

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΡΚΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ
ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΙ ΕΦΗΒΟΥΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
ΟΡΦΑΝΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

ΣΗΤΕΙΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

<i>Εισαγωγή</i>	4
<i>Abstract</i>	6
<i>Κεφ 1. Συμβουλευτική</i>	7
<i>1.1 Ορισμός συμβουλευτικής</i>	7
<i>1.2 Προέλευση και ανάπτυξη του κλάδου της συμβουλευτικής ψυχολογίας</i>	9
<i>1.3 Οι κυριότερες συμβουλευτικές προσεγγίσεις</i>	11
<i>1.4 Είδη συμβουλευτικής ψυχολογίας</i>	31
<i>1.5 Συμβουλευτική διαδικασία</i>	32
<i>1.6 Συμβουλευτική και φυσικό περιβάλλον</i>	38
<i>Πηγές</i>	42
<i>Κεφ 2. Συμβουλευτική παιδιών και εφήβων</i>	43
<i>2.1 Θέματα ανάπτυξης</i>	43
<i>2.2 Ιδιαιτερότητες στη συμβουλευτική παιδιών και εφήβων</i>	44
<i>2.3 Θεωρητικές Προσεγγίσεις</i>	48
<i>2.4 Ηθικά ζητήματα</i>	49
<i>Πηγές</i>	51
<i>Κεφ 3. Στοιχεία εξελικτικής ψυχολογίας στη σχολική και εφηβική ηλικία</i>	52
<i>3.1 Σχολική ηλικία</i>	52
<i>3.2 Εφηβική ηλικία</i>	55
<i>Πηγές</i>	63
<i>Κεφ 4. Διατροφή στην παιδική και εφηβική ηλικία</i>	64
<i>4.1 Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς</i>	64
<i>4.2 Διατροφικές απαιτήσεις παιδιών και εφήβων</i>	68
<i>4.3 Διατροφική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων</i>	73
<i>4.4 Φυσική δραστηριότητα σε παιδιά και εφήβους</i>	84
<i>4.5 Απόψεις παιδιών και εφήβων σχετικά με τη διατροφή και την φυσική δραστηριότητα</i>	87
<i>Πηγές</i>	90
<i>Κεφ 5. Παιδική παχυσαρκία</i>	92
<i>5.1 Ορισμός παιδικής παχυσαρκίας</i>	92
<i>5.2 Επιδημιολογία παιδικής παχυσαρκίας</i>	95
<i>5.3 Αιτιολογία παιδικής παχυσαρκίας</i>	96

5.4 Επιπλοκές παιδικής παχυσαρκίας.....	100
5.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	103
Πηγές.....	116
Κεφ 6. Διατροφική συμβουλευτική σε παιδιά κι εφήβους.....	120
6.1 Ορισμός διατροφικής συμβουλευτικής.....	120
6.2 Τεχνικές διατροφικής συμβουλευτικής σε παιδιά κι εφήβους.....	121
6.3 Μοντέλο παρέμβασης	127
6.4 Θέματα συζήτησης κατά τη διατροφική συμβουλευτική	144
6.5 Συμμετοχή γονέων.....	145
6.6 Απόψεις διαιτολόγων σχετικά με τις εμπειρίες τους στη συμβουλευτική για την αντιμετώπιση της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας.....	150
Πηγές.....	152
Επίλογος.....	156
Συνολικές Πηγές Πτυχιακής	157
Ευχαριστίες.....	169

Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους. Το γεγονός αυτό έχει προσανατολίσει το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας στην αναζήτηση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού. Πολυάριθμες μελέτες υποδηλώνουν την αναγκαιότητα ενός διαφορετικού τρόπου προσέγγισης των παιδιών από αυτόν για τους ενήλικες. Πώς μπορεί ένας διαιτολόγος να προσεγγίσει ένα παιδί/έφηβο παχύσαρκο; Επαρκούν οι επιστημονικές του γνώσεις ή θα πρέπει να αναπτύξει διαφορετικές ικανότητες για να ανταποκριθεί στις ανάγκες ενός παιδιού; Είναι εφικτή η αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς του παιδιού και με ποιούς τρόπους ο διαιτολόγος μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και στην υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου διατροφής στα παιδιά και τους εφήβους;

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει το ρόλο του διαιτολόγου στη συμβουλευτική προσέγγιση των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών σε ατομικό επίπεδο μέσα από την ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας και των επιστημονικών εξελίξεων στον χώρο της παιδικής παχυσαρκίας.

Για την πιο διεξαγωγική προσέγγιση του θέματος η ανάπτυξη κι η συγγραφή της παρούσας εργασίας βασίστηκε στη διερεύνηση και στην ανάλυση 6 βασικών θεματικών ενοτήτων:

- 1^η θεματική ενότητα: δίνει έμφαση και περιγράφει χαρακτηριστικά στοιχεία της συμβουλευτικής,
- 2^η θεματική ενότητα: προσεγγίζει τη συμβουλευτική διαδικασία στα πλαίσια της εργασίας με τα παιδιά και τους εφήβους τονίζοντας τα σημεία που τη διαφοροποιούν από αυτή με τους ενήλικες,
- 3^η θεματική ενότητα: σκοπό έχει να παρέχει πληροφορίες για την πληρέστερη κατανόηση της ανάπτυξης και της εξέλιξης των παιδιών και των εφήβων σε βιολογικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο,
- 4^η θεματική ενότητα: προσπαθεί να προσεγγίσει τις ανάγκες και τη συμπεριφορά των παιδιών σε σχέση με τη διατροφή και την φυσική δραστηριότητα,

- 5^η θεματική ενότητα: διερευνά την παιδική παχυσαρκία και δίνει έμφαση στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, πάνω στις οποίες βασίζεται η κλινική εργασία του διαιτολόγου,
- 6^η θεματική ενότητα: παρουσιάζει τις τεχνικές συμβουλευτικής κι ένα προτεινόμενο μοντέλο παρέμβασης για τον έλεγχο του βάρους στα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά.

Η εργασία βασίστηκε κυρίως στη συλλογή πληροφοριών από επιστημονικές βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο και περιορίστηκε στη διερεύνηση του θέματος σε παιδιά ηλικίας μεγαλύτερα από 6 ετών και σε εφήβους.

Abstract

The increase in the prevalence of overweight children and adolescents is especially alarming during the last decades. This has lead health professionals in seeking effective ways of management childhood obesity. Several studies show the need of a different approach of children and adolescents than that of adults. How can a dietetic professional approach an overweight child/adolescent? Is his/her scientific knowledge sufficient or should he/she have other skills in order to meet the child's/adolescent's needs? Is the change of child's/adolescent's dietary behaviour possible and how can the dietetic professional best help children and adolescents to achieve healthier eating patterns?

Goal of this paper is to investigate the dietitian's role in counseling overweight children and adolescents in individual level and it is based on the review of current bibliography and scientific evidence regarding childhood obesity.

This paper includes 6 chapters:

- 1st chapter: emphasizes and describes the general principles of counseling
- 2nd chapter: discusses counseling procession with children and adolescents emphasizing the differences between child/adolescent counseling and adult counseling
- 3rd chapter: provides information about the physical growth and psychosocial development of children and adolescents
- 4th chapter: refers to the dietary needs, dietary behaviour and physical activity of children and adolescents
- 5th chapter: discusses childhood obesity and the therapeutic approaches of overweight children and adolescents
- 6th chapter: presents dietary counseling techniques and a suggested intervention model for the weight management in children and adolescents.

This paper is mainly based on information from Internet scientific databases and is referred to counseling children older than 6 years old.

Κεφ 1. Συμβουλευτική

1.1 Ορισμός συμβουλευτικής

Ο όρος «συμβουλευτική» χρησιμοποιείται σήμερα σε πολλές διαφορετικές περιστάσεις (1,2). Αυτός ο όρος υπονοεί ότι «κάποιος δίνει ή δέχεται συμβουλή» κάτι που ήταν ο αρχικός στόχος και σκοπός της συμβουλευτικής. Σήμερα, αν κι ο όρος παραμένει ο ίδιος, ωστόσο η σημασία έχει αλλάξει κι έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί για να περιγράψουν τη λειτουργία της συμβουλευτικής θεραπείας (1). Για παράδειγμα, η συμβουλευτική μπορεί να θεωρηθεί ως ένα ιδιαίτερο είδος μιας σχέσης βοήθειας, ή ως μια ομάδα δραστηριοτήτων και μεθόδων ή να προσδιορίσει μια περιοχή όπου παρέχονται κάποιες υπηρεσίες (1,2).

Συμβουλευτική ως μια σχέση βοήθειας

Μια προσπάθεια ορισμού της συμβουλευτικής περιλαμβάνει τον προσδιορισμό μερικών κεντρικών ποιοτικών χαρακτηριστικών, που παρέχονται από τους συμβούλους στις συνεντευξιακές σχέσεις τους με τους πελάτες τους. Η πλειοψηφία των θεωρητικών θεωρούν τα χαρακτηριστικά αυτά αναγκαία, και μερικοί, όπως ο Rogers κι ο Patterson, υποστηρίζουν ότι αυτά είναι αναγκαία, αλλά κι επαρκή για την πραγματοποίηση αλλαγών στους πελάτες (2). Τα χαρακτηριστικά αυτά, που προσφέρονται από τους συμβούλους και τα οποία συχνά αναφέρονται ως «βασικές προϋποθέσεις», είναι η ενσυναίσθητη κατανόηση, ο σεβασμός για τις τάσεις του πελάτη να καθοδηγεί τη ζωή του, όπως ο ίδιος επιθυμεί, κι η αυθεντικότητα. Αυτά θεωρούνται ότι αντιπροσωπεύουν όχι μόνο τις επιδεξιότητες του συμβούλου, αλλά και τη θεμελιώδη στάση του συμβούλου απέναντι στους πελάτες του ή την ικανότητα του για αλτρουιστική φροντίδα κι ενδιαφέρον (2). Οι θεωρητικοί που θεωρούν τη συμβουλευτική ως μια σχέση τείνουν να είναι υποστηρικτές της πελατοκεντρικής ή προσωποκεντρικής συμβουλευτικής (2).

Συμβουλευτική ως μια ομάδα δραστηριοτήτων

Πολλοί θεωρητικοί κατά την απόδοση του όρου «συμβουλευτική» τονίζουν το στοιχείο της διαδικασίας (3). Σύμφωνα με τους θεωρητικούς αυτούς, η

συμβουλευτική είναι μια ομάδα δραστηριοτήτων και μεθόδων, που χρησιμοποιούν οι σύμβουλοι, όταν δουλεύουν με τους πελάτες τους (2). Ενδεικτικά, ο Tyler αναφέρει ότι η συμβουλευτική «...είναι μια βοηθητική διαδικασία που στοχεύει, όχι στο να αλλάξει τον άνθρωπο, αλλά να τον βοηθήσει να χρησιμοποιήσει τα προσόντα που διαθέτει για να αντιμετωπίσει με επιτυχία τη ζωή...είναι η διαδικασία που έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει το άτομο να απαντήσει στο ερώτημα 'Τί θα κάνω;» (3). Το στοιχείο της διαδικασίας στη συμβουλευτική τονίζεται ιδιαίτερα από τους θεωρητικούς της ψυχαναλυτικής (2) και της συμπεριφορικής κατεύθυνσης (2,3).

Παρόλα αυτά, η συμβουλευτική, είτε θεωρείται ως μια σχέση βοήθειας, που χαρακτηρίζεται από βασικές προϋποθέσεις, είτε ως μια ομάδα δραστηριοτήτων και μεθόδων που έχουν προκύψει από διαφορετικές θεωρητικές θέσεις, είναι μια ψυχολογική διαδικασία. Οι κύριοι λόγοι για τη βασική σχέση ανάμεσα στην ψυχολογία και τη συμβουλευτική είναι: α) οι στόχοι της συμβουλευτικής είναι ψυχολογικής φύσεως, όπως για παράδειγμα το να βοηθήσει τους πελάτες να διερευνούν, να κατανοούν και να διαφοροποιούν τις αντιλήψεις και τη συμπεριφορά τους, έτσι ώστε να αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τη ζωή β) οι θεωρίες από τις οποίες έχουν προκύψει οι στόχοι της συμβουλευτικής, είναι ψυχολογικές. Η μεγάλη πλειοψηφία των θεωρητικών της συμβουλευτικής ήταν ψυχολόγοι γ) η διαδικασία της συμβουλευτικής είναι ψυχολογική. Είναι μια συνεχής αλληλεπίδραση ανάμεσα σε 2 ή περισσότερα άτομα, που επιδίδονται σε διάφορα είδη συμπεριφοράς. Επίσης, οι πολυάριθμες προσπάθειες, που έχουν γίνει να περιγραφούν οι συμπεριφορές του αποτελεσματικού συμβούλου, ποικιλοτρόπως περιλαμβάνουν ψυχολογικές έννοιες (εμπάθεια, γνησιότητα, μίμηση προτύπων) δ) η ψυχολογική έρευνα συνεισφέρει στη δημιουργία θεωριών συμβουλευτικής και στην αξιολόγηση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της συμβουλευτικής (2).

Συμβουλευτική ως μια περιοχή όπου παρέχονται κάποιες υπηρεσίες

Οι προσπάθειες για τη διαφοροποίηση της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας δεν είναι ποτέ ολοκληρωτικά επιτυχείς. Φαίνεται ότι καμία πραγματικά έγκυρη διάκριση δεν μπορεί να γίνει ανάμεσα στη συμβουλευτική και στις ψυχολογικές θεραπείες με βάση τις δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στη συμβουλευτική ή τη θεραπευτική διαδικασία. Στο μόνο σημείο που διαφέρουν μεταξύ τους είναι η διαφοροποίηση των πελατών τους. Γενικά, η συμβουλευτική επικεντρώνεται σε

λιγότερο διαταραγμένους πελάτες σε εξω-νοσοκομειακές μονάδες, ενώ οι ψυχολογικές θεραπείες επικεντρώνονται σε μέτρια ως σοβαρά διαταραγμένους πελάτες, συμπεριλαμβάνοντας αυτούς που διαγιγνώσκονται ως ψυχωσικοί, σε εσωτερικές ή εξωτερικές ιατρικές μονάδες (2).

Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρία (1956) λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιομορφίες και τις ιδιαιτερότητες των ποικίλων θεωρητικών κατευθύνσεων για τον προσδιορισμό της συμβουλευτικής, όρισε τη συμβουλευτική ψυχολογία ως:

« ...την ειδικότητα σύμφωνα με την οποία ο σύμβουλος ψυχολόγος βοηθά το συμβουλευόμενο να βελτιώσει την προσωπική του κατάσταση, να ανακουφιστεί από τη λύπη και τη στεναχώρια, να επιλύσει τις κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζει, να αναπτύξει την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων του και να μπορεί να παίρνει μόνος του αποφάσεις. Επίσης, υποστηρίζει την ψυχολογική ανάπτυξη κι εξέλιξη του συμβουλευόμενου, βοηθώντας τον να κάνει καλύτερη χρήση των αποθεμάτων και των ικανοτήτων που διαθέτει ή δείχνοντας του το δρόμο για την ανάπτυξη μεθόδων που θα τον διευκολύνουν να βοηθήσει μόνος του τον εαυτό του.

Ο σύμβουλος ψυχολόγος, για να πλησιάσει το συμβουλευόμενο, χρησιμοποιεί συστηματικές προσεγγίσεις που στηρίζονται στην έρευνα, ώστε να βοηθήσει τον εαυτό του αλλά και το συμβουλευόμενο να κατανοήσει πληρέστερα τα προβλήματα του και να αναπτύξει πιθανούς τρόπους επίλυσης τους. Τα προβλήματα που οδηγούν ένα άνθρωπο να ζητήσει τη βοήθεια του συμβουλευτικού ψυχολόγου, ξεπηδούν από περιβαλλοντικές επιδράσεις κι επιρροές ή από εσωτερικές συγκρούσεις και μπορεί να είναι επαγγελματικά, εκπαιδευτικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, εξελικτικά ή προβλήματα υγείας» (3).

1.2 Προέλευση κι ανάπτυξη του κλάδου της συμβουλευτικής ψυχολογίας

Η συμβουλευτική ψυχολογία έχει τις ρίζες της σε ποικίλες και διαφορετικές πηγές που εμφανίστηκαν στις αρχές του αιώνα μας. Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και την εξέλιξη της διαδραμάτισαν οι θεωρητικές εξελίξεις κι η πρόοδος στην έρευνα, καθώς και τα εκάστοτε οικονομικά και κοινωνικά ρεύματα. Οι πρωταρχικές της ρίζες βρίσκονται: 1) στην εργασία του Frank Parsons και την αύξηση του κινήματος του επαγγελματικού προσανατολισμού, 2) στο όλο κίνημα της ψυχικής υγιεινής, 3) στη μελέτη των ατομικών διαφορών σε συνδυασμό με την εξέλιξη της ψυχομετρίας, 4)

στην εξέλιξη της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας αποσυνδεδεμένης με την ιατρική και την κλασική ψυχανάλυση και, 5) στις κοινωνικές και οικονομικές δυνάμεις και στην εξέλιξη της κοινωνίας κατά το πρώτο ήμισυ του αιώνα μας (3).

1) Η Βιομηχανική Επανάσταση έθεσε τα θεμέλια για την εξέλιξη της συμβουλευτικής ψυχολογίας και του επαγγελματικού προσανατολισμού. Η εμφάνιση νέων επαγγελμάτων δημιούργησε την ανάγκη ειδικών που θα βοηθήσουν τους νέους να προσανατολιστούν επαγγελματικά. Το 1908 ο Frank Parsons δημιούργησε μια συμβουλευτική υπηρεσία στη Βοστώνη των ΗΠΑ, που είχε ως κύριο έργο της τον επαγγελματικό προσανατολισμό. Χρησιμοποίησε τη συμβουλευτική ως μια μέθοδο πρόβλεψης, ερμηνείας και κατηγοριοποίησης των ατομικών χαρακτηριστικών των εφήβων που εγκατέλειπαν το σχολείο και παράλληλα ως μια μέθοδο για την επιτυχέστερη επιλογή επαγγέλματος

2) Σημαντική επίδραση στην εξέλιξη της συμβουλευτικής ψυχολογίας είχε το κίνημα της ψυχικής υγιεινής. Το ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία των ανθρώπων εντοπίζεται γύρω στα 1908, όταν το κοινό άρχισε να ευαισθητοποιείται στις συνθήκες κάτω από τις οποίες ζούσαν οι ψυχικά ασθενείς στα ψυχιατρεία.

3) Η συμβουλευτική έχει, επίσης, τις ρίζες της στο ψυχομετρικό κίνημα και στη μελέτη των ατομικών διαφορών, που ξεκίνησαν με την εργασία του Α. Binet στη Γαλλία το 1900. Οι Binet και Simon ανέπτυξαν μια κλίμακα νοημοσύνης για την αξιολόγηση παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες στα γαλλικά σχολεία. Αργότερα αναπτύχθηκαν διάφορες κλίμακες νοημοσύνης που χρησιμοποιήθηκαν για την επιλογή, κατηγοριοποίηση κι αξιολόγηση διαφόρων ομάδων ατόμων. Η όλη ψυχομετρική κίνηση βοήθησε όχι μόνο στην ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από τις ατομικές διαφορές στη νοημοσύνη, τις δεξιότητες, τα ενδιαφέροντα και την προσωπικότητα, αλλά έθεσε και τα θεμέλια για τη μετάβαση από την επαγγελματική οδηγική στη συμβουλευτική ψυχολογία.

4) Μια τέταρτη πηγή της συμβουλευτικής είναι η ανάπτυξη της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας από μια μη-ιατρική και μια μη-ψυχαναλυτική άποψη, που συνδέεται κυρίως με την εργασία του Carl Rogers. Η άποψη του C. Rogers ότι η ψυχοθεραπεία μπορούσε να γίνει κι από ανθρώπους που δεν κατείχαν πτυχίο ιατρικής κι όχι μόνο από καλά εκπαιδευμένους ψυχιάτρους - όπως συνηθίζονταν μέχρι τότε, διεύρυνε τα θέματα της συμβουλευτικής ψυχολογίας συμπεριλαμβάνοντας και την ατομική συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία.

5) Η πέμπτη ιστορική πηγή της συμβουλευτικής ψυχολογίας εντοπίζεται στην οικονομική και κοινωνική εξέλιξη της κοινωνίας, ιδιαίτερα της αμερικανικής. Γενικότερα, η οικονομική κατάσταση, οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις, οι πληθυσμιακές μετακινήσεις κι αλλαγές αποτέλεσαν μερικές από τις πιο σημαντικές επιδράσεις στη συμβουλευτική ψυχολογία. (3).

Σημασία της συμβουλευτικής ψυχολογίας

Οι συνεχείς και ραγδαίες αλλαγές, που υφίστανται οι θεσμοί κι η κοινωνία γενικότερα σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο, δημιουργούν ανάγκες ποσοτικά, αλλά και ποιοτικά διαφορετικές από αυτές των παλιότερων χρόνων.

Η συμβουλευτική ψυχολογία αναγνωρίζοντας τις αλλαγές των ανθρώπινων αναγκών που γεννά η σύγχρονη κοινωνία, έχει προσαρμοστεί κι επεκτείνει το πεδίο έρευνας και δράσης της για να αγγίξει όλους τους τομείς, που απαρτίζουν τη ζωή του ανθρώπου. Σε συνεργασία με άλλες συναφείς ανθρωπιστικές επιστήμες, στοχεύει να βοηθήσει άτομα ή ομάδες κάθε ηλικίας να αντιμετωπίσουν προβλήματα που πηγάζουν από τον χώρο της παιδείας, της σταδιοδρομίας, των διαφυλικών σχέσεων, του γάμου, της οικογένειας, της υγείας, της γήρανσης και των περιπτώσεων κοινωνικής ή βιολογικής αναπηρίας.

Η ανάγκη για εκπαιδευτική, επαγγελματική, ατομική ή άλλη συμβουλευτική έχει γίνει πλέον συνείδηση στους γονείς, στους παιδαγωγούς, τους ψυχολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους λειτουργούς υγείας (3).

1.3 Οι κυριότερες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Ψυχαναλυτική θεωρία

Είναι η θεωρία που αναπτύχθηκε από τον Sigmund Freud και που υποστηρίζει την επίδραση των δυνάμεων του ασυνειδήτου στην ψυχική ζωή και στην προσαρμογή του ανθρώπου. Θεωρείται η προσέγγιση που επηρέασε περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη την ιστορία της ψυχολογίας και προκάλεσε και πάρα πολλές αντιδράσεις. Παρά τις σφοδρές κριτικές που έχει δεχθεί από τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους, κανείς δεν αμφισβητεί το τεράστιο επίτευγμα του Freud που ήταν ότι πρώτος αυτός ανέπτυξε μια περιεκτική θεωρία της προσωπικότητας κι ότι συνέβαλε σημαντικά

στην ερμηνεία και την κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ιδιαίτερα με την έννοια του ασυνείδητου που εισήγαγε (3).

Για την καλύτερη κατανόηση της θεωρίας του Freud θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η εποχή στην οποία αναπτύχθηκε και οι επιδράσεις που δέχθηκε. Οι σημαντικότερες επιδράσεις στην ψυχαναλυτική θεωρία του Freud θεωρούνται ότι αποτελούν η θεωρία του Δαρβίνου, η ανάπτυξη της συνειρμικής ψυχολογίας, η οποία προώθησε την ψυχολογική ιδέα του συνειρμού, η ανάπτυξη της νευρολογίας κι η φιλοσοφία του ντετερμινισμού (3).

Ο Freud θεωρούσε τον άνθρωπο βιολογικό ον, που αποτελεί μέρος του φυσικού κόσμου (3), και του οποίου η συμπεριφορά καθορίζεται από μη λογικές δυνάμεις, ασυνείδητα κίνητρα και βιολογικά ένστικτα (4). Τα ένστικτα κατέχουν κεντρική θέση στην φροϋδική προσέγγιση (4). Το ένστικτο της ζωής και το ένστικτο του θανάτου αποτελούν τα δυο βασικά ένστικτα του ανθρώπου. Το ένστικτο της ζωής, η libido, είναι η ψυχική ενέργεια που ενεργοποιεί και κινητοποιεί τον άνθρωπο προς την ευχαρίστηση και τη δημιουργία. Είναι η πηγή της ζωής. Το ένστικτο του θανάτου λειτουργεί αντίθετα με το ένστικτο της ζωής και γεννάει παρορμήσεις αυτοκαταστροφικές (5).

Η άποψη του Freud για την ανθρώπινη εξέλιξη ήταν καθαρά αιτιοκρατική (5). Πίστευε πως οι εμπειρίες του ανθρώπου παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ανθρώπινης προσωπικότητας κι ότι οι βάσεις της μελλοντικής του συμπεριφοράς θέτονται στη βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία (2,3).

Η έμφαση της ψυχαναλυτικής θεωρίας στα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου για την κατανόηση της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του, οδήγησε στην ανάπτυξη της θεωρίας της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης (3). Κατά τον Freud η προσωπικότητα αναπτύσσεται ακολουθώντας τη διαδοχική εμφάνιση 4 ψυχοσεξουαλικών σταδίων (5). Κάθε στάδιο αναφέρεται σε μια περίοδο της ζωής του και συνδέεται με μια ερωτογενή ζώνη του σώματος, στην οποία περικλείεται η ενέργεια της libido κι η οποία ζητάει η ικανοποίηση. Οι τρεις βασικές ερωτογενείς ζώνες είναι το στόμα, ο πρωκτός και τα γεννητικά όργανα. Αυτές αποτελούν τις πρώτες πηγές ερεθισμού και συνδέονται με τις πρώτες σημαντικές εμπειρίες ευχαρίστησης (3).

Τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης από τη γέννηση μέχρι το τέλος της εφηβείας είναι τα εξής:

1) **Στοματικό στάδιο** (γέννηση μέχρι 1 ½ έτους). Το στόμα αποτελεί την κύρια πηγή δυναμικής δραστηριοποίησης (3) και το βρέφος ικανοποιείται κυρίως με όσες ενέργειες σχετίζονται με αυτή την περιοχή (5).

2) **Πρωκτικό στάδιο** (1 ½ μέχρι 3 ετών). Ο πρωκτός γίνεται η κύρια περιοχή ψυχικής έντασης κι ευχαρίστησης (3). Η ικανοποίηση απορρέει από την κατακράτηση ή την αποβολή των περιττωμάτων από τον οργανισμό (3,5).

3) **Φαλλικό στάδιο** (3 ½ μέχρι 6 ετών). Στο στάδιο αυτό η libido συνδέεται με τη γεννητική χώρα (3,5) κι η ικανοποίηση της απορρέει από την αφή, την έκθεση και το παιχνίδι των παιδιών με τα γεννητικά τους όργανα (3). Είναι η περίοδος την οποία ο Freud ονομάζει «οιδιπόδεια». Τα παιδιά, ανάλογα με το φύλο τους, αναπτύσσουν ασυνείδητα σεξουαλικές παρορμήσεις για το γονέα του αντίθετου φύλου κι εχθρικά αισθήματα για το γονέα του ίδιου φύλου (5). Η αποδοκιμασία του παιδιού από τους γονείς για αυτού του είδους σεξουαλικού ενδιαφέροντος κι η απειλή της τιμωρίας, οδηγεί στην ανάπτυξη του φόβου του ευνουχισμού στα αγόρια και στην πρόκληση του φθόνου του πέους στα κορίτσια (3). Φυσιολογικά η σύγκρουση που βιώνει το παιδί επιλύεται με τη διαδικασία της ταύτισης. Το παιδί ταυτίζεται με το γονέα του ίδιου φύλου εσωτερικεύοντας τα χαρακτηριστικά του φύλου (5). Σε περίπτωση που το παιδί δε μπορέσει να επιλύσει αυτή τη σύγκρουση, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξει σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας (3).

4) **Στάδιο λανθάνουσας σεξουαλικότητας** (6 ετών μέχρι την αρχή της εφηβείας). Στο στάδιο αυτό η σεξουαλική ενέργεια θεωρείται ότι βρίσκεται σε κατάσταση νάρκης (3).

5) **Γενετήσιο στάδιο** (αρχή μέχρι τέλος εφηβείας). Την περίοδο αυτή η libido είναι συγκεντρωμένη στη γεννητική ερωτογενή ζώνη, με τρόπο όμως διαφορετικό από ότι ήταν στο φαλλικό στάδιο. Η σεξουαλικότητα είναι πλέον συνειδητή, ως αποτέλεσμα της βιολογικής ωρίμανσης στην εφηβική ηλικία (5). Το άτομο στρέφεται στην ανεύρεση του κατάλληλου σεξουαλικού συντρόφου για την ικανοποίηση των σεξουαλικών του ενστίκτων (3).

Η σημαντικότερη συνεισφορά της ψυχαναλυτικής θεωρίας στην κατανόηση της ανθρώπινης προσωπικότητας είναι η προσπάθεια ανάλυσης και περιγραφής του ανθρώπινου ψυχισμού (3,5). Ο Freud αρχικά παρουσίασε 3 επίπεδα συνείδησης στον άνθρωπο: το ασυνείδητο, το προσυνειδητό και το συνειδητό (3). Το ασυνείδητο αποτελεί το μέρος του ψυχισμού, του οποίου ο άνθρωπος δεν έχει επίγνωση.

Περιλαμβάνει τις βασικές ορμές ψυχικής ενέργειας, τις επιθυμίες, τις παρορμήσεις καθώς και τις εμπειρίες που έχουν αποθηθεί στη συνείδηση ή έχουν λησμονηθεί. Το προσυνειδητό είναι η «λογοκρισία», από την οποία περνούν όλες οι αναμνήσεις του ασυνείδητου για να αποφασιστεί αν θα τους επιτραπεί η είσοδος στη συνείδηση ή αν θα αποθηθούν στο ασυνείδητο. Το συνειδητό επίπεδο περιλαμβάνει όλα αυτά των οποίων ο άνθρωπος έχει επίγνωση (3).

Αργότερα, ο ίδιος μιλώντας για τη δομή της προσωπικότητας, μετονόμασε τις έννοιες αυτές σε Εκείνο, Εγώ και Υπερεγώ, και περιέγραψε τη δομική σχέση μεταξύ τους (3). Σύμφωνα με τον Freud, τα τρία αυτά μέρη της προσωπικότητας είναι αλληλοεξαρτώμενα (3), βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους (3,5) και τα αποτελέσματα της αλληλεπίδρασης τους είναι η ανθρώπινη συμπεριφορά (5).

Το **Εκείνο** αποτελεί το ασυνείδητο μέρος της προσωπικότητας (4) κι υπάρχει κατά τη γέννηση (3). Συνιστά την κύρια πηγή της ψυχικής ενέργειας και την έδρα των ενστίκτων (4). Το Εκείνο λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της ευχαρίστησης και το ένστικτο της καταστροφής. Σε περιπτώσεις ιδανικής προσαρμογής οι δυο αυτές ορμές αλληλεπιδρούν κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να εξουδετερώνουν τις πρωτόγονες εκφράσεις τους (3).

Το **Εγώ** αρχίζει να αναπτύσσεται μετά από τη γέννηση του ανθρώπου (3) και λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της πραγματικότητας (4). Βρίσκεται ανάμεσα στις απαιτήσεις του Εκείνου και τους περιορισμούς που επιβάλλει η πραγματικότητα και προσπαθεί να συμμορφώσει τις ορμές του Εκείνου με τις απαιτήσεις της πραγματικότητας. Περιλαμβάνει λειτουργίες όπως τη λογική σκέψη, την επίλυση προβλημάτων και την εποικοδομητική και δημιουργική σκέψη (3).

Το **Υπερεγώ** είναι η συνείδηση του ανθρώπου (3) και περιλαμβάνει το σύνολο των κανόνων, των ηθικών επιταγών και των αξιών, που έχει διαμορφώσει κι επιβάλλει η κοινωνία (5). Αντιπροσωπεύει το ιδανικό παρά το πραγματικό κι επιδιώκει όχι την ευχαρίστηση, αλλά την τελειότητα (4). Το **Υπερεγώ** δεν υπάρχει κατά τη γέννηση. Η ανάπτυξη του αρχίζει γύρω στα 4 χρόνια της ζωής του παιδιού (3).

Όταν το Εκείνο, το Εγώ και το Υπερεγώ ισορροπούν, υπάρχει προσαρμογή. Αν αυτή η ισορροπία διαταραχθεί, τότε αναπτύσσονται συμπτώματα μη προσαρμοσμένης συμπεριφοράς (3).

Η αδυναμία του Εγώ να ελέγξει τις παρορμήσεις του Εκείνου κι η κριτική που δέχεται από το Υπερεγώ οδηγούν συχνά στη δημιουργία άγχους στον άνθρωπο (3).

Για να αποφύγει το άγχος, ο άνθρωπος αναπτύσσει διάφορους μηχανισμούς άμυνας (3). Βασικά γνωρίσματα των μηχανισμών αυτών είναι ότι αρνούνται /διαστρέφουν την πραγματικότητα κι ότι λειτουργούν σε ένα ασυνείδητο επίπεδο (4). Οι μηχανισμοί άμυνας θεωρούνται φυσιολογικές παρά παθολογικές συμπεριφορές (4). Στην περίπτωση μόνο που η καταφυγή του ατόμου στους αμυντικούς μηχανισμούς είναι τόσο συχνή, ώστε να γίνεται ο κυρίαρχος τρόπος αντίδρασης τους και να αποδιοργανώνει την προσωπικότητα του, τότε μπορεί να θεωρηθεί επιβλαβής (5).

Οι πιο σημαντικοί μηχανισμοί άμυνας είναι οι εξής:

- 1) **Εκλογίκευση**. Το άτομο δίνει εσφαλμένες, αλλά κοινωνικά αποδεκτές ερμηνείες για να δικαιολογήσει τη συμπεριφορά του (3).
- 2) **Προβολή (projection)**. Είναι η απόδοση σε άλλο άτομο των προσωπικών ασυνείδητων συναισθημάτων (6).
- 3) **Παλινδρόμηση (regression)**. Το άτομο υποχωρεί σε προηγούμενη συμπεριφορά, όπου το άγχος ήταν μικρότερο (3).
- 4) **Απόθηση (repression)**. Είναι ο αποκλεισμός των ανεπιθύμητων παρορμήσεων και συναισθημάτων από τη συνείδηση κι η αναστολή της πράξης ή της συμπεριφοράς μέσα από την οποία θα εκδηλωνόταν οι επιθυμίες καθώς κι οι οργανικές εκδηλώσεις που συνοδεύουν μια πράξη (6).
- 5) **Υπεραναπλήρωση ή συμπεριφορά από αντίδραση (overcompensation, reaction formation)**. Περιλαμβάνει τη μετατροπή μιας ανεπιθύμητης ορμής ή συμπεριφοράς στην εκ διαμέτρου αντίθετή της (3).
- 6) **Μετουσίωση (sublimation)**. Περιλαμβάνει τη μετάθεση των ενστικτωδών σεξουαλικών ορμών σε κοινωνικές, περισσότερο αποδεκτές συμπεριφορές (2).
- 7) **Μετάθεση (displacement)**. Η συναισθηματική αξία που έχει συνδεθεί με μια ιδέα ή ένα άτομο μεταφέρεται σε μια άλλη ιδέα ή άνθρωπο (3).
- 8) **Άρνηση**. Είναι η άρνηση, που προβάλλει το άτομο να αναγνωρίσει την πραγματικότητα (3,6).
- 9) **Ταύτιση (identification)**. Το άτομο αποκτά ένα αυξημένο αίσθημα προσωπικής αξίας ταυτιζόμενο με άλλα σημαντικά πρόσωπα ή καταστάσεις (3).
- 10) **Ματαίωση (undoing)**. Το άτομο που σκέφτεται ή πράττει με βάση μια ανεπιθύμητη ορμή, προσπαθεί να αποζημιωθεί κάνοντας κάτι που θα του αποσβέσει την ανεπιθύμητη ορμή (3).

Βασικός στόχος της ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ανθρώπου ανακαλύπτοντας και αποκαλύπτοντας τις ασυνείδητες σκέψεις, συναισθήματα και διαδικασίες (3) και ενδυναμώνοντας το Εγώ, έτσι ώστε η συμπεριφορά να βασίζεται περισσότερο στην πραγματικότητα και λιγότερο στις ενστικτώδεις επιθυμίες (4). Για την επίτευξη αυτού του στόχου η ψυχανάλυση χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές και διεργασίες, όπως είναι:

1) **Ελεύθεροι συνειρμοί.** Το άτομο λέει ότι του έρχεται στο μυαλό χωρίς να κάνει συνειδητές επιλογές ή να προσπαθεί να συνδέσει λογικά αυτά που λέει (3). Στόχος του θεραπευτή είναι να προσδιορίσει το υλικό που έχει απωθηθεί κι έχει εγκλωβιστεί στο ασυνείδητο (4).

2) **Μεταβίβαση (transference).** Η μεταβίβαση είναι ένα είδος σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του ψυχοθεραπευτή και πελάτη, όπου ο πελάτης αντιδρά προς το θεραπευτή με τρόπους που έχει χρησιμοποιήσει στο παρελθόν στις σχέσεις του με άλλα ισχυρά πρόσωπα. Αντιδράσεις σαν αυτές αν και διαστρέφουν την πραγματική σχέση θεραπευτή και πελάτη, προσφέρουν νύξεις για τα πιθανά προβλήματα με τα άλλα ισχυρά πρόσωπα στο παρελθόν (3).

3) **Αντιστάσεις.** Πρόκειται για όλες τις δυνάμεις του ανθρώπου που ανθίστανται στο να γίνουν συνειδητές οι ασυνείδητες σκέψεις κι επιθυμίες του (2,3). Αναφέρεται σε οποιαδήποτε ιδέα, στάση, συναίσθημα ή πράξη (συνειδητή ή ασυνείδητη), η οποία ενδυναμώνει το status quo κι εμποδίζει την αλλαγή (4). Σύμφωνα με τον Freud οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τις αντιστάσεις για να προστατεύσουν τον εαυτό τους από το πόνο και το άγχος, που θα προέκυπτε, αν αποκτούσαν συνείδηση των απωθημένων ορμών και συναισθημάτων τους (4). Κύρια φροντίδα των ψυχοθεραπευτών είναι η προσπάθεια εξασθένησης κι υπερνίκησης των αντιστάσεων που προβάλλει το άτομο (2).

4) **Ανάλυση ονείρων.** Κατά τη διάρκεια του ύπνου το Εγώ μειώνει την απώθηση του κι επομένως, το ασυνείδητο υλικό γίνεται συνειδητό με την μορφή των ονείρων (2). Ο Freud έβλεπε τα όνειρα ως «το βασιλικό δρόμο για το ασυνείδητο» (4) κι ως τη μεταμφιεσμένη εκπλήρωση των απωθημένων επιθυμιών (2). Ακόμα όμως και στον ύπνο το Εγώ λογοκρίνει το απωθημένο υλικό κι οι άδηλες ονειρικές σκέψεις διαστρέφονται, ώστε το περιεχόμενο του ονείρου να είναι λιγότερο απειλητικό. Η ερμηνεία του ονείρου περιλαμβάνει την κατανόηση των άδηλων ονειρικών σκέψεων, που παρουσιάζονται μεταμφιεσμένες με τη διαδικασία της ονειρικής εργασίας (dream work) (2).

5) **Ερμηνεία.** Η ερμηνεία αποτελεί την αναγνώριση (identification), την επεξήγηση και τη μετάφραση της συμπεριφοράς του πελάτη, όπως αυτή εκδηλώνεται στα όνειρα, τους ελεύθερους συνειρμούς, τις αντιστάσεις και τη θεραπευτική σχέση την ίδια. Η λειτουργία της έγκειται στο να διευκολυνθεί η διαδικασία αποκάλυψης περισσότερου ασυνείδητου υλικού. Η ερμηνεία θα πρέπει να παρουσιάζεται όταν το φαινόμενο που πρόκειται να ερμηνευτεί βρίσκεται κοντά στη συνείδηση του πελάτη (4).

Για την επιτυχή διεξαγωγή της θεραπείας έμφαση δίνεται στη θεραπευτική σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και τον πελάτη (4). Η σχέση ανάμεσα στον πελάτη και το θεραπευτή βασίζεται στην έννοια της μεταβίβασης (4). Προκειμένου να ενθαρρύνουν μια μεταβιβαστική σχέση, όπου ο πελάτης θα κάνει προβολές προς το πρόσωπο τους αναβιώνοντας προγενέστερες συγκρούσεις, οι θεραπευτές διατηρούν μια ουδέτερη στάση, δίνοντας την εντύπωση «κενής οθόνης» στους πελάτες τους (4). Αποκαλύπτουν πολύ λίγα στοιχεία για τον εαυτό τους και σπάνια εκδηλώνουν τις προσωπικές τους αντιδράσεις. Απαραίτητη προϋπόθεση για να λειτουργήσει η προσέγγιση αυτή είναι η προθυμία του πελάτη να εμπλακεί σε μια εντατική και μακροχρόνια θεραπευτική διαδικασία, αποδεχόμενος τις διεργασίες και το πλαίσιο της ψυχανάλυσης (4).

Κριτικός σχολιασμός της ψυχαναλυτικής προσέγγισης

Αν κι η ψυχανάλυση θεωρείται ο βασικός λίθος για τις άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις (4) έχει κατακριθεί σημαντικά (3,5).

Η βασική κριτική εναντίον του Freud προέρχεται από τους υποστηρικτές της συμπεριφορικής προσέγγισης, οι οποίοι χαρακτήρισαν τη θεωρία του μη επιστημονική, αφού ούτε να αποδειχτεί, αλλά ούτε να απορριφθεί πειραματικά μπορεί (5). Μια άλλη κριτική της ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι ότι ένα σημαντικό ποσοστό των διαταραγμένων ασθενών δεν έχουν τη δύναμη του Εγώ, που απαιτείται για αυτή τη θεραπεία (4).

Πέρα από τις παραπάνω κριτικές, πολλές άλλες στάθηκαν στις επιμέρους έννοιες κι ιδέες που εισήγαγε η φροϋδική θεωρία (5). Αναφερόμενος στους περιορισμούς της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, ο Corey θεωρεί ότι η στάση του θεραπευτή, με

εξαίρεση την τυπική ψυχανάλυση, είναι ακατάλληλη για την τυπική διαδικασία της συμβουλευτικής (4).

Προσωποκεντρική θεωρία (πρώην Πελατοκεντρική θεωρία)

Εμπνευστής της προσωποκεντρικής θεωρίας είναι ο Carl Rogers, του οποίου το όνομα είναι άρρηκτα συνδεδεμένο μαζί της. Η προσωπο-κεντρική θεωρία τονίζει τη σπουδαιότητα του εαυτού ως ενωτικής και καθοδηγητικής δύναμης στη συμπεριφορά κι υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος διαθέτει από μόνος του την ικανότητα για προσωπική ανάπτυξη κι αυτοπραγμάτωση. Η προσωποκεντρική θεωρία είχε τεράστια απήχηση κι επηρέασε βαθύτατα όχι μόνο την ψυχολογία και την ψυχοθεραπεία, αλλά κι άλλους κλάδους όπως την εκπαίδευση, την κοινωνική εργασία και τον κλήρο (3).

Πρόκειται για μια ανθρωπιστική προσέγγιση που αναπτύχθηκε από το φιλοσοφικό υπόβαθρο της υπαρξιακής παράδοσης (4). Η προσωποκεντρική θεωρία έχει πολλά κοινά στοιχεία με τον υπαρξισμό. Στοιχεία που τονίζουν και οι δυο θεωρητικές κατευθύνσεις είναι η σπουδαιότητα της εμπειρίας για τον ίδιο τον άνθρωπο και το πώς ο ίδιος την αντιλαμβάνεται, η προσωπική ευθύνη κι η ελευθερία επιλογής (3,4).

Η βασική υπόθεση που διατυπώθηκε από τον Rogers είναι ότι η εμπειρία είναι υποκειμενική. Οτιδήποτε αντιλαμβάνεται ή βιώνει ο άνθρωπος συνιστά μια ψυχολογική παρά μια αντικειμενική πραγματικότητα (3). Οι αντιλήψεις του πελάτη εξετάζονται ως η δική του εκδοχή για την πραγματικότητα. Αυτή η έμφαση στην υποκειμενική, αντιληπτική άποψη του πελάτη, οδήγησε στον προσδιορισμό της θεωρίας του Rogers ως «πελατοκεντρική» (2). Ως ψυχολογικά προσαρμοσμένο άτομο, πρόσωπο σε πλήρη λειτουργία, ο Rogers χαρακτηρίζει το άτομο που βρίσκεται σε εξέλιξη, που συνεχώς αλλάζει και προσαρμόζει τη συμπεριφορά του σε νέες καταστάσεις (3).

Κινητήρια δύναμη για την ανθρώπινη συμπεριφορά κι εξέλιξη αποτελεί η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση (2,3). Ο Rogers αναφέρει «το πιο εντυπωσιακό γεγονός για κάθε άνθρωπο φαίνεται να είναι η κατευθυντική (directional) τάση προς την πληρότητα, προς την πραγμάτωση των δυνατικών δυνατοτήτων (potentialities)» (2). Ως αποτέλεσμα της τάσης για αυτοπραγμάτωση, ο άνθρωπος τείνει να διαφοροποιεί τις εμπειρίες του σε αυτές που γίνονται αντιληπτές ως χαρακτηριστικές του εαυτού και σε αυτές που δεν θεωρούνται χαρακτηριστικές του εαυτού. Τα στοιχεία που το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται ως δικά του συνιστούν την αυτοαντίληψη του (3).

Καθώς το άτομο διαμορφώνει μια αντίληψη για τον εαυτό του, αναπτύσσει μια ανάγκη για θετική εκτίμηση. Η θετική εκτίμηση είναι οι θετικές στάσεις απέναντι σε ένα άλλο πρόσωπο-στάσεις ζεστασιάς, φροντίδας, αγάπης, ενδιαφέροντος και σεβασμού. Η θετική εκτίμηση είναι ανταποδοτική. Όταν το άτομο παρουσιάζει την τάση να ικανοποιεί την ανάγκη κάποιου άλλου για θετική εκτίμηση, ικανοποιεί και τη δική του ανάγκη για θετική εκτίμηση (3).

Στενά συνδεδεμένη με την ανάγκη για θετική εκτίμηση είναι η ανάγκη του ανθρώπου για θετική αυτοεκτίμηση. Η θετική αυτοεκτίμηση αναφέρεται στις θετικές στάσεις, που έχει το άτομο για τον εαυτό του, κι αποτελεί μια μαθημένη ανάγκη, που απορρέει από τον συσχετισμό μεταξύ των προσωπικών εμπειριών και της ικανοποίησης ή ματαιώσης της ανάγκης για θετική εκτίμηση (3).

Οι άνθρωποι τείνουν να διακρίνουν τις εμπειρίες τους ως περισσότερο ή λιγότερο αξίες θετικής εκτίμησης, αξιολογώντας τις σε συνδυασμό με αξίες που τους έχουν επιβληθεί. Όταν μια εμπειρία του εαυτού αποφεύγεται ή επιδιώκεται μόνο γιατί είναι λιγότερο ή περισσότερο αξία αυτοεκτίμησης, ο άνθρωπος λέγεται ότι έχει αποκτήσει έναν όρο αξίας (3). Οι όροι αξίας αντιπροσωπεύουν την ανάπτυξη μιας διαδικασίας αξιολόγησης του ατόμου, η οποία βασίζεται στην εσωτερικοποίηση ή στην ενδοβολή αξιολογήσεων άλλων ατόμων, οι οποίες δεν αντικατοπτρίζουν πραγματικά την τάση για αυτοπραγμάτωση του ατόμου και εξυπηρετούν στην παρεμπόδισή της (2). Όσο η εμπειρία του εαυτού συμπίπτει με την αυτοαντίληψη και τους όρους αξίας, τους οποίους έχει εσωτερικεύσει, το άτομο είναι καλά προσαρμοσμένο. Αν όμως δεν συμπίπτουν, αναπτύσσεται ασυμφωνία μεταξύ του εαυτού και της εμπειρίας. Το άτομο για να μειώσει την ασυμφωνία αυτή αναπτύσσει μηχανισμούς άμυνας, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται διαφορές στη συμπεριφορά του (3).

Βασικός στόχος της προσωποκεντρικής ψυχοθεραπείας είναι να βοηθήσει τον πελάτη να αποκτήσει πλήρη λειτουργικότητα. Για να επιτευχθεί αυτό, θα πρέπει να τον βοηθήσει να αποκτήσει μια θετική γνώμη για τον εαυτό του, να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τις διαφωνίες μεταξύ των εμπειριών του και της αυτοαντίληψης του και να αποδεσμευτεί από τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί (3). Συγκεκριμένοι στόχοι δεν επιβάλλονται στους πελάτες. Οι πελάτες επιλέγουν τις προσωπικές αξίες και στόχους τους. Η κύρια ευθύνη για την κατεύθυνση της θεραπείας επαφίεται στον πελάτη (4).

Για να επέλθει η αλλαγή της προσωπικότητας ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη θεραπευτική σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο. Σύμφωνα με τον

Rogers 6 βασικοί όροι πρέπει να τηρηθούν στη θεραπευτική διαδικασία προκειμένου να ξεκινήσει και να διευκολυνθεί η εποικοδομητική αλλαγή της προσωπικότητας (2,3,4):

- 1) Δυο άτομα επικοινωνούν ψυχολογικά
- 2) Ο πρώτος, που ορίζεται ως πελάτης βρίσκεται σε μια κατάσταση άγχους και δυσαρμονίας
- 3) Ο δεύτερος, ο οποίος ορίζεται ως θεραπευτής, βρίσκεται σε μια κατάσταση αρμονίας ή ενσωματώνεται στη θεραπευτική σχέση
- 4) Ο θεραπευτής δείχνει άνευ όρων θετική αποδοχή
- 5) Ο θεραπευτής έχει ενσυναίσθητη κατανόηση για την εσωτερική κατάσταση αναφοράς του πελάτη και τον προκαλεί να επικοινωνήσει τα βιώματα του
- 6) Η μεταβίβαση στον πελάτη της άνευ όρων θετικής αποδοχής και της ενσυναίσθησης των βιωμάτων επιτυγχάνεται από το θεραπευτή σε ένα ελάχιστο επίπεδο τουλάχιστον (2,4).

Όπως γίνεται αντιληπτό από τις παραπάνω διατυπώσεις του Rogers, απαραίτητα χαρακτηριστικά της στάσης του θεραπευτή αποτελούν η ενσυναίσθητη κατανόηση, η γνησιότητα κι η άνευ όρων θετική αποδοχή (4).

Με τον όρο **ενσυναίσθητη κατανόηση** ο Rogers εννοεί την ικανότητα του συμβούλου να κατανοεί τον κόσμο του πελάτη, έτσι όπως ο πελάτης τον αντιλαμβάνεται (3). Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ικανός να κατανοεί τις υποκειμενικές του αντιλήψεις, να γίνεται μέρος των συναισθημάτων του και του κόσμου του χωρίς όμως να χάνει τον εαυτό του. Με το να μπαίνει στο πλαίσιο αναφοράς του πελάτη του, ο θεραπευτής μπορεί να κατανοήσει όχι μόνο αυτά που είναι συνειδητά γνωστά στον πελάτη, αλλά κι αυτά που του είναι ασυνείδητα γνωστά. Για να μπορέσει ο θεραπευτής να βιώσει τον υποκειμενικό κόσμο του πελάτη του θα πρέπει να καθρεφτίσει σε αυτόν το περιεχόμενο της λεκτικής και μη λεκτικής του συμπεριφοράς (1).

Με τον όρο **γνησιότητα**, εννοεί την ικανότητα του συμβούλου να έχει επίγνωση των προσωπικών του εσωτερικών εμπειριών καθώς παρακολουθεί και προσπαθεί να κατανοήσει τις εμπειρίες του πελάτη του και να τους επιτρέπει να φαίνονται στη συμβουλευτική σχέση (3). Ο σύμβουλος πρέπει να επιλέγει να μοιράζεται πράγματα με τον πελάτη που θα τον βοηθήσουν (4).

Η άνευ όρων θετική αποδοχή αναφέρεται στο σεβασμό που πρέπει να αισθάνεται ο σύμβουλος προς το συμβουλευόμενο (3) κι ο οποίος δεν πρέπει να εξαρτάται από διάφορους όρους (3,4). Στην προσωποκεντρική θεραπεία, οι θεραπευτές δέχονται τους πελάτες τους όπως είναι. Η αποδοχή είναι η αναγνώριση του δικαιώματος του πελάτη να έχει συναισθήματα και δεν σημαίνει την επιδοκίμασία της όλης συμπεριφοράς του (4).

Στη θεραπευτική αυτή προσέγγιση περισσότερη έμφαση δίνεται στη φιλοσοφία και τις στάσεις του συμβουλευτικού ψυχολόγου καθώς και στη συμβουλευτική σχέση από ότι στις τεχνικές (3,4). Οι τεχνικές δεν είναι τίποτε άλλο παρά τρόποι έκφρασης κι επικοινωνίας της αποδοχής, της εκτίμησης και της κατανόησης του πελάτη από το σύμβουλο (3).

Κριτικός σχολιασμός της προσωποκεντρικής προσέγγισης

Η προσωποκεντρική προσέγγιση μπορεί να εφαρμοσθεί ευρύτατα σε όλων των ειδών τις ανθρώπινες σχέσεις (3). Άνθρωποι χωρίς εξειδικευμένη ψυχολογική εκπαίδευση μπορούν να επωφεληθούν από τη μετάφραση των θεραπευτικών προϋποθέσεων της γνησιότητας, της ενσυναίσθητης κατανόησης και της άνευ όρων θετικής αποδοχής στην προσωπική και επαγγελματική τους ζωή (4).

Σύμφωνα με τον Rogers, η ενσυναίσθητη κατανόηση, η γνησιότητα κι η άνευ όρων θετική αποδοχή είναι επαρκείς για να ωθήσουν το άτομο σε προσωπική αλλαγή κι εξέλιξη (1,4). Πολλοί, όμως, θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι δεν επαρκούν, παρόλο που δεν απορρίπτουν τη χρησιμοποίησή τους στη θεραπευτική διαδικασία (1,2). Αμφισβητούν το γεγονός ότι οι θεραπευτές που λειτουργούν με ένα μη κατευθυντικό τρόπο χωρίς να χρησιμοποιούν κάποιες τεχνικές, μπορούν να επηρεάσουν θετικά τους πελάτες (1,4). Για ένα άτομο με βασικές γνώσεις στη συμβουλευτική ψυχολογία, στις δυναμικές της προσωπικότητας (personality dynamics) και την ψυχοπαθολογία, η προσέγγιση αυτή προσφέρει την ασφάλεια ότι οι μελλοντικοί πελάτες δε θα έχουν επιβλαβείς ψυχολογικές συνέπειες (4).

Σημαντική θεωρείται η συνεισφορά του Rogers στην έρευνα. Ο Rogers θεωρήθηκε ο άνθρωπος που άνοιξε το πεδίο για την έρευνα (4). Υπήρξε πεποίθηση του πως οι θέσεις της θεραπευτικής του θεωρίας πρέπει να δοκιμάζονται ερευνητικά κι, αν χρειαστεί, να τροποποιούνται. Οι μελέτες της θεωρίας και της θεραπείας του έχουν χρησιμοποιήσει όλων των ειδών τις μεθόδους αξιολόγησης που διαθέτει η

κλινική ψυχολογία (3). Παρόλα αυτά, οι προσωποκεντρικοί θεραπευτές κατακρίθηκαν για τη μεθοδολογική διερεύνηση των υποθέσεων τους, όπως πχ ότι χρησιμοποιούσαν ακατάλληλες στατιστικές μεθόδους (4).

Συμπεριφορική συμβουλευτική θεωρία

Η συμπεριφορική προσέγγιση έχει τις ρίζες της στη δεκαετία του 1950 και του 1960 ως μια ριζοσπαστική κίνηση απομάκρυνσης από την κυρίαρχη τότε ψυχοαναλυτική προοπτική (4). Στόχος της ήταν η συγκεκριμενοποίηση της μελέτης της προσωπικότητας κι η αλλαγή της συμπεριφοράς με τη χρήση επιστημονικών μεθόδων (3). Την περίοδο αυτή η συμπεριφορική προσέγγιση διέφερε από τις άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις στο γεγονός ότι εφάρμοζε τις αρχές της κλασικής και της συντελεστικής μάθησης στη θεραπεία ποικίλων προβλημάτων συμπεριφοράς (4).

