

PRÁCA PSYCHOLÓGA V OBEZITOLOGICKEJ AMBULANCI

Dagmar Onačilová

Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie FNŠP, Bratislava, pracovisko Staré Mesto

V psychologickvej ambulancii sa v poslednom čase častejšie stretávame s obéznym pacientom. Z nášho hľadiska definujeme problém vzniku obezity, zameriame sa na diagnostiku osobnosti, psychologické poradenstvo, profylaxiu a edukáciu. Pre komplexnosť liečby využívame individuálny prístup, neskôr formu skupinovej terapie.

Kľúčové slová: obéznym pacient, kognitívno-behaviorálna terapia.

Kľúčové slová MeSH: obezita – terapia; terapia kognitívna; terapia behaviorálna.

PSYCHOLOGICAL WORK WITH OBESITY AT AMBULATORY CARE FACILITY

Patients with obesity diagnose often visit our psychological practice. In this article we define genesis of obesity, its evaluation, psychological consulting, prophylaxis and patient education. In therapy we use individual approach and later also group therapy.

Key words: obese patient, cognitive-behavioral therapy.

Key words MeSH: obesity – therapy; cognitive therapy; behavior therapy.

Via pract., 2005, roč. 2 (12): 506–508

Úvod

Obezita je rizikový faktor, ktorý je predmetom záujmu mnohých vedných disciplín. Zaujímajú sa o ňu nielen obezitológovia, ale i chirurgovia, endokrinológovia, psychológovia, fyzioterapeuti a iní odborníci.

Rozvoj techniky, ekonomiky, ale i sociokultúrnej sféry spôsobil v spoločnosti rôzne zmeny. Jednou z nich je aj nový životný štýl a z neho sa vyvíjajúci spôsob uspokojovania základných potrieb jedinca. Vonkajšie faktory (nákupy v hyper- a supermarketoch, sedavý spôsob zamestnania, cestovanie autom „až k dverám“...) spôsobujú reakciu. Narastá počet ľudí, u ktorých je nepomer medzi váhou a výškou, narastá počet obéznych. Zároveň vzniká ďalší problém, ktorý poukazuje na nový spoločensky ideál – štíhlu postavu. Programovanie štíhlosti vedie k nárastu psychogénnych porúch v zmysle príjmu potravín (nechutenstvo, anorexia a prehnane zvýšená chuť do jedla – bulímia), ale aj psychogénnych porúch potravinového správania sa (nočné prejedanie sa), ktoré vedú k zvyšovaniu telesnej hmotnosti mnohých jedincov. Tak nedostatočný ako aj nadmerný príjem potravy ohrozuje kvalitu života a zvyšuje aj riziko morbidity a mortality (1).

Už pri našom zrode sa stretávame s jedlom. Ono je našim spoločníkom až do konca života. Prináša nám uspokojenie, príjemný a estetický zážitok, dobrý pocit. V dospelosti sa často k týmto pocitom vraciame, najmä v čase nepohody, nepokoja a stresu. Plný žalúdok spôsobuje uvoľnenie, vnútorný pokoj, a to hneď po najedení. Vtedy často prestávame rozlišovať medzi fyziologickým hladom a hladom z emócií.

Psychologická starostlivosť o obézneho pacienta

Obezita je veľmi zložitý stav organizmu. Jestvujú viaceré druhy obezity, ako aj mnohé príčiny, ktoré obezitu vyvolávajú. K jej vzniku prispievajú genetické, fyziologické faktory ako aj faktory psychickej a sociálnej povahy. Obezita teda predstavuje multifaktoriálny problém, ktorý vyžaduje komplexný prístup k pacientovi, rešpektujúci jeho jedinečnosť. Nadmerná hmotnosť spôsobuje diskomfort nielen v oblasti somatickej, ale i psychickej a sociálnej. Somatická oblasť sa prejavuje komplikáciami respiračnými, metabolickými, ortopedickými, endokrinnými. Psychická oblasť sa prejavuje negatívnym sebahodnotením (uzavretie sa do seba, hanba, pocit menejcennosti). Sociálna oblasť sa prejavuje v medziľudských vzťahoch, často sú obézni ľudia diskriminovaní tak v pracovnej, ako aj v spoločenskej sfére (2).

Práca psychológa by sa mala zamerať na diagnostiku, poradenstvo a samotnú terapiu.

Charakteristika obézneho pacienta

Prvé typológie osobnosti sú veľmi staré. Najstaršiu teóriu temperamentov vypracoval starogrécky lekár HIPPOKRATES (5. stor. p. n. l.), upravil GALENOS (2. stor. p. n. l.). Podľa nej existujú v tele štyri tekutiny: sangvis, chole, phlegma, melan-chole. Na základe prevahy tekutiny vznikajú štyri základné typy: sangvinik, choleric, flegmatik a melancholik.

