

Czynniki prognostyczne wyników chirurgii bariatrycznej: znaczenie przedoperacyjnej oceny psychologicznej

Susan F. Franks, PhD, Kathryn A. Kaiser, BS

- Populacja kandydatów do operacji bariatrycznej jest psychologicznie niejednorodna.
- Przedoperacyjna ocena psychologiczna dostarcza informacji umożliwiających optymalizację wyników leczenia.
- Psychologiczne czynniki ryzyka zmniejszające szanse powodzenia w okresie pooperacyjnym muszą być oceniane w sposób dostosowany dla poszczególnych pacjentów.

Streszczenie

Jakie są cechy psychiczne kandydatów do bariatrycznych zabiegów chirurgicznych? Jakie komponenty przedoperacyjnej oceny psychologicznej mają największy wpływ na wyniki leczenia zabiegowego? Chirurgia bariatryczna jest sposobem postępowania, który może rozwiązywać problem chorób towarzyszących otyłości i upośledzonej jakości życia pacjentów otyłych. To, w jakim stopniu można osiągnąć sukces terapeutyczny, zależy w dużej mierze od zdolności pacjentów do utrzymania w okresie pooperacyjnym zmian stylu życia umożliwiających trwale zmniejszenie masy ciała. Zrozumienie zagadnień psychologicznych i behawioralnych charakterystycznych dla pacjentów leczonych bariatrycznie jest istotne w kontekście opracowania przed- i pooperacyjnych zaleceń terapeutycznych, ważnych dla podstawowej opieki zdrowotnej i opieki psychiatrycznej.

Wprowadzenie

W Stanach Zjednoczonych chirurgia bariatryczna jest często stosowaną metodą leczenia ze względu na rosnące rozpowszechnienie chorobliwej otyłości, postęp technik chirurgicznych, a także dostępność procedur zabiegowych.^{1,2} Dzięki wydanym w 1991 roku rekomendacjom panelu roboczego National Institutes of Health Consensus Development Panel^{3,5} oraz o znajomości czynników psychologicznych i behawioralnych wpływających na rozwój otyłości i na utratę masy ciała w konwencjonalnych programach terapeutycznych, użyteczność przedoperacyjnej oceny psychologicznej kandydatów do operacji bariatrycznej jest powszechnie akceptowana. Choć początkowo wyrażano nadzieję na rychłe opracowanie jednoznacznego zestawu wskaźników prognostycznych pozwalających na przesiewową ocenę kandydatów pod kątem ryzyka niepowodzenia terapeutycznego,^{6,7} obecnie staje się coraz bardziej jasne, że takie podejście stanowi nadmierne uproszczenie złożonego zjawiska.^{8,9}

W ostatnim czasie dokonała się zmiana koncepcji dotyczących przedoperacyjnej oceny psychologicznej.¹⁰ Poza identyfikacją pacjentów, dla których zabieg w oczywisty

sposób nie byłby odpowiednim leczeniem, ocena przedoperacyjna może służyć do identyfikacji czynników ryzyka i ułożenia planów leczenia sprzyjających poprawieniu uzyskiwanych wyników.⁸ Ten artykuł jest kliniczno-edukacyjnym przeglądem dostępnych publikacji poświęconych kluczowym elementom przedoperacyjnej oceny psychologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem najważniejszych czynników ryzyka o znaczeniu prognostycznym, które można zastosować do poprawy wyników leczenia operacyjnego.

Metody

Przeszukując bazy PubMed, MedLine i PsychInfo odnaleziono piśmiennictwo dotyczące tematu. Kilka przeglądów opublikowanych w latach 2003-2006^{9,11-13} obejmowało zakres zbliżony do tego artykułu. Traktując je jako punkt wyjścia, autorki dokonały przeglądu badań empirycznych opublikowanych między styczniem 2003 a marcem 2008 r. Kryteria wyłączenia artykułów przeglądu obejmowały kilka kategorii, m.in. publikacje nieangielskojęzyczne, badania w próbie osób niepełnoletnich, opisy przy-

Dr Franks, associate professor, Department of Psychiatry, Kathryn Kaiser, doctoral candidate in health psychology, University of North Texas Health Science Center, Fort Worth, Texas.

Autorki nie zgłaszają żadnych zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi mogących powodować konflikt interesów.

Adres do korespondencji: Susan F. Franks, PhD, 3500 Camp Bowie Blvd, University of North Texas Health Science Center, Department of Psychiatry, Fort Worth, TX 76107, Stany Zjednoczone; e-mail: franks@hsc.unt.edu.

padków lub badania potwierdzające przydatność kwestionariuszy, techniki chirurgiczne, zagadnienia związane z opieką pielęgniarstwa, ogólne komentarze lub badania, w których obserwacja pooperacyjna trwała krócej niż rok. Aby zwiększyć prawdopodobieństwo odpowiedniej mocy statystycznej wyłączone także doniesienia, w których liczba uczestników była mniejsza od 50. Wszystkie inne artykuły opublikowane między styczniem 2003 a marcem 2008 r. i spełniające wymienione wcześniej kryteria zostały uwzględnione w niniejszym przeglądzie.

Artykuł został przygotowany na podstawie użyteczności klinicznej. Taka metoda prezentacji pozwoli lekarzom wykorzystać liczne źródła informacji w zgodzie ze standardową praktyką nauczania i praktyką kliniczną. Elementy oceny przedoperacyjnej przedstawiono w sposób typowy dla standardowego postępowania diagnostycznego. W tabeli 1 przedstawiono powszechnie używane akronimy i ich definicje.

Wyniki

Demografia

Najczęściej badanymi zmiennymi demograficznymi były wiek, płeć i pochodzenie etniczne. Choć badania ograniczały się do identyfikowania różnic w okresie przedoperacyjnym, niniejszy artykuł skupia się na tym, jak wybrane różnice demograficzne mogą wiązać się z wynikami leczenia w okresie pooperacyjnym (pojedynczo lub w połączeniach).

Płeć

W niedawno przeprowadzonym badaniu wieku i płci wykazano, że najmniejsze procentowe zmniejszenie nadmiernej masy ciała (% excess weight loss, %EWL) wystąpiło u starszych mężczyzn.¹⁴ W innych badaniach porównujących płeć bezpośrednio z wynikami leczenia nie odnaleziono istotnych związków.^{15,16} Mały odsetek mężczyzn w tych badaniach (16,9-24%) może jednak maskować wpływ płci na wyniki.

Wiek

W trzech z czterech uwzględnionych w przeglądzie badań wykazano, że wiek wpływa na wyniki leczenia bariatrycznego.^{14,15,17,18} Przyjmując jako kryterium powodzenia leczenia 50% zmniejszenie nadmiernej masy ciała (50% EWL), w próbie 1081 pacjentów obserwowanych przez 2 lata po zabiegu stwierdzono istotne ilorazy szans niepowodzenia leczenia u osób starszych, z większym wyjściowym wskaźnikiem BMI oraz z brakiem albo powrotu do zdrowia, albo zwiększenia poziomu aktywności fizycznej.¹⁷ Inne badanie wykazało, że chociaż u osób starszych nie uzyskano takiego zmniejszenia nadmiernej masy ciała jak u młodszych pacjentów, to wystąpiła u nich zbliżona redukcja współchorobowości.¹⁸

Rasa/pochodzenie etniczne

W niedawno opublikowanym badaniu¹⁹ z udziałem grupy 213 kandydatów (rasy czarnej i kaukaskiej) do chirurgicznego leczenia otyłości, w której oceniano wiek, płeć i przedoperacyjny wskaźnik BMI, u Afroame-

