

# Doświadczenia własne z siedmioletniej pracy z osobami po operacyjnym leczeniu otyłości – rola specjalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym

Warren L. Huberman, PhD

## Ocena potrzeb:

Specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym mogą zapoznać się z metodami przedoperacyjnej oceny psychologicznej, zasadami udzielania wsparcia psychologicznego w okresie pooperacyjnym i częstymi problemami psychicznymi spotykanymi u pacjentów po operacyjnym leczeniu otyłości. Ponieważ dziedzina operacyjnego leczenia otyłości szybko się rozwija, znajomość tych problemów jest istotna, a także umożliwia zapewnienie adekwatnej opieki.

## Cele szkoleniowe:

- Zrozumienie, jaką rolę mogą pełnić specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym w multidyscyplinarnym programie chirurgicznego leczenia otyłości.
- Wymienienie celów badania pacjenta przed zabiegiem.
- Identyfikowanie częstych problemów psychicznych, z jakimi zmagają się pacjenci na różnych etapach operacyjnego leczenia otyłości.

## Streszczenie

*Specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym podczas pracy z pacjentami poddającymi się operacyjnemu leczeniu otyłości mają różne zadania. Podstawowe polega na zbadaniu pacjenta przed zabiegiem i zapewnieniu indywidualnego lub grupowego wsparcia po zabiegu. Często są również konsultacje z chirurgiem na różnych etapach leczenia. Choć nie ma ustaleń dotyczących elementów oceny przedoperacyjnej ani jednolitych kryteriów dyskwalifikujących, ogólnie przyjmuje się, że badanie pacjenta przed operacją jest potrzebne i korzystne. Badania potwierdzają również korzyści płynące z pooperacyjnej opieki psychologicznej. Przedstawiany artykuł sugeruje, że badanie pacjenta przed operacją nie powinno koncentrować się przede wszystkim na ewentualnym stwierdzeniu u niego objawów psychopatologicznych, ale raczej na jego oczekiwaniach i określeniu stopnia przygotowania do behawioralnych i emocjonalnych zmian, do których dojdzie po zabiegu. Dokonano przeglądu częstych przyczyn, z których pacjenci zgłaszają się na psychoterapię w okresie pooperacyjnym. Zaprezentowano także roboczy model zmian psychologicznych po zabiegu.*

## Wprowadzenie

Z przyjemnością przedstawiam swój wkład w dziedzinę psychologicznych aspektów operacji bariatrycznych. Zaczęłem pracować jako psycholog konsultant w ramach New York University (NYU) Program for Surgical Weight Loss w 2000 roku i miałem szczęście współpracować z dr Christine Ren Fielding, dr. Georgiem Fieldingiem i dr Mariną Kurian. W dziedzinie tej od 2000 roku zaszło wiele zmian. Nastąpił znaczny rozwój wiedzy dotyczącej psychologicznych następstw operacyjnego leczenia otyłości.

Kiedy po raz pierwszy usłyszałem o operacyjnym leczeniu otyłości, byłem dość sceptyczny. Pracując intensywnie jako psycholog poznawczo-behawioralny, koncentrowałem się na zmianie zachowań wpływających na zdrowie. Do operacyjnego leczenia otyłości podchodziłem nieufnie, traktując je jako rodzaj oszustwa lub spryt-

nego triku. Po tym, jak miałem przyjemność pracować z ponad 5000 pacjentami, jestem zdania, że metoda ta może stanowić jedyne empirycznie uzasadnione postępowanie w terapii otyłości olbrzymiej.

W ostatnich latach znacznie wzrosła częstość stosowania zabiegów chirurgicznych w leczeniu otyłości. Tendencja ta będzie nadal rosła ze względu na ciągły wzrost częstości występowania tego zaburzenia.<sup>1</sup> Może zwiększać się liczba pacjentów zgłaszających się na zabiegi, ponieważ badania stale potwierdzają ich korzystny wpływ na zdrowie fizyczne<sup>2</sup> i różne aspekty dobrostanu psychicznego i jakości życia (quality of life, QOL).<sup>3</sup> Ten artykuł ma na celu omówienie roli specjalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym pracującego z pacjentami poddającymi się operacyjnemu leczeniu otyłości zarówno przed, jak i po zabiegu, a także podzielenie się obserwacjami na podstawie własnych doświadczeń w pracy z tą grupą pacjentów.

Dr Huberman, clinical instructor, Department of Psychiatry, New York University School of Medicine; private practice, New York City.

Autor nie zgłasza żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: Warren L. Huberman, PhD, 104 East 40th St, Suite 206, New York, NY 10016, Stany Zjednoczone; e-mail: whuberman@verizon.net

## Rola specjalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym

Większość programów operacyjnego leczenia otyłości opiera się na podejściu multidyscyplinarnym. Zakłada, że wywiera ono korzystny wpływ na wyniki leczenia po operacjach bariatrycznych.<sup>4</sup> Definicja sukcesu powinna wykraczać poza samo zmniejszenie masy ciała i uwzględniać poprawę jakości życia (QOL) pacjenta. Specjalista zajmujący się zdrowiem psychicznym przeważnie jest członkiem zespołu, w którego skład wchodzi pielęgniarki, dietetyk, chirurdzy i pozostali personel kliniczny.

