

Miejsce psychologa w leczeniu otyłości

STRESZCZENIE

Otyłość jest problemem interdyscyplinarnym. Zarówno jej przyczyny, jak i konsekwencje mogą dotyczyć wszystkich sfer funkcjonowania człowieka: zdrowotnej, psychicznej, interpersonalnej, zawodowej. W wielu przypadkach włączenie do leczenia otyłości oddziaływań psychologicznych okazuje się pomocne, a nawet niezbędne. Rodzaj i zakres takich oddziaływań zależy od wielu czynników, m.in. czasu trwania otyłości, obecności chorób towarzyszących, kondycji psychofizycznej pacjenta oraz jego przyzwolenia na kontakt z terapeutą. Psycholog może wspierać proces leczenia na każdym jego etapie, poprzez m.in.: motywowanie pacjenta do podjęcia i kontynuowania leczenia oraz utrzymania osiągniętych efektów, diagnozowanie i leczenie psychospołecznych przyczyn otyłości oraz psychicznych zaburzeń towarzyszących (np. zaburzeń jedzenia, nastroju, lękowych), zwiększanie samoświadomości pacjenta i stymulowanie pozytywnych zmian w jego życiu, kształtowanie nowych umiejętności (np. asertywności, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów). Psycholog wchodzący w skład zespołu leczącego otyłość może również być pomocny pozostałym specjalistom (lekarzowi, dietetykowi, fizjoterapeucie) w konstruowaniu strategii leczenia oraz rozumieniu psychologicznych aspektów otyłości i relacji z pacjentem.

Forum Medycyny Rodzinnej 2009, tom 3, nr 4, 297–303

słowa kluczowe: otyłość, psychologia, terapia

Interdyscyplinarna wiedza na temat ludzkiej natury ukazuje człowieka jako istotę biopsychospołeczną. Oznacza to, że znajdują w nim wyraz takie sfery funkcjonowania, jak: biologiczna (dotycząca ciała — jego zdrowia, wyglądu, sprawności), psychologiczna (ze swoim pierwiastkiem psychicznym, emocjonalnym i duchowym) oraz międzyludzka (w tym obszar pracy zawodowej i relacji seksualnych). Chociaż indywidualna uwaga jed-

nostki lub jej otoczenia może być skupiona na wybranej sferze funkcjonowania, jedynie ich harmonijne współbrzmienie przyczynia się do osiągnięcia dobrostanu i poczucia wysokiej jakości życia. Kiedy jedna z wymienionych sfer nie domaga, znajduje to odzwierciedlenie w pozostałych, w postaci obiektywnego zaburzenia lub subiektywnego poczucia dyskomfortu.

Przykładem, który w pewnym stopniu opisuje zależności zachodzące pomiędzy

Monika Bąk-Sosnowska

Zakład Psychologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego,
Gabinet Terapeutyczno-Szkoleniowy
PRIMODIUM w Katowicach

Adres do korespondencji:

dr n. med. Monika Bąk-Sosnowska
Zakład Psychologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Medyków 12; 40–752 Katowice
tel. kom.: 601 26 55 02
e-mail: b_monique@poczta.onet.pl

Copyright © 2009 Via Medica
ISSN 1897–3590



Istotną rolę w powstawaniu otyłości odgrywają czynniki psychospołeczne. Należą do nich: psychologiczne czynniki ryzyka, psychiczne zaburzenia towarzyszące otyłości oraz czynniki społeczno-kulturowe

poszczególnymi obszarami funkcjonowania człowieka, są choroby psychosomatyczne. Są to zaburzenia i dolegliwości, w których etiopatogenezie i przebiegu istotną rolę odgrywa czynnik psychiczny [1, 2]. Przez czynnik psychiczny rozumie się w tym wypadku np. psychologiczną sytuację trudną (uraz, strata, przewlekły stres lub frustracja), nieuświadomiany konflikt wewnętrzny (pomiędzy wartościami, emocjami, potrzebami), niekorzystny klimat psychologiczny w środowisku (zagrożenie życia lub cenionych wartości, konflikt międzyludzki, wykluczenie społeczne). W wąskim rozumieniu chorób psychosomatycznych wyróżnia się kilkanaście uważanych za zasadniczo psychopochodne. Objaw somatyczny jest rozumiany wówczas jako m.in. symboliczny komunikat z ciała, wyrażający treści, które nie mogą lub nie chcą być wyrażane wprost [3] lub jako stabilizator systemu rodzinnego, pomagający utrzymać wewnętrzną homeostazę [4]. W szerszym rozumieniu praktycznie każdą chorobę można uznać za psychosomatyczną, ponieważ czynniki psychospołeczne są niepodważalnie wpisane w życie człowieka. Wpływają na tworzenie i przeżywanie większości wydarzeń życiowych oraz efektywność radzenia sobie z nimi.

