



Consapevolezza corporea e sessualità nel paziente bariatrico: un percorso di trasformazione

Presentazione a cura della Dott.ssa Angela Troiani, psichiatra, psicoterapeuta, DSM Bari, CSM Area 6 - Triggiano (BA)

Esplorazione delle trasformazioni emotive e fisiche in pazienti dopo chirurgia bariatrica, con un'attenzione speciale all'autostima e alla relazione sessuale.

Introduzione

Il paziente bariatrico intraprende un percorso complesso che va ben oltre la mera perdita ponderale. La trasformazione fisica si accompagna inevitabilmente a una ristrutturazione psichica profonda che coinvolge il Sé corporeo, la percezione identitaria, la relazione interpersonale e la dimensione sessuale-affettiva.

Questa presentazione analizza, in ottica psichiatrica, le modificazioni della consapevolezza corporea e della sessualità nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica, evidenziando le criticità psicodinamiche e le implicazioni cliniche nel contesto di un percorso trasformativo integrato.



Trasformazione psichica

Ristrutturazione dell'identità e del Sé corporeo



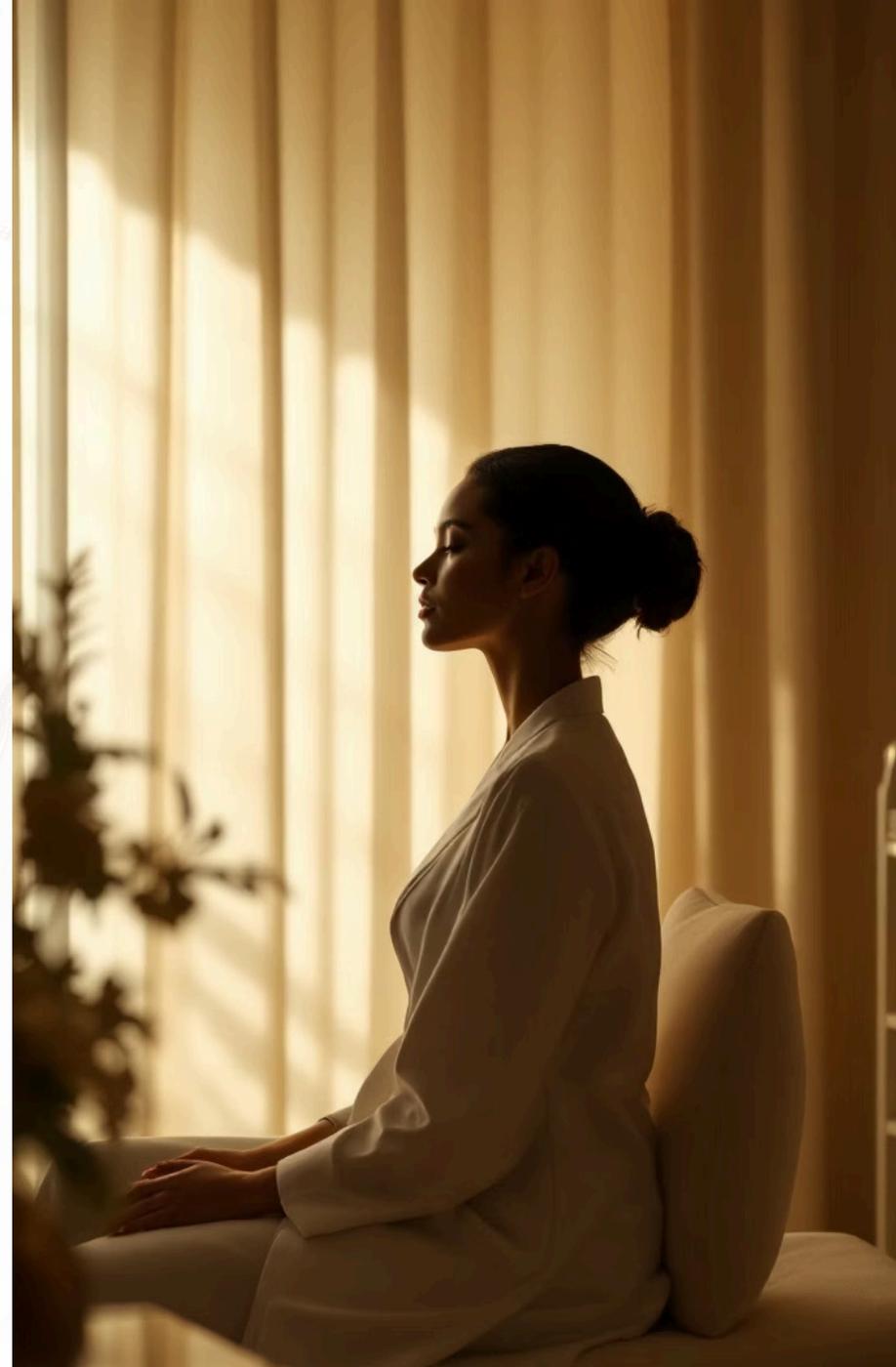
Consapevolezza corporea

Modificazioni nella percezione e accettazione del corpo



Dimensione sessuale

Cambiamenti nella sfera erotico-affettiva



Il ruolo cruciale dell'inquadramento psichiatrico nel trattamento del paziente bariatrico

L'obesità grave (BMI > 40, o > 35 con comorbidità) è una condizione cronica ad eziopatogenesi multifattoriale, con rilevanti correlati psichiatrici. La popolazione bariatrica presenta un'alta prevalenza di disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi della personalità e disturbi del comportamento alimentare.

La chirurgia bariatrica, sebbene efficace sul piano metabolico, non rappresenta una soluzione globale per la complessità psicopatologica del soggetto obeso. Al contrario, può fungere da elemento disorganizzante se non adeguatamente accompagnata da un lavoro psichico di elaborazione del cambiamento.

Disturbi dell'umore

Prevalenza elevata di distimia e depressione maggiore, spesso correlati a stigma sociale e limitazioni funzionali

Disturbi d'ansia

Manifestazioni ansiose frequenti, talvolta associate a evitamento sociale e fobia del giudizio altrui

Disturbi della personalità

Soprattutto cluster B e C, caratterizzati da tratti impulsivi, evitanti o dipendenti, possono avere un impatto notevole sulla gestione del peso e sul raggiungimento di risultati duraturi.

