

التقييم النفسي قبل جراحات السمنة

Preoperative Psychiatric Evaluation for Bariatric Surgery

كاثي كوفمان

السؤال الاستشاري النمطي

"هذه مريضة تبلغ من العمر تسعة وثلاثين عاماً، كانت تعاني من الاكتئاب، ونهم الأكل، والانتهاك الجنسي (sexual abuse) في مرحلة الطفولة؛ وأُحيلت للتقييم من أجل إجراء عملية المجازة المعدية والتفاغر المعوي بشكل (gastric bypass and Roux-en-Y) Y. والسؤال المطروح: هل تستطيع المريضة أن تمتثل لممارسة التمارين وللنظام الغذائي ما بعد إجراء العملية؟"

خلفية

السمنة مرض ذو منشأ متعدد العوامل، والتي تشمل العوامل السلوكية، والبيئية، والوراثية، والاستقلابية، والعصبية الصماوية، والنفسية، كما وصفها فوبي (Fobi) في مراجعة بارعة للعلاجات الجراحية للسمنة. ولقد ارتفع معدل الوفيات المرتبطة بالسمنة إلى أكثر من ٣٠٠ ألف حالة وفاة كل عام، لتأتي في المرتبة الثانية في الولايات المتحدة الأمريكية بعد التدخين، باعتبارها سبباً للوفاة يمكن الوقاية منه.

أما الأمراض الطبية المصاحبة للسمنة المرضية، فهي كما يلي:

- مرض الشريان التاجي.
- سرطان الثدي والرحم والبروستاتا.
- داء السكري.

- تشمع التهاب الكبد الدهني غير الكحولي (non-alcoholic steatotic hepatitis cirrhosis) (NASH).
- خلل شحوم الدم (Dyslipemia).
- مرض الجزر المعدي المريئي (gastroesophageal reflux disease).
- فرط ضغط الدم.
- ألم أسفل الظهر.
- فصال عظمي (osteoarthritis) للوركين والركب والكاحلين.
- انقطاع النفس النومي.
- وهناك عواقب أخرى للسمنة ، ومنها:
- الاكتئاب.
- اضطرابات الأكل.
- التمييز الوظيفي (job discrimination).
- التمييز في المواعدة والعلاقات الحميمة (discrimination in dating).
- مشاكل المواصلات.
- ارتفاع أسعار أقساط التأمين الصحية (1).

وقد تبوأ جراحات السمنة مكانة مهمة خلال عشر السنوات الماضية ، حيث وصلت إلى أكثر من ١٧٧٠٠٠ جراحة سمنة في الولايات المتحدة الأمريكية خلال عام ٢٠٠٦ فقط (2). وانبثقت عملية ممارسة التقييم النفسي للمرشحين لإجراء هذه الجراحات من المؤتمر الذي انعقد في عام ١٩٩١ برعاية المعهد الوطني للصحة (National Institute of Health) (NIH) وذلك لتكوين رأي توافقي حول هذا الأمر (3). وفي ذلك الوقت ، لم تكن هناك موانع نفسية لجراحة السمنة.

وقد كانت أهداف التقييم ملخصة في الآتي :

- اختيار المرضى ذوي الدافعية.
- مناقشة الخيارات الأخرى المتوفرة غير الجراحة.
- مناقشة مخاطر الجراحة وفوائدها ، ونسب النجاح لعمليات السمنة المتوفرة.
- تثقيف المريض بشأن احتمالية حصول عوز في الفيتامينات والمعادن ، إذا لم يلتزم المريض بنظام ما بعد الجراحة.

لقد كان إقحام ممتهني الصحة النفسية في تقييمات السمنة عائداً للانتشار الشديد للمضاعفات النفسية والسلوكية لدى مرضى السمنة المرضية. فاضطرابات القلق، مثل الرهاب الاجتماعي (١٨٪)، والوسواس القهري (١٣,٦٪)؛ تعدُّ اضطرابات شائعة الحدوث لدى مرشحي جراحات السمنة، وقد تحتاج إلى العلاج (4). كذلك يعاني أكثر من نصف هؤلاء المرشحين من الاكتئاب الجسيم (5). ففي إحدى الدراسات، كانت معدلات الاكتئاب الجسيم خلال العام السابق للدراسة لدى مرضى السمنة، الذي يزيد مؤشر كتلة الجسم (BMI) عندهم < ٤٠ كجم/م^٢، أكثر بخمسة أضعاف مقارنة بالأفراد ذوي الأوزان السوية (6). وقد توجد اضطرابات الشخصية في أكثر من ٧٢٪ من المرشحين لجراحة السمنة (7). ونظراً لميل المشكلات النفسية للتحسن التام بعد جراحة السمنة، فقد استنتج بعض الباحثين أن هذه المشاكل لم تتسبب في حصول السمنة، وإنما كانت نتيجة للسمنة المرضية (8). وقد أظهرت إحدى الدراسات أن معظم المرضى الباحثين عن جراحة السمنة يتبعون حمية غذائية (dieting) منذ سنوات المراهقة، وذلك بمتوسط ٤.٧ محاولات، دون أن تتوقف عملية زيادة الوزن المضطردة (9). وقد سجّل مرشحو جراحة السمنة نسباً أعلى فيما يُسمى بالأكل الانفعالي، وأيضاً التأثير الكبير للوزن على جودة الحياة، بشكل أكبر من المرضى الذين اختاروا اللجوء لبرامج معرفية سلوكية إقامية لضبط الوزن (10). وقد أفاد أغلب مرضى السمنة (٧٣,٤٪) أن الأمراض الطبية المصاحبة للسمنة كانت السبب الرئيس وراء اللجوء لجراحة فقد الوزن، ثم يلي ذلك الأسباب النفسية، وكذلك لتحسين جودة الحياة (11). وتحسّن درجة احترام الذات والجسم بعد جراحة السمنة، وقد تم قياس ذلك في مقياس احترام الجسم للمراهقين والبالغين (the Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults) (BESAA) (12).

