

## Psychologiczne aspekty jedzenia i nadmiernej masy ciała *Psychological aspects of food and overweight*

Agata Juruć<sup>1</sup>, Bogna Wierusz-Wysocka<sup>1</sup>, Paweł Bogdański<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### Streszczenie

Otyłość staje coraz bardziej niebezpieczną i coraz częstszą chorobą cywilizacyjną dotyczącą ludzi w każdej grupie wiekowej. Liczba osób borykających się z nadmierną masą ciała rośnie z dnia na dzień coraz szybciej, a wiek pacjentów z nadwagą wymagających interwencji lekarskiej i dietetycznej systematycznie się obniża. W wielu przypadkach przyczyny nadmiernej masy ciała są związane z niedostateczną wiedzą na temat prawidłowego odżywiania i nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi. Zapomina się jednak często o psychologicznych aspektach nadwagi i otyłości, które wyjaśniają wiele mechanizmów zachowań związanych z jedzeniem. Otyłość ujmowana jest w wieloraki sposób z uwagi na zastosowaną koncepcję psychologiczną. W zależności, czy jest to podejście psychodynamiczne, psychoanalityczne, behawioralne, poznawcze lub systemowe, zjawisko nadmiernej masy można wyjaśniać w różny sposób. W literaturze wymienia się wiele psychologicznych czynników ryzyka prowadzących do otyłości takich jak: zaburzone mechanizmy samokontroli, stosowanie przedziałowego stylu jedzenia, nieumiejętne radzenie sobie ze stresem, doświadczanie negatywnych emocji i ich ekspresja, jak również trudności we wglądzie we własne stany emocjonalne. Wielokrotnie otyłość prowadzi do depresji, niskiej samooceny, niezadowolenia z obrazu własnego ciała, niskiego poczucia własnej skuteczności oraz różnych dysfunkcji seksualnych. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na psychologiczne aspekty nadwagi i otyłości oraz przegląd badań prowadzonych w tym zakresie. (*Farm Współ 2011; 4: 119-126*)

*Słowa kluczowe: nadwaga, otyłość, psychologiczne aspekty, zaburzenia odżywiania*

### Summary

Obesity has become a very dangerous and common disease that affects people in different age. Day by day the amount of obese people is increasing in fastest way and the average age obese people who needs medical and dietetic care is much lower than a few years ago. In many cases overweight is bounded with a lack of knowledge of nutrition and unhealthy eating habits. Very often it is forgotten about psychological aspects of overweight and obesity that explain a large number of mechanisms of food intake. Obesity is considered in various ways depending on psychological theory. The explanation of being obese is different in psychoanalysis, psychodynamic, behavioral, cognitive and systemic theory. There is a lot of psychological factors associated with the development of obesity such as: control mechanism defects, inappropriate methods employed when coping with stress, problems with emotional control and difficulties with introspection in emotions. Overweight can lead to depression, low self-esteem, body dissatisfaction, low self-efficacy and sexual dysfunctions. The aim of this article is to concentrate on psychological aspects of obesity and a review of the most important researches in this area. (*Farm Współ 2011; 4: 119-126*)

*Keywords: overweight, obesity, psychological aspects, eating disorders*

## Wstęp

Otyłość to groźna choroba cywilizacyjna, która stała się problemem na skalę globalną. Pomimo propagowanego przez kulturę i media wzorca szczupłej sylwetki, zjawisko otyłości zatacza coraz szersze kręgi. Aktualnie dotyczy ona stosunkowo dużej grupy osób w różnym wieku. Niepokojący jest fakt, że łatwy dostęp do różnego rodzaju diet, suplementów wspomagających redukcję masy ciała, ośrodków sportowych oraz zwiększająca się liczba specjalistów zajmujących się odchudzaniem, wcale nie powodują spadku liczby otyłych osób w społeczeństwie. W Polsce od 1997 roku liczba osób otyłych zwiększyła się i nadal rośnie. Wyniki badań TNS OBOB wskazują, że odsetek kobiet z nadwagą zwiększył się z 13,7% do 16%, natomiast wśród płci męskiej różnica była nawet większa (odsetek mężczyzn z nadwagą zwiększył się z 23% do 28%) [1]. Najbardziej popularną metodą stosowaną w rozpoznawaniu otyłości jest współczynnik masy ciała (BMI – *Body Mass Index*). Na obecność nadwagi wskazuje wartość BMI mieszcząca się w przedziale 25-30 kg/m<sup>2</sup>, natomiast stan otyłości rozpoczyna się w momencie, gdy BMI jest większe od 30 kg/m<sup>2</sup> [2]. Otyłość stanowi istotne zagrożenie dla stanu zdrowia danej jednostki i może prowadzić do wielu powikłań. Jest ona związana w sposób istotny ze zwiększonym ryzykiem występowania oraz śmiertelności z powodu nowotworów, między innymi: raka piersi, raka endometrium oraz raka jelita grubego. Do innych konsekwencji związanych z nadmierną masą ciała należą: choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 2, zaburzenia gospodarki lipidowej, choroba zwyrodnieniowa stawów, hiperurykemia, nadciśnienie tętnicze, zespół policystycznych jajników, zespół bezdechu w czasie snu, choroby pęcherzyka żółciowego, dna moczanowa czy kamica nerkowa [2].

