς το παιδί μπαίνει στην εφηβεία.

Προχωρώντας στο θέμα της διατροφικής αγωγής στο σπίτι και το ρόλο της στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας, είναι ενδιαφέρον να σημειώσουμε ότι πρόσφατη μελέτη στην δική μας χώρα, και συγκεκριμένα με δείγμα 501 παιδιών στην Αττική και τους γονείς τους, έδειξε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στις διατροφικές συνήθειες οικογενειών με παχύσαρκα παιδιά από τις διατροφικές συνήθειες οικογενειών χωρίς κρούσματα παχυσαρκίας (Vardaki, Kotzabassaki, Andrea, & Vassiliadou, 2003). Σε άλλη μελέτη 51 οικογενειών με παιδιά από 8 έως 12 ετών και με τουλάχιστον ένα κρούσμα παιδικής παχυσαρκίας, βρέθηκε ότι τα μισά παιδιά λάμβαναν σνακ χωρίς την καθοδήγηση των γονέων τους (Snethen, Broome, Kelber, Leicht, Joachim, & Goretzke, 2008). Η διατροφική άγνοια που ξεκινά από την παιδική ηλικία φαίνεται να συνοδεύει το παχύσαρκο άτομο και στην ενηλικίωση: Σε έρευνα με 104 ενήλικους παχύσαρκους που επισκέπτονταν ειδική κλινική με σκοπό την απώλεια βάρους, βρέθηκε με χρήση του εργαλείου ORK-10 (*Obesity Risk Knowledge*) ότι οι παχύσαρκοι είχαν χαμηλότερη επίγνωση για την κατάσταση και τις συνέπειες της παχυσαρκίας από τον μέσο πληθυσμό (Swift, Glazebrook, Anness, & Goddard, 2009). Ενώ γίνονται από τις αρμόδιες αρχές στις περισσότερες χώρες εκτενείς συστάσεις για το σωστό περιεχόμενο μιας υγιούς διατροφής, οι συμβουλές αυτές δεν προσλαμβάνονται κατ' ανάγκη από αυτούς

που τις χρειάζονται: Πρόσφατη έρευνα με δεδομένα 4,845 ατόμων από το Harvard School of Public Health Obesity Survey έχει δείξει ότι ο βαθμός προσοχής στις συμβουλές των ειδικών για θέματα διατροφής και παχυσαρκίας μεσολαβείται από τον βαθμό εμπιστοσύνης του κοινού προς αυτούς, ενώ βρέθηκε συμπληρωματικά ότι ο βαθμός εμπιστοσύνης προς τους ειδικούς υγείας τείνει να είναι χαμηλότερος ανάμεσα στους άνδρες και ανάμεσα στους λιγότερο μορφωμένους (Bleich, Blendon, & Adams, 2007).

Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και παχυσαρκίας, η οποία συναντάται στο συγκεκριμένο περιστατικό, έχει συζητηθεί εκτενώς στην βιβλιογραφία. Αν και παλαιότερα εκφραζόταν σκεπτικισμός κατά πόσο τα περιστατικά συννοσηρότητας παχυσαρκίας και κατάθλιψης ήταν οτιδήποτε περισσότερο από μια τυχαία συνύπαρξη άσχετων μεταξύ τους καταστάσεων (McReynolds, 1982), στην πιο πρόσφατη βιβλιογραφία η ειδική σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και κατάθλιψης είναι πια καλά θεμελιωμένη: Σε δείγμα 59,652 Καναδών ενηλίκων που συμμετείχαν στο Canadian Community Health Survey του 2005, βρέθηκε ότι η παχυσαρκία αυξάνει κατά 30% τις πιθανότητες παρουσίας κατάθλιψης, ενώ η σχέση αυτή είναι ακόμη ισχυρότερη ανάμεσα σε γυναίκες 18 έως 39 ετών (Chen, Jiang, & Mao, 2009). Σε δευτερογενή ανάλυση δεδομένων από το National Comorbidity Survey Replication με συμμετοχή 10,000 Αμερικανών, η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και παχυσαρκίας επιβεβαιώθηκε, αλλά, κατά ενδιαφέρον τρόπο, μόνο στους μορφωμένους λευκούς (Simon, 2006). Τέλος, σε δείγμα 13 χωρών από το World Mental Health Surveys Initiative, με συμμετοχή 62,277 ατόμων, βρέθηκαν σε γενικές γραμμές μέτριες συσχετίσεις μεταξύ παχυσαρκίας και κατάθλιψης, ενώ η σχέση ήταν

πιο ισχυρή στα ψηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας (Scott, et al., 2008). Οι πιθανοί μηχανισμοί δια των οποίων η παχυσαρκία οδηγεί στην κατάθλιψη ή η κατάθλιψη οδηγεί στην παχυσαρκία θα συζητηθούν σε άλλες ενότητες αυτής της μελέτης, όπου θα εξεταστεί ενδελεχώς το φαινόμενο της ‘συναισθηματικής λήψης τροφής’ αλλά και οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες της παχυσαρκίας.

Αναφορικά με την σχέση υπερέντασης ή ψυχοκοινωνικού στρες και παχυσαρκίας, το ζήτημα αυτό δεν έχει συζητηθεί εκτενώς στην βιβλιογραφία αλλά υπάρχουν μερικές σχετικές μελέτες. Όσο αφορά τον γάμο ως ψυχοκοινωνικό στρες, βρέθηκε σε μια έρευνα ότι τα διάφορα στάδια μετάβασης μιας σχέσης – έναρξη γάμου, έντονες συγκρούσεις, διαζύγιο – σχετίζονται με αλλαγές βάρους, είτε προς την αύξηση είτε προς την μείωση (Sobal, 1984). Όσο αφορά το εργασιακό στρες και την παχυσαρκία, σε μια μελέτη με 595 Ιάπωνες όπου εξετάστηκαν με ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς διάφοροι σχετικοί παράγοντες, βρέθηκε ότι ο ψηλός φόρτος εργασίας προκαλεί κόπωση, ένταση και κατάθλιψη, καταστάσεις που με την σειρά τους προκαλούν λήψη τροφής μέχρι κορεσμού ως αυτοθεραπεία, με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση βάρους (Nishitani, Sakakibara, & Akiyama, 2009). Σε άλλη, επίσημη κυβερνητική έρευνα στο Λονδίνο με δείγμα 3,397 άτομα, επιβεβαιώθηκε η σχέση μεταξύ υπερβολικού φόρτου εργασίας και αυξημένης τάσης για παχυσαρκία, ιδιαίτερα στις γυναίκες (Lallukka, et al., 2008). Ο Wardle (2007) σε επισκόπηση διαφόρων πειραματικών μελετών, αναφέρει ότι στον άνθρωπο το στρες αυξάνει επιλεκτικά την κατανάλωση γλυκών και λιπαρών τροφών, που ως γνωστό ευθύνονται για την αύξηση βάρους, ενώ δεν αυξάνει την λήψη υγιεινών τροφών. Επιπλέον, σε έρευνα με 910 παχύσαρκους, 1550 υπέρβαρους και 495

άτομα κανονικού βάρους, έχει βρεθεί ότι υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ διαταραχών άγχους και παχυσαρκίας (Baumeister & Harter, 2007). Σε άλλη εργασία της ίδιας ομάδας (Baumeister, Kahn, & Tice, 1989), είχε προταθεί ότι η παχυσαρκία ενδεχομένως να αποτελεί 'στρατηγική αυτό-περιορισμού' (*self-handicapping strategy*), που χρησιμοποιείται από άτομα που αντιμετωπίζουν πολλαπλές απαιτήσεις σε ένα δύσκολο περιβάλλον.

Συνοπτικά, είδαμε στο κεφάλαιο αυτό ότι η παχυσαρκία του συγκεκριμένου ατόμου έχει τις ρίζες της, τουλάχιστον εν μέρει, στις διαταραγμένες σχέσεις του με την μητέρα στην βρεφική και παιδική ηλικία που τον οδήγησαν στην αναζήτηση εναλλακτικών πηγών αυτό-ρύθμισης και παρηγοριάς, καθώς επίσης και στην γενικότερη απουσία διατροφικής αγωγής από την οικογένεια του. Αφού είχε πια διαμορφωθεί το παχυσαρκογενές υπόβαθρο, τα διάφορα είδη ψυχοκοινωνικών προκλήσεων – διαπροσωπικές συγκρούσεις, κατάθλιψη, εργασιακό στρες, σημαντικές αλλαγές στις συνθήκες ζωής – λειτουργούσαν ως εκλυτικοί παράγοντες για επεισόδια παχυσαρκογενούς συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα την παχυσαρκία. Όπως διαφαίνεται στην βιβλιογραφία που επισκοπήθηκε, το προφίλ αυτό παρουσιάζεται με μεγάλη συχνότητα στην έρευνα και στην καθημερινή κλινική πρακτική.

2.2 Παχυσαρκογενές Πρότυπο Συμπεριφοράς

2.2.1 Τάση για καταχρήσεις

Η παχυσαρκογενής συμπεριφορά σε αυτό το άτομο φαίνεται να εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ευαλωτότητας στις καταχρήσεις και εξαρτήσεις, μεταξύ των οποίων σημειώνεται σημαντικός βαθμός εναλλαξιμότητας: Στην περίοδο της όψιμης εφηβείας όπου άλλες καταχρήσεις ήταν κυρίαρχες, όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα, το άτομο αυτό 'δεν είχε ανάγκη' την υπερφαγία και κατά συνέπεια ήταν για ένα διάστημα λεπτός. Πέρα από τις φαρμακολογικές εξαρτήσεις, το άτομο αυτό παρουσιάζει και διάφορες άλλες συμπεριφορικές εξαρτήσεις, με προεξάρχουσα συμπεριφορική εξάρτηση την υπερβολική χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών. Οι εξαρτήσεις αυτές σε μερικές περιπτώσεις υπηρετούν την αναζήτηση ηδονής, σε άλλες περιπτώσεις αποτελούν προσπάθεια αυτοθεραπείας, ενώ συχνά προκύπτουν σε περίοδο γενικότερης απώλειας κατεύθυνσης και συνεχίζονται έπειτα ως συνήθεια και εθισμός. Η αδυναμία του ατόμου αυτού να ικανοποιήσει μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις τις ανάγκες του για ηδονή και αυτοθεραπεία, δεν είναι άσχετη από την τάση του προς τις φαρμακολογικές και συμπεριφορικές εξαρτήσεις, μεταξύ αυτών και την υπερφαγία.

2.2.2 Καθιστική Ζωή

Η καθιστική ζωή, ως πρότυπο παχυσαρκογενούς συμπεριφοράς, εμπεριέχει δυο πολύ διαφορετικές διαστάσεις στο συγκεκριμένο άτομο. Από μια οπτική γωνία, αποτελεί ένα υπαρξιακό φαινόμενο διαταραγμένης σχέσης νου-σώματος, όπου όλες οι σημαντικές

προσωπικές αναζητήσεις γίνονται μέσω του νου ενώ το σώμα υποβιβάζεται σε ένα απλό 'δοχείο τροφών'. Από μια άλλη οπτική γωνία, αποτελεί ένα πολιτισμικό φαινόμενο, αφού ο τεχνολογικός κορεσμός και τα διάφορα σύγχρονα αγαθά - στο συγκεκριμένο άτομο, η τηλεόραση και ο ηλεκτρονικός υπολογιστής - καθιστούν περιττή την χρήση του σώματος στην καθημερινή πράξη του βίου. Σε κάθε περίπτωση, το αποτέλεσμα είναι η πλήρης αποξένωση από κάθε μορφής σωματική δραστηριότητα.

2.2.3 Φαγητά ως Φάρμακα

Η χρήση των τροφών με σκοπό την αυτοθεραπεία δυσάρεστων ψυχικών καταστάσεων αποτελεί χαρακτηριστική συμπεριφορά του συγκεκριμένου ατόμου, δεν είναι όμως όλες οι αρνητικές ψυχικές καταστάσεις εξ' ίσου πιθανόν να προκαλέσουν επεισόδιο υπερφαγίας. Αν και έχει αναφερθεί χρήση τροφής ως αντιστάθμισμα της οδύνης, της θλίψης, του άγχους, και της μοναξιάς, η πλέον συχνά αναφερόμενη περίπτωση είναι η χρήση των τροφών - και συγκεκριμένα των γλυκών τροφών - ως αντιστάθμισμα της ενδοψυχικής πικρίας. Ενδεχομένως η γλυκύτητα των τροφών να αναιρεί την ψυχική πικρία με τον ίδιο τρόπο που θα αναιρούσε την γεύση μιας πικρής τροφής. Αντίστροφα, μπορούμε ίσως να πούμε ότι το άτομο αυτό αναζητεί στις γλυκές τροφές την ενδοψυχική γλυκύτητα που κανονικά θα έπρεπε να προέρχεται μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις και που κανονικά θα αντιστάθμιζε την ενδοψυχική πικρία. Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι το άτομο αυτό δεν αναφέρει την λήψη τροφής ως αυτοθεραπεία από καταστάσεις θυμού και οργής.

2.2.4 Χρήση Θερμιδικά Πυκνών Τροφών

Η χρήση θερμιδικά πυκνών τροφών αποτελεί χαρακτηριστική παχυσαρκογενή συμπεριφορά του ατόμου αυτού. Αν και αναφέρεται χρήση θερμιδικά πυκνών φαγητών - π.χ. με τις τηγανιτές πατάτες, που αποτελούν ένα θερμιδικά πυκνό μίγμα υδατανθράκων και λιπαρών οξέων - πολύ πιο συχνά αυτό που αναφέρεται είναι η χρήση γλυκισμάτων και σοκολάτων, τροφές στις οποίες το συγκεκριμένο άτομο φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτο. Η συγκεκριμένη ευαλωτότητα ξεκίνησε στην παιδική ηλικία, έχει όμως συνοδεύσει το άτομο σε όλα τα σημαντικά κρούσματα παχυσαρκίας που έχει βιώσει μέχρι σήμερα.

2.2.5 Υπερφαγία

Η υπερφαγία - δηλαδή η λήψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής - σε αυτό το άτομο ενεργεί συμπληρωματικά της χρήσης θερμιδικά πυκνών τροφών, καθώς επίσης και της καθιστικής ζωής, για να συντελέσει σε ένα και το αυτό αποτέλεσμα: Το καθημερινό θερμιδικό πλεόνασμα που με μαθηματική ακρίβεια οδηγεί το άτομο αυτό στην παχυσαρκία όποτε εμφανίζονται αυτές οι συμπεριφορές. Η υπερφαγία εμφανίζεται να είναι ιδιαίτερα έντονη σε περιόδους που συνδυάζουν αποπροσανατολισμό με θλίψη/πικρία, οπότε και το άτομο ενδέχεται να καταναλώνει χιλιάδες θερμίδες σε ελάχιστο χρόνο, ξαναγεμίζοντας το πιάτο του πολλές φορές στο ίδιο γεύμα.

2.2.6 Απουσία Προσανατολισμού

Στο άτομο αυτό, μια χαρακτηριστική συμπεριφορά για πολλά χρόνια υπήρξε η απουσία προσανατολισμού και συγκρότησης, η χαλαρή και παρορμητική αντιμετώπιση της καθημερινότητας. Στην εφηβεία, τα άτομο αυτό ερχόταν σε σύγκρουση με τον πατέρα ακριβώς εξ' αιτίας του ελλείμματος αυτού, ενώ στο πανεπιστήμιο η κατάσταση επιδεινώθηκε και μετατράπηκε σε πλήρη αποσυγκρότηση. Αργότερα στον έγγαμο βίο σημειώθηκε και πάλι αποσυγκρότηση, στο πλαίσιο των διαφόρων ψυχοκοινωνικών στρες που προέκυψαν τα πρώτα χρόνια του γάμου. Χαρακτηριστικό σημείο αυτών των καταστάσεων ήταν η άσκοπη δαπάνη χρόνου σε ανούσιες δραστηριότητες, η απουσία διασύνδεσης μεταξύ παρόντων πράξεων και μελλοντικών σχεδιασμών, και η διαμόρφωση του καθημερινού 'προγράμματος' στη βάση των παρορμήσεων της στιγμής. Η απουσία προσανατολισμού, με την σειρά της, διαμόρφωσε το υπέδαφος επί του οποίου αναπτύχθηκαν έπειτα οι διάφορες φαρμακολογικές και συμπεριφορικές εξαρτήσεις, μεταξύ αυτών και η υπερφαγία.

2.2.7 Μονότονη και Ανελαστική Συμπεριφορά

Όταν ξεπερνά την τάση για απουσία προσανατολισμού που αναφέρθηκε πιο πάνω, το άτομο αυτό αντιμετωπίζει ένα επιπλέον πρόβλημα αναφορικά με την παράλληλη υλοποίηση πολλαπλών στρατηγικών. Όταν υπάρχει στόχος, συνήθως επιδιώκεται με μονομερή και απόλυτο τρόπο, ενώ το άτομο αδυνατεί να προσθέσει συμπληρωματικούς στόχους στο πρόγραμμα του και να μην χάσει τον έλεγχο του πρώτου στόχου που παρακολουθούσε. Αυτό αποτελεί παχυσαρκογενές πρότυπο

συμπεριφοράς υπό την έννοια ότι δεν είναι ρεαλιστικό οι συμπεριφορές υγείας να είναι ο μόνος στόχος που να πρέπει να παρακολουθήσει το άτομο, άρα κατ' ανάγκη ή θα εκπαραθυρώνονται ή θα αποτελούν μέρος μιας ευρύτερα στοχοθετημένης συμπεριφοράς που να περιλαμβάνει την ταυτόχρονη παρακολούθηση πολλαπλών στόχων.

2.2.8 Ανεπαρκής Κρίση

Το άτομο αυτό σε διάφορα σημεία έδειξε ανεπάρκεια κριτικής σκέψης, όπου έλαβε μη-συμφέρουσες αποφάσεις στο πλαίσιο αφελούς και λανθασμένης εκτίμησης των συνεπειών μιας κατάστασης ή επιλογής. Αυτό αποτελεί παχυσαρκογενή συμπεριφορά, στον βαθμό που η παχυσαρκία έχει ως υπόβαθρο την λήψη λανθασμένων αποφάσεων αναφορικά με σχετικές συμπεριφορές υγείας, αλλά και που η έξοδος από την παχυσαρκία απαιτεί την σωστή εκτίμηση των προϋποθέσεων για θεραπεία. Μαζί με την απουσία προσανατολισμού και την μονότονη-ανελαστική συμπεριφορά που αναφέρθηκαν πιο πάνω, η ανεπαρκής κρίση συμπληρώνει μια τριάδα επιτελικών ελλειμμάτων που έχουν συνοδεύσει το συγκεκριμένο άτομο και που αποτελούν μέρος του παχυσαρκογενούς προτύπου συμπεριφοράς του.

2.2.9 Συζήτηση και Προεκτάσεις

Οι θεματικές που προκύπτουν στο συγκεκριμένο περιστατικό – υπερβολική λήψη τροφής ως έκφραση ευρύτερης τάσης προς τις καταχρήσεις, καθιστικός τρόπος ζωής, λήψη τροφής ως αυτοθεραπεία της ψυχολογικής δυσφορίας, και μια ευρεία γκάμα συνοδών επιτελικών ελλειμμάτων – έχουν όλες συζητηθεί εκτενέστατα στην

βιβλιογραφία για την παχυσαρκία, χωρίς όμως να έχουν συντεθεί μέχρι σήμερα σε ένα συγκροτημένο μοντέλο που να περιγράφει με ολοκληρωμένο τρόπο το παχυσαρκογενές πρότυπο συμπεριφοράς όπως αυτό εκδηλώνεται στη σύγχρονη εποχή.

Όσο αφορά τον παραλληλισμό μεταξύ παχυσαρκίας και εξαρτήσεων, έχει σημειωθεί μια εντυπωσιακή στροφή στην διεθνή βιβλιογραφία κατά τα τελευταία έτη αφού είναι πια δεκάδες τα άρθρα που δημοσιεύονται κάθε έτος και που πραγματεύονται το ζήτημα της εξάρτησης από τροφές (Davis & Carter, 2009). Ενδεικτικά αναφέρουμε μια πρόσφατη μελέτη στην οποία συμμετείχαν 61 υπέρβαρες γυναίκες, και όπου διαφάνηκε ότι η λήψη ενός ροφήματος πλούσιου σε υδατάνθρακες προκαλούσε μείωση δυσφορίας, ευαισθητοποίηση και αντοχή, φαινόμενα που ως γνωστό αποτελούν κριτήρια αναγνώρισης των φαρμακολογικών εξαρτήσεων (Spring, et al., 2008). Σε ένα ευρέως δημοσιοποιημένο άρθρο η διευθύντρια του Εθνικού Ινστιτούτου Εξαρτήσεων των ΗΠΑ, Nora Volkow, παρουσιάζει τους πολλαπλούς τρόπους με τους οποίους η παχυσαρκία ομοιάζει με τις εξαρτήσεις τόσο σε νευροβιολογικό όσο και σε συμπεριφορικά επίπεδο (Volkow & Wise, 2005), ενώ σε πιο πρόσφατο άρθρο που συνυπέγραψε με ένα μέλος των ομάδων εργασίας για την ετοιμασία του DSM-V, προτείνει ότι η πτυχή της παχυσαρκίας που αφορά δυσλειτουργία των κεντρικού νευρικού συστήματος θα πρέπει να συμπεριληφθεί στο DSM-V (Volkow & O' Brien, 2007). Με την συμπερίληψη της παχυσαρκίας στο DSM-V εντός του φάσματος των εξαρτήσεων συμφωνεί και ο Devlin (2007), ο οποίος όμως κάνει την επιπλέον διάκριση μεταξύ *παχυσαρκογενούς συμπεριφοράς*, η οποία όντως αφορά την ψυχολογία /

ψυχιατρική, και της ίδιας της *παχυσαρκίας*, η οποία είναι μια γενική ιατρική κατάσταση. Σε μια άλλη σημαντική μελέτη που αποτελεί επισκόπηση πρόσφατων νευροβιολογικών ευρημάτων, οι Saper et al (2002) διασαφηνίζουν ότι η λήψη τροφής ρυθμίζεται παράλληλα τόσο από ομοιοστατικά όσο και από ηδονικά νευρωνικά δίκτυα, ενώ προτείνουν ότι είναι η υπερδιέγερση της ηδονικής πτυχής αυτών των συστημάτων ελέγχου, στις συνθήκες της σύγχρονης πληθώρας αγαθών, που ευθύνεται για την παρατηρούμενη επιδημία της παχυσαρκίας. Συμπληρωματικά, ο Kringelbach (2004) εντοπίζει την εμπειρία της ηδονής των τροφών στον κογχομετωπιαίο φλοιό, όπου βάσει εμπειρίας 'κωδικοποιείται' η ηδονική αξία των διαφόρων τροφίμων, καθοδηγώντας έτσι την περαιτέρω κινητοποίηση. Η ηδονική αξία μιας τροφής φαίνεται να σχετίζεται τόσο με την νοστιμιά όσο και με την θερμιδική πυκνότητα (Wardle, 2007) ενώ έχει βρεθεί σε μοντέλα ζώων ότι υφίσταται διακριτός κορεσμός για λιπαρές και γλυκές τροφές (Ackroff, Bonacchi, Magee, Yiin, Graves, & Sclafani, 2007), δημιουργώντας έτσι προϋποθέσεις για ψηλότερα επίπεδα κατάχρησης αν κάποιος ακολουθεί στρατηγική εναλλαγής μεταξύ θερμιδικά πυκνών λιπαρών και γλυκών τροφών, παρακάμπτοντας έτσι το 'εμπόδιο' του κορεσμού. Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι σε μελέτη με 239 παχύσαρκους και 264 άτομα κανονικού βάρους που αποσκοπούσε στην αξιολόγηση διαφορών στην προσωπικότητα, βρέθηκε ότι οι παχύσαρκοι είχαν σημαντικά ψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της 'αναζήτησης νέων εμπειριών' (*novelty seeking*), χαρακτηριστικό που εδώ και πολλά έτη έχει σχετιστεί με το 'φιλήδονο πρότυπο' στις φαρμακολογικές εξαρτήσεις (Sullivan, Cloninger, Przybeck, & Klein, 2007).