لقد أظهرت دراسة ريبا (Rea) وآخرين أن درجات أداة الاستطلاع المختصرة (Short-form Survey Instrument) (SF-36) بعد مرور عام واحد من إجراء عملية المجازة المعدية والتفاغر المعوي بشكل Y (RNYGBP)؛ كانت أفضل من الدرجات المسجلة باعتبارها قيمة قاعدية، أو الدرجات المسجلة عند الفئة الشاهدة ذات الوزن السوي، مهما كانت المضاعفات (13). ولاحظ تسودا (Tsuda) وآخرون أنه تم رفض إجراء جراحة السمنة لقرابة ٣٠٪ من المرضى؛ في أغلب الأحوال، بسبب نقص التغطية التأمينية (٤٧,٨٪). وشملت الأسباب الأخرى، انخفاض معدل كتلة الجسم (BMI) لمعدل أقل من مستوى المعيار ٣٥ كجم/م^٢، مع وجود حالات طبية مصاحبة؛ أو $BMI > ٤٠$ كجم/م^٢؛ أو يُرفض لكونه غير ملائم طبيّاً أو نفسياً أو اجتماعياً (14). ولاحظ والفيس (Walfish) وآخرون أن ١٥٪ من المرشحين تم تأخيرهم أو رفضهم لأسباب نفسية، أغلبها عائداً لاضطرابات ذهانية (٥١٪)، أو حالات اكتئاب لم تعالج بشكل كافٍ (٣٩٪)، أو بسبب عدم فهم المرضى للمخاطر الجراحية والنظم العلاجية بعد الجراحة (٣٠٪) (15).

وقد أوردت سيليشيا (Silecchia) وآخرون أن ١٣٪ من سلسلة متابعة لمرضى ربط المعدة يبلغ تعدادها ٤٩٨ مريضاً، قد احتاجوا لإجراء عملية جراحية كبيرة مرة أخرى. وقد خضع عشرة منهم لإزالة الربط، وعشرة آخرون لجراحة تنقيحية (revision surgery) (16). وتشمل أسباب إعادة الجراحة ما يلي:

- التآكل (٢٠٪).

- مسائل نفسية (15).

- فقد غير كافٍ للوزن (20).

- توسع الجيبية (dilatation of the pouch) (٣٧٪).

وتعد فئة المرضى الذين هم أصغر سناً، والنساء، وفئة المطلقين والمطلقات هم الأكثر طلباً لجراحة التجميل بعد إجراء جراحة السمنة؛ لكن أكثر من نصفهم كانوا بحاجة إلى خطة سداد (بتقسيط مصروفات العملية على دفعات) (17). وتشمل المنبئات للنتائج الإيجابية لجراحة السمنة: الالتزام بالروتين المحدد، والالتزام بزيارات المتابعة. وقد أظهرت الشخصيات النرجسية علاقة سلبية بفقدان الوزن حتى مُضي ٣٦ شهراً بعد الجراحة (18). واكتشف كالارشين (Kalarchian) وآخرون أن الإصابة العمرية (lifetime) بالاضطرابات النفسية المصنفة في المحور الأول لدليل DSM-IV، مثل اضطرابات المزاج أو القلق؛ تتناسب طردياً مع فقد أقل للوزن لدى مرور ٦ شهور بعد الجراحة ($p < 0,01$)، لكن المرضى ذوي سابقة إساءة استعمال المواد فقدوا الوزن بشكل أكبر (19).

وقد توصلت أربع مراجعات منهجية (systematic reviews) إلى أن حصول النهم في الأكل، أو الاكتئاب، أو القيء قبل الجراحة؛ لم يكن منبئاً بفقدان الوزن دون المستوى المطلوب (7، 20 - 22). وقد أظهر "سالييت" (Sallet) أن ٩٠٪ ممن يعانون من اضطرابات نهم الأكل (BED)، أو اضطرابات الأكل تحت السريرية (subclinical)، يفقدون الوزن بشكل مرض بعد جراحة السمنة (23).

ولقد ظهر أن معدلات حدوث اضطرابات الأكل، بما فيها اضطراب نهم الأكل، ومتلازمة الأكل الليلي (night eating syndrome) (NES)، والأكل غير المنضبط؛ قد تناقصت بعد الجراحة ($p < 0,05$). وقد ازداد معدل الأكل القليل المتواصل (grazing) بعد جراحة السمنة من ٢٦٪ إلى ٣٦٪، كما تغيرت عادات اضطراب نهم الأكل. وقد أثر كل من الأكل القليل المتواصل، والأكل غير المنضبط على فقد الوزن ما بعد الجراحة (24). ورغم أن بعض البرامج قد تشترط علاج اضطرابات نهم الأكل قبل الجراحة؛ إلا أن دراسة واحدة فقط هي التي استكشفت تأثير أحد التدخلات العلاجية على اضطراب نهم الأكل. وقد أظهر العلاج الجماعي المختصر بالطريقة المعرفية السلوكية، المكون من أربع جلسات، كفاءة ملحوظة في خفض الجوانب المعرفية والسلوكية لنهم الطعام، ولم يتفاوت هذا التأثير باختلاف العرق أو الجنس (25).

