

Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

## **IL PERCORSO TERAPEUTICO CON UNA CLIENTE CHE PRESENTA UN DISTURBO DELL'OBESITA'**

### **Descrizione del caso**

Nel mese di Novembre 2008 ricevo una telefonata da una mia collega che mi chiede se posso prendere in carico F. che le ha chiesto se le sapeva indicare un centro multispecialistico per i disturbi alimentari visto che lei voleva perdere peso, ma essere seguita anche dal punto di vista psicologico.

Dopo aver manifestato alla mia collega la mia disponibilità, F. mi chiama per prendere un appuntamento e contemporaneamente chiama anche la dietista con la quale collaboro.

Comincia così un percorso integrato di dietoterapia e psicoterapia.

F. mi spiega che ha deciso di venire in terapia per sottoporsi ad un trattamento nutrizionale associato ad una terapia psicologica poiché vuole ridurre l'obesità che l'affligge da sempre.


Racconta di essere stata sin da piccola una bambina robusta e di non aver mai sopportato il suo aspetto fisico e per questo ha, talvolta, limitato la sua vita sociale.

Al momento F. non vede nessun altro specialista e non segue nessuna terapia farmacologia.

F. sceglie di cominciare una psicoterapia proprio in questo momento perché un anno fa ha scoperto di avere una malattia degenerativa e vuole ridurre il suo peso per affrontare meglio la lotta contro la malattia.

Confessa, comunque, che nonostante abbia tentato vari tipi di diete, nell'ultimo anno sta continuando ad ingrassare e ha ricominciato ad assumere con maggiore frequenza dei comportamenti che la turbano e la preoccupano. A volte mangia molto fino ad arrivare a fare delle grandi abbuffate.

Da qualche mese non sopporta la vista del suo corpo così evita di guardarsi allo specchio.



Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

Mi racconta anche che vive degli sbalzi di umore e ci sono dei momenti in cui si sente profondamente angosciata e sente di avere un vuoto che riesce a colmare solo con il cibo.

La cosa che comunque la preoccupa di più è il suo peso corporeo e si interroga su quanto il suo aspetto fisico la condizioni e la limiti nella vita sociale e relazionale.

F. ha un'immagine molto negativa di sé, dice di stimarsi poco, di sentirsi spesso una fallita, non si piace proprio. In generale si svaluta moltissimo, fa molta fatica a riconoscersi dei meriti che oggettivamente sono presenti, come saper svolgere bene il suo lavoro fino ad essere apprezzata dagli altri. Di tutti gli aspetti caratteristici e positivi della sua persona, lei non ne riconosce nessuno: è bloccata nei suoi problemi e talvolta ha la sensazione che non riuscirà mai a risolverli.


Attribuisce la causa dei suoi problemi con il cibo, ad una cattiva educazione che ha ricevuto dalla sua famiglia. Ripete spesso che i suoi genitori non le hanno insegnato cosa fare e come comportarsi in determinate situazioni, come quelle delle relazioni affettive.

Si colpevolizza molto per il fatto di non essere riuscita a crearsi una famiglia, ad avere una relazione d'amore significativa.

Per F. il mondo è qualcosa di molto minaccioso dal quale si deve nascondere e difendere. Gli altri sono percepiti da una parte, come persone al di sopra di lei e sempre pronti a giudicarla negativamente, dall'altra come persone che sono pronte solo ad approfittare di lei.

Il ruolo che F. attribuisce alla terapia è quello di aiutarla a capire le motivazioni che la spingono a fare le abbuffate, perché secondo lei solo scoprendo le cause può arrivare a superare il problema con il cibo.

**Problematica clinica presentata da F.**



Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

F., come prima problematica, ha portato il proprio disagio legato al peso corporeo, e soprattutto alla incapacità di controllare la quantità e la qualità di cibo che ingerisce.

Nel periodo in cui si è rivolta a me, denunciava di avere episodi soprattutto serali in cui ingeriva una quantità eccessiva di cibo ipercalorico come gelati, dolci e carboidrati fino a "stare male". Alle abbuffate seguivano stati di umore depresso, una spietata auto critica, senso di colpa, vergogna, autocolpevolizzazione e anche un sempre più consolidato senso di fallimento. Alla crescita ponderale si associava anche una continua perdita della propria autostima.

