

Znaczenie przedoperacyjnej oceny psychologicznej chorych na otyłość olbrzymią leczonych chirurgicznie

Role of preoperative psychological assessment of patients with morbid obesity treated surgically

Marzena Sekuła,^{1,2} Andrzej Kwiatkowski,² Krzysztof Paśnik²

¹ Uniwersytet Humanistycznospołeczny Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie; kierownik ISD: dr hab. Izabela Grabowska

² Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii CSK MON WIM w Warszawie; kierownik: dr n. med. Andrzej Kwiatkowski

Streszczenie. W ostatnich latach zauważa się ogromne zainteresowanie chirurgią bariatryczną. Sytuacja ta związana jest ze zwiększeniem częstości występowania problemów z nadmierną masą ciała oraz z dużą skutecznością chirurgicznego leczenia otyłości. Światowa Organizacja Zdrowia alarmuje, że otyłość jest obecnie najgroźniejszą chorobą przewlekłą, która nie ma tendencji do samoistnego ustępowania, a jej konsekwencje są groźne nie tylko dla zdrowia somatycznego, ale również dla funkcjonowania chorego w sferze psychicznej i społecznej. Otyłość powinna być bezwzględnie leczona. Obecnie najskuteczniejszą metodą leczenia otyłości olbrzymiej jest chirurgia bariatryczna. Do uzyskania efektów leczenia chirurgicznego niezbędna jest skrupulatna diagnoza i ocena stanu psychicznego pacjentów cierpiących z powodu otyłości olbrzymiej. Pozwala to na lepsze zrozumienie mechanizmów przyczyniających się do rozwoju nadmiernej masy ciała operowanych pacjentów oraz na dobór odpowiednich interwencji mających na celu zwiększenie skuteczności chirurgii bariatrycznej.

Słowa kluczowe: otyłość olbrzymia, kwalifikacja psychologiczna, psychopatologia

Abstract. Due to its high effectiveness in treating obesity, and because of growing number of overweight patients, bariatric surgery has been increasingly popular lately. The World Health Organization sounds a warning about obesity as the most dangerous of chronic diseases which does not tend to recede spontaneously and has alarming consequences not only in terms of physical health but also for psychological and social functioning. Therefore, obesity shall definitely be treated. Nowadays, bariatric surgery is considered to be the most effective method of treating morbid obesity. A meticulous diagnosis and assessment of psychological condition of morbid obesity patients is essential for the effective treatment. It allows better understanding of mechanisms contributing to obesity in the operated patients, and selection of appropriate interventions aiming at increasing effectiveness of bariatric surgery.

Key words: morbid obesity, psychological qualification, psychopathology

Nadesłano: 26.06.2019. Przyjęto do druku: 13.12.2019

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2020; 98 (1): 48–52

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. 261 816 300
e-mail: msekula1@st.swps.edu.pl

Wstęp

Problem nadmiernej masy ciała przyjmuje zasięg globalnej epidemii. Otyłość dotyczy ogromnej liczby osób w każdej grupie wiekowej, zarówno w krajach rozwijających się, jak i wysoko rozwiniętych [1]. Otyłość nie jest

uznawana za zaburzenie psychiczne, tak jak inne zaburzenia ze spektrum odżywiania się – należy do kategorii chorób endokrynologicznych, żywieniowych i metabolicznych (E66.0-E66.9) [2]. Stan ten charakteryzuje się zwiększeniem masy ciała poprzez zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej [3]. Światowa Organizacja Zdrowia

uznała otyłość za najgroźniejszą chorobę przewlekłą, która może prowadzić do występowania wielu powikłań [4-8]. Otyłość najczęściej leczona jest w sposób zachowawczy poprzez wprowadzenie zaleceń dietetycznych oraz aktywności fizycznej [9]. Jednak – jak donoszą badania naukowe – leczenie zachowawcze nie przynosi trwałej utraty masy ciała. Szansą na skuteczne leczenie otyłości olbrzymiej i jej powikłań jest chirurgia bariatryczna [10-13]. Pooperacyjna utrata masy ciała związana jest z poprawą parametrów zdrowotnych u operowanych chorych, zarówno w sferze somatycznej, jak i psychicznej [10,11]. Niestety u około 20% chorych nie uzyskuje się trwałej redukcji masy ciała, co w dużej mierze przypisuje się czynnikom psychologicznym [14-16].

