

Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche

**Suggerimenti per le procedure psicologico-
psichiatriche in chirurgia dell'obesità**

Redazione del documento

F. Micanti , MR. Cerbone, D. Galletta, E. Paone, C.Sollai

Si ringrazia per la collaborazione : Meri Madeo, Maura Levi, Maria Carmela Scriminaci

Fausta Micanti	Psichiatra
Maria Rosaria Cerbone	Psicologa
Emanuela Paone.	Psicologa
Diana Galletta	Psichiatra
Carlo Sollai	Psicologo

INDICE

1.	Le procedure per la valutazione di accesso alla chirurgia bariatrica	
	La procedura	pag. 1
	L'esame psicodiagnostico	pag. 4
	La restituzione	pag. 10
	Quadro sinottico	pag. 11
2.	Le procedure nel post- operatorio: il follow-up	
	La procedura standard	pag. 13
	Le procedure in caso di insorgenza di condizioni psicopatologiche	pag. 15
	Le procedure in continuità terapeutica	pag. 17
	BIBLIOGRAFIA	pag. 18
	FLOW CHART	pag. 39

Prefazione

Dallo psichiatra:

-“Sei depresso perché sei grasso o sei grasso perché sei depresso?”.

-“Sì”

Due le esigenze primarie dell'uomo: procreare e nutrirsi, tutte e due sostanziali alla sopravvivenza del genere umano. Non è da meravigliarsi se tutte e due queste esigenze sono governate da un grandissimo numero di fattori, interdipendenti tra di loro nel più complesso dei modi e che riconoscono in cima a tutto il coordinamento principale: la nostra mente. Essa governa i nostri sentimenti di amore, primum movens verso il nostro partner di procreazione, ed essa governa anche il nostro rapporto con il cibo (nutrizione), primo fattore di sopravvivenza. Del resto: “Mens sana in corpore sano”, mai la saggezza latina è stata più appropriata che quando riferita al “problema obesità”. La chirurgia bariatrica vuole interferire nel rapporto dell'uomo con il suo cibo e le relative conseguenze. Ben venga quindi uno strumento che sia d'aiuto nel comprendere le problematiche intrinseche in questo difficile compito. Scrivere queste brevi note mi ha obbligato a leggere con più attenzione quanto i nostri amici psicologi hanno scritto e sono rimasto meravigliato dai messaggi che il “Compendio”, pur nel suo linguaggio freddamente tecnico ed a tratti poco comprensibile ai non addetti, lancia a noi chirurghi.

La “valutazione d'accesso” dà un significato più vicino all'uomo obeso nella sua interezza psico-fisica di quanto il termine “Indicazioni alla chirurgia” con la sua accezione prettamente meccanicistica dia ad intendere. Mi ha in particolare colpito l'importanza del “Colloquio” (che bel termine!), così da noi frettolosamente declassato a “consenso informato”, e di esso due aspetti particolari: -colloquio per fare sì che il paziente veda il proprio funzionamento, i suoi episodi di fallimento/ripresa, non come isolati e dipendenti da fatti occasionali e contingenti, ma in “modo unitario (cycling weight)” e pertanto necessitanti una “attenzione unitaria”; - colloquio come guida alla “decisione responsabile” per evitare aspettative irrealistiche e catastrofica disillusione post intervento.

L'analisi del comportamento alimentare (BED ecc.) come indispensabile strumento per più correttamente consigliare nella scelta del tipo di intervento ed il supporto psicologico sia nel follow-up a breve termine (nuovo stile di vita, governo dei cicli fame-sazietà) che nel follow-up a lungo termine (ridurre e contrastare il weight regain) sono ormai strumenti acquisiti nell'armamentario della chirurgia bariatrica e fanno parte del bagaglio indispensabile per una adeguata cura del paziente obeso.

La lettura di questo compendio di “Suggerimenti per le procedure psicologico-psichiatriche in chirurgia dell'obesità”, ci fa ben capire come esse siano sostanziali durante tutto il percorso

della chirurgia bariatrica, prima, durante e dopo. Il documento quindi va visto come un prezioso filo di Arianna che, di volta in volta, ci suggerirà gli strumenti da utilizzare per valutare il nostro paziente, per scegliere la terapia più opportuna, per aiutarlo a risolvere i suoi problemi e per essere d'ausilio a noi chirurghi ad ottenere il meglio dalla nostra opera. Dobbiamo essere grati a Fausta e collaboratori per averci fornito una guida che ci consente di entrare e di aggirarci nei meandri della mente dei nostri amici obesi, con minor paura di perderci e soprattutto di perderli.

Nicola Basso
Prof. Emerito Chirurgia
Università di Roma-Sapienza

Introduzione

L'io è fondamentalmente un io corporeo

S.Freud : "l'io e l'ES"

La genesi multifattoriale dell'obesità comporta l'attuazione di programmi di cura integrati, deputati alla risoluzione delle problematiche cliniche di cui il paziente è portatore. Tuttavia, la multifattorialità, come afferma Winnicott, comporta un alto rischio di dissociazione dei fattori di cura che non restituisce al paziente-individuo il senso della sua identità. La terapia della malattia psicosomatica, nella sua accezione attuale, ha insegnato agli operatori che l'integrazione dei fattori di cura rappresenta l'unico strumento che può indurre la guarigione.

Il processo di integrazione richiede che ogni operatore rispetti i modelli di appartenenza, li espliciti all'interno del gruppo di cura e avvii un processo dialettico che possa restituire al paziente la percezione del suo essere unico con una propria identità. L'obesità rappresenta una scommessa della capacità di formazione dei team di cura, dove le appartenenze non rivendichino il diritto di leader della cura onde evitare il fallimento della stessa. A partire da Hilde Bruch, gli psichiatri si sono interessati all'obesità considerandola come evoluzione di un alterato sviluppo psicologico dell'individuo e di patologiche dinamiche familiari, assimilandola agli altri disturbi del comportamento alimentare. Tuttavia, l'evoluzione della ricerca clinica ha evidenziato la coesistenza di fattori metabolici, genetici ed endocrinologici determinando una revisione degli studi di neuroscienze e psicologici fino all'attuale inquadramento della malattia come esito di un sistema multifattoriale complesso. Si è costituito, così, un ponte che induce tutte le figure coinvolte nel processo di cura ad una riflessione teorica, ma soprattutto procedurale, definendo i campi di intervento e creando una finestra metacomunicativa che possa affrontare la malattia nelle sue interezze..

Lo scopo di questo documento è quello di individuare l'articolazione delle procedure che consentono di evidenziare i fattori psichici e cerebrali che contribuiscono all'obesità, di fornire il ricordo che mente e corpo sono un'unità indissolubile, senza la quale l'individuo non è un individuo sano, di sottolineare che come, per le altre branche della medicina, anche l'area psicologica e psichiatrica ha i suoi fondamenti scientifici e clinici. Nell'approccio al paziente obeso, l'operatore psicologo/ psichiatra deve avere chiaro il campo psichico dell'obesità e partecipare al processo di cura in maniera integrata. Questo processo è essenziale nel percorso di chirurgia bariatrica, perché la stessa rappresenta uno strumento particolarmente efficace di modifica fisica restituendo al paziente un'identità corporea dimenticata o mai avuta che necessita, per divenire stabile, l'elaborazione e l'appropriazione delle parti fisiche.

Fausta Micanti

Un personale ringraziamento al past president Prof. Nicola Di Lorenzo, al Presidente Dr. Luigi Piazza, al Presidente eletto Prof. Diego Foschi, a tutti gli amici del Consiglio Direttivo che, in questi anni, hanno ascoltato con pazienza e disponibilità le mie filippiche sull'importanza della presenza dello psicologo /psichiatra nel team di cura.

Grazie al loro interesse illuminato e al loro sostegno, oggi, siamo in grado di presentare un documento che rafforza la presenza dell'area psicologico/psichiatrica nel processo di cura dell'obesità indotto dalla chirurgia bariatrica.

Grazie al Prof. Nicola Basso, per la prefazione che ha voluto scrivere, regalandoci uno spaccato sulla centralità dell'individuo nella cura.

Grazie alla Dr.ssa Eliana Rispoli che, silenziosamente e con leggerezza, non ha mai fatto mancare il suo sostegno concreto ed efficace.

Grazie a i colleghi che insieme a me hanno, in questo tempo, profuso uno sforzo intellettuale e dedicato il loro tempo alla stesura del documento.

Fausta Micanti

1. Le procedure per la valutazione di accesso alla chirurgia bariatrica

E. 1.1 La valutazione di accesso del/la paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica serve ad individuare le condizioni psicopatologiche ostative al percorso, quelle che possono peggiorare se non adeguatamente trattate dopo l'intervento, gli assetti di personalità che possono determinare insorgenza di patologia psichiatrica, in particolare anoressia e bulimia nel post-intervento, la motivazione all'intervento, tutte le risorse interne che consentono al paziente di aderire al programma post-intervento e raggiungere la stabilità di peso, le varianti psicosociali.

La valutazione di accesso è, pertanto, fondamentale per individuare:

- L'accesso diretto alla chirurgia bariatrica.
- eventuali elementi di rischio.
- programmare trattamenti mirati sia nel pre che nel post operatorio.
- migliorare l'outcome del paziente nel lungo termine.

E 2.1 La procedura per la valutazione di accesso alla chirurgia bariatrica si attua attraverso il colloquio clinico che comprende: esame dello stato mentale attuale e pregresso, analisi del comportamento alimentare e la storia del peso, analisi della motivazione, degli aspetti psicosociali e della capacità di aderenza al programma post-intervento

- **E 2.2 Il colloquio clinico** deve raccogliere informazioni sulla eventuale storia psichiatrica del paziente, sul suo decorso e sull'eventuale trattamento farmacologico e/ o psicoterapeutico, sulla storia del peso e del comportamento alimentare, la motivazione e le variabili psicosociali

E 2.2a La valutazione dello stato mentale ha, come obiettivo, il riconoscimento della presenza di disturbi psichiatrici secondo il DSM 5 che potrebbero rappresentare delle controindicazioni all'intervento di chirurgia bariatrica o richiedere programmi terapeutici individuali per consentire l'accesso al percorso.

- L'esame di stato mentale deve indagare: l'orientamento, il contenuto del pensiero, la senso-percezione, la memoria, il ritmo sonno-veglia, il tono dell'umore, l'ansia e la capacità di socializzazione al fine di individuare la presenza di sintomi inquadrabili nei disturbi indicati dal DSM 5.

E 2.2 b La storia del peso e il comportamento alimentare comprende: la ricostruzione della storia del peso e delle forme corporee, dei tentativi dietetici, farmacologici, psicoterapici e fisici per dimagrire e del comportamento alimentare. L'utilità di questa analisi è duplice: da un lato permette all'operatore di delineare la ricorsività delle condotte cronicizzate e i vissuti associati al circuito fallimento/ripresa/fallimento (fenomeno del cycling weight), dall'altro offre al/la paziente, spesso per la prima volta, la possibilità di vedere il proprio funzionamento in modo unitario .

