

# Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się

EWELINA PIETRZYKOWSKA, BOGNA WIERUSZ-WYSOCKA

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, kierownik: prof. dr hab. med. B. Wierusz-Wysocka

## *Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się*

*Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B.*

*Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, e-mail: e-lina@wp.pl*

*Otyłość staje się powszechną chorobą współczesnego świata, wiążącą się z poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Mimo że coraz więcej wiemy o biologicznych aspektach nadwagi i otyłości, wciąż niewiele uwagi poświęca się ich psychologicznemu ujęciu. Opracowanie teorii psychologicznych oraz prowadzenie badań nad emocjonalnymi i poznawczymi aspektami bycia otyłym, a także poszukiwanie psychologicznych przyczyn otyłości oraz wdrażanie do praktyki klinicznej metod interwencji psychologicznych mających na celu zwiększanie motywacji do leczenia osób z nadwagą i otyłością oraz jego skuteczności wydaje się niezwykle istotne.*

*Niniejsza praca ma na celu przybliżyć wiedzę na temat psychologicznych aspektów nadwagi i otyłości.*

**Słowa kluczowe:** otyłość, nadwaga, odchudzanie, psychologiczne aspekty

Pol. Merk. Lek., 2008, XXIV, 143, 472

## *Psychological aspects of overweight, obesity and dieting*

*Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B.*

*Medical University of Poznań, Poland, Department of Internal Medicine and Diabetology, e-mail: e-lina@wp.pl*

*Overweight and obesity are global and increasing health problems which contribute to the development of number of serious diseases. Although knowledge of the biological aspects of overweight and obesity is increasing very rapidly, psychological factors associated with this problem have not been enough considered. It seems very important to work out psychological theory and research concerning emotional and cognitive aspects of being obese, to search for psychological causes of obesity and to implement psychological interventions which improve motivation for management and effectiveness of treatment of people with overweight and obesity. The aim of this article is to review current knowledge concerning psychological aspects of overweight and obesity.*

**Key words:** overweight, obesity, dieting, psychological aspects

Pol. Merk. Lek., 2008, XXIV, 143, 472

Otyłość jest metaboliczną chorobą cywilizacyjną, z którą boryka się coraz większy odsetek populacji świata. Obecnie jest uważana za jedno z największych zagrożeń dla zdrowia człowieka [20]. Otyłość występuje coraz częściej w krajach zachodnich, gdzie średnio prawie połowa populacji ma nadwagę [7]. Jest ona częstą przyczyną wielu chorób cywilizacyjnych, takich jak: cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, choroby układu sercowo-naczyniowego rozwijające się na tle miażdżycy, dna moczanowa, kamica żółciowa, a nawet niektóre postacie nowotworów [9, 17]. Mimo coraz łatwiejszego dostępu do zdrowej żywności czy różnego rodzaju diet, a przede wszystkim zwiększającej się świadomości zdrowotnej – liczba osób otyłych nie zmniejsza się. Prawdopodobnie zwiększanie się liczby osób z nadmierną masą ciała jest następstwem przewagi dostarczania energii (przekarmianie) w stosunku do jej wydatkowania (aktywność fizyczna). Wśród przyczyn nadmiernego jedzenia prowadzącego do nadwagi i otyłości wymienia się czynniki genetyczne, środowiskowo-kulturowe i psychologiczne [17]. Niniejsza praca ma na celu przybliżyć wiedzę na temat różnych aspektów psychologicznych związanych z problematyką nadwagi i otyłości.

## **BIOLOGICZNE UWARUNKOWANIA OTYŁOŚCI**

Wśród uwarunkowań biologicznych predysponujących do występowania otyłości zwraca się zazwyczaj uwagę na istotną rolę czynników genetycznych. Dziedziczenie otyłości wynosi bowiem około 33% [7] i ma charakter poligeniczny. Występowanie otyłości u jednego z rodziców zwiększa u dorosłych już dzieci 4-5-krotnie ryzyko bycia otyłym. Gdy zaburzenie to dotyczy obojga rodziców, to aż 13-krotnie. Fenotypowo wyróżnia się otyłość prostą i otyłość typu brzuszno, szczególnie niebezpieczną ze względu na przyczynianie się

do rozwoju chorób cywilizacyjnych. Zwiększa ona ryzyko wystąpienia udaru mózgu, zawału serca, a także cukrzycy typu II [14]. Na występowanie otyłości istotny wpływ wywiera płeć. Nadwaga i otyłość występują częściej u kobiet niż u mężczyzn, co prawdopodobnie jest wynikiem mniejszego u nich zapotrzebowania energetycznego i mniejszej aktywności, a także częstszego występowania zespołu napadowego objadania się [16]. Ponadto wiek, w którym pojawia się nadmierna masa ciała, ma wpływ na typ otyłości występujący w ciągu życia. U osób otyłych już w dzieciństwie ryzyko otyłości w życiu dorosłym jest większe niż u osób, które jako dzieci miały prawidłową masę ciała [15]. W ostatnich latach coraz częściej zwraca się uwagę na otyłość wywołaną stosowaniem diet (diet-induced obesity), które hamują podstawową przemianę materii [15].

