

**Bakalářská práce**

**VLIV KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE NA  
VYBRANÉ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY NADVÁHY A  
OBEZITY U KLIENTŮ KURZŮ STOB**

**Kateřina HOLUBOVÁ**

Vedoucí práce: Mgr. Eva Richterová

Praha 2011

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 19. 5. 2011

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Evě Richterové za odborné vedení bakalářské práce, PhDr. Ivě Málkové za poskytnutí výzkumného zázemí a cenných poznatků z oboru a Ing. Štěpánovi Pokornému za pomoc se statistickými úkony.

## OBSAH

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>6</b>
<b>1 ÚVOD A CÍL PRÁCE .....</b>	<b>7</b>
<b>2 SOUČASNÝ ŽIVOTNÍ STYL A JEHO VLIV NA PŘÍJEM POTRAVY.....</b>	<b>9</b>
<b>3 NADVÁHA A OBEZITA.....</b>	<b>11</b>
3.1 Etiopatogeneze nadváhy a obezity.....	12
3.2 Somatické následky nadváhy a obezity - zdravotní rizika .....	16
3.3 Psychosociální následky nadváhy a obezity a jejich odraz na kvalitě života ....	17
3.3.1 Body image u osob s nadváhou a obezitou .....	19
<b>4 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY VZNIKU A UDRŽOVÁNÍ NADVÁHY A OBEZITY .....</b>	<b>21</b>
4.1 Význam jídla pro psychiku .....	22
4.2 Psychologické podněty k jídlu .....	24
4.2.1 Emocionální faktory.....	24
4.2.2 Kognitivní faktory .....	27
<b>5 MOŽNOSTI TERAPIE NADVÁHY A OBEZITY .....</b>	<b>30</b>
5.1 Laické formy terapie nadváhy a obezity.....	30
5.1.1 Proč striktní diety nefungují - fyziologické hledisko.....	31
5.1.2 Proč striktní diety nefungují - psychologické hledisko .....	32
5.2 Odborné možnosti terapie nadváhy a obezity .....	34
5.2.1 Změna stravovacích návyků .....	35
5.2.2 Změna pohybových návyků .....	36
5.2.3 Psychoterapie .....	38
<b>6 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE - ZÁKLADNÍ RYSY.....</b>	<b>40</b>
6.1 Kognitivně behaviorální terapie nadváhy a obezity .....	43
6.1.1 Kognitivně behaviorální terapie nadváhy a obezity v kurzech STOB .....	46
<b>7 EFEKTIVITA KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE V KURZECH STOB .....</b>	<b>49</b>
7.1 Cíl výzkumu .....	49
7.2 Použité metody.....	51

7.3	Charakteristika výzkumného souboru .....	54
7.4	Pracovní postup a průběh výzkumu .....	56
7.5	Statistická analýza .....	57
7.5.1	Analýza vztahů mezi vybranými proměnnými .....	64
7.6	Shrnutí a interpretace výsledků .....	68
<b>8</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>71</b>
<b>9</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>81</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI, BMI1/2	Index tělesné hmotnosti, index tělesné hmotnosti před/po
CNS	Centrální nervový systém
E1/2	Emoční jedení před/po
FK	Flexibilní kontrola
FRK/ FRC, FRK1/2	Flexibilní a rigidní kontrola, flexibilní a rigidní kontrola před/po
IWQOL	Dotazník kvality života
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
KŽ-FK1/2	Kvalita života - fyzická kondice před/po
KŽ-P1/2	Kvalita života - práce před/po
KŽ-SD1/2	Kvalita života - sebedůvěra před/po
KŽ-SVV1/2	Kvalita života - společenské vztahy a probl. na veřejnosti před/po
KŽ-SŽ1/2	Kvalita života - sexuální život před/po
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize
Problém-EP1/2	Problém - emoční jedení před/po
Problém-HP1/2	Problém - hlad před/po
Problém-MP1/2	Problém - nevhodné myšlenky před/po
Problém-NP1/2	Problém - neznalost zdravé výživy před/po
Problém-PP1/2	Problém - vnější prostředí před/po
RK	Rigidní kontrola
RMR	Klidový energetický výdej
Stunkard-D1/2	Stunkard - disinhibice před/po
Stunkard-H1/2	Stunkard - hlad před/po
Stunkard-R1/2	Stunkard - restrikce před/po
TFEQ, FEV	Dotazník jídelních zvyklostí

## 1 ÚVOD A CÍL PRÁCE

Téma bakalářské práce je reakcí na situaci současného životního stylu v naší společnosti. Velká část populace se dnes potýká s nadváhou nebo dokonce s obezitou, přičemž nemalé procento z nich tvoří děti. A ačkoli jsou média plná nejrůznějších návodů, přístrojů, plánů, pokynů i „zázračných“ pilulek a čajů, které zaručují úbytek na váze a cestu ke štíhlosti, většině lidí se zhubnout nepodaří. A když už ano, nebývá jejich úspěch dlouhodobý. To často vede k začarovaným kruhům sestávajícím se z opakovaných diet, hladovění, následného přejídání a výčitek, ze kterého je pak již těžké vystoupit. Tato střídavá období bývají nezřídkou doprovázená depresemi, nízkým sebevědomím a obecně nízkou kvalitou života. Kdo by se také těšil ze života, ve kterém se všechno točí kolem jídla – a navíc, když to nikam nevede a pohled do zrcadla stále není uspokojivý.

Málokdo však bere na vědomí, že nadváha je nemoc - a to nejen nemoc těla, ale i duše. A podle toho by se k ní mělo přistupovat, tedy léčit ji. Kromě lidí, kteří jedí stále méně, až téměř vůbec a lidí, kteří se záchvatovitě přejídají, následně zvracejí nebo používají diuretika, existují i lidé, kteří se jídlem utěšují a řeší jím své problémy – tak trochu ho tedy užívají jako drogu. A ačkoli se tyto skupiny mohou zdát naprosto odlišné - jedni se jídlu vyhýbají, druzí se ho snaží zbavit a další jedí naopak téměř pořád – všichni mají jedno společné: narušený vztah k jídlu. A právě role psychického postoje k jídlu, který u mnohých lidí vede k nadváze a obezitě, je centrálním aspektem této práce.

Psychologické faktory, jako jsou kognitivní procesy a emoce, mají výrazný vliv na vznik a udržování nadváhy a obezity, protože následně ovlivňují stravovací i pohybové návyky. A ačkoli je pro odborníky z řad lékařů většinou hlavním faktorem váha, je třeba věnovat zvýšenou pozornost i těmto aspektům a kvalitě života, které jsou rozhodující pro změnu životního stylu a následné snižování váhy. Účelem této práce je tedy ukázat, jakou roli hrají u lidí s nadváhou psychologické faktory, jak moc brání v hubnutí a udržování zdravé váhy, a jak důležité je poskytnout těmto lidem i psychoterapeutickou pomoc.

Cílem práce je prozkoumat vliv kognitivně-behaviorální terapie na vybrané psychologické příčiny a faktory udržující nadváhu a obezitu, a případně zjistit na které oblasti je třeba se zaměřovat více. Jsou analyzovány stravovací návyky, jejich způsob kognitivní kontroly, kvalita života a vliv kognitivně-behaviorální terapie na tyto oblasti. Konkrétně jsou zkoumány stravovací návyky v oblastech restrikce, disinhibice, hladu, emočního jedení a

dále kognitivní způsob jejich kontroly - poměr flexibilní a rigidní kontroly. Dále je součástí práce analýza subjektivně vnímané kvality života, jež se soustředí na oblasti fyzické kondice, sebedůvěry, sexuálního života, vztahů a zaměstnání. A v neposlední řadě i zjišťování subjektivně vnímané intenzity vlastního problému s jídlem - v oblastech emocí, nevhodných myšlenek, vlivu vnějšího prostředí, hladu a neznalosti správné výživy.

Psychologické aspekty nadváhy a obezity jsou tedy sledovány v pěti základních sférách a patnácti podrobnějších oblastech. Výsledkem má být posun v těchto jednotlivých oblastech, který má efektivitu této terapie nejen dokázat, ale i ukázat v čem spočívá. Součástí této analýzy může být tedy zjištění, na kterou oblast působí kognitivně-behaviorální terapie nadváhy a obezity nejefektivněji, a na kterou je naopak třeba se více zaměřit.

Výzkum byl uskutečněn v rámci skupinových kurzů snižování nadváhy společnosti STOB, jejichž metodika je založená právě na kognitivně-behaviorální terapii. Ambicí práce je tedy případné vylepšení praktikovaných metod v kurzech společnosti STOB.



## 2 SOUČASNÝ ŽIVOTNÍ STYL A JEHO VLIV NA PŘÍJEM POTRAVY

Na jednu stranu je jídlo nutnou součástí našeho života a v dnešním světě, kdy je ho přebytek, se lidem nabízí téměř na každém kroku. V současné době však převažují snadno dostupná jídla, která jsou plná mouky, cukru a tuku - a právě takové pokrmy lidem bohužel nejvíce chutnají: „v současné době považují lidé za chutné potraviny ty naprosto nevhodné“ (Lisá, Kňourková, 1990, s. 79). Zároveň má dnes mnoho lidí sedavé zaměstnání, děti sedí ve škole až do odpoledne, sportu a běžnému pohybu se dnes dostatečně věnuje spíše málokdo. „Sedavý způsob života, typický pro mnoho lidí v průmyslově vyspělých společnostech, vede ke zvyšování hmotnosti, nárůstu obsahu tuku v těle“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 233).

Jak nevhodná strava, tak nedostatek pohybu způsobují, že populace přibírá na váze a vystavuje se mnoha zdravotním i psychosociálním rizikům. „Současný životní styl v průmyslově rozvinuté společnosti (alespoň u většiny jedinců) charakterizovaný nízkou fyzickou aktivitou a vysokým energetickým příjmem, dietou obsahující 40 % tuku a nízkým příjmem dietní vlákniny, neodpovídá životnímu stylu člověka v průběhu tvorby lidského genomu v prehistorickém období“ (Státní zdravotní ústav Praha, 1995, s. 15). Jinými slovy se lidé stravují neúměrně svému energetickému výdeji a způsobu života v dnešní době. Řada lidí si dnes však neuvědomuje, že jedí více, než jejich tělo potřebuje. „Masa obyvatel průmyslově vyspělých zemí jí a pije v současné době stejně, jako by si počínala v agrárně řemeslném světě a těžce pracovala“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 237).

Na straně druhé jsou všude propagováni štíhlí lidé a zdravý životní styl. „Štíhlost je považována za podmínku výkonnosti, atraktivity a osobního štěstí“ (Fialová, 2006, s. 56). A to platí zejména pro ženy, na které je v oblasti těla vyvíjen silný společenský nátlak. Zejména pro mladé dívky je potom těžké orientovat se ve světě jídla, diet a štíhlé postavy. Na jedné straně se od nich očekává, že se budou společensky účastnit různých akcí a oslav, ke kterým patří i jídlo – a na straně druhé jsou obklopeny mnohdy nerealistickými vyobrazeními štíhlých žen, „jejichž životospráva a přirozený tvar postavy jsou pro zdrcující většinu ostatních žen naprosto nemyslitelné“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 5). Výsledky u nás zatím realizovaných studií prokázaly, že postoje, prožívání a často i každodenní život dívek a mladých žen v České republice jsou ovládány strachem z nadváhy, nadměrného energetického příjmu nebo nezdravé výživy, které mají významný vliv na jejich životní styl

a sebehodnocení“ (Krch, 1999, s. 58). Jistý sociální tlak je však vyvíjen i na mužskou část populace. Na rozdíl od žen, si však značná část mužů přeje být silnější a to hlavně v oblasti trupu, bicepsů, ramenou, hrudníku – jde jim tedy spíše o svalový tonus. Média takto prezentují ideální tělo – štíhlé, svalnaté muže a ženy s podvážou (Grogan, 2000).

Avšak „sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují i sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory“ (Krch, 1999, s. 59). Následkem tohoto společenského tlaku bývají rozpolcené pocity, psychické následky a často snaha dosažení těchto ideálů zejména dodržováním různých diet a omezování se v jídle, často bohužel nevhodným způsobem. „Naše kultura podporuje v ženách vyhraněný zájem o postavu a váhu, a odměňuje ty, které úspěšně drží dietu“ (Cooper, 1995, s. 62). Proto by se dalo říct, že „snaha o dosažení ideální postavy souvisí se současným ideálem úspěšnosti a sociální role ženy“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 207).

Zvláště ženy se tedy následkem těchto skutečností často dostávají do bludného kruhu sestávajícího se z diet, hladovění a následného přejídání. Po přečtení nejrůznějších rad a příruček „přestávají snídat a večeřet a odmítají celé skupiny základních potravin, aniž by respektovaly potřeby svého těla a zamyslely se nad svým životním stylem“ (Cooper, 1995, s. 10). Na jednu stranu se snaží zlepšit svůj životní styl, žít zdravě a zhubnout, na druhou stranu si ale nevhodnými dietami a hladověním dráždí žaludek a zpomalují metabolismus. Výsledkem není zdravé hubnutí, ale mnohdy i nechtěné přibírání na váze spojené s depresemi a zklamáním z vlastního neúspěchu.

A právě diety, neuspokojená touha po úspěchu, stres a móda je podhoubí, ve kterém se velmi dobře daří poruchám příjmu potravy (Cooper, 1995). Ve skutečnosti totiž „mají otázky jídla, tělesné hmotnosti a diet pro většinu lidí silný emocionální náboj“ a poruchy příjmu potravy mohou vzniknout právě v důsledku těchto těsných souvislostí mezi jídlem a emocemi (Maloney, Kranzová, 1997, s. 32). Ti, pro něž se myšlenky a starosti spojené s jídlem stanou důležitější než všechno ostatní, mohou buď trpět některou z poruch příjmu potravy, nebo se postupně propracovat k nadváze až obezitě.

### 3 NADVÁHA A OBEZITA

Obezita sice není oficiálně klasifikována jako porucha příjmu potravy, některé rysy však mají společné. Jsou to zejména nevhodné stravovací návyky, kognitivní poruchy a mnohdy i nezdravá sebekontrola. Podle MKN-10<sup>1</sup> je jedna z možných příčin obezity klasifikována jako F50.4: Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami. Zahrnuje tedy psychogenní přejídání a je definováno jako „přejídání, které vedlo k obezitě jako reakci na stresující událost“ (Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 176). I František David Krch zastává názor, že problematika tělesné hmotnosti, obezity a poruch příjmu potravy se vzájemně prolínají a podmiňují: „Pro poruchy příjmu potravy i obezitu je příznačné zkreslené vnímání a prožívání příjmu potravy a vlastního těla, stejně jako nevhodné jídelní zvyklosti a nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti“ (Krch, 2001).

Obezita bývá označována za novou epidemii 21. století. V Evropě je evidována nadváha nebo obezita u více jak poloviny populace a Česká republika patří mezi země s jejím nejvyšším výskytem. Nejnovější průzkum Všeobecné zdravotní pojišťovny uvádí, že s nadváhou se u nás potýká každý třetí Čech, s obezitou dokonce každý pátý (Frolíková, 2011). Tato smutná bilance je způsobena především nezdravým způsobem života. „Česká kuchyně se vyznačuje nadměrnou spotřebou cukrů a tuků, procento sportujících dospělých je u nás nižší než ve vyspělých zemích“ (Fialová, 2006, s. 66). A zdravotní komplikace na sebe u obézních jedinců nenechávají dlouho čekat.

Obezita ze somatického hlediska neznamená nadměrnou hmotnost, ale nadměrné množství tukové tkáně: „Obezita je nadměrné ukládání tělesného tuku, obvykle spojené se vzestupem hmotnosti nad tzv. normální váhu“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 201). Přiměřený podíl tuku v těle je určován pohlavím, věkem a etnickým původem, přičemž u obézních žen přesahuje podíl tuku 30 % a u obézních mužů 25 % z celkové hmotnosti těla. Jeden z předních českých obezitologů, Doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc., definuje obezitu jako chorobu, která „vzniká v důsledku pozitivní energetické bilance, když dojde k porušení energetické rovnováhy a energetický příjem převýší energetický výdej“ (Hainer, 2001). Tato nadbytečná energie se poté ukládá právě do tukové tkáně. Nadváha je spíše takový „předstupeň“ obezity, avšak již té by se měla věnovat zvýšená pozornost.

---

<sup>1</sup> Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize

Jednak může vést právě až k obezitě, a za druhé jsou i s mírnou nadváhou spojená zvýšená zdravotní rizika.

Existuje mnoho vzorců pro propočítání normální váhy a určení stupně nadváhy a obezity, nejvíce se však používá Queteletův vzorec neboli BMI<sup>2</sup>. Jeho hodnota se vypočítá pomocí váhy v kilogramech vydělené výškou v metrech na druhou:

$$BMI = \frac{Hmotnost (kg)}{Výška (m)^2}$$

BMI	Kategorie podle WHO IOTF	Zdravotní rizika
< 18,5	podváha	malnutrice, anorexie
18,5 - 24,9	normální rozmezí	minimální
25,0 - 29,9	preobézní stav (nadváha)	25,0 - 26,9 lehce zvýšená 27,0 - 29,9 zvýšená
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	středně vysoká
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně	vysoká
≥ 40	obezita 3. stupně	velmi vysoká

Zdroj: Hainer (2001, s. 18)

**Tab. 1 Kategorie BMI, klasifikace obezity (podle WHO a IOTF) a souvislost se zdravotními riziky**

Tab. 1 s hodnotami BMI se dá použít jako vhodné měřítko u většiny osob, Ludmila Fialová však upozorňuje, že k určitému zkreslení může dojít například u trénovaných osob s vyšším podílem svalové hmoty a František David Krch a Iva Málková k tomu dodávají, že je třeba zohledňovat i rozličné typologie postav – „někteří lidé jsou přirozeně silnější než jiní“ (Filasová, 2010, s. 23). Roli by zde měl hrát i věk, z genetického hlediska je pak tento fakt nejvíce podmíněn délkou kostí a svalovou hmotou. Důležitou roli hraje i rozvrstvení tukové tkáně. Nejnebezpečnější je ukládání tuku kolem břicha, proto je vhodné použít jako kritérium zdravotních rizik i obvod pasu. Za rizikový se v tomto případě uvádí obvod u žen nad 80 cm (vysoké riziko nad 88 cm) a u mužů nad 94 cm (vysoké riziko nad 102 cm).

### 3.1 Etiopatogeneze nadváhy a obezity

Nejzákladnější příčinou vzniku obezity je energetická nerovnováha, tedy když energetický příjem (jídlo a pití) převyšuje energetický výdej (fyzická aktivita, bazální metabolismus, termogenetická funkce potravy). „Nadměrný příjem potravy, který přesahuje energetické potřeby organismu, vede k nadváze a po delším časovém období k obezitě“

<sup>2</sup> Body Mass Index

(Lisá, Kňourková, 1990, s. 111). Obzvláště v dnešní době hraje velkou roli i nedostatek pohybu. A spojili se nedostatečný výdej energie související s nedostatečnou fyzickou aktivitou a nadměrný příjem energie související s nevhodným stravováním, stoupá váha a zvyšují se zdravotní rizika s obezitou spojená. Tato rovnice se zdá jasná a jednoduchá, avšak existuje mnoho faktorů, které regulaci příjmu a výdeje energie ovlivňují. Tyto faktory jsou různé. V základě se dají rozdělit do třech oblastí - na příčiny biologické, sociální a psychologické.

Mezi **biologické** faktory vzniku obezity patří například poruchy regulačních oblastí CNS<sup>3</sup>, metabolických procesů nebo nedostatečná funkce žláz s vnitřní sekrecí. Avšak hormonální poruchy bývají prvotní příčinou obezity poměrně málo častou, častější bývají sekundární projevy již existující obezity jako poruchy pohlavních žláz, štítné žlázy, poruchy endokrinní funkce slinivky břišní (Fialová, 2006). Zdravotní důvody jsou tedy důvodem obezity jen u malého procenta lidí, o něco větší roli v této oblasti hraje genetika. Avšak zatímco některé výzkumy na dvojčatech vedly k závěrům, že genetika tvoří příčinu obezity minimálně z 50 % a jsou-li oba rodiče obézní, je možnost obezity u dítěte až 80 % (Lisá, Kňourková, 1990), jiné závěry již hovoří pouze o 33 % (Slabá, 2003). Obezita je tedy dědičná, ale dá se do velké míry ovlivnit způsobem života, stravovacími a pohybovými návyky.

Jako biologický faktor se může zmínit i tzv. set point, což je něco jako přirozená váha těla. Tato biologicky zakotvená ideální váha je určována geneticky a počtem tukových buněk, které se od dětství do dospělosti zkrátka nemění (Lausus, 1995). K této váze poté tělo svými vnitřními mechanismy směřuje, ačkoli může spadat do pásma ať už podváhy, tak i nadváhy či obezity: „Nejdůležitějším důsledkem této teorie je skutečnost, že organismus bude automaticky chránit svoji optimální biologickou váhu před změnou a v případě změny bude mít snahu ji získat zpět“ (Málková, Krch, 2001, s. 25). I tak ale stojí zato zkusit změnit životní styl tak, aby se člověk cítil dobře. Nesnažit se za každou cenu jít pod biologicky stanovenou hranici, ale respektovat své tělo a žít zdravě v souladu s ním.

Další z podstatných oblastí jsou faktory prostředí, tedy příčiny **sociální**. Mezi tyto faktory dá zařadit například velikost rodiny, druh zaměstnání, společenské postavení, vliv kultury a v současné době se pojednává i o jisté vině společnosti, která podstatně přispívá ke vzniku nadváhy a obezity. Kelly D. Brownell a jeho kolegové definovali jako podstatný

---

<sup>3</sup> Centrální nervový systém

faktor termín „osobní odpovědnost“. Toto sousloví však nereprezentuje názor, že lidé přibývají na váze, protože by byli sami za sebe nezodpovědní, ale protože prostředí, ve kterém žijí, podporuje určitý typ jídla. Například se v posledních desetiletích dramaticky zvýšil počet spotřebovaných kalorií v nápojích. Moderní stravování a prosazování některých chutí, jsou jedny z podmínek, které mohou narušovat křehkou rovnováhu těla mezi hladem, sytostí a tělesnou hmotností. Pojem osobní zodpovědnosti má dle autorů postupovat sociální, politickou i právní sféru společnosti a nebýt v rozporu s vládním opatřením na ochranu veřejného zdraví. V rámci toho by se od zaměření na jednotlivce mělo přejít k zaměřenosti na kolektivní přístup. „Použití kolektivních opatření na podporu osobní odpovědnosti je nutné pro veřejné zdraví“ (Brownell, et al., 2010). V praxi to znamená, že společnost by měla mít vliv na to, jaké jídlo si například dítě (jednotlivec) vybere ve školním bufetu. Jídelní marketing má tedy dopad na stravování společnosti a tím pádem i na zdraví - a to především dětí.

Dále je dokázáno, že k obezitě vede i nepříznivý socioekonomický statut, protože tento faktor ovlivňuje příjem i výdej energie. K nadměrnému příjmu potravy přispívá i fakt, že potrava se díky průmyslové změně přeměnila z obživy na pochutiny a všeobecný přebytek jídla představuje nadváhu jako významný problém v chybném stravování (Lausus, 2002). V neposlední řadě ovlivňuje stravovací i pohybové návyky rodina. Jak dokazují studie, vliv rodičů na jídelní chování dítěte je vskutku obrovský. Výzkumy zaměřené na předávání jídelních návyků ve Spojených státech a Francii například ukázaly, že „rodičovské používání jídla k nenutričním účelům bylo běžnější ve Spojených státech a souviselo s nekontrolovaným nebo emočním jedením rodičů“ (De Lauzon-Guillain, et al., 2009). Takovéto předávání návyků by jistě bylo pozorovatelné v každé společnosti. „Obezita dětí začíná často obezitou rodičů. Jedním ze závažných faktorů je životní styl rodiny“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 233). Rodiče by proto měli dbát na to, aby si děti vytvořily dobré stravovací návyky, které budou dodržovat po zbytek života. Postoje a návyky se totiž „vytvářejí a udržují daleko lépe u nejmenších dětí, než v pozdějším věku“ (Státní zdravotní ústav Praha, 1995, s. 46).

Jako **psychologické** příčiny se ukazují i některé z poruch příjmu potravy. První z nich, záchvatovité přejídání neboli binge eating, pro které je podobně jako pro mentální bulimii typické, že člověk jí aniž by měl hlad, jí mnohem rychleji, než je obvyklé, cítí se poté nepří-

jemně plný, jí sám, protože se zato stydí a po přejedení je sám sebou znechucen a cítí se provinile. Od mentální bulimie se však liší tím, že záchvatovité přejídání není spojeno s kompenzačním chováním jako je např. zvracení nebo užívání laxativ a diuretik - a tudíž u nich nadměrný příjem potravy může vést ke vzniku nadváhy až obezity. Druhou z poruch je syndrom nočního jedení, který se vyznačuje ranní anorexií (hladovění), následnou večerní hyperfagií (přejídání až žravost) a noční insomnií (nespavost). Poslední, poměrně nově definovanou poruchou je kontinuální jedení neboli grazing, který se vyznačuje konzumací sice menšího množství potravy, ale bez volní kontroly. Nehraje zde tedy roli množství zkonsumované potravy, ale spíše kvalitativní prožívání její konzumace - tedy negativní vnímání ztráty kontroly a nadměrného příjmu potravy. I mnozí odborníci proto poukazují na to, že „poruchy příjmu potravy významně ovlivňují úspěšnost léčby obézních pacientů“ (Kravarová, Slabá, 2010).

