

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

**Αικατερίνη Γαλάνη**

## Περίληψη

*Το άρθρο αυτό μελετά το ρόλο που έχει η οικογένεια στη διατροφή του παιδιού. Κάνει αναφορά στο ρόλο της μητέρας, του πατέρα και των άλλων μελών της οικογένειας στη διαμόρφωση συνηθειών υγιεινής διατροφής. Αναφέρεται στο πώς τα δημογραφικά στοιχεία μιας οικογένειας επηρεάζουν τη διατροφή των παιδιών και πώς οι οικογενειακές σχέσεις έχουν αντίκτυπο σε αυτή. Στο τέλος του άρθρου σκιαγραφείται μερικώς ο ρόλος της συμβουλευτικής.*

Λέξεις κλειδιά: Διατροφή, Οικογένεια, Παιδί, Διατροφική Διαταραχή.

## Εισαγωγή

Η οικογένεια αποτελεί το βασικότερο παράγοντα που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού. Είναι γεγονός ότι τα προβλήματα της διατροφής ενός παιδιού σχετίζονται άμεσα με το περιβάλλον στο οποίο ανήκει και με την αλληλεπίδραση τους με αυτό. Μέσα στην έννοια του περιβάλλοντος συμπεριλαμβάνεται τόσο το άμεσο, δηλαδή η οικογένεια, όσο και το έμμεσο, δηλαδή η κοινωνία στην οποία εντάσσεται (Hill, Wyatt, Reed & Peterd, 2003 & Binkley, Eales, Jekanowski, 2000). Έρευνες από πολλές χώρες στον κόσμο έχουν αποδείξει ότι πολλοί γονείς παρά το γεγονός ότι τα παιδιά τους είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα οι ίδιοι το αγνοούν. Συγκεκριμένα σε μια έρευνα στο Λονδίνο και στο Οντάριο σε μαθητές/τριες ηλικίας 10-12 ετών αποδείχθηκε ότι οι γονείς δεν γνώριζαν το ακριβές βάρος των παιδιών τους και πολλές φορές μάλιστα ταξινομούσαν σε λάθος κατηγορία τα παιδιά τους. Χαρακτηριστικά το 22% των γονέων των οποίων τα παιδιά είχαν κανονικό βάρος τα τοποθετούσαν στην κατηγορία των λιποβαρών, το 63% θεωρούσαν ότι τα παιδιά είχαν κανονικό βάρος μολονότι ήταν υπέρβαρα, 15% υποστήριζαν ότι τα παχύσαρκα παιδιά τους ήταν απλά υπέρβαρα (Meizi, Evans, 2007). Γνωρίζουμε ότι η οικογένεια μεσολαβεί στο πρότυπο διατροφής του παιδιού με διαφορετικούς τρόπους. Αφενός μεν παρέχει την τροφή και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό για όλη του τη ζωή τον τρόπο διατροφής του (Story et al., 2002), καθώς η επιρροή των γονέων είναι κρίσιμη για την τελική διαμόρφωση των συνηθειών του παιδιού (Lin et al., 1996), αφετέρου δε, ο τρόπος διατροφής λειτουργεί

και σαν μηχανισμός που ωθεί το παιδί στην ανεξαρτητοποίηση του μέσα από την αλλαγή των δικών του συνηθειών, αποτελώντας παράλληλα ένα είδος άρνησης του γονικού ρόλου απέναντι στο συγκεκριμένο θέμα (Story et al., 2002). Αν ένα παιδί έχει μεγαλώσει με σωστές βάσεις για τη διατροφική αξία και τα απαραίτητα για τον οργανισμό συστατικά των φαγητών, τότε μεγαλώνοντας, θα επιλέγει υγιεινά φαγητά και ο σωστός τρόπος διατροφής θα αποτελεί για εκείνο τον κανόνα (Michaela & Contento, 1986). Σημαντικό επίσης ρόλο διαδραματίζουν οι ίδιες οι επιλογές των γονιών και το αν δίνουν μεγαλύτερη σημασία στη γεύση ενός φαγητού ή στη θρεπτική του αξία (Wardle, 1993). Ομοίως γνωρίζουμε ότι όλα τα παιδιά έχουν μια τάση κατανάλωσης προς το απαγορευμένο, γι' αυτό όταν οι γονείς πιέζουν τα παιδιά να μην τρώνε συγκεκριμένα φαγητά, η πίεση πολλές φορές μπορεί να επιφέρει και μόνιμη αποστροφή (Berton, 2004). Οι διατροφικές συμπεριφορές του παιδιού λοιπόν, επηρεάζονται μέσα από διάφορους μηχανισμούς, όπως λόγου χάρη η μίμηση προτύπων, η ενίσχυση που εισπράττουν, η κοινωνική στήριξη και οι νόρμες που επιβάλλει η κοινωνία στην οποία ανήκουν (Story et al, 2002).

