

Współwystępowanie zaburzenia z napadami objadania się i zaburzenia osobowości typu borderline u pacjentki po operacji bariatrycznej – opis przypadku

Comorbidity of binge eating disorder and borderline personality disorder in a patient after bariatric surgery – a case report

Anna Rajtar¹, Michał Wysocki², Barbara Bętkowska-Korpała¹, Andrzej Budzyński²

¹Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

²Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2023; 18, 1–2: 27–35

Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Rajtar

Zakład Psychologii Lekarskiej

Katedra Psychiatrii

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kraków

e-mail: anna.maria.rajtar@gmail.com

Streszczenie

Zaburzenia psychiczne są powszechne w grupie kandydatów do operacji bariatrycznej, a ich złożony i heterogeniczny charakter uzasadnia przeprowadzenie konsultacji psychologicznej we wstępnym okresie kwalifikacji do chirurgicznego leczenia otyłości. Nielezione zaburzenia psychiczne mogą być jednym z ważnych czynników wyjaśniających ponowny wzrost masy ciała u pacjentów poddanych operacji bariatrycznej. W celu optymalizacji chirurgicznego leczenia otyłości istotne wydaje się wdrożenie odpowiedniej kwalifikacji psychologicznej w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym. Szczególnie ważne jest wyodrębnienie takich kandydatów, którzy wymagają rozszerzonego postępowania terapeutycznego, w tym leczenia farmakologicznego i/lub psychoterapeutycznego, przed przystąpieniem do zabiegu. Celem pracy było omówienie przypadku pacjentki z zaburzeniem odżywiania i współwystępującym zaburzeniem osobowości, u której nastąpił nawrót masy ciała po chirurgicznym leczeniu otyłości.

Słowa kluczowe: otyłość, zaburzenie osobowości borderline, bariatryka, napadowe zaburzenia odżywiania.

Wstęp

Otyłość stanowi poważny problem zdrowotny na całym świecie, osiągając rozmiary epidemii w krajach wysokorozwiniętych (Ng i wsp. 2013). Choroba otyłościowa pociąga za sobą poważne konsekwencje ekonomiczne, społeczne i zdrowotne (NICE 2022). W celu leczenia otyłości podejmuje się działania związane z modyfikacją stylu życia, farmakologiczne, endoskopowe, jak

Abstract

Mental disorders are common in the group of candidates for bariatric surgery, and their complex and heterogeneous nature justifies conducting a psychological consultation in the initial period of selection for surgical treatment of obesity. Untreated mental disorders may be one of the important factors explaining weight regain in patients undergoing bariatric surgery. In order to optimize the surgical treatment of obesity, it seems important to implement an appropriate psychological evaluation in diagnostic and therapeutic procedures. It is particularly important to identify such candidates who require extended therapeutic procedures, including pharmacological and/or psychotherapeutic treatment before starting the procedure. The aim of the study was to discuss the case of a patient with an eating disorder and co-occurring personality disorder, who relapsed after surgical treatment of obesity.

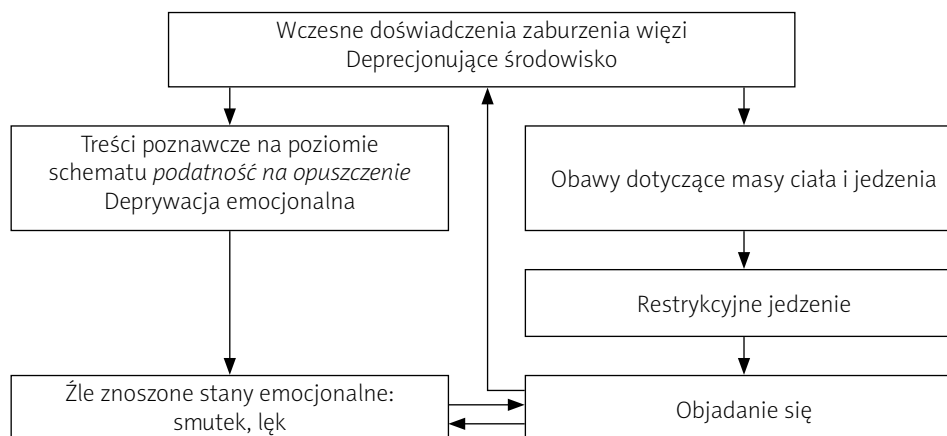
Key words: obesity, borderline personality disorder, bariatrics, binge eating disorder.

również z zakresu chirurgii bariatrycznej (LeBlanc i wsp. 2011). Wzrastająca liczba dowodów naukowych przemawia za tym, że chirurgiczne leczenie otyłości jest postępowaniem terapeutycznym skuteczniejszym w zakresie redukcji masy ciała i trwałości efektu niż stosowanie diet redukujących masę ciała, podejmowanie aktywności fizycznej, modyfikacja stylu życia i stosowanie farmakoterapii (Chang i wsp. 2014; Colquitt i wsp. 2014). Dane naukowe pokazują,

że otyłość stanowi jeden z głównych czynników ryzyka znacznej zachorowalności i śmiertelności (Song i wsp. 2015). Otyłość zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia cukrzycy, chorób układu krążenia (Dawber i wsp. 2015), niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby (Fabbrini i Magkos 2014), obniżonej wydolności układu oddechowego (Forno i wsp. 2016) oraz chorób nowotworowych (Deng i wsp. 2016). Rosnąca liczba danych naukowych podkreślających korzyści związane z chirurgicznym leczeniem otyłości olbrzymiej przyczyniła się do wzrostu popularności wykonywania tego typu zabiegów w ostatniej dekadzie (Welbourn i wsp. 2014). Warto podkreślić, że oprócz uzyskania znacznej utraty masy ciała po zabiegu bariatrycznym obserwuje się redukcję częstości występowania powiązanych z otyłością chorób współistniejących, a także zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych i lękowych, wzrost poziomu aktywności oraz poprawę jakości życia (Kubik i wsp. 2013).