E 2.2c La storia dei tentativi dietetici serve ad avere informazioni sulle modalità di gestione e sui vissuti del/la paziente al fine di acquisire informazioni su eventuali disturbi del comportamento alimentare pregressi di tipo bulimico o anoressico onde prevenire l'insorgenza di DCA post-intervento come difesa dal terrore di ingrassare. Tale indagine si collega alla valutazione del rapporto con l'immagine corporea. E' importante indagare la qualità dell'autostima, la funzione dell'essere grasso nella struttura generale di personalità del paziente e l'eventuale presenza di ritiro sociale.

E.2.2d L'analisi del comportamento alimentare serve ad individuare comportamenti alimentari disfunzionali collegati ad una minore o maggiore intensità psicopatologica relativa alla disregolazione del sistema emozionale e che, pertanto, sono suscettibili di scarsa modifica con l'intervento. In base al ritmo di assunzione del cibo, i comportamenti alimentari si distinguono in:

- Gorging: l'ingestione di una grande quantità di cibo tre volte al giorno in genere coincidenti con i pasti principali.
- Snacking: ingestione di quantità di cibo prevalentemente fra i pasti. Lo snacking si distingue in salato e dolce.
- Sweeteating: l'assunzione principalmente di cibi dolci. Tale comportamento è considerato altamente disfunzionale per la presenza del fenomeno della "sugar addiction".
- Grazing: assunzione di piccole quantità di cibo in maniera continuata in un arco di tempo definito, in alcuni casi anche durante tutta la giornata. E' considerato un comportamento alimentare altamente disfunzionale che persiste anche nel dopo intervento determinando fallimento dello stesso.
- Binge eating: assunzione incontrollata di cibo, conseguente ad un bisogno sorto all'improvviso ed irrinunciabile, con impossibilità a fermarsi, spesso con ingestione contemporanea di cibi sia dolci che salati, fino ad una sensazione di estrema pienezza gastrica. Si caratterizza per la presenza di elevati livelli di impulsività. Può essere sintomo del Binge Eating Disorder o parte del corteo sintomatologico di disturbi psichiatrici quali: disturbo bipolare, psicosi, disturbo borderline, disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). La presenza del comportamento binge va considerata un sintomo da indagare e, conseguentemente, determinare l'invio allo psichiatra di riferimento.

- Nocturnal Eating: assunzione di cibo preferenzialmente nelle ore notturne o serali tarde. In genere, sintomo della Night Eating Syndrome (NES) o di disturbi del sonno .
- Craving caratterizzato dalla sensazione inarrestabile di dover assumere grosse quantità di cibo continuamente, con alterazione dei fattori: cognitivo, motorio ed non-pianificativo dell'impulsività. E', in genere, associato a malattie genetiche o encefaliche come la Sindrome di Prader- Willi o il craniofaringioma.

2.1c L'analisi della motivazione all'intervento del/la paziente candidato alla chirurgia bariatrica serve a valutare la capacità del soggetto di mantenere nel tempo il focus sull'obiettivo individuato. La motivazione è composta dall'intenzione e dalla programmazione/attuazione del comportamento. La presenza dell'intenzione non è equivalente alla motivazione.

L'analisi motivazionale prevede la valutazione della:

- Consistenza della capacità di raggiungere e soddisfare i "bisogni di crescita" attraverso processi di elaborazione dei bisogni stessi e della capacità di adeguamento al principio di realtà implicito nel percorso bariatrico.
- La valutazione dello stato di conoscenze reali sulla qualità, sulla tempistica e sugli effetti delle procedure bariatriche.

E 2. 2 d Valutazione delle conoscenze relative al percorso e decisionalità

L'opzione chirurgica è frequentemente associata, da parte del/la paziente, a bassa/assente informazione e comprensione dell'oggetto della propria richiesta e ad elevata incertezza decisionale. Questa condizione può agire in modo rilevante nell'attivare convinzioni inappropriate riguardo agli interventi, sia attraverso l'amplificazione ingiustificata delle paure per i rischi, che riguardo alla loro minimizzazione. Nel primo caso, può attivarsi l'abbandono del percorso di cura anche in presenza di uno stato di gravità clinica, nel secondo possono emergere un approccio di bassa responsabilità sulle scelte e aspettative non realistiche, con elevata probabilità di discontinua/assente adesione alle prescrizioni comportamentali postoperatorie e di scadente outcome.

E 2.2e Analisi psicosociale serve a valutare le condizioni ambientali: culturali, economiche e lavorative che possono sostenere o ostacolare la compliance del paziente al programma post-intervento.

E.2.6 L'esame psicodiagnostico serve ad obiettivare le aree indagate nel colloquio e a valutare le dimensioni mentali che configurano il campo psichico dell'obesità.

La valutazione **della presenza di disturbi mentali** può avvalersi della somministrazione di:

- **Structured Clinical Interview for DSM–SCID(I e II).** E' 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, 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.
- **Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.).** Intervista diagnostica strutturata per la formulazione delle principali diagnosi in Asse I del DSM IV messa a punto congiuntamente dai gruppi di Sheehan (USA) e di Lecrubier (Francia) (Sheehan et al., 1994).

Il M.I.N.I. Plus consente, rispetto al M.I.N.I., la diagnosi di 24 disturbi di asse I, e mantiene tanto il Disturbo Antisociale di Personalità (asse II) che il modulo relativo al rischio suicidario; laddove necessario, consente diagnosi attuali e "lifetime" e richiede, oltre alla rilevazione dei sintomi, di indagare sulla disabilità associata al disturbo, di evidenziare l'eventuale concomitanza tra i sintomi ed un'eventuale patologia fisica, l'uso di sostanze psicotrope o la presenza di un lutto recente, di stabilire l'età in cui si sono manifestati per la prima volta i sintomi di quel disturbo, di indicare quante volte, nella vita, tali sintomi si sono presentati e di precisare, quando indicato, l'eventuale classificazione in sottotipi per la sua applicazione. Il M.I.N.I. Plus è completato da algoritmi diagnostici per i disturbi psicotici e da regole gerarchiche da utilizzare in caso di comorbidità.

MMPI: Multiphasic Personality Inventory (MMPI). E' un test ad ampio spettro costituito per valutare le maggiori caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo. Rappresenta uno degli strumenti d'indagine più utilizzati in ambito clinico e peritale. MMPI fa parte dei test definiti "misurazioni obiettive standardizzate", ovvero test che rendono possibile la misurazione di molte delle dimensioni costitutive della personalità attraverso campioni di comportamento. In tal modo è possibile evidenziare alcune variabili relative al comportamento di una persona posta in condizione di stimolo e interpretarle secondo criteri prestabiliti, mettendole in rapporto quantitativo e qualitativo con funzioni e caratteristiche psicologiche. E' un test autosomministrato. Attualmente, è in uso la versione MMPI-2-RF. Questa nuova forma riduce notevolmente i tempi di somministrazione del test, in quanto il numero degli items del questionario è

sceso da 567 (MMPI-2) a 338 (MMPI-2 RF). Esso è utilizzato sia in ambito psicologico che psichiatrico. Si articola su 51 scale, validate nel 2012 anche per la popolazione italiana. La versione aggiornata e revisionata raffina le sue potenzialità diagnostiche, focalizzandosi al meglio sul funzionamento di personalità, calando l'individuo maggiormente nel suo contesto e dando, inoltre, delle informazioni riguardo al piano di trattamento.

Test di Rorschach è un test proiettivo della personalità. Fu proposto da Hermann Rorschach (1921) per valutare la personalità attraverso l'analisi della percezione. Il test è costituito da 10 tavole, ognuna delle quali presenta, su un fondo bianco, una macchia d'inchiostro, nero e/o colorato, a simmetria bilaterale, alle quali il soggetto deve attribuire un significato. Finita la presentazione delle tavole, viene svolta la cosiddetta "inchiesta", vengono ripresentate, cioè, le tavole al soggetto per stabilire la localizzazione (la zona della macchia a cui si riferiva la risposta) e i determinanti delle percezioni (le qualità percettive della macchia che hanno suscitato le risposte: forma, colore, movimento, eccetera). In genere, vengono prese in considerazione altre categorie ed in particolare il contenuto (umano, animale, inanimato, eccetera), la qualità formale (adeguatezza della risposta allo stimolo) e l'originalità (interpretazioni che non rientrano fra quelle che vengono fornite più comunemente). Le risposte ottenute vengono "siglate". Ad ogni sigla è generalmente attribuito un significato psicologico, ma nell'interpretazione del protocollo si tiene conto soprattutto del rapporto tra le diverse sigle. Nell'interpretazione si tiene conto anche di altri aspetti non quantificabili quali lo *shock* (reazione emotiva davanti ad una tavola, espressa da allungamento del tempo di reazione, imbarazzo o perplessità, esclamazioni, eccetera), il *rifiuto* (incapacità di dare una risposta ad una tavola), la *perseverazione* (ripetizione di una risposta a più tavole), le *confabulazioni* (risposte senza attinenza con lo stimolo). Per l'interpretazione del protocollo si fa ricorso ad uno dei sistemi interpretativi proposti dalle diverse Scuole. Il test di Rorschach è generalmente considerato un valido contributo alla diagnosi ed alla prognosi psichiatrica, oltre che un significativo aiuto allo studio approfondito della personalità del soggetto nei suoi aspetti dinamici e strutturali.

Le dimensioni mentali caratterizzanti il campo psichico dell'obesità sono: impulsività, immagine corporea, tono dell'umore e ansia. Queste dimensioni contribuiscono a determinare il quadro generale della salute mentale e, quindi, a strutturare la qualità di vita.

IMPULSIVITÀ può essere valutata con:

- **Binge Eating Scale** è un test di auto-somministrazione, che valuta comportamenti, sensazioni e aspetti cognitivi associati agli episodi di alimentazione incontrollata dei soggetti. Ogni item della scala è composto da una serie di asserzioni in ordine di gravità del comportamento alimentare. La scala è capace di discriminare, nella popolazione degli obesi, quelli con disturbo da alimentazione incontrollata.
- **Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)**. 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 fattori di impulsività: cognitiva (FC), motoria (FM) e non pianificativa (FnP). L'impiego nella popolazione obesa può essere d'aiuto, in associazione alla BES, quando il punteggio di quest'ultima è nel range di possibile o certo comportamento binge.

