

Psychiatricko-psychologické aspekty bariatrické chirurgie

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance a Psychiatrická klinika FN a LF UP Olomouc

Bariatrická chirurgie je relativně novým oborem, který řeší morbidní obezitu chirurgickými prostředky. Cílem článku je poskytnout informace o této rychle se rozvíjející medicínské disciplíně a diskutovat otázky, které se týkají psychiatricko-psychologických souvislostí včetně poruch příjmu potravy.

Klíčová slova: obezita, bariatrická chirurgie, psychiatrické a psychologické souvislosti, poruchy příjmu potravy.

Psychiatric and psychological aspects of bariatric surgery

Bariatric surgery is a quite new branch of medicine using special surgical procedures in the treatment of morbid obesity. The aim of the article is to inform about this quickly developing treatment method and to discuss the questions related to psychiatric and psychological connections – eating disorders inclusive.

Key words: obesity, bariatric surgery, psychiatric and psychological connections, eating disorders.

Psychiat. pro Praxi 2010; 11(4): 156–159

Úvod

Vývoj světa a lidské společnosti přináší nové problémy. Počet obézních v mnoha zemích strmě roste. V roce 2008 došlo k vyrovnání počtu obézních a podvyživených ve světě (1). V USA je přes 30% obézních, v Evropě asi 20% obézních mužů a 25% obézních žen. Česká republika se řadí na jedno z předních míst v prevalenci obezity v Evropě. Přímé a nepřímé zdravotnické náklady spojené s léčbou obezity činily před 3 roky jen v USA 117 bilionů \$ ročně, poslední údaje hovoří už o 147 bilionech \$ (2).

Nebezpečí obezity spočívá v řadě negativních komorbidit, které ji provázejí. Mezi ně patří například diabetes mellitus 2. typu, hypertenze, srdeční selhání, spánková apnoe, kloubní potíže atd.

Nové problémy vyžadují nová řešení. Chirurgické řešení tzv. morbidní obezity neboli obezity vysokého stupně je relativně novou, ale rychle se rozvíjející disciplínou. Bariatrické zákroky jsou považovány za vysoce účinné, a přitom bezpečný způsob léčby závažné obezity (3). Otevírá se nová kapitola medicíny, která vyžaduje interdisciplinární přístup. Odborné publikace hovoří o efektu léčby, stejně jako o komplikacích, včetně psychiatricko-psychologických. Otázky kolem bariatrické chirurgie jsou především tématem pro odborníky, kteří se věnují problematice poruch příjmu potravy (4).

Cílem práce je předložit základní přehled o bariatrické chirurgii psychiatrům a psychologům, tedy odborníkům nechirurgických oborů, a nabídnout současný pohled na některé související problémy.

Bariatrická chirurgie – indikace a kontraindikace

Chirurgický přístup v léčbě obezity (bariatrická chirurgie) se pozvolna rozvíjí asi 50 let. S počátkem nového milénia počet takto léčených pacientů exponenciálně vzrostl. V USA se počet odoperovaných mezi rokem 1996 a 2002 zvýšil sedmkrát, podobný trend registrují také v Kanadě (4). V Evropě bylo v roce 2008 uváděno kolem 100 tisíc odoperovaných pacientů, v USA přes 200 tisíc.

Metoda je indikována pro osoby, u kterých selhala konzervativní léčba, tedy kognitivně behaviorální terapie, dietoterapie s nutriční edukací, úprava pohybové aktivity a další psychologické nebo farmakologické intervence.

Zásadní indikací bariatrického zákroku je morbidní obezita. Jde o závažnou obezitu, kdy je BMI (poměr váhy/výšky v m²) vyšší než 40 nebo kde je BMI vyšší než 35 a obezita je provázena závažnými komorbiditami, jako je diabetes mellitus 2. typu, hypertenze atd. Jak uvádí Fried (1), neměli by být operováni pacienti s nestabilizovanými psychiatrickými (psychotickými) onemocněními, například těžkou, neléčenou depresí. Rovněž neléčená závislost na alkoholu nebo drogách je kontraindikací léčby.

Metody bariatrické léčby

Bariatrické operace dělíme na restriktivní a malabsorpční. Uvádíme jejich schematické obrazové znázornění. Obrázky byly převzaty z internetových stránek <http://www.bandingklub.cz>.

