Valutazione psicologica del paziente candidato a chirurgia bariatrica

Description

Cristiana Barni *Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Centro Terapia obesità SMN Fi e SJ Pistoia, AUSL Toscana Centro*

Enrico Facchiano *Chirurgo, Responsabile Centro Terapia Obesità SJ Pistoia, AUSL Toscana Centro*

Marcello Lucchese *Chirurgo, Responsabile Centro Terapia Obesità SMN Fi, AUSL Toscana Centro*

La chirurgia bariatrica

Secondo l'OMS, nel mondo 1,5 miliardi di adulti (di età superiore ai 20 anni) sono in eccesso di peso. Di questi, 200 milioni di uomini e circa 300 milioni di donne sono obesi.

L' obesità è una condizione pericolosa per la salute, che va affrontata con soluzioni efficaci e durature. Un paziente affetto da obesità, infatti, ha un'aspettativa di vita inferiore di 10 anni rispetto a quella di un coetaneo normopeso. Quando si devono perdere 40/50 chili, a volte dieta, esercizio fisico, psicoterapia e farmaci non bastano: l'unica soluzione efficace diventa la chirurgia bariatrica, cioè interventi che permettono di ridurre in modo efficace il grave eccesso di peso. Purtroppo, in Italia non c'è ancora abbastanza consapevolezza di questa possibilità, ma stanno nascendo sempre più centri multidisciplinari di chirurgia bariatrica per riuscire ad affrontare a 360 gradi il problema obesità.

La terapia chirurgica dell'obesità grave nasce in Italia verso la metà degli anni '70. Nei primi venti anni della storia della chirurgia bariatrica assistiamo ad un vero e proprio sconvolgimento culturale. Inizialmente, era persino difficile accettare da parte di tutta la comunità medica il concetto stesso che l'obesità si potesse curare chirurgicamente. La soluzione chirurgica, però, nasce e via via si afferma perché è l'unica in grado di comportare un notevole calo ponderale e, soprattutto, di mantenere per un lunghissimo periodo di tempo se non per tutta la vita, la massima parte del calo ponderale ottenuto. Ciò comporta anche un netto miglioramento o addirittura la scomparsa delle comorbilità, una maggiore spettanza di vita ed una migliore qualità di quest'ultima.

Lo scopo della chirurgia bariatrica è quello di ridurre l'assunzione di cibo tramite la diminuzione della capacità gastrica (interventi di restrizione) o di diminuire l'assorbimento di sostanze nutritive da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi) o, ancora, di dare una sazietà precoce con meccanismo metabolico negli interventi misti. Tutti gli interventi vengono eseguiti in anestesia generale e vengono condotti nella maggior parte dei casi con tecnica laparoscopica, meno invasiva della laparotomica.

Gli specialisti che ruotano intorno al percorso bariatrico, oltre allo psicologo, chirurgo bariatrico e dietista che rappresentano il primo step dell'équipe multidisciplinare, sono, tra gli altri: diabetologi, endoscopisti, radiologi, endocrinologi, anestesisti. Questo fa capire la complessità del percorso. Ogni singolo specialista è formato alla cura del paziente affetto da obesità, che non è un paziente come gli altri. É un paziente complesso, spesso difficile sia dal punto di vista medico che psicologico. Sono pazienti con molte comorbilità (diabete, ipertensione, apnee notturne, problemi osteoarticolari, infertilità…) e frequenti deflessioni del tono dell'umore legate ad una difficile accettazione della propria immagine corporea e ad una oggettiva

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

difficoltà nella gestione delle più banali azioni quotidiane (allacciarsi le scarpe o farsi la doccia…).

La chirurgia dell'obesità non è "l'ultima spiaggia" come alcuni affermano. È esattamente il contrario: ossia un punto da cui ripartire per modificare radicalmente il proprio stile di vita. Molti pazienti sono convinti che l'intervento sarà la bacchetta magica che cambierà per sempre la loro vita. Ma non è esattamente così. O meglio, può esserlo se il paziente mette la sua totale collaborazione, rispettando scrupolosamente le indicazioni che gli vengono fornite dall'équipe e se accetta "per il resto della vita" un regolare follow up.

Nella ASL Toscana Centro, oramai dal lontano 1998 esiste una équipe multidisciplinare che si occupa di chirurgia dell'obesità, presso l'ospedale Santa Maria Nuova di Firenze e presso l'ospedale San Jacopo di Pistoia. L'attività dei due centri negli anni ha vissuto diversi cambiamenti, ma non ha mai perso d'occhio la mission primaria: prendersi cura del paziente affetto da obesità. I due centri lavorano a stretto contatto in maniera da avere modalità operative sovrapponibili.

