

Fedme hos barn og unge - implikasjoner for psykologisk praksis

PSY
KOL
OGI

Stadig flere barn og unge lider av fedme. Fedme har store psykosc
konsekvenser, og psykologer vil oftere møte barn og unge med et
alvorlig vektproblem.

TEKST

Silje Steinsbekk

Yngvild Sørebo Danielsen

PUBLISERT 5. januar 2010

ABSTRACT:

Obesity in children and adolescents: Implications for clinical practice

Due to an increasing prevalence of childhood obesity, it is expected that psychologists will more frequently meet children who suffer from this condition. This article summarizes research suggesting that childhood obesity is associated with social stigmatization, lower self-esteem, mental health problems and reduced quality of life. The findings underline the importance of addressing obesity in the assessment of children seeking treatment for psychological problems, as well as in planning clinical interventions. Treatment models that emphasize the importance of a psychological framework and family-based behavioural interventions seem most effective in treating childhood obesity. Detailed knowledge about behavioural change, motivational factors and family dynamics are also essential for the successful treatment of childhood obesity.

Keywords: childhood obesity, mental health, family-based behavioural interventions

EMNER

Fedme hos barn og unge

psykisk helse

Foreldreinvolvering/familiebaserte intervensjoner

Forfatterne har bidratt like mye i arbeidet.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert fedme som et av vår tids største helseproblemer (2000). Fedme i barneårene er relatert til en hel rekke negative fysiske helsetilstander – deriblant diabetes mellitus type 2, astma, hypertensjon, ortopediske sykdommer, obstruktiv søvnapné -syndrom og fettlever (Reilly et al., 2003). De psykososiale konsekvensene av fedme er også omfattende (Dietz, 1998). Den økende forekomsten av fedme gjør at psykologer både i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten stadig oftere møter barn og unge som har et alvorlig vektproblem. Selv om de fleste av disse barna henvises av andre årsaker, kan fedmen være en medvirkende årsak til barnets vansker og kan ha konsekvenser for de

intervensjonene man iverksetter. Det er derfor viktig at psykologer har kunnskap om psykososiale konsekvenser og om hvordan fedme kan behandles. I denne artikkelen oppsummeres nyere forskning på psykososiale aspekter ved fedme og aktuelle behandlingstilnæringer.

Definisjon og forekomst

Overvekt og fedme defineres som overskudd av kroppsfett som kan ha negative helsekonsekvenser (Reilly, 2006). Det finnes nøyaktige metoder for å måle kroppsfett, eksempelvis DEXA-røntgen, men disse metodene er sjelden tilgjengelige i klinisk praksis. Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt i kg / høyde² i m) blir regnet som det beste tilgjengelige målet på overvekt og fedme (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000). Forholdet mellom høyde og vekt vil være i stadig endring hos barn som er i vekst. Det er derfor utviklet internasjonale alders- og kjønnsjusterte KMI-normer (iso-KMI) (Cole et al., 2000). Cut-off for overvekt og fedme vil derfor variere avhengig av kjønn og alder, men tilsvarer KMI over 25 og 30 hos voksne. Forekomsten av fedme hos barn i Norge er tredoblet siden 1970-tallet (Andersen et al., 2005). En nylig publisert studie fra Bergen viser at 13,5% av barn i alderen 4–15 år har overvekt og 2,5% har fedme (Juliusson et al., 2007).

Psykososiale aspekter ved fedme

Stigmatisering og sosiale relasjoner

Vår kulturs holdning til overvekt og fedme kommer til uttrykk i bøker, film og annen underholdning, hvor det overvektige barnet ofte har rollen som den slemme og dumme (f.eks. Dudley i «Harry Potter»). I en studie hvor 10–11-åringer skulle rangere bilder av barn ut fra hvem de ønsket som venn, ble overvektige rangert som de minst attraktive sammenlignet med normalvektige funksjonsfriske og funksjonshemmede barn (Latner & Stunkard, 2003). Overvektige barn har dessuten større risiko for å bli utsatt for mobbing (Janssen, Craig, Boyce & Pickett, 2004). I en longitudinell studie av 13–16-åringer fant man at overvektige oftere var sosialt isolert og sjeldnere ble nominert som venn i kartlegging av ungdommenes sosiale nettverk; jo høyere KMI, desto færre vennennominasjoner (Strauss & Pollack, 2003). Samlet sett viser dette at fedme er en risikofaktor for barnets sosiale utvikling og fungering.

