



TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

L. OKRUHLICA

Centrum pre liečbu drogových závislostí v Bratislave
Riaditeľ: MUDr. L. Okruhlica, CSc.

S ú h r n

Úvod. Závislosť od cvičenia je v diagnostických systémoch síce nezaradený, ale za posledné desaťročia sa v odbornom diskurze objavujúci pojem. Zaujala nás však hypotetická myšlienka existencie protipólu – fyzickej hypokativity – lenivosti ako závislosti.

Metódy. S použitím nami zozbieraných údajov z dostupných zdrojov z odbornej literatúry a s aplikáciou deskriptívnych kritérií 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie duševných porúch Svetovej zdravotníckej organizácie sme sa pokúsili preveriť možnú opodstatnenosť vytvorenia závislosti od telesnej hypoaktivity ako samostatnej, primárnej poruchy zdravia.

Výsledky a závery. Možná nová diagnostická entita, či už ako syndróm závislosti od fyzickej hypoaktivity pri súčasnej kategoriálnej klasifikácii duševných porúch, alebo jednoducho ako závislosť v perspektíve nového dimenzionálneho prístupu v diagnostike duševných porúch, sa na základe nami spracovaných faktov javí byť ako opodstatnená a v klinickej praxi použiteľná.

Klíčov é s l o v á : závislosť od cvičenia – závislosť od fyzickej neaktivity – závislosť od fyzickej hypoaktivity – lenivosť

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

L. Okruhlica: PHYSICAL LAZINESS AS ADDICTION

S u m m a r y

Introduction. The dependence on exercise is not classified in the existing diagnostic systems; however it appears in the discussion among the experts in the last decades. We became interested in the idea of the hypothetical existence of the opposite – the physical hypoactivity – the laziness as dependence.

Methods. We tried to examine the possible substantiality of the constituting of the dependence from physical hypoactivity as the independent, primary health disorder, by collecting the data from the sources accessible to us and by the application of descriptive criteria from the International Classification of Disorders – 10th revision, World Health Organisation.

Results and Conclusions. The possibility of the new diagnostic entity, whether as the syndrome of dependence from physical hypoactivity, according to recent categorical classification of mental disorders, or simply addiction in the perspective of the new dimensional approach in the process of making diagnosis of mental disorders, based on the facts elaborated by us, seems to be substantiated and applicable in the clinical practice.

Key words: dependence on exercise – dependence on physical inactivity – exercise addiction – dependence on physical hypoactivity – laziness

Poznámka:

Príspevok je podrobnejším rozpracovaním témy prednesenej na AT konferencii v Revúčke v roku 2010. Na požiadanie pána profesora V. Novotného, CSc., sme si ho dovolili zaslať na publikáciu do časopisu Alkoholizmu a drogových závislostí.

Úvod

Podľa našich informácií návrhy na zaradenie do novej americkej klasifikácie duševných porúch DSM-5 obsahovali okolo 5000 diagnostických kategórií. Medzi nimi i niekoľko foriem tzv. nelátkových, niekedy tiež nazývaných behaviorálnych závislostí. Diskusie v čase písania tohto príspevku neboli síce ešte úplne ukončené, ale trend by mal byť zrejme opačný, smerom k vytvoreniu väčších diagnostických okruhov. Z nelátkových závislostí iba patologické hráčstvo (gambling) má na základe doteraz zozbieraných vedeckých dôkazov najväčšiu pravdepodobnosť na zaradenie ako nová samostatná kategória. Napriek uvedenému zostáva systém ako i vedecké skúma-

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

nie perspektívne otvorené i pre ďalšie formy. Aj preto sú pokusy o nové diagnostické jednotky, a v tom aj o nové typy nelátkových závislostí, opodstatnené.

Viacerí autori zastávajú evolučnú hypotézu, že genetická selekcia v priebehu státisícov rokov favorizovala jedincov s takým genómom, ktorý ich predisponoval k zvýšenej fyzickej aktivite zabezpečujúcej im prežitie do dospelosti. Platilo to až do doby kamennej. V súčasnosti, z pohľadu histórie vývoja človeka, ale len po veľmi krátky čas, už nie je na bezprostredné prežitie väčšiny ľudí takáto genetická výbava nevyhnutná. Človek ale nemohol k dnešným, rýchlo zmeneným životným podmienkam za obdobie iba niekoľko málo stoviek rokov prispôsobiť svoj genetický základ. Predpokladá sa, že práve nesúlad medzi genómom a požiadavkami prostredia, v ktorom moderný človek žije, v asociácii so zníženou fyzickou činnosťou, vedie k patofyziologickým zmenám v organizme (Booth a kol., 2002; Booth a Lees, 2007;). Niekedy sa hovorí v tejto súvislosti o neskorších následkoch v podobe vzniku a nárastu výskytu tzv. civilizačných ochorení. Dostatočná miera pohybovej aktivity je preto stále potrebná na zabezpečenie dobrého zdravia organizmu. Už Hippokrates pred vyše 2400 rokmi upozornil na to, že „čo sa v tele používa, to sa rozvíja a čo je neaktívne, to sa znehodnocuje ... Ak má organizmus nedostatok výživy alebo pohybu ochorie.“ Cvičenie je jednou z možných foriem. Ako ale uvádzajú niektoré empirické zistenia, môže dôjsť pri nadmernej telesnej aktivite k zdravotným poruchám.

