

Psychologiczne aspekty otyłości

Psychological aspects of obesity

STRESZCZENIE

Obecnie zwiększa się liczba otyłych osób, a jednocześnie poszerza zakres usług dietetycznych i dostępność diet redukcyjnych czy różnego rodzaju żywności niskokalorycznej. Jakie są przyczyny takiego stanu rzeczy? Do tej pory rozpatrywano otyłość i jej konsekwencje w aspekcie chorób somatycznych, a kwestia psychologiczna była pomijana. Obecnie obserwuje się znaczny wzrost zainteresowania badaczy sferą psychologiczną osób otyłych. Nadmiernej masy ciała nie można postrzegać jedynie w kategoriach konsekwencji zwiększonej podaży kalorii. Jest ona również efektem wyuczonych mechanizmów radzenia sobie ze stresem, zaburzeniami lękowymi czy skutkiem niskiego poczucia własnej wartości oraz skuteczności. Najprawdopodobniej ludzie funkcjonują w taki sposób, ponieważ „jedzenie” zmieniło swoją funkcję. Nie jest już „tylko” dostarczaniem pokarmu, energii, stało się sposobem wyrażania uczuć, spędzania czasu, radzenia sobie z emocjami. Spożywanie posiłków wpisuje się w wiele aspektów funkcjonowania człowieka: rodzinnego, zawodowego, społecznego. Duża dostępność pożywienia, wszechobecność restauracji przyczyniają się do tego, że ludzie łatwiej sięgają po posiłki, bez względu na to, czy tego potrzebują, czy nie. W niektórych przypadkach jedzenie jest sposobem na nudę, możliwością spędzania czasu. Pewne cechy temperamentu i osobowości są charakterystyczne dla osób otyłych. Dodatkowo w ostatnim czasie wyróżnia się również coraz więcej zaburzeń psychicznych związanych z otyłością. Dostępne metody diagnostyczne oraz stan wiedzy na temat mechanizmów powstawania tych nieprawidłowości pozwalają na ich różnicowanie. Można tu wyróżnić takie zespoły, jak: zespół kompulsywnego jedzenia, syndrom jedzenia nocnego, jedzenie pod wpływem stresu, zaburzenia odżywiania związane ze snem i inne.

(*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017, tom 8, nr 2, 63–70)

Słowa kluczowe: otyłość, temperament, zaburzenia psychiczne, redukcja masy ciała, psychodietetyka

ABSTRACT

Nowadays the number of obese people is growing. Simultaneously, we can observe an increase in the availability of dietary services, reduction diets or various types of low-calorie food. What are the reasons for that? So far obesity and its consequences have been described in terms of somatic diseases. However, the psychological issue was ignored. Currently, we can observe a significant increase in the researcher's interest in the psychological sphere of obese people. Excessive weight cannot be seen only as a consequence of the increased calorie intake. It is

**Magdalena Lech,
Lucyna Ostrowska**

Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Adres do korespondencji:

Magdalena Lech
Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego UMB
ul. Mieszka I 4B, 15–054 Białystok
tel./faks: 85 732 82 44, 732 82 25
e-mail: ml.magdalenalech@gmail.com

Copyright © 2017 Via Medica
ISSN 2081–2450

also the result of trained mechanisms of coping with stress, anxiety disorders, or as a result of low self-esteem and effectiveness. Probably people function in such a way because the word „food” has changed its function. It does not „just” provide food and energy. It has become a way of expressing feelings, spending time and coping with emotions. Eating meals fits in many aspects of human functioning, including a family aspect, a business aspect or a social one. High availability of food and the omnipresence of restaurants contribute to the fact that people easier grab meals, regardless of whether they need them or not. In some cases food is a way to get rid of boredom or the way of spending time. Certain features of temperament and personality are characteristic for obese people. In addition, recently more and more psychiatric disorders associated with obesity have been distinguished. Available diagnostic methods and knowledge on the mechanisms of these anomalies allow to their differentiation. We can distinguish the following disorders: binge eating disorder, night eating syndrome, stress eating, sleep eating disorders and others.

