Paweł Izdebski, Anna Rucińska-Niesyn

Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny

Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji nr 4, 149-159

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

PAWEŁ IZDEBSKI
ANNA RUCIŃSKA-NIESYN
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny

Streszczenie: W pracy przedstawiono psychospołeczne uwarunkowania otyłości u dzieci. Zwrócono uwagę zwłaszcza na rodzinne uwarunkowania tego zjawiska. Rolę rodziny i jej wpływ na powstawanie dziecięcej otyłości zaprezentowano w perspektywie głównych koncepcji psychologicznych: behawioralnej, poznawczej, psychoanalitycznej, psychosomatycznej i systemowej.

Słowa kluczowe: otyłość, dzieci, rodzinne i psychospołeczne uwarunkowania otyłości.

Wstęp

Otyłość, którą jeszcze nie tak dawno postrzegano jako problem populacji amerykańskiej, stała się obecnie epidemią zagrażającą Europie, w tym Polsce. Analizując badania na temat otyłości z ostatnich 10 lat, można stwierdzić, że jest ona poważnym problemem zdrowotnym i społecznym ludzkości. Szczególnie niebezpieczne rozmiary osiąga w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Liczba przypadków otyłości wśród dzieci alarmująco wzrasta we wszystkich grupach wiekowych.

Według raportu Międzynarodowej Organizacji do spraw Walki z Otyłością (International Obesity Task Force 2004) 155 milionów dzieci w wieku szkolnym ma nadwagę lub otyłość. Wśród nich 30–45 milionów to otyłe dzieci i młodzież w wieku od 5–17 lat a 22 miliony to otyłe dzieci w wieku poniżej 5 lat (IOTF 2004). Spośród 75 milionów dzieci w Unii Europejskiej u 22 milionów (29%) stwierdza się nadwagę, a 5,1 miliona (6,8%) cierpi na otyłość.

Badania przeprowadzone w grupie polskich dzieci w wieku od 7–9 roku życia dowodzą, że nadmiar masy ciała występuje u 15,8% dziewcząt i 15% chłopców, z czego otyłych jest 3,7% dziewcząt i 3,6% chłopców (Małecka-Tendera i in.

2005). Inne polskie badania (Jodkowska i in., 2007) prowadzone w grupie adolescentów wskazują, że nadmiar masy ciała u młodzieży w wieku od 13–15 lat wynosi 13,3% (14,9% u dziewcząt, 11,6% u chłopców). Nadwaga występuje u 9% badanych, zaś otyłość dotyczy około 4,5 % badanej młodzieży.

Rosnący problem otyłości u dzieci, obserwowane poważne fizyczne i psychiczne jej konsekwencje zmuszają specjalistów do poszukiwania źródeł otyłości dziecięcej.

Niniejsza praca ma na celu scharakteryzowanie psychospołecznych aspektów dziecięcej otyłości, ze szczególnym uwzględnieniem roli rodziny. Przed przedstawieniem tej kwestii konieczne jest wprowadzenie w podstawowe zagadnienia medyczne związane z otyłością dziecięcą.

Definicja, klasyfikacje i etiologia otyłości

Literatura medyczna definiuje otyłość jako ogólnoustrojową, przewlekłą chorobę metaboliczną, wynikającą z zaburzenia równowagi między poborem i wydatkowaniem energii, objawiającą się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej w organizmie. W miarę nasilania się tego procesu oraz w miarę upływu czasu pojawiają się patologie i dysfunkcje dotyczące wszystkich układów i narządów (Tatoń, Czech, Bernas 2007). Inna definicja (WHO 2006) określa otyłość jako stan patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, powodujący pogorszenie stanu zdrowia lub stwarzający ryzyko dla pogorszenia zdrowia.

Występowanie nadwagi i otyłości jest powszechnie oceniane za pomocą wskaźnika wagowo-wzrostowego BMI (Body Mass Index) zwanego również wskaźnikiem Queteleta (Quetelet Index), który uzyskuje się, dzieląc masę ciała (wyrażoną w kilogramach) przez wzrost do kwadratu (wyrażony w metrach).