Τη δεκαετία του 1960 ο Albert Bandura ανέπτυξε τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, η οποία συνδύαζε την κλασική και τη συντελεστική μάθηση με την παρατηρητική μάθηση. Ο Bandura τόνισε τη σπουδαιότητα των γνωσιακών στοιχείων στην τροποποίηση της συμπεριφοράς, τα οποία είχαν αποκλεισθεί από τους εκφραστές της συμπεριφορικής προσέγγισης. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου πλήθος γνωσιακών συμπεριφορικών προσεγγίσεων αναπτύχθηκαν, οι οποίες μέχρι και σήμερα έχουν σημαντική επίδραση στη θεραπευτική πρακτική (4). Οι γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες επικεντρώνονται στην αλλαγή των σκέψεων που συμβάλλουν στη διατήρηση των ψυχολογικών διαταραχών (4).

Τις επόμενες δεκαετίες η συμπεριφορική θεραπεία καθιερώθηκε στην ψυχολογία κι η επίδραση της έγινε αισθητή στην εκπαίδευση, στην ψυχοθεραπεία, στην ψυχιατρική και στην κοινωνική εργασία. Οι συμπεριφορικοί θεραπευτές παράλληλα προσανατολίστηκαν προς νέες ιδέες και μεθόδους απομακρυνόμενοι από την παραδοσιακή θεωρία της μάθησης. Αυξημένη έμφαση δόθηκε στο ρόλο του αποτελέσματος στη θεραπευτική αλλαγή καθώς και στο ρόλο των βιολογικών παραγόντων στις ψυχολογικές διαταραχές. Δυο από τις πιο σημαντικές εξελίξεις στον τομέα ήταν 1) η καθιέρωση της συμπεριφορικής γνωσιακής θεραπείας κι 2) η εφαρμογή των συμπεριφορικών τεχνικών στην πρόληψη και τη θεραπεία των ιατρικών διαταραχών. Σήμερα η συμπεριφορική θεραπεία χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία θεωριών και διαδικασιών, η οποία καθιστά πολύ δύσκολο τον ορισμό της συμπεριφορικής θεραπείας (4). Οι ορισμοί της συμπεριφορικής θεραπείας τείνουν να

διαφέρουν ανάλογα με το αν η κύρια έμφαση του ψυχολόγου βασίζεται στην κλασσική εξαρτημένη μάθηση, τη συντελεστική μάθηση ή στη γνωσιακή αλλαγή (2). Τα κεντρικά χαρακτηριστικά που ενώνουν αυτή την ετερογενή θεραπευτική προσέγγιση είναι ο προσανατολισμός προς τη θεραπεία, η εστίαση στη συμπεριφορά, η έμφαση στη μάθηση κι η αυστηρή αξιολόγηση (4).

Συμπεριφορική προσέγγιση και θεωρία της μάθησης

Κεντρικός πυρήνας της θεωρίας της συμπεριφοράς είναι ο ρόλος της μάθησης κι οι τρόποι με τους οποίους η μάθηση επιδρά στην ανθρώπινη συμπεριφορά (5). Σύμφωνα με το συμπεριφορικό πρότυπο, η συμπεριφορά του ανθρώπου είναι αποτέλεσμα της μάθησης (3,5). Η συμπεριφορά μαθαίνεται με 3 κυρίως τρόπους: την κλασσική εξαρτημένη μάθηση, τη συντελεστική μάθηση και τη μιμητική μάθηση (3).

Η κλασσική εξαρτημένη μάθηση. Η κλασσική εξαρτημένη μάθηση έχει τις ρίζες τις στις πειραματικές μελέτες του Pavlov (3,5). Στην κλασσική εξαρτημένη μάθηση ένα φυσικό ερέθισμα συνδυάζεται με ένα εξαρτημένο ερέθισμα (1). Η θέα της τροφής (φυσικό ερέθισμα) προκαλούσε την έκκριση σιέλου στο σκύλο (φυσική αντίδραση). Όταν στη θέα της τροφής προστέθηκε ο ήχος ενός κουδουνιού (εξαρτημένο ερέθισμα), ο σκύλος έμαθε να εκκρίνει σίελο (εξαρτημένη αντίδραση) ακόμα κι όταν άκουγε μόνο τον ήχο (3,5).

Με τον ίδιο τρόπο που ο Pavlov παρουσίασε την κλασσική εξαρτημένη μάθηση στα πειράματα με τον σκύλο, ο Watson απέδειξε ότι οι ανθρώπινες νευρώσεις μπορούν να είναι μαθημένες συμπεριφορές (5). Στην περίπτωση του μικρού Άλμπερτ ο φόβος του για τα άσπρα ποντίκια αναπτύχθηκε, όταν κάθε φορά που προσπαθούσε να πιάσει το ποντίκι, ακουγόταν συγχρόνως ένας δυνατός κρότος (3,5). Μετά την επανάληψη μερικές φορές της ίδιας σκηνής, η θέα και μόνο του ποντικιού προκαλούσε φόβο στο μικρό Άλμπερτ (5). Ο φόβος αυτός στον Άλμπερτ αργότερα γενικεύτηκε και για άλλα ζώα και για χνουδωτά λευκά αντικείμενα (3).

Η συντελεστική μάθηση. Ο Skinner ήταν εκείνος που διατύπωσε τους νόμους της συντελεστικής μάθησης. Σύμφωνα με τη συντελεστική μάθηση οι περισσότερες, αν όχι όλες οι συμπεριφορές μας, συμβαίνουν καταρχήν τυχαία. Αν μία συμπεριφορά, η οποία γίνεται αυθόρμητα, ακολουθηθεί από ένα γεγονός στο περιβάλλον που προκαλεί ευχαρίστηση (ενίσχυση), τότε αυξάνεται η πιθανότητα επανεμφάνισης της

συμπεριφοράς αυτής στο μέλλον. Στη συντελεστική μάθηση ο στόχος είναι να ενισχυθεί μια συμπεριφορά αυξάνοντας τη συχνότητα αντίδρασης.

Η συντελεστική μάθηση αποσκοπεί στην τροποποίηση ανεπιθύμητων αντιδράσεων του ανθρώπου, χρησιμοποιώντας αμοιβές ή τιμωρίες (θετική-αρνητική ενίσχυση) για να αυξηθεί ή να μειωθεί αντίστοιχα η συχνότητα της συμπεριφοράς (3).

Η *μίμητική μάθηση*. Πρόκειται για την εκμάθηση μιας συμπεριφοράς μέσω της παρατήρησης και της μίμησης προτύπων (3). Ο Bandura υποστηρίζει ότι ένα μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς μας δεν ελέγχεται άμεσα κι αυτόματα από τις συνέπειες της, αλλά αποκτάται μέσα από την παρατήρηση και τη μίμηση της συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων (3,5).

Γενικός στόχος της συμπεριφορικής θεραπείας είναι η δημιουργία νέων συνθηκών για μάθηση, με βάση την υπόθεση ότι η μάθηση μπορεί να βελτιώσει τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές (4).

Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία

Αν κι αρχικά η συμπεριφορική προσέγγιση έδωσε έμφαση στο ρόλο των περιβαλλοντικών επιδράσεων για τη διαμόρφωση και την τροποποίηση της συμπεριφοράς, τις τελευταίες δεκαετίες άρχισε να παραχωρεί έδαφος στις γνωστικές διεργασίες, καθιστώντας αυτές κεντρικής σημασίας για την κατανόηση και τη θεραπεία της προβληματικής συμπεριφοράς. Η σύγχρονη θεωρία υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος είναι ο παραγωγός αλλά και το προϊόν του περιβάλλοντος του (4). Οι συμπεριφορικές θεραπείες, οι οποίες τονίζουν τη σημασία των γνωστικών παραγόντων στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ονομάζονται γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες. Οι σημαντικότερες γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες είναι η λογικο θυμική θεραπεία του Ellis, η γνωσιακή θεραπεία του Beck κι η θεραπεία της γνωστικής τροποποίησης της συμπεριφοράς του Meichenbaum. Παρακάτω θα αναπτυχθεί η λογικο θυμική θεραπεία, επειδή «η λογικο θυμική θεραπεία θεωρείται από πολλούς ως ένα από τα κύρια παραδείγματα της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης» (4).

Ο Ellis ήταν ο πρώτος που εισήγαγε τη διατύπωση ότι υπάρχει αμοιβαία αλληλεπίδραση ανάμεσα στη γνώση, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά (4). Η φιλοσοφική προέλευση της θεωρίας του Ellis μπορεί να αναζητηθεί στους Στωικούς φιλοσόφους (3), κι ιδιαίτερα στον Επίκτητο, ο οποίος φέρεται να έχει πει ότι «οι άνθρωποι ενοχλούνται όχι από τα ίδια τα πράγματα, αλλά από την άποψη που έχουν οι ίδιοι για αυτά» (4).

Η λογικο θυμική θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι οι άνθρωποι γεννιούνται με μια τάση για λογική και μη-λογική (παράλογη) σκέψη. Οι άνθρωποι έχουν μια προδιάθεση για αυτό-διατήρηση, ευτυχία και προσωπική ανάπτυξη, αλλά παράλληλα και μια τάση για αυτο-καταστροφή, αυτο-κατηγορία κι αποφυγή της αυτοπραγμάτωσης. Λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι οι άνθρωποι υποπέφτουν σε λάθη, η λογικοθυμική θεραπεία προσπαθεί να τους βοηθήσει να αποδεχτούν τους εαυτούς τους ως πλάσματα που θα συνεχίσουν να κάνουν λάθη, αλλά την ίδια στιγμή μπορούν να μάθουν να ζουν ειρηνικά με τους εαυτούς τους.

Σύμφωνα με τον Ellis, οι άνθρωποι μαθαίνουν τις μη λογικές αντιλήψεις τους μέσω άλλων κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας. Παρόλα αυτά, οι ίδιοι ευθύνονται για τη δημιουργία των μη λογικών δογμάτων και προκαταλήψεων τους. Ο Ellis υποστηρίζει ότι επειδή οι άνθρωποι δημιουργούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους, οι ίδιοι έχουν τη δύναμη να ελέγξουν το συναισθηματικό προορισμό τους (4).

Κεντρική θέση στη θεωρία και την πρακτική της λογικο θυμικής προσέγγισης έχει η A-B-Γ θεωρία της προσωπικότητας (4). Πρόκειται για ένα μοντέλο συμπεριφοράς, όπου το A είναι ένα γεγονός/μία συμπεριφορά, που ενεργοποιεί τον άνθρωπο (3,4), το B είναι το σύστημα πεποιθήσεων του ανθρώπου (3,4), και Γ είναι η συναισθηματική (3,4), και συμπεριφορική αντίδραση του ανθρώπου (4). Η αντίληψη του ατόμου για το γεγονός κι όχι το ίδιο το γεγονός προκαλεί τη συναισθηματική αντίδραση. Μετά το A, B και Γ, έρχεται το Δ, η αμφισβήτηση. Ουσιαστικά, το Δ είναι η εφαρμογή των επιστημονικών μεθόδων, που στοχεύουν να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τις παράλογες αντιλήψεις του. Η διαδικασία της αμφισβήτησης περιλαμβάνει 3 σημαντικά μέρη: α) ο πελάτης μαθαίνει τον τρόπο ανίχνευσης των παράλογων συλλογισμών του, β) ο πελάτης συζητάει τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις του μαθαίνοντας τον τρόπο υποβολής τους σε αμφισβήτηση και γ) ο πελάτης μαθαίνει να

διακρίνει τις μη λογικές πεποιθήσεις του από τις λογικές. Τελικά ο πελάτης φτάνει στο E, μια αποτελεσματική φιλοσοφία, η οποία συνίσταται στην αντικατάσταση των παράλογων σκέψεων με λογικές σκέψεις. Όταν το επιτύχει αυτό, τότε δημιουργείται το Z, μια νέα σειρά συναισθημάτων (4).

Η λογικοθυμική θεραπεία χρησιμοποιεί πλήθος γνωσιακών, συγκινησιακών και συμπεριφορικών μεθόδων για να βοηθήσει το άτομο να αλλάξει τις παράλογες αντιλήψεις του.

Γνωσιακές τεχνικές

- **Αμφισβήτηση των παράλογων πεποιθήσεων.** Ο θεραπευτής αμφισβητεί τις παράλογες σκέψεις του πελάτη προκειμένου να τον βοηθήσει να τις αντιληφθεί και στη συνέχεια να τις απορρίψει. Παράλληλα τον διδάσκει τον τρόπο με τον οποίο θα το καταφέρει αυτό από μόνος του (4).

- **Γνωσιακές εργασίες.** Οι κατ' οίκον εργασίες αποτελούν ένα τρόπο ανίχνευσης των παράλογων πεποιθήσεων του πελάτη. Μέρος της κατ' οίκον εργασίας συνίσταται στην εφαρμογή της θεωρίας A-B-Γ στα προβλήματα που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητα. Ο πελάτης ενθαρρύνεται να τοποθετήσει τον εαυτό του σε αγχογόνες καταστάσεις, που θα του επιτρέψουν να έρθει αντιμέτωπος με τις παράλογες αντιλήψεις του. Επίσης, ο θεραπευτής προτρέπει τον πελάτη να διαβάσει βιβλία της λογικοθυμικής θεραπείας και να ακούσει κασέτες από τις δικές του θεραπευτικές συνεδρίες (4).

- **Αλλαγή της γλώσσας που χρησιμοποιεί ο πελάτης.** Η λογικοθυμική θεραπεία δίνει έμφαση στον λεκτικό τρόπο έκφρασης του πελάτη, υποστηρίζοντας ότι η γλώσσα διαμορφώνει τη σκέψη κι η σκέψη διαμορφώνει τη γλώσσα. Η λογικοθυμική θεραπεία σκοπεύει να βοηθήσει τα άτομα που εκφράζουν ανικανότητα κι αυτοκαταστροφή στο λόγο τους να μάθουν να εφαρμόζουν νέες δηλώσεις που αφορούν τον εαυτό τους. Μέσω της διαδικασίας αλλαγής του λεκτικού τρόπου έκφρασης τους, τα άτομα αρχίζουν να σκέφτονται και να συμπεριφέρονται με διαφορετικό τρόπο (4).

- **Χρήση του χιούμορ.** Η λογικο θυμική θεραπεία υποστηρίζει ότι οι συναισθηματικές διαταραχές συχνά είναι αποτέλεσμα της υπέρμετρης σοβαρότητας του ατόμου και της απώλειας της αίσθησης του χιούμορ στα γεγονότα της ζωής. Ο θεραπευτής εφαρμόζει το χιούμορ για να αντεπιτεθεί στην υπερβολικά σοβαρή πλευρά του ατόμου και να το βοηθήσει να αντιληφθεί τις απολυταρχικές αντιλήψεις

του. Ο Ellis πίστευε ότι το χιούμορ αναδεικνύει τον παραλογισμό ορισμένων ιδεών που σταθερά διατηρεί το άτομο (4).

Συγκινησιακές τεχνικές

- **Λογικο θυμική φαντασίωση.** Η τεχνική αυτή είναι σχεδιασμένη να προωθεί τη διαμόρφωση νέων συναισθηματικών τρόπων αντίδρασης. Οι πελάτες ενθαρρύνονται να σκεφτούν, να εκφράσουν συναισθήματα και να συμπεριφερθούν, όπως θα επιθυμούσαν στην καθημερινότητα τους. Αποκτώντας την ικανότητα να διαχειρισθούν κατάλληλα τα συναισθήματα τους σε μια πιθανή δυσμενή κατάσταση για αυτούς, φτάνουν σε ένα σημείο που ελάχιστα μπορεί κάτι να τους αγχώσει (4).

- **Παίξιμο ρόλων.** Το παίξιμο ρόλων εμπεριέχει και τη συναισθηματική και τη συμπεριφορική διάσταση. Ο θεραπευτής υπογραμμίζει τις συναισθηματικές διαταραχές του πελάτη και τον ενθαρρύνει να αντιδράσει σε συγκεκριμένες συμπεριφορές και να εκφράσει τα συναισθήματα του (1).

- **Ασκήσεις επίθεσης στην ντροπή.** Οι ασκήσεις αυτές αναπτύχθηκαν για να βοηθήσουν τον πελάτη να αντιμετωπίσει το αίσθημα ντροπής που νιώθει κατά τη διάρκεια εκδήλωσης μιας συμπεριφοράς. Στόχος αυτών των ασκήσεων είναι να συνειδητοποιήσει το άτομο ότι δεν πρέπει να ντρέπεται ακόμα κι όταν οι άλλοι άνθρωποι τον αποδοκιμάζουν. Στα πλαίσια των ασκήσεων αυτών ο πελάτης παροτρύνεται να ασχοληθεί με ριψοκίνδυνες καταστάσεις, τις οποίες αποφεύγει στην καθημερινή του ζωή εξαιτίας του φόβου αποδοκιμασίας του από άλλους. Μέσα από τις ασκήσεις αυτές ο πελάτης κατανοεί ότι η αντίδραση των άλλων ανθρώπων δεν θα πρέπει να καθορίζει τη συμπεριφορά του (4).

Συμπεριφορικές τεχνικές

- **Ενίσχυση.** Οι ενισχύσεις βασίζονται στη θεωρία της συντελεστικής μάθησης κι είναι τα γεγονότα εκείνα, που όταν έπονται της συμπεριφοράς, αυξάνουν την πιθανότητα επανεμφάνισης της. Διακρίνονται 2 βασικά είδη ενισχύσεων, οι θετικές κι οι αρνητικές. Οι θετικές ενισχύσεις περιλαμβάνουν όλα τα είδη αμοιβών κι η επιλογή τους γίνεται με γνώμονα την ικανοποίηση που παρέχουν στο θεραπευόμενο. Ο θεραπευτής επιλέγει εκείνη που πραγματικά θα ευχαριστήσει και θα ικανοποιήσει το θεραπευόμενο. Η αρνητική ενίσχυση περιλαμβάνει όλες τις διαδικασίες εκείνες που φροντίζουν να εξαλειφθεί ένα ερέθισμα που προκαλεί αποστροφή στον άνθρωπο (3). Οι αρνητικές ενισχύσεις είναι γενικά δυσάρεστες, έτσι ώστε το άτομο να

κινητοποιηθεί να εκδηλώσει μια επιθυμητή συμπεριφορά προκειμένου να αποφύγει τη δυσάρεστη κατάσταση (4). Η τιμωρία είναι μια τεχνική που συχνά μπερδεύεται με την αρνητική ενίσχυση. Η τιμωρία περιλαμβάνει την εφαρμογή ενός αρνητικού γεγονότος για τη μείωση της πιθανότητας επανεμφάνισης μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, που ήδη έχει προηγηθεί (3).

- **Συστηματική απευαισθητοποίηση.** Βασίζεται στην αρχή της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης και περιλαμβάνει το συσχετισμό μιας αντίδρασης (πχ χαλάρωση) με μια απροσάρμοστη συμπεριφορά (άγχος). Ο ψυχοθεραπευτής αφού προσδιορίσει κι ιεραρχήσει τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος στον πελάτη, εκθέτει τον πελάτη κάθε φορά σε μια από αυτές τις καταστάσεις, ενώ εκείνος προσπαθεί συγχρόνως να χαλαρώσει. Η θεραπευτική διαδικασία ξεκινάει με την παρουσίαση καταστάσεων που προκαλούν λίγο άγχος στον πελάτη και σιγά σιγά, ενόσω ο πελάτης παραμένει ήρεμος και χαλαρωμένος, γίνεται παρουσίαση περισσότερο αγχογόνων καταστάσεων (3).

- **Παρησιακή ή διεκδικητική εκπαίδευση.** Παρησιακός καλείται ο άνθρωπος που μπορεί να εκφράσει τη γνώμη του και γενικά τα συναισθήματα του ελεύθερα μπροστά σε άλλους. Επομένως, η παρησιακή εκπαίδευση απευθύνεται σε άτομα που έχουν απροσάρμοστες αγχογόνες αντιδράσεις σε διαπροσωπικές καταστάσεις κι οι οποίες τους εμποδίζουν να εκφράσουν και να κάνουν αυτό που είναι λογικό και σωστό. Περιλαμβάνει την απεξάρτηση του άγχους και την εκμάθηση της παρησιακής συμπεριφοράς μέσω της συντελεστικής μάθησης (3).

- **Ψυχοκατακλυσμική θεραπεία.** Ο θεραπευόμενος έρχεται αντιμέτωπος με το ερέθισμα που του προκαλεί άγχος ή φόβο, ενώ ο θεραπευτής προσπαθεί στην πορεία να διατηρήσει έντονο το άγχος του πελάτη. Ο ψυχοθεραπευτής περιγράφει την αγχογόνο κατάσταση στον πελάτη ξανά και ξανά, σε πολλές συναντήσεις, μέχρι ο πελάτης να μη μπορεί πλέον να αντιδράσει με άγχος στο συγκεκριμένο ερέθισμα (3).

- **Αποστροφική θεραπεία.** Η τεχνική αυτή χρησιμοποιεί ερεθίσματα που προκαλούν πόνο κι αποστροφή για την τροποποίηση μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς (3).

- **Θεραπεία αυτοδιαχείρισης (self-management).** Περιλαμβάνει τη διδασκαλία δεξιοτήτων στον πελάτη, οι οποίες θα τον βοηθήσουν να ανταπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις και να διαχειρισθεί αποτελεσματικά τη ζωή του. Συνήθη παραδείγματα εφαρμογής της θεραπείας αυτής αποτελούν ο έλεγχος του καπνίσματος/αλκοολισμού κι η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Οι κύριες στρατηγικές που, συνηθέστερα, συνιστούν μια θεραπεία αυτοδιαχείρισης είναι η αυτο-παρακολούθηση (self-

monitoring), η αυτο-αμοιβή (self-reward), η αυτο-σύμβαση (self-contracting), κι ο έλεγχος των ερεθισμάτων (stimulus control). Η θεραπευτική διαδικασία συνήθως περιλαμβάνει 4 στάδια: 1) επιλογή των στόχων, δηλ των επιθυμητών αλλαγών. Οι στόχοι πρέπει να είναι μετρήσιμοι, επιτεύξιμοι, θετικοί και κυρίως σημαντικοί για το άτομο, 2) μετάφραση των στόχων σε συμπεριφορές-στόχους, 3) παρακολούθηση της συμπεριφοράς του ατόμου από το ίδιο το άτομο (αυτό-παρακολούθηση). Η αυτοπαρακολούθηση θεωρείται ότι αυξάνει την αυτοαντίληψη του ατόμου κι αποτελεί βασικό εργαλείο για τον καθορισμό των προβλημάτων του ατόμου και τη συλλογή στοιχείων προς αξιολόγηση. 4) επεξεργασία ενός πλάνου για αλλαγή. Μετά τη συλλογή στοιχείων για τη συμπεριφορά του ατόμου και την αξιολόγηση τους, το άτομο καλείται να καταρτίσει ένα πρόγραμμα δράσης για τη επίτευξη της συμπεριφοράς που επιθυμεί. Ένα τέτοιο πλάνο περιέχει μερικά είδη αυτοενίσχυσης καθώς και τη διαπραγμάτευση ενός συμβολαίου εργασίας. Έμφαση δίνεται στην επιλογή αμοιβών που το ίδιο το άτομο επιθυμεί καθώς και στον καθορισμό εκ των προτέρων των εξωτερικών και των εσωτερικών συνεπειών που θα ακολουθήσουν την εκτέλεση της επιθυμητής ή μη επιθυμητής δράσης. Η σύμβαση που πραγματοποιεί το άτομο συμβάλλει στη διατήρηση της δέσμευσης του, ώστε να φέρει εις πέρας το πλάνο δράσης. Τέλος απαραίτητη είναι η αξιολόγηση του πλάνου αλλαγής προκειμένου να καθορισθεί ο βαθμός στον οποίο οι πελάτες πέτυχαν τους στόχους τους. Η περιβαλλοντική υποστήριξη του ατόμου για τη διατήρηση των πραγματοποιούμενων αλλαγών θεωρείται αναγκαία. (4).

Οι θεραπευτές στη λογικοθυμική θεραπεία είναι τυπικά εκλεκτικοί στην επιλογή των θεραπευτικών στρατηγικών κι έχουν την ελευθερία να αναπτύξουν το δικό τους προσωπικό στιλ (4). Η προσοχή τους επικεντρώνεται στη τρέχουσα συμπεριφορά του ατόμου (3) κι ο βασικός τους στόχος είναι η ελαχιστοποίηση των συναισθηματικών διαταραχών και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς των πελατών τους βοηθώντας τους να διαμορφώσουν μια πιο ρεαλιστική φιλοσοφία ζωής (4). Στηρίζονται πολύ στην ομιλία και στο διάλογο και προσπαθούν μέσα από τη λογική, τη διδασκαλία, την πειθώ, την αντιμετώπιση και την κατήχηση να δείξουν στον πελάτη με ποιούς τρόπους οι παράλογοι συλλογισμοί του τον οδηγούν στη συναισθηματικά διαταραγμένη συμπεριφορά, πώς μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και τέλος πώς θα αντικαταστήσει τις παράλογες σκέψεις που θα κάνει με λογικές (3).

Επειδή η λογικο θυμική θεραπεία είναι μια γνωσιακή και κατευθυντική συμπεριφορική διαδικασία, συχνά ελαχιστοποιεί την έντονη σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και τον πελάτη (4).

Οι Wessler και Wessler περιέγραψαν τη θεραπευτική διαδικασία της λογικο θυμικής προσέγγισης. Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στο θεραπευτή και τον πελάτη, η οποία θα πρέπει να ενθαρρύνει τον πελάτη να εκφράζεται ελεύθερα. Καθώς προχωράει η θεραπεία η έμφαση μεταφέρεται από τη θεραπευτική σχέση στις ανάγκες του πελάτη καθώς και στο πως ο ίδιος τις αντιλαμβάνεται. Ο καθορισμός των στόχων αποτελεί βασικό καθήκον κατά τη διάρκεια της αρχικής φάσης της θεραπείας. Ο πελάτης προσδιορίζει τις πεποιθήσεις, τα συναισθήματα και τις ενέργειες, που επιθυμεί να αποκτήσει, καθώς, επίσης, κι αυτές που θα επιθυμούσε να ελαττώσει. Στη συνέχεια ο θεραπευτής διδάσκει στον πελάτη τη γνωσιακή υπόθεση της διαταραχής, δείχνοντας του τον τρόπο με τον οποίο οι παράλογες πεποιθήσεις του επιφέρουν αρνητικές συνέπειες. Μόλις ο πελάτης αποδεχτεί ότι οι παράλογες αντιλήψεις του αποτελούν τη βασική αιτία της συμπεριφοράς του, μπορεί να συμμετέχει αποτελεσματικά στη θεραπευτική διαδικασία (4).

Η προσωπική σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και τον πελάτη αποκτά διαφορετική διάσταση στη λογικο θυμική θεραπεία. Αν κι οι λογικο θυμικοί θεραπευτές αποδέχονται την ιδέα της άνευ όρων θετικής αποδοχής της προσωποκεντρικής θεωρίας, δεν διστάζουν να αντιμετωπίσουν κατά πρόσωπο τους πελάτες τους σε περίπτωση που αυτοί εκδηλώνουν μια μη λογική σκέψη και μια αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Επίσης, δεν υιοθετούν την έννοια της ζεστασιάς και της ενσυναίσθητης κατανόησης, θεωρώντας ότι αυτές μπορεί να ενισχύσουν την εξάρτηση του πελάτη από το θεραπευτή. Παρόλα αυτά δε διστάζουν να είναι ανοιχτοί και να εκφράζουν τις δικές τους πεποιθήσεις και αξίες (4).

Κριτικός σχολιασμός της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας

Η συνεισφορά της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας είναι σημαντική για τη συμβουλευτική ψυχοθεραπεία. Τα γνωσιακά συμπεριφορικά μοντέλα υιοθετούνται από πολλούς θεραπευτές, γιατί είναι πρακτικά, άμεσα, με γρήγορα αποτελέσματα (1).

Μια από τις σημαντικότερες κριτικές που έχει δεχθεί η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία αφορά τη σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο καθώς και το

ρόλο του θεραπευτή μέσα σε αυτή. Η θεραπεία αυτή έχει κατηγορηθεί για την έμφαση που δίνει στον καθοδηγητικό ρόλο του θεραπευτή καθώς και για τη χρησιμοποίηση απρόσωπων τεχνικών, όπως η διδασκαλία κι η βιβλιοθεραπεία. Στοιχεία όπως η ενσυναίσθηση, η ζεστασιά κι η άνευ όρων θετική αποδοχή δε θεωρούνται ουσιαστικά για την αποτελεσματική διεξαγωγή της θεραπευτικής διαδικασίας. Η κύρια ένσταση για τον καθοδηγητικό ρόλο του θεραπευτή αφορά το γεγονός ότι ο θεραπευτής μπορεί να κάνει κατάχρηση της δύναμής του επιβάλλοντας στο θεραπευόμενο την προσωπική του φιλοσοφία για τη ζωή. Η ψυχολογική βλάβη είναι περισσότερο πιθανή σε σύγκριση με λιγότερο καθοδηγητικές προσεγγίσεις, ιδιαίτερα αν ο θεραπευτής δεν έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα (4).

1.4 Είδη συμβουλευτικής ψυχολογίας

Η συμβουλευτική ψυχολογία μπορεί να διακριθεί ανάλογα:

- α) τη *μεθοδολογία* και τη *διαδικασία* που ακολουθεί, σε ατομική ή ομαδική συμβουλευτική. Η ατομική συμβουλευτική διεξάγεται μεταξύ του συμβουλευτικού ψυχολόγου και του συμβουλευόμενου, ενώ η ομαδική περιλαμβάνει το συμβουλευτικό ψυχολόγο και δυο ή περισσότερους ανθρώπους που έχουν κάτι κοινό μεταξύ τους (στάσεις, αξίες, προβληματισμοί κ.α.). Η ομαδική συμβουλευτική μπορεί να εμπεριέχει την ατομική συμβουλευτική.
- β) το *είδος* της βοήθειας που προσφέρει και τα *χαρακτηριστικά γνωρίσματα* των ανθρώπων προς τους οποίους απευθύνεται.
- γ) τους *χώρους* στους οποίους εξασκείται. Ενδεικτικά αναφέρονται οι κυριότεροι χώροι άσκησης της συμβουλευτικής ψυχολογίας: εκπαιδευτικοί (σχολεία- πανεπιστήμια), κέντρα υγείας, χώροι εργασίας, διάφορες κοινοτικές υπηρεσίες, ένοπλες δυνάμεις, εκκλησία, ιδιωτικοί χώροι, και
- δ) με τα *μέσα* που χρησιμοποιεί στην πρακτική εφαρμογή της. Εδώ μπορούν να αναφερθούν τα διάφορα ερωτηματολόγια ή κλίμακες, που μπορεί ο συμβουλευτικός ψυχολόγος να χρησιμοποιήσει για να αποκτήσει μια πληρέστερη εικόνα του ανθρώπου που καλείται να βοηθήσει, καθώς και τα διάφορα προϊόντα της τεχνολογικής εξέλιξης (ηλεκτρονικοί υπολογιστές, τηλέφωνο, κασετόφωνο, βίντεο) που ο συμβουλευτικός ψυχολόγος μπορεί να αξιοποιήσει κατά τη διεξαγωγή της συμβουλευτικής. (3).

1.5 Συμβουλευτική διαδικασία

Η συμβουλευτική διαδικασία αποτελεί την πρακτική εφαρμογή των εννοιών της συμβουλευτικής ψυχολογίας. Αν κι η κάθε συμβουλευτική θεωρία προτείνει τη δική της προσέγγιση στη συμβουλευτική διαδικασία, μεταξύ τους υπάρχουν αρκετές ομοιότητες. Η περιγραφή της συμβουλευτικής διαδικασίας βασίζεται στις θεωρητικές αυτές ομοιότητες. Παρακάτω αναπτύσσονται τα στάδια της συμβουλευτικής διαδικασίας τονίζοντας τα βασικά στοιχεία που είναι κοινά σε όλες τις θεωρητικές προσεγγίσεις (3).

Τα στάδια της συμβουλευτικής διαδικασίας

Η συμβουλευτική διαδικασία, παρά την ποικιλία των διαφορετικών προσεγγίσεων, περιλαμβάνει ορισμένα βασικά στάδια (3):

Στάδιο 1. Η πρώτη συνάντηση.

Η πρώτη συνάντηση μεταξύ του συμβουλευτικού ψυχολόγου και του συμβουλευόμενου αποτελεί την εισαγωγή στην όλη συμβουλευτική διαδικασία. Στα πλαίσια της συνάντησης αυτής επιδιώκεται η γνωριμία του συμβούλου με το συμβουλευόμενο, η απόκτηση αμοιβαίας εμπιστοσύνης κι η ενημέρωση του συμβουλευόμενου για την όλη συμβουλευτική διαδικασία.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή διεξαγωγή αυτού του σταδίου είναι ο σύμβουλος να κάνει τον πελάτη να αισθανθεί άνετα, ώστε να εκφραστεί ελεύθερα για όλα όσα τον απασχολούν. Σημαντικό ρόλο στη μείωση του άγχους του πελάτη, που μπορεί να οφείλεται στην άγνοια ή στις λανθασμένες προσδοκίες που μπορεί να έχει για τη συμβουλευτική διαδικασία, έχει αποδεχτεί ότι παίζει η περιγραφή της δομής της συμβουλευτικής διαδικασίας. Η «δομή» εκφράζει τη φύση, τα όρια, τους ρόλους και τους στόχους της συμβουλευτικής σχέσης και διαδικασίας, όπως αυτή ορίζεται από το σύμβουλο. Στην παρουσίαση της δομής της συμβουλευτικής διαδικασίας στο συμβουλευόμενο, ο σύμβουλος περιλαμβάνει σχόλια αναφορικά με τα χρονικά όρια, την εμπιστευτικότητα, τις δυνατότητες και τις προσδοκίες καθώς και για τις διαδικασίες παρατήρησης και πιθανής μαγνητοσκόπησης της συμβουλευτικής διαδικασίας.

Ο χρόνος διεξαγωγής της συμβουλευτικής συνέντευξης κυμαίνεται γύρω στα 50-60 λεπτά. Η ικανότητα του συμβουλευτικού ψυχολόγου να τερματίζει ήπια και σταθερά την πρώτη αυτή συμβουλευτική συνέντευξη με τον πελάτη του, καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την πρόθεση του πελάτη να συνεχίσει τη συμβουλευτική διαδικασία. Επειδή στην πρώτη συνάντηση είναι σχεδόν αδύνατη η διερεύνηση όλων των θεμάτων που απασχολούν τον πελάτη, ο σύμβουλος θα πρέπει προς την ολοκλήρωση της συνέντευξης να οδηγήσει τον πελάτη σε λιγότερο συναισθηματικά έντονο υλικό συζήτησης και να του εξηγήσει ότι θα πρέπει να συνεχίσουν στην επόμενη συνάντηση τους (3).

Στάδιο 2. Η συμβουλευτική σχέση.

Η σχέση ανάμεσα στο σύμβουλο και το συμβουλευόμενο αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους παράγοντες, που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης (3). Η σημασία της συμβουλευτικής σχέσης είναι αναγνωρισμένη από τις περισσότερες θεωρητικές προσεγγίσεις. Θεωρίες, όπως η προσωποκεντρική, βασίζονται στη διαπροσωπική σχέση ως βασικό παράγοντα για την έκβαση της θεραπείας. Άλλες θεωρητικές κατευθύνσεις, όπως η συμπεριφορική θεραπεία κι η συμπεριφορική γνωσιακή θεραπεία δεν αγνοούν τον παράγοντα της σχέσης, αλλά δεν αποδίδουν σε αυτόν κεντρικής σημασίας ρόλο (4).

Η συμβουλευτική σχέση αποτελεί από μόνη της μια εξελικτική διαδικασία, η οποία αρχίζει να αναπτύσσεται από την πρώτη συνάντηση και να θεμελιώνεται μετά τη δεύτερη. Για το λόγο αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως ένα δεύτερο στάδιο στην πορεία της συμβουλευτικής διαδικασίας (3).

Η συμβουλευτική σχέση μπορεί να οριστεί ως όλα εκείνα τα συναισθήματα κι οι στάσεις που έχουν όσοι μετέχουν σε αυτή, ο ένας για τον άλλο, κι οι τρόποι με τους οποίους τα εκφράζουν. Πρόκειται δηλ για την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο σύμβουλο και τον πελάτη κι είναι σαφές ότι επηρεάζεται από την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά τους (3).

Ένα μεγάλο μέρος της αλληλεπίδρασης μεταξύ του συμβούλου και του συμβουλευόμενου αντανακλά το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο στηρίζεται η όλη συμβουλευτική προσπάθεια (3). Οι γνωσιακοί συμπεριφορικοί θεραπευτές, για παράδειγμα λειτουργούν μέσα σε μια καθοδηγητική και διδακτική δομή, ενώ οι θεραπευτές της προσωποκεντρικής προσέγγισης λειτουργούν σε μια λιγότερο

καθορισμένη δομή. Σημαντικό ρόλο στην προσέγγιση του συμβουλευόμενου και στη διαμόρφωση της δομής της συμβουλευτικής σχέσης παίζει η προσωπικότητα καθώς κι οι ανάγκες του κάθε πελάτη. Στην αρχική φάση της συμβουλευτικής διαδικασίας είναι απαραίτητη μια σαφής δομή. Στη συνέχεια είναι χρήσιμο για τους πελάτες να τους δίνεται ένα σημαντικό μέρος της ευθύνης για τη λήψη αποφάσεων όσον αφορά το περιεχόμενο των συνεδριών (4).

Πλήθος ερευνητών ασχολήθηκε με την προσπάθεια προσδιορισμού των σημαντικότερων παραγόντων μιας εποικοδομητικής θεραπευτικής σχέσης. Οι περισσότερες έρευνες υποδεικνύουν ότι η ειλικρίνεια, η τιμιότητα, η αποδοχή, η κατανόηση κι η αυθορμητικότητα αποτελούν βασικά συστατικά ενός επιτυχημένου αποτελέσματος. Ο βαθμός ενδιαφέροντος του θεραπευτή, η ικανότητα του να βοηθάει τους πελάτες του κι η αυθεντικότητα του αποτελούν παράγοντες, που επηρεάζουν τη σχέση (4).

Βασικές δεξιότητες για την εποικοδόμηση μιας καλής συμβουλευτικής σχέσης

Υπάρχουν ορισμένες συμπεριφορές ή δεξιότητες του συμβούλου που βοηθούν στη δημιουργία μιας θετικής συμβουλευτικής σχέσης (3). Οι βασικότερες από αυτές είναι:

1. Δεξιότητες προσεκτικής παρακολούθησης.

Αναφέρονται στην πολιτισμικά αρμόζουσα λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά του συμβούλου που δείχνει στον πελάτη ότι βρίσκεται μαζί του κι ότι τον παρακολουθεί προσεκτικά (3).

Στις δεξιότητες προσεκτικής παρακολούθησης περιλαμβάνονται:

A) οπτική επαφή. Ο συμβουλευτικός ψυχολόγος πρέπει να κοιτάζει τον συμβουλευόμενο στα μάτια. Διατηρώντας οπτική επαφή με το συμβουλευόμενο, ο σύμβουλος εκφράζει το ενδιαφέρον του για όσα του αποκαλύπτει ο συνομιλητής του. Η οπτική επαφή θεωρείται η πιο σημαντική διάσταση της προσεκτικής παρακολούθησης (3).

B) σωματική γλώσσα. Η στάση του σώματος του θεραπευτή, οι κινήσεις κι οι χειρονομίες του καθώς κι η απόσταση που διατηρεί από τον πελάτη του αποτελούν ενδείξεις προσεκτικής παρακολούθησης. Η σπουδαιότητα της σωματικής γλώσσας στη διαμόρφωση της συμβουλευτικής σχέσης αναδεικνύεται αν λάβουμε υπόψη μας ότι το 85% της ανθρώπινης επικοινωνίας γίνεται σε μη λεκτικό επίπεδο (3). Πιθανόν

η καλύτερη στάση του συμβούλου ως προς τον πελάτη είναι μια ελαφριά κλίση του σώματος προς τα εμπρός σε μια ήρεμη και χαλαρή κατάσταση (2,3). Όσον αφορά τη θέση των δυο συνομιλητών προτείνεται ο σύμβουλος κι ο συμβουλευόμενος να κάθονται στο ίδιο επίπεδο και σε ελαφρά γωνία ο ένας προς τον άλλο. Η θέση αυτή μεταδίδει το μήνυμα της ισότητας μεταξύ των ατόμων και δίνει τη δυνατότητα στο σύμβουλο και στον πελάτη να είναι πιο ευλύγιστοι με την οπτική επαφή (2). Αναφορικά με την απόσταση μεταξύ του συμβούλου και του συμβουλευόμενου, αυτή αντανακλά πολιτιστικές προκαταλήψεις κι οπωσδήποτε επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αποδεκτή η λεκτική επικοινωνία (3). Οι Anthony και Charkhuff προτείνουν ο σύμβουλος να κάθεται 3-4 πόδια μακριά από τον πελάτη, απόσταση, η οποία εξυπηρετεί την προσωπική συζήτηση, επιτρέπει τη διατήρηση του προσωπικού χώρου, αλλά και σηματοδοτεί οικειότητα (2).

Γ) εκφράσεις του προσώπου. Οι εκφράσεις του προσώπου κι οι κινήσεις του κεφαλιού παίζουν σημαντικό ρόλο στη συμβουλευτική σχέση. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι χαμογελαστός, εκφράζοντας φιλικότητα κι ενδιαφέρον. Αυτό δε σημαίνει ότι στη διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας το πρόσωπο του θα πρέπει να διατηρεί αυτή την έκφραση και να μην αντανακλά τα συναισθήματα του, όπως ακριβώς τα βιώνει στη σχέση του με τον πελάτη (3).

Δ) φωνητικό ύφος. Αλλαγές στο ρυθμό της ομιλίας, στην ένταση και στον τόνο της φωνής συχνά υποδηλώνουν ενδιαφέρον ή αδιαφορία (3). Η ένταση της φωνής του συμβούλου θα πρέπει να είναι τέτοια, που να επιτρέπει να γίνονται αντιληπτά από τον πελάτη τα όσα λέγονται. Ο ρυθμός ομιλίας του θα πρέπει να είναι ήρεμος και να παρέχει στον πελάτη τον απαραίτητο χρόνο να ακολουθεί τις προσωπικές του σκέψεις (2).

Ε) λεκτική ακολουθία. Ο συμβουλευτικός ψυχολόγος πρέπει να παραμένει στο θέμα που αναπτύσσει ο πελάτης και να αποφεύγει να τον διακόπτει, δίνοντας του έτσι την ευκαιρία να εμβαθύνει περισσότερο στο θέμα που τον απασχολεί (3).

2. Η χρήση των ερωτήσεων.

Ο τρόπος κι η συχνότητα των ερωτήσεων, όπως διατυπώνονται από το θεραπευτή, επηρεάζουν τη συμβουλευτική σχέση και διαδικασία. Οι πολλές ερωτήσεις χαρακτηρίζουν συνήθως τους άπειρους συμβούλους και δημιουργούν την εντύπωση μιας ανακριτικής διαδικασίας στο συμβουλευόμενο.

Επίσης, ο τρόπος με τον οποίο γίνονται οι ερωτήσεις είναι σημαντικός. Ανάλογα με τον τρόπο διατύπωσης των ερωτήσεων, αυτές διακρίνονται σε ανοιχτές και σε κλειστές. Στη συμβουλευτική είθισται να χρησιμοποιούνται οι ανοικτές ερωτήσεις. Οι ανοιχτές ερωτήσεις επιτρέπουν στον πελάτη να ερευνήσει σε βάθος τον εαυτό του και να εκφράσει καλύτερα τις σκέψεις και τα συναισθήματα του. Συχνά αρχίζουν με τις λέξεις «τί, πώς, γιατί ή θα μπορούσατε». Οι κλειστές ερωτήσεις στοχεύουν σε περιεχόμενο παρά σε συναίσθημα κι απαιτούν σύντομες απαντήσεις από τον πελάτη του τύπου «να» ή «όχι». Αν μια ερώτηση θα θεωρηθεί ανοικτή ή κλειστή εξαρτάται από το αν και το πώς συνδυάζεται με τον τόνο της φωνής, τη στάση του σώματος, την έκφραση του προσώπου (3).

3. Αντανεκλαστικές δεξιότητες.

Με τη χρήση αυτών των δεξιοτήτων ο συμβουλευτικός ψυχολόγος επιδιώκει να αντικατοπτρίσει, να αποδώσει πίσω στον πελάτη το συναίσθημα ή το περιεχόμενο των όσων είπε. Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει την αντανάκλαση του συναισθήματος ή την αντανάκλαση του περιεχομένου (3). Στην αντανάκλαση του περιεχομένου ο θεραπευτής επαναδιατυπώνει τις σημαντικότερες πληροφορίες που του έδωσε ο πελάτης σε κάποια δεδομένη στιγμή, ενώ στην αντανάκλαση του συναισθήματος ο θεραπευτής δίνει έμφαση στα συναισθήματα που ενυπάρχουν στα λεγόμενα του πελάτη (2,3).

4. Δεξιότητες διευκρίνισης.

Οι διευκρινιστικές δεξιότητες περιλαμβάνουν την ενθάρρυνση, την παράφραση, και την περίληψη. Ο θεραπευτής τις χρησιμοποιεί προκειμένου να διευκρινίσει τα όσα του παραθέτει ο πελάτης (3). Οι ενθαρρύνσεις προτρέπουν τον πελάτη να συνεχίσει να μιλά (2,3) και μπορεί να εκφράζονται λεκτικά ή μη λεκτικά (2,3). Οι μη λεκτικοί τρόποι περιλαμβάνουν κλίσεις του κεφαλιού, χειρονομίες που δηλώνουν ενθάρρυνση, κλίση του σώματος προς τα εμπρός και σιωπή (3). Η σιωπή, όταν αξιοποιείται σωστά, δίνει χρόνο στον πελάτη να αποκαλύψει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του (2,3). Οι ενθαρρύνσεις, που εκδηλώνονται λεκτικά, μπορεί να περιλαμβάνουν σύντομες εκφράσεις, όπως «Χμμ-Χμμ», «Συνέχισε», «Α!», «Λοιπόν» (2,3), καθώς και λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποίησε ο πελάτης στη διάρκεια του λόγου του (3). Με τις παραφράσεις ο θεραπευτής αποδίδει συντόμως και χρησιμοποιώντας μερικές λέξεις-κλειδιά του πελάτη το νόημα των όσων λέχθηκαν,

ζητώντας διευκρίνιση. Οι περιλήψεις μοιάζουν με τις παραφράσεις, μόνο που είναι εκτενέστερες και παρέχουν περισσότερες πληροφορίες (3).

Στάδιο 3. Αναγνώριση και καθορισμός στόχων.

Ο προσδιορισμός των στόχων της συμβουλευτικής διαδικασίας καθορίζει την κατεύθυνση προς την οποία θα εργαστούν ο σύμβουλος κι ο συμβουλευόμενος.

Οι στόχοι αντικατοπτρίζουν κυρίως τους λόγους για τους οποίους ο πελάτης ζήτησε βοήθεια. Πολλοί πελάτες, βέβαια, δε γνωρίζουν από την αρχή τους στόχους, τους οποίους θέλουν να επιτύχουν. Ένας από τους κυριότερους σκοπούς της συμβουλευτικής είναι να τους βοηθήσει να αναγνωρίσουν τις αλλαγές, που επιθυμούν να πραγματοποιήσουν στη ζωή τους.

Βασική προϋπόθεση για την αναγνώριση και τον καθορισμό των στόχων είναι να είναι αποδεκτοί κι από το σύμβουλο κι από το συμβουλευόμενο. Οι στόχοι μπορεί να είναι γενικοί, όπως πχ αυτοκατανόηση, αυτογνωσία, ή μπορεί να είναι πολύ συγκεκριμένοι, όπως πχ να χάσει βάρος, να κόψει το κάπνισμα. Ανεξάρτητα από το αν είναι γενικοί ή συγκεκριμένοι, οι στόχοι πρέπει να μεταφράζονται σε συγκεκριμένες συμπεριφορές, ώστε να είναι κατανοητοί από τους συμβαλλόμενους και να είναι εφικτή η αξιολόγησή τους. Είναι σημαντικό οι στόχοι να είναι παρατηρήσιμοι, μετρήσιμοι και να εγγυώνται σε μεγάλο ποσοστό την επιτυχία τους (3).

Στάδιο 4. Επιλογή συμβουλευτικής τεχνικής.

Αμέσως μετά την αποσαφήνιση και τον καθορισμό των στόχων προς την επίτευξη των οποίων θα κινηθεί η συμβουλευτική διαδικασία, ο σύμβουλος θα πρέπει να επιλέξει την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση.

Το βασικό ερώτημα στο οποίο πρέπει να απαντήσει ο συμβουλευτικός ψυχολόγος προκειμένου να επιλέξει την κατάλληλη τεχνική για τη συγκεκριμένη περίπτωση είναι: «τί είδους συμπεριφορά του συμβούλου θα έχει τί είδους επίδραση, σε ποιο είδος πελάτη, σε ποιο στάδιο της συμβουλευτικής διαδικασίας;». Ο θεραπευτής θα πρέπει να συνεκτιμήσει όλους τους παράγοντες που εμπλέκονται στη θεραπευτική διαδικασία προκειμένου να οδηγηθεί στην επιλογή της αποτελεσματικότερης μεθόδου. Υπάρχουν πολλές μέθοδοι και τεχνικές από τις οποίες μπορεί να επιλέξει,

αλλά ορισμένες φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματικές με συγκεκριμένα προβλήματα ή ανησυχίες (3).

Στάδιο 5. Τερματισμός της συμβουλευτικής διαδικασίας.

Ο τερματισμός της συμβουλευτικής διαδικασίας σηματοδοτείται με την επίτευξη της επιθυμητής αλλαγής της συμπεριφοράς του πελάτη. Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητη η αξιολόγηση της επιτυχίας της συμβουλευτικής διαδικασίας με βάση τα κριτήρια επίτευξης της επιθυμητής συμπεριφοράς που είχαν τεθεί. Ο σύμβουλος κι ο συμβουλευόμενος αξιολογούν τη διαδικασία στο σύνολο της κι εξετάζουν κατά πόσο οι στόχοι που είχαν θέσει πραγματοποιήθηκαν. Αν η συμπεριφορά του συμβουλευόμενου έχει αλλάξει προς την επιθυμητή κατεύθυνση, τότε η συμβουλευτική διαδικασία τερματίζεται.

Σε μερικές περιπτώσεις κρίνεται σκόπιμο μετά τη λήξη της συμβουλευτικής διαδικασίας να συνεχισθεί η παρακολούθηση της πορείας του συμβουλευόμενου προκειμένου να διασφαλιστεί η σταθεροποίηση των θετικών αποτελεσμάτων της συμβουλευτικής διαδικασίας στη διάρκεια του χρόνου (3).

1.6 Συμβουλευτική και φυσικό περιβάλλον

Αν κι η συμβουλευτική σχέση, ο θεωρητικός προσανατολισμός του συμβούλου κι η συμβουλευτική διαδικασία αποτελούν σημαντικές μεταβλητές στη συμβουλευτική, το περιβάλλον στο οποίο διεξάγεται η συμβουλευτική αποτελεί μια παράμετρο, η οποία θα πρέπει να ληφθεί υπόψη λόγω των δυνητικών θεραπευτικών επιδράσεων του. Το περιβάλλον της συμβουλευτικής έχει σημαντική επίδραση στο σύμβουλο και στο συμβουλευόμενο κι είναι πιθανόν ότι η επίδραση του στο συμβουλευόμενο σε σημαντικό βαθμό είναι έμμεση, δηλ μέσω του συμβούλου (7).

Τα στοιχεία που συνιστούν το περιβάλλον, στο οποίο λαμβάνει χώρα η συμβουλευτική είναι:

α) τα αξεσουάρ (έργα τέχνης, αντικείμενα, φυτά). Τα αξεσουάρ καθιστούν το περιβάλλον περισσότερο ελκυστικό για το σύμβουλο, αποτελούν στίγμα της προσωπικότητας και του χαρακτήρα του κι αυξάνουν το αίσθημα ελέγχου του στο χώρο. Η δημιουργία ενός ελκυστικού περιβάλλοντος για το σύμβουλο είναι σημαντική, επειδή οι σύμβουλοι που είναι ευτυχισμένοι στο περιβάλλον που

δραστηριοποιούνται, τείνουν να εκδηλώνουν περισσότερο θετικές στάσεις και συμπεριφορές προς τους πελάτες τους. Επομένως, ενδείκνυται οι σύμβουλοι να τοποθετούν στο χώρο εργασίας τους αξεσουάρ (πχ οικογενειακές φωτογραφίες, έργα τέχνης κι αντικείμενα που έχουν προσωπική αξία για αυτούς) που τους αυξάνουν το αίσθημα της ευχαρίστησης. Ιδιαίτερα προσεκτικοί πρέπει να είναι στην επιλογή των έργων τέχνης. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι πελάτες διαφέρουν στις ερμηνείες που αποδίδουν στα έργα τέχνης κι ότι προτιμούν σύνθετες εικόνες του φυσικού περιβάλλοντος. Τα φυτά μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευεργετικά με συγκεκριμένες ομάδες πελατών (πχ ηλικιωμένοι) (7).

β) το χρώμα. Τα χρώματα μπορούν να επιφέρουν ψυχολογικές και φυσιολογικές αντιδράσεις. Τα φωτεινά χρώματα συσχετίζονται με θετικά συναισθήματα, ενώ τα σκούρα χρώματα συνδέονται με αρνητικά συναισθήματα. Τα ψυχρά χρώματα μειώνουν την πίεση του αίματος, τον καρδιακό παλμό και την αναπνοή, ενώ τα θερμά χρώματα αυξάνουν αυτές τις βιολογικές λειτουργίες. Η ηλικία και το φύλο των πελατών παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του κατάλληλου χρώματος. Για παράδειγμα, οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά εκδηλώνουν θετική διάθεση, όταν βρίσκονται σε ένα ροζ δωμάτιο. Επίσης, το μπλε είναι το αγαπημένο χρώμα και των δυο φύλων στους ενήλικες, με το πράσινο και το κόκκινο να αποτελούν τις επόμενες επιλογές των νεαρών ενηλίκων. Τα ουδέτερα χρώματα δωματίου είναι χρήσιμα, όταν αναμένονται αλλαγές στα έπιπλα ή στα έργα τέχνης, επειδή αυτά παρέχουν ευλυγισία και δεν περιορίζουν ή δεν υπαγορεύουν ένα συγκεκριμένο χρωματικό σχήμα για τα έπιπλα και το πάτωμα. Σύμφωνα με τη θεωρία των χρωμάτων τα σκούρα χρώματα μπορούν να κάνουν ένα μεγάλο γραφείο περισσότερο οικείο, ενώ το άσπρο και τα ανοιχτά χρώματα μπορούν να κάνουν ένα μικρό γραφείο να φαίνεται μεγαλύτερο (7).

γ) τα έπιπλα κι η διαρρύθμιση του δωματίου. Σύγχυση επικρατεί σχετικά με τη διαρρύθμιση του περιβάλλοντος της συμβουλευτικής. Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν ότι οι πελάτες προτιμούν την τυπική διάταξη (συμβουλευτική κατά μήκος ενός γραφείου), ενώ τα αποτελέσματα άλλων ερευνών υποστηρίζουν ακριβώς την αντίθετη άποψη. Οι γυναίκες κι οι πελάτες με υψηλά επίπεδα άγχους εμφανίζονται να είναι αρνητικοί στην παρεμβολή ενός γραφείου ανάμεσα σε αυτούς και τον σύμβουλο. Στοιχεία σημαντικά στην επιλογή και την τοποθέτηση των επίπλων, επίσης, αποτελούν α) ο βαθμός στον οποίο οι πελάτες μπορούν να ελέγξουν τη διάταξη των επίπλων, β) η κουλτούρα των πελατών και γ) η προσβασιμότητα του περιβάλλοντος σε άτομα με σωματική αναπηρία. Η έρευνα προτείνει ότι οι πελάτες αισθάνονται

μεγαλύτερη άνεση, αυτονομία κι ισότητα, όταν έχουν τον έλεγχο στη διαρρύθμιση των επίπλων. Για παράδειγμα, καναπέδες και κινητές καρέκλες δίνουν τη δυνατότητα στον πελάτη να επηρεάσει την απόσταση ανάμεσα στο σύμβουλο και τον πελάτη. Η απόσταση αυτή σαφώς επηρεάζεται από την πολιτισμική καταβολή του πελάτη. Πελάτες από κουλτούρες επαφής (contact cultures) προτιμούν τις μικρότερες αποστάσεις στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις τους σε σύγκριση με τους πελάτες από κουλτούρες μη επαφής. Επίσης, τα γραφεία της συμβουλευτικής θα πρέπει να είναι προσβάσιμα και λειτουργικά για άτομα με αναπηρία, για ηθικούς και νομικούς λόγους (7).

