

Psychologické aspekty obezity

Vliv obezity na psychologické funkce

Lze předpokládat, že v rámci společnosti upřednostňující štíhlou linii, bude **jedinec s nadváhou diskriminován** – bohužel, je tomu tak. Tato diskriminace je posilována skutečností, že obezita je na první pohled zjevná a tím, že je pokládána za důsledek nedostatku sebeovládání jedince. Řada studií prokázala, že nadváha samotná vytváří řadu iracionálních společenských předsudků – například šestileté děti s obézní postavou jsou ostatními pokládány za líné, hloupé, podvádějící a ošklivé – a to zejména svými spolužáky. Podobné předsudky se vyskytují i mezi zdravotnickým personálem: téměř 2/3 praktických lékařů připisuje obezitu na vrub nedostatečně silné vůli a téměř 1/3 popisuje obézní jedince jako "líné osoby".

Kromě těchto formálních studií dochází běžně ke každodenní skryté diskriminaci obézních jedinců, která je jaksí neměřitelná, a to buď formou společensky tolerovaných vtipů nebo vytvářením televizních postav, které jsou pro svoji tloušťku *a priori* chápány jako nepořádné a líné.

Můžeme říci, že obézní jedinci nejsou ohroženi zvýšeným rizikem vzniku psychopatologií z důvodu vnitřní (subjektivní) predispozice, ale společenský tlak směřovaný proti obezitě (v dobrém úmyslu) může nabrat takové podoby anebo intenzity, že právě ten **se může stát spouštěcím momentem psychopatologie obézního jedince**.

Léčba obezity

Cíle a metody léčby obezity doznaly v posledních letech významných změn, a to zejména ze dvou zásadních důvodů. Prvním důvodem bylo prokázání skutečnosti, že i mírný pokles tělesné hmotnosti (o 10 %, u některých jedinců dokonce o 5 %) stačí k tomu, aby se zastavilo (nebo alespoň významně zpomalilo) tempo progresu, a tím se předešlo většině komplikací obezity. V praxi to znamená, že obézního jedince nemusíme nutit k dosažení tradiční ideální tabulkové tělesné hmotnosti – pro většinu obézních pacientů je to cíl téměř nedosažitelný a zejména neudržitelný. Proto je cílem většiny moderních léčebných programů 10% úbytek.

Druhé významné poznání posledních let je založeno na zjištění, že pro většinu obézních je nemožné trvale udržet tělesnou hmotnost dosaženou v průběhu léčebného programu. Prvořadým cílem tak není pouze snížení hmotnosti, ale účinné a dlouhodobé řízení hmotnosti. Tento přístup individuálně poskytuje možnost dosažení nejlepší možné tělesné hmotnosti v kontextu celkového zdravotního stavu obézního jedince a zároveň umožňuje zachovat nejvyšší možnou kvalitu života.

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je základem většiny programů zacílených na redukci hmotnosti. Základem těchto programů je analýza chování nemocného, ale i rozbor příčin a důsledků jeho chování. Obsahem behaviorálních analýz je snaha nalézt optimální účinný způsob, jak změnit patologické vzorce chování, které vedly k rozvoji obezity. Změna se musí týkat v první řadě způsobu a frekvence příjmu potravy. Na druhém místě je nutné uvědomit si škodlivé okolnosti předcházející příjmu potravy – a to od těch relativně vzdálených (např. způsob a množství nákupu potravin) až po ty bezprostřední (např. hojná přítomnost energeticky náročných tyčinek v domácnosti). Třetím krokem je praktické prosazení uvedených změn v každodenním životě pacienta. Pacienti jsou vedeni k sebezpozorování a k vedení detailních záznamů o svých běžných denních aktivitách. Na základě rozboru těchto deníků je pak možno určit, které způsoby chování a reakce je potřeba pozměnit, nebo naopak jiné posílit. Cílem KBT je pomoci nemocnému překonat pocity slabosti, méněcennosti či neschopnosti účinně redukovat vlastní tělesnou hmotnost. Druhým významným cílem je poskytnutí preventivní psychologické průpravy proti opětovnému zvyšování tělesné hmotnosti, které bývá po ukončení redukčních programů pozorováno poměrně často.

