

Psychokorekcja w leczeniu otyłości — wskazówki praktyczne

Psychocorrection in obesity treatment — practical advice

STRESZCZENIE

Nadmierna masa ciała pacjentów jest problemem, z którym stykają się zarówno lekarze specjaliści, jak i lekarze pierwszego kontaktu. Skuteczne leczenie otyłości wymaga podejścia kompleksowego, uwzględniającego dietę, aktywność fizyczną, nierzadko farmakoterapię, ale również aspekt psychologiczny. Dzieje się tak dlatego, że trudności psychiczne mogą być zarówno przyczyną, jak i konsekwencją nadmiernego jedzenia oraz tycia. Psychokorekcja jest propozycją alternatywną do modyfikacji zachowań wymienianej najczęściej jako jeden z czynników leczących w terapii otyłości. Psychokorekcja nie tylko zakłada potrzebę konstruktywnej zmiany stylu życia, ale uwzględnia również psychologiczne podłoże tej zmiany. Wskazuje na konieczność przeformułowania przekonań otyłego pacjenta oraz sposobu przeżywania własnej sytuacji, które w efekcie umożliwiają dopiero podjęcie i kontynuowanie działań korzystnych dla zdrowia i dobrego samopoczucia. Psychokorekcja polega na wprowadzeniu konstruktywnych zmian w funkcjonowaniu psychicznym pacjenta. Zmiany są dokonywane bezpośrednio przez samego pacjenta oraz pośrednio — poprzez wpływ leczących go specjalistów. W tym celu wykorzystuje się takie narzędzia psychologiczne, jak: odpowiednie sformułowanie celu leczenia, efektywna motywacja, nagradzanie, modyfikacja przekonań, kontrola emocji, modyfikacja zachowań. (*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2011, tom 2, nr 2, 95–101)

słowa kluczowe: otyłość, terapia, leczenie otyłości

ABSTRACT

Excessive body weight seems to be the problem for both specialists and primary care physicians. Effective obesity treatment must be complex and should not be only consisted of diet, physical activity and pharmacotherapy, but should also include psychological support. This is because mental health problems can be both a cause and consequence of overeating and weight gain. Psychocorrection is an alternative to life style modification, which is one of the most frequently mentioned factors used in obesity treatment. It not only implies the need for constructive change in lifestyle, but also includes the psychological background of this change. Psychocorrection enables obese patient to change his beliefs and the

Monika Bąk-Sosnowska

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

Adres do korespondencji:

dr n. hum. Monika Bąk-Sosnowska
Zakład Psychologii Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego
ul. Medyków 12, 40–752 Katowice
tel. kom. 601 265 502
e-mail: b_monique@poczta.onet.pl

Copyright © 2011 Via Medica
ISSN 2081–2450

►► Psychokorekcja — wymienia się ją najczęściej jako jeden z czynników leczących w terapii otyłości obok diety, aktywności fizycznej i farmakoterapii ◀◀

►► Psychokorekcja w leczeniu otyłości może przyjmować formę pomocy psychologicznej lub psychoterapii ◀◀

way he faces his own situation, which allows to take further action to improve his health and comfort. It introduces constructive changes in the patient's mental functioning. Changes are made directly by the patient himself, and indirectly, through the influence of specialist treating him. For that purpose, some psychological tools are required, such as: an appropriate wording of the goal of treatment, effective motivation, rewarding, modification of patients' beliefs, emotional control and life style modification. (*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2011, vol. 2, no 2, 95–101)

key words: obesity, therapy, obesity treatment

POJĘCIE PSYCHOKOREKCJI

Istotnym obszarem oddziaływań w leczeniu otyłości jest psychika. Dzieje się tak dlatego, że trudności psychiczne mogą być zarówno przyczyną, jak i konsekwencją nadmiernego jedzenia oraz tycia. **Psychokorekcja** — alternatywa dla modyfikacji zachowań, wymienianej najczęściej jako jeden z czynników leczących w terapii otyłości obok diety, aktywności fizycznej i farmakoterapii [1]. Modyfikacja zachowań rozumiana jako pozytywna zmiana stylu życia nie uwzględnia psychologicznego podłoża tej zmiany. Termin psychokorekcja wskazuje natomiast na konieczność przeformułowania przekonań otyłego pacjenta oraz sposobu przeżywania własnej sytuacji, które w efekcie umożliwiają dopiero podjęcie i kontynuowanie działań korzystnych dla zdrowia i dobrego samopoczucia. **Psychokorekcja polega na wprowadzeniu konstruktywnych zmian w funkcjonowaniu psychicznym pacjenta bezpośrednio przez niego samego, jak również pośrednio — poprzez wpływ leczących go specjalistów. Zmiany są nakierowane na poszerzenie samoświadomości, zwiększenie poczucia samoakceptacji, poczucia wpływu oraz kontroli nad sobą i procesem odchudzania się.**

