

Herlesová J., Knappová D.,
Král P., Slabá Š., Staňková V.,
Wagenknecht M., Žmolíková J.

Doporučení

*k psychologickému
vyšetření
před bariatrickou
operací*

DOPORUČENÍ

k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací

**Herlesová J.¹, Knappová D.², Král P.³, Slabá Š.⁴,
Staňková V.⁵, Wagenknecht M.⁶, Žmolíková J.⁷**

¹OB klinika a Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

²Soukromá praxe Praha

³Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice
a Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

⁴3. interní klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha

⁵Klinické centrum Iscare IVF a Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

⁶Endokrinologický ústav, Praha

⁷Oddělení klinické psychologie, Nemocnice Na Homolce
a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Jitka Herlesová, Dana Knappová, Pavel Král, Šárka Slabá, Veronika Staňková,
Martin Wagenknecht, Jana Žmolíková

Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací

Vyloučení odpovědnosti

Autoři, recenzenti i vydavatel věnovali maximální možnou péči správnosti informací uvedených v této knize – všechny byly kontrolovány a uváděny do souladu s aktuálním stavem znalostí v době přípravy díla. Přesto však nelze s naprostou jistotou zaručit absolutní bezchybnost. Z těchto důvodů se vylučují jakékoliv nároky na úhradu přímých či nepřímých škod.

Autoři:

- PhDr. Jitka Herlesová
- Mgr. Dana Knappová
- Mgr. Pavel Král
- PhDr. Šárka Slabá, Ph.D.
- Mgr. Veronika Staňková
- PhDr. Martin Wagenknecht
- Mgr. Jana Žmolíková

Iniciátorka projektu:

Mgr. Eva Kravarová, Ph.D.

3. interní klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha

© Jitka Herlesová, Dana Knappová, Pavel Král, Šárka Slabá, Veronika Staňková,
Martin Wagenknecht, Jana Žmolíková, 2013

© Axonite CZ, s. r. o. 2013

Grafická úprava: GES

Jazyková redakce: Jana Bláhová

Tisk: Marten, spol. s r. o.

Pro Psychologickou sekci České obezitologické společnosti ČLS JEP
vydalo nakladatelství Axonite CZ (www.axonite.cz) jako svou sedmou knihu
První vydání, Praha 2013

ISBN 978-80-904899-6-7

OBSAH

Úvod.....	5
Pokusy o redukci hmotnosti před bariatrickou operací	5
Pohybová aktivita	6
Jídelní psychopatologie	7
Záchvatovité přejídání (BED).....	7
Syndrom nočního jení (NES – night eating syndrom)	8
Grazing.....	8
Emoční jídlo	8
Závěr jídelní psychopatologie	9
Užívání látek.....	9
Zdravotně rizikové chování.....	9
Impulzivita	9
Kompulzivita.....	10
Kognice	10
Kognitivní pochopení	10
Znalosti.....	10
Stres a psychosociální fungování	11
Psychopatologie.....	12
Motivace a očekávání	13
Vývoj	13
Sexualita.....	14
Následná péče.....	15
Podpůrná skupina.....	15
Závěr.....	15
Literatura	17

ÚVOD

Tento dokument vznikl z potřeby sjednocení postupu psychologického vyšetření před bariatrickou operací. Cennou inspirací byla doporučení vydaná Americkou společností pro bariatrickou a metabolickou chirurgii (ASMBS) [1,2].

Obezita je v těchto doporučeních chápána jako metabolická porucha s chronickým průběhem, která je ovlivněna prolutím faktorů zasahujících do řady medicínských, nutričních, psychologických a dalších oborů. Metodou první volby léčby obezity je konzervativní redukce, až pak přichází chirurgická léčba. Řídí se Interdisciplinárními evropskými doporučeními pro chirurgickou léčbu těžké obezity [3], respektovanými Českou obezitologickou společností (ČOS ČLS JEP).

Bariatric neboli metabolická chirurgie přináší nesporný pozitivní efekt v léčbě obezity ve smyslu zlepšení somatických nemocí, psychických poruch a psychosociálního fungování. Zároveň vnáší do života jedince velké změny, kterým se musí dotýčný přizpůsobit. Léčba obezity chirurgickou cestou totiž vyžaduje zásadní změnu životosprávy a celoživotní spolupráci pacienta s celým terapeutickým týmem.

Psychologická péče je standardní součástí celého léčebného procesu [4,5,6]. Role psychologa není výhradně diagnostická, v indikovaných případech nabízí předoperační i pooperační psychologickou intervenci, edukaci a spolupráci při tvorbě individuálního léčebného plánu [7,8]. Cílem je prohloubit motivaci pacienta k dodržování jídelních a režimových doporučení a poskytnout psychologickou podporu v případě zhoršení psychických obtíží.

Psycholog, stejně jako celý interdisciplinární tým by měl mít dlouhodobou teoretickou i klinickou zkušenost s léčbou obezity a s metabolickou chirurgií. Za dostatečnou erudici lze považovat provedení alespoň 50 vyšetření a zkušenosti s následným psychologickým vedením po operaci. Supervizní a intervizní sdílení zkušeností je jedním z úkolů Psychologické sekce ČOS. Bez znalostí specifík obezity může dojít k podcenění některých faktorů.

POKUSY O REDUKCI HMOTNOSTI PŘED BARIATRICKOU OPERACÍ

Současné studie nepřinášejí jednotný pohled na předoperační faktory určující úspěšnou redukci po bariatrické operaci [9,10,11,12]. Údaje o minulých pokusech hmotnost redukovat podléhají riziku zkresleného sebehodnocení [10] a nelze jimi predikovat dlouhodobou úspěšnost pacienta po operaci [11]. Přesto jsou předchozí pokusy o snížení váhy důležitým anamnestickým

údajem vypovídajícím o podobě jídelního chování pacienta. Vhodnou pomůckou při vyšetření je pacientem vypracovaný záznam vývoje hmotnosti v závislosti na věku („graf váhy“). Při vyhodnocování je důležitý průběh redukci a specifika přístupu pacienta k redukci, „styl“ hubnutí. Hodnotí se, nakolik jsou dietní pokusy přiměřené, realistické a zda se neobjevovalo časté kolísání hmotnosti („jo-jo“ fenomén), které může odkazovat na vyšší míru psychopatologie [13].

Snížení hmotnosti těsně před operací se jeví spíše jako vhodné nebo neutrální z hlediska lepší přístupnosti pro operátory a zkrácení času operace [9]. Neprokázal se vliv na dlouhodobou redukci po operaci ani v průběhu 1. roku. Zvláště v případech, kdy není k dispozici dlouhodobé sledování pacienta, je ale redukce před bariatrickým výkonem také projevem postoje k operaci, k sobě samému a schopnosti spolupráce.

Ze zkušenosti se osvědčuje doporučit pacientům, aby si vyzkoušeli pooperační režimová opatření již před operací (např. dodržování odděleného pitného a jídelního režimu v současných podmínkách; oddělení 150 ml z běžné porce jídla, pro představu velikosti porce po zákroku, nicméně před operací je vhodné sníst celou normální jídelní dávku).

