

Sesso, cibo e disturbi della condotta alimentare

Intervista al Prof. **Carlo Rosso**

La relazione tra eros e cibo fa ormai parte della storia della letteratura e del cinema, ma cosa succede quando scoppia una patologia che trasforma il cibo in protagonista assoluto della nostra esistenza? Lo abbiamo domandato al Prof. Carlo Rosso.

Professore, può spiegarci quale rapporto intercorre tra alimentazione e sessualità?

I legami tra sessualità e alimentazione sono molto stretti. Alla nascita le due attività sono indistintamente fuse nell'allattamento, nell'atto della poppata: l'essere riempiti di cibo e l'essere riempiti d'amore si confondono in un'unica emozione totale, dove alimentazione e amore/sessualità-contatto quasi coincidono. Solo nel terzo anno di vita la sessualità dal tubo digerente si sposta progressivamente sugli organi genitali, e solo dopo la pubertà le due funzioni raggiungono la loro autonomia e la piena differenziazione. Tuttavia, anche nella vita adulta l'alimentazione e la sessualità continuano a tradire la loro comune origine: una cena a lume di candela precede l'incontro sessuale, viceversa un vivace appetito può fare seguito ad un'appagante incontro sessuale. Frequente è poi l'uso in amore dell'espressione: "ti voglio mangiare" in cui di nuovo un sentimento viene vissuto ed espresso con una metafora alimentare. Non deve quindi sorpren-

dere che nella patologia, alimentare o sessuale, si possa osservare un'associazione variamente declinata di sintomi e segni propri della sfera alimentare e sessuale. Anzi, nella patologia si verifica la perdita della distinzione tra i due ambiti che caratterizza la maturità,

e si osserva una regressione confusiva verso stadi più primitivi della vita affettiva, in cui cibo e sesso costituivano strumenti relazionali interscambiabili e coincidenti.

Quindi i problemi della sessualità nei disturbi alimentari non sono una rarità.

Esatto, sono sempre presenti. Tuttavia varia la loro gravità e modalità espressiva.

Ci può spiegare meglio?

Innanzitutto, quando parliamo di disturbi del comportamento alimentare intendiamo grossolanamente due patologie: l'anoressia e la bulimia. Nelle forme tipiche di questi due disturbi i problemi sessuali sono molto diversi. Nelle forme conclamate di anoressia (le più gravi) la dimensione affettivo/sessuale com'è realmente, nel senso di scelta e impegno nella relazione, viene completamente ignorata. Le pazienti non la considerano e si mostrano indifferenti ad ogni cenno sull'argomento. Altre, invece, si limitano a discuterne in teoria, in modo distaccato, come di cosa che semmai riguarda gli altri.



Altre si dedicano ad amori di fantasia, a rapporti idealizzati con persone sconosciute o lontane, intuendo, sia pure in modo confuso, il peso del loro problema in ambito affettivo/sessuale, e l'arricchimento che ne deriverebbe qualora fosse felicemente risolto. È raro che nelle forme conclamate di malattia le pazienti riferiscano bisogni sessuali coscienti.

Dunque le donne anoressiche non hanno attività sessuale...

Questo è vero in parte e solo per le forme gravi. In effetti la problematica tipica della sessualità dell'anoressica non è il rifiuto o il disinteresse per la sessualità, ma "il timore della penetrazione". Quando una sessualità va dal rifiuto totale ad un lento e progressivo avvicinarsi verso diverse forme di attività sessuale, con un rifiuto conscio della sessualità penetrativa, ci si trova proiettati in una tematica tipica dell'anoressia. Il problema dell'anoressica è che la naturale dimensione recettiva della sessualità femminile viene sempre interpretata come un atto di passivizzazione.

Cosa c'entra la passività con il rifiuto dell'attività sessuale?