Όσο αφορά την σχέση παχυσαρκίας με το καθιστικό πρότυπο ζωής, αυτή είναι καλά θεμελιωμένη και αδιαμφισβήτητη, τόσο στην επιστημονική βιβλιογραφία όσο και στην καθημερινή κοινή σκέψη. Σε δευτερογενή ανάλυση δεδομένων 9,251 εφήβων από το National Longitudinal Study of Adolescent Health, βρέθηκαν τρεις διακριτές ομάδες υπέρβαρων νέων, όπου η μια χαρακτηρίζεται από «ψηλά επίπεδα κατανάλωσης τροφίμων», η δεύτερη από «εξ' ολοκλήρου καθιστική ζωή» και η τρίτη από «διατροφή κυρίως σε φαστφουντάδικα και ανεπάρκεια άσκησης» (Boone-Heinonen & Gordon-Larsen, 2008). Σε δυο από τα τρία πιο πάνω υποδείγματα, ο καθιστικός τρόπος ζωής έχει κεντρικό ρόλο. Στο πρότυπο της καθιστικής ζωής φαίνεται να εμπλέκεται συγκεκριμένα η υπερβολική χρήση των σύγχρονων τεχνολογικών αγαθών: Σε μετά-ανάλυση 52 ανεξάρτητων δειγμάτων που εξετάζουν την σχέση μεταξύ χρήσης τηλεόρασης και ηλεκτρονικών υπολογιστών αφ' ενός, και επιπέδων άσκησης και παχυσαρκίας αφ' ετέρου οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι όντως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση, αλλά οι δείκτες μεγέθους αποτελέσματος είναι μάλλον μικροί για να μπορούμε να πούμε ότι η χρήση τηλεόρασης και υπολογιστή εξηγεί από μόνη της τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, πόσο μάλλον την παχυσαρκία (Marshall, Biddle, Gorely, Cameron, & Murdey, 2004). Σε άλλη μελέτη με δεδομένα 15,349 εφήβων από το National Youth Risk Behaviour Survey, βρέθηκε ότι η χρήση τηλεόρασης για περισσότερο από δυο ώρες κάθε μέρα σχετίζεται με καθιστική ζωή, ανεπάρκεια φρούτων και λαχανικών στην διατροφή και παχυσαρκία, αλλά μόνο σε λευκούς νέους και νέες, εύρημα που εμπεριέχει τον προβληματισμό ότι τα συμφραζόμενα της χρήσης τηλεόρασης ενδεχομένως να διαφέρουν ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο (Lowry,

Weschler, & Galuska, 2002). Σε μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα πρόσφατη μελέτη (Celil-Karb & Grogan-Kaylor, 2009), βρέθηκε ότι ο βαθμός κατά τον οποίο οι γονείς πιστεύουν ότι η γειτονιά στην οποία κατοικούν είναι επικίνδυνη σχετίζεται με τα επίπεδα χρήσης τηλεόρασης και καθιστικής ζωής των παιδιών τους, και κατ' επέκταση με την παχυσαρκία. Οι ερευνητές υποθέτουν ότι η μεταβλητή που μεσολαβεί μεταξύ ανασφάλειας γονέων και καθιστικής ζωής παιδιών είναι ο βαθμός περιορισμού των παιδιών στο σπίτι, ώστε να αποφευχθούν οι κίνδυνοι της γειτονιάς, με αποτέλεσμα τα παιδιά να μην έχουν άλλες πηγές εκτόνωσης παρά μόνο την τηλεόραση και άλλες καθιστικού τύπου δραστηριότητες. Άλλη πρόσφατη μελέτη εξετάζει την παχυσαρκογενή επιρροή διαφορετικών τύπων καθιστικών δραστηριοτήτων: Σε δείγμα 3,805 εφήβων από το Cardiovascular Health in Children and Youth Study, βρέθηκε ότι η χρήση παιγνιδιών σε ηλεκτρονικό υπολογιστή, πολύ περισσότερο από την γενική χρήση υπολογιστών ή την χρήση τηλεόρασης, είναι παράγοντας που προβλέπει πιο αξιόπιστα την παχυσαρκία (Park, 2008). Μια ενδιαφέρουσα υπόθεση που θα άξιζε να διερευνηθεί περαιτέρω είναι κατά πόσο τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, που παρέχουν συνήθως στον έφηβο τον έλεγχο ενός 'εικονικού σώματος – άβαταρ', λειτουργούν ως υποκατάστατο της σωματικής δραστηριότητας με αποτέλεσμα ο έφηβος να μην αισθάνεται πια στον ίδιο βαθμό την ανάγκη για πραγματική σωματική δραστηριότητα, εφ' όσον ο έλεγχος του εικονικού σώματος – άβαταρ προκαλεί εν πολλοίς παρόμοια πρότυπα συναισθηματικής διέγερσης όπως και οι πραγματικές σωματικές δραστηριότητες. Η επιλογή χαμηλών επιπέδων σωματικής δραστηριότητας φαίνεται να σχετίζεται, όχι μόνο με την χρήση ηλεκτρονικών παιγνιδιών αλλά και με περιβάλλοντα εργασίας που

τείνουν να λαμβάνουν χαρακτήρα ‘εικονικής πραγματικότητας’: Σε πρόσφατη μελέτη στο Λονδίνο με δείγμα 3,397 ενηλίκων (Lallukka, et al., 2008), βρέθηκε ότι άνδρες με εργασία παθητικού χαρακτήρα, κυρίως μπροστά στην οθόνη ενός υπολογιστή, τείνουν να αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας στον ελεύθερο τους χρόνο. Ο James (2008) τοποθετεί σαφώς το πρόβλημα αυτό στο πλαίσιο της πολιτισμικής εξέλιξης: Παλαιότερα, τόσο η εργασία όσο και η ψυχαγωγία προϋπέθεταν σωματική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να υφίστανται φυσιολογικώς ψηλά καθημερινά επίπεδα θερμιδικής κατανάλωσης και η παχυσαρκία να περιορίζεται. Σήμερα, χάριν της τεχνολογίας, είναι εφικτό για ένα άτομο να ξυπνήσει, να εργαστεί, να κοινωνικοποιηθεί, να ψυχαγωγηθεί και να πάει για ύπνο με μερικές δεκάδες μόνο βήματα και κινήσεις του σώματος, κινήσεις που είναι ζήτημα αν απαιτούν συνολικά πέραν των 100 θερμίδων ημερησίως.

Όσο αφορά το φαινόμενο της συναισθηματικής λήψης τροφής (*emotional eating*), αυτό αποτελούσε πολύ δημοφιλή θεωρία για εξήγηση της παχυσαρκίας σε παλαιότερες δεκαετίες, έπειτα ατόνησε, ενώ πιο πρόσφατα σημειώνεται αναβίωση της. Οι Allison και Heshka (1993) επιχειρώντας να ερμηνεύσουν τις χαρακτηριστικά χαμηλές – πλην όμως σημαντικές – συσχετίσεις μεταξύ του φαινομένου αυτού και της παχυσαρκίας, προτείνουν το ενδεχόμενο να υφίσταται συναισθηματική λήψη τροφής σε μερικές ‘κατηγορίες’ παχύσαρκων, αλλά όχι σε άλλες. Σε μια ενδιαφέρουσα πρόσφατη μελέτη με δείγμα 442 παχύσαρκων επιχειρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του φαινομένου της συναισθηματικής λήψης τροφής και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπως αυτά μετριοούνται μέσα από το μοντέλο των πέντε παραγόντων, και βρέθηκε ότι η

συναισθηματική λήψη τροφής σχετίζεται συγκεκριμένα με ψηλή βαθμολογία σε υποκλίμακες του νευρωτισμού - παρορμητικότητα και κατάθλιψη - χαμηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα της αυτοπειθαρχίας, και χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα της εξωστρέφειας (Elfhag & Morey, 2008). Τα ευρήματα αυτά παρέχουν στήριξη στην υπόθεση που αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, ότι άτομα τα οποία αδυνατούν να βρουν παρηγοριά από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις καταφεύγουν στην τροφή για παρηγοριά. Σε άλλη πρόσφατη μελέτη με 220 άτομα που παρουσίαζαν επεισόδια υπερφαγίας (Masheb & Grilo, 2006), προτάθηκε και υποστηρίχθηκε ένα μοντέλο βάσει του οποίου η συναισθηματική λήψη τροφής είναι η μεταβλητή που μεσολαβεί μεταξύ της κατάθλιψης και των επεισοδίων υπερφαγίας σε άτομα με διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας. Πάντως, ο Ganley (1989) εδώ και καιρό προειδοποίησε ότι στο θέμα της συναισθηματικής λήψης τροφής πρέπει να αποφεύγονται οι υπεραπλουστεύσεις και να διερευνάται πιο εξειδικευμένα με ποίο τρόπο συγκεκριμένες τροφές επιλέγονται ως αυτό-θεραπεία για συγκεκριμένα αρνητικά συναισθήματα. Η προτροπή του αυτή εν πολλοίς δεν εισακούστηκε στην μέχρι σήμερα βιβλιογραφία, αλλά σε παραγοντική ανάλυση του εμπειρικά κατασκευασμένου Emotional Eating Scale βρέθηκε ότι όντως υφίστανται διαφορετικά φαινόμενα τα οποία η κλίμακα αυτή μετρά: Λήψη τροφής ως απάντηση στον θυμό και την ματαίωση, λήψη τροφής ως απάντηση στο άγχος και λήψη τροφής ως απάντηση στην κατάθλιψη (Arnow, Kenardy, & Agras, 1995). Ο Devlin (2007) θεωρεί ότι τα δεδομένα που συνηγορούν αναφορικά με την συναισθηματική λήψη τροφής είναι αρκετά για να προτείνει ότι θα πρέπει να συζητηθεί η πιθανή συμπερίληψη της στο DSM-V, στο φάσμα των διαταραχών της διάθεσης, ως

παχυσαρκογενής διαταραχή συναισθηματικής λήψης τροφής (Obesogenic Emotional Eating Disorder) και ως διακριτό φαινόμενο από την διαταραχή παχυσαρκογενούς κατάχρησης τροφής (Obesogenic Food Abuse Disorder), για την οποία έγινε λόγος πιο πάνω.

Το ζήτημα των επιτελικών ελλειμμάτων σε άτομα με παχυσαρκία έχει πολύ πρόσφατα αρχίσει να απασχολεί την διεθνή βιβλιογραφία, μέσα από μια μεγάλη σειρά μελετών, τόσο νεύρο-απεικονιστικών όσο και με νευροψυχολογικές δοκιμασίες, που κατέδειξαν σαφώς ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δυο αυτών καταστάσεων. Σε μια μελέτη με 30 παχύσαρκες γυναίκες (Cserjesi, Luminet, Poncelet, & Lenard, 2009) στις οποίες χορηγήθηκε μια σειρά νευροψυχολογικών δοκιμασιών, βρέθηκε σημαντικά μειωμένη απόδοση στους παράγοντες της γνωστικής ευελιξίας και παρατεταμένης προσοχής, ενώ σε άλλη μελέτη με 41 γυναίκες διαφόρων επιπέδων βάρους (Davis, Levitan, Muglia, Bewell, & Kennedy, 2004) βρέθηκε ότι οι πιο παχύσαρκες σημείωσαν μειωμένη απόδοση στο Iowa Gambling Task, το οποίο μετρά την ικανότητα αναστολής παρόρμησης ώστε να υλοποιηθεί μακροπρόθεσμος στρατηγικός σχεδιασμός. Σε σχετική νεύρο-απεικονιστική μελέτη, με δείγμα 24 παχύσαρκων και 36 μη παχύσαρκων ατόμων, έχει βρεθεί ότι η φαιά ουσία των παχύσαρκων είναι μειωμένη στην μέση μετωπιαία έλικα του προ-μετωπιαίου φλοιού, περιοχή που είναι κρίσιμης σημασίας για την ικανότητα ενδογενούς αναστολής των σχετικών με την λήψη τροφής ερεθισμάτων (Pannacciulli, Del Parigi, Chen, Le, Reiman, & Tatarranni, 2006). Τα νευροψυχολογικά αυτά ελλείμματα εκδηλώνονται στην καθημερινή πράξη ως 'ανυπομονησία' των παχύσαρκων σε περιστάσεις όπου η ικανοποίηση πρέπει να

καθυστερηθεί (Bourget & Romano-White, 1984) ενώ σε διαχρονική μελέτη 22 ετών με 470 συμμετέχοντες έχει βρεθεί ότι η παρορμητικότητα στην εφηβεία προβλέπει τον αυξημένο δείκτη μάζα σώματος στην ηλικία των 30-35 ετών καθώς επίσης και ευρύτερα νευρογνωστικά ελλείμματα στην ηλικία των 35-40 ετών (Brook, Zhang, Saar, & Brook, 2009). Η παρορμητικότητα φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη λήψη τροφής από πολύ νεαρή ηλικία: Σε μελέτη παρατήρησης 204 παιδιών 4 έως 6 ετών στο Ισραήλ, βρέθηκε ότι τα υπέρβαρα παιδιά έτειναν να τρώνε σύμφωνα με την παρόρμηση της στιγμής, σε σύγκριση με τα μη-υπέρβαρα παιδιά που έτρωγαν βάσει προγράμματος (Pinhas-Hamiel, Bar-Zvi, Boyko, Reichman, & Lemer-Geva, 2009). Τέλος, σε πολύ μεγάλη μελέτη 4,405 ατόμων στην Σουηδία, όπου συσχετίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος με τις διάφορες υποκλίμακες του Karolinska Personality Scales, ενώ βρέθηκε μια γενικότερη συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, η μόνη υποκλίμακα στην οποία σημειώθηκε πολύ ισχυρή συσχέτιση ήταν η παρορμητικότητα, σχέση που φάνηκε να είναι ιδιαίτερα ισχυρή στους άνδρες (Ryden, Sullivan, Torgerson, Karlsson, Lindroos, & Taft, 2003).

Είδαμε στο κεφάλαιο αυτό ότι το παχυσαρκογενές πρότυπο συμπεριφοράς που παρουσιάζει το συγκεκριμένο άτομο – καταχρηστική και συναισθηματική λήψη τροφής, καθιστικός τρόπος ζωής συγκεκριμένα με χρήση ηλεκτρονικών παιχνιδιών, και ελλειμματικές επιτελικές λειτουργίες – αποτελεί ένα χαρακτηριστικό συνδυασμό που απαντάται σήμερα σε πολλούς νέους άνδρες, συνδυασμό που τον έχει τοποθετήσει στην υψηλότερη κατηγορία κινδύνου για σταδιακή ανάπτυξη σοβαρής μορφής παχυσαρκίας, όπως ακριβώς και έγινε.

2.3 Αυξομειώσεις Βάρους

2.3.1 Σταθερή Αύξηση

Κατά τα πρώτα πέντε έτη του γάμου, η αύξηση βάρους του συγκεκριμένου ατόμου έλαβε χαρακτήρα σταθερής αλλά όχι απότομης ανόδου, όπου κατά μέσο όρο το βάρος αυξανόταν κατά 3 έως 4 κιλά ανά έτος. Αυτό συνέβαινε σε ένα πλαίσιο σταθερής έγγαμης καθημερινότητας, με παράλληλη επαγγελματική δραστηριοποίηση, καταστάσεις που αντιστάθμιζαν σε κάποιο βαθμό τον καθιστικό τρόπο ζωής και τις μέτριες τάσεις υπερφαγίας εκείνης της εποχής.

2.3.2 Ταχύτατη Αύξηση

Πιο πρόσφατα, το βάρος του ατόμου αυτού άρχισε να αυξάνεται με γεωμετρικούς ρυθμούς, εφ' όσον σε δυο μόνο έτη το βάρος του αυξήθηκε κατά 30 κιλά: 10 κιλά στο πρώτο έτος, και ακόμη 20 κιλά στο δεύτερο έτος. Σε αυτή την περίοδο, το άτομο αυτό βίωνε αποπροσανατολισμό και μοναξιά λόγω απόστασης της οικογένειάς του, καθώς επίσης και πικρία λόγω της απώλειας της εργασίας του. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι κατ' αυτήν την περίοδο το άτομο προσπαθούσε ενεργά να χάσει βάρος, μέσα από μια σειρά αποτυχημένων προσπαθειών, όπου στο τέλος της κάθε αποτυχημένης προσπάθειας ανέβαινε σε ψηλότερη βαθμίδα βάρους σε σύγκριση με πριν.

2.3.3 Ταχύτατη Μείωση

Ταχύτατη μείωση βάρους σημειώθηκε μόνο στο πλαίσιο του πιο πρόσφατου και συγκροτημένου προγράμματος θεραπείας, όπου συνδυάστηκε η προσοχή στην

ποιότητα και ποσότητα διατροφής, με την προσοχή στην ποιότητα και ποσότητα σωματικής άσκησης, διαμορφώνοντας έτσι συνθήκες σταθερά ψηλού θερμιδικού ελλείμματος που διάρκεσε για αρκετούς μήνες. Για να επιτευχθεί αυτό ήταν αναγκαία η αναβάθμιση του ζητήματος 'απώλεια βάρους' σε πρώτη προτεραιότητα του ατόμου, ενώ ήταν επίσης απαραίτητη η ένταξη σε επιστημονικά τεκμηριωμένο πρόγραμμα ολιστικού χαρακτήρα.

2.3.4 Απώλεια και Επαναπρόσληψη

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, μετά από κάθε προσπάθεια απώλειας βάρους σημειωνόταν ταχεία επαναπρόσληψη. Σε παλαιότερες προσπάθειες, υπήρχε επαναπρόσληψη όλου του χαμένου βάρους και με το παραπάνω, ενώ στην τελευταία, πιο συγκροτημένη προσπάθεια, σημειώθηκε μερική επαναπρόσληψη ενός τέταρτου του χαμένου βάρους. Προκύπτει ενδεχομένως το συμπέρασμα ότι οι περισσότερες προσπάθειες απώλειας βάρους αποτελούσαν τεχνητές στρατηγικές που δεν αντιμετώπιζαν το πρόβλημα ριζικά και στην ουσία του - ενώ η πιο πρόσφατη προσπάθεια, που εμπεριείχε στοιχεία ριζικής αναδόμησης στάσεων και συμπεριφορών, επέτρεψε την διατήρηση σημαντικού μέρους της απώλειας βάρους.

2.3.5 Σταθεροποίηση

Η σταθεροποίηση του βάρους στο πλαίσιο μιας υγιούς ψυχοσωματικής ισορροπίας, είναι κάτι που το συγκεκριμένο άτομο δεν έχει ακόμη επιτύχει. Αν και υπήρξαν περιόδους σταθεροποίησης βάρους στο παρελθόν, αυτές σημειώθηκαν είτε στο πλαίσιο άλλων καταχρήσεων που καθιστούσαν περιττή την παρηγοριά της υπερφαγίας,

είτε στο πλαίσιο 'σκληρής μάχης' εναντίον του σώματος, κατάσταση που μακροπρόθεσμα δεν βρέθηκε να είναι βιώσιμη. Το άτομο ελπίζει ότι θα πετύχει στο σύντομο μέλλον την μόνιμη σταθεροποίηση του βάρους του, μέσα από μια αρμονική σχέση νου - σώματος, και στην βάση ενός ισορροπημένου τρόπου ζωής που θα περιλαμβάνει υγιεινή διατροφή και σωματική δραστηριότητα ως αναπόσπαστα στοιχεία της καθημερινότητας του.

2.3.6 Συζήτηση και Προεκτάσεις

Η επιστημονική βιβλιογραφία των τελευταίων τριάντα ετών έχει ασχοληθεί επισταμένα με το φαινόμενο των ατόμων που παρουσιάζουν συχνές αυξομειώσεις βάρους (*'weight fluctuators'*, ή, *'weight cyclers'*). Η συχνή αυξομείωση βάρους θεωρείται ως ένας από τους χαρακτηριστικούς τύπος της παχυσαρκίας: Σε παλαιότερη μελέτη με 252 φοιτητές βρέθηκε ότι παρούσα κατάσταση παχυσαρκίας συσχετίζεται ισχυρά με παρελθοντικά επεισόδια αυξομείωσης βάρους (Lowe, 1984), εύρημα που έχει επιβεβαιωθεί και σε πιο πρόσφατη μελέτη με δείγμα 1,012 κοριτσιών (French, Perry, Leon, & Fulkerson, 1995). Σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν 315 άτομα με αυξομειούμενο βάρος και 19 άτομα που κατάφεραν να χάσουν βάρος και να διατηρήσουν την απώλεια τους, βρέθηκε ότι στο πρότυπο των αυξομειώσεων παίζει ιδιαίτερο ρόλο η συναισθηματική λήψη τροφής καθώς επίσης και η γενικότερη αδυναμία διαμόρφωσης ενός σωστού διατροφικού προγράμματος πέρα από την δίαιτα (Bishop, 2003). Σε πρόσφατη ποιοτική μελέτη με την μέθοδο της ιστορίας ζωής, βρέθηκε ότι τα άτομα με αυξομειούμενο βάρος βίωναν κατά την παιδική ηλικία την ώρα του γεύματος ως πεδίο διαμάχης με τον

γονέα τους, αναφορικά με την συμπεριφορά λήψης τροφής (Goodspeed-Grant & Boersma, 2005). Μπορούμε ενδεχομένως να υποθέσουμε ότι η σύγκρουση αυτή – στην ουσία, σύγκρουση μεταξύ ελέγχου και παρόρμησης - εσωτερικεύεται στην συνείδηση του παιδιού με αποτέλεσμα στην μεταγενέστερη αυτόνομη συμπεριφορά του άλλοτε να επικρατεί ο έλεγχος με αποτέλεσμα την μείωση βάρους και άλλοτε η παρόρμηση με αποτέλεσμα την αύξηση βάρους. Πάντως, το πρότυπο του αυξομειούμενου βάρους θεωρείται πολύ επιβλαβές για την υγεία: Σε έρευνες με μοντέλα ζώων έχει βρεθεί ότι η συνεχής αυξομείωση βάρους αυξάνει την αρτηριακή πίεση, προκαλεί μεγέθυνση της καρδιάς, βλάπτει τα νεφρά και αυξάνει το σπλαγχνικό λίπος (Ernsberger & Koletsky, 1999). Σε μελέτες με ανθρώπους, έχει βρεθεί ότι τα άτομα με πρότυπο αυξομειούμενου βάρους βιώνουν πιο έντονα την διατροφική απελπισία και την αδυναμία αναστολής (Carmody, Brunner, & St. Jeor, 1995), τείνουν να παίρνουν βάρος στην φάση αύξησης με ταχύτερο ρυθμό από αυτούς που δεν έχουν τέτοιο ιστορικό (Van Wye, 2005), ενώ οι ίδιοι αναφέρουν χαμηλότερη ικανοποίηση ζωής, μειωμένη αυτό-αποτελεσματικότητα και αυξημένο στρες (Foreyt, Brunner, Goodrick, Cutter, Brownell, & St. Jeor, 1995). Πολλοί ερευνητές, στην βάση των πιο πάνω ευρημάτων, προτείνουν ότι η έμφαση των θεραπειών στην παχυσαρκία πρέπει να πάψει να είναι η μείωση βάρους, και αντί αυτού να στραφεί η προσοχή στην σταθεροποίηση βάρους - έστω και σε επίπεδα ελαφρώς ψηλότερα του κανονικού - και στην διαμόρφωση ενός υγιεινού τρόπου ζωής με παράλληλη αποδοχή του σωματικού βάρους που τελικά θα προκύψει ως νέο σημείο ισορροπίας από αυτόν τον καινούργιο τρόπο ζωής (Foreyt,

Brunner, Goodrick, Cutter, Brownell, & St. Leor, 1995; Garner & Wooley, 1991; Laliberte, Newton, McCabe, & Mills, 2007).

Στο συγκεκριμένο περιστατικό, με τις συχνές αυξομειώσεις βάρους και τα φαινόμενα ραγδαίων αυξήσεων και μειώσεων που έχουν παρατηρηθεί, μπορούμε σαφώς να πούμε ότι η περίπτωση του εντάσσεται στο αυξομειούμενο πρότυπο, με ότι αυτό συνεπάγεται. Ενώ το άτομο αυτό δεν βίωνε ως παιδί συγκρούσεις με γονέα την ώρα του γεύματος, βίωνε παρά ταύτα εντονότερες συγκρούσεις στην εφηβεία με τον πατέρα του γύρω από το ζήτημα του ελέγχου των παρορμήσεων, και ενδεχομένως το πρότυπο των εναλλαγών μεταξύ περιόδων αυτό-ελέγχου και περιόδων παρορμητικότητας να έχει τις ρίζες του εκεί. Έχοντας υπ' όψη τις ιδιαίτερα δυσμενείς ιατρικές και ψυχολογικές συνέπειες του συγκεκριμένου τύπου παχυσαρκίας, το άτομο αυτό θα πρέπει να στρέψει πια όλες του τις προσπάθειες στην σταθεροποίηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, με την προσδοκία ότι αυτό θα έχει ως 'θετική παρενέργεια' την σταθεροποίηση του βάρους του σε ένα επίπεδο που δεν θα απέχει πολύ από το κανονικό για το ύψος και την ηλικία του.

2.4 Σχέση με το Σώμα

2.4.1 Το Σώμα ως Φτωχός Συγγενής

Ξεκινώντας από την παιδική ηλικία, το άτομο αυτό αντιλαμβάνεται το σώμα του ως ένα 'φτωχό συγγενή του νου'. Ενώ το άτομο αυτό έχει κατά τα άλλα πολύ ψηλή νοημοσύνη παρουσιάζει το σώμα του ως 'πάσχον από κάποιου τύπου νοητική υστέρηση, που δεν μπορεί να κάνει αυτό που για τους άλλους είναι απλό και φυσιολογικό'. Σε πολλές περιπτώσεις αναφέρεται ντροπή για το σώμα, ενώ η κατάσταση του σώματος έχει επίσης παρουσιαστεί ως μια παραφωνία σε μια κατά τα άλλα τακτοποιημένη και δυναμική ζωή. Αυτή η ζωή δυο ταχυτήτων - ο νους να επεκτείνεται προς τα εμπρός αλλά το σώμα να μένει στάσιμο - φαίνεται να έχει δημιουργήσει προϋποθέσεις παραμέλησης του σώματος και σταδιακής ανάδειξης του σε εστία παθολογίας.

2.4.2 Το Σώμα ως Πηγή Ηδονής

Την ίδια ώρα που το σώμα τυγχάνει περιφρόνησης ως φτωχός συγγενής του νου, υπάρχει ένα παράλληλο φαινόμενο εκμετάλλευσης του κατά τα άλλα άχρηστου σώματος για άντληση ηδονής. Το σώμα γίνεται αντιληπτό ως ένα δοχείο τροφών, στο οποίο καταφεύγει ο νους για να αντλήσει ηδονή όταν πλήττει ή υποφέρει. Όταν αντληθεί η απαιτούμενη ηδονή, το σώμα λησμονείται και εγκαταλείπεται ξανά. Αυτή η φιλήδονη στάση έναντι στο σώμα δεν υπήρξε μια σταθερή κατάσταση σε όλη την ζωή του ατόμου: Σε διάφορες φάσεις επήλθε απογοήτευση από το δίδυμο 'αναζήτηση

ηδονής - απουσία προσανατολισμού', με αποτέλεσμα την αποξένωση του νου ακόμη και από αυτή την υποβαθμισμένη χρήση του σώματος ως πηγή ηδονής.

2.4.3 Το Σώμα ως Εχθρός

Η άκρατη εκμετάλλευση του σώματος που αναφέρθηκε πιο πάνω, εφ' όσον εντάσσεται στο πλαίσιο μιας ευρύτερης προσωπικής αποδιοργάνωσης, σε κάποια στιγμή βιώνεται ως σοβαρό αδιέξοδο. Όταν συμβεί αυτό, το σώμα ενοχοποιείται και μετατρέπεται από δούλο του νου σε εχθρό του νου που δεν έχει πια τίποτε να προσφέρει, παρά μόνο προβλήματα μέσω των πολλών εθισμών που έχει αναπτύξει. Η προσμονή της ηδονής αντικαθίσταται από ένα άγχος έναντι των σωματικών παρορμήσεων, με αποτέλεσμα να 'κηρύττεται πόλεμος' στο σώμα και να επιδιώκεται η εξόντωση του, με παράλληλη προσπάθεια επικράτησης του νου. Μέσα στο άγχος αυτής της μάχης, επιβάλλεται στο σώμα μια ακραία πειθαρχία που εμπεριέχει στοιχεία ψυχαναγκασμού και αυτοτιμωρίας. Είτε το σώμα αντιμετωπίζεται ως πηγή ηδονής, είτε αντιμετωπίζεται ως εχθρός, ο κοινός παρονομαστής είναι η περιφρόνηση του και η απουσία σεβασμού προς αυτό.

