

Capitolo 1

Il colloquio anamnestico

Il colloquio anamnestico permette di acquisire conoscenze indispensabili per avviare una terapia efficace. Si dovranno valutare in particolare:

- l'adeguatezza delle diete attuate, la loro variabilità nel tempo, l'atteggiamento del paziente e i risultati raggiunti, esaminando anche fallimenti pregressi in grado di ostacolare il successo di nuovi tentativi.
- l'inizio e lo sviluppo temporale dell'obesità verificando nel presente situazioni, aspettative, richieste e stimolando il paziente a una partecipazione "attiva" alla terapia.
- l'esistenza di problematiche psicologiche o psichiatriche, siano esse o siano state in trattamento farmacologico o psicoterapico, al fine di comprendere se l'eccesso di cibo ne possa essere conseguenza.

Le informazioni così ottenute aumentano le possibilità di successo della terapia e possono ridurne significativamente i tempi di durata.

1.1. Storia dietologica

La storia dietologica del paziente permette di conoscere e valutare non solo il rapporto con il cibo e la dieta ma anche l'eventuale presenza di problematiche relazionali con il dietologo stesso. È essenziale ricercare ed esaminare le tracce lasciate dal passato per rendere la dieta proposta il più accettabile possibile ed evitare errori già commessi. In particolare è importante chiedersi come il paziente possa vivere la die-

ta e soprattutto come un atteggiamento conflittuale, spesso presente, possa modificarsi in accettazione serena trasformando una dieta, vissuta il più delle volte come imposta, subita, estranea ai propri desideri, in scelta volontaria e condivisa. È questo un obiettivo fondamentale da raggiungere: tutta l'abilità del terapeuta deve essere impegnata perché la dieta venga percepita dal paziente come qualcosa di proprio e non come intromissione esterna, forzata e coattiva.

Prima di avviare una dieta di restrizione deve essere proposta l'eliminazione dell'eventuale eccesso alimentare, che può aumentare notevolmente, spesso in modo inavvertito, la quantità di cibo ingerito. Nello stesso tempo un'informazione sul reale contenuto calorico degli alimenti sarà presentata nei modi più idonei a facilitarne la comprensione da parte del paziente. Qualora ne sia già a conoscenza, si provvederà a verificarne l'esattezza.

Se obiettivo iniziale della terapia è l'arresto dell'aumento ponderale da "surplus" alimentare, cui spesso già si accompagna una riduzione del peso, passo successivo sarà attivarne la perdita con una dieta ipocalorica, ben consapevoli delle problematiche che possono originarsi.

Il dimagrimento per l'obeso può essere percepito come annullamento o perdita totale di ogni possibile soddisfacente rapporto con il cibo, pur essendo questo rapporto mal gestito, vincolante e nutrizionalmente scorretto. Un simile pensiero, spesso presente, anche se il più delle volte non manifesto, può essere difficilmente accettato e originare profondi conflitti. Nel dubbio, deve essere il terapeuta stesso a evidenziarlo e farlo emergere. Obiettivo della terapia dimagrante non è la perdita del piacere e del gusto del cibo ma la sua ottimizzazione perché nulla più di un'alimentazione adeguata, varia, quantitativamente e qualitativamente corretta, permette di valorizzarne tutte le espressioni. La valorizzazione sarà tanto più elevata quanto più si accompagnerà alla percezione del "gusto nuovo" di un corpo e di una mente diversi, diventati essi stessi "cibo piacevole" da offrire a se stessi e agli altri.

Sono anche da ricercare e valutare errori, in particolare relazionali, commessi dai dietologi cui il paziente si era affidato, che possono aver suscitato disagio o rifiuto verso la terapia e causato abbandono o cambiamento del terapeuta: ad esempio l'assunzione di atteggiamenti rigidi, imperativi, inflessibili e colpevolizzanti o il non aver compreso o l'aver ignorato o "liquidato" in modo superficiale come insignificanti

o ingiustificate le problematiche incontrate dal paziente nell'attuazione della dieta.

