

# ObezitaEDUC 2016

## Projekt Obezitologickej sekcie Slovenskej diabetologickej spoločnosti a časopisu Via Practica

Hlavný odborný garant a koordinátor projektu:

MUDr. Ľubomíra Fábryová, PhD.

predsedníčka Obezitologickej sekcie SDS



## Psychológia v manažmente obezity

Mgr. Margita Fülleová

II. interná klinika UNB a LF UK, Nemocnica Staré Mesto, Bratislava

Obezita je významné až pandemicky sa vyskytujúce ochorenie, ktoré okrem zdravotných komplikácií vyvoláva aj psychické a sociálne problémy. V rovine psychickej sa pozitívne výsledky dosahujú kognitívno-behaviorálnou liečbou (KBT). Liečebný plán KBT sa má zameriavať na odstránenie nevhodných stravovacích návykov, na získanie vedomostí o nutričných hodnotách potravín, na zvýšenie fyzickej aktivity, na neschopnosť zredukovať svoju telesnú hmotnosť. V praxi sa používajú rôzne kognitívne techniky.

**Kľúčové slová:** obezita, multidisciplinárny manažment, kognitívno-behaviorálna liečba

### Psychology in the management of obesity

Obesity is an important and very commonly present disease, which has not only health complications, but psychologic and social problems, too. In the psychologic level positive results are achieved by cognitive-behavioural treatment (CBT). Therapeutic plan of CBT involves elimination of improper dietary habits, gaining knowledge about the nutritional values of the food, increasing physical activity, possibility for reduction of body weight. Several cognitive techniques are used in the practice.

**Key words:** obesity, multidisciplinary management, cognitive-behavioural treatment

Via pract., 2016, 13(3): 94–96

### Úvod

Poruchy prijímania potravy ako aj obezita spôsobujú významné problémy súčasnej ľudskej populácie podmienené nesprávnym, konzumným životným štýlom ľudí, čo sa negatívne odzrkadľuje na ich kvalite života a spôsobuje závažné zdravotné, psychické a sociálne komplikácie. Obezita je celoživotné multifaktoriálne ochorenie. Nejde len o neestetický vzhľad jedincov. Nadhmotnosť a obezita má značný podiel na rozvoji kardiovaskulárnych chorôb (23 %), vzniku diabetes mellitus (44 %) a z neho vyplývajúcich ďalších komplikácií, rozvoja onkologických ochorení (7 – 41 %). Nezanedbateľný je aj sociálno-ekonomický dosah.

### Obezita v detskom veku

Je alarmujúce, že obezita sa ako choroba čoraz častejšie nevyhýba ani deťom, za čo v súčasnosti môže ich životný štýl podporovaný dospelými. V literatúre sa uvádza, že už v dojčenskom veku sa pestujú návyky vedúce k obezite.

Keď dieťa zaplače, matka mu dá vypiť mlieko, dieťa sa upokojí, zafixuje si príjemný zážitok z jedenia. Často sa stáva, že rodičia pochvália dieťa, že zjedlo všetko, čo bolo na tanieri a za odmenu dostane ešte sladkosť. Deti sa málo hýbu, veľa času trávia pri počítačoch, televízii, menej sa venujú aktívnemu pohybu. Rodiny často trávia voľné dni v nákupných centrách, stravujú sa v zariadeniach s rýchlym občerstvením (fast-food). Návšteva kina sa nezaobíde u detí ani u dospelých bez kúpy pukancov, sladkého nápoja. Adolescenti, najmä dievčatá chcú byť štíhle ako sú medializované modelky, experimentujú so „zaručenými“ receptami na chudnutie, hladovaním. Snaha dosiahnuť imidž modelky môže však vyústiť k rozvoju anorexie alebo bulímie.