Do zabiegów bariatrycznych, zgodnie z polskimi rekomendacjami w zakresie chirurgii bariatrycznej i metabolicznej (Budzyński i wsp. 2016), kwalifikują się pacjenci, których wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) wynosi 40 kg/m^2 i więcej lub z BMI $35\text{--}40 \text{ kg/m}^2$ przy współwystępowaniu chorób towarzyszących otyłości, m.in. cukrzycy typu 2. Zaburzenia psychiczne występują u ponad połowy pacjentów z chorobą otyłościową w okresie przedoperacyjnym, z czego najczęstsze są zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe oraz zaburzenia odżywiania (*eating disorders* – ED) (Duarte-Guerra i wsp. 2017). W przeprowadzonej metaanalizie badań wykazano, że wśród pacjentów zgłaszających się i przechodzących operację bariatryczną najczęściej występującymi zaburzeniami psychicznymi były depresja (19%) oraz zaburzenia z napadami objadania się (*binge-eating disorder* – BED) (17%). Metaanaliza dostarczyła natomiast sprzecznych danych dotyczących związku między przedoperacyjnym stanem zdrowia psychicznego a pooperacyjną utratą masy ciała. Zaburzenia afektywne i zaburzenia odżywiania nie były istotnie związane z różnicami w wynikach utraty masy ciała po zabiegu. Warto podkreślić, że leczenie bariatryczne wiązało się istotnie ze zmniejszeniem o 8–74% częstości występowania depresji oraz o 40–70% poziomu nasilenia objawów depresyjnych (Dawes i wsp. 2016). Podobnie w innej metaanalizie badań zaobserwowano, że operacje bariatryczne wiązały się ze znacznym zmniejszeniem częstości występowania i nasilenia objawów depresyjnych oraz lęko-

wych wśród osób z otyłością (Loh i wsp. 2021). Co ważne, wykazano także, że pacjenci, u których zdiagnozowano zaburzenie zdrowia psychicznego, mieli o 34% większe ryzyko ponownej hospitalizacji po przebytej operacji bariatrycznej w ciągu 30 dni obserwacji. Co więcej, chorzy z rozpoznaniem dużego zaburzenia afektywnego jedno- lub dwubiegunowego mieli o 46% większe ryzyko ponownego przyjęcia w ciągu 30 dni od operacji (Litz i wsp. 2018). Do podobnych wniosków doszli autorzy innego badania, w którym wykazano, że pacjenci z zaburzeniami lękowymi lub zaburzeniami afektywnymi mieli istotnie wyższy wskaźnik wczesnej ponownej hospitalizacji, a pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi istotnie dłuższy średni czas hospitalizacji ≥ 4 dni (Jalilvand i wsp. 2019). W innym badaniu stwierdzono, że diagnoza zaburzenia psychicznego przed operacją bariatryczną wykazywała istotny pozytywny związek z kosztami i korzystaniem z pooperacyjnej opieki zdrowotnej. Należy zwrócić zatem uwagę, że zwiększenie psychologicznego nadzoru pooperacyjnego w przypadku pacjentów z przedoperacyjnym zaburzeniem psychicznym mogłoby prowadzić do zmniejszenia liczby pooperacyjnych wizyt na oddziałach ratunkowych i przyjęć do szpitala (Kim i wsp. 2020). W przypadku pacjentów potrzebujących stabilizacji stanu psychicznego sugeruje się przedoperacyjne postępowanie farmaceutyczne i nefarmaceutyczne w celu optymalizacji funkcjonowania. Terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioral therapy* – CBT) jest skuteczna w leczeniu psychopatologii niezależnie od obecności zaburzenia z napadami objadania się lub stopnia otyłości. W jednym z badań z zastosowaniem trzymiesięcznego programu CBT z dwunastoma dwugodzinnymi sesjami przed operacją bariatryczną wykazano, że samoocena kandydatów, poziom depresji i zaburzenia odżywiania znacznie się poprawiły, zwłaszcza u osób z zaburzeniami objadania się (Abiles i wsp. 2013). Co ważne, pacjenci, u których wystąpiły pooperacyjne objawy ED, stracili znacznie mniej masy ciała niż pacjenci bez objawów ED (Martin-Fernandez i wsp. 2021). Z psychologicznego punktu widzenia zachowania związane z impulsywnym objadaniem się mogą stanowić główny powód systematycznego wzrostu masy ciała u osób z chorobą otyłościową. Co więcej, napad objadania się po wykonanym zabiegu może spowodować rozerwanie linii zszywek lub zespolenia przewodu pokarmowego i w konsekwencji poważne powikłania chirurgiczne, w tym śmiertelne. Niewłaściwe



Ryc. 1. Konceptualizacja terapii poznawczo-behavioralnej (CBT) skoncentrowanej na schemacie dla zaburzeń odżywiania – zaburzenie z napadami objadania się (zmodyfikowano na podstawie Waller i Corstorphine 2011)