Při vyšetření bariatrických kandidátů je třeba mít na paměti, že informace, které poskytují, nejsou vždy zcela spolehlivé, ať už jako výsledek vědomé disimulace s cílem „uspět“ u vyšetření, nebo jako nevědomého popření [14].

POHYBOVÁ AKTIVITA

Pozitivní vliv fyzické aktivity na zdraví a celkovou kvalitu života je všeobecně známý a četnými studiemi bez pochyby prokázáný.

Bariatrickí kandidáti vykazují často jen mírnou pohybovou aktivitu nebo téměř zcela sedavý styl života [1]. Některé studie uvádějí, že zařadit fyzickou aktivitu do období před bariatrickou operací napomáhá redukovat možné pooperační komplikace, zlepšuje výsledek redukce, fyzickou zdatnost a celkové zdraví po operaci [15].

Bariatrickí pacienti se většinou nacházejí buď ve stavu, kdy nejsou motivováni k pohybové aktivitě, nebo si uvědomují, že se pohybují málo, ale do změny životního stylu se jim nechce, nevěří si či nevědí, jak začít. Řadě pacientů nemožňuje provozovat pohybovou aktivitu jejich zdravotní stav.

Všichni kandidáti by měli porozumět vztahu mezi tělesnou aktivitou a celoživotním zvládnutím vysokých stupňů obezity a optimálním stavem fyzického a psychického zdraví [1]. Psycholog zjišťuje míru pohybové aktivity, aby zmapoval současný životní styl.

JÍDELNÍ PSYCHOPATOLOGIE

U kandidátů na bariatrickou operaci se lze setkat s mentální bulimií, záchvatovitým přejídáním (BED – binge eating disorder), syndromem nočního jedení (NES – night eating syndrom), grazingem a emočním přejídáním. Spouštěčem v rozvoji jídelní psychopatologie může být chronický stres, který právě obezita přináší [16]. Jídelní patologie u lidí s 2. a 3. stupněm obezity často nesplňuje diagnostická kritéria současných klasifikací poruch příjmu potravy, nicméně symptomaticky jsou zastoupeny v hojné míře. Závažnou komplikací je subjektivně pocívaná ztráta kontroly nad příjmem potravy.

Přesné odlišení mezi různými typy poruch jídelního chování slouží mnoha účelům. Primárně pomáhá oddělit maladaptivní vzorce příjmu potravy, které následovaly po dietách a omezeních, od těch, které jsou zřetelně ovlivněny osobnostní psychopatií [1].

Záchvatové přejídání (BED)

Při BED dochází k opakovaným epizodám záchvatového přejedení, kdy je požití velké množství jídla v různých časových intervalech. Ústředním rysem je pocit ztráty kontroly během epizody (není možné přestat nebo sníst méně). Záchvatové přejídání se vyskytuje v průměru nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců. Sebehodnocení je přitom ovlivněno tělesnými proporcemi a váhou [17].

Ataku přejedení nespouští hlad a konzumace nekončí při nasycení, ale až při pocitu nevolnosti nebo bolesti žaludku. Kalorický příjem je vyšší, než by byl za normálních okolností. Vlastní přejídání probíhá v tajnosti, někdy podle rituálního postupu. Jídlo v průběhu záchvatu pomáhá zprvu ke zklidnění negativních emocí, pak ale vyvolává intenzivní pocity viny [18,19].

Procento zastoupení BED se u bariatrických kandidátů liší v závislosti na stanovených kritériích diagnostiky a tom, zda je posuzována komplexní porucha (6,5–14 %) [20,21] nebo symptomatologie (až 39 %) [22]. Ženy přitom vykazují více příznaků záchvatového přejídání než muži [23,24]. BED je významným psychologickým rizikovým faktorem pro rozvoj obezity.

Potíže se záchvatovitým přejídáním jsou relativně časté, ale neměly by uchazeče automaticky vyřazovat z možnosti podstoupit bariatrický zákrok. Jedná se o rizikový faktor a je posuzován v kontextu přítomnosti ostatní psychopatologie [25].

Výskyt BED před operací může dlouhodobě negativně ovlivňovat úspěšnost bariatrického výkonu [26,27]. Mezi vylučující kritéria patří přidružené vážné poruchy osobnosti, jako je hraniční porucha osobnosti – kvůli s ní spojené emoční nestabilitě a impulzivitě hrozí v zátěžových situacích záchvatové přejídání [28].

Syndrom nočního jení (NES – night eating syndrom)

NES je porucha, která zatím není definována v klasifikaci nemocí, její zařazení se připravuje pro nové vydání DSM-5 (Diagnosticko-statistický manuál psychických poruch, 5. revize, sestavovaný Americkou psychiatrickou asociací). Při NES je nejméně čtvrtina celkového denního množství kalorií konzumována po večeři nebo v noci. Může se vyskytovat spolu s ranním nechutenstvím, poruchami spánku a depresivní náladou [29,30,31,32]. Pacient se při NES může během noci několikrát probudit a následně není schopen opět usnout, dokud něco nesní. Jídlo je přitom velmi kalorické [33]. Zmíněné záchvaty nočního jení není postižený schopen ovládnout svou vůlí.

O NES hovoříme tehdy, přetrvává-li toto chování minimálně 3 měsíce. Jídlo nevyvolává potěšení, ale tenzi, úzkosti, stud, znechucení sebou samým a pocity viny během konzumace [33].

Od NES je nutné diferenciaci diagnosticky odlišit noční poruchu příjmu potravy spojenou s poruchou spánku (NSRED – nocturnal sleep-related eating disorder). NSRED je charakterizována poruchou vědomí, tj. částečnou nebo úplnou amnezií po probuzení na jídelní epizodu [34].

Grazing

Jde o nově popsaný syndrom [35], doposud stojící mimo pozornost výzkumníků i kliniků. Jedná se o kontinuální konzumaci malých porcí jídla v průběhu dlouhého časového období. Pro diagnostiku grazingu není primárně důležité množství konzumovaného jídla, ale kvalita prožívání, tzn. subjektivně negativně vnímaná ztráta kontroly nad jídelním chováním. Tento syndrom je důležité sledovat hlavně u uchazečů o bariatrický zákrok, neboť může zásadně ovlivnit pooperační úspěšnost, a to ve smyslu malé redukce nebo nárůstu tělesné hmotnosti a s ním spojeným stresem. Záchvatovité přejídání vyskytující se u pacientů před bariatrickým výkonem se může díky restriktivnímu efektu operace změnit na grazing [21,35].

Emoční jídlo

Emoční jídlo lze charakterizovat jako popud konzumovat chutné jídlo bez potřeby energie, kdy spouštěčem je emocionální stav [36]. Cílem je utlumení negativních či zvýraznění pozitivních pocitů, zvýšení celkového pocitu spokojenosti nebo potlačení nudy.

Jako maladaptivní je chování označeno tehdy, je-li překročena hranice jídelní patologie a dochází k subjektivnímu prožitku ztráty kontroly nad jídlem. Specifickou variantou emočního jídla je konzumace vysokokalorických potravin jako prostředek vyrovnávání se s chronicky prožívaným stresem, který nepříznivě ovlivňuje dodržování redukčního režimu [37,38].