Postacią otyłości, która najczęściej występuje u dzieci i młodzieży jest otyłość prosta, zwana także samoistną, pierwotną lub alimentacyjną. Jest ona spowodowana źle zbilansowaną dietą oraz ograniczeniem wysiłku fizycznego i stanowi około 90% przypadków otyłości u dzieci. Bardzo rzadkie u dzieci są przypadki otyłości spowodowanej chorobami endokrynologicznymi (niedoczynność tarczycy, choroba i zespół Cushinga, rzekoma niedoczynność przytarczyc, somatotropinowa niedoczynność przysadki, zespół policystycznych jajników) lub genetycznymi (zespół Turnera, Klinefeltera, Willi-Pradera, Lawrence-Moon-Biedla) (Oświęcimska 2009).

Otyłość pociąga za sobą konsekwencje zdrowotne, społeczne i psychologiczne. Literatura medyczna (Małecka-Tendera 2001) wskazuje na liczne przykłady patologii rozwoju dzieci z otyłością prostą, podkreślając zwłaszcza problem podwyższonego ciśnienia krwi u dzieci otyłych, zaburzenia gospodarki węglowodanowej (prowadzące do cukrzycy), zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższenie cholesterolu całkowitego i trójglicerydów we krwi), problemy

kostno-stawowe, wzrastającą podatność na schorzenia układu oddechowego czy przyspieszenie dojrzewania. Istotne są także poważne konsekwencje psychospołeczne otyłości dziecięcej.

Jak wynika z badań, otyłe dzieci posiadają poczucie małej atrakcyjności fizycznej, negatywnie oceniają swój wygląd, czują się nieakceptowane przez rówieśników (Oblacińska, Tabak 2006). Poczucie dezaprobaty ze strony otoczenia, prowadzi u nich do stanów smutku i depresji, a w konsekwencji również do braku wiary we własne możliwości (Tabak 2007). Powyższe wnioski potwierdzają badania przeprowadzone wśród 413 koreańskich dzieci ze szkół podstawowych. Dotyczyły one zależności pomiędzy otyłością a dobrym samopoczuciem psychicznym dzieci. Naukowcy wykazali w nich, że otyłość wiązała się z niezadowoleniem z ciała prowadząc do niskiego poczucia własnej wartości dzieci oraz do objawów depresyjnych (Shin 2008).

Negatywne są również postawy społeczeństwa wobec dzieci otyłych. Są one posądzane o lenistwo, niską inteligencję, skłonność do kłamstwa. W literaturze przedmiotu mówi się nawet o społecznym napiętnowaniu otyłych dzieci (Puhl, Latner 2007).

Uświadomienie sobie powagi psychicznych i fizycznych konsekwencji otyłości skłania do pytania o jej źródła i uwarunkowania. Pośród badaczy problemu nie brak dylematów odnośnie uwarunkowań otyłości dziecięcej. Jedni uważają, że jest ona zdeterminowana genetycznie, inni, że powstaje w wyniku oddziaływania środowiska, a jeszcze inne stanowiska mówią o oddziaływaniu obydwu tych czynników (Jablow 2000).

Otyłość dzieci jest bardzo często cechą rodzinną. Jak zauważają specjaliści, otyłe dziecko zgłoszone do leczenia czy terapii przychodzi na nią z otyłą matką, ojcem, a często i z otyłym rodzeństwem. Badania potwierdzają tezę, że otyłość rodziców stanowi czynnik ryzyka dla rozwoju otyłości u dziecka (Agras i in. 2004).

Duży wpływ na rozwój otyłości u dziecka może mieć również funkcjonowanie psychologiczne jego rodziny.

Należy tutaj zaznaczyć, że rodzinne uwarunkowania otyłości dziecięcej od niedawna znajdują się w sferze zainteresowań badaczy i praktyków. Problematyka otyłości znalazła swoje miejsce w badaniach psychologicznych stosunkowo niedawno. Istnieje dość duża liczba literatury charakteryzującej psychologiczne aspekty zaburzeń jedzenia i wciąż jeszcze niezbyt liczne są publikacje dotyczące psychologicznych uwarunkowań otyłości.