TABELA 1
Definicje

Akronim	Definicja
BDI	Skala depresji Becka
BMI	Wskaźnik masy ciała obliczany na podstawie wzrostu i masy: masa (kg)/wzrost do kwadratu (metry)
CES-D	Skala depresji wg Center for Epidemiological Studies-Depression
HRQOL	Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (Health-related quality of life)
LAGB	Zabieg laparoskopowego opasania żołądka (Laparoscopic adjustable gastric banding)
NBE	Zaburzenie odżywiania inne niż objadanie się (Non-binge eating)
NES	Zespół podjadania nocnego (Night eating syndrome)
%EWL	Procentowe zmniejszenie masy ciała (% Excess weight loss) – znormalizowana wartość oparta na względnych proporcjach, a nie na bezwzględnej utracie wagi
PDSQ	Kwestionariusz Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire
QEW/P/QEWP-R	Kwestionariusz oceny wzorców odżywiania się Questionnaire on Eating and Weight Patterns
QOL	Jakość życia (Quality of life)
RYGB	Zabieg ominięcia żołądka
SF-36	Skala oceny jakości życia SF-36
TFEQ	Kwestionariusz Three-Factor Eating Questionnaire
VBG	Zabieg pionowej plastyki żołądka

Franks SF, Kaiser KA. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 8. 2008.

Ryspolit
risperidone

Zotral
sertraline

Zolaxa
olanzapine

Fluoxetin Polpharma
fluoxetine

Pramolan
Opipramoli dihydrochloridum

polpharma
Ludzie pomagają Ludziom

ZOL/108/02-2009

rykanów w okresie 3 lat po zabiegu wykazano mniejszy %EWL. W obu grupach wykazano podobnie częste ustępowanie chorób towarzyszących. Inne badania nie wykazały różnic między Afroamerykanami a rasą kaukaską. Mały odsetek Afroamerykanów (5,5%) w tym badaniu mógł jednak wpływać na wiarygodność uzyskanych wyników.²⁰

Wywiad medyczny

Czynniki medyczne występujące u kandydatów do chirurgicznego leczenia otyłości stanowią ważny element oceny przed zabiegiem, a także determinują technikę chirurgiczną i postępowanie medyczne. W dwóch badaniach^{21,22} wykazano zwiększone ryzyko mniejszego %EWL u chorych na cukrzycę w okresie 1-2 lat po zabiegu. W jednej 494-osobowej próbie,²¹ w której określano wiek, płeć, obecność depresji i wyjściowej wagi, cukrzyca stanowiła istotny czynnik prognostyczny mniejszego %EWL. Przegląd przypadków rozszczeń ubezpieczeniowych ($n=1760$) wykazał, że przedoperacyjny bezdech podczas snu lub choroba refluksowa przełyku (gastroesophageal reflux disease, GERD) stanowiły najbardziej istotne czynniki prognostyczne ryzyka powikłań pooperacyjnych.²³

Wywiad psychiatryczny

W przeprowadzonych niedawno badaniach, w których do określania dających się rozpoznać zaburzeń psychicznych, stosowano kwestionariusz SCID (Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders wydanie 4), wykazano rozpowszechnienie zaburzeń osi I u około 37% pacjentów, jednak nie ma jednoznacznych wyników dotyczących rozpowszechnienia określonych chorób, nawet z wykorzystaniem tej samej metodologii. W tabeli 2 zestawiono rozpowszechnienie zaburzeń osi I.^{24,29}

Wcześniej przegląd piśmiennictwa przynosił nieco inne wyniki dotyczące wpływu zaburzeń psychicznych w wywiadzie na wyniki operacji bariatrycznych. Chociaż w części z nich stwierdzono, że hospitalizacje z przyczyn psychiatrycznych były związane z powikłaniami medycznymi i psychologicznymi w okresie pooperacyjnym, to liczba tych hospitalizacji nie korelowała ze stopniem utraty masy ciała.^{7,9} Uprzednie leczenie ambulatoryjne pozostawało bez związku z jakikolwiek wynikami leczenia.

W innych badaniach wykazano, że leczenie psychiatryczne lub poradnictwo związane z nadużywaniem substancji w wywiadzie było czynnikiem prognostycznym pooperacyjnego zmniejszenia masy ciała, co przypisywano rozwojowi umiejętności adaptacyjnego stylu życia, które mogły zostać wykorzystane do radzenia sobie z pooperacyjnymi wyzwaniami behawioralnymi i psychologicznymi.¹³

Wywiad psychospołeczny

Pewne aspekty przeszłości psychospołecznej kandydatów do chirurgicznego leczenia otyłości zostały ocenione jako potencjalne czynniki prognostyczne sukcesu terapeutycznego. Obejmowały one nadużywanie i wykorzystywanie w dzieciństwie, status małżeński, wsparcie społeczne i stres psychospołeczny.

Wywiad dotyczący wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie

Używając kwestionariusza CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) wykazano, że u około 65-69% pacjentów, u których wykonano zabieg ominięcia żołądka (Roux-en-Y gastric bypass, RYGB), występowały różne formy wykorzystywania w okresie dzieciństwa – szacunkowo 2-3 razy częściej niż w populacji ogólnej.^{30,31} Szacowane odsetki pacjentów wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie znacznie różniły się w różnych badaniach. Odpowiadając na pytanie o wykorzystywanie seksualne, 17 do 50% kandydatów do zabiegu RYGB zgłaszało nadużycia seksualne w wywiadzie,^{32,33} jednak stosując kwestionariusz CTQ wykazano je u około 30% pacjentów.^{30,31,34} Zastosowanie kwestionariusza CTQ pozwoliło także określić częstość występowania wykorzystywania emocjonalnego na poziomie 47% oraz wykorzystywania fizycznego w granicach 29-40%.^{30,31} Zaniedbywanie fizyczne i emocjonalne oszacowano odpowiednio na 32 i 49%.³⁰ Chociaż wskaźnik BMI u kandydatów do zabiegu RYGB nie był związany z wykorzystywaniem w dzieciństwie, wyniki badań związków między wykorzystywaniem w dzieciństwie a psychopatologiami są sprzeczne.^{30,31}

Nie badano wpływu innych niż seksualne postaci wykorzystywania w dzieciństwie na wyniki chirurgicznego leczenia otyłości. Przedstawione w dwóch artykułach wnioski dotyczące prognostycznej roli wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie były różne.^{9,13} Zgodnie z wynikami ostatnich badań^{33,34} porównujących pacjentów z wywiadem wykorzystywania seksualnego i bez niego, nie wykazano jego znaczenia prognostycznego w 12 i 24 miesiące po zabiegu. W tabeli 3 zestawiono wyniki ostatnich badań dotyczących związku między wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie a wynikami leczenia operacyjnego.^{21,33-38}

Zadowolenie z małżeństwa

W dwóch niedawnych publikacjach przedstawiono sprzeczne doniesienia dotyczące wpływu satysfakcji małżeńskiej na wyniki operacji bariatrycznej. Herpertz i wsp.³⁹ wykazali, że niska satysfakcja małżeńska jest czynnikiem prognostycznym większej utraty masy ciała. Natomiast van Hout i wsp.⁹ zasugerowali, że satysfakcja

małżeńska pozytywnie wpływa na zmniejszenie masy ciała oraz że problemy w relacjach między małżonkami mogą potencjalnie ujemnie wpływać na zmniejszenie masy ciała pacjentów.

