

## **DISTURBI ALIMENTARI PSICOGENI: PERCORSI DI TRATTAMENTO, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

**dott. Roberto Ausilio,  
Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute  
a.a. 2003-2004**

In questo excursus sui disturbi alimentari psicogeni ci proponiamo di elencare i possibili percorsi di trattamento, evidenziandone i campi applicativi e i rispettivi punti di forza e di debolezza. Passeremo poi a focalizzarci su alcuni aspetti della prevenzione e della promozione della salute in ambito di comportamenti alimentari, esaminando alcuni progetti ed esperienze recenti. Questo “percorso a ritroso”, dalla cura alla promozione della salute, mira anche a rilevare e rivelare le concezioni di base su anoressia e bulimia che guidano non solo gli interventi terapeutici di un problema cronico e pregresso, ma che dirigono inevitabilmente (spesso implicitamente) gli interventi di promozione della salute.

Infine riportiamo una parte dell'intervista al dott. Urbani, medico e psicoterapeuta di Orvieto che da molti anni si occupa della cura di disturbi alimentari.

### **Percorsi terapeutici**

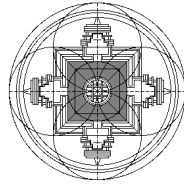
La maggior parte degli approcci terapeutici per i disturbi alimentari psicogeni (anoressia, bulimia, BED) si focalizza su un solo aspetto del problema. Ad esempio esistono **terapie farmacologiche** che a volte pretendono di ridurre un comportamento alimentare complesso (comprendente aspetti emotivi, relazionali, simbolici e culturali) ad una disfunzione metabolica organica curabile attraverso i farmaci.

Questi approcci partono dalle ricerche sperimentali che dimostrano, ad esempio, che i livelli basali di noradrenalina o dopo assunzione di cibo, sono ridotti nei pazienti anoressici (Henfelder, 1985). Anche il sistema dopaminergico che inibisce il senso di fame e riduce l'assunzione di cibi ad elevato contenuto calorico, presenta alterazioni sia nell'anoressia che nella bulimia. Anche gli psicofarmaci sono impiegati nella cura dei disturbi alimentari.

La Bruch (Bruch, 1977) ricorda come fino agli anni 40-50 venivano somministrati agli anoressici insulina e preparati tiroidei, poiché si riteneva che questi disturbi derivassero da un deficit della tiroide. Successivamente si è utilizzata la clorpromazina, ma gli effetti benefici di questo neurolettico sono stati solo marginali e molto discussi. Medicine come il Prozac/Fontex sono consigliabili e in alcuni casi aumentano la probabilità che la terapia abbia successo. Ma in generale possiamo dire che il trattamento farmacologico, anche quando efficace, non può essere sufficiente per il trattamento di una sindrome così complessa.

Nel trattamento dei disturbi alimentari è diffuso anche l'uso di **diete** specifiche, adattabili alle varie forme di problema e ai casi individuali specifici. Ma anche in questo caso il solo utilizzo della dieta non è quasi mai sufficiente alla risoluzione del problema.

Per il trattamento è riconosciuta l'efficacia di gruppi di **autoaiuto**, dove persone con problemi simili si scambiano vissuti ed esperienze nel giro di alcuni incontri. Successivamente si affrontano gruppi di incontro mirati con educatori o professionisti che supportano con strumenti e programmi la successiva evoluzione del gruppo. C'è da dire che i gruppi di autoaiuto difficilmente sono applicabili in ogni contesto sociale: spesso in piccoli centri, oltre



a non esserci un numero di persone sufficiente per l'avvio di un gruppo, alla possibilità di partecipazione si aggiunge il deterrente dello stigma sociale.

Per quanto riguarda gli approcci psicoterapeutici al problema, ne possiamo distinguere almeno quattro, a cui sottendono altrettante ipotesi eziologiche, che di seguito andiamo ad esaminare:

### **Ipotesi psicodinamiche.**

Hanno cercato di spiegare l'anoressia mentale con due principali interpretazioni:

La prima riguardante il sintomo principale, cioè la componente "orale" del disturbo e il suo significato simbolico. La seconda si riferisce alla personalità delle anoressiche e al loro stile di vita, ponendo l'accento sulle disfunzioni dell'Io e sui rapporti interpersonali. Vi è stato dunque con il tempo uno spostamento di interesse dalle componenti simboliche al conflitto tra esperienze edipiche e pre-edipiche. Ad esempio Nemiah (1950) descrive i fattori ambientali del paziente anoressico: una madre iperprotettiva, una eccessiva dipendenza e passività. Assumere cibo significa riconoscere la propria dipendenza nei confronti della madre, ammettere l'incapacità di essere autonomi. Secondo il "modello delle relazioni oggettuali" l'anoressia rappresenterebbe un arresto dello sviluppo maturativo riguardante i processi di separazione-individuazione-costanza delle relazioni oggettuali.

La Klein riconduce l'anoressia al mancato superamento della posizione schizo-paranoide che rappresenta una fase dello sviluppo maturativi. In questa fase il seno materno è dissociato nel seno presente, buono, e in quello assente, cattivo.

