

## La dimensione psichica dell'obesità: Dalla narrazione dell'esordio agli scenari terapeutici

*Isabella L.C. Mariani Wigley\*, Elena Riva\*\**

*\*Ricercatrice Post-Doc, Università di Turku*

*\*\* Psicoterapeuta Minotauro e psicoanalista SPI*

### **Riassunto**

L'obesità si impone oggi come una delle più gravi emergenze sanitarie a livello globale, non solo per le sue ricadute somatiche, ma anche come sintomo di una profonda sofferenza psichica, inscritta nella storia affettiva e relazionale del soggetto. Non essendo tuttavia inclusa in alcun manuale diagnostico dei disturbi mentali, la sua dimensione psichica è poco descritta. Il presente contributo si propone di analizzarne le dinamiche affettive e relazionali a partire dalle narrazioni della fase di esordio, riconoscendole come una fonte preziosa di informazioni utili sia in ambito diagnostico che prognostico. L'analisi di queste narrazioni consente, innanzitutto, di distinguere tra esordi precoci e tardivi, una differenziazione che va ben oltre la semplice dimensione temporale, intrecciandosi con le radici affettive-relazionali del soggetto. Un ruolo centrale in questa configurazione è svolto dalle esperienze vissute nell'ambiente di cura primario, che contribuiscono in modo significativo a definire la temporalità dell'esordio. Le dinamiche adolescenziali, infine, si configurano come elementi particolarmente rilevanti in ottica prognostica, in quanto incidono sulla traiettoria evolutiva del disturbo e sulle possibilità di elaborazione e integrazione dell'esperienza.

**Parole chiave:** *obesità, esordio, adolescenza*

### **La dimensione psichica dell'obesità**

L'obesità, definita come un accumulo patologico di grasso corporeo, rappresenta una delle principali sfide sanitarie globali del XXI secolo, con un'incidenza in costante aumento negli ultimi decenni. Secondo dati recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2023 oltre il 50% della popolazione adulta mondiale risultava in condizione di grave sovrappeso o obesità (*World Health Organization, 2023*). Anche l'Italia, nonostante gli effetti positivi della dieta mediterranea, segue oggi questa tendenza, con oltre il 30% degli adulti classificati come obesi e circa il 45% in sovrappeso (*Istituto Superiore di Sanità, 2023*). Questi numeri indicano una crescita costante rispetto agli anni precedenti, con conseguenti rischi significativi per la salute.

L'obesità, infatti, è associata a una serie di gravi condizioni mediche, tra cui malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, alcuni tipi di cancro, disturbi muscoloscheletrici, apnee notturne, asma, infertilità femminile e disfunzione erettile.

Sebbene ne sia riconosciuta l'eziopatogenesi multifattoriale, influenzata da una complessa interazione di fattori genetici, ambientali, comportamentali e psicosociali, la componente psicologica di questa condizione è poco trattata, sia a livello diagnostico che terapeutico. L'obesità non è infatti classificata come disturbo mentale in alcun manuale diagnostico, come il DSM-5-TR (*American Psychiatric Association*, 2022) o l'ICD-11 (*World Health Organization*, 2019), pur comparando frequentemente in associazione a numerose condizioni psichiatriche - tra cui disturbi alimentari, depressivi, bipolari e schizofrenia - delle quali può rappresentare sia un fattore di rischio, sia un effetto collaterale legato ai trattamenti farmacologici (Rugo, 2025). La riduzione della componente affettiva di questa condizione a mero fattore di rischio o a effetto collaterale ne sottolinea il mancato riconoscimento come condizione complessa ed eterogena, in cui la dimensione psichica riveste un ruolo cardine; il misconoscimento dei vissuti associati a questa condizione, comporta da un lato uno sguardo terapeutico prevalentemente rivolto agli aspetti organici e medici della patologia, dall'altro una medicalizzazione delle stesse componenti affettive (Ferro, 2002).

### **Cibo, Sé e altro da Sé**

L'alimentazione è uno dei fattori fondamentali attraverso cui si costruisce la vita psichica fin dalla fase intrauterina. In utero, il nutrimento giunge al feto direttamente dalla madre attraverso la placenta e il cordone ombelicale. Alla nascita, il taglio del cordone segna l'inizio di una nuova fase, in cui il neonato riceve il latte dal seno materno. Di conseguenza, presenza o assenza del cibo e presenza o assenza della madre assumono carattere speculare: la mancanza dell'uno riflette la mancanza dell'altra. Le oscillazioni nel ciclo dell'alimentazione rispecchiano, dunque, le caratteristiche della relazione con la madre, e il rifiuto del cibo può essere considerato un primo segnale di rifiuto della figura materna.