## **OTYŁOŚĆ A ŚRODOWISKO**

Nie budzi wątpliwości fakt, że otyłość jest w dużej mierze skutkiem działania czynników środowiskowych. Zjawisko występowania otyłości w krajach zachodnich w ostatnich latach nasiliło się zbyt gwałtownie, by mogło być spowodowane wyłącznie czynnikami biologicznymi [15, 20]. Czynniki środowiskowe, które przyczyniają się do rozwoju nadwagi i otyłości, są zarówno makrośrodowiskowe (dotyczą całej populacji), jak i mikrośrodowiskowe (dotyczą jednostki) [14]. Z rozwoju filogenetycznego wynika, że w odległych czasach ludzie zdobywali pożywienie w sposób aktywny – polowali, uprawiali ziemię, pracowali fizycznie w manufakturach. Współczesne technologie zredukowały potrzebę codziennej aktywności fizycznej ludzkości. Rozwój środków transportu, mechanizacja pracy, a także zmniejszenie terenów zielonych na zurbanizowanych terenach ograniczają możliwość aktywnej rekreacji, takiej jak spacer, gra w piłkę, jazda na

rolkach i na rowerze [20]. Zwiększyła się natomiast dostępność jedzenia (supermarkety, restauracje typu fast-food) oraz poprawił sposób przechowywania żywności. Przekąski i produkty gotowe do spożycia, o długim terminie ważności, dostępne są w wielu krajach. Większa jest także dostawa produktów bogatotłuszczowych, gdyż często są one tańsze i łatwiej dostępne niż ich zdrowsze zamienniki. Te zmiany pojawiały się stopniowo, a wraz z nimi rozpowszechniała się otyłość.

Na konsumpcję wpływają także czynniki społeczno-kulturowe. Reklamowanie produktów bogatotłuszczowych jest powszechniejsze niż propagowanie zdrowej żywności. Negatywny przekaz zdrowotny zachęca z kolei do konsumpcji „niezdrowej żywności”, wpływając tym samym negatywnie na zwyczaje żywieniowe danej populacji. Również obyczaje charakterystyczne dla rozmaitych kultur dotyczą w dużym stopniu nawyków żywieniowych. Celebrowanie różnych świąt (takich jak Wielkanoc, Boże Narodzenie, śluby itd.) wiąże się często z konsumpcją dużej ilości wysokokalorycznych, a mało wartościowych odżywczo produktów. Dodatkowo trendy społeczne odnoszące się do funkcjonowania rodziny, w której rodzice częściej przebywają w pracy niż w domu, zaowocowały zmniejszeniem ilości czasu spędzanego na przygotowywaniu i spożywaniu posiłków. Koresponduje to ze zwiększeniem konsumpcji łatwego do przygotowania (a tym samym w dużym stopniu przetworzonego) pożywienia oraz tzw. kupowaniem jedzenia na wynos.

## PSYCHOLOGICZNE PRZYCZYNY OTYŁOŚCI

Psychologiczne uwarunkowania otyłości od niedawna znajdują się w sferze zainteresowań badaczy i lekarzy praktyków. Można wśród nich wyróżnić: zaburzenia mechanizmu samoregulacji, przekonania i oczekiwania jednostki, cechy osobowości, trudności w radzeniu sobie ze stresem i przeżywanymi emocjami [11].

Zaburzenia mechanizmu samoregulacji (związane z siłą woli) polegają przede wszystkim na niemożności kontrolowania ilości spożywanego pokarmu i w efekcie prowadzą do „przejadania się”. Najczęściej dochodzi do tego w sytuacjach sprzyjających utracie kontroli nad jedzeniem. Zalicza się do nich okoliczności, w których jedzenia jest dużo i jest ono łatwo dostępne. Przejadaniu się sprzyjają także spotkania grupowe i sytuacje angażujące uwagę (przebywanie w towarzystwie, oglądanie telewizji, czytanie pasjonującej lektury). Wiąże się one bowiem z redukcją samoświadomości i nie sprzyjają monitorowaniu własnych zachowań związanych z jedzeniem. Podobną rolę odgrywa spożywanie alkoholu oraz stan znużenia czy zmęczenie. Również widok, smak czy zapach pokarmów może zwiększać, u osób wrażliwych na bodźce zewnętrzne, prawdopodobieństwo niekontrolowanej konsumpcji [11].

