

Psychologiczna Analiza Otyłych Dzieci i Młodzieży: Reguły

ebook.ecog-obesity.eu/pl/psychologiczna-analiza-otylych-dzieci-i-mlodziezy-reguly



Caroline Braet

Caroline Braet, Ph.D., jest profesorem na Wydziale Rozwoju, Osobowości I Socjologii na Ghent University w Belgii

Sandra Verbeken

Sandra Verbeken uzyskała tytuł Psychologa Klinicznego w lipcu 2006 na Ghent University (Ghent, Belgia).

Redakcja i tłumaczenie polskiego wydania:

Aleksandra Kędzior, Ewa Gramatyka-Drażek, prof. Artur Mazur

Szczególne podziękowania za pomoc w tłumaczeniu dla grupy studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego: Daniel Sokół, Magdalena Rajchel, Aleksandra Jeziorkowska, Julia Zarańska, Adriana Liszka, Anna Janicka, Patrycja Karnas i inni.

Wstęp

Badania wykazują, że na zachowania żywieniowe ludzi otyłych składają się różne nawyki, jak choćby spożywanie wysokokalorycznych potraw jako forma zwalczania negatywnych emocji, wymiotowanie po przejedzeniu, nocne podjadanie czy pomijanie posiłków w czasie dnia (1).

Zrozumienie i leczenie tych zachowań żywieniowych może być szczególnie trudne, gdy są one powiązane z czynnikami psychologicznymi. Wczesna ocena i rozpoczęcie leczenia tych problemów są ważne zwłaszcza u dzieci, w przeciwnym razie łatwo mogą się one przerodzić w poważne dysfunkcje, mogące znacznie utrudnić walkę z nadwagą, i których zwalczanie wymaga bardziej intensywnych i kosztownych działań (2).

W związku z powyższym, następujący rozdział ma na celu podsumowanie psychologicznych czynników leżących u źródła dziecięcej otyłości. Literatura naukowa określa kilka modeli psychologicznych, które mogą nas poprowadzić podczas psychologicznej oceny. Nie ma „teorii przewodniej”, klinicyści będą badać różne hipotezy na podstawie przypadków otyłych dzieci, które zgłoszą się po pomoc. Zachowawcze postawy, czynniki emocjonalne, mechanizmy poznawcze, osobowość i zmienne w rodzinach, będą badane by pomóc dostosować program leczenia do indywidualnych potrzeb dziecka. W istocie, zaleca się opracowanie profilu psychologicznego dla każdego otyłego dziecka wymagającego leczenia.

Zostaną przedstawione modele, czynniki psychologiczne i szczególne środki będące wykorzystane w ocenie. Ponadto przedyskutowano tu kwestie związane ze skринingiem w populacji pediatrycznej.

Modele psychologiczne

Jedzenie ograniczone lub kontrolowane

Otyłe dzieci mogą demonstrować mentalne podejścia takie jak „dietetyczne ograniczenie”, lub poznawcze pochlōnięcie restrykcjami co do swojej masy ciała, figury i do jedzenia. Nie jest to tożsame z odchudzaniem, czy faktycznym wykorzystywaniem sposobów na kontrolowanie masy ciała w celu zmniejszenia spożycia kalorii (3). Oba jednak są powszechne wśród otyłych dorosłych i dzieci (4,5).

To poznawcze pochlōnięcie jest często szkodliwe. Podczas odchudzania wewnętrzna kontrola głodu i sytości jest ignorowana na rzecz kognitywnej kontroli (przez dziecko lub przez rodziców) nad zachowaniami żywieniowymi dziecka. Kontrola kognitywna jednak okazuje się często zbyt sztywna i łatwo zostaje przerwana, jako że stanowi ostry kontrast ze zdrowym stylem życia.

Teoria Dietetycznego Ograniczenia (Dietary Restraint Theory, DRT) to model psychologiczny wyjaśniający problemy z jedzeniem po zakończeniu surowej diety. Wykazano, że kognitywna kontrola nad jedzeniem często zawodzi pod presją czy zmęczeniem, i że zwiększa to ryzyko nadmiernego jedzenia. W ten sposób, dietetyczne ograniczenie często zmienia się w napadowe zaburzenia jedzenia, które prowadzą do wzrostu masy ciała. Ten schemat jest powszechny również wśród otyłych dzieci (6). Co więcej, niepowodzenia w zachowaniu powściągliwych zachowań mogą wywoływać rozpacz, która z kolei przeradza się w jedzenie emocjonalne. Dlatego też, odkąd występowanie anomalii w zachowaniach

żywieniowych stopniowo się zwiększa, surowe odchudzanie i niektóre nastawienia żywieniowe są postrzegane jako zmienne ryzyka psychologicznego (7,8).

