

# Zarządzanie zmianą masy ciała

## Weight change management

### STRESZCZENIE

Otyłość jest chorobą przewlekłą, bez tendencji do samoistnego ustępowania. Uwarunkowana jest głównie czynnikami zewnątrzpochodnymi; jest rozpoznawana, gdy BMI przekracza 30 kg/m<sup>2</sup>. W przypadku gdy BMI wynosi 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>, występuje nadwaga, a zakres 19–24,9 kg/m<sup>2</sup> wskazuje na prawidłową masę ciała.

Leczenie otyłości jest zarządzaniem procesem zmian u pacjenta — zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Motywację w procesie odchudzania można potraktować jak zarządzanie zmianą psychiczną, ponieważ jest to prowokowanie oraz kierowanie zmianami w myśleniu i systemie behawioralnym pacjenta w celu porzucenia przez niego złych nawyków żywieniowych, jak również wzmacnianie jego zasobów psychicznych, pozytywne przeformułowanie negatywów i zwiększenie u niego samoświadomości, a w konsekwencji — samokontroli.

Celem jest trwałe obniżenie masy ciała i zmiana nawyków żywieniowych. (*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 1, 31–36)

**słowa kluczowe:** otyłość, motywacja, zmiana, nawyk żywieniowy

### ABSTRACT

Obesity is a lingering illness without tendencies to independent subsiding. It is conditioned mostly by outside factors. It is diagnosed when the BMI exceeds 30kg/m<sup>2</sup>. When the BMI is within 25–29,9 kg/m<sup>2</sup> range we talk about being overweight, and when the BMI is within 19–24,9 kg/m<sup>2</sup> it defines the weight as being correct.

Obesity treatment is nothing but managing the physical and mental change process in a patient. Motivation in a weight-loss process can be regarded as a mental change, since it stands for provoking and directing the thinking and behavioral system change in a patient, in order to make one quit bad eating habits as well as strengthening his mental resources, positive re-formulation of the negatives, boosting a patient's awareness, and accordingly his self-discipline. The aim is permanent reduction of weight and eating habits change. (*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, vol. 1, no 1, 31–36)

**key words:** obesity, motivation, change of eating habits

**Monika Jezierska-  
-Kazberuk**

Specjalistyczne Centrum  
Diagnostyczno-Zabiegowe „Medicina”

### Adres do korespondencji:

Ilek. Monika Jezierska-Kazberuk  
Specjalistyczne Centrum  
Diagnostyczno-Zabiegowe „Medicina”  
ul. Rogozińskiego 12, 31–559 Kraków  
tel.: (012) 417 33 77, (012) 417 35 44  
faks: (012) 411 45 22  
e-mail: monikajezierskakazberuk@gmail.com

Copyright © 2010 Via Medica  
ISSN 2081–2450

▶▶ BMI 19–24,9 kg/m<sup>2</sup>  
– prawidłowa masa ciała;  
BMI 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>  
– nadwaga;  
BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>  
– otyłość ◀◀

## WSTĘP

Otyłość jest chorobą przewlekłą, bez tendencji do samoistnego ustępowania. Uwarunkowana jest głównie czynnikami zewnętrznymi; jest rozpoznawana, gdy wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) przekracza 30 kg/m<sup>2</sup>. Gdy BMI zawiera się w przedziale 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>, wówczas występuje nadwaga, a zakres 19–24,9 kg/m<sup>2</sup> wskazuje na prawidłową masę ciała [1–3].

Otyłość prosta jest spowodowana nadmierną podażą kaloryczną. W takim przypadku ważne jest, aby spontaniczną decyzję pacjenta na temat podjęcia próby odchudzania, powstałą najczęściej pod wpływem chwilowej emocji i zewnętrznej motywacji, zmienić w trwałą zmianę nawyku żywieniowego opartą na motywacji wewnętrznej [4].