nawyki żywieniowe, trudności związane z planowaniem posiłków, nieadaptacyjne i nieelastyczne przekonania na temat wagi i jedzenia oraz trudności w zakresie samokontroli mogą stanowić psychologiczne przyczyny rozwoju choroby otyłościowej, jak również nawrotu otyłości po zastosowanym leczeniu chirurgicznym. Trudności w utrzymaniu samokontroli oraz osłabione zdolności monitorowania i planowania zachowania, sztywne i trudno modyfikowalne wzorce myślenia, nieprawidłowości w zakresie regulacji emocji to objawy psychologiczne, które mogą występować w różnych zespołach chorobowych i być obecne w zaburzeniach psychicznych o odmiennej etiologii. Z neuropsychologicznego punktu widzenia warto w tym miejscu podkreślić rolę funkcji wykonawczych w zachowaniu człowieka, które są definiowane jako zdolność jednostki do monitorowania, planowania, autoregulacji i utrzymywania zachowania ukierunkowanego na cel. Uważa się, że dysfunkcje wykonawcze odgrywają kluczową rolę w impulsywności. Neuroanatomiczne korelaty funkcji wykonawczych są również związane z impulsywnością (Bari i Robbins 2013). Heterogeniczny charakter dysfunkcji wykonawczych może występować w obrazie klinicznym różnych zaburzeń psychicznych. Osłabiona zdolność kontroli impulsów może zmniejszać umiejętność hamowania problematycznych zachowań, np. wygaszania tendencji lub przerywania reakcji nadmiernego spożycia żywności. Co za tym idzie – wysoki poziom impulsywności może się przyczynić do nadmiernego przybierania masy ciała. W grupie pacjentów z BED, podobnie jak w innych zaburzeniach odżywiania, obserwuje się występowanie cech aleksytymii i deficytów w zakresie zdolności do identyfikacji i regulacji emocji (Carano i wsp. 2012; Compare i wsp.

2012) oraz problemów interpersonalnych (Blomquist i wsp. 2012). Często u pacjentów z BED współwystępują zaburzenia osobowości, zaburzenia nastroju i nadużywanie substancji psychoaktywnych (Kessler i wsp. 2013; Schag i wsp. 2013). Transdiagnostyczne ujęcie w modelu poznawczo-behavioralnym odnoszącym się do konceptualizacji zaburzeń odżywiania podkreśla rolę wspólnych mechanizmów podtrzymujących rdzeń psychopatologii, które dotyczą dysfunkcyjnych przekonań na temat figury, wagi i jedzenia (ryc. 1). Nieadaptacyjne schematy myślenia skutkują stosowaniem bardzo wymagających i ograniczających zachowań dietetycznych, czego konsekwencją są zachowania impulsywne i napadowe objadanie się (Fairburn i wsp. 2003). Pacjenci z BED cechują się dychotomicznym myśleniem dotyczącym kontroli wagi, diety i unikania objadania się, a w rezultacie mają najgorszą samokontrolę jedzenia, wyższy poziom lęku przed przybraniem na wadze i większe niezadowolenie z kształtu ciała niż osoby z chorobą otyłościową bez współwystępującego BED (Schag i wsp. 2013). W leczeniu BED jako metodę pierwszego wyboru stosuje się podejście poznawczo-behavioralne, które ma więcej dowodów skuteczności również w długoterminowej obserwacji (Vocks i wsp. 2010). Warto w tym miejscu podkreślić, że terapie psychologiczne mające na celu leczenie napadowego objadania się mają ograniczony wpływ na masę ciała i co ważne, utrata masy ciała nie jest sama w sobie celem terapii (NICE 2017). W metaanalizie badań dotyczących oceny skuteczności leczenia zaburzenia z napadami objadania się udowodniono znaczną skuteczność psychoterapii poznawczo-behavioralnej w zakresie redukcji epizodów objadania się i utrzymywania abstynencji od objadania się (Hilbert i wsp. 2019).

W kontekście problematyki impulsywności zachowania warto także nawiązać do obserwacji sugerujących stały wzrost rozpowszechnienia nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w grupie osób po operacji bariatrycznej (Cerón-Solano i wsp. 2021). W nawiązaniu do powyższych wniosków dotyczących problematyki dysfunkcji wykonawczych jako neuropsychologicznego substratu zachowań impulsywnych warto przytoczyć wyniki metaanalizy, w której wykazano, że częstość występowania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD) w grupie pacjentów bariatrycznych wynosiła prawie 21%. Nie zaobserwowano istotnej różnicy w wartości BMI między pacjentami z ADHD i bez ADHD po operacji, natomiast odnotowano istotnie mniejszą frekwencję w zakresie wizyt kontrolnych (Mocanu i wsp. 2019). Kolejnym szczególnie ciekawym zagadnieniem jest ocena poziomu funkcjonowania poznawczego u pacjentów po operacji bariatrycznej w obserwacjach odległych. W przeprowadzonym systematycznym przeglądzie wykazano, że po operacji bariatrycznej pacjenci osiągnęli lepsze wyniki w zakresie funkcjonowania neuropsychologicznego w takich domenach, jak pamięć, funkcje wykonawcze czy sprawność językowa, co pokazuje ciekawy i złożony związek między metabolizmem a funkcjonowaniem mózgu (Thiara i wsp. 2017). Leczenie chirurgiczne choroby otyłościowej jest kluczowym postępowaniem terapeutycznym. Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, istotne wydaje się zoptymalizowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego w psychologicznej kwalifikacji do operacji bariatrycznej w celu zwiększenia skuteczności całego postępowania. Celem pracy jest przedstawienie przypadku pacjentki, której złożone problemy psychologiczne mogły być przyczyną nawrotu choroby otyłościowej w krótkim czasie po operacji bariatrycznej.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 44, zgłosiła się na terapię z powodu napadów objadania się i przejadania. Kobieta osiągnęła maksymalną masę ciała wynoszącą 145 kg w październiku 2019 r. przy 172 cm wzrostu (BMI 49,0 kg/m²). W odpowiedzi na propozycję lekarza rodzinnego zdecydowała się na operację bariatryczną. Pacjentka została zakwalifikowana do zabiegu na podstawie wskazań zgodnie z rekomendacjami w zakresie chirurgii bariatrycznej i metabolicznej opublikowanymi w Polsce (Bu-

