

Acest articol se citează:

Spînu, R-M., (2016/2018). Fenomenul obezității: perspectiva medicală și psihologică. *Studia Doctoralia. Psychology and Educational Science*, 11-12, 4-19.

FENOMENUL OBEZITĂȚII: PERSPECTIVA MEDICALĂ ȘI PSIHOLICĂ

Roxana-Mihaela Spînu, Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației.
Email: spinuroxanamihaela@gmail.com

Abstract

At least 300 million adults in the world are obese and about 2 million are overweight. Unfortunately, these numbers continue to grow faster than any other problem the medical system has faced so far. Being obese or overweight affects both one's mental and physical health. Therefore, given the severity of the situation, the present article aims to provide an overview of the risks factors related to obesity, its costs and the causes and factors that lead to obesity and overweight. In addition, the article also approaches the problem of regaining weight after a weight loss program.

Keywords: *obesity, overweight, health, physical health, mental health, risk factors, costs, causes of obesity, regaining weight.*

Conceptualizare

Obezitatea și supraponderalitatea sunt definite ca fiind acumulări anormale sau excesive de grăsimi care pot afecta starea de sănătate (WHO, 2015).

Cea mai comună măsurătoare pentru aceste concepte este indicele de masă corporală (IMC). Acesta se calculează împărțind greutatea exprimată în kilograme la înălțimea exprimată în metri pătrați. Astfel, un indice de masă corporală mai mic decât 18,5 echivalează cu subnutriția, între 18,5 și 24,9 este greutatea normală, între 25 și 29,9 este

supraponderalitatea, între 30 și 34,9 este obezitatea clasa I, între 35 și 39,9 este obezitatea clasa II, iar când indicele de masă corporală este peste 40, vorbim despre obezitate morbidă (Mayo Clinic, 2015).

În cazul copiilor, indicele de masă corporală se calculează pe segmente de vârstă și în funcție de sex. Astfel, un IMC sub percentila 5 echivalează cu subnutriția, între percentilele 5 și 85 sunt copiii cu o greutate normală, între percentilele 85 și 95 sunt copiii supraponderali, iar peste percentila 95 se află copiii care suferă de obezitate (NHLBI, 2012).

Conform National Heart, Lung and Blood Institute (2012), indicele de masă corporală nu este un indicator foarte de încredere, acesta supraestimând excesul de grăsimi în cazul atleților și persoanelor cu multă masă musculară și subestimând excesul de grăsimi în cazul oamenilor în vârstă sau în cazul celor care și-au pierdut masa musculară.

Pe lângă IMC, mărimea taliei este o altă măsurătoare prin care se poate determina obezitatea. O persoană este considerată obeză atunci când dimensiunile taliei depășesc 88, 9 de cm (în cazul femeilor) și 101, 6 de cm (în cazul bărbaților) (Harvard T.H. Chan, n.d.).

Prevalență

Conform World Health Organization [WHO] (2015), media persoanelor care suferă de obezitate s-a dublat din 1980 până în 2014. În urma cercetărilor efectuate în 2012, mai mult de 400 de milioane de adulți din întreaga lume sufereau de obezitate (Coons et al, 2012). În 2014, numărul acestora ajunsese la 1.9 miliarde de persoane supraponderale (38% bărbați și 40% femei) și 600 de milioane de persoane obeze (11% bărbați și 15% femei). Ca o imagine globală a ceea ce se întâmplă în 2014 în rândul acestor persoane, WHO menționează faptul că 39% dintre adulți erau supraponderali, iar 13% erau obezi. În prezent, cel puțin 300 de milioane de adulți din întreaga lume sunt obezi, iar aproximativ 2 miliarde sunt supraponderali (Collingwood, 2007). Rata obezității crește mai repede decât orice altă problemă cu care s-a confruntat sistemul medical până acum (Thorpe, 2009), iar dacă aceasta continuă să crească, aproape jumătate din populația lumii ar putea fi supraponderală până în 2030 (Dobbs et al., 2014).

Așa cum era de așteptat, cele mai multe persoane care suferă de obezitate se află în Statele Unite ale Americii, fiind urmate de China și India (Nath, n.d.). Deși considerată până acum o problemă numai în țările dezvoltate, studiile recente arată faptul că obezitatea devine o problemă mult mai serioasă în țările mai puțin dezvoltate. Rata copiilor supraponderali și obezi este cu 30% mai mare în țările nedezvoltate decât în cele dezvoltate (WHO, 2015). Probabil că accesul la educație joacă un rol important în adoptarea unor comportamente sănătoase.

