



WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCyny LOTNICZEJ

dr hab. Agata Gałdździńska
mgr inż. Patrycja Urbańska

PORADNIK

PSYCHODIETETYCZNY

DLA PSYCHOLOGÓW



Warszawa 2025

WSTĘP

W dzisiejszych czasach nasze podejście do jedzenia i zdrowia ewoluuje, a wraz z nim pojawia się potrzeba nowego spojrzenia na to, jak wspieramy pacjentów w ich relacjach z jedzeniem i ciałem. Psychodietetyka, będąca połączeniem psychologii i dietetyki, staje się niezwykle ważnym obszarem, w którym psychologowie mogą odgrywać kluczową rolę w poprawie jakości życia swoich pacjentów.

Jedzenie to znacznie więcej niż zaspokajanie głodu – to również emocje, nawyki, przekonania, potrzeby społeczne i kulturowe. Coraz więcej osób zmaga się z trudnościami związanymi z odżywianiem, które mogą prowadzić do problemów zdrowotnych: fizycznych i psychicznych. Złożoność tych problemów wymaga holistycznego podejścia, które bierze pod uwagę aspekty fizjologiczne i psychiczne. Zadaniem psychologa w tym procesie jest wsparcie pacjenta w budowaniu zdrowszych relacji z jedzeniem, ciałem i emocjami, a także pomoc w rozwijaniu motywacji do trwałych, pozytywnych zmian.

Ten poradnik ma na celu dostarczenie psychologom narzędzi, wiedzy i inspiracji, które pomogą w codziennej pracy z osobami mającymi trudności z jedzeniem. Znajdziecie tu Państwo zarówno teoretyczne podstawy psychodietetyki, jak i praktyczne techniki.

Praca nad nawykami żywieniowymi to często delikatny i wymagający proces, dlatego ważne jest, aby podejść do niego z empatią, otwartością i cierpliwością. Psychodietetyka polega na odkrywaniu, jakie mechanizmy psychiczne stoją za określonymi zachowaniami oraz wspieraniu pacjentów w zrozumieniu, w jaki sposób emocje, stres czy przekonania na temat siebie samego mogą wpływać na wybory żywieniowe.

Zapraszamy Państwa do pogłębienia wiedzy z zakresu psychodietetyki i do korzystania z przedstawionych tu strategii pracy, które pomogą wspierać pacjentów w osiągnięciu równowagi między ciałem, umysłem i jedzeniem.

dr hab. Agata Gałdzińska
mgr inż. Patrycja Urbańska

PSYCHODIETETYKA A ZDROWIE PSYCHOFIZYCZNE

1



Psychodietetyka to interdyscyplinarna dziedzina integrująca psychologię oraz dietetykę. Bada w jaki sposób nawyki żywieniowe wpływają na stan psychiczny człowieka i odwrotnie – jak aspekty psychologiczne wpływają na podejmowane wybory żywieniowe. W tej dziedzinie szczególnie ważne jest zrozumienie mechanizmów, które stoją za emocjonalnym jedzeniem, zaburzeniami odżywiania i ogólnym zdrowiem psychicznym związanym ze sposobem żywienia.

Celem psychodietetyki jest poprawa zdrowia fizycznego oraz uzyskanie dobrostanu psychicznego poprzez wypracowanie odpowiednich nawyków żywieniowych, a także zapobieganie zaburzeniom odżywiania przez edukację oraz wsparcie psychologiczne.

1.1 PSYCHOLOG W PSYCHODIETETYCE

Psycholog zajmuje się psychologicznymi aspektami związanymi z odżywianiem, które wpływają na zachowania żywieniowe pacjentów. Diagnozuje przyczyny niezdrowych nawyków, a także pomaga pacjentowi zrozumieć ich psychologiczne uwarunkowania i wypracować lepszą relację z jedzeniem.

- Psycholog pomaga pacjentowi zidentyfikować i zrozumieć, jak emocje, stres, smutek, nuda czy lęk, wpływają na jego nawyki żywieniowe.

- Wspiera pacjenta w budowaniu wewnętrznej motywacji do zmiany zachowań związanych z jedzeniem, pomagając wypracować zdrowe nawyki żywieniowe oraz utrzymać je w dłuższym czasie.
- Wykorzystuje różne techniki, aby pomóc pacjentowi zmieniać negatywne myśli oraz przekonania, które mogą prowadzić do niezdrowych zachowań żywieniowych.
- Psycholog uczy pacjenta skutecznych metod radzenia sobie ze stresem i emocjami, aby unikać jedzenia jako narzędzia regulującego emocje.
- Pomaga pacjentowi wzmocnić wiarę w siebie i swoje zdolności samokontroli oraz dokonywać zdrowych wyborów żywieniowych.

1.2 PSYCHOLOG W PROCESIE ZMIANY

Przejsięcie przez proces zmiany, wymaga wiedzy i zdolności do radzenia sobie z trudnościami na poziomie emocjonalnym. Oto wybrane narzędzia i strategie pomocne w pracy z pacjentem.

- **Techniki poznawczo-behawioralne** - Pracując nad przekonaniami i schematami myślowymi dotyczącymi jedzenia, psycholog pomaga pacjentowi zidentyfikować i zmienić negatywne wzorce myślenia.

- **Motywacyjny wywiad** - Psycholog wykorzystuje techniki motywacyjnego wywiadu, aby zwiększyć zaangażowanie pacjenta w proces zmiany, wzmacniając jego motywację do osiągnięcia zamierzonych celów.
- **Psychoedukacja** - Psycholog dostarcza pacjentom informacji na temat psychologicznych aspektów odżywiania, aby zwiększyć ich świadomość na temat wpływu emocji i stresu na wybory żywieniowe.
- **Samokontrola i samoregulacja** – Dzięki technikom takim jak mindfulness czy techniki radzenia sobie ze stresem, psycholog wspiera pacjenta w wypracowywaniu umiejętności samokontroli i samoregulacji.



1.3 PSYCHOLOG vs. DIETETYK

Psycholog i dietetyk pełnią odrębne, ale komplementarne role w psychodietetyce. Psycholog koncentruje się na emocjach, zachowaniach i przekonaniach, które wpływają na relację pacjenta z jedzeniem, natomiast dietetyk zajmuje się fizjologicznymi i zdrowotnymi aspektami odżywiania. Współpraca ekspertów zapewnia pacjentowi wszechstronne wsparcie w zmianie nawyków żywieniowych, co prowadzi do bardziej trwałych rezultatów.

ZAKRES DZIAŁAŃ	PSYCHOLOG	DIETETYK
Obszar pracy	Emocjonalne i psychologiczne aspekty jedzenia.	Fizjologiczne, zdrowotne i żywieniowe aspekty diety.
Rozpoznanie i zmiana nawyków	Pomaga pacjentowi zidentyfikować niezdrowe nawyki i pracować nad ich zmianą.	Ocenia i analizuje nawyki żywieniowe pacjenta. Opracowuje plan zmiany.
Wsparcie w radzeniu sobie ze stresem i emocjami	Uczy pacjenta, jak zarządzać emocjami bez używania jedzenia.	Może dostosować plan diety w okresach zwiększonego stresu.
Praca nad obrazem ciała i samoakceptacją	Pomaga pacjentowi w pracy nad samooceną, wizerunkiem oraz samoakceptacją.	Edukuje o wpływie zdrowego stylu życia na samopoczucie fizyczne i psychiczne.
Zmiana przekonań i postaw wobec jedzenia	Pracuje nad przekonaniami i myślami związanymi z jedzeniem jak poczucie winy czy restrykcje.	Edukuje pacjenta o zdrowych wyborach żywieniowych i ich znaczeniu.
Edukacja żywieniowa	Pomaga pacjentowi zrozumieć psychologiczne przyczyny jego relacji z jedzeniem.	Uczy pacjenta zasad zdrowego odżywiania i ich wpływu na zdrowie.
Tworzenie planu żywieniowego	Pomaga we wdrażaniu planu poprzez wsparcie emocjonalne i motywacyjne.	Tworzy zindywidualizowany plan żywieniowy uwzględniający cele i potrzeby.
Monitorowanie postępów	Śledzi postępy pacjenta w pracy nad emocjami i zmianą przekonań.	Monitoruje wskaźniki zdrowotne i efekty diety oraz modyfikuje ją.
Wsparcie w podejmowaniu zdrowych wyborów	Pracuje nad budowaniem motywacji i trwałości nowych nawyków.	Motywuje pacjenta do przestrzegania zaleceń żywieniowych.

