

2.1 Struttura del percorso

Vediamo ora come può essere strutturato un percorso non prescrittivo. Non perché esista una struttura necessariamente giusta o sbagliata, ma perché è utile confrontarsi su varie possibilità. Io mi soffermerò su una struttura che utilizzo spesso e che ho ritrovato anche in molte colleghe e colleghi che portano avanti un approccio non prescrittivo nei percorsi individuali di cura. Non parliamo qui di setting di gruppo o di altri contesti particolari.

Perché parlarne? Non si tratta di qualcosa di astratto o secondario, ma di un tema molto pratico. Pensa a quando abbiamo parlato dello schema che illustrava le fasi di passaggio da un approccio prescrittivo: all'inizio, nelle ore di casi clinici in università, ci insegnano che nel primo incontro raccogliamo dati e poi, anche senza la persona presente, elaboriamo piani, indicazioni, e diamo materiali. Nelle visite successive ci limitiamo a monitorare peso e abitudini.

Nel passaggio a un approccio flessibile, iniziamo a voler includere complessità: educazione nutrizionale più ampia, riflessioni su peso e salute. Ma spesso incastriamo tutto nella prima visita, che diventa così sovraccarica sia per la persona che per noi professionisti. Ci sentiamo sotto pressione per performare, per "giocarci tutto" in un'ora. Questo riduce l'efficacia terapeutica: ci perdiamo la persona.

Distribuire il carico del percorso terapeutico è quindi una necessità: migliora il nostro benessere lavorativo e, soprattutto, l'esperienza della persona. Parleremo dunque della struttura del percorso in termini di flusso terapeutico, dei punti centrali di lavoro e della suddivisione tra le varie visite, come la prima e l'ultima.

Il flusso terapeutico: de-costruzione, ricostruzione ed esperienza

In un percorso non prescrittivo non ci sono tappe predefinite né una logica performativa. Il lavoro si articola in un flusso continuo tra:

- **De-costruzione:** portare consapevolezza su credenze interiorizzate dalla società, dalla famiglia, da esperienze passate.
- **Ricostruzione:** fornire nuove conoscenze e punti di vista (educazione nutrizionale, psicoeducazione, peso naturale ecc.).
- **Esperienza:** permettere alla persona di sperimentare l'ascolto del corpo, la scelta autonoma, la flessibilità nelle decisioni.

Questi tre elementi (de-costruzione, ricostruzione, esperienza) si intrecciano in ogni incontro in proporzioni diverse. L'obiettivo è sviluppare tre competenze chiave:

- **Ascolto:** dei segnali corporei, dei bisogni, dei valori.
- **Legittimazione:** accogliere come valide le sensazioni percepite.
- **Fiducia:** affidarsi ai segnali del proprio corpo, nonostante i messaggi ricevuti dalla cultura della dieta.

Il rapporto con il cibo che vogliamo coltivare è intuitivo, non istintivo. Significa integrare corpo e mente, facendo scelte consapevoli, autodeterminate e vantaggiose. Il corpo fornisce i segnali (fame, sazietà, energia), la mente li elabora con conoscenze e pragmatismo ("ho fame 4 su 10 ma ora avrò una riunione lunga, meglio mangiare un po' di più").

Una struttura flessibile del percorso

Questo tipo di lavoro richiede tempo. Non possiamo concentrare tutto nella prima visita e poi limitarci a brevi controlli. Ogni incontro è terapeutico: non ci sono incontri "più importanti" di altri.

Una possibile struttura è:

- Una **prima visita** (di circa 50-60 minuti) per l'accoglienza e la condivisione iniziale.
- Una serie di **visite regolari** (es. ogni due settimane) con durata simile, dove si lavora un passo alla volta.
- Con il tempo, le visite possono diradarsi (mensili, bimestrali) quando la persona ha acquisito strumenti e autonomia.

Questo modello è simile a quello psicoterapico, utile per visualizzare il processo. Ovviamente, va adattato alla realtà: risorse economiche, tempo disponibile, tipo di richiesta.

Ad esempio:

- Alcune persone possono incontrarti una volta al mese fin da subito.
- Altre hanno bisogno solo di 2-3 incontri educativi mirati.
- Nei casi di disturbi alimentari (o subclinici) è necessaria formazione specifica, e si può iniziare con frequenza settimanale.

La frequenza, la durata e il numero di incontri dipendono da:

- Funzionamento tuo come professionista;
- Bisogno clinico della persona;
- Risorse di tempo ed economiche disponibili;
- Eventuali confini terapeutici (es. se ci si può sentire tra una visita e l'altra).

L'importante è uscire dalla logica "prima visita + controlli". Ogni visita è un momento di costruzione. Così non sentiamo più di dover concentrare tutto subito e possiamo costruire il lavoro terapeutico con calma, un passo alla volta.

2.2 La prima visita

Parliamo adesso della prima visita. Provenendo da una formazione molto accademica e spesso prescrittiva, la prima visita viene spesso vissuta come una raccolta dati: quanto più completa, veloce e densa possibile. Tuttavia, se la consideriamo nell'ottica di un approccio non prescrittivo, cioè fondato su valori di cura, salute e consapevolezza, il suo significato cambia profondamente.