Trevir Nath (n.d) atrage atenția asupra faptului că, în zilele noastre, obezitatea reprezintă o problemă mai importantă decât subnutriția. Ca o comparație, aproximativ 2.1 miliarde de oameni suferă de obezitate sau supraponderalitate, pe când doar 805 milioane de oameni suferă de subnutriție. Conform WHO (2015), supraponderalitatea și obezitatea sunt predictorii mai puternici ai decesului decât subnutriția; aproximativ 5% dintre decesele din întreaga lume sunt datorate obezității (Dobbs et al., 2014).

Gravitate și riscuri pentru sănătate fizică și psihologică

Obezitatea micșorează expenctanța de viață cu până la 8 ani (Nath, n.d.). Mai mult decât atât, obezitatea prezintă riscuri destul de mari pentru sănătate, ducând la diverse afecțiuni, cum ar fi: boli ale inimii, hipertensiune (creștere trecătoare sau constantă a presiunii sângelui în sistemul arterial sau în cel venos), accident vascular cerebral (obezitatea sau supraponderalitatea pot duce la acumularea de plăci în artere care se pot rupe, cauzând cheaguri de sânge; în cazul în care un cheag de sânge este aproape de creier, acesta poate bloca fluxul de sânge și oxigen care ar trebui să ajungă la creier, provocând astfel un accident vascular cerebral) , diabet de tip 2 (deficit de insulină în sânge; se estimează că numărul persoanelor care suferă de diabet din cauza obezității va ajunge la 300 de milioane până în 2025 (Collingwood, 2007)), colesterol (nivel ridicat de grăsimi în sânge), sindromul metabolic (se caracterizează prin obezitate abdominală, colesterol crescut, hipertensiune și glicemie crescută), cancer (la sâni, colon, vezica biliară, ovare, esofag, rinichi, ficat, prostată, pancreas, cancer uterin sau cancer rectal), osteoartrită (inflamații ale articulațiilor), apnee de somn (pauze în respirație în timpul somnului), sindromul obezitate-hipoventilație

(probleme ale respirației datorate unei concentrații ridicate de dioxid de carbon și a unei concentrații scăzute de oxigen din sânge), probleme reproductive (probleme ce țin de menstruație și infertilitate), litiază biliară (depunerea pietrelor în interiorul vezicii biliare sau a căilor biliare), disfuncții erectile sau legate de funcționalitatea sexuală (National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], 2012). Pe lângă acestea, Center of Disease, Control and Prevention [CDC] (2015) menționează dislipidemia ca fiind o altă afecțiune dezvoltată în urma obezității; dislipidemia se referă la anomalii ale nivelului de lipide din sânge.

Excesul de greutate afectează calitatea vieții și din punct de vedere psihologic, conducând la depresie, rușine, vină, izolare socială sau diminuarea implicării în muncă (May Clinic, 2015). Dorind să investigheze dacă există o asociere între obezitate și tulburările mentale (conceptualizate în anxietate, depresie și abuzul de alcool), Scott și colaboratorii săi (2008), au găsit doar corelații modeste între acestea. Una dintre limitările care au dus doar la rezultate modeste, după cum menționează autorii, a fost raportarea indicelui de masă corporală de către participanții înșiși. Referitor la depresie, Russell-Mayhew și colaboratorii săi (2012) atrag atenția asupra faptului că relația dintre aceasta și obezitate nu este unidirecțională. Depresia poate fi atât o cauză, cât și o consecință a obezității. Prin meta-analiza realizată de Luppino și colaboratorii (2010) în care au inclus 15 studii longitudinale desfășurate pe o perioadă de 28 de ani, aceștia susțin că persoanele care sufereau de obezitate la începutul studiului prezentau un risc de 55% de a dezvolta depresie, iar persoanele care sufereau de depresie la începutul studiului prezentau un risc de 58% de a deveni supraponderale sau obeze.

Obezitatea poate duce și la suferință emoțională. În zilele noastre se pune foarte mult accent pe frumusețea fizică și felul în care arată o persoană, fapt susținut și de intervenția mass-mediei care manipulează societatea și impune un anumit standard pentru frumusețe. Din acest motiv, persoanele obeze se confruntă deseori cu depresia, rușinea sau respingerea (NHLBI, 2012). De asemenea, tot National Heart, Lung and Blood Institute susține faptul că, deoarece persoanele obeze sunt deseori privite ca neavând suficientă voință, acestea pot avea dificultăți de

integrare în școli, medii sociale sau la locul de muncă. Există, de exemplu, destul de multe cazuri în Statele Unite ale Americii în care persoanelor obeze li se refuză dreptul de adopta un copil din cauza riscurilor pe care obezitatea le prezintă, riscuri care pot interfera cu buna dezvoltare a copiilor (Gazzaniga & Heatherton, 2015).

