

Akademia Morska w Gdyni

Katedra Handlu i Usług

Pracownia Zachowań Żywnościowych

Rola dietoterapii w leczeniu nadwagi i otyłości

dr inż. Anna Platta

a.platta@wpit.am.gdynia.pl

Stunkard 1958

„Większość otyłych nie wytrzyma leczenia otyłości,

z tych, którzy będą kontynuować leczenie
- większość nie uzyska zmniejszenia masy ciała,

z tych, którzy zmniejszą masę ciała
- większość ponownie utyje”

Występowanie nadwagi i otyłości u dzieci w Polsce

Największy odsetek dzieci otyłych, wynoszący 6,5% stwierdzono w województwach mazowieckim i pomorskim.

Odsetek chłopców z nadmiarem masy ciała wynosił 12,6 procent, a otyłych dziewcząt – 7,4 procenta

Wolnica K., Taraszewska A., Jaczewska-Cchuetz J., 2012

Z niepublikowanych badań Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka z Gdańska wynika, że w 2009 r. w Gdańsku nadwaga i otyłość występowały odpowiednio u 10,5 procent i 7,9 procent populacji dzieci sześciolletnich

oraz

u 15,1 procent i 7,27 procent dzieci między 8 a 12 rokiem życia

Otyłość jest problemem natury

- **medycznej** – sprzyja wielu chorobom, a także sama jest przyczyną śmierci,
- **psychologicznej** – obniża poczucie własnej wartości,
- **ekonomicznej** – koszty jej leczenia są ogromne.

Wydatki na leczenie otyłości stanowią 2-7% kosztów opieki zdrowotnej

Amerykanie wydają na leczenie otyłości – tyle ile na żywność

Nadwaga i otyłość są czynnikami ryzyka:

- cukrzycy typu 2 (58% udziału w etiologii)
- nowotworów macicy, jelita grubego, sutka (8-42%)
- choroby nadciśnieniowej (39%)
- udaru mózgu (23%)
- choroby niedokrwiennej serca (21%)

Basdevant i in. 1996, Dietz 1993, Rymkiewicz-Kluczyńska i in. 1999, Stevans i in. 1998 Crandall 1999, Committee to Develop Criteria for Evaluating the Outcomes of Approaches to Prevent and Treat Obesity, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academy of Science 1995, Tatoń 2007

Definicja otyłości

Otyłość to **stan nadmiernego otłuszczenia ciała** w stopniu, w którym wzrasta ryzyko zagrożenia zdrowia dla poszczególnych osób.

Tatoń 1995

Otyłość jest przewlekłą **chorobą metaboliczną** wynikającą z zaburzenia homeostaty energii. Jej pierwotną przyczyną są zaburzenia popędu żywieniowego prowadzące do **zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej w organizmie**; w miarę nasilania się tego procesu i w miarę upływu czasu pojawiają się patologie i dysfunkcje dotyczące w istocie wszystkich układów i narządów.

Tatoń 2007

Prawidłowa i należna masa ciała

Prawidłowa (normalna) masa ciała – masa ciała odpowiadająca **wartości średniej** w każdej grupie ludności o zróżnicowanym wieku, płci, wysokości ciała i typie budowy.

Za prawidłowy uznano zakres wartości masy ciała, który powtarza się najczęściej.

Tatoń 1985, 2007

Należna masa ciała (n.m.c.) – **optymalna** dla każdego osobnika **masa ciała**, która sprzyja osiągnięciu najdłuższego okresu życia.
Jest o ok. 10% mniejsza od tzw. prawidłowej masy ciała.

Tatoń 1985, 2007

U dzieci należna masa ciała (n.m.c.) – masa ciała dla 50. centyla.

Rymkiewicz-Kluczyńska i in. 1999, Tatoń 2007

Przyczyny otyłości wg WHO, 2003

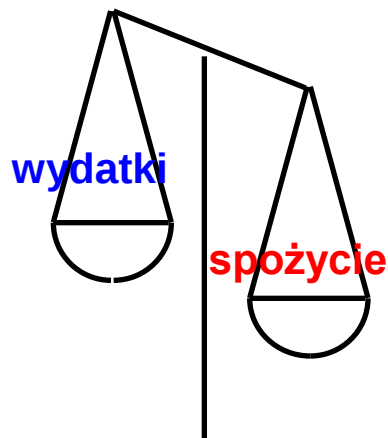


- ✓ wysokie spożycie **żywności o dużej gęstości energetycznej** i małej wartości odżywczej,
- ✓ **siedzący styl życia**,
- ✓ niskie spożycie błonnika,
- ✓ agresywny marketing żywności *fast food*,
- ✓ **zła sytuacja socjo-ekonomiczna** kobiet,
- ✓ nie karmienie piersią niemowląt
- ✓ duże porcje żywności,
- ✓ jedzenie „restauracyjne - na wynos”,
- ✓ **środowisko domowe i szkolne** nie promujące prozdrowotnego wyboru żywności

Niezależnie od przyczyn otyłości

Otyłość jest wynikiem braku równowagi pomiędzy spożyciem energii a wydatkami.

