



L'INCONTRO CON LO PSICOLOGO

PER UN PERCORSO BARIATRICO
CONSAPEVOLE

DOTTORESSA MARTA COLLE
PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA

PERCHÉ LO PSICOLOGO NEL PERCORSO BARIATRICO?



- L'obesità non è solo una condizione fisica. È una malattia cronica multifattoriale in cui gli aspetti psicologici giocano un ruolo determinante , non solo nell'eziopatogenesi ma anche nelle modalità con cui il soggetto intraprende percorsi di cura.

CONSAPEVOLEZZA

- La valutazione psicologica serve a verificare che il paziente sia mentalmente consapevole e pronto ad affrontare l'intervento e il percorso post-operatorio



PRE E POST INTERVENTO



- Le informazioni raccolte facilitano l'identificazione di eventuali condizioni che potrebbero compromettere la riuscita del trattamento.

STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE PSICOLOGICA

**Il colloquio
psicologico**

**La scheda di
valutazione**

**Scale/Test
psicometrici**

COLLOQUIO PSICOLOGICO



- E' un momento fondamentale non solo per la valutazione clinica, ma soprattutto per costruire un'alleanza terapeutica che sostenga il cambiamento a lungo termine.
- Non si tratta di una semplice raccolta dati, ma di un'indagine, quanto più profonda possibile, sul rapporto tra cibo, corpo ed emozioni

ASCOLTO ATTIVO

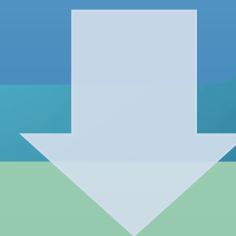
- E' la modalit  con cui lo psicologo acquisisce le informazioni relative al paziente e contestualmente crea le basi per una relazione di ascolto in cui il soggetto possa «dire di s » in un clima di accoglienza e di non giudizio.
- E' importante saper cogliere l'informazione sia nella sua dimensione oggettiva (ci  che la persona dice) che in quella soggettiva (come il soggetto la riferisce).



COSTRUIRE IL CAMBIAMENTO

Il colloquio psicologico si compone di varie fasi:

Un'iniziale accoglienza (joining) con reciproca presentazione e successivamente spiegazione di come verrà condotto l'incontro



L'obiettivo è guidare il paziente nella ricostruzione del suo vissuto per mettere in luce le dinamiche comportamentali abituali, frutto di apprendimenti avvenuti lungo il corso della vita.

Questa nuova consapevolezza funge da forza motrice del cambiamento.

PRIME OSSERVAZIONI

- Attraverso la propria presentazione il paziente rivela già molto sul suo stile comunicativo, il grado di consapevolezza, la motivazione che sottende la scelta di intraprendere un percorso che possibilmente conduca all'intervento bariatrico.



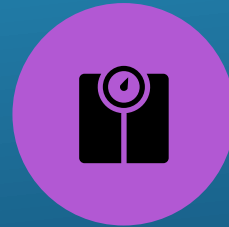
SCHEDA DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA COME STRUMENTO-GUIDA



1) ANALISI PSICOSOCIALE



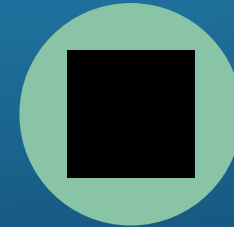
2) VALUTAZIONE DELLO
STATO MENTALE



3) STORIA DEL PESO



4) MOTIVAZIONE
ALL'INTERVENTO



5) CONOSCENZA E
COMPRESIONE DEI RISCHI
LEGATI ALL'INTERVENTO

1) ANALISI PSICO SOCIALE

- precedenti psicoterapie:
- diagnosi psichiatriche:
- disturbi somatici (patologie org.aniche):
- precedenti interventi bariatrici:
- terapie farmacologiche in corso:
- eloquio:
- attenzione:
- sonno:
- aspetto:
- odore:
- comunicazione:
- non verbale:
- tono umore:
- ansietà:

2) VALUTAZIONE STATO MENTALE

- riferisce stato dell'umore:
- episodi depressivi precedenti:
- tentati suicidi :
- rete sociale:
- relazioni stabili:
- ambito lavorativo:
- stile di vita (sport, attività ricreative, hobby)

3) STORIA DEL PESO E DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE *

- gorging (grandi quantità a pasto):
- Snacking (grandi quantità fuori pasto):
- sweet eating: principalmente dolce
- grazing: piccole quantità continue
- Binge Eating Disorder (B.E.D) assunzione incontrollata, difficile stop, dolce e salato mix, fino a pienezza eccessiva, impulsività:
- Night Eating Syndrome (N.E.S) : assunzione di cibo notturna e/o di nascosto:

*i dettagli della storia del peso con nutrizionista



4) Motivazione all'intervento:
di salute / estetica o altro:

5) Conoscenza e
Comprensione dei rischi legati
all'intervento e del Post-
chirurgico:

CARATTERISTICHE PSICOLOGICHE



- Le caratteristiche psicologiche del paziente obeso sono estremamente eterogenee, poiché l'obesità non è un disturbo psichiatrico di per sé, ma una condizione multifattoriale.
- Tuttavia, in letteratura scientifica si trovano diverse ricerche che riportano alcuni tratti e dinamiche ricorrenti che influenzano il rapporto con il cibo, con se stessi e con gli altri.

MESSAGGI “CRIPTATI”



- Molti pazienti faticano a **identificare e distinguere** le sensazioni fisiche (fame/sazietà) dalle emozioni (ansia/tristezza).
- Il vissuto emotivo percepito, e non definito in modo consapevole, genera disagio.
- Il cibo diventa l'unica risposta possibile a qualsiasi stato interno di tensione, poiché il paziente non sa "dare un nome" a ciò che prova.