Při posuzování vhodnosti uchazeče o bariatrický výkon je nutné zvážit intenzitu stresu, míru deprese a úzkosti, vyvolávající konzumaci jídla, a schopnost jedince nalézt a využít jiné způsoby odreagování (sport, společenské aktivity atd.). Pokud je u kandidáta na operaci emoční jídlu součástí dlouhodobých zvyků a strategií práce s emocemi, může být kladný efekt zákroku pouze dočasný a do 2 let dochází ke znovuobjevení emočního jedení [39,40,41].

Závěr jídelní psychopatologie

Úkolem psychologa při identifikaci maladaptivního jídelního chování je na toto chování upozornit, vysvětlit rizika s ním spojená a navrhnout postup případně další terapeutické péče, např. odklad operace, doprovodnou psychoterapii nebo kontaktování specializovaného pracoviště.

UŽÍVÁNÍ LÁTEK

Předoperační vyšetření hodnotí výskyt návykového chování ve vztahu k užívání psychoaktivních látek, tzn. alkoholu, nikotinu, nezákonných drog, marihuany, anxiolytik a hypnotik.

Závislost na alkoholu v anamnéze zvyšuje riziko opakovaného výskytu závislosti v pooperačním období [42]. Požívání alkoholu, ne ve smyslu závislosti, může oslabovat vůli, funguje jako spouštěč chutí k jídlu a jde většinou o neuvědomovaný příjem kalorií.

U žaludečního bypassu (RYGB – Roux-en-Y gastric bypass) se po operaci urychluje vstřebávání alkoholu, tedy maximální koncentrace se dosáhne v kratším čase a odbourání trvá déle. U rizikových skupin je pooperačně vyšší nebezpečí rozvoje závislosti na alkoholu [43].

ZDRAVOTNĚ RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

Impulzivita

Impulzivita je charakterizovaná sklonem jedince jednat okamžitě, neočekávaně, bez kontroly následného chování a zvážení následků tohoto jednání. Ve své nejzávažnější podobě, tj. impulzivním typem emočně nestabilní poruchy osobnosti, je důvodem ke kontraindikaci bariatrické operace, protože pacientovi chybí na impulzivní chování náhled. Vyšší míra impulzivního jednání je popisována i u jiných druhů poruch osobnosti, závislého chování, poruch příjmu potravy [44,45,46,47] a mentální retardace. Výsledky studií naznačují, že obézní pacienti vykazují vyšší skóre impulzivity [48], která se projevuje sníženou sebekontrolou (disinhibicí) a přejídáním. Po bariatrickém zákroku přináší zvýšená míra

impulzivita větší riziko porušení počáteční diety, záchvatovitého přejídání (BED) nebo přesmyknutí do jiného sebepoškozujícího chování (např. nutkavého cvičení, nakupování, hráčství, sexuální disinhibice, abúzu psychoaktivních látek aj.). Když se při psychologickém vyšetření zjistí potíže s impulzivním chováním, je třeba tyto rizikové faktory pečlivě prozkoumat. Je možné, že bude třeba zvážit intervenci a preventivní opatření za účelem zvýšení pravděpodobnosti dobrého pooperačního výsledku [1], např. hospitalizaci bezprostředně po výkonu kvůli dodržení tekuté a kašovitě stravy.

Kompulzivita

Kompulze je nutkavé jednání. Má snížit napětí vyvolané obsesivními myšlenkami, které jsou spojeny se silnou úzkostí. Kompulzivní chování slouží jedinci k tomu, aby jej od těchto myšlenek a pocitů odvedlo. V obézní populaci patří mezi typické kompulzivní chování emoční jedení, stresové jedení a kouření cigaret. Po operaci hrozí vysoké riziko přesouvání nutkavého chování z jedné oblasti do druhé (jídlo, sledování televize, počítačové hry, internet, kompulzivní cvičení, hypersexualita, hráčství, zneužívání alkoholu nebo drog a nakupování) [1].

KOGNICE

Kognitivní pochopení

Bariatrickí kandidáti by měli mít kognitivní schopnosti nutné k porozumění chirurgickému postupu a následnému režimu a s nimi spojenými riziky. Je třeba alespoň orientačně (klinicky nebo testově) posoudit míru intelektu.

Pokud jsou shledány nedostatky v kognitivním fungování, pro určení vhodnosti operace je důležité odhadnout, do jaké míry má pacient k dispozici podporu nezbytnou pro kompenzaci těchto nedostatků [1]. Při nižším intelektu je nutné pečlivěji posoudit fungování následné péče (např. spolupráce a edukace blízkých osob, opatrovníka, rodiny). Ze strany zdravotníků je třeba počítat s dostatkem času, který bude věnován na přípravu uchazeče k operaci a využití více modalit při edukaci (např. písemná i ústní forma) [8].

Obézní mohou mít obtíže v přijímání nových kognitivních a behaviorálních vzorců. To může vyústit v problematické osvojování nových stravovacích návyků nebo obtížné plánování dne tak, aby do něj byly zahrnuty i pohybové aktivity [49].

Znalosti

Při vyšetření je u uchazeče posuzováno, zda dobře chápe povahu a mechaniku dané operace a možná rizika a komplikace, které jsou s ní spojeny. Pokud není schopen učinit informované rozhodnutí o podstoupení výkonu, může být zákrok

odložen do doby, než pacient dostatečně porozumí principům jeho fungování a reálným důsledkům.

Nedostatečné znalosti o racionálním hubnutí, charakteristice zákroku a následném režimu mohou být způsobeny kognitivním deficitem dotázaného, ale i nedostatečně silnou motivací a pasivním přístupem k využívání zdravotnické péče [8].

STRES A PSYCHOSOCIÁLNÍ FUNKOVÁNÍ

Psychologické vyšetření by mělo objasnit míru duševní stability kandidáta v jeho současné životní situaci. Zohledňuje se přítomnost akutních zátěžových situací, kterým uchazeč v uplynulém roce čelil, a které stresory na něj i nadále významně působí (např. rozvod nebo rozchod, úmrtí blízkého člověka, stěhování, změna v zaměstnání), ale i chronické zátěže [50,51]. Důležitá je také informace o očekávaných významných událostech v průběhu následujících měsíců [1,51]. Stabilita životní situace napomáhá osvojení nových životních návyků a zlepšuje adaptaci v pooperačním období [52]. Stres navíc významně zpomaluje pooperační hojení [53] a ovlivňuje metabolismus ukládání tuků [54].

Další součástí psychologického vyšetření je zmapování psychosociálního fungování jedince a kvality sociální opory v rámci rodiny, partnerského vztahu, práce, zájmů a přátel. I pro ně může být obtížné přizpůsobení se pooperačním změnám životního stylu, mohou klást překážky a působit jako potenciální „sabotážníci“ [1]. Při nedostatečném sociálním zázemí je třeba více zvažovat konkrétní doporučení následné péče.

