

Agnieszka Żak-Gołąb<sup>1</sup>, Radosław Tomalski<sup>2</sup>, Magdalena Olszanecka-Glinianowicz<sup>3</sup>, Jerzy Chudek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Patofizjologii i Katedra Patofizjologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

<sup>2</sup>Oddział Dzienny Psychiatryczny Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Feniks w Sosnowcu

<sup>3</sup>Zakład Promocji Zdrowia i Leczenia Otyłości Katedry Patofizjologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

# Aleksytymia u osób otyłych

Alexithymia in obese patients

## STRESZCZENIE

Otyłość jest chorobą przewlekłą, której częstość występowania znacznie się zwiększyła w ostatnich latach. Mimo coraz lepszego poznania czynników wpływających na rozwój otyłości, odległe efekty jej leczenia pozostają niezadowalające. Na efektywność leczenia otyłości mogą istotnie wpływać jej aspekty psychologiczne, które często są niedoceniane i nieuwzględniane w procesie leczenia. Dotychczas nie udało się zidentyfikować specyficznych dla otyłości cech psychopatologicznych. W dużych badaniach epidemiologicznych wykazano większą częstość występowania zaburzeń lękowych, depresyjnych oraz zaburzeń odżywiania u osób otyłych.

Termin „aleksytymia” określa niezdolność do identyfikacji i wyrażania emocji, ubóstwo fantazji oraz myślenie konkretne. Aleksytymię początkowo opisywano u pacjentów z chorobami psychosomatycznymi, a później występowanie tej cechy stwierdzono również w innych grupach zaburzeń psychicznych, w tym u osób z zaburzeniami odżywiania. Badania oceniające związki między aleksytymią a otyłością są nieliczne, a ich wyniki — niejednoznaczne, co po części można wytłumaczyć różnymi czynnikami indukującymi rozwój otyłości.

W niniejszej pracy omówiono wyniki dotychczasowych badań, w których oceniano wpływ aleksytymii na rozwój, utrzymywanie się i występowanie powikłań otyłości oraz efekty jej leczenia. Szczególną uwagę zwrócono na implikacje terapeutyczne występowania aleksytymii u osób otyłych.

**Słowa kluczowe:** otyłość, aleksytymia, zespół napadowego objadania się, depresja, lęk

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2012, tom 8, nr 4, 124–129

Adres do korespondencji: dr n. med. Agnieszka Żak-Gołąb  
Zakład Patofizjologii, Katedra Patofizjologii  
Śląski Uniwersytet Medyczny  
ul. Medyków 18, 40-752 Katowice  
e-mail: agzak@poczta.onet.pl  
Copyright © 2012 Via Medica  
Nadesłano: 5.12.2012

Przyjęto do druku: 3.01.2013

## ABSTRACT

Obesity is a chronic disease that prevalence has increased significantly in recent years. Despite getting a better understanding of factors influencing the development of obesity, long-term effects of its treatment are still unsatisfactory. A significant influence on the effectiveness of the treatment of obesity may have its psychological aspects, which are often unrecognized and not considered in the treatment process. A specific psychopathological features of obesity have not been yet found. Large epidemiological studies have shown a higher incidence of anxiety, depression, and eating disorders in obese.

Alexithymia is defined as difficulty to identify and express emotions, paucity of fantasy life and operator thinking. Alexithymia was initially described in patients with psychosomatic diseases, but later its' more frequent occurrence was also found in other groups of patients with mental disorders, among them — patients with eating disorders. There are few studies which analyze the association of alexithymia and obesity, and their results are inconsistent, partially due to heterogeneity of the causes of obesity.

The paper discusses the potential role of alexithymia in the development, course and treatment of obesity. Therapeutic implications of the coexistence of alexithymia and obesity were indicated.

**Key words:** obesity, alexithymia, binge eating syndrome, depression, anxiety

Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders 2012, vol. 8, No 4, 124–129

## Wstęp

Otyłość jest chorobą przewlekłą charakteryzującą się nadmiernym nagromadzeniem tłuszczu — u kobiet ponad 30%, a u mężczyzn więcej niż 25% masy ciała. Najczęściej (> 95%) jest konsekwencją długotrwałego

dodatniego bilansu energetycznego. Na rozwój otyłości wpływają czynniki zewnętrzne, takie jak nieprawidłowe żywienie, niska aktywność fizyczna i stres oraz czynniki wewnętrzne: predyspozycje genetyczne, zaburzenia metaboliczne i neuroendokryne [1].

