

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ
ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ**



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΧΡΙΣΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΗΤΕΙΑ

2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Χαρωνιτάκη για την πολύτιμη βοήθειά της κατά την εύρεση πληροφοριών του προκείμενου θέματος, καθώς και τη γραμματική και συντακτική βοήθειά της, για την τελική εικόνα της Πτυχιακής Εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την ένθερμη ψυχολογική υποστήριξη, μια πράξη πολύ μικρή, αλλά συνάμα πολύ μεγάλη για την ενθάρρυνση και τελικά την υλοποίηση της παρούσας Πτυχιακής εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8-9

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1 Ορισμός προσωπικότητας.....	10
1.2 Συσχέτιση προσωπικότητας και διατροφής.....	10-12
1.3 Πως επηρεάζεται η διατροφή των παιδιών από την προσωπικότητα των γονέων.....	12-15
1.4 Τύποι προσωπικότητας και χαρακτηριστικά.....	15-18
Α) Προσωπικότητα τύπου ‘Α’.....	15-16
Β) Προσωπικότητα τύπου ‘Β’.....	16-17
Γ) Προσωπικότητα τύπου ‘Γ’.....	17
Δ) Προσωπικότητα τύπου ‘Δ’.....	18
Ε) Τελειομανία.....	18-19

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.

2.1 Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες.....	20-22
2.2 Οικογενειακοί παράγοντες (μονογονεϊκές οικογένειες).....	22-25

A)Πιθανοί λόγοι που συμβάλουν στη κακή διατροφή των παιδιών στις οικογένειες αυτές.....25

2.3 Τελειομανία26-29

2.4 Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, κάπνισμα, αλκοόλ.....29-33

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.

3.1 Γονεϊκή ψυχική διαταραχή.....34-36

3.2 Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική διαταραχή.....36-41

3.3 Διαταραχές της Διάθεσης.....41-44

A)Κατάθλιψη 43-44

B)Συσχέτιση κατάθλιψης με τη διατροφή των παιδιών.....44-47

3.4 Αγχώδεις Διαταραχές.....47-50

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.

4.1 Παχυσαρκία51-57

4.2 Νευρογενής Ανορεξία γονέων & παιδιών.....58-61

4.3 Νευρογενής Βουλιμία γονέων & παιδιών.....61-66

4.4 Επεισοδιακή Υπερφαγία.....66-68

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ.

Συμβουλές και παραδείγματα για αλλαγή διατροφικών συνηθειών.....69-74

6^ο ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....75-90

Η προσωπικότητα των γονέων, είναι ένας καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών από την παιδική ηλικία. Στην παρούσα πτυχιακή εργασία που έχει σκοπό τη συσχέτιση προσωπικότητας των γονέων με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, εξετάστηκαν οι περισσότεροι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την επιλογή των υγιεινών τροφίμων και την κατανάλωση της τροφής τόσο των γονέων όσο και των παιδιών. Οι γονείς λειτουργούν ως πρότυπα για την ανάπτυξη των παιδιών τους. Σύμφωνα με έρευνες και μελέτες, παρουσιάζεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των γονέων και των διατροφικών συνηθειών των παιδιών, που παίζουν σημαντικό ρόλο για την ψυχική και σωματική τους ανάπτυξη. Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, η κατάχρηση διάφορων ουσιών όπως αλκοόλ, ναρκωτικά και τσιγάρα, η τελειομανία, η κατάθλιψη, η καταπίεση και οι διαταραχές της διάθεσης είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τις επιλογές των παιδιών και τις συνήθειες τους. Τα παιδιά παρουσιάζονται με προβλήματα παχυσαρκίας, Νευρογενούς βουλιμίας και ανορεξίας αφού επιλέγουν ανθυγιεινά τρόφιμα και δεν έχουν σωστή και ισορροπημένη διατροφή. Γονείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές όπως γονεϊκή διαταραχή της διάθεσης, τελειομανία, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή σε μεγάλο ποσοστό δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στα παιδιά χωρίς να έχουν γνώση για την σοβαρότητα του θέματος. Όταν το παιδί μεγαλώνει με λανθασμένες βάσεις, είναι πολύ δύσκολο μετά να αλλάξει τις διατροφικές επιλογές του. Συμπερασματικά, τα παιδιά αποδεδειγμένα ακολουθούν όλες τις επιλογές των γονέων τους ενώ λίγα είναι αυτά που θέλουν να αλλάξουν αυτές τις επιλογές χωρίς όμως να τα καταφέρνουν.

ABSTRACT

The personality of the parents is a determining factor which affects children's eating habits since childhood. In this study, which aims to link the personality of parents with the dietary habits of children, most of the factors were examined which may influence the choice of healthy food and food consumption of both parents and their children. Parents act as role models for their children's development.

Surveys and studies show strong correlation between parents and children's eating habits that are important for their mental and physical development. The economic situation of the family, the educational level of parents , abuse of various substances such as alcohol , drugs and cigarettes , perfectionism , depression, oppression and mood disorders are major factors that affect children's choices and habits in a negative way.

Children are presented with problems of obesity, bulimia and anorexia nervosa after choosing unhealthy food and not properly balanced diet. Parents who suffer from mental disorders such as parental mood disorder, perfectionism , obsessive-compulsive disorder cause serious problems to children in a large percentage without being aware of the seriousness of the matter. When a child grows up on a wrong base then it will be very difficult to change its eating habits in the future.

In conclusion it is proved that children follow all the choices of their parents while a few are those who want to change these options but fail to succeed.

Στην εποχή μας είναι αντιληπτό πως ο γονέας αφιερώνει αρκετές ώρες της ημέρας στην εργασία του και λιγότερο χρόνο όσο αφορά στη διατροφή του, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται δυσμενώς και η διατροφή των παιδιών. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τον (Elfhag 2008) μητέρες που συμμετείχαν σε έρευνα μαζί με τα παιδιά τους ηλικίας 12 χρονών, εκ των οποίων 278 μητέρες (16%) ήταν άγαμες παρουσιάστηκε ότι οι άγαμες μητέρες είχαν τη χαμηλότερη πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και γαλακτοκομικών στη διατροφή τους. Επίσης σε άλλη έρευνα παρατηρήθηκε ότι η ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας και η Νευρογενής ανορεξία έχουν κοινό αίτιο την οικογενειακή επιρροή (Bere et al. 2008) , καθώς και η τελειομανία και άλλα ψυχαναγκαστικά γνωρίσματα προσωπικότητας μπορούν πράγματι να είναι υπεύθυνοι παράγοντες για τις διατροφικές διαταραχές των παιδιών. (Wardle et al. 2003).

Γονείς οι οποίοι παρουσιάζονται με ψυχαναγκαστική συμπεριφορά (OCD), διατροφικές διαταραχές (EDS), επιθετικότητα, τελειομανία, κατάθλιψη, ανησυχία, βουλιμία, ανορεξία, χρήση ουσιών, κατανάλωση οινοπνεύματος , άγνοια σωστής διατροφής , άγχος και στρες επιδρούν αρνητικά στη καθημερινότητα των παιδιών και στη σωστή και υγιεινή διατροφή τους.(Miller-Day & Marks 2006, Hadley & Patil 2008, Canals 2009, Altman & Shankman 2009,Harrell, Slane & Klump 2009) Στην συνέχεια υπάρχουν αναμφισβήτητα έρευνες όπου συσχετίζουν το οικογενειακό ιστορικό, την γονική πίεση, ζηλοτυπία , τελειομανία η ακόμα και την έλλειψη μητρικής φροντίδας με την εμφάνιση, ανάπτυξη ακόμα και διατήρηση των διατροφικών διαταραχών κυρίως των κοριτσιών όπως ανορεξίας και βουλιμίας. (Fassino, Amianto & Abbate-Daga 2009).

Επιπρόσθετα αρνητικά αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σε φτωχότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. (Nićiforonić-Surkonić 2002). Οικογένειες χαμηλού εισοδήματος παρουσιάζονται με διαταραχές διατροφής καθώς δεν είναι δυνατόν να υπάρχουν υγιείς επιλογές τροφίμων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα παιδιά να

εμφανίζουν σημαντικές διατροφικές ελλείψεις και προβλήματα υγείας. (Dammann & Smith 2009).

Στην συνέχεια υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ γονιών που κάνουν χρήση διάφορων ουσιών ή αλκοόλ ως αντίκτυπο στη διατροφή των παιδιών. (Manning et al. 2009) .Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία εκτιμήθηκε ότι το 30% των παιδιών κάτω από 16 ετών έζησαν ή ζουν με ένα ή και με τους δύο γονείς να κάνουν χρήση ουσιών, φαρμάκων ή και ναρκωτικών. Τα παιδιά αυτά μιμούνται τους γονείς με επιπτώσεις ψυχοσωματικές , διατροφικές και αναπτυξιακές. (Keyes et al. 2008). Τέλος με βάση τις παραπάνω έρευνες πρέπει να σημειωθεί ότι παίζει καθοριστικό ρόλο η οικογένεια στην διατροφική ανάπτυξη του παιδιού και είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα αυτά όσο το δυνατόν νωρίτερα. (Stein et al.2006, Micali , Simonoff & Treasure 2009).

Παρακάτω θα αναλυθούν λεπτομερώς όλες οι επιδράσεις της οικογένειας και το τι μπορεί να αλλάξει για ένα καλύτερο αύριο των παιδιών.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1 Ορισμός προσωπικότητας

Η προσωπικότητα αρχικά προέρχεται από τη λέξη ‘persona’ που σημαίνει μάσκα. Ορίζεται, σαν ένα οργανωμένο σύνολο χαρακτηριστικών που κατέχονται από ένα πρόσωπο και επηρεάζει μεμονωμένα κίνητρα, καταστάσεις και συμπεριφορές του κάθε ατόμου ξεχωριστά. (Ryckman 2004). Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν πολλές ψυχολογικές θεωρίες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν το πώς διαμορφώνεται η προσωπικότητα ενός ατόμου και για το λόγο αυτό είναι δύσκολο να ορισθεί με ακρίβεια. (Eisenberg & Belfer 2009).

1.2 Συσχέτιση προσωπικότητας και διατροφής.

Η διατροφή ως παράγοντας κινδύνου έχει μια σημαντική επιρροή στην υγεία όχι μόνο των ενηλίκων αλλά και των παιδιών και των εφήβων. (Brown & Ogden 2004).

Σημαντική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Garcia et al. 2009), έδειξε ότι άτομα κυρίως γυναίκες που έπασχαν από ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας αντιμετώπισαν πρόβλημα με τη διατροφή τους. Εμφάνισαν διατροφική διαταραχή με σημαντική απώλεια βάρους και διαταραχή στη έμμηνο ρύση. Οι γυναίκες αυτές υποβλήθηκαν σε συμπεριφορική θεραπεία, με στόχο την αύξηση του σωματικού βάρους και τη βελτίωση των συμπτωμάτων της ψυχαναγκαστικής διαταραχής. Συμπερασματικά μια ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική προσωπικότητα μπορεί να προηγείται ή να επιταχύνει την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής. Στη συνέχεια ο (Cabetas Hernandez 2004), υποστηρίζει πως η μελαγχολική

προσωπικότητα επηρεάζει αρνητικά το άτομο στις διατροφικές του επιλογές. Η μελαγχολία αν όχι σε όλες τις περιπτώσεις αλλά στις περισσότερες έχει σαν αποτέλεσμα εμφάνιση ανορεξίας και υποσιτισμού που εκδηλώνεται με εξαντλητική σωματική άσκηση καθώς επίσης και με τη χρήση διάφορων καθαρκτικών. Στη συνέχεια φαίνεται πως εμφανίζονται προβλήματα αναιμίας λόγω χαμηλής πρόσληψης πρωτεϊνών και σιδήρου. Περαιτέρω μελέτες συνεχίζονται τόσο για τη διάγνωση όσο και για τη θεραπεία.

Επιπρόσθετα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Βόρεια Ιρλανδία έδειξε τη συσχέτιση της τύπου 'Α' προσωπικότητας με τη διατροφή. Ο πληθυσμός περιελάμβανε 245 άνδρες και 306 γυναίκες ηλικίας 16 έως 64 ετών. Δόθηκαν ερωτηματολόγια σχετικά με τη διατροφή και με τις επιλογές των τροφίμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως και στα δυο φύλα με προσωπικότητα τύπου 'Α', υπάρχει μια θετική συσχέτιση να καταναλώνουν τρόφιμα με αυξημένα λιπαρά καθώς επίσης ζάχαρη και μεγάλη ποσότητα αλκοόλ. Τέλος η προσωπικότητα αυτή έχει συσχετισθεί με εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. (Meyer Friedman et al. 1950)

Ύστερα από μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον (Amani 2007), είχε σκοπό να διερευνήσει αν υπάρχει συσχέτιση σωστών διατροφικών επιλογών στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Το δείγμα ήταν 30 άτομα άνδρες και γυναίκες ηλικίας 16-67 ετών σχιζοφρενείς. Τα άτομα αυτά συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια συχνότητας τροφίμων, μετρήθηκε ο βασικός μεταβολισμός, ο δείκτης μάζας σώματος, βάρος, ύψος καθώς και το ποσοστό σωματικού λίπους (% BF). Τα αποτελέσματα ήταν εκπληκτικά. Βρέθηκε πως τα άτομα αυτά κατανάλωναν αρκετά ανθρακούχα ποτά καθώς και λιπαρά όπως κρέμα γάλακτος. Η κατανάλωση γαλακτοκομικών, φρούτων, και λαχανικών ήταν περιορισμένη ($p < 0,05$). Το ποσοστό λίπους επί τοις εκατό ήταν περισσότερο στις γυναίκες ενώ ένα μικρό ποσοστό ανδρών εμφάνισε χαμηλό δείκτη μάζας σώματος. Συμπερασματικά η σχιζοφρένεια επηρεάζει τις διατροφικές επιλογές των ατόμων με αποτελέσματα να εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα στη υγεία τους. Μια ακόμα μελέτη επιβεβαιώνει τα παραπάνω. Στη συγκεκριμένη μελέτη πήραν μέρος 117 άτομα άνδρες και γυναίκες που έπασχαν από σχιζοφρένεια. Δόθηκαν στα άτομα αυτά τα κατάλληλα ερωτηματολόγια καθώς επίσης αξιολογήθηκαν για την καρδιοαναπνευστική λειτουργία. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι κακές τροφικές επιλογές αυτών των ατόμων οδηγούν σε χαμηλή

καρδιοαναπνευστική λειτουργία με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο. Συμπερασματικά τα άτομα αυτά μπορούν να βοηθηθούν προλαμβάνοντας τόσο τα διατροφικά λάθη καθώς και τη καρδιοαγγειακή δυσλειτουργία. (Strassnig, Brar & Ganguli 2011).

1.3 Πως επηρεάζεται η διατροφή των παιδιών από τη προσωπικότητα και τη συμπεριφορά των γονέων.

Η προσωπικότητα του γονέα είναι ένα σημαντικό κομμάτι για την σωστή ανάπτυξη του παιδιού σε όλους τους τομείς και ιδιαίτερα όσο αφορά τις διατροφικές του συνήθειες. Ο επιπολασμός των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών αυξάνεται ραγδαία σε πολλές χώρες. Αρχικά από έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2006 στην Ιταλία και συμμετείχαν 3076 παιδιά ηλικίας 8-9 ετών (1583 αγόρια και 1493 κορίτσια) , είχε σκοπό να συγκρίνει τα αποτελέσματα στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών κυρίως στο πρωινό γεύμα και στα σνακ. Τα παιδιά προέρχονταν από όλες τις κατηγορίες σωματικού βάρους: φυσιολογικά, υπέρβαρα και παχύσαρκα. Μετρήθηκαν το ύψος και το βάρος των παιδιών καθώς τους δόθηκε να συμπληρώσουν στο σχολείο, Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων. Επίσης ένα ακόμα ερωτηματολόγιο δόθηκε έτσι ώστε να συμπληρωθεί το βάρος και το ύψος των γονέων και το εκπαιδευτικό επίπεδο έχοντας τρεις κλίμακες : υψηλό επίπεδο, μεσαίο και χαμηλό επίπεδο. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 92,3% έτρωγαν πρωινό από 4-7 φορές την εβδομάδα μαζί με τους γονείς τους. (P <0,001). Το 3% μόνο δήλωσε πως δεν καταναλώνει πρωινό αφού οι γονείς έχουν φύγει από το σπίτι και αν καταναλώσουν σπάνια, θα είναι μπισκότα με γάλα. Τέλος το 95,9% των παιδιών δήλωσαν πως επιλέγουν σνακ χυμούς φρούτων στο σχολείο και άλλα προϊόντα όπως πίτσα , σάντουιτς και σαλάμι ενώ το υπόλοιπο ποσοστό δήλωσε πως έπαιρναν κάποιο σνακ από το σπίτι. (P <0,05). Συμπερασματικά δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις διατροφικές επιλογές στα γεύματα των παιδιών είτε είναι φυσιολογικού βάρους, ή υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά. Τα παιδιά με φυσιολογικό βάρος είχαν μεγαλύτερη τάση να καταναλώνουν γεύματα πιο τακτικά. Ο δείκτης μάζας σώματος των γονέων και το

επίπεδο εκπαίδευσής τους μπορεί να έχει επίδραση στις διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών. (Lazzeri et al. 2006)

Μεγάλο ρόλο στη επιλογή των τροφίμων παίζει αρχικά το μορφωτικό επίπεδο. Όταν οι γονείς παρουσιάζονται αδιάφοροι ως προς την υγεία του παιδιού γιατί δεν γνωρίζουν ποια είναι εκείνα τα τρόφιμα που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη του ή λόγω οικονομικής δυσκολίας δεν ενδιαφέρονται για την διατροφή τους αυτό έχει αρνητικό αντίκτυπο στο παιδί. Έρευνες έδειξαν πως τα παιδιά των μορφωμένων γονέων είχαν καλύτερες ανθρωπομετρικές μετρήσεις από τα παιδιά των μη μορφωμένων. Τα παιδιά αυτά φάνηκε να υστερούν σε ποσοστό πρωτεϊνών ενώ η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και γαλακτοκομικών ήταν μεγαλύτερη στα παιδιά των μορφωμένων γονέων. (Hesketh et al. 2007)

Σε έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε από τον (Suliga 2010) είχε σκοπό να αξιολογήσει τη φυσική ανάπτυξη και τη διατροφική κατάσταση, τις διατροφικές συνήθειες καθώς και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των αγοριών και των κοριτσιών σε σχέση με την συμπεριφορά αλλά και την εκπαιδευτική κατάσταση των οικογενειών τους. Η μελέτη διεξήχθη σε μια ομάδα από 529 αγόρια και 535 κορίτσια ηλικίας 7-16 ετών σε επαρχία στην Πολωνία. Αγόρια και κορίτσια από οικογένειες υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου παρουσιάζονταν με υψηλό ανάστημα και φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος καθώς και η διατροφή τους ήταν πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, ζωική πρωτεΐνη και ψάρια. Αντιθέτως, τα παιδιά των γονέων που δεν είχαν τις ουσιώδεις γνώσεις και δεν ασχολούνταν με την διατροφή τους, έδειξαν χαμηλότερες τιμές στο ύψος καθώς και διακυμάνσεις στα επίπεδα του δείκτη μάζας σώματος. Τελικά τα κορίτσια που προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς δείχνουν ενδιαφέρον και έχουν γνώσεις σχετικά με τη διατροφή παρουσίασαν ένα υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, ενώ αυτή η σχέση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των αγοριών.

Επιπρόσθετα σημαντική εργασία που πραγματοποιήθηκε από τους (Manios et al 2010) εξέτασε τους καθοριστικούς παράγοντες της παιδικής παχυσαρκίας και πως συνδέονται με το οικογενειακό προφίλ και ιδιαίτερα με τις μητρικές αντιλήψεις. Συμμετείχαν 2374 παιδιά, ηλικίας 1-5 ετών, που ζουν στην Ελλάδα (Απρίλιος 2003 -

Ιούλιος 2004). Στην συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν διαγράμματα ανάπτυξης για την ταξινόμηση των παιδιών ως υπέρβαρα (≥ 85 ης και <95 ης εκατοστιαίας θέσης για παιδιά μεγαλύτερα των 24 μηνών) και παχύσαρκα ($\geq 95^{\circ}$) και για παιδιά μικρότερα των 24 μηνών. Οι μητέρες πέρασαν μια διαδικασία συνέντευξης για τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών τους. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι ο επιπολασμός των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών ήταν 16,2% και 17,5% αντίστοιχα. Κάθε αύξηση της μονάδας του δείκτη μάζας σώματος στους γονείς αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Εν κατακλείδι, η ταχεία αύξηση του σωματικού βάρους στη βρεφική ηλικία και οι υψηλότερες τιμές του δείκτη μάζας σώματος των γονέων ήταν οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της παχυσαρκίας στην προσχολική ηλικία.

Αξίζει να αναφερθεί και η παρακάτω μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ισλανδία από τους (Kristjansdottir et al.2009). Τα παιδιά που συμμετείχαν ήταν 963, ηλικίας 11 ετών μαζί με τους γονείς τους. Σκοπός της μελέτης ήταν η μέτρηση της πρόσληψης των φρούτων και των λαχανικών μέσα στην οικογένεια. Τα αποτελέσματα δεν ήταν θετικά. Τα παιδιά υποστήριζαν πως υπάρχει χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μέσα στο σπίτι γιατί οι γονείς δεν αγοράζουν αυτά τα τρόφιμα. Η πλειοψηφία των πατέρων δεν τρώει ούτε φρούτα ούτε λαχανικά με αποτέλεσμα να μην καταναλώνονται συχνά από την οικογένεια. Η μελέτη αυτή συνεχίζεται, δεν υπάρχουν όμως περαιτέρω αποτελέσματα. Τα παιδιά σε αυτή την ηλικία θα πρέπει να έχουν ισορροπημένη διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά. Είναι φανερό λοιπόν πως τα γονικά λάθη της διατροφής έχουν αρνητικά αποτελέσματα για τα παιδιά, χωρίς να κατανοούν οι γονείς τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσουν τα παιδιά αυτά στην ενηλικίωση.

Τέλος η παιδική παχυσαρκία είναι ένα κοινό πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ΗΠΑ με μια αυξανόμενη επικράτηση ιδιαίτερα σε ορισμένες περιοχές. Η σημασία της γονικής επιρροής απέναντι στα παιδιά τους σε σχέση με την παχυσαρκία και τις διατροφικές συνήθειες είναι ένα κομμάτι που ασχολούνται πολλοί ερευνητές όπως θα παρατηρηθεί παρακάτω. Οι γονείς επηρεάζουν τις παιδικές διατροφικές συμπεριφορές ή τη σωματική δραστηριότητα. (Hodges 2010). Η παιδική παχυσαρκία σχετίζεται άμεσα με τα γονικά πρότυπα και υπέρβαροι-

παχύσαρκοι γονείς έχουν υπέρβαρα-παχύσαρκα παιδιά. Το υπερβολικό βάρος παιδικής παχυσαρκίας οφείλεται σε πολλούς παράγοντες σε συνδυασμό με γενετικές προδιαθέσεις και με τα γονικά πρότυπα. (Weibel, Wissmath & Mast 2009). Ύστερα από μελέτες η παχυσαρκία και η διατροφή των παιδιών δεν έχει να κάνει απόλυτα με ψυχολογικά και ψυχιατρικά συμπτώματα άλλα το μεγαλύτερο ποσοστό οφείλεται στην επιρροή των γονέων και τον βαθμό παχυσαρκίας των ίδιων. (Nićiforonić-Surković, Kvrđić & Ac-Nikolić 2002).

1.4 Τύποι προσωπικότητας και χαρακτηριστικά

Υπάρχουν τέσσερις τύποι προσωπικότητας Α, Β, Γ και Δ και ο καθένας έχει τα δικά του χαρακτηριστικά. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '50, οι Meyer Friedman et al., ασχολήθηκαν με τον κάθε τύπο ξεχωριστά. Κάθε άνθρωπος είναι ένας μοναδικός συνδυασμός και των τεσσάρων τύπων προσωπικότητας.