I due scopi principali della prima visita

1. **Costruzione dell'alleanza terapeutica:**

La relazione tra professionista e persona ha un impatto enorme sull'esito di un percorso terapeutico. I dati (soprattutto in ambito psicologico, ma applicabili anche qui) indicano che il 60% dell'efficacia di un percorso dipende da questa relazione. La prima visita è l'occasione in cui si comincia a costruire uno spazio sicuro, in cui la persona si senta accolta, ascoltata, riconosciuta.

2. **Valutazione della compatibilità tra bisogni della persona e spazio terapeutico offerto:**

Già dalla prima visita possiamo iniziare a capire se il nostro spazio terapeutico è adeguato ai bisogni della persona. Questo vale sia per obiettivi espliciti (come il dimagrimento), sia per la presenza di determinate patologie o complessità che potrebbero richiedere invio a colleghi più specializzati. Anche la disponibilità di risorse, tempo ed energia del professionista può incidere sulla possibilità di accogliere certi casi.

Il primo contatto (prima della prima visita)

Ancora prima dell'incontro, la persona avrà un primo contatto: via email, social, telefono, centro presso cui lavora. Questo momento può essere utile per:

- comunicare in anticipo il proprio approccio (es. non prescrittivo);
- dare informazioni pratiche (durata, costi, frequenza tipica degli incontri);
- inviare documenti utili (es. privacy);
- raccogliere eventualmente qualche informazione, con molta cautela.

Se la persona si sente di condividere spontaneamente il motivo dell'incontro, possiamo ascoltare. Altrimenti è importante non forzare: non è banale per tutta spiegare il proprio bisogno, soprattutto in presenza di tematiche delicate come disturbi alimentari, procreazione assistita, relazioni col corpo.

Struttura possibile della prima visita

1. Accoglienza e contesto

Accogliere la persona con cura: chiedere se è comoda, se ha bisogno di un bicchiere d'acqua, se vuole usare il bagno, se sente disagio in qualche aspetto dell'ambiente. Questo abbassa l'attivazione del sistema nervoso e favorisce un clima sicuro.

Possiamo anche chiarire che non c'è obbligo di rispondere a tutto, che la fiducia si costruisce nel tempo. Possiamo usare il "noi" ("costruiamo insieme", "proviamo") e proporre metafore funzionali (come quella del viaggio, anziché della meta).

2. Esplorazione

Questa fase è centrata sull'ascolto e la conoscenza della persona. Alcune aree da esplorare:

- **Motivazione all'incontro:** perché ha scelto proprio questo momento e questo spazio? Cosa ha attivato la richiesta?
- **Storia del rapporto con il cibo:** possiamo proporre una linea temporale (infanzia, adolescenza, oggi). Quali fasi riconosce? Cosa salta all'occhio?
- **Eventuale storia del peso e del corpo** (se è un tema presente e lo spazio è sicuro);
- **Situazione attuale:** come vive oggi l'alimentazione? Cosa orienta le sue scelte quotidiane? Ci sono alimenti evitati, regole alimentari interiorizzate?
- **Altri aspetti utili:** presenza di patologie, terapia farmacologica, eventuale percorso psicologico in atto o passato, strumenti che funzionano bene (mindfulness, journaling, ecc.).

L'obiettivo è cominciare a conoscere non solo i bisogni terapeutici, ma anche lo stile di funzionamento della persona.

3. Recap e co-costruzione di una bozza di percorso

In questa fase:

- riassumiamo quanto emerso per verificare se abbiamo colto bene;
- valutiamo se ci sono ostacoli (es. aspettative troppo elevate, urgenze poco compatibili con il lavoro terapeutico);
- cominciamo a ipotizzare una direzione, chiarendo che sarà flessibile e in evoluzione (es. lavoro sui segnali del corpo, educazione alimentare, journaling);
- proponiamo una frequenza e un possibile calendario degli incontri (es. ogni due settimane).

4. Chiusura

Negli ultimi minuti possiamo:

- condividere alcuni aspetti burocratici (disdetta visite, orari, modalità di pagamento);
- eventualmente lasciare una piccola attivazione tra un incontro e l'altro (es. osservazione di pensieri sul cibo, journaling).

Conclusione

La prima visita non serve a raccogliere quanti più dati possibili. Servono tempo e fiducia per farlo. I due obiettivi centrali sono:

- cominciare a costruire un'alleanza terapeutica fondata su ascolto e rispetto;
- valutare se questo spazio di cura è il contenitore più adatto per la persona, in questo momento.

Questa è solo una possibile traccia: adattala al tuo stile, alla tua formazione, al tuo spazio di cura. Ma se ti è utile come base da cui partire, usala pure e personalizzala passo passo.

2.3 Chiusura e drop out

Abbiamo parlato dell'apertura e dell'inizio di un percorso di cura non prescrittivo, concentriamoci adesso invece sulla chiusura. Questa fase viene spesso un po' trascurata nei percorsi nutrizionali, ma in realtà merita molta attenzione, perché ha un valore terapeutico importante.

