

# Psychologické aspekty obezity

Šárka Slabá<sup>1</sup>, Iva Málková<sup>2</sup>, Martin Wagenknecht<sup>3</sup>, Karel D. Riegel<sup>4</sup>, Lukáš Junek<sup>4</sup>, Judita Lorencová<sup>4</sup>, Jitka Herlesová<sup>5</sup>, Veronika Koch Ondrová<sup>6</sup> a pracovní skupina psychologické sekce České obezitologické společnosti ČLS JEP

<sup>1</sup>Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

<sup>2</sup>společnost STOB

<sup>3</sup>Endokrinologický ústav, Praha

<sup>4</sup>3. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze

<sup>5</sup>OB klinika, Praha

<sup>6</sup>Dětská léčebna Křetín

Čas. Léč. čes. 2020; 159: 118–124

## SOUHRN

Obezita je multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha, u které je nutné brát v úvahu individuální geneticky podmíněnou náchylnost k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci. Pokud by však tato definice vystihovala problematiku obezity plně, pak by k terapii obezity postačovala pouze somaticky orientovaná medicína. A přestože tomu tak často je, musíme obezitu pojímat komplexněji. Nejedná se jen o poruchu týkající se nevhodného složení těla, obézní mají též odlišné psychické nastavení. Nelze léčit jen somatickou poruchu, nevhodné stravovací a pohybové návyky, je podstatné zaměřit se též na kognice a emoce, které k takovému nevhodnému chování vedou.

Celkově lze shrnout, že chování, myšlení a emoce lze předvídat, usměrňovat a kontrolovat systematickým ovlivňováním podnětů spouštějících nevhodné chování. Cílem psychologické intervence nejsou pouhé hmotnostní úbytky, ale lepší pocit ze sebe sama, zvýšení sebevědomí, utužení tělesné i psychické kondice, tedy zlepšení kvality života, kdy se nové chování posiluje a udrží dlouhodobě. V psychoterapii lze použít různé přístupy, nejužívanější jsou kognitivně-behaviorální terapie, existenciální analýza a v posledních letech také přístupy psychodynamické. Role psychologa je důležitá jak při konzervativní léčbě obezity, tak také v případě metabolicko-bariatrického řešení. Výzkumy ukazují, že z osobnostních rysů u pacientů s obezitou dominuje hlavně neuroticismus, který zahrnuje úzkostnost, depresivitu, impulzivitu, hněv a hostilitu.

Obezitou ve vysoké míře trpí i děti a dospívající. V terapii dětské nadváhy a obezity je podobně jako u dospělých zásadní aktivní změna nevhodných stravovacích a pohybových návyků. V tomto procesu hraje významnou roli především rodina dítěte a motivace obézního potomka danou změnu učinit. Je však nutné podotknout, že kromě snahy o úpravu životního stylu tvoří součást psychoterapie této skupiny dětských a dospívajících pacientů také řešení psychických potíží, jež nadváhu a obezitu doprovázejí.

## KLÍČOVÁ SLOVA

nadváha, obezita, motivace, psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, existenciální analýza, psychodynamický přístup, osobnostní rysy, psychoterapie dětí

## SUMMARY

Slabá Š., Málková I., Wagenknecht M. et al.  
Psychological aspects of obesity

Obesity is a metabolic disorder conditioned by several factors with the individual genetic proneness to accumulation of body fat with a positive energetic balance. If such definition describes the essential nature of obesity aptly, the treatment thereof ought to be the realm of somatic medicine and somatically oriented physicians, which is, unfortunately, frequently the case. Yet, not only being a disorder concerning improper body composition, but also a difference in cognitive processes and emotions of the obese, obesity needs to be considered in a more complex manner. The life of the obese consists of periods of strict, starvation diets on one hand and total loss of control and excessive calorie intake. Therefore, the corresponding therapy also needs to be provided in a more complex fashion, i.e. it is not solely the somatic disorder that should be addressed, but also the emotions and cognitions which induce the undesirable behaviour. Generally, it is possible to summarise that cognition and emotions are likely to be anticipated, directed and controlled by affecting the stimuli promoting the erratic attitude. Thanks to the achievements which relate not only to loss of weight, but also to higher self-esteem, more gratifying feelings aroused by the patient's self, improvement of both physical and mental conditions and enhancement of the quality of life as a whole, the new behaviour patterns are established, strengthened and sustained on a long-term basis. Several psychotherapeutic attitudes/methods may be used with cognitive-behavioral therapy, existential therapy and, recently, psychodynamic approach. The psychologist's role is essential and fundamental in both conservative and the metabolic-bariatric treatment of obesity. The most common character traits of obese patients include predominantly neuroticism, which comprises anxiety, depressions, impulsiveness, anger and hostility.

Likewise, obesity is often suffered from by children and adolescents and its treatment relies on, in like manner as with adults, an active change of unsuitable dietary and movement habits with the family of the patient and their motivation of the patient to make the desirable change. It needs to be noted, however, that except for the changes in lifestyle, treatment of psychological difficulties accompanying obesity is a part of psychotherapy of such a group of young and adolescent patients.

## KEYWORDS

overweight, obesity, motivation, psychotherapy, cognitive-behavioral approach, existential psychotherapy, psychodynamic approach, personality traits, child psychotherapy

## PSYCHOLOGICKÉ PŘÍSTUPY

Psychoterapie není jednotná, není to věda založená na jedné (jednotné) teorii. Souběžně existuje mnoho rozdílných psychoterapeutických směrů. Jednotlivé směry mohou dojít

odlišnou filozofií a odlišnými metodami ke stejnému cíli. Druh vybrané terapie závisí na zaměření terapeuta, na osobnosti klienta a samozřejmě na daném problému. V případě návykových problémů, jakým je i obezita, se v současné době

nejvíce využívají kognitivně-behaviorální psychoterapie, existenciální analýza a psychodynamické přístupy.

### KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) vychází z teorií učení. Učení je zde chápáno širěji, než tomu bylo dříve. Není pouhým osvojováním si vědomostí, výsledkem procesu učení jsou změny v chování, myšlení a emocích. Reakce vznikající učením nemusejí být samozřejmě vždy pozitivní, mohou se dostavit i negativní, například vytváření zlovyků – v našem případě učení se nevhodným stravovacím a pohybovým návykům. Cílem KBT je vypracování programu, jímž na základě teorií učení navodíme žádoucí změny v nevhodném chování, myšlení a emocích.

### Základní modely učení, z nichž vycházejí metody KBT

Kdyby jako spouštěče konzumace jídla fungovaly přirozené signály hladu a za jiných okolností bychom nejedli, problém obezity by nenastal. Tyto signály bohužel v průběhu života u lidí často vymizely. Mezi zmíněné spouštěče patří řada vnějších podnětů (dostupnost potraviny, vůně pokrmu, míjení obchodu s oblíbeným jídlem, televize, kniha, káva, oslavy, pozorování druhých při jídle apod.).

Metody KBT vycházejí ze 3 základních modelů učení (1):

- Tak, jak se lidé s nadváhou či obezitou tomuto chování naučili, mohou se ho také metodami vycházejícími z **klassického podmiňování** odnaučit.
- **Operantní podmiňování** vychází z předpokladu, že naše chování je určováno svými důsledky. Změna v chování, která je nějak pozitivně posílena, odměněna, která je příjemná, se udrží, zatímco ta, jež je trestána, vymizí. Pokud např. obézní řeší stres jídlem, jeho napětí poklesne, čímž je nevhodné chování posíleno. A naopak, pokud drží přísnou dietu, zvolí nevhodný pohyb a vytkne si ne-reálná předsevzetí, následují nelibé pocity, tresty a nově budované chování vyhasne.
- **Kognitivní teorie** předpokládají, že kognitivní procesy mají zprostředkovací funkci mezi podnětem a reakcí. Není to tedy podnět sám, co vyvolává určité chování, ale význam, který osoba tomuto podnětu přisoudí. Učení může probíhat i bez přímého zpevnění, pouze pomocí kognitivních procesů. Například v reklamě je spojena sladkost, třeba sušenka, s příjemnými pocity. Obéznímu se pak v obchodě, aniž ví, jak sušenka chutná, vybaví televizi napodmiňovaný libý pocit a sušenku zakoupí.

U obézních jsou typické chyby v myšlení – nejčastěji tzv. černobílé myšlení – „buď a nebo“ (jídlo je buď zdravé, nebo nezdravé; buď drží dietu, nebo se přejídají apod.). Chyby v myšlení představují častou příčinu „jo-jo efektu“ (2).

### Všímavost

*Mindfulness* neboli „všímavost“ je uvědomování si přítomného okamžiku věnováním pozornosti této chvíli, bez hodnocení, souzení sama sebe a bez snahy o změnu. Díky nácviku všímavosti se člověk naučí řešit stresy v životě přijatelnějším způsobem než jídlem a zvýší kvalitu svého života i v dalších oblastech. Jednou z možností jak více vnímat potřeby svého těla je začít si lépe uvědomovat, co se děje uvnitř nás a kolem nás. Tyto dovednosti pacient získá, pokud začne trénovat všímavost – bdělou pozornost, při níž věnuje soustředěnou pozornost tomu, co právě dělá (3). Lidé se pak nezabývají negativními myšlenkami ve vztahu k minulosti (co mohli udělat lépe) ani nemají katastrofické myšlenky týkající se

budoucnosti. Soustředěním se na přítomnost nenechají prostor pro rozvíjení dalších negativních emocí a myšlenek, jež často vedou k řešení nepříjemného stavu konzumací sladkostí. Směr *mindfulness* a speciálně *mindful eating* (všímavé jedení) je v současnosti pokládán za jeden z neefektivnějších zejména při udržování hmotnostních úbytků.

Pacienti se učí, že pro hubnutí a vůbec pro zdravý vztah k jídlu je důležité nejen to, co jíjí, ale i jakým způsobem potravu přijímají – jak jíjí a proč jíjí. Podstatou všímavosti je, že prožívají pouze přítomný okamžik, v případě obezity se věnují pouze konzumaci potraviny nebo pokrmu. Učí se vnímat jídlo všemi smysly: jak vypadá, jaký má tvar, povrch, strukturu, vůni, chutě apod. Před zahájením konzumace si občas zhodnotí v mysli na škále od 1 do 10, jak moc jsou hladoví – od nasycenosti až po velký fyziologický hlad. Pokud zjistí, že hladoví nejsou, zamyslí se nad tím, co opravdu v tu chvíli potřebují (odpočinek, lásku, společenský kontakt, ocenění, vyřešení problému, zmírnění smutku apod.) a zda tuto potřebu mohou uspokojit jiným způsobem než jídlem. Trénují také zhodnocení stavu nasycenosti i v průběhu konzumace jídla.

Při všímavém jedení se zvyšuje citlivost k nasycení, takže k uspokojení chuťových buněk stačí menší množství potraviny. Tento styl jedení zároveň vede k výběru kvalitních potravin.

### Terapie přijetí a závazku

Terapie přijetí a závazku (ACT – *acceptance and commitment therapy*) je efektivní zejména při snaze o udržení změny, tedy nových stravovacích a pohybových návyků, a tudíž i hmotnostních úbytků. Mluví se o tzv. psychologické flexibilitě – to znamená, že terapie učí hubnoucí vyrovnávat se s nesnáze a z nich pramenícími nechtěnými myšlenkami a emocemi, které k životu patří. Přitom se berou v úvahu celý kontext, v němž se změna chování odehrává, a opravdové hodnoty člověka (4). Hubnoucí se učí rozlišovat cíle (zhubnu, budu cvičit) a hodnoty. Je důležité zjistit, co hubnoucí považuje za podstatnou životní hodnotu (možnost zapojit se do žádoucích aktivit, žít v hodnotných vztazích, být pozitivním příkladem pro členy rodiny, být zdravý apod.). Hmotnostní úbytek sám o sobě není stěžejní životní hodnotou.