Europejskie i polskie wytyczne dotyczące wskazań i przeciwwskazań do operacji bariatrycznych

Europejskie wytyczne dotyczące postępowania w kwalifikacji chorych do chirurgicznego leczenia otyłości zostały stworzone przez wielospecjalistyczny zespół ekspertów. Na podstawie wytycznych europejskich Sekcja Chirurgii Bariatrycznej i Metabolicznej stworzyła polskie zasady kwalifikacji chorych do operacji bariatrycznych. Procedury, które powstały w wyniku prac interdyscyplinarnego zespołu, dotyczą wskazań i potencjalnych przeciwwskazań do chirurgii bariatrycznej oraz postępowania po zabiegach chirurgicznych [17,18].

Zgodnie z powyższymi wytycznymi podstawowym wskazaniem do chirurgicznego leczenia otyłości jest kryterium masy ciała: BMI ≥ 40 kg/m² bądź BMI ≥ 35 kg/m² ze współwystępowaniem chorób będących powikłaniami otyłości, takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, choroby kardiologiczne, bezdech senny, choroby kostno-stawowe i inne. Operacja bariatryczna jest wskazana u chorych, u których leczenie zachowawcze nie przyniosło trwałego zmniejszenia masy ciała. Powyższe zalecenia dotyczą osób pełnoletnich do 65. roku życia; przypadki osób z pozostałych grup wiekowych rozpatrywane są indywidualnie przez lekarza kwalifikującego, z uwzględnieniem potencjalnych korzyści i ryzyka wynikającego z przeprowadzenia operacji [18,19].

Głównym przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu jest przewidywany brak współpracy chorego z zespołem terapeutycznym w trakcie leczenia bariatrycznego i po nim. Dyskwalifikujące z operacji są zaburzone procesy poznawcze oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych i alkoholu (ze względu na brak wewnętrznych mechanizmów kontroli impulsów). Przed wykonaniem operacji wymagany jest co najmniej roczny okres abstynencji. Przeciwwskazania do operacji to ciąża,

niestabilne zaburzenia psychiczne i współwystępowanie chorób bezpośrednio zagrażających życiu [18,19].

Kwalifikacja psychologiczna

Operacja bariatryczna jest metodą wspomagającą leczenie otyłości olbrzymiej. W wyniku leczenia chirurgicznego nie zmieniają się nawyki i zachowania żywieniowe chorych na otyłość, które mają istotne znaczenie w rozwoju choroby. Badania donoszą, że w około 60–70% przypadków rozwój nadmiernej masy ciała to efekt nieprawidłowych zachowań żywieniowych i małej aktywności fizycznej [20]. Rola psychologa w procesie leczenia otyłości jest różna, w zależności od etapu terapii. Wy różnia się 3 etapy leczenia:

- etap kwalifikacji,
- etap przygotowania,
- etap pooperacyjny [21].