Στη φάση διαρρύθμισης του δωματίου της συμβουλευτικής οι σύμβουλοι θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους την επίδραση του ντεκόρ του γραφείου τους στις αντιλήψεις των πελατών τους σχετικά με τις ικανότητες του συμβούλου. Οι γυναίκες σύμβουλοι σε «παραδοσιακά, επαγγελματικά» γραφεία θεωρούνται περισσότερο ικανές, ενώ οι άντρες θεωρούνται περισσότερο ικανοί σε «ανθρωπιστικά» γραφεία. Η έρευνα, επίσης, έδειξε ότι γραφεία με μειωμένη απομόνωση συχνά οδηγούν σε μειωμένη αυτοαποκάλυψη, ενώ γραφεία με μια ζεστή, οικεία ατμόσφαιρα τείνουν να προωθούν σε μεγαλύτερο βαθμό την αυτοαποκάλυψη. Τα καθαρά γραφεία με ζώντα στοιχεία κι αξεσουάρ αυξάνουν την άνεση των επισκεπτών περισσότερο σε σύγκριση με τα ατακτοποιήτα γραφεία. Τέλος, οι σύμβουλοι μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία της αρχικής αξιοπιστίας με τους πελάτες τους εκθέτοντας τα διπλώματα και τα βραβεία τους (7).

δ) ο φωτισμός. Τα ευρήματα ερευνών συστήνουν ότι οι σύμβουλοι μπορούν να επωφεληθούν από τη χρησιμοποίηση απαλού φωτισμού, πλήρους φάσματος φωτισμού και φυσικού φωτισμού στα γραφεία συμβουλευτικής. Χρησιμοποιούμενα σε συνδυασμό, αυτά τα τρία είδη φωτισμού διευκολύνουν σε σημαντικό βαθμό την αυτοαποκάλυψη, μειώνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης και γίνονται αντιληπτά από τους συμβούλους και τους πελάτες ως περισσότερο επιθυμητά. Για την ενίσχυση του αισθήματος της απομόνωσης (privacy) των πελατών, προτείνεται η χρησιμοποίηση μη ομοιόμορφου φωτισμού, με διαχεόμενα ποσά κοντά στον πελάτη και περισσότερα ποσά μακριά (7).

ε) η οσμή. Η έκθεση σε συγκεκριμένες οσμές μπορεί να επηρεάσει ποικίλες ψυχολογικές διαδικασίες. Γενικά, οι δυσάρεστες οσμές συνδέονται με την ανάκτηση δυσάρεστων αναμνήσεων στους πελάτες, ενώ οι ευχάριστες οσμές συνδέονται με ευχάριστες αναμνήσεις. Επιπρόσθετα, η έκθεση σε αρώματα φρούτων ή τροφίμων

συσχετίζεται με τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι σύμβουλοι θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους την επιβλαβή επίδραση που πιθανόν να έχουν οσμές, όπως η δυσάρεστη αναπνοή κι η υπερβολική χρησιμοποίηση αρώματος ή κολόνιας, στη συμβουλευτική διαδικασία και σχέση. Οι δυσάρεστες οσμές μπορεί να έχουν μια διαχυτική, και πιθανόν ακόμα ασυνείδητη, επίδραση στις εκτιμήσεις που οι πελάτες κι οι σύμβουλοι κάνουν ο ένας για τον άλλον (7).

στ) ήχος. Ο ήχος μπορεί να επιδράσει είτε θετικά είτε αρνητικά στην εκτέλεση των καθηκόντων κι η μουσική μπορεί να ενισχύσει τη θεραπευτική διαδικασία. Η έρευνα υποδεικνύει ότι οι σύμβουλοι θα πρέπει να ελέγχουν ή να καλύπτουν τους ήχους που θεωρούν δυσάρεστους. Οι ήχοι νερού κι η μουσική μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να κρατήσουν τους εξωτερικούς ήχους μακριά από το γραφείο κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής, και για να μη γίνουν αντιληπτές οι φωνές του συμβούλου και του πελάτη έξω από το γραφείο της συμβουλευτικής, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο το αίσθημα απομόνωσης (privacy) των πελατών. Αργή, ήρεμη μουσική μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον καθησυχασμό ανήσυχων πελατών και τη μείωση του στρες (7).

ζ) θερμοκρασία. Η θερμοκρασία του δωματίου επηρεάζει την άνεση και την πνευματική συγκέντρωση του συμβούλου και του πελάτη. Τα περισσότερα άτομα νιώθουν άνετα σε θερμοκρασίες 20,5-26,6°C (69-80°F) και σε 30-60% σχετική υγρασία. Δυσχέρεια παρατηρείται σε περιπτώσεις ρευμάτων ή έλλειψης αερισμού. Ο σύμβουλος θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις προτιμήσεις του πελάτη στον καθορισμό της θερμοκρασίας του δωματίου (7).

Πηγές:

- 1. Χαρωνιτάκη Α. Σημειώσεις μαθήματος Ζ' εξαμήνου «Συμβουλευτική και Παιδαγωγική της Διατροφής», 2007**
- 2. Nelson-Jones R. The theory and practice of counseling psychology. Cassell 1991**
- 3. Μαλικιώση -Λοίζου Μ. Συμβουλευτική Ψυχολογία. Ελληνικά Γράμματα 1996, Αθήνα**
- 4. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. Brooks/Cloe Publishing Company 1996, USA**
- 5. Νασιάκου Μ. Η ψυχολογία σήμερα. 2. Κλινική ψυχολογία. Εκδόσεις Παπαζήση 1982, Αθήνα**
- 6. Νασιάκου Μ. Η ψυχολογία σήμερα. 1. Γενική ψυχολογία. Εκδόσεις Παπαζήση 1982, Αθήνα**
- 7. Pressly PK and Heesacker M. The physical environment and counseling: a review of theory and research. J Couns & Development 2001;79:146-160**

Κεφ 2. Συμβουλευτική παιδιών κι εφήβων

Η συμβουλευτική θεραπεία των παιδιών και των εφήβων αποτελεί επίκεντρο αρκετών επαγγελματιών και πραγματοποιείται σε διάφορους χώρους και για διαφορετικές καταστάσεις. Αν κι οι θεωρητικές προσεγγίσεις αντιπροσωπεύουν ένα ευρύ φάσμα κι ουσιαστικά προέρχονται από τις θεωρίες που χρησιμοποιούνται στους ενήλικες, τα παιδιά κι οι έφηβοι αντιπροσωπεύουν μια μοναδική πρόκληση για τον σύμβουλο. Τα παιδιά δεν είναι απλά μικροί ενήλικες. Το στάδιο ανάπτυξης τους, το περιβάλλον, οι λόγοι ή η εισαγωγή τους στη θεραπεία κι άλλοι σχετικοί παράγοντες καθιστούν αναγκαία μια διαφορετική προσέγγιση στη θεραπεία (1). Ο σύμβουλος που ασχολείται με τα παιδιά πρέπει να έχει μια ευρεία γνώση των θεμάτων που σχετίζονται με την ανάπτυξη και την εξέλιξη των παιδιών και των εφήβων, καθώς και των ιδιαιτεροτήτων που αυτά φέρνουν στη θεραπευτική σχέση (1,2).

2.1 Θέματα ανάπτυξης

Ο σύμβουλος θα πρέπει να είναι γνώστης της ανθρώπινης ανάπτυξης. Η γνώση της ανάπτυξης και των πλαισίων φυσιολογικής συμπεριφοράς σε διαφορετικές ηλικίες είναι απαραίτητη για τον καθορισμό του τί είναι φυσιολογικό σε κάθε ηλικία σε διάφορους τομείς (3). Η γνώση αυτή θα βοηθήσει το θεραπευτή στη λήψη των κλινικών αποφάσεων σε διάφορα σημεία στη θεραπευτική διαδικασία. Η θέσπιση κατάλληλων στόχων είναι σημαντική σε κάθε θεραπευτική προσπάθεια. Ο θεραπευτής για τα παιδιά/εφήβους θέτει τους στόχους μέσα σε ένα αναπτυξιακό πλαίσιο κι οι προσδοκίες του διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία και τις ικανότητες του παιδιού. Η θέσπιση στόχων πέρα από τις αναπτυξιακές προσδοκίες σχεδόν υπαγορεύει την αποτυχία της παρέμβασης. Αυτή η γνώση της ανάπτυξης, επίσης, επιτρέπει στο θεραπευτή να επιλέξει το κατάλληλο περιεχόμενο και να αποφασίσει ποιο επίπεδο θεραπευτικής αλληλεπίδρασης είναι κατάλληλο για το παιδί (1). Οι θεραπείες για τα παιδιά μπορεί να στοχεύουν στη συμπεριφορά, στα συναισθήματα, στις σκέψεις ή σε συνδυασμό αυτών, ανάλογα με το συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού. Με τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα οποία δεν έχουν την ικανότητα κατανόησης ή περιγραφής των εσωτερικών συγκρούσεων και συναισθημάτων, για παράδειγμα, ο φυσικός τρόπος έκφρασης είναι η πράξη κι ο στόχος των παρεμβάσεων είναι συχνά η εξωτερική συμπεριφορά.

Συνηθέστερα χρησιμοποιούνται συμπεριφορικές παρεμβάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονέων στην παρακολούθηση της συμπεριφοράς των παιδιών. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν και βελτιώνεται η ικανότητα τους να αντικατοπτρίζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους, τα γνωστικά στοιχεία αποτελούν κατάλληλους στόχους της παρέμβασης (3).

2.2 Ιδιαιτερότητες στη συμβουλευτική παιδιών κι εφήβων

Εκτός από τα θέματα ανάπτυξης, υπάρχουν ορισμένες ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με την ανάπτυξη των παιδιών και οι οποίες θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στη συμβουλευτική. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την άμεση εργασία με το παιδί ή τον έφηβο κι αφορούν μερικές διαφορές ανάμεσα στη συμβουλευτική παιδιού/εφήβου και τη συμβουλευτική ενηλίκων (1).

Οι Clarizio και McCoy αναφέρουν μια σειρά από ιδιαιτερότητες στη θεραπευτική σχέση με τα παιδιά/έφηβους (1). Τα παιδιά κι οι έφηβοι διαφέρουν από τους ενήλικες ως προς τους λόγους παραπομπής τους για θεραπεία στη συμβουλευτική (1,4). Ενώ οι ενήλικες είναι συνήθως γνώστες της ύπαρξης ενός προσωπικού προβλήματος, το παιδί είναι πιθανόν να μην γνωρίζει ή να μη συμφωνεί ότι υπάρχουν προβλήματα ή ανησυχίες (1,4). Το παιδί είναι απίθανο να ξεκινήσει εθελοντικά θεραπεία. Η απόφαση συνήθως ανήκει στους ενήλικες στο περιβάλλον του παιδιού, με ποικίλου βαθμού αποδοχή/συμφωνία/αντίσταση από το παιδί (1). Επομένως, το πρώτο βήμα σε πολλές παρεμβάσεις μπορεί να είναι απλά η δημιουργία μερικού τύπου σχέσης με το παιδί κι η συμφωνία ότι η αλλαγή είναι αναγκαία (1). Απαραίτητη για την πρόοδο της συμβουλευτικής είναι η ανάπτυξη κινήτρων για αλλαγή στο παιδί (1,4).

Μια άλλη ιδιαιτερότητα, που σχετίζεται και με την ανάπτυξη κινήτρων στα παιδιά για τη συμμετοχή τους στη συμβουλευτική διαδικασία, είναι η έλλειψη κατανόησης των παιδιών/εφήβων για τη θεραπευτική διαδικασία (1,4,5). Το παιδί είναι δυνατόν να μην έχει άποψη για το τί είναι η συμβουλευτική (1,4,5) και ποιοί είναι οι στόχοι της (4). Ο θεραπευτής αρχικά θα πρέπει να εκπαιδεύσει το παιδί σχετικά με τη θεραπεία, εξηγώντας του τί είναι και τί δεν είναι. Ο θεραπευτής θα πρέπει να διαπραγματευτεί με το παιδί τους στόχους και τα θέματα ή το περιεχόμενο της συμβουλευτικής. Οι στόχοι αυτοί μπορεί να μην είναι αναγκαστικά σε απόλυτη συμφωνία με τους στόχους με την πηγή παραπομπής ή το θεραπευτή, αλλά θα αποτελέσουν ένα σημείο εκκίνησης. Οι στόχοι μπορούν πάντα να τεθούν υπό

διαπραγμάτευση καθώς η σχέση αναπτύσσεται. Επιπλέον, ο θεραπευτής θα πρέπει να δείξει στο παιδί ή στον έφηβο ότι κάτι θα κερδίσει από τη συμβουλευτική (1).

Μια άλλη σημαντική διαφορά ανάμεσα στη συμβουλευτική παιδιών κι ενηλίκων είναι η περιορισμένη λεκτική ανάπτυξη του παιδιού (1,5), η οποία συνδέεται με τους περιορισμούς στην γνωστική ανάπτυξη (1). Τα παιδιά μπορεί να μην έχουν τη δυνατότητα να σκέφτονται με αφηρημένους όρους και μπορεί να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να περιγράψουν λεκτικά και να συζητήσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους (1). Το παιχνίδι κι άλλες μη λεκτικές τεχνικές είναι περισσότερο φυσικοί τρόποι επικοινωνίας για τα παιδιά, ιδιαίτερα πριν από την εφηβεία (5). Όταν η συμβουλευτική λαμβάνει χώρα σε λεκτικό επίπεδο, ο θεραπευτής θα πρέπει να προσαρμόσει τη συνέντευξη στο επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού όσον αφορά τις εκφραστικές κι αντιληπτικές (receptive) γλωσσικές ικανότητες του (1,5). Ενώ δεν θα πρέπει να μειώνεται η έμφαση στην αξία της «λεκτικής θεραπείας», εναλλακτικοί τρόποι έκφρασης θα πρέπει να διερευνώνται για χρήση σε συνδυασμό με λεκτικές αλληλεπιδράσεις (1).

Τα παιδιά, επίσης, διαφέρουν από τους ενήλικες όσον αφορά την εξάρτησή τους από τις περιβαλλοντικές δυνάμεις κι αλλαγές. Τα παιδιά αντιδρούν στις αλλαγές των καταστάσεων της ζωής τους παρά τις επιφέρουν. Δε διαθέτουν τη δύναμη να δραστηριοποιηθούν προκειμένου να ελαχιστοποιήσουν ή να εμποδίσουν τις περιβαλλοντικές αιτίες άγχους. Τείνουν να αναπτύσσονται στα πλαίσια των σχέσεων με τα άτομα του περιβάλλοντός τους, οι οποίες εξυπηρετούν τη διατήρηση, την προαγωγή ή την αποθάρρυνση των μη επιθυμητών συμπεριφορών (6). Επειδή το παιδί εξαρτάται από το περιβάλλον, είναι περισσότερο σημαντικό για αυτούς στο περιβάλλον να εμπλακούν στη θεραπεία (1,3,6). Ενώ οι ενήλικες είναι περισσότερο πιθανόν να ζητήσουν από μόνοι τους βοήθεια, το παιδί είναι λιγότερο πιθανόν να αντιμετωπιστεί μεμονωμένα (1).

Ένας άλλος παράγοντας που συνεισφέρει στη διαφορά ανάμεσα στη συμβουλευτική παιδιών κι ενηλίκων είναι ότι η προσωπικότητα του παιδιού είναι λιγότερο πιθανόν να έχει διαμορφωθεί σε σύγκριση με τους ενήλικες. Το παιδί, του οποίου οι άμυνες δεν έχουν διαμορφωθεί, είναι περισσότερο επιδεκτικό στη θεραπευτική επιρροή, από τη στιγμή που η σχέση κι η συνεργασία ανάμεσα στο παιδί και το θεραπευτή έχει διαμορφωθεί. Η προσωπικότητα συνεχίζει να αναπτύσσεται και να αλλάζει συνεχώς, δημιουργώντας μεγαλύτερες δυνατότητες για αλλαγή. Την ίδια στιγμή, όμως, αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε μη συνεπείς αντιδράσεις

στη θεραπευτική συνεδρία. Το παιδί έχει μεγαλύτερο εύρος συναισθηματικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων ως αποτέλεσμα της ασχημάτιστης φύσης της προσωπικότητάς του. Ο θεραπευτής, επομένως, μπορεί να είναι πιο ευλύγιστος και πρέπει να μην αποθαρρύνεται από τις προφανείς διακυμάνσεις των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς στην πορεία της θεραπείας (1).

Συμβουλευτική με εφήβους

Οι έφηβοι εισερχόμενοι στη θεραπεία είναι χαρακτηριστικά ανυπόμονοι, μισαλλόδοξοι και απρόθυμοι να επικοινωνήσουν. Μπορεί να αδυνατούν να επεξεργαστούν λεπτομέρειες της τρέχουσας κατάστασης ή των δυσκολιών που παρουσιάζονται. Μπορεί να αρνούνται την ευθύνη για τα τρέχοντα προβλήματα, προτιμώντας να μεταφέρουν την ευθύνη κάπου αλλού ή μπορεί πραγματικά να αγνοούν τους λόγους για τους οποίους παραπέμφθηκαν για θεραπεία. Επομένως η άρνηση συνεργασίας προκαλεί σύγχυση κι άγχος στο θεραπευτή και μπορεί να τον αποθαρρύνει στη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης.

Ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης κι ωριμότητας του έφηβου, οι παρεμβάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν κυμαίνονται από αυτές που εφαρμόζονται για τα παιδιά ως αυτές που χρησιμοποιούνται με τους ενήλικες που έχουν παρόμοια προβλήματα.

Ο Weiner σημειώνει ότι οι έφηβοι διαφέρουν από τους ενήλικες και τα παιδιά στην άποψη τους για τη θεραπεία. Ενώ τα περισσότερα παιδιά αρχικά δε γνωρίζουν τη σημασία της θεραπείας και οι περισσότεροι ενήλικες επιλέγουν την έναρξη της θεραπείας, οι έφηβοι γνωρίζουν ότι έχουν προσαχθεί για θεραπεία από άλλους που μπορούν να εξαναγκάσουν για συνέχιση της παρακολούθησης των συνεδριών. Σχολιάζοντας σχετικά με την έναρξη της θεραπείας, ο Weiner σημειώνει ότι μια γρήγορη και σαφής έναρξη της θεραπευτικής σχέσης είναι απαραίτητη για την επιτυχή συμβουλευτική εργασία με τους εφήβους, πιθανόν περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Αρχικά, ο θεραπευτής πρέπει να προσπαθήσει να κάνει τον έφηβο να αισθανθεί άνετα, εξηγώντας του τί να περιμένει και βοηθώντας τον να καταστείλει τους φόβους του. Μη δομημένες παροτρύνσεις, ερωτήσεις σχετικά με βαθύτερα προσωπικά συναισθήματα ή προκλήσεις για την εξήγηση της συμπεριφοράς του το πιθανότερο είναι να επιφέρουν μεγαλύτερη απροθυμία συνεργασίας ή έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Ξεκινώντας με πληροφορίες σχετικά με γεγονότα σε ένα μη επικριτικό ύφος θα βοηθήσει στον κατευνασμό των

αρχικών ανησυχιών. Ο θεραπευτής θα πρέπει να εξηγήσει πώς η σχέση τους θα διαφέρει από αυτές με τους άλλους ενήλικες. Ο στόχος σε αυτό το επίπεδο είναι να επιτευχθεί η δέσμευση εκ μέρους του εφήβου και να τεθούν οι πρώτες βάσεις για τη δημιουργία κινήτρων. Η αρχική συμφωνία με τον έφηβο μπορεί απλά να είναι να επιστρέψει σε μια άλλη συνεδρία.

Η συνέχιση της δημιουργίας μιας θεραπευτικής σχέσης περιλαμβάνει τη διατήρηση της ροής της επικοινωνίας και την αντιμετώπιση των ανησυχιών του εφήβου σχετικά με το πώς η θεραπεία μπορεί να επηρεάσει την ανεξαρτησία του. Ο θεραπευτής με ένα έφηβο θα είναι πιο ενεργός σε σύγκριση με ένα ενήλικο. Σιωπές μεγάλης διάρκειας, μη ανταποκριτικές αντιδράσεις και μεγάλης διάρκειας περίοδοι χορήγησης απαντήσεων στις ανησυχίες των εφήβων θα πρέπει να αποφεύγονται. Εξηγώντας με ακρίβεια τις σκέψεις, εκφράζοντας τις ερωτήσεις με σαφήνεια και γενικά χρησιμοποιώντας μια άμεση προσέγγιση θα διευκολύνει τη δουλειά με τους εφήβους. Οι θεραπευτές θα πρέπει να εκφράζουν γνησιότητα. Μια αυθόρμητη προσέγγιση βασισμένη στο διάλογο, η οποία να θυμίζει περισσότερο μια συζήτηση με ένα φίλο συστήνεται. Ο έφηβος είναι πιθανόν να είναι περίεργος σχετικά με τη «πραγματική ζωή» του θεραπευτή κι ο θεραπευτής δε θα πρέπει να τις αποφεύγει. Αν και δεν θα πρέπει να επηρεάσει τις αξίες, ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι πρόθυμος να μοιραστεί προσωπικές γνώμες και στάσεις με τον έφηβο. Η αναγνώριση των συναισθημάτων του εφήβου σχετικά με διάφορα θέματα και καταστάσεις είναι χρήσιμη. Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι γνώστης, μεταξύ άλλων, των αξιών του εφήβου, της διαλέκτου που χρησιμοποιεί, και να είναι ευαίσθητος στις πιέσεις που υφίσταται ο έφηβος σε κοινωνικό και συναισθηματικό αναπτυξιακό επίπεδο. Ο θεραπευτής είναι αναγκαίο να επικοινωνήσει ένα ενδιαφέρον στον έφηβο. Αυτό επιτυγχάνεται καλύτερα έμμεσα, επειδή ο έφηβος θα αναγνωρίσει την επιδευσιμότητα. Τέλος, οι έφηβοι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως παιδιά, αλλά παρόλα αυτά δε θα πρέπει να τους μεταδίδονται μηνύματα ότι είναι τελείως ελεύθεροι να λαμβάνουν από μόνοι τους όλες τις αποφάσεις της ζωής τους.

Τα πιο σημαντικά συστατικά μιας επιτυχούς θεραπευτικής σχέσης με ένα έφηβο περιλαμβάνουν: α) το γνήσιο ενδιαφέρον του εφήβου για την κατάστασή του β) την ικανότητα του εφήβου να παρατηρεί με ακρίβεια κι ειλικρίνεια την κατάστασή του και να την αναφέρει στο θεραπευτή γ) ο βαθμός υποστήριξης της θεραπευτικής προσπάθειας από την οικογένεια του εφήβου (1).

2.3 Θεωρητικές Προσεγγίσεις

Σε όλες τις παρεμβάσεις με τα παιδιά, το κλειδί για την επιτυχή διεξαγωγή της είναι η δημιουργία μιας ισχυρής θεραπευτικής σχέσης (2,4). Στη συμβουλευτική με τα παιδιά, δεν υπάρχει μια δεδομένη πρακτική προσέγγιση ως πιο αποτελεσματική. Πολλοί θεραπευτές τείνουν να είναι υποστηρικτές μιας συγκεκριμένης θεωρητικής προσέγγισης ως αποτέλεσμα της εκπαίδευσης ή της προσωπικής τους προτίμησης, αλλά η εστίαση σε μια συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση δε θα πρέπει να περιορίζει την ποικιλία των τεχνικών που μπορούν να εφαρμοστούν από το θεραπευτή προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του παιδιού. Ο σύμβουλος θα πρέπει να είναι πολύ καλά ενημερωμένος για την τρέχουσα έρευνα στον τομέα της θεραπείας του παιδιού και να ενσωματώνει νέες πληροφορίες από την έρευνα στην προσέγγιση του. Η πλειοψηφία των παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται στη συμβουλευτική των παιδιών και των εφήβων είναι οι ίδιες που χρησιμοποιούνται και στη συμβουλευτική με τους ενήλικες. Ανάλογα με το χώρο άσκησης της συμβουλευτικής (νοσοκομείο, ιατρείο, σχολείο κ.α.) απαιτούνται διαφορετικές προσεγγίσεις που να είναι αποτελεσματικές σε αυτούς τους χώρους. Οι πρακτικές προσεγγίσεις που θα χρησιμοποιηθούν ποικίλουν ανάλογα με το χώρο διεξαγωγής της συμβουλευτικής, το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, την εκπαίδευση και τις ικανότητες του θεραπευτή και τη μοναδική περίπτωση του κάθε παιδιού. Ο συμβουλευτής θα πρέπει να έχει ένα ευρύ φάσμα γνώσεων των θεραπευτικών προσεγγίσεων και να είναι έμπειρος να επιλέγει μεταξύ αυτών σε κάθε δεδομένη παρέμβαση (2).

Οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις και η προσωποκεντρική θεραπεία αναφέρονται να εφαρμόζονται ευρέως στη συμβουλευτική με τα παιδιά σε σύγκριση με τις συμπεριφορικές και γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες, αλλά υπάρχουν πολλές ανέκδοτες αποδείξεις σχετικά με τη θετική επίδραση τους στα παιδιά και τους εφήβους. Η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων μπερδεύεται από τη σημαντική έλλειψη σοβαρών εμπειρικών αποδείξεων σε σύγκριση με τις συμπεριφορικές και γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες (7).

2.4 Ηθικά ζητήματα

Ηθικές ευθύνες

Επιβάλλεται για τους συμβούλους να υιοθετούν τους κώδικες δεοντολογίας των επαγγελματιών τους οργανισμών. Οι ηθικές ανησυχίες τονίζονται στην εργασία με τρωτούς πληθυσμούς (2). Στις περισσότερες χώρες η γνώση κι η συναίνεση των γονέων είναι απαραίτητη για να συμμετάσχουν οι νέοι κάτω των 18 ετών και τα παιδιά σε μια θεραπευτική διαδικασία. (8). Από τη στιγμή που τα παιδιά, γενικά, δεν διαθέτουν αυτονομία και ηθική εξουσία για συγκατάβαση, ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι προσεκτικός όσον αφορά την κατανόηση του παιδιού σχετικά με την παρέμβαση και πρέπει να παρακολουθεί τις αντιδράσεις του παιδιού. Σε περιπτώσεις όπου το παιδί διαφωνεί, πρώτη δουλειά του θεραπευτή είναι να καθορίσει την ωφελιμότητα της παρέμβασης. Η καλύτερη ηθική κρίση βασίζεται στην πληρέστερη πληροφόρηση σχετικά με όλους τους εμπλεκόμενους και τα κίνητρα και τις ικανότητες τους, έτσι ώστε το καλύτερο για το παιδί να εξασφαλίζεται. (2)

Ικανότητες κι αρμοδιότητες

Οι σύμβουλοι θα πρέπει να αναγνωρίζουν τα όρια των αρμοδιοτήτων τους και να παρέχουν υπηρεσίες μόνο σε τομείς, στους οποίους έχουν τις ικανότητες να επιτύχουν καλά αποτελέσματα (2). Οι σύμβουλοι δεν είναι σε θέση να προάγουν διαγνωστικές ή θεραπευτικές διαδικασίες, που βρίσκονται εκτός του πεδίου εκπαίδευσής τους. Οι σύμβουλοι που αναγνωρίζουν ότι έχουν έλλειψη αρμοδιότητας σε κάποια ειδική περίπτωση, έχουν την υποχρέωση να συμβουλευτούν άλλους συναδέλφους ή να παραπέμψουν το περιστατικό. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι απαραίτητη για να παρακολουθούν οι σύμβουλοι τις τελευταίες εξελίξεις του επαγγέλματός τους (8).

Εχεμύθεια/απόρρητο

Το απόρρητο των αρχείων και της προσωπικής επικοινωνίας καθορίζεται από ηθικούς και κρατικούς νόμους (2). Η εχεμύθεια είναι μια βασική προτεραιότητα για την αποτελεσματική συμβουλευτική στα παιδιά. Τα παιδιά κι οι έφηβοι θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι πληροφορίες που αποκαλύπτουν κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής

συνεδρίας θα είναι απόρρητες. Η διατήρηση του απορρήτου με τα παιδιά είναι κεντρικής σημασίας για την έκφραση των θεμάτων που τους απασχολούν. Παρόλα αυτά, στη συμβουλευτική με τα παιδιά, μπορεί να υπάρξουν κάποιες περιπτώσεις όπου ανάλογα με την ηλικία και τη σοβαρότητα της κατάστασης του παιδιού, οι γονείς θα πρέπει να πληροφορηθούν τί συμβαίνει. Ο σύμβουλος θα πρέπει να καταστήσει σαφές στα παιδιά τους περιορισμούς της εχεμύθειας (9).

Περιστάσεις που υπαγορεύουν την ανάγκη άρσης του απορρήτου από νομικής απόψεως είναι 1) όταν το παιδί τοποθετεί τους άλλους ή τον εαυτό του σε κίνδυνο, 2) όταν ο σύμβουλος θεωρεί ότι το παιδί χρειάζεται ιατρική περίθαλψη και 3) όταν το παιδί ζητάει να ανακοινωθεί η αναφορά του σε τρίτους (8).

Πηγές:

- 1. Prout HT and Douglas DT. Counseling and psychotherapy with children and adolescents: theory and practice for school and clinical setting.4th edition 2007**
- 2. Center for clinical social work. A position statement of the center for clinical social work (2007). Practice with children and their families: a specialty of clinical social work. www.abecsw.org**
- 3. Eyberg SM et al. Child and adolescent psychotherapy research: developmental issues. J Abnorm Child Psychology 1998;26(1):71-81**
- 4. DiGiuseppe R et al. Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. Applied & Preventive Psychology 1996;5:85-100**
- 5. Chesson RA et al. Counseling children with chronic physical illness. Patient education and Counseling 2004;55:331-338**
- 6. Stormshak EA and Dishion TJ. An ecological approach to child and family clinical and counseling psychology. Clinical Child and Family Psychology Review 2002;5(3):197-212**
- 7. Grave J and Blissett J. Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. Clinical Psychology Review 2004;24:399-420**
- 8. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. Brooks/Cloe Publishing Company 1996, USA**
- 9. Vega AP et al. Youth centered counseling for HIV/STI prevention and promotion of sexual reproductive health. A guide for front line providers. Pan American Health Organization/World Health Organization 2005**

Κεφ 3. Στοιχεία εξελικτικής ψυχολογίας στη σχολική κι εφηβική ηλικία

3.1 Σχολική ηλικία

Η σχολική ηλικία εκτείνεται από το 6^ο έτος ως την ηλικία που το άτομο γίνεται σεξουαλικά ώριμο (ως το 11^ο έτος για τα κορίτσια και το 13^ο έτος για τα αγόρια). Αρχίζει με την εμφάνιση των πρώτων δοντιών και την είσοδο του παιδιού στο σχολείο και τελειώνει με την έναρξη της ενήβωσης (την πρώτη έμμηνη ρύση στα κορίτσια και την πρώτη εκσπερμάτωση στα αγόρια) (1).

Η σχολική ηλικία χαρακτηρίζεται ως περίοδος της βιοσωματικής σταθερότητας κι αποτελεί μια περίοδο σημαντικής ανάπτυξης στον κοινωνικό, γνωστικό και συναισθηματικό τομέα (2,3).

Βιοσωματική ανάπτυξη

Η βιοσωματική ανάπτυξη κατά τη σχολική ηλικία μπορεί να χαρακτηριστεί περισσότερο ως ποιοτική μεταβολή και λιγότερο ως ποσοτική αύξηση. Ο ρυθμός αύξησης στις διαστάσεις του σώματος παρουσιάζει αισθητή ανάσχεση για να δοθεί προτεραιότητα στην επεξεργασία και σταθεροποίηση των ραγδαίων μεταβολών της προηγούμενης περιόδου. Πρόκειται για ένα είδος ανάπαυλας ανάμεσα στην έντονη αύξηση της προσχολικής ηλικίας και στο ορμητικό ξέσπασμα της ήβης (1).

Το μέσο ύψος στις ηλικίες 6 ως 7 ετών είναι 120 cm και το μέσο βάρος είναι 23 Kg (1). Το βάρος τυπικά αυξάνει 2-3 Kg κάθε χρόνο μέχρι την ηλικία των 9 ή 10 ετών. Στη συνέχεια ο ρυθμός αυξάνει, σηματοδοτώντας την προσέγγιση της εφηβείας. Η αύξηση στο ύψος κυμαίνεται σε 6-8 cm/έτος από την ηλικία των 2 ετών ως την εφηβεία (2).

Η αύξηση σε γενικές γραμμές είναι σταθερή κι αργή κατά τη σχολική ηλικία, αλλά είναι δυνατόν να παρατηρούνται διαφοροποιήσεις σε ατομικό επίπεδο, με περιόδους στασιμότητας να εναλλάσσονται με περιόδους αιφνίδιας αύξησης. Οι εναλλαγές αυτές συνήθως συνοδεύονται από παρόμοιες αλλαγές στην όρεξη και τη διατροφική πρόσληψη (2).

Οι αναλογίες του σώματος κατά τη σχολική ηλικία διαφέρουν από τις αναλογίες του νηπίου. Στη φάση αυτή ταχεία αύξηση παρουσιάζουν τα κάτω άκρα και τα οστά του προσώπου. Επίσης, το πάχος μειώνεται και κατανέμεται σε περισσότερα μέρη

του σώματος κι έτσι το παιδί χάνει τη «νηπιακή λόρδωση». Ο σωματότυπος είναι ήδη σαφής από το 6^ο έτος. Από την ηλικία αυτή μπορούμε να καθορίσουμε, με ικανοποιητική βεβαιότητα, τις τελικές διαστάσεις του σώματος (1).

Η σύνθεση του σώματος των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας παραμένει σχετικά σταθερή. Το λίπος σταδιακά μειώνεται στην πρώιμη παιδική ηλικία και παίρνει την ελάχιστη τιμή στην ηλικία μεταξύ των 4 και 6 ετών. Τα παιδιά στη συνέχεια υφίστανται «αύξηση του λιπώδους ιστού», μια αύξηση στο βάρος του σώματος στην προετοιμασία για την αιφνίδια αύξηση στην εφηβεία. Η πρώιμη αύξηση του λιπώδους ιστού έχει συσχετισθεί με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) στην ενήλικη ζωή. Οι διαφορές φύλου στη σύνθεση του σώματος γίνονται εμφανείς- τα αγόρια έχουν περισσότερη άπαχη μάζα σώματος / cm ύψους σε σχέση με τα κορίτσια. Τα κορίτσια έχουν υψηλότερο ποσοστό βάρους ως λίπος σε σχέση με τα αγόρια, ακόμα και στην προσχολική ηλικία, αλλά οι διαφορές αυτές στην άπαχη μάζα σώματος και στο λίπος δεν είναι σημαντικές μέχρι την εφηβεία (2).

Ψυχοκινητική ανάπτυξη

Η ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού καθώς κι ο έλεγχος του σώματος ακολουθεί 3 βασικές κατευθύνσεις: α) από αντανakλαστική γίνεται σκόπιμη κι ελεγχόμενη, β) από μαζική και γενικευμένη γίνεται μερική κι εξειδικευμένη και γ) από αμφίπλευρη γίνεται ετερόπλευρη.

Οι κινήσεις στην περίοδο αυτή αποκτούν όχι μόνο σταθερότητα, αλλά ισχύ και χάρη. Η βελτίωση στην ψυχοκινητική ανάπτυξη είναι ταχύτατη ως το 9^ο έτος. Η ορθή αξιοποίηση κι η ενίσχυση των ψυχοκινητικών επιτευγμάτων του παιδιού έχουν τεράστια σημασία για την αρμονική ένταξη του παιδιού στη σχολική ζωή και την ενίσχυση του συναισθήματος της προσωπικής αξίας.

Έχει βρεθεί ότι ο βαθμός της ψυχοκινητικής ωριμότητας έχει άμεση σχέση με τη γενικότερη νευρολογική ανάπτυξη του παιδιού. Μάλιστα διάφορες μορφές μαθησιακών δυσκολιών (δυσκολίες στην ανάγνωση, στη γραφή, στην ορθογραφία, στην ομιλία) συνοδεύονται κι από ανεπάρκειες στον ψυχοκινητικό τομέα (1).

Γνωστική ανάπτυξη

Στο νοητικό τομέα πραγματοποιείται το μεγάλο άλμα, από τον εγωκεντρισμό και τη διαισθητική λογική της νηπιακής ηλικίας, στην αποκέντρωση της αντίληψης και στις αναστρέψιμες νοητικές πράξεις. Ήδη από το 7^ο έτος, το παιδί αρχίζει να παρουσιάζει πρώτη φορά συνεπή και σταθερή λογική. Αρχίζει να κατακτά πλείστα γνωστικά σχήματα, όπως της ιεραρχικής οργάνωσης των τάξεων, της σειροθέτησης των ποικίλων σχέσεων ανισότητας, της έννοιας του αριθμού, της έννοιας της διατήρησης των διαφόρων χαρακτηριστικών του φυσικού κόσμου (ποσότητας, βάρους, όγκου) κ.α. Η σκέψη, όμως, ακόμη παρουσιάζει λειτουργικές αδυναμίες. Παραμένει δέσμια της συγκεκριμένης πραγματικότητας. Δεν μπορεί να χειρισθεί αφηρημένες έννοιες και τυπικά λογικά σχήματα. Οι νοητικές πράξεις γίνονται ακόμη μόνο επί εποπτικού υλικού (1).

Σημαντική βελτίωση γίνεται κατά τη σχολική ηλικία στον τομέα του λεξιλογίου και στο εννοιολογικό περιεχόμενο των λέξεων, και στον τομέα της σύνταξης και της μορφολογίας και στον τομέα αξιοποίησης της γλώσσας σε σημαντικές ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες του παιδιού. Ο λόγος από εγωκεντρικός γίνεται κοινωνικοποιημένος. Από μονόλογος που ήταν κατά την προσχολική ηλικία γίνεται διάλογος και χρησιμοποιείται ως μέσο επικοινωνίας με τους άλλους. Η ικανότητα του παιδιού να λαμβάνει υπόψη του τον ακροατή και να προσαρμόζει τη γλώσσα του στο αναπτυξιακό στάδιο του ακροατή, αναπτύσσεται ραγδαία κατά τη σχολική ηλικία. Επίσης, σημαντικό επίτευγμα κατά την περίοδο αυτή είναι η απόκτηση εκ μέρους του παιδιού των δεξιοτήτων της ανάγνωσης και της γραφής, οι οποίες ανοίγουν νέες προοπτικές στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και προσαρμογή του παιδιού (1).

Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη

Κατά τη σχολική ηλικία πραγματοποιούνται σημαντικές μεταβολές στην ψυχοκοινωνική συμπεριφορά του παιδιού, γιατί αλλάζουν δραστικά τόσο το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο δρα κι αλληλεπιδρά το παιδί όσο κι οι αναπτυξιακές επιδιώξεις του.

Με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο, το παιδί απομακρύνεται από το στενό περιβάλλον της οικογένειας κι εισέρχεται στο χώρο της οργανωμένης εργασίας και των ευρύτερων κοινωνικών σχέσεων. Δυο νέα βασικά στοιχεία στην ψυχοδυναμική

του παιδιού είναι η τάση για παραγωγικότητα κι η τάση για συμμετοχή στις ομάδες των συνομηλίκων. Το παιδί στην ηλικία αυτή παύει να έχει ως επίκεντρο του ενδιαφέροντος του τον εαυτό του και τους γονείς του κι επιζητά τη συντροφιά και την επικοινωνία με τους συνομηλίκους του. Παράλληλα, δεν ικανοποιείται πια με τις φευγαλέες παρορμήσεις και τις απαιτήσεις του παιχνιδιού, αλλά θέτει και προσπαθεί να πραγματοποιήσει συγκεκριμένους στόχους κι επιδιώκει να γίνεται παραγωγικό. Το παιδί της ηλικίας αυτής νιώθει χαρά κι ικανοποίηση, όχι μόνο όταν ελεύθερα επιλέγει και με δική του πρωτοβουλία επιχειρεί να εκτελέσει ποικίλες δραστηριότητες, αλλά κυρίως όταν τις ολοκληρώνει (1).

Ανάπτυξη ηθικότητας

Στον τομέα της ηθικότητας το παιδί εγκαταλείπει τον ηθικό ρεαλισμό των προηγούμενων ηλικιών, όπου οι ηθικοί κανόνες θεωρούνται αμετάβλητοι και μόνιμοι, όπως οι φυσικοί νόμοι, κι εισέρχεται στο στάδιο της ηθικής σχετικότητας, όπου έμφαση δίνεται στην πρόθεση της πράξης κι όχι στα αποτελέσματα της, στο κίνητρο της πράξης κι όχι στο ποσό της ζημιάς που προκαλείται (1).

3.2 Εφηβική ηλικία

Η εφηβεία αποτελεί μια περίοδο γρήγορης σωματικής και ψυχοκοινωνικής αλλαγής (4), η οποία έχει ως αφετηρία το χρονικό σημείο στο οποίο το άτομο γίνεται ικανό για αναπαραγωγή κι ως πέρας το χρονικό σημείο στο οποίο το άτομο θεωρείται έτοιμο να αναλάβει το ρόλο του ενήλικα (5). Στα κύρια αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας περιλαμβάνονται η επίτευξη της γνωστικής ωριμότητας, η ανάπτυξη των ηθικών και προσωπικών αξιών κι η απόκτηση ξεχωριστής ταυτότητας (4).

Βιοσωματική ανάπτυξη

Η έναρξη της βιολογικής αύξησης κι ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της εφηβείας σηματοδοτείται από την έναρξη της ήβης, η οποία ορίζεται ως η σωματική μεταμόρφωση ενός παιδιού σε ένα ενήλικα (6). Η ήβη χαρακτηρίζεται από ραγδαίες αλλαγές στο μέγεθος, στο σχήμα και στη σύνθεση του σώματος, κι η έναρξη της προσδιορίζεται περίπου στην ηλικία των 11 ετών για τα κορίτσια και των 13 ετών για

τα αγόρια (6). Η εφηβεία είναι η μοναδική περίοδος μετά τη γέννηση, όπου η ταχύτητα αύξησης πραγματικά αυξάνει (7). Τεράστια ποικιλία υπάρχει στο χρόνο αυτής της αλλαγής, που καλείται αυξητικό τίναγμα (7).

Η πιο χαρακτηριστική βιοσωματική μεταβολή στη φάση αυτή είναι η απότομη αύξηση των διαστάσεων του σώματος (5).

Κατά την ήβη, οι έφηβοι επιτυγχάνουν περίπου το 15% του τελικού ύψους τους και περίπου το 45% της μέγιστης σκελετικής μάζας. Σε σύγκριση με τα κορίτσια, τα αγόρια έχουν μεγαλύτερη περίοδο ανάπτυξης πριν το αυξητικό τίναγμα της εφηβείας κι υψηλότερη μέγιστη ταχύτητα αύξησης ύψους, με αποτέλεσμα μια κατά μέσο όρο διαφορά στο τελικό ύψος ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια περίπου 2,05 cm (5,2 inch) (4). Στα κορίτσια η αύξηση του αναστήματος παύει περίπου 4,8 χρόνια μετά την εμμηναρχή (μέση ηλικία 17,3 ετών), ενώ στα αγόρια η αύξηση αυτή σταματάει σε μια μέση ηλικία 21,2 ετών. Η συνολική αύξηση που επιτυγχάνεται στο ύψος στα κορίτσια μετά την εμμηναρχή ποικίλει αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία της εμμηναρχής. Τα περισσότερα κορίτσια δε θα κερδίσουν περισσότερο από 5,1-7,6 cm μετά την έναρξη του έμμηνου κύκλου. Κορίτσια με πρόωμη έναρξη του έμμηνου κύκλου αναπτύσσονται πολύ περισσότερο μετά την εμμηναρχή και για μεγαλύτερη περίοδο σε σύγκριση με τα κορίτσια με αργότερη εμμηναρχή (4,7).

Ο ρυθμός αύξησης βάρους κατά τη διάρκεια της εφηβείας αντιστοιχεί σε αυτόν της αύξησης του ύψους (4). Στα αγόρια, η αιχμή ταχύτητας ύψους συμπίπτει με την αιχμή της ταχύτητας βάρους κι είναι κατά μέσο όρο 9 Kg/έτος. Σε αντίθεση, η αιχμή ταχύτητας βάρους στα κορίτσια παρατηρείται 6-9 μήνες πριν από τις αλλαγές στο ρυθμό ύψους κι είναι 8,3 Kg/έτος στην ηλικία περίπου των 12,5 ετών (6). Η αύξηση βάρους κατά την περίοδο αυτή αντιστοιχεί στο 50% του ιδανικού βάρους των ενηλίκων (4,6). Επειδή η αιχμή βάρους παρατηρείται πριν από την αιχμή ύψους στα κορίτσια, πολλοί γονείς (κι έφηβες) ανησυχούν για το βάρος των έφηβων κοριτσιών. Μερικά κορίτσια πιθανόν να δοκιμάσουν δίαιτες για απώλεια βάρους. Κάθε απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής μπορεί να επηρεάσει το τελικό ύψος κατά την ενήλικη ζωή (4).

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ωρίμανσης του σώματος, η σύνθεση του σώματος αλλάζει (7). Πριν από την ήβη, η αναλογία λίπους και μυών σε αγόρια και κορίτσια τείνει να είναι παρόμοια (λίπος 15% και 19% αντίστοιχα) κι η άπαχη μάζα σώματος είναι περίπου ίση και για τα δυο φύλα (4). Κάτω από την επίδραση των γοναδικών ορμονών τα κορίτσια αποκτούν περισσότερο λίπος από τα αγόρια κατά

την ήβη (4,6,7) και στην ενήλικη ζωή έχουν περίπου 22-26% λίπος σώματος, σε σύγκριση με το 15-18% στους άνδρες (7), ενώ τα αγόρια αποκτούν περισσότερη άπαχη μάζα σώματος σε σύγκριση με τα κορίτσια, με τη μυική μάζα να διπλασιάζεται μεταξύ των ηλικιών 10-17 ετών (4). Αυτή η σημαντική διαφορά στην εφηβική αύξηση ανάμεσα στα δυο φύλα επηρεάζει τις διατροφικές ανάγκες (4).

Αλλαγές, επίσης, συμβαίνουν στις αναλογίες και στο γενικό σχήμα του σώματος. Ραγδαία αύξηση παρουσιάζουν τα μακρά οστά (μηριαίο, κνήμη, βραχίονας, πήχης), ενώ έκδηλες αλλαγές παρουσιάζουν κι οι αναλογίες του προσώπου, όπου η ανάπτυξη εντοπίζεται στο κάτω ήμισυ (5).

Ο σωματότυπος, ο οποίος αρχίζει να γίνεται σαφής ήδη από το τέλος της προσχολικής ηλικίας, παίρνει κατά την εφηβεία την τελική του μορφή και σχετίζεται ποικιλοτρόπως με την ανάπτυξη. Έχει διαπιστωθεί π.χ. ότι τα εκτομορφικά άτομα (τα ισχνά, λεπτόσωμα άτομα) παρουσιάζουν απότομες εξάρσεις και ταχύτατο ρυθμό στις βιοσωματικές αλλαγές. Αντίθετα, τα ενδομορφικά άτομα (τα παχουλά, με σφαιρική εμφάνιση άτομα) ακολουθούν ένα βραδύτερο κι ομαλότερο ρυθμό (5).

Εκτίμηση σεξουαλικής ωρίμανσης-στάδια Tanner

Επειδή οι έφηβοι της ίδιας ηλικίας συχνά διαφέρουν σημαντικά στο μέγεθος, είναι αδύνατον να χρησιμοποιηθεί μόνο η ηλικία στην αξιολόγηση της ανάπτυξης κατά την ήβη (7). Η εκτίμηση του βαθμού ωρίμανσης των δευτερευόντων χαρακτηριστικών φύλου είναι χρήσιμη όχι μόνο στην αξιολόγηση της σωματικής αύξησης, αλλά επίσης στην ανακάλυψη ορισμένων νοσημάτων και διαταραχών που σχετίζονται με την εφηβεία (4,7). Οι διαβαθμίσεις της σεξουαλικής ωριμότητας (sexual maturity ratings), που συχνά καλούνται στάδια Tanner, χρησιμοποιούνται ευρέως στην αξιολόγηση της αύξησης και της ηλικίας ανάπτυξης κατά την εφηβεία (4,7) και συσχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με άλλα γεγονότα της ήβης (4).

Τα στάδια Tanner βασίζονται στην ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών φύλου και προσδιορίζονται σε μια κλίμακα από το 1 (προήβη) ως το 5 (ενήλικη ζωή). Για τα αγόρια, η κλίμακα αυτή βασίζεται στην πρόοδο ανάπτυξης των γεννητικών οργάνων και του τριχώματος του εφηβαίου. Για τα κορίτσια, η κλίμακα βασίζεται στην ανάπτυξη του στήθους και του τριχώματος του εφηβαίου (4,7). Ο πίνακας 1 δίνει μια περιγραφή του κάθε σταδίου ανάπτυξης για τα δυο φύλα καθώς και τα σωματικά χαρακτηριστικά που αντιστοιχούν σε κάθε στάδιο (4).

Η γνώση της σχέσης ανάμεσα σε αυτά τα βασικά γεγονότα και τη σωματική αύξηση δίνει τη δυνατότητα στον επαγγελματία υγείας να εκτιμήσει την πρόοδο της αύξησης σε ένα έφηβο σε μια δεδομένη στιγμή, να έχει κάποια ένδειξη του μεγέθους της μελλοντικής αύξησης και να παρέχει διατροφική συμβουλευτική που να αντιστοιχεί στις ατομικές ανάγκες για αύξηση κι ανάπτυξη (7).

Γνωστική ανάπτυξη

Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από μια μετάβαση στον τρόπο σκέψης από τις συγκεκριμένες νοητικές πράξεις στις τυπικές/αφαιρετικές νοητικές σκέψεις (8). Οι τυπικές νοητικές πράξεις χαρακτηρίζονται από την ικανότητα σκέψης υποθετικά κι αφηρημένα. Ένας έφηβος στο στάδιο αυτό μπορεί να συλλογίζεται και να κάνει εικασίες για το πιθανό καθώς και για το πραγματικό. Οι τυπικές νοητικές πράξεις διαφέρουν δραματικά από τις συγκεκριμένες νοητικές πράξεις, στις οποίες ένας νεαρός έφηβος μπορεί να σκέφτεται λογικά - αλλά μόνο στα πλαίσια του στερεού και του απτού κι όχι στα πλαίσια των ιδεών και των υποθέσεων (8). Η γνωστική ανάπτυξη είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε μερικές περιοχές της σκέψης (thinking) κι όχι σε άλλες. Ο ρυθμός της γνωστικής ανάπτυξης σε συγκεκριμένους περιοχές είναι μοναδικός για κάθε έφηβο μεμονωμένα (8). Η κατάκτηση ή μη της αφαιρετικής σκέψης φαίνεται να είναι συνάρτηση ατομικών παραγόντων (όπως η γενική νοημοσύνη, η στάση απέναντι στη ζωή κ.α.) και κοινωνικών παραγόντων (όπως ο βαθμός πολυπλοκότητας του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και δρα το άτομο κ.α.) (5).

Εξοπλισμένος ο έφηβος με την αφαιρετική σκέψη, μπορεί να συλλαμβάνει για κάθε θέμα εναλλακτικές λύσεις, πέρα από αυτές που εφαρμόζονται στην πραγματικότητα, να εκπονεί και να προτείνει θεωρητικά πρότυπα για την επίλυση των κοινωνικών κι ατομικών προβλημάτων και να διαμορφώνει ένα προσωπικό σύστημα αξιολόγησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς κ.α. (5).

Στη φάση αυτή οι έφηβοι ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για το τί αυτοί σκέφτονται για τους άλλους καθώς και για το τί οι άλλοι σκέφτονται και νιώθουν για αυτούς και τις πράξεις τους (8).

Πίνακας 1. Διαβαθμίσεις σεξουαλικής ωρίμανσης (Ratings of sexual maturation) (7)

ΤΡΙΧΩΜΑ ΕΦΗΒΑΙΟΥ	ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ
αγόρια		
Στάδιο 1 Δεν υπάρχει	Προηβική ανάπτυξη	
Στάδιο 2 Μικρή ποσότητα στις εξωτερικές άκρες του εφηβαίου, ελαφρά σκουρόχρωμο	Έναρξη μεγέθυνσης πέους Αύξηση όγκου όρχεων ως 5ml Αύξηση ερυθρότητας κι αλλαγή της υφής του όσχεου	Αυξημένη δραστηριότητα ιδρωτοποιών αδένων
Στάδιο 3 Κάλυψη εφηβαίου	Αύξηση μήκους του πέους Αύξηση όγκου όρχεων ως 8-10ml Μεγέθυνση όσχεου	Αλλαγές στην φωνή Αμυδρό μουστάκι/αμυδρή τριχοφυΐα προσώπου Τρίχωση μασχαλών Έναρξη αιχμής ταχύτητας ύψους (αυξητικό τίναγμα 15-20 cm)
Στάδιο 4 Ενήλικου τύπου, χωρίς επέκταση στους μηρούς	Αύξηση πλάτους και μήκους του πέους Αύξηση όγκου όρχεων ως 12ml Μελάγχρωση του δέρματος του όσχεου	Τέλος αιχμής ταχύτητας ύψους Η φωνή βαθαίνει Πιθανή σοβαρή ακμή Περισσότερη τριχοφυΐα προσώπου Σκουρόχρωμη τριχοφυΐα στα πόδια
Στάδιο 5 Ενήλικου τύπου, επέκταση στους μηρούς	Πλήρης ανάπτυξη πέους Αύξηση όγκου όρχεων ως 15ml	Σημαντικά αυξημένη μυϊκή μάζα
κορίτσια		
Στάδιο 1 Δεν υπάρχει	Καμία αλλαγή από την παιδική ηλικία	
Στάδιο 2 Μικρή ποσότητα, χνουδωτό, κατά μήκος των χειλέων του αιδοίου	Διόγκωση στήθους	Αυξημένη δραστηριότητα ιδρωτοποιών αδένων Έναρξη αιχμής ταχύτητας ύψους (αυξητικό τίναγμα 7.5-12.5 cm)
Στάδιο 3 Αυξημένο, γίνεται σκουρόχρωμο και κατσαρό	Αύξηση στήθους, αλλά κανένας διαχωρισμός της θηλής και της άλω του στήθους	Τέλος αιχμής ταχύτητας ύψους Έναρξη ακμής Τρίχωση μασχαλών
Στάδιο 4 Αφθονο, τραχιά υφή	Περεταίρω αύξηση μεγέθους στήθους Η θηλή κι η άλω του στήθους σχηματίζουν δευτερογενές στρώμα	Πιθανή σοβαρή ακμή Εμμηναρχή
Στάδιο 5 Ενήλικου τύπου, επέκταση στους μηρούς	Ενήλικη κατανομή του ιστού του στήθους	Αύξηση λίπους και μυϊκής μάζας

Πηγή: Tanner JM. Growth at adolescence, ed, Oxford, 1962, Blackwell Scientific Publications

Στο γλωσσικό τομέα παρατηρούνται κατά την εφηβεία σημαντικές ποσοτικές και ποιοτικές διαφοροποιήσεις, ως συνέπεια των νέων γνωστικών δομών, που κατακτά ο έφηβος, και των νέων αναγκών έκφρασης κι επικοινωνίας, που τόσο έντονα βιώνει ο νεαρός έφηβος. Το λεξιλόγιο αυξάνει σε μέγεθος καθόλη τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας κι υφίσταται διαφοροποιήσεις στο εννοιολογικό περιεχόμενο. Οι λέξεις αποκτούν πληρέστερο και πιο αφηρημένο περιεχόμενο (5). Ο λόγος κατά την εφηβική ηλικία συνυφαίνεται κι αντανακλά την έντονη συναισθηματικότητα της περιόδου αυτής. Οι λέξεις επιλέγονται όχι μόνο με βάση το εννοιολογικό περιεχόμενο, αλλά και το θυμικό τους αντίκρισμα. Μια άλλη διάσταση της συναισθηματικής απήχησης που έχει ο λόγος κατά την εφηβική ηλικία είναι ο «προσωπικός» της χαρακτήρας. Κατά την εφηβική ηλικία ο λόγος μπορεί επιπλέον να παίρνει τη μορφή εσωστρεφούς μονολόγου κι εσωστρεφούς διαλόγου, όπου το άτομο προσπαθεί να επικοινωνήσει με τον εαυτό του και να κατανοήσει τον εαυτό του (5).

Μια άλλη ενδιαφέρουσα διάσταση στην επικοινωνιακή συμπεριφορά του εφήβου είναι η γλώσσα της εφηβικής κουλτούρας. Πρόκειται για ένα ειδικό λεξιλόγιο, ένα είδος argot, που επινοείται και χρησιμοποιείται από τις εφηβικές ομάδες, ως στοιχείο ταύτισης του ατόμου με την ομάδα. Το λεξιλόγιο αυτό είναι διαφορετικό για κάθε γενιά εφήβων κι αναφέρεται σε θέματα που έχουν ιδιαίτερη σπουδαιότητα για τη συγκεκριμένη εφηβική ομάδα. Υπάρχουν διαφορές, μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών, ως προς τα θέματα που αναφέρονται οι argot λέξεις (5).

Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη

Οι ραγδαίες και καθολικές αλλαγές στο βιοσωματικό τομέα κι οι νέες κατακτήσεις στο γνωστικό τομέα, σε συνδυασμό με τις αλλαγές που συμβαίνουν στην κοινωνική θέση και ζωή του εφήβου παίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου (5) και στην επίτευξη των αναπτυξιακών απαιτήσεων της εφηβείας (7).

Η εφηβεία είναι η μόνη περίοδος στην πορεία της ζωής, κατά την οποία οι βιοσωματικές αλλαγές, αποτελούν για το ίδιο το άτομο αντικείμενο ιδιαίτερου ενδιαφέροντος και διαρκούς προσωπικής ενασχόλησης. Στην ηλικία αυτή το σώμα κι οι αλλαγές, που υφίσταται, απασχολούν ζωηρά το άτομο και γίνονται η αιτία για πολλές από τις ανησυχίες, τις αγωνίες και τις ψυχικές εντάσεις που τόσο συχνά βιώνουν οι έφηβοι. Η κεντρική θέση, που κατέχει το σώμα στη γενικότερη εικόνα που σχηματίζει ο έφηβος για τον εαυτό του, φαίνεται και από το γεγονός ότι οι

έφηβοι τείνουν να αξιολογούν τον εαυτό τους κυρίως με βάση τα σωματικά τους χαρακτηριστικά (5).

Στις αξιολογήσεις τους για το σώμα και την εμφάνιση τους, συχνά οι έφηβοι χρησιμοποιούν, ως πρότυπο για σύγκριση, κοινωνικά στερεότυπα-τα ιδάλματα της εποχής τους (5,7). Κάθε απόκλιση από την ιδανική στερεοτυπική αυτή εικόνα, πραγματική ή υποκειμενική, μπορεί να αποτελέσει πηγή αγωνίας κι ανησυχίας για τον έφηβο. Οι φόβοι κι οι ανησυχίες, που βιώνουν οι έφηβοι για τη βιοσωματική τους ανάπτυξη, αναφέρονται: α) στη σωματική διάπλαση κι εμφάνιση και β) στη σεξουαλική ικανότητα και καταλληλότητα (5).

Επιδράσεις στην ψυχοδυναμική συμπεριφορά του εφήβου ασκούν, επίσης, οι αλλαγές που συμβαίνουν στις γνωστικές του ικανότητες. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα γνωστικά επιτεύγματα του εφήβου στην απόκτηση της ταυτότητας του Εγώ (5).

Ο Erik Erickson περιέγραψε την επίτευξη της ταυτότητας του Εγώ ως την κεντρική αναπτυξιακή απαίτηση της εφηβείας και χρησιμοποίησε τον όρο «σύγχυση ρόλων» για να περιγράψει την αποτυχία επίτευξης ταυτότητας (8). Ο έφηβος καλείται να διαμορφώσει μια ενιαία και σταθερή εσωτερική εικόνα για τον εαυτό του ως πρόσωπο και για το ρόλο που θα διαδραματίσει μέσα στην κοινωνία (5).

Για την ανάπτυξη ταυτότητας, οι έφηβοι συχνά επιζητούν την επιδοκιμασία και δοκιμάζουν τους εαυτούς τους. Πιθανόν να «δοκιμάσουν» διαφορετικούς τρόπους ζωής ή ιδιόρρυθμες συμπεριφορές, αναζητώντας τη «σωστή προσέγγιση». Η επιτυχή επίτευξη της ταυτότητας εξαρτάται από την επιτυχή αλληλεπίδραση του εφήβου με το περιβάλλον του-ιδιαίτερα το σπίτι, το σχολείο και την κοινωνία. Βοηθώντας τους εφήβους να ανακαλύψουν τους δικούς τους τομείς ικανοτήτων και να επιτύχουν ένα λογικό επίπεδο αυτοεκτίμησης αποτελεί το κλειδί για την ανάπτυξη υγιούς ταυτότητας (8).

Στην περίοδο αυτή που οι έφηβοι δοκιμάζουν νέους ρόλους η πιο σημαντική πηγή ανατροφοδότησης είναι αυτή των συνομηλίκων. Η δύναμη της επιρροής της συναισθηματικής ικανοποίησης από τους συνομηλίκους αυξάνει σημαντικά (9). Η τάση για ανεξαρτητοποίηση από τους ενήλικους και για συμμόρφωση προς την ομάδα των συνομηλίκων φθάνει στο αποκορύφωμα της (5).

Ανάπτυξη ηθικότητας

Η εφηβεία είναι μια περίοδος στην οποία οι οικογενειακές αξίες και τα πρότυπα αποτελούν παραδείγματα για συγκρίσεις με εξωτερικά πρότυπα, με ορισμένες αξίες και πρότυπα να απορρίπτονται κι άλλες να γίνονται αποδεκτές και να εσωτερικοποιούνται ως προσωπική ηθική (8).

Οι περισσότεροι έφηβοι αναπτύσσουν προσωπικές αξίες σε μια περίοδο χρόνου, βασιζόμενοι σε εξωτερικές επιβραβεύσεις και τιμωρίες και στη συνέχεια βασιζόμενοι σε εξωτερικούς κανόνες και νόμους. Τελικά, οι έφηβοι εσωτερικοποιούν ένα προσωπικό κώδικα ηθικής. Η μάθηση μέσω εμπειρίας είναι απαραίτητη για την ηθική ανάπτυξη των εφήβων (8).

Η Carol Gilligan προτείνει ουσιαστικές διαφορές ανάμεσα στα ηθικά διλήματα και τις εμπειρίες των δυο φύλων στην εφηβεία. Υποστηρίζει την ιδέα ότι τα κορίτσια -σε όλες τις ηλικίες και τα επίπεδα ηθικής ανάπτυξης - δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο κοινωνικό περιεχόμενο της ηθικής επιλογής. Τα κορίτσια μπορεί να είναι περισσότερο απρόθυμα να κρίνουν το σωστό και το λάθος με απόλυτα κριτήρια, επειδή ανατρέφονται να είναι στοργικά και μη επικριτικά. Οι θεωρητικοί χαρακτηρίζουν τις ηθικές προσαγές των γυναικών ως την ευσπλαχνία και τη φροντίδα και των ανδρών ως την τιμή και τη δικαιοσύνη (8).

Για τη σωστή καθοδήγηση και συμβουλευτική των εφήβων θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ηλικία, οι εμπειρίες και το φύλο του κάθε ατόμου (8).

Πηγές

1. Παρασκευόπουλος ΙΝ. Εξελικτική ψυχολογία. Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση. Τόμος 3. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Ch 10. Nutrition in childhood. In: Maham JK and Escott-Stump S, 2004, Food and Nutrition & Diet Therapy. Ed 11, Saunders, USA
3. Bright futures in practice: nutrition (2nd ed), 2002. www.brihtfutures.org/nutrition/pdf.index.html
4. Spear B. Adolescence growth and development. J Am Diet Assoc 2002; 102(3):S23-29
5. Παρασκευόπουλος ΙΝ. Εξελικτική ψυχολογία. Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση. Τόμος 4. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών
6. Rogol AD, Clark PA and Roemmich JN. Growth and pubertal development in children and adolescents: effects of diet and physical activity. Am J Clin Nutr 2000;72(sup):S521-8
7. Ch 11. Nutrition in adolescence. In: Maham JK and Escott-Stump S, 2004, Food and Nutrition & Diet Therapy. Ed 11, Saunders, USA
8. Sturdevant MS and Spear BA. Adolescent psychosocial development. J Am Diet Assoc 2002;102(3):S30-31
9. Χαρωνιτάκη Α. Σημειώσεις μαθήματος «Ψυχολογία και Διατροφή». Σεπτέμβριος 2005-Ιανουάριος 2006. Ηράκλειο 2006

Κεφ 4. Διατροφή στην παιδική και εφηβική ηλικία

4.1 Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς

Οι Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς (DRIs, Dietary Reference Intakes) αναπτύχθηκαν από το Συμβούλιο Τροφίμων και Διατροφής του Ινστιτούτου Ιατρικής (Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine) (1) και βασίζονται στην τρέχουσα γνώση των θρεπτικών προσλήψεων, που απαιτούνται για καλύτερη υγεία. (2). Πρόκειται για τιμές αναφοράς, οι οποίες αποτελούν ποσοτικές εκτιμήσεις των προσλήψεων θρεπτικών συστατικών, ώστε να εξυπηρετείται ο σχεδιασμός κι η αξιολόγηση της διατροφής υγιών ατόμων (3). Οι Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς περιλαμβάνουν:

- **τη Συνιστώμενη Διαιτητική Πρόσληψη (RDA, Recommended Dietary Allowance) (2,3,4)** : το μέσο επίπεδο καθημερινής διαιτητικής πρόσληψης, που είναι επαρκές για την κάλυψη των απαιτήσεων σε θρεπτικά συστατικά σχεδόν όλων (97-98%) των υγιών ατόμων σε ένα συγκεκριμένο στάδιο ζωής. Αποτελεί στόχο για την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών σε ατομικό επίπεδο (3)
- **την Επαρκή Πρόσληψη (AI, Adequate Intake) (2,3,4)** : παρέχεται αντί της Συνιστώμενης Διαιτητικής Πρόσληψης, όταν δεν είναι διαθέσιμα επαρκή επιστημονικά στοιχεία για τον υπολογισμό της Εκτιμώμενης Μέσης Απαιτήσης. Η κύρια χρήση της Επαρκούς Πρόσληψης είναι ως στόχος της ατομικής πρόσληψης θρεπτικών συστατικών (3)
- **το Ανώτατο Επίπεδο Ανεκτής Πρόσληψης (ULs, tolerable Upper intake Levels) (2,3,4)** : το μέγιστο επίπεδο καθημερινής πρόσληψης θρεπτικών συστατικών, το οποίο δεν θα προκαλέσει επικίνδυνα ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα σχεδόν σε όλα τα άτομα στον γενικό πληθυσμό. Όταν οι προσλήψεις αυξάνονται πάνω από το Ανώτατο Επίπεδο Ανεκτής Πρόσληψης, ο κίνδυνος ανεπιθύμητων επιδράσεων πιθανόν να αυξάνει (3)
- **την Εκτιμώμενη Μέση Απαιτήση (EAR, Estimated Average Requirement) (2,3,4)** : το ποσό, το οποίο έχει υπολογισθεί ότι καλύπτει τις απαιτήσεις σε θρεπτικά συστατικά του 50% των υγιών ατόμων σε ένα στάδιο ζωής (3).

Οι πίνακες 2 και 3 παρέχουν τις Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς και το Ανώτατο Επίπεδο Ανεκτής Πρόσληψης για τα θρεπτικά συστατικά σε παιδιά και έφηβους (3).

Οι Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς στοχεύουν στη βελτίωση της μακροπρόθεσμης υγείας του πληθυσμού μέσω ελάττωσης του κινδύνου χρόνιου νοσήματος και πρόληψης των διατροφικών ανεπαρειών (2). Επομένως, στην αξιολόγηση της διατροφικής πρόσληψης ενός παιδιού/εφήβου με βάση τις Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να θυμάται ότι οι τελευταίες περιλαμβάνουν μια δικλείδα ασφαλείας κι ότι προσλήψεις μικρότερες από τη διαιτητική πρόσληψη αναφοράς μπορεί να είναι αποδεκτές (2,3). Επίσης, επειδή οι διατροφικές συστάσεις βασίζονται στη χρονολογική ηλικία, στον καθορισμό των διατροφικών αναγκών κάθε εφήβου θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το στάδιο της βιολογικής ωριμότητας του (3).

Πίνακας 2. Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς (DRIs): Συνιστώμενες προσλήψεις για παιδιά και εφήβους-μακροθρεπτικά συστατικά, βιταμίνες, μέταλλα

	κορίτσια				αγόρια		
	4-8 ετών	9-13 ετών	14-18 ετών	19-30 ετών	9-13 ετών	14-18 ετών	19-30 ετών
Νερό (L/ημέρα) a	1,7	2,1	2,3	2,7	2,4	3,3	3,7
Υδατάνθρακες (g/ημέρα)	130	130	130	130	130	130	130
Διαιτητικές Ίνες (g/ημέρα)	25	26	26	25	31	38	38
Λίπος (g/ημέρα)	MK c	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Λινολεϊκό οξύ (g/ημέρα)	10	10	11	12	12	16	17
α-Λινολενικό οξύ (g/ημέρα)	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,6	1,6
πρωτεΐνη (g/ημέρα) b	19	34	46	46	34	52	56
Βιταμίνες							
Βιτ Α (μg/ημέρα)	400	600	700	700	600	900	900
Βιτ C (mg/ημέρα)	25	45	65	75	45	75	90
Βιτ D (μg/ημέρα)	5	5	5	5	5	5	5
Βιτ E (mg/ημέρα)	7	11	15	15	11	15	15
Βιτ K (μg/ημέρα)	55	60	75	90	60	75	120
Θειαμίνη (mg/ημέρα)	0,6	0,9	1,0	1,1	0,9	1,2	1,2
Ριβοφλαβίνη (mg/ημέρα)	0,6	0,9	1,0	1,1	0,9	1,3	1,3
Νιασίνη (mg/ημέρα)	8	12	14	14	12	16	16
Βιτ B ₆ (mg/ημέρα)	0,6	1,0	1,2	1,3	1,0	1,3	1,3
Φολικό οξύ (μg/ημέρα)	200	300	400	400	300	400	400
Βιτ B ₁₂ (μg/ημέρα)	1,2	1,8	2,4	2,4	1,8	2,4	2,4
Παντοθενικό οξύ (mg/ημέρα)	3	4	5	5	4	5	5
Βιοτίνη (μg/ημέρα)	12	20	25	30	20	25	30
Χολίνη (mg/ημέρα)	250	375	400	425	375	550	550
Ανόργανα στοιχεία							
Ασβέστιο (mg/ημέρα)	800	1300	1300	1000	1300	1300	1000
Χρώμιο (μg/ημέρα)	15	21	24	25	25	35	35
Χαλκός (μg/ημέρα)	440	700	890	900	700	890	900
Φθόριο (mg/ημέρα)	1	2	3	3	2	3	4
Ιώδιο (mg/ημέρα)	90	120	150	150	120	150	150
Σίδηρος (mg/ημέρα)	10	8	15	18	8	11	8
Μαγνήσιο (mg/ημέρα)	130	240	360	310	240	410	400
Μαγγάνιο (mg/ημέρα)	1,5	1,6	1,6	1,8	1,9	2,2	2,3
Μολυβδαίνιο (μg/ημέρα)	22	34	43	45	34	43	45
Φώσφορος (mg/ημέρα)	500	1250	1250	700	1250	1250	700
Σελήνιο (μg/ημέρα)	30	40	55	55	40	55	55
Ψευδάργυρος (mg/ημέρα)	5	8	9	8	8	11	11
Κάλιο (g/ημέρα)	3,8	4,5	4,7	4,7	4,5	4,7	4,7
Νάτριο(g/ημέρα)	1,2	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Χλώριο (g/ημέρα)	1,9	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3

Σημείωση: ο πίνακας παρουσιάζει τις Συνιστώμενες Διαιτητικές Προσλήψεις σε **μαύρο** χαρακτήρα και τις Επαρκείς Προσλήψεις σε κανονικό χαρακτήρα.

a Το νερό περιλαμβάνει το νερό που περιέχεται στα τρόφιμα και στα ροφήματα καθώς και το πόσιμο νερό

b Με βάση το 0.8g/Kg σωματικού βάρους για το σωματικό βάρος αναφοράς

c MK=μη καθορισμένα

Πηγή: Στοιχεία από τις αναφορές του Συμβουλίου Τροφίμων και Διατροφής του Ινστιτούτου Ιατρικής (Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine). Ηλεκτρονική διεύθυνση [http:// www.iom.edu](http://www.iom.edu)

Πίνακας 3. Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς (DRIs): Ανώτατα Επίπεδα Ανεκτής Πρόσληψης για παιδιά κι εφήβους- βιταμίνες, μέταλλα

	κορίτσια				αγόρια		
	4-8 ετών	9-13 ετών	14-18 ετών	19-30 ετών	9-13 ετών	14-18 ετών	19-30 ετών
Βιταμίνες							
Βιτ Α (μg/ημέρα)	900	1700	2800	2800	1700	2800	2800
Βιτ C (mg/ημέρα)	650	1200	1800	2000	1200	1800	2000
Βιτ D (μg/ημέρα)	50	50	50	50	50	50	50
Βιτ E (mg/ημέρα)	300	600	800	1000	600	800	1000
Βιτ K (μg/ημέρα)	MK	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Θειαμίνη (mg/ημέρα)	MK	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Ριβοφλαβίνη (mg/ημέρα)	MK	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Νιασίνη (mg/ημέρα)	15	20	30	35	20	30	35
Βιτ B ₆ (mg/ημέρα)	40	60	80	100	60	80	100
Φολικό οξύ (μg/ημέρα)	400	600	800	1000	600	800	1000
Βιτ B ₁₂ (μg/ημέρα)	MK	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Παντοθενικό οξύ (mg/ημέρα)	MK	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Βιοτίνη (μg/ημέρα)	MK	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Χολίνη (mg/ημέρα)	1,0	2,0	3,0	3,5	2,0	3,0	3,5
Καροτινοειδή	MK	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Ανόργανα στοιχεία							
Αρσενικό	MK	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Βόριο (mg/ημέρα)	6	11	17	20	11	17	20
Ασβέστιο (mg/ημέρα)	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Χρώμιο (μg/ημέρα)	MK	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Χαλκός (μg/ημέρα)	3000	5000	8000	10000	5000	8000	10000
Φθόριο (mg/ημέρα)	2,2	10	10	10	10	10	10
Ιώδιο (mg/ημέρα)	300	600	900	1100	600	900	1100
Σίδηρος (mg/ημέρα)	40	40	45	45	40	45	45
Μαγνήσιο (mg/ημέρα)	110	350	350	350	350	350	350
Μαγγάνιο (mg/ημέρα)	3	6	9	11	6	9	11
Μολυβδαίνιο (μg/ημέρα)	600	1100	1700	2000	1100	1700	2000
Νικέλιο (mg/ημέρα)	0,3	0,6	1,0	1,0	0,6	1,0	1,0
Φώσφορος (mg/ημέρα)	3	4	4	4	4	4	4
Σελήνιο (μg/ημέρα)	150	280	400	400	280	400	400
Ψευδάργυρος (mg/ημέρα)	12	23	34	40	23	34	40
Κάλιο (g/ημέρα)	MK	MK	MK	MK	MK	MK	MK
Νάτριο(g/ημέρα)	1,9	2,2	2,3	2,3	2,2	2,3	2,3
Χλώριο (g/ημέρα)	2,9	3,4	3,6	3,6	3,4	3,6	3,6
Βανάδιο (mg/ημέρα)	MK	MK	MK	1,8	MK	MK	1,8

Πηγή: Στοιχεία από τις αναφορές του Συμβουλίου Τροφίμων και Διατροφής του Ινστιτούτου Ιατρικής (Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine). Ηλεκτρονική διεύθυνση [http:// www.iom.edu](http://www.iom.edu)

4.2 Διατροφικές απαιτήσεις παιδιών κι εφήβων

Ενέργεια

Οι ενεργειακές απαιτήσεις για τα παιδιά και τους εφήβους βασίζονται στην ενεργειακή δαπάνη, στις απαιτήσεις για αύξηση και στο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Αξιοσημείωτες διαφορές παρατηρούνται στις ενεργειακές απαιτήσεις ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια λόγω διαφορών στο ρυθμό αύξησης και τη φυσική δραστηριότητα.

Το 2002 το Συμβούλιο Τροφίμων και Διατροφής εξέδωσε νέες οδηγίες για τις ενεργειακές απαιτήσεις. Για την εξαγωγή των εκτιμώμενων ενεργειακών απαιτήσεων των παιδιών και των εφήβων, το φύλο, η ηλικία, το ύψος, το βάρος και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας (PAL) χρησιμοποιήθηκαν στους υπολογισμούς μαζί με ένα επιπρόσθετο ποσό (20 Kcal/ημέρα για τα παιδιά και 25 Kcal/ημέρα για τους εφήβους) για την ενεργειακή εναπόθεση ή αύξηση. Για τον καθορισμό της ενεργειακής πρόσληψης απαιτείται η εκτίμηση της φυσικής δραστηριότητας. Στον υπολογισμό των ενεργειακών απαιτήσεων περιλαμβάνονται 4 επίπεδα δραστηριότητας (καθιστική, μέτρια, έντονη, πολύ έντονη). Αυτή η φυσική δραστηριότητα αντικατοπτρίζει την ενέργεια που δαπανάται σε δραστηριότητες διαφορετικές από αυτές της καθημερινότητας. Οι πίνακες 4 και 5 δείχνουν τις εκτιμώμενες ενεργειακές απαιτήσεις των παιδιών και των εφήβων (Kcal/ημέρα) για κάθε επίπεδο φυσικής δραστηριότητας με βάση τα PALs. (5)

Πίνακας 4. Εκτιμώμενες ενεργειακές απαιτήσεις για αγόρια 6-18 ετών (5)

Ηλικία (έτη)	Βάρος αναφοράς (Kg)	Ύψος αναφοράς (m)	εκτιμώμενες ενεργειακές απαιτήσεις (Kcal/ημερα)			
			καθιστική ζωή	μέτρια δραστηριότητα	έντονη δραστηριότητα	πολύ έντονη δραστηριότητα
6	20,7	1,15	1328	1535	1742	1997
7	23,1	1,22	1393	1617	1840	2115
8	25,6	1,28	1453	1692	1931	2225
9	28,6	1,34	1530	1787	2043	2359
10	31,9	1,39	1601	1875	2149	2486
11	35,9	1,44	1691	1985	2279	2640
12	40,5	1,49	1798	2113	2428	2817
13	45,6	1,56	1935	2276	2618	3038
14	51,0	1,64	2090	2459	2829	3283
15	56,3	1,70	2223	2618	3013	3499
16	60,9	1,74	2320	2736	3152	3663
17	64,6	1,75	2366	2796	3226	3754
18	67,2	1,76	2383	2823	3263	3804

Οι ενεργειακές απαιτήσεις των παιδιών και των εφήβων έχουν σχεδιαστεί για τη διατήρηση της υγείας, την προώθηση της επιθυμητής ανάπτυξης κι ωρίμανσης, και την υποστήριξη ενός επιθυμητού επιπέδου φυσικής δραστηριότητας (5). Οι Συνιστώμενες Διαιτητικές Προσλήψεις για την ενέργεια δεν περιλαμβάνουν μια δικλείδα ασφαλείας για αυξημένες ενεργειακές ανάγκες (πχ αρρώστια, τραύμα, στρες) και θεωρούνται μόνο μέσες ανάγκες (3). Η διαιτητική ενέργεια πρέπει να είναι αρκετή για να εξασφαλίζει την αύξηση και να αποτρέπει την αξιοποίηση της πρωτεΐνης για παραγωγή ενέργειας, αλλά όχι υπερβολικά αυξημένη, ώστε να οδηγήσει σε παχυσαρκία (2).

Πίνακας 5. Εκτιμώμενες ενεργειακές απαιτήσεις για κορίτσια 6-18 ετών (5)

Ηλικία (έτη)	Βάρος αναφοράς (Kg)	Ύψος αναφοράς (m)	εκτιμώμενες ενεργειακές απαιτήσεις (Kcal/ημερα)			
			καθιστική ζωή	μέτρια δραστηριότητα	έντονη δραστηριότητα	πολύ έντονη δραστηριότητα
6	20,2	1,15	1227	1431	1622	1941
7	22,8	1,21	1278	1495	1699	2038
8	25,6	1,28	1340	1573	1790	2153
9	29,0	1,33	1390	1635	1865	2248
10	32,9	1,38	1445	1704	1947	2351
11	37,2	1,44	1513	1788	2046	2475
12	41,6	1,51	1592	1884	2158	2615
13	45,8	1,57	1659	1967	2256	2737
14	49,4	1,60	1693	2011	2309	2806
15	52,0	1,62	1706	2032	2337	2845
16	53,9	1,63	1704	2034	2343	2858
17	55,1	1,63	1685	2017	2326	2846
18	56,2	1,63	1665	1999	2311	2833

Οι ενεργειακές απαιτήσεις των παιδιών και των εφήβων μπορούν να υπολογιστούν για κάθε άτομο μεμονωμένα χρησιμοποιώντας τις εξισώσεις του πίνακα 6 (5).

Πρωτεΐνες

Οι ανάγκες των παιδιών για πρωτεΐνες περιλαμβάνουν αυτές για τη διατήρηση των ιστών, για τις αλλαγές στη σύσταση του σώματος και για τη σύνθεση νέων ιστών (6,7). Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι πρωτεϊνικές ανάγκες, όπως κι οι ενεργειακές, συσχετίζονται στενότερα με τον τρόπο αύξησης παρά με την χρονολογική ηλικία (3,4). Οι Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς του 2002 για την

Πίνακας 6. Εξισώσεις για τον υπολογισμό των ενεργειακών απαιτήσεων (ΕΑ) σε παιδιά κι εφήβους (5)

παιδιά κι εφηβοί με φυσιολογικό βάρος (ΔΜΣ> 5^η εκατοστιαία θέση και < 85^η εκατοστιαία θέση)	
Αγόρια	
6-8 ετών	ΕΑ=88,5 - 61,9 x ηλικία[έτη] + ΦΔ x (26,7 x βάρος[Kg] + 903 x ύψος[m] + 20
9-18 ετών	ΕΑ=88,5 - 61,9 x ηλικία[έτη] + ΦΔ x (26,7 x βάρος[Kg] + 903 x ύψος[m] + 25
+19 ετών	ΕΑ=662 - 9,53 x ηλικία[έτη] + ΦΔ x (15,91 x βάρος[Kg] + 539,6 x ύψος[m]
Κορίτσια	
6-8 ετών	ΕΑ=135,3 - 30,8 x ηλικία[έτη] + ΦΔ x (10 x βάρος[Kg] + 934 x ύψος[m] + 20
9-18 ετών	ΕΑ=135,3 - 30,8 x ηλικία[έτη] + ΦΔ x (10 x βάρος[Kg] + 934 x ύψος[m] + 25
+19 ετών	ΕΑ=354 - 6,91 x ηλικία[έτη] + ΦΔ x (9,36 x βάρος[Kg] + 726 x ύψος[m]
παιδιά κι εφηβοί με βάρος πάνω από το φυσιολογικό (ΔΜΣ≥85^η εκατοστιαία θέση)	
Αγόρια	
6-18 ετών	ΕΑ=114 - (50,9 x ηλικία[έτη]) + ΦΔ x (19,5 x βάρος[Kg] + 1161,4 x ύψος[m])
+19 ετών	ΕΑ=1086 - (10,1 x ηλικία[έτη]) + ΦΔ x (13,7 x βάρος[Kg] + 416 x ύψος[m])
Κορίτσια	
6-18 ετών	ΕΑ=389 - (41,2 x ηλικία[έτη]) + ΦΔ x (15 x βάρος[Kg] + 701,6 x ύψος[m])
+19 ετών	ΕΑ=448 - (7,95 x ηλικία[έτη]) + ΦΔ x (11,4 x βάρος[Kg] + 619 x ύψος[m])

Τιμές φυσικής δραστηριότητας (ΦΔ) για χρήση στις εξισώσεις υπολογισμού των ενεργειακών αναγκών παιδιών κι εφήβων (5)

	καθιστική ζωή PAL (1,0-1,39)	μέτρια δραστηριότητα PAL (1,4-1,59)	έντονη δραστηριότητα PAL (1,6-1,89)	πολύ έντονη δραστηριότητα PAL (1,9-2,5)
	τυπικές καθημερινές δραστηριότητες (πχ δουλειές νοικοκυριού, περπάτημα ως το λεωφορείο)	τυπικές καθημερινές δραστηριότητες (πχ δουλειές νοικοκυριού, περπάτημα ως το λεωφορείο) ΕΠΙΠΛΕΟΝ 30-60 min μέτριας δραστηριότητας καθημερινά (πχ περπάτημα 5-7km/h	τυπικές καθημερινές δραστηριότητες (πχ δουλειές νοικοκυριού, περπάτημα ως το λεωφορείο) ΕΠΙΠΛΕΟΝ τουλάχιστον 60 min μέτριας δραστηριότητας καθημερινά	τυπικές καθημερινές δραστηριότητες (πχ δουλειές νοικοκυριού, περπάτημα ως το λεωφορείο) ΕΠΙΠΛΕΟΝ τουλάχιστον 60 min μέτριας δραστηριότητας καθημερινά ΕΠΙΠΛΕΟΝ + 60 min έντονης δραστηριότητας ή 120 min μέτριας δραστηριότητας
άτομα με φυσιολογικό βάρος				
αγόρια 6-18 ετών	1,00	1,13	1,26	1,42
κορίτσια 6-18 ετών	1,00	1,16	1,31	1,56
αγόρια 19 ετών +	1,00	1,11	1,25	1,48
κορίτσια 19 ετών +	1,00	1,12	1,27	1,45
υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα				
αγόρια 6-18 ετών	1,00	1,12	1,24	1,45
κορίτσια 6-18 ετών	1,00	1,18	1,35	1,6
αγόρια 19 ετών +	1,00	1,12	1,29	1,59
κορίτσια 19 ετών +	1,00	1,16	1,27	1,44

πρωτεΐνη βασίζονται στο ποσό της πρωτεΐνης που απαιτείται για αύξηση και θετικό ισοζύγιο αζώτου. Ο πίνακας 7 δείχνει τις Συνιστώμενες Διαιτητικές Προσλήψεις για την πρωτεΐνη στα παιδιά και τους εφήβους (5).

Οι μέσες προσλήψεις πρωτεΐνης στα παιδιά και τους εφήβους είναι σημαντικά υψηλότερες από τις συνιστώμενες (2,4). Παρόλα αυτά, αν η ενεργειακή πρόσληψη είναι ανεπαρκής για οποιοδήποτε λόγο, η διαιτητική πρωτεΐνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών, με αποτέλεσμα να μην είναι διαθέσιμη για τη σύνθεση νέου ιστού ή την αντικατάσταση ιστού (4,6,7). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του ρυθμού αύξησης και της άπαχης μάζας σώματος παρά την εμφανή επαρκή πρόσληψη πρωτεΐνης (3,4). Ο μεταβολισμός της πρωτεΐνης είναι ευαίσθητος στον ενεργειακό περιορισμό στους εφήβους κατά τη διάρκεια του αυξητικού τινάγματος (3). Οι υπερβολικές προσλήψεις πρωτεΐνης μπορεί, επίσης, να έχουν επίδραση στη διατροφική κατάσταση. Για παράδειγμα, μια υψηλή πρόσληψη πρωτεΐνης μπορεί να επηρεάσει το μεταβολισμό του ασβεστίου και να αυξήσει τις ανάγκες σε υγρά (4).

Λίπος

Το λίπος είναι η κύρια πηγή παροχής ενέργειας για το σώμα κι είναι απαραίτητο για την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών και των καροτινοειδών. Για το συνολικό λίπος δεν έχει καθορισθεί η Συνιστώμενη Διαιτητική Πρόσληψη ή η Επαρκής Πρόσληψη, λόγω έλλειψης επαρκών στοιχείων για τον προσδιορισμό του επιπέδου πρόσληψης λίπους, στο οποίο παρατηρείται κίνδυνος ανεπάρκειας ή πρόληψη χρόνιας νόσου. Παρόλα αυτά, για τα παιδιά και τους εφήβους το διαιτητικό λίπος συστήνεται να αποτελεί το 25-35% της προσλαμβανόμενης ενέργειας (5).

Πίνακας 7. Συνιστώμενες Διαιτητικές προσλήψεις για την πρωτεΐνη σε παιδιά κι έφηβους (5)

Ηλικία (έτη)	Συνιστώμενες Διαιτητικές Προσλήψεις (g/Kg/ημέρα) ^a
6-8	0,95
9-13	0,95
14-18	0,85
19-30	0,80

^a Με βάση το μέσο βάρος για την ηλικία

Υδατάνθρακες

Ο κύριος ρόλος των υδατανθράκων είναι η παροχή ενέργειας στα κύτταρα του σώματος, ιδιαίτερα στον εγκέφαλο, ο οποίος είναι το μόνο όργανο του σώματος που εξαρτάται από τους υδατάνθρακες. Η Συνιστώμενη Διαιτητική Πρόσληψη για τους υδατάνθρακες σε παιδιά κι εφήβους είναι 130 g/ημέρα και βασίζεται στη μέση ελάχιστη ποσότητα γλυκόζης που χρησιμοποιείται από τον εγκέφαλο. Το προτεινόμενο ποσοστό κατανάλωσης υδατανθράκων σε παιδιά κι εφήβους κυμαίνεται από 45-65% της προσλαμβανόμενης ενέργειας (5).

Βιταμίνες και μέταλλα

Τα μέταλλα κι οι βιταμίνες είναι απαραίτητα για την προαγωγή της σωματικής ανάπτυξης, της σεξουαλικής ωρίμανσης και της νευροκινητικής ανάπτυξης των παιδιών (8). Κατά τη διάρκεια της εφηβείας οι ανάγκες σε μέταλλα και βιταμίνες είναι ιδιαίτερα αυξημένες (3,4). Οι έφηβοι κατά την αιχμή της ταχύτητας αύξησης απαιτούν μεγάλες ποσότητες θρεπτικών συστατικών (3).

Η ανεπάρκεια ενός μεμονωμένου θρεπτικού συστατικού είναι σπάνια στην κλινική πράξη. Περισσότερο πιθανή είναι η ανεπάρκεια πολλαπλών μικροθρεπτικών συστατικών (8).

Μέταλλα. Ιδιαίτερη σημασία για τη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών έχει η πρόσληψη Ca, Zn και Fe (6). Οι έφηβοι ενσωματώνουν 2 φορές περισσότερο Ca, Fe, Zn, Mg στα σώματά τους κατά τη διάρκεια του αυξητικού τινάγματος σε σύγκριση με άλλες περιόδους (4). Οι Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς για τα μέταλλα σε παιδιά κι εφήβους παρουσιάζονται στους πίνακες 2 και 3 (σελ 66 και 67).

Βιταμίνες. Η λειτουργία των βιταμινών στις μεταβολικές διαδικασίες δείχνει ότι οι απαιτήσεις σε βιταμίνες καθορίζονται από τις προσλήψεις ενέργειας, πρωτεΐνης και κορεσμένων λιπών (6). Στους πίνακες 2 και 3 παρουσιάζονται οι Διαιτητικές Προσλήψεις Αναφοράς για τις βιταμίνες στα παιδιά και τους εφήβους.

Οι ανάγκες των εφήβων σε βιταμίνες συσχετίζονται περισσότερο με το βαθμό ωριμότητας παρά με τη χρονολογική ηλικία, λόγω των απαιτήσεων αύξησης (3).

4.3 Διατροφική συμπεριφορά παιδιών κι εφήβων

Χαρακτηριστικά της διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών και των εφήβων

Η διατροφική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων διαφοροποιείται συνεχώς κι επηρεάζει τις διατροφικές επιλογές τους (9). Στοιχεία από διεθνείς μελέτες της διατροφικής πρόσληψης των παιδιών και των εφήβων υποδεικνύουν ότι, οι διατροφικές επιλογές τους δεν συμφωνούν με τις διεθνείς συστάσεις για τις ομάδες τροφίμων, όπως παρουσιάζονται στις αμερικανικές διαιτητικές οδηγίες και την πυραμίδα των τροφίμων (2,9). Η διαιτητική πρόσληψη των παιδιών και των εφήβων χαρακτηρίζεται από υπερβολική πρόσληψη διαιτητικού λίπους κι ανεπαρκή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών (9,10). Ενδείξεις, που υπάρχουν, συνηγορούν στην άποψη ότι, οι διατροφικές επιλογές διαμορφώνονται στην παιδική ηλικία και πιθανόν να αποκρυσταλλώνονται στις ηλικίες 11-18 ετών, γεγονός που καθιστά τις παρεμβάσεις για την προώθηση της υγείας αναγκαίες πριν την ηλικία των 11 ετών, πριν αυτές οι επιλογές γίνουν ανθεκτικές στην αλλαγή (9).

Η διατροφική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων περιλαμβάνει την αυξημένη κατανάλωση τροφίμων έξω από το σπίτι, το μεγαλύτερο μέγεθος μερίδων, αλλαγές στην κατανάλωση ροφημάτων, την αποφυγή γευμάτων και την αυξημένη πρόσληψη ενδιάμεσων γευμάτων (σνακ) (4,9).

Γεύματα στο σπίτι κι έξω από το σπίτι

Οι διεθνείς τάσεις υποδεικνύουν ότι όλο και λιγότερες οικογένειες τρώνε γεύματα μαζί (2,9). Σε μια πρόσφατη αναφορά, τα παιδιά σχολικής ηλικίας κι οι έφηβοι, που έτρωγαν περισσότερα γεύματα με τις οικογένειες τους, καταλάωναν περισσότερα φρούτα και λαχανικά, λιγότερα αναψυκτικά και λιγότερα τηγανητά σε σύγκριση με τα παιδιά, που δεν έτρωγαν με τις οικογένειες τους (2,9).

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, καταναλώνουν μεγαλύτερη αναλογία γευμάτων μακριά από το σπίτι. Τα εστιατόρια γρήγορου φαγητού αντιστοιχούν για πάνω από το μισό των γευμάτων έξω από το σπίτι και συνεισφέρουν περίπου 10% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης των παιδιών. Τα παιδιά κι οι έφηβοι, που καταναλώνουν γρήγορο φαγητό, έχουν υψηλότερες προσλήψεις λίπους, κορεσμένου λίπους, χοληστερόλης, νατρίου, και χαμηλότερες προσλήψεις ινών, ασβεστίου, σιδήρου σε

σύγκριση με τους συνομήλικους τους, που δεν καταναλώνουν αυτό το είδος φαγητού (9).

Μέγεθος μερίδων

Το μέγεθος μερίδων των τροφίμων επηρεάζει τη συνολική ενεργειακή πρόσληψη στα παιδιά και τους έφηβους (9). Πρόσφατες μελέτες σε ενήλικες και παιδιά δείχνουν ότι, το αυξημένο μέγεθος μερίδων προωθεί την υπερβολική πρόσληψη στα γεύματα. Σήμερα τα παιδιά καταναλώνουν σημαντικά περισσότερο φαγητό και ροφήματα από ότι πριν 2 δεκαετίες (9).

Κατά τη διάρκεια αιχμής της ταχύτητας αύξησης, οι έφηβοι απαιτούν την πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων τροφίμων. Παρόλα αυτά, θα πρέπει να είναι προσεκτικοί, ώστε να προσαρμόζουν τις ποσότητες και τη συχνότητα των τροφών, όταν η αύξησή τους επιβραδύνεται (3,4).

Τάσεις στην κατανάλωση ροφημάτων

Τις τελευταίες δεκαετίες η κατανάλωση γάλακτος μειώθηκε σημαντικά στα παιδιά ηλικίας 6-11 ετών. Κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου, παρατηρήθηκαν αλλαγές και στο είδος γάλακτος, που τα παιδιά καταναλώνουν. Η αναλογία παιδιών, που καταναλώνουν άπαχο γάλα ή γάλα με μειωμένα λιπαρά, αυξήθηκε. Παράλληλα με τη μείωση πρόσληψης γάλακτος, η κατανάλωση υδατανθρακούχων αναψυκτικών αυξήθηκε. Η κατανάλωση αναψυκτικών έχει συσχετισθεί αρνητικά με την κατανάλωση γάλακτος κι έχει βρεθεί να έχει αρνητική επίδραση στις προσλήψεις πολλών αναγκαίων μικροθρεπτικών συστατικών (Ca, P, φολλικό οξύ, βιταμίνη Α και C). Επιπλέον, η συνολική ενεργειακή πρόσληψη των παιδιών έχει βρεθεί να συσχετίζεται θετικά με την κατανάλωση αναψυκτικών (9).

Πρόσληψη γευμάτων και συχνότητα γευμάτων

Τα παιδιά κι οι έφηβοι παραλείπουν ένα αυξημένο αριθμό γευμάτων στο σπίτι, καθώς μεγαλώνουν (3,4,9). Η κατανάλωση πρωινού έχει μειωθεί σημαντικά στα παιδιά και τους εφήβους τα τελευταία χρόνια, ενώ οι κοινωνικές και σχολικές δραστηριότητες μπορεί να οδηγήσουν ένα έφηβο να παραλείψει και το βραδινό (3,4).

Έχει βρεθεί, μάλιστα, ότι τα κορίτσια στην εφηβική ηλικία τείνουν να παραλείπουν περισσότερα γεύματα από ότι τα αγόρια (3,4).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αυξημένη πρόσληψη σνακ από τα παιδιά και τους έφηβους (4,9). 98% των παιδιών ηλικίας 6-18 ετών αναφέρουν τουλάχιστον 3 γεύματα ημερησίως και πάνω από το 50% πέντε ή περισσότερα (9). Ο αριθμός των γευμάτων ποικίλει με την ηλικία και το φύλο. Οι μαθητές μικρότερης ηλικίας είναι περισσότερο πιθανόν να καταναλώνουν πρωινό, μεσημεριανό κι ένα απογευματινό σνακ (9).

Αν κι ανησυχία έχει εκφραστεί για τη συνήθεια πρόσληψης σνακ, τα παιδιά κι οι έφηβοι είναι δυνατόν να αποκτήσουν βασικά θρεπτικά συστατικά από τα σνακ. Επομένως, η επιλογή των τροφών που καταναλώνονται είναι σημαντικότερη από τον χρόνο ή τον τόπο, στον οποίο το φαγητό προσλαμβάνεται (3,4).

Παράγοντες, που επηρεάζουν τη διατροφική πρόσληψη και συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων

Η ανάπτυξη της διατροφικής συμπεριφοράς είναι μια σύνθετη διαδικασία, η οποία επηρεάζεται από κοινωνικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς, περιβαλλοντικούς και προσωπικούς παράγοντες (11,12,13,14). Από μια αναπτυξιακή προοπτική, η κοινωνική επιρροή αυξάνει καθώς το παιδί μεγαλώνει κι η επιρροή της οικογένειας παραμένει σημαντική στην παιδική κι εφηβική ηλικία (11).

Η κατανόηση των παραγόντων, που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων, είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών διατροφικών παρεμβάσεων για την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς (12).

Προσωπικοί παράγοντες

Διατροφικές προτιμήσεις

Οι διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών αποτελούν σημαντικό παράγοντα της διατροφικής πρόσληψης (15,16) και συνδέονται με τη διατροφική συμπεριφορά (10,15), η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τον κίνδυνο για παχυσαρκία και χρόνιες νόσους (15). Η προτίμηση για ένα συγκεκριμένο τρόφιμο είναι ένας ισχυρός δείκτης της κατανάλωσης αυτού του τροφίμου στα παιδιά και τους έφηβους (14). Τα πιο

οικεία και προτιμώμενα τρόφιμα στην παιδική ηλικία τείνουν να συνδυάζουν 2 βασικά συστατικά: ζάχαρη και λίπος (10). Η προτίμηση στη γλυκιά γεύση κι αλμυρή γεύση κι η απόρριψη των πικρών και ξινών γεύσεων είναι έμφυτες κι όχι αποτέλεσμα μάθησης (15,16,17,18). Από πολύ, όμως, μικρή ηλικία οι έμφυτες αυτές προτιμήσεις τροποποιούνται μέσω διαδικασιών μάθησης και, στη συνέχεια, η μάθηση παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των διατροφικών προτιμήσεων (17). 3 κύριες διαδικασίες έχουν περιγραφεί, οι οποίες τροποποιούν τις διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών (17,18). Πρώτον, η έκθεση σε άγνωστα τρόφιμα πχ η επαναλαμβανόμενη εμπειρία της δοκιμασίας και της πρόσληψης ενός άγνωστου τροφίμου, μειώνει την τάση απόρριψής του, ένα φαινόμενο που καλείται νεοφοβία (12,15,17,18,19). Δεύτερον, η αποδοχή ενός τροφίμου τροποποιείται από τις κοινωνικές επιδράσεις: τα παιδιά μαθαίνουν να προτιμούν τρόφιμα, που καταναλώνουν τα άτομα του κοινωνικού τους περιβάλλοντος (17,18). Τρίτον, τα παιδιά μαθαίνουν να συσχετίζουν τις φυσιολογικές συνέπειες της διατροφικής τους πρόσληψης με τα ερεθίσματα γεύσης της τροφής (12,17,18,19). Αν η πρόσληψη τροφής ακολουθείται από ένα θετικό αίσθημα κορεσμού, τότε η προτίμηση για αυτό το τρόφιμο αυξάνει (15). Τα παιδιά έχουν τη προδιάθεση να μαθαίνουν να προτιμούν τρόφιμα με υψηλή ενεργειακή πυκνότητα μαθαίνοντας να συσχετίζουν τις γεύσεις αυτών των τροφίμων με τις θετικές φυσιολογικές συνέπειες, που είναι το αποτέλεσμα της πρόσληψης αυτών των τροφών (10,19). Αυτές οι διαδικασίες μάθησης, τελικά, καταλήγουν σε γνωστικές δομές και διαδικασίες, περιλαμβάνοντας τις στάσεις και τα πιστεύω σχετικά με τα τρόφιμα και την πρόσληψη τροφών, που παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στον έλεγχο της διατροφικής πρόσληψης (17).

Διατροφική γνώση - ικανότητες σίτισης

Η ανάπτυξη των ικανοτήτων σίτισης και της διατροφικής γνώσης είναι παράλληλη της γνωστικής ανάπτυξης (πίνακας 8) (2). Τα επίπεδα διατροφικής γνώσης είναι, γενικά, χαμηλά μεταξύ παιδιών κι εφήβων, τα οποία έχουν μια μικρή κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στη διατροφική επιλογή και την υγεία. Αν κι η γνώση δεν επηρεάζει πάντα τη διατροφική συμπεριφορά, τα ευρήματα μπορεί να αντικατοπτρίζουν μεθοδολογικά προβλήματα ή την αλληλοσυσχέτιση ανάμεσα στη γνώση κι άλλους παράγοντες, που μπορεί να καθιστούν τα ανεξάρτητα αποτελέσματα δύσκολα προς

αξιολόγηση. Πολύ λίγες μελέτες εξέτασαν το αποτέλεσμα του επιπέδου ικανοτήτων των παιδιών και των εφήβων στην προετοιμασία του φαγητού (14).

Πίνακας 8. Σίτιση, διατροφή και θεωρία της γνωστικής ανάπτυξης του Piaget (2)

περίοδος ανάπτυξης	γνωστικά χαρακτηριστικά	σχέση με τη σίτιση και τη διατροφή
προσυλλογιστική περίοδος (2-7ετών)	<p>οι διαδικασίες σκέψης εσωτερικοποιούνται:μη συστηματικές και προαισθηματικές</p> <p>η χρήση των συμβόλων αυξάνει</p> <p>η λογική βασίζεται στην εμφάνιση και στα γεγονότα</p> <p>η προσέγγιση της ταξινόμησης είναι μη συστηματική</p> <p>εγωκεντρική θεώρηση του κόσμου</p>	<p>η πρόσληψη τροφής γίνεται λιγότερο το κέντρο της προσοχής κι είναι δευτερεύουσα της κοινωνικής, γλωσσικής και γνωστικής ανάπτυξης</p> <p>οι τροφές περιγράφονται από το χρώμα, το σχήμα και την ποσότητα, αλλά το παιδί έχει περιορισμένη ικανότητα να τις ταξινομήσει σε "ομάδες"</p> <p>τα τρόφιμα διακρίνονται σε "αρεστά" και σε "μη αρεστά"</p> <p>τα τρόφιμα διακρίνονται ως "ωφέλιμα", αλλά οι λόγοι που αυτά είναι υγιεινά είναι άγνωστοι ή λανθασμένοι</p>
συγκεκριμένη σκέψη (7-11 ετών)	<p>το παιδί μπορεί να επικεντρωθεί σε αρκετές πλευρές μιας κατάστασης ταυτόχρονα</p> <p>η σχέση αιτίας-αποτελέσματος γίνεται περισσότερο κατανοητή και συστηματική</p> <p>η ικανότητα ταξινόμησης, αναταξινόμησης και γενίκευσης αναδύεται</p> <p>η μείωση του εγωκεντισμού επιτρέπει στο παιδί να αντιληφθεί μια άλλη οπτική γωνία</p>	<p>το παιδί προσπαθεί να συνειδητοποιήσει ότι τα θρεπτικά τρόφιμα έχουν μια θετική επίδραση στην ανάπτυξη και την υγεία, αλλά έχει περιορισμένη αντίληψη του πώς και γιατί</p> <p>τα γεύματα αποκτούν κοινωνική σημασία</p> <p>η διεύρυνση του περιβάλλοντος αυξάνει τις ευκαιρίες και τις επιδράσεις στις διατροφικές επιλογές, πχ η επιρροή των συνομηλίκων αυξάνει</p>
τυπική/αφαιρετική σκέψη (>11 ετών)	<p>η αφαιρετική κι υποθετική σκέψη διευρύνεται</p> <p>η κατανόηση των επιστημονικών και θεωρητικών διαδικασιών εμβαθύνει</p>	<p>η λειτουργία των θρεπτικών συστατικών των τροφών σε φυσιολογικό και βιοχημικό επίπεδο μπορεί να γίνει κατανοητή</p> <p>οι συγκρούσεις στις διατροφικές επιλογές πιθανόν να γίνονται συνειδητές. Αυτό σημαίνει ότι η γνώση της θρεπτικής αξίας των τροφών μπορεί να έρχεται σε σύγκρουση με τις προτιμήσεις και τις μη θρεπτικές επιδράσεις</p>

Στάσεις

Σχετικά λίγες έρευνες έχουν περιγράψει τις στάσεις προς το φαγητό και το ρόλο της τροφής στην υγεία. Μελέτες παρέμβασης που χρησιμοποίησαν μοντέλα, όπως η κοινωνική γνωστική θεωρία, δεν μπόρεσαν να εξηγήσουν τη μεγάλη διαφοροποίηση των διατροφικών συμπεριφορών των παιδιών. Εκείνες που χρησιμοποίησαν μια ποιοτική προσέγγιση για την εξέταση των στάσεων, που σχετίζονται με το φαγητό προτείνουν ότι οι παράγοντες ποικίλουν με την ηλικία και το φύλο (14).

Φύλο-ηλικία

Ελάχιστες έρευνες έχουν εξετάσει την επίδραση των βιολογικών παραγόντων στη διατροφική συμπεριφορά (14). Οι διατροφικές συμπεριφορές πιθανόν να χειροτερεύουν καθώς το παιδί μεγαλώνει, γίνεται περισσότερο ανεξάρτητο κι ενδιαφέρεται περισσότερο για την εικόνα του σώματός του και το βάρος του (11). Τα αγόρια, μάλιστα, στην εφηβεία είναι περισσότερο πιθανόν να καταναλώνουν δίαιτες με υψηλότερη περιεκτικότητα σε κορεσμένο και συνολικό λίπος σε σύγκριση με τα κορίτσια. Γενικά, τα αγόρια εφηβικής ηλικίας καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα φαγητού σε σχέση με τα κορίτσια (12).

Κοινωνικοί παράγοντες

Οικογένεια

Η διατροφική συμπεριφορά των παιδιών αναπτύσσεται μέσα στα πλαίσια της οικογένειας (14,20). Οι προσλήψεις των γονιών και των παιδιών συσχετίζονται για τα περισσότερα θρεπτικά συστατικά με ισχυρότερες συσχετίσεις ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί παρά στον πατέρα και το παιδί (14). Σύμφωνα με την Nicklas και τους συνεργάτες της, οι γονείς μπορούν να επηρεάσουν τις διατροφικές πρακτικές των παιδιών στους εξής τομείς: διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα τροφίμων, ενήλικα πρότυπα διατροφής (adult food modeling), διατροφικές πρακτικές κοινωνικοποίησης (food socialization practices) και πρακτικές σίτισης (food related parenting style/feeding style) (9,14,20).

Διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα τροφίμων. Γενικά, τα παιδιά επιλέγουν να τρώνε τρόφιμα που σερβίρονται συχνότερα και τείνουν να προτιμούν τρόφιμα που είναι εύκολα διαθέσιμα στο σπίτι (10,13). Μια ισχυρή θετική σχέση ανάμεσα στη διαθεσιμότητα φρούτων και λαχανικών στο σπίτι και την κατανάλωση έχει αναφερθεί (10,12,14). Η έρευνα έχει δείξει τη σημασία όχι μόνο της διαθεσιμότητας, αλλά και της προσβασιμότητας των υγιεινών τροφίμων (10,12,13). Αυτό σημαίνει ότι, όταν τα τρόφιμα είναι εύκολα προσβάσιμα κι έτοιμα για κατανάλωση, τα παιδιά είναι πιθανότερο να τα φάνε. Ο Baranowski κι οι συνεργάτες του βρήκαν ότι, μεταξύ των παιδιών σχολικής ηλικίας η πρόσληψη φρούτων και λαχανικών είναι υψηλότερη, όταν αυτά τα τρόφιμα δεν είναι μόνο διαθέσιμα, αλλά επίσης παρέχονται σε προσβάσιμες τοποθεσίες (πχ εύκολο για το παιδί να τα φτάσει) και σε κατάλληλα μεγέθη (πχ τεμάχια καρότου) (13). Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον φαίνεται να έχουν τα ευρήματα ερευνών που υποστηρίζουν ότι, τα παιδιά μπορούν να ρυθμίσουν αποτελεσματικά την ενεργειακή τους πρόσληψη, όταν περιβάλλονται από ποικιλία «θρεπτικών» τροφίμων (19).

Πρότυπα διατροφής. Οι γονείς αποτελούν πρότυπα για τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών (14,20). Οι επιδράσεις των γονιών ως προτύπων σχετίζονται με αρκετούς παράγοντες, όπως η παρατηρητική μάθηση (observational learning), η αντιδραστική διευκόλυνση (response facilitation) κι η ενίσχυση (reinforcement). Η παρατηρητική μάθηση συμβαίνει, όταν τα παιδιά μαθαίνουν τί και πώς να τρώνε κοιτάζοντας την πρόσληψη και τις αντιδράσεις των γονιών τους στο φαγητό, με αποτέλεσμα την υιοθέτηση από τα παιδιά των αρχών διατροφής των γονιών τους. Η αντιδραστική διευκόλυνση αναφέρεται στη συχνότητα της επιθυμητής συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, τα παιδιά που βοηθούν τη μητέρα τους στη επιλογή ενός μήλου καθημερινά προκειμένου να καταναλωθεί από αυτή, μπορεί να απαιτήσουν να φάνε το δικό της μήλο. Η ενίσχυση περιλαμβάνει τις λεκτικές και μη λεκτικές αντιδράσεις στην κατανάλωση νέων τροφών (21). Δυστυχώς ελάχιστη έρευνα έχει εξετάσει το ρόλο των γονέων ως προτύπων της διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών (14,20). Θετικές συσχετίσεις έχουν αναφερθεί όσον αφορά την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών ανάμεσα στα παιδιά και τους γονείς (13).

Διατροφικές πρακτικές κοινωνικοποίησης. Οι στάσεις των γονιών κι η γνώση τους σε σχέση με τη διατροφή καλούνται «διατροφικές πρακτικές κοινωνικοποίησης» (14) κι έχουν συσχετισθεί με τις διατροφικές προσλήψεις και τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών (13,14,20). Οι στάσεις των γονιών μπορεί να είναι ένας ισχυρός δείκτης

των διατροφικών προτιμήσεων και της συνθετότητας της δίαιτας των παιδιών και των εφήβων (2). Η διατροφική γνώση των γονιών μπορεί να επηρεάσει τη διατροφική ποιότητα των τροφίμων, που αγοράζονται, τη διαθεσιμότητα τους καθώς και το μέγεθος των μερίδων που σερβίρονται στο παιδί (14).

