

OSNOVNO ZDRAVLJENJE DEBELOSTI

BASIC TREATMENT OF OBESITY

AVTORICA / AUTHOR:

**dr. Tina Sentočnik, specialistka interne
medicine in psihoterapevka**

*Medico dr. Sentočnik, d. o. o.,
Levčeva 11, 1000 Ljubljana*

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

E-mail: tina.sentocnik@siol.net

1 UVOD

Debelost je kronična, večvzročna, samostojna bolezen, hkrati pa pomemben dejavnik tveganja za druge kronične bolezni z visoko smrtnostjo. Že zmanjšanje telesne teže (v nadaljevanju teže) za 3–5 % pomembno zmanjša tveganje za nastanek bolezenskih zapletov debelosti, izboljša njihove kazalce in omogoča prilagoditev ali celo ukinitvev farmakoterapije teh zapletov. Zmanjšanje teže tudi pomembno izboljša kakovost življenja.

Strokovne smernice različnih strokovnih združenj v Evropi, Veliki Britaniji in ZDA priporočajo stopenjski, celovit pristop k obravnavi debelosti, ki temelji na t. i. osnovnem zdravljenju, dopolnilni (adjuvantni) metodi pa sta farmakoterapija in bariatrično kirurško zdravljenje. Za večjo uspešnost obvladovanja problema debelosti ta strokovna združenja priporočajo dodatno izobraževanje internistov oz. endokrinologov; obeziologija naj bi postala v bodoče nova, licencirana specializacija.

POVZETEK

Debelost je opredeljena kot samostojna bolezen, katere prevalenca globalno narašča. Bolniki z debelostjo se med seboj razlikujejo glede na indeks telesne mase (ITM), prisotne zaplete in psihološko ozadje povečane teže, zato je pred pričetkom zdravljenja potrebna podrobna diagnostika. Podlage za zdravljenje debelosti so strokovne smernice in algoritmi, ki pri vseh bolnikih z ITM nad 25 kg/m² priporočajo stopenjsko obravnavo. Diagnostiki sledi osnovno zdravljenje, ki je usmerjeno v spremembo odnosa bolnika do hrane, hranjenja in telesne aktivnosti, s čimer dosežemo pozitivni učinek na zmanjšanje telesne teže. Orodja, ki jih v osnovnem zdravljenju uporabljamo, so dietoterapija, aktivacijska terapija ter vedenjsko kognitivna terapija. Pristop v osnovnem zdravljenju je timski, v timu pa delujejo specialist internist s poglobljenim znanjem na področju dietetike in psihologije hranjenja, klinični dietetik, aktivacijski terapevt ter psiholog in psihoterapevt. Zdravljenje je dvofazno, usmerjeno v zmanjšanje telesne teže v prvi fazi in v dolgoročno ohranjanje zmanjšane teže v drugi. Le dolgoročno zmanjšanje telesne teže namreč pomembno zmanjša pogostnost zapletov debelosti in s tem potrebo po zdravljenju z zdravili, izboljša telesno zdravje in kakovost življenja.

KLJUČNE BESEDE:

aktivacijska terapija, debelost, diagnostika, dietoterapija, osnovno zdravljenje, vedenjsko kognitivna terapija

ABSTRACT

Obesity is defined as an independent disease, the prevalence of which is increasing globally. Patients with obesity differ in body mass index (BMI), complications and the psychological background of weight, so detailed and accurate diagnostics is necessary before starting treatment. Treatment is provided based on professional guidelines and algorithms, which recommend stepwise treatment for all patients with a BMI over 25 kg/m². After diagnostics, so-called basic treatment is provided, aimed at changing the patient's attitude towards food, nutrition and physical activity, thereby achieving a positive effect on weight loss. The tools we

use in basic treatment are diet therapy, activation therapy and behavioral cognitive therapy. The approach in basic treatment is team-based, and the team includes a specialist internist with in-depth knowledge in the field of dietetics and nutrition psychology, a clinical dietician, an activation therapist, a psychologist and a psychotherapist. The treatment is two-phase and aims at weight reduction in the first phase and long-term maintenance of the reduced weight in the second phase. Only long-term weight reduction significantly reduces the frequency of obesity complications and thus the need for medication, improves physical health and quality of life.

KEY WORDS:

activation therapy, basic treatment, behavioral cognitive therapy, diagnosis, diet therapy, obesity

2 RAZVOJ STROKOVNIH SMERNIC ZA OBRAVNAVO DEBELOSTI

Debelost je leta 1997 Svetovna zdravstvena organizacija opredelila kot samostojno bolezen. To je pospešilo raziskave na področjih etiologije, preventive, diagnostike in zdravljenja te bolezni. Že pred tem, leta 1995, sta v ZDA dve strokovni združenji, NHLBI (*National Heart, Lung and Blood Institute*) in NIDDK (*National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*) pričeli s pripravo priporočil za diagnostiko in obravnavo debelosti na primarnem nivoju in jih leta 1998 implementirali v prakso (1), revidirali pa leta 2000 (2). Te zgodnje smernice priporočajo obravnavo za zmanjšanje teže v trajanju 6–12 mesecev in vsaj 10-odstotno zmanjšanje teže glede na začetno. Že v teh smernicah je pomemben poudarek na motivaciji, ki jo razumejo kot odločilni dejavnik tako za uspešnost zmanjšanja teže kot tudi za dolgoročno ohranjanje nižje teže (1, 2).