System wsparcia społecznego

Wcześniej przeglądy wskazywały, że wsparcie społeczne pacjentów po zabiegach bariatrycznych było ważnym czynnikiem determinującym przestrzeganie zaleceń dotyczących zmian stylu życia w okresie pooperacyjnym, mogącym wpływać na utrzymanie masy ciała.¹³ Inni badacze sugerowali jednak, że chociaż niski poziom oparcia społecznego korelował z pooperacyjnymi powikłaniami medycznymi i psychologicznymi, to nie miał żadnego wpływu na zmniejszenie masy ciała.³⁹

Stres psychospołeczny

W porównaniu do kobiet z łagodną lub umiarkowaną otyłością zgłaszających się na leczenie u kobiet z nasiloną otyłością zdecydowanych na jej operacyjne leczenie stwierdzano wyższy poziom stresu związanego ze sprawami zdrowotnymi, prawnymi i finansowymi.⁴⁰ Wykazano, że wyjściowo wysoki poziom stresu życiowego może dodatkowo korelować z utratą masy ciała oraz że niezależnie od poziomu stresu pacjenci po zabiegu osiągają ten sam poziom dobrostanu fizycznego i psychicznego.^{9,39}

Inne zagadnienia

Niezadowolenie z własnego ciała

Zgodnie z niedawno opublikowanym przeglądem⁴¹ około 70% pacjentów zgłasza niezadowolenie z własnego ciała przed zabiegiem. Pewna liczba badań wskazuje, że pacjenci z otyłością występującą od dzieciństwa cechują się mniejszym zadowoleniem ze zmian wagi i kształtu ciała po zabiegu niż pacjenci, u których otyłość rozwinęła się w wieku dorosłym.⁴¹ Chociaż stwierdzono korelację mniejszego niezadowolenia z własnego ciała przed zabiegiem z większą utratą wagi, nie wykazano związku przyczynowo-skutkowego z utratą masy ciała w okresie pooperacyjnym.

Samoocena

W badaniach wykorzystujących miary samooceny wykazano gorszą samoocenę u kandydatów do operacji bariatrycznej niż w grupach referencyjnych o prawidłowej masie ciała.⁴¹ Badanie porównawcze grup pacjentów z różną masą ciała wykazało, że samoocena pacjentów leczonych bariatrycznie z dużą otyłością jest gorsza niż u osób z otyłością mniej nasiloną.⁴⁰ Poprzedni przegląd autorstwa van Hout i wsp.⁹ przyniósł sprzeczne wyniki dotyczące wpływu samooceny na utratę masy ciała po zabiegu.

Cechy osobowości

Herpertz i wsp.³⁹ stwierdzili, że nie ma wystarczających dowodów na prognostyczną wartość cech osobowości dla pooperacyjnej utraty masy ciała lub wyników z obszaru zdrowia psychicznego. Niedawno Van Hout i wsp.⁴² zastosowali analizę skupień (cluster analytic approach) do zbadania profili psychologicznych 153 kandydatów do zabiegu pionowej plastyki żołądka (vertical banded gastroplasty,

VBG). Wyniki potwierdziły niejednorodność grupy, wykazując trzy odrębne klasy pacjentów cechujące się różnym funkcjonowaniem w wielu domenach, obejmujących osobowość, radzenie sobie, nawyki żywieniowe, zakres kontroli, stosunek do własnego ciała, funkcjonowanie społeczne i jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (health-related quality of life, HRQOL). Badacze zasugerowali, że niejednorodność kandydatów do operacji ba-

riatrycznej oraz zależność od miar psychologicznych niezwiązanych swoiście z otyłością mogą wpływać na niespójności w wynikach różnych badań.

Aktualny stan psychiczny

Aktualne rozpowszechnienie określonych zaburzeń osi I znacznie różni się w poszczególnych badaniach, co może być spowodowane różnicami metodologicznymi w ustala-

TABELA 2
Opisywane rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród pacjentów bariatrycznych²⁴⁻²⁹

Zaburzenie	Metoda diagnostyczna	Wykazane rozpowszechnienie (%)	W okresie życia pacjenta (L) lub aktualnie – w czasie oceny (A)
MDD	SCID	14,9-42,0	L ²⁴⁻²⁶
		3,4-10,4	A ²⁴⁻²⁶
	Badanie lekarskie	31,1	A ²⁷
Dystymia	SCID	PDSQ	A ²⁸
		1,1-5,7	L ^{25,26}
Zaburzenia odżywiania się	SCID	1,1-5,7	A ²⁴⁻²⁶
		12,8-29,5	L ²⁴⁻²⁶
Objadanie się	SCID	7,1-16,3	A ²⁴⁻²⁶
		4,6-27,1	L ²⁴⁻²⁶
	Badanie lekarskie	3,4-16,0	A ²⁴⁻²⁶
Bulimia	SCID	26,7	A ²⁷
		17,3	A ²⁹
	Badanie lekarskie	1,8-3,5	L ^{24,25}
ED-NOS	SCID	0,3-0,4	A ^{24,25}
		9,2	L ²⁶
Zaburzenia lękowe	SCID	6,9	A ²⁶
		15,5-37,5	L ²⁴⁻²⁶
OCD	SCID	11,5-24,0	A ²⁴⁻²⁶
		2,8-3,8	L ^{24,25}
	PDSQ	2,1	A ^{24,25}
Lęk paniczny	SCID	13,6	A
		8,5-19,4	L ^{24,25}
	Badanie lekarskie	4,6-5,9	A ^{24,25}
Fobia społeczna	SCID	4,4	A ²⁷
		3,2-9,4	L ^{24,25}
	PDSQ	2,8-9,0	A ^{24,25}
Swoiste fobie	SCID	18,0	A ²⁸
		5,3-8,0	L ²⁴⁻²⁶
Uogólnione zaburzenie lękowe	SCID	5,0-7,3	A ²⁴⁻²⁶
		1,1	L ²⁵
	PDSQ	1,1-6,3	A ^{24,25}
PTSD	SCID	6,8	A ²⁸
		1,8-11,8	L ^{24,25}
	Badanie lekarskie	1,1-2,8	A ^{24,25}
	PDSQ	1,1	A ²⁷
Nadużywanie substancji psychoaktywnych	SCID	6,8	A ²⁸
		1,1-32,6	L ²⁴⁻²⁶
	Badanie lekarskie	0,6-1,7	A ^{24,26}
		16,7	L ²⁷

MDD – duża depresja, SCID – kwestionariusz SCID (Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, wydanie IV), PDSQ – kwestionariusz PDSQ (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire), QEWP-R – Kwestionariusz Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised, ED-NOS – zaburzenie odżywiania bliżej nieokreślone (eating disorder not otherwise specified), OCD – zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (obsessive-compulsive disorder), PTSD – zespół stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder).

Franks SF, Kaiser KA. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 8. 2008

niu rozpoznania.^{27,40,43-45} Dla przykładu, na podstawie oceny lekarza określano dużą depresję (major depressive disorder, MDD) jako najczęstsze zaburzenie osi I,²⁷ podczas gdy na podstawie badania za pomocą SCID stanowiła ona trzecie w kolejności rozpoznanie – po zaburzeniach lękowych i zaburzeniach odżywiania się.⁴⁵ Dane z niedawno przeprowadzonych badań wykazują, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych ustalane na podstawie formalnych kryteriów diagnostycznych wydaje się odpowiadać populacji ogólnej.⁴⁵ Badania psychopatologiczne spójnie wykazują jednak większe rozpowszechnienie tych zaburzeń w okresie przedoperacyjnym u pacjentów z nasiloną otyłością poszukujących leczenia operacyjnego w porównaniu z populacją ogólną, pacjentami nieposzukującymi leczenia oraz pacjentami z łagodną i umiarkowaną otyłością poszukującymi leczenia.^{40,43,44} Co więcej, w kilku badaniach zaobserwowano pokąźny, wahający się od 38,9 do 47,7% odsetek kan-

dydatów do zabiegu leczonych psychiatrycznie w czasie oceny.^{10,27} W tabeli 2 zestawiono występowanie aktualnych zaburzeń osi I.