Alimentarsi assume così il significato di un'esperienza primaria di relazione d'amore e di cura con l'Altro. La frustrazione che deriva dalla perdita della fusione con l'oggetto lascia un'impronta profonda nel vissuto psichico e fantasmatico dell'infante; in questa fase, il bambino inizia a sperimentare stati affettivi diversi - amore, odio, piacere e rabbia - che oscillano tra due estremi, proprio come accade per l'alimentazione: il "no" rappresenta un tentativo di separazione ed espressione di rifiuto della dipendenza dall'Altro, così come nella restrizione alimentare tipica delle tendenze anoressiche, mentre il "sì" corrisponde al desiderio, talvolta alla bramosia, di nutrimento, affettivo e non, espressione del tentativo di ristabilire la fusione con l'oggetto, come accade nelle tendenze bulimiche e nell'obesità. Secondo Recalcati (2007), entrambi gli scenari si iscrivono nel registro dell'evidenza: il corpo magro dell'anoressia e quello abbondante dell'obesità rimandano a una clinica dello sguardo, in cui il corpo del soggetto è il luogo in cui si rende manifesta un'alterazione. Tuttavia, mentre l'evidenza anoressica corrisponde a criteri estetici socialmente accettati, quella dell'obesità colpisce per il carattere "osceno": se l'immagine del corpo magro suscita consenso e accettazione, talvolta addirittura ammirazione, quella del corpo grasso genera rifiuto ed emarginazione, ed è fonte di vergogna. È

possibile affermare che nella nostra cultura il corpo dell'obeso rappresenti un corpo-mostro, che suscita nell'Altro angoscia piuttosto che desiderio; l'oscenità del corpo grasso rivela in ciò il suo tratto perverso: il soggetto obeso diventa per l'Altro un oggetto generatore d'angoscia.

### **Tra origine e trasformazioni: la narrazione dell'esordio in una prospettiva evolutiva**

Lo sviluppo di questi scenari è di difficile comprensione se non si cerca di ricostruirne la verità affettiva attraverso la narrazione della propria storia. In particolare, il racconto dell'esordio della patologia può rappresentare un elemento chiave del processo diagnostico e nella pianificazione dell'intervento terapeutico. Inoltre, un'analisi di tale narrazione può fornire preziose informazioni sulle possibili evoluzioni del paziente e sulla prognosi di tale condizione.

Nei successivi paragrafi presenteremo un preliminare *framework* teorico-clinico che, partendo dall'analisi delle narrazioni dei pazienti sull'esordio della patologia, intende arricchire il processo di inquadramento diagnostico e fornire alcune riflessioni prognostiche.

Per quanto riguarda l'inquadramento, esploreremo la distinzione tra esordio precoce e tardivo, le cui differenze sembrano affondare le radici nei vissuti e nelle esperienze relazionali sperimentate fin dalle origini della vita, a partire dall'ambiente di cura primario, in cui la madre, fungendo da modulatore e contenitore degli stati affettivi, dà inizio a un primo processo di rispecchiamento e significazione, contribuendo a sviluppare un senso di integrazione del Sé nell'infante (Winnicott, 1975).

Per quanto riguarda le valutazioni prognostiche, considereremo invece cruciali le dinamiche adolescenziali. L'adolescenza, infatti, intesa come "seconda nascita" (Pellizzari, 2010), rappresenta una fase fondamentale nella costruzione identitaria, in cui il soggetto è chiamato ad affrontare nuove sfide evolutive, separandosi dalle figure genitoriali per sviluppare una propria autonomia, e trovando il proprio posto nel mondo sul piano relazionale e sociale. Questo processo implica una ridefinizione del rapporto con il proprio corpo, che durante l'adolescenza subisce trasformazioni significative, e con il cibo, che spesso assume la funzione simbolica di campo di battaglia in cui si giocano i conflitti legati all'autostima, al controllo e alla relazione con l'Altro, in sintesi al processo di soggettivazione.

### **Narrazione dell'esordio come criterio di inquadramento**

La prima distinzione che ci è sembrato opportuno operare è quella tra pazienti che si descrivono come obesi fin dall'infanzia, e quelli che invece narrano di aver sviluppato la patologia in fasi successive.