2.4.4 Επιβολή Ελέγχου

Εν όσο το σώμα θεωρείτο εχθρός και προξενούσε άγχος, η βασική στάση που υιοθετείτο από το άτομο αυτό ήταν η επιβολή ελέγχου μέσω τεχνικών πειθαρχίας. Αυτό σήμαινε την ευλαβική τήρηση συγκεκριμένων κανόνων, όπως την νηστεία τρεις φορές την εβδομάδα, την εφαρμογή του 'κανόνα του ενός πιάτου' δηλαδή να μην γεμίζει το πιάτο του δεύτερη φορά στο ίδιο γεύμα, την ορθοστασία και την αποφυγή

του πρωινού χουζουρέματος στο κρεβάτι. Η πειθαρχία αυτή ξεκίνησε την περίοδο που το άτομο βρισκόταν στον στρατό, και όντως μπορούμε να πούμε ότι έλαβε στρατιωτικό χαρακτήρα, αφού η σχέση ήταν μονόδρομη και δεν υπήρχαν περιθώρια ή ενδιαφέρον για ανταπόκριση στις ανάγκες του ίδιου του σώματος. Τελικά, η λογική της σωματικής πειθαρχίας με ψυχαναγκαστικά στοιχεία κατάρρευσε στο πλαίσιο του γάμου, όπου εκ των πραγμάτων οι ανάγκες του σώματος δεν μπορούσαν παρά να εκφραστούν, με αποτέλεσμα την ανατροπή των εύθραυστων ισορροπιών που τηρούνταν. Επιπλέον, η εισροή μιας νέας σειράς προτεραιοτήτων και ανησυχιών στο πλαίσιο του γάμου σήμαινε ότι δεν ήταν πια εφικτή η σχολαστική εποπτεία και ο τυραννικός έλεγχος της κάθε κίνησης του σώματος.

2.4.5 Αναζήτηση Ισορροπίας

Το άτομο αυτό εκτέθηκε σε υγιείς διδασκαλίες αναφορικά με την σχέση νου - σώματος πριν από αρκετά έτη, στο πλαίσιο πνευματικών του αναζητήσεων, μόλις τώρα όμως έχει αρχίσει να ωριμάζει μέσα του η αίσθηση ότι το ζητούμενο είναι η εξεύρεση μιας καλής και σταθερής ισορροπίας μεταξύ σώματος και νου. Σε αυτό το πλαίσιο γίνονται σκέψεις για την ανάγκη γεφύρωσης του χάσματος μεταξύ σώματος και νου - ωσάν δηλαδή να μιλούμε για διαταραγμένη διαπροσωπική σχέση - με παράλληλο 'κατέβασμα' του νου στην εξυπηρέτηση των πραγματικών αναγκών του σώματος και 'ανέβασμα' του σώματος ώστε να μάθει να απολαμβάνει αυτά που το ωφελούν μάλλον παρά αυτά που το βλάπτουν. Στο πλαίσιο αυτής της νέας αναζήτησης, έχουν αρχίσει να προκαλούν ενόχληση τα σχολαστικά προγράμματα που άλλοτε το άτομο αυτό τηρούσε

για να επιβληθεί επί του σώματος, ενώ το ζητούμενο τώρα είναι η σχέση με το σώμα να ενταχθεί στα 'αυτονόητα' ώστε σώμα και νους μαζί να στρέψουν την προσοχή τους σε άλλους σημαντικούς στόχους ζωής - οικογενειακούς, κοινωνικούς και πνευματικούς.

2.4.6 Συζήτηση και Προεκτάσεις

Οι αναφορές στην βιβλιογραφία για την παχυσαρκία ως διαταραγμένη σχέση νου – σώματος είναι ελάχιστες, και προκύπτουν κυρίως μέσα από την ψυχοδυναμική σχολή. Η κλασική προσέγγιση σε αυτό το πλαίσιο είναι να θεωρείται η παχυσαρκία ως κατάσταση όπου οι καθηλωμένες δημιουργικές τάσεις του ατόμου προβάλλονται στο σώμα, το οποίο γίνεται πεδίο έκφρασης τους (Bruch, 1941; Kreidler & Chemerinski, 1990) στο πλαίσιο μιας κατάστασης ανεπαρκούς αυτονόμησης του ατόμου (Buchanan & Rubin, 1973). Σε πρόσφατη μελέτη πέντε υπερπαχύσαρκων ατόμων, βρέθηκε ότι το σώμα των παχύσαρκων χαρακτηρίζεται από μια ανεπαρκή και ασαφή σεξουαλική ταυτότητα, κάτι που επίσης παραπέμπει σε φαινόμενο καθήλωσης, ενώ μέσω της παχυσαρκίας εκφράζονται και κατευνάζονται οι εσωτερικές συγκρούσεις του ατόμου (Rose, 1999). Διάφοροι σύγχρονοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το πρόβλημα της παχυσαρκίας θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί μέσα από μια ψυχοδυναμικής προσέγγισης θεραπευτική διαδικασία, όπου η εσωτερική σύγκρουση που λαμβάνει χώρα με επίκεντρο το σώμα θα αφεθεί να βγει στην επιφάνεια και να διευκρινιστεί (Lombardi, 2003; Block, 2005; Timko, 2008).

Σε μια εναλλακτική, νεύρο-επιστημονική προσέγγιση του ζητήματος, εξετάζεται το ζήτημα της σχέσης με το σώμα μέσα από την λογική της κατανεμημένης νοημοσύνης

που προκύπτει από την παράλληλη λειτουργία πολλαπλών ορμονικών και νευρωνικών συστημάτων τα οποία έχουν ως επίκεντρο την λήψη τροφής (Berthoud, 2002; Berthoud, 2007) ενώ η παχυσαρκία εξετάζεται ως φαινόμενο δυσλειτουργίας ή μονομερούς επικράτησης πτυχών αυτής της νοημοσύνης με αποτέλεσμα την ανατροπή της ισορροπίας (Hyland, 2002; Slager-Johnson & Kushner, 2001).

Τα δυο πιο πάνω ερμηνευτικά πλαίσια, ψυχοδυναμικό και νεύρο-επιστημονικό, είναι χρήσιμα για την κατανόηση του συγκεκριμένου περιστατικού αν και θα μπορούσαν να ήταν σαφέστερα και απλούστερα. Η έννοια του σώματος ως 'πεδίου όπου προβάλλονται συγκρούσεις' είναι συμβατή με τις παρατηρούμενες παλινδρομήσεις που αναφέρει το άτομο, μεταξύ του σώματος ως εχθρού, του σώματος ως πηγή ηδονής κ.ο.κ. Η έννοια των 'δικτύων κατανεμημένης νοημοσύνης' είναι ένα επίσης χρήσιμο πλαίσιο αναφοράς για να κατανοηθούν οι ανισορροπίες που έχει βιώσει το άτομο, αλλά και η προσπάθεια που τώρα καταβάλλει για να εξεύρει μια νέα ψυχοσωματική ισορροπία. Αυτό όμως που ίσως να ήταν πιο χρήσιμο, αν υπήρχε στην βιβλιογραφία, θα ήταν μια 'ψυχολογία της σχέσης με το σώμα' που να εκφράζεται με απλούς και κατανοητούς όρους αλληλεπίδρασης και που να δανείζεται αρχές και παρεμβάσεις από την συστημική σχολή σκέψης, με τους 'δυο που πρέπει να συμφιλιωθούν' να είναι το σώμα, ως βιολογική οντότητα με μια συγκεκριμένη σειρά αναγκών και προτεραιοτήτων, και ο νους, ως μια ψυχοκοινωνική οντότητα με μια σαφώς διαφορετική συστοιχία ονείρων, αναγκών και προοπτικών.

2.5 Συνέπειες Παχυσαρκίας

2.5.1 Πλήγμα Αυτό-Εκτίμησης

Η πρώτη συνέπεια της παχυσαρκίας που βίωσε το συγκεκριμένο άτομο, όταν ήταν ακόμη παιδί, ήταν η μειωμένη αυτό-εκτίμηση και μειωμένη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας. Αυτό συνέβη πολύ πριν φτάσει το άτομο σε κατάσταση κλινικής παχυσαρκίας, αφού ενώ ήταν λίγο μόνο υπέρβαρος ήδη βίωνε την δυσμενή σύγκριση της σωματικής του εικόνας σε σύγκριση με άλλους συνομηλίκους του. Το αίσθημα της ντροπής και μειωμένης αυτό-εκτίμησης λόγω της παχυσαρκίας συνοδεύει το άτομο αυτό μέχρι σήμερα, και αυξάνεται ή μειώνεται ανάλογα με τα επίπεδα της παχυσαρκίας που κατά καιρούς υφίσταται. Η αυτό-εκτίμηση του ατόμου αυτού υπέστη το μεγαλύτερο πλήγμα όταν η παχυσαρκία του ήταν στην πιο οξεία φάση, όπου αναφέρεται έντονη ντροπή και δυσφορία καθώς επίσης και αίσθηση ότι η κατάσταση του σώματος αποτελούσε σοβαρή παραφωνία στην ζωή του.

2.5.2 Μεταβολική Απορρύθμιση

Όταν η παχυσαρκία του ατόμου αυτού έφτασε σε κλινικά επίπεδα - δηλαδή το βάρος του ξεπέρασε τα 100 κιλά - άρχισαν να εμφανίζονται διάφορες μεταβολικές διαταραχές ως άμεση συνέπεια της παχυσαρκίας. Το πρώτο σύμπτωμα που εμφανίστηκε - χαρακτηριστικό σε περιπτώσεις παχυσαρκίας - ήταν η παρουσία αυξημένων ηπατικών ενζύμων σε αιματολογικές εξετάσεις. Περαιτέρω διερεύνηση με υπέρηχο φάνερωσε δυο παράλληλες διαταραχές: Αφ' ενός πέτρες στην χολοκύστη, και αφ' ετέρου λιπώδες

ήπαρ. Το πρόβλημα των πετρών αντιμετωπίστηκε με χειρουργική αφαίρεση της χολοκύστης, ενώ για το λιπώδες ήπαρ δεν υπήρχε άλλη λύση παρά μόνο η απώλεια βάρους, ενώ σε αντίθετη περίπτωση υπήρχε αυξημένος κίνδυνος για κύρωση ήπατος, κατάσταση που συνεπάγεται πολύ αρνητική πρόγνωση.

2.5.3 Υπέρταση

Καθώς η παχυσαρκία συνέχιζε να αυξάνεται, με το βάρος του ατόμου να ξεπερνά τα 110 κιλά, η σωματική του υγεία άρχισε να επιδεινώνεται πέρα από τις μεταβολικές διαταραχές: Μετά από συμπτώματα πονοκεφάλων και μουδιασμάτων, έγινε επίσκεψη σε καρδιολογικό κέντρο όπου αναγνωρίστηκαν πρώιμα σημάδια υπέρτασης. Και σε αυτή την περίπτωση οι ειδικοί δεν πρότειναν καμία άλλη θεραπεία, εκτός από την άμεση και επείγουσα απώλεια βάρους.

2.5.4 Φόβος και Ανασφάλεια

Οι συσσωρευμένες ιατρικές συνέπειες - αφ' ενός οι μεταβολικές διαταραχές και αφ' ετέρου τα σημάδια υπέρτασης - προκάλεσαν φόβο θανάτου και ανασφάλεια στο συγκεκριμένο άτομο. Η αρνητική αυτή ψυχολογική κατάσταση μπορεί αφ' ενός να καταλογιστεί ανάμεσα στις αρνητικές συνέπειες της παχυσαρκίας, από την άλλη όμως μπορεί να θεωρηθεί ως ευεργετική στον βαθμό που κινητοποιεί το άτομο να λάβει μέτρα για αντιμετώπιση του προβλήματος.

2.5.5 Σωματική Δυσχέρεια

Όταν η παχυσαρκία του συγκεκριμένου ατόμου έφτασε στον μέγιστο βαθμό - βάρος πέραν των 130 κιλών - άρχισαν πια να εμφανίζονται ποικίλες δυσχέρειες σε επίπεδο καθημερινής χρήσης του σώματος. Συγκεκριμένα, άρχισε να εμφανίζεται δυσκολία στην καθημερινή κινητικότητα - κατάντησε πια δύσκολη η μετακίνηση από τόπο σε τόπο - ενώ παράλληλα παρουσιάστηκε δύσπνοια και γενικότερη δυσκολία στον ύπνο.

2.5.6 Γνωσιακή Έκπτωση

Όταν η παχυσαρκία έφτασε στον μέγιστο βαθμό, άρχισε να παρουσιάζεται εμφανής γνωσιακή έκπτωση, πέρα από τα υποκείμενα επιτελικά ελλείμματα που ανέκαθεν χαρακτήριζαν το συγκεκριμένο άτομο. Συγκεκριμένα εμφανίστηκε επιβράδυνση στην ταχύτητα επεξεργασίας και ανικανότητα συγκέντρωσης ή εστιασμένης σκέψης.

2.5.7 Μειωμένη Λειτουργικότητα

Ως αποτέλεσμα της αρνητικής ψυχολογικής κατάστασης, των ιατρικών επιπλοκών, της σωματικής δυσχέρειας και της γνωσιακής έκπτωσης, η καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου αυτού μειώθηκε σημαντικά, τόσο στην επαγγελματική του σταδιοδρομία όσο και στον ρόλο του ως σύζυγος και πατέρας.

2.5.8 Αλυσιδωτές Κοινωνικές Συνέπειες

Οι πολλαπλές συνέπειες της παχυσαρκίας, και ιδιαίτερα η μείωση της καθημερινής λειτουργικότητας, επέφερε αλυσιδωτές κοινωνικές συνέπειες στην ζωή του ατόμου

αυτού. Στον επαγγελματικό βίο, η μειωμένη παραγωγικότητα και οι ανάγκες επένδυσης χρόνου για την θεραπεία επέφεραν επιδείνωση της οικονομικής του κατάστασης. Στον οικογενειακό του βίο το άτομο άρχισε να χάνει την εμπιστοσύνη της συζύγου του, με συνέπεια την επιδείνωση των σχέσεων τους.

2.5.9 Συζήτηση και Προεκτάσεις

Η επιστημονική βιβλιογραφία αναφέρεται σε μεγάλη έκταση τόσο στις αμιγώς ιατρικές όσο και στις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της παχυσαρκίας. Όσο αφορά τις ιατρικές συνέπειες, γίνεται συχνή αναφορά στην σχέση μεταξύ παχυσαρκίας, υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας (Sullivan, Ghushchyan, & Ben-Joseph, 2008) ενώ ως συνέπεια αυτών και άλλων αντίστοιχων καταστάσεων, σε τελική φάση, η παχυσαρκία θεωρείται ότι οδηγεί σε καρδιακά νοσήματα, διαβήτη τύπου II και διάφορα είδη καρκίνων (Haslam & James, 2005). Μια νόσος που είναι χαρακτηριστική της παχυσαρκίας είναι το λιπώδες ήπαρ, που μάλιστα εμφανίζεται ήδη από την παιδική ηλικία: Σε έρευνα με δεδομένα από τις αυτοψίες 742 παιδιών, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός του λιπώδους ήπατος ήταν 9.6% στον γενικό παιδικό πληθυσμό, αλλά ανερχόταν στο 38% σε παχύσαρκα παιδιά (Schwimmer, Deutsch, Kahen, Lavine, Stanley, & Behling, 2006). Σύμφωνα με ανάλυση του Health Survey της Αγγλίας για το έτος 2003, στην οποία μελέτη συμμετείχαν 14,416 άτομα, η βέλτιστη υγεία προκύπτει σε δείκτη μάζας σώματος 26 για τους άνδρες, και 24.5 για τις γυναίκες. Πάνω από αυτά τα επίπεδα η υγεία επιδεινώνεται, η δε επιδείνωση κλιμακώνεται ανάλογα με τα επίπεδα της παχυσαρκίας (Søltøft, Hammer, & Kragh, 2009).

Όσο αφορά τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της παχυσαρκίας, αυτές καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων: Σε μια μετά-ανάλυση 20 ερευνών όπου εξετάστηκε το νόημα και οι συνειρμοί της έννοιας της παχυσαρκίας, διαφάνηκε ταύτιση της παχυσαρκίας με πολλές από τις συνέπειες της και συγκεκριμένα με μειωμένη ελκυστικότητα, χειρότερη εικόνα σώματος, μειωμένη δύναμη, μειωμένη αυτό-εκτίμηση και μειωμένη κοινωνική αποδοχή (Davidson & Knafel, 2005). Σε μια μελέτη με δείγμα 3,251 ατόμων βρέθηκε ότι ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος σχετίζεται με αυξημένη ψυχική δυσφορία στις γυναίκες έστω και με μικρές αυξήσεις βάρους, ενώ στους άνδρες παρατηρείται ψυχική δυσφορία μόνο όταν η παχυσαρκία τους φτάσει σε πολύ ψηλά επίπεδα (Bookwala & Boyar, 2008). Εστιάζοντας συγκεκριμένα στον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες βιώνουν την παχυσαρκία, μελέτη με 4,891 νεαρές κοπέλες στην Αυστραλία κατέδειξε ότι οι παχύσαρκες έχουν σημαντικά αυξημένα επίπεδα ανησυχίας για την λήψη τροφής, για το βάρος τους, για το σχήμα του σώματος του και για την κοινωνική τους αποδοχή (Darby, Hay, Mond, Rodgers, & Owen, 2007). Σύμφωνα με τους Hebl & Turchin (2005) οι άνδρες στιγματίζουν τις παχύσαρκες γυναίκες, παράγοντας που συμβάλλει στην διάχυτη ανησυχία τους. Επιπλέον, το στίγμα της παχυσαρκίας επηρεάζει διάφορες πτυχές της ψυχαγωγίας, οδηγώντας με αυτό τον τρόπο σε επιπλέον αισθήματα δυσφορίας αλλά και σε αυτό-περιορισμό (Lewis & Van-Ruytbroeck, 2008). Στον γάμο πάντως δεν φαίνεται να επηρεάζεται η συζυγική αγάπη από την παχυσαρκία του συντρόφου, δημιουργούνται όμως ανησυχίες αναφορικά με την κατάσταση της υγείας και το ενδεχόμενο θανάτου του παχύσαρκου συντρόφου (Ledyard, 2004).

Όσο αφορά τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά, οι εκτιμήσεις φαίνονται να συγκλίνουν στο ότι πλέον ευάλωτοι είναι οι μικρότεροι έφηβοι ηλικίας μέχρι 14 ετών, τα κορίτσια, και τα παιδιά που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον έλεγχο της παρόρμησης για λήψη τροφής (Swallen, Reither, Haas, & Meier, 2005; Cornette, 2008). Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα με 2,813 παιδιά 10 έως 12 ετών στην Αυστραλία, βρέθηκε ότι τα παχύσαρκα παιδιά είχαν χαμηλότερη αντίληψη αθλητικής ικανότητας, χαμηλότερη αίσθηση ελκυστικότητας και χαμηλότερη αίσθηση αυτό-αξίας, αν και σημειώνεται ότι μια μειοψηφία παχύσαρκων παιδιών κατορθώνει και αντιστέκεται σε αυτή την τάση (Franklin, Denyer, Steinbeck, Caterson, & Hill, 2006). Άλλη έρευνα έχει εστιάσει συγκεκριμένα σε αυτή την υπό-ομάδα παχύσαρκων παιδιών που δεν βιώνουν ψυχική δυσφορία, και συμπέρανε ότι εμπλέκονται προστατευτικοί παράγοντες και χαρακτηριστικά ανθεκτικότητας (Flodmark, 2005). Αυτή όμως είναι σαφώς η μειοψηφία: Μια πρόσφατη επισκόπηση ερευνών δείχνει ότι για τα περισσότερα παχύσαρκα παιδιά η κατάσταση τους σχετίζεται με φαινόμενα στιγματισμού, μειωμένης κοινωνικής λειτουργικότητας και επιδείνωσης της σχολικής τους επίδοσης, ενώ επισημαίνεται ότι ανάμεσα στις παιδικές χρόνιες παθήσεις, η παχυσαρκία έχει τις σοβαρότερες ψυχοκοινωνικές συνέπειες (Warschburger, 2005).

Αν όμως η παχυσαρκία έχει τόσο σοβαρές ψυχοκοινωνικές συνέπειες, και αν το ψυχοκοινωνικό στρες είναι εκλυτικός παράγοντας για την παχυσαρκία ιδιαίτερα μέσω της συναισθηματικής λήψης τροφής όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια, δεν θα ήταν ορθό να μιλούμε για μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ ψυχικής δυσφορίας/ψυχοκοινωνικής επιδείνωσης αφ' ενός, και παχυσαρκίας αφ' ετέρου, στο

πλαίσιο ενός φαύλου κύκλου όπου η δυσφορία είναι ταυτόχρονα αιτία και συνέπεια της παχυσαρκίας; Παραδόξως, η προφανής αυτή υπόθεση ελάχιστα έχει συζητηθεί στην μέχρι σήμερα βιβλιογραφία. Μια επί μέρους αναφορά σε φαύλο κύκλο μεταξύ παχυσαρκίας και των συνεπειών της έχει γίνει πρόσφατα αναφορικά με την αμφίδρομη σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και μείωσης επιπέδων σωματικής δραστηριότητας (Pietiläinen, et al., 2008). Για να βρει κανείς μια πιο ολοκληρωμένη θεώρηση του ζητήματος πρέπει να ανατρέξει πίσω πολλές δεκαετίες, όπου σε ένα άρθρο γραμμένο στην βάση κλινικής εμπειρίας από δυο κοινωνικούς λειτουργούς (Flack & Grayer, 1975) γίνεται σαφής παράθεση ενός μοντέλου όπου η υπερφαγία προκαλεί παχυσαρκία, που με την σειρά της προκαλεί κοινωνικό στίγμα, με αποτέλεσμα την μείωση της αυτοεκτίμησης και κατά συνέπεια την πρόκληση κατάθλιψης, η οποία οδηγεί στην υπερφαγία και την παχυσαρκία ολοκληρώνοντας τον κύκλο.

Είδαμε στο κεφάλαιο αυτό ότι ο τρόπος που το συγκεκριμένο άτομο βίωσε τις συνέπειες της παχυσαρκίας, τόσο σε ιατρικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, εντάσσεται σαφώς στα πλαίσια των όσων αναμένονται με βάση την σχετική βιβλιογραφία. Ενδεχομένως το πλήγμα της αυτό-εκτίμησης που υπέστη εν μέρει λόγω της παχυσαρκίας στα πρώτα χρόνια της εφηβείας να ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που συνέβαλλε στον καθορισμό την περαιτέρω πορείας του ως μια τροχιά άρνησης και εναντίωσης, από την οποία μόλις πρόσφατα έχει αρχίσει να διαφεύγει.

2.6 Στάδια Αλλαγής

2.6.1 Άρνηση του Προβλήματος

Σε διάφορες περιόδους, το άτομο αυτό βρισκόταν σε κατάσταση άρνησης αναφορικά με το πρόβλημα της παχυσαρκίας. Η άρνηση αυτή στηριζόταν στην άγνοια αναφορικά με τις πραγματικές συνέπειες διαφόρων συμπεριφορών, ενώ ταυτόχρονα το άτομο αυτό χρησιμοποιούσε ως θεμέλιο τις διάφορες επαγγελματικές επιτυχίες και την οικογενειακή θαλπωρή για να πείσει τον εαυτό του ότι όλα ήταν εν τάξει και δεν υπήρχε ανάγκη για κινητοποίηση. Κατά την περίοδο της άρνησης ο οικογενειακός περίγυρος συνέχιζε να αντιλαμβάνεται το πρόβλημα, οι συμβουλές τους όμως έπεφταν στο κενό.

2.6.2 Υπαρξιακή Αναζήτηση

Ένα σημαντικό σημείο εκκίνησης που επέτρεψε τελικά την αλλαγή, χωρίς να σχετίζεται άμεσα με αυτήν, ήταν οι υπαρξιακές αναζητήσεις που ξεκίνησαν όταν το συγκεκριμένο άτομο ήταν στην όψιμη εφηβεία, ενώ κατά τα άλλα η φαινομενική συμπεριφορά του ήταν καθλωμένη σε μια σειρά εξαρτήσεων. Οι υπαρξιακές αυτές αναζητήσεις - μέσα από την τέχνη και την πνευματικότητα - επέτρεψαν στο άτομο να επανεξετάσει τις προτεραιότητες του αλλά και την δομή της προσωπικότητας του, και να αποτολμήσει τομές που τελικά - μετά από πολλά χρόνια - είχαν τον αντίκτυπο τους στην απόφαση του να λάβει δραστικά μέτρα για επίλυση του προβλήματος της παχυσαρκίας.

2.6.3 Κινητοποίηση εν μέσω Αρνητικών Βιωμάτων

Σε διάφορες περιόδους το άτομο αυτό κινητοποιήθηκε να λάβει μέτρα για αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, αλλά εν μέσω αρνητικών βιωμάτων και σε κλίμα φόβου. Μετά την εφηβεία, αντιστράφηκαν οι προτεραιότητες όσο αφορά το σώμα σε κλίμα άγχους και φόβου. Αργότερα στον γάμο, μέσα από τις ιατρικές επιπλοκές η παχυσαρκία έγινε ζήτημα ζωής και θανάτου, και μέσα σε κλίμα φόβου άρχισε μια σειρά προσπαθειών για αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Αργότερα, τα αυξανόμενα ιατρικά προβλήματα, οι ενοχές απέναντι στα παιδιά του και τα συμπτώματα σωματικής δυσχέρειας συνέτειναν στο κλίμα φόβου και δυσφορίας, ώστε να διαμορφωθεί η αίσθηση ότι το άτομο κυκλώνεται από την καταστροφή σε όλα τα επίπεδα. Ενώ η κινητοποίηση εν μέσω αρνητικών βιωμάτων υπήρξε χρήσιμη ως έναυσμα για δράση, πολλές φορές οδήγησε σε μάλλον βεβιασμένη δράση, είτε με απουσία ώριμου προβληματισμού είτε χωρίς να βρεθεί κατάλληλο και ολοκληρωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, με αποτέλεσμα η συμμόρφωση στη θεραπεία να είναι επιφανειακή, ο ρόλος των καλοπροαίρετων τρίτων να είναι κυρίαρχος, και να προκύπτει σύντομα υποτροπή.

2.6.4 Συνειδητοποίηση και Σχεδιασμός

Σε αντίθεση, ή ίσως συμπληρωματικά, της διαδικασίας κινητοποίησης εν μέσω αρνητικών βιωμάτων, προέκυψε στο συγκεκριμένο άτομο και μια διαδικασία νηφάλιας συνειδητοποίησης του προβλήματος και προσεκτικού σχεδιασμού για υπέρβαση του. Η κατάσταση αυτή προέκυψε έπειτα από πολλαπλές αποτυχίες αφού πια, σύμφωνα με

τις αναφορές του ατόμου, είχαν ωριμάσει τα κίνητρα του, και στο πλαίσιο αναγνώρισης της ανεπάρκειας των εύκολων λύσεων και των επιστημονικά μη-τεκμηριωμένων θεραπειών. Ενώ γινόταν αυτός ο ενδόμυχος προβληματισμός, σε επίπεδο συμπεριφοράς συνεχιζόταν η παχυσαρκογενής συμπεριφορά, σε μια κατάσταση διάστασης μεταξύ καθημερινής-επιφανειακής κινητοποίησης και στρατηγικής-ενδόμυχης κινητοποίησης. Στο πλαίσιο αυτής της συνειδητοποίησης, οι εξωτερικές παρεμβάσεις για αλλαγή αποτελούσαν απλώς διευκόλυνση, ενώ η ιδιοκτησία της απόφασης άνηκε στο ίδιο το άτομο - σε αντίθεση με την κινητοποίηση εν μέσω αρνητικών βιωμάτων, όπου οι εξωτερικές παρεμβάσεις είχαν κυρίαρχο ρόλο. Η κινητοποίηση εν μέσω νηφάλιας συνειδητοποίησης φαίνεται να είχε πολύ καλύτερα αποτελέσματα, αφού οδήγησε σε σταθερή δράση που άντεξε στο χρόνο χωρίς σοβαρή υποτροπή.

