

Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche

**Suggerimenti per la valutazione psicologico-psichiatrica del paziente
obeso candidato alla chirurgia bariatrica**

Redazione del documento:

Luca Busetto

Maria Rosaria Cerbone

Chita Lippi

Fausta Micanti

Simona Sampietro

Contributo intellettuale e critico:

Gian Franco Adami

Rita Curti

Massimo Cuzzolaro

Silvia Gorini Amedei

Maura Levi

Barbara Longo

Meri Madeo

Vincenzo Pilone

Carlo Sollai

Marco Antonio Zappa

Approvato dal Consiglio Direttivo della SICOb in data 3 ottobre 2011.

INDICE

Introduzione e rationale	pag. 3
Procedura di valutazione	pag. 3
Psicopatologia	pag. 4
<i>Sindromi psichiatriche maggiori (Disturbi di asse I nel DSM)</i>	<i>pag. 5</i>
<i>Disturbi del comportamento alimentare</i>	<i>pag. 6</i>
<i>Disturbi di Personalità (Disturbi di asse II del DSM)</i>	<i>pag. 6</i>
Storia del peso corporeo	pag. 7
Storia dei trattamenti dietetici	pag. 7
Comportamento alimentare	pag. 7
Motivazione	pag. 8
Aspettative	pag. 9
Capacità di aderire alle prescrizioni	pag. 10
Immagine corporea	pag. 10
Qualità della vita	pag. 10
Aree di sviluppo e prospettive di lavoro future	pag. 11
Appendice. Test psicodiagnostici	pag. 12
Bibliografia di riferimento	pag. 20

Introduzione e razionale

L'Obesità è una malattia multifattoriale che riconosce nella sua eziologia la copresenza di fattori genetici, metabolici, ormonali, psichici e sociali che ne condizionano e sostengono il quadro clinico. Il ruolo importante svolto dagli aspetti psico-sociali nell'ambito della chirurgia bariatrica è evidente nella letteratura scientifica e nella pratica clinica.

Già le originali linee guida NIH del 1991 e la totalità delle più recenti linee guida internazionali (IFSO-EC/EASO/ECOG/ITOF 2007; AACE/TOS/ASMBS 2008; NICE 2006) e nazionali (SICOB 2006) prevedono che il paziente obeso candidato a chirurgia bariatrica venga sottoposto ad una approfondita valutazione pre-operatoria multidisciplinare che comprenda una valutazione dello stato mentale. Tuttavia, gli scopi e gli ambiti di questa valutazione non sono in genere ben specificati.

In analogia a quanto proposto da altre società scientifiche (ASBS 2004), questo documento intende fornire alcuni suggerimenti di pratica clinica agli operatori (psicologi e psichiatri) che si occupano della valutazione psicologico-psichiatrica del paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica. Data la scarsità di dati basati sull'evidenza per questo particolare aspetto della chirurgia bariatrica, il documento non può ambire a fornire vere e proprie linee guida di standardizzazione della pratica professionale. Il documento nasce da una accurata revisione della letteratura e dall'esperienza acquisita sul campo e si propone come uno strumento dinamico diretto a promuovere conoscenze e riflessioni e a produrre una sempre maggiore condivisione del progetto di cura del paziente obeso tra chirurghi e altri operatori.

Il razionale e gli obiettivi della valutazione dello stato mentale nel paziente candidato a chirurgia bariatrica possono essere riassunti in due punti principali.

- a) Esistono stati psicopatologici che per gravità e qualità invalidante a lungo termine rappresentano delle controindicazioni alla chirurgia bariatrica. In questi casi, l'eventuale indicazione può essere posta solo individualmente per gravi motivi medici (prognosi quod vitam infausta per motivi legati all'obesità), sempre con il formale consenso dello psichiatra di riferimento.
- b) Esistono, nella dimensione mentale del paziente obeso, specifiche attitudini psicologiche e comportamentali che, anche non configurando un quadro clinico di rilevanza diagnostica, possono giocare un ruolo importante nel determinare l'esito dell'intervento bariatrico e/o il benessere fisico e psichico del paziente operato, anche indipendentemente dal livello di riduzione ponderale raggiunto. In questo caso, lo studio e la valutazione di determinate aree psicologiche può individuare eventuali elementi di rischio e fornire la base per la programmazione di trattamenti mirati pre-operatori e post-operatori volti a migliorare l'outcome finale del paziente anche nel lungo termine. In questo contesto, la valutazione pre-operatoria si pone quindi non solo come momento diagnostico, ma come primo momento per la creazione di una relazione terapeutica duratura finalizzata alla "presa in carico" multidisciplinare a lungo termine del paziente bariatrico.

Procedura di valutazione

Come già accennato, la valutazione dello stato mentale ha come obiettivi:

1. il riconoscimento di disturbi psichiatrici maggiori ascrivibili all'Asse I e II del DSM-IV TR che possono rappresentare delle controindicazioni all'intervento di chirurgia bariatrica
2. il riconoscimento di tratti di personalità, comportamenti e disturbi psicopatologici minori associati all'obesità che devono essere oggetto di attenta valutazione per la gestione del periodo post-operatorio

Gli strumenti con cui si realizza la valutazione psichiatrica-psicologica sono il colloquio clinico e l'indagine psicometrica.

Il Colloquio Clinico serve ad indagare lo stato mentale del soggetto, le aree necessarie alla valutazione della compliance all'intervento, l'anamnesi remota e prossima atta ad individuare condizioni psicopatologiche ostative all'intervento o che richiedono un trattamento specifico (farmacologico e/o psicoterapeutico) pre-operatorio o post-operatorio. L'Anamnesi psichiatrica prossima serve ad individuare, nel passato recente, la presenza di sindromi psichiatriche o di eventi traumatici superati sia spontaneamente che con trattamenti specifici. L'Anamnesi psichiatrica remota serve ad individuare pregresse patologie psichiatriche e la loro risoluzione. In particolare, l'indagine anamnestica è necessaria per riconoscere sindromi o eventi (abusi familiari, maltrattamenti) che possono interferire con il periodo post-operatorio e pertanto determinare un adattamento perturbato al cambiamento indotto dall'intervento o, in alcune condizioni, siglare il fallimento del processo di cura, o facilitare lo sviluppo di quadri psicopatologici di compenso.

L'indagine psicometrica, utilizzando strumenti mirati e corrispondenti alle aree da indagare, può fornire dati oggettivabili sulla personalità, sulla presenza di condizioni sintomatiche o di tratto rispetto alle variazioni del tono dell'umore e dell'ansia, sul rapporto con il cibo, sull'immagine corporea, sulla presenza, intensità e qualità della componente impulsiva, sulla qualità di vita del paziente candidato alla chirurgia bariatrica. L'impiego degli strumenti psicometrici soddisfa anche un criterio di riproducibilità, che consente una maggiore condivisione ed attendibilità delle procedure di valutazione.

La scelta dei test dipende dalle dimensioni che si intende studiare. In linea generale, è utile somministrare un test di personalità, un test di psicopatologia generale ed altri test specifici che riguardino il comportamento alimentare, l'immagine corporea, la qualità di vita e la motivazione al cambiamento.

Possono essere utilizzati sia questionari autosomministrati compilati direttamente dal soggetto in esame, sia altri test e interviste semistrutturate che richiedono la presenza dello psichiatra o dello psicologo clinico.

Alcuni autori (Fabricatore et al., 2006) hanno valutato quali strumenti psicodiagnostici vengano utilizzati nei centri americani che si occupano di chirurgia bariatrica. Dallo studio emerge come gli strumenti usati siano numerosi e diversi da centro a centro. Pur tenendo conto delle necessità legate a specifici protocolli di ricerca, il dato contrasta fortemente con l'esigenza di una standardizzazione delle misure di base.

Una selezione dei test psicodiagnostici più utilizzati in ambito bariatrico è raccolta in Appendice. Tale selezione non è prescrittiva e si basa sulla frequenza di utilizzo degli strumenti nella letteratura specialistica.

Psicopatologia

Allo stato attuale, non esiste un'asserzione paradigmatica ed ampiamente condivisa rispetto alla qualità della ricaduta di un disturbo mentale sulla procedura bariatrica. Va ricordato, però, che esistono quadri psicopatologici i cui sintomi (per esempio il "binge eating") condizionano l'aumento eccessivo di peso. Inoltre, l'assunzione di molti psicofarmaci può determinare notevole incremento ponderale e rendere difficile ottenere un efficace dimagrimento. In aggiunta, occorre sottolineare che la natura stessa di alcuni disturbi mentali non consente al paziente, in alcun modo, di costruire una motivazione e, quindi, una capacità di gestire il percorso bariatrico.

In presenza di livelli severi di psicopatologia, l'intervento di chirurgia bariatrica è in linea generale controindicato e l'indicazione all'intervento può essere posta solo eccezionalmente per gravi motivi medici (prognosi quod vitam infausta per motivi legati all'obesità), sempre con il formale consenso

dello psichiatra di riferimento e possibilmente con il coinvolgimento delle strutture psichiatriche territoriali competenti. E' sempre fondamentale in questo caso che il paziente sia trattato adeguatamente e continuativamente e che presenti sintomi sufficientemente stabilizzati. Nei casi in cui si verifichi l'ipotesi sopradescritta, è inoltre necessario valutare:

- 1) La possibilità di ottenere, negli interventi di tipo prevalentemente restrittivo, modificazioni del comportamento alimentare.
- 2) La possibilità di proseguire con efficacia le terapie psicofarmacologiche già in atto nel pre-operatorio, particolarmente negli interventi di tipo prevalentemente malassorbitivo che possono interferire con l'assorbimento dei farmaci psicotropi. In tali casi, è opportuno prima di dare il consenso all'intervento, considerare la farmacocinetica e la possibilità di sostituzione della via di somministrazione dei farmaci (per es. sostituzione della via orale con quella intramuscolare) onde evitare un peggioramento del disturbo mentale nel post-operatorio.
- 3) Le condizioni socio-economiche del paziente ed il livello di supporto familiare e sociale. Tutti gli interventi richiedono nel follow-up controlli clinici frequenti ed alcuni necessitano di terapie di supplementazione nutrizionale continuative (minerali, vitamine, aminoacidi) al fine di evitare stati carenziali. E' necessario accertarsi quindi che il paziente possa essere seguito ed aiutato da persone a lui vicine e abbia la possibilità economica di sostenere il costo di tali terapie.

Sindromi psichiatriche maggiori (Disturbi di asse I nel DSM)

Rappresentano in linea generale controindicazioni all'intervento di chirurgia bariatrica i quadri di Delirium, Demenza, Disturbi Amnestici e altri Disturbi Cognitivi (DSM-IV-TR: 153-199); i Disturbi Correlati a Sostanze (DSM-IV-TR: 214-320); la Schizofrenia e gli altri Disturbi Psicotici (DSM-IV-TR: 325-374); i Disturbi Dissociativi (DSM-IV-TR: 557-572). Questi casi possono presentare sintomi così gravi da inficiare la capacità stessa di fornire un consenso valido.