OTYŁOŚĆ JAKO PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY

Otyłość pierwotna stanowi zdecydowaną większość wszystkich przypadków nadmiernej masy ciała [5, 6]. Oznacza to, że jej przyczyną jest zbyt duża podaż kalorii pochodzących z pożywienia w stosunku do zużywanej energii. Zasadniczym problemem pozostają jednak powody spożywania nadmiaru jedzenia, nierzadko przyjmujące postać niekontrolowanego objadania się, oraz powody, dla których zredukowanie nadmiernej masy ciała staje się trudne lub wręcz niemożliwe. Obok nieprawidłowych nawyków żywieniowych, istotną rolę w powstawaniu otyłości

odgrywają czynniki psychospołeczne. Należą do nich przede wszystkim: psychologiczne czynniki ryzyka (związane ze sposobem myślenia, odczuwania i zachowania), psychiczne zaburzenia towarzyszące otyłości (mogą przyczyniać się do rozwoju otyłości, jak również stanowić jej konsekwencję) oraz czynniki społeczno-kulturowe, pełniące zazwyczaj rolę bodźców wyzwalających. Przykłady dotyczące wyróżnionych czynników przedstawiono poniżej.

Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości

- destruktywne przekonania (na temat siebie, własnego ciała, jedzenia, otyłości, odchudzania się, innych ludzi, rzeczywistości, przyszłości),
- niekorzystne nawyki (dotyczące odżywiania się, aktywności fizycznej, traktowania siebie, dbania o swoje ciało, reagowania na stres, zajmowania określonej pozycji w relacjach interpersonalnych i sytuacjach społecznych),
- negatywne nastawienie (do samego siebie, do odchudzania, do specjalistów leczących otyłość, do konfrontacji z problemem, do zmian),
- nieadekwatne wyobrażenia (własnego ciała, procesu redukcji masy ciała, własnych możliwości i ograniczeń, celu).

Psychiczne zaburzenia towarzyszące otyłości

- zespół kompulsywnego jedzenia (utrata kontroli nad ilością i jakością spożywanego pożywienia bez obecności zachowań kompensacyjnych),
- syndrom jedzenia nocnego (zespół powtarzających się objawów: nadmierne łaknienie wieczorem, bezsenność, poranna anoreksja),
- żarłoczność psychiczna (napady niekontrolowanego objadania się prowadzące do takich kompensacji jak: prowokowanie wymiotów i biegunek, stosowanie

środków przeczyszczających i odwadniających, poszczenie, intensywne ćwiczenia fizyczne),

- zaburzenia lękowe (w postaci np. lęku uogólnionego lub obsesji i kompulsji związanych z jedzeniem),
- depresja (obniżony nastrój, spowolnienie psychoruchowe oraz pesymistyczne nastawienie do siebie i świata często korelują z nadmiernym apetytem oraz niechęcią do jakiegokolwiek aktywności fizycznej),
- zaburzenia adaptacyjne (związane z doświadczaniem sytuacji trudnych, np. ważnych życiowych zmian, kryzysów rozwojowych, ostrego bądź przewlekłego stresu),
- uzależnienia (wyłącznie od jedzenia lub jednocześnie od innych substancji; występują charakterystyczne objawy: przymus spożywania, utrata kontroli, fizjologiczne objawy stanu odstawienia, wystąpienie tolerancji, zaniedbywanie innych źródeł przyjemności, zaprzeczanie, spożywanie pokarmów mimo dowodów szkodliwości).

■ **Spoleczno-kulturowe czynniki wywołające rozwój otyłości**

- promowany przez kulturę masową wzorzec atrakcyjności (w przypadku kobiet definiowany przez młodość, urodę i szczupłą sylwetkę),
- wiązanie szczupłej sylwetki z takimi cechami jak np. zdyscyplinowanie, samokontrola, ambicja, sukces,
- ekspansywna reklama produktów spożywczych i konsumpcji,
- wzrost tempa życia i promowanie indywidualizmu, prowadzące do osłabienia więzi społecznych i ograniczenia potencjalnych źródeł wsparcia.