2.6.5 Διερεύνηση Επιλογών

Μετά το στάδιο συνειδητοποίησης και σχεδιασμού, το άτομο αυτό προχώρησε στο στάδιο διερεύνησης επιλογών. Η διερεύνηση των διαθέσιμων θεραπευτικών προγραμμάτων είχε αξιολογικό χαρακτήρα και έγινε στην βάση πολλαπλών κριτηρίων, όπως βαθμό επιστημονικής επάρκειας, βαθμό αποδοχής της αρχής της προσωπικής θυσίας, διάρκεια του προγράμματος, ισορροπία μεταξύ πρακτικών και θεωρητικών στοιχείων, ενώ απορρίφθηκαν ασυζητητί προγράμματα που εμπεριείχαν στοιχεία εναλλακτικών θεραπειών και ανατολικής φιλοσοφίας. Η διερεύνηση επιλογών βοήθησε ώστε το άτομο να ενταχθεί σε πρόγραμμα που ανταποκρινόταν στις προθέσεις του και

στην ετοιμότητα του για θεραπεία, ενώ ενδεχομένως να αύξησε την αίσθηση ελεύθερης συγκατάθεσης στην συγκεκριμένη θεραπευτική επιλογή.

2.6.6 Έμπρακτη Προετοιμασία

Εφ' όσον έγινε η επιλογή του θεραπευτικού προγράμματος, το άτομο αυτό προχώρησε σε φάση έμπρακτης προετοιμασίας. Η προετοιμασία περιελάμβανε ελαφριά άσκηση και δίαιτα ώστε η μετάβαση στις συνθήκες του προγράμματος να γίνει πιο ομαλά. Η περίοδος της προετοιμασίας ήταν μικρή, και διάρκεσε μόνο μερικές εβδομάδες μέχρι την πλήρη ένταξη στο πρόγραμμα. Εκτός από σωματική, η προετοιμασία ήταν και γνωστική, αφού το άτομο άρχισε να μπαίνει στην λογική της μακροπρόθεσμης υλοποίησης ενός σημαντικού στόχου όποιες θυσίες και αν απαιτηθούν.

2.6.7 Δράση

Είτε με προηγούμενο προβληματισμό και προετοιμασία, είτε σε κλίμα φόβου και παρορμητικά, το άτομο αυτό έλαβε σε διάφορες περιστάσεις δράση για αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η δράση αυτή άλλες φορές αφορούσε αλλαγές στην ποσότητα ή ποιότητα διατροφής, άλλες φορές την χρήση υποκατάστατων τροφίμων, άλλες φορές την ένταξη σε πρόγραμμα γυμναστικής ή την αγορά γυμναστικού εξοπλισμού, άλλες φορές την αναζήτηση βοήθειας από γιατρούς ή άλλους ειδικούς. Τελικά, η δράση που αποδείχθηκε να έχει μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα, πέρα από το γεγονός ότι έγινε μετά από στάδιο συνειδητοποίησης και προσεκτικού σχεδιασμού όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, ήταν ολιστικού χαρακτήρα και εμπεριείχε τα πιο θετικά στοιχεία όλων των προηγούμενων δράσεων: Πρόγραμμα διατροφής αλλά ταυτόχρονα και γυμναστικής,

χρήση ειδικού γυμναστικού εξοπλισμού, βοήθεια από ειδικούς κοκ. Επιπλέον, το στάδιο δράσης πέρασε από διάφορες φάσεις: Αρχική προσαρμογή στις συνθήκες του προγράμματος, εξοικείωση και ομαλοποίηση της νέας καθημερινότητας στο πλαίσιο του προγράμματος, και συνέχιση των συμπεριφορών υγείας με γενίκευση της χρήσης των αποκτηθέντων δεξιοτήτων μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

2.6.8 Ανατροπή Ισορροπιών

Το στάδιο της ανατροπής ισορροπιών βιώθηκε δύο φορές στο συγκεκριμένο άτομο, έπειτα από μακρόχρονη προσπάθεια για τήρηση ενός δύσκολου και απαιτητικού τρόπου ζωής. Το στάδιο αυτό βιώθηκε πρώτα στην αρχή του γάμου, και έπειτα μετά την πρόσφατη εξάμηνη θεραπεία για την παχυσαρκία. Και στις δυο περιπτώσεις οι ισορροπίες που τηρούνταν απαιτούσαν μεγάλη δέσμευση χρόνου και ψηλή ιεράρχηση ως προτεραιότητα, αλλά οι αυξανόμενες απαιτήσεις και το στρες της υπόλοιπης καθημερινότητας - γάμος, οικογένεια, επάγγελμα - σταδιακά οδήγησαν σε αμέλεια και μετά εγκατάλειψη των τηρουμένων ισορροπιών.

2.6.9 Εγκατάλειψη και Υποτροπή

Στο συγκεκριμένο άτομο, η διαδικασία της υποτροπής ακολουθούσε τις περισσότερες φορές πολύ συγκεκριμένες φάσεις: Το πρώτο σημείο μιας επερχόμενης υποτροπής είναι η απογοήτευση για την αποτυχία μιας προσπάθειας - συνήθως βεβιασμένης προσπάθειας χωρίς καλές προοπτικές επιτυχίας - με αποτέλεσμα να αρχίσουν να παρουσιάζονται φαινόμενα αμέλειας της τήρησης του προγράμματος. Η κατάσταση της αμέλειας σύντομα επεκτείνεται, ώστε σύντομα το άτομο να βρίσκεται σε πλήρη

υποτροπή. Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι σε περιπτώσεις καλά οργανωμένων προσπαθειών, το άτομο αυτό φτάνει στην αμέλεια όχι μέσω του μηχανισμού της απογοήτευσης - εφ' όσον το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό - αλλά μάλλον μέσω μιας ευρύτερης ανατροπής ισορροπιών και προτεραιοτήτων που προκύπτει στο πλαίσιο πολλαπλών ψυχοκοινωνικών απαιτήσεων στον χρόνο και την προσοχή του.

2.6.10 Συζήτηση και Προεκτάσεις

Στο ζήτημα της διαδικασίας αλλαγής συμπεριφοράς στην παχυσαρκία, αλλά και γενικότερα στην διαχείριση προβληματικών συνηθειών, η βιβλιογραφία των τελευταίων 20 ετών κυριαρχείται από μια συγκεκριμένη προσέγγιση: Το διαθεωρητικό μοντέλο (*Trans-Theoretical Model*) των Prochaska και DiClemente (1984). Το μοντέλο αυτό προέκυψε μέσα από μια συγκριτική ανάλυση θεωριών και προσεγγίσεων ψυχοθεραπείας και αλλαγής συμπεριφοράς, και πιο συγκεκριμένα δανείζεται στοιχεία της ψυχοδυναμικής προσέγγισης, του συμπεριφορισμού και της προσωποκεντρικής σχολής, στο πλαίσιο ενός συνθετικού μοντέλου που αφορά την διαδικασία αλλαγής (Prochaska, Johnson, & Lee, 2009). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η διαδικασία αλλαγής περνά από έξι στάδια: Την πριν την περισυλλογή περίοδο (*Pre-Contemplation*), την περισυλλογή (*Contemplation*), την προετοιμασία (*Preparation*), την δράση (*Action*), την συντήρηση (*Maintenance*) και την υποτροπή (*Relapse*), όπου το κάθε στάδιο χαρακτηρίζεται από τις δικές του προκλήσεις και απαιτήσεις (Wells & Wells, 2007). Η συμβατότητα του διαθεωρητικού μοντέλου με την διαδικασία αλλαγής στην παχυσαρκία έχει ελεγχθεί και επιβεβαιωθεί σε συγκεκριμένες μελέτες (Surís, Trapp, &

DiClemente, 1998), χρησιμοποιήθηκε ιδιαίτερα για την πτυχή της σωματικής δραστηριότητας (Sarkin, Johnson, Prochaska, & Prochaska, 2001), ενώ συχνά αξιοποιείται ως διαγνωστικό εργαλείο ώστε να δοθεί η πλέον αρμόζουσα αγωγή στους θεραπευόμενους ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκονται (Ostendorf, 1999; Macqueen, Brynes, & Frost, 2002). Η Κοινωνική Οικολογική Ανάλυση, προσέγγιση που εξετάζει τα μικρό-επίπεδα και μακρό-επίπεδα που περιβάλλουν τα άτομα και επιδρούν στην συμπεριφορά τους (Schneider & Stokols, 2009), μπορεί να συνδυαστεί με το διαθεωρητικό μοντέλο αν εξεταστούν οι τρόποι με τους οποίους συγκεκριμένες περιβαλλοντικές συνθήκες επηρεάζουν την συμπεριφορά των ατόμων ανάλογα με το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκονται.

Το 'πριν την περισυλλογή' στάδιο στην παχυσαρκία, ως φαινόμενο, έχει προσεγγιστεί τόσο μέσα από την γνωστική όσο και μέσα από την ψυχοδυναμική θεωρία. Από την οπτική γωνία της γνωστικής προσέγγισης, το 'πριν την περισυλλογή' στάδιο ταυτίζεται με μια γνωστική διεργασία όπου τα αντιλαμβανόμενα οφέλη της αλλαγής είναι λιγότερα από τα αντιλαμβανόμενα προβλήματα της αλλαγής (Tkalcic & Pokrajac-Bulian, 2006), ενώ θεωρείται ότι εμπλέκονται προβληματικές σκέψεις για την παχυσαρκία (*Problematic Obesity Thoughts*) που αποτελούν εμπόδιο στην συμπεριφορική αλλαγή και που πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά προτεραιότητα (Granlund, Johansson, & Sojka, 1991). Από την οπτική γωνία της ψυχοδυναμικής προσέγγισης, έχουν γίνει κατά καιρούς μελέτες παχύσαρκων ατόμων με την χρήση προβολικών διαγνωστικών εργαλείων όπως το Rorschach και το Thematic Apperception Test όπου βρέθηκε ότι τα παχύσαρκα άτομα τείνουν να χαρακτηρίζονται από απώθηση αρνητικών

συναισθημάτων, άρνηση αδυναμίας, αντισυμβατική στάση και ναρκισσιστική υπερηφάνεια (Mattlar, Salminen, & Alanen, 1989; Suczek, 1957).

Όσο αφορά την κινητοποίηση για δράση μέσα από τα στάδια της 'περισυλλογής' και 'προετοιμασίας', σε μια μελέτη όπου μετρήθηκε η ετοιμότητα για αλλαγή 365 παχύσαρκων ατόμων βρέθηκε ότι αυτοί που αντιλαμβάνονταν την παχυσαρκία ως απειλή για την υγεία τους ήταν πιο πιθανό να βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο αλλαγής, ενώ η αντίληψη κινδύνου αποτελούσε με την σειρά της συνάρτηση του αυξημένου βάρους και των σχετικών συστάσεων γιατρών (Wee, Davis, & Phillips, 2005). Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική η συμβουλευτική υποστήριξη κατά την φάση της περισυλλογής και της κινητοποίησης: Σε έρευνα με 41 υπέρβαρους που έλαβαν συμβουλευτική για κινητοποίηση μέσα από πληροφόρηση και σωκρατικό διάλογο, έναντι ομάδας ελέγχου που απλώς συμμετείχε σε ασκήσεις χαλάρωσης, βρέθηκε ότι η ομάδα συμβουλευόμενων σημείωσε έπειτα μεγαλύτερη επιτυχία στην θεραπεία, ιδιαίτερα ως προς την συντήρηση των αποτελεσμάτων (Schelling, Munch, Meyer, Newark, Biedert, & Margraf, 2009). Σε άλλη μελέτη όπου 19 υπέρβαρα άτομα συζήτησαν ως ομάδα τις εμπειρίες τους, βρέθηκε ότι η επένδυση χρόνου για επεξεργασία της πρόθεσης, της απόφασης και της στοχοθέτησης βελτιώνει την ποιότητα και το περιεχόμενο της δράσης, με αποτέλεσμα να βελτιώνεται η τελική έκβαση της θεραπείας (Churchill, 2006).

Το στάδιο της δράσης δεν θα συζητηθεί εδώ, διότι εξετάζεται διεξοδικά σε μεταγενέστερα κεφάλαια, όπου γίνεται λεπτομερής αναφορά για τις διάφορες πτυχές των θεραπευτικών προγραμμάτων και την σχέση των θεραπευομένων με αυτά.

Όσο αφορά το 'στάδιο της υποτροπής', έχει γίνει μεγάλος αριθμός μελετών τα τελευταία χρόνια που εξετάζουν το πρόβλημα αυτό, πρόβλημα που παρουσιάζεται με ιδιαίτερη οξύτητα στην περίπτωση της παχυσαρκίας. Σε μια έρευνα με 76 γυναίκες, όπου 28 έχασαν και ξαναπήραν το βάρος τους, 28 έχασαν και διατήρησαν την απώλεια ενώ 20 δεν έχασαν ποτέ, βρέθηκε ότι τα χαρακτηριστικά που διέκριναν την ομάδα υποτροπής συμπεριλάμβαναν αποτυχία να φτάσουν στον στόχο βάρους που είχαν θέσει στην φάση απώλειας, καθορισμός της αυτό-αξίας τους γύρω από το βάρος και το σχήμα του σώματος, έλλειψη εγρήγορσης και προσοχής σχετικά με συμπεριφορές υγείας, διχοτικός – απόλυτος τρόπος σκέψης και συναισθηματική λήψη τροφής (Byrne, Cooper, & Fairburn, 2003). Σε άλλη έρευνα με γυναίκες που έχασαν και ξαναπήραν τουλάχιστον 23 κιλά (50 λίμπρες) επίσης βρέθηκε το φαινόμενο της διχοτικής – απόλυτης σκέψης, καθώς επίσης και χρήση στερεοτύπων, αμυντικότητα, ντροπή, κοινωνική απομόνωση και συναισθηματική αποστέρηση (Twomey, 2007). Επιπλέον, σε έρευνα με 10 παχύσαρκα άτομα που παραιτήθηκαν από μακροχρόνιο πρόγραμμα θεραπείας και αξιολογήθηκαν με το Karolinska Scales of Personality, βρέθηκε ότι σε σύγκριση με αυτούς που παρέμειναν στο πρόγραμμα χαρακτηρίζονταν από αυξημένη παρορμητικότητα, αυξημένη αποφυγή μονοτονίας και μειωμένη κοινωνικότητα (Hjordis & Gunnar, 1989). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ενδέχεται να υπάρχουν και εποχιακοί παράγοντες στην υποτροπή: Σε μελέτη περίπτωσης ενός ατόμου που

κατέγραφε το βάρος του σχεδόν κάθε μέρα για δέκα συνεχόμενα χρόνια, βρέθηκε ότι έτεινε να παίρνει βάρος κάθε Αύγουστο, Σεπτέμβριο και Δεκέμβριο, ενώ σχεδόν ανεπαίσθητα αυξανόταν επίσης το βάρος του κάθε Σαββατοκύριακο (Lappalainen, Pulkkinen, Van-Gils, Parkka, & Korhonen, 2005). Συνοπτικά, μπορούμε να πούμε ότι το φαινόμενο της υποτροπής, πέρα από τους όποιους διατροφικούς ή εποχιακούς πειρασμούς, φαίνεται να σχετίζεται ισχυρά με γνωστικές και συναισθηματικές διαταραχές που καθιστούν την παχυσαρκία των συγκεκριμένων ατόμων κάτι πολύ σοβαρότερο από ένα απλό ζήτημα 'απόκτησης συμπεριφορών υγείας'.

Εξετάζοντας την άλλη όψη του νομίσματος, τα άτομα δηλαδή που κατορθώνουν να πετύχουν μόνιμη αλλαγή και μείωση βάρους στο πλαίσιο του σταδίου της 'συντήρησης', η πιο πρόσφατη βιβλιογραφία έχει, για ευνόητους λόγους, εστιάσει προσεκτικά στα ειδοποιά τους χαρακτηριστικά. Σε μια μελέτη όπου συγκρίθηκαν 44 άτομα που διατήρησαν την απώλεια, 58 άτομα που παρέμειναν παχύσαρκοι και 40 άτομα που είχαν σταθερά κανονικό βάρος, βρέθηκε ότι αυτοί που συντήρησαν την απώλεια ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία, έδωσαν περισσότερη έμφαση στην υγιεινή διατροφή, εφάρμοσαν προγράμματα δίαιτας που ήταν μεγαλύτερης διάρκειας, και είχαν την τάση να απορρίπτουν την ιατρική ερμηνεία της παχυσαρκίας ενώ ασπάζονταν ψυχολογικές ερμηνείες που τοποθετούν την ευθύνη της αλλαγής στους ίδιους (Ogden, 2000). Σε μια πρόσφατη επισκόπηση μελετών που εξετάζουν τα χαρακτηριστικά αυτών που συντηρούν την απώλεια βάρους, υπογραμμίστηκαν επιπλέον ως σημαντικοί παράγοντες να έχει κάποιος δραστήριο τρόπο ζωής, να λαμβάνει τακτικά γεύματα στα οποία συμπεριλαμβάνεται το πρόγευμα, να μπορεί να παρακολουθεί και να ελέγχει

την συμπεριφορά του, να έχει εσωτερικά κίνητρα για απώλεια βάρους, να εφαρμόζει αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης κρίσεων και στρες, να έχει επαρκή κοινωνική στήριξη, καθώς επίσης και να χαρακτηρίζεται από αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας, αυτονομία, υπεύθυνη στάση στην ζωή, ψυχολογική ισχύ και σταθερότητα (Elfhag & Rossner, 2005). Σε μελέτες με ποιοτικό σχεδιασμό έχουν αναδειχθεί δυο επιπλέον σημαντικοί παράγοντες, που αφορούν την τελική φάση της επιτυχημένης συντήρησης: Την επίτευξη ισορροπίας ζωής (Hayward, et al., 2000) και την υπέρβαση του προβλήματος ώστε να μην απαιτείται πια συνειδητή σκέψη για να ζει κάποιος ισορροπημένα (Haefele, 2009).

Επιστρέφοντας στο περιστατικό μας, μπορούμε να πούμε ότι η σχετική βιβλιογραφία επικυρώνει τα περισσότερα από τα στάδια μέσα από τα οποία ο ίδιος έχει βιώσει την διαδικασία της προσωπικής του αλλαγής – από την άρνηση του προβλήματος, στην κινητοποίηση εν μέσω αρνητικών βιωμάτων, στην σε βάθος περισυλλογή που περιλαμβάνει στοιχεία υπαρξιακού προβληματισμού, την κινητοποίηση, την δράση, αλλά επίσης την ανατροπή των ισορροπιών και την υποτροπή. Αξιολογώντας όμως πιο συγκεκριμένα την εφαρμογή του διαθεωρητικού μοντέλου, μπορούμε να πούμε ότι ίσως εμπεριέχει στοιχεία υπέρ-απλούστευσης, τουλάχιστον στο επίπεδο της κατηγοριοποίησης των σταδίων. Μια προσαρμογή του διαθεωρητικού μοντέλου, που να διακρίνει σαφώς την παρορμητική κινητοποίηση που οδηγεί σε βεβιασμένη δράση από την συλλογισμένη κινητοποίηση που οδηγεί σε σταθερή δράση, ενδεχομένως να αποτελούσε μια χρήσιμη προσθήκη στην υφιστάμενη βιβλιογραφία.

2.7 Παρεμβάσεις που Αποτυγχάνουν

2.7.1 Μη-Συνεργατική Παρέμβαση

Στο συγκεκριμένο άτομο, μια κεντρική αιτία αποτυχίας πολλών παρεμβάσεων που έχουν επιχειρηθεί, τόσο προς αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αλλά και γενικότερα, είναι το φαινόμενο της μη-συνεργατικής παρέμβασης. Μη-συνεργατική παρέμβαση προκύπτει όταν ένα άτομο που ενδιαφέρεται να βοηθήσει - γονιός, σύζυγος, ιατρός, διαιτολόγος, προπονητής - δεν φροντίζει να κατανοήσει τις προηγούμενες στάσεις και αντιλήψεις του θεραπευόμενου, ή δεν συμφωνεί μαζί του τους στόχους της θεραπείας, ή δεν επεξηγεί επαρκώς την προσέγγιση, με αποτέλεσμα η παρέμβαση να μην οδηγεί σε σταθερή αλλαγή των στάσεων ή της συμπεριφοράς: Συνήθως η μη-συνεργατική παρέμβαση ακολουθείται, είτε από μη-συμμόρφωση στην προτεινόμενη θεραπεία, ή, σε περίπτωση που για άλλους λόγους το άτομο αισθάνεται την υποχρέωση να πειθαρχήσει, σε επιφανειακή και εκ των πραγμάτων βραχύβια συμμόρφωση.

2.7.2 Επιφανειακή Συμμόρφωση

Σε διάφορες περιπτώσεις, το άτομο αυτό συμμορφώθηκε επιφανειακά με την προσφερόμενη θεραπεία, χωρίς ενδόμυχα να είχε πεισθεί για την ορθότητα και την χρησιμότητα της προσέγγισης, με αποτέλεσμα την σύντομη εγκατάλειψη του προγράμματος. Επιφανειακή συμμόρφωση προκύπτει όταν το πρόγραμμα έχει παρουσιαστεί στο πλαίσιο μη-συνεργατικής παρέμβασης, ιδιαίτερα αν το άτομο

βρίσκεται σε κατάσταση άρνησης για τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος ενώ βρίσκεται σε κατάσταση άγχους και βιασύνης για μια γρήγορη λύση.

2.7.3 Παραπληροφόρηση 'Ειδικών'

Σε αυτό το άτομο, η ήδη υφιστάμενη άγνοια του αναφορικά με συμπεριφορές υγείας, που όπως αναφέρθηκε πιο πάνω είχε την αρχή της στην παιδική ηλικία, επιδεινώθηκε μέσα από την παραπληροφόρηση υποτιθέμενων ειδικών στους οποίους αποτάθηκε για θεραπεία από την παχυσαρκία, με αποτέλεσμα την αποτυχία της προτεινόμενης θεραπείας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα παραπληροφόρησης που φαίνεται να αντιμετώπισε το συγκεκριμένο άτομο αφορά τον ρόλο της γυμναστικής στην απώλεια βάρους: Πολλοί υποτιθέμενοι ειδικοί φαίνονται να αναπαράγουν τον μύθο ότι για να χάσει κάποιος βάρος πρέπει να μην γυμνάζεται σε μέτρια προς ψηλή ένταση, αλλά μόνο σε χαμηλή. Ο μύθος αυτός στηρίζεται σε μια παρερμηνεία των σχετικών επιστημονικών δεδομένων, και προάγεται από άτομα που έχουν μεν κάποια επαφή με την επιστημονική βιβλιογραφία, αλλά δεν την έχουν μελετήσει επισταμένα.

2.7.4 Υπέρμετρες Προσδοκίες σε Τεχνολογικές Λύσεις

Το άτομο αυτό έχει έλθει πολλές φορές αντιμέτωπο με θεραπευτικές προτάσεις που στηρίζονταν σε σημαντικό βαθμό σε διάφορα τεχνολογικά επιτεύγματα - από μηχανήματα υποβολής στα χέρια ψυχολόγου, μέχρι θεραπεία της παχυσαρκίας με μηχανήματα υπέρυθρης ακτινοβολίας και δονητή του κοιλιακού χώρου. Ένα κοινό χαρακτηριστικό των θεραπειών που στηρίζονται σε τεχνολογικές λύσεις είναι ότι δεν στηρίζονται σε αντίστοιχο βαθμό στο στοιχείο της προσωπικής θυσίας: Αντιθέτως, η

τάση είναι να υπόσχονται οι προσεγγίσεις αυτές απώλεια βάρους χωρίς ιδιαίτερη προσπάθεια, ταλαιπωρία ή κόπο. Σε αυτή την κατηγορία μπορούν ενδεχομένως να ενταχθούν οι χειρουργικές και φαρμακευτικές προσεγγίσεις, αφού και αυτές τείνουν να υπόσχονται απώλεια βάρους χωρίς ιδιαίτερη συνειδητή προσπάθεια ή κόπο. Το οξύμωρο είναι ότι, στην περίπτωση του ατόμου αυτού αλλά προφανώς και γενικότερα, η υπερβολική χρήση της τεχνολογίας αποτελούσε βασικό στοιχείο της παχυσαρκογενούς συμπεριφοράς του αφού συνέβαλλε στον καθιστικό τρόπο ζωής. Προσπαθώντας λοιπόν να θεραπεύσει την παχυσαρκία με την τεχνολογία, μπορούμε να πούμε ότι το άτομο αυτό προσπαθούσε με το λάδι να σβήσει την φωτιά. Τελικά, η απαξίωση των τεχνολογικών λύσεων αποτέλεσε σημαντικό βήμα για την επιτυχημένη θεραπεία αυτού του ατόμου.

2.7.5 Ανεπαρκής Γυμναστική

Πολλές από τις προσπάθειες θεραπείες του συγκεκριμένου ατόμου απέτυχαν διότι το στοιχείο της σωματικής άσκησης ήταν ανεπαρκές. Όποτε έγιναν προσπάθειες θεραπείας μόνο σε επίπεδο διατροφής, τελικά δεν είχαν σταθερό αποτέλεσμα. Επιπλέον, προσπάθειες που περιλάμβαναν ελαφριά γυμναστική μικρής διάρκειας και χαμηλής έντασης επίσης αποδείχθηκαν ανεπαρκή για αναχαίτιση της παχυσαρκίας. Η τάση του ατόμου αυτού να εμπλέκεται σε θεραπείες με ανεπαρκή σωματική άσκηση φαίνεται ότι δεν είναι αποκλειστικά δική του υπόθεση, εφ' όσον αρκετά από τα δομημένα προγράμματα με τα οποία ήλθε σε επαφή επίσης πρέσβευαν σχεδόν

αποκλειστική έμφαση στην διατροφή ή άλλα θεραπευτικά στοιχεία, εις βάρος της σωματικής άσκησης.