Conform lui Harry Mills (2005), consecințele psihologice ale supraponderalității și obezității sunt stimă de sine scăzută, anxietate, depresie, tulburări de alimentație, cum ar fi „binge eating” sau bulimie. Conceptul de „binge eating” se referă la pierderea controlului în ceea ce privește alimentația, iar persoanele care suferă de acest sindrom prezintă episoade de supra-alimentație în perioade scurte de timp (Wolff & Clark, 2001). Datorită faptului că, pentru a pierde kilogramele în plus, oamenii trebuie să-și restricționeze aportul alimentar, aceasta restricție constantă poate să conducă la tulburări alimentare, printre care se numără și „binge eating”. Astfel, oamenii nu își mai controlează comportamentul alimentar în funcție de senzația de foame și sațietate, ci în funcție de diferiți indici din mediu (Russell-Mayhew, McVey, Bardick & Ireland, 2012) „Binge eating” se distinge de alte tulburări de alimentație prin comportamente ca mâncatul rapid, mâncatul în lipsa senzației de foame, mâncatul pe ascuns, acestea fiind însoțite de vină, rușine și o senzație de disconfort fizic (American Psychiatric Association, 2000). Comparativ cu persoanele obeze care nu suferă de tulburări de alimentație, cele care suferă de „binge eating” au un indice de masa corporală mai mare, o imagine corporală negativă, o stimă de sine mai scăzută, niveluri mai ridicate de depresie și raportează o eficacitate mai scăzută în ceea ce privește alimentația (Wolff & Clark, 2001).

Bulimia se manifestă prin supraalimentare (asemănătoare episoadelor de „binge eating”), urmată de dorința de a evita luarea în greutate prin comportamente nesănătoase, cum ar fi recurgerea la laxative, vărsături sau excesul de activitate fizică (Mayo Clinic, 2016). Pe lângă acestea, simptomele acestei tulburări alimentare se caracterizează și prin sentimentul lipsei de control în timpul episoadelor de „binge eating” sau printr-o atenție excesivă acordată imaginii corporale (National Eating Disorders [NEDA], n. d.). Tot NEDA descrie consecințele bulimiei asupra stării de sănătate. Aceasta poate fi foarte

periculoasă pentru corp din cauza ciclurilor „alimentare-curățire” care distrug întreg sistemul digestiv și afectează inima și alte organe importante. Dezechilibrele electrolitice și chimice datorate procesului de „curățare” pot duce la funcționarea neregulată a inimii (și chiar la moarte), rupturi ale esofagului, îngălbenirea și cariarea dinților, tulburări intestinale și ale tractului, rupturi gastrice.

Supraponderalitatea și obezitatea reprezintă factori de risc pentru tulburarea Alzheimer și demență. O meta-analiză realizată de Beydoun și colaboratorii (2008) care a inclus studii longitudinale pe o perioadă de 36 de ani, a arătat faptul că persoanele obeze aveau o șansă de 42% să dezvolte tulburarea Alzheimer.

Pe lângă probleme de sănătate și problemele psihologice, persoanele obeze se confruntă și cu o lipsă de energie, ceea ce îi face să devină mai puțini activi și să graviteze în jurul unui stil de viață sedentar. Astfel, se formează un cerc vicios în care persoanele inactive dezvoltă un risc mai mare de a deveni supraponderale, iar cu cât acumulează mai multe kilograme, cu atât devin mai puțin active (Mills, 2005).

În ceea ce privește populația de copii supraponderali și obezi, se estimează faptul că numărul acestora va ajunge la 70 de milioane până în 2025. Obezitatea în rândul copiilor crește riscul unei morți premature sau a unei dizabilități la vârsta adultă (WHO, 2015). Dar pe lângă acestea, copiii obezi se confruntă cu dificultăți de respirație, risc mare pentru fracturi, hipertensiune, începuturi de boli cardiovasculare, diabet de tip 2, probleme ale articulațiilor, apnee de somn și diverse probleme psihologice, cum ar fi: stimă de sine scăzută, discriminare sau hărțuire (Wickham & Carbone, 2015; WHO, 2015).