✓ ΤΥΠΟΣ " Α" ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα άτομα με τύπο προσωπικότητας " Α" επιθυμούν να είναι υπεύθυνα και να έχουν τον έλεγχο του περιβάλλοντός τους και της ζωής τους. Είναι κανονικά άτομα και συνήθως πετυχαίνουν τους στόχους τους εφαρμόζοντας πρακτικές λύσεις. Τα άτομα αυτά δεν δέχονται πολλούς περιορισμούς στην ζωή και στην εργασία τους αλλά προτιμούν να είναι ανεξάρτητοι και να σχεδιάζουν μόνοι τους τα προγράμματά τους και τις υποχρεώσεις τους. Δεδομένου ότι τείνουν συχνά να είναι εργασιομανείς, δεν είναι ασυνήθιστο να τους δει κανείς σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή να καταβάλλουν προσπάθεια για να ολοκληρώσουν το στόχο τους. Μπορούν να φανούν ανυπόμονοι κατά περιόδους ειδικά εάν θεωρούν ότι κάποιος ξοδεύει πάρα πολύ χρόνο ξεπερνώντας τις λεπτομέρειες ή εμποδίζοντας τους να ολοκληρώσουν με επιτυχία οποιονδήποτε στόχο ή πρόγραμμα στο οποίο έχουν στραφεί τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Τα άτομα με αυτόν τον τύπο προσωπικότητας μπορούν να βρεθούν σε μια εποπτική θέση ή μια θέση διαχείρισης εξουσίας. Τα άτομα με " Α" προσωπικότητα θα κάνουν οτιδήποτε είναι απαραίτητο για να

αποτρέψουν τον εαυτό τους από μια ρουτίνα προτιμώντας να επιδιώξουν την ελευθερία και την ανεξαρτησία. Θα είναι επίσης πολύ δυσαρεστημένοι εάν θεωρήσουν ότι κάποιος προσπαθεί να τους εκμεταλλευτεί ή να τους κρατήσει πίσω. Μπορεί να αλλάζουν αρνητικά τις διατροφικές συνήθειες και να αυξάνουν την κατανάλωση αλκοόλ, λιπαρών τροφών αλλά και γενικότερα την κατανάλωση γευμάτων πλουσίων σε θερμίδες. Τα άτομα αυτά καταναλώνουν σκληρές τροφές δύσκολες στη μάσηση και ενδείκνυται η χρήση μαστίχας για την αποφόρτιση των συναισθημάτων τους. (Meyer Friedman et al.1950).

✓ ΤΥΠΟΣ " Β" ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα άτομα που ανήκουν στη " Β" προσωπικότητα είναι πολύ εξωστρεφείς, ενεργητικοί και γρήγοροι. Επιπλέον είναι άτομα που επιθυμούν να συναναστρέφονται με τους ανθρώπους ενώ ταυτόχρονα επιδιώκουν να αποτελούν το κέντρο της προσοχής. Είναι καλοί στο να χτίζουν σχέσεις με τους συναθρώπους τους. Η ανάγκη τους για την έγκριση, από τους άλλους, τους οδηγεί σε διάφορες δοκιμασίες με σκοπό να προσελκύσουν την συμπάθεια και την έγκριση από τους άλλους. Οι φιλοφρονήσεις με σκοπό την αναγνώριση των επιτευγμάτων τους, οι λέξεις θαυμασμού και επιδοκιμασίας από τα άτομα που βρίσκονται στο κοντινό τους περιβάλλον είναι το σημαντικότερο πράγμα γι' αυτούς. Τα άτομα αυτά αγαπούν να μιλούν για τον εαυτό τους, αλλά κάποιος το λαμβάνουν ως εγωισμό, ενώ αυτοί επιδιώκουν να γίνουν αποδεκτοί. Ο μεγαλύτερος φόβος τους είναι να ταπεινωθούν στο κοινό, η σκέψη μόνο ότι μπορούν να αποδοκιμαστούν από τους άλλους, είναι γι' αυτούς καταστρεπτική. Μερικά από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας " Β" είναι ο ενθουσιασμός, η εξωστρέφεια, η φιλική διάθεσή που έχουν προς τους άλλους και η δυνατότητά τους να πείσουν ακόμα και τον πιο δύσπιστο άνθρωπο. Τείνουν να είναι " ονειροπόλοι" και συχνά να μετατρέπουν τα όνειρα τους σε πολύ πρακτικές ιδέες σε ότι αφορά των εργασιακό τους χώρο. Δεν μπορούν να κρύψουν τα συναισθήματα τους, έτσι όταν πληγώνονται ή απογοητεύονται, μπορούν να γίνουν εύκολα αντιληπτοί από τα άτομα πού συναναστρέφονται, από την εικόνα τους. Μερικές από τις φυσικές αδυναμίες που συνδέονται με τη προσωπικότητα " Β" είναι η ανυπομονησία έχοντας ένα σχετικά

σύντομο εύρος προσοχής αν και δεν είναι προσανατολισμένη. Στα άτομα με προσωπικότητα " B" αρέσει το άφθονο φαγητό και είναι επιρρεπείς στα αλμυρά και τα σνακ. (Meyer Friedman et al.1950).

✓ ΤΥΠΟΣ " Γ" ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα άτομα με τύπο προσωπικότητας " Γ" είναι πολύ προσανατολισμένα προς τη λεπτομέρεια που επιθυμούν να συμμετέχουν σε πράγματα που ελέγχονται και είναι σταθερά. Ανήκουν στα άτομα που δεν εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Τα άτομα που δυσκολεύονται να εκφράσουν τα συναισθήματά τους χρησιμοποιούν το φαγητό σαν μια οδό διαφυγής. Επίσης, όταν συναναστρέφονται με άτομα που αδυνατούν να ακολουθήσουν τις δικές τους ανάγκες και τα δικά τους συναισθήματα χρησιμοποιούν το σώμα τους ως μέσο έκφρασης των όποιων αδυναμιών τους και προβλημάτων τους. Ενδιαφέρονται για την ακρίβεια, την ορθολογιστική ικανότητα και τη λογική. Άνθρωποι που φαίνεται να μην ελέγχουν τις συγκινήσεις τους, θα τους ενοχλήσουν διότι θεωρούν ότι το να είναι κάποιος συναισθηματικός καθιστά την αντικειμενικότητα δύσκολη ή ίσως αδύνατη. Θα αντιπαθήσουν επίσης τους ανθρώπους που προβάλλουν τον εαυτό τους παραπλανητικά , δεδομένου ότι επιθυμούν τα γεγονότα όπως είναι, ακριβή και λογικά. Τα άτομα αυτά μπορούν να ελέγχουν τον εαυτό τους αλλά και τους άλλους. Δεν τους αρέσουν τα πράγματα που ξεφεύγουν από τον έλεγχο και μπορεί να μην είναι πολύ εκφραστικοί κατά περιόδους επειδή πραγματικά δεν θέλουν να επιδείξουν πολλή συγκίνηση. Μόλις υιοθετήσουν μια στάση σε ένα ζήτημα, θα έχουν τα γεγονότα για να την υποστηρίξουν έτσι ώστε να είναι καλά προετοιμασμένοι για την πρόκληση των άλλων. Τους αρέσουν οι καθορισμένες εργασίες και θέλουν να ξέρουν ακριβώς τι θα τους συμβεί. Ξέροντας εκείνα τα γεγονότα, θα είναι σε θέση να δώσουν προτεραιότητα στους στόχους τους. Είναι προσεκτικοί, λογικοί και απαιτούν πολλές λεπτομέρειες και γεγονότα προτού λάβουν μια απόφαση. Τα άτομα με την προσωπικότητα αυτή αντιλαμβάνονται γρήγορα τα άτομα που επιδιώκουν κάτι μέσω της παραπλάνησης. Είναι άριστοι για οποιαδήποτε εργασία που απαιτεί τη δημιουργική σκέψη βασισμένη στην υπομονή, τα γεγονότα και την ακρίβεια. Ο τύπος της προσωπικότητας αυτής έχει ιδιαίτερη αδυναμία στα γλυκά τρόφιμα. (Meyer Friedman et al.1950).

✓ ΤΥΠΟΣ " Δ " ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα άτομα που ανήκουν στη προσωπικότητα " Δ " λειτουργούν με αργό και εύκολο ρυθμό τόσο στον εργασιακό τους χώρο όσο και στην προσωπική τους ζωή. Επιδιώκουν την ασφάλεια και τη μακροζωία στην εργασία τους και είναι πολύ ευτυχείς όταν επαναλαμβάνουν το στόχο τους σε ημερήσια βάση. Δεν επιδιώκουν να κάνουν αλλαγές στην καθημερινότητά τους, διότι όταν αυτές είναι αντίθετες από τις επιθυμίες τους τις απορρίπτουν. Προσπαθούν να αποτρέψουν τη κάθε αλλαγή στη ζωή τους, ακόμα και όταν η παρούσα κατάσταση δεν είναι ευχάριστη. Επιδιώκουν το σεβασμό, τον ειλικρινές θαυμασμό και την αποδοχή από τους άλλους και είναι πρόθυμοι να ασχοληθούν σκληρά, παρέχοντας ασφάλεια στους συναδέλφους τους και αυτοί με τη σειρά τους να τους δείξουν ότι είναι απαραίτητοι γι' αυτούς. Σκέφτονται συχνά ότι τα άτομα της προσωπικότητας " Α " είναι διαταραγμένα γιατί παίρνουν πολλούς κινδύνους ενώ παράλληλα δεν ανησυχούν για την ασφάλεια και τη μακροζωία. Τους αρέσουν τα αμυλούχα τρόφιμα όπως ψωμί, παξιμάδια και κατά την διάρκεια της ημέρας, κυρίως στην ώρα εργασίας, τσιμπολογούν. Είναι συνήθως άτομα οργανωμένα ενώ παράλληλα τους ενοχλεί όταν αποδιοργανώνονται και όταν βρίσκονται σε ακατάστατο περιβάλλον, συμπονετικοί, υπομονετικοί, καλοί ακροατές και θα επιμείνουν όταν θα σταματήσουν όλοι οι άλλοι. Θα κρατήσουν συνήθως τα συναισθήματά τους και δεν επιθυμούν να τα εκφράσουν. Η κατοχή ενός ασφαλούς και σταθερού περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντικό για τα άτομα της προσωπικότητας " Δ ". (Meyer Friedman et al.1950).

✓ Τελειομανία

Γενικά χαρακτηριστικά και κατηγορίες της τελειομανίας

➤ Τα γενικά χαρακτηριστικά της τελειομανίας είναι τα παρακάτω: (Μάνος 1997)

- Άγχος

- Μειωμένη αποδοτικότητα
- Φόβος για αποτυχία
- Αίσθημα αναξιότητας
- Απαισιοδοξία
- Φόβος για λάθη
- Δέσμευση από τα «πρέπει»
- Αίσθημα ματαιότητας
- Υπερτονίζουν τις ικανότητες των άλλων
- Φόβος της απόρριψης
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Ντροπή και ενοχές
- Ανάληψη ρίσκου

➤ Μορφές Τελειομανίας

Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρεται σε τρεις πιθανές εκδοχές τελειομανίας και σύμφωνα με τον Καναδικό Σύνδεσμο Ψυχολογίας καθένα από αυτά τα είδη σχετίζεται με διαφορετικού τύπου προβλήματα

- ◆ **Εσωτερικά κατευθυνόμενοι τελειομανείς:** το άτομο τείνει να θέτει υψηλά προσωπικά πρότυπα επιτυχίας. Ο συγκεκριμένος τύπος σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων κατάθλιψης και νευρικής ανορεξίας.
- ◆ **Εξωτερικά κατευθυνόμενοι τελειομανείς:** το άτομο αναμένει από τους άλλους να είναι τέλειοι στις εργασιακές τους επιδόσεις. Ο συγκεκριμένος τύπος σχετίζεται με προβλήματα όπως ανικανοποίηση από το γάμο τους, τη σεξουαλική ζωή τους αλλά και θυμό.
- ◆ **Κοινωνικά κατευθυνόμενοι τελειομανείς:** το άτομο πιστεύει ότι τα άλλα άτομα αναμένουν την τελειότητα για τον εαυτό τους. Ο συγκεκριμένος τύπος σχετίζεται με συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης, αλλά και με διατροφικές διαταραχές. (Μάνος 1997).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.

2.1 Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Είναι γνωστό πως το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την κατανάλωση της τροφής. Η διατροφή είναι ένα θέμα κλειδί για την υγεία, ιδιαίτερα σε σχέση με τις φτωχότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Τα τρόφιμα που τρώμε ασκούν τεράστια επίδραση στην υγεία μας. Μια ανθυγιεινή διατροφή, που ορίζεται σε υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος, σε σάκχαρα και σε άλας καθώς και χαμηλή σε φρούτα και λαχανικά μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες υγείας, ειδικά για τα παιδιά. Οι εικόνες αυτές παρουσιάζονται σε φτωχότερες οικογένειες με χαμηλό εισόδημα και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Αρχικά μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Jimenez-Cruz et al. 2010) είχε σκοπό να εξετάσει τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας βρεφών σε οικογένειες χαμηλού εισοδήματος στο Μεξικό. Στις μητέρες δόθηκαν ερωτηματολόγια και πραγματοποιήθηκαν ανθρωπομετρικές μετρήσεις στα παιδιά και στις μητέρες. Στη μελέτη συμμετείχαν 8.010 μητέρες μαζί με τα βρέφη τους 5-24 μηνών. Επίσης ο μέσος όρος ηλικίας των μητέρων ήταν 24 ετών και το 57% παρουσίαζονταν παχύσαρκες ή υπέρβαρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τα παιδιά αυτά από 2 ετών και μετά βρέθηκε να καταναλώνουν λιπαρά σνακ, γλυκά καθώς και αναψυκτικά προϊόντα τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Συμπερασματικά τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν προβλήματα παχυσαρκίας καθώς οι γονείς τους δεν υιοθετούν υγιεινές διατροφικές επιλογές λόγω χαμηλού οικονομικού εισοδήματος. Προληπτικά προγράμματα θεραπείας πρέπει να ξεκινούν πριν την εγκυμοσύνη αλλά και μετά τη γέννηση των παιδιών .

Πιο συγκεκριμένα σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους (Nićiforović-Surković, Kvrđić & Ac-Nikolić 2002) σε 896 εφήβους από 20 τυχαία επιλεγμένα δημοτικά σχολεία μέσα σε δύο νορβηγικούς νομούς με σκοπό την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, τα αποτελέσματα βρέθηκαν να είναι θεαματικά. Τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε παιδιά και σε γονείς εξετάστηκαν αρχικά τον Μαΐο του 2002 (μέση ηλικία 12.5 έτη) και πάλι τον Μαΐο του 2005 (μέση ηλικία 15.5 έτη). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι οι έφηβοι των γονέων με υψηλότερη εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών πιο συχνά από τους εφήβους των γονέων χωρίς τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η εκπαιδευτική διαφορά στην εισαγωγή των φρούτων και των λαχανικών ήταν μεγαλύτερη το 2005 (15.1 έναντι του 12.7 φορές/εβδομάδα για τους εφήβους των γονέων, αντίστοιχα, με και χωρίς τριτοβάθμια εκπαίδευση) απ' ό, τι το 2002 (14.0 έναντι του 12.8 φορές/εβδομάδα, αντίστοιχα). Μια διαφορά στην εισαγωγή λαχανικών και φρούτων των εφήβων παρατηρήθηκε με το οικογενειακό εισόδημα (13.1 έναντι του 14.2 φορές/εβδομάδα, αντίστοιχα, για το χαμηλό και υψηλό οικογενειακό εισόδημα, $P = 0.05$). Επιπλέον, οι μαθητές των οικογενειών με ένα υψηλό εισόδημα εξέθεσαν την υψηλότερη δυνατότητα εισαγωγής φρούτων και λαχανικών στο σπίτι (5.0 έναντι του 4.1, $P < 0.001$).

Στη συνέχεια έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους (Dammann & Smith 2009) σε 162 παιδιά χωρίς κάποια παθολογική κατάσταση, ηλικίας 6 έως 11 έτη, σύμφωνα με την καμπύλη ανάπτυξης να υπερβαίνει τη 95^η εκατοστιαία θέση Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια διατροφής, και ερωτηματολόγια σχετικά με την άσκηση από τους γονείς των παιδιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς που απέτυχαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια αυτά είχαν μια παθητικότερη στάση απέναντι στην διαδικασία αυτή και έδωσαν λιγότερη υποστήριξη στο παιδί τους σε αντίθεση με τους άλλους γονείς που δεν εμφάνισαν καμία αντίδραση κατά τη διάρκεια της διαδικασίας και οι οποίοι είχαν καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Αυτή η έρευνα ενισχύει τη σημασία της γονικής συμμετοχής στη διαχείριση της παχυσαρκίας της παιδικής ηλικίας καθώς και στη σημασία τελικά που έχει το κοινωνικό και εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών.

Τέλος μια ακόμα μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Huffman, Kanikireddy & Patel 2009) επιβεβαιώνει, πως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

επηρεάζει την κατανάλωση τροφής με σημαντικές επιδράσεις στην υγεία. Η μελέτη περιελάμβανε ενενήντα δύο γυναίκες με χαμηλό εισόδημα (18-65 ετών), με τουλάχιστον 1 παιδί ηλικίας 9-13 ετών. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει την επιλογή των τροφίμων σε αυτές τις μητέρες καθώς επίσης τις πεποιθήσεις τους και την επιθυμία τους για αλλαγή τρόπου ζωής. Αφού δόθηκαν ερωτηματολόγια στις μητέρες αλλά και στα παιδιά φάνηκε πως το 75 % των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι και παχύσαρκοι αφού ο δείκτης μάζας σώματος ήταν πάνω ή ίσο του 25, εμφάνισαν προβλήματα Σακχαρώδη Διαβήτη και Αρτηριακής Υπέρτασης όχι μόνο οι μητέρες αυτές αλλά και τα παιδιά τους. Το πιο σημαντικό όμως που πρέπει να τονισθεί παρά τα αρνητικά αποτελέσματα είναι ότι αρκετό ποσοστό δήλωσε πως θα ήθελε να καταναλώνει υγιεινά τρόφιμα (π.χ φρέσκα φρούτα και άφθονα λαχανικά) κάτι το οποίο όμως ήταν δύσκολο λόγω χαμηλού εισοδήματος και οικονομικών δυσκολιών.

2.2 Οικογενειακοί παράγοντες (μονογονεϊκές οικογένειες)

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την κατανάλωση της τροφής είναι το οικογενειακό περιβάλλον και κατά κύριο λόγο οι μονογονεϊκές οικογένειες που δεν έχουν την απαραίτητη βοήθεια. Η διατροφή τους παρουσιάζεται προβληματική και μπορεί να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Φιλανδία από τους (Remes, Martikainen & Valkonen 2010), στόχος ήταν να εξετασθούν τα παιδιά των μονογονεϊκών οικογενειών στην ηλικία 1 – 14 ετών. Τα παιδιά αυτά έμεναν μόνο μαζί με τη μητέρα τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα παιδιά παρουσιάζουν κάποιες ελλείψεις θρεπτικών συστατικών καθώς το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίστηκε στα παιδιά ηλικίας 1-4 ετών. Τα παιδιά αυτά ήταν λιποβαρή. Συμπερασματικά δεν μπορεί να εντοπιστεί η κύρια αιτία αυτών των ελλείψεων στη διατροφή των παιδιών, πρέπει όμως να αναφερθεί πως στη συγκεκριμένη έρευνα οι μητέρες παρουσιάζονταν με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Επιπρόσθετα, αυτό που πρέπει να τονισθεί είναι η οικονομική άνεση που θα έχει ένας γονέας για διαθεσιμότητα σωστών επιλογών μέσα στο σπίτι, μπορεί να θέλει και

να γνωρίζει τι είναι σωστό αλλά να μην έχει τη δυνατότητα να το προσφέρει.. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα, καθώς και τα λαχανικά είναι τα κύρια τρόφιμα για την ισορροπημένη διατροφή και αυτά πρέπει με κάθε τρόπο να υπάρχουν μέσα στο σπίτι. Κατά συνέπεια οι επιλογές μπορεί να είναι πιο περιορισμένες για αυτές τις οικογένειες, καθώς ο γονέας προσπαθεί μόνος του να ανταπεξέλθει σε όλες τις υποχρεώσεις και κυρίως στην ανάπτυξη του παιδιού. (McDermott & Stephens 2010).

Ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας και των επιπτώσεων της οφείλεται στην οικογενειακή κατάσταση σε μητέρες παντρεμένες, χωρισμένες, σε πατέρες που ζουν με ένα μόνο παιδί και στις διατροφικές συνήθειες που κυριαρχούν γενικά μέσα στο σπίτι. Συγκεκριμένα μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους (Hesketh et al.2007) στη Μελβούρνη της Αυστραλίας διακρίθηκαν δυο ομάδες παιδιών ηλικίας 6 ετών η μια ομάδα και η άλλη ηλικίας 11 ετών. Στα παιδιά μετρήθηκαν μόνο το ύψος και το βάρος τους ενώ στους γονείς δόθηκαν κάποια ερωτηματολόγια όπως:

- ✓ Αριθμός παιδιών μέσα στο σπίτι
- ✓ Ώρες εργασίας
- ✓ οικογενειακή κατάσταση
- ✓ Παρουσία και των 2 γονέων στο σπίτι
- ✓ μορφωτικό- εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων και
- ✓ Ύψος & Βάρος.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναλύθηκαν ξεχωριστά για τα κορίτσια και ξεχωριστά για τα αγόρια και από τις δυο κατηγορίες των ομάδων. Τα παιδιά τα όποια ζουν σε μονογονεϊκές οικογένειες καθώς επίσης και αυτά τα οποία οι γονείς τους έχουν χαμηλό μορφωτικό και εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στο δείκτη μάζας σώματος ($p = 0,002$, $p = 0,003$, $p < 0,001$ και $p < 0,001$, αντίστοιχα) και είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα ($p = 0,003$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ και $p = 0,02$, αντίστοιχα) στα επόμενα χρόνια. Οι ώρες εργασίας και ο αριθμός των παιδιών στο σπίτι δεν φαίνεται να είχαν κάποια επίδραση στα αποτελέσματα αυτών των ερωτηματολογίων. Επίσης ο ΔΜΣ βρέθηκε

υψηλότερος στις μητέρες αυτών των παιδιών παρά στους πατέρες. Συμπερασματικά το βάρος καθώς και οι διατροφικές επιλογές του παιδιού μπορεί να επηρεαστούν από τα γονικά πρότυπα και από την οικογενειακή κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι. Παρεμβάσεις και μέτρα στην παιδική ηλικία πρέπει να τεθούν ειδικά όταν τα παιδιά αυτά παρουσιάζονται υπέρβαρα.



Επίσης έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Ατλαντικό από τους (Arya A et al. 2009), επιβεβαιώνει την αρνητική επιρροή των μονογονεϊκών οικογενειών στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν μόνες μητέρες (129) και χωρίς οικονομική άνεση με τουλάχιστον δυο παιδιά κάτω των 14 χρονών. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν μεταξύ Φεβρουαρίου 1999 και Φεβρουαρίου 2000. Έγινε 24 ώρη ανάκληση τροφίμων για ένα μήνα και των μητέρων και των παιδιών τους. Πρέπει να τονισθεί ότι η μέση ενεργειακή πρόσληψη των μητέρων ήταν 1.739 kcal/d και η μέση πρόσληψη ενέργειας για τα παιδιά ήταν 1.873 kcal/d Σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν αρκετές διακυμάνσεις στην ποιότητα της διατροφής σε κάθε ηλικία ξεχωριστά. Δηλαδή τα παιδιά ηλικίας 3 χρονών φάνηκε να παρουσιάζουν μια καλή διατροφή, τα παιδιά ηλικίας 4-8 χρειάζονται βελτίωση ενώ τα παιδιά ηλικίας 9-14 δεν είχαν σωστή διατροφική πορεία. Είναι φανερό λοιπόν πως καθώς το παιδί μεγαλώνει χωρίς να έχει πρότυπο τους γονείς του, η διατροφή του υποβαθμίζεται έχοντας αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία του.