F., al momento delle prime sedute, soffriva di un continuo aumento ponderale che la inserivano all'interno della "grave obesità", come diagnosticato in seguito dalla dietista.

Ipotizzo anche che il disturbo alimentare di F. sottenda un disturbo Dipendente di Personalità.

A questo punto appare necessario approfondire la visione fenomenologia dei disturbi dell'Alimentazione e del disturbo Dipendente di Personalità (Sims A., 2005).


### *Obesità*

L'obesità ha molte cause: fisiologiche, genetiche, culturali e sociali.

Per quanto riguarda i fenomeni legati all'immagine corporea nell'obesità, Kalucy (1976) considera che l'adolescenza è lo stadio critico dello sviluppo in cui appaiono i disturbi della forma e dell'esperienza del corpo.

L'obesità nell'adolescenza, determina un disgusto per se stessi e un'autodenigrazione. Essi possono evitare gli specchi ed è spesso presente in loro anche una distorsione della dimensione del corpo, che viene stimata in eccesso.

### *Il disturbo dipendente di personalità*



Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

La personalità dipendente è caratterizzata da sentimenti di inadeguatezza e di dipendenza dagli altri. E' presente una grave mancanza di fiducia in se stessi, nell'iniziativa e nei desideri:


- Incapaci di prendere decisioni da soli, delegano ad altri le proprie scelte (chi frequentare, quale lavoro svolgere, cosa fare nel tempo libero, ecc...) per mancanza di fiducia nel proprio giudizio e nelle proprie capacità.
- Hanno difficoltà a funzionare socialmente senza che qualcuno si prenda cura di loro, così tendono ad affidarsi completamente al partner, ai genitori, ai superiori, agli amici a cui chiedere continuamente consigli e rassicurazioni
- Preferiscono che altri si assumano le responsabilità per la maggior parte dei settori della loro vita e spesso che dica loro cosa fare, come comportarsi, ponendosi sempre in un ruolo passivo
- Sottomessi e riluttanti ad esprimere le loro opinioni per paura di essere in disaccordo con gli altri e perdere la loro approvazione, il loro supporto.
- La negazione caratterizza lo stile difensivo dipendente: il conflitto viene ammorbidito negando i propri impulsi ostili che, se espressi, metterebbero in pericolo il loro ruolo di sottomessi e la relazione stessa.

### **Organizzazione della Personalità di F.**

La cliente ha vissuto con il padre un attaccamento di tipo evitante, in quanto ha sempre percepito da parte sua una mancanza di attenzioni e si è percepita come non riconosciuta. Mai un gesto d'affetto o un complimento.

Anche dalla madre non si è sentita accolta e amata, bensì ha sempre ricevuto un accudimento centrato prevalentemente sui bisogni primari. Inoltre, da parte della madre ha subito iperprotezione, controllo e un non riconoscimento dei suoi bisogni di autonomia.

Nell'insieme la cliente ha sviluppato un concetto di sé basato sulla poca amabilità, sulla vulnerabilità e soprattutto sulla impossibilità di esprimere e riconoscere i propri bisogni; il disagio sperimentato ha fatto sì che trovassero la loro compensazione nel mangiare in modo incontrollato e nell'instaurare



Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

relazioni in cui l'affettività era barattata con l'essere perfetta, sempre brava ed efficiente " Se faccio la brava allora mi vuoi bene...".

F. mangia troppo e in modo incontrollato soprattutto quando comincia a sentirsi angosciata. Adotta questo metodo automaticamente perché ha su di lei un potere sedante dell'emozione, di compensazione e le consente di non confrontarsi con sentimenti di solitudine e di non amabilità.

F., inoltre, vive il suo corpo come un alibi, per non essere avvicinata ("gli uomini non vogliono le donne grasse"), come la concretizzazione del proprio fallimento, qualcosa di cui vergognarsi, da utilizzare per allontanare l'altro.

### **L'approccio terapeutico**


Il problema delle persone con disturbo dipendente di personalità è l'eccessiva dipendenza dagli altri, non dovrebbe sorprendere il fatto che tenderanno ad aggrapparsi anche allo psicoterapeuta e che questa forte dipendenza diventerà anche una delle maggiori resistenze al trattamento ( Lingiardi, 1996).

Nella relazione con F., ho accolto disagio relativo al mangiare incontrollato e al vivere con angoscia il proprio corpo, alla scarsa considerazione di sé e alla difficoltà di instaurare relazioni significative e durature concentrando il lavoro terapeutico sui vissuti e sull'esperienza di F..

L'approccio che ho usato è stato centrato sulla cliente, adottando un atteggiamento di assoluto non giudizio o di valore, un profondo ascolto, un'accettazione incondizionata per i vissuti di F. al fine di trasmetterle un significativo riconoscimento positivo nella sua unicità e specialità.

Quando ho sentito che l'alleanza terapeutica era ben salda e poteva reggere, ho cominciato a fare degli interventi di congruenza per evitare di colludere con questo suo vissuto di dipendenza.

A volte, però, ho avuto e ho tuttora, difficoltà ad essere accettante in modo incondizionato nei confronti di F., proprio a causa del suo atteggiamento di rinuncia inconsapevole al proprio Sé. Talvolta, provo sentimenti di rabbia, di disprezzo e in altri momenti colludo con questo suo atteggiamento auto-



Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

svalutante, diventando co-dipendente di F.: ad esempio una volta ad una sua domanda diretta “ma, secondo lei dottoressa ce la farò? Riuscirò a tirare fuori le unghie?” Io ho colluso con questo suo bisogno di rassicurazione, perché le ho risposto “Sì ce la farà ...”

Solo attraverso la congruenza sono riuscita a prendere consapevolezza di questi sentimenti e ciò mi ha condotto verso la supervisione che mi ha permesso di lavorare sulle parti non risolte di me che stavano contaminando la relazione terapeutica con F..

Nello specifico, il lavoro terapeutico con F. è stato caratterizzato dalla esplorazione di emozioni relative al rapporto con la sua famiglia, al riconoscimento dei bisogni frustrati da bambina e dei bisogni attuali, all’esplorazione delle condizioni affettive che la portano a mangiare in modo eccessivo e a perdere il controllo del peso corporeo.


Attualmente il lavoro terapeutico è centrato sull’ esplorazione dei costrutti relativi a sé, al concetto che ha di se stessa per cui crede di essere destinata alla solitudine.

F. ripete spesso: “ secondo me esiste un modo di comportarsi con i ragazzi che la mia famiglia non mi ha mai insegnato e che le persone normali usano ed è per questo che io fallisco o mi ritiro”.

Questo costrutto è venuto fuori più volte in diversi colloqui e un giorno, nel restituirglielo attraverso un rimando di congruenza, F. è scoppiata a piangere e mi ha raccontato della violenza sessuale che ha subito ai tempi dell’Università che l’ha fatta soffrire molto.

In seguito a questa violenza, i genitori l’hanno costretta ad abbandonare la città dove studiava e a trasferirsi da suo fratello perché dicevano che lì “sarei stata meglio”.

L’atteggiamento della famiglia rispetto a questo episodio è stata l’ennesima dimostrazione della mancanza di rispetto per F. e per la sua autonomia.



Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

In questo momento della terapia alterna fasi in cui fa passi avanti verso una maggiore autoregolazione e autoconsapevolezza, e fasi in cui fa un passo indietro rivivendo il senso di impotenza, di rassegnazione di colpa verso se stessa, di fallimento e di incapacità: “voglio dimagrire e non faccio diete”, “voglio oppormi e ribellarmi alla mia collega ma non lo faccio”, “Sento di dover dimostrare sempre quanto valgo, perché gli altri vedono solo il mio corpo... Sento di dover bluffare per dimostrare di valere”.

Tutte queste affermazioni la portano a contattare il concetto che ha di sé, costruito su un senso di amabilità e svalutazione.

In questa fase della terapia, cominciano a verificarsi dei momenti in cui F. comincia a piangere... ed è qualcosa di cui, da un lato, si vergogna :“ a casa mia non si piange davanti a tutti! Dall’altro, però, sente che con me può farlo... “Ma qui... almeno qui... in terapia”

Così comincia ad esplorare le condizioni attraverso le quali si vive accettata dalla sua famiglia e riconosce quanto queste condizioni siano diventate anche le proprie condizioni e il suo parametro di giudizio.