Niewystępowanie problemów psychiatrycznych i zaburzeń osobowości było związane z większą utratą masy ciała i dobrymi wynikami psychospołecznymi w okresie pooperacyjnym.³⁹ Chociaż przeprowadzono niewiele systematycznych badań dotyczących wpływu przedoperacyjnej oceny psychologicznej na decyzje kliniczne, Pawłow i wsp.¹⁰ donosili o zaleceniu wstrzymania zabiegu u 15,8% spośród ich 449 pacjentów z powodu rozpoznania MDD jako pojedynczego lub podstawowego zaburzenia psychicznego. Sarwer i wsp.²⁷ stwierdzili, że tylko u 26,7% spośród 90 pacjentów ocenianych przed zabiegami RYGB i VGB przeprowadzono konsultację psychiatryczną. Nieznacznie ponad 50% z 58 pacjentów, u których rozpoznano jakiś rodzaj psychopatologii, poddano leczeniu psychiatrycznemu podczas diagnostyki przedoperacyjnej.

Depresja

Stosując kwestionariusz SCID i kryteria DSM-IV^{24,25,45} wykazano znacząco mniejsze rozpowszechnienie MDD (3,4-10,4%) w porównaniu z wykorzystaniem kwestionariuszy przeznaczonych do oceny depresji²¹ lub subiektywnej oceny lekarskiej (31,1-44,9%; tab. 2). Rozpowszechnienie dystymii oceniano na 1,1-5,7%.^{24,25,45} Na podstawie dostępnych dowodów można stwierdzić, że depresja prawdopodobnie nie zmniejsza szans powodzenia terapeutycznego. Van Hout i wsp.⁹ wykazali, że w wielu badaniach występowanie depresji stanowiło czynnik prognostyczny mniejszej utraty masy ciała, lecz nie pozwalało przewidywać powodzenia lub niepowodzenia terapeutycznego. Operacja bariatryczna u pacjentów z depresją pozwalała raczej na uzyskanie znacznych korzyści terapeutycznych w odniesieniu do utraty masy ciała, funkcjonowania psychospołecznego i jakości życia.^{41,46} Przeprowadzona niedawno obserwacja osób, u których w okresie przedoperacyjnym występowała de-

TABELA 3
Psychopatologia a badania nad wynikami zabiegów bariatrycznych^{21,33-38}

Temat/procedura	Badana grupa	Miary	Tylko ocena przedoperacyjna (PRE) lub obserwacja przed i pooperacyjna (OBS)	Wyniki
Depresja/RYGB ²¹	494	BDI, CES-D	PRE, OBS: EWL, rok po zabiegu	Rok: brak różnic w %EWL między grupami z depresją przedoperacyjną i bez takiej depresji
Wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie i BED/RYGB ³³	121	Jedno pytanie w wywiadzie (Childhood Sexual Abuse); BED ustalone na podstawie kwestionariusza wykorzystujący DSM-IV	PRE; OBS: utrata wagi po roku i dwóch latach.	Rok: %EWL istotnie mniejszy w grupie wykorzystywanej seksualnie ($p=0,04$), jednak nadal >50% EWL; 2 lata: brak istotnych różnic między grupami. Dla grup BED i NBE: brak istotnych różnic %EWL po roku i dwóch latach
Urazy z dzieciństwa/RYGB ³⁴	137	Kwestionariusz Childhood Trauma Questionnaire; BMI	PRE; OBS: roczna obserwacja po zabiegu	Rok: brak różnic %EWL między grupami z/bez depresji przedoperacyjnej. 3 grupy: 1 – bez maltretowania, 2 – wykorzystywani seksualnie, 3 – inne maltretowanie. Brak różnic w przed-/pooperacyjnym BMI między grupami zgłaszającymi i niezgłaszającymi maltretowania
Depresja/RYGB ³⁵	47	BDI	PRE; OBS: EWL rok po zabiegu	Rok: istotna liniowa regresja %EWL w BDI ($p=0,027$).
Objadanie się/RYGB ³⁶	72	QEWP, QEWP-R	PRE; OBS: BMI rok po zabiegu	Brak różnic między grupami z BED i NBE w zakresie przed- i pooperacyjnego BMI oraz stopnia utraty wagi.
Objadanie się/LAGB ³⁷	379	Rozpoznanie lekarskie oparte na DSM-IV	PRE; OBS: obserwacja w okresie 5 lat po zabiegu	Brak różnic w %EWL między grupami z przedoperacyjnym BED i nie BED. Brak różnic w powrocie wagi między 1 a 5 rokiem obserwacji. BED – częstsze powikłania pooperacyjne bez częstszej rewizji chirurgicznej. W grupie BED częstsze korekty niezabiegowe niż w grupie NBE.
Objadanie się/RYGB ³⁸	197	SCID (Rozpoznanie dotyczące okresu całego życia)	PRE; OBS: %EBL po roku i dwóch latach.	3 grupy: 1) NBE, 2) SBE, 3) BED. Po 1 roku: SBE mniej %EBL niż NBE, lecz nie mniej niż BED. Po 2 latach: BED i SBE mniej %EWL niż NBE.

RYGB – zabieg ominięcia żołądka, BDI – skala depresji Becka, CES-D – Kwestionariusz Center for Epidemiological Studies–Depression, EWL – zmniejszenie nadmiernej masy ciała, %EWL – procentowa utrata nadmiernej masy ciała, BED – zaburzenia odżywiania z epizodami niekontrolowanego objadania się, BMI – wskaźnik masy ciała, DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, wydanie czwarte, NBE – zaburzenie odżywiania inne niż objadanie się, QEWP – Kwestionariusz Questionnaire on Eating and Weight Patterns, QEWP-R – Kwestionariusz Questionnaire on Eating and Weight Patterns (poprawiony), LAGB – laparoskopowe opasanie żołądka, SCID – kwestionariusz Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, wydanie IV, EBL – zmniejszenie nadmiernego wskaźnika masy ciała, SBE – subkliniczne zaburzenie odżywiania z epizodami objadania się.

Franks SF, Kaiser KA. *Primary Psychiatry*. Vol. 15, No 8. 2008.

presja, wykazała że nie stanowiła ona ujemnego czynnika prognostycznego powodzenia terapeutycznego mierzonego %EWL lub HRQOL²¹ oraz że u części pacjentów mogła ona być związana z większą utratą masy ciała w krótkim czasie.^{21,35} W tabeli 3 zestawiono doniesienia związane z depresją i wynikami leczenia operacyjnego otyłości.

Należy zauważyć, że około 33-50% kandydatów do operacji bariatrycznej w okresie przedoperacyjnym może przyjmować leki przeciwdepresyjne lub korzystać z innych form leczenia psychiatrycznego, czego nie brano pod uwagę w tych badaniach.^{10,27} Pawłow i wsp.¹⁰ wykazali, że leki przeciwdepresyjne były najczęściej przepisywanymi lekami psychotropowymi u 47,7% spośród 153 pacjentów, którzy przyjmowali co najmniej jeden lek psychotropowy podczas oceny.¹⁰ Nie jest jasne, czy leki te stosowano z powodu depresji czy innych wskazań, jednak były one najczęściej przepisywane przez lekarza pierwszego kontaktu.²⁷