Podľa DSM-IV-TR (APA, 2000) cvičenie sa stáva nadmerným vtedy, ak významne interferuje s dôležitými aktivitami v živote jedinca, ak sa vyskytuje v nevhodnom čase a v neprimeraných prostrediach, alebo keď osoba pokračuje s cvičením napriek poraneniu, alebo iným zdravotným komplikáciám. Nejde však o charakteristiky samostatnej nozologickej kategórie, ale excesívne cvičenie je v DSM-IV-TR definované ako fenomén vyskytujúci sa v komplexe porúch stravovania, v rámci anorexie alebo bulímie nervózy. V odbornej literatúre je tiež popisovaný ako symptomatický prejav pri obsedantno-kompulzívnej poruche, prípadne úzkostnej, či depresívnej poruche (Fox, 1999; Dimeo a kol., 2001). Názor na existenciu závislosti od cvičenia ako primárnej, samostatnej nozologickej kategórie je nejednotný a ani pre klasifikáciu duševných porúch zásadné klasifikačné systémy DSM-IV-TR/ APA (APA, 2000) a MKCH-10/SZO (WHO, 1992) túto diagnózu ako samostatnú poruchu neobsahujú.

Prvý zaviedol pojem v odbornej literatúre Glasser (1976), ktorý ale na rozdiel od ostatných negatívnych závislostí zaradil závislosť od cvičenia medzi pozitívne, zdraviu prospešné. Naproti tomu Sachs (1981) už diferencoval športovcov na zanietených, ktorí: (1) cvičia kvôli vonkajším odmenám, (2) vnímajú svoje cvičenie ako dôležitú, ale nie centrálnu zložku svojho života a (3) netrpia abstinenčnými symptómami, ak z nejakého dôvodu nemôžu cvičiť, kým v kontraste s nimi športovci so závislosťou: (1) cvičia s väčšou

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

pravdepodobnosťou pre vnútornú odmenu, (2) vnímajú cvičenie ako centrálnu súčasť ich životov a (3) zažívajú nepríjemné pocity deprivácie ak nemôžu cvičiť.

Vyššie uvedené indukovalo u nás otázky: (1) „Ak teda existuje fenomén nadmerného cvičenia poškodzujúceho zdravie, neexistuje na druhej strane aj jeho protiklad – nedostatok pohybu, ktorý je tiež zdraviu škodlivý?“ (2) „Keby existovala závislosť od cvičenia, nie je odôvodnená aj koncepcia existencie závislosti od fyzickej hypoaktivity?“ a (3) „Aký rozsah telesnej aktivity, napríklad aj vo forme cvičenia, je vyvážený a optimálny pre zdravie?“

Epidemiológia

Existuje rad štúdií zaoberajúci sa epidemiológiou frekvencie pohybovej aktivity u ľudí. Uvádzame aspoň niektoré výsledky, ktoré sú relevantné pre našu prvú otázku. Hausenblas a Symons Downs (2001) zistili závislosť od cvičenia u 2,5 % nimi skúmaných subjektov a Terry a kol. (2004) ju našli u 3 % pravidelne športujúcich. Naopak, znižujúca sa a nedostatočná telesná aktivita je globálnym trendom so zvýraznením v rozvinutých krajinách. Úzko súvisí s pokrokom vedy a zvýšenou životnou úrovňou obyvateľstva. Weiler a kol. (2011) uvádzajú, že výdavky na zdravotníctvo v dôsledku nedostatku telesnej aktivity boli ročne vo Veľkej Británii odhadnuté na 8,2 mil. libier, čo je približne toľko ako dokopy náklady na následky obezity, fajčenia a nadmerného konzumu alkoholu. Vyše 50 % dospelých Američanov má nedostatok telesnej činnosti v prospech zdravotných benefitov a 25 % je vo voľnom čase absolútne neaktívnych (CDC, 06). Jurkovičová (2005) referovala zistenia z populačných prieskumov vykonaných na Slovensku zo začiatku tohto tisícročia. Podľa nich až 70 % skúmaných osôb nemalo dostatočnú fyzickú aktivitu, len 20 % sa venovalo takej telesnej aktivite, ktorá má pozitívny vplyv na prevenciu kardiovaskulárnych ochorení a iba 21 % pravidelne športovalo.