Ha posto il dito sul nodo centrale che ci permette di comprendere il sintomo sessuale dell'anoressica. Il tema psicologico dominante dell'anoressica è la ricerca di una posizione "attiva" in un progetto inconscio di separazione e individuazione nei confronti della figura materna e del sistema familiare da cui dipende profondamente

te. In realtà questa è una posizione che l'anoressica non sa realizzare in virtù delle forti e arcaiche dinamiche di dipendenza filiale che la caratterizzano. L'adolescente anoressica si affaccia alla sessualità con una trasformazione corporea che la espone ad una sessualità anatomicamente ricettiva. Sul piano simbolico inconscio tale ricettività evoca l'intrusione e la passivizzazione materna, e queste ragazze non riescono a fare ciò che normalmente viene fatto in età adolescenziale: la realizzazione di un'affermazione del sé che passa attraverso il rifiuto dell'accudimento materno. Infatti il rapporto madre/figlia è fondato ancora sulla dipendenza, che "l'anoressica tenta di trascendere simbolicamente attraverso l'autonomia dal cibo". Si comprende così il motivo per cui la restrizione alimentare è vissuta come atto di forza e di emancipazione emotiva. Contemporaneamente il cedere alla pulsione alimentare, così come alla pulsione sessuale o alle richieste penetrative del partner, suscita sensi di colpa e angoscia in quanto rinuncia ad una affermazione di sé.

Non lasciarsi andare ai bisogni e ai piaceri fisici, può dunque fornire l'illusione dell'emancipazione dalla famiglia...

Esatto, ma è davvero un'illusione. Si accumula sempre più ritardo evolutivo che sarà difficilmente recuperabile in futuro.

E se fossero le problematiche sessuali a scatenare i disturbi del comportamento alimentare?

È un quesito che non ha ricevuto risposte univoche. Tuttavia, la maggior parte dei ricercatori è incline a ritenere che le difficoltà qualitative e quantitative della sessualità siano secondarie ai disturbi del comportamento alimentare. Vi sono però colleghi che ritengono verosimile il contrario, e cioè che le vicissitudini dell'identità sessuale sarebbero

uno dei nuclei problematici dei disturbi della condotta alimentare. Di conseguenza l'anoressia sarebbe un disturbo adattativo nei confronti della paura della sessualità e della maturazione sessuale. È un problema aperto.

Se fosse vera la seconda ipotesi, si potrebbe ipotizzare che la cura dei disturbi alimentari passa anche attraverso la cura della sessualità.

È un'ipotesi azzardata che non è, al momento, sostenibile. Tuttavia, è molto utile il lavoro psicoterapeutico sul corpo dell'anoressica. Mi spiego: poiché su questo corpo confluisce "tutto", il lavoro psicoterapeutico dovrebbe orientarsi a ridurre la pregnanza di significati di cui è investito il corpo, alleggerirlo – svuotarlo – poiché troppo, se non tutto, si gioca sul corpo. Solo portandolo a funzioni più semplici, quali quelle che naturalmente gli competono, si può far riaffiorare il desiderio sessuale. Tuttavia, poiché lei si lancia in argomenti complessi, mi dà lo spunto per fare una considerazione di carattere terapeutico che riguarda più specificatamente la sessualità. Ma non quella delle ragazze anoressiche, bensì dei loro genitori.

Una considerazione anche sui genitori

Uno degli aspetti che caratterizzano con costanza la coppia genitoriale della paziente anoressica, è la mancanza o la carenza di intimità e di sessualità nella relazione. La coppia dei genitori dovrebbe divenire progressivamente consapevole che un importante elemento terapeutico non è "fare qualcosa per la figlia", magari "insieme" quando da anni nulla si fa più insieme, ma cercare, qualora sia possibile, il recupero e/o lo sviluppo di un'intimità di coppia. Questa, attraverso la regolarizzazione dei piani relazionali intergenerazionali, può aiutare la paziente a prendere le di-

stanze dal suo sé fragile e onnipotente e rispecchiarsi in quello dei genitori, ricevendo così un impulso progressivo. Il sintomo della figlia viene quindi "audacemente" usato per orientare i genitori ad ascoltare i propri bisogni e osservare i propri limiti. Un'altra ragione per cui è cruciale la crescita della coppia genitoriale è che è talmente difficile rapportarsi con una persona con un disturbo della condotta alimentare, che di fatto non c'è nessun comportamento consigliato che possa essere realmente di aiuto alla paziente e ai genitori stessi. È solo l'intimità di coppia e la capacità creativa ad essa connessa, che permette di sostenere e muoversi all'interno di un groviglio così complesso di sentimenti.

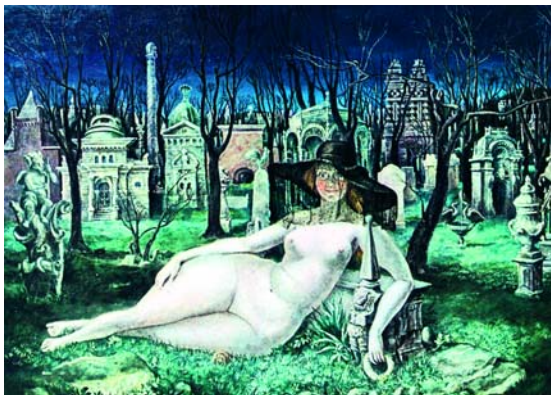
Talvolta donne con questi disturbi hanno relazioni stabili. Con che partner?