PSYCHOLOGIA ODŻYWIANIA

2



Psychologia jedzenia zajmuje się badaniem, jak czynniki psychiczne i środowiskowe wpływają na nawyki żywieniowe. Wybory żywieniowe są głęboko zakorzenione w umyśle, emocjach, a także w środowisku społecznym.

2.1 MECHANIZMY PSYCHOLOGICZNE A SPOSÓB ODŻYWIANIA

Psychologiczne mechanizmy związane z odżywianiem obejmują szeroki wachlarz procesów myślowych i zachowań, które mogą determinować nawyki żywieniowe.

- **Schematy poznawcze**, czyli wyuczone wzorce myślenia, kształtują nasze reakcje na jedzenie. Na przykład, jeśli ktoś uważa określone jedzenie za nagrodę, to może po nie sięgać w sytuacjach emocjonalnych. Schematy poznawcze mogą również wpływać na to, jak postrzegamy swoje ciało i jakie mamy oczekiwania wobec siebie.
- **Nawyki i automatyzmy** determinują dużą część naszych wyborów żywieniowych, które są podejmowane bez pełnej świadomości. Nawyki, takie jak sięganie po przekąski w czasie oglądania telewizji, są utrwalone przez powtarzające się wzorce zachowań. Automatyzmy bywają trudne do zmiany, ponieważ nie są powiązane z celowym działaniem, a raczej wynikają z bodźców środowiskowych, jak np. czas czy miejsce.

- **Motywacja** ma duże znaczenie dla wyborów żywieniowych. Motywacja wewnętrzna związana z dbaniem o zdrowie jest zazwyczaj bardziej trwała niż motywacja zewnętrzna, taka jak presja społeczna.
- **Wpływ środowiska** jak dostępność jedzenia, reklamy i marketing mają ogromny wpływ na wybory żywieniowe. W kontekście psychologii jedzenia badania pokazują, że ludzie jedzą więcej, gdy mają przed sobą większe porcje i różnorodne wybory.
- **Emocje i stres** silnie regulują sposób odżywiania. Przykładem może być jedzenie emocjonalne, które jest reakcją na negatywne emocje.

2.2 WPŁYW EMOCJI NA WYBORY ŻYWIENIOWE

Emocje mają ogromny wpływ na to, co, kiedy i ile jemy. Często stany emocjonalne, takie jak stres, smutek, radość czy nuda, prowadzą do zmiany w ilości spożywanego jedzenia oraz w wyborze produktów. Oto kilka kluczowych mechanizmów, przez które emocje wpływają na nasze wybory żywieniowe:

- **Jedzenie emocjonalne:** Stres lub negatywne emocje mogą prowadzić do sięgania po jedzenie, które pełni rolę pocieszenia. Jest to powszechnie znane jako “comfort eating” – zjawisko, w którym jedzenie jest używane jako sposób na poprawę

nastroju. Badania sugerują, że jedzenie emocjonalne może prowadzić do spożywania wysokokalorycznych produktów, zwłaszcza tych o dużej zawartości tłuszczu i cukru.

- **Efekt hedonistyczny:** Przy świętowaniu występuje tendencja do wybierania bardziej urozmaiconych posiłków, co jest związane z chęcią nagrodzenia się lub podkreślenia danej chwili. Wpływ emocji na jedzenie często ma wymiar nie tylko psychiczny, ale również społeczny – świętowanie z innymi, spotkania przy posiłkach sprzyjają jedzeniu i dzieleniu się doznaniem.
- **Zależność emocji i hormonów:** W sytuacjach stresu, organizm produkuje kortyzol, który może wpływać na zwiększone zapotrzebowanie na węglowodany. Z kolei zadowolenie i relaks mogą prowadzić do bardziej zrównoważonych wyborów żywieniowych.



2.3 FUNKCJE I ZNACZENIE JEDZENIA

Jedzenie pełni w naszym życiu różnorodne funkcje, które wykraczają poza zwykłe dostarczanie energii. Z kolei decyzje żywieniowe związane z zaspokajaniem fizjologicznych potrzeb mogą być wypadkową czynników psychicznych, społecznych, kulturowych czy emocjonalnych. Psychodietetyka stara się integrować różne perspektywy, aby pomóc pacjentom podejmować bardziej świadome wybory żywieniowe.



2.4 WYBRANE MECHANIZMY EMOCJONALNE I OBRONNE W ODŻYWIANIU

Mechanizmy obronne i mechanizmy radzenia sobie z emocjami są często używane do kontrolowania emocji i zachowań w obliczu stresu. W kontekście odżywiania, wspomniane mechanizmy mogą manifestować się jako:

- **Jedzenie emocjonalne**, jeden z najbardziej powszechnych sposobów radzenia sobie z negatywnymi emocjami, takimi jak stres, smutek czy frustracja. Polega na sięganiu po jedzenie w odpowiedzi na emocje, a nie na głód. Mechanizm ten jest często skutkiem poszukiwania natychmiastowej ulgi w formie pokarmu, zwłaszcza bogatego w cukry i tłuszcze, co wywołuje szybki wzrost poziomu dopaminy.
- **Projekcja i wyparcie** to mechanizmy obronne, które mogą pojawić się w związku z jedzeniem. Osoba, która ma negatywne myśli na temat swojego ciała, może wyprzeć je, przekonując samą siebie, że nie są one istotne lub że są normalne w społeczeństwie, gdzie presja na wygląd jest duża. Mechanizmy te mogą prowadzić do unikania odpowiedzialności za własne zdrowie i utrudniać identyfikację problemów związanych z odżywianiem.
- **Poszukiwanie wsparcia społecznego**, to strategia radzenia sobie z emocjami, w której jednostka szuka kontaktu z innymi w celu otrzymania wsparcia. To może pomóc w redukcji stresu i zmniejszeniu potrzeby regulowania emocji jedzeniem. Grupy wsparcia oraz wartościowe relacje z bliskimi pozytywne wpływają na wybory żywieniowe.

2.5 KOMFORTOWE JEDZENIE

„Comfort eating” odnosi się do sięgania po jedzenie w celu poprawy nastroju lub uzyskania poczucia bezpieczeństwa. Jest to forma jedzenia emocjonalnego, która może prowadzić do niezdrowych nawyków żywieniowych i przyrostu masy ciała. Oto główne przyczyny i skutki tego zjawiska:

PRZYZYNY KOMFORTOWEGO JEDZENIA	Komfortowe jedzenie jest odpowiedzią na stany emocjonalne, takie jak stres, smutek, czy samotność. Wiele osób kojarzy określone pokarmy z poczuciem bezpieczeństwa i przyjemnymi wspomnieniami. Najczęściej wybierane są produkty bogate w tłuszcze i cukry, które szybko podnoszą poziom dopaminy.
SKUTKI ZDROWOTNE KOMFORTOWEGO JEDZENIA	Komfortowe jedzenie prowadzi do niezdrowych nawyków żywieniowych, w tym nadmiernej konsumpcji kalorii. Skutkiem może być przyrost masy ciała, zwiększone ryzyko cukrzycy typu 2, chorób serca oraz depresji. Może także pojawić się cykl kompulsywnego jedzenia, prowadzący do poczucia winy, wstydu i frustracji.

Istnieje jeszcze społeczny aspekt komfortowego jedzenia.

W wielu kulturach jedzenie jest częścią rytuałów i tradycji, które sprzyjają pozytywnym doświadczeniom emocjonalnym. Spożywanie określonych potraw podczas spotkań z rodziną czy przyjaciółmi może być formą komfortowego jedzenia. Zrozumienie kontekstu społecznego może pomóc psychologom w zidentyfikowaniu sposobów regulowania emocji.