Valutazione Psicologica del paziente affetto da obesità

La valutazione psicologica di accesso del paziente affetto da obesità candidato alla chirurgia bariatrica serve ad individuare le condizioni psicopatologiche ostative al percorso; gli aspetti di personalità che possono determinare insorgenza di patologia psichiatrica; l'eventuale presenza di disturbi del comportamento alimentare; la motivazione all'intervento; le risorse interne che consentono al paziente di aderire al programma post-intervento e raggiungere la stabilità di peso; le varianti psicosociali (conoscere l'ambiente socio-economico-culturale del paziente è importante al fine di capire se ha o meno una adeguata rete sociale e relazionale di supporto).

La valutazione dello stato mentale del paziente ha come obiettivo il riconoscimento della presenza di disturbi psicopatologici 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. La storia del peso e del 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. Acquisire informazioni su eventuali disturbi del comportamento alimentare pregressi di tipo bulimico o anoressico è fondamentale per prevenire l'insorgenza di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) post-intervento come difesa dal terrore di ingrassare. Tale indagine si collega anche alla valutazione del rapporto con l'immagine corporea. È 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. È da considerare anche il fatto che in taluni casi, il grasso rappresenta una vera e propria protezione dal mondo esterno. Non averlo più potrebbe scompensare emotivamente il paziente, quindi va considerato attentamente caso per caso.

Durante le prime visite appare fondamentale fare una attenta analisi del comportamento alimentare poiché serve ad individuare una eventuale disregolazione del sistema emozionale che potrebbe inficiare sull'esito dell'intervento. In base al ritmo di assunzione del cibo, i comportamenti alimentari si distinguono in:

• Gorging: ingestione di una grande quantità di cibo in genere coincidenti con i pasti principali.

• Snacking: ingestione di quantità di cibo prevalentemente fra i pasti.

• Sweet eating: 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. È considerato un comportamento alimentare altamente disfunzionale che se persiste anche nel dopo intervento determinerà fallimento dello stesso.

• Binge Eating Disorder (BED): 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. Il BED può inserirsi anche in un quadro sintomatologico di disturbi psichiatrici quali: disturbo bipolare, psicosi, disturbo borderline, disturbo ossessivo compulsivo (DOC).

. La Night Eating Syndrome (NES) quindi il mangiare notturno, è spesso legata anche a disturbi del sonno.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Insieme al colloquio clinico vengono utilizzati una serie di test atti ad indagare diverse aree del paziente: l'impulsività, l'immagine corporea, il tono dell'umore, l'ansia e la qualità della vita in generale, etc.

La valutazione psicologica si inserisce nella valutazione multidisciplinare insieme quindi a quella chirurgica e dietologica alla fine della quale viene determinato il percorso per ogni paziente, che può prevedere:

• Accesso diretto 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 pre-operatorio con eventuale continuazione nel post intervento.

• Percorso dietoterapico pre-operatorio.

• Programma specifico psicofarmacologico e/o psichiatrico nel pre-intervento e successiva rivalutazione per l'accesso alla chirurgia bariatrica.

• Invio presso il centro DCA aziendale con successiva eventuale rivalutazione.

Conclusioni

La valutazione psicologica nel paziente affetto da obesità, così come quella chirurgica e dietologica, è una valutazione complessa, di non sempre facile ricostruzione. Il paziente affetto da obesità quando arriva alla chirurgia bariatrica, spesso ha già fatto decine di altri percorsi fallimentari; quindi, si aspetta dalla chirurgia la soluzione definitiva al problema. Questo implica per l'équipe una grande responsabilità nel riuscire a cogliere le reali motivazioni e le eventuali controindicazioni al fine di evitare al paziente un nuovo fallimento. Prevedere al 100% la reazione fisica ma soprattutto psicologica del paziente dopo l'intervento non è possibile. Esistono tante variabili che non sempre sono prevedibili, è proprio per questo che la prima visita rappresenta uno step fondamentale: fare un corretto assesment può fare, nella maggior parte dei casi, veramente la differenza nell'esito positivo o meno dell'intervento.