V Veliki Britaniji je strokovna organizacija NICE (*The National Institute for Clinical Excellence*) leta 2006 izdala smernice za preprečevanje, diagnostiko in zdravljenje čezmerne teže in debelosti. Debelost so opredelili kot težko ozdravljivo bolezen, ki zahteva pri odraslih in otrocih skupek različnih intervencij za spremembo prehranskih vedenj in odnosa do hrane, zmanjšanje sedečega načina življenja in povečanje dnevne telesne dejavnosti. Poudarili so pomen

ozaveščenosti in znanja o zdravi prehrani ter možnosti preskrbe s kakovostno hrano. Velik poudarek so namenili potrebi po razvoju inovativnih, personaliziranih zdravstvenih programov (3, 4).

V Veliki Britaniji so leta 2007 avtorji vladnega programa *Foresight* predstavili epidemiološke podatke v zvezi z debelostjo, njene ekonomske posledice ter številne in prepletene etiološke dejavnike. Po njihovem mnenju je k preprečevanju in zdravljenju nujno pristopiti čim bolj celovito, saj se trend naraščanja epidemije debelosti nikjer v svetu ni ustavil sam po sebi. Le s svetovanjem posameznikom o spremembi prehranjevanja in gibanja zmanjšanja epidemije debelosti ni moč doseči (5). Raziskovalci in zdravniki morajo usmeriti prizadevanja v dolgoročno zmanjšanje telesne teže pri debelih ljudeh. Poseben poudarek mora biti na zavedanju, da se bo brez ustreznih terapevtskih ukrepov povečalo tako število zapletov debelosti kot tudi incidenca psihopatologije med odraslimi, mladostniki in otroci z debelostjo, na kar so v preteklosti nekateri avtorji že opozarjali (6, 7, 8). Psihološki dejavniki namreč niso samo dejavniki tveganja za razvoj debelosti, pač pa lahko pomembno zmanjšajo zmožnost za spremembo prehranskih in gibalnih navad. Negativno vplivajo na motivacijo za spremembo, s tem pa se zmanjšata sposobnost zmanjšanja teže in adherenca v obstoječih zdravstvenih programih za hujšanje. Da je za dolgoročno uspešno hujšanje ključnega pomena bolnikova lastna motivacija, pa dokazujejo tudi klinične raziskave (9).

V ZDA se je Ameriško združenje kliničnih endokrinologov (*The American Association of Clinical Endocrinologists*, AACE) do debelosti prvič opredelilo leta 1998 in sprejelo stališče, da gre za kompleksno, večvzročno stanje z značilno povečano količino maščobe v telesu, ki se razvija počasi in je kronično ter ga je potrebno opazovati in spremljati, bolnikom pa nuditi predvsem strokovno podporo. Opozorili so na povezavo med debelostjo in številnimi kroničnimi boleznimi, ki povzročajo resno tveganje za zdravje (10). Šele leta 2012 je isto združenje opredelilo debelost kot bolezen s številnimi patofiziološkimi mehanizmi, ki zajemajo genetske, okoljske, fiziološke in psihološke dejavnike. Leta 2013 so se temu pridružili še Ameriški kolegij za kardiologijo (*American College of Cardiology*), Ameriško združenje za srce (*American Heart Association*), Društvo za debelost (*The Obesity Society*) (11) in slednjič še Ameriško zdravniško združenje (*American Medical Association*) (12). Omenjena strokovna združenja ugotavljajo, da je v klinični praksi za uspešno obvladovanje problema debelosti potrebna dodatna licencirana specializacija internistov oz. endokrinologov. AACE in Ameriški kolegij endokrinologov



Preglednica 1: Strokovno stališče Ameriškega združenja kliničnih endokrinologov in Ameriškega kolegija endokrinologov glede naprednega pristopa k stopenjskemu zdravljenju in preprečevanju debelosti kot kronične bolezni iz leta 2014 (13).

Table 1: American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement on the 2014 Advanced Framework for a New Diagnosis of Obesity as a Chronic Disease (13).