L'IMMAGINE CORPOREA può essere valutata con:

- **Body Uneasiness Test (BUT)**. E' un test costruito in Italia per la valutazione psicometrica del disagio relativo all'immagine del proprio corpo. È composto da 71 items con risposta a scelta multipla ed è diviso in due parti: BUT A, composta da 34 items clinici; BUT B, composta da 37 items che elencano parti e funzioni del corpo. Gli items clinici forniscono un punteggio generale di gravità e cinque punteggi di scala:
 - 1.WP- Weight phobia**, paura morbosa dell'aumento di peso
 - 2.BIC- Body Image Concerns**, preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto fisico
 - 3. A - Avoidance**, comportamenti di evitamento collegati all'immagine del corpo
 - 4.CSM-Compulsive Self Monitoring**, controllo compulsivo dell'aspetto fisico
 - 5.D - Depersonalization**, vissuti di distacco ed estraneità rispetto al proprio corpo
 La seconda parte del test: BUT B si compone di 37 items. Questa parte focalizza l'attenzione verso un preciso distretto corporeo e verso alcune manifestazioni (risposte) sensoriali da esso derivate, quali la sudorazione, l'arrossamento, l'odore e il rumore. I punteggi globali formano: il **PST (Positive Symptom Total)** relativo al malessere complessivo e il **PSDI (Positive Symptom Distress Index)** relativo alla disturbo in particolari aree del corpo. Il giudizio di gravità è espresso in questo caso su di una scala da 0 a 37, dove 0 corrisponde all'assenza del sintomo e 37 al massimo disagio del corpo.

- **BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)4.** La scala originale è composta da 34 items, ma, attraverso l'analisi fattoriale, sono state costruite 2 scale di 16 items e 4 di 8 items che hanno dimostrato di possedere caratteristiche psicometriche praticamente sovrapponibili. Si può utilizzare la versione a 16 items quando la svalutazione del proprio corpo non è l'unico obiettivo dello studio o quando le valutazioni devono essere ripetute e quella ad 8 items quando è di primaria importanza la rapidità della valutazione

Il TONO dell 'UMORE può essere valutato con:

- **Beck Depression Inventory (BDI-II).** E' 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 psichiatrici 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.; ed il fattore Cognitivo che riguarda le manifestazioni cognitive della depressione, quali: pessimismo, senso di colpa, autocritica e autostima.
- **HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HDRS o HAM-D)** è composta da 21 items; di questi, il n° 16, Perdita di peso, è suddiviso in due sub-item mutuamente escludentisi che esplorano, uno la perdita di peso riferita ed uno quella misurata dalla bilancia; anche l'item n° 18, Variazioni diurne, è suddiviso in due sub-item, uno che esplora la presenza di variazioni diurne della sintomatologia ed il senso verso il quale vanno le eventuali variazioni (peggioramento mattutino o serale), ed uno la gravità delle eventuali variazioni. Generalmente i primi 17 items sono considerati quelli nucleari della depressione ed è su questi che di solito viene definito il cutoff di gravità. Poiché il punteggio totale non può essere considerato espressione della gravità della depressione, ma piuttosto, data l'eterogeneità degli items, della sua pervasività, vengono generalmente utilizzati i punteggi nei fattori. Una delle fattorializzazioni più utilizzate è quella di Cleary e Guy, (1977) che hanno isolato 6 fattori (riportati per esteso nella Tab. 10.II): - Fatt. I: Ansia/Somatizzazione, composto da 6 item (n° 10, 11, 12, 13, 15, e 17); - Fatt. II: Peso, composto dai 2 item esploranti la perdita di peso (n° 16A e 16B); - Fatt. III: Disturbi cognitivi, composto da 6 item (n° 2, 3, 9, 19, 20 e 21); - Fatt. IV: Variazioni diurne, composto dai 2 item che esplorano questo aspetto (n° 18A e

18B); - Fatt. V: Rallentamento, composto da 4 item (n° 1, 7, 8 e 14); - Fatt. VI: Disturbi del sonno, composto da 3 item (n° 4, 5 e 6). P. Gli items sono variamente valutati: alcuni (10) su di una scala a 5 punti (0-4), altri (2) su di una scala a 4 punti (0-3) ed i rimanenti (9) su una scala a 3 punti (0-2). I livelli di gravità sono, per la maggior parte degli items, abbastanza ben definiti. L'affidabilità della scala è risultata abbastanza buona nei diversi studi che hanno valutato la consistenza interna (Hadlund e Vieweg, 1976) e la inter-rater reliability (Waldron e Bates, 1965; Cicchetti e Prusoff, 1983. Generalmente la scala ha dimostrato di "riflettere le modificazioni della sintomatologia nel corso del trattamento" (Hadlund e Vieweg, 1976).

L'ANSIA può essere valutata con:

- **State-Trait Anxiety Inventory -Forma Y (STAI).** E' uno strumento finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia, sia per finalità psicodiagnostiche, sia per verificare l'efficacia ed i benefici della psicoterapia. È, quindi, utile come misura generica dello stress. E' suddiviso in due scale: 1) *Ansia di stato*, dove l'ansia è concepita come esperienza particolare, un sentimento di insicurezza, d' impotenza di fronte ad un danno percepito che può condurre o alla preoccupazione oppure alla fuga ed all'evitamento; 2) *Ansia di tratto* consiste nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose ed a rispondere alle varie situazioni con diversa intensità.
- **Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA o HAM-A).** E' la scala di valutazione dell'ansia più conosciuta e più ampiamente utilizzata. Esplora, mediante un'intervista libera, 14 categorie di sintomi, tra cui ansia, tensione, sintomi neurovegetativi, sintomi somatici e comportamento durante l'intervista. Nonostante le numerose critiche che le vengono mosse, è la scala più usata nello studio dell'ansia e delle sue modificazioni sotto trattamento e si è dimostrata quella probabilmente più sensibile, capace di discriminare efficacemente gli effetti del trattamento nei pazienti ansiosi.

La QUALITÀ DELLA VITA può essere valutata con:

- **Questionario sulla stato di salute (SF-36).** E' un questionario sullo stato di salute del paziente, caratterizzato dalla brevità (mediamente il soggetto impiega non più di 10 minuti per la sua compilazione) e dalla precisione (lo strumento è valido e riproducibile). Le 36 domande si riferiscono concettualmente a 8 domini di salute: AF-attività fisica (10 domande), RP-limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica (4 domande) e RE-limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo (3 domande), BP-dolore fisico (2 domande), GH-

percezione dello stato di salute generale (5 domande), VT-vitalità (4 domande), SF-attività sociali (2 domande), MH- salute mentale (5 domande) e una singola domanda sul cambiamento nello stato di salute. Il questionario SF-36 può essere auto-compilato. Gli studi di validazione hanno inoltre dimostrato che l'SF-36 ha capacità discriminanti nei confronti di popolazioni con problemi psichiatrici o problemi fisici e di discriminare tra gruppi di popolazioni con condizioni mediche severe da gruppi di popolazioni moderatamente malate o sane.

- **Quality of Life Instrument Package (BASIQ).** Il BASIQ, adattamento italiano del Quality of Life Instrument Package del Centro per la Salute Pubblica dell'Università di Toronto valuta la modulazione soggettiva della relazione tra attribuzione d'importanza e percezione di soddisfazione negli ambiti della vita aventi un valore qualitativo per la vita di tutte le persone.

La MOTIVAZIONE può essere valutata con:

- **Decisional Balance Test for Weight** versione italiana di Falchi 2015. Il DBI è uno strumento valido per valutare la motivazione al cambiamento nei pazienti obesi. Si basa sulla teoria del modello trans- teoretico del cambiamento proposto da Johnson e Proschka 1997. Conseguisce il cosiddetto **bilancio decisionale**. Il bilancio decisionale è un metodo tabulare per rappresentare i pro e i contro delle diverse scelte e per aiutare qualcuno a decidere cosa fare in una determinata circostanza. Viene spesso utilizzato nel lavoro con l' ambivalenza in persone che sono coinvolte in comportamenti dannosi per la salute.
- **Weight and Lifestyle Inventory (WALI).** Il test risulta particolarmente utile per valutare l'effetto dell'insoddisfazione corporea sulla qualità della vita. L'interattività dello strumento permette di indagare l'evoluzione temporale delle forme corporee, della loro rappresentazione mentale e dei vissuti ad esse correlati; permette inoltre di valutare il rapporto tra la percezione attuale che il paziente ha del proprio corpo e del peso e la condizione reale.

Tabella: VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

DISTURBI PSICHIATRICI	Structured Clinical Interview for DSM (SCID II) Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI plus) MMPI-2 RF Test di Rorschach
IMPULSIVITÀ	Binge Eating Scale (BES) Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)
IMMAGINE CORPOREA	Body Uneasiness Test (BUT) Body Shape Questionnaire (BSQ 4)
TONO DELL'UMORE	Beck Depression Inventory (BDI-II) Hamilton Depression Rating Scale (HDRS o HAM-D)
ANSIA	State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA o HAM-A)
QUALITÀ DELLA VITA	Questionario sullo stato di salute (SF 36) Quality of Life Instrument Package (BASIQ)
MOTIVAZIONE	Decisional Balance Test for Weight (DBWT) Weight and Lifestyle Inventory (WALI)

E.2.7 La restituzione ha lo scopo di descrivere al paziente l'esito della valutazione, il percorso terapeutico specifico prima e dopo l'intervento.

IL programma terapeutico può prevedere:

- Accesso diretto del/la paziente alla chirurgia bariatrica.
- Controindicazioni assolute e non accesso alla chirurgia bariatrica.
- Percorso individualizzato di accesso con programma psicoterapeutico individuale o di gruppo da iniziare nel periodo preoperatorio con continuazione nel post-intervento.
- Programma specifico psicofarmacologico e/o psicoterapeutico nel pre-intervento e successiva rivalutazione per l'accesso alla chirurgia bariatrica.

QUADRO SINOTTICO

VALUTAZIONE DI ACCESSO:

PROCEDURA STANDARD

- 1) Colloquio clinico
- 2) Valutazione psicodiagnostica: BES, BIS-11; BUT; BECK-II, STAI-Y, SF-36
- 3) Restituzione

In *CASO DI Sospetto* di disturbo psichiatrico:

- a) somministrazione test specifici
- b) invio allo psichiatra di riferimento

ACCESSO DIRETTO ALLA CHIRURGIA



qualora l'intervento si attui nel medio o lungo termine dalla valutazione di accesso prevedere colloqui distanziati per osservazione clinica in numero relativo al tempo di attesa

CONTROINDICAZIONE ALLA CHIRURGIA BARIATRICA

- a) Controindicazione assoluta.
- b) Controindicazione relativa alle condizioni psicopatologiche al momento della valutazione ed attuazione di percorsi terapeutici.

ATTUAZIONE DI PROGRAMMI TERAPEUTICI PRE-INTERVENTO

Pazienti affetti da disturbi psichiatrici che non controindicano l'accesso alla chirurgia:



Stabilire con lo psichiatra di riferimento il tipo di trattamento farmacologico, la durata ed indicare un tempo di attesa per l'intervento e successiva rivalutazione al termine dell'iter terapeutico.

Pazienti affetti da Comportamenti alimentari disfunzionali quali grazing, sweeteating e nocturnal eating



E' opportuno iniziare un percorso di psicoterapia individuale o di gruppo da proseguire dopo l'intervento al fine di modificare lo stesso e di ottenere una regolazione del sistema emozionale.