### **Δημογραφικά στοιχεία οικογένειας και Διατροφή:**

Τα δημογραφικά στοιχεία μιας οικογένειας, η μόρφωση του πατέρα, η μόρφωση και το επάγγελμα της μητέρας, επηρεάζουν άμεσα τη διατροφή των παιδιών (Tinsley, 2003, Lin et al., 1996). Έρευνες έχουν δείξει ότι οι έφηβοι των οποίων οι γονείς είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και δη η μητέρα ήταν περισσότερο πιθανό να παρέλειπαν κάποια γεύματα όπως, λόγου χάρη, το πρωινό συγκριτικά με τους έφηβους των οποίων οι γονείς ανήκαν στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Ακόμη οι έφηβοι της τελευταίας κατηγορίας κατανάλωναν περισσότερες ποσότητες φρούτων και λαχανικών συγκριτικά με τους υπόλοιπους έφηβους (De Veiga, Sichieri, 2006, Pearson et al., 2009). Γενικά ισχύει ότι η συχνότητα των οικογενειακών γευμάτων καθορίζεται ως επί το πλείστον από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας (De Veiga, Sichieri, 2006). Γενικότερα τα αγόρια καταναλώνουν περισσότερες ποσότητες φαγητών με λιπαρές ουσίες (Morton, 1998, Johnson et al., 1994). Επίσης η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να έχει άμεση σχέση με τη διατροφή των παιδιών καθώς έχει αποδειχθεί ότι έφηβοι που προέρχονταν από μονογονεϊκές οικογένειες είχαν λιγότερο υγιεινές συνήθειες συγκριτικά με τους έφηβους των πυρηνικών οικογενειών. Η επαγγελματική απασχόληση των γονέων φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη διατροφή του παιδιού καθώς έχει αποδειχθεί ότι οι έφηβοι των οποίων οι γονείς εργάζονταν με πλήρη απασχόληση κατανάλωναν λιγότερα γεύματα και περισσότερο γρήγορο φαγητό (Pearson et al., 2009). Ακόμη σε διάφορες έρευνες βλέπουμε να υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της υγιεινής διατροφής και του μεγέθους της οικογένειας. Χαρακτηριστικά έχει βρεθεί ότι τα παιδιά που δεν είχαν αδέρφια κατανάλωναν πολλές ποσότητες φρούτων και λαχανικών συγκριτικά με εκείνα που είχαν αδέρφια (Pearson et al., 2009).



### Ενδοοικογενειακές σχέσεις και Διατροφή:

Εκτός όμως από την οικογενειακή κατάσταση σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το οικογενειακό κλίμα και οι ενδοοικογενειακές σχέσεις καθώς οι τελευταίες φαίνεται να σχετίζονται με ένα πλήθος ψυχιατρικών διαταραχών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι πολλά άτομα που έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή ανέφεραν ότι ζούσαν σε καταπιεστικά περιβάλλοντα και με πολύ άσχημο συναισθηματικό κλίμα μέσα στην οικογένεια τους (Bulik, 2003, Arnow, Kenardy & Argas, 1995). Το αρνητικό αυτό κλίμα «πυροδοτεί» με μεγαλύτερες πιθανότητες την έναρξη και εγκαθίδρυση μιας διαταραχής (Orzolek – Kronner, 2002, Ringer & Mickinsey, 2007). Ακόμη έχει σημειωθεί, ότι σε οικογένειες όπου οι γονείς είναι σύμφωνοι ως προς τον τρόπο διατροφής και ανατροφής των παιδιών, τα παιδιά τους παρουσιάζουν συνήθως φυσιολογικό βάρος για το ηλικιακό στάδιο στο οποίο βρίσκονται. Αντίθετα, στις οικογένειες στις οποίες η ποιότητα του υποσυστήματος των συζύγων δεν είναι λειτουργική, τα παιδιά παρουσιάζουν κάποια διαταραχή διατροφής (Kinter, Boss & Johnson, 1981). Επιπλέον, η ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας θεωρείται ένας παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη δυσλειτουργικών συμπεριφορών διατροφής (Cox, Kotch & Everson, 2003).

Αξίζει να αναφερθεί ότι παρά τη μεγάλη «δύναμη» που έχουν οι γονείς στο συγκεκριμένο θέμα, αντιλαμβανόμαστε ότι πολλές φορές τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με διπλά και αντιφατικά μηνύματα σχετικά με θέματα διατροφής από την οικογένεια τους. Εξάλλου δεν θα πρέπει να λησμονούμε ότι οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών διαμορφώνονται από τις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές των ιδίων των γονιών τους (Birch & Davison, 2001). Χαρακτηριστικά, σε μια έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί σε παιδιά ηλικίας 4 και 5 χρονών και είχε ως στόχο να διερευνήσει τις προτιμήσεις τόσο στην τροφή όσο και στη δραστηριότητα των παχύσαρκων γονέων (και των αδύνατων) ως πιθανή αιτία για την εκδήλωση παχυσαρκίας στα παιδιά, έδειξε ότι ήταν πολύ πιθανό και τα ίδια στην ενηλικίωση τους να γίνουν παχύσαρκα (Wardle, Guthrie, Sanderson, Birch, Plomin, 2001). Γενικότερα ισχύει ότι οι δημοκρατικοί τύποι γονιών ελέγχουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών με πολύ υπεύθυνο και ψυχολογικά ώριμο τρόπο (Hubbs-Tait, Kennedy, Page, Torpham & Harrist, 2008), ενώ οι επιτρεπτικοί γονείς ελέγχουν μεν το παιδί τους στο τι θα φάει, είναι όμως περισσότερο επιεικείς απέναντι σ' αυτά που καταναλώνει καθημερινώς (Cullen, Baranowski, Rittenberry, Cosart, Owens, Hebert & Moor, 2000, Cullen, Baranowski, Rittenberry, Cosart, Owens, Hebert & Moor, 2001). Αναφορικά με τον αυταρχικό γονέα, αυτός περιορίζεται στις διατροφικές πρακτικές που εκείνος επιθυμεί και θεωρεί σωστές χωρίς να λαμβάνει υπ' όψη του τα θέλω του παιδιού το οποίο είτε φανερά είτε κρυφά κάποια στιγμή θα φάει εκείνο που επιθυμεί (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001). Ακόμα, οι ψυχολογικά «ανώριμοι» γονείς πιέζουν αρκετές φορές τα παιδιά τους προκειμένου να χάσουν κιλά ενώ τα ίδια δεν το επιθυμούν ή δεν

είναι στην κατάλληλη φάση ζωής προκειμένου να το επιτύχουν ανοίγοντας έτσι το δρόμο σε επικίνδυνες διατροφικές συμπεριφορές και διαταραχές (Ata, Ludden, Lally, 2007).

Οι οικογένειες με ισορροπημένη δομή είναι σε θέση να προσφέρουν στα μέλη τους σωστές πληροφορίες για μια υγιεινή διατροφή. Έχει παρατηρηθεί ότι οι οικογένειες που τηρούσαν κοινά γεύματα, μετέδιδαν στα παιδιά τους αξίες αναφορικά με την υιοθέτηση σωστών και υγιεινών συμπεριφορών. Αυτό εξηγείται καθώς οι γονείς μέσω αυτής της «ιεροτελεστίας» και μέσα από το δικό τους παράδειγμα έβρισκαν την ευκαιρία να υποδείξουν στα παιδιά πόσο σημαντικό είναι να προσέχουν την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνουν (Story, 2005).

### **Η σχέση της μητέρας με τη διατροφή του παιδιού:**

Οι μητέρες είναι υπεύθυνες για τη διατροφή των παιδιών στα περισσότερα ελληνικά νοικοκυριά. Επιπροσθέτως, τα παιδιά επηρεάζονται περισσότερο από τις συνήθειες που έχουν οι μητέρες τους, καθώς έρχονται σε μεγαλύτερη αλληλεπίδραση μ' αυτές. (Hale, Crouter, Gruire & Updegraff, 1995). Έχει αποδειχθεί ότι όταν οι μητέρες έδιναν μεγαλύτερη έμφαση στην επιλογή φρούτων και λαχανικών ως γεύματος στα παιδιά τους αντί για γλυκά και πολλά λιπαρά, το ίδιο προτιμούσαν στη συνέχεια και τα παιδιά. Μητέρες, αντίθετα που δεν ακολουθούσαν ένα διατροφικό πρόγραμμα στο σπίτι τους αλλά επέτρεπαν στα παιδιά από μόνα τους να επιλέξουν τι θα φάνε, τα παιδιά προτιμούσαν την κατανάλωση λιπαρών τροφών και τη χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών (Mathenson, 2006). Εύρημα έρευνας απέδειξε ότι οι έφηβες που είχαν στενό δεσμό με τη μητέρα τους ήταν περισσότερο επιρρεπείς στην ανάπτυξη κάποιας διαταραχής της διατροφής, όταν και οι μητέρες έπασχαν από κάποια διαταραχή, απ' ότι οι έφηβες που είχαν έναν στενό δεσμό με τον πατέρα τους ή με κάποιο ρομαντικό σύντροφο (Kiang & Harter 2005). Άλλη έρευνα απέδειξε ότι διαταραχές της διατροφής όπως η βουλιμία και η ανορεξία σχετίζονταν με τη μητρική συμπεριφορά. Στις περιπτώσεις βουλιμίας παρατηρήθηκε ότι τα μητρικά «όρια» ήταν ανεπαρκή και στις περιπτώσεις ανορεξίας ότι οι μητρικές επιθυμίες ήταν πολύ υψηλές για να είναι επιτεύξιμες (Waller, Hartley, 1994). Αξίζει να αναφερθεί ότι μητέρες των οποίων οι κόρες παρουσίαζαν διατροφικές διαταραχές και συγκεκριμένα έτειναν προς την παχυσαρκία υποστήριζαν ότι θα ήταν περισσότερο ελκυστικές αν έχαναν βάρος και τις προέτρεπαν προς αυτή την κατεύθυνση (Pike & Rodin, 1991). Γενικότερα είναι κοινή πεποίθηση ότι οι γονείς δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση των κοριτσιών παρά εκείνη των αγοριών, κάτι που πιθανολογείται ότι οφείλεται και σε κοινωνικά πρότυπα (McGinnis, Gootman Appleton, Kraak, Vivica, 2005). Τέλος, σημειώνεται ότι οι μητέρες που ασχολούνται με τις διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών τους ασχολούνται επίσης και με το βάρος τους (Matheson, 2006).

## **Η σχέση του πατέρα και των αδελφών με τη διατροφή του παιδιού:**

Εξίσου σημαντικός με αυτόν της μητέρας, φαίνεται να είναι και ο ρόλος του πατέρα μολονότι ο ίδιος αναμειγνύεται ελάχιστα έως και καθόλου στην αγορά τροφίμων, πόσο μάλλον στο μαγείρεμα (Pill & Parry, 1989). Αυτή η πραγματικότητα σίγουρα δεν αναιρεί τη σημαντική πατρική επιρροή στις διατροφικές επιλογές των παιδιών, η οποία αρκετές φορές χαρακτηρίζεται ισάξιας βαρύτητας με αυτήν της μητέρας (Nander, 1989). Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο από την πλευρά του πατέρα έχει συνδυαστεί με περισσότερο υγιεινές συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Da Veiga, Sichieri, 2006). Είναι αξιοσημείωτο ότι παιδιά που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή προέρχονται συνήθως από οικογένειες με ελλιπή την πατρική φιγούρα και γενικότερα με όχι υγιείς σχέσεις εντός του οικογενειακού πλαισίου (Witton, Leichner, Sanhu- Sahata & Filippel, 2007). Πρέπει επιπλέον να καταγραφεί ότι το βάρος του πατέρα αντιστοιχεί συνήθως με το βάρος του αγοριού της οικογένειας και το ίδιο ισχύει και για τα κορίτσια με τη μητέρα (Kiang & Harter 2005).

Σημαντική είναι όμως και η επιρροή των άλλων μελών της οικογένειας. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Βέλγιο διερευνήθηκαν όλα τα μέλη της οικογένειας σχετικά με τις διατροφικές επιλογές των εφήβων, οι τελευταίοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο για τις πιθανές απαντήσεις που θα έδιναν οι γονείς τους αλλά και τα αδέρφια τους. Χαρακτηριστικά για τα αδέρφια τους πίστευαν ότι μεγαλώνοντας ηλικιακά ακολουθούσαν περισσότερο υγιεινό τρόπο ζωής, κάτι το οποίο γινόταν πρότυπο προς μίμηση από τα μικρότερα αδέρφια (Bourdeaudhuij, 1997).

## **Διατροφικές διαταραχές και Οικογένεια:**

Είναι αλήθεια ότι τα παιδιά οδηγούνται πολλές φορές σε διατροφικές διαταραχές εξαιτίας των στοιχείων συμπεριφοράς των γονιών τους. Δεν είναι τυχαίο ότι γονείς των οποίων τα παιδιά έχουν αναπτύξει κάποια διαταραχή διατροφής χαρακτηρίζονται από υψηλή ανησυχία, υπερπροστατευτικότητα, αρνητική διάθεση στην επίλυση των προβλημάτων (Turner, Rose & Cooper, 2005). Οι γονείς των παιδιών αυτών δίνουν επιπλέον μεγάλη έμφαση στο ιδανικό σώμα και κυρίως στη λεπτή γυναικεία σιλουέτα, συμπεριφορά που δημιουργεί γερές βάσεις για την ανάπτυξη των διαταραχών (Davis, Shuster, Blackmore & Fox, 2004). Η εμφάνιση των διαταραχών είναι αποτέλεσμα πολλές φορές των επικριτικών σχολίων από μέλη της οικογένειας αναφορικά με το βάρος ενός παιδιού (Neumark- Sztainer, Falkner & Story, 2002, Stice, 2002, Davis et al., 2004, Smolak et al, 1999, Barr, Bryson, CelioDoyle, Luce, Cunring, Abascal, Rockwell, Field, Striegel-Moore, Winzelberg, Wilfley, 2006). Βέβαια τα άτομα που αναπτύσσουν κάποια διαταραχή της διατροφής είναι ευάλωτα, χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα άγχους και δεν οδηγούνται εκεί μόνο από τα απορριπτικά λόγια των γονιών τους και του κοινωνικού περίγυρου (Davis et al., 2004, Cole-Dotke & Kobak, 1996, Evans & Wertheim, 1997, Kenny & Hart, 1992). Κάποια «θύματα» των διατροφικών



διαταραχών σημείωσαν για τους γονείς τους, ότι ήταν υπερβολικά καταπιεστικοί και μη υποστηρικτικοί στην προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης τους (Wisotsky, Dancyger, Fornari, Katz & Swencionis, 2003, Kenny & Hart, 1992). Συνήθως οι οικογένειες που έχουν άτομα με κάποια διαταραχή της διατροφής χαρακτηρίζονται από έλλειψη συνοχής, αρνητική διάθεση, κριτική στάση, μη αποδοχή των μελών τους, ανεπάρκεια στην έκφραση των συναισθημάτων ή και αδιαφορία, κάτι που χαρακτηρίζει και τα άτομα που πάσχουν από διατροφική διαταραχή (Laliberte, Bolard, Leichner, 1999, Bachar, 1998, Fairburn, Welch, Doll, Davies, O' Connor, 1997). Τα άτομα με διατροφική διαταραχή συνήθως παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εξάρτησης από τους άλλους (Bernstein, Greenberg, 1991). Επίσης, άτομα που χαρακτηρίζονται από ανασφαλή προσκόλληση δεσμού αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας συμπεριλαμβανομένων και των διαταραχών της διατροφής (Dozier, Storall & Albus, 1999). Χαρακτηριστικά ευρήματα διάφορων ερευνών απέδειξαν ότι πολλοί προσέδιδαν μια αρνητική αξία στην εικόνα του σώματος τους εξαιτίας του ανασφαλούς τύπου δεσμού (Tasca, Ritchie, Conrad, Balfour, Gayton, Lybanon & Bissada, 2006· Troisi, Massaroni & Cuzzolaro, 2005· Gowers & Shore, 2001). Τέλος, έρευνες έχουν δείξει ότι το μεγαλύτερο μέρος της πρρόσληψης θερμίδων ενός παιδιού γίνεται από το σπίτι (Mc Ginnis, Gootman, Appleton, Kraak, Vivica, 2005). Επομένως, η παχυσαρκία σχετίζεται άμεσα με την οικογένεια αν αναλογιστεί κανείς ότι οι έφηβοι τρώνε το 68% των γευμάτων τους και το 78% των σνακ τους στο σπίτι. Συνολικά δηλαδή προσλαμβάνουν την ημερήσια ενέργεια από το σπίτι σε ποσοστό 67% και το υπόλοιπο 33% από διάφορα άλλα σημεία πώλησης φαγητού (Εθνική CSFII, παραπομπή από το Lin, 1999).

### **Ο ρόλος της Συμβουλευτικής στην προαγωγή υγιεινής διατροφής**

Στα πλαίσια της συμβουλευτικής, ο σύμβουλος προσπαθεί να βοηθήσει τα άτομα να αλλάξουν διατροφικές συνήθειες και να υιοθετήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Στη συμβουλευτική διαδικασία ο σύμβουλος ασχολείται κυρίως με τη διαμόρφωση των ιδιαίτερων εκείνων ικανοτήτων που διαθέτει το κάθε άτομο προκειμένου να μπορέσει να απαντήσει στις διάφορες διαιτητικές αλλαγές. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της δημιουργίας μιας θεραπευτικής σχέσης, η οποία βασίζεται στην ενσυναίσθηση, στην αποδοχή του ατόμου και στον σεβασμό της αξιοπρέπειας του (Achterberg et.al., 1991 ADA reports, 2004, ADA, 2006 ). Ο σύμβουλος οφείλει να κατανοήσει τις ανάγκες του ατόμου βασισμένος στις γνώσεις που πρέπει να έχει αναφορικά με τη βιολογική, γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών καθώς επίσης και με εκείνες τις επιρροές που ασκεί η οικογένεια στο κάθε παιδί ξεχωριστά (Baker et al, 2005). Ασφαλώς, διαφέρουν οι τεχνικές που μπορεί να εφαρμόσει ένας σύμβουλος προκειμένου να επιφέρει αλλαγή στη διατροφική συμπεριφορά του ατόμου. Μέσω της συνέντευξης, και λαμβάνοντας υπόψη τους προσωπικούς στόχους του κάθε ατόμου, ο σύμβουλος προσπαθεί να το βοηθήσει να αποκτήσει υγιεινή διατροφική συμπεριφορά. (Barlow And Dietz Wh.

Management of child and adolescent obesity, 2002, Beckman et al, 2006). Μέσα από αυτούς τους στόχους το άτομο συμμετέχει ενεργά στον προσδιορισμό της φύσης του προβλήματος του αλλά και στην εξεύρεση πιθανών λύσεων ([www.brightfutures.org/nutrition/pdf.index.html](http://www.brightfutures.org/nutrition/pdf.index.html), 2002). Χρησιμοποιώντας αρχές και τεχνικές που εφαρμόζονται σε κάθε είδος ψυχοθεραπείας που στοχεύει σε συμπεριφορική αλλαγή, ο σύμβουλος προσπαθεί να κατανοήσει τα αμφιθυμικά συναισθήματα που νιώθουν πολλές φορές τα παιδιά και οι έφηβοι σχετικά με την επιδιωκόμενη αλλαγή, ώστε δουλεύοντας μ' αυτά να επιτύχει το ποθητό αποτέλεσμα (Committee on Nutrition, 2003). Ο σύμβουλος πρέπει κάθε φορά να γνωρίζει το στάδιο που βρίσκεται ο «εξυπηρετούμενος- έφηβος- παιδί» ώστε η παρέμβαση του να είναι υποστηρικτική και στοχευμένη. Πρέπει να αντιληφθεί και να κατανοήσει τις πιθανές υποτροπές σε προηγούμενα στάδια (Committee on Nutrition, 2003). Έρευνες έχουν δείξει ότι μία σειρά συνεντεύξεων είναι πάρα πολύ αποτελεσματική στις περιπτώσεις εκείνες που τα παιδιά και οι έφηβοι παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα ετοιμότητας σχετικά με την επιδιωκόμενη αλλαγή (Calderon et al., 2005). Ένα ερώτημα το οποίο δεν απαντάται με ομοφωνία από τις διάφορες έρευνες αφορά στο αν η συμμετοχή των γονιών κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής εργασίας επιφέρει θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα όσον αφορά στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών των παιδιών. Πορίσματα ερευνών σημειώνουν ότι στα παιδιά ηλικίας 6-12 ετών αξιολογείται θετικά η συμμετοχή των γονιών, ενώ αντίθετα στους εφήβους αυτή κρίνεται αρνητική και λιγότερο αναγκαία. Πάντως όλοι συμφωνούν ότι οι γονείς πρέπει να στηρίζουν το παιδί και να κατανοήσουν τις αλλαγές που οφείλουν ως οικογένεια να κάνουν (ADA reports, 2004).

### Βιβλιογραφία:

- Achterberg C. (1991). 'Feasibility of telephone interviews to collect dietary recall information from children', *Journal Canadian Dietology Association*, 54,226-228
- ADA Reports (2004). 'Position of the American Dietetic Association: Dietary Guidance for healthy children aged 2-11 years, *Journal American Dietology Association*, 104, 660- 667
- ADA Reports (2006). ' Position of the American Dietetic Association: individual-family-school and community-based interventions for pediatric overweight', *JADA*, 106, 925-945
- Arrow B, Kenardy I. & Agras WS (1995). 'The emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating', *International Journal of Eating Disorders*, 18,79-90
- Ata , R.N., Ludden, a.b., & Lally, M.,M. (2007). 'The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence', *Journal Youth Adolescence*, 36,1024-1037
- Barr, C.T., Bryson, S., Celio- Doule , A.A. , Luce, K.H., Cunnring, D., Abascal, B.L.,Rockwell R., Field, E.A. , Striegel- Moore, R., Winzelberg, J. A., Wilfey, D.E., (2006) 'The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on woman at high risk for eating disorders', *Pediatrics*, 118(2), 731-738.
- Bachar, E. (1998). 'The contribution of self psychology to the treatment of anorexia and bulimia', *American Journal of Psychotherapy*, 52, 147-165.

- Baker S.(2005). 'Overweight children and adolescents: a clinical report of the North American Society for pediatric Gastrentology, Hepathology and Nutrition', *JPGN*, 2005, 40, 533-543
- Barlow S. And Dietz Wh(2002). 'Management of child and adolescent obesity:summary and recommendations based on reports from pediatricians, pediatric nurse practitioners and registered dietitians', *Pediatrics*, 110, 236-238
- Beckman H.(2006). 'Application of theory based health behavior change techniques to the prevention of obesity in children', *Journal Pediatric Nurs*, 21(4), 266-275
- Berton D.(2004). 'Role of parents on the determination of the food preferences of children and development of obesity', *International Journal of Obesity*, 2004.
- Birch, L.L., & Davinson, K.K. (2001). 'Family enviromental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight'. *Pediatric Clinic North America*, 48, 893-907
- Birch L.L. Fisher, J.O., Grimm- Thomas, K., Markley, C. N., Sawyer, R. & Johnson, S.L. (2001). 'Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: A measure of parental attitudes beliefs and practices about child feeding and obesity proneness.' *Appetite*, 36, 201-210,
- Binkley, J.k., Eales, J. & Jekanowski, M. (2004). 'The relation between dietary change and rising U.S. obesity', *International Journal Obesity*, 24, 1032-1039cc
- Bourdeauhuij I., (1997). 'Perceived family member's influence on introducing healthy food into the family', *Health Education Research* 12', 77-90
- Bulic C., (2003). 'Anxiety, depression and eating disorders. In J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (eds) *Handbook of Eating Disorders* (193-198), Chichester U.K.: Willey.
- Calderon K.(2005). 'Obesity- related cardiovascular risk factors: intervention recommendations to decrease adolescent obesity', *Journal Pediatric Nurshing*, 20(1), 314.
- Committee on Nutrition (2003). 'Policy statement, American Academy of Pediatrics, prevention of pediatric overweight and obesity', *Pediatrics*, 112 424-428
- Cox, C. E. Kotch J.B. & Eveson, M. D. (2003). *A Longitudinal Study of modifying influences in the relathionship between Domestic Violence and Child Maltreatment*. Plenum Publishing Corporation
- Cullen K. W., Baranowski, T., Rittenberry, L. Cosart C., Herbert, D. & Moor, C. (2001). 'Child reported family and peer influences on fruit juice and vegetable consumption: Reliability and validity of measures', *Health Education Research*, 16, 187-200
- Cullen K. W., Baranowski, T., Rittenberry, L. Cosart C., Herbert, D. & Moor, C. (2000). 'Socioenvironmental influences on children's fruit, juice and vegetable consumption as reported by parents: reliability and validity of measures' *Public Health Nutrition*, 3, 345-356
- Da Veiga G.V., Sichieri R. (2006). 'Correlation in food intake between parents and adolescents depends on socioeconomic level', *Nutritional Research*, 26, 517-523
- Dozier, M., Stovall, K.C. & Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. Shewer (eds), *The Handbook of Attachment* (497-519), New York, Guilfield Nurs, 2005, 20(1), 3-13.
- Fairbum, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A., O' Connor, M.E., (1997). 'Risk factors for bulimia nervosa., A community – based case- control stydy', *Archives General Psychiatry*, 54, 509-517
- Garn, S.,M., (1986). 'Family – Line and socioeconomic factors in fatness and obesity', *Nutrition*