Tento druh terapie klade větší důraz na vnitřní motivaci a realizaci daného chování, a to i za cenu nepříjemných emocí a myšlenek, jež trénované chování doprovázejí. Cílem je změnit k nim vztah a přijmout je. Hubnoucí pak vykonává aktivity, které jsou v souladu s jeho hodnotami, a nečeká s jejich realizací na dobu, až zhubne. Cílem není cítit se lépe, ale naučit se lépe prožívat i nepříjemné pocity. Nejde o snahu změnit negativní myšlenky v pozitivní, ale měnit k nim vztah, přijímat je. Díky tomu, že s myšlenkami a pocity „nebojují“, se potom lidé cítí lépe. Například se přimějí jít cvičit, i když jim to hned nepřináší blaho.

### EXISTENCIÁLNĚ ANALYTICKÁ LÉČBA OBEZITY

Existenciální analýza je psychotherapeutický přístup rozvíjející se od 30. let 20. století a spojený především se jmény Viktora E. Frankla (1905–1997) a jeho žáka Alfreda Längleho (\*1951). Zabývá se fenomenologickou analýzou podmínek naplněného života (smysluplné existence). Fenomenologický pohled zjednodušeně znamená s co největší otevřeností vyhledávat to podstatné, oprošťovat se od předpokladů, předpokladů, minulých zkušeností a snažit vidět skutečnosti „vždy nově“. Existenciální analýza je rozbor toho, co pomáhá

a brání jedinci, aby se cítil v souladu jak se sebou samým, tak i se vztahy a světem, do kterého patří. Aby cítil vnitřní souhlas s tím, jak žije a jedná.

Ústřední roli tak v existenciálně analytické psychoterapii hrají následující témata: osobní svoboda, odpovědnost, autentičnost a hledání smyslu. Existenciální analýza se snaží pomoci tam, kde pacient subjektivně prožívá nesvobodu, tzn. opakovaně není schopen dělat to, co vlastně chce. Namísto svobody je jeho prožívání a chování ovládáno psychickými obrannými silami, které automaticky stabilizují prožívání, tedy v menší či větší míře blokují zpracování informací (vnímání, cítění), porozumění (myšlení, rozhodování) i jednání jedince.

Existenciální analýza diagnosticky vychází ze 4 prožitkových rovin, do kterých se ukládá naše celoživotní zkušenost se světem a sebou samými. Tyto roviny se dají formulovat do 4 základních otázek:

1. Jsem; ale mohu zde být bez ohrožení?
2. Mohu zde být; ale jsem zde rád?
3. Mohu zde být, žiji rád; ale smím být takový, jaký jsem?
4. Mohu zde být, žiji rád, je to můj život; ale k čemu je to dobré, že tu jsem?

První tři otázky rozpracoval Längle jako doplnění Franklovy práce se smyslem v životě (logoterapie) (5, 6). V jednotlivých rovinách se zaměřujeme na míru a kvalitu emoční „nasyčenosti“.

Ad 1: První prožitková rovina odkazuje na to, jak jedinec subjektivně vnímá realitu okolního světa a jakou s ním má zkušenost. Nakolik v ní pocitově může či nemůže být za daných okolností vědomě přítomen, dát důvěru sobě samému a svému okolí. Důvěra je základem naší schopnosti přijímat okolnosti takové, jaké jsou, a vyrovnávat se s těžkostmi. Pokud důvěra chybí, zůstávají pocity nejistoty a úzkosti. Obézní pacienti, kteří se cítí ohrožení nedostatkem jistoty, často používají stravu jako relativně stabilní a snadno dostupnou pocitovou oporu (to, co pomůže situaci snést, „přežít“). Tito pacienti si dělají velké zásoby, nakupují více, než snědí. Preferují těžká hutná jídla, která je uzemní, usadí a zmírní úzkost.

Ad 2: Druhá prožitková rovina se zabývá tím, jakou emocionální kvalitu má pro jedince samého a pro druhé fakt, že zde žije. Nakolik si přeje žít – nebo by tu raději nebyl? Při nedostatku radosti ze života jsou obézní pacienti ohroženi depresí. Nemají chuť do života, natož do hubnutí (proč by se omezovali, když už je stejně nic dobrého nečeká!). Mají pocit, že blízkost a láska nejsou pro ně, ale jen pro druhé. Snaží se druhým dávat to, čeho se jim samotným mnoho nedostalo, což je ale dále vyčerpává. Tito pacienti využívají stravu k emocionálnímu přeladění (alespoň něco dobrého) nebo používají jídlo jako stimulační prostředek – dodá jim sílu, energii a oni ještě chvíli vydrží.

Ad 3: Třetí prožitková rovina představuje subjektivní a v průběhu života utvořenou zkušenost jedince s tím, nakolik si jej vážili druhí a jakou má sám pro sebe pocitovou hodnotu. Ta určuje, do jaké míry může být sám sebou (žít autenticky) a zároveň v souladu s druhými, s okolím. Setkávání se s nepřijetím a nevážením si sebe sama (pocity studu, nepříjemnosti, nechtěnosti...) ústí u obézních pacientů v přesvědčení, že by měli být jiní (hubení, lepší...). Nedokážou se za sebe a svou tělesnost postavit, zanedbávají péči o sebe. Přisuzují větší „váhu“ druhým, snaží se jim zavděčit (být zábavní, milí...), vzbudit lítost (například svou bezmocí až závislostí) nebo se naopak snaží být na druhých co nejvíce nezávislí

(„nikoho nepotřebují“). U pacientů, kteří mají nedostatečně nasycenou tuto rovinu bytí, se v přístupu k jídlu objevují zachvativé přejídání a tendence k extrémům v jídelním chování (hladovky, drastické diety, jo-jo efekt aj.).

