

De som själva väljer obesitas-kirurgi är också de mest lämpade

Ingreppet kräver livslång anpassning, viktigt utreda att patienten klarar det



KRISTINA ELFHAG, leg psykolog, med dr, överviktsenheten
 Kristina.Elfhag@ki.se
MIKAEL WIRÉN, leg läkare, docent, enheten för kirurgi, institu-

tionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik (CLINTEC); båda Karolinska institutet, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Obesitaskirurgi kräver postoperativ anpassning med livslång begränsning av födointaget. Följs inte detta finns risk för medicinska komplikationer, till skillnad från möjliga följder av icke-kirurgisk behandling för fetma. Det är därför angeläget att kartlägga klinisk karakteristik och psykologisk funktion som kan ha betydelse för förmågan att klara den postoperativa anpassningen.

Enligt en litteraturgenomgång kan mental ohälsa och stort ätande vara negativa prediktorer för behandlingsresultat vid obesitaskirurgi [1]. Dessutom har förhöjda nivåer av psykopatologi hos patienter aktuella för obesitaskirurgi beskrivits i litteraturen [2-4]. Emellertid är det också välkänt att fetmapatienter generellt sett har sämre mental hälsa än befolkningen i stort [5]. Vad som vore alarmerande är om de fetmapatienter som efterfrågar kirurgisk behandling har ett mer problematiskt fungerande än fetmapatienter i allmänhet. En studie om patienternas val av olika typer av obesitaskirurgi har gjorts [6], men vi har inte hittat någon information om vilka patienter som väljer kirurgisk behandling generellt.

Utöver mental ohälsa och stort ätande kan en del bakgrundsfaktorer ha betydelse för behandlingsresultat vid obesitaskirurgi, enligt en litteraturgenomgång [1]: kvinnligt kön, yngre ålder, fetmadebut före vuxenlivet och högre ekonomisk status var positiva prediktorer till utfallet. Såväl stort ätande och psykopatologi som ett flertal generella karakteristika vore därmed av relevans att utvärdera hos fetmapatienter som väljer kirurgisk viktreduktionsbehandling i stället för traditionell.

De mest allvarliga formerna av stort ätande vid fetma är hetsättningsstörning (binge eating disorder) och bulimia nervosa. Bulimia nervosa är klassificerad som en ätstörningsdiagnos enligt den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [7], och hetsättningsstörning är än så länge en preliminär ätstörningsdiagnos, vilken officiellt klassificeras som ätstörning UNS. Generellt sett ses dessa ätstörningar hos 10 procent av de patienter som remitteras till fetmabehandling på Karolinska Universitetssjukhuset [8].

Syftet med denna studie var att jämföra de kliniska profiler-

»Eftersom obesitaskirurgi är krävande vad gäller den radikala, livslånga anpassningen i födointag, är en psykologisk utvärdering av kandidater till kirurgisk behandling självfallet angelägen ...«

na hos fetmapatienter som väljer kirurgisk respektive traditionell viktreduktionsbehandling. Detta kan belysa karakteristika som kan innebära risk för postoperativa problem, och som därmed behöver beaktas vid bedömningen av kandidater till obesitaskirurgi. Det kan också ge mer förståelse av vad som motiverar en grupp fetmapatienter till kirurgisk intervention.

METOD

Undersökningsgrupp. I studien ingick vuxna patienter inom Stockholms läns landstings upptagningsområde remitterade till specialistbehandling för fetma på Karolinska Universitetssjukhuset och som gett sitt samtycke till forskning. Den aktuella gruppen bestod av 281 patienter (188 kvinnor och 93 män) med ett genomsnittligt kroppsmasseindex (BMI) på 41,3 kg/m² (SD 6,1) och en medelålder på 43,6 år (SD 12,7). Projektet har godkänts av etisk kommitté inom Karolinska institutet, Stockholm.

Procedur. Patienter vars remiss accepterats för vidare ställningstagande till fetmabehandling vid överviktsenheten vid Karolinska Universitetssjukhuset fick inbjudan till ett introduktionsmöte med information om de olika behandlingsalternativen (obesitaskirurgi respektive traditionell viktreduktionsbehandling med livsstilsinterventioner). Efter val av behandling sattes patienterna upp på väntelista till de respektive enheterna (kirurgiska kliniken eller överviktsenheten), och de ombads att besvara ett frågeformulär.