Podsumowując, ocena nastawień i zachowań pełnych wymagających dietetycznych ograniczeń jest bardzo ważna aby wyznaczyć właściwy tok terapii i aby ją zrozumieć. Zalecanie otyłym dzieciom ograniczenia jedzenia bez znajomości historii i nastawień ograniczających dietetycznie mogą skutkować wywołaniem radykalnej chęci odchudzania, która może doprowadzić do dowiedzionych psychologicznych efektów ubocznych i utraty kontroli nad całym procesem (9).

Jedzenie emocjonalne

Negatywne emocje wywołane wydarzeniami w życiu lub mniejszymi stresorami dnia codziennego mogą wpłynąć na nawyki żywieniowe u niektórych ludzi (10-12) zarówno podczas spożywania normalnych posiłków jak i poprzez podjadanie. Szczególnie pod wpływem łagodnego stresu, zwiększa się spożycie „żywności wygodnej” (jedzenia bogatego kalorycznie z uwagi na wysoką zawartość cukrów i tłuszczów) oraz zauważa się wystąpienie nie zrównoważonych nawyków żywieniowych u 30-43% dorosłych i młodzieży (13).

Jako że otyli młodociani doświadczają uczucia niezadowolenia ze swojego ciała, obawy dotyczące masy ciała, izolacji społecznej i niskiej samooceny (14), ich poziom stresu jest podwyższony (15). Co więcej, negatywne emocje wiążą się ze słabszymi wynikami leczenia otyłości w niektórych (16), ale nie we wszystkich (14) badaniach.

Teoria Regulowanego Afektu (Affect Regulation Theory, ART) definiuje te obserwacje jako emocjonalne jedzenie (17). W tym modelu, jedzenie przy braku uczucia głodu jest traktowane jako wysiłek w celu regulowania negatywnych emocji, gdyż jedzenie (a) zapewnia komfort w psychologicznym aspekcie, (b) zmniejsza pobudzenie w biologicznym aspekcie, (c) rozprasza ludzi od ich stanu emocjonalnego, oraz (d) przyćmiewa negatywne wzburzenie, afekt (18,19).

Podsumowując, ocena jedzenia emocjonalnego oraz odkrywanie potencjalnych czynników leżących u jego podłoża, takich jak stresory, niska samoocena, zły humor, niezadowolenie ze swojego ciała i izolacja społeczna są ważne, ponieważ może pomóc w kształtowaniu terapii. W tym kontekście powinna również być zawarta ocena jakości życia.

Jedzenie związane z układem nagrody

Otyłe dzieci mogą również wykazywać zwiększoną reakcję na jedzenie podczas braku nastawień żywieniowych lub emocji. Dla tych dzieci, widok, zapach, smak jedzenia prowadzi do reakcji automatycznej reakcji, a tym samym ignorowania uczucia sytości. Mogą być scharakteryzowane jako wysoce wrażliwe na pobudzenie ośrodka nagrody (Reward Sensitive, RS) (20).

Nawiązując do Teorii Wzmocnienia Czulości Gray'a (Reinforcement Sensitivity Theory, RST) (21), RS odzwierciedla funkcjonalne wyniki behawioralnego systemu aktywacji (Behavioral Activation System, BAS). Aktywacja BAS powoduje aktywację behawioralną oraz tendencje do dążenia do osiągnięcia

zamierzonego celu. Badania obrazowe wśród osób dorosłych wykazały silniejsze pozytywne powiązania między RS (22) a aktywacją regionów odpowiedzialnych za układ nagrody w mózgu w odpowiedzi na widok apetycznego jedzenia względem mniej atrakcyjnego jedzenia. (23). Co więcej, porównania młodocianych otyłych i młodocianych o średniej masie ciała, pokazują większą aktywację regionów odpowiedzialnych za układ nagrody w mózgu w odpowiedzi na bodziec (pokarm) (24) i w odpowiedzi na spożywanie jedzenia (25), co sugeruje, że otyłe osoby uznają smaczne jedzenie za bardziej nagradzające (26,27), w porównaniu z osobami o średniej masie ciała. Dlatego też zakładamy, że RST może tłumaczyć trzeci mechanizm leżący u podstaw zaburzeń żywienia.