DIAGNOZA		STADIJ DEBELOSTI IN ZDRAVLJENJE	
1. korak	2. korak	3. korak	4. korak
ITM (kg/m ²)	Spremljajoče bolezni in zapleti debelosti	Stadij debelosti glede na ITM in zaplete	Terapevtske intervencije na osnovi klinične presoje
25–29,9		Prekomerna teža	<ul style="list-style-type: none"> Zdravi obroki in telesna aktivnost. Sprememba življenjskega sloga, redukcijska dieta in telesna aktivnost.
≥ 30	<ul style="list-style-type: none"> Presnovni zapleti: <ol style="list-style-type: none"> prediabetes, metabolni sindrom, sladkorna bolezen tipa 2, arterijska hipertenzija, dislipidemija, nealkoholna steatoza jeter z vnetjem ali brez. Prekinitve dihanja med spanjem. Sindrom policističnih ovarijev. Osteoartritis. Stresna inkontinenca. Gastroezofagealni refluks in refluksna bolezen požiralnika. Zmanjšana gibalna sposobnost zaradi prizadetosti gibalnega aparata. Psihološke motnje ali stigmatizacija. 	Debelost – stadij 0	<ul style="list-style-type: none"> Sprememba življenjskega sloga, redukcijska dieta, telesna aktivnost. Intenzivna vedenjska terapija in terapija za spremembo življenjskega sloga.
≥ 25		Debelost – stadij 1 (eden ali več zapletov, blagi ali zmerno izraženi simptomi bolezni)	<ul style="list-style-type: none"> Sprememba življenjskega sloga, redukcijska dieta, telesna aktivnost. Intenzivna vedenjska terapija in terapija za spremembo življenjskega sloga. Po potrebi adjuvantna farmakoterapija pri ITM ≥ 27 kg/m².
≥ 25		Debelost – stadij 2 (eden ali več hudih zapletov debelosti)	<ul style="list-style-type: none"> Intenzivna vedenjska terapija in terapija za spremembo življenjskega sloga. Po potrebi adjuvantna farmakoterapija pri ITM ≥ 27 kg/m². Razmisliti o bariatrični kirurgiji pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 in ITM 35–39,9 kg/m². Razmisliti o bariatrični kirurgiji pri bolnikih z ITM ≥ 40 kg/m².

Legenda: ITM – indeks telesne mase

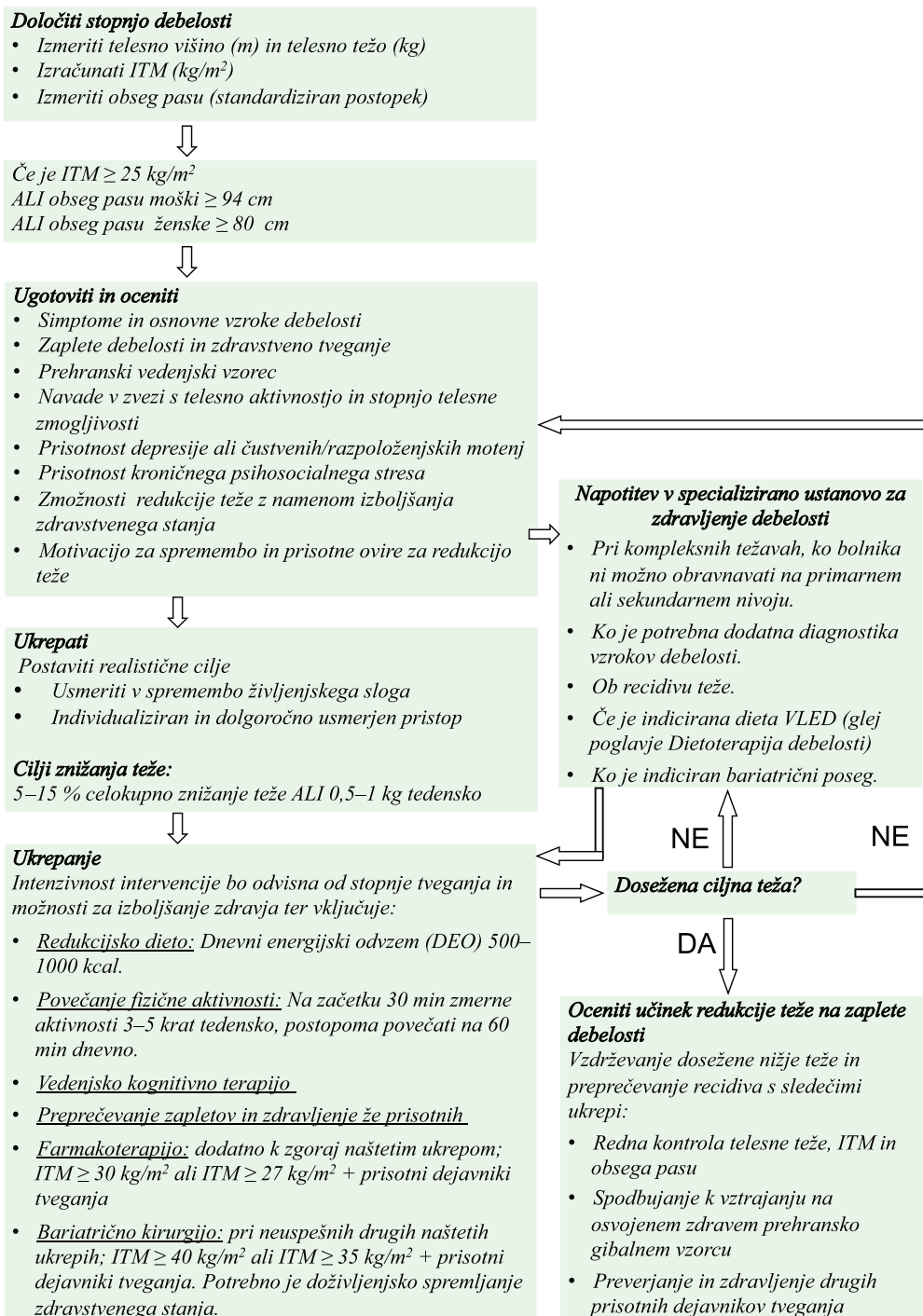
(American College of Endocrinology, ACE) sta leta 2014 dopolnila strokovna stališča glede diagnostike ter preprečevanja in zdravljenja debelosti (13), ki jih prikazuje preglednica 1.