Do częstych zadań specjalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym w programie operacyjnego leczenia otyłości należy badanie pacjentów w okresie przedoperacyjnym, prowadzenie grup wsparcia oraz zapewnianie indywidualnej opieki psychologicznej przed i po zabiegu. Są jednak duże różnice między takimi programami. Niektóre z nich wymagają przedoperacyjnej oceny wszystkich pacjentów, podczas gdy inne nie stawiają takiego wymagania.<sup>5-10</sup> Wiele programów oferuje grupy wsparcia, jednak nie wszystkie. Nie znam żadnego programu, który wymagałby, aby pacjent po operacji był objęty stałą opieką psychologiczną, chociaż niektóre z nich mogą zalecać takie postępowanie i jednocześnie zapewniać taką możliwość. W przynajmniej jednym badaniu wykazano, że udział w psychoterapii może powodować większe zmniejszenie masy ciała po zabiegu.<sup>11</sup>

### Ocena przedoperacyjna

Zarówno Surgical Review Corporation, jak i American College of Surgeons, wymagają udziału specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym w badaniu przesiewowym pacjentów podczas starań o akredytację. Wielu ekspertów zgadza się z opinią, że zaburzenia psychiczne i wiele przedchorobowych trudności psychologicznych mogą wpływać na powodzenie leczenia chirurgicznego.<sup>12-13</sup> Badania oceniające podstawowe zaburzenia psychiczne lub inne przeszkody emocjonalne dostarczyły jednak niejednorodnych wyników. Wczesne badania wydawały się sugerować, że zaburzenia psychiczne nie występują częściej u osób cierpiących na olbrzymią otyłość.

Ostatnie badania sugerują, że u pacjentów z olbrzymią otyłością mogą występować istotne objawy depresji, zaburzeń odżywiania się, problemy z obrazem własnego ciała, niska jakość życia i innego rodzaju współistniejące zaburzenia psychiczne.<sup>5,14-20</sup> Niezależnie od prób uniknięcia pooperacyjnych kryzysów psychicznych u pacjentów, ośrodki zajmujące się chirurgią bariatryczną starają się ograniczyć możliwe konsekwencje prawne w przypadku niekorzystnych rezultatów operacyjnego leczenia otyłości. Na przykład chi-

rurgowi może być trudno obronić się przed zarzutami prawnymi ze strony pacjenta cierpiącego na źle kontrolowane zaburzenie afektywne dwubiegunowe, który doświadczył negatywnych następstw zabiegu, jeżeli nie zwrócił wcześniej szczególnej uwagi na wykrycie i ocenę przedchorobowego wywiadu psychiatrycznego. Takie przypadki są często omawiane na konferencjach poświęconych operacyjnemu leczeniu otyłości i w piśmiennictwie medycznym.<sup>21-26</sup>

Co ciekawe, nadal nie ma pełnego porozumienia co do tego, jak powinna wyglądać ocena stanu psychicznego. Niektórzy specjaliści wykorzystują ustrukturyzowane inwentarze i narzędzia oceny stanu psychicznego, jak Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, skrócona wersja Medical Outcomes Study 36 w celu przesiewowej oceny zdrowia i różne inne narzędzia oceniające występowanie i nasilenie zaburzeń odżywiania się, natomiast inni opierają się przede wszystkim na ustrukturyzowanych wywiadach klinicznych.<sup>27</sup> Jest niewiele dowodów na to, że jakkolwiek metoda lub narzędzie oceny ma przewagę nad innymi w identyfikowaniu niewłaściwych kandydatów do zabiegu operacyjnego lub przewidywaniu odległego powodzenia tej metody leczenia.

Nie ma również pełnego porozumienia co do tego, jakie czynniki psychologiczne mogą pozwalać na przewidywanie wyniku leczenia, mimo coraz większego skupienia na inwentarzach lub ustrukturyzowanych testach służących wykrywaniu tego rodzaju zmiennych (G.M. Boulton-Lewis, materiał niepublikowany, 2008).<sup>6,10</sup> Wiele czynników, w tym wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny, zaburzenia współistniejące, przedoperacyjny wskaźnik masy ciała, wcześniejsze próby zmniejszenia masy ciała, zaburzenia odżywiania się, zaburzone zwyczaje związane z jedzeniem, zaburzenia osobowości, czynniki związane z motywacją, wykorzystywanie seksualne w wywiadzie i wsparcie społeczne, było ocenianych pod kątem wpływu na wynik leczenia operacyjnego, chociaż dla żadnego z nich nie uzyskano jednoznacznych wyników (G.M. Boulton-Lewis, materiał niepublikowany, 2008).

### Opieka i wsparcie pooperacyjne

Opieka psychologiczna lub psychiatryczna może być stosowana w ramach profilaktyki, aby przeciwdziałać pojawieniu się problemów lub w celu poradzenia sobie z trudnościami, które już wystąpiły. Kiedy pacjenci nalegają na osiągnięcie satysfakcjonującego zmniejszenia masy ciała, a wyjaśnienia medyczne nie są wystarczające, uzasadnione może być uwzględnienie udziału czynników psychologicznych. W takich sytuacjach chirurg może skonsultować się ze specjalistą zajmującym się zdrowiem psychicznym, aby

omówić zaistniałe trudności, lub skierować pacjenta na psychoterapię.

Kilka programów operacyjnego leczenia otyłości oferuje udział w pooperacyjnych grupach wsparcia. Grupy te mogą być prowadzone przez specjalistę lub samych pacjentów. Trwają dyskusje dotyczące tego, czy lepsze są grupy wsparcia, czy grupy terapeutyczne,<sup>28</sup> nieliczne są natomiast wątpliwości dotyczące tego, czy grupy te są pomocne i celowe. Badania wykazały, że zmniejszenie masy ciała jest większe u pacjentów uczestniczących po operacji w grupach wsparcia w porównaniu z osobami niekorzystającymi z tej formy pomocy.<sup>29,30</sup> W innym badaniu zauważono, że najbardziej wartościowym aspektem całego leczenia było zapewnienie ciągłej opieki dzięki grupom wsparcia.<sup>31</sup>

## Doświadczenia własne

### Ocena przedoperacyjna

Początkowo moja rola jako psychologa-konsultanta w NYU Program for Surgical Weight Loss polegała na przeprowadzaniu przedoperacyjnego badania psychologicznego. Zapoznałem się z rodzajami operacji, aktualnym piśmiennictwem na ten temat i charakterem informacji, jakie miałem zdobyć w trakcie badania. Podczas badania miałem przestrzegać ogólnie przyjętych w takiej sytuacji zasad postępowania. Moim celem było poznanie odpowiedzi na konkretne pytania i określenie stosunku pacjenta do określonych problemów. Cele oceny przedoperacyjnej kształtowały się stopniowo, a ich pełną wersję przedstawiłem w tabeli 1.