Selvfølelse og kroppsbilde

Klinisk erfaring viser at barn og unge i liten grad er bekymret for de helsemessige konsekvensene deres overvekt har, men de er opptatt av kropp, utseende, klær og fysisk aktivitet. De ønsker å kunne bruke de samme klærne som sine jevnaldrende, kunne delta like aktivt på fotballbanen eller være et attraktivt kjæresteemne. Fedme er negativt assosiert med selvfølelse, men sammenhengen er moderat, og de fleste befinner seg innenfor normalområdet (French, Story & Perry, 1995). Det å være ungdom, kvinne og utsatt for vektrelatert mobbing gir økt risiko for å utvikle dårlig

selvfølelse (Lowry, Sallinen & Janicke, 2007). Kroppsbilde og KMI er tydelig negativt assosiert; jo høyere KMI, desto dårligere kroppsbilde (Ricciardelli & McCabe, 2001).

Psykisk helse

Det er ikke høyere forekomst av psykiske lidelser i den generelle populasjonen av barn og unge med fedme, men subgrupper har høyere forekomst av emosjonelle vansker og atferdsvansker (Zametkin, Zoon, Klein & Munson, 2004). Generelt finner man at behandlingssøkende barn og unge med overvekt og fedme har en høyere forekomst av psykiske lidelser (Britz et al., 2000; Erermis et al., 2004). Braet (1997) fant at 20% av de behandlingssøkende barna med overvekt hadde CBCL-skårer (Child Behavior Checklist, se (Achenbach & Rescorla, 2001) som var innenfor det kliniske området. Bare 4% av de overvektige i normalpopulasjonen og 3% av de normalvektige hadde tilsvarende høye skårer. De hyppigst rapporterte plagene er sosiale vansker og atferdsproblemer (Epstein, 1996), angstlidelser (Vila, 2004), spiseforstyrrelser (Britz et al., 2000) og depresjon (Erermis et al., 2004). Selv om psykiske helseplager ofte betraktes som konsekvenser av fedme, har man også vært opptatt av i hvilken grad psykopatologi fører til overvekt og fedme. Longitudinelle studier finner at depresjon i barne- og ungdomsårene predikerer fedme i voksen alder (Liem, Sauer, Oldehinkel & Stolk, 2008), og at fedme predikerer depresjon (Kasen, Cohen, Chen & Must, 2008). Sammenhengen mellom psykopatologi og fedme er kompleks, og en rekke faktorer virker inn på relasjonen mellom dem. Både foreldres psykopatologi, sosioøkonomiske status (Epstein, 1996) og oppdragelsesstil (Decaluwe, Braet, Moens & Van Vlierberghe, 2006) har vist seg å mediere sammenhengen mellom fedme og psykiske vansker.

Spiseatferd og spiseforstyrrelser

Goldschmidt et al. (2008) konkluderer i sin oversiktsartikkel med at fedme hos barn øker risikoen for forstyrret spiseatferd. Forstyrret spiseatferd øker sannsynligheten for ytterligere vektøkning, i tillegg til at overvekt og forstyrret spising er risikofaktorer for spiseforstyrrelser (Goldschmidt, Aspen, Sinton, Tanofsky-Kraff & Wilfley, 2008). I en studie av 2474 overvektige og normalvektige barn (7–18 år) fant Braet et al. (2008) signifikante forskjeller mellom overvektige og normalvektiges selvrapporterte spiseatferd. Ungdom med overvekt hadde høyere forekomst av både restriktiv (kronisk slanking – ignorerer indre signaler på sult – sensitiviseres på ytre stimuli – overspiser – skyldfølelse – slanking osv.), ytre styrt (inntak styres i hovedsak av tilgjengelighet av mat, ikke sult og metthet) og emosjonelt styrt spising (negative følelser tolkes som sult, overspiser for å redusere negative følelser). Forstyrret spiseatferd er positivt korrelert med depressive symptomer, angst, lav selvfølelse og rusmisbruk, fører til økt vekt og fettprosent i tillegg til å predikere spiseforstyrrelser (Goldschmidt et al., 2008). Goldschmidt et al. (2008) peker på at det trolig er tilstedeværelsen av overvekt og forstyrret spiseatferd i fellesskap som utgjør risikoen for å utvikle spiseforstyrrelser, ikke den enkelte faktor i seg selv. Sannsynligheten for BED (Binge Eating Disorder) øker parallelt med økende KMI, og ca. 30% rapporterer om episoder med tap av kontroll over eget matinntak (Goldsmith et al., 2008). Tap av kontroll over egen spising, ikke mengde

mat som inntas, er den viktigste parameter på overspisingslidelse hos barn og unge (Marcus & Kalarchian, 2003).

