

Agata Juruć¹,
Paweł Bogdański²

¹Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu

²Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia
Tętniczego Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała

Obesity — what's next? Psychological consequences of excessive body weight

STRESZCZENIE

Otyłość jest jedną z najszybciej rozprzestrzeniających się chorób cywilizacyjnych XXI wieku. Epidemia nadmiernej masy ciała dotyczy coraz większej liczby osób i obecnie stanowi problem o charakterze globalnym, występując nie tylko wśród mieszkańców Stanów Zjednoczonych, ale również Europy, w tym także Polski. Zarówno przyczyny otyłości, jak i jej skutki mają zróżnicowany charakter. Otyłość, oprócz wielu powikłań o charakterze fizjologicznym, często prowadzi do różnych trudności w funkcjonowaniu społecznym oraz psychologicznym danej jednostki. W licznych badaniach naukowych dowiedziono, że osoby otyłe mają obniżoną samoocenę, negatywny obraz własnej osoby, obniżone poczucie własnej skuteczności i wpływu na zmianę danej sytuacji oraz często cierpią na zaburzenia nastroju, które mogą prowadzić nawet do depresji.

Z uwagi na interdyscyplinarny charakter zjawiska, praca z osobą otyłą powinna polegać na współpracy specjalistów reprezentujących różne dziedziny nauki, w tym także psychologii. Różne oddziaływania psychologiczne mogą przyspieszać i wzmacniać efekt terapii za pomocą diety i aktywności fizycznej, a niejednokrotnie są swoistym kluczem do redukcji nadmiernej masy ciała.

Celem pracy jest wskazanie psychologicznych skutków nadmiernej masy ciała oraz sposobów pracy z osobą otyłą. (*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4, 210–219)

słowa kluczowe: otyłość, konsekwencje, interwencje psychologiczne

ABSTRACT

Obesity is one of the fastest spreading civilization diseases in the 21 century. The epidemic of obesity spreads very widely and currently it is a global problem. It is present not only in USA but also in Europe including Poland. There are various causes and consequences of obesity. Not only does it lead to physiologic consequences but it also results in many problems in social and psychological functioning. A large number of medical studies have proven that obese people have low self-esteem and self-efficacy and negative mental body-

Adres do korespondencji:

mgr Agata Juruć
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
ul. Wieniawskiego 1
61-712 Poznań
tel: 606 674 945
e-mail: agata_juruc@wp.pl

Copyright © 2010 Via Medica
ISSN 2081-2450

image. What is more, they have problems with a sense of having influence on changing certain situations and are often in low spirits which can even contribute to depression.

Obesity is a multidisciplinary problem and the treatment of it should involve co-operation of experts who represents various of branches of science, including psychology. Psychological impact can accelerate and enhance the effect of therapy by diet and physical activity and sometimes can be the key to solve a problem with overweight.

The aim of this article is to indicate psychological consequences of obesity and sorts of psychological interventions on obese people. (*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, vol. 1, no 4, 210–219)

key words: obesity, consequences, psychological interventions

OTYŁOŚĆ — EPIDEMIA XXI WIEKU

Liczba otyłych osób zwiększa się każdego roku w zatrważającym tempie. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) z lutego 2010 roku, około miliard osób dorosłych ma nadwagę (BMI 25–29,9 kg/m²), natomiast u ponad 300 milionów stwierdza się otyłość (BMI > 30 kg/m²). Szacuje się, że do 2015 roku liczba osób z nadwagą zwiększy się do 1,5 miliarda. Problem nadwagi i otyłości rośnie cały czas również w Stanach Zjednoczonych. Średni obwód pasa mężczyzny, mieszkańca Stanów Zjednoczonych, od 1960 roku powiększył się o 10 cm, a kobiety prawie o 17 cm [1].

Nadmierna ilość tkanki tłuszczowej jest obecnie problemem nie tylko mieszkańców Stanów Zjednoczonych, ale coraz częściej dotyczy mieszkańców Polski.

Otyłość definiuje się jako „stan patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, będącej integralną składową organizmu” [2]. Nadmiar tkanki tłuszczowej należy zawsze łączyć ze skutkami patofizjologicznymi tego stanu. Nadmierna ilość tłuszczu, która gromadzi się w organizmie, wpływa niekorzystnie na stan zdrowia człowieka. Istnieje wiele podziałów otyłości. Najczęściej stosowanym i najbardziej popularnym kryterium klasyfikacji otyłości jest rodzaj przyczyny jej powstania, na którego podstawie wyodrębnia

się otyłość **pierwotną**, inaczej nazywaną prostą, oraz **wtórna**, określaną również jako objawową. Pierwszy typ otyłości powstaje na skutek dodatniego bilansu energetycznego, który w efekcie prowadzi do zwiększenia masy ciała i wynika przede wszystkim ze stosowania nieprawidłowych nawyków żywieniowych oraz prowadzenia mało aktywnego trybu życia. Otyłość wtórna jest uwarunkowana czynnikami o charakterze genetycznym, jest wynikiem zaburzeń pracy gospodarki hormonalnej, chorób o podłożu organicznym oraz może być konsekwencją stosowania różnych środków farmakologicznych, które w wyniku zażywania prowadzą do zwiększenia masy ciała [3].