(*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017, tom 8, nr 2, 63–70)

Key words: obesity, temperament, mental disorders, body mass reduction, psychodietetics

►► W patogenezie rozwoju otyłości bierze udział wiele czynników, również aspekt psychologiczny ◀◀

CZYNNIKI RYZYKA OTYŁOŚCI

Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że w 2014 roku otyłość dotyczyła ponad 600 mln ludzi na świecie [1]. W patogenezie jej rozwoju bierze udział wiele czynników, a można do nich zaliczyć również aspekt psychologiczny [2, 3]. Wśród specjalistów zajmujących się leczeniem otyłości często jest on niesłusznie pomijany. Nadmierna podaż energii z pożywieniem może wynikać z różnych mechanizmów zachowania oraz z zaburzeń chorobowych [2]. Opieka psychologiczna pacjentów z otyłością powinna obejmować zmianę błędnych schematów i przekonań na temat jedzenia, mechanizmów zachowania, radzenia sobie ze stresem [3, 4]. Otyłość jest efektem nadwyżki kalorii w spożywanych posiłkach, co z kolei pod względem psychologicznym może wynikać z zaburzeń w samokontroli. Osoby takie stosują zasadę „wszystko albo nic” — jeżeli są na diecie, to ściśle kontrolują, co i kiedy jedzą, natomiast, gdy restrykcje dietetyczne dobiegają końca, jedzą to, na co mają ochotę bez kontroli. Nie następuje u nich poprawa nawyków żywieniowych w wyniku zastosowania „diety odchudzającej”. Pacjenci z wyższą wrażliwością na bodźce

zewnątrzne są bardziej podatni na sięganie po posiłki pod wpływem impulsu — zapachu czy wyglądu. Pojawiające się w życiu emocje o charakterze negatywnym mogą się wiązać z odczuwaniem stresu oraz lęku, a to z kolei przyczynia się do nadmiernego jedzenia [5–7].

Pod względem dietetycznym leczenie otyłości obejmuje ograniczenie spożycia kalorii, modyfikację sposobu żywienia, zwiększenie aktywności fizycznej. Z medycznego punktu widzenia często jest konieczne wprowadzenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego [4]. By skutecznie pomagać pacjentowi z otyłością, ważne by prawidłowo określić możliwy do osiągnięcia cel leczenia. Warto zaplanować etapy stopniowo, by w rezultacie osiągnąć początkowo wyznaczony cel główny [4].

CECHY TEMPERAMENTU I OSOBOWOŚCI U OSÓB OTYŁYCH

Pod względem psychologicznym ważny element stanowi też temperament, który u każdej jednostki jest wrodzony i niezmienny w czasie [8]. Analizy temperamentu osób otyłych wskazują na nasilenie pewnych cech. Są to przede wszystkim: cyklotymia, drażli-

wość oraz lęklivość, które mogą się składać na zaburzenia nastroju. Charakterystyczna okazuje się obniżona otwartość na doświadczenia (w porównaniu z grupą osób z prawidłową masą ciała). Wyniki innych badań świadczą natomiast o tym, że występowanie otyłości wiąże się z wyższym poszukiwaniem nowości, ale w połączeniu z obniżonym samokierowaniem oraz zależnością od innych w rozwiązywaniu problemów [8]. Kolejną typową cechą temperamentu w opisywanej grupie jest unikanie szkody i zależność od nagrody. Zazwyczaj osoby te są nastawione pesymistycznie, gorzej radzą sobie z sytuacjami stresującymi, co przyczynia się do emocjonalnego objadania się. Wysoka zależność od nagrody wiąże się z niskim pobudzeniem noradrenaliny [8]. Dodatkowo układ serotoninoergiczny wpływający na odczuwanie nastroju oraz odżywianie ma wpływ na nasilenie cechy odpowiadającej za unikanie szkody. Prawdopodobne jest, że długotrwałe objadanie się z czasem skutkuje obniżeniem wrażliwości mózgowego układu nagrody. Mechanizm ten jest podobny do uzależnienia od narkotyków — by uzyskać odpowiedź organizmu na obecność danej substancji, z czasem potrzeba jej coraz więcej [8, 9]. Kolejnym elementem stwarzającym możliwość rozwoju nawyku nadmiernego jedzenia u danej jednostki jest zdolność odpowiedzi na zewnętrzne sygnały, czyli obniżenie samokierowania. Brak kontroli, samouświadomienia sobie podejmowanych czynności oraz zrzucanie z siebie odpowiedzialności za podejmowane decyzje prowadzi do wzmożonych zachowań bezmyślnego jedzenia. Samokierowanie wiąże się z niemożnością odłożenia nagrody w czasie [10]. Oznacza to, że osoby te sięgają po nagrody natychmiast, najczęściej w postaci wysokokalorycznych przekąsek. Efekt nasila się u osób mniej zaradnych, niepotrafiących na bieżąco radzić sobie ze stresem oraz trudnymi sytuacjami. Najczęściej mają one obniżone poczucie własnej