### Kvalita života obéznych jedincov

Kvalita života vyjadruje charakter a stupeň fyzickej a psychosociálnej pohody, nezávislosti, uspokojenia so životom a pocit úspechu vo viacerých oblastiach každodenného života. Kvalita

života je pojem subjektívny a relatívny. Avšak v realite skutočného života má kľúčovú úlohu, preto sa musí posudzovať komplexne nielen u pacienta, ale aj jeho príbuzných (1).

**Obezita významne ovplyvňuje kvalitu života človeka**, pretože vplyva na rozvoj hypertenzie, diabetes mellitus a jeho komplikácií, vysokého rizika kardiovaskulárnych ochorení, zlyhávania srdca, menštruačných porúch, neplodnosti, ochorení pohybového ústrojenstva, osteoporózy. Okrem somatických rizík vplyva aj na psychický stav pacienta. Obezita je spojená s vyšším výskytom psychických porúch ako v bežnej populácii. U pacientov zapojených do programov na liečbu obezity sa zistili depresívne a anxiózne príznaky, viac porúch stravovacieho režimu, znížené sebavedomie a zhoršenie kvality života (2). Zníženie sebahodnotenia, sebaúcty, ponížovanie sa, uzatváranie sa do seba, ako aj strach, depresia, tiež diskriminácia pri získavaní zamestnania a uplatnení sa v práci sú podmienené vekom, pohlavím, sociálnym postavením

a etnicitou. Snaha človeka uspieť a odstrániť deficit v materiálnom zabezpečení prináša so sebou čoraz viac stresogénnych situácií, čo podmieňuje narušenie duševnej rovnováhy z nedostatku coping mechanizmov (zvládanie stresu).

**Základom pri manažmente pridružených rizikových faktorov** sú režimové opatrenia, na ktoré sa treba zameriavať pri **edukácii** o správnom stravovaní, znížení telesnej hmotnosti, a pohybovej aktivite (3). Tieto opatrenia treba realizovať obzvlášť u obéznych ľudí s diabetom, u ktorých je vysoká prevalencia vzniku závažnej, mutilujúcej komplikácie – syndrómu diabetickej nohy.

### Faktory, ktoré ovplyvňujú prežívanie obezity z pohľadu pacienta

Ak chceme pacientovi pomôcť, musíme ho vnímať ako celok, teda celú jeho bio-psycho-sociálnu sféru. Z pohľadu pacienta prežívanie obezity odhalia faktory, ktoré ho ovplyvňujú. **Fyzické faktory** spôsobujú v bežnom živote diskomfort z choroby a jej komplikácií, obmedzenú pohyblivosť, sťažené dýchanie, narušený spánok a únavu. Je to určitý hendikep, ktorý sa automaticky odzrkadľuje v **emocionálnej** oblasti – diskriminácia, stigmatizácia, stres, narušené sexuálne spolužitie, nedostatočná podpora rodiny v procese chudnutia, znížená sebaúcta, depresie. Depresia sa postupne pretaví do sociálnej izolácie, neschopnosti vykonávania práce, čo má sociálno-ekonomický vplyv aj na rodinu. Obézni jedinci sú pod spoločenským tlakom nasmerovaným proti obezite, ktorý sa môže stať spúšťacím momentom psychologickéj patológie obézneho.

**Zlepšenie kvality života** sa dá docieľiť zmenou životného štýlu, edukáciou, tzn. zmenou stravovacích a pohybových návykov, zmenou postoja pacienta k svojmu zdraviu. Úspech v boji proti obezite sa dá dosiahnuť ovplyvnením predstáv pacienta, jeho zdravotného stavu s podporou rodiny a priateľov a tiež spolupracou so psychológom.