Τρόποι σίτισης. Οι γονείς είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια των περιστάσεων σίτισης (10,14,20). Οι τρόποι σίτισης αντιπροσωπεύουν την προσέγγιση των γονιών να διατηρήσουν ή να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά των παιδιών σχετικά με την πρόσληψη τροφής (13). Οι Birch και Fisher περιγράφουν 3 τρόπους σίτισης του παιδιού: τον αυταρχικό (authoritarian), τον ανεκτικό (permissive), και τον επιτακτικό (authoritative) (13). Ο αυταρχικός τρόπος σίτισης περιλαμβάνει συμπεριφορές, όπως περιορισμό της πρόσληψης ορισμένων τροφίμων (πχ γλυκά) στο παιδί και πίεση του παιδιού να τρώει άλλα τρόφιμα (πχ λαχανικά). Επομένως, ο τρόπος αυτός σίτισης χαρακτηρίζεται από προσπάθειες ελέγχου της διατροφής του παιδιού χωρίς να λαμβάνει υπόψη τις επιλογές και τις προτιμήσεις του παιδιού (13). Το παιδί μαθαίνει ότι το ποσό της τροφής καθορίζει την πρόσληψη κι όχι τα εσωτερικά ερεθίσματα, όπως ο κορεσμός κι η πείνα (21). Ο ανεκτικός τρόπος σίτισης χαρακτηρίζεται από αυτό που μπορεί να ονομαστεί «διατροφική άγνοια», όπου το παιδί είναι ελεύθερο να τρώει ότι θέλει σε οποιοσδήποτε ποσότητες επιθυμεί. Με τον τρόπο αυτό σίτισης, ελάχιστη ή καθόλου δομή παρέχεται κι οι επιλογές περιορίζονται μόνο σε ότι είναι διαθέσιμο. Τέλος, ο επιτακτικός τρόπος σίτισης αντιπροσωπεύει μια ισορροπία ανάμεσα στον αυταρχικό και τον επιτακτικό τρόπο σίτισης. Το παιδί ενθαρρύνεται να τρώει υγιεινά τρόφιμα, αλλά του δίνονται δυνατότητες ορισμένων επιλογών (13). Με αυτόν τον τρόπο σίτισης, οι ενήλικες καθορίζουν τα τρόφιμα που προσφέρονται και τα παιδιά καθορίζουν ποια τρόφιμα θα φάνε (13,21).

Οι τρόποι σίτισης έχουν συσχετισθεί με τη διαιτητική πρόσληψη και την κατάσταση βάρους. Όσον αφορά τη διαιτητική πρόσληψη, η αυταρχική σίτιση έχει συσχετισθεί με χαμηλότερη πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και χυμών. Παιδιά, στα οποία ειπώθηκε «να καθαρίσουν το πιάτο τους» ήταν λιγότερο ευαίσθητα στα φυσιολογικά ερεθίσματα κορεσμού κι όταν οι γονείς περιόρισαν την κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε λίπος και ζάχαρη στο παιδί τους, τα παιδιά ήταν περισσότερο πιθανόν να καταναλώσουν τα «απαγορευμένα» τρόφιμα. Η ανεκτική σίτιση έχει συσχετισθεί με την πρόσληψη λιγότερου γάλακτος και τη χαμηλότερη κατανάλωση

όλων των θρεπτικών συστατικών με εξαίρεση το λίπος. Η επιτακτική σίτιση έχει συσχετισθεί με μεγαλύτερη διαθεσιμότητα φρούτων και λαχανικών, υψηλότερη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και χαμηλότερη πρόσληψη junk τροφίμων. Μεταξύ των εφήβων, η επιτακτική σίτιση έχει συσχετισθεί με περισσότερο θετικές σκέψεις για τα φρούτα και περισσότερη κατανάλωση φρούτων, ενώ η ανεκτική σίτιση έχει συσχετισθεί με υψηλότερη πρόσληψη λιπαρών τροφών και γλυκών, περισσότερα σνακ και λιγότερες επιλογές υγιεινών τροφίμων. Στα πλαίσια της σχέσης ανάμεσα στις πρακτικές σίτισης και της κατάστασης βάρους, οι αυταρχικές πρακτικές, όπως περιορισμός και παρακολούθηση της πρόσληψης του παιδιού, έχουν συσχετισθεί με υψηλότερη σωματική μάζα, όπως υποδεικνύεται από το δείκτη μάζας σώματος και τη συνολική μάζα λίπους (13).

Οι προσπάθειες των γονιών να περιορίσουν μερικά τρόφιμα και να ενθαρρύνουν άλλα, επίσης, σχετίζονται με τις προτιμήσεις και τις προσλήψεις των παιδιών (10,13,20). Στρατηγικές σίτισης, που περιλαμβάνουν την ενθάρρυνση των παιδιών να τρώνε ένα συγκεκριμένο τρόφιμο έχει συσχετισθεί με αυξημένη απαρέσκεια για αυτό το τρόφιμο (10,13) κι ο Hertzler παρατήρησε ότι όσο περισσότερο οι γονείς ενθάρρυναν τα παιδιά τους να τρώνε λαχανικά, τόσο μικρότερες ήταν οι προτιμήσεις των παιδιών για τα λαχανικά (10,13). Οι γονείς, επίσης, μπορεί να περιορίσουν την κατανάλωση ορισμένων τροφίμων (πχ αλμυρά και γλυκά σνακ) στα παιδιά. Ο Birch κι οι συνεργάτες του βρήκαν, ότι όταν περιορίζεται η διαθεσιμότητα τροφών πλούσιων σε λίπος, ζάχαρη κι ενέργεια, οι οποίες χρησιμοποιούνται προηγουμένως ως επιβράβευση, αυξάνεται η επιθυμία για τα τρόφιμα αυτά (10,13). Ο περιορισμός της πρόσβασης των παιδιών σε ορισμένα τρόφιμα μπορεί, στην πραγματικότητα, να προωθήσει την υπερκατανάλωση αυτών των «απαγορευμένων» τροφίμων (10,13,16,19).

Συνομηλικοί

Αν κι οι γονείς παρέχουν την ισχυρότερη επίδραση στα πιστεύω και τη συμπεριφορά των παιδιών σχετικά με την υγεία, δεν είναι οι μόνοι άνθρωποι που αποτελούν πρότυπο της διατροφικής συμπεριφοράς (13). Η διατροφική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων φαίνεται να επηρεάζεται από τις αλληλεπιδράσεις τους με τους συνομηλίκους τους (10,13,19,20). Η επιρροή των συνομηλίκων φαίνεται να αυξάνει με την ηλικία (2,13) και να είναι ιδιαίτερα σημαντική στην εφηβεία (13).

MME και διαφήμιση προϊόντων

Τα αποτελέσματα της διαφήμισης των προϊόντων και των MME στη διαιτητική συμπεριφορά αλληλοσχετίζονται και περιλαμβάνουν επιδράσεις στις προτιμήσεις των τροφίμων, στην αγορά τροφίμων και στις απαιτήσεις των παιδιών σε τρόφιμα ή μπορεί να επηρεάζουν τη γνώση και τις στάσεις, και την ανάπτυξη διαιτητικής συμπεριφοράς και προβλημάτων στην εικόνα του σώματος. Τα MME, ιδιαίτερα η τηλεόραση, έχουν τεράστια δυνητική επίδραση στην υγιεινή διατροφή των παιδιών και των εφήβων, και σε πολλές περιστάσεις, μπορεί να υπερσκιάσουν τις οικογενειακές επιδράσεις. Η διαφήμιση τροφίμων προωθεί την περισσότερο συχνή κατανάλωση λιγότερο υγιεινών τροφίμων, συμπεριλαμβανομένων των σνακ πλούσιων σε λίπος, ενέργεια, και σπάνια υποστηρίζει τις υγιεινές επιλογές, όπως φρούτα και λαχανικά. Αυτό είναι ανησυχητικό, αφού τα παιδιά είναι περισσότερο πιθανόν να ζητήσουν, να αγοράσουν και να καταναλώσουν τρόφιμα που έχουν δει να διαφημίζονται στην τηλεόραση (14).

Οικονομικοί παράγοντες

Εισόδημα- Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Το εισόδημα είναι ένας σημαντικός δείκτης της διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών (13,20). Η έρευνα έχει δείξει ότι, τα παιδιά από ομάδες χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης έχουν δίαιτες με λιγότερη ποικιλία σε τρόφιμα σε σύγκριση με τα παιδιά από ομάδες υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (20). Τα παιδιά σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες τρώνε λιγότερα φρούτα και λαχανικά κι έχουν υψηλότερη πρόσληψη λίπους σε σύγκριση με τα παιδιά σε σχετικά υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (13).

Περιορισμός χρόνου

Το είδος των τροφίμων, που οι γονείς παρέχουν στα παιδιά τους, είναι πιθανόν να αντικατοπτρίζει το χρόνο, που οι γονείς έχουν διαθέσιμο για την προετοιμασία του φαγητού (20). Ο διαθέσιμος χρόνος για την προετοιμασία του φαγητού έχει μειωθεί σημαντικά λόγω της αύξησης του χρόνου εργασίας των γονιών (20). Το γεγονός αυτό

έχει οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές στις διαιτητικές πρακτικές (20). Έχει παρατηρηθεί μια μεγάλη αύξηση στη χρήση προπαρασκευασμένων κι έτοιμων φαγητών (13,20).

Τιμές προϊόντων

Η τιμή των τροφίμων γίνεται ο σημαντικότερος παράγοντας στην επιλογή των τροφίμων, όταν το εισόδημα είναι περιορισμένο, συχνά οδηγώντας στην επιλογή τροφίμων, που είναι πλούσια σε ζάχαρη και λίπος, επειδή αυτά είναι ανάμεσα στις λιγότερο ακριβές πηγές διαιτητικής ενέργειας. Επιπλέον, η μείωση της τιμής των τροφίμων και των ροφημάτων, που έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη και/ή λίπος αυξάνει την κατανάλωση αυτών (14).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Σχολικό περιβάλλον

Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη των διαιτητικών πρακτικών των παιδιών καθώς τα παιδιά καταναλώνουν μια σημαντική αναλογία της ημερήσιας πρόσληψής τους στο σχολείο (12,20). Το σχολικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει τη διατροφή των παιδιών και των εφήβων μέσω των τροφίμων που είναι διαθέσιμα καθώς και μέσω της αλληλεπίδρασης τους με τους δασκάλους και τους συνομηλίκους τους (14). Πρόσφατες έρευνες σε σχολεία εκφράζουν ανησυχία για τη διατροφική ποιότητα των τροφών που διατίθενται σε αυτά: τρόφιμα και ροφήματα πλούσια σε λίπος και ζάχαρη και χαμηλή περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά (14).

Αγορά τροφίμων-εστιατόρια γρήγορου φαγητού

Η αρνητική επίδραση της αυξανόμενης διαθεσιμότητας και της αποτελεσματικής διαφήμισης του γρήγορου φαγητού, του έτοιμου φαγητού και του αυξανόμενου μεγέθους μερίδων στη διατροφή των παιδιών και των εφήβων έχει λάβει σημαντική προσοχή τα τελευταία χρόνια. Οι αλλαγές αυτές έχουν συνδεθεί με μια μείωση της

διατροφικής ποιότητας (14). Η κατανάλωση γρήγορου φαγητού είναι ιδιαίτερα προσφιλής στους έφηβους (4,12).

Πολιτισμικοί παράγοντες

Κουλτούρα- εθνικότητα

Πολιτισμικές κι εθνικές διαφορές έχουν παρατηρηθεί στη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών (20). Η αυξανόμενη, όμως, «παγκοσμιοποίηση» των διατροφικών συνηθειών έχει οδηγήσει σε μια μείωση των παραπάνω διαφορών στις διατροφικές πρακτικές μέσα στην κοινωνία (14).

4.4 Φυσική δραστηριότητα σε παιδιά κι εφήβους

Στοιχεία από διεθνείς μελέτες, αλλά κι από μικρότερες μελέτες δείχνουν μια σημαντική μείωση της φυσικής δραστηριότητας στα παιδιά με την αύξηση της ηλικίας (22). Ανάλογα με το είδος της μεθοδολογίας, που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της φυσικής δραστηριότητας, η μείωση της φυσικής δραστηριότητας στα αγόρια ηλικίας 10-17 ετών μπορεί να κυμαίνεται από 1.8-2.7% ετησίως και στα κορίτσια μπορεί να είναι από 2.6-7.4% ετησίως (22,23).

Η φυσική δραστηριότητα θα πρέπει να ενθαρρύνεται στα παιδιά και τους εφήβους με βάση κυρίως την υπόθεση ότι η συμπεριφορά αυτή θα γίνει μέρος της προσωπικής ζωής και θα συνεχισθεί στην ενήλικη ζωή, όπου θα βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου αρκετών χρόνιων νοσημάτων και της πρόωρης θνησιμότητας (22). Στην παιδική ηλικία, η τακτική φυσική δραστηριότητα βοηθάει όχι μόνο στον έλεγχο του βάρους, αλλά, επίσης, βελτιώνει τη δύναμη και την αντοχή, ενισχύει την αυτοπεποίθηση και μειώνει το άγχος και το stress (2,23).

Οι κυριότεροι παράγοντες, που επηρεάζουν την ανάπτυξη της φυσικής δραστηριότητας στα παιδιά και τους εφήβους παρουσιάζονται στον πίνακα 9. Είναι πιθανόν ότι η φυσική δραστηριότητα επηρεάζεται ή είναι το αποτέλεσμα ενός συνόλου παραγόντων και της αλληλεπίδρασης τους παρά της δράσης ενός μόνο παράγοντα (22). Οι πιο σημαντικές αιτίες της γενικής έλλειψης φυσικής δραστηριότητας στα παιδιά και τους εφήβους περιλαμβάνουν τον ανενεργό ρόλο των προτύπων (πχ γονείς, κηδεμόνες), τις ανταγωνιστικές απαιτήσεις (competing

demands)/πίεση χρόνου, τα επισφαλή περιβάλλοντα, την έλλειψη εγκαταστάσεων ή επαρκών πόρων για την έναρξη προγραμμάτων και την ανεπαρκή πρόσβαση σε ποιοτική σωματική εκπαίδευση καθημερινά (23).

Τα συνιστώμενα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας για τα παιδιά και τους εφήβους ποικίλουν στις διάφορες χώρες. Τα Κέντρα για τον Έλεγχο και την Πρόληψη Νοσημάτων (Centres for Disease Control and Prevention) συστήνουν τουλάχιστον 60 λεπτά μέτριας ως έντονης έντασης φυσικής δραστηριότητας καθημερινά σε μια ποικιλία διασκεδαστικών δραστηριοτήτων σε ατομικό κι ομαδικό επίπεδο (23). Οι οδηγίες για φυσική δραστηριότητα σε παιδιά κι εφήβους θα πρέπει να είναι ανάλογες με το επίπεδο ανάπτυξης τους. Η Αμερικανική Ένωση Παιδιάτρων συστήνει τις ακόλουθες δραστηριότητες ανάλογα με τη ηλικιακή ομάδα των παιδιών (23):

Πίνακας 9. Παράγοντες ανάπτυξης της φυσικής δραστηριότητας σε παιδιά κι εφήβους (22).

φυσιολογικοί/αναπτυξιακοί αύξηση κι ωρίμανση σωματική ευρωστία (αεροβική ικανότητα) σωματικοί περιορισμοί
περιβαλλοντικοί πρόσβαση σε εγκαταστάσεις/εξοπλισμό εποχικότητα ασφάλεια
ψυχολογικοί, κοινωνικοί και δημογραφικοί αυτοπεποίθηση γνώση, στάσεις επιδράσεις γονιών πρότυπα επιδράσεις συνομηλίκων εκπαίδευση/κοινωνικοοικονομική κατάσταση φύλο ηλικία

6-9 ετών

Σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, τα παιδιά βελτιώνουν τις κινητικές τους ικανότητες, την οπτική αντίληψη (visual tracking) και την ισορροπία τους. Οι γονείς θα πρέπει να ενθαρρύνουν το ελεύθερο παιχνίδι περιλαμβάνοντας περισσότερο περίπλοκες και λεπτές κινήσεις με έμφαση στην απόκτηση βασικών ικανοτήτων. Λόγω μικρών

διαφορών μεταξύ των φύλων στο βάρος, στο ύψος, στην αντοχή και στην ανάπτυξη κινητικών ικανοτήτων, η παράλληλη συμμετοχή των δυο φύλων στο παιχνίδι δεν αντενδείκνυται. Η έναρξη οργανωμένων αθλημάτων (πχ ποδόσφαιρο) είναι επιθυμητή, αλλά αυτά θα πρέπει να έχουν ευλύγιστους κανόνες, μικρή διάρκεια οδηγιών και να επικεντρώνονται περισσότερο στη διασκέδαση παρά στον ανταγωνισμό (23).

10-12 ετών

Επιλεγμένες φυσικές δραστηριότητες, που επικεντρώνονται στη διασκέδαση με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους, θα πρέπει να ενθαρρύνονται, όπως και με την προηγούμενη ομάδα. Στις ηλικίες αυτές απαιτούνται έμφαση στην ανάπτυξη ικανοτήτων κι αυξημένη εστίαση στις τακτικές, τη στρατηγική καθώς και στους παράγοντες, που προωθούν τη συνεχή συμμετοχή. Στο τέλος της παιδικής ηλικίας η πλήρης ανάπτυξη της οπτικής αντίληψης, της ισορροπίας και των κινητικών ικανοτήτων είναι τυπικές. Τα παιδιά έχουν καλύτερη ικανότητα να διαχειρίζονται προφορικές οδηγίες και να ενσωματώνουν πληροφορίες από πολλές πηγές, με αποτέλεσμα η συμμετοχή σε σύνθετα αθλήματα (ποδόσφαιρο, μπάσκετ) να είναι περισσότερο επιτεύξιμη. Η εφηβεία είναι δυνατόν να ξεκινάει με διαφορετικούς ρυθμούς, καθιστώντας μερικά άτομα περισσότερο μεγαλόσωμα και δυνατά σε σχέση με άλλα. Βασίζοντας την τοποθέτηση σε αθλήματα, που εμπερικλείουν επαφή και συγκρούσεις, στην ωριμότητα παρά στη χρονολογική ηλικία, μπορεί να οδηγήσει σε μικρότερο κίνδυνο για τραυματισμό κι αυξημένη ευκαιρία για επιτυχία, ιδιαίτερα για τα άτομα σε μικρότερα στάδια Tanner. Η προπόνηση βάρους μπορεί να ξεκινήσει, με την προϋπόθεση ότι το πρόγραμμα επιθεωρείται (23).

Έφηβοι

Δραστηριότητες, που είναι ενδιαφέρουσες για τους έφηβους, ιδιαίτερα εκείνες που είναι ευχάριστες και περιλαμβάνουν φίλους, είναι απαραίτητες για την μακροπρόθεσμη συμμετοχή τους σε αυτές. Οι φυσικές δραστηριότητες μπορεί να περιλαμβάνουν προσωπικές προτιμήσεις (χορό, τρέξιμο, yoga), ενεργή μεταφορά (περπάτημα, ποδήλατο), οικιακές ασχολίες (household chores) κι ανταγωνιστικά/μη αθλήματα. Ιδανικά, η ένταξη σε ανταγωνιστικά αθλήματα θα πρέπει να βασίζεται στο

μέγεθος και τις ικανότητες των παιδιών κι όχι στην χρονολογική τους ηλικία. Η προπόνηση βάρους μπορεί να συνεχισθεί, και καθώς το άτομο προσεγγίζει τη σωματική ωριμότητα (στάδιο Tanner 5), περισσότερα σερ χρησιμοποιώντας μεγαλύτερα βάρη και λιγότερες επαναλήψεις μπορούν να επιδιώκονται, χωρίς να παραλείπεται να τονίζεται η σημασία της κατάλληλης τεχνικής (23).

4.5 Απόψεις παιδιών κι εφήβων σχετικά με τη διατροφή και την φυσική δραστηριότητα

Για την ανάπτυξη παρεμβάσεων με στόχο τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων είναι σημαντικό να συγκεντρώσουμε τις απόψεις τους σχετικά με τους παράγοντες, που θεωρούν ότι, επηρεάζουν τις διατροφικές τους επιλογές, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην προσπάθεια τους να διατρέφονται υγιεινά, καθώς και τις προτάσεις τους, προκειμένου να τους βοηθήσουμε να διατρέφονται με ένα πιο υγιεινό τρόπο (24,25).

Λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τις απόψεις των παιδιών και των εφήβων σχετικά με τη διατροφική τους πρόσληψη χρησιμοποιώντας ποιοτικές μεθόδους (26). Οι περισσότερες έρευνες, που εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στους εφήβους, αποκαλύπτουν ότι, οι έφηβοι φαίνεται να είναι πολύ καλά πληροφορημένοι για τη υγιεινή διατροφή και να προσδιορίζουν ένα σύνολο παραγόντων, που επηρεάζει τη διατροφική τους πρόσληψη και συμπεριφορά (24,26) (πίνακας 10). Επιπρόσθετα, οι έφηβοι εμφανίζονται να διαχωρίζουν τα τρόφιμα σε «υγιεινά» και «μη υγιεινά» και να συσχετίζουν διαφορετικά συναισθήματα και καταστάσεις με αυτές τις κατηγορίες των τροφίμων (4,26). Κυρίως σχηματίζουν αρνητικές συσχετίσεις με τα «υγιεινά» τρόφιμα και θετικές συσχετίσεις με τα «μη υγιεινά» τρόφιμα (4).

Πίνακας 10. Παράγοντες, που επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές σύμφωνα με τους έφηβους (Casey)

σημαντικοί παράγοντες	παράγοντες, δευτερογενούς σημασίας	λιγότερο σημαντικοί παράγοντες (αλλά κύριοι για μερικούς εφήβους)
πείνα/επιθυμία για το τρόφιμο χρόνος για την προετοιμασία γευμάτων άνεση (πχ ευκολία στην πρόσβαση τροφίμων)	διαθεσιμότητα τροφίμων επιρροή γονιών αντιλαμβανόμενα οφέλη κατάσταση (πχ με ποιούς είναι, τί κάνουν, περίοδος, πού βρίσκονται)	διάθεση συνήθεια ΜΜΕ κόστος (πχ τιμή τροφίμου, χρήματα που διαθέτουν) διατροφικό σχήμα (πχ αν είναι φυτοφάγοι)

Τα προσωπικά κίνητρα και τα νοήματα, που αποδίδονται στη συμπεριφορά, φαίνεται να καθορίζουν τις διατροφικές επιλογές (26).

Η O'Dea εξέτασε τα κίνητρα παιδιών 7-17 ετών να διατρέφονται υγιεινά και να συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες, καθώς και τα εμπόδια, που συναντούν, στη διατήρηση των συμπεριφορών αυτών. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται στους πίνακες 12 και 13, και περιγράφουν τις απόψεις και των 2 φύλων όλων των ηλικιών (25).

Πίνακας 12. Τα πιο σημαντικά κίνητρα και εμπόδια για υγιεινή διατροφή, όπως καθορίστηκαν από παιδιά κι εφήβους (25)

τα πιο σημαντικά κίνητρα (σε φθίνουσα σειρά σημασίας)	τα πιο σημαντικά εμπόδια (σε φθίνουσα σειρά σημασίας)
γνωστική λειτουργία/απόδοση	διαθεσιμότητα λιγότερων υγιεινών επιλογών
σωματική ευεξία	προτιμήσεις (εσωτερικές/βιολογικές)
σωματική απόδοση	κοινωνική παρότρυνση (γονείς, παιδιά)
αυξημένη παραγωγή ενέργειας	διάθεση

Όπως φαίνεται, τα περισσότερα παιδιά κι έφηβοι προσδιορίζουν αρκετά κίνητρα και δυσκολίες για την υιοθέτηση υγιεινής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας. Η απόκτηση λεπτομερούς κατανόησης των κινήτρων και των δυσκολιών, που τα παιδιά κι οι έφηβοι προσδιορίζουν αναφορικά με τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα, αποτελεί το πρώτο βήμα για το σχεδιασμό κατάλληλης διατροφικής συμβουλευτικής (25). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι παιδιά πάνω από 10 ετών έχουν τη δυνατότητα να προτείνουν στρατηγικές για τις δυσκολίες, που αντιμετωπίζουν στην υιοθέτηση υγιεινής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας (25). Βασική πρότασή τους είναι η ανάγκη υποστήριξής τους από την οικογένεια και το σχολείο τους στην προσπάθεια εκ μέρους τους να υιοθετήσουν πιο υγιείς συμπεριφορές (25).

Πίνακας 13. Τα πιο σημαντικά κίνητρα και εμπόδια για φυσική δραστηριότητα, όπως καθορίστηκαν από παιδιά κι εφήβους (25)

τα πιο σημαντικά κίνητρα (σε φθίνουσα σειρά σημασίας)	τα πιο σημαντικά εμπόδια (σε φθίνουσα σειρά σημασίας)
κοινωνικά οφέλη (διασκέδαση, συναναστροφή με φίλους, ανάπτυξη ικανοτήτων, αποδοχή γονιών)	προτίμηση για καθιστικές δραστηριότητες (τηλεόραση, Η/Υ, video games, μουσική, βιβλία)
ψυχολογικά οφέλη	έλλειψη ενέργειας
σωματική ευεξία	περιορισμός χρόνου
απόδοση σε αθλήματα	κοινωνικοί παράγοντες (πίεση συνομηλίκων, έλλειψη υποστήριξης από τους γονείς)
διαύγεια σκέψης, αύξηση συγκέντρωσης	έλλειψη κινήτρων

Όσον αφορά τη διατροφή, τα κίνητρα κι οι αξίες (values), που έχουν για τις διατροφικές επιλογές τους, μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση κάποιες στιγμές. Η σύγκρουση αυτή φαίνεται να επιλύεται από την πλειοψηφία των παιδιών ηλικίας 11-18 ετών μέσα από τη διαδικασία γνωστικής αυτο-ρύθμισης, όπου οι συγκρουόμενες αξίες για τις διατροφικές επιλογές ενσωματώνονται και φέρονται σε συμφωνία με τα επιθυμητά αποτελέσματα μέσω κανόνων και στρατηγικών λήψεως αποφάσεων. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά 11-18 ετών έχει βρεθεί να χρησιμοποιούν α) προσωπικούς κανόνες για να επιλύσουν τις συγκρουόμενες αξίες ή τα κίνητρα για τις διατροφικές τους επιλογές. Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά με βάση προσωπικούς κανόνες χρησιμοποιούν διαφορετικά κριτήρια ή αξίες για την επιλογή διαφορετικών τροφίμων στο ίδιο γεύμα καθώς και μεταξύ των γευμάτων β) αναγνωρίσιμους τρόπους αλληλεπίδρασης με την οικογένεια για να επιλύσουν τη σύγκρουση ανάμεσα στην ανάγκη για προσωπική αίσθηση ελέγχου και τις αξίες της οικογένειας στις διατροφικές επιλογές. Μερικά παιδιά το καταφέρνουν αυτό λειτουργώντας αυτόνομα, ανεξάρτητα από τις αξίες της υπόλοιπης οικογένειας, άλλα με το να διατρέφονται ακολουθώντας τις αξίες της οικογένειας και τα περισσότερα παιδιά με το να διαπραγματεύονται με τις οικογένειες τους για την απόκτηση γευμάτων, που να ικανοποιούν τις δικές τους επιθυμητές επιλογές, καθώς και να καλύπτουν τις ανάγκες της οικογένειας γ) διαφορετικές συμπεριφορές για να επιλύσουν τις συγκρούσεις στις αξίες ανάμεσα σε αυτούς και τους συνομηλίκους τους. Η στρατηγική, που τα παιδιά φαίνεται να ακολουθούν για να διαχειρισθούν τη σύγκρουση ανάμεσα στην ανάγκη να τρώνε με τους συνομηλίκους τους και να τρώνε υγιεινά, είναι να τρώνε με τους συνομηλίκους, που έχουν παρόμοιες διατροφικές αξίες.

Οι επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται με τα παιδιά και τους έφηβους, θα πρέπει να προσδιορίσουν και να αξιολογήσουν τις προσωπικές συγκρούσεις στις αξίες και τα νοήματα, που αποδίδουν στις διατροφικές τους επιλογές (26).

Πηγές:

- 1. National Institute of Medicine. <http://www.iom.edu>**
- 2. Lucas BL. Nutrition in childhood. In: Maham JK and Escott-Stump S, 2004, Food and Nutrition & Diet Therapy. Ed 11, Saunders, USA**
- 3. Spear B. Adolescence growth and development. J Am Diet Assoc 2002;102(3):S23-29**
- 4. Spear BA. Nutrition in adolescence. In: Maham JK and Escott-Stump S, 2004, Food and Nutrition & Diet Therapy. Ed 11, Saunders, USA**
- 5. Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients) 2005, <http://www.nap.edu>**
- 6. Worthington-Roberts B and Williams S. Nutrition throughout the life cycle. McGraw-Hill Education 2000**
- 7. Bier D et al. Fat intake during childhood. Am J Clin Nutr 2000;72(suppl):1410-3**
- 8. Singh M. Role of macronutrients for physical growth and mental development. Indian J Pediatr 2004;71:59-62**
- 9. ADA Reports. Position of the American Dietetic Association: dietary guidance for healthy children aged 2-11 years. J Am Diet Assoc 2004; 104: 660-677**
- 10. Birch LL and Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. Pediatrics 1998;101:539-549**
- 11. Lockyear P. Childhood eating behaviors: developmental and sociocultural considerations (2004). www.medscape.com**
- 12. Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. J Am Diet Assoc 2002;102(3):S40-50**
- 13. Patrick H and Nicklas T. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. J Am College Nutr 2005;24(2):83-92**
- 14. Taylor J, Evers S, McKenna M. Determinants of healthy eating in children and youth. Can J Publ Health 2005;96(sup 3):S20-25**
- 15. Birch LL. Psychological influences on the childhood diet. J Nutr 1998;128:S407-410**

16. Cooke L. The development and the modification of children's eating habits. *Nutr Bull* 2004;29:31-35
17. Westenhoefer J. Establishing dietary habits during childhood for long-term weight control. *Ann Nutr Metab* 2002;46(sup 1):18-23
18. Eertmans A, Bayens F and Van den Bergh. O Food likes and their relative importance in human eating behavior: review and preliminary suggestions for health promotion. *Health Educ Res: theory and practice* 2001;16(4):443-456
19. Schwartz M and Puhl R. Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obes Rev* 2003;4:57-71
20. Davison KK and Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev* 2001;2:159-171
21. Haire-Joshu D and Nanney MS. Prevention of overweight and obesity in children: influences on the food environment. *Diabet Educ (The)* 2002;28(3):415-423
22. Kohl HW and Hobbs KE. Development of physical activity behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998;101:549-554
23. Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health. Active healthy living: prevention of childhood obesity through increased physical activity. *Pediatrics* 2006;117:1834-1842
24. Neumark-Sztainer D, Story M, Pery C and Casey M. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. *J Am Diet Assoc* 1999;99:929-934, 937
25. O'Dea JA. Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2003;103:497-501
26. Contento IR, Williams SS and Franklin AB. Understanding the food choice process of adolescents in the context of family and friends. *J Adol Health* 2006;38:575-582

Κεφ 5. Παιδική παχυσαρκία

5.1 Ορισμός παιδικής παχυσαρκίας

Ο ορισμός κι η διάγνωση της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους είναι εκπληκτικά δύσκολη κι έχει αποτελέσει θέμα αρκετών συζητήσεων (1). Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από σωματικό λίπος περισσότερο του φυσιολογικού, αλλά τότε εμείς μπορούμε να καθορίσουμε ότι ο λιπώδης ιστός είναι πέρα του φυσιολογικού; Μια διεθνής συμφωνία στα επίπεδα του λιπώδους ιστού, πάνω από τα οποία είναι πιθανό να καθορίσουμε ότι ένα παιδί είναι παχύσαρκο, δεν έχει επιτευχθεί ακόμα (2). Η έλλειψη στοιχείων αναφοράς για το λιπώδη ιστό στην παιδική κι εφηβική ηλικία κι η σχετική δυσκολία μέτρησης του αποτελούν τις κυριότερες αιτίες. Παρόλα αυτά, το επίπεδο του λιπώδους ιστού, το ίδιο, δεν αποτελεί αναγκαστικά πρόβλημα. Το κλειδί είναι η σχέση ανάμεσα στο βαθμό αύξησης του λιπώδους ιστού, της βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης νοσηρότητας και θνησιμότητας, της ηλικίας και του φύλου (2). Ο κίνδυνος παχυσαρκίας σχετίζεται με τις επιπτώσεις στην υγεία με ένα συνεχή τρόπο, όπου δεν υπάρχουν σαφή όρια, τα οποία να συσχετίζονται με δραματικά αυξημένους κινδύνους. Ως αποτέλεσμα, οι περισσότεροι ορισμοί της παχυσαρκίας έχουν βασιστεί σε πληθυσμιακές κατανομές του σχετικού βάρους ή λίπους του σώματος. Με βάση τα στοιχεία αυτά, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συνεκτιμούν κι άλλους παράγοντες στη λήψη αποφάσεων για την αντιμετώπιση ενός παιδιού (3).

Η ανάγκη για ένα απλό δείκτη της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους προώθησε την χρήση του δείκτη μάζας σώματος [$\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{βάρους (Kg)}/\text{ύψους(m}^2\text{)}$] (2). Αν κι ο $\Delta\text{Μ}\Sigma$ δεν αποτελεί άμεσο μέτρο του λιπώδους ιστού (2), έχει υψηλή σχέση με τη μάζα του λίπους (2,4) και σχετίζεται με τις επιπλοκές της παιδικής παχυσαρκίας (4,5,6). Τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα συστήματα ταξινόμησης για τα επίπεδα του $\Delta\text{Μ}\Sigma$ στα παιδιά και τους εφήβους είναι οι καμπύλες ανάπτυξης του CDC (Centers for Disease Control and Prevention) και τα όρια/οριακές τιμές (cut off points) του IOTF (International Obesity Task Force). Και τα 2 συστήματα έχουν εξαχθεί χρησιμοποιώντας στατιστικές προσεγγίσεις και βασίζονται στην κατανομή των επιπέδων του $\Delta\text{Μ}\Sigma$ σε διεθνή αντιπροσωπευτικά δείγματα (7).

Χρησιμοποιώντας τις καμπύλες ανάπτυξης, οι ταξινομήσεις του βάρους για τα παιδιά και τους έφηβους είναι: παιδιά με φυσιολογικό βάρος ($\geq 5^{\text{η}}$ εκατοστιαίας

θέσης και $<85^{th}$ εκατοστιαίας θέσης), υπέρβαρα ($\geq 85^{th}$ εκατοστιαίας θέσης ως $<95^{th}$ εκατοστιαίας θέσης) και παχύσαρκα ($\geq 95^{th}$ εκατοστιαίας θέσης) (8,9). Το όριο για την παχυσαρκία ($\geq 95^{th}$ εκατοστιαίας θέσης) αποτελεί μια συντηρητική επιλογή σχεδιασμένη, ώστε να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο λανθασμένης ταξινόμησης μη παχύσαρκων παιδιών (10). Ο πίνακας των οριακών τιμών ΔΜΣ του IOTF (πίνακας 14) παρέχει συγκεκριμένες τιμές ΔΜΣ με βάση την ηλικία και το φύλο για τον καθορισμό του αυξημένου σωματικού βάρους ή της παχυσαρκίας σε αντιστοιχία με τις τιμές, που ισχύουν για τους ενήλικες (10). Επειδή ο ΔΜΣ ποικίλει με την ηλικία, το φύλο (1,4), και το στάδιο ανάπτυξης (1), οι εκατοστιαίες θέσεις ΔΜΣ παρά οι απόλυτες τιμές ΔΜΣ θα πρέπει να προσδιορίζονται (4).

Η αύξηση των παιδιών και των εφήβων θα πρέπει να μετριέται και να καταγράφεται πάνω στις καμπύλες ανάπτυξης. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να χρησιμοποιούν τις μετρήσεις αυτές για να εκτιμήσουν την αλλαγή με την πάροδο του χρόνου στο ύψος, το βάρος και στις εκατοστιαίες θέσεις του ΔΜΣ. (8). Μια απότομη αύξηση στο ΔΜΣ θα πρέπει να οδηγεί σε περεταίρω διερεύνηση. Μια ετήσια αύξηση 3-4 μονάδων του ΔΜΣ πιθανόν να αντικατοπτρίζει γρήγορη αύξηση του λίπους σώματος στα περισσότερα παιδιά (5).

Ο ΔΜΣ τείνει να υποεκτιμά την παχυσαρκία σε άτομα υψηλού αναστήματος και να την υπερεκτιμά σε άτομα χαμηλού αναστήματος και με μικρή άλιπη μάζα σώματος. Σε γενικές γραμμές, όμως, σχετίζεται καλά με τις περισσότερο ακριβείς μετρήσεις του σωματικού λίπους στα άτομα με ΔΜΣ $\geq 95^{th}$ εκατοστιαία θέση (11). Για την κλινική εκτίμηση, στις περιπτώσεις όπου υπάρχει σύγχυση, άλλα έμμεσα μέτρα της σύνθεσης του σώματος (πχ άλλοι ανθρωπομετρικοί δείκτες, μέτρηση δερματοπτυχών), καθώς κι άμεσα μέτρα (πχ βιοηλεκτρική αντίσταση) μπορούν να χρησιμοποιηθούν (10).

Πίνακας 14. Διεθνείς οριακές τιμές ΔΜΣ για υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά ηλικίας 2 ως 18 ετών (10)

Ηλικία (έτη)	ΔΜΣ 25 Kg/m ²		ΔΜΣ 30 Kg/m ²	
	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,4	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,1	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,2
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,96	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,98	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

5.2 Επιδημιολογία παιδικής παχυσαρκίας

Η κατανόηση των παγκόσμιων διαστάσεων της παχυσαρκίας σε παιδιά κι έφηβους είναι περιορισμένη, λόγω της έλλειψης συγκρίσιμων αντιπροσωπευτικών στοιχείων από διαφορετικές χώρες (10) κι, ιδιαίτερα, λόγω της χρήσης διαφορετικών κριτηρίων για τον ορισμό της παχυσαρκίας ανάμεσα στις διάφορες επιδημιολογικές έρευνες (10,12). Διεθνείς και τοπικές επιδημιολογικές μελέτες από διάφορα μέρη του κόσμου παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την παγκόσμια κατάσταση της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους έφηβους (10). Περιληπτικά, από την αξιολόγηση των διαθέσιμων στοιχείων προκύπτει:

α) η παγκόσμια εικόνα της παχυσαρκίας δεν είναι ομοιόμορφη. Το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 5-17 ετών ανέρχεται περίπου στο 10%. Από αυτά 2-3% των παιδιών είναι παχύσαρκα. Ο παραπάνω παγκόσμιος μέσος όρος αντικατοπτρίζει ένα μεγάλο εύρος των διαφόρων επιπέδων, που παρατηρούνται, με τα υπέρβαρα παιδιά στην Αφρική και την Ασία να αποτελούν <10% και στην Αμερική και την Ευρώπη >20% (10).

β) η αύξηση του σωματικού βάρους πέρα του φυσιολογικού στην παιδική ηλικία είναι ραγδαία. Ο αριθμός των παιδιών με σωματικό βάρος πέρα του φυσιολογικού αυξάνεται συνεχώς στις αναπτυγμένες χώρες και στις αναπτυσσόμενες, αλλά με διαφορετικές ταχύτητες και διαφορετικούς τρόπους. Στην Β. Αμερική και σε μερικές Ευρωπαϊκές χώρες παρατηρούνται οι μεγαλύτερες αυξήσεις, καθώς, και σημαντικές αυξήσεις από χρόνο σε χρόνο (10). Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι τα παιδιά κι οι έφηβοι με αυξημένο σωματικό βάρος προσεγγίζουν όλο και υψηλότερους ΔΜΣ με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σημαίνει ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα τείνουν να γίνονται βαρύτερα ή περισσότερο παχύσαρκα (13,14).

γ) ο κίνδυνος ανάπτυξης παχυσαρκίας είναι μεγαλύτερος στις ομάδες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στις βιομηχανικές χώρες και στους πληθυσμούς με υψηλότερο εισόδημα στις αναπτυσσόμενες χώρες (10,12).

Επιδημιολογικά στοιχεία για την παιδική παχυσαρκία στην Ευρώπη και την Ελλάδα.

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχει εξετάσει τις τάσεις της παιδικής παχυσαρκίας στις Ευρωπαϊκές χώρες. Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι η παιδική παχυσαρκία έχει αυξηθεί με σταθερό ρυθμό σε αυτήν την περιοχή τις τελευταίες δεκαετίες. Τα

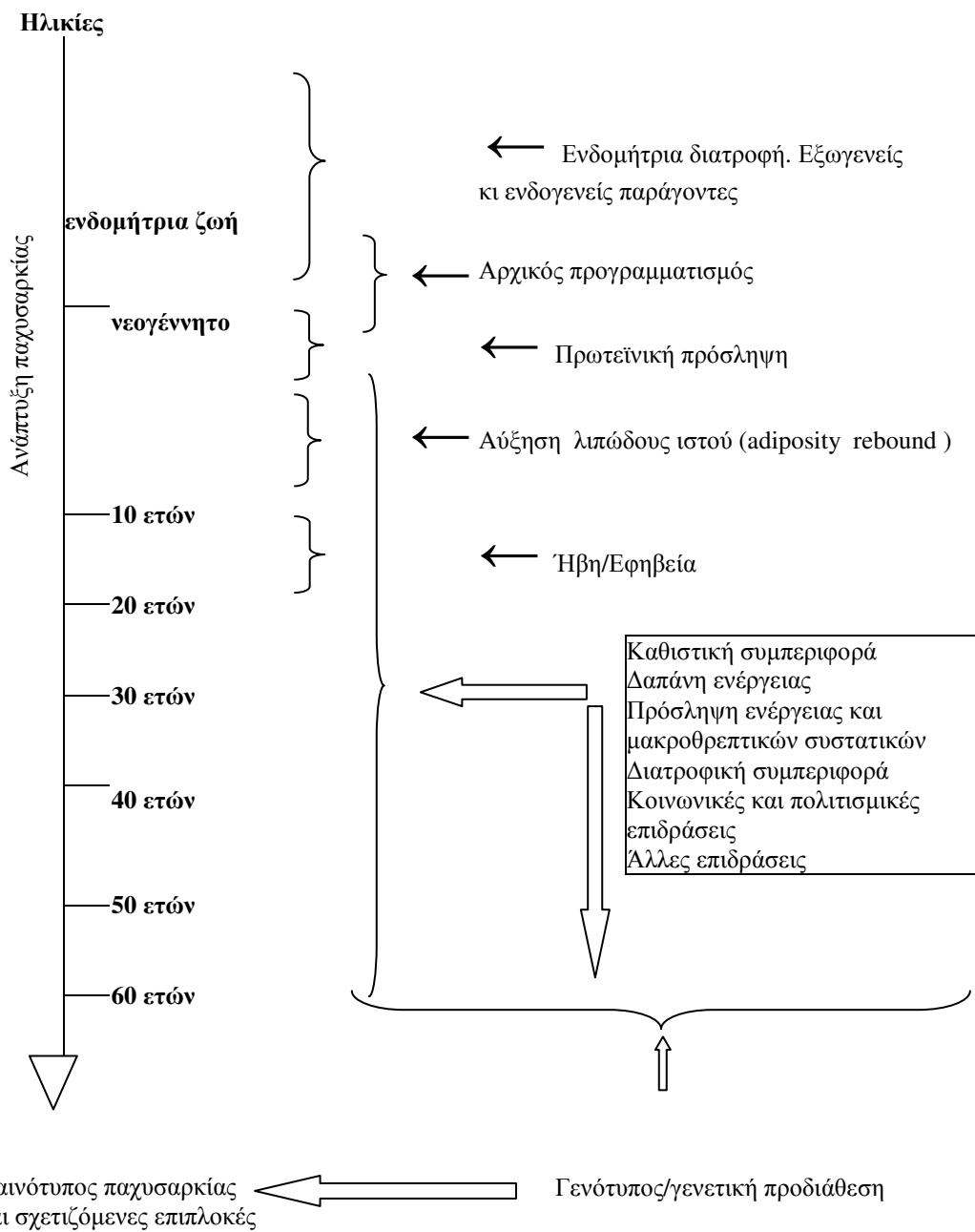
μεγαλύτερα ποσοστά παχυσαρκίας παρατηρούνται στις νότιες χώρες της Ευρώπης. Στην Ελλάδα, 26% των αγοριών και 19% των κοριτσιών ηλικίας 6-17 ετών είναι παχύσαρκα με βάση τα κριτήρια του IOTF (10). Τα ελληνόπουλα κατατάσσονται στα πιο παχύσαρκα παιδιά στην Ευρωπαϊκή Ένωση με ποσοστά λίπους σώματος παρόμοια με αυτά των παιδιών των Η.Π.Α (15). Στην Κρήτη, μάλιστα, 39% των παιδιών ηλικίας 12 ετών αξιολογούνται ως υπέρβαρα ή παχύσαρκα (κριτήρια του IOTF) (10).

5.3 Αιτιολογία παιδικής παχυσαρκίας

Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλουν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας στην παιδική κι εφηβική ηλικία (1,16). Μελέτες σε δίδυμα δείχνουν ότι τουλάχιστον 50% της τάσης προς την παχυσαρκία κληρονομείται (1,17). Επίσης, υπάρχει αυξημένη απόδειξη ότι η ανταπόκριση στη διαιτητική παρέμβαση είναι γενετικά καθορισμένη (1). Παρόλα αυτά, η αύξηση του ποσοστού παχυσαρκίας μεταξύ γενετικά σταθερών πληθυσμών (12,16) υποδεικνύει ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες πρέπει να είναι πιο σημαντικοί στην εκδήλωση της επιδημίας της παιδικής παχυσαρκίας (12,16,18). Όπως φαίνεται και στην εικ. 1 ο παχύσαρκος φαινότυπος είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης γονιδίων και περιβάλλοντος σε όλη τη διάρκεια της ζωής (16).

Γενετικοί παράγοντες

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μια ισχυρή γενετική βάση για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας (17,19,20). Η παχυσαρκία είναι μια πολυγονιδιακή διαταραχή, με ένα μεγάλο αριθμό γονιδίων να συνδέεται ή να συσχετίζεται με την προδιάθεση για παχυσαρκία (19,20). Περισσότερη έμφαση στη γενετική έρευνα έχει δοθεί στις βιολογικές διαδικασίες, που σχετίζονται με τη ρύθμιση του βάρους. Ένας άλλος, όμως, πιθανός τρόπος που τα γονίδια είναι δυνατόν να επηρεάζουν το λιπώδη ιστό, είναι μέσω της συμπεριφοράς (διατροφική πρόσληψη, δραστηριότητα) (21).



Εικ 1. Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της παχυσαρκίας σε διαφορετικές περιόδους της ζωής (16)

Τουλάχιστον 5 διαταραχές μεμονωμένων γονιδίων έχουν περιγραφεί, οι οποίες προκαλούν παχυσαρκία στην παιδική ηλικία (12,19). Αυτές είναι σπάνιες (12,19,20) κι όλες σχετίζονται με σοβαρή και πρόιμη έναρξη της παχυσαρκίας (19,20). Σε ένα μικρό αριθμό παιδιών, η παχυσαρκία συνδέεται με μια συγκεκριμένη γενετική διαταραχή (2,10). Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν δυσμορφικούς φαινότυπους, κοντό ανάστημα και παχυσαρκία. Τα πιο συνήθη σύνδρομα είναι το σύνδρομο Prader-Willi και το σύνδρομο Bardet-Biedl (2). Οι διαταραχές των μεμονωμένων γονιδίων και τα γενετικά σύνδρομα αντιπροσωπεύουν το 1-2% των συνολικών περιπτώσεων (10).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Φυσική δραστηριότητα

Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας (12,18,22) κι η αύξηση της καθιστικής ζωής (2,12,18,23) αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους. Η φυσική δραστηριότητα έχει συσχετισθεί αντιστρόφως ανάλογα με τις αλλαγές στο ΔΜΣ στα κορίτσια, κι ο χρόνος απασχόλησης με τα μέσα επικοινωνίας ή τα ηλεκτρονικά παιχνίδια έχει συσχετισθεί άμεσα με αλλαγές στο ΔΜΣ και στα 2 φύλα. Επιπλέον, η χαμηλή αερόβια ικανότητα αποτελεί δείκτη της αύξησης του λιπώδους ιστού στα παιδιά. Παρόλα αυτά, υπάρχουν λίγα στοιχεία αναφορικά με το πώς οι ποιοτικές πλευρές της φυσικής δραστηριότητας, όπως η συχνότητα κι η ένταση, επηρεάζουν τη σύνθεση του σώματος και τον κίνδυνο υγείας (12).

Η επίδραση της παρακολούθησης τηλεόρασης στον κίνδυνο παχυσαρκίας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η παρακολούθηση τηλεόρασης θεωρείται ότι προάγει την αύξηση του σωματικού βάρους όχι μόνο εκτοπίζοντας την φυσική δραστηριότητα, αλλά, επίσης, αυξάνοντας την ενεργειακή πρόσληψη (1,12,18,19,22).

Διαιτητική πρόσληψη

Η επίδραση της ενεργειακής και διατροφικής πρόσληψης στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας αποτελεί σημαντικό θέμα συζήτησης (2). Η πλειοψηφία των ερευνών,

που έχουν σχεδιαστεί για να διερευνήσουν την υπόθεση ότι η παχυσαρκία στα παιδιά και τους έφηβους σχετίζεται με την ενεργειακή πρόσληψη ή τη διατροφική σύνθεση, έχει αποτύχει. Δεν φαίνεται να υπάρχει μια σημαντική ή σαφής σχέση ανάμεσα στην αύξηση του σωματικού λίπους και την ενεργειακή πρόσληψη ή το ποσοστό των μακροθρεπτικών συστατικών της δίαιτας (16).

Εξαίρεση αποτελεί το γεγονός ότι διαφορές στην πρόσληψη μακροθρεπτικών συστατικών κι ενέργειας κατά την ενδομήτρια ζωή και την βρεφική ηλικία έχουν συσχετισθεί με μεταβολικές διαταραχές και διαταραχές στη σύνθεση του σώματος αργότερα στη ζωή (16). Φαίνεται να υπάρχει ένας μεταβολικός «προγραμματισμός» στην αρχή της ζωής (2,16) εξαρτώμενος από περιβαλλοντικούς διατροφικούς παράγοντες, ο οποίος τροποποιεί την έκφραση του γονότυπου, με αποτέλεσμα ένα φαινότυπο προσαρμοσμένο στις πρώιμες καταστάσεις, αλλά όχι «κατάλληλο» μακροπρόθεσμα (16). Τα αποτελέσματα μελετών παρατήρησης δείχνουν μια άμεση σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη και την παχυσαρκία αργότερα στη ζωή. Επίσης, η υποθρεψία σε σημαντικά στάδια ανάπτυξης του εμβρύου μπορεί να επιφέρει μόνιμες φυσιολογικές αλλαγές που οδηγούν στην παχυσαρκία (12). Η πρόσληψη πρωτεΐνης κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών μετά τη γέννηση έχει σχετισθεί με αυξημένο σωματικό μέγεθος λόγω υψηλότερων επιπέδων ινσουλίνης και IGF-1 στο πλάσμα. Σύμφωνα με τη θεωρία του «προγραμματισμού», ο θηλασμός σχετίζεται αρνητικά με την αύξηση του βάρους και την παχυσαρκία στην εφηβεία (16).

Για τη διατροφική αιτιολόγηση της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στη διαφοροποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών τις τελευταίες δεκαετίες (16). Η μείωση των ημερήσιων γευμάτων (16), η μείωση της ενεργειακής πρόσληψης στο πρωινό και/ ή η παράλειψη πρόσληψης πρωινού (16,22), η κατανάλωση αυξημένου ποσοστού ενέργειας στο βραδινό, η πρόσληψη τροφής χωρίς οικογενειακή επιτήρηση (16), η αυξημένη κατανάλωση ροφημάτων που περιέχουν ζάχαρη (16,18,23) κι η συχνή κατανάλωση γρήγορου φαγητού (16,18,23) φαίνεται να συσχετίζονται με τον κίνδυνο παχυσαρκίας στην παιδική κι εφηβική ηλικία.

- Πρώιμη λιπώδης αύξηση (adiposity rebound): η πρώιμη λιπώδης αύξηση σχετίζεται με την παχυσαρκία στην εφηβεία (19,20)
- Ιατρικές καταστάσεις: σπάνια ιατρικές διαταραχές, όπως ο υποθυρεοειδισμός, η υπερέκκριση κορτιζόλης, η ανεπάρκεια της αυξητικής ορμόνης κι η υποθαλαμική βλάβη, μπορεί να συσχετίζονται με την παχυσαρκία (20)
- Φάρμακα: η χρήση ορισμένων φαρμάκων (γλυκοκορτικοειδή, αντιψυχωτικά, ορισμένα αντιεπιληπτικά) είναι δυνατόν να συμβάλει στην παχυσαρκία (19,20)
- Οικογενείς παράγοντες: η παχυσαρκία των γονιών είναι ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για παιδική παχυσαρκία (2,23). Η επίδραση του βάρους των γονιών είναι αποτέλεσμα γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (2). Ο κίνδυνος παχυσαρκίας για ένα παιδί αυξάνει, όταν ο ένας ή κι οι δυο γονείς είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (10,22). Επίσης, η αμέλεια κι η υπερπροστασία εκ μέρους των γονιών έχουν συσχετισθεί με την παχυσαρκία στα παιδιά (22). Οι αλληλεπιδράσεις παιδιών-γονιών και το οικογενειακό περιβάλλον μπορούν να επηρεάσουν συμπεριφορές, που σχετίζονται με τον κίνδυνο παχυσαρκίας (12).
- Εφηβεία: η φυσιολογική τάση κατά την πρώιμη εφηβεία για αντίσταση στην ινσουλίνη μπορεί να αποτελεί ένα φυσικό συνεργικό παράγοντα για υπερβολική αύξηση του βάρους. Επίσης, η πρώιμη εμμηναρχή σαφώς συσχετίζεται με αύξηση του σωματικού βάρους (6,10).

5.4 Επιπλοκές παιδικής παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία στην παιδική κι εφηβική ηλικία συσχετίζεται με ένα σύνολο ψυχοκοινωνικών κι ιατρικών επιπλοκών (1,19,20), που μπορεί να είναι άμεσες ή μακροπρόθεσμες (20).

Ιατρικές επιπλοκές

Η παχυσαρκία στα παιδιά και τους έφηβους επηρεάζει ένα σημαντικό αριθμό οργανικών συστημάτων (4,5,10). Οι πιο γνωστές ιατρικές επιπλοκές, που σχετίζονται

με την παιδιατρική παχυσαρκία, περιλαμβάνουν καρδιαγγειακά, ενδοκρινικά, αναπνευστικά, ορθοπεδικά και μεταβολικά νοσήματα (πίνακας 15) (5,6,24).

Πίνακας 15. Ιατρικές επιπλοκές της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας (10)

Αναπνευστικές υπνική άπνοια άσθμα σύνδρομο Pickwickian
Ορθοπεδικές νόσος Blount κνημιαία συστροφή πλατυποδία ποδοκνημική εξάρθρωση αυξημένος κίνδυνος καταγμάτων
Νευρολογικές ιδιοπαθής ενδοκρανιακή υπέρταση (πχ ψευδοόγκος εγκεφάλου)
Γαστρεντερικές χολολιθίαση ηπατική στεάτωση/μη αλκοολική ηπατική νόσος γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
Ενδοκρινικές αντίσταση στην ινσουλίνη/μειωμένη αντοχή στη γλυκόζη διαβήτη τύπου 2 ανωμαλίες έμμηνου κύκλου σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών υπερέκκριση κορτιζόλης
Καρδιαγγειακές υπέρταση δυσλιπιδαιμία λιπώδεις ραβδώσεις (fatty streaks) υπερτροφία του αριστερού κόλπου
Άλλες συστηματική φλόγωση/αυξημένη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη

Αυτές οι διαταραχές, που προκύπτουν από το αυξημένο σωματικό βάρος και τις επακόλουθες βιοχημικές αλλαγές, προδιαθέτουν για επιπρόσθετες επιπλοκές (1). Η πιο σημαντική μακροπρόθεσμη συνέπεια της παιδιατρικής παχυσαρκίας είναι η επιμονή της στην ενήλικη ζωή, μαζί με όλους τους συναφείς κινδύνους υγείας (20,24). Αυτό είναι περισσότερο πιθανό με την έναρξη της παχυσαρκίας στο τέλος της παιδικής ηλικίας ή στην εφηβεία, με την αυξημένη σοβαρότητα της παχυσαρκίας κι όταν ο ένας ή κι οι δυο γονείς είναι παχύσαρκοι (20). Η πιθανότητα της παιδικής παχυσαρκίας να επιμείνει στην ενήλικη ζωή υπολογίζεται να αυξάνει από περίπου

20% στην ηλικία των 4 ετών στο 80% περίπου στην εφηβική ηλικία (6). Η παχυσαρκία στην παιδική κι εφηβική ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για μακροπρόθεσμη νοσηρότητα και θνησιμότητα (25,26), ανεξάρτητα με την κατάσταση βάρους του ατόμου στην ενήλικη ζωή (20).