Ad 4: Čtvrtá prožitková rovina souvisí se subjektivním hledáním toho, pro co chce daný jedinec žít, co je dobré teď uskutečňovat (smysl, výzva situace). Zprostředkovává orientaci a motivaci k aktivnímu utváření svého života v souladu s druhými a s důležitými hodnotami. Naši pacienti, kteří cítí frustraci ze ztráty širšího kontextu svého života (ztráty smyslu), mají přírůstek hmotnosti spojený s konkrétním životním obdobím. V tomto období bylo jejich existenciální směřování nějakým způsobem změněno, narušeno nebo oťeseno (úraz, závažná diagnóza, smrt blízkého, mateřství, změna zaměstnání atp.). Na této rovině se můžeme setkat i s pacientem, který se přejídá z pocitu nudy nebo jen proto, že na to má. Jídlo je zde náhradním řešením (dočasnou náplní života).

### PSYCHODYNAMICKÉ PŘÍSTUPY V TERAPII OBEZITY

Z perspektivy tradičního chápání psychoterapie obézních pacientů nepatří psychodynamický přístup mezi metody první volby. V porovnání s KBT či existenciálními přístupy náleží u této specifické klientely mezi aplikované nejméně často. Předkládáme stručný přehled hlavních komponent, kterými může aplikace psychodynamicky orientovaného přístupu přispět k tématu terapie obezity.

Klíčovou komponentou všech psychodynamicky orientovaných přístupů je rovnoměrný důraz kladený nejen na objektivně pozorovatelné projevy (symptomy), jež nám pacient manifestuje verbálně či nonverbálně v podobě svých zkušeností se sebou samým, ale také na duševní pochody skryté pod povrchem – někdy na první pohled velmi vzdálené od symptomů, kterých si je vědom. Představme si například pacientku, která již vyzkoušela snad všechny diety na světě, ale vždy se dostavil pocit selhání s následným „jo-jo efektem“ a utvrzení se ve vlastní bezmocí a slabé vůli. Z psychodynamického pohledu bychom se museli ptát, co je vnitřní hybnou silou pacientky, která ji vede k opětovným selháním při snaze o redukci hmotnosti, a proč by to zrovna v naší péči mělo být jinak.

Tím se dostáváme k významu psychodynamického přístupu na počátku léčby. Přemýšlíme-li o pacientovi dynamicky, snažíme se vytvořit si hypotézu o tom, jakou roli sehrává syndrom obezity v jeho vztahu k sobě a druhým. Psychodynamická perspektiva nám umožňuje spíše než nabídnout pacientovi rychlý lék na jeho trápení, s nímž přichází, hlubší porozumění sobě samému. Psychodynamický přístup tudíž nehledá řešení, ale snaží se o pochopení pacientova úhlu pohledu na jeho obtíže, bez přebírání zodpovědnosti za rozhodnutí, zda je jeho perspektiva správná či špatná. To je poněkud v kontrastu vůči přístupům, kde je terapeut v pozici rádce či autority, která ví lépe než on sám, co je „dobré“.

Nabízí se otázka, kdy je namísto indikace psychodynamické psychoterapie v nejužším smyslu slova. Systematická psychodynamická psychoterapie o různé frekvenci sezení (1x měsíčně až 2x týdně) a trvajících různě dlouhou dobu je indikována pro obezitologické pacienty, jejichž psychické obtíže buď výrazně interferují s příznivým průběhem konzervativní či chirurgické léčby obezity (a přístupy zaměřené více na symptom nepřinesly kýžený efekt), nebo si žádají tento přístup pro udržení dosažených redukčních úspěchů v dlouhodobém horizontu.



Psychodynamický přístup může nalézat široké uplatnění v celém procesu léčebné péče o pacienta s obezitou. Může být klíčem k vytvoření terapeutického vztahu i způsobem jak o pacientovi přemýšlet v týmu odborníků, kteří o nemocného pečují. Je-li správně indikovaná, může psychodynamická psychoterapie pomoci pacientovi hlouběji porozumět, jakou roli obezita sehrává v jeho vztahu k sobě a k druhým.

## PSYCHOLOGICKÁ PÉČE V KONZERVATIVNÍ LÉČBĚ OBEZITY

Psychologická péče v rámci konzervativní léčby obezity usiluje o změnu životního stylu obézního pacienta, o obnovení narušené rovnováhy, která vedla k nadměrné tělesné hmotnosti. Obezita se projevuje nerovnováhou nejen v rovině tělesné, ale významně se promítá i do psychického rozpoložení a mezilidských vztahů. V případě, že je nerovnováha subjektivně vnímána jako negativní a nepříznivě ovlivňuje život pacienta, představuje indikaci k psychologické péči. O případné péči rozhoduje obezitolog, a to na základě vlastní klinické zkušenosti podpořené například výsledky ze standardizovaných dotazníků.

Z pohledu psychologa jsou nejčastější důvody pro zahájení psychologické léčby následující:

### NEDOSTATEČNÁ MOTIVACE A VŮLE K LÉČBĚ

Motivace dává důvod, proč jít proti pohodlí a překonatvat se. Vůle dodává sílu tento záměr naplnit. Společně pak rozhodují o míře spolupráce pacienta na léčbě. Setkáváme se s různou připraveností k hubnutí. Někteří jedinci popírají závažnost situace, necítí nutnost osobně se do léčby zapojit a projevují nechuť k jakémukoli omezení, přistupují k různým formám zlehčování a racionalizací, proč nelze redukovat. Další situací je ambivalence – pacient si sice na jedné straně uvědomuje závažnost zdravotních rizik spojených s obezitou, ale na druhé straně není síla snášet nepříjemné (např. pro jiné priority – práci, udržení vztahu, nedostatek financí aj.). Význam psychologické podpory pak narůstá v momentě, kdy se pacientovi nedaří uplatňovat změny ve svém životním stylu, nebo v době, kdy z různých důvodů dojde ke stagnaci hmotnosti. V těchto situacích zákonitě dochází k poklesu motivace.

### PSYCHICKÉ KOMPLIKACE SPOJENÉ S REDUKČNÍM REŽIMEM, NADVÁHOU A OBEZITOU

Zahrnují psychické vyrovnání se s obezitou jako takovou i jejími důsledky pro život a dále různá úskalí redukčního procesu. Nejčastěji se jedná o stereotypy a zvyky v jídelním chování, nereálné redukční cíle, nepřiměřená očekávání pacienta od redukce hmotnosti, zklamání ze zastavení či nedostatečného váhového úbytku a souvislosti mezi stresem a konzumací potravy.

### PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A PORUCHY POTRAVNÍHO CHOVÁNÍ

Z poruch příjmu potravy se nejčastěji jedná o formy podobné mentální bulimii (bez nutnosti kompenzačních mechanismů) nebo o výskyt poruchy příjmu potravy v anamnéze (např. i mentální anorexie) spolu s problematickým vztahem k vlastnímu tělu.

Poruchy potravního chování také nejsou regulovány fyziologickými podněty, ale určitou emocí (např. pocitem napětí, úzkostí). Nejčastějšími poruchami potravního cho-

vání jsou epizodické přejídání (BED – *binge eating disorder*), syndrom nočního jedení (NES – *night eating syndrome*) a tzv. kontinuální jedení (*grazing*). Psychogenní přejídání provází snížení vědomé kontroly nad jídelním chováním následované trýznivými pocity selhání a znechucení ze sebe sama. Samotná konzumace potravy není plánovaná a nebývá prožívána jako příjemná.

## PSYCHOLOGICKÁ PÉČE V BARIATRICKÉ A METABOLICKÉ CHIRURGIÍ

Bariatrická a metabolická léčba obezity tvoří součást komplexní a multidisciplinární léčby, i když nejde o metodu první volby. Redukce hmotnosti, co největší bezpečnosti operace pro pacienta, zmírnění či vyléčení přidružených onemocnění a lepší kvality života po operaci lze dosáhnout pouze celoživotní spoluprací pacienta a mezioborového týmu, který má zkušenosti s obezitologií a bariatricko-metabolickou chirurgií. Součástí tohoto týmu je i zkušený psycholog.

Po velké redukci váhy se zlepšuje sociální opora, pacienti zažívají méně diskriminace, zvyšuje se šance na získání zaměstnání a zlepšuje se pracovní kariéra, zmírňují se příznaky většiny psychických poruch. Někteří pacienti se dokonce cítí roztrpčení tím, že po redukci hmotnosti je společnost snadno přijímá (7). Po roce až dvou od operace dochází k mírnému zhoršení kvality života, které může souviset s řadou faktorů. Například nespokojenost s povislou kůží po velké redukci váhy ovlivňuje vztah k vlastnímu tělu. Někteří pacienti očekávají, že zhubnutí vyřeší i jejich další životní obtíže, jako je nespokojenost v partnerském vztahu. Po redukci hmotnosti mohou zažívat zklamání, že se jejich celková životní situace dramaticky nezlepšila. Podle výsledků publikované studie ovšem kvalita života zůstává stále významně vyšší v porovnání s předoperační úrovní a oproti kvalitě života kontrolní skupiny obézních osob (8).

Ve výzkumu pacientů, kteří podstoupili bariatrický výkon, provedeném v České republice se ukázalo, že 10 % z nich docházelo v době psychologického vyšetření k psychologovi či psychiatrovi a 19 % bralo psychofarmaka, nejčastěji antidepressiva. V anamnéze mělo zkušenost s psychologickou a psychiatrickou péčí 32 % pacientů. Hospitalizaci na psychiatrickém oddělení zažila 2 % uchazečů. O sebevraždě v minulosti uvažovalo 14 % dotázaných a 3 % se o ni pokusila (9).

Nejčastější psychické komorbidity kandidátů bariatrického zákroku představují porucha nálady depresivního spektra a úzkostné poruchy (9).

Porucha nálady depresivního spektra bývá u obezity 2. a 3. stupně spojena s mírou diskriminace na základě hmotnosti či tvaru těla, dále s přidruženými somatickými onemocněními, každodenním omezením v běžném životě, chronickou bolestí, maladaptivním jídelním chováním a poruchami příjmu potravy. Celoživotní prevalence deprese u kandidátů bariatrických výkonů dosahuje 29–50 % (9).

Úzkostné poruchy pravděpodobně vycházejí z následujících rizikových faktorů, pro obezitu typických: společenský tlak na štíhlost (sociální fobie, agorafobie), výrazné zadýchávání a kardiovaskulární obtíže (panická úzkostná porucha), obava o zdraví a ze smrti (generalizovaná úzkostná porucha) (9). Posttraumatická stresová porucha se může objevit po velké redukci hmotnosti u pacientů, kteří byli sexuálně zneužíváni v dětství nebo znásilněni v dospělosti. Syndrom týrání, zneužívání a zanedbávání (CAN) v dětství souvisí

s obezitou v dospělosti, a to zejména u kandidátů bariatrické operace a při vyšších stupních obezity (9).

Podle výzkumu provedeného Haydenovou a jejími spolupracovníky činí výskyt deprese před bariatrickou operací 18 %, zastoupení úzkostných poruch 15 % (10). Dva roky po zákroku je patrný jejich pokles na 6 a 4 % (11). Studie SOS popisuje zlepšení deprese a úzkostných poruch i po 6 a 10 letech (11).

Relativně malá část kandidátů bariatrické operace má diagnostikovanou poruchu příjmu potravy. Mentální bulimie, která se považuje za kontraindikaci tohoto výkonu, je zastoupena ve 2 % (12). Hojněji se vyskytuje syndrom záchvatovitého přejídání (BED), a to v 5-15 %. Neúplná symptomatologie BED je výrazně častější, dokonce až ve 39 % (8).

Přestože lidé s obezitou 2. a 3. stupně nesplňují diagnostická kritéria poruch příjmu potravy, je u nich dominantním rysem problematického (maladaptivního) jídelního chování závažná a subjektivně pocítovaná ztráta kontroly nad jídlem (8). Výskyt samotné ztráty kontroly nad konzumací jídla byl zjištěn u 43 % bariatrických kandidátů, a to bez ohledu na typ přidruženého jídelního chování (12).