Rodzinne uwarunkowania otyłości dziecięcej w perspektywie psychologicznej

Przechodząc do omówienia rodzinnych uwarunkowań otyłości dziecięcej, warto odnieść się do psychologicznych koncepcji, wyjaśniających mechanizmy

zachowań człowieka i opisujących powstawanie i rozwój nadmiernej masy ciała (Radoszewska 1993, 2003). Perspektywa psychologiczna, jaką stanowić będą teorie: behawioralna, poznawcza, psychoanalityczna, psychosomatyczna i systemowa, posłuży usystematyzowaniu omawianych zagadnień.

Koncepcja behawioralna, opierająca się na teorii uczenia, podkreśla brak równowagi między energią pobieraną przez jednostkę a energią przez nią zużywaną. Podejście to jest bliskie medycznemu ujęciu otyłości, w którym jest ona traktowana wyłącznie jako element biologicznego funkcjonowania człowieka, niezależny od jego życia psychicznego. Ważną rolę w objadaniu się odgrywać będą w tym nurcie procesy warunkowania klasycznego i instrumentalnego, a główną determinantę otyłości stanowić będą czynniki biologiczne i środowiskowe. Wpływ na powstawanie otyłości mają tu zwłaszcza zachowania żywieniowe rodziny (np. jedzenie większych ilości pokarmu, niż się potrzebuje, brak ustalonych pór posiłków, jedzenie między posiłkami, jedzenie wysokokalorycznych dań) oraz styl życia rodziny, wpływający na aktywność fizyczną dziecka (mała aktywność fizyczna, spędzanie czasu przed telewizorem, przy komputerze). Związek pomiędzy ilością czasu poświęconą przez dzieci na oglądanie telewizji o ich skłonnością do nadwagi i otyłości wykazał w badaniach Danner (2008).

Jak wynika z badań, dużą negatywną rolę w niezdrowej dziecięcej diecie, prowadzącej w efekcie do otyłości, odgrywają rozbudowany marketing i reklama słodkich i tłustych produktów przeznaczonych dla najmłodszego klienta (Hoek, Gendall 2006). Praktyka pokazuje, że działania marketingowe w tym względzie odnoszą spore sukcesy, bowiem podatne na nie są nie tylko dzieci, ale i ich rodzice. Inne australijskie badania rodzicielskiej świadomości pokazują, iż rodzice są dalecy od krytycznego spojrzenia na telewizyjne reklamy żywności dla dzieci, jak również nie wyrażają silnego poparcia dla rygorystycznych ograniczeń tych reklam (Morley i in. 2008).

Bardzo ważne jest nie tylko dbanie o prawidłowe wzorce żywienia i aktywności dziecka, ale również o prawidłowy przyrost masy ciała w okresie ciąży. Naukowcy wykazali, badając 1044 ciężarne kobiety, a następnie ich dzieci po okresie 3 lat od urodzenia, że nadmierny przyrost masy ciała w czasie ciąży jest ściśle związany ze wzrostem ilości tkanki tłuszczowej dziecka, wzrostem wartości ciśnienia tętniczego dzieci w wieku 3 lat oraz wzrostem ryzyka nadwagi u dziecka (Oken i in. 2007).

Uważa się również, że dłuższy czas karmienia piersią (co najmniej 16 tygodni) wiąże się z niższym ryzykiem nadwagi u dzieci, w porównaniu z dziećmi karmionymi sztucznie. Należy zaznaczyć, że dane autorów w tej kwestii są niespójne (Scholtens i in. 2008).

Większość najnowszych, światowych badań nad otyłością dziecięcą i jej uwarunkowaniami prowadzonych jest właśnie w modelu behawioralnym i skupia się na poszukiwaniu rozmaitych czynników biologicznych czy środowiskowych nadmiaru masy ciała u dzieci. Psychologom od dawna wiadomo, iż otyłość nie

jest wyłącznie sprawą pożywienia i stylu życia, lecz nierozerwalnie wiąże się z czynnikami natury psychologicznej.

Pewne rozszerzenie i uzupełnienie behawioralnego ujęcia problemu otyłości stanowi koncepcja poznawcza.

W **teoriach poznawczych** otyłość jest traktowana jako rezultat niepowodzenia w działaniu mechanizmów kontroli jednostki. Mowa tu zarówno o kontroli na poziomie behawioralnym (zachowań żywieniowych), jak i kontroli na poziomie psychicznym, tj. wyobrażeń i myśli związanych z jedzeniem (Radoszewska 1993). Główną rolę w nabywaniu, podtrzymywaniu czy eliminowaniu zachowań związanych z jedzeniem nurt ten przypisuje roli myślenia, przekonań i wyobrażeń. Problematyka kontroli pojawia się w pracach wielu psychologów o orientacji poznawczej, dotyczących otyłości (Behnet 1986; Israel 1990; Zimand 1990; za: Radoszewska 1993).

