

Iperfagia e obesità: quale psicoterapia

26 maggio 2007

La complessità dell'obesità: situazioni ricorrenti e qualche idea per la terapia Matteo Selvini

Perché questo convegno

Questo è un convegno che abbiamo organizzato per cercare di *imparare* qualcosa su come aiutare le persone sovrappeso, su altri disturbi alimentari crediamo di avere almeno qualche certezza, dopo decenni di esperienza. Qui ci sentiamo dei *principianti* e anche per questo abbiamo invitato degli esperti come Eugenio Del Toma e Gianluca Castelnuovo. La nostra tradizione è però anche quella di cercare di imparare dalla nostra stessa esperienza ed è questo il senso della mia introduzione: riflettere sulle nostre osservazioni e tentativi con questi pazienti. Se faccio scorrere nella mia mente i volti delle persone obese che ho avuto in trattamento la prima parola chiave che mi viene in mente è "impotenza": l'aver condiviso dolorosamente con il paziente e la sua famiglia il fallimento dei tentativi di dimagrire, o anche, molto spesso, l'incapacità persino di progettare seriamente una strada per il cambiamento. Il fallimento del perdere peso o il recuperarlo con gli interessi dopo un calo. Il senso di *impotenza* e *rassegnazione* sono dunque i due vissuti che più spesso ci siamo trovati a condividere.

Arriviamo a questo convegno con la sensazione che una psicoterapia dell'obesità non sia ancora davvero stata inventata. Anche se nella letteratura si trovano descrizioni molto interessanti di casi clinici, penso soprattutto a *Fat Lady* di Yalom (1989). Negli Stati Uniti si sviluppano gruppi di auto-aiuto o gruppi ad impronta psicopedagogica (Matz, Frankel 2004). Nel contesto del nostro centro la domanda esiste ma è piuttosto rara, qualche caso all'anno, tuttavia è in aumento. È molto più frequente incontrare persone obese tra i familiari dei nostri pazienti. Quando ci viene portato un adolescente o un giovane adulto obeso la domanda segue uno schema piuttosto ripetitivo: solo un genitore è effettivamente richiedente, di solito la madre, il paziente è fondamentalmente passivo, è proprio *portato*

di peso alla terapia, è rinunciatario, e attivarlo in una alleanza terapeutica che lo renda attivo protagonista si presenta come molto difficile.

Un caso recente è stato paradigmatico, Massimo, diciannove anni, fa tutto la mamma, e da noi è l'ennesimo tentativo. Padre e figlio rinunciano dopo un paio di incontri preliminari. Un anno dopo esplode un dramma nella famiglia perché i genitori scoprono che il ragazzo ha tenuto a lungo segreta una sua grave difficoltà. Ritornano in terapia con un coinvolgimento emotivo molto diverso, molto più sentito, e questo apre la strada ad un buon risultato, anche sul piano della perdita di peso. Questa credo sia un'indicazione importante sia per il paziente che per i familiari. È in generale molto difficile far venir fuori una dimensione emotiva di forte implicazione nella terapia. È arduo far scoprire la loro attiva dimensione di co-responsabilità nel malessere che porta a comportamenti iperfagici e costruire questa dimensione di co-responsabilità è il problema chiave *anche* con questi pazienti difficili. Ed è difficile anche perché per l'obesità non si può parlare *solo* di cause psicologiche e relazionali individuali e familiari.

È preferibile parlare di comportamenti iperfagici piuttosto che di obesità perché per l'obesità non si può parlare solo di una causalità legata a problematiche emotive irrisolte: è un fenomeno più complesso, esiste una base genetica importante, ad esempio il metabolismo varia molto da un soggetto all'altro (cioè quanto il nostro organismo consuma in stato di riposo).

Esiste un forte condizionamento sociale sia verso l'ipernutrizione che verso le diete: sono un grave fattore di rischio questi messaggi contraddittori che ciascuno di noi riceve: siamo continuamente spinti verso una nutrizione ricchissima e variegata, insieme siamo bombardati dai miti estetici della magrezza/bellezza/forma fisica con conseguenti obbligatorie diete e palestre.

Ipotesi sul funzionamento individuale di un soggetto iperfagico

Mi colpisce il forte parallelismo tra questi messaggi sociali e le oscillazioni della mia paziente Federica, BMI sceso da 29 a 27 negli ultimi 5 mesi di una terapia che dura da undici. Federica mi racconta la sua reazione estrema al timore di tradimento (bidone sulle

vacanze programmate insieme) di un'amica: "mi si è chiuso lo stomaco" per ventiquattro ore non ha quasi potuto toccare cibo, poi è andata ad una festa e lì è partita la grande abbuffata.

Questo esempio illustra molto bene un concetto generale: l'uso del cibo per regolare il proprio stato emotivo. I sentimenti che le persone iperfagiche associano con l'iperalimentazione sono molto diversi: ansia, stress, rabbia, solitudine, noia ed eccitazione (definita magari come felicità).