Czynnikiem ograniczającym proces samoregulacji są także próby powstrzymania się od myślenia o jedzeniu. Im bardziej staramy się nie myśleć o jedzeniu, tym większą odczuwamy potrzebę sięgnięcia po jakiś pokarm. Przejadaniu się mogą sprzyjać również określone przekonania dotyczące własnej osoby i swoich relacji ze światem. Niska samoocena, pesymizm życiowy, poczucie bezradności, nadmierna potrzeba osiągnięć i dążenie do perfekcjonizmu wywołują zazwyczaj negatywne emocje oraz potrzebę pocieszenia się, często zaspokajaną jedzeniem. U osób neurotycznych, skłonnych do przeżywania negatywnych emocji, oraz u osób introwertywnych, zahamowanych i izolujących się od innych, jedzenie może pełnić funkcję łagodzenia przykrych stanów emocjonalnych i poczucia samotności [11].

Przyczyną nadmiernego jedzenia, przez wielu badaczy uważaną za najważniejszą, jest stres oraz nieumiejętność radzenia sobie z problemami. Jedzenie staje się wówczas formą zmagania z kłopotami – jako odwracanie uwagi od bodźców o przykrym charakterze, jako sposób uniknięcia

zagrożenia czy kompensowania przeżywanego trudności. Łatwość pozyskiwania pożywienia sprawia, że dla wielu osób staje się ono najbardziej dostępną strategią radzenia sobie ze stresem. Zwiększona potrzeba jedzenia jest bowiem wynikiem przeżywanego negatywnych emocji, złego samopoczucia czy obniżonego nastroju [15]. Jedzenie może być wykorzystywane niemal do dosłownego „polykania emocji” [17]. Osoby otyłe twierdzą, że ogranicza ono nieprzyjemne doznania wywołane uczuciem niepokoju, depresji, złości, nudy czy winy. Jedzenie (zwłaszcza węglowodanów) łagodzi te emocje, gdyż powoduje zwiększone wydzielanie endorfin do krwi, a te działają uspokajająco. Zwiększa także stężenie serotoniny, która poprawia nastrój. Uspokajające działanie węglowodanów nie trwa jednak długo. Po pewnym czasie może powrócić zły nastrój i ponowna potrzeba spożycia słodczy. Powstaje więc typowy mechanizm błędnego koła, który może przyczyniać się do wystąpienia zespołu kompulsywnego objadania się. Zaburzenie to częściej występuje w populacji osób z nadwagą i otyłością niż u osób z prawidłową masą ciała [16] i stanowi potencjalny czynnik ryzyka występowania lub powiększania otyłości [15]. Wiązanie jedzenia z poprawą samopoczucia wynika prawdopodobnie z doświadczeń zdobytych we wczesnym dzieciństwie. Nadal jednak nie wyjaśniono do końca ani biologicznego, ani psychologicznego podłoża kompulsywnego jedzenia. Można jedynie przypuszczać, że zwiększony apetyt wiąże się z bodźcami nawykowymi, przykrymi stanami psychicznymi, nieprawidłowościami w spostrzeganiu oraz z czynnikami biologicznymi, czyli z głodem [21].

Nadmierne jedzenie może być także formą zwrócenia na siebie uwagi, może wyrażać potrzebę troski i nagradzania siebie, być usprawiedliwieniem doznawanych porażek. Osoba otyła może również wysłać pewien przekaz za pomocą swojej tuszy. Nadmiar masy ciała może być u niej np. symbolem potrzeby ochrony lub ukrycia się [5]. Przejadanie się można więc nierzadko interpretować jako sygnał braku czy też niewłaściwego zaspokojenia potrzeb jednostki.

Przyczyną nadmiernego przyrostu masy ciała może być też paradoksalnie wprowadzanie restrykcji dietetycznych, czy stosowanie różnego rodzaju diet odchudzających. Przez zmniejszanie termogenezy wpływają one na zakłócenie homeostazy organizmu i zaburzają normalny system regulowania apetytu. Ponadto stosowanie diet redukcyjnych może narażać osobę na dodatkowy stres i pojawienie się negatywnych emocji (np.: gniewu, lęku, irytacji, depresji), które z kolei skłaniają do szukania pocieszenia w jedzeniu. Wykazano, że u młodych kobiet stosujących takie zachowania kompensacyjne, jak prowokowanie wymiotów czy używanie środków przeczyszczających, zwiększa się ryzyko nadwagi i otyłości [15].

