

Zmiany interpersonalne i wyzwania, z którymi musi zmierzyć się osoba po chirurgicznym leczeniu otyłości

Stephanie Sogg, PhD, Mark J. Gorman, PhD

Ocena potrzeb:

Osoby po operacyjnym leczeniu otyłości zgłaszają się z problemami swoistymi dla chirurgii bariatrycznej i związanymi ze znacznym zmniejszeniem masy ciała. Świadomość wyzwań, z którymi najczęściej spotykają się tacy pacjenci, umożliwia lekarzom zapewnienie im właściwej opieki ogólnej i psychiatrycznej.

Cele szkoleniowe:

- Identyfikacja co najmniej czterech korzystnych zmian interpersonalnych, które prawdopodobnie zajdą po operacyjnym leczeniu otyłości.
- Identyfikacja co najmniej czterech potencjalnych zmian interpersonalnych, do których może dojść po operacjach bariatrycznych.
- Zapewnienie opieki medycznej lub psychiatrycznej uwzględniającej zmiany interpersonalne, do których dochodzi po chirurgicznym leczeniu otyłości.

Streszczenie

Piśmiennictwo dotyczące operacyjnego leczenia otyłości sugeruje, że większość osób poddanych takim zabiegom zdecydowanie korzystnie postrzega zmiany wtórne do radykalnego zmniejszenia masy ciała. Nawet korzystne zmiany mogą jednak stwarzać różnorodne wyzwania psychospołeczne. W przypadku operacyjnego leczenia otyłości te zmiany i wyzwania często ujawniają się w różnych sferach interpersonalnych, przejawiając się w codziennych interakcjach społecznych oraz w relacjach z przyjaciółmi i bliskimi. Pacjenci muszą ponadto nauczyć się funkcjonować w niektórych sytuacjach interpersonalnych, z którymi nie musieli sobie radzić od lat lub nie spotykali się nigdy wcześniej. W tym artykule przeanalizowano niektóre zmiany interpersonalne i wyzwania pojawiające się po operacyjnym leczeniu otyłości, z uwzględnieniem krótkiego przeglądu piśmiennictwa na ten temat. W części podsumowującej omówiono, w jaki sposób pracownicy ochrony zdrowia mogą ułatwić chorym płynne przystosowanie się do zmian interpersonalnych po operacjach zmniejszających masę ciała.

Wprowadzenie

W ostatnich latach ze względu na szybkie upowszechnianie się chirurgicznego leczenia otyłości,¹⁴ lekarze różnych specjalności mogą spotkać w praktyce klinicznej pacjentów po tego typu operacjach. Dlatego ważne jest, aby lekarze, którzy nie specjalizują się w tych zagadnieniach, zdobyli wiedzę na temat tych zabiegów i częstych problemów pooperacyjnych w tej grupie. Ułatwi to zapewnienie właściwej opieki i odpowiednie kierowanie do specjalistów.

Coraz więcej danych empirycznych opisanych w piśmiennictwie przemawia za tym, że po chirurgicznym leczeniu otyłości większość osób doświadcza niezwykle korzystnych zmian.⁵⁻¹⁰ Należy do nich zdecydowana poprawa dotycząca nasilenia współwystępujących chorób somatycznych;^{2,11-16} zwiększenie energii, mobilności, poprawa nastroju i samooceny, a także większa ochota i możliwości angażowania się w różne aktywności.^{5,6,8,11,17} Nawet pozytywne zmiany mogą jednak wiązać się z różnymi wyzwaniami psychospołecznymi.⁵

U osób po chirurgicznym leczeniu otyłości te zmiany i wyzwania często przejawiają się w różnych dziedzinach interpersonalnych. Konsekwencje takich zabiegów mogą dotyczyć różnych sfer życia, począwszy od codziennych interakcji społecznych, a skończywszy na związkach przyjacielskich i intymnych. Pacjenci muszą również nauczyć się funkcjonować w pewnych sytuacjach interpersonalnych, z którymi nie musieli sobie radzić od lat lub nie spotykali się nigdy wcześniej. W tym artykule przeanalizowano niektóre zmiany interpersonalne i wyzwania pojawiające się po operacjach bariatrycznych, z uwzględnieniem krótkiego przeglądu empirycznego piśmiennictwa na ten temat. W części podsumowującej omówiono, jak lekarze mogą ułatwić chorym płynne przystosowanie się do zmian interpersonalnych po chirurgicznym leczeniu otyłości.

Trzeba zauważyć, że empiryczne piśmiennictwo analizujące to zagadnienie jest stosunkowo nieliczne.⁶ Wiele z tych badań zostało opublikowanych dziesiątki lat temu,

Dr Sogg, dr Gorman, psychologists, Massachusetts General Hospital Weight Center, instructors in psychology, Harvard University School of Medicine, Boston, MA.

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

Adres do korespondencji: Stephanie Sogg, PhD, MGH Weight Center, 50 Staniford St, 4th Fl, Boston, MA 02114, Stany Zjednoczone; e-mail: ssogg@partners.org

dotyczyło niewielkich grup i procedur bariatrycznych, które obecnie są podejmowane rzadko. Badanie zmian interpersonalnych przeważnie było mało konkretne.⁶ Badani oceniali zwykle ogólną satysfakcję lub poprawę, zamiast koncentrować się określonych rodzajach lub mechanizmach zmiany. Aby uzyskać informację na temat wpływu zabiegów bariatrycznych na funkcjonowanie interpersonalne, często należy wykorzystywać relacje pacjenta i doświadczenia kliniczne.