Luând în considerare toate efectele negative pe care obezitatea le are asupra stării de sănătate, este destul de intuitivă ideea că această afecțiune crește riscul unei morți premature. Însă cercetătorii care au încercat să studieze această relație au întâmpinat diverse probleme metodologice și controversate, date fiind multiplele variabile confundate care ar fi putea duce atât la distorsiuni ale rezultatelor, cât și la dificultăți de interpretare (Harvard T.H. Chan, n. d.). Așadar, concluziile acestei ipoteze sunt încă neclare și este destul de greu de dovedit asocierea dintre obezitate și o moarte prematură.

Obezitatea afectează aproape fiecare aspect al stării de sănătate, de la scurtarea vieții și contribuirea la diverse afecțiuni cronice, cum ar fi diabetul și bolile cardiovasculare, până la interferența cu funcțiile sexuale, respiratorii, starea de spirit și interacțiunile sociale. Obezitatea nu este neapărat o condiție permanentă. Dieta, exercițiile, medicamentele și chiar și intervențiile chirurgicale pot contribui la reducerea greutateii. Însă este mult mai greu să pierzi din greutate decât să ieși în greutate. Așadar, prevenția, începând de la vârste fragede și continuând mai târziu ca un stil de viață, poate îmbunătăți semnificativ sistemul de sănătate public și individual, reduce suferința și poate salva sume semnificative de bani care se cheltuie în această arie, sume de ordinul miliardelor de dolari pe an (Harvard T.H. Chan, n.d.).

Pe lângă faptul că obezitatea prezintă riscuri mari asupra sănătății, acesta fiind principalul motiv pentru care oamenii ar trebui să recurgă la tratamente specializate, pierderea greutateii poate avea un efect semnificativ și asupra calității vieții (Raaijmakers et al., 2015), acest lucru întărind importanța intervenției în cazul persoanelor care suferă de obezitate.

Costuri aferente obezității și supraponderalității

Dacă rata obezității continuă să crească, nu este pusă în pericol doar sănătatea oamenilor, ci și situația economică a respectivelor țări (Nath, n.d.). Doar în 2002 Marea Britanie oferea sistemului de sănătate 10 miliarde de lire sterline pentru lupta împotriva obezității, iar Statele Unite ale Americii și Uniunea Europeană ofereau 675 de miliarde de dolari, respectiv 33 de miliarde de euro pentru această cauză (Wang, McPherson, Marh, Gotmaker & Brown, 2011). Deoarece rata obezității este într-o continuă creștere, și costurile aferente ei vor fi din ce în ce mai mari. În 2009, Thorpe și colaboratorii săi au dezvoltat un model econometric pentru a estima măsura în care rata obezității afectează costurile sistemului de sănătate și au constatat faptul că, în 2018, aproximativ 21 de procente din totalul veniturilor acordate sistemului de sănătate (344 de miliarde de dolari) vor fi destinate persoanelor obeze. Modelul este însă aplicat doar pe populația Statelor Unite ale Americii. Tot în America, aproximativ 190 de miliarde de dolari sunt

adăugați anual pentru problemele legate de obezitate, peste suma acordată în mod normal sistemului de sănătate (Nath, n.d.).

Dobbs și colaboratorii (2014) estimează că, la nivel mondial, costurile se ridică la aproximativ 2 trilioane de dolari, respectiv 2,8% din totalul PIB-ului, costuri echivalente cu sumele de bani oferite în cazul războaielor, violențelor armate, terorismului (2,1 trilioane de dolari) sau luptei împotriva fumatului (de asemenea, 2,1 trilioane de dolari). Din acest punct de vedere, obezitatea se află pe locul 3 în lume în ceea ce privește costurile necesare tratamentelor, fiind urmată de alcoolism, analfabetism și schimbările climatice.

Datorită faptului că excesul de greutate afectează din ce în ce mai mulți oameni, orice intervenție potențială trebuie să fie extrem de rentabilă (Wieland et al., 2012). Așadar, presupunând că o ședință de terapie care vizează managementul greutateii costă 10 dolari pe individ, iar fiecare persoană participă la 24 de ședințe timp de 1 an, tratarea celor 145 de milioane de adulți din America ar costa aproximativ 35 de miliarde de dolari pe an, sumă aproximativ egală cu bugetul anual acordat întregului sistem de sănătate în Statele Unite ale Americii (Wieland et al., 2012, apud Heinen, 2009).