Μια ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Lancaster, από τον (Attree P 2005) ,επιβεβαιώνει τα παραπάνω αποτελέσματα. Στην έρευνα συμμετείχαν 1781 μητέρες μαζί με τα παιδιά τους σε ηλικία 12 χρονών, εκ των οποίων 278 μητέρες (16%) ήταν άγαμες. Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων τους έδειξαν ότι οι άγαμες μητέρες είχαν τη χαμηλότερη πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και γαλακτοκομικών στη διατροφή τους. Σημαντική παρατήρηση ήταν ότι οι κόρες αυτών των μητέρων είχαν επιπλέον μια υψηλότερη εισαγωγή μη αλκοολούχων ποτών σε σχέση με τις πυρηνικές οικογένειες.

Ενδιαφέροντα στοιχεία παρουσιάζονται και στην παρακάτω μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Chen, Shiao & Gau 2002). Η μελέτη αυτή είχε σκοπό να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των οικογενειακών σχέσεων που βιώνουν οι έφηβοι και αφορά την υγεία τους και τις διατροφικές τους προτιμήσεις. Συμμετείχαν 546 παιδιά από 6 σχολεία στην Ταϊπέι, ηλικίας 13 ετών. Τους δόθηκαν ερωτηματολόγια με διατροφικές επιλογές που συνηθίζει να κάνει η οικογένειά τους, πληροφορίες των γονέων τους όπως βάρος και επίπεδο μόρφωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι έφηβοι που ζουν με τους 2 γονείς τους έχουν υγιείς διατροφικές επιλογές σε σχέση με τους εφήβους που ζουν με έναν γονέα. Τέλος τα παιδιά τα οποία ζουν με ένα μόνο γονέα με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης παρουσιάζονται με δυσκολίες συμπεριφοράς , λανθασμένες επιλογές τροφίμων και αρνητική εικόνα απέναντι στη ισορροπημένη διατροφή αλλά και στην άσκηση. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι χρήσιμα για την ανάπτυξη στρατηγικών παρέμβασης προκειμένου να υπάρξει κάποια βοήθεια απέναντι στους έφηβους που ζουν μέσα σε μονογονεϊκές οικογένειες.

Συνοψίζοντας όλες τις έρευνες φαίνεται ότι η οικογένεια ασκεί σημαντική επιρροή προς τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών ιδιαίτερα σε μικρότερες ηλικίες που ξεκινά η βάση υγιεινής διατροφής. Χρειάζονται όμως περαιτέρω μελέτες για να διερευνηθεί η δυναμική των μονογονεϊκών οικογενειών και η επιρροή τους για τη διατροφή και την παχυσαρκία της παιδικής ηλικίας. (Hesketh et al, 2007).

2.3 Τελειομανία

Η τελειομανία είναι ένας πολυδιάστατος τύπος προσωπικότητας που σχετίζεται με έναν αριθμό από ψυχολογικές, διαπροσωπικές και συσχετιζόμενες με την επίδοση δυσκολίες. (Μάνος, 1997) .Δεν είναι πρωτογενής διαταραχή από μόνη της, αλλά μπορεί να είναι **ένδειξη διαταραχής** και πιο συγκεκριμένα της **Ψυχαναγκαστικής Διαταραχής**. Η τελειοθηρία είναι ένα κεντρικό χαρακτηριστικό γνώρισμα των διατροφικών διαταραχών Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Υόρκη από τους (Halmi et al.2010), βρέθηκε ότι εξακόσια επτά άτομα με νευρική ανορεξία και βουλιμία με ηλικία 13-65 έτη, παρουσίαζαν για κάποιο διάστημα τελειομανία σε συνδυασμό με ψυχαναγκαστική καταναγκαστική συμπεριφορά (OCD), (OCPD). Γενικότερα είναι ένας παράγοντας που δημιουργεί προβλήματα σε γονείς ,ενήλικες, εφήβους και παιδιά. Η τελειομανία δεν είναι μία υγιής συμπεριφορά. Οι τελειομανείς θέτουν πολύ υψηλούς, πολλές φορές και άπιαστους στόχους τους οποίους είναι δύσκολο να πετύχουν με αποτέλεσμα να μην είναι ποτέ ευχαριστημένοι από την επίδοσή τους. Ο περιορισμός της κατανάλωσης των τροφίμων άμεσα και έμμεσα ενισχύει την θεωρία των ατόμων αυτών ότι είναι κυρίαρχοι του εαυτού τους. Θέτουν αποφάσεις στο μυαλό τους για να περιορίσουν την εισαγωγή τροφίμων και σε μεγάλο βαθμό είναι επιτυχείς. Ο περιορισμός τροφίμων περιλαμβάνει χαρακτηριστικά την ποσότητα, το είδος τροφίμων όπως και την χρονική στιγμή που καταναλώνονται. Τα τελειομανή πρότυπα εφαρμόζονται στο διαιτητικό περιορισμό και συχνά αυτά εκφράζονται ως ακραίοι διαιτητικοί κανόνες. (Svensson et al., 2010) Οι **νευρωτικοί τελειομανείς**, ωστόσο, είναι αυτοί που είναι πολύ αυστηροί με τον εαυτό τους, θέτουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο για ψυχολογικές και σωματικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων είναι οι παρακάτω: (Yackobovitch-Gavan et al., 2009).

A. Κατάθλιψη

B. Αλκοολισμός

Γ. Κοινωνικές φοβίες

Δ. Καρδιαγγειακές παθήσεις

Ε. ψυχαναγκαστική διαταραχή

ΣΤ. Διαταραχή ψυχαναγκαστικής προσωπικότητας

Ζ. Αυτοκτονία

Η. Νευρική ανορεξία

Μια σημαντική μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ γονέων με τελειομανία και εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στα παιδιά τους. (Canals , Sancho & Arija , 2009) .Συμμετείχαν 1.336 αγόρια και κορίτσια , συνολικά όμως 258 άτομα επιλέχθηκαν που κινδύνευαν για εμφάνιση διατροφικής διαταραχής. Εξετάσθηκε η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, η δυσαρέσκεια του σώματος , ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) και η ηλικία. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η πίεση της μητέρας και η τελειομανία του πατέρα ήταν σημαντικοί αρνητικοί παράγοντες για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στα παιδιά. Τέλος η τελειομανία του πατέρα από μόνη της είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στα παιδιά. Συμπερασματικά οι γνωστικές και συμπεριφορικές καταστάσεις μέσα στο σπίτι και από τους δυο γονείς μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη κάποιας διαταραχής στους εφήβους. Αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη για την πρόληψη αλλά και για την οικογενειακή θεραπεία.



Στην συνέχεια έρευνα εξέτασε την τελειομανία και την κατάθλιψη σε χαμηλού εισοδήματος ομάδες σε Αφρικάνους και Αμερικάνους (n = 39) και σε

Έλληνες (n = 55) έφηβους με χρόνιες ασθένειες (περισσότερα με διαβήτη, άσθμα, ή / και υπέρταση) και τους γονείς αυτών. (Steele et al., 2010). Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στη σχέση μεταξύ τελειομανίας μητέρας και του παιδιού, καθώς και τη σχέση μεταξύ τελειομανίας και κατάθλιψης και στις δύο ομάδες. Οι έφηβοι από την Αφρική & Αμερική ανέφεραν σημαντικά αρνητικά αποτελέσματα τελειομανίας και λιγότερο οι Έλληνες έφηβοι, καθώς και οι γονείς των παιδιών της Αφρικής ανέφεραν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία για την τελειομανία και κατάθλιψη από ό, τι οι γονείς των Ελλήνων. Επιπρόσθετα στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε ο ρόλος των γονέων που πάσχουν από τελειομανία και ο ρόλος του γονικού ελέγχου και της μεταφοράς της τελειομανίας στους εφήβους τους. Πρώτον η γονική τελειομανία, σχετίστηκε με ψυχολογικό πρόβλημα καθώς και με κάποια νευρωτική διαταραχή. Η σχέση αυτή βρέθηκε να είναι μεγαλύτερη για τους πατέρες από ό, τι για τις μητέρες. Δεύτερον, μια σημαντική άμεση σχέση βρέθηκε μεταξύ μητέρας και κόρης για να αναπτυχθεί πιο εύκολα η διαταραχή αυτή της τελειομανίας αλλά όχι μεταξύ των πατέρων και των κοριτσιών. (Castro & Rice, 2003).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Miller-Day & Marks 2006) είχε σκοπό να συσχετίσει την γονική επιρροή απέναντι στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, παρουσιάζοντας οι γονείς χαρακτηριστικά τελειομανίας. Το δείγμα που συμμετείχε ήταν μαθητές. Τα παιδιά αυτά κλήθηκαν να συμπληρώσουν γενικό ερωτηματολόγιο με τις διατροφικές συνήθειες αλλά και με την οικογενειακή ατμόσφαιρα όσο αφορά τη διατροφή των γονιών και τη συμπεριφορά τους απέναντι στα παιδιά. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 23% των συμμετεχόντων βρισκόταν σε κίνδυνο να αναπτύξει διατροφική διαταραχή αφού υπήρχε πατρική τελειομανία στις οικογένειες αυτές. Συμπερασματικά η πατρική επικοινωνία με το παιδί στην περίπτωση αυτή μπορεί να δημιουργήσει όχι μόνο προβλήματα διατροφής, αλλά να αναπτύξει και το παιδί τελειομανή χαρακτηριστικά.

Η τελειομανία παρουσιάζεται ως μεσολαβητής της σχέσης μεταξύ γονέα και διατροφικής διαταραχής. Μια μελέτη ασθενών-μαρτύρων είχε σκοπό να εξετάσει την ανατροφή των παιδιών και την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών και τελειομανίας. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε κάποιες βασικές πληροφορίες καθώς έδωσαν

στοιχεία και για τους γονείς τους. Το δείγμα που πήρε μέρος στην μελέτη ήταν 85 άτομα ελέγχου και 60 άτομα με διατροφικές διαταραχές. Από τα αποτελέσματα βγαίνει το συμπέρασμα πως οι ασθενείς που παρουσιάζονται με διατροφικές διαταραχές δείχνουν αυξημένα επίπεδα πατρικής αλλά όχι μητρικής τελειομανίας σε σύγκριση με τα άτομα ελέγχου. Τέλος οι αναλύσεις δείχνουν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ γονέων και διατροφικών διαταραχών των παιδιών. Έρευνες συνεχίζονται σχετικά με το γονικό ρόλο, την τελειομανία και τις διατροφικές διαταραχές. (Soenens et al., 2008)



Τέλος οι τελειομανείς αναστατώνονται περισσότερο εάν κάνουν κάτι λάθος, διότι ανησυχούν ότι οι άλλοι θα σχηματίσουν κακή εικόνα για αυτούς. Συνεπώς, οι τελειομανείς δεν είναι πολύ πιθανό ότι θα ζητήσουν βοήθεια για τη διόρθωση ενός λάθους, αντίθετα η τάση είναι να προσπαθήσουν να το καλύψουν. (Besharat, 2003). Η υπερβολική ανησυχία για τα λάθη, θέτει τα άτομα σε κίνδυνο για να αναπτύξουν φοβίες και σημαντικές διατροφικές διαταραχές. Κάποια λοιπόν χαρακτηριστικά προσωπικότητας της μητέρας όπως η τελειομανία, η καταθλιπτική συμπεριφορά και το σωματικό βάρος μπορεί να επηρεάσει τη μετέπειτα ζωή των παιδιών. (Soenens et al, 2005).

2.4 Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, κάπνισμα, αλκοόλ

Η ηλικία, το φύλο και η κοινωνία επηρεάζει τη χρήση του αλκοόλ. Συνήθως η πρώτη φορά που το άτομο δοκιμάζει αλκοόλ είναι στο χώρο του σπιτιού με τους γονείς παρόντες σε κάποια ειδική περίπτωση. (Gubbels 2009). Η συνεχής χρήση

οινοπνεύματος και ιδιαίτερα των γονιών μπορεί να οδηγήσει στην εξάρτηση με πολλά αρνητικά αποτελέσματα σε αυτούς αλλά και στα παιδιά τους. Η απότομη διακοπή της λήψης αλκοόλ, είναι πιθανόν να προκαλέσει συμπτώματα στέρησης ,όπως είναι το έντονο άγχος ,το τρέμουλο, οι παραισθήσεις και οι σπασμοί. (Μάνος 1997).

Αρχικά οι (Grjibovski et al. 2004) ασχολήθηκαν με μελέτη η οποία είχε σκοπό να εξετάσει το πόσο επηρεάζει η χρήση αλκοόλ, το κάπνισμα και το στρες των γονέων, τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού καθώς και τις συνθήκες διαβίωσης στη Βορειοδυτική Ρωσία. Τα υποκείμενα συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια με τις βασικές πληροφορίες όπως μορφωτικό επίπεδο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία κύησης , το βάρος πριν την εγκυμοσύνη και το επάγγελμα του πατέρα. Το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα ήταν 1399 μητέρες μαζί με τα βρέφη τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα βρέφη των μητέρων που κάπνιζαν ήταν 126 γραμμαρία ελαφρύτερα σε σύγκριση με τις μητέρες των νεογνών που δεν κάπνιζαν. Κατά μέσο όρο, το βάρος κατά τη γέννηση μειώθηκε 27 g ανά τσιγάρο που κάπνιζαν οι μητέρες κατά την εγκυμοσύνη. Επίσης οι μητέρες οι οποίες κατά την εγκυμοσύνη κάπνιζαν καθώς έκαναν και χρήση αλκοόλ βρέθηκε πως είχαν νεογνά με απώλεια βάρους κατά την γέννηση, 82 γραμμαρίων (Grjibovski et al. 2004) .Τέλος τα βρέφη των οποίων οι πατέρες κατανάλωναν περισσότερα από 100 ml αλκοόλ ανά εβδομάδα ήταν λεπτότερα κατά τη γέννηση σε σχέση με τα βρέφη που οι γονείς τους δεν κατανάλωναν κάποιου είδους αλκοόλ.

Στην συνέχεια σε έρευνα των (Hrubá , Zaloudíková & Matějová 2010), συγκρίθηκε η επιρροή του καπνίσματος με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Τα άτομα που συμμετείχαν ήταν 1.082 παιδιά, ηλικίας 18-24 τα οποία συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο με διάφορες ομάδες ερωτήσεων όπως αγόρια- κορίτσια, καπνιστές – μη καπνιστές και παιδιά από οικογένειες που οι γονείς είναι καπνιστές ή περιστασιακά καπνιστές. Από τα 1.082 παιδιά, σχεδόν το ένα τέταρτο (22,9%) είχαν ήδη δοκιμάσει το κάπνισμα, τα αγόρια σε ποσοστό μεγαλύτερο (25%) από ό, τι τα κορίτσια (19%) (p <0,05). Το οικογενειακό περιβάλλον είναι ο πρώτος παράγοντας που προωθεί την έναρξη του καπνίσματος των παιδιών : στο 51% των παιδιών δίνονται τσιγάρα από τους γονείς, τα αδέρφια τους, τους παππούδες ή άλλους συγγενείς, το 17% περίπου λαμβάνουν μόνα τους τα τσιγάρα. Τα αποτελέσματα

έδειξαν πως τα 246 παιδιά καπνίζουν μαζί με τους γονείς τους και υποστήριξαν πως στο σπίτι επικρατούσαν αλμυρά σνακ όπως τα πατατάκια, τα λουκάνικα, αλκοόλ και η επιλογή του φαγητού ήταν από fast foods και τρόφιμα μόνο με λιπαρά.



Οι αρνητικές συνέπειες στην ανάπτυξη του εμβρύου λόγω του αλκοόλ και της χρήσης ναρκωτικών ή ψυχοδιεγερτικών ολοένα και αυξάνονται επικίνδυνα. Οι γυναίκες που είναι έγκυες ή που ενδέχεται να μείνουν έγκυες έχουν ανάγκη από κάποιες παρεμβάσεις για βοήθεια μείωσης της χρήσης ναρκωτικών και ουσιών. Αν δεν υπάρξει σύντομα κάποιου είδους βοήθεια για απαλλαγή αυτών των ουσιών τα προβλήματα θα συνεχιστούν και μετά στη διάρκεια του θηλασμού δημιουργώντας προβλήματα στο παιδί όπως σύνδρομο στέρησης και την πρόωρη ανάπτυξη παιδικής ηλικίας με διατροφικές ανεπάρκειες. (Syweñki & Lipińska-Gediga, 2009)

Επιπρόσθετα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους (Antal et al. 2003) είχε σκοπό να εξετάσει τις διατροφικές συνήθειες μαθητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ηλικίας 15-18 ετών στη Βουδαπέστη σε σύγκριση με τη χρήση αλκοόλ και τσιγάρου των γονέων τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 6.347 σπουδαστές (48,4% αγόρια και 51,6% κορίτσια) Το ανώνυμο ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων, τη χρήση συμπληρωμάτων βιταμινών και ανόργανων συστατικών, το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη τακτική σωματική άσκηση και το οικογενειακό ιστορικό (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ). Επίσης τα ερωτηματολόγια είχαν ερωτήσεις σχετικά με διάφορες παθήσεις όπως εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, άλλες χρόνιες ασθένειες

και στα κορίτσια την χρονιά της πρώτης εμμήνου ρύσεως. Τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά. Η καθημερινή κατανάλωση γάλακτος, γαλακτοκομικών προϊόντων, φρούτων και λαχανικών ήταν ανεπαρκής. Ογδόντα τοις εκατό των μαθητών χρησιμοποιούσαν επιπλέον αλάτι στα τρόφιμα. Περισσότερο από το 49% των μαθητών καθημερινά κατανάλωναν συμπληρώματα βιταμινών και διάφορων άλλων προϊόντων. 35% των αγοριών και το 30% των κοριτσιών κάπνιζαν καθημερινά.

Συνεχίζοντας, τα αποτελέσματα έδειξαν πως 14,6% των αγοριών και 5,9% των κοριτσιών κατανάλωνε αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα ενώ 15% των αγοριών και το 11% των κοριτσιών είχαν ήδη δοκιμάσει κάποιο είδος ναρκωτικού τουλάχιστον μία φορά. Όσο αφορά το ποσοστό της φυσικής δραστηριότητας μόνο το 50% των αγοριών και το 31% των κοριτσιών συμμετείχαν σε μια τακτική σωματική δραστηριότητα. Τέλος τα παιδιά αυτά δήλωσαν πως και οι δυο γονείς τους καθημερινά έκαναν χρήση αλκοόλ και κάπνιζαν υπερβολικά καθώς επίσης δεν ασχολούνταν με την διατροφή τους. Συμπερασματικά από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζονται σε μεγάλο ποσοστό από τους γονείς και προκαλούν σοβαρά προβλήματα στα παιδιά αλλά και σε αυτούς. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση κάποιων ασθενειών κατά την ενηλικίωση.

Μια ακόμα έρευνα έρχεται να αποδείξει την αρνητική επιρροή των φαρμάκων από τους γονείς προς τα παιδιά. Στην έρευνα πήραν μέρος 78 γυναίκες που θήλαζαν και έκαναν χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν κατά τα έτη 1997-2002. Οι εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν στα βρέφη τους πρώτους 6, 12 και 18 μήνες μετά τον τοκετό. Στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρατηρήθηκε μια αύξηση βάρους στα βρέφη μόνο τους πρώτους 6 μήνες. Η τακτική χρήση κυρίως αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ψυχολογική εξάρτηση. (Hendrick et al, 2003)

Οι ασθένειες υγείας και οι περισσότεροι θάνατοι σχετίζονται κατά τα 2/3 με τον τρόπο ζωής και τις συνήθειες του κάθε ατόμου. Μια τέτοια συνήθεια είναι και το **κάπνισμα** και στα δυο φύλα. Το κάπνισμα επηρεάζει το βασικό μεταβολισμό και τη σύνθεση του σώματος. Κάθε ημέρα στις Ηνωμένες Πολιτείες περίπου 4.000 έφηβοι

αρχίζουν το κάπνισμα. Σε έρευνα που έγινε σε 617 οικογένειες όπου και οι δυο γονείς είναι καπνιστές, υπολογίστηκε κατά μέσο όρο πως οι πατεράδες καπνίζουν 30 τσιγάρα καθημερινά και οι μητέρες 25 τσιγάρα καθημερινά. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι γονείς που καπνίζουν μπορούν να παρέχουν ένα περιβάλλον που αυξάνει τον κίνδυνο του παιδιού στη χρήση καπνού και μαριγουάνας (Keyes et al. , 2009).



Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία από τους (Manning et al. 2009), εκτιμήθηκε ότι το 30% των παιδιών κάτω από 16 ετών έζησαν ή ζουν με ένα ή και με τους δύο γονείς να κάνουν χρήση ουσιών, φαρμάκων ή και ναρκωτικών. Τα παιδιά αυτά μιμούνται τους γονείς με επιπτώσεις ψυχοσωματικές, διατροφικές και αναπτυξιακές. Οι καπνιστές έχουν διαίτα πλούσια σε λίπη και διαίτα φτωχή σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες καθώς επίσης καταναλώνουν λιγότερες φυτικές ίνες και μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ. (Keyes et al., 2008).

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

3.1 Γονεϊκή ψυχική διαταραχή

Είναι γνωστό, ότι η γονεϊκή ψυχική ασθένεια αποτελεί έναν επιβαρυντικό παράγοντα για τα παιδιά, τα οποία έχουν μεγαλύτερη γενετική προδιάθεση να εμφανίσουν στην ζωή τους μια ψυχική διαταραχή από τους συνομήλικους τους. Η πιθανότητα αυτή είναι αυξημένη όταν νοσούν και οι δύο γονείς από σοβαρή ψυχική ασθένεια όπως η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια ή η συναισθηματική διαταραχή. Οι ψυχικές διαταραχές είναι πολύ διαδεδομένες. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 1 στα 5 άτομα θα εμφανίσουν σε κάποια στιγμή της ζωής τους κάποιου είδους ψυχική ασθένεια, πολύ λίγοι όμως από αυτούς θα αναζητήσουν και θα πάρουν θεραπεία. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία στο διάστημα 2002-2004 αποδεικνύει ότι τα παιδιά επηρεάζονται από τις αντίξοες συνθήκες που επικρατούν μέσα στο σπίτι γονιών με κάποια ψυχική διαταραχή (Altman & Shankman 2009). Όταν κάποιος αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας, θα δυσκολευτεί να ακολουθήσει τον καθημερινό ρυθμό της ζωής του, να πάει στο σχολείο ή στην δουλειά του, να συναναστραφεί με φίλους, να φροντίσει τις υποχρεώσεις του και κατά κανόνα θα αισθάνεται κάποιο δυσάρεστο συναίσθημα στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας του. Όταν ένα μέλος μιας οικογένειας, και **ιδιαίτερα ο γονέας**, εμφανίσει μια ψυχική ασθένεια, επηρεάζεται η ζωή ολόκληρης της οικογένειας. Αναλυτικότερα σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον (Bere et al.2008) σε νοσοκομείο της Ελλάδας σε μητέρες μετά τον τοκετό, που θεωρείται κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, παρουσιάστηκε κατάθλιψη και ανησυχία η οποία κράτησε για μεγάλο χρονικό διάστημα που επηρέασε την ανάπτυξη του παιδιού. Τα παιδιά αυτά βιώνουν, με καθοριστικό για την ζωή τους τρόπο, το πρόβλημα της ψυχικής

ασθένειας μέσα από την κατάσταση των γονιών τους. Σαν αποτέλεσμα, οι οικογένειες αυτές έχουν ιδιαίτερα αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν οικονομικές δυσκολίες, να υποστούν ενδοσυζυγικές συγκρούσεις, να αποσυρθούν κοινωνικά. Το μέγλωμα του παιδιού σε μια οικογένεια με έναν ψυχικά άρρωστο γονέα δεν είναι εύκολη υπόθεση. Όταν η ψυχική ασθένεια εισέρχεται στην οικογένεια, τα παιδιά χρειάζονται ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Εάν πρόκειται για ήπια ψυχική διαταραχή, μπορούν τα περισσότερα να ανταποκριθούν, όταν όμως πρόκειται για χρόνια ψυχική διαταραχή οι δυσκολίες είναι προφανείς. Είναι μια κατάσταση που επηρεάζει όλη την υπόλοιπη ζωή του ατόμου. (De Mathis et al., 2008)

Ιδιαίτερα επιβαρυντική είναι η κατάσταση στις περιπτώσεις που:

- ◆ τα παιδιά χωρίζονται από τον γονέα εξαιτίας της νοσηλείας του,
- ◆ αναγκάζονται να απομακρυνθούν έστω και προσωρινά από το σπίτι τους,
- ◆ είναι θύματα βίας ή κακής συμπεριφοράς,
- ◆ δεν τυγχάνουν τις απαραίτητες φροντίδες κυρίως στη διατροφή τους,
- ◆ γίνονται αντικείμενα κοινωνικού στίγματος και υφίστανται διακρίσεις,
- ◆ αισθάνονται την ανάγκη να μοιραστούν αυτό που τους συμβαίνει και δεν μπορούν,
- ◆ αισθάνονται φόβο ή ενοχές,
- ◆ αναλαμβάνουν την φροντίδα του άρρωστου γονέα ή μικρότερων παιδιών της οικογένειας.

