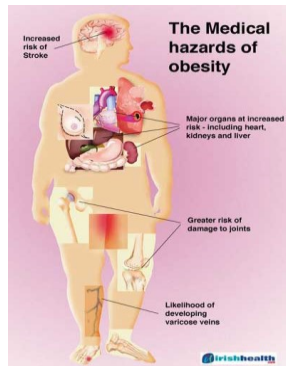
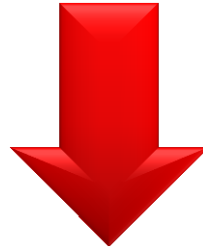


Il percorso di avvicinamento all'intervento: *Gruppi Educazionali*



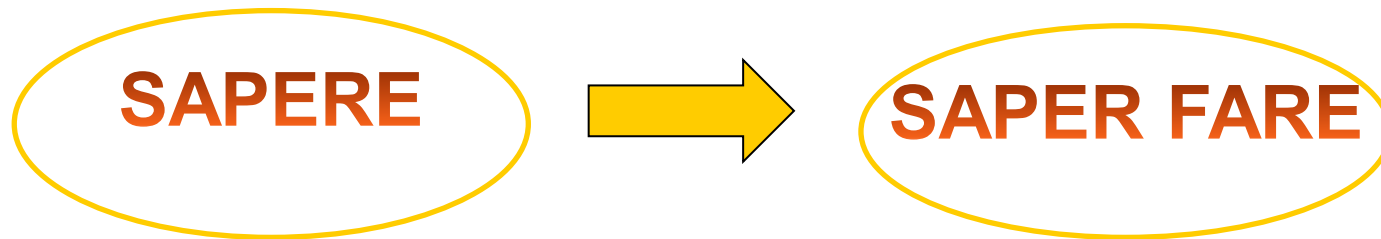
I. Favara

IL PAZIENTE CHE RICHIEDE L'INTERVENTO CHIRURGICO HA UNA PRECISA INTENZIONE: RISOLVERE UN PROBLEMA



GRUPPI EDUCAZIONALI VS. GRUPPI PSICOEDUCATIVI

- Gruppi educazionali hanno lo scopo di implementare le conoscenze sulla malattia e fornire specifiche informazioni.
- Gruppi psicoeducativi consentono al paziente di cogliere e gestire gli aspetti psicologici correlati con la malattia.



In un programma integrato è fondamentale che il paziente svolga un ruolo attivo, diventando un esperto della sua problematica, del suo intervento e delle strategie da adottare per costruire uno stile di vita salutare finalizzato al raggiungimento e al controllo del peso a lungo termine.

PERCHE' I GRUPPI?

- Sono più efficaci rispetto al trattamento individuale (Verweij L.. M, et al., 2011)
- Outcom favorevoli relativi all'entità della perdita di peso, della riduzione della massa grassa (Renjilian D. A, et al., 2001)
- Minor tasso dei drop out e mantenimento dei risultati al follow up di un anno (Minniti et al. 2007).
- Ottimizzazione delle risorse economiche umane
- Abbattimento delle liste d'attesa
- Possibilità di trattare un numero maggiore di soggetti
- Svantaggi del trattamento di gruppo???

PRIMO PASSO: VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

Nel 2012 la SICOB ha fatto proprio il documento

“Suggerimenti per la valutazione psicologico psichiatrica del paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica” (Busetto, Cerbone, Lippi, Micanti, Sampietro)

per rispondere alla esigenza di inquadramento psicodiagnostico e di criteri per la selezione preoperatoria.

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

OBIETTIVO: Costruzione del profilo psicologico clinico e della diagnosi psicologico-funzionale



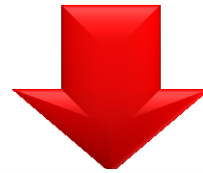
COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO

SOMMINISTRAZIONE DI BATTERIA TESTISTICA

*(Modelli e aree di indagine, strumenti psicodiagnostici:
rif. Doc.«Suggerimenti...» S.I.C.OB., 2012)*

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

Per i pazienti ammessi all'intervento di chirurgia bariatrica ma per i quali viene ritenuta necessaria una preliminare preparazione



GRUPPI DI INFORMAZIONE AI PAZIENTI

(Multidisciplinare);

GRUPPI PSICOEDUCATIVI (Mono e Multidisciplinare);

PSICOTERAPIA (Monoprofessionale).

Il trattamento diventa un percorso individuale e individualizzato

PUNTI FOCALI DEI GRUPPI PSICOEDUCATIVI

Per i pazienti ammessi all'intervento di chirurgia bariatrica ma per i quali viene ritenuta necessaria una preliminare preparazione è fondamentale:



Affrontare gli ostacoli all'intervento

Affrontare le aspettative e gli obiettivi dei pazienti

Affrontare gli ostacoli al mantenimento del peso raggiunto

OSTACOLI ALL'INTERVENTO

Pensieri che ostacolano la perdita di peso..

■ ***Autoinganni***

- Es. “mangio perché sto festeggiando, mangio perché è un'occasione speciale”

■ ***Autocritica***

- Es. “non sono capace, non riesco a resistere di fronte alla cioccolata, non ho forza di volontà”

■ ***Predizioni negative***

- Es. “è triste mangiare così, posso iniziare l'alimentazione corretta domani”

■ ***Pensieri di ingiustizia***

- “non è giusto che io debba limitarmi, non è giusto che io sia costretto a mangiare in modo diverso dagli altri, non è giusto che gli altri mangino senza ingrassare e io sì”

OSTACOLI ALL'INTERVENTO

Alcuni errori di ragionamento...