Riportiamo alcune brevi vignette cliniche esemplificative dei due scenari di inquadramento (precoce vs. tardivo), descrivendo una costellazione di fattori che ne caratterizzano la narrazione.

#### **Casi ad esordio precoce**

D. è un uomo di 33 anni. Racconta di essere sempre stato obeso. All'età di 17 anni pesava circa 120 kg e, salvo una breve fase di dimagrimento, è sempre rimasto oltre i 110 kg.

La mamma di D. è obesa e viene descritta da lui come una persona sofferente di un disturbo da accumulo e depressione. Anche il padre e la sorella maggiore soffrono di obesità, mentre la sorella minore ha sempre sofferto di anoressia. D. racconta che da bambino non ha mai avuto regole e alcun tipo di contenimento; descrive anche il suo “bisogno di riempirsi”, dice di non conoscere la sensazione di sazietà e di mangiare molto per il vissuto di tranquillità e appagamento che questa attività gli restituisce.

E. è una donna di 65 anni. Riferisce di faticare ad addormentarsi, di risvegliarsi spesso nel corso della notte e di soffrire di nicturia, roncopia importante, cefalea al mattino, sonnolenza diurna e difficoltà a concentrarsi. Ha sempre lavorato come segretaria presso uno studio dentistico ed ora è in pensione. La paziente vive sola; il padre, mai conosciuto, e la madre sono scomparsi prematuramente, il primo a causa di una cirrosi epatica in giovane età, la seconda a 41 anni per un incidente stradale. Ha una sorella di 67 anni, con grado di obesità severo, così come la madre. E. racconta di essere sempre stata una bambina obesa, dice di essere stata allattata al seno fino ai due anni e che sua madre, per interrompere l'allattamento, si mise del pepe sui capezzoli. Il massimo peso raggiunto è quello di 133 kg, con il quale accede al servizio. E. afferma di percepire il senso di sazietà, di consumare tre pasti regolari e di prediligere il gusto salato. Il peso sognato è di 70 kg, quello desiderato 80 kg. Sostiene di non mangiare se agitata, triste o arrabbiata, forse per noia, e di non avere alcuna idea di come sia arrivata a pesare più di 130 kg.

*Fattore 1 - Fallimento delle cure primarie.* Nelle prime fasi di vita il rapporto con il cibo è profondamente connesso alla qualità della relazione primaria; è il mezzo per attenuare stati di agitazione, promuovere quelli di benessere e anche il veicolo grazie al quale iniziare a scoprire un “dentro” e un “fuori”, così come un “contenere” e un “essere contenuto”. In questo senso l'alimentazione, che rispecchia la qualità della relazione di cura primaria, viene ad assumere un ruolo compensatorio quando quest'ultima risulta carente, eccessiva, o comunque poco adeguata.

Una paziente gravemente obesa dall'infanzia, racconta che il padre è sempre stato violento con lei e che la madre non faceva nulla per fermarlo; definisce la madre “scema”, ansiosa e anaffettiva.

Se consideriamo il processo di costruzione del Sé e la sua matrice relazionale, la cura primaria diventa essenziale in quanto modulatrice e significativa; dotare di significato – o di proto-significato – ciò che viviamo, ci dà la possibilità di “tenere insieme” le diverse esperienze integrandole in quel contenitore che è il Sé; se questa funzione viene a mancare, si interiorizza un'immagine di sé disorganizzata. D. lo esprime in questo modo: “Se mi guardo dall'esterno mi piaccio, è mentalmente che sento che qualcosa non va, che manca qualcosa, una sorta di ordine originario”.

Un altro aspetto importante per lo sviluppo è la buona riuscita dei tentativi di separazione. Una differenza significativa tra la posizione anoressica e quella obesa risiede nell'esperienza del rifiuto, nella prima motivo di distanziamento affettivo e tentativo di “bastare a sé stessi”, nella seconda così impensabile da ricondurre a uno stato fusionale. Scrive Recalcati: “Se da una parte - quella dell'anoressia - c'è l'exasperazione del rifiuto, dall'altra - quella dell'obesità - troviamo l'impossibilità del soggetto di introdurre il “no”, anche come spazio di pensiero. In questa prospettiva,

l'obesità deve essere collocata, almeno tendenzialmente, sul lato dell'indifferenziazione, mentre l'anoressia su quello della separazione. In effetti, fenomenicamente, se nell'anoressia troviamo in primo piano il rifiuto del cibo, simbolicamente il rifiuto del nutrimento affettivo legato all'esperienza relazionale, nell'obesità troviamo in primo piano la divorazione, l'incorporazione infinita, l'impossibilità di rifiutare l'oggetto-cibo, il dover dire sempre "sì!". Se l'opposizione anoressica può permettere al soggetto di introdurre uno iato tra la domanda dell'Altro e il proprio desiderio, nel caso della obesità il soggetto appare completamente preso dalla domanda dell'Altro, e il suo desiderio ridotto a un godimento autistico." (Recalcati, 2002, *para.* 5).