Nie tylko przyczyny nadmiernej masy ciała mają złożony charakter, ale również jej konsekwencje. Obok szeregu powikłań zdrowotnych oraz związanych z wydolnością fizyczną [7], otyłość może prowadzić do po-

ważnych problemów psychospołecznych. Należą do nich m.in.: lęk, wstyd, uległość, aleksytymia, zaburzenia obrazu własnego ciała, obniżone poczucie wartości, szacunku do samego siebie, wycofywanie się z kontaktów interpersonalnych, doświadczanie uprzedzeń i dyskryminacji [8–10].

Otyłość to nie tylko powszechnie występująca przypadłość czy kosmetyczny defekt, ale przede wszystkim choroba. Stanowi istotne ogniwo w przyczynowo-skutkowym łańcuchu dysfunkcji zaburzających zdrowie i dobre samopoczucie. Jest interdyscyplinarnym problem chorej osoby, ale również całego społeczeństwa.

■ **FORMA ODDZIAŁYWAŃ PSYCHOLOGICZNYCH W LECZENIU OTYŁOŚCI**

Czynniki psychologiczne mogą przyczyniać się do rozwoju otyłości oraz odgrywać ważną rolę w efektywnym radzeniu sobie z nią, dlatego wiele osób z nadmierną masą ciała wymaga oddziaływań psychologicznych. Ich rodzaj i zakres powinny być uzależnione od indywidualnej sytuacji, a dokładnie takich uwarunkowań, jak m.in.: czas trwania otyłości, obecność chorób towarzyszących, kondycja psychofizyczna pacjenta, przyzwolenie na kontakt z terapeutą. Zasadniczo wyróżnia się trzy rodzaje oddziaływań psychologicznych: diagnozę psychologiczną, pomoc psychologiczną, terapię psychologiczną (psychoterapię). Specyfika poszczególnych form kontaktu psychologa z pacjentem opisana została poniżej.

■ **Diagnoza psychologiczna**

Jest to proces poznawania pacjenta i formułowania wniosków przydatnych w jego leczeniu lub rozwoju. Diagnostyce podlegają najczęściej:

- cechy, predyspozycje, uzdolnienia;
- postawy (m.in. wobec siebie, innych ludzi, problemu, rozwiązania);
- funkcjonowanie (poznawcze, emocjonalne, społeczne, zawodowe);



Diagnoza psychologiczna to proces poznawania pacjenta i formułowania wniosków przydatnych w jego leczeniu lub rozwoju

**”
Pomoc psychologiczna
jest to oddziaływanie
na drugiego człowieka
metodami
psychologicznymi,
mające na celu poprawę
jego samopoczucia
lub funkcjonowania**

— ewentualne zaburzenia (psychiczne, somatyczne, emocjonalne, behawioralne).

Podstawowym etapem diagnozy jest zbieranie informacji, co w przypadku psychologa odbywa się na podstawie takich narzędzi, jak m.in.: wywiad, obserwacja, rozmowa, testy, wyniki badań medycznych, konsultacje z innymi specjalistami. Analiza zebranych informacji służy zdefiniowaniu problemu i wyznaczeniu kierunku dalszych działań.

■ **Pomoc psychologiczna**

Pomoc psychologiczna jest to oddziaływanie na drugiego człowieka (świadome lub nie, celowe lub nie) metodami psychologicznymi, mające na celu poprawę jego samopoczucia lub funkcjonowania. Pomocy psychologicznej może udzielać każda osoba życzliwie nastawiona do pacjenta (specjalista, członek rodziny, osoba nieznaną), a odbiór świadczonej pomocy może być bierny. Oznacza to, że pacjent może ograniczać się wyłącznie do przyjmowania informacji lub realizowania otrzymywanych sugestii czy zaleceń. Specyficzne rodzaje pomocy psychologicznej to:

- poradnictwo
- motywowanie,
- wspieranie,
- edukowanie,
- wskazywanie alternatyw,
- wzmacnianie.

■ **Psychoterapia**

Psychoterapia jest świadomym i celowym oddziaływaniem na drugiego człowieka, mającym na celu zmianę jego samopoczucia lub funkcjonowania. Konieczna jest w tym wypadku aktywność odbiorcy (inicjatywa, motywacja do zmiany, zaangażowanie, ćwiczenie nabytych umiejętności, realizowanie ustaleń itp.). Psychoterapia trwa zwykle określony czas i dotyczy zagadnień nie tylko bezpośrednio związanych z aktualnym objawem, ale również leżących u jego podłoża.