Rozwój cywilizacji, niosący ze sobą wzrost spożycia produktów wysokoenergetycznych przy równoczesnym zmniejszeniu aktywności fizycznej, sprzyja stałemu zwiększaniu się liczby osób otyłych nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale również w Europie i w krajach rozwijających się [2]. W ostatnim badaniu *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), realizowanym w latach 2007–2008 w Stanach Zjednoczonych, występowanie nadwagi stwierdzono u 72,3% mężczyzn i 64,1% kobiet, a otyłości odpowiednio u 32,2% i u 35,5% [3]. W ostatniej dekadzie częstość występowania nadwagi i otyłości w krajach europejskich zwiększyła się o 10–40%. Szacuje się, że występują one u połowy osób w populacji europejskiej, w tym otyłość zależnie od kraju jest diagnozowana u 10–25% mężczyzn i 10–30% kobiet [4, 5]. W ostatnim badaniu epidemiologicznym, przeprowadzonym w Polsce w latach 2003–2005 (WOBASZ), w populacji w wieku 20–74 lat nadwagę stwierdzono u 40,4% mężczyzn i u 27,9% kobiet, a otyłość odpowiednio u 20,6% i u 20,2% [6].

Otyłość jest istotnym problemem zdrowia publicznego, nie tylko z powodu częstości występowania i opisanych niżej powikłań, ale również ze względu na koszty związane z ich leczeniem. Szacuje się, że w krajach Europy Zachodniej 2–8% nakładów ponoszonych przez systemy opieki zdrowotnej można przypisać bezpośrednio otyłości [7].

Otyłość, szczególnie trzewna, jest czynnikiem ryzyka rozwoju wielu chorób przewlekłych, takich jak: cukrzyca typu 2, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, udar mózgu, zaburzenia hormonalne, a także niektórych nowotworów (m.in.: rak sutka, rak trzonu macicy, rak jelita grubego, rak gruczołu krokowego) [8]. Ponadto otyłość znacznie obniża jakość życia oraz zmniejsza wydajność pracy i dochód [9]. Ostatnio coraz większą uwagę zwraca się na psychologiczne konsekwencje otyłości, takie jak obniżona samoocena, stany lękowe i zaburzenia depresyjne. Zaburzenia te mogą ulegać nasileniu z powodu negatywnego nastawienia społeczeństwa wobec osób otyłych i dyskryminacji w różnych dziedzinach życia, w tym opiece medycznej i przy poszukiwaniu zatrudnienia.

Mimo coraz lepszego poznania czynników wpływających na rozwój otyłości, odległe efekty jej leczenia pozostają niezadowolające [10]. Istotny wpływ na

efektywność leczenia otyłości mogą mieć jej aspekty psychologiczne, które często są niedoceniane i nieuwzględniane w procesie leczenia.

## Zaburzenia psychiczne u osób otyłych

W dużych badaniach epidemiologicznych wykazano większą częstość występowania zaburzeń lękowych, somatoformicznych oraz zaburzeń odżywiania u otyłych [11, 12]. Kasen i wsp. [13] w trwającej 30 lat obserwacji przeprowadzonej u osób otyłych wykazali kilkakrotnie większą częstość występowania zespołów lękowych oraz dużych epizodów depresji niż u osób z prawidłową masą ciała. Problematykę współwystępowania depresji i otyłości oraz łączących je zależności przedstawiono w niedawno opublikowanej pracy poglądowej [14].