Trzeba również rozpatrzyć procesy kognitywne. Model podwójnego procesu (28) zakłada, że samoregulacja decyzji czy sięgnąć po natychmiastową nagrodę i zjeść smaczne jedzenie, czy wysilić się w celu otrzymania większego zysku w przyszłości w postaci utraty masy ciała i poprawy stanu zdrowia, jest wynikiem równowagi między procesem oddolnej nagrody a aktywnym odgórnym systemem inhibicyjnej kontroli. Badania wskazują na zależności pomiędzy otyłością a ADHD u dzieci (29-32), oraz pomiędzy otyłością a innymi potencjalnie uzależniającymi zachowaniami, scharakteryzowanymi wysokim RS oraz niepełnym systemem kontroli inhibicyjnej (33,34).

Podsumowując, otyłe dzieci mogą wykazywać zwiększoną reaktywność na jedzenie, czasami uznawaną za pragnienie lub uzależnienie od nadmiernego jedzenia, nawet podczas braku dietetycznych ograniczeń czy jedzenia emocjonalnego. Takie kierowane „systemem nagród” nawyki żywieniowe mogą być rozpatrywane jako prawdopodobna trzecia ścieżka, przyczyniająca się do anomalii w zachowaniach żywieniowych. W konsekwencji, ocena RS jest znacząca, jako że może umożliwić zrozumienie zaburzeń odżywiania i terapii.

Wpływ patologii rodzinnych i współwystępujących psychopatologii

Dla większości dzieci, środowisko domowe jest głównym kontekstem socjalizacji wpływającym na ryzyko otyłości. Mimo, że dynamiczne oddziaływania między rodzicem i dzieckiem są trudne do rozwikłania, istnieją trzy alternatywne mechanizmy do rozważenia.

Po pierwsze, rodzice przekazują różne style i strategie żywieniowe swojemu potomstwu, i racjonalne jest stwierdzenie, że sposób w jaki rodzice karmią swoje dzieci może mieć wpływ na ich nawyki żywieniowe oraz masę ciała (35). Rodzice otyłych dzieci mogą doświadczyć większych trudności przy wprowadzaniu odpowiednich, codziennych zasad żywieniowych i w konsekwencji wybierają mniej odpowiednie strategie (36). Badania sugerują, że relacja rodziców o restrykcyjnym stylu karmieniu paradoksalnie jest związana ze zwiększonym BMI ich dzieci, jednak patrząc na obserwacje czasu spożywania posiłków, to właśnie brak kontroli rodzicielskiej pojawia się wśród rodzin z nadwagą (37) zamiast deklarowanego przez rodziców nadmiernego kontrolowania odżywiania dziecka. Zatem, zastanawiamy się czy rodzice są świadomi swojego stylu rodzicielstwa.

Zauważalne jest, że zarówno pozytywne zaangażowanie jak i zbyt rygorystyczne zaangażowanie rodziców może być rozważane jako dysfunkcjonalne. Od lat 70-tych, brak rodzicielskiego zaangażowania był udowodniony zarówno w ogólnym wychowaniu jak i sytuacjach żywieniowych w rodzinach z otyłością

(38). Obecność nieefektywnych zasad i dyscypliny, użycie jedzenia w celu wymuszenia zachowań dziecka, subtelne oznaki emocjonalnej przemocy, wszystkie wymienione mogą mieć niekorzystne skutki uboczne, jednak potrzebne są badania populacyjne zanim te odkrycia można będzie uogólnić.

Po drugie, wykazano, że psychiatryczne patologie u matek, a nie u ojców, były powiązane ze stopniem otyłości u ich dzieci (39).

Po trzecie, wiele z badań nad wpływami rodziny jest korelacyjne, a kierunek wpływów nie może być jednoznacznie ustalony. Jest prawdopodobne, że relacja rodzic-dziecko jest w istocie dwukierunkowa, jako że charakter dziecka również determinuje narzucane przez rodzica praktyki żywieniowe. Na przykład, niektóre dzieci mają bardziej pobudliwy lub porywczy temperament, czy też kierując swoje emocje „do wewnątrz” wykazują symptomy tj. np. niespokojne uczucia, depresyjny humor, czy uskarżają się na zaburzenia natury psychosomatycznej lub „na zewnątrz” czyli np. impulsywne zachowanie, agresja, zachowania opozycyjne (40). Można to łatwo określić za pomocą skal służących do samooceny lub za pomocą raportu rodzicielskiego, jednak należy to uważnie interpretować. W badaniach nad otyłością, problemy psychologiczne i zaburzenia psychiczne zawsze były rozpatrywane jako źródło problemu (41,42).