Επιπρόσθετα το μεγαλύτερο πρόβλημα αποτελούν οι συνέπειες της ψυχικής ασθένειας στην ζωή του παιδιού και της οικογένειας γενικότερα. Από τις βασικότερες επιπτώσεις είναι ο φόβος των γονέων μην μαθευτεί η ασθένεια στον κοινωνικό περίγυρο και η απαγόρευση γνωστοποίησης του «μυστικού» της οικογένειας ακόμα και στους στενότερους συγγενείς και φίλους. Για να αντιμετωπιστούν οι επιπτώσεις από την ψυχική ασθένεια είναι μείζονος σημασίας η δημιουργία ενός όσο το δυνατόν ασφαλέστερου και σταθερού οικογενειακού περιβάλλοντος καθώς και η μείωση των στρεσογόνων για το παιδί καταστάσεων. Απρόβλεπτες ή ασταθείς συμπεριφορές αυξάνουν τα επίπεδα του

στρες της οικογένειας, παρεμποδίζουν τις γονεϊκές δεξιότητες του ζευγαριού και επιβαρύνουν την ψυχική υγεία του ήδη ευάλωτου παιδιού αλλά και του άρρωστου γονέα. (Altman & Shankman, 2009).

3.2 Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική διαταραχή (OCD)

Η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή επηρεάζει τα παιδιά και τους ενήλικες. Όπως και στις περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της συγκεκριμένης διαταραχής. Η έναρξη των συμπτωμάτων εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία (πριν από 18 χρόνια) στο 80% των περιπτώσεων ίσως με διαφορετική κλινική εικόνα σε σχέση με την ενήλικη της μορφή. Μελέτες που πραγματοποιούνται υποστηρίζουν ότι η εμφάνιση ψυχαναγκαστικής διαταραχής σε μικρή ηλικία ίσως έχει συνδεθεί με κληρονομικούς παράγοντες. (Kenézloi & Nemoda , 2010). Η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική συμπεριφορά είναι κοινή στις διατροφικές διαταραχές. Στην ανορεξία και στη βουλιμία, η ΨΚΔ μπορεί να είναι παρούσα και να αποτελεί το 25% και 40% των περιπτώσεων αντίστοιχα. Πολλές συμπεριφορές διατροφικής διαταραχής μοιάζουν με την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά που προκαλείται από τον φόβο για τη εικόνα του σώματός. (Bogetto, 1999).

Η ΨΚΔ μπορεί να περιγραφεί ως το σύνολο των συμπτωμάτων που αναγκάζει ένα πρόσωπο να ενεργήσει ή να σκεφτεί με επαναλαμβανόμενους τρόπους. Το πρόσωπο μπορεί να στενοχωρηθεί με τις καταναγκαστικές σκέψεις ή να κατέχεται με το φόβο της μόλυνσης. Άλλοι προσπαθούν να σιγουρευτούν με διάφορους τρόπους ότι έχουν κλείσει κατάλληλα τις πόρτες ή τα παράθυρα ή ότι τα πράγματα είναι στη σωστή θέση τους. Έχει κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα με τα τελειομανή άτομα. Το άτομο με την διαταραχή αυτή ασχολείται συνεχώς με λίστες, κανόνες και ασήμαντες λεπτομέρειες, δεν μπορεί να υπολογίσει καλά το χρόνο του και συχνά αφήνει τις πιο σημαντικές υποχρεώσεις για την τελευταία στιγμή. (Altman & Shankman, 2009). Τα συμπτώματα της ΨΚΔ μπορούν να ποικίλουν με την πάροδο του χρόνου ανάλογα με τις βασανιστικές σκέψεις. (Μάνος, 1997) . Ο φόβος του βάρους μπορεί να οδηγήσει σε ένα τελετουργικό εξαγνισμού (νευρική βουλιμία), ή στον περιορισμό των θερμίδων σε ένα ανθυγιεινό επίπεδο διατροφής (νευρική

ανορεξία). Οι κοινές συμπεριφορές που έχουν τα άτομα με ΨΚΔ περιλαμβάνουν την πολύ συχνή πλύση των χεριών τους λόγω του φόβου τους με τα μικρόβια, ή της επιμονής να ελέγχουν μια πόρτα για να διαπιστώσουν αν είναι κλειδωμένη πολλές φορές πριν πάνε για ύπνο. Πολλά από τα χαρακτηριστικά της ψυχαναγκαστικής διαταραχής συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τύπου A: τάση για επίτευξη, ανυπομονησία, ανταγωνιστικότητα, εχθρότητα. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι ψυχαναγκασμοί δεν είναι απλώς υπερβολική ανησυχία σχετικά με πραγματικά προβλήματα, καθώς αυτό παραπέμπει στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Τα στοιχεία που υπάρχουν συνδέουν την ΨΚΔ με πιο μακροχρόνια διάρκεια διατροφικών διαταραχών. (Bogetto, 1999).

Αρχικά έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους (Farrow & Blissett 2009) αποδεικνύει πως η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή της μητέρας συσχετίστηκε θετικά με την εμφάνιση τελειομανίας και διατροφικών διαταραχών στα παιδιά όπως για παράδειγμα νευρογενή βουλιμία, ανορεξία. Η καταπίεση αυτών των παιδιών είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση κατανάλωσης ορισμένων τροφίμων όπως πρόχειρα φαγητά και σνακ με πολλές θερμίδες και λιπαρά έχοντας προβλήματα με το σωματικό τους βάρος. Στην έρευνα συμμετείχαν 128 μητέρες οι οποίες παρουσίαζαν ψυχαναγκαστική καταναγκαστική συμπεριφορά. Τα παιδιά ήταν 2-6 ετών από σχολεία και βρεφικούς σταθμούς στο Ηνωμένο Βασίλειο. Όλες οι μητέρες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια με διάφορες ερωτήσεις που αφορούσαν τη διατροφή των παιδιών τους σε συνδυασμό με τη δική τους συμπεριφορά απέναντι σε αυτά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σημαντικά προβλήματα διαγνώστηκαν στα παιδιά καθώς κινδυνεύουν να αναπτύξουν κάποια πάθηση ή κάποια άλλη διαταραχή κυρίως στην ενηλικίωση. Τέλος στα ερωτηματολόγια ήταν ξεκάθαρες οι ψυχαναγκαστικές συνήθειες των μητέρων αλλά όμως και οι διατροφικές διαταραχές των παιδιών τους.

Έπειτα σημαντική μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Δανία από τους (Nikolajsen, Nissen & Thomsen 2010). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να περιγράψει τη σχέση των γονέων που παρουσιάζονται με ψυχαναγκαστική διαταραχή και η επιρροή τους στα παιδιά. Το δείγμα που συμμετείχε ήταν παιδιά και έφηβοι (n = 83) που είχαν διαγνωστεί με ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή κατά

την περίοδο 1998-2004, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο για Παιδιά και Εφήβους, Ρισκοβ της Δανίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα συμπτώματα της ψυχαναγκαστικής διαταραχής των παιδιών συσχετίστηκαν με το οικογενειακό περιβάλλον. Συμπερασματικά αυτή είναι μία από τις πρώτες μελέτες που εξετάζει τις διαστάσεις των συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους.

Στην συνέχεια, σε αντίθεση με τις μέχρι τώρα μελέτες, έρευνα που ολοκληρώθηκε από τους (Canavera et al. 2009), είχε σκοπό να αξιολογήσει τη σχέση γονέα- παιδιού με εμφάνιση διαταραχών και κυρίως της ψυχαναγκαστικής διαταραχής. Στην έρευνα συμμετείχαν ενενήντα τρία παιδιά και έφηβοι με διάγνωση της διαταραχής (50 κορίτσια, 43 αγόρια), ηλικίας 6 έως 17 ετών μαζί με τους γονείς τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σχέση γονέα-παιδιού για εμφάνιση καταναγκαστικής διαταραχής εμφανίζεται χαμηλή, τόσο για τις αιτίες διάγνωσης όσο και για τα συμπτώματα που παρουσιάζονται. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα δείχνουν τη σημασία των πολλαπλών αιτιών εμφάνισης κάποιας διαταραχής στην παιδική κυρίως ηλικία.

Σημαντική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γονείς με ψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD), είχε σκοπό να ερευνήσει τη διαφορά στη σχέση των κλινικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων που υπάρχει ανάμεσα στα δυο φύλα. Το δείγμα αποτελούνταν από εκατόν εξήντα ασθενείς και από τα δυο φύλα με μία τουλάχιστον διάγνωση από τα Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής DSM-IV τα οποία θα αναφερθούν λεπτομερώς παρακάτω. Όλα τα άτομα κατά συνέπεια εξετάστηκαν στο τμήμα νευρολογίας, στη ψυχιατρική μονάδα, στο πανεπιστήμιο του Τορίνο (Ιταλία) έχοντας οικογενειακό ιστορικό ΨΚΔ. Στα αποτελέσματα βρέθηκαν πως το 64.2% του δείγματός των θηλυκών με ΨΚΔ βιώνει αγχωτικά γεγονότα στη ζωή και πως ο χωρισμός και το πένθος ήταν σημαντικά συχνότερα στα αρσενικά απ'ό, τι στα θηλυκά. Γενικά, οι γυναίκες έχει αποδειχτεί να δείχνουν μια επιθετική συμπεριφορά και διαταραχές πανικού παρουσιάζοντας περισσότερο ποσοστό διατροφικών διαταραχών σε σχέση με τους άντρες. Αντίθετα οι άντρες παρουσιάζουν διαταραχές ανησυχίας, κοινωνική φοβία και κατάχρηση οινοπνεύματος. Επιπρόσθετα, η παρούσα μελέτη δείχνει ότι η πορεία της διαταραχής αλλά και της κατάθλιψης είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες (35.7%) απ'ό, τι

στους άντρες (13.2%). Φαίνεται ότι ορισμένα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή, δηλαδή εγκυμοσύνη και γενικά ο τρόπος ζωής, παίζουν σημαντικό ρόλο στην αρχή της ΨΚΔ . Διαφορετικές ερμηνείες, και οι ερευνητές έχουν εστιάσει κυρίως στον πιθανό ρόλο των ορμονών (όπως τα οιστρογόνα, προγεστερόνη, προλακτίνη) που δείχνουν να προκαλούν την αρχή της ΨΚΔ. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης αποδεικνύουν ότι ο ρόλος των αγχωτικών γεγονότων είναι κύρια αιτία εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και ΨΚΔ καθώς το ποσοστό εμφάνισης είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες. Τα παιδιά αυτών των γυναικών εμφανίζονται με προβλήματα διατροφής και κυρίως τα κορίτσια παρά τα αγόρια. Συμπερασματικά, η συμπεριφορά της μητέρας απέναντι σε γεγονότα που της προκαλούν άγχος οδηγώντας την σε ΨΚΔ διαταραχή και σε προβλήματα διατροφής δημιουργεί πρόβλημα απέναντι στα παιδιά, ενώ η συμπεριφορά του άντρα στις διάφορες ανησυχίες καθώς και στη κατάχρηση οινοπνεύματος δεν επηρεάζει στην παρούσα έρευνα τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών. (Bogetto 1999 & Tükel 2004) .

Μια ενδιαφέρουσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα με 330 ασθενείς (181 άντρες , 149 γυναίκες) από τους (De Mathis et al.2008) . Η μέση ηλικία στην αξιολόγηση ήταν τα 32 έτη, και η μέση διάρκεια της ασθένειας ήταν τα 18 έτη. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς ήταν άγαμοι (58.5%). Εκατόν δεκαπέντε (34.8%) ήταν παντρεμένοι, 18 (5.5%) ήταν διαζευγμένοι και 4 (1.2%) ήταν χήροι. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποστηρίζεται πως υπάρχει διαφορά στην ανάπτυξη της ψυχαναγκαστικής διαταραχής και στην ηλικία. Οι ασθενείς αυτοί έδωσαν κάποιες συνεντεύξεις και απάντησαν σε ερωτήσεις και κριτήρια συμπεριλαμβανομένου και του DSM-IV. Τέλος τα στοιχεία αναλύθηκαν και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χαμηλότερη ηλικία στην αρχή συνδέθηκε με μια υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης ψυχαναγκαστικής διαταραχής, ανησυχίας και διατροφικών διαταραχών

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV (Νίκου Μάνου 1997) για την

Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή:

- ◆ Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις παρορμήσεις ή εικόνες που βιώνονται κάποια στιγμή στη διάρκεια της διαταραχής ,ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που προκαλούν άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.
- ◆ Οι σκέψεις , παρορμήσεις ή εικόνες δεν είναι απλώς υπερβολικές ανησυχίες για πραγματικά προβλήματα της ζωής
- ◆ Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τέτοιες σκέψεις , παρορμήσεις ή εικόνες ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη
- ◆ Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ πλύσιμο χεριών , τακτοποίηση έλεγχος)ή νοητικές πράξεις (π.χ προσευχές , μέτρημα επανάληψη λέξεων σιωπηλά) τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει ως απάντηση σε ένα ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά.
- ◆ Οι συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις έχουν σαν σκοπό να αποτρέψουν ή να μειώσουν υποκειμενική ενόχληση ή να αποτρέψουν κάποιο γεγονός ή κατάσταση που το άτομο φοβάται. Εντούτοις αυτές οι συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις είτε δεν είναι συνδεδεμένες κατά κάποιο τρόπο ρεαλιστικό με αυτό που είναι σχεδιασμένες να εξουδετερώνουν ή να αποτρέψουν είτε είναι σαφώς υπερβολικές.
- ◆ Σε κάποιο σημείο στην πορεία της διαταραχής το άτομο έχει αναγνωρίσει ότι οι ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί είναι υπερβολικοί ή παράλογοι.
- ◆ Οι ψυχαναγκασμοί ή οι καταναγκασμοί προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση , καταναλίσκουν χρόνο (περισσότερο από 1 ώρα τη μέρα) ή παρεμποδίζουν σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου,

την επαγγελματική λειτουργικότητα του ή τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή σχέσεις.

Τέλος μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Sukhodolsky et al.2005),είχε στόχο να εξετάσει το οικογενειακό κλίμα και τη συμπεριφορά των γονέων στα παιδιά και στους εφήβους με ψυχαναγκαστική διαταραχή. Η ομάδα μελέτης περιλάμβανε 287 παιδιά και εφήβους (191 αγόρια, 96 κορίτσια) ηλικίας 7-18 ετών. Πενήντα έξι άτομα είχαν διάγνωση ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής μόνο, 43 είχαν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και 95 παιδιά παρουσίαζαν διαταραχή της προσοχής. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων έγινε με βάση το DSM-IV, βάση συνεντεύξεων και κλινικών μετρήσεων, τη συμπεριφορά των παιδιών καθώς και το οικογενειακό περιβάλλον. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τα παιδιά με ψυχαναγκαστική διαταραχή παρουσιάστηκαν με διαταραγμένη προσωπικότητα, συναισθηματική δυσλειτουργία και παρουσίαζονταν παχύσαρκα .Τα παιδιά με ψυχαναγκαστική διαταραχή και διαταραχή της προσοχής εμφάνισαν δυσκολίες στο κοινωνικό τους περίγυρο , προβλήματα στο σχολείο και δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή. Κατά συνέπεια , τα παιδιά και οι έφηβοι με ψυχαναγκαστική διαταραχή αντιμετωπίζουν σε πολλούς τομείς προβλήματα καθώς υπάρχει οικογενειακή δυσλειτουργία χωρίς οι γονείς να αντιλαμβάνονται τη σημασία του προβλήματος τους.

3.3 Διαταραχές της Διάθεσης

✓ Κατάθλιψη

Για καταθλιπτική διάθεση μιλάμε όταν το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα έντονης στεναχώριας ή απελπισίας, τα οποία το εμποδίζουν ακόμη και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Τομείς όπως η εργασιακή απόδοση, η όρεξη για φαγητό ακόμη και ο ύπνος επηρεάζονται από τη διάθεσή. Τα άτομα που εμφανίζουν καταθλιπτική διάθεση συνήθως νιώθουν ανήμπορα και απελπισμένα και συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους για τα συναισθήματα αυτά. Είναι μία

συναισθηματική κατάσταση που κάνει το άτομο να σκέπτεται με αρνητικό τρόπο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον και με αυτόν τον τρόπο επηρεάζει κάθε όψη της λειτουργικότητάς του, δημιουργεί έντονα αρνητικά συναισθήματα, μειώνει το ενδιαφέρον, αλλά και την απόλαυση που αντλεί από πράγματα που προηγουμένως ήταν ευχάριστα, επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις κλπ. Ως συναισθηματική κατάσταση δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, αλλά απλώς εκφράζει τον τρόπο που το άτομο λειτουργεί ψυχικά μία ορισμένη περίοδο της ζωής του. Η κατάθλιψη στους γονείς είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη στους απογόνους σε όλες τις ηλικίες. Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας ,προβλήματα στην διατροφή τους καθώς δεν υπάρχει ισορροπία και βάσεις μέσα στην οικογένεια . (Giakoumaki et al., 2009)

Η σοβαρότητα της κατάθλιψης αυξάνει με τον αριθμό των γονέων που όλο και πολλαπλασιάζονται κάτω από αυτές τις συνθήκες της καθημερινής ζωής , αλλά η παρουσία των παππούδων χωρίς κατάθλιψη μπορεί να είναι προστατευτική απέναντι στα παιδιά. Οι περισσότερες μελέτες επικεντρώθηκαν στην μετάδοση της μητρικής κατάθλιψης, ωστόσο λίγες είναι οι μελέτες που εξετάζουν την πατρική κατάθλιψη. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των γονέων που πάσχουν από κατάθλιψη, το περιβάλλον και οι γενετικοί παράγοντες για την εκδήλωση της κατάθλιψης στα παιδιά είναι περίπλοκη λόγω των δευτερογενών επιπτώσεων της κατάθλιψης, που κυμαίνονται από τις διαταραχές μήτρας κατά την εγκυμοσύνη , χρήση της κορτιζόνης και έκκριση μέσω του πλακούντα, την ανεπάρκεια γονεϊκών ικανοτήτων και υψηλά ποσοστά συγκρούσεων μέσα στην οικογένεια. Περαιτέρω μελέτες συνεχίζονται αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι η φαρμακευτική θεραπεία και η αλλαγή στάσης των γονιών μπορεί να προλάβει τα αρνητικά αποτελέσματα στα παιδιά. (Hamer, 2010)

Η κατάθλιψη ταξινομείται στις εξής κατηγορίες:

- ◆ Πρωτοπαθής και δευτεροπαθής με την διαφορά ότι στην δευτεροπαθή η κατάθλιψη παρουσιάζεται στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος.
- ◆ Ανάλογα με την σπουδαιότητά της σε σοβαρή, μέτρια και ελαφριά. Η ταξινόμηση αυτή σχετίζεται με την θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Καταθλιπτικές Διαταραχές διακρίνονται στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, στη Δυσθυμική Διαταραχή και στην Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Τα βασικά συμπτώματα που εμφανίζουν τα καταθλιπτικά άτομα είναι η διαταραχή ύπνου, η απώλεια δυναμικότητας, σημαντική μείωση του ενδιαφέροντος και της όρεξης, τάσεις αυτοκτονίας, απαισιοδοξία, σωματικά συμπτώματα, απώλεια συγκέντρωσης και μνήμης, κόπωση, ελάττωση σεξουαλικής διάθεσης, σωματικά ενοχλήματα, ανηδονία και γενικά εμφάνιση μιας καταθλιπτικής συμπεριφοράς. (Μάνος, 1997).

Η διατροφή, εντούτοις, μπορεί να διαδραματίσει έναν βασικό ρόλο, στην αρχή και κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης, που περιλαμβάνει την καθημερινή ταλάντευση της διάθεσης. Οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης είναι παρόμοιες με αυτές που είχε πριν. Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες περιλαμβάνουν τον μειωμένο αριθμό γευμάτων, τη μείωση της όρεξης, και μια έντονη επιθυμία για γλυκά. Οι άνθρωποι που ακολουθούν διατροφές χαμηλές σε υδατάνθρακες διατρέχουν επίσης τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, επειδή οι χημικές ουσίες εγκεφάλου που προωθούν το συναίσθημα της ευημερίας, η τρυπτοφάνη και η σεροτονίνη, παράγονται από τα τρόφιμα πλούσια σε υδατάνθρακες. (Lin, Tang & Lee, 2009)

Η κατάθλιψη συνδέεται επίσης με μια έλλειψη ορισμένων βιταμινών, ειδικότερα με το σύμπλεγμα των βιταμινών Β που χρησιμοποιούνται στη λειτουργία νευρικών συστημάτων. Αν και η ανεπάρκεια βιταμινών Β6 είναι σπάνια, πολλές γυναίκες δεν παίρνουν αρκετές ποσότητες από τη διατροφή τους. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Skarupski et al., 2010) σε 3503 ενήλικες στο Σικάγο υποστηρίζει πως μια χαμηλή πρόσληψη μπορεί να προκαλέσει μικρές αλλαγές στη διάθεση, ακόμη και πριν αναπτυχθεί μια ανεπάρκεια. Η βιταμίνη Β6 επηρεάζει την παραγωγή σεροτονίνης του εγκεφάλου. Οι μελέτες δείχνουν ότι οι άνθρωποι που είναι καταθλιπτικοί έχουν χαμηλά επίπεδα Β6 και σεροτονίνης, ανεπάρκεια φολικού οξέος γεγονός που μπορεί να προκαλέσει αλλαγή ή ακόμα και καταθλιπτική συμπεριφορά. Τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Β12, μπορούν να συμβάλουν στα προβλήματα κατάθλιψης και μνήμης.