Nell'ambito dei Disturbi dell'Umore (DSM-IV-TR: 374-454) è necessario porre diagnosi differenziale tra disturbi di diversa gravità. Il Disturbo Depressivo Maggiore ed il Disturbo Bipolare costituiscono una controindicazione all'intervento di chirurgia bariatrica. Altri disturbi del tono dell'umore, come la depressione senza manifestazioni psicotiche, la depressione con manifestazioni atipiche, la depressione reattiva ad eventi traumatici, gli aspetti depressivi correlati alla condizione di obesità, non sono considerati ostativi all'intervento e si possono avvalere di strumenti terapeutici articolati quali l'uso di farmaci antidepressivi e/o di trattamenti psicoterapici pre-operatori e post-operatori.

I Disturbi d'Ansia (DSM-IV-TR: 461-489), considerati dal punto di vista sintomatologico, non rappresentano una controindicazione. Occorre qui valutare la qualità dell'ansia, l'intensità, la sua organizzazione (differenza fra ansia libera ed organizzata) e l'essere parte di un quadro sindromico in associazione ad altri Disturbi mentali di Asse I o II. Parimenti, il Disturbo da Attacco di Panico e le Fobie non costituiscono controindicazione e devono essere trattati parallelamente al percorso bariatrico.

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DSM-IV-TR: 490-496) non è espressamente citato tra le controindicazioni psichiatriche alla chirurgia bariatrica nelle linee guida internazionali. Tuttavia, la qualità e l'intensità dei sintomi ossessivi devono essere attentamente valutate per confermare o instaurare un opportuno percorso terapeutico.

Anche per i Disturbi del Controllo degli Impulsi (DSM-IV-TR: 707-722) è necessario valutare caso per caso l'opportunità dell'intervento, con un'attenta analisi costi-benefici.

Disturbi del comportamento alimentare

I Disturbi del comportamento alimentare sono di particolare interesse in ambito bariatrico, non solo nella valutazione delle eventuali controindicazioni, ma anche nello studio delle indicazioni in rapporto al tipo di intervento e nella valutazione del rischio post-operatorio.

La presenza nell'anamnesi del paziente obeso di un periodo di *Anoressia Nervosa* (DSM-IV-TR: 625-632) implica un elevato rischio di una ricaduta con sintomi anoressico-bulimici nel post-operatorio. Il dimagrimento può divenire "inarrestabile" e il corpo non essere percepito nella sua realtà. Si parla in questi casi di *Post-surgical Eating Avoidance Disorder* (PSEAD).

La *Bulimia Nervosa* (DSM-IV-TR: 632-36) è considerata una controindicazione alla chirurgia bariatrica. Può essere presente nell'anamnesi o, più raramente, ancora in atto al momento della valutazione, quando il paziente obeso, percependosi troppo grasso, considera le condotte di eliminazione, in particolare il vomito autoindotto, come rimedio all'eccessiva ingestione di cibo. Il vomito ripetuto, come sintomo, è un grave fattore limitante il buon esito di qualsiasi intervento, sia per le possibili complicanze a livello gastrico ed esofageo (particolarmente negli interventi che interessano lo stomaco) sia per la possibile induzione di quadri carenziali anche acuti (deficit di tiamina) e di condizioni squilibrio elettrolitico. La presenza di bulimia nervosa richiede interventi terapeutici adeguati. Solo dopo remissione stabile e duratura dei sintomi sarà possibile intraprendere una nuova valutazione del percorso bariatrico.

Il peso da attribuire in chirurgia bariatrica alla presenza del *Disturbo da Alimentazione Incontrollata* (*Binge Eating Disorder, BED*) (DSM-IV-TR: 637, 832-835) è ancora controverso. Sebbene il BED non sia espressamente citato nelle linee guida internazionali tra le controindicazioni psichiatriche assolute a interventi di chirurgia bariatrica, molti dubbi permangono sulla opportunità di trattare chirurgicamente e anche sul tipo di intervento più indicato per questi pazienti. In ogni caso, un trattamento psicoterapeutico, nel corso del quale valutare il tempo e il tipo di un eventuale intervento seguito da un prosieguo della psicoterapia anche nel post-operatorio, sembra essere oggi l'approccio più largamente condiviso.

La *Night Eating Syndrome (NES)*, descritta da Stunkard nel 1959, non è ancora una diagnosi riconosciuta dal DSM. La NES è caratterizzata da anoressia mattutina anche se il soggetto consuma la prima colazione; iperfagia serale con consumo di almeno il 50% dell'introito energetico giornaliero dopo cena; insonnia caratterizzata da almeno un risveglio per notte con consumo di cibo durante i risvegli; persistenza dei sintomi sopraindicati per tre mesi o più; non soddisfazione dei criteri diagnostici per *Bulimia Nervosa* o *Disturbo da Alimentazione Incontrollata*. Anche per questo disturbo la valutazione dell'accesso alla chirurgia bariatrica è controverso. In linea generale, sono consigliabili, prima dell'intervento, più colloqui diagnostici, un percorso terapeutico atto a migliorare la condotta alimentare, eventualmente un trattamento farmacologico teso a ripristinare la qualità del sonno, e infine la messa in atto di un adeguato progetto integrato psiconutrizionale nel periodo post-operatorio.

Disturbi dell'alimentazione non Alimenti Specificati (DANAS) (DSM-IV-TR 637). In questo gruppo diagnostico sono compresi tutti quei disturbi del comportamento alimentare che non rientrano nelle diagnosi precedenti per mancanza di qualche criterio diagnostico (sindromi incomplete, *chewing and spitting*, eccetera). Queste condizioni devono essere riconosciute e valutate come elementi in grado di influire sull'esito dell'intervento a medio e lungo termine.

Disturbi di Personalità (Disturbi di asse II del DSM)

I Disturbi di Personalità (DSM-IV-TR: 753-776) si considerano una controindicazione all'intervento di chirurgia bariatrica qualora i sintomi siano così gravi da invalidare la capacità di fornire un consenso valido all'intervento o siano correlati a ideazione suicidaria, grave impulsività,

incapacità di conformarsi alle regole e indifferenza per la propria incolumità. Tuttavia, i disturbi di personalità vanno distinti in base alle loro caratteristiche e alla loro gravità. Alcuni dati di letteratura negano che la presenza di disturbi di personalità sia sempre correlata all'insuccesso della chirurgia bariatrica, almeno in termini di perdita di peso. Appare quindi ragionevole un atteggiamento di prudenza nel porre l'indicazione nei pazienti affetti. La qualità e l'intensità dei sintomi vanno comunque sempre valutate al fine di instaurare un opportuno percorso articolato psicofarmacologico e nutrizionale.

Storia del peso corporeo

Nel corso della valutazione pre-operatoria è necessario ricostruire la storia del peso, cercando di stabilire eventuali nessi cronologici tra importanti incrementi o decrementi ponderali, eventi della vita (lutti, cambiamenti di lavoro, trasferimenti, gravidanze, allattamento, variazioni nel livello di attività fisica, eccetera) e presenza di disturbi del comportamento alimentare. Informazioni utili sono, oltre al peso attuale, quello più alto raggiunto dal paziente, quello più basso, quello mantenuto più a lungo, quello sognato come ideale e quello considerato accettabile.

Storia dei trattamenti dietetici

È utile indagare a quale età è stata avviata la prima dieta e la motivazione del primo trattamento dietetico e dei successivi, per comprendere quali fattori (insoddisfazione corporea, influenze familiari e sociali, eccetera) hanno portato alla ricerca di un calo ponderale. È opportuno verificare e descrivere quanti e quali (sotto supervisione medica, autoprescrizione) tentativi siano stati intrapresi e con quali risultati in termini di aspetti cognitivi ed emotivi, difficoltà ad aderire alle prescrizioni, motivi di interruzione del trattamento, tempo di mantenimento dei risultati ottenuti, tempo di recupero del peso perduto.

È inoltre utile indagare su uso (o abuso) di farmaci psicotropi e anoressizzanti e di altri trattamenti farmacologici incongrui (ormoni tiroidei, lassativi, diuretici), valutando la consapevolezza del paziente riguardo ai loro effetti. Le diete eseguite con farmaci anoressanti implicano spesso una minor partecipazione del soggetto e possono rappresentare un indice predittivo negativo per la compliance nel post-intervento, qualora quest'ultimo venga vissuto come evento magico e risolutore.

Comportamento alimentare

Il rapporto con il cibo è sempre legato in maniera più o meno stretta allo stato emotivo del paziente e può assumere qualità peculiari che configurano vari quadri di condotta alimentare che può essere opportuno cercare di modificare prima di accedere all'intervento di chirurgia bariatrica, o per i quali può essere utile pianificare un percorso terapeutico mirato nel post-operatorio.

In generale, l'*emotional eating* (fame emotiva o fame nervosa) è il ricorso al cibo per placare emozioni che il soggetto non è in grado di temperare diversamente. Le emozioni possono essere sia negative, sia positive. Tra le sensazioni che scatenano l'assunzione di cibo possono essere comprese la noia, vissuta come assenza di stimoli, la stanchezza fisica o l'esigenza di rilassarsi.

La condotta alimentare del soggetto obeso può prendere forme che vanno, in uno spettro di continuità, da anomalie poco rilevanti fino ai disturbi del comportamento alimentare descritti in precedenza. I principali comportamenti alimentari disfunzionali, descritti in letteratura, sono:

- 1) iperfagia prandiale (*gorging*);
- 2) piluccamenti frequenti (*grignotage, nibbling, grazing*);

3) frequenti infra-pasto (snacking)

4) bramosie selettive per cioccolato, carboidrati semplici o altro (*selective food craving, sweet eating*);

4) abbuffata compulsiva (*binge eating*) o assunzione incontrollata di cibo, conseguente ad un bisogno sorto all'improvviso ed irrinunciabile, con impossibilità di fermarsi e assunzione contemporanea di cibi dolci e salati, fino ad una sensazione di estrema pienezza gastrica.

L'iperfagia prandiale, talvolta definita come "gorging", è caratterizzata dall'ingestione rapida di una grande quantità di cibo ai pasti. Il consumo in eccesso di cibo può rappresentare una mancanza di consapevolezza enterocettiva e/o l'incapacità di discernere stimoli interni come la fame, appetito, sazietà, o pienezza. In alternativa, l'eccesso di cibo può rappresentare una decisione consapevole di mangiare in eccesso o mangiare di più sotto la spinta emotiva.