Talvolta diventa indispensabile risolvere la confusione in cui le diete numerose, la grande quantità di dietologi consultati, le prescrizioni farmacologiche multiple e il ripetersi degli insuccessi hanno precipitato il paziente. Può essere utile ricordare che non è il dietologo che deve "imporre" al paziente la dieta, ma è il paziente che deve "discueterla e concordarla" con il dietologo. Il paziente, soprattutto, non deve essere costretto a rinunciare a priori ai suoi desideri o a necessità giustificate e compatibili con la terapia da una dieta idealmente perfetta ma all'atto pratico difficilmente o non attuabile. È comunque importante, nei momenti in cui la dieta sia interrotta per qualsiasi motivo, stimolare il paziente ad attivare in alternativa altre scelte come una maggiore attività fisica, l'inserimento di nuovi interessi o l'impegno a risolvere problematiche psicologiche importanti. Occorre sempre ricordare che la dieta agisce non solo sul corpo ma sulla persona tutta nei suoi molteplici aspetti: cambiando le modalità di approccio al cibo è possibile che migliorino anche tono dell'umore e relazioni sociali.

Obiettivo da perseguire è non solo prescrivere una dieta, ma soprattutto educare e stimolare il paziente a essere lui stesso artefice e protagonista del proprio cambiamento. Per ottenerlo deve acquisire la capacità di controllare gli stimoli a rischio, di autogestire in maniera corretta le proprie esigenze, di sviluppare abilità decisionali. Questo gli permetterà di assumere un atteggiamento funzionale di fronte ai problemi della vita e di trovare soluzioni alle situazioni critiche. Le regole e gli schemi nutrizionali di un approccio unicamente prescrittivo non fanno altro che mascherare e mantenere i problemi impedendone la soluzione. Essi ignorano o rifiutano le vere domande cui dare risposta perché la terapia abbia possibilità di successo: che significato dà al cibo il paziente? Quale abilità e capacità di cambiamento possiede? Com'è possibile aiutarlo a superare il rapporto vincolante con il cibo?

1.2. Tempi e modalità di sviluppo dell'obesità

I tempi di comparsa del comportamento alimentare alterato, le modalità del suo sviluppo, l'eccesso di peso conseguente, le difficoltà esistenziali collegate sono ulteriori conoscenze da acquisire.

Spesso l'aumento di peso è già presente nell'età infantile o nella prima adolescenza con crescita progressiva negli anni successivi.

Può essere accompagnato da terapie dietetiche insoddisfacenti e da risultati instabili, cui spesso sono associate problematiche psicologiche all'origine o conseguenza dell'aumento del peso stesso. La crescita ponderale può innestarsi più tardivamente nell'età adolescenziale avanzata, giovanile o adulta, talvolta in modo rapido e improvviso, su una situazione di peso normale o lievemente eccedente vissuta sino a quel momento con indifferenza.

Varie possono esserne le cause. Può essere risposta prevalentemente comportamentale a situazioni ambientali, occasionali o persistenti, primitivamente condizionanti e stimolanti al cibo (ad esempio un cambiamento dello stile di vita, da sportivo agonistico con necessità alimentari elevate a sedentario, senza adeguata riduzione calorica) o essere un tentativo di soluzione di problematiche esistenziali che il soggetto si sente inadeguato ad affrontare. L'eccesso di cibo o il suo disordinato utilizzo diventano non solo consolante "terapia" ma anche rifiuto o mezzo di fuga dai problemi. Ne consegue, oltre alla percezione di un corpo sempre più "diverso" ed emozionalmente disturbante, il radicarsi di un utilizzo improprio del cibo, in precedenza assente, e la sua entrata spesso ossessiva nella vita del soggetto. Il risultato finale può oscillare dalla passiva accettazione della perdita totale e irre recuperabile del controllo sul cibo a tentativi continui e conflittuali tesi al suo recupero per impedire lo stabilizzarsi di una risposta alimentare percepita sempre più inadeguata e incontrollabile: la comparsa di un'obesità in progressiva crescita ne conferma il fondamentale insuccesso.

