

STRAVOVACÍ ZVYKLOSTI A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY OBEZITY

doc. MUDr. Pavel Hlúbik, CSc., MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Vojenská lékařská akademie JEP Hradec Králové

V diferenciálně diagnostickém postupu u pacientů s nadměrnou tělesnou hmotností a obezitou je nutno využít celou škálu anamnestických, klinických, biochemických a metabolických vyšetřovacích postupů. Nevhodný životní styl, v konečném důsledku charakterizovaný vznikem nepoměru mezi potřebou a spotřebou energie ze stravy, patří k důležitým faktorům podílejícím se na vzniku obezity. Psychické ladění pacienta, dlouhodobé působení stresu v pracovní i mimopracovní činnosti může také přispívat k rozvoji nadváhy a obezity.

Z hlediska léčebné péče o obézní pacienty je nezbytné zejména při opakovaném selhávání v redukci věnovat pozornost psychologickým faktorům (rodinná anamnéza, situační pozadí, osobnostní profil apod.). Symptomatika jedince je tak zařazena nejen do kontextu určitých organických změn, ale také do kontextu jejího významu v konkrétním vývojovém období, v rodinném systému a v širším sociálním prostředí.

Klíčová slova: stravovací zvyklosti, obezita, behaviorální faktory, psychosociální faktory.

EATING HABITS AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF OBESITY

In differentially diagnostic procedures in patients who are overweight or obese, it is necessary to use a wide range of case history, clinical, biochemical and metabolic examining procedures. An improper life-style resulting in the beginning of a disproportion between energy needs and energy consumption from food, are among the important factors contributing to the inception of obesity. The psychological mood of a patient, the long-term effect of stress from work and outside-work activities can also contribute to an individual becoming overweight or obese. From the point of view of therapeutical care of obese patients, it is necessary to pay attention to psychological factors (family case history, the background of the patient, personal profile, etc.) especially when there is repeated failure in weight reduction. The symptomatology of an individual is also included not only in the context of certain organic changes but also in the context of its significance in a certain developmental stage, in a family system and in wider social surroundings.

Key words: eating habits, obesity, behaviorial factors, psychosocial factors.

Úvod

Obezita představuje na úrovni individuální, ale i celospolečenské i celosvětové významný problém ovlivňující morbiditu a mortalitu. Výživa představuje jeden z důležitých faktorů, které ovlivňují aktuální nutriční stav jednotlivce.

Nevhodné stravovací zvyklosti, které jsou charakterizovány nedostatky v oblasti kvantity konzumované stravy, vedoucí ke vzniku pozitivní energetické bilance, složení stravy s nadbytečným příjmem tuků a nepravidelností stravování představují důležitý rizikový faktor vzniku řady závažných onemocnění, mezi které lze zařadit obezitu, diabetes mellitus II. typu, dyslipidemie a další.

Vybrané psychosociální faktory hrají důležitou roli v etiopatogenezi obezity. Psychický dyskomfort, napětí a stres v pracovní i mimopracovní činnosti zvyšují riziko vzniku a rozvoje obezity. Současně negativně ovlivňují redukční režim.

Psychologické faktory obezity

Z hlediska systémového pohledu na obezitu je kladen důraz na psychosociální faktory, které mohou zvyšovat pravděpodobnost vzniku obezity a následně ovlivňovat samotný průběh a úspěšnost léčby. Kromě životních událostí a mikrostressorů má značný význam osobnostní profil klienta, sebepojetí, rodinný systém, specifické vývojové období apod.

Osobnostní vlastnosti představují v interakci s životními událostmi a mikrostressory důležitý moderující faktor ovlivňující vulnerabilitu a tím i schopnost jedince zvlá-

dat náročné životní situace. Mezi obézními pacienty jsou ve zvýšené míře popisovány afektivní poruchy, impulzivita, nižší subjektivně vnímaná kvalita života, pocity izolace, diskriminace a ztíženého společenského uplatnění, nižší sociabilita, převažující depresivní prožívání (4, 5, 6, 7). Tyto psychické problémy a poruchy však mohou být důsledkem nadváhy nebo neúspěchu při její léčbě.