I piluccamenti frequenti costituiscono un pattern di comportamento caratterizzato dal mangiare piccole quantità di cibo in maniera continuata più volte durante il giorno in un arco di tempo quasi sempre definito.

I frequenti infra-pasto sono caratterizzati dalla presenza di più spuntini salati o dolci nell'arco della giornata

Il "craving" è definito come un intenso desiderio di consumare un cibo o un particolare tipo di cibo a cui è difficile resistere. Questo aspetto è stato oggetto di numerose ricerche nell'ambito della chirurgia bariatrica, in merito all'esito degli interventi restrittivi in pazienti con craving per cibi dolci (*sweet eating*).

Le modalità di alimentarsi, comprese la velocità e la voracità nel cibarsi, vanno indagate attentamente, essendo comportamenti da correggere in funzione dell'intervento. Variazioni nello stile alimentare possono rappresentare indici utili per discriminare i comportamenti compulsivi. Inoltre le preferenze alimentari possono influire in particolare sull'esito degli interventi prevalentemente restrittivi, perché alcuni alimenti ipercalorici, (per esempio: gelato, cioccolato, bibite zuccherate, latte, alcol, eccetera) "passano" per la loro consistenza più facilmente attraverso il punto di restrizione gastrica.

Motivazione

Il livello motivazionale del paziente che dovrà subire un intervento di chirurgia bariatrica è di fondamentale importanza nella valutazione pre-operatoria.

Molti autori si sono occupati della motivazione, e diversi sono i modelli motivazionali che si propongono di spiegare i meccanismi attraverso i quali si forma la spinta a mettere in atto un comportamento tendente a conservare o a ripristinare uno stato di salute. In tutti i modelli sono distinti i due concetti di *intenzione* e *motivazione*, che nel linguaggio comune si è portati ad usare in modo interscambiabile. L'intenzione fa parte della motivazione e costituisce la spinta iniziale, mentre la motivazione è composta dall'intenzione e dalla programmazione/attuazione del comportamento.

Sicuramente tutti i pazienti che si presentano ad un centro per la cura dell'obesità sono intenzionati a seguire un percorso per la riduzione del peso, all'atto della richiesta di intervento. Tuttavia la presenza dell'intenzione non è sempre sufficiente a far sì che venga messo in atto un comportamento adeguato né tanto meno che esso possa essere protratto nel tempo. Una semplice dichiarazione verbale non costituisce di per sé l'espressione attendibile della motivazione. E' quindi utile valutare attentamente il comportamento specifico del paziente per poter essere in grado ragionevolmente di prevedere la capacità di attuare i comportamenti diretti allo scopo (valutazione della *compliance* o aderenza alle prescrizioni mediche). Il successo a lungo termine di un intervento

di chirurgia bariatrica dipende, in buona misura, infatti, dalla motivazione del paziente, che deve essere valutata sia in termini quantitativi che qualitativi. I soggetti più propensi ad attribuire responsabilità a cause esterne tenderanno a farlo anche dopo l'intervento e a seguire con minor impegno i suggerimenti diretti a una corretta alimentazione post-chirurgica.

Sul piano qualitativo, la decisione di perdere peso sottoponendosi a un intervento chirurgico può essere ricondotta a due ordini di fattori: il primo comprende le motivazioni di ordine medico e il secondo quelle di ordine estetico. Al primo gruppo appartengono l'intenzione di combattere patologie internistiche attuali (funzione curativa della chirurgia) così come quella di contrastare rischi futuri (funzione preventiva della chirurgia). Cadono in quest'area anche l'aspirazione a una maggiore autonomia funzionale e a un miglioramento della qualità della vita legata alle attività quotidiane. L'esplorazione dei motivi di ordine estetico è diretta a comprendere l'importanza che i pazienti attribuiscono al loro aspetto nei confronti di se stesso e dell'ambiente.

L'analisi motivazionale prevede:

- La valutazione del meccanismo grazie al quale si è formata la spinta a mettere in atto la richiesta di intervento, cioè la valutazione dell'intenzione
- La valutazione dei processi mentali che hanno spinto a cercare questo tipo di soluzione
- La valutazione dello stato di conoscenze reali sulla qualità, la tempistica e gli effetti delle procedure bariatriche

Aspettative

Nella valutazione pre-chirurgica, così come all'inizio di qualunque altro intervento mirato alla perdita di peso, è importante entrare in contatto con le aspettative del paziente.

I pazienti che affrontano un intervento di chirurgia bariatrica possono avere delle aspettative che vanno oltre il dimagrimento. Per prima cosa occorre valutare le aspettative di dimagrimento, quanto il paziente si aspetta di dimagrire e in quanto tempo ma soprattutto il grado di impegno che pensa di dover applicare. E' abbastanza frequente, infatti, che le aspettative in questo senso siano "magiche", non realistiche e che i pazienti si aspettino un calo ponderale nettamente superiore a quello medio raggiungibile. Nella terapia non chirurgica dell'obesità, un calo ponderale del 5-10%, stabile da un anno, è già considerato un successo, ma chi soffre di obesità ha spesso aspettative irrealistiche e tende a sovrastimare gli effetti delle cure, sia in termini quantitativi di calo ponderale che qualitativi di miglioramenti estetici. Alcuni pazienti si aspettano, dopo il calo ponderale, di riottenere un peso e un aspetto fisico come quello che avevano (o "ricordano" di avere avuto) in età giovanile e non si attengono al dato di realtà.

Aiutare i pazienti ad avere aspettative realistiche di dimagrimento è di fondamentale importanza già nel periodo pre-chirurgico, soprattutto considerando che una quota rilevante dei fallimenti delle diete deve essere attribuita proprio all'insoddisfazione soggettiva per i risultati.

Oltre alle aspettative in termini di calo ponderale è importante esaminare le aspettative dipendenti dal dimagrimento. Molti pazienti attribuiscono all'obesità numerosi problemi, dall'ansia alla depressione, dai problemi familiari alla carenza di autostima, problemi nelle relazioni affettive e/o sociali, problemi lavorativi, e si aspettano che la riduzione del peso porti con sé anche la loro risoluzione. La delusione di tali aspettative nel post-operatorio, può portare ad una perdita di motivazione e al fallimento della procedura di intervento, determinando anche complicazioni fisiche gravi. In questo senso un'approfondita indagine delle aspettative può fornire validi elementi per decidere l'attuazione di programmi terapeutici da associare a quello bariatrico.

Capacità di aderire alle prescrizioni

Diversi aspetti possono influenzare l'aderenza del paziente alle prescrizioni mediche (*compliance*). Diventa quindi importante indagare ed affrontare le eventuali difficoltà che impediscono al paziente di seguire le indicazioni nel post-chirurgico. Alcuni ostacoli possono essere:

1. presenza di umore depresso, che secondo la letteratura, è uno dei motivi principali di non aderenza;
2. presenza di difficoltà all'interno della famiglia come carenza di supporto e/o di assistenza nel periodo post-operatorio;
3. carenza di risorse economiche e logistiche;
4. difficoltà cognitive, in particolare la capacità di comprendere le prescrizioni;
5. aspettative ed eventuali comunicazioni incongrue dei familiari verso il paziente, i quali ad esempio, pur desiderando che il paziente dimagrisca, lo invitano a provare cibi appetitosi e calorici;
6. precedente storia di non aderenza alle prescrizioni: in questo caso occorre studiare dettagliatamente la tipologia di prescrizioni che ha determinato il comportamento di non aderenza;
7. entità del cambiamento richiesto, soprattutto in termini di modificazione dello stile di vita. La modificazione dello stile di vita è un processo lento, lungo e difficoltoso che richiede una stretta interazione tra medico e paziente.

Immagine corporea

L'Immagine corporea (*body image*) è un costrutto psicologico complesso che comprende aspetti percettivi, emotivi, valutativi e relazionali legati al proprio aspetto fisico. Ha chiari effetti sul funzionamento sociale e sulla qualità di vita. Un alto grado di insoddisfazione per la propria immagine corporea si associa in genere a scarsa autostima, problemi sessuali e difficoltà relazionali. Esiste uno spettro di continuità che va da condizioni clinicamente poco significative a quadri di franca patologia psichiatrica.

La tendenza ad associare il valore personale al proprio aspetto fisico rappresenta l'assunto centrale del disturbo dell'immagine corporea. Poiché un'immagine corporea negativa è il fattore determinante nel motivare i soggetti obesi ad intraprendere un percorso di dimagrimento, un approccio psicologico, sia in fase diagnostica che nel corso del trattamento, non può prescindere da un'attenta valutazione degli aspetti legati all'insoddisfazione e alla svalutazione del corpo, alle preoccupazioni ossessive per il proprio aspetto e alle aspettative irrealistiche affidate alla perdita di peso. È utile valutare quanto il cambiamento del corpo, indotto dalla chirurgia bariatrica, si possa effettivamente tradurre in un miglioramento dello stato mentale e della qualità di vita nel post-operatorio e quanto, invece, possa determinare l'insorgenza di patologie psichiatriche se, al contrario, dovesse essere una difesa del soggetto rispetto ad altre problematiche strutturali dell'identità. Inoltre il disturbo dell'immagine corporea deve essere oggetto di attenta valutazione, potendo rappresentare un fattore che predispone allo sviluppo di comportamenti alimentari patologici.

Qualità della vita

La valutazione della qualità di vita legata all'obesità (*obesity-related quality of life*) e, più in generale, allo stato di salute (*health-related quality of life*) può fornire elementi utili per la valutazione delle motivazioni e delle aspettative che sottendono alla richiesta di intervento di

chirurgia bariatrica. La misura psicometrica della qualità della vita in fase preoperatoria e nel follow-up, a breve e lungo termine, è un indicatore di esito molto importante.

Va segnalato che i miglioramenti maggiori si osservano, in genere nel primo anno dopo l'intervento di chirurgia bariatrica. A medio e lungo termine, invece i risultati tendono a essere meno soddisfacenti. Anche per questa ragione, l'intervento psicologico-psichiatrico non dovrebbe limitarsi alla valutazione preoperatoria ma dovrebbe seguire a lungo, con intervalli regolari, più o meno distanziati secondo necessità, il paziente che si è sottoposto a un trattamento di chirurgico dell'obesità.

Aree di sviluppo e prospettive di lavoro future

Come già accennato nella parte introduttiva, il presente documento non intende considerarsi conclusivo, ma si propone come uno strumento dinamico diretto a promuovere conoscenze e riflessioni e a produrre una sempre maggiore condivisione del progetto di cura del paziente obeso in chirurgia bariatrica.