**Chudnutie začína v myslí**, preto súčinnosť psychológa je nenahraditeľnou súčasťou terapie. Chudnúť začnú obézni ľudia vtedy, keď sa sami rozhodnú, uvedomia si negatívne dôsledky na svoje zdravie a/alebo sú frustrovaní. Galileo Galilei napísal, že „človeka nemôžete nič naučiť, môžete mu len pomôcť, aby to v sebe sám objavil.“

Na chudnutie je **motivácia** významným krokom k úspechu. Motiváciou môžu byť zdravotné problémy, estetický faktor, spoločenské postavenie, partnerské vzťahy. Je však dôležité, aby si každý našiel tú „**svoju vlastnú**“ **motiváciu**, ktorá mu pomôže dôjsť do cieľa a či vô-

bec chce začať chudnúť a prečo to chce teraz. Najčastejším motivačným prvkom je zdravotný stav, zlepšenie fyzickej kondície. U žien býva častým spúšťačom procesu chudnutia estetický faktor, aby vyzerali lepšie a mohli sa krajšie obliekať. Z aspektu sociálneho spolunažívania ide o následné ľahšie nadviazanie sociálnych kontaktov, zníženie frustrácie, zvýšenie nádeje na získanie partnera, alebo zlepšenie existujúceho vzťahu. Medzi **vonkajšie motivačné faktory** patrí postavenie v zamestnaní, vplyv príbuzných, priateľov a v neposlednom rade aj rada lekára.

**Motivačné zdroje** sú **externé – behaviorálne** (príjemná odmena, vyhýbanie sa nepríjemným pocitom), **sociálne** – zaradenie sa do skupiny, napodobňovanie vzorov, **biologické**, t.j. ide o aktiváciu zmyslových vnemov, zníženie pocitu hladu, smädu, udržiavanie homeostázy.

V rámci **kognitívnych zdrojov** je to riešenie problému, rozhodnutie sa, zníženie pocitu hladu, upútanie a udržanie pozornosti na niečo zaujímavé. Zníženie pocitu nepohody, ohrozenie sebaúcty, zachovanie optimizmu a entuziazmu patria pod kategóriu **afektívneho motivačného zdroja**. Snaha o dosiahnutie vytýčených cieľov, predsavzatí riadiť svoj vlastný život a zamedzenie vplyvu druhých sa zaraďuje k **činnostnému** zdroju motivácie. Avšak je dôležité porozumenie cieľa, ktorý chce človek v živote dosiahnuť.

### Liečba obezity

Konzervatívna liečba obezity je zameraná na diétoterapiu, fyzickú aktivitu, teda bezpodmienečne na zmenu životného štýlu a farmakoterapiu. Obezita je v dôsledku komplexu rôznych patogénnych mechanizmov výsledkom pozitívnej energetickej bilancie. Ťažisko odporúčaní spočíva najmä na multikomponentných intervenciách v oblasti **diétnej liečby v kombinácii s fyzickou aktivitou a behaviorálnymi technikami** (4).

Komplexný manažment liečby obezity vyžaduje vstup psychológa do procesu zmeny životného štýlu, najmä v záverečnej fáze liečby, keď dochádza k fixácii správnych návykov pri chudnutí. Je dôležité, aby sa pacient nevrátil k predchádzajúcemu spôsobu života, a teda aby nepodľahol pokušeniu siahnuť po „dobrotách“. Lekár musí identifikovať a indikovať psychologický alebo psychiatrický manažment liečby obezity, najmä pri depresii, strese, strachu, stigmatizácii či diskriminácii. Práca psychológa spočíva v sledovaní, ako často pacient myslí na jedlo, ako rýchlo zje predloženú stravu, či jedol pre pocit hladu, alebo bol čas obeda a či pri jedení číta noviny alebo pozerá televízor (5).

**Psychologická starostlivosť o obéznych pacientov** sa zameriava na zvládanie psychologických, psychosomatických a sociálnych problémov. Obézni ľudia sa učia chápať psychologické vplyvy, ktoré sú významnými komponentami pri vzniku a pretrvávaní nadhmotnosti sprevádzanej prítomnosťou rizík vzniku alebo zhoršenie kardiovaskulárneho ochorenia pacienta, cukrovky s jej následnými komplikáciami, onkologického ochorenia, prehĺbenie psychických problémov, depresií, sociálnej izolácie a frustrácie.