Terapia otyłości jest niełatwym wyzwaniem i często wymaga interwencji wielu różnych specjalistów. Dlatego też, w celu osiągnięcia jak najlepszych i najtrwalszych efektów, powinna mieć interdyscyplinarny charakter. Poszukując przyczyn nadmiernej podaży energii i szukając coraz nowszych, innowacyjnych rozwiązań w walce z nadwagą, należy zwrócić uwagę na psychologiczne aspekty tego zjawiska.

## Zjawisko głodu w ujęciu psychologicznym

Psychologiczne rozważania na temat nadwagi i otyłości należy rozpocząć od zwrócenia uwagi na

dwa pojęcia: głodu i apetytu, które pomimo innego znaczenia są często wymiennie używane. **Głód** związany jest z fizjologicznymi mechanizmami, jakie mają miejsce w organizmie ludzkim i powstaje w następstwie niedoboru określonych składników odżywczych. Odczuwanie głodu regulowane jest przez ośrodek głodu i sytości zlokalizowany w podwzgórzu. Skłania on do zachowań, mających na celu znalezienie pokarmu i zaspokojenie potrzeby fizjologicznej organizmu [3]. **Apetyt** jest z kolei zapotrzebowaniem na jedzenie uwarunkowanym psychologicznie, niezwiązanym z fizjologicznymi mechanizmami. Odzwierciedla on bardziej chęć zjedzenia pokarmu, która wynika z utrwalonego doświadczenia ulgi i przyjemności doznawanej po jego spożyciu i dostarczeniu energii do organizmu. Apetyt jest w dużym stopniu zależny od właściwości organoleptycznych potrawy (smak, zapach, konsystencja) oraz czynników społecznych, emocjonalnych i kulturowych. Oprócz operowania pojęciami „głodu” i „apetytu”, rozróżnia się czasem jeszcze tzw. „głód gastryczny” i „głód oralny”. Pierwszy z nich objawia się skurczami żołądka i jest następstwem niedostatecznej ilości energii w organizmie. Drugi rodzaj głodu odczuwany jest w jamie ustnej i przejawia się jako potrzeba żucia oraz odczuwania smaku danej potrawy [3]. Jedzenie jest sposobem na zaspokojenie nie tylko głodu, ale wielu innych ważnych potrzeb. **Potrzeba bezpieczeństwa** może być zaspokajana poprzez świadomość następnego posiłku, gromadzenie zapasów żywności, zwłaszcza produktów, których dostępność może być ograniczona. Z kolei prezenty w postaci żywności (słodycze, czekoladki, ciasto) odzwierciedlają **potrzebę miłości i przynależności** (czyli kontakty społeczne, tworzenie więzi i relacji towarzyskich). Obdarowywanie kogoś „czymś” do jedzenia często jest wyrazem sympatii i wdzięczności wobec tej osoby. Człowiek ma **potrzebę szacunku i uznania** ze strony innych. W zakresie jedzenia i żywności może się ona objawiać jako wybieranie prestiżowych i wyszukanych produktów żywnościowych. Nierzadko zdarza się, że wraz z awansem na wyższe stanowisko, ludzie zmieniają również swój jadłospis na bardziej prestiżowy i adekwatny do nowej roli społecznej. Są osoby, które zaspokajają za pomocą jedzenia swoją **potrzebę samorealizacji**. Gotowanie dla innych, zyskiwanie pochwał i aprobaty za dobrze i smacznie przygotowany posiłek pozwala im czuć się potrzebnymi i dobrymi, przynajmniej w jakiejś dziedzinie [4]. Zaspokajanie potrzeb jest naturalnym elementem

ludzkiej egzystencji. W sytuacji, kiedy jedzenie staje się najczęstszym sposobem na radzenia sobie z frustracją, może to prowadzić do niebezpiecznych konsekwencji np. nadmiernej konsumpcji, stopniowym przyrostem wagi i w efekcie do rozwoju nadwagi lub otyłości. Nie tylko ilość jedzenia, ale również jego jakość jest istotnym elementem żywienia. Wybieranie wysokoenergetycznych, prestiżowych potraw w celu zaspokojenia potrzeby szacunku i uznania (np. w sytuacji zmiany stanowiska i przyjęcia nowej pozycji społecznej) także może skutkować niebezpiecznymi dla stanu zdrowia konsekwencjami w postaci nadmiernego przyrostu masy ciała.

