

Anoressia e bulimia : psicopatologia delle emozioni.

S. Borgo,

Centro per la Ricerca in Psicoterapia , Roma

Introduzione

Numerosi disturbi psichiatrici coinvolgono importanti funzioni somatiche quali il sonno o il mantenimento del peso corporeo. Solo per fare alcuni esempi relativi all'alimentazione, nel campo delle psicosi il "delirio di veneficio" può portare ad una drastica diminuzione dell'assunzione di cibo, ritenuto avvelenato. Analoghi evitamenti e conseguente calo ponderale possono occorrere nelle sindromi ossessive, nell'agorafobia legata a disturbi intestinali (come il colon irritabile) o nella "fobia" di strozzarsi.

Tipicamente diminuzione dell'appetito e perdita di peso si hanno nella sindrome depressiva, tanto da costituire un elemento patognomonico, mentre in un numero più limitato di casi vi è il fenomeno inverso. Un andamento simile si osserva nello stress.

Possiamo, quindi, dire che i disturbi psicoemotivi spesso presentano correlati somatici e, in particolare, relativi all'alimentazione. Non sorprende, quindi, che numerosi psicofarmaci abbiano effetti collaterali su questa funzione e prevalentemente in senso inverso (aumento del peso).

Tuttavia è nella anoressia e nella bulimia che il problema alimentare rappresenta l'elemento centrale del quadro clinico. Ed è perciò su queste che verrà focalizzata l'attenzione. Dato il carattere generale della trattazione non verranno fatte discriminazioni diagnostiche, all'interno di queste due patologie.

Fin dalle prime formulazioni dei disturbi alimentari (Bruch, 1973) è stato attribuito un importante ruolo agli stati emozionali quali fattori confondenti della fame fisiologica. Quali sono le emozioni implicate?

Studi clinici ed epidemiologici indicano una elevata percentuale di diagnosi di depressione, che va dal 40% al 60% nell'anoressia (Patton, 1988) e dal 24% al 79% nella bulimia (Mitchell e Fensome, 1992).

Inoltre, nella anoressia si osserva un profondo rifiuto (Power e Dalglish, 1997) a molti livelli, non solo del cibo ma anche dei rapporti, dal proprio corpo e della vita stessa.

Mentre la bulimia spesso presenta caratteristiche simili alle tossicodipendenze: il cibo come "droga" e fonte primaria di piacere.

L'ansia sembra avere un ruolo minore rispetto a quello ipotizzato, probabilmente in quanto vengono chiamate "ansia" emozioni in realtà diverse e non correttamente identificate. L'ansia è spesso più una conseguenza che una causa e, in ogni caso, tende ad avere un effetto inibitorio, sull'assunzione di cibo. D'altronde ricerche sull'influenza delle emozioni sull'alimentazione non evidenziano una risposta iperfagica degli obesi rispetto ai magri (Sheperd, 1989). Per una trattazione più completa del rapporto tra iperfagia e obesità si veda "Comportamento alimentare e obesità" (Sibilia e Borgo, 1983).

In sintesi, le maggiori evidenze sono relative alla depressione. Permane tuttavia un quesito di base. La depressione è un fattore causale o di mantenimento?

La nostra ricerca, effettuata su persone sane, mira a chiarire il rapporto tra emozioni e disturbi del comportamento alimentare.

Ricerca

Uno studio sulle emozioni effettuato presso il nostro Centro conferma i dati clinici e di letteratura identificando le emozioni più legate all'alimentazione. Esse sono: la tristezza, precursore della depressione, il rifiuto come chiusura verso il mondo esterno, il dolore come morte ed infine il piacere laddove vi è una soddisfazione prevalentemente legata al cibo. Nello studio, inoltre, è stata usata una metodica autosservativa (Borgo, 2001a) che permette anche di capire il modo con cui l'emozione influenza l'alimentazione a livello psicologico.