Wychodzimy z propozycją Modelu Diatezy Stresowej (Diathesis-Stress Model, DSM), w celu zrozumienia oddziaływań między dziecięcymi cechami a środowiskiem, aby wyjaśnić psychiczne problemy dzieci z otyłością. Bycie dzieckiem z nadwagą w środowisku, które promuje szczupłą sylwetkę jako ideał, może prowadzić do negatywnego odbierania przez otoczenie, niskiej samooceny, a to może prowadzić do powstania zranienia (diatezy), czyniącej to dziecko bardziej wrażliwym w momencie, kiedy napotyka ono stresory (43). Nawijając do naszego spojrzenia na psychopatologię, „hipoteza ducha czasów” (44) (scharakteryzowana jako ideał szczupłej sylwetki i silne oczekiwania od wszystkich dzieci w szkołach i podczas społecznych występów) przewiduje ogólne zwiększenie częstości psychologicznych problemów u osób z nadwagą.

Dążąc do konkluzji, otyłość w dzieciństwie może znacząco obrazować problemy rodzinne, lecz należy uważać z osądem, ponieważ rodzice wydają się nie być wystarczająco świadomi ich stylu wychowania, a także niektóre dzieci mogą być trudniejsze do edukowania. W konsekwencji, również osobowościowe cechy u dzieci, zarówno jeśli chodzi o uwewnętrznione jak i o uzewnętrznione symptomy, powinny zostać poddane analizie.

Psychologiczna analiza młodocianych z otyłością

Zidentyfikowane zmienne psychologiczne mogą poprowadzić do bardziej dokładnych, pediatrycznych ocen. W piśmie zawierającym stanowisko ECOG (Europejskiej Grupy do spraw Dziecięcej Otyłości) „Psychologiczne podejście do zachowań żywieniowych otyłych dzieci” (45), rekomendowana jest wieloetapowa procedura analizy, którą przedstawiamy tutaj.

Po pierwsze, różne prawdopodobne psychologiczne modele (M) mogą zostać sprawdzone podczas krótkiego wywiadu.

M1. Czy dziecko jest zadręczane ograniczaniem jedzenia, ograniczeniami

postaw dietetycznych lub poważnymi obawami dotyczącymi masy ciała i sylwetki?

M2. Czy dziecko zgłasza jedzenie emocjonalne?

M3. Czy dziecko wykazuje wysoką wrażliwość na nagradzanie (ogólnie lub specyficznie pod kątem jedzenia), niską zdolność do pohamowań, lub czy zgłasza uzależnienie od jedzenia?

M4. Czy istnieją w rodzinie problemy związane z wychowaniem dziecka? Lub czy dziecko przejawia uwewnętrznione albo uzewnętrznione problemy?

Jeśli jedna lub więcej odpowiedzi jest twierdząca, musimy założyć występowanie psychologicznych problemów, i wskazana jest dalsza analiza. Co do analizy psychopatologicznej, zaleca się użycie strategii wieloetapowej. (46). Takie podejście przewiduje przeprowadzenie badania przesiewowego, aby wybrać poszczególne przypadki do dalszej analizy. W przypadku, gdy obserwacja czy wywiad nie są ani wystarczająco miarodajnymi, ani opłacalnymi metodami (47), zaleca się wykorzystanie ankiet w celu identyfikacji psychicznych problemów u dzieci i nastolatków, przez sprawozdanie rodzicielskie (w każdym wieku) lub sprawozdania dziecka (powyżej 8 lat). Zaleca się również użycia metod przesiewowych odpowiednich do wieku, aby zweryfikować odpowiedzi dzieci na pytania zadawane podczas wywiadu. Aby zinterpretować wynik instrumentu przesiewowego i ocenić funkcjonowanie dziecka, klinicyści muszą porównać wynik surowy dziecka z normami próby kontrolnej używając percentyli lub T-scores. Również cut-points (wartości progowe/graniczne) mogą zostać użyte, aby zidentyfikować dzieci z grupy ryzyka. Dla tych uczestników z wyraźnym wynikiem progowym, przewiduje się kolejny raz przeprowadzenie ankiety oraz rozbudowany wywiad.