### Ujęcie otyłości w różnych paradygmatach psychologicznych

Otyłość może być wyjaśniana w różny sposób w zależności od paradygmatu psychologicznego. **Psychoanaliza** i ujęcie **psychodynamiczne** zakładają, że otyłość może być wynikiem nieprawidłowej relacji matka – dziecko. Niedostateczne zaspokajanie potrzeb dziecka lub nadmierna nadopiekuńczość mogą mieć duże znaczenie w późniejszych związanych z jedzeniem zachowaniach danej jednostki. Wśród przyczyn nadmiernej masy ciała często znajduje się słabsze ego, zaburzenia fazy oralnej, konflikt w fazie edypalnej (w ujęciu psychodynamicznym jest fazą rozwoju człowieka pomiędzy 3 a 6 rokiem życia) i jego przemieszczenie w obrębie ciała. W modelu **behawioralnym** nacisk jest kładziony na utrwalone nieprawidłowe nawyki żywieniowe, modelowanie nieprawidłowych zachowań oraz na wzmacnianie w danej jednostce patologicznych zachowań związanych z jedzeniem prowadzących w konsekwencji do wystąpienia nadwagi. Koncepcja **poznawcza** zakłada, że nadmierna masa ciała może wynikać z 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. W tej koncepcji podkreśla się również zaburzone mechanizmy sprawowania kontroli nad przyjmowaniem pokarmu [5]. **Systemowy** model koncentruje się na dokładnej analizie rodziny osoby otyłej, relacjach między jej członkami oraz sztywnością granic. W tym modelu zwraca się uwagę na skrajnie bliskie i intensywne interakcje pomiędzy członkami systemu rodzinnego, nadopiekuńczość oraz włączanie dzieci w konflikty

pomiędzy rodzicami. Rodziny często charakteryzują się tzw. lojalnością międzypokoleniową, która przejawia się preferowaniem podobnego stylu życia, a tym samym odżywiania oraz powielaniem tradycji rodzinnych związanych z jedzeniem i karmieniem [6].

### Psychologiczne przyczyny nadmiernej masy ciała

W etiopatogenezie otyłości bierze udział wiele czynników o różnym charakterze. Stan zwiększenia tkanki tłuszczowej może wynikać z nieprawidłowego funkcjonowania układu endokrynnego, przyczyn organicznych (np. wady podwzgórza), wad rozwojowych, neuroinfekcji lub przyjmowania niektórych środków farmakologicznych prowadzących do przyrostu masy ciała [2]. Otyłość może występować w różnych zespołach uwarunkowanych genetycznie, takich jak: zespół Turnera, Klinefeltera, Pradera Willego czy Lawrence’a Moona Biedla. Dziedziczenie otyłości może mieć charakter jednogenowy lub wielogenowy. W przypadku pierwszego typu, opisano dotychczas około 200 potwierdzonych przypadków klinicznych. Należy jednak podkreślić, że dziedziczone są jedynie predyspozycje do wystąpienia otyłości. Mogą się one ujawnić bądź nie, w zależności od środowiska, w jakim przebywa dana jednostka [7]. Do innej grupy czynników ryzyka otyłości zalicza się czynniki o charakterze społecznym takie jak: status socjo-ekonomiczny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, środowisko rodzinne oraz stan cywilny [8].

Dużą grupę czynników ryzyka biorących udział w etiopatogenezie otyłości stanowią jednak **czynniki psychologiczne**. Personel medyczny pracujący z osobami otyłymi zastanawiając się nad przyczyną nadmiernej masy ciała zapomina o psychologicznym podłożu, które nierzadko odgrywa kardynalną w tym procesie rolę. Częstą przyczyną nadmiernej podaży energii prowadzącej do przyrostu masy ciała są **zaburzenia w procesach samokontroli** i zdolności do monitorowania własnych zachowań. Herman i Polivy dwukrotnie obserwowali dwie grupy osób – odchudzające się i nieodchudzające się. W obydwu przypadkach wykazano, że u osób będących aktualnie w czasie stosowania diety, zjedzenie produktów niedozwolonych pełniło funkcję swoistego „wyzwalacza”, który prowadził do zjadania jeszcze większych ilości pokarmu. W tej grupie, najwięcej ciastek lub lodów zjadały osoby, które uprzednio otrzymały największe

ilości koktajlu lub pizzy. Taka zależność nie występowała wśród osób niebędących „na diecie” [9,10]. Zachowanie te można porównać do stosowania zasady „wszystko albo nic”. Albo jestem na diecie i stosuję się do restrykcji dietetycznych albo jem to, na co mam ochotę w nieograniczonych ilościach.