In linea generale l'iperfagia può essere messa nella stessa categoria di tutte le dipendenze come un comportamento necessario a sostenere una difesa dissociativa. Vediamo uno schema generale di quattro livelli della difesa dissociativa.

4 LIVELLI DELLA DISSOCIAZIONE

- **STILE O DIFESA SANA**: PENSIERI E SENTIMENTI NEGATIVI POSSONO ESSERE **TEMPORANEAMENTE** TENUTI FUORI DALLA COSCIENZA. (Il suo contrario è l'ossessione).
- **NEVROSI**: PENSIERI E SENTIMENTI NEGATIVI SONO **STABILMENTE** ESTROMESSI DALLA COSCIENZA. Vengono ricordati/visti i fatti ma non appaiono i sentimenti/pensieri che sarebbero logicamente ad essi collegati.
- **BORDER**: LA DISSOCIAZIONE STABILE VACILLA E PER SOSTENERSI HA BISOGNO DELL'AUSILIO DI SPECIFICI COMPORTAMENTI DEFINITI DIPENDENZE
BORDER NEVROTICO ALTO: il paziente aiutato dal terapeuta è in grado di identificare lo specifico sentimento doloroso che lo spinge verso il comportamento compulsivo.
BORDER-BORDER o BORDER BASSO: deficit di monitoraggio, il paziente vive come abitudine automatica il comportamento compulsivo.
- **PSICOSI**: I FATTI STESSI SONO DIMENTICATI O RICORDATI/VISTI **IN MODO DEL TUTTO DISTORTO**



CRISI DELLA DISSOCIAZIONE

UNA PATOLOGIA DELLA STESSA DIFESA: **DEREALIZZAZIONE, DEPERSONALIZZAZIONE, IDENTITA' MULTIPLA.**
QUANDO IL TENTATIVO DI SOLUZIONE DIVENTA IL PROBLEMA

Possiamo però porci il problema di perché certe persone scelgono l'iperfagia piuttosto che un'altra dipendenza. Un'associazione profonda potrebbe essere quella con un pervasivo sentimento di debolezza personale e relazionale. Si veda come in molte culture "la grande mangiata" è considerata una prova di forza virile. Un meccanismo di base potrebbe allora essere: "mi sento debole, impotente, fiacco, devo mangiare". Un sentimento che ha anche una evidente base fisiologica: tutti noi quando siamo a digiuno ci sentiamo deboli. Tuttavia potremmo ipotizzare che i soggetti iperfagici abbiano specifici vissuti di debolezza.

Altre dipendenze potrebbero invece essere collegate, tra gli altri fattori scatenanti, a differenti sentimenti di base. Ad esempio l'alcool è stato classicamente descritto sia come collegato ad un sentimento di inibizione (in vino veritas) che ad un sentimento di dolore da anestetizzare (bevo per dimenticare). La cannabis potrebbe essere legata a stati d'ansia, l'anoressia restrittiva è stata descritta come legata ad un sentimento di "difetto in se stessi", l'eroina sembra essere soprattutto un anestetico, la cocaina un disibinitore emotivo, il gioco d'azzardo potrebbe legarsi al sentimento di meritare un risarcimento.

Ipotesi relazionali

Debolezza tipica del maschio iperfagico: mancato riconoscimento (tu sei ok) del padre, non compensato dalla madre. Debolezza tipica della femmina iperfagica: mancato riconoscimento della madre (tu sei ok) non compensata dal padre. Si potrebbe aggiungere, almeno in alcuni casi, il timore di diventare come il genitore del loro stesso sesso, vissuto appunto come debole, impotente, fallito.

Nel contesto familiare appaiono centrali i temi dell'ipercriticismo, della vergogna, del mancato senso di appartenenza alle relazioni primarie. Un nesso statisticamente importante potrebbe allora essere quello con la personalità evitante. Collegato però anche a temi di discontinuità e disorganizzazione. Discontinuità delle cure primarie, che vanno e vengono, e forte polarizzazione delle figure di riferimento che propongono modelli molto diversi e difficili da integrare.

L'attaccamento e il conseguente MOI è quindi evitante versus disorganizzato o ambivalente versus disorganizzato. Naturalmente ci sono livelli di gravità molto diversi rispetto alle nevrosi o al vero e proprio disturbo della personalità fino alla psicosi. Nella discussione d'équipe Stefano Cirillo ha ricordato il classico concetto, spesso utilizzato nella pratica clinica: l'obesità per "tenere alla larga" (donne abusate) piuttosto che l'obesità per "tenersi insieme" (soggetti psicotici).

Come dicevo i sentimenti prevalenti sembrano essere quello della debolezza e quello della vergogna. La sofferenza per la debolezza viene occultata dalla difesa dissociativa e dalle frequenti formazioni reattive (molti iperfagici sono iperattivi al limite della maniacalità). La vergogna invece viene portata all'assoluta evidenza dalla stessa obesità: se faccio schifo è allora per una buona ragione. I due sentimenti di base vengono così a scindersi e polarizzarsi.