U wielu osób z nadmierną masą ciała stwierdza się dominację zewnętrznego poczucia kontroli oraz brak zdolności do sprawowania kontroli. Jak zauważa Radoszewska (1993), zdolność do sprawowania kontroli kształtuje się w toku rozwoju i jej brak może być zdeterminowany przez niektóre postawy rodzicielskie. Nadmiernie kontrolujący rodzice mogą przyczynić się do braku zdolności kontroli u dziecka. Kiedy kontrola jest sprawowana przez rodziców, dziecko nie jest w stanie doświadczyć własnej, samodzielnej kontroli, nie rozwija swoich możliwości w tym zakresie. Niektórzy psycholodzy twierdzą, że zaburzenia równowagi pomiędzy samokontrolą dziecka, a kontrolą zewnętrzną rodziców są typowym „układem sił" w rodzinie dziecka otyłego.

Badano relacje pomiędzy umiejscowieniem kontroli u dziesięcioletnich dzieci a ich zachowaniami zdrowotnymi, między innymi związanymi z nadwagą i otyłością w wieku 30 lat. Wyniki badań pokazały, iż mężczyźni i kobiety z bardziej wewnętrznie umiejscowionym poczuciem kontroli w dzieciństwie, mieli mniejsze ryzyko nadwagi i otyłości w dorosłości (Gale, Batty, Deary 2008).

Naturalne mechanizmy kontroli dziecka są przełamywane przez zachowania rodzica, który na siłę stara się zmusić je do przyjęcia pokarmu, bo wie lepiej, że dziecko jeść powinno dużo. W konsekwencji takiego postępowania rodzica dziecko prezentuje bierną postawę i nie jest zainteresowane podjęciem aktywnych działań w kierunku uzyskania prawidłowej masy ciała. Rodzice często nie rozumieją prawidłowości rozwojowych swojego dziecka. W ciągu pierwszego roku życia jego waga powinna się potroić, po czym przybieranie na wadze ulega na jakiś czas zahamowaniu. Słabnący w tym wieku apetyt dziecka jest normalną oznaką spadającego tempa rozwoju. Jeżeli matka, nie rozumiejąc prawidłowości rozwojowych dziecka, wpycha jedzenie do jego buzi, nalegając by jadło, staje się zewnętrznym regulatorem sytości. Utrwalenie takich zwyczajów spowoduje u dziecka spore zaburzenia w rozumieniu sygnałów wysyłanych przez jego organizm. Wiele programów terapeutycznych otyłości podkreśla dużą rolę działań zmierzających do odbudowania wewnętrznego poczucia kontroli u dziecka,

jako jednego z warunków powodzenia terapii. Sukcesem terapii jest nauczenie się na nowo rozpoznawać samodzielnie przez dziecko sygnały wysyłane przez organizm. Wraz z przejęciem władzy nad sobą wzrasta motywacja i samoocena dziecka.

Potwierdzają to badania Hilde Bruch z Baylor College of Medicine, pionierki badań nad zaburzeniami w przyjmowaniu pokarmu. Zauważyła ona, że rodzice dzieci cierpiących na anoreksję i bardzo otyłych wykazują często postawę nadmiernej troskliwości lub skłonności do dominowania, skutkiem czego dziecko nie ma możliwości samodzielnego regulowania ilości zjadanego pożywienia (Jablow 2000). Wielu anorektyków i otyłych młodych ludzi często po latach przekonywało się, że ich wewnętrzny mechanizm kontrolowania i regulowania ilości przyjmowanego jedzenia został im odebrany, co stało się jedną z przyczyn późniejszych zaburzeń.

W teoriach poznawczych analizowano także zależności związane z wytworzonym pod wpływem rodzicielskim schematów poznawczych dotyczących obrazu ciała. To rodzina jako podstawowe środowisko dziecka decyduje, które ze schematów poznawczych dotyczących obrazu własnego ciała będą akceptowane przez dziecko. To podejście, zgodnie z wiedzą autorów, nie było dotychczas wykorzystywane w analizach uwarunkowań rodzinnych otyłości u dzieci.