Facciamo un passo indietro: stiamo seguendo la persona con una frequenza che riteniamo utile, nel punto di equilibrio tra bisogno terapeutico e risorse disponibili. A un certo momento decidiamo di diradare gli incontri. Su questo non mi soffermo troppo, perché è un aspetto molto legato all'esperienza clinica; se vorrai, potremo approfondirlo nei nostri incontri. In generale, però, si iniziano a diradare gli incontri quando non è più funzionale, dal punto di vista terapeutico, vedersi con cadenza ravvicinata.

Ti faccio un esempio: siamo all'inizio del percorso e stiamo lavorando sull'ascolto della fame o sull'integrazione di alimenti energetici nei pasti, in presenza di restrizioni. In questa fase, l'incontro ha una funzione importante: dare senso all'esperienza fatta, affrontare eventuali difficoltà, valutare insieme come stanno funzionando i nuovi strumenti. Ad un certo punto, però, la persona acquisisce risorse sufficienti per gestire in autonomia le esperienze con il cibo. Non si tratta solo di "autonomia" completa, ma di dare tempo affinché quanto fatto si radichi.

Inoltre, è terapeutico che la persona esplori l'autonomia, anche se non si sente del tutto sicura. La cultura della dieta ci insegna che non possiamo fidarci di noi stessi nel cibo, e molte paure arrivano da lì: paura di mangiare troppo, di "sbagliare". Se continuiamo a vederci con troppa frequenza, rischiamo di rinforzare l'idea che la persona abbia bisogno costante del professionista per mangiare in modo "corretto".

Arriviamo quindi alla chiusura. Nei percorsi nutrizionali tradizionali, questa è spesso trascurata: i controlli si diradano, poi semplicemente non ci si vede più. Non c'è una vera chiusura, si sfuma. È ciò a cui sono abituate molte pazienti. Se non portiamo intenzionalità in questo passaggio, si riprodurrà anche nel nostro spazio di cura.

Invece, in un percorso terapeutico è utile avere un inizio e una fine. Una chiusura intenzionale dà valore a ciò che si è fatto. Può essere pensata come un incontro dedicato, l'ultimo, in cui non si lavora su contenuti nuovi, ma si chiude il percorso. Può avere la durata di un'intera visita, o essere più breve, a tua discrezione.

In quell'ultimo incontro si può:

- ripercorrere il percorso fatto;
- affrontare eventuali timori legati alla chiusura;
- valorizzare le risorse acquisite;
- legittimare l'autonomia e il percorso compiuto;
- ricordare che, se in futuro ci fosse bisogno, lo spazio resta aperto.

Si può anche ricordare che il cambiamento è un processo a spirale, non lineare: alcune difficoltà possono riaffiorare, ma non si torna mai al punto di partenza.

Un altro aspetto importante è salutarsi. Anche se il nostro non è un legame psicoterapico, è comunque un legame umano speciale. Si è condiviso qualcosa di vulnerabile. Chiudere e salutarsi ha un valore.

Due ultime note:

1. **Dropout.** Può succedere che una persona abbandoni il percorso senza chiuderlo intenzionalmente. È diverso da una sospensione concordata. Il dropout è fisiologico in una certa misura, ma va monitorato. Se diventano molti, può essere utile riflettere anche con altri professionisti su cosa non ha funzionato.
Può aiutare, già al primo incontro, nominare la possibilità di una chiusura esplicita. Per esempio: "Può succedere che a un certo punto si smetta di venire, per mille motivi. Se dovesse succedere, sappi che possiamo sempre prevedere un incontro di chiusura, per dare un senso a ciò che si è fatto". Questo aiuta anche a ridurre l'abbandono improvviso.
2. **Relazioni e chiusure difficili.** Per alcune persone, salutarsi può essere difficile. Alcune lo posticipano, altre "scappano". Non per colpa, ma perché fa parte delle loro risorse e della loro storia. Se percepisci che la relazione è un tema delicato (magari la persona lo ha raccontato, o lo stai esplorando in collaborazione con una figura psicologica), puoi iniziare a introdurre l'idea della chiusura con largo anticipo. Verbalizza, con delicatezza ma anche chiarezza, che la chiusura arriverà e sarà accompagnata.

Resta il contenitore. Non invadere lo spazio psicologico, ma non lasciarlo scoperto. Se è tempo di chiudere, chiudi. Non tenere la persona nello spazio terapeutico per anni solo perché fatica ad andarsene: sarebbe controproducente.

Spero che questa riflessione ti aiuti a dare valore a questa parte spesso trascurata del percorso, ma che in realtà è fondamentale per l'integrazione e la validazione del lavoro fatto.

2.4 Cosa si attiva in noi professionist* - Pt. 1

Voglio dedicare qualche lezione, qualche momento, a cosa si attiva in noi professioniste nello spazio di cura. Per ora ho deciso di dedicare un paio di lezioni, per evitare di fare una lezione infinita. Poi, quando ascolterai queste lezioni, potrebbero essere di più o di meno: se avrò apportato modifiche, significa che ho fatto qualche upgrade.

Perché è importante parlare di cosa si attiva in noi professioniste, anche se non siamo figure psicologiche? Perché, anche se non lo siamo, lavoriamo comunque in una relazione di aiuto. Il nostro lavoro si basa su una relazione umana, tra noi e l'altra persona. In una relazione umana le attivazioni emotive e le reazioni sono naturali, spontanee, istintive. Tuttavia, se non ne portiamo consapevolezza, finiamo per muoverci in modo automatico, nello spazio di cura, esattamente come ci muoveremmo in qualsiasi altra relazione della vita.