Jako příklady maladaptivního jídelního chování spojeného se ztrátou kontroly lze uvést: syndrom nočního jedení, subjektivní záchvatovité přejedení (např. po operaci je velikost porce malá, přesto může být výrazně větší, než je objem zmenšeného žaludku), *grazing*, konzumace jídla jako reakce na emoce, konzumace jídla s rysy závislosti (13). *Grazingem* se rozumí konzumace malých množství jídla v průběhu dlouhého časového období doprovázená ztrátou kontroly (12).

Poruchy příjmu potravy i maladaptivní jídelní chování spojené se ztrátou kontroly se po bariatrickém zákroku krátkodobě zlepšují, ale mezi 2. a 3. rokem po operaci se postupně vracejí (15). Chirurgicky zmenšený žaludek neumožňuje jíst velké objemy potravy naráz, ale dynamika psychického spouštěče přetrvává. Pacient pak zvolí formu menšího zla a například BED se změní v *grazing*, při kterém porce jídla zůstává malá, ale kalorický příjem roste (12). Ztráta kontroly nad jídlem po operaci souvisí s nedostatečnou redukcí nebo přírůstkem hmotnosti, s psychickým distresem a nižší kvalitou života (13).

**Závislost na alkoholu a drogách** je v době před absolvováním bariatrického zákroku spíše vzácná (1-3 %) (13). Po operaci ovšem může dojít k jejímu rozvoji. Nejvíce byla zmapována závislost na alkoholu. Za možné spouštěče lze považovat změnu vstřebávání alkoholu a rychlejší pocit opilosti po operacích s prvkem malabsorpce (gastriční bypass podle Rouxe, biliopancreatická diverze apod.), ale i nedostatečnou stimulaci neurobiologického systému odměny (13). Rizikovými faktory pro závislost na alkoholu a drogách po zákroku mohou být rodinná anamnéza závislosti, slabé dovednosti zvládnání stresu, náročná životní situace, rekreační užívání drog před operací, nedořešené psychické obtíže (traumatický zážitek v anamnéze), snaha vyhnout se pocitu prázdnoty (14).

Podmínkou bariatrické operace je absolvování řady vyšetření u různých specialistů, kteří se zaměřují na léčbu obezity. Česká obezitologická společnost ČLS JEP (ČOS) podmiňuje provedení zákroku **psychologickým či psychiatrickým vyšetřením** (15). Literatura ani mezinárodní doporučení se neshodují na jediné možné metodologii tohoto vyšetření. Jeho součástí jsou kromě diagnostiky psychických poruch a problematických psychosociálních oblastí i edukace a podpora kandidáta. Pro Českou republiku vypracovala psychologická sekce ČOS „Doporučení k psychologickému vyšetření před

*bariatrickou operací*“ (16), jejichž účelem je sjednocení postupu psychologického vyšetření před bariatrickým zákrokem.

Za jednoznačnou **kontraindikaci** lze považovat závažnou, nekontrolovanou a neléčenou psychickou poruchu, zejména ve spektru psychotických poruch, bipolární afektivní poruchy a závislosti na psychoaktivních látkách. Přítomnost poruchy příjmu potravy nebo maladaptivního jídelního chování spojeného se ztrátou kontroly může být považována za kontraindikaci a je potřeba stabilizace příznaků a posouzení psychologem/psychiatrem se zkušeností s bariatrickou léčbou. Mentální bulimie je považována za kontraindikaci. Deprese a úzkostné poruchy nebývají překážkou provedení výkonu a redukce hmotnosti, ale opět záleží na posouzení psychologem či psychiatrem.

Mezi další kontraindikace či výrazně rizikové faktory se řadí mentální retardace (IQ < 50), psychiatrická hospitalizace nebo pokus o sebevraždu v posledních 12 měsících, chronické užívání nelegálních drog v posledních 5 letech, léčba některými skupinami psychofarmak (antipsychotika, stabilizátory nálady, neuroleptika), sebepoškozování, kontrolované příznaky poruchy osobnosti, nedostatečné znalosti a pochopení týkající se operace, významná nespouštěcí při léčbě - nedodržování lékařských doporučení (zejména zřetelně demonstrované), překážky v pacientově okolí (náročná životní události), neschopnost péče o vlastní osobu bez dlouhodobého rodinného či sociálního zázemí (které by péči zajistilo) (15). Při rozhodování o zamítnutí nebo odkladu operace je nutné zvážit rizika poškození pacienta operací nebo vývojem po ní a zároveň možný benefit z bariatrické léčby jako nejefektivnějšího způsobu redukce hmotnosti a zlepšení komorbidit. Pacientovi bývá při zamítnutí sděleno, že v tuto chvíli pro něj operace není vhodná, ale zůstává jako možnost do budoucna, byť málo pravděpodobná.

Za zřejmě nejsilnější ochranný mechanismus k udržení hmotnosti se považuje pooperační docházení na kontroly do zdravotnického zařízení, v žádném jiném protektivním faktoru se výzkumy tak významně neshodují (8). Lze jen dodat, že úlohou psychologa je nejen psychologické vyšetření před bariatrickou operací, ale i dlouhodobá péče po zákroku, která přispívá k včasnému podchycení možných psychosociálních obtíží, se kterými se pacient po operaci musí stále znovu vypořádávat.

## PSYCHOTERAPEUTICKÁ LÉČBA DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH S NADVÁHOU A OBEZITOU

Obdobně jako pozorujeme dlouhodobý nárůst podílu obezích jedinců v dospělé populaci, i děti s nadváhou a obezitou po mnoho let přibývá. Průzkumy sice ukazují, že v dětské populaci dochází v posledních letech k mírnému zastavení eskalace obezity, která nastoupila zejména v 90. letech 20. století (17), nicméně stále je toto téma více než aktuální. Je nutné vyrovnat se s existencí generace dětí, pro které je dostupnost a množství lákadel v podobě nejrůznějších potravin každodenním „ohrožením“, s nímž se musejí naučit pracovat.

Zásadní jsou samozřejmě protektivní faktory rozvoje nadváhy a obezity. Ale co s dětmi, u kterých je už na prevenci pozdě, s těmi, které již s nadváhou a obezitou bojují? Že i psychoterapie je jednou z cest pomoci těmto dětem, je nesporné. Pojdme se tedy podívat, jaká je role dětského psychologa/psychoterapeuta v rámci tak často skloňovaného multidisciplinárního přístupu.