2.7.6 Προσοχή στην Ποιότητα αλλά όχι στην Ποσότητα Τροφής

Σε ορισμένες περιπτώσεις, το άτομο αυτό προσπάθησε να προσέξει την ποιότητα της διατροφής του αλλά παραμελώντας εξ' ολοκλήρου τον παράγοντα της ποσότητας. Αν και προέκυψαν σε μερικές περιπτώσεις τέτοια προβλήματα στο πλαίσιο δομημένων προγραμμάτων, το σφάλμα αυτό πρέπει κυρίως να αποδοθεί στην άγνοια του συγκεκριμένου ατόμου αναφορικά με τις στοιχειώδες πραγματικότητες της φυσιολογίας και της διατροφής. Η πρόσληψη μεγάλης ποσότητας μιας έστω υγιεινής διατροφής θα μεταφραστεί αναπόφευκτα σε αποθήκευση σωματικού λίπους, ιδιαίτερα αν αυτή η διατροφή περιλαμβάνει μεγάλες ποσότητες ψωμιού και λαδιού, τροφές που αν και ωφέλιμες συγκαταλέγονται ανάμεσα σε αυτές με την πιο ψηλή θερμιδική πυκνότητα.

2.7.7 Ανυπόφορα Υποκατάστατα Τροφών

Σε μια περίπτωση, η προσπάθεια θεραπείας του συγκεκριμένου ατόμου τερματίστηκε διότι τα υποκατάστατα γευμάτων που λάμβανε άρχισαν να του προκαλούν ενοχλήσεις στο στομάχι. Ως αποτέλεσμα, άρχισε να αμελεί την υποκατάσταση των γευμάτων βάσει του καθορισμένου προγράμματος, και σύντομα επέστρεψε στο γνωστό για τον ίδιο παχυσαρκογενές πρότυπο διατροφής.

2.7.8 Συζήτηση και Προεκτάσεις

Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ το συγκεκριμένο άτομο έχει αναλύσει επισταμένα τις ανεπάρκειες και ελλείψεις συγκεκριμένων θεραπευτικών προγραμμάτων στα οποία συμμετείχε, η επιστημονική βιβλιογραφία αντιμετωπίζει το ζήτημα της αποτυχημένης θεραπείας κυρίως από την αντίστροφη προοπτική, εξετάζοντας δηλαδή ποιοι παράγοντες του ατόμου ευθύνονται για την δική του προσωπική αποτυχία (Teixeira, Going, Sardinha, & Lohman, 2005; Twomey, 2007; Carels, G, Cacciapaglia, Douglass, Rydin, & O'Brien, 2003; Anton, et al., 2008; Hjordis & Gunnar, 1989), και όχι ποιοι παράγοντες των προγραμμάτων ευθύνονται για τα γενικώς χαμηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας. Διότι οι παράγοντες του ατόμου που αφορούν την άρνηση, την χαμηλή κινητοποίηση και την υποτροπή συζητήθηκαν εκτενώς στο προηγούμενο κεφάλαιο, εδώ θα εστιάσουμε στην ομολογουμένως ελάχιστη βιβλιογραφία που αναφέρεται σε παράγοντες αποτυχίας των ίδιων των προγραμμάτων.

Το πρόβλημα του γενικότερου τσαρλατανισμού στην θεραπεία της παχυσαρκίας έχει αναγνωριστεί, αλλά από μεμονωμένους σχολιαστές. Σε μια μελέτη αναφέρεται με λογοπαίγνιο ότι τα περισσότερα από τα προγράμματα που προσφέρονται απευθύνονται 'στις μάζες των ατόμων με ψηλή μάζα' (*the masses of the massive*), ενώ έχουν σαφώς εμπορικό χαρακτήρα με ελάχιστη επιστημονική τεκμηρίωση και έξω από κάθε πλαίσιο δεοντολογίας (Polivy, 1990). Ο Sokolon (1999) σχολιάζει ειρωνικά το γεγονός ότι το μέσο βάρος του πληθυσμού αυξάνεται την ίδια ώρα που αυξάνεται η ενασχόληση του πληθυσμού με τις δίαιτες, ενώ θεωρεί ότι οι δίαιτες τελικά

απορρίπτονται και δεν επηρεάζουν μακροπρόθεσμα τον τρόπο ζωής διότι επιβάλλονται έξωθεν και δεν ανταποκρίνονται στην ενδόμυχη γνώση των ατόμων αναφορικά με τις τροφές που ήδη προτιμούν. Σε μια συνοπτική επισκόπηση των διαθέσιμων μεθόδων θεραπείας στην παχυσαρκία, αναφέρεται ότι οι δίαιτες αποτυγχάνουν κυρίως όταν δεν συνοδεύονται από μια ευρύτερη αναδόμηση των γνωστικών σχημάτων και της συμπεριφοράς. Σε αυτό το πλαίσιο, διευκρινίζεται ότι η ικανότητα αναστολής μιας παρόρμησης ώστε ένα άτομο να εφαρμόσει την δίαιτα, δεν μπορεί να επιτευχθεί μόνο με 'ισχυρή θέληση' αλλά απαιτείται μια ευρύτερη ικανότητα αυτορρύθμισης της προσοχής και των κινήτρων (Thompson, Cook, Clark, Bardia, & Levine, 2007). Αν δεν επιλυθούν αυτά τα ευρύτερα ζητήματα, τότε ο διαιτητικός αυτοπεριορισμός όχι μόνο δεν έχει θετικό αποτέλεσμα αλλά οδηγεί μακροπρόθεσμα σε περισσότερα περιστατικά υπερφαγίας σε σύγκριση με την πριν την δίαιτα εποχή (Ogden, 1994). Οι 'τεχνολογικές λύσεις', όπως για παράδειγμα οι χειρουργικές επεμβάσεις, έχουν άλλο λόγο αποτυχίας: Σε ποιοτική ανάλυση 11 ατόμων που απέτυχαν να χάσουν βάρος μετά την τοποθέτηση δακτυλιδιού, διαφάνηκε ότι ουδέποτε αντιλήφθηκαν και ούτε τους εξήγησε κανείς ότι εκτός από το δακτυλίδι θα απαιτείτο και η δική τους προσωπική προσπάθεια (Zijlstra, Boeije, Larsen, Van Ramshorst, & Geenen, 2009). Οι θεραπείες με φάρμακα παρουσιάζουν ακόμη πιο χαμηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας: Η Ορλιστάτη, φάρμακο που εμποδίζει την απορρόφηση ενέργειας από λιπαρά, επιφέρει κατά μέσο όρο απώλεια μόνο τριών κιλών στο σύνολο της θεραπείας, ενώ εντός 9 μηνών όλο το χαμένο βάρος ξανακερδίζεται (Thompson, Cook, Clark, Bardia, & Levine, 2007). Ενδεχομένως οι λύσεις που στηρίζονται σε τεχνολογικά μέσα να παρέχονται με την

υπόνοια της εύκολης λύσης σε άτομα που δεν έχουν αποδειχθεί επαρκώς την ανάγκη για προσωπικές θυσίες, και σε αυτό το πλαίσιο τελικά να αποτυγχάνουν. Πάντως, οι Glenny et al (1997) θεωρούν ότι από την στιγμή που η παχυσαρκία αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες, η οποιαδήποτε μονοθεματική ή μονοδιάστατη προσέγγιση θεραπείας είναι καταδικασμένη σε αποτυχία. Τέλος, αναφέρονται στην βιβλιογραφία περιπτώσεις όπου λόγω εμποδίων από το περιβάλλον υπονομεύεται η επιτυχία ενός κατά τα άλλα αποτελεσματικού προγράμματος, όπως στην περίπτωση παιδιών η συμμετοχή των οποίων παρεμποδίζεται από τους γονείς τους (Rice, Thombs, Leach, & Rehm, 2008) ή ατόμων των οποίων η ασφαλιστική κάλυψη δεν καλύπτει την θεραπεία της παχυσαρκίας με αποτέλεσμα να περιορίζονται σε μόνο 1-2 συνεδρίες με ειδικό (McCann, 2006).

Συνοπτικά, μπορούμε να πούμε ότι η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει την κριτική προσέγγιση του συγκεκριμένου ατόμου απέναντι στις διάφορες υποτιθέμενες θεραπείες που συνάντησε στην πορεία του, ιδιαίτερα όσο αφορά το φαινόμενο των διαιτών που με μεγάλη ευκολία 'χορηγούνται' από ειδικούς στο πλαίσιο μιας μόνο συνάντησης, σε ένα σαφώς μονοδιάστατο πλαίσιο και παραβιάζοντας την αρχή της συνεργατικής παρέμβασης. Πάντως, η μέχρι σήμερα βιβλιογραφία σαφώς υστερεί στο ζήτημα της αξιολόγησης υφιστάμενων θεραπειών. Υπάρχει βέβαια μεγάλος αριθμός μετά-αναλύσεων που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων προσεγγίσεων, αλλά αυτές εστιάζουν στην μέση επίδοση όλων των προγραμμάτων μιας δεδομένης προσέγγισης και όχι στην αναγνώριση επί μέρους στοιχείων που

οδηγούν στην επιτυχία ή αποτυχία συγκεκριμένων προγραμμάτων. Μια τέτοια ερευνητική προσέγγιση θα βοηθούσε ώστε να διευκρινιστούν οι παράγοντες, όχι μόνο των ατόμων αλλά και των προγραμμάτων, που οδηγούν πολύ συχνά τους θεραπευόμενους στην πικρή γεύση της αποτυχίας.

2.8 Στοιχεία Επιτυχημένης Θεραπείας

2.8.1 Θετικά Παραδείγματα

Για το συγκεκριμένο άτομο, διάφορα θετικά παραδείγματα - τόσο της παιδικής ηλικίας όσο και μεταγενέστερα - αποτέλεσαν πρότυπο για την δική του προσωπική αλλαγή. Τα θετικά παραδείγματα της παιδικής ηλικίας - πατέρας και γιαγιά - δεν είχαν άμεση επίδραση, άλλα διευκόλυναν την μακρόχρονη επαναπλαισίωση του τρόπου ζωής του. Σε αντίθεση, τα μεταγενέστερα θετικά παραδείγματα ήταν πολύ πιο συγκεκριμένα, με αναφορά σε ένα συγκεκριμένο τρόπο θεραπείας, ενώ επέδρασαν άμεσα στην επόμενη θεραπευτική επιλογή του ατόμου για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

2.8.2 Υποστηρικτικές Σχέσεις

Στην πορεία της θεραπείας του συγκεκριμένου ατόμου, οι υποστηρικτικές σχέσεις που απολάμβανε σε διάφορα στάδια αποτέλεσαν βασικό στοιχείο της θεραπείας. Σε πολύ πρώιμο στάδιο, έλαβε από την σχέση του με τον πνευματικό του τα αναγκαία εφόδια ώστε να μπορεί να ρυθμίζει στοιχειωδώς τις παρορμήσεις, τα συναισθήματα και τις διαπροσωπικές του σχέσεις, μέσα από μια θεραπευτική σχέση που χαρακτηριζόταν από ανοικτό διάλογο, χιούμορ και απλότητα, με την παροχή συγκεκριμένων και χρήσιμων συμβουλών από ένα πρόσωπο που απέκτησε κύρος στα μάτια του θεραπευόμενου. Η σχέση αυτή έδωσε τα απαραίτητα θεμέλια ώστε το άτομο αυτό μακροπρόθεσμα να μπει σε αναζήτηση της προσωπικής του ισορροπίας, κατάσταση που διαμόρφωσε τελικά το πλαίσιο για την επιτυχή αντιμετώπιση του συγκεκριμένου

προβλήματος της παχυσαρκίας. Αργότερα, όταν το άτομο βρισκόταν πια στο στάδιο της συνειδητοποίησης σχετικά με το πρόβλημα της παχυσαρκίας, η σχέση με τον πατέρα αναδείχθηκε κρίσιμης σημασίας, ο οποίος απλά και μόνο δήλωσε παρόν στον αγώνα του ατόμου: Η προσωπική και από καρδίας παρέμβαση του πατέρα, μετά από μια περίοδο σιωπηλής υπομονής, ενώ το άτομο ήταν ήδη έτοιμο μέσα από μια εσωτερική διαδικασία επεξεργασίας για να πάρει τις αποφάσεις του, ήταν το καταλυτικό έναυσμα για να προχωρήσει στην αλλαγή. Σε ένα άλλο επίπεδο, η σχέση με την σύζυγο απέβη υποστηρικτική στο βαθμό που και αυτή συμμετείχε έμπρακτα στις προσπάθειες του ατόμου να εισάξει συμπεριφορές υγείας στην ζωή του, με την εισαγωγή των ίδιων συμπεριφορών υγείας στην δική της ζωή. Τέλος, στο στάδιο της δράσης, η σχέση του ατόμου με τον προπονητή του ήταν απολύτως αναγκαία για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας, αφού μέσω του προπονητή το άτομο αυτό εισέπραττε ενθάρρυνση, βασικές γνώσεις και ρύθμιση της έντασης της προσπάθειας του με τρόπο που αποφεύγονταν τόσο οι υπερβολές όσο και οι ελλείψεις.

2.8.3 Αποδοχή Θυσιών

Μια απαραίτητη προϋπόθεση της θεραπείας για το συγκεκριμένο άτομο ήταν η αποδοχή της αρχής της θυσίας: Ότι δηλαδή ο δρόμος θα είναι δύσκολος και θα απαιτήσει κόπο, ότι θα χρειαζόταν για ένα διάστημα χρόνου η πλήρης αφοσίωση του στο πλαίσιο κλειστού προγράμματος, και ότι η θεραπεία θα είχε σημαντικό χρηματικό αντίτιμο. Όταν πια η αρχή της θυσίας έγινε αποδεκτή από το άτομο, άλλαξε και ο τρόπος αξιολόγησης των προσφερόμενων προγραμμάτων ώστε να προτιμούνται τα

προγράμματα που προϋποθέτουν θυσίες και να αποστρέφονται τα προγράμματα που υπόσχονται εύκολο δρόμο. Με την αποδοχή της θυσίας, το άτομο απέκτησε την δυνατότητα της υπομονής ώστε να αντιμετωπίσει τα πολλαπλά πρακτικά, σωματικά και ενδοψυχικά εμπόδια που συνάντησε στην πορεία της θεραπείας του.

2.8.4 Αναζήτηση Γνώσης

Από νωρίς, το άτομο αυτό είχε ένα υγιές αίτημα για καλύτερη γνώση αναφορικά με την κατάσταση του και τους παράγοντες που επηρέαζαν την υγεία και το βάρος του, αλλά πολλοί ειδικοί στους οποίους απευθύνθηκε δεν ανταποκρίθηκαν με επάρκεια στο αίτημα του για γνώση. Αντιθέτως, στο επιτυχημένο θεραπευτικό πρόγραμμα που τελικά συμμετείχε η ανάγκη αυτή αναγνωρίστηκε και αποτέλεσε βασικό συστατικό της θεραπείας. Η απόκτηση γνώσης είχε και θεωρητικό χαρακτήρα - πως λειτουργεί η διαδικασία του σωματικού μεταβολισμού - αλλά και πρακτικό χαρακτήρα, με την εκμάθηση χρήσιμων δεξιοτήτων όπως την υγιεινή μαγειρική και το έξυπνο ψώνισμα. Η απόκτηση γνώσης έγινε μέσα από τρεις διακριτούς μηχανισμούς: Πρώτο, εφαρμόζοντας νέες δεξιότητες σύμφωνα με τις απαιτήσεις του προγράμματος, δεύτερο, μέσα από μια διαδικασία 'βιβλιοθεραπείας' στην οποία βοήθησε σημαντικά και το ιντερνέτ, και τρίτο μέσα από μια διαδικασία ελεύθερης υποβολής ερωτήσεων στον προπονητή του.

2.8.5 Καλά Δομημένο Πρόγραμμα

Το πρόγραμμα θεραπείας που τελικά βοήθησε το συγκεκριμένο άτομο ήταν πολύ καλά δομημένο, τόσο αναφορικά με τον καθορισμό και την τήρηση ενός καθημερινού

προγράμματος, όσο και στο επίπεδο της σύνθεσης και συγκρότησης διάσπαρτων θεραπευτικών στοιχείων που όλα μαζί αποτέλεσαν για το άτομο αυτό μια ολοκληρωμένη νέα οικολογία στην οποία μπόρεσε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του και να βρει τον εαυτό του. Όσο αφορά την οργάνωση του χρόνου, υπήρχαν κάθε μέρα πολλές ευκαιρίες για σωματική άσκηση με ενδιάμεσα διαλείμματα, ενώ τα γεύματα ήταν δομημένα στην κάθε τους λεπτομέρεια. Όσο αφορά την σύνθεση διάσπαρτων στοιχείων, εφαρμόζοντας αρχές προπόνησης, αποκατάστασης, διατροφικής αναδόμησης, στοχοθέτησης, και ψυχό-εκπαίδευσης με ένα αρμονικό και αλληλο-τροφοδοτούμενο τρόπο.

2.8.6 Διατροφική Αναδόμηση

Για την επιτυχή θεραπεία του ατόμου αυτού, αποδείχθηκε αναγκαία μια διαδικασία πλήρους διατροφικής αναδόμησης που έγινε κυρίως στο πλαίσιο συμμετοχής σε θεραπευτικό πρόγραμμα αλλά συνεχίστηκε και μετά την ολοκλήρωσή του. Στη φάση προετοιμασίας για την διατροφική αναδόμηση, το άτομο παροτρύνθηκε απλώς να μειώσει τις υπερβολές στο φαγητό, ενώ του επιτράπηκε ένα 'τελευταίο δείπνο' το βράδυ πριν την έναρξη του προγράμματος. Αμέσως μετά ακολούθησε μια φάση αποτοξίνωσης για εννέα μέρες, με ελάχιστη λήψη τροφής και χρήση ειδικών ροφημάτων που σύμφωνα με τους ειδικούς του προγράμματος συνέβαλλαν στην κάθαρση του μεταβολικού συστήματος από την τοξική επίδραση των προηγούμενων διατροφικών καταχρήσεων. Στην επόμενη φάση, η διατροφική αναδόμηση εστίασε περισσότερο στην κατάκτηση σημαντικών σχετικών δεξιοτήτων - συγκεκριμένα την

υγιεινή μαγειρική και το ψώνισμα υλικών από την υπεραγορά - ενώ ταυτόχρονα διεξαγόταν και μια διαδικασία 'βιβλιοθεραπείας' αναφορικά με την υγιεινή και φυσική διατροφή, με συγκεκριμένο υλικό που δόθηκε από το πρόγραμμα. Ενώ κατά την διάρκεια του προγράμματος το καθημερινό διαιτολόγιο ήταν συγκεκριμένο και καθορισμένο, με την ολοκλήρωση του προγράμματος το άτομο αυτό αναμενόταν ότι θα συνέχιζε να εφαρμόζει, αλλά στο πλαίσιο ενός ελεύθερου πια διαιτολογίου, τις αρχές διατροφής, μαγειρικής και ψωνίσματος που έμαθε κατά την διάρκεια του προγράμματος. Ως αποτέλεσμα της ολοκληρωμένης αυτής προσέγγισης στην διατροφική αναδόμηση, το άτομο αυτό δεν έχει μέχρι σήμερα υποστεί κάποια σοβαρή υποτροπή σε σχέση με την διατροφή του.

2.8.7 Εντατική Γυμναστική

Στο πλαίσιο του θεραπευτικού προγράμματος που συμμετείχε το άτομο αυτό ενεπλάκη σε μια διαδικασία έντονης και παρατεταμένης καθημερινής σωματικής άσκησης, με σκοπό την αύξηση της καθημερινής ενεργειακής κατανάλωσης για απώλεια βάρους αλλά επίσης και για ευρύτερη αναδόμηση του σώματος του. Η γυμναστική εμπεριείχε τόσο στοιχεία αερόβιας άσκησης, είτε έξω στην φύση, είτε σε γυμναστήριο, είτε σε πισίνα, όσο και στοιχεία προπόνησης μυϊκής ενδυνάμωσης, με καθημερινό πρωτόκολλο ασκήσεων σταδιακά κλιμακούμενης έντασης υπό εποπτεία σε γυμναστήριο. Διότι η άσκηση ήταν εξαντλητική, απαιτήθηκε στην αρχή ισχυρή συμμετοχή της βούλησης για να μπορεί το άτομο να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της κάθε ημέρας, ενώ τις νύκτες κοιμόταν μέχρι και 12 ώρες για να ξεκουράσει και να

ανανεώσει το μυοσκελετικό του σύστημα. Η εντατική γυμναστική κατά την διάρκεια του προγράμματος γινόταν μέχρι και 5 ώρες ημερησίως, ενώ μετά το πέρας του προγράμματος το άτομο αυτό συνέχισε να γυμνάζεται σε παρόμοια ένταση, αλλά για περίπου δυο ώρες ημερησίως, για ακόμη έξι μήνες. Ενώ στην αρχή της προσπάθειας η έμφαση της γυμναστικής ήταν στην αερόβια άσκηση ώστε να επιτευχθεί η καύση του υπερβολικού λίπους, προς το τέλος της προσπάθειας η έμφαση στράφηκε προς την προπόνηση ενδυνάμωσης ώστε να οικοδομηθεί ένα πιο ισχυρό μυοσκελετικό σύστημα.

2.8.8 Συντήρηση Σταθερού Θερμιδικού Ελλείμματος

Καθ' όλη την διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος, το άτομο αυτό συνέχισε να λαμβάνει τροφή σε μικρές ποσότητες ενώ γυμναζόταν εντατικά, ώστε να διατηρείται το αναγκαίο θερμιδικό έλλειμμα για απώλεια βάρους, ενώ η καθημερινή άσκηση κατά παράδοξο τρόπο φαίνεται να βοηθούσε στον έλεγχο και μείωση του αισθήματος της πείνας, αφού το άτομο αντλούσε ευχαρίστηση από την ίδια την σωματική άσκηση και άρα είχε μικρότερη ανάγκη για την ηδονική επίδραση των τροφών. Το σώμα του φαίνεται επίσης να εξοικειώθηκε σύντομα με το μεγάλο καθημερινό θερμιδικό έλλειμμα, ώστε να λαμβάνει την αναγκαία ενέργεια για την συντήρηση του κυρίως από το αποθηκευμένο λίπος και λιγότερο από την καθημερινή διατροφή, χωρίς να διαμαρτύρεται. Συγκεκριμένα, το θερμιδικό έλλειμμα του ατόμου αυτού σταθεροποιήθηκε στις 3000-4000 θερμίδες ημερησίως, με την καθημερινή λήψη περίπου χιλίων θερμίδων τροφής και την κατανάλωση περίπου πέντε χιλιάδων θερμίδων σε βασικό μεταβολισμό και σωματική άσκηση. Αυτό το θερμιδικό έλλειμμα

μεταφραζόταν σε απώλεια περίπου μισού κιλού σωματικού λίπους κάθε μέρα, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται ο στόχος της απώλειας βάρους σε βαθμό που συνήθως δεν απαντάται στους κλινικά παχύσαρκους έξω από τα χειρουργικά πλαίσια. Μετά το πέρας του προγράμματος, το άτομο αυτό συνέχισε να διατηρεί κατάσταση θερμιδικού ελλείμματος αλλά σε μικρότερο βαθμό, σε πλαίσια που ήταν πιο ρεαλιστικά για τις απαιτητικές συνθήκες της καθημερινής πραγματικότητας, αν και συνέχιζε να έχει ένα έλλειμμα της τάξης των 1000 θερμίδων ημερησίως με αποτέλεσμα να χάνει περίπου ένα κιλό κάθε εβδομάδα.

2.8.9 Ενίσχυση Επιτελικών Λειτουργιών

Ενώ στο θεραπευτικό πρόγραμμα που συμμετείχε το άτομο αυτό δεν περιλαμβανόταν κάποια ειδική έμφαση στην ενίσχυση επιτελικών λειτουργιών, το ίδιο το άτομο έδωσε μεγάλη σημασία σε διαδικασίες αυτού του τύπου. Συγκεκριμένα, μέσα από την προσεκτική τήρηση ημερολογίων, το άτομο προσπαθούσε να αποκαταστήσει την ικανότητα του για στοχοθετημένη συμπεριφορά - να έχει μεσοπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους και να αναστέλλει τις παρορμήσεις του ώστε να τους επιτύχει - καθώς επίσης και την ικανότητα για αυτό-ρύθμιση μέσα από την αυτό-παρακολούθηση - αναστοχαζόμενος κάθε μέρα αναφορικά με τις διάφορες επιδιώξεις του, και εξετάζοντας σε ποιό βαθμό μπόρεσε να τις υλοποιήσει, και αν όχι τι τον εμπόδισε. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι το ίδιο το πρόγραμμα σωματικής άσκησης βοήθησε στην αποκατάσταση των επιτελικών του ελλειμμάτων, αφού η καθημερινή προσπάθεια για τήρηση των στόχων γυμναστικής αποτελούσε μια σταθερή πρόκληση

για στοχοθετημένη συμπεριφορά. Ένα επιτελικό έλλειμμα το οποίο αποδεικνύεται πιο ανθεκτικό, και το οποίο το άτομο αυτό προσπαθεί ακόμη να αντιμετωπίσει, είναι η αδυναμία παράλληλης παρακολούθησης πολλαπλών στόχων, ώστε να μπορεί και να διατηρεί τον εαυτό του σε κατάσταση καλής σωματικής υγείας, και να ανταποκρίνεται στις διάφορες οικογενειακές, κοινωνικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις του.

2.8.10 Θετικές Συνήθειες πέρα από την Απώλεια Βάρους

Ένα απαραίτητο στοιχείο - ή ίσως επιστέγασμα -της θεραπείας για το συγκεκριμένο άτομο αφορά την υπέρβαση του στενού στόχου της 'απώλειας βάρους' και την επανατοποθέτηση των σχετικών συμπεριφορών υγείας - όπως επιτελικός έλεγχος, προσεγμένη διατροφή, σωματική άσκηση - σε ένα μονιμότερο πλαίσιο τρόπου ζωής που το άτομο συνειδητά πια επιλέγει, ως κάτι που έχει αυτό-αξία πέρα από την επίλυση ενός προβλήματος υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, το άτομο αυτό προσπαθεί να αλλάξει τις ψυχαγωγικές συνήθειες της οικογένειας του ώστε να περιλαμβάνουν σωματική δραστηριότητα, έχει διαμορφώσει γυμναστήριο στο σπίτι του, και γενικότερα αποσκοπεί σε μια κατάσταση όπου η αποφυγή της παχυσαρκίας θα γίνεται σχεδόν αυτόματα, ενώ ο ίδιος θα επιδιώκει τα ενδιαφέροντα και τους στόχους του στο πλαίσιο μιας δυναμικής και δραστήριας ζωής.