Między psychiką chorego a jego chorobą występują złożone zależności, które doprowadziły do rozwoju choroby. Ocena psychologiczna chorego cierpiącego z powodu otyłości olbrzymiej ma na celu poznanie, kiedy i jak choroba się rozpoczęła, jakie są dominujące zachowania żywieniowe, jak przebiegało wcześniejsze leczenie i czy podejmował próby redukcji masy ciała. Istotne jest również funkcjonowanie osoby otyłej społecznie i to, czy chory ma wsparcie w procesie zmiany zachowań zdrowotnych. Dodatkowym aspektem jest ocena strategii poznawczych chorego dotyczących jego przekonań na temat jedzenia, zniekształceń poznawczych, oczekiwań dotyczących jedzenia oraz poczucia, na ile potrafi sobie radzić w sytuacjach trudnych. W procesie terapeutycznym nie chodzi o to, by zdyskwalifikować chorego z operacji, tylko o to, by przerwać błędne koło nadmiernego jedzenia. Dotarcie do źródeł zaburzenia ma zoptymalizować bezpieczeństwo operowanych i skuteczność chirurgicznego leczenia otyłości. „Droga zmiany” polega na modyfikacji nieprawidłowych zachowań żywieniowych, w konsekwencji czego dochodzi do powstania nowego prozdrowotnego zachowania, jego utrwalenia i zapobieganie nawrotom do wcześniejszych złych automatyzmów. Myślenie życzeniowe, że „operacja rozwiąże problem otyłości”, oraz wynikające z tego błędne oczekiwania chorego co do efektów leczenia wpływają na „nierealistyczny optymizm” [22], doprowadzając do załamania samokontroli i powrotu do starych patologicznych zachowań. Dodatkowym aspektem psychologicznym, na który należy zwrócić uwagę w trakcie kwalifikacji chorego do leczenia, jest niestabilność stanu psychicznego. Badania pokazują, że wskaźnik psychopatologii u chorych na otyłość olbrzymią jest duży – waha się w granicach 20–60% [23,24].

Najczęstsze zaburzenia współtowarzyszące otyłości

Najczęściej diagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi towarzyszącymi otyłości są zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia odżywiania, zaburzony obraz własnego ciała oraz nieprawidłowe zachowania żywieniowe. Jeśli chory spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń współistniejących, to w okresie przygotowawczym do operacji bariatrycznej bezwzględnie należy podjąć interwencje (psychoedukację, psychoterapię, farmakoterapię) mające na celu poradzenie sobie z trudnościami, z jakimi się boryka. W celach diagnostycznych psycholog może skorzystać z dostępnych narzędzi psychologicznych, m.in. wywiadu, obserwacji, testów i wystandaryzowanych kwestionariuszy psychologicznych [21]. Poniżej przedstawiono charakterystykę najczęstszych zaburzeń towarzyszących otyłości.

Zaburzenia afektywne

Zaburzenia afektywne to wzorzec choroby spowodowany nieprawidłowym nastrojem oraz zaburzonym przebiegiem różnych procesów fizycznych i psychicznych, przejawiających się w określonym funkcjonowaniu jednostki. Do zaburzeń nastroju zalicza się zaburzenia depresyjne i zaburzenia dwubiegunowe (maniakalno-depresyjne). W depresji dominują objawy obniżonego nastroju, natomiast w zaburzeniu dwubiegunowym występują zarówno okresy depresji, jak i manii [25]. Stany depresji lub manii współwystępują z zaburzeniami rytmu biologicznego: snu, odżywiania, popędu seksualnego oraz z przyspieszeniem lub spowolnieniem procesów poznawczych i napędu psychoruchowego. Zaburzenia nastroju występują istotnie częściej w grupie osób cierpiących z powodu otyłości niż w grupie osób z masą ciała w normie [26]. Odsetek zaburzeń depresyjnych wśród kandydatów do chirurgii bariatrycznej wynosi 10–30% [24,27]. Zauważa się zwiększenie częstości występowania depresji u osób z BMI ≥ 40 kg/m², niezależnie od płci [28].

Zaburzenia lękowe

Zaburzenia lękowe przejawiają się odczuwaniem irracjonalnego lęku o bardzo dużym nasileniu. Kryteria diagnostyczne DSM-V wyróżniają wśród zaburzeń lękowych fobie specyficzne, fobię społeczną, agorafobię, zaburzenia z napadami paniki i zaburzenia lękowe uogólnione [29]. Należy zauważyć, że osoby dotknięte którymś z zaburzeń lękowych doświadczają w tym samym czasie (bądź w innym momencie swojego życia) innego zaburzenia lękowego lub depresji [30]. Częstość występowania zaburzeń lękowych w populacji osób otyłych wynosi 7–54%, natomiast wśród chorych otyłych patologicznie 15–25% [24].

Zaburzenia osobowości

Zaburzenia osobowości wg DSM V stanowią stały wzorzec wewnętrznych doświadczeń jednostki oraz zachowań, które różnią się wyraźnie od oczekiwań środowiska oraz od kulturowo przyjętych norm, w których jednostka funkcjonuje. U chorych z zaburzeniami osobowości występują nadmiernie rozwinięte typy zachowań, natomiast inne wzorce zachowań pozostają w formie nierozwiniętej [29].

Wśród osób chorych na otyłość olbrzymią około 29% spełnia kryteria zaburzeń osobowości [24,31,32]. Najczęściej diagnozowane zaburzenia osobowości dotyczyły zaburzeń związanych z przeżywanym przez jednostkę napięciem i lękiem. Najczęściej były to zaburzenia osobowości typu unikowego oraz zaburzenia osobowości typu obsesyjno-kompulsyjnego. Badania wskazują, że u chorych bariatrycznych z nieleczonymi zaburzeniami osobowości prawdopodobne jest uzyskanie po zabiegu niezadowalającej utraty masy ciała, co może być związane z brakiem wglądu oraz upośledzonymi mechanizmami kontroli impulsu [33,34].

Zaburzenia odżywiania się

Zaburzenie z napadami objadania się

Zaburzenie to charakteryzuje się napadami objadania się, które wiąże się z jedzeniem pomimo braku odczuwanego głodu i utratą kontroli nad liczbą, jakością oraz tempem spożywanych produktów. Jedzenie związane jest z przymusem, którego celem jest rozładowanie napięcia, a nie wartość smakowa. Kryteria diagnostyczne zaburzenia z napadami objadania się to:

- powtarzające się epizody objadania się (charakteryzujące się m.in. zjadaniem zdecydowanie większej ilości pożywienia niż większość osób mogłaby zjeść w podobnym czasie i podobnych okolicznościach, utratą kontroli nad jakością i ilością spożywanego pożywienia),
- jedzeniem znacznie szybszym niż zwykle, jedzeniem aż do nieprzyjemnego uczucia pełności, pomimo braku uczucia fizycznego głodu, jedzeniem w samotności ze względu na dyskomfort związany ze sposobem jedzenia, występowaniem wyrzutów sumienia po epizodzie objadania się,
- odczuwaniem wyraźnego cierpienia w związku z napadami żarłoczności [29].

Aby można było zdiagnozować to zaburzenie, epizody utraty kontroli nad jedzeniem powinny występować przynajmniej 1 raz w tygodniu przez 3 miesiące. Zaburzenie z napadami objadania się występuje u około 6% populacji ogólnej oraz u 25% osób otyłych [35].

Żarłoczność psychiczna

Żarłoczność psychiczna to zaburzenie charakteryzujące się napadami utraty kontroli nad ilością spożywanego

jedzenia i stosowaniem mechanizmów kompensacyjnych. Aby można było zdiagnozować bulimię, muszą zostać spełnione kryteria diagnostyczne: powtarzające się epizody objadania się aż do osiągnięcia niekomfortowej pełności. W celu uniknięcia przyrostu masy ciała chorzy stosują zachowania mające na celu jej redukcję: prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, stosowanie leków odwadniających bądź intensywne ćwiczenia fizyczne. Samoocena chorych na bulimię pozostaje pod nadmiernym wpływem masy i kształtu ciała. Epizody objadania się i stosowania zachowań przeciwdziałających skutkom spożytego w nadmiarze jedzenia występują co najmniej raz w tygodniu przez okres 3 miesięcy [29]. Bulimię stwierdza się u 1% populacji ogólnej, u 2% osób otyłych oraz u 16–52% osób po chirurgicznym leczeniu otyłości [36,37].