De patienter som önskade kirurgi utvärderades enligt kriterier fastställda år 1991 av NIH (National Institutes of Health) och erbjöds laparoskopisk reglerbar magsäcksbandning eller laparoskopisk gastrisk bypass-kirurgi [9]. NIH-kriterierna innebär BMI >40 kg/m² eller BMI >35 kg/m² om det finns medicinska högriskfaktorer. På grund av ett växande antal remisser till fetmabehandling överensstämmer dessa kriterier också med riktlinjerna för att accepteras till överviktsenheten.

Datainsamlingsperioden varade från maj 2003 till december 2004. Kirurgpatienterna inkluderades under endast en period av datainsamlingen, och storleken på grupperna avspeglar därmed inte en representativ fördelning vad gäller patienternas behandlingsval.

Deskriptiv information. Grundläggande data som användes

SAMMANFATTAT

Obesitaskirurgi medför livslång postoperativ anpassning med begränsat födointag. Det är angeläget att ta reda på om de fetmapatienter som själva väljer kirurgisk behandling har högre grad av problematik som kan göra det svårt att klara denna anpassning än fetmapatienter generellt. **Vår studie** visar att fetmapatienter som väljer obesitaskirurgi oftare var kvinnor, yngre, hade tidigare start på viktut-

vecklingen och en historik med viktpendling. Inga skillnader förelåg vad gäller ätstörningar (hetsättningsstörning och bulimia nervosa) eller psykopatologi mellan grupperna. **Unga kvinnor** med grav fetma som varit överviktiga under merparten av sina liv och som gjort många viktminskningsförsök kan vara de som är mest motiverade att söka en lösning på sin fetmaproblematik genom kirurgisk behandling.

TABELL I. Karakteristik för fetmapatienter som väljer obesitaskirurgi respektive traditionell viktreduktionsbehandling.

	Obesitaskirurgi N=53	Traditionell viktreduktionsbehandling N=228	t-test/ χ^2	P-värde
Kvinnor/män, N (procent)	42 (79)/11 (21)	146 (64)/82 (36)	4,5	0,034
Ålder, år, M (SD)	37,8 (8,7)	44,9 (13,1)	-4,8	<0,001
BMI, kg/m ² , M (SD)	43,8 (6,4)	40,8 (5,9)	3,3	0,001
Eftergymnasial utbildning, N (procent)	34 (64)	130 (58)	0,72	0,396
Ålder vid viktuppgång, år, M (SD)	11,4 (6,5)	17,4 (10,7)	-4,7	<0,001
Ätstörningar, N (procent)	5 (10)	22 (10)	0,01	0,941
Symtom på psykopatologi, Global Severity Index, M (SD)	0,99 (0,65)	0,94 (0,66)	0,51	0,608

TABELL II. Ålder vid start av viktutvecklingen för fetmapatienter som väljer obesitaskirurgi respektive traditionell viktreduktionsbehandling.

	Obesitaskirurgi N=53	Traditionell viktreduktionsbehandling N=228	χ^2	P-värde
<i>Ålder vid start av viktutvecklingen:</i>				
Under barndomen, före 13 års ålder (procent)	27 (63)	83 (43)	8,6	0,014
Tonåren, 13–19 års ålder (procent)	11 (26)	46 (24)		
Vuxenlivet, från 20 års ålder (procent)	5 (12)	164 (33)		

TABELL III. Mann-Whitneys U-test för viktrelaterade variabler hos fetmapatienter som väljer obesitaskirurgi respektive traditionell viktreduktionsbehandling.

	Obesitaskirurgi N=53, rangmedelvärde	Traditionell viktreduktionsbehandling N=228, rangmedelvärde	P-värde
Viktpendling	166	133	0,005
Kroppsmisshöje	147	135	0,293
Fetma hos modern	147	127	0,096
Fetma hos fadern	136	136	0,981
Fetma hos föräldern av samma kön: kvinnor	103	41	0,037
Fetma hos föräldern av samma kön: män	45	46	0,958

för deskriptiv information var ålder, kroppsvikt och kroppslängd. BMI beräknades på denna självrapporterade information. Ytterligare information inkluderade utbildning, ålder vid start av viktutvecklingen, viktpendling och upplevt missnöje med kroppshyddan. Viktpendling definierades som att ha gått ned 10 kg och därefter återtagit tidigare vikt.

Vidare gjordes en subjektiv bedömning av föräldrarnas största kroppshyddan med hjälp av teckningar av kroppskonturer av nio människofigurer med kroppsstorlekar från undervikt till grav fetma. Två olika uppsättningar med figurer, kvinnor och män, presenterades för bedömning av kroppsstorlek hos modern respektive fadern.

Uppsättningen figurer ingår i frågeformuläret »Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised« (QEWPR) [10], liksom frågan om viktpendling.