Opracowałem kwestionariusz, który oceniał m.in. zwyczaje związane z jedzeniem, wsparcie społeczne, historię odchudzania i wywiad dotyczący zaburzeń psychicznych, a następnie, po latach, zrewidowałem go. Kwestionariusz służy jako schemat, który umożliwia przeprowadzenie pacjenta przez ustrukturyzowany, a jednocześnie prosty proces, bardziej przypominający rozmowę niż wywiad kliniczny.

Pacjenci często obawiają się badania psychologicznego, ponieważ nigdy wcześniej nie zetknęli się ze specjalistą zajmującym się zdrowiem psychicznym lub z obawą przed ujawnieniem informacji, które mogłyby ich zdyskwalifikować. Osoby, które nigdy wcześniej nie były w takiej sytuacji, często pytają, gdzie jest kozetka, co stwarza od razu możliwość wyjaśnienia im celów badania.

Większość pacjentów podchodzących do badania z niepokojem obawia się, że mogą ujawnić coś, co doprowadzi do ich dyskwalifikacji i zaniechania leczenia operacyjnego. Informuję pacjentów, że taka sy-

tuacja zdarza się rzadko i najczęściej wynika z ich własnej decyzji. Zalecam, aby chirurg odmawiał wykonania zabiegu tylko w kilku przypadkach. Zwykle tłumaczę pacjentowi, dlaczego uważam, że obecnie nie nadaje się do operacji i musi podjąć odpowiednie kroki, aby rozwiązać swoje trudności, zanim będziemy mogli posunąć się naprzód.

Ważne jest zrozumienie kontekstu, w jakim pacjent prosi o leczenie operacyjne. Można byłoby zapytać, skąd dowiedział się o możliwości leczenia operacyjnego, dlaczego chce poddać się mu właśnie teraz i co było „kroplą przepelniającą czarę”. To ostatnie pytanie często wskazuje na najważniejszy czynnik motywujący pacjenta do zabiegu i pomaga określić jego oczekiwania dotyczące tej formy leczenia. Jestem przekonany, że pacjenci nie poddają się operacji tylko po to, aby schudnąć, ale żeby osiągnąć to wszystko, co ich zdaniem wiąże się z „byciem szczupłym”. Niektórzy stosowali diety od tak dawna, że zapomnieli, że samo zmniejszenie masy ciała nie jest ostatecznym celem. Mogą oni nie być psychicznie gotowi do zabiegu. W przypadku większości pacjentów cele dotyczą poprawy funkcjonowania somatycznego, samooceny, zdrowia i relacji interpersonalnych.

Co ciekawe, najważniejszym motywem poddania się operacji, wymienianym przez przeważającą większość pacjentów, jest położenie kresu wyczerpaniu psychicznemu związanemu ze stosowaniem diet i poczuciu chronicznej porażki z powodu niemożności zmniejszenia masy ciała. Większość osób zgłaszających się na zabieg w przeszłości odchudzała się skutecznie, a wielu z nich wię-

cej niż jeden raz straciło na wadze ponad 23 kg. Niestety większość pacjentów wierzy, że utrzymanie tak zmniejszonej masy ciała dzięki diecie i ćwiczeniom fizycznym jest banalnie proste i sygnalizuje, że ich rodzina i przyjaciele również są tego zdania, chociaż praktycznie wszystkie badania kliniczne sugerują, że prawie nigdy tak nie jest. Dlatego wielu z nich relacjonuje poczucie winy i wstydu związane z wyborem operacji zamiast normalnego odchudzenia. Często dyskutuję z tymi poglądami i odsyłam pacjentów do piśmiennictwa klinicznego na ten temat.<sup>32-34</sup>

Kiedy pacjenci zdają sobie sprawę z tego, że spotkanie z psychologiem nie ma na celu ich dyskwalifikacji, badanie staje się bardziej rozmową niż oceną. Dla wielu osób spotkanie to będzie jedyną formą kontaktu z specjalistą zajmującym się zdrowiem psychicznym, dlatego ponoszą odpowiedzialność za to, aby wyszli z niego z pozytywnym wyobrażeniem na temat naszego zawodu. Robiąc to, jestem przekonany, że pacjenci chętniej poszukają pomocy psychologa, jeżeli będą odczuwać taką potrzebę w przyszłości.

Badanie ma charakter bardziej edukacji niż oceny. W minionych latach poświęcałem dużo czasu na ocenę zaburzeń psychicznych. Koledzy sygnalizowali, że dyskwalifikują kandydatów, którzy w wywiadzie mają dużą depresję (major depressive disorder, MDD), tendencje samobójcze, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania i inne. Od tego czasu pracowałem z osobami, u których w przeszłości rozpoznawano wiele różnych zaburzeń i u wielu z nich obserwowałem dobre rezultaty w zakresie

zmniejszenia masy ciała i poprawy QOL. Nadal oceniam występowanie zaburzeń I i II osi, ale przechodzę do innych aspektów, jeżeli zaburzenia nie występują lub są dobrze kontrolowane. Skupienie się na obszarach wykraczających poza objawy psychopatologiczne podczas badania przedoperacyjnego zyskuje coraz więcej poparcia.<sup>35</sup>

Zgodnie z doświadczeniami moimi i kolegów z NYU pacjenci z zaburzeniami psychicznymi w wywiadzie, jeżeli otrzymują właściwą opiekę pooperacyjną, mogą reagować dobrze. W jednym z badań wykazano, że osoby spełniające przed zabiegiem kryteria MDD uzyskują lepsze wyniki pod względem całkowitej utraty masy ciała niż pacjenci bez depresji.<sup>36</sup> Nie wydaje się, aby jakikolwiek typ osobowości, charakteru lub inne cechy determinowały niesatysfakcjonujący rezultat leczenia.

