



**Mangio dunque sono.  
Riflessioni bioenergetiche sull'obesità maschile.  
di Leonardo Moiser**



Ci sono delle persone che possono essere felici e a proprio agio anche se sono in sovrappeso.

Hilde Bruch, *Patologia del comportamento alimentare*

## *Indice*

Introduzione.....	3
1. Di che cosa stiamo parlando?.....	4
2. Obesità tra natura e cultura.....	5
2.1 Fattori genetici.....	5
2.2 Fattori sociali.....	6
3. Fattori psicologici nell'obesità.....	8
3.1 Il paradigma evolutivo-stadiale della pulsione.....	8
3.2 Il paradigma di Hilde Bruch.....	9
3.3 Il paradigma delle nuove forme del sintomo.....	10
4. L'approccio bioenergetico all'obesità.....	12
4.1 La pancia.....	12
4.2 Tratti caratteriali nell'obesità.....	14
Carattere schizoide.....	14
Carattere orale.....	15
Carattere psicopatico.....	16
Carattere masochista.....	17
Carattere rigido.....	18
5. Una possibile direzione bioenergetica della cura.....	19
6. Conclusioni.....	21
Bibliografia.....	22

## Introduzione

La prima volta che sono entrato in contatto con il concetto di obesità visto da un'ottica bioenergetica è stato nel testo dei coniugi Lowen "Espansione e integrazione del corpo in Bioenergetica" del 1977. A pagina 27 è presente l'immagine di un pancione, rappresentativo di come una costrizione alla regione pelvica possa causare una stasi energetica così evidente a livello addominale. Rimasi molto colpito dalla figura, poiché mi ci rispecchiavo pienamente. Avevo trovato una chiave di lettura del mio sovrappeso che non fosse solo mentale. Poiché questo sintomo coinvolge palesemente la sfera del corpo mi è sembrato interessante, o meglio entusiasmante, sapere che esiste una modalità di cura che non solo interroga il soggetto sul suo corpo, ma gli dà la possibilità di esperire quelle parti di sé difficilmente accessibili con altri approcci. La difficoltà nella percezione degli stimoli corporali da parte dei soggetti sovrappeso è riconosciuta da diversi autori (Bruch, 1973; Cosenza, 2008; Recalcati e Zuccardi Merli, 2006), ma un conto è averne coscienza a livello mentale, un altro è provarlo pienamente anche con la totalità del proprio organismo.

Questa tesina, dunque, nasce da una domanda intimamente personale, che ha trovato alcune risposte in parte dai testi letti, ma soprattutto nel mio percorso personale, analitico e di vita quotidiana. Tante idee che ho qui messo per iscritto nascono proprio dal mio lavoro bioenergetico individuale e di gruppo, e rappresentano per me delle verità intime e profonde. Ho provato ad estrapolare i concetti emersi e generalizzarli, basandomi anche sulla letteratura riguardante l'obesità.

Lo scritto è suddiviso in cinque parti. Mi è sembrato importante iniziare dando una definizione di obesità, per passare ad analizzare i fattori genetici e culturali che rivestono un'importanza nell'eziopatogenesi di questo sintomo. In quanto psicologo penso che non si può comunque dimenticare che il nostro corpo risponde a delle leggi anatomo-fisiologiche ed è inserito in un contesto culturale ben preciso. Entrambi questi fattori contribuiscono alla formazione dell'essere umano. Ma, appunto, in quanto psicologo, il mio ambito d'interesse è la peculiarità della singola persona, per cui ho poi approfondito le varie teorie psicologiche sull'obesità per passare, infine, ad una lettura bioenergetica di questo sintomo e ad un tentativo di direzione della cura secondo questo approccio.

È bene leggere questo elaborato, soprattutto gli ultimi capitoli, avendo ben chiaro che si tratta di una serie di idee e congetture, tutte da verificare e approfondire.

Probabilmente il mio futuro come clinico andrà in questa direzione.

# 1. Di che cosa stiamo parlando?

L'obesità può essere banalmente definita come un eccesso di peso corporeo dovuto ad un'eccedenza di massa grassa. Percentualmente il grasso corporeo dovrebbe aggirarsi intorno al 15-18% in un uomo adulto e al 22-25% in una donna adulta. Riuscire però ad identificare un criterio obiettivo che permetta una misurazione precisa dell'adipe non è affatto semplice. Ci si rende immediatamente conto che il semplice peso corporeo non può essere un fattore affidabile. Per poter parlare di obesità, infatti, è necessario che il peso eccedente sia dovuto alla massa grassa, il tessuto adiposo, da distinguere dalla massa magra, costituita da ossa, muscoli e organi. Un elevato peso corporeo potrebbe, ad esempio, essere causato da un eccesso di massa muscolare, come accade nei *body builder*.

Vi sono metodi molto raffinati per determinare la distribuzione regionale del grasso corporeo: sono la Tomografia Assiale Computerizzata e la Risonanza Magnetica Nucleare. Si tratta di procedure complesse e costose, usate quasi esclusivamente per scopi di ricerca ma non applicabili nella pratica clinica corrente.

Sebbene, quindi, il peso corporeo non sia un indice sufficientemente attendibile, è però quello più semplice da poter utilizzare. Lambert Quételet ha dunque ideato l'Indice di Massa Corporea, definito come il rapporto tra il peso in kg e il quadrato dell'altezza espresso in metri ( $BMI = \text{kg}/\text{m}^2$ ). Oggigiorno questo valore viene universalmente accettato come un buon indicatore della corpulenza di un individuo adulto. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto una tabella di classificazione degli stati ponderali.

<b>Classificazione</b>	<b>IMC</b>
Sottopeso	< 18,5
Range normale	18,5 - 24,9
sovrappeso	25 - 29,9
Obesità classe I	30 - 34,9
Obesità classe II	35 - 39,9
Obesità classe III	≥ 40

Si può quindi parlare di obesità quando l'IMC supera il valore di 30. La poca affidabilità dell'IMC non è ascrivibile al solo fatto che non distingue fra massa grassa e massa magra, ma anche al fatto che non prende in considerazione la localizzazione corporea dell'adipe, fattore fondamentale per le complicanze metaboliche e cardiovascolari che l'obesità comporta, come ha dimostrato Jean Vague in un suo articolo del 1947 (in Bosello e Cuzzolaro, 2006, p. 21). A parità di IMC, una localizzazione del grasso corporeo di tipo viscerale, centrale (soprattutto addominale, caratterizzante l'obesità di tipo androide) si associa a maggior rischio di malattie e di morte rispetto a una localizzazione di tipo sottocutaneo, periferico (concentrata nelle regioni

delle anche, delle cosce e dei glutei, come nell'obesità ginoide). Un buon indice in grado di differenziare efficacemente fra questi due tipi di obesità è il rapporto tra circonferenza della vita e dei fianchi, che non dovrebbe superare il valore di 0,95 nell'uomo e 0,80 nella donna.

## 2. Obesità tra natura e cultura

L'obesità è dovuta ad un'introduzione eccessiva di alimenti senza essere controbilanciata da un consumo equivalente: si tratta sempre di un bilancio energetico positivo.

