

Występowanie depresji u młodzieży z nadwagą i otyłością

Prevalence of depression in overweight and obese adolescents

JADWIGA JOŚKO-OCHOJSKA, IWONA LIZOŃCZYK

Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Otyłość i nadwaga jest dzisiaj jednym z głównych problemów zdrowotnych wielu krajów na świecie, zaś Polska wyprzedziła pod tym względem wiele krajów europejskich. Najnowsze badania dowodzą, że problem ten dotyczy w coraz większym zakresie również dzieci i młodzieży i w tej grupie liczba osób z nadwagą lub otyłością wzrasta znacznie szybciej niż wśród dorosłych. Jest to bardzo niepokojące, gdyż występowanie tych zaburzeń w okresie młodzieńczym wiąże się zazwyczaj z utrzymywaniem ich w dorosłym życiu, zwiększając ryzyko chorób metabolicznych. Jedną z konsekwencji zdrowotnych otyłości może być depresja, zaś grupą szczególnie narażoną na współwystępowanie tych dolegliwości są nastolatki. W przypadku otyłości i towarzyszącej jej depresji, na równi z terapią ważną jest profilaktyka. O powodzeniu tych działań decyduje wsparcie środowiska, zarówno najbliższej rodziny jak i szkoły oraz grupy rówieśniczej. Szczególną rolę spełnia tu szkoła, jako miejsce szeroko zakrojonej edukacji prozdrowotnej.

Słowa kluczowe: nadwaga, otyłość, depresja, młodzież

Obesity and overweight are today one of the major health problems worldwide, while Poland is ahead of many European countries in this regard. Recent studies have shown that this problem increasingly concerns children and adolescents and the number of overweight or obese young people increases much faster than of among adults. It is very disturbing, because the incidence of these disorders in adolescence is usually associated with their aggravation in adulthood, increasing the risk of metabolic diseases. One of the health consequences of obesity may be depression and teenagers are a group particularly vulnerable to the co-occurrence of these symptoms. In the case of obesity and the accompanying depression, both treatment and prevention are important. The success of these activities is determined by the support of the environment, of immediate family, school and peer groups. A special role is played by school as a place of broad health education.

Key words: overweight, obesity, depression, adolescents

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 690-695

www.h-ph.pl

Nadesłano: 16.10.2014

Zakwalifikowano do druku: 02.11.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska
Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej, Śląski
Uniwersytet Medyczny
ul. Jordana 19, 41-808 Zabrze
tel. 32 27 22 847, e-mail: medsrod@sum.edu.pl

Wprowadzenie

W 1997 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oficjalnie ogłosiła otyłość ogólnoswiatową epidemią obejmującą dzieci i dorosłych i uznała ją za jedno z największych zagrożeń dla zdrowia ludzkości. WHO przewiduje, że w 2015 r. na świecie będzie żyło 2,3 mld osób z nadwagą, a 700 mln będzie miało otyłość. Z problemem otyłości borykają się zarówno kraje wysoko uprzemysłowione, jak i państwa o niskim dochodzie narodowym [1].

Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży

Choć w ciągu ostatnich trzech dekad otyłość wśród dorosłych na świecie wzrastała regularnie na większości kontynentów, to znamienne jest, że wśród nastolatków i młodzieży wzrastała dużo gwałtowniej [2]. Jest to alarmujące zjawisko, ponieważ otyłość w okresie adolescencji utrzymuje się u 70% osób również w okresie dorosłości [3]. Z danych opublikowanych w 2005 r. przez Haslama i Jamesa [4] wynika,

że około 10% populacji na świecie do 18 roku życia ma nadwagę lub otyłość, a amerykańskie badania prowadzone na grupie ponad 8 tysięcy dzieci i młodzieży, zakończone w 2002 r. wskazują, że nadwagę lub otyłość ma około 30% z nich [2].