إن نتائج جراحات السمنة التي تُجرى لمن تعرضوا للانتهاك الجنسي تعدُّ نتائج مرضية. وليس هناك سوى دراسة وحيدة كشفت عن أن المرضى ذوي سابقة التعرض للانتهاك الجنسي، كان لديهم اختلافات في فقدان الوزن المتوقع (EWL) بمعدل ٥٧.٧٪، في مقابل ٦٦.٣٪ لدى الفئة الشاهدة عند مرحلة ١٢ شهراً، ومرحلة ٢٤ شهراً بعد العملية ($p < 0,05$) (26).

وأظهرت دراستان أن مرشحي جراحة ربط المعدة، ممن أصيب بالانتهاك الجنسي وقت الطفولة، أو من عانى من انتهاك لا جنسي، أو عانى من الإهمال؛ لم يكن لديهم فرق في النتائج، في مقابل هؤلاء الذين لم يعانون من سوء المعاملة في أثناء الطفولة (27، 28). وبالرغم من تعرض امرأة من أصل إسباني للانتهاك الجنسي الشديد، الذي نتج عنه اضطرابات شخصية متعددة؛ إلا أنها فقدت ٤٥ كجم بعد عملية راب المعدة (gastroplasty)، رغم أن المشاكل النفسية خلقت لها مصاعب كبيرة (29). ولم يلاحظ وجود أي فروق بشأن نتائج عملية المجازة المعدية والتفاغر المعوي بشكل Y (RNYGBP) بين المرضى ذوي الأصول الأفريقية، أو القوقازية (البيض)، أو الأسبانية (30، 31).

وكذلك يتم تقييم مرشحي جراحة السمنة من مجموعات المراهقين والمسنين مع وضع اعتبارات قليلة إضافية في الدهن. وأكثر من ٢٥٪ من الأطفال يزيد معدل كتلة الجسم (BMI) لديهم عن الشريحة المئوية الخامسة والثمانين (85th percentile) للعمر والجنس. وقد أجريت دراستان على أعداد كافية من المراهقين. فأظهرت نتائج جراحات ربط المعدة بالمنظار لخمسين مراهقاً، أن متوسط فقد الوزن الزائد (EWL) وصل لـ ٦١.٤٪، فقد انخفض متوسط BMI من ٤٥.٢ إلى ٣٢.٦ بعد ما متوسطه ٣٤ شهراً من المتابعة؛ ولقد زالت كل الأمراض الطبية المصاحبة ما قبل الجراحة، بينما سُجلت حالة مضاعفات واحدة فقط وغير خطيرة (٣٢). ولكي يُسمح بإجراء الجراحة للمراهقين، يجب عليهم بلوغ مرحلة تانر الرابعة (Tanner stage IV) للنضج الجنسي، و ٩٥٪ من النمو المحوري (33). وقد أظهرت مراجعة استعادة لحالات ٤٠ مراهقاً، تم تقييمهم من أجل إجراء جراحة ضبوتية لربط المعدة بالمنظار (LAGB) (laparoscopic adjustable gastric banding)؛ بأن معدل جودة الحياة للمراهقين السمان شبيه بمعدل جودة الحياة للأطفال المصابين بالسرطان. وباستخدام حد ١٦ على مقياس بك للاكتئاب (BDI)، استوفى ٣٢٪ من المراهقين بمعايير تشخيص الاكتئاب؛ وقام ٢٥٪ منهم بإيذاء أنفسهم (بالجرح، أو الحرق، أو الخدش)، وهو ما يمثل تقريباً ضعف المعدل المسجل لدى العينة الشاهدة المكونة من مراهقين أسوياء. ويحتاج هؤلاء المراهقون للدعم والمتابعة المتقظة في حالة اختيار اللجوء لجراحة السمنة (34).

ويشير مصطلح "جراحة السمنة للمسنين" إلى الجراحة التي تُجرى لمن بلغوا الستين من العمر أو جاوزوها. إن تقييم الوظائف المعرفية أمر جوهري؛ وذلك لأن المرضى السمان معرضون بنسبة الضعف للإصابة بالخرف، مقارنة

بأصحاب الأوزان السوية. وتؤثر الوظائف المعرفية على القدرة على إعطاء الموافقة المستنيرة، والالتزام بالإرشادات الغذائية ما بعد الجراحة؛ لتجنب عوز الفيتامينات والمعادن، وتعلّم السلوكيات الجديدة. ويُوصى بعمل فحص الحالة العقلية المصغر، مع الإحالة إلى التقييم العصبي النفسي، إذا كانت الدرجات أعلى من انحراف معياري واحد من المعدل المتوسط حسب العمر والمستوى التعليمي (35).

