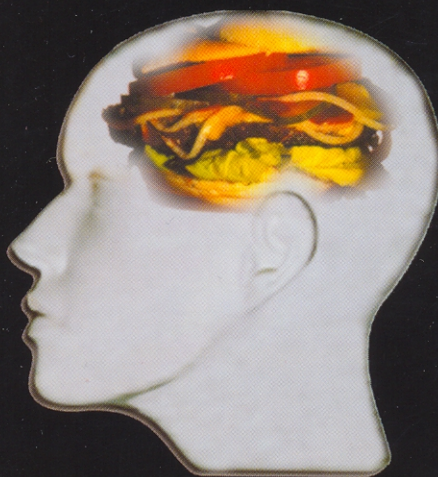


NINA OGIŃSKA-BULIK

Psychologia nadmiernego jedzenia



przyczyny • konsekwencje • sposoby zmiany



WYDAWNICTWO UNIwersYTETU ŁÓDZKIEGO • ŁÓDŹ 2004

NINA OGIŃSKA-BULIK

Psychologia nadmiernego jedzenia

przyczyny • konsekwencje • sposoby zmiany



WYDAWNICTWO UNIwersYTETU ŁÓDZKIEGO • ŁÓDŹ 2004

RECENZENT

Leszek Szewczyk

REDAKTOR WYDAWNICTWA UŁ

Bożena Tkacz

REDAKTOR TECHNICZNY

Wiesława Łubiech

KOREKTORZY

Danuta Bąk, Bogusława Kwiatkowska

OKŁADKĘ PROJEKTOWAŁA

Barbara Grzejszczak

© Copyright by Nina Ogińska-Bulik, Łódź 2004

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
2004

Wydanie I. Nakład 350 + 40 egz.
Ark. druk. 20,125. Papier kl. III, 80 g, 70 × 100
Zam. 110/3653/2004

ISBN (wersja drukowana) 83-7171-779-2
ISBN (ebook) 978-83-7969-296-5

SPIS TREŚCI

WSTĘP	7
1. NADMIERNE JEDZENIE – NORMA CZY PATOLOGIA	9
2. PRZYCZYNY NADMIERNEGO JEDZENIA	13
2.1. Uwarunkowania biologiczne	13
2.2. Determinanty społeczno-kulturowe	18
2.3. Przyczyny psychologiczne	19
2.3.1. Zaburzenia mechanizmu samoregulacji	19
2.3.2. Przekonania, oczekiwania i predyspozycje osobowościowe	22
2.3.3. Emocje a jedzenie	24
2.3.4. Stres i nieumiejętność radzenia sobie	29
2.4. Odchudzanie się – przyczyna czy skutek nadmiernego jedzenia	31
3. NADWAGA I OTYŁOŚĆ JAKO KONSEKWENCJE NADMIERNEGO JEDZENIA	37
3.1. Epidemiologia zjawiska	37
3.2. Nadwaga i otyłość w aspekcie historycznym	39
3.3. Rodzaje i kryteria oceny nadwagi i otyłości	41
3.4. Czynniki sprzyjające powstawaniu nadwagi i otyłości	52
3.4.1. Czynniki biologiczne	52
3.4.2. Czynniki środowiskowe	55
3.4.3. Czynniki psychologiczne	59
3.5. Skutki nadwagi i otyłości	63
3.5.1. Konsekwencje medyczne	63
3.5.2. Konsekwencje społeczno-psychologiczne	67
3.6. Sposoby redukcji nadwagi	70
3.6.1. Tradycyjne sposoby redukcji nadwagi	70
3.6.2. Psychologiczne sposoby redukowania nadwagi – modyfikacja zachowań	79
4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	91
4.1. Założenia i cele badawcze	91
4.2. Metody statystycznej analizy wyników	93
5. KONSTRUKCJA NARZĘDZI BADAWCZYCH	97
5.1. Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem (KZZJ)	97
5.2. Skala Osobistego Wpływu na Redukcję Nadwagi (SOW-RN)	102
5.3. Skala Poczucia Własnej Skuteczności w Redukcji Nadwagi (SPWS-RN)	104
6. BADANIA DZIECI	109
6.1. Pytania i hipotezy badawcze	109
6.2. Osoby badane	110
6.3. Zastosowane techniki badawcze	111