Livskvalitet

Livskvalitet er et multidimensjonalt begrep som kombinerer objektivt og subjektivt velvære på ulike områder i livet, slik som fysisk og psykisk helse, relasjoner og selvfølelse (Koot & Wallander, 2001). Generelt synes livskvaliteten å gå ned når vekten ligger over gjennomsnitt – og reduseres parallelt med økende KMI (Tsiros et al., 2009). I en studie finner man oppsiktsvekkende nok at barn med fedme har lavere livskvalitet enn barn med kreft (Schwimmer, 2003). En norsk studie fant imidlertid at bare den foreldrerapporterte, men ikke den selvrapporterte livskvaliteten var signifikant lavere hos barn med fedme (Steinsbekk, Jozefiak, Ødegård & Wichstrøm, 2009).

«Overvekt har tradisjonelt blitt behandlet i somatikken, men er ikke utelukkende et medisinsk problem»

Samlet sett viser denne gjennomgangen at barn og unge med fedme som søker behandling, har lavere selvfølelse og kroppsbilde, lavere livskvalitet, høyere forekomst av psykopatologi og en forstyrret spiseatferd sammenlignet med normalvektige. De barna psykologer møter i sin praksis, er hovedsakelig henvist av andre årsaker enn overvekt. Psykososiale vansker relatert til vektproblemene vil da utgjøre en tilleggsbelastning og bidra til et mer sammensatt problembilde.

Behandling av fedme hos barn og unge

De fleste overvektige barn forblir overvektige som voksne dersom det ikke settes inn spesifikke tiltak for å snu vektutviklingen (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz, 1997). Behandling har vist seg å være forbundet med helsegevinst (Faith, Saelens, Wilfley & Allison, 2001), redusert risiko for å utvikle spiseforstyrrelser (Braet & Van Winckel, 2000) og økt livskvalitet (Tsiros et al., 2009). En metaanalyse av 117 behandlingsstudier viste at overvektsbehandling er assosiert med redusert depresjon og økt selvfølelse (Blaine, Rodman & Newman, 2007). Et tilleggsargument for behandling er at barn ser ut til å nyttiggjøre seg behandling bedre enn voksne. Behandlingsstudier av voksne finner at det ofte er vanskelig å opprettholde vekttap over tid (Epstein, Valoski, Kalarchian & McCurley, 1995), mens studier av barn har vist god effekt selv 10 år etter avsluttet behandling (Epstein, Valoski, Wing & McCurley, 1994).

Atferdsterapi - livsstilsendringsprogrammer

Kombinerte livsstilsintervensjoner har bedre effekt enn programmer som fokuserer på økning i fysisk aktivitet, eller som vektlegger kostholdsendringer alene (McGovern et al., 2008). Gruppebasert atferdsterapi er den tilnærmingen som er best utprøvd og mest

brukt (Gilles et al., 2008). I en slik behandlingstilnærming arbeider man med å innføre kostholdsendringer og øke fysisk aktivitet, og benytter atferdsterapeutiske teknikker som selvmonitorering, belønning og stimuluskontroll (Wilfley et al., 2007). En ny metaanalyse av effekten av atferdsterapeutiske tilnærminger på vektreduksjon hos barn konkluderer med at behandlingen generelt fører til moderat vektreduksjon hos barn (Wilfley et al., 2007). En positiv virkning er fremdeles til stede etter 6 og 12 måneders oppfølging selv om den da har avtatt noe. Til sammenligning finner man at barn som har stått på venteliste, øker sin prosentvise overvekt med 2,7% (Wilfley et al., 2007). Uten intervensjon vil den prosentvise overvekten derfor øke.