Psychokorekcja w leczeniu otyłości może przyjmować formę pomocy psychologicznej lub psychoterapii. W pierwszym przypadku narzędziem wpływu są: edukacja na temat wzajemnego oddziaływania zachowania, psy-

chiki i ciała, udzielanie wsparcia społecznego, dostarczanie konkretnych wskazówek i narzędzi pomocnych — między innymi w procesie motywowania czy radzenia sobie ze stresem. **Pomoc psychologiczna** może być udzielana przez każdego specjalistę uczestniczącego w leczeniu otyłego pacjenta, jak również przez osoby bliskie czy grupę wsparcia. Stanowi najczęściej naturalny składnik relacji z pacjentem, a jej znaczenie może być wzmacniane poprzez świadome włączanie aspektów psychologicznych w proces komunikowania się. **Psychoterapia** jest natomiast oddziaływaniem planowym, trwającym w czasie, mającym spowodować zaistnienie konkretnych zmian w funkcjonowaniu pacjenta; wymaga od niego aktywnej współpracy. Jest stosowana przez specjalistów posiadających odpowiednie kwalifikacje i kompetencje [2].

Pomocy psychologicznej wymaga zdecydowana większość otyłych pacjentów, ponieważ konfrontacja z własną nadwagą oraz podjęcie leczenia stanowią najczęściej tak zwaną sytuację trudną, wymagającą adaptacji i dokonania szeroko pojętych zmian. Psychoterapii mogą potrzebować szczególnie pacjenci z otyłością wczesną, po wielokrotnie nieudanych próbach odchudzania, niezmotywowani, z towarzyszącymi zaburzeniami, takimi jak między innymi: zespół kompulsywnego jedzenia, bulimia czy depresja [3]. Zasadność włączenia psychokorekcji do

leczenia otyłości wynika z przyjęcia biopsychospołecznego modelu zdrowia oraz znaczenia takich aspektów psychologicznych, jak: trafne sformułowanie celu leczenia, efektywna motywacja, pozytywne przekonania, kontrola emocji, konstruktywne zachowania.

PERSPEKTYWA BIOPSYCHOSPÓŁECZNA

Biopsychospołeczny model zdrowia opiera się na założeniu, że człowiek funkcjonuje w kilku równorzędnych obszarach: biologicznym, psychologicznym, duchowym oraz interpersonalnym [4]. Obszary te pozostają ze sobą w ciągłym kontakcie i oddziałują na siebie na zasadzie sprzężeń zwrotnych. Zaburzenie pojawiające się w jednej sferze, na przykład choroba somatyczna, jest rozumiana jako manifestacja braku równowagi w obrębie poszczególnych sfer lub między nimi, wywierająca jednocześnie wpływ na każdą z nich. Analogicznie leczenie zaburzenia z którejkolwiek sfery funkcjonowania wymaga uwzględnienia, a nierzadko leczenia pozostałych.

W powstawaniu i utrzymywaniu się otyłości pierwotnej zasadniczą rolę odgrywają zachowania polegające na nadmiernym spożywaniu pokarmu oraz niewystarczającej aktywności fizycznej [5]. U podłoża tych zachowań bardzo często leżą jednak problemy natury psychologicznej. Mogą one dotyczyć między innymi [6]:

- obrazu własnego ciała — spostrzegania jego rozmiarów oraz atrakcyjności;
- destruktywnych przekonań na temat siebie, innych ludzi, przyszłości (itp.);
- negatywnych emocji oraz zaburzeń emocjonalnych (np. neurotyzm, aleksytymia, nerwica, depresja);
- niekorzystnych zachowań związanych między innymi z utratą kontroli, niewłaściwym radzeniem sobie ze stresem, niesatysfakcjonującym układaniem relacji z innymi ludźmi.