6.4. Analiza wyników badań	113
6.4.1. Zmienne psychologiczne a zachowania związane z jedzeniem	113
6.4.2. Zachowania związane z jedzeniem i zmienne psychologiczne a masa ciała	120
6.4.3. Wyznaczniki zachowań jedzeniowych i masy ciała u dzieci z nadwagą	126
6.5. Podsumowanie	133
7. BADANIA MŁODZIEŻY	139
7.1. Pytania i hipotezy badawcze	139
7.2. Osoby badane	140
7.3. Zastosowane techniki badawcze	141
7.4. Analiza wyników badań	143
7.4.1. Zmienne psychologiczne a zachowania związane z jedzeniem	144
7.4.2. Zachowania jedzeniowe i zmienne psychologiczne a masa ciała	149
7.4.3. Wyznaczniki zachowań związanych z jedzeniem i masy ciała u młodzieży z nadwagą	154
7.5. Podsumowanie	163
8. BADANIA OSÓB DOROSŁYCH	169
8.1. Pytania i hipotezy badawcze	169
8.2. Osoby badane	170
8.3. Zastosowane techniki badawcze	171
8.4. Wyniki badań	172
8.4.1. Wyniki badań w grupie mężczyzn	174
8.4.2. Wyniki badań w grupie kobiet	185
8.5. Podsumowanie	197
9. STRUKTURALNY MODEL ZALEŻNOŚCI MIĘDZY ZMIENNYMI W BADA- NYCH GRUPACH	203
10. PROGRAMY PSYCHOLOGICZNEGO WSPOMAGANIA REDUKCJI NADWAGI	209
10.1. Założenia	209
10.2. Stosowane formy oddziaływań	210
10.3. ZDROWY STYL ŻYCIA – Jak zapobiegać nadwadze i otyłości. Program dla młodzieży	213
Warsztat 1. Nadwaga i otyłość – co wiem na ten temat	213
Warsztat 2. Jak prawidłowo się odżywiać i kształtować właściwe nawyki żywieniowe	218
Warsztat 3. Jak być stanowczą w zachowaniach związanych z jedzeniem	224
Warsztat 4. Jak uzyskać pewność siebie i wzmocnić poczucie własnej wartości	227
Warsztat 5. Jak radzić sobie ze stresem	231
10.4. Program oddziaływań psychologicznych wspomagających redukcję nadwagi u kobiet	237
Sesja 1. Co powinnaś wiedzieć o otyłości	237
Sesja 2. Monitorowanie zachowań związanych z jedzeniem, czyli kiedy, gdzie i dlaczego jem	242
Sesja 3. Jak schudnąć	247
Sesja 4. Jak zmieniać zachowania sprzyjające nadmiernemu jedzeniu	255
Sesja 5. Jak wytrwać i nie zrezygnować	259
Sesja 6. Uwierz w siebie i bądź bardziej skuteczna	263
Sesja 7. Myśl pozytywnie	266
Sesja 8. Jak być bardziej stanowczą	269
Sesja 9. Pokonaj stres	272
Sesja 10. Jak radzić sobie z negatywnymi emocjami	276

11. EWALUACJA PROGRAMÓW	281
11.1. Ewaluacja programu redukcji nadwagi u młodzieży	281
11.1.1. Cel badań i metody	281
11.1.2. Wyniki badań	282
11.2. Ewaluacja programu redukcji nadwagi u kobiet	288
11.2.1. Cel badań i metody	288
11.2.2. Wyniki badań	290
ZAKOŃCZENIE	299
BIBLIOGRAFIA	305
ZAŁĄCZNIKI	313
SPIS TABEL	317
SPIS RYSUNKÓW	321

WSTĘP

W dobie powszechnej dostępności artykułów spożywczych coraz częściej obserwowane jest zjawisko nadmiernego jedzenia. Większość ludzi je więcej niż tego potrzebuje. Czynność jedzenia w coraz większym stopniu przestaje pełnić podstawową funkcję, jaką jest utrzymanie organizmu przy życiu i dostarczenie mu energii, a coraz częściej służy zaspokajaniu potrzeb psychicznych jednostki, takich jak pragnienie miłości, bezpieczeństwa, aprobaty. Jedzenie pomaga też w radzeniu sobie ze stresem, smutkiem, żalem czy złością. Może też być formą wyrażania sympatii, szacunku, miłości. Jedzenie nie jest więc wyłącznie procesem fizjologicznym, ale złożoną czynnością psychologiczną i społeczną, która odzwierciedla całego człowieka.

Jako czynność społeczna jedzenie służy nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów towarzyskich, czy też komunikowaniu przynależności do określonej grupy społecznej. W wielu instytucjach sprawy zawodowe omawia się „przy stole”, przy udziale jedzenia i picia. W licznych przypadkach spotkania towarzyskie przeradzają się w swoiste „orgie kulinarne”, na których spożywa się ogromne ilości potraw, z reguły wysokokalorycznych, najczęściej suto zakrapianych alkoholem.