Metodo

E' stata messa a punto e usata da più di 20 anni una analisi sistematica standardizzata applicabile nella clinica, nella ricerca e nella didattica. Questa copre otto aree emozionali che corrispondono alle emozioni di base (ansia, rabbia, tristezza, rifiuto-disgusto, dolore, gioia, piacere, interesse) e otto aree comportamentali (comportamento alimentare, sessuale, drogastico, ritmo sonno-veglia, comportamento esplorativo, legame di attaccamento, comportamento sociale e rituale). Ognuna di queste aree è stata studiata mediante metodiche osservative indirette (interviste audio o videoregistrate) ed autosservative dirette (le aree emozionali, esclusa una e cioè l'interesse che prevede una autointervista) ed indirette (resoconti narrativi delle aree comportamentali). Le informazioni ottenute con le due prospettive vengono cross-correlate, sia nel lavoro clinico che in quello di ricerca. Per ulteriori dettagli sul metodo si rimanda ad "Analisi Didattica" (Borgo, 1994).

Lungo un arco temporale di più di 15 anni sono state raccolte le analisi sistematiche complete di 165 ss. addestrati (formazione cognitivo-comportamentale). Per quanto riguarda le aree emozionali in totale sono stati registrati 674 eventi emotigeni, pertinenti alle sette emozioni sopra menzionate, con una semplice griglia autosservativa che prevedeva la registrazione contestuale di comportamento, sensazioni somatiche, dialogo interno ed immagini (prima, durante e dopo l'evento stesso).

Sono stati analizzati tramite metodiche di valutazione soggettive (2 valutatori indipendenti):

- 1) i dialoghi interni;
- 2) le immagini;
- 3) la congruenza tra dialoghi interni ed immagini;
- 4) gli eventi in cui è occorsa l'emozione.

Una procedura più complessa è stata utilizzata per l'analisi del rapporto tra le

quattro variabili autosservate, ragione per cui è stato aggiunto un terzo valutatore che ha misurato il grado di accordo tra i primi due. Infatti per ovviare alla variabilità individuale dei dialoghi interni sono stati individuati i passaggi logici principali della verbalizzazione interna, con una metodica simile, ma sviluppata indipendentemente, a quella del metalinguaggio semantico naturale (Wierzbicka, 1992). I protocolli così trattati costituiscono una versione sintetica.

Infine, sono state misurate le frequenze dei comportamenti e delle sensazioni somatiche, riportati nelle autosservazioni.

Analisi qualitativa

Vediamo in dettaglio alcuni protocolli sulla tristezza, il rifiuto e il piacere, dove è evidente il rapporto con il comportamento alimentare. Mentre per una esposizione sistematica dei testi si rimanda a "Analisi Didattica" (Borgo, 1994).

Quello che segue è un resoconto narrativo sul comportamento alimentare piuttosto tipico:

Al benché minimo segno di noia e, soprattutto, di contrarietà il comportamento alimentare scivola in vero e proprio comportamento bulimico, che mi porta ad ingerire i cibi più disparati e tra loro inconciliabili, con una voracità ed una fretta tali da non sentire il sapore.

Solo raramente sono riuscita ad avere con il cibo un rapporto più corretto: questo si è verificato in seguito a motivazioni per me importanti, che erano di tipo sociale. Purtroppo anche l'argomento "salute" non è mai riuscito a frenarmi.

Ho provato a fare una scheda settimanale in cui, accanto alle qualità e quantità di alimenti assunti nell'arco della giornata, ho riportato il mio dispendio energetico. Ho potuto così constatare ancora una volta che il mio maggior dispendio energetico lo realizzo nel mangiare, con il movimento delle mandibole.

Della stessa persona riportiamo un'autosservazione in un momento di tristezza:

"Come mi sento gonfia! Mi sembra quasi di trattenere il respiro. Che strano... forse è più un senso di vuoto. Se cerco di lasciarmi andare forse passa. Macché! Dai, fai qualcosa! Devo far passare il tempo. Devo fare, sì ma cosa? Perché passi da una cosa all'altra, da un ricordo all'altro come attratta da tutto ciò che può aumentare questa brutta sensazione?

Perché chiude la porta?

Ti pare che non mi metto a mangiare?

Lo schermo davanti agli occhi comincia a sciogliersi, ma il groppo in gola resta, perché?

Che faccio, sento anche le voci ora? Uffa, basta!

Sì, dicono bene, "io" fragile, problematica narcisistica, struttura, integrazione, auto-appoggio mi sembrano tutte cavolate!

Io sento solo tanto vuoto e vorrei tanto potermi appoggiare a qualcuno e lasciarmi andare."