Istnieje wiele metod służących do diagnozy otyłości. Jednak najprostszym, a zarazem najczęściej stosowanym sposobem diagnozy i określania stopnia zaawansowania otyłości jest stosunek masy ciała do wzrostu. Służy do tego wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*), który interpretuje się w następujący sposób [3]:

< 18,5 kg/m ²	Niedowaga
18,5–24,9 kg/m ²	Prawidłowa masa ciała
25–29,9 kg/m ²	Nadwaga
30–34,9 kg/m ²	Otyłość I stopnia
35–39,9 kg/m ²	Otyłość II stopnia
> 40 kg/m ²	Otyłość III stopnia

▶▶ Nadmiar tkanki tłuszczowej może doprowadzić do licznych zaburzeń funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego ◀◀

▶▶ Coraz częściej wskazuje się na istotny związek otyłości ze zwiększonym ryzykiem występowania nowotworów ◀◀

Otyłość stanowi problem nie tylko ze względów estetycznych. Nadmierna masa ciała jest często przyczyną wielu powikłań natury medycznej i prowadzi do zaburzeń funkcjonowania wielu układów. W badaniach prowadzonych w Stanach Zjednoczonych przez Calle i wsp. wykazano, że wśród osób niepalących ponad 2 razy większe ryzyko śmiertelności miały osoby z BMI powyżej normy [4]. Co więcej, nadmiar tkanki tłuszczowej może doprowadzić do licznych zaburzeń funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego, takich jak: nadciśnienie czy choroba niedokrwienna serca. Do innych konsekwencji medycznych należą: cukrzyca typu 2, zaburzenia gospodarki lipidowej, kamica nerkowa, zespół policystycznych jajników, zespół bezdechu w czasie snu, choroby pęcherzyka żółciowego, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa. Coraz częściej wskazuje się na istotny związek otyłości ze zwiększonym ryzykiem występowania nowotworów, między innymi raka jelita grubego, raka piersi czy raka endometrium [5].

Epidemia otyłości wiąże się ze wzrastającymi kosztami w znaczeniu czysto ekonomicznym. Szacuje się, że całkowity koszt związany ze zjawiskiem otyłości w Stanach Zjednoczonych wyniósł w 1995 roku 99,2 miliarda dolarów, z czego 51,6 miliarda przeznaczono na środki farmakologiczne w leczeniu chorób będących powikłaniem otyłości [6]. Koszty związane z otyłością można podzielić na bezpośrednie i pośrednie. Do tych pierwszych zalicza się wydatki na opiekę medyczną, badania lekarskie, hospitalizację, leki oraz koszty związane z leczeniem powikłań otyłości. Natomiast pośrednie koszty wiążą się ze stratami w produktywności indywidualnej i społecznej, wydatkami związanymi ze zwolnieniami lekarskimi, rentami zależnymi od otyłości oraz innymi skutkami inwalidztwa [2].

Koszty nadmiernej masy ciała są odzwierciedlone również w życiu społecznym.

Osoby otyłe często są postrzegane jako mniej atrakcyjne i często stają się przedmiotem nieprzyjemnych wyzwisk lub wyśmiewania się. Zjawisku tak zwanej „stygmatyzacji” ulegają zarówno osoby dorosłe, jak i dzieci [7]. Okazało się, że nawet personel medyczny i studenci medycyny postrzegają osoby otyłe negatywnie. Studenci oceniali kobiety z nadwagą jako bardziej reaktywne emocjonalnie, co oznacza, że postrzegali je jako wrażliwe i mające tendencje do intensywnych i silnych reakcji na bodźce niewywołujące wysokiego pobudzenia emocjonalnego u większości osób. Badani oceniali otyłe kobiety również jako mniej lubiane oraz mniej podatne na postępy w terapii [8]. W badaniach Larkin i Pines wykazano, że osoby z otyłością często mają trudności w znalezieniu pracy czy wynajęciu mieszkania, a pracodawcy, mimo takich samych kwalifikacji, wolą zatrudnić osobę szczupłą niż osobę z nadwagą [9]. W pracy zdarza się, że otyli pracownicy zarabiają znacznie mniej niż osoby szczupłe. W Finlandii kobiety o prawidłowej masie ciała otrzymywały wyższe zarobki niż kobiety otyłe, a dysproporcja w pensjach wynosiła 5000 dolarów amerykańskich [10].