Pe lângă costurile directe, obezitatea afectează și productivitatea muncii, datorită cererilor tot mai frecvente pentru concediile medicale, iar cei care au de suferit sunt atât angajații, cât și angajatorii. Costurile pentru un astfel de angajat se ridică la 506 de dolari (Nath, n.d.).

Cauze și factori care favorizează obezitatea

Cauza principală a obezității și supraponderalității este reprezentată de un dezechilibru energetic între numărul de calorii pe care organismul le primește și numărul de calorii pe care acesta le consumă (Wieland et al., 2012, apud WHO, 2004). Balanța nu trebuie să fie în permanență egală cu exactitate, ci trebuie să existe mai degrabă un echilibru în timp (NHLI, 2012).

National Heart, Lung and Blood Institute menționează o serie de cauze care ar putea sta la baza luării excesive în greutate. Printre acestea se numără: un stil de viață inactiv (în zilele noastre, oamenii adoptă din ce în ce mai mult un stil de viață inactiv, mai ales datorită evoluției tehnologiei din ultimii ani (WHO, 2015)), factori ce țin de mediu

(programul prelungit de la locul de muncă, lipsa unor alimente sănătoase, fast food-urile, mancarea modificată genetic, reclamele la mâncare sau fast food-uri care cauzează acea senzație de poftă), gene și trăsături familiale, probleme de sănătate (deregări hormonale ca hipotiroidismul, sindromul Cushing, sindromul ovarelor polichistice), factori emoționali (plictiseala, stresul), fumat, sarcina, accesul facil la extrem de multe alimente (Raaijmakers et al., 2015), acestea neexistând, de exemplu, pe vremea comunismului. Pe lângă acestea, lipsa somnului poate constitui o cauză datorită căreia oamenii se confruntă cu excesul de greutate. Din cauza deficitului de energie care ar fi trebui recuperat în timpul somnului, indivizii încearcă recuperarea prin alimente, de cele mai multe ori fiind preferate cele bogate în calorii și carbohidrați; pe de altă parte, dormitul ajută la menținerea echilibrului în ceea ce privește activitatea hormonilor care dau senzația de foame și a celor care dau senzația de sațietate. Din cauza lipsei de somn, nivelul hormonilor care dau senzația de foame va crește, pe când nivelul celorlalți va scădea (WHO, 2015). De asemenea, și administrarea unor medicamente (antidepresive, corticosteroizi) încetinesc metabolismul, cauzează reținerea apei în corp și cresc pofta de mâncare.

Pe lângă acestea, Wieland și colaboratorii (2012) susțin faptul că obezitatea este datorată tendinței oamenilor din ziua de astăzi de a alege alimente bogate în grăsimi și zahăruri, dar lipsite de vitamine, minerale și alți micronutrienți esențiali organismului. De asemenea, lipsa activității fizice, stilul de viață sedentar atât la locul de muncă, cât și acasă, accesul facil la mijloace de transport constituie și ele cauze ale excesului de greutate. De exemplu, studiile au arătat faptul că, în 1969, aproximativ 40% dintre copiii din America mergeau la școală pe jos sau cu bicicleta, pe când în 2001, doar 13% mai aveau acest obicei (Dobbs et al., 2014).

Tot National Heart, Lung and Blood Institute (2012) menționează o serie de factori care favorizează acumularea kilogramelor mai rapid. Astfel, condițiile de mediu, stilul de viață al familiei, metabolismul sau obiceiurile nesănătoase pot avea ca rezultat acumularea mai multor kilograme într-un timp mai scurt decât în cazul persoanelor care, să zicem, ar avea un stil de viață mai sănătos. În timp ce unii factori nu pot fi manipulați (ca de exemplu metabolismul), există factori asupra cărora

se poate interveni. Astfel, un stil de viață sănătos ar presupune exerciții fizice, planificarea unor mese bogate în vitamine și lipsite de foarte multe calorii. De asemenea, se poate recurge la medicamente sau operații chirurgicale în cazul persoanelor cărora le este greu să-și schimbe stilul de viață sau care doresc rezultate mai rapide.