Ti faccio un esempio concreto: se, nella vita quotidiana, ci sentiamo a disagio davanti a persone molto rigide o serie, poco espressive, è probabile che ci sentiremo così anche con pazienti che hanno quella stessa modalità relazionale. È una reazione automatica, ma se ne diventiamo consapevoli, possiamo chiederci se e come questa attivazione possa influenzare il nostro modo di essere nella relazione terapeutica. Questo è il motivo per cui parliamo di cosa si attiva in noi: non per fare le psicologhe, ma per rendere più sicuro, consapevole ed efficace lo spazio di cura.

Le attivazioni possono essere infinite. Noi non le esploriamo per farne oggetto terapeutico, ma come strumento di consapevolezza professionale. L'obiettivo è: non essere agite, ma poter agire.

Il pendolo tra onnipotenza e impotenza

Un primo tema che voglio portare alla tua attenzione è il pendolo tra onnipotenza e impotenza. Faccio sempre l'esempio di Iron Man, per chi lo conosce: un supereroe che oscilla continuamente tra "devo salvare il mondo" e "non valgo niente, non riesco a farcela". In modo analogo, nello spazio di cura possiamo sentire che tutto dipende da noi, che dobbiamo salvare la persona davanti, e quando non ci riusciamo proviamo frustrazione, impotenza, fallimento.

Questa attivazione è normale, ma può essere utile osservarla con gentilezza e consapevolezza. Spesso nasce da uno sguardo paternalistico, in cui pensiamo che la persona dipenda da noi. Ma non è così. Nello spazio di cura siamo due persone corresponsabili, ciascuna con il proprio pezzo. Restituire potere e integrità all'altra persona è parte del nostro lavoro.

Se ti accorgi che stai entrando in questa dinamica, possono aiutarti:

- la supervisione (tematica perfetta!),
- il journaling su di te,
- piccole azioni di grounding o centratura (ad esempio, con il respiro o pratiche di mindfulness).

Attenzione: questo non significa che non abbiamo responsabilità. Fare errori è umano: possiamo dire qualcosa che non funziona, anticipare troppo un passaggio, non cogliere un segnale. In quel caso, laddove possibile, possiamo scusarci senza giustificazioni. Ma è diverso dal sentirsi onnipotenti o impotenti: quest'ultima è una dinamica di controllo e fallimento, non di cura.

Risonanze personali e riattivazione di vissuti

Un altro tema importante è la riattivazione di nostre ferite personali o vissuti. Alcuni comportamenti o storie delle persone che seguiamo possono risuonare con la nostra esperienza, toccarci profondamente. Ad esempio:

- una storia simile alla nostra,
- una dinamica che conosciamo bene,
- un'ingiustizia che ci colpisce,
- un modo di funzionare che ci appartiene.

Queste risonanze possono riattivare dolori elaborati, non elaborati, o portare in superficie aspetti ancora inconsapevoli. Il rischio è quello di reagire invece che agire: diventare reattive, istintive, guidate dall'emozione, e perdere il focus sulla persona davanti.

Esempio: una paziente racconta che, da quando il suo peso è cambiato, la famiglia le ha detto "è un peccato, eri così bella prima". Se noi abbiamo interiorizzato un messaggio simile, potremmo reagire dicendo: "Ma tu sei sempre bellissima!". Un messaggio apparentemente protettivo, che però rafforza l'ideale di bellezza: stiamo dicendo, implicitamente, che essere belle è importante.

O ancora: se la paziente è una persona altamente sensibile, e noi lo siamo, potremmo dare per scontato che alcune cose siano già chiare, o fare scelte cliniche basate sul nostro funzionamento, non su quello della persona.

Infine, se la persona racconta un vissuto traumatico che abbiamo vissuto anche noi (es. violenza), e non è stato elaborato, possiamo reagire emotivamente, diventare iperprotettive o cercare di intervenire su terreni che non ci competono (psicologici). In questi casi, è importante riconoscere che siamo esseri umani e che abbiamo dei vissuti. Ma è fondamentale non spostare il focus dalla persona a noi.

Cosa può aiutare:

- avere consapevolezza dei nostri temi sensibili (cibo, corpo, relazioni...),
- lavorarci in terapia, se necessario,
- sapere con quali pazienti possiamo o non possiamo lavorare,
- riconoscere quando ci si attiva un'emozione e tornare al presente con l'altra persona.

Anche prendersi dei momenti di decompressione tra una visita e l'altra può essere utile, soprattutto se sappiamo che certi pazienti ci attivano molto. Così come confrontarsi con colleghi o in supervisione.

Avere consapevolezza di ciò che si attiva in noi, senza giudizio, ci aiuta a restare presenti nella relazione, a non spostare l'attenzione, e a custodire la sicurezza dello spazio di cura. Non per diventare psicologhe, ma per essere professioniste più consapevoli e responsabili.

2.5 Cosa si attiva in noi professionist* - Pt. 2

Un altro tema che si può attivare in noi professionisti, e che tengo particolarmente a nominare, è quello dei confini.