Codziennie interakcje społeczne

Zmiany pozytywne

Prawie natychmiast po operacji badani relacjonują większe zainteresowanie ze strony wspierającej rodziny i przyjaciół związane z wykonaniem ważnego kroku w pokonywaniu zagrożeń zdrowotnych. W miarę jak chudną, ta pozytywna uwaga często przybiera postać komplementów, które dla wielu osób są źródłem przyjemności i wynagradzają trudy zabiegu. Badani często relacjonują również, że zarówno obce osoby, jak i znajomi, częściej nawiązują z nimi kontakty i ogólnie mają do nich bardziej pozytywny stosunek. Przeważnie przypisują te zmiany bezpośrednio poprawie wyglądu. Chociaż może to być prawdą, to możliwe jest również, że częściowo wpływa to ze zmiany w nastawieniu do innych osób. Ponieważ nastroj, samoocena i pewność siebie ulegają poprawie, badani mogą częściej i z bardziej pozytywnym nastawieniem kontaktować się z innymi, powodując wtórne zmiany w stosunku innych osób do nich.

Wyzwania

Chociaż dla większości ludzi słuchanie komplementów jest czymś przyjemnym, nierzadko pacjenci po chirurgicznym leczeniu otyłości czują się w tej roli niekomfortowo, szczególnie jeżeli w przeszłości sporadycznie byli obdarzani komplementami. Wielu niepokoi się o to, że zostaną uznani za zarozumiałych, jeżeli nie zbagatelizują lub nie odrzucają komplementów. Często dostosowanie wewnętrznego obrazu siebie do zmian w wyglądzie zewnętrznym wymaga trochę czasu.¹⁸ Z tego powodu komplementy mogą być odbierane jako niezgodne z obrazem samego siebie, co jest źródłem dyskomfortu. Jeden z pacjentów relacjonował, że słuchanie komplementów powodowało „krótkie spięcie w jego mózgu”. W innych przypadkach pacjenci po prostu nie wykształcili w sobie podstawowej umiejętności reagowania na komplementy przez zwykłe powiedzenie „dziękuję”. Na szczęście umiejętność tę można wytrenować stosunkowo krótką interwencją w postaci sterowanego odgrywania ról (w połączeniu z pewną prak-

tyką), co ogromnie ułatwia ten typ interakcji społecznych.

Niektórzy pacjenci mogą traktować zmiany sposobu reagowania otoczenia jako obraźliwe. Relacjonują niekiedy, że czują urazę związaną z tym, że są lepiej traktowani przez innych tylko dlatego, że schudli.^{5,6} Mogą interpretować gwałtowne zwiększenie liczby komplementów w taki sposób, że przed operacją ludzie uważali ich za obrażających. Jeden z pacjentów na entuzjastyczne komplementy reagował myślą: „No cóż, co w takim razie musieli myśleć o mnie przedtem?”

Przed zabiegiem bariatrycznym pacjenci często opisują doświadczanie znacznej stygmatyzacji i dyskryminacji związanej z masą ciała.^{6,19,23} Wielu skarży się na uprzedzenia w miejscu pracy, w rodzinie i ze strony obcych. Badania empiryczne potwierdzają rzeczywiste znaczne rozpowszechnienie tego typu uprzedzeń i dyskryminacji osób otyłych.^{21,22,24-30} Wykazano, że uprzedzenia te podzielają także pracownicy ochrony zdrowia,^{18,25,31-35} nawet ci zajmujący się badaniem i leczeniem otyłości.^{29,36} Zauważono, że otyłość stanowi „jedną z ostatnich akceptowalnych przyczyn dyskryminacji” w naszym społeczeństwie.³⁷ Co więcej, odwrotnie niż w przypadku członków innych podlegających stygmatyzacji grup, stwierdzono, że osoby z otyłością przeważnie internalizują tego rodzaju uprzedzenia.^{20,22,25,28,38,39} Badania wykazały, że osoby otyłe, ze względu na związaną z otyłością stygmatyzację, są podatniejsze na depresję i obniżenie samooceny.⁴⁰⁻⁴⁶ Na szczęście po operacji bariatrycznej tracą na wadze i powyższe problemy dotyczą ich w mniejszym stopniu.²³ Często jednak pozostają świadomi i żywo poruszeni uprzedzeniami, jakie występują w kulturze zachodniej wobec osób otyłych.⁵ Szczególnie nieprzyjemna może być sytuacja, w której pacjenci sami zauważają u siebie zachowania związane z tego typu stygmatyzacją. Jedną z badanych opisała uczucie przerażenia i smutku po tym, jak w sytuacji, kiedy inny kierowca zablokował jej wyjazd z parkingu stwierdziła, że czyni dyskredytujące obserwacje związane z jej go nadwagą.