Niepokój mogą budzić także dane epidemiologiczne dotyczące Polski. Problem ze „zbędnyymi kilogramami” ma coraz więcej dzieci i młodzieży. Najnowsze badania Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie [5] wykazały, że aż 28% chłopców i 22% dziewcząt w ostatnich klasach szkoły podstawowej ma nadwagę lub jest otyłych. Równie niepokojące są wyniki badań prowadzonych wśród dzieci i młodzieży w wieku 3,5-20,5 lat z Krakowa [6]. Pod względem otyłości u dzieci i młodzieży wyprzedziliśmy wiele krajów zachodnich takich, jak: Belgia, Holandia i Norwegia. Wykazało to badanie ENERGI przeprowadzone w 2010 r. w państwach europejskich [5]. Jest to niepokojące i – niestety – narastające zjawisko, o czym świadczy najnowszy raport organizacji UNICEF [7].

Jak wynika z aktualnych badań, polskie dzieci tyją najszybciej w Europie i w ciągu ostatniej dekady liczba dzieci z nadwagą podwoiła się.

Konsekwencje zdrowotne nadwagi i otyłości

Nadwaga i otyłość to nadmierna ilość tkanki tłuszczowej wywołująca przyrost masy ciała ponad wytyczone normy. Do oceny prawidłowej masy ciała służy indeks BMI (*Body Mass Index*). O nadwadze mówimy, gdy BMI jest wyższe niż 25, a o otyłości, gdy przekracza 30. Nadwaga i otyłość niosą za sobą poważne konsekwencje zdrowotne.

Znaczne zwiększenie masy ciała wpływa na pogorszenie się stanu zdrowia. Pojawiają się problemy somatyczne: niska wytrzymałość fizyczna, choroby układu krążenia, układu ruchu, układu pokarmowego, oddechowego, schorzenia endokrynologiczne, cukrzyca typu 2 i wiele innych. Bardzo poważne konsekwencje ma występowanie nadwagi i otyłości w okresie młodzieńczym, gdyż utrzymują się one zwykle również w późniejszym okresie życia, zwiększając ryzyko schorzeń metabolicznych [8-10].

U osób z nadwagą i otyłością pojawiają się także problemy w sferze psychicznej. Osoby te są często dyskryminowane, wyśmiewane, szykanowane. Problemy te mogą być przyczyną wycofywania się z aktywnego życia, unikania konfrontacji z problemami, utraty wiary we własne możliwości, niskiej samooceny. U osób borykających się z problemem otyłości często zauważamy przewrażliwienie, niepokój i wzmożone napięcie. Są one mniej odporne na stres, agresję i przemoc [11]. Jedną z konsekwencji psychicznych otyłości może być depresja.

Związek między depresją a nadwagą i otyłością

Istnieją liczne związki między zaburzeniami nastroju a zwiększeniem masy ciała. W ostatnich latach przeprowadzono zakrojone na szeroką skalę badania epidemiologiczne, obejmujące ponad 36000 osób powyżej 15 roku życia, które wskazują, że wśród osób z otyłością (BMI > 30) stwierdza się większe ryzyko występowania zaburzeń nastroju [12]. Dodatkowe analizy wskazują, że zaburzenia depresyjne w otyłości mają związek z płcią. Kobiety otyłe są bardziej narażone na depresję lub zaburzenia lękowe, niż mężczyźni.

W raporcie Stunkard, Faith i Allison [13] dotyczącym badań na temat zależności między otyłością a depresją wykazano, że niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa i zaburzenia nastroju u młodzieży związane są z większą otyłością i większym wskaźnikiem BMI w dorosłym życiu. Dodatkowo – współwystępują one częściej, jeśli otyłość jest większa.

Istnieje wiele mediatorów, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo występowania depresji, jeśli jest

się osobą otyłą, oraz otyłości, jeśli wcześniej chorowało się na depresję [14].

Pierwszym mediatorem mogą być reakcje otoczenia na nadwagę i otyłość – wspomniane już wcześniej negatywne komentarze. Prowadzone wśród osób otyłych badania dowodzą, że są one znacznie częściej w stosunku do innych przedmiotem kpin i złośliwych uwag, co z kolei może wzbudzać niezadowolenie z siebie i własnego wyglądu a także smutek i przygnębienie [14].

Drugim czynnikiem sprzyjającym pojawianiu się nastrojów depresyjnych i depresji mogą być zaburzone wzory odżywiania z pojawiającymi się epizodami objadania się przeplatanych ograniczaniem ilości spożywanych pokarmów lub brakiem regularnych posiłków [14].