wartości i słabą wolę, co skutkuje oporem przed zmianą zachowań żywieniowych lub ich małą efektywnością [10]. Kolejną istotną cechą temperamentu w tym aspekcie jest poszukiwanie nowości. Wyższe natężenie tej cechy wiąże się z zachowaniami kompulsywnymi – bulimią oraz objadaniem się. Łatwiej jest dla nich znaleźć ujście negatywnych emocji w niekontrolowanych zachowaniach żywieniowych, dających szybką ulgę pojawiających się frustracji [10].

Temperament nie jest jedyną składową determinującą zachowania żywieniowe ludzi, czy też nie decyduje jako pojedynczy czynnik o wystąpieniu otyłości u danej jednostki. Osobowość człowieka kształtuje się do wieku dorosłego, przez całe dzieciństwo oraz okres młodzieńczy i wczesnej dorosłości [3]. Jej bazą są wyuczone mechanizmy zachowania i radzenia sobie w różnych życiowych sytuacjach. Jeżeli te dotyczące zachowań żywieniowych ukształtują się nieprawidłowo, przyczyniają się do rozwoju otyłości. Można tu zakwalifikować przekonania, takie jak: jedzenie to miłość czy nagroda lub odpowiedzialność [3, 11]. Samemu spożywaniu posiłków przypisuje się wówczas wartości, których nie powinno ono mieć. Jeżeli jest to kształtowane od wczesnych lat dzieciństwa, często w życiu dorosłym trudno jest je sobie uświadomić oraz zmienić. Osoby, które charakteryzują się nieuporządkowanym sposobem żywienia (nieregularnym spożywaniem posiłków, brakiem prawidłowych proporcji składników odżywczych), są również narażone na większe ryzyko nadmiernej masy ciała. Oznacza to, że nie planują swoich posiłków, spożywają je nieregularnie i mogą ulegać zewnętrznym impulsom przy podejmowaniu decyzji [3]. Zachowania towarzyskie, spotkania, spożywanie alkoholu w trakcie jedzenia czy zaabsorbowanie uwagi innymi czynnościami — czytaniem czy oglądaniem telewizji mogą skutkować zaburzeniami samoregulacji. Takim osobom trudno jest kontrolować, co, ile oraz

►► Analizy temperamentu osób otyłych wskazują na nasilenie pewnych cech. Są to przede wszystkim: cyklotymia, drażliwość oraz lęklivość, które mogą się składać na zaburzenia nastroju ◀◀

►► Osoby charakteryzujące się nieuporządkowanym sposobem żywienia są również narażone na większe ryzyko nadmiernej masy ciała ◀◀

▶▶ Osoby chorujące na otyłość są postrzegane przez społeczeństwo, jako gorsze, zaniedbane, niepotrafiące się o siebie zatroszczyć. Same oceniają się równie surowo, mają poczucie dyskryminacji i niską samoocenę ◀◀

kiedy jedzą. Mogą mieć znaczny problem z wytrwaniem w reżimie dietetycznym. Osoby bardziej impulsywne, neurotyczne mają tendencje napadowego objadania się, co może skutkować wystąpieniem bulimii (w przypadku podejmowania czynności mających na celu przeczyszczenie się) lub otyłości [3, 11]. Osoby mające obniżony kontakt z własnymi emocjami, niepotrafiące prawidłowo ich odczytywać, interpretować ani wyrażać, mają również trudność z odczuwaniem głodu i sytości (dotyczy to osób z otyłością). U tych pacjentów dochodzi do nieprawidłowej interpretacji stanów emocjonalnych (napięcia, niebędącego czynnikiem psychicznym a fizycznym). Często mogą to błędnie interpretować, jako głód fizjologiczny [3].