Ogólnie rzecz ujmując, zaleca się użycie wiarygodnych, właściwych metod przesiewowych oraz, jeśli możliwe, badania polegającego na ocenie wieloźródłowej, analizie spojrzenia zarówno dziecka jak i rodzica. Poniższa tabela zestawia listę instrumentów uznanych za wiarygodne, właściwe i dostępne do badania poszczególnych modeli. Można korzystać z różnorodnych ankiet psychologicznych (każda po 10 minut), zadań (każde po 20 minut) oraz wywiadów (45 minut każdy) (zobacz Tabelę 1). Dostępne są różne wersje, niektóre do wypełnienia przez dziecko, niektóre przez rodziców oraz niektóre zarówno dla rodziców jak i dzieci. Musimy uznać, że niektóre z tych środków mogą zostać wykorzystane jedynie przez psychologów (w wywiadach), jednak ankiety mogą zostać ocenione (automatycznie), podsumowane oraz posortowane. Dla uzyskania jak najpełniejszego obrazu sytuacji, istnieją różne opcje dla każdej hipotezy (zobacz Tabelę 1).

Tabela 1. Subskale do badania czynników psychicznych istotnych w ocenie otyłości dziecięcej.

Podskale oceniące model psychologiczny	M1 Oporność na dięte	M2 Jedzenie emocjonalne	M3 Pobudliwość na bodźce pokarmowe	M4 Patologia rodzinna	Zaburzenia psychiczne
<i>Parent+child</i>					
DEBQ*	x	X	x		
CBCL*		X			x
<i>Child measures</i>					
EDE-Q*	X				

Cheat*	X				
EDI*	X				
BIS/BAS*			X		
SPPC*		X			X
CDI*		X			X
EDE	x				
KID-SCID		x			x
STROOP			x		
<i>Parental measures</i>					
CFQ*				X	
Parental rejection *				X	

Legenda: *kwestionariusz

Optymalna procedura badawcza

Badanie różnych modeli psychologicznych zawartych w jednym kwestionariuszu

Aby procedura badania była wydajna ekonomicznie i aby zminimalizować obciążenie wynikające z długotrwałej oceny w ramach konsultacji pediatrycznej, mogą być stosowane krótkie kwestionariusze. Ponadto, jeden kwestionariusz dla dziecka i jeden dla rodzica mogą być często podawane w celu zbadania różnych modeli psychologicznych. Do tego zadania połączenie na przykład DEBQ (wersji dziecięcej) z CBCL (wersją rodzicielską) jest najbardziej efektywne, ponieważ może pomóc w testowaniu 4-5 modeli jednocześnie. Dzieci obciążone ryzykiem można zidentyfikować przy użyciu punktów odcięcia, w oparciu o normy z próby kontrolnej. Będzie to zawsze interpretowane z ostrożnością, ponieważ narzędzia do badań ujawniają istotne fałszywie pozytywne jak i fałszywie negatywne wyniki. Tak więc, jeśli środki są dostępne, należy podwójnie sprawdzić perspektywę dziecka poprzez wywiad lub obserwację.

Uwagi dotyczące skierowania do specjalisty i znaczenia dobrej komunikacji

W niektórych przypadkach może być istotne, aby rozważyć skierowanie do odpowiedniego wykwalifikowanego psychologa dziecięcego w celu uzyskania bardziej dogłębnej oceny i leczenia. Na przykład, gdy w początkowej ocenie rozpoznano zaburzone odżywianie lub wydaje się, że występują problemy po stronie dziecka lub w środowisku domowym, które mogą utrudniać postęp w terapii oraz gdy oceniający klinicysta nie czuje się odpowiednio wykwalifikowany. Pierwsza konsultacja może również rozpoznać przypadki, w których rodzice powinni zostać skierowani do specjalistów w celu dodatkowej oceny i wsparcia dla siebie (np. w celu nabycia umiejętności radzenia sobie ze stresem, umiejętności pomocnych w wychowywaniu dzieci, uzależnieniem od substancji, depresją itp.).