Sodobne evropske strokovne smernice je leta 2015 sprejelo Evropsko združenje za proučevanje debelosti EASO (European Association for the Study of Obesity) (14). Vsebujejo podrobna priporočila za stopenjsko obravnavo debelosti, ki bi jih bilo potrebno v celoti umestiti tudi v slovenski strokovni prostor. Prikazane so na sliki 1.

3 STOPENJSKA OBRAVNAVA DEBELOSTI

Prve podrobnejše strokovne članke o debelosti in možnih strategijah zdravljenja najdemo v psihiatrični literaturi v 50. letih prejšnjega stoletja (15, 16). Že v tej zgodnji strokovni literaturi avtorji navajajo pomisleke o umestnosti enoznačnega pristopa k obravnavi tega stanja ter navajajo po-

Pot klinične oskrbe odraslih s prekomerno telesno težo in debelostjo



Legenda: ITM – indeks telesne mase, VLED – zelo nizkoenergijska dieta

Slika 1: Algoritem za ocenjevanje in stopenjsko obravnavo odraslih s prekomerno telesno težo in debelostjo (14).

Figure 1: Algorithm for the assessment and stepwise management of overweight and obese adults (14).

datke o neuspešnosti (in celo škodljivih posledicah) predpisovanja zgolj »diet za hujšanje«. Stunkard in Bruchova sta tudi prva opisala nekatere psihološke motnje, katerih tipična simptomatika je hiperfagija s posledičnim porastom telesne teže (15, 16).

Glede na zelo nehomogeno populacijo bolnikov z debelostjo je pred pričetkom zdravljenja potrebna podrobna diagnostika, ki je somatska in psihološka (17). S somatsko diagnostiko ugotavljamo zaplete in spremljajoče bolezni (tiste, ki z debelostjo niso vzročno povezane, pač pa jih odkrijemo slučajno), s psihološko diagnostiko pa psihološko ozadje debelosti. Na osnovi izsledkov opravljenih preiskav se individualno odločamo o najustreznejši obliki obravnave oz. zdravljenja. V obravnavi debelosti namreč še posebej velja pravilo, da ne obstaja ena sama metoda zdravljenja, ki bi bila primerna in enako učinkovita za vse bolnike (*one size not fits all*) (18). V skladu s strokovnim znanjem in dobrim poznavanjem bolnikovih težav, njegovega načina življenja, osebnostnih značilnosti, zmožnosti in motivacije, je potrebna fleksibilna in dinamična uporaba vseh terapevtskih veščin in orodij za doseg dolgoročne regulacije teže (19).

4 DIAGNOSTIKA

4.1 SOMATSKA DIAGNOSTIKA

Somatska diagnostika zajema:

- objektivno ugotavljanje telesne višine in teže, oboje izmerimo in se ne zanašamo na subjektivne pacientove podatke,
- izračun indeksa telesne mase (ITM), meritev krvnega tlaka, obsega pasu (OP),
- laboratorijske preiskave,
- pregled trebušnih organov z ultrazvokom (UZ),
- testiranje ščitnične funkcije, UZ ščitnice,
- UZ ovarijev,
- ugotavljanje telesne sestave (npr. z bioimpedančno metodo),
- indirektna kalorimetrija,
- ugotavljanje zapletov in morebitnih spremljajočih bolezni (14).

4.2 PSIHOLOŠKA DIAGNOSTIKA

Podrobna psihološka diagnostika je izrednega pomena pred pričetkom zdravljenja, saj je predpisovanje redukcij-

skih diet pri določenih psiholoških motnjah in predvsem psihiatričnih boleznih kontraindicirano. Pri teh bolnikih je pričakovati tudi nižjo stopnjo adherence v zvezi z dieto in telesno aktivnostjo, pogostejši so tudi prezgodnji izstopi iz obravnave.

V psihološki diagnostiki se opiramo na klasifikacijo DSM V (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, 2013*) (20) in druga diagnostična orodja za diagnosticiranje najpogostejših z debelostjo povezanih psiholoških motenj in psihiatričnih bolezni (21, 22–24). Te so:

- **Motnje hranjenja (angl. feeding and eating disorders)**

- Ekscesivno prenejedanje
- Nepurgativni tip bulimije
- Kompulzivno prenejedanje
- Prenajedanje pred spanjem
- Nočno hranjenje (motnja hranjenja in motnja spanja)

- **Razpoloženske/nevrotske motnje**

- Anksiozne motnje s paničnimi napadi ali brez, generalizirana anksiozna motnja
- Depresija, bipolarna motnja

- **Psihiatrične bolezni shizoidnega spektra in druge**

- **Novejše motnje:**

- Odvisnost od sladkorja (fruktoze).