I fattori che entrano in gioco nel permettere che l'energia in ingresso sia superiore a quella in uscita sono numerosi: abbiamo a che fare con variabili genetiche, sociali, culturali, psicologiche. Queste ultime verranno trattate più approfonditamente nei prossimi capitoli, per ora analizzerò brevemente i fattori genetici (natura) e sociali (cultura) che possono avere un ruolo importante, e a volte fondamentale, nell'obesità.

### 2.1 Fattori genetici

L'adiposità non è un parametro genetico interamente predeterminato, anche se è stato calcolato che il patrimonio genetico rende conto del 40% circa della varianza della massa corporea (Rigamonti e Müller, 2006, p. 51).

Il concetto centrale per poter comprendere appieno l'importanza di questi fattori è quello di metabolismo, che può essere definito come l'insieme e il ritmo dei processi attraverso i quali il corpo consuma energia per mantenere la vita. Mediamente la spesa energetica quotidiana è suddivisa tra metabolismo basale (circa il 70%), termogenesi (circa il 15%) e attività motoria (circa il 15%). L'energia consumata nel metabolismo basale è quella che più delle altre è regolata da fattori genetici. Cosa succede nelle persone che soffrono di obesità? Perché il loro metabolismo basale consuma meno energia delle persone normopeso?

Prima del 1994 già si era capito che nei soggetti obesi mancava una sostanza capace di dare un *feedback* al SNC sulle precise quantità di grasso accumulate nel corpo, ma fu solo in quell'anno che Friedman e coll. riuscirono a isolare una molecola capace di veicolare tale informazione, e venne chiamata leptina (Rigamonti e Müller, *ivi*, pp. 55-57). Questa molecola viene prodotta direttamente dal tessuto adiposo, scoperta che portò a parlare di organo adiposo più che di tessuto: le cellule grasse non sono solo depositi inerti di scorte energetiche, ma sono un vero e proprio organo con un funzionamento attivo e, in particolare, una importante produzione di ormoni. Negli anni successivi sono state individuate numerose altre molecole in grado di controllare secondo diverse modalità il peso corporeo. Si tratta di una fitta rete di segnali costituiti da ormoni e da neurotrasmettitori. Essi si articolano, si potenziano e si inibiscono in funzione delle informazioni che giungono dalla periferia sullo stato delle riserve adipose e sul fabbisogno di energia.

Negli ultimi anni l'approccio medico si è attivato in maniera considerevole nel tentativo di riuscire a individuare dei farmaci che possano controllare il peso corporeo, ma poiché questo è un complesso processo poligenico e multifattoriale, sembra assai improbabile che un singolo approccio farmacologico possa essere in grado di risolvere il problema dell'obesità.

Tuttavia, nel mondo scientifico si è ottimisti nel ritenere che presto saranno disponibili più classi di farmaci antiobesità e che sarà possibile somministrare “cocktail” di molecole preparate, su base individuale, per il paziente obeso con una specifica storia clinica (Rigamonti e Müller *ivi*, p. 79).

## 2.2 Fattori sociali

Negli ultimi decenni la prevalenza dell'obesità è aumentata in misura epidemica. In molti paesi industrializzati la sua diffusione ha superato la soglia del 15% della popolazione, il limite critico al di là del quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce un fenomeno epidemico ed impone interventi immediati (D'Amicis *et al.*, 2006). Non è possibile pensare che in un lasso così breve di tempo siano avvenute mutazioni genetiche in tanti rappresentanti della nostra specie. Si è fatta strada nel pensiero scientifico l'ipotesi del gene suscettibile: le influenze genetiche sembrano esprimersi attraverso geni di suscettibilità che aumentano il rischio di sviluppare uno stato morboso ma non sono indispensabili per la sua espressione e, da soli, non sono sufficienti a spiegarlo.

Si deve pensare, insomma, che nella maggior parte dei casi di obesità non sia in gioco un difetto genetico particolare ma, piuttosto, un assetto genetico complessivo, molto diffuso fra gli organismi viventi, che nel corso di millenni si è sviluppato e perfezionato per far fronte, soprattutto, ai periodi di carestia. Tale profilo genetico rende la maggior parte degli esseri umani assai vulnerabili di fronte a un ambiente *obesiogeno* come quello attuale (Bosello e Cuzzolaro, 2006, p. 42).

Entrano in gioco, a questo punto, numerosi fattori ambientali e culturali che giocano un ruolo importante.

*In primis* va ricordata la grande transizione alimentare che ha caratterizzato gli ultimi decenni: buona parte dell'umanità è passata da un'alimentazione dominata da cereali e ortaggi ad una ricca di grassi e zuccheri semplici. Questo cambiamento di stile alimentare è stato favorito da numerosi cambiamenti sociali, quali l'aumento del reddito medio *pro capite*, la diminuzione dei costi di grassi e zuccheri, l'urbanizzazione, lo sviluppo da parte delle industrie alimentari di precise strategie di *marketing* e di tecniche pubblicitarie sempre più efficaci e aggressive.

Un secondo fattore che gioca una grande importanza è il ruolo che la sedentarietà assume nell'eziopatogenesi dell'obesità. Lo sviluppo tecnologico ha portato a una riduzione clamorosa del bisogno di muoversi a piedi e di lavorare manualmente, facendo spendere quindi meno energia.

Abbiamo visto nel capitolo precedente come la termogenesi, la capacità cioè di mantenere costante la temperatura corporea, contribuisca in modo sensibile al dispendio energetico. Il riscaldamento delle abitazioni e dei luoghi di lavoro sembra dunque contribuire all'aumento del peso corporeo.

Un fenomeno particolare che secondo vari ricercatori (Bosello e Cuzzolaro, 2006; D'Amicis *et al.*, 2006) può aver contribuito all'aumento del sovrappeso e dell'obesità, almeno in alcuni paesi, è la riduzione della prevalenza del fumo di tabacco in seguito alle recenti campagne

antifumo. Diversi studi epidemiologici hanno evidenziato come i fumatori, in media, pesino meno. Sembra che fumare e mangiare non vadano troppo d'accordo: in genere il fumo di tabacco tende ad associarsi ad un minor introito calorico giornaliero.

Il mondo scientifico è ormai concorde nel ritenere che i fattori genetici in sé non siano sufficienti a determinare in modo rigido la regolazione del peso corporeo. Chiaramente, l'adiposità non è un parametro genetico interamente predeterminato, così come i fattori sociali e culturali non agiscono inflessibilmente su ogni essere umano. Entrano qui in gioco altri fattori di tipo psicologico, che possono dare un senso al perché individui con lo stesso genoma e appartenenti al medesimo ambiente culturale non abbiano lo stesso peso. Numerosi studi citati da Rigamonti e Müller (2006, p. 51) indicano una concordanza media dell'IMC fra gemelli monozigoti del 74%. I fattori psicologici che entrano in gioco potrebbero spiegare efficacemente il 26% di discordanza.