Prowadzona może być przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje. W zależności od wykształcenia i preferencji terapeuty oraz specyfiki problemu, psychoterapia może być realizowana w nurcie:

- poznawczo-behawioralnym,
- psychodynamicznym,
- systemowym,
- krótkoterminowym.

Psychoterapia może być prowadzona w formie indywidualnej lub grupowej. Grupa terapeutyczna składa się zazwyczaj z osób doświadczających podobnego rodzaju trudności. Badania wskazują, że grupowa forma terapii jest efektywniejsza w leczeniu otyłości niż terapia indywidualna [11, 12]. Dodatkową formą aktywności psychologa w obszarze zdrowia są **konsultacje**. Mają one na celu udzielenie osobie zainteresowanej konkretnych wskazówek, ułatwiających rozumienie problemu i efektywne rozwiązanie go.

TREŚĆ ODDZIAŁYWAŃ PSYCHOLOGICZNYCH W LECZENIU OTYŁOŚCI

Każdy pacjent posiada odrębną, indywidualną historię swoich dolegliwości — ich przyczyn, przebiegu i leczenia. Jednak, podobnie jak w przypadku innych chorób, również w otyłości można formułować pewne prawidłowości dotyczące rozwoju i utrzymywania się objawów oraz wytyczne zwiększające efektywność leczenia. Treść pracy terapeutycznej z osobą otyłą jest uzależniona m.in. od rodzaju i nasilenia motywacji do redukcji masy ciała, etapu leczenia, aktualnego funkcjonowania psychospołecznego oraz zgłaszanych potrzeb. Zakres poruszanych zagadnień nie ogranicza się jedynie do tematu otyłości i odchudzenia, ale dotyczy szeroko rozumianej jakości życia. Wynika to z założenia przedstawionego wcześniej, iż objaw stanowi symboliczny wyraz wewnętrznej nierównowagi, a leczenie nie sprowadza się jedynie do usunięcia objawu, lecz do przywrócenia psychofizycznego dobrostanu. W aspekcie psy-

chologicznym cel ten jest realizowany poprzez poszerzenie wiedzy pacjenta oraz wspomaganie go w nabywaniu lub wzmacnianiu określonych umiejętności.

Poszerzanie wiedzy może dotyczyć:

- samego siebie (m.in.: wartości, potrzeby, cele, obraz własnego ciała, sposób reagowania w sytuacjach trudnych, styl nawiązywania i utrzymywania relacji interpersonalnych),
- psychologicznych mechanizmów biorących udział w powstawaniu i utrzymywaniu się otyłości (m.in.: przekonania, wyobrażenia, nastawienie, nawyki),
- psychologicznych wyznaczników efektywnej redukcji nadmiernej masy ciała (odpowiednie sformułowanie celu, motywacja, wybór właściwej metody, radzenie sobie z niepowodzeniami, konstruktywne nagradzanie siebie, utrzymanie osiągniętych efektów).

Kształtowanie nowych umiejętności może dotyczyć między innymi:

- dbania o siebie,
- samokontroli,
- efektywnego komunikowania się,
- konstruktywnego wyrażania emocji,
- motywowania (zwłaszcza samego siebie),
- asertywności,
- autoprezentacji,
- rozwiązywania konfliktów,
- podejmowania decyzji,
- radzenia sobie ze stresem.

METODY ODDZIAŁWAŃ PSYCHOLOGICZNYCH W LECZENIU OTYŁOŚCI

Metody pracy psychologicznej z pacjentem otyłym są ściśle związane z nurtem teoretycznym prezentowanym przez danego terapeutę [13, 14]. Terapeuta poznawczo-behawioralny kładzie nacisk m.in. na konstruktywną zmianę wewnętrznego monologu pacjenta i jego przekonań oraz na trening zachowań sprzyjających osiągnięciu celu. Terapeuta psychodynamiczny koncentruje się na dociekanii psychologicz-

nych przyczyn istniejących zaburzeń, m.in. poprzez analizę wczesnego okresu życia człowieka, jego kompleksów, lęków, marzeń sennych. Terapeuta systemowy traktuje pacjenta jako członka konstelacji rodzinnej, a objaw jako wyraz trudności we wzajemnych relacjach. Zaprasza do współpracy całą rodzinę i do niej kieruje określone interwencje. Terapie krótkoterminowe (np. ericksonowska, gestalt, BSFT [*Brief Solution Focussed Therapy*]) poszukują efektywnych rozwiązań poprzez m.in. aktywną współpracę z pacjentem, koncentrację na pożądanej zmianie, wykorzystanie wewnętrznych zasobów pacjenta, wzmacnianie pozytywnych zachowań.