5 ZDRAVLJENJE DEBELOSTI

Cilj osnovnega zdravljenja debelosti (dietoterapija in aktivacijska terapija z vedenjsko kognitivno podporo) je spremenjen odnos bolnika do hrane, hranjenja in telesne aktivnosti, t. i. »sprememba življenjskega sloga«. Ponovno je potrebno poudariti, da ne gre le za svetovanje, kjer bolnika z enim stavkom »podučimo«, da mora manj jesti in se več gibati. Gre za kompleksen postopek zdravljenja, za strukturirano obravnavo, s timskim pristopom, z ustreznimi zastavljenimi cilji. Ti so usmerjeni v dolgoročno zmanjšanje teže, za kar je potrebno ne le »hujšanje«, ampak tudi odprava vzrokov za porast teže v preteklosti. Le z vzročnim zdravljenjem je možno preprečiti recidiv teže po njenem uspešnem zmanjšanju.

Osnovno zdravljenje ima tako dve fazi: prva faza zdravljenja je simptomatska (redukcija in stabilizacija teže), druga pa je faza vzdrževanja teže. Nepopolno izpeljana, kratkoročno usmerjena obravnavo, ima nizko učinkovitost, zelo pogosti so tudi recidivi teže, tudi če je bilo hujšanje uspešno.

Redukcijska dieta in zmerna vsakodnevna telesna aktivnost sta zlata standarda strokovnih smernic za zmanjšanje teže (25, 26). Dieta za hujšanje mora imeti primerno razmerje med hranilnimi sestavinami. Strokovna mnenja glede pomena glikemičnega indeksa obrokov se razlikujejo, a večina meni, da je le-ta v redukcijskih dietah manj pomemben (27). Osnova za načrtovanje energetske porabe s pomočjo telesne aktivnosti so strokovne smernice, upoštevati pa je potrebno bolnikove telesne omejitve. Te so predvsem degenerativne spremembe lokomotornega aparata (npr. osteoartritis kolen) (28), zvišan krvni tlak ter druge bolezni srca in ožilja (29). Telesna aktivnost je še posebej pomembna po hujšanju, v fazi vzdrževanja teže. Med telesno aktivnostjo mišice trošijo energijo iz glikogenskih in maščobnih rezerv. Aerobne aktivnosti, hoja, tek in kolesarjenje so najprimernejša oblika vadbe za zmanjšanje maščobne mase, vadba za moč pa za povečanje mišične mase (30, 31). Vedenjsko kognitivna oz. bihevioralna terapija (32) ima pomembno mesto v zdravljenju debelosti, kot samostojna ali kot podporna terapija ob redukcijski dieti in telesni aktivnosti (33, 34) ali farmakoterapiji (35, 36), in to pri vseh starostnih skupinah. Še posebej poudarjajo pomen psihološke podpore v dolgoročnem vzdrževanju teže in preprečevanju relapsa po hujšanju (37).

Timsko obravnavo debelosti na sekundarnem nivoju izvajajo: specialist internist, ki mora imeti dodatna znanja s področja dietetike in psihologije hranjenja, klinični dietetik, psiholog, psihoterapevt, medicinska sestra, ki ima tudi znanja s področja zdravstvene vzgoje, ter aktivacijski terapevt, ki ima izkušnje s področja kineziterapije pri bolnikih s kroničnimi boleznimi.

Internistična obravnava obsega spremljanje somatskih parametrov ob hujšanju in prilagajanje farmakoterapije zapletov debelosti ter sodelovanje s kliničnim dietetikom pri programiranju ustrezne diete. Prav tako pomembno je sodelovanje internista s psihologom in aktivacijskim terapevtom.

Osnovna obravnava bolnikov z debelostjo ima nekatere omejitve. Pri nemotiviranih bolnikih in bolnikih s psihiatričnimi boleznimi, kjer je hiperfagija eden od znakov osnovne bolezni ali pa je iatrogena (posledica farmakološkega zdravljenja), je pričakovati nizko adherenco v zvezi z izvedbo diete in telesne aktivnosti. Večinoma lahko pri teh bolnikih dosežemo le minimalni cilj – to je preprečitev nadaljnjega porasta teže. Omejitve za celovito obravnavo so tudi hujša lokomotorna prizadetost ter bolezni srca, ki onemogočajo ustrezno telesno aktivnost. Tem bolnikom lahko predpišemo ustrezno redukcijsko dieto, kar je dolgoročno večinoma manj učinkovito, zato je potreben tehten razmislek o uporabi adjuvantnih oblik zdravljenja debelosti.

5.1 DIETOTERAPIJA DEBELOSTI

Strokovna priporočila na področju dietoterapije debelosti poudarjajo predvsem dobre učinke mediteranske, DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) in MIND (*Mediterranean-DASH Diet Intervention for Neurodegenerative Delay*) diete, ne dajejo pa prednosti nobeni od strokovno utemeljenih diet, saj ne obstaja dieta, ki bi bila idealna za vse bolnike (38, 39).