Van der Ploeg 2000, Tatoń 2007



Program leczenia otyłości obejmuje wg Tatonia

1. **Zmiany w środowisku zewnętrznym:** stylu życia, zawodu, sytuacji rodzinnej, miejsca zamieszkania, zainteresowań, sposobu spędzania wolnego czasu,
2. **Zwiększenie aktywności fizycznej**
3. **Zmiany behawioralne** – wywołane oddziaływaniem psychoterapeutycznym, edukacyjnym, treningiem osobowościowym,
4. **Zmniejszenie łaknienia** za pomocą leków pobudzających sytość lub hamujących łaknienie,
5. Wprowadzenie kontrolowanej **diety z niedoborem energii** – o różnym stopniu deficytu energii, dostosowanym indywidualnie
6. **Spożywanie ubogoenergetycznych posiłków o małej objętości** – „częściej i mniej”
7. **Ocena wyników, monitorowanie postępów i zapobieganie nawrotom otyłości**

Etapy dietetycznego leczenia otyłości

1. Wywiad wstępny

- zapoznanie się z diagnozą lekarza
- „historia pacjenta” i wywiad ogólny
- ocena masy i składu ciała pacjenta
- ocena żywienia w przeszłości

2. Opracowanie diety:

- założeń diety
- szczegółowych wytycznych
- propozycji jadłospisów, przykładowych receptur

3. Kontrola postępów i przestrzegania diety

- monitorowanie zmian masy i składu ciała
- monitorowanie odżywiania

4. Ocena skuteczności diety i jej weryfikacja

Wywiad wstępny w dietoterapii otyłości

- Wiek i okoliczności, w których otyłość powstała,
- Tempo rozwoju otyłości – okresy stabilizacji i przyrostu
- Typ otyłości: statyczna – dynamiczna,
- Dotychczasowe metody leczenia i rezultaty,
- Możliwe przyczyny otyłości
- Wywiad dotyczący:
 - odżywiania
 - stylu życia – aktywności fizycznej
 - statusu ekonomicznego
 - środowiska społecznego – presji społecznej
 - stanu psychoemocjonalnego
- Wywiad rodzinny w kierunku otyłości
- **Powody, które skłaniają pacjenta do podjęcia leczenia**
- Ocena stanu zdrowia – choroby współistniejące z otyłością
- Ocena masy ciała (BMI)
- Ocena rodzaju otyłości i stopnia otluszczenia

Metody oceny żywienia w poradnictwie dietetycznym i leczeniu otyłości

1. Ocena żywienia w przeszłości

- Wstępny wywiad żywieniowy.
 - ✓ test diagnozy nawyków żywieniowych
 - ✓ test „czy racjonalnie się odżywiam”
 - ✓ ...
- Metoda wywiadu 24-h
- **Metoda bieżącego notowania** – „dzienniczek diety”

2. Kontrola postępów i przestrzegania diety

- **Metoda bieżącego notowania** – „dzienniczek diety”
- Metoda wywiadu 24-h

Wstępny wywiad żywieniowy

- Częstość i skład posiłków
- Sposób przyrządzania potraw
- Osoba przygotowująca posiłki
- Sposób i okoliczności spożywania potraw
- Wielkość i liczba porcji
- Odżywianie się poza domem
- Możliwości zakupu żywności
- Ułatwienia w przechowywaniu żywności
- Ilość pieniędzy wydawana na żywność
- Rodzaj i ilość wypijanych płynów
- Nocne spożywanie posiłków
- Nawyki związane z jedzeniem
- Preferencje pokarmowe
- Umiejętności kulinarne

Podstawowe zasady dietoterapii otyłości

- wywołanie ujemnego bilansu energetycznego,
- dostarczanie odpowiedniej ilości wszystkich składników odżywczych, z wyjątkiem energii,
- dostosowanie do zwyczajów żywieniowych pacjenta,
- łatwość przygotowania oraz łatwość stosowania w domu i poza nim,
- możliwość długotrwałego stosowania – jak najmniej skutków „ubocznych” diety,
- *model żywienia na przyszłość.*

odpowiednio = zgodnie z zapotrzebowaniem

Dobrze sformułowane cele dietoterapii

- **Są sformułowane na podstawie dokładnej analizy stanu aktualnego, a nie pragnień.**
- **Należy określać kierunek i wielkość wprowadzanej zmiany w odżywianiu, a nie wynik odchudzania.**
- **U dzieci i młodzieży dotyczą trwałej zmiany postaw i zachowań żywieniowych, a nie zmiany masy ciała.**
- **Są poprzedzone dokładną analizą relacji między kosztami wprowadzania zmiany a zasobami psychoenergetycznymi, niezbędnymi do kontrolowania siebie (ponieważ zasoby psychoenergetyczne są ograniczone).**