De siste års forskning har sammenlignet ulike behandlinger og lagt nye komponenter til standard atferdsterapeutiske intervensjoner for å bedre effekten av behandlingen. En metaanalyse konkluderer med at atferdsterapeutiske intervensjoner kan optimaliseres på minst to måter: ved å øke antallet konsultasjoner og atferdskomponenter (f.eks. definere mål, bruk av belønningssystem) og ved å fremme foreldrenes involvering (Gilles et al., 2008). Det gir ingen tilleggseffekt å legge til kognitive komponenter som f.eks. kognitiv restrukturering eller øvelser i problemløsningsteknikker (Gilles et al., 2008). En mulig forklaring er at yngre barn ikke har utviklet de nødvendige metakognitive strukturene som er en forutsetning for å nyttiggjøre seg kognitiv terapi, og at inklusjon av kognitive komponenter tar fokuset vekk fra andre komponenter som fungerer bedre (f.eks. atferdsterapeutiske komponenter) (Gilles et al., 2008).

Foreldreinvolvering/familiebaserte intervensjoner

I likhet med annen behandling av barn og unge har familien en sentral plass også i behandling av fedme (Young, Northern, Lister, Drummond & O'Brien, 2007). Komponenter i et familiebasert behandlingsprogram kan være trening i å styrke barnets positive helseatferd, begrense bruk av mat som belønning, etablere regelmessige måltider og mellommåltider, regulere hvilke typer mat som er tilgjengelig og serveres i hjemmet, fjerne usunne matfristelser fra barnets omgivelser, modellere ønsket atferd knyttet til kost og aktivitet og å fremme konsistente regler og rutiner i hjemmet (Barlow, 2007). Det at både foreldre og barn får opplæring i teknikker for atferdsendring, gjør intervensjoner ytterligere effektive (Young et al., 2007).

For ungdom er bildet litt mer komplisert. Ungdom som er ferdig utviklet, kan ikke lenger dra nytte av lengdeveksten. De må ned i vekt for å få en reduksjon i KMI. Det er også andre forhold som kompliserer behandlingen. Ungdom er i større grad i opposisjon til sine omgivelser, de er mer selvstendige og mindre avhengige av sine foreldre. De disponerer egne penger, kjøper oftere sin egen mat, har en større radius og bevegelsesfrihet, noe som begrenser foreldrenes innflytelse over deres kosthold og fysiske aktivitet. I tillegg er ungdomstiden en periode da kropp og selvfølelse er særlig viktig, noe som kan gjøre behandling av fedme hos ungdom enda mer utfordrende. I behandling av fedme hos ungdom synes det mer hensiktsmessig å jobbe individuelt eller med ungdom i gruppe enn å fokusere på foreldrearbeid (Barlow, 2007).

Selv om de fleste familieintervensjoner brukt i behandling av fedme bygger på atferdsterapi, har det i den senere tid blitt økt fokus mot intervensjoner som bygger på en familierapeutisk tradisjon, og som retter seg mer mot familiefungering og foreldrefunksjon generelt. Det argumenteres for at intervensjoner bygget på en familierapeutisk tradisjon kan være mer egnet for mindre motiverte familier med mer sammensatte problemer (Nowicka & Flodmark, 2008).

Medikamenter og fedmeoperasjoner

Ingen av de aktuelle preparatene som kan benyttes til behandling av fedme hos barn, er registrert for bruk i Norge (Jørgensen, Knag, Danielsen & Juliusson, 2008).

Fedmekirurgi er også et svært uvanlig valg ved behandling av barn og unge i Norge (Jørgensen et al., 2008).

Hva er vellykket behandling?

De fleste metaanalyser av behandlingsstudier av fedme vurderer hvor vellykket behandlingen er, ut fra hvor stor nedgangen i KMI har vært, og hvor godt vekttapet opprettholdes på sikt. Det er imidlertid ikke sikkert at den beste behandlingen er den som gir størst reduksjon i KMI. Behandlingseffekt i form av varig endring av livsstil og en stabil vekt på lengre sikt kan vise seg å være mer vellykket enn raskt vekttap som følge av restriktivt kaloriinntak (Nowicka & Flodmark, 2006). Det er også mer utviklingsmessig riktig å fokusere på endring i konkret atferd (f.eks. antall timer med stillesittende aktivitet, mengde frukt/grønt) enn vekt og KMI (Lowry et al., 2007). Barn har dessuten mer direkte kontroll over egen atferd enn over egen vekt, i tillegg til at endringer i atferd er lettere for andre å se og belønne enn endring i vekt. I tillegg kan en rask vektreduksjon og et veldig restriktivt matinntak være en risikofaktor for utvikling av forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser hos barn (Braet & Van Winckel, 2000). Braet og Van Winckel (2000) argumenterer for en langsom vektreduksjon med fokus på å fremme en normal og sunn matatferd. En positiv og balansert holdning til mat og fysisk aktivitet er viktigere enn raske og store vekttap. Målet er glede og helse i samme kropp. Bedre selvfølelse, bedre psykisk helse og bedre familiefungering er sentrale behandlingsmål i seg selv, ikke bare positive sideeffekter. Dette er særlig viktig tatt i betraktning at behandling fører til moderate, men ikke store, reduksjoner i KMI (Flodmark, 2005).