Istnieje cały szereg zachowań charakterystycznych dla osób z nadwagą, które trudno ocenić, czy są przyczyną czy skutkiem przyrostu masy ciała. Zaobserwowano na przykład, że osoby otyłe jedzą przede wszystkim po południu i wieczorem, nie odczuwają natomiast głodu rano. Ten charakterystyczny sposób odżywiania stwierdzono w badaniach u dzieci i młodzieży, a także u osób dorosłych [21]. Rezygnacja z jedzenia śniadania może być sposobem na uniknięcie jednego posiłku w ciągu dnia, a tym samym może dawać nadzieję na redukcję wagi. Niestety, po południu apetyt się zwiększa i poranne braki pożywienia zostają zazwyczaj odrobione z nadmiarem.

Przy omawianiu zachowań związanych z jedzeniem nie można pominąć kwestii odnoszących się do pojęcia głodu i apetytu. Głód jest sumą odczuć wywołanych przez niedostatek składników pokarmowych w organizmie, natomiast apetyt jest uwarunkowanym psychologicznie zapotrzebowaniem na jedzenie, wyuczonym dzięki doświadczeniu ulgi, jaką przynosi zaspokojenie głodu [21]. Apetyt może być regulowany nie tylko na poziomie biologicznym, ale przede wszystkim przez bodźce wzrokowe, słuchowe, poznawcze, zapachowe, emocjonalne, dotykowe itp. Wykazano, że oso-

by otyłe są bardziej wrażliwe na smak, obecność i wygląd jedzenia. W serii badań eksperymentalnych przeprowadzonych przez *Nisbetta* [21] zaobserwowano, że osoby otyłe spożywały zdecydowanie mniej jedzenia, które im nie smakowało. Smak potrawy ma dla tej grupy osób cechę włącznika, tzn. dobre – jem i to dużo, niedobre – nie jem. Osoby otyłe najprawdopodobniej nie potrafią odmówić sobie jedzenia, gdy znajduje się ono w zasięgu ręki, zwłaszcza jeśli jest smaczne i apetycznie wygląda. Widok i bliskość jedzenia ma na nie większy wpływ niż głód. Natomiast osoby szczupłe podlegają w większym stopniu wewnętrznym potrzebom jedzenia niż bodźcom zewnętrznym. W badaniu *Mayera* i wsp. [21] wykazano ponadto, że osoby otyłe zjadają wszystko do końca, nie potrafią zostawić nic na talerzu, podczas gdy szczupli częściej nie kończą jedzenia. Z kolei *Ross* i *Johnson* dowiedli, że otyli jedzą więcej, gdy jedzenie jest jasno oświetlone, niż wówczas gdy pozostaje w cieniu. Oświetlenie nie wywiera natomiast wpływu na apetyt osoby o normalnej wadze ciała [21]. Przyjmuje się również, że kiedy znikają bodźce wzrokowe, osoba otyła traci motywację do zdobywania jedzenia. Zależność tę zaobserwowano także u noworodków i u zwierząt. Natura założyła, że głodny człowiek będzie szukał jedzenia – chudy z zapalem i skutecznie, gruby – wolniej, rzadziej i mniej skutecznie. Mechanizm ten mógł pełnić funkcje przystosowawcze w dawnych, prymitywnych warunkach życia człowieka. Dziś już zawodzi on całkowicie, ponieważ w krajach wysoko rozwiniętych nie trzeba podejmować wysiłku, aby zdobyć pokarm. Wokół człowieka jest bowiem mnóstwo sklepów, restauracji i barów, a widokiem i tematem jedzenia jesteśmy bombardowani na co dzień [21].

## PSYCHOLOGICZNE KONSEKWENCJE OTYŁOŚCI

Obecnie już od wczesnej młodości kobietom wysyła się przekaz, że muszą być piękne, by być wartościowe. Atrakcyjni ludzie są postrzegani m.in. jako bardziej inteligentni, pracowici, życzliwi i szlachetni [1]. Jednakże kulturowe wzorce piękności szybko się zmieniają i są często niemożliwe do osiągnięcia dla większości osób. Kształty, które wykraczają poza wzorzec propagowany przez społeczeństwo i kulturę, spotykają się z dyskryminacją i osądzaniem [19]. Nie dziwi więc, że osoby otyłe mają niższą samoocenę i negatywny obraz własnego ciała niż osoby z prawidłową wagą [4]. Przyczynia się do tego również stosowanie diet redukcyjnych owocujących niepowodzeniem lub nawet w konsekwencji jeszcze większym przyrostem masy ciała [18]. Postrzeganie własnego ciała i samoocena wzajemnie na siebie wpływają. Często takie uczucia, jak: jestem gruba/ły i jestem bezwartościowa/ły łączą się ze sobą. Tak więc negatywny obraz własnego ciała może obniżyć samoocenę [13]. Spostrzeżenia te są względnie niezależne od realiów fizycznych. W badaniach wykazywano, że osoby otyłe znacznie częściej przeceniają rozmiary swojego ciała niż osoby z prawidłową masą ciała [4]. U osób szczupłych różnice te wynoszą średnio około 1-2%, natomiast u osób otyłych aż 6-12% [12]. Natomiast poprawa obrazu własnego ciała w większym stopniu wpływa na zmianę w sposobie myślenia o sobie niż faktyczne zmiany w wyglądzie fizycznym.