Dotychczas nie udało się znaleźć specyficznych dla otyłości cech psychopatologicznych. Stwierdzono natomiast, że osoby otyłe rzadziej nadużywają substancji psychoaktywnych niż osoby z prawidłową masą ciała [15]. Friedman [16] za przyczynę utrudniającą ustalenie charakterystycznych dla otyłości cech psychopatologicznych uważa niejednorodność populacji osób otyłych. Szczególną uwagę zwraca się na to, że próby redukcji masy ciała podejmują głównie kobiety, chociaż częstość występowania otyłości u mężczyzn jest podobna. Zdaniem Friedmana, aby ustalić specyficzne dla otyłości cechy psychopatologiczne, konieczne jest prowadzenie badań drugiej generacji w celu poszukiwania czynników ryzyka zaburzeń psychicznych u osób otyłych, a nie badań pierwszej generacji, w których porównuje się częstość występowania takich zaburzeń, jak depresja i lęk oraz cechy osobowości u osób otyłych i z prawidłową masą ciała. Autor ten sugeruje, że istotnymi czynnikami ryzyka zaburzeń psychicznych u osób otyłych są: stosowanie restrykcyjnych diet obecnie lub w przeszłości, znaczne wahania masy ciała (*weight cycling*) i epizody objadania się (*binge eating*). Ostatni z tych czynników najdokładniej zbadano pod względem wpływu na rozwój otyłości i zaburzeń psychicznych.

Zespół gwałtownego objadania się (BED, *binge eating disorder*) charakteryzuje występowanie epizodów objadania się o typie bulimicznym, którym nie towarzyszą regularnie pojawiające się zachowania kompensacyjne. Epizody te cechują się utratą kontroli nad jedzeniem i spożywaniem dużych ilości pokarmu. Zespół ten wyodrębniono w czwartej edycji amerykańskiej klasyfikacji psychiatrycznej z 1994 roku (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*), natomiast obowiązująca w Polsce kla-

syfikacja chorób *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems 10th Revision* (ICD-10) nie uwzględnia tej jednostki. W Polsce do określenia tego typu zaburzeń stosuje się zamiennie dwa terminy „zespół gwałtownego objadania się” (gwałtownego jedzenia) oraz „zaburzenia odżywiania z epizodami niekontrolowanego objadania się”.

Szacuje się, że BED występuje u 2–5% populacji ogólnej [17]. Natomiast u osób otyłych podejmujących leczenie częstość jego występowania sięga 30%. W badaniach własnych autorów częstość występowania BED wśród pacjentów rozpoczynających kurację odchudzającą wynosiła 35% [18]. Autorzy wykazali także, że zespół ten częściej występuje u osób z otyłością olbrzymią [19]. Zespół gwałtownego objadania się wydaje się istotnym czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju otyłości o podłożu emocjonalnym nasilanym przez stres.

Jedną z cech osobowości, które mogą wpływać na rozwój, przebieg i wyniki leczenia otyłości, a także towarzyszących jej zaburzeń psychicznych, jest aleksytymia. Jest to mało znany kierunek badań dotyczących aspektów psychologicznych otyłości, który może być ważnym ogniwem łączącym otyłość, BED, zaburzenia lękowe i depresyjne. Dlatego celem niniejszego opracowania jest przedstawienie związków między występowaniem aleksytymii a rozwojem otyłości i efektami jej leczenia.

## Aleksytymia — wprowadzenie

Aleksytymia jest cechą obejmującą: trudności w odróżnianiu stanów emocjonalnych od doznań fizycznych, trudność w opisywaniu emocji, skłonność do koncentrowania się raczej na zewnętrznych wydarzeniach niż na wewnętrznych doświadczeniach (myślenie operacyjne, konkretne) oraz upośledzenie w zakresie symbolizacji, wyrażające się ubóstwem wyobraźni. Częstość występowania aleksytymii w populacji ogólnej wynosi 10–13%. Cechę tę częściej przejawiają mężczyźni (12,8–17,0%) niż kobiety (8,2–10,0%). Obserwuje się również częstsze występowanie tej cechy osobowości u osób starszych (34% w populacji 70-latków) [20].

U osób z cechami aleksytymii stwierdza się większe nasilenie objawów psychopatologicznych, przede wszystkim depresyjnych (choć dotyczy to zwłaszcza czynnika najmniej specyficznego — „trudności w opisywaniu emocji”). Znaczne nasilenie aleksytymii znajduje swój wyraz w określonym stylu funkcjonowania. Relacje interpersonalne są nacechowane obojętnością wobec oczekiwania innych, chłodem i zdystansowaniem. Potrzeba zależności i bezpieczeństwa przeważa nad

potrzebą ryzykownych myśli i zachowań niekonwencjonalnych. Jedną z konsekwencji tego stanu jest mniejsza zdolność przystosowywania się do nowych sytuacji. Co istotne, osoby z aleksytymią otrzymują mniejsze wsparcie społeczne i gorzej z niego korzystają. Problem ten dotyczy również opieki zdrowotnej. Między innymi z tego powodu osoby z aleksytymią cechują się gorszym stanem zdrowia somatycznego. Stwierdzono także, że występowanie tej cechy osobowości jest niezależnym czynnikiem ryzyka 5-letniej śmiertelności u mężczyzn w średnim wieku [21].