Cosa sono i confini in uno spazio di cura?

I confini in uno spazio di cura sono quei limiti che fanno sì che si stia creando uno spazio sicuro e protetto. Servono, ad esempio, a stabilire cosa è appropriato e cosa no, a distinguere i ruoli, a garantire che il percorso sia etico e che ci sia rispetto per la persona coinvolta.

Siamo in una relazione particolare: non è amicizia, non è amore, ma qualcosa di profondamente umano e terapeutico. Mi piace molto l'immagine, presa da una terapeuta, dei confini come le sponde di un fiume: senza sponde, l'acqua si disperde; con le sponde, il fiume ha direzione e potenza. I confini non sono una gabbia, ma un contenitore che permette di offrire un supporto sicuro, libero e autodeterminato.

Tipologie di confini

1. Confini fisici

Riguardano lo spazio e le modalità di lavoro. Ad esempio:

- Lo spazio fisico garantisce privacy?
- L'ambiente è sicuro e accogliente per qualsiasi corpo?
- Il setting è chiaro? Quanto durano le visite? In quali orari si può comunicare? Come si paga? Come si disdice?

Questi aspetti sono importanti anche per prevenire dinamiche emotive non funzionali. Una persona che fa fatica a dire "no" potrebbe vivere con senso di colpa la necessità di cancellare una visita. Avere regole chiare previene questo sovraccarico.

Anche per noi professionisti, avere confini chiari tutela il nostro carico emotivo e lavorativo. Se, ad esempio, una visita ha una durata prevista, è utile rispettarla o verbalizzare le eccezioni per evitare che la persona si senta in debito o confusa.

2. Confini emotivi

Permettono di essere empatici senza essere troppo freddi o troppo coinvolti. Servono a garantire una relazione centrata sulla persona, ma mantenendo chiari i ruoli. Tutto il tema delle riattivazioni emotive che abbiamo trattato è legato a questo.

3. Confini etici

Un esempio chiave nel nostro contesto è la distinzione tra figura nutrizionale e figura psicologica. Alcuni temi, come il rapporto con il corpo, possono essere toccati ma, se diventano centrali, devono essere affidati alla figura competente. Comunicarlo chiaramente è segno di professionalità, non di debolezza.

Un altro esempio è il rispetto delle chiusure: se un percorso è terminato, non lo si prolunga per timore di abbandonare o per creare dipendenza.

Come si stabiliscono e si mantengono i confini?

1. Auto-consapevolezza

Conoscere i propri bisogni, limiti e funzionamenti. Ad esempio, se sai che la comunicazione telefonica ti carica troppo emotivamente, puoi scegliere di comunicare solo via mail. Riconoscere le tue modalità è il primo passo per stabilire confini sani.

2. Comunicazione chiara e serena

Non si tratta di rigidità, ma di creare prevedibilità. Ad esempio:

- Orari di disponibilità
- Modalità di comunicazione fuori visita
- Confini del tuo ruolo rispetto a quello psicologico

Le eccezioni sono sempre possibili, ma devono essere consapevoli e motivate.

Confini e narrazioni interiorizzate

Come professioniste della nutrizione non prescrittiva, dobbiamo essere consapevoli anche delle narrazioni che abbiamo interiorizzato. Oltre a quelle sulla dieta, il corpo, la salute, ce ne sono altre più sottili ma potenti, come quelle legate alla cultura della performance.

Ad esempio:

- Ogni visita deve essere "piena" di contenuti.
- Se non do qualcosa di concreto, la persona penserà che non sono competente.
- Devo sapere sempre tutto, avere tutte le risposte.

Queste narrazioni ci prosciugano di energia e contribuiscono al burnout. Ma, peggio ancora, rinforzano nella persona la stessa cultura che vogliamo decostruire: quella della prestazione, dell'efficienza, del "valgo solo se...".

La cura non è una prestazione

La cura è un processo non lineare, fatto di alti e bassi, di parole e silenzi, di azione e attesa. Lasciare uno spazio vuoto, accogliere un "non sento nulla" senza riempirlo subito, è già cura. Dire "non so, lo approfondisco e ne riparlamo" è già cura. È una dimostrazione concreta che anche la persona può non sapere, non sentire, non riuscire: e va bene così.

Essere autentici, riconoscere i propri limiti, rispettare tempi e processi, permette di offrire uno spazio di cura davvero trasformativo.

Come dice Nancy McWilliams: *"I confini professionali non sono rigidità, ma contenitori che permettono alla persona di esplorare se stessa in un ambiente sicuro"*.

2.6 Introduzione agli strumenti di cura - Pt. 1

Iniziamo a entrare negli strumenti terapeutici, sia concettuali che pratici, che mettiamo concretamente in campo nello spazio di cura. Per farlo, è stato necessario, da una parte, chiarire con quali lenti si guarda alla cura – quindi tutta la parte di costruzione del setting – e, dall'altra, creare una struttura di incontri, una frequenza e una consapevolezza che permetta a questi strumenti di essere realmente efficaci, utili e vantaggiosi.