dyński i wsp. 2016) – osiągnęła BMI powyżej 40 kg/m². W styczniu 2020 r. przeszła zabieg rękawowej resekcji żołądka (*sleeve gastrectomy*) z dostępu laparoskopowego (przedoperacyjna masa ciała 136 kg). Po zabiegu pacjentka miała trudności z pionizacją ciała, w związku z czym ograniczała swoją aktywność fizyczną. W ciągu pół roku od operacji osiągnęła najniższą masę ciała po zabiegu wynoszącą 117 kg. W ciągu kolejnego roku zaczęła stopniowo przybierać na wadze, aż do 130 kg. Brak aktywności fizycznej oraz nadmierne łaknienie skutkujące spożyciem kalorii powyżej dziennego zapotrzebowania spowodowało stopniowy przyrost masy ciała. Obecnie masa ciała pacjentki wynosi 136 kg. Trudności żywieniowe pacjentki polegają na ciągłym podjadaniu w ciągu dnia oraz występowaniu epizodów przejadania się do osiągnięcia uczucia dyskomfortu. W takich sytuacjach pacjentka ma poczucie, że traci kontrolę nad własnym działaniem. Nie podejmuje żadnych zachowań kompensacyjnych bezpośrednio po napadzie objadania się (np. rygorystyczna dieta, samodzielnie wywoływane wymioty, nadużywanie środków przeczyszczających i moczopędnych). Napady objadania się i powstała w związku z tym otyłość powodują znaczne pogorszenie jakości życia i ograniczają funkcjonowanie pacjentki w życiu społecznym oraz zawodowym. Kobieta ogranicza także kontakty towarzyskie z innymi osobami z powodu odczuwanego dyskomfortu związanego z otyłością.

Pacjentka ukończyła studia wyższe na kierunku administracja. W szkole średniej miała trudności z ukończeniem kolejnych klas, nie zdała matury i zaczęła edukację w szkole zawodowej. Następnie na dwa lata przeniosła się do liceum wieczorowego i ponownie wróciła do szkoły zawodowej. Ostatecznie ukończyła szkołę średnią w systemie wieczorowym. Podjęła naukę w studium policealnym, a potem rozpoczęła i ukończyła studia wyższe magisterskie. Obecnie pracuje w korporacji jako specjalistka ds. rachunkowości. Zazwyczaj pracuje 8 godzin w ciągu dnia w systemie pracy zmianowej. Pacjentka mieszka z mężem, z którym jest w związku od 6 lat. Nie mają dzieci. Mąż pracuje jako kierowca i często jest na wyjazdach poza domem rodzinnym. Obecnie pacjentka leczy się z powodu astmy oskrzelowej – jest pod stałą kontrolą pulmonologa. Od dwóch miesięcy jest pod opieką psychiatry i przyjmuje bupropion w dawce 150 mg/dobę.

Pacjentka ma trudność z planowaniem posiłków i ustaleniem prawidłowego wzorca odżywiania się. Prezentuje nieregularny i nie-

ustrukturyzowany sposób odżywiania się. Ma tendencję do ciągłego podjadania lub pomijania głównych posiłków, co w konsekwencji prowadzi do napadowego objadania się. Zwykle łączy jedzenie z wykonywaniem innych czynności, a w sytuacjach napadowego objadania się traci kontrolę nad tempem jedzenia.

W czasie oceny stanu psychicznego pacjentka była w dobrym kontakcie werbalnym, w nastroju i napędzie psychoruchowym wyrównanym, z dostosowanym afektem, nie wypowiadała urojeń, nie prezentowała formalnych zaburzeń myślenia, zaprzeczała myślom samobójczym, nie wykazywała tendencji samobójczych, w zachowaniu była spokojna. Negowała stosowanie substancji psychoaktywnych oraz problemy ze snem. Krytycyzm odnośnie do swojej sytuacji i stanu zdrowia był prawidłowo zachowany. W rozszerzonym badaniu psychologicznym wykorzystano techniki diagnostyczne, takie jak wywiad i obserwacja oraz testy i kwestionariusze służące do oceny funkcjonowania emocjonalnego: *Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń z osi I (SCID-I)*, *Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości wg DSM-5 (SCID-5-PD)*, *Inwentarz depresji Becka – drugie wydanie (Beck Depression Inventory – Second Edition – BDI-II)* oraz kwestionariusz EDE-Q 6.0 (*Eating Disorder Examination Questionnaire*). Pacjentka spełniała kryteria (zgodne z DSM-5) napadowego zaburzenia odżywiania, zaburzenia osobowości typu borderline oraz prezentowała łagodnie nasilone objawy depresyjne. Wychowywała się sama z matką, pomagali im dziadkowie. W okresie przedszkolnym często pozostawała pod opieką dziadków z powodu wyjazdów matki do pracy. Z ojcem nie utrzymywała kontaktu. Matkę wspomina jako zapracowaną, nieobecną i chłodną emocjonalnie. W szkole średniej pacjentka miała trudności z ukończeniem kolejnych klas z powodu częstych absencji. W tym okresie często wychodziła na spotkania towarzyskie, na których spożywała regularnie duże ilości alkoholu i przyjmowała inne substancje psychoaktywne, np. amfetaminę, marihuanę. Wspominała, że długo szukała swojej tożsamości i często zmieniała subkultury. W okresie późnej adolescencji i wczesnej dorosłości pacjentka miała liczne, przelotne relacje z mężczyznami, którymi często była zauroczona, miała trudności z zakończeniem relacji – albo była porzucana, albo unikała konfrontacji z sytuacją rozstania. Wspomina, że miała problemy z akceptacją samotności oraz wypełnianiem codziennych obowiązków. Pacjentka stopniowo przybierała na wadze, od okresu rozwojowego często doświadczała dyskryminacji ze

strony rówieśników z powodu otyłości. W wieku dorosłym miała kilka relacji partnerskich do czasu zawarcia związku małżeńskiego. Obecnie jest zmartwiona swoim stanem, czuje się zaniedbana i obawia się o swoje zdrowie.