Niemalą wysiłku włożono w poszukiwanie różnych zmienionych psychologicznych powiązanych z otyłością. Nie ma jednak dowodów na to, że osoby otyłe różnią się pod względem psychologicznym od nieotyłych [12, 18]. Nie wykazano bowiem istotnych różnic między osobami otyłymi i nieotyłymi dotyczącymi: występowania depresji, obecności psychopatologii, przystosowania społecznego, cech męskości-żeńskości, umiejscowienia kontroli, asertywności i pewności siebie, a także typu osobowości [14]. Można więc założyć, że otyłość nie jest czynnikiem ryzyka w odniesieniu do problemów psychologicznych. Jednakże osoby otyłe najczęściej nie postrzegają swojego stanu jako pożądanego. Ponadto brak ak-

ceptacji swojej otyłości może wynikać ze stygmatyzacji tej grupy osób w społeczeństwie [14]. Osoby otyłe są uważane bowiem powszechnie za leniwe, niezdolne do samokontroli, niedyscyplinowane, niedbające o siebie i mało ambitne. Różne grupy społeczne podtrzymują negatywne stereotypy na temat osób z nadwagą i otyłością. Obserwuje się to zarówno u dzieci [2], jak i u dorosłych. Nawet lekarze i studenci medycyny mają negatywne spojrzenie na osoby otyłe [14, 17]. Osoby z nadwagą są mniej chętnie zatrudniane, nawet jeśli są tak samo kompetentne jak osoby z prawidłową masą ciała. U kobiet wykazywano odwrotną zależność między otyłością a osiąganą pozycją zawodową i sukcesami w tej sferze [8]. Biorąc pod uwagę negatywne postawy i silne kulturowe uprzedzenia wobec otyłości, zaskakujące są obserwacje ujawniające, że osoby otyłe nie są bardziej podatne na występowanie psychopatologii [16].

Otyłość jednakże powoduje negatywne konsekwencje dla różnych aspektów jakości życia, zwłaszcza wśród osób z otyłością olbrzymią. Osoby otyłe mają bowiem wiele fizycznych i psychicznych ograniczeń do pokonania [17]. Dlatego też otyłość wiąże się z gorszą jakością życia zależną od zdrowia oraz z gorszym dobrostanem psychicznym [8]. Brak dowodów potwierdzających podatność tej grupy pacjentów na występowanie psychopatologii wynika prawdopodobnie z ograniczeń w dotychczas przeprowadzanych badaniach i nie stanowi wiernego odzwierciedlenia funkcjonowania psychicznego tych jednostek. Mogą to sugerować wyniki ujawniające poprawę samooceny, funkcjonowania społecznego i poczucia dobrostanu po redukcji nadmiernej masy ciała [14]. Też, że nadwaga (w porównaniu z prawidłową masą ciała) może predysponować do występowania zaburzeń psychicznych, potwierdza także badanie, które wykazało częstsze pojawianie się (40-60%) zaburzeń psychicznych (zwłaszcza depresji) wśród otyłych pacjentów poszukujących pomocy medycznej [12, 17]. Otyłość może z jednej strony sprzyjać występowaniu depresji, z drugiej zaś strony zaburzenia neuroendokrynologiczne związane ze stresem i depresją mogą powodować zmiany metaboliczne, które predysponują do nadwagi [15].

## ZMIANY PSYCHOLOGICZNE WYWOŁANE STOSOWANIEM DIETY

Wpływ częściowego głodzenia się na zachowania człowieka ujawniono wiele lat temu w eksperymencie przeprowadzonym na Uniwersytecie Stanu Minnesota w USA [6]. U wszystkich osób poddanych diecie restrykcyjnej pojawiły się znaczące zmiany w nastroju (depresja, niepokój, rozdrażnienie, osłabienie) oraz w zachowaniu. Zaobserwowano w tej grupie pacjentów zawężenie myślenia praktycznie wyłącznie do tematu jedzenia [6].