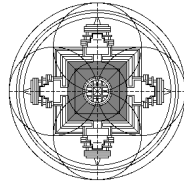
In generale nell'approccio psicodinamico ai disturbi alimentari vengono analizzate le esperienze dolorose vissute nell'infanzia, il terapeuta aiuta il paziente a interpretare le sue emozioni; un problema che emerge quando si trattano persone che soffrono di disturbi alimentari è che hanno la tendenza ad essere molto influenzate dall'ambiente che le circonda a discapito di ciò che sentono e quindi tendono a fare ciò che il terapeuta desidera, potrebbero accettare per esempio interpretazioni che non corrispondono veramente alla loro esperienza. Esiste quindi il rischio che il paziente accetti le spiegazioni del terapeuta e che non entri in contatto con i suoi veri desideri, a causa di esperienze negative nell'infanzia che non gli hanno permesso di sviluppare un contatto reale con la propria interiorità.

### **Ipotesi dispercettive**

La Bruch (1973) giunse alla convinzione che i vari sintomi dovessero essere reinterpretati come manifestazioni di disturbi nel campo percettivo e concettuale. Soprattutto l'incapacità di riconoscere la fame e le altre sensazioni fisiche che si associa alla scarsa consapevolezza del proprio corpo. L'origine dei disturbi dipenderebbe da un disconoscimento dei bisogni del proprio corpo e da un disturbo della percezione dell'immagine corporea. In linea di massima riscontriamo un concetto di Sé deficitario, con la paura di essere vuoti o malvagi interiormente. Attraverso il controllo del peso si tenta di proclamare la propria autonomia: ad una confusione emozionale si sostituisce una certezza corporea. Nel processo terapeutico occorre rendere i soggetti consapevoli dei propri impulsi, bisogni e sentimenti, cercando di porre riparo al senso di incapacità, alle distorsioni concettuali, all'isolamento e insoddisfazione che sottendono questi disturbi.

### **Ipotesi relazionali sistemiche**

La terapia sistemico-relazionale e familiare, partendo dalla teoria dei sistemi, si focalizza sui rapporti all'interno della famiglia, sui giochi relazionali e sui sotto-sistemi familiari.



Minuchin (1980) parla di anoressia come sindrome psicosomatica caratterizzata da sintomi sia di natura fisica che psichica. Certi tipi di organizzazione familiare sono strettamente correlati allo sviluppo e al mantenimento di sindromi psicosomatiche e sono gli stessi sintomi del figlio psicosomatico a mantenere l'omeostasi familiare. Non è l'individuo sintomatico, ma lo stesso sistema. I confini interni tra i membri sono praticamente assenti (invischiamento), mentre i confini con l'esterno sono molto rigidi. La Selvini Palazzoli (1975) prende in considerazione gli stili comunicativi e i modelli interattivi, notando come ogni diversità viene azzerata con una costante opera dall'esterno di ridefinizione delle emozioni, che non vengono negate, bensì *disconfermate*. Ogni membro non fa qualcosa perché lo desidera, ma lo fa in rapporto alle esigenze altrui e "per il bene di qualcun altro". L'autrice parla di "matrimonio a tre" dove ogni membro è come se fosse sposato con due persone: il padre con la madre e la figlia, la figlia con il padre e la madre, ecc. Tutto ciò non permetterà alla figlia una vita autonoma. A questo quadro l'autrice affianca anche la presa in considerazione della realtà intrapsichica, non solo della figlia ma anche della madre, che spesso all'apparenza esteriore di moglie sottomessa nasconde idee di ribellione e abbandono non assecondate solo per paura della condanna sociale.

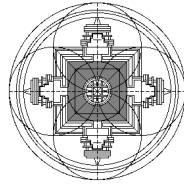
L'emaciazione del corpo esprime un comportamento paradossale: *l'onnipotenza della schiavitù*. L'anoressica si sente onnipotente perché attaccando il corpo come un oggetto esterno, possedimento della madre che non riconosce i bisogni altrui, colpisce là dove è riposta la potenza dell'altro; sottrae il suo corpo alla madre in modo che non possa, attraverso il cibo, plasmarlo secondo i suoi desideri.

### **Ipotesi cognitive-comportamentali,**

Tale approccio considera l'acquisizione e il mantenimento di comportamenti inadeguati come frutto dell'apprendimento e lavora sulle convinzioni distorte e sui comportamenti disfunzionali. Ad esempio, semplificando, il paziente in trattamento impara a pensare "io sono normale e le modelle sono anormalmente magre" invece di "le modelle sono perfette ed io voglio essere come loro. Devo dimagrire."

Eysenck e Rachman (1965) hanno sottolineato l'importanza di prendere in considerazione anche "eventi mentali", oltre al comportamento obiettivo. Tali teorie non solo danno importanza agli stimoli ambientali, ma utilizzano anche concetti più recenti legati alle teorie della comunicazione, all'acquisizione di schemi genitoriali e processi complessi quali l'attaccamento.