Ponieważ rodzice często nie są świadomi znaczenia zdrowia psychicznego dla ogólnego zdrowia ich dziecka, mogą niechętnie odpowiadać na pytania dotyczące tych problemów. Lekarz musi koniecznie przezwyciężyć ten początkowy opór, zwracając się do dziecka i rodziny w odpowiedni sposób, przyjazny

dla dziecka i poprosić o pozwolenie na skupienie się również na tych domenach. Jego zdolność do otwartej komunikacji i współczucia buduje zaufanie i jest niezbędna, aby uzyskać dokładny wgląd w życie dziecka i rodziny. Stwarzanie środowiska wsparcia i zrozumienia jest ważne, aby uniknąć stygmatyzacji lub dyskryminacji dziecka i rodziny.

Sytuacje wymagające szczególnej uwagi

Jeśli wstępne badanie wskazuje na problemy, które mogą budzić obawy co do bezpieczeństwa dziecka (przemoc emocjonalna, przemoc fizyczna, poważne zastraszanie), zaleca się natychmiastowe powiadomienie odpowiednich służb. Ponadto, jeżeli dziecko przybiera lub traci znacząco na masie ciała w okresie sześciu miesięcy, skierowanie do odpowiednich służb także jest wskazane.

Dyskusja

Musimy mieć świadomość, że niektóre dzieci otyłe mogą być w pełni "psychicznie zdrowe" bez żadnych uzależnień lub zaburzeń odżywiania i mieć dobrą jakość życia, preferując zdrowe odżywianie i wysoką wewnętrzną motywację do aktywności fizycznej. Nowy paradygmat „Health @ any size” musi być oceniany jako opcja dla niektórych, ale nie wszystkich dzieci. Musimy jednak mieć świadomość, że modele psychologiczne proponują hipotezy, które mogą być (lub nie) istotne dla konkretnego dziecka. Jak wskazano powyżej, nie zbadano jeszcze wszystkich naukowych kwestii, leżących u podstaw mechanizmów, a niektóre modele mają więcej dowodów niż inne. W przyszłości należy zbadać, czy należy rozdzielić / zróżnicować podtypy behawioralne zgodnie z różnymi podstawowymi modelami psychologicznymi.

Wreszcie, modele psychologiczne muszą brać pod uwagę to, że żyjemy w toksycznym środowisku, które może wpływać na dziecko na poziomie makro, poza wpływem psychologicznym. Dlatego proces oceny powinien również uwzględniać rolę przyjaciół, szkoły, sąsiedztwa i mediów.

Bibliografia

1. Schlundt DG, Taylor D, Hill JO, Sbrocco T, Pope-Cordle J, Kasser T, et al. A behavioral taxonomy of obese female participants in a weight-loss program. *Am J Clin Nutr.* 1991 May;53(5):1151-8.
2. Costello EJ, Angold A. Developmental psychopathology and public health: past, present, and future. *Dev Psychopathol.* 2000 Autumn;12(4):599-618.
3. Claus L, Braet C, Decaluwe V. Dieting history in obese youngsters with and without disordered eating. *Int J Eat Disord.* 2006 Dec;39(8):721-8.
4. Decaluwe V, Braet C, Fairburn CG. Binge eating in obese children and adolescents. *Int J Eat Disord.* 2003 Jan;33(1):78-84.
5. Howard CE, Porzelius LK. The role of dieting in binge eating disorder: etiology and treatment implications. *Clin Psychol Rev.* 1999 Jan;19(1):25-44.
6. Stice E, Presnell K, Groesz L, Shaw H. Effects of a weight maintenance diet on bulimic symptoms in adolescent girls: an experimental test of the dietary restraint theory. *Health Psychol.* 2005 Jul;24(4):402-12.
7. Hill AJ, Robinson A. Dieting concerns have a functional effect on the behaviour of nine-year-old girls. *Br J Clin Psychol.* 1991;30 (Pt 3):265-7.
8. Wardle J, Marsland L, Sheikh Y, Quinn M, Fedoroff I, Ogden J. Eating style and eating behaviour in adolescents. *Appetite.* 1992;18(3):167-83
9. Herman CP, Olmsted MP, Polivy J. Obesity, externality, and susceptibility to social influence: an integrated analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1983 Oct;45(4):926-34.
10. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite.* 2008 Jan;50(1):1-11.
11. d'Autume C, Musher-Eizenman D, Marinier E, Viarme F, Frelut ML, Isnard P. [Eating behaviors and emotional symptoms in childhood obesity: a cross-sectional exploratory study using selfreport questionnaires in 63 children and adolescents]. *Arch Pediatr.* 2012 Aug;19(8):803-10.
12. Isnard P, Quantin L, Cortese S, Falissard B, Musher-Eizenman D, Guedeney A, et al. Bulimic behaviours and psychopathology in obese adolescents and in their parents. *Int J Pediatr Obes.* 2010 Dec;5(6):474-82.
13. Nguyen-Rodriguez ST, Chou CP, Unger JB, Spruijt-Metz D. BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eat Behav* 2008; 9: 238-246.
14. Braet C. Patient characteristics as predictors of weight loss after an obesity treatment for children. *Obesity (Silver Spring).* 2006 Jan;14(1):148-55.
15. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychol.* 2002 Mar;21(2):131-8.