Kognitivně-behaviorální psychoterapie představuje jeden ze základních směrů současné psychoterapie. Jedná se o směr relativně mladý, neboť se zformoval teprve na konci 70. let minulého století integrací dvou původně samostatných směrů – terapie behaviorální a kognitivní. Kognitivně-behaviorální psychoterapie vychází z teorie, že příčinou psychických potíží jsou chybné způsoby chování a myšlení a že tyto chybné způsoby chování a myšlení jsou naučené a udržované rozpoznatelnými vnějšími i vnitřními faktory. Aplikace kognitivně-behaviorální psychoterapie v problematice obezity, jejíž začátek spadá do roku 1967, je spjata s pracemi A. J. Stunkarda. Ty vycházely ze zjištění, že tradiční lékařské metody při léčbě obezity nebyly příliš úspěšné. Stunkard sestavil přehled úspěšnosti terapie obezity a na základě této studie shrnul výsledky tradičních lékařských přístupů. Z nich vyplývá, že většina obézních pacientů opustí léčebný režim. Z těch, kteří setrvají v léčbě, většina nijak výrazně nezhubne a ti, kteří zhubnou, přiberou své zhubnuté kilogramy v krátké době nazpět. V současné době se většina odborníků domnívá, že kognitivně-behaviorální přístup patří v terapii obezity mezi nejúčinnější postupy, a proto by měl být vždy součástí intervenční léčby.

Obecná charakteristika KBT:

1. vychází z předpokladu, že abnormální chování je řízeno stejnými principy jako chování normální a může být tedy stejně tak modifikováno;
2. při získávání a modifikaci neadaptabilního a nežádoucího chování hraje roli učení;
3. léčba se zaměřuje na specifické problémové chování a na jeho aktuální determinanty;

4. problémové chování je jasně definované, stanoví se konkrétní cíl terapie;
5. nemění strukturu osobnosti, ale mění specifické způsoby reagování v určitých situacích;
6. ověřování efektivity terapie se děje již v průběhu terapie;
7. vzájemná spolupráce mezi pacientem a terapeutem.

Mezi nejčastěji používané techniky patří:

1. sebezpozorování (identifikace vlastních chyb z analýzy jídelních záznamů);
2. aktivní kontrola vnějších podnětů (podněty, jako je chuť, vzhled a vůně jídla, společenská úloha jídla, doba jídla, rychlost jídla, emoce apod. mají vliv na způsob příjmu potravy ve větší míře u obézních jedinců než u neobézních). Pacient se učí identifikovat podněty, které spouštějí chování a poté aktivně přetvářejí prostředí, a modifikuje podmínky, které vedou k nevhodným návykům a postojům k jídlu vůbec;
3. sebezposilování (odměny, podpora, pochvala);
4. kognitivní techniky (pozitivní myšlení, vnitřní dialogy).

Krátkodobá individuální i skupinová KBT vede k poklesu tělesné hmotnosti. S ohledem na zatím stále rostoucí prevalenci obezity lze za jedny z nejdůležitějších aspektů KBT považovat její finanční a prostorovou nenáročnost z hlediska provádění, ale zejména to, že pomáhá pacientovi samotnému najít v sobě samém schopnosti k získání dlouhodobé kontroly nad svým problémem.