Kolejnym czynnikiem mogącym zwiększać ryzyko depresji wśród osób otyłych, lub mających nadwagę, jest duża rozbieżność między idealnym a realnym obrazem ciała. Rozbieżność ta potęguje niezadowolenie z własnego wyglądu i niższą samoocenę. Wskazuje się, że zaburzenie obrazu swojego ciała może prowadzić do zaburzenia wzorów jedzenia, objadania się i w konsekwencji do nadwagi. Z kolei u wielu osób z nadwagą spotykamy się z nieadekwatnym postrzeganiem swojego ciała, co może dodatkowo nasilać, zaburzone wzory jedzenia i w efekcie prowadzić do jeszcze większego wzrostu masy ciała [14].

Również podwyższony poziom stresu może być czynnikiem sprzyjającym zarówno depresji, jak i otyłości. Wysoki poziom glikokortykosteroidów, pojawiający się w stresie, wpływa na wzrost apetytu, a przez to na ilość zjadanych pokarmów. Zmiana masy ciała, lub objadanie się, w istotny sposób może wpływać na częstsze występowanie negatywnego nastroju [15].

Występowanie depresji u młodzieży z nadwagą i otyłością

Czas adolescencji to okres ryzyka rozwoju zaburzeń jedzenia. Bardzo często towarzyszyć im mogą zaburzenia nastroju.

Pierwsze duże badanie przekrojowe dotyczące zależności między występowaniem otyłości a pojawianiem się wahań nastroju, zaburzeń lękowych i nadużywania substancji psychoaktywnych zostały przeprowadzone przez Simona i wsp. [16] na próbie 9125 osób. Badanie potwierdziło, że otyłości częściej towarzyszył ciężki epizod depresyjny, zaburzenia dwubiegunowe, napady paniki, agorafobia, natomiast rzadziej występowała skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych.

Z kolei symptomy depresyjne w młodości mogą być czynnikiem ryzyka dla otyłości w wieku późniejszym. W pracach Mooreville, Shomaker i wsp.

z 2014 r. [17] badano wpływ objawów depresyjnych na wzorce żywieniowe i nadmierny przyrost masy ciała. Nasilenie objawów depresyjnych w grupie młodzieży w wieku 12-17 lat mierzono za pomocą Skali Depresji Becka oraz badano codzienne spożycie energii. Wykazano, że wcześniejsze objawy depresyjne związane były ze znacznie większym zużyciem energii całkowitej pochodzącej z większych objętościowo posiłków i słodkich przekąsek w wieku późniejszym.

Inne badanie z 2014 r. [18] również pokazuje zależności między depresją i otyłością na początku okresu dojrzewania (do 14 lat), w okresie dojrzewania (14-20 lat) i wczesnej dorosłości (20-24 lat). Wyniki obserwacji dowodzą, że depresja i otyłość we wczesnym dojrzewaniu są ze sobą powiązane, ale nie jest to już takie oczywiste w późniejszym wieku. Wczesna depresja u młodzieży jest związana z późniejszym ryzykiem otyłości, a otyłość – szczególnie w późnej młodości – jest związana ze zwiększonym prawdopodobieństwem późniejszej depresji. Szczególnie dla dziewcząt okres dojrzewania jest okresem większego ryzyka rozwinięcia tej zależności, jednak nie jest to czynnik specyficzny tylko dla tych zaburzeń (dziewczyny częściej niż chłopcy rozwijają także inne zaburzenia psychiczne [14]). Stwierdzono m.in., że u młodych kobiet z rodzinną otyłością występują podwyższone wyniki w skalach: hipochondrii, paranoi, psychastenii i schizofrenii [19]. Potrzebne są dalsze badania nad mechanizmem tych zależności i różnic rozwojowych dla różnych płci. Niewątpliwie jednak programy prewencyjne skupiające się na wczesnych przypadkach depresji wśród młodzieży i późniejszej otyłości, szczególnie wśród kobiet, mogą pomóc w zredukowaniu ryzyka tej formy zależności.