Pazienti con insufficiente motivazione all'intervento



E'opportuno attuare minimo 5 colloqui motivazionali al fine di migliorare la compliance post-intervento

2. Le procedure nel post- operatorio: il follow-up

E.3.1 Il follow-up psicologico/psichiatrico ha la funzione multipla di: monitoraggio, intervento e prevenzione di tutte quelle condizioni che possono insorgere dopo chirurgia in relazione alle condizioni psicopatologiche, alla regolazione del sistema fame-sazietà, alla disillusione rispetto alle aspettative sul cambiamento dell'immagine corporea, alla capacità del soggetto di attuare la modifica dello stile di vita.

Il follow-up è, in condizioni standard, necessario a:

- sostenere la compliance al percorso nutrizionale post- intervento.
- sostenere la regolazione del bisogno primario fame-sazietà in relazione alle modifiche fisiologiche apportate dall'intervento.
- costruire l'integrazione della unità psiche-soma e la consapevolezza della nuova immagine corporea.
- sostenere il cambiamento dello stile di vita.
- come osservazione clinica per la prevenzione dell'insorgenza di disturbi psichiatrici quali depressione, disturbo da discontrollo degli impulsi, disturbi del comportamento alimentare.
- sostenere il percorso bariatrico nel caso di comparsa di eventi traumatici nella vita del/ la paziente che possono ridurre o impedire la compliance post-intervento.
- elaborare esperienze di frustrazione relative all'investimento magico sul corpo magro come strumento di affermazione del Sé, in particolare nei soggetti obesi dall'infanzia.

Il follow-up psicologico/psichiatrico ha caratteristiche specifiche nel breve, medio e lungo termine e ha come obiettivo il mantenimento di peso e la prevenzione del weight regain.

E 3.2. La procedura standard comprende: colloqui psicologici per l'osservazione dell'andamento della compliance, psicoterapia di gruppo al mantenimento di peso per il rafforzamento della nuova immagine corporea, colloqui nel lungo termine per la prevenzione del weight regain.

E 3.2a. L'osservazione clinica si attua attraverso il colloquio clinico ad obiettivo focalizzato. Esso deve avere una cadenza in relazione alle tappe nutrizionali indotte dall'intervento.

Uno schema possibile di procedura in assenza di insorgenza condizioni patologiche è:

- colloquio dopo l'introduzione della dieta solida per monitorare la capacità del soggetto di seguire le norme nutrizionali e assumere nuove modalità di ingestione del cibo (sedersi a tavola, masticare lentamente, assumere le quantità stabilite dal programma nutrizionale). Il colloquio, in questa fase, ha lo scopo di cominciare a strutturare una condizione di alleanza terapeutica e di fornire indicazioni sulla qualità della motivazione del/la paziente.
- Colloqui successivi a cadenza bimestrale per proseguire l'osservazione clinica fino al raggiungimento del dimagrimento.
I colloqui hanno la funzione di monitorare la compliance, di valutare il grado di soddisfazione del soggetto rispetto al percorso, di ottenere informazioni sulle condizioni psicosociali, di monitorare la motivazione del soggetto e la capacità di introdurre, in relazione alle nuove condizioni fisiche, variazioni dello stile di vita.
- Psicoterapia di gruppo, possibilmente con tecniche corporee (Body Therapy), alla stabilità di peso per consentire l'appropriazione percettiva ed emotiva del nuovo corpo. Il gruppo deve avere una durata minima di 6 mesi, a cadenza quindicinale, al fine di consentire la realizzazione dell'obiettivo. Utilizzo di test per l'immagine corporea prima e dopo il gruppo per obiettivare il raggiungimento dell'obiettivo.
- Colloquio clinico ad 1 mese e 3 mesi dalla fine della psicoterapia di gruppo per il monitoraggio degli obiettivi raggiunti.
- Colloquio clinico ogni 6 mesi nei due anni successivi, cioè a partire dal 3° anno dopo l'intervento, per valutare l'insorgenza di eventi di vita stressanti che possono rappresentare una rottura del nuovo percorso psicologico col rischio di insorgenza di disturbi psichiatrici, la capacità di mantenimento della nuova consapevolezza, la qualità della relazione con l'ambiente e l'inserimento sociale, la stabilizzazione del cambiamento dello stile di vita.

E' possibile utilizzare strumenti digitali, quali interviste telefoniche o internet come monitoraggio dell'andamento clinico.

Procedura standard in assenza di eventi psicopatologici		
Tappe del follow-up	Obiettivi specifici	Scopi
Colloquio ad 1 mese dall'introduzione della dieta solida	monitorare la capacità del soggetto di seguire le norme nutrizionali e assumere nuove modalità di ingestione del cibo	<ul style="list-style-type: none"> - strutturare una condizione di alleanza terapeutica - valutare la qualità e la persistenza della motivazione del/la paziente
Colloqui Fino al dimagrimento con cadenza bimestrale	Continuare l'osservazione clinica	<ul style="list-style-type: none"> - monitorare la compliance e la motivazione - valutare il grado di soddisfazione del soggetto rispetto al percorso, - ottenere informazioni sulle condizioni sociali e cambiamento dello stile di vita
Alla stabilità di peso: Psicoterapia di gruppo	Mantenimento del peso perso	Elaborazione delle componenti percettive ed emotive dell'immagine corporea per l'appropriazione del corpo magro
Colloquio a 1 mese e a 3 mesi dopo psicoterapia	Monitoraggio obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> -Sostenere la consapevolezza acquisita -Sostenere la capacità di usare il corpo nella relazione con l'ambiente
Colloqui ogni 6 mesi fino al 5° anno dopo l'intervento	Monitoraggio del percorso psicologico relativo al mantenimento di peso	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dell'insorgenza di eventuali eventi stressanti - Qualità della relazione con l'ambiente - Stabilizzazione del cambiamento dello stile di vita

PROCEDURE NEL CASO DI INSORGENZA DI CONDIZIONI PSICOPATOLOGICHE NON PRESENTI ALL'ATTO DELLA VALUTAZIONE DI ACCESSO

E3.3 Nel periodo post-intervento, si può verificare **la riacutizzazione di patologie psichiatriche** pregresse in relazione alle variazioni metaboliche, all'insorgenza di eventi stressanti, all'insufficiente compliance nutrizionale con conseguente malnutrizione. I disturbi che più frequentemente incorrono sono: disturbo d'ansia generalizzato, depressione e disturbo da addiction in soggetti con pregressa personalità impulsiva. In questo caso, l'osservazione clinica consente l'invio allo psichiatra di riferimento per l'attuazione di terapia psicofarmacologica specifica.

E3.4 Nel periodo post-intervento, possono insorgere **Disturbi del Comportamento Alimentare**: in particolare bulimia ed anoressia collegati al terrore di ingrassare e all'esperienza frustrante che la magrezza non determina un rafforzamento del Sé e conseguentemente non migliora la relazione con Sé e con l'Altro. I soggetti che, prima dell'intervento, presentano un'idealizzazione della magrezza come strumento di riconoscimento di sé sono più frequentemente predisposti all'insorgenza di tale tipo di disturbo. In questo caso, il/la paziente devono essere inseriti in un programma di psicoterapia individuale o di gruppo. Inoltre, in taluni casi, si può avere la trasformazione, in particolare del comportamento binge, in BED low frequency, in grazing oppure la comparsa di comportamento incluso nella diagnosi di LOC (Loss of control).

E3.5 Nel periodo post-intervento, l'osservazione clinica può **evidenziare un mancato o difficoltato cambiamento dello stile di vita**. In questo caso, è opportuno attuare almeno 10 colloqui con tecniche comportamentali con l'obiettivo di rafforzare la motivazione.

PROCEDURE IN CONTINUTÀ CON PROGRAMMI TERAPEUTICI PRE-INTERVENTO

E4.1 Se il/la paziente era in trattamento farmacologico pre-intervento, va seguita nel periodo peri-operatorio e post-operatorio senza soluzione di continuità.

E 4.2 Se il/la paziente avevano intrapreso un percorso di psicoterapia individuale o di gruppo per la presenza di comportamenti alimentari maladattivi quali grazing o sweeteating o perché affetti da Night Eating Syndrome, la psicoterapia deve proseguire senza soluzione di continuità fatto salvo il periodo immediatamente successivo all'intervento. In questo caso, è opportuno un'accompagnamento nel periodo perioperatorio per evitare interruzioni dell'alleanza terapeutica.

BIBLIOGRAFIA

E1.1

Mechanick J, Youdim A, Jones DB, Garvey T, Hurley DL et al (2013)

Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic and Non surgical support of the Bariatric Surgery Patient—2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery for Obesity and Related Diseases. 9 159–191

Fried M, Yumuk V, Oppert JM, Scopinaro N, Torres A, et al (2014) on behalf of International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders—European Chapter (IFSO-EC) and European Association for the Study of Obesity (EASO). *Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery.* *Obes Surg* 24:42–55

Taylor VH, Hensel J (2017) *Multimorbidity: A Review of the Complexity of Mental Health Issues in Bariatric Surgery Candidates Informed by Canadian Data.* *Can J Diabetes* 41 : 448–452

Welbourn R, Dixon J, Barth JH, Finer N, Hughes CA et al (2016) *A Model for a Specialist Multidisciplinary Team Approach for People with Severe Obesity.* on behalf of the Guidance Development Group NICE-Accredited Commissioning Guidance for Weight Assessment and Management Clinics. *Obes Surg* 26:649–659.

Marek RJ, Ben-Porath YS, vanDulmen MHM, Ashton K, Heinberg LJ (2017) *Using the presurgical psychological evaluation to predict 5-year weight loss outcomes in bariatric surgery patients.* *Surg Obes Relat Dis* 13: 514–521.

E2.1

APA Work Group on Psychiatric Evaluation (2016) *The American Psychiatric Association Practice Guidelines for The Psychiatric Evaluation of Adults*

Sullivan HS (2017) *Il colloquio psichiatrico.* Ed Giovanni Fioriti

Micanti F, Pecoraro G, Mosca P, Riccio F, Galletta D (2017) *Obesity and Psychiatric Disorders in a Sample of Obese Candidates for Bariatric Surgery in Campania Region.* *Prim Health Care* 7:1

Gerlach G, Herpertz S, Loeber (2015) *Personality traits and obesity: a systematic review* *Obesity reviews* 16: 32–63.

Lin HY, Huang CK, Tai CM, Lin HY, Kao YH, et al. (2013) *Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment* *BMC Psych.* 2(13): 1

E 2.2 b c

Hetherington KM (2011) *A Qualitative Exploration of Young Women's Attitudes towards the Thin Ideal.* *J.f Health Psychol* 16(1): 70–79.

Asberg KK, Wagaman A (2010) *Emotion Regulation Abilities and Perceived Stress as Predictors of Negative Body Image and Problematic Eating Behaviors in Emerging Adults.* *Am J Psychol Res* 6(1):193-216.

Cash T, Labarge AS (1996) *Development of the appearance schemas: a new cognitive Body Image assessment.* *Cognit Ther Res* 20: 37-50.