Chirurgiczne leczenie otyłości może również prowokować zadawanie przez innych niechcianych pytań. Jest wiele przyczyn, z powodu których temat chirurgicznego leczenia otyłości wydaje się całkiem interesujący dla szerokiej publiczności. Pacjenci po takich zabiegach często stwierdzają, że z oporami, ale jednak przyjmują rolę „ambasadorów operacyjnego leczenia otyłości” wobec członków rodziny i przyjaciół. Często słyszą pytania dotyczące samego zabiegu i reżimu pooperacyjnego. Chociaż zazwyczaj są entuzjastycznie nastawieni do swoich doświadczeń i pragną dzielić się nimi z innymi, to niektórzy z nich odpowiadanie na kolejne pytania dotyczące

go tego tematu uważają za męczące lub stwierdzają, że rozmowa z innymi zbyt często koncentruje się na chirurgicznym leczeniu otyłości. Pacjenci czasem opisują, że słyszą również natrętne pytania osobiste, w rodzaju „Ile straciłeś na wadze?” lub „Ile ważyłeś wcześniej?” Nierzadko również inni wykazują nadmierną ciekawość, dotyczącą tego, co, w jakiej ilości i jak szybko osoby po operacji potrafią zjeść.

Jedną z trudniejszych sytuacji, w jakiej czasem znajdują się osoby po operacjach bariatrycznych jest narażenie na opinie osób, które błędnie sądzą, że ta metoda leczenia jest czymś w rodzaju oszustwa lub pójściem na łatwiznę. Uważają, że człowiek „powinien być w stanie schudnąć dzięki własnym wysiłkom”. Stanowi to inny przejaw panujących w społeczeństwie uprzedzeń i błędnych przekonań na temat otyłości. Stawia to pacjenta przed nieprzyjemną koniecznością tłumaczenia się ze swojej decyzji o wyborze chirurgicznej metody leczenia. Niestety w zachodnim społeczeństwie otyłość często jest uważana za wynik zaburzeń psychicznych lub behawioralnych, skutek lenistwa lub słabej woli.²⁴⁻²⁶ Coraz większa liczba badań silnie przemawia za tym, że w determinowaniu masy ciała bardzo dużą rolę odgrywają czynniki biologiczne.^{26,47} Oszacowano, że od 40 do 85% indywidualnej zmienności dotyczącej występowania otyłości może być zależna od wpływu czynników genetycznych.^{48,49} Ponadto otyłość, jeżeli już do niej dojdzie, uporczywie nie poddaje się innym metodom leczenia, takim jak zmiana stylu życia lub stosowanie leków odchudzających, niezależnie od etiologii.^{12,50-56} Dlatego leczenie bariatryczne stwarza większości pacjentów największe szanse na poprawę lub odwrócenie niebezpiecznych konsekwencji otyłości.^{1,12,14,15,57-59} Często to pacjent poddany takiemu zabiegowi musi wyjaśniać te czynniki otoczeniu, co może być nużące i zniechęcające.

Relacje intymne

Zmiany pozytywne

Innym obszarem zmian interpersonalnych po chirurgicznym leczeniu otyłości jest sfera relacji intymnych: bliskie związki z przyjaciółmi, relacje rodzinne i związki uczuciowe. Przed zabiegiem badani często opisują, że ich masa ciała ogranicza zarówno możliwości, jak i ochotę do angażowania się w różne formy aktywności.^{42,60,61} Po zabiegach bariatrycznych poprawa zdrowia, mobilności, energii, nastroju i pewności siebie czyni ich bardziej zdatnymi i chętnymi do angażowania się w szeroki zakres różnych aktywności.^{5,6,10,11,18,62} Może to przekładać się na przyjemniejsze spędzanie czasu z przyjaciółmi i bliskimi, a także powrotem lub od-

krywaniem zajęć i zainteresowań, które były wcześniej zaniechane. Pacjenci relacjonują, że są w stanie chodzić na długie spacery ze swoim partnerem lub biegać z wnukami po podwórku. Jedna z pacjentek była uszczęśliwiona z powodu prostej przyjemności związanej z tym, że jest w stanie przygotowywać posiłki dla męża. Wcześniej było to niemożliwe, ponieważ nie mogła stać przy kuchence dłużej niż kilka minut.

Poprawa nastroju i pewności siebie po operacji umożliwia także czerpanie większej przyjemności z sytuacji społecznych. Pacjenci opowiadają, że doceniają uwolnienie od ciągłej świadomości swoich rozmiarów; zmniejsza się u nich również lęk przed negatywną oceną innych.^{6,11,18,62,63} Osoby, które przed leczeniem starały się unikać przyjęć i innych sytuacji społecznych z powodu swojego wyglądu, nie muszą już odrzucać zaproszeń na różne imprezy.

Większość osób po zabiegach bariatrycznych twierdzi, że operacja w pozytywnie wpłynęła na ich relacje intymne.^{8,62,64,69} Jak zauważono wcześniej, zabiegi te stwarzają możliwość angażowania się w więcej różnych form aktywności razem z partnerem^{62,68} lub podjęcia większej liczby obowiązków domowych. Wydaje się także, że ta metoda leczenia prowadzi do istotnej poprawy w sferze funkcjonowania seksualnego u większości osób.^{62,64,67,70,71} Często opisują one, że poprawa nastroju, obrazu siebie i pewności siebie istotnie zwiększa pożądanie seksualne i poziom komfortu podczas kontaktów seksualnych.^{8,66,70} Aktywność seksualna staje się również łatwiejsza technicznie ze względu na większą wytrzymałość, poprawę ruchliwości i mniejsze rozmiary ciała.^{5,66,70} Niektórzy opisują, że ich partnerzy od nowa zaczynają interesować się nimi seksualnie lub ich zainteresowanie się zwiększa.⁶² W jednym z badań⁷⁰ stwierdzono, że partnerzy opisują nawet jeszcze większy wzrost satysfakcji ze zmian w kontaktach seksualnych po zabiegach niż sami pacjenci.