Fyzická hypoaktivita má za následok zvyšovanie morbidity a mortality. Okrem zistení, že telesná lenivosť je príčinou celého radu chronických ochorení a kvalitu života znižujúcich porúch zdravia (obezita, diabetes, hypertenzia, ICHS, osteoporóza, rakovina) majúciich vysokú prevalenciu v populácii, lenivosť aj život ľuďom významne skracuje. Len v USA sa odhaduje počet úmrtí v dôsledku fyzickej inaktivity asi na 250 000 ročne (Booth a kol., 2000).

Diagnostika

Snahou o odlišenie prirodzenej hypoaktivity, niekedy tiež kolokviálne nazývanej lenivosťou od lenivosti patologickej so závislosťou sa dostávame

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

ku diagnostike príznaku straty kontroly, k jednému zo základných kritérií pre závislosti. Zmena stavu pasivity v prípade odpočinku s prechodom do aktívnej činnosti si vyžaduje zapojenie neporušených bulických funkcií, v spojení s adekvátnou motivačnou silou, s primeranou koncentráciou a tenacitou pozornosti a v prípade telesnej aktivity tiež relatívne dobrý fyzický stav. Prechod organizmu zo stavu pokoja do pohybu vytvára pocit námahy, spravidla s momentom prekonávania odporu, s potrebou vynaloženia úsilia na rozbehnutie činnosti, čo je v protiklade s tendenciami k sklznutiu naspäť, k návratu a zotrvaníu v stave pasívneho pokoja. Pri fyzickej práci, alebo športe sú to momenty zažívané aj ako pocity fyzickej námahy zvýraznené pri naštartovaní funkčného stereotypu. („Ťažké je rozhábať sa na začiatku, potom to už ide...“). Vnútorne prežívanie týchto momentov „naštartovania“ aktivity nie je prežívané väčšinou príjemne a je niekedy ťažké a dlhšie trvá. Kým na druhej strane upadnutie do pokoja, fyzickej pasivity býva oveľa jednoduchšie, je rýchle a psychicky často príjemné, spojené s pocitom uvoľnenia, neraz úľavy. Táto opačná tendencia je svojím priebehom prakticky zhodná s priebehom a prežívaním recidívy i pri látkových závislostiach a naopak prechod do fyzickej aktivity sa viac zhoduje s psychickou námahou a prežívaním pri prechode do abstinencie. Rozdiel medzi „normálne lenivým“ a „chorobne lenivým“ je potom v tom, že kým v prvom prípade „normálnej lenivosti“ nemá človek problém s kontrolou nad opačnými tendenciami a zvládne pomerne ľahko námahu pri prechode do fyzickej aktivity, tak v prípade „patologickej lenivosti“ ide o proces dlhý, namáhavý, subjektívne nepríjemný, „bolestivý“, často neúspešný s opakovanými recidívami pasivity. Príkladom môže byť zdravý, oddýchnutý človek, ktorý dostatočne dlho spal a má napriek tomu problém vstať ráno z postele. Pritom vie, že by už mal vstávať. Podobných konkrétnych situácií je možné identifikovať veľa. Porušená je kontrola zabezpečujúca eufunkčnosť organizmu a tiež je možné identifikovať narušenie neutrálnej vôle. Fenomén typický pre ľudí so syndrómom závislosti.

Diagnostické kritériá telesnej hypoaktivity – lenivosti ako syndrómu závislosti

Tak ako pri iných behaviorálnych závislostiach je zaujímavé aplikovať na fenomén patologickej telesnej hypoaktivity – lenivosti deskriptívne kritériá pre diagnostiku syndrómu látkových závislostí, či už podľa DSM-IV, alebo MKCH-10. Aplikujeme postupne kritériá MKCH:

– *Neodolateľná túžba* nenamáhať sa pri patologickej telesnej lenivosti – asi existuje. (Ak čaká v rade, túži, „fahá ho to“ podsadiť sa. Keď stojí, chce sa oprieť. V dopravnom prostriedku chce vždy sedieť a pod.)

