Raffaele Ruocco

IL "PESO" DEL CIBO

Guarire dai disordini dell'alimentazione con il metodo psico-nutrizionale dei 7 passi

FrancoAngeli/*Self-help*

Self Help

Manuali per capire ed affrontare consapevolmente i problemi più o meno gravi della vita quotidiana.
Scritti in modo chiaro, forniscono le basi indispensabili per comprendere il problema in tutti i suoi risvolti, per poterlo controllare e quindi risolvere.
Una collana di libri seri, aggiornati, scritti dai maggiori esperti italiani e stranieri.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page
al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Raffaele Ruocco

IL "PESO" DEL CIBO

Guarire
dai disordini dell'alimentazione
con il metodo psico-nutrizionale
dei 7 passi

FrancoAngeli/*Self-help*

Grafica della copertina: *Alessandro Petrini*

Copyright © 2015 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

A Lucia T. e tutte le altre…

L'unico modo per sapere se puoi farcela è provare di nuovo mettendoci tutto il cuore… tutto il tuo cuore!

Jorge Bucay

Indice

Premessa, di *Raffaele Ruocco* pag. 11

Parte I
Conoscere e riconoscersi

1. I nuovi disordini dell'alimentazione e del peso » 17

2. La relazione fra cibo, corpo, peso, mente ed emozioni » 25
1. Il cibo… che ossessiona » 25
2. Il corpo… a posto » 32
3. Il peso… della vita » 35
4. La mente… a dieta » 39
5. Le emozioni… che nutrono » 45

3. Prima di cominciare: fidarsi e affidarsi » 51

Parte II
Il metodo psico-nutrizionale in 7 passi

4. Un racconto per cominciare… » 55

5. Il metodo psico-nutrizionale dei 7 passi pag. 59

6. Le basi concettuali del metodo psico-nutrizionale » 63

7. Intraprendere il viaggio » 67
1. Il primo passo » 69
   1.1. Le lettere al mio problema » 74
   1.2. Migliorare la propria immagine corporea » 77
2. Il secondo passo » 78
   2.1. Identificare pensieri e comportamenti » 79
   2.2. Cambiare i pensieri interni » 79
3. Il terzo passo » 81
   3.1. Il diario degli eventi positivi » 83
4. Il quarto passo » 85
   4.1. Le sei P della tecnica di risoluzione dei problemi » 87
5. Il quinto passo » 88
   5.1. Riconoscere le proprie emozioni » 89
6. Il sesto passo » 90
   6.1. Il percorso di ristrutturazione cognitiva » 92
7. Il settimo passo » 93
   7.1. Definire il proprio stato nutrizionale » 96
   7.2. Scegliere il nostro cibo » 98
   7.3. Mangiare secondo natura » 99

8. Verso una nuova consapevolezza di sé » 103

Bibliografia essenziale » 105

L'Autore » 107

Premessa

Qualche tempo fa insieme a un mio amico e collega pubblicammo uno dei primi manuali di auto-aiuto per le persone con disturbi dell'alimentazione e del peso. Da allora sono trascorsi quasi dieci anni e si sono succedute centinaia di storie personali di malattia, fallimenti e guarigioni che hanno arricchito la mia esperienza umana e clinica. Nel corso degli anni molte/i pazienti, genitori e persone coinvolte a vario titolo in questo problema hanno letto e utilizzato il manuale. I loro commenti mi hanno stimolato nuove riflessioni sull'intimo rapporto che esiste fra cibo, peso, corpo e mente. Non ultimo l'editore, suppongo con molta benevolenza nei miei confronti e sopravvalutando forse il contenuto di quel precedente lavoro, mi ha spinto e convinto a lavorare a questo nuovo testo.

Tengo a precisare che questo libro non supporta una particolare interpretazione del problema né difende una specifica terapia, pur avendo come riferimento scientifico la terapia cognitivo-comportamentale l'unica validata a tutt'oggi con studi di efficacia randomizzati e controllati.