Odpowiednie cechy temperamentu czy osobowości mogą mieć zatem znaczny wpływ na pojawienie się otyłości. To te same cechy (w różnym nasileniu oraz układzie), które oddziałują na zachowania konsumenckie [12]. Podejmowanie trafnych decyzji wiąże się z obecnością pozytywnych emocji, które są skutkiem optymistycznego przekonania o swoich umiejętnościach. Z kolei negatywne emocje wskazują na nieumiejętność podejmowania prawidłowych decyzji oraz niższe poczucie własnej skuteczności. Cechy te wpływają na decyzje podejmowane przy dokonywaniu zakupów i wyborze produktów. Należy podkreślić, że osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności są bardziej skupione na zdrowiu oraz zmotywowane do osiągnięcia celu [12]. Wobec tego mogą mieć większą skłonność do wyboru zdrowych produktów. Nie można określić nastroju jedynie jedną cechą, jest to zespół wielu różnych emocji dotyczących człowieka w niedługim okresie czasu. Jeżeli odczuwamy go w sposób pozytywny, staramy się go podtrzymać. Jeżeli negatywny, wówczas szukamy środków zastępczych. Zdolność wykorzystania funkcji poznawczych do podjęcia prawidłowej decyzji jest wtedy

ograniczona. Wobec tego sposób radzenia sobie z emocjami to jeden z kluczowych elementów świadczących o zachowaniach konsumpcyjnych dzisiejszej populacji [12].

PSYCHOLOGICZNE NASTĘPSTWA OTYŁOŚCI

Osoby chorujące na otyłość są postrzegane przez społeczeństwo, jako gorsze, zaniedbane, niepotrafiące się o siebie zatroszczyć. Same oceniają się równie surowo, mają poczucie dyskryminacji, niskiej samooceny [13]. Ocena chorego oraz postrzeganie go przez społeczeństwo „zataczają koło”, wytwarzając dyskomfort psychiczny otyłych związany z własnym wyglądem. Taki mechanizm ma wpływ na tak zwany sposób postrzegania własnego ciała. Pojęcie odnosi się do procesu oceny swojego wyglądu, jest to mentalne odbicie fizycznego wizerunku [14]. Rola wytworzonego zaburzonego obrazu ciała u pacjentów z otyłością jest niejednoznaczna. Może dotyczyć przekonania, że jest postrzegany jedynie przez pryzmat masy ciała. Wiąże się z tym usprawiedliwianie trudności w kontaktach z płcią przeciwną. Innym obszarem jest odbieranie swojego ciała jako odrażające czy pozbawione atrakcyjności [14]. Wyniki badań dowodzą, że osoby o prawidłowej masie ciała w dzieciństwie i okresie młodzieńczym (otyłe w wieku dojrzałym) pod względem psychologicznym czują się zdecydowanie gorzej niż osoby, których nadmierna masa ciała występowała od wczesnych lat życia [15]. Wyniki badań Stunkadra i Mendelzona [za: 14] dowodzą jednak, że zaburzony obraz własnego ciała dotyczy częściej osób, których otyłość dotknęła w dzieciństwie. Na uwagę zasługuje fakt, iż w zależności od płci występuje znaczna różnorodność w ocenie swojego wyglądu. Zazwyczaj kobiety, bez względu na masę ciała są bardziej niezadowolone, w porównaniu z mężczyznami. Różnice występują również w przypadku odmiennych ras. Białe kobiety są mniej zadowolone z tego, jak wyglądają niż kobiety rasy