– *Repetitívne, kompulzívne správanie* – asi existuje. Ide o opakované

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

upadanie do stavu telesnej lenivosti – hypoaktivity. (Napriek tomu, že sa človek rozhodne kvôli svojmu zdraviu cvičiť, chodiť po schodoch namiesto výťahom, ísť pešo do práce, tak za krátko a opakovane zlyháva, ráno ide bez cvičenia výťahom do garáže a potom autom do roboty. Po práci si namiesto vychádzky lahne doma na gauč a pozerá web, televíziu, alebo si pohodlne číta);

– *Zvyšovanie tolerancie* – asi existuje. Človek so závislosťou od telesnej lenivosti potrebuje stále viac oddychu, alebo rovnako, ale a už po menšej fyzickej námahe (Napríklad kedysi oddychoval až keď vyšiel po schodoch na prvé poschodie, teraz odpočíva už na medziposchodí);

– *Abstinenčný stav* – asi existuje. (Mohli by sme sem zaradiť duševné pocity únavy, symptóm vyčerpania, bolesti svalov, problémy s dýchaním, tachykardiou, ktoré vnikajú už pri predtým bežnej fyzickej námahe);

– *Redukcia ostatných záujmov* – pravdepodobne existuje. (Výrazne to vidieť napríklad na zanechaní záujmov vyžadujúcich fyzickú námahu – športovania, vychádzok do prírody, stretávok s priateľmi na bicykloch, chodenie na tanec, do fitka a pod. Alebo na ich redukcii: stále kratšie a zriedkavejšie prechádzky, nakoniec len po pohyblivých schodoch v nákupnom centre);

– *Zotrúvanie v telesnej lenivosti, napriek vedomosti o jej nepriaznivých zdravotných následkoch* – pravdepodobne existuje. Veľmi typická charakteristika, príznak s možnými fatálnymi následkami. Príkladmi môžu byť obézni ľudia s metabolickým syndrómom, s kardiovaskulárnymi problémami v ich počiatočnom štádiu, či so zníženou inzulínovou toleranciou a s predispozíciou k diabetu typu 2, ktorí ešte predtým ako sa takéto stavy u nich dostavia, napriek vedomostiam o rizikách a následkoch porúch zdravia skrátujúcich ich život, ktorým by mohli predísť zvýšením pohybovej aktivity, napriek odporúčaniam lekárov svoju úroveň fyzickej aktivity nezvýšia. Lebo sú závislí od telesnej hypoaktivity – lenivosti.

Pri poslednej charakteristike je jasne preukázateľný jeden z typických mechanizmov uplatňujúcich sa aj pri iných závislostiach, súvisiaci so stratou kontroly, s neschopnosťou ovládania impulzov, s vôľovou nezdržanlivosťou. Ide o neschopnosť odložiť si odmenu v čase a človek so závislosťou uprednostňuje v prípade možnosti výberu spravidla skoršie uspokojenie, odmeny, ktoré sú v čase čo najskôr. Nie je schopný tejto možnosti odolať, hoci vie, že takéto správanie bude mať pre neho neskôr závažné negatívne dôsledky. Typické je to pre všetky látkové závislosti: od tabaku, alkoholu, od ostatných psychoaktívnych látok, ale aj pre nelátkové. V súvislosti s telesnou aktivitou je príjemné teraz oddychovať a začať sa hýbať až neskôr. Racionalizácií na takéto rozhodnutie má človek so závislosťou celú plejádu.

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

Kolko pohybu?

Z časového hľadiska sa uvádzajú ako zdraviu, hlavne kardiovaskulárne-mu, prospešné hodnoty aeróbnej telesnej aktivity (cvičenia) v časoch od 30 minút do 2 hodín denne (Blair a kol., 1992). Ide však skôr o spodné, minimálne limity, od ktorých sa začínajú výrazne prejavovať benefity telesnej aktivity. Podľa viacerých zistení sa tieto pozitívne zdravotné účinky ďalej úmerne zvyšujú s dávkou telesnej činnosti (Haskell a kol., 2007). Profesionálni športovci sú neraz v pohybe 4-8 hodín denne. Zo zdravotného hľadiska sú preferované aeróbne a intenzívnejšie typy športovania. Mnohí ťažko denne fyzicky pracujúci ľudia sa dožívali a dožívajú i dnes vysokého veku v plnom zdraví. A to boli v ťažkej práci, najmä na farmách a v lesoch od rána do večera. Preto horné časové limity napríklad dve hodiny cvičenia denne sa pre súčasníka so sedavým zamestnaním javia byť veľmi relatívne.

Použitelný a medicínsky korektnější je však iný prístup. Za momentálne najvhodnejšie indikátory dostatočnej úrovne telesnej aktivity je možné použiť také fyziologické parametre akými sú VO₂, alebo pulzová frekvencia srdca. Ak má fyzicky aktívny človek pokojovú frekvenciu srdcovej činnosti medzi 48 – 55 pulzov za minútu, zodpovedá to optimálnej úrovni jeho fyzickej aktivity a kardiovaskulárneho zdravia, bez ohľadu na to za aký čas venovaný pohybu to dosiahol. Zaujímavé je, ako sa v tomto smere vyvíjalo medicínske poznanie v kardiológii. Dlhú prevládala v lekárskej literatúre údaj, že prejavom optimálneho zdravia je u dospelého človeka pulzová frekvencia pohybujúca sa v priemere okolo 72 pulzov za minútu. Neskoršie, novšie štúdie ale ukázali, že táto hodnota je významne nižšia. Údaj o optimálnej hodnote 72 úderov srdca za minútu sa dostal do učebníc na základe meraní britských lekárov v 19. storočí. Merania sa ale vtedy uskutočnili na preselektovanej skupine bohatých probandov, ktorí už v tom čase žili v pomerne veľkom pohodlí.