Per bibliografia

cristiana.barni@uslcentro.toscana.it

Valutazione psicologica del paziente candidato a chirurgia bariatrica

Cristiana Barni *Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Centro Terapia obesità SMN Fi e SJ Pistoia, AUSL Toscana Centro*

Enrico Facchiano *Chirurgo, Responsabile Centro Terapia Obesità SJ Pistoia, AUSL Toscana Centro*

Marcello Lucchese *Chirurgo, Responsabile Centro Terapia Obesità SMN Fi, AUSL Toscana Centro*

La chirurgia bariatrica

Secondo l'OMS, nel mondo 1,5 miliardi di adulti (di età superiore ai 20 anni) sono in eccesso di peso. Di questi, 200 milioni di uomini e circa 300 milioni di donne sono obesi.

L' obesità è una condizione pericolosa per la salute, che va affrontata con soluzioni efficaci e durature. Un paziente affetto da obesità, infatti, ha un'aspettativa di vita inferiore di 10 anni rispetto a quella di un coetaneo normopeso. Quando si devono perdere 40/50 chili, a volte dieta, esercizio fisico, psicoterapia e farmaci non bastano: l'unica soluzione efficace diventa la chirurgia bariatrica, cioè interventi che permettono di ridurre in modo efficace il grave eccesso di peso. Purtroppo, in Italia non c'è ancora abbastanza consapevolezza di questa possibilità, ma stanno nascendo sempre più centri multidisciplinari di chirurgia bariatrica per riuscire ad affrontare a 360 gradi il problema obesità.

La terapia chirurgica dell'obesità grave nasce in Italia verso la metà degli anni '70. Nei primi venti anni della storia della chirurgia bariatrica assistiamo ad un vero e proprio sconvolgimento culturale. Inizialmente, era persino difficile accettare da parte di tutta la comunità medica il concetto stesso che l'obesità si potesse curare chirurgicamente. La soluzione chirurgica, però, nasce e via via si afferma perché è l'unica in grado di comportare un notevole calo ponderale e, soprattutto, di

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

mantenere per un lunghissimo periodo di tempo se non per tutta la vita, la massima parte del calo ponderale ottenuto. Ciò comporta anche un netto miglioramento o addirittura la scomparsa delle comorbilità, una maggiore spettanza di vita ed una migliore qualità di quest'ultima.

Lo scopo della chirurgia bariatrica è quello di ridurre l'assunzione di cibo tramite la diminuzione della capacità gastrica (interventi di restrizione) o di diminuire l'assorbimento di sostanze nutritive da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi) o, ancora, di dare una sazietà precoce con meccanismo metabolico negli interventi misti. Tutti gli interventi vengono eseguiti in anestesia generale e vengono condotti nella maggior parte dei casi con tecnica laparoscopica, meno invasiva della laparotomica.

Gli specialisti che ruotano intorno al percorso bariatrico, oltre allo psicologo, chirurgo bariatrico e dietista che rappresentano il primo step dell'équipe multidisciplinare, sono, tra gli altri: diabetologi, endoscopisti, radiologi, endocrinologi, anestesisti. Questo fa capire la complessità del percorso. Ogni singolo specialista è formato alla cura del paziente affetto da obesità, che non è un paziente come gli altri. É un paziente complesso, spesso difficile sia dal punto di vista medico che psicologico. Sono pazienti con molte comorbilità (diabete, ipertensione, apnee notturne, problemi osteoarticolari, infertilità…) e frequenti deflessioni del tono dell'umore legate ad una difficile accettazione della propria immagine corporea e ad una oggettiva difficoltà nella gestione delle più banali azioni quotidiane (allacciarsi le scarpe o farsi la doccia…).

La chirurgia dell'obesità non è "l'ultima spiaggia" come alcuni affermano. È esattamente il contrario: ossia un punto da cui ripartire per modificare radicalmente il proprio stile di vita. Molti pazienti sono convinti che l'intervento sarà la bacchetta magica che cambierà per sempre la loro vita. Ma non è esattamente così. O meglio, può esserlo se il paziente mette la sua totale collaborazione, rispettando scrupolosamente le indicazioni che gli vengono fornite dall'équipe e se accetta "per il resto della vita" un regolare follow up.

Nella ASL Toscana Centro, oramai dal lontano 1998 esiste una équipe multidisciplinare che si occupa di chirurgia dell'obesità, presso l'ospedale Santa Maria Nuova di Firenze e presso l'ospedale San Jacopo di Pistoia. L'attività dei due centri negli anni ha vissuto diversi cambiamenti, ma non ha mai perso d'occhio la mission primaria: prendersi cura del paziente affetto da obesità. I due centri lavorano a stretto contatto in maniera da avere modalità operative sovrapponibili.