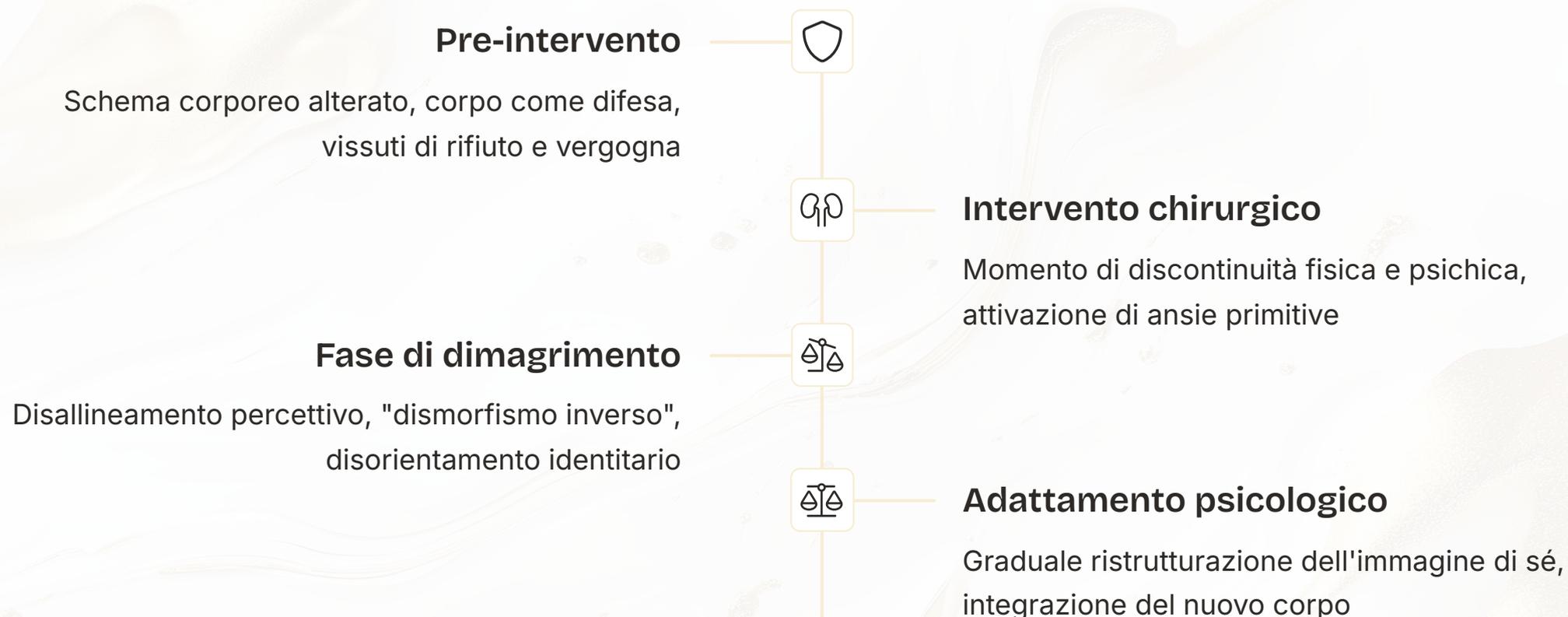
Disturbi alimentari

Binge eating disorder in primis, con episodi di alimentazione incontrollata e uso del cibo come regolatore emotivo

La metamorfosi corporea: prima e dopo l'intervento

Il soggetto obeso presenta frequentemente un'alterazione dell'immagine corporea, intesa come rappresentazione mentale del proprio corpo. Tale distorsione può assumere forme diverse: da un vissuto di rifiuto fino alla scissione tra il corpo percepito e quello reale.

In molti pazienti, l'eccesso ponderale rappresenta una difesa psichica inconscia: una "corazza" che protegge da vissuti di vulnerabilità e da angosce abbandoniche. Il dimagrimento repentino può disattivare tale funzione protettiva, esponendo il soggetto a una condizione di "nudità psichica".



Sessualità e identità erotica

Nel paziente obeso la sessualità è frequentemente vissuta in modo conflittuale. La vergogna corporea, l'evitamento del contatto fisico e il timore del giudizio altrui compromettono la capacità di instaurare relazioni intime appaganti. Non è raro il ricorso al cibo come sostituto dell'appagamento libidico.

Con il cambiamento corporeo, può emergere una riattivazione pulsionale, talvolta intensa, con aumento del desiderio sessuale. In altri casi, la sessualità permane disfunzionale per il mantenimento di vissuti dimorfofobici o paura dell'intimità.



Repressione pre-intervento

Vergogna, evitamento, sostituzione orale



Risveglio pulsionale

Riattivazione del desiderio, nuove dinamiche relazionali



Riappropriazione identitaria

Integrazione del Sé erotico con il nuovo corpo

Aspetti clinici e psicoterapici

È raccomandata una valutazione psichiatrica completa pre-intervento, al fine di escludere disturbi psicotici, disturbi dell'umore non stabilizzati, dipendenze attive o tratti di personalità altamente disorganizzati. Va inoltre indagata la motivazione reale al cambiamento corporeo.

Il supporto psicoterapico, individuale o di gruppo, è cruciale lungo tutto il percorso bariatrico. L'approccio preferenziale è quello psicomotivo a orientamento relazionale, eventualmente integrato con strumenti cognitivo-comportamentali.



Valutazione pre-operatoria

Screening psicopatologico, analisi motivazionale, valutazione della capacità di tollerare il cambiamento



Supporto psicoterapico integrato

Elaborazione dei vissuti, mentalizzazione delle pulsioni, ricostruzione dell'immagine corporea



Inquadramento farmacologico

Terapia di supporto per comorbidità psichiatrica, evitando farmaci orexigeni



Monitoraggio continuo

Follow-up regolare dell'adattamento psicologico e della qualità di vita



Caso clinico: S. 47 anni

Paziente di sesso femminile con storia di obesità grave a insorgenza adolescenziale (BMI pre-intervento: 47). Pregressa diagnosi di disturbo dell'umore, attualmente in trattamento con SSRI. A 9 mesi dall'intervento di sleeve gastrectomy (BMI attuale: 30), la paziente riferisce intensa ansia sociale e sentimenti di estraneità rispetto al proprio corpo.