Z kolei do **trudności w monitorowaniu** przyjmowanego pokarmu dochodzi w sytuacjach angażujących procesy uwagi takich jak: oglądanie telewizji, czytanie książki, spotkanie towarzyskie oraz wypijanie alkoholu. Wardle i Beales (1988) wykazali, że w trakcie oglądania filmu kobiety będące na diecie jadły trzy razy więcej niż w czasie wykonywania innych czynności angażujących ich uwagę [11].

Wpływ na ilości przyjmowanych pokarmów wywiera również wrażliwość na bodźce zewnętrzne takie jak smak, zapach, wygląd czy konsystencja potrawy. Te czynniki mogą nasilać chęć przyjmowania większej ilości energii niż w rzeczywistości potrzebuje organizm. Decyzja o zjedzeniu jakiegoś pokarmu może być podjęta w wyniku bodźców wewnętrznych (sygnał głodu) lub zewnętrznych (właściwości organoleptyczne potrawy). Wykazano, że otyłe osoby są bardziej **wrażliwe na bodźce zewnętrzne** takie jak smak, zapach i wygląd potrawy. Dodatkowo, mają one również tendencję do spożywania większej ilości jedzenia w sytuacjach, gdy jest ono bardziej dostępne i jasno oświetlone niż w przeciętnych warunkach [4].

Innym przejawem zaburzonego procesu kontroli jedzenia jest preferencja stylu przedziałowego bądź punktowego w zachowaniu. Osoby prezentujące **punktowy styl jedzenia** mają wąską grupę preferowanych posiłków, niechętnie zastępują swoje ulubione potrawy innymi, stosują określone reguły i zasady odżywiania. Osoby o **przedziałowym stylu jedzenia** nie planują wcześniej posiłków i spożywają to, na co w danym momencie mają ochotę. Preferując ten styl mają one tendencję podjadania pomiędzy posiłkami i spożywania pożywienia, którego wcześniej nie planowali zjeść. Powyższe czynniki sprawiają, że takim pacjentom trudno zastosować się do wcześniej ustalonej diety. Dlatego też próby redukcji nadmiernej masy ciała kończą się niepowodzeniem. Wyniki badań Wieczorkowskiej (2003) sugerują, że w warunkach nieograniczonego dostępu do żywności przedziałowy styl jedzenia prowadzi do zwiększenia masy ciała. Koreluje on dodatnio z wyższym poziomem BMI i z trudnościami w utrzymaniu diety [12].

Nie bez powodu wśród różnych przyczyn nadmier-

nej masy ciała wymienia się **stres** i trudne sytuacje, z którymi dana jednostka jest zmuszona sobie radzić. Stres, a dokładniej nieumiejętne strategie radzenia sobie z nim, w dużej mierze są odpowiedzialne za nieprawidłowe zachowania związane z jedzeniem i dostarczanie organizmowi więcej energii niż jego rzeczywiste zapotrzebowanie. W wielu przypadkach jedzenie stanowi formę odwrócenia uwagi od trudnej sytuacji i na krótką chwilę przynosi ulgę. Radzenie sobie ze stresem w tych przypadkach opiera się na zjadaniu większych ilości jedzenia niż potrzeba, zwłaszcza w postaci różnych przekąsek. Taką zależność zauważono wśród 73% badanych studentów [13] oraz wśród osób z nadwagą [14]. W badaniach Connera (1999) zaobserwowano, że osoby badane spożywały zdecydowanie więcej nieregularnych posiłków w tych dniach, w których musiały radzić sobie z większą liczbą trudnych sytuacji [15]. Możliwe, że przejadanie się w sytuacji stresu jest najbardziej dostępną strategią radzenia sobie z problemem. Osoby, które ją stosują zdecydowanie rzadziej korzystają z innych strategii. Rydén i wsp. (2003) wykazali, że w sytuacjach stresujących osoby z otyłością rzadziej używają strategii skoncentrowanej na aktywnym rozwiązywaniu problemu, częściej natomiast preferują styl skoncentrowany na emocjach [16]. Prawdopodobnie osoby otyłe doświadczają stresu intensywniej niż osoby z prawidłową masą ciała i różne trudne sytuacje mogą być przez nie postrzegane jako bardziej obciążające. W badaniach dotyczących doświadczania stresu przez osoby z otyłością wykazano, że grupa badana (osoby otyłe) różni się od grupy kontrolnej (osoby o prawidłowej masie ciała) w zakresie oceny różnych trudnych sytuacji życiowych. Również sama sytuacja leczenia była częściej postrzegana przez osoby otyłe jako zagrażająca i krzywdząca niż to obserwowano w grupie kontrolnej [17]. Ze zjawiskiem stresu wiąże się również **doświadczanie negatywnych emocji**. Nadmierny apetyt może być więc rodzajem reakcji na doświadczany **lęk**. Nie zawsze jednak wystąpienie lęku jest wystarczającym czynnikiem pojawienia się nieprawidłowych zachowań żywieniowych. Dużą rolę w tym zakresie odgrywa rodzaj odczuwanego lęku. Okazuje się bowiem, że lęk będący zagrożeniem dla samooceny działa znacznie silniej niż bodziec lękowy o charakterze fizycznym. Taką zależność zauważono zwłaszcza wśród osób odchudzających się oraz tych z nadmierną masą ciała. W badaniach Heatherton'a (1992) zaobserwowano, że osoby przeżywające lęk związany z wystąpieniem publicznym