## ZASADY OSIĄGANIA WYZNACZONEGO CELU

Osiągnięcie tego celu będzie możliwe, gdy wytłumaczy się pacjentowi w przystępnej dla niego formie:

- na czym polegają fazy fizjologicznej utraty masy ciała, omówienie tak zwanych cykli (rocznych, dobowych, w przypadku kobiet — miesięcznych);
- na czym polega efekt jo-jo;
- na czym polega przyswajanie składników pokarmowych.

Pacjent musi zrozumieć, że utrata masy ciała jest powolnym procesem, który przebiega według pewnej określonej krzywej fizjologicznej. Ponadto musi mieć świadomość zmian zachodzących w swoim organizmie oraz „czyhających” na niego niebezpieczeństw [5].

Głównym źródłem powściągnięcia impulsów dotyczących zachowań u człowieka jest **uczenie się** [6].

Wykraczanie poza komfort wyznaczony przez wieloletnie nawyki jest wyczerpujące i wymaga dodatkowych sił psychicznych. Należy zatem zadbać o dodatkowe zasoby, takie jak: sen, odpoczynek, brak innych stresów (np. powinno się odrzucić pomysł jednoczesnego odchudzania się i rzucenia inne-

go nałogu, np. palenia, ze względu na zbyt duże obciążenie psychiczne), stabilna sytuacja w domu i w pracy, drobne przyjemności [7].

Wzmocnienie zasobów psychicznych powoduje:

- wzrost motywacji do zmiany zachowań związanych z jedzeniem;
- zmniejszenie tendencji do nawykowego i emocjonalnego jedzenia;
- zmniejszenie napięcia psychicznego i przymusu;
- wzrost poczucia własnej siły, skuteczności, siły woli, kontroli nad swoim życiem, samoakceptacja [8].

## MECHANIZMY OBRONY

Dla wielu osób jedzenie jest sposobem na zmniejszenie stresu oraz kompensację niepowodzeń. Pozbawiając pacjenta tego mechanizmu obronnego lub modyfikując go, musimy nauczyć go innych mechanizmów [5, 9].

Pacjent powinien się nauczyć odżywiać w zdrowy sposób, przy czym należy unikać schematu odżywiania się „zdrowe jedzenie — szkodliwe jedzenie”. Każdy pokarm jest dobry — ale w ściśle określonych ilościach. Zmiana nawyku żywieniowego powinna być powolna, skierowana na prawidłowo zbilansowaną dietę zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym, ale również uwzględniać realia obecnego życia [5, 10].

Kontrolowanie masy ciała oraz liczenie kalorii stanowi element „koszmaru diety” wszystkich odchudzających się osób. Kaloria jest miarą ilości ciepła (energii), którą oblicza się w warunkach laboratoryjnych, natomiast związek kalorii z tkanką ludzkiego ciała nie zawsze jest miarodajny.

Ciało ludzkie nie zawsze reaguje w ten sam sposób na określoną ilość kalorii w diecie, istotny jest rodzaj pożywienia oraz kompozycja posiłku, z którego powstaje energia, jak również indywidualny poziom podstawowej i wysiłkowej przemiany materii [1].

Jedzenie jest jedną z przyjemności życia, a przeliczanie pokarmów na kalorie i sprowadzanie ich wyłącznie do liczb powoduje spadek motywacji do zmiany trybu życia. Podobnie demotywująco działa ważenie się — waga nie wskazuje różnicy między ciężarem tkanki tłuszczowej a mięśniowej u danej osoby. Bardziej adekwatny jest pomiar tłuszczowej/beztłuszczowej masy ciała.

Rytuał ważenia się przez pacjenta należy zastąpić oglądaniem się w lustrze, ponieważ dla pacjenta to, jak wygląda, jest daleko bardziej motywujące niż obecna masa ciała [4].

Dodatkowym pozytywem podczas uruchomienia wspomnianego rytuału jest zmiana nastawienia pacjenta do własnego ciała oraz dodatnie sprzężenie zwrotne zachodzące w jego podświadomości, ponieważ zmiana wizerunku w lustrze wzmacnia pozytywne zmiany w psychice, które z kolei działają stymulująco na zmianę sylwetki.