Wyzwania

Mimo opisanych powyżej pozytywnych zmian po chirurgicznym leczeniu otyłości mogą także pojawiać się trudności w bliskich związkach. Po tym, jak pacjent stracił na wadze, przyjaciele lub członkowie rodziny mogą stać się zazdrośni lub zacząć z nim rywalizować.^{5,6,72} Nierzadko badani opisują, że bliski przyjaciel lub krewny skomentował całą sytuację w następujący sposób: „Teraz jesteś prawie takich rozmiarów jak ja – chyba powinienem przejść na dietę!” Zdarza się czasem, że pacjent poddawany zabiegowi pozostawał w związkach przyjacielskich, rodzinnych lub był członkiem grupy społecznej, gdzie odgrywał rolę grubasa, czyli kogoś, kto jest mniej asertywny lub stanowi mniejsze zagrożenie

i stanowi mniejszą konkurencję wobec osób przeciwnej płci. Po utracie masy ciała po zabiegu ta dynamika może ulegać zmianie, co zaburza równowagę w związkach przyjacielskich, rodzinnych i w grupie społecznej.

Relacje, które w przeszłości koncentrowały się wokół jedzenia, gotowania, chodzenia do restauracji, mogą ulec pewnym przekształceniom po leczeniu otyłości, zaś przyjaciele i członkowie rodziny mogą również martwić się utratą kompana do jedzenia. W kulturze zachodniej trudne może być znalezienie możliwości socjalizacji, które nie koncentrowałyby się wokół jedzenia i picia.⁶ Ponadto, w miarę jak pacjenci wykształcają zdrowsze zwyczaje dotyczące odżywiania, nie pozostaje to bez wpływu na zwyczaje dotyczące jedzenia w całym gospodarstwie domowym. Czasem mogą czuć się winni, że przebieg rodzinnych posiłków ulegnie zaburzeniu lub martwić się, że członkowie rodziny będą czuć się pozbawieni niektórych ulubionych dań. Zdarza się też sytuacja przeciwna, kiedy przyjaciele i członkowie rodziny pacjentów, którzy przeszli operację bariatryczną, zaczynają zachowywać się jak „policja żywieniowa”, monitorując i komentując każdy zjadany przez pacjenta kęs. Chociaż takie zachowanie może oznaczać autentyczną troskę i zaniepokojenie przyjaciół i członków rodziny, z punktu widzenia pacjenta może być dosyć nieprzyjemne.

Inną potencjalną trudnością może być sabotowanie wysiłków pacjenta przez członków jego rodziny lub przyjaciół w postaci nakłaniania go, żeby jadł więcej lub wyrażania zaniepokojenia tym, że pacjent jest zbyt chudy. Ten rodzaj zachowań może być celowy lub niezamierzony, motywowany zazdrością, brakiem poczucia bezpieczeństwa lub niewiedzą dotyczącą reżimu pooperacyjnego. Tego typu trudności mogą przyjmować różne formy, począwszy od wielokrotnie powtarzane pytania przez zatroskanego krewnego: „Czy to jest wszystko, co zamierzasz zjeść?”, czy podawania pacjentowi zbyt dużych porcji podczas rodzinnych obiadów, skończony przy skargach partnera, że w domu nie ma już lodów lub odmawiania kupowania domownikom zdrowszej żywności.

Chociaż wpływ chirurgicznego leczenia otyłości na relacje intymne przeważnie jest bardzo korzystny, to niektórzy badani opisują istotne trudności w swoich związkach. Zgodnie z teorią systemów rodzinnych do wypracowania i utrzymania homeostatycznej równowagi potrzebne jest spełnianie przez każdego z partnerów swojej roli. Kiedy osoba będąca w związku zmienia się, powoduje to zakłócenie wypracowanej homeostazy, skutkiem czego związek musi się zmienić, a jeżeli tak się nie dzieje, nie może dojść do przywrócenia równowagi i następuje destabilizacja.⁷³ Badania empiryczne dotyczące