czarnej [14]. Prawdopodobnie orientacja seksualna nie pozostaje bez znaczenia, mężczyźni homoseksualni mogą być bardziej narażeni na zaburzenia w postrzeganiu ciała niż heteroseksualni. Trudno stwierdzić taką zależność u kobiet, natomiast sugeruje się, że homoseksualne kobiety mają mniejsze ryzyko zachorowania na zaburzenia odżywiania [14]. Według Brunch [za: 14] u podstaw nieprawidłowego postrzegania własnego ciała leży doświadczany brak efektywności. U tych pacjentów zauważalne jest przekonanie o nieumiejętności kontroli własnych zachowań, popędów czy potrzeb oraz brak poczucia posiadania własnego ciała. Jeżeli przeanalizować reakcje tych dwóch grup osób na postrzeganie ciała po redukcji kilogramów okaże się, że w grupie osób mających w dzieciństwie prawidłową masę ciała szybciej dostrzegany jest pozytywny rezultat i osiągnięte zadowolenie ze swojego wyglądu niż wśród osób otyłych od dzieciństwa [14]. Wyniki badań Brytek-Matera [16] wskazują na związek między niezadowolaniem z własnego ciała a niższymi umiejętnościami radzenia sobie ze stresem. Im bardziej kobiety nie akceptują swojego wyglądu, tym mniejszy kładą nacisk na poradzenie sobie ze stresorem. Ponadto okazuje się, że im wyższe niezadowolone z ciała, tym niższe poczucie własnej wartości, w każdym ze swych wymiarów. Sfera zawodowa otyłych kobiet zależy od ich samooceny. Im jest niższa, tym trudniej tym pacjentkom realizować się zawodowo [16].

ZABURZENIA PSYCHICZNE TOWARZYSZĄCE OTYŁOŚCI

Pod względem psychologicznym osoby z otyłością często mają poczucie wielu negatywnych cech [5]. Obniżone poczucie własnej wartości jest efektem podejmowania wielu prób redukcji masy ciała, kończących się niepowodzeniem [5]. Takie cechy rzutują na ogólne funkcjonowanie jednostki, rzutującą na przykład na sfery zawodową

czy towarzyską. Nakładające się na siebie trudności w różnych dziedzinach życia mogą się przyczynić do obniżenia nastroju lub nawet rozwoju depresji [5]. Choroby psychiczne częściej dotyczą kobiet z otyłością niż mężczyzn z nadmierną masą ciała [17]. Według niektórych badań natężenie ryzyka wystąpienia depresji u pacjentów otyłych zależy od czynników współwystępujących: rasy, stanu cywilnego czy przewlekłych chorób somatycznych [18]. Elementy te mogą być ze sobą powiązane — niska aktywność fizyczna prowadzi do występowania chorób fizycznych, które są potęgowane przez otyłość. To z kolei jest silnie związane z obniżeniem nastroju, często również z sięganiem po środki zastępcze w postaci niezdrowych i kalorycznych przekąsek. Występujące objawy depresyjne wpływają na pogorszenie ogólnej jakości życia [18].

Zaburzenia odżywiania wynikające z nieprawidłowych zachowań żywieniowych na tle problemów emocjonalnych mogą prowadzić do niedoborów masy ciała, niedożywienia lub otyłości [19]. Od 7 do 12% pacjentów z otyłością spełnia kryteria zespołu gwałtownego objadania się (BED, *binge eating disorder*). Należą do nich: powracające epizody objadania się wraz z utratą kontroli. Osoby cierpiące na ten zespół odczuwają dyskomfort w związku z pojawiającymi się objawami. Do rozpoznania BED konieczne jest występowanie objawów przez pół roku, co najmniej 2 razy w tygodniu [20, 21]. Wyniki badań klinicznych dowodzą, że BED mogą towarzyszyć inne choroby psychiczne: zaburzenia lękowe, depresja, próby samobójcze, uzależnienia od alkoholu, nikotyny. Może się wiązać również z zaburzeniami osobowości (chwilnej emocjonalnie oraz obsesyjno-kompulsywnej) [20]. Wystąpienie tego zaburzenia może być spowodowane różnymi czynnikami: biologicznymi, behawioralnymi, psychologicznymi czy kulturowymi [19]. Często zdarza się, że osoby otyłe podejmują