### Psychoterapia obezity

Psychoterapia je odborná a zámerná aplikácia klinických metód a interpersonálnych postojov, ktoré majú napomáhať ľuďom zmeniť ich správanie a emócie želaným smerom. Psychoterapia má pomôcť pacientovi zmeniť reakcie v stresujúcich situáciách, neprijímať stravu, ak sú vyprovokovaní vonkajším (vôňa jedla) alebo vnútorným (smútok, rozchod, strata zamestnania) podnetom. Základom je pozitívny vzťah medzi psychológom a pacientom a zachovanie etického kódexu a práv pacientov.

### Kognitívno-behaviorálna psychoterapia

Základom väčšiny programov zameraných na redukciu hmotnosti je **kognitívno-behaviorálna terapia** (KBT), ktorá bola sformovaná koncom 70. rokov 20. storočia. Je to najdynamickejšie sa rozvíjajúci psychoterapeutický smer, ktorý je spomedzi asi 400 existujúcich systémov psychoterapie pri návykových problémoch (drogy, fajčenie) najefektívnejší.

Kognitívne behaviorálna terapia (KBT) obsahuje techniky, ktoré majú za cieľ modifikovať jednak pacientove vedomosti, názory a presvedčenia v oblasti regulácie telesnej hmotnosti, obezity a jej následkov, ako aj priamo ovplyvňovať správanie, ktoré vyžadujú zmenu s ohľadom na úspešné zníženie telesnej hmotnosti a zachovanie už redukovanej hmotnosti. KBT má tvoriť súčasť rutinného diétného manažmentu, alebo ako plnší, štruktúrovaný program tvorí základ intervencie špecialistu psychológa (6).

**Behaviorálny program** sa sústreďuje na obmedzenie alebo elimináciu nevhodných stravovacích návykov a pohybových aktivít a prejavov chorobných príznakov cez **kognitívny prístup**, ktorým sú ovplyvnené postoje človeka k prejedaniu sa a k nízkej fyzickej aktivite. Prihliada sa aj na štruktúru osobnosti a naučené myslenie ovplyvnené vonkajšími a vnútornými faktormi. V rámci kognitívno-behaviorálnej terapie sa obézni pacienti učia osvojiť si správne

návyky, v dôsledku čoho dôjde k zmenám v ich životnom štýle. Okrem diéty a fyzickej aktivity sú dôležité zásady, ktoré sa týkajú nakupovania – pri nakupovaní človek nemá byť hladný, má kupovať len to, čo potrebuje. Jadenie treba začať raňajkami, jesť 5 – 6-krát denne zdravé potraviny, malé sústa a pomaly, servírovať na malé tanieri, po jedení odísť od stola. Fixovanie nových stravovacích návykov, hľadanie motivácie, podpory okolia a odmeňovanie sú ďalšími zásadami, ktoré sú nemenej dôležité na dosiahnutie úspechu v procese chudnutia.

**Kognitívno-behaviorálne vyšetrenie** (assessment) sa sústreďuje na **skúmanie správania sa v oblasti stravovacích návykov**, ktoré sa týkajú skladby jedla a režimu jedenia, aké množstvo obézny pacient zje, ale aj frekvencie a intenzity **pohybovej aktivity**. Sleduje a **analyzuje vnútorné podnety** ako je hlad, napätie, zmeny nálady, negatívne myšlienky, iracionálne očakávanie. **Anamnéza** poskytuje informácie o genetickej dispozícii k obezite, o psychických a somatických ochoreniach, stravovacích návykoch rodiny, výkyvoch telesnej hmotnosti, o motivácii pacienta. Na základe získaných údajov sa stanovujú ciele a liečebný plán.

### Cieľ kognitívno-behaviorálnej liečby

Liečebný plán sa má zameriavať na odstránenie nevhodných stravovacích návykov, na získanie vedomostí o nutričných hodnotách potravín, na zvýšenie fyzickej aktivity, na neschopnosť zredukovať svoju telesnú hmotnosť. Prvý krok k úspešnej liečbe vedie k stanoveniu si reálnych cieľov, t. j. úbytok 5 – 10 % hmotnosti, zníženie množstva tukového tkaniva.