Innym celem jest zachęcenie pacjenta do pomyślenia o tym, jak zmieni się jego życie po operacji. Pytam pacjentów, jak wyobrażają sobie aspekty związane z trudnościami behawioralnymi i emocjonalnymi po zabiegu i jak mogą sobie z nimi poradzić, jeżeli się pojawia. Większość pacjentów rozumie konieczność szukania pomocy w swoich zmaganiach z odchudzaniem. Mniej pacjentów rozumie, dlaczego pytam o potencjalne trudności emocjonalne, które mogą się pojawić, kiedy uda im się wreszcie stracić na wadze. Większość z nich nie jest w stanie sobie wyobrazić, że zmniejszenie masy ciała może mieć inne konsekwencje niż tylko te pożądane. Te osoby, które sięgają wyobraźnią poza samą operację, rozumieją jednak w pełni to pytanie.

Pacjenci, którzy byli wykorzystywani seksualnie lub cierpią na lęk społeczny, często są świadomi tego, że ich ciało stanie się po zabiegu bardziej atrakcyjne dla innych i mają zastrzeżenia z tym związane. Pacjenci ci często relacjonują, że z powodu swojej otyłości czują się „niewidzialni” i niepokoją się tym, że po zabiegu staną się bardziej „widzialni” dla innych. Wielu pacjentów z otyłością olbrzymią relacjonuje, że inni ich ignorowali, nie nawiązywali z nimi kontaktu wrozkowego lub omijali ich wzrokiem, a następnie przyglądali się im, kiedy podeszli bliżej. Przypuszczają oni, że ich interakcje społeczne zmienią się znacznie, kiedy zaczną chudnąć i niektórzy obawiają się tych zmian.

Pacjenci niepokoją się również tym, że zmianie ulegną oczekiwania, jakie mają sami wobec siebie i ze strony innych. Zdają sobie oni sprawę z tego, że ich masa ciała jest zarazem „wielkim usprawiedliwieniem” dla ograniczeń, jakie przyjęli w różnych sferach życia. Mają świadomość, że po tym, jak schudną, można spodziewać się poprawy w tych dziedzinach. Wielu pacjentów obawia się na przy-

**TABELA 1**  
**Cele oceny przedoperacyjnej**

- Poznanie powodów, dla których pacjent chce się poddać operacyjnemu leczeniu otyłości i czynników, powodujących, że dąży do przeprowadzenia zabiegu właśnie teraz.
- Ocena oczekiwań pacjenta dotyczących całkowitej utraty masy ciała po zabiegu.
- Określenie, czego pacjent spodziewa się dzięki zmniejszeniu masy ciała.
- Ocena stopnia wiedzy pacjenta na temat tego, do jakich zmian behawioralnych, emocjonalnych i innych dojdzie lub może dojść po zabiegu.
- Ocena adekwatności decyzji o poddaniu się leczeniu w określonym czasie.
- Określenie występowania i nasilenia zaburzeń psychicznych i prób ich leczenia (np. psychoterapia, leki, grupy wsparcia).
- Ocena dodatkowych wysiłków planowanych przez pacjenta w celu schudnięcia lub utrzymania masy ciała (np. ćwiczenia, zmiany dietetyczne, grupy wsparcia).
- Ocena jakości sieci wsparcia pacjenta lub dostępności wsparcia.
- Określenie na podstawie badania potencjalnych problemów, które mogą zmniejszać utratę na wadze lub jej przeciwdziałać. Przedstawienie tych czynników pacjentowi i wspólne omówienie.
- Określenie, jakie trudności behawioralne i emocjonalne mogą pojawić się po skutecznym schudnięciu i omówienie ich z pacjentem.
- Poinformowanie pacjenta o dostępnych możliwościach, które mogą wspomagać odchudzanie dzięki operacji bariatrycznej (np. grupy wsparcia, psychoterapia, materiały dostępne w internecie).

Huberman WL. *Primary Psychiatry*, Vol. 15, No 8, 2008.

kład, że odczują presję, aby umawiać się na randki, kiedy staną się szczuplejsi, lub będą musieli starać się o nową pracę, ponieważ zmniejszy się niepokój dotyczący dyskryminacji ze względu na masę ciała.

Zgodnie z moim doświadczeniem większość pacjentów z otyłością olbrzymią jest lub może się stać odpowiednimi kandydatami do operacji. Jeżeli ktoś nie zostanie zakwalifikowany, prawdopodobnie po prostu nie jest gotowy do zabiegu w określonym momencie. Wielu pacjentów zgłasza się do zabiegu, zmagając się jednocześnie z innymi problemami (np. rozwodem, niedawną utratą kochanej osoby) i kiedy sugeruję, żeby zgłosili się po uporaniu się z nimi, jest to przeważnie dobrze odbierane. W przypadku przeważającej większości pacjentów medyczne i psychologiczne korzyści z zabiegów znacznie przewyższają ich potencjalne negatywne następstwa. Dlatego musi zaistnieć wyjątkowy powód, aby odmówić im tej formy leczenia. Najważniejsze jest, aby badanie przedoperacyjne przeprowadzał klinicysta doświadczony w tej dziedzinie. Umożliwi to uniknięcie zbędnych dyskwalifikacji i zapewni, że pacjenci dopuszczani do zabiegu będą odpowiednio wyedukowani i przygotowani do niego emocjonalnie.