### 3. Fattori psicologici nell'obesità

Ancora oggi giorno la comunità scientifica trova difficoltà a pensare l'obesità in termini psicologici. Ne è la riprova più lampante il fatto che il DSM-IV non la includa, e nemmeno ne accenni, tra i disturbi dell'alimentazione. Sembra che per questo sintomo godano di maggior consenso altri tipi di modello, che non quello psicologico. In particolare il modello morale, che considera i soggetti che soffrono di obesità come interamente responsabili della loro condizione, caratterizzandoli come esseri esclusivamente interessati alla ricerca del loro piacere, e il modello della malattia, che vede queste persone come aventi un'innata predisposizione all'obesità, sollevando il soggetto dalla responsabilità per il suo sintomo. Entrambi questi approcci non tengono conto delle variabili psicologiche che intervengono nell'obesità. Questi tipi di interventi hanno trovato e trovano tutt'oggi numerosi consensi. Basti pensare alla teoria degli "esternalizzanti" di cui *Weight Watchers* è forse in questo campo l'esempio più significativo. Secondo questo approccio i soggetti che soffrono di obesità sono poco sensibili ai segnali interni e molto sensibili a quelli che provengono dall'ambiente circostante. Il programma di cura si declina, dunque, secondo una regolazione alimentare ottenuta con la padronanza dell'ambiente (Apfeldorfer, 1994)

A mio avviso, teorie che prendano in esame la responsabilità del soggetto coinvolto nei confronti del proprio sintomo possono spiegare in modo più profondo e preciso il problema dell'obesità. Farò dunque riferimento a tre importanti filoni teorici: il primo che, sulla falsariga degli studi di Karl Abraham, vede l'obesità come una patologia dell'oralità; un secondo approccio esemplificato dal lavoro di Hilde Bruch; un terzo che si situa nell'ambito del lavoro di Lacan ed ha inaugurato una clinica orientata alla comprensione delle Nuove Forme del Sintomo.

#### 3.1 *Il paradigma evolutivo-stadiale della pulsione*

Karl Abraham, allievo di Freud, ha approfondito il modello di sviluppo psico-sessuale stadiale concettualizzato dalla psicoanalisi. L'idea di base è che l'essere umano evolve per diverse fasi, caratterizzate da una differente localizzazione dell'energia libidica. Per poter passare al livello successivo è necessario che la libido non sia invischiata ma possa fluire liberamente alla fase seguente. Si passerebbe dunque da un'iniziale momento di oralità ad una fase anale ed infine genitale. All'interno di questa complessa costruzione dottrinarica, il posto dei disturbi alimentari è inquadrato in un arresto dello sviluppo libidico allo stadio sadico-orale, contraddistinto da una relazione cannibalesca con l'oggetto. Abraham (1916) arriva a queste conclusioni osservando il rifiuto del cibo tipico dei soggetti melanconici. Il paziente depresso, afferma l'autore, nel suo inconscio volge sul suo oggetto sessuale il desiderio d'incorporazione. Nel profondo del suo inconscio si trova la tendenza ad inghiottire l'oggetto, ad annientarlo. Il melanconico si addossa pesanti autoaccuse per tenere fuori dalla coscienza i

desideri cannibalici che sarebbero rivolti all'annientamento dell'oggetto d'amore e, dunque, intollerabili. Il rifiuto del cibo lo preserva da questa pulsione. L'individuo orale, infatti, è dominato da un intenso bisogno di incorporazione e divoramento. Il suo funzionamento mentale è caratterizzato dall'avidità, dall'incapacità di aspettare, dai comportamenti eccessivi, dalle reazioni su una modalità binaria, dalla grande versatilità dei sentimenti: gioia, tristezza, angoscia o collera si alternano senza sfumature. Avendo difficoltà a distinguere tra sé e non-sé, l'individuo orale vive ogni relazione in modo fusionale, passivo e dipendente dall'altro, alternando l'avidità affettiva e il rigetto brutale. Il mangiare ingordo della persona che soffre di obesità diventa dunque un tentativo sadico di incorporare dentro di sé l'oggetto d'amore.

### *3.2 Il paradigma di Hilde Bruch*

Hilde Bruch si colloca nel filone psicoanalitico, pur discostandosene parzialmente. La sua formazione dinamica si evince immediatamente dalle prime pagine di “patologia del comportamento alimentare” (1973), testo di riferimento negli studi sui disturbi dell'alimentazione. L'autrice afferma infatti che

l'obesità, pur rappresentando un difetto dell'adattamento, può servire da protezione contro una malattia più grande e rappresenta uno sforzo per restare sani o esser meno malati. Questi individui, indipendentemente dal loro peso corporeo, che può essere eccessivo o meno, non possono vivere una vita normale, a meno che i problemi che sono alla base della loro anomalia vengano chiariti e risolti. La perdita di peso è per loro una questione secondaria. (Bruch, 1973, p. 14)

Il sintomo come metafora di un conflitto inconscio, dunque. L'autrice si discosta però immediatamente dall'idea psicoanalitica di doverne svelare il significato attraverso l'interpretazione. La sua pratica clinica le mostra, infatti, che non è questa la strada più idonea per trattare questo sintomo. Per lei il disturbo fondamentale consiste in una cattiva discriminazione tra differenti sensazioni fisiche, bisogni corporali ed emozioni, fame, sazietà, angoscia o collera, che restano amalgamati. Questi disturbi sarebbero la conseguenza di un cattivo apprendimento dell'infanzia, in cui la madre ha imposto i propri bisogni e desideri al bambino. Se alle sue necessità e desideri, inizialmente poco differenziati, sono mancati conferma e rafforzamento o se le risposte sono state contraddittorie e confuse, il bambino cresce pieno di perplessità ogni qualvolta tenti di distinguere i suoi disturbi nel campo biologico dalle esperienze emotive. Sarà così un individuo privo del senso del suo essere una creatura a sé stante, avrà difficoltà a crearsi dei confini e si sentirà in continua balia di forze esterne.

Se la madre offre cibo in risposta a segnali indicanti il bisogno di nutrimento, il bambino svilupperà gradualmente l'engramma di “fame”, quale sensazione diversa da altri stati di tensione o di bisogno. D'altro canto, se la reazione materna è sempre incongrua – a prescindere dal suo carattere di negligenza o di eccessiva sollecitudine, di costrizione o di permissività indiscriminata – il risultato per il bambino sarà una confusione che lo renderà sempre perplesso. Quando sarà più grande non saprà distinguere tra l'aver fame e l'essere sazio,

tra il bisogno di mangiare e qualche altro stato di disagio o di tensione. (Bruch, 1973, p. 79).

La cura di questo sintomo, come precedentemente accennato, non può, a detta della Bruch, andare nella direzione classicamente psicoanalitica dell'interpretazione, che può rappresentare per il paziente la ripetizione catastrofica dell'esperienza che qualcuno sa meglio di lui quello che sente e prova, confermandogli il suo senso di inadeguatezza. Diventa importante, per l'autrice, permettere al paziente di parlare delle proprie emozioni senza che il terapeuta si posizioni come "soggetto supposto sapere", per dirla con Lacan, permettendo al paziente di esaminare i vissuti che il problema del cibo maschera. Il paziente che soffre di obesità, infatti, tende ad incolpare il suo sovrappeso per tutti i problemi relazionali ed intrapersonali che ha. Crede fermamente che, una volta dimagrito, anche tutti i suoi problemi svaniranno. Ma la realtà clinica mostra che non è affatto così. Diventa importante, dunque, che la dieta dimagrante inizi quando il paziente è veramente pronto, quando può essere considerata come un compito razionale al fine di ridurre il peso corporeo e non come una forma di magia, atta a risolvere i problemi esistenziali.