Konceptualizacja przypadku

Czynniki, które mogły mieć wpływ na powstanie zaburzeń odżywiania jako mechanizmu regulującego emocje w zaburzeniu osobowości borderline, mogą obejmować podatność biologiczną, zaburzenia więzi z obiektem, deprecjonujące środowisko oraz brak właściwego modelowania w kwestii wzorców jedzenia (tab. 1). Ojciec pacjentki porzucił ją w bardzo wczesnym okresie i nie chciał utrzymywać kontaktu, a matka była często nieobecna fizycznie i chłodna emocjonalnie. Z powodu doświadczanych wahań emocjonalnych pacjentka w okresie adolescencji rozwinęła wielopostaciową impulsywność. W przeszłości nadużywała substancji psychoaktywnych, podejmowała liczne przelotne relacje z partnerami oraz objadała się. Zaburzenia w zakresie regulacji emocji stanowią kluczowy czynnik wywołujący nieprawidłowe zachowania związane z jedzeniem. Zaburzenia więzi oraz deprecjonujące środowisko mogły się przyczynić do rozwoju przekonań rdzennych dotyczących bycia nieważną i niezasługującą na miłość. Pacjentka objada się w różnych sytuacjach codziennych w mechanizmie unikania dyskomfortu emocjonalnego w odpowiedzi na schemat poczucia nieważności, a także w mechanizmie impulsywności i utraty samokontroli nad zachowaniami nagradzającymi. Przekonania na temat trudności w akceptowaniu emocji i wynikające z tego problemy związane z regulacją afektu mogą mieć swoje źródło w dorastaniu. Środowisko, które było nieobecne lub krzywdzące, mogło ignorować emocje bądź dawać na nie negatywną odpowiedź. W efekcie tego pacjentka w trakcie dorastania mogła rozwinąć dysfunkcyjne przekonania na temat emocji pierwotnych i sposobów ich doświadczania. Rezultatem takiego mechanizmu mogą być pojawiające się negatywne emocje wtórne, które mogą zaburzać zdolność do ustosunkowania się wobec emocji pierwotnych i reagowania na nie w sposób adaptacyjny. Pacjentka może hamować swoje doświadczanie i wyrażanie emocji poprzez zachowania związane z kompulsywnym jedzeniem. Może mieć trudności w akceptowaniu i tolerowaniu emocji, które pojawiają się w odpowiedzi na dysfunkcyjne przekonania rdzenne. Strategie radzenia sobie polegające na objadaniu się mogą stanowić

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne dotyczące zaburzenia z napadami objadania się i zaburzenia osobowości typu borderline wg DSM-5

Zaburzenie dominujące w obrazie klinicznym	Zaburzenie współwystępujące (zaburzenie osobowości)
<p>A. Nawracające epizody objadania się. Epizod objadania się charakteryzuje się obiema z następujących cech:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jedzenie w określonym czasie (np. w ciągu dwóch godzin) takiej ilości jedzenia, która zdecydowanie przekracza to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie w podobnych okolicznościach • poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie trwania epizodu (np. poczucie, że nie można zaprzestać jedzenia lub zapanować nad tym, ile się je) <p>B. Epizody objadania się są związane z co najmniej trzema z poniższych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jedzenie szybsze niż w przypadku większości ludzi • jedzenie do osiągnięcia nieprzyjemnej pełności • jedzenie dużych ilości jedzenia pomimo braku odczuwania głodu • jedzenie w samotności z powodu wstydu wywołanego ilością spożywanego pokarmu • poczucie obrzydzenia samym sobą, przygnębienia lub nasilone poczucie winy po epizodzie objadania się <p>C. Wyraźne cierpienie spowodowane objadaniem się</p> <p>D. Epizody objadania się występują średnio co najmniej raz w tygodniu przez trzy miesiące</p> <p>E. Epizody objadania się nie są związane z występowaniem powtarzanych, nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych, jak w żartocznosci psychicznej, i nie występują wyłącznie w przebiegu żartocznosci psychicznej lub jadowstrętu psychicznego</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desperacki wysiłek wkładany w unikanie wyobrazonego odrzucenia przez innych 2. Niestabilne i burzliwie przebiegające związki międzyludzkie, charakteryzujące się wahaniami między skrajnymi stanami – idealizowaniem lub pozbawianiem wartości 3. Zakłócenie poczucia własnej tożsamości: wyraźny i trwale niestabilny obraz samego siebie lub własnego „ja” 4. Impulsywność okazywana w co najmniej dwóch obszarach, stwarzająca potencjalne zagrożenie (np. wydatki, seks, nadużywanie substancji, lekkomyślna jazda, objadanie się) 5. Nawracające zachowania, gesty lub groźby samobójcze albo samoookaleczenia 6. Niestabilność reakcji emocjonalnych spowodowana zmiennością nastroju w zależności od warunków (np. nasilone epizody dysforii, drażliwość lub lęk utrzymujące się do kilku godzin, rzadko dłużej niż kilka dni) 7. Przewlekłe poczucie pustki 8. Niedostosowane zachowania, poczucie gniewu i trudności w panowaniu nad nim (np. częste wybuchy złości, utrzymujące się poczucie gniewu, powtarzający się udział w bójkach) 9. Związane z czynnikami stresowymi, przemijające wyobrażenia paranoidalne lub bardzo nasilone objawy dysocjacyjne