- **Pensiero tutto o nulla** (dicotomico)
 - Es. “sono convinto che *o seguo la dieta perfettamente o mi abbuffo*”

- **Attenzione selettiva** (errore di percezione)
 - Es. “sono giù perché *ho mangiato un biscotto in più di quanto avevo pianificato*”

- **Generalizzazione** (errore di interpretazione)
 - “sono ingrassato quando mangiavo la pasta, se voglio dimagrire devo *eliminarla completamente*”

- **Magnificazione/ Minimizzazione**
 - “il fatto che ho sgarrato dimostra la mia *inadeguatezza*”

- **Doppio standard**
 - “io non sono capace di rispettare la dieta (ho mangiato una fetta di pane in più), Giorgio è in grado di controllarsi (ha saltato la merenda) “

OSTACOLI ALL'INTERVENTO

Comportamenti alimentari disfunzionali...

- ❑ ***Emotional eating***: “fame nervosa”, il cibo viene assunto per gestire le emozioni negative (o positive) e la stanchezza fisica che il paziente non è in grado di affrontare diversamente
- ❑ ***Nibbling***: frequente “piluccamento”
- ❑ ***Sweet eating***: intenso desiderio di consumare dolci
- ❑ ***Gorging***: iperfagia prandiale, eccesso quantitativo ai pasti

OSTACOLI ALL'INTERVENTO

Disturbi del comportamento alimentare

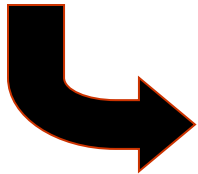
- ❑ ***Night Eating Syndrome***: iperfagia nelle ore serali
- ❑ ***Binge Eating Disorder***: mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., entro un periodo di 2 ore), un **quantitativo** di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili; sensazione di **perdita del controllo** nel mangiare durante l'episodio (per es., la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando).
- **La psicoeducazione di gruppo deve essere usata come terapia ausiliaria alla farmacoterapia e/o psicoterapie che devono intervenire sul disagio psichico.**

ASPETTATIVE E OBIETTIVI DEI PAZIENTI

Cosa si aspetta il paziente?

Quanto si aspetta di dimagrire e in quanto tempo?

Cosa si aspetta dal calo di peso?



valutare quanto le aspettative del paziente siano realistiche, non “magiche”, e se si aspetti altri vantaggi dal calo ponderale

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.

ASPETTATIVE E OBIETTIVI DEI PAZIENTI

- **Cosa sono gli obiettivi primari?** Obiettivi significativi per la propria vita che si spera di raggiungere con la perdita di peso e si è convinti di poterli raggiungere solo con la perdita di peso.
- **Per avere successo nel mantenimento del peso non è sufficiente modificare i propri comportamenti** (dieta e attività fisica), ma anche alcuni modi di pensare nei confronti della perdita di peso.
- Alcuni studi hanno dimostrato che quando gli obiettivi non sono raggiunti o il progresso verso di essi è insoddisfacente le persone sviluppano emozioni negative e tendono ad abbandonare il tentativo di cambiamento.
- Questo comportamento è favorito anche dal fatto che la maggior parte dei programmi per l'obesità non aiuta i pazienti a porsi obiettivi di peso realistici e a risolvere i principali obiettivi primari indipendentemente dalla perdita di peso ottenuta (Cooper Z, et al., 2003).

I PRINCIPALI MOTIVI DI QUESTO PROCESSO SEMBRANO ESSERE:

- **Sottovalutare la perdita di peso raggiunta**
- **Avere un atteggiamento mentale sul dimagrimento e non sul mantenimento del peso**
- **Non considerare il mantenimento del peso un obiettivo degno di valore**

E' UTILE AL PAZIENTE

- Identificare l'obiettivo di peso e gli obiettivi primari e affrontarli da subito
- Assicurarsi che siano obiettivi veri
- Mettere in dubbio il peso desiderato
- Valutare i pro e i contro di voler raggiungere il peso desiderato
- Identificare i benefici di una moderata perdita di peso
- Valutare i progressi ottenuti

PERCHE' IL MANTENIMENTO E' DIFFICILE

- Il mantenimento del peso è meno rinforzante della perdita di peso per quattro ragioni
 1. L'obiettivo è il mantenimento del peso e non la perdita di peso
 2. Si deve accettare un peso che in precedenza poteva essere considerato inaccettabile
 3. Il processo è indefinito nel tempo
 4. Le persone in questa fase in genere ricevono scarso incoraggiamento dagli altri

PROCEDURE DI MANTENIMENTO

Definire il range di peso e il sistema di monitoraggio del peso

- **Grafico del mantenimento peso**
 - Il terapeuta assieme al paziente disegna le linee del livello di peso massimo e minimo “binari di mantenimento”
 - Diario alimentare
 - Pesarsi regolarmente

Controllare periodicamente il peso è la migliore strategia per evitare di recuperarlo

QUALI LE VULNERABILITA' NEL LUNGO TERMINE

- Ci sono dei comportamenti e/o pensieri del paziente che lo mettono a rischio di recuperare il peso?
 - Mangiare cibi iperlipidici e ipercalorici nei periodi di stress
 - Tendenza ad essere meno attivi in inverno
 - Considerare le vacanze come momenti in cui uno può mangiare quello che vuole
 - Tendenza a mangiare in eccesso quando si mangia fuori

Far considerare al paziente le implicazioni di questa vulnerabilità e se può effettuare dei cambiamenti per modificare tali comportamenti o pensieri

AREE DI SVILUPPO

- E' auspicabile giungere ad una progressiva uniformazione a livello nazionale delle procedure per favorire la ricerca multicentrica nell'area psicologica.
- 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.