Nonostante il miglioramento oggettivo della condizione fisica, persiste una rappresentazione corporea "obesa". La paziente riferisce marcata riduzione della libido e difficoltà nell'instaurare contatti fisici. Nel trattamento psicoterapico emerge una storia di abuso emotivo materno e svalutazione del corpo femminile.



Casi clinici: L. e M.

L. 44 anni

Paziente con diagnosi di disturbo borderline di personalità. Dopo bypass gastrico (BMI da 52 a 29), sviluppa comportamenti ipersessuali: utilizzo compulsivo di app di incontri e rapporti multipli non protetti.

In psicoterapia emergono tematiche legate al vuoto interno e all'uso del corpo come strumento relazionale difensivo. Il cibo, precedentemente utilizzato per lenire l'angoscia, è stato sostituito dal comportamento sessuale disorganizzato.

Intervento: Stabilizzatore dell'umore e psicoterapia intensiva focalizzata sulla regolazione affettiva.

M. 51 anni

Paziente con storia psichiatrica negativa e relazione coniugale con sessualità assente da oltre 10 anni. Dopo sleeve gastrectomy (BMI da 44 a 26), riferisce sensazioni corporee nuove, aumento della libido e rinnovato interesse verso l'intimità.

Nel contesto coniugale emergono resistenze: il partner mostra atteggiamenti svalutanti. La psicoterapia aiuta a elaborare l'identificazione con un ruolo materno-sacrificale a scapito della propria femminilità.

Risultato: Riappropriazione identitaria della sessualità e rinegoziazione della relazione coniugale.

Conclusioni

Il paziente bariatrico attraversa un percorso di profonda trasformazione, che implica non solo il corpo ma anche la struttura del Sé. La consapevolezza corporea e la sessualità si configurano come aree cardine di questo processo, spesso cariche di sofferenza pregressa, ambivalenze e conflitti.

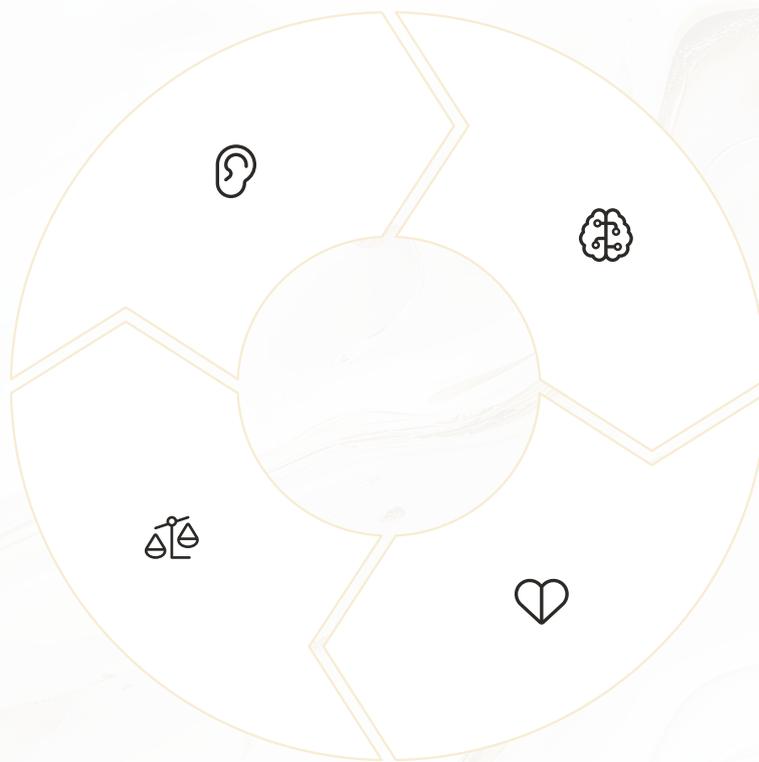
L'intervento psichiatrico, integrato con un lavoro psicoterapico continuo, rappresenta un presidio essenziale per garantire che il cambiamento fisico sia accompagnato da una maturazione psicologica, affettiva ed erotica coerente, stabile e autenticamente emancipativa.

Trasformazione corporea

Cambiamento fisico e metabolico

Equilibrio identitario

Sintesi matura e consapevole



Ristrutturazione psichica

Elaborazione dell'immagine di sé

Integrazione affettiva

Nuove modalità relazionali

Grazie per l'attenzione

Dott.ssa Angela Troiani

