



Nina Ogińska-Bulik

Wiem, co jem?

Psychologia
nadmiernego jedzenia
i odchudzania się

**Wiem,
co
jem?**



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Nina Ogińska-Bulik

Wiem, co jem?

**Psychologia
nadmiernego jedzenia
i odchudzania się**

Nina Ogińska-Bulik – Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu
Zakład Psychologii Zdrowia, 91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12
noginska@uni.lodz.pl

RECENZENT

Agnieszka Kulik

REDAKTOR INICJUJĄCY

Iwona Gos

OPRACOWANE REDAKCYJNE

Elżbieta Marciszewska-Kowalczyk

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/Konstanttin

© Copyright by Nina Ogińska-Bulik, Łódź 2016

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie
autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 (CC BY-NC-ND)

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.07443.16.0.M

Ark. wyd. 11,4; ark. druk. 20,0

ISBN 978-83-8088-347-5

e-ISBN 978-83-8088-348-2

<https://doi.org/10.18778/8088-348-2>

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

Spis treści

Wstęp	9
1. Nadmierne jedzenie – norma czy patologia?	13
1.1. Funkcje jedzenia	13
1.2. Przejawiane zachowania jedzeniowe, czyli co i jak jemy	18
1.3. Wybory żywieniowe	22
1.4. Zaburzenia odżywiania się	27
1.5. Uzależnienie od jedzenia	35
2. Nadwaga i otyłość jako konsekwencje nadmiernego jedzenia	43
2.1. Nadwaga i otyłość w aspekcie historycznym	43
2.2. Rodzaje i kryteria oceny nadwagi i otyłości	46
2.3. Epidemiologia zjawiska	61
3. Konsekwencje nadwagi i otyłości	67
3.1. Skutki zdrowotne	67
3.2. Skutki społeczne, psychologiczne i socjoekonomiczne	74
4. Czynniki sprzyjające nadmiernemu jedzeniu	83
4.1. Przyczyny biologiczne	84
4.2. Przyczyny społeczno-kulturowe	97

4.3. Przyczyny psychologiczne	107
4.3.1. Psychologiczne teorie powstawania nadwagi i otyłości	107
4.3.2. Zaburzenia mechanizmu samoregulacji	111
4.3.3. Przekonania, oczekiwania i predyspozycje osobowościowe	115
4.3.4. Emocje	119
4.3.5. Stres i nieumiejętność radzenia sobie	434
5. Odchudzanie się jako przyczyna nadmiernego jedzenia	133
5.1. Rozpowszechnienie stosowania diet odchudzających i przyczyny odchudzania się	133
5.2. Negatywne skutki stosowania diet odchudzających	135
5.3. Mechanizmy wyjaśniające dlaczego odchudzanie się sprzyja nadmiernemu jedzeniu	139
6. Sposoby redukcji nadwagi	145
6.1. Tradycyjne sposoby redukcji nadwagi i otyłości	145
6.1.1. Dieta	145
6.1.2. Aktywność fizyczna	149
6.1.3. Leczenie nadwagi i otyłości za pomocą środków farmakologicznych	154
6.1.4. Redukcja nadwagi u dzieci i młodzieży	157
6.2. Modyfikacja zachowań – psychologiczne sposoby redukowania nadwagi i otyłości	159
6.2.1. Model społecznego uczenia się	160
6.2.2. Model poznawczo-behawioralny	162
6.2.3. Inne modele zmiany zachowań jedzeniowych	166

6.3. Stosowane formy pomocy	169
6.4. Co należy uwzględnić w interwencjach psychologicznych?	175
7. Programy psychologicznego wspomagania redukcji nadwagi	185
7.1. Założenia	185
7.2. Program oddziaływań psychologicznych wspomagających redukcję nadwagi u dorosłych	190
Wprowadzenie	190
Sesja 1. Co powinnaś wiedzieć o otyłości	192
Sesja 2. Monitorowanie zachowań związanych z jedzeniem, czyli: kiedy, gdzie i dlaczego jem	200
Sesja 3. Jak schudnąć	208
Sesja 4. Jak zmieniać zachowania sprzyjające nadmiernemu jedzeniu	220
Sesja 5. Jak wytrwać i nie zrezygnować	226
Sesja 6. Uwierz w siebie i bądź skuteczna	232
Sesja 7. Myśl pozytywnie	237
Sesja 8. Jak być bardziej stanowczą	242
Sesja 9. Pokonaj stres	247
Sesja 10. Jak radzić sobie z negatywnymi emocjami	
Zakończenie	253
7.3. Zdrowy styl życia: Jak zapobiegać nadwadze i otyłości – program dla młodzieży	258
Wprowadzenie	258
Warsztat 1. Nadwaga i otyłość - co wiem na ten temat	260
Warsztat 2. Jak prawidłowo się odżywiać i kształtować właściwe nawyki żywieniowe	267

Warsztat 3. Jak być stanowczą w zachowaniach związanych z jedzeniem	276
Warsztat 4. Jak uzyskać pewność siebie i wzmocnić poczucie własnej wartości	280
Warsztat 5. Jak radzić sobie ze stresem	287
Podsumowanie	296
Bibliografia	297
Załącznik 1. Skala Zaabsorbowania Jedzeniem – SZJ	309
Załącznik 2. Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem – KZZJ	313
Załącznik 3. Skala Poczucia Osobistego Wpływu na Redukcję Wagi Ciała – SPOW-RN	317
Załącznik 4. Skala Poczucia Własnej Skuteczności w Redukcji Nadwagi – SPWS-RN	319
Spis tabel	321

Wstęp

Jedzenie jest złożoną czynnością, mającą na celu nie tylko utrzymanie organizmu przy życiu i dostarczenie mu energii, ale także służącą zaspokajaniu potrzeb psychicznych jednostki, takich jak pragnienie miłości, bezpieczeństwa, aprobaty. Pomaga w radzeniu sobie ze stresem, smutkiem, żalem, złością. Dla wielu osób staje się „lekarstwem” na problemy życia codziennego. Jedzenie może być również formą wyrażania sympatii, szacunku, miłości. Może być pomocne także w nawiązywaniu, podtrzymywaniu kontaktów towarzyskich czy komunikowaniu przynależności do określonej grupy społecznej. Jedzenie symbolizuje siłę, dostatek, zdrowie. Jest także zachowaniem dostarczającym człowiekowi przyjemności.

Jednakże coraz częściej obserwowane jest zjawisko nadmiernego jedzenia. Większość ludzi je więcej niż tego potrzebuje. Współczesny człowiek, pochłonięty pracą, nie mając czasu na zakupy i gotowanie, sięga po wysoko przetworzone produkty, głównie fast foody, objada się ciastkami, pije słodkie, wysokokaloryczne napoje.

Człowiek XXI wieku, oprócz hedonistycznej przyjemności jedzenia, charakteryzuje się także niechęcią do wysiłku fizycznego, czemu sprzyja m.in. rozwój cywilizacji. Natomiast nadmiar jedzenia, zwłaszcza gdy towarzyszy mu mały wydatek energetyczny, kumulowany jest w organizmie w postaci tkanki tłuszczowej. Nie powinien więc nikogo dziwić wzrastający w ciągu ostatnich dwu-

dziestu lat odsetek osób otyłych. Ocenia się, że już ponad 40% ogólnej populacji wykazuje nadmierną masę ciała. Specjaliści zajmujący się problematyką nadwagi używają określenia „epidemia”. Niepokój budzi fakt, że od lat, pomimo coraz większej dostępności do zdrowej żywności, różnego rodzaju diet, programów dla odchudzających i zwiększającej się świadomości liczba ludzi otyłych nie maleje. Nadmiar kilogramów pociąga za sobą próby ograniczania jedzenia, najczęściej poprzez odchudzanie się, często o charakterze restrykcyjnym. Dla wielu osób, szczególnie kobiet, odchudzanie się staje się jednym z istotnych elementów życia. Podejmowane próby redukcji nadmiernej masy ciała rzadko kiedy bywają skuteczne. Dlaczego nie potrafimy oprzeć się pokusie objadania się? Jakie są przyczyny nadmiernego jedzenia? Czy jesteśmy bezradni wobec plagi otyłości? Odpowiedzi na te pytania próbujemy znaleźć w książce *Wiem, co jem – psychologia nadmiernego jedzenia i odchudzania się*.

Zagadnieniem nadmiaru kilogramów zajmują się przede wszystkim lekarze i dietetycy. Warto na problemy nadmiernego jedzenia, nadwagi, otyłości, odchudzania się spojrzeć z perspektywy psychologicznej.

Monografia składa się z siedmiu rozdziałów. W pierwszym przedstawiono problem nadwagi i otyłości w kontekście normy i patologii, omówiono funkcje jedzenia, zaburzenia odżywiania się i uzależnienie od jedzenia. Rozdział drugi poświęcony jest problemom nadwagi i otyłości, jako konsekwencjom nadmiernego jedzenia, opisano w nim także rodzaje i kryteria nadwagi i otyłości oraz epidemiologię zjawiska. Kolejny rozdział poświęcono zdrowotnym, społecznym, psychologicznym i socjoekonomicznym skutkom nadwagi i otyłości. W rozdziale czwartym omówiono biologiczne, społeczne, kulturowe i psychologiczne czynniki sprzyjające nadmiernemu jedzeniu. Najwięcej uwagi

poświęcono czynnikom psychologicznym, w tym roli przekonań i oczekiwań, emocji i stresu.

W kolejnych dwóch rozdziałach przedstawiono odchudzanie jako przyczynę nadmiernego jedzenia, rozpowszechnienie diet odchudzających, negatywne skutki i mechanizmy wyjaśniające, dlaczego odchudzanie się sprzyja nadmiernemu jedzeniu (rozdz. 5) oraz sposoby redukcji nadwagi, zarówno te tradycyjne, w postaci diety, aktywności fizycznej i leczenia, jak i psychologiczne sposoby redukcji nadwagi i otyłości, poprzez modyfikację zachowań (rozdz. 6).

Ostatni rozdział zawiera dwa psychologiczne programy wspomaganie redukcji nadwagi. Pierwszy, przeznaczony dla osób dorosłych, składa się z dziesięciu sesji. W każdej zawarto serię ćwiczeń, które mogą być wykorzystane w ramach pomocy psychologicznej udzielanej osobom pragnącym schudnąć, ale mogą być również stosowane samodzielnie. Drugi program, przeznaczony dla młodzieży, składa się z pięciu warsztatów, na które składają się różne ćwiczenia. Program może być stosowany samodzielnie bądź w większych grupach.

Na końcu załączono autorskie narzędzia pomiaru, które mogą być wykorzystywane zarówno w ocenie nadwagi i otyłości, jak i ryzyka uzależnienia od jedzenia.

Książka jest przeznaczona dla szerokiego grona osób zainteresowanych problematyką nadmiernego jedzenia i odchudzania się, w tym profesjonalistów (psychologów, terapeutów, lekarzy, dietetyków, psychodietetyków) udzielających pomocy psychologicznej pragnącym schudnąć, dla osób, które borykają się z nadmiarem kilogramów, a także dla studentów kierunków psychologii, pedagogiki, socjologii i medycyny.

1 Nadmierne jedzenie – norma czy patologia?

Jedzenie stanowi podstawę funkcjonowania ustroju. Ogólnie przyjmuje się, że ludzie jedzą, aby żyć. Są też jednak tacy, którzy żyją, aby jeść. Dlaczego jemy to, co jemy? Jedzenie jest nie tylko czynnością fizjologiczną, związaną z zaspokajaniem głodu. Służy ono również realizowaniu potrzeb psychicznych i społecznych człowieka. Jedzenie może więc pełnić wiele funkcji. Przekłada się to na podejmowane przez ludzi wybory żywieniowe. Z kolei niewłaściwy sposób odżywiania się, powiązany m.in. z nadmierną koncentracją na jedzeniu stanowi główną (choć nie jedyną) przyczynę zaburzeń odżywiania się, w tym nadwagi i otyłości.

1.1. Funkcje jedzenia

Jedzenie może być traktowane, jako substancja/produkt, lub też jako czynność czy forma zachowania się. Jedzenie ma wiele znaczeń i może służyć zaspokajaniu różnych potrzeb człowieka. Na złożoność funkcji jedzenia zwraca uwagę Ogden (2003, 2011), wskazując, że jedzenie to:

- tradycja, zwyczaj i poczucie bezpieczeństwa;
- środek komunikowania się i budowania relacji interpersonalnych;

- wyraz gościnności, dobrych stosunków międzyludzkich;
- symbol siły, zdrowia, sprawności fizycznej, powodzenia;
- wyraz indywidualności i sposób wyrażania siebie.

Niewiadomska i wsp. (2005) wskazują, że jedzenie pełni trzy podstawowe funkcje, a mianowicie: biologiczną (fizjologiczną), psychospołeczną i kulturową. Pierwsza z nich wydaje się oczywista. Wiąże się ona z dostarczaniem energii niezbędnej do podtrzymania funkcji życiowych i podejmowanej przez człowieka aktywności. Podstawą prawidłowego rozwoju człowieka jest zachowanie równowagi między ilością energii przyjmowanej i wydatkowanej. Jej nadmiar jest gromadzony w postaci tkanki tłuszczowej. Pobieranie pokarmu jest regulowane przez złożony mechanizm fizjologiczny regulujący odczucia głodu i sytości (więcej informacji na ten temat przedstawiono w rozdz. 4).

Należy odróżnić głód od apetytu. Apetyt wyraża chęć zjedzenia konkretnego produktu. Zaspokojenie apetytu służy więc raczej odczuciu przyjemności. Na apetyt mają także wpływ właściwości pokarmu, takie jak jego smak, zapach czy konsystencja. Warto pamiętać, że we współczesnym świecie, a zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych, człowiek rzadko odczuwa głód. To apetyt, a nie głód, stanowi istotny motyw sięgania po jedzenie. Jest on powodowany przede wszystkim potrzebą zaspokajania potrzeb psychicznych i społecznych jednostki.

Niewiadomska i wsp. (2005), odwołując się do psychospołecznej funkcji jedzenia wskazuje, że może być ono traktowane jako:

- forma okazywania i doznawania uczuć;
- „pocieszacz” w sytuacjach smutku, przygnębienia, samotności;
- reduktor napięcia;

- wyraz lęku przed odpowiedzialnością;
- nagroda lub kara;
- sposób zdobycia kontroli;
- element sztuki uwodzenia;
- substytut więzi;
- sposób zatrzymania partnera przy sobie;
- substytut kontaktów seksualnych.

Jedzenie pełni też funkcje kulturowe. Troska o pokarm, jego zdobywanie i wspólne spożywanie są elementami łączącymi ludzi w grupy. Przyrządzanie określonych posiłków ma podkreślać doniosłość różnych wydarzeń, do których należą m.in. święta Bożego Narodzenia czy Wielkiej Nocy. W niektórych kulturach pewnym potrawom przypisuje się wartość magiczną lub nadaje status „świętości”, wykluczając je z jadłospisu (np. „święte” krowy w Indiach). Charakterystycznym elementem współczesnej kultury jest „kosmopolityzm żywieniowy” oznaczający dostępność pokarmów pochodzących z różnych kultur niemalże w każdym zakątku świata.

Na podobne funkcje jedzenia zwraca uwagę Ziółkowska (2014), dodając jeszcze, że może być ono również sposobem wyrażania poglądów, drogą do samorealizacji czy sposobem zaspokojenia potrzeb estetycznych.

Ogden (2011) wskazuje na trzy główne znaczenia pożywienia: (1) jako manifestacja własnego *ja*, (2) jako forma interakcji społecznych oraz (3) jako tożsamość kulturowa.

Jedzenie jako manifestacja własnego *ja*

Pożywienie stanowi źródło informacji na temat tożsamości jednostki i pełni funkcję komunikatu wewnętrznych potrzeb jednostki, konfliktów i obrazu *ja*. Jest ono ściśle powiązane z tożsamością płciową i pojęciem kobiecości, to właśnie kobietom przypisuje się bowiem odpowiedzial-

ność za gospodarstwo domowe i żywienie rodziny. Pożywienie wiąże się także z seksualnością, nadaje formę konkretnym komunikatom dotyczącym tej sfery i symbolizuje jednostkę, jako istotę płciową.

Pożywienie może być również środkiem do wyrażania wewnętrznych konfliktów, czego przykładem może być konflikt między jedzeniem a odmową jedzenia. Przejawia się on tym, że z jednej strony od kobiet wymaga się koncentracji na jedzeniu (temu m.in. służą kierowane głównie do kobiet reklamy produktów żywnościowych), a z drugiej, oczekuje się od nich, że utrzymają szczupłą sylwetkę. Innymi słowy, kobiety karmią innych, ale same muszą wykazać powściągliwość i odmawiać sobie jedzenia.

Innym przykładem może być konflikt między przyjemnością a poczuciem winy. Najczęściej dotyczy to sytuacji zjedzenia czegoś, co jednostka uważa za zabronione (często jest to czekolada czy lody). Zjedzenie przysmaku, zwłaszcza po kryjomu, powoduje, że jednostka czuje się winna.

Pożywienie może również symbolizować zdolność do samokontroli lub jej brak. Ograniczanie, czy wręcz odmawianie sobie jedzenia jest często odbierane z uczuciem zazdrości czy podziwu i świadczy o dużej samokontroli jednostki. Nadmierna samokontrola może być jednak związana z patologią (stwierdza się ją m.in. w anoreksji psychicznej). Z kolei brak samodyscypliny i uleganie zachciankom jest przejawem braku kontroli nad własnymi zachowaniami.

Jedzenie jako forma interakcji społecznych

Pożywienie jest narzędziem komunikowania się z innymi, przede wszystkim z własną rodziną. Kuchnia lub jadalnia są często jedynym miejscem, w którym spotykają się jej członkowie, a wspólny posiłek jest okazją do dzielenia się codziennymi doświadczeniami. Jedzenie staje się ele-

mentem przynależności do rodziny i poczucia tożsamości grupowej. Może wyrażać miłość, przywiązanie, troskę czy szacunek dla bliskich. Należy jednak zwrócić uwagę, że pożywienie traktowane jako forma interakcji społecznych może być również źródłem konfliktu, najczęściej między dostarczaniem przyjemności a zdrowiem. Matki, podając dzieciom słodczyce, z jednej strony przyczyniają się do poczucia zadowolenia dziecka, ale z drugiej strony, jako osoby odpowiedzialne za ich zdrowie, mają świadomość, że tego rodzaju produkty nie służą ich zdrowiu. Z kolei dostarczenie zdrowego jedzenia często nie spotyka się z aprobatą dziecka. Taka sytuacja jest dla matki źródłem konfliktu.

Pożywienie może również odzwierciedlać panujące w rodzinie stosunki i być przejawem władzy. Dotyczy to głównie mężczyzn, którym z reguły przydziela się większe racje pokarmowe, a także czasami specyficzny rodzaj pokarmu, którym jest najczęściej mięso. Tym samym pożywienie symbolizuje dom i panujące relacje w rodzinie.

Towarzyską funkcję jedzenia potwierdzają prowadzone w tym zakresie badania. 80% Polaków zadeklarowało, że przynajmniej raz w roku spotyka się ze znajomymi lub przyjaciółmi na wspólny posiłek, zarówno w domu, jak i poza nim (CBOS, 2014).

Jedzenie jako tożsamość kulturowa

Spożywane pokarmów może stanowić formę komunikatu odnoszącego się do tożsamości jednostki, w tym jej tożsamości religijnej. Posiłki mogą być odzwierciedleniem tradycji, symboli, rytuałów, prawa czy świętości. Wskazuje się tu wyraźnie na różnice międzykulturowe. Pożywienie jest symbolem statusu społecznego. Zamożniejsi ogólnie „lepiej jedzą”. Ponadto jedzenie może być przejawem władzy społecznej, a z kolei odmowa jedzenia jest często skutecznym narzędziem odzyskiwania kontroli czy wywierania

nia wpływu na innych (np. głodówki podejmowane w celu skłonienia władzy do uzyskania określonych celów).

Należy podkreślić, że czynniki kulturowe i społeczne, w tym tradycje czy wierzenia religijne, są powiązane fizjologicznymi sygnałami głodu lub sytości. Może to się przejawiać niejedzeniem, pomimo odczuwania nawet silnego głodu, np. w czasie postu, lub też zjedzenia jakiegoś produktu, który jest pożądanym, pomimo braku odczuwania głodu.

1.2. Przejawiane zachowania jedzeniowe, czyli co i jak jemy

Rozwój cywilizacji, a przede wszystkim przemysłu spożywczego i przetwórczego sprawił, że mamy do czynienia z nadprodukcją żywności. Głodowanie jest zjawiskiem rzadkim, a żywność jest ogólnie dostępna. Dostępność jedzenia ma jednak swoje zgubne skutki. Przyczynia się do trudności w kontrolowaniu ilości spożywanego pokarmu, co najczęściej powoduje, że ludzie jedzą więcej niż potrzebuje ich organizm, a to, jak wiadomo, prowadzi do nadwagi i otyłości. Jeszcze innym problemem jest racjonalne odżywianie się, czyli jedzenie tego, co organizmowi jest najbardziej potrzebne.

Pomimo iż wzrasta świadomość ludzi na temat zdrowego odżywiania się, to nie zawsze przekłada się ona na podejmowane zachowania jedzeniowe. U wielu ludzi, niezależnie od wieku, niekorzystne nawyki żywieniowe dotyczą spożywania zbyt dużych porcji, jedzenia zbyt tłusto lub zbyt słodko, zbyt małego spożycia warzyw i owoców, picia słodkich napojów, podjadania między posiłkami i nieregularnych posiłków. Z danych przytaczanych przez Mazurę i Dudkę (2010) wynika, że w społeczeństwie amerykańskim spożycie napojów słodzonych wzrosło w ostat-

nich 20 latach o 300%, a rozmiar pojemników, w których są one serwowane zwiększył się trzykrotnie. Niewątpliwie sprzyja to powstawaniu nadwagi i otyłości.

Z badań przeprowadzonych w 2014 roku na reprezentatywnej grupie losowej dorosłych mieszkańców Polski (CBOS, 2014) wynika, że w zasadzie nie zmienia się zarówno skala, jak i regularność spożywania podstawowych posiłków. 82% jada minimum trzy posiłki dziennie, 90% je codziennie obiad, nieco mniej – 79% codziennie spożywa śniadanie. W codziennej diecie większości Polaków znajduje się pieczywo i produkty mączne. Ponad dwie trzecie (69%) spożywa je raz dziennie, a co piąty (21%) kilka razy dziennie. Stosunkowo liczna grupa (34%) jada mięso i jego przetwory codziennie, a 57% kilka razy w tygodniu. Ogromna większość dorosłych mieszkańców Polski (92%) sięga po słodycze, w tym jedna piąta (20%) codziennie, a jedna trzecia (36%) kilka razy w tygodniu. Nieco rzadziej spożywane są słodzone napoje. Co dziesiąty badany (11%) sięga po nie codziennie, co szósty (16%) kilka razy w tygodniu, a 30% jeszcze rzadziej.

Jedynie nieco ponad połowa mieszkańców Polski (55%) deklaruje, że przynajmniej raz dziennie spożywa warzywa i owoce. Pozostali jedzą je rzadziej, na ogół kilka razy w tygodniu. Dość rzadko w jadłospisie Polaków pojawiają się kasze i ryż. Codzienne ich spożywanie deklaruje jedynie 8% badanych. Kilka razy w tygodniu jada je 45% respondentów, a kilka razy w miesiącu 38%. Nieliczni, tj. zaledwie 1%, deklarują codzienne jadenie ryb. Ponad jedna czwarta (29%) spożywa je kilka razy w tygodniu, a blisko połowa (48%) kilka razy w miesiącu.

Jednocześnie, jak wynika z przeprowadzonych badań, Polacy mają świadomość, że nie zawsze odżywiają się w sposób racjonalny. Najczęściej wskazują, że jedzą za mało ryb (60%), kasz i ryżu (29%) oraz owoców (23%) i warzyw (18%). Z kolei do produktów spożywanych przez

siebie w nadmiarze zaliczają słodczy (33%), kawę (27%), słodzone napoje (17%), a także pieczywo i inne produkty mączne (16%).

Niewątpliwie sposób odżywiania się wpływa na posiadaną masę ciała. Szczególnie ryzykowne jest nadmierne jedzenie słodczy, po które ludzie sięgają najczęściej. I to nie wtedy, kiedy są głodni, ale wtedy, kiedy chcą poczuć się lepiej, poprawić sobie samopoczucie czy dostarczyć chwilowej przyjemności. Dla niektórych sięganie po słodczy staje się nawykiem, zwiększając w ten sposób ryzyko wystąpienia nadwagi czy otyłości.

Zachowania jedzeniowe osób z nadmierną masą ciała są ogólnie gorsze niż osób z wagą w normie. Dotyczy to wszystkich grup wiekowych i obydwu płci. Z badań prowadzonych przez Ogińską-Bulik (2004) wynika, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety charakteryzujący się nadmiarem kilogramów, ujawniają większą skłonność do nawykowego i emocjonalnego przejadania się, a także nieco większe tendencje do stosowania restrykcji dietetycznych.

Problem niewłaściwych zwyczajów żywieniowych jest szczególnie istotny w przypadku dzieci. Przejawianie niekorzystnych nawyków w dzieciństwie pociąga za sobą podobny sposób odżywiania się w okresie dorosłym. Niestety, wielu rodziców nie zwraca uwagi na jakość spożywanych przez dzieci produktów. Posiłki przeznaczone dla dzieci są często źle zbilansowane. Dominują w nich pokarmy z wysoką zawartością węglowodanów i tłuszczów. Brakuje natomiast warzyw i owoców, często zastępowanych przez różnego rodzaju przekąski (Szczepańska i in., 2010). Z dostępnych danych wynika, że w przypadku amerykańskich dzieci wysokokaloryczne przekąski stanowią 25% przyjmowanych kalorii w ciągu dnia (Mazur, Dudek, 2010). 20% dziennej dawki energii dostarczają tym dzieciom potrawy typu fast-food, a na przestrzeni

ostatnich 40 lat ich spożycie wzrosło o 300% (Łoś-Rycharska, Niecławska, 2010).

W Polsce spożycie tego rodzaju potraw jest wyraźnie mniejsze. Szacuje się, że dostarczają one od 2 do 7% dziennej dawki energii, choć wraz z rosnącą popularnością lokali serwujących jedzenie określane jako śmiecio-we, można się spodziewać, że skala zjawiska będzie wzrastać. Już 60% dzieci w wieku przedszkolnym odwiedza tego typu lokale, a w wieku szkolnym jest to zjawisko powszechne (Łoś-Rycharska, Niecławska, 2010).

Z dostępnych danych wynika, że 60% polskich dzieci przynajmniej raz dziennie spożywa słodczyce, a blisko 40% codziennie sięga po wysoko słodzone napoje (Szczepańska i in., 2010). Ponadto wykazano, że 12,5% dzieci w wieku szkolnym, charakteryzujących się nadmierną masą ciała spożywa słodczyce kilka razy dziennie, a ponad 15% dzieci z tej grupy przyznaje, że kilka razy dziennie pije słodkie napoje.

W zakresie preferowanych nawyków żywieniowych występują różnice w zależności od płci. I tak, dziewczęta częściej unikają śniadań, natomiast chłopcy rzadziej spożywają owoce i warzywa i częściej sięgają po napoje wysokosłodzone. Niekorzystne nawyki żywieniowe, w tym również skłonności do podjadania, czy wręcz objadania się, ale także powstrzymywania się od jedzenia sprzyjają powstawaniu nadmiernej masy ciała.

Dostępne badania (Ogińska-Bulik, 2004) potwierdzają, że zarówno dzieci, jak i młodzież z nadmierną masą ciała, w porównaniu z rówieśnikami z wagą w normie, prezentują gorsze zachowania jedzeniowe, przejawiające się w nawykowym, emocjonalnym przejadaniu się, a także stosowaniu restrykcji dietetycznych.

1.3. Wybory żywieniowe

Z czego wynikają preferencje żywieniowe, innymi słowy, dlaczego ludzie jedzą to, co jedzą? Z jednej strony wskazuje się na wrodzone preferencje pokarmowe, z drugiej podkreśla się rolę uczenia się i aktywności poznawczej jednostki. Z danych, które przytacza Ogden (2011) wynika, że noworodki wolą produkty o słodkim, ale także słonym smaku, odrzucają natomiast pokarmy o smaku gorzkim. Wskazuje się także na „wrodzone upodobanie do słodyczy” u osób dorosłych. Jednakże nie są to jedyne czynniki decydujące o wyborach żywieniowych, które są wynikiem złożonych procesów, wskazujących na ich różne uwarunkowania.

Jedną z klasyfikacji przytaczanych przez Ogden (2011) uwzględnia czynniki fizyczne (m.in. położenie geograficzne, pora roku, gospodarka, technologia żywności), społeczne (przynależność do klasy społecznej, religia, wykształcenie, reklamy) oraz psychologiczne (dziedziczność, alergie, potrzeby żywieniowe). Inna wskazuje, że na wybory żywieniowe wpływają czynniki zewnętrzne (rodzaj pożywienia, kontekst społeczny i kulturowy) i wewnętrzne (osobowość, bodźce zmysłowe, sposób myślenia). Jeszcze inna podkreśla, że wybory żywieniowe są przejawem aż dziewięciu czynników, wśród których wymienia się: atrakcyjność dla zmysłów, koszty zdrowotne, łatwość zakupu i przygotowania, wpływ na kontrolę masy ciała, znajomość produktu, wpływ na regulację emocji, naturalną zawartość produktu, a także względy etyczne związane z produkcją i krajem pochodzenia.

Wśród modeli wyjaśniających wybory żywieniowe człowieka uwzględniane są także modele psychologiczne, wśród których szczególne znaczenie przypisuje się modelom rozwojowym i poznawczym, przedstawionym poniżej.

Rozwojowe modele wyborów żywieniowych

W rozwojowym podejściu do wyborów żywieniowych kładzie się nacisk na rolę uczenia się i doświadczeń wczesnodziecięcych. Pionierką badań w tym zakresie była Davis, która wykazała, że niemowlęta i małe dzieci, którym podawano do wyboru zdrowe produkty, przyrządzone bez użycia cukru, soli i innych przypraw, potrafiły wybrać pożywienie odpowiednie do swego fizycznego rozwoju i zdrowia. Badania te przyczyniły się do powstania tzw. teorii „mądrości organizmu”, wskazującej na znaczenie wrodzonych preferencji pokarmowych. Teoria ta jednak sprawdza się jedynie wtedy, kiedy mamy dostęp do zdrowego pożywienia.

Badania nad rozwojowymi aspektami podejmowanych przez ludzi wyborów żywieniowych były kontynuowane przez Birch, która wykazała, że rozwój preferencji pokarmowych można wyjaśnić w kategoriach ekspozycji, uczenia się społecznego i uczenia się asocjacyjnego.

Teoria ekspozycji odwołuje się do lęku, niechęci i unikania nowych potraw, co określa się mianem neofobii. Neofobia może też przybierać formy wybrzydzenia czy grymaszenia podczas jedzenia, co występuje przede wszystkim u dzieci. Ekspozycja na nowe potrawy może zmienić negatywne nastawienia wobec nich, a co za tym idzie preferencje żywieniowe u dzieci. Jednocześnie wskazuje się, że potrzeba około 8–10 takich ekspozycji do wystąpienia wyraźnej zmiany preferencji. Co więcej, wykazano, że ekspozycja na nowe produkty oddziałuje w sposób kumulatywny, co oznacza, że jeśli do dotychczas spożywanych produktów dodaje się coraz więcej nowych potraw, to są one akceptowane po coraz mniejszej liczbie ekspozycji.

Wpływ ekspozycji na zmianę preferencji żywieniowych pozwala wyjaśnić m.in. poglądy o „wyuczonym poczuciu bezpieczeństwa”, zgodnie z którym, jeśli zjedzenie (skosztowanie) czegoś nowego nie pociąga za sobą wyraźnych

negatywnych konsekwencji to można je uznać za bezpieczne.

Uczenie się społeczne odnosi się do wpływu obserwowanych zachowań innych ludzi na zachowania własne. Mówi się tu o tzw. modelowaniu zachowań. Oznacza to, że dziecko obserwując innych, najczęściej własnych rodziców, ale także rówieśników, oraz pod wpływem środków masowego przekazu, przyswaja nowe nawyki żywieniowe. Największe zmiany obserwuje się, jeśli modelem jest starsze dziecko, kolega lub bohater opowieści. Natomiast nieznaną dzieciom osobą dorosłą w zasadzie nie wywiera wpływu na ich preferencje żywieniowe. Stwierdzono również, że dzieci częściej wybierają nowe pożywienie, jeśli w pobliżu znajduje się osoba dorosła zjadająca produkt w takim samym kolorze.

Wskazuje się także na wpływ pośredniej ekspozycji na kształtowanie wyborów żywieniowych. Okazało się bowiem, że preferencje żywieniowe u dzieci mogą być zmieniane w wyniku oglądania filmu, podczas którego obserwują zjedanie przez kolegów niechcianej/nielubianej potrawy.

Największy jednak wpływ na wybory żywieniowe dzieci wywierają ich opiekunowie. Wykazano m.in., że dzieci chętniej zjadają śniadanie, jeśli robią to ich rodzice. Podobnie skłonność do jedzenia warzyw i owoców u dzieci wzrasta, jeśli mają podobne przykłady zachowań w rodzinie. Zatem, zachowania i postawy rodziców odgrywają istotną rolę w procesie kształtowania się nawyków żywieniowych ich dzieci. Jednakże należy zwrócić uwagę na występowanie konfliktów między motywacją i zachowaniami rodziców, zwłaszcza matek, a wyborami żywieniowymi ich dzieci. Matki z reguły za ważniejsze uznają wartość odżywczą produktów i ich wpływ na zdrowie, podając m.in. warzywa i owoce, podczas gdy ich dzieci kierując się smakiem, wybierają raczej słodkie przekąski.

Na wybory żywieniowe mają także wpływ środki masowego przekazu, a przede wszystkim prezentowane przez nie reklamy produktów żywnościowych. Media wpływają nie tylko na to, co ludzie jedzą, ale także na to, co myślą o danych produktach żywnościowych i jakie mają wobec nich postawy. Potwierdzają to prowadzone w tym zakresie badania. Jedno z nich wykazało, że dzieci otyłe są bardziej podatne na reklamy produktów żywnościowych niż dzieci z wagą w normie. Ponadto jadły one więcej po ekspozycji na reklamy żywności niż w następstwie reklam innego rodzaju.

Dokonywanie wyborów żywieniowych podlega procesom warunkowania, czyli kojarzeniu sygnałów związanych z jedzeniem z różnymi aspektami otoczenia, określanym też, jako uczenie się asocjacyjne. Szczególnie chodzi o kojarzenie pożywienia z nagrodą, co może się przejawiać w postaci nagradzania wyborów żywieniowych, traktowanie jedzenia, jako nagrody, a także sprawowanie kontroli nad jedzeniem. Skojarzenie pożywienia z pozytywnym zainteresowaniem ze strony innych, wyrażanym zarówno mimiką, jak i w postaci ekspresji emocji, zwiększa preferencje wyboru tego pożywienia. Jednakże zanik zainteresowania powoduje, że efekt ten z reguły zanika.

Akceptacja produktów żywieniowych rośnie, jeśli są one przedstawiane jako nagroda („jeśli odrobisz lekcje to dostaniesz ciastko” lub „jeśli zjesz warzywa to dostaniesz deser”). Traktowanie produktu w kategoriach nagrody zwiększa jego preferowanie. Zauważa się jednak, że wprowadzanie podejmowane przez rodziców próby wywierania wpływu i kontrolowania sposobu odżywiania w początkowym okresie skłaniają dzieci do zjadania większej ilości warzyw, to jednak w dłuższym okresie mogą mieć negatywne konsekwencje, zmniejszając ich preferencje na te produkty. Sprawowanie kontroli, a przede wszystkim ograniczanie dostępu dziecka do pewnych produktów

z reguły zwiększa jego zainteresowanie nimi i ich pożądanie, a co za tym idzie zwiększa także ich spożycie („zakazane produkty stają się bardziej atrakcyjne”). Nie oznacza to jednak, że korzystny jest brak kontroli rodzicielskiej w zakresie sposobu odżywiania się dziecka. Niektóre z form kontroli okazują się korzystne (np. niekupowanie niezdrowych produktów) i mogą przyczynić się do kształtowania u dzieci zdrowych nawyków żywieniowych.

Poznawcze modele wyborów żywieniowych

Poznawcze podejście do wyborów żywieniowych, określane też jako poznawczo-społeczne, uwzględnia postawy, przekonania i oczekiwania jednostki, dotyczące zarówno jej samej, jak i otaczającego świata. Aby określić ich znaczenie zostały opracowane poznawcze modele podejmowania i zmiany zachowań zdrowotnych. Modele te są wykorzystywane zarówno do formułowania przewidywań odnoszących się do wyborów żywieniowych, jak i planowania interwencji związanych ze zmianą tych wyborów.

Przegląd badań zaprezentowany przez Ogden (2011) dostarczył danych wskazujących m.in., że postawy prezentowane przez ludzi okazały się predyktorami zdrowego odżywiania się, obejmującego wysoki poziom spożycia błonnika, warzyw, owoców oraz niski poziom spożycia tłuszczów i soli. Podkreśla się jednak, że związek między postawą a intencją jest słabszy u osób charakteryzujących się wysoką ambiwalencją, oznaczającą przejawianie zarówno pozytywnych, jak negatywnych postaw wobec danego produktu.

Wśród przekonań i oczekiwań jednostki mających wpływ na dokonywane wybory żywieniowe wyróżnia się przede wszystkim poczucie własnej skuteczności, optymizm życiowy, poczucie umiejscowienia kontroli. W badaniach prowadzonych w nurcie poznawczym przyjęte zostało założenie, że zachowanie jednostki jest konse-

kwencją racjonalnego myślenia. Podejście to nie docenia jednak przeżywanych emocji. A takie emocje, jak lęk (przed przytyciem), poczucie winy (z powodu zjedzenia nadmiernej ilości pożywienia) i wiele innych, niewątpliwie wpływają na podejmowane wybory żywieniowe. Rola przekonań i oczekiwań w procesie nadmiernego jedzenia została szerzej omówiona w rozdz. 4.

1.4. Zaburzenia odżywiania się

W ostatnich latach zwiększyła się liczba ludzi cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia odżywiania się, zarówno w grupie dorosłych, jak i dzieci i młodzieży. Najwyższy współczynnik zaburzeń odżywiania się jest notowany w krajach wysoko uprzemysłowionych. Zaburzenia te najczęściej, choć nie tylko, wiążą się z niekontrolowanym nadmiernym jedzeniem.

O skali zjawiska nadmiernego jedzenia mogą świadczyć dane dotyczące kobiet australijskich, które wskazują, że ponad 50% miało (lub ma) problemy z kontrolowaniem wagi, 63% przejawia napady obżarstwa, 23% objada się nałogowo (Abraham, Llewelyn-Jones, 2001). Z danych dostarczonych przez Uniwersytet Harvarda (Baumeister i in., 2000) wynika, że okresy obżarstwa występują u co piątej kobiety.

W populacji polskiej ok. 21% kobiet przyznaje się do epizodów objadania się (Chładzińska-Kiejna, 1995). Problem zaburzeń odżywiania dotyczy także dzieci i młodzieży. Z danych Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Krakowie wynika, że odsetek młodych osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się wzrósł w roku 2004 z 16% do 45% (Niewiadomska i in., 2005).

Zaburzenia odżywiania się są uwarunkowane wieloma czynnikami, wśród których wymienia się wpływy kulturo-

we. Występują one głównie w krajach wysoko rozwiniętych i dotyczą przede wszystkim dziewcząt i kobiet rasy białej. W krajach Ameryki Południowej i Dalekiego Wschodu zaburzenia odżywiania się są bardzo rzadkie. Stwierdza się także, że występują raczej u osób pochodzących z klasy średniej i wyższej, choć zaznacza się tendencja do wzrostu zachorowań w niższych warstwach społecznych.

Zaburzenia odżywiania się według DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) można sklasyfikować jako specyficzne, niespecyficzne (niesklasyfikowane inaczej) oraz nieuwzględnione w klasyfikacji (APA, 1994). Do zaburzeń specyficznych zalicza się anoreksję (jadłowstręt psychiczny) i bulimię (żarłoczność) psychiczną. Z kolei zaburzenia odżywiania niesklasyfikowane inaczej (nieokreślone, atypowe, niespełniające kryteriów diagnostycznych żadnego ze specyficznych zaburzeń jedzenia) obejmują kompulsywne objadanie się i ortoreksję. Natomiast zaburzenia odżywiania się nieuwzględnione w klasyfikacji DSM to m.in. zespół jedzenia nocnego czy wilczy apetyt.

Nowa klasyfikacja DSM-5, w ramach zaburzeń jedzenia i odżywiania się, uwzględnia: zaburzenie określane mianem *Pica* (spożywanie niejadalnych substancji), zaburzenie przeżuwania (zwracanie pokarmu, który może być ponownie przeżuwany, połykany lub wypluwany), zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów, jadłowstręt psychiczny (anoreksję), żarłoczność psychiczną, zaburzenie z napadami objadania się oraz inne określone zaburzenia jedzenia i odżywiania się, obejmujące np. jadłowstręt psychiczny atypowy, żarłoczność psychiczną z niską częstością występowania epizodów i/lub ograniczonym czasie trwania, zaburzenie z napadami objadania się, z niską częstością występowania epizodów i/lub o ograniczonym czasie trwania, zaburzenie z przeczyszczaniem się, nocne objadanie się (APA, 2013).

Szacuje się, że 90–95% osób z zaburzeniami odżywiania się to kobiety (Bąk-Sosnowska, 2010). Z nadmiernym jedzeniem związane jest przede wszystkim napadowe objadanie się, bulimia psychiczna, zespół jedzenia nocnego oraz wilczy apetyt.

Napadowe (kompulsywne) objadanie się (*binge-eating disorder*), zgodnie z klasyfikacją DSM-5 (Kryteria diagnostyczne z DSM-5, 2015), zostało zaliczone do zaburzeń jedzenia i odżywiania się. Oznacza żarłoczność, obżarstwo lub „hulaszcze jedzenie”. Napadowe objadanie się polega na spożywaniu dużych ilości pokarmu w niekontrolowany sposób, bez odczuwania głodu fizycznego. Jest to objadanie się mające na celu przede wszystkim „zajadanie” problemów i „zagłuszanie” emocji. Jedzenie w tym przypadku staje się automatyczną reakcją na stan podwyższonego napięcia, lęku, niepokoju i innych emocji, nie tylko negatywnych. Pełni rolę „narkotyku” pozwalającego zapomnieć – choćby na chwilę – o przykrych przeżyciach.

Kompulsywne objadanie się charakteryzuje się, podobnie jak bulimia, gwałtownym „pochłanianiem” pożywienia, jednak różni się od niej tym, że napadom nadmiernego łaknienia nie towarzyszą wymioty ani inne formy „przeczyszczania” organizmu.

Zaburzenia związane z objadaniem się (żarłocznością) stwierdza się u 30% otyłych osób podejmujących leczenie (Oblacińska, 1995). Kryteria diagnostyczne kompulsywnego objadania się, według DSM-5 obejmują:

- A. Nawracające epizody objadania się, które charakteryzują się:
- krótkimi odstępami pomiędzy posiłkami (średnio, co 2 godz.);
 - brakiem kontroli nad występowaniem napadów nadmiernego jedzenia (uczucie niemożności zaprzestania

jedzenia oraz brak kontrolowania jakości i ilości posiłków).

- B. Obecność w przebiegu epizodów żarłoczności, co najmniej trzech z podanych zachowań, takich jak:
- o wiele szybsze niż zwykle tempo spożywania posiłków;
 - jedzenie aż do uczucia przepełnienia;
 - spożywanie dużej ilości pokarmu przy braku fizycznych objawów głodu;
 - spożywanie posiłków w samotności z powodu wstydu spowodowanego faktem obżarstwa;
 - uczucie niezadowolenia z siebie (obrzydzenia samym sobą), poczucie przygnębienia lub poczucia winy po epizodzie objadania się.
- C. Wyraźne cierpienie spowodowane objadaniem się.
- D. Występowanie epizodów objadania się co najmniej raz w tygodniu przez okres trzech miesięcy.
- E. Epizody objadania się nie są związane z występowaniem powtarzanych, nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych, jak w żarłoczności psychicznej i nie występują wyłącznie w przebiegu żarłoczności psychicznej lub jadłowstrętu psychicznego.

Epizody objadania się, związane z pochłanianiem ogromnej ilości jedzenia, mogą występować z różną częstością. Postać łagodna to średnio 1–3 epizodów objadania się w tygodniu, umiarkowana: 4–7, ciężka: 8–13, i bardzo ciężka: co najmniej 14 epizodów objadania się w tygodniu.

Woronowicz (2009) wśród objawów objadania się wymienia:

- świadomość braku kontroli nad czynnością jedzenia;
- strach przed niemożnością zatrzymania czynności jedzenia;
- jedzenie aż do momentu poczucia przepełnienia;
- jedzenie po kryjomu;

- jedzenie małych ilości w towarzystwie innych osób;
- próbowanie różnych diet.

Zespół kompulsywnego objadania się występuje u ok. 6,6% populacji ogólnej i 25% osób otyłych (Bał-Sosnowska, 2010). Zespołowi temu często towarzyszą: lęk, objawy depresji, zaburzenia osobowości i otyłość.

Kompulsywne objadanie się może prowadzić do nadwagi i otyłości, ze wszystkimi ich konsekwencjami zdrowotnymi, takimi jak: zaburzenia tolerancji glukozy, cukrzyca, zespół metaboliczny, nadciśnienie i choroby serca. Ponadto osoby nałogowo objadające się często cierpią z powodu zaniżonego poczucia własnej wartości, braku pewności siebie w kontaktach z ludźmi. Ten rodzaj zachowań może być także źródłem objawów depresji i obniżenia jakości życia.

Bulimia psychiczna (*bulimia nervosa*) została po raz pierwszy opisana w 1979 roku przez Russela (Ogden, 2011). Jest to rodzaj zaburzenia, w którym istotę choroby stanowi cykliczne, napadowe objadanie się, podczas którego występuje utrata kontroli nad ilością i jakością spożywanych pokarmów, a następnie stosowanie zachowań kompensacyjnych, w postaci prowokowania wymiotów, przyjmowania środków przeczyszczających, okresowych głodówek czy intensywnych ćwiczeń fizycznych.

Osoby cierpiące na bulimię z reguły jedzą szybko, łapczywie, często wpadając w tzw. trans jedzeniowy, związany z niemożnością zaprzestania, w efekcie czego pochłaniają zazwyczaj nawet do kilku tysięcy kalorii. Napad żarłoczności jest wynikiem utraty kontroli nad własnym zachowaniem. Z kolei utrata kontroli z reguły pociąga za sobą przygnębienie, złość, wyrzuty sumienia, poczucie winy i kolejne drastyczne ograniczenia dietetyczne.

Według klasyfikacji DSM-5 (Kryteria diagnostyczne z DSM-5, 2015), następujące objawy wskazują na występowanie bulimii:

- A. Nawracające epizody objadania się, którym towarzyszy:
- jedzenie w określonym czasie (np. w ciągu dwóch godzin) takiej ilości pożywienia, która zdecydowanie przekracza to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie w podobnych okolicznościach;
 - poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie epizodu (np. poczucie, że nie można zaprzestać jedzenia lub zapanować nad tym, ile się zjada).
- B. Nawracające i nieodpowiednie zachowania kompensacyjne podejmowane w celu zapobieżenia przyrostowi masy ciała (wymioty, stosowanie środków przeczyszczających, odchudzających czy intensywnych ćwiczeń fizycznych).
- C. Występowanie epizodów objadania się i zachowań kompensacyjnych przynajmniej raz w tygodniu, przez trzy miesiące.
- D. Samoocena pozostaje pod nadmiernym wpływem kształtu i masy ciała.
- E. Zakłócenie nie występuje wyłącznie podczas epizodów jadłowstrętu psychicznego.

Łagodna postać żarłoczości występuje przy średnio 1–3 epizodach nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych w tygodniu, umiarkowana: 4–7, ciężka: 8–13 i bardzo ciężka: co najmniej 14 epizodów nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych w tygodniu.

Wyróżnia się dwie postaci bulimii, tj. przeczyszczająca, występująca u osób, które po epizodach objadania się usuwają pokarm za pomocą wymiotów lub środków przeczyszczających oraz postać bez przeczyszczania się, charakterystyczną dla osób, które stosują głódówkę bądź też wykonują dużo wyczerpujących ćwiczeń fizycznych. Bulimia może mieć różny przebieg, a nasilenie objawów

może się różnić w zależności od czasu trwania choroby. Częściej cierpią na nią kobiety.

Wskaźniki rozpowszechnienia bulimii są zróżnicowane, w zależności od badanej populacji i stosowanych metod pomiaru, ale ogólnie przyjmuje się, że wahają się one w zakresie 1–2%, choć odsetek ten może sięgać nawet 52% u pacjentów leczonych z powodu otyłości (Bąk-Sosnowska, 2010). Najwięcej zachorowań występuje u młodych kobiet, w wieku 15–19 lat. Stanowią one 90% cierpiących na to zaburzenie (Ogden, 2011).

Podkreśla się, że typowa bulimiczka sprawia wrażenie osoby zadbanej, pewnej siebie, ale pod tą fasadą normalności kryje się jednostka niekochająca swojego ciała, wątpiąca w siebie, obawiająca się odrzucenia ze strony innych (Apfeldorfer, 1999).

Zespół (syndrom) jedzenia nocnego (*night eating syndrome*) został po raz pierwszy opisany w 1995 r. przez amerykańskiego psychiatrę Stunkarda i wsp. w grupie pacjentów zmagających się z problemem otyłości (Jakuszkowiak, Cubała, 2004). W jego skład wchodzi zaburzenia snu w postaci bezsenności, występujące co najmniej trzy razy w tygodniu, oraz nadmierne wieczorne i nocne łaknienie, czyli spożywanie przynajmniej połowy dziennej racji żywieniowej po godz. 19. Osoba dotknięta tym zaburzeniem często budzi się w nocy i wykazuje nieodpartą potrzebę jedzenia. Łaknienie jest trudne do opanowania, a jedzenie ma charakter kompulsywny. Podkreśla się jednak, że posiłki są raczej niewielkie (z reguły zawierają ok. 300 kalorii), ale mają miejsce kilkakrotnie w ciągu nocy (Bąk-Sosnowska, 2010).

Według klasyfikacji DSM-5 (Kryteria diagnostyczne z DSM-5, 2015), nocne objadanie się wchodzi w zakres innych określonych zaburzeń jedzenia i odżywiania się. Nocne objadanie się powoduje cierpienie i/lub znaczące upośledzenie funkcjonowania. Jest więc źródłem stresu

o charakterze przewlekłym. Często u osób dotkniętych tym zaburzeniem obserwowane są objawy depresji, zmęczenie, niskie poczucie własnej wartości i poczucie winy. Zaburzenia nie można wyjaśnić czynnikami zewnętrznymi, takimi jak zmiana cyklu sen – czuwanie lub miejscowymi normami społecznymi.

Napełnianie żołądka przed snem obniża napięcie, działa kojąco, a uczucie sytości ułatwia zasypianie. Zespół jedzenia nocnego często towarzyszy innym zaburzeniom odżywiania się, przede wszystkim kompulsywnemu objadaniu się i bulimii. Nocne objadanie się jest powiązane z otyłością, przy czym może być ono traktowane zarówno jako jej przyczyna, jak i skutek.

Dane na temat rozpowszechnienia tego zespołu są zróżnicowane. W populacji ogólnej odsetek ten nie przekracza 1–2%. Natomiast jest on znacznie wyższy u osób z otyłością i wynosi 8–15%, a ze znaczną otyłością sięga 24% (Bań-Sosnowska, 2010). Na wyższe rozpowszechnienie tego zespołu u osób z chorobliwą otyłością, sięgające nawet 64% wskazują Jakuszowski i Cubała (2004). Zaburzenie nie wiąże się z płcią, co oznacza, że w równym stopniu dotyka mężczyzn, jak i kobiet.

Wilczy apetyt na słodczyce (*carbohydrate craving*) jest rodzajem zaburzenia, które wiąże się z tendencją do przybierania na wadze. Polega na niepoohamowanej ochocie na zjedzenie czegoś słodkiego. Zjawisko to zostało opisane po raz pierwszy przez Wurtmanów (Apfeldorfer, 1999). Zakładają oni, że wilczy apetyt jest charakterystyczny dla osób niespokojnych, o dużej pobudliwości, a spożywanie słodkich produktów pełni funkcję uspokajającą.

Wilczy apetyt na słodczyce może być wywołany okresową depresją, występującą najczęściej w okresie jesienno-zimowym. Wśród jej symptomów wymienia się zmęczenie, spowolnienie psychiczne, większe zapotrzebowanie na sen i na słodczyce, co może skutkować przybieraniem

na wadze. Zwiększone łaknienie na słodycze może być także wywołane stresem i towarzyszącymi mu negatywnymi emocjami. W odczuwaniu potrzeby zjedzenia czegoś słodkiego istotną rolę pełnią endorfiny – wyzwalające poczucie przyjemności, zadowolenia, a nawet euforii (Sommer, 1998). Wilczy apetyt nie został jednak uwzględniony w najnowszej klasyfikacji, jaką jest DSM-5.

1.5. Uzależnienie od jedzenia

Czy jedzenie może uzależnić? Wydaje się, że tak. Jedzenie, podobnie jak palenie, picie czy zażywanie, pełni funkcję gratyfikowania psychospołecznych potrzeb jednostki. Ogólnie uważa się, że uzależnienie jest wynikiem zaburzenia równowagi między dwoma układami neuroprzebiegowymi, tj. układem nagrody – za który odpowiada układ dopaminergiczny w mózgu i układem kary – którym zawiaduje układ serotonergiczny.

System nagrody aktywowany jest w sytuacjach ocenianych jako przyjemne, m.in. w sytuacji jedzenia. Główną rolę w funkcjonowaniu układu nagrody odgrywają endogenne opioidy, takie jak endorfina, enkefalina i dopamina, które działają na receptory opioidowe (Vetulani, 2001). Szczególną rolę przypisuje się dopaminie. U osób uzależnionych, na skutek zaburzenia aktywności obu układów, maleje rola układu kary, a wzrasta układu nagrody. Jedzenie, zwłaszcza w sytuacji stresu i przeżywania negatywnych emocji, może pełnić rolę natychmiastowej gratyfikacji (Ogińska-Bulik, 2010, 2016).

Istotą uzależnienia od jedzenia (jedzenioholizmu), jest przede wszystkim kompulsywne objadanie się, choć należy podkreślić, że obydwa terminy, tj. uzależnienie od jedzenia, jak i jedzenioholizm, choć są powszechnie stosowane, wzbudzają kontrowersje. Obecnie w odniesieniu

do tzw. uzależnień od czynności (behawioralnych) proponuje się stosowanie pojęcia nałogi behawioralne, jako najbardziej odpowiadające terminowi *behavioral addiction*, rezerwując termin uzależnienie wyłącznie do substancji psychoaktywnych (Habrata, 2012).

Jedzenie może stać się przedmiotem uzależnienia nie tyle jako substancja (nie występuje tu zespół abstynencyjny, jak w narkomanii czy alkoholizmie), co raczej jako forma niekonstruktywnego zachowania się związanego z radzeniem sobie czy kompensowaniem niezaspokojonych potrzeb psychicznych jednostki.

Jedzenioholizm występuje u ludzi, którzy dużą część swojego czasu poświęcają nie tylko jedzeniu, ale także myśleniu o nim. Zaabsorbowanie jedzeniem staje się ważną, integralną częścią ich życia, której podporządkowują inne sfery funkcjonowania. Jedzenioholizm oznacza więc zaabsorbowanie i koncentrację na czynności jedzenia z jednoczesną utratą kontroli nad tym procesem. Zjawisko to odwołuje się do zaburzeń w zakresie kontroli impulsów, zwiększając w ten sposób ryzyko pojawienia się nadwagi i otyłości. Symptodem uzależnienia od jedzenia jest nie tylko objadanie się, ale także uporczywe myślenie o jedzeniu, porzucanie zainteresowań, zaniedbywanie innych czynności i relacji z otoczeniem.

Uzależnienie od czynności związanej z jedzeniem, jak podkreśla Mroczkowska (2006), jest uzależnieniem wieloaspektowym, gdyż dotyczy sposobu przyjmowania pokarmu, ilości jedzenia, jego jakości, częstości przyjmowania posiłków oraz towarzyszących zachowaniom jedzeniowym myśli i emocji.

Jedzenioholizm, jak wskazuje Ziółkowska (2014), można rozpatrywać w kategoriach postaw odnoszących się do trzech sfer funkcjonowania człowieka: behawioralnej (jedzenie ponad miarę, przygotowywanie zapasów jedzenia), poznawczej (natrętne myślenie o jedzeniu, samoobwinia-

nie się za utratę kontroli nad jedzeniem), emocjonalno-motywacyjnej (spadek nastroju po akcie obżarstwa, euforia wywołana utratą zbędnych kilogramów).

Należy jednak zwrócić uwagę na trudności w diagnozowaniu uzależnienia od jedzenia i odróżnianiu jedzeniowości od przydarzającego się wielu ludziom przejadania się. Trudno jest więc ustalić co jest normą, a co patologią. Nie określono bowiem realnej granicy między tym, co jest fizjologicznym zaspokajaniem głodu, a tym, co stanowi nadmierne jedzenie.

Dla uzależnienia od jedzenia, podobnie jak dla innych uzależnień, charakterystyczne jest silne pragnienie lub przymus jedzenia (kompulsja), trudności w kontrolowaniu zachowań jedzeniowych, w tym szczególnie ilości spożywanego pokarmu, konieczność zwiększania jego dawek, zaniedbywanie innych źródeł przyjemności, a także kontynuowanie zachowań, pomimo wyraźnych negatywnych następstw (Mroczkowska, 2006, Ogińska-Bulik, 2010, Wieczorkowska, 2004).

W tego typu zachowaniach można także dopatrywać się pewnych objawów odstawienia, występujących w sytuacji powstrzymywania się od napadów jedzenia. Są to przede wszystkim uczucie ciężaru i bólu żołądka, a także występowanie poczucia dyskomfortu, niepokoju, irytacji czy złości.

Należy zwrócić uwagę, że jedzeniowość może dotyczyć skłonności do niekontrolowanego objadania się w ogóle, ale także tendencji do wyboru określonych produktów, szczególnie obfitujących w tłuszcze i cukry proste. Jednym z bardziej uzależniających produktów jest czekolada (czekoladoholizm).

Bulimia psychiczna także spełnia kryteria uzależnienia od czynności. Osoby dotknięte tym zaburzeniem odczuwają z jednej strony, silną potrzebę (przymus) objadania się, a z drugiej wydalania. Zwiększa się też często-

tliwość napadów objadania się i zachowań kompensacyjnych (wzrost tolerancji). Przechyszczenie jest przez bulimików traktowane jako sposób przezwyciężenia niechęci do siebie, spowodowanej niekontrolowanym jedzeniem (Mroczkowska, 2006).

Zachowania bulimiczne mogą być także traktowane jako źródło przyjemności, co powoduje ich wzmacnianie, a to z kolei zwiększa ryzyko uzależnienia się. Niektórzy autorzy, np. Cooper i in. (2000), wskazują na swoiste uczucie ekstazy towarzyszące utracie panowania nad sobą i kapitulacji wobec potrzeby jedzenia. U bulimików, po epizodzie wymiotów, wzrasta poziom endorfin, co może tłumaczyć, dlaczego osoby te odczuwają przyjemność, a nawet stan euforii po czynności, która dla większości ludzi jest nieprzyjemna czy wręcz przykra (Somer, 1998).

Mimo wyraźnych szkodliwych następstw, zarówno somatycznych (powiększone ślinianki, podrażnione gardło, zniszczone szkliwo zębów, ubytki w zębach, przekrwione oczy, obrzęki twarzy, bóle głowy, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia ze strony układu sercowo-naczyniowego, problemy skórne), psychologicznych (obniżenie nastroju, objawy nerwicowe, lęk, zamartwianie się, poczucie winy, poczucie beznadziejności, objawy depresji) i społecznych (zaniedbywanie obowiązków rodzinnych, szkolnych lub zawodowych) zachowania te są kontynuowane. Osoba cierpiąca na bulimie z czasem traci kontrolę nad ilością i jakością zjadanych podczas napadu pokarmów i kontynuuje nałóg, pomimo świadomości występowania choroby.

Znacząca część bulimików popada dodatkowo w inne uzależnienia, głównie od substancji psychoaktywnych – amfetaminy, kokainy, a także w uzależnienie od zakupów. Częściej także angażuje się w zachowania ryzykowne, takie jak przypadkowe kontakty seksualne czy samookaleczenia (Mroczkowska, 2006). Podobnie jak w przy-

padku kompulsywnego objadania się, wskazuje się tu na analogię pomiędzy mechanizmami neurohormonalnymi działającymi w przypadku bulimii a mechanizmami wywołującymi chorobę alkoholową i inne uzależnienia (Apfeldorfer, 1999).

Jednym z narzędzi przydatnych do oceny ryzyka uzależnienia od jedzenia jest Skala Zaabsorbowania Jedzeniem – SZJ, opracowana przez Ogińską-Bulik (2010). Mierzy ona skłonność do kompulsywnego objadania się. SZJ może być wykorzystywana do oceny ryzyka jedzeniowego, zarówno w grupie osób zdrowych z tendencją do nadwagi, jak i wykazujących zaburzenia w odżywianiu się, przede wszystkim w postaci kompulsywnego objadania się, ale także anoreksji i bulimii psychicznej. Zawiera 18 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się, wybierając jedną z możliwych odpowiedzi od *prawie nigdy* (1 pkt) do *prawie zawsze* (5 pkt.). Wynik powyżej 48 punktów wskazuje na wysokie ryzyko jedzeniowego, poniżej 40 na niskie, zaś wyniki w zakresie 40–48 na przeciętne. SZJ została zamieszczona w załączniku 1.

W celu sprawdzenia, co jest przyczyną przejawianych zachowań jedzeniowych zaleca się ustalenie średnich wartości poszczególnych czynników wchodzących w zakres skali. Pierwszy z czynników (twierdzenia 2, 6, 8, 9, 10, 16) dotyczy zaabsorbowania i koncentracji na czynności jedzenia, drugi – (twierdzenia 1, 11, 12, 13, 17, 18) emocji, a trzeci (twierdzenia 3, 4, 5, 7, 14, 15) – poczucia przymusu jedzenia i utraty kontroli nad jedzeniem.

W tab. 1 przedstawiono średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) analizowanych zachowań jedzeniowych w grupie kobiet uczestniczących w badaniach Ogińskiej-Bulik (2010).

TABELA 1. ŚREDNIE WARTOŚCI ZACHOWAŃ JEDZENIOWYCH W BADANEJ GRUPIE KOBIET

Zachowania	M	SD
Kompulsywne objadanie się	44,79	10,87
• zaabsorbowanie i koncentracja na czynności jedzenia	12,20	5,07
• dostarczenie sobie przyjemności i poprawa nastroju	17,44	4,59
• przymus i utrata kontroli nad jedzeniem	15,15	4,22

Źródło: badania własne.

Przeprowadzone badania (Ogińska-Bulik, 2010) dostarczyły danych wskazujących, że wraz z wiekiem zmniejsza się ryzyko jedzeniowości, a przede wszystkim skłonność do nadmiernego jedzenia w celu poprawy nastroju, jednakże uzyskane zależności są bardzo słabe. Ryzyko uzależnienia od jedzenia wiąże się również z właściwościami osobowości oraz sposobami radzenia sobie ze stresem. Większe skłonności do kompulsywnego objadania się wykazują osoby neurotyczne, ujawniające tendencje do przeżywania negatywnych emocji, podatne na stres, charakteryzujące się mniejszą zdolnością do kontrolowania swoich impulsów, zahamowane społecznie i wykazujące deficyty w zakresie radzenia sobie ze stresem. Natomiast do właściwości, które mogą chronić przed rozwojem uzależnienia od jedzenia należy prężność psychiczna (Chanduszko-Salska, Ogińska-Bulik, 2011).

Innym narzędziem, które może być przydatne do wykrywania skłonności do nadmiernego jedzenia, a więc także jedzeniowości, jest Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem – KZZJ, opracowany przez Ogiń-

ską-Bulik i Putyńskiego (2000)¹. Zawiera on 30 stwierdzeń, na które osoby badane udzielają odpowiedzi „tak” lub „nie” (załącznik 2). Za każdą odpowiedź diagnostyczną (tj. odpowiedzi „nie” w twierdzeniach 2, 5, 13, 17, 23 oraz odpowiedzi „tak” w pozostałych) osoba badana uzyskuje 1 pkt. Wynik ogólny jest sumą uzyskanych punktów. Im jest wyższy tym gorsze są zachowania jedzeniowe. Ponadto kwestionariusz pozwala na ustalenie czy objadanie się ma charakter nawykowy (twierdzenia 1, 3, 6, 9, 17, 19, 22, 23, 24, 26), emocjonalny (twierdzenia 7, 8, 14, 15, 16, 20, 25, 28, 29, 30) lub są stosowane restrykcje dietetyczne (twierdzenia 2, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 18, 21, 27). KZZJ może być stosowany do wykrycia ryzyka nadwagi i otyłości oraz innych zaburzeń odżywiania się. Może być także przydatny do rejestrowania postępów w trakcie terapii otyłości. KZZJ jest przeznaczony dla osób dorosłych, ale może także być wykorzystywany w badaniach młodzieży. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne².

¹ Wcześniejsza nazwa tego kwestionariusza to „Moje zwyczaje żywieniowe”.

² Pełny opis narzędzia znajduje się w artykule Ogińskiej-Bulik i Putyńskiego (2000) oraz książce Ogińskiej-Bulik (2004).

2 Nadwaga i otyłość jako konsekwencje nadmiernego jedzenia

2.1. Nadwaga i otyłość w aspekcie historycznym

Otyłość towarzyszyła ludziom prawie od zawsze. Historyczne dowody występowania otyłości można znaleźć nie tylko w zabytkach piśmiennictwa lekarskiego, lecz także w dziełach filozofów, historyków, socjologów, w wierszach i żartach, a także na obrazach i wykopaliskach. Zagadnienie to w szerszym aspekcie prezentuje Kodejszko i wsp. (1965).