كما أن الاختلافات في الجنس في جراحة السمنة أيضاً تم بحثها. ويعاني الذكور من مستوى أعلى لمعدل كتلة الجسم (BMI)؛ لكن الإناث يظهر عليهن مستويات أعلى من القلق والاكتئاب والرهاب الاجتماعي، وقد جربن عدداً أكبر من أنظمة الحمية الغذائية (2). وتشمل منبئات فقد الوزن على المدى الطويل بعد جراحة السمنة، انخفاض القيمة القاعدية لمعدل كتلة الجسم، والمستوى التعليمي العالي، وجنس الذكور. وهناك متغير وحيد في الشخصية يصاحبه فقد أقل للوزن على المدى الطويل، وهو متغير الأنانية (egoism) (36). ويشكّل النساء في سن الإنجاب (من ١٨ - ٤٥ سنة) ٤٩٪ من كل المرضى الذين يخضعون لجراحات السمنة (37). وقد سجّل مرشحات جراحة السمنة من النساء معدلات خلل أكبر في الأداء الوظيفي الجنسي، مقارنة بالفئة الشاهدة المتوافقة في العمر والتعليم والحالة الزوجية (38).

وتشمل المخاطر الصحية للسيدات السمينات في حالة المخاض (parturients) ما يلي:

- فرط ضغط الدم.
- مقدمات الارتعاج (preeclampsia).
- سكر الحمل.
- تكرار حصول الولادة المبكرة.
- زيادة معدلات المراضة في الفترة المحيطة بالجراحة.
- ارتفاع مخاطر حصول الولادة القيصرية (39).

وقلّ معدل حدوث كل تلك المخاطر بعد شيوخ جراحات (LABG)، ومن ضمنها انخفاض معدل العمليات القيصرية بمعدل النصف، مقارنة بالنساء السمينات اللاتي لم يخضعن لجراحات السمنة، ١٥,٣٪ مقابل ٣٤,٤٪ ($p < 0.01$) (40). وقد أوصى باتيل (Patel) وآخرون بالانتظار لمدة عامين بعد جراحة السمنة قبل الحمل؛ لتجنّب المضاعفات التغذوية. ويمكن ملاحظة التحسّن في الخصوبة بعد جراحة السمنة (41).

وقد تم إجراء عدد قليل من الدراسات طويلة الأمد حول المداومة على فقد الوزن بعد جراحة السمنة. وهناك دراسة واحدة فقط قارنت الفقدان المتواصل للوزن على مدار عام عبر وسائل جراحية، مقابل الوسائل غير الجراحية. وقد اكتسب كلتا المجموعتين كميات صغيرة، لكن يُعتد بها إحصائياً، لكن لم يُلاحظ وجود أي اختلاف

في الوزن المعاد اكتسابه. وقد لوحظ أن مرضى الجراحة كانوا أقل نشاطاً، واستهلكوا طعاماً أكثر دهنية، وسجّلوا علامات أعلى في مقاييس الاكتئاب (42). وأظهرت دراسة أخرى على المرضى الذين خضعوا لعملية المجازة المعدية والتفاغر المعوي بشكل (Y)، أن الجميع قد تحسّن فيما يخص النهم في الطعام، والحالة الانفعالية، والصحة البدنية بصرف النظر عن حجم فقدان الوزن أو الكدر النفسي السابق لإجراء الجراحة. ورغم أن العلاقات المهنية والعلاقات غير الرومانسية قد تحسنت؛ إلا أن العلاقات الرومانسية لم تتأثر (43). وقد أبانت مقارنتان تحليليتان كبيرتان لميتا، أن فقدان الوزن الزائد مع ربط المعدة، تراوح بين ٤٠.٧٪ إلى ٥٦.٤٪، ومع المجازة المعدية يتراوح بين ٦١.٥٪ إلى ٧٤.٨٪. وكانت نسبة الوفيات بعد مضي ٣٠ يوماً ٠.١٪ بالنسبة لربط المعدة، و ٠.٥٪ بالنسبة للمجازة المعدية (44، 45). ومع ذلك، فإن معدل الوفيات المبكرة على مدار ثلاثين يوماً بالنسبة للمستفيدين من برنامج الرعاية الصحية (ميديكير) وصلت إلى ١.٥٪ للنساء، و ٣.٧٪ للرجال، وارتفعت بنسبة خمسة أضعاف لمن تجاوز ٧٥ عاماً، مقارنة بمن تتراوح أعمارهم بين ٦٥ إلى ٧٤ عاماً (46).

الإجراءات التشخيصية

بصورة عامة، يتم إحالة مرضى جراحة السمنة لتقييمهم من أجل الترخيص لهم بالعملية حسب متطلبات التأمين. وقد يحتاج المرضى إلى طمأننتهم بأن الغرض من التقييم مساعدتهم على فهم الخيارات المتاحة لفقد الوزن، وتحديد الجوانب التي يجب التعامل معها لرفع فرص نجاح فقد الوزن. وهناك عدة استراتيجيات تم اقتراحها لتطوير تقييم نفسي مُقيس لمرضى جراحة السمنة، بما في ذلك مقابلة بوسطن للمجازة المعدية (Boston interview for gastric bypass) (47، 48)، ومقترح آخر قدّمه كل من وادن (Waden) وسارور (Sarwer) (49). وفيما يلي ملخص مفيد يجمع الأفضل في كل من المنهجين :

أ/ الشكوى الرئيسة - ويمكن أن يوضح سبب الإحالة الهدف من المقابلة.