Odlišnosti jsou u obézních oproti jedincům s normální hmotností v rovině behaviorální, zejména v jídelním chování. Obézní jedí častěji sladká jídla, mají zvýšenou frekvenci žvýkání, rychleji polykají sousta, jedí při současně jiné činnosti. Obézní neregulují příjem potravy na podkladě endogenních signálů, spíše reagují na zevní stimuly. Odlišnosti v reagování na zevní podněty a v jídelním chování se často projevují již od raného dětství a mohou souviset i se zvláštnostmi dyadického vztahu matka - dítě. V důsledku chybné percepce signalizovaných potřeb dítěte matkou může u dítěte docházet k nižší diferenciaci různých tělových pocitů a emocí, zejména pocitu hladu od jiných druhů strádání. Matka reaguje na jakýkoli projev nespokojenosti dítěte krmením. Dítě se následně učí reagovat na veškeré nepříjemnosti jídlem, chybně vnímá skutečné potřeby a neumí je vyjadřovat ani usilovat o jejich nasycení. Vzniká bludný kruh potravinového chování, které se v důsledku nedostačující citové interakce posiluje (1, 2).

Obezita zpravidla zvyšuje citlivost na svůj vzhled, typické je narušené prožívání proporcí vlastního těla. Subjektivní vnímání rozměrů těla může být u obézního spojeno s nepřijetím jeho jednotlivých částí nebo těla jako celku nebo nadhodnocování rozměrů těla či jeho partií (břicho,

hyždě, stehna (1,3). Poruchy vnímání tělového schématu mohou způsobovat nejistotu v interpersonálních vztazích, v kvalitě sexuálního života i v profesním vývoji. Tělové schéma a vnější zjev jsou úzce vázány k sebehodnocení a sebeprožívání, procesy, které jsou významné pro vnitřní stabilitu a integritu osobnosti člověka.

V průběhu ontogeneze existují specifická období, kdy jsou především ženy vystaveny většímu riziku vzniku a rozvoje obezity (puberta, těhotenství, poporodní období, klimakterium aj.). Vzestup tělesné hmotnosti, který provází těhotenství a období přechodu, může být způsoben nejen změnami hormonální sekrece, ale také změnou stravovacích zvyklostí a pohybové aktivity. Klimakterium představuje nespecifický stresor, na kterém se kromě hormonálních změn podílí řada dalších faktorů. Ztráta reprodukční schopnosti je provázena symbolickou ztrátou mládí a feminity. Odchod dospělých dětí z rodiny (syndrom prázdného hnízda) často přispívá k partnerským konfliktům, na jejichž pozadí je neschopnost přerozdělení rolí a vztahových vzorců uvnitř měnícího se rodinného systému (1, 2, 4).

Jídlo se může stát pro řadu pacientů náhražkou nejrůznějších hodnot nebo specifických potřeb a často je jedinou formou seberealizace. Konzumace potravin nepředstavuje v tomto případě pouze fyziologickou funkci, naopak je provázena celou řadou příjemných pocitů. Dochází k navození dobré nálady, celkovému zklidnění, snížení úzkosti, strachu, deprese, často i pocitů křivdy. Změna prožívání je spojena i s fyziologickou reakcí organismu, v hypotalamu bylo prokázáno uvolňování endorfinů patřících k tzv. endogenním opiátům. U pacientů v mnoha případech dochází k fixaci nepřiměřeného jídelního chování a postojů, které mohou být již zcela nezávislé na původní příčině. Jedná se o kompenzační mechanismus, který neumožňuje přiměřené zvládnutí situací. Ve svých důsledcích rozšiřuje okruh problémů, do kterých se člověk dostává.

Stravovací zvyklosti a obezita

V České republice obdobně jako v dalších průmyslově vyspělých státech světa je konzumace jídla realizována dle libosti. Stravování je ovlivňováno řadou faktorů, které jsou schopny způsobit rozvoj nezdravého, nevhodného způsobu stravování.

V současnosti je způsob stravování formován řadou činitelů, mezi které lze zařadit:

1. sociální – rodina a sociální skupina
2. hedonistické – spojeny s očekáváním naplnění požitku z jídla (zrakové, čichové a chuťové vjemy)
3. symbolické – jídlo jako odměna
4. metabolické (tabulka 1).