Obesity Society (2015) realizează o clasificare exhaustivă a factorilor care contribuie la creșterea ratei obezității în lume. Aceștia sunt împărțiți în două categorii: factori ce țin de persoană și factori ce țin de mediu. Factorii ce țin de persoană sunt, la rândul lor, împărțiți în trei categorii: biologici/medicali (hiperactivitate la indicii legați de mâncare din mediu, senzație de sațietate întârziată, modificări ale organismului apărute odată cu vârsta, cum ar fi menopauza sau dereglările hormonale, dereglări endocrine, cum ar fi disfuncționalități ale glandei tiroide sau sindromul Cushing, tulburări ale centrului reglator al senzației de foame, termogeneza, sensibilitate la durere, dizabilități fizice), maternali/de dezvoltare (probleme de sănătate apărute la naștere) și psihologici (tulburări de alimentație, cum ar fi „binge eating”, mâncatul noaptea, coping focalizat pe emoție, probleme de auto-reglare, diferite traume, tulburări de dispoziție, cum ar fi depresia sau anxietatea, tulburări mintale, anxietate socială). Din categoria factorilor ce țin de mediu fac parte cei biologici (intoxicații, infecții, droguri, țigări, tulburări ale somnului), maternali (efort fizic în timpul sarcinii, alăptarea, stresul, fumatul în timpul sarcinii, supraalimentarea în timpul sarcinii, nașterea prin cezariană), economici (venituri insuficiente, excesul alimentar, publicitatea persuasivă), sociali (conflicte în familie, rețelele sociale, intrarea într-o relație, lipsa pregătirii angajatorului de a asista persoanele care suferă de obezitate, stigmatizarea, lipsa unor furnizori de servicii medicale care să asiste persoanele obeze în procesul de pierdere a greutateii, accesul limitat la asistența medicală), psihologici (stresul, așa numitul efect „yo-yo” în care persoanele care au ținut o dietă ajung înapoi la greutatea inițială), comportamentali și de mediu (prezența multor alimente bogate în calorii, porții foarte mari, mâncatul ca activitate recreativă, nerespectarea programului în ceea ce privește orele de masă).

O explicație interesată este dată de Dobbs și colaboratorii (2014) care atrag atenția asupra evoluției sistemului intern uman de-a lungul

vremii. Datorită faptului că oamenii au trăit secole întregi fără siguranța că vor avea de mâncare în fiecare zi, aceștia au dezvoltat o abilitate biologică de a face față mai degrabă deficitului de alimente decât abundenței acestora. Hormonii care reglează senzația de foame și sațietate determină oamenii să caute mâncare atunci când aceasta lipsește, dar nu au abilitatea de a preveni consumul excesiv sau de a determina metabolismul să ardă mai multe calorii atunci când consumul de alimente este abundent.

Tot Dobbs și colaboratorii (2014) afirmă că oamenii au o relație psihologică cu mâncarea, relație care trece dincolo de o simplă satisfacere a nevoilor. Foarte mulți oameni se folosesc de alimente pentru a se recompensa sau pentru a se relaxa, unii chiar având o relație compulsivă cu diferite tipuri de mâncare. De asemenea, oamenii sunt foarte influențabili în relațiile sociale, fapt aplicat și în ceea ce privește consumul de alimente. De exemplu, dacă o persoană ia masa cu oameni care au tendința de a mânca mai mult, și persoana respectivă va mânca mai mult. Dacă, dimpotrivă, este înconjurată de oameni care mănâcă puțin, atunci și ea va avea tendința de a mânca mai puțin. Un studiu realizat în 2006 a arătat faptul că oamenii consumă cu până la 35% mai multe calorii atunci când mănâcă cu un prieten decât atunci când mănâcă singuri, și cu până la 96% mai multe calorii atunci când mănâcă cu un grup de șapte oameni (Dobbs et al., 2014, apud Wansink, 2006)

Redobândirea în timp a greutateii inițiale

Cea mai mare provocare în tratarea obezității este menținerea pe o perioadă lungă de timp a greutateii dobândite în urma tratamentelor urmate (Hil, Thompson & Wyatt, 2005). În ciuda diferitelor metode de tratament, redobândirea greutateii continuă să cauzeze probleme, cei mai mulți recâștigând într-un an o treime din greutatea pierdută și aproape jumătate ajung la greutatea inițială în 5 ani (Wadden, Butryn & Wilson, 2007). Stahre și colaboratorii (2007) susțin faptul că oamenii redobândesc 60%-70% din greutatea inițială în decurs de un an. Experiența eșecului poate întări stima de sine deja scăzută a pacienților și neîncrederea acestora în sistemul medical, determinându-i să devalorizeze chiar și realizările mici în ceea ce privește pierderea greutateii (Liao, 2000).