Psychologická léčba obezity

Velmi důležitým momentem v terapii je uvědomění si všech pozitivních, ale i negativních následků pacientova hubnutí. Každá změna stavu s sebou přináší obojí, tedy pozitivní i negativní efekty. A to je nutné si uvědomit i při hubnutí. Pokud pozitivita z chystané změny převáží nad negativy, cesta ke změně je otevřená. Role terapeuta je velmi důležitá také v okamžiku, kdy má pro pacienta proces hubnutí více negativních než pozitivních důsledků. Potom je třeba terapeuticky pracovat na pacientově „vůli ke změně“. Dalším úkolem pacienta, za podpory terapeuta, je stanovení si konečného cíle. To má velký význam, neboť se jedná o jasné, konkrétní a uchopitelné kritérium. Ale i zde je třeba upozornit na některá úskalí. Předně je třeba, aby stanovený cíl (úbytek hmotnosti) byl reálný. Pokud bude cíl postrádat reálné rozměry, a tedy splnitelnost, snaha pacienta i terapeuta bude zakončena neúspěchem a pacient si tento neúspěch vztáhne k sobě, jako svou vlastní neschopnost. Bude pociťovat vinu za něco, co prakticky vůbec ovlivnit nemohl. Důležitou roli hraje také správné načasování procesu hubnutí. Není vhodné začínat hubnout v době, kdy zažíváme stres již od probuzení. Je třeba si uvědomit, že nemůžeme zvládat více podstatných změn najednou, neboť k takové (životní) změně (hubnutí, změna práce, řešení partnerských problémů atd.) je třeba dostatek energie a podpory. Odložení hubnutí na „klidnější, vyrovnanější“ období není neúspěchem, ale prevencí neúspěchu.

Po splnění těchto základních kroků může začít samotný proces hubnutí za pomoci terapeuta, který s pacientem probírá mj. jídelní zvyklosti, stravovací režim, podněty, které ho přivádějí k nadměrné konzumaci potravin, rozebírají možnosti pohybové aktivity apod. Role terapeuta je velmi důležitá také v okamžiku, kdy má pro pacienta proces hubnutí více negativních než pozitivních důsledků. Potom je třeba terapeuticky pracovat na pacientově „vůli ke změně“. Cílem psychoterapie v léčbě obezity a metabolických poruch je nejen samotné zhubnutí, ale také celkové zlepšení kvality života pacientů.

Základní materiál, se kterým pracujeme je zápis jídelníčků, který je podrobnější než jídelníček vypracovaný pro obezitology. Jde o to, abychom analyzovali nejen skladbu potravy (pro toto jsou kompetentnější obezitologové a nutriční terapeuti), ale práce psychologa je zaměřena na analýzu jídelního chování. S pacientem pracujeme na identifikaci nevhodných návyků a snažíme se dojít ke strategii, jak je zvládnout. Je třeba si uvědomit, že čím přesnější informace o jídelním chování pacient poskytne, tím konkrétnější postupy mohou psychologové nabídnout.

V jídelním záznamu sledujeme:

1. čas jídla – nejde jen o prostý záznam času, ale také doba trvání jídla a časové intervaly mezi jídly;
2. skladbu potravy včetně příchutí atd.;
3. množství jídla (co nejpresnější odhad nebo lépe vážení);
4. místo, kde pacient obvykle jí (zde můžeme vypořizovat, že konkrétní oblíbené místo pravidelně vyvolává v pacientovi potřebu jídla);
5. činnosti prováděné během jídla (zde si všímáme, co všechno pacient u jídla dělá, a snažíme se mu ukázat, že vlastně na vnímání jídla nemá čas);
6. hlad (pacient sám označuje, zda uvedené jídlo jedl s pocitem hladu či chuti – často se zde názorně ukáže, že pacient často mluví o tom, že má trvalý pocit hladu, ale v podstatě se jedná jen o chuť, přestože prvotní impuls může jako hlad vystupovat);
7. náladu (tato položka nám odhalí závislost požívání jídla na momentálním psychickém stavu);
8. návaznost jídla na určité aktivity nebo stereotypy (např. příchod z práce, zahájení večerního programu apod.).

S takto rozloženým schématem pracujeme přibližně 3 až 6 měsíců, zamýšlený cíl (změna jídelního chování) rozdělíme na cíle dílčí (dle identifikovaných chyb).

Je dobré začínat se změnami postupně, neboť každá změna je pro pacienta zatěžující a je třeba poskytnout dostatečný časový prostor pro její ukotvení v životním stylu pacienta. Je třeba si uvědomit, že postupným zjišťováním a analýzou jídelního chování může být zjištěna potřeba následné dlouhodobé intervence psychologa nebo psychiatra. Je velmi důležité přesvědčit pacienta, že tato léčba je zásadní pro následný efekt snížení hmotnosti. U některých pacientů se nevyhneme preskripci antidepresiv, což ale patří do kompetence ambulance obezitologa, internisty, praktického lékaře nebo psychiatra. Komunikace mezi psychologem a obezitologem resp. praktickým lékařem je pak zásadní pro společný postup.