Αναλυτικότερα σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο της Ελλάδας σε μητέρες μετά τον τοκετό, που θεωρείται κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, παρουσιάστηκε κατάθλιψη και ανησυχία η οποία κράτησε για μεγάλο χρονικό διάστημα που επηρέασε την ανάπτυξη του παιδιού (Bere et al, 2008). Η μετάδοση της κατάθλιψης μεταξύ γονέων και παιδιών προϋποθέτει γενετικές και περιβαλλοντικές διαδικασίες, με τις συγκλίνουσες ενδείξεις ότι οι περιβαλλοντικές διαδικασίες είναι πιο σημαντικές. Τέλος δεν έχει εξακριβωθεί ότι οι υδατάνθρακες έχουν επιπτώσεις στη διάθεση και στη κατάθλιψη. Μερικοί άνθρωποι τείνουν να είναι πιο ευαίσθητοι στην ποιότητα και την ποσότητα υδατανθράκων που τρώνε. Οι υδατάνθρακες, κυρίως η ζάχαρη και τα ζαχαρούχα τρόφιμα, τείνουν να παρέχουν την άμεση, αλλά προσωρινή ανακούφιση.

Τέλος η κατανάλωση στο καθημερινό διαιτολόγιο ω-3 και ω-6 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μπορεί να βοηθήσει στην πρόσληψη της κατάθλιψης και των ψυχικών διαταραχών. (Ross 2009).

✓ **Συσχέτιση κατάθλιψης με τη διατροφή των παιδιών**

Η ψυχική διάθεση επηρεάζει την όρεξη. Έντονα συναισθήματα μπορούν να αυξάνουν την όρεξη για διάφορα φαγητά οδηγώντας έτσι στην πρόσληψη περιττών κιλών και στην παχυσαρκία. Οι καταστάσεις που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική διάθεση και ωθούν τα άτομα να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής χωρίς το αίσθημα της πείνας, είναι πολλές. Οι καθημερινές δυσκολίες της ζωής, τα προβλήματα στην εργασία, το διαζύγιο, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η ανεργία, συγκαταλέγονται στους παράγοντες που είναι δυνατόν να δημιουργούν μια ακατάσχετη επιθυμία για διάφορα φαγητά. Το στρες, ο θυμός, το άγχος, οι ανησυχίες, η λύπη, η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, η μοναξιά, η πλήξη είναι ψυχολογικές καταστάσεις που μπορούν να συνοδεύονται από αύξηση της όρεξης. (Skarupski et al., 2010). Τα φαγητά και άλλες τροφές που καταναλώνονται λόγω ψυχικής διάθεσης σε τέτοιες περιπτώσεις δεν είναι μόνο πολύ περισσότερο σε ποσότητα από ότι πραγματικά χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός αλλά πρόκειται συνήθως και για ανθυγιεινά τρόφιμα. Συνεπώς, η ψυχική διάθεση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη σωματική υγεία λόγω υπερφαγίας που είναι η αιτία παχυσαρκίας για όλους τους κινδύνους για το καρδιαγγειακό σύστημα. (Hamer, Bates & Mishra, 2010).

Πιο συγκεκριμένα από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, σημαντικό ρόλο στη διάθεση κυρίως της μητέρας έχει η προγεννητική και η μεταγεννητική (επιλόχεια) κατάθλιψη. Οι γυναίκες μετά την εγκυμοσύνη έχουν απώτερο σκοπό να φέρουν στα φυσιολογικά επίπεδα το βάρος τους καθώς αυτό τους φέρνει σε αδιέξοδο και σε απερίσκεπτες κινήσεις. (Huddleston-Casas, Charnigo & Simmons, 2009). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το Μάρτιο από τους (Ertel et al. 2010) σε γυναίκες στις ΗΠΑ προ και μετά εγκυμοσύνης έδειξε ότι η προγεννητική κατάθλιψη συνδέεται με την ηλικία κύησης, αλλά λίγα είναι τα αποτελέσματα που αποδεικνύουν πως επηρεάζει το σωματικό βάρος κατά την παιδική ηλικία. Αναλυτικότερα εξετάστηκαν 838 μητέρες και αξιολογήθηκε η σχέση της προγεννητικής και της επιλόχειας κατάθλιψης με το βάρος του παιδιού και την παχυσαρκία με ειδικές κλίμακες κατάθλιψης. Η

αξιολόγηση κατάθλιψης έγινε στη μέση της εγκυμοσύνης και 6 μήνες μετά τον τοκετό της μητέρας. Στην συνέχεια αναλύθηκαν τα αποτελέσματα των παιδιών αυτών στην ηλικία των 3 ετών και έγινε μέτρηση στα παρακάτω: δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), το βάρος σε σχέση με το ύψος, ωμοπλάτη και τρικέφαλου (TR), πάχους των δερματοπτυχών για τη συνολική παχυσαρκία. Εξήντα εννέα (8,2%), γυναίκες παρουσίασαν προγεννητική κατάθλιψη και 59 (7,0%), κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προγεννητική κατάθλιψη έχει συσχετισθεί κυρίως σε μικρό ποσοστό με κεντρική παχυσαρκία σε ηλικία 3 ετών και η κατάθλιψη μετά τον τοκετό (επιλόχεια) σχετίστηκε με υψηλότερη συνολική παχυσαρκία και με σοβαρά διατροφικά λάθη που ακολουθούνται σε όλη τη ζωή του παιδιού.



Στη συνέχεια είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε αντίθεση με τα παραπάνω αποτελέσματα μια άλλη έρευνα υποστηρίζει πως δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών σε καμία ηλικία. Οι συμμετέχοντες που πήραν μέρος προέρχονταν από 11 τοποθεσίες στη μελέτη σε πέντε χώρες (Βέλγιο, Γερμανία, Ιταλία, Πολωνία, Ισπανία). Επιλέξιμα για συμμετοχή μελέτη ήταν υγιή νεογνά με τις μητέρες τους που γεννήθηκαν μεταξύ της 1ης Οκτωβρίου 2002 και 31 Ιουλίου, 2004. Τα αποτελέσματα στις κλίμακες κατάθλιψης διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 5 χωρών που συμμετέχουν και κυμάνθηκαν από 6-8% στη Γερμανία και την Ισπανία και 13-16% στο Βέλγιο, την Πολωνία και την Ιταλία. Οι περισσότερες ανθρωπομετρικές διαστάσεις των παιδιών διέφεραν σημαντικά μεταξύ των χωρών, για παράδειγμα, ο ΔΜΣ κυμαινόταν από 15,8 kg / m² στη Γερμανία, σε 16,4 kg/m² στην Ιταλία. Το 68% παιδιών είχαν συμπεριληφθεί

στην ομάδα παρέμβασης που ήταν σωστά ταϊσμένα, 32% των παιδιών είχαν θηλάσει πλήρως μέχρι την ηλικία των 4 μηνών. Περισσότερο από το 7% των παιδιών ήταν παχύσαρκα και περίπου το 19% των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την κύηση εκτός του πρώτου τριμήνου. Έτσι, το φύλο, η σειρά γέννησης, το κάπνισμα της μητέρας, η καισαρική τομή, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, και το είδος της τροφής είχε κάποια σημαντική συσχέτιση με τις ανθρωπομετρικές διαστάσεις. Εν ολίγοις είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι διάφορα γεγονότα στις αρχές της ζωής του παιδιού όπως η διάρκεια του θηλασμού, προγεννητική έκθεση στο κάπνισμα, η κακή ανάπτυξη αλλά και η διατροφή της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη έχουν βρεθεί να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας στους απογόνους. Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι η κατάθλιψη μετά τον τοκετό, δεν μπορεί από μόνη της να είναι η αιτία ανάπτυξης προβλημάτων των παιδιών αλλά ο συνδυασμός όλων παίζει καθοριστικό ρόλο. (Giakoumaki et al., 2009)

3.4 Αγχώδεις Διαταραχές

Οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. Εκδηλώνονται στους περισσότερους ανθρώπους από διάφορες συγκεκριμένες καταστάσεις που τους συμβαίνουν στην καθημερινότητα τους. Κάποια κύρια χαρακτηριστικά του άγχους, στρες, ή πανικού είναι ταχυκαρδία, τρόμος, εφίδρωση και βαριά αναπνοή. (Giakoumaki et al., 2009).

Τα τελευταία χρόνια εμφανίζεται το άγχος κυρίως στα νεαρά κορίτσια, διότι βομβαρδίζονται από διάφορες καταστάσεις όπως πίεση από τους γονείς, ανταγωνισμό ή επίσης από διάφορες εκπομπές που έχουν ως πρότυπα μόνο τα μοντέλα. Μία σημαντική εργασία που ασχολήθηκαν οι (Thompson & Chad 2002), είχε σκοπό να εξετάσει τις σχέσεις του άγχους, με το σώμα 77 νεαρών κοριτσιών ηλικίας 7-16 ετών στον Καναδά. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα νεαρά κορίτσια βιώνουν αγχωτικές καταστάσεις και δημιουργούν διατροφικά προβλήματα ίσως από πίεση ή οικιοθελώς με σκοπό να αλλάξουν την εικόνα και την διάπλαση του σώματός τους. Οι γονείς λόγω του ότι εργάζονται και οι δυο πολλές ώρες δεν δίνουν σημασία στη διατροφή τους με αποτέλεσμα και τα παιδιά να ακολουθούν την ίδια κατάσταση

επιλέγοντας ανθυγιεινά τρόφιμα που δίνουν μόνο λίπος και όχι θρεπτικά συστατικά ή ακόμα να κάνουν χρήση διαφόρων ουσιών.

Αναλυτικότερα μετά από έρευνα βρέθηκε υψηλός επιπολασμός ανάμεσα σε αγχώδεις –ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με τη διατροφή. Επιλέχθηκαν τυχαία από τον πληθυσμό στη Δυτική Ελλάδα 1.046 γυναίκες ηλικίας 20-93 χρόνων από τους (Jacka et al. 2010). Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τα αποτελέσματα ήταν ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων καθώς και ένα Γενικό ερωτηματολόγιο ψυχικής υγείας (GHQ-12) που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των ψυχολογικών συμπτωμάτων. Επίσης η κλινική συνέντευξη χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση στις καταθλιπτικές και αγχώδεις γυναίκες. Τα αποτελέσματα ήταν τα αναμενόμενα καθώς μετά από καταγραφή για την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την εκπαίδευση, την υγεία και τη συμπεριφορά, ένα «παραδοσιακό» διατροφικό πρότυπο που χαρακτηρίζεται από λαχανικά, φρούτα, κρέας, ψάρι και δημητριακά ολικής αλέσεως συσχετίστηκε με χαμηλότερες πιθανότητες για μείζονα κατάθλιψη ή δυσθυμία και αγχώδεις διαταραχές. Σε αντίθεση μια «δυτική» διαίτα που περιλαμβάνει τηγανισμένα τρόφιμα, εξευγενισμένους σπόρους, λιπαρά, ζαχαρούχα προϊόντα, και μπύρα συνδέεται με υψηλότερη βαθμολογία στο γενικό ερωτηματολόγιο ψυχικής υγείας (GHQ-12). Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν τη σύνδεση μεταξύ της ποιότητας διατροφής με τον υψηλό επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών

Το άγχος και το στρες της μητέρας πριν από τον τοκετό επηρεάζει αρνητικά την υγεία του βρέφους. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Hernández-Martínez et al., το 2008), πήραν μέρος 163 νεογνά. Κατά το τρίτο τρίμηνο δόθηκαν ερωτηματολόγια στις μητέρες τους, σχετικά με την εγκυμοσύνη τους και τη διατροφή τους και ερωτηματολόγια με κλίμακα άγχους και στρες. Όλα τα αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια έδειξαν το άγχος της μητέρας και την ανησυχία που υπήρχε. Στην συνέχεια μετά τον τοκετό εξετάστηκαν και τα βρέφη σε ολόκληρο το πρώτο έτος της ζωής τους. Παρατηρήθηκαν ανωμαλίες στη λειτουργία κυρίως του αναπνευστικού και λιγότερα προβλήματα όπως δερματικά και ανοσοποιητικά. Κάποια από τα βρέφη χρειαστήκαν αντιβίωση και περαιτέρω εξετάσεις. Εν κατακλείδι είναι η πρώτη απόδειξη που συνδέει το μητρικό

προγεννητικό άγχος και το στρες με διάφορες ασθένειες βρεφών και τη χρησιμοποίηση των αντιβιοτικών νωρίς στη ζωή.



Παρόμοια σημαντική μελέτη εξετάζει τις αρνητικές επιπτώσεις στα παιδιά των διαταραχών άγχους στις μητέρες τους. Η μελέτη αυτή διεξήχθη τον Αύγουστο από τους (Nasreen et al.2010) στο Μπαγκλαντές σε αγροτική περιοχή, έχοντας ως στόχο να διερευνήσει την ανεξάρτητη επίδραση της μητρικής διαταραχής του άγχους προ του τοκετού με το χαμηλό βάρος γέννησης των βρεφών. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν 720 έγκυες γυναίκες καθώς εκτιμήθηκαν τα συμπτώματα άγχους με στατιστικές παραμέτρους. Τα αποτελέσματα ήταν θεαματικά: το 81% των βρεφών (583) τα όποια γεννήθηκαν στο μήνα τους , μετρήθηκαν στην αρχή και μετά από 48 ώρες για καταγραφή του βάρους τους. Αυτά τα βρέφη εμφανίζονται με συμπτώματα χαμηλού σωματικού βάρους κατά ($\leq 2,5$ kg). Συμπερασματικά η μελέτη αυτή αποδεικνύει ότι η μητρική διαταραχή άγχους αυξάνει τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για χαμηλό βάρος γέννησης των νεογέννητων και σύμφωνα με άλλες έρευνες βρέθηκαν τα ίδια αποτελέσματα σε άλλες ασιατικές χώρες.

Έρευνες και μελέτες αποδεικνύουν συνεχώς την αλληλεπίδραση της γονικής συμπεριφοράς απέναντι στο παιδί. Όμως οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν το βάρος στην μητέρα και μετά στον πατέρα. Συγκεκριμένα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Νορβηγικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας, από τους (Ystrom et al.2009) έχοντας σκοπό να εξετάσει τη μητρική ανησυχία , τις αρνητικές σκέψεις και το άγχος και το

πώς θα μπορούσαν να αποτελέσουν σημαντικούς παράγοντες για την ανθυγιεινή διατροφή των παιδιών τους. Στην παρούσα μελέτη πήραν μέρος 763 μητέρες, συμπληρώνοντας ερωτηματολόγια σχετικά με το άγχος και του παράγοντες που οδηγούν σε αρνητικές σκέψεις . Στην συνέχεια μετρήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες του παιδιού σε ηλικία 18 μηνών. Χρησιμοποιήθηκε Ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων από τις μητέρες λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τον δείκτη μάζας σώματος , το φύλο του παιδιού , τον αριθμό των παιδιών, το εισόδημα, την οικογενειακή κατάσταση και το κάπνισμα . Το ερωτηματολόγιο ήταν χωρισμένο σε 2 ομάδες υγιεινή διατροφή και ανθυγιεινή. Η υγιεινή διατροφή περιελάμβανε τρόφιμα πλούσια σε βιταμίνες, φυτικές ίνες και ιχνοστοιχεία ενώ η ανθυγιεινή περιείχε τρόφιμα πλούσια σε ζάχαρη, λιπαρά και γλυκά. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι μητέρες με υψηλά επίπεδα άγχους και αρνητικών σκέψεων , είχαν διασφαλίσει στο παιδί τους μια ανθυγιεινή διατροφή. Τελικά η αγχώδης διαταραχή της προσωπικότητας του γονέα επηρεάζει τη διατροφή του παιδιού έχοντας δυσμενή αποτελέσματα στην υγεία του.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

4.1 Παχυσαρκία

Παχυσαρκία είναι η παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ανθρώπινο σώμα. Αυτή η αύξηση της ποσότητας του σωματικού λίπους, συνεπάγεται βέβαια και αύξηση του σωματικού βάρους. Από το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την έχει εντάξει στον κατάλογο των παθήσεων. Ως νόσος ορίζεται κάθε κατάσταση που μειώνει την ποιότητα και την ποσότητα της ζωής. Για τους παχύσαρκους, η ποιότητα ζωής είναι σαφώς μειωμένη αλλά και συντομότερη, αφού εμφανίζουν συχνότερα πολλές και σημαντικές επιπλοκές υγείας, συγκρινόμενοι με άτομα φυσιολογικού βάρους. Για την αξιολόγηση του σωματικού λίπους και της παχυσαρκίας υπάρχουν πολλοί μέθοδοι αλλά, ο πιο εύχρηστος τρόπος αξιολόγησης του σωματικού βάρους είναι ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ). (Ζαμπέλας 2007).

ΚΥΡΙΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

- Η Υπέρταση: πάθηση που μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακά προβλήματα καθώς δεν τηρούνται οι διατροφικές συνήθειες της μεσογειακής διατροφής.
- Ο Διαβήτης: μεταβολική αρρώστια, καθώς υπάρχει διαταραχή στην παραγωγή και χρησιμοποίηση της ινσουλίνης.
- Νεφρικές παθήσεις: τα νεφρά βοηθούν στη διατήρηση της ομοιοστασίας των υγρών του σώματος καθώς και στην αποβολή άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού.

- **Καρδιαγγειακές παθήσεις** :παθήσεις που εκδηλώνονται αιφνίδια και φτάνουν ακόμα και στο θάνατο.
- **Καρκίνος**: αρχίζει όταν προκληθούν σοβαρές αλλοιώσεις στο DNA των κυττάρων.
- **Σύνδρομο άπνοιας ύπνου**: πάθηση κυρίως σε άτομα με υπερβολικό βάρος που παρουσιάζουν δυσκολία στην αναπνοή.

Συμπερασματικά, η παχυσαρκία δεν μπορεί να οριστεί μονοδιάστατα ως ένα πρόβλημα υγείας, αλλά ως ένα πλαίσιο προβλημάτων που αφορούν πολλούς τομείς της ζωής του ανθρώπου. Θετικό είναι το γεγονός ότι τελευταία αναγνωρίζεται από όλους ότι η λύση του προβλήματος δεν πρέπει να περιλαμβάνει μόνο την ιατρική προσέγγιση, αλλά και πολλές άλλες παρεμβάσεις, με στόχο την συνολική βελτίωση της υγείας του ατόμου. Η νοσηρή παχυσαρκία ενέχει κινδύνους για την υγεία καθώς παρουσιάζει επιπλοκές. Η νοσογόνος παχυσαρκία πλήττει άμεσα και τη χώρα μας, καθώς 22,5% του πληθυσμού (18,2% των γυναικών και 26% των ανδρών) είναι παχύσαρκοι και 35,2% (30% των γυναικών και περισσότερο από το 40% των ανδρών) είναι υπέρβαροι, ενώ επιπλέον η Ελλάδα θεωρείται από τις χώρες της Ευρώπης με τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας

Η συσσώρευση λίπους γύρω από την κοιλιά, η οποία παρατηρείται συνήθως στους άνδρες, προκαλεί πολύ συχνά εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, αρτηριοσκλήρυνση κλπ. Αντίθετα, η συσσώρευση λίπους στους μηρούς και τους γλουτούς, η οποία παρατηρείται συνήθως στις γυναίκες, προκαλεί κυρίως αγγειακά προβλήματα από τα κάτω άκρα, όπως φλεβική ανεπάρκεια κάτω άκρων (κίρσους) . (Ζαμπέλας, 2007) .

Κατάταξη Σωματικού Βάρους με βάση το ΔΜΣ.(WHO,1997)

World Health Organization, 1997

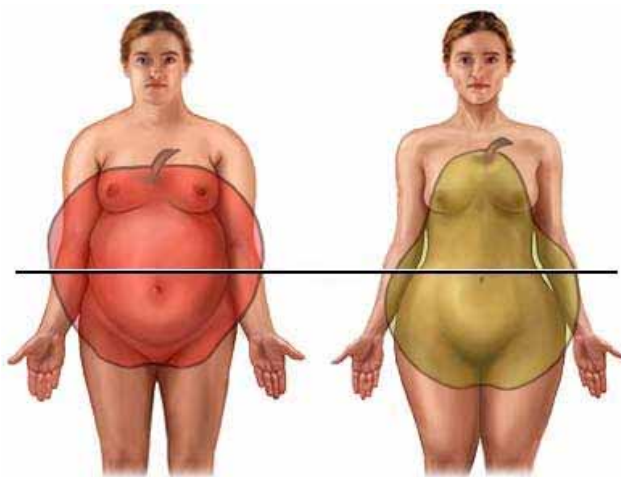
ΔΜΣ(kg/m ²)	Χαρακτηρισμός
<18,5	Επικίνδυνα χαμηλό σωματικό βάρος
18,5 – 24,9	Φυσιολογικό βάρος
25 – 29,9	Υπέρβαρος
30 – 34,9	Παχυσαρκία 1 βαθμού
35,0-39,9	Παχυσαρκία 2 βαθμού
>40 ή > 60	Νοσηρή παχυσαρκία (πάρα πολύ αυξημένος ο κίνδυνος νοσηρότητας), Υπερνοσογόνος παχυσαρκία.

Δείκτης Μάζας Σώματος

✓ Ο ΔΜΣ ορίζεται ως: Βάρος Σώματος =... (kg/m²)

Υψος²

Η επικράτηση της παιδικής παχυσαρκίας έχει αυξηθεί εντυπωσιακά στις προηγούμενες 3 δεκαετίες (Yackobovitch-Gavan et al., 2009). Εκτός από τις φυσικές συνέπειες της υγείας, η παχυσαρκία στη νεολαία θέτει ένα ιδιαίτερο κίνδυνο της ψυχοκοινωνικής εξασθένησης και φτωχής αναπτυξιακής συμπεριφοράς. (Ζαμπέλας, 2007)



(http://www.incardiology.gr/pathiseis_paxisarkia/metaboliko_sindromo.htm)

Ο στόχος της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τους (Yackobovitch-Gavan et al.2009) ήταν να συγκρίνει τα αποτελέσματα της άσκησης, της διατροφής, ή της διατροφής και της άσκησης συσχετίζοντας τα με την ποιότητα ζωής στα παχύσαρκα παιδιά. Συνολικά 162 παιδιά ηλικίας 6 έως 11 έτη με βάση την καμπύλη ανάπτυξης υπερέβαιναν τη 95^η εκατοστιαία θέση , συμμετείχαν σε αγωγή 12 εβδομάδων που περιελάμβανε πρόγραμμα διατροφής ή άσκησης. Το βάρος, το ύψος, και το επί τοις εκατό λίπος μετρήθηκαν, και οι γονείς συμπλήρωσαν τον παιδιατρικό κατάλογο ποιότητας ζωής (PedsQL). Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια διατροφής και ερωτηματολόγια σχετικά με την άσκηση και διατροφή από τους γονείς των παιδιών οι οποίοι παρουσιάζονται και αυτοί παχύσαρκοι. Στο διάστημα αυτό ακολούθησαν τα παιδιά αγωγή άσκησης από γυμναστές, διάφορα προγράμματα σωστής διατροφής καθώς υπήρχαν πάντα μαζί τους διαιτολόγοι και ψυχολόγοι. Οι μειώσεις της καμπύλης ανάπτυξης των παιδιών ήταν σημαντικά μεγαλύτερες στη διατροφή στην ομάδα διατροφής και άσκησης απ' ό, τι στην ομάδα μόνο άσκησης. Μια μεγαλύτερη

μείωση της καμπύλης εμφανίστηκε στα παιδιά των οποίων οι γονείς ολοκλήρωσαν τον παιδιατρικό κατάλογο PedsQL . Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς που απέτυχαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια αυτά είχαν μια παθητικότερη στάση απέναντι στην διαδικασία αυτή και έδωσαν λιγότερη υποστήριξη στο παιδί τους σε αντίθεση με τους άλλους γονείς που δεν εμφάνισαν καμία αντίδραση κατά τη διάρκεια της διαδικασίας . Αυτή η έρευνα ενισχύει τη σημασία της γονικής συμμετοχής στη διαχείριση της παχυσαρκίας παιδικής ηλικίας. Συμπερασματικά καταλήγουμε ότι βραχυπρόθεσμες θεραπευτικές αγωγές της διατροφής μόνο, η άσκηση μόνο, ή η συνδυασμένες διατροφή και η άσκηση οδήγησαν στην απώλεια βάρους και μείωσαν το ποσοστό λίπους σώματος στα παχύσαρκα παιδιά .