▶▶ W ostatnich latach pożywienie zaspokaja u społeczeństwa nie tylko głód fizyczny, ale również emocjonalny, dając tym samym ukojenie dla negatywnych emocji: złości, strachu, poczucia zagubienia ◀◀

▶▶ Leczenie otyłości powinno być wielowymiarowe i obejmować opiekę lekarską, dietetyczną oraz psychologiczną ◀◀

wielokrotnie nieudane próby redukcji masy ciała, proces ten może trwać nawet kilkanaście lat. Dlatego ważne jest, by prawidłowo zdiagnozować pacjentów z BED, gdyż odpowiednie leczenie zdecydowanie zwiększy szansę na trwałą redukcję masy ciała oraz opanowanie objawów emocjonalnych. Leczenie powinno obejmować edukację żywieniową, opiekę dietetyka, psychoterapię oraz farmakoterapię (stosuje się leki selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny [SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*]) [19, 20, 22].

Kolejnym zespołem należącym do tej grupy zaburzeń jest jedzenie pod wpływem stresu. Wiele osób „zajada stres”, u niektórych pacjentów rozwija się patologiczny mechanizm radzenia sobie z wydarzeniami stresującymi. Sytuacja napięcia wymagająca rozładowania skutkuje sięganiem po jedzenie z kilku powodów. Jedzenie kojarzy się z czymś pozytywnym, wywołuje pożądane emocje, jest łatwodostępne, sięganie po nie wymaga pomocy innych osób [19].

Zespół jedzenia nocnego wiąże się z bezsennością, późnym spożywaniem posiłków (połowa dziennej racji pokarmowej po godzinie 19.00) oraz porannym głodem. Zdiagnozowanie tego schorzenia jest bardzo trudne, głównie ze względu na to, że sami chorzy mają tendencję do ukrywania swoich objawów z powodu odczuwanego wstydu. U tych pacjentów można zaobserwować spadek nastroju w godzinach wieczornych. Spożywanie wysokokalorycznych oraz wysokowęglowodanowych przekąsek wiąże się ze zwiększoną dostępnością tryptofanu oraz jego przemianą do serotoniny, która ułatwia zasypianie. Leczenie polega przede wszystkim na leczeniu zaburzeń snu (w tym terapia farmakologiczna), następnie na redukcji masy ciała oraz edukacji dietetycznej oraz wsparciu psychologicznemu [23].

Nie ulega wątpliwości, że stany emocjonalne w znaczący sposób wpływają na sposób oraz ilość spożywanych pokarmów.

W ostatnich latach pożywienie zaspokaja u społeczeństwa nie tylko głód fizyczny, ale również emocjonalny, dając tym samym ukojenie dla negatywnych emocji: złości, strachu, poczucia zagubienia. Nieumiejętne radzenie sobie z emocjami, reagowanie spożywaniem posiłków na zmiany nastroju skutkują rozwojem zaburzeń w sferze odżywiania się [24]. Do tego najczęściej dołączają się nieprawidłowości w postrzeganiu obrazu własnego ciała, poczuciu wartości oraz skuteczności, umiejętności radzenia sobie z problemami. Elementy te często składają się na rozwój różnego rodzaju zaburzeń psychicznych. Bez prawidłowej diagnozy i włączenia odpowiedniego leczenia nie da się skutecznie pomóc pacjentom z otyłością współwystępującą z wyżej opisanymi trudnościami psychologicznymi [16, 24]. Odpowiednie wdrożenie różnych terapii: psychologicznych, dietetycznych oraz opieki lekarskiej i farmakologicznej zwiększa szanse na powrót do zdrowia osób chorujących na otyłość, często przez wiele lat podejmujących nieudane próby leczenia [22, 24].