(a tym samym lęk przed oceną) jadły zdecydowanie więcej niż te, które były zagrożone poddaniem działaniu wstrząsu elektrycznego [18]. Odczuwanie różnych emocji mogą prowadzić do zaburzeń związanych z jedzeniem, jednak nierzadko zasadniczą w tym rolę odgrywa **ekspresja emocji**. Na podstawie badań (2008) przeprowadzonych w Poradni Leczenia Otyłości w Katowicach wykazano, że kobiety, które odczuwają **złość**, jednocześnie jej nie uzewnętrzniając lub kontrolując jej wyrażanie, w sytuacjach napięcia emocjonalnego stosują najczęściej strategię bazującą na emocjach prowadzących do nadmiernego jedzenia [19]. Nie tylko odczuwane emocje i sposoby radzenia sobie z nimi mogą stanowić czynniki ryzyka nieprawidłowych zachowań żywieniowych. Okazuje się, że trudności w doświadczaniu własnych emocji mogą również być istotnym czynnikiem ryzyka pojawienia się nadwagi. Brak umiejętności wglądu we własne stany emocjonalne i zaburzone procesy ich uświadamiania są określane mianem **aleksytymii**. Możliwe, że osoby otyłe z uwagi na problemy z wglądem we własne emocje myślą pobudzenia emocjonalne z fizjologicznym. Jedzą nawet wówczas, kiedy nie odczuwają głodu, albo trudno zidentyfikować im to, co w danym momencie odczuwają. Badania prowadzone na grupie 259 osób wskazują na wyraźnie istotne różnice w zakresie poziomu aleksytymii pomiędzy osobami otyłymi a grupą osób z prawidłową masą ciała [20].

### Konsekwencje psychologiczne nadwagi i otyłości

Otyłość może prowadzić nie tylko do medycznych następstw. Bycie osobą otyłą nierzadko prowadzi również do trudności w życiu społecznym. Wiąże się to bowiem z trudnościami w znalezieniu pracy, otrzymywaniem nieraz niższego wynagrodzenia czy uboższym życiem towarzyskim [8]. Należy jednak podkreślić, że znaczna część osób z nadwagą boryka się także z wieloma problemami o charakterze psychologicznym, które często wynikają z patologicznego stanu masy ciała i zwrótnie wpływają na jego pogorszenie lub utrzymywanie się w stanie niezmiennym. W obecnych czasach kobietom narzuca się wypracowanie idealnych kształtów, często niezgodnych z naturalną budową, bowiem wiele współczesnych ideałów kobiecego piękna jest pozbawionych kobiecości. To powoduje, że osoby otyłe chcąc sprostać wymaganiom otoczenia, a tym samym dążąc do nierealnego ideału

mają **niską samoocenę** [21,22]. Badania Friedmana i wsp. (2002) potwierdzają hipotezę, że wśród osób z otyłością, wiele z nich ma **negatywny obraz własnego ciała i nie akceptuje własnego wyglądu** [22]. W większości takich przypadków brak satysfakcji z własnego wyglądu nie stanowi czynnika motywującego do jego zmiany. Dodatkowo nasila patologiczne zachowania 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 szybkiego powrotu do wyjściowej wagi [23]. Z niską samooceną wiąże się również niska pewność siebie, a tym samym wiara we własne możliwości. Psychologowie określają to zjawisko mianem niskiego **poczucia własnej skuteczności**. U osób z otyłością często dominuje poczucie bezsilności i braku wpływu na daną sytuację [3]. Dodatkowo, poczucie bezsilności jest wzmacniane poprzez nieudane terapie odchudzające, w których próby redukcji nadmiernej masy ciała zakończone są niepowodzeniem. Takie sytuacje sprawiają, że pacjenci tracą przekonanie o tym, że mogą zmienić obecną sytuację i osiągnąć zamierzony cel. Obniżone poczucie własnej skuteczności nie tylko utrudnia proces zmiany nawyków żywieniowych i wytrwania w postanowieniach dietetycznych. Może być również generalizowane na inne sfery życia jednostki i powodować ogólne poczucie braku kontroli i wpływu na różnego rodzaju sytuacje życia codziennego. Brak zadowolenia z własnego wyglądu, niskie poczucie wpływu na sytuację mogą mieć konsekwencje w postaci obniżonego nastroju, a w bardziej zaawansowanym stadium – **depresji**. Gavin i wsp. (2010) wykazali, że niezadowolenie z własnego wyglądu ma istotny związek z wystąpieniem depresji zarówno u osób szczupłych jak otyłych. Ponadto, okazało się, że w przypadku osób z nadmierną masą ciała brak satysfakcji z własnego wyglądu działała jak swoisty „mediator” i może nasilać związek otyłości i depresji [21]. Wyniki badań nad ogólnym związkiem otyłości i depresji nie zawsze są jednoznaczne, jednak większa część spośród nich wskazuje na dodatnią, istotną statystycznie korelację. Carpenter i wsp. (2000) oceniając 40 tys. pacjentów z epizodem depresyjnym wysunęli interesujące wnioski. W przypadku kobiet wyższe BMI miało ścisły związek z częstszym pojawianiem się epizodów depresyjnych i myśli samobójczych. U mężczyzn natomiast zaobserwowano odwrotną zależność: im niższe BMI tym częstsze pojawianie się