Η παχυσαρκία, η οποία είναι μια χρόνια νόσος, αποτελεί ένα από τα κύρια προβλήματα υγείας στη σύγχρονη κοινωνία. Η επικράτηση της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία προωθεί την εμφάνιση πολλών χρόνιων ασθενειών στην ενήλικη ζωή. Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Kołodziej , Piaseczna-Piotrowska & Strzelczyk 2010) είχε ως σκοπό να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ της παιδικής παχυσαρκίας και τις συνθήκες ζωής μέσα στην οικογένεια καθώς οι γονείς παρουσιάζονται και αυτοί παχύσαρκοι. Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 100 παιδιά ηλικίας 4-18 ετών, με καμπύλη ανάπτυξης πάνω από 97^η εκ.θέση. Οι ερωτηθέντες ήταν 44 κορίτσια και 56 αγόρια. Σε κάθε άτομο μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες μέσα στην οικογένεια, το οικογενειακό ιστορικό καθώς πραγματοποιήθηκαν οι μετρήσεις ύψους και βάρους, περίμετρος μέσης και περιφέρεια γλουτών. Τα αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια έδειξαν πως στην ηλικία των 9-14 ετών παρατηρείται η εμφάνιση της παχυσαρκίας. Η πλειονότητα των παιδιών αυτών υποστήριξε πως μέσα στο σπίτι δεν υπάρχουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες καθώς οι γονείς τους επιλέγουν μόνο λιπαρά τρόφιμα και έτοιμα φαγητά με αποτέλεσμα τα παιδιά να τρέφονται κατά αυτόν τον τρόπο. Συμπερασματικά, το ποσοστό της παχυσαρκίας στα παιδιά αυτής της ηλικίας εξαρτάται από την επίδραση των γονιών τους καθώς πρέπει να τεθούν θεραπευτικές παρεμβάσεις τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς για απώλεια βάρους.

Στην συνέχεια, μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γονείς και παιδιά με παχυσαρκία αποδεικνύει τη σχέση που υπάρχει και τη γονική επιρροή απέναντι στα παιδιά. (Cooper et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα το δείγμα περιελάμβανε παιδιά και εφήβους (231), ηλικίας 7 έως 15 και γονείς (462) από το κέντρο Παιδικής Παχυσαρκίας. Μετρήθηκε ο δείκτης μάζας σώματος στους γονείς αλλά και στα παιδιά. Έπειτα από τα αποτελέσματα διακρίνουμε πως η σοβαρότητα της παχυσαρκίας σε ηλικία 7 χρόνων παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη μητρική παχυσαρκία και το ΔΜΣ), ενώ η σοβαρότητα της παχυσαρκίας σε ηλικία 15 συσχετίστηκε σημαντικά και με τους δυο γονείς και με το ΔΜΣ. Επιπλέον, ο ΔΜΣ σε ηλικία 15 ετών διέφερε ανάλογα με το φύλο (υψηλότερα για τα αγόρια) και σχετίστηκε θετικά με τη σοβαρότητα της παχυσαρκίας σε ηλικία 7 χρόνων. Ο αντίκτυπος της γονικής παχυσαρκίας με τη σοβαρότητα της παχυσαρκίας στα παιδιά ενισχύεται καθώς το παιδί μεγαλώνει στην εφηβεία, ενώ η ηλικία έναρξης έχει πιθανόν μικρότερη σημασία από ό, τι εθεωρείτο μέχρι σήμερα. Η επίδραση της γονικής βαρύτητας επηρεάζει κυρίως τη σοβαρότητα της παιδικής παχυσαρκίας.

Επιπρόσθετα, ακόμα μια έρευνα αποδεικνύει τη γονική επιρροή απέναντι στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Σκοπός της παρούσας μελέτης που πραγματοποιήθηκε από τους (Lindelof , Nielsen & Pedersen 2010) στη Δανία, είναι να διερευνήσει τους παχύσαρκους γονείς και την επιρροή απέναντι στα παιδιά. Δεκαπέντε έλληνες παχύσαρκοι ηλικίας 13-16 ετών μαζί με τους γονείς τους πήραν μέρος στην μελέτη. Αφού τους δόθηκαν ερωτηματολόγια και έδωσαν συνέντευξη γονείς και παιδιά, τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: Τα παιδιά αυτά γνώριζαν πως έχουν ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες και υποστήριζαν πως θα ήθελαν να τις αλλάξουν αλλά οι γονείς τους δεν αλλάζουν αυτές τις συνήθειες. Επίσης τα παιδιά έδειξαν ενδιαφέρον για κάποια φυσική δραστηριότητα αλλά τόνισαν πως οι γονείς τους δεν τα άφηναν. Οι διατροφικές τους συνήθειες είναι μόνο γρήγορα φαγητά , τηγανιτά, γλυκά και αναψυκτικά επειδή αυτά επικρατούν μέσα στο σπίτι. Οι γονείς από την άλλη αδιαφορούν για τα αποτελέσματα καθώς υποστηρίζουν πως το ίδιο το παιδί επιλέγει αυτή τη διατροφή και δεν δείχνουν θέληση για αλλαγή διατροφικών συνθηκών και ενασχόληση με κάποια φυσική δραστηριότητα. Κατά συνέπεια, η οικογενειακή ατμόσφαιρα χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα και καυγάδες.

Οι (Johannsen DL, Johannsen NM & Specker 2006), πραγματοποίησαν μελέτη στις ΗΠΑ, με σκοπό τις επιπτώσεις των παχύσαρκων γονέων απέναντι στις διατροφικές επιλογές των παιδιών και συσχέτιση με το ΔΜΣ. Στην μελέτη συμμετείχαν 458 γονείς (239 μητέρες, 219 πατέρες) καθώς κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια με 2 κατηγορίες ερωτήσεων. Πρώτον ερωτήσεις που αφορούσαν τις διατροφικές συνήθειες των γονέων και δεύτερον τις επιλογές σίτισης των παιδιών τους (3-5 ετών) . Μετρήθηκαν ο ΔΜΣ στους γονείς και στα παιδιά καθώς και το ποσοστό λίπους. Εκατόν σαράντα τρεις μητέρες και 68 πατέρες επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια και από τα αποτελέσματα βρέθηκε πως το υπερβολικό βάρος των παιδιών ήταν σε συνάρτηση με το ΔΜΣ της μητέρας παρά του πατέρα. Τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερο ΔΜΣ και φάνηκε πως οι διατροφικές επιλογές τους εξαρτώνται από τη μητέρα τους. Οι γονείς δήλωσαν πως από την παιδική ηλικία παρουσιάζονταν με υπερβολικό βάρος όπως και τώρα τα παιδιά τους. Συμπερασματικά οι μητέρες ασκούν σημαντική επιρροή απέναντι στα παιδιά τους και φαίνεται να ανησυχούν για τις διατροφικές συμπεριφορές ωστόσο, οι πατεράδες παίζουν ρόλο στην υπακοή των παιδιών για επιλογή σίτισης τους.

Η παχυσαρκία και η σημασία των ψυχολογικών προβλημάτων για τα παιδιά, επηρεάζονται από το ρόλο της οικογενείας τόσο για τη βελτίωση τους όσο και για την εμφάνιση κάποιων παθολογικών καταστάσεων. Ιδιαίτερα οι παχύσαρκες μητέρες έχουν τη τάση να θέτουν την οικογένεια αποκλειστικά στο κέντρο του ενδιαφέροντος τους. Τείνουν να αφοσιώνονται στα παιδιά με κτητικότητα και υπερπροστασία. Τέλος τα παιδιά αυτά τα οποία παρουσιάζονται παχύσαρκα χρειάζονται προσοχή διότι εκτός από τα διατροφικά προβλήματα μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη και να παρουσιάσουν παρορμητικότητα και συναισθηματική ανωριμότητα. (Lindelof , Nielsen & Pedersen , 2010).

4.2 Νευρογενής Ανορεξία γονέων και παιδιών .

Η Νευρογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο ασιτίας όπου το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος ,έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους και αμηνόρροια στις γυναίκες. Η λέξη όμως ανορεξία είναι αποπροσανατολιστική. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματος τους και γενικά της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας καθώς δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος της πείνας. Είναι ένας τρόπος να δείξουν ότι έχουν τον έλεγχο του βάρους του σώματος και του σχήματος τους. Ωστόσο, η διαταραχή από μόνη της παίρνει τον έλεγχο από το άτομο και οι χημικές αλλαγές που προκαλούνται στο σώμα επηρεάζουν τον εγκέφαλο κάνοντας αδύνατον για το άτομο να πάρει λειτουργικές αποφάσεις για το φαγητό. Καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, πολλά άτομα υποφέρουν από εξάντληση λόγω της ασιτίας (Μάνος 1997)

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Ψυχογενή Ανορεξία, (Μάνος 1997).

A} Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος του πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του. π.χ Απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο.

B} Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και αν το άτομο είναι λιποβαρές.

Γ} Διαταραχή στον τρόπο που κάποιος βιώνει το βάρος του ή το σχήμα του σώματός του και άρνηση σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ} Στις γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου , αμηνόρροια δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών μηνών διαδοχικών εμμηνορρυσιών.

- **Περιοριστικός Τύπος** :το άτομο δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (όπως προκλητό εμετό , ή χρήση

ουσιών). Το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους με δίαιτα , νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

- **Τύπος Υπερφαγίας/Κάθαρσης:** το άτομο έχει εμπλακεί σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης .

Υπάρχουν αναμφισβήτητα έρευνες όπου συσχετίζουν το οικογενειακό ιστορικό, την γονική πίεση, ζηλοτυπία , τελειομανία η ακόμα και την έλλειψη μητρικής φροντίδας με την εμφάνιση, ανάπτυξη ακόμα και διατήρηση των διατροφικών διαταραχών κυρίως των κοριτσιών όπως ανορεξίας και βουλιμίας. Οι (Fassino, Amianto & Abbate-Daga 2009) πραγματοποίησαν την παρακάτω μελέτη. Συμπληρώθηκαν δύο ερωτηματολόγια από 61 μητέρες και 56 πατέρες ανορεκτικών κοριτσιών, ενώ είκοσι έξι οικογένειες αποτελούνταν από μόνο έναν γονέα. Παρατηρήθηκε πως οι πατέρες και των δυο κατηγοριών εμφανίζονται ανώριμοι με διάφορες ανησυχίες και με διχασμένη προσωπικότητα ενώ οι μητέρες εξέφρασαν έναν αδύναμο και ανώριμο χαρακτήρα και διαταραχές προσωπικότητας που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ανάπτυξη των διαταραχών των κοριτσιών. Τέλος οι 26 οικογένειες που αποτελούνται από έναν μόνο γονέα χρειάστηκαν την προσοχή και την υποστήριξη για να υπερνικήσουν τις προσωπικές τους και συγγενικές δυσκολίες. Η υποστήριξη των γονέων μπορεί να είναι χρήσιμη στη βελτίωση της σχέσης με τις κόρες τους και στη μείωση των αρνητικών αποτελεσμάτων στις διατροφικές διαταραχές.

Σημαντική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Pawłowska & Masiak 2007) , είχε σκοπό να εξετάσει την εμφάνιση νευρικής ανορεξίας σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό. Στη μελέτη συμμετείχαν 40 κορίτσια που έπασχαν από νευρική ανορεξία , στο Τμήμα της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Λιούμπλιν κατά τα έτη 1993-2003. Η μέση ηλικία των κοριτσιών ήταν 21 ετών. Η ηλικία έναρξης της νόσου ήταν στα 16 χρόνια ενώ η διάρκεια της νόσου ήταν 3,5 έτη. Από τις μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν βρέθηκε ο μέσος όρος του ΔΜΣ των κοριτσιών 15, 4 kg/m². Στην συνέχεια οι μισοί από τους ασθενείς δήλωσαν πως ζούσαν σε ένα δύσκολο οικογενειακό περιβάλλον ενώ οι υπόλοιποι υποστήριξαν πως ζούσαν με ένα μόνο γονέα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, παρατηρήθηκε πως το 30%

των πατέρων αυτών των κοριτσιών έκαναν κατάχρηση αλκοόλ. Τέλος τα κορίτσια δήλωσαν πως είχαν βιώσει αρκετές φορές σεξουαλική κακοποίηση από τους πατέρες τους. Συμπερασματικά οι γονείς ασκούν σημαντική επιρροή κ ιδιαίτερα απέναντι στα κορίτσια.

Επιπρόσθετα μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Reba-Harrelson et al. 2010), είχε σκοπό να εξετάσει τα ψυχολογικά συμπτώματα και τις διατροφικές συνήθειες σε παιδιά με μητέρες με Νευρογενή ανορεξία. Στο δείγμα συμμετείχαν 13.006 γυναίκες και τα παιδιά τους σε ολόκληρη την Νορβηγία. Αρχικά εξετάστηκε η διατροφή της μητέρας 6 μήνες πριν από την εγκυμοσύνη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στη συνέχεια εξετάστηκε και η διατροφή των παιδιών περίπου στη ηλικία των 3 ετών καθώς και οι ψυχολογικές καταστάσεις που βίωνε το παιδί με βοήθεια κάποιου ειδικού. Συμφώνα με τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ελλιπής διατροφική σίτιση στο παιδί καθώς και προβλήματα αντιμετώπισης του παιδιού από τη μητέρα.

Στην συνέχεια η μελέτη των (Ravi et al. 2009) στοχεύει να καλύψει τις ενδείξεις της ψυχοπαθολογίας που γίνονται εμφανείς από τους γονείς των εφήβων που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και εξετάζει τη σχέση μεταξύ των εφηβικών συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής και της γονικής ψυχοπαθολογίας. Τα στοιχεία προτείνουν ότι οι διατροφικές διαταραχές συγκεντρώνονται στις οικογένειες και ότι μέχρι 50% του κινδύνου μπορεί να οφείλονται στους κληρονομήσιμους παράγοντες. Οι συμμετέχοντες και οι γονείς τους ταξινομήθηκαν μέσω ενός εξειδικευμένου προγράμματος διατροφικής διαταραχής σε μια πανεπιστημιακή κλινική. Η μελέτη εγκρίθηκε από το εσωτερικό συμβούλιο επιθεώρησης. Μια διαδοχική ομάδα των ασθενών και οι γονείς προσεγγίστηκαν στην αρχική παρουσίαση για την αξιολόγηση για μια διατροφική διαταραχή. Οι συγκαταθέσεις λήφθηκαν από τους γονείς και τους εφήβους μετά την ηλικία των 18 ετών που ήταν πρόθυμοι να συμμετέχουν. Οι αρχικές διαγνώσεις έγιναν από τους νοσοκομειακούς γιατρούς που ειδικεύονταν στον τομέα των εφηβικών διατροφικών διαταραχών χρησιμοποιώντας τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Στην μελέτη συμμετείχαν 60 κορίτσια που ήταν στην εφηβεία με μια αρχική διάγνωση και οι γονείς τους (55 μητέρες και 48 πατέρες). Η μέση ηλικία των κοριτσιών στο χρόνο

της αξιολόγησης ήταν 14.99 έτη . Η μέση διάρκεια της ασθένειας στην παρουσίαση στην κλινική ήταν 13 μήνες και το ιδανικού επί τοις εκατό βάρους σώματος ήταν 80.64% .Οι μητέρες και οι πατέρες και οι δύο παρουσίασαν υψηλά ποσοστά ($T > 65$) ψυχαναγκαστικού καταναγκασμού τύπου (14.6% για τις μητέρες και 16.7% για τους πατέρες), συμπτώματα κατάθλιψης (20% και 20.9% αντίστοιχα), επιθετικότητας (16.4% και 12.5%) και ανησυχίας (18.1% και 14.6% αντίστοιχα) σε σύγκριση με τα γενικά ποσοστά επικράτησης αυτών των διαταραχών. Επιπλέον, υπήρχαν μητέρες με υψηλά ποσοστά ψυχωτικών συμπτωμάτων. Οι μητέρες είχαν σημαντικά υψηλότερα αποτελέσματα σε όλες τις διαδικασίες , ενώ τα αποτελέσματα των πατέρων ήταν σημαντικά μεγαλύτερα μόνο στην κατάθλιψη και τις ψυχαναγκαστικές ενδείξεις. Εν ολίγοις ,όλη η συμπεριφορά των γονιών μπορεί να φέρει αρνητικά αποτελέσματα και να προκαλέσει διατροφικές διαταραχές μέσα στην οικογένεια.

Τέλος οι (Dallos & Denford 2008) εξέτασαν τις εμπειρίες τεσσάρων οικογενειών καθεμία από τις οποίες περιείχε ένα άτομο που παρουσίαζε Νευρογενή ανορεξία. Αξιολογήθηκαν οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια καθώς και ο ρόλος της διατροφής και των τροφίμων που υπήρχαν στο σπίτι. Συνεντεύξεις έδωσαν παιδιά και γονείς για το ρόλο της διατροφής. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως σε όλα τα μέλη της οικογένειας υπήρχε έλλειψη επικοινωνίας , συγκρούσεις και μια αρνητική εικόνα για τη διατροφή και για την επιλογή των τροφίμων. Συμπερασματικά και στις τέσσερις οικογένειες φαίνεται ότι το άτομο με Νευρογενή ανορεξία έπαιζε δύσκολο ρόλο καθώς προσπαθούσε να διορθώσει όλες τις αρνητικές καταστάσεις μέσα σε αυτό το κλίμα της οικογένειας. Διατροφικές διαταραχές και σχέσεις μέσα στις ανορεκτικές οικογένειες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη του ατόμου.

4.3 Νευρογενής Βουλιμία

Η βουλιμία είναι μία διατροφική διαταραχή και αναφέρεται στην υπερβολική κατανάλωση τροφής που αγγίζει τα όρια της υπερβολής και συνοδεύεται από την αίσθηση απώλειας του ελέγχου. Στη συνέχεια το άτομο εκδηλώνει αντισταθμιστικές συμπεριφορές από φόβο μήπως αυξηθεί το σωματικό του βάρος. Στις συμπεριφορές αυτές συγκαταλέγονται η πρόκληση εμετού, η χρήση καθαρτικών/διουρητικών, η

υπερβολική εκγύμναση κλπ. Αν συνεχιστεί αυτή η κατάσταση είναι δυνατόν να προκληθούν προβλήματα σωματικής υγείας. Οι πιο συνηθισμένες επιπτώσεις σχετίζονται με τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η φθορά των δοντιών, το πρήξιμο του προσώπου, ο ακανόνιστος καρδιακός ρυθμός και η μυϊκή ατονία που προκαλούνται από τους συχνούς εμετούς (Μάνος 1997)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ DSM-IV ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

(Μάνος 1997)

A) Επανεπιλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα δυο παρακάτω:

- ✓ το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις
- ✓ μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει).

B) Επανεπιλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους, όπως π.χ πρόκληση εμέτου, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων, νηστεία, υπερβολική άσκηση

Γ) Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές και τα δυο, συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.

Δ) Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.

Ε) Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

- **Περιοριστικός Τύπος** :το άτομο δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (όπως προκλητό εμετό , η χρήση ουσιών.)Το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους με δίαιτα , νηστεία ή υπερβολική άσκηση.
- **Τύπος Υπερφαγίας/Κάθαρσης:** το άτομο έχει εμπλακεί σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΑΥΤΗ ΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

(Ζουμπανέας 2010).

- Πολιτισμικοί Παράγοντες
- Συναισθηματική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διάθεσης
- Το στρες
- Η κατάθλιψη
- Συναισθηματικό και υπαρξιακό κενό
- Δυσκολία επίλυσης συγκρούσεων και θυμός
- Κοινωνική φοβία
- Ενοχή
- Μοναξιά

- Δυσκολίες στην εφηβεία
- Αυτοεκτίμηση

Αρχικά μελέτη των (Pawłowska & Masiak 2007), είχε σκοπό να εξετάσει τους παράγοντες που οδήγησαν στην εμφάνιση Νευρογενούς Βουλιμίας, από δείγμα γυναικών στο Ιατρικό Πανεπιστήμιο του Λουμπλίν κατά τα έτη 1993-2003. Συμμετείχαν 53 γυναίκες ασθενείς με μέση ηλικία 22 χρονών και η ηλικία έναρξης της νόσου ήταν 17,5 ετών. Ο μέσος ΔΜΣ ήταν $22,3\text{kg/m}^2$. Στην ομάδα αυτή 58,5% των ασθενών είχαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 24,5%, εργάζονταν και το 3,8% βρίσκονταν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν κάτοικοι της πόλης (64,2%), και το 85% έμενε μαζί με τους γονείς τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 54,7% των γυναικών αυτών με Νευρογενή Βουλιμία, είχε αρνητικές σχέσεις με τον πατέρα τους καθώς το 58,5% με την μητέρα τους. Στην οικογένεια επικρατούσαν προβλήματα αλκοολισμού από τον πατέρα καθώς και κινήσεις σωματικής βίας απέναντι στα παιδιά. Τέλος το 13,2% των μητέρων τους υπέφερε από σωματικές και ψυχικές διαταραχές καθώς επίσης το ποσοστό αυτό είχε προβεί σε πράξεις αυτοκτονίας μπροστά στα παιδιά. Συμπερασματικά το οικογενειακό περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο για την ψυχική και σωματική υγεία του παιδιού σε όλη του τη ζωή.

Οι διατροφικές διαταραχές παραδοσιακά έχουν συσχετιστεί με διαταραγμένη λειτουργία της οικογένειας. Τα περισσότερα εμπειρικά στοιχεία σχετικά με αυτό το θέμα, ωστόσο, είχαν συγκεντρωθεί από ασθενείς με συγκεκριμένες διατροφικές διαταραχές. Οι διαπροσωπικές σχέσεις εξετάστηκαν σε 16 οικογένειες με ένα μέλος να πάσχει από ψυχογενή βουλιμία και σε σύγκριση με άλλες 16 υγιείς οικογένειες. Άτομα που πάσχουν από νευρογενή βουλιμία στα αποτελέσματα δείχνουν να αντιλαμβάνονται τις οικογένειές τους ως λιγότερο επικοινωνιακές, προσαρμοστικές και υποστηρικτικές από ό, τι υγιή άτομα. Οι οικογένειες λοιπόν αυτές που παρουσιάζονται συνεχώς με αρνητικές εικόνες, τσακωμούς μεταξύ γονέα και παιδιού, καταπίεση καθώς και ένα συνεχή αγώνα για το τέλειο, έχει σαν αποτέλεσμα

να εμφανιστούν σε μεγάλο ποσοστό διατροφικά προβλήματα στα παιδιά. (Bonne et al., 2003)

Οι (Micali, Simonoff & Treasure 2009) ολοκληρώνοντας την μελέτη , υποστηρίζουν πως μητέρες με διατροφικές διαταραχές τείνουν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες απέναντι στα παιδιά τους και στις διατροφικές τους επιλογές. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν πρόσφατο ή προηγούμενο ιστορικό ψυχιατρικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, της σχιζοφρένειας, και του αλκοολισμού (1148 σύνολο, συμπεριλαμβανομένων 45 με εθισμό στα ναρκωτικά, 83 με αλκοολισμό, 4 με σχιζοφρένια, 938 με μείζονα κατάθλιψη, και 231 με άλλα ψυχιατρικά προβλήματα και 194 με Νευρογενή βουλιμία) Επίσης στοιχεία τα οποία συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν το μητρικό ύψος και το βάρος τους κατά την διάρκεια της σύλληψης. Έπειτα συλλέχθηκαν πληροφορίες όσο αφορά τις διατροφικές δυσκολίες στη ηλικία του 1 και 6 μηνών. Τα αποτελέσματα ήταν θεαματικά . Τα νήπια των γυναικών με Νευρογενή βουλιμία διέτρεχαν το μεγαλύτερο κίνδυνο για δυσκολίες σίτισης μεταξύ των μηνών ηλικίας 0 και 6 έναντι εκείνων των γυναικών χωρίς ψυχιατρικές διαταραχές Τα νήπια των βουλιμικών γυναικών ήταν σημαντικά πιθανότερο να είναι υπέρβαρα και να έχουν το γρηγορότερο ποσοστό αύξησης βάρους στην ηλικία των 9 μηνών.