Esistono tantissimi strumenti utilizzabili nello spazio di cura. Io farò riferimento a quelli più centrali. Ovviamente, alcuni strumenti possono essere integrati in base allo stile personale: ad esempio, ci sono dietiste non prescrittive che tengono classi di cucina per aiutare a costruire un nuovo rapporto col cibo attraverso l'esperienza del cucinare, del sentire gli odori, del riconoscere i sapori e del preparare i pasti insieme. Altre professioniste utilizzano molto anche i libri, cosa che io stessa faccio. Ma ci concentreremo ora su quelli che considero fondamentali.

Possiamo suddividere gli strumenti in tre grandi categorie, una classificazione che per me è risultata funzionale sia in ambito formativo che clinico:

1. **Strumenti informativi e narrativi**

- Servono a dare senso, a orientare, a facilitare la conoscenza. Rientrano qui la psicoeducazione e l'educazione nutrizionale non prescrittiva.

2. **Strumenti contenitivi e strutturanti**

- Servono a contenere, accompagnare, organizzare. Qui troviamo strumenti come il journaling, i menu co-costruiti, le liste della spesa o schemi di pianificazione alimentare settimanale.

3. **Strumenti esperienziali e regolativi**

- Servono a coltivare presenza, connessione corporea, ascolto e agency. Includono Intuitive Eating, mindfulness e mindful eating.

Naturalmente, ogni strumento può avere sfumature diverse in base a come viene utilizzato, alla formazione del professionista e al momento del percorso in cui si trova la persona.

Strumenti informativi ed educativi

- **Psicoeducazione:** è il processo attraverso cui si restituiscono alla persona informazioni teoriche in modo accessibile, con l'obiettivo di comprendere ciò che sta vivendo. Serve a legittimare vissuti e fornire chiavi di lettura nuove, non a correggere o convincere. Ad esempio, se una persona sperimenta perdita di controllo, possiamo spiegare come questa possa essere una risposta naturale a precedenti restrizioni alimentari, offrendo una spiegazione che aiuta a togliere la colpa e dare significato.
- **Educazione nutrizionale non prescrittiva:** fornisce informazioni nutrizionali neutrali, contestualizzate e co-costruite, senza obiettivi prescrittivi o regole fisse. L'obiettivo è aumentare la consapevolezza alimentare, permettendo scelte più libere e personalizzate. Ad

esempio, spiegare come diversi nutrienti influenzano l'energia, in modo che la persona possa valutare quale scelta sia più funzionale per sé.

Strumenti contenitivi e organizzativi

- **Menu co-costruiti, liste della spesa, schemi di pianificazione:** non sono prescrizioni, ma strumenti da proporre in fasi particolari del percorso: ad esempio, in momenti di forte disorientamento o, all'opposto, in fasi di radicata serenità nel rapporto col cibo, dove la persona chiede supporto logistico per alleggerire il carico mentale.
- **Journaling:** diario riflessivo per esplorare pensieri, emozioni, dinamiche legate al cibo. Si distingue dal diario alimentare classico usato come strumento di controllo. Può essere libero o guidato da domande terapeutiche.

Strumenti esperienziali e regolativi

- **Intuitive Eating:** approccio scientificamente validato, basato su 10 principi. Integra ascolto corporeo, decostruzione della cultura della dieta e scelte autodeterminate. Non è una tecnica sequenziale, ma un processo profondo, lento, accompagnato.
- **Mindfulness:** stato di consapevolezza intenzionale, presente e non giudicante. Permette di lavorare sul giudizio, sul controllo, sulla presenza e sul rallentare. Aiuta nella regolazione emotiva e nella connessione corporea.
- **Mindful Eating:** applicazione della mindfulness al momento del pasto. Favorisce ascolto sensoriale, emozionale e relazionale del cibo. Utile per esplorare alimenti vissuti come "proibiti", per rallentare, per ritrovare piacere e significato.

Questa è la panoramica iniziale. Nei prossimi moduli vedremo quando e come utilizzare ciascuno strumento in base alla fase del percorso e alle necessità della persona. L'obiettivo non è usare tutto sempre, ma avere una cassetta degli attrezzi flessibile, consapevole e rispettosa del processo terapeutico.

2.7 Introduzione agli strumenti di cura - Pt. 2

Vediamo adesso quando sono funzionali i vari strumenti di cura e alcune criticità. Poi entreremo nel dettaglio di ciascuno di essi per comprendere come si applicano nella pratica.

Due presupposti fondamentali

Nel lavoro sul rapporto con il cibo emergono due aspetti centrali. Il primo è lo sguardo orientato al miglioramento della qualità di vita della persona. Non si lavora per raggiungere una perfezione o un obiettivo rigido, del tipo "non pesare mai più nulla" o "non provare mai senso di colpa". L'obiettivo è migliorare la qualità di vita della persona, e questo sarà diverso per ognuno, a seconda del contesto, delle risorse disponibili, della realtà individuale.

Per chiarire: immaginiamo il rapporto con la propria famiglia. "Avere una buona qualità di vita" in quella relazione non significa la stessa cosa per tutti. Dipenderà da quanto si vedono, da come si comunicano le emozioni, dal tipo di risposte ricevute. Analogamente, migliorare il rapporto con il cibo può significare qualcosa di diverso per ciascuno: per una persona potrà includere ancora il pesare la pasta, per un'altra mangiare la pizza una volta a settimana. L'importante è che sia una scelta libera e funzionale nel contesto specifico.