Jedzenie symbolizuje siłę, dostatek, zdrowie, lecz współczesny człowiek, pochłonięty pracą, skłonny do przeznaczania większej ilości czasu na zakupy niż na gotowanie, sięga po wysoko przetworzone produkty, głównie „fast foody”, objada się ciastkami, pije słodkie i wysokokaloryczne napoje. Człowiek początku XXI w., oprócz hedonistycznej przyjemności jedzenia, charakteryzuje się także niechęcią do wysiłku fizycznego, czemu m. in. sprzyja 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 20 lat odsetek osób otyłych. Ich liczba na świecie przekracza już 100 mln. Ocenia się, że ok. 40% ogólnej populacji wykazuje nadmierną masę ciała. Co trzeci Amerykanin, co dziesiąty Polak jest otyły.

Specjaliści zajmujący się problematyką nadwagi używają już określenia „epidemia”. Niepokój budzi fakt, że od lat, pomimo coraz większego dostępu do zdrowej żywności, różnego rodzaju diet i zwiększającej się świadomości,

liczba ludzi otyłych nie zmniejsza się. Zwiększa się za to liczba odchudzających się. Co druga kobieta się odchudza, a niemal każda liczy kalorie. Jednocześnie naukowcy przewidują, że jeżeli niczego nie zmienimy w swoich zwyczajach kulinarnych, to w roku 2230 wszyscy mieszkańcy naszego globu będą otyli. Jak to jest możliwe? Co wpływa na to, że ludzie jedzą więcej niż potrzebują?

Książka poświęcona jest psychologii nadmiernego jedzenia. Przedstawia różne uwarunkowania przejadania się, które sprzyjają powstawaniu nadwagi i otyłości. Koncentruje się przede wszystkim na mechanizmach psychologicznych wyjaśniających, w jaki sposób określone przekonania dotyczące własnej osoby, przeżywane emocje, stres i trudności w radzeniu sobie z nim wpływają na to, że człowiek je, pomimo, że nie jest głodny. W konsekwencji, jedząc więcej niż potrzebuje, organizm kumuluje nadmiar kalorii w postaci tłuszczu i człowiek tyje. Z kolei przybieranie na wadze pociąga za sobą próby odchudzania się, do tego najczęściej nieskuteczne. Wprowadzane restrykcyjne ograniczenie jedzenia najczęściej skutkuje napadami przejadania się i dalszego tycia. Wszystko to wpływa na sposób myślenia o sobie, wzmacnia dyskomfort psychiczny, nasila stres i negatywne emocje. Tak zamyka się – coraz trudniejsze do przzerwania – błędne koło.

W książce przedstawiono wyniki badań własnych przeprowadzone na grupie 1322 osób, w tym ponad 800 z nadmierną masą ciała. Ze względu na występujące różnice związane z wiekiem i płcią, wyniki zostały przedstawione oddzielnie u dzieci, młodzieży i dorosłych.

Niezależnie od wieku badanych usiłowano uchwycić występujące zależności między zmiennymi psychologicznymi – wyrażającymi określonego rodzaju przekonania i oczekiwania, emocje i sposoby radzenia sobie ze stresem – a zachowaniami związanymi z jedzeniem. Przede wszystkim związane z przejadaniem się, ale także z powstrzymywaniem się od jedzenia oraz posiadaną masą ciała. We wszystkich grupach wiekowych ustalono psychologiczne wyznaczniki zachowań związanych z jedzeniem i masy ciała.

Na podstawie uzyskanych wyników badań oraz danych prezentowanych w literaturze zostały opracowane dwa programy oddziaływań psychologicznych wspomagających proces redukcji nadwagi. Jeden przeznaczony dla młodzieży, drugi dla kobiet. Obydwa programy zostały wdrożone i poddane ewaluacji. Zamieszczone w końcowej części monografii wyniki wskazują na ich dużą skuteczność.

1. NADMIERNE JEDZENIE – NORMA CZY PATOLOGIA

Jedzenie jest nie tylko czynnością fizjologiczną, ale także jedną z ważniejszych przyjemności życiowych. Większość ludzi je, aby żyć. Są też tacy, którzy żyją, aby jeść. Rzeczą normalną jest okazjonalne przejadanie się, np. w czasie różnych uroczystości, świąt, wesel, imienin, ale niepokojącym staje się fakt częstego przejadania się, bądź utrata kontroli nad procesem jedzenia.

O skali zjawiska nadmiernego jedzenia mogą świadczyć dane przytoczone przez Abraham i Llewelyn-Jones (2001) dotyczące kobiet australijskich. Okazuje się, że ponad 50% badanych miało lub nadal ma problemy z kontrolowaniem wagi. 63% młodych Australijek przyznało się do napadów obżarstwa, zaś 23% objadało się nałogowo. Inne dane wskazują, że u ok. 21% kobiet ogólnej populacji występują częste epizody objadania się (Chłodzińska-Kiejna, 1995).