Poruchy příjmu potravy (PPP) a obezita

Problematika obezity a poruch příjmu potravy (PPP) má mnoho vzájemně se podmiňujících hledisek. Obezita (a ještě více tzv. dietování) může hrát významnou roli v etiologii poruch příjmu potravy, diety pak spolu s přejídáním zase v rozvoji obezity. Obezita v rámci metabolického syndromu vede ke zvýšené kardiovaskulární mortalitě a morbiditě, toto riziko pomáhají snižovat bariatrické operace, které léčí nejen obezitu, ale i další složky metabolického syndromu. Mnoho autorů zdůrazňuje možnou spojitost PPP, především bulimie, s premorbidní obezitou nebo obezitou v rodině. Podle některých zpráv trpí až 5 % obézních bulimií a mnoho obézních žen uvádí, že má sklon k večernímu přejídání. Popis jednotlivých poruch:

Záchvatovité přejídání (BED)

V DSM IV (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch – mezinárodně používaná příručka Americké psychiatrické společnosti z roku 1994) jsou uvedena následující kritéria:

- A. Záchvat přejídání je definován jako konzumace většího množství jídla, než je obvyklé, a to v krátkém časovém období (méně než 2 hod). Během záchvatu pacient ztrácí kontrolu nad svým jídelním chováním.
- B. Záchvaty jsou spojeny se třemi a více následujícími znaky:
 - pacient se nají do nepříjemné plnosti;
 - konzumuje velké množství jídla bez pocitu hladu;
 - jídlo je konzumováno rychleji než obvykle;
 - jí o samotě, protože se za množství konzumovaného jídla stydí;
 - po přejedení následuje pocit viny, deprese, znechucení sám sebou.
- C. Přítomná úzkost je spojena se záchvatovitým přejídáním.
- D. Záchvaty přejídání se vyskytují ve frekvenci alespoň 2× týdně za posledních 6 měsíců.
- E. Záchvatovité přejídání není spojeno s následným kompenzatorním chováním (jako u jiných PPP).

Bez ohledu na přísnost kritérií použitých pro diagnostiku BED se studie shodují na tom, že pacienti s BED mají vyšší skóre deprese, dřívější nástup obezity a více obecné psychopatologie. V jednotlivých výzkumech potom zjišťujeme, že pacienti s touto poruchou více baží po jídle (craving), více používají léky na hubnutí, mají větší strach z tloušťky a nižší spokojenost s vlastním tělem než obézní bez této poruchy. Častěji jde o ženy ve věku pod 45 let s vyšším BMI (nad 42).

Noční přejídání – Night Eating Syndrome(NES)

Kritéria NES nejsou dosud specifikována v mezinárodní klasifikaci nemocí. A. Stunkard se snaží o jejich zařazení do DSM V. Dle jeho názoru se jedná o komplexní biobehaviorální poruchu s narušením cirkadiálního rytmu.

Stunkard určuje 2 základní diagnostická kritéria:

- A. večerní jezení (aspoň 25 % denního příjmu kalorií je konzumováno po večeři);
- B. probuzení během noci spojené s příjmem potravy aspoň 3× týdně.

Dle A. Stunkarda je výskyt této poruchy u obézní populace 6–16 % a u pacientů vhodných k bariatrickému výkonu 8–42 %.

NES je potřeba odlišit od tzv. Sleep related eating disorder (SRED). Tato porucha je specifikována rychlou konzumací (většinou do 10 minut) jídla, ale i nejedlých předmětů (čisticí prostředky, lepidlo apod). Ačkoliv i tyto záchvaty se dějí v noci, nejde o posunutí cirkadiálního rytmu jedení. Na noční záchvaty jedení má pacient většinou amnézii.