### *3.3 Il paradigma delle Nuove Forme del Sintomo*

Questo approccio viene introdotto con particolare riferimento alla clinica delle tossicomanie e mette in opera una lettura dell'Altro contemporaneo e delle nuove forme del disagio nella civiltà alla luce delle teorie e della clinica dell'ultimo Lacan. (Cosenza, 2008). Gli autori appartenenti a questa corrente riconoscono un'importante fattore sociale nell'eziopatogenesi dell'obesità. Essi affermano che l'imperativo sociale del dovere che caratterizzava l'epoca freudiana si è sostituito, nella società attuale, al godimento come dovere.

L'attuale programma della civiltà non esige affatto la rinuncia al soddisfacimento immediato, ma lo incentiva, lo comanda, lo richiede (Recalcati e Zuccardi Merli, 2006, p. 14).

Inoltre la nostra epoca si caratterizza per la metamorfosi della mancanza in vuoto: la mancanza strutturale che costituisce l'essere umano in quanto tale viene trasformata in un vuoto localizzato, come un contenitore che può e deve essere sempre riempito. È l'esempio che ci fornisce l'obesità, la quale in effetti riduce la mancanza dell'esistenza al vuoto anatomico dello stomaco che esige costantemente di essere riempito. Non esiste più, per questi soggetti, la possibilità di esperire il vuoto. Qui sta il paradosso: il paziente che soffre di obesità si sente vuoto anche se è pieno e viene imprigionato nel suo corpo, che diventa come un'armatura, una difesa paradossale dall'incontro inquietante col desiderio dell'Altro. Il corpo troppo pieno si difende dall'angoscia del vuoto, ma finisce per generare un'angoscia ancora più terribile: l'angoscia di un pieno che soffoca e cancella il soggetto (Recalcati, 2008).

Chi soffre delle nuove forme del sintomo palesa il rifiuto dell'Altro, si richiude autisticamente attorno alla sostanza di godimento, che nel caso dell'obesità, è il cibo. L'esperienza clinica lo mostra chiaramente su due versanti. Innanzitutto le abitudini alimentari, in particolare la

tendenza a consumare il cibo in solitudine, ci mostrano un soggetto che non coinvolge l'Altro nel suo disagio. In secondo luogo il sintomo obeso si configura già come un tentativo di risposta ad un rapporto insostenibile con l'Altro, innanzitutto con l'Altro materno (Recalcati, 1997).

Il disturbo alimentare non si struttura come metafora del ritorno del rimosso, ma diventa qualcosa che per il suo forte potere denotativo sembra avere sostituito addirittura il nome del soggetto. Il paziente obeso non si presenta portando un sintomo, ma identificandosi con esso. “Sono obeso”, non “soffro di obesità”. Questa forte identificazione con il sintomo fa scomparire il soggetto, rendendo anonima la sua domanda. Sostenere di essere obesi è come operare una specie di desoggettivizzazione e di psichiatrizzazione del sintomo. In questa nominazione anonima il soggetto non esiste più, se non come obeso. Senza una separazione del soggetto dall'identificazione al sintomo non è possibile che prenda avvio nessuna domanda di cura.

L'analista non deve concentrare le sue attenzioni sul problema alimentare in sé. Si tratta di allentare con il tempo il legame con un godimento chiuso in se stesso, limitato al circuito del cibo, per riallacciare la persona a un legame sociale possibile. Attraverso il transfert, l'inconscio del paziente è messo al lavoro, spostando l'attenzione dal cibo alla soggettività. Questo non significa però che il sintomo venga lasciato nel suo stadio attuale, perché implica un danno che blocca la vita e la progettualità: guarire significa fare in modo di aumentare la consapevolezza sul suo senso, di renderlo meno invalidante per chi ne soffre, promuovendo la capacità di farne a meno, secondo modi e tempi assolutamente individuali e non prefissati in anticipo. Il problema del cibo solitamente è l'ultima cosa che va a posto. Esso si pacifica solo quando il soggetto entra in contatto col suo desiderio, quando lo rende più frequentabile. Per questo uno dei segni più indicativi della buona strada della cura è un improvviso innamoramento, che slega il soggetto dal circolo autistico fra sé e il suo sintomo (Recalcati e Zuccardi Merli, 2006).

## 4. L'approccio bioenergetico all'obesità

Durante il mio percorso analitico mi è capitato di lavorare sul problema della mia obesità. Ricordo ancora con chiarezza quando, dopo un esercizio di radicamento, ho percepito la mia pancia piena di energia pronta a scoppiare. Ho avuto un'immagine, forse Helferich (2001) la chiamerebbe visione terapeutica anche se non si è trattato di un episodio regressivo, in cui ho visto il mio addome come un palloncino eccessivamente dilatato che non trovava un modo per sgonfiarsi. Ho sentito che le contrazioni del diaframma e del bacino imprigionavano questa energia e così la mia pancia, per non scoppiare, aveva dovuto allargare i propri confini, proprio come fa un palloncino quando lo si gonfia. Questo è stato il primo momento in cui ho iniziato ad interrogarmi veramente sul mio sovrappeso.

Ciò che mi ripropongo in questo capitolo, dunque, è di condividere le mie riflessioni, sensazioni, impressioni riguardanti questo tema, parlando del significato simbolico della pancia secondo diversi autori psico-corporei e di come esistano dei tratti di ogni carattere loweniano che possono sovrapporsi ad alcune caratteristiche del soggetto che soffre di obesità.

### 4.1 La pancia

L'obesità maschile, a differenza di quella femminile, è caratterizzata da un accumulo adiposo nella regione del ventre, soprattutto quando insorge in età adulta (la cosiddetta pancetta di mezz'età). Per questo ritengo sia importante soffermarsi sul significato che questa zona simbolizza all'interno del corpo umano.

Innanzitutto vi è da fare una considerazione puramente anatomica: la cavità addominale è la zona meno protetta del nostro corpo. Essa contiene diversi organi vitali, ma nonostante ciò non ha strutture dure che la possano difendere. Se ci muovessimo ancora a quattro zampe sarebbe salvaguardata posteriormente dalla schiena, lateralmente dai fianchi e dagli arti e inferiormente dalla terra. Ma con l'assunzione della postura eretta l'essere umano ha finito per esporre il proprio ventre delicato al mondo (Dychtwald, 1977).

Diversi autori concordano nel ritenere che in questa zona hanno origine le nostre sensazioni. È un deposito di sentimenti, immagini, idee, desideri e intenzioni, spesso inespressi e non riconosciuti, tanto che Totton ed Edmondson (1988) l'hanno definito l'inconscio del corpo-mente. Qui sono presenti i sentimenti viscerali, la nostra parte più istintiva e primordiale. Gli stessi coniugi Lowen (1977) affermano che spesso le persone tengono la pancia in dentro per combattere la propria natura animale fondamentale, situata proprio in questa parte del corpo.