Dla osób bardzo otyłych oglądanie swojego ciała może być zbyt silnym stresem, dlatego warto się skupić na jednym fragmencie sylwetki (np. talia, biodra), a oglądanie w lustrze można zastąpić mierzeniem taśmą centymetrową [4].

Kontrola masy ciała i liczenie kalorii nie chroni przed złym samopoczuciem oraz demotywacją, ponieważ brak efektów powoduje narastanie frustracji, obniżenie motywacji do zmiany i wzrost poczucia osamotnienia oraz poczucia przegranej [11].

## JAKIE DIETY?

Stosowanie różnego typu diet może spowodować narastanie poczucia zagubienia, braku pewności dotyczącej przyjmowanego pożywienia, co ostatecznie, po wielu nieskutecznych próbach u wielu pacjentów, może spowodować, że nie wiedzą oni, co należy jeść i jak powinno wyglądać prawidłowe odżywianie.

Stosowanie diet powoduje również utratę szacunku dla własnej osoby, ponieważ utrzymanie reżimu diety, nawet poprawnej w założeniu, ale niezindywidualizowanej — nie można zastosować w każdym przypadku. Pacjent, starając się postępować zgodnie z wymogami diet narzuconych z zewnątrz, niedostosowanych do indywidualnych nawyków żywieniowych, traci własne potrzeby i pragnienia. W tym wypadku jest nieuchronna porażka, która powoduje narastanie u pacjenta poczucia winy, a z kolei pragnienie sukcesu za wszelką cenę może spowodować obsesyjne myślenie na temat jedzenia i wzrost napięcia nerwowego [6].

Należy poinformować pacjenta, że prawidłowy sposób odżywiania to:

- jedzenie co najmniej 3 razy dziennie;
- zjedzenie więcej, niż pacjent uważa, że potrzebuje (przejadanie się), przy niektórych okazjach;
- zjedzenie mniej, niż pacjent uważa, że potrzebuje (niedojadanie) przy niektórych okazjach;
- zjedzenie więcej tych potraw, które smakują pacjentowi, kiedy tak sobie postanowi;
- zjedzenie mniej tych potraw, które pacjent lubi, ponieważ wie, że w przyszłości będzie można je jeść;
- jedzenie lub niejedzenie w niektórych sytuacjach, ponieważ pacjent czuje się nieszczęśliwy, zły lub spięty;
- jedzenie zarówno „dobrych”, jak i „złych” potraw, bez poczucia winy;
- jedzenie w sposób elastyczny, aby nie przeszkadzało w nauce, pracy czy życiu towarzyskim;
- jedzenie dostatecznie dużo urozmaiconych potraw, dostatecznie często, aby zapobiec atakowi niepohamowanego jedzenia;
- jedzenie w towarzystwie w sposób podobny do pozostałych osób;
- jądanie od czasu do czasu w punktach *fast food* dla przyjemności;

►► Pacjent, starając się postępować zgodnie z wymogami diet narzuconych z zewnątrz, traci własne potrzeby i pragnienia ◀◀

- świadomość, że jedzenie nie jest najważniejszą sprawą w życiu, ale jest ważne ze względu na zdrowie;
- nieliczenie kalorii, nieważenie jedzenia, nieprzestrzeganie rygorystycznej i wymyślnej diety;
- częste niejedzenie niskokalorycznych potraw, na przykład dietetycznych chrupków zamiast pieczywa;
- jedzenie nie po to, aby schudnąć, ale aby mieć świadomość, że można utrzymać swoją prawidłową masę ciała;
- jedzenie bez zakładania, że można lepiej świadomie kontrolować ilość i rodzaj potrzebnego organizmowi jedzenia niż organizm;
- brak potrzeby ciągłego ważenia się i mierzenia dla lepszego samopoczucia i pewności siebie;
- nieoszukiwanie samego siebie, aby powstrzymać się od jedzenia pewnych potraw, na przykład, nie wmawiać sobie, że „po nabiale jest mi niedobrze” [6].