Carr i Friedman wykazali, że osoby powyżej 25. roku życia, z otyłością olbrzymią ($BMI > 40 \text{ kg/m}^2$), otrzymywały mało wsparcia społecznego, zwłaszcza ze strony najbliższej rodziny, oraz odczuwały wysoki poziom stresu [11]. W odniesieniu do życia społecznego okazało się, że osoby otyłe rzadziej wychodzą do kina lub teatru i spotykają się ze znajomymi niż osoby, które mają prawidłową masę ciała. Zauważono również dużo mniejszą aktywność fizyczną, między innymi rzadsze spacerowanie [12], co jest czynnikiem nasilającym utrzymywanie się nadmiernej masy ciała. Możliwe, że uboższe życie społeczne, jakie zaobserwowano u otyłych osób, ma związek z niską samooceną spowodowaną wyglądem fizycznym.

PSYCHOLOGICZNE SKUTKI OTYŁOŚCI

Nadmierna masa ciała może prowadzić do obniżenia jakości życia nie tylko z uwagi na konsekwencje medyczne, ekonomiczne i społeczne, ale bardzo często jest trudną sytuacją w znaczeniu psychologicznym i prowadzi do wielu innych trudności i obciążeń psychicznych.

Depresja i zaburzenia nastroju

Zarówno otyłość, jak i depresja prowadzą do wielu powikłań zdrowotnych, a w ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost występowania obu tych schorzeń [13]. Badania dotyczące związku depresji i nadwagi nie są jednoznaczne. Początkowo nie istniały istotne dowody dotyczące różnic w częstości występowania i nasileniu depresji między osobami otyłymi a osobami o prawidłowej masie ciała. Jednak wraz z upływem czasu stanowisko nauki zmieniło się i po 2000 roku ukazały się wyniki badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, na podstawie których stwierdzono istnienie związku między otyłością a objawami depresji, a także między otyłością a epizodem depresji w wywiadzie [14]. Carpenter i wsp. [15] przebadali 40 tys. pacjentów, u których występowały epizody depresji i wykazali, że u kobiet wyższe BMI miało związek z częstszym występowaniem depresji i myśli samobójczych. U mężczyzn zaobserwowano odwrotną zależność — im niższe BMI, tym częstsze pojawianie się epizodów depresyjnych i myśli samobójczych. Z kolei w innych badaniach zaobserwowano częstsze epizody depresyjne u osób z BMI większym niż 40 kg/m² [15]. W badaniu Olszaneckiej-Glinianowicz potwierdzono wyniki wskazujące na związek depresji z otyłością. U osób z BMI powyżej 40 kg/m² częściej występowała ciężka depresja niż u osób z I i II stopniem otyłości [13].

Do ciekawych wniosków doszli Berlin i Lavergne, wykazując, że nadwaga i otyłość częściej dotyczą pacjentów z chorobą dwu-

biegunową, natomiast pacjenci z niedowagą częściej cierpią na depresję jednobiegunową — postać melancholijną [16].

Zdarza się, że depresja stanowi przyczynę otyłości. Może być powodem wystąpienia otyłości wtórnej w wyniku przyjmowania farmakologicznych środków antydepresyjnych lub otyłości prostej. W drugim przypadku pacjent próbuje radzić sobie z obniżonym nastrojem przez nadmierne jedzenie lub jedzenie wysokoenergetycznych produktów (często są to słodczyce powodujące wydzielanie serotoniny oraz tłuste potrawy), które prowadzą do dodatniego bilansu energetycznego i w efekcie do nadwagi i otyłości. Podwyższony poziom nastroju nie utrzymuje się długo. W wyniku zwiększenia masy ciała pacjent ponownie czuje się gorzej i stara się radzić sobie z pogorszonym samopoczuciem często się ponownie przejadając. Stanowi to przykład swoistego mechanizmu błędnego koła, w którym przyczyny i konsekwencje wzajemnie się wzmacniają.

Obniżone poczucie własnej skuteczności

Autorem pojęcia jest Albert Bandura, który zwraca uwagę na rolę poczucia własnej skuteczności w osiąganiu celów. Według autora poczucie własnej skuteczności odnosi się do przekonań jednostki o jej zdolnościach do mobilizowania zasobów poznawczych i energetycznych, aby sprostać wymaganiom otoczenia [17]. Własna skuteczność jest pomocna w podejmowaniu słusznych decyzji oraz formułowaniu i osiąganiu celów. Osoba z wysokim poczuciem własnej skuteczności nie boi się wyzwań i nowych zadań, gdyż wie, że ma odpowiednie kompetencje do ich wykonania. U osób z otyłością prostą często dominuje poczucie bezsilności i braku wpływu na daną sytuację [18]. Nieudane próby redukcji nadwagi, niepowodzenia w zmianach nawyków żywieniowych sprawiają, że pacjenci tracą przekonanie o tym, że mogą zmienić obecną sytuację i osiągnąć zamie-