In un simile contesto, eventi traumatici imprevisti, amplificati da scelte perfezionistiche finalizzate ad un ipercontrollo totale e assoluto, possono determinare ulteriori aumenti di peso rapidi ed elevati, accompagnati da un esasperarsi dei tentativi di controllo, tutti inefficaci, possibile espressione della comparsa di un vero e proprio disturbo del comportamento alimentare.

1.3. Le problematiche psicologiche

Anche se i tempi dell'approccio psicologico sono oggi anticipati rispetto al passato, è quanto mai improbabile che l'intervento iniziale su sovrappeso e obesità sia richiesto a uno psicoterapeuta: questa figura professionale è consultata quasi sempre al termine di un iter terapeutico prolungato e costellato di insuccessi. La richiesta di una

psicoterapia è esplicita ammissione della possibile presenza di problematiche psicologiche all'origine dell'obesità o del suo mantenimento.

Nel momento in cui viene proposta una psicoterapia è importante sia valutare l'atteggiamento e la disponibilità del paziente alla sua attuazione al fine di evidenziare contraddizioni e ambiguità, sia acquisire conoscenze adeguate sulle problematiche presenti sempre ricordando che finalità primaria della psicoterapia è stimolare e aiutare il soggetto a trovare le proprie soluzioni ai propri problemi e attuarle.

Prima di iniziare una psicoterapia, è opportuno informarsi se il terapeuta o i terapeuti che hanno in cura il paziente siano a conoscenza della scelta effettuata e se siano stati essi stessi a suggerirla. È ugualmente importante verificare se si tratti di un primo intervento o sia il seguito di altri già messi in atto, sempre in funzione di un'ottimizzazione delle abitudini alimentari, in presenza di un'obesità semplice o di un più complesso disturbo del comportamento alimentare (DCA). È necessario anche sapere se in passato vi sia stata una psicoterapia in cui il problema alimentare, già esistente, sia stato taciuto o nascosto, pur essendo presumibili i collegamenti tra le problematiche presentate e l'eccesso di peso. Massima attenzione sarà data a patologie psichiatriche pregresse o in atto, in particolare situazioni depressive, e all'assunzione di una terapia farmacologica tra i cui effetti collaterali vi sia l'aumento del peso.

Passo successivo sarà scoprire come l'obeso vive la sua obesità, quali siano i riflessi e le conseguenze nella vita di tutti i giorni, quali i limiti psicologici, relazionali, comportamentali che essa determina, siano essi effettivi, reali o solo immaginati e autoimposti, per discuterli e superarli. Anche se l'obesità può essere, specie se inizialmente modesta, volutamente ignorata o rifiutata, è quanto mai improbabile che il soggetto se ne disinteressi completamente. Questo è tanto più vero quanto più deve scontrarsi con i vincoli sempre più stretti che un peso in progressiva ascesa, specie se rapida, comporta. Può certo sforzarsi di accettarli e imparare a convivere *obtorto collo* con compromessi decisionali e comportamentali via via più complessi, impegnativi, limitanti, ma, quanto più l'obesità cresce, tanto più questi compromessi potrebbero rivelarsi insopportabili, inaccettabili, inattuabili. In alcune persone, tutta la vita può essere "incatenata all'obesità" da lacci e laccioli così stretti, rigidi, dolorosi, che "poco più è morte". L'eccesso di peso può trasformarsi in idea ossessiva che accompagna la persona in un monologo interiore continuo e distruttivo: "Io sono obeso, non voglio esserlo ma non so come fare per non esserlo". È questo l'an-

goscianti pensiero che nasce nello scoprirsi in un labirinto di cui, nonostante sforzi continui e sempre più intensi, non si riesce a vedere via d'uscita.

Qualunque sia la gravità, l'ampiezza e l'espressione delle problematiche presenti, occorre stimolare l'obeso a chiedersi ogni volta perché stia mangiando, se abbia veramente fame o stia assumendo il cibo in sostituzione di altro, suggerendogli di riflettere su questa possibilità e porsi alcuni interrogativi. Vorrebbe in realtà "saziarsi" di esperienze, emozioni, sentimenti, desideri nuovi o diversi e non può o non riesce a farlo? Vorrebbe poter "mangiare" una vita differente che continuamente gli sfugge? Alle cose che vorrebbe avere ma che continuano a sfuggirgli e svanire ha sostituito come surrogato un cibo tutto suo da scegliere, afferrare, possedere, godere ogni volta che è possibile? Di fronte a un problema il soggetto, invece di accettare la fatica di "masticarlo con la mente", ha scelto di "immergerlo tutto intero nel cibo" e ingerirlo, rifiutando altre soluzioni nella certezza che i problemi possano essere mangiati dal corpo e scomparire? In realtà questo cibo, che li avvolge e imprigionandoli paradossalmente li protegge, diventa un'ulteriore barriera che impedisce ai problemi di essere affrontati e digeriti dagli "enzimi" della mente, gli unici efficaci. Il cibo in eccesso non nutre ma si trasforma in un peso sempre più immobilizzante. Il risultato finale è quanto mai deludente perché non solo non nascono né si attivano strategie e capacità per affrontare e risolvere i problemi, ma si perdono risorse importanti e uniche: la libertà della mente, incatenata da un cibo eccessivo, incontrollato e incontrollabile e la salute del corpo, minacciata da un peso in continua ascesa. La persona, sempre più immersa in un cibo che non nutre ma "affama", finisce soffocata in una "montagna di grasso" che, proprio perché depositato e non utilizzato, irrancidisce e rende metaforicamente "rancida e immangiabile" la vita.

Questa visione del problema, se accettata, permette di presentare la dieta ipocalorica come mezzo originale ed efficace per eliminare e trasformare la montagna di grasso da cui si è avvolti in "cibo di vita". L'impegno è di utilizzarla e consumarla per completare i propri bisogni alimentari, non completamente soddisfatti dalla dieta, "mangiando" a ogni pasto un po' del proprio corpo per ridurre forma, dimensione e peso, cambiandolo. Questa scelta può anche essere presentata come efficace metafora e suggestione implicita per stimolare un cambiamento dello stile di vita eliminando, insieme al peso in ec-

cesso, anche il peso di scelte e comportamenti improduttivi cui il cibo è strettamente legato.

1.4. Infanzia e adolescenza

Un eccesso di peso già presente nell'infanzia richiede un attento esame sia delle modalità del pensiero e dell'agire infantile, sia delle situazioni che innescano e fissano le risposte alimentari scorrette o sostitutive. Nell'età infantile si possono trovare le radici dell'obesità dell'adulto, spesso in relazione a una scelta nutrizionale che viene proposta, offerta o imposta dall'esterno o che si determina spontaneamente in risposta a difficoltà esistenziali presenti. L'eccesso di cibo può essere espressione di abitudini comportamentali acquisite, favorite o determinate dall'ambiente, o già mezzo a valenza pseudoterapeutica per contenere problematiche psicologiche ed emozionali non risolte o rispondere a situazioni insoddisfacenti della vita. Una modalità quest'ultima che, attivando già nell'infanzia riflessi fortemente condizionanti, può persistere nel tempo e stabilizzarsi come scelta univoca e permanente. Svincolata da ogni effettiva necessità alimentare, diventa abituale ma inefficace via di fuga dalle difficoltà esistenziali.