TERAPIA PSYCHODIETETYCZNA OTYŁOŚCI

Leczenie otyłości powinno być wielowymiarowe, obejmujące opiekę lekarską dietetyczną oraz psychologiczną. Redukcję masy ciała powinno się rozpocząć od zdiagnozowania przyczyny otyłości. Następnie należy indywidualnie dobrać plan żywieniowy, opierający się na zmniejszeniu podaży kilokalorii, prawidłowym doborze składników odżywczych oraz wprowadzeniu regularnych posiłków. Kolejnym krokiem powinno być włączenie aktywności fizycznej, uwzględniającej stopień otyłości oraz choroby współtowarzyszące [25].

By utrwalić nowe, prawidłowe nawyki żywieniowe u otyłych pacjentów konieczne jest wprowadzenie modyfikacji zachowań. Wymaga to na przykład prowadzenia dzienniczków żywieniowych. Do tradycyj-

nej metody odnotowywania zachowań żywieniowych można dołączyć adnotacje na temat uczuć, jakie towarzyszą pacjentowi w trakcie konsumowania pożywienia. Ułatwi to chorym obserwację zależności między swoim stanem emocjonalnym a ilością oraz jakością spożywanego pożywienia. Analiza obserwowanych zachowań wraz ze specjalistą (dietetykiem, psychologiem) pomoże wprowadzić trwałe zmiany w zachowaniach żywieniowych [4, 25]. Wiedza pacjenta na temat własnej reakcji na negatywne bądź pozytywne emocje pozwoli przewidzieć i zapobiec konkretnemu zachowaniu, w tym objadaniu się. Tego typu dzienniczki są najskuteczniejsze w przypadku otyłych cierpiących na BED. Innymi behawioralnymi technikami zmiany sposobu żywienia mogą być: lepsza organizacja dnia oraz zakupów spożywczych, dokładne planowanie pory posiłków. Często należy pacjentom wytłumaczyć prawidłowy sposób spożywania posiłków: bez pośpiechu, na siedząco, przy stole. Takie działania spowodują, że organizm będzie w stanie zarejestrować spożyte pożywienie. Powolne jedzenie doprowadzi również do ograniczenia wielkości porcji posiłku. W przypadku niektórych pacjentów skuteczne okazuje się być wprowadzenie technik relaksacyjnych pozwalających na lepsze radzenie sobie z codziennym stresem oraz napięciem [4, 25].

Prawidłowo prowadzona terapia psychologiczna otyłości ma na celu wzmocnienie samokontroli. Obejmuje analizę problemu, wzbudzenie świadomości błędnych zachowań żywieniowych, sposoby rozluźnienia — inne niż jedzenie, umiejętność kontroli oraz dystans (rozumiany jako symboliczne zakończenie napadu jedzenia) [26].

W leczeniu otyłości korzystne jest łączenie edukacji żywieniowej oraz metod psychologicznych jednocześnie. Warto by informacje przekazywane pacjentowi na wizytach kontrolnych pochodziły z obu dziedzin — dietetyki i psychologii. Spowoduje to stałe