►► U osób z otyłością prostą często dominuje poczucie bezsilności i braku wpływu na daną sytuację ◀◀

rzony cel. Obniżone poczucie własnej skuteczności nie tylko utrudnia proces zmiany nawyków żywieniowych i wytrwania w postanowieniach dietetycznych, ale może być również generalizowane na inne sfery życia jednostki i powodować ogólne poczucie braku kontroli i wpływu na różnego rodzaju sytuacje życia codziennego.

Odczuwanie negatywnych emocji

Zmaganie się z własną nadwagą, podejmowanie wielu prób redukcji nadmiernej masy ciała, które często okazują się nieskuteczne, przyczynia się do narastającego poczucia winy, krzywdy, rozżalenia oraz wstydu związanego z własnym wyglądem [19]. W badaniach przeprowadzonych przez Randa i Macgregora zapytano osoby otyłe, które przeszły zabieg chirurgiczny, czy chciałyby zamienić swój uprzedni stan fizjologiczny na jakieś inne zaburzenie. Wszyscy zapytani pacjenci woleli mieć trądzik, dysleksję, głuchotę, cukrzycę, a część z nich wolała nawet utratę wzroku lub amputację kończyny [20].

Towarzyszy temu dodatkowo obniżona samoocena, która jest wynikiem postrzegania swojego wyglądu w negatywny sposób. W niektórych przypadkach niska samoocena, która początkowo wiąże się jedynie z wyglądem fizycznym, przenosi się na inne sfery życia i w efekcie prowadzi do nadmiernej generalizacji i poczucia beznadziejności również w sferze zawodowej, uczuciowej i innych aspektach funkcjonowania danej jednostki. Negatywna samoocena w niektórych przypadkach jest wzmacniana przez negatywne reakcje ze strony otoczenia społecznego, brak wsparcia, błędne przekonania i stereotypowe myślenie o otyłych osobach.

Negatywny obraz własnego ciała

Brak odczuwania zadowolenia z własnego wyglądu przez osoby z otyłością jest związane między innymi z ogromną presją ze strony kultury i społeczeństwa na posiadanie

szczupłej sylwetki. Wyniki badań Brytek-Matery i Charzyńskiej wskazują, że kobiety z otyłością posiadają istotnie wyższy poziom niezadowolenia z własnego ciała oraz dążenia do posiadania szczupłej sylwetki niż osoby o prawidłowej masie ciała. W czasie przeprowadzonego badania zauważono, że większość kobiet nie akceptowała swojego wyglądu i odbierała swoje ciało jako zbyt grube [21]. Czynnikiem, które mają negatywny wpływ na zadowolenie z własnego wyglądu, są: negatywne opinie innych osób, porównywanie się z innymi (zwłaszcza tzw. porównywanie się „w górę”) oraz BMI. Brak satysfakcji z własnego wyglądu powinien stanowić czynnik motywujący do podjęcia działań prowadzących do zmiany (w przypadku osób z nadwagą do utraty nadmiernej masy ciała). Jednak zdarza się, że działania te nie zawsze są tożsame ze zmianą nawyków i stylu życia na zdrowszy, ale często są nimi zachowania prowadzące do jeszcze większej patologii, takie jak: prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających lub alternatywnych środków farmakologicznych mających poważne skutki uboczne oraz stosowanie głodówek prowadzących do niedoborów mikro- i makroelementów oraz powrotu do wyjściowej masy ciała [22]. Wyniki badań nad obrazem własnego ciała osób otyłych nie są jednoznaczne. Z jednej strony wskazuje się na przeszacowywanie rozmiarów swojego ciała przez otyłe kobiety i odbieranie go jako zbyt grube, z drugiej strony w innych badaniach kobiety z nadwagą (w tym większość z otyłością) wyobrażały sobie swoje ciało jako szczuplejsze niż jest w rzeczywistości. Przebadano 150 kobiet, które zgłosiły się na terapię odchudzającą. Z całej grupy badanej 122 osoby wykazały brak zgodności między obiektywną masą własnego ciała a wagą wyobrażonej przez siebie postaci. Wyobrażone postaci były nie tylko szczuplejsze, ale również młodsze i w 96% wyobrażona postać odpowiadała obrazowi osoby badanej z przeszłości [23].

