**Kliiniline küsimus nr. 4.1:** Kas kõigile bariaatrilise kirurgia patsientidel kasutada operatsioonieelselt parema ravitulemuse saavutamiseks järgmisi sekkumisi (vs sekkumiste mittekasutamisega)

- **Psühholoogiline ja/või psühhiaatriline nõustamine**

**Tulemusnäitajad**: *Liigse kehakaalu ja KMI langus 5 ja enam aastat pärast bariaatrilist*

*operatsiooni (excess weight loss), kaasuvate haiguste remissioon või leevendumine,*

*kvaliteetselt elatud eluaastate lisandumine (QALY), patsiendi rahulolu raviga/tulemusega,*

*rasvumisega seotud haiguste esinemine****,*** *ravikulu vähenemine (5 aasta perspektiivis),*

*töövõimetuse vähenemine*

**Mõisted:**

**Emotsionaalne söömine** (*emotional eating*) on käitumuslik harjumus süüa suurtes kogustes toitu eelkõige negatiivse emotsiooni ajendil, mitte näljatundest või teadlikust vajadusest.

**Öise söömise sündroom** (*night eating syndrome*) on söömishäire, mida iseloomustab tavapärasest erinev ööpäevaringne toitumismuster hilisöiste söömishoogudega ja millele järgneb hommikune toidu piiramine.

**Liigsöömishäire** (*binge eating disorder*) tunnuseks on korduvad liigsöömishood, mida iseloomustavad suured toidukogused ja tunne, et söömist ei suudeta kontrollida. Üldjuhul ei kaasne liigsöömishäirega ebakohaste kompensatoorsete käitumiste kasutamist nagu toidu väljutamine, ent võib esineda lahtistite kuritarvitamist.

**Kokkuvõte:**

Hetkel on veel vähe kõrge tõendustasemega uuringuid preoperatiivsete psühholoogiliste sekkumiste mõjust tulemusnäitajatele. Ei ole piisavalt tõendeid, et väita, et preoperatiivset psühholoogilist nõustamist vajaksid kõik patsiendid. Psühholoogilist ja/või psühhiaatrilist preoperatiivset nõustamist /ravi vajavad eelkõige psüühikahäirega indiviidid, ning kontrollimatute liigsöömishoogude ja söömiskäitumisega indiviidid. Viimastele on soovitav operatsioonieelselt rakendada ravimeetodeid, mis soodustavad lisaks söömise ohjamisele ka üldist impulsi kontrolli oskuste ja meeleolu paranemist (nt käitumisteraapia, kognitiiv-käitumisteraapia). Kognitiiv-käitumuslikud ravimeetodid on osutunud efektiivseks ülekaalu ja rasvumise konservatiivses ravis (NICE, 2006), toetavad patsiente elustiili muutuste elluviimisel (Shaw jt., 2005), ning samuti juba näidanud mõningat efektiivsust kontrollimatu söömise vähenemisele preoperatiivsetes raviprogrammides (ja selle positiivset mõjut liigse kehakaalu langusele) (Ashton jt., 2011).

**Soovitused:**

Psühhiaatriliste häirete ilmnemisel on soovitav alustada nende raviga preoperatiivselt. Kontrollimatu söömiskäitumisega indiviididel (liigsöömishood, öise söömise sündroom, emotsionaalne söömine, näksimine) on soovitav preoperatiivselt rakendada kognitiiv-käitumuslikke ravimeetodeid, et soodustada operatsioonijärgset ravisoostumust.

**Kokkuvõte tõendustest:**

1. **Ravijuhendid**

USA ravijuhis toob välja, et kuna mitmed uuringud näitavad, et preoperatiivne liigsöömishäire seostub 2 a pärast operatsiooni väiksema liigse kehakaalu languse või kaalu suurenemisega (deZwaan jt., 2003; Guisado Macias & Vaz Leal, 2003; Toussi, Fujioka & Coleman, 2009) ning kontrolli kaotusega söömine komplitseerib liigse kehakaalu langust (Colles, Dixon, O’Brien 2008; Kofman, Lent, Swencionis, 2010; deZwaan jt., 2010; White jt., 2010), siis on soovitav operatsioonieelselt nendele patsientidele anda konkreetseid juhiseid ja soovitusi, kuidas soodustada impulsi kontrolli ja parandada meeleolu.

SIGN ja NICE ravijuhised ei käsitle preoperatiivset psühholoogilist nõustamist bariaatrilise kirurgia kontekstis.

Austraalia ravijuhised: Rasvumise kontekstis on psühholoogiliste sekkumiste eesmärgiks aidata indiviide pikaajaliste elustiili muutuste tegemisel (range toitmiskava, füüsiline aktiivsus jms), samuti käsitleda bariaatrilise operatsiooni võimalikke psühholoogilisi mõjusid.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Kokkuvõtted ülevaateartiklitest** | **Viide** |
|  |  |

1. **Empiirilised uuringud**

|  |  |
| --- | --- |
| 128 patsienti läbisid preoperatiivselt liigsöömise kognitiiv-käitumusliku grupiteraapia. Positiivse ravivastusega patsientidel ilmnes enam liigse kehakaalu langust, vastavalt 6 kuud pärast operatsiooni (46% versus 38% ) ja 12 kuud pärast operatsiooni (59% versus 50% ).  Prospektiivne kohortuuring, (tõenduspõhisuse tase C). | Ashton K, Heinberg L, Windover A, et al. (2011). Positive response to binge eating intervention enhances postsurgical weight loss and adherence. *Surg Obes Relat Dis*, 7, 315-20. |
| Prospektiivne kohortuuring, milles käigus uuriti 8 a pärast operatsiooni (Roux-en-Y gastric bypass) patsientide liigse kehakaalu langust, söömiskäitumist ja elukvaliteeti 80-l naisel (keskmine vanus 40±10 aastat).  Liigse kehakaalu langus (≥ 50% , ilmnes 59%-l ) seostus operatsiooniaegse noorema vanuse, vahetu operatsiooni järgse (1 aasta) saledama kehakompositsiooniga, **sagedastema psühholoogiliste konsultatsioonidega** **enne operatsiooni** ja madalama kalorite tarbimisega viimasel operatsioonijärgsel vastuvõtul.  8 a pärast operatsiooni 51% patsientidest kirjeldasid ebaregulaarseid liigsöömisepisoode või öise söömise sündroomi viimase kuu aja jooksul.  8 a pärast operatsiooni 85% väljendasid rahulolu operatsiooniga, 74% olid rahul postoperatiivse jälgimisega, 44% oleksid soovinud intensiivsemat postoperatiivset jälgimist, eelkõige rohkem psühholoogilist tuge. 14% oleksid soovinud pikemaajalist toitumisnõustamist (nt grupi tugi või kokandustunnid).  (tõenduspõhisuse tase C) | Kruseman M, Leimgruber A, Zumbach F, et al. (2010). Dietary, weight, and psychological changes among patients with obesity, 8 years after gastric bypass. *J Am Diet Assoc*, 110, 527-34. |
| Randomiseeritud uuringus hinnati preoperatiivse nõustamisprogrammi mõju liigse kehakaalu langusele ja operatsiooni-järgsele ravisoostumusele 1 aasta pärast operatsiooni. Ei ilmnenud erinevusi sekkumise läbinud ja kontrollgrupi vahel. Sekkumisgrupis viidi preoperatiivselt läbi 6 kognitiiv-käitumuslikul lähenemisel põhinevat grupiteraaapia seanssi, kontrollgrupis 2-tunnine operatsiooni käsitlev loeng.  **Uurimuse puudused:** 1) mõlemas grupis osalenud olid läbinud psühhiaatrilise hindamise, mille käigus käsitleti ka, kuidas suurendada enesetõhusust ja operatsioonijärgset ravisoostumust. Kuna tegemist oli osaliselt nõustamisega, siis see kallutab uuringu tulemusi ja võib vähendada gruppide vahelisi erinevusi. 2) Statistilistes analüüsides ei võetud arvesse psüühikahäire olemasolu.  Peaaegu kõik nõustamisgrupis osalenud patsiendid olid nõustamisprogrammiga rahul ja leidsid, et see on operatsiooniks valmistumiseks ning elustiili muutuste tegemiseks kasulik.  (tõenduspõhisuse tase C) | Lier HO, Biringer E, Stubhaug B,Tangen T. (2012). The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 87, 336–342. |
| 243 bariaatrilise kirurgia patsienti läbisid operatsioonieelselt lühikese kognitiiv-käitumusliku grupiteraapia. Sekkumise tulemusel vähenesid märkimisväärselt kontrollimatud liigsöömishood ja liigsöömisega seotud mõtted. | Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. (2009). Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. Surg Obes Relat Dis 5, 257–62. |
| Uurimuses võrreldi pre- vs postoperatiivse 10-nädalase käitumusliku sekkumise mõju (eesmärgiga vähendada kontrollimatut söömist). Preoperatiivse sekkumise lõpetasid ainult 14% patsientidest, postoperatiivse 91% patsientidest. Postoperatiivse psühholoogilise sekkumisega alustas ja soostus läbima oluliselt rohkem patsiente. | Leahey TM, Bond DS, Irwin SR, Crowther JH, Wing RR. (2009). When is the best time to deliver behavioral intervention to bariatric surgery patients: before or after surgery? Surg Obes Relat Dis 5, 99–102. |

*Viited:*

Colles SL, Dixon JB, O’Brien PE. (2008). Grazing and loss of control related to eating:

two high-risk factors following bariatric surgery. Obesity, 16, 615-22.

de Zwaan M, Hilbert A, Swan-Kremeier L, et al. (2010). Comprehensive interview assessment of eating behavior 18-35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity.

Surg Obes Relat Dis 6, 79-87.

deZwaan M, Mitchell JE, Howell LM, et al. (2003). Characteristics of morbidly obese

patients before gastric bypass surgery. Compr Psychiatry 44, 428-34..

Guisado Macias JA, Vaz Leal FJ. (2003). Psychopathological differences between morbidly

obese binge eaters and non-binge eaters after bariatric surgery. Eat Weight Dis 8, 315-8. (tõenduspõhisuse tase C, läbilõikeuuring)

Kofman MD, Lent MR, Swencionis C. (2010). Maladaptive eating patterns, quality of life

and weight outcomes following gastric bypass: Results on an internet survey. Obesity,18, 1938-43.

Shaw KA, O’Rourke P, Del Mar C et al. (2005) Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD003818. DOI: 10.1002/14651858.CD003818.pub2.

Toussi R, Fujioka K, Coleman KJ. (2009). Pre-and postsurgery behavioral compliance,

patient health, and postbariatric surgical weight loss. Obesity 17, 966-1002.

White MA, Kalarchian M, Masheb RM, et al. (2010). Loss of control over eating predicts

outcomes in bariatric surgery patients: a prospective, 24-month follow-up study. J

Clin Psychiatry 71, 175-84. (tõenduspõhisse tase B, prospektiivne kohortuuring)