Przyczyny rozwoju aleksytymii są złożone i obejmują czynniki neurobiologiczne i psychologiczne. Do czynników neurobiologicznych związanych z aleksytymią zaliczono deficyt transferu międzypółkulowego, nieprawidłowości funkcjonowania prawej półkuli, zaburzenia dotyczące przedniej części zakrętu obręczy oraz upośledzenie koordynacji między układem limbicznym i korą mózgu [22–24].

Wśród czynników psychologicznych wyróżnia się trudności w relacjach z matką i urazy psychiczne o charakterze zaniedbania lub nadużycia. Przyczyną wtórnej aleksytymii są doświadczenia o charakterze traumatycznym przebyte w życiu dorosłym [25].

Pierwsze badania dotyczące związku aleksytymii z innymi zaburzeniami przeprowadzono u pacjentów z chorobami psychosomatycznymi [26]. Później opublikowano wyniki dotyczące związku tej cechy osobowości z depresją i zaburzeniami lękowymi oraz częstszym jej występowaniem u pacjentów ze skłonnością do uzależnień i z zaburzeniami osobowości, a także z zespołem stresu pourazowego [27].

Do najbardziej znanych kwestionariuszy przeznaczonych do oceny występowania i nasilenia aleksytymii zalicza się TAS 26, TAS 20 [28] oraz *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire* (BVAQ) [29, 30].

## Aleksytymia — przyczyna czy skutek otyłości?

Poszukiwania prostej zależności między występowaniem aleksytymii i otyłości nie doprowadziły do jednoznacznych wniosków. Ta cecha osobowości wiązała się raczej z nasileniem ogólnej psychopatologii (w tym depresji) u osób otyłych niż z ich masą ciała [31]. Jedynie w niektórych badaniach wykazano częstsze występowanie aleksytymii u osób otyłych niż w populacji ogólnej. Cechy aleksytymii, z wyjątkiem trudności w opisywaniu emocji, częściej występowały u kobiet niż u mężczyzn [32]. Ponadto De Chouly i wsp. [33] zaobserwowali wyraźnie większe nasilenie cech aleksytymii u kobiet otyłych niż u tych z prawidłową masą

ciała. Nie stwierdzono natomiast zależności między nasileniem tej cechy osobowości a wskaźnikiem masy ciała (BMI, *body mass index*) [34–36]. Dalsze badania są prowadzone z udziałem wyselekcjonowanych podgrup osób otyłych, charakteryzujących się wyższym nasileniem aleksytymii lub jej składowych. Hipoteza, zgodnie z którą populacja otyłych jest heterogenna pod względem tej cechy, pojawiała się już dawno. Waysfeld i wsp. [37] na podstawie cech psychologicznych (test Rorschacha i *Minnesota Multiphase Personality Inventory* [MMPI]) podzielili osoby otyłe na „neurotyków” i „psychosomatyków”. Tę drugą podgrupę można utożsamiać z „aleksytymiczną” lub cechującą się większym nasileniem myślenia operacyjnego. Wydaje się, że to właśnie myślenie operacyjne jest najbardziej wyrazonym aspektem aleksytymii u osób otyłych, zwłaszcza mężczyzn [32]. Bardziej konkretny styl poznawczy może się przekładać na zmniejszone zainteresowanie własnym życiem wewnętrznym, przejadanie się oraz siedzący tryb życia. Według Helmersa i wsp. [38] wpływ aleksytymii na styl życia może być efektem głównie takich jej cech, jak „trudność w identyfikowaniu emocji” (złe odżywianie się, nadużywanie alkoholu i narkotyków) oraz „trudność komunikowania emocji” (siedzący tryb życia).