Nel corso del processo di ideazione ed elaborazione del documento sono emersi i seguenti ambiti su cui appare utile concentrare il lavoro comune nel futuro:

1. E' necessario prevedere fin da ora una revisione periodica dei contenuti del presente documento ed un suo adeguamento alle eventuali nuove acquisizioni scientifiche;
2. E' auspicabile giungere ad una progressiva uniformazione a livello nazionale delle procedure di valutazione, in particolare per quanto riguarda gli strumenti psicometrici, anche per favorire la ricerca multicentrica nell'area psicologico-psichiatrica.
3. E' auspicabile la pianificazione di studi multicentrici di intervento che possano valutare e comparare la efficacia di diversi protocolli di intervento sia nella fase pre-operatoria che nella fase del follow-up.
4. E' auspicabile l'implementazione, anche a livello societario, di percorsi di formazione specifici per gli operatori che si vogliono dedicare agli aspetti psicologici e psichiatrici della chirurgia bariatrica.

Appendice. Test psicodiagnostici

TEST DI VALUTAZIONE DELLA PERSONALITÀ E DELLA PSICOPATOLOGIA GENERALE

Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2 (MMPI-2). Hathaway & McKinley, Comitato di Ristandardizzazione del MMPI della University of Minnesota Press (Butcher, Dalhstrom, Graham, Tellegen). Adattamento italiano di P. Pancheri e S. Sirigatti (1995).

L'MMPI-2 è il test più usato nella letteratura relativa alla chirurgia bariatrica. L'interpretazione di questo test ci permette di identificare alcune caratteristiche di personalità che potrebbero influire negativamente sull'esito dell'intervento chirurgico.

L'MMPI è un questionario composto da 567 domande con risposta vero o falso. Le scale di validità permettono la valutazione dell'accettabilità del protocollo ai fini della sua interpretazione, anche in base alla considerazione dell'atteggiamento verso il test ed in rapporto alle altre informazioni disponibili sul soggetto. Dal punteggio emerge un profilo composto da scale cliniche, di contenuto e supplementari. Scale di validità: Menzogna, Frequenza, Correzione-K, Back-F, Vrin, Trin. Scale cliniche: Ipocondria, Depressione, Isteria, Deviazione Psicopatica, Mascolinità/Femminilità, Paranoia, Psicastenia, Schizofrenia, Ipomania, Introversione Sociale. Scale di contenuto: Ansia, Paure, Ossessività, Depressione, Preoccupazioni per la Salute, Ideazione Bizzarra, Rabbia, Cinismo, Comportamenti Antisociali, Type-A, Bassa Autostima, Disagio Sociale, Problemi Familiari, Difficoltà sul Lavoro, Difficoltà di Trattamento). Scale supplementari: Mac-andrews, Tossicodipendenza Potenziale, Ammissione Tossicodipendenza, PTSD, Ostilità Ipercontrollata, Disagio Coniugale.

Tempo di completamento: 1 ora circa.

Disponibile presso Giunti-Organizzazioni Speciali- Firenze.

Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Derogatis, L. (1983)

Il test SCL-90 è un questionario autosomministrato composto da 90 item, su disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana; il soggetto fornisce una valutazione da 0 (per niente) a 4 (moltissimo) [Scala Likert]. La SCL-90 può essere utilizzata come strumento di screening non solo in un contesto psichiatrico ma anche in altri contesti, e può trovare collocazione anche nella ricerca dove ben si presta alla valutazione ripetuta della sintomatologia essendosi dimostrata sufficientemente sensibile ai cambiamenti. Dal punteggio vengono individuate dieci dimensioni sintomatologiche di diverso significato: I) Somatizzazione (SOM); II) Ossessione-Compulsione (O-C); III) Sensibilità interpersonale (INT); IV) Depressione (DEP); V) Ansia (ANX); VI) Ostilità (HOS); VII) Ansia fobica (PHOB); VIII) Ideazione paranoide (PAR); IX) Psicoticismo (PSY); X) Disturbi del sonno (SLEEP).

Tempo di completamento: 12 - 15 minuti.

Pubblicata in: Conti, L. (1999). SEE Editrice, Firenze

SCID-I. Interviste Cliniche Strutturate per il DSM-IV (Michael B. First, Robert L. Spitzer, Miriam Gibbon e Janet B.W. Williams) Ed italiana a cura di: Fausto Mazzi, Piero Morosini, Giovanni De Girolamo, Marco Lussetti e Gian Paolo Guaraldi (2000)

SCID-II. Interviste Cliniche Strutturate per il DSM-IV (Michael B. First, Miriam Gibbon, Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams e Lorna S. Benjamin) Ed italiana a cura di: Fausto Mazzi, Piero Morosini, Giovanni De Girolamo e Gian Paolo Guaraldi (2003)

La Structured Clinical Interview for DSM – SCID (I e II) è un'intervista semistrutturata per la diagnosi della maggior parte dei disturbi di Asse I e per quelli di personalità sull'Asse II secondo il DSM-IV.

La SCID deve essere utilizzata da intervistatori con buona esperienza clinica e che abbiano fatto un adeguato training, poiché la maggior parte dell'intervista è affidata al giudizio del clinico il quale, non essendo vincolato da un'intervista rigidamente strutturata e potendo raccogliere le notizie da più fonti, deve essere in grado, di fronte ad informazioni contrastanti, di estrapolare la valutazione dei criteri sulla base delle risposte.

Tempi di somministrazione: SCID-I 45-90 minuti; SCID-II 40-60 minuti più 20 minuti del questionario.

Disponibile presso Giunti-Organizzazioni Speciali- Firenze.

Temperament and character inventory (TCI) - CR Cloninger, TR Prybeck, DM Svrakic, RD Wetzell, 1994.

Il TCI è un inventario di tratti di personalità per la descrizione clinica e la classificazione delle diverse caratteristiche, normali ed abnormi, di personalità, basato su di una teoria biosociale generale della personalità.

Il TCI è costituito da sette dimensioni: quattro tratti temperamentali e tre caratteriali. Tratti temperamentali: Ricerca della novità (NS), Harm Avoidance o Evitamento del danno (HA), Reward Dependence o Dipendenza dalla Ricompensa (RD), Persistenza (PS). Tratti caratteriali: Auto-direzionalità (SD), Cooperatività (CO), Auto-trascendenza (ST).

Pubblicato in: Conti, L. (1999), *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. SEE Editrice, Firenze.

Cognitive Behavioral Assessment- 2.0 (CBA- 2.0) (Bertolotti, G., Michielin, P., Sanavio, E., Simonetti G., Vidotto G., Zotti A.M., (1985).

Il CBA 2.0 è una batteria di più test a vasto spettro, che: a) fornisce una precisa valutazione dei problemi che il soggetto lamenta; b) fornisce indicazioni sugli approfondimenti più appropriati per una loro comprensione; c) raccoglie in modo uniforme un'anamnesi psicosociale del soggetto; d) offre un ampio ventaglio di misurazioni iniziali, rispetto alle quali valutare l'evoluzione del caso e l'esito di un eventuale trattamento; e) fornisce misurazioni di alcuni costrutti psicologici di primaria importanza quali l'ansia di stato, la depressione, le paure, le ossessioni, le compulsioni, i disturbi psicofisiologici. La batteria è composta da dieci schede che vanno a sondare aspetti specifici.

Le *schede 1 e 4*, valutano la storia personale e i problemi attuali del soggetto, sono delle cartelle autobiografiche che integrano il colloquio psicodiagnostico. Si indagano la storia educativa e scolastica, le condizioni di convivenza attuali, le relazioni affettive significative ed eventuali problemi, lo stato di salute generale, le abitudini alimentari e del sonno, i disturbi o problemi psicologici lamentati e la motivazione ad un eventuale trattamento psicologico. Le *schede 2 (STAI X-1), 3 (STAI X-2) e 10 (STAI X-3)* valutano l'ansia del soggetto riprendendo il test STAI-X. La *scheda 5 (EPQ/R)*, l'Eysenck Personality Questionnaire, valuta alcune dimensioni stabili della personalità quali l'introversione-estroversione, la stabilità emotiva, il disadattamento e l'antisocialità, la simulazione e l'ingenuità sociale. La *scheda 6 (QPF/R)* fornisce la valutazione dello stress e dei disturbi psicofisiologici. Si ottengono quindi le convinzioni e le eventuali

apprensioni che il soggetto nutre circa lo stato di malessere che, eventualmente, sta attraversando. La scheda 7 (IP) valuta le paure del soggetto, riprendendo la Fear Survey Schedule, che chiarisce le relazioni che intercorrono tra le situazioni-problema e le reazioni emozionali, cognitive e comportamentali. La scheda 8 (QD) valuta gli eventuali sintomi depressivi grazie al Questionario D. La scheda 9 (MOCQ/R), infine, analizza le ossessioni e le compulsioni del soggetto attraverso il Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire.

Tempo di somministrazione: 1 ora circa

Disponibile presso Giunti-Organizzazioni Speciali- Firenze.

Reattivo di Rorschach. (Hermann Rorschach, 1921)

Il Rorschach è un test proiettivo di personalità. La prova consiste nel dare un'interpretazione a dieci macchie d'inchiostro. Rorschach ritiene che s'innesci un processo di percezione distinto in tre momenti: sensazione, ricordo e associazione. In altre parole, le sensazioni suscitate dalle macchie provocano il risveglio di vecchi insiemi di sensazioni sotto forma di immagini ricordo. Trattandosi di un test proiettivo il modo nel quale ogni singolo soggetto organizza o "struttura" le macchie d'inchiostro nel processo percettivo sembra riflettere gli aspetti fondamentali della sua dinamica psicologica. La siglatura del test è molto complessa e richiede ore di lavoro. L'interpretazione dei dati forniti inizia attribuendo i punteggi secondo le regole della siglatura (psicogramma), tenendo conto della localizzazione delle componenti determinanti (forma, colore, sfumature), del contenuto e della frequenza delle risposte. L'analisi dei punteggi tiene conto della intersecazione delle varie aree corrispondenti a determinate funzioni. La risultanza di tale processo porta alla formulazione di una diagnosi in termini gestaltici o, considerando altri fattori aggiuntivi, ad una diagnosi di personalità. La somministrazione del test e, quindi, il suo impiego deve essere eseguita da operatori in possesso di una formazione specifica per la somministrazione e siglatura del test. Numerosi sono i manuali di interpretazione del Rorschach, tra cui il "Manuale di psicodiagnostica di Rorschach" di E. Bohm (1969, 1995) e "Il metodo Rorschach" di D. Passi Tognazzo. (1994).

Tempo di somministrazione: relativo al numero di risposte e ai tempi di latenza, mediamente 60' minuti

La psicodiagnostica di Rorschach ed i manuali sono disponibili presso Giunti-Organizzazioni Speciali- Firenze.

MCMI-III- Millon Clinical Multiaxial Inventory – III. Millon T. (1994). Ed. Italiana a cura di Zennaro A., Ferracuti S. , Lang M., Sanavio E. (2008).