► Niska samoocena, która początkowo wiąże się jedynie z wyglądem fizycznym, przenosi się na inne sfery życia i w efekcie prowadzi do nadmiernej generalizacji i poczucia beznadziejności ◀◀

Fiksacja na tematyce jedzenia i odżywiania

U osób otyłych, a zwłaszcza tych będących na diecie i próbujących zredukować nadmierne kilogramy, zauważono obsesyjne myślenie o jedzeniu i kaloriach, które najprawdopodobniej wynika z faktu, że przez cały czas podejmują dużo wysiłku w celu zmniejszenia masy ciała [18]. Sformułowana już w latach 70. XX wieku „teoria powstrzymywania się od jedzenia” mówi, że powstrzymywanie się od jedzenia może być lepszym predyktorem spożywania pokarmów niż posiadana masa ciała. Powstrzymywanie się od myślenia o jedzeniu paradoksalnie skutkuje częstszym koncentrowaniem myśli na pożywieniu i chęcią sięgnięcia po coś do jedzenia. W licznych badaniach opisywano osoby odchudzające się, które przez powstrzymywanie się od jedzenia zjadały więcej pokarmów niż osoby niebędące na diecie [12].

Podwyższony poziom agresji

W badaniach poziomu agresji u osób otyłych Żak-Gołąb i wsp. [24] wykazali, że osoby otyłe nie różnią się w sposób istotny w zakresie ogólnego poziomu agresji oraz poszczególnych jej form od osób o prawidłowej masie ciała. Interesujący był wysoki poziom irytacji, która była na najwyższym poziomie zarówno w całej grupie, jak i poszczególnych podgrupach, oraz stosunkowo niski poziom poczucia winy. Na tej podstawie można przypuszczać, że badane osoby mogą mieć skłonność do reagowania silnymi emocjami na najmniejszą prowokację, a siła tej reakcji może być czasem niewspółmierna. Niski wynik w skali poczucia winy, będący zaprzeczeniem stereotypowego myślenia na temat osób z nadwagą, badacze tłumaczą zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli, czyli przekonaniem, że zdarzenia życiowe są raczej wynikiem oddziaływania sił zewnętrznych niż podlegają indywidualnej kontroli [24].

Dysfunkcje seksualne

Na podstawie przeprowadzonego w 2004 roku badania ankietowego stwierdzono, że wśród 1200 osób z BMI powyżej 41 kg/m² 65% zgłaszało problemy w sferze seksualnej. W grupie kontrolnej (osoby o prawidłowej masie ciała) ta liczba osób wynosiła zaledwie 5%. Wśród ankietowanych 50% nie odczuwało pożądania seksualnego, 42% odczuwało problemy w jakości doznawanych odczuć w czasie aktu seksualnego, a 41% unikało kontaktów seksualnych [25]. Trudności seksualne w wielu przypadkach prawdopodobnie ściśle wiążą się z niższym poziomem samooceny, poczuciem własnej skuteczności oraz negatywnym postrzeganiem własnego ciała przez osoby z nadwagą.

Zaburzenia odżywiania współwystępujące z otyłością

Spośród różnych konsekwencji psychologicznych otyłości znajdują się liczne zaburzenia psychiczne i zespoły nieprawidłowości, które ciężko określić jednoznacznie jako przyczyny lub konsekwencje nadmiernej masy ciała. Z tego względu mówi się o zaburzeniach współwystępujących z otyłością. Należą do nich: zespół napadowego objadania się (BED, *binge eating disorder*), zgłaszany aż przez 30% otyłych osób będących pacjentami poradni i różnych ośrodków w celu leczenia otyłości, syndrom jedzenia nocnego (NES, *night eating disorder*), często występujący wśród pacjentów z otyłością olbrzymią, *bulimia nervosa* oraz różnego rodzaju uzależnienia, w tym często uzależnienie od jedzenia [26, 27]. Stwierdzono, że u otyłych kobiet z rozpoznaniem BED gorszy nastrój sprzyja przejadaniu się, kobiety odczuwające umiarkowany stres zjadały o 118 kcal więcej, natomiast mężczyźni o 181 kcal więcej niż zwykle [19].

Jedną z odmian NES jest SRED (*sleep-related eating disorder*), postrzegane przez niektórych naukowców jako specyficzna odmiana lunatyzmu. Osoby ze SRED również

►► Badane osoby mogą mieć skłonność do reagowania silnymi emocjami na najmniejszą prowokację, a siła tej reakcji może być czasem niewspółmierna ◀◀

▶▶ Dieta ograniczająca spożywanie węglowodanów może prowadzić do negatywnych zmian emocjonalnych ◀◀

▶▶ Stąd wsparcie psychologiczne jest bardzo pomocne, a nieraz staje się kluczowym elementem terapii odchudzającej ◀◀

spożywają duże ilości pokarmu w godzinach nocnych, ale w przeciwieństwie do osób z NES nie pamiętają epizodu nocnego objadania się [28].