Επιπλέον ακόμα μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Stein et al. 2006) στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, έρχεται να αποδείξει πως οι μητρικές διατροφικές διαταραχές έχουν επιπτώσεις στην αλληλεπίδραση μητέρων-βρεφών και γενικά στην διατροφή των βρεφών. Υπάρχουν στοιχεία ότι μητρικές ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών διαταραχών, εμφανίζονται μέσα ή στην μεταγεννητική περίοδο και συνδέονται με δυσμενή αποτελέσματα στην ανάπτυξη των παιδιών. Οι συμμετέχοντες στην προαναφερθείσα μελέτη ήταν 80 μητέρες με Νευρογενή βουλιμία ηλικίας 18-45 και τα βρέφη τους ήταν 4-12 μηνών. Οι γυναίκες ικανοποιούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια dsm-IV για τη Νευρογενή βουλιμία. Τα παιδιά υποβλήθηκαν σε μια διαδικασία παρακολούθησης στο τρόπο σίτισης κυρίως στην ηλικία των 6 και 12 μηνών. Παρατηρήθηκε πως υπήρχε πίεση από τη μητέρα στο βρέφος καθώς και τα παιδιά έδειξαν αρνητική συμπεριφορά

απέναντι σε κάποια τρόφιμα. Μετρήθηκε και το βάρος των βρεφών καθώς στην αρχή παρουσιαζόταν φυσιολογικό ,στη συνέχεια κυρίως στο 12^ο μήνα υπήρχε πρόβλημα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως προβλήματα εμφανίστηκαν αμέσως στα παιδιά στον πρώτο χρόνο και παρατηρήθηκαν επεισόδια σύγκρουσης μητέρας παιδιού καθώς τα επεισόδια αυτά συνδέονται με χαμηλό βάρος των βρεφών.

Εν κατακλείδι, οι ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διατροφικές διαταραχές, εμφανίζονται συχνά μεταξύ των γυναικών στην αναπαραγωγική ηλικία και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο δυσμενών επιπτώσεων στη ανάπτυξη του παιδιού. Αυτή η μελέτη δείχνει ότι μια στοχευμένη θεραπεία κατά την μεταγεννητική περίοδο μπορεί να έχει σημαντικά οφέλη για τις μητέρες με διατροφικές διαταραχές αλλά και τα βρέφη τους.

4.4 Επεισοδιακή Υπερφαγία

Η Επεισοδιακή Υπερφαγία (Binge Eating) και το Σύνδρομο της Επεισοδιακής Υπερφαγίας (Binge Eating Disorder) αποτελούν τεχνικούς όρους στην κλινική και στη ερευνητική βιβλιογραφία των διατροφικών διαταραχών και αναφέρονται σε ένα ιδιαίτερο τύπο υπερβολικής κατανάλωσης τροφής. Η φράση Binge Eating αναφέρεται συνήθως σε διατροφική λήψη που κρίνεται υπερβολική και χαρακτηρίζεται από απώλεια του ελέγχου των ποσοτήτων που καταναλώνονται. Ο ορισμός του Συνδρόμου Επεισοδιακής Υπερφαγία , αναφέρεται κάθε φορά όχι μόνο στην αίσθηση απώλειας του ελέγχου αλλά σε μια αντικειμενικά διατροφική υπερβολή (Palmer, 2006).

Επιπλέον πρέπει να σημειωθεί ότι τα επεισόδια υπερφαγίας συνίστανται στην κατανάλωση τροφών μόνο με υψηλή θερμιδική αξία , που συνήθως είναι γλυκές και μπορούν να καταναλωθούν γρήγορα όπως σοκολάτες, παγωτά κλπ. Κατά τα επεισόδια αυτά το άτομο συνήθως τρώει κρυφά μετά από δύσκολες καταστάσεις και προβλήματα. (Μάνος 1997).

Η σημασία για τον ρόλο της οικογένειας που κάποιο μέλος της εμφανίζει διατροφική διαταραχή αποτέλεσε αφορμή για περαιτέρω μελέτες από τότε που η

νευρική ανορεξία περιγράφηκε για πρώτη φορά Όταν συγκρίνονται οι ομάδες των οικογενειών που πλήττονται με διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές, φαίνεται ότι οι οικογένειες στις οποίες η Επεισοδιακή υπερφαγία εμφανίζεται τείνουν να είναι πιο δυσλειτουργικές από ό, τι οι οικογένειες με νευρική ανορεξία. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (García de Amusquibar & De Simone 2003), συγκρίθηκαν μερικά χαρακτηριστικά από 50 μητέρες παιδιών που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή με αυτά της ομάδας ελέγχου από 30 μητέρες χωρίς κάποιο πρόβλημα. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι μητέρες των ασθενών είχαν υψηλότερα αποτελέσματα για επεισοδιακή υπερφαγία και νευρογενή βουλιμία ως παράγοντα της διατροφική διαταραχής καθώς εμφάνισαν πριν αλλά και μετά την εγκυμοσύνη επεισόδια κατάθλιψης, μεγαλύτερη κατανάλωση φαγητού, και αντιδράσεις απέναντι στα παιδιά ταΐζοντας τα με υπερβολική ποσότητα ακόμα και αν τα παιδιά αντιδρούσαν. Αυτό όμως δεν κράτησε σε τέτοιο βαθμό μετά τον απογαλακτισμό των παιδιών. Καθώς τα παιδιά μεγάλωναν οι αντιδράσεις ήταν ήπιες.

Επιπρόσθετα, από μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Isnard et al.,2010), είχε σκοπό να συσχετίσει τα συμπτώματα υπερφαγίας σε παχύσαρκα παιδιά αλλά και στους γονείς τους καθώς επίσης και την ψυχολογική τους συμπεριφορά.. Στη μελέτη πήραν μέρος παιδιά ηλικίας 12-17 μαζί με τους γονείς τους. Συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια, όπως το Γενικό Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας (GHQ), ερωτηματολόγιο κατάθλιψης και άγχους, βουλιμίας και υπερφαγίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στα παχύσαρκα παιδιά που εμφανίζουν συμπτώματα υπερφαγίας με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Αξίζει να σημειωθεί πως τα βουλιμικά συμπτώματα στα παιδιά συνδέονται σημαντικά με τις ψυχολογικές διαταραχές της μητέρας καθώς παρουσιάζονται με συμπτώματα άγχους. Στην πραγματικότητα η συμπεριφορά της μητέρας και λιγότερο του πατέρα επηρεάζει την εμφάνιση συμπτωμάτων υπερφαγίας στα παχύσαρκα αυτά παιδιά.

Στην συνέχεια και άλλες έρευνες αποδεικνύουν τη σχέση που έχει η οικογένεια απέναντι στα παιδιά και τον τρόπο διατροφής τους. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους (Neumark-Sztainer et al.2010), συμμετείχαν 356 έφηβες από 12 γυμνάσια και λύκεια. Η μέση ηλικία των κοριτσιών ήταν 15,8 χρόνια.

Το 46% ήταν υπέρβαρες και παχύσαρκες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των κοριτσιών ανέφεραν πίεση από την μητέρα για να ακολουθήσουν αυστηρή δίαιτα. Για παράδειγμα, το 45% των κοριτσιών ανέφερε ότι οι μητέρες τους, τους ενθάρρυναν όταν ακολούθησαν μια δίαιτα και το 58% δήλωσε αδιαφορία από την οικογένεια έχοντας σαν αποτέλεσμα επεισόδια υπερφαγίας, υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος, δυσμορφία του σώματος, ανθυγιεινές και ακραίες συμπεριφορές των κοριτσιών. Οι μητέρες των κοριτσιών μετρήθηκαν για το βάρος τους καθώς αυτό ήταν αυξημένο και συνδέθηκε με διαταραγμένη συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό. Συμπερασματικά, η μητρική συμπεριφορά σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την εμφάνιση διατροφικής διαταραχής σε έφηβες κοπέλες.

Σημαντική μελέτη που πραγματοποιήθηκε, από τους (Czaja , Rief & Hilbert 2009) , είχε σκοπό να αναδείξει αν υπάρχει συσχέτιση εμφάνισης συμπτωμάτων επεισοδιακής υπερφαγίας και αρνητικών συναισθημάτων των παιδιών. Το δείγμα που συμμετείχε στην μελέτη ήταν 60 παιδιά 8-13 ετών με ένα τουλάχιστον επεισόδιο υπερφαγίας κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών. Στα παιδιά δόθηκε να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια προσαρμοσμένα για τα παιδιά , ερωτηματολόγια διατροφής, άγχους , κατάθλιψης , αρνητικών σκέψεων καθώς υποβλήθηκαν σε γενική κλινική εξέταση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα , τα παιδιά που έκαναν επεισόδια υπερφαγίας δεν επηρεάστηκαν από άγχος ή από επεισόδια κατάθλιψης. ($p < .01$). Το σημαντικότερο αίτιο εντοπίστηκε στην εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων που ένιωθαν τα παιδιά για λόγους οικογενειακούς, με αποτέλεσμα να υπάρχουν προβλήματα υπερφαγίας. Οι γονείς αυτών των παιδιών πρέπει να ενημερωθούν και να γίνουν παρεμβάσεις στα παιδιά για αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ.

Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών είναι αποτέλεσμα γονικής επιρροής από την παιδική ηλικία. Τα παιδιά μεγαλώνοντας παίρνουν παραδείγματα πρώτα από τους γονείς. Δεν γνωρίζουν ποιες επιλογές είναι σωστές η όχι με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διάφορα διατροφικά προβλήματα επηρεάζοντας τα για την υπόλοιπη ζωή τους. Από μικρή ηλικία χρειάζονται οι σωστές βάσεις και συστάσεις τόσο για τα παιδιά όσο και για όλη την οικογένεια. (Savage , Fisher & Birch , 2007).

Πολλά εκπαιδευτικά μοντέλα παρέμβασης έχουν σκοπό να βοηθήσουν όλα τα μέλη μιας οικογένειας για αλλαγή διατροφικών συνηθειών. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα γονείς και ολόκληρη η οικογένεια με την βοήθεια των ειδικών εντάχθηκαν σε πρόγραμμα γνωστικής τεχνικής ,για να ολοκληρώσουν τα αποτελέσματα και να βρουν τις αιτίες που οδήγησαν στις διατροφικές διαταραχές αυτές τις οικογένειες. Το πρόγραμμα είχε σκοπό να θέσει νέες βάσεις και να βοηθήσει όλη την οικογένεια με διάφορες τεχνικές στο διάστημα Απρίλιο με Οκτώβριο του 2008. Δίπλα σε αυτές τις οικογένειες (231), βρισκόταν δυο γιατροί για ενημέρωση και εκπαίδευση στα θέματα υγείας και μια κοινωνική λειτουργός καθώς και ψυχολόγος. Όλες οι οικογένειες απάντησαν σε ερωτηματολόγια τόσο ψυχολογικά όσο και διατροφικά. Η μέση ηλικία ήταν 28 έτη και κυρίως μητέρες. Συμπερασματικά οι γονείς έδειξαν ένα ενδιαφέρον και θέληση να αλλάξουν τον τρόπο σκέψης αλλά και τον τρόπο ζωής τους. Δέχτηκαν όλα τα μέλη της οικογένειας συμβουλές και σωστούς τρόπους αλλαγής συμπεριφοράς από τους ειδικούς. Η συμπεριφορά των παιδιών αλλά και των γονέων ήταν θετική δείχνοντας τη ανάγκη που έχουν για αλλαγή τρόπου ζωής. Για καλύτερα και μόνιμα αποτελέσματα χρειάστηκε ένας αριθμός επαναληπτικών επισκέψεων και συνεδριών με τους ειδικούς. (McKee et al., 2010 & Doyen & Asch 2008) .

Ένα άλλο πρόγραμμα που προτάθηκε από τους (Ghoneim, Hassan & Amine 2004) είχε ως στόχο να αξιολογήσει τη διατροφική κατάσταση παιδιών ηλικίας 2 – 5

ετών μέσα σε κάποια κέντρα ημερήσιας φροντίδας, που αντιμετώπιζαν προβλήματα διατροφής. Τα παιδιά που παρακολούθησαν το μοντέλο παρέμβασης ήταν 974 παιδιά στην Αλεξάνδρεια και βρισκόταν υπό παρακολούθηση για ένα χρόνο. Συλλέχθηκαν όλες οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις, η 24ωρη ανάκληση καθώς και ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων σε σύγκριση με τις συνιστώμενες ημερήσιες ποσότητες. Έγιναν όλες οι απαραίτητες αιματολογικές εξετάσεις των παιδιών και των γονέων πριν αλλά και μετά το πρόγραμμα. Στη συνέχεια το πρόγραμμα παρέμβασης, εφαρμόστηκε στα κέντρα φροντίδας από μια ομάδα ειδικών παρέχοντας φροντίδα, φυσική δραστηριότητα συμβουλές και υποδείξεις σωστών επιλογών σε όλα τα παιδιά και δίνοντας τους αρχικά 2 κυρίως γεύματα την ημέρα και 3 μικρότερα. Οι γονείς πέρασαν σε μια διαδικασία εκπαίδευσης σε θέματα διατροφής και έπειτα σε θέματα συμπεριφοράς απέναντι στα παιδιά. Τέλος τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν θετικά. Τα παιδιά έδειξαν φυσιολογικούς δείκτες στις εξετάσεις τους, ο αριθμός των παιδιών με προβλήματα αναιμίας μειώθηκε από 47, 3% σε 14,2% καθώς μειώθηκε και ο αριθμός των λιποβαρών ατόμων. Οι γονείς έδειξαν βελτίωση στις διατροφικές επιλογές και το σημαντικότερο αναγνώρισαν τα λάθη τους τόσο σε αυτούς αλλά τόσο και στην επιρροή που άσκουσαν απέναντι στα παιδιά τους.

Επιπρόσθετα, πρόγραμμα παρέμβασης που παρουσιάστηκε από τους (Ohlund et al.2010), είχε σκοπό να συσχετίσει το βάρος των παιδιών ηλικίας 4 ετών με τη γονική διαιτητική πρόσληψη και το ΔΜΣ. Στο δείγμα συμμετείχαν 127 παιδιά μαζί με τους γονείς τους. Αξιολογήθηκαν οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις, το βάρος, το ύψος, οι διατροφικές επιλογές καθώς επίσης δόθηκαν ερωτηματολόγια στους γονείς. Δεκατέσσερα τοις εκατό των κοριτσιών και δεκατρία τοις εκατό των αγοριών ήταν υπέρβαρα και 2% των κοριτσιών και 3% των αγοριών ήταν παχύσαρκα. Τριάντα τέσσερα τοις εκατό των πατέρων και 19% των μητέρων ήταν υπέρβαροι ενώ 9% των πατέρων και 7 % των μητέρων εμφάνιζαν παχυσαρκία. Όλη η οικογένεια εντάχθηκε σε κάποιες αλλαγές με τη βοήθεια διαιτολόγου-διατροφολόγου σε συνδυασμό με ψυχολόγο. Συνεδρίες ακολούθησαν και επανεξετάστηκαν στους 6 και αργότερα στους 18 μήνες. Οι οικογένειες αυτές βελτίωσαν σημαντικά τις διατροφικές συστάσεις τους καθώς και τα παιδιά παρουσιάστηκαν υγιή χωρίς κανένα πρόβλημα.

Στη συνέχεια 119 παιδιά που παρουσιάζονταν παχύσαρκα μαζί με τους γονείς τους συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα για μείωση βάρους και αλλαγή διατροφικών επιλογών. Η ερευνά είχε στόχο να βοηθήσει τις οικογένειες αυτές θέτοντας 3 στρατηγικές για απώλεια σωματικού βάρους:

1. Δίαιτα αρκετά περιορισμένη, χαμηλή σε λιπαρά με λίγους υδατάνθρακες με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη.
2. Συστηματική σωματική άσκηση και παρακολούθηση του βάρους τους.
3. Οικονομική βοήθεια για αγορά σωστών υγιεινών προϊόντων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα όλα τα παιδιά βελτίωσαν σημαντικά το ΔΜΣ , ($P < .001$) ανεξάρτητα από κάθε στρατηγική απώλεια βάρους. Στους γονείς η σχετική απώλεια βάρους ήταν -6,4 % με τη στρατηγική της δίαιτας ($P = 0.029$), -6,9% με την οικονομική βοήθεια ($P = 0.002$) και -8,0% με την άσκηση και την παρακολούθηση του σωματικού βάρους. Η απώλεια βάρους σε συνδυασμό και με τις 3 στρατηγικές ήταν -14,4%. (Luley et al., 2010).

Ένα ακόμα πρόγραμμα που ασχολήθηκαν οι (Salbach et al 2006), είχε σκοπό να αναδείξει τη θεραπεία σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα διατροφής και κυρίως Ψυχογενή Ανορεξία και Νευρογενή Βουλιμία. Το δείγμα που πήρε μέρος στη θεραπεία ήταν 32 κορίτσια ηλικίας 17-22 ετών , 29 με Ανορεξία και 3 με Βουλιμία μαζί με τους γονείς τους. Τα κορίτσια αυτά πέρασαν σε γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία για 2 χρόνια. Το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε και από τους γονείς επιτυχώς καθώς είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση των διατροφικών διαταραχών και την αλλαγή τρόπου ζωής.

Το σχολείο επίσης μπορεί να βοηθήσει εφαρμόζοντας προγράμματα με τη βοήθεια και τη συνεργασία καθηγητών φυσικής αγωγής. Συγκεκριμένα σε μία μελέτη συμμετείχαν 568 μαθητές τρίτης και τετάρτης τάξης δημοτικού σχολείου. Το πρόγραμμα ανέλαβαν καθηγητές φυσικής αγωγής διοργανώνοντας συνεδρίες συνολικά λιγότερο από 2 ώρες, διδάσκοντας στα παιδιά πώς να διαβάζουν σωστά τις διατροφικές ετικέτες , τα τεχνάσματα του μάρκετινγκ καθώς και την επιλογή των υγιεινών τροφίμων. Επίσης παρακολούθησαν το πρόγραμμα και οι γονείς των

παιδιών και στο τέλος τους δόθηκε ένα κουίζ διατροφικών ετικετών , διατροφικά πρότυπα και μέτρηση του ΔΜΣ. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι μαθητές της τρίτης και τετάρτης τάξης παρουσίασαν σημαντική βελτίωση όσο αφορά τις διατροφικές ετικέτες 23% ($p < .01$) ενώ οι γονείς των μαθητών παρουσίασαν λιγότερη βελτίωση 8% ($p < .01$). Τέλος το σύνολο των θερμίδων καθώς η πρόσληψη νατρίου και η πρόσληψη της ζάχαρης μειώθηκε σημαντικά μεταξύ των μαθητών αλλά και στους γονείς ($p > .05$).

Συμπερασματικά τα προγράμματα που έχουν στόχο να βοηθήσουν τα παιδιά και τις οικογένειες τους , είναι αποτελεσματικά όταν γίνονται από ειδικούς έχοντας στόχο να αλλάζουν ριζικά τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. (Katz et al., 2011)

Τέλος μοντέλο παρέμβασης πραγματοποιήθηκε από (Burrows et al.2010),έχοντας σκοπό να διακρίνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας για τη παχυσαρκία στα παιδιά αλλά και τους παράγοντες που επηρεάζουν το περιβάλλον του παιδιού. Πήραν μέρος 159 παιδιά ηλικίας 5-7 ετών στο Hunter Illawarra Kids Challenge (HIKC). Το πρόγραμμα περιλάμβανε 3 μεθόδους θεραπείας όπως

A)Ένα διατροφικό πρόγραμμα τροποποίησης

B)Ένα πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας ή

Γ)Ο συνδυασμός και των δυο .

Οι γονείς πήραν μέρος στα παραπάνω καθώς πέρασαν σε διαδικασία συνέντευξης , συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια και μετρήθηκε ο ΔΜΣ τους. Το 49 % των γονέων ήταν παχύσαρκοι. Η εξέταση γονέων και παιδιών έγινε ξανά στους 6 μήνες, 12 και στους 24 μετά από το πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως παρουσιάστηκε μείωση αρχικά σωματικού βάρους σε όλη την οικογένεια ($p < 0,01$) και θέληση για νέες βάσεις διατροφικών προτύπων και επιλογών.

Είναι φανερό λοιπόν πως αν υπάρχει θέληση από τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιο διατροφικό πρόβλημα με τη βοήθεια των ειδικών και σε συνδυασμό διάφορων μεθόδων θα υπάρξει αλλαγή και βελτίωση σε οποιοδήποτε πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Η θεραπεία εξαρτάται από κάποιους δομικούς ή οργανωτικούς παράγοντες που είναι σημαντικοί όπως:

- ◆ **Εξατομικευμένη θεραπεία**
- ◆ **Συμμετοχή γονιών όσο αφορά τα προβλήματα στα παιδιά**
- ◆ **Συχνότητα συνεδριών και διάρκεια θεραπείας**

Έπειτα το περιεχόμενο της θεραπείας είναι:

- ◆ Δίαιτα → Πρόσληψη τακτικών γευμάτων και σνακ
 - Μείωση του μεγέθους των μερίδων στα γεύματα
 - Προτίμηση φρέσκων φρούτων
 - Αύξηση πρόσληψης νερού και ροφημάτων χωρίς ζάχαρη
 - Κατανάλωση περισσότερων τροφίμων ψητών , βρασμένων
 - Και σάραρας αντί τηγανιτών
 - Επιλογή υγιεινών σνακ που περιλαμβάνουν πηγή πρωτεΐνης
 - με χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος , μαζί με φρούτα φρέσκα
 - και λαχανικά , ή ψωμί ολικής αλέσεως ή δημητριακά.
- ◆ Φυσική δραστηριότητα → Η φυσική δραστηριότητα αποτελεί μέρος των περισσότερων συμπεριφορικών παρεμβάσεων
- ◆ Έλεγχο ερεθισμάτων → Αναφέρεται συχνά στην κατηγορία των παρεμβάσεων , που αλλάζουν τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα για την υποστήριξη μιας υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς και φυσικής δραστηριότητας .Οι περισσότερες συμπεριφορικές θεραπείες προωθούν αλλαγές στο περιβάλλον για τη μείωση των ερεθισμάτων και των ευκαιριών που σχετίζονται με την θερμιδική πρόσληψη και την έλλειψη φυσικής

δραστηριότητας .Ο έλεγχος των ερεθισμάτων παίρνει 2 κύριες μορφές
α)αλλαγή της πρόσβασης και β) διαμόρφωση νέων συνηθειών.

- ◆ Προσωπική καταγραφή : Είναι κεντρικής σημασίας στις συμπεριφορικές θεραπείες. Η καταγραφή της διατροφικής πρόσληψης και της φυσικής δραστηριότητας καθώς και το σωματικό βάρος .Η παρακολούθηση αυτών είναι απαραίτητες για τη θέσπιση στόχων , την αξιολόγηση της προόδου και την επιτυχία.
- ◆ Θέσπιση στόχων
- ◆ Συντήρηση και πρόληψη υποτροπής

Οι γονείς πάντα θέλουν να ευχαριστούν το παιδί τους δίνοντας κάποιο γλύκισμα ή τους προσφέρουν λάθος επιλογές μέσα στο σπίτι.

Αναλυτικότερα:

- ✓ **Οι γονείς πρέπει να προσφέρουν περιορισμένες επιλογές:**

Συγκεκριμένα να υπάρχει ποικιλία όλων των τροφίμων αλλά όσο αφορά τα γλυκά και άλλα τρόφιμα τα όποια προσφέρουν ‘κενές’ θερμίδες πρέπει να υπάρχει περιορισμό γιατί να παιδιά συνηθίζουν και δεν είναι εύκολο να κοπούν αυτές οι συνήθειες.