Jak wskazuje literatura przedmiotu, w powstawaniu i utrzymywaniu się otyłości dziecięcej zaangażowane są również relacje emocjonalne dziecka. Na ten czynnik zwracają uwagę teorie psychoanalityczne.

Nurt psychoanalityczny nie traktuje otyłości jako oddzielnego zaburzenia, lecz jako niespecyficzny objaw występujący w zespole innych symptomów, generalnie traktowany jako forma obrony. Otyłość może być przejawem niepowodzenia w działaniu mechanizmów obronnych ego lub efektem występowania patologicznej reakcji obronnej. Model ten podkreśla determinującą funkcję mechanizmów obronnych w powstawaniu otyłości. Psychoanalitycy zwracają uwagę na specyfikę relacji zachodzących w rodzinie dziecka otyłego, czyniąc otyłość rezultatem relacji rodzic-rodzic i rodzice-dziecko (Radoszewska 1993).

Zgodnie z tym ujęciem jedzenie może kompensować przeżywane przez dziecko trudności i niepowodzenia, pomagać zaspokoić potrzeby w sytuacji dyskomfortu emocjonalnego (np. w sytuacji, gdy czuje się ono niekochane czy nieakceptowane). Utrzymująca się otyłość dziecka może być też przejawem odwrócenia uwagi od innych rodzinnych problemów czy konfliktów, poprzez koncentrację na „bezpiecznym temacie" otyłości (Tabak 2007).

Karmienie również dla rodzica może pełnić funkcję kompensacyjną. Rodzic karmi dziecko, bo nie jest w stanie zaspokoić innych jego potrzeb, a dając mu jedzenie, zmniejsza własne poczucie winy. Z drugiej strony otyłość dziecka może wiązać się z poczuciem wstydu i rodzicielskiej bezradności i być postrzegana jako widoczny objaw zaniedbania i braku zaangażowania w relacje z dzieckiem (Radoszewska 2003).

Ryzykiem dla otyłości dziecka mogą być także pewne formy więzi z rodzicami, pewne zachowania rodziców wobec dziecka. Sześcioletnie, amerykańskie badania dotyczące sytuacji rodzinnej i wagi ciała 6378 nastolatków ujawniły, że dziewczynki, które wysoko oceniały opiekę i troskę ze strony rodziców oraz miały wyższą samoocenę, rzadziej miały nadmierną wagę po osiągnięciu dorosłości. Chłopcy natomiast, którzy spostrzegali rodziców jako kontrolujących ich dietę i wykazujących silną bliskość, po upływie 6 lat ujawniali ryzyko do nadmiernego przyrostu wagi (Crossman, Sullivan, Benin 2006).

Otyłość u dziecka może stanowić somatyczne odzwierciedlenie niepowodzenia w funkcjonowaniu jego mechanizmów psychicznych.

Nurt psychosomatyczny prezentuje wiele hipotez dotyczących mechanizmów powstawania otyłości stanowiących próbę odpowiedzi na pytanie o znaczenie doświadczanego przez otyłych głodu, czynności jedzenia, tworzenia tkanki tłuszczowej. Badacze opierający się na tym modelu stworzyli hipotezę istnienia „fałszywego głodu", który stanowi wyuczoną reakcję na stres. Osoba, która spostrzega zagrożenie, myli niebezpieczeństwo z głodem, redukując napięcie poprzez jedzenie, w efekcie tyjąc.

W jednej z teorii psychosomatycznych uznaje się, że otyłość jest efektem nieadekwatnego interpretowania przez rodziców płaczu dziecka. Rodzice interpretują płacz dziecka, będący efektem przeżywanych przez nie emocji, jako wynik głodu. W konsekwencji, ilekroć dziecko znajdzie się w sytuacji dyskomfortu emocjonalnego, poszukuje jedzenia, jako gratyfikacji swoich potrzeb (Andrews, Jones 1990, za: Ogińska-Bulik 2004). Inne badania w tym nurcie przekonują, że jedzenie może być sposobem uniknięcia zagrożenia czy stanowić czynnik odwracający uwagę od bodźca awersyjnego. Większość badań w tym podejściu odwołuje się do teorii społecznego uczenia się.