ب/ تاريخ المرض الحالي:

١ - جراحة السمنة.

أ) تاريخ الاعتبار الأولي لفقدان الوزن بواسطة الجراحة.

ب) الدافعية نحو الجراحة الآن.

٢ - معرفة نسب النجاح ومخاطر عملية الربط بالمنظار، في مقابل عملية RYGBP بالمنظار (مدونة الجراح).

٣ - الالتزام ببرنامج علاج السمنة السابق للجراحة (مدونة أخصائي التغذية).

٤ - فهم ماهية البرنامج التالي للجراحة (مدونة أخصائي التغذية).

- أ) غذاء سائل لمدة أربعة أسابيع بعد الجراحة ، ثم أجزاء صغيرة.
- ب) الأكل ببطء لتجنب القيء.
- ج) تجنب الطعام الغني بالدهون ، والسوائل عالية السعرات الحرارية ، والحلوى المركزة ؛ وذلك لتجنب حصول متلازمة الإغراق (dumping syndrome).
- د) الانضمام لمجموعات الدعم من أجل التفاعل مع نظرائهم.
- هـ) تناول مكملات الفيتامينات والمعادن.
- ز) المواظبة على زيارات المتابعة للجراح وأخصائي التغذية.
- ٥- عمر بداية السمنة وتأثيرها على جودة الحياة.
- ٦- تاريخ أنظمة الحمية الغذائية ، والحد الأقصى لفقدان الوزن مع كل حمية (مدونة أخصائي التغذية).
- ٧- أنماط الأكل ، والحد الأعلى والأدنى للأوزان منذ المراهقة ، ومعدل كتلة الجسم (BMI) الحالي.
- أ) اضطرابات الأكل ، مثل : القهمل العصبي ، والنهم (binging) ، والنهام العصبي (bulimia) ، والأكل القليل المتواصل ، والأكل ليلاً.
- ب) تاريخ تناول حبوب الحمية ، بما فيها مدرات البول ، والأدوية العشبية ، والأدوية المتاحة بدون وصفة (OTC) (over the counter) ، والمليينات.
- ٨- عوامل الإجهاد: وتشمل أحداث الحياة ، والوظيفة ، والأحوال المالية ، وحبس الرهن ، والمشاكل الزوجية ؛ وجميعها تساعد على التحديد الأمثل للوقت المناسب لجراحة السمنة.
- ٩- نظم الدعم: الأسرة ، والأصدقاء ، ومقدمو الرعاية ، والتأمين ، والمواصلات.
- ١٠- مهارات التكيف التي تم توظيفها في أثناء ظروف الحياة الصعبة.
- ١١- أهداف فقد الوزن والتوقعات ، والتي يدور أغلبها عمومًا حول الرغبة في أن يصبح أكثر نشاطًا وصحة.

أ) المدى الزمني لفقدان الوزن المتوقع واحتمالات استعادة الوزن.

ب) شكل الجسم - الوزن أو اللباس / قياس البدلة الذي يعني النجاح :

١) لاحظ أن اهتمام المريض البالغ فيه بالمظهر ينبغي أن يثير لدى الطبيب بعض المخاوف.

ج) القدرات البدنية :

١- تشمل عدم القيادة أو رفع الأشياء < ١٠ رطل إنجليزي (يعادل ٤.٥ كجم) بعد الجراحة.

٢- الانتظام في التمارين البدنية اليومية بعد جراحة السمنة.

(د) تأثيرات فقدان الوزن على العلاقات المهنية والرومانسية :

١- يتوقع أن يصبح الرجال أكثر نجاحًا في الجانب الرومانسي، لكن إذا وُجد الرهاب الاجتماعي، فإن ذلك يستلزم التدخل بالعلاج النفسي.

٢- وستسعد معظم النساء لأنهن أصبحن أكثر لفتًا للانتباه، ولا يتم التعامل معهن بعد الآن على أنهنَّ بارديات جنسيًا بسبب وزنهن الزائد.

١٢- وجود قدوات في مجال جراحة السمنة: الأسرة، والأصدقاء، وأعضاء مجموعات الدعم.

ج- التاريخ الطبي السابق:

١- الأمراض الطبية المصاحبة: آلام الظهر، وداء السكري، وخلل شحوم الدم، وفرط ضغط الدم، ومشاكل المفاصل، وانقطاع النفس النومي.

٢- مشاكل مع الجراحة في الماضي.

د/ التاريخ النفسي السابق: تنويم المريض في وحدة رعاية نفسية داخلية، وإيذاء النفس أو الآخرين.

١- الكشف عن الاضطرابات التي قد تحتاج إلى علاج.

هـ / الأدوية.

و/ التاريخ الاجتماعي: التاريخ المهني، وتاريخ إساءة استعمال الكحول والمواد.

ز/ التاريخ الأسري النفسي: الاكتئاب، واضطراب الأكل، والذهان، وإساءة استعمال المواد.

ح/ التاريخ الأسري الطبي: الأقارب الذين يعانون من السمنة، والظروف المرضية المصاحبة.

ط/ المختبر: وظائف الدرقية، وتحليل الكوليسترول والشحوم، ومخطط كهربية القلب.

ي/ فحص الحالة العقلية، ويشمل ذلك فحص الحالة العقلية المصغر:

١- قد يشمل ذلك إجراء فحوصات مبدئية لمدة ١٥ دقيقة قبل مقابلة المريض:

أ) مقياس بك للاكتئاب.