Il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) è uno strumento di valutazione psicologica che ha lo scopo di fornire informazioni sulla psicopatologia e la personalità, la cui struttura combacia con quella del DSM-IV. Il MCMI è stato sviluppato e standardizzato sulla popolazione clinica e le scale sono raggruppate in categorie di personalità e in psicopatologie specifiche per riflettere la distinzione fatta dal DSM fra Asse II e Asse I. Consta di 175 item (a doppia alternativa di risposta "vero"/"falso") ed è composto da 14 configurazioni di personalità (Schizoide, Evitante , Depressivo, Dipendente, Istrionico, Narcisista, Antisociale, Sadico, Compulsivo, Passivo-Aggressivo, Masochista, Schizotipico, Borderline, Paranoide) e dieci sindromi cliniche (Ansia, Disturbi somatoformi, Mania, Distimia, Dipendenza da alcool, Dipendenza da droghe, Disturbo da stress post-traumatico, Disturbi del pensiero, Depressione Maggiore, Deliri). Sono incluse nell'inventario quattro scale di controllo (Validità, Autoapertura, Desiderabilità sociale e Drammatizzazione) che servono sia per stimare la validità del protocollo compilato, sia per correggere i punteggi del soggetto alle altre scale.

Tempo di completamento: 25 minuti circa.

Disponibile presso Giunti-Organizzazioni Speciali- Firenze.

TEST DI VALUTAZIONE DELL'IMPULSIVITA'

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). E.S. Barratt e M.S. Stanford (1995). Adattamento italiano a cura di: Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., Barratt, E.S. (2001).

La BIS-11 è uno dei test di auto-somministrazione più usati per la valutazione dell'impulsività. La Scala è particolarmente indicata per lo studio dei rapporti fra impulsività e patologia psichiatrica, è utilizzata in ambito clinico, anche per valutare i cambiamenti dell'impulsività nel quadro clinico. Valuta l'"impulsività" intesa come mancanza di controllo sui pensieri e comportamenti. La scala considera tre tipi di impulsività: a) Impulsività motoria; b) Impulsività senza pianificazione; c) Impulsività attentiva. Il punteggio totale della BIS-11 è risultato correlato in modo significativo con misure di aggressività e con l'ADHD. La BIS-11 è in grado di differenziare i livelli di binge eating, il consumo di alcol e il fumo di sigaretta.

Disponibile sul sito internet di PSYCHOSTORE.

TEST DI VALUTAZIONE DEL TONO DELL'UMORE E DELL'ANSIA

Beck Depression Inventory – BDI-II (Aaron T. Beck, Robert A. Steer e Gregory K. Brown) (1996). Traduzione italiana di Marta Ghisi, Giovanni Battista Flebus, Antonella Montano, Ezio Sanavio e Claudio Sica (2006).

Il BDI-II è uno strumento auto-somministrato per la valutazione della gravità della depressione in pazienti già diagnosticati e per la rilevazione del rischio della depressione nella popolazione normale. Esso si è dimostrato inoltre efficace nel discriminare pazienti affetti da depressione clinica rispetto a pazienti psichiatriche non depressi. Il BDI-II è stato sviluppato come un indicatore della presenza e dell'intensità dei sintomi depressivi in accordo con i criteri elencati dal DSM-IV e non come strumento per formulare una diagnosi clinica. La validazione italiana ha evidenziato l'esistenza di due fattori: il fattore Somatico-Affettivo che raccoglie le manifestazioni somatiche-affettive della depressione (quali perdita di interessi, perdita di energie, modificazioni nel sonno e nell'appetito, agitazione e pianto, ecc.) e il fattore Cognitivo che riguarda le manifestazioni cognitive della depressione (quali pessimismo, senso di colpa, autocritica e autostima, ecc.).

Tempo di somministrazione: 5-10 minuti.

Disponibile presso Giunti-Organizzazioni Speciali- Firenze.

Beck Anxiety Inventory -. BAI (Aaron T. Beck e Robert A. Steer) Ed italiana a cura di: C. Sica, D. Coradeschi, M. Ghisi e E. Sanavio (2006).

Il BAI è uno strumento auto-somministrato che permette di valutare la gravità della sintomatologia ansiosa. Disturbi di ansia e disturbi depressivi sono frequentemente associati e gli strumenti per misurare la gravità delle manifestazioni ansiose e depressive sono altamente correlati tra loro. Il BAI è stato costruito includendo quei sintomi di ansia soltanto minimamente sovrapposti a quelli di natura depressiva. La validità clinica dello strumento è stata saggiata su campioni di pazienti con

diagnosi di disturbi di panico con agorafobia e senza agorafobia, di fobia sociale, di disturbo ossessivo-compulsivo e di ansia generalizzata.

Tempo di somministrazione: 5-10 minuti.

Disponibile presso Giunti-Organizzazioni Speciali- Firenze.

State-Trait Anxiety Inventory - Forma Y (STAI) (Charles D. Spielberger, R.L. Gorsuch e R.E. Lushene) Adattamento italiano: Luigi Pedrabissi e Massimo Santinello (1989).

Lo STAI-Y (evoluzione della forma X) è uno strumento finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia, sia per finalità di tipo psicodiagnostico, sia per verificare l'efficacia e i benefici della psicoterapia. È quindi utile come misura generica dello stress, non ponendo diretti riferimenti a situazioni di lavoro. E' suddiviso in due scale: 1) *Ansia di stato*, ove l'ansia è concepita come esperienza particolare, un sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte ad un danno percepito che può condurre o alla preoccupazione oppure alla fuga e all'evitamento; 2) *Ansia di tratto*, che consiste nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose e a rispondere alle varie situazioni con diversa intensità.

Tempo di somministrazione: 20 minuti circa.

Disponibile presso Giunti-Organizzazioni Speciali- Firenze.

TEST DI VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

EDE-12.0D e EDE-Q

L'EDE-12.0D è una intervista semistrutturata che, somministrata alla fine del colloquio psicologico, ci permette di fare una diagnosi dell'eventuale disturbo del comportamento alimentare secondo i criteri del DSM-IV e fornisce informazioni importanti su altre importanti caratteristiche correlate ai DCA. Ad esempio, alti punteggi alle scale "weight concern" e "shape concern" potrebbero indicare convinzioni disfunzionali simili a quelle di soggetti con DCA, anche in assenza di compliance al colloquio psicologico, specialmente quando nel paziente esiste il timore di essere esclusi da un intervento chirurgico come il bendaggio gastrico a causa di una diagnosi di Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

L'EDE-Q è un questionario di auto-somministrazione, da usare in alternativa all'EDE-12.0D. Secondo lo studio di Barnes RD, Masheb RM, White MA, & Grilo CM. (2011) i due questionari, nonostante la diversa modalità di auto-somministrazione, sono correlati anche se all'EDE-Q si evidenziano di meno le abbuffate, mentre i punteggi delle sottoscale sono superiori.

Binge Eating Scale (BES)

La BES (Gormally e coll., 1982) è un test di auto-somministrazione che valuta comportamenti, sensazioni e aspetti cognitivi associati agli episodi di alimentazione incontrollata nei soggetti obesi. Ogni item della scala è composto da una serie di asserzioni in ordine di gravità del comportamento alimentare. La scala è capace di discriminare gli obesi con disturbo da alimentazione incontrollata. E' diagnostica ad un punteggio superiore a 29.

Eating Disorder Inventory -2 (EDI-2) DM Garner, MP Olmstead, J Polivy, 1983.

L'EDI-2 è uno strumento per la valutazione dei DCA di tipo multidimensionale. La scala non è mirata alla formulazione di una specifica diagnosi di un DCA, ma alla valutazione di tratti che si ritengono rilevanti per la comprensione di questi disturbi. La scala è un valido ed utile strumento di screening, che si è dimostrato capace di discriminare tra sottogruppi di pazienti (anoressici con restrizioni o con condotte di eliminazione, bulimici, soggetti con semplici preoccupazioni relative alla dieta ed all'immagine corporea, ma senza patologia conclamata, eccetera).

Eating Disorder Inventory – 3 (EDI-3) David M. Garner. Adattamento italiano a cura di: Marco Giannini, Linda Pannocchia, Riccardo Dalle Grave, Filippo Muratori e Valentina Viglione (2008)

L'EDI-3 è un test per la valutazione clinica della sintomatologia associata ai disturbi alimentari. E' articolato in 12 scale principali: 3 specifiche per i disturbi alimentari e 9 scale psicologiche generali. Scale di rischio di disturbo alimentare: 1) Impulso alla magrezza (DT); 2) Bulimia (B); 3) Insoddisfazione per il corpo (BD). Scale psicologiche: 1) Bassa autostima (LSE); Alienazione personale (PA); 3) Insicurezza interpersonale (II); 4) Alienazione interpersonale (IA); 5) Deficit interocettivi (ID); 6) Disregolazione emotiva (ED); 7) Perfezionismo (P); 8) Ascetismo (A); 9) Paura della maturità (MF). Il test fornisce inoltre 6 punteggi compositi, uno specifico e 5 relativi costrutti integrativi, 3 indicatori dello stile di risposta: Incoerenza (IN), Infrequenza (IF), Impressione negativa (NI).

EDI-3 Sympton Checklist (EDI-3 SC)

L'EDI-3 SC è una checklist di sintomi indipendente, strutturata e self-report. Fornisce dati riguardanti la frequenza dei sintomi (abbuffate, vomito autoindotto, esercizio fisico, uso di lassativi, uso di pillole per dimagrire, uso di diuretici), sul peso attuale e sulla storia del peso del paziente.

Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Revised (QEWP-R) RL Spitzer, SZ Yanovski, MD Marcus, 1994. Traduzione italiana: E Coli, C Ramacciotti.

Il QEWP-R è uno strumento di screening messo a punto per l'identificazione e la diagnosi, secondo i criteri del DSM-IV, dei soggetti con disturbi alimentari di tipo "binge eating". La scala fornisce anche gli elementi descrittivi e demografici correlati alla sintomatologia del disturbo bulimico e distingue fra questi i soggetti con e senza condotte di eliminazione, indaga il tipo e la frequenza delle abbuffate, la perdita del controllo ed il malessere legato agli abusi alimentari, i comportamenti associati alle abbuffate (mangiare più rapidamente del solito, mangiare grandi quantità di cibo senza essere affamati, mangiare da soli, eccetera) e gli eventuali comportamenti compensatori messi in atto per evitare l'aumento di peso (vomito autoindotto, uso di lassativi e diuretici, attività fisica, digiuno, eccetera).

Pubblicato in: Conti, L. (1999), *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. SEE Editrice, Firenze

TEST DI VALUTAZIONE DELLA MOTIVAZIONE E DELLE ASPETTATIVE

Boston Interview for Bariatric Surgery (Revised) – S Sogg, L Mori, 2008.