Ujęcie społeczne, próbując zdefiniować otyłość, uznaje, że stanowi ona cechę (właściwość) przypisywaną jednostce przez inne osoby. Zainteresowania badaczy problematyki otyłości w tym nurcie koncentrują się wokół zagadnień spostrzegania osób otyłych, postaw, stereotypów i konsekwencji ich negatywnego spostrzegania.

Wydaje się, że rodzina stanowi dla dziecka najbliższe otoczenie, które powinno zauważyć nadmierny przyrost masy ciała dziecka. Niestety, jak pokazuje praktyka, wielu rodziców nie potrafi wychwycić nadwagi u dziecka, zanim ona osiągnie znaczące rozmiary. Systematyczny przegląd 23 badań dotyczących rozpoznawania przez rodziców nadwagi u swoich dzieci wskazuje, że ponad połowa z pytanych około 3800 rodziców nie potrafiła rozpoznać nadwagi u swojego dziecka, mimo że wskazywały na nią normy medyczne (Parry i in. 2008).

Często spotkać się można z postawą bagatelizowania przez rodziców problemu dziecięcej nadwagi: („w tym wieku, to normalne", „ona po prostu dobrze wygląda", „jeszcze z tego wyrośnie", „nasz kuzyn też był gruby w dzieciństwie, a teraz jaki jest szczupły", „u nas w rodzinie wszyscy są tacy"). Dziecko przejmuje ten sposób myślenia rodziców. Jeśli w rodzinie istnieje zaburzona norma „dobrego"

wyglądu, to dziecko bardzo długo może nie zauważać u siebie nadmiaru masy ciała. Jeżeli na dodatek otyli są również rodzice dziecka, to dla niego być otyłym oznacza też być lojalnym wobec rodziców, identyfikować się z nimi. Jak zauważają Doherty i Harkway (1990, za: Radoszewska 2000), jeżeli w rodzinie otyli są rodzice, „bycie otyłym" oznacza przynależność do rodziny, lojalność wobec niej. Utrata wagi przez dziecko może być odbierana jako przejaw separacji czy braku lojalności wobec rodziny.

Poszukując rodzinnych uwarunkowań dziecięcej otyłości nie można pominąć ujęcia systemowego. **Teoria systemów** zakłada, że zachowanie człowieka może być zrozumiane tylko w kontekście środowiska społecznego, w jakim on aktualnie żyje; tylko w kontekście systemu, którego jest częścią (Czabała 2002). System to zbiór elementów pozostających we wzajemnych relacjach, które stanowią o jego naturze i specyfice. Relacje są wyznaczone przez role pełnione w obrębie systemu i zasady, które określają sposób pełnienia tych ról. Role i zasady organizują system, stanowiąc jego strukturę. Podstawową energią, która utrzymuje systemy w działaniu są procesy porozumiewania się wewnątrz systemu i systemu z otoczeniem zewnętrznym.

Koncepcje systemowe, wyjaśniając zaburzenia psychiczne, znajdują wyraz przede wszystkim w teoriach dotyczących funkcjonowania rodziny i w formie terapii rodzin. Koncepcje systemowe traktują rodzinę nie jako sumę indywidualności mniej lub bardziej autonomicznych, ale jako system funkcjonujący i realizujący własne prawa, gdzie jednostki integrują się i działają wspólnie.

W modelu systemowym tzw. „rodzina otyła", uchodząc w otoczeniu za harmonijną, w rzeczywistości ukrywa wewnętrzną dysfunkcjonalność (Brytek-Matera 2008). Rodzice są niestali emocjonalnie, mogą wykorzystywać potomstwo do zaspokojenia własnych potrzeb. Dziecko często jest zobowiązane łagodzić przepaść pomiędzy matką a ojcem. Poprzez nadopiekuńczość rodzice ograniczają relacje dziecka z otoczeniem, zniekształcają prawdziwy obraz rzeczywistości, hamując w efekcie jego rozwój. Otyłość dziecka jest tu traktowana jako symptom psychosomatyczny, w którym znajdują ujście konflikty emocjonalne rodziny. Najczęściej to dziecko właśnie jest „delegowane" do choroby. Dzięki temu rodzina może uzyskać opiekę specjalistyczną, nie musząc ujawniać zasadniczego problemu. Otyłość dziecka odgrywa jeszcze inną ważną rolę, np. zmniejsza siłę konfliktów i sprzyja homeostazie rodziny.