La teoria cognitivo-comportamentale curerà sia l'aspetto fisico che quello psicologico mettendo al corrente il paziente del compito globale in modo che si possa stipulare un contratto in cui sia il paziente che i familiari sapranno i loro compiti specifici. Si interviene poi su variabili cognitive, comportamentali e motivazionali. Il terapeuta potrà assegnare compiti in cui si chiede di annotare il prima, durante e dopo un certo tipo di comportamento disfunzionale. Poi si insegna al paziente a riconoscere i propri pensieri negativi in modo da sostituirli con risposte più razionali. Inoltre si danno dei rinforzi positivi o negativi a seconda dei processi che si vuole facilitare o inibire. Un'altra tecnica che mira al cambiamento del comportamento è "l'assertive training" che consiste nell'insegnare al paziente ad essere più assertivo nelle relazioni interpersonali. Inoltre si utilizzano role-playing e terapie di gruppo, oltre alla desensibilizzazione sistematica, attuata grazie al rilassamento muscolare e a tecniche immaginative.



### **Modello psico-corporeo e arti-terapie**

Come è facile intuire un approccio integrato che prenda in considerazione diversi aspetti del comportamento sarà più efficace di un approccio che si concentra solo su un aspetto del problema.

Anoressia e bulimia sono disturbi che rivelano profonde difficoltà di relazione. Vomito, rifiuto del cibo, dimagrimento sono surrogati di difficoltà di espressione dei bisogni profondi del Sé che, nel suo nucleo, rimane sano e desideroso d'amore. Il primo rapporto da recuperare è quello con il proprio corpo, come entità fisica e psichica, ricevitore ed emettitore di emozioni e sentimenti.

Il rifiuto del cibo, secondo il modello psico-corporeo (Lowen, 1978), condensa una serie di istanze e tematiche psicologiche:

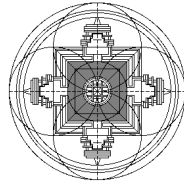
- **negazione e non accettazione della corporeità e della sessualità** e una tendenza all'idealizzazione
- **rifiuto** e ostilità nei confronti delle persone significative dell'ambiente esterno
- **controllo** continuo della propria esperienza di vita con forte tendenza all'idealizzazione
- **autocritica** svalutativa compensata da comportamenti di forte efficienza e funzionalità

La negazione della corporeità non è solo di tipo mentale, bensì anche corporeo, così come lo sono tutti gli altri processi e dinamiche implicate nell'anoressia. Il corpo infatti è un elemento strutturale dell'Io e il narcisismo è definito come un processo che contribuisce alla costruzione di un Io unitario e coeso.

La bioenergetica è un modo di comprendere la personalità in termini dei suoi processi energetici. Questi processi, cioè la produzione di energia attraverso la respirazione e il metabolismo e la scarica di energia nel movimento, sono le funzioni basilari della vita. La quantità di energia di cui si dispone e l'uso che se ne fa determinano il modo in cui si risponde alle situazioni quotidiane. Ovviamente, le si affronta con più efficacia se si dispone di più energia da tradurre liberamente nel movimento e nell'espressione. La bioenergetica è anche una forma di terapia che associa il lavoro sul corpo con quello sulla mente per aiutare le persone a risolvere i propri problemi emotivi e realizzare in misura più ampia il proprio potenziale di provare piacere e gioia di vivere. Una tesi fondamentale della bioenergetica è che il corpo e la mente funzionalmente sono identici: cioè, quello che succede nella mente riflette quello che succede nel corpo e viceversa.

Modificare la postura di un individuo attraverso degli esercizi di tipo corporeo incide essenzialmente sulle modalità di organizzazione dello schema e dell'immagine corporea che rappresentano il nucleo essenziale della personalità del soggetto (Ruggieri, 1994). Nella postura infatti si intrecciano componenti meccaniche e componenti emozionali ed interpersonali. In altre parole nella terapia psicocorporea si lavora sul piano fisico-energetico, emotivo-affettivo e spirituale-simbolico. In questo caso è fondamentale il lavoro di integrazione terapeutica tra aspetti corporei e mentali del disagio. In questo senso il lavoro psicocorporeo è in grado di recuperare vissuti inerenti l'immagine corporea e agire attraverso il corpo sugli aspetti psicologici ed emotivi della propria storia personale. Modificare una postura infatti significa ad esempio modificare il modo in cui il soggetto gestisce il suo appoggio. Il concetto di appoggio si intreccia strettamente con quello di sostegno, finché la possibilità di appoggiarsi non si integra perfettamente con la possibilità di autosostenersi. L'incapacità di trovare un appoggio e di sostenersi si traduce tanto in termini corporei che psicologici, e influire su di un aspetto significa necessariamente intervenire anche sull'altro.

Il terapeuta è paragonato all'insegnante di musica. Questi insegna all'allievo non solo a leggere lo spartito ma anche a trasformarlo attraverso il suo corpo in musica lavorando su di



uno strumento, per produrre un evento musicale. I due livelli sono inscindibili e l'insegnante, a seconda dei momenti, focalizza l'attenzione su un piano o sull'altro. Allo stesso modo lo psicologo che modifica un atteggiamento posturale abituale, modifica anche l'immagine corporea, e modificando l'immagine corporea modifica l'atteggiamento posturale.

Il modello psico-corporeo si integra molto bene con le arti terapie: musicoterapia, teatroterapia, danzaterapia. Attraverso l'utilizzo delle arti promuove una maggiore conoscenza di se stessi attraverso il lavoro con il corpo, accrescendo la capacità di autoespressione. In questo tipo di interventi è di fondamentale importanza il processo di successiva verbalizzazione dell'esperienza che è in grado di costruire una nuova narrazione di se stessi e del sintomo, inquadrandolo in un quadro globale più complesso e modificabile (Ricci Bitti, 2002)

### **Terapie residenziali**

In alcune esperienze di tipo residenziale troviamo l'applicazione di un modello integrato al problema.