V ZDA obstajajo orodja, ki jih lahko uporabljamo v zdravstveno-vzgojne namene (npr. MyPlate). Najučinkovitejši pristop v dietoterapiji debelosti je predpis individualno oblikovanega strukturiranega jedilnika v obliki recepture, kar zahteva poznavanje orodij za izračun hranilnih in energijskih potreb, razumevanje vpliva okusa in sestave obroka na občutek sitosti in nasitenosti (40) ter upoštevanje posebnosti in omejitev, ki jih ob debelosti zahtevajo pridružene bolezni (npr. sladkorna bolezen tipa 2, hipertenzija), to so zmanjšanje vnosa jedilne soli, celokupnega holesterola, enostavnih sladkorjev in škroba.

V fazi hujšanja bolnikom predpišemo redukcijsko dieto iz skupine nizkoenergijskih diet (*low energy diets*, LED), kar je za ženske v povprečju 1500 kcal, za moške pa 1800 kcal ali več, predvsem pa se ravnamo po pravilu DEO (dnevne energijskega odvzema), ki naj bo vsaj 500 kcal. Zelo nizkoenergijske redukcijske diete (*very low energy diets*, VLED) z manj kot 1000 kcal priporočajo izjemoma in pri posebnih indikacijah (41).

Pri izdelavi strukturiranega jedilnika sodelujeta zdravnik in klinični dietetik. Klinični dietetik v simptomatski fazi zdravljenja bolnikom nudi aktivno pomoč pri izvedbi dietnega jedilnika in izvaja osnovno edukacijo hranoslovja, ob čemer ima pomembno mesto motivacijski intervju ter občasna evalvacija adherence s pomočjo t. i. nutritivne analize. V tej fazi ima individualna obravnava, ki naj poteka vsaj 2–3 mesece enkrat tedensko, prednosti pred skupinsko. Zgolj zdravstveno-vzgojni pristop s posredovanji splošnih prehranskih navodil v skupinskih delavnicah je neučinkovit in ne prispeva k povečanju adherence. Klinične izkušnje z bolniki z debelostjo kažejo kot najprimernejši in najbolj učinkovit naslednji postopek glede diet: v simptomatski fazi za 6–8 mesecev predpišemo redukcijsko dieto z ustreznim dnevnim energijskim odvzemom (DEO \geq 500 kcal), ki ima sledečo sestavo makrohranil: 15 % beljakovin (1–1,2 g/kg telesne mase), 50 % ogljikovih hidratov, 35 % maščob. Po 6–8 mesecih je potreben postopni prehod na izoenergijsko dieto, tudi v tej fazi naj bolnika dovolj pogosto in vsaj 4 mesece spremlja klinični dietetik. Pri izdelavi uravnoteženega jedilnika za stabilizacijo teže je potrebno upoštevati biološko adaptacijo na



dalj časa trajajočo restrikcijo energijskega vnosa oz. slediti zakonitostim energijske homeostaze (42).

5.2 AKTIVACIJSKA (GIBALNA ALI KINEZI) TERAPIJA

V obravnavi debelosti ima telesna aktivnost zelo pomembno mesto. Aerobne oblike aktivnosti (hoja, hoja s palicami, uporaba sobnega ali zunanega kolesa, plavanje ...) lahko bolnik v skladu z navodili vsaj 5-krat tedensko izvaja sam. Vadba za mišično moč, koordinacijo, gibljivost hrbtenice in sklepov pa naj poteka v obliki strokovno vodene vadbe vsaj enkrat tedensko. Pred pričetkom vadbe je potrebna ocena bolnikovega stanja, vsaj enkrat na dva meseca pa ocena njegovega napredka. Vadbo naj vodi športni pedagog – aktivacijski terapevt z ustreznimi dodatnimi znanji. Ameriško združenje za srce in Ameriški kolegij za športno medicino priporočata aerobno vadbo v trajanju 45 minut 5-krat tedensko ter vadbo za mišično moč v trajanju 20–30 minut 3-krat tedensko (31).

5.3 VEDENJSKO KOGNITIVNA TERAPIJA

V simptomatski fazi zdravljenja debelosti je vedenjsko kognitivna terapija, ki naj jo izvaja psiholog z dodatnimi znanji, ključnega pomena za vzdrževanje bolnikove motivacije za vztrajanje v procesu zdravljenja in ponotranjanje motivacije za dolgoročno spremembo prehransko-gibalnega vzorca (44). Poteka lahko individualno ali skupinsko, klinične izkušnje pa kažejo, da je skupinska obravnava, ki naj traja vsaj 20 zaporednih tednov, uspešnejša. V skladu s strokovnimi smernicami je pri motivacijskem upadu ali zastoju v zmanjševanju teže vedenjsko kognitivno terapijo potrebno intenzivirati.

Ključne postavke vedenjsko kognitivne terapije zajemajo:

- *self monitoring* (»samospremljanje«),
- prepoznavanje in detekcijo sprožilcev k hranjenju,
- kontrolo prehranskih zdrsov,
- emocionalni *coping*,
- socialno podporo,
- kognitivno restrukturacijo (korekcijo napačnih prepričanj) (33).

Vsakega bolnika z debelostjo, ki je zaključil simptomatsko fazo zdravljenja, bi bilo za uspešno dolgoročno ohranjanje teže potrebno spremljati vsaj še 5 let. Tudi v tej fazi je potrebna v bolnika usmerjena, individualizirana in strukturirana

obrnava. Recidivi teže so po petih letih uspešnega vzdrževanja teže redki, a je ne glede na to priporočljivo doživljenjsko spremljanje. Tudi v fazi vzdrževanja teže ima psihološka obravnava pomembno mesto. Pristopi, ki jih v tej fazi uporabljamo, so psihodinamska psihoterapija (individualna ali skupinska), suportivna psihoterapija (individualna ali skupinska) in neredko tudi partnerska terapija.