2.8.11 Συζήτηση και Προεκτάσεις

Πολλές από τις θεματικές αναφορικά με την θεραπεία της παχυσαρκίας που συναντούνται σε αυτό το περιστατικό έχουν εξεταστεί ενδελεχώς στο πλαίσιο της σχετικής βιβλιογραφίας. Στην επισκόπηση που ακολουθεί θα γίνει αναφορά στο ρόλο

των υποστηρικτικών δικτύων και της συμβουλευτικής, στις συμπεριφορικές θεραπείες για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και αναδόμηση της συμπεριφοράς λήψης τροφής, στις γνωστικές προσεγγίσεις που επιδιώκουν να διορθώσουν δυσλειτουργικά σχήματα ή να αποκαταστήσουν ελλειμματικές γνωστικές λειτουργίες, στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις όπου επιδιώκεται η αντιμετώπιση των εν τω βάθει ψυχολογικών δυσλειτουργιών, στις ολιστικές θεραπείες που συνθέτουν και συνδυάζουν τα διάφορα προ-αναφερθέντα είδη θεραπείας στο πλαίσιο μιας βιοψυχοκοινωνικής ή και οικολογικής προσέγγισης, και τέλος στην προσέγγιση δημόσιας υγείας όπου η παχυσαρκία αντιμετωπίζεται ως θεσμικό ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί σε επίπεδο διαμόρφωσης πολιτικής.

Αναφορικά με τον ρόλο των υποστηρικτικών δικτύων και της συμβουλευτικής, μια σειρά πρόσφατων μελετών έχει επιβεβαιώσει ότι η συμπερίληψη ενός προγράμματος συμβουλευτικής σε ένα κατά τα άλλα παραδοσιακό πρόγραμμα απώλειας βάρους που στηρίζεται στην άσκηση και στην διατροφή, βελτιώνει σημαντικά τόσο τα επίπεδα αρχικής απώλειας βάρους όσο και την μακροπρόθεσμη συντήρηση (Dansinger, Tatsloni, Wong, Chung, & Balk, 2007; Rice, Thombs, Leach, & Rehm, 2008; Schelling, Munch, Meyer, Newark, Biedert, & Margraf, 2009). Η συμβουλευτική μπορεί να εξυπηρετήσει τον σκοπό της εξατομίκευσης της θεραπείας γύρω από τα πραγματικά ελλείμματα και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου (Polivy, 1990) καθώς επίσης και να επιτρέψει την διευκρίνιση και ενίσχυση των κινήτρων του ατόμου, σε ένα πλαίσιο προσωπικής ανάληψης ευθύνης για την έκβαση της θεραπείας (Zijlstra, Boeije, Larsen, Van Ramshorst, & Geenen, 2009; Mustajoki & Pekkarinen, 1999; Acosta, Manubay, & Levin,

2008). Η κοινωνική υποστήριξη στο πλαίσιο της οικογένειας έχει επίσης βρεθεί να έχει σημασία: Σε έρευνα με 45 ζευγάρια όπου το ένα άτομο είναι παχύσαρκο, ήταν πιο πιθανόν να πετύχουν στην θεραπεία αυτοί που ανέφεραν ψηλό βαθμό υποστήριξης από την οικογένεια στην προσπάθεια τους για απώλεια βάρους (Barbarin, 1985). Είναι επίσης ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι σε έρευνα όπου αξιολογήθηκαν χαρακτηριστικά προσωπικότητας 56 παχύσαρκων στην κοινότητα και 183 παχύσαρκων σε θεραπεία, οι παχύσαρκοι σε θεραπεία ήταν πολύ πιο πιθανόν να έχουν ψηλό βαθμό σε κλίμακες συνεργατικότητας και κοινωνικής εξάρτησης (Sullivan, Cloninger, Przybeck, & Klein, 2007).

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις είναι με μεγάλη διαφορά οι συχνότερες που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Μέσα από μια επισκόπηση 23 συμπεριφορικών παρεμβάσεων, αναφέρεται ότι συνήθως στοχεύουν στην άσκηση και στην διατροφή, δεν στηρίζονται σε συγκεκριμένη θεωρία συμπεριφοράς, η διάρκεια των προγραμμάτων κυμαίνεται από τις 3 εβδομάδες στα 9 έτη, με μέση διάρκεια τους 6 μήνες, εφαρμόζονται από νοσηλεύτες, διατροφολόγους, διαιτολόγους ή γυμναστές, υλοποιούνται συνήθως σε ομαδικό πλαίσιο, ενώ τα αποτελέσματα αξιολογούνται στην βάση του Δείκτη Μάζας Σώματος (Sharma, 2007). Μετά από περιεκτική μετά-ανάλυση 493 συμπεριφορικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, έχει ανακοινωθεί ότι οι παρεμβάσεις που εστιάζουν αποκλειστικά στην γυμναστική οδηγούν σε μέση απώλεια 3 κιλών, ενώ οι παρεμβάσεις που εστιάζουν αποκλειστικά στην διατροφή οδηγούν σε μέση απώλεια 11 κιλών. Οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν γυμναστική και διατροφή επίσης οδηγούν σε μέση απώλεια 11 κιλών, αλλά η απώλεια

που προκύπτει από συνδυασμό διατροφής και άσκησης αποδεικνύεται να είναι πιο ανθεκτική στον χρόνο σε σύγκριση με την απώλεια που στηρίζεται μόνο στην διατροφή (Miller, Koceja, & Hamilton, 1997).

Όσο αφορά τις γνωστικού τύπου παρεμβάσεις, αυτές φαίνονται να ενδείκνυνται ιδιαίτερα για όσους αδυνατούν να αποκτήσουν νέα ισορροπία αναφορικά με το σωματικό τους βάρος αποκλειστικά μέσα από συμπεριφορικές μεθόδους. Σε μελέτη με 49 παχύσαρκους που συμμετείχαν σε συμπεριφορική θεραπεία διάρκειας έξι μηνών, διαφάνηκε ότι αυτοί που δεν έχασαν βάρος χαρακτηρίζονταν από υποκείμενες γνωστικές διαταραχές αντίληψης και επεξεργασίας (Elfhag, Rossner, Lindgren, Andersson, & Carlsson, 2004), αναδεικνύοντας έτσι την ανάγκη για παρέμβαση και σε αυτό το επίπεδο σε τέτοιες περιπτώσεις παχυσαρκίας ανθεκτικού τύπου. Ως προς τους συγκεκριμένους στόχους των γνωστικών παρεμβάσεων, συχνά αναφέρεται ο έλεγχος της επιρροής περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, η ικανότητα αυτοπαρακολούθησης, η αντιμετώπιση των ελλειμμάτων στην αποκωδικοποίηση συναισθηματικών σημάτων, η διαμόρφωση βραχυπρόθεσμων στόχων που να εξυπηρετούν όμως μακροπρόθεσμους στόχους, η καλλιέργεια θετικών προσδοκιών, η αντιμετώπιση της δυσλειτουργικής ανησυχίας για την εικόνα του σώματος και η επαναπλαισίωση του γνωστικού υποβάθρου ενδεχόμενης αρνητικής διάθεσης (Pinto, Gokee-LaRose, & Wing, 2007; Carels, Darby, Rydin, Douglass, Cacciapaglia, & O' Brien, 2005; Donaldson & Normand, 2009; Baldaro, Rossi, Caterina, Codispoti, Balsamo, & Trombini, 2003). Τα αποτελέσματα της εφαρμογής γνωστικών προσεγγίσεων ενδέχεται να είναι εντυπωσιακά: Σε ομάδα παχύσαρκων ατόμων με διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας οι οποίοι συμμετείχαν σε

γνωστική-συμπεριφορική παρέμβαση, ο αριθμός ημερών εμφάνισης επεισοδίου υπερφαγίας μειώθηκε από τις 13.4 ημέρες ανά μήνα, στις 1.2 ημέρες ανά μήνα (Smith, Marcus, & Kaye, 1992). Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η προσεκτική αυτό-παρακολούθηση του φαγητού που λαμβάνει κάποιος κάθε μέρα οδηγεί σε εντυπωσιακή απώλεια βάρους (Thompson, Cook, Clark, Bardia, & Levine, 2007).

Οι προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας βάθους – ψυχοδυναμική, προσωποκεντρική υπαρξιακή και άλλες – τείνουν να ερμηνεύουν την παχυσαρκία ως σωματικό σύμπτωμα μιας βαθύτερης εσωτερικής σύγκρουσης και σε αυτό το πλαίσιο προτείνουν ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ συγκεκριμένοι στόχοι που αναφέρονται περιλαμβάνουν την απελευθέρωση καθηλωμένων δημιουργικών δυνάμεων, τον απεγκλωβισμό από την υπερβολική διανοητικοποίηση, την εσωτερική αποδοχή δύσκολων συναισθημάτων και την επίτευξη ισορροπίας νου – σώματος (Lillis, Hayes, Bunting, & Masuda, 2009; Block, 2005; Lombardi, 2003; Slager-Johnson & Kushner, 2001; Bruch, 1941). Ενώ φαντάζει αμφίβολο τέτοιες προσεγγίσεις να μπορούν να επιλύσουν το πρόβλημα της παχυσαρκίας ενός ατόμου χωρίς να υφίσταται και μια πιο άμεση αντιμετώπιση της προβληματικής συμπεριφοράς ή των γνωστικών του ελλειμμάτων, την ίδια ώρα φαντάζει εξ' ίσου απίθανο να μπορέσει ένα πρώην παχύσαρκο άτομο να πετύχει μακροπρόθεσμη σταθεροποίηση χωρίς να επιλύσει τις πιο σοβαρές τουλάχιστον εσωτερικές του συγκρούσεις και χωρίς να βρει μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ νου και σώματος.

Στην περίπτωση των παχύσαρκων παιδιών, οι συστάσεις για ψυχολογική θεραπεία κινούνται προς δυο συγκεκριμένες κατευθύνσεις: Αφ' ενός οικογενειακή θεραπεία για βελτίωση της αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρας και παιδιού, σε περίπτωση που η παχυσαρκία έχει ως υπόβαθρο δεσμό ανασφαλούς τύπου (Trombini, Baldaro, Bertaccini, Mattei, Montebanocci, & Rossi, 2003), και αφ' ετέρου ψυχοθεραπεία για αντιμετώπιση των αρνητικών ψυχοκοινωνικών συνεπειών της παχυσαρκίας που εμφανίζονται με ιδιαίτερη ένταση στην αρχή της εφηβείας, ιδιαίτερα την μειωμένη αυτό-εκτίμηση, την διαταραχή της εικόνας τους σώματος, την κοινωνική αποστέρηση και την κατάθλιψη (Cornette, 2008).

Όπως είδαμε μέχρι αυτό το σημείο υφίσταται μια πληθώρα εναλλακτικών προσεγγίσεων για την θεραπεία της παχυσαρκίας. Το φαινόμενο αυτό γεννά το εξής ερώτημα: Πρέπει κάποιος κλινικός ή κάποιος ασθενής να επιλέξει μια από αυτές τις προσεγγίσεις, ή μήπως ενδείκνυται η σύνθεση; Ο Sperry (1988) αναφέρει ότι, σύμφωνα με έρευνες, όσο πιο σοβαρό, χρόνιο και διάχυτο είναι ένα πρόβλημα τόσο πιο απίθανο είναι μια συγκεκριμένη μέθοδος να είναι από μόνη της αποτελεσματική. Γι' αυτό τον λόγο θεωρεί ότι στην περίπτωση της παχυσαρκίας αυτό που ενδείκνυται είναι μια συνθετική, βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση που να αντιμετωπίζει ταυτόχρονα όλες τις βασικές πτυχές του σύνθετου αυτού ζητήματος ενώ ταυτόχρονα να προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες ανάγκες του εκάστοτε θεραπευόμενου. Σε άλλη εργασία όπου γίνεται επισκόπηση εναλλακτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, αναφέρεται ότι σε ενήλικες αυτό που φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικό είναι οι πολυδιάστατες θεραπείες (Glenny, O' Meara, Melville, Sheldon, & Wilson, 1997). Σε μελέτη περίπτωσης δυο

γυναικών που συμμετείχαν σε πρόγραμμα θεραπείας 9 μηνών, αναφέρθηκε μια ευρεία σειρά φαινομενικά άσχετων μεταξύ τους ζητημάτων που απασχόλησαν την θεραπεία των δυο αυτών γυναικών, μεταξύ αυτών τα δίκτυα υποστήριξης, προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης, οι ρουτίνες, η υποτροπή, η αλλαγή προοπτικής, η ανταμοιβή και η τιμωρία, συναισθηματικά ζητήματα και η επίτευξη ισορροπίας ζωής (Hayward, et al., 2000). Ένα άλλο θεραπευτικό μοντέλο προτείνει ως εργαλείο διάγνωσης – και κατ' επέκταση σχεδιασμού της θεραπείας – το Οικοσυστημικό Βιοψυχοκοινωνικό Πλέγμα (*Ecosystemic Biopsychosocial Grid*) το οποίο αξιολογεί πόρους και εμπόδια στην καθημερινότητα του θεραπευόμενου παχύσαρκου σε δέκα διαφορετικά επίπεδα: Υλικό, Βιοϊατρικό, Ψυχολογικό, Δυαδικό, Οικογενειακό, Επαγγελματικό, Κοινωνικό Δίκτυο, Κοινότητα, Κουλτούρα, Υπαρξιακό/Πνευματικό. (Goetz & Caron, 1999). Πρόσφατα, έχει αναφερθεί στην βιβλιογραφία κλειστό πρόγραμμα για την θεραπεία κλινικά παχύσαρκων παιδιών, όπου επιχειρείται στενή παρακολούθηση της ιατρικής τους κατάστασης, παιδαγωγία για σωματική άσκηση, διατήρηση μέτριου θερμιδικού ελλείμματος, ατομική συμπεριφορική και γνωστική θεραπεία, εντατική παρέμβαση στην οικογένεια, και σταδιακή επανένταξη στην κοινότητα. Στο πρόγραμμα αυτό γίνεται επίσης σαφής διάκριση μεταξύ βραχυπρόθεσμων στόχων, δηλαδή βελτίωση υγείας και απώλεια βάρους, και μακροπρόθεσμων στόχων, δηλαδή συντήρηση της απώλειας και πρόληψη της υποτροπής (Fennig & Fennig, 2006). Σε τέτοια πολυσύνθετα και πολυδιάστατα προγράμματα, μπορούν και πρέπει να συμβάλλουν οι ψυχολόγοι ως μέλη μιας πολυθεματικής θεραπευτικής ομάδας (Bean, Stewart, & Olbrisch, 2008).

Αξίζει τέλος να αναφερθεί και η προσέγγιση της δημόσιας υγείας, που βλέπει την παχυσαρκία ως πρόβλημα που πρέπει να λυθεί στο επίπεδο των κοινωνικό-οικονομικών δομών μέσα από νομοθετικές και ρυθμιστικές διαδικασίες στο πλαίσιο μιας φιλοσοφίας πρόληψης (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004). Το ζητούμενο σε μια τέτοια προσπάθεια είναι να αναδιαμορφωθεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο οι άνθρωποι λαμβάνουν αποφάσεις για την σωματική τους δραστηριότητα και την λήψη τροφής, εξετάζοντας με ιδιαίτερη προσοχή τα συγκεκριμένα σημεία όπου το άτομο έρχεται σε επαφή με την σχετική κουλτούρα, όπως ΜΜΕ, Υπεραγορές κοκ. (Faith & Epstein, 2007). Η προσέγγιση αυτή δεν έρχεται βέβαια αντιμέτωπη με τις επικεντρωμένες στο άτομο θεραπείες που αναφέρθηκαν πιο πάνω, αλλά τις συμπληρώνει στο πλαίσιο ενός συνολικού μετώπου πρόληψης και θεραπείας της παχυσαρκίας.

Οπλισμένοι με την γνώση της σύγχρονης βιβλιογραφίας, μπορούμε τώρα να εξετάσουμε και να αξιολογήσουμε την θεραπευτική πορεία του συγκεκριμένου μας περιστατικού: Προφανώς, η θεραπεία στην οποία μετείχε προσέλαβε ολιστικό – βιοψυχοκοινωνικό χαρακτήρα, αφού το ίδιο το πρόγραμμα ήταν εντατικό και κλειστό, έγινε συνδυασμός διατροφικής αναδόμησης με αύξηση των επιπέδων δραστηριότητας τόσο σε βραχυπρόθεσμη προοπτική όσο και μέσα στην λογική της συντήρησης, ενώ το ίδιο το άτομο από μόνο του ενέταξε γνωστικά στοιχεία στην θεραπεία του, εφαρμόζοντας συγκεκριμένα τις αρχές της αυτοπαρακολούθησης και της στοχοθέτησης. Παρά ταύτα, η θεραπεία του δεν συμπεριέλαβε πρόγραμμα ψυχοθεραπείας βάθους για την επίλυση τυχόν εσωτερικών συγκρούσεων και για την επίτευξη ψυχοσωματικής αρμονίας. Το τελικό αποτέλεσμα ήταν ακριβώς αυτό που θα

προέβλεπε η θεωρία: Βραχυπρόθεσμη και μεσοπρόθεσμη επιτυχία στη βάση της ισχύς των συμπεριφορικών και γνωστικών μεθόδων, αλλά με κάποιες τάσεις για υποτροπή από την στιγμή που δεν έχει ακόμη επιτευχθεί ικανοποιητικός βαθμός ψυχοσωματικής αρμονίας.

2.9 Συνέπειες Θεραπείας

2.9.1 Αυξημένη Αυτό-αποτελεσματικότητα

Η θεραπευτική επιτυχία του ατόμου αυτού τον ανακούφισε και του έδωσε νέα πνοή αισιοδοξίας, δυναμισμού, αυτοπεποίθησης και αποφασιστικότητας. Στη βάση της νέας αυτής ψυχικής κατάστασης άρχισε να σχεδιάζει και να υλοποιεί ένα μέλλον στη βάση των ονείρων του, ελεύθερο από το κηλίδωμα του φόβου και της ανασφάλειας στο οποίο τον έριχνε η κατάσταση της παχυσαρκίας.

2.9.2 Αυξημένη Εκτίμηση από το Περιβάλλον

Η θεραπεία του ατόμου αυτού είχε επίσης ευεργετική επίδραση στην αντιμετώπιση που τα άτομο δεχόταν από το περιβάλλον του. Η σύζυγος του άρχισε να του δείχνει περισσότερη εμπιστοσύνη, σε βαθμό που δέχθηκε να προχωρήσει σε τρίτο παιδί, ενώ το ευρύτερο περιβάλλον τον αντιμετώπιζε ως ένα νεότερο και υγιέστερο άνθρωπο ο οποίος είναι ικανός να φέρει εις πέρας με επιτυχία ένα έργο που αναλαμβάνει.

2.9.3 Γενίκευση της Υπεύθυνης Στοχοθέτησης

Η ικανότητα για υπεύθυνη στοχοθέτηση που το άτομο αυτό καλλιέργησε στην διάρκεια της θεραπείας του γενικεύθηκε έπειτα σε διάφορα άλλα πεδία της ζωής του: Οικογενειακές υποχρεώσεις, επαγγελματικές επιδιώξεις, και οικονομικά ζητήματα. Οι τεχνικές στοχοθέτησης και αυτοπαρακολούθησης που καλλιεργήθηκαν στο πρόγραμμα, εφαρμόστηκαν έπειτα με συστηματικό τρόπο σε ποικίλα πλαίσια για να

βοηθήσουν το άτομο να τηρήσει ισορροπία μεταξύ των διαφόρων καθημερινών δραστηριοτήτων του.

2.9.4 Διευθέτηση Πολλαπλών Εκκρεμοτήτων

Διότι κατά την διάρκεια της ασθένειας πολλές υποχρεώσεις του ατόμου αυτού βρέθηκαν σε εκκρεμότητα, όταν αποθεραπεύτηκε και απέκτησε νηφαλιότητα συνάντησε όλες αυτές τις εκκρεμότητες μπροστά του, ως ένα βουνό υποχρεώσεων, προσωπικών, ακαδημαϊκών, οικονομικών και οικογενειακών, στις οποίες έπρεπε επειγόντως να ανταποκριθεί.

2.9.5 Συζήτηση και Προεκτάσεις

Η βιβλιογραφία για τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της θεραπείας της παχυσαρκίας είναι δυστυχώς πολύ φτωχική, για τον απλούστατο λόγο ότι οι μέχρι σήμερα διαθέσιμες θεραπείες σπάνια οδηγούν σε πλήρη αποκατάσταση και σταθεροποίηση. Οι λίγες μελέτες που υπάρχουν αναφέρονται τόσο στα βραχυπρόθεσμα οφέλη της θεραπείας όσο και στα μακροπρόθεσμα, για εκείνες τις περιπτώσεις όπου έχει επιτευχθεί σταθεροποίηση. Σε μια μελέτη που αξιολόγησε την άμεση θετική επίδραση ενός θεραπευτικού προγράμματος 13 εβδομάδων, αναφέρθηκε ότι τα άτομα που το συμπλήρωσαν με επιτυχία βίωσαν σε μέτριο βαθμό αυξημένη σωματική λειτουργικότητα και βελτιωμένη ψυχική υγεία, και σε μεγάλο βαθμό αυξημένη ζωντάνια, γενική υγεία, και σαφήνεια σωματικού ρόλου (Fontaine, et al., 1999), ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν επιπλέον σημαντική βελτίωση της αυτό-εκτίμησης (Kinzi, 2007; Nauta, Hospels, & Jansen, 2001). Σε μελέτες όπου έγινε μακροχρόνια

παρακολούθηση των περιστατικών, αναφέρονται σημαντικά ψυχοκοινωνικά οφέλη (Zeller, Modi, Noll, Long, & Inge, 2009; Kaukua, Pekkarinen, Sane, & Mustajoki, 2002) τα οποία μάλιστα συνεχίζουν να είναι εμφανή μέχρι και 6 έτη αργότερα υπό την μορφή αυξημένης πιθανότητας για εργοδότηση και για παρουσία συντρόφου (Nickel, Loew, & Bachler, 2007).

Τα ευρήματα που παρουσιάζονται εδώ συνηγορούν πλήρως με τα θετικά βιώματα που περιγράφει το συγκεκριμένο περιστατικό, ιδιαίτερα την αυξημένη αυτό-εκτίμηση και την αυξημένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Αυτό που δεν παρουσιάζεται στην βιβλιογραφία είναι βέβαια η αντίστροφη όψη, δηλαδή το τίμημα για αυτή την αυξημένη λειτουργικότητα: Μια συνεχής κατάσταση εγρήγορσης - που σε μερικές περιπτώσεις καταλήγει να είναι αποπνικτική - ώστε το άτομο να κατορθώνει να ανταποκρίνεται στον αναβαθμισμένο ψυχοκοινωνικό του ρόλο. Πιθανότατα είναι ζήτημα χρόνου για το συγκεκριμένο περιστατικό να πετύχει την ισορροπία και ομαλοποίηση που επιδιώκει, ώστε ο νέος, μη παχύσαρκος και δραστήριος τρόπος ζωής του να του αποδίδει την χαρά, ικανοποίηση και ανάπαυση που επιζητεί.

3^ο ΜΕΡΟΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

3.1 Η παχυσαρκία και η θεραπεία της: Τι μας διδάσκει το συγκεκριμένο περιστατικό;

3.1.1 Η παθογένεση της παχυσαρκίας

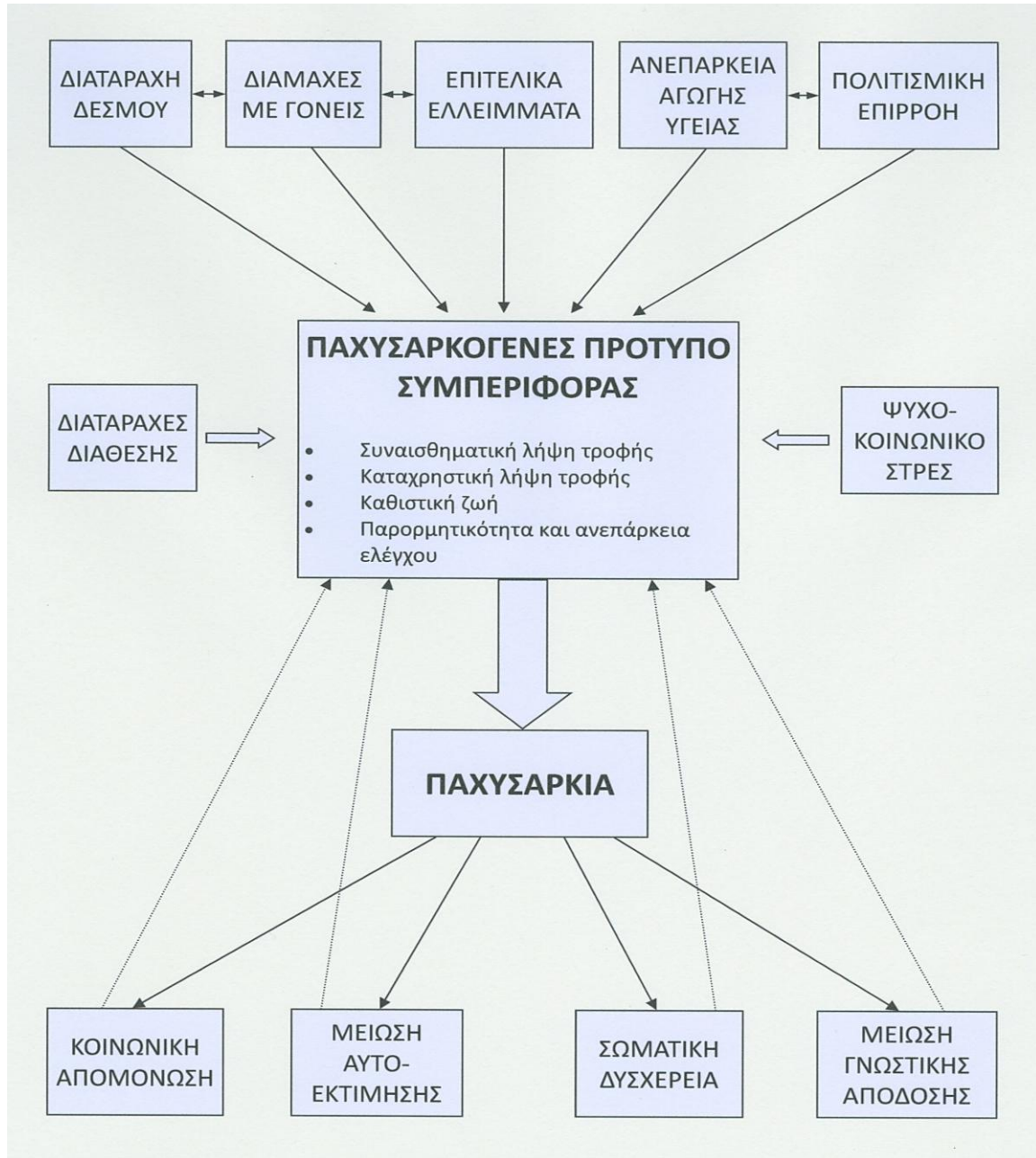
Για την παθογένεση της παχυσαρκίας, προτείνεται ένα πολύ-επίπεδο μοντέλο που περιλαμβάνει υποκείμενους αναπτυξιακούς παράγοντες, παχυσαρκογενές πρότυπο συμπεριφοράς, εκλυτικούς παράγοντες επεισοδίων παχυσαρκογένεσης, την ίδια την παχυσαρκία ως σωματική διαταραχή, και τέλος τις συνέπειες της παχυσαρκίας σε ένα κύκλο ανατροφοδότησης της παχυσαρκογενούς συμπεριφοράς.