Quando ho iniziato la stesura del testo ho avvertito il dovere di raccogliere quello che in questi anni mi hanno restituito le/i pazienti attraverso le loro storie comuni e uniche allo stesso tempo. Per dare un senso di attualità al lavoro ho provato a rispondere ad alcune domande che in questi an-

ni hanno risuonato costantemente nella mia mente, in particolare: cosa è intervenuto nel corso del tempo a modificare l'interpretazione e la terapia dei disordini dell'alimentazione e del peso? c'è un elemento comune nella psicopatologia di questi problemi? cosa mi ha colpito in particolare delle/i pazienti? quale aspetto è stato più utile coltivare nel rapporto fra me e loro? qual è la strategia più efficace per contrastare sentimenti negativi come sconfitta, rassegnazione, fallimento, ineluttabilità? come è possibile sostituirli con sentimenti positivi quali vittoria, pazienza, perseveranza, duttilità, tolleranza alle frustrazioni? Oggi sono ancora più convinto che lasciare parlare e ascoltare con attenzione le/i pazienti oltre che una forma di rispetto dovuta sia anche il presupposto essenziale per meglio comprendere il loro problema e favorire l'inizio di un percorso terapeutico condiviso. Solo le parole pronunciate con fatica nei nostri incontri, ma anche gli assordanti silenzi, riescono a dare il senso reale della sofferenza e la dimensione del loro disagio.

Queste testimonianze, e l'esperienza clinica, mi hanno confermato che, quale che sia la diagnosi di disturbo alimentare, tutte le/i pazienti esprimono nei pensieri e nei comportamenti preoccupazioni, ossessioni e convinzioni disfunzionali simili sui temi del controllo dell'alimentazione, del peso e delle forme corporee spesso associati a una marcata difficoltà a gestire le relazioni interpersonali, riconoscere e vivere le proprie emozioni.

Francesca è arrivata in ambulatorio pochi giorni fa e queste sono state le sue prime affermazioni: "Sono molto preoccupata, ma la cosa che più non tollero è avere la sensazione costante di poter perdere il potere e il controllo sul cibo, le sue tracce, il suo effetto quando entra nel mio corpo. Io voglio essere magra e non posso sopportare di avere fame. Ma spesso mi abbuffo e sono angosciata dalle conseguenze di questo mio comportamento e dal fatto che non riesco a decidere il peso e le forme del mio corpo!".

Chiara mi aveva contattato qualche settimana prima. Fin dalle prime battute ha ostentato un carattere fermo, deciso, battagliero, quasi irriverente. Poi in lacrime ha confessato che da anni lotta con la sua alimentazione emotiva e il suo sovrappeso. Finalmente è motivata e decisa a risolvere il problema. "È la mia ultima occasione, un nuovo fallimento non lo sopporterei. Purtroppo sono golosa, debole di fronte al cibo, arrabbiata con me stessa e il mondo". Le chiedo cosa supporta queste sue convinzioni e il suo attuale stato d'animo. "Conosco benissimo il mio problema di peso e la soluzione ma non riesco a stare a dieta. Lo so, dipende solo da me, è una questione di volontà. E quando mi abbuffo c'è un pensiero che mi risuona nella testa: io vorrei dimagrire e avere controllo, ma una parte di me probabilmente non vuole perché il mio grasso dice a tutti: andate a… quel paese!".

Due brevi racconti di esperienze personali che esprimono in modo chiaro e universale la psicopatologia dei disordini dell'alimentazione e del peso. Come interpretarli? Provo a spiegare insieme il vissuto fisico e psicologico di chi ne soffre riprendendo due citazioni da mie recenti pubblicazioni:

"… il soggetto che manifesta un disturbo alimentare ha una grande fame di libertà. Di una libertà che vorrebbe rifiutare ogni limite. Ma la mancata accettazione di regole o al contrario l'adesione a regole rigide fa sì che questo desiderio smisurato si trasformi nel suo opposto: una totale dipendenza. Siamo di fronte cioè al paradosso di una persona onnipotente-impotente. Il cibo non si costituisce più degli alimenti ordinari, ma di significati sovraordinati a esso attribuiti, di sogni onnipotenti che la persona coltiva e che si capovolgono in stati di penosa impotenza… un paradosso, sia sul piano filosofico che su quello medico ed esistenziale". (M.A. Pierotti)