Ätstörningsdiagnostik. Ätstörningar av relevans vid fetma är hetsättningsstörning och bulimia nervosa [7]. Hetsättningsstörning innebär återkommande episoder av hetsätning i avgränsade perioder, som antar viss psykologisk och beteendemässig karakteristik. Hetsätningen ska vidare upplevas som oroande. Bulimia nervosa innebär kompensatoriska beteenden efter hetsätningen, i syfte att göra sig av med de extra kalorierna.

QEWPR [10] är ett validerat instrument som mäter hetsättningsstörning och bulimia nervosa enligt de diagnostiska kriterierna i DSM-IV [7]. Formuläret ger diagnostik för såväl bulimia nervosa som hetsättningsstörning, dvs differentialdiagnostisk information för de bägge ätstörningarna.

Psykopatologi. För skattning av psykopatologi användes Symptom Check List-90 (SCL-90) [11], ett välanvänt instrument för symtom på psykopatologi. SCL-90 ger ett globalt index, Global Severity Index (GSI), för grad av psykopatologi. Den svenska versionen av SCL-90 har rapporterats ha god validitet vid testning på ett svenskt material [12].

Statistik. För jämförelser av patienter som valde kirurgisk respektive traditionell behandling användes t-test för de kontinuerliga variablerna på intervallskalenivå. Mann-Whitneys U-test användes för kontinuerliga data på ordinalskalenivå, och χ^2 användes för kategoridata. Nivån för statistisk signifikans var $P < 0,05$. För samtliga analyser användes SPSS 13.0 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS for Windows version 13.0, 2005, Chicago, Ill, USA).

RESULTAT

I Tabell I–III visas karakteristika för patienter som valde kirurgi och för dem som valde traditionell viktreduktionsbehandling. Statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna ses för flera av de undersökta variablerna. Det finns en könsskillnad för de två typerna av behandling. Kvinnorna valde kirurgi framför traditionell behandling i högre utsträckning än männen. Vidare var kirurgpatienterna yngre, och de vägde mer. De hade också lägre ålder vid start av viktutvecklingen, cirka 11 år jämfört med cirka 17 år för patienterna som valde traditionell behandling.

Ytterligare analyser gjordes för ålder vid start av viktutvecklingen för att se fördelningen av start i barndomen, tonåren och

vuxenlivet (Tabell II). För den övervägande andelen kirurgpatienter, 63 procent, hade viktutvecklingen startat i barndomen, och endast 12 procent blev överviktiga först som vuxna. Bland de patienter som valde traditionell behandling var 43 procent överviktiga sedan barndomen, och 33 procent utvecklade fetma först i vuxenlivet.

Kirurgpatienterna rapporterade vidare en mer frekvent viktpendlingshistorik (Tabell III). Kroppsstorlek hos föräldrarna skattad genom konturteckningar nådde inte statistisk signifikans för hela gruppen. När dessa analyser gjordes separat för kvinnor och män framkom ett könsspecifikt resultat: kvinnor som valde kirurgi skattade moderns kroppshydda som större.

Unga skillnader mellan grupperna sågs vad gäller utbildning, kroppsmisnöje, ätstörningar eller symtom på psykopatologi.

DISKUSSION

Fetmapatienter som önskade obesitaskirurgi var oftare yngre kvinnor som vägde mer, hade tidigare start av viktutveckling och hade gjort fler viktminskningsförsök, vilket sågs i viktpendling. Kvinnor som valde kirurgi uppfattade också sin mors kropp som större.

Unga kvinnor som kämpat men misslyckats med att bryta fetma av tidigt ursprung kan därmed vara de mest motiverade för obesitaskirurgi. De kan vara mer benägna att betrakta kirurgisk behandling som det alternativ som kan lösa deras långvariga viktproblem, som de inte ser någon utväg ur. Att ha en mer överviktig moder, eller att subjektivt uppfatta moderns kroppshydda som större, kan också påverka kvinnan. Hon kan uppfatta detta som sin egen prognos, och betrakta kirurgi som en möjlig väg att bryta denna framtidsutsikt.

Yngre patienter, och särskilt yngre kvinnor, kan också vara de som är mest upptagna med sitt kroppsutseende, vilket kan förstärka motivationen att genomgå kirurgi.

Det kan vara av intresse att kvinnligt kön, yngre ålder och fetmadebut före vuxenlivet var positiva prediktorer för utfall i obesitaskirurgi [1]. Detta innebär att självselektade kandidater till kirurgisk behandling också kan vara de mest lämpade. De faktorer som kan antas vara mest kritiska för behandlingen, nämligen ätstörningar och psykopatologi, skilde sig inte mellan grupperna.