ZMIANY BĘDĄCE SKUTKIEM STOSOWANIA DIETY

Często zdarza się, że sam proces odchudzania się i decyzja o zmianie nawyków żywieniowych stanowi dla pacjentów dodatkowe obciążenie i źródło napięcia. Stunkard i Wadden wyodrębnili u odchudzających się osób zespół zachowań charakteryzujący się przeżywaniem poczucia bezradności i straty, który określił mianem „depresji wynikającej z podporządkowania się diecie” [27]. W eksperymencie przeprowadzonym na Uniwersytecie Stanu Minnesota w Stanach Zjednoczonych wykazano, że u osób poddanych restrykcyjnej diecie wystąpiły zmiany w nastroju, takie jak: depresja, niepokój, irytacja oraz rozdrażnienie. Wśród osób badanych zauważono fiksację na tematyce jedzenia i odżywiania oraz zwiększoną częstość myślenia o jedzeniu [29]. Zdarza się, że po osiągnięciu zamierzonego efektu, jakim była utrata nadmiernej kilogramów, pacjenci są rozczarowani nową sytuacją i często bywa tak, że odczuwają zawód, że proces odchudzania zmienił jedynie ich wygląd zewnętrzny, a nie na przykład sytuację społeczną. Jednak nie wszyscy pacjenci odczuwają negatywne emocje związane z faktem przejścia na dietę. Są osoby, które bardzo dobrze adaptują się do nowej sytuacji, nie przeżywając lęku, niepokojów czy wahań nastroju [30]. W badaniach Bąk-Sosnowskiej i wsp. wykazano, że wielkość masy ciała istotnie wpływa na poziom niepokojów u otyłych kobiet oraz poziom napięcia psychicznego, neurotyczności oraz samooceny, a redukcja masy ciała jest istotnym elementem przyczyniającym się do obniżenia poziomu niepokojów otyłych kobiet oraz poprawy ich funkcjonowania psychicznego [31].

Nie tylko sam fakt przejścia na dietę wiąże się ze zmianami psychicznymi. Okazuje się, że rodzaj stosowanej diety również ma istotne znaczenie. Dieta ograniczająca spożywanie węglowodanów może prowadzić do negatywnych zmian emocjonalnych. Porównano osoby stosujące dietę Atkinsa (mającą ograniczoną zawartość węglowodanów, a zwiększoną zawartość tłuszczu) oraz osoby będące na diecie o tej samej wartości energetycznej, ale większej ilości węglowodanów. Okazało się, że pierwsza grupa badanych reagowała na pojawiające się stresory wzrostem nastroju negatywnego, a także wyższym poziomem znużenia i zmęczenia. Badani z tej grupy wykazywali również rzadsze odczuwanie emocji o charakterze pozytywnym oraz obniżenie poziomu poczucia spokoju [7].

INTERWENCJE PSYCHOLOGICZNE W LECZENIU OTYŁOŚCI

Z uwagi na to, że otyłość jest chorobą, która dotyczy wielu sfer funkcjonowania człowieka, jej terapia również powinna mieć interdyscyplinarny charakter i wymaga współpracy specjalistów reprezentujących różne dziedziny nauki i praktyki. Nadmierną masę ciała można leczyć za pomocą wielu metod, do których należą: terapia za pomocą środków farmakologicznych, stosowanie odpowiednio dobranej diety i zmiana nawyków żywieniowych, aktywność fizyczna i dobranie indywidualnego programu ćwiczeń czy metody chirurgiczne.

Jednak sam proces odchudzania nie jest dla pacjenta łatwą sytuacją, a często staje się przyczyną wielu frustracji. Wielokrotnie zdarza się, że podejmowane próby redukcji nadmiernej masy ciała nie przynoszą szybkich i łatwo zauważalnych efektów, co skutkuje zniechęceniem i poddaniem się ze strony pacjenta. Stąd wsparcie psychologiczne jest bardzo pomocne, a nieraz staje się kluczowym elementem terapii odchudzającej. Interwencje psychologiczne są swoistym

dopełnieniem w kompleksowym leczeniu nadmiernej masy ciała i zwiększają efektywność pozostałych metod stosowanych w terapii otyłości.