Kliniske implikasjoner

Samlet sett viser gjennomgangen at barn og unge med fedme trenger psykologenes kompetanse. Ifølge nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009) skal barn med iso-KMI over 35 eller over 30 med tilleggsplager tilbys utredning i spesialisthelsetjenesten. De tiltak en slik utredning munner ut i, skal fortrinnsvis følges opp av primærhelsetjenesten. Dette innebærer at både psykologer i primær- og spesialisthelsetjenesten vil møte pasientgruppen, hvor både utredning og behandling vil stå sentralt.

Det foreligger ingen generelle retningslinjer for hva som bør inngå i en psykologisk kartlegging i forkant av fedmebehandling, men det er rimelig å ta utgangspunkt i de psykososiale konsekvensene fedme har. Både psykisk helse, selvfølelse og kroppsbilde, samt livskvalitet og spiseatferd, bør utredes. Verktøy som kan benyttes, er CBCL/YSR for kartlegging av emosjonelle vansker og atferdsvansker (Achenbach & Rescorla, 2001), SPPC/SPPA (Self-perception profile) for kartlegging av selvfølelse (Wichstrom, 1995), BASS (Body area satisfaction scale) (Storvoll, Strandbu & Wichstrøm, 2005) eller kroppsbildesilhuetter (body silhouette chart) (Collins, 1991) for kartlegging av kroppsbilde og persepsjon av egen vekt. Videre er både KINDL-R (Helseth & Jozefiak, 2004) og PedsQL (Reinfjell, Diseth, Veenstra & Vikan, 2006) benyttet i kartlegging av livskvalitet hos barn og unge med fedme. Kartlegging av spiseatferd og spiseforstyrrelser vil avhenge av alder, men de mest brukte verktøyene er CEBQ (Child eating behavior questionnaire) (Wardle, Guthrie, Sanderson & Rapoport, 2001), DEBQ (Dutch eating behavior questionnaire) (van Strien & Oosterveld, 2008) og ChEDE-Q (Child eating disorder examination questionnaire) (Bryant-Waught, Cooper, Taylor & Lask, 1996). Flere av disse instrumentene er foreløpig ikke oversatt til norsk, eller de mangler norske normer. Det er videre nødvendig med klinisk intervju for å identifisere spiseforstyrrelser, eksempelvis intervjuversjonen av ChEDE (Decaluwe & Braet, 2004). Strategier for å redusere egen vekt må kartlegges nøye (Goldschmidt et al., 2008). Behandleren må benevne tematisere spise- og vektrelaterte temaer på en direkte og sensitiv måte. Både alvorlighetsgrad, frekvens og varighet av forstyrret spiseatferd og strategier for vektkontroll må kartlegges, så vel som symptomer på spiseforstyrrelser. Episoder med tap av kontroll over eget matinntak kan være særlig utfordrende å kartlegge hos barn, da de kan ha vanskelig for å forstå og uttrykke opplevelsen av manglende kontroll over egen spising, og gjerne benytter andre ord og uttrykk enn voksne gjør (Goldschmidt et al., 2008). Hvis barn og unge allerede er restriktive i sin spiseatferd, må forebygging og behandling ta høyde for det. Intervensjoner som innebærer ytterligere kontroll over egen spising, kan resultere i spiseforstyrrelser og tap av kontroll (Braet et al., 2008). På den annen side viser studier at profesjonelt administrert fedmebehandling ikke øker risikoen for å utvikle spiseforstyrrelser (Butryn & Wadden, 2005).