16. Epstein LH, Wisniewski L, Weng R. Child and parent psychological problems influence child weight control. *Obes Res.* 1994 Nov;2(6):509-15.
17. Burton P, Smit HJ, Lightowler HJ. The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite.* 2007 Jul;49(1):191-7.
18. Macht M, Haupt C, Ellgring H. The perceived function of eating is changed during examination stress: a field study. *Eat Behav.* 2005 Feb;6(2):109-12.
19. Macht M, Simons G. Emotions and eating in everyday life. *Appetite.* 2000 Aug;35(1):65-71.
20. Carnell S, Gibson C, Benson L, Ochner CN, Geliebter A. Neuroimaging and obesity: current knowledge and future directions. *Obes Rev.* 2012 Jan;13(1):43-56.
21. Gray, J. A. *Elements of a two-process theory of learning.* Oxford, England: Academic Press.1975
22. Carver, C. S., & White, T. L. Behavioral-inhibition, behavioural activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994;67:319-333.
23. Beaver JD, Lawrence AD, van Ditzhuijzen J, Davis MH, Woods A, Calder AJ. Individual differences in reward drive predict neural responses to images of food. *J Neurosci* 2006; 26: 5160-5166.
24. Bruce AS, Holsen LM, Chambers RJ, Martin LE, Brooks WM, Zarccone JR, et al. Obese children show hyperactivation to food pictures in brain networks linked to motivation, reward and cognitive control. *Int J Obes (Lond).* 2010 Oct;34(10):1494-500.
25. Stice E, Spoor S, Bohon C, Small DM. Relation between obesity and blunted striatal response to food is moderated by TaqIA A1 allele. *Science.* 2008 Oct 17;322(5900):449-52.
26. McGloin AF, Livingstone MB, Greene LC, Webb SE, Gibson JM, Jebb SA, et al. Energy and fat intake in obese and lean children at varying risk of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002 Feb;26(2):200-7.
27. Rissanen A, Hakala P, Lissner L, Mattlar CE, Koskenvuo M, Ronnema T. Acquired preference especially for dietary fat and obesity: a study of weight-discordant monozygotic twin pairs. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002 Jul;26(7):973-7.
28. Appelhans BM. Neurobehavioral inhibition of reward-driven feeding: Implications for dieting and obesity. *Obes.* 2009, 17: 640-647.
29. Agranat-Meged AN, Deitcher C, Goldzweig G, Leibenson L, Stein M, Galili-Weisstub E. Childhood obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: a newly described comorbidity in obese hospitalized children. *Int J Eat Disord.* 2005 May;37(4):357-9.
30. Cortese S, Angriman M, Maffei C, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M, et al. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2008 Jun;48(6):524-37.