*Fattore 2 - Stili di attaccamento e mentalizzazione.* Un altro fattore importante che emerge dalle narrazioni dei pazienti con esordio precoce riguarda lo stile di attaccamento. Bowlby (1982) suggerisce che i neonati costruiscano rappresentazioni mentali di sé e degli altri in risposta a ripetute esperienze di disponibilità/indisponibilità e stili di risposta dei caregiver. Quando le cure primarie non soddisfano i bisogni fisici ed emotivi fondamentali del bambino, questi sviluppa pattern di attaccamento disfunzionali che, a cascata, ne influenzano in più ambiti la crescita. In questo senso, l'associazione tra il pattern di attaccamento insicuro e lo sviluppo di disturbi alimentari è consolidata, come confermano numerose ricerche (per una revisione della letteratura, consultare Tasca, 2019).

Allo stesso tempo, diversi studi hanno evidenziato come negli adulti con disturbi alimentari la capacità di mentalizzazione, ovvero la possibilità di riflettere e interpretare il proprio comportamento e quello degli altri in termini di stati mentali interni intenzionali, come pensieri, sentimenti e credenze, è carente. Sebbene i due concetti siano distinti, vi sono aree di sovrapposizione teorica ed empirica. Da un punto di vista teorico, secondo il modello di sviluppo proposto da Fonagy e colleghi (2013), la mentalizzazione si sviluppa all'interno della matrice sociale delle relazioni di attaccamento. Da un punto di vista empirico, è stata evidenziata un'associazione tra attaccamento insicuro e difficoltà di mentalizzazione nei soggetti obesi (Jewell *et al.*, 2015). Nelle famiglie di D. e di E., ad esempio, in cui entrambi i genitori sono obesi, è interessante notare come l'intero funzionamento mentale familiare si iscriva nel registro della somatizzazione piuttosto che della mentalizzazione. Ciò risulta in linea con ricerche recenti che indicano non solo come una scarsa capacità di mentalizzazione materna sia fortemente associata all'obesità infantile, ma anche come tale competenza genitoriale sia correlata al sovrappeso del bambino, più del peso del genitore stesso e dello stato socioeconomico familiare, da sempre ritenuti fattori molto influenti nello sviluppo dell'obesità infantile (Pazzagli *et al.*, 2019). Il funzionamento riflessivo genitoriale riguarda, infatti, la capacità dei genitori di "contenere a mente" una rappresentazione del figlio come individuo dotato di sentimenti, desideri e intenzioni propri. Lo sviluppo di questa competenza genitoriale è basilare, poiché permette di immaginare e comprendere l'esperienza del bambino, è strettamente correlata alla capacità di rispondere adeguatamente ai suoi bisogni ed è quindi fondamentale per la formazione della sua regolazione affettiva (Fonagy *et al.*, 2004, Grienberger *et al.*, 2005). Una recente revisione degli studi empirici sul tema conferma che una mentalizzazione genitoriale più debole è collegata a una più debole capacità di regolazione emotiva del bambino (Camoirano, 2017). Livelli più

bassi di funzionamento riflessivo sono stati riscontrati in soggetti con disturbi alimentari e nelle loro madri (Rothschild *et al.*, 2010, Tasca, 2019, Ward *et al.*, 2001). Una relazione primaria fallimentare derivante da scarse capacità di mentalizzazione genitoriale comporta lo sviluppo di uno stile di attaccamento insicuro, strettamente correlato ai disturbi alimentari e alla ridotta capacità di mentalizzazione del bambino, che ne influenza negativamente la regolazione emotiva e lo sviluppo psichico nel suo complesso (Keitel-Korndörfer *et al.*, 2016).