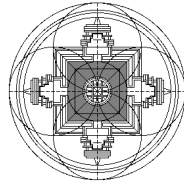
Ad esempio nel "progetto **crisalide**" ([www.crisalide.it](http://www.crisalide.it)) la rieducazione prevista consta di tre fasi. Una prima fase rieducativa, in cui l'ospite apprende a superare la sintomatologia che caratterizza il suo disturbo alimentare ed inizia a prendere coscienza dei comportamenti annessi al nucleo della malattia. La seconda fase si impernia sulla socializzazione nel mondo esterno: l'ospite è ora messo a confronto con la famiglia, gli amici o con situazioni nuove. Nella terza fase l'ospite è dimesso dalla struttura ospitante e dà il via al proprio progetto esistenziale. Anche in questo caso è facile notare come non tutto sia benefico per tutti: a volte la necessità di ribellione relazionale e familiare di cui il disturbo alimentare è un sintomo, diventa un enorme ostacolo alla cura, soprattutto se di tipo residenziale o coatto.

### **Tematiche psicologiche trasversali**

All'interno della grande famiglia dei disturbi alimentari di tipo psicogeno è possibile individuare, pur constatando la peculiarità di ogni singola storia personale, delle tematiche psicologiche comuni e sottostanti al problema. Secondo l'approccio psicocorporeo (Lowen, 1978) è possibile individuare strette correlazioni tra vissuti psicologici e processi corporei, che si traducono in strutture caratteriali specifiche.

Tra le tematiche rilevanti nei disturbi alimentari:

- **Consapevolezza** corporea. Assistiamo di frequente alla difficoltà a riconoscere le proprie sensazioni fisiche in generale, e nello specifico quelle di fame e sazietà (consapevolezza enterocettiva, La Bruch).
- La sensazione di **confusione**, derivante dal non riuscire a riconoscere i propri bisogni e desideri, è molto centrale (rapporti con la figura materna, Lowen). Legato all'assenza di confini corporei, il rapporto simbiotico e invischiato con la figura materna, probabilmente induce scissione come meccanismo di difesa alla confusione. Rileviamo assenza o scarsità di integrazione, intesa come unione di elementi eterogenei in un contesto dotato di senso (ruolo dell'Io). In questo senso l'utilizzo dell'arte può avere un ruolo importante per il rafforzamento dell'Io.
- Il **controllo**. La tematica del controllo è centrale in queste patologie. Nell'anoressia c'è l'assoluta necessità di controllare il proprio peso che si traduce nelle dinamiche comportamentali a noi note. La mancanza di integrazione fa sì che a periodi di assoluto controllo su ciò che si mangia seguivano abbuffate smodate che si configurano come perdita di



controllo, che induce sensi di colpa. La mancanza di integrazione degli opposti, fame e sazietà, è alla base delle sensazioni di confusione. Nella bulimia il comportamento del vomito autoindotto risponde alla medesima esigenza di controllo rispetto a ciò che viene incorporato ed espulso.

- **Confini corporei.** La scarsa consapevolezza del proprio corpo e delle proprie sensazioni si traduce in una scarsa consapevolezza dei propri confini corporei (test del disegno della figura umana). Confini corporei poco definiti sono implicati anche nelle dinamiche relazionali peculiari con le figure genitoriali: il cibo diviene simbolicamente un campo di battaglia per la propria indipendenza e separazione-individuazione.
- Capacità di accettare il **passaggio all'età adulta.** Anoressia come disagio adolescenziale e tentativo di fuga dagli obblighi sociali dell'età adulta.

### **Prevenzione e promozione della salute**

I dati epidemiologici più recenti mostrano un progressivo abbassamento dell'età in cui si manifestano i disturbi alimentari. Se fino a qualche decennio fa era l'adolescenza il periodo critico, ora a esserne colpite sono anche ragazzine di 8-10 anni; più le femmine dei maschi (dieci a uno), anche se in aumento pure questi ultimi. Risulta fondamentale un'opera di prevenzione, un lavoro integrato famiglia-scuola che passi anche attraverso l'attivazione di reti di sostegno sul territorio.

Gli psicologi possono ad esempio attivare dei corsi di educazione alimentare per insegnanti della scuola dell'infanzia, avendo come obiettivi non solo fornire cognizioni di base sull'alimentazione e sui disturbi connessi, ma anche promuovere un collegamento tra la scuola, la famiglia e i servizi operanti nel settore. Il tutto con l'obiettivo a lungo termine di prevenire eventuali difficoltà della sfera alimentare e di promuovere un benessere generale che tenga conto dell'alimentazione e del rapporto con il cibo.