Brown, fondatore della psicologia organismica, asserisce che

il nucleo della condizione umana è costituito da quattro regioni del corpo che consentono distinte modalità di contatto emotivo-cognitivo tra soggetto e mondo: il torace, l'addome, la parte superiore e inferiore del corpo. [...] La regione dell'addome è predisposta a rivolgersi all'interno, verso l'ampiezza e la profondità del mondo interiore

dell'anima e del corpo. Gli organi addominali ci forniscono quei messaggi propriocettivi che comunicano momento per momento il vero modo di essere della nostra anima incarnata. Tali messaggi, originariamente trasmessi dalle ossa e dai muscoli, vengono poi filtrati internamente attraverso i visceri. La regione addominale media la compenetrazione del nostro essere e la percezione di una profonda armonia interna, veicolando un profondo amore ed accettazione di sé, attimo per attimo. Infine, quando si raggiunge una totale fusione tra psiche e anima essa rappresenta la sorgente del processo primario da cui scaturisce la serenità interiore (Brown, 1990, pp. 59-60)

Tra gli autori psico-corporei che si sono interessati a questa importante zona Gerda Boyesen occupa sicuramente un posto a parte. Questa autrice, nata nel 1922 a Bergen, in Norvegia, oltre alla fisioterapia ha studiato psicologia all'Università di Oslo e vegetoterapia con Ola Raknes; in seguito è stata vegetoterapeuta all'Istituto Bülow-Hansen e psicologa clinica in diversi ospedali psichiatrici norvegesi. A lei si deve la scoperta del significato psicologico delle peristalsi intestinali. Rifacendosi ad un articolo del 1964 del professor Johannes Setekleiv (in Boyesen, 1990) l'autrice inizia a concettualizzare la nozione di psicoperistalsi: le energie in eccesso trovano una via di scarica nei movimenti peristaltici dell'intestino. La Boyesen, infatti, asseriva che esistono quattro vie di scarica dell'energia, due ascendenti e due discendenti. Le vie superiori sono le urla (via forte) e la verbalizzazione (via debole), mentre quelle inferiori sono la diarrea (via forte) e la psicoperistalsi (via debole). Mi sembra interessante riportare di seguito un breve stralcio di come la Boyesen sia arrivata a questa teoria.

Continuavo a massaggiare i pazienti agendo unicamente sulle membrane cariche di fluido energetico. Riducevo la pressione di tale fluido e allora udivo i gorgoglii peristaltici. In questo modo, assistetti alla progressiva scomparsa dei sintomi e potei rendermi conto di cosa fosse la scarica vegetativa dolce che cercavo: una notte, ero sveglia e udii il rumore peristaltico nel ventre di mio marito. Compresi che si trattava della risposta del mio interrogativo: qual è la via dolce della scarica vegetativa? Ormai mi sembrava evidente che non era necessaria la diarrea per eliminare le tensioni nervose dell'organismo, dato che questo aveva i suoi meccanismi di regolazione delle tensioni da eliminare: la psicoperistalsi. Il canale istintuale ed emotivo, il canale dell'"Es", è anche la via della dissoluzione, della 'fusione' dell'energia emotiva (Boyesen, 1990, pp. 65-66).

La comprensione simbolica di questa zona corporea può dare significati nuovi all'obesità, visti secondo una luce bioenergetica. L'adipe accumulato nella pancia verrebbe ad essere una difesa del soggetto dal sentire, dall'essere vivo e luminoso, dall'essere carico ed energico. Si tratta di un vero e proprio scudo che il soggetto erige per non entrare in contatto con *Hara*, con la parte pulsionale di se stesso. Già la Bruch (1973) aveva notato come sia caratteristico di questi soggetti la difficoltà di contattare i propri desideri e le proprie pulsioni. Anche Lidell (1984) riconosce che un ventre obeso e pesante può soffocare le sensazioni sottostanti. Isolato dal suo centro vitale, un simile individuo può essere incapace di riconoscere e soddisfare le proprie esigenze.

## 4.2 Tratti caratteriali nell'obesità

Riflettendo sull'obesità in termini di strutture caratteriali bioenergetiche mi sono reso conto di come questo sintomo presenti delle caratteristiche ascrivibili a tutti e cinque i caratteri loweniani, dallo schizoide al rigido.

In questo capitolo mi ripropongo di analizzare uno per uno i cinque fondamentali caratteri per focalizzarmi sulle caratteristiche del sintomo obeso presenti in ciascuno di essi. Non mi soffermerò nella descrizione delle varie strutture, rimandando eventualmente a Lowen (1958, 1875), Johnson (1994) e Marchino e Mizrahi (2004) per un eventuale approfondimento.

### Carattere schizoide

I punti che questo carattere si trova ad avere in comune con il sintomo obeso sono principalmente due: la negazione del corpo e la difficoltà ad avere dei confini ben strutturati.

Il primo punto è talmente caratterizzante lo schizoide che Lowen (1967) utilizza buona parte de "Il tradimento del corpo" per parlare della difficoltà di percepire sensazioni corporee tipica di questa tipologia caratteriale.

Si abbandona il corpo quando diventa fonte di dolore e umiliazione invece che di piacere e orgoglio. Si rifiuta allora di accettarlo o di identificarsi con esso. Ci si rivolta contro di lui. (Lowen, 1967, p. 223).

Lo schizoide è riuscito a rendere tollerabile il terrore di essere annientato semplicemente perché esiste annullando le sensazioni corporee.

Anche se le motivazioni di base possono essere differenti, il sintomo obeso si struttura in maniera simile. L'adipe in eccesso serve ad ovattare i bisogni emotivi ed affettivi perché intollerabili. Ciò che il soggetto che soffre di obesità ha dovuto compiere è annullare il corpo per non sentire i propri desideri. Hilde Bruch (1973) ha elaborato la sua clinica sulla difficoltà di questi pazienti ad ascoltare le sensazioni corporee.

Se, con Anzieu (1985), vogliamo leggere il significato simbolico della pelle come membrana che delimita i confini fra mondo interno e mondo esterno, ci si rende subito conto che nel carattere schizoide questo punto racchiude intense problematiche. L'energia è tutta congelata al centro e non è disponibile nelle parti periferiche. La pelle di questi soggetti è spesso fredda, scarica energeticamente e non ha la possibilità di adempiere alle principali funzioni che Anzieu (*ibidem*) le ha riconosciuto: superficie che delimita il dentro dal fuori e, di conseguenza, barriera che protegge dall'aggressività esterna.

Le persone che soffrono di obesità hanno tendenzialmente dei confini molto poco marcati. Ciò è ben visibile nella classica camminata ciondolante che li caratterizza. Il loro continuo dondolamento, più o meno visibile ma spesso presente, potrebbe significare una difficoltà a restare dentro dei limiti direzionali ben precisi, rappresentati dalla traiettoria in cui il corpo si muove. Il corpo enorme di questi pazienti può essere anche letto come un bisogno di estendere

i propri limiti fisici, come se essi stessi non fossero in grado di percepire fin dove i loro confini arrivino.

## *Carattere orale*

Il carattere orale, insieme a quello masochista, è quello che più profondamente incontra il sintomo obeso.