Lęk

Mimo niedawno wykazanego znacznego rozpowszechnienia stanów lękowych, wydają się one niedostatecznie często rozpoznawane u kandydatów do chirurgicznego leczenia otyłości. Wyniki poszczególnych badań różnią się w zakresie częstości występowania określonych zaburzeń (tab. 2). Znaczenie lęku dla wyników zabiegu nie zostało dobrze zbadane, prawdopodobnie z powodu założenia jego związku ze stygmatyzacją społeczną i uprzedzeniami, jakich doświadczają osoby otyłe.^{24,28} Ograniczona liczba danych wskazuje na możliwy dodatni związek między występowaniem lęku w korelacji ze stresem psychospołecznym a utratą masy ciała.^{9,39} Podczas dwuletniej obserwacji pacjentów w badaniu SOS (Swedish Obese Subjects) zaobserwowano związek między zmniejszonym poziomem napięcia a zwiększoną utratą masy ciała.⁴⁷

Zaburzenia odżywiania z epizodami niekontrolowanego objadania się

Rozpowszechnienie zaburzenia odżywiania z epizodami niekontrolowanego objadania się (BED, binge eating disorder) i wszelkiego typu objadania się wśród kandydatów do zabiegów bariatrycznych jest wysoce zmienne.^{25,27,29,36-38,45,48} Dotychczasowe analizy wykazują, że w większości badań opisywano istotną pooperacyjną utratę masy ciała u pacjentów z BED lub zachowaniami związanymi z objadaniem się (binge eating behaviors), chociaż część badań opisuje mniejszy odsetek utraty masy ciała w tej grupie niż u pacjentów bez tego typu zaburzeń odżywiania się.^{9,13,39,49,50} Podczas długotrwałych obserwacji wykazano, że u pacjentów, u których w okresie pooperacyjnym dochodzi do rozwoju lub nawrotu za-

chowań związanych z objadaniem się, występuje zwiększony przyrost masy ciała.^{9,39,50}

Przeprowadzone niedawno badania z udziałem osób poddanych zabiegom RYGB i LAGB (laparoscopic adjustable gastric banding - laparoskopowe opasanie żołądka) zgodnie wykazują brak znaczących różnic w zakresie %EWL między pacjentami z BED i zaburzeniami odżywiania innymi niż objadanie się (NBE, non-binge eating) podczas trwającej od roku do 5 lat obserwacji po zabiegu.^{33,36,37} W jednym badaniu prospektywnym wykazano, że w dwuletniej obserwacji po zabiegu u pacjentów z subklinicznym BED wystąpił mniejszy %EWL niż u pacjentów z grupy NBE.³⁸ W przeprowadzonym niedawno badaniu z udziałem osób poddanych zabiegowi LAGB³⁷ wykazano częstsze występowanie powikłań pooperacyjnych oraz korekt po zabiegu u badanych z przedoperacyjnym rozpoznaniem BED niż w grupie kontrolnej bez zaburzeń odżywiania się. Nie wykazano różnic w częstości powikłań pooperacyjnych między grupami pacjentów z i bez BED poddanych zabiegowi RYGB, co sugeruje że restrykcyjne procedury związane z zabiegiem stanowiły szczególne wyzwanie dla pacjentów, którzy po zabiegu nie normalizują swoich zachowań związanych z odżywianiem się. W tabeli 3 zestawiono publikacje związane z BED i wynikami pooperacyjnymi.

Somatyzacja i hipochondria

Tylko w jednym badaniu²⁸ oceniającym rozpowszechnienie zaburzeń I osi wykazano obecność zaburzeń somatyzacyjnych (29,3%) i hipochondrii (15,0%) w grupie 294 pacjentów (kandydatów do zabiegu RYGB) ocenianych kwestionariuszem przesiewowym. Przypisano to zaburzeniom fizykalnym typowym dla otyłości. Podczas rocznej obserwacji pacjentów poddanych zabiegowi RYGB, wykorzystując kwestionariusz MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) wykazano zwiększoną punktację w zakresie hipochondrii i reakcji hysterycznej u badanych, u których wystąpiło mniejsze niż 50% zmniejszenie nadmiernej masy ciała w porównaniu z badanymi, u których wynosiło ono ponad 50%.⁵¹ Żaden z tych wyników nie był jednak istotny klinicznie.⁵¹ Stwierdzono związki między co najmniej jednym wystąpieniem (w okresie całego życia lub aktualnie) zaburzeń I osi, a wskaźnikami BMI, bólem i ograniczeniami ról wynikającymi ze stanu zdrowia.²⁴ Znaczenie związku między koncentracją na stanie somatycznym a wynikami pooperacyjnymi nie jest jasne.

Zaburzenia osobowości

W wielu badaniach konsekwentnie wykazywano rozpowszechnienie zaburzeń osi II w zakresie od 19,5 do 29%.^{24,25} Naj-

wyższe stwierdzone rozpowszechnienie dotyczyło zaburzeń typu C - około 18%, z zaburzeniami osobowości typu unikowego między 6,8 a 17% oraz zaburzeniami osobowości typu obsesyjno-kompulsyjnego od 7,6 do 13,9%.²⁵ W poprzednich doniesieniach sugerowano, że u kandydatów do operacji bariatrycznej z zaburzeniami osobowości prawdopodobne jest uzyskanie po zabiegu niezadowalającej utraty masy ciała, na co wpływać miało upośledzenie zdolności adaptacyjnych i brak wglądu.^{12,13} Wyszowano także zastrzeżenia dotyczące możliwości stabilizacji pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline w warunkach stresu nieuchronnie towarzyszącego jakimkolwiek większemu zabiegowi chirurgicznemu.¹³

Wzorce odżywiania się

Zwyczajne żywieniowe oceniane w przeprowadzonych niedawno badaniach obejmowały podjadanie, zespół jedzenia nocnego (night eating syndrome, NES) i jedzenie pod wpływem emocji. Podjadanie było czynnikiem występującym u części pacjentów zarówno w okresie przed-, jak i pooperacyjnym,⁵² jednak jego wpływu na utratę wagi nie określono w badaniach empirycznych. W tabeli 4 zestawiono niedawne doniesienia dotyczące zwyczajów żywieniowych i wyników leczenia.⁵³⁻⁵⁷

Zachowania związane z odżywianiem się

Poza nieadekwatnymi wzorcami odżywiania się omówionymi wcześniej przedmiotem wielu badań były ogólne zachowania związane z odżywianiem się. W celu ustalenia związków tych zachowań ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń odżywiania się lub otyłości stosowano różne narzędzia pomiarowe (na przykład kwestionariusze Three-Factor Eating Questionnaire [Eating Inventory], Dutch Eating Behavior Questionnaire, Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised, Eating Disorders Inventory, Weight and Lifestyle Inventory). Wiele z tych narzędzi używa nieco innych określeń dla podobnych ogólnych koncepcji związanych z ograniczeniami poznawczymi, brakiem zahamowania i głodem, opisanymi w pracy Stunkard i Messick.⁵⁸ Wykazano, że pacjenci poddawani chirurgicznemu zabiegowi bariatrycznemu mieszczą się w całym zakresie oddziaływania tych czynników. Dane z badań^{59,60} wykazały, że w skalach kwestionariusza Eating Inventory dla głodu i odhamowania oceny zmniejszają się do zakresu wartości niskich średnich w ciągu roku po zabiegu LAGB, jednak nie wiadomo, czy są to zmiany trwałe.

Ostatnie badania oceniające związek utraty masy ciała po zabiegu ze zmianami zachowań związanych z odżywianiem podkreślają

wagę tej składowej postępowania w okresie pooperacyjnym.^{53,54,56,57,61,62} Większość pacjentów nie zgłasza doświadczania głodu we wczesnym okresie pooperacyjnym. Jeśli pacjenci nie są przygotowani do radzenia sobie z nawrotami ataków głodu lub mają skłonność do jedzenia mimo ich braku, skuteczność chirurgii jako narzędzia zmniejszenia masy ciała może być ograniczona.