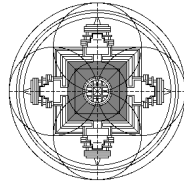
In Italia è soprattutto l'associazione ANSISA ([www.ansisa.it](http://www.ansisa.it)) ad occuparsi di prevenzione dei disturbi alimentari. Ma ad uno sguardo approfondito risulta evidente l'estrema frammentazione degli interventi: ogni esperto cura il proprio piccolo orto, occupandosi di patologia, disturbi, e al massimo della loro prevenzione. Manca quasi del tutto un'ottica vera di promozione della salute, perché manca a mio parere un paradigma forte che ci permetta di inquadrare i fenomeni della sfera alimentare in reti più ampie che comprendano la persona e le relazioni con gli altri e con la società.

Non possiamo continuare ad occuparci di prevenzione del disagio se vogliamo uscire dalle strettoie del paradigma medico a cui siamo tuttora tenacemente legati come psicologi. Del resto siamo molto deboli a livello professionale, in quanto manca del tutto una visione globale e alternativa dell'essere umano e dei suoi comportamenti.

Prendiamo in considerazione il progetto "Cosa bolle in pentola", di educazione alla salute alimentare (da Notiziario dell'Ordine degli Psicologi, Speciale PIS Psicologia Innovazione e Sviluppo). Questo progetto, promosso da uno psicologo della ASL di Latina, nasce dal crescente aumento di richieste di consulenza dietologica presso la struttura territoriale (Centro adolescente della ASL) e dalle richieste di educazione nutrizionale da parte degli istituti superiori della città.

Obiettivo principale del progetto è la valorizzazione del concetto di salute in rapporto alle scelte alimentari e come tali scelte oggi influiscano sul benessere di domani. Tra gli obiettivi specifici:

- informazione sugli aspetti nutrizionali



- sensibilizzazione sull'importanza degli aspetti relazionali, affettivi e corporei del comportamento alimentare
- stimolare ad una riflessione critica sul concetto di “peso ragionevole” sdrammatizzando il confronto con le immagini proposte dai mass media

Il progetto era rivolto a studenti delle classi II e III di istituti secondari di Latina.

Sono stati svolti due incontri per classe, per l'approfondimento dell'informazione attraverso una interazione dinamica, stimolante una riflessione critica su semplici aspetti nutrizionali.

Sono stati privilegiati strumenti ludici, video e lezioni non frontali, collaborando anche con i professori di materie scientifiche.

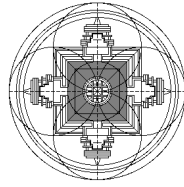
Per quanto riguarda i risultati (dall'analisi degli indicatori pre-test/post-test) rileviamo:

- incremento delle informazioni conoscenze e critiche nei confronti di alcuni comportamenti alimentari (alcohol, mode alimentari)
- aumento di richieste presso la struttura territoriale di valutazioni dello stato nutrizionale e problematiche relative al cibo
- “alleanza” tra operatori e studenti durante l'intervento e successive ricadute in termini di consulenze e informazioni
- valutazione di processo: positiva la percezione di gradimento

Come punti di forza di questo progetto troviamo: l'esperienza e il gioco come modalità di intervento attivo e partecipativo, una equipe integrata con figure mediche e psicologiche che ripristina l'unità somato-psichica. Inoltre c'è uno svincolo dalle modalità obsolete di interventi cattedratici e l'integrazione con la scuola che ha permesso l'inserimento dell'intervento nell'iter formativo degli studenti. Gli operatori sul campo hanno permesso ai ragazzi di accedere più facilmente alle strutture sul territorio.

E' possibile rilevare come l'indicatore “aumento di richieste presso la struttura territoriale”, in realtà difficilmente può essere considerato come un indicatore positivo presso la popolazione oggetto di intervento in un'ottica di promozione della salute. Del resto l'intervento non nasceva forse proprio per far fronte all'aumento delle richieste alla struttura pubblica? Vale a dire: aumenta un disagio che cerca risposte dalla ASL e la ASL risponde con un intervento di promozione della salute che ha come effetto l'aumento ulteriore delle richieste di intervento alla struttura pubblica! Riteniamo che un buon intervento di promozione della salute debba valorizzare innanzitutto le potenzialità e le risorse del contesto organizzativo in cui si svolge l'intervento, focalizzandosi sugli indicatori di salute anziché di patologia e disagio. Inoltre nella relazione sul progetto, il lavoro di gruppo che utilizza modalità ludiche e partecipate per entrare in contatto con la possibilità di esprimersi, di migliorarsi e di entrare in relazione sana con gli altri, è solamente accennato e non approfondito come sarebbe stato auspicabile. Se ci limitiamo al solo compito informativo, come sembra trasparire dal progetto, difficilmente ci faremo portatori di cambiamenti reali, piuttosto saremo i soliti lanciatori di anatemi e dispensatori di vuoti consigli su cosa e come mangiare. Il nocciolo della questione è forse un altro, e per essere raggiunto occorre che ci spogliamo della nostra volontà di “dominio attraverso la conoscenza”. Nel caso di questo genere di progetti c'è il rischio che lo psicologo diventi un dispensatore di consigli, un altro professore che spiega ed istruisce, ma non promuove dei reali processi di crescita e cambiamento.

Piuttosto, a mio parere, occorrerebbe lavorare seriamente sull'integrazione di competenze: è forse necessario far dialogare le discipline per giungere ad una visione più complessa e funzionale dell'umano. A quel punto si potrebbe pensare a dei veri interventi di promozione della salute che tengano conto dei contesti in cui si va ad operare, valorizzando le risorse e promuovendo salute a 360 gradi.