Za obezitou se může skrývat i nevědomý problém, ve kterém přejídání a nadváha slouží jako obrana před okolím či vyjádření nespokojenosti např. ve vztahu. Některé ženy mohou nevědomě chtít být pro muže nepřitažlivé, aby se nedostávaly do pro ně nepříjemných situací. Stejně tak manželka, která tloustne, tím může vyjadřovat neuspokojenou potřebu lásky u manžela, který vyžaduje, aby zhubla a byla atraktivní. I děti se mohou nevědomě přejídat rodičům natruc a muži mohou naopak ve svých kilech navíc spatřovat symbol síly a mužnosti (Málková, 2010). Svými kilogramy navíc může tedy obézní člověk podvědomě demonstrovat zcela jiný psychologický problém. Mezi psychologické faktory ovlivňující příjem potravy tedy patří i stravovací návyky, které jsou ovlivňovány reakcí na psychologické potřeby. Je proto nutné uvědomit si příčiny přejídání a naučit se tyto skutečné problémy řešit jinak než jídlem. Více o psychických podnětech k jídlu v kap. 4.

Odborníci upozorňují na příčiny spojené s nedostatečnou termogenetickou funkcí, spacími návyky, teplotou v místnostech, léky s vedlejším účinkem způsobující přírůstek na váze, psychosociálními faktory, nepříznivým socioekonomickým postavením – a upozorňují, aby tyto faktory byly v rámci léčby obezity brány v potaz. Hubáček (Hubáček, 2009) vyzdvihuje především fakt, že obezita není problém, který lze vyřešit snadno. Nepochybuje o tom, jak důležité je v rámci léčby zařadit pohybovou aktivitu a omezit příjem energie. Avšak ostatním faktorům by dle něho měla být věnována pozornost, protože mohou představovat chybějící dílky v tzv. „obesity-puzzle“. Nazírat na tento globální problém

komplexně je určitě důležité, protože každý člověk je jiný a jeho léčba by měla být individuálně přizpůsobená.

### **3.2 Somatické následky nadváhy a obezity - zdravotní rizika**

Kromě toho, že je obezita poznat na první pohled, jsou s ní spojené i mnohé symptomy, které způsobuje nadbytek tuku. Častou a mnohdy nediagnostikovanou poruchou je syndrom spánkové apnoe, při kterém dochází ve spánku k přechodné obstrukci dýchacích cest a daná osoba se v podstatě několikrát (až několiksetkrát) za noc nevědomě dusí a přes den bývá následně unavená. Dalším ze symptomů může být tzv. Pickwickův syndrom, což je syndrom hypoventilace, který je spojen se zvýšeným rizikem předčasného úmrtí. Zvýšené pocení navíc může zapříčinit kožní (i bakteriální a plísňové) onemocnění. V důsledku přetěžování kloubů dochází také často k ortopedickým potížím. Dále se mohou u obézních žen vyskytnout gynekologická onemocnění a poruchy menstruačního cyklu, které mohou vést až k neplodnosti (Hainer, 2010).

Je tedy sice důležité mít na paměti, že k tomu, aby byl člověk zdravý, nemusí být rozhodně hubený. Že není žádné neštěstí mít trochu nadváhy, jestliže to nebrání dobrému pocitu tělesné pohody. A že mnohem důležitější než úzkostná péče o kila je správná životospráva. „Rozhodně je však třeba nedopustit, aby ta nadváha byla příliš velká, nebo aby to byla dokonce obezita“ (Státní zdravotní ústav Praha, 1995, s. 66). Nadměrná hmotnost s sebou přináší následující závažná zdravotní rizika:

- nadměrně zatěžuje srdce, páteř a klouby
- omezuje tělesný pohyb
- zvyšuje riziko vzniku hypertenze
- zvyšuje riziko vzniku onemocnění srdce a cév
- zvyšuje riziko vzniku cukrovky
- zvyšuje riziko vzniku nádorů střev, dělohy a prsu
- snižuje tělesný půvab a je příčinou nepříjemných psychických pocitů

Navíc se ukazuje, že výše uvedené stavy patří k nejčastějším příčinám předčasného úmrtí (Soudková, 2004). Na nic by se ale nemělo nahlížet jednostranně a v potaz je třeba brát i důkazy, „že mírná nadváha může být pro ženy zdravotně prospěšná a vyhublost může negativně ovlivnit zdraví“ (Grogan, 2000, s. 29). Je tedy důležité vyhýbat se extrém-



mům a to jistě platí i pro muže. Nadváha je prokazatelně spojená se zvýšenými zdravotními riziky, ale „každý, kdo má nadváhu nemusí zemřít na infarkt, nebo se týrat hladovkou“ (Málková, Krch, 2001, s. 17). Spíše jde o to, aby se člověk cítil dobře a to jak fyzicky, tak psychicky.

### **3.3 Psychosociální následky nadváhy a obezity a jejich odraz na kvalitě života**

Obezita nebyla ani v historii spojována s ideálem krásy. Již ve Starověkém Řecku byla odsuzována jak nadměrná štíhlost, tak i tloušťka. „Sokrates ji považoval za nemoc, již navrhol léčit tancem“ (Filasová, 2010, s. 21). Snad jen s výjimkou Rubensových obrazů byla historie provázena štíhlým ideálem. Jedinou zásadní změnou je nejspíše přístup okolí k tlustým lidem. Dříve byla tloušťka spojována s bohatstvím a blahobytem, dnes je tomu spíše naopak. Psychologické průzkumy neustále dokazují, že nadváha a obezita bývá spojována s negativním hodnocením a ačkoli se dříve tradovalo, že tlustí lidé jsou veselí, psycholožka Katarína Filasová má ze setkání s obézními lidmi pocit, „jako by za tou veselostí skrývali vlastní zranitelnost“ (Filasová, 2010, s. 21).

A opravdu je dokázáno, že nadměrná váha má spojitost s psychickými problémy. „Řada studií spojuje obezitu s psychologickými problémy jako je úzkost, deprese a nízké sebevědomí. I tady je celá věc komplikována postojem společnosti: je obezita výsledkem emocionálních obtíží nebo tyto obtíže pramení z negativního postoje společnosti vůči tlustým lidem?“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 44). Určitě jedno s druhým souvisí, protože diskriminace a předsudky psychiku jistě zasáhnout dokážou. Zvláště v dětství si obézní děti protrpí své: „Podle některých výzkumů je dnes tloušťka odmítána už dětmi a mládeží - ti jasně preferují štíhlé tělo, negativně hodnotí silné děti, vytvářejí si stereotypní obrazy o silných lidech, zvláště ženách (jsou považovány za líné, hloupé, hádavé)“ (Fialová, 2006, s. 56).

Většina lidí s nadváhou, zejména žen, proto trpí spíše psychosociálními důsledky nadváhy, než zdravotními následky. A diskriminace obézních lidí začíná často už od dětství. Výzkum ukázal, že děti hodnotí otlilé postavy jako líné, méně chytré a sociálně izolované. Dokonce mají lepší vztah k postiženým dětem než k tlustým (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003). Nadměrná váha pak může negativně ovlivňovat sebevědomí, vztahy k druhým lidem, i pohled na život. „Mnohé psychické problémy, typické pro obézního člověka, negativně ovlivňují jeho pracovní, sociální i osobní život“ (Soudková, 2004, s. 82).

Obézní člověk si je vědom, že není považován za fyzicky atraktivního a že jsou mu často připisovány negativní charakteristiky. Tak může dojít k poškozenému obrazu o sobě samém, k pocitům viny, neschopnosti a zoufalství. Takto nízké sebevědomí může mít za následek ztrátu důstojnosti, sociální izolovanost a různé emoční problémy.

Tyto psychosociální faktory, společenský tlak a společenské předsudky mohou podstatně ovlivňovat subjektivně vnímanou kvalitu života jedince a celkový pocit životní spokojenosti. Pod termín „kvalita života“ může spadat široké spektrum oblastí života od mezilidských vztahů, přes spokojenost v zaměstnání, až po životní standard. Je to subjektivní vnímání vlastní spokojenosti se životem, postaveného na vlastním žebříčku hodnot, potřeb, schopností a cílů. A právě snížení subjektivní kvality života patří mezi hlavní negativní dopady obezity (Slabá, 2003).

Ve Spojených státech byla zkoumána míra diskriminace u osob s podváhou, normální váhou, nadváhou a obezitou 1., 2. a 3. stupně. Ukázalo se, že ve srovnání s osobami s normální váhou, mají ti s obezitou 2. a 3. stupně větší pravděpodobnost být diskriminováni. Tito lidé mají i větší potíže s přijetím sebe sama, avšak to autoři vidí jako důsledek toho, že jsou diskriminováni kvůli své váze a fyzickému vzhledu - „obézní osoby mohou mít negativní sebehodnocení jako reakci na diskriminační zacházení“ (Carr, Friedman, 2005). Výsledky jejich studie jednoznačně poukazují na míru stigmatizace obezity v Americe a nejspíše nejen tam. Ta může mít dopad na životní šance obézního jedince, které souvisí s aspekty psychologickými (nízké sebehodnocení, úzkost, deprese), ekonomickými (nižší vzdělání, příjmy a pracovní postavení) i fyzickými (např. diskriminační zacházení ze strany poskytovatele zdravotní péče může zabránit vyhledání včasné péče nebo odradit od hubnutí). Autoři se nedomnívají, že by stigma spojené s obezitou mohlo vymizet, ale upozorňují, že jisté sociální změny nutné jsou.

Stigmatizace a diskriminace obézních osob jsou tedy všudypřítomné a představují četné důsledky pro duševní i fyzické zdraví. Nedávné odhady naznačují, že se diskriminace osob s nadváhou za posledních deset let zvýšila o 66 %. Dopad tohoto hmotnostního stigma na lidské zdraví je však široce ignorován. Obézním osobám je jejich hmotnost dávana za vinu a může to být chápáno i jako určitý druh motivace k tomu, aby začali zdravěji žít. Avšak toto stigma není dle výsledků studií prospěšné pro veřejné zdraví a už vůbec není vhodným nástrojem pro snižování obezity. Stigmatizace obézních jedinců naopak

spíše ohrožuje zdraví, vytváří zdravotní rozdíly a narušuje úsilí o efektivní intervenci obezity. Zásahy proti této stigmatizaci by tedy podle autorů měly být začleněny do kampaní pro boj proti obezitě a v rámci toho by se mělo usilovat spíše o dosažení zdraví jako motivačního cíle pro změnu chování, než o dosažení ideální váhy, což může přispívat k udržování stereotypů o obezitě (Puhl, Heuer, 2010).

Následkem společenské diskriminace, ale i zkresleného vnímání vlastního těla (více v následující podkapitole 3.3.1), může tedy dojít k psychickým následkům nadváhy a obezity. Ty se projevují jak behaviorálně - odkládáním všeho až na „hubené časy“, vyhýbání se určitým situacím, trápení se vzhledem a hladověním, tak kognitivně - negativním sebezpojetím a neustálým myšlením na jídlo, ale i emočně - úzkostí z hladovění, depresí z následného přejedení a celkovou emoční rozladěností. Proto je třeba nezaměřovat se při terapii primárně na hubnutí a shazování kilogramů, nýbrž na zlepšení kvality života a celkové spokojenosti. Problém se může skrývat i jinde než v nadváze a proto by důležitějším cílem než zhubnout, mělo být naučit se jíst a žít zdravěji a zlepšit si tím kvalitu života. Jak upozorňuje Iva Málková (Málková, Krch, 2001, s. 107): „Štíhlost není samozřejmou zárukou osobní spokojenosti a lékem na všechny problémy“. Proto by jedinec s nadváhou neměl čekat na to, až bude štíhlý a počítat s tím, že se poté vše změní.

### **3.3.1 Body image u osob s nadváhou a obezitou**

V pojmu Body Image neboli obrazu vlastního těla nachází jednotu složitý vztah těla duše. Konfrontují se zde lidská přání s možnostmi těla. „Body Image je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí“ (Grogan, 2000, s. 11). Určitý tělesný ideál, který jedinci preferují, se mění a vyvíjí stejně jako společnost. Tento médií předkládaný ideál však nemusí odpovídat reálným možnostem většiny jedinců a dokonce ani zdravému a proporcionálnímu tělu. Protože je však proporcionalita těla dána do jisté míry i dědičně, měli by mít lidé na paměti, že možnosti mohou být v některých partiích vcelku omezené. „Řada výzkumů prokázala, že ženy posuzují druhé realisticky, ale vlastní tělo vidí často značně zkresleně“ (Fialová, 2006, s. 49). Toto subjektivní hodnocení vychází v podstatě z rozdílu mezi ideální postavou a představou o vlastním těle. A tento obraz vlastního těla si člověk vytváří na základě mnoha faktorů (Málková, 2010).

Výzkumy také ukazují, že hodnocení vlastního těla výrazně ovlivňuje celkové sebehodnocení a psychologické přizpůsobení se světu. Přes 90 % testovaných osob, které byly

spokojeny se svým vzhledem, byly i spokojenější se svým životem a netrpěly osamělostí nebo depresemi. Naopak negativní sebepojetí souviselo i s menší psychologickou přizpůsobivostí. Je tedy důležité, naučit se mít rád sám sebe. „Jestliže člověk přestane přijímat své vlastní tělo, když nenávidí své rozměry a svou hmotnost, má potom problémy uvěřit tomu, že jiní lidé ho akceptovat mohou“ (Fialová, 2006, s. 73). Takový jedinec si pak není jistý svým místem ve společnosti, přestává si důvěřovat a může to vést až k izolaci od okolí.

Podobně jako většina lidí, nadhodnocují i některé osoby s nadváhou rozměry svého těla. Svým tělem se mohou zabývat častěji, než se zdá a zaujímají k němu většinou negativní postoj - často ho odmítají, považují za překážku a příčinu svých problémů. Většinou dochází k chybným kognitivním procesům, jako je přehlížení pozitiv, měření dvojitým metrem a perfekcionismu. Od způsobu vnímání vlastního těla se následně odvíjí i vnímaná kvalita života, zdraví, schopností, atraktivity a především i nakládání s vlastním tělem. Fialová (Fialová, 2001) došla k závěru, že s rostoucím BMI klesá péče a náklady investované do vlastního těla. Paradoxně pak může toto negativní sebepojetí vést k nadměrnému příjmu potravy a nechuti k pohybové aktivitě. Toto chování však zpětně vede k negativnímu vnímání sebe sama. Proto je nutné pracovat na pozitivním posilování přijetí vlastního těla. Nejdříve by se měla zjistit míra a zdroje nespokojenosti s vlastním tělem a následně zkoumat jak udržující vlivy prostředí (médiá, předsudky, osobní zážitky), tak udržující chování (vyhýbání se určitým situacím a opakované zkoumání vlastního těla). Je třeba najít zdravý kompromis, aby jedinec mohl změnit své udržující chování, protože tělesné sebepojetí se mění jak snižováním hmotnosti, tak pohybovou aktivitou, která redukcí hmotnosti ještě více napomáhá. Tato změna tělesné hmotnosti má poté ve většině případů za následek i snížení nespokojenosti s vlastním tělem (Štěpánková, 2009).

## 4 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY VZNIKU A UDRŽOVÁNÍ NADVÁHY A OBEZITY

Zatímco ze somatického hlediska je obezita definována jako zmnožení tukové tkáně, pro mou práci je stěžejní psychologické hledisko, které na nadváhu a obezitu pohlíží jako na poruchu kognicí a emocí (Málková, 2010). Psychologické faktory se podílejí nejen na vzniku obezity, ale především na jejím udržení. U těchto faktorů se vychází z faktu, že typický jedinec s nadváhou nejí z hladu, ale spouštěčem k jídlu u něho bývají i vnější či jiné vnitřní podněty.

Primární vliv na zvýšenou konzumaci obzvláště nezdravého jídla mohou mít emoce - a to jak kladné, tak záporné. Již od dětství je pro člověka jídlo jakousi emoční jistotou, proto i později může docházet k umocňování pohody konzumací jídla - např. na oslavách, večírcích, posezeních s rodinou či přáteli. Jídlo může být od dětství i odměnou, čímž hrozí, že se dítě nenaučí rozlišovat mezi fyziologickými a psychologickými aspekty hladu. Takový jedinec pak může jíst následkem nějaké stresové situace, která u něho jako u většiny lidí nevyvolá ztrátu chuti a následný úbytek na váze, ale naopak spíše zajídání těchto problémů.

Příčinu vzniku obezity tedy nelze omezovat na nekázeň v jídlu, nedostatek vůle a nedostatek pohybu, protože obezita je multifaktoriálně podmíněná porucha. Pro mnoho lidí, kteří se snaží změnit své stravovací návyky, je často překážkou právě psychologický a emoční problém. Dvě třetiny pacientů, kteří se přejídají, mají zkušenosti s úzkostí a depresí, což jim činí potíže své stravovací chování změnit. Proto je důležité znát pozadí a zdravotní minulost obézních pacientů. Důležité je, aby se jim dostalo podpory a porozumění (MacDonald, 2008). Výběr jídla, jeho množství i frekvence jsou závislé na mnohých proměnných a to nezávisle na fyziologických potřebách. Emoce tedy hrají velkou roli jak v oblasti poruch příjmu potravy, tak obezity. Psychologické charakteristiky jídelního chování hrají významnou úlohu při zmnožení tukové tkáně. Především disinhibice, neboli ztráta kontroly nad mírou jení většinou následkem nadměrného omezování, je významným způsobem spojena s vyšší BMI, obvodem pasu a s výskytem některých kardiometabolických onemocnění (Wagenknecht, et al., 2007).

## 4.1 Význam jídla pro psychiku

Jídlo už dávno neslouží jen jako prostředek k přežití a není již jen výživou. Je to dáno i tím, že „dnes existuje rozmanité množství potravin, které motivují k takovému jídelnímu chování, které přesahuje biologickou potřebu“ (Lausus, 2002, s. 46). Jídlo se také stalo prostředkem k navazování a udržování společenských vztahů, prohlubuje sociální kontakty – nejrůznější svátky, oslavy, obchodní obědy a jiné společenské příležitosti jsou spojené s jídlem a stávají se tak „jak sociálním a emocionálním zážitkem, tak úzce privátním intimním aktem“ (Dvořáková-Janů, 1999, s. 60). Málokdo dnes chápe společenské události tak, že slavit neznamena přejídat se a opíjet (Málková, Krch, 2001). Tím ale jakoby oslavy a svátky ztrácely svůj původní smysl a jídlo naopak získalo smysl zcela jiný.

Různé postoje k jídlu a jeho hodnocení lze dle Věry Dvořákové-Janů (1999, s. 59-60) vysvětlit tím, že „jídlo je – krom dýchání – nejintenzivnějším kontaktem s vnějším prostředím, jež člověk prožívá i psychicky“. Psychologická závažnost jídla má být proto obsažena právě v tom, že jídlo je současně „sociálním transmitterem“ a zároveň i „sociálním chováním“. Jídlo má tedy důležitou komunikativní funkci – spojuje členy určité sociální skupiny. Má i určitou magicko-religiózní funkci, kdy slouží jako fetiše nebo posilují jistotu (např. v stresových a emočních situacích) a lidé věří, že se bez toho nemohou obejít. Jídlo poskytuje slast a příjemné pocity, „lidé mu přizpůsobují své vlastní chování a jeho konzumování jim přináší pohodu, požitek i prostředek komunikace“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 237).

Regulaci příjmu potravy tedy ovlivňují i psychosociální faktory. „I fyziologové si dávno uvědomili, že hlad je nejen objektivním dějem, daným deplecí nutričních rezerv, ale vyjadřuje i subjektivní psychologický stav, charakterizovaný určitými prožitky a pocity“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 118). Signálem k jedení tedy přestává být přirozená potřeba jíst. „Příjem potravy je nejenom nejzákladnější lidskou potřebou, ale i zdrojem prvních emočních prožitků a postojů“ (Málková, Krch, 2001, s. 198). Již u novorozenců je jídlo spojeno s bezpečnou náručí matky, pohodou a emoční jistotou – „již od kojeneckého věku je jídlo relativně nejspolehlivějším utišujícím prostředkem (...)“ (Lisá, Kňourková, 1990, s. 113). Sigmund Freud označil tuto nejranější fázi dětství, kdy je slast získávána prostřednictvím sání z mateřského prsu, za orální fázi. Díky této fázi se v dospělosti může objevit tzv. orální fixace, která se projevuje například i závislostí na jídle. „Zprvu jednodu-

ché pocity uspokojení, nebo neuspokojení z příjmu potravy se v průběhu dětství postupně diferencují a zaměřují k jiným podnětům než k jídlu a k jiným osobám než k matce, která bývá obvykle první nositelkou jídla, a tedy i prožitku uspokojení a bezpečí“ (Málková, Krch, 2001, s. 198). A toto zmírnění afektů po jídle pak můžeme pozorovat i u dospělých jedinců, kteří ve vypjatých emocionálních situacích reagují tak, že jedí buď výrazně méně nebo naopak více (Lisá, Kňourková, 1990). Na základě toho lze tedy usuzovat, že „centrum chuti značně ovlivňuje emoce“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 118). Jídlo má tedy pro psychiku značný význam a emoce se stravováním úzce souvisí.

Již od prvního dne života rozlišují novorozenci čtyři základní chuťové směry. Tato kompetence k sensorické diferenciaci chutí je pravděpodobně vrozená (Dvořáková-Janů, 1999). V průběhu života se však mění požadavky organismu na kvantitu a kvalitu (složení) potravy, takže zda se kompetence k rozlišování chutí rozvine do oblíbenosti čokolády, masa, zeleniny nebo hamburgerů, závisí na podmínkách sociálního učení, za kterých dítě vyrůstá (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003). Vzhledem k tomu, že přejímáme všechny chuťové preference s výjimkou té sladké, která je pravděpodobně geneticky předurčená tím, že se v evoluci sladká chuť projevovala jako bezpečná – není divu, že existuje řada tzv. „čokoholiků“, kteří své „závislosti propadají zejména v obdobích, kdy mají psychické problémy“ (Dvořáková-Janů, 1999, s. 61). Dokonce existují průzkumy, které se zabývají vztahem mezi typem osobnosti a výběrem jídla. Jednou z osob, která se tímto zabývá, je doktor Alan Hirsch, který tvrdí, že jídla, která volíme, představují okno do našeho nevědomí. Hirsch došel k závěru, že pokud má člověk narušené sebevědomí, volí buď nezdravé, nebo dokonce nepříliš chutné pokrmy (Hirsch, 2003).

Lidé tedy často používají jídlo, které je uklidňuje, jako prostředek k vyrovnání se s různými emočními stavy: „Nemusí to být jen úzkost, napětí a deprese, ale i pocity uspokojení, klidu a pohody, které můžete mít spojené s jídlem“ (Málková, Krch, 2001, s. 199). K nadměrné konzumaci jídla pak přispívají jak negativní emoční stavy, tak chvíle klidu a pohody. „Lidé jedí nejen proto, aby zahnali hlad, ale i proto, aby byli společenější (...). Jedí, když jsou nervózní, když se nudí, když mají strach, ze vzteku nebo protože chtějí udělat radost ostatním“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 34). Emoce a jídlo jsou tedy úzce propojené oblasti. Pro mnohé jedince tak není jídlo jen výživou, ale spíše jakýmsi „uvolňovačem

napětí“. A vzhledem k tomu, že v naší společnosti se příležitosti k jídlu nabízejí neustále, není divu, že ve vztahu mezi jedením a řešením problémů nemají lidé mnohdy zcela jasno.

## 4.2 Psychologické podněty k jídlu

Někteří lidé, a většinou právě ti trpící nadváhou či obezitou, nereagují jídlem na pocity hladu, ale na jiné vnitřní a vnější podněty. Výzkumy dokazují, že „lidé s nadváhou mají odlišné vzorce potravního chování, jinou citlivost vůči vnějším podnětům, že se liší ve vztahu k jídlu a mají zřejmě i odlišné signalizace z vnitřního prostředí organismu“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, s. 207). Mnohdy reagují jak na vnější spouštěče, mezi které se řadí například dostupnost a vůně jídla, obchody a společenské příležitosti k jídlu jako svátky a oslavy, tak na vnitřní podněty, které se dále dělí na fyziologické (hlad, vyčerpání), kognitivní (myšlenky) a emoce (smutek, deprese, úzkost atd.). Reagovat jedením na fyziologické podněty, tedy zejména na pocity hladu, je naprosto přirozené a ve většině případů by to k nadváze vést nemělo. Avšak konzumace jídla jako reakce na vnější, kognitivní a emoční podněty již k nadváze vést může.

Každý se někdy přejí, ale nemělo by se to stávat pravidlem, protože jedení v důsledku podnětů z **vnějšího prostředí** vede často k přejídání a obezitě (Hawks, Goudy, 2003). Pokud jde člověk po ulici a koupí si k obědu pizzu, je to vcelku normální a pochopitelné. Pokud si ji však koupí jen proto, že jí vidí, cítí, dostal na ni chuť a přitom před chvílí obědval - to už by pravidlem být nemělo. Podobné je to i na nejrůznějších oslavách, kde je jídlo snadno dostupné - je normální, že každý ochutná, avšak pokud ochutnávání přejde k jedení i přes pocit sytosti, není to již zcela v pořádku. V tomto ohledu by měl člověk zkrátka naslouchat svému tělu a respektovat jeho signály. Nejdříve je však třeba konkrétní vnější podněty k jídlu buď zcela odstranit, nebo alespoň omezit a postupně se na ně naučit reagovat jinak. A to platí i v případě stresových a emočně vypjatých situacích.

### 4.2.1 Emocionální faktory

**Emoční jedení** je termín pro oblast vztahů mezi city, pocity, emocemi a zneužíváním neboli abúzem potravy ve formě nadměrného jedení. Psychosomatická teorie obezity předpokládá, že jídlo může snižovat úzkost a že se obézní přejídají, aby zmírnili svůj určitý diskomfort (Canettia, Bacharb, 2002). Jednou z cest k nadváze a obezitě je tedy uspokojování citů jídlem. Je tomu tak vlastně již od dětství. Když novorozenci pláčou, často je mat-



ka uklidňuje kojením, tedy jídlem. Jídlem se děti odměňují za dobré chování, když se jim něco povede. Platí to i naopak, za trest se dítěti odmítne zmrzlina nebo „jde spát bez večere“ (Málková, Krch, 2001). Není divu, že určité situace a emoční stavy potom automaticky vedou k myšlenkám na jídlo, zvýšení chuti a zvýšení příjmu potravy.