1. **Restriktivní zákroky** (zmenšení kapacity žaludku)

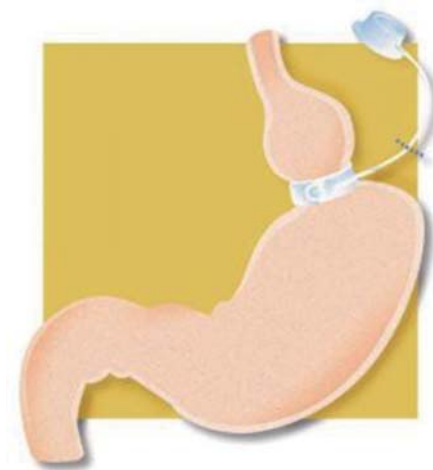
Mezi ně patří zejména tzv. **adjustabilní gastrická bandáž**. Spočívá v zaškrcení žaludku, přičemž malá horní část zůstane úzkým kanálkem propojena s dolní částí žaludku.

Neovlivňuje vstřebávání vitaminů, minerálů nebo živin (obrázek 1). Jinou metodou je vytvoření tzv. „tubulizovaného žaludku“ (**sleeve gastrectomy**), při které je odstraněna velká část žaludku. Nevratné odstranění části žaludku zřejmě vede k tomu, že metoda není užívána tak často jako předchozí (obrázek 2). Užití **intrastrávního balonu**, tedy zavedení silikonového balonu naplněného fyziologickým roztokem, je málo časté, neboť jde jen o dočasné řešení a balon je nutné do 6 měsíců odstranit (obrázek 3).

2. **Malabsorpční zákroky** vyřadí část zažívacího traktu, tenkého střeva, z procesu trávení.

Příkladem je tzv. biliopankreatická diverze, popřípadě s vyřazením duodena. Snižuje se sice

Obrázek 1. Laparoskopická bandáž žaludku



vstřebávání energie, ale také vstřebávání proteinů, vitamínů a minerálů (1).

V praxi je ale více používána **kombinovaná metoda**, kterou zmiňuje i řada zahraničních prací. **Roux-en-Y gastrický bypass** nejen omezuje kapacitu žaludku, ale snižuje také vstřebávání (obrázek 4). Je metodou populární především v USA, zatímco ve světě je rozšířenější metoda žaludeční bandáže (4).

Malabsorpční metody sice vedou k většímu hmotnostnímu úbytku, ale mohou být provázeny závažnějšími komplikacemi.

Výhody bariatrické chirurgie

Bariatrická léčba je metodou založenou na důkazech (EBM – Evidence Based Medicine). Existuje řada důkazů o její prospěšnosti. Nadbytečná váha se snižuje o 30 a více procent. Zlepšuje se spokojenost, sebeúcta a kvalita života většiny pacientů.

Mezi skutečně zásadní úspěchy patří zlepšení až normalizace stavu, pokud jde o komorbidity. Nedávno publikovaný přehledný článek, který shrnuje výsledky řady studií, uvádí, že se po zákroku upravil diabetes u 64–100% pacientů, hyperlipidemie se zlepšila u 60–100% případů, hypertenze u 60–88% a spánková apnoe u 85% případů (4). Jiná zpráva informuje o zlepšení fertility po redukcí váhy těžce obézních žen (5). Pacienti s morbidní obezitou mají po bariatrickém zákroku (Roux-en-Y gastrický bypass) lepší kvalitu života, dlouhodobě udržují hmotnostní pokles a častěji se vrací k plné pracovní schopnosti ve srovnání s těmi, kteří nepodstoupí chirurgický zákrok (6). Významný důkaz efektivnosti léčby přinesla prospektivní, kontrolovaná švédská studie. Bylo zjištěno, že u operovaných přetrvával po 10 letech výrazně vyšší pokles původní nadbytečné hmotnosti ve srovnání s těmi, kteří byli léčeni konzervativně (16,1%, po by-passu dokonce až 25% ve srovnání s 1,6% ztráty nadbytečné váhy u konzervativně léčených) (4).

Bariatrické zákroky přispívají nejen ke zlepšení komplikací těžké obezity, ale mohou být účinným prostředkem v prevenci jejich vzniku. Včasné snížení morbidní obezity u adolescentů může zabránit rozvoji těžkých zdravotních důsledků, především rozvoji metabolického syndromu. Počet operovaných adolescentů, jak uvádějí zahraniční práce, se mezi rokem 2000 a 2003 ztrojnásobil (4). Centrum pro adolescentní bariatrickou chirurgii, které bylo otevřeno v r. 2006 v New York Presbyterian Morgan Stanley Children's Hospital, uveřejnilo zprávu, že u 100 adolescentů byla úspěšně provedena adjustabilní gastrická bandáž. Léčba mladých lidí ve věku 14–18 let, kteří trpí morbidní obezitou, je podle autorů doslova

nezbytnou prevencí komplikací v dospělosti. Metoda ale bude vyžadovat následné pečlivé sledování, protože zatím neznáme dlouhodobé důsledky takové léčby u mladistvých.

Komplikace bariatrických zákroků

Kromě běžných komplikací, které mohou provázet kterékoli jiné chirurgické zákroky, se mohou objevit další, vyplývající z vlastního bariatrického zákroku.

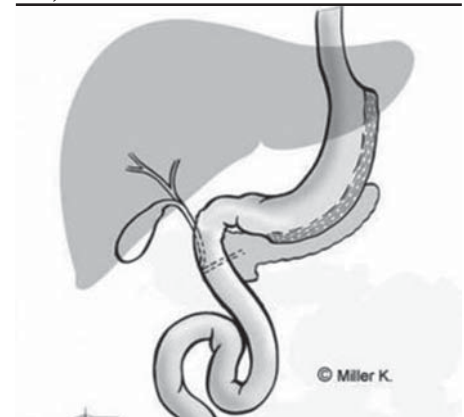
Z rozsáhlé studie institutu pro obezitu (The Legacy Good Samaritan Obesity Institute and Oregon Weight Loss Surgery), která srovnávala množství a závažnost komplikací u 898 pacientů, kteří byli odoperováni laparoskopicky cestou gastrického bypassu (55%) nebo gastrickou bandáží (45%), vyplynulo, že bandáže žaludku měly jen poloviční počet život ohrožujících komplikací ve srovnání s druhou metodou (7). Z pohledu morbidity a mortality je tedy adjustabilní gastrická bandáž metodou nepochybně šetrnější.

Vytvoření gastrického bypassu mohou komplikovat přímé změny v operovaných tkáních, např. vřed v místě napojení tenkého střeva na horní část žaludku, event. hernie v místě incize (asi u 2% pacientů). Dlouhodobější důsledky mohou mít charakter postbariatrické hypoglykemie, která může vést k neurologickým symptomům včetně zrakových halucinací, zmatenosti, a zcela výjimečně může vést k záchvatům.

Vzhledem k tomu, že je výrazně omezena absorpce některých vitamínů a minerálů, mohou dlouhodobé komplikace zahrnovat také anémii v důsledku nedostatku železa nebo vitamínu B₁₂. Mohou se rovněž tvořit ledvinové kameny v souvislosti se změnou resorpcí kalcia nebo oxalátů. Nebezpečnou komplikací by mohla být i dehydratace, protože pacient není schopen vypít velké množství tekutiny najednou. Nově se objevují zprávy o snížení kostní hustoty a zvýšeném riziku fraktur. Studie provedená odborníky v Rochesteru vyhodnocovala tyto změny u operovaných jedinců v letech 1984–2004. Bylo zjištěno, že se fraktury objevovaly nejčastěji v průběhu 7 let po zákroku. Jednalo se především o zlomeniny v oblasti kyčle, páteře a pažní kosti. Riziko tromboembolických stavů po operaci může přetrvávat dokonce celý rok po zákroku, jak bylo zjištěno při sledování 17 tisíc pacientů (8).

V roce 2007 uveřejnil kolektiv autorů zprávu, která analyzovala úmrtí po bariatrických zákrocích, provedených v Pensylvánii v letech 1995–2004 (9). Bylo zjištěno, že počet zemřelých byl ve skupině operovaných pacientů vyšší než ve všeobecné populaci Pensylvánie. Na zvýšení úmrtnosti se podílely sebevraždy, náhlé

Obrázek 2. Tubulovitý žaludek (sleeve gastrectomy)



Obrázek 3. Intragastrický balon



Obrázek 4. Laparoskopický gastrický bypass



srdeční příhody, plicní embolie, sepse. V jiné práci stejný autor upozorňuje, že sebevraždy souvisely s rekurentní depresí, která perzistovala i po bariatrickém zákroku (10).

Je paradoxem, že operace, která v jádru zlepšuje psychický stav operovaného, může na druhé straně zvýšit riziko sebevražedného chování (4). Příčiny mohou být různé. Některým jedincům nemusela operace přinést vysněný efekt, jiným přinesla nové problémy s kožními převisy, které

vyžadují následnou plastickou úpravu, kterou pacient nepředpokládal, atd.

Psychické problémy po operaci mohou jiní řešit zvýšenou konzumací alkoholu. Po bariatrickém zákroku dochází k rychlejšímu vstřebávání alkoholu, což může potencovat vznik závislosti. Dokonce se hovoří o tzv. „addiction transfer“, přesunu z předchozího záchvatového přejídání („binge eating“) do nadměrného pití alkoholu („binge drinking“). Stav může být částečně způsoben také snížením dehydrogenázy, enzymu metabolizujícího alkohol, který je především v játrech a žaludku a jehož množství se po zákroku snižuje.

V průběhu desetiletého sledování prokázali neurologové z univerzity v Arkansasu, že existuje souvislost mezi bariatrickým chirurgickým zákrokem a závažnými neurologickými nemocemi. U pacientů se objevila různá klinická symptomatologie – zmatenost, sluchové halucinace, optická neuropatie, slabost a snížení citlivosti v končetinách, bolest v nohou. Při laboratorním vyšetření byly prokázány nízké hladiny mědi, vitamínu B₁₂, vitamínu D, železa a kalcia (11). Jinou neurologickou komplikací je Wernickeova encefalopatie. Autoři našli v literatuře 32 pacientů, u kterých se porucha objevila po bariatrické operaci. Nedostatek thiaminu byl prokázán krátce po operaci u mladých žen, které zvracely (12).

Riziko smrti se podle Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) při bariatrických zákrocích významně snížilo. Zatímco v roce 1998 bylo riziko smrtelných komplikací 0,89%, v roce 2004 jen 0,19% (2).

Ke snížení rizika vzniku závažných komplikací a snížení úmrtnosti v souvislosti s bariatrickými operacemi přispěl nový systém skórování, který hodnotí předoperační závažnost stavu ve vztahu k riziku komplikací. Za nepříznivé faktory, které zvyšují riziko, jsou považovány: BMI více než 50, mužské pohlaví, hypertenze, riziko plicních embolií a věk nad 45 let.

Efektivnost bariatrické chirurgie

Přes publikované údaje o komplikacích léčby vynikají všechny odborné závěry pozitivně – jde o léčbu pro mnohé jedince smysluplnou a užitečnou. Všechny bariatrické operace jsou v literatuře hodnoceny jako efektivní a bezpečné postupy také pro pacienty v ČR. Například na stránkách www.bandingklub.cz je jako vhodná a bezpečná metoda u našich pacientů uváděna laparoskopická tubulizace žaludku („sleeve gastrectomy“).

Jak ovšem vyplývá ze zahraniční literatury, stává se pro některé pacienty bariatrická metoda léčbou jen s dočasným efektem. U 20–50% operovaných se znovu objevuje obezita. Po 5 letech

od zákroku nabývá většinu své původní hmotnosti 50 až 60% z nich, jak uvádějí některé zprávy (13). Proč u těchto jedinců léčba selhává? Z dostupných publikací vyplývá, že mezi neúspěšně léčenými mohou být ti, kteří vyžadují spíše psychologickou nebo psychiatrickou pomoc.

Psychiatricko-psychologické aspekty

Po bariatrickém chirurgickém zákroku se může rozvinout jakákoli duševní porucha. Mohou se objevit deprese, sebevražedné jednání, úzkostná porucha nebo závislost na alkoholu. K nejčastějším komplikacím ovšem patří poruchy příjmu potravy.

V posledních letech se na zahraničních odborných serverech, například těch, které provozuje Americká akademie pro poruchy příjmu potravy, objevuje volání po odborné psychiatrické nebo psychoterapeutické pomoci pro pacienty, u kterých chirurgická léčba selhala, a oni se znovu zmítají v začarovaném kruhu svých problémů s jídlem. Jedná se o nemocné, kteří rozvinou po zákroku například bulimii, vracejí se k záchvatovému přejídání („binge eaters“), eventuálně mají tzv. syndrom nočního přejídání (night eating syndrom).

Objevují se také první publikace, které hledají souvislosti mezi výsledným stavem po operaci a premorbidními osobnostními charakteristikami pacienta, eventuálně základními projevy jeho fungování před operací.

Například Laura Canetti ve své studii 199 odoperovaných zjišťovala psychosociální prediktory, které mají vliv na míru hmotnostní redukce u pacientů zařazených do skupinového programu na redukci váhy a u pacientů po bariatrickém zákroku. Sledovala především vliv některých osobnostních a interpersonálních faktorů. Zaměřila se na neurotickou predispozici jedince, nízkou sebeúctu (self-esteem), emočně podmíněné jedení a strach z intimity. Emočně podmíněné jedení představuje tendenci jíst v odpovědi na nepříjemný emocionální stav a nebo během stresujících životních událostí.

Canetti zjistila, že všechny sledované faktory, tedy neurotická predispozice, nízký self-esteem nebo strach z intimity, ovlivňovaly redukci hmotnosti. Základní význam mělo ale emočně podmíněné jedení, které bývá u obézních spušteno negativními emocemi. Může mít charakter záchvatů přejídání. Obézní pacienti s excesivním přejídáním mívají také víc osobnostní psychopatologie než ostatní obézní jedinci. Pro některé pacienty představuje jedení únik před vnějším nebo vnitřním tlakem, je pro ně cestou, jak regulovat emoce a jak

dospět ke konsolidaci a kompenzaci. Tito lidé pak mívají vyšší hmotnost (14).

Nebylo naopak prokázáno, že by kompenzatorní chování, což je součást klinického obrazu bulimie (zvracení, abúzus laxativ nebo diuretik, eventuálně abúzus dietních přípravků nebo excesivní cvičení), zásadním způsobem ovlivnilo efekt chirurgické léčby a mělo zásadní vliv na váhu pacienta po zákroku (15). Podle Chena nedošlo u sledovaných pacientů, kteří po operaci takové chování rozvinuli, ke zvýšení hmotnosti a selhání úspěšnosti léčby. Jde o zajímavé zjištění proto, že kompenzatorní chování před chirurgickým zákrokem mělo být původně zahrnuto do seznamu kontraindikací bariatrické léčby.

Na druhé straně ovšem Hsu v retrospektivní studii 24 žen prokázal, že ty ženy, které v pooperačním průběhu uváděly poruchu příjmu potravy, například bulimii, záchvatové přejídání (tzv. binge eating disorder, BED) nebo noční přejídání (night eating syndrom), měly po chirurgickém zákroku horší výsledky (16).

Zatímco je klinický obraz anorexie a bulimie dobře znám, tzv. „binge eating disorder“ (BED) zatím nemá místo v diagnostickém manuálu. V zahraniční literatuře je poruše věnováno hodně prostoru, takže o jejím zanesení do připravovaného seznamu nemocí DSM–V není pochyb. Ve snaze poskytnout co nejširší informace o problémech, které mohou souviset s vývojem stavu po operačním zákroku, jí věnujeme krátce pozornost nyní.

Binge eating disorder (BED) je porucha, která je reprezentována těžkým, excesivním, opakovaným přejídáním, které je někdy označované jako přejídání kompulzivní. Název bývá přejímán v anglické podobě nebo bývá zastoupen termínem „záchvatové přejídání“, byť tento překlad obsah poruchy plně nevystihuje. Svým charakterem se hodně podobá mentální bulimii, především častými, opakovanými záchvaty excesivního přejídání. Na rozdíl od bulimie není BED provázena kompenzatorním chováním, tedy zvracením, užíváním laxativ atd. Důsledkem takového záchvatového přejídání může být rozvoj obezity až do obrazu obezity morbidní. Nejčastěji se objevuje ve věku 40–50 let. Záchvaty přejídání, tedy jedení enormního množství jídla, přicházejí v době, kdy pacient necítí hlad, ani nemá potřebu jíst. Myslí si, že nemá a nikdy nebude mít kontrolu nad jídlem. Po takovém záchvatu má pocitu viny, pohrdá sebou. Může trpět úzkostí nebo depresí. Binge eating disorder je, podobně jako mentální bulimie, poruchou „ego-dystonní“. Pacientovi nemoc nevyhovuje, negativně ovlivňuje jeho ego, ale nedokáže jí zabránit a má snahu ji skrývat.