Valutazione Psicologica del paziente affetto da obesità

La valutazione psicologica di accesso del paziente affetto da obesità candidato alla chirurgia bariatrica serve ad individuare le condizioni psicopatologiche ostative al percorso; gli aspetti di personalità che possono determinare insorgenza di patologia psichiatrica; l'eventuale presenza di disturbi del comportamento alimentare; la motivazione all'intervento; le risorse interne che consentono al paziente di aderire al programma post-intervento e raggiungere la stabilità di peso; le varianti psicosociali (conoscere l'ambiente socio-economico-culturale del paziente è importante al fine di capire se ha o meno una adeguata rete sociale e relazionale di supporto).

La valutazione dello stato mentale del paziente ha come obiettivo il riconoscimento della presenza di disturbi psicopatologici 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. La storia del peso e del 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. Acquisire informazioni su eventuali disturbi del comportamento alimentare pregressi di tipo bulimico o anoressico è fondamentale per prevenire l'insorgenza di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) post-intervento come difesa dal terrore di ingrassare. Tale indagine si collega anche alla valutazione del rapporto con l'immagine corporea. È 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. È da considerare anche il fatto che in taluni casi, il grasso rappresenta una vera e propria protezione dal mondo esterno. Non averlo più potrebbe scompensare emotivamente il paziente, quindi va considerato attentamente caso per caso.

Durante le prime visite appare fondamentale fare una attenta analisi del comportamento alimentare poiché serve ad individuare una eventuale disregolazione del sistema emozionale che potrebbe inficiare sull'esito dell'intervento. In base al ritmo di assunzione del cibo, i comportamenti alimentari si distinguono in:

• Gorging: ingestione di una grande quantità di cibo in genere coincidenti con i pasti principali.

• Snacking: ingestione di quantità di cibo prevalentemente fra i pasti.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

• Sweet eating: 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. È considerato un comportamento alimentare altamente disfunzionale che se persiste anche nel dopo intervento determinerà fallimento dello stesso.

• Binge Eating Disorder (BED): 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. Il BED può inserirsi anche in un quadro sintomatologico di disturbi psichiatrici quali: disturbo bipolare, psicosi, disturbo borderline, disturbo ossessivo compulsivo (DOC).

. La Night Eating Syndrome (NES) quindi il mangiare notturno, è spesso legata anche a disturbi del sonno.

Insieme al colloquio clinico vengono utilizzati una serie di test atti ad indagare diverse aree del paziente: l'impulsività, l'immagine corporea, il tono dell'umore, l'ansia e la qualità della vita in generale, etc.

La valutazione psicologica si inserisce nella valutazione multidisciplinare insieme quindi a quella chirurgica e dietologica alla fine della quale viene determinato il percorso per ogni paziente, che può prevedere:

• Accesso diretto 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 pre-operatorio con eventuale continuazione nel post intervento.

• Percorso dietoterapico pre-operatorio.

• Programma specifico psicofarmacologico e/o psichiatrico nel pre-intervento e successiva rivalutazione per l'accesso alla chirurgia bariatrica.

• Invio presso il centro DCA aziendale con successiva eventuale rivalutazione.

Conclusioni

La valutazione psicologica nel paziente affetto da obesità, così come quella chirurgica e dietologica, è una valutazione complessa, di non sempre facile ricostruzione. Il paziente affetto da obesità quando arriva alla chirurgia bariatrica, spesso ha già fatto decine di altri percorsi fallimentari; quindi, si aspetta dalla chirurgia la soluzione definitiva al problema. Questo implica per l'équipe una grande responsabilità nel riuscire a cogliere le reali motivazioni e le eventuali controindicazioni al fine di evitare al paziente un nuovo fallimento. Prevedere al 100% la reazione fisica ma soprattutto psicologica del paziente dopo l'intervento non è possibile. Esistono tante variabili che non sempre sono prevedibili, è proprio per questo che la prima visita rappresenta uno step fondamentale: fare un corretto assesment può fare, nella maggior parte dei casi, veramente la differenza nell'esito positivo o meno dell'intervento.

Per bibliografia

cristiana.barni@uslcentro.toscana.it

CATEGORY

1. Attualità

POST TAG

1. Psicologia clinica

Category

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

1. Attualità

Tags

1. Psicologia clinica

Date Created
Marzo 2023
Author
redazione-toscana-medica
Meta Fields
Views : 13452
Nome E Cognome Autore 3 : Marcello Lucchese
Nome E Cognome Autore 2 : Enrico Facchiano
Nome E Cognome Autore 1 : Cristiana Barni

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze