

Rola psychologa w chirurgicznym leczeniu otyłości olbrzymiej

Role of psychologist in surgical treatment of morbid obesity

Marzena Sekuła,^{1,2} Krzysztof Paśnik²

¹ Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS w Warszawie

² Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii CSK MON WIM w Warszawie;
kierownik: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Paśnik

Streszczenie. Otyłość olbrzymia to stan nagromadzenia tkanki tłuszczowej w organizmie w stopniu przekraczającym wartości prawidłowe, które mogą zagrażać życiu. Rozpoznaje się ją, gdy pacjent uzyskuje BMI ≥ 40 kg/m². Utrzymując się przez dłuższy czas, stan ten zaburza prawidłowe funkcjonowanie organizmu i może wpływać na rozwój wielu chorób współtowarzyszących. Otyłość olbrzymia pogarsza jakość życia pacjentów w sferze zdrowotnej, psychicznej i społecznej. Obecnie za najskuteczniejszą metodę walki z otyłością chorobliwą uznaje się chirurgię bariatryczną. Ponieważ zarówno przyczyny, jak i konsekwencje otyłości dotyczą wielu sfer funkcjonowania chorego, istotne jest zespołowe podejście do leczenia otyłości olbrzymiej, angażujące specjalistów z różnych dziedzin. Niezastąpioną rolę w procesie leczniczym odgrywa psycholog, który indywidualnie dopasowując odpowiednie narzędzia i techniki psychologiczne, określa stan psychofizyczny chorego, diagnozuje przyczyny rozwoju otyłości oraz motywuje i wspiera pacjenta na każdym etapie leczenia. Leczenie otyłości nie jest procesem zamkniętym – to proces, który charakteryzuje się pewnym ryzykiem nawrotów zwiększenia masy ciała. Tylko holistyczne podejście do leczenia otyłości przekłada się na jej efektywność.
Słowa kluczowe: chirurgia bariatryczna, otyłość olbrzymia, rola psychologa

Abstract. Morbid obesity is a condition of excessively high accumulation of body fat, exceeding normal levels, which can be life-threatening. A patient is diagnosed as morbidly, or severely, obese when their BMI exceeds 40 kg/m². Lasting a long time, not only does it impair the normal functioning of their organism, but can also influence the progression of multiple comorbidities. Severe obesity affects life quality in patients on health, psychological, and social levels. Nowadays, the obesity treatment program considered to be the most effective is bariatric surgery. As causes as well as effects of morbid obesity concern numerous aspects of patient's functioning, it is essential to include specialists of diverse fields in patient's care, creating multidisciplinary teams. Psychologists play an indispensable role in the treatment process: using tailored tools and techniques, they conduct psychophysical assessments, diagnose causes of the disorder, motivate, and support the patient at each stage of the treatment. Obesity treatment is not a terminable process; it is a continuum. The process is marked by a certain risk of weight gain recurrence. Only the holistic approach to obesity therapy results in its effectiveness.

Key words: bariatric surgery, morbid obesity, psychologist's role

Nadesłano: 22.12.2016. Przyjęto do druku: 22.05.2017

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2017; 95 (3): 298–301

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji

mgr Marzena Sekuła
Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej
i Torakochirurgii CSK MON WIM
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa
tel. +48 22 261 816 300, tel./fax +48 22 261 817 270
e-mail: chirurgiapierwsza@wim.mil.pl

Wstęp

Częstość występowania otyłości przybiera rozmiary globalnej epidemii [1]. O otyłości mówimy, gdy dochodzi do zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej w organizmie ponad jego fizjologiczne potrzeby. Otyłość jest chorobą dotykającą ludzi w każdej grupie wiekowej. Światowa Organizacja Zdrowia [2] uznała otyłość za najgroźniejszą chorobę przewlekłą ze względu na duże ryzyko rozwoju

chorób współtowarzyszących [2,3]. Szacuje się, że 65% światowej populacji żyje w krajach, gdzie nadwaga i otyłość są przyczyną większej liczby zgonów niż niedowaga [4]. Według najnowszych danych Polacy zajmują jedno z czołowych miejsc w Europie pod względem występowania nadwagi i otyłości, a problem dotyczy ponad 1/4 społeczeństwa [5]. Otyłość olbrzymia przyczynia się do pogorszenia jakości życia chorych [6-10] i wpływa na jego skrócenie średnio o 20 lat [11-14]. Dlatego

tak bardzo ważne jest, by chory leczony bariatrycznie był objęty opieką całego zespołu specjalistów, w którym istotną rolę odgrywa psycholog.

Przyczyny nadmiernej masy ciała

Etiopatogeneza otyłości jest złożona. Wyróżnia się trzy główne czynniki, które mogą się przyczynić do jej rozwoju.

Czynniki genetyczne

Dziedziczenie otyłości może mieć charakter jednogenuowy, wielogenowy bądź występować w zespołach genetycznych. Obserwacje pokazują, że najczęściej predyspozycje do rozwoju otyłości powodują mutacje wielu genów. Mogą być one związane z regulacją pobierania energii z pożywienia, poziomem podstawowej przemiany materii, dojrzewaniem komórek tkanki tłuszczowej, aktywnością enzymów odpowiedzialnych za gospodarkę tłuszczową i węglowodanową. W wyniku tego dochodzi do przewagi procesów magazynowania energii nad procesami jej wydatkowania. Otyłość może wchodzić w skład zespołów genetycznych: Pradera i Williego, Laurence'a, Moona i Biedla, Cohena, Carpentera i innych [15].

Czynniki środowiskowe (styl życia)

Jest to kolejna grupa czynników ryzyka biorących udział w etiopatogenezie otyłości. Rozwój otyłości postępuje gwałtownie i dotyczy osób w różnym wieku – od urodzenia aż do śmierci. Aktualnie uważa się, że najczęstszą przyczyną powstawania otyłości są czynniki środowiskowe i nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz brak aktywności fizycznej. W wyniku tego do organizmu dostarczana jest żywność wysoko przetworzona i bogatokaloryczna, która prowadzi do nadwyżki energii w stosunku do zapotrzebowania organizmu. Nadmiar energii dostarczonej z pożywieniem magazynowany jest w postaci tkanki tłuszczowej.

Czynniki psychologiczne

Zachowania związane z odżywianiem stały się formą regulacji emocji, stresu i redukcji napięcia towarzyszącego codziennemu życiu (jedzenie emocjonalne). Często doświadczamy trudności w monitorowaniu spożywanego pokarmu, do których dochodzi w wyniku angażowania procesów uwagi, np. w trakcie oglądania TV, pracy przed komputerem, czytania książki (jedzenie nawykowe). W konsekwencji dostarczane jest znacznie więcej kalorii niż fizjologicznie organizm potrzebuje do utrzymania procesów życiowych.

Stan zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej może również wynikać z nieprawidłowej pracy układu hormo-

nalnego, przyczyn organicznych (choroby podwzgórza), wad rozwojowych bądź przyjmowania farmakoterapii, która może prowadzić do przyrostu masy ciała [5].

Jak diagnozować otyłość olbrzymią?

Otyłość diagnozuje się za pomocą pomiarów antropometrycznych. Najpopularniejszą metodą diagnozowania otyłości jest określenie wskaźnika BMI (*body mass index*) poprzez wyliczenie stosunku masy ciała chorego w kg i jego wzrostu w m². O prawidłowej masie ciała mówimy, gdy wskaźnik BMI mieści się w granicach 18,5–24,9 kg/m². Jeśli wartości BMI utrzymują się w granicach 25–29,9 kg/m², diagnozuje się nadwagę. Otyłość stwierdza się, gdy BMI przyjmuje wartości >30 kg/m², natomiast otyłość olbrzymia dotyczy osób, u których wskaźnik BMI wynosi ≥ 40 kg/m²; stan ten jest zagrożeniem życia [11-13].

Leczenie otyłości

Celem leczenia otyłości jest redukcja nadmiernej masy ciała, co bezpośrednio wpływa na poprawę stanu zdrowia pacjenta i przywrócenie dobrostanu. W procesie leczenia otyłości ważne jest długotrwałe utrzymanie uzyskanych efektów ubytku masy ciała. Otyłość najczęściej leczona jest zachowawczo, jednak – jak wynika z doniesień naukowych – osoby, którym udało się zredukować wagę, średnio po 5 latach doświadczają efektu yo-yo bądź często jeszcze przekraczają swoją wyjściową masę ciała [16,17]. Dzieje się tak, ponieważ sama wiedza żywieniowa nie wystarcza do uzyskania trwałych rezultatów. Szansą leczenia dla pacjentów cierpiących z powodu otyłości chorobliwej jest chirurgia bariatryczna, którą uważa się za najskuteczniejszą metodę redukcji nadmiernej masy ciała [6,9,10,18]. Wykonuje się zabiegi o różnym stopniu zaawansowania [19].

Wskazania i przeciwwskazania do chirurgicznego leczenia otyłości

Zgodnie z europejskimi wytycznymi podstawowym wskazaniem do chirurgicznego leczenia otyłości jest kryterium masy ciała: BMI ≥ 40 kg/m² bądź BMI ≥ 35 kg/m² ze współwystępowaniem chorób będących następstwem otyłości, takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, choroby kardiologiczne, bezdech senny, choroby układu kostno-stawowego i inne. Operacja bariatryczna jest wskazana u chorych, u których mimo podjęcia leczenia zachowawczego nie osiągnięto trwałej redukcji masy ciała. Powyższe zalecenia dotyczą osób w przedziale wieku 18–60 lat, przedstawiciele pozostałych grup wiekowych oceniani są

indywidualnie przez lekarza kwalifikującego, z uwzględnieniem korzyści i ryzyka wynikającego z przeprowadzenia operacji. Głównymi przeciwwskazaniami do zabiegu bariatrycznego są: przewidywany brak współpracy chorego z zespołem terapeutycznym po leczeniu chirurgicznym, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ciąża, niestabilne zaburzenia psychiczne (każdy przypadek rozpatrywany jest indywidualnie) bądź współwystępowanie chorób bezpośrednio zagrażających życiu [12].

Rola psychologa w prowadzeniu pacjenta bariatrycznego

Otyłość to choroba przewlekła, która przyczynia się do pogorszenia satysfakcji z życia chorego [3], co wpływa na funkcjonowanie człowieka w wielu obszarach życia [7,20]. Bardzo często pacjenci otyli wycofują się z pełnienia ról społecznych, codziennych aktywności i unikają kontaktu z otoczeniem, co wiąże się z cierpieniem fizycznym i psychicznym [21]. Należy pamiętać, że chirurgia bariatryczna pomaga zredukować nadmierną masę ciała poprzez zmianę anatomii układu pokarmowego, nie zmienia natomiast zachowań i nawyków żywieniowych. Najważniejsze w leczeniu otyłości jest zdiagnozowanie przyczyny i mechanizmów, które doprowadziły do rozwoju choroby, podjęcie działania mającego na celu zmianę tych mechanizmów i trwałe utrzymanie efektów z minimalizowaniem ryzyka nawrotów przyrostu masy ciała. Jest to obszar do pracy z chorym, w którym kluczową rolę odgrywa psycholog. Zadania psychologa są różne w zależności od etapu leczenia bariatrycznego. Rodzaj i zakres oddziaływań psychologicznych ma na celu skuteczną i bezpieczną pomoc choremu, by leczenie otyłości olbrzymiej było jak najbardziej efektywne. Wyróżnia się trzy etapy leczenia.