Omówienie

Wyniki przedstawionego przeglądu ukazują niejednorodność kandydatów do chirurgicznego leczenia otyłości, skutkującą niespójnymi lub nawet sprzecznymi wynikami badań oceniających związki między charakterystykami przedoperacyjnymi a wynikami zabiegu. Z badań tych płyną jednak istotne wnioski, pozwalające na podejmowanie decyzji i formułowanie zaleceń terapeutycznych opartych na dowodach. Jednoznaczne jest zalecenie umiarkowanych oczekiwań zmniejszenia masy ciała chorym na cukrzycę i starszym pacjentom, u których wykazano mniejszą utratę wagi niż u osób zdrowych i w młodszym wieku. Podobna sytuacja dotyczy pacjentów, u których otyłość występuje od dzieciństwa. Wydaje się, że ryzyko niezadowolienia z wyników leczenia zabiegowego jest u nich większe. Pacjentom tym może być potrzebna dodatkowa edukacja

cia i wsparcie w okresie pooperacyjnym w zakresie oczekiwanych wyników leczenia. Pacjenci z bezdechem podczas snu i GERD muszą docenić ryzyko powikłań pooperacyjnych, co może zwiększyć przestrzeganie przez nich zaleceń terapeutycznych.

Wystąpienie zaburzeń I osi w wywiadzie wydaje się ważne, jednak związane z tym pozytywne lub negatywne wyniki leczenia zależą, jak się zdaje, od stopnia, w jakim pacjent był w stanie skorzystać z leczenia psychologicznego. Ponadto, po znacznym zmniejszeniu masy ciała u pacjentów z nierozwiązanymi problemami wynikającymi z wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie występuje ryzyko negatywnych skutków psychologicznych. Pacjenci ci mogą wymagać dodatkowego wsparcia w okresie pooperacyjnym. Sugerowano znaczenie określania wagi pożądanej przez pacjenta jako psychologicznego czynnika ochronnego pomagającego w antycypowaniu ujemnych następstw psychologicznych znaczej utraty masy ciała.¹³

Wykorzystując opisy aktualnych sposobów postępowania można stwierdzić, że za przeciwwskazania do zabiegu uważa się powszechnie: aktualne nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, aktywne psychozy i niezdolność do wyrażenia świadomej zgody na leczenie chirurgiczne.^{6,10,63} Podobne zastrzeżenia dotyczą niekontrolowanego zaburzenia dwubiegowego i prób

samobójczych w wywiadzie.^{6,63} Uważa się także, że pacjenci z zaburzeniami osobowości nie wykazują zdolności adaptacyjnych, wglądu i stabilności psychicznej koniecznych do długotrwałej współpracy i do wdrożenia zmian stylu życia w okresie pooperacyjnym. Ponieważ przedoperacyjne badania przesiewowe z zasady wykluczają takich pacjentów, czynniki te nie zostały ocenione w badaniach empirycznych.

Wydaje się, że aktualne rozpoznanie depresji lub zaburzeń lękowych nie wpływa negatywnie na możliwość utrzymania zmniejszonej masy ciała. Stopień, w jakim mogą one być związane z napięciem pacjenta dotyczącym jego otyłości, może jednak rzutować na wyniki psychospołeczne i powikłania pooperacyjne. U części pacjentów konieczne mogą być interwencje przedoperacyjne i pooperacyjne mające na celu poprawienie współpracy i podniesienie jakości życia po zabiegu.⁴⁸ Collazo-Clavell i wsp.⁶⁴ podkreślali poważny wpływ leczenia psychotropowego na masę ciała i zalecali wybór lub zmianę sposobu leczenia na uwzględniający promocję jej zmniejszenia. Dlatego terapia wykorzystująca leki psychotropowe, bez względu na powód, z jakiego została zlecona, powinna być oceniana pod kątem skuteczności i możliwości wpływania na masę ciała – należy ją monitorować w przebiegu leczenia.

TABELA 4
Badania dotyczące zachowań związanych z odżywianiem się innych niż BED⁵³⁻⁵⁷

Temat/procedura	Badana grupa	Miary	Tylko ocena przedoperacyjna (PRE) lub obserwacja przed i pooperacyjna (OBS)	Wyniki
Zmiany odżywiania się po zabiegu/ LAGB ⁵³	77	Kwestionariusz badający trudność adaptacji do zmian odżywiania	PRE OBS	Nieistotny trend dot. adaptacji do sposobu odżywiania się po operacji: ($p=0,09$); grupa z gorszą adaptacją była istotnie starsza $M=6,5$ roku ($p < 0,5$).
Podjadanie/ LAGB ⁵⁴	129	Kwestionariusze QEWP-R, TFEQ, NES Survey; wywiad dot. podjadania	PRE OBS 12 miesięcy	Przedoperacyjne podjadanie = czynnik prognostyczny 19,5% zmienności w pooperacyjnej %EWL.
Zdolność do samoregulacji/ LAGB ⁵⁵	77	Kwestionariusze Obesity Cognition Questionnaire, Obesity Psychosocial State Questionnaire	PRE 6 miesięcy przed zabiegiem OBS 12 miesięcy po zabiegu	Pooperacyjna %EWL koreluje z samoregulacją jednak zdolność do samoregulacji nie jest czynnikiem prognostycznym %EWL.
Jedzenie bez uczucia głodu, aktywność fizyczna/ LAGB ⁵⁶	129	Kwestionariusze TFEQ, SF-36, BDI, Baeke Physical Activity Questionnaire	PRE OBS 12 miesięcy po zabiegu	Jedzenie bez uczucia głodu i objawy depresji korelują z niższą %EWL; wyższy BMI, niższy 12-mies. poziom głodu, funkcjonowanie fizyczne i aktywności związane z wolnym czasem były niezależnymi czynnikami prognostycznymi %EWL.
Nawyki żywieniowe/VBG ⁵⁷	77	Ustrukturyzowany wywiad, kwestionariusz, Dutch Eating Behavior Questionnaire	PRE OBS 6, 12, 24 miesięcy po zabiegu	Poprawa w zakresie ograniczonego jedzenia – jedynym istotnym czynnikiem w wariancji %EWL przez co najmniej 6 i 12 mies., poprawa ta zanika po 24 mies.

LAGB – laparoskopowe opasanie żołądka, QEWP-R – kwestionariusz Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised, TFEQ – kwestionariusz Three-Factor Eating Questionnaire, NES – Zespół jedzenia nocnego, %EWL – procentowa utrata nadmiernej masy ciała, SF-36 – Skala SF-36, BDI – Skala depresji Becka, VBG – zabieg pionowej plastyki żołądka.

Franks SF, Kaiser KA. *Primary Psychiatry*. Vol. 15, No 8. 2008

Wśród badaczy nie ma zgody co do rekomendacji dla kandydatów do operacji bariatrycznej ze współwystępującym BED. Niektórzy sugerowali, że istotne objadanie się powinno być leczone przed zabiegiem,¹³ podczas gdy według innych nie ma podstaw empirycznych do wykluczania takich kandydatów lub do zapewniania im świadczeń przedoperacyjnych.^{9,37} Jeszcze inni sugerowali, że powodzenie terapeutyczne u pacjentów z BED wymaga ciągłego wsparcia w okresie pooperacyjnym i długotrwałej obserwacji.⁴⁹ Nie jest jasne, którzy pacjenci obciążeni są ryzykiem gorszych wyników leczenia związanych ze złymi nawykami żywieniowymi – problem ten wymaga dalszych badań. Ponieważ u osób poddanych LAGB, u których po zabiegu występują zachowania związane z objadaniem się, ryzyko powikłań jest większe, powinni być oni uważnie monitorowani i poddani interwencji psychologicznej.