Nasledovalo veľa autorov, ktorí špecifikovali a rozvíjali ďalšie teórie a delenia.

Nemecký psychiater E. Kretschmer vypracoval presné kvantitatívne a kvalitatívne hľadiská na určenie telesného typu. Hovorí o astenic-

kom, pyknikom a atletikom type. Z hľadiska obezity je zaujímavý pyknik. Charakterizuje ho ako človeka stredne vysokej postavy s krátkym a zavalitým telom, s veľmi dobre vyvinutým hrudníkom, pomerne slabými končatinami. Na krátkom krku je nasadená guľatá lebka, svalstvo je ochabnuté. Typ temperamentu je cyklotymny. V správaní je dobrosrdečný, otvorený, mierne ťažkopádny, často naivne sebavedomý, podnikavý, zmierlivý, kolísavý v náladách.

Na štatistike založenú typológiu vypracoval americký bádateľ W. H. Sheldon. Určil tri „variačné dimenzie“ typov stavby tela: endomorfná, mezomorfná a ektomorfná. Z hľadiska obezity je zaujímavý endomorf. Prevažujú u neho zaokrúhlené a mäkké tvary v rôznych častiach tela. Tráviace ústrojenstvo má dobre vyvinuté. Tejto stavbe tela zodpovedá viscerotonický typ osobnosti. Je to človek družný, láskavý, potrebuje obľubu z okolia, potrebuje sympatie a súhlas iných ľudí. Veľa známych osobností sa zaoberalo typológiami, ale každý sa snažil o vlastné teoretické východisko, takže mnohé poznatky sú rozporuplné (3).

Názory o príčinách obezity prešli v priebehu rokov veľkými zmenami. Došlo k odklonu od zjednodušujúcich predstáv, ako hľadania „obéznej osobnosti“, k úvahám o početných a meniacich sa faktoroch. Psychodynamické objasňovanie obezity sa sústreďovalo na dve hypotézy. Podľa prvej z nich vznikajú v detstve neuvedomené konflikty, ktoré vedú k prejedaniu. O obéznych jednotlivcoch sa uvažovalo ako o pasívnych, frustrovaných ľuďoch túžiacich po láske.

Podľa druhej hypotézy je prejedanie sa považované za prostriedok vyrovnávania sa s emocionálnym stresom, ako sú depresia a anxiózita. Záujem o psychodynamické teórie

poklesol pre nedostatok dôkazov. Emocionalita je prechodného charakteru a možno ju pozorovať aj u ľudí s normálnou hmotnosťou. Niektoré štúdie si všímajú iné parametre napr. vplyv výživy, či stres alebo dlhodobé hladovky. Pri drastickom obmedzovaní stravy tak u obéznych ako i osôb s normálnou hmotnosťou boli pozorované neurotické poruchy (depresia, úzkosť, podráždenosť...). Pri použití nízkoenergetických potravín bola vyššia emocionálna stabilita a menej psychických komplikácií.

Lepšie výsledky však prináša kombinácia diétného režimu a pravidelnej pohybovej aktivity. Väčšina teórií potvrdzuje, že sa nedá presne stanoviť typická štruktúra osobnosti obézneho pacienta. Podporuje sa tým multifaktoriálny interakčný výklad.

Náplň práce psychológa s obéznym pacientom

Psychologická starostlivosť o pacienta je súčasťou komplexnej liečby (4). Zameriava sa na konkrétneho pacienta, pričom využíva tieto prostriedky:

1. psychologickú diagnostiku,
2. psychologické poradenstvo,
3. profylaxiu a edukáciu,
4. psychoterapiu.

1. Psychologická diagnostika

Diagnostika obézneho pacienta sa realizuje individuálne. K samotnému vyšetreniu využívame klinické metódy ako sú pozorovanie, rozhovor, anamnéza a testové metódy, ktoré obsahujú štandardizované testy a dotazníky.

V diagnosticko-anamnestickom rozhovore dáme pacientovi priestor, aby porozprával o problémoch, aby porozprával o významných udalostiach, ktoré spôsobili zmenu hmotnosti (napr. úraz, matrimoniálne problémy, potrat...). Počas vyšetrenia pozorujeme pacienta, pričom si všíname i jeho emocionálne prežívanie. Konzultujeme aj rozloženie stravy počas dňa, spôsob konzumácie, využívanie diét (akých a s akým efektom), vplyv záťažových situácií na konzumovanie, vplyv emócií.