**Fattore 3 – Alfabetizzazione emotiva.** La difficoltà di mentalizzare è fortemente connessa alla fatica ad accedere all'elaborazione simbolica, che rischia di compromettere l'efficacia dell'azione della parola propria della cura analitica. Secondo Recalcati è come "se ci fosse un troppo di reale rispetto al potere simbolico della parola, o come se il potere simbolico della parola, dell'elaborazione simbolica, incontrasse un punto di resistenza, un ostacolo, qualcosa che non si può mentalizzare perché non è in effetti un evento di linguaggio, ma un evento somatico che investe il reale del corpo. Questa difficoltà di accesso al metabolismo simbolico precede ed è più fondamentale delle difficoltà del metabolismo fisiologico" (Recalcati, 2002, para. 4). Diversi autori (Di Luzio, 2019; Recalcati, 2025; Recalcati e Zuccardi Merli, 2006; Rugo, 2025) hanno riscontrato l'inclinazione di questi pazienti ad utilizzare il pensiero concreto-operatorio, come conseguenza di una cesura tra aspetti sensoriali ed emotivi e il pensiero simbolico. Questo rimanda alla teorizzazione bioniana relativa alla funzione di trasformazione degli elementi beta dell'esperienza (sensoriali ed emotivi) in elementi alfa (mentali), che in questo tipo di pazienti risulta deficitaria (Bion, 1962). Tale deficit del processo trasformativo si genera dall'incontro del soggetto con frustrazioni precoci, in mancanza di un contenitore/scudo adeguato, capace di prevenirne/attenuarne gli effetti potenzialmente traumatici.

I percorsi psicoterapeutici con i soggetti obesi sono spesso caratterizzati da un appiattimento del racconto sull'attualità quotidiana, espressione di un'incertezza nell'assumere una prospettiva storica sugli eventi, che rimanda all'incompiutezza del processo rappresentativo rispetto al reale del corpo. La scarsa capacità di rappresentazione simbolica del corpo e della parola presente in questi pazienti rimanda alla possibilità che nelle prime fasi di sviluppo si siano trovati ad affrontare un "eccesso di godimento" rispetto alle capacità simboliche necessarie a metabolizzarlo e alle funzioni protettive del contenimento primario. Come scrive Recalcati "in questo senso il corpo-pieno dell'obesità, diversamente da quello isterico, non sfrutta la facoltà produttiva del simbolo, non è un corpo che parla, quanto piuttosto un corpo che soffoca" (Recalcati, 2002, para. 4).

Nei racconti di questi pazienti sembra, inoltre, che il corpo venga vissuto come separato da sé, una parte aliena sulla quale la parola non ha potere. Una paziente con un grado di obesità severo si esprime al riguardo in questi termini: "il mio corpo non sono io, non mi rappresenta, io sono molto di più".

**Fattore 4 - Consapevolezza.** Un altro aspetto che spesso contraddistingue i casi di obesità con esordio precoce, e che si ricollega ai fattori sopra descritti, è la carenza di consapevolezza. Quando si chiede a questi pazienti di descrivere un pasto o le emozioni provate nel consumarlo, è molto difficile ottenere una descrizione aderente alla realtà.

E., ad esempio, non ha idea di come abbia preso peso: sostiene di consumare tre pasti regolari, di non fare spuntini, e nega episodi di abbuffate. Afferma di non ricorrere al cibo quando è triste, arrabbiata o felice. Quando le si chiede quale sia il peso desiderato, quello che si augura di raggiungere alla fine del percorso, risponde 70 kg.; attualmente ne pesa 133.

### **Casi ad esordio tardivo**

Come emerso a proposito degli scenari ad esordio precoce, anche in quelli ad esordio tardivo i fattori sopra descritti assumono un ruolo chiave.

AM è una signora di 54 anni, vive con il marito e 3 figli, non è mai stata in sovrappeso fino ai 35, 40 anni e, secondo lei, l'aumento ponderale è avvenuto a causa di rapporti difficili, fatiche esistenziali e rapporti familiari "pesanti". La paziente racconta che, per dimagrire, a volte va a camminare per le strade del paesino dove abita: "Mi sento osservata e penso che mi prendano per scema, mi sento ridicola a camminare con l'unico scopo di sudare per dimagrire". Quando ha perso la madre, con cui aveva un buon rapporto, ha sofferto di depressione. Racconta: "Pensavo di avere un problema neurologico, non mi alzavo più dal letto, non riuscivo a muovermi, avevo dolori lancinanti in tutto il corpo. Dalla preoccupazione ho chiamato il medico di famiglia, un neurologo, che mi prescrisse la sertralina e mi consigliò di andare da uno psichiatra. Dallo psichiatra non sono mai andata".