Niezależnie od szkoły terapeutycznej, podstawowym narzędziem pracy jest rozmowa z pacjentem oraz obserwacja tzw. mowy jego ciała. Służy to zebraniu informacji celowo przekazywanych przez pacjenta, ale również treści, które, pozostając poza obszarem jego świadomości, mogą mieć związek z aktualnym problemem (np. zmiana mimiki twarzy czy napięcia ciała podczas mówienia o określonej sprawie). Dodatkowo w celach diagnostycznych stosowane bywają testy i kwestionariusze. Pozwalają one na ilościową ocenę konkretnej cechy czy umiejętności, np. poziomu lęku, stopnia motywacji czy gotowości do zmiany. W aspekcie terapeutycznym oprócz analizowania, interpretowania i sugerowania określonych zmian, psycholog może włączyć takie techniki pracy, jak: relaksacja (np. trening autogenny Schultza, trening progresywny Jacobsona), praca z ciałem i oddechem (np. bioenergetyka Lowena, metoda Feldenkreisa, nauka oddychania przeponowego), praca z wyobraźnią (np. wizualizacja), drama (wchodzenie w określone role, aby zrozumieć sytuację lub poszukiwać rozwiązania), psychorysunek (np. rysunek objawu, który ułatwia symboliczną pracę nad nim), stany transowe (np. hipnoza lub autohipnoza).



Niezależnie od szkoły terapeutycznej, podstawowym narzędziem pracy jest rozmowa z pacjentem oraz obserwacja tzw. mowy jego ciała



Dodatkowo w celach diagnostycznych stosowane bywają testy i kwestionariusze

”
Rodzina stanowi naturalną grupę odniesienia człowieka i może równocześnie pełnić rolę skutecznej grupy wsparcia

ODBIORCY ODDZIAŁYWAŃ PSYCHOLOGICZNYCH W LECZENIU OTYŁOŚCI

Głównym podmiotem oddziaływań psychologicznych w leczeniu otyłości jest osoba z nadmierną masą ciała. Zależnie od etapu leczenia, praca psychologiczna może polegać na motywowaniu do zmiany, kształtowaniu pomocnych przekonań, wyobrażeń i nastawień wobec odchudzania oraz wypracowaniu konkretnych metod radzenia sobie w określonych sytuacjach.

Odbiorcą oddziaływań może być również cała rodzina. Dzieje się tak wówczas, gdy jednocześnie kilku członków rodziny podejmuje leczenie, ale również wtedy, gdy robi to tylko jedna osoba. Rodzina stanowi naturalną grupę odniesienia człowieka i może równocześnie pełnić rolę skutecznej grupy wsparcia. Aby tak się stało, potrzebuje najczęściej konkretnych informacji i wskazówek, np. jak rozmawiać z osobą otyłą o jej masie ciała i odchudzaniu, jak reagować na jej niepowodzenia, w jaki sposób ją motywować.

Odbiorcą oddziaływań psychologicznych mogą być również specjaliści uczestniczący w procesie leczenia otyłości (lekarz, dietetyk, fizjoterapeuta). Wspólne konsultacje na rzecz pacjenta pozwalają poszerzyć diagnozę medyczną o aspekty psychologiczne, ułatwiają zrozumienie indywidualnej sytuacji pacjenta oraz przyczyniając się do wypracowania efektywnej strategii leczenia. Wiedza dotycząca mechanizmów psychologicznych pośredniczących w ludzkim zachowaniu może być również pomocna specjalistom w budowaniu konstruktywnej relacji z pacjentem, rozumieniu jego specyficznych zachowań, a także własnych postaw wobec problemu otyłości i jej leczenia.