Kolejna praca [20] miała na celu zbadanie związku między nastrojem a zdrowiem metabolicznym młodzieży. Parametry, które badano, to: BMI, procentowa zawartość tłuszczu, poziom trójglicerydów, cholesterolu całkowitego, poziom cukru, ciśnienie krwi oraz aktywność fizyczna. Wszystkie te parametry weryfikowano dwukrotnie: w wieku 7 i 16 lat. Zaobserwowano, że obniżony nastrój u zdrowych młodych ludzi związany jest z gorszym zdrowiem metabolicznym niezależnie od otyłości. Odkrycia te mogą mieć wpływ na ich zdrowie psychiczne i fizyczne, zwłaszcza biorąc pod uwagę rosnącą otyłość i ryzyko schorzeń metabolicznych.

Też o związku depresji z otyłością potwierdzają duże badania epidemiologiczne z lat 1996 i 2000-2001 prowadzone w USA [21], w których analizowano związek między masą ciała młodych kobiet i skłonnością do depresji w okresie przejścia do dorosłości. Respondenci (5234 osób) badani byli w dwóch okresach: w okresie I (z 1996 r.) byli w wieku 13-18 lat, w okresie II (rok 2000-2001) w wieku 19-25

lat. Wykazano, że uczestnicy, którzy doświadczyli znaczącego przyrostu masy ciała, zagrożeni byli wystąpieniem depresji. Zarówno młode dziewczynki, jak i młode kobiety otyłe, w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości miały mniej więcej dwa razy większe szanse wystąpienia depresji w stosunku do młodych kobiet, które nigdy nie miały nadwagi. Nadmierny przyrost masy ciała i otyłość w okresie dojrzewania są czynnikami ryzyka wystąpienia depresji w okresie późniejszym.

Utrata kontroli jedzenia u dziewcząt w okresie dojrzewania wiąże się z utratą kontroli wagi i są to ważne czynniki ryzyka zaburzeń jedzenia i otyłości. W pracy Vannucci, Shomaker i wsp. [22] oceniano u dorastających dziewcząt z utratą kontroli jedzenia takie parametry, jak: BMI, postawy żywieniowe, częstotliwość spożywania żywności typu snack oraz objawy depresyjne. Ustalono, że utrata kontroli wagi wśród dorastających dziewcząt jest bardzo rozpowszechniona i jest związana z większymi objawami psychopatologicznymi i utratą kontroli jedzenia.

O związku między podwyższonym BMI a zaburzeniami sfery psychicznej informują także Korczak, Lipman i wsp. [23]. W prospektywnym badaniu obejmującym 3294 uczestników w okresie od 1983 do 2000 r. oceniano związek między dziecięcymi i młodzieńczymi objawami depresji, nadpobudliwością psychoruchową i deficytem uwagi a wskaźnikiem BMI u tych samych osób w wieku dorosłym. Wykazano, iż objawy depresyjne, ADHD i inne zaburzenia zachowania w dzieciństwie i okresie młodzieńczym, mają wpływ na zwiększenie BMI u osób dorosłych. Wczesne rozpoznanie tych zaburzeń i odpowiednia terapia może być związana z profilaktyką późniejszej otyłości w grupie tych osób.

Nadmierne jedzenie ma wpływ na emocjonalne funkcjonowanie i późniejszą jakość życia [24]. Niepohamowany apetyt występujący u 33% badanej młodzieży związany był ze złym humorem, różnymi dolegliwościami somatycznymi, negatywną samoocena i wpływał na późniejszą jakość życia uczestników. Z drugiej strony można się zastanawiać, czy istnieje związek między otyłością i zaburzeniami depresyjnymi u młodzieży z wysokim ryzykiem depresji. W przytaczanej pracy [25] w badaniu brało udział 337 rodzin, u których w pokoleniu rodziców zdarzały się przypadki depresji. Ich potomstwo w wieku 9-19 lat było poddawane szczegółowym ocenom dotyczącym częstotliwości występowania objawów depresyjnych, spadku nastroju i wskaźnika BMI. Nie stwierdzono znaczącego związku pomiędzy podwyższonym BMI a późniejszym rozwojem depresji u potomstwa rodziców ze stwierdzoną nawracającą depresją.

Zgodnie z wynikami przeglądu systematycznego autorstwa Mc Elroy i wsp. [26] do 2003 roku przepro-

wadzano 15 badań dotyczących występowania otyłości lub nadwagi u osób z zaburzeniami nastroju. Wyniki badań prowadzonych wśród osób kwalifikujących się do specjalistycznej terapii otyłości wskazują, że średnia częstość występowania zaburzeń nastroju w tej grupie chorych wynosi 32% [27].