I tillegg til å vurdere psykososiale konsekvenser av fedme bør faktorer som kan ha bidratt til å utvikle og opprettholde barnets vektproblem, kartlegges. Man bør vurdere barnets og familiens forutsetninger for å endre kostholds- og aktivitetsvaner (Barlow, 2007). Både praktiske (tilgang til gang/sykkelstier, økonomi, tid) og psykologiske ressurser og barrierer bør kartlegges. Foreldrene vil i mange tilfeller selv ha fedme og/eller psykiske vansker, noe som kan vanskeliggjøre og i noen tilfeller kontraindisere behandling (Jelalian, Wember, Bungeroth & Birmaher, 2007). Foreldrenes eget forhold til mat, vekt og kropp er i den sammenhengen spesielt relevant.

Psykologen bør vurdere hvilken grad av emosjonell og instrumentell støtte familien vil trenge for å nyttiggjøre seg fedmebehandling, samt hva som er realistiske målsettinger i en behandling (Jelalian et al., 2007). Motivasjon er ofte det viktigste og mest

utfordrende og må fokuseres på under hele behandlingsforløpet (Barlow, 2007). Motivasjon er ikke noe man har eller ikke har, det må jobbes med. Det kan være hensiktsmessig å benytte endringsmodeller (f.eks. «The stages of change theory») (Prochaska & Diclemente, 1982) og endringsfokuseret rådgivning («motivational interviewing») (Prescott & Børtveit, 2004) som ramme for arbeidet (Barlow, 2007).

Skal man snakke om vekt hvis barnet er henvist for psykiske helseplager? Barn og unge med psykiske vansker har forhøyet risiko for å utvikle fedme på grunn av økt appetitt som følge av medisiner (antipsykotika), på grunn av dårlige spisevaner og redusert fysisk aktivitet relatert til sosial isolasjon og tilbaketrekking (Shin, Bregman, Frazier & Noyes, 2008). Det er viktig å kartlegge sammenhengen mellom de psykiske vanskene og barnets vektproblem (Fitzgibbon, 2004). Behandleren må også vurdere hvordan relasjonen til barnet vil bli påvirket av at vektproblemene tematiseres (Fitzgibbon, 2004). I noen tilfeller kan det være hensiktsmessig at fedmebehandlingen skjer parallelt eller i etterkant av den psykologiske behandlingen. En reduksjon i psykiske vansker som følge av behandling kan dessuten gjøre barnet og familien bedre rustet til å jobbe med vektproblemene på et senere tidspunkt (Jelalian et al., 2007). Uavhengig av dette bør behandleren vektlegge tiltak som avhjelper barnets psykiske vansker, og som kan redusere noen av de vanskene fedmen medfører. Klinisk erfaring viser at intervensjoner som sikrer gode mestringsopplevelser, kan ha positiv effekt på barnets vektproblem. Et eksempel er den overvektige gutten som etter mange nederlag på fotballbanen startet med roing og ble svært dyktig. Den økte sosiale anseelsen dette medførte, gav ham bedre selvfølelse, bidro til økt fysisk aktivitet, vektstabilisering og gav ham tilhørighet i et sosialt miljø.

«Psykologiske teknikker og tenkemåter står sentralt i behandling av fedme. Atferdsterapeutiske livsstilsintervensjoner med stor grad av foreldreinvolvering har vist seg å ha best effekt»

Vi har i denne artikkelen vist at psykologer har en sentral plass både i utredning og behandling av fedme enten den er primær henvisningsårsak eller ikke. Selv om fedme tradisjonelt har blitt behandlet i somatikken, er psykologiske metoder og tenkemåter anerkjent i utredning og behandling. Behandlingen er i stor grad flyttet ut av sykehusene og handler ikke lenger om strenge dietter og treningsregimer, men om endring av helseatferd. Veiledning og konsultasjon til andre faggrupper er også en sentral arbeidsoppgave for psykologer innenfor dette feltet. Fedme er like fullt en somatisk lidelse som fordrer tverrfaglig samarbeid og kompetanse. De psykologiske og medisinske faktorene i fedmens etiologi er tett sammenvevd (Fitzgibbon, 2004). Psykologer som driver fedmebehandling, bør ha basiskunnskap om ernæring og fysisk

aktivitet og ha tilgang til et tverrfaglig miljø med lege, fysioterapeut og klinisk ernæringsfysiolog. Fordi utredning og behandling av barn og unge med fedme er et relativt nytt arbeidsfelt for psykologer i Norge, er det få stillinger knyttet til dette feltet. Mange psykologer vil imidlertid møte barn med vektproblem i sitt daglige virke både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at klinikere gjør mat, kropp og vekt til et tema.