Je zřejmé, že pokud má selhání efektu chirurgické léčby tyto příčinné souvislosti, nemůže být jen chirurgické řešení dostatečné. Chirurg zřejmě nebude tím, kdo bude zkoumat patologické procesy v prožívání pacienta, ani mu v této souvislosti sám nemůže pomoci.

Literatura přináší další zjištění o možných premorbidních vlivech, které mohou z psychiatrického hlediska významným způsobem zasahovat do vývoje klinického stavu po bariatrické operaci.

Například je zajímavá zpráva o vlivu ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) na rozvoj obezity a výsledky bariatrické léčby. Altfas ve své studii 215 odoperovaných pacientů zjistil, že je prevalence ADHD u těchto pacientů asi 27% a u pacientů s morbidní obezitou dokonce 42,6%, což je mnohem víc, než je v běžné populaci (prevalence kolem 3–5%) (17). ADHD je v dospělosti prezentována impulzivitou, neschopností dodržovat režimová pravidla po operaci apod. Proto jsou pacienti s ADHD mezi těmi, kteří po bariatrickém zákroku selhávají, a váhu, kterou prostřednictvím operačního zákroku snížili, opět zvyšují. Souvislost mezi ADHD a rozvojem obezity je, jak se jeví z některých nedávno publikovaných prací, větší, než by se zdálo. Nedostatečné fungování mozkového „systému odměny“/reward system/je podmíněno sníženým množstvím dopaminových receptorů (D2, D3) v anatomických důležitých oblastech tohoto systému (amygdala, striatum) (18). Altfas zdůrazňuje, že tento nedostatečně fungující „přirozený“ systém odměny může být nahrazen jiným. Uspokojení pak jedinec získává cestou „nepřirozených“ odměn, například cestou zneužívání některých látek, patologickým hráčstvím nebo také cestou neadekvátního přejídání. Zatímco jsou i tyto okolnosti v léčbě obézních pacientů v zahraničí zvažovány a jsou hledány odpovídající léčebné postupy, naše literatura je zatím nezmiňuje. Jedná se o problém, který ale bude muset česká psychiatrie v rámci mezioborové spolupráce v příštích letech pravděpodobně také řešit.

Z uvedeného vyplývá, že je nezbytně nutné věnovat psychiatricko-psychologickému vyšetření pacienta před bariatrickou operací velkou pozornost. Cílem vyšetření by nemělo být jen vyloučení aktuální deprese nebo jiné závažné duševní nemoci, sebevražedných tendencí nebo závislosti na psychoaktivních látkách, ale také psychologické posouzení jeho emoční síly, adaptačních mechanismů, motivace pro léčbu a schopnosti spolupráce.

V zahraniční literatuře se začínají objevovat první souhrnné práce, které mají sloužit jako základní breviář informací o bariatrické chirurgii.

Jsou adresovány především těm odborníkům, kteří pracují na poli poruch příjmu potravy, neboť tyto komplikace patří v pooperačním průběhu k nejčastějším (4).

Závěr

Pro bariatrickou léčbu se člověk rozhoduje sám. Musí být informován, že nejde o kosmetickou úpravu těla, nýbrž o léčbu obezity a jejích závažných důsledků. Dle uveřejněných zpráv spolupracuje v rozhodovacím procesu tým zainteresovaných lidí – chirurg, obezitolog, endokrinolog, psycholog nebo psychiatr. Tým odborníků se snaží o komplexní posouzení a eliminaci možných rizik, která by mohla po zákroku nastat. Ani psychologické dotazníky, ani provedené strukturované interview však nemusí odhalit všechno. Po operaci se mohou objevit nové psychické problémy nebo dojde k recidivě původních, o kterých pacient z různých důvodů neinformoval.

Následná psychiatrická nebo psychologická péče je nutná ve všech případech, kdy nedošlo provedením operace k naplnění očekávání, které měl dotyčný před zákrokem, eventuálně tehdy, kdy léčba selhala. Zjištění poruchy příjmu potravy typu bulimie nebo tzv. binge eating disorder může být velmi důležité, neboť tyto nemoci mohou zásadním způsobem ovlivnit prognózu léčby obezity. Velmi často se jedná o emočně nestabilní poruchy osobnosti, s kolísavou mírou spolupráce, s projevy impulzivity a sebedestruktivními sklony. Vyžadují obvykle dlouhodobou psychologickou a farmakologickou léčbu.