### Dalsza opieka nad pacjentami po operacyjnym leczeniu otyłości

Prawie wszyscy pacjenci, którymi opiekowałem się po zabiegu, odnieśli sukces, biorąc pod uwagę perspektywę utraty masy ciała. Większość z nich zwracała się o pomoc w emocjonalnym i behawioralnym przystosowaniu się do zmian w życiu osobistym i społecznym związanych ze zmniejszeniem masy ciała. Nie zdarzyło mi się rozmawiać z pacjentem, który żałował swojej decyzji o poddaniu się operacji. Większość osób wyraża zadowolenie z wyników zabiegu, w tym wiele z tych, które doświadczyły powikłań pooperacyjnych. Operacyjne leczenie otyłości jest potężnym narzędziem, które umożliwia radykalne zmniejszenie masy ciała i pomaga pacjentom w poczynieniu ważnych zmian życiowych. Dlatego ta metoda leczenia powinna być dostępną dla większości pacjentów, chyba że przemawiają przeciw temu wyjątkowe okoliczności.

Co ciekawe, niektóre z problemów, będących przedmiotem zainteresowania me-

diów, nie były często spotykane u moich pacjentów. Nie zdarzyło mi się rozmawiać z pacjentem, który relacjonował „żałobę po jedzeniu”, podczas gdy inni zgłaszali poczucie utraty możliwości jedzenia jako najważniejszego mechanizmu radzenia sobie z negatywnymi emocjami, ponieważ nie mogli jeść w taki sposób, jak przed zabiegiem. Spotkałem tylko jednego lub dwóch pacjentów, którzy opisywali zwiększone spożycie alkoholu lub innych substancji po zabiegu (tzn. przejście jednego uzależnienia w inne). Wiele dyskutowano na ten temat, ale potrzeba więcej badań,<sup>37</sup> zanim będzie można wyciągnąć jakiegokolwiek wnioski. W sytuacji, kiedy moi pacjenci relacjonują większe spożycie alkoholu po leczeniu, przeważnie można uznać to za naturalną konsekwencję większej aktywności społecznej po schudnięciu i nie trzeba traktować tego jako sytuacji alarmowej. Zachodzą jednak również fizjologiczne zmiany we wchłanianiu i metabolizowaniu alkoholu, szczególnie po zespoleniu omijającym żołądek i innych zabiegach powodujących ograniczenie wchłaniania substancji odżywczych i pacjenci muszą być świadomi potencjalnych problemów związanych z tym zjawiskiem.

Widziałem wiele osób, które nadal miały problemy z jedzeniem związane z rozładowywaniem emocji i epizody objadania się po zabiegu, jednak wielu z nich udało się uzyskać oczekiwane zmniejszenie masy ciała i nie zgłaszali oni niezadowolonych z leczenia. Zaburzenia jedzenia mogą utrzymywać się po zabiegu i wymagają zajęcia się nimi w tym okresie, jednak niekoniecznie muszą zostać wyleczone przed zabiegiem.

### Etapowy model zmian psychicznych po operacyjnym leczeniu otyłości

Zgodnie z moim doświadczeniem, pacjentów zgłaszających się w celu operacyjnego leczenia otyłości można podzielić na dwie kategorie: osoby, które ogólnie są usatysfakcjonowane ze swojego życia i te, które nie są z niego zadowolone. Pacjenci z tej pierwszej grupy przeważnie chcą stracić na wadze, aby poradzić sobie z problemami zdrowotnymi lub doprowadzić do tego, aby ich masa ciała przestała zaburzać

zdolność do cieszenia się życiem. Pacjenci ci przeważnie dobrze przystosowują się do życia po operacji, ponieważ ich najważniejszym celem jest stracić na wadze, aby lepiej cieszyć się tym, co już mają.

Pacjenci z tej drugiej grupy to przeważnie osoby, które zgłaszają się na psychoterapię w okresie pooperacyjnym, ponieważ ich życie nadal jest niesatysfakcjonujące, mimo zmniejszenia masy ciała. Często charakteryzuje ich zaburzona samoocena, negatywny wizerunek własnego ciała, brak relacji intymnych lub ich niezadowolający charakter, minimalne lub niesatysfakcjonujące kontakty społeczne i inne problemy, którymi należy się zająć. W przypadku tych osób zmniejszenie masy ciała może być łatwym elementem. Często mówię pacjentom: „łatwiej pozbyć się tłustego ciała niż tłustego mózgu, tłumacząc, że zmniejszenie masy ciała zajmuje mniej czasu niż psychiczne przystosowanie się do tego stanu. Wiele osób nadal emocjonalnie czuje się otyłymi, na długo potem, jak udało im się schudnąć. Dokonanie zmian życiowych, które umożliwiają poprawę QOL stanowi rzeczywisty sukces, którego osiągnięcie jest trudniejszym i bardziej czasochłonnym zadaniem niż sama utrata masy ciała.

Zgodnie z moimi obserwacjami wielu pacjentów przechodzi przez cztery etapy przystosowania się do radykalnego zmniejszenia masy ciała po operacji (tab. 2). W pierwszym etapie pacjent koncentruje się na przestrzeganiu diety i zmniejszeniu masy ciała. Najważniejszym zadaniem jest wybór właściwych pokarmów i nauczenie się, jak należy się prawidłowo odżywiać. Mogą pojawiać się takie emocje, jak podniecenie wynikające ze zmniejszenia masy ciała obawy związane z występowaniem powikłań lub towarzyszące zbyt wolnemu chudnięciu.