PS, una donna di 66 anni, vive con marito e figli; normopeso fino ai 25 anni, inizia a prendere peso quando muore il nonno materno. Oggi pesa 95 kg, con un BMI di 35,8. Il massimo peso raggiunto è di 103 kg, quando il padre è deceduto per morte violenta (rapimento). La paziente è cresciuta fin dalla preadolescenza in Italia con i nonni materni, perché i suoi genitori si sono trasferiti per lavoro in Venezuela. Li ha frequentati, tuttavia, in diversi periodi dell'anno, anche per mesi, e sostiene di aver sempre avuto un buon rapporto con loro. PS riconosce di fare una vita piuttosto sedentaria, di mangiare fuori pasto e voracemente, di non percepire il senso di sazietà: continuerebbe a mangiare, ma cerca di fermarsi. La paziente afferma che i suoi genitori tenevano molto alla sua forma fisica e che, dopo la morte del nonno, a ogni visita le consigliavano di iniziare una dieta, di tornare in forma; afferma che "non occuparmi del mio corpo era un modo per esprimere il bisogno di essere accettata per quella che ero. Ho qualche chilo in più, è vero, mi accettate comunque?"

In questo secondo tipo di pazienti, il fallimento della relazione primaria non sembra essere centrale. I soggetti raccontano di aver trascorso un'infanzia sufficientemente buona, di essersi sentiti amati e protetti. Di conseguenza, anche l'attaccamento e la capacità di mentalizzazione sembrano essere meno compromessi. In questi casi, ciò che spicca maggiormente, e che più si differenzia dai casi a esordio precoce, è un uso del corpo-grasso da un lato come modalità di interrogazione del desiderio dell'Altro (Recalcati, 2002), dall'altro come conseguenza di un evento traumatico.

Nel primo caso, il potere espressivo del corpo non viene neutralizzato, ma piuttosto teatralizzato: per questi pazienti, che sembrano aver accesso al metabolismo simbolico, il corpo non è un oggetto non riconosciuto come proprio. Nella paziente PS, ad esempio, l'insorgere dell'obesità nel corso della tarda adolescenza rappresenta una risposta all'eccessivo interesse manifestato dai genitori nei confronti

delle forme del suo corpo, in assenza di una continuità della relazione, soggetta a frequenti separazioni per via del loro trasferimento all'estero. Per questa giovane donna, l'aumento di peso è un tentativo di verificare il proprio valore come soggetto nella mente dell'Altro: "mi ami lo stesso se non ho più un corpo magro?", "mi ami per il mio essere o per le mie forme?"

L'accesso al metabolismo simbolico si traduce anche in una maggiore consapevolezza e in una descrizione molto più dettagliata del rapporto con il cibo. PS racconta che mangia per noia, quando si rilassa, e si accorge di mangiare troppo come "presa da un raptus" che fa fatica a fermare e a contenere.

In questi casi, il corpo grasso svolge un ruolo analgesico, espressione del tentativo di soffocare il dolore. Questo meccanismo risulta ancora più evidente nei quadri ad esordio tardivo che potremmo definire post-traumatici. Come racconta il signor CZ, che in seguito a un incidente stradale che ha provocato la perdita dei suoi due bambini e lasciato in stato comatoso la moglie, ho preso 70 kg. in pochi mesi: "il cibo era un modo per colmare il vuoto che mi abitava".

### **Bilancio evolutivo e riflessioni prognostiche**

Le informazioni raccolte dalla narrazione dell'esordio e il loro intreccio con gli aspetti sopra identificati (contenimento, separazione, mentalizzazione, alfabetizzazione, consapevolezza) vanno riviste e integrate con quanto accade nella fase adolescenziale.

Nella definizione del framework teorico-clinico qui presentato, sono stati avvicinati pazienti che, al netto delle fasi iniziali della vita, hanno descritto vissuti profondamente differenti, evocando sensazioni diverse, anche a livello contro-transferale.

Gli esiti delle dinamiche di attaccamento, delle esperienze di alfabetizzazione e, soprattutto, lo sviluppo di una maggiore consapevolezza, sono notevolmente influenzati dalle esperienze adolescenziali. I cambiamenti nell'ambiente di vita, per esempio il ruolo all'interno del gruppo dei pari, possono aiutare a maturare aspetti rimasti irrisolti in età precoce, che in questa fase evolutiva possono essere rimodellati. Inoltre, gli esiti di alcuni compiti evolutivi tipici della fase adolescenziale, come la mentalizzazione del corpo e l'individuazione-separazione dalla cultura affettiva di appartenenza, possono influire sulle traiettorie di sviluppo.