Jakość relacji małżeńskich i stopień wsparcia społecznego wydają się stanowić ważne determinanty medycznych i psychologicznych powikłań pooperacyjnych. Sugeruje się konieczność uświadomienia pacjentom możliwości wpływu gwałtownej utraty masy ciała na ich relacje z innymi, w celu przygotowania ich na ewentualne obciążenia psychiczne.¹³ Stąd do ustalenia potencjalnych celów działań klinicznych konieczny jest szczegółowy wywiad dotyczący jakości relacji i psychicznej zależności pacjenta od nich.

Wyniki dotyczące innych zagadnień demograficznych, psychicznych, behawioralnych i psychospołecznych były albo niespójne, albo zbadane niedostatecznie, w sposób niepozwalający na wyciągnięcie wniosków. Ponadto, zastosowanie wielu różnych sposobów oceny, często niestandardizowanych oraz różnice w częstotliwości i długości obserwacji w okresie pozabiegowym sprawiają, że porównywanie przeprowadzonych badań jest trudne. Wiele badań wykluczono z przeglądu z powodu małej próby i związanego z tym braku dostatecznej mocy statystycznej oraz podatności na błędy typowe dla nie-reprezentatywnej próby wysoce niejednorodnej populacji.

Mimo dostrzeżenia wielu wskaźników wyniku leczenia mogących stanowić miary powodzenia terapeutycznego poszukiwanie czynników prognostycznych wyników pooperacyjnych u pacjentów poddanych zabiegom bariatrycznym skupia się głównie na kryterium utraty nadmiernej masy ciała (50% EWL). To popularne kryterium jest markerem opartym na statystyce, pozbawionym znaczenia klinicznego, podatnym na niespójności podczas obliczania wagi idealnej. Jego użycie wymaga od prowadzącego leczenie przewidywania stopnia powodzenia terapeutycznego w odniesieniu do arbitralnie

przyjętego standardu, pozbawiając znaczenia inne, ważniejsze klinicznie wyniki. Utrata masy ciała mniejsza niż „idealna” może nadal stanowić o sukcesie terapeutycznym mierzoną zmniejszeniem współchorobowości, poprawą jakości życia i funkcjonowania psychospołecznego. Co więcej, dotąd nie zdefiniowano standardów niepowodzenia terapeutycznego, co wprawia w zakłopotanie, zważywszy początkowy cel przedoperacyjnej oceny psychologicznej, jakim była identyfikacja pacjentów z wysokim ryzykiem takiego niepowodzenia. Ponieważ poprawa wyników medycznych pacjenta jest wystarczającym powodem przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego, być może jako kryterium niepowodzenia należałoby przyjąć nawrót lub nieustąpienie chorób związanych z otyłością w okresie pooperacyjnym.

Podsumowanie

Biorąc pod uwagę obecny stan wiedzy dotyczącej czynników prognostycznych związanych z wynikami leczenia chirurgicznego, należy stwierdzić, że nie ma empirycznej podstawy dla przyjęcia szeroko akceptowanych przeciwwskazań do chirurgii bariatrycznej. Z wyjątkiem stanów psychopatologicznych, w których pacjenci w sposób oczywisty nie są w stanie odpowiedzialnie troszczyć się o swoje zdrowie, kilka czynników psychologicznych może predysponować pacjentów do lepszych lub gorszych wyników leczenia. Nie oznacza to jednak, że można na ich podstawie przewidywać gorsze wyniki. Tego typu wnioski musiałyby być oparte na badaniach identyfikujących pacjentów, u których choroby związane z otyłością nawracają lub nie ustępują.

Co więcej, w przeprowadzonych dotychczas badaniach nieliczne cechy przedoperacyjne w spójny sposób pozwalały przewidzieć wyniki leczenia. W tej dziedzinie należy raczej krytycznie badać podejście metodologiczne do wyjaśniania tych związków niż wnioskować o małej przydatności prognostycznej czynników przedoperacyjnych. Statystyki grupowe ukierunkowane na pojedyncze, ogólne konstrukty psychologiczne mogą przysłać wyniki, których kształt może być znaczący na poziomie jednostkowym. Badania wykorzystujące ocenę złożonych konstruktów psychologicznych mogą okazać się wartościowe dla bardziej skomplikowanych wytycznych opartych na dowodach, pozwalających na przedoperacyjną ocenę psychologiczną, określenie czynników prognostycznych i zaleceń terapeutycznych.

Chirurgia bariatryczna jest obecnie najskuteczniejszym sposobem leczenia pod względem utraty masy ciała i jako taka oferuje największe nadzieje na rozwiązanie proble-

mu chorób towarzyszących otyłości. Przyszłe badania powinny też oceniać zmiany biologiczne i psychologiczne w dłuższym czasie po zabiegu, w celu określenia rzeczywistych markerów sukcesów i porażek terapeutycznych. Do czasu przeprowadzenia takich badań podczas przeprowadzania przedoperacyjnej oceny psychologicznej klinicysta musi uwzględniać złożone czynniki występujące jednostkowo u pacjenta, w celu ustalenia przed- i pooperacyjnych zaleceń terapeutycznych, które pozwoliłyby na maksymalizację szans pacjenta na osiągnięcie optymalnych wyników leczenia.

Piśmiennictwo

- Steinbrook R. Surgery for severe obesity. *N Engl J Med.* 2004;350(11):1075-1079.
- Nguyen NT, Root J, Zainabadi K, et al. Accelerated growth of bariatric surgery with the introduction of minimally invasive surgery. *Arch Surg.* 2005;140(12):1198-1202.
- NIH Consensus Development Conference. Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. National Library of Medicine 1991. Available at: <http://consensus.nih.gov/1991/1991GISurgeryObesity084PDF.pdf>. Accessed May 5, 2008.
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Sigrist S, Buddeberg C. Impact of psychosocial stress and symptoms on indication for bariatric surgery and outcome in morbidly obese patients. *Obes Surg.* 2004;14(3):361-369.
- Buchwald H. Consensus conference statement bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *Surg Obes Relat Dis.* 2005;1(3):371-381.
- Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME, et al. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med.* 2005;67(5):825-832.
- Ashton D, Favretti F, Segato G. Preoperative psychological testing-another form of prejudice. *Obes Surg.* 2008. Epub ahead of print.
- O'Neil PM. Editorial: lessons from, and on, the psychological assessment of bariatric surgery patients. *Surg Obes Relat Dis.* 2006;2(2):133-135.
- van Hout GC, Verschure SK, van Heck GL. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2005;15(4):552-560.
- Pawlow LA, O'Neil PM, White MA, Byrne TK. Findings and outcomes of psychological evaluations of gastric bypass applicants. *Surg Obes Relat Dis.* 2005;1(6):523-527.
- Greenberg I. Psychological aspects of bariatric surgery. *Nutr Clin Pract.* 2003;18(2):124-130.
- Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(11):1300-1314.
- Grothe KB, Dubbert PM, O'Jile JR. Psychological assessment and management of the weight loss surgery patient. *Am J Med Sci.* 2006;331(4):201-206.
- Branson R, Potoczna N, Brunotte R, et al. Impact of age, sex and body mass index on outcomes at four years after gastric banding. *Obes Surg.* 2005;15(6):834-842.
- Dallal RM, Bailey L. Outcomes with the adjustable gastric band. *Surgery.* 2008;143(3):329-333.
- Tymitz K, Kerlakian G, Engel A, Bollmer C. Gender differences in early outcomes following hand-assisted laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery: gender differences in bariatric surgery. *Obes Surg.* 2007;17(12):1588-1591.
- Chevallier JM, Paita M, Rodde-Dunet MH, et al. Predictive factors of outcome after gastric banding: a nationwide survey on the role of center activity and patients' behavior. *Ann Surg.* 2007;246(6):1034-1039.