Nadwaga i otyłość jest traktowana, z jednej strony, jako ukarane obżarstwo, z drugiej zaś nadmiar masy ciała – szczególnie u dzieci – jest synonimem zdrowia. Pogląd ten ma swe korzenie w zamierzchłych epokach, kiedy to bieda, choroby, powodowały wychudzenie, prowadząc nawet do śmierci, a nadwagę i otyłość wiązano ze stanem zdrowia, dobrobytu i bogactwa.

W odległych czasach, gdy odżywiano się mięsem ubitej zwierzyny i pokarmami roślinnymi, a otyłość prawie nie występowała, pozycja osoby z nadmiarem kilogramów była przedmiotem zazdrości i pożądania współplemieńców. Niektóre zabobonne wierzenia podają, iż tkanka

tluszczowa była traktowana jako siedlisko duszy, czarodziejskiej siły i uzdrawiającej mocy.

W miarę postępu kultury i cywilizacji zanikał kult otyłości. Pojawiła się niechęć do zbyt obfitych kształtów i tendencja do ich zwalczania, o czym świadczą zapiski z okresu kultury egipskiej, kretańskiej, greckiej, rzymskiej i hinduskiej. Starożytna sztuka i zabytki pisane obfitowały w świadectwa wskazujące, że otyłość postrzegano jako problem społeczny i lekarski. W starożytnej Sparcie obowiązywała zasada, według której młody mężczyzna musiał utrzymywać wagę zgodną z obowiązującym standardem, gdyż inaczej groziło mu wypędzenie z miasta.

W starożytnym Rzymie otyli stanowili znaczący odsetek populacji. Wiele sławnych postaci można zaliczyć do grona otyłych, jak chociażby poetę Horacego. Do otyłych należeli też filozofowie greccy Sokrates i Platon.

Hipokrates, Galen i Areteusz z Kapadocji pisali o otyłości jako o problemie klinicznym, wyróżniając tzw. otyłość wodną i twardą. Otyłość twarda została uznana za wyłączny wynik przekarmiania, a w ramach leczenia zalecano głodówkę i wysiłek fizyczny.

Hipokrates uważał, że otyli żyją krócej, a w leczeniu nadmiernej masy ciała zalecał ograniczenie jedzenia i zwiększenie ruchliwości. Galen, wykorzystując poglądy Hipokratesa o czterech temperamentach, wiązał otyłość z nadmiarem śluzu w ciele.

W epoce średniowiecza panowały zróżnicowane poglądy na otyłość. Z jednej strony, drogą do osiągnięcia doskonałości było głodowanie i asceza, z drugiej zaś – częste było nadużywanie jedzenia i picia. Otyłość, która była tego efektem symbolizowała obfitość, bogactwo, a nawet piękno.

W XVIII wieku pojawiły się pierwsze prace na temat otyłości. Jednak do naukowego podejścia do tej proble-

matyki przyczynił się dopiero postęp chemii i biochemii. Pod koniec XIX wieku zaczęło pojawiać się coraz więcej publikacji na temat otyłości, a na początku XX wieku rozpoczęła się dyskusja dotycząca etiopatogenezy otyłości, która trwa do dziś.

Duży wpływ na kształtowanie się poglądów na etiopatogenezę otyłości wywarły opisywane przypadki otyłości w przebiegu guzów podwzgórza i przysadki. Zwrócono także uwagę na znaczenie zaburzeń hormonalnych w procesie powstawania nadmiernej masy ciała, do czego przyczynił się szybki rozwój endokrynologii.

W późniejszych latach problem zaburzeń hormonalnych w przebiegu otyłości nabrał innego znaczenia. Coraz więcej faktów wskazywało na neurohormonalne aspekty homeostatycznego układu regulującego gospodarkę energetyczną ustroju, odkładania i uwalnianie tłuszczów. Uznano, że kliniczny przebieg otyłości może znacząco różnić się w poszczególnych przypadkach. Stwierdzono m.in., że otyłość może być przyczyną różnych powikłań, ale także współwystępować z chorobami somatycznymi, takimi jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze oraz z zaburzeniami w sferze emocjonalnej.

Historia leczenia otyłości także sięga czasów starożytnych. Przetrwały m.in. przepisy dotyczące kuracji odtłuszczających, zalecenia różnego rodzaju ćwiczeń fizycznych, leczenia za pomocą masażu, kąpeli, przegrzewania, stosowania różnych soli do kąpeli, a także zalecenia dotyczące diety – m.in. zabraniano jedzenia produktów, które dobrze smakowały. Starożytni lekarze rekomendowali także upusty krwi oraz regularne wywoływanie wymiotów (przede wszystkim po wieczornym posiłku). Polecano również zwiększenie aktywności fizycznej i ograniczenia dietetyczne, co jest aktualne także w dzisiejszych czasach.

W drugiej połowie XIX wieku zakładano, że w otyłości występują zaburzenia w gospodarce węglowodano-

wej. Dlatego też osobom mającym problem z nadmiarem kilogramów polecano stosowanie diety bogatobiałkowej (a ubogiej w węglowodany i tłuszcze), znanej pod nazwą diety Bantina. Na przełomie XIX i XX wieku proponowano wiele zestawów dietetycznych opartych na spożywaniu owoców, warzyw i różnych niskokalorycznych potraw, ubogich w węglowodany i tłuszcze, a powodujących uczucie sytości.

Współczesne czasy dostarczyły mnóstwa różnego rodzaju diet i zaleceń. Niektóre są poparte badaniami naukowymi, inne bazują na naiwności ludzkiej. Szczególnie modne stały się tzw. diety cud, które obiecują osobom je stosującym wspaniałe rezultaty: zdrowie szeroko pojęte, młodość i wspaniałą sylwetkę. Jednak niezwykle rzadko udaje się je osiągnąć. Pomimo to ludzie wierzą – i chcą wierzyć – w cudowne mikstury i inne specyfiki, które bez żadnego wysiłku poprawią ich wygląd i samopoczucie.

2.2. Rodzaje i kryteria oceny nadwagi i otyłości

Medyczne rozumienie otyłości rozwijało się wraz z postępem badań nad przemianą materii, procesami metabolicznymi oraz badaniami patofizjologicznymi. Nadwaga i otyłość oznaczają nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie. W przypadku otyłości jest to patologiczne zwiększenie masy tkanki tłuszczowej, prowadzące do upośledzenia czynności organizmu. Otyłość jest chorobą o wieloczynnikowej etiologii i jest zaliczana, według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), do najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych.

Uwzględnia się również psychologiczne rozumienie otyłości, wynikające z subiektywnej oceny posiadanej masy ciała, która nie musi odpowiadać ocenie obiektywnej. W ujęciu psychologii społecznej jednostka otyła to

osoba, której inni przypisują otyłość. W tym przypadku kryterium oceny ma charakter zewnętrzny (postrzeganie innych). Według psychologii klinicznej osoba otyła to taka, która doświadcza siebie jako otyła, czyli ma poczucie otyłości (wewnętrzne kryterium oceny).

Subiektywna ocena otyłości powiązana jest z kontekstem społecznym. Osoba posiadająca wagę w normie może czuć się otyła, jeśli znajdzie się w otoczeniu osób wyjątkowo szczupłych (np. modelek). Czasami także dochodzi do niezgodności między oceną obiektywną (medyczną) a subiektywną. Taka sytuacja najczęściej występuje w zaburzeniach odżywiania się. Dotyczy to szczególnie osób cierpiących na anoreksję, dla których charakterystyczne jest postrzeganie własnej wychudzonej sylwetki jako grubej, masywnej i niezgrabnej.

Metody oceny nadwagi i otyłości u osób dorosłych

Uwzględniając wskaźniki medyczne nadwaga oznacza przekroczenie prawidłowej masy ciała o 10%. Umowną granicą, od której rozpoczyna się otyłość jest przekroczenie prawidłowej masy ciała o 20%. Należy również uwzględnić udział masy tłuszczowej w ogólnej masie ciała. Jeżeli tkanka tłuszczowa przekracza 18% rzeczywistej masy ciała u mężczyzn i 30% u kobiet, wówczas stwierdza się występowanie otyłości. Do odkładania się zbędnej tkanki tłuszczowej dochodzi wówczas, gdy zostanie zachwiana równowaga energetyczna organizmu.

Obecnie otyłość jest traktowana jako choroba przewlekła bez tendencji do samoistnego ustępowania, w której zespół objawów uwarunkowany jest czynnikami zewnętrznymi, takimi jak stres, nieprawidłowe żywienie, brak aktywności fizycznej oraz czynnikami wewnętrznymi: genetycznymi, metabolicznymi i procesami degeneracyjnymi.

Rodzaje otyłości

W badaniach klinicznych, biorąc pod uwagę wiele kryteriów, uwzględnia się różne podziały otyłości (Przybylska i in., 2012; Tatoń, 1995), a mianowicie:

- 1) ze względu na przyczyny powstania:
 - otyłość prosta (pokarmowa), spowodowaną dodatnim bilansem energetycznym, tj. nadmiarem dostarczanych kalorii w stosunku do wydatkowanych; jest to najczęściej spotykany rodzaj otyłości;
 - otyłość wtórna (patologiczna) – występująca w przebiegu endokrynopatii (np. niedoczynności tarczycy, niedoboru hormonu wzrostu, chorobie Cushinga), zespołów uwarunkowanych genetycznie, organicznych uszkodzeń podwzgórza, przewlekłego stosowania niektórych leków;
- 2) w zależności od rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie:
 - otyłość androidalną – pletoryczną, centralną, brzuszna „typu jabłko”, w której tłuszcz gromadzi się głównie w okolicach brzucha – spotykana głównie u mężczyzn;
 - otyłość ginoidalną – „typu gruszka”, w której tłuszcz gromadzi się w dolnej połowie ciała, głównie na pośladkach i udach; charakterystyczna dla kobiet.
- 3) ze względu na skład morfologiczny tkanki tłuszczowej:
 - otyłość hiperplastyczną – oznaczająca wzrost liczby komórek tłuszczowych (adipocytów) w organizmie (liczba komórek tłuszczowych wzrasta od urodzenia do 4 roku życia oraz pomiędzy 12 a 13 rokiem życia);
 - otyłość hipotroficzną – oznaczająca przerost adipocytów; jest ona trudniejsza do wyleczenia i częściej dochodzi w tym typie do zaburzeń metabolicznych;
 - mieszaną – wynikającą ze zwiększenia się liczby i wielkości adipocytów.

Metody antropometryczne

W celu określenia stopnia nadwagi najczęściej stosuje się wskaźniki masy ciała w odniesieniu do wzorców populacyjnych. Przykładem mogą być zalecenia opracowane przez Metropolitan Life Insurance Company (Białkowska, 1994). Tabele norm powstają w wyniku wielu pomiarów ciężaru ciała osób w tym samym wieku i tej samej płci. Mimo dokonywanych rewizji, tabele tego typu mogą się znacznie różnić, gdyż zwykle nie uwzględniają różnic w budowie ciała.

Istniejąca masa ciała wyrażana jest jako procent masy należnej. Jeżeli względna masa ciała równa jest 100%, oznacza to, że badana osoba ma idealną masę ciała. Przedział wartości między 110–120% wskazuje na istnienie nadwagi, natomiast, jeżeli względna masa ciała przekroczy 120% rozpoznajemy otyłość, zaś gdy przekroczy 140% wskazuje to na otyłość olbrzymią. Istnieje wiele wzorów przeznaczonych do określenia idealnej masy ciała. Ich przegląd przedstawia Zubrzycka (2002), a także Ogińska-Bulik (2004).

W tab. 2 zamieszczono zakresy prawidłowej masy ciała, nadwagi i otyłości z uwzględnieniem wzrostu.

TABELA 2. ZAKRESY MASY CIAŁA DLA POSZCZEGÓLNYCH PRZEDZIAŁÓW WZROSTU DLA OBU PŁCI

Wzrost (cm)	Należna masa ciała (kg)	Nadwaga (kg)	Otyłość (kg)
145	42–52,9	53–62,9	≥63
148	44–54,9	55–65,9	≥66
150	45–55,9	56–67,9	≥68
152	46–57,9	58–68,9	≥69

Wzrost (cm)	Należna masa ciała (kg)	Nadwaga (kg)	Otyłość (kg)
154	47–58,9	59–70,9	≥71
156	49–60,9	61–72,9	≥73
158	50–61,9	62–74,9	≥75
160	51–63,9	64–76,9	≥77
162	53–65,9	66–78,9	≥79
164	54–66,9	67–80,9	≥81
166	55–68,9	69–82,9	≥83
168	56–70,9	71–84,9	≥85
170	58–71,9	72–86,9	≥87
172	59–73,9	74–88,9	≥89
174	61–75,9	76–90,9	≥91
176	62–76,9	77–92,9	≥93
178	63–78,9	79–94,9	≥95
180	65–80,9	81–96,9	≥97
182	66–82,9	83–98,9	≥99
184	68–84,9	85–101,9	≥102
186	69–85,9	86–103,9	≥104
188	71–87,9	88–105,9	≥106
190	72–89,9	90–107,9	≥108

Źródło: Szostak, 2000.

Od wielu lat najbardziej popularnym i użytecznym miernikiem prawidłowości masy ciała jest wskaźnik Que-

teleta, znany jako wskaźnik BMI (Body Mass Index), czyli indeks masy ciała. Do obliczenia BMI służy następujący wzór:

$$\text{BMI} = \text{waga (kg)} : \text{wzrost (m)}^2$$

Poglądy dotyczące zakresów wartości BMI wskazujących zakres prawidłowej masy ciała, nadwagę, otyłość oraz niedowagę w zależności od płci są rozbieżne. Najczęściej przyjmuje się jednakowe wskaźniki dla obydwu płci. Stosując BMI wyróżniono zakres wagi prawidłowej, nadwagi oraz otyłości. Przedstawiono je w tab. 3.

TABELA 3. WSKAŹNIKI MASY CIAŁA (BMI)

Prawidłowa masa ciała	18,5–24,9
Nadwaga	25,0–29,9
Lekka otyłość (I stopnia)	30,0–34,9
Umiarkowana otyłość (II stopnia)	35,0–39,9
Otyłość olbrzymia (chorobliwa, III stopnia)	≥ 40

Źródło: opracowanie własne na podstawie WHO http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

U osób starszych za nadwagę uważa się wskaźnik BMI przekraczający 27. Wynika to z faktu, że wraz z upływem lat następuje utrata masy mięśniowej, obniżeniu ulega wzrost, co jest m.in. spowodowane zwichnięciem się dysków międzykręgowych, czy występującymi deformacjami kręgosłupa. BMI u osób starszych nie doszacowuje nagromadzenia się tkanki tłuszczowej w organizmie. Ponadto, wraz z wiekiem obniża się metabolizm, a także zmniejsza się aktywność fizyczna.

Podobnie u kobiet w ciąży zwiększenie wskaźnika BMI nie stanowi wyznacznika nadwagi i otyłości. W celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia problemów zdrowotnych wzrost wagi u kobiet w ciąży charakteryzujących się niedowagą powinien się mieścić w zakresie 12–18 kg, u kobiet z wagą normie 11–16 kg, u kobiet z nadwagą nie powinien przekraczać 11 kg, a otyłością 6,8 kg (Sarver i in., za: Łuszczynska, 2007).

TABELA 4. PRZECIĘTNA MASA CIAŁA W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI, WZROSTU I TYPU BUDOWY FIZYCZNEJ (W KG)

Wzrost (cm)	Budowa ciała		
	drobno- kościasta	średnia	grubo- kościasta
MEŹCZYŻNI			
156	51–54	53–58	56–59
160	52–56	55–61	59–66
164	55–59	58–62	60–68
168	57–61	60–64	62–70
172	59–63	62–67	66–73
176	62–66	65–69	68–76
180	66–70	69–75	74–81
184	72–76	75–79	77–83
188	76–80	79–83	82–87
192	80–84	83–87	86–92
KOBIETY			
147	41–44	43–48	46–53
151	43–45	44–51	49–56
155	46–48	47–54	52–59
159	48–50	49–55	53–62
164	50–53	51–58	56–64

168	52–55	54–60	59–67
172	54–57	56–63	62–69
176	57–60	59–66	65–72
180	59–62	61–69	67–75
184	61–64	63–72	70–77

Źródło: Bilski, 1996.

Dzięki wskaźnikom Queteleta możemy również określić stopień niedowagi. Wartości w zakresie 16,5–18,5 oznaczają niedowagę, a poniżej 16,5 – ciężką niedowagę. Większość prezentowanych w literaturze wzorów nie uwzględnia cech indywidualnych, takich jak budowa ciała, procentowy udział tkanki tłuszczowej oraz umięśnienie, szczególnie u osób wysportowanych. Określenie stopnia nadwagi według tych metod może być czasami mylące i sugerować błędne rozpoznanie. Mogą zdarzyć się przypadki, kiedy nadwaga jest wynikiem masywnej, atletycznej budowy i dużej masy mięśniowej. W tab. 4 przedstawione zostały wartości masy ciała w zależności od płci, wzrostu i typu budowy fizycznej.

Dokonując pomiaru obwodu klatki piersiowej można obliczyć prawidłową masę odpowiadającą indywidualnemu typowi budowy ciała (Owczarek 1989; Bilski 1996), według wzoru:

$$\text{należna masa ciała (kg)} = \text{wzrost (cm)} \times \text{obwód klatki piersiowej (cm)} : 240$$

Metody pomiaru tkanki tłuszczowej

Aby prawidłowo określić stopień nadwagi niezbędne są metody pozwalające określić stopień otłuszczenia, bowiem w rozpoznawaniu otyłości istotne znaczenie ma określenie masy tkanki tłuszczowej, a nie ogólnej masy ciała. Ocena rozmieszczenia i ilości tkanki tłuszczowej

w organizmie pełni kluczową rolę, pozwala bowiem określić stopień zagrożenia zdrowia.

Prawidłowa tkanka tłuszczowa powinna stanowić ok. 20–25% ciężaru ciała kobiet i 10 do 15% u mężczyzn. Istnieje wyraźna zależność między ilością tkanki tłuszczowej w ciele człowieka a rozwojem ontogenetycznym. Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej również pełni ważną rolę w ocenie odchyień od wagi prawidłowej i ocenie zagrożenia zdrowotnego. Wiele badań wskazuje, że całkowita ilość i redystrybucja tkanki tłuszczowej są niezależnie regulowanymi czynnikami, a typ rozmieszczenia w większym stopniu zależy od czynników genetycznych (Palczewska, 1995).

Stosowane aktualnie metody pomiaru tkanki tłuszczowej w organizmie można podzielić na pośrednie i bezpośrednie. Metody bezpośrednie są bardziej dokładne, ale równocześnie bardzo kosztowne i częstokroć wymagające odpowiedniej aparatury. Należą do nich metody ultrasonograficzne, analiza odporności bioelektrycznej, tomografia komputerowa. Do najczęściej stosowanych pośrednich metod oceny należy pomiar fałdów skórno-tłuszczowych, który pozwala określić całkowitą zawartość tłuszczu oraz jego rozmieszczenie. W otyłości grubość tkanki podskórnej przekracza 15 mm u mężczyzn i 25 mm u kobiet. Metoda ta nie uwzględnia jednak różnic etnicznych i wpływu wieku, dlatego też jest mało przydatna u pacjentów w podeszłym wieku. Błąd pomiarowy w przypadku tej metody może sięgać aż 30%.

Przydatnym i często stosowanym wskaźnikiem, pozwalającym określić typ otyłości jest WHR (Waist-to Hip-Ratio). Wskaźnik ten uzyskuje się dokonując pomiaru obwodu talii i najszerszego obwodu bioder i dzieląc uzyskane wartości:

$$\text{WHR} = \text{obwód talii (cm)} : \text{obwód bioder (cm)}$$

Jeżeli u kobiety WHR przekracza 0,8, a u mężczyzny 1,0, to rozpoznaje się wówczas otyłość typu brzuszne-go. Otyłość brzuszna (wisceralna, androidalna, centralna, „typu jabłko”) jest uważana za bardziej typową dla mężczyzn. Otyłość wisceralna nasila powikłania metaboliczne i stanowi poważny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Jest więc szczególnie niekorzystna dla zdrowia, ale łatwiej poddaje się redukcji niż typ pośladkowo-udowy („typ gruszka”, otyłość ginoidalna). Im większe otłuszczenie, tym wcześniej może pojawić się centralny typ otyłości. Wskaźnik WHR jest uznawany za lepszy wskaźnik zagrożenia chorobą niedokrwinną serca po 65 roku życia niż BMI. Za najbardziej pożądaną uznaje się wskaźnik WHR wynoszący 0,70.

Wykorzystuje się również wskaźnik w postaci samego obwodu brzucha, mierzonego w talii. Jest on trafnym miernikiem prawdopodobieństwa zaburzeń metabolicznych. Prawdopodobieństwo tych zaburzeń zwiększa się przy BMI ≥ 25 cm, obwodzie brzucha ≥ 94 cm u mężczyzn i ≥ 80 cm u kobiet. Jest ono wysokie, jeśli obwód brzucha u mężczyzn przekracza 102 cm, a u kobiet 88 cm. Wskaźnik obwodu talii jest powiązany z indeksem masy ciała. Przyjmuje się, że redukcja wagi o 1 kg powoduje zmniejszenie obwodu talii o 1 cm.

Jednym z ostatnio wprowadzonych wskaźników oceniających odsetek tkanki tłuszczowej jest wskaźnik otłuszczenia ciała (Body Adiposity Index), obliczany według wzoru:

Obwód bioder : wysokość ciała – 18

Wskaźnik ten stanowi alternatywę w stosunku do wskaźnika BMI (Bergman i in., 2011).

Przedstawione sposoby klasyfikacji ukazują medyczny sposób rozumienia otyłości, który odwołuje się do poję-

cia normy wagowej i norm związanych z ilością tkanki tłuszczowej w organizmie. Według kryterium medycznego osobą otyłą jest ta jednostka, która odbiega od określonej normy. To ujęcie nie pozwala jednakże w pełni wyjaśnić, czym jest nadwaga i otyłość. Nie można bowiem pomijać aspektu społecznego otyłości, związanego przede wszystkim z postrzeganiem osób otyłych przez innych oraz przypisywaniem im określonych właściwości.

Ponadto nie można również pomniejszać psychologicznego znaczenia otyłości. Z perspektywy psychologicznej istotnym kryterium jest subiektywna ocena i poczucie bycia osobą otyłą. Nie zawsze osobie przekraczającej normę według kryterium medycznego musi towarzyszyć poczucie otyłości. Podobnie wśród osób z wagą w normie możemy spotkać jednostki odczuwające dyskomfort związany z poczuciem, że ważą zbyt wiele. Nawet, jeżeli według różnorodnych wskaźników stwierdzimy nadwagę, to może się okazać, że harmonia kształtów jest bardziej korzystna niż bezwzględne dążenie do osiągnięcia normy. Utrzymywanie nieznacznej nadwagi może być korzystniejsze, niż uzyskanie należnej masy ciała bez pewności, że efekt ten okaże się trwały.

Wskaźniki oceny nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży

W praktyce klinicznej u dzieci najczęściej stosowany jest podział na:

- otyłość prostą, czyli pierwotną. Nadmierna masa ciała jest skutkiem zachwiania równowagi pomiędzy energią dostarczoną z pożywieniem a wydatkowaną przez organizm;
- otyłość wtórną – jest to nadmiar masy ciała występujący u dzieci i młodzieży z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, endokrynopatiami oraz zespołami mnogich wad rozwojowych. Nadmierna masa ciała po-

wstaje na skutek uszkodzenia układów regulujących pobór i wydatek energii.

W dzieciństwie i młodości najczęstszą postacią otyłości jest otyłość prosta (pierwotna) – stanowi ona około 98% otyłości w tym okresie życia. Do jej rozwoju mogą przyczynić się czynniki genetyczne, takie jak np. skłonność do wadliwego magazynowania tkanki tłuszczowej (energii) i obniżonego tempa przemiany materii oraz czynniki środowiskowe, jak nieprawidłowy, utrwalony w rodzinie sposób żywienia, niska aktywność ruchowa, a także czynniki emocjonalne.

Podobnie jak u dorosłych, metody oceny stopnia otyłości u dzieci i młodzieży także są zróżnicowane. Podkreśla się, że w przypadku tej grupy ocena masy ciała powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy przebiegu wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej. Powinno więc oceniać się masę ciała jako cechę zależną od wysokości, uwzględniając różnice indywidualne w budowie i składzie ciała.

Najprostsze i najczęściej stosowane metody oparte są na interpretacji wzajemnej proporcji masy ciała i wysokości. Powszechnie dostępne są siatki centylowe wysokości i masy, które uwzględniają wiek i płeć dziecka. Są one uważane za jedną z najbardziej obiektywnych metod oceny rozwoju. Należą do nich:

- metoda „2 pasm centylowych” – kryterium otyłości stanowi pozycja centylowa masy ciała, oceniana według wieku kalendarzowego, przewyższająca o co najmniej 2 pasma centylowe pozycję wysokości ciała;
- metoda „2 odchyłeń standardowych (2s)” – ocena według siatek standardowych wysokości i masy ciała. Kryterium otyłości stanowi różnica między wysokością i masą ciała przekraczająca 2 odchylenia standardowe.

Zaletą tych metod jest prostota w użyciu i dostępność standardów, a wadą szeroki zakres tolerancji;

- siatki centylowe skorelowane – narzędziem w tej metodzie są siatki centylowe proporcji masy ciała w stosunku do wysokości. Nie uwzględniają one wieku. Za tzw. „wąską normę” uznaje się zakres 25–75 centyla. Tendencja do nadwagi wiąże się z zakresem 75–90 centyla. Za nadwagę uznaje się wartość 90–97, a otyłość powyżej 97 centyla.

Do oceny masy ciała wykorzystywana jest także metoda obliczania „procentu masy należnej”. Jest ona często stosowana przez lekarzy. Zakres 110–120% masy należnej traktowany jest jako nadwaga, powyżej 120% jest wskaźnikiem otyłości. Wadą tego wskaźnika jest to, że nie uwzględnia zmiennego tempa rozwoju tkanki tłuszczowej w ontogenezie. Podobnie jak u dorosłych, do oceny masy ciała w tej grupie wiekowej wykorzystuje się wskaźnik Queteleta – BMI. Jest to metoda najbardziej przydatna, gdyż charakteryzuje się wysoką korelacją z masą ciała i otłuszczeniem przy stosunkowo małej zależności od wysokości ciała. Należy jednak podkreślić, że wskaźniki BMI dla dzieci i młodzieży uwzględniają płeć i przyjmują nieco niższe wartości. Przedstawiono je w tab. 5.

TABELA 5. WSKAŹNIKI BMI DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Wiek w latach	Średnie BMI dziewczęta	Zakres BMI	Średnie BMI chłopcy	Zakres BMI
1	17,54	15,29–19,79	17,95	15,67–20,23
2	16,94	14,72–19,16	17,90	15,74–20,26

3	16,10	13,98–18,22	16,22	14,07–18,37
4	15,45	13,23–17,67	15,68	13,55–17,80
5	15,34	12,84–17,84	15,58	13,38–17,78
6	15,50	12,85–18,15	15,71	13,20–18,22
7	16,25	13,13–19,37	16,32	13,55–19,09
8	16,71	13,25–20,17	16,37	13,45–19,29
9	16,79	12,99–20,59	16,65	13,60–19,70
10	17,14	13,09–21,19	17,08	13,76–20,90
11	17,59	13,37–21,81	17,76	13,94–21,58
12	17,96	13,71–22,21	18,68	14,48–22,88
13	18,87	14,90–22,84	18,94	14,76–23,12
14	19,83	16,13–23,53	19,43	15,33–23,53
15	20,26	16,92–23,60	19,75	16,07–23,43
16	20,51	17,49–23,53	20,54	17,09–23,99
17	20,67	17,85–23,49	20,79	17,75–23,83
18	20,67	18,01–23,33	21,14	18,38–23,90

Źródło: Szostak, 2000.

Do oceny stopnia otłuszczenia u dzieci i młodzieży, podobnie jak u dorosłych, najczęściej stosuje się metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów. Najczęściej dokonuje się więc pomiarów obwodu ramienia, uda, a niekiedy bioder i brzucha, gdyż do 6–7 roku życia u dzieci tkanka tłuszczowa jest równomiernie rozmieszczona i dopiero w wieku późniejszym dochodzi do zmian w jej rozmieszczeniu (największe nasilenie zmian jest w wieku pokwitania).

Na podstawie morfologicznego badania tkanki tłuszczowej (liczby i wielkości komórek tłuszczowych – adipocytów), podobnie jak u dorosłych, wyróżnia się otyłość: hiperplastyczną (zwiększenie liczby adipocytów), hipertroficzną (zwiększenie objętości adipocytów) i mieszana (zwiększenie liczby i wielkości adipocytów).

Osoby, u których proces przybierania na wadze rozpoczął się w dzieciństwie i młodości najczęściej wykazują otyłość hiperplastyczną. W okresie niemowlęcym, przedszkolnym oraz dojrzewania następuje głównie fizjologiczny przyrost tkanki tłuszczowej. Prowadzone przez wiele lat obserwacje wykazały, że wielkość adipocytów u dzieci otyłych już w wieku dwóch lat osiąga wartości mieszczące się w górnej granicy osób dorosłych z wagą w normie. W okresie dojrzewania znacznie je przewyższają. Wzrost liczby komórek tłuszczowych w każdej grupie wiekowej dzieci otyłych był większy niż u szczupłych osób dorosłych. W organizmie dziecka, które bywa systematycznie przekarmiane, liczba komórek tłuszczowych może zwiększyć się 2–4-krotnie. W późniejszym okresie może zmniejszyć się ich objętość, ale ich liczba pozostanie.

2.3. Epidemiologia zjawiska

Problem nadwagi i otyłości jest ponadczasowy. Tak jak setki lat temu, tak i dziś dotyka ludzi na całym świecie, zarówno dorosłych, jak i młodzież oraz dzieci. W ostatnich latach problem stał się jeszcze bardziej zauważalny, gdyż wyraźnie wzrosła liczba otyłych mieszkańców naszego globu.

Dostępne dane dotyczące rozpowszechnienia nadwagi i otyłości różnią się od siebie, co oznacza, że nie jest łatwo dokładnie ustalić ile osób cierpi na otyłość, ile osób ma nadwagę, a ile charakteryzuje się prawidłową wagą cia-

ła. Dane te zależą m.in. od tego, w jakim rejonie zostały przeprowadzone badania, na jak dużej próbie populacji i jakie miary pomiaru były zastosowane (czy opierały się na danych statystycznych z placówek medycznych, czy np. były to ankiety wypełniane przez badane osoby).

Z badań przeprowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), udział osób otyłych w ogólnej populacji jest największy w Stanach Zjednoczonych, a najmniejszy w Azji (Niewada, 2000). Przed rokiem 2000 około połowa dorosłych Amerykanów miała nadwagę, a 1/3 była otyła (Ogden, 2003). W roku 2000 odsetek osób z nadwagą i otyłością sięgnął 64,5%, w tym 7,4% stanowiła otyłość olbrzymia (OECD, za: Wąsowski i in., 2013).

W Wielkiej Brytanii w 1980 roku 6% mężczyzn i 8% kobiet było otyłych, w 1993 r. odpowiednio 13% i 16%, a w 1996 r. wskaźniki wzrosły do 16% u mężczyzn i 18% u kobiet (Ogden, 2003).

Z danych WHO za rok 2008 wynika, że całkowity odsetek osób otyłych był najwyższy w następujących krajach: Stany Zjednoczone, Australia, Wenezuela, Libia, Egipt, Arabia Saudyjska, Republika Południowej Afryki, Zjednoczone Emiraty Arabskie i Jordania. W ciągu ostatnich 34 lat liczba osób otyłych lub mających nadwagę wzrosła z 875 mln do ponad 2,1 mld. Liczba samych ludzi otyłych sięga już 671 mln. Najnowsze dane (WHO, 2015) wskazują, że na świecie w roku 2014, co najmniej 1,9 mld osób powyżej 18 roku życia miało nadmierną masę ciała, z tego 600 mln było otyłych. Nadwaga dotyczyła 39% populacji (38% mężczyzn i 40% kobiet), a otyłość 13% (11% mężczyzn i 15% kobiet) (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en).

Według prognoz WHO w roku 2030 aż 79% mężczyzn i 50% kobiet może posiadać zwiększoną masę ciała.

Wzrastający odsetek ludzi z nadmierną masą ciała jest także wynikiem zjawiska, jakim jest starzenie się lud-

ności. U osób starszych zwiększa się masa ciała, co jest efektem m.in. obniżenia się poziomu przemiany materii, zmian hormonalnych, a także znacząco niższej aktywności fizycznej. Wraz z wiekiem następuje zmniejszenie się masy mięśniowej, a przyrasta tkanka tłuszczowa, szczególnie w okolicach brzucha.

Na świecie jest ponad 580 milionów ludzi powyżej 60 roku życia, w tym więcej niż połowa żyje w krajach wysoko rozwiniętych. Szacuje się, że w roku 2020 liczba ludzi w wieku senioralnym przekroczy 1 mld, co będzie stanowić około 30% populacji. Prognozy GUS dotyczące Polski wskazują, że w roku 2020 24% Polaków będzie w wieku 60 lat i więcej. Uwzględniając proces wydłużania się życia, szacuje się, że do roku 2035 liczba 80-latków zwiększy się o ponad 100% (Steuden, 2011).

W świetle tych danych należy przewidywać, że będzie wzrastać liczba osób z nadmierną masą ciała. Pociągnie to za sobą także wzrost liczby osób zmagających się z chorobami, również tymi, które wynikają z nadwagi i otyłości, wśród których wymienia się przede wszystkim choroby układu sercowo-naczyniowego i nowotworowe.

W Polsce w połowie lat 90. XX wieku nadwaga występowała u 45,3% mężczyzn i 35,1% kobiet, a otyłość u 22,4% mężczyzn i 29,0% kobiet (Szostak, 1995). Z danych WHO za rok 2005 wynika, że w Polsce miało nadwagę 65% kobiet i mężczyzn w średnim wieku, a średni wskaźnik BMI wynosił 25,9. Dane przytoczone za Głównym Urzędem Statystycznym (GUS, 2015) wskazują, że w roku 2014 w Polsce za dużo ważyło: 62% mężczyzn (44% miało nadwagę, 18% było otyłych) oraz 46% kobiet (30% miało nadwagę i 16% otyłość).

Najnowsze dane potwierdzają skalę zjawiska. Z badań przeprowadzonych przez Millward Brown, obejmujących dane za II kwartał 2015 roku (*Bieżące statystyki otyłości i nadwagi w Polsce*. Raport, 2015) wynika, że

w Polsce było 49,9% osób z nadmierną masą ciała (wzrost o 0,82 punktu procentowego w porównaniu z I kwartałem 2015, i o 5 punktów procentowych na przestrzeni ostatnich 9 lat). Wśród nich 36,5% stanowią osoby z nadwagą i 13,4% z otyłością. Najwięcej osób z nadmiarem kilogramów notuje się w zachodniej Polsce. Dominują tu województwa: lubuskie (57,8%), wielkopolskie (57,3%), dolnośląskie (53,2%) i zachodniopomorskie (53,1%). Na kolejnym miejscu znalazło się województwo łódzkie (52,2%). Najmniej osób z nadmierną masą ciała występuje na wschodzie kraju. Najniższe wskaźniki dotyczą województwa podlaskiego (42,3%) i lubelskiego (45,6%).

Problem nadwagi i otyłości występuje także u dzieci i młodzieży. Na świecie notuje się 155 mln dzieci w wieku szkolnym, które mają nadwagę lub otyłość. Wśród nich 30–45 milionów stanowią dzieci otyłe w wieku 5 do 17 lat, a 22 miliony – dzieci otyłe poniżej 5 lat (International Obesity Task Force, 2005).

Występowanie otyłości w tej grupie wiekowej w ciągu ostatnich dwudziestu lat zwiększyło się dwu-, a w niektórych krajach, nawet trzykrotnie. W zależności od kraju, dzieci z otyłością stanowią przeciętnie 2–30% populacji. W 1994 roku w Anglii 9% chłopców i 13,5% dziewczynek miało nadwagę, natomiast 1,7% chłopców i 2,6% dziewczynek było otyłych. Ponadto wskaźniki te były o 50% większe niż dziesięć lat wcześniej (Ogden, 2003).

Częstość występowania nadwagi u dzieci w wieku 5–14 lat w USA uległa podwojeniu z 15 do 30% (Parsons, Cole, 2002). Na dziesięcioro amerykańskich dzieci w wieku od 6 do 10 lat troje jest otyłych, a jedno w takim stopniu, że jego otyłość utrudnia zdolność poruszania się i powoduje wyraźne zagrożenie zdrowia. Ogólnie ocenia się, że 10 milionów amerykańskich nastolatków ma nadwagę.

Najniższy odsetek dzieci otyłych (nieprzekraczający 4%) notuje się w krajach południowo-wschodniej Azji oraz

środkowej i południowej Afryki. Jednocześnie zauważa się znaczący wzrost otyłych dzieci w Chinach. Wysoki wzrost liczby dzieci z nadwagą i otyłością obserwuje się w krajach, w których w ostatnich latach dokonano znacznych przemian ekonomicznych, takich jak Brazylia, Chile, Meksyk i Egipt (Mazur, 2011).

W Europie co piąte dziecko ma nadmierną masę ciała. Wśród 74 mln młodych mieszkańców tego kontynentu w wieku 4–18 lat 16–22% wykazuje nadwagę lub otyłość. Rokrocznie w Europie przybywa około 400 000 dzieci i młodzieży z nadwagą i około 85 000 dzieci z otyłością (International Obesity Task Force, 2005).

W krajach rozwijających się nadwagę i otyłość obserwuje się najczęściej u dzieci i młodzieży z rodzin wiejskich, wielodzietnych, raczej o niższym poziomie wykształcenia i gorszej sytuacji materialnej. Paradoksalnie najwięcej dzieci z nadwagą obserwuje się w krajach basenu Morza Śródziemnego – nawet do 40% (Mazur, 2011). Zjawisko to tłumaczy się tzw. „amerykanizacją” stylu życia, charakteryzującego się dużym spożyciem tzw. śmieciowego jedzenia i małą aktywnością fizyczną. Zwraca się także uwagę na zwiększający się odsetek dzieci emigrantów przybywających do krajów Europy Zachodniej oraz Ameryki Północnej z nadwagą i otyłością. Dzieci te przejmują nawyki żywieniowe i styl życia mieszkańców krajów, do których przybyli.

W Polsce otyłość jest najczęstszym zaburzeniem w rozwoju dzieci i młodzieży i w zależności od wieku dotyczy 5–15% populacji (Wojnarowska, Oblacińska, 1995). Warto pamiętać, że im nadwaga u dziecka będzie się dłużej utrzymywać, tym jest większe prawdopodobieństwo, że pozostanie ono otyłym dorosłym. Jak wynika z prowadzonych badań 53–90% dzieci z otyłością staje się dorosłymi z nadmierną masą ciała (Mazur, 2011).

Przeprowadzone w latach 1994–1995 ogólnopolskie badania koordynowane przez Instytut Matki i Dziecka w War-

szawie (Oblacińska, 1995) dostarczyły danych wskazujących, że u dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat nadmierna masa ciała występowała u 8,7%, w tym otyłość u 3,4%. Odsetek dzieci i młodzieży wzrastał wraz z wiekiem. Z innych reprezentatywnych badań, obejmujących dzieci w wieku 7–9 lat (Małeck-Tendera i in., 2005) wynika, że nadwagę i otyłość miało 15,8% dziewcząt i 15% chłopców, w tym otyłość 3,7% dziewcząt i 3,6% chłopców.

W innych badaniach, obejmujących grupę dzieci i młodzieży z Krakowa w wieku 4–20 lat (Chrzanowska i in., 2007) wykazano, że występowanie nadwagi i otyłości wzrosło z 7,5% u chłopców i 6,5% dziewcząt w 1971 roku do 15,2% chłopców i 11,8% dziewcząt w roku 2000. Największy wzrost występowania nadwagi i otyłości zaobserwowano wśród chłopców w wieku 7–12 lat i dziewcząt w wieku 7–10 lat.

Kolejne badania przeprowadzone w latach 2005–2006 w Łodzi potwierdzają wzrost zjawiska nadmiernej masy ciała w grupie dzieci i młodzieży. Uzyskane wyniki ujawniły, że nadwagę lub otyłość ma 15,7% badanych (Ostrowska-Nawarycz, Nawarycz, 2007).

Z przedstawionego przeglądu badań wynika, że przyrost masy ciała wiąże się z płcią, większy dotyczy chłopców. Potwierdzają to wyniki badań prowadzone w latach 1998–2008 przez Mazura (2011). Autor wykazał wzrost nadwagi u chłopców z 10,5% do 14,2%, podczas gdy u dziewcząt ten wzrost był nieznaczny – z 12% do 13,3%. Natomiast otyłość u dziewcząt zmniejszyła się – z 10,1% do 7,7%, a u chłopców jej występowanie miało charakter stabilny (6,8% vs 6,4%).

Z raportu badań Health Behavior in School-aged Children (HBSC) z roku 2010 wynika, że w Polsce miało nadwagę lub otyłość 21,7% – 11–12-latków, 18,3% – 13–14-latków, 14,3% – 15–16-latków i 13,4% – 17–18-latków (Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2011).

Niepokojące jest to, że liczba młodych ludzi z nadmierną masą ciała wciąż rośnie.

Najnowsze dane wynikające z badań HBSC z roku 2012 wskazują, że aż 29% polskich 11-latków ma nadwagę, i że należą one do najgrubszych w Europie. O ile w ostatnich 30 latach w USA liczba dzieci z nadwagą i otyłością zwiększyła się trzykrotnie, to w Warszawie wzrosła ona dziesięciokrotnie (Cieśla, za: Tucholska, Celińska-Miszczuk, 2013).

Doniesienia z wielu badań prowadzonych w różnych regionach świata, jak i w Polsce, na populacji osób dorosłych, młodzieży i dzieci wskazują, że problem nadmiernej masy ciała nie tylko nie stracił na swej aktualności, ale wciąż się powiększa.

3 Konsekwencje nadwagi i otyłości

Otyłość jest jednym z podstawowych problemów zdrowotnych, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych i jest istotnie związana ze stylem życia. Odnotowuje się wzrost częstotliwości występowania otyłości nawet w tych krajach, w których od wielu lat prowadzone są działania na rzecz jej zapobiegania. Z nadmiarem masy ciała wiąże się wiele powikłań zdrowotnych, ale także skutków psychologiczno-społecznych.

3.1. Skutki zdrowotne

Już Hipokrates głosił, że otyli żyją krócej, a Arystoteles podkreślał, że nadmierna masa ciała przyczynia się do szybszego starzenia się. Konsekwencje zdrowotne nadwagi, a szczególnie otyłości, u osób dorosłych są powszechnie znane i dobrze opisane w bogatej literaturze. Otyłość zwiększa ryzyko skrócenia średniego oczekiwanego wieku życia i jest szóstym, co do ważności, czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za liczbę zgonów na świecie (Przybylska i in., 2012, Szymocha i in., 2009).

Wraz ze wzrostem wartości wskaźnika masy ciała zwiększa się ryzyko zachorowalności i śmiertelności. Nie tyle ważne jest samo zwiększenie masy ciała, co wyni-

kające z niej zaburzenia, które wpływają na zagrożenie zdrowia i życia.

W ciągu roku z powodu otyłości umiera 300 000 Amerykanów i jest to druga – po paleniu papierosów – przyczyna zgonów „możliwa do uniknięcia” (Bishop, 2000). Nadwaga, a zwłaszcza otyłość, są przyczyną wielu chorób, wśród których wymienia się przede wszystkim choroby sercowo-naczyniowe i choroby nowotworowe.

W 1998 roku Światowa Organizacja Zdrowia uznała otyłość za niezależny czynnik ryzyka chorób układu krążenia. Otyłość zwiększa trzykrotnie ryzyko zachorowania na te choroby. Badania amerykańskie wskazują, że ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia u mężczyzn z nadwagą jest większe niż u kobiet w porównywalnym wieku i porównywalną wagą. Warto dodać, że w ostatnim 30-leciu Polska została zakwalifikowana do krajów o największym na świecie wzroście zachorowalności na choroby układu krążenia, w tym głównie na niedokrwienną chorobę serca.

Wśród chorób układu krążenia powiązanych z otyłością wymienia się miażdżycę, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, niedokrwienną chorobę serca, zawałem serca włącznie. Nawet 40% przypadków niedokrwiennej choroby serca jest związanych z BMI powyżej 25. Prawdopodobieństwo, że u osoby otyłej wystąpi ta choroba jest 1,5 raza większe niż u osób charakteryzujących się normową. Ryzyko wystąpienia udaru mózgu u osób otyłych jest dwukrotnie większe niż u osób z wagą w normie.

U osób ze zwiększoną masą ciała notuje się podwyższony poziom cholesterolu i ciśnienia tętniczego, które to czynniki zwiększają ryzyko chorób układu krążenia. Przy 20% nadwadze ryzyko nadciśnienia wzrasta trzykrotnie. Wysokie stężenie cholesterolu, zwłaszcza frakcji LDL, powoduje jego przyleganie do śródbłonna naczyń tętniczych i tworzenie czopów miażdżycowych. W efekcie może dojść do

ograniczonego dopływu krwi do warstw mięśnia sercowego, prowadząc do niewydolności wieńcowej, a w końcowym efekcie do zawału serca. W badaniach osób otyłych z BMI > 34 u mężczyzn i BMI > 38 u kobiet (Logue, 2014) ryzyko występowania duszniczy bolesnej, w porównaniu z grupą kontrolną, obejmującą osoby z wagą w normie, było 15 razy większe u kobiet i 12 razy większe u mężczyzn, zawału serca ponad 6 razy (u mężczyzn), a nadciśnienia tętniczego dwukrotnie u kobiet i ponad czterokrotnie u mężczyzn.

W badaniach tych stwierdzono także, że wielkość tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej i pod skórą górnej połowy ciała korelowała dodatkowo z czynnikami ryzyka, takimi jak: ciśnienie krwi, insulina, trójglicerydy, cholesterol, kwas moczowy i ujemnie z cholesterolem (frakcją HDL). Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w dolnej połowie ciała ujemnie korelowało z wymienionymi czynnikami ryzyka.

W wyniku otyłości następuje rozwój odśrodkowego przerostu lewej komory i jej rozstrzeń, przede wszystkim u osób z masą dwukrotnie większą od „idealnej”. Nieprawidłowości te stanowią część obrazu klinicznego „kardiomiopatii otyłościowej”. Objętość krwi krążącej i rzut minutowy są zwiększone. Wskazuje się, że u około 1/3 przypadków dochodzi do rozwoju nadciśnienia tętniczego.

Otyłość przyczynia się również do zmniejszenia się ilości krwi względem masy ciała oraz jej zagęszczenia, co bywa powodem powstawania zakrzepowego zapalenia żył i żylaków. Ponadto może wystąpić podwyższenie wartości hemoglobiny i erytrocytów, co powoduje zwiększenie lepkości i krzepliwości krwi, co także prowadzi do powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Otyłość może być przyczyną rozrastania się skupisk tkanki tłuszczowej w śródpiersiu i wokół serca, a sam mięsień sercowy może ulegać otłuszczeniu. Zmniejsza to możliwości wentylacyjne płuc i upośledza wydolność serca.

Nadwaga, a zwłaszcza otyłość, przyczynia się do zwiększenia ryzyka zachorowania na choroby nowotworowe, u kobiet przede wszystkim na raka pęcherzyka żółciowego, piersi, macicy i jajników, u mężczyzn – raka okrężnicy i prostaty. Amerykańskie Towarzystwo Walki z Nowotworami podkreśla, że w wieku poniżej 60 lat zachorowalność na raka wśród ludzi o 40% i większej nadwadze wzrasta dwukrotnie. Zwraca się także uwagę na ryzyko pojawienia się tzw. triady objawowej u otyłych kobiet, na którą składa się kompleks chorób – nadciśnienie, cukrzyca insulinozależna i rak trzonu macicy. Wskazuje się także na zwiększoną zachorowalność osób z nadmierną masą ciała (zarówno mężczyzn, jak i kobiet) na raka jelita grubego i trzustki.

Badania podłużne prowadzone przez 16 lat w Stanach Zjednoczonych wykazały, że nadwaga i otyłość odpowiada za 14% przypadków śmierci z powodu raka wśród mężczyzn i ok. 20% zgonów wśród kobiet (Valle i in., za: Łuszczynska, 2007).

Ponadto zwiększona masa ciała jest powiązana z występowaniem cukrzycy. Szacuje się, że 80% osób z cukrzycą wykazuje nadwagę lub otyłość. Oznacza to, że wśród tej grupy chorych otyłość występuje ok. 9,5 razy częściej niż w populacji ogólnej. Badania amerykańskie (Bishop, 2000) dostarczyły danych wskazujących, że mężczyźni, u których występuje nadwaga sięgająca 15% są w 25% bardziej narażeni na ryzyko śmierci z powodu cukrzycy niż mężczyźni z wagą w normie.

Nadmierna masa ciała może być również przyczyną rozwoju takich chorób, jak kamica żółciowa (występuje sześciokrotnie częściej niż u osób szczupłych), marskość wątroby i zapalenie trzustki. Doświadczenia kliniczne pokazują, że różne postaci kliniczne zapalenia trzustki częściej dotyczą osób z otyłością, a ich przebieg u tych osób jest bardziej intensywny.

Nadmiar kilogramów przyczynia się również do wzrostu ryzyka wystąpienia nieżytów oskrzeli i stanów zapalnych. Otluszczenie klatki piersiowej utrudnia ruchy oddechowe, zmniejszając amplitudę oddechową, przez co oddech staje się szybszy i płytki. Jednocześnie zwiększa się ciśnienie w jamie brzusznej, zmniejszając ruchomość przepony. Utrudniona wymiana gazowa sprzyja występowaniu nieżytów oskrzeli i występowaniu stanów zapalnych. Może także powodować zaburzenia oddychania w czasie snu, objawiające się m.in. zespołem hipowentylacji bądź bezdechu sennego.

Nadmierna masa ciała może zwiększać ryzyko rozwoju chorób skóry, co często jest związane z większą potliwością. Z kolei, zwiększona potliwość prowadzi do stanów zapalnych na tle infekcji bakteryjnych lub grzybiczych w fałdach skóry. Nadmiar kilogramów zwiększa skłonność do wszelkich infekcji, co może także wynikać z obniżonej odporności organizmu. Stwierdzono m.in., że otyłość wiąże się z podwyższeniem się poziomu cytokin, które wywołują stany zapalne. Podkreśla się także, że spożywanie produktów bogatych w tłuszcze hamuje aktywność układu immunologicznego. Ponadto u osób otyłych dawki leków muszą być podwyższane (na kg wagi ciała), co może prowadzić do uszkodzeń wątroby.

Nadmiar kilogramów stanowi istotne obciążenie, a właściwie przeciążenie układu kostno-stawowego. Pogarsza sprawność fizyczną i przyspiesza procesy zwyrodnieniowe w stawach kręgosłupa, kolanowych, biodrowych i skokowych, Przyczynia się do zwiększenia ryzyka lordozy lędźwiowej, spłaszczenia się kręgow i krążków międzykręgowych, predysponując do występowania zespołu zwanego „wypadnięciem dysku”. Otyłość pogarsza stabilność kręgosłupa i zwiększa ryzyko występowania bólów korzonkowych. U otyłych z powodu przeciążenia wiąza-

deł przyśrodkowych narasta koślawość, przejawiająca się ustawieniem kończyn dolnych w kształcie litery X.

Nadmierna masa ciała może być przyczyną zwiększonego ryzyka wypadków, utrudnień w zakresie leczenia operacyjnego, ryzyka powikłań pooperacyjnych, pogorszenia rokowania w przypadku doznanych urazów i zmniejszenia skuteczności leczenia. Nadmiar kilogramów przyczynia się również do odczuwania zmęczenia, już nawet po niewielkim wysiłku fizycznym, co pociąga za sobą konieczność stosowania częstych odpoczynków. Może też być powodem duszności, kołatania serca, bólów i zawrotów głowy.

U kobiet nadmiar masy ciała może pociągać za sobą zaburzenia miesiączkowania. Zwraca się także uwagę, że otyłość może być przyczyną niepłodności, a także komplikacji podczas ciąży. U kobiet z nadmiarem kilogramów występuje zwiększone ryzyko wystąpienia poronień, wzrost liczby martwych urodzeń, wad i deformacji typu neurologicznego. Nadwaga i otyłość zwiększają także ryzyko pojawienia się dysfunkcji seksualnych. Przypuszcza się, że mogą również sprzyjać rozwojowi choroby Alzheimera.

Zmniejszenie masy ciała u człowieka z nadwagą lub otyłością przynosi poprawę w zakresie powikłań fizycznych, metabolicznych i endokrynologicznych. Jak wskazują specjaliści, utrata wagi o 10 kg pociąga za sobą:

- spadek umieralności ogólnej o 20%;
- spadek zgonów z powodu powikłań cukrzycy o 30%;
- spadek zgonów z powodu nowotworów o 40%;
- obniżenie skurczowego ciśnienia krwi o 10 mm Hg i rozkurczowego o 20 mm Hg;
- spadek stężenia cholesterolu całkowitego o 10%;
- spadek poziomu cholesterolu – frakcji LDL o 15%;
- wzrost poziomu cholesterolu HDL o 8%;
- spadek poziomu trójglicerydów o 30%;

- spadek agregacji erytrocytów i poprawę zdolności fibrynolitycznej.

Nadmierna masa ciała może stanowić także poważne ryzyko zagrożenia zdrowia u dzieci i młodzieży. Z jednej strony zwraca się uwagę, że otyłość prosta może być czynnikiem wpływającym na poziom i tempo rozwoju fizycznego, powodując przyśpieszenie procesu wzrastania i dojrzewania płciowego, a z drugiej, że nadwaga i otyłość w dzieciństwie i młodości mogą spowodować opóźniony rozwój płciowy, głównie u dziewcząt, a także zwiększać ryzyko niepłodności. Towarzyszące otyłości nadciśnienie, zaburzenia tolerancji glukozy, hiperlipidemie pierwotne i wtórne powodują, że już w wieku rozwojowym występuje prawdopodobieństwo zainicjowania procesu miażdżycowego. Nadwaga stanowi także czynnik ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2.

Nadwaga i otyłość u dzieci mogą być przyczyną zaburzeń rozwoju motorycznego. Rozwój ruchowy otyłego dziecka do lat trzech, z reguły przebiega wolniej, co może mu utrudniać doskonalenie lokomocji i manipulacji oraz ograniczać możliwości percepcyjno-poznawcze. Otyłe dziecko miewa często kłopoty z oddychaniem, zwłaszcza podczas chodzenia czy zabawy, mogą temu towarzyszyć bóle kolan, nóg i pleców, co z reguły pociąga za sobą ograniczenie aktywności fizycznej.

Zaburzenia rozwoju motorycznego objawiają się obniżeniem poziomu ogólnej sprawności fizycznej i dysharmonią oraz brakiem podstawowych umiejętności ruchowych. W zakresie motoryki najbardziej jednak zaburzona jest szybkość. Ruchy dzieci otyłych są powolniejsze, niezgrabne i mało dokładne. Cechuje je brak rytmiczności, mała płynność i elastyczność. Z badań Woynarowskiej (1995) wynika, że 40% dzieci z nadwagą nie potrafiło wykonać

przewrotu w przód, 63% z badanej grupy nie umiało pływać, a 67% jeździć na łyżwach.

Przeciążenie układu ruchu może objawiać się zaburzeniami statyki, zwłaszcza kończyn dolnych (koślawość kolan, płaskostopie). Mogą pojawić się przedwczesne zmiany zwyrodnieniowe. Na skutek nadmiernej masy ciała dochodzi do powstawania wiotkości więzadeł i ścięgien oraz częściej występuje pourazowe uszkodzenie chrząstki stawowej.

U dzieci z nadmiarem masy ciała występuje niekorzystny rozkład tkanki tłuszczowej, który może przyczynić się do zwiększenia prawdopodobieństwa wystąpienia powikłań otyłości. Przewaga tkanki tłuszczowej na tułowie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób przewlekłych w okresie dorosłości, w tym głównie cukrzycy i chorób układu krążenia. Przy 20% nadmiarze masy ciała u dziecka dwukrotnie wzrasta ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego w wieku dorosłym.

Zagrożenie zdrowotne w przypadku dzieci otyłych dotyczy bardziej przyszłości niż teraźniejszości – dziecko takie ma bowiem predyspozycje by zostać otyłym dorosłym.

3.2. Skutki społeczne, psychologiczne i socjoekonomiczne

Posiadanie nadmiernej masy ciała wiąże się z wieloma konsekwencjami o charakterze społeczno-psychologicznym, jak również wywołuje skutki ekonomiczne. Osoby z nadwagą i otyłością stają się przedmiotem dyskryminacji ze strony otoczenia. Obserwuje się u nich również negatywne następstwa w zakresie funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego. Jednym z nich jest niezadowolenie z własnego wyglądu (ciała).

Skutki społeczne

Jednostki z nadmierną masą ciała narażone są na niechęć środowiska. Na ogół takie osoby spostrzegane są jako mniej atrakcyjne. Przypisuje im się gorsze cechy charakteru i niższe kwalifikacje zawodowe. Rozpowszechniane negatywne opinie na temat ludzi otyłych świadczą o stygmatyzacji tych osób i prowadzą do ich dyskryminacji w społeczeństwie.

Osoby z nadmierną masą ciała są mniej lubiane, mają mniejsze szanse w życiu uczuciowym, mniej zarabiają i są często obiektem negatywnych ocen społecznych. Uważa się, że osoby otyłe, w porównaniu z jednostkami o prawidłowej wadze ciała, są bardziej samotne, niepohamowane, mało odpowiedzialne. Co więcej, percepcja osób oceniających jednostki otyłe zmienia się wraz z wiekiem, od nieatrakcyjnego wyglądu do nieatrakcyjnych właściwości osobowości (Radoszewska, 1994).

W grupie osób otyłych obu płci rzadsze są kontakty z przyjaciółmi i znajomymi. Z dostępnych badań (Rössner, 1995) wynika, że osoby z nadwagą, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, rzadziej wychodzą do kina i do restauracji niż jednostki z prawidłową wagą ciała. Rzadziej też podejmują aktywność fizyczną, w tym chodzenie na spacer.

Izolowanie się osób otyłych od otoczenia często wynika z obawy przed dezaprobatą, z braku zaufania do innych ludzi, ale może być także konsekwencją odrzucenia społecznego, wynikiem doznanych krzywd, czy ucieczką przed kolejnym zranieniem.

Otyli mają często większe trudności w znalezieniu pracy czy wynajęciu mieszkania. Do ośrodków specjalizujących się w leczeniu otyłości trafiają ludzie, którym odmówiono zatrudnienia, mimo iż otyłość nie przeszkadzałaby im w wykonywaniu obowiązków.

Osoby otyłe uważane są za pracowników o niższych kwalifikacjach zawodowych. Takie przekonanie panuje

nie tylko wśród pracodawców. Badania przeprowadzone w Szwecji wykazały, że osoby rozpatrujące podania o pracę oceniały bardziej surowo ludzi z wyraźną nadwagą (określaną na podstawie załączonej fotografii) niż szczupłych, mimo iż nadmierna masa ciała nie przeszkadzałaby starającym się o pracę w wykonywaniu zawodu (Rössner, 1995).

Wskazuje się również, że dyskryminacja może się wyrażać w niższych zarobkach osób z nadmierną masą ciała w porównaniu z osobami szczupłymi; dotyczy to przede wszystkim kobiet i to niezależnie od poziomu wykształcenia. Osoby z nadmiarem kilogramów są także przedmiotem dyskryminacji ze strony sprzedawców w sklepach. Najczęściej wyraża się to w pogardliwych spojrzeniach i uśmiechach (albo braku uśmiechu), braku oferowania pomocy w poszukiwaniu rzeczy w odpowiednim dla klienta rozmiarze, czy wręcz nieuprzejmym traktowaniu.

Skutki psychologiczne

Skutki psychologiczne, wynikające z posiadania nadmiernej masy ciała odnoszą się przede wszystkim do sfery emocjonalnej i poznawczej. Nadwaga wpływa na sposób spostrzegania własnej osoby, na przeżywane emocje i relacje z innymi, a także na podejmowaną aktywność. Posiadanie nadmiaru kilogramów negatywnie rzutuje na samoocenę i jest źródłem niezadowolenia z własnego wyglądu, a tym samym obniża jakość życia.

U osób z nadmierną masą ciała częściej niż z wagą w normie, obserwuje się występowanie negatywnych emocji, w tym pogorszenie nastroju. Dotyczy to przede wszystkim kobiet. Z badań wynika, że młode kobiety z otyłością 2,5 razy częściej zapadają na zaburzenia lękowe i 2 razy częściej na zaburzenia psychiczne (Becker i in., za Łuszczczyńska, 2007). Potwierdzają to kolejne badania (Pietrzykowska i in., 2014), w których wykazano, że w grupie osób

z otyłością zaburzenia psychiczne rozpoznano u 44,3% badanych (częściej u kobiet niż u mężczyzn), a wśród nich najczęściej wymieniane były zaburzenia depresyjne i lękowe. W badanej grupie występowały również zaburzenia odżywiania się, nadużywanie alkoholu oraz myśli samobójcze.

Ryzyko pojawienia się symptomów depresji u otyłych wzrasta w sytuacji, gdy jednostka jest narażona na negatywne reakcje otoczenia (złośliwe uwagi, ośmieszanie, szydzenie), charakteryzuje się niską samooceną i gdy występuje duża rozbieżność między idealnym a realnym obrazem własnej osoby.

Wśród psychologicznych konsekwencji posiadania nadmiernej masy ciała szczególne znaczenie należy przypisać własnej cielesności, a dokładniej negatywnemu wizerunkowi, utożsamianemu z niezadowoleniem z ciała. Wizerunek (obraz) ciała jest najczęściej definiowany, jako postawa wobec ciała, obejmująca trzy komponenty, tj. poznawczy, emocjonalny i behawioralny (Głębocka, 2009).

Obraz ciała odzwierciedla przekonania, myśli i wyobrażenia danej osoby dotyczące jej własnego wyglądu. Obejmuje uogólnioną satysfakcję z ciała, opinię na temat poszczególnych jego części i przekonanie o stosunku innych ludzi do wyglądu jednostki (Bąk-Sosnowska, 2009).

W ramach przekonań dotyczących części ciała uwzględnia się spostrzeżenia dotyczące oszacowań ich rozmiarów, wielkości własnej sylwetki i rozbieżność między własnym wyglądem a ideałami atrakcyjności fizycznej. Obraz ciała jest traktowany jako umysłowa reprezentacja cielesności, która wpływa na samoocenę i podejmowane przez człowieka zachowania.

Na kształtowanie wizerunku ciała mają wpływ osobiste opinie i odczucia dotyczące wagi ciała, opinie innych, w tym osób znaczących (rodzice, rówieśnicy, znajomi), a także czynniki kulturowe, a przede wszystkim wzorce

promujące szczupłą sylwetkę (szczególną rolę odgrywają tu środki masowego przekazu). Innymi słowy, atrakcyjność fizyczna wiąże się z posiadaniem szczupłej sylwetki. Warto dodać, że kobiety wykazują tendencję do pojmowania ciała w kategoriach obiektu, co wiąże się z koncentracją uwagi na defektach czy niedoskonałościach. Kobiety są więc, w porównaniu z mężczyznami, bardziej podatne na budowanie negatywnego wizerunku ciała. Wyraża się to w zakłóceniach czy zaburzeniach oszacowania rozmiarów własnej sylwetki – kobiety spostrzegają niektóre części ciała, głównie okolice pasa, bioder i ud, jako szersze niż są w rzeczywistości. Co ciekawe, przeszacowania te częściej występują w zaburzeniach odżywiania się, głównie w anoreksji i bulimii.

W ostatnich latach wrasta liczba osób, zarówno dorosłych, jak i dzieci, niezadowolonych z własnej sylwetki. Ponad połowa dziewczynek i 1/3 chłopców jest niezadowolona z kształtów własnego ciała (Głębocka, 2009). Niezadowolenie może dotyczyć całej sylwetki lub poszczególnych jej części. U kobiet niezadowolenie z poszczególnych części ciała odnosi się przede wszystkim do dolnych partii obejmujących biodra, brzuch, talie, pośladki i nogi, ale także piersi.

Niezadowolenie może dotyczyć także posiadanej wagi. Aż 3/4 ludzi sądzi, że ich waga ciała odbiega od wagi idealnej, choć znaczący odsetek mężczyzn chciałby ważyć więcej. Natomiast zdecydowana większość kobiet jest zainteresowana spadkiem wagi ciała. Poziom zadowolenia z wagi ciała jest, co wydaje się oczywiste, powiązany z aktualną wagą. Kobiety z nadmierną masą ciała są mniej zadowolone ze swojej wagi, w porównaniu z kobietami, których BMI pozostaje w normie. Co więcej, źródłem niezadowolenia z własnego wyglądu nie musi być rzeczywista nadwaga czy otyłość, ale także przekonanie, że jest się grubym.

Niezadowolenie z własnej sylwetki jest powiązane z negatywnymi emocjami, głównie z obniżonym nastrojem, lękiem czy objawami depresji. Prowadzi również do obniżenia samooceny. Niezadowolenie z własnego ciała oraz wynikające z niego negatywne emocje skłaniają ludzi do podejmowania zachowań, mających na celu uzyskanie bądź odzyskanie szczupłej sylwetki, w tym prób odchudzenia się.

Psychospołeczne skutki nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży

Niechęć do ludzi otyłych rozpoczyna się od najmłodszych lat. Już dzieci w wieku przedszkolnym kojarzą otyłość z takimi cechami jak kłamlivość, głupota, lenistwo, brud czy alkoholizm. Małe dzieci, podobnie jak młodzież i dorośli, chętniej wybierają fotografie przedstawiające dzieci szczupłe. Dzieci z nadmierną masą ciała mają poczucie małej atrakcyjności fizycznej, negatywnie oceniają swój wygląd (zwłaszcza dziewczynki).