Il corpo del carattere orale è tendenzialmente molto sottile a causa delle forti deprivazioni di nutrimento affettivo. Accade però, talvolta, che dei caratteri orali abbiano compensato questo stato di denutrizione aumentando il loro stato corporeo fino all'obesità. Abbiamo già visto come la prima psicoanalisi, con Abraham (1916) in particolare, punti notevolmente sull'interpretazione dell'obesità come sadismo orale.

Il punto a mio avviso più pregnante che il carattere orale ha in comune con il sintomo obeso è la difficoltà ad incontrare e a reggere la propria mancanza. Questo soggetto, intimamente segnato dal bisogno d'amore negatogli all'inizio della sua vita, sviluppa un desiderio intenso di relazione con l'altro, ma con la paura concomitante di essere nuovamente abbandonato. Il carattere orale, dunque, tende, una volta instaurata una relazione, ad aggrapparsi al partner.

Quando non è ben difeso, o quando le sue difese non funzionano, l'orale si perde nell'amore. Quando la speranza di trovare il paradiso perduto si riaccende, la persona si perde nella simbiosi (Johnson, 1994, p. 138).

Le stesse dinamiche sono ravvisabili nel soggetto che soffre di obesità. La difficoltà a stare da solo lo possono portare a cercare delle relazioni affettive anche con partner non adeguati. La modalità privilegiata che questi soggetti utilizzano, però, è utilizzare il cibo come riempitivo del senso di solitudine che attanaglia loro l'anima.

Energeticamente c'è un aspetto che accomuna in maniera marcata il carattere orale e il soggetto che soffre di obesità. Nell'orale

l'energia scorre verso l'alto, non verso il basso. Le gambe sono insufficientemente caricate, e non si mantiene il contatto con il terreno. Non c'è aumento dell'eccitazione genitale. A causa di questa mancanza di contatto con il suolo, che è la controparte della mancanza psicologica di contatto con la realtà, si sente che questi individui sono "tra le nuvole", "fluttuano nello spazio", e con loro i contatti non si stabiliscono (Lowen, 1958, p. 157).

Una difficoltà riscontrata nel soggetto che soffre di obesità è l'impossibilità per l'energia di fluire verso il basso. La contrazione pelvica è talmente marcata che l'energia non può scaricarsi a terra e ristagna nel ventre. Con l'andare del tempo i muscoli superiori dell'addome si possono indebolire, trasformando la pancetta in pancione (Lowen e Lowen, 1977). Questa tensione cronica a livello pelvico serve a non percepire il desiderio sessuale ed è tipico anche del carattere orale.



## *Carattere psicopatico*

Il carattere psicopatico potrebbe apparire quello che meno ha caratteristiche psicologiche, energetiche e relazionali in comune con il sintomo obeso. Il falso sé dello psicopatico basato sull'idea di essere il migliore sembra avere poco in comune con il senso di nullità con cui si percepisce il paziente che soffre di obesità. In realtà questo stile caratteriale può essere letto attraverso la polarità grandiosità-indegnità. Johnson<sup>1</sup> (1994, p. 193) afferma che

anche se la maggior parte delle descrizioni della personalità narcisistica si incentra sull'aspetto di compensazione di questa polarità (mancanza di umiltà, incapacità di accettare il fallimento, paura di essere impotenti, manipolazione, lotta per il potere e enfaticizzazione della volontà), molti individui narcisistici evidenziano, spesso nella prima seduta di psicoterapia, la polarità opposta. Possono confessare il loro profondo senso di indegnità, il petulante rammarico di non essere o non avere mai abbastanza, il bisogno di procurarsi un valore provvisorio e la profonda invidia per chi percepiscono sano e di successo. All'interno di questa confessione c'è spesso l'ammissione di ingannare gli altri attraverso lo sfoggio di forza, competenza e felicità.

I conflitti di base dello psicopatico e del soggetto che soffre di obesità sono dunque simili. Quest'ultimo vive costantemente nell'idea di essere inferiore a chiunque altro, di non avere alcun valore per nessuno. Lo psicopatico ha messo però in atto una difesa che lo caratterizza profondamente, la formazione reattiva, con lo scopo di allontanare dalla sua coscienza la percezione dei suoi vissuti di inettitudine. Questo stile difensivo, infatti, consiste nel tenere lontano un desiderio od impulso inaccettabile adottando un tratto di carattere diametralmente opposto. Il paziente che soffre di obesità, invece, non ha fatto proprio questo stile difensivo, identificandosi pienamente con i suoi vissuti di inidoneità.

Queste similitudini sono riscontrabili anche negli stili d'attaccamento simili: sia lo psicopatico che il soggetto che soffre di obesità sono caratterizzati da un *caregiver* che sapeva meglio di loro qual era il loro bene. La Bruch (1973) analizza a fondo le famiglie dei suoi pazienti, osservando che sono per la maggior parte caratterizzate da madri che imponevano ai figli i propri desideri, seducendoli e facendo loro credere che questi desideri fossero loro. Lowen (1975), parlando del carattere psicopatico, sottolinea come il fattore più importante nell'eziologia di questa condizione sia la seduzione coperta del genitore nei confronti del bambino al fine di soddisfare i propri bisogni narcisistici. In questa condizione il bambino si trova costretto a fare propri questi desideri, in quanto le sue percezioni ed emozioni non vengono riconosciute e sostenute dal mondo esterno.

---

1 Johnson inserisce le caratteristiche psicopatiche all'interno del carattere narcisista, discostandosi dalla visione loweniana per la minor importanza attribuita alla seduzione sessuale e la maggior accentuazione sugli aspetti narcisistici.

## *Carattere masochista*

Come già anticipato questo carattere è quello, insieme all'orale, che ha più affinità con il sintomo obeso.

Innanzitutto a livello di tensioni energetiche ci sono delle similitudini evidenti: il blocco tra la bocca dello stomaco e l'ano li caratterizza entrambi. Marchino e Mizrahil (2004) parlano di questa energia compressa paragonandola al vapore di una pentola a pressione. Anche nel soggetto che soffre di obesità è presente una pressione talmente forte che il ventre, non trovando un modo per sfogarla, si deve espandere a livello addominale per mantenere la tensione energetica a livelli accettabili. I due autori continuano parlando del carattere masochista, affermando che

il suo diaframma, proprio come fosse il coperchio di una pentola a pressione, si irrigidisce, impedendogli di espirare in modo completo. Se espirasse si svuoterebbe, entrando in contatto con la propria vulnerabilità, ma il masochista non sopporta di percepire la sua fragilità. Ama invece sentirsi pieno e forte, e la sua energia compressa gli dà un senso di solidità (Marchino e Mizrahil, *ibidem*, p. 134).

Il soggetto che soffre di obesità sembra incarnare facilmente la maschera della vittima tipica del masochista. Questi pazienti tendono a pensare che tutti i loro problemi siano dovuti al loro eccesso di peso, lamentandosene spesso. Sanno di essere responsabili, con le loro alterate abitudini alimentari, della loro obesità, ma si sentono in balia di forze potenti che non permettono loro di esercitare alcun controllo sull'ingestione del cibo. Johnson, parlando del carattere masochista, sembra delineare uno spaccato preciso del soggetto che soffre di obesità.