"… il disturbo alimentare è una strategia di sopravvivenza, un mezzo per esprimere un disagio e tentare di salvaguardare un potere e un'identità che si ritiene non essere in grado di esprimere nei differenti contesti e ambiti della vita, nella gestione dei conflitti affettivi, professionali, nelle situazioni di cambiamento e in particolare di quelli fisici e psicologici legati alla pubertà e alla maturità. Come a dire: '… e se non riesco a misurarmi con la mia vita, provo almeno a decidere il mio giro vita!'". (R. Ruocco)

Queste interpretazioni rappresentano una possibile lettura, molto aderente alla realtà, di una malattia così complessa, variegata e diffusa. Negli ultimi anni i disordini dell'alimentazione e del peso si sono evoluti, sono cambiati e così anche il mio lavoro di terapeuta è cambiato. Oggi mi ritrovo a essere forse più ostinato e direttivo, ma molto meno rigido e prescrittivo. Nella mia nuova relazione con le/i pazienti prevale la volontà di prestare attenzione alla centralità della persona, la fiducia nelle sue potenzialità come risorsa essenziale per favorire il cambiamento e la guarigione, l'esercizio costante all'ascolto e all'attesa. Questi elementi permettono di valutare con cura e attenzione i bisogni della persona, la sua consapevolezza e la sua motivazione al cambiamento. La mia convinzione è che questa sia la strada per evitare di somministrare terapie e prescrivere compiti non condivisi e inevitabilmente inutili se non dannosi.

Questo cambiamento è avvenuto gradualmente e inevitabilmente grazie soprattutto alle/ai pazienti che ho incontrato, alle loro storie, ai loro atteggiamenti apparentemente inspiegabili e ambivalenti nei confronti del mondo, degli altri, del senso della vita. Quello che mi ha colpito, in particolare, sono state le loro ripetute esperienze di incolpevoli fallimenti frutto di un'arroganza terapeutica che ha lasciato sulla loro pelle e nella loro mente un vissuto di sconfitta, rassegnazione, ineluttabilità. Le loro esperienze hanno spiazzato le mie rigide interpretazioni cliniche e gli approcci terapeutici ortodossi lasciando il posto a un nuovo modo di agire in termini di relazione terapeutica. Il nuovo paradigma è stato: proviamo insieme a decidere quando e come cambiare trasformando i *devo* in *voglio*. Ed è mia convinzione che anche l'uso di metafore, racconti e finanche dell'ironia sia utile a rendere più efficace la relazione terapeutica. Ma questo non è che un punto di partenza, perché ci sarà sempre tempo e modo per fare di più e meglio.

Raffaele Ruocco

Parte I

Conoscere e riconoscersi

Io mi contraddico. Sono ampio. Contengo moltitudini.
Walt Whitman

1

I nuovi disordini dell'alimentazione e del peso

Adesso penso di aver capito! Quando si soffre di anoressia ci si erge psicologicamente su tutti gli altri, i deboli, quelli che non sono in grado di avere controllo. Con la bulimia ci si nasconde, si offre agli altri una immagine di sé diversa dalla realtà, una finta facciata. Quando si è grassi si costruisce una impenetrabile barriera protettiva. Ma in tutti i casi si sta male allo stesso modo… Maria, 2015

Nei disordini dell'alimentazione, il cibo, le forme corporee, il peso, le emozioni diventano gli ambiti prevalenti ed esclusivi dell'esistenza delle/dei pazienti, i temi costanti di una rappresentazione, di un copione di vita che si ripete in modo ossessivo e caratterizzato dall'alternanza di due vissuti psicologici: la preoccupazione per il controllo e la paura costante di perderlo. La definizione universalmente accettata nel mondo scientifico considera i disordini dell'alimentazione come persistenti disfunzioni del comportamento alimentare che condizionano la salute fisica, il funzionamento psicologico e la vita di relazione delle persone. Il nuovo DSM-5, il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, ridefinisce queste malattie con il termine: "disordini dell'alimentazione e della nutrizione". Esse rappresentano un'importante causa di morbilità e mortalità in particolare nelle adolescenti