Podobne objawy podczas częściowego głodzenia się obserwowano u osób z nadwagą i otyłością [16]. Odczuwały one irytację, niepokój, depresję, pogorszenie samooceny oraz nadmierne zainteresowanie zmieniającymi się wymiarami ciała i jedzeniem [17]. Występowanie takich objawów można ograniczyć dzięki stosowaniu diety łącznie z udziałem w grupowej terapii behawioralnej [16]. Ograniczenie jedzenia, zwłaszcza o charakterze diet restrykcyjnych, powoduje zaburzenie mechanizmów odpowiedzialnych za regulację apetytu. W następstwie zmian chemicznych wynikających z niedostarczenia wystarczającej ilości substancji odżywczych mózg reaguje zwiększoną wrażliwością i spostrzegawczością na bodźce związane z żywnością. Organizm selektywnie dobiera bowiem informacje pozwalające na zaspokojenie potrzeb żywieniowych. Dlatego też osoby, które często powtarzają stosowanie ostrych reżimów dietetycznych, cierpią z powodu obsesji myślowej na temat jedzenia, popadają w przykre stany psychiczne, nie wytrzymują okresu trwania programu odchudzającego i wcześniej powracają do napałów nadmiernego objadania się. Natomiast każde przerwa-

nie diety skutkuje obniżeniem poczucia własnej wartości i skuteczności. Powoduje to powrót do starych zwyczajów żywieniowych. Ujawniono, że osoby silnie przeżywające okres diety, u których pojawiały się objawy niepokoju i depresji, najczęściej powracały w krótkim czasie do wagi wyjściowej. Jeżeli natomiast dobrze znosiły zastosowaną dietę, nie przeżywały niepokoju i charakteryzowały się ustabilizowaną zazwyczaj samooceną, zmniejszały masę ciała i były zdolne do utrzymania szczupłej sylwetki [21]. Odchudzanie się jest więc procesem złożonym i, niestety, tylko czasem skutecznym.

Redukcja nadwagi owocuje niekiedy rozczarowaniem związanym z powstałą sytuacją. Może wystąpić zawód spowodowany tym, że zmniejszenie wagi nie przyniosło oczekiwanych zmian w życiu osobistym czy zawodowym. Ponadto mogą pojawić się zmiany stanu emocjonalnego, których osoby odchudzające się nie przewidywały. Zalicza się do nich: zwiększony niepokój, wrogość, agresywność, depresję, większą podatność na uczucie krzywdy czy też poczucie utraty siły lub dezintegracji osobowości. Nierzadkie są także zmiany w zachowaniu seksualnym. Większe zainteresowanie aktywnością seksualną oraz możliwość jej podjęcia u osób, u których normalne życie seksualne mogło być wcześniej zaburzone, niekiedy budzi silny lęk i w rezultacie przyczynia się do występowania zaburzeń w tej sferze [21].

Zmiany w zachowaniu osób otyłych w czasie stosowania diety nie różnią się od zmian zachodzących u osób szczupłych. Trudności wynikają raczej ze zmieniającego się wyglądu, z trudności w jego zaakceptowaniu i adaptacji własnej psychiki do nowych warunków. Duży problem mogą stanowić nowe role małżeńskie, seksualne i zawodowe. Przed ich podjęciem chroniła dotychczas otyłość. Zmiana sylwetki stawia nowe wymagania, które trudno było wcześniej przewidzieć. Dlatego też u niektórych osób, które znacząco zredukowały masę ciała, obserwuje się zaburzenia emocjonalne. Na szczęście dzięki pomocy terapeuty mogą one zostać pokonane [21].

## INTERWENCJE PSYCHOLOGICZNE

Stosowanie interwencji psychologicznych wydaje się być istotnym czynnikiem zwiększającym efektywność kompleksowego programu redukcji nadwagi. Dieta i ćwiczenia fizyczne połączone ze wsparciem psychologicznym stanowią podstawę programów sprzyjających trwałej utracie masy ciała. Nadal jednak pozostaje wiele luk w rozumieniu roli tych czynników w redukcji masy ciała. Aktualnym wyzwaniem dla medycyny i psychologii wydaje się metoda pozwalająca na osiągnięcie trwałej modyfikacji nawyków żywieniowych osób otyłych oraz umożliwiająca radzenie sobie z nawrotami do poprzednich zachowań.

W leczeniu nadwagi stosowano dotychczas różnorodne indywidualne i grupowe interwencje psychologiczne. Do najczęściej stosowanych terapii psychologicznych w walce z nadwagą zalicza się terapię behawioralną i poznawczą. Niejednokrotnie wykazywano, że terapia behawioralna i poznawczo-behawioralna jest skuteczniejsza niż inne [14]. Interwencje behawioralne opierają się przede wszystkim na wspomaganiu osoby w przestrzeganiu ograniczeń dietetycznych przez eliminowanie nieadaptacyjnych nawyków żywieniowych oraz wzmocnienie motywacji do większej aktywności fizycznej. Celem takiego sposobu leczenia jest wyposażenie jednostki w umiejętności radzenia sobie z różnymi sygnałami prowadzącymi do przejadania się oraz z uchybieniami w diecie i zaplanowanej aktywności fizycznej. Takie leczenie wzmocnia także motywację pacjenta, by wytrwał w zdrowszym stylu życia. Jest to szczególnie ważne w sytuacji, kiedy początkowy entuzjizm do zmiany stylu życia zdażył już wygasnąć. Do technik terapeutycznych stosowanych w terapii behawioralnej zalicza się kontrolę bodźców, ustalanie celów oraz monitorowanie własnych zachowań. Wzbogacenie terapii behawioralnej o techniki poznawcze wydaje się zwiększać