### TRWAŁA ZMIANA NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH

Głównym źródłem powściągnięcia impulsów dotyczących zachowań u człowieka jest uczenie się, a wzięcie odpowiedzialności przez pacjenta w sytuacjach decyzyjnych powoduje uruchomienie mechanizmu automatycznego wychwytywania zagrożeń oraz kontrolowania ich i blokowania na odpowiednim poziomie [5].

O trwałej zmianie nawyków żywieniowych decydują:

- poczucie własnej skuteczności;
- siła woli;
- rzadkie przypisywanie znaczenia czynnikom zewnętrznym;
- niski poziom gniewu;
- niski poziom lęku [5].

W celu wstępnej oceny motywacji pacjenta można użyć kwestionariusz. Autorka niniejszego artykułu opracowała test motywacji pacjenta, wzorowany na teście Motywacji do Rzucenia Palenia Niny Schneider.

Test motywacji pacjenta

1. Czy chcesz zmniejszyć swoją masę ciała?
2. Czy decydujesz się na to z powodów osobistych, dla siebie?
3. Czy chcesz zmniejszyć swoją masę ciała dla kogoś z rodziny, przyjaciół itp.?
4. Czy podejmowałeś/-aś już próby zmniejszenia masy ciała?
5. Czy orientujesz się, w jakich sytuacjach jesz najczęściej i dlaczego to robisz?
6. Czy mógłbyś/-aś liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół, znajomych itp., gdybyś chciał/-a zmniejszyć masę ciała?
7. Czy u członków twojej rodziny występują problemy z masą ciała?
8. Czy w miejscu, w którym pracujesz, są ludzie z problemami dotyczącymi masy ciała?
9. Czy jesteś zadowolony/-a ze swojej pracy i z trybu życia, jaki prowadzisz?
10. Czy orientujesz się, gdzie poszukać pomocy i w jaki sposób, gdybyś miał/-a problemy w trakcie terapii?
11. Czy wiesz, na jakie pokusy i trudności będziesz narażony/-a w okresie terapii?
12. Czy wiesz, w jaki sposób poradzić sobie w sytuacjach kryzysowych?

Wyniki testu interpretuje się następująco:

- 1–4 — odpowiedzi pozytywne (motywacja słaba);
- 5–9 — odpowiedzi pozytywne (motywacja średnia–wysoka);
- > 9 (motywacja bardzo wysoka).

Na podstawie pytań 2 i 3 można ocenić, czy motywacja jest wewnętrzna czy zewnętrzna; pytania 1, 4 i 9 sprawdzają chęci do zmiany; pytania nr 5, 10, 11, 12 — czy istnieje wsparcie wewnętrzne do zmiany, a pytania 6, 7, 8 — czy istnieje wsparcie zewnętrzne do zmiany [5, 10, 12, 13].

### O POCZUCIU PRZEGRANEJ

Osoby, które chcą się odchudzić i osoby, które mają im w tym pomagać, muszą wierzyć, że im się uda. Osoby otyłe mają bardzo silnie zakodowane poczucie przegranej, które jest spowodowane wielokrotnie powta-

rzającymi się niepowodzeniami oraz stałym negatywnym wpływem otoczenia (kąśliwe uwagi, problemy z nabyciem odpowiedniego ubrania itp.). Wiążą się z tym ich niska samoocena i niska odpowiedzialność oraz poczucie klęski [9]. Dlatego bardzo ważne dla ciągłego utrzymania motywacji pacjenta i uzupełniania jego wewnętrznych zasobów są: wyłączenie myślenia o diecie, przekonanie, że odchudzanie jest sposobem dbania o siebie oraz, że jest to zmiana trybu życia w bardzo wielu jego obszarach.

Pacjent powinien wytyczyć sobie jasny, realistyczny cel, a po jego osiągnięciu — dążyć do następnego punktu za pomocą metody małych kroków. Ten typ realizacji celu podwyższa motywację i podtrzymuje zaangażowanie w proces [4].