Cele dietetycznego leczenia otyłości zawsze określane indywidualnie

- U dzieci i młodzieży należy dążyć do racjonalizacji odżywiania i eliminacji błędów żywieniowych oraz „tylko” kontrolować zmiany w masie i otłuszczeniu ciała, później można wprowadzić mały deficyt energii,
- Osoby młode, u których w rodzinie występują metaboliczne choroby cywilizacyjne – dążyć do osiągnięcia należnej masy ciała lub $BMI=20 \div 24,9$,
- Osoby w wieku podeszłym, bez powikłań metabolicznych – pożądana utrata $\frac{1}{2}$ nadwagi,
- Docelowa masa ciała nie powinna być mniejsza od najmniejszej, jaką miał pacjent w wieku > 21 roku życia, przez co najmniej 12 miesięcy,
- „Metoda małych kroków” – małe spadki masy ciała, których efekt powinien być utrzymany przez ponad 6 miesięcy
 - o $1 \div 2$ jednostki BMI
 - o 10-15% wyjściowej masy ciała

Ocena tempa zmniejszenia masy ciała

Spadek masy ciała

Czas	znaczący		groźny	
	% masy ciała	kg	% masy ciała	kg
1 tydzień	$1 \div 2$	0,8 ÷ 1,6	> 2	> 1,6
1 miesiąc	5	4	> 5	> 4
3 miesiące	7,5	6	> 7,5	> 6
6 miesięcy	10	8	> 10	> 8

Rekomendowana dieta ubogoenergetyczna – tzw. pierwszego wyboru

1. Deficyt energii dostosowany indywidualnie do pacjenta – kosztem tłuszczów i węglowodanów (optymalnie: 500÷700 kcal/dzień)

2. Odpowiednia podaż białka

- ok. 1 g/kg n.m.c. **lub**
- 0,9 g/kg n.m.c. + 1,75 g/100 kcal deficytu (8,5-10,5 g/dz.)

3. Dostateczna podaż węglowodanów (min. 100 g/dz.) **zapobiegająca ketozie i „oszczędzająca” białko**

osoby otyłe -min 100g W przyswajalnych = 180g glukozy

1. Tłuszcz ok. 25% energii diety

2. Pełna podaż witamin i składników mineralnych

3. Zwiększona podaż wody (1500÷2500 ml) **i błonnika** (30-40 g/dz. ++)

4. Dieta akceptowana przez pacjenta
odpowiednio = zgodnie z zapotrzebowaniem

Zalecenia żywieniowe do utrzymania masy ciała

Żywienie dzieci powinno być dostosowane do ich naturalnych potrzeb rozwojowych, uwzględniać aktywność fizyczną, a wraz z wiekiem odrębność związaną z płcią.

W wieku przedszkolnym tempo wzrastania wysokości ciała u dziewcząt i chłopców jest zbliżone.

W świetle znowelizowanych norm w roku 2008 **największy odsetek całodzienniej podaży energetycznej u dzieci i młodzież powinien pochodzić z węglowodanów (45-65%), w tym cukry dodawane powinny stanowić poniżej 10%.** Zaleca się, by u dzieci powyżej 5. roku życia stanowiły maksymalnie do 30% energii.

Udział białek 12-15%, a tłuszczów ogółem 25%

Zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze dzieci i młodzieży

M. Jarosz i B. Bułhak-Jachymczyk, Normy żywienia człowieka, 2008

Grupa płeć (wiek/lata)	Masa ciała (kg)	Kcal/dobę		
		Aktywność fizyczna (PAL)		
		mała (PAL = 1,6)	umiarkowana (PAL = 1,75)	duża (PAL = 2,2)
Dzieci				
1-3	12		1000 (1,40)	
4-6	19		1400 (1,50)	
7-9	27		1800 (1,60)	2100 (1,85)
Chłopcy				
10-12	38	2100 (1,50)	2400 (1,75)	2800 (2,00)
13-15	53	2600 (1,55)	3000 (1,80)	3500 (2,05)
16-18	67	2900 (1,60)	3400 (1,85)	3900 (2,15)
Dziewczeta				
a	37	1800 (1,45)	2100 (1,70)	2400 (1,95)
10-12	51	2100 (1,50)	2400 (1,75)	2800 (2,00)
13-15	56	2200 (1,50)	2500 (1,75)	2900 (2,00)
16-18				

Rekomendowany model żywienia uwzględnia 5 posiłków w ciągu dnia o określonym udziale energetycznym

M. Jarosz i B. Bułhak-Jachymczyk, Normy żywienia człowieka, 2008

Procent energii przypadającej na jeden posiłek		
posiłek	model 5-posiłkowy	model 4-posiłkowy
I śniadanie	20-25	20-25
II śniadanie	15-20	15-20
Obiad	35-40	35-40
Podwieczorek	5-10	-
Kolacja	10-15	15-20

Informacje dla pacjenta – „przepis na dietę”

- **Ogólna ocena wyjściowego stanu zdrowia pacjenta – współistnienie chorób**
- **Założenia dietetyczne**
- **Dlaczego zmiany?**
- **Jak realizować dietę?**
- **Co kupować i mieć w lodówce i kuchni?**
- **Co jeść?**
- **Ważne (komentarze)**
- **Jak zachować dobry rytm jedzenia?**
- **Co robić w sytuacji wieczornego głodu na... słodczy... przekąski... głodu „w ogóle”?**
- **Uwagi ogólne do zwyczajowego odżywiania pacjenta**
- **Zwyczajowy jadłospis i propozycje zmian:**
jak było? – jak będzie lepiej?