Jednostki z nadmiarem kilogramów często bywają obiektem przewisk, niewyszukanych żartów, zarówno ze strony rówieśników, jak i osób starszych. Stają się pośmiewiskiem, a czasami nawet bywają obiektem agresji (Mazur, Dudek, 2010). Przypisywane otyłemu negatywne atrybuty często prowadzą do odrzucenia i izolacji społecznej dziecka.

Dzieci z nadmiarem kilogramów, w porównaniu z rówieśnikami z wagą w normie, są nadmiernie wrażliwe, mało wytrwałe i niesamodzielne. Często cechuje je także niedojrzałość społeczna, mały krytycyzm, niska samoocena i koncentracja na własnej cielesności (Ziętkowska, 2013).

Z dostępnych danych wynika, iż dzieci z nadmierną masą ciała charakteryzują się gorszymi wynikami w nauce, choć nie należy tych danych uogólniać. Zdarza się, że są one gorzej oceniane przez nauczycieli, zarówno pod względem

posiadanych kompetencji, podejścia do nauki, jak i przejawianych zachowań w szkole (Łuszczynska, 2007).

Nadmierna masa ciała dziecka wpływa także na sposób spostrzegania i doświadczania siebie. Spostrzeganie siebie, jako mniej sprawnego fizycznie, ciężkiego, niezgrabnego ma wpływ na kształtujący się obraz własnej osoby, a także przeżywane emocje. Dziecko otyłe często przypisuje sobie negatywne atrybuty, uruchamia w stosunku do siebie negatywne emocje, ma niską samoocenę, brakuje mu wiary we własne możliwości.

Nadwaga czy otyłość u dziecka stanowią więc podstawę do oceny własnej osoby oraz relacji z innymi, wyznaczają negatywny stosunek emocjonalny do siebie oraz wpływają na poczucie braku akceptacji ze strony innych. Może to doprowadzić do poczucia odrzucenia i osamotnienia także w wieku późniejszym. Otyłe nastolatki również czują się samotne, nielubiane i odrzucane przez rówieśników. Młodym otyłym trudniej jest żyć i realizować swoje marzenia. Nadmiar kilogramów utrudnia im start w dorosłe życie i przeszkadza w samorealizacji oraz osiągnięciu sukcesu w życiu zawodowym.

Nadmiar masy ciała wyznaczający nieatrakcyjność interpersonalną młodych ludzi jest przyczyną przeżywania przez nich smutku, żalu, osamotnienia, a nawet depresji. Przeżycia osoby otyłej znajdują odzwierciedlenie w jej zachowaniu, prowadząc m.in. do poszukiwania pocieszenia w jedzeniu (Radoszewska, 1995).

Skutki socjoekonomiczne

Nie należy zapominać także o socjoekonomicznych następstwach otyłości. Nadmierna masa ciała ma znaczny wpływ na wzrost zapadalności na wiele przewlekłych chorób, powodując wiele strat natury ekonomicznej. Choroby wynikające z nadmiaru kilogramów w USA pochłaniają corocznie miliardy dolarów. Leczenie otyłości i jej klinicz-

nych następstw wiąże się także z wykorzystaniem znacznej ilości środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. W Wielkiej Brytanii koszty związane z otyłością stanowią ok. 5% nakładów na ochronę zdrowia, a w całej Europie wahają się od 2 do 7% (Wąsowski i in., 2013). Koszty te można podzielić na bezpośrednie i pośrednie. Bezpośrednie, to koszty usług medycznych, związanych z otyłością lub jej chorobami. Pośrednie koszty powstają poza ochroną zdrowia i są związane z absencją w pracy, jej zmniejszoną wydajnością i rentami. Do tego należy doliczyć wydatki jakie ponoszą same osoby otyłe, by stracić na wadze (jedzenie i napoje dietetyczne, kluby fitness, książki, kasyty itd.). Suma tych kosztów jest ogromna. W roku 1992 Amerykanie wydali na odchudzanie 32,7 miliarda dolarów. Większość tych pieniędzy, jak się wydaje, została zmarnowana, bowiem nie przyniosły one wyraźnych rezultatów w postaci spadku masy ciała.

Korzyści wynikające z nadwagi i otyłości

Należy także zwrócić uwagę, że niektóre osoby otyłe mogą czerpać pewne korzyści somatyczne i psychologiczne z rozmiarów swego ciała. Otyłość chroni np. przed osteoporozą, ma także znaczenie w adaptacji psychologicznej. Osoby otyłe uchodzą za ogólnie wesołe i szczodre (może mieć to wpływ na niski wskaźnik samobójstw wśród osób otyłych). Otyłość bywa także czynnikiem spajającym rodzinę (np. otyłość dziecka może być wspólnym problemem budzącym zainteresowanie pragnących się rozstać rodziców).

Otyłość może przyczynić się do przejawiania troski przez innych członków rodziny. Jednostka z nadmiarem kilogramów może stać się ośrodkiem zainteresowania i sprawić, że rodzina wyraża jej swoją miłość i gotowość opiekowania się nią. Jednostka otyła może więc w pewien sposób manipulować bliskimi i uzyskiwać satysfakcję z zachowania się wobec niej. Nadwagę można wykorzy-

stywać do unikania trudnych sytuacji społecznych i rodzinnych. Dla niektórych osób nadwaga może być formą ucieczki od innych problemów życiowych i unikania, czy wręcz wykluczenia innych rodzajów aktywności. Otyłość może też paradoksalnie wyrażać sukces życiowy (dobrze mi się powodzi, więc dobrze wyglądam).

4 Czynniki sprzyjające nadmiernemu jedzeniu

W bogatej literaturze przedmiotu nie znajdziemy jednoznacznego wyjaśnienia przyczyn nadmiernego jedzenia, a co za tym idzie nadwagi i otyłości. W grupie uwarunkowań nadmiernej masy ciała można wyróżnić szereg czynników, takich jak czynniki genetyczne, dziedziczność, zmieniony metabolizm tkanki tłuszczowej, przejadanie się, brak aktywności fizycznej, czynniki społeczno-psychologiczne, a także stosowanie diet odchudzających.

Jednakże głównym czynnikiem prowadzącym do zwiększonej masy ciała jest styl życia, a przede wszystkim sposób odżywiania się. Szacuje się, że ok. 60–70% przypadków nadwagi to efekt nadmiernego jedzenia i mało ruchliwego trybu życia. Ogólnie przyczyny nadmiernego jedzenia, a co za tym idzie nadwagi i otyłości można podzielić na trzy kategorie: czynniki biologiczne, w tym uwarunkowania genetyczne, środowiskowe (społeczno-kulturowe) oraz psychologiczne.

4.1. Przyczyny biologiczne

Skłonności do przejadania się mogą być uwarunkowane czynnikami biologicznymi. Jest to związane przede wszystkim z działaniem złożonych mechanizmów fizjolo-

gicznych, w których nadrzędną rolę odgrywa ośrodkowy układ nerwowy. Istotne znaczenie mają tu także bodźce pochodzące ze świata zewnętrznego i z wnętrza organizmu, które zawierają informacje o przebiegu procesów trawiennych, wchłanianiu, przemianie materii, składzie krwi, aktywności fizycznej i ciepłocie ciała.

Informacje te przekazywane są drogą humoralną oraz poprzez włókna nerwowe do ośrodkowego układu nerwowego, gdzie poddawane są analizie i ulegają przetworzeniu. Następnie są one przekazywane do narządów wykonawczych, wpływając na pobór pożywienia, przebieg transportu i metabolizm składników pokarmowych, adekwatnie do stanu fizjologicznego ustroju. Analiza i przetwarzanie tych informacji odbywa się przede wszystkim w podwzgórz (Komender, 1995, Ogden, 2011). Podwzgórze to część mózgu, która kieruje podstawowymi funkcjami biologicznymi. Kontroluje również wiele procesów metabolicznych odpowiedzialnych za powstawanie uczucia głodu.

Dlaczego odczuwamy głód? Jak odróżnić głód fizjologiczny od apetytu? Głód (naturalny apetyt) jest sumą odczuć wywołanych przez niedostatek składników pokarmowych w organizmie i oznacza potrzebę jedzenia, nie odnosząc się do określonego rodzaju pożywienia. Odczuwanie głodu jest wynikiem obniżonego poziomu glukozy. Z kolei apetyt jest utożsamiany z chęcią zjedzenia czegoś konkretnego (zachcianka). Oznacza więc psychologiczne zapotrzebowanie na jedzenie i wiąże się z oczekiwaną przyjemnością po spożyciu danego produktu. Apetyt może być regulowany przez bodźce zmysłowe (widok, zapach pokarmu), emocjonalne czy społeczne.

Naturalny apetyt (głód) kontroluje podstawowe funkcje życiowe i pomaga dostarczyć organizmowi odpowiednich składników odżywczych. Wywołuje to potrzebę jedzenia. Niedostarczenie organizmowi odpowiedniej ilości kalorii

jest bezpośrednią przyczyną sięgania po jedzenie. Według zaleceń nieaktywna fizycznie kobieta powinna spożywać pokarm dostarczający jej ok. 1900 kcal, a mężczyzna 2400 kcal. Zapotrzebowanie na energię, a tym samym na ilość potrzebnych organizmowi kalorii, zwiększa się wraz z podejmowanym wysiłkiem fizycznym, nawet do 2500 kcal u kobiet i 3200 kcal u mężczyzn. Znaczna część kalorii zużywana jest przez organizm do podtrzymania podstawowych procesów metabolicznych, takich jak oddychanie, termoregulacja czy transport składników odżywczych przez krew.

Poziom glukozy w organizmie podnosi się po spożyciu przede wszystkim produktów zawierających węglowodany proste, ale następnie szybko spada. Prowadzi to do częstego uczucia głodu, a co za tym idzie ciągłego podjadania. Odczucie głodu zwiększają m.in. długie przerwy między posiłkami (więcej niż 4 godziny), niejedzenie śniadań, które są podstawowym posiłkiem regulującym poziom glukozy w naszym organizmie po nocnym spoczynku, zawarte w pożywieniu dodatki chemiczne (konserwanty), stosowanie diet, a także niedobór snu. Chęć jedzenia zwiększają również wybrane potrawy. Łaknienie wzmagają produkty typu light, często słodzone słodzikami, jak również ostre przyprawy (np. papryka, pieprz). Podobną rolę pełnią słodkie napoje i alkohol.

Należy jednak pamiętać, że odczucie głodu może być także objawem choroby. Zwiększone łaknienie występuje m.in. w nadczynności tarczycy, cukrzycy czy chorobach pasożytniczych. Jest ono określane mianem polifagii, traktowanej jako rodzaj choroby objawiającej się koniecznością przyjmowania dużych ilości pokarmów. Innym objawem chorobowym jest hiperfagia, przejawiająca się ciągłą potrzebą połykania. Wymienia się również akorie oznaczającą, często występującą w chorobach psychicznych, brak uczucia sytości po zjedzeniu posiłku. Nad-

mierny apetyt czy tendencja do objadania się mogą towarzyszyć także depresji, choć osoby chorujące na depresję mogą też cierpieć na jadłowstręt.

W wielu przypadkach przyczyną nadmiernego jedzenia są zaburzenia w mechanizmach odpowiedzialnych za regulację apetytu, a szczególnie upośledzenie mechanizmu sytości. Ludzie przejadają się, ponieważ ich organizm nie wysyła sygnału, że jest najedzony (Baumeister i in., 2000). Jak to się dzieje?

Bodźce kierujące apetytem pochodzą z podwzgórza, w którym określone skupiska komórek nerwowych tworzą ośrodek sytości i głodu. Ośrodki głodu i sytości posiadają sferę wyczuloną na poziom stężenia cukru we krwi (zwaną glikostatem). Gdy ośrodek głodu jest uruchomiony to organizm domaga się pożywienia, natomiast, gdy organizm jest zaopatrzony w niezbędną dawkę energii, to poziom cukru we krwi opada i pojawia się uczucie sytości regulowane przez ośrodek sytości.

Funkcjonowanie ośrodków głodu i sytości jest regulowane przez wpływ różnych czynników, zarówno pochodzenia ośrodkowego, jak i obwodowego. Kora mózgu i jądra podkorowe mogą wywierać wpływ zarówno pobudzający, jak i hamujący. Układ limbiczny działa hamująco na ośrodek głodu, a wzrost ciśnienia osmotycznego osocza krwi pobudza ośrodek sytości i powoduje obniżenie łaknienia. Ośrodek sytości odbiera impulsy z receptorów obwodowych, które znajdują się w przewodzie pokarmowym. Rozciąganie żołądka i jelit drażni te receptory i obniża łaknienie (Komender, 1995).

Na funkcjonowanie ośrodków głodu i sytości mogą wpływać różne hormony, neuroprzekaźniki, a także zażywane leki i substancje psychoaktywne. Wydzielanie w przewodzie pokarmowym cholecystokininy (CCK – hormonu wydzielanego w ścianie jelita cienkiego), jest dla mózgu sygnałem, że żołądek został już wypełniony

(CCK powoduje zmniejszenie apetytu). Natomiast gdy sygnał ten nie działa albo nie jest w mózgu odbierany mogą nastąpić napady obżarstwa i spożywanie ogromnych ilości jedzenia, zanim wystąpi uczucie zaspokojenia głodu.

Insulina, hormony płciowe męskie – androgeny i hormony nadnerczy zwiększają łaknienie. Natomiast hormony płciowe żeńskie (estrogeny, prostaglandyny), a także glukoza i glukagon – obniżają. Wpływ leków na ośrodki podwzgórza może być różny, np. barbiturany, neuroleptyki i klonidyna – zwiększają łaknienie, a analgetyki, czyli leki uśmierzające ból – zmniejszają.

Neuroprzekaźnikiem zmniejszającym łaknienie jest serotonina. Z kolei neuropeptyd Y (NPY) jest zaliczany do grupy związków oreksygenicznych (pobudzających łaknienie).

Gdy podwzgórze odbierze sygnał, że organizm potrzebuje więcej energii, to za pomocą NPY przesyła informację o konieczności jedzenia, a kiedy pragnienie podwzgórza zostanie zaspokojone, to wydziela ono serotoninę, uważaną za jeden z ważniejszych neuroprzekaźników w regulacji apetytu.

Inną ważną substancją wpływającą na pobór pokarmu jest leptyna. Odgrywa ona istotną rolę w regulacji zasobów tłuszczowych organizmu, zmniejsza łaknienie, stężenie glukozy we krwi oraz insuliny i działa antagonistyczne w stosunku do neuropeptydu Y (NPY). Leptyna zaliczana jest do związków anoreksygenicznych (hamujących łaknienie). Wydzielana jest przez komórki tłuszczowe (adipocyty), a jej receptory znajdują się w podwzgórzu. Leptyna spełnia rolę informatora ośrodkowego układu nerwowego o stanie tkanki tłuszczowej. Wydzielana jest bowiem przez tkankę tłuszczową proporcjonalnie do masy ciała. Wpływa w ten sposób na pobór pokarmu i wydatkowanie energii, a tym samym na masę ciała.

W warunkach fizjologicznych wzrost poziomu leptyny w odpowiedzi na bodziec pokarmowy prowadzi do obniżenia aktywności neuropeptydu Y (NPY), zmniejsza łaknienie i odwrotnie, obniżenie poziomu leptyny wiąże się ze stymulacją sekrecji NPY, zwiększającego łaknienie i tendencje do nadmiernego jedzenia. Interesujące wydaje się być spostrzeżenie, że u osób otyłych stwierdza się często równoczesny wzrost poziomu leptyny i NPY. Przemawia to za występującym w otyłości zaburzeniem ujemnego sprzężenia zwrotnego pomiędzy NPY i leptyną, gdzie dochodzi do zaburzenia regulacji łaknienia, a także do zaburzeń w sekrecji wielu hormonów (Jarosz-Chobot i in., 2001).

Nieprawidłowości w wydzielaniu neuroprzekaźników (NPY i serotoniny) odpowiedzialnych m. in. za nadmierny apetyt na słodkie skłaniają jednostkę do ich poszukiwania. Uważa się, że nadmierny apetyt jest przede wszystkim rezultatem niedoboru serotoniny w podwzgórzu. Dostarczenie organizmowi węglowodanów powoduje zwiększenie wydzielania insuliny z trzustki. Nadmiar insuliny powoduje skłonność organizmu do magazynowania tłuszczu, a więc sprzyja otyłości. Czynnikiem sprzyjającym nadmiernemu jedzeniu może być tzw. oporność insulinowa. Jest ona spowodowana faktem, że organizm wybiórczo ignoruje normalną zdolność insuliny do obniżania poziomu glukozy we krwi, a tym samym do zmniejszania apetytu, natomiast uaktywnia enzymy odpowiedzialne za wytwarzanie tłuszczu. Oporność insulinowa ponadto hamuje wydzielanie glukagonu, hormonu sygnalizującego wypełnienie żołądka i obniża poziom serotoniny.

Stwierdzono także, że insulina oddziałuje na pochodzące z białek aminokwasy, dzięki czemu są one w dużych ilościach pobierane przez komórki organizmu. Jednym z nich jest tryptofan, który w mózgu zostaje przekształcony w serotoninę, poprawiającą nastrój i samopoczucie. Serotonina chroni przed niewłaściwym odżywianiem się

i zapobiega napadom nadmiernego jedzenia, natomiast obniżenie jej poziomu pozbawia mózg szansy oparcia się pokusie jedzenia i zachowania choćby pozorów kontrolowania wagi. Zapas serotoniny jest swego rodzaju buforem odkładania tkanki tłuszczowej. Im więcej serotoniny powstaje w mózgu, tym mniejsza skłonność do przejadania się i tym większa szansa na wybór właściwych pokarmów pozwalających zachować szczupłą sylwetkę.

Wykazano, że pokarmy, które człowiek zjada, wywołują głębokie zmiany w tkance mózgu, a wysokotłuszczowa i wysokokaloryczna dieta może wpływać na jej strukturę. Spada wtedy ilość neurotransmiterów kontrolujących nastroje pozytywne, a wzrasta ilość hormonów odpowiedzialnych za przejadanie się (Arnot, 2000).

Inne neuroprzekaźniki, które mogą zwiększać potrzebę jedzenia to dopamina i noradrenalina, które powstają z aminokwasu, jakim jest tyrozyna. Niski poziom dopaminy i noradrenaliny wywołuje stany depresyjne, uczucie przygnębienia, a ich wzrost poprawia nastrój i procesy myślowe. Stosowanie diety bogatej w białko zwiększa poziom tych neuroprzekaźników. Zwiększone łaknienie i tendencja do nadmiernego jedzenia może być także efektem nadmiaru greliny, nazywanej hormonem głodu. Jest ona wytwarzana przez komórki żołądka, ale także przez jelito cienkie, trzustkę, jądra, łożysko i podwzgórze. Do jej funkcji należy regulacja łaknienia i równowagi energetycznej, ale także stymulacja wydzielania hormonu wzrostu.

Niepohamowane uczucie głodu stanowi naturalną odpowiedź ustroju na zbyt rzadkie spożywanie pokarmów (np. opuszczanie posiłków) lub znaczne zmniejszenie dowozu kalorii do organizmu. W stanie permanentnego głodu podwzgórze pozostaje niezaspokojone i produkuje w nadmiarze neuropeptyd Y, zmuszając w ten sposób organizm do zjedzenia większej niż normalnie ilości pokarmu, głównie węglowodanów łatwych do spalenia w celu

szybkiego uzyskania energii. Jeśli i ten sygnał zostanie zignorowany podwzgórze wysyła kolejny przekaźnik, jakim jest galanina, nakazujący organizmowi spożywanie tłuszczów, co z reguły powoduje jego odkładanie, jako zapasu energetycznego (Aronne, 1998). Galanina, współdziałając z innymi hormonami, uczestniczy w przekształcaniu tłuszczu pokarmowego w tłuszcz zgromadzony w organizmie. Wraz ze wzrostem wydzielania galaniny wzrasta spożycie tłuszczu i masa ciała. Można przypuszczać, że osoby, u których wydzielanie galaniny jest wysokie są bardziej skłonne do nadmiernego jedzenia, a co za tym idzie do nadwagi i otyłości. Wydzielanie galaniny podlega rytmowi dziennemu i jest niskie rano, a wysokie po południu i wieczorem. U kobiet na wydzielanie galaniny wpływają także estrogeny. Ich wysoki poziom, który ma miejsce w okresie napięcia przedmiesiączkowego, wzmacnia wydzielanie galaniny i powoduje wzrost apetytu, głównie na produkty słodko-kremowe (Somer, 1995).

Podobną rolę może pełnić jedzenie węglowodanów w sezonowych zaburzeniach nastroju (*seasonal affective disorders* – SAD), spowodowanych głównie niedoborem światła w okresie zimowym. SAD występuje u co dziesiątej osoby, ale kobiety odczuwają objawy czterokrotnie częściej niż mężczyźni. Przyczyną SAD są zaburzenia równowagi w wydzielaniu neuroprzekaźników (głównie serotoniny i dopaminy) oraz hormonów (estrogenów i progesteronu), a także zmiany w naturalnym cyklu ich wydzielania. Brak światła wpływa na zwiększenie się poziomu melatoniny i w efekcie senność. Wraz ze wzrostem melatoniny spada poziom serotoniny, powodując zaburzenia nastroju, drażliwość, niepokój, depresję. Z kolei niski poziom serotoniny zwiększa apetyt na węglowodany. Nadmierne spożywanie węglowodanów, podnoszących jej poziom, może więc stać się swoistym lekiem na depresję. Jednocześnie wzmożony apetyt na węglowodany u kobiet

cierpiących na SAD, w połączeniu z niewielką aktywnością fizyczną, może powodować nadmierny przyrost wagi, nawet do siedmiu i więcej kilogramów po sezonie zimowym (Somer, 1995).

Badania naukowe wykazały, że cierpiące na SAD osoby wykazują niski poziom dopaminy – neuroprzekaźnika, którego wydzielanie spada wraz ze zmniejszaniem się dostępu światła. W okresie ciemnych, zimowych miesięcy niższy poziom dopaminy w mózgu nasila senność, przyczynia się do trudności z koncentracją i powoduje wahania nastroju. Produkty bogate w białko powodują wzrost poziomu dopaminy i pomagają tym, u których zły nastrój nie ustępuje po spożyciu węglowodanów.

Zwiększone zapotrzebowanie na węglowodany u kobiet, co w konsekwencji zwiększa prawdopodobieństwo nadmiernego jedzenia, może być także związane z zespołem napięcia przedmiesiączkowego (PMS). Jego przyczyną może być wiele czynników, poczynając od zaburzeń w wydzielaniu hormonów, prostaglandyn i neuroprzekaźników, a na wahaniami poziomu cukru we krwi i zmian w gospodarce wodno-elektrolitowej kończąc. Szczególną rolę przypisuje się zaburzeniom w wydzielaniu serotoniny i innych neuroprzekaźników. Większość kobiet odczuwających PMS, podobnie, jak osoby cierpiące na SAD, często doznaje napadów nadmiernego apetytu i zwykle, na ok. 2 tygodnie przed miesiączką spożywa aż o ok. 87% kalorii więcej niż w pozostałych dniach miesiąca (Somer, 1995).

Występujące w tym okresie przygnębienie, zmiany nastroju, drażliwość zwiększają apetyt na słodkie. Ma to związek ze zmianami hormonalnymi, jakie obserwuje się w tym czasie w organizmie kobiety. Wzrostowi wydzielania żeńskich hormonów płciowych i objawom PMS towarzyszy spadek poziomu serotoniny. To właśnie obniżony poziom tego neuroprzekaźnika jest przyczyną wzmożonego apetytu na węglowodany. Kobiety, u których stwierdzo-

no objawy PMS, w okresie przedmiesiąrcyjnym, zwiększają spożycie węglowodanów przeciętnie o 24% w czasie posiłków, a o 42% między posiłkami.

Spożycie bogatego w węglowodany posiłku prowadzi do wzrostu poziomu serotoniny, a tym samym poprawia nastroj, zmniejsza napięcie, działa uspokajająco. Istnieje również hipoteza o szczególnej roli tłuszczu w objawach depresji i zmienności nastroju przed miesiączką. Tłuszcz powoli trawiony w przewodzie pokarmowym powoduje obniżenie poziomu serotoniny i w konsekwencji obniżony nastroj. Ten z kolei skłania kobiety do zjedzenia czegoś słodkiego.

Wydaje się także, że poziom endorfin przyczynia się do wystąpienia PMS. Najwyższe wydzielanie endorfin obserwuje się w okresie poowulacyjnym, a następnie ich poziom sukcesywnie spada. Może to powodować depresję, drażliwość, wzmożone uczucie głodu i nadmierny apetyt. Ponadto niektóre badania wykazały, że organizmy osób nadmiernie się objadających wytwarzają mniej endorfin niż organizmy osób szczupłych (Hollis, 2000).

Za skłonność do przejadania się mogą być także odpowiedzialne zażywane substancje psychoaktywne. Wśród nich wymienia się alkohol, który pobudza głód, choć wskazuje się także na jego działanie hamujące apetyt. Podobną rolę może pełnić marihuana, której przypisuje się zwiększanie odczucia głodu, a co za tym idzie skłonność do jedzenia. Natomiast substancją, która hamuje apetyt jest natomiast nikotyna. Dlatego też niektórzy wykorzystują palenie, jako sposób zabezpieczenia się przed przytęciem.

W tab. 6 zamieszczono wykaz głównych substancji wpływających na regulację apetytu.

TABELA 6. ZESTAWIENIE SUBSTANCJI WPLYWAJĄCYCH NA REGULACJĘ APETYTU

Zwiększające apetyt (oreksygeniczne)	Hamujące apetyt (anoreksygeniczne)
insulina	cholecystokinina
hormony płciowe męskie (androgeny)	hormony płciowe żeńskie (estrogeny, prostaglandyny)
hormony nadnercza	glukoza
neuropeptyd Y	glukagon
glukokortykoidy	serotonina
noradrenalina	leptyna
grelina	oksytocyna
galanina	endorfiny: serotonina, dopamina
leki: neuroleptyki, barbiturany, klonidyna	leki uśmierzające ból (analgetyki)
substancje psychoaktywne: alkohol, marihuana	substancje psychoaktywne: nikotyna, amfetamina, kokaina

Źródło: opracowanie własne.

Wśród biologicznych uwarunkowań predysponujących do występowania otyłości istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne. Wyróżnia się trzy zasadnicze typy otyłości uwarunkowanej genetycznie: jednogenową, wchodzącą w skład zespołu genetycznego oraz wielogenową (Wąsowski i in., 2013). Dwie pierwsze występują rzadko. Otyłość wchodząca w skład zespołu genetycznego oznacza jej współwystępowanie z kompleksem innych zaburzeń (np.

niepełnosprawnością intelektualną, cechami dysmorfii, zaburzeniami narządowymi) w obrębie jednego fenotypu klinicznego. Zespoły te często są wynikiem uszkodzenia więcej niż jednego genu. Najczęściej występującym rodzajem otyłości jest więc otyłość uwarunkowana wielogenowo.

Uważa się, że otyłość jest zależna od co najmniej 20 genów. Jednym z nich jest gen *ob*. Gen ten koduje leptynę. Uszkodzenie tego genu powoduje wstrzymywanie produkcji leptyny, a w konsekwencji zwiększa ryzyko wystąpienia otyłości. Genetyczny aspekt powstania nadmiernej masy ciała próbuje się wyjaśniać w dwóch teoriach fizjologicznych. Pierwsza z nich wskazuje, że ludzie otyli mają patologicznie wysoką ilość komórek tłuszczowych, będących rezultatem wrodzonej tendencji do kumulowania tłuszczu. Druga z teorii głosi, że otyłość jest efektem nieprawidłowości w działaniu mechanizmów regulujących wagę ciała jednostki (Radoszewska, 1993).

Jako przyczynę nadwagi i otyłości wymienia się także dziedziczność. Ocenia się, że dziedziczenie otyłości odgrywa ważną rolę w 25–40% przypadkach (Abraham, Llewellyn-Jones, 2001). Należy jednakże podkreślić, że rozwój otyłości nie jest przesądzony w momencie zapłodnienia; dziedziczy się jedynie skłonność do otyłości, która żeby się rozwinęła, wymaga odpowiednich warunków środowiskowych. Mówi się tu raczej o „dziedziczeniu społecznym”, polegającym na dziedziczeniu pewnych wzorców funkcjonowania, w tym zachowań jedzeniowych (Izdebski, Rucińska-Niesyn, 2009; Mazur, Dudek, 2010).

Prawom dziedziczenia podlega zarówno masa ciała, jak i ilość tkanki tłuszczowej. Jednakowa masa ciała częściej występuje u bliźniąt jednojajowych niż u bliźniąt powstałych z dwóch odrębnych komórek jajowych. Potwierdzają to badania amerykańskie przeprowadzone na prawie 2000 bliźniąt jednojajowych. Ich wyniki dowodzą,

że stopień otyłości u tych bliźniąt jest bardzo zbliżony. Takiego stopnia podobieństwa nie stwierdzono natomiast wśród 2000 bliźniąt dwujajowych. Inne badania prowadzone w Szwecji na 677 parach bliźniaków wykazały, że wśród bliźniąt mających wszystkie geny identyczne występowało duże prawdopodobieństwo nadwagi, w przeciwieństwie do bliźniąt mających wspólną „tylko część dziedzictwa”. Waga bliźniąt tej samej pary – bez względu na to czy wychowywały się razem czy oddzielnie – była podobna. Można przypuszczać, że dziedziczność odgrywa w otyłości większą rolę niż środowisko, choć obydwa czynniki są ważne (Abraham, Llewellyn-Jones, 2001; Wąsowski i in., 2013).

Przeprowadzone badania porównawcze wzrostu i masy ciała osób adoptowanych oraz ich biologicznych i przybranych rodziców są także przykładem obrazującym rolę procesu dziedziczenia w powstawaniu otyłości. Porównując dzieci pod względem wspomnianych parametrów z ich rodzicami biologicznymi i przybranymi stwierdzono, że dzieci te bardziej podobne są do swoich biologicznych rodziców.

Uznaje się, że ryzyko, iż dziecko będzie grube w przyszłości jest większe, gdy jego rodzice są otyli. Ryzyko to wynosi 40%, jeśli jedno z rodziców jest otyłe i 80%, jeśli oboje rodzice są otyli. Natomiast zmniejsza się do 10%, jeżeli żadne z nich nie posiada nadmiernej masy ciała. Prawdopodobieństwo nadwagi jest trzy razy większe u dzieci, których matki są grube. Trochę mniejsze prawdopodobieństwo nadmiaru kilogramów u dziecka występuje w przypadku, gdy otyły jest ojciec.

Wśród zaburzeń metabolicznych przekazywanych genetycznie a sprzyjających otyłości, wymienia się zwiększoną tendencję do odkładania tłuszczu, obniżoną zdolność jego oksydacji i zmniejszoną zdolność do syntezy białka. Stwierdzono także, że długotrwałe, nadmierne

spożycie tłuszczu prowadzi do oporności na działanie leptyny i rozwoju otyłości, co wskazywałoby na nakładanie się czynników środowiskowych i dziedzicznej podatności.

Wielkość masy tłuszczowej dorosłej osoby warunkują wpływy metaboliczne zarówno w okresie życia płodowego, w okresie niemowlęcym, a także w okresie wczesnego dzieciństwa i wiąże się ona ze zwiększeniem liczby i wielkości adipocytów. Osoby z nadwagą mają więcej komórek tłuszczowych i są one większe niż u osób szczupłych. Im więcej posiada się komórek tłuszczowych, tym więcej tłuszczu jest się w stanie zmagazynować. Liczba komórek tłuszczowych może jedynie wzrosnąć, nigdy natomiast nie zmniejsza się. Nadmiar kalorii w postaci niewykorzystanego w przemianach tłuszczu i węglowodanów jest przede wszystkim kierowany do komórek tłuszczowych, w mniejszym stopniu do mięśni. Możliwości magazynowania tłuszczu przez organizm są praktycznie nieograniczone. Szczególnie kobiety są predysponowane do odkładania tłuszczu zapasowego.

Zdolność magazynowania tłuszczu w organizmie zależy od trzech niezależnych czynników:

- 1) ilości komórek tłuszczowych (adipocytów);
- 2) wielkości komórek tłuszczowych;
- 3) sposobu, w jaki organizm dystrybuuje nadmiar kalorii.

Powstawaniu i utrzymywaniu się nadmiernej masy ciała mogą sprzyjać różne choroby i zaburzenia funkcjonowania organizmu, a szczególnie mechanizmów fizjologicznych. Za nadwagę i otyłość mogą być odpowiedzialne choroby gruczołów dokrewnych, przede wszystkim niedoczynność tarczycy czy nadczynność gruczołów nadnerczy. Innym schorzeniem mogącym przyczynić się do tycia u kobiet jest tzw. zespół policystycznych jajników. Są to małe, ale dość liczne torbiele tworzące się w jajnikach i zaburzające ich funkcjonowanie. W efekcie prowadzi to

do wzrostu stężenia męskich hormonów płciowych – androgenów i co za tym idzie do przybierania na wadze. Jednak wymienione choroby i zaburzenia są odpowiedzialne jedynie za 2% przypadków nadwagi i otyłości.

Czynniki biologiczne związane z regulacją apetytu nie są jedynymi przyczynami przejadania się. Istotną rolę pełnią także uwarunkowania środowiskowe (społeczno-kulturowe) oraz psychologiczne.

4.2. Przyczyny społeczno-kulturowe

Czynniki społeczno-kulturowe, a wśród nich również socjodemograficzne, stanowią ważną grupę przyczyn nadmiernego jedzenia, a co za tym idzie, nadwagi i otyłości. Ogólnie, więcej osób z nadmierną masą ciała spotyka się w mieście niż na wsi, co prawdopodobnie wiąże się z różnicami w stylu życia, a zwłaszcza w aktywności fizycznej.

Nadwaga nieco częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn, co można wiązać nie tylko z uwarunkowaniami biologicznymi, ale przede wszystkim z różnicami w zachowaniach żywieniowych i wpływem czynników psychologicznych. Stwierdzono również, że czynnikiem różnicującym może być rasa. Czarni Amerykanie są szczuplejsi niż biali, ale czarne kobiety (Afrykanki i Afroamerykanki) są cięższe od białych kobiet.

Występowanie nadwagi wiąże się z wiekiem. Po 50. roku życia obserwuje się wzrost ciężaru ciała u obu płci, lecz u kobiet jest on wyższy (średnio 7,5 kg, podczas gdy u mężczyzn ok. 5 kg). Okresem, w którym występuje największe prawdopodobieństwo rozwoju otyłości jest przedział wiekowy 40–60 lat.

Czynnikiem istotnym dla rozpowszechnienia zjawiska nadwagi jest także status społeczno-ekonomiczny, chociaż wyniki badań dotyczące tej kwestii nie są jed-

noznaczne, a czynnikiem różnicującym jest m.in. płeć. Ogólnie uważa się, że więcej ludzi otyłych wywodzi się z grupy o najniższym statusie, a wraz z jego wzrostem maleje częstość występowania otyłości. Otyłość u kobiet, pochodzących z najniższych warstw społeczno-ekonomicznych występuje siedmiokrotnie częściej, w porównaniu z jednostkami z warstw najwyższych. Potwierdzeniem tego faktu są dane przytaczane przez Pattona i wsp. (1986), którzy wykazali, że kobiety bardziej zamożne są o 20% szczuplejsze niż mniej wyedukowane. Natomiast mężczyźni z wykształceniem uniwersyteckim i z większymi dochodami są o ok. 20% grubszy od tych, którzy mają wykształcenie średnie i zarabiają mniej. Należy jednak zwrócić uwagę, że w ostatnich latach notuje się wzrost częstości występowania otyłości wśród osób z wysokim statusem społecznym.

Dane dotyczące związku miejsca zamieszkania z rozpowszechnieniem nadwagi i otyłości nie są jednoznaczne, choć zwraca się uwagę, że nieco wyższy odsetek osób otyłych występuje na wsi, w porównaniu z mieszkańcami miast.

Nadmierna masa ciała występuje nieco częściej wśród kobiet bezrobotnych lub pracujących wyłącznie w domu niż aktywnych zawodowo. Częściej też otyłymi są osoby pozostające w związkach małżeńskich/partnerskich niż stanu wolnego.

Z występowaniem nadwagi i otyłości wiąże się charakter pracy i związany z nią poziom stresu. Nadmiarowi kilogramów sprzyjają praca w godzinach ponadwymiarowych, poczucie zmęczenia i niezadowolenie z pracy. Ponadto wzrostowi BMI towarzyszą niższe poczucie kontroli nad realizowanymi w pracy zadaniami, brak równowagi między uzyskiwanymi nagrodami a wkładanym wysiłkiem oraz wyższy poziom stresu w pracy (Kouvonen i in., za: Łuszczynska, 2007).

Nadwaga i otyłość występująca u dzieci również wiąże się ze zmiennymi socjodemograficznymi. Wśród nich warto zwrócić uwagę na status i wykształcenie rodziców. Z badań dzieci francuskich wynika, że jednostki pochodzące z najuboższych sfer społecznych są cztery razy grubsze w porównaniu z dziećmi urzędników (Fricker, 1995). Może to wynikać z faktu, iż model żywienia jest tam oparty na pokarmach o dużej wartości kalorycznej, a dzieci robotników jedzą więcej, głównie ze względu na powszechny wśród ludzi o niższych dochodach kult „solidnego jedzenia”.

W innych badaniach wykazano, że nadmierna waga ciała występowała częściej u tych dzieci, których matki posiadały jedynie wykształcenie podstawowe (Koziej i in. za: Łuszczynska, 2007). Jednak wpływ wykształcenia i statusu społecznego na częstotliwość występowania nadmiernej masy ciała zmniejsza się w ostatnich latach. Większe prawdopodobieństwo występowania nadwagi lub otyłości występuje u tych dzieci, których matki paliły papierosy. Ryzyko wystąpienia nadmiernej masy ciała wiąże się również z przedwczesnym porodem, wysoką wagą urodzeniową dziecka i brakiem bądź krótkim okresem karmienia dziecka piersią. Ryzyko to wzrasta także w sytuacji doświadczania przez dziecko silnie stresujących zdarzeń życiowych, w tym doświadczania przemocy w rodzinie.

Zaobserwowano również związek pomiędzy zajmowaną pozycją dziecka w rodzinie a jego masą ciała. Najmłodsze dzieci często bywają grubsze niż ich starsze rodzeństwo, podobnie jak jedynacy są częściej otyli niż dzieci z rodzin wielodzietnych. Przyczyn tego można upatrywać w przesadnym rozpieszczaniu tych dzieci, wyrażającym się m.in. w przekarmianiu. Im dłużej utrzymuje się nadwaga u dziecka, tym większe jest prawdopodobieństwo, że będzie ono otyłym dorosłym. Dzieci, które mają nad-

wagę w wieku 3–5 lat są czterokrotnie bardziej narażone na otyłość w wieku 20 lat niż ich rówieśnicy szczupli w dzieciństwie. Dzieci z nadwagą w wieku 6–9 lat mają dziesięć razy większe prawdopodobieństwo zostania otyłym dorosłym. Prawdopodobieństwo to rośnie 20 razy dla 15–17-latków (Fricker, 1995).

Rozwój nadmiernej masy ciała niewątpliwie wiąże się z prowadzonym trybem życia, zwłaszcza, gdy jest on podobny (wspólny) dla całej rodziny. Nadwadze sprzyja nie tylko nadmierne jedzenie, ale także brak aktywności fizycznej. Osoby otyłe prowadzą zazwyczaj mniej aktywny tryb życia, a więc wydatkują mniej kalorii na procesy energetyczne.

Występowanie nadwagi i otyłości niewątpliwie wiąże się z rozwojem cywilizacyjnym, dokonującym się postępowaniem technologicznym. Występowaniu otyłości sprzyja trend do upraszczania, ułatwiania i uprzyjemniania życia, zwiększenie liczby stanowisk „pracy siedzącej”, mechanizacja, automatyzacja, korzystanie z urządzeń domowych ułatwiających pracę, a tym samym eliminujących wysiłek fizyczny, komunikacja publiczna czy korzystanie z własnego samochodu, telefon, a nawet pilot telewizora.

Postęp cywilizacyjny w coraz większym stopniu eliminuje pracę mięśni, a więc dobową przemianę materii staje się zdecydowanie niższa. Tym samym obniża się zapotrzebowanie na energię, a nadmiar kalorii jest magazynowany w postaci tłuszczu. Jeżeli dodać do tego niewłaściwe zwyczaje żywieniowe i dużą dostępność wysokokalorycznych produktów spożywczych, to prawdopodobieństwo nadmiernego przyrostu wagi ciała wyraźnie wzrasta. Z kolei, to właśnie nadmiar kilogramów jest najczęściej przyczyną niechęci do wysiłku fizycznego. Ograniczanie oraz unikanie wysiłku fizycznego dotyczy wszystkich grup wiekowych, a więc także dzieci i młodzieży.

Rozwój cywilizacji, a także tzw. kultura konsumpcji, związana z dążeniami do posiadania wielu dóbr o charakterze materialnym (czasami za wszelką cenę), a co za tym idzie, dążenie do poczucia sukcesu narażają ludzi na stres, z którym nie wszyscy radzą sobie w skuteczny sposób. Dla wielu osób sposobem radzenia sobie staje się, więc „ucieczka w jedzenie”.

W ramach uwarunkowań społeczno-kulturowych wskazuje się na rolę kultury i oczekiwań wobec pełnionych ról społecznych. Kultura, w jakiej żyjemy narzuca nam jak się zachowywać, co jeść, jak wyglądać. Dotyczy to przede wszystkim kobiet, od których, z jednej strony oczekuje się dużej aktywności, autonomii, niezależności, dążenia do rozwoju, a z drugiej – podporządkowania się tradycyjnym rolom kobiecym i normom atrakcyjności fizycznej. Kreowany w ten sposób wizerunek „superwomen” staje się dla wielu kobiet celem, do którego dążą, choć niestety rzadko kiedy osiągalnym. Atrakcyjność fizyczna, co wiąże się z posiadaniem szczupłej sylwetki, dla wielu ludzi, zwłaszcza kobiet, jest cenioną wartością. Taki ideał piękna, spostrzegany przez pryzmat wagi ciała, jest akcentowany przede wszystkim w kulturach zachodnich. Atrakcyjne kobiety powinny więc posiadać szczupłą sylwetkę i określone proporcje między tkanką tłuszczową a mięśniową. Nie ulega wątpliwości, że propagowane przez kulturę zachodnią standardy urody są możliwe do spełnienia jedynie przez nielicznych. Obawa, że nie sprosta się oczekiwanym standardom może skłaniać kobiety do nadmiernej koncentracji na jedzeniu i może skutkować zaburzeniami odżywiania się (Bąk-Sosnowska, 2007; Głębocka, 2009).

Ogólnie do głównych czynników o charakterze społeczno-kulturowym (środowiskowym), przyczyniających się do powstania nadwagi i otyłości należą:

- zmiana standardu życia, a przede wszystkim wzrost zamożności (choć pogorszenie się sytuacji materialnej może także powodować wzrost koncentracji uwagi na jedzeniu);
- duża dostępność produktów spożywczych;
- dobra kuchnia rodzinnego domu lub też ubóstwo w okresie dzieciństwa czy młodości;
- uroczystości rodzinne, przyjęcia itp.;
- zmiana miejsca pracy, np. na lżejszą lub mieszczącą się w pobliżu miejsca zamieszkania;
- zaprzestanie uprawiania sportu;
- ważne wydarzenia życiowe, takie jak: przeprowadzka, śmierć lub rozstanie z bliską osobą, przyjście na świat nowego członka rodziny;
- urazy czy długotrwała choroba, ograniczająca lub uniemożliwiająca aktywność fizyczną (ponadto wyleczenie niektórych chorób wymagających przestrzegania diety, jak żółtaczką zakaźną czy choroba wrzodowa może pociągać za sobą tendencję do nadmiernego jedzenia);
- stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych, pobieranie anaboliów przez sportowców czy inne środki farmakologiczne;
- ciąża i „troska o zdrowie” mającego się narodzić dziecka (tzw. „jadanie za dwoje”);
- proces starzenia się, klimakterium, oraz związany z tym spadek aktywności i atrakcyjności wyglądu zewnętrznego, a także atrakcyjności seksualnej;
- przejście na rentę czy emeryturę;
- nieprawidłowe odżywianie (przekarmianie) dziecka, zwłaszcza w pierwszych dwóch latach życia;
- przyswojone nieprawidłowe nawyki jedzeniowe.

Z kolei wśród nieprawidłowych nawyków jedzeniowych można wyróżnić:

- przejadanie się;
- niewłaściwy skład jakościowy spożywanych pokarmów, a zwłaszcza preferowanie tłuszczów, które dostarczają organizmowi dużych ilości energii (1 g tłuszczu to 95 kcal), są łatwo przyswajalne i magazynowane w komórkach tłuszczowych oraz pokarmów bogatych w cukier (należy przypuszczać, że istnieje osobnicza wrażliwość smakowa na pokarmy, która przejawia się m.in. preferowaniem przez osoby z nadmierną masą ciała słodczy i pokarmów tłustych);
- nieregularność lub zbyt mała liczba posiłków. Rytm przyjmowania posiłków ma wpływ na proporcje przekształcania się produktów odżywczych w tłuszcz i białka mięśniowe. Przyrosty tkanki tłuszczowej są tym większe, im rzadziej posiłki są przyjmowane;
- podjadanie między posiłkami, zwłaszcza słodczy i spożywanie dużych ilości słodzonych napojów. Z badań przeprowadzonych przez Pracownię Żywnienia i Żywności Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu wynika, że 80% otyłych pracowników podjadało między posiłkami, a 40% robiło to również w nocy (Owczarek, 1989);
- procesy przetwarzania żywności, dające produkty wysokokaloryczne, zmierzające do eliminacji substancji balastowych; np. biała mąka, czysty cukier, zagęszczone soki owocowe, dosładzane mleko itd.;
- częste biesiadowanie przy suto zastawionym stole;
- hedonistyczna przyjemność jedzenia, a także skłonność do próbowania nowych potraw.

Osoby dorosłe z nadmierną masą ciała, w porównaniu z jednostkami o prawidłowej wadze, wykazują ogólnie gorsze zwyczaje żywieniowe. Przejawia się to w podjadaniu między posiłkami i sięganiu nawykowo po jedzenie, często w sposób nieświadomy. Potwierdzają to wyniki ba-

dań wskazujące, że kobiety z nadwagą wykazują większą tendencję do emocjonalnego i nawykowego przejadania się, a także większą skłonność do stosowania restrykcji dietetycznych (Ogińska-Bulik, Putyński, 2000).

Podobnie dzieci charakteryzujące się nadmierną masą ciała ujawniają zazwyczaj gorsze nawyki jedzeniowe od swych rówieśników z wagą w normie. Różnice te występują już u bardzo małych dzieci (poniżej 5. roku życia). Z badań Weker i in. (2012) wynika, że te charakteryzujące się nadmiarem kilogramów, w porównaniu z jednostkami z wagą w normie, częściej podjadały między posiłkami, częściej też otrzymywały słodkie przekąski (desery, czekolada, ciasta).

Ponadto młodzi ludzie z nadwagą często nie spożywają śniadania, a ich główny posiłek stanowi zazwyczaj późny, obfity obiad, po którym w niedługim czasie następuje równie obfita kolacja. Jedzą rzadko a dużo, a im rzadziej przyjmują posiłki, tym większe są przyrosty tkanki tłuszczowej.

Wyniki badań przeprowadzone w grupie dzieci z nadwagą potwierdziły dodatnie związki między BMI a gorszymi zwyczajami żywieniowymi, w tym przede wszystkim ze stosowaniem restrykcji dietetycznych. Różnice w nawykach żywieniowych widać także w grupie młodzieży. Młodzież z nadwagą ujawniła większą tendencję do nawykowego i emocjonalnego przejadania się niż młodzież z wagą w normie (Ogińska-Bulik, 2004).

Osoby ze skłonnościami do przejadania się (zarówno dzieci, jak i dorośli) jedzą znacznie szybciej oraz znacznie słabiej przeżuwiają pokarmy, co zwiększa prawdopodobieństwo przybierania na wadze.

Dobrze udokumentowana jest tendencja do rodzinnego występowania otyłości. Jest ona uwarunkowana zarówno przez udział czynników dziedzicznych, jak i środowiskowych, takich jak wspólne dla członków rodziny na-

wyki żywieniowe dotyczące ilości i jakości spożywanych pokarmów, podobny tryb życia, styl spędzania wolnego czasu, poziom aktywności ruchowej, warunki materialne i inne. Szczególną rolę odgrywa tu nieprawidłowy, utrwalony w rodzinie sposób żywienia. Najczęściej dziecko dziedziczy „sposób jedzenia” po swoich rodzicach. Polega to na przekazywaniu w rodzinie zwyczajów, co do sposobu, ilości i jakości spożywanych pokarmów. Dziecko naśladuje swoich rodziców i podporządkowuje się panującym w domu zwyczajom żywieniowym, a później często utrwalaje w dorosłym życiu.

Jedzenie może stać się trwałym przyzwyczajeniem, kształtowanym przez rodziców, czemu sprzyjają m.in. stałe, ściśle określone pory karmienia, zmuszanie dziecka do jedzenia, pilnowanie by nic nie pozostawiło na talerzu. Ważne są tu nie tylko przyzwyczajenia rodziców, lecz również sposób wychowania, w którym mniej lub bardziej świadomie, jedzenie staje się środkiem wychowawczym.

Przekarmianie dziecka od najwcześniejszych lat życia przez nadopiekuńczych rodziców i dziadków, ciągle podsuwanie mu różnych przysmaków i dbanie, by dziecko „dobrze wyglądało” powoduje, że organizm od wczesnego dzieciństwa przyzwyczajany jest do przyjmowania zbyt dużej ilości pokarmów (energii), czyli nadmiernego jedzenia. Skłonności do przejadania się w okresie dorosłości służy także wczesne wprowadzenie sztucznego karmienia oraz karmienie dziecka w ściśle określonych godzinach, a nie wtedy, kiedy jest głodne. Więcej dzieci otyłych spotyka się wśród tych, które były karmione butelką niż wśród dzieci karmionych piersią. Dziecko, które na każdy atak płaczu dostaje pokarm, z czasem zaczyna łączyć jedzenie ze sposobem zaspokajania potrzeb uczuciowych i rozwiązywaniem konfliktów.

Pożywienie, a zwłaszcza słodycze, podsuwane przez rodziców są często uzupełnieniem niedostatków rodzi-

cielskich uczuć. Dzieci uczą się w ten sposób uzależnienia dobrego samopoczucia od smaku słodczy, uczą się przyjmować pożywienie w odpowiedzi na frustrację, smutek, nieobecność czy wrogość rodziców oraz radzić sobie z przykrymi wydarzeniami i niezadowolaniem poprzez jedzenie. Wraz z wiekiem to zachowanie się utrwała.

W wielu przypadkach jedzenie jest traktowane przez rodziców jako sposób okazywania miłości czy jako nagroda. Najczęstszą reakcją matki w sytuacji płaczu czy krzyku niemowlęcia jest podanie mu jedzenia. Dziecko uczy się, że jedzenie dostaje się nie tylko wtedy, kiedy się jest głodnym, ale także wtedy, kiedy czuje się samotne, potrzebuje wsparcia lub kiedy czuje ból. Wzór zachowań rodziców zakorzenia się na trwałe i kiedy jednostkę ogarniają negatywne i destrukcyjne emocje, poczucie samotności czy złe samopoczucie, pociesza się jedząc, choć nie odczuwa głodu. Jedzenie może więc stać się typową reakcją w obliczu konfliktów.

Nagradzanie dziecka jedzeniem powoduje, że uczy się ono, że jeśli zrobi coś pożądanego, coś, co podoba się rodzicom, to dostanie za to jakiś smakołyk. Ta wiedza przechodzi na dorosłe życie. Oznacza to, że jedzenie może służyć jako nagroda za wykonaną pracę oraz jako sposób rozluźnienia się i odprężenia.

Niektórzy badacze negują rolę rodziny, jako istotnego czynnika prowadzącego do nadwagi. W badaniach Zubrzyckiej (2002) nie znaleziono wyraźnego modelu czy wzoru zachowania w rodzinie, który prowadziłyby do otyłości. Stwierdzono natomiast, że osoby z nadmierną masą ciała były bardzo oddane swojej rodzinie, dbały o jej członków, czasami nawet przesadnie, ograniczając wolność czy samodzielność swoich dzieci.

Za przyczynę nadmiernej masy ciała można także uznać stosowanie kuracji odchudzających (Baumeister i in., 2000; Ogden, 2003; Ogińska-Bulik, 1999, 2004).

Stosowanie diet w wielu przypadkach prowadzi do wagi wyższej niż przed odchudzaniem. Stosowanie diet – zaprzestanie i przejadanie się – znów stosowanie diet – ponowne „złamanie” diety prowadzi do efektu „jo-jo” i w rezultacie do tycia. Więcej informacji na ten temat przedstawiono w rozdz. 5.

Na obecnym etapie badań trudno jest stwierdzić, czy główną rolę w rodzinnym występowaniu otyłości odgrywają czynniki genetyczne, czy też nabyte w rodzinach modele żywieniowe i mało aktywny tryb życia. Uznaje się, że w rodzinnym charakterze otyłości obydwa te elementy pełnią istotną rolę, jednakże większe znaczenie należy przypisać preferowanym zachowaniom żywieniowym.

4.3. Przyczyny psychologiczne

4.3.1. Psychologiczne teorie powstawania nadwagi i otyłości

Nadwaga i otyłość nie są wyłącznie sprawą pożywienia, wagi czy wymiarów ciała, lecz są nierozzerwalnie związane z czynnikami natury psychologicznej. Z reguły u podłoża nadwagi i otyłości leżą problemy emocjonalne, stres, negatywny obraz siebie, niskie poczucie własnej wartości, a także, zwłaszcza u młodzieży, potrzeba określenia własnej tożsamości. Sytuacje konfliktowe, długotrwałe stany napięć psychicznych, silne emocje mogą przyczyniać się do nadmiernego jedzenia i w konsekwencji prowadzić do nadwagi. Należy jednak pamiętać, że niektórzy na tego typu sytuacje mogą reagować obniżeniem apetytu i spadkiem wagi ciała. Co więcej, przeżywane problemy mogą być przyczyną zaburzeń odżywiania się, związanych z powstrzymywaniem się od jedzenia, czego przykładem jest anoreksja.

Teorie psychologiczne służą wyjaśnieniu genezy zjawiska, jakim jest otyłość, jej uwarunkowania i mechanizmy. Posługują się one jednak odrębną terminologią i przyjętymi założeniami teoretycznymi. Wśród różnych ujęć psychologicznych można wyróżnić kilka głównych, z których wynikają także określone zasady i techniki terapii oraz zmiany zachowań jedzeniowych. Chodzi tu przede wszystkim o teorie psychodynamiczne, nawiązujące w głównej mierze do ujęcia psychoanalitycznego i psychosomatycznego oraz behawiorystyczne i poznawcze.

W koncepcjach psychodynamicznych zwraca się uwagę na konflikty, których źródła sięgają doświadczeń z okresu dzieciństwa. Negatywne wydarzenia życiowe, jak np. odrzucenie emocjonalne dziecka przez matkę, czy zaburzone relacje z rodzicami mogą predysponować jednostkę do nadmiernego jedzenia. Wynikająca z objadania się nadwaga i otyłość są traktowane jako konsekwencja niepowodzeń związków emocjonalnych w rodzinie. Zwraca się także uwagę, że narzucanie dziecku przez matkę jej własnych potrzeb, i ignorowanie potrzeb dziecka (co np. przejawia się w jego karmieniu według sztywno ustalonych godzin, a nie wtedy, kiedy jest głodne), może przyczynić się do zakłócenia jego percepcji własnego ciała, potrzeb i emocji. Istotnym czynnikiem prowadzącym do nadmiernego jedzenia mogą być także nieprawidłowości w zakresie kształtowania się własnej tożsamości, wynikające z procesu oddzielania się dziecka od matki.

W koncepcji psychoanalitycznej wśród przyczyn nadmiernej masy ciała uwzględnia się słabsze *ego*, silny konflikt w fazie edypalnej, przemieszczenie tego konfliktu w obręb ciała, brak oparcia w matce, przy zagrażającym lub słabym ojcu, lub pragnienie zatrzymania tendencji rozwojowych. Otyłość może być również przejawem niepowodzenia w działaniu mechanizmów regulujących włas-

ne *ja*, a przede wszystkim jest uznawana za formę jego obrony.

W modelu psychosomatycznym, zakładającym wpływ psychiki na rozwój chorób, otyłość jest traktowana jako somatyczne odzwierciedlenie niepowodzenia w funkcjonowaniu mechanizmów psychicznych jednostki. Prezentuje się tu wiele hipotez dotyczących mechanizmów powstawania otyłości. Jedną z nich jest hipoteza „fałszywego głodu”, który stanowi wyuczoną reakcję na stres. Osoba postrzegająca zagrożenie myli niebezpieczeństwo z głodem i redukuje napięcie poprzez jedzenie, co z reguły doprowadza ją do tycia. Uważa się również, że otyli nie potrafią różnicować swoich stanów emocjonalnych z głodem i że jedzenie jest ekwiwalentem pobudzenia emocjonalnego.

Jedzenie może stanowić czynnik odwracający uwagę od bodźca awersyjnego. Może być również sposobem uniknięcia zagrożenia. Otyłość jest rozpatrywana również jako efekt nieadekwatnego interpretowania przez rodziców płaczu dziecka. Rodzice najczęściej uznają płacz dziecka, będący efektem przeżywanych emocji, za płacz z głodu. W konsekwencji dziecko poszukuje jedzenia, jako gratyfikacji swoich potrzeb, ilekroć znajdzie się w sytuacji dyskomfortu emocjonalnego.

W nurcie psychosomatycznym zwraca się także uwagę na wewnątrzrodzinne uwarunkowania otyłości. Rodzina osoby otyłej jest charakteryzowana jako rodzina o silnych granicach zewnętrznych. Oznacza to, że jest ona nastawiona na dbałość o zewnętrzną, fasadową stronę życia rodzinnego. Charakteryzuje ją niechęć do zmian, szczególnie, jeśli tej zmianie miałyby towarzyszyć ujawnianie uczuć negatywnych. Takie rodziny charakteryzują się także nasiloną lojalnością międzypokoleniową, która w skrajnym wymiarze może się wyrażać podobieństwem stylu życia i odżywiania się, podobieństwem stosunku do własnego ciała, a nawet podobieństwem objawów.

Obok tego klasycznego modelu przypisywanego rodzinie spotyka się również opisy świadczące o znacznej dezintegracji życia rodzinnego osób z zaburzeniami odżywiania. Zwraca się uwagę m.in. na konieczność rozwiązania problemu dominacji w rodzinie, lojalności wobec rodziny wyrażanej w utrzymywaniu nadmiernej wagi (utrata wagi przeżywana jest jako nielojalność i zdrada).

Podjęcie behawiorystyczne opiera się na teorii uczenia się. Ważną rolę w takich zachowaniach, jak objadanie się odgrywają procesy warunkowania klasycznego i instrumentalnego. Behawioryści, zwracając uwagę na mechanizm powstawania nadwagi i otyłości, wskazują na brak równowagi pomiędzy ilością przyjmowanego pokarmu a aktywnością człowieka. Za główne determinanty powstawania otyłości uważają niewłaściwe zachowania jedzeniowe, których jednostka uczy się w wyniku oddziaływań środowiskowych. Proces uczenia się odbywa się przede wszystkim poprzez kojarzenie bodźców i reakcji związanych z jedzeniem (np. kojarzenie dobrego samopoczucia z jedzeniem). Te niewłaściwe zachowania jedzeniowe przejawiają się m.in. brakiem ustalonych pór posiłków, jedzeniem między posiłkami, przyzwyczajeniem do dań wysokokalorycznych, a także sięganiem po jedzenie w sytuacjach złego samopoczucia, stresu czy obniżonego nastroju.

W teoriach poznawczych, czy poznawczo-behawioralnych (łączą one założenia obydwu teorii), główną rolę w nabywaniu, podtrzymywaniu lub eliminowaniu zachowań związanych ze zdrowiem przypisuje się roli myślenia, przekonań i wyobrażeń. Otyłość jest traktowana jako rezultat niepowodzeń w działaniu mechanizmów kontroli. Dotyczy to zarówno kontroli na poziomie behawioralnym (zachowań jedzeniowych), jak i kontroli w zakresie procesów poznawczych (myśli, wyobrażeń dotyczących jedzenia). Ludziom z nadmierną masą ciała przypisuje się dominację zewnętrznego poczucia kontroli oraz brak zdol-

ności do sprawowania kontroli, w tym również własnych zachowań jedzeniowych. Kształtując określony sposób myślenia czy zmieniając przekonania jednostki można wpływać – przynajmniej w pewnym stopniu – na podejmowane przez nią zachowania jedzeniowe.

Niezależnie od przyjmowanej koncepcji psychologiczne przyczyny nadmiernego jedzenia, a co za tym idzie nadwagi i otyłości, można sprowadzić do czterech kategorii, którymi są zaburzenia procesu samoregulacji, podmiotowe właściwości jednostki, w tym jej przekonania, oczekiwania i predyspozycje osobowościowe, przeżywane emocje oraz doświadczany stres i deficyty w zakresie radzenia sobie z nim.

4.3.2. Zaburzenia mechanizmu samoregulacji

Nadmierne jedzenie spostrzegane jest przez wielu badaczy jako zaburzenie samoregulacji, wyrażające się przede wszystkim w trudnościach kontrolowania ilości przyjmowanego pokarmu (Baumeister i in., 2000). U około 30% osób, głównie otyłych, występuje nieumiejętność regulowania ilości przyjmowanych pokarmów, a okresy przejadania się, a nawet obżarstwa, występują u co piątej kobiety. Samoregulacja procesu jedzenia nie jest zadaniem prostym. Niektórym udaje się kontrolować jedzenie w rozsądnych granicach, z okazjonalnym przejadaniem się, które nie musi prowadzić do niepowodzeń w samokontroli. Jednak u wielu ludzi, którzy otwarcie i nadmiernie starają się kontrolować swoje jedzenie (jak np. odchudzający się) mogą wystąpić problemy z samoregulacją, łącznie z utratą kontroli nad jedzeniem. To z reguły prowadzi do przejadania się.

Nadmiernemu jedzeniu sprzyja zmniejszenie monitorowania bądź brak kontroli ilości przyjmowanych pokarmów. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, kiedy jedzenia jest dużo i jest ono dostępne (np. na przyjęciach).

Spożywanie pokarmów przybiera w takich sytuacjach charakter automatyczny (ludzie jedzą, nie zdając sobie z tego sprawy). Wiele sytuacji, z którymi człowiek ma do czynienia może skłaniać go do takiego automatycznego, niekontrolowanego jedzenia. Niektórzy ludzie przejadają się podczas oglądania telewizji, czytania, czy przebywając w towarzystwie.

Sytuacje grupowe sprzyjają redukcji samoświadomości i pociągają za sobą odhamowanie zachowań (brak monitorowania własnych zachowań), które w normalnych warunkach są hamowane. Jest to szczególnie istotne u osób odchudzających się, u których kontrola własnych zachowań jest niezbędnym warunkiem powodzenia stosowanych kuracji. Stwierdzono na przykład, że w warunkach słabego monitorowania osoby odchudzające się zjadały więcej cukierków niż osoby, które się nie odchudzały.

Zmniejszenie intensywności monitorowania lub całkowite jego zaniechanie ma istotny wpływ na niepowodzenie w zakresie regulowania procesu jedzenia. Ograniczenie samoświadomości prowadzi do zwiększenia ilości przyjmowanych pokarmów. W jednym z badań wykazano, że kobiety odchudzające się jadły trzy razy więcej wtedy, kiedy z zaangażowaniem oglądały film, niż wtedy, kiedy zajmowały się innymi czynnościami wymagającymi wysokiego poziomu samoświadomości.

Czynnikiem sprzyjającym ograniczeniu monitorowania zachowań związanych z jedzeniem jest także spożywanie alkoholu, prowadzące do odhamowania. Podawanie alkoholu osobom odchudzającym się z reguły powoduje rezygnację z ograniczeń jedzeniowych. Zauważono także, że 44% osób z bulimią pije alkohol przed napadem żarłoczości. Alkohol zmniejsza samoświadomość, co sprzyja rezygnacji z monitorowania zachowań związanych z jedzeniem, a co za tym idzie zwiększa prawdopodobieństwo przejadania się.

Z kolei zwiększenie samoświadomości prowadzi do skutecznej samoregulacji w zakresie przyjmowania pokarmów. Jeśli ktoś sądzi, że jest obserwowany podczas jedzenia to z reguły zjada mniej. Jeśli poprosi się osobę odchudzającą się o dokładne kontrolowanie spożywanego pokarmu (liczenie każdego ciastka czy mierzenie porcji) to jej hamulce stają się silniejsze i jest ona bardziej odporna na wystąpienie napadów objadania się. Podobną rolę mogą pełnić procesy poznawcze. Werbalizowanie własnych przemyśleń (co ma na celu zwiększenie samoświadomości) pociąga za sobą większą kontrolę zachowań związanych z jedzeniem.

Natomiast ograniczonej kontroli nad ilością spożywanego pokarmów sprzyjają bodźce związane z jedzeniem, takie jak widok czy zapach pokarmów. Niektóre osoby, a zwłaszcza jednostki z nadmierną masą ciała, mogą być szczególnie wrażliwe na bodźce zewnętrzne. Wykazano m.in., że osoby otyłe wydają się być niewrażliwe na wewnętrzne bodźce związane z odczuwaniem głodu, co może wskazywać, że kontrolują one jedzenie kierując się bodźcami zewnętrznymi, takimi jak pora dnia, ilość jedzenia czy bodźce społeczne. Ujawniono również, że smak lodów wywiera większy wpływ na osoby z nadmierną masą ciała – jadły one więcej lodów o dobrym smaku niż złym (zły smak uzyskano przez dodatek chininy), niż jednostki z wagą prawidłową. Ponadto wykazano, że osoby z nadwagą, w porównaniu z osobami szczupłymi, zjadały więcej kanapek, jeżeli znajdowały się one na stole, niż w sytuacji, kiedy trzeba było sięgać po nie do lodówki.