Il secondo punto è che non si lavora con un'ottica "istintiva" ma "intuitiva". Cosa significa? Lavorare in un'ottica intuitiva significa integrare la parte mentale con quella corporea. La cultura della dieta spinge a decidere solo con la testa ("mangio la verdura perché ha fibre", "mangio alle 13 perché è ora di pranzo"). La parte corporea (fame, sazietà, piacere) viene spesso ignorata o disconnessa. Ma un rapporto sereno e funzionale con il cibo implica l'integrazione tra corpo e mente.

Esempio: posso non avere fame ora, ma sapere che sarò in viaggio tutto il giorno e scegliere comunque di mangiare. Oppure posso sapere che ho appena vomitato (esempio forte, ma esplicito) e decidere di aspettare un po'. O ancora, se sono celiaca o neurodivergente, posso avere bisogno di pianificare i pasti, perché altrimenti rischio di saltarli.

Funzionalità degli strumenti terapeutici

Quando utilizziamo strumenti terapeutici, è fondamentale considerare:

- il momento del percorso in cui si trova la persona;
- il bisogno specifico in quel momento.

Ogni strumento ha una funzione e delle possibili criticità, a seconda di *come* e *quando* viene usato. Possiamo immaginare lo spettro del rapporto con il cibo: da un lato il controllo estremo o il discontrollo, dall'altro un rapporto fluido, intuitivo e coerente con i valori personali. Ogni persona si colloca in un punto diverso lungo questo spettro.

Psicoeducazione

- È sempre utile, in qualsiasi fase del percorso.
- Serve a dare senso e contesto a ciò che la persona vive.
- Attenzione a non usarla in modo didattico o normativo. Non deve convincere la persona, ma offrirle una lente nuova.

- Da sola, rischia di restare su un piano cognitivo. Va integrata con strumenti esperienziali per generare un vero cambiamento.

Educazione nutrizionale non prescrittiva

- È utile soprattutto in:
 - fasi di esplorazione, dopo un minimo ascolto corporeo già integrato;
 - presenza di diagnosi (es. celiachia), dove è vantaggioso comprendere il funzionamento biologico fin da subito;
 - situazioni in cui la persona è molto lontana dai propri bisogni biologici (es. forte restrizione, pasti molto irregolari), per ristabilire i segnali corporei.
- Può essere controproducente se usata in fasi di forte rigidità mentale: ogni informazione rischia di essere reinterpreta in chiave dietante.

Menu e organizzazione dei pasti

- Può essere utile:
 - come contenitore sicuro quando la persona è destabilizzata (es. eventi stressanti, fasi critiche);
 - quando usato come strumento organizzativo, non prescrittivo, senza grammature, lasciando margine di scelta.
- Attenzione a non rafforzare la rigidità o la performatività.

Intuitive Eating

- È utile quando la persona è aperta, curiosa, in fase di decostruzione della cultura della dieta.
- Non è adatto nelle primissime fasi, se i bisogni biologici sono molto alterati.
- Alcuni principi (quelli meno centrati sull'ascolto fisico diretto) possono essere introdotti da subito.
- Necessita di una certa stabilità emotiva.
- Va utilizzato con cura, altrimenti rischia di trasformarsi in una "pseudo-dieta": rigida e prescrittiva con un vestito più gentile.

Mindfulness e Mindful Eating

- Possono essere sempre utili, ma vanno maneggiate con cura.
- Lavorano sul presente e sull'ascolto, quindi possono attivare vissuti forti.
- Meglio introdurle in fasi stabili, senza traumi o disregolazioni emotive gravi.
- Come tecniche più generali di regolazione (non legate al cibo), possono essere usate anche prima, ma richiedono formazione specifica.

Nota finale: Mindful Eating e Intuitive Eating

- Non sono strumenti intercambiabili, ma complementari.

- Intuitive Eating è più ancorato al contesto socio-culturale; Mindful Eating lavora più sull'esperienza individuale.
- Mindful Eating, così come viene presentato spesso nei testi, è intriso di cultura della dieta. Serve de-costruirlo prima di proporlo in modo realmente neutro.
- Insieme, offrono un equilibrio tra regolazione interna e consapevolezza del contesto esterno.

Ciascuno di questi strumenti va applicato con competenza, sensibilità e soprattutto flessibilità: adattandolo sempre alla fase, alla persona e al bisogno.

2.8 Immagine corporea, embodiment, accettazione

Parliamo adesso di immagine corporea ed embodiment, ma prima soffermiamoci su alcuni concetti fondamentali: fat acceptance, body positivity e accettazione.

Una premessa necessaria

Il rapporto con il corpo non è direttamente l'oggetto terapeutico del nostro lavoro. Non per sminuire la nostra professione, ma perché ogni oggetto che tocchiamo richiede competenze specifiche per essere maneggiato con cura. Ogni professionista sviluppa queste competenze in modo diverso. Ti sarà capitato di morderti la lingua quando, ad esempio, un personal trainer o una figura psicologica entra nel tema del cibo usando un linguaggio fortemente influenzato dalla cultura della dieta, spesso senza rendersene conto. Questo accade perché non è il loro ambito di lavoro specifico. Lo stesso vale per noi: non lavoriamo direttamente né sulle emozioni, né sul rapporto con il corpo.