e nelle giovani donne adulte, ma da tempo si stanno diffondendo sempre più, anche negli uomini se pur con caratteristiche psicopatologiche distinte. I maschi rappresentano oggi tra il 5% e il 10% dei casi di anoressia nervosa, tra il 10% e il 15% dei casi di bulimia nervosa e tra il 30% e il 40% dei casi di Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI o BED in inglese). Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile la presenza di malattia è stimata dello 0,9% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il DAI. L'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 donne in un anno, mentre quella della bulimia nervosa è di almeno 12 nuovi casi per 100.000 donne in un anno. Nonostante però le bassi percentuali, l'anoressia nervosa, caratterizzata dal rifiuto di mantenere un peso naturale e da un legame apparentemente indissolubile fra basso peso e autostima, e la bulimia nervosa che si caratterizza con abbuffate e vomito autoindotto, sono i disturbi più conosciuti e "pubblicizzati" al punto che questi termini vengono oggi utilizzati spesso impropriamente per stigmatizzare comportamenti o caratteristiche di personalità che nulla hanno a che vedere con la presenza della malattia. Nella realtà più del 60-70% circa dei casi clinici sono persone affette da disturbi dell'alimentazione che non hanno caratteristiche ben definite e sono quindi classificati come atipici o non classificabili. Sono i casi che non si "vedono", che sfuggono alla diagnosi e ai terapeuti. Negli ultimi anni sono stati descritti nuovi disturbi del comportamento alimentare e dell'immagine corporea. In particolare l'*ortoressia* (dal greco orthos – corretto – e orexis – appetito) una condizione caratterizzata dall'ossessione del mangiare sano, dalla paura di ingrassare o di non essere in perfetta salute, dalla ricerca spasmodica del cibo giusto, genuino e naturale, al punto tale che la dieta diventa monotona, carente e sbilanciata, un'ossessione che porta a trascurare ogni altro interesse. La *vigoressia* o *bigoressia* sono disturbi dell'immagine

corporea tipici dei maschi e si caratterizzano con un'applicazione maniacale per l'esercizio fisico praticato in palestra (body building, pesi), l'adozione di pericolose diete iperproteiche squilibrate e l'assunzione incontrollata di farmaci anabolizzanti che provocano danni renali, epatici e metabolici in alcuni casi irreversibili. Le preoccupazioni per il corpo, la forma fisica e l'aspetto estetico, sembrano non essere più prerogativa esclusivamente femminile ma riguardano oggi sempre più anche il mondo maschile. Le forme corporee, l'apparenza, il potere sociale sono diventati l'unico metro di giudizio, oggetti di cura e fonte di numerose preoccupazioni anche per gli uomini. I disordini dell'alimentazione quindi non possono più essere considerati come disturbi di genere ma sempre più si configurano come un problema legato alla definizione della propria identità. La ricerca sui DCA nei maschi evidenzia una forte interazione tra ruolo di genere, orientamento sessuale e specifiche caratteristiche dell'insoddisfazione corporea maschile. Nella popolazione omoaffettiva (preferisco questo termine al termine omossessuale!) maschile e in parte in quella femminile per esempio, è presente una maggiore insoddisfazione corporea, una maggiore preoccupazione di ingrassare e una maggiore tendenza a intraprendere diete. La *sindrome da alimentazione notturna* (Night Eating Syndrome) combina il disturbo dell'alimentazione con un disturbo del sonno e un disturbo dell'umore. I ritmi biologici sono alterati e invertiti e caratterizzati da una fase iniziale segnata da un ritardo nell'insorgenza dell'appetito mattutino e dal pascolo notturno di cibo. La *drunkoressia*, è un nuovo disordine alimentare comune tra gli adolescenti che si sottopongono a un digiuno prolungato durante il giorno per bere poi enormi quantità di alcolici durante la sera. Più che la ricerca della magrezza la restrizione alimentare è strumentale e conseguente all'assunzione di alcool cioè le calorie risparmiate durante il giorno possono poi essere spese in alcolici e superalcolici durante le ore notturne. Quindi più si