Rodzina, w której dziecko bądź osoba dorosła ma problem z otyłością określana jest w literaturze jako tzw. „rodzina psychosomatyczna". Charakterystyczne dla funkcjonowania takiej rodziny są jej silne granice wewnętrzne (sprawy jednego z członków dotyczą całego systemu, a nie jednostki, ochrona najbliższych przed światem zewnętrznym, nieumiejętność rozróżnienia własnego ja od nie-ja), nadopiekuńczość w stosunku do dziecka (brak autonomii), sztywność reakcji między członkami rodziny (każda zmiana, np. fizyczna, przybranie bądź utrata wagi może zagrozić równowadze rodziny) oraz nieumiejętność rozwiązywania problemów.

Zakończenie

Rodzina, będąc pierwszym, najważniejszym środowiskiem życia dziecka wpływa na kształtowanie jego zachowań związanych z jedzeniem. Jest miejscem, w którym dziecko uczy się zdrowych lub niezdrowych zachowań żywieniowych, kształtuje mechanizmy mniej lub bardziej udanej kontroli tych zachowań, kształtuje własne myśli, przekonania, wyobrażenia dotyczące jedzenia. Wyniki jednego z najnowszych badań przeprowadzonego w Nowej Zelandii (Duncan i in. 2008) oceniającego czynniki wpływające na otyłość u dzieci wskazują na trzy istotne czynniki związane ze stylem życia dzieci otyłych. Były to: niska aktywność fizyczna oraz niewystarczająca ilość snu. To rodzina decyduje o stylu życia dziecka i kształtuje jego zdrowie fizyczne.

Zaprezentowane w niniejszej pracy rodzinne uwarunkowania otyłości nie miały na celu demonizowania roli rodziny w tym względzie ani czynienia jej winną otyłości dziecka. Obecnie nie budzi wątpliwości fakt, że otyłość jest uwarunkowana wieloczynnikowo. Chodzi nam raczej o zwrócenie uwagi na rolę rodzinnych czynników i ich znaczenie w utrwalaniu u dziecka pewnych zachowań prowadzących do otyłości.

Podkreślanie rodzinnego aspektu uwarunkowań otyłości dziecięcej może mieć ogromne znaczenie dla podejmowania działań praktycznej pomocy otyłemu dziecku. Od dawna wiadomo, że praca psychologiczna z dzieckiem to również praca z jego rodziną. Otyłość nie stanowi wyłącznie zaburzenia somatycznego, stąd też wprowadzanie coraz powszechniej form psychologicznej pomocy otyłemu dziecku. Należy zwrócić uwagę na fakt, że opieką psychologiczną powinno być objęte nie tylko chore dziecko, ale również jego rodzina. Chodzi tu o aktywne włączenie rodziców jako partnerów do pomocy dziecku poprzez znalezienie dla nich znaczącej roli w motywowaniu dziecka do podejmowania działań zmierzających do redukcji masy ciała. Proces ten dokona się szybciej wtedy, a może wyłącznie wtedy, kiedy specjaliści, a w końcu i sami rodzice, uświadomią sobie możliwe „psychologiczne pułapki" występujące w konkretnej rodzinie czy też w konkretnej relacji rodzic-dziecko. Dostrzeżenie rodzinnych uwarunkowań problemu dziecięcej otyłości przez specjalistów, spowoduje, mamy nadzieję, stworzenie możliwości psychologicznej pomocy całej rodzinie.

Literatura

- Agras W. S., Hammer L.D., McNicholas F., Kraemer H.C. (2004), *Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9.5 years*. "The Journal of Pediatric", Nr 145.
- Brytek-Matera A. (2008), *Obraz ciała-obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.