### **Intervista al dott. Danilo Urbani**

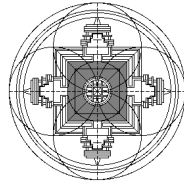
La presente ricerca sui disturbi alimentari ha sollevato molte curiosità e ho sentito il desiderio di approfondire il discorso non solo attraverso la lettura di testi e articoli. Ho pensato che una discussione diretta con un professionista del settore avrebbe potuto di molto allargare le mie vedute, dandomi anche la possibilità di capire realmente dei possibili percorsi terapeutici facendomi un'idea maggiore di questo tipo di problematica. Ho deciso di intervistare il dott. Urbani, che conoscevo da qualche settimana, in modo da approfondire alcuni aspetti legati al percorso terapeutico e alle possibilità di promozione della salute in ambito alimentare. L'intervista si è svolta il 3 novembre 2004 nel suo studio privato ed è durata circa due ore. Mi ha dato la possibilità di conoscere meglio questo professionista, il suo percorso e il suo modo di lavorare, e mi ha offerto moltissimi spunti di riflessione e approfondimento su un argomento molto vasto. Riporto di seguito le parti salienti dell'intervista.

- Dott. Urbani, innanzitutto la ringrazio per la sua disponibilità a parlare con me di alcuni aspetti del suo lavoro. Lei è medico chirurgo e si occupa anche di dermatologia e medicina estetica. Come rientra l'interesse per i disturbi alimentari nel suo lavoro?

Io mi occupo prevalentemente dei disturbi alimentari minori, quindi non proprio anoressia e bulimia ma i BED, Binge Eating Disorder. Se guardiamo il DSM IV sono classificati come uno stato ansioso, per cui il problema è da ricercare nell'equilibrio energetico della persona. In generale quando una persona nasce si attacca al seno per tre motivi fondamentali: di sopravvivenza, affettivo ed erotico. Il problema è che nella fase di sviluppo si possono avere degli intoppi, quindi quando poi una persona si trova male può ritornare ad uno di questi tre aspetti. Quindi, sotto stress, la persona può sviluppare o un disturbo alimentare, o possesso e gelosia, oppure un disturbo sessuale. Oggi il disturbo del comportamento alimentare è visto come un tentativo di ritornare al grembo materno. Se parliamo di anoressia e bulimia, invece il discorso è più sul versante psichiatrico.

- Che tipo di percorso l'ha portata ad occuparsi dei DA e cosa la affascina maggiormente di questo tipo di lavoro?

Non è molto semplice. Innanzitutto da bambino ero soprappeso, quindi conosco in prima persona tutti i problemi connessi. Poi ho fatto per una decina d'anni il dietologo e basta. Facendo solo dietologia, fare perdere solo dei chili ad una persona mi sembra riduttivo, in quanto c'è poi il discorso dell'immagine corporea. Ho fatto io in prima persona un corso di psicoterapia, una psicoterapia personale e poi sono passato attraverso la sessuologia clinica, campo molto affine a quello alimentare. La base è sempre l'attaccamento, quindi il concetto è capire che non basta fare una misurazione metabolica e biochimica per raggiungere una soluzione al problema in quanto il problema è comportamentale. E' un modo di far fronte allo stress e al cambiamento. Comunque io di solito adotto inizialmente la dietologia normale, se la persona risponde bene, allora è inutile affrontare certi discorsi, perché magari la persona ha già trovato un equilibrio. Mentre invece se una persona non riesce a fare un certo tipo di

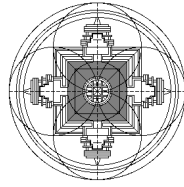


percorso che riguarda solamente l'alimentazione, si va a vedere il motivo per cui non ci si riesce. Ecco perché mi avvalgo spesso del supporto di una psicologa in questi casi.

- Prendiamo in considerazione un ipotetico “caso tipico”, dall'accoglienza alla remissione quali sono le fasi, le potenzialità e le difficoltà che lei incontra nella cura?