Diskusia

V odpovedi na nami položenú prvú skúmanú otázku empirické, epidemiologické štúdie naznačujú, že áno. Nedostatok pre zdravie potrebného pohybu v populácii existuje. Vynára sa ďalšia otázka, či z hľadiska verejného zdravia je vyšším rizikom pravidelná fyzická aktivita, napríklad cvičenie, alebo jej protipól – fyzická pasivita. Okrem diskutabilnosti existencie diagnózy závislosti od cvičenia, stojí za pozornosť aj jej pomerne nízky výskyt. Práce anglosaských autorov (CDC 2006; Booth a Lees 2007; Weiler a kol. 2011), ale aj slovenské prieskumy (Jurčovičová, 2005) nasvedčujú, že ak aj jestvuje závislosť od cvičenia, je v súčasných podmienkach len marginálnym problémom verejného zdravia, oproti závažným zdravotným problémom

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

vznikajúcim v dôsledku nedostatku pravidelnej telesnej činnosti. Súčasný stav zreteľne indikuje, že štatistický priemer v spoločnosti a pravdepodobne aj sociálna norma toho, čo je podľa laika adekvátne telesná aktivita, je posunutý inde, ako je jej optimálna úroveň pre zdravie. Je to jav známy z výskytu zubného kazu. Biologicky normálny chrup je zdravý, bez kazov, ale štatisticky ide u dospelého Slováka o extrém. Ak si uvedomíme, že v rozvinutých krajinách v súčasnosti pravidelne, k zdraviu potrebnej miere, športuje len menšia časť populácie a že časť ľudí, ktorá fyzicky adekvátne pracuje sa neustále znižuje, je žiaduce sa problematikou nedostatku telesného pohybu z odbornej stránky intenzívne zaoberať.

Zaujímavé sú zistenia, ktoré by nepriamo na biologickej úrovni mohli podporovať koncepciu fyzickej hypoaktivity ako závislosti. Dôležitým argumentom je podľa nás rozdielna rýchlosť nadobúdania a redukcie ako svalového proteínu, ako aj expanzie a naopak úbytku mitochondriálnej kapacity v kostrovom svalstve. Šesťdňová prestávka v aeróbnom tréningu zníži u ľudí GLUT4 proteín nachádzajúci sa v kostrovom svalstve na úroveň sedavého životného štýlu. Takáto neaktivita spôsobuje potom znižovaním úrovne GLUT4 proteínu predispozíciu k diabetu typu 2 (Hollosoy, 2005). Henrikson (1977) zistil, že aktivita cytochrómoxidázy (markera aktivity v mitochondriách) bola u ľudí v kvadriceps femoris po ôsmich týždňoch aeróbného tréningu zvýšená o 35 %, ale pri návrate k sedavému štýlu života bez cvičenia sa vrátila na pôvodnú úroveň už za dva týždne. Podobne aj pri látkových závislostiach je fyzická maladaptácia organizmu pri recidíve oveľa rýchlejšia, ako znovunadobudnutie zdravej kondície organizmu.

Ako sa ukázalo, vyššie diagnostické kritériá pre syndróm závislosti MKCH-10/SZO by boli použiteľné v prípade akceptácie diagnózy závislosti od fyzickej hypoaktivity – lenivosti a umožnili by nám jej odlíšenie od nepatologickej telesnej hypoaktivity napríklad v prípade oddychu, či regenerácie. Ak ale budú dnešné kategoriálne klasifikačné systémy duševných porúch nahradené dimenzionálnymi, bola by ostrá hranica medzi patológiou a normou nahradená rozmazaným prechodným pásmom, kde určujúcim prvkom by mal byť objem (intenzita a dĺžka) fyzickej lenivosti, respektíve aktivity, v čase. Na to by však bolo potrebné vytvorenie na vedeckých dôkazoch založenej, klinicky merateľnej škály s identifikovaním optimálneho pásma pohybovej aktivity medzi extrémami. Nápomocné v tomto smere by mohli byť merania niektorých základných fyziologických funkcií.