W drugim etapie pacjenci mogą zaczynać wykorzystywać inne narzędzia, np. zmianę diety i ćwiczenia, próbując osiągnąć wyznaczone cele wagowe, obliczane w kilogramach lub rozmiarach. Zachodzą podstawowe zmiany psychologiczne, jak nauka przyjmowania komplementów i przystosowanie się do zmian w interakcjach społecznych. Pacjenci nadal są skupieni na utracie masy ciała, a po osiągnięciu tego celu spodziewają się określonych zmian.

W trzecim etapie pacjenci osiągnęli lub przybliżyli się do kamieni milowych, jak utrata 30 lub 45 kg lub zmieszczenie się w ubrania pożądanego rozmiaru. Wielu upamiętnia te kroki przez osiągnięcia fizyczne lub podejmowanie ważnych zmian w życiu osobistym. Miałem wielu pacjentów, którzy wzięli udział w maratonie lub wyjechali na wyczerpujące pod względem fizycznym wakacje, podczas gdy inni zamieścili swój

**TABELA 2**  
**Etapy przystosowania się do radykalnego zmniejszenia masy ciała**

- Etap 1: Pacjent koncentruje się na współpracy behawioralnej i zmniejszeniu masy ciała
- Etap 2: Pacjent próbuje osiągnąć maksymalne zmniejszenie masy ciała i zaczyna się zmieniać
- Etap 3: Pacjent zaczyna eksperymentować i pokonywać kolejne etapy do osiągnięcia celu
- Etap 4: Pacjent skutecznie lub nieskutecznie przystosowuje się do nowego życia po zmniejszeniu masy ciała

Huberman WL. *Primary Psychiatry*, Vol. 15, No 8, 2008.

profil na portalu randkowym lub zaczęli uczestniczyć w wydarzeniach społecznych. Etap ten obejmuje eksperymentowanie i podejmowanie ryzyka, jakby w celu pokazania sobie samym i innym, że rzeczywiście stali się nową osobą.

Czwarty etap może być najbardziej wymagający i trudny. Na tym etapie najczęściej pojawia się depresja i inne trudności emocjonalne. Pacjent zaczyna przystosowywać się do życia po zmniejszeniu masy ciała. Cel całego życia w postaci walki z otyłością mierzony uzyskaniem konkretnej wagi został osiągnięty. Przyjaciele i rodzina już nie wiwatują z radości, a zmniejszenie masy ciała przestaje być czymś nowym. Pacjent zamiast na utracie na wadze musi skoncentrować się na przystosowaniu do życia w szczuplejszym ciele i zacząć wykraczać poza cele związane z wagą. Następują i trwają zmiany w życiu osobistym, społecznym i zawodowym. Sukces na tym etapie dla wielu pacjentów oznacza ogólne powodzenie operacyjnego leczenia otyłości.

## Podsumowanie

Specjalista zajmujący się zdrowiem psychicznym może bardzo pomóc pacjentom poddającym się operacyjnemu leczeniu otyłości i chirurgom przeprowadzającym zabieg. Odgrywa podstawową rolę w doborze pacjentów, ich przygotowaniu i edukacji przed zabiegiem oraz w opiece szpitalnej w okresie pooperacyjnym. Pod wieloma względami operacyjne leczenie otyłości ma charakter bardziej psychiczny niż fizyczny. Rola psychologa jest ciekawa i niezwykle satysfakcjonująca, może on wywierać ogromny wpływ na rezultaty leczenia. Ze względu na rozwój tej dziedziny i coraz większą liczbę osób leczonych tą metodą, niezbędna jest znajomość problemów dotyczących tej grupy pacjentów.

Praca z pacjentami poddającymi się operacyjnemu leczeniu otyłości ma niezwykłą wartość. Kiedy 7 lat temu spotkałem dr Ren Fielding, zapytałem ją o motywację do pracy z osobami z otyłością olbrzymią. Poruszyła mnie jej odpowiedź, którą zaadaptowałem do swoich potrzeb. Odpowiedziała, że „operacja przeważnie ratuje życie... operacyjne leczenie otyłości daje nowe życie”.