ب) أداة الاستطلاع المختصرة (SF-36)، أو أداة قياس جودة الحياة التابعة لمنظمة الصحة العالمية

(WHOQOL-BRIEF) (the world health organization quality of of life instrument).

وقد يكون للفحص فائدة غير استبعاد المرشحين، مثل:

- خفض مخاطر التعرض للانتحار(الذي يزيد قليلًا بعد جراحة السمنة).

- اكتشاف اضطرابات الأكل الأكثر خطورة، مثل النهام من أجل علاجها.

- اكتشاف الاضطرابات النفسية المحتاجة للعلاج؛ من أجل الحصول على نجاحات طويلة الأمد لجراحات السمنة.
- توفير الإحالة لمراكز التأهيل العلاجية للتدخين وإساءة استعمال المواد قبل الجراحة.
- وتشمل المعايير الطبية لجراحة السمنة ما يلي:
- BMI < ٤٠ كجم/م^٢ أو < ٣٥ كجم/م^٢ في حالة وجود أمراض طبية مصاحبة.
- مخاطر جراحية مقبولة.
- فشل عدة برامج لفقدان الوزن.
- وتشمل موانع استعمال جراحة السمنة الآتي:
- الذهان النشط.
- النهام العصبي النشط.
- اضطراب شديد في الشخصية.
- إساءة استعمال نشطة للمواد أو شدة الاعتماد عليها.
- التخلف العقلي دون توفر دعم اجتماعي كاف.
- محاولات انتحار أو التنويم بوحدرة رعاية نفسية داخلية خلال السنة الماضية.

التقييم بالقياس النفسي لمرشحي جراحة السمنة

كثير من الأدوات المستخدمة في تقييم مرشحي جراحة السمنة، مثل استطلاع فحص اضطرابات الأكل (the Eating Disorder Examination Questionnaire)(EDE-Q)(50)، وتشخيص "ميلون" السلوكي الطبي (the Millon Behavioral Medicine Diagnostic) (MBMD)، لم يثبت فائدتها أو مصدوقيتها كمقياس نفسي (51). وقد تم فحص فائدة إجراء استبيان مينيسوتا متعدد الأطوار للشخصية - الطبعة الثانية (The Minnesota Multi-Phasic Personality Inventory, 2nd edition) (MMPI-2) لدى هؤلاء المرضى، وتوصل "كيندر" (Kinder) وآخرون إلى أن الكثير من مرشحي جراحة السمنة لديهم مرتسمات MMPI (profiles) عالية، والتي عُدَّت مرتسمات غير صالحة، وقد يكون ذلك راجعاً إلى إدارة التعامل مع الصورة (52).

إن البنود التي تعكس الأعراض الجسمية، قد تترك مقياس بك للاكتئاب (BDI)، وذلك بسبب نتائج السمنة، والتي تتضمن الألم المزمن، ومشاكل النوم، وخلل الأداء الجنسي. إن إجمالي درجات BDI، والمقياس الجزئي المعرفي الوجداني، يميزان بين المرضى المصابين بالاكتئاب وبين غير المصابين. وقد تم ضبط النقطة المثلى الفاصلة عند ١٢ بالنسبة لمقياس بك للاكتئاب، و٧ بالنسبة للمقياس الجزئي المعرفي الوجداني. ومن يعاني من آلام مزمنة، يرتفع لديه إجمالي متوسط درجات مقياس بك للاكتئاب إلى (١٢.٥ مقابل ٩.٠) ($p < .01$) (53).

وهناك مصدوقية متقاربة لاستبيان الأكل الليلي (the Night Eating Questionnaire) (NEQ) مع المقاييس الأخرى للأكل المضطرب، والأكل الليلي، والمزاج، والنوم، والإجهاد. وقد اكتُشف أن هذه الأداة لديها مصدوقية تمييزية جيدة في تشخيص متلازمة الأكل الليلي (NES) (54). وقد تم قياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى جراحة السمنة باستخدام WHOQI-BRIEF. وحصل الأشخاص السمان على درجات أدنى في المجالات الجسدية والنفسية والاجتماعية، لكن ليس في المجال البيئي، خصوصاً مع ذوي BMI أكبر من ٣٢ كجم/م^٢. وفي هذه الدراسة تم تعريف مرشحي جراحة السمنة بأن لديهم BMI من ٣٢ إلى ٤٠ كجم/م^٢ مع أمراض طبية مصاحبة أو BMI < ٤٠ كجم/م^٢ (55).

الامتثال للنصائح الطبية قبل الجراحة وبعدها

أظهرت دراسة أن ٥٦٪ فقط من المرضى الذين أعطوا نصائح علاجية سلوكية قبل الجراحة، كانوا ممتثلين، وأن ٤٤٪ منهم لم يمتثلوا. ولم يرتبط الامتثال بالسِّن، أو القلق، أو BMI، أو الاكتئاب، أو اضطرابات الأكل، أو التعليم، أو الحالة الزوجية، أو العرق. ومع ذلك، فإن ٦٩٪ من الرجال لم يمتثلوا، مقابل ٣٨٪ من النساء (56). وقد ينتج عن جراحة السمنة الآتي:

- التجفاف.
- عدم تحمل اللاكتوز.
- سوء التغذية المرتبط بالبروتينات والسعرات الحرارية.
- تغير امتصاص أملاح الصفراء والكهارل.
- تغير امتصاص الكالسيوم والحديد والفيتامينات والأملاح الأخرى، والذي يتسبب في حدوث قلة العظم (osteopenia) وتخلخلها (osteoporosis).