Mezi kandidáty na bariatrickou operaci je častější orientace na mezilidské vztahy. Vysoce hodnotí jejich harmoničnost, což jim zajišťuje větší pravděpodobnost sociální opory, ale zároveň tato péče o vztahy a druhé lidi může být na úkor péče samého o sebe, a tím i redukce váhy [14,55].

Lidé s obezitou bývají znevýhodňováni na všech úrovních svého sociálního života. Samotné setkání s diskriminací může být sice traumatizující, ale není v rozporu s následnou spoluprací při redukci váhy. Naopak může působit jako motivační faktor [8,56,57,58,59,60,61,62].

Potřebné je porozumět důsledkům ztráty možných výhod navázaných na obezitu. Tím se rozumí prospěch plynoucí z určitého omezení, vnímaný na podvědomé úrovni – například jde o zisk péče a pozornosti věnované nemocnému. Obezita může podvědomě plnit ochrannou funkci zejména v situacích sebeprosazení v mezilidských vztazích a dosahování cílů [62].

Psycholog je zodpovědný za poukázání na změny sociální reality v důsledku velké redukce váhy a s ní souvisejícího chování a prožitků [63,64,65,66].

Před operací i po ní se mohou objevit různé náročné situace související s redukcí tělesné hmotnosti, pooperačním režimem, lékařskými vyšetřeními a samotným operačním zákrokem. Kandidát je nucen se s nimi vyrovnávat, a to na základě svých individuálních copingových strategií. V rámci psychologického vyšetření je vhodné zjistit konkrétní způsoby zacházení se stresem. Pro lidi s obezitou 2. a 3. stupně je častější pasivní způsob, tedy vyhýbání se problémům (vynechávání kontrol u lékaře), únik (jídlo, spánek) až pasivní agresivita. Pasivní agresivita je skrytým protestem proti požadavkům – navenek předstírání spolupráce, zároveň ale spojené s polemizováním, zapomínání důležitých informací, zlostí „bez důvodu“ a stálou nespokojeností [62,67].

Zvážení copingových strategií a jejich vlivu na compliance může v případě nedostatečného zvládnání současné situace indikovat odložení operace do doby, kdy budou podmínky stabilizované.

PSYCHOPATOLOGIE

Při vyšetření obézních pacientů před bariatrickými výkony se s nějakou formou psychopatologické symptomatologie setkáváme často [68,69,70]. Rozhodnout, zda tato symptomatologie pacienta diskvalifikuje z bariatrického výkonu, či nikoli, nebývá snadné. Situaci neulehčuje ani to, že dosud nebylo jasně stanoveno, které symptomy, syndromy nebo choroby jsou bezvýhradným důvodem k zamítnutí operace.

Jako nejčastější psychopatologie komorbidní s obezitou bývá uváděna deprese či dysforie a úzkost [71]. S depresí pak bývají nezhledně spojeny suicidální ideace, často jako výsledek pocitu bezmoci [62]. Deprese zde je zpravidla chápána jako sekundární – tedy navazující na obezitu. Pokud je deprese projevem primární afektivní poruchy, je závažnější z hlediska posuzování vhodnosti či nevhodnosti operace. Pacienti, kteří trpí depresí už od dětství, mají horší výhled, že se jim podaří účinně redukovat váhu oproti těm, kdo onemocní až v pozdějším věku [72].

Často se lze též setkat se somatizací, doprovázenou četnými somatickými stesky jako nevědomým projevem masivního distresu, jímž lidé s obezitou 2. a 3. stupně trpí.

Poruchou osobnosti se rozumí neměnné behaviorální, kognitivní nebo emoční vzorce, které dotyčného opakovaně přivádějí do stejných potíží, ale on sám není schopen je změnit. Rysy patologické osobnosti spojené s obezitou se nejčastěji projevují zvýšenou závislostí na okamžité odměně, pasivní závislostí, pasivní agresivitou a emoční nestabilitou [62].

Porucha osobnosti je velmi špatně ovlivnitelná psychoterapií. Osobnostní patologie ztěžuje běžnou spolupráci s pacientem a snižuje jeho frustrační tole-

ranci, která se projevuje maladaptivním chováním v zátěžových situacích (např. delší hospitalizací bezprostředně po operaci). Výše uvedené osobnostní rysy se projevují v patologickém jídelním chování, např. BED či NES [31,73]. V krátkodobém pooperačním období může rizikové chování vymizet, ale v dlouhodobém sledování má tendenci se znovu vracet [25,74,75,76,77,78].

Pokud jde o posouzení osobnostních rysů, zatím nebyla prokázána jasná souvislost mezi nimi a pooperační redukcí váhy.

Zhodnocení se musí dotknout témat sebepoškozujícího nebo sebevražedného chování (ideace, plán, pokus) a psychiatrické anamnézy (ke zvažení je recentní posouzení psychiatrem) [1]. V případech probíhající psychologické nebo psychiatrické léčby je vhodné vyžádat si vyjádření ošetřujícího odborníka.

Psychotická onemocnění jsou riziková nejen typickou symptomatikou, ale i z hlediska obtížné predikovatelnosti budoucího vývoje. Dlouhodobě kompenzovanou psychózu není nutné brát automaticky jako překážku bariatrického výkonu, nicméně při posuzování je nutné upřednostnit individuální přístup v úzké spolupráci s ošetřujícím psychiatrem.

Závažná psychiatrická onemocnění (psychózy, bipolární afektivní porucha) jsou i přesto nejčastějším důvodem k zamítnutí operace [79].

MOTIVACE A OČEKÁVÁNÍ

Motivací k redukcí je nejčastěji zdravotní stav (syndrom spánkové apnoe, diabetes mellitus 2. typu, hypertenze) [80], vzhled (spíše u lidí s nižším BMI, u žen a u pacientů s horším body image [81,82]), stud, fyzická kondice, pohybová omezení a obavy o zdraví [82]. Motivací k bariatrické operaci bývá malý efekt konzervativních redukcí [67]. Primární motivace k zákroku zřejmě nesouvisí ani s compliance, ani s výslednou redukcí po něm [82,83].

Psycholog by měl zhodnotit adekvátnost očekávání od operace v krátkodobém i dlouhodobém horizontu. Při zjištění nerealistických očekávání je třeba na ně upozornit a pracovat s nimi. Někteří uchazeči totiž přistupují k operaci jako k něčemu, co definitivně vyřeší většinu jejich problémů. Pokud není přehnané očekávání odhaleno před operací, může se stát, že pacient je s jejím výsledkem nespokojen. Zklamání vede k frustraci, apatii a následnému nedodržování režimu [84].

VÝVOJ

Na rozvoj obezity má vliv i podoba mezilidských vztahů v dětství (rodina, škola, vrstevníci). Špatný raný attachment ovlivňuje vývoj mozku, zvláště ner-

vových drah souvisejících s afekty a vzrušením. Toto zjištění je významné především v souvislosti s užíváním jídla jako druhu sebeodměňování či seberegulace [85].