PODEJŚCIE HOLISTYCZNE W LECZENIU OTYŁOŚCI

Człowiek jest istotą biopsychospołeczną, dlatego nierównowaga w jednym obszarze

funkcjonowania destabilizuje jednocześnie wszystkie pozostałe. Otyłość jest tego przykładem. Stres, intensywne emocje lub nieuświadomiane konflikty wewnętrzne mogą prowadzić do przejadania się, powodującego tycie. W konsekwencji, pojawiają się negatywne skutki zdrowotne i pogorszenie samopoczucia psychicznego, zwrótnie obniżające jakość życia i prowadzące do kompensacji, takich jak np. przejadanie się. Ten mechanizm błędnego koła jest doskonale znany większości osobom otyłym, które poszukują specjalistycznej pomocy w odchudzaniu. Zwykle mają za sobą wielokrotne próby zredukowania nadmiernej masy ciała poprzez zmianę diety i zwiększenie aktywności fizycznej. Jak wynika z doświadczeń klinicznych oraz doniesień naukowych, nawet jeśli osiągną swój cel, średnio po pięciu latach wracają do punktu wyjścia, a często znacznie go przekraczają [15, 16]. Dzieje się tak dlatego, że sama wiedza na temat zasad zdrowego stylu życia nie wystarcza do jego realizowania. Stanowi jedynie obiektywny, racjonalny punkt odniesienia. Podstawą ludzkiej działalności jest natomiast wymiar subiektywny — przekonania, wyobrażenia, lęki, kompleksy, nadzieje, doświadczenia. To one w największym stopniu determinują sposób przeżywania i reagowania człowieka na stawiane mu przez życie wyzwania.

Biorąc pod uwagę złożoność ludzkiej natury, najbardziej efektywne jest holistyczne, kompleksowe leczenie otyłości [12, 17, 18]. Zakłada ono współdziałanie specjalistów z różnych dziedzin (m.in. lekarzy, psychologów, dietetyków, rehabilitantów, duchownych) oraz uwzględnienie w terapii kontekstu społecznego pacjenta (rodzina, partner, znajomi, współpracownicy). Podejście takie umożliwi w pełni realizację założeń, iż podmiotem oddziaływań jest cały człowiek, celem zaś, przywrócenie i utrzymanie wewnętrznej równowagi.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). DC: American Psychiatric Association, Washington 1994.
2. Tylka J. Psychosomatyka. Uniwersytet Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2000.
3. Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F., Wasilewski B. Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. PZWL, Warszawa 1995.
4. Budzyna-Dawidowski P., De Barbaro B., Furgal M. Systemowe rozumienie chorób psychosomatycznych, *Psychoterapia* 2000; 3 (114): 41–50.
5. Czyżewska K. Patofizjologiczne podstawy wybranych chorób, cz. III. Otyłość. Wydawnictwo AM im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2000.
6. Brantley P., Myers V., Roy H. Environmental and lifestyle influences on obesity. *The Journal of the Louisiana State Medical Society* 2005; 157 (spec. 1): 19–27.
7. Zahorska-Markiewicz B. Zaburzenia przemiany materii. W: Zahorska-Markiewicz B., Malecka-Tendera E. (red.) *Patofizjologia kliniczna*. Volumed, Wrocław 2001: 395–399.
8. Becker E., Margraf J., Turke V., Soeder U., Neumer S. Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2001; 25 (supl. 1): 5–9.
9. Latner J., Stunkard A., Wilson G. Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obes Res.* 2005; 13 (7): 1226–1231.
10. Chen E., Brown M. Obesity stigma in sexual relationships. *Obes. Res.* 2005; 13 (8): 1393–1397.
11. Hayaki J., Brownell K. Behaviour change in practice: group approaches. *Int. J. Obes.* 1996; 20 (supl. 1): 27–30.
12. Zahorska-Markiewicz B. *Nauka i praktyka w leczeniu otyłości*. ArchiPlus, Kraków 2005.
13. Grzesiuk L. Zjawiska w psychoterapii. W: Grzesiuk L. (red.) *Psychoterapia*. PWN, Warszawa 1994: 137–193.
14. Grzesiuk L. Techniki w psychoterapii. W: Grzesiuk L. (red.) *Psychoterapia*. PWN, Warszawa 1994: 194–210.
15. Wing R., Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clinl Nutr.* 2005; 82 (supl. 1): 222–225.
16. Ogińska-Bulik N., Chanduszko-Salska J. Psychologiczna charakterystyka kobiet z nadwagą i otyłością. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica* 2000; 4: 35–43.
17. Hamilton M. Strategies for the management of patients with obesity. *Treat Endocrinol.* 2002; 1 (1): 21–36.
18. Zahorska-Markiewicz B. Aktualna strategia leczenia otyłości. *Kardiologia w praktyce* 2004; 3: 8–13.