2. Psychologické poradenstvo

Psychologické poradenstvo pacienta v ambulancii klinického psychológa sa zameriava na zmenu životného štýlu, spôsobov a stereotypov, obnovenie a úpravu stravovacieho režimu, prekonávanie psychických problémov, ktoré majú situačný charakter. Práca s pacientom, ktorý má nadváhu nie je ľahká. Je dlhodobá, občas i nepríjemná. Dôležitá je jeho aktívny prístup. Často sa v úvode redukcie hmotnosti objavujú nepríjemné pocity, napríklad úzkosť, psychická nepohoda, podráždenosť, ale aj zvýšená chuť konzumovať sladké alebo tučné jedlá. Chudnutie je psychickou záťažou, a to

najmä u pacientov, ktorí v tom nevidia správnosť a zmyslupnosť. Udržiavanie hmotnosti je celoživotná práca. Často sa objaví pochybenie, relaps alebo úplné zlyhanie, a to najmä vtedy, ak chudnutie je rýchle. Ideálne by bolo znížovať hmotnosť pomaly, a to vždy v súlade so zmenou životného štýlu pacienta, jeho možností a schopností. Bez aktívneho prístupu je boj s obezitou vopred prehratý.

Niektorí pacienti považujú túto cestu za nepríjemnú a ťažkú. Snažíme sa im pomôcť, napríklad zmenou jedálneho lístka, pohybovými aktivitami realizovanými v skupinkách, posilnením motivácie. Odporúčame nacvičovať techniky – ako stravu odmietnuť, ako povedať nie. Upozorňujeme na pocity, ktoré si pacient bežne neuvedomuje. Pacient dostáva domácu úlohu, aby pozoroval svoje pocity. Hľadáme a pomáhame nachádzať reálne ciele. Povzbudzujeme, oživujeme kvality, ktoré si často nikto nevníma (4).

Dnešné rýchle životné tempo spôsobuje častý kontakt so stresom, ktorý zvyčajne vedie k zvýšenej konzumácii potravín. Ak sa stres objaví len občas, pacient sa naučí túto situáciu zvládať. Ak je stres na dennom poriadku, škodí, stáva sa nezdravým, často neuvedomovaným.

Niektorí pacienti sa snažia čo najpresnejšie realizovať všetko, čo sa preberalo na sedení. Takýto „puntičkársky“ prístup spôsobuje zúženie hodnotového obzoru, zúženie pohľadu na seba i okolitý svet. Nesprávna je aj fixácia na jedlo. Pacienti sa dostávajú do začarovaného kruhu, nie sú spokojní so svojim výkonom, majú nereálne požiadavky, niekedy môže prísť až k rezignácii. Treba preskúmať, čo má v živote pacienta zmysel, či je strata hmotnosti v rovnováhe na všetkých úrovniach ľudskej existencie. Tam, kde dochádza k zúženiu alebo diskrepancii hodnotového systému nestačí len odvieť pozornosť od symptómu (sledovanie hmotnosti), ale hľadať niečo iné ako je príjem potravy a sledovanie ručičky na váhe. Dôležitá je **akceptácia seba samého**, bez nej nie je možný úspech a prichádza pocit menejcennosti, neúspech,

poníženia. Podstatné je poukázať na pacientovu zodpovednosť.

3. Edukácia a profylaxia

O liečbu obezity má spoločnosť veľký záujem. Intenzívny záujem o zníženie telesnej hmotnosti mal za následok vznik priemyslu, ktorý slúži tomuto účelu, a ktorý tvorí množstvo kníh o diéte, vznikajú kliniky, chirurgické zásahy, špeciálne potravinové produkty (2). Psychológ spolupracuje s diétnou sestrou na edukácii pacientov čo sa týka zdravého životného štýlu. Dôležitá je i profylaxia, pretože veľa ľudí podceňuje riziká nadváhy a obezity.

4. Psychoterapia

Existuje veľa terapeutických programov, ktoré sa zaoberali liečbou obezity. Zatiaľ najúčinnejšia sa javí kognitívno-behaviórna terapia (KBT). Táto terapia vychádza z teórie učenia. Učenie, nemyslí sa len osvojovanie nových poznatkov a vedomostí, ale učením nadobudnuté zmeny myslenia, správania a emócií, a to tak v pozitívnom, ako i v negatívnom slova zmysle (5).

KBT vychádza z troch modelov učenia:

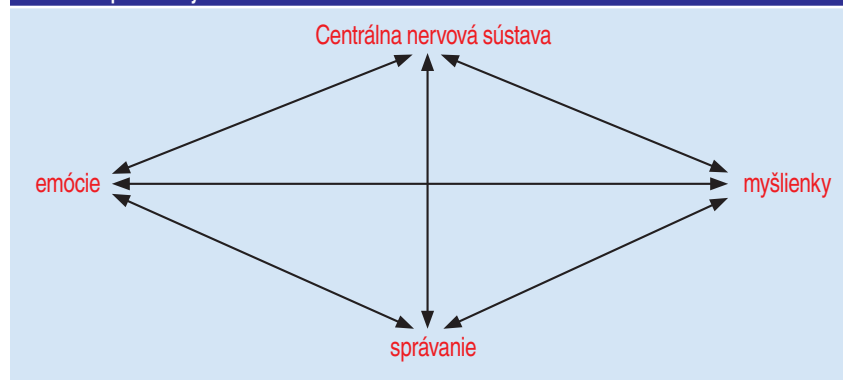
- klasické podmieňovanie,
- operačné podmieňovanie,
- kognitívna teória.