Hledání útěchy v jídle může být vyvoláno jak konkrétními emocemi, tak i všeobecným pocitem emočního rozrušení nebo nespokojenosti, až pocitem nenacházení smyslu života. Proto může být přesná identifikace emocí, které vedou k jídlu, nesnadná. Je však nezbytná pro porozumění a boj s tímto problémem. Relativně nové výzkumy týkající se vědomého a intuitivního stravování vedené Jeanem L. Kristellerem, zakladatelem centra vědomého příjmu potravy, ukazují, že s vědomým a intuitivním stravováním se výrazně snižují epizody záchvatovitého přejídání i emočního jedení. Praktiky vědomého jedení lze dle odborníků využít u všech lidí. Tento postup, na rozdíl například od diet, neříká co jíst, ale hlavně jak jíst. Aby se z člověka stal „vědomý jedlík“, může mu pomoci také porozumění mezi stravováním a emocemi. V Kristellerově programu se lidé učí jíst určité potraviny s mírou, jíst z fyzických, nikoli z emocionálních důvodů a spoléhat se na vnitřní pocity hladu a plnosti. „Intuitivní jedlíci“ se pak stávají jakýmsi odborníky na vlastní tělo (Mathieu, 2009).

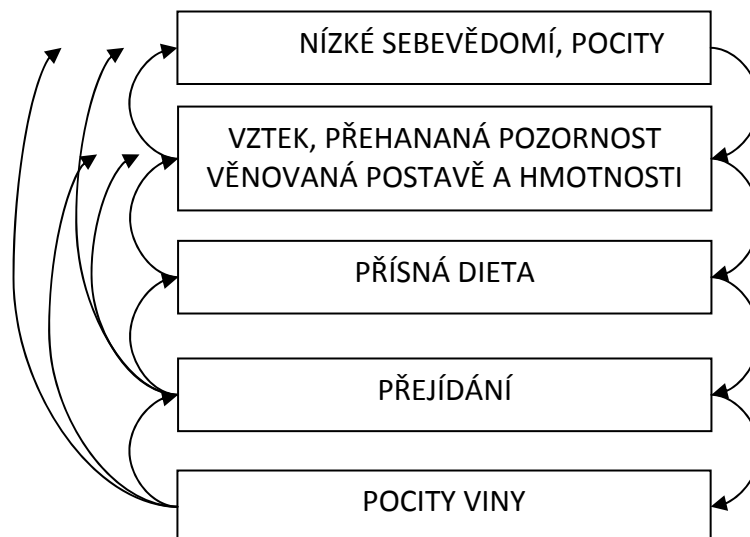
Přehled studií ukazuje, že emoční způsob jedení byl charakteristický pro 84 až 100 procent obézních žen. I když je emoční jedení méně typické pro obézní muže, „dá se bezpečně uzavřít, že obecně přispívá k nadváhovým problémům“ (Soudková, 2004, s. 84). Podle psychosomatické teorie obezity trpí obézní lidé emočním jedením více než non-obézní (Canettia, Bacharb, 2002). Výzkumy ukazují, že kromě toho, že nižší stupeň duševní pohody koreluje s vyšším stupněm emočního jedení, takže zároveň emoční jedení vede k vyššímu energetickému příjmu, záchvatovitému přejídání i bulimickým etapám. Autoři studie upozorňují, že lepší porozumění emočnímu jedení by mělo pomoci prevenci a snižování výskytu nadváhy, obezity a poruch příjmu potravy, což autoři označují za oblasti, které ohrožují zdraví celé populace (Hawks, Goudy, 2003).

Výsledky studií ukazují, že muži jedli vegetariánská lehká jídla častěji ve veselé náladě, než ve smutné a zvýšená konzumace sladkostí se u nich při změně nálady nijak neprojevila. Avšak u žen se při emočním vypětí objevilo vyšší bažení po sacharidech, tučných jídlech, desertech atd., než bez stresu. Zatímco stresované ženy se uchýlovaly k tučnému

a sladkému jídlu, stresovaní muži zvyšovali svou aktivitu (Christensen, Brooks, 2006). To tedy nasvědčuje tomu, že emoční jedení je nebezpečné zvláště pro ženy.

Brian Wansink rozlišil jídlo, jakým lidé zajídají negativní emoční stavy a to, které jedí v dobrém emočním rozpoložení. „Jestliže se chceme zbavit špatné nálady, rychlým (ale dočasným) způsobem (...) sníme něco nezdravého, co chutná skvěle a obdaří nás to pocitem euforie. Když máme dobrou náladu, je to jinak. Pokud si chceme udržet nebo prodloužit pocit štěstí, můžeme toho docílit tím, že sníme jídlo, které je výživnější, ale bude v nás vzbuzovat menší pocit viny“ (Wansink, 2009, s. 135). To potvrzuje i psycholožka Soudková – při pocitu fyziologického hladu budeme jíst cokoli, co zasytí. Avšak při emočním hladu, tedy hladu po lásce, pozornosti, ocenění atd., se objevuje chuť jen na určitou stravu a to obvykle tu, která obsahuje cukr, bílou mouku a mnoho tuku. Například čokoláda „poskytne víc útěchy, uklidnění, uspokojení, povzbuzení, odvahy než svazek ředkviček“ (Soudková, 2004, s. 90).

Na kousku čokolády pro zvednutí nálady není nic špatného, ale zkonsumování celé bonboniéry jako „řešení“ emočního stavu je špatným návykem. K většině emočního jedení navíc dochází pozdě odpoledne nebo večer, což pro organismus ani váhu není dobré. Přejídání následkem pozitivních emocí není tak závažné jako po těch negativních - a to zvláště u obézních a dietářů (Canettia, Bacharb, 2002), protože s přibývajícimi kily roste pocit beznaděje, bezmoci a studu. A právě tyto psychické potíže vyvolávají nejčastěji záchvaty hladu. „Pocity bezmoci probouzí vztek, vztek vede k přejídání, přejídání k nadváze, nadváha k pocitům viny – je to ďábelský bludný kruh“ (Göckel, 2008, s. 61). Ten lze ještě doplnit o zařazování diety a omezování se, což znázorňuje schéma na obr. 1.



**Obr. 1** Psychologické faktory posilující sklon k přejídání

#### 4.2.2 Kognitivní faktory

**Kognitivní kontrola** je centrálním aspektem stravovacích návyků, protože není důležité jen to, kolik čeho lidé snědí, ale také co je k takovému chování vede (Timko, Oelrich, 2007). Kognice ovlivňují chování a přimějí některé jedince k jídlu, ačkoli by jíst nemuseli a toto přejedení vede opět k negativním myšlenkám. Dietní chyba totiž člověka, který se snaží omezovat v jídle, často vyvede z míry a bývá záminkou k přejedení a návratu ke starým zvyklostem. Takový člověk nabude pocitu, že selhal, že se neumí ovládat a že už jeho snažení nemá cenu. A právě to je příklad chybného myšlení. Proto je nutné sílu takových myšlenek oslabit, protože kromě přejídání zhoršují i celkovou kvalitu života těchto osob. Další nejčastější kognitivní chybou obézních je černobílé myšlení, tedy dělení života na „buď, anebo“. Buď budou dokonalí, anebo úplně neschopní. Buď snědí jídlo celé, anebo ho raději nebudou jíst vůbec. Tento příklad kognitivního faktoru je také často doprovázen vytyčením zcela nereálných cílů (Málková, 2010).

V 70. letech zavedl Peter Herman pojem „restrained eating“, tedy něco jako usměřňované jedení, aby vysvětlil stravovací návyky lidí, které ve vztahu k jídlu neovládají pudy hladu a nasycení, nýbrž kognitivní kontrola (Lausus, 1995). **Restrikce** je výraz pro záměrné a vědomé omezování se v jídle a dietní disinhibice je mírou přejídání v obdobích, kdy jedinec ztrácí kontrolu nad příjmem potravy, např. v odpovědi na stres, depresi a úzkost či neadekvátní konzumaci alkoholu. **Disinhibice** souvisí s vyšším BMI, nižším ubýváním na váze a záchvaty přejídání. Nízká disinhibice a silná restrikce totiž zvyšují pravděpodobnost

záchvatovitého přejídání (Downe, Goldfein, 2009), protože jedinec následně beztak do-  
stane hlad a přestane se kontrolovat. To se děje jak z důvodů fyziologických, tak psycho-  
logických, protože hladovění snižuje náladu a emoční strádání vede často k přejídání. Re-  
strikivní hypotéza předpokládá, že lidé, kteří chronicky omezují příjem potravy, se  
v důsledku disinhibice přejídají - a to právě i v důsledku předchozího přejedení, pití alko-  
holu, či stresu (Canettia, Bacharb, 2002).

Způsob restrikce se však dá rozdělit na **flexibilní a rigidní**. Rigidní kontrola a omezo-  
vání se v jídle je například úzkostné počítání kalorií, snaha o naprostou dokonalost  
v dodržování dietního režimu a úplné zakazování si všech „nezdravých“ potravin. Pro člo-  
věka má zakazování si některých jídel na hubnutí spíše negativní vliv, než si je dovolit ale-  
spoň v malém množství. Tento způsob restrikce nemůže vést k zdravému životnímu stylu  
a úspěchu ve změně stravování, protože má za následek hlad, strádání a následnou di-  
sinhibici, popřípadě může až hraničit s poruchou příjmu potravy.

Pokud člověk chce změnit své stravovací návyky zdravě a trvale, měl by se kontrolo-  
vat flexibilním způsobem. To znamená, že sice musí mít přehled o tom, kolik čeho a jak  
často jí, ale ví, že si může dovolit jíst v podstatě vše, jen s mírou. Měl by dokázat kompen-  
zovat své dovolené „prohřešky“ např. pohybem či střídmější večeří, kilojouly počítat jen  
orientačně, nelpět na každém dekagramu váhy a po jakémkoli jídle by ho neměly trápit  
těžké výčitky svědomí. Jedinec, který se kontroluje flexibilně, by neměl psychicky ani fy-  
zicky strádat, naopak by se měl cítit dobře a vnímat změnu stravování jako pozitivní. Ri-  
gidní kontrola je proto spojená a vyšší disinhibicí, vyšším BMI a častějšími záchvaty přejí-  
dání. Flexibilní kontrola asociuje s nižší disinhibicí, nižším BMI a s absencí častého záchva-  
tovitého přejídání a vyšší pravděpodobností udržení váhy (Westenhofer, Stunkard,  
1999). Proto by se mělo usilovat o snížení rigidní kontroly a zvýšení té flexibilní.

Jako první rozlišil škálu restrikce na flexibilní a rigidní kontrolu Joachim Westenho-  
fer v roce 1991 a ukázalo se, že to byl důležitý krok. Flexibilní kontrola se dle něho proje-  
vuje jako stravovací chování teoreticky regulované volnou seberegulací a s nízkým výsky-  
tem narušeného postoje k jídlu. Rigidní kontrola je naproti tomu popsána jako chování a  
myšlení, které zvyšuje pravděpodobnost záchvatovitého přejídání. Westenhofer ji popi-  
suje jako typické černobílé myšlení „buď všechno, nebo nic“, které se vyznačuje větší ná-

chylností k narušenému postoji k jídlu – což komplikuje nejen snižování váhy, ale i její udržení.

Ve Westenhoferově výzkumu (Westenhofer, 1999) se ukázalo, že větší váhové úbytky byly u osob s vyšším podílem flexibilní kontroly. K měření kognitivní kontroly bylo použito Stunkardova dotazníku stravovacích návyků (FEV) a Westenhoferova (FRK) k rozlišení kognitivní kontroly na flexibilní a rigidní. Ukázalo se, že flexibilní kontrola koreluje s nízkým BMI a nižším skóre v FEV, což je lepší výsledek. Rigidní kontrola korelovala s vyšším BMI a horšími výsledky v FEV. Westenhofer a jeho kolegové předpokládali, že zvýšení podílu flexibilní kontroly (spolu s dalšími faktory) povede k udržení váhy. Pravidelné jídlo, kvalitní strava, menší porce a schopnost ovládat stres – to byly dle nich předpoklady pro udržení váhy. Po třech letech se ukázalo, že flexibilní kontrola a tyto faktory k udržení váhy vedly. Opakovaná americká studie však korelaci mezi FK, RK a BMI neprokázala (Timko, Oelrich, 2007) a proto jsou tyto proměnné analyzovány i v této práci.

## 5 MOŽNOSTI TERAPIE NADVÁHY A OBEZITY

Česká republika patří mezi země s nejvyšším výskytem obezity a vyhovující způsob léčby pro miliony takových jedinců se evidentně ještě nepodařilo zajistit. Vzhledem k množství možných příčin nadváhy a vlivům k jejímu udržení, není léčba obezity jednoduchá. Překážky se objevují jak na fyziologické, tak psychosociální úrovni. „Tělo se brání ztrátě hmotnosti, ale více toleruje nadměrný příjem potravy (...). Senzorické vlastnosti živin usnadňují přejídání. Překonání fyziologických signálů sytosti může vést k pozitivní energetické bilanci a k přírůstkům hmotnosti“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 203). I metabolismus je do značné míry ovlivněn geneticky, což vede mnohé lidi k závěru, že se svou nadváhou nemohou nic dělat. Avšak nejde zdaleka jen o genetiku, podstatnější mnohdy bývá, že se dědí i stravovací a pohybové návyky.

Zhubnout a udržet si váhu proto předpokládá přehodnocení návyků a stereotypů, které si lidé osvojují již v dětství. Podle doktorky Papežové (Filasová, 2010) jsou děti rodičů, kteří své emoční potřeby uspokojovali jídlem, více ohroženy psychogenním přejídáním. Důsledkem může být jak bulimie na jedné straně, tak obezita na straně druhé. Odborníci na výživu se shodují, že „na výchytkách zdravého vztahu k jídlu směrem k obezitě i k poruchám typu bulimie a anorexie se do značné míry podílejí média a reklama, nejpodstatnější roli ale hraje rodina“ – její stravovací návyky, životní styl, i vztahy mezi jednotlivými členy (Filasová, 2010). Proto by se mělo obezitě zejména předcházet a to již od dětství. Pokud se toto nepodaří, je třeba začít nadváhu či obezitu co nejdříve komplexně léčit.

### 5.1 Laické formy terapie nadváhy a obezity

Nadváha je v České republice stále problémem a tak se neustále objevují nové „převratné“ způsoby hubnutí. „Velká část populace je posedlá touhou po štíhlosti, vydává miliony za prostředky na zhubnutí, a přesto tloustne“ (Málková, Krch, 2001, s. 27). Avšak léčba obezity bez odborného dohledu může být pro mnohé jedince spíše nebezpečná. Mezi takovéto laické metody hubnutí se dají zařadit nejrůznější (drastické a radikální) diety až hladovky, zázračné produkty všeho druhu (od pilulek po přístroje) i mnohé bestsellery. Pomínou-li ony zázraky, které „zhubnou za vás“, zůstanou tolik populární diety. Při dietách se záměrně redukuje příjem potravy, aby jedinec dosáhl snížení (nad)váhy.

Diety by se obecně daly rozdělit do tří typů. U jednoho typu diet jde především o vyhýbání se jídlu, tedy vydržet co nejdéle nejíst. U druhého typu se drasticky omezuje množství jídla pod určitou povolenou hranici. U třetího typu se daný jedinec jen vyhýbá určitým druhům potravin, tedy těm, které jsou označovány za tučné a nezdravé. Všechny tři typy jsou nevhodné, a buď vedou k večernímu přejídání, neustálému počítání kalorií nebo k přejídání tzv. povolenými potravinami (Málková, Krch, 2001).

Podle některých autorů se dodržování diet považuje téměř za normální styl stravování a „je spíše výjimkou, když se nesnaží lidé měnit dietou tělesnou hmotnost, než naopak“ (Krch, 1999, s. 86). I lékaři však mnohdy negativní důsledky striktních diet podceňují a považují je za lepší řešení, než zůstat obézní. Diety však způsobují komplikace jak z fyziologického, tak psychologického hlediska.

### **5.1.1 Proč striktní diety nefungují - fyziologické hledisko**

Při redukční dietě tělo zdokonalí svou schopnost ukládat tuk a omezí jeho spalování. Kromě toho se zpomalí a sníží metabolismus a část váhy, o kterou jedinec drží dietu přijde, je svalová hmota. „Při hladovkách nebo při přísných nízkenergetických dietách dochází k poklesu RMR až o 17 %“<sup>4</sup> (Krch, 1999, s. 86), což pro hubnutí není zrovna ideální, protože hubnoucí by měl naopak jíst pravidelně tak, aby se klidový energetický výdej zvýšil a jeho metabolismus správně pracoval. „Při zahájení redukční diety dojde nejdříve k aktivaci a zmnožení lipogenních enzymů, které strádají tuk. Zatímco žena drží dietu, její tělo se pokouší ukládat více tuku“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 205).

Navíc jsou jednorázové diety spojeny s tzv. JOJO-efektem, který spočívá v tom, že jen co se po dietě člověk nají, tělo ze strachu, že bude opět hladovět, vše hned uloží. Když má tělo dostatek jídla, nemusí spořit a může hodně vydávat (Göckel, 2008). Kila jdou znovu nahoru a takový člověk přibere nejspíše i více než shodil, aby mělo tělo zásobu pro případné další hladovění. Shazování a opětovné nabírání váhy je pro zdraví nebezpečné – „zdravotní důsledky ztráty hmotnosti mohou být tak zlé, že pokud si lidé nedokáží uchovat sníženou hmotnost, pak by pro ně bylo lepší, kdyby se vůbec nepokoušeli hubnout“ (Málková, Krch, 2001, s. 62). Navíc při dietách kolísá glykémie, při jejímž poklesu vzniká pocit hladu, čímž se zvyšuje příjem potravy. Člověk, který se snaží celý den skoro nic

---

<sup>4</sup> RMR je klidový energetický výdej

nejíst, může dostat večer obrovský hlad: „Noční hlad může také vznikat jako reakce na přísnou redukční dietu, dodržovanou ve dne“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 204). A z hlediska nabírání váhy je nebezpečné jíst v noci nebo pozdě večer, kdy už organismus nestačí energii spotřebovat.

„Existuje nespočet návodů a systémů redukčních diet, které však málokdy vedou k trvalému úspěchu.“ Nevýhody diet jsou následující (Státní zdravotní ústav Praha, 1995, s. 66):

- diety jsou jednostranné, nevyvážené a zatěžují organismus
- je obtížné je dodržovat po delší dobu
- hlavní „hubnoucí efekt“ často spočívá ve ztrátě tekutin a „shozené“ kilogramy se vrací rychle zpět
- při úbytku tukové hmoty dochází i k úbytku hmoty svalové, která je při následném nabírání váhy nahrazována tukem
- diety nevedou ke změně nevhodných výživových zvyklostí a k ozdravení životosprávy
- nepřírozenost diet nepřináší žádné potěšení, ale spíše „společenské“ problémy.

### **5.1.2 Proč striktní diety nefungují - psychologické hledisko**

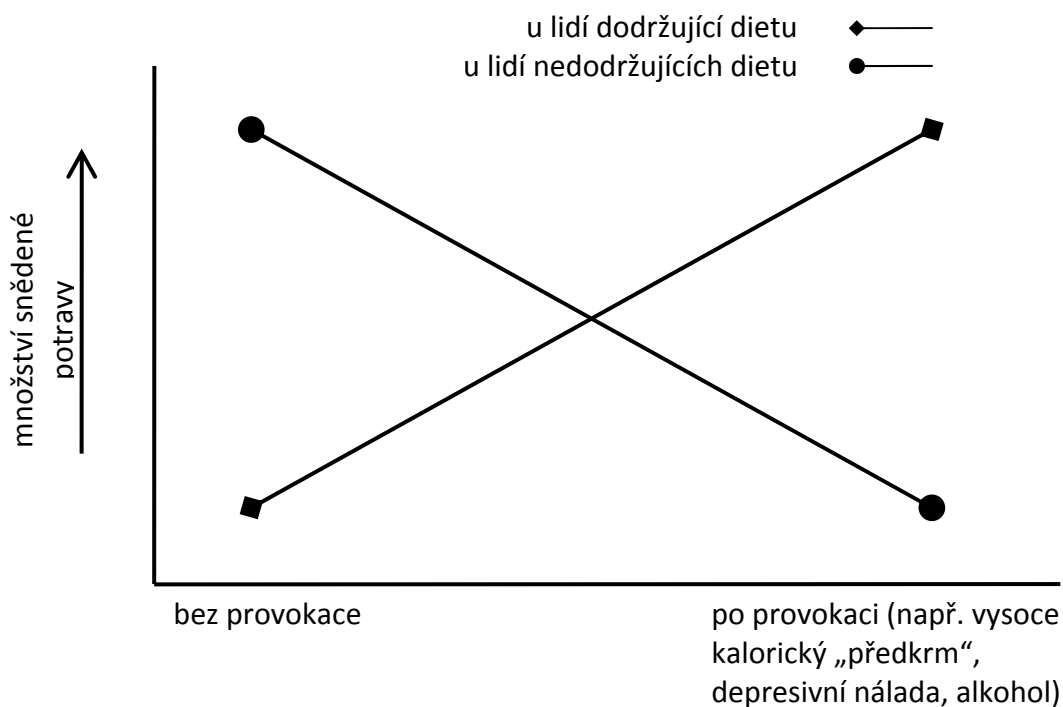
U diet byl koneckonců prokázán i negativní vliv na psychické funkce jako na zpracování informací a kognitivní výkonnost. Současně se totiž zvyšuje zaujatost pro jídlo a mechanismy pro kontrolu sytosti a jedení se naopak narušují. Dietetici mají tedy křehkou kontrolu jedení. Hladovění u nich může střídát přejídání, zvracení, užívání projímadel nebo nadměrné cvičení. „Snaha o snížení hmotnosti je psychickou zátěží, spojenou s pocitem neuspokojení při okamžitém neúspěchu“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 207-208). Tím, že klesá hladina cukru v krvi, objevuje se únava a špatná nálada. Takže kromě toho, že diety nefungují fyziologicky, problémy přináší i z psychologického hlediska: „Redukční léčba obezity může být doprovázena psychickými komplikacemi“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 207).



### Nejčastější psychické důsledky hladovění (Málková, Krch, 2001, s. 32)

- Nálada je pokleslá, depresivní, podrážděná.
- Namísto posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkostných prožitků. I malé problémy se zdají být neřešitelné.
- Myšlenky se neustále zabývají jídlem, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké. Hladovějící rádi vaří, pracují s jídlem a vykrmují ostatní (o to si potom sami připadají úspěšnější, když se dokáží omezovat).
- Koncentrace pozornosti se zhoršuje, stejně jako pracovní tempo a pohotovost chápat komplexní problémy.
- Snižuje se zájem o okolí (vzrůstá egocentrismus, uzavřenost), o sex a vše, co se bezprostředně netýká jídla. Ubývá společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím a vztahovačností.

„Někteří vědci soudí, že chronické diety vyvolávají pocit ztráty kontroly ve vztahu k jídlu a mohou akcelarovat bludný kruh přejídání a hladovění, který v člověku probouzí pocity nespokojenosti, viny a nízkého sebevědomí“ (Grogan, 2000, s. 148). Mnoho lidí se domnívá, že diety jsou reakcí na přejídání a tloušťku, avšak většina z těch, kteří se přejídají, drželi předtím dietu. Je to tedy spíše takový bludný kruh. Pokud navíc člověk „zaměňuje dietu za normální jídelní režim, nezbude mu nakonec nic jiného než přejídání“ (Málková, Krch, 2001, s. 26). U osob dodržujících dietu byl totiž ve výzkumu potvrzen tzv. efekt kontraregulace, který ukázal, že lidé, kteří nedrželi dietu, snědli po vypití vysoce kalorického mléčného koktejlu méně potravin, než lidé, kteří dietu dodržovali. Dokonce se tento efekt objeví i v případě, kdy se tito lidé pouze domnívají, že byl nápoj vysoce kalorický, ale ve skutečnosti téměř žádné kalorie neměl – tento efekt je tedy vyvolán psychickými, nikoli fyzickými činiteli (Cooper, 1995, s. 57). Jeho znázornění zachycuje obr. 2.



Zdroj: Cooper (1995)

**Obr. 2** Efekt kontraregulace

Odborníci si tedy stojí za svým – diety nefungují. Janet A. Tomiyama došla ve svých dlouholetých výzkumech a analýzách týkajících se stravování k závěru, že diety nejsou odpovědí na obezitu. Závěry jejich studie nepopírají, že lidé přijdou po dietě o 5-10 % své původní hmotnosti a to díky redukci stravy, ale trvá na tom, že krátkodobá ztráta hmotnosti není lékem na obezitu. Z článku jednoznačně vyplývá, že by se výzkumy zaměřené na léčbu obezity měly odklonit od zaujetí váhou a měly by se přiklonit spíše ke zdraví: „Neméně důležité je, zaměřit se na výsledky v oblasti zdraví, spíše než na změny hmotnosti. Takovýto přesun by umožnil dosáhnout významného pokroku ve zlepšování zdraví všech Američanů“ (Tomiyama, Mann, 2008). Což jistě neplatí jen pro Ameriku.