Również polskie badania dowodzą, że problemy emocjonalne, nieprawidłowe relacje rodzinne (rozwoły, separacje), wykorzystywanie seksualne, nieszczęścia, stresujący tryb życia z dużym obciążeniem psychicznym – np. wygórowane wymagania szkolne i rodzicielskie – kompensowane są przyjemnością, jaką jest jedzenie. Jednocześnie mogą one zaburzać prawidłowe funkcjonowanie ośrodków sytości i głodu w podwzgórzu i korze mózgowej, tym samym prowadząc do ciągłego objadania się [28].

Prewencja nadwagi i otyłości u młodzieży i mogących współistnieć z nimi zaburzeń depresyjnych

Spośród otyłych nastolatków jedynie 10% szuka jakiegokolwiek pomocy w związku z własną masą ciała [29]. Bardzo ważne jest zatem wprowadzanie programów prewencyjnych zapobiegających nadwadze i otyłości. Mają one na celu przede wszystkim zmianę nawyków żywieniowych oraz zwiększanie poziomu aktywności fizycznej u dorastającej młodzieży. Ze względu na to, iż zdecydowana większość młodzieży nie jest wystarczająco aktywna fizycznie i stosuje dietę zbyt ubogą w owoce i warzywa [30, 31], sugeruje się, aby w programach zapobiegawczych brały udział nastolatki z różnym BMI, o różnych nawykach żywieniowych i różnym poziomie aktywności fizycznej. Młodzież aktywna fizycznie i stosująca właściwą dietę może stanowić model dla innych uczestników programów [32].

Podkreśla się, że w programach promujących zdrowy tryb życia głównym celem jest przede wszystkim zmiana nawyków i stylu życia, nie zaś zmiana masy ciała [33]. Nacisk na aktywne życie, zdrowe odżywianie, przy jednoczesnej pełnej akceptacji masy ciała i wyglądu uczestników, jest główną strategią w programach prewencji i leczenia otyłości. Brak nacisku na osiągnięcie odpowiedniej masy ciała może zabezpieczać uczestników przed uczuciem niezadowolenia z własnego wyglądu, zniechęcenia do działania – i w konsekwencji może zmniejszać ryzyko występowania zaburzeń psychicznych (zaburzeń jedzenia lub nastroju) często towarzyszących otyłości i nadwadze.

Niezmiernie ważne w prewencji oraz terapii otyłości i nadwagi jest takie dopasowanie programu terapeutycznego, który uwzględnia preferencje kulturowe i rodzinne dotyczące sposobu odżywiania, czy wyboru rodzaju aktywności fizycznej. Zwiększa to istotnie szansę powodzenia programów zapobiegawczych [14].

W przeglądzie badań dotyczących profilaktyki nadwagi i otyłości u nastolatków za pomocą interwencji prowadzonych w szkole 80% analizowanych programów wykorzystywało podejście społeczno-poznawcze [34]. Polega ono na ustalaniu własnych celów, wyboru takiej aktywności przez uczestników, która jest atrakcyjna dla danej osoby, monitorowania własnego zaangażowania i zarządzania czasem oraz wzmacniania własnej skuteczności. Przykładem takiej interwencji jest program zdrowotny promujący aktywny tryb życia i spożywanie większej ilości owoców i warzyw przeznaczony dla nastolatków w wieku 11-15 lat [35]. W projekcie tym uczestniczyła młodzież mająca nadwagę, jak i nastolatki o prawidłowej masie ciała. Część z uczestników spożywała stanowczo zbyt mało owoców i warzyw, część zaś w ilości wystarczającej, czyli przynajmniej 5 razy dziennie. Taki szeroki i różnorodny dobór uczestników sprawił, że program z jednej strony pełnił funkcję terapeutyczną, z drugiej zaś – funkcję prewencyjną, utrwalającą korzystne dla zdrowia nawyki i zapobiegającą nawrotom zachowań niekorzystnych zarówno dla masy ciała, jak i zdrowia. Godne podkreślenia jest, że w projekcie tym uczono nastolatków nagradzania za pożądaną aktywność, wprowadzania zmian w otoczeniu poprzez usuwanie tego, co sprzyja niezdrowemu trybowi życia, oraz uczone poszukiwania wsparcia społecznego. Ważne, aby wsparcie to docierało ze wszystkich stron, zarówno ze strony rodziny, przyjaciół, jak i szkoły oraz grona rówieśników. Z jednej strony ogromną rolę odgrywa zachęta ze strony rodziców, ich własny przykład oraz zaangażowanie w promowanie zdrowego stylu odżywiania i życia, z drugiej niezmiernie ważna jest rola szkoły jako najbardziej odpowiedniego miejsca do takiego działania [36]. Ze względu na to, że wśród dorastającej, uczącej się młodzieży otyłość i zaburzenia zdrowia psychicznego są wciąż istotnym problemem, szkoły są znakomitym miejscem zdobycia odpowiednich umiejętności do poprawy tych parametrów [37]. W przytaczanej pracy oceniano skuteczność programów interwencyjnych skierowanych do młodzieży szkół średnich w południowo-zachodnich stanach USA. Ocenie poddawano zdrowotne zachowania nastolatków, styl życia, BMI, umiejętności społeczne i skłonność do nastrojów depresyjnych. Parametry te oceniano bezpośrednio po wprowadzeniu programu prewencyjnego oraz po 6 i 12 miesiącach od jego zakończenia. Okazuje się, że wprowadzenie programów prozdrowotnych może poprawiać jakość życia uczącej się młodzieży, zmniejszać stany lękowe i poprawić wyniki w nauce.