## Piśmiennictwo

- Steinbrook R. Surgery for severe obesity. *N Engl J Med.* 2004;350(11):1075-1079.
- Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med.* 2005;142(7):547-559.
- 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 North Am.* 2007;91(3):451-469.
- 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.
- Greenburg 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.
- Lemont D, Moorehead MK, Parish MS, Reto CS, Ritz SJ. Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariatric surgery candidates. Gainesville, FL: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; 2004.
- Sogg S, Mori DL. The Boston interview for gastric bypass: determining the psychological suitability of surgical candidates. *Obes Surg.* 2004;14(3):370-380.
- Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? *Survey results.* *Obes Surg.* 2006;16(5):567-573.
- 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.
- Wadden TA, Sarwer DB. Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Surg Obes Rel Dis.* 2006;2(2):171-179.
- Nicolai A, Ippoliti C, Petrelli MD. Laparoscopic adjustable gastric banding: essential role of psychological support. *Obes Surg.* 2002;12(6):857-863.
- Simon GE, Von Korff M, Saunderson K, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(7):824-830.
- 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.
- Larsen JK, van Ramshorst B, Geenen R, Brand N, Stroebel W, van Doornen LJ. Binge eating and its relationship to outcome after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2004;14(8):1111-1117.
- Kinzl JF, Schrattecker M, Traweger C, Mattesich M, Fiala M, Biebl W. Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006;16(12):1609-1614.
- Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health.* 2000;90(2):251-257.
- Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol.* 2003; 158(12):1139-1147.
- Allison KC, Stunkard AJ. Obesity and eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28(1):55-67.
- Berkowitz RI, Fabricatore AN. Obesity, psychiatric status, and psychiatric medications. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28(1):39-54.
- Wadden TA, Butryn ML, Sarwer BD, et al. Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity. *Surg Obes Rel Dis.* 2006;2(2):138-145.
- Lindstrom W. Professional liability and risk management. Presented at: 19th Annual Meeting of the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; June 24-28, 2002; Las Vegas, NV.
- Saxton J, Corboy PH, Sheldon A. Bariatric surgery: what the plaintiff's lawyers think, the defense lawyers, and most importantly the jurors! Presented at: 23rd Annual Meeting of the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; June 26-July 1, 2006; San Francisco, CA.
- Saxton JW. Reducing your bariatric risk while enhancing your program. Presented at: Adding, Updating, and Expanding Bariatric Surgery Centers of Excellence Hospitals and Health Systems Conference; March 8, 2007; San Francisco, CA.
- Wittgrove AC. An interview with Alan C. Wittgrove, MD. *Bariatric Times.* 2007;4(3):13-16.
- Wong-Swartz E. Minimizing risk exposure in bariatric surgery. *Bariatric Times.* 2006;3(5):42-44.
- Eagan MC. Bariatric surgery: malpractice risks and risk management guidelines. *Am Surg.* 2005; 71(5):369-375.
- 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.
- Janeway JM, Sparks K. Support versus therapy: have you got it right? *Bariatric Times.* 2007;4(9):1,14-17.
- Elakkary E, Elhorr A, Aziz F, Gazayerli MM, Silva YJ. Do support groups play a role in weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding? *Obes Surg.* 2006;6(3):331-334.
- Latner JD, Stunkard AJ, Wilson GT, Jackson ML. The perceived effectiveness of continuing care and group support in the long-term self-help treatment of obesity. *Obesity (Silver Spring).* 2006;14(3):464-471.
- Song Z, Reinhardt K, Buzdon M, Liao P. Association between support group attendance and weight loss after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4(2):100-103.
- Brownell KD. Obesity: understanding and treating a serious, prevalent, and refractory disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1982;50(6):820-840.
- Tsai AG, Wadden TA. Systematic review: an evaluation of commercial weight loss programs in the United States. *Ann Intern Med.* 2005;142(1):56-66.
- Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman J. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol.* 2007;62(3):220-233.
- Bauchowitz A, Azarbad L, Day K, Gonder-Frederick L. Evaluation of expectations and knowledge in bariatric surgery patients. *Surg Obes Rel Dis.* 2007;3(5):554-558.
- 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.
- Sogg S. Alcohol misuse after bariatric surgery: epiphenomenon or „Oprah” phenomenon? *Surg Obes Rel Dis.* 2007;3(3):366-368.

# Komentarz

Prof. dr hab. n. med.

Irena Krupka-Matuszczyk  
Katedra i Klinika Psychiatrii  
i Psychoterapii SUM, Katowice

Tak zwana chirurgia bariatryczna należy do najskuteczniejszych (w ocenie pacjentów) metod leczenia skrajnej otyłości i jej powikłań. WHO uznało otyłość za chorobę (epidemię) XXI wieku. Liczba osób otyłych na świecie wynosi prawie 300 mln, a w naszym kraju otyłość dotyczy 28% kobiet i 18% mężczyzn (co czwarta Polka, co piąty Polak). Znaczenie problemu otyłości potęguje to, że dotyczy coraz młodszych osób, w tym dzieci, o czym alarmują pediatrzy. Dotyka ludzi różnych zawodów, sprawnych fizycznie i niepełnosprawnych, w tym naszych pacjentów leczonych z powodów zaburzeń psychicznych. Z otyłością związane są różne choroby, takie jak cukrzyca, nowotwory, choroby serca czy nadciśnienie tętnicze.

Pierwsze operacje były wykonywane w latach 50. ubiegłego wieku, kiedy zauważono, że po rozległej resekcji jelita i żołądka następowało znaczne zmniejszenie masy ciała. Te zabiegi, których pionierem był Linnear, zostały nazwane wyłączającymi i polegały na zespoleniu jelita czczego i krętego, dzięki czemu uzyskiwano skrócenie pasażu i sztuczny zespolił jelita krótkiego. W 1952 roku w Szwecji Henriksson usunął odcinek jelita cienkiego, co spowodowało szybką redukcję masy ciała o kilkadziesiąt kilogramów w ciągu 12-18 miesięcy, ale działaniami niepożądanymi zabiegu były biegunki, zaburzenia elektrolitowe i uszkodzenie wątroby. Payne i deWind w 1963 roku przeprowadzili zabieg zespalający poprzecznie z jelitem czczym, który później przez autorów został zmodyfikowany i zyskał nazwę 14+4, gdyż jelito odcinane było 14 cali od więzadła Trietza, a następnie łączone z jelitem krętym 4 cale od zastawki Bauhina. Działania niepożądane były podobne do występujących po operacji Henrikssona. W Polsce pierwsze zabiegi chirurgicznego leczenia otyłości zostały przeprowadzone w Poznaniu (1972 r.) i Zabrzu (1974 r.).

Głównymi przyczynami otyłości są: nieracjonalny i nadmierny sposób odżywiania, mała aktywność fizyczna, zaburzenia hormonalne, choroby metaboliczne lub genetyczne.

Jakie mogą być wskazania do operacji? Można za autorami<sup>1,2,3</sup> odpowiedzieć, że wówczas, kiedy rygorystycznie prowadzone metody zachowawcze, tj. odpowiednia dieta, wzmożona aktywność fizyczna (biegi, gimnastyka, jazda na rowerze, pływanie itp.), farna-

koterapia i psychoterapia nie przyniosły rezultatu. Przyjmuje się, że wskazania do zabiegu mają osoby z BMI=35 (otyłość II stopnia), gdy otyłości towarzyszą schorzenia zagrażające życiu. Osoby z BMI  $\geq 40$  (otyłość III stopnia) mogą być zakwalifikowane z powodów estetycznych i profilaktycznych. Pacjent powinien mieć się w przedziale wiekowym 18-60 lat.