31. Cortese S, Bernardina BD, Mouren MC. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and binge eating. *Nutr Rev*. 2007 Sep;65(9):404-11.
32. Cortese S, Isnard P, Frelut ML, Michel G, Quantin L, Guedeney A, et al. Association between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimic behaviors in a clinical sample of severely obese adolescents. *Int J Obes (Lond)*. 2007 Feb;31(2):340-6.
33. Dawe S, Loxton NJ. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2004 May;28(3):343-51.
34. Volkow ND, O'Brien CP. Issues for DSM-V: should obesity be included as a brain disorder? *Am J Psychiatry*. 2007 May;164(5):708-10.
35. Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev* 2004; 62: 39-50.
36. Constanzo PR WE. Domain specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity-proneness. . *J Clin Psychol* 1984;3: 425-45.
37. Moens E, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y. Unfavourable family characteristics and their associations with childhood obesity: a cross-sectional study. *Eur Eat Disord Rev* 2009; 17: 315-323.
38. Bruch, H. (1975). Obesity and anorexia-nervosa – psychosocial aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9, 159-161.
39. Favaro A, Santonastaso P. Effects of parents' psychological characteristics and eating behavior on childhood obesity and dietary compliance. *J Psychosom Res*. 1995 Feb;39(2):145-51.
40. Braet C, Claus L, Verbeken S, Van Vlierberghe L. Impulsivity in overweight children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Dec;16(8):473-83.
41. Britz B, Siegfried W, Ziegler A, Lamertz C, Herpertz-Dahlmann BM, Remschmidt H, et al. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000 Dec;24(12):1707-14.
42. Zametkin AJ, Zoon CK, Klein HW, Munson S. Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Feb;43(2):134-50.
43. Mustillo S, Worthman C, Erkanli A, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics*. 2003 Apr;111(4 Pt 1):851-9.
44. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*. 2001 Dec;9(12):788-805.
45. Braet, C. The psychological approach of the eating behaviour of children who are obese. An ECOG position paper, ECOG group (2014).
46. Kendall, P. C., Cantwell, D. P., & Kazdin, A. E. Depression in children and adolescents – assessment issues and recommendations. *Cognitive Therapy and Research*. 1989;13(2), 109-146.

47. Jensen, A. L., & Weisz, J. R. (2002). Assessing match and mismatch between practitioner-generated and standardized interview-generated diagnoses for clinic-referred children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 158-168.
48. Miller WC, Jacob AV. Health at any size paradigm for obesity treatment: The scientific evidence. *Obes Rev 2001;2:37 – 45*

~ O autorach ~

Caroline Breat



Profesor na Wydziale Rozwoju, Osobowości i Socjologii na Uniwersytecie w Ghent w Belgii.

Domeną jej badań i tematem prowadzonych przez nią wykładów jest psychopatologia rozwojowa. Ponadto pracuje także jako osoba nadzorująca pracę wielu klinik. Caroline Breat utrzymała tytuł doktorski w 1993 na Uniwersytecie w Ghent, ze specjalnością w badaniu aspektów psychologicznych otyłości dziecięcej.

Jest autorką i współautorką ponad 100 publikacji naukowych.

Sandra Verbeken



Sandra Verbeken zdobyła w lipcu 2006 tytuł Psychologa Klinicznego na Uniwersytecie w Ghent (Ghent, Belgia). Od października 2006 do Listopada 2012 pracowała jako doktorantka na Wydziale Rozwoju, Osobowości i Socjologii (Katedra Psychologii i Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet w Ghent). W Listopadzie 2012 obroniła pracę doktorską „Opieranie się pokusie jedzenia : Wpływ kontekstu, impulsywność i radzenie sobie z nią” (promotorem był Prof. Dr. Caroline Breat, badania ufundowane przez Special Research Funds, Uniwersytet w Ghent).

Od grudnia 2012 pracuje jako naukowiec na tym samym wydziale nad projektem Strategic Basic Research zatytułowanym „Satysfakcjonujące zdrowe wybory żywieniowe”. Obok swojej pracy badawczej prowadzi praktykę kursy dla studentów psychologii na temat oceny i terapii otyłości i ADHD oraz jako psycholog kliniczny jest również członkinią Child Mental Health Centre na Uniwersytecie w Ghent.

~ **Jak korzystać z tego artykułu** ~

Możesz **używać, udostępniać i kopiować te treści**, cytując ten artykuł w następujący sposób:

C. Breat, S. Verbeken. Psychologiczna Analiza Otyłych Dzieci i Młodzieży: Reguły. The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Źródło: ebook.ecog-obesity.eu

Upewnij się również, że podczas korzystania z tej treści masz **odpowiedni kredyt**. Odwiedź ebook.ecog-obesity.eu/terms-use/summary/, aby uzyskać więcej informacji.

~ **Słowo końcowe** ~

Dziękuję Ci za przeczytanie tego artykułu.

Jeśli uważasz, że ten artykuł jest wartościowy, udostępnij go komuś, kto może być nim zainteresowany.

Odwiedź także ebook.ecog-obesity.eu, aby przeczytać i pobrać więcej informacji związanych z otyłością dziecięcą.