Wśród sposobów interwencji psychologicznej wyróżnia się dwie podstawowe formy pracy z pacjentem otyłym: **pomoc psychologiczną i psychoterapię**. Pierwsza forma nie wymaga udziału specjalisty, może być udzielona przez każdą życzliwie nastawioną osobę i ma na celu psychoedukację oraz udzielenie wsparcia [19]. Pomoc psychologiczna jest pomocą doraźną i umiarkowanie krótką, natomiast psychoterapia trwa nieco dłużej, wymaga aktywnego udziału pacjenta i jest prowadzona przez osobę odpowiednio wykształconą w tym celu. Psychoterapia koncentruje się na odkrywaniu głębszych przyczyn wystąpienia otyłości, nie tylko tych bezpośrednio związanych z aktualnymi objawami. Może być przeprowadzona indywidualnie lub w grupie, z czego w drugiej formie nie uwzględnia się analizy głębokich konfliktów wewnętrznych pacjenta, ale często łączy się terapię z edukacją i jest stosowana głównie w programach komercyjnych oraz grupach samopomocy. Wyniki badań wykazują, że efektywniejszą formą terapii w leczeniu otyłości jest terapia grupowa [30].

Indywidualna psychoterapia otyłości

Terapie indywidualne są prowadzone w różnych nurtach psychologicznych. Do nurtów stosowanych w terapii nadwagi i otyłości należą: psychodynamiczny, psychoanalityczny, behawioralno-poznawczy oraz systemowy. Podłożem teoretycznym terapii w nurcie **psychodynamicznym** są relacje z obiektem. Terapia koncentruje się na odkrywaniu głębokich, nieuświadomionych konfliktów oraz pracy nad często zaburzoną relacją z podstawowym obiektem, którym najczęściej jest matka [18]. W koncepcjach **psychoanalitycznych** wśród przyczyn nadmiernej masy ciała znajduje się słabsze ego, zaburzenia fazy oralnej, kon-

flikt w fazie edypalnej i jego przemieszczenie w obręb ciała [12]. W modelu **systemowym** nacisk kładzie się na charakter rodziny i funkcjonowanie wewnątrz niej otyłej jednostki. W tym podejściu teoretycznym otyłość pacjenta jest traktowana jako objaw będący sygnałem zaburzonych relacji rodzinnych i często trudności we wzajemnym komunikowaniu się [18]. **Podejście behawioralno-poznawcze** łączy dwa rodzaje technik. Techniki behawioralne koncentrują się na wzmacnianiu prawidłowych nawyków żywieniowych, wygaszaniu nieprawidłowych zachowań oraz zwiększaniu i utrzymywaniu motywacji do aktywności fizycznej [30]. Sposoby pracy opierają się na podejściu poznawczym i koncentrują się na zmianie nieprawidłowych schematów poznawczych, sposobów myślenia pacjenta na temat jedzenia, diety i stylu życia oraz różnych reprezentacji umysłowych, które stanowią często główną barierę w utrzymaniu procesu redukcji masy ciała. Techniki behawioralne stosowane wraz z poznawczymi wzmacniają efektywność terapii w redukcji nadwagi i są skoncentrowane na identyfikowaniu i modyfikowaniu negatywnych, fałszywych myśli i wzorców przekonań na temat odżywiania, pozytywnym wzmacnianiu efektów terapii odchudzającej oraz podtrzymywaniu motywacji pacjenta [32].

Proces odchudzania często jest trudny i męczący. Pacjent po uzyskaniu pierwszych efektów wchodzi w okres, w którym pomimo stosowania diety masa ciała się nie zmienia. Dlatego bardzo ważne jest udzielenie wsparcia pacjentowi i pomoc w podtrzymaniu motywacji, która z czasem słabnie, a jest przecież niezbędnym elementem w osiągnięciu celu.

PODSUMOWANIE

Otyłość nie jest jedynie stanem zwiększenia tkanki tłuszczowej w organizmie, który może być przyczyną problemów zdrowotnych lub niezadowolienia z własnego

► Bardzo ważne jest udzielenie wsparcia pacjentowi i pomoc w podtrzymaniu motywacji, która z czasem słabnie, a jest przecież niezbędnym elementem w osiągnięciu celu ◀◀

wyglądu. Często jest trudną sytuacją, która powoduje pojawianie się wielu emocji, obaw, lęków i obciążeń psychicznych, z którymi otyły pacjent nie umie sobie radzić. Niska samoocena, obniżony nastrój i poczucie własnej skuteczności są bodźcami stresogennymi, które często zwrótnie jeszcze bardziej nasilają utrzymywanie się patologicznego stanu fizycznego organizmu. Dlatego w programach redukcji masy ciała ważna jest współpraca nie tylko dietetyka, lekarza i trenera, ale również psychologa będącego często ogniwem łączącym różne formy pracy i zwiększającym efektywność terapii odchudzającej. Ważne jest, aby pamiętać, że pacjent zgłaszający się na terapię w celu redukcji masy ciała nie jest jedynie jednostką ze zbyt wysokim BMI lub za dużą ilością tkanki tłuszczowej, ale jest osobą, która potrafi odczuwać różnego rodzaju emocje, boryka się z wieloma innymi trudnościami oraz barierami związanymi z jej fizycznym stanem i której na co dzień może być „ciężko” nie tylko z powodu nadmiernej masy ciała.