Vyšší váha a rozvoj obezity v dospělosti může souviset s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství, a to zejména u BMI (body mass index) nad 40 [86]. Obézní mají vyšší prevalenci traumatu do 15. roku života a závažnost traumatu je zároveň významným prediktorem obezity v dospělosti. Na rozvoj obezity však nemá vliv pouze fyzické či psychické zneužívání, ale i méně závažné formy stresu [87].

V rámci výchovy dítěte přejímá obecné kognitivní, behaviorální a emoční vzorce, mezi něž patří i vzorce stravovací. Zvláště rizikové pro vznik obezity jsou rodiny, kde rodiče střídají období disinhibice v jídle s následnými obdobími diet [88]. Dalším přejímaným vzorcem bývá emoční přejídání se. To se objevuje u dětí, jejichž rodiče sami používají jídlo k regulaci svých emocí [89].

SEXUALITA

U lidí s obezitou je obecně vyšší zastoupení sexuálních dysfunkcí, nespokojenosti se sexuálním životem i jeho jednotlivými aspekty (sexuální touha, schopnost vzrušení, dosažení orgasmu, bolest při pohlavním styku) [90,91]. Pravděpodobnost sexuálních dysfunkcí stoupá s 3. stupněm obezity, ženským pohlavím a u kandidátů na bariatrii (oproti lidem v konzervativním redukčním programu nebo u obézních neusilujících o redukci) [90,92,93].

K pozitivnímu ovlivnění sexuálního fungování dochází u většiny pacientů redukcí váhy po operaci [93,94,95,96], a to nezávisle na míře hubnutí [97]. U některých pacientů se sexualita naopak zhorší [98], pravděpodobně vlivem nespokojenosti s tělesnými změnami po velké redukci (nadbytečná, povolená kůže na břicho, stehnech a pažích) [92], dlouhodobě narušeným body image [99] nebo v důsledku vyhocení předoperačních partnerských problémů [100,101].

Uchazeči o bariatrický zákrok, zejména ti se 3. stupněm obezity, mají častější zkušenost se sexuálním zneužitím, týráním a zanedbáváním v dětství [86,102,103,104]. Prevalence se ve výzkumech liší kvůli rozdílné metodologii a obtížné zjistitelnosti tohoto fenoménu [102]. Sexuální zneužití, zanedbávání ani týrání v dětství nemá vliv na míru redukce po operaci, ale je spojeno s vyšší pravděpodobností psychiatrických komplikací (např. hospitalizace na psychiatrii, zvýšení dávek psychofarmak, zhoršení depresivní poruchy nálady) [102,105]. U sexuálního zneužití v dětství, podobně jako u znásilnění v dospělosti je možné, že obezita plní ochrannou funkci (tj. snižuje obavu, že atraktivní postava po zhubnutí zvýší riziko dalšího útoku) [106]. Psycholog by si měl být

tohoto vědom a sledovat zejména možné zhoršení psychického stavu u takových pacientů po bariatrické operaci, přestože hubnout budou pravděpodobně stejně úspěšně jako ostatní [105].

NÁSLEDNÁ PÉČE

Součástí bariatrie je nejen předoperační příprava, ale i závazná následná péče, která je definována v Interdisciplinárních evropských doporučeních pro chirurgickou léčbu těžké obezity [3]. Pokud psycholog zjistí rizikové faktory snižující pravděpodobnost pooperační compliance, podmiňuje zákrok následnou psychologickou intervencí (psychoedukace, psychoterapie).

Podpůrná skupina

Při předoperační přípravě pacienta lze doporučit návštěvy podpůrné skupiny (v Čechách např. „banding kluby“ či svépomocné skupiny), kam docházejí i lidé, kteří již bariatrický zákrok podstoupili. Psycholog může v některých případech (nereálná očekávání, ambivalence ve vztahu k zákroku) operaci dokonce podmínit účastí na jejím setkání. Účelem setkávání je sociální podpora a sdílení informací.

Výzkumy se shodují na tom, že účastníci podpůrných skupin jsou úspěšnější v redukci a následně při udržování váhy, proto je účast na skupinách doporučována i po operaci [107,108,109,110]. Naopak ti, kteří na skupiny nedocházeli, měli častější psychosociální a dietetické problémy. Zároveň se ale domnívali, že setkávání nepotřebují a zredukuje stejný počet kilogramů [111].

ZÁVĚR

Bariatrická chirurgie je dynamicky se rozvíjejícím oborem. Chirurgie vděčí za svůj rozvoj odvaze chirurgů posouvat hranice možností a nezůstávat u již ověřeného, ale zkoušet a ověřovat dosud nevyzkoušené. Klinická psychologie se stala nedílnou součástí tohoto oboru a kliničtí psychologové mají své nezpochybnitelné místo v bariatrických týmech. Za léta spolupráce se zúčastněným psychologům podařilo obhájit své místo v procesu předoperačních vyšetření i následně pooperační péči. Jejich zkušenosti jsou mnohem obsáhlejší než publikační činnost v tomto oboru. Tato doporučení jsou výsledkem dlouhodobé práce a zdaleka nejsou uzavřenou kapitolou. Představují kompilát dostupné literatury, zkušeností z několika tisíc provedených vyšetření a ponaučení z chyb, jichž se oni i celé bariatrické týmy dopustili.

Ideálem chirurgů je najít dokonalý operační zákrok nezávislý na compliance pacienta.

Úlohou psychologů je v této souvislosti zdravá skepse, neboť důvody, proč jsou naši pacienti obézní a proč se svou obezitou nedokážou sami účinně bojovat, jsou nezdůvodněná spíše psychologická a jako s takovými s nimi musíme zacházet. Naší úlohou je v diagnostické části naší práce odhalit psychologické mechanismy, které se podílely na vzniku obezity, popsat cestu k jejich změně a predikovat pacientovo chování po operaci. Všechny tyto poznatky pak musíme srozumitelně sdělit jak pacientům, tak i ostatním členům bariatrického týmu. V části terapeutické pak musíme být připraveni nabídnout pacientům podporu a terapeutické vedení tak, aby byli schopni emočních, kognitivních a behaviorálních změn potřebných k redukci hmotnosti a jejímu následnému udržení.

LITERATURA

1. 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: <http://s3.amazonaws.com/publicASMBS/GuidelinesStatements/Guidelines/PsychPreSurgicalAssessment.pdf>.
2. ASMBS Allies Health Science Section Ad-Hoc Behavioral Health Committee: *Pre-Surgical Psychological Assessment. Suggestion for the Pre-Surgical Psychological Assessment of Bariatric Surgery Candidates*. 2011: <http://s3.amazonaws.com/publicASMBS/GuidelinesStatements/Guidelines/PsychPreSurgicalAssessment.pdf>.
3. Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Dietel M, Finer N, Greve JWM, Horber F, Mathus-Vliegen E, Nicola Scopinaro N, Steffen R, Tsigos C, Weiner R, Widhalm K.: *Interdisciplinární evropská doporučení pro chirurgickou léčbu těžké obezity*. *Obes Surg*. 2007;70:260-270: http://www.obesitas.cz/download/doporuzeni_lecba_tezke_obezity.pdf.
4. Kubešová J.: *Možnosti spolupráce s psychologem v bariatrii*. *Medical Tribune* 2009; 25 (V): B5.
5. Melissas J.: *IFSO guidelines for safety, quality, and excellence in bariatric surgery*. *Obes Surg*. 2008; May; 18(5):497–500. doi: 10.1007/s11695-007-9375-9.
6. Šporcová I, Jeřábek J, Kubešová J.: *Možnosti práce psychologů, podílejících se na řešení obezity formou bariatrické intervence*. *E-psychologie* 2009; 3(1): 43–47. http://e-psycholog.eu/pdf/sporcrova_etal.pdf
7. Marcus MD, Kalarchian MA, Courcoulas AP.: *Psychiatric Evaluation and Follow-up of Bariatric Surgery Patients*. *Am J Psychiatry* 2009; 166:3; 285–291.
8. Sogg S, Mori DL.: *Psychosocial Evaluation for Bariatric Surgery: The Boston Interview and Opportunities for Intervention*. *Obes Surg*. 2009; 19:369–377.
9. Cassie S, Menezes C, Birch DW, Shi X, Karmal, S.: *Effect of preoperative weight loss in bariatric surgical patients: a systematic review*. *Surg Obes Relat Dis*. 2011; 7, s.760–767.
10. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, Ko CY, Gibbons MM.: *Does weight loss immediately before bariatric surgery improve outcomes: a systematic review*. *Surg Obes Relat Dis*. 2009; 5, s.713–721.
11. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, Ko C., Gibbons MM.: *Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review*. *Obes Surg*. 2012; 22, s.70–89.
12. Marino JM, Ertelt TW, Lancaster K, Steffen K, Peterson L, de Zwaan M, Mitchell J E.: *The emergence of eating pathology after bariatric surgery: a rare outcome with important clinical implications*. *Int J Eat Disord*. 2012; 45, s.179–184.

13. Friedman MA, Schwarz MB, Brownell KD.: *Differential relation of psychological functioning with the history and experience of weight cycling.* J Consult Clin Psychol. 1998; 66, s.646–650.
14. Glinski J, Wetzler S, Goodman E.: *The psychology of Gastric Bypass Surgery.* Obes Surg 2001; 1: 581–588.
15. Forbush SW, Nof L, Echternach J, Hill C.: *Influence of activity on quality of life scores after RYGBP.* Obes Surg. 2011; Aug;21(8):1296–304.
16. Caredda M, Roscioli C, Mistretta M, Pacitti F. *Stress vulnerability and night eating syndrome in the general population.* Riv Psichiatri 2009; 44: 45–54.
17. Smolík P. *Duševní a behaviorální poruchy.* 1996. MAXDORF, Praha.
18. Herlesová J.: *Psychologické aspekty předoperační a pooperační péče o bariatrické pacienty.* In Fried M.: *Bariatrická a metabolická chirurgie (pp. 149–160).* 2011. Mladá fronta – Medical Services.
19. Papežová, H.: *Bulimia Nervosa.* 2003. Psychiatrické centrum Praha, Praha.
20. Sansone RA, Schumacher D, Wiederman MW, Routsong-Weichers L.: *The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery patients.* Eat Behav. 2008; 9(2), 197–202.
21. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. *Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery.* Behavior and Psychology. Obesity. 2008; 16(3): 615–622.
22. De Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swan-Kremer L, Crosby RD, Seim HC.: *Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery.* Compr Psychiatry 2003; 44(5):428–434.
23. Mazzeo SE, Saunders R, Mitchell KS.: *Binge eating among African American and Caucasian bariatric surgery candidates.* Eat Behav. 2005 Jun;6(3):189–96.
24. Dornelas E.: *Psychotherapy with cardiac patients: Behavioral cardiology in practice.* 2008. Washington, DC, US: American Psychological Association. 283 s. ISBN: 1–4338–0356–9.
25. Kalarchian MA, Marcus MD, Courcoulas AP.: *Eating problems and bariatric surgery.* In Grilo CM, Mitchell JE. (Eds.): *The treatment of eating disorders: A clinical handbook (pp. 437- 446).* 2010. New York, NY US: Guilford Press.
26. Hsu LK, Betancourt S., Sullivan SP.: *Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study.* Int J Eat Disord. 1996; 19(1):23–24.
27. Kofman MD, Lent MR, Swencionis C.: *Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an Internet survey.* Obesity (Silver Spring). 2010; Oct; 18(10): 1938–43.
28. Vargas A, Rojas-Ruiz MT, Roman SS, Salin-Pascual RJ.: *Development of bulimia nervosa after bariatric surgery in morbid obesity patients.* Salud Ment. 2003;26(5):28–32.

29. Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ.: *Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating.* *J Consult Clin Psychol* 2005; 73:1107–15.
30. Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM, Stack RM, Stunkard AJ, Williams NN.: *Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features.* *Obesity.* 2006; 14 suppl. 2, 77S–82S.
31. O'Reardon JP, Ringel BL, Dinges DF, Allison KC, Rogers NL, Martino NS, Stunkard AJ.: *Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome.* *Obes Res.* 2004; Nov;12(11):1789–96.
32. Stunkard A, Allison K, Lundgren J.: *Issues for DSM-V. Night eating syndrome.* *Am J Psychiatry* 2008; April;165(4):424–424.
33. Faltus F.: *Syndrom nočního jedlictví, Čes. a slov. Psychiatrie* 2007; 103, No 6, pp 291–296.
34. Howell MJ, Schenck CH.: *A review of nighttime eating disorders.* *Sleep Med Rev.* 2009; 13: 23–34.
35. Saunders R.: *Grazing: a high-risk behavior.* *Obes Surg.* 2004; 14: 98–102.
36. Schultes B, Ernst B, Wilms B, Thurnheer M, Hallschmid M.: *Hedonic hunger is increased in severely obese patients and is reduced after gastric bypass surgery.* *Am J Clin Nutr.* 2010; Aug;92(2):277–83.
37. Torres SJ, Nowson CA.: *Relationship between stress, eating behavior, and obesity.* *Nutrition.* 2007; Nov-Dec;23(11–12):887–94.
38. Wallis DJ, Hetherington MM.: *Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress.* *Appetite* 2009; Apr;52(2):355–62.
39. Schweitzer DH, Dubois EF, van den Doel-Tanis N, Oei HI.: *Successful weight loss surgery improves eating control and energy metabolism: a review of the evidence.* *Obes Surg.* 2007; Apr;17(4):533–9.
40. Van Hout GCM, Boekestein P, Fortuin FAM, Pelle AJM, van Heck GL.: *Psychosocial functioning following bariatric surgery.* *Obes Surg* 2006; 16, 787–794.
41. Van Hout GCM, Jakimowicz JJ, Fortuin FAM, Pelle AJM, van Heck GL.: *Weight Loss and Eating Behavior following Vertical Banded Gastroplasty.* *Obes Surg.* 2007; 17, 1226–1234.
42. Suzuki J, Haimovici F, Chang G.: *Alcohol Use Disorders After Bariatric Surgery.* *Obes Surg* 2012; 22:201–207.
43. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Timothy Garvey W, Hurley DL, Molly McMahon M, Heinberg LJ, Kushner R, Adams TD, Shikora S, Dixon JB, Brethauer S.: *Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored*