Ψυχοκοινωνικές επιπλοκές

Οι πιο άμεσες και διαδεδομένες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους αφορούν τον ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα (10,27). Τα παχύσαρκα παιδιά γίνονται στόχοι κοινωνικής διάκρισης και κοινωνικού στιγματισμού (28). Οι στάσεις προκατάληψης από τα άλλα παιδιά κι η επακόλουθη απόρριψη τους από τους συνομηλίκους τους είναι η πιο συνήθης πηγή στιγματισμού των παχύσαρκων παιδιών (28). Τα παχύσαρκα παιδιά ταξινομούνται στις χαμηλότερες προτιμήσεις των συνομηλίκων τους για τη σύναψη φιλικών σχέσεων (27). Παιδιά ηλικίας 6-10 ετών συσχετίζουν την παχυσαρκία με ένα σύνολο αρνητικών χαρακτηριστικών (πχ τεμπελιά, αδεξιότητα) (10,27). Στα μικρά παιδιά ο βαθμός/ η επίδραση του αρνητικού στερεότυπου αυξάνει με την ηλικία. Στους εφήβους τα κορίτσια μπορεί να επηρεάζονται περισσότερο από τα αγόρια, αλλά και τα δυο φύλα αναφέρουν αρνητικές εμπειρίες (10). Η παροχή ιατρικών εξηγήσεων στα παιδιά για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας δεν φαίνεται να επηρεάζει την στάση τους και την απροθυμία συναναστροφής τους με ένα παχύσαρκο συνομήλικο τους (10,28).

Οι κοινωνικές κι οικονομικές συνέπειες της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας είναι διάχυτες στις δυτικές κοινωνίες (10). Μακροχρόνιες μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά κι οι έφηβοι με παχυσαρκία έχουν δυσμενείς εκπαιδευτικές και κοινωνικές συνέπειες (21). Χαρακτηριστικό παράδειγμα των κοινωνικών συνεπειών, που υφίστανται οι έφηβοι με παχυσαρκία, είναι η μελέτη του Gortmaker και των συνεργατών του, η οποία έδειξε ότι οι γυναίκες, που ήταν παχύσαρκες στην εφηβική ηλικία, έγιναν ενήλικες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, χαμηλότερο εισόδημα και με λιγότερες πιθανότητες να παντρευτούν σε σύγκριση με μη παχύσαρκες γυναίκες (10). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες μελέτες (10).

Η επίδραση της παχυσαρκίας στην αυτοπεποίθηση των παιδιών έχει αποτελέσει αντικείμενο αρκετών ερευνών (10). Τα αποτελέσματα, γενικά, υποδεικνύουν μικρή ή καθόλου συσχέτιση ανάμεσα στην χαμηλή αυτοπεποίθηση και την παχυσαρκία (10). Το πιο συνεπές επαναλαμβανόμενο εύρημα είναι ότι τα παιδιά κι οι έφηβοι με

παχυσαρκία έχουν περισσότερο αρνητική εικόνα για το σώμα τους σε σχέση με τους συνομήλικους τους (17). Παχύσαρκα παιδιά ακόμη και 5 ετών μπορεί να αναπτύξουν αρνητική εικόνα για το σώμα τους (17).

Η αυτοεκτίμηση στα παχύσαρκα παιδιά ποικίλει με το φύλο και την ηλικία. Τα κορίτσια βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για προβλήματα αυτοπεποίθησης, επειδή η εικόνα σώματος τους αποτελεί σημαντικό μέρος της αυτοπεποίθησης τους (17). Ο Stradmejer κι οι συνεργάτες του βρήκαν χαμηλή αυτοεκτίμηση, όσον αφορά τη σωματική εμφάνιση, σε παχύσαρκα κορίτσια > 13 ετών, ενώ στα παχύσαρκα αγόρια αυτό παρατηρήθηκε πριν από την ηλικία των 13 ετών (29). Η αυτοεκτίμηση φαίνεται να συσχετίζεται αρνητικά με την σοβαρότητα της παχυσαρκίας, καθώς, και με την προσπάθεια απώλειας βάρους μέσω περιορισμού της διατροφικής πρόσληψης (17).

Οι ερευνητές αναγνωρίζουν τις συνέπειες της προσωπικής αξιολόγησης αναφορικά με τη συναισθηματική και συμπεριφορική λειτουργία (29). Τα παχύσαρκα παιδιά παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς από τα μη παχύσαρκα παιδιά (17,29). Παρόλα αυτά, η φύση αυτών των συμπεριφορών ποικίλει σημαντικά. Μερικοί ερευνητές βρήκαν περισσότερο αντικοινωνικές συμπεριφορές κι άλλοι περισσότερο σωματικά προβλήματα ή κατάθλιψη. Συγκεκριμένες εξωτερικές συμπεριφορές, όπως επιθετικότητα, παρατηρήθηκαν σε σημαντικό βαθμό στα παχύσαρκα παιδιά (29).

Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει το συμπέρασμα μιας μελέτης, η οποία έδειξε ότι τα παιδιά με παχυσαρκία εσωτερικοποιούν κοινωνικά μηνύματα ότι το βάρος τους είναι προσωπική τους ευθύνη και κατηγορούν τους εαυτούς τους για την αρνητική κοινωνική εμπειρία, που αντιμετωπίζουν (28).

5.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Η θεραπεία επιλογής για τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά, χωρίς ιατρικές ή ψυχολογικές επιπλοκές, είναι η συμπεριφορική θεραπεία (20,24,30,31). Ενδιαφέρον είναι ότι το σύνολο των μελετών για τη θεραπεία της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας δεν περιλαμβάνει παιδιά με συνυπάρχουσες ιατρικές (32) ή ψυχιατρικές διαταραχές (24). Επιπλέον, πολύ λίγες πληροφορίες υπάρχουν για τη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών με σοβαρή παχυσαρκία ($\Delta\text{ΜΣ} > 97^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση) (30,32), στα οποία η εφαρμογή μιας πιο επιθετικής προσέγγισης πιθανόν να είναι αποτελεσματικότερη (30,32).

Συμπεριφορική θεραπεία

Βασίζεται στην άποψη ότι η διαταραχή του ισοζυγίου ενέργειας, που οδηγεί στην παχυσαρκία, είναι συνήθως αποτέλεσμα συμπεριφορών που σχετίζονται με αυξημένη πρόσληψη τροφής ή μειωμένη κατανάλωση ενέργειας (33,34,35) κι ότι η τροποποίηση των συμπεριφορών με την εφαρμογή συγκεκριμένων μεθόδων μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του βάρους (10,33,34,35,36). Η ερευνητική δουλειά του Epstein και των συνεργατών του αποτελεί την κύρια πηγή πληροφοριών για την εφαρμογή της συμπεριφορικής θεραπείας στην αντιμετώπιση της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας (32,37). Αν κι η συμπεριφορική θεραπεία για τον έλεγχο του βάρους στα παιδιά και τους εφήβους αποτελεί αντικείμενο μελέτης των τελευταίων 25 χρόνων περίπου (33), μέχρι στιγμής δεν έχει καθορισθεί ποιά συστατικά στοιχεία της συμπεριφορικής θεραπείας είναι αποτελεσματικότερα στη μείωση του βάρους στα παιδιά και τους εφήβους, με αποτέλεσμα να μην έχει διαμορφωθεί ένα συγκεκριμένο μοντέλο παρέμβασης (31,32,38). Με βάση τη βιβλιογραφία παρουσιάζονται τα βασικότερα στοιχεία, που είναι δυνατόν να δομούν και να συνιστούν μια συμπεριφορική παρέμβαση, που απευθύνεται σε παιδιά κι εφήβους με στόχο τον έλεγχο του βάρους τους.

Δομικοί/οργανωτικοί παράγοντες

- Ατομική ή ομαδική θεραπεία

Πολύ λίγα στοιχεία είναι διαθέσιμα για την άμεση σύγκριση των αποτελεσμάτων των θεραπειών σε ατομικό κι ομαδικό επίπεδο (37). Η Αμερικανική Ένωση Διαιτολόγων σε μια εκτενή αξιολόγηση των μελετών για τη θεραπεία της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας αναφέρει την ύπαρξη μόνο 2 μελετών, οι οποίες περιλαμβάνουν τη συμβουλευτική σε ατομικό επίπεδο (39). Ο τύπος παρέμβασης που χρησιμοποιείται στις περισσότερες μελέτες είναι τα ομαδικά προγράμματα (25,37,39), τα οποία περιλαμβάνουν ατομική συμπεριφορική συμβουλευτική (37). Μόνο μια μελέτη έχει εξετάσει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της συμβουλευτικής σε ομάδες και σε μεμονωμένα άτομα σε παιδιά ηλικίας 6-16 ετών. Μετά από 12 μήνες θεραπείας και 5 χρόνια παρακολούθησης, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων (39).

- Συμμετοχή γονιών

Η συμμετοχή των γονιών σε θεραπευτικά προγράμματα αξιολογείται ως αναγκαία για την επιτυχή απώλεια βάρους σε παιδιά, και σε λιγότερο βαθμό, και σε εφήβους (10,35,37). Η μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας βάρους μπορεί να επιτευχθεί, όταν η θεραπευτική παρέμβαση συμπεριλαμβάνει τη συμμετοχή των γονιών (10,30,31,32,35). Αν και σε μια μεταανάλυση δεν ήταν σαφές αν οι παρεμβάσεις, στις οποίες συμμετείχαν οι γονείς ήταν περισσότερο αποτελεσματικές από αυτές στις οποίες δεν συμμετείχαν (40).

Αρκετές προσεγγίσεις έχουν υιοθετηθεί σχετικά με το ρόλο των γονιών στη θεραπευτική αντιμετώπιση των παχύσαρκων παιδιών κι εφήβων (24,31,35). Θέμα διερεύνησης έχει αποτελέσει, αν οι γονείς θα πρέπει να αποτελούν στόχους για απώλεια βάρους (24,35), αν θα πρέπει να είναι απλοί υποστηρικτές του ελέγχου βάρους του παιδιού (24,35) και της συμπεριφορικής αλλαγής (35) ή αν θα πρέπει να είναι δέκτες εκπαίδευσης σε γενικές ικανότητες συμπεριφορικής αντιμετώπισης του παιδιού (24,31,35), χωρίς να έχει προσδιοριστεί ο πιο αποτελεσματικός ρόλος τους (24). Η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών ολόκληρης της οικογένειας, η υποστήριξη του παιδιού κι η γονεϊκή επιβράβευση για την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς και της φυσικής δραστηριότητας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για επιτυχή αποτελέσματα (10,20).

Υπάρχει η ένδειξη ότι η θεραπεία της παχυσαρκίας πριν την εφηβική ηλικία με τους γονείς ως αποκλειστικούς φορείς των αλλαγών στον τρόπο ζωής είναι ανώτερη από μια παιδοκεντρική προσέγγιση (10,20). Θετικά, επίσης, ήταν τα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, στις οποίες οι γονείς και τα παιδιά συμμετείχαν ξεχωριστά κι όχι μαζί (37). Στην εφηβική ηλικία, οι επιτυχείς παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας περιλαμβάνουν την παροχή ξεχωριστών συνεδριών για τους έφηβους και τους γονείς (32,35) και την ύπαρξη ενός δομημένου, αλλά ευλύγιστου προγράμματος, που να επιτρέπει την προσθήκη στοιχείων από τους ίδιους τους έφηβους (20).

- Συχνότητα συνεδριών και διάρκεια θεραπείας

Οι συμπεριφορικές θεραπείες συνήθως παρέχονται σε 2 φάσεις. Η πρώτη φάση, η οποία είναι σχεδιασμένη για να διδάξει στους συμμετέχοντες τις αναγκαίες

ικανότητες για συμπεριφορική αλλαγή, περιλαμβάνει εβδομαδιαίες συνεδρίες. Η δεύτερη φάση επικεντρώνεται, κυρίως, στη διατήρηση των συμπεριφορικών αλλαγών και οι συνεδρίες πραγματοποιούνται σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα (35). Μελέτες, που έδειξαν μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας βάρους και σημαντική μείωση στο ποσοστό παχυσαρκίας στα παιδιά, περιελάμβαναν εβδομαδιαίες συνεδρίες για τις πρώτες 8-12 εβδομάδες, ακολουθούμενες από μηνιαίες συνεδρίες, οι οποίες συνεχίστηκαν κατά τους πρώτους 6-12 μήνες από την έναρξη του προγράμματος (37). Τα αποτελέσματα στους ενήλικες δείχνουν ότι μεγαλύτερης διάρκειας και πιο εντατικά θεραπευτικά προγράμματα, παράγουν μεγαλύτερες απώλειες βάρους και μακροχρόνια διατήρηση (17,37). Είναι πιθανόν ότι μεγαλύτερης διάρκειας και πιο εντατικές θεραπείες, επίσης, θα είναι αποτελεσματικότερες για τη θεραπεία παχύσαρκων παιδιών κι εφήβων (17,37).

Περιεχόμενο θεραπείας

- Δίαιτα

Όλες οι συμπεριφορικές θεραπείες για την παχυσαρκία δίνουν έμφαση στις διαιτητικές αλλαγές για τη δημιουργία θερμιδικού ελλείμματος (37). Αρκετές διαφορετικές προσεγγίσεις υπάρχουν για τη βελτίωση της διατροφικής επιλογής και τη μείωση της θερμιδικής πρόσληψης στα παχύσαρκα παιδιά (32). Η διαιτητική παρέμβαση, που έχει χρησιμοποιηθεί στην πλειοψηφία των συμπεριφορικών προγραμμάτων για τον έλεγχο του σωματικού βάρους στα παιδιά, είναι η δίαιτα Traffic Light (8,24). Η Traffic Light δίαιτα είναι ένα δομημένο διατροφικό πλάνο (900-1300 Kcal), το οποίο χρησιμοποιείται για να καθοδηγήσει τη διατροφική συμπεριφορά των συμμετεχόντων, προκειμένου να καλύψουν τις συστάσεις ανάλογα με την ηλικία, που παρέχονται από τη διατροφική πυραμίδα, αυξάνοντας τη θρεπτική πυκνότητα της δίαιτας (32,41). Η Traffic Light δίαιτα ταξινομεί τα τρόφιμα σε ομάδες: τα πράσινα τρόφιμα μπορούν να καταναλωθούν σε απεριόριστες ποσότητες, τα κίτρινα τρόφιμα έχουν μέτρια διατροφική αξία σε σύγκριση με τα τρόφιμα στην ίδια ομάδα τροφίμων, και τα κόκκινα τρόφιμα παρέχουν λιγότερη θρεπτική πυκνότητα ανά θερμίδα λόγω της υψηλής περιεκτικότητας τους σε λίπους ή απλούς υδατάνθρακες (32,41). Η πλειοψηφία των παρεμβάσεων, στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η Traffic Light δίαιτα, είχαν σαν αποτέλεσμα σημαντική μείωση

της παχυσαρκίας στα παιδιά (32) και τους εφήβους (41). Μακροχρόνιες αλλαγές στην παχυσαρκία 5-10 χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας παρατηρήθηκαν με την δίαιτα Traffic Light σε συνδυασμό με συμπεριφορική τροποποίηση, άσκηση και συμμετοχή των γονιών (32).

Μια άλλη προσέγγιση για διαιτητική αλλαγή μπορεί να είναι η αναδιαμόρφωση των διατροφικών προτιμήσεων μακροπρόθεσμα. Η έρευνα σχετικά με την ανάπτυξη των διατροφικών προτιμήσεων έχει δείξει ότι η αυξημένη έκθεση σε γεύσεις, αυξάνει τις προτιμήσεις για αυτές τις γεύσεις. Επομένως, η προώθηση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών μπορεί να βοηθήσει στη μείωση κατανάλωσης τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος και θερμίδες. Επίσης, παρατηρήσεις από μελέτες στα ζώα και τον άνθρωπο προτείνουν ότι η πρόσληψη είναι δυνατόν να μειωθεί, όταν μειωθεί η κατανάλωση ποικιλίας τροφών. Προς το παρόν δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για να αξιολογηθούν τα πιθανά οφέλη στον έλεγχο του βάρους των προσπαθειών για αλλαγή των διατροφικών προτιμήσεων ή του κορεσμού μέσω των αισθήσεων (37).

Η διαιτητική προσέγγιση, που συστήνεται σήμερα, είναι ο μέτριος περιορισμός της ενεργειακής πρόσληψης (5,8), χρησιμοποιώντας την πυραμίδα τροφίμων του USDA (United States Department of Agriculture) (5,8,22), και τις διαιτητικές οδηγίες της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρίας για τη διαμόρφωση ενός ισορροπημένου διατροφικού πλάνου προσαρμοσμένου στις ανάγκες του παιδιού (5). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μειώνοντας την πρόσληψη τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος και απλούς υδατάνθρακες και των ροφημάτων με ζάχαρη, με μια έμφαση στην πρόσληψη τροφίμων με χαμηλό θερμιδικό περιεχόμενο κι υψηλή περιεκτικότητα σε διαιτητικές ίνες, όπως τα φρούτα, τα λαχανικά και τα τρόφιμα ολικής αλέσεως (5). Μερικές στρατηγικές για την επίτευξη αυτών των στόχων από τα παιδιά και τις οικογένειες τους περιλαμβάνουν τη στόχευση των ακόλουθων συμπεριφορών:

- ❖ Πρόσληψη τακτικών γευμάτων και σνακ
- ❖ Μείωση του μεγέθους των μερίδων στα γεύματα και τα σνακ
- ❖ Προτίμηση φρέσκων φρούτων ή μη αμυλωδών λαχανικών ως δεύτερα πιάτα
- ❖ Αύξηση πρόσληψης νερού και ροφημάτων χωρίς ζάχαρη για την αντικατάσταση των ροφημάτων με ζάχαρη
- ❖ Κατανάλωση περισσότερων τροφίμων ψητών, βρασμένων και σχάρας, αντί τηγανητών

- ❖ Επιλογή υγιεινών σνακ, που περιλαμβάνουν πηγή πρωτεΐνης με χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος, μαζί με φρέσκα φρούτα, λαχανικά, ή ψωμί ολικής αλέσεως ή δημητριακά
- ❖ Επιλογή υγιεινών τροφών ή μικρότερου μεγέθους μερίδων τροφίμων σε περιπτώσεις γευμάτων έξω από το σπίτι (5).

- Φυσική δραστηριότητα

Η φυσική δραστηριότητα αποτελεί μέρος των περισσότερων συμπεριφορικών παρεμβάσεων (37). Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία αρνητικού ισοζυγίου ενέργειας (32,37), αλλά ο συνδυασμός της με μειωμένη θερμιδική πρόσληψη φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερος (31,32,35,38). Οι δυο βασικές στρατηγικές για την αύξηση της ενεργειακής δαπάνης είναι η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας κι η μείωση της καθιστικής συμπεριφοράς (8,10,13). Παρά την ευρεία αποδοχή της άσκησης ως βασικό συστατικό της θεραπείας της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας, τα στοιχεία σχετικά με τα μακροπρόθεσμα οφέλη της άσκησης στον έλεγχο του βάρους των παιδιών δεν είναι συνεπή (consistent) (37). Μελέτες έχουν δείξει ότι οι δομημένες και προγραμματισμένες αεροβικές ασκήσεις είναι λιγότερο αποτελεσματικές από την αύξηση της κίνησης στις καθημερινές δραστηριότητες (8,24,31,32,33). Παρεμβάσεις για την αύξηση της ενεργειακής δαπάνης είναι περισσότερο επιτυχείς, όταν ο στόχος είναι η μείωση της καθιστικής συμπεριφοράς παρά η αύξηση του επιπέδου της άσκησης (10,21,24,38). Η μείωση των καθιστικών συμπεριφορών (πχ παρακολούθηση τηλεόρασης, απασχόληση με ηλεκτρονικά παιχνίδια ή H/Y) μπορεί να συνεισφέρει αποτελεσματικότερα στην απώλεια βάρους, αν αυτές οι δραστηριότητες αντικατασταθούν από συμπεριφορές με περισσότερη σωματική κίνηση (8,24). Η Αμερικανική Ακαδημία της Παιδιατρικής συστήνει τον περιορισμό των καθιστικών δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου σε 1-2 ώρες την ημέρα (8,9,13,42).

- Έλεγχος ερεθισμάτων (stimulus control)

Αναφέρεται στην κατηγορία των παρεμβάσεων, που αλλάζουν τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα (cues) για την υποστήριξη μιας πιο υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς και φυσικής δραστηριότητας (24). Οι περισσότερες συμπεριφορικές θεραπείες

προωθούν αλλαγές στο περιβάλλον για τη μείωση των ερεθισμάτων και των ευκαιριών, που σχετίζονται με τη θερμιδική πρόσληψη και την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, και την αύξηση των ερεθισμάτων και των ευκαιριών για φυσική δραστηριότητα (37). Ο έλεγχος ερεθισμάτων συχνά παίρνει 2 κύριες μορφές: α) αλλαγή της πρόσβασης και β) διαμόρφωση νέων συνηθειών (37). Παραδείγματα αλλαγής της πρόσβασης αποτελούν ο περιορισμός της πρόσβασης σε τρόφιμα υψηλής θερμιδικής αξίας, η μείωση της συχνότητας των γευμάτων έξω από το σπίτι, η απομάκρυνση της τηλεόρασης από το υπνοδωμάτιο, ο περιορισμός της χρήσης τηλεόρασης ή ηλεκτρονικών παιχνιδιών κα. Συνήθειες, που μπορούν να διαμορφωθούν για την αύξηση των επιθυμητών συμπεριφορών, είναι ο προγραμματισμός νυχτερινών συναντήσεων της οικογένειας για τη συμπλήρωση και την ανασκόπηση των καταγραφών των τροφίμων και της δραστηριότητας, οικογενειακοί περίπατοι κάθε απόγευμα, περπάτημα/ποδήλατο ως το σχολείο κα (37).

- Προσωπική καταγραφή

Η προσωπική καταγραφή είναι κεντρικής σημασίας στις συμπεριφορικές θεραπείες (37) και πολλές φορές η αλλαγή της συμπεριφοράς μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ίδιας μόνο (35,37). Αντικείμενο της καταγραφής συνηθέστερα είναι η διατροφική πρόσληψη κι η φυσική δραστηριότητα (24,37), καθώς και το σωματικό βάρος (37). Η παρακολούθηση κι η καταγραφή των παραπάνω συμπεριφορών είναι απαραίτητες για τη θέσπιση στόχων, την αξιολόγηση της προόδου και την επιτυχία των επιβραβεύσεων (37). Μέθοδοι καταγραφής που είναι απλές και δεν απαιτούν πολύ χρόνο είναι πιθανότερο να διατηρηθούν από το παιδί και τους γονείς (8).

- Θέσπιση στόχων και συμβόλαια

Οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν ως στρατηγική τη θέσπιση στόχων (37). Η διαδικασία θέσπισης στόχων περιλαμβάνει 4 βήματα: αναγνώριση της ανάγκης για αλλαγή, καθορισμός στόχου, δημιουργία πλάνου δράσης, προσωπική καταγραφή κι επιβράβευση επίτευξης του στόχου (43,44). Οι στόχοι μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμοι ή μακροπρόθεσμοι. Οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις συμπεριφορικές αλλαγές από ότι στις αλλαγές στο σωματικό βάρος. Αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν καταγραφή της πρόσληψης και της φυσικής

δραστηριότητας, απομάκρυνση ορισμένων τροφίμων από το σπίτι, μείωση της πρόσληψης συγκεκριμένων τροφίμων, μείωση της θερμιδικής πρόσληψης κι αύξηση της δραστηριότητας (37). Για την επίτευξη των αλλαγών στη συμπεριφορά οι στόχοι θα πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, επιτεύξιμοι και φυσικά μετρήσιμοι (37).

Η επιβράβευση των παιδιών αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών τους (4). Για αυτό το λόγο, οι στόχοι συχνά συνοδεύονται από γραπτά συμβόλαια, τα οποία υπογραμμίζουν τους όρους επιβράβευσης των αλλαγών στη συμπεριφορά ή στο βάρος (37). Η επιβράβευση των παιδιών θα πρέπει να είναι ανάλογη της ηλικίας τους (8) και δεν θα πρέπει να στηρίζεται στα τρόφιμα, τα χρήματα ή τα δώρα (4). Αντίθετα, έμφαση θα πρέπει να δίνεται σε δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν γονείς και παιδιά, καθώς και στην παροχή ορισμένων προνομίων (37).

- Αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου (managing high risk situations)

Η αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου ως μέρος της συμπεριφορικής θεραπείας έχει παρατηρηθεί να συμβάλλει σε σημαντική μείωση του βάρους στα παχύσαρκα παιδιά (45). Στην προσπάθεια αλλαγής της συμπεριφοράς συχνά οι συμμετέχοντες έρχονται αντιμέτωποι με πολλά εμπόδια (46). Τα εμπόδια, που συνηθέστερα συναντούν τα παιδιά κι οι έφηβοι είναι η τήρηση του προγράμματος, όταν η υπόλοιπη οικογένεια δε συμμετέχει, οι περιορισμένες διατροφικές επιλογές στο σχολείο, η αυξημένη πείνα μετά το σχολείο, οι γιορτές κι οι διακοπές, η επιλογή τροφίμων έξω από το σπίτι κα (37). Για τη αντιμετώπιση των εμποδίων αυτών η εκπαίδευση σε ικανότητες επίλυσης προβλημάτων (problem solving skills) περιλαμβάνεται στις συμπεριφορικές θεραπείες (37,46). Οι συμμετέχοντες μαθαίνουν 1) να προσδιορίζουν το πρόβλημα, που εμποδίζει την προσπάθεια απώλειας βάρους 2) να βρίσκουν όσο το δυνατόν περισσότερες λύσεις στο πρόβλημα 3) να αξιολογούν τις πιθανές λύσεις και να επιλέγουν μία 4) να εφαρμόζουν τη λύση και 5) να αξιολογούν το αποτέλεσμα και να επαναλαμβάνουν την όλη διαδικασία, όταν κρίνεται αναγκαίο (30,46). Τα παιδιά κι οι γονείς θα πρέπει να προετοιμάζονται για αυτές τις καταστάσεις εκ των προτέρων, ώστε να είναι εφοδιασμένοι με πρακτικές αντιδράσεις, όταν αυτές παρατηρηθούν (37).

- Συντήρηση (maintenance) και πρόληψη υποτροπής (relapse prevention)

Ο έλεγχος του βάρους είναι μια χρόνια πρόκληση για τα παιδιά και τους εφήβους. Η επανάκτηση βάρους μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι συνήθης (37). Οι παράγοντες που προωθούν τη μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας βάρους δεν είναι γνωστοί (31,37). Τα περισσότερα προγράμματα περιλαμβάνουν στο σχεδιασμό τους τη διδασκαλία ικανοτήτων αντιμετώπισης πιθανών μελλοντικών προβλημάτων μετά το τέλος του προγράμματος (31,37). Επίσης, συστήνουν στα παιδιά και τις οικογένειες τους να «επαναγκαταστήσουν» την όλη διαδικασία συμπεριφορικού ελέγχου του βάρους σε περίπτωση αύξησης του σωματικού βάρους (37).

Στόχοι θεραπείας

Συμπεριφορικοί στόχοι: ο κύριος στόχος της θεραπείας είναι η διαμόρφωση υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς και δραστηριότητας, κι όχι η επίτευξη του ιδανικού βάρους σώματος (5,17).

Ιατρικοί στόχοι: για τα παιδιά με δευτεροπαθείς επιπλοκές της παχυσαρκίας, η βελτίωση των επιπλοκών αποτελεί ένα σημαντικό ιατρικό στόχο (5,17).

Σωματικό βάρος: ο στόχος της θεραπείας ποικίλει ανάλογα με την ηλικία, το στάδιο αύξησης κι ανάπτυξης, το βαθμό παχυσαρκίας και την παρουσία συνοδών επιπλοκών (πίνακας 16) (5,8,9).

Πίνακας 16. Διαχείριση βάρους και στόχοι θεραπείας με βάση την εκατοστιαία θέση για το ΔΜΣ και την κατάσταση υγείας (9)		
ΔΜΣ	ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	ΣΤΟΧΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
< 85 εκατοστιαία θέση	φυσιολογικό βάρος για ύψος	διατήρηση εκατοστιαίας θέσης για ΔΜΣ για αποφυγή παχυσαρκίας
85-95 εκατοστιαία θέση	υπέρβαρο	διατήρηση ΔΜΣ με την αύξηση ηλικίας για μείωση ΔΜΣ<85 εκατοστιαία θέση. Αν ΔΜΣ>25 kg/m ² , διατήρηση βάρους
≥95 εκατοστιαία θέση	παχύσαρκο	διατήρηση βάρους (νεαρά παιδιά) ή σταδιακή μείωση βάρους (έφηβοι) για τη μείωση της εκατοστιαίας θέσης για ΔΜΣ
≥30 kg/m ²	παχυσαρκία ενηλίκων	σταδιακή απώλεια βάρους (1-2 kg/ μήνα) για υγιέστερο ΔΜΣ
≥95 εκατοστιαία θέση και παρουσία επιπλοκών	παχυσαρκία με επιπλοκή	σταδιακή απώλεια βάρους (1-2 kg/ μήνα) για υγιέστερο ΔΜΣ. Ανάγκη εκτίμησης για επιπρόσθετη θεραπεία των συνοδών καταστάσεων

Η διατήρηση της ταχύτητας αύξησης του ύψους αποτελεί σημαντικό δείκτη της ασφάλειας κάθε παρέμβασης (8).

Σημαντικό είναι κάθε παρέμβαση να είναι προσαρμοσμένη στο κάθε παιδί και στην οικογένεια του (8). Σε αυτό συμβάλει καθοριστικά η συλλογή πληροφοριών από την οικογένεια και το παιδί πριν από την έναρξη της θεραπείας σχετικά με την ανησυχία για το επιπλέον βάρος, την ετοιμότητα για αλλαγές, την τρέχουσα συμπεριφορά σχετικά με τη διαίτα και τη φυσική δραστηριότητα και τους παράγοντες που εμποδίζουν την αλλαγή (5,13).

Αρνητικές και θετικές επιδράσεις

Ιατρικές επιπλοκές, που σχετίζονται με την απώλεια βάρους, περιλαμβάνουν την ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών (17,35) και την επιβράδυνση της γραμμικής αύξησης (5,17,32,35). Ο κίνδυνος ανεπαρκούς πρόσληψης θρεπτικών συστατικών περιορίζεται σημαντικά, όταν η διατροφή είναι ισορροπημένη κι εστιάζει στη μείωση των τροφίμων υψηλής θερμιδικής αξίας (5,17). Αν κι η γραμμική αύξηση είναι ευαίσθητη στις διατροφικές ανεπάρκειες και στην ανεπαρκή πρόσληψη ενέργειας (35), τα περισσότερα παιδιά είναι ψηλά κι η επίδραση στο τελικό ύψος είναι ελάχιστη (5,32,35).

Ψυχολογικές επιπλοκές και προβλήματα αυτοπεποίθησης είναι δυνατόν να παρατηρηθούν αν η θεραπευτική προσέγγιση δεν είναι επιτυχής (17). Αν και ο διαιτητικός περιορισμός ως μέρος ενός προγράμματος ελέγχου του βάρους έχει συνδεθεί με τις διατροφικές διαταραχές (32,35), ο μέτριος θερμιδικός περιορισμός σε μια δεδομένη συμπεριφορική παρέμβαση δε φαίνεται να επιφέρει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, ο οποίος είναι σαφής στις παρεμβάσεις με πιο δραστικό περιορισμό της διατροφικής πρόσληψης (32). Αυτό όμως υπάρχει ανάγκη να διερευνηθεί περισσότερο (32).

Στις θετικές επιδράσεις της συμπεριφορικής θεραπείας περιλαμβάνονται οι βελτιώσεις στην κατάσταση βάρους (8,30), στη σωματική υγεία (30) κι η μείωση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (8,30,32), όπως των λιπιδίων του αίματος και της κυκλοφορούσας ινσουλίνης (8,32). Ενδεικτικά, ο Epstein κι οι συνεργάτες του παρουσίασαν σημαντικές μειώσεις στο ποσοστό παχυσαρκίας της τάξεως 6,4% ως 21% κατά τη διάρκεια προγραμμάτων διάρκειας 4-6 μηνών (30). Μελέτες του ίδιου ερευνητή παρέχουν τα καλύτερα μακροπρόθεσμα στοιχεία, που είναι διαθέσιμα για

τη θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας (25,31). Σε μια μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 158 παιδιά (6-12 ετών) από 4 τυχαιοποιημένες δοκιμές (trials) (8), 30% των παιδιών δεν ήταν πλέον παχύσαρκα (8,17,25,30,31,37) και 34 % είχαν μειώσει το ποσοστό παχυσαρκίας κατά 20% ή περισσότερο 10 χρόνια μετά το τέλος της παρέμβασης (8,17,25,30). Λίγα στοιχεία είναι γνωστά για τη μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας του βάρους στους εφήβους (24).

Επιθετικές θεραπείες

Οι επιθετικές θεραπείες για τον έλεγχο του βάρους περιλαμβάνουν δίαιτες πολύ χαμηλής θερμιδικής αξίας, φαρμακευτική θεραπεία και βariatρική εγχείρηση (4,24). Οι προσεγγίσεις αυτές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε περίπτωση αποτυχίας της συμπεριφορικής θεραπείας, ύπαρξης σημαντικών επιπλοκών λόγω παχυσαρκίας (20,25) κι όταν η ανάπτυξη του παιδιού έχει ολοκληρωθεί (20). Σε περίπτωση εφαρμογής τους, συστήνεται να συνοδεύονται από συμπεριφορική θεραπεία, που στοχεύει σε διαιτητικές αλλαγές, καθώς και σε αλλαγές στη φυσική δραστηριότητα και την καθιστική συμπεριφορά (24).

Δίαιτες πολύ χαμηλής θερμιδικής αξίας – πρωτεϊνική και κετογονική δίαιτα (protein sparing modified fast)

Έφηβοι με σοβαρή παχυσαρκία μπορούν να επωφεληθούν από δίαιτες πολύ χαμηλής θερμιδικής αξίας, όπως είναι η protein sparing modified fast (4,24). Πρόκειται για μια υποθερμιδική, κετογονική δίαιτα σχεδιασμένη να παρέχει αρκετή πρωτεΐνη (1,5-2,5 gr/kg/ημέρα) (4,25) για την ελαχιστοποίηση απώλειας άπαχης μάζας σώματος κατά τη διάρκεια απώλειας βάρους (4). Η πρόσληψη υδατανθράκων είναι απαραίτητη για την αποφυγή αρνητικού ισοζυγίου αζώτου (25), αλλά θα πρέπει να είναι αρκετά χαμηλή για να διατηρηθεί η κέτωση (4). Στα πλεονεκτήματα της δίαιτας αυτής περιλαμβάνονται η σχετικά γρήγορη απώλεια βάρους (4,25) κι η προκαλούμενη ανορεξία από την κέτωση (4). Οι κυριότερες παρενέργειες της είναι: πρωτεϊνικές απώλειες, υποκαλιαιμία, ανεπαρκής πρόσληψη Ca (4), ορθοστατική υπόταση (4,25) κι η επιβράδυνση της ταχύτητας αύξησης (25). Μελέτες που να αποδεικνύουν τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης διαιτητικής παρέμβασης δεν είναι διαθέσιμες (4).

Φαρμακευτική θεραπεία

Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του βάρους δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς στα παιδιά και τους έφηβους (13). Δύο τύποι φαρμάκων είναι σήμερα διαθέσιμοι για πιθανή χρήση στους παιδιατρικούς ασθενείς: το όρλιστατ (orlistat) κι η σιβουτραμίνη (sibutramine) (4,13).

Το όρλιστατ εμποδίζει τη δράση της παγκρεατικής λιπάσης στο έντερο συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στη μείωση της απορρόφησης του λίπους (8,4,13). Η χορήγηση του εμποδίζει περίπου το 30% του διαιτητικού λίπους να υποστεί πέψη (4,8), με αποτέλεσμα την πιθανή δημιουργία αρνητικού ενεργειακού ισοζυγίου (8). Επειδή το όρλιστατ μπορεί να παρέμβει στην απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών, συστήνεται ημερήσια πρόσληψη πολυβιταμινούχου συμπληρώματος (4,8) 2 h πριν ή μετά την λήψη του (8). Η χρήση του έχει εγκριθεί σε παιδιά ηλικίας 12-16 ετών σε συνδυασμό με περιορισμένη πρόσληψη θερμίδων (4).

Η σιβουτραμίνη μέσω της επίδρασης της στη σεροτονίνη και τη νοραδρεναλίνη φαίνεται να καταστέλλει την όρεξη (4,13). Η χρήση της ενδείκνυται σε ασθενείς ≥ 16 ετών (4). Στις πιο σημαντικές ανεπιθύμητες επιδράσεις της περιλαμβάνονται η αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης, η αϋπνία, η αύξηση της εφίδρωσης, ο πονοκέφαλος κι η ξηροστομία (13).

Εγχείρηση

Λίγα στοιχεία υπάρχουν για τη βariatρική εγχείρηση σε παχύσαρκους εφήβους και κανένα για μικρότερα παιδιά (4). Οι πιο πρόσφατες αποδεκτές συστάσεις για χειρουργική αντιμετώπιση των παιδιών περιλαμβάνουν τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- 1) $\Delta\text{ΜΣ} \geq 40$ με σοβαρές επιπλοκές παχυσαρκίας (8,13,47), όπως διαβήτης τύπου II, αποφρακτική άπνοια, ψευδοόγκος εγκεφάλου (13) ή $\Delta\text{ΜΣ} \geq 50$ με λιγότερο σοβαρές επιπλοκές παχυσαρκίας (8,13,47), όπως υπέρταση, δυσλιπιδαιμία ή μεταβολικό σύνδρομο (13)
- 2) στάδιο Tannner ≥ 3
- 3) αποτυχία απώλεια βάρους μετά από τουλάχιστον 6 μήνες οργανωμένης παρέμβασης

- 4) ικανότητα και πρόθεση τήρησης των διατροφικών οδηγιών μετά από την εγχείριση
- 5) υποστήριξη από την οικογένεια
- 6) συγκατάθεση ασθενούς κι άδεια από την οικογένεια μετά από παροχή πληροφοριών για τη θεραπεία αυτή (47).

Πηγές:

- 1. Kiess W et al. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. *Obes Rev* 2001;2:29-36**
- 2. Maffeis C. Childhood obesity: the genetic-environmental interface. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism* 1999;13(1):31-46**
- 3. Williams CL et al. Cardiovascular health in childhood: a statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the young, American Heart Association. *Circulation* 2002;106:143-160**
- 4. Baker S et al. Overweight children and adolescents: a clinical report of the North American Society for pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *JPGN* 2005;40:533-543**
- 5. Barlow SE and Dietz WE. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee Recommendations. *Pediatrics* 1998;102(3)**
- 6. Committy on Nutrition. Policy statement. American Academy of Pediatrics. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 2003;112(2):424-428**
- 7. Freedman DS et al. Body mass index and body fatness in childhood. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2005;8:618-623**
- 8. Kirk S et al. Pediatric obesity treatment: treatment options. *J Am Assoc* 2005;105:S44-51**
- 9. Daniels SR et al. AHA Scientific Statement. Overweight in children and adolescents. Pathophysiology, Consequences, Prevention and Treatment. *Circulation* 2005;111:1999-2012**
- 10. Lobstein T et al. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004;5(sup 1):4-85**
- 11. Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health. Active healthy living: prevention of childhood obesity through increased physical activity. *Pediatrics* 2006;117:1834-1842**
- 12. Ebbeling CB et al. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. *Lancet (The)* 2002;360:473-82**
- 13. Daniels SR. Regulation of body mass and management of childhood overweight. *Pediatr Blood Cancer* 2005;44:589-594**

14. Manios Y et al. Changing relationships of obesity and dyslipidemia in Greek children: 1982-2002. *Prev Med* 2005;41:846-851
15. Manios Y et al. Twenty year dynamics in adiposity and blood lipids of Greek children: regional differences in Crete persist. *Acta Paediatrica* 2005;94:859-865
16. Rodriguez G and Moreno LA. Is dietary intake able to explain differences in body fatness in children and adolescents? *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases* 2006;16:294-301
17. Zametkin AJ et al. Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(2):134-150
18. Rennie KL et al. Behavioural determinants of obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005;19(3):343-358
19. Batch JA and Baur LA. Management and prevention of obesity and its complications in children and adolescents. *MJA* 2005;182:130-135
20. Baur LA and O'Connor J. Special considerations in childhood and adolescent obesity. *Clin Dermatol* 2004;22:338-344
21. Wardle J. Symposium on 'treatment of obesity'. Understanding the aetiology of childhood obesity: implications for treatment. *Proceedings of the Nutrition Society* 2005;64:73-79
22. Gahagan S. Child and adolescent obesity. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004;34:6-43
23. Agras WS and Mascola AJ. Risk factors for childhood overweight. *Curr Opin Pediatr* 2005;17:648-652
24. 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
25. Steinbeck K. Treatment options. *Best Practise & Research clinical Endocrinology & Metabolism* 2005;19(3):455-469
26. Plourde G. Preventing and managing pediatric obesity. *Can Fam Physician* 2006;52:322-328
27. Dietz W. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101:518-525

28. Schwarz MB and Puhl R. Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obes Rev* 2003;4:57-71
29. Bosch J et al. Psychosocial characteristics of obese children/youngsters and their families: implications for preventive and curative interventions. *Patient Educ Counsel* 2004;55:353-362
30. Marcus MD et al. Cognitive Behavioral interventions in the management of severe pediatric obesity. *Cognitive and Behavioral Practice* 2003;10:147-156
31. Jelalian E and Saelens BE. Empirically supported treatments in pediatric psychology: pediatric obesity. *J Pediatr Psychol* 1999;24(3):223-248
32. Epstein LH et al. Treatment of pediatric obesity. *Perdiatrics* 1998;101:554-570
33. Wilborn C et al. Obesity: prevalence, theories, medical consequences, management and research directions. *J Int Soc Sports Nutr* 2005;2(2):4-31
34. Foster G et al. Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr* 2005;82(suppl):230-5
35. Epstein LH and Wing RR. Behavioral treatment of childhood obesity. *Perdiatrics* 1987;101(3):331-342
36. Powers S et al. Behavioral and cognitive-behavioral interventions with pediatric populations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2005;10(1):65-77
37. Robinson TN. Behavioural treatment of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes* 1999;23(sup 2):52-57
38. Endmunds L et al. Evidence based management of childhood obesity. *BMJ* 2001;323:915-919
39. ADA Reports. Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. *JADA* 2006;106:925-945
40. Snethen J et al. Effective weight loss for overweight children: a metaanalysis of intervention studies. *J Pediatr Nurs* 2006;21(1):45-5
41. Calderon K et al. Obesity-related cardiovascular risk factors: intervention recommendations to decrease adolescent obesity. *J Pediatr Nurs* 2005;20(1):3-13

42. Strauss R. Childhood obesity. *Curr Probl Pediatr* 1999;29:5-29
43. Beckmann H et al. Application of theory based health behavior change techniques to the prevention of obesity in children. *J Pediatr Nurs* 2006;21(4):266-275
44. Cullen KW et al. Using goal setting as a strategy for dietary behavior change. *JADA* 2001;101:562-566
45. Hanna KJ et al. Child problem solving competence, behavioral adjustment and adherence to lipid lowering diet. *Patient Educ Counsel* 1990;16:119-131
46. Wing RR et al. Strategies for changing eating and exercise behavior. *Present knowledge in nutrition*, 8th edition
47. Wylie R. Obesity in childhood: an overview. *Curr Opin Pediatr* 2005;17:632-635

Κεφ 6. Διατροφική συμβουλευτική σε παιδιά κι εφήβους

6.1 Ορισμός διατροφικής συμβουλευτικής

Η διατροφική συμβουλευτική μπορεί να οριστεί ως μια διαδικασία, η οποία βοηθάει τα άτομα να κατανοήσουν και να μάθουν τις διατροφικές συνήθειες ή συμπεριφορές τους ως μέρος του τρόπου ζωής τους και του συνολικού περιβάλλοντός τους, καθώς και να επιλύσουν προβλήματα που σχετίζονται με τις αναγκαίες αλλαγές που θα πρέπει να πραγματοποιηθούν. Η συμβουλευτική ασχολείται κυρίως με τη διαμόρφωση των προσωπικών ικανοτήτων, ώστε τα άτομα να ανταποκριθούν καλύτερα στις διάφορες καταστάσεις (1).

Η διατροφική συμβουλευτική, η οποία απευθύνεται στα παιδιά και στους εφήβους, για την πραγματοποίηση διαιτητικών αλλαγών κι αλλαγών στη φυσική δραστηριότητα συνδυάζεται με συμπεριφορικές στρατηγικές και θα πρέπει να αποτελεί βασικό τμήμα της συμπεριφορικής προσέγγισης για τον έλεγχο του βάρους τους (2).

Επειδή η θεραπεία της παχυσαρκίας απαιτεί το άτομο να κάνει ουσιαστικές αλλαγές στη συμπεριφορά του όσον αφορά τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα, ο σύμβουλος θα πρέπει να παρέχει υποστήριξη κι εκπαίδευση για το πώς να τροποποιήσουν αποτελεσματικά τον τρόπο ζωής τους (3).

Οι κύριοι στόχοι που επιδιώκονται στη συμβουλευτική με τα παιδιά είναι:

- η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στο σύμβουλο και στα παιδιά
- η εκτίμηση των αναγκών των παιδιών κι η ανάπτυξη ενός πλάνου για την κάλυψη των αναγκών αυτών
- η εκπαίδευση κι η κινητοποίηση των παιδιών να πραγματοποιήσουν τις απαιτούμενες συμπεριφορικές αλλαγές (4).

Γνωρίζοντας ποιες μέθοδοι είναι οι πιο αποτελεσματικές αποτελεί ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση για το διατροφικό σύμβουλο (5). Για την ανάπτυξη συμβουλευτικών στρατηγικών που διευκολύνουν τη συμπεριφορική αλλαγή, αναγκαία είναι η κατανόηση του εσωτερικού κόσμου των παιδιών καθώς και του περιβαλλοντικού πλαισίου στο οποίο αναπτύσσονται (6). Η αξιολόγηση στοιχείων που αφορούν τη βιολογική/φυσιολογική, τη γνωστική και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών (6,7) καθώς και τις επιδράσεις του περιβάλλοντος θα πρέπει να συμπεριληφθεί στη συμβουλευτική διαδικασία (6). Η εισαγωγή των

αναμενόμενων τρόπων συμπεριφοράς στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή των συμβουλευτικών στρατηγικών θα διευκολύνει τις συμβουλευτικές προσπάθειες (6). Οι πληροφορίες αυτές αποτελούν τη βάση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο σύμβουλο και τα παιδιά και δίνουν σχήμα στη συμβουλευτική διαδικασία (5).

6.2 Τεχνικές διατροφικής συμβουλευτικής σε παιδιά κι εφήβους

Πολλές πρακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις υπάρχουν για την παροχή βοήθειας στα άτομα προκειμένου να πραγματοποιήσουν αλλαγές στη διατροφική συμπεριφορά και στη φυσική δραστηριότητα τους (8). Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν τα στάδια αλλαγής, τη στοχευμένη συνέντευξη και τη συμπεριφορική αυτοδιαχείριση (behavioral self-management) (8). Η στοχευμένη συνέντευξη λαμβάνοντας υπόψη της τα στάδια ετοιμότητας για αλλαγή, καθώς και τις συμπεριφορικές στρατηγικές για αλλαγή, αποτελεί πιθανόν την πιο αποτελεσματική προσέγγιση για να βοηθηθούν τα παιδιά κι οι έφηβοι να αποκτήσουν μακροπρόθεσμα υγιεινή διατροφική συμπεριφορά και φυσική δραστηριότητα (9).

Το μοντέλο των σταδίων αλλαγής περιλαμβάνεται στις περισσότερες ερευνητικές μελέτες ως μέρος της διαιτητικής εκτίμησης (10), καθώς, και στο σχεδιασμό αρκετών προγραμμάτων συμπεριφορικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας (11).

Η στοχευμένη συνέντευξη συνδυάζεται πολύ καλά με το μοντέλο σταδίων αλλαγής, κι αποτελεί ένα υποσχόμενο μηχανισμό για την παροχή βοήθειας στα άτομα προκειμένου να κινηθούν κατά μήκος των σταδίων αλλαγής προς τη δράση και τη συντήρηση (12).

Η πρόταση για συνδυασμό της στοχευμένης συνέντευξης με τα «παραδοσιακά συμπεριφορικά προγράμματα για απώλεια βάρους» βασίζεται σε 2 κυρίως ισχυρισμούς: 1) η στοχευμένη συνέντευξη απευθύνεται στη σύγχυση σχετικά με την αλλαγή σε αντίθεση με τη συμπεριφορική θεραπεία, 2) η στοχευμένη συνέντευξη επιτρέπει την προσαρμογή της θεραπείας στους στόχους του ίδιου του ατόμου καλύτερα από ότι οι συμπεριφορικές θεραπείες (13).

Μοντέλο σταδίων αλλαγής (stages of change model)

Το μοντέλο αυτό βασίζεται στη θεωρία ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς είναι μια διαδικασία κι όχι ένα γεγονός. Η αλλαγή διαδραματίζεται σε στάδια (14). Καθώς το άτομο προσπαθεί να αλλάξει μια συμπεριφορά, κινείται σε 5 στάδια: προμελέτη (precontemplation), μελέτη (contemplation), προετοιμασία (preparation), δράση (action) και συντήρηση (maintenance) (πίνακας 17) (10,14,15).

Στόχος του μοντέλου είναι να παρέχει υλικό και θεραπεία με βάση τα στάδια για την πρόοδο της γνώσης και της ικανότητας του ατόμου να προχωρήσει στο επόμενο στάδιο (16).

Η διαδικασία της αλλαγής της συμπεριφοράς είναι κυκλική, όχι γραμμική. Αυτό σημαίνει, ότι οι άνθρωποι δεν προχωρούν συστηματικά από το ένα στάδιο στο επόμενο. Αντίθετα, αυτοί μπορούν να μπαίνουν στη διαδικασία αλλαγής σε οποιοδήποτε στάδιο, να επιστρέφουν σε προηγούμενο στάδιο, και να αρχίζουν τη διαδικασία πάλι από την αρχή (14).

Η σωστή εκτίμηση και κατανόηση των σταδίων αλλαγής είναι σημαντική για τον καθορισμό του τύπου και του εύρους των πληροφοριών που θα δοθούν (15,16). Για τα άτομα στα αρχικά στάδια, έμφαση θα πρέπει να δίνεται στην αναγκαιότητα για αλλαγή. Αν το άτομο βρίσκεται στα στάδια της δράσης ή της συντήρησης, η έμφαση θα πρέπει να μετατοπίζεται στις κατάλληλες στρατηγικές που απαιτούνται για τη διατήρηση της αλλαγής (15).

Τα παιδιά κι οι έφηβοι, όταν εισέρχονται στη συμβουλευτική διαδικασία, είναι πιθανότερο να βρίσκονται στο στάδιο προμελέτης: τα παιδιά, γιατί ποτέ δεν σκέφτηκαν την κατάσταση τους, κι οι έφηβοι, γιατί βρίσκονται στο στάδιο ανάπτυξης που επικεντρώνεται στην εγκαθίδρυση της ανεξαρτησίας (17).

. Για τον προσδιορισμό του σταδίου είναι αναγκαίο να οριστεί η συμπεριφορά στόχος και το κριτήριο για αποτελεσματική δράση (18).

Πίνακας 17. Στάδια Αλλαγής (19)

Στάδιο	Περιγραφή	Στόχοι	Στρατηγικές
Προμελέτη (precontemplation)	Δεν γνωρίζει το πρόβλημα και δεν έχει σκεφτεί την αλλαγή. Δεν έχει πρόθεση να αναλάβει δράση τους επόμενους 6 μήνες.	Πληροφόρηση της ανάγκης για αλλαγή. Προσωποποίηση της πληροφορίας σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη.	Δημιουργείστε υποστηρικτικό κλίμα για αλλαγή. Συζητείστε προσωπικά θέματα και τις συνέπειες στην υγεία της διατροφικής ή καθιστικής συμπεριφοράς. Αξιολογείστε τη γνώση, τις στάσεις και τις πεποιθήσεις. Βασιστείτε στην υπάρχουσα γνώση.
Μελέτη (contemplation)	Σκοπεύει να αναλάβει δράση μέσα στους επόμενους 6 μήνες.	Αύξηση των κινήτρων και της αυτοπεποίθησης για την εκδήλωση νέας συμπεριφοράς.	Προσδιορίστε τις προβληματικές συμπεριφορές. Βάλτε σε προτεραιότητα τις συμπεριφορές για αλλαγή. Συζητείστε τα κίνητρα. Προσδιορίστε τα εμπόδια για την αλλαγή και συζητείστε πιθανές λύσεις. Προτείνετε μικρά, επιτεύξιμα βήματα για την πραγματοποίηση αλλαγών.
Προετοιμασία (preparation)	Σκοπεύει να αναλάβει δράση μέσα στις επόμενες 30 ημέρες κι έχει κάνει μερικά συμπεριφορικά βήματα προς αυτή την κατεύθυνση.	Εναρξη αλλαγής.	Βοηθείστε την ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου πλάνου δράσης. Ενθαρρύνετε αρχικά μικρά βήματα για αλλαγή. Συζητείστε προσπάθειες για αλλαγή και τρόπους επίτευξής τους. Αποσπάστε υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους.
Δράση (action)	Έχει αλλάξει την έκδηλη συμπεριφορά για λιγότερο από 6 μήνες.	Υπόσχεση για αλλαγή.	Ενισχύστε την απόφαση. Ενισχύστε την αυτοπεποίθηση. Βοηθείστε με την αυτοπαρακολούθηση, ανατροφοδότηση (feedback), την επίλυση προβλημάτων, την κοινωνική υποστήριξη, και την επιβράβευση. Συζητείστε την παλινδρόμηση (relapse) και τις στρατηγικές αντιμετώπισής τους.
Συντήρηση (maintenance)	Έχει αλλάξει την έκδηλη συμπεριφορά για περισσότερο από 6 μήνες.	Ενίσχυση της υπόσχεσης και συνέχιση των αλλαγών/νέων συμπεριφορών.	Σχεδιάστε τη συνέχιση της παρακολούθησης (follow up) για την υποστήριξη των αλλαγών. Βοηθείστε στην πρόληψη της παλινδρόμησης (relapse). Βοηθείστε στην αντιμετώπιση, υπενθύμιση, εύρεση εναλλακτικών λύσεων και στην αποφυγή των ολισθημάτων/παλινδρομήσεων.

Στοχευμένη συνέντευξη (motivational interviewing)

Οι σύγχρονες θεωρίες της συμπεριφορικής αλλαγής προτείνουν ότι η μεγαλύτερη αλλαγή επιτυγχάνεται μέσω της δημιουργίας μιας θεραπευτικής σχέσης, στην οποία το άτομο συμμετέχει στον προσδιορισμό των προβλημάτων και στην ανάπτυξη λύσεων. Μια προσέγγιση, η οποία μπορεί να ενθαρρύνει τις προσπάθειες στην αλλαγή της συμπεριφοράς, ονομάζεται στοχευμένη συνέντευξη (20). Η στοχευμένη συνέντευξη φαίνεται να βελτιώνει την επιτυχία του συμβούλου στην προώθηση αλλαγών στον τρόπο ζωής σε ένα εύρος συμπεριφορών, όπως στην απώλεια βάρους, στις διαιτητικές συνήθειες και στη φυσική δραστηριότητα. (20). Η στοχευμένη συνέντευξη αποτελεί ένα αμάγαλμα αρχών και τεχνικών, που προέρχονται από προϋπάρχοντα μοντέλα της ψυχοθεραπείας και της θεωρίας της συμπεριφορικής αλλαγής (21). Μπορεί να θεωρηθεί ως μια πελατοκεντρική προσέγγιση σχεδιασμένη για να ενθαρρύνει την αλλαγή της συμπεριφοράς (22). Βασίζεται στην ιδέα της ετοιμότητας για αλλαγή (23), αλλά απευθύνεται στη σύγχυση (ambivalence) του ατόμου σχετικά με την αλλαγή σε όλη τη συμβουλευτική διαδικασία (22).

Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της προσέγγισης είναι η διαπραγμάτευση σχετικά με τη στοχευμένη συμπεριφορά κι η διερεύνηση των συναισθημάτων του ατόμου σχετικά με την αλλαγή (20). Η στοχευμένη συνέντευξη ενισχύει τα εσωτερικά κίνητρα του ατόμου για αλλαγή διερευνώντας τις απόψεις και τη σύγχυση του. Διερευνά πως νιώθει το άτομο σχετικά με την κατάσταση των πραγμάτων και για την αλλαγή μέσω της διερεύνησης των αξιών, των ενδιαφερόντων και των ανησυχιών του ατόμου. Σε αντίθεση με τις πιο παραδοσιακές ιατρικές προσεγγίσεις που βασίζονται στην αντιμετώπιση κατά πρόσωπο, στην εκπαίδευση και την εξουσία, η στοχευμένη συνέντευξη επικεντρώνεται στην υποστήριξη της αυτονομίας του ατόμου, στη συνεργασία και στην πρόκληση (evocation) των ιδεών του ατόμου σχετικά με την αλλαγή (24). Η στοχευμένη συνέντευξη απαιτεί ότι ο διαιτολόγος κατανοεί το στάδιο αλλαγής που βρίσκεται το άτομο, έτσι ώστε να διαμορφώσει την παρέμβαση του αποτελεσματικά (23,24). Οι Rollnick και Miller υποστηρίζουν ότι η προσέγγιση του ατόμου χωρίς να ληφθεί υπόψη η ετοιμότητα για αλλαγή του ατόμου είναι πιθανόν να αυξήσει την αντίσταση του ατόμου στη θεραπεία. Η βάση της στοχευμένης συνέντευξης απαιτεί οι διαιτολόγοι να ακολουθούν 4 **αρχές**: γνήσια έκφραση ενσυναίσθησης, ανάπτυξη διαφορών ανάμεσα στη τρέχουσα συμπεριφορά του ατόμου και στους στόχους της θεραπείας του, αντιμετώπιση της αντίστασης του

ατόμου κι υποστήριξη της αυτοπεποίθησης του (πίνακας 18) (22,25). Τα 4 στοιχειώδη κλειδιά της στοχευμένης συνέντευξης απευθύνονται σε τί συζητιέται με τον πελάτη και τον τρόπο με τον οποίο θα συζητηθεί (24).

Από τις 2 διακριτές φάσεις της στοχευμένης συνέντευξης, η φάση 1 στοχεύει στη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης και δέσμευσης (23). Περιλαμβάνει τη διερεύνηση των ιδεών και των στάσεων του ατόμου σχετικά με τις προτεινόμενες αλλαγές. Είναι η ευκαιρία του διαιτολόγου να συγκεντρώσει πληροφορίες σχετικά με τις ιδέες του πελάτη για την αλλαγή καθώς και για την προθυμία και την ετοιμότητα του να κάνει τέτοιες αλλαγές. Η καθοδήγηση λαμβάνει χώρα στη φάση 2. Γίνεται με μεγάλη ευαισθησία στην ετοιμότητα του πελάτη να μάθει για συγκεκριμένα θέματα (24).

Πίνακας 18. Αρχές στοχευμένης συνέντευξης (26)

Έκφραση ενσυναίσθησης	Η αποδοχή διευκολύνει την αλλαγή. Η επιδέξια αντανakλαστική ακρόαση είναι βασική. Η σύγχυση είναι φυσιολογική
Ανάπτυξη διαφορών	Ο πελάτης κι όχι ο σύμβουλος θα πρέπει να παρουσιάζει τα επιχειρήματα για αλλαγή. Η αλλαγή κινητοποιείται από την αντιλαμβανόμενη διαφορά ανάμεσα στην τρέχουσα συμπεριφορά και τους σημαντικούς στόχους ή αξίες.
Αντιμετώπιση της αντίστασης	Αποφυγή της σύγκρουσης για αλλαγή. Η αντίσταση δεν αντικρούεται άμεσα. Νέες αντιλήψεις είναι ευπρόσδεκτες, αλλά δεν επιβάλλονται. Ο πελάτης είναι η κύρια πηγή στην εύρεση απαντήσεων και λύσεων. Η αντίσταση αποτελεί σημάδι για τροποποίηση της προσέγγισης.
Υποστήριξη αυτοπεποίθησης	Η πεποίθηση του ατόμου για την πιθανότητα αλλαγής αποτελεί ένα σημαντικό κίνητρο. Ο πελάτης, κι όχι ο σύμβουλος, είναι υπεύθυνος για να επιλέξει και να πραγματοποιήσει την αλλαγή. Οι πεποιθήσεις του συμβούλου σχετικά με την ικανότητα του ατόμου για αλλαγή γίνεται μια αυτο-εκπληρούμενη προφητεία.

Οι επιδεξιότητες ακρόασης (listening skills) αποτελούν την καρδιά της πρώτης φάσης της στοχευμένης συνέντευξης (24). Στις επιδεξιότητες ακρόασης περιλαμβάνονται οι ανοιχτές ερωτήσεις, η επιβεβαίωση (affirmation), η αντανakλαστική ακρόαση (reflective listening) κι η περίληψη (25). Στη δεύτερη φάση οι πιο σημαντικές πλευρές είναι η παροχή της σχετικής πληροφόρησης κι η διατήρηση της σχέσης. Είναι σημαντικό οι πληροφορίες να είναι περιεκτικές και

σχετικές με τον πελάτη (24). Ο σύμβουλος μπορεί να προσφέρει ένα μενού συμπεριφορικών αλλαγών στον τρόπο ζωής, αφήνοντας χώρο για το άτομο να προτείνει άλλες στρατηγικές (20).

Η στοχευμένη συνέντευξη φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική με τα άτομα που αρχικά βρίσκονται χαμηλά όσον αφορά την ετοιμότητα για αλλαγή (21). Τα παιδιά κι οι έφηβοι, οι οποίοι δεν αναζητούν από μόνοι τους θεραπεία μπορούν να μελετήσουν (contemplate) θετικές αλλαγές, εάν η στοχευμένη συνέντευξη χρησιμοποιηθεί ως ένα μέσο για επέλθει συμφωνία στους στόχους και στα καθήκοντα της συμβουλευτικής (17). Σημείο εκκίνησης αποτελεί η δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος στο οποίο τα παιδιά και οι οικογένειες τους να αισθάνονται άνετα να αποκαλύψουν προσωπικές πληροφορίες. (23).

Περισσότερη έρευνα απαιτείται για να εξακριβωθεί ποιές στρατηγικές της στοχευμένης συνέντευξης είναι περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματικές με τους πελάτες διαφορετικών ηλικιών (17). Προβληματισμοί υπάρχουν για την εφαρμογή της στοχευμένης συνέντευξης σε παιδιά ηλικίας 6-10 ετών (17,26), άλλα ήδη οι αρχές της προσέγγισης αυτής έχουν αρχίσει να ενσωματώνονται στο σχεδιασμό της θεραπείας της παχυσαρκία σε παιδιά σχολικής ηλικίας (27).

Συμπεριφορικές στρατηγικές για αλλαγή

Οι συμπεριφορικές στρατηγικές που συνήθως χρησιμοποιούνται στα προγράμματα για την αντιμετώπιση της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας περιλαμβάνουν:

- 1) τον προσδιορισμό και τη διαφοροποίηση των ερεθισμάτων (cues) και των ευκαιριών για αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και χαμηλής φυσικής δραστηριότητας μέσω ανάπτυξης νέων συνηθειών
- 2) τη θέσπιση επιτεύξιμων και βραχυπρόθεσμων στόχων
- 3) τη χρησιμοποίηση γραπτών συμβολαίων για την προώθηση των επιθυμητών αλλαγών
- 4) την αυτοπαρακολούθηση μέσω καταγραφής της φυσικής δραστηριότητας και της διατροφικής πρόσληψης, και
- 5) τη χρησιμοποίηση κινήτρων κι επιβραβεύσεων που δε σχετίζονται με το φαγητό για την επίτευξη των στόχων (9).

6.3 Μοντέλο παρέμβασης

Το μοντέλο παρέμβασης ενσωματώνει τα στάδια αλλαγής, τη στοχευμένη συνέντευξη και τη συμπεριφορική αυτοδιαχείριση (5,12).

Στόχος του μοντέλου είναι η εκτίμηση της ετοιμότητας του ατόμου να κάνει διαιτητικές αλλαγές καθώς και να βοηθήσει το σύμβουλο να προσδιορίσει και να προσαρμόσει τις στρατηγικές παρέμβασης με βάση το ενδιαφέρον του ατόμου να πραγματοποιήσει διαιτητικές αλλαγές (28).

Το μοντέλο περιγράφει τα βήματα παρέμβασης σε σειρά και παρουσιάζει τη λογική για τα βήματα. Τα βήματα παρέχουν ένα γενικό πλαίσιο για παρέμβαση. Είναι σε αλληλουχία, αλλά επειδή η ετοιμότητα για αλλαγή του συμμετέχοντα μπορεί να αλλάζει κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, η σειρά των βημάτων μπορεί να προσαρμοστεί. Σε μερικές περιπτώσεις, ένα βήμα μπορεί να παραληφθεί και μερικές φορές αρκετά βήματα μπορούν να συνδυαστούν. Η εικ 2 παρουσιάζει το μοντέλο και παρέχει παραδείγματα (12).

Βήματα παρέμβασης

Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης

Ο σύμβουλος ξεκινάει χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις που είναι σχετικές και σημαντικές για τη ζωή του ατόμου για τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης (12).

Δήλωση έναρξης

Ο σύμβουλος θέτει τις βάσεις για μια ασφαλή, μη απειλητική συνεδρία προτείνοντας τα θέματα προς συζήτηση (ατζέντα), δίνοντας την ευκαιρία στο άτομο να αναθεωρήσει την ατζέντα, τονίζοντας την ελευθερία επιλογής του ατόμου και αναζητώντας συμφωνία για να προχωρήσει (12).

Εκτίμηση της διατροφικής συμπεριφοράς και της προόδου

Το βήμα αυτό ενθαρρύνει το συμμετέχοντα να αρχίσει να σκέφτεται και να μιλάει για τη διαιτητική του συμπεριφορά, παρέχει μια πολύτιμη ευκαιρία για το σύμβουλο να αρχίσει να κατανοεί τη συμπεριφορά του συμμετέχοντα, και βοηθάει στη δημιουργία της «αρχικής ετοιμότητας για αλλαγή» (12).

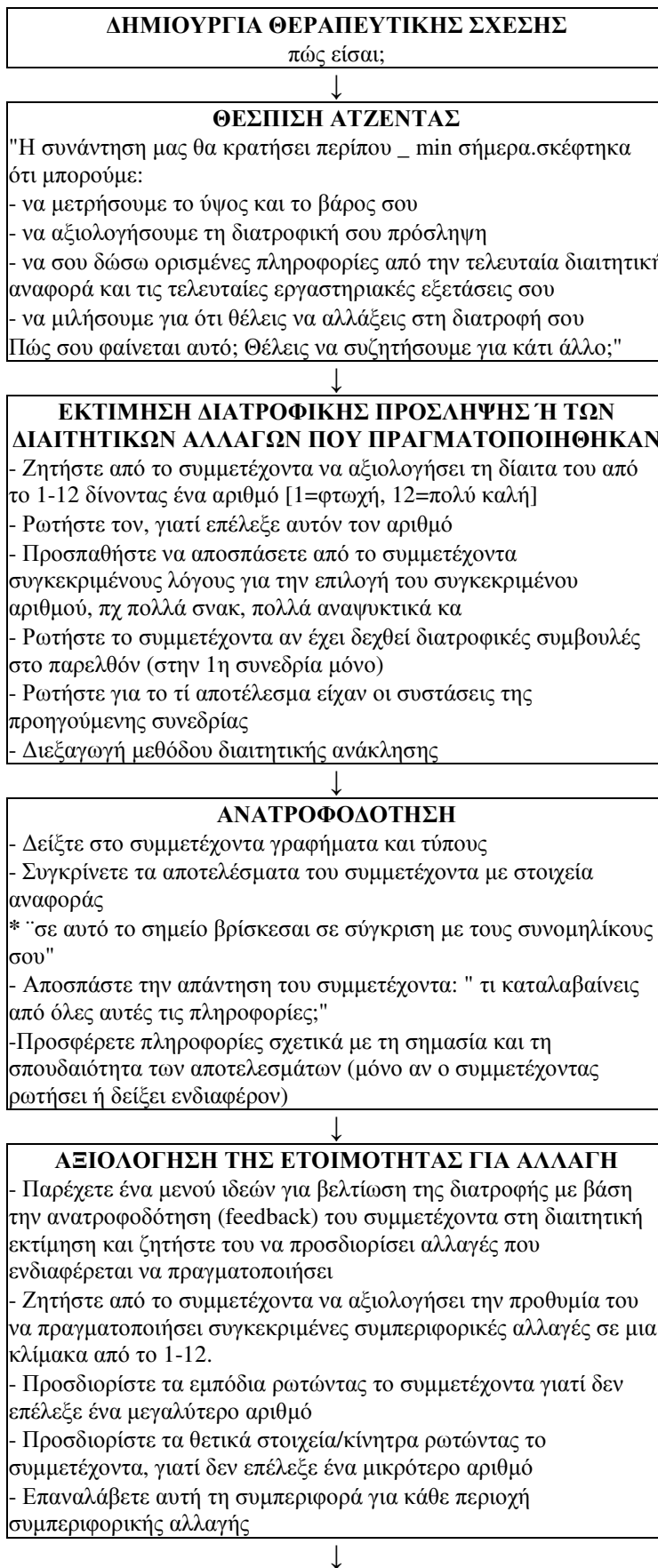
Ανατροφοδότηση (feedback)

Η ανατροφοδότηση της εκτίμησης, η οποία συγκρίνεται με στοιχεία αναφοράς μπορεί από μόνη της να αυξήσει την ετοιμότητα και να ενδυναμώσει τη δέσμευση για αλλαγή. Ο διαιτολόγος παρουσιάζει τα στοιχεία, αλλά αφήνει την ερμηνεία στο άτομο. Το βήμα αυτό περιλαμβάνει την παροχή στο συμμετέχοντα εξατομικευμένης ανατροφοδότησης με τη μορφή πρόσφατων εργαστηριακών αποτελεσμάτων, μετρήσεων ύψους/βάρους και/ή στοιχείων της διαιτητικής ανάκλησης, και σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα «φυσιολογικά στοιχεία» των παιδιών κι εφήβων ή με άλλη σχετική ερμηνευτική πληροφόρηση. Η ανατροφοδότηση παρουσιάζεται με ένα ουδέτερο και αντικειμενικό τρόπο κι ακολουθείται άμεσα από την πρόσκληση του συμμετέχοντα να προσφέρει τη δικιά του ερμηνεία των πληροφοριών.

Αν ο συμμετέχοντας ενδιαφέρεται, ο σύμβουλος παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη έννοια και τη σημασία των αποτελεσμάτων δίνοντας έμφαση στις βραχυπρόθεσμες συνέπειες στην υγεία που αφορούν τα παιδιά και τους εφήβους, και κάνοντας αναφορά σε «άλλα παιδιά, και τί συμβαίνει σε αυτά», παρά στο «τί θα συμβεί στο ίδιο» (12).

Εκτίμηση της ετοιμότητας για αλλαγή

Το κύριο μέρος της παρέμβασης συμβαίνει σε αυτό το βήμα. Η ετοιμότητα για αλλαγή ρητά αξιολογείται με τη χρήση ενός χάρακα. Στο συμμετέχοντα παρουσιάζεται ένας χάρακας από το 1-12 και του ζητείται να επιλέξει ένα αριθμό, ο οποίος να περιγράφει καλύτερα πόσο έτοιμος είναι να κάνει μια καινούρια ή μια επιπρόσθετη διαιτητική αλλαγή. Με βάση την επιλογή του συμμετέχοντα, ο σύμβουλος σχεδιάζει την παρέμβαση, ώστε αυτή να είναι σύμφωνη με την ετοιμότητα του (12).



Εικ 2. Αλγόριθμος παρέμβασης (12,28,29)

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

στάδιο 1 όχι έτοιμος	στάδιο 2 αβέβαιος	στάδιο 3 έτοιμος
<p><u>στόχος:</u> αύξηση γνώσης <u>κύριο καθήκον:</u> πληροφόρηση κι ενθάρρυνση</p> <p>- ανοιχτές ερωτήσεις</p> <p>* "αυτό είναι ενδιαφέρον για τι έδωσες στον εαυτό σου το 3 κι όχι το 1." * "τί θα χρειαζόσουν να ήταν διαφορετικό για σένα για να αρχίσεις να σκέφτεσαι να κάνεις μια καινούρια/επιπρόσθετη αλλαγή στη διατροφή σου;" * "μου λες ότι βρίσκεσαι στη θέση _ στον χάρακα. Τί θα πρέπει να γίνει σε σένα για να μετακινηθείς από τη θέση _ στη θέση_; πώς μπορώ να σε βοηθήσω να το καταφέρεις αυτό;" - έκφραση σεβασμού στις αποφάσεις * "σέβομαι την απόφαση σου να μην κάνεις μια νέα/επιπρόσθετη αλλαγή στη διατροφή σου. Είσαι ο καλύτερος κριτής για το τι είναι σωστό για σένα " - επαγγελματική συμβουλή * "όπως πιθανόν να μάντεψες, η πρόταση/σύσταση μου είναι _ . Βέβαια, αυτό είναι δικιά σου απόφαση. Αν κάποτε στο άμεσο χρονικό διάστημα αποφασίσεις να κάνεις μια νέα/επιπρόσθετη αλλαγή στη διατροφή σου, είμαι διαθέσιμος να σε βοηθήσω. Εν τω μεταξύ, θα ήθελα να μείνουμε σε επαφή."</p>	<p><u>στόχος:</u> αύξηση κινήτρων κι αυτοπεποίθησης <u>κύριο καθήκον:</u> διερεύνηση σύγχυσης</p> <p>- διερεύνηση σύγχυσης</p> <p>* "πες μου μερικά πράγματα που σου αρέσουν (και δεν σου αρέσουν) στις διατροφικές σου συνήθειες" * "ποιά είναι τα καλά (και λιγότερο καλά) πράγματα στην πραγματοποίηση νέας/επιπρόσθετης αλλαγής;" - κοίτα στο μέλλον * " βλέπω ότι δεν είσαι βέβαιος για να κάνεις νέες/επιπρόσθετες αλλαγές στη διατροφή σου. Ας φανταστούμε λοιπόν ότι αποφάσισες να κάνεις μια αλλαγή. Πώς θα είναι. Γιατί θα ήθελες να το κάνεις αυτό;" - αναφορά σε άλλα παιδιά/έφηβους * " τί αρέσει στους φίλους σου να τρώνε;" * "τί θα σκέφτονταν οι φίλοι σου αν έτρωγες με αυτόν τον τρόπο;" - ρότα για το επόμενο βήμα * "τί σκέφτεσαι να κάνεις τώρα;" (άσε το συμμετέχοντα να αναφέρει το θέμα της αλλαγής)</p>	<p><u>στόχος:</u> διαπραγμάτευση σχεδίου <u>κύριο καθήκον:</u> διευκόλυνση λήψεως αποφάσεων</p> <p>- προσδιορισμός επιλογών αλλαγής * "τί πιστεύεις ότι χρειάζεται να αλλάξει;" * "ποιές είναι οι ιδέες σου για την πραγματοποίηση μιας αλλαγής;" * "ποιές επιλογές έχουν περισσότερο νόημα για σένα;" - βοηθήστε τον συμμετέχοντα να θεσπίσει ένα ρεαλιστικό κι επιτεύξιμο βραχυπρόθεσμο στόχο - αναπτύξτε ένα πλάνο δράσης - επιλέξτε μια επιβράβευση - κάντε μια περίληψη του πλάνου δράσης</p>
↓	↓	↓
<p>ΚΛΕΙΣΤΕ ΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ</p> <p>- κάντε μια περίληψη της συνεδρίας υποστηρίξτε την αυτοπεποίθηση * "χειροκροτώ την προσπάθεια σου και ξέρω ότι μπορείς να τα καταφέρεις. Αν αυτό το πλάνο δεν έχει αποτέλεσμα, είμαι σίγουρος ότι υπάρχουν πολλές άλλες επιλογές που μπορεί να έχουν καλύτερα αποτελέσματα." - προγραμματισμός επόμενης συνάντησης</p>		

Εικ 2. Αλγόριθμος παρέμβασης (12,28,29)

Προσεγγίσεις παρέμβασης με βάση την ετοιμότητα για αλλαγή του ατόμου

Το μοντέλο παρέμβασης σε αυτό το σημείο διακλαδίζεται σε 3 διακριτές προσεγγίσεις: 1) **όχι έτοιμος** για αλλαγή, 2) **αβέβαιος** για αλλαγή και 3) **έτοιμος** για αλλαγή (εικ 2). Γενικά, τα άτομα που επιλέγουν αριθμούς από το 1-4 ταξινομούνται στο «στάδιο 1», από το 5-8 στο «στάδιο 2» και από το 9-12 στο «στάδιο 3». Η κάθε προσέγγιση καθοδηγείται ρωτώντας ανοιχτές ερωτήσεις συγκεκριμένες για κάθε στάδιο. Από τη στιγμή που η ετοιμότητα για αλλαγή είναι πιθανόν να παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας, ο σύμβουλος θα πρέπει να παραμένει ευλύγιστος, προχωρώντας μπροστά και πίσω μεταξύ των 3 προσεγγίσεων παρέμβασης (12).

Στρατηγικές για εκείνους που δεν είναι έτοιμοι για αλλαγή

Ο στόχος για αυτή την φάση είναι η ενθάρρυνση του συμμετέχοντα με ένα ευγενικό τρόπο, που εκφράζει σεβασμό, προκειμένου το άτομο να αρχίσει να σκέφτεται για την αλλαγή, και να τεθούν οι βάσεις για μελλοντικές επαφές παρέμβασης και πιθανές αποφάσεις για αλλαγή.

➤ *Ανοιχτές ερωτήσεις.* Οι Millner και Rollnick τονίζουν ότι η κινητοποίηση (motivation) για αλλαγή μπορεί να αυξηθεί, όταν το άτομο ενθαρρυνθεί να σκεφτεί και να μιλήσει για την αλλαγή με νέους τρόπους. Παραδείγματα ανοιχτών ερωτήσεων σχεδιασμένων για την ενθάρρυνση της «κουβέντας αλλαγής» υπάρχουν στην εικ 2.

➤ *Έκφραση σεβασμού στις αποφάσεις.* Όταν ο συμμετέχοντας δεν είναι έτοιμος για αλλαγή, ο σύμβουλος με σεβασμό αναγνωρίζει την απόφαση του. Η στρατηγική αυτή βασίζεται στην ιδέα ότι όταν ένα άτομο προσεγγίζεται με ένα μη επικριτικό, εκφράζοντας αποδοχή τρόπο, το άτομο νιώθει περισσότερο ανοιχτό να λάβει υπόψη του την αλλαγή παρά την ανάγκη να εκδηλώσει αντίσταση.

➤ *Επαγγελματική συμβουλή.* Οι συμβουλές παρέχονται με ένα σαφή, περιεκτικό, υποστηρικτικό, μη επικριτικό τρόπο. Η επιλογή και η προσωπική ευθύνη τονίζονται. Ιδανικά, το άτομο ζητάει την παροχή συμβουλών. Διαφορετικά, ο σύμβουλος ζητάει την άδεια για να τις προσφέρει. Η παροχή συμβουλής ακολουθείται από ανοιχτές ερωτήσεις, ώστε να αποσπασθεί η απάντηση του συμμετέχοντα (12).

Στρατηγικές για εκείνους που δεν είναι βέβαιοι για την αλλαγή

Ο στόχος για αυτό το στάδιο είναι να ενθαρρύνει το συμμετέχοντα να διερευνήσει και να επιλύσει τη σύγχυση του σχετικά με την πραγματοποίηση των διαιτητικών αλλαγών (28). Αυτό το καθήκον θεωρείται ως το πιο σημαντικό για την ανάπτυξη κινήτρων κι εμπιστοσύνης για αλλαγή.

➤ *Διερεύνηση σύγχυσης.* Αυτή η στρατηγική περιλαμβάνει την ερώτηση του συμμετέχοντα σχετικά με τα θετικά και τα αρνητικά της πραγματοποίησης διαιτητικών αλλαγών. Ερωτήσεις για τα «καλά πράγματα» στην τρέχουσα διατροφική συμπεριφορά ή τα πλεονεκτήματα για τη μη πραγματοποίηση αλλαγών είναι τα πρώτα που ρωτούνται, καθώς αυτά είναι λιγότερο απειλητικά, διευκολύνουν το διάλογο και συχνά θέτουν τη βάση για το συμμετέχοντα να συζητήσει τα «λιγότερο καλά πράγματα» ή τα μειονεκτήματα.

Η κύρια ευθύνη του συμβούλου κατά τη διάρκεια διερεύνησης των θετικών και των αρνητικών είναι να ακούει προσεκτικά, να κάνει περίληψη των 2 πλευρών της σύγχυσης του συμμετέχοντα και να ολοκληρώνει ρωτώντας για το επόμενο βήμα. Ιδανικά, η ερώτηση για τη διαιτητική αλλαγή, αν ο συμμετέχοντας είναι έτοιμος, θα προκύψει φυσικά από την ερώτηση για «το επόμενο βήμα» (12).

Στρατηγικές για εκείνους που είναι έτοιμοι για αλλαγή

Ο στόχος για αυτό το στάδιο είναι η ενίσχυση της δέσμευσης για αλλαγή αποσπώντας από το συμμετέχοντα βιώσιμες απόψεις, στόχους και στρατηγικές για αλλαγή.

➤ *Προσδιορισμός επιλογών.* Ο ρόλος του συμβούλου είναι να ενθαρρύνει τη διερεύνηση διατυπώνοντας μια σειρά από ανοιχτές ερωτήσεις για να ενθαρρύνει τον προσδιορισμό ιδεών κι επιλογών για διαιτητική αλλαγή. Επίσης, ο σύμβουλος, χρησιμοποιεί τις γνώσεις του για να παρουσιάσει επιλογές που είχαν αποτελέσματα για άλλους. Ο σύμβουλος παραμένει ουδέτερος κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας και δίνει έμφαση στα ακόλουθα θέματα:

- Δεν υπάρχει ένας, αλλά πολλοί τρόποι δράσης.
- Το άτομο είναι ο καλύτερος κριτής για να αποφασίσει τί θα έχει αποτέλεσμα για αυτό.
- Συζήτηση των επιλογών

Από τη στιγμή που ο συμμετέχοντας επιλέξει μια επιλογή, ο σύμβουλος διευκολύνει τη διαδικασία βοηθώντας το συμμετέχοντα να θέσει ρεαλιστικούς κι επιτεύξιμους στόχους, να αναπτύξει ένα λεπτομερές πλάνο δράσης και να επιλέξει την επιβράβευσή του.

➤ *Εργαλείο για τη διευκόλυνση των επιλογών.* Όταν ο συμμετέχοντας δυσκολεύεται να σκεφτεί ιδέες κι επιλογές για αλλαγή, χρησιμοποιείται το «εργαλείο επιλογών». Η στρατηγική αυτή επιτρέπει στο σύμβουλο να παρουσιάσει ιδέες για αλλαγή και βοηθάει τον συμμετέχοντα να προσδιορίσει μια αλλαγή που θα έχει αποτέλεσμα για αυτόν. Το «εργαλείο επιλογών» εικονίζει «περιοχές επικέντρωσης» των διαιτητικών αλλαγών, που μπορεί να βοηθήσει τον συμμετέχοντα να διαφοροποιήσει τη διατροφική του συμπεριφορά. Το εργαλείο αυτό, επίσης, περιλαμβάνει αρκετά κενά σημεία που μπορούν να συμπληρωθούν από τον συμμετέχοντα. Το εργαλείο αυτό παρουσιάζεται ως εξής: «μέσα στους κύκλους βρίσκονται ορισμένα πράγματα που άλλα άτομα της ηλικίας σου βρήκαν χρήσιμα για να εστιάσουν στην υγιεινή διατροφή. Τα κενά σημεία είναι για οτιδήποτε άλλο θεωρείς ότι είναι σημαντικό. Τί σκέφτεσαι; ποιές επιλογές έχουν περισσότερο νόημα για σένα:» (12).

Κλείσιμο της συνεδρίας

Η παρέμβαση ολοκληρώνεται με το σύμβουλο να κάνει μια περίληψη της συνεδρίας. Σημαντικά στο κλείσιμο είναι τα λόγια ελπίδας κι εμπιστοσύνης, καθώς κι η αναγνώριση κι εκτίμηση της προθυμίας του συμμετέχοντα να συμμετέχει σε μια συζήτηση για τη διαιτητική αλλαγή. Επόμενες συνεδρίες προγραμματίζονται σε αυτό το σημείο (12).

1^η συνεδρία

Η πρώτη συνεδρία είναι σημαντική για τη δημιουργία της συμβουλευτικής σχέσης (5) και καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την εξέλιξη της συμβουλευτικής διαδικασίας. Βασίζεται στις επικοινωνιακές ικανότητες του συμβούλου και στη σωστή εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του ατόμου.

α) **Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης.** Τα πρώτα βήματα της συνέντευξης είναι σημαντικά για τη διαμόρφωση του τόνου και της δομής της συμβουλευτικής σχέσης. Πολύτιμες πληροφορίες ανταλλάσσονται ανάμεσα στον πελάτη και το σύμβουλο.

Υπάρχουν ορισμένα θέματα που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τον συνεντευκτή για τη δημιουργία μιας ουσιαστικής αλληλεπίδρασης με τον πελάτη (4).

- *Ενδυμασία.* Ο τρόπος ενδυμασίας του συμβούλου επικοινωνεί στον πελάτη πώς ο πρώτος νιώθει για τον τελευταίο. Είναι σημαντικό να φοράει κάτι, το οποίο μεταφέρει σεβασμό προς τον πελάτη (4).
- *Δωμάτιο συμβουλευτικής.* Τα παιδιά κι οι έφηβοι νιώθουν άνετα σε δωμάτια, τα οποία δεν είναι τυπικά (άνετες πολυθρόνες, χρωματισμένοι τοίχοι, πόστερς και φυτά). Επίσης είναι δύσκολο για τα παιδιά να αισθανθούν άνετα, όταν κάθονται με ένα ξένο για συνέντευξη. Ο στόχος είναι να βοηθηθεί το παιδί να νιώσει άνετα όσο το δυνατόν περισσότερο. Η υπόδειξη ενός ήσυχου δωματίου υποδεικνύει στον πελάτη το σεβασμό του συμβούλου για αυτή τη συνέντευξη στα πλαίσια της παροχής της φροντίδας. Η απομόνωση (privacy) είναι κρίσιμη, επειδή ο σύμβουλος ρωτάει για προσωπικές πληροφορίες και την αποκάλυψη του πελάτη. Συχνές διακοπές μεταδίδουν την έλλειψη σεβασμού προς τον πελάτη (4).
- *Χαιρετισμός.* Ο τρόπος με τον οποίο ο πελάτης καλείται από το χώρο αναμονής μπορεί να καθορίσει τον τόνο της συνεδρίας. Ο σύμβουλος θα πρέπει να χαιρετίσει τον πελάτη στο χώρο αναμονής και να τον προσκαλέσει στο δωμάτιο της συνέντευξης. Η κίνηση αυτή δεν προσδίδει ένα επίσημο τόνο στη συνάντηση. Επίσης, ο σύμβουλος θα πρέπει να συστηθεί (όνομα, τίτλος) για να βεβαιώσει ότι ο πελάτης καταλαβαίνει με ποιόν και πού βρίσκεται (4).
- *Θέση πελάτη.* Ο πελάτης θα πρέπει να επιλέξει πού θα καθίσει κι όχι να καθοδηγηθεί από το σύμβουλο στη θέση του. Αυτό προσφέρει την ευκαιρία στον πελάτη για έλεγχο κι επιλογή, και παρέχει στο σύμβουλο πολύτιμες μη λεκτικές πληροφορίες. Αν ο πελάτης επιλέξει την καρέκλα στην πιο απομακρυσμένη γωνία του δωματίου, αυτό μπορεί να υποδεικνύει μια αρνητική αντίδραση σε μια ιδιωτική συνέντευξη. Είναι αποδεκτό ο σύμβουλος λεκτικά να αναγνωρίσει το γεγονός ότι ο πελάτης δεν αισθάνεται άνετα και να προσπαθήσει να τον κάνει να αισθανθεί άνετα, ενώ παράλληλα μπορεί να ζητήσει άδεια να πάει να καθίσει κοντά του (4). Η θέση του συμβούλου θα πρέπει να εκφράζει ενδιαφέρον προς τον πελάτη (5) και καλό είναι να αποφευχθούν εμπόδια ανάμεσα στο σύμβουλο και τον πελάτη, όπως ένα τραπέζι ή ένα γραφείο (4).

Στην πρώτη επίσκεψη ο σύμβουλος διευκρινίζει το λόγο της επαφής του με τον πελάτη (5,29). Ο πελάτης θα πρέπει να δηλώσει για ποιο λόγο βρίσκεται εκεί.(5). Κύριο καθήκον του συμβούλου είναι να εξηγήσει το ρόλο του, τί θα συμβεί κατά τη

διάρκεια της συνάντησης τους και τί προσδοκίες έχει ο σύμβουλος από τον πελάτη. Σε αυτό το σημείο μπορεί να συζητηθεί το θέμα του απορρήτου και της εχεμύθειας (4). Αν οι συνεντεύξεις λάβουν χώρα σε τακτική βάση, τότε μπορεί να συζητηθεί ποιός μπορεί να συμπεριληφθεί (4).

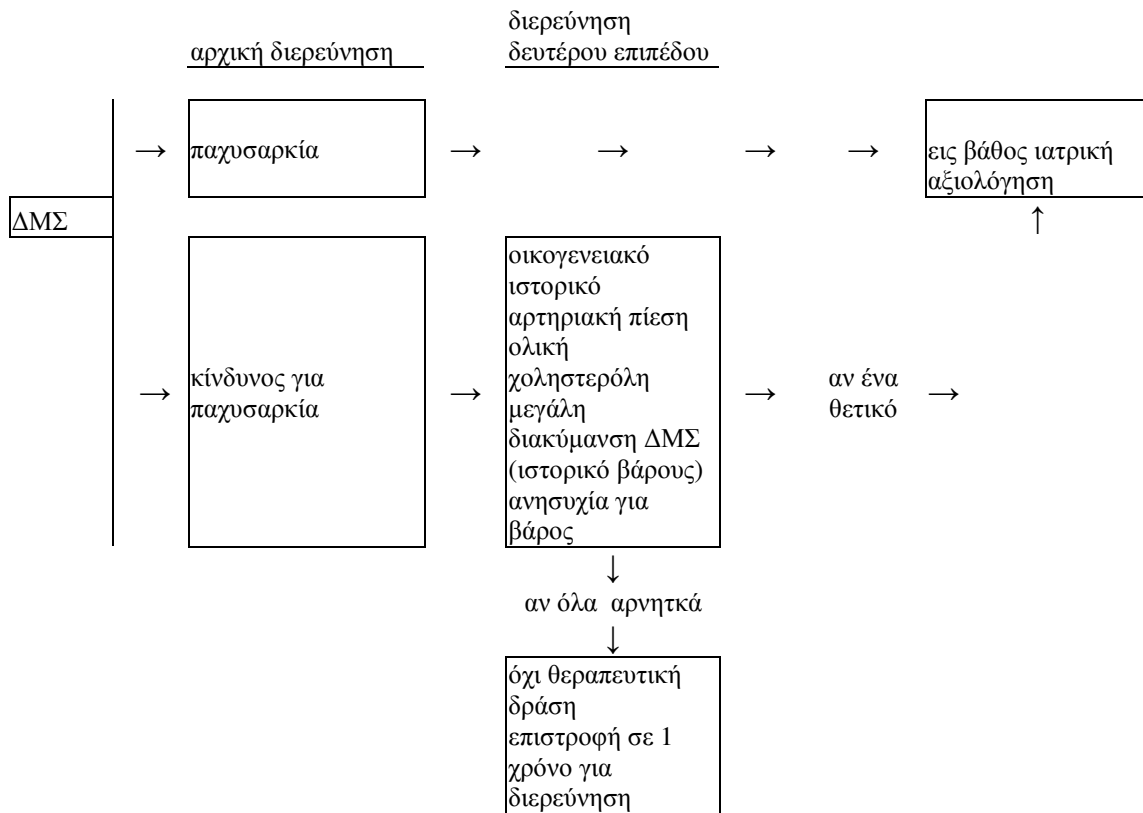
β) Διατροφική εκτίμηση του πελάτη. Η διατροφική εκτίμηση θα πρέπει να παρέχει ένα πλήρες διατροφικό προφίλ του συμμετέχοντα. Μια πλήρη διατροφική αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει τη μελέτη των διαθέσιμων ιατρικών, ψυχοκοινωνικών κι εργαστηριακών δεδομένων. Ο διαιτολόγος θα πρέπει να αποφεύγει την χρήση επιστημονικών όρων όπου είναι δυνατόν και θα πρέπει να γνωρίζει ότι μερικές ερωτήσεις μπορεί να προκαλέσουν αντίσταση ή ενόχληση λόγω της ευαισθησίας του θέματος. Το επίπεδο της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας την ικανότητα γραφής κι ανάγνωσης και τις γνώσεις, θα πρέπει να εκτιμηθεί, όταν δεν υπάρχουν στοιχεία στο ψυχολογικό ή ιατρικό ιστορικό. Η πληροφορία αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης κατά τα πρώτα λεπτά της συμβουλευτικής διαδικασίας. Κάθε μέρος της διατροφικής εκτίμησης θα πρέπει να πραγματοποιηθεί με ένα τρόπο που είναι κατάλληλος στο αναπτυξιακό επίπεδο του συμμετέχοντα (29).

Εκτίμηση της αύξησης και της ανάπτυξης

Η διατροφική εκτίμηση θα πρέπει να ξεκινάει με μια ακριβή μέτρηση του ύψους και του βάρους, και τον υπολογισμό του ΔΜΣ. Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει να εφαρμόζονται πάνω στις καμπύλες ανάπτυξης για τον καθορισμό της καταλληλότητας του βάρους προς το ύψος. Παιδιά με $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 85$ εκατοστιαία θέση θα πρέπει να αναφέρονται για ιατρική αξιολόγηση (29,30) (εικ 3).

Γενικά, για τους εφήβους δεν είναι κατάλληλη η αξιολόγηση του βαθμού σεξουαλικής ωριμότητας κατά τη διάρκεια της διατροφικής εκτίμησης. Σε περίπτωση απουσίας στοιχείων για τη σεξουαλική ωριμότητα του ατόμου στο ιατρικό ιστορικό, ο διαιτολόγος μπορεί να ζητήσει στον έφηβο να αυτο-αξιολογήσει το βαθμό σεξουαλικής ωριμότητας του χρησιμοποιώντας φωτογραφίες που δείχνουν τα στάδια ανάπτυξης. Επίσης, μπορεί να ρωτήσει τον έφηβο να περιγράψει τις αλλαγές στην γραμμική αύξηση και στο βάρος του. Οι πληροφορίες αυτές σε συνδυασμό με μια καλή κατανόηση της εφηβικής αύξησης και ανάπτυξης μπορούν να βοηθήσουν το

διαιτολόγο στον καθορισμό της δυνητικής μελλοντικής αύξησης κι ανάπτυξης. Για τα κορίτσια, πληροφορίες για τη γυναικολογική ηλικία (χρονολογική ηλικία μείον ηλικία εμμηναρχής) μπορούν να βοηθήσουν στον καθορισμό της δυνητικής συνεχιζόμενης αύξησης κι ανάπτυξης (29).



εικ 3. Συστάσεις για τη διερεύνηση παχύσαρκων παιδιών κι εφήβων. Pediatrics 1998;102:3

Η φυσική δραστηριότητα θα πρέπει να αξιολογηθεί κατά τη διάρκεια της διατροφικής εκτίμησης. Ο συμμετέχοντας θα πρέπει να ερωτηθεί και να αναφέρει τον αριθμό των ημερών κάθε εβδομάδα, στις οποίες συμμετέχει σε ελαφριά φυσική δραστηριότητα καθώς και τον αριθμό των ημερών, στις οποίες συμμετέχει σε έντονη φυσική δραστηριότητα. Επιπρόσθετα, ο συμμετέχοντας θα πρέπει να ερωτηθεί για την εβδομαδιαία συχνότητα της καθιστικής δραστηριότητας, περιλαμβάνοντας τις ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης, τις ώρες μπροστά στον υπολογιστή και τις ώρες απασχόλησης με βίντεο παιχνίδια. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια των συμβουλευτικών συνεδριών για τη θέσπιση στόχων και τον καθορισμό των συμπεριφορικών αλλαγών (29).

Οι παρακάτω πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το χαρακτηρισμό της συνήθους διατροφικής συμπεριφοράς του συμμετέχοντα:

- Αριθμός γευμάτων και σνακ τις καθημερινές και τα σαββατοκύριακα. Προσοχή θα πρέπει να δοθεί αν κάποια γεύματα αποφεύγονται.
- Τοποθεσία πρόσληψης γευμάτων.
- Αριθμός γευμάτων μαζί με την οικογένεια καθώς κι αριθμός γευμάτων/σνακ που το άτομο καταναλώνει μόνο του ή με συνομήλικους.
- Ικανότητα αγοράς και προετοιμασίας τροφίμων.
- Διατροφικές προτιμήσεις κι απέχθειες.
- Τύπος κι αριθμός μερίδων φρούτων ή χυμών φρούτων κατά μέσο όρο την εβδομάδα.
- Τύπος κι αριθμός μερίδων λαχανικών, σαλατών κατά μέσο όρο την εβδομάδα.
- Είδος και ποσότητα γαλακτοκομικών προϊόντων
- Συχνότητα κατανάλωσης ψωμιού, δημητριακών, ζυμαρικών
- Αριθμός μερίδων ψαριού, κρέατος, αυγών, πουλερικών, ξηρών καρπών κατά μέσο όρο την εβδομάδα.
- Εθνικές ή θρησκευτικές πρακτικές και πεποιθήσεις που σχετίζονται με την διατροφική πρόσληψη
- Είδος δίαιτας που ο συμμετέχοντας ακολουθεί καθώς και τρόφιμα που δεν καταναλώνονται.
- Παρουσία αλλεργιών ή δυσανεγιών.

- Εκτίμηση πρακτικών ελέγχου του βάρους κι εκτίμηση της εικόνας σώματος (29).

Μια λεπτομερής διαιτητική εκτίμηση θα πρέπει να εξακριβώνει τη συνολική ποιότητα της δίαιτας καθώς και λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με συγκεκριμένα διαιτητικά συστατικά (29), όπως είναι η συνολική διαιτητική πρόσληψη λίπους κι ενέργειας (2). Πληροφορίες για τη διαιτητική πρόσληψη μπορούν να αποκτηθούν με διάφορες μεθόδους διαιτητική εκτίμησης (έντυπα στις εικ 4, 5 και 6). 4 βασικές μέθοδοι διαιτητικής εκτίμησης παρουσιάζονται στον πίνακα 19 μαζί με τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες τους. Αρκετοί παράγοντες θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην επιλογή της μεθόδου ή των μεθόδων που θα χρησιμοποιηθούν, περιλαμβάνοντας τον διαθέσιμο χρόνο, το επίπεδο κινητοποίησης και γνωστικής ανάπτυξης του συμμετέχοντα καθώς και τις διαθέσιμες πηγές για τη συλλογή, ανάλυση κι ερμηνεία των διαιτητικών διατροφικών στοιχείων (29).

Για τους συμμετέχοντες με χαμηλές ικανότητες ανάγνωσης και γραφής, εικόνες τροφίμων, μοντέλα τροφίμων και συσκευασίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον καθορισμό της πρόσληψης τροφίμων. Οι συμμετέχοντες μπορούν λεκτικά να αναφέρουν τη συχνότητα πρόσληψης κάθε τροφίμου που καταναλώθηκε την προηγούμενη εβδομάδα. Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να ερωτηθούν για το είδος και την ποσότητα κάθε τροφίμου που καταναλώθηκε, τα οποία δεν περιλαμβάνονταν στη λίστα των φωτογραφιών, στις συσκευασίες ή στα μοντέλα για την ολοκλήρωση της διατροφική εκτίμησης (29).

Για παιδιά ηλικίας 6-10 ετών, η βιβλιογραφία συστήνει η αναφορά της διαιτητικής πρόσληψης να αναζητηθεί από τους γονείς, μέχρι οι γνωστικές ικανότητες τους να αναπτυχθούν επαρκώς. Οι γνωστικές ικανότητες, που απαιτούνται για να είναι εφικτή η αναφορά της διατροφικής πρόσληψης από τα παιδιά, περιλαμβάνουν μια επαρκώς ανεπτυγμένη αντίληψη του χρόνου, μια καλή μνήμη κι ικανότητα παρατήρησης, και μια γνώση των ονομάτων των τροφίμων (31,32). Οι ικανότητες αυτές αναπτύσσονται από την ηλικία των 8 ετών και μελέτες αποδεικνύουν ότι παιδιά ηλικίας 10 ετών μπορούν αξιόπιστα να αναφέρουν τη διατροφική πρόσληψη του προηγούμενου 24ωρου (32,33,34,35). Παρόλα αυτά, η μέση ηλικία στην οποία τα παιδιά αναπτύσσουν τις παραπάνω γνωστικές ικανότητες διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό κι από άτομο σε άτομο. Η ανάγκη για βοήθεια από τους γονείς, επίσης, υπαγορεύεται από την περιορισμένη εμπειρία και γνώση των παιδιών για την προετοιμασία των τροφίμων (36).

Τα αποτελέσματα της διατροφικής εκτίμησης θα πρέπει να ερμηνευτούν για να καθοριστεί ο καταλληλότερος τρόπος παρέμβασης (29).

Επόμενες συνεδρίες

Οι επόμενες συνεδρίες ακολουθούν το μοντέλο παρέμβασης που περιγράφηκε με ελάχιστες διαφοροποιήσεις. Η θέσπιση στόχων, η επίλυση προβλημάτων κι άλλες συμπεριφορικές στρατηγικές μπορούν να εφαρμοστούν αμέσως μετά τη δέσμευση του συμμετέχοντα για διαιτητική αλλαγή (12). Έμφαση δίνεται στην ανασκόπηση της προόδου από την προηγούμενη συνεδρία (12). Μερικά στοιχεία που ο σύμβουλος θα πρέπει να έχει υπόψη του είναι:

- Πριν από κάθε συνάντηση με το συμμετέχοντα απαραίτητη είναι η ανασκόπηση των σημειώσεων προόδου από την προηγούμενη συνεδρία.
- Στην αρχή κάθε συνεδρίας ο σύμβουλος θα πρέπει να αφιερώνει λίγα λεπτά άτυπης συζήτησης. Η σύντομη αυτή αλληλεπίδραση βοηθά στην προσωποποίηση της συνέντευξης κι αποτελεί μια καλή ευκαιρία, ώστε ο συμμετέχοντας να εκφράσει τις ανησυχίες και τις ερωτήσεις του από την προηγούμενη συνάντηση.
- Οι επόμενες συνεδρίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν την ανασκόπηση μαζί με το συμμετέχοντα του βάρους του συμμετέχοντα, καθώς, και την ανασκόπηση της προηγούμενης συνεδρίας, περιλαμβάνοντας οποιαδήποτε «εργασία» ή στόχους, που ο συμμετέχοντας είχε στο ενδιάμεσο των επισκέψεων. Ο σύμβουλος θα πρέπει να παρέχει ανατροφοδότηση σε αυτά που πέτυχε ο συμμετέχοντας και σε αυτά που δεν κατάφερε να επιτύχει.
- Όταν κρίνεται αναγκαίο, ο σύμβουλος θα πρέπει να δουλεύει μαζί με το συμμετέχοντα για τη θέσπιση νέων στόχων κι ενός πλάνου για την περίοδο ανάμεσα στις συνεδρίες. Αυτοί οι συμπεριφορικοί στόχοι θα πρέπει να καταγράφονται από το συμμετέχοντα και ο σύμβουλος θα πρέπει να διατηρεί ένα αντίγραφο για το αρχείο του.
- Πριν τη λήξη της συνεδρίας ο συμμετέχοντας θα πρέπει να εκφράζει τις ανησυχίες και τις ερωτήσεις που πιθανόν να του έχουν δημιουργηθεί. Αυτό αποτελεί μια καλή ευκαιρία για τη διευκρίνιση όποιας σύγχυσης ή παρανόησης.
- Αμέσως μετά τη συνεδρία ο σύμβουλος θα πρέπει να καταγράφει τις νέες πληροφορίες (4).

Πίνακας 19. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των διαφόρων μεθόδων διαιτητικής εκτίμησης (29)

	πλεονεκτήματα	περιορισμοί	εφαρμογές
ανάκληση 24ώρου	<ul style="list-style-type: none"> ▪ δεν απαιτεί ανάγνωση και γραφή ▪ μπορεί να χορηγηθεί σχετικά γρήγορα ▪ τα στοιχεία μπορούν να εισαχθούν άμεσα σε ένα διαιτητικό πρόγραμμα ανάλυσης 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ εξαρτάται από τη μνήμη του ερωτηθέντα ▪ βασίζεται στις πληροφορίες που δίνει ο ερωτηθέντας ▪ απαιτεί εκπαιδευμένο προσωπικό ▪ η ανάκληση δεν αντιπροσωπεύει τη συνήθη πρόσληψη 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ κατάλληλο για τα περισσότερα άτομα, αφού δεν απαιτεί ανάγνωση και γραφή ▪ χρήσιμη για την εκτίμηση της πρόσληψης των διαφόρων θρεπτικών συστατικών και την αξιολόγηση της πρόσληψης γευμάτων καθώς και των ομάδων τροφίμων ▪ χρήσιμο εργαλείο συμβουλευτικής
συχρότητα τροφίμων	<ul style="list-style-type: none"> ▪ εύκολο κι οικονομικό ▪ μπορεί να αξιολογήσει την τρέχουσα διαίτα και τη διαίτα του παρελθόντος ▪ χρήσιμο ως εργαλείο διερεύνησης 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ δεν παρέχει έγκυρες εκτιμήσεις της απόλυτης πρόσληψης του ατόμου ▪ δε μπορεί να αξιολογήσει τον τρόπο πρόσληψης γευμάτων ▪ δύσκολο για άτομα με περιορισμένη γνωστική ικανότητα ▪ μπορεί να είναι χρονοβόρο 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ δεν παρέχει έγκυρες εκτιμήσεις της απόλυτης πρόσληψης του ατόμου, επομένως η χρησιμότητα του είναι περιορισμένη στην κλινική πράξη ▪ μπορεί να είναι χρήσιμο ως εργαλείο διερεύνησης, παρόλα αυτά περεταίρω έρευνα απαιτείται
καταγραφή τροφίμων	<ul style="list-style-type: none"> ▪ δεν βασίζεται στη μνήμη ▪ οι μερίδες τροφίμων μπορούν να μετρηθούν κατά το χρόνο κατανάλωσης ▪ πολλές ημέρες καταγραφής παρέχουν έγκυρη μέτρηση της πρόσληψης των περισσότερων θρεπτικών συστατικών 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ η καταγραφή των προσλαμβανόμενων τροφίμων μπορεί να επηρεάσει την πρόσληψη ▪ απαιτεί ανάγνωση και γραφή ▪ βασίζεται στις πληροφορίες που δίνει ο ερωτηθέντας ▪ απαιτεί εκπαιδευμένο προσωπικό ▪ χρονοβόρο 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ κατάλληλο για άτομα με γνώση γραφής κι ανάγνωσης ▪ χρήσιμο για την εκτίμηση της πρόσληψης των διαφόρων θρεπτικών συστατικών και την αξιολόγηση της πρόσληψης γευμάτων καθώς και των ομάδων τροφίμων ▪ χρήσιμο εργαλείο συμβουλευτικής
διαιτητικό ιστορικό	<ul style="list-style-type: none"> ▪ μπορεί να αξιολογήσει τη συνήθη πρόσληψη σε μια συνέντευξη ▪ κατάλληλο για τα περισσότερα άτομα 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ βασίζεται στη μνήμη ▪ χρονοβόρο (1-1/2 ώρες) ▪ απαιτεί εκπαιδευμένο συνεντευκτή 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ κατάλληλο για τα περισσότερα άτομα, αφού δεν απαιτεί ανάγνωση και γραφή ▪ χρήσιμο για την αξιολόγηση της πρόσληψης των θρεπτικών συστατικών, του τρόπου πρόσληψης των γευμάτων και της πρόσληψης των ομάδων τροφίμων ▪ χρήσιμο εργαλείο συμβουλευτικής

ανάκληση 24ώρου

ΟΝΟΜΑ

ΗΛΙΚΙΑ

ΗΜ/ΝΑΙ

θα ήθελα να μου πεις τι έφαγες εχθές. Μπορείς σε παρακαλώ να μου πεις ότι έφαγες ή ήπιες, περιλαμβάνοντας γεύματα, σνακ, γλυκά κι αλκοόλ;

χρόνος	μέρος	τρόφιμο/ρόφημα	ποσότητα	αυτή η πλευρά για χρήση γραφείου						
				γαλακτοκομικά προϊόντα	κρέας ή υποκατάστατα	φρούτα	λαχανικά	δημητριακά	λίπος, λάδια, γλυκά	
είναι αυτή μια τυπική ημέρα; συνολικός αριθμός μερίδων										

θρεπτικά συστατικά που πιθανόν να απουσιάζουν από τη δίαιτα:

θρεπτικά συστατικά που πιθανόν να είναι σε υπερβολικές ποσότητες στη δίαιτα:

**Εικ 4 . Ανάκληση 24ώρου
(29)**

καταγραφή τροφίμων				
				αριθμός ημέρας
χρόνος	τρόφιμο/ρόφημα	ποσότητα κατανάλωσης	τόπος πρόσληψης τροφής	με ποιόν

οδηγίες

1. Κατέγραψε όλα όσα τρως και πίνεις, ακόμα και το νερό, για 7 ημέρες. Κατέγραψε τα ροφήματα, τα γεύματα ή τα σνακ αμέσως μετά την πρόσληψη τους.
2. Συμπλήρωσε τον χρόνο, την ποσότητα, το μέρος και με ποιόν ήσουν για κάθε ρόφημα, γεύμα ή σνακ.
3. Γράψε καθαρά, αλλά μην ανησυχείς για την ορθογραφία.
4. Χρησιμοποίησε ξεχωριστή γραμμή για κάθε τρόφιμο ή ρόφημα.
5. Άφησε 1-2 κενά μετά από κάθε τρόφιμο ή σνακ.
6. Ξεκίνα κάθε νέα ημέρα σε ένα νέο φύλλο.
7. Αν χρειάζεσαι περισσότερο χώρο για κάθε ημέρα, συνέχισε στον κενό χώρο του φύλλου, και μην αμελήσεις να σημειώσεις τον χρόνο, τον τόπο, την ποσότητα, το μέρος και με ποιόν ήσουν.

σε παρακαλώ θυμήσου:

1. Κατέγραψε τις μάρκες των προϊόντων που καταναλώνεις, αν τις γνωρίζεις.
2. Κατέγραψε τις ακριβείς ποσότητες. Γράψε στο φύλλο τις μετρήσεις, όπως φλιτζάνι, κουτάλι σούπας, γραμμάρια
3. Κατέγραψε πώς παρασκευάστηκε το τρόφιμο, πχ τηγανητό κοτόπουλο, βραστό ψάρι κα
4. Για τρόφιμα παρασκευασμένα με λάδι, σημείωσε το είδος λαδιού, αν το γνωρίζεις.
5. Περιέγραψε όλα τα τρόφιμα και τα ροφήματα με όσες περισσότερες λεπτομέρειες μπορείς. Π.χ. κοτόπουλο χωρίς το δέρμα, κόκα κόλα χωρίς καφεΐνη κα
6. Κατέγραψε τα ονόματα των εστιατορίων στη στήλη με τα τρόφιμα, αν γευματίσεις έξω.
7. Κάνε μια λίστα των συστατικών για σάντουιτς και μικτά πιάτα όπως τις μακαρονάδες.
8. Μην ξεχάσεις τα τρόφιμα που χρησιμοποιούνται στο τραπέζι. Πχ ψητή πατάτα με 1 κουταλάκι γλυκού βούτυρο. Σημείωσε κάθε τρόφιμο σε ξεχωριστή γραμμή.
9. Περιέγραψε όλες τις βιταμίνες, τα μέταλλα και τα άλλα συμπληρώματα που παίρνεις.

Εικ 5. Έντυπο ημερήσιας καταγραφής τροφίμων για χρήση στη συμβουλευτική. (29)

ημερολόγιο συχνότητας τροφίμων

πόσο συχνά καταναλώνεις τα ακόλουθα τρόφιμα; (βάλε ένα "X" στο σημείο που θεωρείς κατάλληλο)

	περισσότερο από 1 φορά/ημέρα	1 φορά/ημέρα	2-3 φορές/εβδομάδα	σπάνια	ποτέ
γάλα					
τυρί, γιαούρτι					
παγωτό					
κρέας, ψάρι, πουλερικά					
αυγά					
φυστικοβούτυρο, ξηροί καρποί					
κιτροειδή φρούτα, χυμούς (πχ πορτοκάλι, γκέιπφρουτ, ντομάτα)					
σκούρα πράσινα, φυλλώδη ή σκούρα πορτοκαλί λαχανικά (μπρόκολο, καρότα, γλυκοπατάτες)					
άλλα φρούτα, λαχανικά, πατάτες					
ψωμί, δημητριακά πρωινού, ρύζι, ζυμαρικά					
γλυκά					
αλμυρά σνακ (πατατάκια, chips)					
αναψυκτικά					
αλκοόλ (μπύρα, κρασί κα)					
καφέ, τσάι					
βιταμίνες, βότανα, άλλα συμπληρώματα					
έτοιμο φαγητό (fast food)					

Εικ 6. Ερωτηματολόγιο συχνότητας για χρήση στη συμβουλευτική (29)

6.4 Θέματα συζήτησης κατά τη διατροφική συμβουλευτική

Ένας από τους σημαντικούς ρόλους του διαιτολόγου στη διατροφική συμβουλευτική είναι η διδασκαλία κι η διευκόλυνση της συμπεριφορικής αλλαγής (3,4). Κάποιος χρόνος κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας θα ξοδευτεί στην παρουσίαση διατροφικών πληροφοριών κι ο περισσότερος χρόνος στη διδασκαλία ικανοτήτων απαραίτητων για να μπορέσει το παιδί να αλλάξει τις διατροφικές του συνήθειες. Οι προσεγγίσεις είναι οι ίδιες και θα πρέπει να ληφθούν υπόψη πριν την έναρξη της συμβουλευτικής (4).