PIŚMIENNICTWO

- World Health Organization: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>.
- Tatoń J. Historia badań nad otyłością. *Terapia* 2005; 5: 5–6.
- Buksinska-Lisik M., Lisik W., Zaleska T. Otyłość — choroba interdyscyplinarna. *Przew. Lek.* 2006; 1: 72–77.
- Calle E.E., Rodriguez C., Walker-Thurmond K., Thun M.J. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N. Engl. J. Med.* 2003; 348: 1625–1638.
- Formiguera X., Cantón A. Obesity: epidemiology and clinical aspects. *Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2004; 18 (6): 1125–1146.
- National Institutes of Health: National heart, lung and blood institute: Clinical Guidelines of the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report 1998; No. 98–4083.
- Łuszczynska A. Nadwaga i otyłość. *Interwencje psychologiczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Maddox G., Liederman V. Overweight as a social disability with medical implications. *J. Med. Educ.* 1969; 44: 214–220.
- Larkin J., Pines H. No fat persons need apply. *Sociology of Work and Occupation* 1979; 6: 312–327.
- Sarlio-Lahteenkorva A., Silventoinen K., Lahelma E. Relative weight and income at different levels of socioeconomic status. *J. Public. Health* 2004; 94: 468–472.
- Carr D., Friedman M.A. Body, weight and the quality of the interpersonal relationship. *Soc. Psychol. Q.* 2006; 69: 127–149.
- Ogińska-Bulik N. *Psychologia nadmiernego jedzenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
- Olszanecka-Glinianowicz M. Depresja — przyczyna czy skutek otyłości? *Endokr. Otyłość* 2008; 4 (2): 78–83.
- Horwarth E., Johnson J., Weissman M.M. i wsp. The validity of major depression with atypical features based on a community study. *J. Affect. Disord.* 1992; 26: 117–126.
- Carpenter K.M., Hasin D.S., Allison D.B. i wsp. Relationship between obesity and DSM-IV major depressive disorders, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am. J. Public Health* 2000; 90: 251–257.
- Berlin I., Lavergne F. Relationship between body-mass index and depressive symptoms in patients with major depression. *Eur. Psychiatry* 2003; 18: 85–88.
- Bandura A., Wood R. Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1989; 56 (3): 407–415.
- Bąk-Sosnowska M. *Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym*. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009.
- Bąk-Sosnowska M. Miejsce psychologa w leczeniu problemu otyłości. *Forum Med. Rodz.* 2009; 3 (4): 297–303.
- Rand D., Macgregor A. Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. *Int. J. Obes.* 1991; 15: 577–579.
- Brytek-Matera A., Charzyńska E. Związek pomiędzy emocjonalnym aspektem obrazu ciała a depresja u kobiet z otyłością. *Endokr. Otyłość* 2009; 5 (4): 198–205.
- Lu H.Y., Hou H.Y. Testing a model of the predictors and consequences of body dissatisfaction. *Body Image* 2009; 6: 19–23.
- Bąk-Sosnowska M., Mandal E., Zahorska-Markiewicz B. Związek nieadekwatnego wyobrażenia własnego ciała z nadwagą u kobiet. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2006; 60 (5): 385–389.
- Żak-Gołąb A., Bąk-Sosnowska M., Zahorska-Markiewicz B., Holecki M., Olszanecka-Glinianowicz M. Poziom agresji u pacjentów otyłych rozpoczynających kurację odchudzającą. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2006; 60 (6): 495–500.
- Depko A. Otyłość, nadciśnienie tętnicze a dysfunkcje seksualne. *Nadciśn. Tętn.* 2009; 13 (3): 139–146.
- Robin M.M., Carlos M.G. Examination of predictors and moderators for self-help treatments of

- binge-eating disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76 (5): 900–904.
27. Stunkard A., Wadden T. Psychological aspects of severe obesity. *Am. J. Clin. Nutr.* 1992; 55: 524–532.
28. Jakuszkowiak K., Cubala W.J. Zespół jedzenia nocnego — rozpowszechnienie, diagnoza i leczenie. *Psychiatria* 2004; 1 (2): 107–111.
29. Keys A., Brozek J., Herschel A. i wsp. *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press 1950; 1: 575–587, 2: 767–905.
30. Shaw K., Kenardy J., O'Rourke P., Del Mar C. Psychological interventions for obesity, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, 2, CD003818. DOI: 1002/14651858.pub2.
31. Bąk-Sosnowska M., Holecki M., Zahorska-Markiewicz B., Mandal E. Wpływ redukcji masy ciała na poziom niepokoju otyłych kobiet. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2005; 59 (3): 186–191.
32. Wilson G.T. Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. *Behav. Res. Ther.* 1999; 37: 79–95.