L'essenza della soggettività masochistica è l'impotente sensazione di essere intrappolati in un circolo vizioso di sforzi che terminano sempre nella frustrazione. Questo stallo vitale cronico e stremante genera impotenza, pessimismo, disperazione, profonda sfiducia riguardo al futuro. Questa cronica sofferenza per una realtà sempre uguale viene di solito affrontata solo sopportandola e condividendola con chiunque sia disposto ad ascoltare (Johnson, 1994, p. 243)

Eziologicamente il carattere masochista ha delle caratteristiche comuni al soggetto che soffre di obesità. Ad entrambi viene negato il diritto di imporsi con i propri desideri, colpevolizzando ogni movimento spontaneo. L'atteggiamento intrusivo materno emerge chiaramente nel campo dell'alimentazione. Il bambino che diventerà masochista viene forzato a mangiare anche quando è pieno, facendo propri questi desideri di cibo, pena la colpevolizzazione da parte del genitore. Tipica è la frase: "mangia la pappa che ti ho preparato con tanto amore, altrimenti mi fai diventare triste". Il bambino deve dunque imparare a tenere giù il cibo, a mangiare anche quando è pieno. Questo comportamento gli permette di non contattare la rabbia che può provare nei confronti della madre che lo obbliga a mangiare, poiché probabilmente sarebbe insostenibile. Da qui nasce il senso di colpa che caratterizza le vita emotiva del masochista: il costante giudizio negativo della madre fa emergere la profonda sensazione nel bambino che in lui ci sia qualcosa di sbagliato. Questa emozione caratterizza

fortemente anche la vita emotiva del soggetto che soffre di obesità, che si sente spesso in colpa per le sue azioni, soprattutto per quel che riguarda il cibo.

### *Carattere rigido*

Questo carattere è quello che, a mio avviso, ha meno caratteristiche comuni con il sintomo obeso. Probabilmente ciò è dovuto al fatto che l'eziologia dell'obesità è in parte caratterizzata da traumi in fasi precoci della vita del bambino. Il carattere rigido, invece, situa la sua eziologia nella fase edipica, dopo i tre anni, ed è contraddistinto dalla mancanza di esperienze particolarmente nocive con il *caregiver* nel periodo di vita precedente. La tipologia rigida che ha dei punti in comune con il sintomo obeso è quella dell'ossessivo-compulsivo, che Lowen (1958, p. 260) definisce come

la forma estrema di rigidità a livello psicologico,

quindi la meno evoluta. Le ossessioni possono essere definite come pensieri egodistonici ricorrenti, mentre le compulsioni sono delle azioni ritualizzate che devono essere fatte per alleviare l'ansia. Nel paziente che soffre di obesità si ritrova tutto questo: l'ossessione per il cibo e il ricorso compulsivo ad esso per non entrare in contatto con l'ansia che potrebbe scaturire dal sentire la propria mancanza.

## 5. Una possibile direzione bioenergetica della cura

Si tratta di una malattia dell'amore e non dell'appetito  
Recalcati e Zaccardi Merli, *Anoressia, bulimia e obesità*

Questo ultimo capitolo vuole essere una trattazione succinta dei principali punti di orientamento nella cura del soggetto che soffre di obesità dalla prospettiva dell'analisi bioenergetica.

Nella cura del sintomo obeso penso sia necessario concentrarsi inizialmente sull'analisi della domanda portata dal paziente. Questo, infatti, tendenzialmente sarà propenso a chiedere un aiuto nel dimagrire, convinto che in questo modo tutti i suoi problemi svaniranno automaticamente. È invece importante che l'analista non colluda con questa sua fantasia e chiarisca adeguatamente sin dall'inizio che l'analisi non porterà necessariamente ad un calo ponderale, ma che in questo spazio si possono valutare, analizzare e contattare le emozioni, i desideri, le aspettative che questo sintomo porta con sé. Probabilmente questa posizione dell'analista attiverà delle difese nel paziente. Il compito del terapeuta è quello di trasformare la domanda iniziale di aiuto nella ricerca, all'interno della relazione transferale, delle cause della genesi della malattia, ricordando gli eventi salienti della sua vita e il modo in cui li ha vissuti, affinché il sapere che elabora durante questo percorso lo spinga a modificare le scelte che ha fatto e i vantaggi paradossali che ottiene dal suo disagio.

Si tratta di allentare con il tempo il legame con un godimento chiuso in se stesso, limitato al circuito del cibo [...] per riallacciare la persona a un legame sociale possibile. [...] Attraverso il transfert, unico vero motore della cura, l'inconscio della paziente è messo al lavoro, spostando l'attenzione dal cibo alla soggettività, dall'ossessione per il corpo all'essere della persona (Recalcati, Zuccardi Merli, 2006, p. 108).

A livello corporeo penso sia necessario lavorare su diversi fronti.

Innanzitutto sono convinto dell'importanza per questi soggetti di frequentare costantemente delle classi di esercizi. Le tensioni che li caratterizzano, infatti, hanno bisogno di un lavoro duraturo e persistente. I punti su cui lavorare sono principalmente due: l'autopercezione corporea e la scarica a terra.

Il primo fattore è una condizione necessaria a qualunque possibile cambiamento. Il soggetto che soffre di obesità, come abbiamo infatti visto con la Bruch (1973), si caratterizza per una difficoltà nel riconoscere sensazioni e movimenti interni. Dargli la possibilità di iniziare a differenziare questi stati perennemente mischiati tra loro può permettere a questi pazienti di riconoscere l'utilizzo smodato del cibo come riempitivo slegato dal circuito della fame: l'ansia può iniziare ad essere percepita come ansia e la fame come fame, senza confusione. Un lavoro corporeo basato sull'attenzione costante alla verità del proprio corpo, al respiro, alla percezione delle tensioni è, dunque, un'indispensabile base da cui poter protrarre il lavoro bioenergetico con questi pazienti.

Un'importanza rilevante assume anche la possibilità di scaricare a terra l'energia in eccesso, anche se probabilmente si tratta di un passaggio da attuare in un secondo tempo nel percorso analitico. Come abbiamo visto precedentemente, infatti, la tensione al bacino non permette all'energia di scendere. Un lavoro costante sul radicamento è necessario per attivare il processo vibratorio di scarica. Questo, infatti, a mio avviso, è la scarica dolce che invece la Boyesen (1990) ha individuato nella psicoperistalsi. La caratteristica di attività che contraddistingue la vibrazione, a differenza della passività dei processi peristaltici, può aiutare il soggetto a ritrovare una forma di capacità di controllo sul proprio corpo. Tutti quegli esercizi che attivano la vibrazione, dunque, sono i più indicati con questi pazienti. Piegare le gambe nell'inspirazione e risalire nell'espirazione, in particolare, è l'attività che più si addice a questo compito. Penso, infatti, che tutti quegli esercizi di scarica forte, come lo scalciare da sdraiati, rendano difficoltosa la percezione fine dei propri movimenti interni, che dovrebbe invece caratterizzare il lavoro con questi pazienti.

Penso possa essere utile, inoltre, l'utilizzo di massaggi relazionali, come il massaggio a farfalla di Eva Reich. Questo tipo di contatto, infatti, è molto utile nel lavoro sui confini corporei (Reich, Zornànsky, 1997). Applicando il principio dello stimolo minimo si permette al paziente di esperirsi in modo dolce, senza toccare dei nuclei eccessivamente dolorosi che potrebbero ulteriormente irrigidire la corazza del paziente.