Syndrom jedzenia nocnego

Syndrom jedzenia nocnego występuje u 1–2% populacji ogólnej, u 8–15% osób otyłych i nawet u 24% osób zakwalifikowanych do chirurgicznego leczenia otyłości [38,39]. W obrazie klinicznym chorych cierpiących na syndrom jedzenia nocnego zauważa się nadmierne spożywanie posiłków w godzinach wieczornych lub nocnych. Jedzeniu towarzyszy przymus oraz „poranna anoreksja”, czyli pomijanie śniadań. Posiłki są niewielkie, jedzenie następuje po przebudzeniu się ze snu, jest zachowana pełna świadomość i kontakt oraz pamięć zdarzenia. Nocnego objadania się nie można wyjaśnić rytmem okołodobowym, czynnikami zewnętrznymi czy normami społecznymi. Nocne objadanie się powoduje znaczące cierpienie jednostki, wpływa na funkcjonowanie chorych i może się przyczyniać do zwiększenia ich masy ciała [29,40].

Negatywny obraz własnego ciała

Kult ciała i szczupłej sylwetki może wpływać na brak odczuwania zadowolenia z własnego wyglądu przez osoby chore na otyłość olbrzymią. Badania pokazują, że u osób chorych na otyłość obraz ciała pozostaje zniekształcony lub nieadekwatny – najczęściej zaburzenie to polega na przeszacowywaniu bądź nieoszacowywaniu wymiarów własnego ciała, co może wpływać na odracanie decyzji o leczeniu [45]. W badaniu Sekuły i wsp. osoby chore na otyłość olbrzymią kwalifikowane do operacji bariatrycznej nie akceptowały swojego wyglądu i deklarowały, że wolatyby ważyć mniej [42].

Nieprawidłowe zachowania żywieniowe

We współczesnym świecie, w którym jedzenie jest łatwo dostępne, ludzie jedzą, kiedy chcą i w ilościach przekraczających fizjologiczne zapotrzebowanie organizmu, co przyczynia się do zwiększenia masy ciała [41]. Zachowania żywieniowe to pewnego rodzaju działania dotyczące wyboru jedzenia, podejmowane przez jednostkę ze względów zdrowotnych, lub takie, które mają wpływ na zdrowie. Zachowania te można podzielić

na sprzyjające zdrowiu oraz szkodliwe dla zdrowia. Niekorzystne dla zdrowia zachowania żywieniowe mogą być związane z przeżywanym stanem afektywnym (jedzenie emocjonalne) bądź z zaburzonymi procesami uwagi w trakcie jedzenia (jedzenie automatyczne) [42-44]. Zachowania te kształtują się w wyniku ich wielokrotnego powtarzania. W konsekwencji wytwarza się mentalne skojarzenie między określonym zachowaniem a sytuacją, które sprawia, że po zaistnieniu sytuacji dochodzi do automatycznego pojawienia się zachowania. Nieprawidłowe zachowania żywieniowe związane są z natychmiastową gratyfikacją, ale w dalszej perspektywie są przyczyną problemów zdrowotnych, w tym otyłości [41].

Psychopatologia nie musi wykluczać z operacyjnego leczenia otyłości

Zdiagnozowanie chorób psychicznych i zaburzeń współistniejących bądź rozpoznanie nieprawidłowych zachowań żywieniowych nie musi wykluczać chorego z operacyjnego leczenia otyłości. Dlatego kluczowe na etapie kwalifikacji jest nawiązanie więzi terapeutycznej [46], wnikliwa ocena psychologiczna oraz wdrożenie odpowiednich procedur, aby optymalnie przygotować chorego do leczenia. Badania wskazują, że brak problemów psychiatrycznych i zaburzeń osobowości był związany z większą utratą masy ciała i lepszymi wynikami psychospołecznymi w okresie pooperacyjnym [16,24,32-34]. Przyjmuje się, że chory, u którego diagnozuje się zaburzenia psychiczne, zanim zostanie poddany operacji bariatrycznej, powinien podjąć leczenie i mieć udokumentowany okres stabilizacji choroby w odniesieniu do objawów oraz leczenia farmakologicznego. Otyłość jest chorobą przewlekłą, dlatego chorzy decydujący się na jej chirurgiczne leczenie powinni mieć świadomość konieczności współpracy z zespołem terapeutycznym na każdym etapie; bardzo ważne jest wsparcie psychologa – członka zespołu bariatrycznego – w skutecznej i długotrwałej redukcji masy ciała.