PSYCHOLOGIA A NAWYKI ŻYWIENIOWE

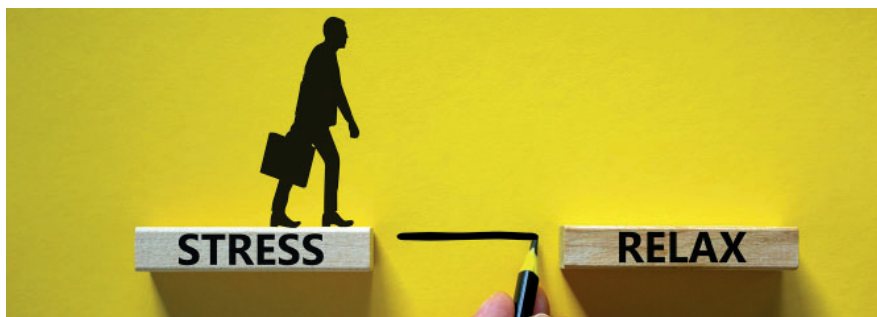
3



3.1 STRES I JEDZENIE

Wpływ stresu na apetyt

Kiedy organizm jest narażony na stres, aktywowana jest oś podwzgórze-przysadka-nadnercza, co prowadzi do wydzielania hormonów stresu, takich jak kortyzol i adrenalina. Adrenalina, wydzielana na początku reakcji stresowej, może tymczasowo tłumić uczucie głodu, ponieważ organizm przygotowuje się do reakcji „walcz lub uciekaj”. Z kolei długotrwały stres, w którym dominuje wydzielanie kortyzolu, często wiąże się z przeciwnym efektem – zwiększeniem apetytu i tendencją do nadmiernego spożywania pokarmów bogatych w tłuszcze i cukry. Dlatego osoby przeżywające chroniczny stres mogą odczuwać silniejszą ochotę na comfort food, które poprawia nastrój i koi napięcie. Badania wskazują, że stres sprzyja podjadaniu i prowadzi do zaburzeń w odczuwaniu sytości, dlatego jest niebezpieczny dla długoterminowej regulacji masy ciała i zdrowia metabolicznego. Warto jednak zaznaczyć, że reakcje na stres są indywidualne i mogą się różnić.



Wpływ kortyzolu na wybory żywieniowe

Kortyzol, nazywany hormonem stresu, odgrywa istotną rolę w kształtowaniu preferencji żywieniowych. Gdy jego poziom wzrasta, pojawia się tendencja do spożywania wysokokalorycznego jedzenia bogatego w tłuszcze i cukry. Jest to związane z wpływem tego hormonu na układ nagrody w mózgu, który stymuluje pragnienie spożywania pokarmów, szybko dostarczających energii i poprawiających nastrój. Dlatego przewlekły stres może prowadzić do wykształcenia nawyków polegających na regularnym wybieraniu kalorycznych pokarmów, co w dłuższej perspektywie przyczynia się do rozwoju nadwagi i otyłości.

Kortyzol oddziałuje również na metabolizm tłuszczów i cukrów, promując magazynowanie tłuszczu w okolicach jamy brzusznej. Badania wykazały, że długotrwała ekspozycja na wysokie poziomy kortyzolu prowadzi do odkładania się tłuszczu trzewnego, który jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia. Ponadto, kortyzol wpływa na osłabienie mechanizmów sytości, co dodatkowo sprzyja przejadaniu się.

3.2 EMOCJE A JEDZENIE

Wpływ emocji na apetyt i decyzje żywieniowe

Emocje odgrywają kluczową rolę w regulacji apetytu, i w zależności od typu emocji oraz indywidualnych cech danej osoby w różny sposób oddziałują na wybory żywieniowe. Emocje po-

zytywne, takie jak radość, często sprzyjają zdrowym wyborom żywieniowym i spożywaniu posiłków w umiarkowanych ilościach, ponieważ ludzie odczuwają mniejszą potrzebę neutralizacji stresu za pomocą jedzenia. W przypadku emocji negatywnych, takich jak smutek, złość czy lęk, występuje zwiększona potrzeba spożywania kalorycznych, słodkich i tłustych pokarmów, które poprawiają nastrój poprzez stymulację układu nagrody w mózgu. Emocje mogą powodować skrajne reakcje - stres i lęk często prowadzą do zwiększenia apetytu i podjadania, podczas gdy intensywny smutek lub złość mogą wywoływać brak apetytu. Czynniki takie jak wychowanie, przyzwyczajenia oraz wcześniejsze doświadczenia związane z jedzeniem mogą także determinować sposób jak ludzie reagują na emocje poprzez jedzenie.

Emocje a uzależnienie od jedzenia

Zależność między emocjami a uzależnieniem od jedzenia jest dobrze udokumentowana i ma swoje korzenie w neurologicznych mechanizmach związanych z nagrodą. Podczas spożywania określonych pokarmów, szczególnie tych bogatych w cukry i tłuszcze, organizm uwalnia dopaminę, co wywołuje uczucie przyjemności. W miarę jak osoby doświadczają emocji negatywnych, takich jak stres, smutek lub samotność, coraz częściej sięgają po takie pokarmy, próbując poprawić swoje samopoczucie. Z czasem może to prowadzić do wykształcenia nawyku, a nawet uzależnienia, które charakteryzuje się potrzebą spożywania jedzenia w odpo-

wiedzi na negatywne emocje. Mechanizm ten działa analogicznie jak w przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych. W odpowiedzi na negatywne emocje, osoby odczuwają silną potrzebę spożywania pokarmów, które są łatwo dostępne, szybko relaksują i koją napięcie. W następstwie powstają nawyki, które pogarszają zdrowie fizyczne i psychiczne oraz w dłuższej perspektywie komplikują proces regulacji emocji i tworzą cykl uzależnienia poprzez pojawiające się dodatkowo poczucie winy.

3.3 MOTYWACJA DO ZMIANY



Rodzaje motywacji

Motywacja jest fundamentalnym czynnikiem w procesie zmiany zachowań zdrowotnych, w tym modyfikacji nawyków żywieniowych. Istnieją różnorodne klasyfikacje motywacji, w zależności od źródła, siły działania i wpływu na trwałość zmiany. Najczęściej wyróżnia się dwa główne rodzaje: motywację wewnętrzną i zewnętrzną, chociaż istnieje ciekawy, bardziej szczegółowy podział np. ten, nawiązujący do teorii autodeterminacji.

MOTYWACJA WENĘTRZNA	Działania wynikające z osobistych wartości czy wewnętrznej satysfakcji np. poprawa zdrowia czy lepsze samopoczucie. Osoby zmotywowane wewnętrznie cenią sobie efekty zdrowotne, lepszą kondycję, co sprzyja trwałej zmianie.
MOTYWACJA ZEWĘTRZNA	Działania podejmowane w celu osiągnięcia zewnętrznych korzyści, takich jak poprawa wyglądu, akceptacja społeczna czy spełnianie oczekiwań innych. Może przynieść rezultaty, ale jest bardziej podatna na wahania i może prowadzić do porzucenia zmian, gdy zewnętrzna presja zniknie.
MOTYWACJA WPROWADZONA	Działania podejmowane pod wpływem wewnętrznej presji, takich jak poczucie winy, wstyd lub lęk przed odrzuceniem. Osoby o tej formie motywacji zmieniają nawyki z powodu poczucia obowiązku, a nie dlatego, że chcą tego z własnej woli. Zmiany są mniej trwałe, ponieważ nie wynikają z głębokiej identyfikacji z celem.
MOTYWACJA IDENTYFIKOWANA	Osoba świadomie uznaje cel za wartościowy i potrzebny, mimo że proces zmiany niekoniecznie przynosi bezpośrednią radość. Osoba może zmieniać nawyki żywieniowe, aby zmniejszyć ryzyko chorób, nawet jeśli nie czerpie przyjemności z diety. Uznanie istotności celu pomaga w długotrwałym utrzymaniu zmian.
AMOTYWACJA	Brak motywacji do działania. Osoba nie dostrzega związku między swoim zachowaniem a efektem, co prowadzi do braku inicjatywy, rezygnacji lub unikania zmian. Amotywacja często wiąże się z poczuciem bezsilności i wymaga zewnętrznego wsparcia.

Wybrane strategie i techniki pracy nad motywacją

Praca nad motywacją pacjenta to podstawa wsparcia w procesie zmiany nawyków zdrowotnych, takich jak dieta, aktywność fizyczna, czy inne aspekty stylu życia. Do najbardziej uznanych i stosowanych metod należą: Teoria Samookreślenia, rozmowa motywacyjna, technika SMART, wzmacnianie poczucia skuteczności oraz wykorzystanie wsparcia społecznego.