zmian w relacji małżeńskiej po operacjach bariatrycznych sugerują, że związki, które były silne przed leczeniem, przeważnie utrzymują się, natomiast te, które były wyjściowo mniej zdrowe, częściej ulegają destabilizacji.^{17,62,64,66} Na przykład poprawa obrazu siebie i poczucia własnej wartości może powodować, że pacjent w mniejszym stopniu będzie w stanie tolerować związek, w którym nie jest traktowany uprzejmie i z szacunkiem.⁵ W jednym z badań żony oceniały siebie jako bardziej towarzyskie i interesujące po operacji, natomiast swoich mężów postrzegały jako mniej towarzyskich i interesujących w porównaniu z tym, jakimi wydawali się im przed zabiegiem.⁶³ W miarę jak wykształca się silniejsze poczucie własnej wartości, w relacji przyjacielskiej lub intymnej może dochodzić do przesunięcia równowagi dotyczącej sprawowania władzy.⁵ W zdrowym związku osiągnięta jest nowa, pozytywna równowaga, natomiast w niezdrowym to przesunięcie równowagi może prowadzić do rozpadu. Niektórzy pacjenci mogą również stawać się na różne sposoby zależni od swoich partnerów z powodu niesprawności i towarzyszących ciężkiej otyłości problemów zdrowotnych. W miarę poprawy stanu zdrowia i zwiększenia się autonomii, może dochodzić do zaburzeń w związku, ponieważ pacjent broni dopiero co zdobytej niezależności, a jego partner lub partnerka czuje, że ważna rola, jaką pełnił/pełniła wcześniej w stosunku do pacjenta, nie jest już mu dłużej potrzebna.^{5,62,63,72} Niektórzy opisują nawet, że ich partnerzy stają się zazdrośni lub wyrażają zaniepokojenie, że pacjent wycofa się ze związku, ponieważ stracił na wadze i zyskał większą atrakcyjność w oczach innych.^{5,66,72}

Ważne, aby zauważyć, że chociaż pacjenci często opisują poprawę funkcjonowania w sferze seksualnej i relacjach seksualnych po zabiegu, to niewielki odsetek zgłasza, że operacja wywarła negatywny wpływ na ich życie seksualne.⁶⁶ U niektórych osób powikłania związane z gojeniem się ran lub inne wczesne powikłania chirurgiczne zaburzają życie seksualne.^{62,70} Niektórzy pacjenci mogą doświadczać krótkotrwałego zmniejszenia popędu seksualnego po operacji.^{5,62,66} Chociaż większość z nich odczuwa poprawę wizerunku własnego ciała i funkcjonowania seksualnego, to u niektórych nadmiar skóry, który może stać się widoczny po znacznym zmniejszeniu masy ciała, niekorzystnie wpływa na własny wizerunek¹⁰ i zwiększa zahamowania związane ze sferą seksualną.⁶⁶

Nowe doświadczenia

W miarę jak pacjenci po chirurgicznym leczeniu otyłości tracą na wadze i odzyskują energię, mobilność i pewność siebie, mogą zacząć znajdować się w różnych sytuacjach,

z którymi w przeszłości nie mieli do czynienia lub których unikali od pewnego czasu z powodu czynnościowych lub psychologicznych następstw otyłości.^{5,74} Na przykład przed zabiegiem wielu pacjentów stwierdzało, że z powodu otyłości ludzie tak naprawdę nie dostrzegają ich lub nie zwracają na nich uwagi. Po schudnięciu czasem konstatają, że nie są już dłużej „niewidzialni”.⁵ Chociaż zmiana ta ogólnie powinna być korzystna, to może być też źródłem dyskomfortu. Wielu pacjentów potrzebuje czasu, żeby przyzwyczaić się do tego, że znowu są „widzialni”.

Ta odzyskana „widzialność” może prowadzić do zwiększenia uwagi otoczenia związanej z celami romantycznymi lub seksualnymi, co przez większość pacjentów jest mile widziane i ekscytujące. Przyczynia się do poprawy pewności siebie, nastroju, szacunku do siebie i obrazu własnego ciała. Dla niektórych osób ten rodzaj uwagi może być jednak źródłem dyskomfortu. Osoby, które w przeszłości padły ofiarą wykorzystywania seksualnego, mogą odbierać zwiększenie zainteresowania nimi jako potencjalnymi uczestnikami relacji romantycznych lub seksualnych jako zagrożenie.^{5,17} Wysuwano hipotezę, że pacjenci ci mogą postrzegać nadmierną masę ciała jako czynnik ochronny, który minimalizuje ryzyko zwrócenia na siebie uwagi seksualnej lub znalezienia się w sytuacji seksualnej.^{41,75,76} Utrata tego swoistego bufora może prowadzić do bezbronności.^{5,17} W jednym z badań stwierdzono, że pacjenci z doświadczeniem wykorzystywania seksualnego w wywiadzie tracą mniej na wadze w ciągu roku po operacji.⁷¹ W innym⁷⁷ stwierdzono, że chociaż nie było różnicy w utracie wagi 2 lata po zabiegu między pacjentami, którzy byli wykorzystywani seksualnie w przeszłości i osobami bez tego rodzaju obciążeń, to obserwowano istotnie większą częstość hospitalizacji psychiatrycznych w tym okresie w grupie osób z wykorzystywaniem seksualnym w wywiadzie. Ważne jednak, aby zauważyć, że wykorzystywanie seksualne w przeszłości nie jest uważane za przeciwwskazanie do chirurgicznego leczenia otyłości. W badaniach przeważnie stwierdzano, że takie obciążenie nie ma wpływu na pooperacyjne zmniejszenie masy ciała lub przystosowanie psychospołeczne w dłuższej perspektywie.⁷⁸⁻⁸¹