## PSYCHOLOGICKÁ TERAPIE DĚTSKÉ OBEZITY

Terapie dětské obezity podle pediatrických standardů léčebné péče zahrnuje – podobně jako u dospělých – potřebu naučit obézní dítě dodržovat jídelní návyky, které mu vyhovují a poskytují hmotnostní úbytky, přičemž musí být navíc zachovávan obsah látek důležitých pro růst a vývoj dítěte (18). Zároveň je nutné vytvořit u dítěte také potřebu pravidelné pohybové aktivity, která jej baví a je snadno realizovatelná. Alespoň tak se na psychoterapii obézního dítěte dívá kognitivně-behaviorální přístup.

U většiny dětí je tedy obezita zapříčiněna dlouhodobě pozitivní energetickou bilancí v důsledku zvýšeného energetického příjmu a nízkého energetického výdeje (18). Snižování tělesné hmotnosti je tak spojeno s úpravou stravovacích a pohybových návyků. Ale jak toho dosáhnout u dětí, jejichž přirozené prostředí, tedy rodina, v této roli selhává?

V mnohých doporučeních je samozřejmě uvedeno, že změna životního stylu se má týkat nejenom dítěte, ale i rodičů a optimálně celé širší rodiny (19), nicméně to není tak snadné. Ze 40–70 % ovlivňuje změny tělesné hmotnosti genetická predispozice, a spoludeterminuje tak i vznik dětské obezity (20), tudíž sklon k přibývání na váze je v rodinách obézních dětí poměrně často přítomen u více jejích členů. Puklová uvádí, že riziko nadváhy u dítěte ve věku 6–12 let je více než 2× větší v rodinách, kde jsou oba rodiče obézní, a u dospívajících je dokonce téměř 5násobné (18). Někdy tak mohou být limitem dětí právě jejich rodiče.

Nedojde-li tedy ke změně na úrovni rodiny, šance na změnu na úrovni jedince na rodině závislého, v tomto případě dítěte, se radikálně snižuje. Jednou z forem psychotherapeutické péče je proto i tzv. rodinná terapie, která pracuje s rodinou jako celkem. Zaměřuje se na všechny členy rodiny a jejich vzájemné vztahy. Vychází se z předpokladu, že individuální potíže dítěte souvisejí s celou dynamikou rodiny nebo že jsou přímo symptomem narušených interpersonálních vztahů.

## EDUKACE JAKO CESTA KE ZMĚNĚ?

I u dětí je jistá míra edukace možná, jen forma a obsah vždy musejí odpovídat věku, a především mentální zralosti dítěte, kterému se snažíme informace předat. Dnes se tak děje především ve školách, kde výchova ke zdravému životnímu stylu tvoří již běžnou součást rámcových vzdělávacích programů. Úloha dětského psychologa tedy primárně není edukativní. Není na škodu, když i sám psycholog vyznává určitým způsobem pozitivní životní styl, neboť děti jsou na učení se příkladem velmi citlivé.

## PŘÍČINY VERSUS DŮSLEDKY

Je třeba neopomenout skutečnost, že jedinečnou úlohou psychologa v systému péče o dítě s nadváhou a obezitou je odlišení tzv. nevhodných návyků od hlubší psychopatologie, na jejímž pozadí se potíže s nadměrným příjmem potravy odehrávají, a taktéž práce s psychickými důsledky, které s sebou nadváha a obezita dětí přináší. Nejde tedy jen o to dítě motivovat a pomoci mu nalézt cestu ke změně, ale především je třeba pracovat se všemi dalšími doprovodnými psychickými potížemi. Mnoho obézních dětí i dospívajících popisuje nespokojenost se svým tělem, nízké sebehodnocení, izolovanost, pocity méněcennosti a úzkostné stavy či deprese. Dokonce již u dětí ve školce se projevuje stigmatizující dopad nadváhy (19, 21).

## INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÁ PRÁCE S DÍTĚTEM S NADVÁHOU A OBEZITOU

V každé psychoterapii je jednou z klíčových proměnných vztah. Nejinak je tomu i u dětí. Vytvoření bezpečného a přijímajícího prostředí poskytuje nezbytnou základnu pro jakoukoli další terapeutickou práci. Rozumět roli symptomu (v tomto případě zvýšené tělesné hmotnosti) a jeho vzniku (tzn. jak dítě na váze přibývá) může být pro psychoterapii klíčové (22), nicméně může se stát, že se toho u dětí nedopátráme. Dítě častokrát nedokáže odpovědět na otázky po příčinách a souvislostech svých potíží. Vždy je třeba při práci s „malým-velkým“ obézním zohlednit nejen jeho kalendářní věk, ale především jeho věk mentální, tedy jak je na tom dítě po stránce kognitivní, emoční a sociální. Různý přístup na různých úrovních vývoje je rozhodující. Čím je dítě mladší, tím méně je jeho terapie vedena klasickým rozhovorem a těžištěm se stává především hra. Obézní děti se také poměrně často potýkají s agresí, ať už od ostatních či svou vlastní (19). K zpracování hněvu velmi dobře slouží například práce s hlinou nebo modelínou, kde se možnost destrukce a znovuvytvoření přímo nabízí.

## VLIV VRSTEVNÍKŮ

Většina dětí, které procházejí standardním vývojovým trendem, se s přibývajícím věkem přirozeně separuje od rodiny tím, jak vrůstají do skupin dětí jim věkově blízkých. U nich se pak můžeme při terapii nadváhy a obezity opřít i o vliv vrstevníků. Této skutečnosti se často využívá v rámci různých léčebných pobytů, kdy společné sdílení nejen sportovních aktivit vede k vzájemné podpoře a motivaci při změně životního stylu (19, 23). Současným fenoménem jsou potom blogeri a youtubeři, kteří hubnou, cvičí, vypisují *challenge* apod. On-line svět sice poskytuje prostor velké inspirace a podpory, ale nacházíme v něm také plno mýtů a dezinformací. Každopádně i s tímto aspektem dnes musí psycholog pracující s touto věkovou skupinou počítat.