- **Teoria Samookreślenia** zakłada, że motywacja do działania jest najtrwalsza, kiedy wynika z wewnętrznej potrzeby spełnienia trzech podstawowych potrzeb psychologicznych: autonomii, kompetencji i przynależności. Specjaliści pracujący z pacjentami mogą wspierać te potrzeby, angażując pacjentów w proces decyzyjny, doceniając ich postępy oraz zapewniając wsparcie społeczne.

- **Dialog motywujący** to technika oparta na empatii i współpracy, której celem jest pomoc pacjentom w uświadomieniu sobie własnych wartości, celów oraz gotowości do zmiany. Zakłada, że zmiana jest bardziej efektywna, gdy wynika z wewnętrznych motywacji pacjenta. Dzięki stosowaniu otwartych pytań, aktywnemu słuchaniu, odzwierciedlaniu i podsumowaniom, rozmowa motywacyjna zachęca pacjenta do refleksji i zwiększa gotowość do wprowadzenia zmian.
- **Wyznaczanie celów SMART** - Specyficznych, Mierzalnych, Osiągalnych, Istotnych i Określonych w czasie, pomaga pacjentom precyzyjnie określić, co chcą osiągnąć i ustalić jak mogą monitorować postępy. Dzięki wyznaczeniu celów SMART pacjenci zyskują poczucie struktury i realistycznej perspektywy osiągnięcia zamierzonych zmian, co wspiera ich motywację i buduje poczucie odpowiedzialności.
- **Techniki wzmacniania poczucia skuteczności** pomagają pacjentom przezwyciężać trudności i radzić sobie z wyzwaniami na drodze do zmian. Może to być dostrzeganie małych sukcesów, docenianie postępów oraz oferowanie konstruktywnego feedbacku.
- **Wsparcie społeczne** ze strony rodziny, przyjaciół, a także udział w grupach wsparcia może istotnie zwiększyć poczucie przynależności i wspólnoty, co z kolei sprzyja zmianie. Pacjenci, którzy mają dostęp do wsparcia społecznego, są bardziej skłonni do wytrwania w swoich postanowieniach.

ZABURZENIA ODŻYWIANIA - ROLA PSYCHODIETETYKI

4

A close-up photograph showing a person's hand tearing a piece of white paper from a grey, textured background. The paper has the words "Eating Disorder" printed on it in a black, serif font. The hand is positioned at the bottom, with fingers pulling at the edges of the paper, which is being torn away from the background.

Eating
Disorder

Psychodietetyka odgrywa kluczową rolę w leczeniu zaburzeń odżywiania, ponieważ integruje aspekty psychologiczne i żywieniowe, co pozwala na skuteczniejsze podejście do problemu. Zaburzenia odżywiania, takie jak anoreksja, bulimia, ortoreksja czy napadowe objadanie się, są często związane z głębszymi problemami emocjonalnymi i psychologicznymi, jak niska samoocena, lęki czy zaburzenia kontroli.



4.1 RODZAJE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Zaburzenia odżywiania stanowią złożone i poważne zaburzenia psychiczne, które oddziałują na zdrowie fizyczne i psychiczne jednostki, a także na jej relacje społeczne. Charakteryzują się nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi oraz zaburzonym postrzeganiem własnego ciała, co często prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Poniższa tabela zestawia najczęściej występujące zaburzenia odżywiania, w tym anoreksję, bulimie, ortoreksję oraz napadowe objadanie się z uwzględnieniem ich kluczowych objawów, przyczyn oraz skutków.

ZABURZENIE	CHARAKTERYSTYKA	PRZYCZYNY	OBJAWY
Anoreksja (anorexia nervosa)	Osoby celowo ograniczają przyjmowanie pokarmów, aby utrzymać bardzo niską masę ciała. Występuje lęk przed przytęciem i zniekształcony obraz ciała.	Czynniki genetyczne, wpływy społeczne, perfekcjonizm, traumy emocjonalne, dysfunkcje neuroprzekazników.	Skrajne ograniczanie kalorii, drastyczna utrata wagi, intensywne ćwiczenia, utrata menstruacji, sucha skóra, wypadanie włosów.
Bulimia (bulimia nervosa)	Charakteryzuje się epizodami objadania się i następującymi po nich próbami pozbycia się kalorii (wymioty, środki przeczyszczające). Występuje zniekształcony obraz ciała, wstyd i poczucie winy.	Niska samoocena, presja kulturowa, trudności z emocjami, czynniki genetyczne, traumatyczne doświadczenia.	Okresowe epizody objadania się, wymioty, skoki wagi, refluks, zniszczenie szkliwa zębów.
Ortoreksja	Obsesja na punkcie zdrowego jedzenia, prowadząca do nadmiernych ograniczeń i lęku przed „niezdrowymi” produktami.	Presja społeczna, świadomość żywieniowa, perfekcjonizm, lęk, potrzeba kontroli nad jedzeniem.	Skrajna selektywność w doborze jedzenia, lęk przed „nieczystymi” produktami, izolacja społeczna, obsesyjne kontrolowanie jakości jedzenia.
Binge Eating (napadowe objadanie się)	Epizody kompulsywnego objadania się bez zachowań kompensacyjnych (wymioty). Towarzyszy poczucie utraty kontroli.	Stres, depresja, traumatyczne wydarzenia, problemy z samooceną, restrykcyjna dieta, czynniki genetyczne, nierównowaga neuroprzekazników.	Szybkie jedzenie, poczucie wstydu po epizodach, nadwaga, jedzenie w ukryciu, problemy ze zdrowiem.

4.2 PSYCHODIETETYKA W LECZENIU ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Psychodietetyka, dzięki połączeniu wiedzy z zakresu psychologii i dietetyki, oferuje pacjentom z zaburzeniami odżywiania narzędzia, które pomagają poprawić ich nawyki żywieniowe oraz wspierają ich w radzeniu sobie z trudnymi emocjami i zmianie sposobu myślenia o sobie i swoim ciele. W rezultacie, psychodietetyka wspiera pacjentów w budowaniu zdrowego, stabilnego podejścia do jedzenia i poprawie jakości ich życia korzystając z różnych narzędzi i technik.

1. Psychodietetycy pomagają pacjentom zrozumieć, jak ich emocje, myśli i przekonania wpływają na relacje z jedzeniem. Mogą pomóc zidentyfikować wyzwalacze zachowań, takich jak objadanie się czy restrykcyjne diety, i pracować nad zmianą tych wzorców.
2. Praca z psychodietetykiem pozwala na wypracowanie zdrowszych nawyków żywieniowych i bardziej elastycznego podejścia do jedzenia. Psychodietetyk uczy, jak radzić sobie z presją społeczną oraz eliminować szkodliwe schematy myślowe związane z jedzeniem.
3. Psychodietetyka wykorzystuje techniki zaczerpnięte z terapii poznawczo-behawioralnej, trening uważności i techniki relaksacyjne, aby pomóc pacjentom radzić sobie z emocjami takimi jak stres, lęk czy smutek aby nie prowadziły do destrukcyjnych zachowań żywieniowych.
4. Psychodietetycy pomagają pacjentom zrozumieć, jak patrzą na swoje ciało i jak to wpływa na ich zachowania żywieniowe. Takie działania mogą poprawić samoocenę i pomóc pacjentom zaakceptować swój wygląd, co jest kluczowe w leczeniu.
5. Współpraca z lekarzami, dietetykami klinicznymi, psychoterapeutami i psychiatrami pozwala kompleksowo podejść do leczenia. Dzięki temu pacjenci otrzymują wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego, co zwiększa skuteczność terapii.
6. Psychodietetycy edukują pacjentów na temat zdrowych relacji z jedzeniem i uczą ich jak unikać diet restrykcyjnych. Tworzą spersonalizowany plan żywieniowy uwzględniając aspekty emocjonalne. Poprzez zwiększenie świadomości na temat zdrowego odżywiania oraz mechanizmów zaburzeń, psychodietetyka pomaga pacjentom odbudować zdrową relację z jedzeniem.



WYBRANE NARZĘDZIA I TECHNIKI PSYCHODIETETYCZNE

5



5.1 WYWIAD PSYCHODIETETYCZNY

Wywiad psychodietetyczny pozwala zrozumieć nawyki żywieniowe pacjenta, przekonania na temat jedzenia oraz emocje związane z odżywianiem. To moment budowania zaufania oraz identyfikacji obszarów wymagających wsparcia. To czas budowania obrazu pacjenta – historii żywieniowej, problemów zdrowotnych, wzorców emocjonalnych oraz motywacji do zmiany. Dzięki odpowiedziom tworzony jest spersonalizowany plan pracy i ustalane są cele działań.