Inne dane wskazały, że otyli klienci częściej zamawiali desery wówczas, gdy zostały one im pokazane. W jeszcze innym eksperymencie stwierdzono, że otyli jedzą więcej, kiedy jedzenie jest jasno oświetlone, niż wtedy, gdy znajduje się w miejscu zaciemnionym. Na apetyt ludzi o normalnej wadze oświetlenie nie miało wpływu. Podkreśla

się, że widok i bliskość jedzenia mają na osoby otyłe silniejszy wpływ niż odczuwany przez nich głód. Kiedy znikają bodźce wzrokowe, jednostka otyła traci motywację do zdobywania jedzenia.

Stwierdzono także, że u osób otyłych występuje wzmożone wydzielanie śliny w odpowiedzi na kuszące bodźce pokarmowe, co potwierdza, że u tych osób bodźce zewnętrzne wywołują silną potrzebę jedzenia. Tak więc prawdopodobieństwo przejadania się rośnie w obecności bodźców zewnętrznych związanych z jedzeniem. Bodźce te przyciągają uwagę i stanowią niejako mechanizm spustowy dla chęci jedzenia. Wyniki niektórych badań wykazały także, że to przede wszystkim osoby odchudzające się są bardziej wrażliwe na bodźce zewnętrzne związane z jedzeniem niż osoby, które nie stosują diety.

Wśród osób, które utraciły kontrolę nad procesem jedzenia można wyróżnić jednostki, które charakteryzują się tzw. przedziałowym lub punktowym stylem jedzenia. Ten pierwszy oznacza trudności przestrzegania zaleceń jedzeniowych, co do ilości pożywienia, czasu, miejsca i sposobu spożywania posiłków. Ten drugi dotyczy osób, dla których charakterystyczne jest przestrzeganie stałych pór jedzenia, odrzucanie niektórych produktów czy sposobów jedzenia.

Tak więc kluczem do skutecznego regulowania jedzenia jest monitorowanie ilości przyjmowanych pokarmów, a to z kolei jest jednym z ważniejszych czynników decydujących o skutecznym odchudzaniu się. Czynnikiem utrudniającym proces samoregulacji i przez to sprzyjającym nadmiernemu jedzeniu mogą być natomiast trudności z unikaniem (powstrzymywaniem się) myślenia o jedzeniu. Prowadzone w tym obszarze badania wykazały, że osoby, u których występują napady objadania się oraz osoby, które przewlekłe się odchudzają mają problemy z tłumieniem myśli o jedzeniu, a nawet są nimi owładnię-

te (Herman, Polivy, 1993). Autorzy badań powoływali się na relacje badanych osób, z których większość przyznawała, że im bardziej starali się nie myśleć o jedzeniu, tym większą odczuwali potrzebę jedzenia.

Ograniczonej samokontroli może sprzyjać zmęczenie. U wielu ludzi skłonność do przejadania się zwiększa się pod koniec dnia, kiedy są zmęczeni lub ich możliwości radzenia sobie są wyczerpane. Przeważnie napady obżarstwa występują pod koniec dnia, późnym wieczorem, albo w nocy. Jednostki otyłe z reguły nie odczuwają głodu rano, natomiast wieczorem przejawiają nieumiarkowaną potrzebę jedzenia. Natomiast poranne epizody nadmiernego jedzenia należą do rzadkości.

Czynnikiem zaburzającym proces samoregulacji i przez to wpływającym na przejadanie się jest stosowanie diet odchudzających, zwłaszcza w sposób przewlekły. Ich nieskuteczność w procesie regulowania wagi ciała została przedstawiona w rozdz. 5.

4.3.3. Przekonania, oczekiwania i predyspozycje osobowościowe

Przyczyną nadmiernego jedzenia mogą być określone przekonania i oczekiwania jednostki dotyczące zarówno świata zewnętrznego, jak i własnej osoby oraz posiadane przez nią właściwości osobowości. Tworzą one grupę czynników, określanych mianem zasobów osobistych. Zasoby pełnią istotną rolę dla zdrowia jednostki, jak i w procesie radzenia sobie ze stresem.

Rolę posiadanych przekonań dla podejmowanych zachowań, w tym związanych z jedzeniem, akcentuje przede wszystkim koncepcja poznawcza. Do przekonań, które zwiększają ryzyko nadmiernego jedzenia można zaliczyć negatywny obraz siebie, niskie poczucie własnej wartości i skuteczności, pesymizm, zewnętrzne umiejscowienie kontroli (w tym zdrowia) czy słabą kontrolę wolicjonalną. Szcze-

gólnie ważne wydają się tu irracjonalne przekonania jednostki dotyczące własnej osoby, a zwłaszcza wyglądu.

Dostępne badania potwierdzają rolę posiadanych przez jednostkę zasobów, a właściwie ich deficytu, w procesie nadmiernego jedzenia prowadzącego do nadwagi i otyłości, zarówno u mężczyzn, jak i kobiet (Ogińska-Bulik, 2004). Wskazują one, że osoby z tendencją do przejadania się oraz osoby z nadmierną masą ciała, w porównaniu z jednostkami z wagą w normie, ujawniają niższe poczucie własnej wartości, skuteczności, niższy poziom optymizmu życiowego, a także niższy poziom kontroli wolicjonalnej (siły woli). Wykazują także bardziej zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli.

Istotną rolę w skłonności do nadmiernego jedzenia odgrywa również skłonność do uogólnień. Odnosi się ona do przekonania, że niepowodzenie w jednej sprawie dotyczy wszystkich innych wydarzeń. Niepomyślne zakończenie jednej sprawy, jedna drobna słabość traktowane są jako zapowiedź totalnej klęski. Towarzyszące tego typu przekonaniom pesymistyczne nastawienie z reguły je utwierdza. Wzbudza to negatywne emocje i potrzebę szukania pocieszenia, najczęściej w jedzeniu. Innymi słowy, wyolbrzymianie drobnych niepowodzeń i niedoceniaanie swoich mocnych punktów prowadzi do obniżenia poczucia własnej wartości, braku pewności siebie, niezadowolenia z siebie i poczucia winy. To z kolei skłania jednostkę do szukania ukojenia tam, gdzie praktycznie zawsze można je znaleźć – czyli w lodówce. Niestety, po takim – najczęściej chwilowym ukojeniu – u wielu osób (zwłaszcza z nadwagą) znów pojawia się poczucie winy. Tak zamyka się błędne koło.

Inne, powszechnie panujące przekonania, również mogą sprzyjać przejadaniu się. Przekonanie *jedzenie to miłość* powoduje, że najlepszym sposobem okazania uczuć jest wspólne zasiadanie do stołu. Z kolei przekona-

nie *jedzenie to wyraz odpowiedzialności* – nakazuje zjeść wszystko, co znajduje się na talerzu, nie można przecież marnować jedzenia, gdy miliony ludzi głodują. Z kolei przekonanie *jedzenie to nagroda* – oznacza, że najlepszym sposobem nagradzania tych, których się lubi, w tym także siebie, jest przygotowanie jedzenia.

Zwraca się także uwagę na szczególne cechy osobowości oraz na dominujące mechanizmy radzenia sobie ze stresem stosowane przez ludzi z nadmierną masą ciała. Najczęściej takim osobom przypisuje się bierność, niedojrzałość, brak zdecydowania, bezradność w sytuacjach trudnych, niską samoocenę, pesymizm, trudności w uzewnętrzaniu uczuć negatywnych, zwłaszcza gniewu (Radoszewska, 1994).

Wymiarami osobowości, które zdają się sprzyjać nadmiernemu jedzeniu są przede wszystkim neurotyczność i introwersja (Pietrzykowska, Wierusz-Wysocka, 2008). U osób neurotycznych, a więc skłonnych do przeżywania negatywnych emocji oraz introwertywnych, dla których charakterystyczne jest izolowanie się od innych i zamykanie się w sobie, jedzenie może pełnić funkcję łagodzenia przykrych stanów emocjonalnych i poczucia osamotnienia. Podobną rolę zdaje się pełnić osobowość typu D, łącząca skłonność do przeżywania negatywnego afektu z zahamowaniem społecznym. Pozytywny związek obydwu wymiarów osobowości typu D z tendencją do kompulsywnego objadania się potwierdzają wyniki badań Ogińskiej-Bulik (2009), choć należy dodać, że silniejsze korelacje dotyczyły negatywnej emocjonalności niż hamowania społecznego.

Jedzenie może być także traktowane, jako sposób uchyłania się od odpowiedzialności, przede wszystkim za własne życie, od uświadamiania sobie własnych problemów czy ogólnie, jako forma obrony przed poznaniem siebie. Określa się ponadto, że osoby skłonne do nadmiernego jedzenia

charakteryzuje perfekcjonizm odnoszący się do różnych sfer życia (poza jedzeniem). W badaniach Brytek-Matery i Charzyńskiej (2009) wykazano, że kobiety otyłe, w porównaniu z kobietami z wagą w normie, charakteryzowały się silniejszym perfekcjonizmem, ale także większym niezadowolaniem z własnego ciała, dystansem w stosunku do innych i wyższym poczuciem nieskuteczności.

Osoby otyłe, w porównaniu z osobami z wagą w normie, częściej są pracoholikami, ale jednocześnie charakteryzuje je lęk przed sukcesem. Ludzie ze skłonnością do przejadania to tzw. „przymilacze” – mili, wyrozumiali dla innych, gotowi do pomocy. Czasami wręcz odgadują oczekiwania innych i starają się je zaspokajać. Występuje u nich także skłonność do izolowania się od innych, a co za tym idzie, łagodzenia samotności jedzeniem (Hollis, 2000).

Pragnienie pocieszenia się jedzeniem może pojawić się w każdej chwili, ale pewne czynniki bardziej temu sprzyjają. Są to m. in. zmęczenie, osamotnienie, zły nastrój, pesymizm, negatywne myślenie o sobie, niskie poczucie własnej wartości i skuteczności oraz słaba kontrola wewnętrzna. Osoby z niską samoocena, chcąc poczuć się kimś ważnym, wartościowym, zapewnić sobie odrobinę radości, szukają go w jedzeniu. To z kolei, zwłaszcza, gdy konsekwencją jest wzrost masy ciała, pociąga za sobą wzrost poczucia winy i gorsze samopoczucie.

Posiadane zasoby i właściwości osobowości wiążą się także z zachowaniami jedzeniowymi i masą ciała u dzieci i młodzieży, choć należy podkreślić, że ich rola w procesie nadmiernego jedzenia i występowania nadwagi i otyłości w tej grupie wiekowej, w porównaniu z dorosłymi, jest nieco mniejsza. Wynika to m.in. z kształtujących się jeszcze procesów poznawczych i rozwijającej się wciąż osobowości. Podobnie, jak u dorosłych, szczególne znaczenie w procesie nadwagi i otyłości przypisuje się samoocenie.

Dziecko, które czuje się w domu nieakceptowane, niekochane, odrzucone, ciągle jest krytykowane (a czasami nawet poniżane), które jest niezadowolone z własnego wyglądu, nie czuje się dobrze „we własnej skórze”, potrzebuje pocieszenia. Jeśli nie znajdzie go w najbliższym otoczeniu, nauczone doświadczeniem z wczesnego dzieciństwa, poszuka go w jedzeniu. Jedzenie pomaga mu zapomnieć o troskach i kłopotach. Z czasem młody człowiek może te przekonania rozszerzyć na wszystkie sfery swego życia, nie tylko rodzinną, ale także szkolną i towarzyską.

Z badań Ogińskiej-Bulik (2004) wynika, że wśród zasobów, obejmujących poczucie własnej wartości, skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia, jedynie poczucie własnej wartości dotyczące *ja* rodzinnego okazało się różnicować grupę dzieci z nadwagą od dzieci z wagą w normie. Natomiast w grupie młodzieży zasobami, które różnicowały osoby o odmiennych zachowaniach jedzeniowych (tj. lepszych i gorszych) okazały się poczucie własnej wartości, skuteczności, dyspozycyjny optymizm i kontrola wolicjonalna. Wykazano ponadto, że poziom poczucia własnej skuteczności był niższy u osób z nadwagą w porównaniu z jednostkami z wagą w normie.

4.3.4. Emocje

Ogólnie emocje wywołują głód. Takie emocje jak lęk, strach, rozczarowanie, złość lub żal, a czasami nawet paradoksalnie radość powodują, że osoby niekontrolujące odruchu jedzeniowego sięgają do lodówki. Jedzenie staje się dla nich lekarstwem na wszystkie problemy. W wielu badaniach znajdziemy potwierdzenie, że zwiększona potrzeba jedzenia jest wynikiem negatywnych emocji, obniżonego nastroju i złego samopoczucia (Baumeister i in., 2000; Ogińska-Bulik, 1999, 2004; Somer, 1995; Zubrzycka, 2002). Skłonność do nadmiernego jedzenia może być także reakcją na doświadczany lęk. Pierwsze doniesienia

mówiące o jedzeniu jako reakcji na lęk pochodzą od psychoanalityków. Przedstawiciele tego kierunku tłumaczyli ten związek jako fiksację na oralnym etapie rozwoju lub regresję do tego poziomu. Związek pomiędzy lękiem a jedzeniem wywodzi się z czasowej zbieżności pomiędzy negatywnymi stanami psychicznymi a głodem.

Związek między odczuwanym lękiem a skłonnością do nadmiernego jedzenia oraz zwiększoną masą ciała potwierdzają wyniki prowadzonych badań. W jednym z nich wykazano, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety o gorszych nawykach żywieniowych, charakteryzujących się przede wszystkim tendencją do przejadania się ujawniali wyższy poziom lęku. Z innych badań wynika, że kobiety otyłe cechują się wyższym poziomem lęku w porównaniu z kobietami o prawidłowej wadze (Ogińska-Bulik, Chanduszkowska-Salska, 2000). Im większą nadwagą charakteryzowała się jednostka, tym większe prawdopodobieństwo, że będzie ona jadła w sytuacji lęku.

Podobne zależności ujawniono w grupie dzieci. Jednostki z nadwagą charakteryzowały się wyższym poziomem lęku (lęk rozumiany zarówno jako chwilowy stan jednostki, jak i stała cecha osobowości) oraz wyższym poziomem agresji niż dzieci z wagą w normie (Ogińska-Bulik, 2004).

Objadanie się może być również traktowane jako wynik niespecyficznych napięć, związanych np. z wystąpieniem choroby somatycznej (forma ucieczki przed stresem). Hollis (2000) wskazuje, że można się objadać także ze strachu przed byciem głodnym.

Niektórzy autorzy podkreślają jednakże, że tym, co wywiera wpływ na przejadanie się nie jest rodzaj lęku, ale to, czy źródło lęku daje się łatwo zidentyfikować i czy można go kontrolować. Stwierdzono m.in., że w sytuacji dużego pobudzenia i nieznanego źródła tego pobudzenia, osoby z nadwagą jadły znacznie więcej niż w sytuacjach

niezwiązanych z pobudzeniem. W innym badaniu wykazano, że możliwość kontrolowania źródła pobudzenia emocjonalnego zapobiega objadaniu się, pomimo silnego pobudzenia. Stwierdzono także, że napięcie emocjonalne zwiększa skłonności do sięgania po jedzenie, przede wszystkim u osób odchudzających się. Baumeister i in. (2000) podkreślają, że w warunkach napięcia emocjonalnego zwiększa się prawdopodobieństwo załamania się procesu samoregulacji, co prowadzi do ograniczenia monitorowania zachowań związanych z jedzeniem.

Napięcie prowadzące do nadmiernego jedzenia jest związane przede wszystkim z własnym *ja*. Wykazano, że zagrożenie dla *ja* lub zakłócenie spokoju emocjonalnego powoduje istotne zwiększenie ilości spożywanych pokarmów, głównie w przypadku osób z nadmierną masą ciała i osób odchudzających się. Natomiast zagrożenie fizyczne nie wpływa na nasilenie jedzenia. Potwierdzono to w badaniach, które dostarczyły danych wskazujących, że osoby przeżywające lęk związany z wystąpieniem publicznym jadły więcej niż osoby poddane strachowi przed wstrząsem elektrycznym (strach fizyczny). Wskazuje to na rolę własnego *ja* w odhamowaniu jedzenia. Przy czym zwraca się uwagę, że behawioralne następstwa stanu emocjonalnego zależą od interpretacji źródeł tego stanu. Przypisywanie złego nastroju jakiemuś czynnikowi sytuacyjnemu (strach przed konkretnym bodźcem) z reguły nie pociąga wyraźnych konsekwencji dla własnego *ja*, a tym samym w niewielkim stopniu wpływa na zachowania jedzeniowe.

Wskazywałoby to, że jeżeli jednostki z nadwagą i odchudzające się mogą przypisać swój zły nastrój konkretnej przyczynie, zwykle się wtedy nie objadają. Kiedy natomiast brak jest takich sytuacyjnych wyjaśnień, ludzie zaczynają rozmyślać nad sobą, poszukując w sobie przyczyn złego nastroju (koncentracja na *ja*), a to pociąga za sobą potrzebę jedzenia.

Baumeister i in. (2000) podkreślają, że wydarzenia prowadzące do wystąpienia napięcia emocjonalnego mogą przełamać umiejętności obronne osób ze skłonnościami do nadmiernego jedzenia (w tym przewlekłe odchudzających się). Wyzwania dla *ja* mogą stać się przyczyną dyskomfortu i powodować, że jednostka usiłuje od nich uciec, aby poprawić sobie nastrój. Ucieczce przed negatywnymi odczuciami na własny temat może towarzyszyć ograniczenie samoświadomości lub refleksji nad sobą. Ponieważ ograniczenie samoświadomości wiąże się z przejadaniem, taka ucieczka może oznaczać odhamowanie jedzenia.

Czynnikiem związanym z emocjami i zaburzającym proces samoregulacji, a przez to prowadzącym do nadmiernego jedzenia jest stosowanie diet odchudzających. Jak podaje Narodowy Instytut Zdrowia (Baumeister i in., 2000) dwie trzecie osób, którym udało się schudnąć wraca do poprzedniej wagi już w ciągu pierwszego roku. Nawet diety bardzo niskokaloryczne prowadzą jedynie do czasowego zmniejszenia masy ciała. A to zwiększa potrzebę podjęcia następnej diety, ale także zmniejsza prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu. Kolejne porażki w zredukowaniu masy ciała prowadzą do obniżenia nastroju, zmniejszenia poczucia własnej wartości i skuteczności oraz wzrostu lęku.

Skłonności do nadmiernego jedzenia sprzyjają także poczucie odrzucenia emocjonalnego, przeżywany gniew, wrogość (Ogińska-Bulik, 1999, 2004, 2007, Somer, 1995). Dla wielu osób jedzenie może dostarczać większej przyjemności niż kontakty z ludźmi. Przejadanie się może być także wyrazem buntu, reakcją na poczucie winy, usprawiedliwieniem życiowej porażki, łagodzeniem lęków z dzieciństwa, braku lub niewłaściwego zaspokojenia potrzeb jednostki (Hollis, 2000; Leleu, 1999; Radoszewska, 2000).

Częstą przyczyną jedzenia jest nuda. Z braku innych zajęć wielu ludzi sięga do lodówki, zapełnia sobie czas przygotowywaniem czegoś smacznego. Jedzenie potrafi więc wypełnić wolny czas. Najczęściej ma to miejsce po południu i wieczorem, gdy brakuje innych wrażeń. Ludzie jedzą, kiedy czują się samotni, gdy kontakty emocjonalne nie spełniają ich oczekiwań, a życie towarzyskie jest bardzo ograniczone. Jedzenie jest wtedy towarzyszem, który pomaga ukoić samotność, złagodzić nieobecność innych osób.

Gryzienie, przeżuwanie i polykanie pozwalają zagłuszyć przykre doznania i odpędzić przynajmniej na chwilę niewygodne myśli. Nadmierne jedzenie jednak prowadzi do tycia, a to z kolei wywołuje poczucie winy, pogarsza samopoczucie, obniża samoocenę i jeszcze bardziej utrudnia nawiązanie prawdziwych i satysfakcjonujących relacji z innymi.

Jedzenie może służyć także do złagodzenia doznanego zawodu i poczucia krzywdy. Może też być formą podporządkowania się czy karania siebie. Może wyrażać chęć zwrócenia uwagi na siebie, potrzebę troski i nagradzania siebie, usprawiedliwienia życiowej porażki czy „testowania” miłości. Objadanie się jest ostrzeżeniem, sygnałem braku, czy też niewłaściwego zaspokojenia potrzeb jednostki.

Dzieci, które czują się niekochane, nieakceptowane przez swoich rodziców lub mają poczucie odrzucenia emocjonalnego tłumią swoje uczucia i emocje poszukując „pocieszenia” w jedzeniu. A z drugiej strony to właśnie dzieci otyłe ujawniają trudności w identyfikowaniu i wyrażaniu własnych przeżyć psychicznych i stanów emocjonalnych.

Istota tych trudności wynika z ograniczonego dostępu do treści własnych przeżyć. Dzieci otyłe częściej doświadczają siebie w odniesieniu do zewnętrznych, obserwowalnych właściwości, a nie skupiają się na wewnętrznym punkcie odniesienia dla doświadczania siebie. To właśnie trudności w identyfikowaniu swoich stanów emocjonal-

nych bywają często przyczyną, że dziecko niewłaściwie rozpoznaje sygnały płynące z wnętrza własnego ciała. Silne emocje odbiera, jako sygnały uczucia głodu. Jedzenie spełnia więc nieświadomie funkcję łagodzenia nieprzyjemnych emocji (Radoszewska, 2000).

Nie tylko jedzenie, ale nawet samo przygotowanie posiłku może łagodzić negatywne emocje i zaspokajać potrzeby psychiczne człowieka. Przygotowywanie dobrych i trudnych do sporządzenia potraw może wyrażać dążenie do zaspokojenia wysokiej potrzeby osiągnięć.

Warto zwrócić tu uwagę na to, że jedzenie szybko przywołuje pewne wspomnienia i uczucia, a rodzaj spożywanych pokarmów może wywoływać określone emocje. Potrawy o słodkiej strukturze są kojące, gdyż łatwo się je przelyka i nie trzeba ich mocno żuć, dlatego też nazywane są „pożywieniem opiekuńczym” (Wegscheider-Cruse, 2002).

Szukanie pocieszenia w jedzeniu wywodzi się najczęściej z okresu wczesnego dzieciństwa. Mleko matki, albo ciepła butelka z jedzeniem dla niemowlaka nie tylko zaspokajają głód, ale i sprawia, że zmniejsza się poczucie lęku, samotności, a zwiększa się poczucie bezpieczeństwa. Podczas karmienia dziecka jest bowiem przy nim kochana osoba, która nie tylko nakarmi, ale i przytuli, pocieszy, a więc zaspokoi także głód uczuć. Dziecko doświadcza więc, że jedzenie przynosi spokój, zadowolenie, łagodzi wszystkie negatywne emocje. Uczy się, że jedzenie ma wielką moc pocieszającą. To skojarzenie jedzenia z zaspokajaniem różnych potrzeb, łagodzeniem napięć emocjonalnych utrwała się wraz z wiekiem.

Nic więc dziwnego, że również człowiek dorosły, który przeżywa negatywne emocje szuka pocieszenia w jedzeniu. Nieraz już sam zapach czy widok jedzenia kojarzy się z miłością, bezpieczeństwem z okresu dzieciństwa. Jedzenie może przywołać miłe wspomnienia, zarówno ludzi, jak miejsc i zdarzeń.

U podstaw przejadania się może leżeć poczucie krzywdy, odrzucenia emocjonalnego, chęć ucieczki i izolacji od świata zewnętrznego na skutek traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie. Dorośli, u których przyczyną otyłości jest objadanie się, to często osoby, które miały niešťeśliwe dzieciństwo – były bite i molestowane fizycznie oraz psychicznie. Niektórzy badacze (Chładzińska-Kiejna, 1995; Somer, 1998) uważają, że doświadczenie przemyocy seksualnej w dzieciństwie ma związek z rozwojem zaburzeń odżywiania, w tym kompulsywnego objadania się. Szacuje się, że 40% otyłych dorosłych to dzieci rodziców alkoholików (w grupie osób szczupłych jest ich zaledwie 17%). Nadmierne jedzenie zapewnia im poczucie bezpieczeństwa i trzyma innych na bezpieczny dystans. Urazy z dzieciństwa mogą być przyczyną strachu, buntu, a także niechęci do samego siebie, a objadanie się ma wtedy cechy autodestrukcji.

Należy zwrócić uwagę, że utrzymywanie się otyłości u dziecka może spełniać swoistą funkcję w rodzinie. W przypadku występowania konfliktów i trudności w rodzinie, koncentracja na problemie otyłości dziecka może stanowić „bezpieczne terytorium działania”, pozwalające odsunąć inne problemy. Dziecko otyłe staje się „bezpiecznym problemem”, dzięki któremu uzyskuje się opiekę specjalistyczną, a rodzice skierowani do psychologa nie muszą werbalizować zasadniczego problemu. W ten sposób zyskują oni możliwość odreagowania emocji wynikających z trudności w ich relacjach.

Przejadanie się pod wpływem emocji jest aktem wyboru jedzenia jako środka uspokajającego, przywracającego emocjonalną równowagę, poprawiającego nastrój. W chwilach znudzenia czy odrętwienia jedzenie chwilowo ożywia i poprawia nastrój, pozwala podtrzymać aktywność na poziomie wystarczającym dla normalnego funkcjonowania.

Nie ma nic złego w sporadycznym uspokajaniu się poprzez zjedzenie czegoś smacznego, ale niebezpieczne jest, gdy staje się stałym i niekontrolowanym zwyczajem, najczęściej prowadzącym do otyłości. Niebezpieczne jest także wtedy, gdy stanowi drogę ucieczki przed rozwiązywaniem problemów.

Badania wykazały, że osoby cierpiące na chorobliwe obżarstwo bardzo często mają problemy emocjonalne, a zaburzenia łaknienia są ich następstwem (Abraham, Llewelyn-Jones, 2001). Występuje bowiem bardzo silny związek pomiędzy nastrojem a apetytem. Serotonina, a także inne endorfiny znacząco modyfikujące apetyt jednostki, mają ścisły związek z „nałogowym” jedzeniem, zespołem napięcia przedmiesiączkowego czy sezonową chorobą afektywną. Endorfiny (nazywane też hormonami szczęścia) obniżają poziom niepokoju i poprawiają samopoczucie. Dostarczenie organizmowi pokarmu, a szczególnie czegoś słodkiego, wiąże się ze zwiększonym wydzielaniem endorfin we krwi, a to działa na człowieka uspokajająco (Leleu, 1999; Somer, 1998).

Jedzenie to dla wielu ludzi sposób radzenia sobie z własnymi emocjami. To sposób na uspokojenie się i poprawę samopoczucia, to wyraz troski o siebie i możliwość sprawienia sobie przyjemności, a także środek kompensujący człowiekowi jego niepowodzenia, frustracje i lęki.

Jedzenie może stać się nałogiem, tak samo groźnym, jak inne nałogi. Poszukiwanie pokarmu, mimo stanu fizjologicznego nasycenia wskazuje na przymus zaspokojenia potrzeby innej, niż rzeczywiste uczucie głodu. Sięganie po pokarm w stanach znudzenia, pogorszenia samopoczucia, lęku, bezradności, a nawet w chwilach euforii nie różni się niczym od nawyku uspokajania się alkoholem.

Należy podkreślić, że negatywne emocje, a głównie wstyd, bezsilność i poczucie winy, to nie tylko przyczyny, ale także konsekwencje nadmiernego jedzenia. Warto

zwrócić uwagę na to, że także emocje pozytywne mogą sprzyjać przejadaniu się. Zadowolenie, radość, wynikające z ważnych wydarzeń życiowych, czy osobistego sukcesu skłaniają do ucztowania i zaprzestania ograniczeń jedzeniowych.

4.3.4. Stres i nieumiejętność radzenia sobie

Stres i nieumiejętność radzenia sobie z sytuacjami określonymi subiektywnie jako trudne i przekraczające możliwości jednostki, uważane są za główną przyczynę nadmiernego jedzenia. Co więcej, sam proces odchudzania się jest także sytuacją stresującą. Stres zwiększa się, gdy podejmowane próby redukcji nadmiernej masy ciała okazują się nieskuteczne, a tak jest w większości przypadków.

Dla wielu ludzi, zarówno młodych, jak i starszych, okresy wzmożonej pracy umysłowej, stany napięć, konfliktów są bodźcem skłaniającym ich do sięgania po pokarm. Im większy problem, im silniejsze emocje, tym większe prawdopodobieństwo „ucieczki w jedzenie”. Dzieje się tak przede wszystkim, dlatego, że jedzenie to prosty, prawie zawsze dostępny i dający natychmiastowy efekt sposób łagodzenia napięcia.

Jedzenie może stać się formą zmagania się z różnymi sytuacjami trudnymi, których w codziennym życiu nie brakuje. Jedzenie może być traktowane, jako odwracanie uwagi od bodźców o przykrym charakterze czy kompensowanie przeżywanych trudności. Oddając się jedzeniu jednostka zyskuje poczucie komfortu i bezpieczeństwa. Osoba, która nie nauczyła się dotychczas radzić sobie z trudnymi sytuacjami i czuje się w takich sytuacjach osamotniona, pozostawiona samej sobie, najczęściej wraca do wcześniejszych doświadczeń z okresu dzieciństwa, gdy dostawała na pocieszenie coś słodkiego.

Czasami otyłość daje poczucie władzy i siły, rozładowuje agresję, kompensuje niepewność. Zdjęcie „ochron-

nego pancerza”, jakim jest otyłość z reguły pozostawia jednostkę bezradną, co zwiększa jej poziom stresu.

Stres i sposób odżywiania są więc ze sobą ściśle powiązane. Stres w sposób wyraźny wpływa na to, co, ile i kiedy jemy. To właśnie pod wpływem stresu nasze zwyczaje żywieniowe zmieniają się na gorsze, często powodując powstanie niedoborów, ważnych dla funkcjonowania organizmu, składników (Somers, 1998). Stres zmniejsza wchłanianie i zwiększa wydalanie wielu składników pokarmowych. Wzrost wydzielania hormonów stresu jest przyczyną obniżenia się poziomu magnezu w mięśniu sercowym, powoduje także jego większą utratę. Z drugiej strony niski poziom magnezu w organizmie zwiększa wydzielanie hormonów stresu, powodując depresję i zwiększenie pobudliwości. Niedostateczna podaż żelaza przyczynia się do mniejszego zaopatrzenia organizmu w tlen, co w konsekwencji powoduje uczucie zmęczenia, zdenerwowania i trudności z koncentracją. Niedobory witamin z grupy B zaburzają proces przekształcania węglowodanów i tłuszczów w niezbędną dla życia energię. Niedostateczna ich ilość w diecie może być przyczyną senności, depresji czy nadmiernego pobudzenia. W sytuacji stresu obniżeniu ulega także poziom antyoksydantów, głównie witamin C i E, co przyczynia się do osłabienia układu odpornościowego i zwiększenia wrażliwości na choroby infekcyjne. Stres zwiększa więc zapotrzebowanie na te witaminy. Ponadto, podczas stresu komórki tłuszczowe ulegają aktywacji, przepływa przez nie więcej krwi, a tym samym glukozy, co nasila proces wytwarzania tłuszczu.

Także zwiększone zapotrzebowanie na serotoninę może być wywołane stresem, który przyspiesza jej rozpad. W takiej sytuacji mózg wysyła sygnały, dzięki którym pojawia się potrzeba jedzenia, z reguły produktów, które zawierają węglowodany. Reakcją jest więc sięganie po słodkie. Kiedy węglowodany zostaną wchłonięte, wy-

dziela się insulina i stężenie aminokwasów we krwi małe, z wyjątkiem tryptofanu, który zaczyna przenikać do mózgu. Wydziela się serotonina i nieprzyjemny nastrój będący efektem stresu zaczyna ustępować.

Uspokajające działanie węglowodanów nie trwa jednak długo, nie więcej niż trzy godziny. Po upływie tego czasu zmniejsza się stężenie tryptofanu i wytwarzanie serotoniny. Może więc powrócić zły nastrój, co powoduje, że znowu pojawi się ochota na zjedzenie czegoś słodkiego. Należy także pamiętać, że jednoczesne spożywanie białka hamuje przedostawanie się tryptofanu do mózgu, co zwiększa łaknienie.

Na reakcje hormonalne wywołane stresem zwrócił uwagę Selye (1977), który opisał działanie tzw. wewnątrzwydzielniczej (hormonalnej) osi stresu, związanej z funkcjonowaniem przysadki mózgowej i kory nadnerczy. Obejmuje ona osie adrenokortykálną, somatotropową i tarczycową. Szczególnie znaczenie przypisuje się osi adrenokortykálnej i osi tarczycowej. Ich wzmożone działanie może prowadzić do choroby Cushinga, a w konsekwencji do otyłości. Produkowany w wyniku pobudzenia kory nadnerczy, kortyzol – hormon z grupy glukokortykoidów, powoduje znaczny wzrost substancji NPY i galaniny, a także spowolnienie przemian metabolicznych.

W rezultacie stres nasila głód węglowodanowy i tłuszczowy, skłaniając organizm do jedzenia, przede wszystkim słodczy. Jedzenie bogate w węglowodany obniża poziom NPY, a zwiększa poziom serotoniny, która działa uspokajająco i zmniejsza objawy stresu. Zatem wzrost wagi u niektórych osób, przede wszystkim kobiet, może wynikać ze stymulującego apetyt, podwyższonego poziomu NPY, będącego wynikiem działania stresu.

Należy także pamiętać, że spożywanie węglowodanów łącznie z tłuszczem nie przynosi oczekiwanego rezultatu w postaci uspokojenia i odprężenia, a z reguły powoduje

ociężałość, senność, bierność. Dzieje się tak, dlatego, że duże ilości tłuszczu zakłócają czynność układu obrony przeciwstresowej.

Warto dodać, że dla wielu ludzi, niezależnie od wieku, otyłość jest nie tylko konsekwencją, ale także źródłem stresu. Tworzy się w ten sposób spirala, zgodnie z którą stres i deficyty w zakresie radzenia sobie z nim przyczyniają się do nadmiernej masy ciała, a ta z kolei, staje się źródłem stresu. Nieumiejętność radzenia sobie ze stresem jest bowiem powodem ciągłego sięgania do „starego sposobu” radzenia sobie – jakim jest jedzenie. To właśnie ono, w stanach obniżonego samopoczucia czy wyczerpania przedłużającym się stresem, polepsza nastrój, przywraca upragniony spokój i daje poczucie ulgi. Jedzenie może stać się z czasem nawykowym sposobem radzenia sobie ze stresem.

Wyniki badań przeprowadzone wśród osób dorosłych (Ogińska-Bulik, 2004; Ogińska-Bulik, Chanduszek-Salska, 2000) wskazują na istotne różnice między kobietami z nadwagą a kobietami z wagą w normie, w zakresie odczuwanego stresu oraz stylów radzenia sobie. Kobiety z nadwagą silniej odczuwają stres niż kobiety z wagą prawidłową. W sytuacjach trudnych kobiety z nadmierną masą ciała częściej korzystają ze strategii unikowych, a rzadziej stosują strategie skoncentrowane na zadaniu niż kobiety w wagą w normie.

Podobnie jest w grupie młodzieży. Młodzież z nadwagą rzadziej korzysta z aktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem niż młodzież wagą w normie (Gutowska-Wyka, 2003; Ogińska-Bulik, 2004). Należy podkreślić, że to właśnie strategie aktywne, czyli skoncentrowane na problemie (zadaniu), traktowane są jako najbardziej skuteczne w procesie radzenia sobie.

Dziecko, które nie potrafi poradzić sobie z niepowodzeniami szkolnymi, konfliktami towarzyskimi czy z rodzinnymi ratuje się „ucieczką w jedzenie”. Pozwala mu to, choć

na chwilę, zapomnieć o istniejącym problemie. Ten sposób radzenia sobie ze stresem z czasem może prowadzić do nadwagi lub nasilać stopień istniejącej już otyłości.

Dziecko z nadmierną masą ciała często narażone jest na krytyczne uwagi i „docinki” ze strony otoczenia, szczególnie rówieśników, co jest kolejnym źródłem stresu. I znów, nie znając lepszego sposobu poradzenia sobie z tą sytuacją, otyłe dziecko wybiera jedzenie. Stres, związany ze świadomością własnej nadwagi, może bowiem przyczyniać się do wzmożenia zachowań powodujących otyłość. I tak zamyka się „błędne koło”. Dzieci jedzą by poradzić sobie ze stresem, co doprowadza do tycia, a to z kolei, jest kolejnym źródłem stresu.

Warto zwrócić uwagę, że w przekonaniu wielu rodziców dzieciństwo to okres bezpieczny i wolny od stresu. Jak pokazują wyniki badań Witkin (2000), rodzice często nie wiedzą, jak często ich dzieci się martwią, nie zdają sobie sprawy, jak wiele dzieci odczuwa samotność i jak często bezsenność ich pociech spowodowana jest stresem. W wielu przypadkach rodzice nie uświadamiają sobie, że dzieci boją się z nimi rozmawiać, a dziecięce lęki są realistyczne. Uważa się, że co trzecie dziecko wykazuje objawy chronicznego stresu, a jedno na dwadzieścia przed dziesiątym rokiem życia cierpi na zaburzenia typowe dla życia w stresie.

Jedzenie odpręża, łagodzi lęki, uwalnia od napięcia i uspokaja. Tak więc jedzenie to „złoty środek” na stres i towarzyszące mu negatywne emocje, to „lek” na każde cierpienie, dolegliwości fizyczne, a nawet ratunek w chorobie i zmęczeniu.

5 Odchudzanie się jako przyczyna nadmiernego jedzenia

5.1. Rozpowszechnienie stosowania diet odchudzających i przyczyny odchudzania się

Stosowanie różnego rodzaju diet odchudzających, zwłaszcza przez kobiety, jest powszechne. Prawie 90% z nich przyznaje, że poddawało się dietom odchudzającym przynajmniej raz w życiu, a około 70% stosowało je kilkakrotnie (Somer, 1997). Niektóre kobiety wydają się wręcz uzależnione od odchudzania. Zjawisko to występuje także wśród młodzieży i wzrasta w kolejnych latach. W roku 1995 w Polsce diety odchudzające stosowało 12% dziewcząt i 5% chłopców (Oblacińska, 1995). Z badań HBSC (Wojnarowska, Gajewski, 2012) wynika, że w latach 2002–2010 zwiększył się odsetek odchudzających się we wszystkich grupach wiekowych, w tym w największym stopniu u 11-latków – z 11,9% do 18,2%. W roku 2010 odchudzało się ogółem 17% nastolatków, a największy ich odsetek był w grupie 11-latków. Częściej odchudzają się dziewczęta, w grupie 15-latków dwukrotnie częściej niż chłopcy.

Próby odchudzania się są podejmowane przede wszystkim przez młodzież z nadwagą i otyłością. Dotyczy to,

w zależności od wieku, od 33 do 47% młodzieży. W roku 2010 w tej grupie odchudzało się 46,8% 11-latków, 32,9% 13-latków i 36,6% 15-latków. We wszystkich grupach wiekowych odsetek odchudzających się dziewcząt był wyższy niż chłopców, a największe różnice dotyczyły 15-latków – 50% i 31,6%.

Niepokojąco jest, że próby odchudzania się podejmują także nastolatki z wagą w normie oraz z niedoborem masy ciała (ok. 8% ogółu badanych). W roku 2010 odchudzał się co dziesiąty nastolatek posiadający prawidłową wagę ciała. Odsetek młodzieży podejmującej takie działania zwiększał się wraz z wiekiem – od 10,4% u 11-latków do 13,3% u 15-latków. Odchudzanie się nastolatków posiadających prawidłową masę ciała jest traktowane jako zachowanie ryzykowne. Nie tylko może zwiększać ryzyko powstawania nadwagi i otyłości, ale również szkodzić zdrowiu i prawidłowemu rozwojowi.

Stosowanie diet odchudzających może być przyczyną nadmiernego jedzenia, co w konsekwencji sprzyja powstawaniu nadwagi i otyłości. Badania przeprowadzone przez Amerykański Instytut Zdrowia dowiodły, że 90–95% osób, które schudły po zastosowaniu diety, w ciągu roku odzyskuje od 1/3 do 2/3 straconych kilogramów, a w ciągu pięciu lat poprzednią wagę w całości (Wieczorkowska, 2002).

Im częściej praktykowane są restrykcyjne diety, tym częściej występuje objadanie się. Około 25–45% osób rozpoczynających kuracje odchudzające cierpi na napady obżarstwa (Speer, Speer, 1998). Inne dane wskazują, że spośród odchudzających się 33% przyznaje się do napadów nadmiernego jedzenia przynajmniej dwa razy w tygodniu, a 22% stwierdza, że ma to miejsce raz w tygodniu (Logue, 2014).

Wśród powodów odchudzania się najczęściej wymienia się:

- niezadowolenie z własnego ciała;
- potrzebę lepszego samopoczucia;
- poprawę wyglądu;
- zachowanie i poprawę zdrowia;
- zwiększenie sprawności fizycznej.

Stosowanie diet odchudzających nie jest obojętne dla zdrowia. Ich podejmowanie wiąże się z wieloma negatywnymi konsekwencjami.

5.2. Negatywne skutki stosowania diet odchudzających

Diety odchudzające na ogół nie skutkują, dlatego, że skupiają się na tworzeniu krótkotrwałego deficytu kalorii, nie zmieniając żadnego z czynników, które sprawiają, że ludzie tyją. Innymi słowy, dają jedynie złudzenie sukcesu. Nie można więc w takiej sytuacji oczekiwać, że utrata wagi okaże się trwała. Stosowanie restrykcyjnych kuracji odchudzających nie tylko nie przynosi efektu w postaci obniżenia wagi ciała, ale może okazać się dla organizmu szkodliwe.

Odchudzanie poprzez stosowanie diet, zwłaszcza restrykcyjnych, powoduje rozregulowanie mechanizmów odpowiedzialnych za kontrolę apetytu. Rozpoczyna się w ten sposób błędne koło diet i objadania się, lęku przed ponownym utyciem i złości z powodu braku oczekiwanych efektów diety. Poddawanie się dietom może zaburzać naturalną równowagę między neuroprzekaźnikami oraz zwiększać, trudny do opanowania, apetyt na niektóre rodzaje żywności. U osób decydujących się na radykalne odchudzanie, zwłaszcza u kobiet, dochodzi do zaburzeń w wydzielaniu hormonów i neuroprzekaźników, a prze-

de wszystkim do wzrostu wydzielania NPY i galaniny, co w konsekwencji prowadzi do wzrostu apetytu, czyli efektu odwrotnego niż zamierzony.

Gdy spożywa się mniej kalorii, organizm reaguje odpowiednio mniejszym ich zużyciem i szybko przestawia się na specjalną, oszczędnościową przemianę materii. Ta oszczędność objawia się m.in. tym, że organizm wytwarza mniejsze ilości ciepła. Tempo spadku zużycia kalorii w organizmie w czasie diety odchudzającej jest, z jednej strony, uwarunkowane czynnikami indywidualnymi i dziedzicznymi, a z drugiej zaś, jest zależne od konsekwencji i czasu ograniczania dopływu pożywienia. Średnio spadek ten wynosi 1% na 1 dzień diety, aż dojdzie do granicy, której nie może już przekroczyć.

Ilość pożywienia podczas diety, najczęściej bardzo mała, dłużej pozostaje w przewodzie pokarmowym niż normalnie. Dzięki temu organizm może je gruntowniej wykorzystać, „wyciągając” z niego więcej kalorii. Powrót do normalnego jedzenia, gdy organizm wciąż jest na „oszczędnościowej przemianie materii” powoduje, że nie daje on sobie rady z nadmierną ilością „paliwa” i następuje przyrost wagi.

Większość osób odchudzających się wcześniej czy później osiąga dawną wagę i kiedy znów rozpoczyna dietę, sytuacja zaczyna się powtarzać. Podczas każdej kolejnej diety organizm szybciej zmniejsza zużycie kalorii i po jej zakończeniu wolniej dochodzi do normy. Za każdym razem chudnie się więc wolniej i trudniej, zaś przyrost wagi następuje szybciej. W rezultacie wpada się w pułapkę diety. Tak więc diety, stosowane jako środek przeciw nadwadze, w wielu przypadkach stają się jej przyczyną. Rodzi to frustrację, poczucie słabości i osłabia motywację do kontroli wagi ciała.

Szczególnie niewskazane są diety niskokaloryczne (poniżej 1000 kcal), które wolno stosować jedynie pod ścisłą

kontrolą lekarza. Wprawdzie mogą one spowodować obniżenie masy ciała o średnio 20 kg w ciągu 24 tygodni, ale ich stosowanie wiąże się ze skutkami ubocznymi, takimi jak: zwiększona męczliwość, zawroty głowy, kurcze mięśniowe, bóle głowy, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nasilone marznięcie, suchość skóry, łysienie i ryzyko wystąpienia kamicy żółciowej.

Najbardziej spektakularne diety wykorzystują prawa rządzące ludzką fizjologią i dają wrażenie szybkiej utraty masy ciała. Przykładem jest dieta wysokobiałkowa, uboga w tłuszcze i węglowodany, dzięki której traci się wodę, a także składniki rozpuszczone w wodzie, takie jak np. wapń. Na skutek mniejszego spożycia pokarmów traci się tłuszcz i kalorie. Jednakże to ubytek wody sprawia, że waga ciała zmniejsza się, stwarzając pozory większej, niż to miało miejsce, utraty tłuszczu. W ten sposób można doprowadzić do uszkodzenia organizmu, zwłaszcza nerek. Ponadto, po zakończeniu diety, kilogramy stracone głównie w wyniku ubytku wody szybko zostają odzyskane.

Niekorzystna jest także dieta niskowęglowodanowa, która w sposób znaczący ogranicza spożycie cukrów (do 20 g dziennie), ale zwiększa spożycie tłuszczów. Wymienia się tu m.in. popularną w ostatnich latach dietę Atkinsa i jej odmianę, jaką jest dieta Kwaśniewskiego, określana też jako tzw. żywienie optymalne. Ich stosowanie może być przyczyną ketonurii (zakwaszenia organizmu). Ponadto zwiększają one ryzyko wystąpienia uszkodzeń naczyń krwionośnych, zaburzeń poziomu hemoglobiny i glukozy.

Diety te przyczyniają się także do niedoborów błonnika, witamin i minerałów. Stosowanie diety Atkinsa, a także innych tego rodzaju diet, opartych na ograniczeniu spożycia węglowodanów, może również prowadzić do negatywnych zmian w sferze emocjonalnej. Wyrażają

się one przede wszystkim obniżeniem nastroju i wysokim poczuciem zmęczenia.

Mało skuteczne i zarazem niebezpieczne dla zdrowia okazują się również kuracje oparte na głodówkach. Przy dłuższym głodowaniu działanie kwasów żołądkowych na pusty żołądek może prowadzić do owrzodzenia. Niedostarczenie organizmowi białka może spowodować ujemny bilans azotowy. Obniżenie poziomu wody i rozpuszczonych w niej elektrolitów przyczynia się do zatrzymania w organizmie kwasu moczowego, zmian ciśnienia krwi, podrażnienia mięśnia sercowego. Z kolei brak węglowodanów z reguły powoduje zakłócenia w pracy nerek. Może również dojść do zachwiania równowagi w układzie mięśniowym i nerwowym. Głodujący organizm nie wytwarza dostatecznej ilości ciepła i człowiek marznie. Ponadto spada kurczliwość pęcherzyka żółciowego, co może prowadzić do zastoju żółci, a co za tym idzie do wzrostu ryzyka rozwoju kamicy żółciowej.

Na skutek zaburzeń pracy układu gruczołów wydzielania wewnętrznego, spowodowanych niedoborem składników pokarmowych, jednostka jest osłabiona, często czuje się zmęczona, gorzej pracuje, cierpi na bóle głowy. Charakteryzuje ją też brak koncentracji, złe samopoczucie, rozdrażnienie, a nawet agresywność.

Odchudzanie poprzez stosowanie restrykcyjnych diet powoduje rozregulowanie mechanizmów odpowiedzialnych za kontrolę apetytu. Szczególną rolę odgrywa tu grelina, której poziom w wyniku głodzenia się wyraźnie wzrasta, prowadząc do napadów obżarstwa. Dotyka to 25–45% osób rozpoczynających kuracje odchudzające. Pojawia się w ten sposób błędne koło diet i objadania się, lęku przed ponownym utyciem i złości z powodu braku oczekiwanych efektów diety. Im częściej praktykowane są restrykcyjne diety, tym częściej występuje objadanie się, przede wszystkim z powodów emocjonalnych.

Wielokrotne odchudzanie się nie jest korzystne i może przynieść więcej zła niż pożytku. Z badań epidemiologicznych wynika, że ludzie często obniżający i ponownie zwiększający masę ciała cechują się większą umieralnością i zachorowalnością, niż otyli niezmnieszający w istotnym stopniu swojej masy ciała. Ponoszą także znaczne „koszty emocjonalne”. U osób przebywających długo na diecie zauważono wzrost niepokoju, wrogości, zwiększoną podejrzliwość, a nawet skłonności paranoiczne. Ponadto u osób stosujących wielokrotne diety występuje poczucie bezradności, co nazywa się depresją wynikającą z podporządkowania się diecie. Na określenie zespołu objawów występujących u osób odchudzających się, a polegających na zwiększonej irytacji, skupianiu się na rozmiarach własnego ciała w połączeniu z wcześniej wymienionymi, stosowany jest termin „nerwica częściowego głodowania” (Zubrzycka, 2002).

Należy dodać, że odchudzanie się, zwłaszcza jeśli nie przynosi oczekiwanych efektów, może stać się dla osoby podejmującej ciągle wysiłki pewnego rodzaju kara.

5.3. Mechanizmy wyjaśniające, dlaczego odchudzanie się sprzyja nadmiernemu jedzeniu

Odchudzanie się to przede wszystkim ograniczanie ilości spożywanych pokarmów (powstrzymywanie się od jedzenia). Przez wielu badaczy powstrzymywanie się od jedzenia jest synonimem odchudzania się. Sformułowana w końcu lat 70. teoria powstrzymywania się od jedzenia (*restraint theory*) podkreśla, że powstrzymywanie się od jedzenia jest lepszym predyktorem spożywania pokarmów niż posiadana waga. Jedną z konsekwencji ograniczania jedzenia jest właśnie przejadanie się, choć może ono także

prowadzić do jedzenia mniejszych ilości produktów i tym samym sprzyjać zmniejszeniu masy ciała.

Prowadzone badania potwierdziły, że odchudzający się, głównie poprzez powstrzymywanie się od jedzenia, zjadali więcej pokarmów niż nieodchudzający się (Ogden, 2003, 2011). Nadmierne jedzenie może więc być rezultatem powstrzymywania się od jedzenia.

W literaturze można wyróżnić kilka modeli służących wyjaśnieniu, dlaczego powstrzymujący się od jedzenia w rezultacie jedzą więcej. Jedną z nich jest teoria przyczynowa (*causal analysis of eating*), po raz pierwszy opisana przez Hermana i Polivy (1980). Autorzy sugerują, że odchudzanie i przejadanie się są ze sobą nierozzerwalnie związane, a powstrzymywanie się od jedzenia nie tylko poprzedza przejadanie się, ale także jest jego główną przyczyną. W rezultacie podejmowanie prób ograniczania jedzenia paradoksalnie zwiększa prawdopodobieństwo przyjmowania zwiększonych jego ilości.

Poparcia dla tej teorii dostarczyły badania, w których wykazano, że kobiety z nadmierną masą ciała, zakwalifikowane do grupy osób próbujących zredukować nadmiar kilogramów poprzez powstrzymywanie się od jedzenia, jadły więcej niż kobiety, które próbowały zredukować nadmierną masę ciała poprzez ćwiczenia fizyczne (Wardle, Beales, 1988).

Inną próbą wyjaśnienia, dlaczego odchudzanie się prowadzi do nadmiernego jedzenia jest tzw. graniczny model jedzenia (*the boundary model of eating*). Jest on próbą integracji fizjologicznego i poznawczego podejścia do jedzenia. Przyjmuje się w nim, że spożywanie pokarmów u odchudzających się jest regulowane przez poznawczo ukształtowaną granicę odchudzania się. Powstrzymujący się od jedzenia próbują zastąpić kontrolę fizjologiczną kontrolą poznawczą, która określa dopuszczalną ilość jedzenia w różnych okolicznościach. Przekroczenie usta-

lonej granicy (zjedzenie czegoś, co ją przekracza) pociąga za sobą nadmierne konsumowanie jedzenia, dopóki nie włączy się fizjologiczny mechanizm nasycenia. W modelu tym proponuje się więc podwójną regulację jedzenia, przez poznawczo wyznaczoną granicę i przez fizjologiczny mechanizm nasycenia.

Przejadanie się u powstrzymujących się od jedzenia może być także wyjaśniane w kategoriach zmian w nastawieniu poznawczym. Początkowo mechanizm ten opisywany był jako załamanie procesu samokontroli czy motywacji (*motivational collapse*). Tego typu załamanie otwiera drogę do nadmiernego jedzenia. Ogden i Wardle (1991) podkreślają, że proces ten jest związany z pasywnym modelem przejadania się. Takiej sytuacji często towarzyszy myślenie typu „to jest zbyt duży wysiłek, żeby przestać jeść”, „muszę się poddać”. Autorzy stworzyli alternatywny model przejadania się, wskazując na aktywny udział jednostki. Załamanie się procesu kontroli, związane z tzw. efektem „a co tam do diabła” prowadzi do odhamowania w procesie jedzenia (aktywna reakcja jednostki na odchudzanie). W rezultacie nadmierne jedzenie jest formą protestu przeciwko narzuconym sobie restrykcjom dietetycznym.

Inne podejście, w którym próbuje się wyjaśnić proces nadmiernego jedzenia u odchudzających się, to przyjęcie hipotezy maskującej (*masking hypothesis*), która wskazuje na rolę obniżonego nastroju jako czynnika sprzyjającego przejadaniu się (Ogden, 2003, 2011). Odhamowanie jedzenia (przejadanie się) umożliwia jednostce ukrycie (zamaskowanie) złego nastroju i w efekcie jego poprawę. Jedzenie pełni tu rolę czynnika modyfikującego samopoczucie. Przejadanie się u odchudzających może być próbą przeniesienia odpowiedzialności za swoje złe samopoczucie z niekontrolowanych obszarów własnego życia na zachowania jedzeniowe.

Niektórzy badacze podkreślają znaczenie tłumienia myśli jako czynnika wyzwalającego u odchudzających się tendencje do przejadania się. W teorii zaprzeczania (*denial*), zwanej także teorią ironicznego procesu kontroli psychicznej (*theory of ironic process of mental control*) przyjmuje się założenie, że unikanie myślenia o jedzeniu, bądź myślenie o jedzeniu jako o czymś, co jest zakazane, w efekcie powoduje zaabsorbowanie jedzeniem i zwiększa apetyt. Im bardziej jednostka stara się nie myśleć o jedzeniu lub im bardziej spostrzega je jako zakazane, tym bardziej go pożąda (Wegner, 1994).

Wydaje się, że podobną rolę w procesie regulacji jedzenia u odchudzających się może pełnić mechanizm reakcji psychologicznej. Wszelkie formy ograniczania swobody w wyborze jedzenia powodują opór (reaktację), co w konsekwencji może oznaczać przerwanie odchudzania się, jeśli tylko nadarzy się ku temu okazja. Wieczorkowska (2002) podkreśla, że reakcja jest silniejsza, gdy jednostka sama jest autorem swoich ograniczeń, niż wtedy, gdy pochodzą one z zewnątrz.

Mechanizm przejadania się, jako reakcji na odchudzanie, próbuje także wyjaśnić teoria ucieczki (*escape theory*). W tym ujęciu nadmierne jedzenie jest konsekwencją niskiego poziomu świadomości (Heatherton i in., 1993). Dla osób odchudzających się wysoki poziom świadomości własnych zachowań związanych z jedzeniem (np. zdawanie sobie sprawy ze skłonności do przejadania się) jest stanem nieprzyjemnym, prowadzącym do nadmiernej krytyki i obniżenia poczucia własnej wartości. W konsekwencji jednostka stara się zredukować ten nieprzyjemny stan poprzez ucieczkę od samoświadomości, co wprawdzie przynosi ulgę, ale prowadzi do ograniczenia kontroli nad procesem jedzenia, a tym samym sprzyja przejadaniu się.

Nadmierne jedzenie u osób odchudzających się może być traktowane w kategoriach powrotu do zachowań

wcześniejszych (*overeating as a relapse*). Zgodnie z zasadą „wszystko albo nic”, zjedzenie czegoś niedozwolonego u osób, które się odchudzają, może być potraktowane jako pewien mechanizm spustowy i sprzyjać odhamowaniu procesu jedzenia (Ogden, 2003, 2011). Zjedzenie, np. jednego małego ciasteczka może spowodować pochłonięcie całej paczki. Sytuacji powrotu do zachowań wcześniejszych sprzyjać będą zarówno czynniki zewnętrzne, np. widok czy zapach pokarmu, jak i wewnętrzne, np. obniżony nastrój. Przejadanie się, rozumiane w kategoriach powrotu do zachowań wcześniejszych, jest traktowane analogicznie jak w uzależnieniu od alkoholu, gdzie jeden mały kieliszek z reguły prowadzi do upicia się.

Proces kontroli jedzenia, a zwłaszcza jej utraty, u odchudzających się prowadzi do zmiany przekonań i przeżywanych emocji. Nawet niewielkie załamanie się procesu kontroli z reguły skutkuje obniżeniem się poczucia własnej wartości, poczuciem beznadziejności czy objawami depresji. Osobom odchudzającym się trudno jest pogodzić się z myślą, że tak banalna czynność, jaką jest jedzenie, nie poddaje się kontroli.

Odchudzanie się, jak wynika z powyższych danych, jest złożonym procesem, a do tego tylko czasami skutecznym. Ogden (2003) wskazuje, że odchudzanie to nieustanne próbowanie zredukowania swojej wagi, i że „próby jedzenia mniej często skutkują jedzeniem więcej”.

Van Strien (1999) wyróżnia dwie grupy ludzi odchudzających się. Pierwsza to ci, co odnoszą sukces, czyli redukują nadmiar kilogramów (powstrzymywanie się od jedzenia nie prowadzi u nich do przejadania się). Druga grupa, to osoby doznające porażki, które nie tylko nie zmieniają swojej wagi, ale w wielu przypadkach tyją jeszcze bardziej. U tych osób odchudzanie skutkuje przejadaniem się. Ci drudzy, niestety, pozostają w większości.

U osób odchudzających się mogą wystąpić dwa typy kontroli: jeden – sztywny, drugi – elastyczny. Osobnicy z tym drugim typem kontroli w większym stopniu wykazują skłonności do nadmiernego jedzenia, a więc narażeni są na doznanie porażki (Westenhoefer i in., 1999).

Należy pamiętać, że o sukcesie w odchudzaniu się, bądź jego braku, decyduje nie tylko posiadana waga ciała, stosowanie diety, ale także procesy poznawcze jednostki i doznawane emocje, które wpływają na zachowania związane z jedzeniem.

6 Sposoby redukcji nadwagi

6.1. Tradycyjne sposoby redukcji nadwagi i otyłości

6.1.1. Dieta

Ograniczanie ilości przyjmowanych pokarmów i zwiększenie wydatków energetycznych to podstawowe metody walki z nadmierną masą ciała. Warto dodać, że wprowadzanie zmian w sposobie odżywiania (utrzymywania diety) nie powinno dotyczyć jedynie osób z nadmierną masą ciała. Ograniczanie jedzenia (co nie oznacza stosowania jakiegoś konkretnego rodzaju diety) staje się konieczne w związku ze zmianami w zakresie zapotrzebowania na dzienne ilości przyswajanych kalorii. Wynika to z wieku, spowalniania metabolizmu i ograniczonej aktywności fizycznej. Dla przykładu, ta sama mało aktywna kobieta w wieku 30 lat zużywa średnio 1600 kcal dziennie, a w wieku 60 lat już tylko 1200. Jeśli nie zmniejszy ilości przyjmowanych kalorii lub nie zwiększy w sposób znaczący aktywności fizycznej, przytyje. Oznacza to, że proces kontroli wagi ciała musi się odbywać przez całe życie.

Dla ludzi podejmujących próby zredukowania nadmiernej masy ciała dostępnych jest wiele różnego rodzaju diet, w których głównie chodzi o redukcję kalorii albo bezpośrednio, albo poprzez zmianę rodzaju spożywanych

pokarmów. Odchudzanie polega na ograniczeniu spożycia energii poniżej zapotrzebowania organizmu. Energię potrzebną do normalnego funkcjonowania organizm czerpie wówczas ze „spalania” zapasów zgromadzonych w postaci tłuszczu. Utrata 1 kg tłuszczu tygodniowo oznacza niedobór 7000 kcal w stosunku do potrzeb organizmu.

Ważne jest żeby spożywane produkty dostarczały nie tylko mniej kalorii, ale były dobrane tak, by zapewniały dostarczenie potrzebnych organizmowi składników odżywczych, a szczególnie białka. Zapotrzebowanie na białko wynosi 0,8–1,2 g/kg należnej masy ciała. Oznacza to, że zmniejszenie kaloryczności powinno dotyczyć przede wszystkim produktów zawierających tłuszcze i węglowodany.

Najbardziej pożądana jest dieta zbilansowana. Jest ona oparta na spożywaniu wysokiej jakości białka, tłuszczów roślinnych i pochodzących z tłustych ryb morskich oraz węglowodanów złożonych o niskim indeksie glikemicznym³. W zbilansowanej diecie niezbędna jest odpowiednia ilość błonnika, który z jednej strony zwiększa poczucie sytości, a z drugiej – obniża poziom wchłanianych z przewodu pokarmowego tłuszczów.

Odchudzanie się nie powinno być zbyt intensywne. Należy zrezygnować więc z diet propagujących spożywanie mniej niż 1200 kalorii dziennie i nie dążyć do utraty masy ciała większej niż 1 kg na tydzień. Aby zredukować wagę o 0,5–1 kg w ciągu tygodnia należy spożywać średnio o 500 kalorii dziennie mniej od swojego dobowego

³ Indeks glikemiczny oznacza szybkość wchłaniania się do krwi węglowodanów, pochodzących głównie z glukozy. Im jest wyższy, tym szybsze wchłanianie. W konsekwencji powoduje to niekorzystne zmiany metaboliczne. Do produktów o wysokim indeksie glikemicznym należą przede wszystkim słodycze.

zapotrzebowania. Takie tempo odchudzania się przynosi najlepsze efekty i jest bezpieczne dla zdrowia.

Dużą skutecznością charakteryzuje się też dieta niskotłuszczowa, w której zaleca się wyraźne ograniczenie spożywanego tłuszczu do nie więcej niż 30% spożywanych w ciągu dnia kalorii (zalecane są głównie tłuszcze wielonienasycone). Głównym źródłem energii stają się cukry oraz białka. Warto pamiętać, że 1 gram tłuszczu zawiera 9 kcal, podczas gdy tyle samo cukru dostarcza 4 kcal. Dieta niskotłuszczowa opiera się przede wszystkim na warzywach, owocach, ziarnach strączkowych. Poprzez stosowanie diety opartej na niskim spożyciu tłuszczu można spodziewać się ubytku wagi ok. 5 kg miesięcznie. Stosowanie tej diety pociąga za sobą także korzyści dla zdrowia. Może ona zmniejszać ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia i nowotworowe.

W procesie redukcji nadmiernej masy ciała najważniejsze jest racjonalne odżywianie i trwałe wyeliminowanie niekorzystnych nawyków żywieniowych. Należy tu zwrócić uwagę m.in. na dobór produktów bogatych w wartościowe składniki odżywcze (zamiast produktów wysoko przetworzonych czy tzw. „śmieciowego” jedzenia), regularność posiłków, nieopuszczanie śniadań. Dietetycy zalecają odstawienie lub znaczne ograniczenie spożywania słodyczy (jeśli już je spożywamy, to w pierwszej połowie dnia, by organizm zdążył je spalić), rezygnację z tłustych ciężkich potraw (np. wieprzowinę zastępujemy drobiem, rybami), ograniczenie potraw mącznych (kluski, pierogi, naleśniki).

Zalecane jest spożywanie pięciu posiłków dziennie, a przerwy między nimi nie powinny przekraczać trzech godzin; ostatni posiłek powinien być spożyty nie później niż 2,5–3 godziny przed snem.

Proces kontroli wagi nie jest łatwy. Wymaga cierpliwości, wytrwałości, umiejętności radzenia sobie z sytu-

acjami sprzyjającymi nadmiernemu jedzeniu. Zwyczaje żywieniowe kształtują się latami, ich zmiana musi więc być także procesem powolnym. Specjaliści od żywienia podkreślają, że nie ma żadnej diety cud. Ich reklamowanie jest zwykłym oszustwem. Najczęściej przyczyniają się one do „odchudzenia” portfela, a nie osoby. Niekorzystne jest więc wprowadzanie radykalnych zmian w sposobie odżywiania; trzeba umożliwić organizmowi przystosowanie się do wszystkiego, co nowe. Im szybciej chcemy przeprowadzić zmiany, im bardziej są one radykalne, tym w większym stopniu organizm będzie się buntował i tym większe niebezpieczeństwo powrotu do starych nawyków. Częściej mogą więc występować napady obżarstwa. Ponadto gwałtowne zmiany w sposobie odżywiania się z reguły pociągają za sobą spadek energii życiowej, wzrost napięcia, rozdrażnienia, niepokoju, wahania nastroju, co znowu zwiększa ryzyko nadmiernego jedzenia, czyli zwiększa ryzyko pułapki diety.

Jeszcze trudniejsze niż sam proces redukcji nadmiernej masy ciała jest utrzymanie uzyskanych efektów. Z reguły po kuracji odchudzającej następuje ponowny wzrost masy ciała, czyli efekt jo-jo. Dzieje się tak dlatego, ponieważ organizm w wyniku stosowanych ograniczeń w zakresie dostarczania energii przestawia się na zwolniony (oszczędny) metabolizm, co przy powrocie do poprzednich nawyków żywieniowych skutkuje, nie tylko odzyskaniem utraconych kilogramów, ale także ich przyrostem.