Nawet w przypadku tych pacjentów, dla których zwiększenie możliwości nawiązywania relacji romantycznych jest zmianą pożądaną, ta nowa sytuacja może stwarzać wyzwania. Niektóre osoby, szczególnie młodsze w momencie operacji, stwierdzają, że nigdy nie były zaangażowane w romantyczną relację i nie przyzwyczyły się do chodzenia na randki ani nie wykształciły w sobie potrzebnych do umiejętności.⁵ Nauczenie się poruszania w świecie relacji romantycznych może być skomplikowanym doświadczeniem,

nawet jeżeli jednocześnie sprawiającym przyjemność. W przypadku innych osób mogą upłynąć lata, zanim znowu zaczną umawiać się na randki. Mogą stwierdzać, że ich umiejętności w tej dziedzinie są „zardzewiałe” lub, że zasady panujące w świecie randek uległy zmianie. Na przykład całkowitej zmiany, od czasu kiedy pacjent ostatnio umawiał się na randki, mogły ulec oczekiwania dotyczące tego, która strona inicjuje spotkanie lub płaci rachunek i jak szybko dochodzi do kontaktów seksualnych. W przypadku niektórych pacjentów nowym odkryciem, które wymaga pewnej uwagi, jest niepokój o możliwość zarażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Osoby, których płodność mogła być zaburzona wskutek otyłości, mogą nie zdawać sobie sprawy z potrzeby zabezpieczenia przed nieplanowaną ciążą. Jest to szczególnie istotne, ponieważ u kobiet zachodzących w ciążę w ciągu pierwszych 12-18 miesięcy po odchudzających zabiegach operacyjnych obserwuje się ryzyko wad płodu.^{82,83}

Podsumowanie

Chociaż pacjenci zgłaszający się na operacyjne leczenie otyłości są mocno zmotywowani do osiągnięcia i utrzymania istotnie mniejszej masy ciała, mogą nie przewidywać wpływu, jaki zabieg wywrze na ich funkcjonowanie interpersonalne. Leczenie bariatryczne przeważnie powoduje zmiany odbierane jako skrajnie pozytywne i wzbogacające, szczególnie w dziedzinie kontaktów interpersonalnych. Zmiany te mogą być również źródłem poważnych wyzwań. Lekarze opiekujący się pacjentami po chirurgicznym leczeniu otyłości muszą mieć świadomość możliwych istotnych zmian i wyzwań. Jak wspomniano wcześniej, zmiany te mogą dotyczyć codziennych interakcji społecznych i bliskich związków interpersonalnych, a także znalezienia się w sytuacjach, z którymi pacjent rzadko miał do czynienia, zanim stracił na wadze. Pracownicy ochrony zdrowia mają wiele możliwości ułatwienia pacjentowi korzystnego przystosowania się do życia po operacjach wykonywanych w celu leczenia otyłości.

Pewne działania mogą być podjęte jeszcze przed operacją, np. przedoperacyjna ocena psychologiczna. Służy ona identyfikacji potencjalnych wyzwań pooperacyjnych i stwarza możliwość wspomoczenia pacjenta w proaktywnym formułowaniu odpowiednich strategii radzenia sobie. Edukacja na temat możliwych wyzwań jest ważnym i skutecznym narzędziem poprawy przystosowania po zabiegu.⁸⁴ Lekarz kierujący tego rodzaju oceną nie powinien być sprowadzany jedynie do roli portiera. Kierowanie do psychiatry może służyć wyjaśnieniu, czy

interwencja jest potrzebna; pokazania pacjentowi drogi do wykonania zabiegu, a także zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa i poprawy skuteczności tej ważnej procedury medycznej.^{45,84-87}

W okresie pooperacyjnym i we wczesnej fazie przystosowawczej lekarze mający w pamięci potencjalne zmiany i wyzwania omówione powyżej mogą zapewnić odpowiednią interwencję psychospołeczną. Można to robić w ramach programu opieki chirurgicznej lub, jeżeli w zespole nie ma właściwego lekarza, można chorego skierować do lekarza w jego środowisku, który ma doświadczenie w pracy z osobami po zabiegach bariatrycznych.

Ważna jest również dostępność ciągłego wsparcia psychospołecznego w dłuższym czasie po chirurgicznym leczeniu otyłości.^{17,84,86,88} Zaleca się, aby rutynowe wizyty kontrolne wykraczały poza pierwsze 6-12 miesięcy po operacji, ponieważ wiele z opisanych powyżej wyzwań po zabiegu może pojawiać się po dłuższym okresie latencji.⁸⁸ Systematyczne, długotrwałe kontrolne spotkania podtrzymujące stwarzają atmosferę, w której pacjent może poczuć się komfortowo podczas omawiania wszelkich ewentualnych wyzwań, a także sprzyjają ich ujawnianiu. Programy, w których uczestniczą lub blisko z nimi współpracują specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym, stwarzają możliwość kierowania do nich pacjentów w celu uzyskania pomocy w przystosowaniu się do życia po operacji bariatrycznej. Także inni lekarze, dzięki świadomości częstych problemów, mogą być pomocni w przeprowadzeniu tych osób przez wyzwania interpersonalne, które mogą pojawić się po takich operacjach. Uwrażliwienie na tego rodzaju aspekty może umożliwić pracownikom ochrony zdrowia, w tym osobom zajmującym się zdrowiem psychicznym, zapewnienie lepszej opieki, podejmowanie sensownych interwencji podczas rutynowych wizyt i kierowanie do specjalistów, kiedy zachodzi taka potrzeba.