ولا يمثل ما يقرب من الثلث إلى الثلثين من مرضى جراحة السمنة للنظم الغذائية في المرحلة التالية للجراحة. وعدم الامتثال هذا يعود إلى المشاكل النفسية الموجودة مسبقاً لدى مرضى جراحة السمنة، والتي تشمل وجود اضطرابات إساءة استعمال المواد لدى ثلث هؤلاء المرضى (57). وقد أظهرت إحدى الدراسات التي أُجريت على عينة متتابعة لألف مريض من مرضى عملية المجازة المعدية والتفاغر المعوي بشكل (Y) (RNYGBP) أن أكثر من ٥٠٪ من هؤلاء المرضى لم يمتثلوا لبعض التعليمات، خصوصاً ممارسة التمرينات الرياضية (٤١٪)، وتناول الوجبات الخفيفة (٣٧٪). ودارت هموم المرضى حول حصول الاكتئاب (١٢٪)، والمضاعفات الطبية المرتبطة بالجراحة (٩٪)، والهموم الجنسية (٤٪)، ومشكلات العلاقات (٢٪) (58).

المراجع References

1. Fobi MAI. Surgical treatment of obesity: a review. *J Natl Med Assoc.* 2004;96:61-75.
2. Mahony D. Psychological gender differences in bariatric surgery candidates. *Obes Surg.* 2008;18:607-10.
3. NIH Conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. *Ann Intern Med.* 1991; 115:956-61.
4. 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.
5. Hsu LKG, Benotti PN, Dwyer J, et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med.* 1998;60:338-46.
6. Wadden TA, Sarwer DB. Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Surg Obes Relat Dis.* 2006;2:171-9.
7. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res.* 2005; 12:639-48.
8. Vallis TM, Butler GS, Percy B, et al. The role of psychological functioning in morbid obesity and its treatment with gastroplasty. *Obes Surg.* 2001;11:716-25.
9. Gibbons LM, Sarwer DB, Crerand CE, et al. Previous weight loss experiences of bariatric surgery candidates: how much have patients dieted prior to surgery? *Obesity (Silver Spring).* 2006;14(Suppl 2): 70S-76S.
10. Stout AL, Applegate KL, Friedman KE, et al. Psychological correlates of obese patients seeking surgical or residential behavioral weight loss treatment. *Surg Obes Relat Dis.* 2007;3:369-75.
11. Munoz DJ, Lal M, Chen EY, et al. Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obes Surg.* 2007; 17: 487-91.
12. Madan AK, Beech BM, Tichansky DX. Body esteem improves after bariatric surgery. *SurgInnov.* 2008;15:32-7. Epub 2008 Apr 2.
13. Rea JD, Yarbrough DE, Leeth RR, et al. Influence of complications and extent of weight loss on quality of life after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *SurgEndosc.* 2007;21:1095-1100. Epub 2007 Mar 13.
14. Tsuda S, Barrios L, Schneider B, et al. Factors affecting rejection of bariatric patients from an academic weight loss program. *Surg Obes Relat Dis.* 2009;5:199-202. Epub 2008 Oct 1.
15. Walfish S, Vance D, Fabricatore AN. Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: procedures and reasons for delay or denial of surgery. *Obes Surg.* 2007;17:1578-83. Epub 2007 Nov 14.
16. Silecchia G, Bacci V, Bacci S, et al. Reoperation after laparoscopic adjustable gastric banding: analysis of a cohort of 500 patients with long-term follow-up. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4:430-6. Epub 2008.
17. Gusenoff JA, Messing S, O'Malley W, et al. Temporal and demographic factors influencing the desire for plastic surgery after gastric bypass surgery. *J Am Soc Plast Recon Surg.* 2007;121:2120-6.
18. Pontiroli AE, Fossati A, Vedani P, et al. Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than personality disorder, predict outcome of bariatric restrictive surgery in morbidly obese patients. *Obes Surg.* 2007;17:1492-7.
19. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, et al. Relationship of psychiatric disorders to 6-month outcomes after gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4:544-9. Epub 2008.
20. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, et al. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res.* 2004; 12: 1554-69.
21. van Hout GCM, Verschure SKM, van Heck GL. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2005;15:552-60.
22. Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, et al. Psychosocial and behavioral status of patients undergoing bariatric surgery: what to expect before and after surgery. *Med Clin North Am.* 2007;91:451-69.
23. Sallet PC, Sallet JA, Dixon JB, et al. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obes Surg.* 2007; 17:445-51,
24. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring).* 2008; 16:615-22. Epub 2008.
25. Ashton K, Drerup M, Windover A, et al. Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis.* 2009;5:257-62. Epub 2009 Jan 18.
26. Fujioka K, Yan E, Wang HJ, et al. Evaluating preoperative weight loss, binge eating disorder, and sexual abuse history on Roux-en-Y gastric bypass outcome. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4: 137-43.