epizodów depresyjnych i myśli samobójczych [24]. Interesujące wyniki przedstawiają również badania Berlin i Lavergne (2003). Wykazali oni, że nadwaga i otyłość częściej dotyczą pacjentów z chorobą dwubiegunową, natomiast pacjenci z niedowagą częściej cierpią na depresję jednobiegunową – postać melancholijna [25]. Psychologiczne następstwa nadwagi mogą mieć charakter obniżonego nastroju, ale mogą również jawić się jako irytacja lub złość.

W badaniach Żak Gołąb i wsp. (2006) dotyczących **agresji** u osób otyłych, nie wykazano istotnych różnic w zakresie tej zmiennej pomiędzy osobami o prawidłowej masie ciała a tymi z podwyższonym BMI. Warto jednak zwrócić uwagę na wysoki poziom irytacji, która była na najwyższym poziomie w całej grupie badanej u osób z BMI większym niż 30kg/m<sup>2</sup>. Stosunkowo niski był u nich jednak poziom poczucia winy. Na tej podstawie należy sugerować, że badane osoby mogły mieć skłonność do reagowania silnymi emocjami na najmniejszą prowokację, a siła tej reakcji była niewspółmierna do bodźca [26]. Osoby z otyłością coraz częściej zgłaszają też problemy w sferze seksualnej. Kolotkin i wsp. (2006) po przebadaniu 500 osób wykazali, że wyższe BMI miało istotny związek z czerpaniem mniejszej przyjemności ze stosunku seksualnego, rzadszym osiągnięciem orgazmu, częstszym unikaniem zbliżenia seksualnego z partnerem i ogólnie gorszą jakością życia seksualnego. Wśród płci żeńskiej największe trudności zgłaszały kobiety z III stopniem otyłości [27].

## Zaburzenia odżywiania współistniejące z otyłością

Otyłość związana jest często z zaburzeniami psychicznymi lub zespołami nieprawidłowości. Trudno jednak jednoznacznie określić co jest przyczyną lub konsekwencją otyłości. Wiele z nich stanowi bowiem zasadnicze powody pojawienia się nadmiernej masy ciała, która na podstawie mechanizmu błędnego koła zwrótnie nasila istniejące zaburzenia.

### ▪ Zespół napadowego objadania się (*Binge Eating Disorder, BED*)

Zespół napadowego objadania się jest stosunkowo częstym zaburzeniem występującym w otyłości. Częstość występowania BED w populacji ogólnej wynosi 2-5% wśród osób o prawidłowej masie ciała, około 5% wśród osób otyłych, w tym 30% osób zgłaszających się do poradni i różnych ośrodków w celu

leczenia otyłości [28]. Z definicji, zaburzenie to określa się jako zjedanie w niedługim czasie dużych ilości jedzenia z subiektywnym poczuciem braku kontroli nad jakością i ilością pożywienia oraz sposobem konsumpcji. Aby zdiagnozować zespół napadowego objadania się, objawy muszą występować minimum dwa dni w tygodniu przez okres sześciu miesięcy [29]. Podłoże napadów objadania się ma charakter emocjonalny, a napięcie związane z działaniem bodźców stresogennych powoduje dostarczanie organizmowi większej ilości kalorii niż zazwyczaj. Działanie bodźca stresogennego zwiększa ilość jedzenia i sprzyja występowaniu tych napadów. W badaniu populacyjnym Cohen'a i wsp (2002) kobiety odczuwające stres o umiarkowanym nasileniu zjadały o 118 kcal więcej, a mężczyźni 181 kcal więcej niż zwykle [30]. Częstość występowania BED wśród kobiet ocenia się na około 3,5%, natomiast u mężczyzn jest nieco mniejsza i wynosi 2% [31].