Zo psychologického aspektu je dôležité pomôcť prekonať pocit menejcennosti, sociálnu izoláciu. Medzi základné techniky KBT patria:

- techniky sebakontroly
- kognitívne techniky
- relaxačné techniky
- modelovanie

**Techniky sebakontroly** obsahujú súbor činností, vlastností, zručností, pomocou ktorých sa modifikuje **správanie sa pacienta** žiadaným smerom. Nie je to len kontrola seba samého, ale aj iných ľudí, využíva aktívnu **kontrolu aktu jedenia, sebaopisovania** formou symbolických odmien, pochvál liečiteľa, rodiny.

**Kognitívne techniky** slúžia k identifikácii a k ovplyvneniu negatívnych myšlienok ako je **zveličovanie, vzťahovačnosť** obézneho (okolie sa mu vysmieva, keď ho vidia v plavkách), **nepodložené závery** (ak po inzerovanej diéte neschudol, takže už ani neschudne).

Okrem týchto chýb u pacientov je to nadmerná generalizácia – zovšeobecňovanie na základe jednej udalosti („jedol som celý deň jablká, pribral som, takže nebudem jesť ovocie“) (7).

Ak sa pomocou kognitívnych techník ovplyvnia nevhodné myšlienky, tak sa tým ovplyvní aj správanie a emócie človeka (7).

Relaxačné techniky sa predovšetkým zameriavajú na ovládanie emócií, zmiernenie napätia v stresových situáciách pomocou autogénnych tréningov, Jacobsonovou progresívnou relaxáciou, ktorá je založená na napínaní a uvoľňovaní jednotlivých svalových skupín.

Ďalšou technikou KBT je **posilnenie motívácie**, ktorá vyvolá a usmerní správanie obézneho človeka a zároveň je to aj potreba, túžba, ale aj intenzita a smer, ktorá vedie k vytýčenému cieľu. Vo zvyšovaní compliance pacienta sa ukazujú efektívne stratégie KBT, preto niektorí autori odporúčajú na dosiahnutie compliance individuálnu edukáciu (8).

**Morbídne obézni ľudia** (BMI > 40) majú okrem pridružených chorôb problémy v zhoršení životného štýlu a spoločenského života. Badateľné sú prvky opovrhnutia, odvrhnutia, ľútosť, nepochopenie. Často sa vyskytujú problémy pri cestovaní v MHD, lietadle, aute, kde nestačia rozmery sedadiel. Týka sa to aj návštevy kina, divadla, používania WC. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je problematický transport imobilných morbidne obéznych pacientov na vozíku, na nosidlách, ako aj CT a MR vyšetrenia, odber krvi, chirurgické intervencie pre limitáciu vyšetrovacích a operačných stolov a nemocničných postelí.

Poruchy v stravovaní, metabolické, neurochemické a endokrinné choroby podmienené správaním takého pacienta sa často liečia **bariatrickou metódou**.

**Chirurgická intervencia** spôsobuje zlepšenie aj v oblasti psychickej vulnerability, ako aj zlepšenie kvality života, kým u **nechirurgicky liečených** morbidne obéznych jedincov sa nepreukázali povzbudzujúce výsledky. V predoperačnej, ale najmä v pooperačnej starostlivosti treba venovať väčšiu pozornosť **psychologickej podpore, edukácii s kognitívno-behaviorálnym prístupom**.

Pandémia výskytu obezity vzhľadom na ekonomické náklady na liečbu a jej komplikácií vyvoláva potrebu dostať do povedomia zdravotníckej a laickej verejnosti nutnosť prevencie. **Prevencia** a liečba obezity musí byť v rukách primárnej zdravotnej starostlivosti v rámci preventívnych prehliadok. **Primárna prevencia** vzniku obezity zahŕňa súbor vhodného pohy-

bového režimu a eliminácie rizikových faktorov, ktoré podporujú fyziologickú funkciu systémov zdravého ľudského organizmu.