27. Larsen JK, Geenan R. Childhood sexual abuse is not associated with a poor outcome after gastric banding for severe obesity. *Obes Surg.* 2005; 15:534-47.
28. Grilo CM, White MA, Masheb RM, et al. Relation of childhood sexual abuse and other forms of maltreatment to 12-month postoperative outcomes in extremely obese gastric bypass patients. *Obes Surg.* 2006; 16:454-60.
29. Bloomston M, Zervos EE, Powers PS, et al. Bariatric surgery and multiple personality disorder: complexities and nuances of care. *Obes Surg.* 1997;7:363-6.
30. Madan AK, Whitfield JD, Fain JN, et al. Are African-Americans as successful as Caucasians after laparoscopic gastric bypass? *Obes Surg.* 2007; 17:460-4.
31. Guajardo-Salinas GE, Hilmy A, Martinez-Ugarte ML. Predictors of weight loss and effectiveness of Roux-en-Y gastric bypass in the morbidly obese Hispano-American population. *Obes Surg.* 2008; 18:1369-75. Epub 2008 Mar 7.
32. Silberhumer GR, Miller K, Kriwanek S, et al. Laparoscopic adjustable gastric banding in adolescents: the Austrian experience. *Obes Surg.* 2006;16:1062-7.
33. Dufour F, Champault G. Is bariatric surgery in adolescents appropriate? *J Chir (Paris).* 2009;146:24-9. Epub 2009 Apr 22.
34. Duffeey J, Bleil ME, Labott SM, et al. Psychopathology in adolescents presenting for laparoscopic banding. *J Adol Health.* 2008;43:623-5.
35. Henrickson HC, Ashton KR, Windover AK, et al. Psychological considerations for bariatric surgery. *Obes Surg.* 2009;19: 211-6.
36. Larsen JK, Geenen R, Maas C, et al. Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obes Res.* 2004;12:1828-34.
37. Maggard MA, Yermilov I, Li Z, et al. Pregnancy and fertility following bariatric surgery: a systematic review. *JAMA.* 2008; 300:2286-96.
38. Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G, et al. Assessing sexual function in obese women preparing for bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006; 16: 1087-91.
39. Abodeely A, Roye GD, Harrington DT, et al. Pregnancy outcomes after bariatric surgery: maternal, fetal and infant implications. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4:464-71. Epub 2007 Nov 5.
40. Ducarme G, Revaux A, Rodrigues A, et al. Obstetric outcome following laparoscopic adjustable gastric banding. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;8:244-7. Epub 2007 Apr 16.
41. Patel JA, Colella JJ, Esaka E, et al. Improvement in infertility and pregnancy outcomes after weight loss surgery. *Med Clin North Am.* 2007;91:515-28, xiii.
42. Bond DS, Phelan S, Leahy TM, et al. Weight-loss maintenance in successful weight losers: surgical vs non-surgical methods. *Int J Obes (London).* 2009;33:173-80. Epub 2008 Dec 2.
43. Wolfe BL, Terry ML. Expectations and outcomes with gastric bypass surgery. *Obes Surg.* 2006;16:1622-9.
44. Buchwald H, Avigdor Y, Braunwald E, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2004; 292:1724-37.
45. Cunneen SA. Review of meta-analytic comparisons of bariatric surgery with a focus on laparoscopic adjustable banding. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4:S47-S55.
46. Flum DR, Salem L, Elrod JA, et al. Early mortality among Medicare beneficiaries undergoing bariatric surgical procedures. *JAMA.* 2005;294:1903-8.
47. Sogg S, Mori D. The Boston interview for gastric bypass: determining the psychological suitability of surgical candidates. *Obes Surg.* 2004;14:370-80.
48. Sogg S, Mori DL. Revising the Boston interview: incorporating new knowledge and experience. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4:455-63. Epub 2008 Apr 23.
49. Wadden TA, Sarwer DB. Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Obesity (Silver Spring).* 2006;14(Suppl 2): 53S-62S.
50. Hrabosky JI, White MA, Masheb RM, et al. Psychometric evaluation of the eating disorder examination-questionnaire for bariatric surgery candidates. *Obesity (Silver Spring).* 2008;16:763-9. Epub 2008.
51. Walfish S, Wise EA, Streiner DL. Limitations of the Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD) with bariatric surgical candidates. *Obes Surg.* 2008;18:1318-22. Epub 2008 May 10.
52. Kinder BN, Walfish S, Scott Young M, et al. MMPI-2 profiles of bariatric surgery patients: a replication and extension. *Obes Surg.* 2008;18:1170-9. Epub 2008 May 20.
53. Krukowski RA, Friedman KE, Applegate KL. The utility of the Beck Depression Inventory in a bariatric surgery population. *Obes Surg.* 2008 Oct 8. Epub ahead of print.

54. Allison KG, Lundgren JD, O'Reardon JP, et al. The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the night eating syndrome. *Eat Behav.* 2008;9:62-72. Epub 2007 Mar 28.
55. Chang CY, Hung CK, Chang YY, et al. Health-related quality of life in adult patients with morbid obesity coming for bariatric surgery. *Obes Surg.* 2009; 19:820.
56. Friedman KE, Ashmore JA, Applegate KL. Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. *Obesity (Silver Spring).* 2008;16(Suppl2):S69-S74.
57. Song A, Fernstrom MH. Nutritional and psychological considerations after bariatric surgery. *Aesthet Surg J.* 2008;28:195-9.
58. Elkins G, Whitfield P, Marcus J, et al. Noncompliance with behavioral recommendations following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2005;15:546-51.