Kluczowe elementy wywiadu:

1. Historia medyczna i żywieniowa - zbieranie informacji o stanie zdrowia, lekach czy dietach.
2. Codzienne nawyki żywieniowe - pytania o jadłospis i rytm posiłków.
3. Relacje emocjonalne z jedzeniem - analiza reakcji na emocje związane z jedzeniem.
4. Obraz ciała i samoocena - ocena postrzegania ciała i jego wpływu na nawyki.
5. Cele i motywacja- badanie oczekiwań pacjenta.

5.2 WYBRANE TECHNIKI ZMIANY NAWYKÓW

Technika mindfulness polega na skupieniu się na procesie jedzenia oraz świadomym doświadczaniu smaku, zapachu i konsystencji pokarmu. Dzięki uważności pacjent uczy się rozpoznawać sygnały głodu i sytości, a także lepiej kontrolować impuls do objadania się.

ĆWICZENIE: Świadome żucie i analizowanie smaku jedzenia / Robienie przerw podczas posiłku, aby zweryfikować poziom sytości – reguła STOP / Zadawanie sobie pytania, czy dany posiłek zaspokaja głód fizyczny i emocjonalny.

Technika kaizen polega na wprowadzaniu drobnych, łatwych do utrzymania zmian, które kumulują się w długofalowe rezultaty. Pacjent stopniowo wdraża jedną małą zmianę na raz.

ĆWICZENIE: Dodawanie jednej porcji warzyw do posiłku / Jedzenie tylko na talerzu by unikać jedzenia bezpośrednio z opakowań.

Tworzenie planu posiłków na tydzień oraz sporządzanie **listy zakupów** pozwala na lepsze zarządzanie nawykami żywieniowymi i unikanie niezdrowych pokus. Technika pomaga pacjentom zredukować impulsywne wybory żywieniowe i skupić się na świadomym odżywianiu.

ĆWICZENIE: Opracowanie menu na cały tydzień / Przygotowanie listy zakupów, opartej o zaplanowane posiłki.



Prowadzenie dzienniczka żywieniowego to skuteczna technika, która pozwala pacjentowi śledzić, co je, kiedy i w jakich ilościach. Można zapisywać też informacje o emocjach i myślach towarzyszących posiłkom, co pozwala zidentyfikować wzorce zachowań.

ĆWICZENIE: Zapisanie posiłków wraz z opisem emocji odczuwanych przed i po jedzeniu / Analizowanie dzienniczka z psychodietetykiem w celu korekty.

Wizualizacja polega na wyobrażaniu sobie zdrowych wyborów żywieniowych lub skutków wprowadzenia nowych nawyków. Pozwala to pacjentowi ugruntować pożądane nawyki i skupić się na pozytywnych efektach zmian.

ĆWICZENIE: Codzienna wizualizacja przyszłych sukcesów jak lepsze samopoczucie lub zwiększona energia / Wyobrażanie sobie sytuacji jak pacjent wybiera zdrowy posiłek, zamiast fast food.

Cele SMART wyznaczone w tym modelu są sprecyzowane, mierzalne, ambitne, realnie terminowe. Pacjent i terapeuta wspólnie ustalają konkretny cel związany z odżywianiem, który można łatwo monitorować i oceniać w czasie.

ĆWICZENIE: W ciągu najbliższych dwóch tygodni będę spożywać pięć porcji warzyw dziennie, planując każdą porcję z wyprzedzeniem.



Techniki poznawczo-behawioralne (CBT, z ang. Cognitive Behavioral Therapy) odgrywają istotną rolę w psychodietetyce, umożliwiając pacjentom zrozumienie, jak ich myśli i przekonania wpływają na zachowania związane z jedzeniem i ogólnym stylem życia. Pacjenci uczą się identyfikować negatywne myśli oraz schematy myślenia, które mogą sabotować ich wysiłki w zakresie zdrowego odżywiania i osiągnięcia swoich celów zdrowotnych.

ĆWICZENIE:

1. Rozpoznawanie automatycznych myśli i przekonań, pojawiających się w odpowiedzi na różne sytuacje żywieniowe. Myśli te są często nieuświadomione, lecz mają wpływ na emocje i zachowania. Ważne jest, aby zidentyfikować i zapisać je, ponieważ stanowią punkt wyjścia do dalszej pracy np.: *Znowu się nie udało – jestem beznadziejny w odchudzaniu / Muszę zjeść coś słodkiego, bo nie poradzę sobie ze stresem / Jeśli zjem coś niezdrowego, cały dzień jest stracony.*

2. Analiza myśli i przekonań oraz ocena ich prawdziwości. Pacjent z pomocą terapeuty uczy się zadawać pytania, takie jak: *Czy mam dowody na potwierdzenie tej myśli? / Czy ta myśl jest realistyczna? / Czy istnieją inne, bardziej pozytywne sposoby spojrzenia na tę sytuację? Taka analiza i znalezienie odpowiedzi na pytania pozwala na zbudowanie bardziej zrównoważonego obrazu sytuacji i modyfikację negatywnych myśli.*

3. Zmiana myśli i przekonań poprzez ćwiczenie alternatywnych, bardziej pozytywnych sposobów myślenia. Techniki te obejmują: *Restrukturyzację poznawczą, gdzie pacjent uczy się zmieniać negatywne myśli na bardziej wspierające, np. znowu się nie udało zastępuje myślą: mogę się uczyć z błędów i kontynuować swoje starania. Stopniowe oswajanie przekonań, gdzie pacjent testuje realistyczne przekonania, np. wypróbować inne strategie radzenia sobie ze stresem, zamiast uciekać w niezdrowe nawyki. Zaprzeczanie myślom automatycznym kiedy to uczy się odrzucać negatywne myśli i zastępować je bardziej konstruktywnymi, np. mogę znaleźć inne sposoby poprawy nastroju zamiast słodyczy.*

*4. **Wdrażanie technik do codzienności.** Pomocne jest tu prowadzenie dziennika (myśli automatyczne, uczucia, reakcje związane z jedzeniem), który terapeuta i pacjent analizują, monitorują postępy i identyfikują sytuacje, w których nowe przekonania są skutecznie stosowane. W dłuższym okresie CBT pomaga pacjentowi w budowaniu trwałych zmian, wzmacniając pewność siebie oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem i emocjami w sposób wspierający zdrowe wybory żywieniowe.*

5.3 TECHNIKI RADZENIA SOBIE ZE STRESEM I EMOCJAMI

Relaksacja i medytacja uważności

Relaksacja i medytacja uważności oraz ćwiczenia oddechowe, pomagają radzić sobie ze stresem, zapobiegając automatycznemu sięganiu po jedzenie.

Progresywna relaksacja mięśni

Progresywna relaksacja mięśni pomaga zredukować napięcie fizyczne i psychiczne, co wspiera pacjentów w unikaniu emocjonalnego jedzenia podczas stresu.

Trening biofeedback

Trening biofeedback uczy pacjenta kontrolować i poprawiać zdolność do radzenia sobie z napięciem poprzez monitoring reakcji fizjologicznych na stres.

Uważność emocjonalna i akceptacja

Uważność emocjonalna i akceptacja – Pacjent uczy się obserwować emocje bez ich oceniania, co pozwala akceptować je zamiast tłumić lub kompensować jedzeniem.

Terapia akceptacji i zaangażowania

Terapia akceptacji i zaangażowania ACT pomaga pacjentom akceptować emocje i reagować na nie konstruktywnie, zamiast unikać ich poprzez jedzenie.

Asertywność i wyrażanie emocji

Asertywność i wyrażanie emocji – Pacjent rozwija umiejętność bezpiecznego, asertywnego wyrażania emocji, co zmniejsza potrzebę regulowania ich jedzeniem.

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna zwiększa poziom endorfin odpowiedzialnych za dobre samopoczucie, co wpływa na zmniejszenie poziomu stresu oraz na poprawę nastroju.

Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne obniża napięcie. Budowanie relacji opartych na wzajemnym zrozumieniu i akceptacji pomaga zredukować stres oraz uzyskać wsparcie w procesie zmiany nawyków żywieniowych. Ekspert zachęca do uczestnictwa w grupach, gdzie można dzielić się doświadczeniami i sposobami radzenia sobie z emocjonalnym jedzeniem.