Efektywne leczenie otyłości uwzględnia nie tylko aspekt medyczny i dietetyczny problemu, ale również kontekst psychologiczny oraz społeczny.

CEL LECZENIA

Cel leczenia otyłości powinien być szerszy, niż tylko redukcja nadmiernej masy ciała. Kiedy jest nim wyłącznie utrata określonej ilości kilogramów, pacjent mobilizuje swoje siły i koncentruje się na zadaniu — jednak często realizuje je, nie zważając na koszty zdrowotne, psychologiczne, finansowe czy czasowe. Im większe koszty ponosi, tym szybciej będzie chciał zakończyć zadanie i powrócić do poprzednich nawyków. Konstruktywnie sformułowany cel leczenia otyłego pacjenta to poprawa jakości życia. **Odnosi się on zarówno do stanu zdrowia, sprawności fizycznej, jak i do samopoczucia psychicznego. Cel powinien być możliwy do osiągnięcia i jednocześnie korzystny dla zdrowia [7].**

Pomocne jest wprowadzenie na początku leczenia subiektywnych narzędzi, przydatnych w ustalaniu i ewaluacji celu. Do takich narzędzi należy **skalowanie**. Zajmuje ono kilka minut i wymaga jedynie długopisu i kartki papieru. Polega na narysowaniu dowolnej ilości odcinków oraz przypisaniu im kategorii istotnych z punktu widzenia efektywności leczenia, zwłaszcza jednak odnoszących się do funkcjonowania psychospołecznego (ryc. 1). Punkt zero na każdej ze skal oznacza maksymalnie negatywną ocenę, punkt 10 — maksymalnie pozytywną. Zadaniem pacjenta jest aktualna ocena samego siebie na każdej ze skal. Lekarz zaznacza wybrany punkt i wpisuje datę oznaczenia. Na kolejnym spotkaniu, nie pokazując skal pacjentowi, prosi o ponowną ocenę każdej kategorii. Uzyskane różnice odzwierciedlają subiektywną, doświadczaną przez pacjenta efektywność leczenia. Może ona iść w parze z efektywnością obiektywną (np. redukcja masy ciała, poprawa parametrów

» Konstruktywnie sformułowany cel leczenia otyłego pacjenta to poprawa jakości życia ◀◀

Poczucie kontroli nad jedzeniem		
0	5	10
Samopoczucie fizyczne		
0	5	10
Nastroj		
0	5	10
Zadowolenie z własnego wyglądu		
0	5	10

Rycina 1. Przykładowe skale samooceny

medycznych) lub nie, co każdorazowo stanowi wartościowy materiał do dyskusji z pacjentem i jest skutecznym narzędziem motywacji.

Cel leczenia dotyczący wielkości redukcji masy ciała powinien być ustalany z pacjentem i powinien uwzględniać między innymi możliwość osiągnięcia go, wpływ na zdrowie i samopoczucie, podział głównego celu na kolejne etapy rozłożone w czasie.

MOTYWACJA

Motywacja do działania pojawia się wówczas, gdy człowiek ma niezaspokojoną, ważną dla siebie potrzebę. Podejmuje wtedy aktywność, która rozładowuje nieprzyjemne napięcie oraz przynosi poczucie ulgi i przyjemności. **Motywacja pozytywna** wiąże się z dążeniem do zdobycia cennej wartości czy obiektu (np. pacjent odchudza się, żeby kupić ubranie mniejsze o kilka rozmiarów). **Motywacja negatywna** ma na celu

uniknięcie określonej sytuacji (np. pacjent odchudza się, żeby nie zachorować na cukrzycę). Obie motywacje są korzystne dla podjęcia leczenia otyłości, jednak biorąc pod uwagę utrzymywanie się w czasie i towarzyszący stan emocjonalny, zasadne jest motywowanie pozytywne [8]. Przydatną metodą jest zaproponowanie pacjentowi, aby dokonał opisu korzyści oczekiwanych przez niego w związku z leczeniem otyłości (tab. 1). Istotne jest, aby korzyści były konkretne oraz sformułowane w sposób pozytywny, to znaczy opisujący stan pożądaný (np. zamiast: „nie będzie mi ciężko się schylać” — „będę potrafiła samodzielnie zasznurować sobie buty”).