Innanzitutto diciamo che sono terapie a lungo termine, in quanto lo scopo finale è l'educazione alimentare, e questa passa non per la mente, ma per il corpo. Essendo una terapia cognitivo-comportamentale, si cerca di ristabilire i bioritmi e riuscire a capire il proprio corpo. Nell'accoglienza il paziente di solito viene e non dice mai il problema reale, viene e si fanno quelle due o tre sedute di studio in cui quando si stabilisce un po' di transfert, allora vengono fuori i problemi. Nel frattempo iniziamo con la dieta, in quanto la gente viene principalmente per quello. Vediamo anche dal linguaggio dei gesti se ci sono delle tensioni. Sono di solito problemi che le persone non sanno gestire, ma questo viene fuori dopo la terza o quarta seduta. I problemi possono essere estetici o di cellulite, dermatologici, ma comunque sempre legati ad un disagio. Se il problema può essere risolto velocemente, per esempio uno ha un neo e lo togliamo, il rapporto finisce. Se invece si tratta di cellulite, io queste persone le vedo tante volte, dunque vengono fuori tante cose. Con il tipo di vita che facciamo oggi ci sono tanti fattori scatenanti. La dietologia non agisce molto a livello cognitivo. Oggi non lavoriamo più con le calorie e le restrizioni, ma con gli abbinamenti. Mangiare deve essere una fonte di piacere, la persona sa che quando ha voglia di mangiare qualcosa può farlo, però in quel momento ha la consapevolezza di poter gestirlo. Spesso le persone vengono con dei preconcetti per cui pensano che questo ingrassa e questo no: si tratta dei frutti di un tipo di informazione sbagliata. In realtà noi siamo fatti in modo da ricercare le cose che più ci servono in quel momento. Il problema più grosso è stabilire un accordo col paziente del tipo: tu fai come ti dico io e se riesci, allora sfati tutti i miti che fino ad ora ti sei portato dietro. Per cui anche mangiare spesso, mangiare la pasta o la marmellata è possibile. Non è che non mangiando queste cose controlli la situazione, anzi la peggiori aumentando il rischio di buttarti sopra alla prima occasione di perdita di controllo. L'obiettivo è raggiungere uno stato di equilibrio. Bisogna togliere l'idea delle calorie, del non mangiare fino a che non si riesce a stare più in piedi, ma mangiare anche quando non si ha fame, arrivare a dei pasti regolari, spiegare il concetto di abbinamento. Fare anche informazione scientifica, spiegando cosa avviene a livello metabolico. Il concetto di base è fare venire fame quando è ora. Mangiare alle 11 di mattina, dopo un po' che lo fai, diventa un'abitudine. Se va tutto bene, la persona si convince, perché ne ha fatto esperienza, della validità di queste abitudini.

Se non si riesce a fare questo discorso e la persona perde il controllo, allora propongo il diario alimentare, una forma di autoanalisi e consapevolezza, in cui non è possibile togliersi della realtà e poi rientrarci con i meccanismi compensatori come il vomito, la ginnastica. In questo caso il problema è grosso in quanto hai uno stress metabolico notevole. Il meccanismo di compenso già ti orienta verso un tipo di gestione del problema. In altri casi c'è uno spostamento del problema su altri campi, e questo è auspicabile, in quanto normalmente cerchiamo un equilibrio. Di solito anche quando la persona è uscita dal sintomo ci vediamo una volta all'anno per seguirla e vedere come va. A quel punto la persona chiama quando ne ha bisogno, è diventata consapevole di come sta.



- Dopo molti anni di lavoro in quest'ambito, certamente avrà sviluppato delle ipotesi riguardo l'eziopatogenesi o comunque si sarà fatto un'idea di alcuni fattori predisponenti al disagio...

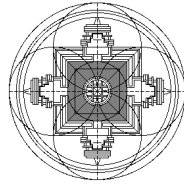
Sono dodici anni che mi occupo di questo tipo di disagio. Credo molto nell'inconscio e nella gestione delle pulsioni. Ho visto che con l'analisi del carattere è possibile non fare degli inquadramenti ma avere delle mappe che ci orientano nel lavoro. Io ho una formazione loweniana per cui i caratteri sono quelli. Per esempio trovo spesso un carattere orale, la persona debole che prima se la prende con se stessa come forma di autopunizione. Ci sono dei tratti masochisti, ma è difficile fare delle categorie definite. Spesso queste persone hanno le tipiche tensioni corporee di cui parla Lowen, anche le correlazioni con la sfera sessuale. A volte è bene togliere un po' di stress e di dissonanze cognitive, magari è bene per il paziente prendersi qualche ora per sé o non fare più le cose che non si vogliono fare. Occorre riappropriarsi del proprio tempo, fare le cose che scaricano. Con Pasini poi sviluppavamo delle ipotesi sulla bulimia, che è un discorso molto complesso. In genere il bulimico ricerca nella pienezza della pancia una sensazione che ha cancellato. La pancia è correlata alle emozioni, il bulimico non sente le emozioni, per sentire le emozioni deve riempirsi la pancia. L'anoressica è una persona intellettualmente validissima, però è molto eterea, una persona per cui il corpo è di intralcio, una palla al piede. Poi c'è anche una rivolta a tutto il sistema, non serve infatti con queste pazienti il trattamento obbligatorio.

- Che valenza può avere un lavoro psicocorporeo che integra mente-corpo e in quali casi può essere maggiormente raccomandato?

Credo che un lavoro psicocorporeo sia l'esito di tutto un percorso di vita delle persone. Una persona che riesce a capire determinate cose è interessata a questo lavoro. Sarebbe utile a tutti, io penso che si dovrebbero investire più soldi per questo. Però dato che oggi siamo più sul versante dell'apparenza, certe cose non vengono proprio prese in considerazione, soprattutto quando una persona vuole dimagrire. E' inutile che inizio a parlare di immagine corporea, di equilibrio energetico: o vede i risultati o va via. Si deve instaurare un rapporto tale che la persona capisce che certe cose sono importanti e poi si sviluppa un interesse e si può fare un lavoro psicodinamico e terapeutico. Ci vuole una preparazione culturale e secondo me anche una certa età per iniziare un percorso di questo tipo. Ad esempio io non prendo in carico le ragazze adolescenti che non siano motivate. Se al primo colloquio vengono mamma e figlia dico che nel momento in cui decidessero di fare un discorso serio, sarà la figlia a chiamarmi per un appuntamento.