Większe nasilenie aleksytymii obserwowano również u osób otyłych, u których rozwinęły się powikłania otyłości, takie jak nadciśnienie tętnicze [39–41], cukrzyca typu 2 [42] i składowe zespoły metabolicznego [43]. Nie określono jednak roli aleksytymii w rozwoju tych powikłań. Niektórzy badacze sugerują wręcz, że u osób z chorobami somatycznymi może dochodzić do rozwoju wtórnej aleksytymii [44]. Hipotezę tę jako pierwszy sformułował Freyberger [25] na podstawie obserwacji osób z chorobą nowotworową, u których pojawiły się cechy aleksytymiczne. Na pytanie, czy aleksytymia jest cechą osobowości osób otyłych, czy też pojawia się jako cecha wtórna do otyłości lub chorób jej towarzyszących, próbowali odpowiedzieć Adami i wsp. [35]. Wyniki uzyskane przez tych badaczy przemawiają za pierwotną naturą aleksytymii u otyłych, niezależną od masy ciała, wyglądu i akceptacji społecznej. Podobne wnioski wypłynęły z badań Baldaro i wsp. [45], którzy u otyłych chłopców i dziewczynek, a także ich matek obserwowali mniejszą zdolność dekodowania wzrokowych i słownych przejawów emocji niż u osób z grupy kontrolnej. Wskazywałoby to na pewien deficyt rozwoju relacji z opiekunem niezdolnym do właściwego opracowania poznawczego emocji, co — obok wpływu na rozwój tych samych cech osobowości u dziecka — mogłoby się również przyczyniać do rozwoju otyłości.

Powyższe dane sugerują, że występowanie aleksytymii pierwotnej może być nie tylko czynnikiem induku-

jącym rozwój otyłości, poprzez wpływ na kształtowanie się niekorzystnego dla zdrowia stylu życia, ale także szybszego pogarszania się stanu zdrowia osób otyłych z powodu niewłaściwego korzystania ze wsparcia społecznego i opieki zdrowotnej.

## Aleksytymia a jedzenie pod wpływem negatywnych emocji

Jedzenie pod wpływem negatywnych emocji (*emotional eating*) może przybierać różne formy: od sporadycznego jedzenia związanego z przeżywanymi emocjami (które nie zawsze są świadomie identyfikowane przez daną osobę), poprzez jedzenie w godzinach wieczornych i nocnych (*night eating*), aż do impulsywnego objadania się (*binge eating*), które może spełniać kryteria rozpoznania BED. Wydaje się, że jedzenie pod wpływem emocji może mieć inne podłoże u otyłych z BED niż u osób bez tego zespołu. Choć cechy aleksytymiczne sprzyjają rozładowaniu afektu poprzez jedzenie, to dane dotyczące związku aleksytymii z objadaniem się nie są jednoznaczne. Noli i wsp. [46] nie wykazali zależności między występowaniem cech aleksytymii a BED, nocnym objadaniem się (*night eating*) czy jedzeniem pod wpływem emocji (*emotional eating*) u osób otyłych zgłaszających się do chirurgicznego leczenia otyłości. Natomiast O’Connell [47] zaobserwował większe nasilenie cech aleksytymii u osób ze wzmożonym niż u tych z umiarkowanym kompulsywnym objadaniem się. Z kolei Pinaquy i wsp. [48] stwierdzili, że u osób otyłych z BED częściej stwierdza się aleksytymię niż u otyłych bez BED (62,5% v. 48,8%), choć różnica ta (ze względu na małą liczebność grupy) nie była istotna statystycznie. W badaniu de Zwaan i wsp. [34] częstość aleksytymii o istotnym klinicznie nasileniu u otyłych z BED była istotnie wyższa niż w grupie bez tego zespołu (odpowiednio 24,1% v. 11,1%;  $p = 0,02$ ). Gdy jednak wzięto pod uwagę średnią wartość nasilenia aleksytymii w skali TAS-26, to podgrupy te nie różniły się między sobą ( $63,8 \pm 11,5$  pkt. v.  $61,9 \pm 8,1$  pkt.). Z kolei Delaney i Ward [49] zaobserwowali, że osoby otyłe napadowo objadające się nie wyróżniały się ogólnym nasileniem aleksytymii, ale częściej nie potrafiły określić swoich odczuć cielesnych i emocji oraz uważały, że kwestie emocji nie mają dla nich zasadniczego znaczenia.