Fyziologická regulace chuti k jídlu je komplexní děj koordinovaný z hypotalamu. V jednotlivých orgánech lidského organismu a v biologických tkáních vzniká řada signálů, které tlumí nebo stimulují chuť k jídlu. K mechanickým signálům tlumícím chuť k jídlu lze zařadit distenzi žaludku a střeva. Mezi nutriční signály, které tlumí chuť

Tabulka 1. Faktory určující způsob stravování

energetické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • koncentrace energetických substrátů • glukóza • mastné kyseliny • laktát
hedonistické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • naplnění požitků z konzumace stravy • vjemy zrakové: vzhled jídla • vjemy čichové: libá vůně • vjemy chuťové
sociální faktory	<ul style="list-style-type: none"> • společenské determinanty • vliv rodiny: výchova k stravovacím zvyklostem • vliv sociální vrstvy: společenské postavení • vliv nabídky jídel: společenské přejídání – večírky, raauty... • vliv stresu: řešení pocitu napětí
symbolické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • odměna: dětství – sladkosti • zlepšení sebedůvěry: dospělost

Tabulka 2. Změny stravovacích zvyklostí v průběhu fylogeneze

příjem energie	paleolitická společnost	zemědělská společnost	industriální společnost
z polysacharidů	60 %	70 %	20 %
z jednoduchých cukrů	minimálně	minimálně	30–40 %
z tuků	20 %	15 %	35–40 %
z bílkovin	20 %	15 %	12–15 %
příjem vlákniny (g / den)	100–150	60–100	10
objem stravy	velký	velký	malý

Tabulka 3. Stravovací zvyklosti

	normostenik	obézní
snídaně	pravidelná	chybí
oběd	pravidelný	chybí nebo pozdě odpoledne
večeře	pravidelná do 18, hodin	velká porce druhá večeře po 22. hodině
noční jídlo	-	často
pocit hladu	-	často
chuťové preference	bez preferencí	sladké + tučné

k jídlu, patří především hladiny glukózy, mastných kyselin, laktátu, z aminokyselin tyrozin a tryptofan. K termogenním signálům, které se podílejí na tlumení pocitu chuti, lze zařadit zvýšenou tělesnou teplotu a zvýšenou teplotu zevního prostředí. K neurohumorálním signálům, které tlumí příjem stravy, lze zařadit především glukagon, leptin, cholecystokinin a k signálům stimulujícím příjem potravin především neuropeptid Y, beta endorfin, somatoliberin (8).

V průběhu fylogeneze člověka došlo k výrazným změnám stravovacích zvyklostí a současně ke změnám složení nabízené a konzumované stravy. Člověk v jídelníčku postupně preferoval potraviny bohaté na zdroje energie. Zvyšoval příjem tuků a jednoduchých cukrů a současně došlo k významnému poklesu konzumace dietní vlákniny, kyseliny askorbové a vápníku (tabulka 2). Významné změny kvantity a složení konzumovaných potravin, které byly zaznamenány v průběhu druhé poloviny 20. století představují podstatu patologických stravovacích zvyklostí. Za patologické stravovací schéma lze označit to, které vede

ke vzniku somatických nemocí, například nadváhy, obezity, hypertenzní nemocí a k onemocněním psychickým – deprese. Nevhodné stravovací zvyklosti charakterizované vysokým příjmem energie, konzumací tučných a sladkých jídel, zbytečně vysokou spotřebou tuků, cukrů jsou velice často příčinou vzniku pozitivní energetické bilance. V důsledku dlouhodobé pozitivní energetické bilance, v průběhu které se tezuretuje nadbytečně zkonsumovaná energie do tukových buněk, dochází k postupnému vzestupu aktuální tělesné hmotnosti, ke vzniku nadváhy a obezity. Jídelní zvyklosti obézního jednotlivce jsou charakterizovány omezením frekvence konzumované stravy. Frekvence se snižuje na jedno, maximálně na dvě hmotnostně i energeticky nadbytečně velká jídla. Současně je u obézního pozorována výrazná nepravidelnost konzumace stravy. Často dochází k vynechávání snídaně, oběd je odsouván do pozdních odpoledních hodin s podstatně větší energetickou denzitou, větší porce jsou konzumovány především večer, případně i formou druhé večeře po 22. hodině. Obézní se často budí v průběhu noci pro nadměrný hlad a jsou nuceni konzumovat jakoukoliv stravu. K dalším charakteristickým rysům jídelních zvyklostí u obézního patří uždibování potravy (nibbling) – neuvědomělá nezapočítávaná konzumace stravy při sledování televize, cestou z nákupu. Charakteristickým rysem obézních je taktéž jednorázové přejídání se s omezením kontroly množství zkonsumované stravy. Značná část obézních osob řeší problematiku aktuálního stresu, na pracovišti i v mimopracovní činnosti konzumací jídla. Jídlo slouží jako odměna, má výrazně emocionální podtext. U obézních je pozorována zvýšená rychlost konzumace jídla. Současně jsou typické chuťové preference především na sladká a tučná jídla (tabulka 3). U normosteniků jsou jídelní zvyklosti výrazně odlišné. K základním charakteristikám jídelních zvyklostí u normosteniků lze zařadit: frekvence konzumované stravy 5–6× za den, porce hmotnostně i energeticky menší. Normostenici pravidelně snídají s preferencí sacharidů s relativně vyšším indexem sytosti. V průběhu dne dochází k postupnému snižování energetického příjmu ze stravy. Strava je konzumována uvědoměle se zachováním pravidel stolování, které se odehrává v klidné atmosféře s pomalým cílevědomým rozkousáváním potravy.