Foarte multe persoane se confruntă cu fenomenul de redobândire a greutateii indiferent de metoda prin care au slăbit. În urma studiului realizat de Collingwood și colaboratorii (2007), aceștia afirmă faptul că aproximativ 5% dintre participanții care au slăbit folosind ca metodă de slăbire doar respectarea unei diete, au ajuns înapoi la greutatea inițială. Una dintre cele mai bune căi prin care se poate evita acest fenomen este activitatea fizică; este recomandat ca aceasta să fie făcută în jur de 60 de minute pe zi (Mayo Clinic, 2015).

De-a lungul vremii, s-au concretizat mai multe studii care au încercat să găsească posibili moderatori în relația dintre pierderea greutateii și redobândirea ei. Astfel, un nivel ridicat de activitate fizică, o dietă săracă în grăsimi și o monitorizare activă a greutateii corporale influențează direct redobândirea ulterioară a greutateii (Cooper & Fairburn, 2001, apud Wadden et al., 1998). După cum menționează Cooper și Fairburn, aceste studii nu au arătat de ce unii oameni se angajează în astfel de comportamente, pe când alții nu. După cei doi autori, există două motive pentru care oamenii eșuează în a adopta strategii eficiente pentru menținerea greutateii. În primul rând, aceștia nu reușesc să ajungă la kilogramele dorite într-un timp relativ scurt și astfel abandonează procesul. Cei mai mulți pacienți ajung la terapie cu obiectivul nerealist de a pierde 20%-30% din greutate (Cooper & Fairburn, 2001, apud Jeffery, Wing & Mayer, 1998), în condițiile în care studiile recomandă stabilirea unui obiectiv de 5%-10% și menținerea acestuia timp de cel puțin 1 an. Reducerea greutateii cu până la 5%-10% nu are efecte doar asupra aspectului fizic, ci are un efect pozitiv și asupra nivelului colesterolului, presiunii sângelui și a altor indici de sănătate (Cooper & Fairburn, 2001, apud US Institute Medicine, 1995). Aceste obiective nerealiste sunt influențate în mare parte de manipularea mass-mediei și de viziunea globală conform căreia atingerea greutateii dorite este pur și simplu o chestiune de auto-control. În al doilea rând, în aceste condiții, ei nu acordă suficientă importanță adoptării unor strategii de menținere a greutateii, reîntorcându-se la vechile obiceiuri.

Pentru pacienții care întâmpină diferite dificultăți în intervențiile pentru pierderea greutateii sau a căror greutate începe să fie într-o continuă creștere, Liao (2000) recomandă, ca obiective principale ale

tratamentului, adoptarea unor strategii de prevenție, combinate și cu modificări de ordin cognitiv, acestea din urmă fiind foarte importante în întregul proces. Tot Liao afirmă că stabilirea unor obiective realiste, cum ar fi pierderea greutatei cu 5%-10% prin schimbări permanente în alimentație și activitățile fizice duce la modificări semnificative și constante în greutate, ceea ce îi va face pe pacienți să fie mai încrezători în terapeuți și sistemul medical și să depună mai mult efort în vederea obținerii greutății dorite. Este eliminată astfel opțiunea metodelor de slăbit alternative care promit rezultate mai bune, cu mai puțin efort.

Perri (2008) recomandă ca strategiile pentru menținerea greutății să fie bazate pe același set de principii ca strategiile pentru pierderea greutății, însă trebuie să se insiste asupra dobândirii unor abilități de rezolvare de probleme pentru situațiile în care pacienții se vor confrunta cu dificultăți. Astfel efectele vor putea fi observate și pe termen lung.

În baza celor prezentate anterior, Cooper și Fairburn (2001) au dezvoltat o nouă abordare a tratamentelor împotriva obezității, combinând aspecte cognitive și comportamentale. Autorii abordează trei principii cheie, și anume: tratamentul trebuie să îi ajute pe pacienți să valorifice orice pierdere a greutății, chiar dacă aceasta este mică, terapeuții trebuie să încurajeze pacienții să adopte obiective care vizează menținerea greutății, mai degrabă decât pierderea greutății în sine, și trebuie să îi ajute pe aceștia să utilizeze atât strategii comportamentale, cât și strategii cognitive în vederea modificării stilului de viață. Metoda propusă de Cooper și Fairburn a fost implementată pe parcursul a 11 luni și s-a dovedit a avea rezultate semnificative statistice.

Bibliografie

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision of the literature. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beydoun, M. A., Beydoun, H. A., & Wang, Y. (2008). Obesity and central obesity as risk factors for incident dementia and its subtypes: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 9(3), 204-218.