Im więcej korzyści pacjent dostrzeże w redukcji masy ciała, tym silniejszą będzie mieć motywację do leczenia. Sporządzona przez niego lista przydaje się również do podtrzymywania motywacji w okresach niepowodzeń i wątpliwości, jest również narzędziem oceny efektywności procesu leczenia.

NAGRADZANIE

Ważnym czynnikiem podtrzymującym motywację do działania jest uzyskiwanie pozytywnych wzmocnień, czyli nagród [8]. Najczęściej otyli pacjenci przyjmują wobec odchudzania tak zwaną zasadę myślenia czarnobiałego. Oznacza to, że ostatecznym celem staje się redukcja zakładanej ilości kilogramów i tylko ona uprawnia do **nagrody** w postaci na przykład pozytywnego myślenia

»» Motywacja pozytywna wiąże się z dążeniem do zdobycia cennej wartości czy obiektu. Motywacja negatywna ma na celu uniknięcie określonej sytuacji ◀◀

Tabela 1	
Lista oczekiwanych korzyści	
Zdrowie	
Sprawność	
Wygląd	
Stosunek do siebie	
Nawyki	
Zachowania	
Relacje z innymi	

o sobie, poczucia własnej atrakcyjności czy wręcz powrotu do poprzednich nawyków żywieniowych. Jakiegokolwiek uchybienie w zakładanym planie powoduje zniechęcenie i często zaprzestanie działania.

Cel rozłożony na etapy i uwzględniający nie tylko redukcję masy ciała, ale również zmiany w psychospołecznym funkcjonowaniu, pozwala na częste i przewidywalne uzyskiwanie przez pacjenta gratyfikacji. Rolę nagród spełniają zarówno wyrazy uznania ze strony lekarza i osób najbliższych, jak również gratyfikacje zaplanowane dla siebie przez samego pacjenta. Istotne jest jednak rozszerzenie perspektywy spojrzenia na nagrodę, aby nie przybierała ona formy wysokokalorycznego posiłku, ale wiązała się z zaspokojeniem innej niż jedzenie, ważnej dla pacjenta potrzeby. Zasadniczo chodzi o zaspokajanie potrzeb psychologicznych i społecznych [9]: bezpieczeństwa (poczucie wpływu, kontroli, przewidywalności), afiliacji (bycie z innymi, współdziałanie, doświadczanie i dawanie opieki), uznania i szacunku (posiadanie cenionych kompetencji, pozycji społecznej), samorealizacji (zdobywanie wiedzy, obcowanie ze sztuką, religia). Im więcej źródeł satysfakcji odkryje dla siebie pacjent i nauczy się z nich korzystać, tym bardziej zostanie osłabiona pozycja jedzenia jako źródła przyjemności czy metody na relaks.

MODYFIKACJA PRZEKONAŃ

Większość osób bezskutecznie zmagających się z nadmierną masą ciała przyznaje, że duży wpływ ma psychika. Wyrażają w ten sposób pogląd, że ludzkie zachowanie bierze swój początek w psychice, czyli jest związane z indywidualnymi potrzebami, przekonaniami czy wyobrażeniami.

Stosunkowo najłatwiej udaje się zdiagnozować **przekonania**, ponieważ wyrażają się one w treści wypowiedzi. Niekorzystne przekonania wywierają negatywny wpływ

zarówno na samopoczucie fizyczne i psychiczne, jak i na zachowania, dlatego zasadna jest ich modyfikacja [10].

Przekonania są w dużym stopniu indywidualne, jednak u otyłych pacjentów częściej przekonania powtarza się. Ważnym elementem leczenia otyłości jest identyfikacja niekorzystnych przekonań i zaproponowanie pacjentowi zmiany sposobu myślenia (tab. 2).

Modyfikacja niekorzystnych przekonań nie tylko zwiększa motywację pacjenta do leczenia otyłości, ale przede wszystkim zwiększa poczucie osobistych kompetencji i wewnętrznych zasobów pacjenta.