### KIEDY NIEMOŻLIWE STAJE SIĘ MOŻLIWYM?

Niemożliwe staje się możliwym, gdy pacjent wybierze jasny i realistyczny cel, wierzy, chce i bierze odpowiedzialność za realizację celu. Specjalista daje swoje *know how*, wierzy w powodzenie pacjenta, docenia i akceptuje jego starania oraz wysiłki, oferuje mu swoją wiedzę, czas oraz dostępność. Pacjent powinien cieszyć się tym, co osiągnął, oraz wiedzieć, co mu mówi jego ciało. Za efekt jest odpowiedzialny pacjent [10].

Problemem jest fakt, że motywacja pacjenta w trakcie procesu odchudzania jest zmienna w czasie i zależy od bardzo wielu czynników:

- zewnętrznych: cykle — roczny, dobowy, menstruacyjny (w przypadku kobiet); stres zewnętrzny, zawód, wykonywana praca; wiek, stosowane leki, dodatkowe nałogi (alkohol, marihuana, papierosy);
- wewnętrznych: płeć, stężenie hormonów, schorzenia współistniejące;
- emocje: nuda, wypalenie zawodowe, osamotnienie, poczucie szczęścia, radość, zadowolenie, lęk, wyczerpanie psychofizyczne, obawa, zahamowania, andehonia;

- zachowania społeczne: afiliacja, dominacja, zależność, agresja, samoocena i tożsamość ego;
- aspekty towarzyskie i rodzinne (święta, rocznice, ślub);
- czynniki podświadome (podświadoma obawa przed własną seksualnością);
- skoncentrowanie na sukcesie i relacjach, niezależność, strach przed sukcesem, potrzeba zdobywania i posiadania

W związku z tym na człowieka wywiera działanie nie pojedynczy motywator, ale cała grupa motywatorów dodatnich oraz ujemnych [4, 7, 11]. Dlatego mniej istotną w terapii otyłości jest wyrywkowa kontrola poziomu motywacji do zmiany niż obserwowanie samego procesu i kierunku przebiegających zmian, czyli:

- obserwowanie trendu (zmiany motywacji zewnętrznej na wewnętrzną);
- obserwowanie zmiany z negatywnego na pozytywny lub wygaszanie patologicznego mechanizmu obronnego (wylimowanie jedzenia kompulsyjnego);
- obserwowanie wzrostu samokontroli, samooceny, poczucia panowania nad własnym życiem [14].

### KRZYWA „U”

Związek między motywatorem a efektywnością wykonania ma kształt odwróconej litery „U”, co oznacza, że efekt jest wyższy wówczas, gdy pobudzenie nie jest ani zbyt wysokie, ani zbyt niskie. Ponadto efekt jest tym lepszy, im bardziej oczekiwana „nagroda” jest bardziej pożądana i gdy prawdopodobieństwo jej osiągnięcia się zwiększa. Oddziaływanie czynników motywujących zmienia się zależnie od siły popędu i może być różne w odrębnych grupach kulturowych, na przykład osoby z wykształceniem podstawowym są bardziej motywowane przez zmniejszenie masy ciała (efekt wymierny), a osoby bardziej wykształcone reagują w sposób pozytywny na wizualną zmianę sylwetki i zmianę ogólne-

►► Pacjent powinien wytyczyć sobie jasny, realistyczny cel, a po jego osiągnięciu — dążyć do następnego punktu za pomocą metody małych kroków ◀◀

go samopoczucia (efekt niewymierny) [4, 7, 11].

W pewnych przypadkach decyzja o odchudzeniu się jest jedynie „płaszczem”, który zakrywa istotny problem (depresję lub problemy rodzinne), dlatego bardzo ważna jest współpraca lekarza prowadzącego z psychologiem/psychiatrą.

Bardzo często zdarza się, że po zdiagnozowaniu faktycznego problemu i włączeniu odpowiedniego leczenia (psychoterapia, leki antydepresyjne) masa ciała pacjenta obniża się, mimo braku istotnych zmian w modelu żywieniowym pacjenta oraz braku stosowania jakichkolwiek leków obniżających łaknienie [8].