Rozdiel medzi vyššie uvedenými definíciami excesívneho cvičenia ako symptómu podľa DSM-IV-TR (2000) a primárnou závislosťou podľa Sachsa (1981) je výrazný. Kým v DSM sice ide o malfunkčný, ale v zásade predsa len o kompenzačný mechanizmus, sekundárny fenomén pri iných duševných poruchách, ktorý môže spôsobiť a spôsobuje ďalšie zdravotné komplikácie, tak v prípade závislosti od cvičenia ako primárnej poruchy sú popísané charakteristiky, ktoré nie sú v klasifikácii duševných porúch uvá-

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

dzané ako patologické. Podobne ani samotný Glaser, ktorý sa považuje za autora pojmu závislosti od cvičenia, nepovažoval tento stav za patologický. Za posledných 30 rokov došlo v odborných kruhoch k výrazným posunom v nazeraní na športovanie. Práve na základe zistení veľkých zdravotných benefitov súčasná lekárska veda na rozdiel od Sachsa (1981) preferuje rekreačné športovanie s vnútorným uspokojením pred súťažným, ktoré je spájané s úsilím o vonkajšiu odmenu. Pravidelné rekreačné športovanie, pohyb je propagovaný ako podstatná zložka zdraviu prospešného životného štýlu a aj keď nie ako centrálna, ale určite ako dôležitá zložka individuálnej životnej filozofie a ako prevencia porúch zdravia. Súvisí to aj so zachovaním potrebnej úrovne motivácie. Treba odlišovať pokračovanie v neprimeranej telesnej aktivite napriek poškodeniu zdravia, napríklad pri úrazoch, alebo chorobe u športujúcich ľudí, čo je prejav patológie zrejme sekundárnej duševnej poruchy, od na druhej strane nepríjemného pocitu frustrácie a potreby pohybu, ktorý sa dostaví napríklad pri vynútenom dlhšom prerušení pravidelnej fyzickej aktivity. To je to, čo považuje Sachs (1981) za jeden zo znakov patologickej závislosti od fyzickej aktivity. Dovoľme si s ním nesúhlasiť, pretože naopak v zhode s Glaserom (1976) považujeme pravidelnú fyzickú aktivitu za základnú potrebu na udržanie zdravia človeka a príznaky, ktoré uvádza Sachs sú na rozdiel od neho podľa nás varovnými symptómami upozorňujúcimi na to, že je pre zdravie organizmu potrebné, aby sa znovu zvýšila úroveň aktivity, keďže existujúca pasivita je pre neho škodlivá. Ak sa napriek pasivite príznaky z nedostatku pohybu nedostavia, alebo ustúpia ak sa po ich objavení aktivita nezvýši, ide o maladaptáciu organizmu na stav telesnej lenivosti.

Workoholizmus akéhokolvek druhu a zvýšená telesná aktivita vedú k zvýhodňovaniu jedinca vo vnútroduhovom súperení, čo nemožno použiť ako argument pri závislostiach klasifikovaných v súčasných diagnostických systémoch. Psychologická, dynamická koncepcia charakterizuje závislosť: pasivitou, nedostatkom sebakontroly (preto potrebou umelej kontroly) a konzumnosťou. Jej protikladom je záujem o život, aktívne zaujatie, vyhladávanie činností v reálnom svete a prijímanie odmien. Tento pomerne často, najmä psychologickou odbornou obcou akceptovaný názor, nielenže oslabuje argumenty na zaradenie workoholizmu a nadmerného cvičenia medzi poruchy v zmysle nesubstančných závislostí, ale čo v tomto kontexte pokladáme za zvlášť dôležité je, že definícia exponuje opačný behaviorálny stav – stav zníženej aktivity až pasivity ako jadro závislého správania. To sú len niektoré pohľady, ktoré dokumentujú, prečo nie je zhoda na tom, či existuje diagnóza závislosti od cvičenia ako samostatná, primárna duševná porucha.

„Lenivosť“, či už sa prejavuje vo forme duševnej alebo telesnej, je v prvom rade mentálny stav. Hypoaktivitu, pasivitu tak ako sa prejavuje pri primárnej depresii, organickom poškodení mozgu, schizofrénii pokladá-

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

me za sekundárny prejav inej jadrovej poruchy a v psychopatológii takúto pasivitu nestotožňujeme s pojmom lenivosť. Ponúka sa otázka, či sa lenivosť môže vyskytnúť aj u duševne zdravého človeka. Sme názoru, že áno. Fyziologická lenivosť je normálny stav, ktorý sa môže dostaviť po opakovanom nadmernom vypätí, býva súčasťou krátkodobej, či dlhodobejšej regenerácie organizmu. Ani ľudia lovci neboli v neustálom pohybe, ale mali i dni kedy oddychovali (Booth a Lees, 2007).

Nami položenú tretiu otázku, aký je rozsah telesnej aktivity, napríklad aj vo forme cvičenia, ktorý je vyvážený a optimálny pre zdravie, nedokážeme na základe literárnych zistení jednoznačne zodpovedať. Nepovažujeme za optimálne odporúčať len čas ako kritérium pre zdraviu prospešnú fyzickú aktivitu. Išlo by o veľké zjednodušenie. Benefity totiž vo veľkej miere závisia aj od ďalších faktorov, ako je napríklad intenzita, či spôsob telesnej aktivity. Dá sa predpokladať, že nároky sa menia i s vekom človeka a preto aj tu by mali byť dôležitými ukazovateľmi dostatku telesnej aktivity výsledky klinických meraní vyššie spomenutých fyziologických parametrov.