### ▪ Syndrom Nocnego Jedzenia (*Night Eating Disorder, NES*)

Wśród otyłych osób średnio około 10% cierpi na NES, natomiast w grupie badanej o prawidłowej masie ciała zaburzenie to dotyka jedynie około 0,4% osób. Badania na osobach ze zdiagnozowaną otyłością III stopnia wykazują, że w tej grupie nawet 51-64% może mieć Syndrom Nocnego Jedzenia. Pacjenci z rozpoznaniem NES spożywają więcej niż 50% pożywienia po godzinie 19, pomijają śniadania przynajmniej 4 razy w tygodniu (mają tzw. „poranną anoreksję”) oraz odczuwają trudności z zaśnięciem lub bezsenność minimum 4 razy w tygodniu. [32]. Jedną z odmian NES jest **SRED** (*sleep-related eating disorder*), postrzegane przez niektórych naukowców jako specyficzna odmiana somnabulizmu. Osoby ze SRED również spożywają duże ilości pokarmu w godzinach nocnych, ale w przeciwieństwie do osób z NES nie pamiętają epizodu nocnego objadania się [32].

### ▪ Bulimia

*Bulimia nervosa* jest zaburzeniem podobnym do zespołu napadowego objadania się (BED), ale różnicę stanowią obecne w bulimii epizody przeczyszczania się po napadzie jedzenia. Czynności kompensacyjne mogą mieć charakter „przeczyszczający się” lub „nieprzeczyszczający się”. W pierwszym przypadku osoba wymiotuje lub zażywa środki farmakologiczne o działaniu przeczyszczającym lub moczopędnym.

Osoby „nieprzeczyszczające się” natomiast kompensują nadmiar spożytego pokarmu w postaci intensywnej aktywności fizycznej. Bulimia może współtowarzyszyć nadwadze lub otyłości, gdyż nie zawsze dana osoba jest w stanie „oczyścić się” ze spożytego pokarmu w całości. Nadmiar gromadzonego pokarmu jest widoczny w postaci późniejszego przyrostu masy ciała i tkanki tłuszczowej [33].

#### ▪ Uzależnienia

U osób otyłych zauważono dużą podatność na uzależnienia. Najczęściej jest to uzależnienie od jedzenia, ale często też występują uzależnienia od alkoholu, nikotyny lub substancji psychoaktywnych. Objawy towarzyszące uzależnieniom są podobne do tych, które towarzyszą osobom o prawidłowej masie ciała: przymus spożywania pokarmów, utrata kontroli, fizjologiczne objawy stanu odstawienia, wystąpienie tolerancji, zaniedbywanie innych źródeł przyjemności, zaprzeczanie, spożywanie pokarmów mimo dowodów szkodliwości [34].

### Podsumowanie

Otyłość jest stanem zwiększenia tkanki tłuszczowej w organizmie, jednak w wielu przypadkach nie

wynika wyłącznie z szeroko rozumianego „łakomstwa” i braku wiedzy na temat prawidłowych nawyków żywieniowych. Nierzadko ma ona przyczyny wymagające głębszej i bardziej wnikliwej analizy, ponieważ mają charakter złożonych mechanizmów psychologicznych. Nadmierna masa ciała jest dla pacjenta uciążliwa zarówno z powodów estetycznych jak i medycznych, prowadzących do wielu powikłań w organizmie. Jednak nie można zapominać, że stan fizjologiczny pacjenta jest dla niego również trudną sytuacją w znaczeniu psychologicznym, z którą nie zawsze umie sobie radzić i która ma zasadnicze znaczenie dla jego funkcjonowania w życiu społecznym, a także dla poczucia jakości życia.

Adres do korespondencji:

Agata Juruc

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu

Szpital im. Franciszka Raszei

ul. Mickiewicza 2; 60-834 Poznań

☎ (+48 61) 8481011

✉ agata\_juruc@wp.pl

### Piśmiennictwo

1. Ośrodek badań opinii publicznej: <http://www.tnsglobal.pl/centrum/2006/2006-07#2607>, data wejścia 27.07.2006 r.
2. Buksinska-Lisik M, Lisik W, Zaleska T. Otyłość – choroba interdyscyplinarna. *Przew Lek* 2006; 1:72-7.
3. Bąk-Sosnowska M. Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym. Kraków; 2009.
4. Pilska M, Jeżewska-Zychowicz M. Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia, Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2008.
5. Radoszewska J. Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych. *Nowiny Psychologiczne* 1994;4:101-11.
6. Dobrzyńska A, Pietruszewski K. Wybrane aspekty dynamiki rodzinnej u pacjentów otyłych jako podstawa do psychoterapii. *Psychoterapia* 1993;2:3-12.
7. Męczekalski B, Czyżyk A, Warenik-Szymankiewicz A. Rola genów w powstawaniu otyłości. Współczesne poglądy, patogeneza, aspekty kliniczne. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2008;5:27-37.
8. Łuszczynska A. Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
9. Herman CP, Polivy J. Anxiety, restraint, and eating behavior. *J Abnorm Psychol* 1975;84:666-72.
10. Herman CP, Polivy J. Getting a bigger slice of the pie. Effects on eating and emotion in restrained and unrestrained eaters. *Appetite* 2010;55:426-30.
11. Wardle J, Beales S. Control and loss of control over eating: an experimental investigation. *J Abnorm Psychol* 1988;97:35-40.
12. Wiczorkowska G, Bednarczyk I. Zaburzenia kontroli procesu jedzenia: rola przedziałości. *Nowiny Psychologiczne* 2004;3:5-19.
13. Oliver G, Wardle J. Perceived effects of stress on food choice. *Physiology and Behavior* 1999; 66:511-5.
14. Lemmens SG, Rutters F, Born JM, Westerterp-Plantenga M. Stress augments food 'wanting' and energy intake in visceral overweight subjects in the absence of hunger. *Psychology and Behavior* 2011;103:157-63.
15. Conner M, Fitter M, Fletcher W. Stress and snacking: a diary study of daily hassles and between meal snacking. *Psychology and Health* 1999;14:51-63.

16. Rydén A, Karlsson J, Sullivan M, Torgerson JS, Taft C. Coping and distress: what happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish obese subjects study. *Psychosom Med* 2003;65:43-442.
17. Bętkowska-Korpała B, Karpowicz A, Gierowski J, Malczewska-Malec M i wsp. Doświadczanie stresu przez osoby z otyłością – badania własne. *Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii* 2007;3:63-7.
18. Heatherton T F, Herman C P, Polivy J. Effects of distress on eating: the importance of ego-involvement. *J Pers Soc Psychol* 1992;62:801-3.
19. Brytek-Matera A. Sposoby radzenia sobie kobiet z otyłością w sytuacjach stresujących. *Endokrynologia. Otyłość i zaburzenia przemiany materii* 2008;4:116-20.
20. Elfhag K, Lundh L-G. TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scand J Psychol* 2007;48:391-8.
21. Gavin AR, Simon G E, Ludman EJ. The association between obesity, depression, and educational attainment in women: The mediating role of body image dissatisfaction. *J Psychosom Res* 2010;69:573-81.
22. Friedman K, Reichmann S, Costanzo R, et al. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* 2002;10:33-41.
23. Lu HY, Hou HY. Testing a model of the predictors and consequences of body dissatisfaction. *Body Image* 2009;6:19-23.
24. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, et al. 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;90:251-7.
25. Berlin I, Lavergne F. Relationship between body-mass index and depressive symptoms in patients with major depression. *Eur Psychiatry* 2003;18:85-8.
26. Żak-Gołąb A, Bąk-Sosnowska M, Zahorska-Markiewicz B, Holecki M, Olszanecka-Glinianowicz M. Poziom agresji i pacjentów otyłych rozpoczynających kurację odchudzającą. *Ann Acad Med Siles* 2006;60:495-500.
27. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Gress RE, et al. Obesity and sexual quality of life. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14:472-9.
28. Tomalski R, Żak-Gołąb A, Zahorska-Markiewicz B. Czy rezygnacja z terapii odchudzającej wiąże się z występowaniem żarłocznego jedzenia? *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2008;4:53-7.
29. White MA, Grilo CM, O'Malley SS, Potenza MN. Clinical Case Discussion: Binge Eating Disorder, Obesity and Tobacco Smoking. *J Addict Med* 2010;4:11-9.
30. Cohen JH, Kristal AR, Neumark- Sztainer D, Rock CL, Neuhauser ML. Psychological distress is associated with unhealthful dietary practices. *American Dietetic Association. J Am Diet Assoc* 2002;5:699-703.
31. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the NCS Replication. *Biological Psychiatry* 2007;61:348-58.
32. Jakuszkowiak K, Cubała WJ, Zespół jedzenia nocnego – rozpowszechnienie, diagnoza i leczenie. *Psychiatria* 2004;1:107-11.
33. Włodawiec, B, Psychoterapia zaburzeń odżywiania się. Problemy emocjonalne, czynniki leczące, relacje z przebiegu terapii. Warszawa: Instytut Psychospołeczny; 2001.
34. Bąk-Sosnowska M. Miejsce psychologa w leczeniu problemu otyłości, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2009;3:297-303.