skuteczność programu, przyczyniać się do rzadszego ponownego przyrostu wagi oraz poprawiać psychologiczny dobrostan. Strategie poznawcze są ukierunkowane na zidentyfikowanie i zmodyfikowanie negatywnych wzorców myślenia oraz stanów emocjonalnych, tak by ułatwić danej osobie redukcję masy ciała [14].

Terapie psychodynamiczne, oparte na założeniu, że problemy wynikają z wewnętrznych ukrytych konfliktów jednostki (np. psychoanaliza), terapie humanistyczne pomagające pacjentom w odkryciu sensu ich życia i propagujące życie zgodne z własnymi wartościami (np. terapia skoncentrowana na kliencie) oraz terapie grupowe są wykorzystywane również w radzeniu sobie z nadwagą. Mają one udowodnioną różną skuteczność [14].

Grupowe leczenie otyłości, łączące terapię z edukacją, jest często stosowane w programach komercyjnych oraz w programach samopomocy. Tego typu terapia nie opiera się na dogłębnym analizowaniu aspektów psychologicznych, lecz zapewnia społeczne wsparcie, wspólne rozwiązywanie problemów, wymianę informacji i w ten sposób ułatwia utratę wagi. Stosunkowo w niewielu badaniach porównywano, czy interwencje grupowe są bardziej lub mniej skuteczne niż terapia indywidualna.

W celu oceny skuteczności interwencji psychologicznych, pomocnych w trwałej redukcji masy ciała u osób z nadwagą i otyłością, dokonano metaanalizy wielu badań [14]. Opierała się ona na randomizowanych badaniach klinicznych co najmniej z trzymiesięcznym czasem obserwacji. Porównywano interwencje psychologiczne z interwencjami kontrolnymi. Jednym z punktów końcowych była zmiana masy ciała, a uczestnicy byli osobami dorosłymi (powyżej 18. roku życia), z nadwagą lub otyłością ( $BMI > 25 \text{ kg/m}^2$ ). Do analizy włączono 36 badań (3495 badanych osób). Większość analiz dotyczyła strategii behawioralnych i poznawczo-behawioralnych. Z dokonanej metaanalizy wynika, że terapie poznawczo-behawioralne i terapie behawioralne w znaczącym stopniu zwiększają efektywność programów redukcji nadwagi. Ich skuteczność wykazano zwłaszcza w sytuacji łączenia terapii behawioralnej z dietą i ćwiczeniami fizycznymi. Zwiększenie intensywności interwencji behawioralnych (częstość i długość trwania) owocowało większą i trwalszą utratą masy ciała. Terapia poznawcza sama w sobie okazała się mniej skuteczna niż konwencjonalny program utraty masy ciała. Efektywność psychoterapii, terapii relaksacyjnej i hipnoterapii była oceniana w stosunkowo niewielkiej liczbie badań. Nie ma więc wystarczających dowodów, by wysunąć wniosek o ich użyteczności. Dostępne dane sugerują jednak, że mogą one również być skuteczne we wspomaganiu redukcji nadwagi.

Do oceny skuteczności interwencji psychologicznych w utrzymywaniu pozytywnych zmian w stylu życia u osób z nadwagą lub otyłością konieczne jest przeprowadzenie badań z dłuższym czasem obserwacji oraz z zastosowaniem nowych, teoretycznych modeli otyłości. Rozwijanie innowacyjnych metod leczenia otyłości wymaga właściwego zrozumienia przez terapeutów roli czynników fizjologicznych i psychologicznych w procesie utraty masy ciała oraz różnorodnych niuansów związanych z przybieraniem na wadze. Tylko w ten sposób można będzie opracować bardziej wyszukane metody leczenia, uwzględniające fizjologiczne aspekty otyłości oparte na teoriach psychospołecznych [10].

## PODSUMOWANIE

Redukcja masy ciała wymaga trwałej zmiany własnych zachowań żywieniowych, w tym zwiększonej ich kontroli. Z kolei modyfikacja zachowań wiąże się ze zmianą sposobu myślenia, przekonań i oczekiwań jednostki. Dlatego proces odchudzania należy wesprzeć udziałem w programach pomocy psychologicznej opartych na podejściu poznawczo-behawioralnym. Celem psychologicznego leczenia otyłości jest wzmocnianie poczucia własnej wartości i skutecz-

ności, kształtowanie siły woli i odporności na stres oraz doskonalenie umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Udział w takich programach może zaowocować nie tylko redukcją masy ciała, lecz również ułatwi trwałą zmianę zachowań żywieniowych, umożliwiającą utrzymanie użytkowej masy ciała.