Edukacja

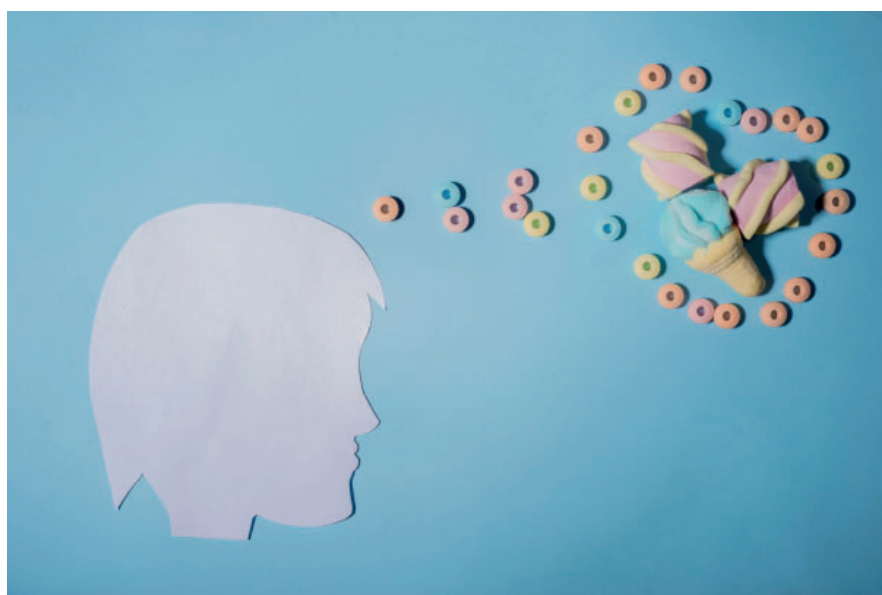
Edukacja na temat emocjonalnego jedzenia pomaga pacjentowi rozróżniać głód fizjologiczny od emocjonalnego. Specjalista uczy, jak emocje wpływają na nawyki żywieniowe i jak rozpoznawać sygnały głodu emocjonalnego.

Wzmacnianie poczucia własnej wartości i skuteczności

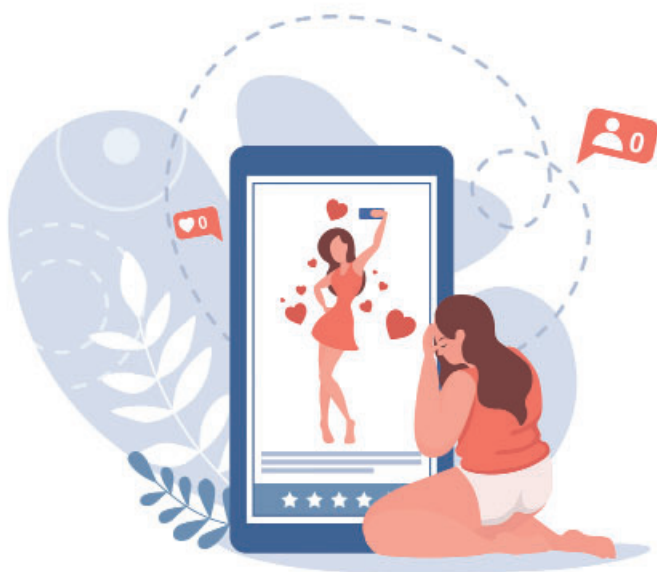
Wzmacnianie poczucia własnej wartości i skuteczności pomaga pacjentom radzić sobie ze stresem bez jedzenia. Terapeuta koncentruje się na mocnych stronach pacjenta i budowaniu pewności siebie poprzez osiągalne cele, co wzmacnia kontrolę i wiarę w siebie.

PRACA NAD SAMOOCENĄ I OBRAZEM CIAŁA

6



Związek między obrazem ciała a jedzeniem jest złożony i obejmuje zarówno aspekty psychologiczne jak i behawioralne. Obraz ciała, czyli to, jak dana osoba postrzega i ocenia swoje ciało, może wpływać na jej nawyki żywieniowe. Osoby z negatywnym obrazem ciała, które czują się niekomfortowo ze swoim wyglądem, mogą stosować restrykcyjne diety, przejadać się lub podejmować inne niezdrowe zachowania żywieniowe, próbując zmienić swój wygląd. Z kolei zaburzenia odżywiania, takie jak anoreksja czy bulimia, często wiążą się ze zniekształconym obrazem ciała i skrajnym dążeniem do szczupłej sylwetki. Zrównoważony obraz ciała jest kluczowy dla zdrowych relacji z jedzeniem i ogólnego dobrostanu psychicznego.



6.1 POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI A WYBORY ŻYWIENIOWE

Poczucie własnej wartości ma duży wpływ na sposób, w jaki ludzie podchodzą do jedzenia i zdrowia. Osoby z wysoką samooceną zazwyczaj lepiej dbają o siebie, co przejawia się w bardziej świadomych i zrównoważonych wyborach żywieniowych. Uważają, że zasługują na dobre samopoczucie i zdrowie, dlatego częściej sięgają po odżywcze posiłki. Z kolei osoby z niskim poczuciem własnej wartości mogą traktować jedzenie jako sposób na radzenie sobie z negatywnymi emocjami, co może prowadzić do niezdrowych nawyków, takich jak jedzenie emocjonalne, objadanie się lub unikanie jedzenia w celu kontrolowania wyglądu. Te wzorce zachowań mogą prowadzić do problemów takich jak otyłość czy zaburzenia odżywiania.

6.2 SAMOAKCEPTACJA I CIAŁOŻYCZLIWOŚĆ

Praca z pacjentem nad akceptacją swojego ciała jest kluczowa w leczeniu zaburzeń odżywiania oraz poprawie zdrowia psychicznego i jakości życia. Akceptacja własnego ciała pozwala zerwać z negatywnymi przekonaniami dotyczącymi wyglądu, które często prowadzą do destrukcyjnych nawyków żywieniowych, niskiej samooceny oraz problemów emocjonalnych, takich jak lęk i depresja. Osoby, które akceptują swoje ciało i traktują je z życzliwością, są bardziej skłonne do podejmowania właściwych decy-

zji żywieniowych, ponieważ koncentrują się na dobrym samopoczuciu, a nie na dążeniu do nierealistycznych standardów piękna.

Akceptacja ciała wspomaga również przerwanie cyklu zaburzeń odżywiania, takich jak anoreksja czy bulimia, a także pomaga rozwijać zdrowsze relacje z jedzeniem. Poprawia to ogólny stan psychiczny, zmniejszając ewentualny stres, lęk i depresję związane z wyglądem. W terapii często wykorzystuje się podejścia takie jak terapia poznawczo-behawioralna czy terapia akceptacji i zaangażowania, które wspierają budowanie pozytywnego obrazu ciała. Taka praca nad akceptacją siebie prowadzi do lepszego zdrowia fizycznego i psychicznego oraz dobrostanu.



6.3 POZYTYWNY OBRAZ CIAŁA

Budowanie pozytywnego obrazu ciała można osiągnąć poprzez różne techniki, które wspierają akceptację siebie i zdrowe podejście do wyglądu:

- **Praktykowanie wdzięczności dla ciała:** Skupianie się na tym, co ciało potrafi zrobić, a nie tylko na jego wyglądzie - docenianie możliwości ruchu, zdrowia czy zmysłów.
- **Unikanie porównywania się z innymi:** Świadome ograniczanie porównań do kogokolwiek, które mogą wzmocnić negatywne odczucia na temat ciała.
- **Otaczanie się pozytywnymi treściami:** Wybieranie mediów i treści, które promują różnorodność ciał i zdrowe podejście do wyglądu, a unikanie toksycznych treści, które stawiają wygląd na pierwszym planie.
- **Praktyka samoakceptacji:** Pisanie dziennika pozytywnych myśli o sobie dotyczących wyglądu, cech charakteru, umiejętności czy osiągnięć.
- **Zdrowe relacje z jedzeniem i aktywnością fizyczną:** Dbanie o odżywianie i ruch nie jako środki do zmiany ciała, ale dla lepszego samopoczucia i zdrowia.
- **Rozwijanie świadomości ciała:** Ćwiczenia czy mindfulness mogą pomóc w lepszym zrozumieniu i akceptacji swojego ciała.