KONTROLA EMOCJI

Emocje stają się często powodem nadmiernego jedzenia [6]. Dzieje się tak na przykład wtedy, gdy pacjent objada się pod wpływem stresu, dążąc w ten sposób do **rozładowania napięcia i doświadczenia przyjemności**. Inną sytuacją jest mylenie emocji z głodem. Pacjent doświadcza wielu nieprzyjemnych objawów fizjologicznych (np. napięcie mięśni, ból brzucha czy głowy, przyspieszony oddech, przyspieszone tętno, ucisk w gardle czy żołądku, poczucie osłabienia itp.). Kiedy nie jest świadomy swojego stanu emocjonalnego, może uznać to za objawy głodu i poszukiwać pokarmu. Czasem robi to samo nawet wówczas, gdy jest świadomy przeżywanej emocji, jednak z jakiegoś powodu nie może, nie potrafi lub nie chce rozładować jej adekwatnie (ryc. 2).

Korzystna zmiana w tym zakresie polega przede wszystkim na zwiększeniu samoświadomości pacjenta w obszarze swojego stanu emocjonalnego. Przydatną metodą jest zalecenie pacjentowi, aby doświadczając wymienionych wyżej nieprzyjemnych objawów fizjologicznych, zadał samemu sobie pytanie: „Gdyby nie był to głód, jakie byłoby to uczucie?”. Odpowiedź na to pytanie trenuje umiejętność rozróżniania głodu od emocji.

» Trwała zmiana zachowań staje się możliwa, kiedy są one spójne z wewnętrznymi przekonaniami jednostki, z jej wyobrażeniami i nastawieniem «

Tabela 2

Konstruktywna zmiana myślenia

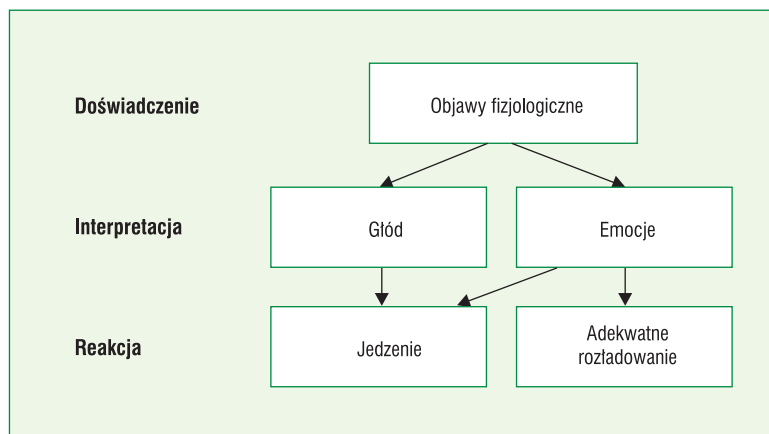
Dotyczy	Przedtem	Potem
Siebie	Im więcej ważę, tym mniej jestem warta/warty Nie mam silnej woli Jestem do niczego Nie mogę na siebie patrzeć Jestem gorsza/ gorszy od innych	Jestem wartościowa/ wartościowy niezależnie od tego, ile ważę Potrafię osiągać cele, na których mi zależy Mam wiele zalet, ale też niedoskonałości, nad którymi chcę pracować Moje ciało domaga się uwagi i troski Szanuję siebie i szanuję innych
Jedzenia	Nie wypada odmówić, kiedy ktoś częstuje Żeby żyć, trzeba jeść Karmiąc bliskich, okazuję im swoją miłość Jedzenie jest moją jedyną przyjemnością Jedzenie jest lekarstwem na smutki	Doceniając troskę innych, mam prawo zadbać o swoje zdrowie Mogę zaspokajać swoje potrzeby, ale jedzenie jest tylko jedną z nich Staram się okazywać miłość swoim bliskim na wiele różnych sposobów Uczę się czerpać przyjemność z życia Zamiast pocieszać się jedzeniem, stosuję zdrowe sposoby na poprawę nastroju
Odcudzania	Odcudzanie się ma sens tylko wtedy, gdy trzymam się ściśle ustalonego planu Muszę zwalczyć swoją nadwagę Nie potrafię schudnąć Z powodu odcudzania nie mogę jeść określonych produktów Zacznę żyć dopiero, kiedy schudnę	Odcudzanie się ma sens nawet wówczas, gdy zrobię wyjątek od ustalonego planu Chcę o siebie zadbać Otyłość jest chorobą, mam prawo prosić o pomoc specjalistów Dzięki odchudzaniu uczę się wybierać produkty, które mi służą Mam prawo cieszyć się życiem niezależnie od tego, ile ważę