Pismienictwo

1. Elder KA, Wolfe BM. Bariatric surgery: a review of procedures and outcomes. *Gastroenterology*. 2007;132(6):2253-2271.
2. Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med*. 2005;142(7):547-559.
3. Saber AA, Elgamil MH, McLeod MK. Bariatric surgery: the past, present, and future. *Obes Surg*. 2008;18(1):121-128.
4. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS. Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA*. 2005; 294(15):1909-1917.
5. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obes Surg*. 2002;12(6):781-788.
6. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res*. 2002;52(3):155-165.

7. Burgmer R, Petersen I, Burgmer M, de Zwaan M, Wolf A, Herpertz S. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg.* 2007; 17(6):789-795.
8. 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.
9. Hrabosky JI, Masheb RM, White MA, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM. A prospective study of body dissatisfaction and concerns in extremely obese gastric bypass patients: 6- and 12-month postoperative outcomes. *Obes Surg.* 2006;16(12):1615-1621.
10. van Hout GC, Boekestein P, Fortuin FA, Pelle AJ, van Heck GL. Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006;16(6):787-794.
11. Karlsson J, Sjostrom L, Sullivan M. Swedish obese subjects—an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1998;22(2):113-126.
12. Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjostrom L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes (Lond).* 2007;31(8):1248-1261.
13. Korenkov M, Shah S, Sauerland S, Duenschede F, Junginger T. Impact of laparoscopic adjustable gastric banding on obesity co-morbidities in the medium- and long-term. *Obes Surg.* 2007;17(5):683-687.
14. Kushner RF, Noble CA. Long-term outcome of bariatric surgery: an interim analysis. *Mayo Clin Proc.* 2006;81(10 suppl):46-51.
15. O'Brien PE, Dixon JB, Laurie C, et al. Treatment of mild to moderate obesity with laparoscopic adjustable gastric banding or an intensive medical program: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006;144(9):625-633.
16. Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med.* 2007;357(8):741-752.
17. Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG, Foster GD, McGuckin BG, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surg Clin North Am.* 2001;81(5):1001-1024.
18. Ogden J, Clementi C, Aylwin S. The impact of obesity surgery and the paradox of control: a qualitative study. *Psychol Health.* 2006;21(2):273-293.
19. Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK, Musante GJ. Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav.* 2008;9(2):203-209.
20. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Zelli A, Ashmore JA, Musante GJ. Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res.* 2005;13(5):907-916.
21. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes.* 2008;32:992-1000.
22. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Educ Res.* 2008;23(2):347-358.
23. Rand CS, Macgregor AM. Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. *Int J Obes.* 1991;15(9):577-579.
24. Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity.* 2008;16(5): 1129-1134.
25. Crandall CS. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol.* 1994;66(5):882-894.
26. Friedman JM. Modern science versus the stigma of obesity. *Nat Med.* 2004;10(6):563-569.
27. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res.* 2001;9(12):788-805.
28. Schwartz MB, Vartanian LR, Nosek BA, Brownell KD. The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity (Silver Spring).* 2006;14(3):440-447.
29. Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001;25(10):1525-1531.
30. Teachman BA, Gapinski KD, Brownell KD, Rawlins M, Jeyaram S. Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychol.* 2003;22(1):68-78.
31. Chambliss HO, Finley CE, Blair SN. Attitudes toward obese individuals among exercise science students. *Med Sci Sports Exerc.* 2004;36(3):468-474.
32. Falkner NH, French SA, Jeffery RW, Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Morton N. Mistreatment due to weight: prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men. *Obes Res.* 1999;7(6):572-576.
33. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res.* 2003;11(10):1168-1177.
34. Hebl MR, Mannix LM. The weight of obesity in evaluating others: a mere proximity effect. *Pers Soc Psychol Bull.* 2003;29(1):28-38.
35. Puhl RM, Schwartz MB, Brownell KD. Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: a new approach for reducing bias. *Health Psychol.* 2005;24(5):517-525.
36. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res.* 2003; 11(9):1033-1039.
37. Stunkard AJ, Sorensen TI. Obesity and socioeconomic status—a complex relation. *N Engl J Med.* 1993;329(14): 1036-1037.
38. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB. Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity (Silver Spring).* 2007;15(1):19-23.
39. Wang SS, Brownell KD, Wadden TA. The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004;28(10):1333-1337.
40. Chen E, Bocchieri-Ricciardi L, Munoz D, et al. Depressed mood in class III obesity predicted by weight-related stigma. *Obes Surg.* 2007;17(5):673-675.
41. Kalarichian 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.
42. Kasen S, Cohen P, Chen H, Must A. Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *Int J Obes (Lond).* 2007;32(3):558-566.
43. Stout AL, Applegate KL, Friedman KE, Grant JP, Musante GJ. Psychological correlates of obese patients seeking surgical or residential behavioral weight loss treatment. *Surg Obes Relat Dis.* 2007;3(3):369-375.
44. van der Merwe MT. Psychological correlates of obesity in women. *Int J Obes (Lond).* 2007;31(suppl 2):14-18.
45. Wadden TA, Butryn ML, Sarwer DB, et al. Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class II obesity. *Obesity (Silver Spring).* 2006;14(suppl 2):90-98.
46. Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Jones L, Stack R, Williams NS. Psychosocial and behavioral status of patients undergoing bariatric surgery: what to expect before and after surgery. *Med Clin N Am.* 2007; 91(3):451-469.
47. Bouchard C. The biological predisposition to obesity: beyond the thrifty genotype scenario. *Int J Obes (Lond).* 2007;31(9):1337-1339.
48. Farooqi IS, O'Rahilly S. Genetic factors in human obesity. *Obes Rev.* 2007;8(suppl 1):37-40.
49. Wardle J, Carnell S, Haworth CM, Plomin R. Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *Am J Clin Nutr.* 2008;87(2):398-404.
50. Bray GA, Ryan DH. Drug treatment of the overweight patient. *Gastroenterology.* 2007;132(6):2239-2252.
51. Dansinger ML, Tattioni A, Wong JB, Chung M, Balk EM. Meta-analysis: the effect of dietary counseling for weight loss. *Ann Intern Med.* 2007;147(1):41-50.
52. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev.* 2005;6(1):67-85.
53. Foster GD, Makris AP, Bailer BA. Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr.* 2005;82(1 suppl):230-235.