18. Frutos MD, Lujan J, Hernandez Q, Valero G, Parrilla P. Results of laparoscopic gastric bypass in patients > or =55 years old. *Obes Surg*. 2006;16(4):461-464.
19. Parikh M, Lo H, Chang C, Collings D, Fielding G, Ren C. Comparison of outcomes after laparoscopic adjustable gastric banding in African-Americans and whites. *Surg Obes Relat Dis*. 2006;2(6):607-610.
20. Lutfi R, Torquati A, Sekhar N, Richards WO. Predictors of success after laparoscopic gastric bypass: a multivariate analysis of socioeconomic factors. *Surg Endosc*. 2006;20(6):864-867.
21. Ma Y, Pagoto SL, Olendzki BC, et al. Predictors of weight status following laparoscopic gastric bypass. *Obes Surg*. 2006;16(9):1227-1231.
22. Melton GB, Steele KE, Schweitzer MA, Lidor AO, Magnuson TH. Suboptimal weight loss after gastric bypass surgery: correlation of demographics, comorbidities, and insurance status with outcomes. *J Gastrointest Surg*. 2008;12(2):250-255.
23. Cawley J, Sweeney MJ, Kurian M, Beane S. Predicting complications after bariatric surgery using obesity-related co-morbidities. *Obes Surg*. 2007;17(11):1451-1456.
24. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*. 2007;164(2):328-334.
25. Mauri M, Rucci P, Calderone A, et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(2):295-301.
26. Rosenberger PH, Henderson KE, Grilo CM. Correlates of body image dissatisfaction in extremely obese female bariatric surgery candidates. *Obes Surg*. 2006;16(10):1331-1336.
27. Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg*. 2004;14(9):1148-1156.
28. Rosik CH. Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obes Surg*. 2005;15(5):677-683.
29. de Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, et al. Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Compr Psychiatry*. 2003;44(5):428-434.
30. Grilo CM, Masheb RM, Brody M, Toth C, Burke-Martindale CH, Rothschild BS. Childhood maltreatment in extremely obese male and female bariatric surgery candidates. *Obes Res*. 2005;13(1):123-130.
31. Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP. Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg*. 2008;18(3):306-313.
32. Buser A, Dymek-Valentine M, Hilburger J, Alverdy J. Outcome following gastric bypass surgery: impact of past sexual abuse. *Obes Surg*. 2004;14(2):170-174.
33. Fujioka K, Yan E, Wang HJ, Li Z. Evaluating preoperative weight loss, binge eating disorder, and sexual abuse history on Roux-en-Y gastric bypass outcome. *Surg Obes Relat Dis*. 2008;4(2):137-143.
34. Grilo CM, White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH. Relation of childhood sexual abuse and other forms of maltreatment to 12-month postoperative outcomes in extremely obese gastric bypass patients. *Obes Surg*. 2006;16(4):454-460.
35. Averbukh Y, Heshka S, El-Shoreya H, et al. Depression score predicts weight loss following Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. 2003;13(6):833-836.
36. Bocchieri-Ricciardi LE, Chen EY, Munoz D, et al. Pre-surgery binge eating status: effect on eating behavior and weight outcome after gastric bypass. *Obes Surg*. 2006;16(9):1198-1204.
37. Busetto L, Segato G, De LM, et al. Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg*. 2005;15(2):195-201.
38. Sallet PC, Sallet JA, Dixon JB, et al. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obes Surg*. 2007;17(4):445-451.
39. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res*. 2004;12(10):1554-1569.
40. Wadden TA, Butryn ML, Sarwer DB, et al. Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity. *Surg Obes Relat Dis*. 2006;2(2):138-145.
41. Swan-Kremeier LA. Psychosocial Outcome of Bariatric Surgery. In: Mitchell JE, deZwaan M, eds. *Bariatric Surgery: A Guide for Mental Health Professionals*. New York, NY: Taylor & Francis Group; 2005:101-118.
42. Van Hout GC, Van Oudheusden I, Krasuska AT, van Heck GL. Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty. *Obes Surg*. 2006;16(1):67-74.
43. Maddi SR, Fox SR, Khoshaba DM, Harvey RH, Lu JL, Persico M. Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obes Surg*. 2001;11(6):680-685.
44. Mathus-Vliegen EM, de Weerd S, de Wit LT. Health-related quality-of-life in patients with morbid obesity after gastric banding for surgically induced weight loss. *Surgery*. 2004;135(5):489-497.
45. Rosenberger PH, Henderson KE, Grilo CM. Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: a cross-sectional study using structured interview-based diagnosis. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(7):1080-1085.
46. Kalarchian MA, Marcus MD. Bariatric Surgery and Psychopathology. In: Mitchell JE, deZwaan M, eds. *Bariatric Surgery: A Guide for Mental Health Professionals*. New York: Taylor & Francis Group; 2005:59-76.
47. Ryden A, Karlsson J, Sullivan M, Torgerson JS, Taft C. Coping and distress: what happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Psychosom Med*. 2003;65(3):435-442.
48. Dymek-Valentine M, Rienecke-Hoste R, Alverdy J. Assessment of binge eating disorder in morbidly obese patients evaluated for gastric bypass: SCID versus QEWP-R. *Eat Weight Disord*. 2004;9(3):211-216.
49. Greenberg I, Perna F, Kaplan M, Sullivan MA. Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. *Obes Res*. 2005;13(2):244-249.
50. Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A. Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2007;40(4):349-359.
51. Tshushima WT, Bridenstine MP, Balfour JF. MMPI-2 scores in the outcome prediction of gastric bypass surgery. *Obes Surg*. 2004;14(4):528-532.
52. Saunders R. „Grazing”: a high-risk behavior. *Obes Surg*. 2004;14(1):98-102.
53. Hotter A, Mangweth B, Kemmler G, Fiala M, Kinzl J, Biehl W. Therapeutic outcome of adjustable gastric banding in morbid obese patients. *Eat Weight Disord*. 2003;8(3):218-224.
54. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16(3):615-622.
55. Zijlstra H, Larsen JK, van Ramshorst B, Geenen R. The association between weight loss and self-regulation cognitions before and after laparoscopic adjustable gastric banding for obesity: a longitudinal study. *Surgery*. 2006;139(3):334-339.
56. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Hunger control and regular physical activity facilitate weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg*. 2008. Epub ahead of print.
57. van Hout GC, Jakimowicz JJ, Fortuin FA, Pelle AJ, van Heck GL. Weight loss and eating behavior following vertical banded gastroplasty. *Obes Surg*. 2007;17(9):1226-1234.
58. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res*. 1985;29(1):71-83.
59. Kaiser KA, Franks SF, Hall JR, McGill JC, Berbel G, Smith AB. Changes in psychological dimensions of eating behavior after laparoscopic banding: a preliminary analysis. *Ob Res*. 2004;12:353-P, A91.
60. Smith, AB, Franks, SF, Kaiser, KA, Carroll, JF. Eating behavior patterns and weight loss one year after laparoscopic banding surgery. Paper presented at: 25th Annual Meeting of the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; June 15-20, 2008; Washington, DC.
61. Guerdjikova AI, West-Smith L, McElroy SL, Sonnanstine T, Stanford K, Keck PE Jr. Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. *Obes Surg*. 2007;17(8):1091-1096.
62. Fischer S, Chen E, Katterman S, et al. Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obes Surg*. 2007;17(6):778-784.
63. Walfish S, Vance D, Fabricatore AN. Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: procedures and reasons for delay or denial of surgery. *Obes Surg*. 2007;17(12):1578-1583.
64. Collazo-Clavell ML, Clark MM, McAlpine DE, Jensen MD. Assessment and preparation of patients for bariatric surgery. *Mayo Clin Proc*. 2006;81(10 suppl):11-17.