Il sentimento di debolezza potrebbe essere legato a vari fattori relazionali, uno dei quali è la discontinuità delle cure primarie: nelle fasi di solitudine il bambino ha imparato ad autosostenersi con il cibo. Oppure, in rinforzo di ciò, la figura di attaccamento ha cercato di compensare le sue assenze con il cibo. Altri tipi di discontinuità delle relazioni primarie potrebbero essere quelle tra iperprotettività e ipercriticismo o tra esaltazione e svalutazione.

Mi è capitato di osservare ed ipotizzare che la vergogna per la propria debolezza, in soggetti maschi, fosse collegata all'incapacità di tenere testa agli aspetti negativi o critici del padre. L'abbuffata come meccanismo dissociativo cancella così la vergogna "non ho le palle" sostituendola con la più tollerabile vergogna "mangio come un maiale".

Qualche prototipo della personalità

- **Evitante-istrionico**

La figura, lo stereotipo, persino la caricatura del "ciccione allegro" rimanda ad una vita psichica dove può essere osservato un vero e proprio blocco della capacità di vivere il sentimento del dolore, il pianto; è la paralisi di tutti o quasi i sentimenti negativi (rabbia, tristezza, paura) una compressione che tipicamente, periodicamente va a rovesciarsi nel suo opposto producendo quelle tipiche discontinuità (o oscillazioni o disorganizzazioni) cui

ho accennato, oppure viene contenuta attraverso uno sfogo controllato in termini di lamentosità ed irritazione cronica.

Quello che caratterizza questo sottotipo sembra però proprio essere un'identità molto orientata a tenere allegri e intrattenere gli altri. La vita sociale apparirà allora molto ricca, purtroppo è solo una facciata che maschera la profonda solitudine, come nella tradizionale figura del "clown".

- **Evitante-narcisista**

Tutti gli evitanti hanno imparato a non disturbare gli adulti con i loro pianti e a cavarsela bene da soli. Ed infatti molti sono professionalmente e socialmente ben funzionanti: è evidente che i problemi si manifestano nella loro sfera affettiva a causa di questa modalità relazionale che crea distanza, allontana, raffredda. A volte però questo bambino "inascoltato" può anche essere stato esaltato. La mia paziente Federica è una primogenita prestigiosa, la cocca di una nonna dominante, è stata sempre fatta sentire speciale: così è diventata molto centrata su se stessa, molto competitiva, non è capace di chiedere sul piano affettivo, ma si aspetta che tutti siano a sua disposizione. In lei tratti narcisisti e istrionici si mescolano sopra la base evitante.

- **Il simbiotico e il masochista**

Qui la mia tipologia si fa più incerta. Alla mente viene subito lo stereotipo nel ciccione triste che sta appiccicato alla sua mamma. Forse è stato rifiutato dal padre e debolmente iperprotetto dalla madre? Quindi potrebbe non avere una base evitante. Oppure, come suggerisce il caso di Bruno che presenterà Aldo Maestroni oggi pomeriggio, potrebbe essere stato un bambino maltrattato dalla madre e con un padre distante. È stato umiliato, si è sottomesso, si difende e si vendica attraverso i suoi stessi fallimenti, tra i quali il più eclatante è quello di divenire una massa informe di lardo. Spesso vedere un obeso abbuffarsi mi ha fatto pensare ad una forma di autolesionismo e quando questo si accompagna ad un'apatia generalizzata (ad esempio, intere giornate passate sdraiato sul divano a guardare la televisione) allora fa proprio pensare alla modalità passivo-aggressiva del masochista.

Qualche idea per la terapia

È evidente la necessità di un lavoro di équipe con medico e dietologo.

Lavorare sul deficit di monitoraggio: imparare a distinguere tra fame vera e fame psicologica. Imparare ad ascoltare i segnali del corpo: attendere qualche minuto prima di mangiare, se non si può resistere, per decifrare il sentimento negativo retrostante.

Combattere l'idea che un progetto esistenziale vada rimandato a "dopo che sarò dimagrito".

Trasmettere l'idea che dimagrire non è così importante: la buona efficienza fisica è molto più importante per la salute a lungo termine. Recuperare la bussola del desiderio per i cibi: aiuta a controllare la fame fisiologica, l'organismo chiede imperiosamente quei tipi di alimenti che un'irrazionale selettività "dietistica" non gli ha dato.

Nel contesto di una presa in carico individuale lavorare per eliminare tutte le tecniche di evitamento di una relazione autentica e ravvicinata (fatuità, chiacchiericcio, pseudo-allegria, intrattenimento del terapeuta) per aiutare il paziente a dare davvero parola al suo dolore. Nel contesto della terapia familiare l'obiettivo è lo stesso: tra loro dobbiamo far nascere l'intensità dell'incontro emotivo.

Riferimenti bibliografici

Yalom, I. (1989) *Fat Lady*. In *Love's executioner*, Basic books, New York.

Matz, J., Frankel, E. (2004) *Beyond a shadow of a diet. The Therapist's guide to treating compulsive eating*, Brunner-Routledge, New York.