- Ο σύμβουλος θα πρέπει να λάβει υπόψη του τί το παιδί είναι έτοιμο να μάθει και τί έχει ανάγκη να γνωρίζει. Η γνώση του παιδιού για τη διατροφή, οι ικανότητες του κι οι καταστάσεις που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του θα πρέπει να προσδιοριστούν από την αρχική διατροφική εκτίμηση. Ο σύμβουλος θα πρέπει να προσαρμόσει τις συμβουλευτικές στρατηγικές του ανάλογα.
- Ο σύμβουλος θα πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά το υλικό και τις πληροφορίες που θα παρουσιάσει και να είναι σίγουρος για την ακρίβεια τους.
- Ο σύμβουλος θα πρέπει να διδάσκει μόνο ότι είναι αναγκαίο, περιλαμβάνοντας το τί το παιδί χρειάζεται να γνωρίζει κι οτιδήποτε θα ήθελε να μάθει.
- Ο σύμβουλος θα πρέπει να είναι σαφής και συγκεκριμένος, όταν δίνει οδηγίες, εξηγήσεις ή όταν δηλώνει τις προσδοκίες του. Θα πρέπει να μιλάει απλά και κατανοητά. Θα πρέπει να χρησιμοποιεί παραδείγματα που έχουν σχέση με το παιδί προκειμένου να εξηγήσει μια ιδέα ή μια άποψη. Περιστασιακά θα πρέπει να ελέγχει αν το παιδί καταλαβαίνει. Μπορεί να ζητηθεί από το παιδί να κάνει μια περίληψη των όσων ειπώθηκαν.
- Ο σύμβουλος θα πρέπει να ενθαρρύνει τις ερωτήσεις και πάντα να τις απαντάει, όταν προκύπτουν. Δεν θα πρέπει να διστάζει να πει ότι δεν γνωρίζει την απάντηση σε ένα ερώτημα.
- Το παιδί θα πρέπει να έχει ουσιαστικό ρόλο στη συμβουλευτική. Η συμβουλευτική δεν θα πρέπει να είναι διδακτική στη δομή της (4).

Θέματα που μπορούν να συζητηθούν κατά τη συμβουλευτική παρουσιάζονται στον πίνακα 20 (9).

Πίνακας 20. Θέματα συζήτησης κατά τη διατροφική συμβουλευτική (9)

Κίνδυνοι υγείας της παχυσαρκίας για τα παιδιά που δεν είναι έτοιμα να κάνουν συμπεριφορικές αλλαγές
Βελτίωση στην εικόνα σώματος και στην αυτοπεποίθηση
Διεκδικητική εκπαίδευση
Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων
Η σχέση ανάμεσα στο ισοζύγιο ενέργειας και το σωματικό βάρος
Κίνδυνοι υγείας κι αναποτελεσματικότητα της αυστηρής δίαιτας, της γρήγορης απώλειας βάρους, των χαπιών και των προϊόντων αδυνατίσματος και της κάθαρσης (purging)
Κίνδυνοι του καπνίσματος για τον έλεγχο του βάρους
Υγιεινές επιλογές γρήγορου φαγητού και σνακ
Ανάγνωση ετικετών προϊόντων και κατάλληλο μέγεθος μερίδων
Ερεθίσματα (cues) πείνας και κορεσμού
Υγιεινότερες εναλλακτικές προς τη συναισθηματικά βασισμένη πρόσληψη τροφής (emotionally based eating)
Αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου
Μικρές διαφορές στις διατροφικές συνήθειες μπορούν να έχουν αποτέλεσμα

6.5 Συμμετοχή γονέων

Ένα σημαντικό ερώτημα που τίθεται στη διατροφική συμβουλευτική των παιδιών για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αφορά τη συμμετοχή των γονιών. Ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας για τη συμπεριφορική θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας δεν αποσαφηνίζουν, αν οι παρεμβάσεις με τη συμμετοχή των γονιών είναι περισσότερο αποτελεσματικές από την εξατομικευμένη προσέγγιση των παιδιών και των εφήβων. Παρόλα αυτά, φαίνεται να υπάρχει μια διαφοροποίηση των συμπεριφορικών παρεμβάσεων ανάλογα με την ηλικία των παιδιών. Σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών έμφαση δίνεται στη συμβουλευτική προσέγγιση των γονιών, ενώ στους εφήβους η συμμετοχή των γονέων αξιολογείται ως λιγότερο αναγκαία (2, *θεραπευτικές προσεγγίσεις*).

Παρά τη σύγχυση που επικρατεί η διεθνής επιστημονική κοινότητα συστήνει τη συμμετοχή της οικογένειας στις θεραπευτικές προσεγγίσεις των παιδιών και των εφήβων για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (30). Δυστυχώς, άρθρα ή οδηγίες για την πρακτική εφαρμογή των συστάσεων δεν υπάρχουν στη βιβλιογραφία (27,37). Συμπεριλαμβάνοντας τους γονείς στη συμβουλευτική διαδικασία, ο διαιτολόγος θα πρέπει να διαμορφώσει τις συνεδρίες ανάλογα (πχ γονείς με το παιδί ή γονείς και το

παιδί ξεχωριστά) για την κάλυψη των αναγκών του παιδιού, της οικογένειας και της παρέμβασης (2).

Όπως και με τα παιδιά, το πρώτο στοιχείο που θα πρέπει να διερευνήσει ο σύμβουλος είναι η ετοιμότητα των γονιών να πραγματοποιήσουν συμπεριφορικές αλλαγές (27,30). Οι ίδιες τεχνικές συμβουλευτικής με τα παιδιά έχουν θέση στην αύξηση της ετοιμότητας του γονέα προκειμένου να δεσμευτεί σε ένα πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του βάρους του παιδιού (20,30,38). Μάλιστα με τα μικρά παιδιά, η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τους γονείς του παιδιού φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διεξαγωγή και την τήρηση της θεραπείας, λόγω των περιορισμένων γνωστικών ικανοτήτων των παιδιών και της εξάρτησης τους από το οικογενειακό περιβάλλον (26). Σε περιπτώσεις που τα παιδιά δεν είναι πρόθυμα να ξεκινήσουν ένα πρόγραμμα για τη θεραπεία της παχυσαρκίας, ο γονιός που είναι έτοιμος μπορεί να τροποποιήσει τη διαίτα και την φυσική δραστηριότητα επιτυχώς (30,39).

Οι βασικές συμπεριφορικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για να βοηθηθούν οι οικογένειες να πραγματοποιήσουν αλλαγές παρουσιάζονται στον πίνακα 21. Οι στόχοι για αυτές τις στρατηγικές είναι ανάλογοι με την ηλικία του παιδιού (40). Ο βαθμός συμμετοχής κι ευθύνης του γονέα για την πραγματοποίηση συμπεριφορικών αλλαγών αποτελούν συνάρτηση της ηλικίας και των ικανοτήτων του παιδιού (41). Για παράδειγμα είναι υποχρέωση του γονέα να παρακολουθεί τη συμπεριφορά του μικρού παιδιού, ενώ οι έφηβοι μπορούν να παρακολουθούν οι ίδιοι τη συμπεριφορά τους (40).

Πίνακας 21. Στρατηγικές κι αρχές για τον έλεγχο του βάρους (40).

στρατηγική	γενικές αρχές	παραδείγματα
<p>έλεγχος του περιβάλλοντος Μείωση των ερεθισμάτων και των ευκαιριών για αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και καθιστική ζωή, αυξάνοντας παράλληλα τα ερεθίσματα για την πρόσληψη λιγότερων θερμίδων και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας</p>	<p>Προσδιορίστε τις συνήθειες στο σπίτι, στο σχολείο και στην οικογένεια ή τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που σχετίζονται με αυξημένη πρόσληψη θερμίδων, με έλλειψη δραστηριότητας και καθιστική συμπεριφορά Βοηθήστε το παιδί και την οικογένεια να προσδιορίσουν εναλλακτικές συνήθειες ή περιβαλλοντικούς παράγοντες για τη μείωση κατανάλωσης θερμίδων, την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και τη μείωση της καθιστικής συμπεριφοράς Βοηθήστε το παιδί και την οικογένεια να περιοριστούν στις πιο αποδεκτές κι εύκολα εφαρμόσιμες επιλογές. Συμπεριλάβετε τις επιλογές αυτές ως μέρος της καταγραφής, της θέσπισης στόχων κι επιβράβευσης για συμπεριφορική αλλαγή</p>	<p>Περιορισμός των ροφημάτων με ζάχαρη από το σπίτι Μείωση της συχνότητας γρήγορου φαγητού, γευμάτων έξω από το σπίτι, ή και τα δυο Περιορισμός του μεγέθους των μερίδων σερβίροντας το φαγητό άμεσα στο πιάτο αντί επιλογής από πιάτα στο τραπέζι και χρησιμοποίηση μικρότερων πιάτων για να φαίνεται μεγαλύτερη η μερίδα στο πιάτο Απομάκρυνση τροφών πλούσιων σε λίπος και θερμίδες από το σπίτι κι αντικατάστασή τους με φρέσκα φρούτα και λαχανικά Απομάκρυνση της τηλεόρασης από το υπνοδωμάτιο των παιδιών, μείωση του χρόνου μπροστά στην τηλεόραση και θέσπιση οικογενειακών κανόνων για τα προγράμματα παρακολούθησης και τα παιχνίδια απασχόλησης. Συμμετοχή των παιδιών σε φυσική δραστηριότητα μετά το σχολείο. Έναρξη νέων οικογενειακών συνηθειών, που να περιλαμβάνουν ημερήσια/εβδομαδιαία φυσική δραστηριότητα</p>
<p>παρακολούθηση συμπεριφοράς Για τον προσδιορισμό της κατάστασης του ατόμου, τη θέσπιση στόχων, την αξιολόγηση των αλλαγών, τη λήψη και την παροχή ανατροφοδότησης και την επιβράβευση της επιτυχίας</p>	<p>Οι καταγραφές θα πρέπει να κρατιούνται για την αξιολόγηση των αλλαγών στην πάροδο του χρόνου Οι μετρήσεις θα πρέπει αξιόπιστα να προσδιορίζουν την αρχική συμπεριφορά και να αξιολογούν τις αλλαγές με την πάροδο του χρόνου Η παρακολούθηση θα πρέπει να είναι συχνή αρχικά. Μπορεί να γίνεται λιγότερα συχνά καθώς νέες συμπεριφορές εγκαθιρύονται Η παρακολούθηση θα πρέπει να αφορά τους βραχυπρόθεσμους και τους μακροπρόθεσμους συμπεριφορικούς στόχους, περιλαμβάνοντας τις αλλαγές στο βάρος Αν προκύψουν αμφιβολίες για τη συνεχιζόμενη πρόοδο ή αν παρατηρηθούν παλινδρομήσεις, επαναγκαταστήστε τη συχνή παρακολούθηση</p>	<p><i>ατομική συμπεριφορά</i> Αριθμός ροφημάτων με ζάχαρη που καταναλώνονται ημερησίως Αριθμός γευμάτων έξω από το σπίτι, αριθμός γευμάτων γρήγορου φαγητού/εβδομάδα, ή και τα δύο Αριθμός μερίδων φρούτων και λαχανικών που καταναλώνονται ημερησίως Αριθμός ωρών παρακολούθησης τηλεόρασης ημερησίως Αριθμός ημερών/εβδομάδα κάλυψης στόχων φυσικής δραστηριότητας Εβδομαδιαία μέτρηση βάρους <i>αλλαγές στο περιβάλλον</i> Αριθμός ροφημάτων με ζάχαρη στο σπίτι Συχνότητα γευμάτων γρήγορου φαγητού, γευμάτων έξω από το σπίτι, ή και τα δυο Αριθμός ημερών/εβδομάδα που το φαγητό σερβίρεται σε πιάτα, μικρών πιάτων, ή και τα δυο Αριθμός ημερών ανά εβδομάδα που υπάρχουν φρούτα και λαχανικά στο σπίτι Παρουσία ή όχι τηλεόρασης στο υπνοδωμάτιο του παιδιού, καθιερωμένοι περιορισμοί για τον χρόνο μπροστά στην οθόνη, και κανόνες για τον οικογενειακό χρόνο μπροστά στην οθόνη</p>
<p>θέσπιση στόχων</p>	<p>Βοηθήστε τις οικογένειες να θεσπίσουν βραχυπρόθεσμους στόχους για συμπεριφορική αλλαγή και μακροπρόθεσμους στόχους για αλλαγή του βάρους Για την ενίσχυση της κινητοποίησης, οι στόχοι θα πρέπει να είναι προκλητικοί (challenging), αλλά επιτεύξιμοι Οι στόχοι θα πρέπει να καθορίζονται από τον ασθενή κι όχι από το σύμβουλο. Επιτρέψτε στο παιδί και στην οικογένεια να επιλέξουν από ένα σύνολο πιθανών στόχων Περιορίστε τους νέους στόχους σε 1-2 κάθε φορά Ο γονιός μπορεί να θεσπίσει δικούς του στόχους για τη δική του συμπεριφορά προκειμένου να βοηθήσει το παιδί στην απώλεια βάρους Οι συμπεριφορικοί στόχοι θα πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, σαφείς και να υπόκειται σε προσωπική παρακολούθηση (π.χ. αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, δεν μπορείς να το αλλάξεις)</p>	<p><i>ατομικοί στόχοι για το παιδί</i> Δεν θα πίνω ροφήματα με ζάχαρη Δεν θα τρώω πάνω από 1 γεύμα γρήγορου φαγητού/εβδομάδα Το απόγευμα θα τρώω φρέσκα φρούτα και λαχανικά Θα παρακολουθώ τηλεόραση και θα παίζω ηλεκτρονικά παιχνίδια για λιγότερο από 7 ώρες/εβδομάδα και μόνο μετά το βραδινό κι αφού έχω τελειώσει το διάβασμα <i>ατομικοί στόχοι για τον γονέα</i> Θα επιβραβεύω το παιδί μου κάθε ημέρα που επιτυγχάνει ένα στόχο Θα κοιτάζω τις καταγραφές της συμπεριφοράς με το παιδί μου για 30 min κάθε βράδι Θα περπατώ με το παιδί μου στο σχολείο τουλάχιστον 3ημέρες/εβδομάδα <i>οικογενειακοί περιβαλλοντικοί στόχοι</i> Στο σπίτι δεν θα υπάρχουν ροφήματα με ζάχαρη για 14 ημέρες Θα βγαίνουμε για φαγητό 1 βράδι/εβδομάδα Όλα τα γεύματα θα σερβίρονται στην κουζίνα, άμεσα στα πιάτα Φρούτα και λαχανικά θα είναι διαθέσιμα στο σπίτι καθημερινά Η τηλεόραση θα απομακρυνθεί από το δωμάτιο του παιδιού Θα τρώμε γεύματα χωρίς να βλέπουμε τηλεόραση</p>

Πίνακας 21 (συνέχεια)

στρατηγική	γενικές αρχές	παραδείγματα
<p>επιβράβευση επιτυχών συμπεριφορικών αλλαγών</p>	<p>Θετικές κι αρνητικές αντιδράσεις (επιβράβευση κι αποδοκιμασία) θα πρέπει να συνδέονται με συγκεκριμένες συμπεριφορές</p> <p>Η επιβράβευση θα πρέπει να δίνεται όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την ολοκλήρωση του συμπεριφορικού στόχου</p> <p>Οι επιβραβεύσεις θα πρέπει να είναι συχνές, ενώ το παιδί μαθαίνει μια νέα συμπεριφορά και λιγότερο συχνές καθώς η συμπεριφορά εγκαθιδρύεται</p> <p>Μικτά μηνύματα θα πρέπει να αποφεύγονται, οι επιβραβεύσεις κι οι αποδοκιμασίες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται συνεχώς, κι οι επιβραβεύσεις δε θα πρέπει να δίνονται αν ο στόχος δεν έχει επιτευχθεί</p> <p>Η σημασία της επιβράβευσης, η αξία της ή και τα δυο θα πρέπει να είναι ανάλογες της σημασίας της επιτεύξιμης συμπεριφοράς. Μεγάλες ή πολύ μεγάλης αξίας επιβραβεύσεις μπορεί να έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα</p> <p>Η συχνή και συγκεκριμένη χρήση του επαίνου κι η παροχή προσοχής θα πρέπει να ενθαρρύνονται, επειδή αυτές μπορεί να είναι σημαντικές επιβραβεύσεις για τα παιδιά</p> <p>Οι γονείς θα πρέπει να χρησιμοποιούν επιβραβεύσεις, που είναι πρόθυμοι να παρέχουν, αν ο στόχος επιτευχθεί, και να αποσύρουν, αν ο στόχος δεν επιτευχθεί</p> <p>Η "αμοιβαία σύμβαση", στην οποία οι γονείς επιβραβεύουν τα παιδιά για την επίτευξη του στόχου τους και τα παιδιά επιβραβεύουν τους γονείς για την επίτευξη των δικών τους στόχων, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη</p>	<p><i>έπαινος και προσοχή</i></p> <p>Ο έπαινος συνδυασμένος με μια συγκεκριμένη συμπεριφορά είναι καλύτερος από ένα μη συγκεκριμένο έπαινο: "είμαι υπερήφανη που έφαγες τα καρότα αντί για τα τσιπς στο σνακ σου" είναι καλύτερο από το "είσαι πολύ καλό παιδί"</p> <p><i>Προτεινόμενες επιβραβεύσεις</i></p> <p>Δραστηριότητες που το παιδί κι οι γονείς τους αρέσει να κάνουν μαζί</p> <p>Δραστηριότητες που σχετίζονται με τους στόχους, όπως μια εκδρομή ή αγορά αθλητικών παπουτσιών ή του κατάλληλου εξοπλισμού για την πραγματοποίηση μιας φυσικής δραστηριότητας</p> <p>Έξτρα προνόμια, όπως ιδιαίτερος χρόνος μαζί με τον γονιό</p> <p><i>Επιβραβεύσεις που θα πρέπει να αποφεύγονται</i></p> <p>Τρόφιμα (ιδιαίτερα γλυκά ή τρόφιμα υψηλής θερμιδικής αξίας, που είναι περιορισμένα στη διαίτα)</p> <p>Χρήματα ή αγαθά με συγκεκριμένη αξία (αυτά συχνά οδηγούν σε διαπραγματεύσεις και προσδοκίες για μεγαλύτερης αξίας επιβραβεύσεις με την πάροδο του χρόνου)</p> <p>Ακριβά υλικά αγαθά</p> <p>Αγαθά άσχετα με τους στόχους</p>
<p>επίλυση προβλημάτων</p>	<p>Επαναληπτικοί κύκλοι θα πρέπει να εγκαθιδρυθούν για τον προσδιορισμό των εμποδίων στην επιτυχία, των πιθανών λύσεων για την αντιμετώπιση των εμποδίων και το σχεδιασμό πλάνων για την εφαρμογή των πιθανών λύσεων, και την παρακολούθηση της επιτυχίας τους</p> <p>Με βοήθεια, τα παιδιά κι οι οικογένειες τους μπορούν να προσδιορίσουν τα πιο σημαντικά εμπόδια και να βρουν δικές τους στρατηγικές για την αντιμετώπιση τους</p>	<p><i>κοινά εμπόδια που απαιτούν την επίλυση προβλημάτων</i></p> <p>Αντίσταση στην αλλαγή ή σαμποτάζ από άλλα μέλη της οικογένειας</p> <p>Έκφραση αγάπης εκ μέρους της οικογένειας μέσω της μαγειρικής ή του φαγητού</p> <p>Πρόσληψη γευμάτων έξω από το σπίτι ή σε άλλα σπίτια</p> <p>Πάρτι και γιορτές που περιλαμβάνουν φαγητά (πχ πάρτι γενεθλίων)</p> <p>Πρόσληψη τροφής για την αντιμετώπιση του άγχους και του στρες</p> <p>Δυσκολίες στη μεταφορά</p> <p>Μειωμένες ευκαιρίες για φυσική δραστηριότητα</p> <p>Ο σύμβουλος και το παιδί ή η οικογένεια έχουν διαφορετικές ιδέες σχετικά με το ποιές αλλαγές είναι πιο σημαντικές</p>
<p>γονεϊκές ικανότητες</p>	<p>Επιτακτική παρά αυταρχική ανατροφή</p> <p>Υποστήριξη της αυτονομίας του παιδιού και της πεποίθησης του για αλλαγή</p> <p>Πρότυπα των επιθυμητών αλλαγών</p> <p>Παρακολούθηση κι επιθεώρηση της συμπεριφοράς του παιδιού</p> <p>Σαφής επικοινωνία των προσδοκιών και των συνεπειών</p> <p>Χρήση επαίνου, επιβραβεύσεων κι απόδοση προσοχής για την αποτελεσματική ενίσχυση των επιθυμητών συμπεριφορών</p> <p>Κατάλληλη θέσπιση των περιορισμών</p>	<p>Θέσπιση οικογενειακών κανόνων και διατήρηση ενός νοικοκυριού που είναι σύμφωνο με υγιείς συμπεριφορές</p> <p>Οι γονείς επιλέγουν τί θα είναι διαθέσιμο για κατανάλωση, αλλά τα παιδιά επιλέγουν αν θα φάνε ένα τρόφιμο και πόσο</p> <p>Η θέσπιση περιορισμών είναι προς το συμφέρον της υγείας των παιδιών</p> <p>Οι γονείς θέτουν τους δικούς τους στόχους και παρακολουθούν τη δική τους συμπεριφορά</p> <p>Οι γονείς αποτελούν πρότυπα για την επιτυχή συμπεριφορική αλλαγή καθώς και των τρόπων αντιμετώπισης των μη επιτυχημένων προσπαθειών για την αλλαγή της συμπεριφορά</p> <p>Οι επιβραβεύσεις χορηγούνται μόνο όταν κερδίζονται</p> <p>Οι γονείς συναντιούνται καθημερινά με το παιδί για την ανασκόπηση των συμπεριφορών της ημέρας, δείχνουν ενδιαφέρον για την πρόοδο του, και παρέχουν μια τακτική ευκαιρία για τον έπαινο της επιτυχίας</p>

Για να βοηθηθεί ο διαιτολόγος στην προώθηση αλλαγών στη διατροφική συμπεριφορά που θα διατηρηθούν στο πέρασμα του χρόνου, τα επιθυμητά αποτελέσματα για το παιδί/έφηβο και τον ρόλο της οικογένειας προσδιορίζονται στον πίνακα 22 (19).

Πίνακας 22. Επιθυμητά αποτελέσματα για το παιδί/έφηβο και τον ρόλο της οικογένειας (19).

Παιδί/Εφηβος		
Εκπαίδευση/στάση	Συμπεριφορά	Υγεία
Κατανοεί ότι η υγιεινή διατροφή κι η τακτική φυσική δραστηριότητα είναι σημαντικά στην αύξηση, την ανάπτυξη και την υγεία Κατανοεί τη σημασία της κατανάλωσης ποικιλίας υγιεινών τροφίμων και πως να αυξήσει την ποικιλία τροφίμων Κατανοεί τη σημασία μιας υγιεινής διαίτας να αποτελείται από 3 γεύματα/ημέρα και σνακ Κατανοεί τα σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά οφέλη της τακτικής φυσικής δραστηριότητας και πώς να αυξήσει το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας Κατανοεί ότι οι άνθρωποι έχουν το δικό τους μοναδικό σωματικό μέγεθος και σχήμα, μέσα σε ένα εύρος υγιεινού σωματικού βάρους Κατανοεί τις ασφαλείς μεθόδους για την επίτευξη και τη διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους, κι αναγνωρίζει τους κινδύνους των μη ασφαλών μεθόδων απώλειας βάρους (έφηβοι)	Καταναλώνει ποικιλία υγιεινών τροφίμων Κάνει υγιεινές διατροφικές επιλογές στο σπίτι κι έξω από το σπίτι Συμμετέχει σε φυσική δραστηριότητα τις περισσότερες, αν όχι όλες τις ημέρες της εβδομάδας	Διατηρεί την επιθυμητή διατροφή για την προώθηση της αύξησης και της ανάπτυξης Επιτυγχάνει καλή διατροφική και φυσική κατάσταση Επιτυγχάνει και διατηρεί ένα υγιές σωματικό βάρος και θετική εικόνα σώματος

Πίνακας 22 (συνέχεια)

Οικογένεια		
Εκπαίδευση/στάση	Συμπεριφορά	Υγεία
Κατανοεί τις σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν με την αύξηση και την ανάπτυξη Κατανοεί τη σχέση ανάμεσα στη διατροφή και την υγεία βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα Κατανοεί τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών και πώς να αυξήσει την ποικιλία των τροφών που καταναλώνονται Κατανοεί τη σημασία μιας υγιεινής διαίτας να αποτελείται από 3 γεύματα/ημέρα και σνακ Κατανοεί ότι οι άνθρωποι έχουν το δικό τους μοναδικό σωματικό μέγεθος και σχήμα, μέσα σε ένα εύρος υγιεινού σωματικού βάρους Κατανοεί τις ασφαλείς μεθόδους για την επίτευξη και τη διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους, κι αναγνωρίζει τους κινδύνους των μη ασφαλών μεθόδων απώλειας βάρους (έφηβοι)	Αποτελεί ένα θετικό πρότυπο συμπεριφοράς: έχει υγιεινή διατροφική συμπεριφορά, συμμετέχει σε τακτική φυσική δραστηριότητα και προωθεί μια θετική εικόνα σώματος Παρέχει ποικιλία υγιεινών τροφίμων στο σπίτι, περιορίζοντας τη διαθεσιμότητα τροφίμων πλούσιων σε λίπος και ζάχαρη Τακτική πρόσληψη γευμάτων με όλα τα μέλη της οικογένειας για τη βεβαίωση της επιθυμητής διατροφής και τη διευκόλυνση της οικογενειακής επικοινωνίας Παρέχει ευκαιρίες στο παιδί να συμμετέχει στο σχεδιασμό των γευμάτων και στην προετοιμασία του φαγητού Συμμετέχει σε τακτική φυσική δραστηριότητα μαζί με το παιδί	Παρέχει υγιεινά τρόφιμα κατάλληλα για την ανάπτυξη του παιδιού και τα τροποποιεί, αν είναι αναγκαίο Βοηθάει το παιδί να αποκτήσει και να διατηρήσει ένα υγιές βάρος Παρέχει ευκαιρίες κι ασφαλή μέρη για το παιδί να συμμετέχει σε φυσική δραστηριότητα

6.6 Απόψεις διαιτολόγων σχετικά με τις εμπειρίες τους στη συμβουλευτική για την αντιμετώπιση της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας

Η συχνότητα της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας έχει αυξηθεί ραγδαία τις τελευταίες δεκαετίες (8). Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν στοιχεία για την πιο αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση στην οποία θα βασιστεί η πρακτική (27,42). Τα συμπεριφορικά προγράμματα έχουν αποδειχτεί επιτυχή στις κλινικές μελέτες, αλλά αυτές οι προσεγγίσεις δεν έχουν μεταφραστεί σε ένα αποτελεσματικό πρωτόκολλο για την αντιμετώπιση της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας (44,43).

Σύγχυση φαίνεται να επικρατεί μεταξύ των διαιτολόγων σχετικά με τη σημασία και την ενσωμάτωση διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, δημιουργώντας αναπάντητα ερωτήματα για τον τρόπο που οι διαιτολόγοι αντιμετωπίζουν τις περιπτώσεις παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας στην πρακτική τους (42).

Πολύ λίγα είναι γνωστά για τις στάσεις, τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια, το επίπεδο ικανοτήτων και τις εκπαιδευτικές ανάγκες των διαιτολόγων στην αξιολόγηση και τη θεραπεία της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας (8).

Οι διαιτολόγοι που ασχολούνται με τα παιδιά φαίνεται να εξετάζουν την παιδική κι εφηβική παχυσαρκία με περισσότερο ενδιαφέρον από ότι πριν δεκαετίες (44) και να αισθάνονται ότι η παρέμβαση είναι σημαντική (8). Παρόλα αυτά, αρκετά εμπόδια παρεμβάλλονται στις θεραπευτικές προσπάθειες (8). Ανάμεσα στα πιο σημαντικά εμπόδια που αναφέρουν είναι το χαμηλό επίπεδο γνώσεων στις ικανότητες συμβουλευτικής που απαιτούνται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας (8,42,44). Η χρήση των συμπεριφορικών στρατηγικών αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, η καθοδήγηση στις τεχνικές που αφορούν τους γονείς κι η αντιμετώπιση των οικογενειακών συγκρούσεων αποτελούν τις 3 περιοχές, όπου οι διαιτολόγοι εκφράζουν χαμηλό επίπεδο γνώσεων. Σήμερα, οι διαιτολόγοι έχουν λίγες ευκαιρίες να μάθουν τις πιο πρόσφατες στρατηγικές συμβουλευτικής και τεχνικές συμπεριφορικής αντιμετώπισης για τη θεραπεία της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας. Αυτά τα θέματα σπάνια καλύπτονται στο πρόγραμμα σπουδών των διαιτολόγων και οι μεταπτυχιακές ευκαιρίες εκπαίδευσης είναι περιορισμένες. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε τοπικά και εθνικά συνέδρια κι οι επαγγελματικές οδηγίες αποτελούν τις πιο προτιμώμενες εκπαιδευτικές μεθόδους (8).

Σαφής είναι η ανάγκη για αυξημένες ευκαιρίες εκπαίδευσης στις προσεγγίσεις πρόληψης και θεραπείας (8) κι οι διαιτολόγοι εκφράζουν αυξημένο ενδιαφέρον για την εκπαίδευση στη συμβουλευτική για την αντιμετώπιση της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας (8,44). Εκπαιδευτικές προσπάθειες από τη βασική εκπαίδευση (graduate training) ως τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση θα πρέπει να επικεντρώνονται στις επιδεξιότητες συμβουλευτικής και στις συμπεριφορικές στρατηγικές για την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς και της φυσικής δραστηριότητας (8).

Πηγές:

- 1. Zeman FJ and Ney DM. Applications in medical nutrition therapy. Meril 1996**
- 2. American Dietetic Association. ADA Evidence Library. <http://www.adaevidencelibrary.com/topic.cfm?cat-2721>**
- 3. Foreyt JP and Carlos WS. The role of the behavior counselor. JADA 1998;98(sup 2):S27-30**
- 4. Faulkner P et al. Interviewing, counseling skills and strategies for behavior change. In: Nutrition and the pregnant adolescent. A practical reference guide. [http:// www.epi.umn.edu/let](http://www.epi.umn.edu/let)**
- 5. Snetselaar LG. Counseling for change. In: Maham JK and Escott-Stump S, 2004, Food and Nutrition & Diet Therapy. Ed 11, Saunders, USA**
- 6. Sigman-Grant M. Strategies for counseling adolescents. JADA 2002;102(3):S32-39**
- 7. Hipsky J and Kirk S. Healthworks! Weight management program for children and adolescents. JADA 2002;102(3):S64-68**
- 8. Story MT et al. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health professionals. Pediatrics 2002;110:210-214**
- 9. Alton I. The overweight adolescent. In: Guidelines for adolescent nutrition service. [http:// www.epi.umn.edu](http://www.epi.umn.edu)**
- 10. Kristal AR et al. How can stages of change be best used in dietary interventions? JADA 1999;99(6):679-685**
- 11. ADA Reports. Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. JADA 2006;106:925-945**
- 12. Berg-Smith SM et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. Health Education Research 1999;14(3):399-410**
- 13. Wilson GT and Sclam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. Clinical Psychology Review 2004;24:361-378**
- 14. Glanz K and Rimer B. Theory at a glance: a guide for health promotion practice, 2nd ed. National Cancer Institute. US Department of Health and Human Services. NIH Publication No 05-3896, 2005**

15. Molaison EF. Stages of change in clinical nutrition practice. *Nutr Clin Care* 2002;5(5):251-257
16. Feistein RE and Feinstein MS. Psychotherapy for health and lifestyle change. *J Clin Psychology* 2001;57:1263
17. DiGiuseppe R et al. Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology* 1996;5:85-100
18. Green GW et al. Dietary applications of the stages of change model. *JADA* 1999;99(6):673-678
19. Bright futures in practice: nutrition (2nd ed), 2002. www.brihtfutures.org/nutrition/pdf.index.html
20. Kahn RF et al. Management of pediatric overweight: a continuing education resource for physicians and nurses. Arkansas Foundation for Medical Care, 2007
http://www.afmc.org/Documents/cme/obesity/mgmt_ped_overweight.pdf
21. Resnicow K et al. Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. *Health Psychology* 2002;21(5):444-451
22. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors* 1996;21(6):835-842
23. Shinitzky HE and Kub J. The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health. *Pyblic Health Nursing* 2001;18(3):178-185
24. Glovsky ER and Rose G. Motivational interviewing-a unique approach to behavior change counseling. *Today's Dietitians* 2007;9(5):50
<http://www.todaysdietitian.com/newarchives/tdmay2007pg50.shtml>
25. Sindelar HA et al. Motivational interviewing in pediatric practice. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004;34:322-339
26. Erickson SJ et al. Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents and their parents in pediatric health care settings. A Review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;139:1172-1179
27. Stewart L et al. Dietetic management of pediatric overweight: development and description of a practical and evidence based behavioral approach. *JADA* 2005;105(11):1810-1815

28. Story M and Stang J. Chapter 8. Nutrition assessment and pregnant adolescents. In: Nutrition and the pregnant adolescent. A practical reference guide. [http:// www.epi.umn.edu/let](http://www.epi.umn.edu/let)
29. Stang J. Assessment of nutritious status and motivation to make behavior changes among adolescents. *JADA* 2002;102(3):S13-23
30. Barlow S and Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. *Pediatrics* 1998;102(3)
31. Baranowski T and Daniel SB. A cognitive model of children's reporting of food intake. *Am J Clin Nutr* 1994;59:S212-217
32. Livingstone MB and Robson PJ. Measurement of dietary intake in children. *Proc Nutr Soc* 2000;59:279-293
33. Achterberg C et al. Feasibility of telephone interviews to collect dietary recall information from children. *J Can DIET Assoc* 1991;54:226-228
34. Lytle L et al. Validation of 24hour recalls assisted by food records in third-grade children. The CATCH Collaborative Group. *JADA* 1993;93(3):412-416
35. Van Horn LV et al. Dietary assessment in children using electronic methods: telephones and tape recorders. *JADA* 1990;90:412-416
36. Sobo EJ and Rock CL. "You ate all that!?" : caretaker-child interaction during children's assisted dietary recall interviews. *Med Anthropol Q* 2001;15:222-2
37. Morrissette PJ and Taylor D. Family counseling and childhood obesity: a review of approaches. *The Family Journal: Counseling and Therapy for couples and families* 2002;10(1):19-26
38. Schwartz RP et al. Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity. A feasibility study. *Arch Pediatr Adol Med* 2007;161:495-501
39. Jonides L et al. Management of child and adolescent obesity: psychological, emotional and behavioral assessment. *Pediatrics* 2002;110:215-221
40. The Division of Nutrition and Physical Activity, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta and the Division of General Pediatrics and Stanford Prevention Research Center, Stanford University School of

- Medicine, Stanford, California. Overweight children and adolescents. *N Engl J Med* 2005;352:2100-9
41. Epstein LH and Wing RR. Behavioral treatment of childhood obesity. *Psychological Bulletin* 1987;101(3):331-342
 42. Bouttell S. British Columbia dietitian's perspectives on their experiences with weight loss counseling for children and adolescents. Results seminar. <http://www.landfood.ubc.ca>
 43. Whitlock EP et al. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2005;116:e125-144
 44. Barlow S and Dietz WH. Management of child and adolescent obesity: summary and recommendations based on reports from pediatricians, pediatric nurse practitioners, and registered dietitians. *Pediatrics* 2002;110:236-238

Επίλογος

Η θεραπεία επιλογής για την αντιμετώπιση της παιδικής κι εφηβικής παχυσαρκίας είναι η συμπεριφορική θεραπεία. Παρά την ύπαρξη πολυάριθμων κλινικών μελετών για τη συμπεριφορική προσέγγιση των παχύσαρκων παιδιών κι εφήβων, μέχρι στιγμής δεν έχει προταθεί ένα συγκεκριμένο μοντέλο παρέμβασης. Η συμπεριφορική θεραπεία για τον έλεγχο του βάρους στα παιδιά και τους εφήβους φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική, όταν η θεραπευτική προσέγγιση προσαρμόζεται στις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του κάθε παιδιού/εφήβου μεμονωμένα. Η σύγχρονη θεραπεία χρησιμοποιεί μια προσωποκεντρική προσέγγιση σε συνδυασμό με τις τεχνικές συμπεριφορικής τροποποίησης για την αύξηση και τη διατήρηση του ενδιαφέροντος των παιδιών και των εφήβων να πραγματοποιήσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους και να ελέγξουν το βάρος τους.

Για τους διαιτολόγους που επιθυμούν να εργαστούν με αυτή την ομάδα πληθυσμού, είναι απαραίτητο να αναπτύξουν ικανότητες σε πολλές περιοχές, περιλαμβάνοντας τη συμπεριφορική αντιμετώπιση και τη στοχευμένη συνέντευξη. Για την παροχή αποτελεσματικών παρεμβάσεων, οι διαιτολόγοι θα πρέπει, επίσης, να κατανοούν τις ανάγκες των παιδιών και των εφήβων σε διάφορα στάδια της σωματικής τους αύξησης και της γνωστικής και ψυχοκοινωνικής τους ανάπτυξης.

Ο μικρός αριθμός κι η παύση των μελετών που διερευνούν τα μοντέλα παρέμβασης σε ατομικό επίπεδο καθιστούν δύσκολη την εξαγωγή συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα της ατομικής συμβουλευτικής με αυτήν την ομάδα πληθυσμού. Είναι σαφές ότι η έρευνα σε αυτό το τομέα κι η ανάπτυξη μοντέλων παρεμβάσεων σε ατομικό επίπεδο για τα παιδιά και τους εφήβους είναι αναγκαίες.

Συνολικές Πηγές Πτυχιακής:

- 1. Achterberg C et al. Feasibility of telephone interviews to collect dietary recall information from children. J Can Diet Assoc 1991;54:226-228**
- 2. ADA Reports. Position of the American Dietetic Association: dietary guidance for healthy children aged 2-11 years. J Am Diet Assoc 2004;104:660-677**
- 3. ADA Reports. Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. JADA 2006;106:925-945**
- 4. Agras WS and Mascola AJ. Risk factors for childhood overweight. Curr Opin Pediatr 2005;17:648-652**
- 5. Alton L. The overweight adolescent. In: Guidelines for adolescent nutrition service. [http:// www.epi.umn.edu](http://www.epi.umn.edu)**
- 6. American Dietetic Association. ADA Evidence Library. <http://www.adaevidencelibrary.com/topic.cfm?cat-2721>**
- 7. Baker S et al. Overweight children and adolescents: a clinical report of the North American Society for pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. JPGN 2005;40:533-543**
- 8. Baranowski T and Daniel SB. A cognitive model of children's reporting of food intake. Am J Clin Nutr 1994;59:S212-217**
- 9. Barlow S and Dietz WH. Management of child and adolescent obesity: summary and recommendations based on reports from pediatricians, pediatric nurse practitioners, and registered dietitians. Pediatrics 2002;110:236-238**
- 10. Barlow S and Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. Pediatrics 1998;102(3)**
- 11. Batch JA and Baur LA. Management and prevention of obesity and its complications in children and adolescents. MJA 2005;182:130-135**
- 12. Baur LA and O'Connor J. Special considerations in childhood and adolescent obesity. Clin Dermatol 2004;22:338-344**
- 13. Beckmann H et al. Application of theory based health behavior change techniques to the prevention of obesity in children. J Pediatr Nurs 2006;21(4):266-275**

14. Berg-Smith SM et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research* 1999;14(3):399-410
15. Bier D et al. Fat intake during childhood. *Am J Clin Nutr* 2000;72(suppl):1410-3
16. Birch LL and Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998;101:539-549
17. Birch LL. Psychological influences on the childhood diet. *J Nutr* 1998;128:S407-410
18. Bosch J et al. Psychosocial characteristics of obese children/youngsters and their families: implications for preventive and curative interventions. *Patient Educ Counsel* 2004;55:353-362
19. Bouttell S. British Columbia dietitian's perspectives on their experiences with weight loss counseling for children and adolescents. Results seminar. <http://www.landfood.ubc.ca>
20. Bright futures in practice: nutrition (2nd ed), 2002. www.brihtfutures.org/nutrition/pdf.index.html
21. Calderon K et al. Obesity-related cardiovascular risk factors: intervention recommendations to decrease adolescent obesity. *J Pediatr Nurs* 2005;20(1):3-13
22. Center for clinical social work. A position statement of the center for clinical social work (2007). Practice with children and their families: a specialty of clinical social work. www.abecsw.org
23. Chesson RA et al. Counseling children with chronic physical illness. *Patient education and Counseling* 2004;55:331-338
24. Committee on Nutrition. Policy statement. American Academy of Pediatrics. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 2003;112(2):424-428
25. Contento LR, Williams SS and Franklin A.B. Understanding the food choice process of adolescents in the context of family and friends. *J Adol Health* 2006;38:575-582
26. Cooke L. The development and the modification of children's eating habits. *Nutr Bull* 2004;29:31-35
27. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. Brooks/Cloe Publishing Company 1996, USA

28. Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health. Active healthy living: prevention of childhood obesity through increased physical activity. *Pediatrics* 2006;117:1834-1842
29. Cullen KW et al. Using goal setting as a strategy for dietary behavior change. *JADA* 2001;101:562-566
30. Daniels SR et al. AHA Scientific Statement. Overweight in children and adolescents. Pathophysiology, Consequences, Prevention and Treatment. *Circulation* 2005;111:1999-2012
31. Daniels SR. Regulation of body mass and management of childhood overweight. *Pediatr Blood Cancer* 2005;44:589-594
32. Davison KK and Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev* 2001;2:159-171
33. Dietz W. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101:518-525
34. DiGiuseppe R et al. Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology* 1996;5:85-100
35. Ebbeling CB et al. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. *Lancet (The)* 2002;360:473-82
36. Eertmans A, Bayens F and Van den Bergh O. Food likes and their relative importance in human eating behavior: review and preliminary suggestions for health promotion. *Health Educ Res: theory and practice* 2001;16(4):443-456
37. Endmunds L et al. Evidence based management of childhood obesity. *BMJ* 2001;323:915-919
38. Epstein LH and Wing RR. Behavioral treatment of childhood obesity. *Perdiatrics* 1987;101(3):331-342
39. Epstein LH et al. Treatment of pediatric obesity. *Perdiatrics* 1998;101:554-570
40. Erickson SJ et al. Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents and their parents in pediatric health care settings. A Review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;139:1172-1179
41. Eyberg SM et al. Child and adolescent psychotherapy research: developmental issues. *J Abnorm Child Psychology* 1998;26(1):71-81

42. Faulkner P et al. Chapter 15. Interviewing, counselling skills and strategies for behavior change. In: Nutrition and the pregnant adolescent. A practical reference guide. [http:// www.epi.umn.edu/let](http://www.epi.umn.edu/let)
43. Feistain RE and Feinstein MS. Psychotherapy for health and lifestyle change. *J Clin Psychology* 2001;57:1263
44. Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients) 2005, <http://www.nap.edu>
45. Foreyt JP and Carlos WS. The role of the behavior counselor. *JADA* 1998;98(sup 2):S27-30
46. Foster G et al. Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr* 2005;82(suppl):230-5
47. Freedman DS et al. Body mass index and body fatness in childhood. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2005;8:618-623
48. Gahagan S. Child and adolescent obesity. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004;34:6-43
49. Glanz K and Rimer B. Theory at a glance: a guide for health promotion practice, 2nd ed. National Cancer Institute. US Department of Health and Human Services. NIH Publication No 05-3896, 2005
50. Glovsky ER and Rose G. Motivational interviewing-a unique approach to behavior change counseling. *Today's Dietitians* 2007;9(5):50 <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/tdmay2007pg50.shtml>
51. Grave J and Blissett J. Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 2004;24:399-420
52. Green GW et al. Dietary applications of the stages of change model. *JADA* 1999;99(6):673-678
53. Haire-Joshu D and Nanney MS. Prevention of overweight and obesity in children: influences on the food environment. *Diabet Educ (The)* 2002;28(3):415-423
54. Hanna KJ et al. Child problem solving competence, behavioral adjustment and adherence to lipid lowering diet. *Patient Educ Counsel* 1990;16:119-131
55. Hipsky J and Kirk S. Healthworks! Weight management program for children and adolescents. *JADA* 2002;102(3):S64-68

56. Jelalian E and Saelens BE. Empirically supported treatments in pediatric psychology: pediatric obesity. *J Pediatr Psychol* 1999;24(3):223-248
57. 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
58. Jonides L et al. Management of child and adolescent obesity: psychological, emotional and behavioral assessment. *Pediatrics* 2002;110:215-221
59. Kahn RF et al. Management of pediatric overweight: a continuing education resource for physicians and nurses. Arkansas Foundation for Medical Care, 2007 http://www.afmc.org/Documents/cme/obesity/mgmt_ped_overweight.pdf
60. Kiess W et al. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. *Obes Rev* 2001;2:29-36
61. Kirk S et al. Pediatric obesity treatment: treatment options. *J Am Assoc* 2005;105:S44-51
62. Kohl HW and Hobbs KE. Development of physical activity behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998;101:549-554
63. Kristal AR et al. How can stages of change be best used in dietary interventions? *JADA* 1999;99(6):679-685
64. Livingstone MB and Robson PJ. Measurement of dietary intake in children. *Proc Nutr Soc* 2000;59:279-293
65. Lobstein T et al. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004;5(sup 1):4-85
66. Lockyear P. Childhood eating behaviors: developmental and sociocultural considerations (2004). www.medscape.com
67. Lucas BL. Nutrition in childhood. In: Maham JK and Escott-Stump S, 2004, *Food and Nutrition & Diet Therapy*. Ed 11, Saunders, USA
68. Lytle L et al. Validation of 24hour recalls assisted by food records in third-grade children. The CATCH Collaborative Group. *JADA* 1993;93(3):412-416
69. Maffei C. Childhood obesity: the genetic-environmental interface. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism* 1999;13(1):31-46
70. Manios Y et al. Changing relationships of obesity and dyslipidemia in Greek children: 1982-2002. *Prev Med* 2005;41:846-851
71. Manios Y et al. Twenty year dynamics in adiposity and blood lipids of Greek children: regional differences in Crete persist. *Acta Paediatrica* 2005;94:859-865

72. Marcus MD et al. Cognitive Behavioral interventions in the management of severe pediatric obesity. *Cognitive and Behavioral Practice* 2003;10:147-156
73. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors* 1996;21(6):835-842
74. Molaison EF. Stages of change in clinical nutrition practice. *Nutr Clin Care* 2002;5(5):251-257
75. Morrissette PJ and Taylor D. Family counseling and childhood obesity: a review of approaches. *The Family Journal: Counseling and Therapy for couples and families* 2002;10(1):19-26
76. National Institute of Medicine. <http://www.iom.edu>
77. Nelson-Jones R. *The theory and practice of counseling psychology*. Cassell 1991
78. Neumark-Sztainer D, Story M, Pery C and Casey M. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. *J Am Diet Assoc* 1999;99:929-934, 937
79. O'Dea JA. Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2003;103:497-501
80. Patrick H and Nicklas T. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *J Am College Nutr* 2005;24(2):83-92
81. Plourde G. Preventing and managing pediatric obesity. *Can Fam Physician* 2006;52:322-328
82. Powers S et al. Behavioral and cognitive-behavioral interventions with pediatric populations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2005;10(1):65-77
83. Pressly PK and Heesacker M. The physical environment and counseling: a review of theory and research. *J Couns & Development* 2001;79:146-160
84. Prout HT and Douglas DT. *Counseling and psychotherapy with children and adolescents: theory and practice for school and clinical setting*. 4th edition 2007
85. Rennie KL et al. Behavioural determinants of obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005;19(3):343-358
86. Resnicow K et al. Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. *Health Psychology* 2002;21(5):444-451

87. Robinson TN. Behavioural treatment of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes* 1999;23(sup 2):52-57
88. Rodriguez G and Moreno LA. Is dietary intake able to explain differences in body fatness in children and adolescents? *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases* 2006;16:294-301
89. Rogol AD, Clark PA and Roemmich JN. Growth and pubertal development in children and adolescents: effects of diet and physical activity. *Am J Clin Nutr* 2000;72(sup):S521-8
90. Schwartz M and Puhl R. Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obes Rev* 2003;4:57-71
91. Schwartz RP et al. Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity. A feasibility study. *Arch Pediatr Adol Med* 2007; 161: 495-501
92. Schwarz MB and Puhl R. Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obes Rev* 2003;4:57-71
93. Shinitzky HE and Kub J. The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nursing* 2001;18(3):178-185
94. Sigman-Grant M. Strategies for counseling adolescents. *JADA* 2002;102(3):S32-39
95. Sindelar HA et al. Motivational interviewing in pediatric practice. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004;34:322-339
96. Singh M. Role of macronutrients for physical growth and mental development. *Indian J Pediatr* 2004;71:59-62
97. Snethen J et al. Effective weight loss for overweight children: a metaanalysis of intervention studies. *J Pediatr Nurs* 2006;21(1):45-5
98. Snetselaar LG. Counseling for change. In: Maham JK and Escott-Stump S, 2004, *Food and Nutrition & Diet Therapy*. Ed 11, Saunders, USA
99. Sobo EJ and Rock CL. "You ate all that!?!": caretaker-child interaction during children's assisted dietary recall interviews. *Med Anthropol Q* 2001;15:222-2
100. Spear B. Adolescence growth and development. *J Am Diet Assoc* 2002;102(3):S23-29
101. Spear BA. Nutrition in adolescence. In: Maham JK and Escott-Stump S, 2004, *Food and Nutrition & Diet Therapy*. Ed 11, Saunders, USA

102. Stang J. Assessment of nutritious status and motivation to make behavior changes among adolescents. *JADA* 2002;102(3):S13-23
103. Steinbeck K. Treatment options. *Best Practise & Research clinical Endocrinology & Metabolism* 2005;19(3):455-469
104. Stewart L et al. Dietetic management of pediatric overweight: development and description of a practical and evidence based behavioral approach. *JADA* 2005;105(11):1810-1815
105. Stormshak EA and Dishion TJ. An ecological approach to child and family clinical and counseling psychology. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2002;5(3):197-212
106. Story M and Stang J. Chapter 8. Nutrition assessment and pregnant adolescents. In: *Nutrition and the pregnant adolescent. A practical reference guide.* [http:// www.epi.umn.edu/let](http://www.epi.umn.edu/let)
107. Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc* 2002;102(3):S40-50
108. Story MT et al. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health professionals. *Pediatrics* 2002;110:210-214
109. Strauss R. Childhood obesity. *Curr Probl Pediatr* 1999;29:5-29
110. Sturdevant MS and Spear BA. Adolescent psychosocial development. *J Am Diet Assoc* 2002;102(3):S30-31
111. Taylor J, Evers S, McKenna M. Determinants of healthy eating in children and youth. *Can J Publ Health* 2005;96(sup 3):S20-25
112. The Division of Nutrition and Physical Activity, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta and the Division of General Pediatrics and Stanford Prevention Research Center, Stanford University School of Medicine, Stanford, California. Overweight children and adolescents. *N Engl J Med* 2005;352:2100-9
113. Van Horn LV et al. Dietary assessment in children using electronic methods: telephones and tape recorders. *JADA* 1990;90:412-416
114. Vega AP et al. Youth centered counseling for HIV/STI prevention and promotion of sexual reproductive health. A guide for front line providers. Pan American Health Organization/World Health Organization 2005

115. Wardle J. Symposium on 'treatment of obesity'. Understanding the aetiology of childhood obesity: implications for treatment. *Proceedings of the Nutrition Society* 2005;64:73-79
116. Westenhoefer J. Establishing dietary habits during childhood for long-term weight control. *Ann Nutr Metab* 2002;46(sup 1):18-23
117. Whitlock EP et al. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2005;116:e125-144
118. Wilborn C et al. Obesity: prevalence, theories, medical consequences, management and research directions. *J Int Soc Sports Nutr* 2005;2(2):4-31
119. Williams CL et al. Cardiovascular health in childhood: a statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the young, American Heart Association. *Circulation* 2002;106:143-160
120. Wilson GT and Sclam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review* 2004;24:361-378
121. Wing RR et al. Strategies for changing eating and exercise behavior. *Present knowledge in nutrition*, 8th edition
122. Worthington-Roberts B and Williams S. *Nutrition throughout the life cycle*. McGraw-Hill Education 2000
123. Wylie R. Obesity in childhood: an overview. *Curr Opin Pediatr* 2005;17:632-635
124. Zametkin AJ et al. Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(2):134-150
125. Zeman FJ and Ney DM. *Applications in medical nutrition therapy*. Meril 1996
126. Μαλικιώση -Λοίζου Μ. *Συμβουλευτική Ψυχολογία. Ελληνικά Γράμματα* 1996, Αθήνα
127. Νασιάκου Μ. *Η ψυχολογία σήμερα. 1. Γενική ψυχολογία. Εκδόσεις Παπαζήση* 1982, Αθήνα
128. Νασιάκου Μ. *Η ψυχολογία σήμερα. 2. Κλινική ψυχολογία. Εκδόσεις Παπαζήση* 1982, Αθήνα

129. Παρασκευόπουλος ΙΝ. Εξελικτική ψυχολογία. Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση. Τόμος 3. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών
130. Παρασκευόπουλος ΙΝ. Εξελικτική ψυχολογία. Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση. Τόμος 4. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών
131. Χαρωνιτάκη Α. Σημειώσεις μαθήματος Ζ' εξαμήνου «Συμβουλευτική και Παιδαγωγική της Διατροφής», 2007
132. Χαρωνιτάκη Α. Σημειώσεις μαθήματος «Ψυχολογία και Διατροφή». Σεπτέμβριος 2005-Ιανουάριος 2006. Ηράκλειο 2006

Διατροφική συμβουλευτική σε παχύσαρκα παιδιά κι εφήβους

Τις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους. Το γεγονός αυτό έχει προσανατολίσει το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας στην αναζήτηση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού. Πολυάριθμες μελέτες υποδηλώνουν την αναγκαιότητα ενός διαφορετικού τρόπου προσέγγισης των παιδιών από αυτόν για τους ενήλικες. Πώς μπορεί ένας διαιτολόγος να προσεγγίσει ένα παιδί/έφηβο παχύσαρκο; Επαρκούν οι επιστημονικές του γνώσεις ή θα πρέπει να αναπτύξει διαφορετικές ικανότητες για να ανταποκριθεί στις ανάγκες ενός παιδιού;

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει το ρόλο του διαιτολόγου στη συμβουλευτική προσέγγιση των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών σε ατομικό επίπεδο μέσα από την ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας και των επιστημονικών εξελίξεων στον χώρο της παιδικής παχυσαρκίας.

Η εργασία βασίστηκε κυρίως στη συλλογή πληροφοριών από επιστημονικές βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο και περιορίστηκε στη διερεύνηση του θέματος σε παιδιά ηλικίας μεγαλύτερα από 6 ετών και σε εφήβους.

Λέξεις-κλειδιά: παιδική ηλικία, εφηβική ηλικία, παιδική παχυσαρκία, συμβουλευτική, διατροφική συμβουλευτική, συμπεριφορική θεραπεία

Dietary counseling for overweight children and adolescents

Abstract

The increase in the prevalence of overweight children and adolescents is especially alarming during the last decades. Several studies show the need of a different approach of children and adolescents than that of adults. How can a dietetic professional approach an overweight child/adolescent? Is his/her scientific knowledge sufficient or should he/she have other skills in order to meet the child's/adolescent's needs?

Goal of this paper is to investigate the dietitian's role in counseling overweight children and adolescents in individual level and it is based on the review of current bibliography and scientific evidence regarding childhood obesity.

This paper is mainly based on information from Internet scientific databases and is referred to counseling children older than 6 years old.

Keys: childhood, adolescence, childhood obesity, counseling, dietary counseling, behaviour therapy

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τις καθηγήτριες κα Μαρκάκη Αναστασία και κα Χαρωνιτάκη Αικατερίνη για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.