Cash T (2004). *Body image: past, present, and future* *Body Image* 1:1–5.

Jasik CB (2014) *Body Image and Health: Eating Disorders and Obesity.* *Prim Care Clinic* 41 (3) : 519-537.

Thompson K, Smolak L (2009) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention and treatment.* Edit. Linda Smolak, and J. Kevin Thompson.

Thompson K (1996) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment.* Ed k.thompson

Chao HL (2015) *Body Image Change in Obese and Overweight Persons Enrolled in Weight Loss Intervention Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis* *PLoS One.* 6;10(5).

Duarte C, Pinto-Gouveia J (2016) *Body image flexibility mediates the effect of body image-related victimization experiences and shame on binge eating and weight.* *Eat Behav* 23:13-18.

Martin Ginis KA, McEwan D, Josse AR, Phillips SM (2012) *Body image change in obese and overweight women enrolled in a weight-loss intervention: the importance of perceived versus actual physical changes .* *Body Image* 9(3):311-7.

Glauert R, Rhodes G, Byrne S, Fink B, Grammer K (2009) *Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals.* *Int J Eat Disord.* 42(5):443-52.

Juarascio AS, Perone J, Timko CA. (2011) *Moderators of The relationship between body image dissatisfaction and disordered eating.* *Eat Disord.* 19(4):346-54.

Kolotkin RL, Andersen JR (2017) *A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life.* *Clin Obes.*7(5):273-289.

Marta-Simões , Ferreira, Mendes AL (2016) *Exploring the effect of external shame on body appreciation among Portuguese young adults: The role of self-compassion.* *Eat Behav* 23:174-179

Moretti P (2010) *Disturbi del comportamento alimentare nei maschi: l'importanza della distorsione dell'immagine corporea.* *Giorn Ital Psicopat* 16:150-156

Parker K, Brennan L(2015) *Measurement of disordered eating in bariatric surgery candidates: a systematic review of the literature.* *Obes Res Clin Pract.* 9(1):12-25.

Sarwer D, Steffen KJ (2015) *Quality of Life. Body Image and Sexual Functioning in Bariatric Surgery Patients.* *Eur Eat Disord Rev* 23(6):504-8.

Schwartz MB, Brownell KD (2004) *Obesity and body image.* *Body Image* 1: 43–56.

Wu YK, Berry DC (2017) *Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review.* *J Adv Nurs* Nov 23

Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C (2016) *Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis.* *Obes Facts* 9(6):424-441.

Khan S, Petróczi A (2015) *Stimulus- response compatibility tests of implicit preference for food and body image to identify people at risk for disordered eating: a validation study.* *Eat Behav* 16:54-63

Lin L, Soby M (2016) *Appearance comparisons styles and eating disordered symptoms in women.* *Eat Behav* 23:7-12.

Nolan LJ, Eshleman A (2016) *Paved with good intentions: Paradoxical eating responses to weight stigma.* *Appetite* 1;102:15-24.

Murakami JM, Essayli JH, Latner JD (2016) *The relative stigmatization of eating disorders and obesity in males and females.* *Appetite* 1;102:77-82

Sutin A, Robinson E, Daly M, Terracciano (2016) *A Weight discrimination and unhealthy eating-related behaviors* *Appetite* 1;102:83-9.

Vartanian LR, Porter AM (2016) *Weight stigma and eating behavior: A review of the literature.* *Appetite* 1;102:3-14.

Tomiyama AJ (2014) *Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model.* *Appetite* 82:8-15.

E 2.2 D

Micanti F, Iasevoli F, Cucciniello C, Costabile R, Loiarro G, Pecoraro G et al (2017) *The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology* *Eat Weight Disord* 22(1):105-115.

Gianini LM, White MA, Masheb RM (2013) *Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder.* *Eat Behav* 14(3):309–313.

Bongers B, van den Akker K, Havermans R, Jansen A (2015) *Emotional eating and Pavlovian learning: Does negative mood facilitate appetitive conditioning?* *Appetite* 89: 226–236

Bongers P, Jansen A, Houben K, Roefs (2013) *A Happy eating: The Single Target Implicit Association Test predicts overeating after positive emotions.* *Eat Behav* 14: 348–355

Bouhlar S, Colleen M. McBride B, Niraj S. Trivedi C et al (2017) *Identifying eating behavior phenotypes and their correlates: A novel direction toward improving weight management interventions.* *Appetite* 111: 142-150

Conceição E, Mitchell JE, Vaz AR, Bastos AP, Ramalho S et al (2014) *The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: importance of picking or nibbling on weight regain.* *Eat Behav.* 15(4):558-62

Truman E, Lane D, Elliott C (2017) *Defining food literacy: A scoping review.* *Appetite* 116 : 365-371

Eichen DM, Chen E, Boutelle KN, McCloskey MS (2017) *Behavioral evidence of emotion dysregulation in binge eaters.* *Appetite.* 1;111:1-6.

- Elfhag K, Morey LC (2008)** *Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating.* *Eat Behav* 9(3):285-93.
- Brunault , Ducluzeau , Bourbao-Tournois C, Delbachian I, Couet C et al (2016)** *Food Addiction in Bariatric Surgery Candidates: Prevalence and Risk Factor.* *Obes Surg* 26:1650–1653
- Faulconbridge LF, Bechtel CF (2014)** *Depression and Disordered Eating in the Obese Person.* *Curr Obes Rep* 1;3(1):127-36.
- Fay SH, White MJ, Finlayson G, King NA (2015)** *Psychological predictors of opportunistic snacking in the absence of hunger.* *Eat Behav* 18:156-9.
- Fischera S, Munsch S (2012)** *Self-Regulation in Eating Disorders and Obesity –Implications for Treatment.* *English Version of Verhaltenstherapie* 22:158–164
- Gade H, Rosenvinge JH, Hjelmæsæth J, Friberg O (2014)** *Psychological Correlates to Dysfunctional Eating Patterns among Morbidly Obese Patients Accepted for Bariatric Surgery* *Obes Facts* 7:111-119.
- Ferrer-Garcia M, Pla-Sanjuanelo J, Dakanalis A, Vilalta-Abella et al (2017)** *Eating behavior style predicts craving and anxiety experienced in food-related virtual environments by patients with eating disorders and healthy controls.* *Appetite* 1;117:284-293.
- Gelinas BL, Delparte CA, Wright KD, Hart R (2015)** *Problematic eating behaviors among bariatric surgical candidates: a psychometric investigation and factor analytic approach.* *Eat Behav* 16:34-9.
- Goldschmidt AB, Conceição EM, Thomas JG, Mitchell JE, Raynor HA et al (2016)** *Bond DS Conceptualizing and studying binge and loss of control eating in bariatric surgery patients-time for a paradigm shift?* *Surg Obes Relat Dis* 12(8):1622-1625.
- Lutter M, Nestler EJ (2009)** *Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake.* *J Nutr.* 139(3):629-32
- Nijs IM, Muris P, Euser AS, Franken IH (2010)** *Differences in attention to food and food intake between overweight/obese and normal-weight females under conditions of hunger and satiety.* *Appetite* 54(2):243-54.
- Heatherton TF, Wagner DD (2011)** *Cognitive neuroscience of self-regulation failure.* *Trends Cogn Sci* 15(3):132-9.

- Hou R, Mogg K, Bradley BP, Moss-Morris R, Peveler R, Roefs A (2011)** *External eating, impulsivity and attentional bias to food cues.* *Appetite* 56(2):424-7
- Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE (2015)** Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 49:125-3
- Lane B, Szabó M (2013)** *Development and Evaluation of a New Measure of Atypical Eating.* *Behav Change* 30 (2): 57-73
- Nijs IM, Muris P, Euser AS, Franken IH (2010)** *Differences in attention to food and food intake between overweight/obese and normal-weight females under conditions of hunger and satiety.* *Appetite* 54(2):243-54.
- Noel C, Dando R (2015)** *The effect of emotional state on taste perception.* *Appetite* 95: 89-95
- O'Brien KS, Latner JD, Puhl RM, Vartanian LR, Giles C et al (2016)** *The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress.* *Appetite* 102: 70-76
- Opolski M, Chur-Hansen A, Wittert G (2015)** *The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery.* *Clin Obes* 5(4):165-97
- Rogers PJ, Hardman CA (2015)** *Food reward. What it is and how to measure it.* *Appetite* 90: 1–15
- Susmallian S, Raziell A, Nikiforova I, Sherf-Dagan S, Hershkovitz-Rokah O et al (2017)** *Do pre-surgery eating habits affect weight loss one year following a sleeve gastrectomy?* *Clinical Nutrition ESPEN* 19: 64-69
- Williams GA, Hawkins MAW, Duncan J, Rummell CM, Perkins S, Crowther JH (2017)** *Maladaptive eating behavior assessment among bariatric surgery candidates: Evaluation of the Eating Disorder Diagnostic Scale.* *Surg Obes Relat Dis* 13:1183–1188
- Wong M, Qian M (2016)** *The role of shame in emotional eating.* *Eat Behav* 23:41-47.
- Carter FA, Jansen A (2012)** *Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target?* *Appetite* 58(3):1063–1069.
- Masheb RM, Grilo CM (2006)** *Eating patterns and breakfast consumption in obese patients with binge disorder.* *Behav Res Ther* 44(11):1545–1553.

Faria SL, Kelly EO, Faria OP, Ito MK (2009) *Snack-eating patients experience lesser weight loss after roux-en-y gastric bypass surgery.* *Obes Surg* 19:1293–1296

Gregori D, Foltran F, Ghidina M, Berchiolla P (2011) *Understanding the influence of the snack definition on the association between snacking and obesity: a review.* *Int J Food Sci Nutr* 62(3):270–275.

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(3):615–622

Amianto F, Ottone L, Abbate Daga G, Fassino S (2015) *Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5.* *BMC Psychiatry* 15:70

Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, et al (2010) *Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome.* *Int J Eat Disord* 43(3):241–247.

Davis C (2017) *A commentary on the associations among 'food addiction', binge eating disorder, and obesity: Overlapping conditions with idiosyncratic clinical features* *Appetite* 115: 3-8

Brewerton TD (2017) *Food addiction as a proxy for eating disorder and obesity severity, trauma history, PTSD symptoms, and comorbidity .* *Eat Weight Disord* 22:241–247

Gearhardt AN, Phil M, White MA, Potenza MN (2011) *Binge Eating Disorder and Food Addiction.* *Curr Drug Abuse Rev* 4(3): 201–207.

Goodpaster KP, Marek RJ, Lavery ME, Ashton K, Merrell Rish J et al (2016) *Graze eating among bariatric surgery candidates: prevalence and psychosocial correlates.* *Surg Obes Relat Dis* 12(5):1091-7.

Heriseanu AI, Hay P, Corbit L, Touyz (2017) *Grazing in adults with obesity and eating disorders: A systematic review of associated clinical features and meta-analysis of prevalence.* *Clin Psychol Rev* 58:16-32

Nicolau J, Ayala L, Rivera R, Speranskaya A, Sanchís P, Julian X et al (2015) *Postoperative grazing as a risk factor for negative outcomes after bariatric surgery.* *Eat Behav* 18:147-50

Saunders R (2004) *"Grazing": a high-risk behavior.* *Obes Surg* 14(1):98-102.