Aby programy prewencyjne mogły objąć jak największą grupę nastolatków, ważne jest jak najbardziej ekonomiczne wykorzystanie przeznaczonych na ich wprowadzanie środków. W ostatnich latach projekty

te coraz częściej występują w mediach elektronicznych i Internecie [38]. Ten ostatni jest bardzo dobrą metodą oddziaływania na nastolatków z zaburzeniami odżywiania i zaburzeniami nastroju. W badaniu [39] opisywany jest program „Zostań Fit” skierowany do uczniów szkół średnich San Francisco i St Louis. Studentom z nadwagą zaproponowano „program kontrolowania wagi”, a studentom, których masa ciała była w normie, zaproponowano „program zdrowych nawyków”. Program, podzielony na 12 sesji, zawierał monitorowaną dyskusję grupową i interaktywne dzienniki samokontroli. Okazało się, że BMI znacząco zmalało wśród studentów „programu kontrolowania wagi”, natomiast nie zmieniło się znacząco wśród studentów „zdrowych nawyków”, co świadczy, że bardzo dobrze zarządzają oni swoją wagą. Troska związana ze swoją sylwetką i obniżony nastrój znacząco zmalały wśród uczestników obu programów. Wzrosło także w obydwu grupach spożycie owoców i warzyw, natomiast spadło spożycie soli i czas spędzony przed TV. Wyniki sugerują, że – w oparciu o Internet – szeroko zakrojona profilaktyka i interwencja prozdrowotna może wspierać zdrową regulację masy ciała, zwiększać aktywność fizyczną i zmniejszać troskę i niepokój o własny wygląd wśród dorastających uczniów.

Zmiany w jakości życia nastolatków mających problemy z otyłością i zaburzeniami nastroju objętych zintegrowanym programem współpracy między lekarzem, dietetykiem i psychologiem obserwowano także w badaniu Pratt, Lazorick i wsp. [40]. U badanej młodzieży obserwowano niewielki spadek BMI, poprawę jakości życia i poprawę nastroju.

Ogólnościowe i lokalne inicjatywy w zakresie zapobiegania i zwalczania nadwagi otyłości

Ze względu na postępujący trend występowania nadwagi i otyłości Światowa Organizacja Zdrowia i Komisja Wspólnot Europejskich podejmują szereg inicjatyw, których celem jest zwalczanie tych niekorzystnych zjawisk. Inicjatywy te zostały przedstawione m.in. w Globalnej Strategii dotyczącej Żywności, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, Europejskiej Karcie Walki z Otyłością oraz Białej Księdze Komisji Euro-

pejskiej: Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością. W ramach Europejskiej Karty Walki z Otyłością sygnatariusze 48 państw Regionu Europejskiego, w tym również Polska, deklarowali pełne zaangażowanie na rzecz zwalczania otyłości, dostosowania odpowiednich działań do warunków lokalnych, poszukiwanie innowacji i podjęcie nowych badań, które mogłyby wzmocnić efektywność polityki w tym zakresie. Za szczególnie alarmujący uznano trend narastania otyłości wśród dzieci i młodzieży, gdyż stanowi on zagrożenie epidemią otyłości kolejnego pokolenia [41].