*Reviews, 381-386*

- Gowers, S.G. & Shore, A. (2001). 'Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders', *British Journal Psychiatry*, 179, 236-242
- Hale, S.M., Crouter, A.C., Guire, S.A., & Updegraff, K.A., (1995). 'Congruence between mother's and father's family relations and children's well being', *Child Development*, 66, 116-128
- Hill, J.O., Wyatt, H.R., Reed, G.W., & Peters, J.C. (2003). 'Obesity and the environment: where do we go from here?', *Science*, 299, 853-856
- Hubbs-Tait, L., Kennedy, T.S., Page, M.C., Topham, G.L. & Harrist, A.W. (2008). 'Perental feeding practices predict authoritative, authoritarian and permissive parenting styles', *JADA*, 1154-1161
- Kenny, M., & Hart, K. (1992). 'The extent and function between parental attachment in eating disorders in a inpatient and a college sample', *Journal of Chronic Diseases*, 25, 329
- Kiang, L., & Harter, T. S. (2005). 'Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology'. *Eating Behaviors*, 7, 134-151
- Kinter M., P. G. Boss & N. Johnson (1981). *The relationship between dysfunctional family environments and family member food intake. Journal of Marriage and Family*
- Κρισωτάκη και Αποκορωνιωτάκη (2006). *Bright Futures in Practice: Nutrition* (2ed ed) (2002). ανάκτηση από [www.brightfutures.org/nutrition/pdf.index.html](http://www.brightfutures.org/nutrition/pdf.index.html), 31/12/2008
- Laliberte, M., Bolard F.j., Leichner, P. (1999). 'Family climates : Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa', *Journal Of Clinical Psychology*, 55, 1021-1040
- Lin, B., Gutrie, J., Blaylock, J., (1996). 'The diets of American's children: Influences of dining out, household characteristics and nutrition knowledge', *Economic Report*, 74
- Mathenson, D., M., Robinson t.n., Varady, A., Killen, J.D., (2006). 'Do Mexican – American mother's food related parenting practices influence their children's weight and dietary intake?', *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 1861-1865
- Mc Ginnis, J.M., J.Gootman Appleton, Kraak i., Vivica, (2005). 'Vivica food marketing of children and youth. Threat or opportunity', *National Academy Press. Κρισωτάκη και Αποκορωνιωτάκη, 2006*
- Meizi H, Anita Evans (2007). 'Are parents aware that their children are overweight or obese? Canadian Family', *Physician*, 53(9), 1493-1499
- Michaela, J.L. & Contento, I.r. (1986). 'Cognitive, motivational, social and enviromental influences on children's food choices'. *Healthy Psychology*, 5, 209-230
- Morton, J., Gutrie, I.r. (1998). 'Changes in children's total fat intake and their food group sources of fat', *Journal of Adolescent Health*, 11, 44-57
- Nader, P.r., Sallis, J.f., Patterson, T.L., Abramson, i.s., Rupp, J. W., Senn, K.L., Atkins, C. J, Roppe, B., E., Morris, J.A., Wallace, J., P. and Vega, W.A. (1989). 'A Family approach to cardiovascular risk reduction: results from the San Diego Family Health Project', *Health Education Quarterly*, 16, 229-244
- Narduzzi, K.J., & Jackson, T. (2000). *Personality Differences between eating disordered women and o non clinical comparison sample : a discriminant classification analysis*, *Journal of Clinical Psychology*, 56, 699-710
- Orzolok- Kronner, C. (2002). *The effect of attachment theory in the development of eating disorders : Can Syptoms be Proximity – Seking ? Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(6), 421-435
- Pearson, N., MacFarlane, A., Crawford, D., Biddle, S., (2009). 'Family circumstance adolescent

- dietary behaviors', *Appetite*, 52, 668-674
- Pill, R. & Parry O. (1989). 'Making changes- women, food and families', *Health Education Journal*, 48, 51-54
- Ringer, F. & Mckinsey, G. Henden, P. (2007). *Eating Disorders and attachment : The effects of Hidden Family Process on Eating Disorders*. *European Eating Disorders Review*, 15, 119-130
- Smolak, L., Levine, M.P. & Schermer, F. (1997). 'Parental input and weight concerns among elementary school children', *International Journal Disorders*, 25, 263-271
- Stice, E., (2002). 'Risk and maintenance factors for eating pathology : A meta-analytic review', *Psychological Bulletin*, 128, 825-848
- Story, M., Neumark- Stainer, D., (2002). 'Individual and environmental influences on adolescent eating behavior', *Journal of the American Dietetic Association*, 102, 40-51
- Story M. & Neumark – Stainer Dianne (2005), *A perspective on family meals : do they matter? Nutrition today*, 40 (6), 261-266
- Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). 'Looking good: family focus on appearance and the risk for eating disorders', *International Journal of Eating disorders*, 35, 136-144
- Tasca, G.A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V., & Bissada, H. (2006). 'Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge Eating Disorder : An aptitude by treatment interaction', *Psychotherapy Research*, 16 (1), 106-121
- Tinsley, B., (2003). *How Children Learn to be Healthy*. Cambridge England, Cambridge University Press
- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). 'Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders', *British Journal Clinical Psychology*, 44, 89-97
- Turrer, H.M., Rose, K.S. & Cooper, M.J., (2005). 'Schema and parental bonding in overweight and non overweight female adolescents', *International Journal of Obesity*, 29, 381-387
- Johnson, R., Johnson, D., Wang, M., Smicklas- Wright, H. (1994). 'Characterizing nutrient intakes of adolescents by sociodemographic factors', *Journal of Adolescent Health*, 15, 149-154
- Waller, G., & Hartle, P. (1994). ' Perceived parental style and eating psychopathology', *European Eating Disorders Review*, 2, 76-92
- Wardle J., Guthrie C., Sanderson, S., Birch L., Plomin R., (2001). 'Food and activity preferences in children of lean and obese parents', *International Journal of Obesity*, 25, 971-977
- Wardle, J. , (1993). 'Food choices and health evaluation', *Psychology and Health*, 8, 65-75
- Wisotsky, W., , Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotsky, L. W., & Swencionos C. (2003). 'The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder of patients in a day treatment program', *Eating Disorders*, 11, 89-99.
- Witton S.N., Leichner P., Sanhu- Sahata P. & Filippeli d., (2007). 'The research directions survey: Patient and parent perspectives of eating disorder research', *Eating Disorders*, 15, 205-216