Niektórzy badacze sugerują, że jedzenie pod wpływem emocji u osób z BED wiąże się z nasileniem aleksytymii, natomiast u osób bez BED zależy raczej od nasilenia stresu i poziomu depresji [48]. Być może, niektóre osoby traktujące jedzenie jako „pocieszenie” lub „uspokojenie” w chwilach odczuwania napięcia

psychicznego lub przeżywania trudnych emocji mają świadomość takich zachowań i są w stanie je częściowo kontrolować. Natomiast osoby z aleksytymią nie wiążą stanu napięcia i emocji z objadaniem się i dlatego nie potrafią go kontrolować. Z tego względu psychoterapia w tych dwóch grupach powinna być odmienna. U osób z aleksytymią terapia powinna być ukierunkowana na odtworzenie zdolności do identyfikowania emocji i poszukiwania alternatywnych do objadania się sposobów radzenia sobie z nimi, natomiast w drugiej grupie celem powinno być bardziej efektywne i konstruktywne radzenie sobie z emocjami, a nie rozpoznawanie ich.

### Aleksytymia a efekty kuracji odchudzającej

Niektóre obserwacje kliniczne sugerują, że aleksytymia może utrudniać leczenie otyłości [50, 51]. Jednak w grupie otyłych leczonych bariatrycznie nie stwierdzono, by występowanie cech aleksytymii wpływało na efekty uzyskane w czasie rocznej obserwacji [36].

De Panfilis i wsp. [52] badali, jakie znaczenie dla efektów kuracji odchudzającej miało współwystępowanie zaburzeń psychicznych z osi pierwszej. Stwierdzili oni, że wyniki leczenia u tych osób mimo lepszej współpracy były gorsze. Na efekty leczenia wpływały takie cechy, jak trudności komunikowania emocji i trudności w angażowaniu się w relacje społeczne. Pierwsza z tych cech jest składową zespołu aleksytymii. Natomiast u osób bez zaburzeń z pierwszej osi istotny wpływ na wynik leczenia miało między innymi niewielkie nasilenie narcystycznych cech osobowości. Powyższe wyniki wskazują, że trudności w angażowaniu się w relacje społeczne oraz komunikowania własnych stanów psychicznych i somatycznych otoczeniu wiążą się ściśle z funkcjonowaniem w relacjach terapeutycznych, na przykład z lekarzem w trakcie kuracji odchudzającej. Może to dotyczyć umiejętności kształtowania relacji

zależności od lekarza lub terapeuty, przekazywania trudności emocjonalnych związanych z leczeniem oraz współpracy w poszukiwaniu rozwiązań napotykanym problemom. Osoby o niskich kompetencjach w tym zakresie będą przyjmowały bardziej bierną rolę, co może się przełożyć na efekty leczenia i niezadowolenie wynikające z przekonania, że lekarz czy terapeuta zrobili zbyt mało, by im pomóc. Wydaje się jednak, że konstrukt aleksytymii, zdefiniowany w taki sposób, jak uczynili to jego twórcy, ma ograniczone zastosowanie w odniesieniu do rozwoju, przebiegu i leczenia otyłości. Dopiero głębsza analiza znaczenia poszczególnych składowych aleksytymii pozwala na lepsze rozumienie zależności między życiem emocjonalnym a rozwojem otyłości i w pewnym stopniu ukierunkowuje psychoterapię.

### Podsumowanie

Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że częstość występowania aleksytymii u osób otyłych jest zwiększona. Niezależnie od tego, czy jest to zjawisko pierwotne, czy wtórne, wiedza na temat występowania cech aleksytymii w tej grupie chorych może mieć pewne, choć ograniczone, implikacje kliniczne. Wydaje się, że znaczne nasilenie aleksytymii może być przyczyną rozwoju otyłości, głównie w wyniku napadowego objadania się. Ta cecha osobowości może również powodować, że osoby takie rzadziej poszukują pomocy specjalistycznej, a jeżeli już podejmą próbę redukcji masy ciała, to ich współpraca z lekarzem i osiągnane efekty są gorsze. Nie jest jasne, czy psychoterapia poprawiająca wgląd we własne przeżywanie i ekspresję emocji może poprawić skuteczność kuracji odchudzającej osób z cechami aleksytymii. Niewątpliwie jednak, należy przywiązywać większą wagę do dobrej współpracy lekarza i psychologa w procesie leczenia otyłości.