Literatura

1. Balcar K. Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. Čs Psychol 1995; 34:420–425.
2. Fraňková S. Výživa a psychické zdraví. 1. vyd ISV Praha 1996: 271s.
3. Grogan S. Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem. Grada Publishing 1. vyd 2000: 182s.
4. Hainer V, et al. Obezita I. vyd Galen Praha 1997: 126s.
5. Kreh FD, Drábková H, et al. Vnímání vztahu mezi nadváhou, zdravotními a psychickými obtížemi u českých mužů a žen. Prac Léč 1977; 77: 37–41.

Závěr

Individuálním stravováním jednatelce v minulosti řešil především energetickou a biologickou potřebu organismu, uspokojování základních fyziologických dějů. Uvedený způsob stravování byl v průběhu minulého století výrazně změněn nabídkou potravin obsahujících především jednoduché cukry, živočišné tuky. Nevhodné stravovací zvyklosti charakterizované konzumací neadekvátního množství energie, tuků a jednoduchých cukrů s nedostatečným přívodem dietní rozpustné vlákniny vytváří základní předpoklad pro vznik pozitivní energetické bilance. Na vytváření pozitivní energetické bilance se dále podílí pokles výdeje energie v pracovní i mimopracovní činnosti. Nadbytečně zkonsumovaná energie je ukládána do tukových zásob lidského organismu s postupným nárůstem tělesné hmotnosti. Konečným důsledkem je vznik nadváhy a obezity se vzestupem množství tělesného tuku ukládaného v podkoží nebo ve viscerální oblasti. Zmnožení viscerální tukové tkáně představuje zvýšené riziko poškození zdraví. Pokles fyzické zdatnosti a výkonnosti se současně zvětšeným množstvím viscerální tukové tkáně (objektivizace pomocí měření obvodu břicha) jednotlivce – typ „fat – unfit“ zvyšuje pravděpodobnost rizika poškození zdraví, podílí se na zkrácení střední délky života. Obezita je závažné chronické onemocnění a současně představuje významný samostatný rizikový faktor vzniku nebo rozvoje řady metabolických onemocnění, mezi které patří diabetes mellitus II. typu, poruchy metabolismu lipidů, ischemická choroba srdeční, akutní infarkt myokardu, dna, některé typy rakoviny, poruchy lokomočního aparátu. Na vzniku uvedených patologických dějů se výraznou mírou podílí „westernizace“ životního stylu charakterizovaná nevhodnými stravovacími návyky s preferencí stravování typu „fast – food“. Změna stravovacích zvyklostí, především pokles množství zkonsumované energie, omezení konzumace tučných a sladkých jídel, zvýšení konzumace rozpustné dietní vlákniny představuje základní článek redukce nadbytečné tělesné hmotnosti. V komplexní terapii obezity je vhodné využít kromě dietních opatření také behaviorální postupy, zvyšování výdeje energie, cílenou farmakoterapii, případně chirurgickou intervenci.

6. Medina R, et al. Morbid obesity: Quality of life psychopathology. Int J of Obesity and Related Metabolic Disorders. Eight International Congress on Obesity. Paris, France 29.8.–3.9. 1998. Abstracts 1998; 22: 24.
7. Segal A. Obesity and psychiatric comorbidity. Int J of Obesity and Related Metabolic Disorders. Eight international congress on obesity. Paris France 29.8. 1998.
8. Svačina Š. Obezita a diabetes. Maxdorf Praha 2000: 307s.