CORTOCIRCUITO

- Il cibo diventa per così dire un «anestetico» della disarmonia emotiva percepita ma non riconosciuta.
- La fugace sensazione di benessere (dovuta all'azione dopaminergica del circuito della ricompensa) lascia presto il posto al senso di colpa e di vergogna.
- Quest'ultimo vissuto emotivo va ad alimentare la propria immagine interna come inadeguata e debole.
- A sua volta tale giudizio negativo interno viene alimentato dallo stigma sociale che associa la persona con obesità a pigrizia, indolenza e scarso controllo.
- Il valore personale viene totalmente appiattito sul peso corporeo e sul successo (o fallimento) dell'ultima dieta intrapresa.



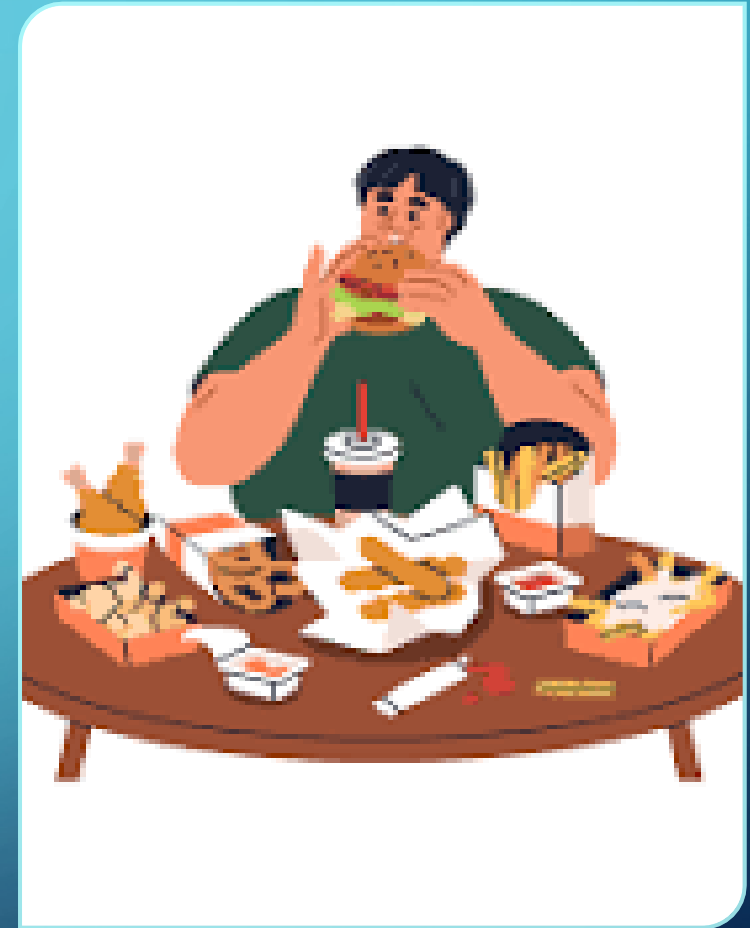
PENSIERO "TUTTO O NULLA" (DICOTOMICO)



- È una distorsione cognitiva tipica:
- *"Ho sgarrato con un biscotto, ormai il mio programma alimentare è rovinato, tanto vale mangiare tutta la confezione".*
- (Questo porta alla perdita di controllo)

IMPULSIVITÀ:

- Una ridotta capacità di inibire la risposta immediata allo stimolo del cibo, spesso associata a una ricerca di gratificazione istantanea (difficoltà a posticipare il piacere).



LOCUS OF CONTROL ESTERNO



- La tendenza ad attribuire le cause del proprio peso a fattori esterni (genetica, metabolismo, stress lavorativo, condizioni sociali e familiari) sentendosi impotenti nel poter cambiare la situazione

ALTRE LETTURE

- Secondo una prospettiva psicanalitica, nel paziente obeso il corpo diventa una corazza difensiva, una barriera fisica e simbolica da opporre al dolore e il rifiuto.
- Alcuni studiosi, come Hilde Bruch, la mancata differenziazione tra bisogni fisiologici ed emotivi deriverebbe anche da risposte genitoriali inappropriate durante l'infanzia.

Inquadrato in quest'ottica l'obesità si delinea come reazione disfunzionale a vissuti traumatici (spesso negati)



SCALE E TEST PSICOMETRICI



- I test psicometrici servono a trasformare costrutti complessi in dati oggettivi, facilitando la pianificazione di percorsi multidisciplinari, come richiesto dalle linee guida SICOB (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche)

LA BINGE EATING SCALE (BES)



- E' uno strumento utilizzato per identificare il disturbo da alimentazione incontrollata nei pazienti obesi candidati alla chirurgia.
- A differenza di altri test, la BES non misura solo "quanto" il paziente mangia, ma soprattutto gli **aspetti cognitivi ed emotivi** (senso di colpa, perdita di controllo, disagio psicologico) legati all'abbuffata.
- Il test è composto da **16 item** a scelta multipla. Il punteggio totale definisce la gravità del comportamento.

«RED FLAGS»

- Il test psicometrico completa il colloquio e la scheda di valutazione psicologica .
- La sua applicazione è utile a mettere in evidenza fattori di rischio che possono compromettere soprattutto il post-operatorio.
- Ad es. un punteggio elevato nella Scala B.E.S costituisce un campanello d'allarme
- Se l'abbuffata è una modalità di gestione delle emozioni, l'intervento chirurgico (che limita fisicamente il cibo) potrebbe causare gravi crisi d'ansia.
- In questo caso è indicato invitare il paziente a seguire un percorso di psicoterapia e, parallelamente ,di educazione alimentare come precondizioni per valutare l'obiettivo dell'intervento chirurgico.