Samostatnou a veľmi zaujímavou časťou problematiky je existencia a produkcia endorfínov pri telesnej aktivite, ale aj iných hormónov, ako kortizolu, inzulínu. Už súčasné vedecké poznatky si zaslúžia samostatné spracovanie. Predpokladá sa, že ich dostatočná produkcia zabezpečovaná práve fyzickou aktivitou podporuje zdravie, posilňuje imunitný systém, podporuje emočnú vyrovnanosť, udržuje prah pre bolesť na úrovni, kedy bežná fyzická námaha nie je vnímaná ako nepríjemná a tým sa zabezpečuje kvalitné fungovanie organizmu (Cohen a kol., 2010). Tieto aspekty sú širokým polom pre budúce skúmania.

Nakoniec by sme chceli po biologických a psychologických súvislostiach v krátkosti diskutovať v rámci tejto koncepcie niekoľko možných epigenetických asociácií. Nielen vo vývoji ľudstva fylogeneticky, ale aj vo vývoji jednotlivca v priebehu jeho života, v ontogenéze zohrávajú okrem genetických faktorov veľkú rolu tiež environmentálne, socio-kulturálne činitele. Práve v nich je možné hypoteticky hľadať dôvody zistení Jurčovičovej (2005), že primeraná telesná aktivita klesá s vekom. Najvyššiu aktivitu udávali v slovenskom prieskume osoby v najmladšej vekovej skupine, so stúpajúcim vekom postupne klesala aktivita u mužov a u žien prudko už od 25 rokov veku. Len približne štvrtina žien udávala primeranú fyzickú aktivitu. Keďže v tom veku je ešte podiel vynútenej redukcie fyzickej aktivity spôsobenej biologickými činiteľmi starnutia organizmu relatívne malý, súvisí to pravdepodobne so zmenou spoločenskej pozície a životného štýlu. Sú to rodinné povinnosti, práca, zmenené spoločenské postavenie, rozšírenie palety aktivít v dospelosti ktoré súperia, respektíve sú predpokladom znižovania fyzickej činnosti jedinca, napríklad možnosť získania vodičského oprávnenia, možnosť samostatne podnikáť, neraz vyššie príjmy a iné. Dôležitú rolu v znižovaní telesnej aktivity pod zdraviu prospešnú úroveň zohráva reklama

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

rôznych produktov, ktoré lákajú k príjemnej pasivite. Dôležité sú masmédiá, najmä televízia, web, filmová produkcia, ktoré sa snažia upútať čo najviac ľudí, po čo najdlhší čas. Autá, doprava, ubytovanie, prístupy do inštitúcií, úžitkové výrobky sa ponúkajú tak, aby boli čo najpohodlnejšie, aby sa dali využívať s vynakladaním čo najmenej fyzickej námahy. Nastala epidémia pohyblivých schodov. To mnohokrát na nevedomej úrovni utvrdzuje ľudí v presvedčení, že pre zdravie je prospešné, aby sa po telesnej stránke čo najviac šetrili. Propagácia športu, reklama zdravého životného štýlu je oveľa skromnejšia a adekvátne s menším vplyvom na formovanie životného štýlu človeka. A potenciálna terapia? Keď neberieme do úvahy roľníkov v Andách žuvajúcich koku, ktorí majú pohybu až dosť, tak medikamentózne pokusy so stimulanciami tu už boli. Dnes formou samomedikácie si ich aplikujú napríklad tzv. bodybuildery, svalovci vo fitneskách, ale i iní športovci, aby mali nielen výdrž, ale aj motiváciu a chuť do tréningu. Podobne, v snahe cvičením si zlepšiť lenivosťou zanedbanú postavu, sa o to pokúšajú aj niektoré ženy, najmä na jar predtým ako si oblečú plavky. V týchto prípadoch existuje veľké riziko nahradenia nelátkovej závislosti za substančnú. Pokusy s antidepresívami s indikáciou na cieľový symptóm telesnej hypoaktivity ako prejavu depresívnej poruchy, už tiež boli. Najslubnejšie sa zdali byť tie antidepresíva, ktoré majú stimulujúci účinok, ako napríklad bupropion. Ich aplikácia by však vo väčšine prípadov patologickej telesnej lenivosti bola „off label“, keďže je len málo pravdepodobné, že by až 70 % našej populácie malo chronicky prebiehajúcu depresívnu poruchu. Preto ak by sme rozpoznávali telesnú hypoaktivitu ako závislosť, analogicky s použitím pri iných formách, významnú úlohu v terapii by mali mať motiváciu zvyšujúce a kognitívno-behaviorálne psychoterapeutické prístupy.