Modelli familiari a rischio e ad alta possibilità di contagio (eccesso di peso nei genitori o in figure di riferimento emozionalmente importanti con continui incontri-scontri con il cibo, adozione perenne di diete e loro fallimento) assorbiti in modo continuativo, spesso inavvertito, nell'infanzia o nell'adolescenza possono avviare un "dialogo alimentare" interiore distorto o anche nettamente patologico destinato a persistere nell'età adulta. È possibile riconoscere in questa persistenza l'espressione di un io infantile-adolescenziale ancora attivo, che vuole mangiare e non tollera limiti o interferenze dalla razionalità. Pesantemente traumatizzato dal digiuno e dalla fame emozionale del passato, l'io infantile adolescenziale è talmente fiducioso nei meccanismi di difesa legati al cibo, già sperimentati in precedenza, da non permettere all'io adulto di cambiare comportamenti e accettare i rischi di scelte diverse; è un io adulto ancora talmente pauroso, immaturo e fragile da essere incapace di proporre o mettere in atto risposte alternative al cibo.

Le problematiche, dall'infanzia all'adolescenza, all'origine della risposta scorretta al cibo possono essere quanto mai varie e complesse:

situazioni, comportamenti, atteggiamenti, scelte genitoriali possono interferire nell'acquisizione di una corretta risposta alimentare. In particolare è da verificare:

- come i genitori vivano la propria obesità, se presente;
- come affrontino l'obesità dei figli, se ne abbiano coscienza e quali interventi attuino per contrastarla e controllarla;
- quali messaggi vengano trasmessi, esplicitamente o implicitamente, attraverso il cibo e quale valore venga attribuito all'alimentazione nel determinare e definire forma e seduttività del corpo;
- la presenza di modelli genitoriali che comportino accettazione, ricerca e godimento assoluto e incontrollato del cibo;
- l'esistenza in famiglia di abitudini alimentari distorte alle quali diventi spontaneo, obbligatorio o indispensabile adeguarsi;
- la comparsa di un atteggiamento negativo esasperato verso l'aumento di peso, palesemente o subdolamente espresso nei suoi molteplici aspetti;
- la ricorrenza di "attacchi genitoriali" al corpo perché insoddisfacente con annullamento o riduzione del valore della persona, da cui il soggetto per scarsità di risorse non riesce a difendersi. In particolare la svalutazione della persona, specie femminile, per l'eccesso ponderale può diventare globale e accompagnarsi a espressioni emotivamente pesanti e sgradevoli. Tale svalutazione può essere introiettata e assolutizzata dal soggetto con lo sviluppo di sensi di colpa e complesso di inferiorità;
- l'espressione di "profezie familiari" disfattiste e fatalistiche in relazione alla "capacità" di ridurre il peso e eliminare l'obesità;
- l'alta probabilità di assorbimento di esperienze alimentari distorte con cui il soggetto deve quotidianamente confrontarsi, in particolare l'obesità familiare genitoriale a notevole rischio di attrazione e imitazione.

Nell'età adolescenziale l'eccesso di cibo può essere risposta alla negazione o al rifiuto di esigenze esistenziali essenziali per il soggetto. L'eccesso di cibo in questo contesto può esprimere:

- rifiuto e vanificazione di richieste o pretese perfezionistiche genitoriali che vedono nella forma perfetta del corpo, di cui il cibo è ritenuto artefice unico e supremo, un bene assoluto, indiscusso, irrinunciabile da perseguire a tutti i costi;
- espressione silenziosa di un rifiuto emozionale, incapace di esprimersi altrimenti, verso scelte e comportamenti genitoriali imposti e

- non condivisi, alla ricerca di libertà, autonomia, autostima: il cibo diventa mezzo potente, importante e indispensabile per affermarle;
- specifico rigetto, in particolare nel sesso femminile, della “figura magra” presente nei desideri irrealizzati di un immaginario materno e che, proposta, richiesta o imposta in modo ossessivo, tende a essere prevalentemente utilizzata per affrontare, controllare o vincere i conflitti interpersonali.