V Sloveniji standardov in normativov za specialistično celovito obravnavo debelosti nimamo. Obravnava debelosti zahteva namreč drugačno sestavo tima, kot je predpisana za internistično dejavnost. Da bi bila taka obravnava v celoti financirana iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, bo v Sloveniji potrebnih kar nekaj sistemskih sprememb.

6 USPEŠNOST ZDRAVLJENJA DEBELOSTI

Ameriško dietetično združenje (*American Dietetic Association*) izpostavlja problematiko nizke uspešnosti dietnih strategij za hujšanje in veliko pogostnost recidivov teže. Za izboljšanje dolgoročne prognoze priporoča doživljenjsko spremembo prehranskega in gibalnega vedenjskega vzorca (44). Priporoča tudi večstopenjsko obravnavo bolnikov ter poudarja potrebo po poglobljenem znanju na področju dietoterapije ter po oblikovanju novih postopkov zdravljenja (44).

Relaps ali recidiv teže ter nizka dolgoročna uspešnost zdravljenja predstavljata velik problem v obravnavi debelosti. Najpogostejši dejavniki, ki pogojujejo porast teže po uspešnem hujšanju, so biološki in psihološki, ne gre pa zanemariti neustrezne obravnave ali prezgodnjega izstopa iz obravnave, kjer je vzrok na strani pacienta (t. i. *dropout*) kot pomembnih vzrokov za recidiv teže.

7 ZAKLJUČEK

V številnih raziskavah, v katerih so prikazani učinki različnih veljavnih nekirurških pristopov obravnave bolnikov z debelostjo, večinoma ugotavljajo nizek dolgoročni učinek zdravljenja na težo. Stroka ob tem postopoma prepoznava potrebo po novih znanjih in pristopih za uspešnejšo obravnavo debelosti. Tako so leta 2012 v ZDA uvedli dopolnilno

specializacijo zdravnikov, usmerjenih v zdravljenje debelosti, s posebnim poudarkom na znanjih s področja dietetike in zdravljenja z zdravili. V bodoče bo temu potrebno dodati še obvladanje različnih psiholoških pristopov. Glede na veljavne psihološke teorije prenehanja (19, 44, 45) vedenjsko kognitivna terapija namreč ni vedno najprimernejša. Za učinkovitejšo preventivo relapsa teže novejša raziskava utemeljuje individualiziran, v pacienta usmerjen pristop (46) ter kontinuirano, strukturirano obravnavo tudi v fazi vzdrževanja teže po hujšanju (47).

8 LITERATURA

- Pi-Sunyer FX, Becker DM, Boucharde C, Carleton RA, Colditz GA et al. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NIH Publications. 1998; 98: 4083.
- North American Association for the Study of Obesity, National Heart, Blood Institute, National Institutes of Health (US), NHLBI Obesity Education Initiative. The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI Obesity Education Initiative, North American Association for the Study of Obesity; 2000.
- NICE National Institute for Health and Care Excellence. Obesity Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline. 2006; 43, last modified: 2014: 1-77.
- Brown TJ. Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE Clinical Guideline 43. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006.
- Butland B, Jebb S, Kopelman P, McPherson K, Thomas S, Mardell J et al. Foresight. Tackling obesities: future choices. Project report. Foresight. Tackling obesities: future choices. Project report. 2007.
- Mellin AE, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M, Resnick MD. Unhealthy behaviors and psychosocial difficulties among overweight adolescents: the potential impact of familial factors. *Journal of Adolescent Health*. 2002; 31(2): 145-153.
- Puhl RM, Brownell KD. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*. 2003; 4(4): 213-227.
- Zametkin AJ, Zoon CK, Klein HW, Munson S. Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004; 43(2): 134-150.
- Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 70(1): 115.
- Dickey RA, Bartuska DG, Bray GW, Callaway CW, Davidson ET, et al. AACE/ACE Position statement on the prevention, diagnosis, and treatment of obesity (1998 revision). *Endocr Pract*. 1998; 4(5): 297-350.
- Jensen MD, Ryan D, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG et al. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014; 63(25): 2985-3023.
- American Medical Association: AMA Adopts New Policies on Second Day of Voting at Annual Meeting. 2013. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2013/2013-06-18-new-ama-policies-annual-meeting.page> nov17,2013.
- Garvey W, Garber A, Mechanick J, Bray G, Dagogo-Jack S, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology position statement on the 2014 advanced framework for a new diagnosis of obesity as a chronic disease. *Endocrine Practice*. 2014;20(9):977-89.
- Yumuk V, Tsigos K, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. *Obes Facts* 2015;8:402-424.
- Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. *The American Journal of Medicine*. 1955; 19(1): 78-86.
- Bruch H. Psychological aspects of overeating and obesity. *Psychosomatics*. 1964; 5(5): 269-274.
- Van der Valk, ES, van den Akker, ELT, Savas, M, et al. A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults. *Obesity Reviews*. 2019; 20: 795-804.
- Field AE, Inge TH, Belle SH, Johnson GS, Wahed AS, Pories W, et al. Association of Obesity Subtypes in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery Study and 3-Year Postoperative Weight Change. *Obesity*. 2018; 26(12): 1931-1937.
- Elfhag K. Rorschach personality characteristics in obesity, eating behaviour and treatment outcome. Obesity unit, department of medicine Huddinge University Hospital. Thesis. Stockholm. Karolinska institutet, 2003.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. 2013.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun; 4:561-71.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation 1996.
- Schaefer LM, Crosby RD, Machado PPP. A systematic review of instruments for the assessment of eating disorders among adults. *Curr Opin Psychiatry*. 2021 Nov;34(6) 543-562.
- Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*. 2009 Apr;52(2):430-436.
- Mozaffarian D, Ludwig DS. The 2015 US Dietary Guidelines: lifting the ban on total dietary fat. *JAMA*. 2015; 313(24): 2421-2422.
- Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *American College of Sports Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2009; 41(2): 459-471.
- Sloth B, Krog-Mikkelsen I, Flint A, Tetens I, Björck I, et al. No difference in body weight decrease between a low-glycemic-index and a high-glycemic-index diet but reduced LDL