Zwyczajowy jadłospis i propozycje zmian (1)

DANIE OBIADOWE: kotlety mielone

Wersja I

<i>Produkty</i>	<i>Masa (g)</i>	<i>Energia (kcal)</i>
wołowina b/k	60	70
wieprzowina łopatka	60	155
smalec 1 łyżeczka	5	45
jaja 1/10 szt.	5	7
cebula	15	5
bułka tarta 1 łyżeczka	5	5
Razem		287

Wersja II

<i>Produkty</i>	<i>Masa (g)</i>	<i>Energia (kcal)</i>
indyk tuszka	120	58
smalec 1 łyżeczka	5	45
jaja 1/10 szt.	5	7
cebula	15	5
bułka tarta 1 łyżeczka	5	5
Razem		120

Zwyczajowy jadłospis i propozycje zmian (2)

DANIE OBIADOWE: ziemniaki, kalafior, woda mineralna

Wersja I

Produkty	Masa (g)	Energia (kcal)
ziemniaki 4 średnie	260	152
kalafior 1/3 szt.	150	24
majonez 1 łyżka	15	93
woda mineralna 1 szkl.	250	0
Razem		269

Wersja II

Produkty	Masa (g)	Energia (kcal)
ziemniaki 3 średnie	195	114
kalafior gotowany	200	32
woda mineralna 1 szkl.	250	0
Razem		146

Zwyczajowy jadłospis i propozycje zmian

Wartość energetyczna „odchudzonego” jadłospisu

		Posiłki	I wersja	II wersja
I śniadanie	<i>kanapki, warzywa, herbata</i>	śniadanie	809	468
II śniadanie	<i>bułka z rybą, ogórek, herbata</i>	II śniadanie	531	215
obiad	<i>zupa pomidorowa z z ryżem</i>	obiad: zupa	208	136
	<i>kotlety mielone</i>	kotlety	287	120
	<i>ziemniaki, kalafior, woda mineralna</i>	„dodatki”	269	146
podwieczorek	<i>Drożdżówka, kawa – lody, kawa</i>	podwieczorek	229	95
kolacja	<i>sałatka jarzynowa, pieczywo, mleko</i>	kolacja	934	485
		Razem	3267 kcal	1665 kcal
		Masa posiłków	2,7 kg	2,5 kg

Przekonaj pacjenta, że...

**Dopóki na trwałe nie zmieni nawyków żywieniowych,
żadna dieta nie pomoże.**

**Za punkt wyjścia należy przyjąć aktualne zwyczaje
żywieniowe i zmodyfikować je w taki sposób, aby w
zmienionej formie służyły zdrowiu i dobremu
samopoczuciu.**

**Stosując dietę odchudzającą jako chwilową rezygnację z
dotychczasowego sposobu odżywiania stosuje unik,
aby na chwilę odsunąć odpowiedź na pytanie o
przyczynę kłopotów z utrzymaniem prawidłowej masy
ciała.**

Dieta ubogoenergetyczna – podsumowanie

Nie istnieje żadna optymalna dieta, która sprzyjałaby hamowaniu łaknienia.

W dietoterapii najważniejszy jest aspekt długotrwałego przestrzegania zaleceń dietetycznych. Kompozycja składników pokarmowych może być ustalana w pewnym zakresie zmienności.

Pacjenci w sposób indywidualny odpowiadają na dietę bogatobiałkową lub bogatowęglowodanową w zależności od osobniczej wrażliwości na insulinę.

Polecane podejście: **Indywidualizacja zaleceń** dotyczących wzajemnych proporcji makroskładników pokarmowych i **w miarę możliwości** dostosowanie tych zaleceń do preferencji/potrzeb pacjenta, aby ułatwić długotrwałe przestrzeganie zasad diety.

Podstawę skutecznego leczenia otyłości powinna stanowić **zbilansowana dieta ubogoenergetyczna skojarzona z kinezyterapią.**

Ocena masy i składu ciała

Wskaźniki podstawowe

- **masa ciała** (kg)
- **wysokość** (cm)
- **BMI** (kg/m^2)
- **obwód talii** (cm)
- **obwód bioder** (cm)
- **obwód ramienia** (cm)
- **WHR**

Wskaźniki zaawansowane

- **zawartość tłuszczu całkowitego w ciele** (%)
- **obwód mięśni ramienia** (cm)
- **powierzchnia mięśni ramienia** (mm^2)

Aparatura podstawowa

- **waga**
- **wzrostomierz**
- **taśma antropometryczna** (centymetr)

Aparatura zaawansowana

- **fałdomierz**
- **futrex** (met. spektrofotometryczna)
- **analizator składu ciała** (wieloczęstotliwościowy, met. bioimpedancji)

standardy rozwojowe dzieci i młodzieży – siatki, tabele centylowe

Należna masa ciała

Należna masa ciała (n.m.c.) – optymalna dla każdego osobnika wartość masy ciała, która sprzyja osiągnięciu najdłuższego okresu życia.
Jest o ok. 10% mniejsza od tzw. prawidłowej masy ciała.