Skuteczne obniżenie wagi ciała pociąga za sobą wiele pozytywnych skutków, zarówno w zakresie zdrowia, jak i funkcjonowania psychospołecznego. Przyczynia się do podwyższenia samooceny, w tym przede wszystkim zadowolenia z własnego wyglądu, wzmacnia poczucie kontroli i własnej skuteczności, poprawia nastrój. Skuteczna redukcja wagi ciała sprzyja również nawiązywaniu nowych kontaktów społecznych.

Należy także zwrócić uwagę, że czasami ludzie, którzy podjęli działania mające na celu redukcję nadwagi czy otyłości przerywają te działania, wracając do poprzednich nawyków żywieniowych. Głównymi powodami, dla których zaprzestaje się procesu redukcji nadwagi są:

- negatywny stan emocjonalny, który prowadzi do utraty kontroli nad ilością spożywanego pokarmu; niepokój, nuda, depresja, poczucie osamotnienia, wyobcowania, prowadzą z reguły do spożywania większych ilości jedzenia i to najczęściej wysokokalorycznego;
- konflikty międzyludzkie, które najczęściej pociągają za sobą występowanie negatywnych emocji;
- nacisk środowiska; najczęściej je się w sposób niekontrolowany w czasie przyjęć, spotkań towarzyskich, ulegając namowom innych.

Warto zwrócić uwagę na konieczność kontrolowania wagi ciała u osób w wieku senioralnym. U większości osób wraz z wiekiem wzrasta masa ciała. Tym bardziej osoby w wieku podeszłym powinny zwrócić uwagę na kontrolę własnych zachowań jedzeniowych, w tym ograniczenie ilości spożywanych pokarmów, zwłaszcza bogatych w tłuszcze i węglowodany. Powinny także dbać o kondycję fizyczną oraz psychiczną.

6.1.2. Aktywność fizyczna

Brak aktywności fizycznej sprzyja wzrostowi masy ciała. Nadwaga jest w znacznym stopniu uwarunkowana niewielkim wydatkowaniem energii, co jest nierozdzielnie związane z mało aktywnym, najczęściej siedzącym trybem życia.

Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się znaczne obniżenie się aktywności fizycznej. Obecnie prawie 1/4 Amerykanów nie wykazuje żadnej aktywności ruchowej w czasie wolnym. Kobiety prowadzące siedzący tryb ży-

cia są siedmiokrotnie bardziej predysponowane do przybierania na wadze, a mężczyźni czterokrotnie. Podobna sytuacja dotyczy Polski. Wyniki badań CBOS przeprowadzonych w latach 2003–2008 wskazują, że ponad połowa Polaków nie uprawiała dodatkowej aktywności fizycznej, poza codziennymi czynnościami. Regularny wysiłek fizyczny deklarowało zaledwie 10% respondentów. Niewątpliwie taka sytuacja sprzyja odkładaniu się kilogramów. Dane dotyczące roku 2013 (CBOS, 2013) są nieco lepsze. Dwie trzecie mieszkańców Polski (66%) zadeklarowało, że uprawiało sport w ciągu ostatniego roku, przy czym 40% spośród nich podejmowało aktywność fizyczną regularnie, a 26% sporadycznie.

Znaczenie braku aktywności fizycznej w powstawaniu otyłości jest różnie interpretowane. Owczarek (1995) uważa, że niedostatek ruchu to jedna z głównych przyczyn otyłości, zaś Nazar i Kaciuba-Uściłko (1995) stwierdzają, że niska aktywność ruchowa rzadko bywa pierwotną przyczyną otyłości, chociaż sprzyja jej rozwojowi. Pewne jest, że zgodnie z bilansem energetycznym ustroju, zmniejszenie wydatków energetycznych na pracę mięśniową powoduje zwiększenie zapasów odkładanych w postaci tkanki tłuszczowej.

Nie ulega wątpliwości, że systematyczne podejmowanie aktywności fizycznej pozwala, z jednej strony, zapobiegać nadwadze, a z drugiej, u osób posiadających już nadmiar kilogramów może przyczynić się do ich redukcji. Dla osiągnięcia wydatku energetycznego w postaci 500 kcal potrzebny jest prawie dwugodzinny spacer, godzinne pływanie lub jeżdżenie na rowerze, lub półgodzinne wchodzenie po schodach.

Trening fizyczny pociąga za sobą rozrost mięśni, a wynikiem tego jest zwiększenie przemiany materii. Ćwiczenia fizyczne powodują więc zwiększenie aktywności procesów metabolicznych, co pozwala na spalenie większej

ilości kalorii. Wzrasta zużycie tlenu i wydatek energetyczny spoczynkowy, co w konsekwencji zapobiega, przynajmniej w pewnym stopniu, przybieraniu na wadze. Mięśnie, w przeciwieństwie do tkanki tłuszczowej, zużywają dużo tlenu i są aktywne metabolicznie, a poprzez wysoki metabolizm niejako „zjadają” tkankę tłuszczową. Osoby z nadwagą, podejmujące ćwiczenia fizyczne, zmieniają część tkanki tłuszczowej na mięśnie, które rozwijając się, wykorzystują białko tkanki tłuszczowej jako budulec, zaś nagromadzony tłuszcz zużywają do celów energetycznych. Tak więc, nawet przy niezmienionej wadze ciała, osoba uprawiająca ćwiczenia fizyczne staje się mniej otyła, gdyż większa część jej ogólnej masy ciała przypada na mięśnie.

Poprzez zwiększenie aktywności ruchowej możliwe jest utrzymanie równowagi bilansu energetycznego bez rygorystycznych ograniczeń dietetycznych. Rola ćwiczeń fizycznych jest więc niezwykle istotna, ponieważ drastyczne ograniczenia dietetyczne mogą sprzyjać niedoborowi niektórych składników pokarmowych, takich jak żelazo, magnez, wapń, a w konsekwencji naruszeniu równowagi elektrolitycznej, co jest szczególnie niebezpieczne w przypadku dzieci i młodzieży.

W procesie redukcji nadmiernej masy ciała zalecane są raczej wysiłki małe bądź umiarkowane, ale często powtarzane i raczej o dłuższym czasie trwania. Podczas długotrwałej pracy o umiarkowanej intensywności, zapotrzebowanie energetyczne pokrywane jest w większym stopniu przez utlenianie kwasów tłuszczowych. Dla osób z nadmiarem kilogramów długotrwały marsz jest więc lepszą formą ruchu niż bieganie, a wydatek energii jest taki sam. Niewielkie znaczenie mają natomiast bardzo duże wysiłki, które z reguły trwają krótko.

Należy jednak pamiętać o dość powszechnej niechęci osób z nadmierną masą ciała do uprawiania wysiłku fi-

zycznego. Osobom takim trudniej jest się poruszać i szybciej się one męczą. Ograniczona aktywność fizyczna może także wynikać z lęku przed nadmiernym wysiłkiem, gdyż jednostki z nadmierną masą ciała często nie znają swoich możliwości, ani granic wytrzymałości. Najczęściej stosowane powolne spacerowanie powodują małe straty energetyczne, a przy małym stopniu zmęczenia może wystąpić znużenie, które z reguły wzmacnia apetyt i chęć podjadania.

Tak więc w programach redukcji nadwagi nie można pomijać znaczenia ćwiczeń fizycznych. Należy jednak pamiętać, że wysiłek fizyczny, choć jest niezbędnym elementem kuracji odchudzających, nie jest jedynym sposobem redukcji nadmiernej masy ciała.

U dzieci z nadmierną masą ciała, podobnie jak u dorosłych, obserwuje się mniejszą skłonność do wysiłku fizycznego, przy czym nie do końca wiadomo, czy zmniejszenie uprawiania ćwiczeń fizycznych jest przyczyną, czy konsekwencją nadwagi.

Z badań przeprowadzonych wśród nastolatków (Fikus, 1996) wynika, że wśród tych, którzy spędzali przed telewizorem pięć godzin dziennie było ponad pięć razy więcej osób z nadmierną masą ciała niż wśród tych, którzy oglądali programy telewizyjne nie więcej niż dwie godziny dziennie. W badaniach tych stwierdzono, że aż w 60% przypadków nadmierna waga ciała wiązała się z długim przesiadywaniem przed telewizorem.

Motywację do wysiłku fizycznego w tej grupie wiekowej obniżają świadomość niekorzystnego własnego wyglądu i estetyki ruchów, niechęć do noszenia stroju gimnastycznego, uwidaczniającego nadmiar tkanki tłuszczowej, obawa przed drwinami kolegów, zwiększona potliwość w czasie wysiłku i brak możliwości sprostaną wymaganiom nauczyciela wychowania fizycznego. Tak zamyka się błędne koło. Dzieci tyją, bo nie wydają energii, a nie ruszają się, bo są otyłe.

Najlepsze wyniki w procesie kontroli masy ciała u dzieci przynoszą wysiłki długotrwałe (w granicach 0,5–2 godz.) o umiarkowanej intensywności. Formy aktywności fizycznej powinny być tak dobrane, aby były przyjemnością dla dziecka, przy uwzględnieniu jego właściwości psychicznych, predyspozycji, preferencji, motywacji, postaw wobec ruchu i własnej otyłości. Ćwiczenia fizyczne nie mogą być źródłem stresu ani formą kary. Nie można więc zmuszać dziecka do ich uprawiania. Zaleca się ćwiczenie w gronie rodzinnym lub rówieśników, najlepiej w zorganizowanych formach aktywności ruchowej, ale można też ćwiczyć indywidualnie.

Szczególnie pomocne w walce z nadwagą, niezależnie od wieku, są dwa rodzaje ćwiczeń: dotleniające i oporowe. Ćwiczenia dotleniające obejmują marsze, jogging, jazdę na rowerze, aerobik. Ich zaletą jest zwiększenie wydolności organizmu, a więc budowanie kondycji i lepsze dotlenienie ustroju. Pozytywne skutki ćwiczeń dotleniających oddziałują przede wszystkim na układ krążenia, a w szczególności na serce. W konsekwencji ciało spala zmagazynowane substancje energetyczne, głównie tłuszcz i węglowodany. Ćwiczenia oporowe służą przede wszystkim budowaniu masy mięśniowej ciała oraz zwiększeniu jego siły i wytrzymałości. Polecane są kluby fitness, które proponują zróżnicowane zajęcia, dostosowane do wieku i kondycji ćwiczących.

Dla dzieci z nadmierną masą ciała bardzo korzystną formą terapii ruchowej są zajęcia w zespołach gimnastyki korekcyjnej. Zapewniają one systematyczność i różnorodność form ćwiczeń pod kierunkiem wykwalifikowanego instruktora, a ponadto zapobiegają powstawaniu wad postawy.

Aktywność fizyczna pozwala jednostce z nadmiarem kilogramów nie tylko spalać kalorie, ale także odwracać uwagę od jedzenia. Ćwiczenia fizyczne przyczyniają się

nie tylko do redukcji nadmiernej masy ciała, ale pociągają za sobą wiele korzyści dla organizmu, takich jak:

- zwiększenie aktywności procesów metabolicznych, co pozwala na spalenie większej ilości kalorii;
- utrzymywanie niższego poziomu ciśnienia tętniczego i stężenia cholesterolu we krwi;
- zmniejszenie aktywności w komórkach mięśni, co zmniejsza magazynowanie kalorii w postaci tłuszczu;
- poprawę współczynnika WHR, czyli stosunku obwodu talii do obwodu bioder;
- zwiększenie masy mięśniowej;
- zwiększenie zdolności wykorzystania tlenu przez organizm;
- lepszy wygląd i samopoczucie;
- skuteczne usuwanie napięć emocjonalnych;
- lepsze radzenie sobie ze stresem.

Należy także pamiętać, że nie wystarczy jednorazowy, nawet bardzo intensywny wysiłek fizyczny. Niezbędna jest ogólna zmiana stylu życia jednostki, w którym, oprócz trwałej zmiany nawyków żywieniowych, zostanie uwzględniony systematyczny wysiłek fizyczny.

6.1.3. Leczenie nadwagi i otyłości za pomocą środków farmakologicznych

W leczeniu nadwagi raczej nie zaleca się stosowania środków farmakologicznych. Ich stosowanie daje jedynie krótkotrwałe obniżenie masy ciała. Leki zmniejszające apetyt powinny być traktowane, co najwyżej, jako jeden z elementów całościowego programu odchudzania, polegającego na zmianie diety, podejmowaniu aktywności fizycznej i modyfikacji zachowań, i to przede wszystkim u pacjentów ze znaczną otyłością. Badania nad wykorzystaniem leków zmniejszających łaknienie, zarówno sto-

sowanych jako jedyne leczenie, jak i w połączeniu z dietą i zmianą zachowań, wykazały, że po odstawieniu leków prawie zawsze dochodzi do ponownego tycia (Speer, Speer, 1998).

Wyróżnia się kilka grup leków, które są stosowane w procesie redukcji nadmiernej masy ciała: Obejmują one:

- leki hamujące apetyt, takie jak: dexfenluramina (isolipan), aktualnie wycofany, czy maxindol (powodujący działania uboczne);
- środki parafarmaceutyczne wspomagające dietoterapię, takie jak: preparaty wysokobiałkowe, zastępujące jeden lub więcej posiłków (koktail Herbalife, Slim Fast, Linia 2000), środki pęczniące w przewodzie pokarmowym (Trimline, Magnezytka, Pektynki), zioła przyspieszające przemianę materii zawierające jod z roślin morskich, wyciąg z guarany oraz inne alkaloidy, środki ograniczające wydzielanie soków trawiennych, takie jak wyciąg z ananasa czy grapefruta;
- środki służące do szybkiego spalania tkanki tłuszczowej, takie jak: L-karnityna, cholina, inozytol oraz aminokwasy: L-arginina, L-ornityna. Są one stosowane przede wszystkim przez sportowców; raczej nie są polecane przez dietetyków.

W Polsce dostępne są nowoczesne leki przeciwko otyłości. Jednym z nich jest orlistat (xenical), hamujący o 30% wchłanianie tłuszczu z przewodu pokarmowego oraz sibutramina (inhibitor wychwytu monoamin, a przede wszystkim serotoniny i noradrenaliny), która ma podwójne działanie – hamuje apetyt i jednocześnie przyspiesza utratę ciepła z organizmu. Środki te zalecane są głównie dla osób z BMI powyżej 30. Powinny one być przyjmowane pod kontrolą lekarza, zwłaszcza gdy zalecana dieta i aktywność ruchowa nie przynoszą pożądanych efektów w postaci spadku masy ciała.

Prowadzone są doświadczenia nad substancjami będącymi antagonistami do neuropeptydu Y, który zwiększa apetyt na węglowodany. Nadzieje dla osób z nadmierną masą ciała wiążą się także z niedawno odkrytym neuropeptydem urokortyną. Okazało się bowiem, że wstrzyknięcie jej do mózgu szczurów spowodowało wyraźne hamowanie apetytu. Minimalna ilość urokortyny odbiera chęć do jedzenia na sześć godzin. Zaawansowane są również badania nad analogami cholecystokininy – hormonów sytości. Naukowcy próbują też zwalczać komórki tłuszczowe za pomocą manipulacji immunologicznych. Wykazano, że tam, gdzie zniszczono lipocyty, nie dochodzi do gromadzenia tłuszczu. Obiecujące też wydają się badania nad leptyną, chociaż wskazują, że bardziej oddziałuje ona na ludzką psychikę niż bezpośrednio na apetyt i metabolizm.

Istnieją także inne techniki ograniczania ilości spożywanego pokarmu. W przypadku skrajnej otyłości, zwłaszcza gdy zagraża ona zdrowiu lub życiu pacjenta, stosuje się techniki chirurgiczne, jak np. zszywanie żołądka lub usuwanie wycinków jelita cienkiego. Mają one na celu zmniejszenie powierzchni resorpcyjnej jelita cienkiego bądź wyłączenie żołądka z fizjologicznej drogi trawienia i przyswajania pokarmów, bądź zmniejszenie jego pojemności. Zalecane one są głównie dla pacjentów z chorobliwą otyłością (wskaźnik BMI powyżej 40) i to głównie w sytuacjach zagrożenia życia lub przygotowania do operacji. Wszystkie sposoby chirurgicznego leczenia otyłości są obciążone licznymi objawami ubocznymi. Należą do nich m.in. niedobory elektrolitowe i witaminowe, ryzyko pojawienia się kamicy nerkowej, niewydolność nerek i wątroby czy przewlekłe zapalenie jelita cienkiego. Większość badaczy uważa więc chirurgiczne leczenie otyłości za nieuzasadnione i niebezpieczne dla zdrowia i życia człowieka.

6.1.4. Redukcja nadwagi u dzieci i młodzieży

Metody postępowania w nadwadze i otyłości u dzieci różnią się znacznie od metod stosowanych u dorosłych. W redukcji masy ciała u dzieci nie zaleca się leczenia farmakologicznego i chirurgicznego. Proces redukcji nadwagi i otyłości w tej grupie wiekowej jest więc trudniejszy, bardziej czasochłonny i często mniej skuteczny. Jest także bardziej stresujący dla dziecka niż dla dorosłych.

Leczenie polega na wydatkowaniu nadmiaru energii magazynowanej w organizmie w postaci tkanki tłuszczowej. Utrata tej energii jest możliwa poprzez ograniczenie jej podaży w pokarmach (dieta ubogoenergetyczna) i/lub zwiększenie jej wydatkowania w postaci aktywności fizycznej. Zalecenia dietetyczne, a zwłaszcza ograniczenia spożycia energii i składników pokarmowych, należy wprowadzać w żywieniu dzieci bardzo ostrożnie, gdyż zbyt drastyczne ograniczenia mogą zakłócić wzrost, rozwój fizyczny i umysłowy dziecka. Ograniczanie pożywienia może także prowadzić do anoreksji.

Wybór metody postępowania powinien być dobierany indywidualnie w stosunku do każdej jednostki, uwzględniający stopień nadwagi, dotychczasowe doświadczenia w leczeniu, odpowiednio do postaw i zachowań jedzeniowych.

Leczenie nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży można sprowadzić do leczenia podstawowego i wspomagającego. Pierwsze obejmuje stosowanie diety ubogoenergetycznej, dostosowanej do wieku i stopnia nadwagi, zmianę dotychczasowych zachowań związanych ze spożywaniem posiłków, zwiększenie aktywności ruchowej i stosowanie pozytywnych wzmocnień, zwiększających motywację dziecka do dalszych wysiłków w procesie redukcji nadmiernej masy ciała.

Leczenie wspomagające obejmuje przede wszystkim stosowanie naturalnych preparatów leczniczych. Należy jednakże pamiętać, że w procesie redukcji nadwagi

u dzieci nie można stosować żadnych leków chemicznych obniżających łaknienie, a nawet niektórych środków naturalnych, głównie mieszanek ziołowych, w których składzie znajdują się zioła przeczyszczające.

Do najczęściej stosowanych metod postępowania leczniczego u otyłego dziecka zalicza się:

- utrzymanie dotychczasowej wartości energetycznej diety przy równoczesnym zwiększeniu wydatku energetycznego (zwiększona aktywność fizyczna);
- wprowadzenie diety ubogoenergetycznej – 1000–1500 kcal (powyżej 7. roku życia);
- stosowanie terapii behawioralnej mającej na celu zmianę nawyków żywieniowych;
- zastosowanie diety o bardzo niskiej wartości energetycznej – 500–800 kcal (wyłącznie w warunkach szpitalnych).

Większość programów redukcji nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży dotyczy wczesnych interwencji i jest przeznaczona przede wszystkim dla młodszej grupy wiekowej (6–12 lat), choć są również takie, które opracowano dla nastolatków. Trwają one przeciętnie 4–28 tygodni. Średni ubytek wagi oscyluje pomiędzy 5 a 17%.

Jeden z programów przeznaczony dla dzieci i młodzieży z nadmierną masą ciała, opracowany przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie (Woynarowska, 1995) uwzględnia 4 zadania:

- kształtowanie motywacji dziecka do redukcji nadwagi i otyłości poprzez pomoc w uwiadomianiu problemu nadwagi i otyłości oraz rozbudzanie chęci i potrzeby redukcji nadmiernej masy ciała (nacisk na korzyści, a nie na zagrożenia);
- stworzenie możliwości zdobycia kompetencji do redukcji nadwagi (w tym umiejętności doboru diety, zajęć ru-

chowych, samokontroli) poprzez edukację zdrowotną dziecka i jego rodziny;

- stworzenie warunków do redukcji nadwagi poprzez zmianę sposobu żywienia całej rodziny, ofertę zajęć ruchowych, dostosowanych do możliwości i atrakcyjnych dla dziecka (również w szkole);
- długotrwałe wspieranie psychiczne dziecka, m.in. poprzez podkreślanie jego sukcesów (także na lekcjach wychowania fizycznego), jego „mocnych stron”, wzmacnianie poczucia własnej wartości;
- udostępnienie poradnictwa dietetycznego dla dzieci i ich rodziców (np. w podstawowej opiece zdrowotnej, stacji sanitarno-epidemiologicznej).

Programy wspomagające proces redukcji nadmiernej masy ciała powinny uwzględniać nie tylko kształtowanie umiejętności kontrolowania własnych nawyków żywieniowych i zwiększanie aktywności ruchowej, ale także rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami.

6.2. Modyfikacja zachowań – psychologiczne sposoby redukowania nadwagi i otyłości

W projektowaniu interwencji, których celem jest zmiana nawyków żywieniowych, mających doprowadzić do redukcji nadmiernej masy ciała, wykorzystuje się wiele modeli, które opierają się na różnych założeniach. Wśród nich najczęściej wymienia się model społecznego uczenia się i powiązany z nim model poznawczo-behawioralny.

6.2.1. Model społecznego uczenia się

W modelu społecznego uczenia się, opartym na teorii behawiorystycznej, przyjmuje się, że jednostka angażuje się w zachowania szkodliwe dla zdrowia (w tym objadanie się) ponieważ nauczyła się, że są one akceptowanym sposobem radzenia sobie lub też formą gratyfikacji społecznej.

Niepożądanych zachowań uczymy się głównie poprzez naśladowanie innych ludzi (np. dzieci naśladowują rodziców, młodzież rówieśników). Raz wyuczone zachowanie staje się integralną częścią repertuaru zachowań jednostki, głównie dzięki temu, że jest podtrzymywane przez wzmocnienia społeczne.

Teoria społecznego uczenia się zawiera założenie, że otyłość jest wynikiem uczenia się nieprawidłowych nawyków żywieniowych. Interwencje oparte na tym modelu koncentrują się bezpośrednio na zachowaniu i dotyczą przede wszystkim wyeliminowania starych i nauczenia się nowych nawyków. Aby zmienić zachowanie należy wyeliminować wzmocnienia wiążące się z niepożądanym zachowaniem i wprowadzić nowe, pożądane zachowanie, powiązane z nowymi wzmocnieniami.

W procesie uczenia się nowych zachowań należy przyswoić sobie nie tylko wiedzę o odżywianiu i wydatkowaniu energii, ale także umiejętności, które pomogą jednostce w kontrolowaniu oddziaływań środowiskowych i kontrolowaniu wzmocnień, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. W szczególności chodzi więc o dokładne obserwowanie własnego sposobu odżywiania się i kontrolowanie wagi ciała, analizowanie sposobów radzenia sobie z sytuacjami wzbudzającymi potrzebę jedzenia, form redukcji niewłaściwych nawyków żywieniowych, a także podstawowych sposobów nagradzania się.

Do technik modyfikacji zachowań skutecznych w redukcji nadwagi zalicza się samoobserwację, redukcję

sygnałów pochodzących z otoczenia i zachęcających do jedzenia, udzielanie wzmocnień po spadku wagi. Samo-obszercacja polega przede wszystkim na prowadzeniu notatek dotyczących odżywiania się, obserwacji sytuacji poprzedzających jedzenie, a także regularnym ważeniu się. Stosowane wzmocnienia mogą przybierać różnego rodzaju formy karania za niepożądane zachowania, jak np. podjadanie (wzmocnienia negatywne), jak i nagradzanie się za przestrzeganie ograniczeń jedzeniowych (wzmocnienia pozytywne). Wykorzystywana może być także technika awersyjnego przekierunkowania, związana ze stosowaniem skojarzeń niewłaściwego zachowania jedzeniowego z nieprzyjemnymi konsekwencjami, w wyniku czego jednostka oducza się tych niekorzystnych zachowań.

Stosowane są także techniki modelowania, polegające na uczeniu nowych, adekwatnych do problemu zachowań, jak np. trening asertywności czy umiejętności społecznych. Ogólnie stosowane techniki behawioralne mają pomóc pragnącym schudnąć w zwiększeniu poczucia kontroli nad jedzeniem, czyli ułatwić poradzenie sobie z podświadomym pociąganiem do jedzenia.

Interwencje oparte na modelu społecznego uczenia się przynoszą dobre rezultaty. Modyfikacja zachowań związanych z odżywianiem jest obiecującą alternatywą wobec różnych diet i stała się w ostatnich latach ważnym elementem programów kontroli wagi. Uczestnicy programów, w których wykorzystuje się modyfikację zachowań, uzyskują lepsze rezultaty w redukcji wagi niż ci, którzy stosują tylko konwencjonalną dietę. W jednym z takich programów (Weiss, 1977) różnica wagi między grupą poddaną programowi a grupą kontrolną wynosiła od 4,2 do 9,2 kg (od 4,6 do 16,4%).

Warto jednak pamiętać, że modyfikacja zachowań nie chroni przed ponownym przybieraniem na wadze. Mimo

to programy oparte na modyfikacji zachowań pozostają jednym z lepszych sposobów redukcji nadmiernej masy ciała.

6.2.2. Model poznawczo-behawioralny

Dużym ograniczeniem podejścia behawioralnego, które opierało się na założeniu, że nadwaga jest efektem niewłaściwych zachowań jedzeniowych, było pomijanie roli procesów poznawczych, tj. myślenia, wyobrażeń czy posiadanych przez ludzi przekonań. Wzbogacenie teorii uczenia się o koncepcje poznawcze wiązało się z uwzględnieniem, oprócz wzmocnień kierujących zachowaniem jednostki, także jej przekonań i oczekiwań, traktowanych, jako najważniejszy element procesów poznawczych zaangażowanych w kształtowanie zamiaru.

Szczególne znaczenie odegrały tu prace Bandury (1986) dotyczące podstaw modyfikacji zachowania, co zaowocowało rozwojem nowych metod i umożliwiło ich zastosowanie do różnych form leczenia, w tym również nadwagi i otyłości.

Podejście poznawczo-behawioralne skupia się na ocenach, atrybucjach, systemach przekonań i oczekiwaniach oraz na ich wpływie na emocje i zachowanie się jednostki. Główne założenie teorii poznawczo-behawioralnej zakłada, że dzięki zmianie sposobu myślenia jednostka może zmienić swój system wartości, przeżywane emocje, a to z kolei powoduje zmianę zachowania.

Przekonania, różnie rozumiane i odnoszące się do różnych sfer rzeczywistości, traktuje się jako elementy względnie trwałe i spójnej całości, dającej człowiekowi wyobrażenie pewnego fragmentu świata (Dolińska-Zygmunt, 2001). Obejmują one m.in. globalną orientację życiową, wyrażaną w poczuciu koherencji, spostrzeganie przyczynowości zdarzeń, przejawiające się w postaci umiejscowienia kontroli, czy ocenę swoich możliwości w stosunku do

wymagań zewnętrznych bądź wewnętrznych, odzwierciedlanych w poczuciu własnej skuteczności.

Według teorii sformułowanej przez Bandurę, zaangażowanie się w różne zachowania wymaga przekonania, że po pierwsze – spodziewana zmiana zachowania przedstawia dla jednostki jakąś wartość, po drugie – potrafi ona z powodzeniem zachować się w określony sposób, po trzecie – zachowując się w określony sposób osiągnie zamierzony cel. W konsekwencji oczekiwania dzieli się na trzy kategorie, tj. dotyczące: sytuacji, własnej skuteczności oraz wyniku działania.

Oczekiwanie kompetencji (własnej skuteczności) wyraża się w przekonaniu, że jednostka jest w stanie podjąć zamierzone działanie. O ile więc oczekiwanie wyniku wyraża prawdopodobieństwo, że podjęte działania doprowadzą do pożądanego celu, to poczucie własnej skuteczności wyraża subiektywne przekonanie, że środki, jakimi dysponuje jednostka umożliwią jej przeprowadzenie zamierzonego celu.

Poczucie własnej skuteczności wiąże się z gotowością do spożywania zdrowych pokarmów, sprzyja kontroli wagi ciała i procesowi jej redukcji. Ogólnie, ludzie o wysokim poziomie zasobów osobistych, w tym poczucia własnej skuteczności, wykazują większą kontrolę wolicjonalną, tak istotną w procesie redukcji nadmiernej masy ciała. Spostrzegane poczucie własnej skuteczności może więc być wyznacznikiem zarówno intencji, jak i samego działania w zakresie zachowań związanych z jedzeniem.

Prowadzone badania potwierdzają istotną rolę poczucia własnej skuteczności w procesie redukcji nadmiernej masy ciała (ich przegląd przedstawiono w pracy Ogińskiej-Bulik, 2004). Dla przykładu, w jednym z nich zaobserwowano, że osoby z nadwagą, charakteryzujące się wysokim poczuciem własnej skuteczności i wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, były bardziej podatne

na oddziaływania behawioralne mające na celu redukcję nadmiernej masy ciała. W innych badaniach przeprowadzonych wśród kobiet wykazano, że kobiety z silnym przekonaniem o własnej odpowiedzialności za zdrowie w większym stopniu kontrolowały wagę. W jeszcze innych stwierdzono, że osoby o wewnętrznym poczuciu kontroli (tj. wierzący, że sami decydują o jakości i treści swego życia), osiągają lepsze wyniki w procesie redukowania wagi niż ci, którzy sądzą, że kontrolę nad ich życiem sprawuje jakaś siła zewnętrzna.

Największe sukcesy w redukcji nadwagi uzyskuje się stosując właśnie podejście poznawczo-behawioralne. Programy oparte na tym podejściu kładą nacisk na powolną redukcję wagi (średnio 1 kg tygodniowo) i obejmują szereg technik, będących najczęściej połączeniem warunkowania i poznawczej restrukturyzacji, w których jednostka uczy się kontrolować autodestrukcyjne myśli związane z jedzeniem. Najczęściej wykorzystywane formy oddziaływań obejmują analizę automatycznych myśli, której celem jest zmiana schematów poznawczych i tzw. dezadaptacyjnych myśli skłaniających jednostkę do niewłaściwych zachowań jedzeniowych oraz korygowanie zniekształceń poznawczych, polegających na tym, że podejmowane zachowania jedzeniowe zostają poddane analizie, która z kolei ma skłonić jednostkę do podjęcia próby wyjaśnienia tych zachowań i poszukiwania alternatywnych sposobów zachowania się. Wykorzystuje się także samoobserwację, strategie rozwiązywania problemów czy psychoedukację.

Pierwszym krokiem, na który kładzie się nacisk w programach opartych na założeniach poznawczo-behawioralnych, jest zaangażowanie jednostki w kontrolowanie własnych wzorów zachowań związanych z jedzeniem oraz monitorowanie okoliczności czy sytuacji związanych z jedzeniem. Dopiero później uczy się jednostkę technik sa-

mokontroli, pozwalających na zmianę nawyków związanych z jedzeniem oraz systemu wzmocnień.

Warto podkreślić, że wiele osób poddających się takim programom często formuje nierealistyczne oczekiwania i wierzy, że można szybko i „bezboleśnie” zrzucić wagę. W przypadku niepowodzeń często pojawiają się autodestrukcyjne myśli, jak np. „Jestem strasznym grubasem”, „Nigdy nie schudnę”, co może powodować efekt odwrotny, czyli tycie.

Przykładem programu opartego na podejściu poznawczo-behawioralnym jest program przygotowany przez Penicka i współpracowników (Penick i in., 1971). Zawiera on cztery podstawowe elementy, tj.:

- 1) codzienny zapis ilości spożywanego jedzenia, czasu spożywania oraz sytuacji, w których występowało jedzenie;
- 2) określenie bodźców różnicujących, związanych z jedzeniem (osoby są zachęcane do spożywania zawsze w tym samym miejscu, unikania innych zajęć w czasie jedzenia, takich jak np. czytanie czy oglądanie telewizji);
- 3) techniki kontroli ilości jedzenia;
- 4) nagradzanie za zmiany w zachowaniu związane z jedzeniem.

Uczestnicy programów redukcji nadwagi, opartych na założeniach poznawczo-behawioralnych, w porównaniu z innymi formami oddziaływań, szybciej zredukowali masę ciała, a efekt w postaci osiągniętej wagi utrzymywał się dłużej. Niestety badania długofalowe wskazują, że dość znaczny odsetek pacjentów powraca do starych nawyków i odzyskuje utraconą wagę ciała.

6.2.3. Inne modele zmiany zachowań jedzeniowych

Do projektowania interwencji mających na celu zmianę zachowań jedzeniowych wykorzystywane są także inne modele. Jednym z nich jest model racjonalny, oparty na wiedzy. Zakłada się w nim, że zachowanie człowieka ma charakter racjonalny i jest wynikiem procesów logicznego myślenia. Zachowania niekorzystne dla zdrowia (autodestrukcyjne), a więc również objadanie się, są tu wyjaśniane w kategoriach braku odpowiedniej wiedzy o czynnikach ryzyka. Punktem wyjścia zmiany zachowań (np. ograniczenia spożywania niektórych produktów), zgodnie z tym modelem, jest dostarczenie człowiekowi wiedzy o zagrożeniach i zachowaniach zwiększających ryzyko zachorowania. Wiedza stanowi podstawę podjęcia decyzji o zmianie zachowań.

Wyróżnia się dwa warianty modelu racjonalnego. W obydwu podkreśla się znaczenie racjonalnych decyzji w zachowaniach autodestrukcyjnych. Pierwszy, bardziej ogólny wariant podejmowania decyzji zakłada, że ludzie oceniają osobiste, społeczne i psychologiczne koszty (straty) i korzyści (zyski) podejmowanych działań. O wprowadzeniu zmian czy podjęciu nowego zachowania decyduje dodatni bilans, czyli przewaga zysków nad kosztami. Podjęcie decyzji, która ma na celu dokonanie zmian nie jest jeszcze równoznaczne z tym, że jednostka uzyska oczekiwany efekt.

Aczkolwiek czynniki zaangażowane w podjęcie decyzji nie zawsze muszą być w pełni uświadamiane, bądź zwerbalizowane, to decyzja jest centralnym elementem dalszego działania. Jeżeli decyzja o zmianie zachowania została podjęta, lecz jednostce nie udało się jej zrealizować, to włączają się procesy obrony poznawczej. Taka racjonalizacja minimalizuje autodestrukcyjne aspekty zachowania i łagodzi symptomy.

Drugi wariant podejścia racjonalnego wynika z modelu przekonań zdrowotnych, w którym przyjmuje się,

że spostrzeganie własnego zdrowia wpływa na zmiany w zachowaniach zdrowotnych. Modyfikacja szkodliwego zachowania wymaga więc zmiany percepcji własnego zdrowia i podatności na zachorowanie, a także wzrostu poczucia własnej skuteczności w realizację planu zmiany zachowania i przezwyciężenia barier utrudniających tę realizację.

W interwencyjnych programach redukcji nadwagi, opartych na podejściu racjonalnym, zakłada się, że konieczne jest dostarczenie jednostce informacji o odżywianiu (psychoedukacja), ćwiczeniach oraz poziomie dostarczonej i wydatkowanej energii. Obejmują one głównie diety i wiadomości o odżywianiu. Programy te nie są kosztowne i można nimi objąć duże grupy ludzi, jednak ich efektywność jest na ogół niska. W trakcie trwania programu wycofuje się około 80% uczestników. Większość uczestników kończących program, oparty głównie na edukacji, nie osiąga znaczącej redukcji wagi ciała.

Podstawowym problemem, wynikającym z podejścia opartego na dostarczaniu informacji, jest brak zdolności uczestników takich programów do określania czy wyboru informacji najbardziej pożądaných. Podejście to nie jest więc efektywną metodą zmiany zachowań. Wprowadzony model przekonań zdrowotnych udoskonala wprawdzie model racjonalny, głównie przez identyfikowanie różnych typów informacji, które mogą w większym lub mniejszym stopniu wpływać na zachowanie, ale rezultaty prowadzonych badań są niejednoznaczne. Niektóre z nich wskazują, że przekonania zdrowotne mogą być raczej efektem a nie przyczyną zmian w zachowaniach. Tak więc wiedza jest potrzebna do zmiany zachowania, ale nie może ona być jedynym warunkiem tej zmiany. Ważnym czynnikiem wydaje się motywacja do zmiany, umiejętności niezbędne do wprowadzenia zmiany, a także zdolność do podtrzymania zaistniałej zmiany.

Innym modelem wykorzystywanym w interwencjach psychologicznych mających na celu wspomaganie procesu nadmiernej masy ciała jest model transteoretyczny, obejmujący pięć stadiów: prekontemplacji (jednostka nie wykazuje intencji do podjęcia działania), kontemplacji (zamierza rozpocząć działanie w ciągu najbliższych sześciu miesięcy), przygotowania (podejmuje kroki prowadzące do wprowadzenia działania), działania (wdraża zaplanowane działania przez sześć miesięcy po inicjacji) oraz utrzymywania (realizuje działania przez ponad sześć miesięcy).

Jeszcze innym jest model implementacji intencji. Intencja wyjaśnia, co ma być zrobione, a implementacja intencji wskazuje, gdzie, kiedy i jak te działania zostaną wdrożone. Implementacja intencji oznacza więc sformułowanie szczegółowego planu działania. Zastosowanie wymienionych modeli w procesie zmiany diety omawia Łuszczynska (2007).

Opracowano także modele wielowymiarowe, którym przypisuje się największą skuteczność w procesie redukcji nadmiernej masy ciała. Programy te są skoncentrowane nie tylko na behawioralnej kontroli nawyków odżywiania, ale także na zmianie sposobów myślenia, umiejętnościach radzenia sobie ze stresem oraz aktywności ruchowej. Łączą one stosowanie diety, edukację na temat odżywiania, ćwiczenia fizyczne, modyfikację zachowań oraz wsparcie społeczne.

Przykładem wielowymiarowego podejścia do problemu kontroli wagi ciała jest program, który zaprezentowali Brownell i Wadden (1986). Obejmuje on pięć elementów, a mianowicie: modyfikację zachowań, ćwiczenia fizyczne, zmianę sposobu myślenia, zapewnienie sobie wsparcia społecznego i właściwe odżywianie.

Warto także podkreślić, że odpowiednie programy, mające na celu modyfikację niekorzystnych zachowań je-

dzeniowych mogą przynieść pozytywne skutki zdrowotne także tym, którzy nie chudną. Te potencjalne korzyści, związane z kontrolą wagi ciała, należy przeciwstawić możliwym zagrożeniom, takim jak niedożywienie, zaburzenia odżywiania, znaczne szkody psychologiczne wynikające z wielokrotnych niepowodzeń w odchudzaniu.

6.3. Stosowane formy pomocy

W procesie redukcji nadmiernej masy ciała wykorzystywane są różnego rodzaju formy pomocy osobom z nadmierną masą ciała. Wymienia się wśród nich edukację zdrowotną (psychoedukację), różnego rodzaju programy interwencyjne czy psychoterapię.

Szczególną rolę, zwłaszcza u osób, u których inne formy poradzenia sobie z problemem nadwagi i otyłości okazały się nieskuteczne, należy przypisać psychoterapii. Wiąże się to z założeniem, że otyłość dotyczy nie tylko ciała, ale także psychiki. Nadmiar posiadanych kilogramów jest m.in. wynikiem działania czynników natury psychologicznej, w tym problemów wywodzących się z okresu dzieciństwa, przeżywanych negatywnych emocji, doświadczanego stresu czy deficytów w zakresie radzenia sobie z nim. Co więcej, sam fakt bycia otyłym jest kolejnym źródłem problemów, z którym jednostka najczęściej nie jest w stanie sobie poradzić.

Stosowane techniki zależą od preferowanej przez psychoterapeutów koncepcji. Najczęściej wykorzystywane i najbardziej skuteczne jest podejście poznawczo-behawioralne. Stosuje się także terapię psychodynamiczną, behawioralną, strategiczną, terapię Gestalt. Ich charakterystykę z odniesieniem do problemu nadmiernej masy ciała przedstawia m. in. Chanduszko-Salska (2013). Warto tu zwrócić uwagę na dwa nieco rzadziej stosowane po-

dejscia terapeutyczne, jakim są terapia strategiczna i terapia Gestalt.

Terapia strategiczna nawiązuje do terapii Ericsonowskiej i skupia się przede wszystkim na terażniejszości i przyszłości zarówno klienta, jak i jego rodziny. Rolą terapeuty jest współtworzenie z klientem precyzyjnej wizji celu (planu), do którego klient ma podążać i pomoc w realizacji tego planu. Podstawowymi technikami wykorzystywanymi w tego rodzaju terapii są: pytania cyrkularne, które kierowane są do wszystkich osób w rodzinie i mają na celu odkrywanie relacji panujących w rodzinie, pozytywne oznaczanie zachowań – polegające na przedstawianiu innego znaczenia i spojrzenia na wydarzenie lub zachowanie, zadania do wykonania czy interwencje paradoksalne, polegające na zleceniu zadań mających na celu (paradoksalnie) kontynuowanie zachowań problemowych lub powstrzymanie się przed zmianą (może to pomóc klientowi w dostrzeżeniu własnego udziału w problemie). Ponadto wykorzystywane są metafory i komunikaty kierowane do nieświadomości, co zwiększa zaangażowanie i aktywność klienta, i ma pomóc w odkrywaniu jego potencjałów i możliwości.

Z kolei w odmianie tego podejścia terapeutycznego, jakim jest systemowo-strategiczna terapia rodzin, kładzie się nacisk, nie tyle na poszczególnych członków rodziny, co na relacje wewnątrzrodzinne. W tej terapii przyjmuje się założenie, że problemy indywidualne są ujmowane jako manifestacja zaburzenia całej rodziny. Celem terapeuty jest rozpoznanie powtarzającej się sekwencji zdarzeń występujących w rodzinie, odkrywanie relacji rodzinnych (często bardzo skomplikowanych), które leżą u podłoża problemu.

Terapia Gestalt jest zaliczana do nurtu humanistyczno-egzystencjalnego i kładzie nacisk na subiektywne, świadome doświadczenia klienta. Z kolei w tej terapii wyko-

rzystuje się założenie, że jedzenie jest ważnym środkiem komunikacji w rodzinie, często zastępującym inne formy okazywania uczuć. Jedzenie może więc wyrażać miłość, uznanie, czy służyć jako nagroda. Działania terapeutyczne koncentrują się więc przede wszystkim na emocjach klienta, doświadczanych aktualnie, czyli „tu i teraz”.

Skuteczność stosowanych terapii jest zróżnicowana i ograniczona. Największe efekty uzyskuje się podczas terapii poznawczo-behawioralnej i strategicznej. Psychoterapia może mieć charakter indywidualny lub grupowy, a w szczególnych przypadkach, kiedy problem nadmiernej masy ciała dotyczy dzieci – obejmować całą rodzinę.

Psychoterapia może ułatwić jednostce dotarcie do przyczyn i mechanizmów leżących u podłoża problemu, jakim jest nadmiar kilogramów, pomóc w rozwiązaniu tego problemu oraz przeciwdziałać nawrotom niekorzystnych zachowań jedzeniowych. Psychoterapeuta może pomóc w rozpoznawaniu niekorzystnych myśli i przekonań, utrudniających proces redukcji nadmiernej masy ciała, obaw i dylematów związanych ze zmianą. Może pomóc we wzmacnianiu i podtrzymywaniu motywacji do zmiany, przygotowaniu działań związanych z redukcją nadwagi czy otyłości, przeciwdziałaniu efektowi jo-jo. Praca psychoterapeuty obejmuje także pomoc w zakresie poznania siebie, własnych potrzeb, zwiększenie samokontroli, nabywania umiejętności rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych, kształtowania kompetencji w zakresie radzenia sobie ze stresem, wzmacniania poczucia własnej wartości i skuteczności. Zdobycie nowych umiejętności i kompetencji może stanowić dla jednostki istotną wartość niezależnie od efektów w redukcji nadmiaru kilogramów.

Pomoc osobom podejmującym próby zredukowania nadmiernej masy ciała może się także odbywać drogą internetową lub telefoniczną. Jest to rodzaj interwencji o charakterze doradztwa. Wykorzystuje się także różnego

rodzaju programy komputerowe i filmy. Skuteczność tego typu interwencji jest jednak ograniczona, co wiąże się m.in. z obniżaniem się motywacji osób uczestniczących w tego typu działaniach.

Jeszcze inną opcją pomocy osobom z nadmiarem kilogramów jest prowadzenie pracy grupowej z członkami danej wspólnoty wyznaniowej (danego Kościoła). Tego typu oddziaływania mogą się sprawdzać przede wszystkim w przypadku terenów wiejskich, gdzie dostęp do innych metod oddziaływań jest ograniczony. Organizacje kościelne mogą dość łatwo zjednoczyć ludzi (całe rodziny) wobec problemu nadwagi i otyłości, wykorzystując istniejące sieci wsparcia.

Pozytywne efekty tego typu interwencji wykazano w jednym z programów opisywanych przez Łuszczynską (2007). Obejmował on grupę ponad 500 kobiet w średnim wieku zaangażowanych w 16 różnego rodzaju zgromadzeń kościelnych. Zaobserwowane zmiany dotyczyły zmniejszenia ilości spożywanych kalorii, redukcji tłuszczu i soli. Co więcej, analiza programów wykorzystujących lokalne struktury kościelne wykazała, że są one bardziej skuteczne niż przeprowadzane indywidualnie interwencje w supermarketach.

W sytuacji ograniczonej skuteczności sposobów walki z nadmierną masą ciała uwaga specjalistów od żywienia kieruje się w stronę profilaktyki. Nawiązuje to do zasady lepiej zapobiegać niż leczyć. Szczególną rolę odgrywa tu edukacja zdrowotna, która powinna być kierowana przede wszystkim do dzieci. Jej zadaniem jest zwiększanie świadomości, m.in. poprzez dostarczanie wiedzy na temat konsekwencji wynikających z nadwagi i otyłości, kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych, umiejętności dokonywania racjonalnych wyborów, a także wzmacnianie przekonań odnoszących się do własnej osoby, takich jak poczucie własnej wartości, skuteczności, poczucie pa-

nowania nad trudnymi sytuacjami. Edukacja zdrowotna powinna także uwzględniać rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, tak by jednostka nie musiała szukać pocieszenia w jedzeniu.

W nowoczesnym podejściu do edukacji zdrowotnej kładzie się nacisk na demedycyzację, co wiąże się z potrzebą włączenia w proces redukcji nadmiernej wagi ciała, oprócz przedstawicieli służby zdrowia, także innych specjalistów, w tym dietetyków i psychologów (psychodietetyków).

Edukacja zdrowotna powinna być „edukacją dla zmiany”. Oznacza to, że powinna uwzględniać wspomaganie motywacji do uczenia się i zdobywania kompetencji niezbędnych dla zachowania zdrowia, jego szerzenia i umacniania. Powinna odwoływać się do podejmowanej przez ludzi aktywności, ich potrzeb i oczekiwań.

Kampanie profilaktyczne nie powinny być kierowane tylko do poszczególnych osób, ale także do instytucji zajmujących się zbiorowym żywieniem. Problematyka zdrowego odżywiania powinna więc znaleźć się w programach badawczych i w praktyce szkół różnego szczebla, akademii medycznych, szkół pielęgniarstwa i innych ośrodków kształcenia. Racjonalne żywienie jest bowiem wymogiem współczesności.

Specjaliści z zakresu żywienia, w ramach programów profilaktycznych proponują szereg zaleceń mających na celu wspomaganie dzieci i młodzieży w walce z otyłością. Obejmują one m.in.:

- równomierne rozłożenie posiłków w ciągu dnia (najlepiej 4–5 posiłków) i regularne ich spożywanie (należy zwrócić uwagę, aby dzieci jadły powoli, dobrze gryzły i przeżuwały);
- unikanie nadmiaru cukru w produktach i napojach, a także cukru i soli jako przypraw;
- unikanie podjadania przekąsek, zawierających duże ilości tłuszczu i cukrów, tj. ciast, ciasteczek, czeko-

ład, słodkich deserów na rzecz większej ilości warzyw i owoców;

- przygotowywanie posiłków z ograniczeniem tłuszczu, np. gotowane, pieczone;
- spożywanie pokarmów w miejscach do tego wyznaczonych, np. w kuchni lub w pokoju jadalnym;
- unikanie w czasie jedzenia wykonywania innych czynności, jak np. oglądania telewizji, czytania, zabawy;
- niezmuszanie dziecka do zjedzenia wszystkiego, co jest na talerzu;
- podawanie posiłków na małych talerzach;
- obserwowanie i eliminowanie, bądź ograniczanie tych sytuacji, w których dziecko częściej sięga po jedzenie;
- zrezygnowanie z towarzystwa dziecka w czasie zakupów spożywczych lub jeśli dziecko jest obecne – świadome omijanie sklepików ze słodyczami;
- konsekwentnie likwidowanie dostępu do słodczy, pieczywa i innych produktów wysokokalorycznych;
- nienagradzanie słodyczami;
- wprowadzenie zwyczaju codziennych spacerów, tak długich, jak to możliwe;
- wspieranie psychiczne dziecka w każdej trudnej sytuacji, a szczególnie w chwilach zwątpienia, zniechęcenia, porażki;
- wzmacnianie i dowartościowywanie dziecka, zwłaszcza w obecności innych;
- unikanie straszenia konsekwencjami otyłości, budzenia poczucia winy.

6.4. Co należy uwzględnić w interwencjach psychologicznych?

Wdrożenie programu należy rozpoczynać od informacji na temat nadwagi, otyłości, zasad odżywiania się (sesja edukacyjna). Skuteczny program redukcji nadmiernej masy ciała powinien obejmować: nabywanie wiedzy i kształtowanie postaw wobec jedzenia, rozwój motywacji, w tym formułowanie zamiaru i wcielanie go w życie, modyfikację zachowań (w tym przede wszystkim ograniczenie ilości jedzenia), uwzględniającą indywidualne ustalanie celów i wzmocnień, zwiększenie samokontroli.

W procesie modyfikacji zachowań niezbędne jest kształtowanie i rozwijanie przekonań, takich jak optymizm życiowy, poczucie własnej wartości i skuteczności, wewnętrzne poczucie kontroli, rozwijanie kompetencji w zakresie radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami. Rozwój tych elementów może przyczynić się do wzmocnienia kontroli nad własnymi zachowaniami jedzeniowymi, kształtować motywację do działania i wytrwałość w podjętych postanowieniach. Nabyte kompetencje mogą mieć także inne pozytywne konsekwencje dla zdrowia.

Kształtowanie motywacji

Jednym z istotnych elementów, które powinny być uwzględnione w programach pomocy psychologicznej w procesie redukcji nadmiernej masy ciała jest kształtowanie motywacji. To przede wszystkim od uruchomienia procesu motywacyjnego zależy przebieg i efektywność podejmowanych działań. Motywacja to proces regulacji, sterujący działaniami skierowanymi na realizację określonych celów. O tym, czy taki proces powstanie decydują dwa czynniki, tj. wynik musi być dla jednostki użyteczny (stanowiąc jakąś wartość) oraz jednostka musi oceniać prawdopodobieństwo osiągnięcia celu jako wyższe

od zera. Uruchomienie motywacji jest punktem wyjścia podjęcia działań, ale nie oznacza gwarancji osiągnięcia sukcesu.

W procesie redukcji nadmiernej masy ciała istotną rolę przypisuje się motywacji wewnętrznej, choć także zewnętrzna ma swoje znaczenie. Ta pierwsza ma miejsce w sytuacji, gdy jednostka podejmuje decyzję samodzielnie, kierując się indywidualnymi celami. Ta druga jest wynikiem oddziaływania (czasami nacisku) innych osób, np. członków rodziny, przyjaciół, lekarza.

Źródło motywacji przekłada się na efektywność podejmowanych działań, które podejmowane po to, żeby spełnić oczekiwania innych mogą być angażujące (często towarzyszą temu silne emocje), ale zwykle są nietrwałe. Podejmowanie działań dla siebie, z pobudek wewnętrznych, okazuje się bardziej skuteczne. Wiąże się również (zwłaszcza, jeśli doprowadziły do uzyskania celu) z występowaniem pozytywnych zmian w samoocenie, co wyraża się w zwiększonym poczuciu własnej wartości i skuteczności.

Analizując znaczenie procesów motywacyjnych bierze się także pod uwagę cel podejmowanych działań. Cel może mieć charakter dodatni (taki, który człowiek chce osiągnąć) i ujemny (taki, którego chce uniknąć, warunkowany przez obawę lub niechęć). W odniesieniu do procesu redukcji nadmiernej masy ciała motywacja dodatnia wiązałaby się z chęcią poprawy kondycji fizycznej czy zwiększenia własnej atrakcyjności. Z kolei w przypadku motywacji negatywnej, dążenie do obniżenia wagi ciała byłoby wynikiem obaw związanych ze stanem zdrowia (np. lęk przed zawałem serca, ograniczoną sprawnością i gorszym wyglądem). Ocenia się, że ten drugi rodzaj motywacji wiąże się z większym zaangażowaniem i determinacją. Potwierdzają to wyniki badań wskazujące, że osoby motywowane względami zdrowotnymi, a nie własnym

wyglądem osiągają większe sukcesy w procesie redukcji nadmiernej masy ciała. Z kolei osoby nastawione głównie na odzyskanie atrakcyjnego wyglądu częściej ponoszą porażki (Bał-Sosnowska, 2009).

Zwraca się także uwagę na znaczenie tzw. motywacji ambiwalentnej. Ten rodzaj motywacji oznacza, że obiekt (zmniejszona masa ciała) jest pożądanym, ale wiąże się z utratą korzyści innego rodzaju (np. utrata „pancerza ochronnego”). Taka sytuacja może prowadzić do „lęku przed sukcesem” i występowania ambiwalentnych emocji, a w efekcie zaniechania podjętych działań.

Istotne znaczenie w procesie redukcji nadmiernej masy ciała ma natężenie motywacji. Optymalny jest umiarkowany poziom motywacji, który jest najbardziej korzystny dla największej sprawności działania. Motywacja niska oznacza brak mobilizacji do działania, a wysoka wiąże się z większym prawdopodobieństwem dezorganizacji działania.

Wielu osobom podejmującym próby zredukowania nadmiernej masy ciała towarzyszy albo niski poziom motywacji (przymus schudnięcia), albo bardzo wysoki, często powiązany z nierealistycznymi oczekiwaniami i towarzyszącymi im silnymi emocjami. Z przeprowadzonych badań dotyczących skuteczności programu pomocy psychologicznej dla kobiet z nadmierną masą ciała (Chanduszko-Salska, Ogińska-Bulik, 2004) wynika, że te, które wytrzymały do końca programu charakteryzowały się przeciętną i silną wiarą w odniesienie sukcesu. Z kolei większość tych, które zrezygnowały, wykazywała niską wiarę w skuteczność podejmowanych działań.

Warto nadmienić, że nadmierne skupianie uwagi na jedzeniu z reguły osłabia motywację w dążeniu do wyznaczonego celu, ponieważ pobudza głód i przywołuje skojarzenia związane z konkretną potrawą. Nie należy więc pobudzać głodu poprzez świadome kierowanie myślami,

a raczej skupić się na celu, do którego dążymy. Świadome przeniesienie uwagi na wyznaczony cel wprowadza pewnego rodzaju ład w świadomości.

Indywidualne ustalanie celów i wzmocnień

W programach redukcji wagi zwraca się uwagę na indywidualne ustalenie celu. Jednostka sama określa ile i w jakim czasie chce schudnąć. Ważne jest ustalenie celów krótkoterminowych (np. chudnięcie nie więcej niż 1 kg tygodniowo, czyli 4 kg miesięcznie). Konieczne jest przełożenie ustalonego celu, jakim jest redukcja wagi, na język konkretnych zachowań, np. *Posiłki będę spożywać powoli; Nie będę jeść w trakcie oglądania telewizji; Gdy będę zdenerwowana wyjdę na spacer zamiast sięgać po jedzenie.*

Ważnym czynnikiem w procesie redukcji nadmiernej wagi ciała jest ustalenie wzmocnień, zarówno po zrealizowaniu celów krótkoterminowych, jak i po osiągnięciu celu końcowego. Do tego służy cały repertuar sposobów nagradzania siebie samego, jak również uzyskiwania pochwał ze strony otoczenia. Ważną rolę w wysiłkach do zmniejszenia masy ciała i jej utrzymaniu pełni wsparcie społeczne, otrzymywane od rodziny i przyjaciół, ale przede wszystkim od osób borykających się z podobnymi problemami.

Przyjmuje się, że ok. 10% uczestników realizuje ustalony cel, jakim jest osiągnięcie pożądaney wagi. Kryterium powodzenia stanowią nie tylko stracone kilogramy, lecz również inne obiektywne i subiektywne wskaźniki poprawy samopoczucia, jak np. niższe ciśnienie tętnicze, więcej energii życiowej, większa ruchliwość, zadowolenie z siebie.

Większość komercyjnych, grupowych programów odchudzania, takich jak *Weight Watchers*, *Diet Center*, *Jenny Craig*, *Nutri System* uwzględnia techniki modyfikacji zachowań, do których należą: kontrola bodźców (np. przechowywanie żywności poza zasięgiem wzroku), zmiana

sposobu jedzenia (np. jedzenie powoli), wypracowanie zachowań zastępczych (np. rozładowanie złego nastroju ćwiczeniami fizycznymi, zamiast jedzeniem), samokontrola (stosowanie dzienniczków żywienia), nagradzanie, zmiana sposobów myślenia. Takie połączenie zapewnia utratę ok. 0,5 kg tygodniowo i do 13 kg w ciągu 25 tygodni.

Formułowanie zamiaru

Na ogół uważa się, że podstawowym wyznacznikiem zmiany zachowania jest zamiar. Prawdopodobieństwo jego realizacji zależy od wielu różnorodnych czynników, tak obiektywnych, jak np. rodzaj zadania i warunki jego realizacji, jak i subiektywnych, takich jak poziom samooceny, poczucia własnej wartości, a przede wszystkim poczucia skuteczności, które mogą modyfikować motywację i sprawność działania.

Sformułowanie określonego zamiaru na ogół nie jest wystarczające do tego, aby był on realizowany. Jego realizacja wymaga bowiem aktywizacji określonych procesów kontroli działania, określanych mianem siły woli. Wytrwałość w działaniu jest bowiem funkcją nie tylko motywacji do rozwiązania zadania, ale i efektywności procesów kontroli działania, ochraniających pierwotny zamiar przed konkurencyjnymi tendencjami do działania.

Zwiększenie samokontroli

By odnieść sukces w redukcji nadwagi trzeba nauczyć się samokontroli i odpowiedzialności za podejmowane zachowania jedzeniowe. W tym celu wykorzystuje się techniki uczące optymizmu i wiary w siebie. Konieczne jest również znalezienie sposobów umożliwiających wytrwanie w dążeniu do celu. Czynnikiem prowadzącym do pozytywnej zmiany stylu życia jest świadomość, że w każdej chwili mamy możliwość dokonywania wyborów. Największą barierą dla osiągnięcia sukcesu jest natomiast

poczucie bezradności i niemocy. Około 5% osób, którym skutecznie udało się schudnąć, charakteryzuje postawa wiary zamiast bezradności, radości zamiast smutku, akceptacji i troszczenia się o siebie zamiast wyrzeczeń i poświęceń. Pograżając się w cierpieniu, rozpacz, przygnębieniu i żalu nad sobą jednostka nieuchronnie skazuje się na porażkę. Uczucia negatywne nie budują charakteru człowieka, wyczerpują jedynie jego energię.

Rozwój myślenia i wyobraźni

Istotną rolę w procesie radzenia sobie z nadmiarem kilogramów odgrywają procesy poznawcze, takie jak myślenie i wyobraźnia. Wpływają one na przeżywane emocje i na reakcje organizmu. Zdolność skupiania się na określonych myślach (wybranych przez siebie) i nieuleganie sugestiom innych – to klucz do ćwiczenia siły woli. Wykorzystanie wyobrażeń, które często działają na zasadzie samospełniającej się przepowiedni, to istotny atut w walce z nadwagą.

Celem treningu wyobraźni jest utrwalenie w świadomości obrazów sukcesu, co wzmacnia wiarę w siebie. Ciało i umysł funkcjonują we wzajemnej zależności. Oddziałując na jedno, wpływamy na drugie. Za pomocą wyobraźni można zwiększyć przemianę materii. Umysł aktywizuje i wzmacnia naturalne funkcje organizmu. Treść naszych myśli wpływa na procesy fizjologiczne pobudzając, wzmacniając lub tłumiąc różne funkcje organizmu. Wyobrażanie sobie usuwania komórek tłuszczowych z organizmu i spalanie tłuszczu może stymulować te procesy.

Afirmacje

Zwraca się także uwagę na znaczenie afirmacji. Polegają one na powtarzaniu pozytywnych twierdzeń na temat własnej osoby, co ma prowadzić do identyfikacji z ich

treścią. Afirmacje wykorzystują mechanizm autosugestii i medytacji w celu wzmacniania poczucia akceptacji. Wielokrotne powtarzanie takich pozytywnych twierdzeń może zmienić treść i sposób myślenia o jedzeniu, potrawach, wadze, czy wreszcie o własnym ciele. Afirmacje pobudzają świadomość, umożliwiają tworzenie nowych, bardziej pożądaných schematów myślowych.

Rozwijanie zasobów osobistych (przekonań i oczekiwań)

By zwiększyć prawdopodobieństwo sukcesu w procesie redukcji nadmiernej masy ciała niezbędne jest rozwijanie zasobów osobistych, obejmujących przede wszystkim przekonania i oczekiwania jednostki dotyczące własnych możliwości. Osoba podejmująca decyzję o redukcji nadmiaru kilogramów powinna nauczyć się samokontroli, odpowiedzialności, wytrwałości, a także wierzyć w osiągnięcie sukcesu. Optymistyczne oczekiwania wobec wyników własnych działań i wiara we własne możliwości sprzyjają osiągnięciu zamierzonych celów. Pozwalają jednostce zachować dobre samopoczucie w obliczu różnych stresujących wydarzeń (a takim jest również proces redukcji nadwagi).

Osoby optymistyczne, z wysokim poziomem poczucia własnej wartości i skuteczności, w większym stopniu w procesie radzenia sobie ze stresem korzystają z aktywnych strategii radzenia sobie, rzadziej natomiast radzą sobie poprzez stosowanie strategii ucieczkowych (w tym ucieczkę w jedzenie). Są także bardziej wytrwałe w swoich działaniach i bardziej odporne na przeszkody. Istotną rolę w procesie redukcji nadmiernej masy ciała pełni także poczucie kontroli osobistej, które może wpływać zarówno na przestrzeganie diety, jak i sprzyja lepszemu radzeniu sobie ze stresem.

Do oceny przekonań dotyczących osobistego wpływu na redukcję nadmiernej masy ciała służy opracowana

przez Ogińską-Bulik (2004) Skala Poczucia Osobistego Wpływu na Redukcję Nadwagi – SPOW-RN (załącznik 3). Obejmuje ona osiem stwierdzeń, ocenianych w skali sześciostopniowej (od „zdecydowanie nie zgadzam się” – 1 punkt do „zdecydowanie zgadzam się” – 6 punktów. Suma punktów jest wskaźnikiem nasilenia poczucia osobistego wpływu na proces redukcji nadmiernej masy ciała. Im wyższy wynik tym silniejsze przekonanie, że osoba ma wpływ na to, ile waży oraz czy schudnie. Narzędzie jest przeznaczone dla osób z podwyższonym wskaźnikiem masy ciała, które podejmują próby schudnięcia, przede wszystkim dla dorosłych kobiet i dziewcząt. Uzyskało ono dobre właściwości psychometryczne, a jego pełny opis znajduje się w książce Ogińskiej-Bulik (2004).

Do oceny przekonań dotyczących własnej skuteczności służy Skala Poczucia Własnej Skuteczności w Redukcji Nadwagi (SPWS-RN) opracowana przez Ogińską-Bulik (2004). Zawiera ona 12 stwierdzeń, ocenianych w skali czterostopniowej (tak – 1 pkt, raczej tak – 2, raczej nie – 3, nie – 4 pkt.). Za pomocą narzędzia można ustalić, oprócz wyniku ogólnego, także dwa czynniki wchodzące w zakres poczucia własnej skuteczności, tj. siły (twierdzenia 1, 5, 6, 7, 8, 12) oraz wytrwałości (twierdzenia: 2, 3, 4, 9, 10, 11). Im wyższa punktacja, tym niższe poczucie własnej skuteczności, czyli tym słabsze przekonanie, że jednostka dysponuje siłą i wytrwałością w dążeniu do celu, jakim jest zredukowanie nadmiernej masy ciała. Skala jest przeznaczona do badań osób z podwyższonym wskaźnikiem masy ciała, przede wszystkim dla dorosłych kobiet i dziewcząt, podejmujących próby zredukowania nadwagi. Narzędzie zamieszczono w załączniku 4, a jego pełny opis znajduje się w książce Ogińskiej-Bulik (2004).

Podsumowując można przyjąć, że zwiększenie poczucia własnej wartości, skuteczności, optymizmu, kontroli

wolicjonalnej, kształtowanie przekonania o sprawowaniu kontroli nad wydarzeniami, zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami może w sposób znaczący wpłynąć na zmianę zwyczajów żywieniowych, a przede wszystkim zmniejszyć skłonności do nadmiernego jedzenia, a tym samym przyczynić się do redukcji nadmiernej masy ciała.