Eftersom obesitaskirurgi är krävande vad gäller den radikala,

livslånga anpassningen i födointag, är en psykologisk utvärdering av kandidater till kirurgisk behandling självfallet angelägen [13]. Att utföra obesitaskirurgi på patienter med ätstörningar, vilka per definition inte kan kontrollera sitt ätande, kan exempelvis innebära potentiell risk. Det finns visst vetenskapligt stöd för att ätstörningar innebär ett sämre utfall i obesitaskirurgi [14], men också avsaknad av sådana fynd [15].

Trots högre vikt och mer frekventa viktminskningsförsök som ses i viktpendling, hade de fetmapatienter som valde kirurgisk behandling inte mer negativa attityder gentemot sin kropp. Å ena sidan kan kroppsmisnöje vara en motiverande faktor för viktkontroll; i enlighet med detta har större framgång i obesitaskirurgi setts hos patienter som är självkritiska och mer bekymrade över sin fetma [1]. Å andra sidan kan en negativ självbild i form av självhat hos ätstörda patienter vara en negativ prediktor för behandlingsutfall [16].

Ett observandum hos kirurgpatienterna kan vara deras tidigare start av övervikten. De flesta av dem utvecklade sin övervikt under barndomen, och detta innebär att de har en bild av sig själva endast som feta. Det är ett potentiellt viktigt, men ännu lite uppmärksammat, faktum att den feta kroppshyddan i sig kan ha kommit att utgöra en väsentlig del av identiteten [17]. Hos patienter med fetma sedan barndomen finns det ingen annan känd vuxen kroppsidetitet än tillståndet med fetma.

Dessutom skattade de kvinnliga kandidaterna till obesitaskirurgi sin mors kroppshydda som större. Detta kan betyda att det inte heller finns någon modersförebild med måttligare kroppshydda att identifiera sig med.

Eftersom obesitaskirurgi kan resultera i den mest drastiska viktminskningen av behandlingsalternativen vid fetma [9], kan det vara värt att beakta patientens psykologiska beredskap att mentalt anpassa sig till en ny kroppsidetitet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Forskningsanslag har erhållits från Stiftelsen Söderström-Königskasjukhemmet.*

Kommentera denna artikel på www.lakartidningen.se

REFERENSER

- van Hout GC, Verschure SK, van Heck GL. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2005;15:552-60.
- Van Hout GC, Van Oudheusden I, Krasuska AT, van Heck GL. Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty. *Obes Surg.* 2006;16:67-74.
- Rosik CH. Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obes Surg.* 2005;15:677-83.
- Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, Magee L, Crerand CE, Raper SE, et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg.* 2004;14:1148-56.
- McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE, Nemeroff CB. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:634-51, quiz 730.
- Ren CJ, Cabrera I, Rajaram K, Fielding GA. Factors influencing patient choice for bariatric operation. *Obes Surg.* 2005;15:202-6.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Elfhag K, Rössner S. Ätstörda fetmapatienter riskerar hamna mellan medicin och psykiatri. *Läkartidningen.* 2007;104:494-7.
- O'Brien P, Dixon J. The management of obesity: surgery. In: Kopelman P, Caterson I, Dietz W, editors. *Clinical obesity in adults and children.* Oxford: Blackwell; 2005. p. 407-20.
- Nangle DW, Johnson WG, Carr-Nangle RE, Engler LB. Binge eating disorder and the proposed DSM-IV criteria: psychometric analysis of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *Int J Eat Disord.* 1994;16:147-57.
- Derogatis L. SCL-90 manual. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine; 1977.
- Fridell M, Cesarec Z, Johansson M, Malling Thorsen S. SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. Stockholm: Statens institutionsstyrelse SiS; 2002.
- 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.
- Green AE, Dymek-Valentine M, Pytluk S, Le Grange D, Alverdy J. Psychosocial outcome of gastric bypass surgery for patients with and without binge eating. *Obes Surg.* 2004;14:975-85.
- Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Gliniski J. Gastric bypass in a low-income, inner-city population: eating disturbances and weight loss. *Obes Res.* 2004;12:956-61.
- Björck C, Clinton D, Sohlberg S, Norring C. Negative self-image and prognosis in eating disorders: results at 3-year follow up. *Eat Behav.* In press.
- Elfhag K, Carlsson AM, Rössner S. Subgrouping in obesity based on Rorschach personality characteristics. *Scand J Psychol.* 2003;44:399-407.