Wzory Puttona

Kobiety: **n.m.c. (kg) = wysokość (cm) – 100 – $\frac{\text{wysokość (cm)} - 100}{20}$**

Mężczyźni: **n.m.c.(kg) = wysokość (cm) – 100 – $\frac{\text{wysokość (cm)} - 100}{10}$**

U dzieci: Należna masa ciała – to masa ciała dla 50. centyla populacji odniesienia odpowiednio dla wieku i płci

Ocena masy i rozmiarów ciała dorosłych

Wskaźnik

Wykrywanie:

Wysokość (cm)

niedożywienia w okresie dzieciństwa

! brak interpretacji dla aktualnego stanu odżywienia

- **Masa ciała** (kg)

- **BMI** (kg/m²)

niedożywienia i przekarmienia aktualnie

- **% należnej masy ciała**

$$\% \text{ n.m.c. } (\%) = (\text{aktualna masa ciała} : \text{należna masa ciała}) \times 100$$

$$\text{Body Mass Index (BMI, kg/m}^2\text{)} = \text{masa ciała} : \text{wysokość}^2$$

Ocena masy i rozmiarów ciała dzieci i młodzieży

**Konieczne jest odniesienie do standardów rozwojowych –
rozkładów centylowych – odpowiednio do wieku i płci**

Wskaźnik

Wykrywanie:

Masa-do-wieku

ryzyka i stopnia niedożywienia lub
przekarmienia

Wysokość-do-wieku

- chronicznego niedożywienia trwającego przez dłuższy czas, które powoduje zahamowanie rozwoju fizycznego

Masa-do-wysokości (BMI)

Wskaźnik Cole'a (RBI, %)

% należnej masy ciała

- patologii rozwojowych

niedożywienia lub przekarmienia
aktualnie

$$\text{Relative Body Index (RBI, \%)} = \text{BMI} \times 100 : \text{BMI}_{50.\text{centyla dla wieku i płci}}$$

Interpretacja BMI dla dorosłych

BMI (kg/m ²)	Interpretacja	Ocena ryzyka
<18,5	Niedowaga	
<16,0	Niedowaga z poważnym niedoborem	Zwiększone ryzyko chorób innych niż związane z otyłością
16,0÷16,9	Niedowaga z umiarkowanym niedoborem	
17,0÷18,4	Niedowaga z niewielkim niedoborem	
18,5 ÷ 24,9	Normowaga (prawidłowa masa ciała)	Najmniejsze ryzyko chorób
25,0 ÷ 29,9	Nadwaga	Nieznacznie zwiększone ryzyko chorób
>=30,0	Otyłość	
30,0÷34,9	I stopień otyłości	Zwiększone ryzyko chorób związanych z otyłością
35,0÷39,9	II stopień otyłości	
>=40	III stopień otyłości	

Interpretacja BMI dla dzieci – siatki centylowe

Wartości centylowe BMI

Interpretacja

poniżej 3 pct

3 ÷ 10 pct

10 – 25 pct

25 ÷ 75 pct

75 ÷ 90 pct

90 ÷ 97 pct

powyżej 97 pct

Nadmierna szczupłość

Niedowaga

Tendencja do niedowagi

Prawidłowa masa ciała - norma

Tendencja do nadwagi

Nadwaga

Otyłość

Inne wartości graniczne:

3.pct (3.)

10.pct

90.pct

97.pct

Norma: 10.pct ÷ 90.pct

Centyle (pct) – linie krzywe wykreślające wartości wskaźnika somatycznego (np. BMI) dla dzieci w różnym wieku

Rozpoznawanie nadmiernego otyłszczenia u dorosłych

		Prawidłowe otyłszczenie	Nadwaga	Otyłość
Zawartość tłuszczu w cieie (%)	mężczyźni, Tatoń 2007	9 – 18	19 – 22	>22
	kobiety, Tatoń 2007	14 – 28	29 – 32	> 32
	mężczyźni, WHO 1998, NCEP/ATP III 2001			> 102
Obwód talii (cm)	mężczyźni Europejczycy, IDF 2005			> 94
	kobiety Europejczycy, IDF 2005			> 80
	kobiety, WHO 1998, NCEP/ATP III 2001			> 88
Grubość fałdu skórno-tłuszczowego nad tricepsem (mm)	mężczyźni			> 15
	kobiety			> 25

Interpretacja wskaźników antropometrycznych

% należnej masy ciała – dzieci i dorośli

% n.m.c (%)	Interpretacja
< 70	Ciężkie niedożywienie
70 ÷ 79	Umiarkowane niedożywienie
80 ÷ 89	Lekkie niedożywienie
90 ÷ 110	Prawidłowa masa ciała
110 ÷ 119	Nadwaga
>= 120	Otyłość

Wskaźnik Cole'a – dzieci

RBI (%)	Interpretacja
< 75	Ciężkie niedożywienie (wyniszczenie)
75 ÷ 84	Niedożywienie
85 ÷ 89	Nieznaczne niedożywienie
90 ÷ 110	Prawidłowa masa ciała
110 ÷ 119	Nadwaga
>= 120	Otyłość

OTYŁOŚĆ U DZIECI I DOROSŁYCH– UWARUNKOWANA I TERAPIA

Przyczyny otyłości w ujęciu różnych teorii psychologicznych

- **Teoria behawiorystyczna**

Przyczyna otyłości tkwi w wyuczonych w dzieciństwie nieprawidłowych zachowaniach żywieniowych – w rezultacie organizm uzyskuje znacznie więcej energii niż potrzebuje