6.4 PRZEKONANIA I STEREOTYPY

Praca z przekonaniem i stereotypami jest ważnym elementem budowania pozytywnego obrazu ciała i samoakceptacji. Polega ona na identyfikowaniu i kwestionowaniu negatywnych przekonań oraz społecznych stereotypów dotyczących wyglądu, które mogą wpływać na naszą samoocenę. Wiele osób nieświadomie uwewnętrznia nierealistyczne standardy piękna propagowane przez media czy społeczeństwo, co może prowadzić do negatywnego postrzegania własnego ciała. Kluczowym krokiem jest uświadomienie sobie, skąd pochodzą te przekonania oraz jak wpływają one na naszą samoocenę, a następnie zastąpienie ich bardziej realistycznymi i pozytywnymi. Oto kilka technik pracy z przekonaniem i stereotypami:

- **Reframing:** Przekształcanie negatywnych myśli w bardziej konstruktywne. Zamiast myśleć „muszę schudnąć, by być atrakcyjny,” można zmienić tę myśl na „moje zdrowie i samopoczucie są ważniejsze niż wygląd, a moje ciało zasługuje na troskę i szacunek.”
- **Analiza dowodów:** Krytyczne myślenie poprzez analizę dowodów na poparcie lub obalenie negatywnych przekonań. Na przykład, spisanie sytuacji, w których otrzymano komplementy.
- **Zidentyfikowanie źródła przekonań:** Uświadomienie sobie, skąd pochodzą te negatywne myśli, co może pomóc w ich przekształceniu.

- **Porównanie z rzeczywistością:** Konfrontowanie negatywnych przekonań z rzeczywistymi faktami- spisując, co mówią bliscy na temat ciała.
- **Samoafirmacja:** Praktykowanie pozytywnych stwierdzeń dotyczących siebie, np. „Moje ciało jest wystarczające.”
- **Perspektywa zewnętrzna:** Przyjęcie perspektywy obcej osoby, aby zobaczyć sytuację z innego punktu widzenia.
- **Kreatywne wyrażanie siebie:** Korzystanie z twórczych metod, takich jak pisanie czy malowanie, aby wyrazić emocje związane z własnym ciałem.
- **Poszukiwanie wsparcia:** Rozmowa z terapeutą lub udział w grupach wsparcia, które koncentrują się na problematyce obrazu ciała.



PRAKTYCZNE ASPEKTY PRACY Z PACJENTEM



7



Współpraca z pacjentem wymaga umiejętności praktycznych, które pozwalają na dostosowanie działań do indywidualnych potrzeb i celów. Ustalanie planu, monitorowanie postępów oraz wsparcie emocjonalne to tylko niektóre z elementów, wpływających na skuteczność procesu. Fundamentalnym elementem jest stworzenie bezpiecznej, serdecznej relacji, która sprzyja otwartości i zaangażowaniu pacjenta.

7.1 ETAPY PROCESU PSYCHODIETETYCZNEGO

1. Zebranie informacji i zrozumienie potrzeb

Szczegółowy wywiad pozwala zrozumieć motywacje pacjenta, jego dotychczasowe doświadczenia związane z odżywianiem oraz wszelkie przeszkody, które mogą wpływać na osiągnięcie celów. Użycie kwestionariuszy lub dzienników żywieniowych może pomóc w identyfikacji wzorców żywieniowych oraz emocjonalnych związków z jedzeniem.

2. Ustalanie celów SMART

Specyficzne: Cele powinny być jasno zdefiniowane i dość precyzyjne określone np. „Chcę każdego dnia zaprzestać dodawania cukru do herbaty”.

Mierzalne: Umożliwienie śledzenia postępów, np. „Będę prowadzić zapiski na temat posiłków przez następne dwa tygodnie”.

Osiągalne: Cele powinny być realistyczne i adekwatne do możliwości, by uniknąć frustracji.

Relevantne: Ustalenie, jak dany cel wpisuje się w szerszy kontekst życia pacjenta.

Czasowe: Określenie terminu realizacji celu, np. „Chcę zrealizować ten cel w ciągu następnych dwóch miesięcy”.

3. Plan działania

Szczegółowy plan: Opracowanie konkretnego planu działania, który może obejmować zmiany w diecie, wprowadzenie aktywności fizycznej, czy pracę nad emocjami związanymi z jedzeniem.

Kroki pośrednie: Ustalenie małych, osiągalnych kroków, które prowadzą do większego celu np. zaczynając od eliminacji cukru z herbaty i kawy do zupełnego odstawienia słodczy.

4. Współpraca i wsparcie

Regularne konsultacje: Ustalenie harmonogramu regularnych spotkań, aby monitorować postępy, omawiać wyzwania i dostosowywać plany w razie potrzeby.

Wsparcie emocjonalne: Umożliwienie pacjentowi dzieleniem się swoimi odczuciami oraz obawami, co pozwala na budowanie zaufania i otwartości w relacji terapeutycznej.

5. Monitorowanie postępów

Ocena wyników: Regularne przeglądanie osiągnięć pacjenta oraz dostosowywanie celów i planu działania do wyników.

Refleksja: Zachęcanie pacjenta do refleksji nad swoimi postępami, aby mógł zrozumieć, co działa, a co wymaga zmiany.

6. Motywacja i celebrowanie sukcesów

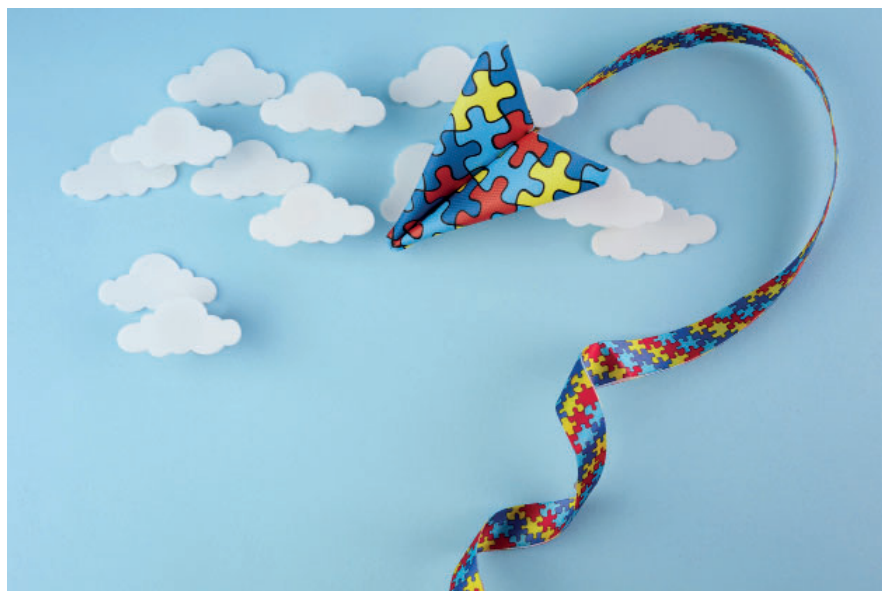
Motywowanie pacjenta: Pomoc w utrzymaniu motywacji poprzez przypominanie o postępach, nagradzanie małych osiągnięć i zachęcanie do dalszej pracy.

Celebrowanie sukcesów: Zachęcanie pacjenta do docenienia swoich osiągnięć i nagradzania się. Zwiększa to poczucie własnej wartości i motywację do kontynuacji.

7.2 NIEPOWODZENIA I RELAPSY

Relaps jako naturalny etap

Praca z nawrotami jest kluczowym elementem procesu psychodietetycznego. Nawrót do starych nawyków żywieniowych jest naturalnym etapem w dążeniu do zmiany, dlatego ważne jest, aby podejść do niego z empatią. Pacjent powinien mieć możliwość zrozumienia przyczyn nawrotu, co można osiągnąć poprzez analizę sytuacji i emocji, które do niego doprowadziły. Istotne jest, aby pacjent nie czuł się winny, lecz postrzegał relaps jako szansę na naukę. Wspólnie z terapeutą należy zidentyfikować trigger, który wywołał nawrót. To pomoże w przyszłości radzić sobie z trudnościami. Kluczowym aspektem jest również reframing myśli: zamiast koncentrować się na porażce, warto spojrzeć na sytuację jako na okazję do rozwoju.