## 6. Conclusioni

Mentre scrivevo questo elaborato mi è più volte sorto il dubbio di aver trattato poco la parte prettamente bioenergetica. Riflettendoci sono però arrivato alla conclusione che questo lavoro riunisce in sé due aspetti fondamentali dell'analisi bioenergetica: il lavoro mentale ed il lavoro corporeo. Spesso sono portato a credere che possa essere definito bioenergetico solo il lavoro corporeo, dimenticando l'origine psicoanalitica di questo approccio. Mi trovo invece d'accordo con Downing (1995) quando afferma che nelle terapie corporee è importante il lavoro corporeo, ma lo è altrettanto il lavoro analitico verbale. Un buon approccio terapeutico, quindi, penso non possa prescindere da una conoscenza non solo dei processi energetici, ma anche delle motivazioni inconscie che il sintomo nasconde. Rileggendo la tesina una volta terminata mi sembra che tenga debitamente in considerazione entrambi questi aspetti.

Per tutto l'elaborato ho deliberatamente deciso di non parlare mai di soggetto obeso, ma di soggetto che soffre di obesità. Questo per non colludere con l'aspetto identificatorio che fa del peso di questi pazienti l'unico aspetto in cui si possono riconoscere.

Ho inoltre sempre parlato di obesità come sintomo: sono infatti convinto che non si tratti di un semplice quadro nosografico, come la linea seguita dal DSM IV potrebbe proporre, ma sia il risultato di un processo di costruzione inconscia in cui il soggetto che ne patisce ne è implicato, anche se può non saperlo e rifiutare di riconoscerlo.

Come accennato nell'introduzione, questa tesina nasce dal bisogno e dal desiderio di fermarmi a riflettere su questo sintomo che il mio inconscio ha scelto per me. Durante la stesura ho scoperto varie cose di cui non ero consapevole e vari spunti da poter portare nel mio lavoro analitico.

Grazie a tutti coloro che mi hanno dato la possibilità di avvicinarmi un po' di più a me stesso.

## Bibliografia

- Abraham, K. (1916). *Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido*. In "Int. Z. (ärztl.) Psychoanal.", 4, pp. 71-97. Trad. It. Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido. In *Opere di Karl Abraham*, vol. 1, pp. 258-285. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1994). *DSM-IV*. Washington: A.P.A. Trad. it. *DSM-IV*. Milano: Masson, 1996 (3<sup>a</sup> ed., 2<sup>a</sup> rist.).
- Apfeldorfer, G. (1994). *Anorexie boulimie obesité*. Paris: Flammarion. Trad. it. *Anoressia bulimia obesità*. Milano: Il Saggiatore, 1996.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Parigi: Bordas. Trad. it. *L'io pelle*. Roma: Borla, 2005.
- Bosello, O., Cuzzolaro, M. (2006). *Obesità e sovrappeso*. Bologna: Il Mulino.
- Boyesen, G. (1990). *Entre psyché et soma*. Paris: Payot. Trad. it. *Tra psiche e soma*. Roma: Astrolabio, 1999.
- Brown, M. (1990). *The healing touch*. Mendocino: Life Rhythm. Trad. it. *Il contatto terapeutico*. Roma: Melusina, 1994.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books. Trad. it. *Patologia del comportamento alimentare*. Milano: Feltrinelli, 2000.
- Cosenza, D. (2008). *Il muro dell'anoressia*. Roma: Astrolabio.
- D'Amicis, A. et al. (2006). Epidemiologia dell'obesità. In Istituto Auxologico Italiano (Ed.), 6° *rappporto sull'obesità in Italia* (pp. 31-45). Milano: Franco Angeli.
- Downing, G. (1995). *The body and the word*. New York: Routledge. Trad. it. *Il corpo e la parola*. Roma: Astrolabio, 1995.
- Dychtwald; K. (1977). *Bodymind*. New York: Pantheon. Trad. it. *Psicosoma*. Roma: Astrolabio, 1978.
- Helferich, C. (2001). Visioni terapeutiche: l'esperienza della immaginazione attiva nel trattamento organismico. In M. Pini (Ed.), *Psicoterapia corporeo-organismica*. (pp. 153-176). Milano: Franco Angeli.
- Istituto Auxologico Italiano (Ed.). (2006). 6° *rappporto sull'obesità in Italia*. Milano: Franco Angeli.
- Johnson, S. M. (1994). *Character styles*. New York: Norton & Company. Trad. it. *Stili caratteriali*. Saturnia: Crisalide, (2004).
- Judith; A. (1996). *Eastern body, western mind*. Berkeley: Celestial Arts. Trad. it. *Il libro dei chakra*. Vicenza: Nero Pozzi, 2007 (7<sup>a</sup> ed.).
- Lidell, L. (1984). *The book of massage*. Londra: Gaia Books Limited. Trad. it. *Il libro del massaggio*. Milano: CDE, 1986.
- Lowen, A. (1958). *Physical dynamics of character structure (the language of the body)*. New York: Grune and Stratton. Trad. it. *Il linguaggio del corpo*. Milano: Feltrinelli, 2003.

- Lowen, A. (1967). *The betrayal of the body*. New York: MacMillan. Trad. it. *Il tradimento del corpo*. Roma: Mediterranee, 1997.
- Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. New York: Coward, McCarin & Geoghen.. Trad. it. *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli, 2004 (2<sup>a</sup> ed.).
- Lowen, A. (1990). *The spirituality of the body*. MacMillan. Trad. it. *La spiritualità del corpo*. Roma: Astrolabio, 1991.
- Lowen, A., Lowen, L. (1977). *The way to vibrant health*. New York: Harper and Row. Trad. it. *Espansione e integrazione del corpo in analisi bioenergetica*. Roma: Astrolabio, 1979.
- Marchino, L., Mizrahil, M., (2004). *Il corpo non mente*. Milano: Frassinelli.
- Pini, M. (Ed.). (2001). *Psicoterapia corporeo-organismica*. Milano: Franco Angeli.
- Recalcati, M. (1997). *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Milano, Mondadori.
- Recalcati, M., Zuccardi Merli, U. (2006). *Anoressia, bulimia e obesità*. Torino: Bollati Boringhieri, 2008 (2<sup>a</sup> ed.).
- Recalcati, M. (2008). *Clinica del vuoto*. Milano: Franco Angeli.
- Reich, E., Zornànsky, E. (1997). *Lebensenergie durch sanfte Bioenergetik*. Monaco: Kösel-Verlag GmbH & Co. Trad. it. *Bioenergetica dolce*. Milano: Tecniche Nuove, 2006.
- Rigamonti, A. E., Müller, E. E. (2006). Cervello e obesità: neurobiologia e neurofarmacologia. In Istituto Auxologico Italiano (Ed.), *6° rapporto sull'obesità in Italia* (pp. 49-92). Milano: Franco Angeli.
- Totton, N., Edmondson, E. (1988) *Reichian growth work*. Bridport: Prism. Trad. it. *L'energy stream*. Milano: Red, 2007.