- cholesterol after 10-wk ad libitum intake of the low-glycemic-index diet. *Am J Clin Nutr.* 2004; 80: 337– 347.
28. Sevick MA, Ettinger WH Jr, Pahor M, Williamson JD. Exercise and Dietary Weight Loss in Overweight and Obese Older Adults With Knee Osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism.* 2004; 50(5): 1501–1510.
 29. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *European Heart Journal.* 2007; 28(19): 2375-2414.
 30. Hansen D, Dendale P, Berger J, van Loon LJC. The Effects of Exercise Training on Fat-Mass Loss in Obese Patients during Energy Intake Restriction. *Sports Medicine.* 2007; 37(1): 31-46.
 31. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation.* 2007; 116(9): 1081.
 32. Fabricatore AN. Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy of Obesity: Is There a Difference? *Journal of the American Dietetic Association.* 2007; 107(1): 92–99.
 33. Dalle Grave R, Calugi S, Centis E, El Ghoch M, Marchesini G. Cognitive-behavioral strategies to increase the adherence to exercise in the management of obesity. *Journal of Obesity.* 2011;2011:348293.
 34. Wadden TA, Tronieri JS, Butryn M. Lifestyle modification approaches for the treatment of obesity in adults. *American Psychologist.* 2020; 75(2): 235 – 251.
 35. Berkowitz RI, Wadden TA, Tershakovec AM, Cronquist JL. Behavior Therapy and Sibutramine for the Treatment of Adolescent Obesity. *A Randomized Controlled Trial.* *JAMA.* 2003; 289(14): 1805-1812.
 36. Wadden TA, Walsh OA, Berkowitz RI, Chao AM, Alamuddin N, Gruber K, et al. Intensive Behavioral Therapy for Obesity Combined with Liraglutide 3.0 mg: A Randomized Controlled Trial. *Obesity (Silver Spring).* 2019 Jan;27(1):75-86.
 37. Dombrowski SU, Knittle K, Avenell A, Araújo-Soares V, Snihotta FF. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ.* 2014; 348: g2646
 38. Your guide to lowering your blood pressure with DASH. DASH eating plan. NIH Publication No. 06-4082. Originally Printed 1998 Revised April 2006.
 39. Nicklas TA, O'Neil CE. Development of the SoFAS (Solid Fats and Added Sugars) Concept: The 2010 Dietary Guidelines for Americans. *Advances in Nutrition: An International Review Journal.* 2015; 6(3): 368S-375S.
 40. Benelam, B. Satiation, satiety and their effects on eating behaviour. *Nutrition Bulletin,* 2009; 34: 126-173.
 41. Astrup A. Dietary approaches to reducing body weight. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 1999 Apr;13(1):109-120.
 42. Ochner CN, Barrios DM, Lee CD, Pi-Sunyer FX. Biological mechanisms that promote weight regain following weight loss in obese humans. *Physiology & Behavior.* 2013; 120: 106-113.
 43. Seagle HM, Strain GW, Makris A, Reeves RS. Position of the American Dietetic Association: weight management. *Journal of the American Dietetic Association.* 2009; 109(2): 330-346.
 44. Van Strien T, Frijters JE, Bergers G, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders.* 1986; 5(2): 295-315.
 45. Elfthag K, Carlsson AM, Rössner S. Subgrouping in obesity based on Rorschach personality characteristics. *Scandinavian Journal of Psychology.* 2003; 44(5): 399-407.
 46. Fisser K, Watts S, Bradbury K, Lewith G. Investigating a multidisciplinary and patient-centred approach to obesity. *European Journal of Integrative Medicine.* 2012; 4(2): e219-e222.
 47. MacLean PS, Wing RR, Davidson T, Epstein L, Goodpaster B, et al. NIH working group report: innovative research to improve maintenance of weight loss. *Obesity.* 2015; 23(1): 7-15.