- Crossman A., Sullivan A.D., Benin M. (2006), *The family environment and American adolescents' risk of obesity as young adults*. "Social Science&Medicine", Nr 63.
- Czabała J. Cz. (2002), *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Danner F.W. (2008), *A national longitudinal study of the association between hours of TV viewing and the trajectory of BMI growth among US children*. "Journal of Pediatric Psychology", Nr 33.
- Duncan J. S., Schoefield G., Duncan E. K., Rush E. C. (2008), *Risk factors for excess body fatness in New Zealand children*. "Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition", Nr 17.
- Gale C. R., Batty G. D., Deary I. J. (2008), *Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: the 1970 British Cohort Study*. "Psychosomatic Medicine", Nr 70.
- Hoek J., Gendall P., (2006), *Advertising and obesity: a behavioral perspectiv*. "Journal Of Health Communication", Nr 11.
- *International Obesity Task Force* (2004). "Chidhood report. IASO Newsletter", Nr 6.
- Jablow M. M. (2000), *Anoreksja, bulimia, otyłość.* Gdańsk: GWP.
- Jodkowska M., Tabak I., Oblacińska A.(2007), *Ocena częstości występowania nadwagi i otyłości u młodzieży w wieku 13–15 lat w Polsce przy zastosowaniu trzech różnych narzędzi badawczych*. „Przegląd Epidemiologiczny", Nr 61.
- Łuszczyńska A.(2007), *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne.* Warszawa: PWN.
- Małecka-Tendera E.(2001), *Otyłość w wieku rozwojowym*. „Standardy Medyczne", Nr 3.
- Małecka-Tendera E., Klimek K., Matusik P., Olszanecka-Glinianowicz M., Lehingue Y. (2005), *Obesity and overweight prevalence in Polish 7–to-9–year-old children*. "Obesity Research", Nr 13.
- Morley B., Chapman K., Mehta K., King L., Swinburn B., Wakefield M. (2008), *Parental awareness and attitudes about food advertising to chidren on Australian television*. "Australian and New Zealand Journal of Public Health", Nr 32.
- Oblacińska A., Tabak I., red. (2006), *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością.* Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Ogińska-Bulik N. (2004), *Psychologia nadmiernego jedzenia*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Oken E., Taveras E. M., Kleinman K. P., Rich-Edwards J. W., Gillman M. W. (2007), *Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years*. "American Journal of Obstetrics and Gynecology", Nr 196.
- Oświęcimska J. M. (2009), *Otyłe dziecko: rozpoznawanie i postępowanie w otyłości u dzieci.* „Forum Pediatryczne" (źródło: www.forumpedaitryczne.pl)

- Parry L. L., Netuveli G., Parry J., Saxena S. (2008), *A systematic review of parental perception of overweight status in children*. "The Journal of Ambulatory Care Management", Nr 31.
- Puhl R. M., Latner J. D (2007), *Stigma, obesity, and the health of the nation's children*. "Psychological Bulletin", Nr 133.
- Radoszewska J. (1993), *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych*. „Nowiny Psychologiczne", Nr 4.
- Radoszewska J. (2000), *Jestem gruby, więc jestem*. „Nowiny Psychologiczne", Nr 1.
- Radoszewska J. (2003), *Problem otyłości w psychologii klinicznej*. „Nowiny Psychologiczne", Nr 3.
- Scholtens S., Brunekreef B., Smit H. A., Gast G-C. M., Hoekstra M. O., de Jongste J. C., Postma D. S., Gerritsen J., Seidell J. C., Wijga A. H. (2008), *Do differences in childhood diet explain the reduced overweight risk in breastfed children?* "Obesity", Nr 16.
- Shin N. Y., Shin M. S. (2008), *Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in obese Korean children*. "The Journal of Pediatrics", Nr 152.
- Tabak I. (2007), Samoocena wyglądu i masy ciała. [W:] A. Oblacińska, M. Jodkowska (red.), *Otyłość u polskich nastolatków. Epidemiologia, styl życia, samopoczucie.* Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Tatoń J., Czech A., Bernas M. (2007), *Otyłość. Zespół metaboliczny.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- World Health Organization (2006), *Obesity and overweight*. (źródło: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/).

Psychosocial determinants of childhood obesity role of the family

Summary: The article presents psychosocial determinants of obesity in children. Attention was paid especially to the family's influence on this phenomenon. The role of the family and its influence on the occurrence of children's obesity is presented in the perspective of main psychological concepts: behavioral, cognitive, psychoanalytic, psychosomatic, and system.

Keywords: obesity, children, family and psychosocial determinants of obesity.