Klasické podmieňovanie. Z tohto modelu vychádzajú metódy, ktoré sú založené na učení a odvykaní vzťahov medzi podnetom a reakciou. Klasické podmieňovanie: *podnet (hlad) → reakcia (najem sa)*.

Ak by fungovali ako spúšťače k jedlu len prirodzené signály hladu a smádu, a za iných okolností by sme nekonzumovali, tak by nenašiel problém obezity. Tieto signály v priebehu života u obéznych vymizli, takže obézni jedinci nedokážu odhadnúť, čo je normálna porcia.

Operačné podmieňovanie. Rozdiel medzi klasickým a operačným podmieňovaním je v problémovej situácii „naučiť sa“ vzťahu medzi cieľom a prostriedkom, inštrumentom. Operačné podmieňovanie: *podnet → reakcia → následok (odmena, trest)*.

Graf 1. Terapia obezity.



Napríklad vystresovaný človek často siaha po jedle. Následne pocíti uvoľnenie, pokles napätia. Nevhodné chovanie je posilnené (3).

Kognitívna teória. V popredí tejto teórie je proces vnímania a mentálna aktivita pacienta. Kognitívne procesy majú sprostredkujúcu funkciu medzi podnetom a reakciou. Nie je to samotný podnet, ktorý vyvoláva určité chovanie, ale význam, ktorý osoba tomuto podnetu prisudzuje. Kognitívna teória: *podnet* → *reakcia* → *organizmus* → *následok*.

Terapia obezity by mala byť komplexnejšia. Nestačí sa zamerať len na zmeny v jeďálnom lístku, ale je nutné ovplyvniť myslenie a emócie, ktoré vedú k nežiaducemu správaniu. Komplexná terapia je dobre znázornená na grafe 1 (4).

V KBT sa používa mnoho techník. Medzi najčastejšie používané patria:

- **Techniky sebakontroly** sú vhodné najmä tam, kde je rozpor medzi bezprostrednými a dlhodobými dôsledkami. K prekonaniu takéhoto časového úseku poslúži tech-

nika sebakontroly. Tá obsahuje techniku sebaopozorovania, techniku aktívnej kontroly podnetov, techniku sebaopisňovania a techniku kontrolujúcu samotné jedenie.

- **Kognitívne techniky** – obézny pacient sa pri terapii naučí:
 - identifikovať nevhodné automatické, emočne nabitú myšlienku, ktoré súvisia s jeho problémom,
 - pochopiť súvislosti medzi myslením, emóciami a správaním,
 - nahradiť negatívne myšlienky reálnejšími.
- **Relaxačné techniky** v zmysle nácviku autogénneho tréningu alebo Jacobsonovej relaxácie. Podstatou relaxačných techník je naučiť uvoľňovať napätie, ktoré často vzniká v najrôznejších záťažových situáciách.

- **Modelovanie** je efektívne pri vytváraní nového správania alebo pri zvyšovaní frekvencie správania už existujúceho. Funguje tu princíp napodobovania.

Záver

Obezita vedie k mnohým vážnym zdravotným problémom, ako sú kardiovaskulárne choroby, niektoré druhy rakoviny, zažívacie problémy, ochorenia kostí a kĺbov, komplikácie v tehotenstve a poruchy látkovej výmeny. (2)

Obézni ľudia majú aj sociálne problémy. Ak je obézny pacient poslaný do psychologickkej ambulancie, treba sa sústrediť na jeho hlavný problém, ktorý treba jasne definovať. Treba pristúpiť k reálnym cieľom, ktoré je nutné usmerňovať, predvídať a kontrolovať.

Literatúra

1. Wagenknecht M. Úloha psychologické péče při léčbě obezity. In: Hainer V, et al. (Eds.) Základy klinické obezitologie. Grada Publishing, Praha, 2004, s. 241–257.
2. Kaplan RM, Sallis JF, Jr., Patterson TL. Zdravie a správanie človeka. Slovenské pedagogické nakladateľstvo, Bratislava, 1996.
3. Kondáš O. Klinická psychológia. Osveta, Bratislava, 1977.
4. Málková I. Kognitívne behaviorální přístup k léčbě obezity. In: Hainer V, et al. (Eds.) Základy klinické obezitologie. Grada Publishing, Praha, 2004, s. 215–240.
5. Kondáš O. Discentná psychoterapia, Slovenská akadémia vied, Bratislava, 1973.

TIAPRIDAL®
tiapridi hydrochloridum