Ad un certo punto, arriviamo ad un momento della terapia in cui, nonostante che F. arriva sempre puntuale, non cancella mai l’appuntamento, quando si siede dice di essere stanca e si dilunga a parlare del più e del meno, anche se il suo pianto continua ad essere presente durante i colloqui.

Poi per qualche incontro comincia a parlare pochissimo, dice che non sa cosa dire, “voglio venire ma poi quando sono qui ...”

Negli incontri successivi continua questo suo sentirsi impotente perché le sembra di aver finito le cose da dire...

A questo punto, confidando nella ben salda alleanza terapeutica che c’è tra di noi, decido di chiederle cosa sente nel momento in cui mi dice “non so cosa dire”.

F. risponde di provare, da una parte, un forte senso di colpa perché le sembra di sprecare tempo, dall’altra, comincia ad ipotizzare che forse più che non



Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

sapere cosa dire, non “vuole dire” perché ha il terrore di che cosa può succedere se arriva ad esplorare se stessa ancora di più in profondità... ha paura di quello che può scoprire di sé...

Da questo momento F. comincia a farsi vedere da me anche nelle sue debolezze, affrontando la sua angoscia e la sua disperazione con sofferenza e coraggio fino ad arrivare a parlare, per la prima volta, della sclerosi multipla e dei suoi vissuti legati alla malattia.

Ha paura del futuro e di quello che le succederà con il progredire della malattia, quando arriverà il momento in cui non sarà più autosufficiente... “ho lottato e continuo a lottare tanto per la mia indipendenza e autonomia che mi sento morire al pensiero di dover dipendere da qualcuno...” “Ho paura del decadimento fisico e soprattutto mentale” “ Ho paura di morire”...

In questa fase comincia ad avere il coraggio di guardare alla sua vulnerabilità e diventa sempre più consapevole di quanto spesso ha rinunciato al suo desiderio di affettività.


Non mancano i momenti di grande difficoltà in cui il cibo entra a fare da stampella. L'angoscia la rende anche apatica, così non reagisce in altro modo, se non in quello che conosce meglio, mangiando in modo eccessivo.

La sera, ritrovandosi sola nel suo appartamento, colta da questi sentimenti, riempie il suo vuoto mangiando. Entra poi nel suo circolo vizioso di colpa e vergogna e successivo calo dell'autostima, scoraggiamento e rassegnazione.

Esplorare insieme questi comportamenti, i significati sottesi e i sentimenti relativi, la aiutano ad esserne più consapevole.

Da questo momento in poi, F. comincia ad alternare momenti in cui sperimenta la confusione, la paura di rischiare il certo per l'incerto e momenti in cui sente di poter essere i suoi sentimenti abbandonando la dimensione punitiva e aprendosi ad esperienze nuove.

L'approccio centrato sul cliente è stato un approccio molto efficace nel processo terapeutico di F..



Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

Tra le condizioni più significative del percorso si sottolinea il clima di accettazione positiva e incondizionata, l'accoglienza attenta e benevola che è stata offerta costantemente a F.. Questa condizione ha facilitato in lei la possibilità di sentire la libertà di esprimersi e di intraprendere il processo di autoconoscenza.

C'è stata la capacità da parte di entrambe di affidarsi, ossia di fidarsi nel lasciare sempre la direzione delle sedute a F. e la fiducia nel terapeuta di poter affrontare certe dimensioni dolorose, come anche di evitare di farlo.

Nel processo di esplorazione di sé, di presa di consapevolezza è stato fondamentale la mia capacità empatica, quindi la lettura costante delle emozioni e dei vissuti di F..

Tra le emozioni predominanti ricorreva la vergogna, il senso di inadeguatezza, la solitudine, l'impotenza, la rassegnazione, il dolore e la paura.


Dopo 25 sedute di psicoterapia F. si presenta in modo significativamente diverso, il suo atteggiamento è molto più spontaneo, vive un maggiore senso di accettazione di sé, e sicuramente avverte la relazione terapeutica come "comoda", si sente a suo agio, si sente accolta, si sente desiderosa di procedere e di usare quindi questo percorso.