Podsumowanie

W niniejszym artykule zwrócono uwagę na aspekt psychologicznej oceny przedoperacyjnej chorych na otyłość olbrzymią. Ocena przedoperacyjnego stanu psychicznego chorego odgrywa ważną rolę w maksymalizowaniu pomyślnych wyników skutecznej redukcji masy ciała i związanej z tym poprawy parametrów zdrowotnych. Kwalifikacja psychologiczna do chirurgicznego leczenia chorego na otyłość olbrzymią ma na celu zdiagnozowanie potencjalnych zaburzeń współistniejących i podjęcie leczenia, by przygotować chorego do procedury bariatrycznej. W okresie przygotowania chorego do operacji powinno się uwzględniać zarówno zmianę

zachowań żywieniowych oraz zmianę stylu życia, jak i poprawę funkcjonowania psychicznego jednostki.

Zaburzenia psychiczne nie wykluczają możliwości przeprowadzenia procedury bariatrycznej, ale w celu zapewnienia optymalnego wyniku pooperacyjnego ważne jest, aby wszystkie elementy sprzyjające nadmiernej masie ciała zostały zidentyfikowane i poddane leczeniu przed interwencją chirurgiczną. Chory cierpiący na otyłość i zaburzenia psychiatryczne powinien osiągnąć stabilizację stanu psychicznego. Powinien mieć również zapewnione wsparcie psychologiczne przed operacją bariatryczną oraz po niej, aby zwiększyć długoterminowy sukces pooperacyjny i zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań.