Záver

Záverom citujeme myšlienku Murakamiho prebratú z jedného japonského fitneska: „*Svaly sa ťažko naberajú, ale ľahko strácajú a so sadlom je to naopak*“ (Murakami, 2010). Tento citát výstižne poukazuje na validitu hypotézy, že v dnešnom svete je znížená telesná aktivita – lenivosť jednou z najrozšírenejších porúch duševného zdravia s typickými charakteristikami závislosti.

Zastávame predpoklad, že chronická telesná hypoaktivita môže byť duševnou poruchou a lenivosť primárnou nelátkovou formou závislosti. Prvoradá je prevencia so začiatkom v útlom detského veku prostredníctvom rodičov, školy a celej spoločnosti. Sekundárnou prevenciou je liečba založená na princípoch kognitívno-behaviorálnej terapie so súčasným dôkladným somatickým monitoringom, s harmonizovanou cieľovou medicínskou liečbou prípadných komplikujúcich ochorení.

E. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

L i t e r a t ú r a

- American Psychiatric Association*: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
- Blair, S. N. – Kohl, H. W. – Gordon, N. F. – Paffenbarger, R. S. Jr.: How much physical activity is good for health?, 1992,13, s. 99 – 126
- Booth, F. W. – Gordon, S. E. – Carlson, C. J. – Hamilton, M. T.: Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *J Appl Physiol*, 2000, 88 (2), s. 774 – 787
- Booth, F. W. – Chakravarthy, M. V. – Gordon, S. E. – Spangenburg, E. E.: Waging war on physical inactivity: using modern molecular ammunition against an ancient enemy. *J Appl Physiol*, 2002 Jul, 93 (1), s. 3 – 30
- Booth, F. W. – Lees, S. J.: Fundamental questions about genes, inactivity, and chronic diseases. *Physiological Genomics*, 2007, 28, s. 146 – 157
- Cohen, E. E. – Ejsmond-Frey, R. – Knight, N. – Dunbar, R. I.: Rowers' high: behavioural synchrony is correlated with elevated pain thresholds. 2010, 6(1), s. 106 – 108
- Centers for Disease Control and Prevention*. Physical Activity for Everyone: The Importance of Physical Activity (<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/importance/index.htm>) 2006
- Dimeo, F. – Bauer, M. – Varahram, I. – Proest, G. – Halter, U: Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. 2001, 35(2), s. 114 – 117
- Fox, K. R.: The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr.*, 1999 Sep, 2 (3A), s. 411 – 418
- Glasser, W.: Positive Addictions. Harper and Row, New York, 1976
- Macera, C. A., Heath, G. W. - Thompson, P. D. - Bauman, A.: Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. 2007, 39(8), s. 1423 – 1434
- Hausenblas, H. A. – Symons Downs, D.: How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology and Health*, 2001, 17, s. 387 – 404
- Henriksson, J. – Reitman, J. S.: Time course of changes in human skeletal muscle succinate dehydrogenase and cytochrome oxidase activities and maximal oxygen uptake with physical activity and inactivity. *Acta Physiol Scand*, 1977, 99, s. 91 – 97
- Holloszy, J. O.: Exercise-induced increase in muscle insulin sensitivity. *J Appl Physiol*, 2005, 99, s. 338 – 343
- Jurkovičová, J.: Vieme zdravo žiť? Zdravotný stav slovenskej populácie 1999 – 2004 a prevencia kardiovaskulárnych a civilizáčnych ochorení. Univerzita Komenského v Bratislave, Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Bratislava 2005, s. 165

L. OKRUHLICA / TELESNÁ LENIVOSŤ AKO ZÁVISLOSŤ

Murakami, H.: O čem mluvím, když mluvím o běhání. ODEON Praha 2010, s. 176
(Preklad z japonského originálu: Haširu koto ni cuite kataru toki ni boku no kataru koto. Bungei šundžú, Tokio, 2007)

Sachs, M. L.: Running addiction. In M. H. Sacks & M. L. Sachs (Eds.), Psychology of running. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, 1981, s. 116 – 126

WHO: ICD-10/WHO, WHO Ženeva, 1992

Weiler, R. – Stamatakis, E. – Blair, S.: Should health policy focus on physical activity rather than obesity? Yes. BMJ. 2010 May 25, 340:c2603

Do redakcie prišlo: 7. 3. 2011

Prijaté na publikáciu: 30. 3. 2011

Adresa autora: MUDr. L. Okruhlica, CSc., Centrum pre liečbu drogových závislostí
Hraničná 2, 821 05 Bratislava
okruhlica@cpldz.sk