Badania przeprowadzone przez Uniwersytet w Harvardzie (Heatherton, za: Baumeister, i in., 2000) wskazują, że okresy przejadania się, a nawet obżarstwa występują u co piątej kobiety. Samoregulacja procesu jedzenia nie jest zadaniem prostym, ale wielu ludziom udaje się kontrolować jedzenie w rozsądnych granicach, dopuszczając okazjonalne przejadanie się, które nie musi prowadzić do niepowodzeń w samokontroli. Niestety, są też tacy, u których mechanizmy samoregulacji zawodzą.

Pojęcie nadmiernego jedzenia nie jest jednoznaczne. Może oznaczać różne rzeczy dla różnych ludzi. Trudno bowiem określić „wielkość” jedzenia, która wskazywałaby na jego nadmiar. Nie ma uniwersalnej „miary” wskazującej, ile powinno się jeść. To, co dla jednej osoby może być ogromnym posiłkiem, dla drugiej może oznaczać zaledwie przekąskę. Gilbert (1986, s. 30) definiuje nadmierne jedzenie jako „zachowanie jedzeniowe, które prowadzi do wzrostu wagi powyżej średniej dla danej populacji i powtarzających się epizodów dyskomfortu i obniżonego nastroju”.

Zwykle sądzi się, że nadmierne jedzenie jest charakterystyczne dla ludzi otyłych. Nie jest to do końca prawdą. U ludzi z nadmierną masą ciała równie często występują okresy powstrzymywania się od jedzenia, a nawet głodzenia się. Podobnie, u ludzi z wagą w normie występują okresy przejadania się

i powstrzymywania się od jedzenia, ale mają one raczej charakter okazjonalny. Nadmierne jedzenie może, ale nie musi prowadzić do nadwagi.

Nadmierne jedzenie może być traktowane jako element zachowań związanych z jedzeniem, obok innych zachowań żywieniowych, takich jak podjadanie, przegryzanie między posiłkami, czy powstrzymywanie się od jedzenia. Wyraża wtedy przede wszystkim tendencję do – raczej okazjonalnego – przejadania się. Nadmierny apetyt nie ma w tym przypadku charakteru patologicznego i nie należy go traktować w kategoriach zaburzeń jedzenia, ale – podobnie jak w zaburzeniach odżywiania się – jest nie tyle przejawem głodu fizjologicznego, co raczej psychologicznego, a więc służy zaspokajaniu potrzeb psychicznych jednostki.

Nie ma nic złego w sporadycznym uspokajaniu się poprzez zjedzenie czegoś smacznego, ale niebezpieczne jest, gdy jedzenie staje się stałym i niekontrolowanym zwyczajem, najczęściej prowadzącym do otyłości. Niebezpieczne jest także wtedy, gdy stanowi drogę ucieczki przed rozwiązywaniem problemów i zastępuje podejmowanie aktywnej z nimi walki (Somer, 1998).

Nadmierne jedzenie może być także elementem zaburzeń łaknienia. Występuje ono u ludzi, którzy znaczną część swego czasu poświęcają myśleniu o jedzeniu i pochłanianiu go. Napęlnianie żołądka staje się integralną częścią ich życia, a dla niektórych nawet najważniejszą sprawą w życiu. Są to osoby cierpiące na przymus jedzenia, przejawiające nadmierne łaknienie czy obsesję na punkcie jedzenia. Można je uznać za uzależnione od jedzenia i zaliczyć do tzw. „jedzenioholików”.

Nadmierne łaknienie (*binge-eating*), traktowane jako zaburzenie, oznacza żarłoczność, obżarstwo lub „hulaszcze jedzenie”. Żarłoczność, podobnie jak bulimia, charakteryzuje się gwałtownym pochłanianiem pożywienia, jednak różni się od niej tym, że napadom nadmiernego łaknienia nie towarzyszą wymioty, ani inne formy „przeczyszczania” organizmu. Zaburzenia typu żarłoczności stwierdza się u 30% otyłych osób podejmujących leczenie.

Według Oblacińskiej (1995) kryteria diagnostyczne żarłoczności obejmują:

1. Powtarzające się epizody żarłoczności, które charakteryzują się:
 - ♦ krótkimi odstępami pomiędzy posiłkami (średnio co 2 godz.).
 - ♦ brakiem kontroli nad występowaniem „napadów” nadmiernego jedzenia (uczucie niemożności zaprzestania jedzenia oraz niekontrolowanie jakości i ilości posiłków).
2. 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 zażenowania faktem obżarstwa,

- ♦ uczucie niezadowolenia z siebie, poczucie winy lub nawet przygnębienia po nadmiernym objedzeniu się.