7 Programy psychologicznego wspomagania redukcji nadwagi

7.1. Założenia

Opracowanie programów oddziaływań psychologicznych ma służyć wyposażeniu ludzi z nadmierną masą ciała w umiejętności pozwalające im na jej redukcję. W programach uwzględniono oddziaływania na te elementy, które sprzyjają niewłaściwym zachowaniom jedzeniowym, a przede wszystkim nadmiernemu jedzeniu. Należą do nich m.in. niskie poczucie własnej wartości i skuteczności, czy brak silnej woli. W programach uwzględniono również oddziaływania związane z kształtowaniem umiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami.

Zaprezentowane programy opierają się na założeniu, że niekorzystne zachowania jedzeniowe prowadzące do nadwagi i otyłości podlegają modyfikacji i mogą być przez jednostkę zmienione. Programy wzbogacają wiedzę na temat przyczyn i konsekwencji nadmiernego jedzenia, zwiększają świadomość jednostki, kształtują właściwe postawy oraz rozwijają umiejętności sprzyjające redukcji nadmiernej masy ciała. Zgodnie z założeniami teorii poznawczo-

-behavioralnej, w programach położono nacisk na kształtowanie samooceny, wzrost poczucia własnej wartości i skuteczności, a także myślenia pozytywnego.

Pierwszy z programów jest przeznaczony dla dorosłych kobiet⁴, charakteryzujących się nadmierną masą ciała. Obejmuje on dziesięć 1,5-godzinnych sesji, z których każda poświęcona jest innemu zagadnieniu. Dotyczą one kształtowania umiejętności monitorowania własnych zachowań, budowania motywacji i wytrwałości w dążeniu do celu, jakim jest redukcja wagi, kształtowania silnej woli, wzmacniania poczucia własnej wartości, skuteczności, rozwijania umiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami.

Drugi program jest przeznaczony dla młodzieży. Składa się z pięciu 1,5-godzinnych sesji (warsztatów). Jego celem jest wyposażenie młodych ludzi w niezbędne umiejętności, które z jednej strony pozwolą na zapobieganie wystąpienia nadmiernej masy ciała, a z drugiej na radzenie sobie z problemem nadwagi, jeśli się on pojawi. Oddziaływania mogą więc być kierowane do nastolatków z nadmierną masą ciała lub być adresowane do młodzieży z wagą w normie. W drugim przypadku mają one na celu przede wszystkim zwiększenie potencjału zdrowotnego jednostki i zapobieganie wystąpienia nadmiernej masy ciała w przyszłości.

Obydwa programy są także ukierunkowane na wspomaganie procesów własnego rozwoju, kształtowanie zachowań asertywnych oraz radzenie sobie z trudnymi sytuacjami, co ma umożliwić ludziom, niezależnie od posiadanej masy ciała, zwiększenie kontroli nad własnymi zachowaniami, w tym dotyczącymi odżywiania się.

⁴ Po niewielkich zmianach program może być stosowany także dla mężczyzn.

Opracowane programy realizowane są w formie warsztatowej. Są one jedną z bardziej skutecznych metod uczenia się w grupie. Polegają przede wszystkim na kształceniu umiejętności i kompetencji, ale także dostarczają wiedzy i kształtują prozdrowotne postawy. Mają na celu zmianę postaw wobec jedzenia, wprowadzenie nowych zachowań jedzeniowych lub modyfikację już uformowanych. W trakcie realizacji treści poszczególnych warsztatów uczestnicy uczą się lepszego spostrzegania i rozumienia innych ludzi, komunikowania się z innymi, wyrażania własnych myśli, opinii, poglądów, a przede wszystkim nabywają umiejętności pozwalające im na radzenie sobie z problemem nadmiernej masy ciała. Najczęściej stosowanymi technikami, w ramach opracowanych programów, są „miniwykłady”, „burza mózgów”, praca w parach lub podgrupach, dyskusja oraz odgrywanie ról.

- 1) Miniwykład polega na zaprezentowaniu jednej, kluczowej teorii (koncepcji czy rozumienia danego pojęcia), ograniczając się do takiej części wiedzy teoretycznej, która jest niezbędna uczestnikom do dalszej pracy. Aby przekazywanie treści było ciekawe, dynamiczne i urozmaicone proponuje się korzystanie z pomocy naukowych typu rzutnik multimedialny, plansze, plakaty i inne, pozwalające na zaangażowanie więcej niż jednego kanału pobierania informacji, co daje uczestnikom możliwość pełniejszego zrozumienia treści.
- 2) Burza mózgów jest techniką pobudzającą aktywność uczestników i rozwijającą twórcze myślenie. Jej celem jest generowanie możliwie największej liczby pomysłów, bez ich oceniania. Istotne jest by praca grupy posługującej się tą techniką była widoczna, toteż proponuje się zapisywanie i eksponowanie pomysłów na planszach, kartkach lub tablicy.
- 3) Praca w grupach lub podgrupach to jedna z najprostszych i najczęściej stosowanych technik warszta-

wych. Daje ona potrzebne, zwłaszcza na początku zajęć, poczucie bezpieczeństwa, a u prowadzących minimalizuje prawdopodobieństwo oporu grupy. Jest stosowana przede wszystkim w sytuacjach, kiedy istnieje potrzeba przećwiczenia konkretnych umiejętności czy rozwiązania konkretnych problemów. Praca w małych grupach zwiększa udział i zaangażowanie uczestników, a jednocześnie daje możliwość przećwiczenia danej umiejętności wszystkim zainteresowanym.

- 4) Dyskusja jest sposobem wymiany poglądów, przekonań, doświadczeń. Najczęściej jej celem jest rozwiązanie określonego problemu i podjęcie decyzji. Pośrednio osiąga się też inne cele, takie jak zainteresowanie problemem, zdobycie nowej wiedzy, uporządkowanie i utrwalenie już posiadanej oraz zdopingowanie uczestników do aktywnego udziału. Daje także możliwość rozwijania umiejętności pracy zespołowej, dzielenia się wiedzą i doświadczeniami, argumentowania i obrony własnego zdania oraz uczy jasnego i logicznego wyrażania własnych myśli.
- 5) Odgrywanie ról jest techniką dającą możliwość indywidualnego zdobywania wiedzy i umiejętności przez poszczególnych uczestników. Umożliwia wejście w nieznane role i przezwyciężanie trudności wynikających z nowych sytuacji. Ponadto technika ta rozwija empatię oraz pozwala lepiej zrozumieć popełniane przez siebie błędy, co ma szczególne znaczenie, zwłaszcza w analizie sytuacji trudnych, konfliktowych, wywołujących poczucie bezradności czy bezsilności.
- 6) Techniki relaksacyjne i wizualizacja są często wykorzystywane w procesie modyfikacji zachowań, zwłaszcza w terapii behawioralnej. Ich celem jest opanowanie objawów lęku i uzyskanie stanu relaksu/odprężenia. Wizualizacja, polegająca na sterowaniu własną wyobraźnią, pozwala regulować emocje, wpływa na samopoczucie

i poziom aktywności. Obydwie formy mogą być przydatne do zwiększenia zdolności do akceptacji otoczenia i adekwatnych sposobów jej oceny.

W opracowanych programach zwraca się uwagę na pewne zasady pracy warsztatowej, jak np.:

- mów o sobie – o tym, co czujesz, myślisz, wyobrażasz sobie;
- mów o tym, co „tu i teraz” – koncentruj się na tym, co dzieje się podczas trwania warsztatów, nie wybiegaj w przyszłość, nie trwaj też przy błędach i niepowodzeniach z przeszłości;
- nie oceniaj – zamiast oceny stosuj informacje zwrotne;
- nie uogólniaj – koncentruj się na faktach, rozpatrując każdą sytuację indywidualnie.

Proponuje się także zawarcie z grupą kontraktu dotyczącego zasad współpracy, które obejmują m.in. aktywność uczestników, odpowiedzialność za proces uczenia się w trakcie zajęć, dobrowolność udziału (chodzi tu m.in. o takie sytuacje ćwiczeniowe, które wydają się uczestnikom zbyt zagrażające czy dotyczące problemów osobistych), tajemnicę miejsca i poruszanych zagadnień.

W zajęciach powinna uczestniczyć mała grupa osób (do 15), które współpracują ze sobą w trakcie kolejnych spotkań i kierowani przez prowadzącego przyswajają stopniowo nowe umiejętności. Zajęcia prowadzone są przez kompetentną osobę⁵. Podstawą szkolenia jest szczegółowo opracowany scenariusz programu. Zajęcia powinny się odbywać co tydzień, w tym samym miejscu i czasie. Sale, w których się odbywają powinny być wyposażone w wymagane pomoce.

⁵ Za osobę kompetentną uważa się przeszkolonego lekarza, terapeutę, psychologa czy psychodietetyka.

7.2. Program oddziaływań psychologicznych wspomagających redukcję nadwagi u dorosłych

(Opracowanie N. Ogińska-Bulik i J. Chanduszek-Salska)

Wprowadzenie

Nadwaga i otyłość to we współczesnym świecie problem wielu ludzi, a zwłaszcza kobiet. To przede wszystkim od nich wymaga się by były piękne, mądre i szczupłe. Wygląd kobiety zaczął decydować o jej karierze, pozycji społecznej, szansie na znalezienie pracy. Stworzono więc obraz kobiety idealnej, a osiągnięcie tego ideału jest bardzo trudne, czasami wręcz niemożliwe. Niemożność osiągnięcia tego ideału rodzi frustrację, pojawia się niezadowolenie z życia, kompleksy, depresje, pogarszają się stosunki w rodzinie. Kobiety z wyraźną nadwagą czy otyłością czują się gorsze, często przestają czuć się kobietami.

Odchudzanie może łączyć się z miłymi przeżyciami, a nie być torturą, może stanowić przygodę związaną z tworzeniem sobie zdrowego, pogodnego i ciekawego życia. W proponowanym programie nie zaleca się stosowania środków odchudzających ani specjalnych diet niskokalorycznych. Celem staje się odżywianie zdrowe i zrównoważone. Zmniejszenie ilości spożywanych kalorii może nastąpić dzięki temu, że nadmierne jedzenie nie będzie potrzebne. Propozycje zawarte w programie kierowane są przede wszystkim do osób, którym podczas procesu redukcji wagi towarzyszy zły humor, zdenerwowanie, napięcie, irytacja, gniew. W takiej sytuacji z reguły przerywają dietę, albo po jej zakończeniu rzucają się na jedzenie. Prawdopodobnie jedzenie nie tylko dostarcza im energii, ale także zaspokaja ważne potrzeby psychiczne. Jedzenie może pocieszyć, uspokoić, sprawić przyjemność, dać chwilę wytchnienia czy zapełnić pustkę w życiu. W procesie redukcji wagi konieczne więc wydaje się zrozu-

mienie, jaką rolę w życiu pełni jedzenie i jak zaspokajać swoje potrzeby psychiczne w inny sposób.

Program ten ma na celu m.in. pokazanie, że można żyć inaczej, pełniej, i nie chodzi tu tylko o szczupłą sylwetkę, ale o radość z istnienia, skuteczne radzenie sobie ze stresem, negatywnymi uczuciami, zwiększenie poczucia własnej wartości. Metody walki z nadwagą i otyłością, jakie będą tu zaprezentowane to nie ścisła dieta i ogromny wysiłek fizyczny, ale przede wszystkim zmiana sposobu myślenia, podejścia do problemu i samego siebie. Można powiedzieć, że jest to program lepszego, zdrowszego i szczęśliwszego życia.

SESJA 1. Co powinnaś wiedzieć o otyłości

Cel: wprowadzenie w problematykę nadwagi i otyłości, jej konsekwencje oraz uświadomienie sobie przyczyn nadwagi i otyłości.

Plan:

Powitanie.

1. Ćwiczenie integracyjne.
2. Ćwiczenie Szukam sobie podobnych.
3. Co wiem na temat nadwagi i otyłości – test wiadomości.
4. Co to jest nadwaga i otyłość (miniwykład).
5. Sprawdź swoją wagę.
6. Dlaczego chcę schudnąć.
7. Negatywne skutki diet odchudzających (miniwykład).
8. Konsekwencje otyłości.

Na początku spotkania prowadzący przedstawia się i wita przybyłych uczestników.

Chcę wam pomóc w zdobyciu kontroli nad własnym ciałem i zrzuceniu kilku, może kilkunastu kilogramów. Zaproponuję wam ćwiczenia, które pomogą wam poznać i polubić siebie, wzmocnić wiarę we własne możliwości, własną skuteczność, motywację do zredukowania wagi, pomogą w lepszym radzeniu sobie z różnymi sytuacjami trudnymi, a przede wszystkim uświadomią wam, w czym tak naprawdę tkwi problem.

Nie podam wam żadnej „diety-cud”, nie będziemy tu uprawiać ćwiczeń fizycznych. Nie dlatego żeby nie były skuteczne, lecz raczej bezwartościowe, jeżeli proces redukcji wagi nie zacznie się w waszych głowach. Spróbujemy więc poznać mechanizmy psychologiczne prowadzące do nadwagi i otyłości. Te same mechanizmy powinniśmy wykorzystać przy jej redukcji.

Ćwiczenie 1. Integracyjne

Prowadzący proponuje zwracanie się wszystkich uczestniczek programu po imieniu, a następnie prosi każdą z obecnych osób o krótką prezentację, tj. powiedzenie, czym się zajmuje, jakie ma hobby, co lubi. Prowadzący rozpoczyna od zaprezentowania siebie.

Ćwiczenie 2. Szukam sobie podobnych

Prowadzący prosi uczestniczki o zajęcie miejsca w kręgu i siada razem z nimi tak, by krzesło po prawej stronie było wolne. Prowadzący rozpoczyna ćwiczenie, zwracając się do zgromadzonych pań: *Zapraszam do siebie osobę, która ma zielone oczy (zapraszam osobę, która lubi jesień itp.)*. Pierwsza osoba, do której odnosi się to stwierdzenie stara się jak najszybciej zająć wolne miejsce obok osoby prowadzącej. Natomiast osoba, która ma po swojej prawej stronie wolne krzesło kontynuuje ćwiczenie. Powtarzamy kilka razy, najlepiej tak długo, aby każdy z uczestników miał możliwość zaproszenia do siebie innego uczestnika.

Ćwiczenie 3. Co wiem na temat nadwagi i otyłości – test wiadomości

Prowadzący rozdaje uczestnikom kartki z wypisanymi twierdzeniami. Osoby uczestniczące w spotkaniu ustosunkowują się do tych twierdzeń, poprzez zakreślenie jednej z dwóch odpowiedzi TAK lub NIE.

- | | |
|---|---------|
| 1. Otyłości sprzyja siedzący tryb życia | TAK NIE |
| 2. Otyłość jest wyłącznie dziedziczna | TAK NIE |
| 3. Otyłość najczęściej zaczyna się już w dzieciństwie | TAK NIE |

4. Otyłość to przekroczenie idealnej wagi ciała o 10%	TAK NIE
5. Na otyłość cierpi nie więcej niż 5% ludzi w Polsce	TAK NIE
6. U podstaw otyłości leżą nieprawidłowe modele żywieniowe	TAK NIE
7. Otyłość wiąże się z problemami natury psychologicznej	TAK NIE
8. Najlepszym sposobem na zredukowanie wagi jest ścisła dieta	TAK NIE
9. Efekt jo-jo to utrzymywanie się stałej wagi w wyniku odchudzania się	TAK NIE
10. Tendencja do nadwagi i otyłości wzrasta wraz z wiekiem	TAK NIE
11. Nadwaga/otyłość częściej występuje wśród mieszkańców wsi	TAK NIE

Po wykonanym ćwiczeniu prowadzący nie podaje prawidłowych odpowiedzi, lecz przechodzi do następnego ćwiczenia, jakim jest miniwykład na temat nadwagi i otyłości.

Ćwiczenie 4. Co to jest nadwaga i otyłość

W kategoriach medycznych za otyłość uważa się wagę ciała o 20 i więcej procent przekraczającą wagę „idealną” dla danego wieku i wzrostu. Nadwaga oznacza przekroczenie wagi idealnej o 10 do 20 procent. Ostatnio zwraca się uwagę, że te obydwie kategorie nie zależą tylko od pomiarów wagi. Otyłość oznacza obecnie także nadmierną ilość tłuszczu w organizmie. Zasadniczo rozróżnia się dwa typy otyłości. Otyłość androidalna występuje typowo u mężczyzn i cechuje się odkładaniem tłuszczu głównie na brzuchu (typ „jabłko”). U kobiet częstsza jest otyłość

ginoidalna, w której tłuszcz gromadzi się głównie na pośladkach i udach (typ „gruszka”).

Przyczyny otyłości są zarówno natury genetycznej, jak i środowiskowej. Ocenia się, że dziedziczenie otyłości odgrywa ważną rolę w 25–40% przypadkach. Spośród czynników środowiskowych szczególne znaczenie ma spożycie energii i jej wydatkowanie poprzez aktywność fizyczną. W szczególności duże znaczenie przypisuje się nadmiernemu spożyciu tłuszczu. Zwraca się uwagę na czynniki środowiskowe, takie jak: wspólne dla członków rodziny nawyki żywieniowe dotyczące ilości i jakości spożywanych pokarmów, podobny tryb życia, styl spędzania wolnego czasu, poziom aktywności ruchowej, warunki materialne i inne.

Nadwaga i otyłość częściej występują w mieście niż na wsi (różnice w stylu życia, a zwłaszcza aktywności fizycznej). W większości krajów częstsza jest u kobiet niż u mężczyzn. W populacji warszawskiej wśród osób w wieku 35–64 lata stwierdzono nadwagę u 45% mężczyzn i 35% kobiet; otyłość u 22% mężczyzn i 30% kobiet. Częstość występowania nadwagi i otyłości zwiększa się wraz z wiekiem i cierpi na nią, średnio, co trzecia dorosła kobieta i co drugi mężczyzna, natomiast na otyłość – co trzecia kobieta i co czwarty mężczyzna.

U podstaw nadwagi i otyłości leżą nieprawidłowe zachowania żywieniowe, ale także problemy natury psychologicznej. Jest już rzeczą oczywistą, że problem nadwagi, czy otyłości, nie jest tylko kwestią pożywienia, wagi, wymiarów ciała, ale że jest nierozzerwalnie związany z konfliktami wewnętrznymi. Dla wielu z nas, zarówno młodych, jak i starszych, jedzenie może stać się środkiem rozwiązywania różnych problemów. Jedzenie staje się formą zmagania się z różnymi trudnymi sytuacjami, których w codziennym życiu nie brakuje.

Doraźne efekty leczenia otyłości są w większości przypadków dobre. Uzyskanie spadku masy ciała po wypracowaniu ujemnego bilansu energetycznego poprzez ograniczenie spożycia i zwiększenie wydatkowania energii nie jest bardzo trudne. Trudniejsze jest utrzymanie uzyskanych efektów. Z reguły po kuracji odchudzającej następuje ponowny wzrost masy ciała (efekt jo-jo). Wielokrotne odchudzanie nie jest korzystne i może przynieść więcej zła niż pożytku.

Prowadzący prosi teraz o ponowne przyjrzenie się twierdzeniom z kartki (test wiadomości) i ewentualną korektę udzielonych odpowiedzi, a następnie podaje prawidłowe odpowiedzi:

- | | |
|--------|---------|
| 1. TAK | 7. TAK |
| 2. NIE | 8. NIE |
| 3. TAK | 9. NIE |
| 4. NIE | 10. TAK |
| 5. NIE | 11. NIE |
| 6. TAK | |

Ćwiczenie 5. Sprawdź swoją wagę

Prowadzący objaśnia sposób obliczania swojej wagi, podając wzór na BMI:

$$\text{BMI} = \text{masa ciała (w kg)} : \text{wzrost (w m)}^2$$

Wynik w granicach 25–30 oznacza nadwagę, powyżej 30 – otyłość.

Ćwiczenie 6. Dlaczego chcę schudnąć

Uczestniczki, po zastanowieniu się, zapisują powody (motywy) rozpoczęcia procesu redukcji wagi, a następnie dzielą się zapisanymi informacjami w grupie. Prowadzący ustala hierarchię motywów i podaje także inne powody, jeśli nie zostały zgłoszone przez grupę, np. chcę

schudnąć, bo chcę lepiej wyglądać, mąż tego chce, wymaga tego moja praca, ciężko mi wejść na IV piętro, dzieci wstydzą się grubej mamy, lekarz stwierdził początek choroby itp.

Prowadzący podkreśla, że proces zrzucania wagi będzie łatwiejszy, jeśli będziemy wewnętrznie zmotywowane, tzn. same tego chcemy, a nie robimy tego dla innych. Następnie prowadzący pyta uczestniczki o ich oczekiwania, a przede wszystkim ustala, czy są gotowe współpracować, czy też może oczekują jakichś cudownych diet. Podkreśla, że proces redukcji wagi nie jest łatwy, a jeszcze trudniejsze jest jej utrzymanie.

Ćwiczenie 7. Negatywne skutki diet odchudzających

Prowadzący podkreśla małą skuteczność różnego rodzaju diet i środków farmakologicznych, które mogą prowadzić do następujących konsekwencji:

- konsekwencje medyczne
awitaminoza, zaburzenia układu pokarmowego, wrzody żołądka, jelita, zapaści, zasłabnięcia, omdlenia, wyniszczenie organizmu, anemia, a także anoreksja bądź bulimia;
- konsekwencje psychologiczne
poczucie braku jedzenia, ciągłe myślenie o jedzeniu, poczucie bezradności, wzrost niepokoju, złości, irytacji, rozdrażnienia, podejrzliwości. Stwierdzono, że osoby, które silnie przeżywały okres stosowania diety, przejawiały niepokój i objawy depresji, częściej powracały do wagi wyjściowej niż te, które nie przeżywały niepokoju i charakteryzowały się ustabilizowaną samooceną.

Prowadzący podkreśla, iż niezwykle ważne w zrzucaniu nadwagi jest uwzględnienie procesów psychicznych, a więc zmiana myślenia o problemie, kształtowanie motywacji i silnej woli, podniesienie samooceny, poczucia

własnej wartości i skuteczności, a także radzenie sobie z trudnymi sytuacjami oraz negatywnymi emocjami, takimi jak złość, irytacja, rozdrażnienie.

Ćwiczenie 8. Konsekwencje nadwagi i otyłości

Prowadzący zwraca się z pytaniem do osób uczestniczących w spotkaniu, jakie konsekwencje w różnych sferach życia pociąga za sobą nadwaga i otyłość. Uczestniczki, posługując się metodą burzy mózgów, podają różne konsekwencje, a prowadzący w podsumowaniu prezentuje je w sposób uporządkowany.

Konsekwencje zdrowotne

Nadwaga, a zwłaszcza otyłość może być przyczyną wielu chorób, takich jak:

- choroby układu krążenia, przede wszystkim miażdżyca z zawałem serca włącznie, nadciśnienie, udar mózgu;
- cukrzyca, marskość wątroby, kamica żółciowa, zapalenie trzustki;
- u osób otyłych nadwyreżony jest układ kostno-stawowy, często więc odczuwane są bóle kręgosłupa, kolan; z powodu przeciążenia więzadeł przyśrodkowych narasta koślawość, przejawiająca się ustawieniem kończyn dolnych w kształcie litery X. Nadmiar masy ciała powoduje spłaszczanie się kręgow i krążków międzykręgowych, predysponując do występowania zespołu zw. „wypadnięciem dysku”. Zwążają się przestrzenie międzykręgowe, powodując bólowe zespoły korzonkowe. U otyłych częściej rozwijają się hemoroidy i żyłaki mogące dawać powikłania zakrzepowe;
- wzrasta podatność, co może prowadzić do stanów zapalnych na tle infekcji bakteryjnych lub grzybiczych w fałdach skóry;

- otyli wykazują zazwyczaj większą skłonność do wszelkich infekcji. Z kolei dawki leków muszą być podwyższone (na kg wagi ciała), co może prowadzić do uszkodzeń wątroby;
- otyłość zwiększa także ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe.

Konsekwencje psychospołeczne

- zaniżona samoocena i niskie poczucie własnej wartości;
- brak zaufania do siebie;
- życie z uczuciem krzywdy, rozżalenia, zazdrości;
- poczucie bycia gorszym;
- poczucie bezradności, przygnębienia, beznadziejności;
- poczucie braku radości życia;
- odrzucenie przez grupę i rodzinę;
- ograniczenie życia towarzyskiego;
- zwiększone wydatki na leczenie.

Prowadzący uzupełnia:

Osoba otyła doświadcza więc wielu cierpień psychicznych. Jest narażona na docinki, przewiska, ośmieszanie, złośliwości ze strony innych, co wzmacnia poczucie beznadziejności i obniża i tak już niskie poczucie własnej wartości. Prowadzić to może na zasadzie błędnego koła do „ucieczki w jedzenie”. Jedzenie niesie ukojenie, łagodzi ból, poprawia nastrój, przynajmniej na chwilę.

SESJA 2. Monitorowanie zachowań związanych z jedzeniem, czyli: kiedy, gdzie i dlaczego jem

Cel: uświadomienie sobie, czym jest nadwaga i otyłość, uświadomienie sobie sytuacji sprzyjających jedzeniu oraz poszukiwanie zachowań alternatywnych wobec jedzenia.

Plan:

1. Pokaż jak siebie widzisz. Czym dla mnie jest otyłość – rysunek projekcyjny.
2. Czym dla mnie jest nadwaga.
3. Moje negatywne doświadczenia z nadwagą.
4. W czym nadwaga mi pomaga/przeszkadza.
5. Co dla mnie oznacza bycie szczupłym.
6. Rozpoznawanie sytuacji sprzyjających nadmiernemu jedzeniu, czyli kiedy, gdzie i dlaczego jem.
7. Relaksacja.

Ćwiczenie 1. Pokaż jak siebie widzisz – czym jest dla mnie otyłość

Prowadzący prosi uczestniczki o narysowanie rysunku pod tytułem: *Pokaż jak siebie widzisz*. Forma rysunku jest całkowicie dowolna. Następnie prowadzący omawia z poszczególnymi uczestniczkami każdy rysunek. Rozmowę na temat rysunku prowadzi tak, żeby ustalić sposób, w jaki osoby uczestniczące w spotkaniu widzą swój problem. Próbuje odpowiedzieć na pytanie, czy w relacji z nadwagą i otyłością uczestniczka jest osobą dominującą, czy zdominowaną. Być może otyłość jest dla niej czymś ważnym (np. ucieczką od innych problemów, sposobem na przywiązanie rodziny), niezbędnym w życiu, czy też może jakąś niszczącą siłą, z którą nie może sobie porażić. Ustalenie relacji uczestniczek z problemem nadwagi

i otyłości (ja – moja otyłość) jest ważne w celu wykazania gdzie one umiejscawiają źródło kontroli, a także uzmysłowienia, jak dalece omawiany stan wpływa na codzienne funkcjonowanie.

Ćwiczenie 2. Czym dla mnie jest nadwaga

Każda z uczestniczek w swobodnych wypowiedziach określa, czym dla niej jest nadwaga i otyłość, jakie niesie za sobą ograniczenia, co uniemożliwia, w czym przeszkadza. Prowadzący może rozpocząć od przykładu – nadwaga ogranicza w wyborze strojów, utrudnia grę w tenisa, sprawia, że czuję się nieatrakcyjna itd.

Podsumowując wypowiedzi uczestniczek prowadzący podkreśla, że nadwaga, a zwłaszcza otyłość przeszkadza w bardzo wielu rzeczach, przyczynia się do wielu chorób, utrudnia funkcjonowanie jednostki, jest źródłem pogorszenia się stanu psychicznego jednostki. Do jakich konsekwencji zdrowotnych i psychologicznych prowadzą więc nadwaga i otyłość?

Ćwiczenie 3. Moje negatywne doświadczenia z nadwagą

Prowadzący prosi uczestniczki o przypomnienie sobie z przeszłości bliższej lub dalszej, jakiegoś nieprzyjemnego wydarzenia związanego z nadwagą czy otyłością i opowiedzenie o tym grupie. Po zaprezentowaniu tych negatywnych wydarzeń prowadzący może uzupełnić o te sytuacje/zdarzenia, które wiążą się z nadwagą bądź otyłością, a nie zostały wypowiedziane przez uczestniczki, np. niemożność kupienia spodni, które się podobały, niemożność dogonienia autobusu, trudności z wejściem na V piętro, kąśliwe uwagi ekspedientki przy przymierzaniu wizytowej sukni itp.

Ćwiczenie 4. W czym nadwaga bądź otyłość mi pomaga, w czym przeszkadza

Prowadzący prosi o dokończenie na kartkach następujących zdań:

1. Nadwaga (otyłość) pomaga mi w
2. Nadwaga (otyłość) przeszkadza mi w
3. Gdy będę szczupła to.....
4. Jeśli nie uda mi się schudnąć to

Ćwiczenie 5. Co dla mnie oznacza bycie szczupłą?

Uczestniczki, na kartkach zapisują, z czym wiąże się dla nich szczupła sylwetka, a następnie kolejno odczytują swój zapis. Prowadzący notuje propozycje na tablicy (planszy). Prowadzący uzupełnia o te aspekty, które nie zostały wcześniej wypowiedziane przez uczestniczki, np. większa atrakcyjność, dobre samopoczucie, lepsze zdrowie, większa swoboda w wyborze ubrań, większa sprawność fizyczna, większa możliwość zawarcia atrakcyjnych znajomości, większa atrakcyjność seksualna, większe poczucie własnej wartości itp.

Prowadzący podsumowuje:

Jak się okazuje, bycie szczupłym jest bardzo ważne, nie tylko ze względów zdrowotnych, ale także ze względu na nasze samopoczucie, atrakcyjność, poczucie własnej wartości. Jest więc bardzo wiele powodów, by chcieć być szczupłym.

Prowadzący prosi teraz uczestniczki o wybór trzech najważniejszych powodów, by chcieć być szczupłym. Uczest-

niczki zapisują je dużymi literami na kartkach z poleceniem zaglądania do nich, tak często, jak to możliwe.

Ćwiczenie 6. Rozpoznawanie sytuacji sprzyjających nadmiernemu jedzeniu, czyli kiedy, gdzie i dlaczego jem

Wszystkie uczestniczki otrzymują arkusze, na których należy zaznaczyć odpowiedź: TAK lub NIE. Po wypełnieniu tabelki (którą każdy uczestnik zachowuje dla siebie), uczestniczki odczytują zapisane sytuacje sprzyjające nadmiernemu jedzeniu (podjadaniu). Następnie prowadzący ustala, które sytuacje najbardziej sprzyjają nadmiernemu jedzeniu, ustala ich hierarchię (np. pięć kolejnych sytuacji).

KIEDY:

TAK NIE

- gdy jestem głodna
- gdy muszę podjąć ważną decyzję
- gdy jestem zdenerwowana
- gdy odczuwam stres
- gdy jestem przestraszona
- gdy ogarnia mnie niepokój
- gdy nudzę się
- gdy jestem nadmiernie pobudzona
- gdy jestem smutna
- gdy jestem samotna
- gdy jestem radosna
- gdy jestem rozgniewana
- gdy czuję się rozczarowana
- gdy jestem sama w domu
- gdy muszę podjąć pracę, na którą nie mam ochoty
.....
- inne

ności. Poszukaj działań, które będą dla Ciebie atrakcyjne i przyjemne, wówczas łatwiej i z większą ochotą je zastosujesz.

KIEDY?

NOWE MOŻLIWOŚCI

.....
.....
.....
.....
.....

**W JAKICH OKOLICZ-
NOŚCIACH?**

NOWE MOŻLIWOŚCI

.....
.....
.....
.....
.....

DLACZEGO?

NOWE MOŻLIWOŚCI

.....
.....
.....
.....
.....

Oto przykłady abyś wiedziała jak wykonać to zadanie, ale pamiętaj, że ty sama najlepiej potrafisz znaleźć rozwiązanie najkorzystniejsze dla siebie (przykładowego rozwiązania zadania można poszukać wspólnie z grupą).

KIEDY?
jem, kiedy czuję się samotna
W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH ?
kiedy jestem sama w domu
DLACZEGO ?
kiedy muszę podjąć ważną decyzję

NOWE MOŻLIWOŚCI
dzwonię do przyjaciółki odwiedzam koleżankę czytam książkę, piszę list idę do kina lub teatru odwiedzam sąsiadów, może mogę im w czymś pomóc
NOWE MOŻLIWOŚCI
sprzątam mieszkanie czytam „zaległe” czasopisma lub książkę otwieram szeroko okna i gimnastykuję się przygotowuję wspaniałą kąpiel z pianą mam wreszcie czas, aby zadbać o swój wygląd (np. nakładam relaksującą maseczkę)
NOWE MOŻLIWOŚCI
siadam wygodnie lub kładę się i głęboko oddycham zamykam oczy i relaksuję się zbieram potrzebne informacje i materiały idę na spacer dzwonię do przyjaciółki

Ćwiczenie 7. Relaksacja

Biorę głęboki oddech, zamykam oczy i zaczynam się odprężać. Rozluźniam każdy mięsień mojego ciała. Spokojnie wdycham i wydycham powietrze. Skupiam się na moim oddechu. Słyszę dźwięki wokół siebie, ale nie mają one dla mnie żadnego znaczenia. Z każdym wydechem opuszcza mnie napięcie. Czuję, że myśli biegną przez moją głowę, skupiam się na nich przez chwilę i pozwalam im odpłynąć, rozmyć się i wygasnąć. Pozwalam rozluźnić się mięśniom twarzy.

Przeglądam po kolei mięśnie na czole, wokół oczu, ust, policzków, a także mięśnie okalające całą głowę. Usta lekko się otwierają i uchodzi z nich napięcie, powoli rozluźniają się i przestają drgać, stają się przyjemnie ciężkie. Oddycham powoli, spokojnie, jestem coraz bardziej rozluźniona, spokojna, bardzo spokojna. Czuję, że moje ciało odpoczywa. Rozluźniam mięśnie karku i ramion. Rozluźnienie przesuwają się w dół, wzdłuż pleców. Całe plecy ogarnia przyjemne uczucie rozluźnienia, spokoju, pogłębiającego się z każdym oddechem. Całe ciało zanurza się coraz głębiej. Ogarnia je uczucie ciepła. Z ramion uczucie rozluźnienia spływa aż do rąk, ogarnia nadgarstek, dłonie, palce. Ręce i ramiona stają się ciężkie, miękkie, coraz bardziej rozluźnione. Oddech staje się coraz lżejszy, napięcie opuszcza klatkę piersiową, przy każdym kolejnym oddechu czuję, że rozluźniają się mięśnie brzucha. Jest to bardzo przyjemne uczucie.

Oddycham spokojnie i pozwalam mojemu ciału zapadać w coraz większy relaks, coraz bardziej się rozluźnić. Uczucie spokoju i ciężaru napływa do moich nóg, wszystkie mięśnie nóg rozluźniają się, mięśnie ud, łydek stają się coraz cięższe. Rozluźnienie ogarnia całe nogi aż po palce. Teraz całe moje ciało jest przyjemnie rozluźnione, zapada w coraz większy relaks. Jest to bardzo przyjemne uczucie.

Pozostaję tak rozluźniona i spokojna. Ten spokój i odprężenie już we mnie pozostaną. Dadzą mi siłę i radość życia. Powoli wracam do rzeczywistości. Czuję się doskonale i jestem bardzo zadowolona.

SESJA 3. Jak schudnąć

Cel: poznanie reguł, zasad i zachowań pozwalających na zredukowanie wagi.

Plan:

1. Co zrobić, żeby schudnąć – zachowania i nawyki redukujące nadwagę i otyłość, czyli, o czym należy pamiętać w czasie procesu redukowania wagi.
2. Jak możesz oszukać głód.
3. Jak ograniczać tłuszcz w codziennej diecie.
4. Mój cel.
5. Wytyczenie celu z terminem realizacji.
6. Wykres spadku wagi ciała.
7. Wizualizacja.

Ćwiczenie 1. Co zrobić, żeby schudnąć

Prowadzący zwraca się do osób uczestniczących w spotkaniu o podawanie (na zasadzie burzy mózgów), różnych sposobów (zachowań), które mogłyby się przyczynić do zredukowania nadwagi. Spisuje je, a następnie każda z uczestniczek otrzymuje te propozycje odbite na ksero.

Zachowania i nawyki redukujące nadwagę i otyłość, czyli, o czym należy pamiętać w czasie procesu redukowania wagi

Wybór jedzenia:

- unikać potraw bogatych w tłuszcze zwierzęce, tłustych mięs, takich jak wieprzowina, baranina, a także boczku, pasztetów; unikać sosów, tłustego rosółu, na rzecz drobiu, cielęciny, chudej wołowiny;

- zwiększyć ilość spożywanego tłuszczu pochodzenia roślinnego i ryb morskich (zawierają tłuszcze nienasycone);
- wyeliminować lub ograniczyć spożycie cukru, słodczy, ciast i napojów słodzonych (Pepsi, Coca-Cola, słodzone kompoty, kawa herbata, jeśli są słodzone);
- spożywać dużo produktów białkowych, ale z małą zawartością tłuszczu (chude mleko, sery, jogurty 0%);
- spożywać jak najwięcej owoców i warzyw, najlepiej surowych;
- spożywać w umiarkowanych ilościach węglowodany, głównie ciemne pieczywo, kasze, ryż, fasolę, ziemniaki, a przede wszystkim płatki i otręby (zawierają duże ilości błonnika, co daje uczucie sytości i zapobiega zaparciom), natomiast zrezygnować z ciast i słodczy;
- pić dużo wody mineralnej (niegazowanej), nawet do dwóch litrów dziennie;
- starać się urozmaicić spożywane posiłki;
- zrezygnować z tuczających dodatków, takich jak sosy, majonez itp.;
- nie polewać potraw tłuszczem;
- nie smarować pieczywa, drób zjadać bez skórki;
- używać ziół zamiast soli;
- nie nadużywać przypraw, gdyż zaostrzają one apetyt;
- unikać alkoholu.

Środowisko:

- jeść tylko w wyznaczonym do tego miejscu;
- jeść tylko w pozycji siedzącej;
- przestrzegać zasady regularnego spożywania posiłków;
- planować posiłki z wyprzedzeniem;
- określić swój poziom głodu przed jedzeniem;

- oddzielić jedzenie od innych czynności; nie jeść podczas czytania, oglądania telewizji;
- rejestrować ilość spożywanego jedzenia;
- unikać miejsc zachęcających do jedzenia, jak np. piekarnia, cukiernia itp.;
- w domu umieścić żywność poza zasięgiem wzroku;
- robić zakupy, kiedy nie jest się głodnym (kupuje się wtedy mniej niepotrzebnych rzeczy);
- unikać tzw. gościnnych domów i towarzystwa lubiącego jeść.

Sposób jedzenia:

- wypijać co najmniej szklanekę niegazowanej wody mineralnej przed posiłkiem (zmniejsza apetyt i ułatwia trawienie);
- łatwo trawione, szybko opuszczające żołądek owoce jeść przed, a nie po głównych posiłkach;
- nie popijać w trakcie jedzenia, gdyż eliminuje to udział śliny i pogarsza trawienie;
- zjadać dopiero po kompletnym przygotowaniu posiłku (nie podjadać w trakcie przygotowywania);
- jeść i przeżuwać powoli, co sprzyja lepszemu trawieniu;
- nakładać na talerz małe porcje;
- używać do jedzenia małych talerzy (wydaje się wtedy, że jest więcej jedzenia);
- oddać talerz natychmiast po zjedzeniu swojej porcji (unika się pokusy dokładki);
- przełknąć do końca każdy kawałek, zanim sięgnie się po następny;
- zrobić przerwę w trakcie jedzenia, chociaż na kilka chwil;
- wydłużyć czas spożywania posiłku, do co najmniej 20 minut;

- jeść, aż zniknie uczucie głodu, lecz nie doprowadzać do przejedzenia;
- smakować jedzenie, cieszyć się każdym kęsem;
- spożywać co najmniej 3–4 posiłki w ciągu dnia, ale niezbyt obfite;
- nie podjadać między posiłkami;
- ostatni posiłek należy zjeść na 3–4 godz. przed snem.

Zachowanie:

- ćwiczyć, codziennie się gimnastykować, uprawiać aerobik i inne formy rekreacji, lub przynajmniej chodzić na długie spacery bądź wchodzić po schodach zamiast korzystać z windy;
- niedziele i święta spędzać w sposób aktywny, tj. w ruchu i najlepiej na świeżym powietrzu, a nie przed telewizorem;
- sypiać co najmniej osiem godzin dziennie (niewyspanie zwiększa apetyt);
- koncentrować się na różnych czynnościach, żeby odwrócić uwagę od jedzenia (telefon, list, porządki domowe, kąpiel, czyszczenie zębów, spacer i inne);
- unikać beczynności, zredukować oglądanie telewizji i wybierać zajęcia angażujące fizycznie; nie wyręczać się innymi (lenistwo sprzyja tyciu);
- zaangażować się w jakieś hobby;
- przykleić na drzwiach lodówki kartkę ze swoją aktualną wagą i przyrzeczeniem, że ją zmniejszysz;
- stosować wizualizację (można np. wyobrażać sobie, że dana potrawa jest niejadalna bądź wyszukiwać w niej te cechy i właściwości, które zmniejszą apetyt);
- ćwiczyć się w zachowaniach asertywnych, nie ulegać i odmawiać jedzenia, kiedy nie ma się na nie ochoty.

Uczestnicy zaznaczają, co najmniej 10 z podanych propozycji, które wprowadzą do swoich zachowań w najbliższych dniach. Ponadto należy pamiętać, aby:

- w miarę możliwości, co wieczór przeprowadzać analizę kończącego się dnia pod kątem przestrzegania diety i innych zaleceń (chodzenie, gimnastyka, praca fizyczna), spędzania wolnego czasu;
- raz w tygodniu zważyć się, a wynik zanotować, można też sporządzać wykres spadku wagi i notować kolejne pomiary obwodu talii i bioder;
- myć zęby po każdym posiłku (nie będzie się wtedy podjadać, by ponownie nie być zmuszoną do ich umycia);
- czując nagły głód postarać się zająć czymś, co odwróci uwagę od głodu (może to być wyjście z psem, zrobienie porządków w szafce, telefon do przyjaciółki itp.);
- pamiętaj, że bardzo ważny jest okres następujący bezpośrednio po zakończeniu kuracji (powrót do poprzednich nawyków żywieniowych spowoduje ponowny przybór wagi).

Pamiętaj, że:

- aby zachować szczupłą sylwetkę, zdrowie i samopoczucie, jesteś praktycznie skazana na stałą samokontrolę, a w efekcie – na mniejsze lub większe ograniczenia dietetyczne;
- nie jedz tłustych mięs i wędlin, zawiesistych zup, majonezu;
- unikaj słodczy, ciastek, kremów, słodkich napojów i deserów;
- ogranicz spożycie produktów zbożowych (pieczywo, makaron, kluski) i ziemniaków, zwłaszcza w postaci frytek;
- napoje alkoholowe mają dużo kalorii, dodatkowo wzmagają apetyt, ograniczają samokontrolę;
- jedz powoli, dokładnie przeżuвай, nie spiesz się, nie popijaj, wstawaj od stołu z uczuciem lekkiego niedosytu;

- nakładaj małe porcje i nie zjadaj ich do końca (w towarzystwie zapobiega to dokładaniu);
- nie zjadaj „aby się nie zmarnowało”;
- staraj się codziennie gimnastykować, brać chłodne prysznice, dużo chodzić, ograniczyć korzystanie z samochodu, windy, wypoczywać czynnie, rekreacyjnie uprawiać sport;
- reaguj ograniczeniami dietetycznymi na każdy, nawet drobny przyrost wagi;
- nie żyjesz po to, by jeść, ale jesz po to, by żyć. Tylko upór i konsekwencja gwarantują powodzenie.

Ćwiczenie 2. Jak możesz oszukać głód

Uczestniczki, na zasadzie burzy mózgów, podają różne, znane im sposoby „oszukiwania głodu”, a następnie prowadzący uzupełnia podane propozycje:

- jedz tyle warzyw, ile chcesz, ale bez dodatków, takich jak sosy, majonez itp.;
- gdy masz ochotę na coś słodkiego, zjedz plasterki cytryny (zabija apetyt);
- szczotkuj zęby przez pięć minut (smak pasty zmniejsza uczucie głodu);
- jeżeli musisz coś przegryźć, zjedz coś lekkiego, np. jogurt z płatkami zbożowymi, owoce, wypij szklanke wody mineralnej;
- przyklej na lodówce swoje zdjęcie, na którym wyglądasz grubo i nieatrakcyjnie. Jeśli spojrzysz na nie, otwierając lodówkę, łatwiej zrezygnujesz z kalorycznej przekąski;
- przyklej na drzwiach lodówki aktualną wagę i co tydzień zapisuj kolejne kilogramy, które udało ci się stracić. Świadomość, że chudniesz doda ci sił do walki z łakomstwem.

Ćwiczenie 3. Jak ograniczać tłuszcz w codziennej diecie?

Dla zachowania zdrowia i smukłej sylwetki szczególnie ważne jest ograniczenie spożycia tłuszczów. Większość z nas zjada dwa razy więcej tłuszczu niż potrzebuje organizm (wystarczy 60 g). Jak ograniczać tłuszcz w codziennej diecie?

Uczestniczki, na zasadzie burzy mózgów, podają znane im sposoby unikania, bądź ograniczania, spożycia tłuszczu, a następnie prowadzący prezentuje przygotowane propozycje:

- kupuj chude mleko, chudą śmietanę (10–12%), albo jeszcze lepiej zastąp ją jogurtem;
- sprawdzaj zawartość tłuszczu w żółtych serach i kupuj te o niższej jego zawartości;
- kupuj chude jogurty i serki (0%);
- tuńczyka w oliwie zastąp tuńczykiem w sosie własnym;
- zwykły majonez zastąp niskokalorycznym lub jogurtem;
- nie kupuj suchej kielbasy, jak np. kabanosy czy salami, gdyż, wbrew pozorom, są bardzo tłuste;
- jedz zupy przygotowywane na wywarach z warzyw, a jeżeli gotujesz zupę na wywarze z mięsa, to pamiętaj by ją wcześniej schłodzić i zdjąć tłuszcz;
- nie polewaj ziemniaków, klusek czy ryżu sosem;
- zwracaj uwagę na zużycie tłuszczu przy smażeniu, nie wylewaj szklanki oleju przy smażeniu naleśników, wystarczy tylko posmarować patelnię;
- ogranicz spożycie masła; jeżeli każdego dnia odmówisz sobie tylko 10 gramów tłuszczu (np. 1 łyżeczka masła) w ciągu roku możesz zredukować swoją wagę o 3,65 kg.;

- jedz ryż, makaron, produkty zbożowe (prawie w ogóle nie zawierają tłuszczu, np. w 100 g ziemniaków, które zawierają 66 kilokalorii jest go 0,3 g, podczas gdy 40 g ziemniaczanych chipsów zawiera 549 kilokalorii);
- szynkę zastąp wędliną drobiową;
- zamiast kotleta schabowego zjedz filet z piersi kurczaka (nie zawiera tłustej skórki),
- smażone frytki zamień na gotowane ziemniaki;
- zamiast kremu z bitej śmietany zjedz krem jogurtowy.

Ćwiczenie 4. Mój cel

Każda z uczestniczek otrzymuje arkusz zatytułowany *Mój cel*. W poszczególne miejsca wpisuje kolejne elementy związane z redukcją wagi:

- 1) swój cel długoterminowy (np. schudnięcie 10 kg);
- 2) cele krótkodystansowe (np. zrzucenie 1 kg tygodniowo);
- 3) ilość czasu, jaki sobie daje na osiągnięcie celu długoterminowego (10 tygodni);
- 4) czynności, które zamierza podjąć (ograniczyć spożywanie tłuszczów i słodczy, jadać pięć razy dziennie małe porcje, zapisać się na aerobik, pływanie, czy prowadzić inną aktywność fizyczną);
- 5) sposoby, rzeczy, osoby, które mogą pomóc w zrealizowaniu celu (zapisać się do fitness klubu, najlepiej z koleżanką, poprosić o pomoc domowników, przeczytać literaturę na temat odchudzania się itp.);
- 6) przeszkody, utrudnienia w realizacji celu (np. lenistwo, brak silnej woli, brak wytrwałości itd.)

Po wypełnieniu przez uczestniczki arkusza, prowadzący kontynuuje:

Chcę, żebyście te sformułowane przez was cele zaczęły realizować od dzisiaj. Zaglądjcie do tego arkusza tak często, jak jest to możliwe. Każdy z nich jest realny i leży

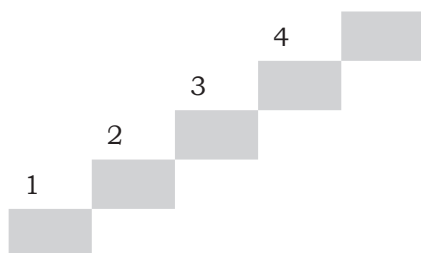
w zasięgu waszych możliwości. Nie zrażajcie się drobnymi niepowodzeniami, ale przyjrzyjcie im się uważnie i wykozystajcie te doświadczenia tak, by doprowadzić ustalony cel do końca. Pamiętajcie, że odniesienie sukcesu w małej sprawie przybliży was do celu dużego.

Przyjrzyjcie się jeszcze raz zapisanym przeszkodom i utrudnieniom. Zastanówcie się nad sposobami ich pokonania, pomyślcie, co jest wam potrzebne, by te przeszkody nie doprowadziły do przerwania realizacji celu.

Następnie prowadzący zapisuje najczęściej powtarzające się przeszkody (nie więcej niż trzy), a uczestniczki posługując się metodą burzy mózgów, podają sposoby poradzenia sobie z nimi, np. lenistwo – zredukować wagę razem z koleżanką (wspólne chodzenie na aerobik, siłownię, basen), ustalić nagrodę dla siebie za zrealizowanie każdego celu krótkoterminowego, mobilizować się do wysiłku przez wyobrażanie sobie co zyskam będąc szczupłą, zapisywanie drobnych sukcesów itp.

Ćwiczenie 5. Wytyczenie celu z terminem realizacji

Prowadzący prosi uczestniczki o sformułowanie swojego dążenia w sposób pozytywny i szczegółowy, zastanowienie się jakimi dysponują zasobami potrzebnymi do realizacji celu, a następnie o wykreślenie zgodnie z poniższym schematem poszczególnych celów krótkoterminowych, prowadzących do celu końcowego (np. co miesiąc będę ważyła o cztery kilogramy mniej, aż uzyskam zaplanowaną wagę ... kg). Uczestniczki ustalają także datę realizacji poszczególnych celów krótkoterminowych.



Moje zasoby: np. zapał, systematyczność, wsparcie rodziny, przyjaciół.

Krok 1 – np. zapiszę się na aerobik, wyeliminuję cukier i spożywanie słodczy, schudnę 1 kg w ciągu tygodnia;

Krok 2 – np. ograniczę spożywanie tłuszczów, wprowadzę pięć posiłków dziennie, ale o mniejszej zawartości energetycznej;

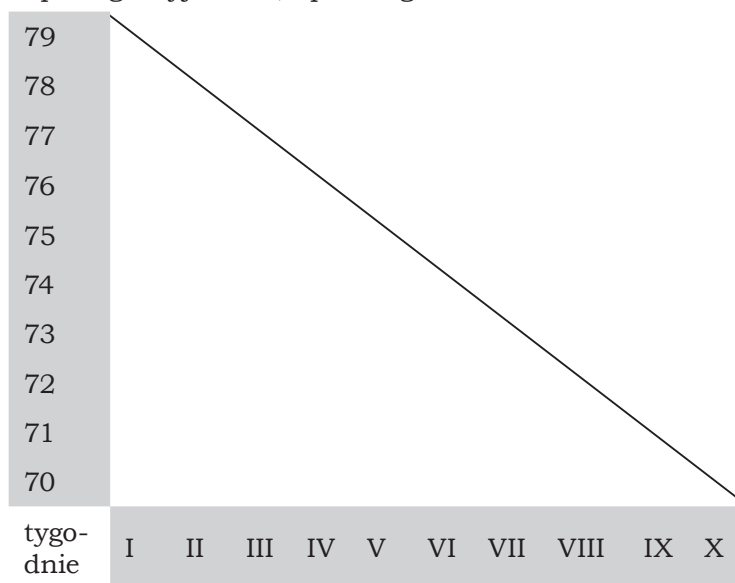
Krok 3 – np. wprowadzę więcej warzyw i owoców, będę wypijać co najmniej szklankę wody mineralnej (niegazowanej) przed każdym posiłkiem;

Krok 4 – np. będę unikać podjadania między posiłkami, a w sytuacjach silnej chęci na przegryzienie co nieco, będę spożywać niskokaloryczne jogurty z płatkami musli i otrębami.

Ćwiczenie 6. Wykres spadku wagi ciała

Zadaniem uczestniczek jest systematyczne dokonywanie pomiaru swojej wagi (najlepiej ważyć się co tydzień o tej samej porze, np. rano przed śniadaniem) i zapisywanie jej według załączonego wykresu. Prowadzący prezentuje wykres idealnego spadku wagi ciała, zwracając uwagę, że niewskazany jest większy ubytek masy ciała niż 1 kg tygodniowo.

np. waga wyjściowa, np. 80 kg



Ćwiczenie 7. Wizualizacja

Prowadzący mówi lub puszcza kasetę magnetofonową:

Wyobraź sobie siebie z wymarzoną figurą. Stań przed lustrem i obejrzyj swoje nowe ciało, z przodu, z boku, z tyłu. Jest ono sprężyste, jędrne i pełne życia. Teraz wyjdź razem ze swoim nowym ciałem na ulicę. Jesteś w nadmorskim kurorcie na głównym deptaku, promienie słońca i ciepły wiatr muska twoje policzki. Czujesz lekkość i radość, z jaką to szczupłe i zadbane ciało się porusza. Idziesz ulicą, a twoja nienaganna figura, podkreślona krótką dopasowaną sukienką przyciąga pełne pożądania spojrzenia mężczyzn. Twoja sukienka opina twoje uda, biodra, podkreśla jędrność i kształt twoich pośladków. Głęboki dekolt pokazuje piękno twego biustu, pożeranego wzrokiem przez mężczyzn. Poruszasz się z gracją budząc zachwyty prze-

chodniów. Niektóre kobiety spoglądają na ciebie z niekłamana zazdrością. Co teraz czujesz?

Idziesz dalej, zwinnie zbiegasz po schodach na plażę. Każdy ruch twojego szczupłego ciała jest dla ciebie prawdziwą przyjemnością. Zdejmujesz sukienkę i oczom twoich plażowych sąsiadów ukazujesz wszystkie walory twojego pięknego ciała ubranego w kostium kąpielowy. Twoja gładka skóra cieszy się ciepłym dotykiem słońca. Biegasz do morza i czujesz jak woda gładzi twoje szczupłe ciało, gdy się w niej zanurzasz. Jak lekko unosisz się w wodzie. Jak z radością płyniesz i z każdym ruchem nabierasz coraz więcej energii. Wychodzisz z wody, a na twojej gładkiej skórze błyszczą w słońcu krople wody. Postaraj się zapamiętać ten obraz jak najlepiej i przypominać go sobie w każdej chwili, kiedy ogarną cię wątpliwości i będziesz chciała zarzucić swój cel.

SESJA 4. Jak zmieniać zachowania sprzyjające nadmiernemu jedzeniu

Cel: modyfikacja zachowań niesprzyjających redukowaniu nadwagi.

Plan:

1. Jak zmieniać własne zachowania sprzyjające nadmiernemu jedzeniu.
2. Zapisz swoją deklarację.
3. Deklaracja celu – kontrakt.
4. Zatrósz się o siebie.
5. Ustalenie wzmocnień.
6. Antyreklama.
7. Wizualizacja negatywna.

Ćwiczenie 1. Jak zmieniać własne zachowania sprzyjające nadmiernemu jedzeniu

Prowadzący zwraca uwagę, że koniecznym warunkiem redukcji nadwagi jest zmiana zachowań związanych z nadmiernym jedzeniem. Służyć temu ma m.in.:

- zaplanowanie dnia pod kątem sytuacji sprzyjających i niesprzyjających nadmiernemu jedzeniu;
- znalezienie wzmocnień pozytywnych;
- sprawdzanie postępów w modyfikacji i analiza przyczyn ewentualnych niepowodzeń.

Po to, by zmienić zachowania i nawyki związane z nadmiernym jedzeniem konieczne jest prowadzenie arkusza obserwacji, w którym będziemy zapisywać sytuacje sprzyjające objadaniu się, konsekwencje tych zachowań, a następnie planować dzień w taki sposób, by ograniczyć sytuacje sprzyjające nadmiernemu jedzeniu.

Przygotowanie arkusza obserwacji.

Sytuacja	Zachowania	Konsekwencje
zdenerwował mnie szef	zjadłam dwa pączki	było mi lepiej, ale zaraz wystąpiły wyrzuty sumienia

Zadaniem uczestniczek jest codzienne zapisywanie sytuacji sprzyjających nadmiernemu jedzeniu oraz konsekwencji tych zachowań.

Ćwiczenie 2. Zapisz swoją deklarację

Uczestniczki na kartkach zapisują swoje deklaracje:

Ja,.....do br. będę ważyła kg. Wiem, że stać mnie na osiągnięcie tego celu. Przyrzekam sobie, że zrobię wszystko, co w mojej mocy, by zrealizować ten cel. Kiedy już go osiągnę, wystarczy mi zapalu i zaangażowania by przy nim wytrwać.

Ćwiczenie 3. Deklaracja celu – kontrakt

Uczestniczki dzielą się na pary, a następnie kolejno mówią o tym, co będą robić, aby osiągnąć i utrzymać wagę, do której dążą. Po ok. 2–3 minutach uczestniczki kolejno składają swoje deklaracje *Ja biorę ciebie za świadka, że*

Prowadzący zwraca uwagę, żeby nie deklarować działań, których się w rzeczywistości nie podejmie. Należy mówić tylko o tych działaniach i pomysłach, które mogą zostać zrealizowane.

Ćwiczenie 4. Ztroszcz się o siebie

Prowadzący zwraca się do uczestniczek:

*Umiejętność troszczenia się o siebie nie jest przejawem egoizmu, lecz naturalną potrzebą i prawem każdej z was. Masz prawo ofiarować sobie czas, nawet w dniu wypełnionym wieloma obowiązkami i ważnymi sprawami. Skoncentruj się na sobie, bowiem ty sama najlepiej wiesz, czego ci potrzeba. Bądź bliżej siebie, doznaj troski i uwagi, bo-
wiesz zasługujesz na nią w pełni.*

Następnie prowadzący zwraca się z pytaniem: *Jak ludzie troszczą się o siebie?. Co robią by sprawić sobie przyjemność?* Uczestniczki wypowiadają się na temat różnych sposobów troszczenia się o siebie. Jeżeli wśród nich pojawiło się jedzenie (czekoladki, chipsy itp.), to prowadzący zwraca uwagę na inne alternatywne sposoby troszczenia się o siebie. Tym razem na kartkach uczestniczki odpowiadają na dwa pytania:

Jak możesz zadbać, zatroszczyć się o siebie inaczej niż przez jedzenie?

.....
.....

Jak chciałabyś dbać i troszczyć się o siebie?

.....
.....

Ćwiczenie 5. Ustalenie wzmocnień

Prowadzący prosi osoby uczestniczące w spotkaniu o wybór tych rzeczy, działań (można wykorzystać propo-

zycje z poprzedniego ćwiczenia), które mogą być dla nich formą nagrody. Uczestniczki odczytują je w grupie. Słuchające mogą w ten sposób poszerzyć własny repertuar wzmocnień. Prowadzący podkreśla, że stosowanie nagród jest bardzo ważnym czynnikiem utrwalającym pożądane zachowania, dlatego powinny być stosowane po każdym, najdrobniejszym nawet sukcesie.

Przykłady wzmocnień (nie może to być jedzenie): słuchanie ulubionej muzyki, pójście na koncert, spotkanie towarzyskie, pójście do kina, teatru, kupno dobrego kosmetyku, ubrania, książki. Następnie prowadzący prosi o wybór i zakreślenie 2–3 wzmocnień, które będą zastosowane przez uczestniczki w najbliższym tygodniu.

Ćwiczenie 6. Antyreklama

Uczestniczki dzielą się na grupy 3–4 osobowe, a następnie dokonują wyboru produktu spożywczego, którego pokusie zjedzenia ulegają najczęściej (czekolada, chałka, tort, chipsy, inne) i wspólnie w grupach przygotowują antyreklamę tego produktu. Koncentrują się więc na jego wadach, np. kaloryczność, możliwość spowodowania niestrawności, wysoka cena, itp. Antyreklama może być w formie zapisanego tekstu bądź plakatu. Uczestniczki mogą do jego przygotowania wykorzystać kartony, flamastry i inne pomoce.

Ćwiczenie 7. Wizualizacja negatywna

Prowadzący mówi lub puszcza kasetę magnetofonową z nagrany tekstem:

Usiądź wygodnie opierając się plecami o krzesło. Dłonie połóż swobodnie na kolanach. Postaraj się rozluźnić swoje ręce, nogi, całe ciało. Oddychaj spokojnie. Wsłuchaj się w rytm swojego oddechu. Poczuj jak przy każdym wdechu

powietrze wypełnia twoje ciało, dociera do każdej twojej komórki. Każdy wydech pomaga ci uwolnić twoje ciało od nadmiaru napięcia, tak jakbyś zdejmowała za ciasne ubranie. Jesteś spokojna i rozluźniona.

Wyobraź sobie teraz upalne letnie popołudnie. Na niebieskim niebie świeci słońce. Idąc ulicą czujesz jak owiewa cię delikatny wietrzyk, jak porusza lekko twoją sukienką. Jest ci miło i przyjemnie. Teraz spójrz przed siebie. Wyobraź sobie idącą z przeciwnej strony otyłą kobietę. Jest zdyszczana, wprost sapie ze zmęczenia. Powoli i ciężko stawia kroki: lewa noga..., prawa noga..., lewa..., prawa.... Po jej czerwonej, okrągłej twarzy spływają strużki potu, a do czoła przyklejają się pasma przetłuszczonych włosów. Jej koszulka jest prawie cała mokra od potu i przylepia się do fałd tłuszczu na brzuchu, plecach.

Spróbuj wyobrazić sobie jej nogi ukryte ze wstydu pod długą ciemną spódnicą. Jak wiele wysiłku sprawia jej zrobienie każdego kroku, jak wolno przesuwiają się jej nogi. Zauważ jak jej blade, niedotknięte promieniami słońca uda, wewnętrznymi stronami obcierają się o siebie. Są mocno zaczerwienione, bolą więc i szczypią. Spójrz niżej, na wysokość kolan. Tutaj także jej nogi ocierają się o siebie przy każdym kroku. Teraz zobacz jak kobieta ta siada na ławce, żeby chwilę odpocząć. Próbuje schylić się do swojej prawej stopy, żeby zawiązać sznurowadło. Jest tak gruba, że ledwo udaje jej się dosięgnąć buta. Schylając się nie może złapać powietrza. Spójrz jak prostuje się na ławce próbując głębiej odetchnąć. Gromadzi teraz wszystkie swoje siły, by podźwignąć swoje olbrzymie ciało i wstać. Ty, lekko i swobodnie idziesz dalej. Bez wysiłku podbiegasz do nadjeżdżającego autobusu.

Spójrz na kobietę, którą widziałaś wcześniej. Trzymając tłusty pączek próbuje wsiąść do autobusu. Z trudem podnosi prawą nogę i stawia ją na stopniu. Trzymając się mocno poręczy próbuje wciągnąć swoje masywne ciało do

środku. Jej serce z wielkim wysiłkiem tłoczy krew przez zwężone, zalegającym tłuszczem naczynia krwionośne. I jeszcze raz, i jeszcze. Coraz szybciej i szybciej. Spójrz teraz jak ta kobieta, zdyszana i spocona pada na siedzenie w autobusie. Musi zapierać się zewnętrzną nogą, by się z niego nie zsunąć. Rozgoryczona zjada lepki pączek, który zatłuścił już całą jej dłoń. Podchodzisz do otwartego okna autobusu. Zamykasz oczy i czujesz na twarzy przyjemny powiew wiatru. Czujesz się lekko i swobodnie. Jesteś zupełnie inna od kobiety, którą widziałaś przed chwilą. Jest w tobie siła i ogromna moc. To ty kierujesz swoim życiem. Ty sama podejmujesz decyzje, które są dla ciebie dobre. Kochasz siebie i akceptujesz siebie. Jest w tobie spokój i radość. Czujesz jak z każdym oddechem przybywa ci wiary w twoje siły.

SESJA 5. Jak wytrwać i nie zrezygnować

Cel: kształtowanie motywacji do zredukowania wagi i wytrwałości w dążeniu do celu.

Plan:

1. Omówienie realizacji celu krótkoterminowego.
2. Co zyskam, gdy schudnę.
3. Różnica między ja – realnym a ja – idealnym.
4. Ocena zaangażowania.
5. Moje osiągnięcia związane z nadwagą.
6. Gdy osiągnę cel.
7. Wizualizacja.

Ćwiczenie 1. Omówienie realizacji celu krótkoterminowego

Na początku spotkania prowadzący wspólnie z uczestniczkami omawia realizację celu krótkodystansowego, przyjętego przez uczestniczki na poprzednim spotkaniu (zredukowanie nadmiernego jedzenia, podjadania), a przede wszystkim przeszkody, trudności, które pojawiły się na drodze do realizacji postawionego celu. Do tabelki uczestniczki dodają rubrykę planowanie, gdzie zapisują sytuacje, które mogą ułatwić wyeliminowanie niewłaściwych nawyków (podjadanie), np. pójście na spacer, wyjście do kina, porządkowanie, zajęcie się ulubioną czynnością itp. Osoby uczestniczące nadal obserwują swoje zachowania w sytuacjach sprzyjających nadmiernemu jedzeniu – kontynuacja zapisu w tabelce.

Ćwiczenie 2. Co zyskam gdy schudnę

Uczestniczki na kartkach wpisują wszystkie argumenty, jakie przyjdą im do głowy, przemawiające za schudnięciem.

ciem. Wypisują więc kolejno co zyskają poprzez zredukowanie wagi, a następnie w grupach czteroosobowych odczytują swoje argumenty i je omawiają. Mogą także uzupełniać swoje listy o propozycje zasłyszane od innych.

Ćwiczenie 3. Różnica między ja – realnym i ja – idealnym – pobudzenie motywacji

Prowadzący rozdaje trzy czyste kartki. Zadaniem uczestniczek jest sporządzenie dwóch list przymiotników. Pierwsza z nich: *Jaka jestem* ma zawierać 10 przymiotników opisujących swoje cechy. Druga: *Jaka chciałabym być* ma zawierać cechy (również 10), które uczestniczki chciałyby mieć. Następnie uczestniczki porównują obydwie listy, poszukując cech, które wystąpiły w obydwu listach. Zaznaczają je. Następnie osoby uczestniczące proszone są o zaznaczenie tej cechy z drugiej listy cech, którą najbardziej chciałyby posiadać. Na trzeciej kartce uczestniczki zapisują tę cechę w formie celu, który chcą osiągnąć. Na przykład: pożądaną cechą jest bycie szczupłą; cel – waga 60 kg. Następnie uczestniczki zapisują propozycje realizacji tego celu, to znaczy konkretnych działań, które umożliwią jego realizację, np. jeść mniej, ograniczyć spożycie tłuszczu, wyeliminować spożycie cukru, zapisać się na aerobik. Po zakończonym ćwiczeniu, osoby, dla których bycie szczupłą było najbardziej pożądaną cechą, wymieniają się propozycjami działań, które mają umożliwić realizację celu.

Ćwiczenie 4. Ocena zaangażowania w realizację celu

Prowadzący prosi osoby uczestniczące w spotkaniu o ocenę własnego zaangażowania w realizację przyjętego celu.

Oceń na skali dziesięciostopniowej swoje obecne zaangażowanie w realizację podjętego celu:

1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

Ćwiczenie 5. Moje osiągnięcia związane z nadwagą

Prowadzący prosi o wpisanie na listę tych osiągnięć, związanych z redukowaniem wagi, które uczestniczkom do tej pory udało się uzyskać. Prowadzący zwraca uwagę, że mogą to być nawet małe osiągnięcia, ale są one ważne w procesie przywracania szczupłej sylwetki, np. udało mi się nie zjeść kolacji, nie uległam pokusie wejścia do cukierni, przestałam używać cukru do kawy, odmówiłam zjedzenia kawałka tortu na imieninach koleżanki.

Prowadzący prosi o wpisywanie na listę każdego nowego osiągnięcia, przez cały czas trwania programu. Prowadzący podkreśla, że jednym z ważniejszych czynników przy realizacji podjętego celu jest silna wola. Należy pamiętać, że czynnikami sprzyjającymi silnej woli są:

- aktywna selektywność uwagi, czyli celowe koncentrowanie się na tych elementach sytuacji, które są związane z realizowanym zamiarem, np. jeżeli idąc do pracy przechodzisz obok piekarni, z której dochodzi do ciebie zapach będący pokusą – zmień drogę;
- zabezpieczanie się przed informacjami, które mogą utrudnić utrzymanie podjętego działania, typu: jak dzisiaj zjesz, to ci nie zaszkodzi;
- kontrola emocji, głównie unikanie złości, agresji, rozdrażnienia, lęku, smutku, które utrudniają trwanie w zamiarze i prowokują do rezygnacji w nadziei zlikwidowania w ten sposób przykrych doznań, a celowe wywoływanie stanów, które sprzyjają realizacji zamiaru, np. informowanie znajomych o podjęciu zamiaru rzucenia wagi, wzmocnienie samooceny, poczucia własnej wartości (umów się sama ze sobą, że zanim otworzysz

lodówkę, zastanowisz się, czy naprawdę jesteś głodna, czy też chcesz jeść, by zagłuszyć swoje emocje, spróbuj więc przez dwie minuty pooddychać głęboko, zrelaksować się, zaangażować się w inną czynność);

- skuteczność działania wymaga przejścia przez trzy etapy: wyobraźniowy (wyobrażony cel powinien być pozytywny), planowania (plan powinien być realistyczny, powinien uwzględniać czas i sposób realizacji kolejnych etapów) i realizacji (co wymaga energii, wiary, cierpliwości);
- wiara w siebie i przekonanie o własnej pozycji wśród innych.

Ćwiczenie 6. Gdy osiągnę cel

Uczestniczki poprzez odpowiedzi na zawarte poniżej pytania ustalają jak będzie wyglądać ich życie, gdy osiągną wymarzony cel:

Mój cel

Gdy osiągnę mój cel to

Co wówczas będę czuła

Co będę myślała, gdy go osiągnę

Co zmieni się w moim życiu

Czy jest coś, co przestanę robić, lub coś, co zacznę robić, gdy osiągnę cel

Czy osiągnięcie celu wpłynie na moją rodzinę

Jak wpłynie realizacja celu na moje relacje towarzyskie

Czy zmieni się coś w mojej pracy

Jak wpłynie na inne aspekty mojego życia

Pytanie, które chcesz zadać sobie sama

Ćwiczenie 7. Wizualizacja mająca na celu zwiększenie motywacji do zredukowania wagi

Prowadzący zwraca się do uczestniczek spotkania:

Usiądź wygodnie, swobodnie, zamknij oczy. Wsłuchuj się w swój oddech, skoncentruj się na wdychanym i wydychanym powietrzu. A teraz zwróć uwagę na poszczególne części swojego ciała – stopy, nogi, biodra, brzuch. Rozluźnij mięśnie, klatkę piersiową, ramiona, szyję, głowę. Czujesz jak twoje ciało się odpręża. Z każdym wydechem wyobrażaj sobie jak uchodzi z ciebie napięcie, z każdej części twojego ciała. Oddychaj powoli, spokojnie.

A teraz wyobraź sobie, że szykujesz się na przyjęcie. Robisz dyskretny makijaż, układasz włosy, nie spieszysz się, masz mnóstwo czasu, wkładasz pończochy na swoje smukłe nogi, wyjmujesz z szafy sukienkę, taką, o jakiej zawsze marzyłaś, takiej, która podkreśli twoją szczupłą i zgrabną sylwetkę. Wyobraź sobie siebie w tej sukience, jak wspaniale na tobie leży, jak ślicznie w niej wyglądasz. Do pokoju wchodzi twój partner, widzisz zachwyty w jego oczach. Całuje cię delikatnie w rękę i szeptem „wyglądasz pięknie”.

Gdy wchodzić na przyjęcie spojrzenia obecnych koncentrują się na tobie. W oczach mężczyzn dostrzegasz zainteresowanie swoją osobą, a niepokój w oczach kobiet. Czujesz się atrakcyjna, kobieca, pełna wdzięku. Tańcząc z partnerem jesteś lekka, zwinna i pełna energii. Wydaje ci się, że unosisz się w powietrzu. Czujesz na sobie gorące spojrzenia mężczyzn, wiesz, że im się podobasz. Twój partner jest dumny z tego, że jest z tak zgrabną i pełną czaru kobietą. Bawisz się wspaniale, a po powrocie do domu jesteś nieco zmęczona, ale szczęśliwa.

Jesteś rozluźniona, lekka, zasypiasz spokojnie. Oddychasz głęboko, powtarzasz sobie w myślach „tak właśnie będzie”. Powoli otwierasz oczy, uśmiechasz się do siebie.

Za każdym razem, kiedy będziesz miała ochotę na coś słodkiego, czy wysokokalorycznego, wyobraź sobie siebie szczupłą w wymarzonej sukience, albo kostiumie kąpielowym. Zapytaj wtedy samą siebie czy warto to wszystko zepsuć jedną zachcianką, bez której można się obejść.

SESJA 6. Uwierz w siebie i bądź skuteczna

Cel: zwiększanie motywacji do zredukowania wagi, kształtowanie silnej woli i poczucia własnej skuteczności.

Plan:

1. Skala poczucia własnej skuteczności.
2. Wzmacnianie poczucia własnej skuteczności.
3. Dlaczego warto?
4. Nowy scenariusz.
5. Czekoladka.
6. Autohipnoza w zastosowaniu do treningu woli.

Ćwiczenie 1. Skala poczucia własnej skuteczności

Prowadzący rozdaje uczestniczkom kwestionariusze do wypełnienia, a następnie odczytuje instrukcję:

Stwierdzenia zamieszczone poniżej wyrażają poglądy różnych ludzi na temat radzenia sobie z problemem nadwagi. Przy każdym zdaniu należy otoczyć kółkiem tylko jedną cyfrę, która wyraża Twój stopień zgody z danym twierdzeniem. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych. Ważne jest, aby odpowiadać zgodnie z własnym przekonaniem.

Poszczególne cyfry oznaczają:

- 1 – tak;
- 2 – raczej tak
- 3 – raczej nie
- 4 – nie

1. Mam wystarczająco dużo silnej woli by uzyskać pożądaną wagę ciała	1	2	3	4
2. Jestem w stanie zmienić swoje zwyczaje żywieniowe	1	2	3	4

3. Potrafię zapanować nad napadami żarłoczności	1	2	3	4
4. Schudnę, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku	1	2	3	4
5. Bez względu na pojawiające się trudności jestem w stanie schudnąć	1	2	3	4
6. Jestem przekonana, że jestem w stanie poradzić sobie z nadwagą	1	2	3	4
7. Posiadam odpowiednią wiedzę i umiejętności, by schudnąć	1	2	3	4
8. Gdy pojawią się trudności w uzyskaniu pożądanej wagi ciała potrafię je pokonać	1	2	3	4
9. Jestem w stanie ograniczyć spożywanie tłustych potraw	1	2	3	4
10. Bez problemu potrafię wprowadzić do mojego jadłospisu nowe, urozmaicone posiłki	1	2	3	4
11. Bez względu na okoliczności udaje mi się spożywać zdrowe, niskokaloryczne posiłki	1	2	3	4
12. Jestem przekonana, że poradzę sobie z problemem nadwagi	1	2	3	4

Po wypełnieniu skali prowadzący podaje sposób obliczania wyników i ich interpretację.

Wyniki w zakresie poniżej 21 punktów – niska skuteczność; 21–28 – skuteczność przeciętna; powyżej 28 – skuteczność wysoka.

Prowadzący zwraca uwagę, że łatwiej chudną osoby, które charakteryzują się wysokim poczuciem własnej skuteczności.

Ćwiczenie 2. Wzmacnianie poczucia własnej skuteczności

Prowadzący prosi uczestniczki o zapisanie na kartce wszystkich konsekwencji realizacji celu krótkoterminowego, tj. obniżenia wagi (w przypadku braku sukcesu uczestniczki dokonują analizy przyczyn niepowodzenia). Następnie prosi je o odczytanie tych konsekwencji, zaznaczając, że chociażby najmniejszy nawet sukces wzmacnia poczucie własnej skuteczności i wzmacnia wiarę w uzyskanie celu końcowego.

Ćwiczenie 3. Dlaczego warto?

Prowadzący zwraca się do uczestniczek z prośbą, aby zapisały na kartkach wszystkie możliwe powody, dla których warto zrealizować cel, czyli osiągnąć zaplanowaną wagę.

Napisz wszystkie korzyści, zalety, motywy i przekonania, wszystko to, co jest dla ciebie ważne; zapisz to wyraźnie, jak na plakacie. Noś przy sobie tę listę lub zawieś ją w widocznym i dostępnym dla ciebie miejscu. Czytaj przynajmniej trzy razy dziennie przez miesiąc.

Ćwiczenie 4. Nowy scenariusz

Prowadzący zwraca się do uczestniczek:

Przypomnij sobie sytuację, którą uznałaś za porażkę związaną z odchudzaniem. Wyobraź sobie, że zdarzenie to jest zarejestrowane na taśmie video. Wyobraź sobie, że taśma ta znajduje się w twojej głowie i odtwarzasz film, przedstawiający to wydarzenie. Obejrzyj dokładnie ten film, zobacz, co robisz, jak się zachowujesz, co czujesz, co myślisz lub mówisz. Zatrzymaj teraz projekcję tego filmu. Zatrzymując film, zatrzymujesz także swoje dotychczas

sowe zachowanie. Wyobraź sobie, że „wyciągasz kasetę z głowy”. Zawsze, gdy będziesz uczestniczyła w podobnej sytuacji, wykonaj w wyobraźni symboliczną czynność zatrzymania filmu i wyjmowania kasety. Kiedy już pozbyłaś się starego filmu, „nagraj” nowy film przedstawiający ciebie taką, jaką chcesz być, jak postępujesz pozytywnie i łatwo realizujesz wytyczone zadania, jak z radością i lekkością osiągasz zamierzone rezultaty. Włącz kasetę z nowym, stworzonym przez siebie filmem. Zobacz siebie realizującą nowy scenariusz, doznaj wszystkich uczuć i myśli, które towarzyszą tobie, gdy jesteś zadowolona. Możesz zawsze, gdy tylko zechcesz, uruchomić swój film.

Ćwiczenie 5. Czekoladka

Prowadzący przed każdą z uczestniczek kładzie czekoladkę. Ważne jest żeby przez cały czas ćwiczenia uczestniczki patrzyły na czekoladkę, wręcz nie odrywały od niej wzroku. W tym czasie prowadzący mówi:

Spójrz – to jesteś ty – a to ona. Naprzeciwko siebie. Ty duża, mądra, silna, odpowiedzialna za swoje życie – a z drugiej strony ona - taka mała. Czy pozwolisz - by to małe nic kierowało twoim życiem? Pozwolisz jej być za ciebie odpowiedzialną? Zastanów się, kto tu jest szefem i kto decyduje – ty – człowiek istota rozumna i silna – czy ona – mały przedmiot dostarczający złudnej, chwilowej przyjemności. Czy pozwolisz jej wygrać?

Prowadzący (po chwili) kontynuuje: *To coś, co kazało niektórym z was, a może nawet wam wszystkim powiedzieć NIE! to właśnie wasza silna wola. Wola, która pozwala nie ulegać pokusom, wola, która daje możliwość kontrolowania własnego ciała. Przypomnij sobie, wahając się przed wejściem do cukierni, czy sięgając po kolejną przekąskę – kto tu rządzi.*

Ćwiczenie 6. Autohipnoza w zastosowaniu do treningu woli

Prowadzący zwraca się do uczestniczek:

Usiądź wygodnie lub połóż się na materacu, zamknij oczy. Wypowiedz w myślach cel, do którego dążysz. Następnie rozpocznij liczenie od 0 do 100 i od 100 do 0. Koncentruj się na liczeniu, nie spiesz się, licz we własnym tempie, wykonując kolejne wdechy i wydechy. Gdy doliczysz do 0 otwórz oczy.

SESJA 7. Myśl pozytywnie

Cel: kształtowanie poczucia własnej wartości, wzmocnienie samooceny, kształtowanie myślenia pozytywnego.

Plan:

1. Co zrobisz w tym tygodniu.
2. Co robisz najlepiej.
3. Trening pozytywnego myślenia.
4. Afirmacje.
5. Osoby, które podziwiam.
6. Zamiana porażki w sukces.
7. Wizualizacja.

Ćwiczenie 1. Co zrobisz w tym tygodniu?

Uczestniczki na kartkach odpowiadają na pytanie: Co zrobisz w tym tygodniu, by osiągnąć swój cel?

Prowadzący dodaje motto: *Działaj, byś sam nie stał się obiektem działania.*

Ćwiczenie 2. Co robisz najlepiej

Prowadzący zwraca się do uczestniczek:

Wielkie znaczenie w osiągnięciu celu ma własne wyobrażenie o sobie samym. Wzmocnienie poczucia własnej wartości, pewność siebie, przekonanie, że jest w stanie sobie poradzić z różnymi problemami są ważne dla każdego, a szczególnie dla kogoś, kto potrzebuje siły by zmienić coś w swoim życiu.

Uczestniczki dobierają się w zespoły trzyosobowe, a następnie w tych grupach odpowiadają kolejno na następujące pytania:

- 1) jakie cechy swego umysłu cenisz najbardziej?
- 2) jakie rzeczy robisz lepiej od innych?

3) z jakich swoich umiejętności jesteś dumna?

4) co lubisz w swojej osobowości?

Ćwiczenie 3. Trening pozytywnego myślenia

Prowadzący prosi o dokończenie na kartkach następujących zdań:

Jestem wartościowym człowiekiem, ponieważ

.....

Mogę być dumna z

Lubię siebie, dlatego, że

Ćwiczenie 4. Afirmacje

Prowadzący wyjaśnia, że skuteczną metodą wzmacniania wiary w siebie jest stosowanie pozytywnych twierdzeń, tzw. afirmacji. Są to zdania wyrażające pozytywny stosunek do siebie oraz wyrażające wiarę w realizację różnych celów. Aby były skuteczne muszą być prawdziwe, trzeba się z nimi identyfikować. Ich skuteczność wzrasta, gdy stosuje się je systematycznie.

Na arkuszu papieru uczestniczki wypisują, jakie są ich obawy związane z różnymi dziedzinami, w których funkcjonują jako żony, matki, pracowniczki, a także obawy związane ze zrzuceniem wagi. Następnie w każdej zapisanej dziedzinie starają się znaleźć pozytywną afirmację, która zastąpiłaby istniejące obawy. Prowadzący podaje zasady budowania afirmacji:

- *sformułowanie powinno być pozytywne (należy wykluczyć słowa spróbuję, nie mogę, nie powinienem, ale np. do czerwca uzyskam wagę 60 kg);*
- *afirmacje powinny być formułowane w czasie teraźniejszym (np. mam wpływ na swoje zdrowie);*
- *stwierdzenia powinny być wiarygodne (np. do następnego tygodnia będę ważyła 85,5 jeżeli teraz ważę 86);*

Na przykład:

Praca zawodowa

Obawa: Obawiam się, że nikt mnie nie doceni

Afirmacja: *Wszyscy w pracy mnie doceniają*

Mam wiele mocnych stron

Jestem tak samo ważna jak inni

Wygląd zewnętrzny

Obawa: Jestem gruba i nieatrakcyjna

Afirmacja: *Pomimo nadwagi jestem bardzo lubiana*

Jestem zdrowa i sprawna

Wielu ludziom zależy na mnie

Mam zaufanie do siebie

Jestem wartościowym człowiekiem

Będę szczupła, ponieważ tego chcę

Wiem, że uda mi się zrealizować to, co sobie

zaplanuję

Następnie każda z uczestniczek wybiera jedną, dowolną afirmację, wstaje i głośno ją wypowiada. W dalszej kolejności uczestniczki spotkania dzielą się odczuciami związanymi z przeprowadzonym ćwiczeniem, a prowadzący zachęca je do codziennego wypowiadania takich afirmacji w domu, przed lustrem, a także przepisywania ich codziennie po 20 razy, aż do momentu, kiedy myśl, obraz będzie nasuwać się automatycznie, bez żadnego wysiłku.

Ćwiczenie 5. Osoby, które podziwiam

Prowadzący stawia przed uczestniczkami następujące zadania:

I. Wybierz trzy osoby, które twoim zdaniem odniosły znaczący sukces, i które podziwiasz. Zapisz ich imiona na kartce, a następnie wypisz cechy tych osób, które uważasz za godne podziwu, cechy, dzięki którym osiągnęły one sukces.

II. Podkreśl wszystkie te cechy, które chcesz posiadać lub wzmocnić u siebie.

III. Utwórz afirmację w oparciu o wybrane cechy (np. potrafię wytrwale i konsekwentnie realizować swoje zamierzenia).

Osoby podziwiane

1.....

2.....

3.....

Cechy charakteru

.....

.....

.....

Twoja afirmacja

.....

.....

.....

Ćwiczenie 6. Zamiana porażki w sukces

Prowadzący zwraca się do uczestniczek:

Opisz własną porażkę (i) związaną z odchudzaniem się, stosowaniem różnego rodzaju diet. Podaj jak najwięcej szczegółów, opisz okoliczności, swoje zachowanie, co wówczas myślałaś i odczuwałaś. Następnie wyobraź sobie jakby zachowała się osoba, która została wybrana przez ciebie, jako ta, która odniosła sukces. Obserwuj w wyobraźni tę osobę, zobacz, co robi, co mówi, co odczuwa. Zobacz to tak, jakbyś oglądała film. Następnie przybliż się do tej osoby, przybliż się jeszcze bardziej i stań się nią. Wkrocz do akcji, wykonuj wszystko tak, jak można najlepiej, zobacz i doznaj radości z osiągnięcia tego, do czego dążysz.

Ćwiczenie 7. Wizualizacja

Znajdź zdjęcie, na którym wyglądasz tak, jak chciałabyś wyglądać teraz. Wyobraź sobie, jak gładka po zrzuceniu wagi będzie skóra na twoich rękach, udach, brzuchu. Wyobraź sobie smak potraw, które będą stanowić twoje nowe menu. Wyobraź sobie zapach jedzenia, które będziesz spożywać. Wyobraź sobie, co powiedzą znajomi, na których zdaniu ci zależy, gdy zauważą twój sukces na tym polu. Wyobraź sobie, jak dumna i pełna wiary w siebie będziesz wyglądając tak, jak pragniesz.

Na ekranie wyobraźni zobacz siebie taką, jaka jesteś. Następnie wymaż ten obraz i wprowadź na to miejsce obraz takiej siebie, jak chciałabyś wyglądać. Gdy „przypatrujesz się swojej nowej ja”, wyobraź sobie ze wszystkimi możliwymi szczegółami uczucie, które towarzyszy figurze szczupłej, jak ta, której obraz teraz widzisz. Co czujesz schylając się, by zawiązać sznurowadło? Wchodząc po schodach? Wkładając ubrania? Spacerując po plaży w kostiumie kąpielowym? Bez pośpiechu kolejno wczuwaj się w te sceny. Jak zmieni się twoje samopoczucie po osiągnięciu celu?

Następnie w myślach przejrzyj listę potraw, które będziesz jadła. Zanalizuj nie tylko co, lecz również ile będziesz jeść. Powiedz sobie, że to pożywienie daje ci wszystko, czego twój organizm potrzebuje do normalnego funkcjonowania i że nie będzie sygnalizował przez uczucie głodu, że chce więcej.

SESJA 8. Jak być bardziej stanowczą

Cel: kształtowanie zachowań asertywnych: ćwiczenie się w zachowaniach pozwalających m.in. na odmawianie dodatkowej porcji jedzenia na przyjęciu, kolejnego kawałka ciasta, podziękowanie za posiłek, kiedy nie jest się głodnym, asertywne reagowanie na krytykę.

Plan:

1. Co to jest asertywność (miniwykład).
2. Twoje prawa.
3. Mówię NIE.
4. Mam inne zdanie.
5. Wizualizacja odmawiania.

Ćwiczenie 1. Co to jest asertywność

Asertywność to umiejętność pełnego wyrażania siebie w kontakcie z innymi. Zachowanie asertywne oznacza bezpośrednio, uczciwe i stanowcze wyrażanie swoich uczuć, postaw, opinii lub pragnień w sposób respektujący uczucia, postawy, opinie, prawa i pragnienia drugiej osoby.

Zachowanie asertywne różni się od zachowania agresywnego tym, że oznacza korzystanie z osobistych praw bez naruszania praw innych. Różni się też od zachowania uległego, zakłada bowiem działanie zgodne z własnym interesem oraz stanowczą obronę siebie i swoich praw – bez uzasadnionego lęku i poczucia winy. Stwierdzenia „jestem na ciebie zła” lub „jestem innego zdania” nie naruszają praw ani godności drugiego człowieka, pozwalają natomiast żywić satysfakcję z wyrażania własnych uczuć i mieć szacunek do samego siebie.

Generalną zasadą asertywnego radzenia sobie jest wypchnięcie innych z naszego terytorium psychologicznego; wszelkie uwagi na temat naszej wagi, wyglądu

– *gdy nie dajemy do tego prawa – są naruszeniem naszego terytorium.*

Ćwiczenie 2. Twoje prawa

Prowadzący prosi uczestniczki o dokończenie pięciu zdań dotyczących własnych praw związanych z nadwagą bądź otyłością, np.

- Mam prawo *odmówić zjedzenia obiadu u teściowej*
..... *nie dać się namówić na porcję tortu*
..... *zdrowo się odżywiać*
..... *nie ulegać chwilowym zachciankom*
..... *decydować o swojej wadze*

Ćwiczenie 3. Mówię NIE

Uczestniczki dobierają się w pary, w których jedna jest osobą A, druga B. Zadaniem każdej pary jest odegranie typowej scenki z przyjęcia, kiedy troskliwa ciocia, mama, znajoma, odgrywana przez osobę A nieubłaganie zachęca do zjedzenia kolejnego kawałka tortu czy kolejnej potrawy, w przygotowanie której włożyła przecież tyle wysiłku i serca. Osoba B ma konsekwentnie odmawiać zjedzenia potrawy, starając się nie urazić osoby A.

Prowadzący podkreśla, że każdy jest wolnym człowiekiem i wolno mu trwać przy własnym zdaniu, do czego ma pełne prawo.

Po odegraniu scenek uczestniczki zamieniają się rolami i powtarzają je jeszcze raz. Następnie prowadzący prosi o przygotowanie scenek związanych z takimi sytuacjami, w których uczestniczkom najtrudniej odmówić czegoś do zjedzenia (np. obiad u teściów, odwiedziny przyjaciółki, spotkanie w restauracji itp.).

Po zakończonym ćwiczeniu uczestnicy dzielą się uwagami z grupą, swoimi refleksjami, odczuciami na temat

przedstawionych sytuacji. Prowadzący podkreśla, że ćwiczenie to powinno pomóc uczestniczkom uwierzyć, że potrafią odmówić zjedzenia czegoś, na co nie mają ochoty, i że mogą konsekwentnie trwać przy swoim zdaniu.

Przykładowe reakcje asertywne:

Teściowa namawia:

Zjedz kawałek tego pysznego sernika, specjalnie przygotowałam go z myślą o tobie.

Odpowiedź:

Doceniam mamę twoją troskę o mnie, miło mi, że pomyślałaś o mnie, ale dziękuję nie mam ochoty. Dziękuję – nie i proszę nie nalegaj.

Koleżanka:

No zjedz. Zacznesz się odchudzać od jutra. Specjalnie dla ciebie to kupiłam.

Odpowiedź:

Miło mi, że o mnie myślałaś, ale dziękuję nie. To ładnie z twojej strony, ale nie będę jadła.

Ćwiczenie 4. Mam inne zdanie: reakcja na krytykę

Prowadzący podaje kilka sytuacji, spośród których uczestniczki wybierają te, które chcą przećwiczyć, np. twoja koleżanka powiedziała ci *Jesteś za gruba do tej sukienki*. Twój partner porównuje cię ze szczupłą koleżanką. W sklepie sprzedawczyni mierzy cię wzrokiem i stwierdza, że ten kostium nie będzie na tobie dobrze leżał. Matka robi ci uwagi, *ale się roztyłaś*. Starasz się o pracę. Szef mierzy cię wzrokiem i stwierdza, że chyba nie dasz sobie rady. Uczestnicy dobierają się w pary i odgrywają scenki, na początku w taki sposób, w jaki zwykle uczestniczki się zachowują, a następnie w sposób asertywny, wykorzystując zapisane zwroty.

Prowadzący zapisuje zwroty, które można wykorzystać (lub podaje każdemu odbite na ksero):

- ja sędzę inaczej
- mam inne zdanie na ten temat
- nie zgadzam się z twoją opinią
- to kwestia gustu
- to kwestia poglądów, nie faktów
- mam to samo zdanie na ten temat

Przykładowe reakcje na krytykę:

Sprzedawczyni powątpiewa, czy zmieścisz się w wybrany przez siebie kostium.

Odpowiedź:

Czy chce pani powiedzieć, że jestem zbyt gruba na ten kostium

(TAK; *pozwoli pani, że sama zdecyduje, czy pasuje, czy nie*)

(NIE; *to świetnie, bo nie chcę byśmy zajmowały się moją wagą*)

Mama mówi ci, że się roztyłaś:

Odpowiedź:

Nie mam ochoty być obiektem naszej rozmowy;

Matka:

Ale ja tylko tak z życzliwości.

Odpowiedź:

Słyszę, co mówisz. Doceniam twoje intencje, ale nie życzę sobie byśmy zajmowały się moją wagą (wyglądem).

Następnie uczestniczki dzielą się opiniami jak sobie poradziły z wybraną przez siebie sytuacją, czy miały trudności z zachowaniem asertywnym.

Ćwiczenie 5. Wizualizacja

Wyobraź sobie siebie w trakcie jedzenia. I osoby, z którymi spożywasz posiłek. Wyobraź sobie, że nikt nie wy-

maga od ciebie, byś tłumaczyła się ze swoich postanowień. Wyobraź sobie, że gdy ktoś proponuje ci potrawę, która nie jest dla ciebie odpowiednia, i której nie chcesz, odpowiadasz: Nie, dziękuję, Nie, nie mam na to ochoty, Nie mam apetytu, Nie, nie będę jadła. Nie musisz mówić, że się właśnie odchudzasz, że „nie wolno ci” lub „nie powinnaś”. Pamiętaj to jest twój wybór, wolny wybór, do którego masz prawo. Za każdym razem, gdy tak uczynisz, staniesz się silniejsza.

SESJA 9. Pokonaj stres

Cel: uświadomienie sobie, czym jest stres, co nas stresuje, zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Plan:

1. Co to jest stres.
2. Jakie sytuacje wywołują w nas stres.
4. Jak radzić sobie ze stresem.
5. Radzenie sobie ze stresem – przygotowanie zmian.
6. Relaksacja.

Ćwiczenie 1. Co to jest stres

„Stres to najogólniej zmiany w organizmie człowieka wynikające z trudności poradzenia sobie z sytuacją trudną. Zastanówmy się teraz, jakie to zmiany wywołuje stres, czyli jakie są jego objawy”.

Uczestnicy, posługując się techniką burzy mózgów, podają różne objawy stresu, a następnie prowadzący uzupełnia.

Objawy stresy możemy podzielić na trzy grupy:

1) fizyczne, np. przyspieszone bicie serca, ból i ściskanie w klatce piersiowej, trudności z oddychaniem, drżenie mięśni, nudności, zaparcia lub biegunki;

2) emocjonalne, np. zmiany nastroju, niepokój, drażliwość, wyczerpanie, poczucie bezradności, utrata pewności siebie, obniżenie poczucia własnej wartości;

3) odnoszące się do zachowania, np. nadmierny apetyt lub jego utrata, trudności z zasypianiem, wzrost spożycia alkoholu, częstsze palenie papierosów, zła organizacja pracy, skłonność do wypadków.

Ćwiczenie 2. Jakie sytuacje wywołują w nas stres

Uczestnicy, na przygotowanych kartkach, zapisują, jakie sytuacje najczęściej wywołują w nich stres. Następnie je odczytują (w przypadku większej liczby tych sytuacji wybierają jedną lub dwie, ich zdaniem najważniejsze), a prowadzący zapisuje na tablicy. W ten sposób uczestnicy otrzymują listę sytuacji najczęściej wywołujących w nich stres.

Ćwiczenie 3. Czy stres jest przyczyną twojego objadania

Uczestnicy odpowiadają na poniższe pytania, posługując się skalą 10-stopniową,

gdzie 1 – oznacza rzadko, zaś 10 – bardzo często⁶.

Jak często sięgasz po coś do jedzenia, kiedy się martwisz lub denerwujesz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Czy jedzenie wymyka ci się spod kontroli, kiedy znajdziesz się w trudnej sytuacji?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jak często łamiesz zasady diety, kiedy się zdenerwujesz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jak często odczuwasz niepoohamowaną potrzebę zjedzenia czegoś słodkiego, kiedy się denerwujesz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jeśli pod każdym z tych pytań występuje ocena 6 lub więcej, to wskazuje to na objadanie się spowodowane stresem.

⁶ Skalę zaczerpnięto z Wurtman, Suffes (1997).

Ćwiczenie 4. Jak sobie radzić ze stresem

Uczestnicy, posługując się techniką burzy mózgów i wykorzystując własne doświadczenia, podają różne sposoby radzenia sobie ze stresem. Następnie prowadzący uzupełnia o propozycje, które nie zostały zgłoszone przez grupę (lub prezentuje na planszy).

Jak radzić sobie ze stresem:

- musisz zrozumieć, czym jest stres i jak oddziałuje na twoje zdrowie;
- nie musisz unikać stresu, nawet, jeśli czasami potrafisz; potraktuj go, jako wyzwanie
- jeśli stres jest nieunikniony, naucz się go przewidywać i przygotuj się na jego wystąpienie;
- przeciwdziałaj stresowi, np. kiedy czujesz się zdenerwowana zadzwoń do bliskiej ci osoby i opowiedz jej o tym problemie; jeśli wolisz uwolnij się od napięcia poprzez wysiłek fizyczny;
- jeśli przeżywasz stan stresu, zastanów się, czy twoje reakcje są adekwatne do sytuacji, może spostrzegasz ją w „niewłaściwym świetle”;
- uświadom sobie, że stresuje nas nie sytuacja, ale jej ocena i sposób, w jaki ją odbieramy (np. wyolbrzymiamy sytuację, źle ją interpretujemy, przyjmujemy za pewnik coś, co można tylko ewentualnie podejrzewać);
- nie pozwól żeby negatywne emocje „zalegały” w tobie; jeśli to możliwe przebaczaj i zapominaj o przykrościach, które ci wyrządzono;
- nie przejmuj się za bardzo tym, co się wokół ciebie dzieje; angażuj się w normie, dostosowując to do własnych możliwości;
- umiejętnie planuj i wykorzystuj posiadany czas, nie doprowadzaj do sytuacji, gdy czujesz się przeciążona;

- rozwijaj styl życia, który wzmocni cię w walce ze stresem;
- śmiej się, stosuj ćwiczenia oddechowe, korzystaj z różnych form relaksacji (joga, medytacja), uprawiaj sport.

Ćwiczenie 5. Radzenie sobie ze stresem – przygotowanie zmian

Uczestniczki proszone są o uzupełnienie na kartkach trzech niedokończonych zdań:

1. Złagodziłabym wpływ stresu w moim życiu, gdybym zaczęła...
2. Zmniejszyłabym wpływ stresu na moje życie, gdybym przestała...
3. Lepiej poradzę sobie ze stresem, jeśli...

Ćwiczenie 6. Relaksacja (kaseta z nagraniem hipnozy)

Prowadzący zwraca się do uczestniczek:

Podczas pracy nad sobą będziecie podatne na napięcia, zmiany nastroju, drażliwość, czasami nawet pojawią się skłonności do zachowań agresywnych. Jest to normalne i można temu zaradzić. W walce ze stresem pomocna będzie umiejętność relaksacji. Dzięki niej poczujecie się lepiej, odprężone, uwolnione od napięcia.

Zajmij wygodną pozycję. Rozluźnij mięśnie, odpręż się fizycznie i psychicznie, zapomnij o problemach dnia codziennego. Usuń ze swojej świadomości nękające cię przykre i niepokojące myśli. Zastąp je myślami pozytywnymi i twórczymi, radosnymi myślami, które sprawią ci przyjemność. Monotonny stukot kół jadącego pociągu, uspokajający szum morskich fal, spokojna muzyka wprawia cię w błogi nastrój.

Skoncentruj swoją uwagę na moich słowach, one ci pomogą osiągnąć spokój i ułatwią kontrolę nad pracą twojego organizmu. Pomogą podporządkować twoje ciało twojej woli. Będę liczyć do 10, będzie to swojego rodzaju odmierzenie czasu. Każda minuta będzie przybliżać cię do całkowitego relaksu. Kiedy powiem 10 – zapadniesz w przyjemny, uspokajający, regenerujący półsen, 1...,2...,3.... Twoje ciało leży spokojnie. Bez ruchu wpatrujesz się w jakiś dowolnie obrany punkt.

Powoli rozluźniają się mięśnie, oczy zaczynają się męczyć, powieki stają się coraz cięższe. Twoja uwaga pochłonięta jest jedynie tym, by doprowadzić twoje ciało do maksymalnego odprężenia. Nic nie jest w stanie ci przeszkodzić. Ręce i nogi stają się coraz cięższe, są jak z ołowiu. Nie jest to ciężar przykry, jest to raczej bezwład spowodowany rozluźnieniem mięśni. Odpoczywają mięśnie, odpoczywa mózg, odpoczywa cały organizm. Powieki coraz bardziej ciężką, coraz trudniej utrzymać oczy otwarte. Czujesz potrzebę zamknięcia oczu. Zamknij je 4...5.... Mięśnie rozluźnione. Oczy zamknięte.

Odpoczywa całe ciało, cały twój organizm. Naczynia krwionośne rozszerzają się. Przyjemne ciepło rozchodzi się po całym ciele, fale ciepła przepływają przez twoje ręce, nogi, tułów. Serce pracuje równo i wtłacza krew do rozszerzonych naczyń. Krew lepiej krąży i odżywia poszczególne tkanki i narządy. Oddychasz lekko, spokojnie, miarowo. Płuca czerpią życiodajny tlen a krew rozprowadza go po całym organizmie, 6...7...

Słyszysz tylko mój głos, szum fal, spokojną muzykę. Żadne odgłosy z zewnątrz nie docierają do ciebie i nie przeszkadzają w odpoczynku. Przyjemny spokój owładnął tobą. Coraz bardziej wzrasta twoja odporność psychiczna. Wiesz, że potrafisz zwalczać stresy i podporządkować istniejącą w tobie energię. Zasób tej energii jest olbrzymi – korzystaj z niej. Optymistycznie patrzysz przed siebie.

Wiesz, że chcieć – to móc. Twoje kłopoty i zmartwienia stają się coraz mniej istotne, błahe, nie warto zaprzętać sobie nimi głowy. Potrafisz obiektywnie oceniać sytuacje i nie poddajesz się negatywnym emocjom, 8..., 9..., 10...

Zapadasz w przyjemny, błogi półsen, stan głębokiego relaksu. Pozwól teraz swobodnie błędzić twoim myślom, poddaj się miłym wspomnieniom i marzeniom. Nie pozwól jednak, aby przykre wspomnienia zakłóciły twój wewnętrzny spokój. Postaraj się, poprzez pozytywne autosugestie poprawić swój stan fizyczny i psychiczny. Zostawiam ci teraz czas na własne przemyślenia. Pamiętaj, że chcesz, że możesz sobie pomóc, dlatego myśl pozytywnie, optymistycznie. Zawsze szukaj argumentów na TAK.

Obudzisz się, kiedy ucichnie muzyka i szum fal, kiedy symboliczny pociąg zatrzyma się na stacji. Obudzisz się w doskonałym nastroju, bez śladu zmęczenia. Odpoczęło twoje ciało i system nerwowy, zregenerowały siły. Obudzisz się z uczuciem odprężenia, spokoju, zadowolenia.

SESJA 10. Jak radzić sobie z negatywnymi emocjami

Cel: kształtowanie umiejętności pozwalających na skuteczne radzenie sobie z negatywnymi emocjami.

Plan:

1. Sposoby radzenia sobie z gniewem.
2. Jak kontrolować własną złość.
3. Nie musisz się złościć.
4. „Nie złościłabym się, gdybym...”
5. Koperty.
6. Wizualizacja – czerwony balonik.

Ćwiczenie 1. Sposoby radzenia sobie z gniewem

Uczestniczki na zasadzie burzy mózgów podają różne sposoby radzenia sobie z gniewem, a następnie prowadzący, dokonując podsumowania prezentuje je na plan-szy:

- uczciwie i otwarcie traktuj własne uczucia – mów jak jest naprawdę, nie udawaj, że wszystko jest w porządku;
- zastosuj relaksację, w ten sposób odprężysz się, poprawi się twoja zdolność oceny i wyboru tego, co chcesz uzyskać;
- spróbuj skupić uwagę na czymś innym;
- wykonuj ćwiczenia fizyczne – są dobrym środkiem rozładowania gniewu, a ponadto odprężają ciało i uspokajają umysł;
- wątpliwości interpretuj na korzyść innych ludzi (ktoś zachowuje się bezmyślnie, a nie obraźliwie);
- nie koncentruj się na ujemnych stronach sytuacji, poszukaj także jej pozytywów.

Ćwiczenie 2. Jak kontrolować własną złość

Prowadzący prezentuje różne sposoby kontrolowania własnej złości:

- zniż głos do szeptu – trudno kłócić się szeptem;
- usiądź, a najlepiej się połóż, trudno się złościć na leżąc;
- powiedz do siebie „nie dam się”;
- odpowiedz sobie „czy warto”;
- słuchaj uważnie drugiej osoby, słuchaj, zamiast domyślać się czy zgadywać, co ona ma na myśli;
- wyrażaj się jasno i konkretnie;
- skupiaj swoją uwagę na konkretnym zachowaniu, a nie na osobie, jako całości; zamiast powiedzieć jesteś idiota, raczej powiedz zachowujesz się jak idiota;
- utrzymuj stały kontakt wzrokowy z osobą, z którą rozmawiasz;
- uspokój się, zwolnij, weź głęboki oddech, rozluźnij mięśnie, nie pozwól by zawładnęły tobą negatywne emocje;
- bądź otwarty, przyjmij, że ktoś może mieć inne zdanie;
- bądź odpowiedzialny za to, co robisz i mówisz;
- nie krzycz, nie mów „daj spokój” lub „nic mnie to obchodzi”;
- nie staraj się mieć zawsze ostatniego słowa;
- nie używaj słów „zawsze”, „nigdy”;
- obserwuj siebie, czy czasem nieświadomie nie prowokujesz gniewu u innych, np. przez podniesiony głos, robienie nieprzyjemnych min, czy wyraźną gestykulację.

Ćwiczenie 3. Nie musisz się złościć

Uczestniczki przypominają sobie sytuacje z własnego życia, którym towarzyszyła silna złość. Zapisują te sytuacje na kartkach. Następnie wybierają 2–3 sytuacje i w parach poszukują innych, alternatywnych wobec złości, zachowań. Nowe zachowania zapisują na kartkach.

Ćwiczenie 4. „Nie złościłabym się, gdybym...”

Prowadzący wydaje polecenie:

Dokończ następujące zdanie, za każdym razem inaczej. Staraj się nie oceniać siebie. Pisz to, co przychodzi ci do głowy. Nie złościłabym się, gdybym.....

1

2

3

.....

.....

Następnie prowadzący zachęca uczestników do podzielenia się dokończonymi zdaniem z resztą grupy.

Ćwiczenie 5. Koperty, czyli jak radzić sobie z negatywnymi emocjami

Prowadzący:

W naszym życiu zdarzają się dni, kiedy nic nam nie wychodzi, kiedy czujemy się smutne, samotne, kiedy zaczynamy myśleć „po co to wszystko?”, gdy czujemy zwątpienie, bezsilność wobec świata i wobec tego, co się z nami dzieje. Takie myśli nie są rzadkością. Jednak nie zawsze zdajemy sobie sprawę, że mają one dużą siłę niszczącą. Nic nas wtedy nie cieszy, nie mamy chęci na zrobienie czegokolwiek. Czy wobec tego można pracować nad sobą

w takich chwilach? Czy można szczęśliwie żyć? Na pewno nie. Można jednak nie poddawać się takim stanom, można i trzeba z nimi walczyć.

Zapewne wiele z was podczas walki z nadwagą będzie odczuwać, albo już odczuwa, wewnętrzny niepokój, napięcie, rozdrażnienie, przewrażliwienie, złość, zniechęcenie, gniew i inne negatywne emocje. Jest to zrozumiałe i normalne w takiej sytuacji. Spróbujmy jednak nie poddawać się tym emocjom.

Prowadzący prezentuje listę (np. na planszy) zawierającą następujące zdania, słowa wyrażające emocje negatywne: złość, wściekłość, mam dość, zniechęcenie, boję się, że nic z tego nie będzie, nienawiść, irytacja, gniew, zmęczenie, zwątpienie w siebie, zazdrość, już nie mogę, to wszystko nie ma sensu, nie nadaję się do tego, mam ochotę coś rozbić, zaraz zjem całą czekoladę, wszystko mnie drażni.

Prowadzący kontynuuje: *To bardzo negatywne uczucia. Czy czujecie jak zabijają w was energię i chęć do dalszego działania? Jak wprowadzają w was niepotrzebne napięcie?*

Prowadzący rozkłada na stole puste karteczki, a następnie prosi, aby każda z uczestniczek podeszła i wzięła ze stołu tyle pustych kartek ile odczuć u siebie zauważyła. Następnie zapisała te odczucia, które odzwierciedlają jej uczucia, myśli, w chwilach słabości, podczas walki z nadwagą. Każda z uczestniczek może dopisać na pustej kartce to uczucie, którego nie znalazła na liście.

Po zapisaniu i przeczytaniu każdej kolejnej karteczki, każda z uczestniczek bierze dwa głębokie oddechy, potem powoli odsuwa kartkę i wkłada ją do koperty, wyobrażając sobie równocześnie jak uczucie to od niej odchodzi, jak staje się oczyszczona i lekka. Kiedy już karteczki znajdują się w kopercie, zakleja ją i wrzuca do kosza.

Prowadzący: *Masz całkowitą kontrolę nad swoimi negatywnymi myślami, uczuciami. Możesz z nimi zrobić, co zechcesz – wyrzucić do kosza, podrzeć, spalić. Jeśli pojawią się u ciebie negatywne myśli, uczucia, pozbadź się ich jak najszybciej.*

Ćwiczenie 6. Wizualizacja – czerwony balonik

Usiądź wygodnie, zamknij oczy, rozluźnij się, odetchnij głęboko. Wyobraź sobie, że jesteś w parku. Niebo jest bezchmurne, pogoda idealna. U twoich stóp stoi niewielki pojemnik. Wyobraź sobie, że wszystkie twoje negatywne uczucia (smutek, frustracja, przygnębienie, żal, bezradność, poczucie samotności, pustki) spływają do pojemnika, aż poczujesz się zupełnie oczyszczona. Po kolei twój umysł opuszczają uczucia, których nie chcesz. W ręce trzymasz czerwony balonik, przywiązujesz go do pojemnika. Puszczasz balonik. Patrzysz jak balonik wraz z pojemnikiem unosi się w powietrzu. Oddala się coraz dalej i dalej, a ty czujesz w sobie radość, która narasta i narasta. Balonik znika ci z oczu, czujesz się wspaniale, masz w sobie siłę.

Powtarzaj to ćwiczenie zawsze, gdy poczujesz, że ogarniają cię przykre emocje. Pozbycie się ich pozwoli ci skoncentrować się w życiu na tym, co jest dla ciebie ważne, będziesz wytrwale dążyć do celu, będziesz spokojniejsza, bardziej otwarta na świat, pewna siebie, swojej wartości, będziesz miała w sobie energię by zmieniać swoje życie na lepsze.

Zakończenie

Dotrwałaś do końca naszych sesji. Już samo to jest powodem, by sobie pogratulować. Ale to dopiero początek drogi, na którą wstąpiłaś. Drogi, która może okazać się daleka

i wyboista. Pamiętaj, że utrzymanie uzyskanej wagi jest często trudniejsze niż samo jej uzyskanie. Ale nie zrażaj się niepowodzeniami. Przytrafiają się każdemu.

Załamania przeżywały też osoby, które schudły skutecznie. Jest to po prostu etap, przez który należy przejść. Nie obwiniaj się o to, że przez kilka dni nic nie będziesz robiła, lub że zdarzył ci się atak obżarstwa. Nic złego się nie stanie. Niczego bezpowrotnie nie stracisz. Powoli nauczysz się jak unikać takich sytuacji. Masz przecież możliwość wyboru swojego postępowania w sytuacjach trudnych, wiesz, że jedzenie nie może stanowić jedynej drogi wyjścia.

Bądź dumna, że zmieniasz swoje życie na lepsze. Chwal się i nagradzaj się za każde nawet najmniejsze działanie w kierunku utrzymania pożądanej wagi. Nie rezygnuj, jeśli ci się nie udało. Sukces przyjdzie następnym razem. Pamiętaj też, że nie ma metody, która pozwala schudnąć natychmiast i raz na zawsze.

7.3. Zdrowy styl życia: Jak zapobiegać nadwadze i otyłości – program dla młodzieży

Wprowadzenie

U młodego człowieka, bardziej niż u dorosłego, negatywna ocena własnego wyglądu wzmacnia poczucie niskiej wartości. Wygląd zewnętrzny, zaś w szczególności jego spostrzeganie przez innych, ma duże znaczenie. Otyła młodzież czuje się więc gorsza w środowisku, w którym preferowana jest szczupła sylwetka i sprawność fizyczna.

Młodzi ludzie z nadwagą na ogół unikają gier i zajęć ruchowych, ponieważ boją się, że tusza i mniejsza sprawność narazi ich na śmieszność. Nawet zwykle kupowanie ubrania może być przykrym przeżyciem. Trudno bowiem

dobrac strój kryjący mankamenty figury, a do tego trzeba stać przed lustrem i narażać się na spojrzenia sprzedawców i innych klientów. Wszystko to prowadzi do obniżenia własnego samopoczucia i spadku wiary we własne możliwości. Sytuacja taka zmusza do poszukiwania ukojenia, które najłatwiej uzyskać właśnie w jedzeniu. Dzięki posiłkowi czujemy się lepiej, choćby na chwilę. Z drugiej strony to właśnie u młodych dziewcząt występują zaburzenia w odżywianiu, takie jak anoreksja i bulimia. Nadmierna koncentracja na własnym ciele, przesadna troska o wygląd w połączeniu z reklamami z magazynów mody może prowadzić do odchudzania się, często w postaci drakońskich, wyniszczających diet i to, co zaczęło się świadomie i celowo, staje się przymusem lub zniewoleniem.

Konieczne więc wydaje się wyposażenie młodych osób w bardziej zróżnicowane umiejętności pozwalające na akceptację siebie, wzmocnienie poczucia własnej wartości, a zarazem kontrolowanie własnych zachowań, umiejętności pozwalające na dokonywanie „zdrowych” wyborów, radzenie sobie z sytuacjami trudnymi i negatywnymi emocjami tak, aby zachować zdrowie i ładną sylwetkę. Wiadomo, że prawidłowe odżywianie jest najważniejszą kategorią aktywności człowieka zabezpieczających jego zdrowie.

Program przeznaczony jest przede wszystkim dla młodych dziewcząt (15–20 lat), ale może być on także wykonywany dla chłopców w podobnym wieku.

WARSZTAT 1. Nadwaga i otyłość – co wiem na ten temat

Cel: integracja grupy, wprowadzenie w problematykę nadwagi i otyłości, przyczyny i konsekwencje.

Plan:

1. Autoprezentacja.
2. Sprawdzian wiadomości i nawyków żywieniowych.
3. Ćwiczenie integracyjne.
4. Co oznacza nadwaga i otyłość.
5. Co dla mnie znaczy być otyłą.
6. Przyczyny otyłości.
7. Konsekwencje otyłości.
8. Sytuacje sprzyjające nadmiernemu jedzeniu, czyli *Kiedy jem najwięcej*.
9. Co mi daje bycie szczupłą.

Ćwiczenie 1. Autoprezentacja

Prowadzący przedstawiają się (imię i nazwisko, podają informacje o swoim zawodzie), a następnie informują o celu spotkań:

Spotkamy się pięć razy, w tej samej grupie i miejscu. Nasza praca będzie polegać na wspólnym analizowaniu zachowań, które mogą prowadzić do zaburzeń w odżywianiu, a przede wszystkim do nadwagi i otyłości, będziemy zastanawiać się jak zmieniać te niekorzystne zachowania, jak wzmocnić poczucie własnej wartości, jak radzić sobie z różnymi problemami, by nie szukać pocieszenia w jedzeniu.

Chcielibyśmy zaznaczyć, że to, co będziemy tutaj robić, czym będziemy się zajmować nie podlega żadnej ocenie, nie będzie więc złych i dobrych odpowiedzi. Zachęcam wszystkich do aktywnego udziału. Nabyte umiejętności z pewnością przydadzą się wam w dalszym życiu.

Ponieważ my się już przedstawiliśmy, teraz kolej na was. Podajcie kolejno swoje imiona, mówiąc jednocześnie, czym najbardziej lubicie się zajmować w wolnym czasie.

Ćwiczenie 2. Sprawdzian wiadomości i nawyków żywieniowych

Prowadzący rozdaje uczestniczkom kartki z zawartymi pytaniami dotyczącymi wiedzy na temat nadwagi, otyłości oraz nawyków żywieniowych uczestników. Na pierwsze pięć pytań osoby uczestniczące udzielają pełnych odpowiedzi.

1. Co oznacza wskaźnik BMI?
2. Jakie są główne przyczyny otyłości?
3. Wymień zdrowotne konsekwencje otyłości.
4. Wymień psychiczne konsekwencje otyłości.
5. Jaki jest procent otyłej młodzieży w Polsce? (w przybliżeniu)

Na pozostałe pytania masz dwie możliwości odpowiedzi: TAK lub NIE

Czy utrzymujesz prawidłową wagę ciała?	TAK	NIE
Czy przynajmniej raz dziennie jadasz ciemne pieczywo?	TAK	NIE
Czy jadasz słodczyce nie częściej niż raz w tygodniu?	TAK	NIE
Czy codziennie jadasz owoce i warzywa?	TAK	NIE
Czy unikasz picia słodkich napojów?	TAK	NIE
Czy codziennie przed wyjściem do szkoły zjadasz śniadanie?	TAK	NIE
Czy ograniczasz spożycie soli kuchennej?	TAK	NIE
Czy jadasz mięso nie częściej niż 3-4 razy w tygodniu?	TAK	NIE
Czy codziennie pijesz mleko lub spożywasz produkty mleczne?	TAK	NIE

Czy jadasz urozmaicone posiłki? (składające się z różnych produktów) TAK NIE

Czy przynajmniej dwa razy w tygodniu jadasz ryby? TAK NIE

Czy unikasz picia alkoholu? TAK NIE

Jeżeli podałaś 10–12 odpowiedzi twierdzących – odżywasz się prawidłowo; 7–9 – starasz się podchodzić racjonalnie do żywienia, lecz warto wprowadzić pewne zmiany; poniżej 6 – twój sposób odżywiania wymaga zmiany.

Prowadzący nie udziela odpowiedzi na pytania z pierwszej części ćwiczenia (wiadomości). Uczestnicy znajdują je w mini wykładzie.

Miniwykład

Nadwaga to umiarkowane zwiększenie masy ciała nieprzekraczające 20% należnej masy ciała. Otyłość to przekroczenie wagi idealnej o ponad 20%. Obecnie pomiaru masy ciała dokonuje się najczęściej stosując wskaźnik BMI (Body Mass Index), który wylicza się następująco: $BMI = \text{waga (w kg)} : \text{wysokość (w m}^2\text{)}$.

W oparciu o ten wskaźnik wyróżnia się następujące kategorie wagi ciała:

poniżej 19 – niedowaga;

19,0–24,9 – waga prawidłowa;

25,0–29,9 – nadwaga;

30, 0–39,9 – otyłość;

40,0 i wyżej – chorobliwa otyłość.

Stosuje się także wskaźnik WHR, który wylicza się następująco: $WHR = \text{obwód w talii (w cm)} : \text{obwód bioder (w cm)}$. Wartość WHR powinna być dla mężczyzn niższa niż 1,0; dla kobiet niższa niż 0,85 (gdy jest większa trzeba zredukować tłuszcz na brzuchu).

Częstość występowania otyłości u młodzieży w populacji amerykańskiej szacuje się na 17–25%. W Polsce, problem ten, w zależności od wieku, dotyczy ok. 20% młodych

ludzi. Warto pamiętać, że z otyłych dzieci wyrastają otyli dorośli.

Główne przyczyny nadwagi i otyłości

- niewłaściwy sposób odżywiania się;
- mała aktywność fizyczna;
- czynniki genetyczne;
- czynniki psychologiczne: sytuacje konfliktowe, długotrwałe stany napięć psychicznych, nadmierne emocje, sytuacje lęku, rozpacz, pustki, samotności, zniechęcenia i rezygnacji. Otyłości sprzyja także brak zainteresowań, nuda, nieatrakcyjne zajęcia, brak celu w życiu.

Konsekwencje nadwagi i otyłości

Zdrowotne

- cukrzyca;
- choroby układu krążenia, głównie nadciśnienie tętnicze, wylewy krwi do mózgu, choroba wieńcowa, głównie na skutek nadmiaru lipidów (cholesterolu);
- kamica żółciowa;
- nowotwory, głównie jelita;
- zapalenia kostno-stawowe: szkielet rozwijającego się młodego organizmu, głównie kręgosłupa i długich kości kończyn może ulec deformacjom i prowadzić do płaskostopia, koślawych nóg; w wieku dojrzałym degeneracyjne schorzenia stawów.

Psychologiczne

- kompleksy i brak wiary w siebie;
- zaniżona samoocena i nieakceptowanie siebie;
- zamykanie się w sobie;
- poczucie bezradności i beznadziejności;
- zahamowanie (bądź brak) w kontaktach towarzyskich i kompensowanie braku tych kontaktów przez jedzenie;
- samotność;
- brak poczucia bezpieczeństwa;

- narażenie na docinki, przewiski, złośliwości ze strony rówieśników i dorosłych.

Należy także pamiętać, że wiele dziewcząt uważa, że są za grube, mimo że są szczupłe, czy wręcz chude. Niektóre z niesmakiem spoglądają na swoje ciało, na rozwijające się kobiece kształty i zaczynają się gwałtownie odchudzać. Nie jest to rozsądne rozwiązanie. Kiedy jest się nastolatkiem można stracić kontrolę nad odchudzaniem i doprowadzić do niebezpiecznych zachowań, takich jak głodzenie się bądź żarłoczność. Zachowania te najczęściej powodują takie niebezpieczne choroby, jak anoreksja i bulimia. Anoreksja, czyli jadłowstręt to zaburzenie odżywiania, spowodowane niekontrolowanym odchudzaniem się, które może prowadzić do wyniszczenia organizmu, a nawet do śmierci. Anoreksja powoduje zatrzymanie się miesiączki, marznięcie, obstrukcję, spadek energii życiowej. To, co kiedyś zaczęło się świadomie i celowo, staje się przymusem, zniewoleniem. Ofiary to rozumieją i cierpią z tego powodu, lecz nie potrafią się wyzwolić.

Czynnikami przyczyniającymi się do powstania tego zaburzenia są: kult szczupłej sylwetki, interakcje rodzinne, potrzeba kontroli, perfekcjonizm, zaburzone style poznawcze i zaburzenia hormonalne.

W bulimii problem nie polega na zmniejszeniu wagi, lecz na drastycznym objadaniu się, a następnie zwracaniu pokarmu. Osoby dotknięte bulimią, jedzą, ile się da, i to w możliwie krótkim czasie, najczęściej w samotności i po kryjomu. Jeden posiłek może spowodować wzrost wagi nawet o kilka kilogramów, gdyż spożywany pokarm jest najczęściej wysokokaloryczny. Napady żarłoczności pociągają za sobą przygnębienie, niezadowolenie z siebie, czasami nawet depresję, którą próbuje się „zwalczać” kolejnym napadem jedzenia. Im dłużej trwa ten stan, tym trudniej odzyskać kontrolę nad własnym zachowaniem.

Rozsądna kontrola sposobu odżywiania jest więc konieczna by zachować zdrowie i ładną sylwetkę.

Ćwiczenie 3. Ocena własnej sylwetki

Uczestniczki dokonują oceny swojej sylwetki, wyliczając poznane wskaźniki BMI i WHR.

Ćwiczenie 4. Co dla mnie oznacza być otyłą

Uczestniczki proszone są o zapisanie na kartkach, z czym dla nich wiąże się otyłość, poprzez dokończenie zdania (uczestnicy mogą wykorzystać tyle propozycji, ile chcą).

Bycie otyłą oznacza dla mnie:

1.
.....
- 2
.....
- 3
.....

(np. problemy zdrowotne, trudności z wejściem po schodach, niemożność noszenia różnych strojów, ryzyko ośmieszenia przez innych itd., małą atrakcyjność fizyczną, mniejsze powodzenie u płci przeciwnej)

Następnie uczestniczki odczytują w grupie wybrane przez siebie zdania.

Ćwiczenie 5. Kiedy jem najczęściej

Prowadzący rozdaje uczestniczkom formularze z gotowymi stwierdzeniami. Po wypełnieniu ustala najczęstsze sytuacje sprzyjające jedzeniu i zapisuje je na tablicy. Podkreśla, że im więcej odpowiedzi typu TAK, tym większa

tendencja do podjadania w sytuacjach niezwiązanych bezpośrednio z jedzeniem.

- | | |
|---|---------|
| • Jem, kiedy mama nalega | TAK NIE |
| • Jem, kiedy jestem zdenerwowana | TAK NIE |
| • Podjadam przed posiłkami | TAK NIE |
| • Jem tylko wtedy, kiedy jestem głodna | TAK NIE |
| • Podjadam przy oglądaniu telewizji | TAK NIE |
| • Jem po kłótni z bliskimi | TAK NIE |
| • Jem, gdy czuję się rozgniewana | TAK NIE |
| • Podjadam przed klasówkami | TAK NIE |
| • Jem, gdy czuję się samotna | TAK NIE |
| • Jem, gdy się nudzę | TAK NIE |
| • Jem, gdy ogarnia mnie niepokój | TAK NIE |
| • Podjadam w towarzystwie | TAK NIE |
| • Jem, gdy jestem smutna | TAK NIE |
| • Jem, gdy muszę podjąć jakąś ważną decyzję | TAK NIE |
| • Jem, gdy czuję się rozczarowana | TAK NIE |
| • Jem, gdy odczuwam stres | TAK NIE |

Ćwiczenie 6. Co daje mi bycie szczupłą

Uczestniczki zapisują na kartkach, co dla nich oznacza bycie szczupłą, poprzez dokończenie zdania (na wiele możliwych sposobów):

Bycie szczupłą oznacza dla mnie (daje mi..., umożliwia mi...)

- 1
- 2
- 3

(np. bycie atrakcyjną, dobre samopoczucie, swobodę w wyborze strojów, sprawność fizyczną, łatwość nawiązywania nowych kontaktów, atrakcyjność seksualną itp.).

WARSZTAT 2. Jak prawidłowo się odżywiać i kształtować właściwe nawyki żywieniowe

Cel: zapoznanie uczestniczek z zasadami prawidłowego odżywiania, kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych.

Plan:

1. Dyskusja na temat zasad zdrowego odżywiania się.
2. Moja deklaracja.
3. Jak ograniczać tłuszcz w codziennej diecie.
4. Jak planować, by zmniejszyć ryzyko nadwagi.
5. Zachowania alternatywne wobec jedzenia.
6. Antyreklama.
7. Ile musisz chodzić żeby spalić to, co zjadłaś.
8. Jak zmniejszyć uczucie głodu.
9. Opracowanie przykładowego menu.

Ćwiczenie 1. Dyskusja na temat zasad zdrowego odżywiania się

Uczestniczki, posługując się metodą burzy mózgów, dzielą się posiadanymi informacjami na temat zasad prawidłowego odżywiania, wartości odżywczej pokarmów. Następnie prowadzący pokazuje na planszy i omawia te zasady (każdy z uczestników otrzymuje je na kartce).

Wybór jedzenia

- unikaj potraw bogatych w tłuszcze zwierzęce, tłustych mięs, takich jak wieprzowina, baranina na rzecz drobiu, cielęciny, chudej wołowiny;
- zwiększ ilość spożywanego tłuszczu pochodzenia roślinnego i ryb morskich (zawierają tłuszcze nienasycone);
- wyeliminuj lub ogranicz spożycie cukru, słodczy, ciast i napojów słodzonych (Pepsi, Coca-Cola);

- spożywaj dużo produktów białkowych, ale z małą zawartością tłuszczu (chude mleko, sery, jogurty 0%);
- spożywaj jak najwięcej owoców i warzyw, najlepiej surowych;
- zwiększ spożycie węglowodanów, tj. ciemnego pieczywa, kaszy, ryżu, fasoli, ziemniaków, a przede wszystkim płatków i otrąb (zawierają duże ilości błonnika, co daje uczucie sytości i zapobiega zaparciom);
- pij dużo wody mineralnej (niegazowanej), nawet do dwóch litrów dziennie;
- staraj się urozmaicić spożywane posiłki;
- odsuń z talerza tuczące dodatki, sos, majonez itp.;
- używaj ziół zamiast soli i wysokokalorycznych przypraw.

Środowisko

- jedz tylko w wyznaczonym do tego miejscu;
- jedz tylko w pozycji siedzącej;
- przestrzegaj zasady regularnego spożywania posiłków;
- planuj posiłki z wyprzedzeniem;
- określ swój poziom głodu przed jedzeniem;
- oddziel jedzenie od innych czynności; nie jedz podczas czytania, oglądania telewizji itp.;
- rejestruj ilość spożywanego jedzenia;
- unikaj miejsc zachęcających do jedzenia, jak np. cukiernia itp.;
- w domu umieść żywność poza zasięgiem wzroku;
- rób zakupy, kiedy nie jesteś głodna (kupisz mniej niepotrzebnych rzeczy).

Sposób jedzenia

- wypijaj, co najmniej szklanekę niegazowanej wody mineralnej przed posiłkiem (zmniejsza apetyt i ułatwia trawienie);
- jedz i przeżuвай powoli;
- nakładaj na talerz małe porcje;

- używaj do jedzenia małych talerzy (wydaje się wtedy, że masz więcej jedzenia);
- oddaj talerz natychmiast po zjedzeniu swojej porcji (unikniesz pokusy dokładki);
- przelknij do końca każdy kawałek, zanim sięgniesz po następny;
- zrób przerwę w trakcie jedzenia, chociaż na kilka chwil;
- wydłuż czas spożywania posiłku, do co najmniej 20 minut;
- jedz, aż zniknie uczucie głodu, ale nie doprowadzaj do przejedzenia;
- smakuj jedzenie, ciesz się każdym kęsem;
- spożywaj, co najmniej 3–4 posiłki w ciągu dnia, ale niezbyt obfite;
- nie podjadaj między posiłkami.

Zachowania

- ćwicz, uprawiaj aerobik i inne formy rekreacji;
- śpijaj, co najmniej 8 godzin dziennie (gdy jesteś niewyspana masz większy apetyt);
- koncentruj się na różnych czynnościach, żeby odwrócić uwagę od jedzenia (telefon, porządki domowe, kąpiel, czyszczenie zębów, spacer i inne);
- przyklej na drzwiach lodówki kartkę ze swoją aktualną wagą i przyrzeczeniem, że jej nie przekroczysz (ewentualnie zdjęciem, na którym wyglądasz grubsza i mniej atrakcyjna);
- stosuj wizualizację (wyobrażaj sobie, że np. dana potrawa jest niejadalna bądź wyobrażaj sobie siebie szczupłą, zgrabną i zdrową przez całe życie);
- ćwicz się w zachowaniach asertywnych, nie ulegaj i odmawiaj jedzenia, kiedy nie masz na nie ochoty.