W Polsce działania w tym zakresie związane są przede wszystkim z realizacją Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywności i Aktywności Fizycznej POL+HEALTH, który został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia [42]. Istnieje potrzeba kontynuacji i znacznego rozszerzenia skoordynowanych działań dotyczących zwalczania i prewencji otyłości. Szczególny nacisk należy położyć na edukację młodzieży.

Istotnym elementem kompleksowej terapii zaburzeń odżywiania są także działania psychoterapeutyczne, mające na celu poprawę samooceny, strategię radzenia sobie ze stresem, określenie własnych celów życiowych oraz poprawę relacji z innymi ludźmi [27].

Podsumowanie

Ze względu na rozmiary epidemii nadwagi i otyłości, szczególnie u nastolatków, istnieje ogromna potrzeba właściwej terapii i edukacji zdrowotnej tej grupy. Ważne jest kształtowanie odpowiednich nawyków żywieniowych popartych odpowiednią aktywnością fizyczną już u najmłodszych dzieci. Potrzebna jest współpraca rodziców, terapeutów i nauczycieli, aby program prewencji był jak najbardziej efektywny. Ze względu na częste współwystępowanie otyłości i depresji ważne jest włączenie do programu zapobiegawczego także psychoterapeutów.

Piśmiennictwo / References

- Galal OM, Hulett J. Obesity among schoolchildren in developing countries. *Food Nutr Bull* 2005, 26(suppl 2): 261-266.
- Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA* 2004, 291: 2847-2850.
- Margarey AM, Daniels LA, Boulton TJ, Cockington RA. Predicting obesity in early adulthood from childhood and parental obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003, 27: 505-513.
- Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet* 2005, 366: 1197-1209.
- Wojtasiński Z. Raport IŻiŻ. Co czwarty uczeń szkoły podstawowej ma nadwagę i jest otyły. <http://www.rynekzdrowia.pl> (2013.10.10).
- Chrzanowska M, Gołąb S, Żarów R. Trendy w otyłości ciała oraz występowanie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży Krakowa w ostatnim trzydziestolecu. *Ped Pol* 2002, 77: 113-119.