3. Występowanie epizodów przejadania się co najmniej 2 razy w tygodniu przez okres 6 miesięcy.

Wielu ekspertów nie akceptuje diagnozowania zaburzeń związanych z objadaniem się jako odrębnej jednostki chorobowej, uważając, że przypadki te należy zaliczyć do tzw. **nietypowych zaburzeń odżywiania** i włączyć do kategorii „zaburzeń odżywiania się niezaklasyfikowanych gdzie indziej”. Zalicza się tu sytuacje, kiedy jednostka pochłania ogromne ilości jedzenia, ale czyni to np. raz w tygodniu, bądź też odżywia się chaotycznie, raz się przejada, po czym stosuje dietę i znów się przejada, co wiąże się z brakiem właściwego wzorca odżywiania, zapewniającego dostarczanie organizmowi odpowiednich ilości pożywienia i utrzymywania stałej wagi (Abraham, Llewelyn-Jones, 2001).

Nadmierne jedzenie jest jedną z cech charakteryzujących **bulimię psychiczną**, ale może także wystąpić w anoreksji. Osoby cierpiące na te zaburzenia poświęcają wiele uwagi jedzeniu i swojemu wyglądowi. O ile anorektycy bardzo kontrolują co i ile jedzą, o tyle bulimicy tracą kontrolę nad ilością jedzenia i średnio dwa razy w tygodniu objadają się bez opanowania.

Osoby cierpiące na **anoreksję** (jadłowstręt psychiczny) mają obsesję szczupłej sylwetki i wykazują paniczny strach przed utyciem. Cechą charakterystyczną osoby cierpiącej na anoreksję jest znaczne wychudzenie, będące wynikiem drastycznego ograniczania ilości przyjmowanych pokarmów. Zaburzenie to dotyczy głównie młodych ludzi, a szczególnie dziewcząt. Szacuje się, że jedna nastolatka na sto jest ofiarą tego schorzenia (Somer, 1998). Osoby cierpiące na anoreksję psychiczną można podzielić na dwie kategorie, tj. z anoreksją restrykcyjną, do której zalicza się jednostki głodzące się w celu pozbycia się urojonej nadwagi, oraz bulimiczną, w której okresy głodu przeplatają się z okresami obżarstwa. Abraham i Llewelyn-Jones (2001) podają, że ok. 40% chorych na anoreksję ma okresy żarłoczności.

Bulimia (żarłoczność psychiczna) to rodzaj zaburzenia, w którym występują okresy trudnego do opanowania obżarstwa, trwające od kilku minut do kilku godzin. W tym czasie osoba jest w stanie spożyć ilość jedzenia o wartości nawet kilku tysięcy kalorii. Na bulimię cierpią przede wszystkim młode kobiety, co najmniej trzy nastolatki na sto. Pozwala to na zaliczenie bulimii do najbardziej rozpowszechnionej formy zaburzeń łaknienia. Wyróżnia się dwie grupy bulimików, tzw. typ przeczyszczający się, do którego należą osoby, które po okresach przejadania się stosują wymioty i środki przeczyszczające oraz typ nie przeczyszczający się, tj. osoby, które ograniczają ilość przyjmowanego pokarmu (łącznie z głodówką) między okresami przejadania się lub też wykonują bardzo intensywne ćwiczenia fizyczne, lecz nie prowokują

wymiotów ani nie nadużywają środków przeczyszczających (Abraham, Llewelyn-Jones, 2001).

Znane są także przypadki występowania jednocześnie objawów bulimii i anoreksji, określane jako bulimareksja. Bulimiczki jedzą, by poprawić sobie samopoczucie, ale to, co jedzą i w jakich okolicznościach, powoduje pogorszenie samopoczucia, wzrost poczucia winy i okresy głodowania, aż do następnego napadu obżarstwa i kolejnych wymiotów. Można powiedzieć, że cierpiący na bulimię wymiotują, by móc się objadać i objadają się, by móc wymiotować. Taka sytuacja budzi wstyd i wzmacnia silny lęk. Z kolei lęk przed bezradnością i ukrywanie napadów obżarstwa stają się przyczyną depresji i niskiej samooceny – co z reguły nasila występujący problem.

U niektórych przejadających się może występować przymus jedzenia tylko wybranych pokarmów, np. czekolady czy lodów. W latach 90. XX w. Hetherington i Macdiarmid wprowadzili termin „czekoladoholizm” (*chocoholism*). Do osób uzależnionych od czekolady zaliczyli te, które spożywały więcej niż 12 tabliczek tygodniowo. Jak podkreśla Somer (1998), przynajmniej jedna z dwóch kobiet przyznaje się, że nie zawsze może zapanować nad apetytem na czekoladę.