Przeciwwskazaniem do zabiegu chirurgicznego są następujące schorzenia: zaburzenia psychiczne (ciężka depresja, schizofrenia, bulimia, tendencje samobójcze, nadużywanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych), choroby endokrynologiczne (zaburzenia czynności nadnerczy i tarczycy), choroby zapalne przewodu pokarmowego, choroby nowotworowe, choroba refluksowa żołądka.

Obecnie przeprowadzane są 3 rodzaje zabiegów, w większości metodą laparoskopową:

1. Metody restrykcyjne: pionowa opaskowa plastyka żołądka (VBG), opasanie żołądka (AGB)
2. Metody zmniejszające wchłanianie pożytego pokarmu: wyłączenie żółciowo-trzustkowe (BPD)
3. Skojarzenie obu metod: pomost omijający żołądek metodą Roux-en-Y, stymulacja elektryczna żołądka, umieszczenie w żołądku specjalnego balonu żołądkowego na pół roku (u pacjentów skrajnie otyłych, z masą ciała ponad 180 kg)

Do powikłań zabiegów bariatrycznych należą: śmiertelność około 1%, zatorowość płucna, przećiek w miejscu zespolenia i zapalenie otrzewnej, niewydolność oddechowa, zakażenie rany operacyjnej, niedrożność jelit, zaparcia lub biegunki, wymioty, kamica pęcherzyka żółciowego, przepuklina w bliźnie oraz zespół niedoboru żywieniowego. Po zabiegu pacjent musi przestrzegać wielu zaleceń dotyczących ilości i jakości przyjmowanego jedzenia, dokładnego żucia, oddzielnego spożywania produktów stałych i płynów, przyjmowania preparatów wielowitaminowych oraz mikro- i makroelementów.

Każda operacja poprzedzona jest szeregiem badań biochemicznych, oceną wydolności oddechowo-krażeniowej, USG jamy brzusznej, gastrokopią, oceną gospodarki tłuszczowej i węglowodanowej. Konieczna jest konsultacja z psychologiem dla oceny nastawienia emocjonalnego pacjenta i określenia możliwości porażenia sobie z bólem pooperacyjnym i koniecznością zmiany nawyków żywieniowych.

W Polsce operacje bariatryczne wykonywane są w Warszawie (2 ośrodki), Gdańsku, Łodzi i Zabrzu.

Przedstawione do skomentowania artykuły są spojrzeniem psychologów na problem beha-

wioralnych i psychospołecznych następstw chirurgicznego leczenia otyłości, ponieważ przeglądy piśmiennictwa sugerują, że pacjenci z otyłością wykazują zaburzenia lękowe czy depresyjne, zaburzenia osobowości i nadużywają substancji psychoaktywnych. Firmy ubezpieczeniowe wymagają przed zabiegiem oceny zdrowia psychicznego.

Pierwszy artykuł jest przeglądem publikacji oceniających najważniejsze czynniki ryzyka o znaczeniu prognostycznym, które można zastosować do analizy wyników leczenia pooperacyjnego (wiek, płeć, rasa, wywiad medyczny i psychiatryczny, satysfakcja małżeńska, system wsparcia społecznego, samoocena, depresja, somatyzacja i hipochondria, wzorce odżywiania). Badanie psychologiczne ma jeszcze dodatkowe aspekty, aby motywować pacjenta do zachowań dietetycznych i behawioralnych po zabiegu. Autorzy zwracają uwagę na istotną obecność depresji i zachowań samobójczych u otyłych. Osoby otyłe wielokrotnie częściej popełniają samobójstwo zarówno przed, jak i po zabiegu bariatrycznym. Na stan psychiczny mają wpływ niedobory żywieniowe, niezadowolony z obrazu własnego ciała, niska samoocena, dlatego tak istotna jest pomoc psychologa na każdym etapie terapii otyłości.

Kolejne artykuły omawiają psychologiczne następstwa operacji bariatrycznej u cierpiących na otyłość olbrzymią dorosłych i nastolatków. W Polsce tego rodzaju zabiegi u nastolatków wykonywane są sporadycznie. W USA otyłość olbrzymia dotyczy 4% dzieci, ale liczba zabiegów również nie jest duża. Objawy psychopatologiczne opisywane u dzieci przed zabiegiem są podobne jak u dorosłych. Są to: zaburzenia lękowe i depresyjne, zaburzenia zachowania i odżywiania. Po zabiegach zmieniają się czynniki społeczne i jakość życia pacjentów.

Ostatni artykuł prezentuje 7-letnie doświadczenie z psychologicznej pracy z pacjentami przed i po operacyjnym leczeniu otyłości. Autor podaje opracowany przez siebie model (etapy) oceny psychologicznej przed zabiegiem i po nim, który można również zastosować w warunkach polskich.

Artykuły mają charakter kliniczno-edukacyjny, ważny dla chirurga i zespołu psychologiczno-dietetyk, który opiekuje się pacjentami z otyłością.

## Piśmiennictwo

1. Jenkins N., Johnson J., Mageau R. Who's Who in Bariatric Surgery: The Pioneers in the Development of Surgery for Weight Control. *Curr Surg.* 2005, 62, 38-44
2. <http://termedia.pl/magazine.chirurgiczne/leczenie-otylosci.htm>. Stan z dnia: 02.06.2009
3. <http://www.echirurgia.pl/otylosc/chirurgiczne/leczenie-otylosci.htm>. Stan z dnia: 02.06.2009