Πιο συγκεκριμένα, οι υποκείμενοι αναπτυξιακοί παράγοντες περιλαμβάνουν την διαταραχή δεσμού με την μητέρα, τις διαμάχες με τους γονείς στην παιδική και εφηβική ηλικία, τα επιτελικά ελλείμματα, την ανεπάρκεια αγωγής υγείας, και την παχυσαρκογενή επιρροή του σύγχρονου δυτικού πολιτισμού. Οι πρώτοι τρεις παράγοντες πιθανότατα σχετίζονται στενά μεταξύ τους, ενώ το ίδιο ισχύει και για τους τελευταίους δυο.

Πέρα από τους υποκείμενους αναπτυξιακούς παράγοντες, για να προκληθεί επεισόδιο παχυσαρκογένεσης συνήθως απαιτείται και η παρουσία κάποιου εκλυτικού παράγοντα. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν το ψυχοκοινωνικό στρες και τις διαταραχές διάθεσης.

Ως αποτέλεσμα των πιο πάνω παραγόντων, υποκείμενων και εκλυτικών, διαμορφώνονται στο άτομο οι προϋποθέσεις για εκδήλωση παχυσαρκογενούς

συμπεριφοράς: Συναισθηματική λήψη τροφής, καταχρηστική λήψη τροφής, καθιστική ζωή και παρορμητικότητα με ανεπαρκή αυτό-έλεγχο. Η συμπεριφορά αυτή οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια στην κατάσταση της παχυσαρκίας. Η παχυσαρκία με την σειρά



Σχεδιάγραμμα 1 – Μοντέλο Παθογένεσης της Παχυσαρκίας

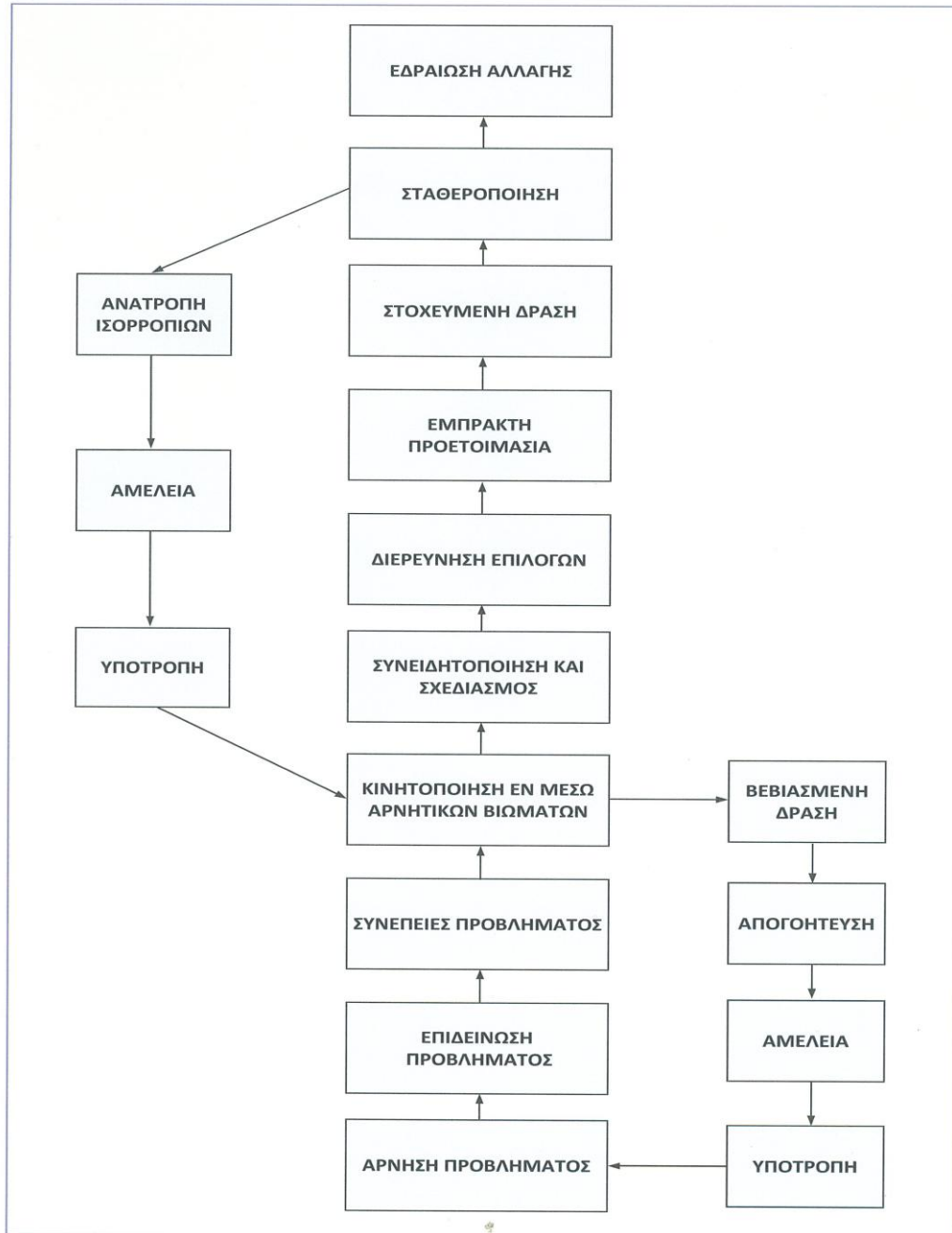
της προκαλεί διάφορες συνέπειες που έχουν την τάση να ανατροφοδοτούν την παχυσαρκογενή συμπεριφορά, μεταξύ αυτών η κοινωνική απομόνωση, η μείωση αυτοεκτίμησης, η σωματική δυσχέρεια και η μείωση γνωστικής απόδοσης. Το μοντέλο αυτό παρουσιάζεται σχηματικά στο Σχεδιάγραμμα 1.

3.1.2 Παχυσαρκία και στάδια αλλαγής

Για τα στάδια αλλαγής στην παχυσαρκία, προτείνεται μια προσαρμοστική αναθεώρηση του διαθεωρητικού μοντέλου των Prochaska και DiClemente (1984), η οποία όμως να διακρίνει μεταξύ της βεβιασμένης δράσης και της στοχευμένης δράσης. Σύμφωνα με αυτό το αναθεωρημένο μοντέλο σταδίων αλλαγής, η διαδικασία ξεκινά με την άρνηση του προβλήματος, κάτι που οδηγεί στην επιδείνωση του προβλήματος και άρα στην επιδείνωση των συνεπειών του προβλήματος. Τα αρνητικά βιώματα που σχετίζονται με τις συνέπειες του προβλήματος κινητοποιούν το άτομο, αυτή η κινητοποίηση όμως μπορεί να οδηγήσει είτε σε άμεση και βεβιασμένη δράση, είτε σε βαθύτερη συνειδητοποίηση της κατάστασης και προσεκτικό σχεδιασμό για υπέρβαση του προβλήματος.

Σε περίπτωση που ακολουθηθεί η οδός της βεβιασμένης δράσης, το άτομο σύντομα απογοητεύεται και αρχίζει να αμελεί τις υποχρεώσεις του προγράμματος αλλαγής με αποτέλεσμα σύντομα να καταλήξει στην πλήρη υποτροπή και την εκ νέου άρνηση του προβλήματος, οπότε η διαδικασία της αλλαγής ξεκινά και πάλι από την αρχή.

Αντιθέτως, σε περίπτωση που ακολουθείται η οδός της βαθύτερης συνειδητοποίησης και του προσεκτικού σχεδιασμού, γίνεται διερεύνηση επιλογών η οποία ακολουθείται



Σχεδιάγραμμα 2 – Στάδια Αλλαγής στην Παχυσαρκία

από έμπρακτη προετοιμασία και μετά προχωρά το άτομο σε στοχευμένη δράση. Η οδός αυτή εμπεριέχει την δυνατότητα για σταθεροποίηση και εδραίωση της αλλαγής, υπάρχει όμως και ο κίνδυνος ανατροπής των ισορροπιών εξ' αιτίας άλλων προτεραιοτήτων που διεκδικούν την προσοχή του ατόμου. Σε περίπτωση που συμβεί μια τέτοια ανατροπή, ακολουθεί η αμέλεια και έπειτα η πλήρης υποτροπή, η οποία προκαλεί στο άτομο αρνητικά βιώματα με αποτέλεσμα την εκ νέου κινητοποίηση του. Διότι το άτομο αυτό είναι ήδη συνειδητοποιημένο δεν αναμένεται ότι θα επιστρέψει στην πλήρη άρνηση του προβλήματος. Το μοντέλο αυτό παρουσιάζεται σχηματικά στο Σχεδιάγραμμα 2.

3.1.3 Η θεραπεία της παχυσαρκίας

Για την θεραπεία της παχυσαρκίας προτείνεται ένα σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό και οικολογικό μοντέλο που περιλαμβάνει στοχευμένες παρεμβάσεις σε πέντε επίπεδα: Κουλτούρα/Κράτος, Πλαίσιο Ζωής, Συμπεριφορικό Επίπεδο, Γνωστικό Επίπεδο, και Σχέση Νου-Σώματος. Η παρέμβαση στο κάθε επίπεδο δεν καθορίζεται κατά το δοκούν, αλλά έχοντας υπ' όψη τους παράγοντες παθογένεσης της παχυσαρκίας που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Σε επίπεδο κουλτούρας / κράτους, τα ζητούμενα περιλαμβάνουν: Τον θεσμικό έλεγχο της παραγωγής και διάθεσης τροφίμων ώστε να περιοριστεί η προσφορά επιβλαβών και εθιστικών βιομηχανοποιημένων τροφίμων, τον θεσμικό έλεγχο των επαγγελματιών που σχετίζονται με την θεραπεία της παχυσαρκίας ώστε να ανεβεί το επίπεδο των προσφερόμενων θεραπειών και να παταχθεί το φαινόμενο του τσαρλατανισμού, την

εξέταση ζητημάτων πολεοδομικού σχεδιασμού ώστε να διαμορφωθούν περιβαλλοντικές συνθήκες που να ενθαρρύνουν την σωματική δραστηριότητα, και τον



Σχεδιάγραμμα 3 – Μοντέλο Πέντε Επιπέδων για την Θεραπεία της Παχυσαρκίας

κοινωνικό προβληματισμό γύρω από το φαινόμενο του καταναλωτικού ήθους, το οποίο κυριαρχεί στην σύγχρονη εποχή.

Σε επίπεδο πλαισίου ζωής, τα ζητούμενα περιλαμβάνουν: Την επανεξέταση των φιλοδοξιών ζωής του ατόμου ώστε να διασφαλιστεί ότι είναι συμβατές με την επιδίωξη

της υγείας και ισορροπίας, την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, την αναδόμηση του τρόπου ψυχαγωγίας της οικογένειας, και την βελτίωση της ποιότητας των σχέσεων μέσα στην οικογένεια.

Σε επίπεδο συμπεριφοράς, τα βασικά ζητούμενα είναι η διατροφική αναδόμηση και η αύξηση των επιπέδων σωματικής δραστηριότητας. Αυτό είναι το επίπεδο στο οποίο σήμερα στοχεύουν οι περισσότερες παρεμβάσεις για την παχυσαρκία, παραμελώντας όμως τόσο τα 'πιο έξω' όσο και τα 'πιο μέσα' επίπεδα.

Σε γνωστικό επίπεδο, τα ζητούμενα περιλαμβάνουν: Την επιμόρφωση ώστε να αντιμετωπιστεί η άγνοια γύρω από ζητήματα διατροφής και άσκησης, την επιδιόρθωση των δυσλειτουργικών γνωστικών σχημάτων που επηρεάζουν την αίσθηση αυτό-αξίας του ατόμου, και την αποκατάσταση επιτελικών ελλειμμάτων σε ζητήματα όπως την ικανότητα αυτοπαρακολούθησης και την ικανότητα στοχοθέτησης.

Τέλος, στο επίπεδο της σχέσης νου – σώματος το βασικό ζητούμενο είναι η επίτευξη ψυχοσωματικής ισορροπίας, σε πρώτη φάση μέσα από την αναγνώριση των διαφορετικών αναγκών του νου ως ψυχοκοινωνική οντότητα και του σώματος ως βιολογική οντότητα, και σε δεύτερη φάση μέσα από την διαμόρφωση συνθηκών συνεργασίας και αλληλοσεβασμού ώστε τόσο ο νους όσο και το σώμα να έχουν περιθώρια υγιούς αυτό-έκφρασης χωρίς η ικανοποίηση της μιας πτυχής του ατόμου να γίνεται εις βάρος της άλλης.

Το μοντέλο αυτό παρουσιάζεται σχηματικά στο Σχεδιάγραμμα 3.

3.2 Επόμενα Βήματα στην Έρευνα για την Παχυσαρκία

3.2.1 Επέκταση και επαλήθευση της διαδικασίας θεμελιωμένης θεωρίας

Οι θεωρίες που προτείνονται πιο πάνω θα ήταν καλό να επεκταθούν και να αναθεωρηθούν στη βάση μιας ευρύτερης διαδικασίας θεμελιωμένης θεωρίας που να περιλαμβάνει άτομα και των δυο φύλων σε διάφορες ηλικίες και στάδια αναφορικά με την παχυσαρκία, από έφηβους στους οποίους τώρα εκδηλώνεται για πρώτη φορά η παχυσαρκογένεση μέχρι μεσήλικες παχύσαρκους που έχουν εγκαταλείψει τις προσπάθειες για αλλαγή μετά από επανειλημμένες αποτυχίες, καθώς επίσης και άτομα τα οποία εδώ και χρόνια έχουν θεραπευτεί πλήρως από την παχυσαρκία και ζουν πλέον μια εντελώς φυσιολογική ζωή. Μέσα από μια τέτοια βάση θα διασφαλιστεί η οικολογική εγκυρότητα των προτεινόμενων θεωρητικών μοντέλων.

Εφ' όσον προκύψουν μέσα από αυτή την διαδικασία επαρκώς θεμελιωμένες θεωρίες, θα ήταν χρήσιμο αν ακολουθούσε ένα στάδιο επαλήθευσης τους με αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού. Η επαλήθευση αυτή θα μπορούσε να γίνει μέσα από έρευνες ποσοτικού σχεδιασμού και με την χρήση δομημένων ερωτηματολογίων, όπου θα εξεταστεί η εγκυρότητα των θεωριών σε συγκεκριμενοποιημένη μορφή ως μοντέλα δομικών εξισώσεων (*Structural Equation Modeling*).

3.2.2 Κατασκευή και στάθμιση ψυχομετρικών εργαλείων

Λαμβάνοντας υπ' όψη την πολυσύνθετη φύση της παχυσαρκίας ως βιοψυχοκοινωνική διαταραχή, προκύπτει η ανάγκη για ακριβέστερη διάγνωση των συγκεκριμένων

ελλειμμάτων που αντιμετωπίζει ένα παχύσαρκο άτομο ώστε η θεραπεία που σχεδιάζεται να είναι πιο στοχευμένη και άρα αποτελεσματική. Σε αυτό το πλαίσιο αξίζει να διερευνείται κατά πόσο σε ένα συγκεκριμένο άτομο η παχυσαρκία σχετίζεται με διατροφική άγνοια, ή υφίστανται επιτελικά ελλείμματα, ή αφορά διαταραγμένες ισορροπίες σώματος – νου, ή υπάρχουν φαινόμενα συναισθηματικής λήψης τροφής, κατά πόσο υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον, κοκ.

Σε αυτό το πλαίσιο ο τελικός στόχος θα πρέπει να είναι η κατασκευή ενός ολοκληρωμένου ψυχομετρικού εργαλείου για την διαφορική διάγνωση ατόμων με παχυσαρκία. Προς αυτό τον σκοπό μπορούν να αξιοποιηθούν υφιστάμενες επί μέρους κλίμακες που έχουν ήδη κατασκευαστεί από άλλους ερευνητές, αλλά επίσης και να κατασκευαστούν πρωτότυπες κλίμακες εκεί όπου η υφιστάμενη βιβλιογραφία δεν επαρκεί. Η περίπτωση της σχέσης νου – σώματος φαίνεται να προσφέρεται για χρήση ή κατασκευή προβολικού διαγνωστικού εργαλείου, ενώ για τα επιτελικά ελλείμματα ενδείκνυται η χορήγηση κατάλληλων νευροψυχολογικών δοκιμασιών.

3.2.3 Αξιολόγηση πιλοτικών θεραπευτικών προγραμμάτων

Η εργασία αυτή έχει δείξει πολλές εναλλακτικές, ή μάλλον συμπληρωματικές κατευθύνσεις προς τις οποίες μπορεί να κινηθεί η θεραπεία της παχυσαρκίας. Ταυτόχρονα, πολλοί ερευνητές σε διεθνές επίπεδο αποτολμούν πια πρωτότυπες και καινοτόμες θεραπείες για την παχυσαρκία. Οι προσπάθειες αυτές αξίζουν προσεκτικής επισκόπησης και ποιοτικής μετά-ανάλυσης ώστε να αναγνωριστούν τα δομικά και διαδικαστικά στοιχεία που συμβάλλουν στην επιτυχία ή την αποτυχία των διαφόρων

θεραπευτικών προγραμμάτων. Η τελική πρόκληση σε αυτά τα θέματα είναι η μετάβαση από την θεωρία στην πράξη, με την διαμόρφωση συγκεκριμένων πιλοτικών προγραμμάτων που να μπορούν να δοκιμαστούν και έπειτα να αξιολογηθούν. Ανάμεσα στις πολλά υποσχόμενες προσεγγίσεις για την θεραπεία της παχυσαρκίας περιλαμβάνονται: Η νευροψυχολογική αποκατάσταση των επιτελικών ελλειμμάτων των παχύσαρκων ατόμων ως συμπλήρωμα των υφιστάμενων συμπεριφορικών θεραπειών, η ψυχοθεραπεία βάθους για την αντιμετώπιση της υπολειπόμενης διαταραχής νου – σώματος σε άτομα που ήδη έχουν χάσει βάρος και βρίσκονται σε φάση συντήρησης, και τέλος η ολιστική θεραπεία, ενδεχομένως σε πλαίσιο κλειστής θεραπευτικής κοινότητας κατά το πρότυπο των κοινοτήτων απεξάρτησης, για κλινικά παχύσαρκα άτομα που επιθυμούν να δώσουν στον εαυτό τους την ευκαιρία για μια εντελώς καινούργια ζωή απαλλαγμένη από την παχυσαρκία.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

Ackroff, K., Bonacchi, K., Magee, M., Yiin, Y., Graves, J., & Sclafani, A. (2007). Obesity by choice revisited: effects of food availability, flavor variety and nutrient composition on energy intake. *Physiology & Behavior, Vol 92* , 468-478.

Acosta, M., Manubay, J., & Levin, F. (2008). Pediatric Obesity: Parallels with Addiction and Treatment Recommendations. *Harv Rev Psychiatry, Vol 16 (2)* , 80-96.

Allison, D., & Heshka, S. (1993). Emotion and Eating in Obesity? A Critical Analysis. *International Journal of Eating Disorders, Vol 13 (3)* , 289-295.

Anton, S., Martin, C., Redman, L., York-Crowe, E., Heilbronn, L., Han, H., et al. (2008). Psychosocial and behavioral pre-treatment predictors of weight loss outcomes. *Eating and Weight Disorders, Vol 13 (1)* , 30-37.

Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. (1995). The Emotional Eating Scale: The Development of a Measure to Assess Coping with Negative Affect by Eating. *International Journal of Eating Disorders, Vol 18 (1)* , 79-90.

Baldaro, B., Rossi, N., Caterina, R., Codispoti, M., Balsamo, A., & Trombini, G. (2003). Deficit in the discrimination of non-verbal emotions in children with obesity and their mothers. *International Journal of Obesity, Vol 27* , 191-195.

Barbarin, O. (1985). Enmeshment, family processes, and successful treatment of obesity. *Family Relations, Vol 34 (1)* , 115-121.

Baumeister, H., & Harter, M. (2007). Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *International Journal of Obesity, Vol 31* , 1155-1164.

Baumeister, R., Kahn, J., & Tice, D. (1989). Obesity as a Self-Handicapping Strategy: Personality, Selective Attribution of Problems and Weight Loss. *Journal of Social Psychology, Vol 130 (1)* , 121-123.

Bean, M., Stewart, K., & Olbrisch, M. (2008). Obesity in America: Implications for Clinical and Health Psychologists. *J Clin Psychol Med Settings, Vol 15* , 214-224.

Berthoud, H. (2007). Interactions between the "cognitive" and "metabolic" brain in the control of food intake . *Physiology and Behavior, Vol 91* , 486-498.

Berthoud, H. (2002). Multiple neural networks controlling food intake and body weight. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol 26 , 393-428.

Bishop, K. (2003). Longitudinal predictors of weight fluctuation in men and women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol 64 (4-B) , 1892.

Bleich, S., Blendon, R., & Adams, A. (2007). Trust in scientific experts on obesity: Implications for awareness and behavior change. *Obesity*, Vol 15 (8) , 2145-2156.

Block, S. (2005). *Come to your senses: Demystifying the mind-body connection*. Hillsboro, OR, US: Beyond Words Publishing.

Bluck, S., & Habermas, T. (2000). The Life Story Schema. *Motivation and Emotion*, Vol 24, No 2 , 121-147.

Bonnie, S., Schneider, K., Smith, M., Kendzor, D., Appelhans, B., Hedeker, D., et al. (2008). Abuse potential of carbohydrates for overweight carbohydrate cravers. *Psychopharmacology*, Vol 197 , 637-647.

Bookwala, J., & Boyar, J. (2008). Gender, excessive body weight, and psychological well-being in adulthood. *Psychology of Women Quarterly*, Vol 32 , 188-195.

Boone-Heinonen, J., & Gordon-Larsen, P. (2008). Obesogenic Clusters: Multidimensional Adolescent Obesity-related Behaviors in the U.S. *Ann Behav Med*, Vol 36 , 217-230.

Bourget, V., & Romano-White, D. (1984). Performance of Overweight and Normal-Weight Girls on Delay of Gratification Tasks. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 3 (3) , 63-71.

Boyle, M., & Parry, K. (2007). Telling the Whole Story: The Case for Organizational Autoethnography. *Culture and Organization*, Vol 13 (3) , 185-190.

Braet, C. (2005). Psychological profile to become and stay obese. *International Journal of Obesity*, Vol 29 , S19-S23.

Bremner, D. (2009). Obesity linked to smaller cerebral volume: What should we make of this? *Psychosomatic Medicine*, Vol 71 (5) , 483-484.

Brook, J., Zhang, C., Saar, N., & Brook, D. (2009). Psychosocial Predictors, Higher Body Mass Index, and Aspects of Neurocognitive Dysfunction. *Percept Mot Skills*, Vol 108 (1) , 181-195.

Bruch, H. (1941). *Obesity in childhood and personality development*. US: American Orthopsychiatric Association, Inc.

Buchanan, J., & Rubin, T. (1973). Five year psychoanalytic study of obesity. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 33(1) , 30-41.

Burck, C. (2005). Comparing qualitative research methodologies for systemic research: the use of grounded theory, discourse analysis and narrative analysis. *Journal of Family Therapy*, Vol 27 , 237-262.

Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, Vol 27 , 955–962.

Carels, R., Darby, L., Rydin, S., Douglass, O., Cacciapaglia, H., & O' Brien, W. (2005). The Relationship Between Self-Monitoring, Outcome Expectancies, Difficulties With Eating and Exercise, and Physical Activity and Weight Loss Treatment Outcomes. *Ann Behav Med*, Vol 30 (3) , 182-190.

Carels, R., G, B., Cacciapaglia, H., Douglass, O., Rydin, S., & O'Brien, W. (2003). The early identification of poor treatment outcome in a women's weight loss program. *Eating Behaviors*, Vol 4(3) , 265-282.

Carmody, T., Brunner, R., & St. Jeor, S. (1995). Dietary Helplessness and Disinhibition in Weight Cyclers and Maintainers. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 18 (3) , 247-256.

Celec, M. (1995). Attachment and affect motivated eating behavior in an obese population: Maintenance versus relapse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol 55 (12-B) , 5552.

Celil-Karb, R., & Grogan-Kaylor, A. (2009). Childhood Body Mass Index in Community Context: Neighborhood Safety, Television Viewing, and Growth Trajectories of BMI. *Health & Social Work*, Vol 34 (3) , 169-177.

Charmaz, K. (2008). Grounded Theory. In J. Smith, *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (pp. 81-110). London: SAGE Publications.

Chemerinski, A., & Kreitler, S. (1988). Body image disturbances, fear of death and cognitive characteristics in obese females. In D. Hardoff, & E. Chigier, *Eating Disorders in Adolescents and Young Adults* (pp. 495-512). London: Freund.

Chen, Y., Jiang, Y., & Mao, Y. (2009). Association between Obesity and Depression in Canadians. *Journal of Women's Health*, Vol 18 (10) , 1687-1692.

Churchill, M. (2006). The psycho-spiritual process of weight management: A qualitative inquiry. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 67(3-B)* , 1688.

Cook-Cottone, C., & Beck, M. (2007). A Model for Life Story Work: Facilitating the Construction of Personal Narrative for Foster Children. *Child and Adolescent Mental Health Vol 12, No 4* , 193-195.

Cornette, R. (2008). The emotional impact of obesity on children. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, Vol 5(3)* , 136-141.

Cserjesi, R., Luminet, O., Poncelet, A., & Lenard, L. (2009). Altered executive function in obesity. Exploration of the role of affective states on cognitive abilities. *Appetite, Vol 52* , 535-539.

Dansinger, M., Tatsloni, A., Wong, J., Chung, M., & Balk, E. (2007). Meta-analysis: The Effect of Dietary Counseling for Weight Loss. *Ann Intern Med, Vol 147* , 41-50.

Darby, A., Hay, P., Mond, J., Rodgers, B., & Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International Journal of Obesity, Vol 31* , 876-882.

Davidson, M., & Knafl, K. (2005). Dimensional Analysis of the Concept of Obesity. *Nursing Theory and Concept Development or Analysis* , 342-350.