Hilbert A, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA et al (2011) *Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: a latent structure analysis.* *Behav Res Ther* 49(3):202-11

- Micanti F, Pecoraro G, Costabile R, Loiarro G, Galletta D (2016)** *An Explorative Analysis of Binge Eating Disorder Impulsivity among Obese Candidates to Bariatric Surgery.* J Addict Res Ther 7: 302-9
- Dingemans AE, van Furth EF (2012)** *Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals.* Int J Eat Disord 45: 135-138.
- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC (2001)** *Psychiatric aspects of impulsivity.* Am J Psychiatry 158: 1783-1793.
- Schag K, Teufel M, Junne F, Preissl H, Hautzinger M, et al. (2013)** *Impulsivity in binge eating disorder: Food cues elicit increased reward responses and disinhibition.* PLOS One 8(10): e76542.
- Mitchell MR, Potenza MN (2014)** *Recent Insights into the neurobiology of impulsivity.* Curr Addict Rep 1: 309-319.
- Kessler RM, Hutson PH, Herman BK, Potenza MN (2016)** *The neurobiological basis of binge-eating disorder.* Neurosci Biobehav Rev 63: 223-238
- Schmidt F, Körber S, de Zwaan M, Müller A (2012)** *Impulse control disorders in obese patients.* Eur Eat Disord Rev 20: 144-147
- Schulte EM, Grilo CM, Gearhardt AN (2016)** *Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders.* Clin Psychol Rev 44: 125-139
- Ng L, Davis C (2013)** *Cravings and food consumption in binge eating disorder.* Eat Behav 14: 472-475
- Davis C, Patte K, Curtis C, Reid C (2010)** *Immediate pleasures and future consequences. A neuropsychological study of binge eating and obesity.* Appetite 54: 208-213
- Espel HM, Muratore AF, Lowe MR (2017)** *An investigation of two dimensions of impulsivity as predictors of loss-of-control eating severity and frequency.* Appetite 117: 9-16
- Burrows T, Skinner J, McKenna R, Rollo M (2017)** *Food Addiction, Binge Eating Disorder, and Obesity: Is There a Relationship?* Behav Sci (Basel) 14;7(3)
- Meadows A, Nolan LJ, Higgs S (2017)** *Self-perceived food addiction: Prevalence, predictors, and prognosis.* Appetite 1;114:282-298.
- Sudana R, Sudan R, Layden E, Thompson JS (2017)** *Food Cravings and Food Consumption Following Roux en Y Gastric Bypass Versus Cholecystectomy .* Surg Obes Relat Dis 13(2):220-226

- Zeeck A, Stelzer N, Linster HW, Joos A, Hartmann A (2011)** *Emotion and eating in binge eating disorder and obesity.* Eur Eat Disord Rev 19(5):426-3782)
- Peters A (2012)** *Does sugar addiction really cause obesity?* Front Neuroenergetics 13;3:11
- Turner SA, Luszczynska A, Warner L, Schwarzer R (2010)** *Emotional and uncontrolled eating styles and chocolate chip cookie consumption. A controller trial of the effects of positive mood enhancement.* Appetite 54(1):143-9
- van den Heuvel M, Hörchner R, Wijtsma A, Bourhim N, Willemsen D et al (2011)** *Sweet eating: a definition and the development of the Dutch Sweet Eating Questionnaire.* Obes Surg 21(6):714-21
- Ziauddeen H, Alonso-Alonso M, Hill JO, Kelley M, Khan NA (2015)** *Obesity and the neurocognitive basis of food reward and the control of intake.* Adv Nutr 15;6(4):474-86
- Hardikar S, Höchenberger R, Villringer A, Ohla K (2017)** *Higher sensitivity to sweet and salty taste in obese compared to lean individuals.* Appetite 1;111:158-165.
- Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE et al (2006)** *Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features.* Obesity (Silver Spring) 14 Suppl 2:77S-82S
- Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME et al (2010)** *Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome.* Int J Eat Disord 43(3):241-7.
- Berner LA, Allison KC (2013)** *Behavioral management of night eating disorders.* Psychol Res Behav Manag 6:1-8
- CeruÅ –BjoÈrk C, Andersson I, RoÈssner S (2001)** *Night eating and nocturnal eating.two different or similar syndromes among obese patients?* Int J Obes 25:365-372
- Cleator J, Abbott J, Judd P, SuttonC, Wilding JPH (2012)** *Night eating syndrome: implications for severe obesity.* Nutr Diabetes 2- 44
- Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE (2007)** *Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress.* Int J Obes (Lond) 31(11):1722-30.
- Dorflinger LM, Ruser CB, Masheb RM (2017)** *Night eating among veterans with obesity* Appetite 117: 330-334
- Gallant AR, Lundgren J, Drapeau V (2012)** *The night- eating syndrome and obesity.* Obes Rev 13(6):528-36

Yahia N, Brown C, Potter S, Szymanski H, Smith K et al (2017) *Night eating syndrome and its association with weight status, physical activity, eating habits, smoking status, and sleep patterns among college students.* *Eat Weight Disord* 22(3):421-433

Zhang Y, Wang J, Zhang G, Zhu Q, Cai W et al (2015) *The neurobiological drive for overeating implicated in Prader-Willi syndrome.* *Brain Res* 16;1620:72-80.

E2.1 C

Zwier S (2018) *Paired editorial: bariatric patients' reported motivations for surgery and their relationship to weight status and health.* *Surg Obes Relat Dis* 14(1):46.

Ames GE, Heckman MG, Diehl NN, Shepherd DM, Holgerson AA et al (2017) *Guiding Patients Toward the Appropriate Surgical Treatment for Obesity: Should Presurgery Psychological Correlates Influence Choice Between Roux-en-Y Gastric Bypass and Vertical Sleeve Gastrectomy?* *Obes Surg* 27(10):2759-2767

Arterburn DE, Courcoulas AP (2014) *Bariatric surgery for obesity and metabolic conditions in adults.* *BMJ* 27;349:g3961

Peacock JC, Perry L, Kyle Morien K (2018) *Bariatric patients' reported motivations for surgery and their relationship to weight status and health.* *Surg Obes Relat Dis* 14 39–46

Libeton M, Dixon JB, Laurie C, O'Brien PE (2004) *Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes.* *Obes Surg* 14(3):392–8.

Sharman MJ, Venn AJ, Hensher M, Wilkinson S, Palmer AJ et al (2016) *Motivations for seeking bariatric surgery: the importance of health professionals and social networks.* *Bariat Surg Practice Patient Care* 11(3):104– 9.

Park J (2016) *Self-determination and motivation for bariatric surgery: a qualitative study.* *Psychol Health Med* 21(7):800–5

Dixon JB, Laurie C, Anderson ML, Hayden M, Dixon ME, O'Brien PE (2009) *Motivation, readiness to change, and weight loss following adjustable gastric band surgery.* *Obesity (Silver Spring)* 17(4):698–705.

E 2.d

Rutledge T, Adler S, Friedman R A (2011) *Prospective assessment of psychosocial factors among bariatric versus non-bariatric surgery candidates.* *Obes Surg* 21(10):1570-9.

Pataky Z, Carrard I, Golay A (2011) Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Curr Opin Gastroenterol* 27(2):167-73.

Sogg S, Lauretti , West-Smith L, L.I.S.W.-S (2016) *Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients ASMBS Guidelines/Statements.* *Surg Obes Relat Dis* 12: 731–749.

Marek RJ, Williams GA, Mohun SH, Heinberg LJ (2017) *Surgery type and psychosocial factors contribute to poorer weight loss outcomes in persons with a body mass index greater than 60 kg/m².* *Surg Obes Relat Dis* 13(12):2021-2026.

Herpertz S, Kessler H, Jongen S (2017) *Psychosomatic and psychosocial questions regarding bariatric surgery: what do we know, or what do we think we know?* *Z Psychosom Med Psychother* 63(4):344-369

Kvalem IL, Bergh I, Sogg S, Mala T (2017) *Psychosocial characteristics associated with symptom perception 1 year after gastric bypass surgery-a prospective study.* *Surg Obes Relat Dis* 13(11):1908-1913.

Koball AM, Jester DJ, Domoff SE, Kallies KJ, Grothe KB Kothari SN (2017) *Examination of bariatric surgery Facebook support groups: a content analysis.* *Surg Obes Relat Dis* 13(8):1369-1375.

Lerdal A, Gay CL, Bonsaksen T, Fagermoen MS (2017) *Predictors of physical and mental health in persons with morbid obesity attending a patient education course - a two-year follow-up study.* *Health Qual Life Outcomes* 15;15(1):103.

Atwood ME, Friedman A, Meisner BA, Cassin SE (2017) *The Exchange of Social Support on Online Bariatric Surgery Discussion Forums: A Mixed-Methods Content Analysis.* *Health Commun* 10:1-8.

E 2.6

SCID-5 - Raffaello Cortina Editore

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J et al (1998) *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a*

structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.

Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I et al (1997) *The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. Eur Psychiatry 12 (5): 224-231*

MMPI®-2 Giunti O.S. Psychometrics

Grigoletti e Vicentini (2015) *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF).*

Marek RJ, Tarescavage AM, Ben-Porath YS, Ashton K, Heinberg LJ et al (2017) *Associations between psychological test results and failure to proceed with bariatric surgery Surg Obes Relat Dis 13:507–513*

Marek RJ, Ben-Porath YS, MvanDulmen MH, Ashton K, Heinberg LJ (2017) *Using the presurgical psychological evaluation to predict 5-year weight loss outcomes in bariatric surgery patients. Surg Obes Relat Dis 13:514–521.*

Marek RJ, Ben-Porath YS, Sellbom M, McNulty JL, Heinberg LJ (2015) *Validity of Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 – Restructured Form (MMPI-2-RF) scores as a function of gender, ethnicity, and age of bariatric surgery candidates. Surg Obes Relat Dis 11: 627–636*

Marek RJ, Ben-Porath YS, Ashton K, Heinberg LJ (2014) *Minnesota multiphasic personality inventory-2 restructured form (MMPI-2-RF) scale score differences in bariatric surgery candidates diagnosed with binge eating disorder versus BMI-matched controls. Int J Eat Disord 47(3):315-9.*

Marek RJ, Ben-Porath YS, Ashton K, Heinberg LJ (2014) *Impact of using DSM-5 criteria for diagnosing binge eating disorder in bariatric surgery candidates: change in prevalence rate, demographic characteristics, and scores on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory--2 restructured form (MMPI-2-RF). Int J Eat Disord 47(5):553-7.*

Kinder BN, Walfish S, Scott Young M, Fairweather A (2008) *MMPI-2 profiles of bariatric surgery patients: a replication and extension. Obes Surg 18(9):1170-9*

Johnson SF, Swenson WM, Gastineau CF (1976) *Personality characteristics in obesity: relation of MMPI profile and age of onset of obesity to success in weight reduction. Am J Clin Nutr 626-32.*

Belanger SB, Wechsler FS, Nademin ME, Virden TB (2010) *Predicting outcome of gastric bypass surgery utilizing personality scale elevations, psychosocial factors, and diagnostic group membership.* *Obes Surg* 20(10):1361-7

Rorschach H (1981) *Psicodiagnostica.* Ed Kappa.Roma

Klopfer B, Davidson H (1994) *La tecnica di Rorschach.* Un manuale introduttivo. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali Firenze

Claudon P, Gaele Roche-Bauchet G, Guirkinger B, Lighezzolo-Alnot J, Ziegler O (2012) *Representation de soi et vécu de l'espace corporel chez des sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique.* *Ann Med Psychol* 170: 628–635.