D. racconta di aver vissuto un'adolescenza turbolenta e che in quel periodo la volontà di perdere peso era diventata un modo per separarsi dalla propria famiglia: "[...] erano tutti patologici, o molto grassi o al limite dell'anoressia, io ho provato a rimettermi in forma, a stare bene". Durante quegli anni iniziò a praticare sport, ad uscire con gli amici e cresceva in lui la voglia di sperimentarsi. Si iscrisse all'università, percorso che riuscirà a proseguire fino a ottenere un dottorato di ricerca, titolo che oggi gli permette di lavorare come ricercatore. Degli anni dell'adolescenza ricorda la sofferenza e la difficoltà a sganciarsi da una famiglia che sembrava volerlo fagocitare e, contestualmente, riporta con piacere l'energia e "la forza propulsiva" che sentiva.

Nel racconto di E. degli anni dell'adolescenza, invece, ciò che emerge è una relazione simbiotica con la mamma e la sorella, che non sembra aver subito particolari trasformazioni nel tempo. Parlando di loro, ancora si commuove dicendo

che le mancano tantissimo. Dopo la pubertà riporta di non essersi sperimentata in alcuna relazione sentimentale e di non essere riuscita a intessere rapporti amicali significativi. Conclusa la scuola dell'obbligo ha lavorato come impiegata sempre presso lo stesso studio, fino alla pensione.

Il confronto tra i casi di D. e di E. evidenzia come la fase adolescenziale possa promuovere un autentico cambiamento nel funzionamento psichico anche nelle situazioni più gravi. Pur essendo entrambi cresciuti in famiglie che potremmo definire psicosomatiche, con esperienze di scarso contenimento primario e mentalizzazione, il fatto che D. abbia trovato sulla propria strada un gruppo di pari con cui ha potuto mettere in discussione la cultura familiare ne ha permesso la separazione dal nucleo originario, l'individuazione e l'accesso al processo di significazione. Si può notare come, in questo caso, la fase adolescenziale abbia rappresentato una "seconda nascita" (Pellizzari, 2010), aprendo nuovi sentieri rispetto a quelli tracciati durante l'infanzia e disegnando percorsi prognostici per certi versi sorprendenti.

L'esito di questi processi evolutivi, se positivo, consente di creare quello spazio – lo iato tra il proprio desiderio e quello dell'Altro – in grado di diventare spazio di pensiero. In questo senso la terapia della parola, complessa con pazienti dal funzionamento concreto-operatorio, diventa percorribile e può essere di grande aiuto.

E., invece, sembra aver completamente "saltato" questa fase evolutiva, il che la fa apparire tuttora, anche agli occhi della psicologa che la incontra, una bambina in un corpo adulto. È difficile con lei accedere a contenuti simbolici e la seduta è scandita da descrizioni dei suoi due cagnolini e della nuova carta da parati del salotto.

D. sta seguendo da anni un percorso di supporto psicologico che, a suo dire, lo ha aiutato ad aumentare la consapevolezza di alcuni meccanismi relativi al rapporto con il cibo e ad elaborare antiche dinamiche familiari. Occorre tener presente, tuttavia, che anche quando la parola sembra poter creare uno spazio di pensiero, per questo tipo di pazienti la terapia assume anche la funzione di una sorta di contenitore affettivo, una "seconda pelle" che sostituisce il mancato contenimento primario. Per questo è possibile che questi percorsi siano di difficile conclusione. All'ultimo controllo, D. ha constatato di aver ripreso 5 kg., e commenta: "È la prima volta che tra un controllo e l'altro passano 6 mesi. Sei mesi sono troppi, mi manca il contenimento". Anche altri pazienti con quadri simili affermano, magari sorridendo, che il loro percorso di cura non finirà mai.