- ✓ **Οι γονείς πρέπει να ανταμοιβουν το παιδί όταν τρώει και συμπεριφέρεται σωστά στο τραπέζι**

Με τον όρο ανταμοιβή δεν εννοούμε πάντα ένα δώρο ή ένα γλυκό που θα θελήσει το παιδί. Μπορεί να είναι μια βόλτα σε ένα αθλητικό κέντρο ή γενικά μια φυσική δραστηριότητα μέσα σε μία ομάδα.

- ✓ **Πρέπει να περιοριστεί η χρονική διάρκεια των γευμάτων :**

Το παιδί δεν πρέπει να κάθεται στο τραπέζι με τις ώρες και να λαμβάνει το γεύμα του βλέποντας τηλεόραση ή παίζοντας στον υπολογιστή. Πρέπει να υπάρχει ένας χρόνος ώστε το παιδί να τρέφεται σωστά.

(Lobstein et al. 2004 & Jelalian et al 2006).

Και όπως έλεγαν οι Αρχαίοι Σοφοί..

<< ΠΑΝ ΜΕΤΡΟΝ ΑΡΙΣΤΟΝ >>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ADA Reports .*Position of the American Dietetic Association : individual-, family-, school-, and community-based intervention for pediatric overweight.* JADA 2006 ; **925-945**

Altman SE, Shankman SA. *What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders.* Clin Psychol Rev 2009, **29(7):638-46.**

Amani R. *Is dietary pattern of schizophrenia patients different from healthy subjects?* BMC Psychiatry. 2007 May **2;7:15.**

American Psychological Association « *Division of Counseling Psychology , Committee on Definition . Coynseling psychology as a specialty*» American Psychologist 1956, **(11): 282-285**

Antal M, et al.*Cross-sectional survey on the nutritional and life-style habits of secondary school students in Hungary.* Orv Hetil 2003 ,**17;144(33):1631-6.**

Arya A, Devi R. Indian J. *Influence of maternal literacy on the nutritional status of preschool children.* Pediatr 1991, **58(2):265-8.**

Attree P. *Low-income mothers, nutrition and health: a systematic review of qualitative evidence.* Matern Child Nutr 2005,**1(4):227-40.**

Beijers R, Jansen J, Riksen-Walraven M, de Weerth C. *Maternal prenatal anxiety and stress predict infant illnesses and health complaints.* Pediatrics 2010,**126(2):e401-9.**

Bere E, van Lenthe F, Klepp KI, Brug J. *Why do parents' education level and income affect the amount of fruits and vegetables adolescents eat.* *Eur J Public Health* 2008 ,**18(6):611-5.**

Besharat MA. *Parental perfectionism and children's test anxiety.* *Psychol Rep* 2003, **93(3 Pt 2):1049-55**

Birch LL, Davison KK. *Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight.* *Pediatr Clin North Am* 2001, **48(4):893-907.**

Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. *Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder.* *Eur Psychiatry* 1999, **14(8):434-41.**

Bonne O, Lahat S, Kfir R, Berry E, Katz M, Bachar E. *Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa.* *Psychiatry* 2003, **66(3):244-54.**

Bourre JM. *Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain.Part 2 : macronutrients.* *J Nutr Health Aging* 2006 ,**10(5):386-99.**

Brown R, Ogden J. *Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence.* *Health Educ Res* 2004 , **19(3):261-71.**

Burrows T, Warren JM, Collins CE. *The impact of a child obesity treatment intervention on parent child-feeding practices.* *Int J Pediatr Obes.* 2010;**5(1):43-50.**

Cabetas Hernández I. *Malnutrition in anorexia nervosa: psychosomatic approach and multidisciplinary treatment*. Nutr Hosp. 2004 Jul-Aug; **19(4):225-8**.

Canals J, Sancho C, Arijá MV. *Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2009, **18(6):353-9**.

Castro JR, Rice KG. *Perfectionism and ethnicity: implications for depressive symptoms and self-reported academic achievement*. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol 2003 , **9(1):64-78**.

Canavera KE, Wilkins KC, Pincus DB, Ehrenreich-May JT. *Parent-child agreement in the assessment of obsessive-compulsive disorder*. J Clin Child Adolesc Psychol 2009 , **38(6):909-15**.

Chen MY, Shiao YC, Gau YM. *Comparison of adolescent health-related behavior in different family structures*. J Nurs Res 2007, **15(1):1-10**.

Cooper R, Hyppönen E, Berry D, Power C. *Associations between parental and offspring adiposity up to midlife: the contribution of adult lifestyle factors in the 1958 British Birth Cohort Study*. Am J Clin Nutr 2010, **92(4):946-53**.

Czaja J, Rief W, Hilbert A. *Emotion regulation and binge eating in children*. Int J Eat Disord. 2009, **42(4):356-62**.

Dallos R, Denford S. *A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder*. Clin Child Psychol Psychiatry 2008, **13(2):305-22**.

Dammann KW, Smith C. *Factors affecting low-income women's food choices and the perceived impact of dietary intake and socioeconomic status on their health and weight*. J Nutr Educ Behav 2009, **41(4):242-53**.

Daly JB, Wiggers JH, Burrows S, Freund M. *Household smoking behaviours and exposure to environmental tobacco smoke among infants: are current strategies effectively protecting our young*. Aust N Z J Public Health 2010, **34(3):269-73**.

Dellava JE, Thornton LM, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. *Impact of broadening definitions of anorexia nervosa on sample characteristics*. J Psychiatr Res 2010.

De Mathis MA, et al. *Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns*. Eur Psychiatry 2008, **23(3):187-94**.

Doyen C, Asch M. *Eating disorders in childhood and early adolescence* Rev Prat 2008, **58(2):173-6**.

Eisenberg L, Belfer M. *Prerequisites for global child and adolescent mental health*. J Child Psychol Psychiatry 2009, **50(1-2):26-35**.

Elfhag K, Rasmussen . *Food consumption, eating behaviour and self-esteem among single v. married and cohabiting mothers and their 12-year-old children*. F. Public Health Nutr 2008, **11(9):934-9**.

Ertel KA, Koenen KC, Rich-Edwards JW, Gillman MW. *Antenatal and postpartum depressive symptoms are differentially associated with early childhood weight and adiposity*. Paediatr Perinat Epidemiol 2010, **24(2):179-89**.

Fassino S, Amianto F, Abbate-Daga G. *The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. Department of Neuroscience, Psychiatric Institute and Clinic, Turin University School of Medicine, Turin, Italy* 2009, **50(3):232-9.**

Forsyth A, Deane FP, Williams P. *Dietitians and exercise physiologists in primary care: lifestyle interventions for patients with depression and/or anxiety. J Allied Health* 2009, **38(2):e63-8.**

García de Amusquibar AM, De Simone CJ. *Some features of mothers of patients with eating disorders. Eat Weight Disord* 2003, **8(3):225-30.**

Garcia FD, Houy-Durand E, Thibaut F, Dechelotte P. *Obsessive compulsive disorder as a cause of atypical eating disorder: a case report. Eur Eat Disord Rev.* 2009 Nov;17(6):444-7.

Ghoneim EH, Hassan MH, Amine EK. *An intervention programme for improving the nutritional status of children aged 2-5 years in Alexandria. East Mediterr Health J.* 2004 ,**10(6):828-43.**

Giakoumaki O, Vasilaki K, Lili L, Skouroliakou M, Liosis G. *The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009, **30(1):21-8.**

Glanville NT, McIntyre L. *Diet quality of Atlantic families headed by single mothers. Can J Diet Pract Res* 2006, **67(1):28-35.**

Grjibovski A, Bygren LO, Svartbo B, Magnus P. *Housing conditions, perceived stress, smoking, and alcohol: determinants of fetal growth in Northwest Russia. Acta Obstet Gynecol Scand* 2004, **83(12):1159-66.**

Grote V, et al.. *Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study*. BMC Pediatr 2010, **10:14**.

Hadley C, Patil CL. *Seasonal changes in household food insecurity and symptoms of anxiety and depression*. Department of Anthropology, Emory University, Atlanta 2008, **135(2):225-32**.

Halmi KA, et al. *The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders*. Int J Eat Disord 2005, **38(4):371-4**.

Hamer M, Bates CJ, Mishra GD. *Depression, Physical Function, and Risk of Mortality: National Diet and Nutrition Survey in Adults Older Than 65 Years*. Am J Geriatr Psychiatry 2010.

Hanington L, Ramchandani P, Stein A. *Parental depression and child temperament: assessing child to parent effects in a longitudinal population study*. Infant Behav Dev 2010, **33(1):88-95**.

Harrell ZA, Slane JD, Klump KL, *Predictors of alcohol problems in college women: the role of depressive symptoms, disordered eating, and family history of alcoholism.*, Department of Psychology, Psychology Building 134B 2009, **34(3):252-7**.

Hendrick V, Smith LM, Hwang S, Altshuler LL, Haynes D. *Weight gain in breastfed infants of mothers taking antidepressant medications* .J Clin Psychiatry 2003, **64(4):410-2**.

Hernández-Martínez C, Arija V, Balaguer A, Cavallé P, Canals J. *Do the emotional states of pregnant women affect neonatal behavior*. Early Hum Dev 2008, **84(11):745-50**.

Hesketh K, Crawford D, Salmon J, Jackson M, Campbell K. *Associations between family circumstance and weight status of Australian children*. Int J Pediatr Obes 2007,**2(2):86-96**.

Hodges EA. *A primer on early childhood obesity and parental influence*. Pediatr Nurs 2003, **29(1):13-6**.

Hrubá D, Zaloudíková I, Matějová H. *Similarities and differences between smoking and non-smoking ten-year-old children in primary schools*. Cent Eur J Public Health 2010, **18(1):19-24**.

Huddlestone-Casas C, Charnigo R, Simmons LA. *Food insecurity and maternal depression in rural, low-income families: a longitudinal investigation*. Public Health Nutr 2009, **(8):1133-40**.

Huffman FG, Kanikireddy S, Patel M. *Parenthood-a contributing factor to childhood obesity*. Int J Environ Res Public Health 2010, **7(7):2800-10**.

Isnard P et al. *Bulimic behaviours and psychopathology in obese adolescents and in their parents*. Int J Pediatr Obes. 2010,**5(6):474-82**.

Jacka FN, et al. *Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women*. Am J Psychiatry 2010, **167(3):305-11**.

Jelalian E. et al. *Practitioner review : bridging the gap between research and clinical practice in pediatric obesity*. J Child Psychol Psychiatry 2006, **x: 1-11**

Jimenez-Cruz A, Bacardi-Gascon M, Pichardo-Osuna A, Mandujano-Trujillo Z, Castillo-Ruiz O. *Infant and toddlers' feeding practices and obesity amongst low-income families in Mexico*. Asia Pac J Clin Nutr 2010, **(3):316-23**.

Johannsen DL, Johannsen NM, Specker BL. *Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status*. Obesity (Silver Spring) 2006, **14(3):431-9**.

Katz DL, et al. *Teaching healthful food choices to elementary school students and their parents: the Nutrition Detectives™ program.* J Sch Health 2011, **81(1):21-8.**

Κακούρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση.* 4^η έκδοση. Αθήνα: Τυπωθήτω 2005: (7) **166-393**

Kenézloi E, Nemoda Z. *Genetic factors in obsessive-compulsive disorder: summary of genetic studies.* Psychiatr Hung 2010, **25(5):378-393.**

Keyes M, Legrand LN, Iacono WG, McGue M., *Parental smoking and adolescent problem behavior: an adoption study of general and specific effects.* Am J Psychiatry 2008, **165(10):1338-44.**

Kołodziej K, Piaseczna-Piotrowska A, Strzelczyk J. *Environmental conditions and family prevalence of obesity in children.* Pol Merkur Lekarski 2010, **28(165):195-8.**

Kristjansdottir AG, De Bourdeaudhuij I, Klepp KI, Thorsdottir I. *Children's and parents' perceptions of the determinants of children's fruit and vegetable intake in a low-intake population.* Public Health Nutr 2009, **12(8):1224-33.**

Lazzeri G, et al. *Nutritional surveillance in Tuscany: eating habits at breakfast, mid-morning and afternoon snacks among 8-9 y-old children.* J Prev Med Hyg 2006, **47(3):91-9.**

Lindelof A, Nielsen CV, Pedersen BD. *Obesity treatment-more than food and exercise: a qualitative study exploring obese adolescents' and their parents' views on the former's obesity.* Int J Qual Stud Health Well-being 2010, **16;5.**

Lin HC, Tang CH, Lee HC. *Association between paternal schizophrenia and low birthweight: a nationwide population-based study.* Schizophr Bull. 2009, **35(3):624-30.**

Lobstein T. et al. *Obesity in children and young people : a crisis in public health*. *Obes Rev* 2004, **5 (sup 1) :4-85**

Luley C, Blaik A, Aronica S, Dierkes J, Kropf S, Westphal S. *Evaluation of three new strategies to fight obesity in families*. *J Nutr Metab* 2010.

Μανιός Γ. *Διαθεωρητικό Μοντέλο & Στάδια Αλλαγής Συμπεριφοράς*. Στο Γ.Μανιός , Ρ.Κατσίνα & Ε.Γραμματικάκη *Διατροφική Αγωγή :Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.2007:**31-40**.

Manning V, Best DW, Faulkner N, Titherington E. *New estimates of the number of children living with substance misusing parents: results from UK national household surveys*. *BMC Public Health* 2009, **8:9:377**

Μάνου Ν. *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αναθεωρημένη έκδοση. Θεσσαλονίκη: University studio press.1997:(**2**):**133-347**

Manios Y, Moschonis G, Grammatikaki E, Anastasiadou A, Liarigkovinos T. *Determinants of childhood obesity and association with maternal perceptions of their children's weight status: the "GENESIS" study*. *J Am Diet Assoc* 2010 , **110(10):1527-31**.

Meyer Friedman et al. (χωρίς ημερομηνία). *Ψυχολογία της Προσωπικότητας*. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/el/Personality_psychology#Personality_theories (12/01/2011).

McDermott AJ, Stephens MB. *Cost of eating: whole foods versus convenience foods in a low-income model*. *Fam Med* 2010, **42(4):280-4**.

McIntyre L, Glanville NT, Raine KD, Dayle JB, Anderson B, Battaglia N. *Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children.* CMAJ 2003, **168(6):686-91.**

McKee MD, Maher S, Deen D, Blank AE. *Counseling to prevent obesity among preschool children: acceptability of a pilot urban primary care intervention.* Ann Fam Med 2010, **8(3):249-55**

Μεταβολικό Σύνδρομο (χωρίς ημερομηνία). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.incardiology.gr/pathiseis_paxisarkia/metaboliko_sindromo.htm
(10/11/2010)

Micali N, Simonoff E, Treasure J. *Infant Feeding and Weight in the First Year of Life in Babies of Women with Eating Disorders.* J Pediatr 2009, **154(1):55-60.e1**

Miller-Day M, Marks JD. *Perceptions of parental communication orientation, perfectionism, and disordered eating behaviors of sons and daughters.* Department of Communication Arts and Sciences, Pennsylvania State University 2006, **19(2):153-63.**

M. Signam-Grant. *Strategies for counseling adolescents.* JADA 2002, **102 (3): S32-39**

Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. *Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh.* BMC Public Health 2010, **26;10:515.**

Nespor K, Matanelli O. *What to advise children of addicted parents.* Cas Lek Cesk 2010, **149(2):74-6.**

Neumark-Sztainer D, Bauer KW, Friend S, Hannan PJ, Story M, Berge JM. *Family weight talk and dieting: how much do they matter for body*

dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls. J Adolesc Health 2010, 47(3):270-6.

Nićiforović-Surković O, Kvrđić S, Ac-Nikolić E. *Knowledge of nutrition and nutritional behavior of schoolchildren and their parents in Vojvodina. Med Pregl 2002, 55(11-12):465-9.*

Nikolajsen KH, Nissen JB, Thomsen PH. *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Symptom dimensions in a naturalistic setting. Nord J Psychiatry 2010.*

Ohlund I, Hernell O, Hörnell A, Stenlund H, Lind T. *BMI at 4 years of age is associated with previous and current protein intake and with paternal BMI. Eur J Clin Nutr. 2010, 64(2):138-45.*

Παγκόσμια Ημέρα κατά της Παχυσαρκίας (χωρίς ημερομηνία). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.healthview.gr/node/5344> (10/07/2010)

Παιδική Παχυσαρκία (χωρίς ημερομηνία). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.fitstudio.gr/index.php?c_id=27&n_id=143 (07/11/2010)

Palmer, B. *Διατροφικές Διαταραχές & η Αντιμετώπισή Τους*. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε. 2006.

Palmer R. *Διατροφικές Διαταραχές και η αντιμετώπιση του. Κλινικός οδηγός αξιολόγησης και θεραπείας*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε 2007:234-237

Pawłowska B, Masiak M. *Analysis of demographic data and family relationships in women with bulimia. Psychiatr Pol 2007, 41(3):365-76.*

Pawłowska B, Masiak M. *Comparison of socio-demographic data of female patients with purging and restricting types of anorexia nervosa hospitalised at*

the Psychiatry Department of the Medical University of Lublin in the years 1993-2003. Psychiatr Pol 2007, 41(3):350-64.

Peadon E, et al. *Women's knowledge and attitudes regarding alcohol consumption in pregnancy: a national survey. BMC Public Health 2010, 23;10:510.*

Perdereau F, Faucher S, Wallier J, Vibert S, Godart N. *Family history of anxiety and mood disorders in anorexia nervosa: review of the literature. Eat Weight Disord 2008, 13(1):1-13*

Platt L. *Ten year transitions in children's experience of living in a workless household: variations by ethnic group. Popul Trends 2010 , (139):70-90.*

Ravi S, Forsberg S, Fitzpatrick K, Lock J. *Is there a relationship between parental self-reported psychopathology and symptom severity in adolescents with anorexia nervosa?(OCD). Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Eat Disord 2009, 17(1):63-71.*

Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. *Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Eat Behav 2010, 11(1):54-61.*

Remes H, Martikainen P, Valkonen T. *The effects of family type on child mortality. Eur J Public Health 2010.*

Rice F. *Genetics of childhood and adolescent depression: insights into etiological heterogeneity and challenges for future genomic research. Genome Med 2010, 20;2(9):68.*

Ritchie K, Villebrun D. *Severe depression : environmental factors of severe depression : depression in parents. Encephale 2009, 7:S296-300.*

Rodgers R, Chabrol H. *Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults*, *Eur Eat Disord Rev* 2009, **17(2):137-51**

Ross BM. *Omega-3 polyunsaturated fatty acids and anxiety disorders*. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 2009, **81(5-6):309-12**.

Rushton JL, Clark SJ, Freed GL. *Pediatrician and family physician prescription of selective serotonin reuptake inhibitors*. *Pediatrics* 2000, **105(6):E82**

Russo S, Kema IP, Bosker F, Haavik J, Korf J. *Tryptophan as an evolutionarily conserved signal to brain serotonin: molecular evidence and psychiatric implications*. *World J Biol Psychiatry* 2009, **10(4):258-68**.

Ryckman P. *Θεωρίες της προσωπικότητας*. Belmont, ασβέστιο: Thomson/Wadsworth.2004

Salbach H, Bohnkamp I, Lehmkuhl U, Pfeiffer E, Korte A. *Family-oriented group therapy in the treatment of female patients with anorexia and bulimia nervosa--a pilot study*. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2006 ,**34(4):267-74**.

Savage JS, Fisher JO, Birch LL. *Parental influence on eating behavior: conception to adol-escence*. *J Law Med Ethics* 2007, **35(1):22-34**.

Skarupski KA, Tangney C, Li H, Ouyang B, Evans DA, Morris MC. *Longitudinal association of vitamin B-6, folate, and vitamin B-12 with depressive symptoms among older adults over time*. *Am J Clin Nutr* 2010, **92(2):330-5**.

Smolka V, et al. *Metabolic complications and neurologic manifestations of vitamin B12 deficiency in children of vegetarian mothers*. Cas Lek Cesk 2001, **22;140(23):732-5**.

Soenens B, Elliot AJ, Goossens L, Vansteenkiste M, Luyten P, Duriez B. *The intergenerational transmission of perfectionism: parents' psychological control as an intervening variable*. J Fam Psychol 2005, **19(3):358-66**.

Soenens B, Vansteenkiste M, Vandereycken W, Luyten P, Sierens E, Goossens L. *Perceived parental psychological control and eating-disordered symptoms: maladaptive perfectionism as a possible intervening variable*. J Nerv Ment Dis 2008, **196(2):144-52**.

Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. *Low cardiorespiratory fitness and physical functional capacity in obese patients with schizophrenia*. Schizophr Res. 2011 Mar; **126(1-3):103-9**.

Steele AL, O'Shea A, Murdock A, Wade TD. *Perfectionism and its relation to overevaluation of weight and shape and depression in an eating disorder sample*. Int J Eat Disord 2010.

Stein A, et al. *Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: a randomized, controlled trial of video feedback*. University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX1, UK 2006, **163(5):899-906**.

Sukhodolsky DG, et al. *Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder*. Am J Psychiatry 2005, **162(6):1125-32**.

Suliga E. *Parental education and living environmental influence on physical development, nutritional habits as well as level of physical activity in Polish children and adolescents*. Anthropol Anz 2010, **68(1):53-66**.

Svensson V, et al. *Associations between severity of obesity in childhood and adolescence, obesity onset and parental BMI: a longitudinal cohort study.* Int J Obes (Lond) 2010.

Syweński E, Lipińska-Gediga M. *Newborn-child of substance dependent mother--always actual problem.* Przegl Epidemiol 2009, **63(1):125-9.**

Thompson AM, Chad KE. *The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females.* J Adolesc Health 2002, **31(2):183-9.**

Thompson T., Foreman P. & Martin F. *Personality and Individual Differences*, Impostor fears and Perfectionist Concern Over Mistakes 2000.

Trombini E. *Obesity and adolescence: psychological factors and family relationshi,* *Recenti Prog Med* 2007, **98(2):112-9**

Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atli H. *Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder.* Compr Psychiatry 2004, **45(5):362-6.**

Vázquez-Nava F, et al. *Association between family structure, parental smoking, friends who smoke, and smoking behavior in adolescents with asthma.* ScientificWorldJournal 2010, **8;10:62-9.**

Wallin U. *Eating disorder and the family--a review.* ulf. Tidsskr Nor Laegeforen 2004, **9;124(17):2251-3.**

Wardle J, Cooke LJ, Gibson EL, Sapochnik M, Sheiham A, Lawson M. *Increasing children's acceptance of vegetables; a randomized trial of parent-led exposure.* Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London 2003, **40(2):155-62**

Weibel D, Wissmath B, Mast FW. *Immersion in Mediated Environments: The Role of Personality Traits. 1 Department of Psychology, University of Bern , Bern, Switzerland . Cyberpsychol Behav* 2009.

WHO. Preventing and managing the global epidemic of obesity; report of a Who consultation on Obesity. Geneva , 3-5 June 1997.WHO/NUT/NCD98.1 Geneva.

Yackobovitch-Gavan M, Nagelberg N, Phillip M, Ashkenazi-Hoffnung L, HersHKovitz E, Shalitin S. *The influence of diet and/or exercise and parental compliance on health-related quality of life in obese children. Nutr Res* 2009, **29(6):397-404.**

Ystrom E, Niegel S, Vollrath ME. *The impact of maternal negative affectivity on dietary patterns of 18-month-old children in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. Matern Child Nutr* 2009, **5(3):234-42.**

Ζαμπέλας Α. *Κλινική διαιτολογία & διατροφή με στοιχεία παθολογίας 2*. Αθήνα :Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης ,2007:**522-524**

Ζουμπανέας Ε. *Διατροφική νοημοσύνη. Η απάντηση στη βουλιμία την πολυφαγία και την παχυσαρκία. 2^η Έκδοση .Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.2010:17-27*