Piśmiennictwo

- Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 2014; 384 (9945): 766–781
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10 – X Rewizja, Tom I. World Health Organization, Genewa 2008
- Wąsowski M, Walicka M, Marcinowska-Suchowierska E. Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza. *Post Nauk Med*, 2013; 25 (4): 301–306
- Fried M, Yumuk V, Oppert JM, et al. Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery. *Obes Surg*, 2014; 24 (1): 42–55
- WHO, World Health Organization: www.who.int/features/factfiles/obesity/en/
- Tylka J. Psychosomatyka. Wyd. UKSW, Warszawa 2000
- Owecki M. Otyłość epidemią XXI wieku. *Przeg Kardiodiabet*, 2009; 4 (1): 36–41
- Buchwald H, Cowan GSM, Pories WJ, eds. *Surgical management of obesity*. Saunders Elsevier, Philadelphia, 2007
- Butcher J, Hooley J, Mineka S. Psychologia zaburzeń. DSM-V. GWP, Sopot 2017
- Sekula M, Paśnik K. Chirurgia bariatryczna skutecznie walczy z otyłością. *Lek Wojsk*, 2016; 94: 347–351
- 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, 2004
- Dąbrowiecki S. Zasady kwalifikacji chorych z otyłością olbrzymią do leczenia operacyjnego. *Post Nauk Med*, 2009; 22 (7): 502–505
- Sekula M, Paśnik K. Ocena skuteczności rezerwowej resekcji żołądka w leczeniu otyłości olbrzymiej. *Lek Wojsk*, 2017; 95 (1): 64–67
- Brolin RE, Kenler HA, Gorman RC, et al. The dilemma of outcome assessment after operations for morbid obesity. *Surgery*, 1989; 105: 337–346
- Busetto L, Segato G, De Luca M, et al. Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg*, 2005; 15: 195–201
- Herpertz S, Kiehlmann R, Wolf AM, et al. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? – a systematic review. *Obes Res*, 2004; 10: 1554–1569
- Fred M, Hainer V, Basdevant A, et al. Wytyczne europejskie w zakresie chirurgicznego leczenia otyłości olbrzymiej. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2009; 5 (3): 99–108
- Budzyński A, Major P, Gluszek S, et al. Polskie rekomendacje w zakresie chirurgii bariatrycznej i metabolicznej. *Med Prakt Chirurgia*, 2016; 6: 13–25
- Wyleżoł M, Paśnik K, Dąbrowiecki S, et al. Polskie rekomendacje w zakresie chirurgii bariatrycznej. Videosurgery and other miniinvasive techniques, 2009; 4 (1): 31–34
- Będzińska B. Szczupłą być. Baran i Suszczyński, Kraków 1997
- Sekula M, Paśnik K. Rola psychologa w chirurgicznym leczeniu otyłości. *Lek Wojsk*, 2017; 95 (3): 298–301
- Weinstein N. Unrealistic optimism about future life events. *J Personal Social Psychology*, 1980; 39: 806–820
- Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg*, 2004; 14 (9): 1148–1156
- Kalarchian M, Marcus M, Levine M, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional status. *Am J Psychiatry*, 2007; 164: 328–334
- Seligman M, Walker E, Rosenhan D. *Psychopatologia*. Zysk i S-ka, Poznań 2003
- Stunkard A, Faith M, Allison K. Depression and obesity. *Biol Psychiatry*, 2003; 54 (3): 330–337
- Sarwer D, Wadden T, Fabricatore A. psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res*, 2005; 13 (4): 639–648
- Onyike C, Crum R, Lee H, et al. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*, 2003; 158: 1139–1147
- Galecki P, Pilecki M, Rymaszewska J, eds. *Kryteria diagnostyczne DSM V*. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Edra, 2013
- Brown T, Barlow D. A proposal for dimensional classification system based on the shared features of the DSM – IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychol Assess*, 2009; 21 (3): 256–271
- Sarwer DB, Fabricatore AN, LaShanda R-J-C, et al. Psychologiczne następstwa chirurgicznego leczenia otyłości. *Psychiatria po Dyplomie*, 2009; 6 (3): 19–24
- Mauri M, Rucci P, Calderone A, et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry*, 2008; 69 (2): 295–301
- Herpertz S, Kiehlmann R, Wolf A, et al. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2003; 27 (11): 1300–1314
- Grothe K, Dubbert P, O’Jile J. Psychological assessment and management of the weight loss surgery patient. *Am J Med Sci*, 2006; 331 (4): 201–206
- Grucza R, Przybeck T, Cloninger C. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatr*, 2007; 48: 124–131
- Fitzgibbon M, Blackman L. Binge eating disorder and bulimia nervosa: differences in the quality and quantity of binge eating episodes. *Int J Eat Dis*, 2000; 27: 238–243
- Forcano L, Fernandez-Aranda F, Alvarez-Moya E, et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *Eur Psychiatr*, 2009; 24: 91–97
- Striegel-Moore R, Franko D, Thompson D, et al. Night eating: prevalence and demographic correlates. *Obes*, 2008; 4: 139–147
- Olbrich K, Muhlans B, Allison K, et al. Night eating, binge eating and related features in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Eur Eat Disord Rev*, 2009; 17: 120–127
- O’Reardon J, Peshek A, Allison K. Night eating syndrome: diagnosis, epidemiology and management. *CNS Drugs*, 2005; 19: 997–1008
- Kadzikowska-Wrzosek R, Szczygieł D. Samoregulacja zachowań żywieniowych: wpływ standardów oraz mechanizmów kontroli działania. *Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej*, Gdynia 2014; 86: 43–56
- Sekula M, Boniecka I, Paśnik K. Ocena zachowań zdrowotnych i poczucia własnej skuteczności chorych z otyłością olbrzymią. *Psychiatr Pol*, 2018; 105: 1–13
- Czeczor K, Brytek-Matera A. Jedzenie pod wpływem emocji. *Difin*, Warszawa 2017
- Oginska-Bulik N. *Psychologia nadmiernego jedzenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004
- Nitsch K, Prajs E, Kurpisz J, Tryburski E. Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. *Psychiatr Psychol Klin*, 2012; 12 (3): 176–182
- Stemplewska-Żakowicz K. *Diagnoza psychologiczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011