- by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2013; Mar-Apr;9(2):159-91: http://s3.amazonaws.com/publicASMBS/GuidelinesStatements/Guidelines/AACE_TOS_ASMBS_Clinical_Practice_Guidlines_3.2013.pdf.
44. Jansen A, Nederkoorn C, van Baak L, Keirse C, Guerrieri R, Havermans R.: *High-restrained eaters only overeat when they are also impulsive*. *Nebav Res Ther*. 2009; 2, s.105–110.
 45. Lent MR, Swencionis C.: *Addictive personality and maladaptive eating behaviors in adults seeking bariatric surgery*. *Eat Behav*. 2012; 13, s.67–70.
 46. Schmidt F, Körber S, de Zwaan M, Müller A.: *Impulse control disorders in obese patients*. *Eur Eat Disord Rev*. 2012; 20, s. 144–147.
 47. De Zwaan M, Mitchell JE, Seim HC, Speaker SM, Pyle RL, Raymond NC, Prosbly RB.: *Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder*. *Int J Eat Disord*. 1994; 15, s.43–52.
 48. Mobbs O, Crépin C, Triéry C, Golay A, Van der Linden M.: *Obesity and the four facets of impulsivity*. *Patient Educ Couns*. 2010; 79, s.372–377.
 49. Lokken KL, Boeka AG, Yellumahanthi K, Wesley M, Clements RH.: *Cognitive performance of morbidly obese patients seeking bariatric surgery*. *Am Surg*. ISSN: 0003–1348. 2010; Jan; Vol. 76 (1), pp. 55–9; PMID: 20135940.
 50. Kushner RF, Sarwer DB.: *Medical and Behavioral Evaluation of Patients with Obesity*. *Psychiatr Clin N Am*. 2011; 34, 797–812.
 51. Wadden TA, Sarwer DB.: *Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach*. *Surg Obes Relat Dis*. 2006; 2, 171–179.
 52. Sarwer DB, Fabricatore AN, Jones-Corneille LR, Allison KC, Faulconbridge LN, Wadden TA.: *Psychological Issues Following Bariatric Surgery*. *Prim Psychiatry*. 2008; 15(8), 50–55.
 53. Christian LM, Graham JE, Padgett DA, Glaser R, Kiecolt-Glaser JK.: *Neuroimmunomodulation*. 2006; 13(5–6): 337–46. *Stress and wound healing*.
 54. Adam TC, Epel ES.: *Stress, eating and the reward system*. *Physiol Behav*. 2007; 24(91): 449–458.
 55. Corsica JA, Azarbad L, McGill K, Wool L, Hood M.: *The Personality Assessment Inventory: clinical utility, psychometric properties, and normative data for bariatric surgery candidates*. *Obes Surg*. 2010; Jun; 20(6): 722–31.
 56. Harris JE, Hamaday V, Mochan E.: *Osteopathic family physicians' attitudes, knowledge, and self-reported practices regarding obesity*. *J Am Osteopath Assoc*. 1999; Jul;99(7): 358–65.
 57. Puhl R, Brownell KD.: *Bias, discrimination, and obesity*. *Obes Res*. 2001; Dec;9(12): 788– 805.

58. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C.: *Weight bias among health professionals specializing in obesity*. *Obes Res*. 2003; 11:1033–9.
59. Stunkard AJ, Stinnett JL, Smoller JW.: *Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity*. *Am J Psychiatry*. 1986; 143: 417–29.
60. Teachman BA, Brownell KD.: *Implicit anti-fat bias among health professionals: Is anyone immune?* *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25: 1525–31.
61. Van Hout GCM, Leibbrandt AJ, Jakimowicz JJ, Smulders JF, Schoon EJ, Van Spreuwel JP, Van Heck GL.: *Bariatric surgery and bariatric psychology: General overview and the Dutch approach*. *Obes Surg*. 2003; 13, 926–31.
62. Van Hout GCM, van Oudheusden I, van Heck GL.: *Psychological profile of the morbidly obese*. *Obes Surg*. 2004; 14: 579–588.
63. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik W, Wasiak D, Kosieradzki M.: *The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery*. *Obes Surg*. 2006; 16: 196–202.
64. Rydén O, Hedenbro JL, Frederiksen SG.: *Weight loss after vertical gastroplasty can be predicted: A prospective psychological study*. *Obes Surg*. 1996; 6:237–43.
65. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M, Biebl W.: *Psychotherapeutic treatment of Morbidly Obese Gastric Banding*. *Obes Surg*. 2002; 12, 292–294.
66. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Biebl W.: *Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity*. *Obes Surg*. 2003; 13: 105–10.
67. Van Hout GCM, van Oudheusden I, Krasuska AT, van Heck GL.: *Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty*. *Obes Surg*. 2006; 16: 67–74.
68. Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, Cottrell FA, Pulcini ME, Webb VL, Williams NN.: *Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews*. *Obes Surg*. 2012; 22(3), 389–397.
69. Mitchell JE, Selzer F, Kalarchian MA, Devlin MJ, Strain GW, Elder KA, Marcus MD, Wonderlich S, Christian NJ, Yanovski SZ.: *Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study*. *Surg Obes Relat Dis*. 2012; 8(5), 533–541.
70. Duffecy J, Bleil M, Labott S, Browne A, Galvani C.: *Psychopathology in adolescents presenting for laparoscopic banding*. *J Adolesc Health*. 2008; 43(6), 623–625.
71. Kasen S, Cohen P, Chen H, Must A.: *Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study*. *Int J Obes*. 2008; 32, 558–566.
72. Anderson S, Cohen P, Naumova E, Must A.: *Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006; 160(3), 285–291.

73. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert KD, Spitzer RL.: Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects. *Am J Psychiatry* 1993; 150(10), 1472-1479.
74. Adami GF, Meneghelli A, Scopinaro N.: Night eating and binge eating disorder in obese patients. *Int J Eat Disord.* 1999, 25 (3): 335-338.
75. Hsu LK, Sullivan SP, Benotti PN.: Eating disturbances and outcome of gastric bypass Surgery: a pilot study. *Int J Eat Disord.* 1997; 21: 385-90.
76. Kruseman M, Leimgruber A, Zumbach F, Golay A.: Dietary, Weight, and Psychological Changes among Patients with Obesity, 8 Years after Gastric Bypass. *J Am Diet Assoc.* 2010; 110(4): 527-534.
77. Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Glinski J.: Gastric bypass in a low-income, inner-city population: eating disturbances and weight loss. *Obes Res;* 2004. 12(6): 956-961.
78. Rand CS, Macgregor AM, Stunkard AJ.: The night eating syndrome in the general population and among post operative obesity surgery patient. *Int J Eat Disord.* 1997; 22: 65-69.
79. Walfish S, Vance D, Fabricatore A.: Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: procedures and reasons for delay or denial of surgery. *Obes Surg.* 2007; 17(12), 1578-1583.
80. Karmali S, Kadikoy H, Brandt ML, Sherman V.: What Is My Goal? Expected Weight Loss and Comorbidity Outcomes Among Bariatric Surgery Patients. *Obes Surg.* 2010; May;21(5): 595-603.
81. Dixon JB, Laurie CP, Anderson ML, Hayden MJ, Dixon ME, O'Brien PE.: Motivation, readiness to change, and weight loss following adjustable gastric band surgery. *Obesity.* 2009; 17(4), 698-705.
82. Libeton M, Dixon JB, Laurie C, O'Brien PE.: Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes. *Obes Surg.* 2004; Mar; 14(3): 392-8.
83. Munoz DJ, Lal M, Chen EY, Mansour M, Fischer S, Roehrig M, Sanchez-Johnsen L, Dymek-Valenitine M, Alverdy J, le Grange D.: Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obes Surg.* 2007; Nov; 17(11): 1487-91.
84. Herlesová J.: Pohled psychologa před chirurgickým zákrokem pro obezitu a po něm. In Doležalová K, Býma S, Fried M, Svačina S.: *Bariatrická chirurgie a primární péče* (pp 78-88). 2012. Axonite, Praha, ISBN 978-80-904899-2-9.
85. Schore AN.: The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health: *Infant Ment Health J.* 2001, Jan-Apr; 22(1/2): 201-269. 69p.
86. Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP.: Childhood

- maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. Obes Surg.* 2008; 18(3): 306–313.
87. D'Argenio A, Mazzi C, Pecchioli L, Di Lorenzo G, Siracusano A, Troisi A.: *Early trauma and adult obesity: Is psychological dysfunction the mediating mechanism? Physiol Behav.* 2009; Dec; 7; 98(5): 543–6.
 88. Hood MY, Moore LL, Sundarajan-Ramamurti A, Singer M, Cupples LA, Ellison RC.: *Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. Int J Obes.* 2000, 24(10): 1319–1325.
 89. Blisset J, Haycraft E, Farrow C.: *Inducting preschool children s emotional eating: relations with parental feeding practices. Am J Clin Nutr.* 2010; Aug; 92(2): 359–65.
 90. Bond DS, Vithiananthan S, Leahey TM, Thomas JG, Sax HC, Pohl D, Ryder BA, Roye GD, Giovanni J, Wing RR.: *Prevalence and degree of sexual dysfunction in a sample of women seeking bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis.* 2009; 5, 698–704.
 91. Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, De Sio M, D'Armiento M, Giugliano D.: *Obesity and sexual dysfunction, male and female. Int J Impot Res.* 2008; Jul-Aug; 20(4): 358–65.
 92. Kolotkin RL, Binks M, Crosby R, Østbye T, Gress RE, Adams TD.: *Obesity and Sexual Quality of Life. Obesity.* 2006; March; Vol. 14, No.3, 472–479.
 93. Sarwer DB, Lavery M, Spitzer JC.: *A Review of the Relationships Between Extreme Obesity, Quality of Life, and Sexual Functioning. Obes Surg.* 2012; 22,668–676.
 94. Assimakopoulos K, Karaivazoglou K, Panayiotopoulos S, Hyphantis T, Iconomou G, Kalfarentzos F.: *Bariatric Surgery is Associated with Reduced Depressive Symptoms and Better Sexual Function in Obese Female Patients: A One-Year Follow – up Study. Obes Surg.* 2011; 21:362–366.
 95. Dallal RM, Chernoff A, O'Leary MP, Smith JA, Braverman JD, Quebbemann BB.: *Sexual Dysfunction Is Common in the Morbidly Obese Male and Improves after Gastric Bypass Surgery. J Am Coll Surg.* 2008; 859–864.
 96. Hafner RJ, Watts JM, Rogers J.: *Quality of life after gastric bypass for morbid obesity. Int J Obes.* 1991; 15,555–560.
 97. Bond DS, Wing RR, Vithiananthan S, Sax HC, Roye GD, Ryder BA, Pohl D, Giovanni J.: *Significant Resolution of Female Sexual Dysfunction after Bariatric Surgery., Surg Obes Relat Dis.* 2011; 7, 1–7.
 98. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala, M, Hotter A, Biebl WB, Aigner F.: *Partnership, Sexuality, and Sexual Disorders in Morbidly Obese Women: Consequences of Weight Loss After Gastric Banding. Obes Surg.* 2001; 11, 455–458.
 99. Camps MA, Zervos E, Goode S, Rosemurgy AS.: *Impact of bariatric Surgery on*

- Body Image perception and Sexuality in Morbidly Obese patients and their Partners.* *Obes Surg.* 1996; 6, 356–360.
100. Rand CS, Kuldau JM, Robinns L.: *Surgery for obesity and marriage quality.* *JAMA.* 1982; 247, 1419–1422.
 101. Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AF.: *Psychosocial and behavioral Status of Patients Undergoing Bariatric Surgery: What to expect Before and After Surgery.* *Med Clin N Am.* 2007; 91, 451–469.
 102. Grilo CM, White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH.: *Relation of childhood sexual abuse and other forms of maltreatment to 12-month postoperative outcomes in extremely obese gastric bypass patients.* *Obes Surg.* 2006; Apr;16(4): 454–60.
 103. Wadden TA, Butryn M, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Lipschutz PE, Faulconbridge L, Raper S, Williams NN.: *Comparison of psychosocial status in treatment- seeking women with class III vs.class I-II obesity.* *Obesity.* 2006; 14 (Supl 2), 90S–98S.
 104. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V.: *Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood.* *Int J Obes.* 2002; 26, 1075–82.
 105. Clark MM, Hanna BK, Mai JL, Graszer KM, Krochta JG, McAlpine DE, Reading S, Abu- Lebdeh HS, Jensen MD, Sarr MG.: *Sexual abuse survivors and psychiatric hospitalization after bariatric surgery.* *Obes Surg.* 2007; Apr;17(4): 465–9.
 106. Buser AT, Lam CS, Poplawski SC.: *A long-term cross-sectional study on gastric bypass surgery: impact of self-reported past sexual abuse.* *Obes Surg.* 2009; Apr;19(4): 422–6.
 107. Hildebrandt SE.: *Effects of participation in bariatric support group after Roux-en-Y gastric bypass.* *Obes Surg.* 1998; Oct;8(5): 535–42.
 108. Kaiser KA, Franks SF, Smith AB.: *Positive relationship between support group attendance and one-year postoperative weight loss in gastric banding patients.* *Surg Obes Relat Dis.* 2011; Jan-Feb; 7(1): 89–93.
 109. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, Ko CY, Shekelle PG, Gibbons MM.: *Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review.* *Obes Rev.* 2011; Feb; 12(2): 142–8.
 110. 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; Mar-Apr; 4(2): 100–3.
 111. Orth WS, Madan AK, Taddeucci RJ, Coday M, Tichansky DS.: *Support group meeting attendance is associated with better weight loss.* *Obes Surg.* 2008; Apr; 18(4): 391–4.

Za podporu při přípravě této publikace děkujeme:

České obezitologické společnosti ČLS JEP



společnosti Johnson & Johnson

Johnson & Johnson

a iniciátorce projektu Mgr. Evě Kravarové, Ph.D.