Davis, C., & Carter, J. (2009). Compulsive Overeating as an Addiction Disorder. A Review of Theory and Evidence. *Appetite, Vol 53* , 1-8.

Davis, C., Levitan, R., Muglia, P., Bewell, C., & Kennedy, J. (2004). Decision-Making Deficits and Overeating: A Risk Model for Obesity. *Obesity Research, Vol 12* , 929-935.

Devlin, M. (2007). Is There a Place for Obesity in DSM-V? *International Journal of Eating Disorders, Vol 40* , S83-S88.

Dilks, S., Tasker, F., & Wren, B. (2008). Building bridges to observational perspectives: A grounded theory of therapy processes in psychosis. *Psychology and psychotherapy: Theory, Research and Practice, Vol 81* , 209-229.

Dollard, J. (1949). *Criteria for the Life History*. New York: Peter Smith.

Donaldson, J., & Normand, M. (2009). Using goal setting, self-monitoring and feedback to increase calorie expenditure in obese adults. *Behavioral Interventions, Vol 24* , 73-83.

- Dowling, M. (2006). Approaches to reflexivity in qualitative research. *Nurse Researcher*, Vol 13 (3) , 7-21.
- Duffy, G., & Spence, S. (1993). The Effectiveness of Cognitive Self-Management as an Adjunct to a Behavioural Intervention for Childhood Obesity: a Research Note. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, Vol 34, Issue 6 , 1043-1050.
- Eakin, P. (2005). Living Autobiographically. *Biography*, Vol 28 (1) , 1-14.
- Eaves, Y. (2001). A synthesis technique for grounded theory data analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 35 (5) , 654-663.
- Edelman, B. (1984). A multiple factor study of body weight control. *Journal of General Psychology*, Vol 110 , 99-114.
- Elderedge, K., Agras, W., & Arnow, B. (1994). The Last Supper: Emotional Determinants of Pretreatment Weight Fluctuation in Obese Binge Eaters. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 16, No. 1 , 83-88.
- Elfhag, K., & Morey, L. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, Vol 9 , 285-293.
- Elfhag, K., & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, Vol 6 , 67-85.
- Elfhag, K., Rossner, S., Lindgren, T., Andersson, I., & Carlsson, A. (2004). Rorschach Personality Predictors of Weight Loss With Behavior Modification in Obesity Treatment. *Journal of Personality Assessment*, Vol 83 (3) , 293-305.
- Ernsberger, P., & Koletsky, R. (1999). Biomedical Rationale for a Wellness Approach to Obesity: An Alternative to a Focus on Weight Loss. *Journal of Social Issues*, Vol. 55, No. 2 , 221-260.
- Faith, M., & Epstein, E. (2007). Individual behavior change. In S. Kumanyika, & R. Brownson, *Handbook of obesity prevention: A resource for health professionals* (pp. 377-402). New York: Springer Science + Business Media.
- Fennig, S., & Fennig, S. (2006). Intensive Therapy for Severe Paediatric Morbid Obesity. *Eur Eat Disorders Rev*, Vol 14 , 118-124.

- Fishman, D. (2009). Using Case Studies to Develop Theory: Roadmap to a Dialogue. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, Vol 5 (3)* , 1-8.
- Flack, R., & Grayer, E. (1975). A Consciousness-Raising Group for Obese Women. *Social Work* , 484-485.
- Flodmark, C. (2005). The happy obese child. *International Journal of Obesity, Vol 29* , S31-S33.
- Fontaine, K., Barofsky, I., Anderson, R., Bartlett, S., Wiersema, L., Cheskin, L., et al. (1999). Impact of weight loss on Health-Related Quality of Life. *Quality of Life Research 8* , 275-277.
- Foreyt, J., Brunner, R., Goodrick, G., Cutter, G., Brownell, K., & St. Leor, S. (1995). Psychological Correlates of Weight Fluctuation. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 17, No. 3* , 263-275.
- Foster, K., McAllister, M., & O' Brien, L. (2005). Coming to Autoethnography: A Mental Health Nurse's Experience. *International Journal of Qualitative Methods, Vol 4 (4)* , 1-14.
- Foster, K., McAllister, M., & O' Brien, L. (2006). Extending the boundaries: Autoethnography as an emergent method in mental health nursing research. *International Journal of Mental Health Nursing, Vol 15* , 44-53.
- Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K., Caterson, I., & Hill, A. (2006). Obesity and Risk of Low Self-esteem: A Statewide Survey of Australian Children. *Pediatrics, Vol 118* , 2481-2487.
- French, S., Perry, C., Leon, G., & Fulkerson, J. (1995). Dieting behaviors and weight change history in female adolescents. *Health Psychology, Vol 14 (6)* , 548-555.
- Ganley, R. (1989). Emotion and Eating in Obesity: A Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders, Vol 8, No 3* , 343-361.
- Ganley, R. (1988). Emotional Eating and How It Relates to Dietary Restraint, Disinhibition, and Perceived Hunger. *International Journal of Eating Disorders, Vol 7 (5)* , 635-647.
- Gard, M. (2009). Understanding obesity by understanding desire. In H. Malson, & B. Maree, *Critical feminist approaches to eating disorders*. (pp. 35-45). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

Garner, D., & Wooley, S. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review, Vol 11 (6)* , 729-780.

Ghezeljeh, T., & Emami, A. (2009). Grounded Theory: methodology and philosophical perspective. *Nurse Researcher, Vol 17 (1)* , 15-23.

Giske, T., & Artinian, B. (2007). A Personal Experience of Working with Classical Grounded Theory: From Beginner to Experienced Grounded Theorist. *International Journal of Qualitative Methods, Vol 6 (4)* , 67-80.

Glenny, A., O' Meara, S., Melville, A., Sheldon, T., & Wilson, C. (1997). The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *International Journal of Obesity, Vol 21* , 715-737.

Goetz, D., & Caron, W. (1999). A biopsychosocial model for youth obesity: Consideration of an ecosystemic collaboration. *International Journal of Obesity, Vol 23, Suppl 2* , S58-S64.

Goodspeed-Grant, P., & Boersma, H. (2005). Making sense of being fat: A hermeneutic analysis of adults' explanations for obesity. *Counselling and Psychotherapy Research, Vol 5 (3)* , 212-220.

Granlund, B., Johansson, H., & Sojka, P. (1991). Problematic obesity thoughts: An attempt to identify unsuccessful dieters prior to treatment. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, Vol 20(3-4)* , 75-89.

Grummer-Strawn, L., & Mei, Z. (2004). Does Breastfeeding Protect Against Pediatric Overweight? Analysis of Longitudinal Data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics, Vol 113 (2)* , e81-e86.

Gunstad, J., Paul, R., Cohen, R., Tate, D., Spitznagel, M., & Gordon, E. (2007). Elevated body mass is associated with executive dysfunction in otherwise healthy adults. *Comprehensive Psychiatry, Vol 48* , 57-61.

Haeffele, J. (2009). A grounded theory approach to the process of successful and advanced weight maintenance. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 69(12-B)* , 7421.

Haslam, D., & James, P. (2005). Obesity. *Lancet, Vol 366* , 1197-1209.

Hayward, L., Nixon, C., Jasper, M., Murphy, K., Harlan, V., Swirda, L., et al. (2000). The process of restructuring and the treatment of obese women. *Health Care for Women International, Vol 21* , 615-630.

Hebl, M., & Turchin, J. (2005). The Stigma of Obesity: What About Men? *Basic and Applied Social Psychology, Vol 27 (3)* , 267-275.

Herrera, E., Johnston, C., & Steele, R. (2004). A comparison of cognitive and behavioral treatments for pediatric obesity. *Children's Health Care, Vol 33 (2)* , 151-167.

Hjordis, B., & Gunnar, E. (1989). Characteristics of Drop-outs from a Long-term Behavioral Treatment Program for Obesity. *International Journal of Eating Disorders, Vol 8, No 3* , 363-368.

Hyland, M. (2002). The intelligent body and its discontents. *Journal of Health Psychology, Vol 7(1)* , 21-32.

James, W. (2008). The epidemiology of obesity: the size of the problem. *Journal of Internal Medicine* , 336-352.

Kaminsky, D. (2006). Review of 'Making weight: Men's conflicts with food, weight, shape, and appearance'. *Group, Vol 30(4)* , 379-381.

Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjostrom, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity, Vol 31* , 1248–1261.

Kaukua, J., Pekkarinen, T., Sane, T., & Mustajoki, P. (2002). Health-related quality of life in WHO Class II - III obese men losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification: a randomised clinical trial. *International Journal of Obesity, Vol 26* , 487-495.

Kinzi, J. (2007). Psychosocial consequences of weight loss after bariatric surgery in morbidly obese patients: A review. *Minerva Psichiatrica, Vol 48 (4)* , 403-409.

Kreitler, S., & Chemerinski, A. (1990). Body - Image Disturbance in Obesity. *International Journal of Eating Disorders, Vol 9, No 4* , 409-418.

Kringelbach, M. (2004). Food for thought: Hedonic experience beyond homeostasis in the human brain. *Neuroscience, Vol 126* , 807-819.

Laliberte, M., Newton, M., McCabe, R., & Mills, J. (2007). Controlling Your Weight Versus Controlling Your Lifestyle: How Beliefs about Weight Control Affect Risk for Disordered Eating, Body Dissatisfaction and Self-esteem. *Cogn Ther Res, Vol 31* , 853–869.

- Lallukka, T., Lahelma, E., Rahkonen, O., Roos, E., Laaksonen, E., Martikainen, P., et al. (2008). Associations of job strain and working overtime with adverse health behaviors and obesity: Evidence from the Whitehall II Study, Helsinki Health Study, and the Japanese Civil Servants Study. *Social Science & Medicine*, Vol 66 (8) , 1681-1698.
- Lappalainen, R., Pulkkinen, P., Van-Gils, M., Parkka, J., & Korhonen, I. (2005). Long-term Self-monitoring of Weight: A Case Study. *Cognitive Behaviour Therapy* Vol 34, No 2, pp. 108–114, 2005 , 108-114.
- Ledyard, M. (2004). The meaning of weight in marriage. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol 65(5-B) , 2634.
- Lewis, S., & Van-Puymbroeck, M. (2008). Obesity-Stigma as a Multifaceted Constraint to Leisure. *Journal of Leisure Research*, Vol 40, No 4 , 574-588.
- Lillis, J., Hayes, S., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching Acceptance and Mindfulness to Improve the Lives of the Obese: A Preliminary Test of a Theoretical Model. *Ann Behav Med*, Vol 37 , 58–69.
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, Vol 5 (1) , 4-85.
- Lombardi, R. (2003). Catalyzing the dialogue between the body and the mind in a psychological analysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol 72(4) , 1017-1041.
- Lowe, M. (1984). Dietary concern, weight fluctuation and weight status: Further explorations of the Restraint Scale. *Behaviour Research and Therapy*, Vol 22 (3) , 243-248.
- Lowry, R., Weschsler, H., & Galuska, D. (2002). Television Viewing and its Associations with Overweight, Sedentary Lifestyle and Insufficient Consumption of Fruits and Vegetables Among US High School Students: Differences by Race, Ethnicity, and Gender. *Journal of School Health*, Vol 72 (10) , 413-421.
- Lundgren, J. (2005). A mindfulness-based behavioral treatment for weight loss. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol 65(7-B) , 3714.
- Macqueen, C., Brynes, A., & Frost, G. (2002). Treating Obesity: a follow-up study. Can the stages of change model be used as a postal screening tool? *J Hum Nutr Dietet*, Vol 15 , 3-7.

Marchesini, G., Cuzzolaro, M., Mannucci, E., Dalle-Grave, R. G., Tomasi, F., Barantani, E., et al. (2004). Weight cycling in treatment-seeking obese persons: data from the QUOVADIS study. *International Journal of Obesity, Vol 28* , 1456–1462.

Marsh, M. (2006). The role of attachment to obesity and psychopathology. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 66 (11-B)* , 6281.

Marshall, S., Biddle, S., Gorely, T., Cameron, N., & Murdey, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *International Journal of Obesity, Vol 28* , 1238-1246.

Masheb, R., & Grilo, C. (2006). Emotional Overeating and its Associations with Eating Disorder Psychopathology among Overweight Patients with Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord, Vol 39* , 141-146.

Mattlar, C., Salminen, J., & Alanen, E. (1989). Rorschach findings for the extremely obese: Results from a two-year reducing programme. *British Journal of Projective Psychology, Vol 34 (1)* , 2-27.

May, A., Kim, J., McHale, S., & Crouter, A. (2006). Parent-Adolescent Relationships and the Development of Weight Concerns From Early to late Adolescence. *Int J Eat Disord, Vol 39* , 729-740.

McCann, B. (2006). Adherence to Dietary Recommendations. In W. O'Donohue, & E. Levensky, *Promoting treatment adherence: A practical handbook for health care providers.* (pp. 321-330). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

McGhee, G., Marland, G., & Atkinson, J. (2007). Grounded theory research: literature reviewing and reflexivity. *JAN Research Methodology* , 334-342.

McReynolds, W. (1982). Toward a Psychology of Obesity: Review of Research on the Role of Personality and Level of Adjustment. *International Journal of Eating Disorders, Vol 2 (1)* , 37-57.

Menning, C., & Stewart, S. (2008). Nonresident father involvement, social class, and adolescent weight. *Journal of Family Issues, Vol 29 (12)* , 1673-1700.

Miller, W., Koceja, D., & Hamilton, E. (1997). A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *International Journal of Obesity, Vol 21* , 941-947.

Moustakas, C. (1990). *Heuristic Research: Design, Methodology and Applications.* Newbury Park: Sage.

Mustajoki, P., & Pekkarinen, T. (1999). Maintenance programmes after weight reduction - how useful are they? *International Journal of Obesity*, Vol 23 , 553-555.

Nauta, H., Hospels, H., & Jansen, A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *British Journal of Health Psychology*, Vol 6 , 271-284.

Nickel, M., Loew, T., & Bachler, E. (2007). Change in mental symptoms in extreme obesity patients after gastric banding, Part II: Six-year follow up. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Vol 37(1) , 69-79.

Nilsson, T., Ericsson, M., Carlos-Poston, W., Linder, J., Goodrick, G., & Foreyt, J. (1998). Is the assessment of coping capacity useful in the treatment of obesity? *Eating Disorders*, Vol 6 , 241-251.

Nishitani, N., Sakakibara, H., & Akiyama, I. (2009). Eating behavior related to obesity and job stress in male Japanese workers. *Nutrition*, Vol 25 , 45-50.

Ogden, J. (1994). Restraint theory and its implications for Obesity Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol 1 (4) , 191-201.

Ogden, J. (2000). The correlates of long-term weight loss: a group comparison study of obesity. *International Journal of Obesity*, Vol 24 , 1018-1025.

Ostendorf, W. (1999). Use of behavioral stage-of-change and preference for weight loss interventions as a system for client-matching treatment of obesity. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, Vol 60(5-A) , 1463.

Owen, C., Martin, R., Whincup, P., Smith, G., & Cook, D. (2005). Effect of Infant Feeding on the Risk of Obesity Across the Life Course: A Quantitative Review of Published Evidence. *Pediatrics*, Vol 115 (5) , 1367-1377.

Pannacciulli, N., Del Parigi, A., Chen, K., Le, D., Reiman, E., & Tataranni, P. (2006). Brain abnormalities in human obesity: A voxel-based morphometric study. *NeuroImage*, Vol 31 , 1419-1425.

Park, H. (2008). Longitudinal relationships between physical activity, sedentary behaviors, and obesity in children and adolescents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol 68 (11-B) , 7254.

Pietiläinen, K., Kaprio, J., Borg, P., Plasqui, G., Yki-Järvinen, H., Kujala, U., et al. (2008). Physical inactivity and obesity: A vicious circle. *Obesity*, Vol 16(2) , 409-414.

- Pinhas-Hamiel, O., Bar-Zvi, E., Boyko, V., Reichman, B., & Lemer-Geva, L. (2009). Prevalence of overweight in kindergarten children in the centre of Israel - association with lifestyle habits. *Child: Care, health & Development, Vol 35 (2)* , 147-152.
- Pinto, A., Gokee-LaRose, J., & Wing, R. (2007). Behavioral approaches to weight control: a review of current research. *Women's Health, Vol 3, Suppl 3* , 341-353.
- Polivy, J. (1990). Review of 'Adult Obesity Therapy'. *PsycCRITIQUES, Vol 35 (12)* , 1173.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.
- Prochaska, J., Johnson, S., & Lee, P. (2009). The Transtheoretical Model of behavior change. In S. Shumaker, J. Ockene, & K. Riekert, *The handbook of health behavior change (3rd ed.)* (pp. 59-83). New York: Springer Publishing Co.
- Rice, J., Thombs, D., Leach, R., & Rehm, R. (2008). Successes and barriers for a youth weight-management program. *Clinical Pediatrics, Vol 47 (2)* , 143-147.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinadli, S., Vincelli, F., & Molinari, E. (2000). Virtual Reality-Based Experiential Cognitive Treatment of Obesity and Binge-Eating Disorders. *Clin Psychol Psychother, Vol 7* , 209–219.
- Rose, M. (1999). *The Body Doesn't Lie: Five Tales of Superobesity as Somatic Language*. Nashville, TN: Self Publication.
- Rosenthal, B., & Marx, R. (1978). Differences in eating patterns of successful and unsuccessful dieters, untreated overweight and normal weight individuals. *Addictive Behaviors, Vol 3(2)* , 129-134.
- Ross, K., Milsom, V., Rickel, K., DeBraganza, N., Gibbons, L., Murawski, M., et al. (2009). The contributions of weight loss and increased physical fitness to improvements in health-related quality of life. *Eating Behaviors, Vol 10 (2)* , 84-88.
- Ryan, M. (2008). The antidepressant effects of physical activity: Mediating self-esteem and self-efficacy mechanisms. *Psychology and Health, Vol 23 (3)* , 297-307.
- Ryden, A., Sullivan, M., Torgerson, J., Karlsson, J., Lindroos, A., & Taft, C. (2003). Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *International Journal of Obesity, Vol 27* , 1534-1540.

Sallis, J., Rosenberg, D., & Kerr, J. (2009). Early physical activity, sedentary behavior, and dietary patterns. In L. Heinberg, & K. Thompson, *Obesity in youth: Causes, consequences and cures* (p. 243). Washington, DC: American Psychological Association.

Saper, B., Chou, T., & Elmquist, J. (2002). The Need to Feed: Homeostatic and Hedonic Control of Eating. *Neuron, Vol 36* , 199-211.

Sarkin, J., Johnson, S., Prochaska, J., & Prochaska, J. (2001). Applying the Transtheoretical Model to regular moderate exercise in an overweight population: Validation of a stages of change measure. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, Vol 33 (5)* , 462-469.

Schelling, S., Munch, S., Meyer, A., Newark, P., Biedert, E., & Margraf, J. (2009). Increasing the Motivation for Physical Activity in Obese Patients. *Int J Eat Disord, Vol 42* , 130–138.

Schneider, M., & Stokols, D. (2009). Multilevel theories of behavior change: A social ecological framework. In S. Shumaker, J. Ockene, & K. Riekert, *The handbook of health behavior change (3rd ed.)*. (pp. 85-105). New York: Springer Publishing Co.

Scholza, U., Nagy, G., Gohner, W., Luszczynska, A., & Klieger, M. (2009). Changes in self-regulatory cognitions as predictors of changes in smoking and nutrition behaviour. *Psychology & Health, Vol 24, Issue 5* , 545-561.

Schwimmer, J., Deutsch, R., Kahen, T., Lavine, J., Stanley, C., & Behling, C. (2006). Prevalence of Fatty Liver in Children and Adolescents. *Pediatrics, Vol.118 Issue 4* , 1388-1393.

Scott, K., & Howell, D. (2008). Clarifying Analysis and Interpretation in Grounded Theory: Using a Conditional Relationship Guide and Reflective Coding Matrix. *International Journal of Qualitative Methods, Vol 7 (2)* , 1-15.

Scott, K., Bruffaerts, R., Simon, G., Alonso, J., Angermeyer, M., De Girolamo, G., et al. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity, Vol 32* , 192-200.

Sharma, M. (2007). Behavioural interventions for preventing and treating obesity in adults. *Obesity reviews, Vol 8* , 441-449.

Simon, G. (2006). Association between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Archives of General Psychiatry, Vol 63, No 7* , 824-830.

Slager-Johnson, S., & Kushner, R. (2001). Mind/Body Medicine: An Introduction for the Generalist Physician and Nutritionist. *Nutrition in Clinical Care, Vol 4 (5)* , 256-264.

Sloan, S., Gildea, A., Stewart, M., Sneddon, H., & Iwaniec, D. (2007). Early weaning is related to weight and rate of weight gain in infancy. *Child: care, health and development, Vol 34 (1)* , 59-64.

Smith, C. (2005). Epistemological Intimacy: A Move to Autoethnography. *International Journal of Qualitative methods, Vol 4 (2)* , 1-7.

Smith, D., Marcus, M., & Kaye, W. (1992). Cognitive-Behavioral Treatment of Obese Binge Eaters. *Internationat Journal of Eating Disorders, Vol 12, No 3* , 257-262.

Snethen, J., Broome, M., Kelber, S., Leicht, S., Joachim, J., & Goretzke, M. (2008). Dietary and Physical Activity Patterns: Examining Fathers' Perspectives. *JSPN, Vol 13 (3)* , 201-211.

Sobal, J. (1984). Marriage, obesity and dieting. *Marriage and Family Review, Vol 7 (1-2)* , 115-139.

Sokolov, R. (1999). Culture and Obesity. *Social Research, Vol 66 (1)* , 31-36.

Søltoft, F., Hammer, M., & Kragh, N. (2009). The association of body mass index and health-related quality of life in the general population: data from the 2003 Health Survey of England. *Quality of Life Research, Vol 18, Issue 10* , 1293-1299.

Sperry, L. (1988). Biopsychosocial Therapy: An Integrative Approach for Tailoring Treatment. *Individual Psychology, Vol 44 (2)* , 225-235.

Spring, B., Schneider, K., Smith, M., Kendzor, D., Appelhans, B., Hedeker, D., et al. (2008). Abuse potential of carbohydrates for overweight carbohydrate cravers. *Psychopharmacology, Vol 197* , 637-647.

Stiles, W. (2003). When is a case study scientific research? . *Psychotherapy Bulletin, Vol 38* , 6-11.

Suczek, R. (1957). The personality of obese women. *American Journal of Clinical Nutrition, Vol 5* , 197-202.

Sullivan, P., Ghushchyan, V., & Ben-Joseph, R. (2008). The impact of obesity on diabetes, hyperlipidemia and hypertension in the United States. *Qual Life Res, Vol 17* , 1063–1071.

Sullivan, S., Cloninger, C., Przybeck, T., & Klein, S. (2007). Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity, Vol 31* , 669–674.

Surís, A., Trapp, M., & DiClemente, C. (1998). Application of the transtheoretical model of behavior change for obesity in Mexican American women. *Addictive Behaviors, Vol 23(5)* , 655-668.

Swallen, K., Reither, E., Haas, S., & Meier, A. (2005). Overweight, Obesity, and Health-Related Quality of Life Among Adolescents: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics, Vol 115 No 2* , 340-347.

Swatton, S., & O' Callaghan, J. (1999). The experience of 'healing stories' in the life narrative: a grounded theory. *Counselling Psychology Quarterly, Vol 12 (4)* , 413-429.

Swift, J., Glazebrook, C., Anness, A., & Goddard, R. (2009). Obesity-related knowledge and beliefs in obese adults attending a specialist weight-management service: Implications for weight loss. *Patient Education and Counseling, Vol 74 (1)* , 70-76.

Teixeira, P., Going, S., Sardinha, L., & Lohman, T. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Reviews, Vol 6* , 43-65.

Thompson, W., Cook, D., Clark, M., Bardia, A., & Levine, J. (2007). Treatment of Obesity. *Mayo Clin Proc, Vol 82 (1)* , 93-102.

Timko, C. (2008). What To eat? Goal-conflict theory and weight maintenance. *PsycCRITIQUES, Vol 53 (47)* , 275.

Tkalcic, M., & Pokrajac-Bulian, A. (2006). Biopsychosocial aspects of obesity in croatia: transtheoretical model of behaviour change. *Cognition, Brain, Behaviour, Vol 10 (1)* , 53-67.

Trombini, E., Baldaro, B., Bertaccini, R., Mattei, C., Montebanocci, O., & Rossi, N. (2003). Maternal Attitudes and Attachment Styles in Mothers of Obese Children. *Perceptual and Motor Skills, Vol 97 (2)* , 613-620.

Twomey, C. (2007). Cognitive aspects of relapse after weight loss in females who have experienced morbid obesity. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 68(3-B)* , 1947.

Van Wye, G. (2005). The effects of weight cycling, a history of adult obesity, and actual-ideal weight discrepancy on the trajectory of weight over time in adults. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 65 (11-B)* , 5668.

Vardaki, Z., Kotzabassaki, S., Andrea, S., & Vassiliadou, A. (2003). Childhood Obesity in a Suburban Community of Attica. *ICUS NURS WEB J, Issue 14* , 1-13.

Volkow, N., & O' Brien, C. (2007). Issues for DSM-V: Should Obesity Be Included as a Brain Disorder? *Am J Psychiatry, Vol 164* , 708-710.

Volkow, N., & Wise, R. (2005). How can drug addiction help us understand obesity? *Nature Neuroscience, Vol 8* , 555-560.

Wadden, T., Foster, G., Stunkard, A., & Conill, A. (1996). Effect of Weight Cycling on the Resting Energy Expenditure and Body Composition of Obese Women. *International Journal of Eating Disorders, Vol 19 (1)* , 5-12.

Wardle, J. (2007). Eating behaviour and obesity. *Obesity Reviews, Vol 8 (1)* , 73-75.

Warschburger, P. (2005). The unhappy obese child. *International Journal of Obesity, Vol 29* , S127-S129.

Wee, C., Davis, R., & Phillips, R. (2005). Stage of Readiness to Control Weight and Adopt Weight Control Behaviors in Primary Care. *J Gen Intern Med, Vol 20* , 410-415.

Wells, K., & Wells, D. (2007). Preventing Relapse After Weight Loss. *AMA Journal* , 5-16.

Westerman, M. (2009). What can we learn from case studies? More than most psychologists realize. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, Vol 5 (3)* , 53-70.

Zeller, M., Modi, A., Noll, J., Long, J., & Inge, T. (2009). Psychosocial functioning improves following adolescent bariatric surgery. *Obesity, Vol 17 (5)* , 985-990.

Zijlstra, H., Boeije, H., Larsen, J., Van Ramshorst, B., & Geenen, R. (2009). Patients' explanations for unsuccessful weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB). *Patient Education and Counseling, Vol 75(1)* , 108-113.