formę unikania konfrontacji z doświadczeniem emocjonalnym. Pacjentka reaguje także strategiami związanymi z objadaniem się na sytuacje doświadczania pozytywnych stanów emocjonalnych, wykazując wtedy wysoką impulsywność i brak zahamowania. Zwykle po takich sytuacjach pojawiają się emocje wtórne i złość na siebie. Styl życia pacjentki, w którym widoczne są różne obszary zaniedbywania siebie, może odzwierciedlać strategię podtrzymującą schemat dotyczący poczucia nieważności. Pacjentka nie zwraca uwagi na swój wygląd, nie dba o ubiór, swoje hobby, aktywności, jedzenie i nie planuje posiłków. Stosuje także unikowe strategię radzenia sobie ze schematem, unikając trudnych konfrontacji, nie stawiając granic w relacjach czy izolując się społecznie. Jedzenie stanowi dla niej strategię behawioralną automatycznie uruchamianą w celu regulowania doświadczeń emocjonalnych. Pacjentka wypracowała dysfunkcyjny schemat poznawczy dotyczący samooceny. Figura i masa ciała zdaniem pacjentki mogą zagwarantować utrzymanie bliskiej relacji. W konsekwencji takiego myślenia kobieta wypracowała sztywne i nieadaptacyjne przekonania dotyczące odżywiania się i konieczności stosowania restrykcyjnych diet. Wielokrotne próby podejmowania rygorystycznych ograniczeń koń-

czyły się powrotem do objadania się. Napadowe objadanie się było konsekwencją ograniczeń dietetycznych stosowanych w ciągu dnia oraz próbą regulowania dyskomfortu emocjonalnego. Kumulacja czynników psychologicznych, takich jak impulsywność działania, trudności w planowaniu i monitorowaniu zachowania, zaburzenia w zakresie regulacji emocji, nieadaptacyjne przekonania na temat jedzenia i znaczenia masy ciała skutkowały stałym przyrostem masy ciała. Interwencją terapeutyczną u tej pacjentki nakierowaną na modyfikację przekonań poznawczych, jak również przekonań dotyczących doświadczeń emocjonalnych i wynikających z tego zachowań impulsywnych mogłaby być rozszerzona terapia CBT: poznawczo-emocjonalno-behawioralna terapia zaburzeń odżywiania (*cognitive emotional behavioural therapy – eating disorder – CEBT-ED*; Corstorphine 2006).

Omówienie

W przedstawionym przypadku zwrócono uwagę na rolę potencjalnych czynników psychologicznych wyjaśniających ryzyko ponownego przybrania na wadze u pacjentów poddanych operacji bariatrycznej. W jednym z badań wykazano, że wśród chorych po operacji bariatrycz-

nej 36% przybrało na wadze od osiągnięcia jej najniższego poziomu (Tolvanen i wsp. 2022). Wyniki metaanalizy wykazały obecność podwyższonych wskaźników psychopatologii w grupie pacjentów po operacji bariatrycznej, którzy odzyskali wcześniejszą masę ciała. Związek między ogólną psychopatologią a powrotem do masy ciała sprzed operacji nie był jednak spójny we wszystkich badaniach (Mauro i wsp. 2019). Warto także zauważyć, że zaburzenia psychiczne mogą być związane z nawrotem masy ciała, ale także ogólną poprawą w zakresie funkcjonowania psychicznego w związku z polepszeniem stanu zdrowia i zwiększeniem ogólnej sprawności (Batsis i wsp. 2019). W odniesieniu do kwestii związanych z czynnikami psychologicznymi wśród kandydatów do operacji bariatrycznej istotnym elementem mogą być pewne cechy impulsywności i zaburzenia w zakresie regulacji emocji czy trudności w zakresie samokontroli zachowania jako głównego czynnika wpływającego na zachowania żywieniowe i powodującego otyłość. Podobnie te cechy psychopatologiczne mogą się przyczynić do uzyskiwania suboptymalnych wyników po operacji bariatrycznej, w tym mniejszej niż oczekiwana utraty masy ciała, a także do występowania psychologicznego dystresu (Sarwer i wsp. 2019).

Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka jest najpowszechniej wykonywanym na świecie zabiegiem bariatrycznym (Welbourn i wsp. 2019). W uproszczeniu polega na wprowadzeniu przez 5 krótkich nacięć skórnych portów roboczych, tzw. trokarów, do jamy otrzewnej, a następnie uformowaniu z żołądka wąskiego rękawa (*sleeve*) wzdłuż wprowadzonej przez usta pacjenta sondy kalibrującej. Formowanie polega na przecięciu żołądka staplerem, który zakłada 6 rzędów zszywek tytanowych i przecina pośrodku. W ten sposób powstaje nowy żołądek – *sleeve* – o objętości ok. 100–150 ml oraz remnant żołądka, który po uwolnieniu z otaczających tkanek jest usuwany przez nieco poszerzone nacięcie skórne po trokarze. Szczególną ostrożność należy zachować w pierwszym miesiącu po zabiegu – przez pierwsze dwa tygodnie dieta jest półpłynna, papkowata, podzielona na pięć porcji, a między nimi pacjent przyjmuje wodę lub niesłodzone płyny, by się nie odwodnić. Po dwóch tygodniach od zabiegu stopniowo wprowadzane są pokarmy stałe, które muszą być dokładnie pogryzione, należy też unikać polykania nadmiernej ilości powietrza. Ograniczenie objętościowe jest postulowane jako podstawowy mechanizm działania powyższego zabiegu, ale nie jedyny. Istotny spadek apetytu zachodzi

wskutek spadku stężenia greliny (hormon głodu produkowany w trzonie i dnie żołądka), zmian w wydzielaniu innych hormonów jelitowych regulujących odczucie głodu i sytości oraz gospodarkę węglowodanową, a także w wyniku zmian składu flory bakteryjnej przewodu pokarmowego (Karamanakos i wsp. 2008; Makris i wsp. 2017). Nadrzedną rolę w napędzie do jedzenia odgrywa jednak ośrodkowy układ nerwowy. Kluczowa jest zatem współpraca chirurga z psychologiem, psychoterapeutą bądź psychiatrą w procesie przygotowania i prowadzenia pacjentów w chirurgii bariatrycznej. W okresie przedoperacyjnym w trakcie wizyt diagnostycznych chirurg oczekuje od psychologa, psychodietetyka bądź psychiatry wyłonienia pacjentów, którzy mają zaburzenia psychiczne wymagające leczenia przed zabiegiem bariatrycznym. Według wytycznych chirurgii bariatrycznej przeciwwskazaniami bezwzględnymi do wykonania operacji są m.in. brak współpracy ze strony chorego lub brak akceptacji efektu zabiegu spowodowany przez:

- czynne uzależnienie od alkoholu lub narkotyków; kwalifikację do operacyjnego leczenia otyłości można rozważyć w przypadku trwającego co najmniej rok udokumentowanego okresu abstynencji;
- choroby psychiczne niepoddające się kontroli mimo leczenia i farmakoterapii;
- upośledzenie umysłowe ciężkiego stopnia (Budzyński i wsp. 2016).

Napad objadania się w pierwszym miesiącu po rękawowej resekcji żołądka w najlepszym wypadku spowoduje refluks, nudności, wymioty, ból brzucha lub zespół poposiłkowy (*dumping syndrome*; jest to nagły wzrost stężenia glukozy we krwi, czyli glikemii, wskutek szybkiego przedostania się składników odżywczych ze *sleeve'a* do jelita cienkiego z następczym reaktywnym spadkiem glikemii nawet do poziomu hipoglikemii z towarzyszącymi objawami wegetatywnymi). W najgorszym wypadku nadmierna objętość pokarmu spowoduje rozerwanie linii zszywek z następczym zapaleniem otrzewnej, które zagraża życiu pacjenta. Po wygojeniu żołądka napadowe objadanie się prowadzi do rozciągnięcia nowego żołądka, braku efektu bariatrycznego w zakresie utraty masy ciała, a w dalszej perspektywie do nawrotu otyłości (El Ansari i Elhag 2021). W omawianym przypadku zawiodło przygotowanie przedoperacyjne. Zgodnie z wynikami dostępnych badań rozpoznanie BED powinno skutkować wdrożeniem CBT (Paul i wsp. 2017) i wykonaniem operacji bariatrycznej dopiero po pozytywnej ocenie psychoterapeuty i psychiatry odnośnie do możliwości wykonania zabiegu.

Z kolei w okresie pooperacyjnym w ramach kontroli pacjentka regularnie powinna się spotykać z dietetykiem i psychologiem w celu utrwalenia dobrych nawyków w zakresie zdrowego żywienia zgodnie z zaleceniami dotyczącymi postępowania po operacjach bariatrycznych, a także w celu podtrzymywania motywacji do utraty masy ciała i wysiłku fizycznego. W przypadku wdrożenia z dobrym efektem CBT po nawrocie otyłości możliwe jest wykonanie rewizyjnego zabiegu bariatrycznego, który oprócz redukcji objętości łączy się z ograniczeniem wchłaniania przez wyłączenie części przewodu pokarmowego z tego procesu, jednak kwalifikacja psychologiczna i psychiatryczna powinna być jeszcze bardziej restrykcyjna niż przy pierwotnym leczeniu bariatrycznym. Postępowanie wg wytycznych NICE opublikowanych w 2022 r. oraz dokładna diagnostyka psychologiczna zgodna z rekomendacjami opublikowanymi w 2016 r. mogą pozwolić na potwierdzenie wskazań do operacji chirurgicznego leczenia otyłości i ustalenie ewentualnych przeciwwskazań. Umożliwiają też określenie, które przeciwwskazania mają charakter przejściowy i wymagają podjęcia farmakoterapii i/lub psychoterapii, a które mają charakter ostateczny i stanowią bezwzględne przeciwwskazanie (Sogg i wsp. 2016).

Podsumowując – omawiany przypadek potwierdza znaczenie psychologicznej kwalifikacji pacjentów do chirurgicznego leczenia otyłości. Współczesny rozwój badań nad psychologicznymi mechanizmami choroby otyłościowej może pozwolić na opracowanie bardziej skutecznych metod diagnostyczno-terapeutycznych. Z klinicznego punktu widzenia ważną kwestią jest diagnoza różnicowa zaburzeń, które mogą być wskazaniem do odroczenia zabiegu i wymagać podjęcia interwencji farmakologicznych i/lub psychoterapeutycznych przed zabiegiem. Powodzenie chirurgicznego leczenia otyłości w postaci długotrwałego utrzymania zredukowanej masy ciała wymaga wielospecjalistycznej opieki na różnych etapach postępowania bariatrycznego.

Oświadczenie

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Abiles V, Rodriguez-Ruiz S, Abiles J i wsp. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in morbidity obese candidates for bariatric surgery with and without binge eating disorder. *Nutr Hosp* 2013; 28: 1523-1529.
2. Bari A, Robbins TW. Inhibition and impulsivity: behavioral and neural basis of response control. *Prog Neurobiol* 2013; 108: 44-79.
3. Batsis JA, Lopez-Jimenez F, Collazo-Clavell ML i wsp. Quality of life after bariatric surgery: a population-based cohort study. *Am J Med* 2019; 122: 1055-e1.
4. Blomquist KK, Ansell EB, White MA i wsp. Interpersonal problems and developmental trajectories of binge eating disorder. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 1088-1095.
5. Budzyński A, Major P, Głuszek S i wsp. Polskie rekomendacje w zakresie chirurgii bariatrycznej i metabolicznej. *Medycyna Praktyczna – Chirurgia* 2016; 6: 13-25.
6. Carano A, De Berardis D, Campanella D i wsp. Alexithymia and suicide ideation in a sample of patients with binge eating disorder. *J Psychiatr Pract* 2012; 18: 5-11.
7. Cerón-Solano G, Zepeda RC, Lozano JGR i wsp. Bariatric surgery and alcohol and substance abuse disorder: a systematic review. *Cirugía Española (English Edition)* 2021; 99: 635-647.
8. Chang S, Stoll C, Song J i wsp. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg* 2014; 149: 275-287.
9. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E i wsp. Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 2014: CD003641.
10. Compare A, Callus E, Grossi E. Mindfulness trait, eating behaviours and body uneasiness: a case-control study of binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2012; 17: e244-251.
11. Corstorphine E. Cognitive-emotional-behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *Eur Eat Disord Rev* 2006; 14: 448-461.
12. Dawber T, Moore F, Mann G. Coronary heart disease in the Framingham Study. *Int J Epidemiol* 2015; 44: 1767-1780.
13. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR i wsp. Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: a meta-analysis. *JAMA* 2016; 315: 150-163.
14. Deng T, Lyon C, Bergin S i wsp. Obesity, inflammation, and cancer. *Ann Rev Pathol Mech Dis* 2016; 11: 421-449.
15. Duarte-Guerra LS, Coêlho BM, Santo MA i wsp. Morbidity persistence and comorbidity of mood, anxiety, and eating disorders among preoperative bariatric patients. *Psychiatry Res* 2017; 257: 1-6.
16. El Ansari W, Elhag W. Weight regain and insufficient weight loss after bariatric surgery: Definitions, prevalence, mechanisms, predictors, prevention and management strategies, and knowledge gaps – a scoping review. *Obes Surg* 2021; 31: 1755-1766.
17. Fabbrini E, Magkos F. Obesity and the pathogenesis of non-alcoholic fatty liver disease. W: *Treatment of the obese patient. Part 1*. Springer, New York 2014; 121-135.
18. Fairburn CG, Cooper Z, Shfran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment? *Behav Res Ther* 2003; 41: 509-528.
19. Forno E, Han Y, Mullen J i wsp. Meta-analysis of obesity and lung function. *Am J Respir Crit Care Med* 2016; 193.
20. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S i wsp. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2019; 87: 91-105.
21. Jalilvand A, Dewire J, Detty A i wsp. Baseline psychiatric diagnoses are associated with early readmissions and long hospital length of stay after bariatric surgery. *Surg Endosc* 2019; 33: 1661-1666.

22. Karamanakis SN, Vagenas K, Kalfarentzos F i wsp. Weight loss, appetite suppression, and changes in fasting and postprandial ghrelin and peptide-YY levels after Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy: a prospective, double blind study. *Ann Surg* 2008; 247: 401-407.
23. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT i wsp. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013; 73: 904-914.
24. Kim J, Simper S, McKinlay R i wsp. Healthcare cost and utilization of bariatric surgical patients with and without preoperative mental health diagnoses. *Surg Obes Relat Dis* 2020; 16: 682-689.
25. Kubik JF, Gill RS, Laffin M i wsp. The impact of bariatric surgery on psychological health. *J Obes* 2013; 2013: 837989.
26. LeBlanc ES, O'Connor E, Whitlock EP i wsp. Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: a systematic evidence review for the US preventive services taskforce. *Ann Intern Med* 2011; 155: 434-447.
27. Litz M, Rigby A, Rogers AM i wsp. The impact of mental health disorders on 30-day readmission after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2018; 14: 325-331.
28. Loh HH, Francis B, Lim LL i wsp. Improvement in mood symptoms after post-bariatric surgery among people with obesity: A systematic review and metaanalysis. *Diabetes Metab Res Rev* 2021; 37: e3458.
29. Makris MC, Alexandrou A, Papatsoutsos EG i wsp. Ghrelin and obesity: Identifying gaps and dispelling myths. A Reappraisal. *In Vivo* 2017; 31: 1047-1050.
30. Martin-Fernandez KW, Martin-Fernandez J, Marek RJ i wsp. Associations among psychopathology and eating disorder symptoms and behaviors in post-bariatric surgery patients. *Eat Weight Disord* 2021; 26: 2545-2553.
31. Mauro MFF, Papelbaum M, Brasil MAA i wsp. Is weight regain after bariatric surgery associated with psychiatric comorbidity? A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2019; 20: 1413-1425.
32. Mocanu V, Tavakoli I, MacDonald A i wsp. The impact of ADHD on outcomes following bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Obes Surg* 2019; 29: 1403-1409.
33. Ng M, Fleming T, Robinson M i wsp. 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* 2013; 384: 766-781.
34. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity: identification, assessment and management. London: Department of Health: NICE clinical guideline (CG189); 2022.
35. NICE. Eating disorders: Recognition and treatment. National Institute for Health and Care Excellence 2017; 27: 547-561.
36. Paul L, van der Heiden C, Hoek HW. Cognitive behavioral therapy and predictors of weight loss in bariatric surgery patients. *Curr Opin Psychiatry* 2017; 30: 474-479.
37. Sarwer DB, Allison KC, Wadden TA i wsp. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2019; 15: 650-655.
39. Schag K, Schönleber J, Teufel M i wsp. Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder – a systematic review. *Obes Rev* 2013; 14: 477-495.
40. Sogg S, Lauretti J, West-Smith L. Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients. *Surg Obes Relat Dis* 2016; 12: 731-749.
41. Song X, Jousilahti P, Stehouwer C i wsp. Cardiovascular and all-cause mortality in relation to various anthropometric measures of obesity in Europeans. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2015; 25: 295-304.
42. Thiara G, Cigliobianco M, Muravsky A i wsp. Evidence for neurocognitive improvement after bariatric surgery: a systematic review. *Psychosomatics* 2017; 58: 217-227.
43. Tolvanen L, Christenson A, Surkan PJ i wsp. Patients' experiences of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg* 2022; 32: 1498-1507.
44. Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R i wsp. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 205-217.
45. Waller G, Corstorphine E. *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania. Wszechstronny przewodnik terapeutyczny.* MediPage, Warszawa 2011.
46. Welbourn R, Hollyman M, Kinsman R i wsp. Bariatric surgery worldwide: baseline demographic description and one-year outcomes from the Fourth IFSO Global Registry Report 2018. *Obes Surg* 2019; 29: 782-795.
47. Welbourn R, Small P, Finlay I i wsp. The United Kingdom National Bariatric Surgery Registry. Second Registry Report 2014.