## PIŚMIENNICTWO

1. Aronson E., Wilson T.D., Alert R.M.: *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Warszawa 1997, 412.
2. Braet C., Mervielde I., Vandereycken W.: *Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample*. J. Ped. Psychol., 1997, 22, 1, 59-71.
3. Bruch H.: *Psychological aspects of obesity in adolescence*. A.J.P.H., 1958, 48, 10, 1349-1354.
4. Friedman K., Reichmann S., Costanzo R. i wsp.: *Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress*. Obes. Res., 2002, 10, 1, 33-41.
5. Gabe S.: *Psychological aspects of obesity*. Psychoanal. Q., 1948, 17, 290.
6. Keys A., Brozek J., Herschel A. i wsp.: *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950, I: 575-87, II: 767-905.
7. Kottke T.E., Wu L.A., Hoffman R.S.: *Economic and psychological implications of the obesity epidemic*. Mayo. Clin. Proc., 2003, 78, 92-94.
8. Lafferere B., Zhu S., Clarkson J. i wsp.: *Race, menopause, health-related quality of life and psychological well being in obese women*. Obes. Res., 2002, 10, 1270-1275.
9. Madsen S.A., Gronbaek H., Olsen H.: *Psychological aspects of obesity*. Ugeskr. Laeger., 2006, 9, 168, 2, 194-196.
10. Mitchell E.M.: *Obesity: psychological aspects and management*. Br. J. Hosp. Med., 1980, 24, 6, 523-530.
11. Ogińska-Bulik N.: *Pułapki jedzenia. Style i charaktery*, 2007, 2, 14-16.
12. O'Neil P.M., Jarrell M.P.: *Psychological aspects of obesity and very-low-calorie diets*. Am. J. Clin. Nutr., 1992, 56, 185S-189S.
13. Papadopoulos L.: *Lustereczko powiedz przecie. Rewolucja w myśleniu o własnym wyglądzie*. Wydawnictwo Znak, Kraków 2005, 22.
14. Shaw K., O'Rourke P., Del Mar C. i wsp.: *Psychological interventions for overweight or obesity*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, 2, CD003818. DOI: 10.1002/14651858.pub2.
15. Stice E., Presnell K., Shaw H. i wsp.: *Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2005, 73, 2, 195-202.
16. Stunkard A.J., Wadden T.A.: *Psychological aspects of severe obesity*. Am. J. Clin. Nutr., 1992, 55, 524S-532S.
17. Vaidya V.: *Psychosocial aspects of obesity*. In: *Health and Treatment strategies in obesity*. Vaaida V. (red.). Adv. Psychosom. Med. Basel, Karger, 2006, 27, 73-85.
18. Wadden T.A., Stunkard A.J.: *Psychopathology and obesity*. Ann. N. Y. Acad. Sci., 1987, 499, 55-65.
19. Wadden T.A., Stunkard A.J.: *Social and psychological consequences of obesity*. Ann. Intern. Med., 1985, 103, 1062-1067.
20. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of WHO Expert Committee*. WHO, Geneva 1998.
21. Zubrzycka E.: *Schudnąć bez diety. Mity na temat nadwagi*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.

Otrzymano 13 listopada 2007 r.

Adres: Ewelina Pietrzykowska, Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny, Szpital im. Fr. Raszei, 60-834 Poznań, ul. Mickiewicza 2, tel./faks 061 847 45 79, e-mail: e-lina@wp.pl

## Podstawy endokrynologii praktycznej

29.09.2008 - 03.10.2008

Warszawa

**Charakter kursu:** Kurs doskonalący. Dla lekarzy specjalizujących się w endokrynologii, chorobach wewnętrznych, medycynie rodzinnej, pediatrii oraz położnictwie i ginekologii

**Organizator:** Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Studium Kliniczno-Dydaktyczne, Zakład Neuroendokrynologii Klinicznej, 01-813 Warszawa, ul. Marymoncka 99

**Kierownik naukowy:** prof. dr hab. n. med. Bogusława Baranowska

**Zgłoszenia na kurs:** Wyłącznie na formularzu zgłoszenia na kursy w ramach programu dydaktycznego CMKP. Studium Kliniczno-Dydaktyczne; ul. Marymoncka 99, 01-813 Warszawa, tel.: (0 22) 569 38 05, fax.: (0 22) 569 38 09, e-mail: kursy-3@cmkp.edu.pl

**Płatność:** kurs bezpłatny