Kwalifikacja chorego do operacji bariatrycznej

Na etapie kwalifikacji do operacji bariatrycznej psycholog poznaje historię pacjenta. Diagnozuje psychologiczne mechanizmy funkcjonowania jednostki, bada przyczyny rozwoju otyłości. Ma za zadanie ocenić stan psychofizyczny chorego (zdiagnozowanie ewentualnych zaburzeń odżywiania, depresji, zaburzeń lękowych i innych) oraz przygotować go do zabiegu operacyjnego (świadoma zgoda na wykonanie operacji i świadoma akceptacja modyfikacji stylu życia oraz konieczności długookresowej współpracy pooperacyjnej). Określa również potencjalne ryzyka, które mogłyby utrudniać w późniejszym okresie współpracę pacjenta z zespołem terapeutycznym. Proces ten odbywa się z wykorzystaniem odpowiednich narzędzi diagnostycznych: wywiadu, obserwacji, kwestionariuszy i testów [22]. Zebrane

informacje służą określeniu trudności chorego i określeniu kierunku dalszych działań terapeutycznych.

Przygotowanie chorego do operacji

Jednym z podstawowych warunków, które powinny być spełnione, by leczenie przyniosło zamierzone efekty, jest odpowiedni poziom zaangażowania i motywacji ze strony pacjenta. Indywidualne podejście do chorego pomaga w dotarciu do jego zasobów i mocnych stron, wzmacnia motywację, pomaga w pokonaniu prokrastynacji i pobudzeniu wytrwałości do leczenia. Zadaniem psychologa na tym etapie leczenia jest także edukacja i instruktaż. Psycholog pracuje z chorym nad zmianą sposobu myślenia i destrukcyjnymi przekonaniami na temat siebie, otaczającego świata i jedzenia. Pomoc psychologiczna ma na celu wyjaśnienie i uświadomienie choremu mechanizmów, które doprowadziły do rozwoju otyłości olbrzymiej i ich wpływu na jego codzienne funkcjonowanie. W zależności od potrzeb i celów terapeutycznych psycholog korzysta z różnych technik: z implementacji intencji, symulacji mentalnych, technik uważności, ćwiczeń oddechowych, treningu regulacji emocji, konstruktywnego nagradzania, technik relaksacji i innych. Chory w bezpiecznych warunkach zdobywa i doskonali nowe zachowania żywieniowe oraz korektywne nawyki. Zdobycie umiejętności niezbędne do radzenia sobie w sytuacjach trudnych, doświadcza korzyści płynących z wprowadzanych zmian i odzyskuje kontrolę działania.

Zdarza się, że chorzy podczas leczenia doświadczają silnego dyskomfortu, który wpływa na ich funkcjonowanie w społeczeństwie i pełnione przez nich role. W takich przypadkach wskazaną formą pracy z pacjentem jest psychoterapia [23].

Opieka pooperacyjna

Opieka pooperacyjna ma na celu pobudzenie motywacji i wytrwałości operowanego do przestrzegania zaleceń pooperacyjnych. Jest to okres, gdy chory generalizuje nowe umiejętności w codziennym funkcjonowaniu. Wspólnie z psychologiem przewiduje potencjalne ryzyka, uczy się radzić sobie z różnymi trudnościami i poszukuje konstruktywnych rozwiązań, by zapobiec nawrotom choroby. Psycholog ma inspirować oraz wspierać operowanego do dalszego leczenia i utrzymania osiągniętych rezultatów.

Podstawą współpracy chorego bariatrycznego z psychologiem jest bezpieczna i etyczna relacja terapeutyczna, rozumiana przede wszystkim jako „spotkanie dwóch osób” [22] i ich wzajemna interakcja.

Podsumowanie

W zawiązku ze złożonością problemu, jakim jest leczenie otyłości, oraz z tym, że konsekwencje choroby dotyczą wielu obszarów funkcjonowania człowieka, chory leczone bariatrycznie powinien być objęty opieką wykwalifikowanego zespołu specjalistów. Kluczową rolę w tym procesie odgrywa psycholog, który od samego początku wspiera i motywuje pacjenta w procesie zmiany oraz zdrowienia. Należałoby również podkreślić, że leczenie otyłości, jak każdej choroby przewlekłej, trwa bardzo długo, czasami do końca życia. Dlatego proces ten wymaga długotrwałej opieki zespołu specjalistów, silnej motywacji chorego i wytrwałości w działaniu. Stała współpraca z psychologiem ma pomóc w skutecznej i trwałej redukcji nadmiernej masy ciała chorego otyłego, a tylko taki efekt można uznać za pełny sukces.