- Center of Disease, Control and Prevention [CDC] (2015). What causes overweight and obesity?. Retrieved from <http://www.cdc.gov/obesity/adult/causes/index.html>.
- Collingwood, J. (2007). Obesity and mental health [*Psych Central*]. Retrieved from <http://psychcentral.com/lib/obesity-and-mental-health/>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour research and therapy*, 39(5), 499-511.
- Coons, M. J., DeMott, A., Buscemi, J., Duncan, J. M., Pellegrini, C. A., Steglitz, J., ... & Spring, B. (2012). Technology interventions to curb obesity: a systematic review of the current literature. *Current cardiovascular risk reports*, 6(2), 120-134.
- Dobbs, R., Sawers, C., Thompson, F., Manyika, J., Woetzel, J. R., Child, P., ... & Spatharou, A. (2014). *Overcoming obesity: An initial economic analysis*. McKinsey Global Institute.
- Gazzaniga, M., & Heatherton, T. (2015). *Psychological Science: Fifth International Student Edition*. WW Norton & Company.
- Harvard T.H. Chan (n.d.). Health Risks. Retrieved from <http://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/>
- Hill, J. O., Thompson, H., & Wyatt, H. (2005). Weight maintenance: what's missing? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(5), 63-66.
- Liao, K. L. M. (2000). Cognitive-behavioural approaches and weight management: an overview. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 120(1), 27-30.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229.
- Mayo Clinic (2015). Diseases and Conditions: Obesity. Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/obesity/basics/definition/con-20014834?p=1>
- Mayo Clinic (2016). Bulimia nervosa. Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bulimia/home/ovc-20179821>

- Mills, H. (2005). Psychological Consequences of Being Overweight. Retrieved from <https://www.mentalhelp.net/articles/psychological-consequences-of-being-overweight/>
- Nath, T. (n.d.). The Economic Cost of an Obese Society. Retrieved from <http://www.investopedia.com/articles/personal-finance/041715/economic-cost-obese-society.asp>
- National Eating Disorders (n. d.). Bulimia nervosa. Retrieved from <https://www.nationaleatingdisorders.org/bulimia-nervosa>
- National Heart, Lung and Blood Institute (2012). What are Overweight and Obese?. Retrieved from <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/obe>
- Obesity Society (2015). The Obesity Society Infographic Task Force. Retrieved from <http://www.obesity.org/obesity/resources/facts-about-obesity/infographics/potential-contributors-to-obesity>
- Perri, M. G., Limacher, M. C., Castel-Roberts, K., Daniels, M. J., Durning, P. E., Janicke, D. M., ... & Martin, A. D. (2014). Comparative effectiveness of three doses of weight-loss counseling: Two-year findings from the rural LITE trial. *Obesity*, 22(11), 2293-2300.
- Raaijmakers, L. C., Pouwels, S., Berghuis, K. A., & Nienhuijs, S. W. (2015). Technology-based interventions in the treatment of overweight and obesity: A systematic review. *Appetite*, 95, 138-151.
- Russell-Mayhew, S., McVey, G., Bardick, A., & Ireland, A. (2012). Mental health, wellness, and childhood overweight/obesity. *Journal of obesity*, 2012.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., de Girolamo, G., ... & Kessler, R. C. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International journal of obesity*, 32(1), 192-200.
- Stahre, L., Tärnell, B., Håkanson, C. E., & Hällström, T. (2007). A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with an 18—month follow—up. *International journal of behavioral medicine*, 14(1), 48-55.
- Thorpe, K. (2009). The Future Costs of Obesity: National and state estimates of the impacts of obesity on direct health care expenses. Collaborative report from United Health Foundation, the

- American Public Health Association and Partnership for Prevention.
- Wadden, T. A., & Butryn, M. L. (2003). Behavioral treatment of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 32(4), 981-1003.
- Wang, Y. C., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S. L., & Brown, M. (2011). Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The Lancet*, 378(9793), 815-825.
- Wickham, C. A., & Carbone, E. T. (2015). Who's calling for weight loss? A systematic review of mobile phone weight loss programs for adolescents. *Nutrition reviews*, 73(6), 386-398.
- Wieland, L. S., Falzon, L., Sciamanna, C. N., Trudeau, K. J., Brodney, S., Schwartz, J. E., & Davidson, K. W. (2012). Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(8).
- Wolff, G. E., & Clark, M. M. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder: A clinical study. *Eating Behaviors*, 2(2), 97-104.
- World Health Organization [WHO] (2015). Obesity and Overweight. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs3>