Způsobů práce s dětmi a dospívajícími je nepřehledné množství a limitace je často dána jen vlastní kreativitou psychoterapeuta a jeho otevřeností jít s dítětem či teenagerem do autentického kontaktu sám za sebe.

## ZPĚT DO „KRUHU RODINY“

Bylo by lákavé závěrem napsat, že čím je dítě starší, tím méně je podpora rodiny nezbytná a role individuální spolupráce významnější, ale tak jako mnoho jiných věcí, v nichž figuruje množství proměnných, ani toto není proces lineární. Koneckonců i pro dospělého obézního je podpora rodiny jedním z faktorů zvyšujících jeho úspěšnost v procesu redukce. Pro děti tedy vždy bude zásadní, když se podaří pro psychotherapeutickou spolupráci získat rodinu jako celek.

## Čestné prohlášení

*Autoři prohlašují, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku nejsou ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou společností.*

## Seznam zkratek

<b>ACT</b>	terapie přijetí a závazku ( <i>acceptance and commitment therapy</i> )
<b>BED</b>	syndrom záchvatovitého přejídání ( <i>binge eating disorder</i> )
<b>BMI</b>	<i>body mass index</i>
<b>CAN</b>	syndrom týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte



**ČOS ČLS JEP** Česká obezitologická společnost  
České lékařské společnosti  
Jana Evangelisty Purkyně

**IQ** inteligenční kvocient  
**KBT** kognitivně-behaviorální psychoterapie  
**SOS** Swedish Obese Subjects, dlouhodobá studie hodnotící výsledky pacientů s obezitou, kteří podstoupili bariatrickou operaci

## Literatura

- 1. Praško J a kol.** Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. *Triton*, Praha, 2007.
- 2. Málková I.** Kognitivně-behaviorální terapie obezity. *Postgraduální medicína* 2002; 4: 437-441.
- 3. Penman D, Williams M.** Všimavost. *ANAG*, 2014.
- 4. Šlepecký M a kol.** Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii. *Portál*, Praha, 2018.
- 5. Längle A.** Lehrbuch zur Existenzanalyse – Grundlagen. *Facultas*, Vídeň, 2014.
- 6. Frankl VE.** Lékařská péče o duši. *Cesta*, Brno, 1994.
- 7. van Hout GC, Boekestein P, Fortuin FA et al.** Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obes surg* 2006; 16: 787-794.
- 8. Mannucci E, Petroni ML, Villanova N et al.** Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 90.
- 9. Herlesová J.** Psycholog a bariatrická léčba obezity (doktorandská disertační práce). *FF UK*, Praha, 2017.
- 10. Hayden MJ, Murphy KD, Brown WA et al.** Axis I disorders in adjustable gastric band patients: the relationship between psychopathology and weight loss. *Obes Surg* 2014; 24: 1469-1475.
- 11. Karlsson J, Taft C, Ryden A et al.** Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes* 2007; 31: 1248-1261.

- 12. Mitchell JE, King WC, Courcoulas A et al.** Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *Int J Eat Disord* 2015; 48: 215-222.
- 13. Herpertz S, Kessler H, Jongen S.** Psychosomatic and psychosocial questions regarding bariatric surgery: what do we know, or what do we think we know? *Z Psychosom Med Psychother* 2017; 63: 344-369.
- 14. Yoder R, MacNeela P, Conway R et al.** How do individuals develop alcohol use disorder after bariatric surgery? A grounded theory exploration. *Obes Surg* 2018; 28: 717-724.
- 15. Fried M, Yumuk V, Oppert JM et al.** Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery. *Obes Surg* 2014; 24: 42-55.
- 16. Herlesová J, Knappová D, Král P a kol.** Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací. *Axonite*, Praha, 2013.
- 17. Puklová V.** Výskyt nadváhy a obezity. *Státní zdravotní ústav*, Praha, 2018.
- 18. Kytnarová J a kol.** Obezita u dětí. Standard léčebného plánu. *Česká obezitologická společnost ČLS JEP*, 2011. Dostupné na: [www.obesitas.cz/download/doporuceny\\_postup\\_prevence\\_a\\_lecby\\_detske\\_obezity.pdf](http://www.obesitas.cz/download/doporuceny_postup_prevence_a_lecby_detske_obezity.pdf)
- 19. Fraňková J, Pařízková J, Malichová E.** Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe. *Karolinum*, Praha, 2013.
- 20. Hainerová A.** Genetika obezity. *Vnitřní lékařství* 2010; 56: 1035-1042.
- 21. Fraňková S.** Psychologické aspekty dětské obezity. In: Pařízková J, Lisá L a kol. Obezita v dětství a dospívání. *Galén*, Praha, 2007: 175-191
- 22. Balcar K.** Psychoterapie u dětí a dospívajících. In: Řičan P, Krejčířová D a kol. Dětská klinická psychologie. *Grada*, Praha, 2006: 357-413.
- 23. Bednaříková K, Novotná V, Prudilová J, Bednaříková M.** Naše zkušenosti z léčby a psychoterapie dětských pacientů s nadváhou a obezitou. *Československá pediatrie* 2019; 74 (2): 111-114.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**PhDr. Šárka Slabá, Ph.D.**

Gyneologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN  
Apolinářská 18, 128 51 Praha 2  
Tel.: 224 967 430  
e-mail: [sarka.slaba@lf1.uni.cz](mailto:sarka.slaba@lf1.uni.cz)

# pr Lékaře.cz

- +** on-line vzdělávání lékařů a lékárníků
- +** kurzy ohodnoceny kredity ČLK
- +** kurzy napříč specializacemi
- +** absolvování kurzů zdarma

Více na [www.prolekare.cz/kreditované-kurzy](http://www.prolekare.cz/kreditované-kurzy)



Informace a kontakt:

Andrea Opletalová  
[info@prolekare.cz](mailto:info@prolekare.cz)  
MeDitorial, s.r.o. Lékařský dům,  
Sokolská 31/490, 120 26 Praha 2