La versione riveduta della Boston Interview è applicabile a pazienti che si sottopongono a varie procedure di chirurgia bariatrica,. Si tratta di una intervista strutturata costruita per essere utilizzata da professionisti della salute mentale, sia che lavorino in team multidisciplinare che autonomamente. All'interno di una struttura multidisciplinare, alcune sezioni (es. Storia del peso, diete, e nutrizione, Storia Medica) possono essere somministrate in modo ridotto, omesse o proposte da membri del team afferenti a discipline differenti. L'intervista raccoglie le informazioni in 7 aree di valutazione: 1) storia del peso, delle diete e della nutrizione, 2) comportamenti alimentari attuali, 3) storia medica, 4) capacità di comprensione delle procedure chirurgiche, dei rischi, e del regime post-chirurgico, 5) motivazioni ed aspettative riguardo all'outcome chirurgico, 6) relazioni e sistemi di supporto, 7) funzionamento psichiatrico.

TEST DEI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DI VITA

Bariatric Analysis and Reporting Outcome System – Quality of Life Test (BAROS), di Oria & Moorehead, 1997.

Il test è composto da 5 domande, con un sistema di risposta a scala Likert a 5 punti, che corrispondono ad altrettanti disegni esplicativi. Le cinque domande si riferiscono a: 1) percezione fisica; 2) capacità di svolgere attività fisiche; 3) interesse per la vita sociale; 4) capacità di svolgere attività lavorative; 5) interesse per la vita sessuale. E' un test sulla qualità della vita molto semplice, che si può somministrare dopo l'intervento chirurgico.

Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL) Kolotkin, Head, Brookhart & Tse, 1995; Kolotkin, Head, & Brookhart, 1997

L' IWQOL è un test sulla qualità di vita, da somministrare prima dell'intervento ed a scadenze regolari dopo l'intervento. Lo scopo è quello di verificare gli eventuali miglioramenti (soggettivi) nella qualità di vita del paziente che possono essere conseguenti al dimagrimento ottenuto attraverso l'intervento di chirurgia bariatrica.

Le sottoscale dell'IWQOL sono: Salute, Rapporti Sociali/Interpersonali, Lavoro, Mobilità, Autostima, Vita Sessuale, Attività quotidiane, Rapporto con il Cibo.

Questionario dello stato di salute SF-36 (Apolone, G., Mosconi, P. & Ware, J.E., 1997)

Il questionario Short-Form 36 items Health Survey (SF-36) consta di 8 scale sintetizzabili in 2 indici sintetici, uno pertinente al dominio fisico della salute e l'altro a quello mentale. Le scale del dominio fisico della salute sono: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale. Le scale del dominio mentale sono: vitalità, attività sociali, limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo, salute mentale.

Il test è disponibile gratuitamente sul sito dell'Istituto Mario Negri, anche in versione demo.

TEST DI VALUTAZIONE DELL'INSODDISFAZIONE CORPOREA

Body Uneasiness Test (BUT). M Cuzzolaro, G Vetrone, G Marano, MW Battacchi, 2006.

Scala di autovalutazione che include elementi cognitivo-valutativi, emotivi e comportamentali sull'atteggiamento verso l'immagine del corpo, intesa come concetto multidimensionale. La scala esplora diverse aree: insoddisfazione per il corpo ed il peso, comportamenti di evitamento e di controllo compulsivo, vissuti di distacco ed estraneità rispetto al proprio corpo, preoccupazioni specifiche per determinate parti, caratteristiche o funzioni corporee. Sono state prese in considerazione diverse aree: 1) insoddisfazione per il corpo ed il peso, 2) comportamenti di evitamento e di controllo compulsivo, 3) vissuti di distacco ed estraneità rispetto al proprio corpo, 4) preoccupazioni specifiche per determinate parti, caratteristiche o funzioni corporee.

E' composto da 5 fattori: 1) Fobia del Peso (WP-Weight Phobia); 2) Preoccupazioni per l'Immagine del Corpo (BIC-Body Image Concerns); 3) Condotte di Evitamento (A-Avoidance); 4) Controlli Compulsivi della propria Immagine (CSM-Compulsive Self-Monitoring); 5) Depersonalizzazione (D-Depersonalization).

Il test nella versione italiana è reperibile in: Conti L, a cura di. *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Firenze: SEE; 2000. p. 1759-61

Body Checking Questionnaire (BCQ) Reas DL, Whisenhunt BL, Netemeyer R, Williamson DA (2002). In fase di standardizzazione italiana: Calugi S, Dalle Grave R, Ghisi M, Sanavio E. *Validation of the Body Checking Questionnaire (BCQ) in an Eating Disorders Population*.

Misura il costrutto globale relativo al comportamento di Body Checking, suddiviso in 3 fattori che valutano l'aspetto generale, la verifica di specifiche parti del corpo, rituali idiosincratici di controllo.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Introduzione e razionale

- **American Association of Clinical Endocrinologist, the Obesity Society and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (2008):** Medical Guidelines for clinical practice for the preoperative nutritional, metabolic and non-surgical support of the bariatric surgery patient. *Endocrine Practice* 14, 1-83.
- **American Society for Bariatric Surgery. Allied Health Science section. Ad hoc behavioural Health Committee (2004):** Suggestions for pre-surgical psychological assessment of Bariatric Surgery candidates. *ASBS* 1-31.
- **Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, Greve JWM, Horber F, Mathus-Vliegen E, Scopinaro N, Steffen R, Tsigos C, Weiner R, Widhalm K (2007):** Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. *Int J Obes* 31, 569-77.
- **National Institute for Health and Clinical Excellence (2006):** Obesity. Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. *Nice Clinical Guidelines* 43, 1-84.
- **National Institutes of Health Consensus Development Conference Draft Statement (1991):** Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. *Obesity Surgery* 1, 257-266.
- **Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (2006):** Linee guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia. *SICOB* 1-87.

Procedura dell'assessment

- **Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME, Azarbad L, Ryee MY, Woodson M, Miller A, Schirmer B. (2005):** Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: A survey of present practices. *Psychosom Med* 67, 825-32.
- **Cuzzolaro M, Parmegiani A, De Luca V. (2009):** Chirurgia bariatrica: valutazione psicologico-psichiatrica preoperatoria. In: Bosello O. *Obesità. Un trattato multidimensionale* 2^a edizione. Milano, Kurtis Editore 790-6.
- **Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB (2006):** How do mental professionals evaluate candidates for bariatric surgery. *Surveys results. Obes Surg* 16, 577-3.
- **Greenberg I, Sogg S, Perna FM (2009):** Behavioral and Psychological care in Weight Loss Surgery: Best Practice Update. *Obesity Journal* 17, 880-4.
- **Pull CB (2010):** Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Curr Opin Psychiatry*. 23, 30-6.
- **Walfish S, Vance D, Fabricatore AN (2007):** Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: procedures and reasons for delay or denial of surgery. *Obes Surg*. 17, 1578-83.

Psicopatologia

- **APA: American Psychiatric Association (2000):** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Four Edition-Test Revised (DSM-IV-TR). APA: Washington (DC).
- **Averbukh Y et al. (2003):** Depression score predicts weight loss following Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 13, 833-6.
- **Black DW, Goldstein RB, Mason EE (2003):** Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *Obes Surg* 13, 746-51.
- **Black DW, Goldstein RB, Mason EE (1992):** Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry* 149, 227-34.

- **Cuzzolaro M, Basso M, Paone E (2009):** Chirurgia bariatrica: aspetti psicosociali. In: Bosello O. *Obesità. Un trattato multidimensionale* 2^a edizione. Milano, Kurtis Editore 803-8.
- **Deveraux G (1977)** *Essais d'Ethnopsichiatrie général*. Gallimard, Paris. Trad. It. *Saggi di Etnopsichiatria Generale*. Armando 1978, Roma.
- **Devlin M et al. (2000):** Obesity: what mental health professionals need to know. *Am J Psychiatry* 157, 854-66.
- **Hayden MJ, Dixon JB, Dixon ME, Shea TL, O'Brien PE (2011):** Characterization of the improvement in depressive symptoms following bariatric surgery. *Obes Surg*. 21, 328-35.
- **Hsu LKG et al. (1998):** Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery. *Psychosom Med* 60, 338-46.
- **Jacobson E. (1964).** *Il Sè e il mondo oggettuale*. Trad. It., Martinelli Firenze.
- **Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Soulakova JN, Courcoulas AP, Wisinski MS (2008):** Relationship of psychiatric disorders to 6-month outcomes after gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 4, 544-9.
- **Kinzl JF (2010):** Morbid obesity: Significance of psychological treatment after bariatric surgery. *Eat Weight Disord* 15, e275-80.
- **Lier HO, Biringer E, Stubhaug B, Eriksen HR, Tangen T (2010):** Psychiatric disorders and participation in pre- and postoperative counselling groups in bariatric surgery patients. *Obes Surg* 16.
- **Maddi SR et al. (2001):** Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obes Surg* 11, 680-5.
- **Mauri M, Rucci P, Calderone A, Santini F, Oppo A, Romano A, Rinaldi S, Armani A, Polini M, Pinchera A, Cassano GB (2008):** Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry* 69, 295-301.
- **Micanti F., Romano C (1982):** *Patologia dell'Area Transizionale e Dismorfofobia*. *Archivi Psicol. Neur. e Psichiatria* 4.
- **Micanti F., Di Genova A., D'Amato F (2008):** Nutritional psychodiagnosis as predictive guidelines for bariatric surgery. *Obes Surg* 18, 432-85.
- **Papageorgiou GM et al. (2002):** Pre- and postoperative psychological characteristics in morbidly obese patients. *Obes Surg* 12, 534-9.
- **Powers PS et al. (1992):** Psychiatric issues in bariatric surgery. *Obesity Surgery* 2, 315-25.
- **Sansone RA, Schumacher D, Wiederman MW, Routsong-Weichers L (2008):** The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery patients. *Eat Behav* 9, 197-202.
- **Sarwer DB, MGibbons LM, Magee L, et al. (2004):** Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 14, 1148-56.
- **Segal A et al. (2002):** Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. *Obes Surg* 12, 598-601.
- **Van Gemert WG et al. (1998):** Psychological functioning of morbidly obese patients after surgical treatment. *Int J Obes* 22, 393-98.
- **Waters GS et al. (1991):** Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. *Am J Surg* 161, 154-7.

Disturbi del comportamento alimentare

- **Adami GF et al. (1996):** Binge eating in obesity: a longitudinal study following biliopancreatic diversion. *Int J Eat Disord* 20,405-13.
- **Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ (2005):** Binge eating disorder and Night Eating Syndrome. A comparative study of disorder eating. *J Consul Clin Psychol* 73, 1107-15.

- **Allison KC, Rexford SA, O' Reardon JP, Dinges DF, Sharma V, Cummings DF, Heo M, Martino NS, Stunkard AJ (2005):** Neuroendocrine profiles associated with energy intake, sleep and stress in Night Eating Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 90, 11.
- **Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM, Stack RM, Stunkard AJ, Williams NN (2006):** Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Obesity* 14, 77S-82S.
- **Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, et al. (2007).** Binge Eating Disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 40: 337-48.
- **Bruch H (1973):** Eating Disorders, Anorexia Nervosa and the Person within. Basic Books NY. Trad It.Patologia del Comportamento Alimentare, Feltrinelli (1977) MI.
- **Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR (2007):** Diagnosis and management of Binge Eating Disorder. *World Psychiatry* 6, 142-8.
- **Bocchierri-Ricciardi LE, Chen EY, Munoz D, Fischer S, Dymek-Valentine M, Alverdy JC, Le Grange D (2006):** Pre-surgical Binge Eating status: effects on eating behaviour and weight outcome after Gastric By-pass. *Obes Surg* 16, 1198-204.
- **Busetto L et al. (1996):** Eating pattern in the first year following adjustable silicone gastric banding (ASGB) for morbid obesity. *Int J Obes* 20, 539-46.
- **Busetto L. et al. (2002):** Outcome predictors in morbidly recipients of an adjustable gastric band. *Obes Surg* 12, 83-92.
- **Busetto L, Segato G, De Luca M, De Marchi F, Foletto M, Vianello M, Valeri M, Favretti F, Enzi G (2005):** Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 15, 195-201.
- **Colles SL, Dixon JB (2006):** Night Eating Syndrome: Impact on Bariatric Surgery. *Obes Surg* 16, 811-20.
- **Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE (2008):** Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity* 16, 608-14.
- **Devlin MJ, Goldfein JA, Flancbaum L, Bessler M, Eisensadt R (2004):** Surgical management of obese patients with eating disorders: a survey of current practice. *Obes Surg* 14, 1252-7.
- **De Zwaan M, Mitchell JE, Seim HC, Specker SM, Pyle RL, Raymond NC, Crosby RB (1994):** Eating related and general psychopathology in obese female with Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord* 15, 43-52.
- **De Zwaan M et al. (2003):** Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Comprehensive Psychiatry* 44, 428-34.
- **Didie ER, Fitzgibbon M (2005).** Binge eating and psychological distress: is degree of obesity a factor? *Eat Behav* 6, 35-41.
- **Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Rovera GG (2003):** Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *J Psychosom Res* 54, 559-66.
- **Faiburn CG (1993):** Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment. Guilford Press, New York.
- **Fairburn CG, Brownell K (2002):** Eating Disorder and Obesity. The Guilford Press, New York.
- **Garner D., Garfinkel P (1999):** Handbook of treatment for Eating Disorders. Guilford Press New York.
- **Green AE, Dymek-Valentine M, Scott P, Le Grange D, Alverdy J (2004):** Psychosocial outcome of gastric by-pass surgery for patients with and without Binge Eating. *Obes Surg* 14, 975-85.

- **Hsu LKG et al. (1996):** Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disord* 19, 23-34.
- **Hsu LKG et al. (1997):** Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *Int J Eat Disord* 21, 385-90.
- **Kalarchian MA, Wilson GT, Brolin RE, Bradley L (1999):** Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eat Weight Disord* 4, 1-5.
- **Kalarchian MA et al. (2002):** Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow up. *Obes Surg* 12, 270-5.
- **Powers PS, Perez A, Boyd F, Rosemurgy A (1999):** Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *Int J Eat Disord* 25, 293-300.
- **Rosenberger PH, Henderson KE, Bell RL, Grilo CM (2007):** Association of weight-based teasing history and current eating disorder. Features and psychological functioning in bariatric surgery patients. *Obes Surg* 17, 470-7.
- **Saunders R (1999):** Binge Eating in Gastric Bypass patients before surgery *Obes Surg* 9, 72-6.
- **Segal A, Kinoshita Kusunoki D, Larino MA (2004):** Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. *Obes Surg* 14, 353-60.
- **Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG (1955):** The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med* 19, 78-86
- **Stunkard AJ (1959):** Eating patterns and Obesity. *Psychiatric Quarterly* 33, 284-295.
- **Stunkard AJ (2002):** Handbook of Obesity Treatment Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome. Handbook of Obesity Treatment. Guilford Press, New York.
- **Stunkard AJ, Allison KC (2003):** Two forms of disordered eating in obesity: Binge Eating and Night Eating. *Int J Obes* 27, 1-12.
- **Stunkard AJ, Lu XY (2010):** Rapid changes in night eating: considering mechanisms. *Eat Weight Disord* 15:e2-8.
- **Telch CF, Agraas WS (1994):** Obesity, Binge Eating and psychopathology: are they related? *Obesity Surgery* 18, 1170-1179.

Storia del peso corporeo e dei trattamenti dietetici

- **Crerand E, Fabricatore AN, Kuehnel RH, Patti E, Lipschutz Steven E, Raper NW, Wadden TA (2006):** Previous weight loss experiences of bariatric surgery candidates: how much have patients dieted prior to surgery?. *Obesity* 14, 70-5.
- **Dalle Grave R (2001):** Terapia Cognitivo-comportamentale dell'Obesità. *Positive Press Verona*.

Comportamento alimentare

- **Bekker MHJ, Van de Meerendonk C, Mollerus J (2004):** Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *Int J Eat Disord* 36, 461-9.
- **Bray GA (1972):** Lipogenesis in human adipose tissue: some effects of nibbling and gorging. *J Clin Invest* 51, 537-48.
- **Brolin RL, Robertson LB, Kenler HA, Cody RP (1994):** Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass. *Ann Surg.* 220, 782-90.
- **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.
- **Dodsworth A, Warren-Forward H, Baines S (2010):** Changes in eating behavior after laparoscopic adjustable gastric banding: a systematic review of the literature. *Obes Surg* 20, 1579-93.

- **Guedjikova AI, West-Smith L, et al. (2007):** Emotional eating and emotional eating alternative in subject undergoing bariatric surgery. *Obes Surg* 17, 1091-6.
- **Hudson SM et al. (2002):** Sweet eating is not a predictor of outcome after Lap-Band lacing. Can we finally bury the myth? *Obes Surg* 12, 789-94.
- **Lindroos AK et al. (1996):** Weight change in relation to intake of sugar and sweet foods before and after weight reducing gastric surgery. *Int J Obes* 20, 634-43.
- **Olbers T, Björkman S, Lindroos A, Maleckas A, Lönn L, Sjöström L, Lönroth H. (2006):** Body composition, dietary intake, and energy expenditure after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass and laparoscopic vertical banded gastroplasty: a randomized clinical trial. *Ann Surg.* 244, 715-22.
- **Pekkarinen T et al. (1994):** Long-term results of gastroplasty for morbid obesity: binge-eating as a predictor of poor outcome. *Obes Surg* 4:248-55.
- **Saunders R (2001):** Compulsive Eating and Gastric Bypass Surgery: What does Hunger have to do with It? *Obes Surg* 11, 757-61.
- **Saunders R (2004):** "Grazing": A High Risk Behavior *Obesity Surg* 14, 98-102.
- **Sugerman HJ, Starkey JV, Birkenhauer R (1987):** A randomized prospective trial of gastric bypass versus vertical banded gastroplasty for morbid obesity and their effects on sweets versus non-sweets eaters. *Ann Surg.* 205, 613-24.
- **Weingarten HP, Elston D (1990):** The phenomenology of food cravings. *Appetite.* 15, 231-46.
- **White MA, Whisenhunt BL, Williamson DA, Greenway FL, Netemeyer RG (2002):** Development and validation of the food-craving inventory. *Obes Res* 10, 107-14.

Motivazione

- **Ajzen I (1991):** The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 179-211.
- **Bandura A (1996):** *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di se e azione*, Erickson, Trento.
- **Bandura A (1997):** *Autoefficacia: teoria e applicazioni*. Erikson, Trento.
- **Dalle Grave R, Calugi S, Magri F, Cuzzolaro M, Dall'Aglio E, Lucchin L, et al. (2004):** Weight loss expectations in obese patients seeking treatment at medical centers. *Obes Res* 12, 2005-12.
- **Dixon JB, Laurie CP, Anderson ML, Hayden MJ, Dixon ME, O'Brien PE (2009):** Motivation, readiness to change, and weight loss following adjustable gastric band surgery *Obesity* 17, 698-705.
- **Giusti V et al. (2003):** Rising role of obesity surgery cost by increase of morbid obese, failure of conventional treatments and unrealistic expectations: trends from 1997 to 2001. *Obes Surg* 13, 97-101.
- **Karmali S, Kadikoy H, Brandt ML, Sherman V (2011):** What is my goal? Expected weight loss and comorbidity outcomes among bariatric surgery patients. *Obes Surg* 21, 595-603.
- **Lichtemberg J. (1989):** *Psychoanalysis and Motivation*. Analytic Press, New Jersey, USA. Trad. It.: *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina, Milano 1995.
- **Libeton M, Dixon JB, Laurie C, O'Brien PE (2004):** Patient motivation for Bariatric Surgery: Characteristics and impact on outcomes. *Obes Surg* 11, 392-8.
- **Munoz DJ, Lal M, Chen EY, Mansour M, Fischer S, Roehrig M, Sanchez-Johnsen L, Dymek-Valentine M, Alverdy J, Le Grange D (2007):** Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obes Surg* 17, 1487-91.
- **Prochaska JO, DiClemente CC (1982):** Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy, theory, research and practice* 19, 276-88.

- **Schifter DE, Ajzen I (1985):** Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *J Pers Soc Psychol*. 49, 843-51.
- **Sica C, Cilia S (2004):** I fondamenti dell'assessment. In A. Galeazzi & P. Meazzini (Eds.). *Mente e comportamento*. pp. 117-146. Firenze, Giunti.
- **Williams GC, Grow VM, Freedman ZR et al. (1996):** Motivational predictors of weight loss and weight loss maintenance. *J Pers Soc Psychol* 70, 115-26.