**Sekundárna prevencia** sa zameriava na ovplyvnenie už existujúcej obezity a jej komplikácií a využíva individuálne vhodné telesné cvičenia, pričom sa sleduje odozva organizmu na ne. Z pohľadu primárnej aj sekundárnej prevencie obezity treba myslieť na ich úzky vzťah k tzv. civilizáčnym ochoreniam (ICHS, DM, hypertenziu) a k ich rizikovým faktorom (hyperlipidémii, fajčeniu, psychickému stresu) (9).

Pacient musí spoznať hroziace zdravotné komplikácie, vedieť o možnostiach nemedikamentózne, medikamentózne a chirurgickej liečby, ktoré sú v súčinnosti so psychologickou podporou. Tá napomáha pri identifikácii vonkajších a vnútorných podnetov vyvolávajúcich prejedanie sa.

Liečba obezity vyžaduje multidisciplinárnu spoluprácu odborníkov (dietológ, psychológ, špecializované obezitologické ambulancie), legislatívne úpravy a implementáciu návrhov odborných spoločností preferujúce vytváranie podmienok na zdravý životný štýl do praxe.

### Literatúra

1. Fülleová M. Psychologický prístup k pacientom so syndrómom diabetickej nohy. In: Krahulec B, Gašpar L, Štvrtinová V a kol. *Manažment pacienta so syndrómom diabetickej nohy*. VEDA, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied; 2013:329.
2. Kráľová M, Pečeňák J. Obezita v psychiatrii. In: Krahulec B, Fábryová L, Holčecy P, Klimeš I (eds.). *Klinická obezitológia*. FAMA, Facta Medica, s.r.o., Brno; 2013:263.
3. Krahulec B. Syndróm diabetickej nohy z pohľadu diabetológa. In: Krahulec B, Gašpar L, Štvrtinová V a kol. *Manažment pacienta so syndrómom diabetickej nohy*. VEDA, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied; 2013:90.
4. Fülleová M. Psychológia obezity. In: Krahulec B, Fábryová L, Holčecy P, Klimeš I (eds.). *Klinická obezitológia*. FAMA, Facta Medica, s.r.o., Brno; 2013:127–129.
5. Kisssová V. Diétné princípy liečby obezity. In: Krahulec B, Fábryová L, Holčecy P, Klimeš I (eds.). *Klinická obezitológia*. FAMA, Facta Medica, s.r.o., Brno; 2013:95.
6. Krahulec B. Odporúčania pre liečbu obezity u dospelých. Európsky projekt primárnej starostlivosti a odporúčania Obezitologickej sekcie Slovenskej diabetologickej spoločnosti. *Via pract.* 2004;1(4):236–238.
7. Málková I. Kognitívno-behaviorální terapie obezity. STOB, Praha; 2002:3–4. <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgraduální-medicína/kognitívno-behaviorální-terapie-obezity>.
8. Jirkovská A, et al. *Syndrom diabetickej nohy*. MAXDORF; 2006:58.
9. Málková I. Kognitívno-behaviorálny prístup k liečbe obezity. In: Hainer V, et al. *Základy klinickej obezitologie. 2. prepracované a doplnené vydanie*. Grada Publishing, Praha 2011:231–244.
10. Hornáček K. Fyziatria a rehabilitácia pre obézneho pacienta. In: Krahulec B, Fábryová L, Holčecy P, Klimeš I (eds.). *Klinická obezitológia*. FAMA, Facta Medica, s.r.o., Brno; 2013:58.

### Mgr. Margita Fülleová

II. interná klinika UNB a LF UK

Nemocnica Staré Mesto

Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava

[margita.fulleova@sm.unb.sk](mailto:margita.fulleova@sm.unb.sk)