Non ci sono molto studi al riguardo. In genere le pazienti anoressiche tendono a legarsi a partner fondamentalmente asessuati, molto rassicuranti, che non chiedono per sé ma offrono protezione. Al contrario, il partner delle donne bulimiche appare più problematico, da aiutare, una persona che in ogni caso le trascura, rinforzando in loro l'idea che in fondo non meritano nulla di più. L'impressione generale è che le relazioni tra queste donne e i loro compagni siano caratterizzate da reciproca bassa affettività e comprensione, indicando un relativo fallimento nel raggiungimento di un'intimità coniugale soddisfacente.

Ci può ancora dire qualcosa riguardo alla sessualità delle donne bulimiche?

Qui le cose cambiano completamente. L'equivoco "carezze/sex" è il marchio della sessualità bulimica. La paziente bulimica è incapace di definire e distinguere dentro di sé i bisogni affettivi (anche espressi attraverso il corpo) da quelli sessuali. Accade così

che la ricerca di contatti corporei, mal interpretata dal partner e mai ben definita all'interno della paziente, sfoci in atti sessuali accettati ma non ricercati e quindi conflittuali. Forzando, si potrebbe dire che la bulimica cerca la pelle ma incontra il fallo, o accetta il fallo per avere la pelle. Slogan, che, se pur approssimativo, ben rappresenta l'equivoco della coppia sessuale a cui appartiene la paziente bulimica.



WLenz, La vedova, Wurtzbur, coll.priv.

Pensavo che il marchio della sessualità bulimica fosse la promiscuità.

No, è semplicemente la conseguenza dell'equivoco carezze/sexo. Queste donne sono passionali e hanno una grande "fame d'amore". Essere amate costituisce la conferma del proprio valore personale, sono alla continua ricerca di riconoscimento ed amore. Sono il bisogno d'amore e il timore del rifiuto che le inducono ad accondiscendere e soddisfare le richieste sessuali dell'interlocutore. Ecco perché l'attività sessuale delle donne bulimiche è frequente e promiscua. Tuttavia non è una sessualità soddisfacente. La promiscuità consegue alla caratteristica difficoltà di mantenere una costanza e una continuità nei rapporti, che sono di frequente interrotti. La loro storia sessuale è così spesso caratterizzata da molti partner sequenziali.

Possiamo dire che le donne bulimiche sono forzatamente singles?

No, nelle pazienti bulimiche meno gravi è possibile osservare relazioni sessuali continuative, in cui però si inscrivono relazioni parallele con frequenza variabile. L'intimità, una volta costituita, non può essere conservata o lo è con gran disagio. Quando accade che la paziente affetta da bulimia riesca a mantenere una relazione, questa è spesso intrisa di

svalutazione e colpevolizzazione, non tali da allontanare fisicamente il partner, ancora ricercato sessualmente, ma da modulare la relazione in un gioco d'avvicinamenti e allontanamenti che rischia di inaridirla.

C'è rapporto tra peso corporeo e sessualità?

Nelle pazienti anoressiche il sesso è spesso inteso come una modalità di bruciare calorie, e in questa accezione può essere ricercato e tollerato. Il blocco del ciclo mestruale conseguente alla riduzione di peso ha un'influenza negativa sul desiderio e l'eccitamento sessuale. Anche nelle pazienti bulimiche vi è un rapporto tra sessualità e peso corporeo. Una recente ricerca ha dimostrato che il desiderio e la disponibilità sessuale al rapporto sembrano essere inversamente correlati alla variazione del peso. In questo studio, l'86% di un campione di pazienti bulimiche riferiva un calo del desiderio e una diminuzione dei rapporti sessuali in corrispondenza alla percezione di essere in sovrappeso. ✿

Prof. Carlo Rosso MD

*Psichiatra, Psicoterapeuta,
Prof. a.c. di Psicologia e Psicopatologia
del Comportamento Sessuale - Università
di Torino - Presidente della Società Italiana
di Psicopatologia Sessuale (SISPSe)
rosso.carlo@virgilio.it*