Piśmiennictwo

1. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, WHO Technical Report Series, 894, 2000
2. World Health Organization. www.who.int/features/factfiles/obesity/en/
3. Kossobudzka M. Pani Europa jest chora, ale coraz dłużej żyje. www.wyborcza.pl/1,75400,18874632,pani-europa-jest-chora-ale-coraz-dluzej-zyje.html (dostęp: 2015.09.23)
4. Jastrzębska M, Ostrowska L. Zalecenia dietetyczne po zabiegach bariatrycznych. www.czasopisma.viamedica.pl/eoizpm/article/view-File/26010/20820 (dostęp: 17.09.2016)
5. Tylka J. Psychosomatyka. Wyd. UKSW, Warszawa 2000
6. Paśnik K. Wpływ chirurgicznych metod restrykcyjnych przewodu pokarmowego na jakość życia i choroby współistniejące u chorych z otyłością olbrzymią. Rozprawa habilitacyjna. Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Torakochirurgii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Warszawa 2004
7. Oleś P. Jakość życia w zdrowiu i chorobie. In: Oleś P, Steuden S, Toczotowski J (eds). Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia. Lublin 2002
8. Dziurawicz-Kozłowska A. Jakość życia i funkcjonowania chorych poddanych chirurgicznemu leczeniu otyłości. Praca doktorska. Uniwersytet Medyczny, Lublin 2014
9. Major P. Jakość życia chorych po operacyjnym leczeniu otyłości olbrzymiej. Praca doktorska. Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Kraków 2014
10. Sekuła M, Paśnik K. Chirurgia bariatryczna skutecznie walczy z otyłością. *Lek Wojsk.* 2016; 94 (4): 347–351
11. Jarosz M, Kłosiewicz-Latoszek L. Otyłość. Zapobieganie i leczenie. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009
12. Dąbrowiecki S. Zasady kwalifikacji chorych z otyłością olbrzymią do leczenia operacyjnego. *Post Nauk Med.* 2009; 22 (7): 502–505
13. Demissie M, Milewicz A. Zaburzenia hormonalne w otyłości. *Diabetol Prakt.* 2003; 4 (3): 207–209
14. Stanowski E, Paśnik K. Chirurgiczne leczenie otyłości – aktualny stan wiedzy. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne* 2008; 3 (2): 71–86
15. Męczekalski B. Rola genów w powstawaniu otyłości. Współczesne poglądy, patogenezę, aspekty kliniczne. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2008; 5 (1): 27–37
16. Wing R, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clinl Nutr.* 2005; 82 (supl. 1): 222–225
17. Ogińska-Bulik N, Chandusko-Salska J. Psychologiczna charakterystyka kobiet z nadwagą i otyłością. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica* 2000; 4: 35–43
18. Sekuła M, Paśnik K. Ocena skuteczności rękawowej resekcji żołądka w leczeniu otyłości olbrzymiej. *Lek Wojsk.* 2017; 95 (1): 64–67
19. Stanowski E, Wyleżół M, Paśnik K. Laparoscopia w chirurgii bariatrycznej w Polsce – stan aktualny. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne*, 2007; 2 (1): 18–23
20. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka Leczenia* 1996; 2: 33–40
21. Latner J, Stunkard A, Wilson G. Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obes Res.* 2005; 13 (7): 1226–1231
22. Stemplewska-Żakowicz K. Diagnostyka psychologiczna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011
23. Reber AS, Reber ES. Słownik psychologii. Wydawnictwo Naukowe Solar, Warszawa 2005