Questi casi suggeriscono che il bilancio evolutivo possa essere molto utile a capire se un supporto psicologico possa rappresentare, anche in casi di obesità severa con esordio precoce, una risorsa significativa per impostare il lavoro clinico. Nei casi di esordio tardivo, invece, quando l'obesità sembra collegarsi a eventi stressanti o traumatici della vita adulta, la terapia della parola può essere più immediatamente efficace. In questi casi, infatti, il corpo-grasso assume una funzione simbolica più evoluta, e il lavoro terapeutico può sfruttare questa apertura alla dimensione simbolica per facilitare una rielaborazione dei conflitti e delle emozioni. In questi pazienti, il corpo non è un oggetto estraneo, ma un veicolo di comunicazione, un mezzo attraverso il quale il soggetto cerca di esprimere domande profonde riguardanti il proprio valore e la propria identità. La consapevolezza e la capacità di riflessione sono maggiori, il che permette un intervento terapeutico più focalizzato sulla storia di vita. Portare alla luce i significati affettivi sottesi alle trame narrative dei

pazienti diventa così più facile ed efficace.

### **Considerazioni conclusive**

L'obesità è una condizione complessa, che non può essere ridotta alla sola dimensione fisica, ma richiede un approccio integrato che tenga conto anche delle componenti psicologiche e affettive.

L'analisi della letteratura evidenzia una significativa mancanza di studi che esplorino la dimensione clinica dell'obesità in relazione ai suoi aspetti narrativi e affettivi. Sarebbe opportuna, invece, una maggior focalizzazione sulla narrazione dell'esordio della patologia con l'obiettivo di far emergere i significati affettivi propri della storia evolutiva del paziente. In particolar modo occorrerebbe porre maggior attenzione all'esordio della patologia, per analizzarne la relazione con gli esiti di processi infantili di attaccamento, mentalizzazione e alfabetizzazione. In termini prognostici, i sentieri che questi primi processi iniziano a tracciare si intersecano con il bilancio delle sfide evolutive dell'adolescenza, che consente di inquadrare meglio il paziente e delineare gli aspetti progettuali e gli obiettivi del trattamento in termini più puntuali ed efficaci.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore: Roma.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678.
- Di Luzio, G. (2019). *Le relazioni psicopatologiche con il cibo*. SPIweb. <https://www.spiweb.it/dossier/le-stagioni-del-cibo-aprile-2019/giancarlo-luzio-le-relazioni-psicopatologiche-cibo/>
- Ferro, A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Allison, E. (2013). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In *Minding the child* (pp. 11–34). Routledge: London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Karnac Books: London.
- Istituto Superiore di Sanità. (2023). *Sovrappeso e obesità: Dati epidemiologici in Italia*. <https://www.iss.it/>
- Keitel-Korndörfer, A., Bergmann, S., Nolte, T., Wendt, V., von Klitzing, K., & Klein, A. M. (2016). Maternal mentalization affects mothers'—but not children's—weight via emotional eating. *Attachment & Human Development*, 18(5), 487–507.
- Luyten, P., Mayes, L., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS ONE*, 12(5), e0176218.
- Nijssens, L., Bleys, D., Casalin, S., Vliegen, N., & Luyten, P. (2018). Parental attachment dimensions and parenting stress: The mediating role of parental reflective functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 2025–2035.
- Pazzagli, C., Germani, A., Buratta, L., Luyten, P., & Mazzeschi, C. (2019). Childhood obesity and parental reflective functioning: Is there a relation? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(3), 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.06.002>
- Recalcati, M. (2002). *Il troppo pieno del corpo. Per una clinica psicoanalitica dell'obesità. ORNICAR? Digital-Nouvelle Époque*, (199).
- Recalcati, M. (2007). *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Bruno Mondadori: Milano.
- Recalcati, M. (2025). *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi* (Nuova ed.). Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Recalcati, M., Zuccardi Merli, U. (2006). *Anoressia, bulimia e obesità*. Bollati Boringhieri: Torino.
- Rostad, W. L., & Whitaker, D. J. (2016). The association between reflective functioning and parent–child relationship quality. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2164–2177.
- Rugo, M. A. (2025). *Obesità. Aspetti psicosociali e trattamento*. Raffaello Cortina Editore Milano.
- Rutherford, H. J. V., Crowley, M. J., Gao, L., Francis, B., Schultheis, A., & Mayes, L. C. (2018). Prenatal neural responses to infant faces predict postpartum reflective functioning. *Infant Behavior and Development*, 53, 43–48.
- Rutherford, H. J. V., Maupin, A. N., Landi, N., Potenza, M. N., & Mayes, L. C.

(2016). Parental reflective functioning and the neural correlates of processing infant affective cues. *Social Neuroscience*, 12, 519–529.

Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: A research update. *Current Opinion in Psychology*, 25, 59–64.

Winnicott, D. W. (1975). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Feltrinelli: Firenze.

World Health Organization. (2023). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). <https://icd.who.int>

Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371–379.