Kontinuální jedení (Grazing)

Nově popsán symptom, doposud stojící mimo pozornost výzkumníků i kliniků. Jedná se o kontinuální konzumaci menšího množství potravy bez volní kontroly. Pro diagnostiku tohoto symptomu není primárně důležité množství konzumovaného jídla, ale kvalita prožívání, tzn. subjektivně negativní vnímání ztráty kontroly nad svým jídelním chováním a nadměrným příjmem potravy. Tento symptom je velmi důležité sledovat hlavně u pacientů před bariatrickým výkonem, neboť může zásadně ovlivnit úspěšnost výkonu. Záchvatovité přejídání vyskytující se u pacienta před bariatrickým výkonem se může následně po operaci změnit na Grazing.

Vliv snížení nadváhy na kvalitu života

Osobnost člověka chápeme jako biopsychosociální jednotku. Z tohoto hlediska se vnímání kvality života a životní spokojenosti promítá do všech těchto oblastí. Sledování kvality života se ukazuje jako nezbytná součást terapeutické péče i v oblasti klasické medicíny. Kvalita života obecně vyjadřuje subjektivní posouzení vlastní životní situace z mnoha možných úhlů, které jsou rozdílné podle životních hodnot nebo aktuálního stavu jedince. Podle některých autorů je **kvalita života subjektivně vnímané uspokojení v průběhu vlastního života, založené na vlastních hodnotách, cílech, schopnostech a potřebách**. Životní spokojenost je vnímána jako jeden z aspektů celkové kvality života. Lze zmínit ještě jeden aspekt při posuzování kvality života: "čím méně je člověk schopen dosáhnout svých očekávání, tím je horší jeho kvalita života." Chronicky nespokojení a úzkostní nemocní s

perfekcionistickými povahovými rysy, kteří život celkem normálně zvládají, vnímají kvalitu svého života jako velmi nízkou, protože jejich výkon neodpovídá jejich absolutní představě a výkon na 90 % je pro ně nedostatečný. Redukce hmotnosti se bezesporu projeví ve vnímané kvalitě života v oblasti tělesné, zmírní se riziko vzniku kardiovaskulárních chorob a hypertenze.

Faktory psychosociální jsou však pro celkovou životní spokojenost neméně důležité. Obezita rozvíjí enormní psychickou zátěž. Důležitost psychosociálních faktorů stoupá zvláště v současné době, v době, kdy se ideál tělesné hmotnosti (zvláště u žen) stále snižuje, zatímco jejich hmotnost stále stoupá.

Společenský tlak na redukci hmotnosti je obrovský. Již ve školním věku, kdy děti navazují nové kontakty, je pro obézní děti daleko těžší přiměřeně se zařadit do sociálního prostředí. Výzkumy ukázaly, že dokonce již malé děti v předškolním věku preferují při kontaktu děti tělesně postižené před obézními. Dostat nálepku "tlustý" se blíží pojmům líný, ošklivý, slaboch. Obézní dívky reagují na tento stav uzavřením se do sebe, přecitlivělostí, nesamostatností, pasivitou a straněním se společnosti, chlapci zase spíše vyvoláváním konfliktů, agresivitou, tvrdohlavostí.

Společenské předsudky jsou stejně silné i v dospělosti. Obezita je pokládána za slabost jedince. Štíhlý člověk, který je závislý na nikotinu, je často společensky přijatelnější než zdravě vyhlížející "tlouštík". A tak obézní, zejména ženy, trpí někdy daleko více společenskými a psychickými důsledky obezity než tělesnými obtížemi. Psychologické důsledky obezity jsou daleko závažnější než ty tělesné, právě u nižších stupňů obezity. Lze tedy předpokládat, že úspěšná redukce nadváhy a následné udržení hmotnosti může výrazně zvýšit pacientovo sebevědomí, sebedůvěru, sebehodnocení. Také zvyšuje pocit sebejistoty a snižuje pocit izolace. Všechny tyto faktory pak nutně ovlivňují celkovou kvalitu života a pocit životní spokojenosti.

Odkazy

Související články

- Poruchy příjmu potravy u obézních osob
- Poruchy příjmu potravy

Zdroj

- SLABÁ, Šárka. *Psychologické poradenství v praxi*.