F. comincia ad avvicinarsi a quei sentimenti che la spaventavano con maggiore disponibilità, è più disposta ad accettarli.

La modalità con cui comunica sé stessa è caratterizzata da maggiore libertà riguardo ai sentimenti e alla propria responsabilità di fronte a certi problemi.

Le relazioni personali hanno perso la caratteristica di oggetti da evitare, e, sebbene appaiano ancora pericolose, F. dimostra di voler rischiare, iniziando a entrare in relazione, anche se con cautela, sulla base dei propri sentimenti..

Un ulteriore cambiamento nella struttura e nell'organizzazione della personalità è stato visto nell'adozione di meccanismi più efficaci nella gestione di situazioni stressanti e nella maggiore tolleranza delle stesse. Infatti, alcuni episodi che



Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

fino a qualche mese fa le creavano serie complicazioni a livello funzionale e psicologico, attualmente le creano, certo, dolore, ma non la abbattano.

### **Obiettivi terapeutici raggiunti**

Negli ultimi incontri ho osservato come F. sia diventata capace di ammettere il suo odio per se stessa quando è debole e, allo stesso tempo, la compassione per sé perché è sempre stata costretta ad essere quella "perfetta" "brava" "da proteggere" anche nella malattia...

Comincia a prendersi cura di sé dicendo anche dei "NO" a chi le chiede qualcosa...

Il suo pianto non è più così incontrollabile.

Valuta la possibilità di diventare sempre meno perfetta, meno brava, meno obbediente e comincia ad essere sempre più consapevole di aver negato per troppo tempo il suo bisogno di affettività.


Sembra, inoltre, propensa ad avvicinarsi a nuove esperienze e a conoscere nuove persone.

Nella relazione con F., ciò che ha aiutato e che aiuta F. sono il mio essere empatica, accettante, intenzionale, disponibile e soprattutto di avere fiducia in lei e nel suo potere personale. Tutto questo ha rafforzato l'alleanza terapeutica facendo aumentare la fiducia nella relazione, l'apertura di F. nei miei confronti e viceversa, la spontaneità e il coraggio di rischiare che sta portando verso il processo di cambiamento di F..

### **Bibliografia**

American Psychiatric Association (2000) *DSM- IV- TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision , Masson trad. it., (2005) *DSM – IV – TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson s.p.a. Milano

Apfeldorfer G., *Je mange, donc je suis*, Payot editions, Paris, (1991). Tr. It. *Mangio, dunque sono. Obesità e anomalie nel comportamento alimentare*, Marsilio editori, Venezia, (1993).



Tutto ciò che sono  
è sufficiente  
solo se riesco ad esserlo  
(Carl R. Rogers)

**Dr.ssa Cristina Borroni**  
Psicologa - Psicoterapeuta

Bruch H., (1973) *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano (1977).

Lingiardi V., 1996 I disturbi di personalità, Il saggiatore (1996).

Nerwood, Norwood R. (1985) *Women Who Love Too Much*, Pocket Books, Simon & Schuster, New York. Trad. it., (1999) *Donne che Mangiano Troppo*, Universale Economica Feltrinelli, Milano.

Rogers, C. R. (1942) *Counseling And Psychotherapy*, Houghton Mifflin Company, Boston, Trad. it., *Psicoterapia di Consultazione*, Casa Editrice Astrolabio, 1971.

Rogers, C. R. (1951) *Client – Centered Therapy*, Houghton Mifflin Company, Boston, trad. it., (1997) *Terapia Centrata sul Cliente*, La Nuova Italia Editrice, Firenze.

Rogers, C. R. (1961) *On Becoming Person*, Houghton Mifflin Company, Boston, Trad. it., (1994) *La Terapia Centrata sul Cliente*, Psycho di G. Martinelli, Firenze.

Rogers, C. R. & Kinget, M. (1970) *Psicoterapie e Relazioni Umane*, Boringhieri, Torino.

Sims, A. (2003) *Symptom in the Mind, An Introduction to Descriptive Psycopatology*, Elsevier Science Limited Third Edition, trad. It. (2004) *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*, Raffaello Cortina Editore.