Niezależnie od tego, czy nadmierne jedzenie ma charakter patologiczny czy też nie, jest ono uwarunkowane wieloma przyczynami. Można wśród nich wyróżnić determinanty biologiczne, środowiskowe i psychologiczne. Przyczyną przejadania się może być także stosowanie restrykcji dietetycznych, towarzyszących różnego rodzaju kuracjom odchudzającym.

2. PRZYCZYNY NADMIERNEGO JEDZENIA

2.1. Uwarunkowania biologiczne

Skłonności do przejadania się mogą być uwarunkowane czynnikami biologicznymi, co związane jest przede wszystkim z działaniem mechanizmów fizjologicznych organizmu. Zwiększone ilości przyjmowanego jedzenia lub wydłużanie czasu posiłków nazywane jest **hiperfagią posiłkową**. Jej częstym objawem jest uczucie głodu pomimo najedzenia się (Gilbert, 1986).

Przyjmowanie pożywienia jest związane z działaniem bardzo złożonych mechanizmów, w których nadrzędną rolę odgrywa ośrodkowy układ nerwowy. Docierające do niego bodźce ze świata zewnętrznego i z wnętrza organizmu, zawierają informacje o przebiegu procesów trawiennych, wchłanianiu, przemianie materii, składzie krwi, aktywności fizycznej i ciepłocie ciała. Informacje te przekazywane są do ośrodkowego układu nerwowego drogą humoralną oraz poprzez włókna nerwowe i poddawane analizie i przetworzeniu, co odbywa się przede wszystkim w podwzgórzu. Przekazywane do narządów wykonawczych decyzje wpływają na pobór pożywienia, przebieg transportu i metabolizm składników pokarmowych, adekwatnie do stanu fizjologicznego ustroju (Komen-der, 1995).

Podwzgórze to część mózgu, która kieruje podstawowymi funkcjami biologicznymi. Jest obszarem w mózgu kontrolującym wiele procesów metabolicznych odpowiedzialnych za powstawanie uczucia głodu. Stąd pochodzą bodźce kierujące apetytem, tutaj określone skupiska komórek nerwowych tworzą ośrodek sytości i głodu. Gdy ośrodek głodu jest uruchomiony, organizm domaga się pożywienia, natomiast gdy organizm jest zaopatrzony w niezbędną dawkę energii to ośrodek sytości uruchamia uczucie sytości. Ośrodki głodu i sytości posiadają sferę wyczuloną na poziom stężenia cukru we krwi (zwaną glikostatem) i kiedy poziom cukru we krwi opada, osoba odczuwa stan głodu (Leleu, 1999).

Na pobudliwość ośrodka głodu i sytości mogą wpływać różne czynniki pochodzenia ośrodkowego 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).

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).

Wydzielanie w przewodzie pokarmowym cholecystokininy (CCK – hormonu wydzielanego w ścianie jelita cienkiego), jest dla mózgu sygnałem, że żołądek został już wypełniony. Natomiast, gdy sygnał ten nie działa albo nie jest przez mózg odbierany, mogą nastąpić napady obżarstwa i spożywanie ogromnych ilości jedzenia zanim wystąpi uczucie zaspokojenia apetytu.

Na funkcjonowanie ośrodków głodu i sytości mogą wpływać także inne hormony, leki i neuroprzekaźniki. Insulina, hormony płciowe męskie (androgeny) i hormony nadnerczy zwiększają łaknienie. Natomiast hormony płciowe żeńskie (estrogeny), prostaglandyny, cholecystokinina, glukoza i glukagon – obniżają. Wpływ leków na ośrodki podwzgórza może być różny, np. barbiturany, neuroleptyki i klonidyna – zwiększają łaknienie, zaś amfetamina i atropina – zmniejszają. Wśród neuroprzekaźników serotonina zmniejsza łaknienie, a neuropeptyd Y (NPY) zwiększa (Komender, 1995). 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. Polipeptyd ten odgrywa ważną rolę w regulacji zasobów tłuszczowych organizmu, zmniejsza łaknienie, stężenie glukozy we krwi oraz insuliny i działa antagonistycznie w stosunku do NPY. Leptyna zaliczana jest do związków anoreksygeniczných (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 ona bowiem przez tkankę tłuszczową proporcjonalnie do masy, wpływa w ten sposób na pobór pokarmu i wydatkowanie energii, a tym samym wpływa na masę ciała (Szczygieł i in., 1999; Bik, 2001; Jarosz-Chobot i in., 2001).

Neuropeptyd Y zaliczany jest do grupy związków oreksygeniczných (pobudzających łaknienie). W warunkach fizjologicznych wzrost poziomu leptyny w odpowiedzi na bodziec pokarmowy prowadzi do obniżenia aktywności NPY, zmniejsza łaknienie i odwrotnie, obniżenie poziomu leptyny wiąże się ze stymulacją sekrecji NPY, zwiększającego łaknienie i tendencje do nad-

miernego jedzenia. Interesujące wydaje się 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 jest on 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 tworzenie tłuszczu. Oporność insulinowa ponadto hamuje wydzielanie glukagonu, hormonu sygnalizującego wypełnienie żołądka i obniża poziom serotoniny (Lipetz, 1998).

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 (Somer, 1998). 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. Dzieje się tak m. in. dlatego, że podwzgórze wytwarza substancję zwaną MCH (*melanin concentrating hormone*) odpowiedzialną za niepohamowane łaknienie. MCH uwalnia się do przedniego płata mózgu, tam gdzie zapadają decyzje dotyczące jedzenia. Uwolnienie MCH przy braku serotoniny powoduje, że mózg natychmiast sygnalizuje konieczność dostarczenia brakujących substancji (Arnot, 2000).

Sarah Leibowitz, ekspert w dziedzinie neurobiologii otyłości, wykazała, 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 liczba hormonów odpowiedzialnych za przejadanie się (Arnot, 2000).

Innymi neuroprzekaznikami, które mogą zwiększać potrzebę jedzenia, są dopamina i noradrenalina, które powstają z aminokwasu, jakim jest tyrozyna. Niski poziom dopaminy i noradrenaliny wywołuje stany depresyjne, uczucie przynębienia, a ich wzrost poprawia nastrój i zmniejsza wrażliwość na stres. Stosowanie diety bogatej w białko zwiększa poziom tych neuroprzekazników. Wykazano także związek między nadmiernym (niepohamowanym) apetytem, zwłaszcza na słodkie, a wydzielaniem endorfin, które działają odprężająco, uspokajająco i są odpowiedzialne za uczucie przyjemności. Uważa się, że poziom endorfin jest uzależniony od masy ciała i rośnie wraz z jej wzrostem (Somer, 1998).

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 spalania w celu szybkiego uzyskania energii. Jeśli i ten sygnał zostanie zignorowany podwzgórze wysyła kolejny przekaznik, jakim jest galanina, nakazujący organizmowi spożywanie tłuszczów, co z reguły powoduje jego odkładanie jako zapas energetyczny (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 nadwagi. 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 słodkokremowe (Somer, 1998).

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 neuroprzekazników (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 7 kg i więcej, po sezonie zimowym (Somer, 1998). 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 (*premenstrual tension syndrome* – 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, 1998). 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 stwierdzono objawy PMS w okresie przedmiesiączkowym, zwiększają spożycie węglowodanów przeciętnie o 24% w czasie posiłków, a o 42% między posiłkami (Somer 1998). Spożycie bogatego w węglowodany posiłku prowadzi do wzrostu poziomu serotoniny, a tym samym poprawia nastrój, zmniejsza napięcie, działa uspokajająco. Istnieje również hipoteza mówiąca 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 nastrój. Ten z kolei skłania kobiety do zjedzenia czegoś słodkiego.

Wydaje się także, że do wystąpienia PMS przyczynia się poziom endorfin. 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).

Czynniki biologiczne nie są jednak jedynymi przyczynami przejadania się. Z tym stwierdzeniem zgadza się większość naukowców, choć nie ma wśród nich zgodności co do roli innych czynników prowadzących do nadmiernego jedzenia. Zwraca się jednakże uwagę na uwarunkowania środowiskowe (społeczno-kulturowe) oraz czynniki psychologiczne.

2.2. Determinanty społeczno-kulturowe

Do czynników środowiskowych, przyczyniających się do nadmiernego jedzenia, zalicza się przede wszystkim nieprawidłowy, utrwalony w rodzinie sposób żywienia. Dziecko w zasadzie przejmując „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 utrwalą je w dorosłym życiu.

Przekarmianie dziecka od najwcześniejszych lat życia przez nadopiekuńczych rodziców i dziadków, ciągłe 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, kiedy jest głodne. Jak wskazują dane, więcej dzieci otyłych spotyka się wśród tych, które były karmione butelką, niż wśród dzieci karmionych piersią (Fricker, 1995). Dziecko, które na każdy atak płaczu dostaje pokarm, z czasem zaczyna łączyć jedzenie ze sposobem zaspokajania potrzeb uczuciowych i rozwiązywaniem problemów.

Pożywienie, a zwłaszcza zaś słodyczne, podsuwane przez rodziców, jest często uzupełnieniem niedostatku rodzicielskich uczuć. W wielu przypadkach jedzenie jest traktowane przez rodziców, jako sposób okazywania miłości, czy jako nagroda (Somer 1998). 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, uczą się eliminować przykre zdarzenia i niezadowolenie poprzez jedzenie (Michalek, 2001a). Tego typu zachowania utrwalają się wraz z wiekiem.