Kolejnym krokiem jest zdolność do adekwatnego rozładowywania emocji. Może ono przybrać formę werbalnego wyrażenia

swojego stanu, ekspresji fizycznej, poszukiwania informacji czy poszukiwania wsparcia społecznego. Ten etap pracy nad sobą może wymagać współpracy z psychologiem, dotyczy bowiem zmian w zakresie poczucia własnej wartości, asertywności, radzenia sobie ze stresem czy umiejętności rozwiązywania konfliktów.

MODYFIKACJA ZACHOWAŃ

Trwała zmiana zachowań staje się możliwa, kiedy są one spójne z wewnętrznymi przekonaniami jednostki, z jej wyobrażeniami i nastawieniem. Poprzez kontakt ze specjalistą korzystne zachowania mogą być jednak stymulowane i wzmacnianie [10]. Otyły pacjent pozostający w kontakcie z lekarzem uczy się nowych zachowań



Rycina 2. Różnicowanie głodu od emocji

Tabela 3

Konstruktywna zmiana zachowań

Dotyczy	Przedtem	Potem
Siebie	Nieprawidłowe odżywianie się, brak ruchu, zaniedbywanie potrzeb, negacja ciała	Troska o ciało oraz samopoczucie psychiczne
Innych ludzi	Wycofywanie się i uległość lub złość i agresja	Asertywność
Specjalistów leczących otyłość	Negowanie problemu lub motywacja deklaratoryjna	Współpraca
Jedzenia	Brak kontroli, uzależnienie od jedzenia	Dokonywanie wyborów
Trudności, niepowodzenia, stresu	Objadanie się	Konstruktywne radzenie sobie

zarówno poprzez otrzymywane informacje i sugestie, jak i poprzez **modelowanie**, czyli obserwowanie i doświadczanie postawy lekarza wobec siebie, jedzenia, otyłości, odchudzania. Wpływ lekarza na otyłego pacjenta, którego leczy, jest zatem bezpośredni, jak i pośredni. Leczenie otyłości powinno uwzględniać stymulowanie pacjenta do szeroko pojętej zmiany stylu życia, która jest trwała oraz uwzględniać wszystkie ważne sfery funkcjonowania (tab. 3).

Aby zmiana stylu życia okazała się trwałą, pacjent musi przekroczyć sferę deklaracji i ją uwewnętrznić. Udowodniono, że kiedy człowiek wielokrotnie powtarza określone treści oraz przekazuje je innym, jego pozytywne przekonanie do tych treści wzrasta. W kontekście leczenia otyłości jest wskazane zatem włączanie pacjentów w szeroko zakrojone akcje promujące zdrowie oraz tworzenie i profesjonalne wspieranie grup samopomocowych dla otyłych, odchudzających się osób.

PIŚMIENNICTWO

1. Zahorska-Markiewicz B., Podolec P., Kopeć G. i wsp. Epidemiologia i prewencja. Polish Forum for Prevention Guidelines on overweight and obesity. Kard. Pol. 2008; 66 (5): 594–596.
2. Szczyrba-Maróń B. Jak pomagać — pomoc psychologiczna a psychoterapia. W: Trzcieniecka-Green A. (red.). Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Impuls, Kraków 2006; 425–466.
3. Bąk-Sosnowska M. Miejsce psychologa w leczeniu otyłości. Forum Med. Rodz. 2009; 3 (4): 297–303.
4. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007.
5. Brantley P., Myers V., Roy H. Environmental and lifestyle influences on obesity. J. La. State Med. Soc. 2005; 157 (spec. 1): 19–27.
6. Ogińska-Bulik N. Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
7. Grilo C. Treatment of Obesity: An Integrative Model. W: Thompson K. (red.). Body Image, Eating Disorders and Obesity. An integrative guide for assessment and treatment. APA, Washington 2000; 389–424.
8. Franken R. Psychologia motywacji. GWP, Gdańsk 2005.
9. Maslow A.H. Motivation and Personality. Addison-Wesley, New York 1987.
10. Popiel A., Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Paradygmat, Warszawa 2008.