Ludzie różnią się poczuciem siły, z jaką dążą do celów. W jaki sposób te indywidualne różnice można oszacować? Konieczne jest zróżnicowanie między normalnym poziomem, na przykład poszczególnych emocji, a ich stanem w danym momencie.

Problem polega również na tym, że pytania zawarte w kwestionariuszu mogą odwoływać się jedynie do świadomej części motywacji, co wiąże się z błędami wynikającymi z prób podejmowanych przez ludzi, pochodzących z wewnętrznych, podświadomych konfliktów (np. dążenie–unikanie), aby dać odpowiedź pożądaną [14].

### PODSUMOWANIE

Program motywacyjny, aby był skuteczny, powinien:

- scalać oraz analizować efekty poszczególnych testów tak, aby pacjent/użytkownik mógł obserwować w czasie terapii zmiany linii trendów — na przykład zmiany motywacji w korelacji z obniżeniem/podwyższeniem masy ciała oraz w korelacji z ogólnym dobrym samopoczuciem i poziomem zadowolenia;
- informować o sytuacjach alarmowych (jedzenie kompulsyjne) oraz sposobach radzenia sobie z nimi;

- dawać odpowiedni *feedback*, sformułowany w sposób niezagrażający;
- eliminować przekłamania/artefakty pochodzące od pacjenta, które mają swoje źródło w jego chwilowej błędnej samoocenie, spowodowanej z kolei na przykład aktualnym złym samopoczuciem, emocjami itp.;
- stanowić jedynie pomoc w terapii, ponieważ podstawą osiągnięcia sukcesu jest bezpośrednia, stała, obustronna współpraca między pacjentem a specjalistami żywieniowymi, oparta nie tylko na wiedzy, ale przede wszystkim na wzajemnej komunikacji.

### PIŚMIENNICTWO

1. Pupek-Musialik D., Kujawska-Łuczak M., Bogdański P. Otyłość i nadwaga — epidemia XXI wieku. *Przew. Lek.* 2008; 1: 117–123.
2. Buksińska-Lisik M., Lisik W., Zaleska T. Otyłość — choroba interdyscyplinarna. *Przew. Lek.* 2006; 1: 72–77.
3. Owecki M. Otyłość epidemią XXI wieku. *Przeegl. Kardiodiab.* 2009; 4: 36–41.
4. Parkinson B., Colman A. *Emocje i motywacja.* Zysk i s-ka, Warszawa 1999.
5. Szyndler A., Chrostowska M. Modyfikacja stylu życia jako podstawa leczenia otyłości. *Kardiologia na co Dzień* 2007; 3: 84–88.
6. Melville A., Johnson C. *Życie bez diety.* Książka i Wiedza, Warszawa 1993.
7. Maslow A.H. *Motywacja i osobowość.* PAX, Warszawa 1990.
8. Argyle M. *Psychologia stosunków międzyludzkich.* PWN, Warszawa 1991.
9. Czubalski K., Skuza B. *Stres.* W: Wrześniewski K., Skuza B. (red.). *Wybrane zagadnienia medycyny psychosomatycznej i psychologii chorego somatycznie.* Dział Wydawnictw, Akademii Medycznej w Warszawie, Warszawa 2002: 15–26.
10. Górecka D. Nowe perspektywy leczenia uzależnienia od nikotyny. *Medipress Med.* 2000.
11. Murray E.J. *Motywacja i uczucia.* PWN, Warszawa 1968.
12. Pająk A., Kawalec E. Psychospołeczne determinanty nałogu palenia papierosów. *Przeegl. Lek.* 2003; 60: 557–561.
13. Sztuczka E., Szewczyk M. Ocena motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu na podstawie testu Niny Schneider. *Pielęg. Chir. i Angiol.* 2008; 1: 5–11.
14. Reykowski J. *Motywacja. Postawy prospołeczne a osobowość.* PWN, Warszawa 1979.