Odborné sledování vývoje stavu po operaci může u jiných jedinců odhalit deprese, suicidální myšlenky, rozvoj závislosti, úzkostné poruchy. Operační zákrok změni vzhled pacienta a přizpůsobit se takové změně je náročné. Pacienti mohou prožívat silné pocity zlosti, zvýšená pozornost okolí je uvádí do rozpaků, stávají se na reakci okolí přecitlivělí. Přecitlivělost prožívána v osobních vztazích se může stát zdrojem úzkosti. Jindy prožívají euforii a pocitují pro ně dříve netypické pocity zvýšeného sebevědomí a sebestrosazování. Někteří ztrácejí zájem o své partnery. Rozvodovost je v párech s partnerem, který byl pro morbidní obezitu operován, vyšší než v manželských párech, kde partner podstoupil léčbu konzervativní (4).

Každý případ neúspěšné chirurgické léčby morbidní obezity by měl být analyzován, interdisciplinární spolupráce je v tomto směru velmi důležitá. Příčiny selhání efektu chirurgické léčby mohou být různé. Z psychiatrického hlediska může hrát roli psychická porucha, osobnostní struktura, vlivy prostředí atd.

Lze předpokládat, že nám, psychiatrům a psychologům, vyvstane v této souvislosti řada nových úkolů, na které bychom měli být včas teoreticky připraveni.

Literatura

1. Fried M. Laparoskopické bariatrické operace. *Endoskopie* 2009; 18(1): 19–21.
2. Zhao Y, Encinosa W. Bariatric surgery utilization and outcomes in 1998 and 2004. *Statistical Brief*. January 2007. Agency for Healthcare and Research Quality, Rockville, Md. Dostupný z: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb23.pdf>.
3. Fried M. Bariatrická chirurgie. *Medicína po promoci* 2007; 2: 88.
4. McAlpine DE, Frisch MJ, Rome ES, et al. Bariatric surgery: A Primer for eating disorder professionals. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2010; 18: 304–317.
5. Doležalová K. Infertilita ovlivněná bariatrickou léčbou obezity. *Medical Tribune* 2008; 18: A16.
6. Wagner AJ, Fabry JM, Thirlby RC. Return to work after gastric bypass in medicare-funded morbidly obese patients. *Arch Surg.* 2007; 142: 935–940.
7. Jan JC, Hong D, Barbaro SJ, et al. Comparative study between laparoscopic adjustable gastric banding and laparoscopic gastric bypass: single – institution, 5- year experience in bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Disease* 2007; 3(1): 42–50.
8. Steele K, et al. Long-term risk of venous thromboembolism following bariatric surgery. *Surg Obesity Related Dis*, 2009; 5(Suppl. 35), Abstract PL111.
9. Omalu BI, Ives DG, Buhari AM. Death rates and causes of death after bariatric surgery for Pennsylvania residents, 1995 to 2004. *Arch Surg*, 2007; 142(10): 923–928.
10. Omalu B, Cho P, Shakir A. Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. *Surg Obes Relat Dis*, 2005; 1(4): 447–449.
11. Poscine KJ, Rudnický SA, Archer RI. Neurological complications of gastric bypass surgery for morbid obesity. *Neurology* 2007; 68: 1843–1850. Dostupný z: <http://www.neurology.org/cgi/content/abstract/68/21/1843>.
12. Singh S, Kumar A. Wernicke encephalopathy after obesity surgery: a systematic review. *Neurology* 2007; 68: 807–811.
13. O'Brien PE, Dixon JB. Laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of morbid obesity. *Arch Surg*, 2003; 138: 376–382.
14. Canetti L, Berry EM, Elizur Y. Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: the mediating role of emotional eating. *J Eat Disord*, 2009; 42: 109–117.
15. Chen E, Roehring M, Herbozo S. Compensatory eating disorder behaviors and gastric bypass surgery outcome. *J Eat Disord*, 2009; 42: 363–366.
16. Hsu LK. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1996; 19: 681–700.
17. Altfas JL. Prevalence of attention deficit/hyperaktivita disorder among adults in obesity treatment. *BMC Psychiatry* 2002. Dostupný z: <http://biomedcentral.com/1471-244X/2/9>. Accessed July 13, 2009.
18. Wang GJ, Volkow ND, Logan J, et al. Brain dopamine and obesity. *Lancet* 2001; 357: 354–357.

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

*Soukromá psychiatrická ambulance
Videňská 10, 770 00 Olomouc
L.Starkova@seznam.cz*