## 5.2 Odborné možnosti terapie nadváhy a obezity

Komplexní terapie obezity zahrnuje:

- Nízkoenergetická pestrá a vyvážená dieta
- Zvýšená pohybová aktivita
- Psychoterapie
- Farmakoterapie
- Chirurgická léčba

- Akupresura, akupunktura

Co se týče akupresury a akupunktury, jsou to metody mající původ v tradiční čínské medicíně, při kterých se pomocí jehel nebo prstů stimulují takové body na těle, které ovlivňují funkci požadovaných orgánů a tak se tímto způsobem dají ovlivnit pocity hladu. Ale za prvé se tímto způsobem nedají ovlivnit chutě, které lidi s nadváhou podněcují k jídlu spíše než hlad, a za druhé se tohoto způsobu léčby zmocňují stále více laici, kteří tuto jinak účinnou metodu znehodnocují. Chirurgické zákroky jako je bandáž, plikace, tubulizace nebo v USA často prováděný bypass žaludku, zavádění nitrožaludečních balónků či liposukce (v zahraničí potom ještě např. fixace čelisti) by měly být součástí léčby jen u pacientů s těžkým stupněm obezity. Navíc jsou to metody, které slouží jen jako nástroj k redukci hmotnosti a velice často jsou spojené s JOJO-efektem. Stejně tak je farmakoterapie určena pro obézní s BMI nad 30, případně pro pacienty se zdravotními komplikacemi. U této metody se využívá léků, které ovlivňují vstřebávání tuků ve střevě, čímž snižují dostupnost tuků v organismu. Zatímco těžká obezita se týká asi 0,5 % a středně těžká obezita asi 9 % obézní populace, mírná obezita neboli nadváha se vyskytuje u zbývajících 90 %, což je většina (Málková, 2010). Proto bych se v práci chtěla zaměřit především na léčbu této skupiny lidí, u nichž by se mělo využívat vyvážených redukčních diet a zvýšené tělesné aktivity v kombinaci s psychoterapií.

To, že diety v rámci léčby obezity nefungují, neznamená, že by se mělo zavrhnout i odstranění přejídání. Diety neboli přísné omezení kalorického příjmu, jsou pro mnoho lidí dlouhodobě neudržitelné. Dietetici pak strádají tělesně i duševně a většina té deprivaci a pokušení podlehne. Eliminování přejídání však nemá podle autorů s dietou nic společného. Je třeba zaměřit se na eliminování situací, které přejídání způsobují, nejlépe prostřednictvím nějaké behaviorální intervence. I když tendence k nadměrné konzumaci jídla může souviset s předchozím dodržováním diet, je třeba se zaměřit na přejídání jako takové (Herman, van Strien, 2008). Je třeba hubnout pomalu a natrvalo. Tedy netrápit se jen proto, aby si člověk vzápětí mohl dopřát, jako je tomu při dietách – ale postupně si vytvořit přiměřené jídelní návyky, které budou pro člověka vyhovující (Málková, Krch, 2001).

### **5.2.1 Změna stravovacích návyků**

Ozdravit stravování nesmí v žádném případě znamenat přijít o požitky z jídla. Stačí se naučit připravovat oblíbené pokrmy zdravěji. Lidé dnes jedí většinou mnohem více, než

potřebují a ani si to neuvědomují. Stačí dbát na to, aby se pocitu nasycení dosahovalo střídou porcí pestrých potravin s nízkým obsahem tuku a cukru a aby se jídlo nezapíjelo slazenými nápoji (Státní zdravotní ústav Praha, 1995, s. 63-66).

Z hlediska složení stravy je důležité, aby byl jídelníček pestrý a vzbuzoval potěšení z jídla. Při hubnutí jsou důležitým stavebním kamenem bílkoviny, v redukční dietě mají významný účinek, který spočívá v tom, že „na trávení bílkovin je třeba více energie a tím vlastně vede požití bílkovin k energetickým ztrátám“ (Lisá, Kňourková, 1990, s. 79). Důležité je i omezení tuků a sacharidů, zvláště těch jednoduchých. Bílkoviny a sacharidy obvykle nehrají při rozvoji obezity velkou roli, „při dlouhodobé nadměrné konzumaci sacharidů však dochází k jejich přeměně na zásobní tuk“ a proto se musí množství sacharidů, zvláště těch jednoduchých, hlídat. Je nutné uvědomit si, že i ovoce je dost bohaté na sacharidy a že slazené nápoje mají vysokou energetickou hodnotu a spoustu cukru. Nebezpečné jsou i alkoholické nápoje, u nichž energetická vydatnost roste úměrně s množstvím alkoholu (Málková, Krch, 2001, s. 153).

Jde tedy o snížení energetického příjmu tak, aby v něm byly zastoupeny základní živiny a s nimi i dostatek vitaminů, minerálních látek a vlákniny. Omezují se potraviny s vysokým zastoupením živočišných tuků a sacharidy s vysokým glykemickým indexem. Naopak se zvyšuje podíl zeleniny, bílkovin a vlákniny. Při takovéto úpravě stravy by jedinec neměl strádat, hladovět a ani se nemusí navždy vzdávat svého oblíbeného jídla. Jen je třeba naučit se změnit životní styl.

### **5.2.2 Změna pohybových návyků**

Pro mnoho lidí představuje změna energetického příjmu snadnější řešení než změna energetického výdeje. Ukazuje se, že v rámci snižování váhy se držení diet používá 2,5 krát častěji než cvičení. Ale každý by měl mít na paměti, že „člověk je biologicky adaptován na pravidelnou, středně intenzivní, protrahovanou habituální pohybovou aktivitu a nesoulad mezi životním stylem, který se přizpůsobil novým podmínkám, a biologickou existencí člověka, je zdrojem řady zdravotních problémů“ (Státní zdravotní ústav Praha, 1995, s. 70). Správně volená dieta musí vést jen k úbytku tukové tkáně a nesmí postihovat aktivní tělesnou hmotu, tedy svalstvo.

K úpravě stravy je tedy nutné přidat i pohyb, avšak i zde platí, že pokud člověk není schopen pravidelně běhat, stačí, když využije každou příležitost k fyzické aktivitě – vynechá výtahy, na nákup dojde pěšky, večer se projde. Skutečně obézní lidé by měli začínat cvičit pod odborným dozorem a pomalu. „Pravidelná fyzická aktivita může částečně zabránit poklesu RMR při redukční dietě“ (Krch, 1999, s. 86). A tudíž je nutné zařadit její k redukci stravy. Při dostatečné pohybové aktivitě pak obsah tuku klesá, protože ho organismus dovede mobilizovat jako zdroj energie pro svalovou práci. Tvarovat postavu však nelze bez hranic, kostra zůstává stále stejná. „Například žena tzv. estrogenního typu bude mít vždy více tukových vrstev na bocích a horní části stehen“ (Fialová, 2006, s. 67).

Studie zabývající se vlivem cvičení, diety a změny jídelního chování na nadváhu a obezitu u dospělých jedinců dospěla k závěru, že intenzita tréninku by měla být mírná a že samotné cvičení k léčbě nadváhy a obezity nevede. Proto by se fyzická aktivita měla kombinovat s vhodným omezením stravy a změnou jídelního chování, ke kterému může dopomoci psychoterapie. Autoři uvádějí, že fyzická aktivita má i nepřímý psychický a sociální dopad – například může vést k lepším stravovacím návykům. Rizika obezity může pohyb snížit - a to, i když váha neklesá. Ideální intenzita je 50-75 % maximální tepové frekvence, trvání minimálně 30 minut alespoň třikrát týdně. K aerobnímu cvičení, ideálně rychlé chůzi, je vhodné přidat i silový trénink, svalová hmota totiž zvyšuje klidový výdej energie. Na závěr autoři zmiňují významnost motivace a podpory jedince v jeho úsilí zhubnout (Söderlund, Fischer, 2009). Protože pro jedince s nadváhou může být pohybová aktivita nepohodlná jak z vnitřních, tak vnějších důvodů. Kromě pohodlnosti, nechuti, či onemocnění, může v jejich aktivitě bránit i nedostupnost vhodné pohybové aktivity, oblečení, nepříjemné pocení, malá kondice a samozřejmě pocit studu. Proto by mělo docházet k reflexi těchto pocitů, aby bylo zavedení pohybové aktivity u obézních snazší. To se výborně daří ve skupinových kurzech a na komunitním webu STOBu.

Fyzická aktivita však není vhodná jen pro osoby, které potřebují zhubnout. Pohyb má příznivý vliv nejen na tělo, ale i na psychiku: „Pohyb pomáhá zlepšovat sebepojetí člověka působením na zvyšování jeho sebedůvěry, pocitu vlastní hodnoty, povědomí o sebe-kázni a sebekontrolě, působí také na subjektivní pocity zdraví, síly, dostatku energie, dobrého vzhledu apod. (...) Ukázalo se, že muži a sportující populace vnímají daleko méně problémů se svým tělem a jsou celkově mnohem více spokojeni s vlastní osobou i tělem“

(Fialová, 2006, s. 89), což je v rámci zlepšování kvality života to nejdůležitější. „Vědci uvádějí, že ženy, které cvičí, zažívají pozitivní změny ve vnímání těla (body image) a vidění sebe sama (self-concept)“ (Grogan, 2000, s. 45). Vhodný a přiměřený pohyb má tedy pozitivní vliv na tělesné zdraví, fyzickou kondici i duševní pohodu.

### **5.2.3 Psychoterapie**

Psychoterapie doplňuje nutriční a pohybovou terapii obezity tak, že pacienty učí jak se vhodně stravovat i pohybovat a pomáhá jim překonat pro jiné až nepředstavitelné překážky. Psychoterapeutická léčba se zaměřuje na kognice a emoce obézních, protože ty hrají v problematice obezity mnohdy podstatnější roli než žaludek. Změnit pohybové a stravovací návyky není totiž zdaleka snadné, obzvláště když je má jedinec zažité již od dětství. Proto je třeba pomoci těmto lidem porozumět svým problémům a naučit je řešit. Podobně jako u léčby psychogenních poruch příjmu potravy, by se i při léčbě obezity dalo využít více druhů psychoterapie, přičemž každý z nich by nejspíše vycházel z jiného etiologického aspektu vzniku a udržování nadváhy a dle toho by se zakládal i na odlišné metodě práce s klientem.

Nabízí se například psychoanalýza, která předpokládá, že v oblasti emočního jedení jde o nevědomý psychický konflikt, který si klient musí za pomoci psychoanalytických metod uvědomit a odreagovat ho. Tento problém může pramenit již z dětství, protože již od dětství se veškeré emoční strádání často řeší uspokojením z jídla. Dále je tu behaviorální terapie, která modifikuje chování klienta, zaměřuje se na vnější způsob chování, které se považuje za reakci na určitou situaci. Účelem této terapie je vytvářet efektivní cesty, jak se vyrovnat se situací, jak změnit chování v reakci na danou situaci, a to bez ohledu na minulé prožitky a jejich analýzu. Tato terapie má za úkol naučit klienta správným jídelním návykům. U emočního jedení dochází k poruchám chování ve vztahu k jídlu a „z hlediska behaviorální psychoterapie je jídlo podmíněný podnět, který je kauzálně závislý na vhodné nebo méně vhodné stimulaci“ (Lisá, Kňourková, 1990, s. 137). Kognitivní terapie je založena na teorii, že jak myslíme, tak i cítíme a podle toho se i chováme. Klíč k řešení má tedy spočívat v procesech myšlení. Kognitivní terapie říká, že za problém nemůže událost, ale náš způsob myšlení o této události.

Nejznámější a nejvíce využívaná je kombinace těchto dvou terapií, kognitivně-behaviorální terapie (KBT), kterou u nás provozuje především STOB<sup>5</sup>. Tento druh terapie má poskytnout větší náhled na vlastní stravovací a pohybové návyky – mnozí si neuvědomují, kolik toho skutečně snědí a že se za den téměř vůbec nehýbou. Cílem je proto postupná změna životního stylu. Při kognitivně behaviorální terapii se využívá „aktivní přístup pacienta k léčbě, jeho racionální pohled a kontrola postupující léčby“, což je velice motivující faktor. Při psychoterapii se terapeuti zaměřují především na postupnou změnu výživových zvyklostí, zvýšení pohybové aktivity, vytvoření pozitivního přístupu k životu a zdravého životního stylu. „Kognitivně behaviorální terapie může přinášet dlouhodobě pozitivní výsledky“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 208).

„Obecně se dá říci, že nejlepší přístup v psychoterapii je ten, který pomáhá porozumět, proč zneužíváme potravu a jak můžeme překonat nebo modifikovat naše nezdravé jídelní návyky“ (Soudková, 2004, s. 98). A to díky sebemonitorovacím metodám kognitivně behaviorální terapie lze. STOB za pomoci KBT učí jedince měnit stravovací návyky tak, aby si byli schopni sami sestavit energeticky chudší jídelníček, který současně odpovídá zásadám zdravé výživy a navíc tak, aby jim chutnalo. V rámci terapie se především musí naučit jíst, když sami chtějí a nikoli, když je k tomu vyprovokuje nějaký jiný podnět jako prostředí či emoce. Je tedy nutné zaměřit se i na kognice a emoce, které ovlivňují chování. Navíc je tento psychoterapeutický přístup vhodný u všech typů obezit, jen u těch těžších bývá kombinován s dalšími přístupy.

---

<sup>5</sup> STOB je sdružení stop obezitě pro zdravé a trvalé hubnutí

## 6 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE - ZÁKLADNÍ RYSY

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je jeden ze základních směrů současné psychoterapie, který vznikl na konci 70. let 20. století propojením behaviorálního a kognitivního psychoterapeutického směru. V centru pozornosti této psychoterapeutické školy je chování, myšlení a emoce člověka. KBT vychází z teorie, že „příčinou psychických potíží jsou chybné způsoby chování a myšlení a že tyto chybné způsoby chování a myšlení jsou naučené a udržované rozpoznatelnými vnějšími i vnitřními faktory“ (Možný, Praško, 1999, s. 18). Cílem této terapie je tedy odstranění či zmírnění nevhodných návyků (chování, myšlení, emoce), pomocí programu postaveného na základě teorií učení. Vychází se z předpokladu, že chování je naučené a lze ho tedy modifikovat, přičemž roli hraje učení. KBT se orientuje na přítomnost a jasně definované problémové chování v ní. Na základě tohoto problému se stanoví jasný cíl terapie, přičemž se klade důraz na exaktnost. Důležitá je aktivní spolupráce mezi terapeutem a pacientem, kteří společně plánují průběh terapie a zpětná vazba od klienta, aby se ověřila efektivnost terapie již v jejím průběhu a případně se změnila formulace problému a terapeutická strategie. Metoda KBT se neaplikuje mechanicky, ale individuálně na míru každému klientovi. Důležité je, co se děje mezi sezeními, než na sezení - takže pacient plní mezi sezeními i jednotlivé úkoly. Konečným cílem této terapie je soběstačnost klienta.

### **Shrnutí základních rysů KBT (dle Možný, 2011)**

- Je to **relativně krátká, časově omezená** terapie, tudíž není časově příliš náročná a dá se flexibilně přizpůsobit potřebám individuálního klienta.
- Je **strukturovaná a cílená**, jsou v ní jasně stanovené kroky zaměřené na řešení konkrétních problémů. Program se domlouvá společně s pacientem a zahrnuje i domácí cvičení, které vedou k osamostatnění pacienta.
- Je založená na **otevřené aktivní spolupráci** mezi terapeutem a pacientem, kteří společně tvoří tým. Důležitá je upřímnost, důvěra, empatie a zpětná vazba.
- Opírá se o **poznatky teorie učení a kognitivní procesy**. Vychází z kognitivně-behaviorální teorie vzniku a udržování konkrétních psychických poruch, ale upravuje se individuálně na základě analýzy problémů konkrétního pacienta.

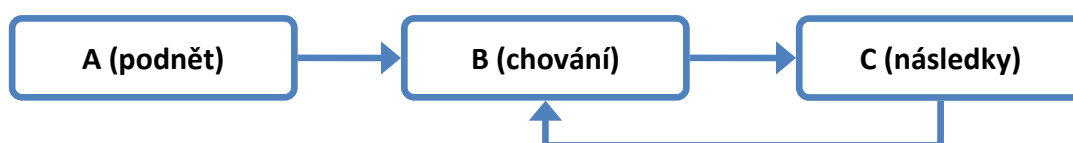


- Ačkoli je historická analýza součástí KBT kvůli zjištění predisponujících faktorů pro vznik současného problému, orientuje se KBT především na **přítomnost a budoucnost**, tedy na současné problémy a jejich zlepšení v budoucnosti.
- Nemluví se v abstraktních pojmech, ale o **konkrétních a jasně definovaných problémech**. Proto je třeba přesného popisu problému od pacienta, protože on je na své problémy největším odborníkem. Problémy je také nutné od sebe odlišit.
- Stanovují se **konkrétní a především funkční cíle**. Konkrétní by měly být natolik, aby se dalo říct, zda jich pacient dosáhl či nikoli. Funkční mohou být, jen když jsou realistické, závisí na pacientovi, respektují práva druhých a především pozitivně ovlivní život pacienta, protože jen tak může být dosažený cíl udržitelný.
- Soustředí se na **pozorovatelné chování a na vědomé psychické procesy**. Vychází se z objektivních a ověřitelných faktů, vytváří se empiricky ověřitelné hypotézy, vědomé procesy se považují za spolehlivější než nevědomé, ačkoli je KBT nepopírá a snaží se k nim dospět induktivní metodou.
- Důležitá je **vědecká metodologie**, tedy pozorování a zaznamenávání faktů, měření, ověřitelné hypotézy, empirické testování. Myšlenky a názory jsou v KBT hypotézami, jejichž platnost je nutné empiricky ověřit.
- Jejím cílem je **soběstačnost pacienta**, aby se naučil sám zvládat své problémy.

KBT vychází ze tří teorií učení - klasického podmiňování (podnět: hlad, vůně, jídlo - reakce: najím se), operantního podmiňování (podnět - reakce - následek: odměna nebo trest) a kognitivní teorie (kognitivní faktory jako procesy vnímání a myšlení mohou také ovlivnit chování: podnět - kognitivní zpracování podnětu - emoční reakce - chování). Tyto teorie se dají vyjádřit i za pomoci teorie ABC, jejímž zakladatelem je A. Ellis (Možný, Praško, 1999). **A (antecedent)** je zde podnět ve formě událostí nebo podnětů v okolí subjektu, které mohou determinovat jeho chování. KBT musí identifikovat tyto podněty a pracovat s nimi. Zde se využívá především klasického podmiňování. Je zapotřebí buď se podnětům zcela vyhnout, omezit jejich sílu, nebo zesílit podněty pro žádoucí chování. **B (behaviour)** je chování, myšlení nebo emoce, u kterých je třeba definovat ty problematické a nežádoucí, a zmapovat jejich výskyt, frekvenci, intenzitu atd. do záznamových archů. Dále je nutné registrovat jejich změnu v průběhu KBT a postupně vyvinout strategii změny reakce na dané podněty. **C (konsekvence)** jsou důsledky chování, které mohou být pozi-

tivní nebo negativní. Zde se využívá operantního podmiňování, kdy je důraz kladen na reakci (Málková, 2010).

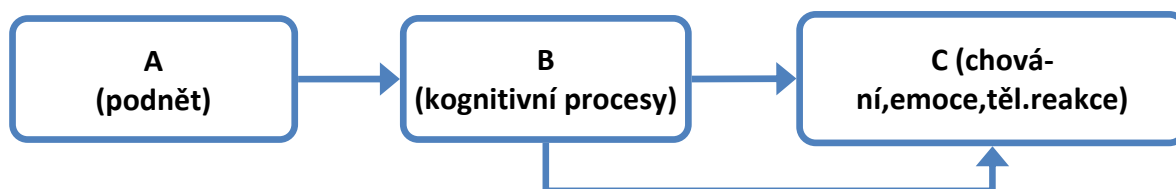
**Behaviorální princip KBT** vychází z operantního podmiňování, kdy chování v dané situaci vede k následkům. A je podnět, který vede k chování B a to má nějaký následek C. Podle druhu důsledku C (pozitivního/odměny nebo negativního/trestu) se však ovlivní chování B, které se na základě druhu tohoto následku chování buď bude, nebo nebude opakovat. Tento princip znázorňuje obr. 3:



**Obr. 3: Behaviorální princip KBT**

Je důležité mít na paměti, že bezprostřední následky (např. slastný pocit při jídle) jsou silnější než ty dlouhodobé (např. přibírání na váze, zdravotní následky). Proto je nutné pracovat v KBT na tom, aby si pacient představil dlouhodobé následky ihned.

**Kognitivní princip KBT** vychází z toho, že člověk nereaguje (emocionálně a behaviorálně) přímo na podněty (vnitřní a vnější), ale na svou mentální reprezentaci těchto podnětů. Tudiž nereaguje přímo na situaci, ale na význam, který jí přiřkládá. Podnět A vyvolá kognitivní procesy B a ty vyvolají emoce, chování či tělesné reakce C, přičemž příčinou C je B a nikoli A (viz obr. 4):



**Obr. 4: Kognitivní princip KBT**

Tyto kognitivní procesy zahrnují vnímání (co se děje), zpracování (jak tomu rozumím) a hodnocení (je to dobře/špatně), přičemž právě toto individuální hodnocení vyvolá

příslušný následek. Problém může nastat, když je toto kognitivní zpracovávání podnětů chybné. A nejčastějšími kognitivními omyly jsou např. (Neenan, Dryden, 2008):

- čtení myšlenek (*Nic nemusí říkat, vím, že si myslí, že jsem tlustá.*)
- černobílé hodnocení (*Shodila jsem jen 9 z 10kg, nezvládla jsem to.*)
- emoční uvažování (*Cítím se tlustá, takže jsem tlustá.*)
- nálepkování (*Dala jsem si čokoládu, takže jsem zcela nemožná.*)
- unáhlené závěry (*Když dnes vynechám cvičení, tak určitě nezhubnu.*)

Kognitivní zpracování tedy může být buď funkční a flexibilní, takže odpovídá aktuální situaci a pomáhá, nebo dysfunkční a rigidní, tudíž neodpovídá aktuální situaci a nepomáhá. Úkolem KBT je tedy především zaměřením se na kognitivní procesy a modifikovat je tak, aby vedly k vhodnému chování. MUDr. Petr Možný (Možný, 2011) považuje KBT za nejsrozumitelnější a nejpraktičtější terapii, která se dá využít při řešení nejrůznějších problémů. Navíc je tato terapie, jistě nejen dle jeho názoru, prokazatelně účinná.

## **6.1 Kognitivně behaviorální terapie nadváhy a obezity**

KBT se v léčbě obezity uplatňuje od roku 1967 a její počátky jsou spjaty s pracemi A. J. Stunkarda, které byly reakcí na to, že důsledky tradiční lékařské metody léčby obezity nejsou zcela úspěšné. Ukázalo se, že KBT je v kombinaci s dalšími metodami nejúčinnější terapií nadváhy a obezity, a proto je KBT asi nejčastěji využívaný psychoterapeutický přístup v této oblasti. Je to z důvodu jak časové nenáročnosti, tak z důvodu nutnosti změny myšlení a následného chování. KBT totiž vychází z teorie, že příčinou obezity je nevhodné chování (špatné stravovací a pohybové návyky) a myšlení (spojené s vnějšími a vnitřními faktory) a právě modifikace kognitivních a behaviorálních udržovacích mechanismů je podle KBT nezbytná k tomu, aby došlo k trvalé změně (Cooper, Fairburn, 2003).

Jedna z teorií obezity předpokládá, že lidé s nadváhou nerozeznávají pocity fyziologického hladu či sytosti kvůli špatnému učení. Vycházejí z toho, že schopnost poznat hlad není vrozená, z čehož vyplývá i nerozumění potřebám těla a následné zajídání emočního diskomfortu (Canettia, Bacharb, 2002). Právě s tímto problémem KBT pracuje, usiluje o vhodnou modifikaci kognitivních a tím i behaviorálních aspektů, které nadváhu udržují a v podstatě učí pacienty rozeznat signály svého těla a správně na ně reagovat. S nadváhou jsou spojené nejčastěji negativní stereotypy jako negativní sebepojetí, nereálné ambice

ohledně snižování váhy a nereálná očekávání ohledně důsledků snížení váhy - přičemž všechny tyto stereotypy mohou způsobit vážné zdravotní a psychické potíže. Přístup KBT pomáhá pacientům přehledně analyzovat jejich myšlení a chování, navrhuje jim konkrétní kroky k jejich modifikaci a tím celkově upravuje jejich životní styl, který často vede ke snižování váhy.

Před terapií je nutné diagnostikovat, zda je KBT v daném případě vhodná, protože například „kognitivní metody se nejlépe uplatní u lidí, kteří jsou schopni introspekce a jsou schopni popisovat své vlastní myšlenky a fantazie“ (Beck, 2005, s. 157), a dále je třeba zvolit techniku podle osobnosti a míry nadváhy. KBT je efektivní především pro BMI do 35, což je nejzastoupenější skupina obézních. U jedinců s BMI nad 40 je třeba KBT kombinovat s dalšími přístupy jako jsou farmakoterapie, chirurgický zákrok, nízkoenenergetické bílkovinné diety a rozhodně je zde nutná spolupráce s obezitologem. Pokud tomuto druhu terapie nic nebrání, hned z počátku probere terapeut s pacientem, co ho přivádí a analyzuje na základě rozhovoru jeho problém. Vyšetření na začátku KBT by mohlo vypadat následovně (Málková, 2010):

- zjistíme a analyzujeme jeho stravovací a pohybové návyky
- zjištění proměnných, které podporují toto chování (vnitřní podněty, automatické negativní myšlenky, iracionální očekávání, představy a případné změny v prostředí a interpersonální změny)
- pokus o odhalení dysfunkčních přesvědčení spojených s obezitou (o stravovacích a pohybových návycích, o vlastním těle, o cílech mnohdy spojených jen s váhovými úbytky)
- informování se o modifikujících faktorech jako je rodina, přátelé, zaměstnání, roční období, zanechání kouření, těhotenství, farmakoterapie atd.
- anamnéza (genetické predispozice, rodinné zvyky, zdravotní či psychické potíže, výkyvy váhy během života)
- pokus o nalezení vztahů mezi výše uvedenými faktory a vytvoření modelu, který vysvětluje problém nadváhy u konkrétního klienta

Cíle terapie by se měly týkat **změny nevhodných stravovacích návyků** (zautomatizovat správné stravovací návyky - množství, skladbu, režim jídla), **změny nevhodných pohybových návyků** (vykonávání pravidelné, přiměřeně intenzivní pohybové aktivity), **osla-**

**bení či odstranění iracionálních dysfunkčních myšlenek** (nahrazení dysfunkčních myšlenek myšlenkami funkčními, které podpoří proces hubnutí a zlepší kvalitu života a vztah k tělu), zmírnění až celková změna **zkresleného vnímání a předsudků ohledně těla a hubnutí, vyhýbání se určitým aktivitám a situacím** (určit cíle, které nevyžadují váhový úbytek a odlišit je od těch, které na něm závisí. Hierarchicky vypracovat obtížnost dosažení cíle, nácvik sociálních dovedností, energii dříve věnovanou hubnutí nasměrovat k jiným aktivitám), **redukce nadváhy a obezity** (redukce váhy o 5-15 %, úbytek tělesného tuku, úbytky udržet).

V KBT se tedy analyzují ty oblasti života, které jsou podstatné pro současný problém, tedy nadváhu či obezitu. Konkrétně se terapie zaměřuje na podněty spojené s jídlem - tedy stravovací chování, odměňování, sebezpozorování, prohloubení informací o stravování a fyzické aktivitě, a především je kladen důraz na kognitivní restrukturuaci. KBT má pacientovi pomoci identifikovat a změnit udržovací mechanismy (Cooper, Fairburn, 2003). Je tedy třeba, aby si pacient uvědomil své stravovací a pohybové návyky, čehož dosáhne většinou až poctivým zapisováním všeho, co snědl a jaký pohyb během dne vykonal. Na začátku terapie je důležité probrat s pacientem cíle a očekávání, protože ty mohou být v rozporu nejen s realitou, ale i představou terapeuta. Cíle musí být reálné, aby bezprostředně po skončení terapie byl pacient spokojený. Proto není příliš vhodné stanovit si za cíl určité číslo na váze, ale spíše rozmezí, které pacient považuje ještě za úspěch. Vhodným cílem je zároveň změna životního stylu, stravovacích návyků, kvality života a také následné udržení váhy. Důležitá je i motivace a sepsání výhod a nevýhod nadcházejících změn pro pacienta. Pro pokračování a úspěch terapie je nezbytný reálný a funkční cíl, a aby výhody převahovaly nad nevýhodami. Pacienta je nutné seznámit s průběhem celé terapie, navrhnout mu, jak systematickými kroky změnit jeho nevhodné návyky a upozornit ho i na možný relaps a probrat s ním možnosti jeho řešení.

Co se týče regulace kognicí, jsou nejčastějšími kognitivními chybami, které je nutné odstranit (Málková, 2010):

- vytyčení nereálných cílů
- černobílé myšlení
- volba nevhodných způsobů regulace váhy
- zkreslené vnímání těla

Regulace chování je většinou nutná u následujícího nevhodného chování:

- nepřiměřené množství jídla
- nevhodné jídlo
- nevhodná skladba jídla
- nevhodný jídelní režim
- nevhodný pitný režim
- žádná nebo nevhodná pohybová aktivita

V KBT se obecně uplatňuje mnoho technik, v rámci terapie obezity jsou to pak zejména techniky sebekontroly, kognitivní techniky, modelování a protože je třeba pracovat i s emocemi, tak i relaxační techniky. Cíle těchto technik by neměly být jen shození kilogramy, ale také lepší pocit, zvýšení sebevědomí, zlepšení kondice a především kvality života, které by měly posilovat vhodné chování a díky tomu ho dlouhodobě udržovat. Pacient by se měl naučit své problémy zvládat sám, proto je více než vhodné uskutečnit s ním nácviky zátěžových situací jako jsou oslavy, svátky, dovolená či zvládání stresu. Postupně by se měl každý z pacientů stát svým vlastním terapeutem a v případě recidivy umět sám zasáhnout. Protože podobně jako kuřák přestává kouřit nejméně třikrát, než se svého návyku zbaví, i lidé pokoušející se změnit své stravovací návyky a životní styl, by to neměli vzdávat po prvním selhání. Když to vzdají, nikdy svého cíle nedosáhnou: „Jen lidé, kteří mají dost vůle a pokory začínat znovu a znovu a znovu, dosáhnou nakonec svého cíle“ (Brownová, Robinsonová, 2004, s. 156). Při selhání je důležité zbavit se pocitů viny a sebeobviňování, které ničemu nepomůžou. Důležité je vždy se znovu, co možná nejrychleji, vrátit k přiměřenému stravování a pohybu.

### **6.1.1 Kognitivně behaviorální terapie nadváhy a obezity v kurzech STOB**

KBT lze využívat jak ve skupině, tak individuálně. Skupinová aplikace má však možnost pomoci více lidem najednou, protože problémy obézních bývají velmi podobné. Navíc se ve skupině posiluje motivace a překážky se dají překonávat společně. U někoho je však třeba zaměřit se více na kognice, u jiného na emoce - to lze naopak detailněji a osobněji využít spíše při individuální terapii. Zde se poté většinou jednotlivé techniky kombinují s takovou, která nejvíce pracuje s tou složkou osobnosti, kterou je třeba ovlivnit. Vzhledem k tomu, že nadváha v Česku dosahuje tak velkých rozměrů, není v moci od-

borníků věnovat se každému jednotlivci zvlášť. Avšak pokud je v kurzu 10 až maximálně 30 účastníků, lze ještě určitý individuální přístup zaručit, což kurzy STOBu splňují. I proto jsou v České republice kurzy snižování nadváhy pořádané touto společností součástí komplexního přístupu v léčbě nadváhy a obezity.

Tato organizace založená v roce 1990 PhDr. Ivou Málkovou v současné době sdružuje přes 300 odborníků z řad lékařů, psychologů, dietních sester, farmaceutů, cvičitelek aj. a svou metodiku aplikuje již v cca 100 městech po České republice. Její skupinové kurzy, založené na metodice KBT, jsou primárně určené pro účastníky s nadváhou a mírnou obezitou (BMI do 30-35) a probíhají formou strukturovaných sezení jednou týdně po dobu tří měsíců. Každé z dvanácti sezení se skládá z jedné hodiny pohybové aktivity a 1,5 až 2 hodin psychoterapie.

#### **Program jednotlivých lekcí:**

**1. lekce:** vzájemné představení a seznamování, zjištění případných kontraindikací znemožňujících navštěvování kurzu, výklad pojmů a přiblížení metodiky KBT, definování cílů a zjištění **motivace**, sdělení zkušeností se snižováním váhy, pravidla skupinové práce, zahájení zapisování jídelních záznamů - **technika sebekontroly a sebezpozorování**.

**2. lekce: analýza stravovacích návyků**, nácvik pomalého jedení - technika sebekontroly, fotografování pro porovnání s fotografií na konci kurzu a také práce s vnímáním vlastního těla, dle teorie ABC je probíráno C - **techniky sebeodměňování a sebeposílení**, motivační techniky, skupinová podpora a zahájení relaxačních technik.

**3. - 4. lekce:** ovlivňování chování klientů, **analýza kvality, kvantity a skladby jídelníčku**, čtení energetických hodnot na obalech potravin, **odhadování hmotnosti jídla**, sestavování zdravého jídelníčku, jídelní režim, uvědomění a omezení vnějších podnětů k jídlu, **zhotovení smlouvy**.

**5. lekce: pohybová aktivita** - její význam, doporučená intenzita a doba trvání.

**6. lekce:** aktivní kontrola a **zvládání vnějších podnětů**, jistota při odhadování energetické hodnoty.

**7. - 8. lekce: vnitřní podněty** a nácvik jejich zvládání jinak než jídlem, práce s negativními myšlenkami - nácvik vnitřních monologů a pozitivního vnímání vlastního těla - a emocemi.

**9. lekce:** posilování pozitivního sebepojetí, **získávání pozitivního postoje ke své osobě.**

**10. lekce:** získávání podpory okolí - **vnější posilování.**

**11. lekce:** shrnutí pomůcek a plánování **řešení v případě recidivy.**

**12. lekce: udržení váhových úbytků,** doporučení pro případ opětovného přibírání na váze, relaxační cvičení.

Během celého kurzu se účastníci učí krok po kroku uvědomovat si své dosavadní chyby, sestavovat si energeticky přiměřený a zároveň chutný jídelníček, vychutnávat menší porce jídla, reagovat na psychické podněty k jídlu jinak než jídlem. Program se zaměřuje i na tolik důležité kognice a emoce, odstraňují se stereotypy spojené s hubnutím, černobílé myšlení a kladou se reálné a uspokojivé cíle. A protože jedním z cílů STOBu je i následné udržení shozených kilogramů, činí optimální váhové úbytky zhruba 0,5 - 1kg týdně, u nichž se prokázalo udržení váhy minimálně rok po terapii. Zároveň při tomto programu nedochází k negativním psychologickým jevům jako u jiných způsobů terapie (Málková, 2010).



## 7 EFEKTIVITA KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE V KURZECH STOB

Česká republika patří mezi země s nejvyšším výskytem nadváhy a obezity, k jejichž vzniku a udržení nejvíce přispívají nevhodné stravovací a pohybové návyky. Tyto návyky pěstované často již od dětství a navíc podporované společností a současným životním stylem však není snadné změnit. Změna stravovacích i pohybových návyků totiž vyžaduje především změnu myšlení, přístupů a postojů k jídlu i pohybu. Proto je nutné s lidmi trpícími nadváhou či obezitou systematicky pracovat na kognitivních i emočních aspektech nadváhy, a tak následně měnit jejich návyky a životní styl celkově. V tomto ohledu je KBT velice efektivní, a proto se i nejčastěji využívá rámci terapie nadváhy a obezity. Důvody pro využívání tohoto způsobu terapie jsou průměrné váhové úbytky okolo 10 % původní váhy, což je přínos jak z klinického hlediska dopadu na zdraví, tak z hlediska psychologického. Podle studií se navíc váhové úbytky udrží minimálně další tři roky po ukončení terapie, na rozdíl například od medikamentózní léčby (Cooper, Fairburn, 2003).

Tuto metodu v České republice využívají zejména skupinové kurzy snižování nadváhy pořádané společností STOB, ve kterých se v 12 lekcích postupně pracuje na pochopení příčin nadváhy a obezity, zmírnění či odstranění nevhodných myšlenek, předsudků, emocí a návyků, naučení se návykům novým a vhodnějším - a tím docílit především zlepšení kvality života a vnímání vlastního těla, snížení zdravotních rizik a snížení nadbytečné váhy. Zda a čím je metodika efektivní, je zkoumáno právě v těchto kurzech.

### 7.1 Cíl výzkumu

Úkolem této práce je analyzovat efektivitu KBT, obzvláště v oblastech kognitivních a emocionálních faktorů. Výzkum je částečně pilotní studií, jejímž **cílem je ověřit efektivitu KBT ve skupinových kurzech STOBu z hlediska jejího vlivu na vybrané psychologické aspekty nadváhy a obezity**. Cílem práce není zjišťovat, co účastníci jedí a jak se pohybují, ale analyzovat vliv KBT na faktory, které jejich stravovací a pohybové návyky ovlivňují.

Práce má komplexnější povahu se smyslem poskytnout širší pohled na tuto problematiku. V popředí tedy není sledována váha a její případné snižování, ale zejména vliv KBT na jídelní zvyklosti (restrikci - omezování se v jídlu, disinhibici - nekontrolované jedení a hlad - pocity hladu) emoční jedení, kognitivní faktory (způsob kontroly stravovacích návy-

ků - konkrétně poměr flexibilní kontroly, která je z hlediska dlouhodobého udržení váhy a vlivu na kvalitu života vhodnější než příliš striktní, rigidní omezování), vnímaná kvalita života a vnímání vlastního problému s jídlem. Vedlejším cílem je i zjištění, zda tyto případné změny a jednotlivé proměnné korelují mezi sebou navzájem, dle předpokladů vycházejících z předchozích studií. Především se jedná o korelace, které mají dokázat význam flexibilní kontroly (Westenhoefer, 1999), závislost mezi BMI a kvalitou života (Slabá, 2003) a zjištění, zda respondenti mají problém s jídlem opravdu v těch oblastech, ve kterých je sami vnímají (sledováno na oblasti emočního jedení a pocitů hladu). Výzkum by měl také ukázat, zda je tento způsob terapie v tomto smyslu efektivní, případně na které oblasti je třeba se více zaměřit.

Cílem výzkumu je ověřit následující pracovní hypotézy, které se opírají o výsledky předchozích studií i o teoretické poznatky v této oblasti.

Hypotéza H1 je ověřována pomocí dotazníku jídelních zvyklostí (TFEQ) a předpokládá, že se po absolvování kurzu snižování nadváhy začnou účastníci více omezovat v jídle, méně přejídat a zároveň nebudou trpět pocitem hladu:

- **H1:** U sledovaných účastníků skupinových kurzů STOBu se po absolvování této terapie, ve srovnání s výchozím stavem na jejím počátku, **zvýší podíl restriktce a sníží podíl disinhibice i pocitů hladu.**

Hypotéza H2 je ověřována škálou emočního jedení podle Karlssona a třemi doplňujícími otázkami PhDr. Ivy Málkové. V rámci této hypotézy se předpokládá, že se vlivem terapie v kurzech, budou účastníci méně přejídat v důsledku emočních vlivů:

- **H2:** U sledovaných účastníků skupinových kurzů STOBu se po absolvování této terapie, ve srovnání s výchozím stavem na jejím počátku, **sníží míra emočního jedení.**

Dotazník stravovacích návyků měřící poměr flexibilní a rigidní kontroly ověřuje hypotézu H3, která předpokládá zvýšení poměru flexibilního způsobu kontroly na úkor snížení rigidního:

- **H3:** U sledovaných účastníků skupinových kurzů STOBu se po absolvování této terapie, ve srovnání s výchozím stavem na jejím počátku, **zvýší poměr flexibilní kontroly.**

Hypotéza H4 vychází z výsledků pilotní studie PhDr. Šárky Slabé (Slabá, 2003), je ověřována na stejné, upravenou verzi dotazníku IWQOL-Lite, a na jejím základě předpokládá zvýšenou kvalitu života po absolvování kurzu snižování nadváhy:

- **H4:** U sledovaných účastníků skupinových kurzů STOBu se po absolvování této terapie, ve srovnání s výchozím stavem na jejím počátku, **zlepší vnímaná kvalita života ve všech zkoumaných oblastech.**

Hypotéza H5 předpokládá, že účastníci budou sami pociťovat zlepšení svých problémů a je ověřována tabulkou pro uvedení vnímané míry intenzity v jednotlivých oblastech (emocí, nevhodných myšlenek, vnějšího prostředí, hladu, neznalosti zdravé výživy a jiné pro individuální doplnění):

- **H5:** U sledovaných účastníků skupinových kurzů STOBu se po absolvování této terapie, ve srovnání s výchozím stavem na jejím počátku, **sníží míra intenzity vnímání vlastního problému ve všech oblastech.**

## 7.2 Použité metody

K výzkumu byla použita sada dotazníků, která obsahovala dotazník jídelních zvyklostí (TFEQ), dotazník kvality života (IWQOL-Lite, upravený PhDr. Šárkou Slabou viz dále), dotazník stravovacích návyků zaměřený na rozlišení flexibilní a rigidní kontroly (založený na FRC dotazníku), 3 otázky doplňující Karlssonovu škálu emočního jedení (TFEQ R18) a pro tyto účely vytvořenou tabulku s oblastmi ovlivňujícími jídelní chování, u kterých respondenti uváděli intenzitu vnímání vlastního problému s jídlem.

Dotazníky byly účastníkům kurzů distribuovány na začátku a na konci kurzů, aby se na jejich základě dala vyhodnotit změna, ke které u respondentů došlo nebo nedošlo. Dotazníky nebyly anonymní a součástí bylo vždy i vyplnění pohlaví, věku, výšky a váhy. Na konci každé sady dotazníků bylo uvedeno poučení o způsobu využití dotazníků a kolonka pro podpis stvrzující souhlas s anonymním využitím dat pro výzkumné účely. Před vyplňováním dotazníků byli účastníci kurzů vždy seznámeni s tématem výzkumu a jeho využitím. Všechny použité dotazníky jsou součástí přílohy (viz příloha č. 1) v podobě, v jaké byly dávány respondentům.

Dotazník jídelních zvyklostí, **TFEQ** („Three-Factor Eating Questionnaire“) A. J. Stunkarda a S. Messicka z roku 1985, je nejpoužívanějším a celosvětově rozšířeným dotazní-

kem v oblasti monitoringu jídelních zvyklostí. Skládá se z 51 otázek zaměřených na obvyklé jídelní zvyklosti respondentů. U prvních 36 otázek volí respondenti mezi souhlasem a nesouhlasem s danými prohlášeními, u zbylých 15 přiřazují intenzitu výstižnosti výpovědí, přičemž na výběr mají ze čtyř až pěti možností. Každá odpověď je skórována buď žádným, nebo jedním bodem v příslušné škále. Ty jsou rozdělené na restrikcí (míra omezování se v jídle - 21 položek), disinhibici (ztráta zábran v jídle s následkem přejídání - 16 položek) a hlad (citlivost k hladu - 14 položek). Skórování restrikce je tedy 0-21bodů, disinhibice 0-16 a hladu 0-14.

Škála kognitivní restrikce poukazuje na míru záměrného omezování se v jídle s pravděpodobným cílem snížení váhy, zvýšení míry restrikce značí změnu stravovacích návyků. Disinhibice je škálou upozorňující na nevhodné jídelní chování, které se vyznačuje ztrátou kontroly v omezování se v jídle a častým přejídáním. Škála hladu vymezuje vnímání a citlivost k nedostatku jídla a touhy po něm (Karlsson, et al., 2000). Vyšší podíl disinhibice značí častější porušování restrikce a zároveň pocity hladu. V této práci se za důležité ukazatele považuje především škála kognitivní restrikce a disinhibice, které by měla terapie ovlivnit nejvíce. Restrikce je důležitým znakem redukčního jídelního chování a tato kognitivní adaptace na nové stravovací návyky by se měla projevit i snížením těch nevhodných, tedy disinhibice. Nicméně snížení pocitů hladu je taktéž pozitivním ukazatelem vhodné změny stravovacích návyků.

Dotazník stravovacích návyků zaměřený na rozlišení flexibilní a rigidní kontroly je založený na **FRC** dotazníku Joachima Westenhoefera („Flexible and Rigid Control od Eating Behavior“) z roku 1991 a byl modifikován ve spolupráci s PhDr. Ivou Málkovou a dalšími odborníky ze STOBu. Upraven byl z důvodu nesouhlasu zařazení některých otázek do jednotlivých škál, tím způsobem že některé otázky upraveny nebo změněny.

Vytvoření tohoto dotazníku vychází z teorie, že pouhé zvýšení restrikce v rámci snižování váhy nestačí a že pro celkovou změnu životního stylu a především udržení váhových úbytků je nutné, aby byl způsob restrikce převážně flexibilního charakteru. Jak již bylo uvedeno výše, nadměrné omezování se v jídle může mít za následek disinhibici, tedy porušování restriktivního režimu přejídáním. Toto nadměrné dietní chování se vyznačuje rigidní, tedy přehnanou, kontrolou. V rámci terapie nadváhy by se tedy mělo usilovat pře-

devším o flexibilní způsob kontroly stravovacích návyků, který toleruje i občasné vybočení a je tudíž déle udržitelný, než přísná dietní (rigidní) pravidla.

Dotazník tvoří celkem 30 výroků, z nichž polovina vypovídá o flexibilním způsobu kontroly stravovacích návyků a druhá polovina o rigidním. S výrokem respondenti buď souhlasí, nebo nesouhlasí, přičemž každý výrok je skórován jedním bodem na škále FK nebo RK a výsledkem je tedy vždy poměr FK a RK na 30bodové škále. Tento dotazník je pilotní a po případných dalších úpravách by měl být využit k dalším studiím v této oblasti.

Kvalita života je v rámci tohoto výzkumu analyzována pomocí částečně upravené verze **IWQOL-Lite** („The Impact of Weight on Quality of Life - Lite“) dotazníku Kolotkinové z roku 2001, který pro potřeby své rigorózní práce rozšířila PhDr. Šárka Slabá. Původní verze dotazníku byla zachována, pouze byly přidány 3 otázky v oblasti fyzické kondice, 4 otázky v oblasti společenských vztahů a problémů na veřejnosti a 1 otázka v oblasti práce. Rozšíření těchto oblastí bylo provedeno z důvodu postihnutí respondentů s hodnotou BMI menší než 30. Tvoří ho 39 výroků, u kterých respondenti přiřazují jejich platnost od 1 (nikdy) do 5 (vždy). Dotazník subjektivně vnímané kvality života je rozdělen do 5 oblastí zahrnujících fyzickou kondici (14 položek), sebedůvěru (7 položek), sexuální život (4 položky), společenské vztahy a problémy na veřejnosti (9 položek) a práci (5 položek). IWQOL-Lite prokázal vysokou spolehlivost v test-retestech a validitu a je tedy spolehlivým dotazníkem pro posuzování vnímané kvality života (Slabá, 2003).

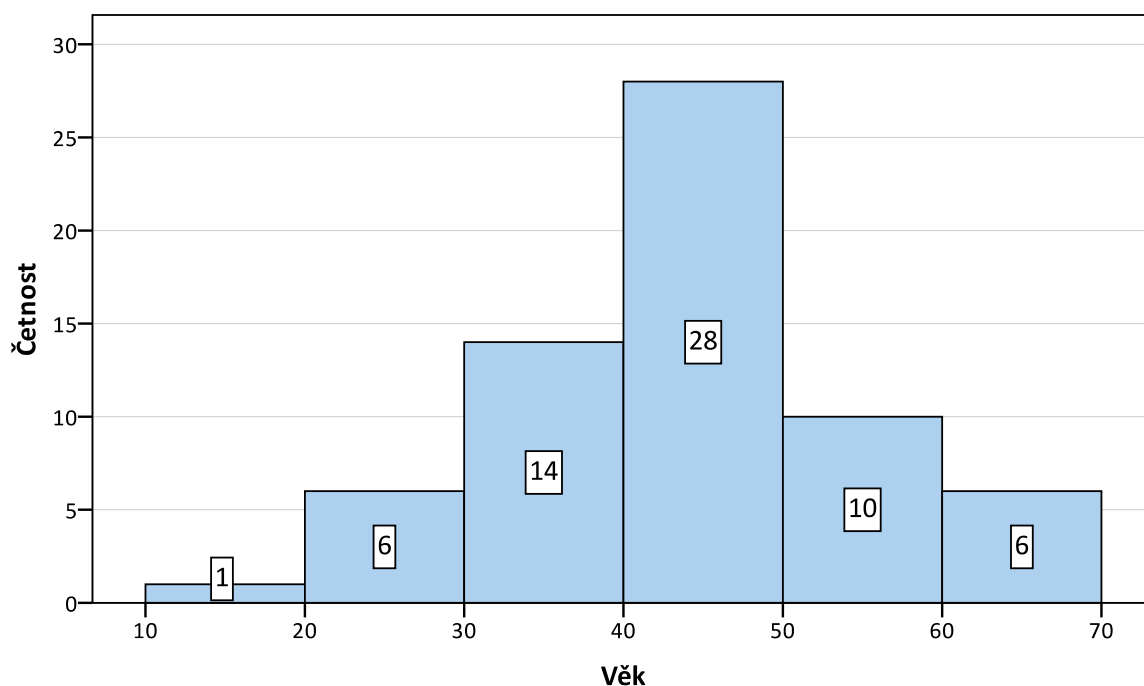
K dotazníkům jsou přidány ještě 3 otázky pro doplnění **škály emočního jedení** podle Karlssona (TFEQ R18 - 3 body v emoční škále), u kterých respondenti také volili mezi souhlasem a nesouhlasem, a které byly skórovány jedním bodem. Na konci dotazníků byla tabulka pro doplnění **subjektivního vnímání intenzity vlastního problému s jídlem** (1 = vůbec neovlivňuje, 5 = zcela ovlivňuje) v oblastech emocí (např. jedení ze stresu, smutku, nudy, k umocnění pohody či za odměnu), nevhodných myšlenek (např. černobílé myšlení typu „buď, anebo“), vnějšího prostředí (např. vůně a dostupnost jídla, nebo různé oslavy, návštěvy, večírky), hladu (fyzilogické signály potřeby jídla), neznalosti zdravé výživy (nevědomost jak správně a jak často jíst, jaké potraviny zvolit) a jiné oblasti k individuálnímu doplnění.

### 7.3 Charakteristika výzkumného souboru

V tomto šetření se jednalo o účelový výběr. Do výzkumu bylo zařazeno 65 účastníků ze sedmi skupinových kurzů STOBu v Praze, probíhajících od začátku ledna 2011 do konce března 2011, trvajících tedy 3 měsíce. Kurzy vedly různé lektorky STOBu a sportovní aktivity s cvičitelkami se také lišily, program a náplň jednotlivých lekcí byly však stejné.

Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné a do výzkumu byli následně zahrnuti jen ti respondenti, kteří vyplnili všechny příslušné dotazníky kompletně, a to na začátku i na konci kurzů<sup>6</sup>. Byla to tedy motivovaná skupina osob, která se do kurzu ve většině případů přihlásila z vlastní vůle, s cílem zhubnout a změnit svůj životní styl.

Vzorek je tvořen 63 ženami a 2 muži. Průměrný věk ve zkoumaném souboru činil 43 let. Nejmladší účastníci bylo 15 let a nejstarší 67 let. Věkově je tedy vzorek dost různorodý, nejvíce byla zastoupena věková skupina ve věku 40 až 50 let, druhou nejpočetnější skupinou byl interval 30-40 let. Společně tyto dvě skupiny představují takřka dvě třetiny účastníků. Nejméně zastoupená věková byla skupina do 20 let - nejspíše z důvodu speciálního rodinného kurzu STOB pro děti a mládež s rodiči. Rozdělení četností je názorně vidět na obrázku 5, který zachycuje rozdělení do věkových skupin po deseti letech.



Obr. 5: Histogram věkové proměnné

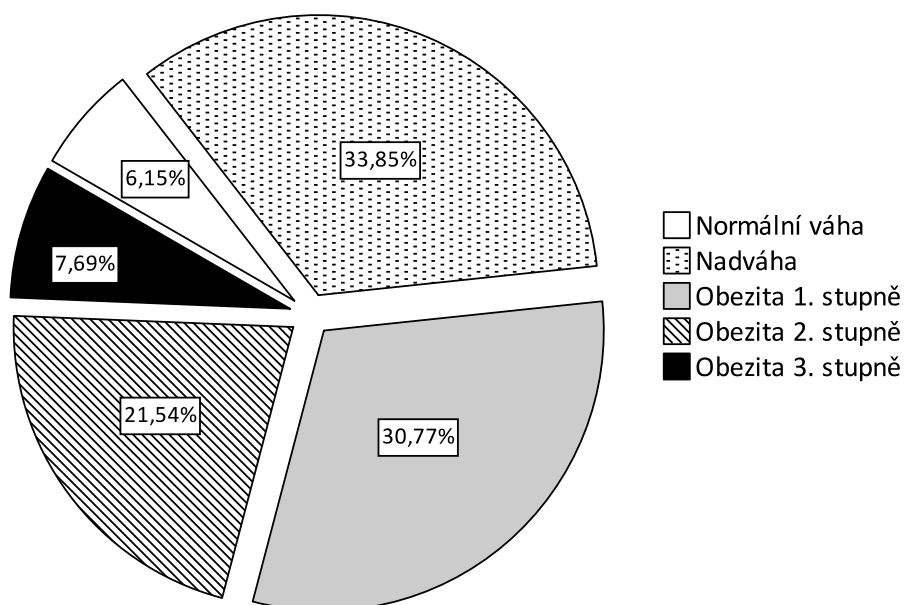
<sup>6</sup> Proměnné získané ze začátku kurzů jsou označeny číslem 1, proměnné z konce kurzů číslem 2.

Průměrná výška respondentů byla 168,3 cm, průměrná váha na začátku kurzů činila 92,1 kg a průměrná váha po ukončení kurzů 85,5 kg. BMI jako vztah výšky a váhy pak kopíruje popsany vývoj váhy. Průměrný procentruální váhový úbytek byl zaznamenán ve výši 7 % původní váhy. Lze tedy shrnout, že za dobu trvání kurzu došlo k významným změnám váhy a BMI. Souhrnnou charakteristiku souboru poskytuje tabulka 2.

N=65	Rozpětí	Min.	Max.	Průměr	Směr. odchylka	Šikmost	Špičatost
Věk	52	15	67	43	11,17	0,02	-0,24
Výška (cm)	32	150	182	168,3	6,34	-0,73	0,80
Váha1 (kg)	81	57	138	92,1	15,64	0,63	0,99
Váha2 (kg)	80	54	134	85,5	14,52	0,76	1,21
Váha-úbytek (kg)	18,4	-1,7	16,7	6,6	3,96	0,62	0,16
Váha-% úbytek	23,0	-2,8	20,2	7,0	4,01	0,66	1,50
BMI1	25,6	23,4	49,0	32,6	5,31	0,80	0,87
BMI2	24,2	22,2	46,4	30,2	4,96	0,89	1,17

**Tab. 2 Charakteristika výzkumného souboru**

Z obezitologického hlediska spadali respondenti průměrně do pásma obezity 1. stupně, kdy jejich počáteční průměrné BMI činilo 32,6 (nejnižší bylo 23,4 a nevyšší 49,0) a na konci kurzů 30,2 (nejnižší 22,2 a nejvyšší 46,4). Zastoupeny byly tedy skupiny od normální váhy (6 %) až po obezitu 3. stupně (8 %). Nejzastoupenějšími skupinami BMI byly ty s nadváhou a obezitou 1. stupně, jejichž hodnoty dosahovalo dohromady 65 % účastníků výzkumu a pro které je KBT doporučovanou metodou. Po nich následovala obezita 2. stupně, zastoupená 22 % účastníků. Zastoupení znázorňuje následující koláčový graf na obr. 6.



**Obr. 6: Procentuální zastoupení skupin BMI**

#### **7.4 Pracovní postup a průběh výzkumu**

Celému výzkumu předcházelo školení v metodice kognitivně-behaviorální terapie obezity a následné navštívení několika kurzů pro bližší seznámení se nejen s průběhem kurzů, ale i s respondenty. Účastníkům výzkumu byly následně dotazníky administrovány po jednotlivých kurzech (7 kurzů v Praze) vždy mnou osobně, na začátku kurzů (maximálně na druhé lekci - dle časových možností a podmínek lektorek a jednotlivých kurzů) a na konci kurzů (opět dle podmínek a možností na předposledním nebo posledním setkání). Při tomto osobním způsobu sběru dat jsem byla vždy přítomna pro seznámení s výzkumem, i pro případné nesrovnalosti a dotazy.

Výjimku tvořil specializovaný kurz pro muže, kterým byla na emailové adresy zaslána počítačová verze dotazníků, vytvořená speciálně pro tento druh sběru dat. Obsah dotazníků byl totožný s těmi tištěnými, jen uzpůsobený k vyplnění na počítači. Tato verze tvořila vždy přílohu emailu, ve kterém byly obsaženy stejné informace jako ty, podávané účastníkům přímo na kurzech. Tato metoda byla využita částečně i pro druhý sběr dat, protože se ukázalo, že pro většinu účastníků je pohodlnější vyplňování z domova. Respondenti však měli vždy možnost vyplnit dotazníky i osobně v kurzech.



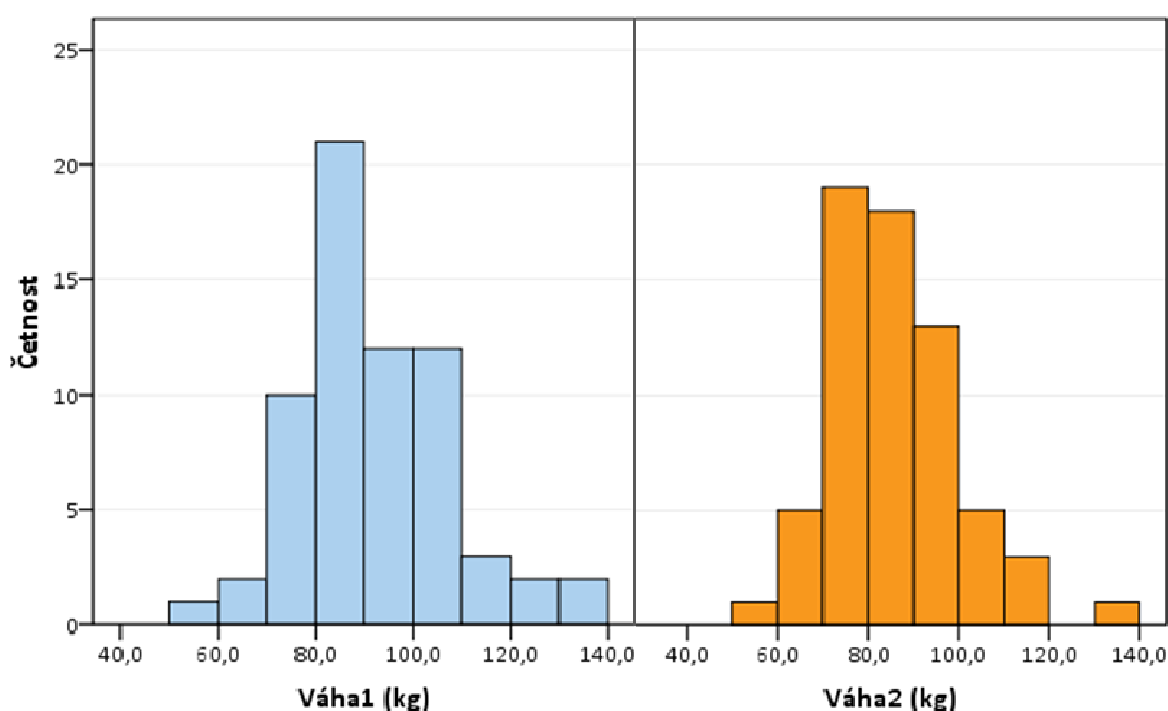
Na začátku kurzů vyplnilo dotazníky 142 respondentů, z toho 96 % bylo úplných. Na konci bylo vyplněno 68 dotazníků, z nichž 3 byly neúplné. Konečný soubor účastníků, kteří dotazníky vyplnili na začátku i na konci absolvovaného kurzu, tvořilo 65 respondentů. Vyřazené byly dotazníky neúplné (4 %).

Všichni respondenti prošli tříměsíčním kurzem, který se sestával z týdenních setkání složených z jedné hodiny pohybové aktivity a dvou hodin psychoterapie. Pohybová aktivita se lišila kurz od kurzu (aerobic, spinning, aquaerobic, posilování, veslování) a ačkoli zohledňovala zdravotní omezení osob s nadváhou, intenzita byla dostatečná pro odbourávání tukové tkáně. V rámci psychoterapeutické části pracovaly lektorky s účastníky kurzů na tom, aby identifikovali svůj problém a chyby ve stravovacích návycích, aby následně mohli tyto návyky změnit, chyby eliminovat až případně odbourat úplně. Toto přemodelování je uskutečňováno postupně, aby účastníci měli dostatek času pro fixaci nových návyků. Tyto psychoterapeutické lekce byly sice v jednotlivých kurzech vedeny různými lektorkami, ale ve všech byly vedené podle stejného programu (viz kap. 6.1.1). Těchto 12 lekcí mělo spolu s pohybovou aktivitou ovlivnit výsledky na konci kurzů a způsobit onen očekávaný posun předpokládaný ve výše zmíněných hypotézách.

## **7.5 Statistická analýza**

Veškerá data ze všech dotazníků shromážděná od 65 respondentů ze začátku i konce kurzů jsou uvedena v příloze č. 2. Tato data byla dále převedena do programu Microsoft Excel 2007 a statisticky zpracovávána ve statistickém softwaru SPSS. Analyzovaly se především změny ve výsledcích všech dotazníků, které nastaly od začátku kurzů až po jejich ukončení, aby se tak mohly otestovat stanovené hypotézy. Pro ověření statistické významnosti posunu mezi oběma sběry, byl proveden párový t-test. Dle t-testu jsou všechny změny dále zkoumaných proměnných statisticky významné. S ohledem na koncepci dotazníků lze očekávat, že pravděpodobnostní rozdělení nebudou mít normální charakter (tj. rozdělení jsou např. příliš zešíkmena). Proto pro ověření výsledků t-testu byly provedeny ještě neparametrické testy, které dříve zmíněnou statistickou významnost změn mezi oběma pozorováními také potvrdily (viz příloha č. 3). Dále byly analyzovány vzájemné vztahy jednotlivých výsledků, především na základě výsledků předchozích studií. Vše bude blíže analyzováno v následujícím textu.

**Analýza váhových úbytků** nebyla primárním cílem této práce, ale vzhledem k tomu, že se jedná o kurzy snižování nadváhy a úbytky kilogramů jsou cílem těchto kurzů i jejich klientů, byla analyzována i tato oblast. Průměrná váha se za dobu trvání kurzů snížila z původních 92,1 kg na 85,5 kg. Průměrný váhový úbytek tak činil 6,6 kg. V relativním vyjádření činil procentuální váhový úbytek přibližně 7 % původní váhy, což je v ideálním rozsahu doporučeného úbytku (5-15 %) pro následné udržení váhy. V následujícím histogramu na obr. 7 je patrné, že rozpětí souboru zůstalo víceméně zachováno, avšak variabilita vyjádřená směrodatnou odchylkou klesla. Změna špičatosti pak naznačuje, že se četnosti více soustředí v užším intervalu hodnot.



**Obr. 7: Porovnání histogramu proměnné váha před a po skončení kurzu**

Dále dále budou představeny a analyzovány výsledky jednotlivých dotazníků a statisticky testovány jednotlivé hypotézy s hladinou významnosti 0,01.

**Dotazník jídelních zvyklostí (TFEQ)** má pomoci ověřit hypotézu **H1**, která předpokládá, že se zvýší podíl restrikce a sníží podíl disinhibice i hladu. Stunkardův dotazník je rozdělen do tří částí (R-restrikce, D-disinhibice, H-hlad), přičemž škály jednotlivých oblastí nejsou porovnatelné. Části jsou rozdílné, takže by jejich kumulace ani nebyla přínosná a

vyhodnocení dotazníku je proto provedeno jen po jednotlivých škálách. Výsledky Stunkardova dotazníku jsou uvedeny v tabulce 3.

N=65	Rozpětí	Min.	Max.	Průměr	Směr. odchylka	Šikmost	Špičatost
Stunkard-R1	18	1	19	9,03	4,12	0,37	-0,34
Stunkard-R2	16	4	20	16,17	3,11	-1,34	2,51
Stunkard-D1	12	4	16	9,60	3,17	0,07	-1,06
Stunkard-D2	12	1	13	5,32	2,80	1,00	0,50
Stunkard-H1	12	1	13	6,37	3,04	0,10	-0,80
Stunkard-H2	10	0	10	3,38	2,32	0,55	-0,11

**Tab. 3: Hodnocení změny míry restriktce, disinhibice a hladu před a po ukončení kurzu**

Z tab. 3 je patrné, že průměrná restriktce na začátku kurzů byla z maxima 21 bodů 9,03 a po ukončení kurzů se zvýšila na 16,17, tedy průměrně o 7,14 bodů. Takovéto zvýšení restriktce je významnou změnou v jídelních návycích, protože vypovídá o tom, že se respondenti začali více omezovat v jídle. Stejně důležitá je i změna průměrné disinhibice, která z maxima 16 bodů byla na začátku kurzů 9,60 snížila na 5,32 - tedy o 4,28 bodů. Snížení disinhibice je opět pozitivním přínosem, protože značí snížení míry nekontrolovaného jedení. A ačkoli se účastníci evidentně začali více omezovat v jídle a méně přejídat, je u nich patrné i snížení pocitů hladu. Na škále hladu s maximem 14 bodů ležel průměr na začátku kurzů na 6,37 a po absolvování kurzů byl 3,38, míra pocitů hladu se tedy u respondentů snížila průměrně o 2,99 bodů. U všech třech oblastí se variabilita snížila. Výrazný byl i posun v šikmosti ve směru optima (tj. zešikmení zleva pro restriktci, resp. zešikmení zprava pro disinhibici a hlad). **Hypotéza H1 byla tedy potvrzena, restriktce se zvýšila, disinhibice a hlad se snížily.**

**Škála emočního jedení** vytvořená na základě tří emočních otázek Karlssona (TFEQ R 18) a tří emočních otázek přidanych PhDr. Ivou Málkovou měří míru emočního jedení a ověřuje hypotézu **H2**, která předpokládá, že se sníží míra emočního jedení. Výsledky této škály shrnuje tab. 4.

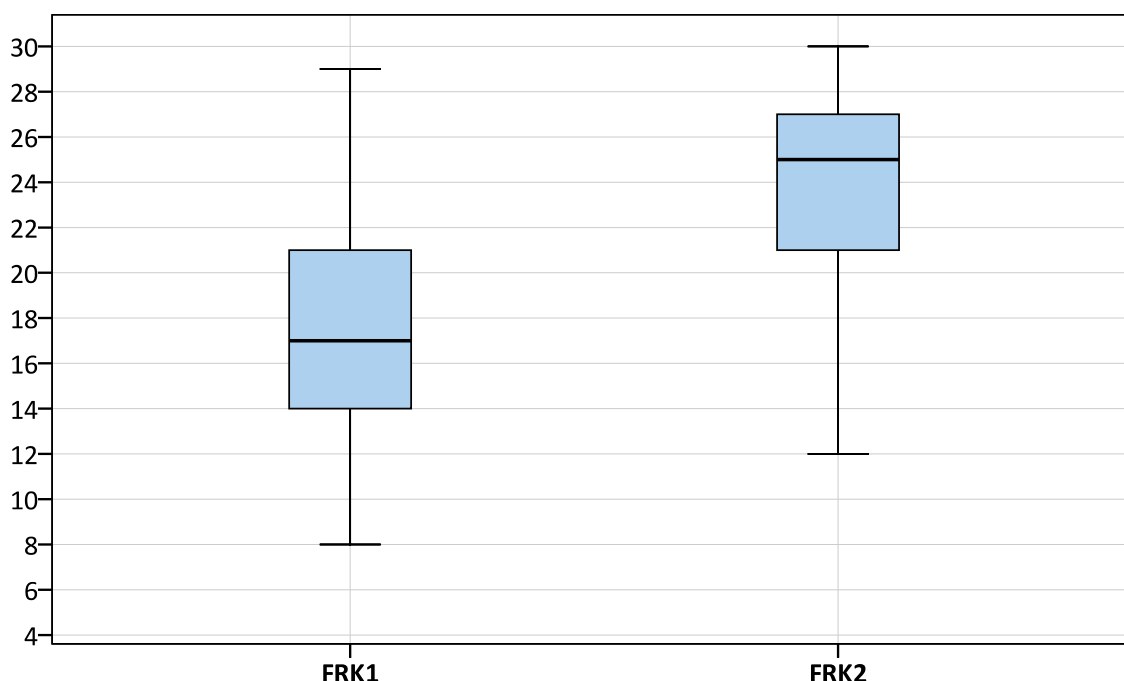
N=65	Rozpětí	Min.	Max.	Průměr	Směr. odchylka	Šikmost	Špičatost
E1	6	0	6	3,37	2,45	-0,20	-1,62
E2	6	0	6	1,58	1,95	1,14	0,09

**Tab. 4: Hodnocení změny míry emočního jedení před a po ukončení kurzu**

Na škále emočního jedení od optima 0 až po pesimum 6 bodů, byl průměr na začátku kurzů 3,37 a po skončení kurzů 1,58 (viz tab. 4). Emoční jedení se tedy průměrně snížilo

o 1,79 bodů, což je opět pozitivní výsledek, protože jedení v důsledku emocí značí časté přejídání, což se může odrážet nejen na váze, ale není to také zcela v pořádku z hlediska psychologického. **Hypotéza H2 byla tedy potvrzena, po absolvování kurzu došlo ke značnému snížení míry emočního jedení.**

Dotazník zaměřený na způsob kontroly stravovacích návyků měří **poměr rigidní a flexibilní kontroly** a ověřuje tak hypotézu **H3**, která předpokládá, že se zvýší podíl flexibilního způsobu kontroly (FK) na úkor rigidního (RK). Výsledky míry posunu názorně shrnuje krabicový graf na obr. 8.



**Obr. 8: Hodnocení změny poměru flexibilní a rigidní kontroly před a po ukončení kurzu**

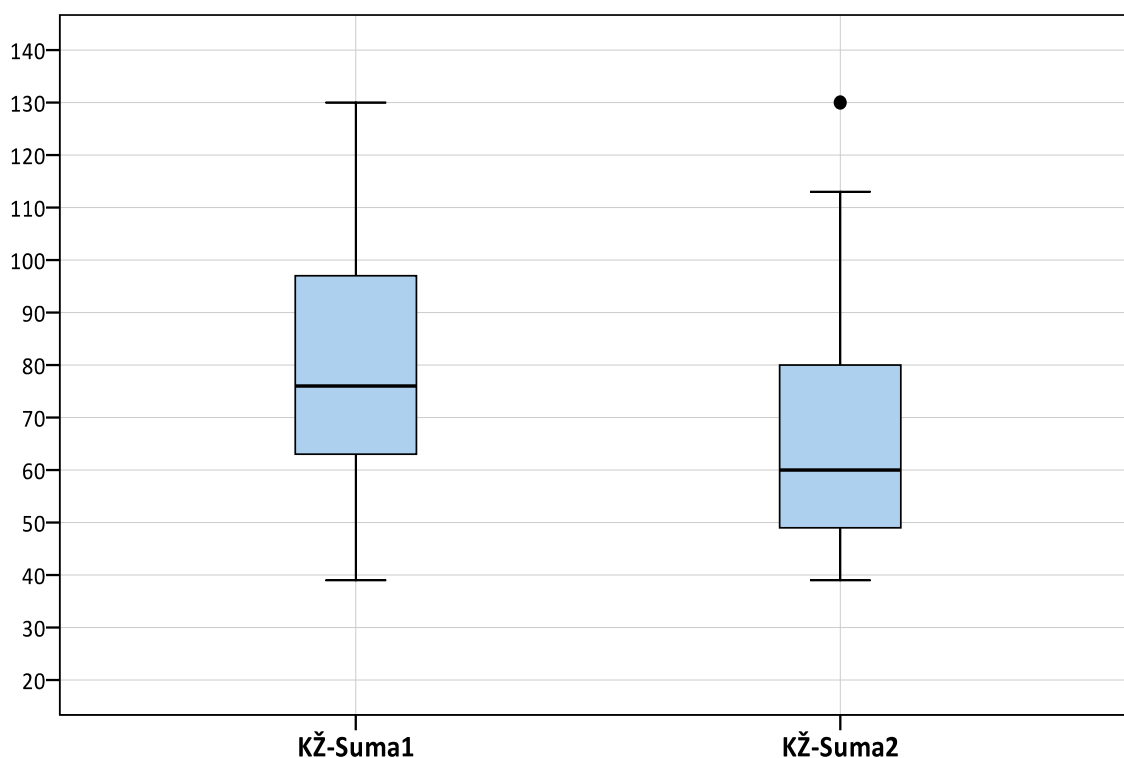
Ukázalo se, že u 89 % účastníků výzkumu se po terapii zvýšil poměr FRK (flexibilního způsobu kontroly na úkor rigidního). Z průměrného poměru 18:13 (FK:RK) na začátku kurzu, se po kurzu změnil na 24:6. Průměrně se tedy podíl flexibilního způsobu kontroly zvýšil o 6,34 bodů na škále od 0 do 30. Změnu centrální tendence dat lze usuzovat i z krabicového grafu na obr. 8, který analyzuje část flexibilního způsobu kontroly. Obr. 8 naznačuje, že hodnota mediánu je pro opakovaný dotazník významně vyšší. Významný je i posun dolního kvartilu, kdy po skončení kurzu má 75 % účastníků skóre vyšší než 21 bodů oproti 14 bodům před zahájením kurzu. Dále lze pozorovat silné zeshikmení rozdělení zleva, což dokladuje posun k možnému maximu bodů, které dotazník připouští. **Tím byla potvrzena hypotéza H3, protože došlo ke značnému zvýšení poměru flexibilní kontroly.**

**Dotazník kvality života** měří míru subjektivně vnímané kvality života a ověřuje hypotézu **H4**, která předpokládá, že dojde ke zlepšení vnímané kvality života ve všech zkoumaných oblastech (fyzické kondice, sebedůvěry, sexuálního života, společenských vztahů a problémů na veřejnosti, pracovních vztahů). Výsledky tohoto dotazníku shrnuje tab. 5.

N=65	Rozpětí	Min.	Max.	Průměr	Směr. odchylka	Šikmost	Špičatost
KŽ-FK1	45	14	59	29,62	11,21	0,84	-0,18
KŽ-FK2	35	11	46	23,03	8,73	1,26	0,81
KŽ-SD1	28	7	35	21,32	6,73	0,14	-0,84
KŽ-SD2	27	7	34	16,11	7,12	0,61	-0,54
KŽ-SŽ1	12	4	16	7,29	3,53	1,04	0,09
KŽ-SŽ2	16	4	20	6,17	3,64	1,96	3,44
KŽ-SVV1	22	9	31	16,26	5,43	0,98	0,28
KŽ-SVV2	18	9	27	14,17	4,86	1,04	0,00
KŽ-P1	11	5	16	7,45	2,77	1,20	0,82
KŽ-P2	11	5	16	6,75	2,86	1,81	2,49
KŽ-Suma1	91	39	130	81,94	23,29	0,63	-0,51
KŽ-Suma2	91	39	130	66,23	21,80	0,96	0,23

**Tab. 5: Hodnocení změny vnímání kvality života před a po ukončení kurzu**

V dotazníku kvality života bylo 5 částí, které lze shrnout do celkového výsledku. Více bodů zde značí hůře vnímanou kvalitu života. **Vnímání celkové kvality života (KŽ-Suma) se zlepšilo u 88 %** respondentů. Jak je patrné z tab. 5, v rozmezí od celkového pesima 195 bodů až po úplné optimum 39 bodů ležel průměrný počet bodů na začátku kurzů na 81,94. Po absolvování kurzů se celkový počet bodů posunul na 66,23. Průměrný posun v bodech tedy činil 15,71. Zaměříme-li se na posun horního kvartilu, tedy ptáme-li se, jakého počtu bodů dosáhly alespoň tři čtvrtiny účastníků, pozitivní posun bude také doložen. Z obr. 9 vyplývá, že horní kvartil činil na počátku 98 bodů a po skončení kurzu se snížil na 80,5 bodu. Také snížení mediánu o 16 bodů dokladuje významnou změnu centrální tendence zkoumaných údajů.



**Obr. 9** Změna kvality života

**Zlepšení fyzické kondice (FK) se ukázalo u 88 %** respondentů (od minima 70 bodů k optimu 14 bodů se průměrně účastníci posunuli z 29,62 bodů na 23,03 bodů a zlepšení tedy nastalo o 6,59 bodů), **v oblasti sebedůvěry (SD) u 82 %** (od minima 35 k optimu 7 bodů se účastníci posunuli z průměru 21,32 na 16,11 bodů a průměr v této oblasti se tedy zlepšil o 5,21 bodů), **v oblasti sexuálního života (SŽ) u 51 %** (od minima 20 bodů k optimu 4 bodů se účastníci posunuli z průměru 7,29 na 6,17 a zlepšení tedy nastalo o 1,12 bodů), **v oblasti společenských vztahů a problémů na veřejnosti (SVV) u 68 %** (od minima 45 bodů k optimu 9 bodů se účastníci posunuli od průměru 16,26 k 14,17 a zlepšení tedy nastalo o 2,09 bodů) a **v pracovní oblasti (P) u 48 %** (od minima 25 k optimu 5 bodů se účastníci posunuli z průměru 7,45 na 6,75 a zlepšení tedy nastalo o 0,7 bodů). Všechny oblasti zaznamenaly statisticky významné zlepšení, tj. po skončení kurzu dosahovaly v průměru nižšího skóre. V oblastech Sexuální život a Práce byla změna méně výrazná než ve zbývajících třech částech a to zejména proto, že většina účastníků dosahovala v těchto dvou oblastech optima již na začátku kurzů a posun k lepšímu již nebyl možný (viz tab. 5 - šikmost a špičatost). **Hypotéza H4 byla potvrzena, během terapie došlo ke zvýšení kvality života celkově, i ve všech jednotlivých oblastech.** Značný posun k lepšímu, až na jednu extrémní hodnotu, je ještě lépe vidět i v krabicovém grafu na obr. 9.

Tabulka pro uvedení **míry vlastního vnímání problému** ověřuje hypotézu **H5**, která předpokládá, že se sníží intenzita vnímání problému s jídlem ve všech oblastech. Výsledky tohoto dotazníku shrnuje tab. 6.

N=65	Rozpětí	Min.	Max.	Průměr	Směr. odchylka	Šikmost	Špičatost
Problém-EP1	4	1	5	3,60	1,30	-0,54	-0,71
Problém-EP2	4	1	5	2,82	1,12	0,31	-0,48
Problém-MP1	4	1	5	2,69	1,06	0,25	-0,22
Problém-MP2	3	1	4	1,83	0,78	0,51	-0,55
Problém-PP1	4	1	5	3,34	0,96	-0,07	-0,06
Problém-PP2	4	1	5	2,69	1,03	0,30	-0,03
Problém-HP1	4	1	5	2,78	1,18	0,08	-0,78
Problém-HP2	4	1	5	2,25	0,90	0,80	1,23
Problém-NP1	4	1	5	2,34	1,42	0,70	-0,85
Problém-NP2	4	1	5	1,65	1,05	1,92	3,32
Problém-Suma1	17	8	25	14,75	3,02	0,36	0,94
Problém-Suma2	11	6	17	11,23	2,54	0,25	-0,52

**Tab. 6** Hodnocení změny vnímání vlastního problému s jídlem před a po ukončení kurzu.

Na škále emočního jedení (EP) považovali respondenti emoce (na škále od 1=vůbec neovlivňuje do 5=zcela ovlivňuje) za oblast ovlivňující jejich jídelní chování průměrně na 3,60 bodů, na konci kurzů již jen na 2,82. Nevhodným myšlenkám (MP) přisuzovali před kurzy vliv průměrně na 2,69 a po kurzech na 1,83. Vlivy vnějšího prostředí (PP) je měli ovlivňovat před kurzy průměrně na 3,34 a po kurzech na 2,69. Hlad (HP) jako častý podnět k jídlu pociťovali na začátku kurzů průměrně na 2,78 a po kurzech na 2,25. A neznalost zdravé výživy (NP) jako faktor ovlivňující jejich nevhodné stravovací návyky byl průměrně vnímán na 2,34 před kurzy a po kurzech na 1,65. Celkově se intenzita problémů snížila z 14,75 bodů na 11,23. Ačkoliv u jednotlivých oblastí se rozpětí prakticky nezměnilo, v celkovém součtu se rozdíl mezi nejnižší a nejvyšší dosaženou hodnotou snížil o 6 bodů. U všech oblastí se tedy vnímání vlastního problému snížilo, což je jistě pozitivní přínos terapie, když klienti vnímají změny sami na sobě. **Hypotéza H5 byla tedy tímto potvrzena, intenzita vnímání problému s jídlem se u všech oblastí snížila.**

Z jiných oblastí, které měli respondenti možnost v této tabulce doplnit, byla nejčastěji jako podnět k jídlu uváděna chuť, dále konzumace alkoholu (pivo a víno) a poté příčiny jako únava, nemoc, lenost, slabá vůle, reklama v televizi a různé rituály spojené s jídlem.

### 7.5.1 Analýza vztahů mezi vybranými proměnnými

Následující korelační a regresní analýzy ověřují závislost jednotlivých proměnných vybraných většinou na základě předchozích výzkumů. Především se jedná o korelace, které mají dokázat význam flexibilní kontroly, který má být patrný na nižším BMI, vyšší kvalitě života, nižším podílu disinhibice, vyšším váhovém úbytku a potvrdit to, že samotná škála restriktce je v jistých ohledech nedostačující (Westenhoefer, 1999). Dále je ověřována závislost mezi BMI a kvality života, kdy vyšší BMI má pozitivně korelovat s horší kvalitou života (Slabá, 2003) a analyzován je i vliv úbytku kilogramů na změnu kvality života, pro potvrzení či vyvrácení teorie, že ke zlepšení kvality života dochází díky KBT i bez úbytku na váze. Poslední korelační analýza má pomoci zjistit, zda respondenti mají problém opravdu v těch oblastech, ve kterých je vnímají (sledováno na oblasti emočního jedení a pocitů hladu).

N=65	Spearman's rho	FRK1	FRK2	KŽ-Suma1	KŽ-Suma2
BMI1	Correlation Coefficient	<b>-0,297*</b>	-0,188	<b>0,631**</b>	0,607**
	Sig. (2-tailed)	0,016	0,133	0,000	0,000
BMI2	Correlation Coefficient	-0,265*	<b>-0,236</b>	0,564**	<b>0,631**</b>
	Sig. (2-tailed)	0,033	0,059	0,000	0,000

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

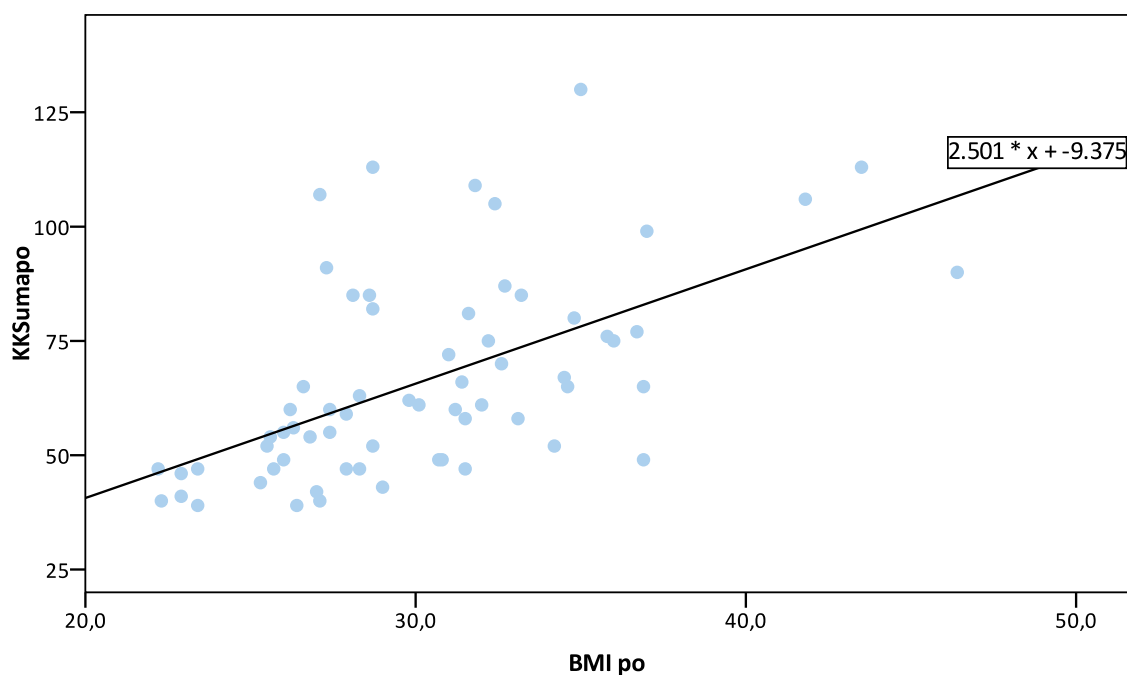
\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tab. 7 Korelace BMI s celkovou kvalitou života a BMI s poměrem flexibilní a rigidní kontroly**

Tabulka 7 zachycuje negativní korelaci BMI a FRK na začátku kurzů, tudíž čím vyšší byl podíl flexibilní kontroly, tím nižší bylo BMI. Tento vztah je sice statisticky významný, nastítěná závislost je však spíše slabá. Dále tabulka 7 vypovídá o míře závislosti mezi BMI a kvalitou života, které spolu signifikantně pozitivně korelují. Vyšší BMI tedy souvisí s horší kvalitou života. Jelikož se jedná o silnou závislost, bude provedena regresní analýza. Vysvětlující (nezávislou) proměnnou je v tomto případě BMI a vysvětlovanou (závislou) proměnnou je kvalita života.<sup>7</sup> Obr. 10 zachycuje tento vztah a přináší lineární regresní model, který závislost dvou zmíněných proměnných popisuje. Na základě provedených testů tohoto modelu (viz příloha 3) lze konstatovat, že navrhovaná regresní křivka statisticky významně vysvětluje kvalitu života (KŽ-Suma2). Obě konstanty se potom signifikantně podílejí na modelu.

<sup>7</sup> Obě proměnné pocházejí z 2. sběru, tj. po skončení kurzu.





**Obr. 10** Vztah BMI a kvality života po skončení kurzu

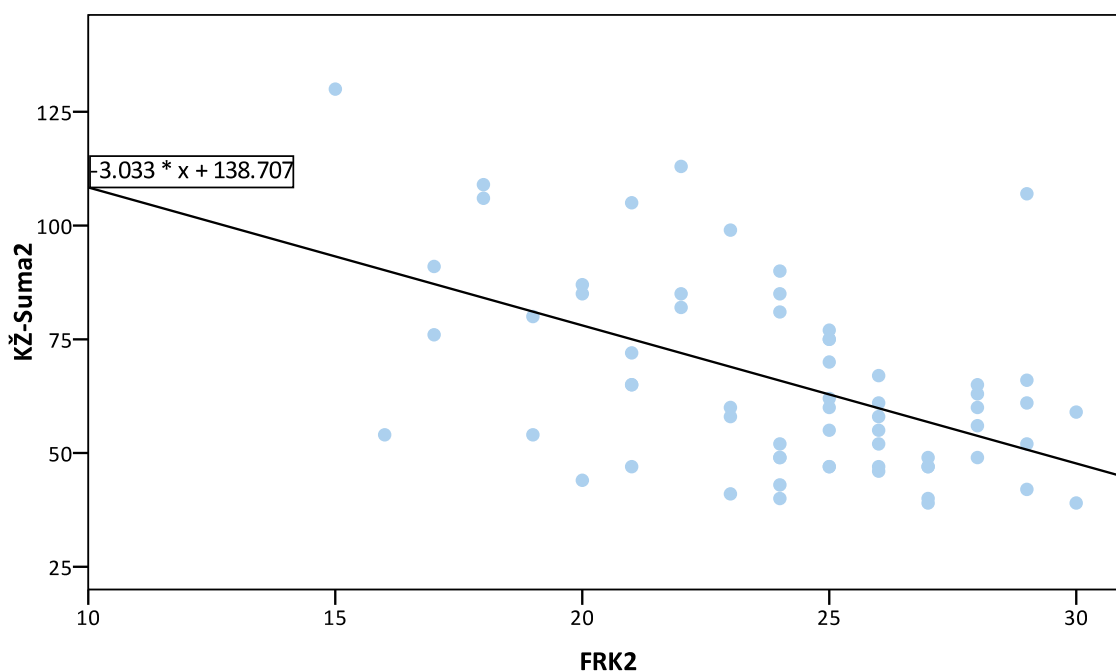
Tabulka 8 zachycuje významnost flexibilního způsobu kontroly, kdy je prokázána síce mírná negativní korelace restriktce a disinhibice na konci kurzů, ale negativní korelace mezi flexibilní kontrolou a disinhibicí je ztelnější na začátku i na konci kurzů. Znamená to, že vyšší flexibilní kontrola prokazatelněji souvisí s nižší disinhibicí než samotná míra vyšší restriktce. Obr. 11 toto tvrzení potvrzuje a nabízí regresní přímku, která vztah mezi flexibilní kontrolou a disinhibicí modeluje.

N=65	Spearman's rho	FRK1	FRK2	Stunkard-R1	Stunkard-R2
Stunkard-D1	Correlation Coefficient	<b>-0,593**</b>	-0,16	<b>-0,150</b>	-0,023
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,211	0,232	0,855
Stunkard-D2	Correlation Coefficient	-0,296*	<b>-0,452**</b>	0,003	<b>-0,282*</b>
	Sig. (2-tailed)	0,016	0,000	0,981	0,023

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tab. 8:** Korelace restriktce s disinhibicí a flexibilní kontroly s disinhibicí



**Obr. 11 Vztah mezi flexibilní kontrolou a disinhibicí po skončení kurzu**

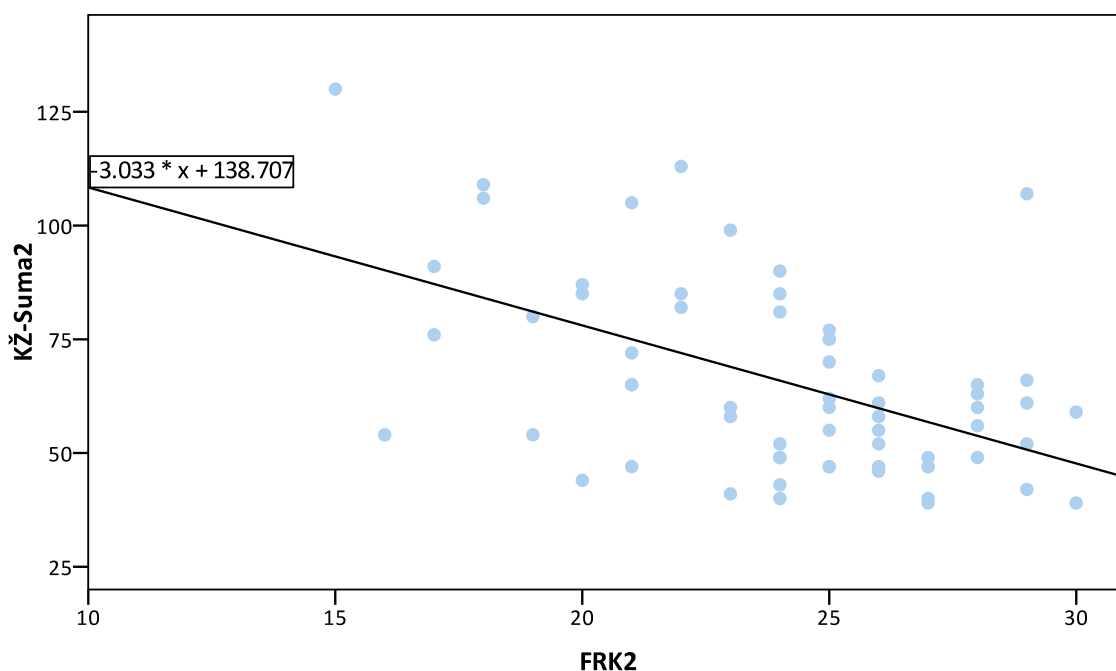
Jak je patrné z tab. 9, korelace flexibilní kontroly s procentuálními váhovými úbytky se sice do jisté míry potvrdila a to s výsledky FRK na začátku kurzů, ale jako významnější a silnější se ukázal její vliv na kvalitu života a to na začátku i na konci kurzů. Obr. 12 tento vztah blíže analyzuje pomocí lineární regrese. Z grafu je patrná nepřímá úměrnost mezi proměnnými. Jinak řečeno čím vyšší flexibilní kontrola, tím nižší počet bodů v kvalitě života, což představuje její zlepšení.

N=65	Spearman's rho	Váhový úbytek	% vahový úbytek	KŽ-Suma1	KŽ-Suma2
<b>FRK1</b>	Correlation Coefficient	<b>-0,265*</b>	-0,22	<b>-0,610**</b>	-0,470**
	Sig. (2-tailed)	0,033	0,082	0,000	0,000
<b>FRK2</b>	Correlation Coefficient	0,142	<b>0,149</b>	-0,249*	<b>-0,448**</b>
	Sig. (2-tailed)	0,258	0,236	0,045	0,000

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tab. 9: Korelace flexibilní kontroly s procentuálním váhovým úbytkem a s kvalitou života**



**Obr. 12 Vztah flexibilní kontroly a kvality života po skončení kurzu**

Závislost mezi výsledky na škále hladu a vlastním vnímáním pocitů hladu u respondentů znázorňuje tab. 10. Je z ní patrné, že v této oblasti si účastníci výzkumu uvědomovali svůj problém s hladem, který se prokázal i na Stunkardově škále. Pozitivní korelace mezi těmito proměnnými je signifikantní na začátku i na konci kurzů.

N=65	Spearman's rho	Problém-HP1	Problém-HP2
Stunkard-H1	Correlation Coefficient	<b>0,526**</b>	0,313*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,011
Stunkard-H2	Correlation Coefficient	0,234	<b>0,450**</b>
	Sig. (2-tailed)	0,061	0,000

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tab. 10: Korelace pocitů hladu se subjektivním vnímáním tohoto problému**

Podobné výsledky zachycuje i tab. 11, která zachycuje korelace emočního jedení a výsledky vlastního vnímání problému v oblasti emočního jedení, kdy poměrně stejně silně pozitivně obě proměnné korelují na začátku i na konci kurzů. Opět to znamená, že si respondenti uvědomují svůj problém s jídlem v oblasti emocí, který se prokázal i na škále emočního jedení. Dále je zde zachycena zajímavá, silně signifikantní pozitivní korelace mezi emočním jedením a disinhibicí, což vypovídá o tom, že se respondenti často přejídají právě v důsledku emocí.

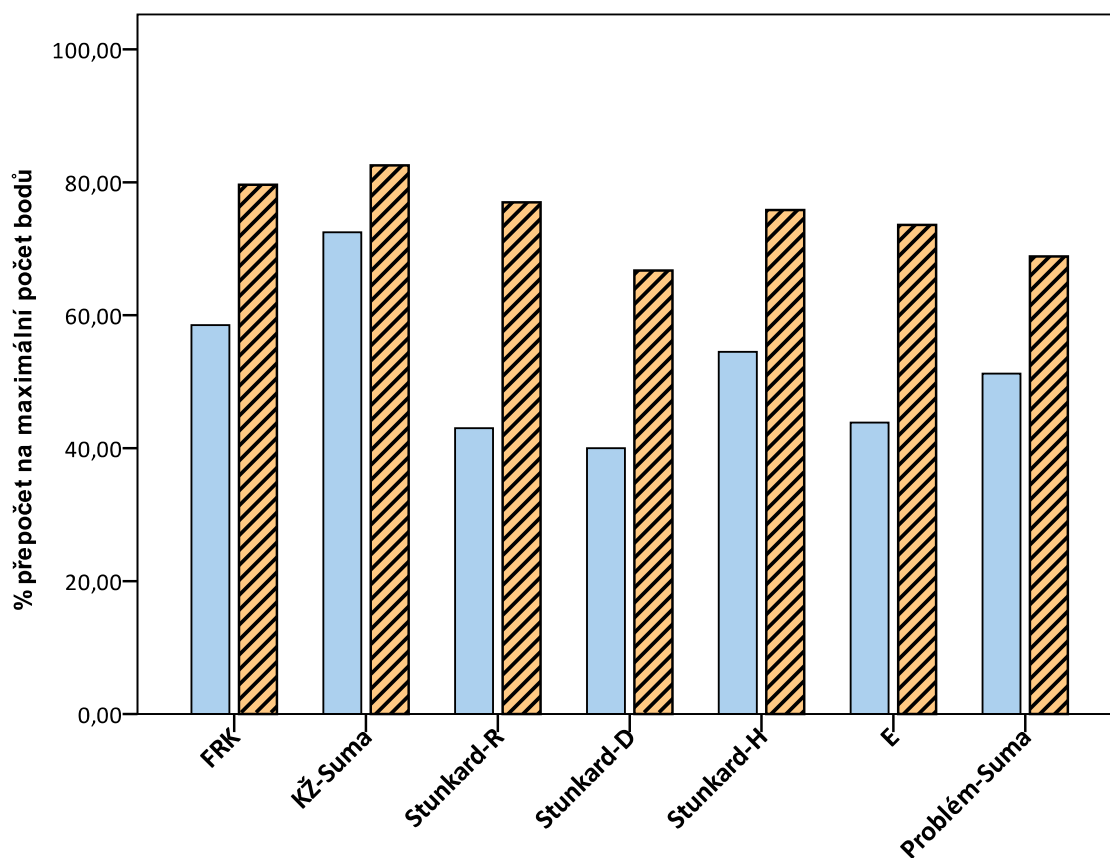
N=65	Spearman's rho	Stunkard-D1	Stunkard-D2	Problém-EP1	Problém-EP2
E1	Correlation Coefficient	<b>0,775**</b>	0,340**	<b>0,668**</b>	0,481**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,006	0,000	0,000
E2	Correlation Coefficient	0,603**	<b>0,713**</b>	0,494**	<b>0,684**</b>
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tab. 11: Korelace emočního jedení s disinhibicí a vnímáním problému v oblasti emocí**

## 7.6 Shrnutí a interpretace výsledků

V rámci tohoto výzkumu se ukázalo, že po absolvování základního kurzu společnosti STOB, využívajícího metodiku KBT a zařazení pohybové aktivity, se zdatně mění k lepšímu nejen váha, ale i vnitřní podněty ovlivňující jídelní chování, kvalita života, způsob omezení stravovacích návyků, i vnímání vlastního problému s jídlem. Potvrdily se všechny předložené hypotézy a pozitivní vliv KBT v kurzech snižování nadváhy společnosti STOB na tyto vybrané psychologické aspekty nadváhy a obezity je značný. Procentuální zlepšení průměrných výsledků v jednotlivých oblastech je shrnuto na obr. 13, kde prázdné sloupce značí průměrný stav na začátku kurzů a šrafované po jejich absolvování. Osa y zde značí procentuální míru od pesima (0,00) k optimu (100,00) k jednotlivým škálám na ose x.



**Obr. 13: Procentuální zlepšení průměrných výsledků v jednotlivých oblastech**

Prokazatelně došlo ke zvýšení restriktivity, tedy omezování se v jídle, což je při snižování nadváhy důležité (Karlsson, et al., 2000), přičemž ale navíc významně vzrostl podíl flexibilní kontroly tohoto omezování, což je důležité jak pro kvalitu života (prokázala se signifikantní pozitivní korelace flexibilní kontroly s kvalitou života), tak pro udržení váhových úbytků (Westenhoefer, 1999). I přes zvýšení podílu restriktivity se míra pocitů hladu snížila, tudíž účastníci i přes omezování se v jídle pociťovali menší hlad. To vysvětlují především menší a častější porce jídla, nízká denzita potravin a jejich větší objem, i pravidelné a pomalé jedení.

Zároveň se snížila disinhibice a emoční jedení, které vedou k nadměrnému příjmu potravy a mnohdy i k nadváze a obezitě. V souvislosti s disinhibicí se prokázala negativní korelace s flexibilní kontrolou stravovacích návyků, tudíž čím vyšší byl poměr flexibilní kontroly, tím nižší byla disinhibice. U samotné restriktivity se korelace s disinhibicí neprokázala, což opět poukazuje na významnost rozlišení škály restriktivity a podíl flexibilní kontroly.

Subjektivně vnímaná kvalita se zlepšila celkově, i v jednotlivých oblastech zvlášť. Na to mohl mít vliv jak průběh terapie a metodika KBT, tak zejména v oblasti fyzické kondice snížení hmotnosti samo o sobě. Navíc se prokázala její pozitivní korelace s mírou flexibilní kontroly. Nejvíce pak s mírou flexibilní kontroly pozitivně korelovala oblast sebedůvěry, společenských vztahů a problémů na veřejnosti a celkové skóre dotazníku kvality života. Potvrdilo se také tvrzení (Slabá, 2003), že vyšší BMI negativně koreluje s vnímanou kvalitou života. S vyšším BMI tedy klesá i subjektivně vnímaná kvalita života, což není ze zdravotního hlediska, somatického ani psychologického, dobré.

Také se ukázala silně signifikantní pozitivní korelace disinhibice s emočním, což nabízí vysvětlení, že účastníci výzkumu, kteří se přejídají, se často přejídají právě v důsledku emocí. Emoční jedení je problémem, který většinou vyžaduje více času k jeho řešení, protože se za ním často skrývá hlubší problém. To, že během tohoto druhu terapie dochází k jeho snížení je výborným výsledkem.

Dále se prokázalo, že výsledky jednotlivých dotazníků souvisí se subjektivním vnímáním vlastního problému v oblastech emočního jedení a hladu. Výsledky škály hladu ze Stunkardova dotazníku pozitivně korelovaly s vlastním uvědoměním problému jedení z hladu v tabulce na konci dotazníků (viz příloha 1) a škála emočního jedení korelovala s vnímáním problému emocí v souvislosti s přejídáním. Znamená to, že účastníci si svůj

problém sice mohou uvědomovat, ale to tedy samo o sobě většinou ještě nestačí k řešení jejich problému.