Przyczyną nadmiernego jedzenia mogą być też ważne wydarzenia, takie jak przeprowadzka, rozstanie z bliską osobą, narodziny młodszego rodzeństwa lub śmierć członka rodziny. Jedzenie w takich przypadkach odgrywa rolę pocieszenia (Fricker, 1995).

Nadmiernemu jedzeniu służą ponadto:

- ▮ zmiana standardu życia, a przede wszystkim wzrost zamożności (ale także pogorszenie sytuacji materialnej może powodować wzrost koncentracji uwagi na jedzeniu);
- ▮ powszechna dostępność produktów spożywczych;
- ▮ dobra kuchnia rodzinnego domu lub też ubóstwo w okresie dzieciństwa czy młodości;
- ▮ uroczystości rodzinne, przyjęcia itp.;
- ▮ ciąża i „troska o zdrowie” mającego się narodzić dziecka;
- ▮ klimakterium; wygasanie funkcji hormonalnej gruczołów płciowych, spadek aktywności i atrakcyjności seksualnej;
- ▮ przejście na rentę czy emeryturę;
- ▮ urazy czy długotrwała choroba (np. wyleczenie niektórych chorób wymagających przestrzegania diety, jak żółtaczka zakaźna czy choroba wrzodowa może pociągać za sobą tendencję do nadmiernego jedzenia);
- ▮ hedonistyczna przyjemność jedzenia, a także skłonność do próbowania nowych potraw;
- ▮ zmniejszenie atrakcyjności wyglądu zewnętrznego i proces starzenia się.

2.3. Przyczyny psychologiczne

Analizując przyczyny nadmiernego jedzenia coraz częściej i coraz więcej mówi się o czynnikach natury psychologicznej. Wiążą się one przede wszystkim z procesami samoregulacji, z przekonaniami i oczekiwaniami jednostki, doświadczanym stresem i negatywnymi emocjami. W kolejnych punktach zaprezentowane zostaną najważniejsze treści związane z tymi zagadnieniami.

2.3.1. Zaburzenia mechanizmu samoregulacji

Nadmierne jedzenie spostrzegane jest przez wielu badaczy jako zaburzenie samoregulacji, wyrażające się przede wszystkim w trudnościach kontrolowania ilości przyjmowanego pokarmu. Termin „samoregulacja” według Baumeistera i in. (2000) jest rozumiany jako każdy wysiłek człowieka w kierunku zmiany własnych reakcji. Reakcje te mogą oznaczać działania, myśli, uczucia czy pragnienia. Samoregulacja wymaga określonego rodzaju siły, nazywanej siłą woli (kontrolą wolicjonalną). Proces samoregulacji jest więc pewnego rodzaju walką sił: siły impulsu i wynikającej z niej gotowości do podejmowania działań oraz siły mechanizmu samoregulującego, który stara się przerwać reakcję i zapobiec wystąpieniu działania. Funder i Block (za: Baumeister i in.,

2000) w badaniach samoregulacji posługiwali się terminem kontroli ego. Ich zdaniem, ludzie różnią się pod względem kontrolowania impulsów, żądań i działań. Skłonność do podejmowania ryzyka i opieranie się bezpośredniej pokusie (w celu zdobycia większej, lecz opóźnionej gratyfikacji) jest związana z kontrolą ego, którą autorzy utożsamiają z pojęciem siły woli.

Baumeister i in. (2000) podkreślają, że u ok. 30% osób, głównie otyłych, występuje nieumiejętność regulowania ilości przyjmowanych pokarmów. 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 zaś, jak wiadomo, z reguły prowadzi do przejadania się.

Tak więc 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 będąc w towarzystwie (Baumeister i in., 2000). 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 monitorowanie własnych zachowań jest niezbędnym warunkiem powodzenia stosowanych kuracji. Collins (za: Baumeister i in., 2000) stwierdził, że w warunkach słabego monitorowania osoby odchudzające się zjadały więcej cukierków i były znacznie mniej dokładne, jeśli chodzi o ilość zjedzonych słodczy 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. Wardle i Beales (1988) stwierdzili, że kobiety odchudzające się jadły trzy razy więcej wówczas, gdy 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. Polivy i Herman (1985) stwierdzili, że podanie alkoholu osobom odchudzającym się powodowało rezygnację z ograniczeń jedzeniowych. Związek między piciem alkoholu a skłonnością do przejadania się jest szczególnie widoczny w przypadku bulimii. Williamson (za: Baumeister i in. 2000) zauważył, że chorzy z bulimią mają większe skłonności do objadania się i przeczystszczania po wypiciu kilku porcji alkoholu, a Abraham i Beumont (1982) stwierdzili, że 44% osób z bulimią