- Secondo lei è possibile andare oltre la cura, vale a dire prevenire e ancora prima di prevenire, promuovere la salute dei cittadini? Se sì, come?

E' auspicabile. Qui il problema è di educare i genitori perché sono i primi educatori alimentari. Quando i bambini mangiano insieme a scuola, hanno la possibilità di fare i capricci: "io questo non lo mangio, tanto fuori a casa mi danno la merendina". In realtà i genitori devono sapere che nel mangiare non bisogna dare troppe alternative, viziare i bambini col cibo è sbagliato. Ci sono tanti ragazzi che mangiano solo hamburger, perché gli hanno sempre detto "vuoi questo o quest'altro", anziché dire "oggi c'è questo e si mangia questo". Diventa un discorso anche cattivo delle volte, ma l'educazione alimentare non la puoi fare su un bambino senza che il genitore abbia un polso, non devi dargli alternative e far comandare



lui. Va fatta un'educazione alimentare sui genitori di bambini in età prescolare, questo è l'orientamento dell'ANSISA. Mi avevano chiesto di fare educazione nelle scuole ma non ho potuto accettare per via del tempo. Sul sito internet c'è tutto quello che riguarda l'alimentazione, i corsi e i congressi. Sarebbe auspicabile orientare gli interventi in positivo, senza focalizzarci sulle patologie, per evitare che poi i genitori si rivolgano agli esperti in assenza di problemi reali, ma solo per i sensi di colpa.

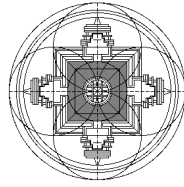
- Sul territorio orvietano ci sono esperienze significative di prevenzione e promozione della salute?

No, nell'alimentazione per quanto ne sappia io, no. Come genitore venni a essere chiamato nella commissione mensa, ma sono andato alla prima riunione e basta. Era solo un caos ed era difficile parlare con gente che dice solo "mio figlio non mangia perché la roba qui è cattiva, infatti a casa mangia e qui no". Innanzitutto a casa mangia perché gli dai delle alternative, qui no. Inoltre ad esempio la mamma che non ha tempo porta il figlio a fare colazione al bar, e la roba a casa poi è cattiva. Inizi la mattinata con un pasto fatto di grassi e zuccheri, poi tutto il resto ti pare cattivo al sapore. E' diseducativo e riempiamo i figli di conservanti, coloranti, grassi, che in realtà sono le cose più buone perché al gusto sono più ricche e qualsiasi altra cosa puoi mangiare dopo non ti piace.

dott. Roberto Ausilio – Psicologo  
dicembre 2004  
[www.ausilio.org](http://www.ausilio.org)

## BIBLIOGRAFIA

- Bauer B., 1998, *"Oltre la Dieta"*, Torino, ed. Centro Scientifico Milano
- Bruch H., 1962, "Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa" *"Psychosomatic Medicine"*, vol. 24, pag. 187
- Bruch H., 1977, "Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia mentale e personalità", Milano, ed. Feltrinelli
- Bertini, M., "Da Panacea a Igea: verso il delinearci di un cambiamento di paradigma nel panorama della salute umana", ne "L'Arco di Giano" Numero 30, 2001, p. 11-31
- Clerici M., F. Lugo, R. Papa, G. penati "Disturbi alimentari e contesto psicosociale: bulimia, anoressia e obesità in trattamento ospedaliero" 1996, Milano, ed. Franco Angeli
- Eysenck H.J. e Rachman S. (1965.) *The causes and cures of neurosis*. Trad. it.: *Terapia del comportamento nevrotico. Un'alternativa alla psicoanalisi*, Milano: Angeli, 1971.
- Feldenkrais M., 1978, *Conoscersi attraverso il movimento*, Celuc Libri, Milano
- Muller E., F. Brambilla "Disordini del comportamento alimentare" 1990, Roma, ed. Pythagora Press.



- Lombardo Caterina, Simona Caiani, Manila Vanucci “Fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari in adolescenza” “Psicologia della Salute” 1999 n.3/4 pag. 81-111
- Lowen A, Lowen L., 1979, *Espansione ed integrazione del corpo in bioenergetica*, Astrolabio edizione
- Lowen, A., 1967, *Il tradimento del corpo*, Ediz. Mediterranee, Roma, Trd. It. 1982.
- Lowen, A., 1975, *Bioenergetica*, Feltrinelli, Milano, Trad. It. 1996.
- Lowen A., 1958, *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Milano, 1978
- Minuchin S., Rosman B.L., Baker L., *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*, Astrolabio, Roma 1980
- Nemiah, J.C. 1984. *The Psychodynamic View of Anxiety*. In: Pasnau, R.O. *Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders*, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Reich W., 1949: *Analisi del carattere*, Sugarco, Milano, 1973
- Rispoli L. - Andriello B., 1988, *Psicoterapia corporea del carattere*, Bollati Boringhieri, Torino,
- Ricci Bitti, P. E., 2002, *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci, Roma,
- Ruggieri, V., 1988, *Mente-Corpo-Malattia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, M., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988), *I giochi psicotici della famiglia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., 1975, *Paradosso e Controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*. Feltrinelli, Milano.
- Solano L., 2001, *Tra mente e corpo - come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina Editore, Roma,.