Elfhag K, Carlsson AM, Rössner S (2003) *Subgrouping in obesity based on Rorschach personality characteristics.* *Scand J Psychol* 44(5):399-407.

Elfhag K, Rossner S, Lindgren T, Andersson I, Carlsson AM (2004) *Rorschach personality predictors of weight loss with behavior modification in obesity treatment.* *J Pers Assess* 83(3):293-305.

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D (1982) *The assessment of binge eating severity among obese persons.* *Addict Behav* 7:981–989.

Grupski AE, Hood MM, Hall BJ, Azarbad L, Fitzpatrick SL, Corsica JA (2013) *Examining the BINGE EATING SCALE in screening for Binge Eating Disorder in bariatric surgery candidates.* *Obes Surg* 23(1):1–6.

Duarte C, Pinto-Gouveia J, Ferreira C (2015) *Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population.* *Eat Behav* 18:41-7

Barratt ES (1965) *Factor Analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety.* *Psychol Rep* 16:547–554.

Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES (2001) *Psychometric Properties of an Italian version of Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non-clinical subjects.* *J Clin Psychol* 57(6):815–828.

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995) *Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale.* *J Clin Psychol* 51(6):768–774

- Vasconcelos AG, Malloy-Diniz L, Correa H (2012)** *Systematic review of psychometric properties of Barratt Impulsiveness Scale Version 11 (BIS-11)*. Clin Neuropsychiatry 9(2):61–74.
- Spinella M (2007)** *Normative data and a short form of the Barratt Impulsiveness Scale*. Int J Neurosci 117(3):359–368.
- Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Garfinkel PE (2006)** *Body Uneasiness Test (BUT): development and validation on a new body image assessment scale*. Eat Weight Disord 11(1):1–13.
- Marano G, Cuzzolaro M, Vetrone G, Garfinkel PE, Temperilli F et al (2007)** *Validating the Body Uneasiness test (BUT) in obese patients*. Eat Weight Disord 12(2):70–82.
- Micanti F, Loiarro G, Pecoraro G, Galletta D (2016)** *Preventing Weight Regain: What's the Importance of Body Image Change after Bariatric Surgery?* J Nutr Disorders Ther 6: 200.
- Matera C, Nerini A, Stefanile C (2013)** *Assessing body dissatisfaction: Validation of the Italian version of the Body Shape Questionnaire-14 (BSQ-14)*. COUNSELING 6(2): 235-44
- Beck AT, Steer RA (1993)** *Manual for the beck depression inventory*. Psychological Corporation San Antonio, TX
- Hayden MJ, Brown WA, Brennan L, O' Brien PE (2012)** *Validity of the Beck Depression Inventory as a screening tool for a clinical mood disorder in bariatric surgery candidates*. Obes Surg 22(11):1666–1675.
- Hamilton M (1967)** *Development of a rating scale for primary depressive illness*. Br J Clin Psychol 6: 278-96
- Hamilton M (1969)** *Standardised assessment and recording of depressive symptoms*. Psychiatr Neurol Neurochir 72(2):201-5.
- Spielberger CD (1983)** *State: trait anxiety inventory form Y*. Mind Garden Inc., Palo Alto, CA
- Schneider KL, Appelhans BM, Whited MC, Oleski J, Pagoto SL (2010)** *Trait anxiety, but not trait anger, predisposes obese individuals to emotional eating*. Appetite 55(3):701–706.
- Thompson E (2015)** *Hamilton rating scale for anxiety (HAM-A)*. Occupational Medicine 65(7):601
- Schneider H, Esbitt S, Gonzalez JS (2013)** *Hamilton Anxiety Rating Scale*. In: Gellman M.D., Turner J.R. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, New York, NY

- Cassano GB, Conti L, Levine J.** Hamilton rating scale for anxiety (HAM-A versione italiana)
- Mc Horney CA, Ware JJ, Raczek AE (1993)** The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 31(3):247–263
- Karlsen T, Tveita EK, Natvig GK, Tonstad S, Hjelmessaeth J (2011)** Validity of SF-36 in patients with morbid obesity. *Obes Facts* 4(5): 346-51
- Bertelli M, Merli MP, Bianco A, Lassi S, La Malfa G et al (2011).** La batteria di strumenti per l'indagine della Qualità di Vita (BASIQ): validazione dell'adattamento italiano del Quality of Life Instrument Package (QoL-IP). *Giorn Ital Psicopat* 17:205-212
- Falchi AG, Muggia C, Grecchi I, Michelini I De Silvestri AL, Tinelli C (2015).** *Validation of decisional balance inventory test in Italian: assessment of motivation in weight loss.* *ITJM* 9:268-272
- Ceccarini M, Borrello M, Pietrabissa G, Manzoni GM, Castelnuovo G (2015)** *Assessing motivation and readiness to change for weight management and control: an in-depth evaluation of three sets of instruments.* *Front Psychol* 11;6:511
- Johnson SS, Paiva AL, Cummins CO, Johnson JL, Dymont SJ, Wright JA et al (2008)** *Transtheoretical model- based multiple behavior intervention for weight management: effectiveness on a population basis.* *Prev Med* 46(3):238-46.
- Prochaska JO, Di Clemente CC (1982)** *Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change.* *Psychol Psychother T* 19(3):276-288.
- Prochaska JO, Redding CA, Evers KE (2002)** *The transtheoretical model and stages of change.* In K Glanz, FM Lewis & B Rimer, eds. San Francisco: Jossey Bass Publishers. 99-120.
- O'Connell D, Velicer WF (1998)** *A decisional balance measure and the stages of change model for weight loss.* *Int J Addict* 23(7):729-50.
- Wadden TA, Foster GD (2006)** The weight and lifestyle inventory (WALI). *Obesity* 14:99S–118S.
- Wadden TA, Butryn ML, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE et al (2006)** *Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity.* *Obesity* 14:90S–8S.
- Wadden TA, Sarwer DB (2006)** *Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach.* *Obesity* 14:53S–62S.

Fink-Miller E, Rigby A (2017) *The Utility of the Weight and Lifestyle Inventory (WALI) in Predicting 2-Year Weight Loss After Bariatric Surgery.* *Obes Surg* 27(4):933-939

E 3.1

Busetto L, Dicker D, Azran C, Batterham RL, Farpour-Lambert N, et al (2017) *Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management.* *Obes Facts* 6;10(6):597-632

Aarts MA, Sivapalan N, Nikzad SE, Serodio K, Sockalingam S, Conn LG. (2017) *Optimizing Bariatric Surgery Multidisciplinary Follow-up: a Focus on Patient-Centered Care.* *Obes Surg* 27(3):730-736.

Beck NN, Johannsen M, Støving RK, Mehlsen M, Zachariae R (2012) *Do postoperative psychotherapeutic interventions and support groups influence weight loss following bariatric surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials.* *Obes Surg.* 22(11):1790-7

Chao AM, Wadden T, Faulconbridge L, Sarwer D, Webb V, Shaw J et al (2016) *Binge-Eating Disorder and the Outcome of Bariatric Surgery in a Prospective, Observational Study: Two-Year Result.* *Obesity (Silver Spring)* 24(11):2327-2333

Chao HL.(2015) *Body image change in obese and overweight persons enrolled in weight loss intervention programs: a systematic review and meta-analysis.* *PLoS One* 6;10(5):e0124036

Efferdinger C, König D, Klaus A, Jagsch R (2017) *Emotion regulation and mental well-being before and six months after bariatric surgery.* *Eat Weight Disord.* 22(2):353-360

Joki A, Mäkelä J, Fogelholm M (2017) *Permissive flexibility in successful lifelong weight management: A qualitative study among Finnish men and women.* *Appetite.* 1;116:157-163

Jumbe S, Bartlett C, Jumbe SL, Meyrick J (2016) *The effectiveness of bariatric surgery on long term psychosocial quality of life - A systematic review.* *Obes Res Clin Pract.* 10(3):225-42

Kalarchian MA, Marcus MD (2018) *The case for stepped care for weight management after bariatric surgery.* *Surg Obes Relat Dis* 14(1):112-116.

Kruseman M, Leimgruber A, Zumbach F, Golay A (2010) *Dietary, weight, and psychological changes among patients with obesity, 8 years after gastric bypass.* *J Am Diet Assoc* 110(4):527-34.

- Kvalem IL, Bergh I, Sogg S, Mala T (2017)** *Psychosocial characteristics associated with symptom perception 1 year after gastric bypass surgery-a prospective study.* Surg Obes Relat Dis 13(11):1908-1913.
- Melero Y, Ferrer JV, Sanahuja A, Amador L, Hernando D (2014).** *Psychological changes in morbidly obese patients after sleeve gastrectomy.* Cir Esp 92(6):404-9.
- Nickel F, Schmidt L, Bruckner T, Büchler MW, Müller-Stich BP, Fischer L (2017)** *Influence of bariatric surgery on quality of life, body image, and general self-efficacy within 6 and 24 months-a prospective cohort study.* Surg Obes Relat Dis 13(2):313-319.
- Micanti F, Loiarro G, Cucciniello C, Pecoraro G and Galletta D (2016)** *Can Body Group Therapy after Bariatric Surgery be Effective to Avoid Weight Regain? A Clinical Experience.* J Obes Weight Loss Ther 2016, 6:4.
- Nurkkala M, Kaikkonen K, Vanhala ML, Karhunen L, Keränen AM, Korpelainen R (2015)** *Lifestyle intervention has a beneficial effect on eating behavior and long-term weight loss in obese adults.* Eat Behav 18:179-85.
- Sharples AJ, Mahawar K, Cheruvu CVN (2017)** *Systematic review and retrospective validation of prediction models for weight loss after bariatric surgery.* Surg Obes Relat Dis 13(11):1914-1920.
- Sockalingam S, Hawa R, Wnuk S, Santiago V, Kowgier M, et al (2017)** *Psychosocial predictors of quality of life and weight loss two years after bariatric surgery: Results from the Toronto Bari-PSYCH study.* Gen Hosp Psychiatry 47:7-13
- Wild B, Hünne Meyer K, Sauer H, Schellberg D, Müller-Stich BP et al (2017)** *Sustained effects of a psychoeducational group intervention following bariatric surgery: follow-up of the randomized controlled BaSE study.* Surg Obes Relat Dis 13(9):1612-1618
- Wimmelmann CL, Dela F, Mortensen EL (2014)** *Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: a review of the recent research.* Obes Res Clin Pract. 8(4):e314-24.
- Beck NN, Johannsen M, Støving RK, Mehlsen M, Zachariae R (2012)** *Do postoperative psychotherapeutic interventions and support groups influence weight loss following bariatric surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials.* Obes Surg 22(11):1790-7.