7. Sowa B. Raport UNICEF. Polskie dzieci tyją najszybciej w Europie. <http://www.dziennik.pl> (2013.04.16).
8. Kaur H, Hyder ML, Poston WS. Childhood overweight an expanding problem. *Treat Endocrinol* 2003, 2: 375-388.
9. Adair LS, Gordon-Larsen P. Maturation timing and overweight prevalence in US adolescent girls. *Am J Public Health* 2001, 91: 642-644.
10. In-Iw S, Biro FM. Adolescent women and obesity. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011, 24: 58-61.
11. Jarosz M, Kłosiewicz-Latoszek L. Otyłość – zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa 2006.
12. McIntyre RS, Konarski JZ, Wilkins K, Soczynska JK, Kennedy SH. Obesity in bipolar disorder and major depressive disorder: results from a national community health survey on mental health and well-being. *Can J Psychiatry* 2006, 51: 274-280.
13. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biol Psychiatry* 2003, 54: 330-337.
14. Łuszczynska A. Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne. PWN, Warszawa 2007.
15. Kaufer D, Ogle WO, Pincus ZS, Clark KL, Nicholas AC, Dinkel KM, Dumas TC, Ferguson D, Lee AL, Winters MA, Sapolsky RM. Restructuring the neuronal stress response with anti-glucocorticoid gene delivery. *Nat Neurosci* 2004, 7: 947-953.
16. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, Kessler RC. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63: 824-830.
17. Mooreville M, Shomaker LB, Reina SA, et al. Depressive symptoms and observed eating in youth. *Appetite* 2014, 75: 141-149.
18. Marmorstein NR, Iacono WG, Legrand L. Obesity and depression in adolescence and beyond: reciprocal risks. *Int J Obes (Lond)* 2014 Jan 31 [Epub ahead of print].
19. Bąk-Sosnowska M. Psychologia otyłości. <http://www.psychiatria.pl/artykul/psychologia-otylosci/847.html> (02.11.2014).
20. Jeffrey AN, Hyland ME, Hosking J, Wilkin TJ. Mood and its association with metabolic health in adolescents: a longitudinal study. *Early Dev* 2014 Feb 19 [Epub ahead of print].
21. Frisco ML, Houle JN, Lippert AM. Weight change and depression among US young women during the transition to adulthood. *Am J Epidemiol* 2013, 178: 22-30.
22. Vannuci A, Shomaker LB, Field SE, Sbrocco T, Stephens M, et al. History of weight control attempts among adolescent girls with loss of control eating. *Health Psychol* 2013 Jul 1 [Epub ahead of print].
23. Korczak DJ, Lipman E, Morrison K, Duku E, Szatmari P. Child and adolescent psychopathology predicts increased adult body mass index: results from a prospective community sample. *J Dev Behav Pediatr* 2014, 35: 108-117.
24. Pasold TL, McCracken A, Ward-Begnoche WL. Binge eating in obese adolescents: Emotional and behavioral characteristics and impact on health-related quality of life. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2013 Jun 7 [Epub ahead of print].
25. Hammerton G, Thapar A, Thapar AK. Association between obesity and depressive disorder in adolescents at high risk for depression. *Int J Obes (Lond)* 2013 Jul 26 [Epub ahead of print].
26. McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE, Nemeroff CB. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *J Clin Psychiatry* 2004, 65: 634-651.
27. Dudek D, Jaeschke R. Otyłość a depresja. Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Med Prakt, Kraków 2010.
28. Sikorska-Wiśniewska G. Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży. *Żywn Nauk Technol Jakość* 2007, 6: 71-80.
29. French SA, Jeffery RW. Consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. *Health Psychol* 1994, 13: 195-212.
30. Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick M.D, Blum R.W. Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey. *J Am Diet Assoc* 1998, 98: 1449-1456.
31. Leslie E, Owen N, Sallis JF. Inactive Australian college students' preferred activities, sources of assistance, and motivators. *Am J Health Promot* 1999, 13: 197-199.
32. Harper MG. Childhood obesity: strategies for prevention. *Fam Community Health* 2006, 29: 288-298.
33. Berg F, Buechner J, Parham E. Guidelines for childhood obesity prevention programs: promoting healthy weight in children. *J Nutr Educ Behav* 2003, 35: 1-4.
34. Cole K, Waldrop J, D'Auria J, Garner H. An integrative research review: effective school-based childhood overweight interventions. *J Spec Pediatr Nurs* 2006, 11: 166-177.
35. Reilly JJ, Wilson ML, Summerbell CD, Wilson DC. Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. *Arch Dis Child* 2002, 86: 392-394.
36. Sharma M, Branscum P. Novel and emerging approaches to combat adolescent obesity. *Adolesc Health Med Ther* 2010, 1: 9-19.
37. Melnyk BM, Kelly S, Jacobson D, Belyea M, Shaibi G, Small L, O'Haver J, Marsiglia FF. The COPE healthy lifestyles TEEN randomized controlled trial with culturally diverse high school adolescents: baseline characteristics and methods. *Contemp Clin Trials* 2013, 36: 41-53.
38. Suminski RR, Petosa R. Web-assisted instruction for changing social cognitive variables related to physical activity. *J Am Coll Health* 2006, 54: 219-225.
39. Jones M, Taylor Lynch K, Kass AE, Burrows A, Williams J, Wilfley DE, Taylor CB. Healthy weight regulation and eating disorder prevention in high school students: a universal and targeted web-based intervention. *J Med Internet Res* 2014, 16: 57.
40. Pratt KJ, Lazorick S, Lamson AL, Ivanescu A, Collier DN. Quality of life and BMI changes in youth participating in an integrated pediatric obesity treatment program. *Health Qual Life Outcomes* 2013, 11: 116.
41. Jarosz M, Rychlik E. Otyłość wyzwaniem zdrowotnym i cywilizacyjnym. *Postępy Nauk Med* 2011, 9: 712-717.
42. Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywności i Aktywności Fizycznej 2007-2016. Europejska Karta Walki z Otyłością. IŻŻ, Warszawa 2006: 7-36.