Tuttavia, possiamo fare due cose fondamentali:

1. **Slegare il rapporto con il cibo da quello con il corpo** in termini di merito e scelte (es. "mangio solo se dimagrisco" o "mangio per perdere peso").
2. **Portare consapevolezza alla complessità del rapporto con il corpo**, passando da un'ottica di controllo a una di rispetto.

Se poi la persona sente il bisogno di lavorare più a fondo sul tema corporeo, potrà farlo in altri spazi terapeutici. La nostra responsabilità è conoscere questi concetti per decostruire i filtri culturali interiorizzati, fare psicoeducazione e nutrire uno sguardo consapevole.

Fat Acceptance e Body Positivity

Il movimento della **fat acceptance** nasce da persone con corpi grassi che rivendicano pari diritti e rispetto. Il suo messaggio originario è: ogni corpo merita pari dignità, indipendentemente dalla sua bellezza. Non si tratta di essere belli, ma di essere rispettati.

Nel tempo, le aziende hanno integrato (e spesso stravolto) questo messaggio, trasformandolo in una forma di **body positivity mainstream**: "ogni corpo può essere bello". Questo messaggio ha sostituito l'ideale di bellezza unico con un canone più ampio, ma ha mantenuto la bellezza come valore centrale. Ha anche promosso un forte messaggio di **self-love**: devi imparare ad amare il tuo corpo.

Il problema? Anche questo diventa una nuova gabbia. Prima il messaggio era "devi cambiare corpo per amarlo", ora è "devi imparare ad amarlo così com'è". Ma l'amore non si impone. Per chi ha vissuto discriminazioni o dolore legati al corpo, l'amore non arriva per volontà. E così si mantiene la responsabilità sul singolo, invece di guardare criticamente alla società e alla cultura grassofobica.

Accettazione e rispetto

Nel lavoro terapeutico non parliamo di self-love, ma di **accettazione e rispetto**. L'accettazione, nel senso della mindfulness, non è resa: è prendere atto di ciò che c'è. Come quando si è in mare e si riconoscono le onde: non ci si lascia affogare, ma si può decidere come muoversi.

Accettare il corpo significa riconoscere: "Questo è il mio corpo ora. Questo è ciò che provo. Questa è la realtà presente." Solo da qui possiamo fare scelte allineate con i bisogni reali del presente. Ad esempio: "Oggi mi sento a disagio nel mio corpo. Scelgo vestiti comodi." L'accettazione sposta l'attenzione dal sé ideale futuro al sé reale presente.

Il passo successivo è il **rispetto**: nutrire il corpo, lasciarlo riposare, dargli ciò di cui ha bisogno, anche se non lo amiamo. Non è una questione di merito: il rispetto si offre a prescindere.

Cura in ogni taglia

In uno spazio di cura inclusivo non si lavora "nonostante la taglia", ma **in ogni taglia**. È diverso. Il corpo che abitiamo influisce su come possiamo vivere nel mondo. Essere grassi comporta dover navigare ostacoli e discriminazioni. Per questo a volte le persone fanno scelte di tutela: ad esempio, mangiare un'insalata anziché una pizza se si trovano con familiari grassofobici. Quella scelta non è colpa del corpo, ma del contesto. Il lavoro terapeutico qui consiste nel far sì che la persona non parta da un vissuto di colpa, ma da consapevolezza e rispetto.

Immagine corporea ed embodiment

Il modo in cui viviamo il nostro corpo si può descrivere con due concetti:

- **Immagine corporea**: è l'esperienza soggettiva del corpo (come lo pensiamo, sentiamo, percepiamo). Può essere influenzata da fattori individuali (es. compassione, apprezzamento, cura) e sociali (es. ideali di bellezza interiorizzati, esposizione ai media).
- **Embodiment**: è l'esperienza integrata del corpo come punto d'incontro tra mondo interno (pensieri, emozioni, fisiologia) e mondo esterno (famiglia, comunità, cultura). Questi due sistemi si sintonizzano tra loro: ciò che accade fuori influenza l'interno, e viceversa. Questa sintonizzazione crea l'esperienza incarnata del corpo.

L'embodiment valorizza la responsabilità sociale e culturale nella costruzione del rapporto con il corpo. È più sistemico e meno individualista rispetto al concetto classico di immagine corporea.

Il rapporto con il corpo si può trasformare

Le ricerche mostrano che l'immagine corporea può cambiare. Un'immagine corporea positiva non significa amarsi sempre, ma non vivere il proprio corpo come un ostacolo costante alla qualità della vita. E quando si lavora terapeuticamente su questi temi, il nuovo equilibrio tende a essere più stabile e meno vulnerabile agli stimoli esterni.

Conoscere questi concetti è utile per:

- riconoscere la complessità del rapporto con il corpo;
- fare psicoeducazione con consapevolezza;
- dialogare con altre figure professionali parlando la stessa lingua.

Nel nostro lavoro, dunque, non portiamo solo conoscenze nutrizionali, ma anche strumenti per vivere il corpo con rispetto, consapevolezza e dignità.