Bergh I, Lundin Kvaalem I, Risstad H, Sniehotta FF (2016) *Preoperative predictors of adherence to dietary and physical activity recommendations and weight loss one year after surgery.* Surg Obes Relat Dis 12(4):910-918.

Hatoum IJ, Stein HK, Merrifield BF, Kaplan LM (2009) *Capacity for Physical Activity Predicts Weight Loss After Rouxen-Y Gastric Bypass.* Obesity (Silver Spring) 17(1): 92–99.

Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S (2013) *The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health.* J Obes 2013:837989.

Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, Sniehotta F (2016) *Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories.* Health Psychol Rev. 10(3):277-96

E 3.3 /3.4/ 3.5

Legenbauer T, Petrak F, de Zwaan M, Herpertz S (2011) *Influence of depressive and eating disorders on short- and long-term course of weight after surgical and nonsurgical weight loss treatment.* Compr Psychiatry 52(3):301-11.

Rutledge T, Groesz LM, Savu M (2011) *Psychiatric factors and weight loss patterns following gastric bypass surgery in a veteran population.* Obes Surg 21(1):29-35.

Sousa P, Bastos AP, Venâncio C, Vaz AR, Brandão I et al (2014) *Understanding depressive symptoms after bariatric surgery: the role of weight, eating and body image.* Acta Med Port 27(4):450-7

Beck NN, Mehlsen M, Støving RK (2012) *Psychological characteristics and associations with weight outcomes two years after gastric bypass surgery: Postoperative eating disorder symptoms are associated with weight loss outcomes.* Eat Behav 13(4):394-7.

Behary P, Miras AD (2015) *Food preferences and underlying mechanisms after bariatric surgery.* Proc Nutr Soc 74(4):419-25.

Espel HM, Muratore AF, Lowe MR (2017) *An investigation of two dimensions of impulsivity as predictors of loss-of-control eating severity and frequency.* Appetite 1;117:9-16.

Fernandes MF, Sharma S, Hryhorczuk C, Auguste S, Fulton S (2013) *Nutritional controls of food reward.* Can J Diabetes 37(4):260-8.

- Schag K, Mack I, Giel KE, Ölschläger S, Skoda EM, et al (2016)** *The Impact of Impulsivity on Weight Loss Four Years after Bariatric Surgery.* *Nutrients* 14;8(11).
- Sevincer GM, Bozkurt S, Akin E, Kose S (2017)** *Determinants of night eating syndrome in bariatric surgery candidates.* *JMOOD* 6(4):202-10.
- Conceição E, Mitchell JE, Vaz AR, Bastos AP, Ramalho S et al (2014)** *The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: importance of picking or nibbling on weight regain.* *Eat Behav* 15(4):558-62.
- Gruner-Labitzke K, Claes L, Bartsch M, Schulze M, Langenberg S et al (2017)** *Physical Activity in Bariatric Surgery Patients: Does Temperament Matter?.* *Eur Eat Disord Rev* 25(4):275-282 .
- Kofman MD, Lent MR, Swencionis C (2010)** *Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an Internet survey.* *Obesity (Silver Spring)* 18(10):1938-43.
- Cornier MA (2011)** *Is Your Brain to Blame for Weight Regain.* *Physiol Behav* 26; 104(4): 608–612.
- Grilo CM, Pagano ME, Stout RL, Markowitz JC, Ansell EB (2012)** *Stressful Life Events Predict Eating Disorder Relapse Following Remission: Six-Year Prospective Outcomes.* *Int J Eat Disord* 45(2): 185–192.
- Hotham S, Sharma D (2015)** *The relationship between top-down attentional control and changes in weight.* *Eat Behav* 18:81-3.
- Jones L, Cleator J, Yorke J (2016)** *Maintaining weight loss after bariatric surgery: when the spectator role is no longer enough.* *Clin Obes.* 6(4):249-58.
- McGrice M, Paul DK (2015)** *Interventions to improve long-term weight loss in patients following bariatric surgery: challenges and solutions.* *Diabetes Metab Syndr Obes* 23;8:263-74.
- Odom J, Zalesin KC, Washington TL, Miller WW, Hakmeh B et al (2010)** *Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery.* *Obes Surg* 20(3):349-56.
- Robinson AH, Adler S, Stevens HB, Darcy AM, Morton JM (2014)** *What variables are associated with successful weight loss outcomes for bariatric surgery after 1 year?.* *Surg Obes Relat Dis* 10(4):697-704

Sheets CS, Peat CM, Berg KC, White EK, Bocchieri-Ricciardi L et al (2015) *Post-operative psychosocial predictors of outcome in bariatric surgery.* *Obes Surg* 25(2):330-45.

Westerveld D, YangThrough D (2016) *Thick and Thin: Identifying Barriers to Bariatric Surgery, Weight Loss Maintenance, and Tailoring Obesity Treatment for the Future.* *Surg Res Pract* 2016: 8616581.

van Rongen S, van Hoeken D, Deen M, Klaassen R et al (2015) *Does cognitive behavioral therapy strengthen the effect of bariatric surgery for obesity? Design and methods of a randomized and controlled study.* *Contemp Clin Trials* 42:252-6.

Beaulac J, Sandre D (2015) *Impact of a CBT psychotherapy group on post-operative bariatric patients.* *Springerplus.* 9 4:764

Karasu SR (2013) *Psychotherapy-lite: obesity and the role of the mental health practitioner.* *Am J Psychother* 67(1):3-22

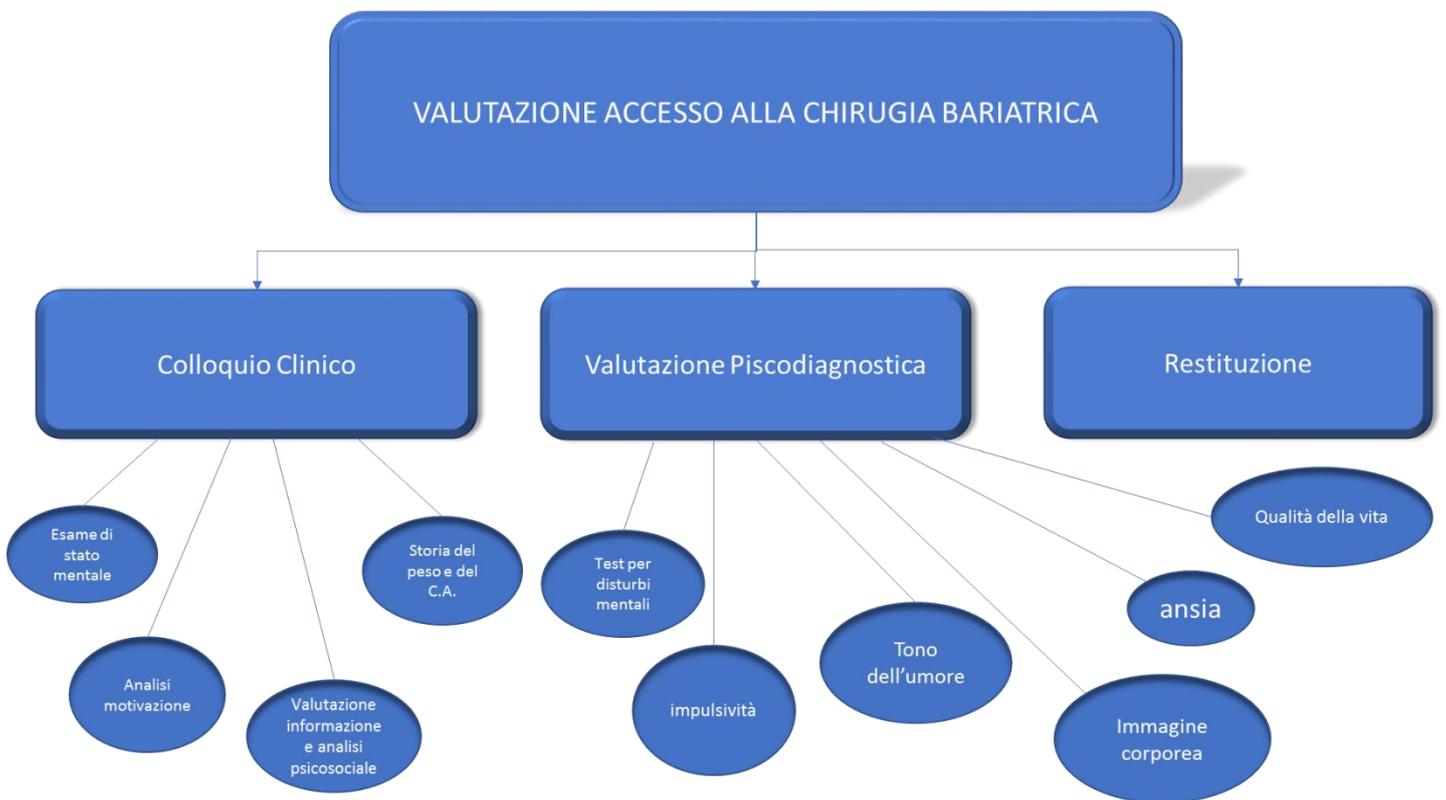
Cassin SE, Sockalingam S, Wnuk S, Strimas R, Royal, S et al. (2013) *Cognitive Behavioral Therapy for Bariatric Surgery Patients: Preliminary Evidence for Feasibility, Acceptability, and Effectiveness.* *Cogn Behav Pract* 20: 529-543.

Martins MP, Abreu-Rodrigues M, Souza JR (2015) *The use of the internet by the patient after bariatric surgery: contributions and obstacles for the follow-up of multidisciplinary monitoring.* *Arq Bras Cir Dig* 28 Suppl 1:46-51.

Zhang MW, Ho RC, Hawa R, Sockalingam S (2015) *Pilot implementation and user preferences of a Bariatric After-care application.* *Technol Health Care* 23(6):729-36.

David LA, Sockalingam S, Wnuk S, Cassin SE (2016) *A pilot randomized controlled trial examining the feasibility, acceptability, and efficacy of Adapted Motivational Interviewing for post-operative bariatric surgery patients.* *Eat Behav* 22:87-92.

FLOW CHART VALUTAZIONE



FLOW CHART RESTITUZIONE



FLOW CHART FOLLOW-UP STANDARD



FLOW CHART: CONDIZIONI PSICOPATOLOGICHE NON PRESENTI ALL'ATTO DELLA VALUTAZIONE DI ACCESSO E INSORTE NEL POST-OPERATORIO