Aspettative

- **Cowan GSM (1998):** What do patients, families and society expect from the bariatric surgery? *Obes Surg* 8, 77-85.
- **Foster GD, Wadden TA, et al. (1997):** What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *J Consult Clin Psychol* 5, 79-85.
- **Heinberg LJ, Keating K, Simonelli L (2010):** Discrepancy between ideal and realistic goal weights in three bariatric procedures: who is likely to be unrealistic? *Obes Surg* 20, 148-53.
- **Institute of Medicine of the National Academy of Sciences (1995):** Weighing the options: criteria for evaluating weight management programs. National Academy Press, Washington, DC.
- **Kaly P, Orellana S, Torrella T, Takagishi C, Saff-Koche L, Murr MM (2008):** Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 4, 6-10.
- **White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM (2007):** Do patients' unrealistic weight goals have prognostic significance for bariatric surgery? *Obes Surg* 17, 74-81.
- **Wolfe BL, Terry ML (2006):** Expectations and outcomes with gastric bypass surgery. *Obes Surg* 16, 1622-9.
- **World Health Organization (1998):** Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO presented at Geneva, Switzerland, June 3-5. WHO/NUT/NCD/98.1

Capacità di aderire alle prescrizioni

- **Boeka AG, Prentice-Dunn S, Lokken KL (2010):** Psychosocial predictors of intentions to comply with bariatric surgery guidelines. *Psychol Health Med* 15, 188-97.
- **MacGregor A (1996):** The patient factor. *Obes Surg* 6, 325-9.
- **Poole NA, Al Atar A, Kuhanendran D, Bidlake L, Fiennes A, McCluskey S, Nussey S, Bano G, Morgan JF (2005):** Compliance with surgical after-care following bariatric surgery for morbid obesity: a retrospective study. *Obes Surg* 15, 261-5.
- **Rotter JB (1966):** Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, General and Applied*, 80:1.
- **Saunders R (2004):** Post-surgery group therapy for gastric bypass patients. *Obes Surg* 14, 1128-31.
- **Semanscin-Doerr DA, Windover A, Ashton K, Heinberg LJ (2010):** Mood disorders in laparoscopic sleeve gastrectomy patients: does it affect early weight loss? *Surg Obes Relat Dis* 6, 191-6.

Immagine corporea

- **Adami GF, Gandolfo P, Campostano A, Meneghelli A, Ravera G, Scopinaro N (1998):** Body image and body weight in obese patients. *Int J Eat Disord* 24, 299-306.

- **Adami GF, Meneghelli A, Bressani A, Scopinaro N (1999):** Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. *J Psychosom Res* 46, 275-81.
- **Cash TF (2002):** The management of body image problems. In C. Fairburn & K. Brownell (eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (2nd Edition) (pp. 599-603). Guilford Press.
- **Cena H, Toselli A, Tedeschi S (2003):** Body uneasiness in overweight and obese Italian women seeking weight-loss treatment. *Eat Weight Disord* 8, 321-32.
- **Dalle Grave R, Cuzzolaro M, Calugi S, Tomasi F, Temperilli F, Marchesini G; and the QUOVADIS Study Group (2007):** The effect of obesity management on body image in patients seeking treatment at medical centers. *Obesity* 15, 2320-7.
- **De Panfilis C, Cero S, Torre M, Salvatore P, Dall'Aglio E, Adorni A, Maggini C (2007):** Changes in body image disturbance in morbidly obese patients 1 year after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* 17, 792-9.
- **Dolto F. (1985).** L'image inconsciente du corps. Editions du Seuil – Paris.
- **Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ (2002):** Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* 10, 33-41.
- **Grant JR, Cash TF (1995):** Cognitive-behavioral body image therapy: Comparative efficacy of group and modest-contact treatments. *Behavior Therapy* 26, 69-84.
- **Grilo CM, Reas DL, Brody ML, Burke-Martindale CH, Rothschild BS, Masheb RM. (2005):** Body checking and avoidance and the core features of eating disorders among obese men and women seeking bariatric surgery. *Behav Res Ther.* 43, 629-37.
- **Grilo CM, Masheb RM, Brody M, Burke-Martindale CH, Rothschild BS. (2005):** Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *Int J Eat Disord.* 37, 347-51.
- **Marano G, Cuzzolaro M, Vetrone G, Garfinkel PE, Temperilli F, Spera G, Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G; QUOVADIS Study Group (2007):** Validating the Body Uneasiness Test (BUT) in obese patients. *Eat Weight Disord.* 12, 70-82.
- **Rosenberger PH, Henderson KE, Grilo CM (2006):** Correlates of body image dissatisfaction in extremely obese female bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 16, 1331-6.
- **Song AY, Rubin JP, Thomas V, Dudas JR, Marra KG, Fernstrom MH (2006):** Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. *Obesity* 14, 1626-36.
- **Rosen JC, Orosan P, Reiter J (1995):** Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy* 26, 25-42.
- **Stunkard AJ, Wadden TA (1992):** Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr.* 55, 524S-532S.
- **Thompson JK (1996):** Body image, Eating Disorders and Obesity. American Psychological Association. Washington

Qualità della vita

- **Champault A, Duwat O, Polliand C, Rizk N, Champault GG (2006):** Quality of life after laparoscopic gastric banding: Prospective study (152 cases) with a follow-up of 2 years. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 16, 131-6.
- **Duval K, Marceau P, Lescelleur O, Hould FS, Marceau S, Biron S, Lebel S, Pérusse L, Lacasse Y (2006):** Health-related quality of life in morbid obesity. *Obes Surg.* 16, 574-9.
- **Dymeck MP et al. (2001):** Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg* 11, 32-39.

- **Dixon JB, O'Brien PE (2002):** Changes in comorbidities and improvements in quality of life after LAP-BAND placement. *Am J Surg.* 184, 51S-54S.
- **Fabricatore AN, Wadden TA, Sarwer DB, Faith MS (2005):** Health-related Quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obes Surg* 15, 304-9.
- **Kolotkin RL, Meter K, Williams GR (2001):** Quality of life and obesity. *Obes Rev.* 2, 219-29.
- **Malone M, Alger-Mayer S (2004):** Binge status and quality of life after gastric bypass surgery: a one-year study. *Obes Surg* 12, 473-81.
- **Masheb RM, Grilo CM (2004):** Quality of life in patients with Binge Eating Disorder. *Eat & Weight Disord* 3, 194-9.

Test psicodiagnostici

- **Apolone G, Mosconi P, Ware JE (1997):** Questionario sullo stato di salute SF-36. Milano: Guerini.
- **Barnes RD, Masheb RM, White MA, Grilo CM (2011):** Comparison of methods for identifying and assessing obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Int J Eat Disord* 44, 157-63.
- **Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W (1996):** Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Personal Assess* 67, 588-97.
- **Bohm E (1995):** Manuale di psicodiagnostica di Rorschach. OS, Firenze.
- **Calugi S, Dalle Grave R, Ghisi M, Sanavio E.** Validation of the Body Checking Questionnaire (BCQ) in an Eating Disorders Population.
- **Cloninger CR, Prybeck TR et al. (1994):** The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to Its Development and Use. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St Louis, MO.
- **Conti L (1999):** Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria. Ed. SEE, Firenze.
- **Conti L (2002):** Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria, 3 voll. + CD ROM, SEE Editrice, Firenze.
- **Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Battacchi M (2000):** Body Uneasiness Test (BUT). In: Conti L. Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria. Firenze: SEE 1759-61.
- **Cuzzolaro M., Vetrone G, Marano G, Garfinkel PE (2006):** The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. *Eat Weight Disord* 11, 1-13.
- **Derogatis LR (1983):** SCL-90. Administration, scoring and procedure manual for the Revised Version. Clinical Psychometric Research, Baltimore, MD.
- **Fairburn CG, Cooper Z (1993):** The Eating Disorder Examination (2nd ed.). In: C.G. Fairburn & G. T. Wilson (eds.), Binge Eating: Nature Assessment and Treatment. Guilford Press, New York, 317-360.
- **Fairburn CG (2008):** The Eating Disorder Examination (Edition 16th). In: C.G. Fairburn & G. T. Wilson (eds.), Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders. Guilford Press, New York, 270-308.
- **Fairburn CG (2008).** The Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE-Q 6.0). In: C.G. Fairburn & G. T. Wilson (eds.), Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders. Guilford Press, New York, 309-313.
- **First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Smith Benjamin L (1997):** Structured clinical interview for DSM-IV Axis II Disorders. Washington DC: Am Psychiatric Press.
- **Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES (2001):** Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *J Clin Psychol* 57, 815-28.

- **Garner DM, Garfinkel PE (1979):** The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9, 273.
- **Garner DM, Olmstead M, et al. (1982):** The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 12, 871.
- **Garner DM, Olmstead MP, Polivy J (1983):** Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 2, 15.
- **Garner DM (1993):** Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- **Giannini M, Pannocchia L, Dalle Grave R, Muratori F, Viglione V (2008):** EDI-3. Eating Disorder Inventory-3. Giunti OS, Firenze.
- **Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT (2001):** A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 69, 317-22.
- **Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse CK (1995):** Assessing Impact of Weight on Quality of Life. *Obesity Research* 3, 49-56.
- **Marano G, Cuzzolaro M, Vetrone G, Garfinkel PE, Temperilli F, Spera G (2007):** Validating the Body Uneasiness Test (BUT) in obese patients. *Eat Weight Disord* 12, 70-82.
- **Millon T, Millon C, Davis R (1994):** "Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual", Minneapolis, Minnesota, National Computer Systems.
- **Oria EH, Moorehead MK (1997):** Bariatric Analysis and Reporting Outcome System - Quality of Life Test. *Obes Surg* 8.
- **Piaggi P, Lippi C, Fierabracci P, et al. (2010):** Artificial Neural Networks in the Outcome Prediction of Adjustable Gastric Banding in Obese Women. *PLoS ONE* 27, e13624.
- **Pancheri P, Sirigatti S (1997):** MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personalità Inventory-2 (adattamento italiano) Firenze, O.S. Organizzazioni Speciali.
- **Passi Tognazzo D (1994):** Il metodo Rorschach. OS, Firenze.
- **Pedrabissi L, Santinello M (1989):** STAI. State-Trait Anxiety Inventory- forma Y. OS, Firenze.
- **Reas DL, Whisenhunt BL, Netemeyer R, Williamson DA (2002):** Body Checking Questionnaire (BCQ). *Int J Eat Disord* 31, 324-33.
- **Sanavio E e coll. (1985):** Cognitive Behavioral Assessment. Manuale CBA 2.0, Scale primarie, OS, Firenze.
- **Sica C, Coradeschi D, Ghisi M, Sanavio E (2006):** Beck Anxiety Inventory. OS, Firenze.
- **Sogg S, Mori DL (2004):** The Boston Interview for Gastric Bypass: Determining the Psychological Suitability of Surgical Candidates. *Obes Surg* 14, 370-80.
- **Sogg S, Mori DL (2008):** Revising the Boston Interview: incorporating new knowledge and experience. *Surg Obes Relat Dis* 4, 455-63.
- **Sogg S, Mori DL (2009):** Psychosocial Evaluation for Bariatric Surgery: The Boston Interview and Opportunities for Intervention. *Obes Surg* 19, 369-77.
- **Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus MD (1994):** Questionnaire on Eating and Weight Patterns -Revised. Behavioral Measurement Database Services. McLean, VA.
- **Stunkard AJ, Clark MM, Marcus BH, Pera V, Niaura RS (1994):** Changes in Eating Inventory scores following obese treatment. *Obes Surg* 15, 401-5.