Konklusjon

Stadig flere barn og unge utvikler overvekt og fedme. Fedme hos barn er assosiert med psykiske helseplager, redusert livskvalitet, selvfølelse og kroppsbilde, i tillegg til spisevansker. Det er imidlertid store individuelle forskjeller. Overvekt har tradisjonelt blitt behandlet i somatikken, men er ikke utelukkende et medisinsk problem. Psykologiske teknikker og tenkemåter står sentralt i behandling av fedme, og atferdsterapeutiske livsstilsintervensjoner med stor grad av foreldreinvolvering har vist seg å ha best effekt.

Silje Steinsbekk

Psykologisk Institutt

NTNU

7491 Trondheim

Tlf. 73 59 79 33

E-post silje.steinsbekk@svt.ntnu.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 1, 2010, side 23-28

TEKST

Silje Steinsbekk

KONTAKT: silje.steinsbekk@svt.ntnu.no

Yngvild Sørebo Danielsen

+ Vis referanser

Referanser

Aenbach, T. M. & Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report: an integrated system of multi-informant assessment. Burlington, Vt.: ASEBA.

Andersen, L. F., Lillegaard, I. T. L., Overby, N., Lytle, L., Klepp, K. I. & Johansson, L. (2005). Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: Changes from 1993 to 2000. (2), 99-106.

Barlow, S. E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: Summary report. 164-192.

- Blaine, B. E., Rodman, J. & Newman, J. M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being - A review and meta-analysis. (1), 66-82.
- Braet, C., Claus, L., Goossens, L., Moens, E., Van Vlierberghe, L. & Soetens, B. (2008). Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. (6), 733-743.
- Braet, C. & Van Winckel, M. (2000). Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children. (1), 55-74.
- Britz, B., Siegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, B. M., Remschmidt, H., et al. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. (12), 1707-1714.
- Bryant-Waught, R. J., Cooper, P. J., Taylor, C. L. & Lask, B. D. (1996). The use of the Eating Disorder Examination with children: a pilot study. (19), 391-397.
- Butryn, M. L. & Wadden, T. A. (2005). Treatment of overweight in children and adolescents: Does dieting increase the risk of eating disorders? (4), 285-293.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. (7244), 1240-1243.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. (2), 199-208.
- Decaluwe, V. & Braet, C. (2004). Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: interview versus self-report questionnaire. (7), 799-811.
- Decaluwe, V., Braet, C., Moens, E. & Van Vlierberghe, L. (2006). The association of parental characteristics and psychological problems in obese youngsters. (12), 1766-1774.
- Dietz, W. H. (1998). Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. (3), 518-525.
- Epstein, L. H. (1996). The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children. *Obesity* (1), 65-74.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R. & McCurley, J. (1994). 10-year outcome of behavioral family-based treatment for childhood obesity (5), 373-383.
- Epstein, L. H., Valoski, A. M., Kalarchian, M. A. & McCurley, J. (1995). Do children lose and maintain weight easier than adults - A comparison of child and parent weight changes from 6 months to 10 years. (5), 411-417.
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F. & Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? (3), 296-301.
- Faith, M. S., Saelens, B. E., Wilfley, D. E. & Allison, D. B. (2001). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Fitzgibbon, M. L. (2004). Commentary on «Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years». (2), 151-153.
- Flodmark, C. E. (2005). Management of the obese child using psychological-based treatments. 14-22.
- French, S. A., Story, M. & Perry, C. L. (1995). Self-esteem and obesity in children and adolescents - a literature review. (5), 479-490.