Strategie radzenia sobie z niepowodzeniami

W celu skutecznego powrotu do zdrowych nawyków, pacjent powinien mieć dostęp do konkretnych strategii radzenia sobie z niepowodzeniami. Obejmuje to stopniowe wprowadzanie zmian i ustalanie mniejszych, osiągalnych celów, które zwiększają szanse na sukces. Techniki zarządzania stresem, takie jak medytacja czy ćwiczenia oddechowe, mogą być pomocne w trudnych momentach. Wsparcie emocjonalne jest niezbędne - psychodietetyk powinien słuchać pacjenta i umożliwiać mu dzielenie się obawami oraz frustracjami. Regularne spotkania, które pozwalają na monitorowanie postępów i celebrowanie małych sukcesów, mogą zwiększyć motywację pacjenta i poczucie własnej wartości, a także przyczynić się do trwałej zmiany.

7.3 WZMACNIANIE I FEEDBACK

Wzmacnianie pacjenta i udzielanie konstruktywnego feedbacku to podstawa skutecznego procesu. Szczere pochwały oraz docenianie najdrobniejszych sukcesów mogą podnieść motywację oraz poczucie skuteczności. Docenianie najmniejszych postępów pozwala pacjentowi dostrzec, jak daleko zaszedł w procesie zmiany. Regularne podkreślanie osiągnięć, takich jak wprowadzenie zdrowych nawyków żywieniowych czy radzenie sobie z trudnościami, tworzy pozytywną atmosferę i wzmacnia poczucie sprawczości.

Aby feedback był autentyczny i skuteczny, warto odwoływać się do konkretnych przykładów. Równie ważne jest zachęcanie do refleksji nad własnymi osiągnięciami, co sprzyja budowaniu pewności siebie oraz umacnia zaangażowanie w proces terapeutyczny. Aktywne słuchanie i uznawanie trudności z jakimi zmagają się pacjenci, zapewnia dodatkowo wsparcie emocjonalne, tworzy atmosferę zaufania, dzięki której pacjent czuje się zrozumiany i akceptowany. To wszystko w połączeniu sprzyja otwartości i chęci do pracy nad sobą, a celebrowanie najdrobniejszych sukcesów, wzmacnia dobre emocje i motywuje do kontynuacji wysiłków.



ZAKOŃCZENIE

8



Psychodietetyka, jako interdyscyplinarna dziedzina, otwiera nowe możliwości dla zrozumienia wpływu psychiki na nasze nawyki żywieniowe i zdrowie. Dzięki połączeniu wiedzy z zakresu psychologii i dietetyki, specjaliści mogą efektywnie wspierać pacjentów w procesie zmiany, pomagając im nie tylko osiągnąć wyznaczone cele, ale również wykształcić zdrową i trwałą relację z jedzeniem. Rola psychologa w tym procesie jest niezastąpiona - nie tylko jako przewodnika w zmianie zachowań, ale także jako osoby wspierającej w odkrywaniu wewnętrznych mechanizmów, które mogą sabotować lub wzmacniać działania.

Tylko holistyczne podejście, uwzględniające aspekty psychologiczne i dietetyczne, daje szansę na długofalowy sukces w poprawie jakości życia pacjentów. Mechanizmy psychologiczne, takie jak motywacja, nawyki i mechanizmy obronne, wpływają bezpośrednio na sposób odżywiania się, co podkreśla wagę zrozumienia psychicznych podstaw naszych wyborów żywieniowych.

Podsumowując, wiedza z zakresu psychodietetyki może stanowić istotne narzędzie w pracy każdego psychologa, który chce wspierać swoich pacjentów w dążeniu do zdrowia psychofizycznego i ogólnego dobrostanu.

BIBLIOGRAFIA

1. Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449–458.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
3. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: W. H. Freeman.
4. Baumeister, R. F. (2002). *Willpower: Rediscovering the Greatest Human Strength*. Penguin Books.
5. Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529.
6. Beck, J. S. (2007). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press.
7. Beck, J. S. (2011). *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i mechanizmy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
8. Benson, H. (2000). *The Relaxation Response*. HarperCollins.
9. Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Broadway Books.
10. Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. Basic Books.
11. Cash, T. F. (2008). *The Body Image Workbook: An 8-Step Program for Learning to Like Your Looks*. New Harbinger Publications.
12. Corsica, J. A., & Hood, M. M. (2011). Eating disorders in an obesogenic environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 997–1000.
13. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The „what” and „why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.

14. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 182–185.
15. Dallman, M. F., Pecoraro, N. C., & la Fleur, S. E. (2005). Chronic stress and comfort foods: Self-medication and abdominal obesity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 19(4), 275–280.
16. Evers, C., de Ridder, D. T., & Adriaanse, M. A. (2009). Emotional eating: does it exist and does it matter? *Appetite*, 52(3), 879–884.
17. Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.
18. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416.
19. Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. International Universities Press.
20. Gawęda, Ł., & Baran, E. (2019). Wspieranie zmiany zachowań żywieniowych pacjentów poprzez techniki poznawczo-behawioralne. *Nowiny Psychologiczne*, 24(2), 123–134.
21. Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
22. Hagger, M. S., & Chatzisarantis, N. L. D. (2008). Self-determination theory and the psychology of exercise. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1(1), 79–103.
23. Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108.
24. Herman, C. P., & Polivy, J. (2008). External cues in the control of food intake in humans: the sensory-normative distinction. *Physiology & Behavior*, 94(5), 722–728.
25. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Dell Publishing.
26. Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705–717.

27. Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11.
28. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
29. Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187–213.
30. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
31. Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379–399.
32. Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. Free Press.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848.
33. Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583–593.
34. Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137–147.
35. World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics* (11th ed.).

Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025

Materiał nie przeznaczony do sprzedaży. Wyłącznie do dystrybucji bezpłatnej.

Spis treści

WSTĘP.....	1
1. PSYCHODIETETYKA A ZDROWIE PSYCHOFIZYCZNE.....	3
1.1 PSYCHOLOG W PSYCHODIETETYCE.....	5
1.2 PSYCHOLOG W PROCESIE ZMIANY.....	6
1.3 PSYCHOLOG VS. DIETETYK.....	8
2.PSYCHOLOGIA ODŻYWIANIA.....	9
2.1 MECHANIZMY PSYCHOLOGICZNE A SPOSÓB ODŻYWIANIA.....	11
2.2 WPŁYW EMOCJI NA WYBORY ŻYWIENIOWE	12
2.3 FUNKCJE I ZNACZENIE JEDZENIA	14
2.4 WYBRANE MECHANIZMY EMOCJONALNE I OBRONNE W ODŻYWI- NIU	15
2.5 KOMFORTOWE JEDZENIE	16
3. PSYCHOLOGIA A NAWYKI ŻYWIENIOWE.....	17
3.1 STRES I JEDZENIE.....	19
3.2 EMOCJE A JEDZENIE.....	20
3.3 MOTYWACJA DO ZMIANY	22
4.ZABURZENIA ODŻYWIANIA - ROLA PSYCHODIETETYKI.....	25
4.1 RODZAJE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA.....	27
4.2 PSYCHODIETETYKA W LECZENIU ZABURZEŃ ODŻYWIANIA.....	28
5. WYBRANE NARZĘDZIA I TECHNIKI PSYCHODIETETYCZNE.....	31
5.1 WYWIAD PSYCHODIETETYCZNY	33
5.2 WYBRANE TECHNIKI ZMIANY NAWYKÓWNESS.....	34
5.3 TECHNIKI RADZENIA SOBIE ZE STRESEM I EMOCJAMIŹRÓDEŁ TECH- NIKI ZARZĄDZANIA STRESEM	38
6. PRACA NAD SAMOOCENĄ I OBRAZEM CIAŁA.....	41

6.1	POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI A WYBORY ŻYWIENIOWE	44
6.2	SAMOAKCEPTACJA I CIAŁOŻYCZLIWOŚĆ	44
6.3	POZYTYWNY OBRAZ CIAŁA	46
6.4	PRZEKONANIA I STEREOTYPY	47
7.	PRAKTYCZNE ASPEKTY PRACY Z PACJENTEM	49
7.1	ETAPY PROCESU PSYCHODIETETYCZNEGO	51
7.2	NIEPOWODZENIA I RELAPSY	53
7.3	WZMACNIANIE I FEEDBACK.....	55
8.	ZAKOŃCZENIE	57
	BIBLIOGRAFIA.....	60