poszerzanie wiedzy pacjenta na temat prawidłowego żywienia oraz podtrzymywanie motywacji i utrwalanie prawidłowych mechanizmów zachowań żywieniowych.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>.
2. Wąsowski M, Walicka M, Marcinowska-Suchowierska E. Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza. *Postępy Nauk Medycznych*. 2013; 26(4): 301–306.
3. Juruć A, Bogdański P. Osobowość w rozmiarze XXL. Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2011; 2(1): 34–42.
4. Respondek W. Zasady leczenia otyłości. *Postępy Nauk Medycznych*. 2011; 24(9): 782–789.
5. Juruć A, Wierusz-Wysocka B, Bogdański P. Psychologiczne aspekty jedzenia i nadmiernej masy ciała. *Farmacja Współczesna*. 2011; 4: 119–126.
6. Karasu SR. Of mind and matter: psychological dimensions in obesity. *Am J Psychother*. 2012; 66(2): 111–128, indexed in Pubmed: [22876525](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22876525/).
7. Suzuki K, Jayasena CN, Bloom SR. Obesity and appetite control. *Exp Diabetes Res*. 2012; 2012: 824305, doi: [10.1155/2012/824305](https://doi.org/10.1155/2012/824305), indexed in Pubmed: [22899902](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22899902/).
8. Jaracz M, Pulkowska-Ulfing J, Tomaszewska M, et al. Temperament u osób otyłych – doniesienia wstępne. *Journal of Health Sciences*. 2014; 13(14): 163–171.
9. Mikołajczyk E, Samochovec J. Cechy osobowości pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria*. 2004; 1(2): 91–95.
10. Zdziewchowska K. Temperament a ryzyko uzależnienia od jedzenia u kobiet. In: Topolewska E, Skimina E, Skrzek S. ed. *Młoda psychologia*. Liberi Libri, Warszawa 2014: 175–194.
11. Sullivan S, Cloninger CR, Przybeck TR, et al. Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *Int J Obes (Lond)*. 2007; 31(4): 669–674, doi: [10.1038/sj.jco.0803464](https://doi.org/10.1038/sj.jco.0803464), indexed in Pubmed: [16953251](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16953251/).
12. Łukasik IM, Witek A. Emocjonalne uwarunkowania zachowań konsumenckich młodych dorosłych. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*. 2013; 32: 295–312.
13. Collins JC, Bentz JE. Behavioral and psychological factors in obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital*. 2009; 4: 124–127, doi: [10.1002/9780470712221.ch14](https://doi.org/10.1002/9780470712221.ch14).
14. Makara-Studzińska M, Zaborska A. Otyłość a obraz własnego ciała. *Psychiatria Polska*. 2009; 43(1): 109–114.
15. Carr D, Jaffe K. The psychological consequences of weight change trajectories: evidence from quantitative and qualitative data. *Econ Hum Biol*. 2012; 10(4): 419–430, doi: [10.1016/j.ehb.2012.04.007](https://doi.org/10.1016/j.ehb.2012.04.007), indexed in Pubmed: [22580044](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22580044/).
16. Brytek-Matera A. Obraz własnego ciała u otyłych kobiet: przyczyny i stopień niezadowolenia, związek z obniżoną samooceną i strategiami radzenia sobie ze stresem. *Psychiatria Polska*. 2010; 44(2): 267–275.
17. Pietrzykowska M, Nowicka-Sauer K, Cwaliński T, et al. Występowanie zaburzeń psychicznych wśród osób

- z otyłością. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2014; 16(2): 146–147.
18. Değirmenci T, Kalkan-Oğuzhanoğlu N, Sözeri-Varma G, et al. Psychological Symptoms in Obesity and Related Factors. *Noro Psikiyatrs Ars*. 2015; 52(1): 42–46, doi: [10.5152/npa.2015.6904](https://doi.org/10.5152/npa.2015.6904), indexed in Pubmed: [28360674](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28360674/).
19. Bąk-Sosnowska M. zaburzenia towarzyszące otyłości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2010; 1(2): 92–99.
20. Banach J, Szymańska J. zespół gwałtownego objadania się - stan wiedzy. *Curr Probl Psychiatri*. 2011; 12(3): 318–321.
21. Tomalski T, Żak-Gołąb A, Zahorska-Markiewicz B. Czy rezygnacja z terapii odchudzającej wiąże się z występowaniem żarłocznego jedzenia? *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2008; 4(2): 53–57.
22. Bąk-Sosnowska M. Miejsce psychologa w leczeniu otyłości. *Forum Med Rodz*. 2009; 3(4): 297–303.
23. Jakuszkowiak K, Cabała WJ. Zespół jedzenia nocnego — rozpowszechnienie, diagnoza i leczenie. *Psychiatria*. 2004; 1(2): 107–111.
24. Koszowska A, Dittfeld A, Zubelewicz-Szkodzińska B. Psychologiczny aspekt odżywiania oraz wpływ wybranych substancji na zachowania i procesy myślowe. *Hygeia Public Health*. 2013; 48(3): 279–284.
25. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, et al. Tłumaczenie: Zahorska-Markiewicz B. Postępowanie w otyłości dorosłych: europejskie wytyczne dla praktyki klinicznej. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2009; 5(3): 87–98.
26. Bąk-Sosnowska M. Interwencja psychologiczna w zespole kompulsywnego jedzenia. *Psychiatria Polska*. 2009; 43(4): 445–456.