- Gilles, A., Cassano, M., Shepherd, E., Higgins, D., Hecker, J., & Nangle, D. (2008). Comparing Active Pediatric Obesity Treatments Using Meta-Analysis. (4), 886-892.
- Goldschmidt, A. B., Aspen, V. P., Sinton, M. M., Tanofsky-Kraff, M. & Wilfley, D. E. (2008). Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. (2), 257-264.
- Helsedirektoratet. (2009). IS-1734 Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten - Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.
- Helseth, S. & Jozefiak, T. (2004). The Norwegian version of the KINDL-R.
- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F. & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. (5), 1187-1194.
- Jelalian, E., Wember, Y. M., Bungeroth, H. & Birmaher, V. (2007). Practitioner review: Bridging the gap between research and clinical practice in pediatric obesity. (2), 115-127.
- Jørgensen, H. M. V., Knag, T., Danielsen, Y. & Juliusson, P. B. (2008). Behandling av fedme hos barn og unge. 64-69.
- Juliusson, P. B., Roelants, M., Eide, G. E., Hauspie, R., Waaler, P. E. & Bjerknes, R. (2007). Overweight and obesity in Norwegian children: Secular trends in weight-for-height and skinfolds. (9), 1333-1337.
- Kasen, S., Cohen, P., Chen, H. & Must, A. (2008). Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. (3), 558-566.
- Koot, H. & Wallander, J. L. (2001). Preface. In H. Koot & J. L. Wallander (Eds.), Brunner-Routledge.
- Latner, J. D. & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. (3), 452-456.
- Liem, E. T., Sauer, P. J. J., Oldehinkel, A. J. & Stolk, R. P. (2008). Association between depressive symptoms in childhood and adolescence and overweight in later life. (10), 981-988.
- Lowry, K. W., Sallinen, B. J. & Janicke, D. M. (2007). The effects of weight management programs on self-esteem in pediatric overweight populations. (10), 1179-1195.
- Marcus, M. D. & Kalarchian, M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. I 47-57.
- McGovern, L., Johnson, J. N., Paulo, R., Hettinger, A., Singhal, V., Kamath, C., et al. (2008). Treatment of Pediatric Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. (12), 4600-4605.
- Nowicka, P. & Flodmark, C. E. (2006). Lund: Studentlitteratur.
- Nowicka, P. & Flodmark, C. E. (2008). Family in pediatric obesity management: A literature review. 44-50.
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Prochaska, J. O. & Diclemente, C. C. (1982). Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. (3), 276-288.
- Reilly, J. J. (2006). Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. (969), 429-437.
- Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., et al. (2003). Health consequences of obesity. (9), 748-752.

- Reinfjell, T., Diseth, T. H., Veenstra, M. & Vikan, A. (2006). Measuring health-related quality of life in young adolescents: Reliability and validity in the Norwegian version of the Pediatric Quality of Life Inventory (TM) 4.0 (PedsQL) generic core scales. .
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. (3), 325-344.
- Schwimmer, J. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. (14), 1813-1819.
- Shin, L., Bregman, H., Frazier, J. & Noyes, N. (2008). An overview of obesity in children with psychiatric disorders taking atypical antipsychotics. (2), 69-79.
- Steinsbekk, S., Jozefiak, T., Ødegård, R. & Wichstrøm, L. (2009). Impaired Parent-reported Quality of Life in Treatment-seeking Children with Obesity is mediated by High Levels of Psychopathology. , In press.
- Storvoll, E. E., Strandbu, Å. & Wichstrøm, L. (2005). A cross-sectional study of changes in Norwegian adolescents' body image from 1992 to 2002. (1), 5-18.
- Strauss, R. S., & Pollack, H. A. (2003). Social marginalization of overweight children. (8), 746-752.
- Tsiros, M., Olds, T., Buckley, J., Grimshaw, P., Brennan, L., Walkley, J., et al. (2009). Health-related quality of life in obese children and adolescents. (4), 1-14.
- van Strien, T. & Oosterveld, P. (2008). The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. (1), 72-81.
- Vila, G. A. (2004). Mental disorders in obese children and adolescents. (3), 387-394.
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S. & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. (7), 963-970.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D. & Dietz, W. H. (1997).
- WHO. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO.
- Wichstrom, L. (1995). Harters self-perception profile for adolescents - reliability, validity, and evaluation of the question format (1), 100-116.
- Wilfley, D. E., Tibbs, T. L., Van Buren, D. J., Reach, K. P., Walker, M. S. & Epstein, L. H. (2007). Lifestyle interventions in the treatment of childhood overweight: A meta-analytic review of randomized controlled trials. (5), 521-532.
- Young, K. M., Northern, J. J., Lister, K. M., Drummond, J. A., & O'Brien, W. H. (2007). A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. (2), 240-249.
- Zametkin, A. J., Zoon, C. K., Klein, H. W. & Munson, S. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years. (2), 134-150.