### Piśmiennictwo

1. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD/98.1 Report of a WHO consultation on Obesity. WHO, Geneva 1998: 12–40.
2. Wang Y., Beydoun M.A., Liang L. i wsp.: Will all Americans become overweight or obese? estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity* 2008; 16: 2323–2330.
3. Flegal K.M., Carroll M.D., Ogden C.L. i wsp.: Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2008. *JAMA* 2010; 303: 235–241.
4. James W.P.: The epidemiology of obesity: the size of the problem. *J. Intern. Med.* 2008; 263: 336–352.
5. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T.: The challenge of the obesity in the WHO European region and the strategies for response: summary. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007.
6. Biela U., Pająk A., Kaczmarczyk-Chalas K. i wsp.: Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.* 2005; 63 (supl. 4): 632–635.
7. Andreyeva T., Sturm R., Ringel J.S.: Moderate and severe obesity have large differences in health care costs. *Obes. Res.* 2004; 12: 1936–1943.
8. Adams K.F., Schatzkin A., Harris T.B. i wsp.: Overweight, obesity and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *N. Engl. J. Med.* 2006; 355: 763–778.
9. Lillis J., Levin M.E., Hayes S.: Exploring the relationship between BMI and health-related quality of life: a pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *J. Health Psychol.* 2011; 16: 722–727.
10. Greaves C.J., Sheppard K.E., Abraham C. i wsp.: Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity

- interventions. *BMC Public Health* 2011; 11: 119.
11. Wardle J., Waller J., Rapaport L.: Body dissatisfaction and binge eating in obese women. The role of restraint and depression. *Obes. Res.* 2001; 9: 778–787.
  12. Baumeister H., Harter M.: Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int. J. Obes.* 2007; 31: 1155–1164.
  13. Kasen S., Cohen P., Chen H. i wsp.: Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *Int. J. Obes.* 2008; 32: 558–566.
  14. Olszanecka-Glinianowicz M.: Depresja — przyczyna czy skutek otyłości? *Endokrynol. Otyl. Zab. Przem. Mat.* 2008; 4: 78–85.
  15. Hrabosky J.I., Thomas J.J.: Elucidating the relationship between obesity and depression: recommendations for future research. *Clin. Psychol. Sci. Prac.* 2008; 15: 28–34.
  16. Friedman M.A., Brownell K.D.: Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol. Bull.* 1995; 117: 3–20.
  17. de Zwaan M.: Binge eating disorder and obesity. *Int. J. Obes.* 2001; 25: 51–55.
  18. Żak-Gołąb A., Zahorska-Markiewicz B., Tomalski R. i wsp.: The association between anxiety, depression, alexithymia and binge eating in obese patients. *Karlove Vary, Abstract Book* 2008.
  19. Tomalski R., Żak-Gołąb A., Zahorska-Markiewicz B.: Czy rezygnacja z kuracji odchudzającej ma związek z występowaniem żarłocznego jedzenia? *Endokrynol. Otyl. Zab. Przem. Mat.* 2008; 4: 53–57.
  20. Salminen J.K., Saarijarvi S., Aarela E. i wsp.: Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J. Psychosom. Res.* 1999; 46: 75–82.
  21. Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D. i wsp.: Alexithymia and risk of health in middle-aged man. *J. Psychosom. Res.* 1996; 41: 541–549.
  22. Larsen J.K., Brand N., Bermond B. i wsp.: Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *J. Psychosom. Res.* 2003; 54: 533–541.
  23. Lane R.D., Ahern G.L., Schwartz G.E. i wsp.: Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biol. Psychiatry* 1997; 42: 834–844.
  24. Dewaraja R., Sasaki Y.: A left to right hemisphere callosal transfer deficit of nonlinguistic information in alexithymia. *Psychother. Psychosom.* 1990; 54: 201–207.
  25. Freyberger H.: Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother. Psychosom.* 1977; 28: 337–342.
  26. Sifneos P.E.: Alexithymia: past and presence. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 137–142.
  27. Maruszewski T., Ścigala E.: Emocje, aleksytymia, poznanie. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1998.
  28. Taylor G.J., Bagby R.M., Ryan D.P. i wsp.: Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom. Med.* 1988; 50: 500–509.
  29. Parker J.D., Taylor G.J., Bagby R.M.: The 20-item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population. *J. Psychosom. Res.* 2003; 55: 269–275.
  30. Vorst C.M., Bermond B.: Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Pers. Individ. Dif.* 2001; 30: 413–434.
  31. Morosin A., Riva G.: Alexithymia in a clinical sample of obese women. *Psychol. Rep.* 1997; 80: 387–394.
  32. Elfhag K., Lundh L.G.: TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scand. J. Psychol.* 2007; 48: 391–398.
  33. De Chouly De Lenclave M.B., Florequin C., Bailly D.: Obesity, alexithymia, psychopathology and binge eating: a comparative study of 40 obese patients and 32 controls. *Encephale* 2001; 27: 343–350.
  34. de Zwaan M., Bach M., Mitchell J.E. i wsp.: Alexithymia, obesity and binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.* 1995; 17: 135–140.
  35. Adami G.F., Campostano A., Ravera G. i wsp.: Alexithymia and body weight in obese patients. *Behav. Med.* 2001; 27: 121–126.
  36. Marechal V., Loas G., Legrand A. i wsp.: Alexithymia in severely obese patients seeking surgical treatment. *Psychol. Rep.* 2009; 105: 935–944.
  37. Waysfeld B., Le Barzic M., Aimez P. i wsp.: "Pense operateiroire" in obesity. *Psychother. Psychosom.* 1977; 28: 127–132.
  38. Helmers K.F., Mente A.: Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *J. Psychosom. Res.* 1999; 47: 635–645.
  39. Grabe H.J., Schwahn C., Barnow S. i wsp.: Alexithymia, hypertension and atherosclerosis in the general population. *J. Psychosom. Res.* 2010; 68: 139–147.
  40. Jula A., Salminen J.K., Saarijarvi S.: Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension* 1999; 33: 1057–1061.
  41. Todarello O., Taylor G.J., Parker J.D. i wsp.: Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *J. Psychosom. Res.* 1995; 39: 987–994.
  42. Damak R., Mnif L., Masmoudi J. i wsp.: Alexithymia in diabetes type 2. *Eur. Psych.* 2010; 25: 1008.
  43. Lemche A.V., Chaban O.S., Lemche E.: Alexithymia predicts triglyceride level, systolic blood pressure, and diabetic status in metabolic syndrome. *Eur. Psych.* 2010; 25: 1019.
  44. Wise T.N., Mann S., Mitchell D. i wsp.: Secondary alexithymia: an empirical validation. *Comprehen. Psychol.* 1990; 31: 284–288.
  45. Baldaro B., Rossi N., Caterina R. i wsp.: Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2003; 27: 191–195.
  46. Noli G., Cornicelli M., Marinari G.M. i wsp.: Alexithymia and eating behavior in severely obese patients. *J. Hum. Nutr. Diet.* 2010; 23: 616–619.
  47. O'Connell R.C.: Alexithymia and self-regulation: affective and cognitive functioning in compulsive eating. *The Sciences and Engineering* 2003; 63: 4381.
  48. Pinaquy S., Chabrol H., Simon C. i wsp.: Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obes. Res.* 2003; 11: 195–201.
  49. Delaney L., Ward L.: The relationships of alexithymia, body image distortion, and body image dissatisfaction to binge eating in obese populations. *The Sciences and Engineering* 2002; 63: 1558.
  50. Beales D., Dolton R.: Eating disordered patients: personality, alexithymia, and implications for primary care. *Br. J. Gen. Pract.* 2000; 50: 21–26.
  51. Żak-Gołąb A., Olszanecka-Glinianowicz M., Bąk-Sosnowska M. i wsp.: Does alexithymia influence on the early termination of body weight reduction therapy? *Streszczenie zjazdowe — Sztokholm. Obes. Rev.* 2010; 11 (supl. 1): 306–307.
  52. De Panfilis C., Cero S., Dall'Aglio E. i wsp.: Psychopathological predictors of compliance and outcome in weight-loss obesity treatment. *Acta Biomed.* 2007; 78: 22–28.