Ćwiczenie 2. Moja deklaracja

Zadaniem osób uczestniczących jest dokonanie wyboru, co najmniej pięciu z wyżej wymienionych elementów, które zamierzają zastosować w najbliższym tygodniu i zapisać ich na kartce w formie deklaracji:

Ja zobowiązuje się, że od dziś: (na przykład)

- nie będę używać cukru do herbaty;
- zacznę uczęszczać na aerobik lub inne zajęcia sportowe;
- posiłki będę spożywać powoli;
- nie będę podjadać w czasie oglądania telewizji;
- w przypadku pragnienia podjadania między posiłkami będę wychodzić z psem.

Ćwiczenie 3. Jak ograniczać tłuszcz w codziennej diecie

Dla zachowania zdrowia i smukłej sylwetki szczególnie ważne jest ograniczenie spożycia tłuszczów. Większość z nas zjada dwa razy więcej tłuszczu niż potrzebuje organizm (wystarczy 60 g). Jak ograniczać tłuszcz w codziennej diecie?

Uczestniczki, na zasadzie burzy mózgów, podają znane im sposoby unikania tłuszczu, bądź ograniczania ich spożycia, a następnie prowadzący przedstawia przygotowane propozycje (najlepiej na planszy):

- kupuj chude mleko, chudą śmietaną (10 lub 12%), albo jeszcze lepiej zastąp ją jogurtem;
- sprawdzaj zawartość tłuszczu w serach żółtych i kupuj te o niższej jego zawartości;
- kupuj chude jogurty i serki (0%);
- zwykły majonez zastąp niskokalorycznym;

- nie kupuj suchej kiełbasy, jak np. kabanosy, myśliwska czy salami, gdyż wbrew pozorom są bardzo tłuste;
- jedz zupy przygotowywane na wywarach z warzyw, a jeżeli gotujesz zupę na wywarze z mięsa, to pamiętaj by ją wcześniej schłodzić i zdjąć tłuszcz;
- nie polewaj ziemniaków, klusek czy ryżu sosem;
- zwracaj uwagę na zużycie tłuszczu przy smażeniu, nie wylewaj szklanki oleju, np. przy smażeniu naleśników, wystarczy tylko posmarować patelnię;
- ogranicz spożycie masła; jeżeli każdego dnia odmówisz sobie tylko 10 gramów tłuszczu (np. 1 łyżeczka masła) w ciągu roku możesz zredukować swoją wagę o 3,65 kg;
- mięso i ryby spożywaj w postaci gotowanej lub z rożna, a nie smażone;
- jedz ryż, makaron, produkty zbożowe (prawie w ogóle nie zawierają tłuszczu, np. w 100 g ziemniaków, które zawierają 66 kilokalorii jest go 0,3 g, podczas gdy 40 g ziemniaczanych chipsów zawiera 549 kilokalorii i dużo tłuszczu);
- szynkę zastąp wędliną drobiową;
- zamiast kotleta schabowego zjedz filet z piersi kurczaka (nie zawiera tłustej skórki);
- smażone frytki zamień na gotowane ziemniaki;
- zamiast kremu z bitej śmietany zjedz krem jogurtowy.

Ćwiczenie 4. Jak planować, by zmniejszyć ryzyko nadwagi

Miniwykład:

Aby zapobiegać nadwadze należy nauczyć się planować. Przez planowanie należy rozumieć racjonalne rozłożenie posiłków w ciągu dnia, ich jakościowe zróżnicowanie.

wanie, czynienie odpowiednich zakupów. Jak należy planować?:

- **Zakupy** – należy przygotować wcześniej listę produktów, które są nam potrzebne. Eliminujemy te, które są wysokokaloryczne, takie jak słodczyce, napoje z dużą zawartością cukru, chipsy, orzeszki. Pamiętajmy żeby robić zakupy wtedy, kiedy nie jesteśmy głodni (unikniemy wtedy zakupu wielu niepotrzebnych rzeczy);
- **Posiłki** – rozkładajmy posiłki w ciągu dnia, jedzmy mało, ale często, wskazane jest jedzenie 4–5 razy dziennie, ale w małych ilościach. Wyeliminujmy całkowicie podjadanie między posiłkami. Przyrządzajmy dania lekkostrawne, z dużą ilością warzyw i owoców. Nie spożywajmy posiłków późnym wieczorem, ostatni powinien być zjedzony nie później niż o godz. 19.
- **Wyjście z domu** – nie wychodzmy z domu bez śniadania; gdy wychodzimy na dłużej zabierzmy ze sobą kanapkę, owoce, jogurt. Unikniemy wtedy kupowania posiłków na mieście, a zwłaszcza niezdrowych, wysokokalorycznych hamburgerów i zapiekanek.
- **Przyjęcie** – gdy planujemy wyjście na przyjęcie, zjedzmy lekki obiad, przed wyjściem trochę owoców lub wypijmy 2–3 szklanki wody mineralnej, co zmniejszy apetyt. Na przyjęciu unikajmy potraw wysokokalorycznych
- **Oglądanie telewizji** – nie dopuśćmy do podjadania w czasie oglądania interesującego programu, znajdziemy jakąś czynność alternatywną, np. prasowanie, manicure itp.

Ćwiczenie 5. Zachowania alternatywne wobec jedzenia

Prowadzący wraca do ankiety z poprzedniego spotkania *Kiedy jem*; przypomina najczęściej występujące sytuacje sprzyjające nadmiernemu jedzeniu poprzez zapisanie ich na tablicy. Następnie uczestniczki, posługując się techniką burzy mózgów, podają alternatywne wobec jedzenia sposoby zachowania się, reagowania na te sytuacje:

np. podjadanie w czasie oglądania telewizji;

inne zachowania: wykonywanie jakichś prac manualnych, np. manicure, szycie, prasowanie, jeżeli już konieczne jedzenie, to np. pestki słonecznika czy dyni, kawałki marchewki zamiast chipsów czy ciasteczek.

Ćwiczenie 6. Antyreklama

Uczestniczki dzielą się na zespoły 4–5 osobowe, wybierają produkt spożywczy, który najczęściej jest przedmiotem pożądania, np. lody, baton Snickers itp., i opracowują wspólnie (zapis na kartce) antyreklamę tego produktu.

Ćwiczenie 7. Ile musisz chodzić żeby spalić to, co zjadłeś

Prowadzący zwraca uwagę, że sposobem na spalenie nadmiaru kalorii jest wysiłek fizyczny. Prezentuje tabelę pozwalającą ocenić ile kilometrów trzeba przejść (szybkim krokiem) żeby spalić podane ilości produktów.

Ilość produktu	km	Ilość produktu	km
4 małe ciasteczka	4	10 frytek	3,5
1 bułka	1,5	1 gotowany ziemniak	1,4
1 kawałek ciasta piaskowego	3	1 kielbaska na gorąco	4
1 kawałek tortu	8	1 pizza	18
1 kanapka z żółtym serem	3	1 hamburger	8
1 kanapka z kiełbasą	8	1 kieliszek wina	1,5
15 orzeszków solonych	2	1 kieliszek wódki	2,5
10 chrupek	2	1 niskoalkoholowe piwo	2
1 łyżka majonezu lub śmietany	3	1 coca-cola	2

Ćwiczenie 8. Jak zmniejszyć uczucie głodu

Prowadzący:

Tajemnica właściwej wagi tkwi m.in. w tym, by jeść to, co ma niewiele kalorii, a mimo to nie czuć głodu. Wbrew oczekiwaniom głód najszybciej zaspokajają potrawy lekkie, a nie wysokokaloryczne. Takie, które mają wysoki wskaźnik sytości. Należy więc wybierać potrawy o wysokim wskaźniku, by nie odczuwać głodu przez dłuższy czas, co może pomóc w zrzuceniu zbędnych kilogramów. Mała, 100 g, porcja frytek, zawierająca 240 kalorii nie zaspokaja głodu na długo i już po półgodzinie znowu chce się jeść. Najbardziej sycące (wysoki wskaźnik sytości) są

potrawy zawierające mało kalorii, jak np. ziemniaki, pomarańcze oraz potrawy, które są wolno trawione, a więc dłużej wypełniają żołądek, np. makaron, ryż, ciemne pieczywo. Do potraw o wysokim wskaźniku sytości należą: ziemniaki gotowane, chude ryby (dorsz, wątlusz), płatki owsiane, krótko gotowane z odtłuszczonym mlekiem, pomarańcze, jabłka, winogrona, banany, makaron pełnoziarnisty, ryż, chudy stek wołowy, fasolka gotowana, chleb razowy, otręby, jaja gotowane, ser żółty.

Ćwiczenie 9. Opracowanie przykładowego menu

Uczestniczki w tych samych grupach opracowują tygodniowy jadłospis, uwzględniając poznane zasady racjonalnego odżywiania się (ewentualnie w przypadku małej ilości czasu przygotowują jadłospis na 3–4 dni; może to być także zadanie domowe).

WARSZTAT 3. Jak być stanowczą w zachowaniach związanych z jedzeniem

Cel: kształtowanie zachowań asertywnych, określenie własnych praw asertywnych odnoszących się do jedzenia.

Plan:

1. Co to jest asertywność i zachowanie asertywne.
2. Kiedy zachowałam się nieasertywnie.
3. Ćwiczenie się w zachowaniach asertywnych.
4. Moje prawa.
5. Wizualizacja.

Prowadzący rozpoczyna od rozmowy na temat realizacji zobowiązania podjętego przez uczestniczki na poprzednim spotkaniu. Analizuje efekty, a zwłaszcza powody niepowodzenia. Następnie prosi osoby uczestniczące o wybór kolejnych pięciu z repertuaru zachowań związanych z prawidłowym odżywianiem, do zastosowania w następnym tygodniu i zapisanie ich na kartce.

Ćwiczenie 1. Co oznacza asertywność i zachowania asertywne

Miniwykład

Asertywność – to umiejętność pełnego wyrażania siebie w kontakcie z innymi osobami. Zachowanie asertywne oznacza bezpośrednio, uczciwe i stanowcze wyrażanie wobec innej osoby swoich myśli, uczuć, opinii, przekonań w sposób respektujący uczucia, prawa i pragnienia tej drugiej osoby. W sytuacjach konfliktowych umiejętności asertywne pozwalają osiągnąć kompromis bez poświęcania własnej godności i rezygnacji z uznawanych wartości. Ludzie asertywni potrafią powiedzieć „nie” bez wyrzutów

sumienia, złości, czy lęku. Asertywność nie jest wrodzona. Jest ona głównie wynikiem uczenia się.

Asertywność jest często mylona z agresją. W przypadku zachowań *agresywnych* sytuacje są spostrzegane w kategoriach *ja wygrywam, ty przegrywasz*. Ton głosu często bywa podniesiony, hałaśliwy, pobrzmiwa w nim pogródka bądź sarkazm. Towarzyszy mu odpowiednie zachowanie niewerbalne: mierzenie rozmówcy wrogim spojrzeniem, grożenie palcem, naruszanie granicy przestrzeni osobistej. Osoby *nieasertywne* są przesadnie bierne. Mają świadomość, że są zdominowane przez innych. Ciągłe spełniają życzenia i rozkazy innych, rzadko zaspokajając własne pragnienia i potrzeby. Są zbyt wyrozumiałe i za bardzo starają się zadowolić innych – prawdopodobnie, dlatego, żeby zdobyć ich uznanie i miłość. Osobę *uległą* charakteryzuje lekceważenie własnych praw, pozwalanie na naruszanie tych praw przez innych, zgoda na manipulowanie sobą. Osoby takie czują się stale przygnębione, gorsze, winne, ponieważ ktoś bez zezwolenia wyznacza jak powinny żyć. Mają do siebie pretensje za utratę kontroli, ale nie potrafią z tego wybrnąć. Może to prowadzić do kumulowania złości i urazy, a w konsekwencji do agresji.

Ćwiczenie 2. Kiedy zachowałam się nieasertywnie (uległe)

Uczestniczki podają w grupie sytuacje z własnego życia, związane z jedzeniem, w których zachowały się uległe, np. ktoś na urodzinach u koleżanki uległ i zjadł za dużo tortu, dał się zaciągnąć do fast foodu, choć nie miał na to ochoty itp.

Ćwiczenie 3. Ćwiczenie się w zachowaniach asertywnych

Uczestniczki w parach odgrywają następujące scenki:

1. Jesteś na imieninach i gospodyni zachęca cię do zjedzenia kolejnego kawałka ciasta, które sama upiekła. Ty jednak nie masz już ochoty na jedzenie czegokolwiek. Jak odmówisz?

2. Koleżanka przed pójściem do kina zaciąga cię do baru typu fast food. Ty jednak nie jesteś głodna. Jak odmówisz przyjęcia podwójnego hamburgera?

3. Wraz z koleżanką przygotowujesz się do trudnego sprawdzianu z matematyki. Ona przysłała do ciebie z dużym opakowaniem lodów, których postanowiłaś unikać. Jak sobie poradzisz z tą sytuacją?

Następnie każda para przedstawia na środku scenkę, w której jedna osoba namawia na zjedzenie jakiejś potrawy, a druga asertywnie odmawia. Scenki mogą wynikać z własnych doświadczeń uczestniczek bądź mogą dotyczyć sytuacji wymyślonych.

Przykładowe odpowiedzi:

- Dziękuję, już niczego więcej nie zjem.
- Nie mam wątpliwości, że ciasto jest świetne, ale na dzisiaj mam już dość.
- Dziękuję nie, postanowiłam zdrowo się odżywiać.
- Dziękuję, ale tym razem nie mam ochoty.
- Z całą pewnością lody są pyszne, ale właśnie mam ochotę na sałatkę owocową.
- Dziękuję, ale lody są dla mnie zbyt tuczące.

Ćwiczenie 4. Twoje prawa asertywne

Prowadzący: *Jako człowiek masz prawo:*

- sam ustalać swoje cele i samodzielnie podejmować decyzje;

- być traktowany z szacunkiem;
- posiadać i wyrażać własne opinie i odczucia;
- popełniać błędy.

Następnie osoby uczestniczące proszone są o sformułowanie, co najmniej trzech praw, odnoszących się do siebie i związanych z jedzeniem, np.

- mam prawo zdrowo się odżywiać;
- mam prawo wyboru tych potraw, które uznam za odpowiednie;
- mam prawo odmówić zjedzenia czegoś, na co nie mam ochoty.

Ćwiczenie 5. Wizualizacja

Wyobraź sobie, że jesteś na imieninach u babci, cioci czy kogoś z rodziców. Na stole leżą same smaczkowe potrawy, m.in. pachnąca szyneczka, jajka w majonezie, pyszne ciasta i wspaniały tort orzechowy z dużą ilością czekolady. Czujesz ich zapach i smak. Babcia zachęca cię do zjedzenia tych przysmaków. Spróbowałaś już kilku potraw: salatkę jarzynową, owoców. Babcia namawia cię na tort orzechowy. Ale ty postanowiłaś nie jeść słodkiego. Mimo napływającej śliny potrafisz oprzeć się tej propozycji i odmówić. Nie decydujesz się na zjedzenie nawet kawałka. Doskonale wiesz, czego potrzebuje twój organizm i na ile możesz sobie pozwolić. Masz dużo silnej woli. Jesteś wytrwała i konsekwentnie dążysz do celu. Potrafisz żyć w zgodzie ze sobą i swoimi potrzebami. Jesteś człowiekiem, który nie ulega namowom innych. Potrafisz troszczyć się o siebie, dbać o swoje zdrowie. Udało ci się. Możesz być z siebie dumna. Jest ci lekko na sercu. Czujesz się silna, zadowolona z siebie. Weź głęboki oddech i poczuj jak świeże powietrze przenika całe twoje ciało. Weź jeszcze jeden głęboki oddech, a teraz już oddychaj wolno, swobodnie, bez wysiłku.

WARSZTAT 4. Jak uzyskać pewność siebie i wzmocnić poczucie własnej wartości

Cel: kształtowanie pozytywnego obrazu własnej osoby, wzmocnienie poczucia własnej wartości i skuteczności.

Plan:

1. Znaczenie poczucia własnej wartości i myślenia pozytywnego.
2. Jak budować wiarę w siebie.
3. Przeciwstawne siły.
4. Co mi się w tobie podoba.
5. Moje mocne punkty, czyli *Co umiem robić najlepiej*.
6. Jestem...
7. Zmiana myślenia negatywnego na pozytywne.
8. Z czego jestem zadowolona.
9. Afirmacje.
10. Lista zaleceń niezbędnych dla równowagi duszy i ciała.

Ćwiczenie 1. Znaczenie poczucia własnej wartości

Miniwykład

Sposób, w jaki myślimy o sobie ma głęboki wpływ na wszystkie sfery naszego życia. Osoby z pozytywnym poczuciem własnej wartości odznaczają się równowagą i wiarą w siebie. Osoba o niskim poczuciu własnej wartości jest mniej aktywna, łatwiej ulega perswazji, jest bardziej wrażliwa na krytykę i wpływy innych, gorzej radzi sobie z sytuacjami trudnymi, częściej reaguje na stres „ucieczką w jedzenie”. Wystawianie sobie negatywnych ocen jest równoznaczne z milczącym atakowaniem samego siebie. Poczucie własnej wartości, to ocena własnej osoby oparta na porównaniu z innymi ludźmi.

Porównując się z innymi trzeba uważać kogo wybiera się na model swoich porównań, a wybrany „ideał” nie po-

winien być jedynym punktem odniesienia. Czynniki, które mogą szkodzić poczuciu własnej wartości to sytuacje:

- kiedy jesteśmy zanedbywani, ignorowani lub odrzucani;
- kiedy bywamy tłamszeni, niesprawiedliwie krytykowani;
- kiedy zostaliśmy oszukani;
- gdy wykonujemy nudną, rutynową pracę;
- kiedy niedostrzegane są nasze potrzeby.

Ćwiczenie 2. Jak budować wiarę w siebie

Prowadzący: Wiarę w siebie można zacząć budować od wykonania z sukcesem trudnych zadań. Zaczynaj od małych, a następnie zaatakuj poważniejsze cele. Zastanów się najpierw, jakie trzy realne cele chciałabyś osiągnąć w ciągu miesiąca (muszą to być cele konkretne, może np. schudnąć 2–3 kg) i zapisz je na kartce. Wybierz jeden z nich i podziel go na mniejsze części. Ustal: co musisz zrobić najpierw, co potem? Jeżeli tylko osiągniesz pierwszą część swojego celu, przyznaj sobie nagrodę. Potem przejdź do następnego etapu. I postępuj tak, aż osiągniesz cel główny. Wtedy również przyznaj sobie nagrodę.

Ćwiczenie 3. Przeciwstawne siły

Zadaniem uczestniczek jest sporządzenie listy swoich słabych punktów (nie mniej niż 5) i zapisanie ich po lewej stronie kartki, a następnie zapisanie po przeciwnej stronie kartki stwierdzeń do nich przeciwnych.

Prowadzący zwraca się do uczestniczek: *Przypomnijcie sobie sytuacje, w których zachowałyście się zgodnie z cechami po prawej stronie kartki. Przyjrzyjcie się tym cechom. Zaczynajcie myśleć o sobie w kategoriach prawej, a nie lewej kolumny.*

Moje słabe punkty
nieśmiały

Przeciwieństwa
śmiały, odważny

Ćwiczenie 4. Co mi się w tobie podoba

Uczestniczki dobierają się w pary. Siadają blisko siebie, zaczynają rozmowę na dowolny temat. Po ok. dwóch minutach jedna z osób przygląda się drugiej i formułuje zdanie *Wiesz (naprawdę) podoba mi się u ciebie... (w tobie)...* Rozmówca rewanżuje się podobnym stwierdzeniem.

Ćwiczenie 5. Moje mocne punkty, czyli co *umiem* robić najlepiej

Uczestniczki wymieniają się w grupie informacjami na temat tego, co potrafią robić najlepiej. Prowadzący zwraca uwagę, że mogą to być również drobne rzeczy, np. zrobienie omletu z szynką, opowiadanie dowcipów, umiejętność słuchania itp.

Ćwiczenie 6. Jestem

Każda z osób uczestniczących otrzymuje kartkę z niedokończonymi zdaniami, które ma uzupełnić:

- Jestem najlepsza (lepsza niż inni) w...
- Jestem w stanie...
- Jestem atrakcyjna, ponieważ...
- Daję sobie świetnie radę z...
- Jestem inteligentna, gdyż...
- Doskonale potrafię...

Ćwiczenie 7. Zmiana myślenia negatywnego na pozytywne

Prowadzący: *Większość ludzi ma tendencje do tworzenia i powtarzania negatywnych zdań na swój własny temat. Są one nam wpajane już od okresu dzieciństwa przez rodziców, nauczycieli, rówieśników. Przykre osobiste doświadczenia to również źródło negatywnych poglądów dotyczących nas samych. Negatywne twierdzenia blokują nasze działania, doprowadzają do bezradności. Ważne jest więc by je sobie uświadomić i wyeliminować, zastępując twierdzeniami pozytywnymi.*

Każda z uczestniczek otrzymuje kartkę z negatywnymi zdaniami. Wybiera te, które odnoszą się do jej osoby. Następnie w 4–5 osobowych grupach uczestniczki dokonują zamiany tych negatywnych stwierdzeń w stwierdzenia pozytywne. Na forum grupy każda z osób wypowiada jedno, wybrane przez siebie stwierdzenie negatywne i jego zmienioną (pozytywną) wersję. Prowadzący podkreśla, że pozytywna wersja musi być wypowiedziana stanowczo, z przekonaniem, co ma wskazywać, że dana osoba wierzy w to, co mówi.

Przykłady zdań negatywnych:

- nie jestem na tyle warta, żeby się ze mną liczyć;
- jestem przyziemna;
- jestem nieatrakcyjna;
- nie potrafię wzbudzić zainteresowania;
- nie mam nic ciekawego do powiedzenia;
- nic nie potrafię zrobić naprawdę dobrze;
- jestem gorsza od innych;
- niewiele znaczę;
- jestem niepotrzebna;
- nie mam siły przebiccia;
- nie uda mi się;
- moje zdanie nikogo nie interesuje;
- cokolwiek bym zrobiła, to i tak niczego to nie zmieni;

- nie dam sobie rady;
- on sobie o mnie źle pomyśli;
- będę skompromitowana;
- zawsze muszę coś popsuć;
- jestem gruba i okropna.

Przykłady zdań pozytywnych:

- mam prawo być sobą;
- jestem silna;
- dam sobie radę;
- stać mnie, żeby to zrobić;
- jestem w porządku;
- jestem tak samo ważna, jak inni ludzie;
- jestem wartościowym człowiekiem;
- jestem w porządku, nawet jak się to niektórym nie podoba;
- to, że czegoś nie potrafię nie umniejsza mojej wartości;
- mam prawo czegoś nie wiedzieć;
- mam wiele mocnych stron;
- jestem w stanie osiągnąć to, czego pragnę;
- nie muszę być doskonała;
- mam prawo do popełniania błędów;
- potrafię się obronić;
- są osoby, które chętnie przebywają w moim towarzystwie;
- wiem, co jest dla mnie dobre;
- jestem w stanie kontrolować swoją wagę.

Ćwiczenie 8. Z czego jestem zadowolona

Każda z uczestniczek opowiada partnerce o:

- dwóch cechach własnego wyglądu, które jej się podobają;
- dwóch cechach osobowości (charakteru), które w pełni akceptuje;
- umiejętności lub talencie, który posiada;
- osiągnięciu osobistym, z którego jest dumna;

- szczególnie dobrych relacjach z inną osobą;
- swoim zachowaniu w ostatnim tygodniu (miesiącu), z którego jest szczególnie zadowolona.

Ćwiczenie 9. Afirmacje

Zadaniem każdej z uczestniczek jest zapisanie, co najmniej pięciu pozytywnych stwierdzeń na temat własnej osoby (w tym co najmniej dwóch związanych z jedzeniem), np.:

- mam zaufanie do siebie;
- potrafię zdrowo się odżywiać;
- wierzę we własne możliwości;
- daję sobie radę w życiu;
- bez problemów pokonuję trudności;
- jestem w stanie pozbyć się kilku kilogramów.

Ćwiczenie 10. Lista zaleceń niezbędnych dla równowagi duszy i ciała

Na zakończenie spotkania prowadzący prezentuje listę zaleceń niezbędnych dla równowagi duszy i ciała:

- pracuj nad podniesieniem samooceny i zaufania do siebie;
- dbaj o własne samopoczucie, śmiej się jak najczęściej;
- naucz się relaksować – niech jedzenie nie służy, jako środek uspokajający;
- bądź asertywna, stanowcza i wytrwała;
- znajdź formy miłego spędzania czasu; jak najwięcej korzystaj z powietrza i słońca;
- wybierz jakiś rodzaj aktywności ruchowej, który będzie sprawiał ci przyjemność (aerobik, pływanie, jazda na rowerze, długie spacerzy z psem).

WARSZTAT 5. Jak radzić sobie ze stresem

Cel: zapoznanie się z problematyką stresu, jego objawów, skutków oraz kształtowanie umiejętności radzenia sobie.

Plan:

1. Co to jest stres.
2. Czy stres jest przyczyną twojego objadania się.
3. Gdy przeżywam stres.
4. Jak radzić sobie z trudnymi sytuacjami.
5. W trudnej chwili głęboko oddychaj.
6. Dieta antystresowa.
7. Jedz to, czego potrzebuje twój organizm.
8. Wizualizacja.

Ćwiczenie 1. Co to jest stres

Miniwykład

Stres najczęściej oznacza się jako: „określoną relację między osobą a otoczeniem, która oceniana jest jako obciążająca lub przekraczająca jej możliwości”.

Gdy pojawia się czynnik wywołujący stres (stresor) organizm człowieka przygotowuje się do walki z nim bądź do ucieczki. Zmienia się szybkość przepływu krwi i jej ciśnienie, serce bije szybciej, pojawia się napięcie i wzmożone pocenie się. Jeżeli nie potrafimy pozbyć się nagromadzonej energii, żyjemy w ciągu napięciu i zdenerwowaniu.

Stres zmienia poziom sprawności i efektywności działania. Jeżeli jego poziom jest zbyt wysoki, to pogarsza naszą sprawność i powoduje, że funkcjonujemy poniżej własnych możliwości. Pod wpływem stresu zwiększa się wydzielanie adrenaliny. Powoduje to wzrost poziomu tłuszczów i cholesterolu we krwi. Wzrasta też ciśnienie, co może nawet doprowadzić do zawału serca. Stres bywa

także powodem ataków migrenowych. Mniej groźne, ale także dokuczliwe skutki długotrwałego stresu to bóle pleców i głowy, zaburzenia trawienia, wrzody żołądka, bezsenność, osłabienie pamięci i koncentracji. Pod wpływem stresu zmniejsza się także odporność organizmu, co sprzyja różnym infekcjom i przeziębieniom. Stres wpływa więc szkodliwie na nasze zdrowie. Nie jesteśmy jednak całkowicie bezbronni wobec stresu.

Ćwiczenie 2. Czy stres jest przyczyną twojego objadania

Uczestnicy odpowiadają na poniższe pytania, posługując się skalą 10-stopniową, gdzie:

1 – oznacza rzadko, 10 – bardzo często⁷

1. Jak często sięgasz po coś do jedzenia, kiedy się martwisz lub denerwujesz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Czy jedzenie wymyka ci się spod kontroli, kiedy znajdujesz się w trudnej sytuacji?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Jak często łamiesz zasady diety, kiedy się zdenerwujesz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Jak często odczuwasz niepohamowaną potrzebę zjedzenia czegoś słodkiego, kiedy się denerwujesz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

⁷ Skalę zaczerpnięto z Wurtman, Suffes (1997).

Jeśli pod każdym z tych pytań występuje ocena 6 lub więcej, to wskazuje to na objadanie się spowodowane stresem.

Ćwiczenie 3. Gdy przeżywam stres

Każda z osób uczestniczących otrzymuje kartkę z niedokończonymi zdaniami. Należy je uzupełnić zgodnie z własnymi doświadczeniami:

Gdy przeżywam stres to:

- boli mnie...
- drżą...
- ściska...
- szybciej...
- nie potrafię...
- trudno mi...
- czuję, że...
- nie mogę...
- mam kłopoty z...

Prowadzący uzupełnia, prezentując na planszy objawy stresu:

- **fizyczne:** palpacja serca, ból i ściskanie w klatce piersiowej, niestrawność, trudności z oddychaniem, zmęczenie, infekcje, zmiany cykli menstruacyjnych u kobiet;
- **emocjonalne:** zmiany nastroju, wzrost pobudliwości, drażliwość, uczucie bezradności, gniew, agresja, utrata pewności siebie;
- **behawioralne:** nadmierny apetyt lub jego brak, kłopoty ze snem, palenie papierosów, wzrost spożycia alkoholu, skłonność do wypadków.

Ćwiczenie 4. Jak radzić sobie z trudnymi sytuacjami

Uczestniczki, na zasadzie burzy mózgów, podają różne, znane im sposoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Następnie prowadzący uzupełnia (bądź prezentuje na planszy):

sytuacja znudzenia:

- oglądam ciekawy film;
- dzwonię do przyjaciółki;
- włączam grę komputerową;
- przeglądam czasopisma;
- inne (propozycje z grupy);

sytuacja zdenerwowania:

- spokojnie i głęboko oddycham;
- wykonuję jakieś prace fizyczne w domu, np. froteruję podłogę, czyszczę szyby;
- idę pobiegać;
- wychodzę na spacer, np. z psem;
- telefonuję do koleżanki i mówię jej, jaka jestem wściekła;
- słucham ulubionej muzyki;
- inne (propozycje z grupy).

Prowadzący uzupełnia:

Pomysły na radzenie sobie ze stresem (plansza)

- pamiętaj, że to czy dana sytuacja jest stresująca, zależy od tego jak TY ją spostrzegasz;
- zdobądź wiedzę na temat stresu: rozpoznaj główne źródła stresu, wypracuj szereg konstruktywnych strategii radzenia sobie i stosuj je;
- dojdź do porozumienia ze swoimi uczuciami: unikaj tłumienia, ale nie bądź też agresywna;
- rozwijaj styl życia, który wzmocni cię w walce ze stresem: utrzymuj prawidłową wagę ciała, regularnie uprawiaj jakiś sport, naucz się odprężyć;

- jeżeli nie możesz zmienić sytuacji (coś już się stało) skieruj wysiłki na samą siebie i staraj się poprawić swoje samopoczucie;
- skieruj energię wyzwoloną przez stres na konkretne działanie, najlepiej wysiłek fizyczny. Pamiętaj. Trzeba odreagować!
- myśl pozytywnie; w każdej sytuacji jest jakieś wyjście.

Ćwiczenie 5. W trudnej chwili głęboko oddychaj

Prowadzący:

Usiądź wygodnie w cichym pokoju ze stopami płasko ułożonymi na podłodze. Rozluźnij się, wyprostuj plecy. Nabierz powietrza przez nos, wypuszczaj ustami. Przy wdechu podnoś ręce do góry, przy wydechu opuszczaj. Wydech powinien być dwukrotnie dłuższy od wdechu. Koncentruj się na oddychaniu, staraj się o niczym nie myśleć. Oddychaj tak w równym rytmie, przez co najmniej 5 minut.

Ćwiczenie 6. Dieta antystresowa

Miniwykład:

Prowadzący podkreśla rolę prawidłowego żywienia w radzeniu sobie ze stresem. Brak pewnych składników pożywienia, a przede wszystkim niektórych witamin i soli mineralnych, może powodować większą podatność na stres i trudności w radzeniu sobie. W stresie ciało wydziela więcej wolnych rodników, które uszkadzają komórki, zmniejszają odporność organizmu, co może m. in. zwiększać ryzyko zachorowania na nowotwory. Z wolnymi rodnikami dobrze radzą sobie witaminy, zwłaszcza C i E. W walce ze stresem szczególnie ważne są:

witaminy:

witamina C – której większe ilości w warunkach stresowych uwalniane są do moczu; dostarczenie tej witaminy redukuje objawy stresu. W witaminę C bogate są przede wszystkim: papryka, brukselka, brokuły, pietruszka, cebula, truskawki, cytrusy;

witamina A – jej brak prowadzi do tzw. kurzej ślepoty, suchej skóry, zaburzeń wzrostu u młodych ludzi. Chroni komórki przed wolnymi rodnikami, a więc zwiększa odporność organizmu. Naturalne źródła to: czerwona papryka, szpinak, marchewka, zielona kapusta, wątróbka, ryby, żółtka jaj;

witaminy z grupy B, przede wszystkim B1, której brak objawia się słabością, brakiem energii, uczuciem ciągłego zmęczenia, drażliwością, bólami głowy i klatki piersiowej. Dostarczenie tej witaminy poprawia funkcjonowanie centralnego układu nerwowego. Witamina B6 - jej brak powoduje nerwowość, bóle mięśni, tiki drżenie, słabość (bywa stosowana w depresji); dostarczenie organizmowi tej witaminy zwiększa odporność na stres. W witaminę B6 bogate są fasola, soja, kapusta, soczewica, łosoś. Witamina B12 – jej brak prowadzi do anemii, depresji, nawet paraliżu; powinna być zażywana w stanach wyczerpania. Jej stosowanie uspokaja i poprawia nastrój. Znajduje się przede wszystkim w: groszku, kielkach pszenicy, pestkach słonecznika, mięsie, rybach, ciemnym pieczywie;

witamina E, zwana witaminą młodości, stosowana jest przede wszystkim w celu przeciwdziałaniu procesom starzenia się, a profilaktycznie w chorobach układu krążenia oraz w celu zwiększenia odporności na stres. Źródła to: oleje roślinne, siemię lniane, orzechy laskowe, pestki słonecznika, śledzie;

składniki mineralne:

potas: ma działanie uspokajające. Głównym źródłem potasu jest seler (jedno z najmniej kalorycznych warzyw;

10 dag selera, to tylko 7 kilokalorii), szczególnie korzystny jest sok z selera;

wapń – wykazuje również działanie uspokajające (dlatego wskazana jest szklanka mleka przed snem; mleko zawiera także tryptofan, który uwalnia serotoninę, działającą nasennie). Główne źródło wapnia to mleko i produkty mleczne, biały i żółty ser, ale także kapusta;

magnez – działa korzystnie na centralny układ nerwowy, podnosi poziom serotoniny; jego brak powoduje nadmierną nerwowość, poirytowanie. W magnez bogate są: płatki zbożowe, orzeszki, migdały.

Najlepiej, jeżeli potrzebne składniki przyswajamy w postaci naturalnej. Jedzmy więc jak najwięcej świeżych warzyw i owoców i żywności nieprzetworzonej. W diecie antystresowej powinny znaleźć się także: białka, węglowodany, tłuszcze, woda oraz błonnik, którego duże ilości zawierają otręby pszenne, kiełki, ciemne pieczywo oraz prawie wszystkie warzywa i owoce.

Ćwiczenie 7. Jedz to, czego potrzebuje twój organizm

Prowadzący:

Jeżeli dokuczają ci różne dolegliwości, masz złe samopoczucie, nie możesz się skoncentrować, jesteś zestresowana to być może brakuje ci pewnych składników odżywczych. Spróbuj określić jakich i zaplanuj odpowiednie produkty. Pamiętaj jednak, by nie „zajadać” stresu”.

Skarżysz się na złe samopoczucie –

twój organizm odczuwa brak magnezu – zjedz płatki śniadaniowe z rodzynkami, jabłko i kilka marchewek, garstkę migdałów lub orzechów, ewentualnie (w sytuacjach awaryjnych) kawałek gorzkiej czekolady.

Jesteś nerwowa i trudno ci zasnąć –

brakuje ci wapnia i magnezu – zjedz orzeszki, wieczorem wypij szklankę ciepłego, chudego mleka, najlepiej z miodem.

Nie potrafisz się skoncentrować –

uzupełnij witaminy z grupy B (głównie B6 i B12), zjedz fasolkę szparagową, gołąbki z kapusty, pestki dyni lub słonecznika.

Twoja skóra jest przesuszona –

uzupełnij witaminę A, zjedz morele, pomarańcze, zrób sałatkę z papryki, pomidorów i cebuli z dodatkiem oliwy.

Masz za sobą ciężkie przeżycia –

zwiększ dawkę witaminy C – zrób sałatkę z owoców, na obiad zjedz brukselkę i dodaj natkę pietruszki.

W walce ze stresem mogą ci pomóc także zioła, jak np.:

- melisa – zawiera sporo witaminy C, uspokaja, wzmacnia, zmniejsza bóle migrenowe, może być stosowana jako herbata bądź jako dodatek do sałatek, ryb, drobiu;
- waleriana – redukuje senność, pomaga w leczeniu nerwic; może być stosowana w postaci tabletek, lub jako napar do picia, również w połączeniu z innymi ziołami.

Ćwiczenie 8. Wizualizacja

Wyobraź sobie, że uczysz się lub uczestniczysz w jakiś zajęciach. Pozwól sobie na odczuwanie różnych emocji. Na początku nudzisz się. Myślisz: „A może bym coś zjadła”. Ale zamiast tego wstajesz i idziesz na spacer. Odechnij świeżym powietrzem i poćwicz trochę. Odczujesz potem większe zainteresowanie nauką czy pracą, w której uczestniczysz. Powiedz sobie: „Mam wiele ciekawych rzeczy do zrobienia. Jestem zbyt zajęta, by myśleć o jedzeniu”.

A teraz bądź niespokojna. Wyobraź sobie, że masz jutro pisać klasówkę, do której nie jesteś specjalnie przy-

gotowana. Pozwól sobie w wyobraźni myśleć o jedzeniu, jako o środku uspokajającym, ale zamiast kierować się do lodówki, zobacz siebie idącą w kierunku spokojnego miejsca, by się zrelaksować. Poczuj, jak zmniejsza się twój niepokój. Powiedz sobie: „Jestem ważną osobą. Robię wszystko najlepiej, jak umiem. Jeśli zrobię coś źle, wybaczam sobie, jeśli dobrze – gratuluję”. Następnie wyobraź sobie, że jesteś przygnębiona, że niczego nie warto robić, a wszystko jest bez sensu. Gdy myśl o jedzeniu pojawi się w twoim umyśle powiedz sobie „Nie – jedzenie tylko pogorszy sytuację. Mogę pójść pobiegać albo popływać. Mogę iść na spacer, albo zadzwonić do przyjaciółki. To ja kieruję swoim życiem i to ja rozwiązuję swoje problemy”. A teraz poczuj złość.

Wyobraź sobie, że ktoś cię znieważył, obraził, czy potraktował niesprawiedliwie (np. nauczyciel). Wyładowanie złości byłoby zbyt niebezpieczne. Zduś ją teraz w sobie. Pomyśl, jak ją powstrzymać lub jak się pocieszyć. Może zjeść tabliczkę czekolady, może pójść na lody? Ale zamiast koncentrować się na jedzeniu zadzwoń do przyjaciółki, chłopaka, lub kogoś z rodziny i powiedz o swojej złości. Powiedz: „Muszę to komuś powiedzieć, jestem taka wściekła”. Poczuj swoją złość i zauważ jak fałszywy głód znika, gdy opowiadasz, co ci się przydarzyło. Pomyśl: „Jestem odpowiedzialna za moje życie i za moje uczucia. Mogę wyrażać swoją złość. Mogę wybaczyć sobie i innym”.

W końcu wyobraź sobie, że jesteś bliska wybuchu, przytłoczona życiem. Jesteś bardzo zajęta, masz setki pilnych spraw do załatwienia. Poczuj jak ta presja się zwiększa. Masz ochotę przerwać na chwilę pracę i zjeść coś słodkiego. Ale zamiast tego zaczynasz oddychać głęboko. Poczuj, jak twój oddech uspokaja ciało i rozprasza napięcie. Poczuj jak odprężają się twoje mięśnie, gdy się relaksujesz. Wyobraź sobie, że po tej chwili relaksu zaczynasz spokojnie organizować swoje zajęcia. Myśl o zjedzeniu czegoś słod-

kiego znikła. Powiedz sobie: „Jestem inteligentna i zorganizowana, potrafię sobie poradzić z różnymi trudnymi sytuacjami. Jedzenie mi w tym nie pomoże”

Podsumowanie

Prowadzący dziękuje uczestnikom za udział w zajęciach, a następnie prosi o podzielenie się odczuciami, uwagami, opiniami na temat odbytych spotkań. Prosi też uczestników o ich ocenę i wypowiedzenie się, które ćwiczenia uważają za najbardziej przydatne, a z których można zrezygnować. Ocena warsztatów może mieć charakter swobodnych wypowiedzi uczestników bądź też może odbywać się w formie anonimowej, w postaci zapisu na kartkach.

Bibliografia

- Abraham S., Llewellyn-Jones D. (2001). *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Warszawa: PWN.
- APA – American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC.
- Apfeldorfer G. (1999). *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Katowice: Wyd. Książnica.
- Arnot R. (2000). *Jedz i chudnij. Rewolucyjny program kontroli wagi*. Warszawa: Wyd. Książka i Wiedza.
- Aronne L.I. (1998). *Schudnij, by żyć dłużej*. Warszawa: Wyd. AMBER.
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: a cognitive social theory*. New York: Prentice Hall.
- Basdevant A., Le Barzic M., Guy-Grand B. (1996). *Otyłość*. Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna.
- Baumeister R.F., Heatherton T. F., Tice D. M. (2000). *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji*. Warszawa: Wyd. Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Bąk-Sosnowska M. (2007). Pod presją kultury. *Style i Charaktery*, 2, 20–23.
- Bąk-Sosnowska M. (2009). *Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym*. Kraków: Wyd. Impuls.

- Bąk-Sosnowska M. (2010). Zaburzenia odżywiania towarzyszące otyłości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 1(2), 92–99.
- Bergman R.N., Stefanovski D., Buchanan T.A., Sumner A.E., Reynolds J.C., Sebring N.G., Xiang A.H., Watanabe R.M. (2011). A better index of body adiposity. *Obesity*, 19(5), 1083–1089.
- Białkowska M. (1994). *Otyłość*. W: B. Baranowska (red.). *Otyłość, choroba cywilizacji* (s. 5–17). Warszawa: Bel Corporation Scientific Publications.
- Bilski J. (1996). *Racjonalne odchudzanie*. Wrocław: Wyd. Astrum.
- Bishop G. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wyd. Astrum.
- Brownell K.D., Wadden T.A. (1986). The very low-calorie diet: A weight – reduction technique. W: K.D. Brownell, J.P. Foreyt (eds). *Handbook of eating disorders: physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia* (s. 153–177). New York: Basic Books.
- Brytek-Matera A., Charzyńska E. (2009). Poznawcze i behawioralne determinanty zaburzeń odżywiania się u kobiet z otyłością. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 5(2), 45–50.
- CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej (2013). Komunikat z badań. O aktywności fizycznej Polaków. <http://cbos.pl> (odczyt 10.05. 2016).
- CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej (2014). Zachowania żywieniowe Polaków www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_115_14.PDF (odczyt 10.05.2016).
- Chanduszko-Salska J. (2013). Na kozetkę? Psychologiczne interwencje wobec osób otyłych. W: L. Wiśniewska, A. Celińska-Miszczuk (red). *Oblicza otyłości. Interdyscyplinarne ujęcie* (s. 149–172). Warszawa: Wyd. Difin.
- Chanduszko-Salska J., Ogińska-Bulik N. (2004). Jak wytrwać i nie zrezygnować. Doświadczenia z realizacji

- programu pomocy psychologicznej wspomagających redukcję nadwagi u kobiet. *Zeszyty Naukowe WSHE, Psychologia Zdrowia*, 1, 59–69.
- Chanduszko-Salska J., Ogińska-Bulik N. (2011). Prężność a ryzyko uzależnienia od jedzenia. W: L. Golińska, E. Bielawska-Batorowicz (red). *Rodzina i praca w warunkach kryzysu* (s. 499–510). Łódź: Wyd. UŁ.
- Chładzińska-Kiejna S. (1995). Nadużycia seksualne wobec dzieci a zaburzenia odżywiania. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 105–125.
- Chrzanowska M., Kozieł S., Uliaszek S.J. (2007). Changes in BMI and the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in Cracow, Poland 1971–2000. *Economics and Human Biology*, 5, 370–378.
- Cooper M., Gillian T., Wells A. (2000). *Bulimia. Program terapii*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Dolińska-Zygmunt G. (2001). Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne. W: G. Dolińska (red.). *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 33–70). Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Fikus M. (1996). Dzieciństwo otyłych. *Wiedza i Życie*, 8, 9.
- Fricker J. (1995). *Jak schudnąć nie szkodząc zdrowiu*. Warszawa: Wyd. W.A.B.
- Głębocka A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Wyd. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- GUS (Główny Urząd Statystyczny). Bieżące statystyki otyłości i nadwagi w Polsce. https://d-nm.ppstatic.pl/k/r/f7/3b/56d57e96e1a5b_z.pdf (odczyt 25.04.2016).
- Gutowska-Wyka A. (2003). Radzenie sobie ze stresem a zwyczajne żywieniowe u młodzieży z nadwagą i wagą w normie. *Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi*, 1, 13–20.
- Habrat B. (2012). *Dokonanie przeglądu aktualnego stanu światowej wiedzy naukowej dotyczącej uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i pato-*

- logicznego*. Raport merytoryczny z realizacji zadania publicznego dofinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych realizowanego przez Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- Heatherton T.F., Polivy J., Herman C.P., Baumeister R.F. (1993). Self-awareness task failure, and disinhibition: how attentional focus affects eating. *Journal of Personality*, 61, 49–61.
- Herman C.P., Polivy J. (1980). Restrained eating. W: A.J. Stunkard (ed). *Obesity* (s. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Herman C.P., Polivy J. (1993). Mental control and eating: Excitatory and inhibitory food thoughts. W: D. Wegner, J. Pennebaker (eds). *Handbook of mental control* (s. 491–505). New York: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Hollis J. (2000). *Nadwaga jest sprawą rodziny. Poradnik dla cierpiących na zaburzenia łaknienia oraz osób, które kochają*. Gdańsk: GWP.
- International Obesity Task Force. European Union Platform Briefing Paper (2005). Brussels, 15, March.
- Izdebski P., Rucińska-Niesyn A. (2009). Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy*, 4, 149–159.
- Jakuszkowiak K., Cubała W. (2004). Zespół jedzenia nocnego – rozpowszechnienie, diagnoza i leczenie. *Psychiatria*, 1(2), 107–111.
- Jarosz-Chobot P., Otto-Buczowska E., Polańska J. (2001). Nadwaga – problem w praktyce pediatrycznej. Część I. Otyłość jako czynnik ryzyka dla wystąpienia zaburzeń metabolicznych. *Przegląd Lekarski*, 58, 908–913.
- Kodejszko E., Blaim A., Tatoń J. (1965). *Otyłość i jej leczenie*. Warszawa: PZWL.

- Komender J. (1995). Fizjologia i zaburzenia łaknienia. W: A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.) *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież* (s. 13–16). Warszawa: Wyd. Instytutu Matki i Dziecka.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-5.* (2015). Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Leleu G. (1999). *Miłość i kalorie*. Warszawa: Wyd. Sic!,
- Logue A.W. (2014). *The psychology of eating and drinking*. New York: Routledge.
- Łoś-Rycharska E., Nieclawska A. (2010). Spożycie pokarmów typu fast food przez dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym. *Pediatrics Polska*, 85(4), 345–352.
- Łuszczzyńska A. (2007). *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN.
- Małecka-Tendera E., Klimek K., Matusik P., Olszanecka-Glinianowicz M., Lehingue Y. (2005). On behalf of the Polish childhood obesity study group. Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-year children. *Obesity Research*, 13, 964–968.
- Mazur A. (2011). Epidemiologia nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, Europie i w Polsce. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2, 158–163.
- Mazur A., Dudek P. (2010). Rola czynników środowiskowych w powstawaniu otyłości u dzieci. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 3, 357–363.
- Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (2011). *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mroczkowska D. (2006). Uwiedzeni przez jedzenie. Kontekst społeczno-kulturowy wybranych zaburzeń odżywiania. W: L. Cierpiałkowska (red.). *Oblicza współczesnych uzależnień* (s. 131–144). Poznań: Wyd. UAM.

- Nazar K., Kaciuba-Uściłko H. (1995). Aktywność ruchowa w zapobieganiu i leczeniu otyłości. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1, 68–69.
- Niewada M., Członkowski A., Rewerski W. (2000). Ile kosztuje otyłość. *Medycyna po Dyplomie*, 53(4), 12–17.
- Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A. (2005). *Jedzenie*. Lublin: Wyd. KUL.
- Oblacińska A. (1995). Epidemiologia i klinika otyłości. W: A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.). *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież* (s. 35–38). Warszawa: Wyd. Instytutu Matki i Dziecka.
- Ogden J. (2003). *The psychology of eating. From healthy to disordered behavior*. Bodmin-Cornwall: Blackwell Publishing.
- Ogden J. (2011). *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*. Kraków: Wyd. UJ.
- Ogden J., Wardle J. (1990). Control of eating and attributional style. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 445–446.
- Ogińska-Bulik N. (1999). *Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wspomagających redukcję nadwagi*. Łódź: Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Ogińska-Bulik N. (2004). *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny – konsekwencje – sposoby zmiany*. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Ogińska-Bulik N. (2007). Pułapki jedzenia. *Style i Charaktery*, 2, 14–16.
- Ogińska-Bulik N. (2009). *Osobowość typu D – teoria i badania*. Łódź: Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Ogińska-Bulik N. (2010). *Uzależnienie od czynności – mit czy rzeczywistość*. Warszawa: Wyd. Difin.

- Ogińska-Bulik N. (2016). Uzależnienia behawioralne – mit czy rzeczywistość? W: *Wyzwania XXI wieku: Ochrona i kształcenie medyczne – uzależnienia*. Łódź: Wyd. UM.
- Ogińska-Bulik N., Chanduszko-Salska J. (2000). Psychologiczna charakterystyka kobiet z nadwagą i otyłością. *Acta Universitatis Lodziensis, Folia Psychologica*, 4, 35–43.
- Ogińska-Bulik N., Putyński L. (2000). Kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywieniowe – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Universitatis Lodziensis, Folia Psychologica*, 4, 25–31.
- Ostrowska-Nawarycz L., Nawarzc T. (2007). Prevalence of excessive body weight and high blood pressure in children and adolescents in the city of Łódź. *Kardiologia Polska*, 65, 1079–1087.
- Owczarek S. (1995). Zwiększona aktywność ruchowa w profilaktyce i leczeniu otyłości. W: A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.). *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież* (s. 64–78). Warszawa: Wyd. Instytutu Matki i Dziecka.
- Palczewska I. (1995). Ocena nadmiaru masy ciała i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej W: A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.). *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież* (s. 23–29). Warszawa: Wyd. Instytutu Matki i Dziecka.
- Parsons T.J., Cole T.J. (2002). Otyłość wieku dziecięcego. *Leczenie Żywieniowe*, 14(5), 69–71.
- Patton R.W., Corry J.M., Gettman J.S., Graf J.S. (1986). *Implementing health/fitness programs*. Illinois-Champaign: Human Kinetic Book.
- Penick S.B., Filion R., Fox S., Stunkard A.J. (1971). Behavior modification in the treatment of obesity. *Psychosomatic Medicine*, 33, 49–55.

- Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B. (2008). Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 24, 472–476.
- Pietrzykowska M., Nowicka-Sauer K., Cwaliński T., Kozińska A., Krzemiński W., Obara-Gołębiowska M., Siebert J. (2014). Występowanie zaburzeń psychicznych wśród osób z otyłością. *Family Medicine & Primary Health Care Review*, 16(2), 146–147.
- Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P. (2012). Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. *Hygeia Public Health*, 47(1), 28–35.
- Radoszewska J. (1993). Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 101–111.
- Radoszewska J. (1994). Z badań nad tożsamością osób otyłych. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 87–91.
- Radoszewska J. (1995). Psychologiczne i społeczne konsekwencje otyłości. W: A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.). *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież* (s. 33–34). Warszawa: Wyd. Instytutu Matki i Dziecka.
- Radoszewska J. (2000). Jestem gruby, więc jestem. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 65–73.
- Raport. Bieżące statystyki otyłości i nadwagi w Polsce. (2015). https://d-nm.ppstatic.pl/k/r/f7/3b/56d57e96e1a5b_z.pdf
- Rössner S. (1995). Społeczne aspekty otyłości. *Polski Tygodnik Lekarski*, 50(1), 20–22.
- Selye H. (1977). *Stres okiełznany*. Warszawa: PIW.
- Somer E. (1998). *Wpływ jedzenia na nastrój*. Warszawa: Wyd. Amber.
- Speer S.J., Speer A.J. (1998). Ambulatoryjne leczenie otyłości u osób dorosłych. Sport i zdrowie. Leczenie otyłości. *Medycyna po Dyplomie*, 7, 148–157.

- Szczepańska E., Piórkowska K., Niedworok E., Muc-Wierzgoń M. (2010). Konsumpcja słodczy i napojów wysokosłodzonych w aspekcie występowania otyłości na przykładzie dzieci zamieszkujących obszary miejskie i wiejskie. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 6(2), 78–84.
- Studen S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
- Szostak W.B. (1995). *Hiperlipidemia a choroby układu krążenia*. Warszawa: Wyd. Zakładu Żywienia Klinicznego Instytutu Żywności.
- Szostak W.B. (2000). Otyłość – problem o rosnącym znaczeniu na przełomie wieków. *Medycyna po Dyplomie*, wydanie specjalnie, marzec–kwiecień.
- Szymocha M., Bryła M., Maniecka-Bryła I. (2009). Epidemia otyłości w XXI wieku. *Zdrowie Publiczne*, 119, 207–212.
- Tatoń J. (1995). Zarys patogenezy otyłości. *Polski Tygodnik Lekarski*, 50(1), 6.
- Tucholska K., Celińska-Miszczuk A. (2013). Nastolatek otyły. Czy otyłość obciąża dorastanie? W: L. Wiśniewska, A. Celińska-Miszczuk (red.). *Oblicza otyłości. Interdyscyplinarne ujęcie* (s. 44–64). Warszawa: Wyd. Difin.
- Van Strien T. (1999). Success and failure and measurement of restraint: notes and data. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 441–449.
- Vetulani J. (2001). Uzależnienia lekowe: Mechanizmy neurobiologiczne i podstawy farmakoterapii. *Alkoholizm i Narkomania*, 14(1), 13–58.
- Wardle J., Beales S. (1988). Control and loss of control over eating: An experimental investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 35–40.

- Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska-Suchowierska E. (2013). Otyłość – definicja, epidemiologia, patogenez. *Postępy Nauk Medycznych*, 26(4), 301–306.
- Wegner D.N. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34–52.
- Wegscheider -Cruse S. (2002). *Poczucie własnej wartości. Jak pokochać siebie*. Gdańsk: GWP.
- Weiss A. (1977). A behavioral approach to the treatment of adolescent obesity. *Behavior Therapy*, 11, 26–37.
- Weker H., Barańska M., Riahi A., Dyląg H., Strucińska M., Więch M., Kurpińska P., Klemarczyk W., Rowicka G. (2012). Dlaczego leczenie otyłości u małych dzieci jest problemem? *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(4), 848–853.
- Westenhoefer J., Stunkard A.J., Prudel V. (1999). Validation of flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 53–64.
- WHO (World Health Organization). (2005). The challenge of obesity in the WHO European Region. Fact Sheet EURO. 13, 1–4.
- WHO (World Health Organization). (2015). Obesity and overweight. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en
- Wieczorkowska G. (2002). Bunt na pokładzie ciała. *Charaktery*, 3, 43–44.
- Wieczorkowska G. (2004). Sam sobie sterem. *Charaktery*, 8, 49–50.
- Witkin G. (2000). *Stres dziecięcy*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Woronowicz B. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Wyd. Media Rodzina.
- Woynarowska B. (1995). Sprawność i wydolność fizyczna dzieci i młodzieży z otyłością prostą. W: A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.), *Otyłość. Jak leczyć i wspierać*

dzieci i młodzież (s. 29–32). Warszawa: Wyd. Instytutu Matki i Dziecka.

Wojnarowska B., Gajewski J. (2012). Odchudzanie się. W: B. Wojnarowska, J. Mazur (red.), *Wyniki badań HBSC. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990-2010* (s. 93–206). Warszawa: Wyd. Instytutu Matki i Dziecka.

Wojnarowska B., Oblacińska A. (1995). Wprowadzenie. W: A. Oblacińska, B. Wojnarowska (red.), *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Warszawa: Wyd. Instytutu Matki i Dziecka.

Wurtman J., Suffes S. (1997). *Serotonina – przełom w diecie*. Wyd. Amber.

Ziętkowska K. (2013). Dziecko otyłe. Pulchne znaczy zadbane? W: L. Wiśniewska, A. Celińska-Miszczuk (red.), *Oblicza otyłości. Interdyscyplinarne ujęcie* (s. 21–43). Warszawa: Wyd Difin.

Ziółkowska B. (2014). *Psychospołeczne aspekty nienormalnej masy ciała*. Poznań: Wyd. Naukowe UAM.

Zubrzycka E. (2002). *Schudnąć bez diety. Mity na temat nadwagi*. Gdańsk: GWP.

Źródła internetowe

http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
(odczyt 25.04. 2015)

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en (odczyt 25.04.2016)

Załącznik 1

Skala Zaabsorbowania Jedzeniem – SZJ

Nina Ogińska-Bulik

Imię i nazwisko

Wieklat; Wagakg; Wzrostcm

Wskaż, wstawiając znak X w odpowiedniej kolumnie oznaczonej cyframi od 1 do 5, w jakim stopniu każde ze stwierdzeń odnosi się do Ciebie.

Poszczególne cyfry oznaczają:

1 – prawie nigdy

2 – rzadko

3 – czasami

4 – często

5 – prawie zawsze

		1	2	3	4	5
1.	Jedzenie jest ważną częścią twojego życia					
2.	Myślisz o jedzeniu i o swojej wadze					
3.	Zjadasz duże ilości wysoko-kalorycznych pokarmów w krótkim czasie					

4.	Podjadasz w ciągu dnia						
5.	Jesz, nawet wtedy, gdy nie czujesz głodu						
6.	Twój stosunek do jedzenia uważasz za beznadziejny						
7.	Zjadasz więcej niż zaplanowa- łaś						
8.	Czujesz się zawstydzona ilości jedzenia, jaką spożywasz						
9.	Planujesz sytuację, by móc jeść w samotności						
10.	Martwisz się, że nie potrafisz kontrolować ilości spożywanego jedzenia						
11.	Jedzenie wyraźnie poprawia ci nastroj						
12.	Jedzenie jest dla ciebie dużą przyjemnością						
13.	Sprawiasz sobie „uczty jedze- niowe” bez wyraźnego powodu						
14.	Sięgasz po jedzenie w nocy						
15.	Zjadasz wszystko, co masz na talerzu, nawet gdy nie czujesz się już głodna						
16.	Masz obniżone poczucie włas- nej wartości z powodu niekon- trolowanego jedzenia						
17.	Czujesz duże zadowolenie po obfitym posiłku						
18.	Jesteś w stanie zrezygnować z innych przyjemności dla jedzenia						

Załącznik 2

Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem - KZZJ

Nina Ogińska-Bulik, Leszek Putyński

Imię i nazwisko.....

Wieklat; Wagakg; Wzrostcm

Poniżej znajduje się kilkadziesiąt stwierdzeń dotyczących Twoich zachowań jedzeniowych.

Przeczytaj je uważnie i ustosunkuj się do każdego zaznaczając jedną z właściwych dla Ciebie odpowiedzi TAK lub NIE.

1. Często myślę o jedzeniu	TAK	NIE
2. Rzadko stosuję diety	TAK	NIE
3. Jedzenie jest ważną częścią mojego życia	TAK	NIE
4. Czytam i zbieram diety z magazynów i książek	TAK	NIE
5. Rzadko martwię się o swoją wagę	TAK	NIE
6. Czasami podjadam w tajemnicy przed innymi	TAK	NIE

7. Często czuję niepokój, gdy za dużo zjem	TAK	NIE
8. Inni ludzie komentują mój sposób odżywiania	TAK	NIE
9. Często jem, nawet wtedy, gdy czuję się już najedzona	TAK	NIE
10. Nie jestem zadowolona ze swojej figury	TAK	NIE
11. Czasami unikam jedzenia, nawet gdy odczuwam głód	TAK	NIE
12. Przypisuję zbyt duże znaczenie swojej wadze ciała	TAK	NIE
13. Rzadko mam poczucie winy po przejeździe	TAK	NIE
14. Gdy jestem zaniepokojona lub zdenerwowana, jem więcej niż normalnie	TAK	NIE
15. Czasem, gdy zaczynam jeść czuję, że nie będę mogła powiedzieć sobie dość „dość”	TAK	NIE
16. Wolałabym ważyć mniej niż obecnie	TAK	NIE
17. Rzadko się przejadam	TAK	NIE
18. Lubię czuć pustkę w żołądku	TAK	NIE
19. Często jem, chociaż nie odczuwam głodu	TAK	NIE
20. Mój sposób odżywiania na ogół zależy od mojego nastroju	TAK	NIE

21. Często stosuję diety	TAK	NIE
22. Czasami opycham się jedzeniem	TAK	NIE
23. Rzadko czuję się przejedzona	TAK	NIE
24. Jedzenie ma dla mnie zbyt duże znaczenie	TAK	NIE
25. W towarzystwie innych jem umiarkowanie, natomiast „pozwalam” sobie na więcej, gdy jestem sama	TAK	NIE
26. Mój żołądek jest jak worek bez dna	TAK	NIE
27. Świadomie ograniczam się w jedzeniu	TAK	NIE
28. Gdy się zdenerwuję to zaczynam jeść	TAK	NIE
29. Po większym posiłku mam ochotę pozbyć się zbędnych kalorii	TAK	NIE
30. Jedzenie wprawia mnie w dobry nastrój	TAK	NIE

Załącznik 3

Skala Poczucia Osobistego Wpływu na Redukcję Wagi Ciała – SPOW-RN

Nina Ogińska-Bulik

Imię i nazwisko.....
Wiek.....Waga.....Wzrost

Stwierdzenia zamieszczone poniżej wyrażają poglądy różnych ludzi na temat kontroli swojej wagi ciała. Obok znajdują się odpowiedzi od *zdecydowanie nie zgadzam się (1)* do *zdecydowanie zgadzam się (6)*. Należy przeczytać każde stwierdzenie i otoczyć kółkiem tylko jedną cyfrę, która wyraża Twój stopień zgody. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych, ważne natomiast jest, aby odpowiadać zgodnie z własnym przekonaniem. Poszczególne cyfry oznaczają:

- 1** – zdecydowanie się nie zgadzam
- 2** – w pewnym stopniu nie zgadzam się
- 3** – w małym stopniu nie zgadzam się
- 4** – w małym stopniu zgadzam się
- 5** – w pewnym stopniu zgadzam się
- 6** – zdecydowanie zgadzam się

1. Moja waga jest wynikiem mojego sposobu odżywiania się	1	2	3	4	5	6
2. To przede wszystkim ja sama mam wpływ na moją wagę	1	2	3	4	5	6
3. Ja sama jestem odpowiedzialna za stan mojej wagi	1	2	3	4	5	6
4. Jeśli zadbam o to, co i kiedy jem, to schudnę	1	2	3	4	5	6
5. Mogę schudnąć, jeśli tylko się o to postaram	1	2	3	4	5	6
6. To, czy schudnę zależy przede wszystkim od mojej silnej woli	1	2	3	4	5	6
7. Schudnę, jeśli zmienię swoje zwyczaje żywieniowe	1	2	3	4	5	6
8. To, ile będę ważyć zależy przede wszystkim ode mnie samej	1	2	3	4	5	6

Załącznik 4

Skala Poczucia Własnej Skuteczności w Redukcji Nadwagi – SPWS-RN

Nina Ogińska-Bulik

Imię i nazwisko.....
Wiek.....Waga.....Wzrost

Stwierdzenia zamieszczone poniżej wyrażają poglądy różnych ludzi na temat radzenia sobie z problemem nadwagi. Przy każdym zdaniu należy otoczyć kółkiem tylko jedną cyfrę, która wyraża Twój stopień zgody z danym twierdzeniem. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych. Ważne jest, aby odpowiadać zgodnie z własnym przekonaniem.

Poszczególne cyfry oznaczają:

- 1 – tak
- 2 – raczej tak
- 3 – raczej nie
- 4 – nie

1. Mam wystarczająco dużo silnej woli by uzyskać pożądaną wagę ciała	1	2	3	4
2. Jestem w stanie zmienić swoje zwyczaje żywieniowe	1	2	3	4
3. Potrafię zapanować nad napadami żarłoczności	1	2	3	4
4. Schudnę, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku	1	2	3	4
5. Bez względu na pojawiające się trudności jestem w stanie schudnąć	1	2	3	4
6. Jestem przekonana, że jestem w stanie poradzić sobie z nadwagą	1	2	3	4
7. Posiadam odpowiednią wiedzę i umiejętności, by schudnąć	1	2	3	4
8. Gdy pojawią się trudności w uzyskaniu pożądaney wagi ciała potrafię je pokonać	1	2	3	4
9. Jestem w stanie ograniczyć spożywanie tłustych potraw	1	2	3	4
10. Bez problemu potrafię wprowadzić do mojego jadłospisu nowe, urozmaicone posiłki	1	2	3	4
11. Bez względu na okoliczności udaje mi się spożywać zdrowe, niskokaloryczne posiłki	1	2	3	4
12. Jestem przekonana, że poradzę sobie z problemem nadwagi	1	2	3	4

Spis tabel

- Tabela 1. Średnie wartości zachowań jedzeniowych w badanej grupie kobiet
- Tabela 2. Zakresy masy ciała dla poszczególnych przedziałów wzrostu dla obu płci
- Tabela 3. Wskaźniki masy ciała (BMI)
- Tabela 4. Przeciętna masa ciała w zależności od płci, wzrostu i typu budowy fizycznej (w kg)
- Tabela 5. Wskaźniki BMI dla dzieci i młodzieży
- Tabela 6. Zestawienie substancji wpływających na regulację apetytu