K předpokládanému posunu v oblastech jídelního chování, způsobu kontroly stravovacích návyků, emočního jení, kvality života a vnímání intenzity vlastního problému tedy prokazatelně došlo a lze tyto výsledky uzavřít slovy, že metodika skupinových kurzů snižování nadváhy společnosti STOB, založená na kognitivně-behaviorální terapii, je efektivní a její vliv na zkoumané psychologické aspekty nadváhy a obezity je účinný. Vzhledem k tomu, že k průkaznému zlepšení došlo ve všech pěti zkoumaných sférách i v patnácti podrobnějších škálách, je metodika účinná ve všech zkoumaných oblastech.

## 8 DISKUSE

Je třeba podotknout, že podobně jako u většiny dotazníkových šetření hrozilo riziko nezodpovědného vyplnění dotazníků, které nelze zcela vyloučit. Účast ve výzkumu byla ale dobrovolná a vzhledem k rozdílu počtu dotazníků vyplněných na začátku (142) a těch na konci (68), věřím, že respondenti, kteří všechny dotazníky vyplnili před i po kurzu, vyplnili dotazníky ve vlastním zájmu zodpovědně. Mnozí z nich totiž projeví zájem o jejich individuální vyhodnocení a sdělení celkových výsledků. I proto byly z výzkumu zcela vyřazeny výsledky respondentů, kteří dotazníky vyplnili jen na začátku kurzů, nebo když některý z jejich dotazníků nebyl úplný. Analýza výsledků pak byla prováděna jen na kompletně vyplněných dotaznících, jejichž výsledky se daly srovnat s údaji před kurzy a údaji po kurzech. U tohoto vzorku zahrnujícího 65 respondentů tedy předpokládám největší možnou šanci zodpovědného vyplnění.

Dále je třeba zmínit, že část respondentů vyplňovala dotazníky na místě kurzů v mé přítomnosti a někteří je vyplňovali z domova. Vždy byla volba na respondentech, informace k dotazníkům a výzkumu obdrželi v obou případech a i při vyplňování na místě jim byla poskytnuta dostatečná časová dotace. Respondentům jsem se snažila vyjít vždy vstříc, a proto bylo následně možné vyplňovat dotazníky na počítači. Nemyslím si, že by rozdíl v místě vyplňování měl vliv na sebraná data (zvláště proto, že vždy byla možnost výběru), ale ukázalo se, že měl vliv na návratnost dotazníků. Zatímco při vyplňování na místě byla návratnost téměř 100 %, u možnosti zaslání dotazníků emailem se snížila zhruba na polovinu. Osobní přístup je tedy v tomto ohledu efektivnější.

Zkoumaný soubor, který zahrnoval 63 žen a 2 muže, byl zastoupením poměrně rozmanitých věkových kategorií (od 15 do 67 let, kdy medián byl 43 let) i BMI, které na začátku kurzů sahalo od normální váhy až po obezitu 3. stupně. Průměrné BMI bylo na počátku 32,6, což je obezita 1. stupně a také nejzastoupenější míra obezity, pro kterou je KBT navíc nejvhodnější (Málková, 2010). I přesto ale došlo ke snížení váhy i u vyšších stupňů obezity a průměrně se účastníci výzkumu propracovali až k horní hranici nadváhy.

Váha se více či méně snížila u 97 % účastníků výzkumu, kdy konkrétně u jednoho se podle dat nezměnila vůbec a u dalšího dokonce vzrostla o 1,7 kg. Když se pomine možná chyba v měření, je možným vysvětlením přibrání svalové hmoty na úkor tukové, která váží více a respondent tedy mohl změny zaznamenat spíše měřením obvodů těla

v centimetrech (proto by bylo vhodné v rámci těchto typů výzkumu sledovat kromě váhy i změny obvodů částí těla, případně zjištění poměru tuku, svalové hmoty a vody v těle), dále připadá v úvahu také vysvětlení, že respondent opravdu nezhubl, buď z důvodu nějaké závažnější zdravotní poruchy (hormonální povahy, zadržování vody v těle apod.), nebo také z důvodu nedodržování zásad programu těchto kurzů, což se nedá vyloučit. Ačkoli tedy nebylo snižování váhy v tomto výzkumu primárně sledovaným cílem, ráda bych poukázala na fakt, že k ubývání na váze v těchto kurzech průkazně dochází. Průměrný procentuální váhový úbytek v těchto kurzech činil 7 %, což odpovídá doporučenému váhovému úbytku (5-15 %), vhodnému pro následné udržení váhy.

Metodika této terapie, založená na KBT, však prokázala svou efektivitu nejen v rámci snižování nadváhy, ale i v oblasti jejích vybraných psychologických aspektů. Konkrétně měla vliv na snížení nekontrolovatelného jedení (disinhibice), přejídání jako reakci na emoční stavy (emočního jedení) a přesto, že se vlivem terapie zvýšilo omezování v jídle (restrikce), nedocházelo k navýšení pocitů hladu - naopak došlo k jejich snížení. To tedy potvrzuje, že účastníci kurzů netrpí pocity hladu a tím pádem se i méně přejídají. I když mnozí respondenti nerozlišovali mezi chutí a hladem, je to i tak pozitivní zjištění. Podíl na tom mohlo mít zejména zvýšení podílu flexibilní kontroly. Studie totiž sice prokázaly, že míra restriktivity je důležitá pro snižování a následné udržení váhy (Timko, Oelrich, 2007), ale s rozlišením způsobu této kontroly na flexibilní a rigidní ukázaly výzkumy ještě další souvislosti. Podle Westenhoefera (Westenhoefer, Stunkard, 1999) měla FK korelovat s nižším BMI a RK s vyšším, což následně zpochybnil výzkum na amerických ženách (Timko, Oelrich, 2007). V rámci tohoto výzkumu se prokázala negativní korelace mezi FK a BMI na začátku kurzů, což sice potvrzuje Westenhoeferovi výsledky, naopak na konci kurzů se však závislost již neprokázala, což zase odpovídá Timkovu závěru. Westenhoeferův závěr, že FK je lepším prediktorem snižování váhy se potvrdil také jen částečně, protože statisticky významná závislost se prokázala opět jen na začátku kurzů. Ačkoli byly škály použitých dotazníků odlišné a předešlé korelace byly průkazné jen na nízké úrovni, jako podstatný fakt se ukázala signifikantně negativní korelace mezi poměrem flexibilní kontroly a disinhibicí. Tím se jednoznačně potvrzuje Westenhoeferovo tvrzení (Westenhoefer, Stunkard, 1999), že flexibilní kontrola asociuje s nižší disinhibicí a tím skýtá větší šanci na udržení váhy, protože její míra pozitivně koreluje s kvalitou života. Tyto výsledky opodstatňují



rozšíření škály restriktce a rozdělení kontroly stravovacích návyků na tyto dva způsoby. Samotná závislost mezi restrikcí a disinhibicí se totiž neprokázala, tudíž míra restriktce nevyovídá nic o tom, zda se člověk omezuje příliš striktně a následně se přejídá, či nikoli. Tato rozlišovací škála by tedy mohla být přínosná i pro jiné instituce využívající TFEQ dotazníky, např. pro OB kliniku<sup>8</sup>.

V oblasti zkoumané kvality života je třeba říci, že se jedná o subjektivně vnímanou míru kvality života, na kterou má jistě kromě váhy a terapie vliv mnoho dalších faktorů, které dotazník nepostihl. I tak se ale statisticky významná změna v této oblasti prokázala. Tím se potvrdily výsledky pilotní studie PhDr. Šárky Slabé (Slabá, 2003), prokázané totožným dotazníkem v obdobné skupině, s téměř stejným průběhem terapie. Zlepšení kvality života se taktéž prokázalo v každé z jednotlivých oblastí. Otázkou však zůstává, zda má na tuto změnu vliv spíše KBT, podpora ve skupině, nebo snížení váhy samo o sobě. Dle mého názoru souvisí jedno s druhým a obdobně jako váha ovlivňuje kvalitu života (prokázala se statisticky významná negativní korelace BMI a kvality života) a naopak vnímaná kvalita života může být faktorem pro udržování nadváhy (nízká fyzická kondice a sebedůvěra může vést k obavám ze sportování a zapojení se do pohybových aktivit), ovlivňuje vnímanou kvalitu života jistě jednak snížení váhy, ale snad i pocit z vlastního zadostiučinění, sebepřekonání a nalezení pozitivního přístupu k vlastnímu tělu. To, že se účastníci kurzů navzájem podporují, sdílejí vzájemně problémy i úspěchy a učí se postupně sami měnit svůj život k lepšímu, se dle mého názoru na kvalitě života odráží taktéž. Podíl zde může nést i pohybová aktivita, která prokázala svůj vliv na tělesné sebepojetí (Fialová, 2006). Metodika STOBu se však snaží pomocí KBT naučit klienty zdravějšímu životnímu stylu, který zahrnuje i zařazení pohybové aktivity do běžného života. Výzkum, který by se však zabýval vlivem psychoterapie a pohybové aktivity na tento psychologický aspekt odděleně, by mohl být zajímavý.

Ačkoli je pravda, že se v případě tohoto výzkumu jednalo o preselektovaný vzorek, kdy účastníci většinou vyhledali pomoc z vlastní vůle, souhlasili s programem těchto kurzů a byli ochotní opakovaně vyplnit poměrně dlouhé dotazníky, je důležité, že svůj účel v tomto případě jejich metodika splnila. A nejenže to potvrzují výsledky dotazníků, ale

---

<sup>8</sup> OB klinika se zabývá problematikou komplexní léčby a prevence obezity a k ní přidružených metabolických onemocnění.

potvrdila to i analýza té části dotazníku, kde respondenti sami volili intenzitu vnímání svého problému s jídlem v konkrétních oblastech. To, že tato tabulka má vypovídající hodnotu, potvrzují i pozitivní korelace tohoto vlastního vnímání problému s výsledky jednotlivých škál v jednotlivých dotaznících - konkrétně v oblastech emočního jedení a také vnímání hladu.

Nicméně by jistě bylo zajímavé rozšíření dotazníků i mezi klienty a pacienty jiných zařízení, kdy by hrála roli i rozdílná motivace. Případně by se dal zkoumat i případný rozdíl mezi muži a ženami, nebo obézní a neobézní populací. Nejmenší pozornost je však věnována udržení váhových úbytků, proto bych jako námět pro další zkoumání navrhla vliv těchto psychologických faktorů, zejména pak podíl flexibilní kontroly, na udržení váhy.

## 9 ZÁVĚR

Nadváha a obezita představují významný problém současné společnosti. Vzhledem k aktuálnímu poměru populace s nadváhou i obezitou, která ohrožuje i děti, je třeba se tomuto tématu dále intenzivně věnovat. Ačkoli podstatnou roli v této oblasti by měla hrát i prevence, je nutné stále hledat a zkoumat efektivní řešení pro případy, kdy se nadváha nebo obezita zkrátka objeví a takto postižený jedinec s ní neumí sám bojovat. Je to nutné i z důvodu stále se objevujících, nových a „zaručeně efektivních“ způsobů a laických metod hubnutí, které slibují rychlý úbytek na váze s minimem námahy. To je však ve většině případů nejen nemožné, ale především vždy neefektivní. Z vědeckého hlediska je klíčem k úspěchu negativní energetická bilance, která však musí být nejen mírná a postupná, ale především dlouhodobá. Jedinec, který se pokouší snížit svou váhu, by neměl trpět pocitem hladu, zcela ze svého jídelníčku vylučovat některé „zakázané“ potraviny, či jinak drasticky omezovat svůj energetický příjem. Takovéto postupy jsou nadměrnou a negativní zátěží nejen pro tělo, ale i pro psychiku jedince. V rámci snižování nadváhy nejde tedy jen o samotné hubnutí, ale především o prožívání celého procesu a o šanci na následné udržení váhových úbytků. Proto není vhodné nasazovat jednostranné diety, ale přistoupit na celkovou změnu životního stylu.

Vzhledem k tomu, že o zdravém životním stylu má teoretické znalosti asi většina populace, je evidentní, že pouhé povědomí o jeho zásadách nestačí. Proto je třeba naučit jedince jak převést tyto teoretické poznatky do praxe, jak se správně stravovat, aby jídlo bylo vhodně energeticky vyvážené a zároveň splňovalo požadavky individuálních chuťových preferencí, jak se zachovat v kritických situacích jako jsou oslavy, návštěvy nebo nákupy, jak zvládat emočně vypjaté situace, které doteď byly „řešeny“ jídlem, i jak se vhodně pohybovat, aby to bylo příjemné, zábavné i dostatečně efektivní. Při zvládnutí těchto a dalších kroků nabízí vhodně pomocnou ruku právě KBT.

Smyslem této práce bylo prozkoumat a případně tedy potvrdit efektivitu KBT v rámci jejího vlivu nejen na snižování nadváhy, ale především na vybrané psychologické faktory. Ty ke vzniku nadváhy nebo obezity nejen mohou vést a udržovat je, ale mají tím pádem i podstatnou roli při jejich terapii. Při léčbě nadváhy a obezity nelze jen předávat informace o tom, jak se mají pacienti chovat a co mají jíst, je třeba se zaměřit i na vnitřní podněty, které toto chování ovlivňují - a to jsou právě ve většině případů emoce a kognice

v podobě nevhodných myšlenek. Protože jsou však tyto nevhodné vzorce většinou již dlouhodobě zažité, je třeba je celkově přemodelovat tak, aby si pacienti sami uvědomili, co dělali špatně a co je třeba změnit. A právě k tomuto přemodelování se nejvíce osvědčila kognitivně-behaviorální terapie, jejíž efektivitu v oblasti poruch příjmu potravy vyzdvihuje například Fairburn (Fairburn, Harrison, 2003). Ten ji porovnával s medikamentózní léčbou a s jedenácti druhy psychoterapie a v této analýze se prokázala nejen nedostatečná všestrannost medikamentózní léčby oproti psychologickým metodám, ale dokonce se KBT ukázala jako nejefektivnější metoda v rámci léčby poruch příjmu potravy. Zejména pak oproti mentální anorexii se její účinnost projevuje v léčbě mentální bulimie a záchvatovitého přejídání, což potvrzuje i MUDr. Petr Možný z psychiatrické léčebny v Kroměříži (Možný, 2011).

A jak již bylo uvedeno v kapitole 2., ačkoli obezita není klasifikována jako porucha příjmu potravy, má zejména se záchvatovitým přejídáním a kontinuálním jedením mnohé společné. Pro obezitu i psychogenní poruchy příjmu potravy je společné zkreslené vnímání vlastního těla i samotného příjmu potravy, neadekvátní kontrola tělesné hmotnosti a nevhodné stravovací návyky. Stejně tak mají obavy z nadváhy, a negativní postoj k ní, neblahý vliv na kvalitu života, ať už opodstatněné jsou, nebo nikoli. Samotná nadváha a obezita může mít zkrátka stejné kognitivní, behaviorální a emocionální důsledky, jako „pouhé“ obavy z ní. Měřítkem těchto problémů by proto neměla být jen váha a rozměry, nýbrž především vnitřní prožívání problému s příjmem potravy a kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2001). A proto je důležité zaměřit se u nadváhy a obezity na psychologické faktory, které hrají roli jak při jejich vzniku a udržování, tak i při jejich léčbě.

KBT nejenže prokázala své výjimečné postavení mezi jinými metodami, ať už psychologickými nebo medikamentózními, ale její efektivita a vliv na vybrané psychologické aspekty nadváhy a obezity se prokázaly i v této práci. Kromě časové, finanční i prostorové nenáročnosti, minima kontraindikací i nežádoucích vedlejších následků, je dle mého názoru největším přínosem KBT to, že pacientovi pomáhá najít způsob jak své problémy zvládnout sám. Tím, že se klient naučí rozpoznat svůj problém a řešit ho, měl by být připraven zvládnout i případný relaps. Udržení váhových úbytků je mnohdy těžší než samotné shazování kilogramů, a proto by pacienti měli umět v případě recidivy sami zasáhnout. Je

proto obzvláště důležité ono postupné osvojování si nových návyků, jejich zažití a především jejich kladné přijetí, aby se daly dodržovat bez větších problémů po celý život.

Výsledkem kognitivně-behaviorální terapie ve skupinových kurzech snižování nadváhy společnosti STOB nejsou jen shozené kilogramy, ale i podstatná změna psychologických faktorů v kognitivní a emocionální oblasti, která se do velké míry podílí právě na změně jídelního chování a osvojení nových návyků, které postupně vedou ke snižování váhy. Neméně důležitý je významný vliv těchto kurzů na zlepšení vnímané kvality života, která je dle mého názoru sama o sobě důležitější než samotné snižování váhy, ačkoli se oba tyto vlivy vzájemně doprovází. Ukázalo se tedy, že metodika KBT v kurzech snižování nadváhy společnosti STOB je efektivní ve všech zkoumaných oblastech a skvěle se naplňuje její cíl, modifikovat myšlení a chování klienta ve prospěch zdravějšího životního stylu.

Byla bych ráda, kdyby tato práce přispěla k rozšíření povědomí o významném postavení KBT v této oblasti, a to jak u odborné, tak i laické veřejnosti. Je důležité nahlížet na tento masový problém z pohledu jednotlivce, konkrétních situací a problémů, a z nich vycházet při skupinovém řešení. Protože to, co se mnohým může zdát jako přirozené, může pro spoustu jiných představovat obrovský problém. Tím, je v dnešní době často právě jídlo a absence zdravého postoje k němu.

Existuje mnoho metod a přístupů k redukci hmotnosti, ale dle mého názoru se nelze omezit jen na jeden. Nadváha i obezita by měly být chápány jako komplexní problém, který vyžaduje interdisciplinární přístup, z nichž jedním je právě ten psychologický. Při terapii nadváhy a obezity je nutná komplexní změna zahrnující změnu stravovacích návyků, emocionálních a kognitivních faktorů, i pohybových zvyklostí. Nové návyky se následně musí zautomatizovat tak, aby se při tom neubírala, ale přidávala radost ze života!

Tato práce by měla být chápána jako výchozí bod pro další výzkumy v této oblasti, zaměřené jen na některou z jejích dílčí částí. Měla poskytnout komplexnější pohled na tuto problematiku a případné hlubší studie některé z jejích oblastí by byly jistě přínosem.

## SEZNAM LITERATURY

- BECK, A. T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-032-1.
- BROWNELL, K. D., et al. Personal Responsibility And Obesity: A Constructive Approach To A Controversial Issue. *Health Affairs*. 2010, 29,3. ISSN 0278-2715.
- BROWNOVÁ, M. -A. – ROBINSONOVÁ, J. *Body blues*. Vyd. 1. Praha: Beta, 2004. ISBN 80-7306-122-8.
- CANETTIA, L. - BACHARB, E. - BERRY, E. M. Food and emotion. *Behavioural Processes*. 2002, 60, 2. ISSN 0376-6357.
- CARR, D. – FRIEDMAN, M. A. Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*. 2005, 46, 3. ISSN 0022-1465.
- COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: VOTOBIA, 1995. ISBN 80-85885-97-2.
- COOPER, Z. - FAIRBURN, CH. G. - HAWKER, D. M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity: A Clinician's Guide*. New York: The Guilford Press, 2003. ISBN 1-57230-888-5.
- DE LAUZON-GUILLAIN, B., et al. Parental Feeding Practices in the United States and in France: Relationships with Child's Characteristics and Parent's Eating Behavior. American Dietetic Association. *Journal of the American Dietetic Association*. 2009, 109, 6. ISSN 0002-8223.
- DOWNE, K. A. - GOLDFEIN, J. A. - DEVLIN, M. J. Restraint, hunger, and disinhibition following treatment for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*. 2009, 42, 6. ISSN 0276-3478.
- DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Lidé a jídlo*. Vyd. 1. Praha: ISV nakladatelství, 1999. ISBN 80-85866-41-2.
- FAIRBURN, CH. G. - HARRISON, P. J. Eating Disorders. *The Lancet*. 2003, 361, 9355. ISSN 0140-6736.
- FIALOVÁ, L. *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kulturou štíhlého těla*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1350-0.
- FIALOVÁ, L. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7.
- FILASOVÁ, K. Štíhlý ideál, tlustá realita. *Psychologie dnes*. 2010, 16, 4. Portál s.r.o., ISSN 1212-9607.
- FRAŇKOVÁ, S. – DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2003. ISBN-10: 80-246-0548-1.
- FROLÍKOVÁ, H. Polovina lidí trpí obezitou či nadváhou. *Akcent*. 2011, 2, 2.
- GÖCKEL, R. Místo činu lednička aneb Když se z jídla stane problém. Vyd. 1. Práh: 2008. ISBN 978-80-7252-200-2.

- GROGAN, S. *Body Image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-907-1.
- HAINER, V. *Ústní sdělení*. (2010-11-05).
- HAINER, V. *Obezita*. Vyd. 1. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-168-4.
- HAWKS, S. R. - GOUDY, M. B. - GAST, J. A. Emotional eating and spiritual well-being: A possible connection? *American Journal of Health Education*. 2003, 34, 1. ISSN 1055-6699.
- HERMAN, C. P. - VAN STRIEN, T. - POLIVY, J. Undereating or eliminating overeating? *The American Psychologist*. 2008, 63, 3. ISSN 0003-066X.
- HIRSCH, A. *Řekni mi, co jíš ... (... a já ti řeknu, jaký jsi)*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2003. ISBN 80-249-0191-9.
- HUBÁČEK, J. Eat Less and Exercise More - Is It Really Enough to Knock Down the Obesity Pandemia? *Physiological Research*. 2009, 58, S1-6. ISSN 0862-8408.
- CHRISTENSEN, L. - BROOKS, A. Changing food preference as a function of mood. *The Journal of Psychology*. 2006, 140, 4. ISSN 0022-3980.
- KARLSSON, J., et al. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity*. 2000, 24, 12. ISSN 0307-0565.
- KRAVAROVÁ, E. - SLABÁ, Š. - SVAČINA, Š. Poruchy příjmu potravy u obézních - problematika psychiatrická, nebo interní? *Vnitřní lékařství*. 2010, 56, 10.
- KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy a obezita. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2001, 4. ISSN 1212-0383. Dostupné z WWW: <[http://www.istob.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1281&Itemid=47](http://www.istob.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=1281&Itemid=47)>
- KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
- LAUSUS, N. I. *Die Codierung des Körpers. Essstörungen – Anorexia nervosa – im soziokulturellen Kontext der modernen Wohlstandsgesellschaft*. Vyd. 1. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag, 2002. ISBN 3-89649-656-5.
- LISÁ, L. – KŇOURKOVÁ, M. – DROZDOVÁ, V. *Obezita v dětském věku*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 08-032-90.
- MACDONALD, P. Understanding emotional overeating. *Practice Nurse*. 2008, 36, 7. ISSN 0953-6612.
- MÁLKOVÁ, I. *Ústní sdělení*. (2010-11-5).
- MÁLKOVÁ, I. *Manuál pro vedoucí kurzů snižování nadváhy (založený na metodice kognitivně behaviorální terapie)*. Praha: STOB, 2010.
- MÁLKOVÁ, I. – KRCH, F. D. *SOS nadváha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0.
- MALONEY, M. – KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: NLN, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
- MATHIEU, J. What Should You Know about Mindful and Intuitive Eating? *Journal of the American Dietetic Association*. 2009, 109, 12. ISSN 0002-8223.

MOŽNÝ, P. *Ústní sdělení*. (2011-3-6).

MOŽNÝ, P. - PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie - úvod do teorie a praxe*. Vyd. 1. Praha: TRITON, 1999. ISBN 80-7254-038-6.

NEENAN, M. - DRYDEN, W. *Kognitivní terapie: stručný přehled psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-372-7.

PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování*. Vyd. 2. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1.

PUHL, R. - HEUER, C. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*. 2010, 100, 6. ISSN 0090-0036.

SLABÁ, Š. *Vliv redukce nadváhy metodou kognitivně behaviorální terapie na kvalitu života*. Praha, 2003. Rigorózní práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy na katedře psychologie. Konzultant rigorózní práce Doc. PhDr. Jiří Šípek CSc.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA. *Manuál prevence v lékařské praxi: II. Výživa*. Vyd. 1. Praha: Fortuna, 1995. ISBN 80-7168-227-6.

SOUĐKOVÁ, M. *Psychologie pomáhá každodennímu životu*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 2004. ISBN 80-7239-164-X.

SÖDERLUND, A. - FISCHER, A. - JOHANSSON, T. Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2009, 129, 3. ISSN 1757-9139.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Z. *Hodnocení psychologických změn při intenzivním redukčním programu*. Praha, 2009. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy na katedře psychologie. Vedoucí diplomové práce PhDr. Hrachovinová Tamara CSc.

TIMKO, C. A. - OELRICH C. - LOWE, M. R. Prospektiver Zusammenhang zwischen rigider und flexiblen Kontrolle und Gewichtsverlust. *Verhaltenstherapie*. 2007, 17, 2. ISSN 1016-6262.

TOMIYAMA, A. J. -MANN, T. Focusing on weight is not the answer to America's obesity epidemic. *The American Psychologist*. 2008, 63, 3. ISSN 0003-066X.

WAGENKNECHT, M., et al. Vztahy mezi faktory „Dotazníku jídelních zvyklostí“, socioekonomickým stavem, antropometrickými ukazateli akumulace tuku a zdravotními riziky u české populace. *Časopis lékařů českých*. 2007, 146, 3. ISSN 0008-7335.

WANSINK, B. *Nezřízené labužnictví*. Vyd. 1. Praha: Columbus, 2009. ISBN 978-80-7249-254-1.

WESTENHOEFER, J. - STUNKARD, A. J. - PUDEL, V. Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*. 1999, 26, 1. ISSN 0276-3478.



## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1      Použité dotazníky
- Příloha č. 2      Data dotazníkového šetření
- Příloha č. 3      Statistické vyhodnocení