54. Mun EC, Blackburn GL, Matthews JB. Current status of medical and surgical therapy for obesity. *Gastroenterology*. 2001;120(3):669-681.
55. Wadden TA, Butryn ML, Byrne KJ. Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obes Res*. 2004;12(suppl):151-162.
56. Wadden TA, Butryn ML, Wilson C. Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*. 2007;132(6):2226-2238.
57. Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med*. 2007;357(8):753-761.
58. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004;292(14):1724-1737.
59. Buchwald H. Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *J Am Coll Surg*. 2005; 200(4):593-604.
60. Fabricatore AN, Wadden TA, Sarwer DB, Faith MS. Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obes Surg*. 2005;15(3):304-309.
61. Wadden TA, Sarwer DB. Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Obesity (Silver Spring)*. 2006;14(suppl 2): 53-62.
62. Rand CS, Kowalske K, Kuldau JM. Characteristics of marital improvement following obesity surgery. *Psychosomatics*. 1984;25(3):221-223,226.
63. Hafner RJ. Morbid obesity: effects on the marital system of weight loss after gastric restriction. *Psychother Psychosom*. 1991;56(3):162-166.
64. Applegate KL, Friedman KE, Grant JP. Assessments of relationship satisfaction and stability one year after weight loss surgery: a prospective study [abstract]. *Surg Obes Relat Dis*. 2006;2(3):310.
65. Cooper KM, Wells M. Effects of bariatric surgery on marital satisfaction [abstract]. *Surg Obes Relat Dis*. 2006;2(3):334.
66. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M, Hotter A, Biebl W, Aigner F. Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: Consequences of weight loss after gastric banding. *Obes Surg*. 2001;11(4):455-458.
67. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Biebl W. Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obes Surg*. 2003;13(1):105-110.
68. Rand CS, Kuldau JM, Robbins L. Surgery for obesity and marriage quality. *JAMA*. 1982;247(10):1419-1422.
69. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res*. 2005;13(4):639-648.
70. Camps MA, Zervos E, Goode S, Rosemurgy AS. Impact of bariatric surgery on body image perception and sexuality in morbidly obese patients and their partners. *Obes Surg*. 1996;6(4):356-360.
71. Ray EC, Nickels MW, Sayeed S, Sax HC. Predicting success after gastric bypass: the role of psychosocial and behavioral factors. *Surgery*. 2003;134(4):555-563.
72. Andrews G. Intimate saboteurs. *Obes Surg*. 1997;7(5): 445-448.
73. Klein D, White J. Family Theories: *An Introduction (Understanding Families)*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002.
74. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med*. 1998;60(3):338-346.
75. Felitti VJ. Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *South Med J*. 1993;86(7):732-736.
76. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. Obesity among sexually abused women: an adaptive function for some? *Women Health*. 1999;29(1):89-100.
77. Clark M, Hanna B, Mai J, et al. Sexual abuse survivors and psychiatric hospitalization after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2007;17(4):465-469.
78. 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.
79. 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.
80. Larsen JK, Geenen R. Childhood sexual abuse is not associated with a poor outcome after gastric banding for severe obesity. *Obes Surg*. 2005; 15(4):534-537.
81. Oppong BA, Nickels MW, Sax HC. The impact of a history of sexual abuse on weight loss in gastric bypass patients. *Psychosomatics*. 2006;47(2): 108-111.
82. Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Female reproductive issues following bariatric surgery. *Obstet Gynecol Surv*. 2007;62(9):595-604.
83. Woodard CB. Pregnancy following bariatric surgery. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2004;18(4):329-340.
84. Sogg S, Mori DL. Revising the Boston Interview: incorporating new knowledge and experience. *Surg Obes Relat Dis*. 2008;4(3):455-463.
85. Bauchowitz A, Azarbad L, Day K, Gonder-Frederick L. Evaluation of expectations and knowledge in bariatric surgery patients. *Surg Obes Relat Dis*. 2007;3(5):554-558.
86. Lanyon R, Maxwell B. Predictors of outcome after gastric bypass surgery. *Obes Surg*. 2007;17(3): 321-328.
87. Sogg S, Mori DL. The boston interview for gastric bypass: determining the psychological suitability of surgical candidates. *Obes Surg*. 2004;14(3):370-380.
88. Greenberg I, Sogg S, Perna F. Behavioral and psychological care in weight loss surgery—best practice update. *Obesity*. In press.