- **Psychoanaliza**

Przyczyna otyłości tkwi w specyfice relacji zachodzących w rodzinie otyłego, nie tyle jest przejawem zaburzeń rozwoju dziecka, ale rezultatem relacji ojciec – matka oraz rodzice – dziecko

- **Model psychosomatyczny**

Model psychosomatyczny

- Otyłość jako somatyczne odzwierciedlenie niepowodzenia w funkcjonowaniu mechanizmów psychologicznych jednostki
- Otyłość jest efektem nieadekwatnego interpretowania przez rodziców płaczu dziecka
- Karmienie w sytuacji pojawienia się płaczu powoduje, że dyskomfort emocjonalny wywołuje u dziecka poszukiwanie żywności
- Dziecko nie jest w stanie różnicować doznań emocjonalnych od stanu łaknienia

Osoba otyła

Brak umiejętności regulowania ilości przyjmowanych pokarmów (obfitość pożywienia, urozmaicenie, oglądanie telewizji)

- **Kłopoty z samoregulacją (wysiłek w kierunku zmiany własnych reakcji)**
- **Kłopoty z monitorowaniem własnych reakcji**

Kłopoty z samoregulacją

- Bodźce związane z otoczeniem fizycznym:
 - z miejscem spożywania żywności
 - z cechami samej żywności
- Bodźce związane z otoczeniem społecznym
- Bodźce związane z osobą

Środowisko fizyczne

- Widok żywności zwiększa głód i wywołuje chęć spożywania, niezależnie od poziomu głodu
- Widok i zapach żywności oddziałuje na aktywność mózgu
- Dostępność do żywności wpływa na wybór i spożycie żywności

Modyfikacje środowiska fizycznego

W stołówce szkolnej zawieszono plakaty, które dostarczały informacji o „zdrowej” żywności i prezentowały różne urządzenia do uprawiania aktywności fizycznej

Otoczenie społeczne

Facylitacja społeczna

- **Obecność innych osób w trakcie spożywania żywności może istotnie wpływać na ilość spożytej żywności – zwiększa się ilość spożytej żywności, w obecności 7 i więcej osób zaobserwowano wzrost wartości kalorycznej zjedzonej żywności o 76%**
- **W restauracjach zaobserwowano pozytywną zależność między długością posiłku i liczbą osób w nim uczestniczących**

cd. **Otoczenie społeczne**

Modelowanie społeczne

- Młodsze dzieci zwracają większą uwagę na zachowania żywieniowe swoich rodziców , natomiast nastolatki wzorują się bardziej na zachowaniach swoich rówieśników,
- Niemniej jednak z badań wynika, że **istnieje silniejsza zależność między zachowaniami żywieniowymi rodziców i nastolatków** niż między zachowaniami nastolatków i ich kolegów
- **Ważne znaczenie posiłków spożywanych wspólnie z rodziną**

Otoczenie społeczne

- **Ludzie wykazują tendencję do przystosowywania tego co jedzą i w jaki sposób do zachowań żywieniowych osób, które im towarzyszą w spożywaniu posiłku**
- Nawet głód nie ma takiego efektu modelującego (Goldman et. al., 1991), niezależnie od poziomu deprywacji uwidacznia się zgodność z modelem w zakresie ilości spożytej żywności

(Deprywacja – radykalne ograniczenie komuś dopływu wszelkich bodźców przez dłuższy czas)

Charakterystyka osoby otyłej

- **Trudności z unikaniem myślenia o żywności**
- **Zmęczenie**
- **Oczekiwania wobec świata zewnętrznego i samego siebie**
 - negatywny obraz własnej osoby, pesymizm,
niskie poczucie własnej wartości i skuteczności,
skłonność do uogólniania,
 - jako przyczyna szukania pocieszenia w jedzeniu**
- **Poczucie odrzucenia emocjonalnego**
- **Nuda**
- **Negatywna ocena ze strony otoczenia społecznego – jej odbiór**

Wpływ otyłości na postrzeganie siebie

- Postrzeganie siebie jako osoby nieatrakcyjnej pod względem wyglądu zewnętrznego i wewnętrznej charakterystyki
- Postrzeganie siebie jako osoby nielubianej przez innych
- Brak poczucia przynależności do grupy rówieśniczej (nastolatki)
- Przypisywanie sobie negatywnych atrybutów, uruchamianie w stosunku do siebie negatywnych emocji, negatywna samoocena

Terapia osoby otyłej

- Porady i wskazania dotyczące zmiany diety
- Porady i wskazania dotyczące zmiany trybu życia – wprowadzenie lub zwiększenie aktywności ruchowej
- Zastosowanie preparatów zmniejszających łaknienie

LECZENIE CIAŁA

Cel: zmniejszenie przyrostu masy ciała (dzieci),
zmniejszenie masy ciała (dorośli)

Terapia osoby otyłej

- Propozycja zmiany zwyczajów żywieniowych rodziny
 - Stosowanie diety dostosowanej do otyłego
 - Propozycja zwiększenia aktywności fizycznej
- Czy osoba otyła jest tylko gruba?

Sztuka osiągania sukcesów

O osiąganiu sukcesów decydują:

- Samoregulacja i wizerunek siebie
- Wyznaczone cele
- Nastawienie na proces

Samoregulacja

Samoregulacja to umiejętność wykorzystywania wiedzy o prawach rządzących ludzkim zachowaniem do osiągnięcia określonych celów

Samoregulacja obejmuje:

- Samoobserwację (monitorowanie swoich zachowań)
- Samoocenę
- Reagowanie na ocenę (pobudzanie się do działania)

Samoregulacja: samoobserwacja

- Konieczność uświadomienia sobie swojego sposobu postępowania – monitorowanie własnego zachowania
- Analiza własnego postępowania ułatwia formułowanie celów naprawczych
 1. Wykaz czynności związanych z jedzeniem
 2. Częstotliwość występowania każdej z tych czynności
 3. Sytuacje, w których czynność występuje
 4. Wyznaczanie celów

Samoregulacja: samoocena

- **Formułowanie sądów na własny temat**
- Sprawdzanie spójności między tym co robię a normami osobistymi, które powstają na podstawie informacji pochodzących od ważnych dla nas osób
- Monitorowanie zachowań jest konieczne, gdyż istnieje:
 1. Mała świadomość tego co robimy - zachowań
 2. Duża wiedza na temat działań, które należy podjąć, aby osiągnąć pożądaný efekt

Samoregulacja: reagowanie na samoocenę

- Pobudzanie się do działania dzięki reakcji afektywnej towarzyszącej samoocenie
- Zadowolenie wynikające z sukcesu, czy przygnębienie wynikające z porażki sprzyja wyznaczaniu kolejnych celów lub rezygnacji z zaplanowanych działań
- Aby osiągnąć cel należy odejmować działania, które wywołują pozytywne reakcje, i unikać działań prowadzących do autocenzury

Wyznaczanie celów

W odpowiednich warunkach cel:

- Pobudza do wysiłku
- Wzmaga wytrwałość
- Ukierunkowuje
- Skłania do opracowania strategii

Jasno postawiony cel stanowi zachętę do działań, czyli zebrania potrzebnych informacji, uzmysłowienia sobie wszystkich możliwości, sporządzenia planów itd.

Rodzaje celów

Rozróżnia się:

- Cele bliskie
- Cele dalekie (niekiedy nazywane aspiracjami)
- **Cele dalekie podtrzymują motywację do działania, nawet jeśli realizacja celów bliskich jest czasochłonna; utrzymują kierunek działań**
- **Cel daleki bez sformułowania celów bliskich prowadzi do bezczynności**
- **Wiele osób niechętnie wyznacza sobie cele **ze względu na możliwe rozczarowania** – chronią w ten sposób swoje poczucie własnej wartości**

Wyznaczanie celów

Należy wyznaczać sobie cele trudne, ale osiągalne

- Jeśli osoba uznaje, że jest w stanie zrealizować określony trudny cel, to realizuje go z wielką wytrwałością i dużym nakładem sił
- Jeśli cel jest łatwy do osiągnięcia brakuje motywacji do działania
- Jeśli osoba uznaje, że cel jest dla niej nieosiągalny, nie znajduje powodu aby podejmować działania

Cele wyznaczane samodzielnie, silniej motywują do działania niż cele wyznaczone przez innych

Decyduje o tym:

- Dobra znajomość własnych możliwości
- Większe zaangażowanie w działania podjęte z własnej inicjatywy
- Cele wyznaczane samodzielnie wzmacniają motywację

Wyznaczanie celów trudnych

- Osoby działające na miarę swoich możliwości nie wypadają lepiej niż osoby nie mające żadnego celu

Aby cel motywował musi wywoływać rozdźwięk między tym co jest, a tym co ma być

- Rozdźwięk wywołuje napięcie, które motywuje do działania

Zadanie

nie powinno być tak trudne, by osoba nie mogła żywić nadziei, że je wykona,

ani tak łatwe aby nie stanowiło żadnego wyzwania – optymalny rozdźwięk

Przekonania związane z odchudzaniem

Przekonania w postaci twierdzeń:

- wypowiedzianych na głos
- występujących w postaci myśli
- ukrytych w nieuświadamianych obszarach psychiki

Przekonania dotyczące przyczyn nadwagi

- **Doszukiwanie się przyczyn nadwagi w czynnikach niezależnych od siebie** (np. dziedziczenie, gospodarka hormonalna, zaburzona przemiana materii, działanie stresu)
- Należy sprawdzić konsultując z lekarzem, czy ta sytuacja dotyczy danej osoby

Jeśli **NIE** czynniki niezależne zdecydowały o nadmiernej masie ciała, należy przyjrzeć się własnym przekonaniom na temat przyczyn nadwagi i pracować nad nimi, zamieniając je na konstruktywne

Przykłady

- W genach zapisane są predyspozycje, ale mój styl życia ma decydujące znaczenie

Przekonania dotyczące własnej osoby

Skrajne postawy wobec siebie:

- Negatywne myślenie o sobie, zwłaszcza o własnym wyglądzie
- Samoakceptacja kojarzona jest z samo zachwytem i brakiem motywacji do odchudzania

Osoba odchudzająca powinna popracować nad samoświadomością, czyli poznać zarówno swoje zalety, jak i cechy i zachowania, które warto zmodyfikować, a następnie zmienić przekonania osłabiające na bardziej konstruktywne

Przekonania dotyczące relacji z innymi

- Oczekiwania innych są ważnymi czynnikami wpływającymi na myślenie o sobie, zachowanie
- Poczucie winy wynikające z nie spełniania wyznaczonych standardów urody oraz potrzeba zrekompensowania poczucia mniejszej wartości może być przyczyną pojawienia się pożądanых społecznie cech, np. uległości

Osoba odchudzająca powinna przeanalizować swoje relacje z innymi, **a następnie zmienić przekonania niekorzystne na bardziej wzmacniające poczucie własnej wartości**

Przekonania dotyczące oczekiwań wobec odchudzania

- Rozczarowanie jako przyczyna braku chęci do życia, braku wiary w siebie i innych ludzi
- Osoba odchudzająca powinna sprawdzić czy jej oczekiwania związane z odchudzaniem są możliwe do osiągnięcia, czy wzmacniają i motywują.

Przekonania związane z odchudzaniem

Korzystne przekonania dotyczące przyczyn nadwagi, własnej osoby, relacji z innymi oraz oczekiwań wobec odchudzania nazywa się afirmacjami.

AFIRMACJA – krótkie zdanie, stanowiące konkretny, pozytywny program działania.

Powtarzane często, staje się pozytywnym nawykiem myślowym i zaczyna przekładać się na działanie

Przykładowe afirmacje:

- Mam wpływ na to, ile ważę i jak wyglądam
- Chcę poczuć się atrakcyjna
- Troszczę się o siebie
- Cieszę się życiem, bez względu na to jak wyglądam
- Mogę być sobą
- Zawsze zasługuję na szacunek i dobre traktowanie
- Chcę systematycznie, zdrowo i trwale zredukować zbędne kilogramy
- Chcę wprowadzić w swoim życiu zmiany, które pomogą mi schudnąć

ŹRÓDŁA SUKCESU

- Trzeba zwracać uwagę na język pacjenta i działać w kierunku zmiany motywacji z zewnętrznej na wewnętrzną.
- Motywacja zewnętrzna powoduje zrzucenie z siebie odpowiedzialności za działanie np. „Się było na imprezie, się zjadło”

Specjalista: oferuje swoją wiedzę, czas, dostępność.

Za efekt odpowiedzialny jest PACJENT!!!

Osoby, które chcą się odchudzać i osoby, które mają im w tym pomagać muszą wierzyć, że im się uda!

Źródłem do osiągnięcia sukcesu w odchudzaniu jest:

- Wyłączenie myślenia o diecie
- Odchudzanie jest to sposób dbania o siebie
- Jest to zmiana trybu życia (w bardzo wielu obszarach)

Aby osiągnąć sukces w odchudzaniu należy:

- poszukać pozytywnego kontekstu odchudzania (zdrowie)
- postawić realny cel

Niemożliwe staje się możliwe, gdy:

- Postawiono jasny, realistyczny cel
- **Specjalista wierzy i chce**
- **Pacjent wierzy, chce i bierze odpowiedzialność.**

Psychologiczne przyczyny niepowodzeń w odchudzaniu

1. Niedostateczna motywacja

- **Osoba otyła nie musi być wewnętrznie przekonana i zmobilizowana do odchudzania**
- **Motywacja zewnętrzna zamiast wewnętrznej, aczkolwiek w początkowym okresie odchudzania motywacja zewnętrzna może być przydatna**
- **Niedostateczna świadomość własnego wyglądu oraz szkodliwości otyłości**
- **Nierealistyczne cele dotyczące chudnięcia**
- **Brak kontroli łaknienia**
- **Stałe uczucie głodu**
- **Objadanie się pod wpływem stresu, nudy i innych stanów emocjonalnych**

Niezaspokojone potrzeby emocjonalne są utożsamiane z głodem – potrzeba jedzenia – żywność spożywana jest szybko, bez delektowania się smakiem

Przyczyny takich zachowań:

- Brak świadomości własnych doświadczeń wewnętrznych, czyli utożsamiane emocji z głodem
- Nawyk rozładowywania emocji przez jedzenie
- Nagradzanie siebie, czyli pocieszanie się i symboliczne wzmacnianie

2. Lęk przed zmianą

- Praca nad sobą
- Radzenie sobie z różnymi sytuacjami społecznymi, skłaniającymi do jedzenia
- Zmiana stylu życia wymaga silnej woli, lęk przed porażką
- Brak wsparcia

Podsumowanie

- **Uczenie się samoregulacji:**
**Zmiany w otoczeniu fizycznym, społecznym
i w samym dziecku**
- **Terapia skierowana na ciało**
- **Dieta, aktywność fizyczna**
- **Terapia skierowana na psychikę**
Wyrażanie własnych przeżyć psychicznych,
motywacja wewnętrzna
- **Terapia skierowana na rodzinę**

- **Dziękuję za uwagę**