Immagine: Una persona anziana sola, tutta curva con la borsa della spesa.

Segue un altro resoconto narrativo sul comportamento alimentare di senso opposto, ovviamente di una persona diversa:

Durante l'infanzia, secondo quanto dice mia madre, non mangiavo. Passava le ore per riuscire a farmi mangiare qualcosa perché spesso mi rifiutavo serrando le labbra.

Ho iniziato a gustare il cibo verso i 20 anni, perché ho iniziato anche a scegliere i cibi e i gusti piacevoli per me...

La mia famiglia, e in particolare mia madre, ha un'idea tutta sua sul cibo, quasi un rimedio a tutti i problemi: se sto male è perché non mangio, se sono stanca è perché non mangio e così via. Molto spesso il cibo mi è stato offerto in risposta a richieste diverse, un'associazione che mi sono ritrovata a rifiutare.

Ancora oggi mia madre fa dei tentativi in questo senso, volendo così materializzare il suo affetto.

Passando ora alle autosservazioni complete nella versione sintetica, i due protocolli seguenti, relativi alla tristezza, esemplificano il rapporto tra sensazione di vuoto e comportamento alimentare (Tab. 1, Tab. 2).

EMOZIONE: TRISTEZZA		SITUAZIONE PARTENZA DEL RAGAZZO	
DIALOGO INTERNO	SENSAZIONI	COMPORAMENTI	IMMAGINI
resterò di nuovo sola, non ce la faccio più devo smetterla è meglio mangiare qualcosa mi stavo appena riprendendo devo fare qualcosa comincio a sentirmi ridicolo	vuoto senso di solitudine angoscia lacrime nodo alla gola	chiudere la porta rimanere in silenzio prendere un bicchiere di latte chiacchierare a una telefonata di F. distrarsi	il rumore del treno sulle rotaie

Tab. 1 - Protocollo autosservativo dell'emozione tristezza (forma sintetica)

EMOZIONE: TRISTEZZA		SITUAZIONE PARTENZA DEI GENITORI	
DIALOGO INTERNO	SENSAZIONI	COMPORAMENTI	IMMAGINI
quanto silenzio, almeno c'è il gatto cosa faccio? mangio qualcosa, ma non ho fame accendo la TV dove saranno?	brividi vuoto senso di fame	salutarli tornare a casa sdraiarsi sul letto con il gatto	un povero che chiede l'elemosina

Tab. 2 - Protocollo autosservativo dell'emozione tristezza (forma sintetica)

	DIALOGO INTERNO	SENSAZIONI	COMPORAMENTI	IMMAGINI
PRIMA	che pizza questa dieta! vorrei qualcosa di buono e se mi mangiassi un gelato? <i>no, no, non si può</i> mangerei soltanto un gelato! <i>si, si, mangia!</i> <i>poi non ti lamentare se non</i> <i>sei scesa di peso</i>	tensione nervosismo	aprire il frigorifero guardare il gelato richiudere, riaprire, prendere il gelato	una bilancia
DURANTE	per una volta posso permettermi uno strappo è buonissimo, quanto lo desidero! mai mangiato un gelato così buono!	tensione diminuisce	mangiare più gelato di quanto stabilito	tavola inbandita banchetto
DOPO	ci voleva proprio ora sto meglio starò più attenta dopo	appagamento, soddisfazione, tranquillità	sedersi al fresco	un'amaca

Tab. 3 Protocollo autosservativo dell'emozione piacere (forma sintetica)

Analisi quantitativa

Analizzando i correlati neurovegetativi delle emozioni, riportati nelle autosservazioni, si osservano spesso effetti delle emozioni a livello gastrico come "stomaco serrato": nel 42% dei protocolli completi del dolore, nel 36% di quelli del rifiuto e rispettivamente nel 26% e nel 19% dei protocolli dell'ansia e della rabbia. Queste emozioni, quindi, presumibilmente tendono a bloccare l'assunzione di cibo. Mentre il 21% dei protocolli completi del piacere riguarda l'assunzione, per lo più incontrollata, di cibo, e in aggiunta, il 44% dei comportamenti riportati in questa emozione è di tipo sedentario. E' riscontrabile una sensazione di pienezza nel 32% dei protocolli relativi al piacere e soltanto nel 3% di quelli relativi alla gioia.

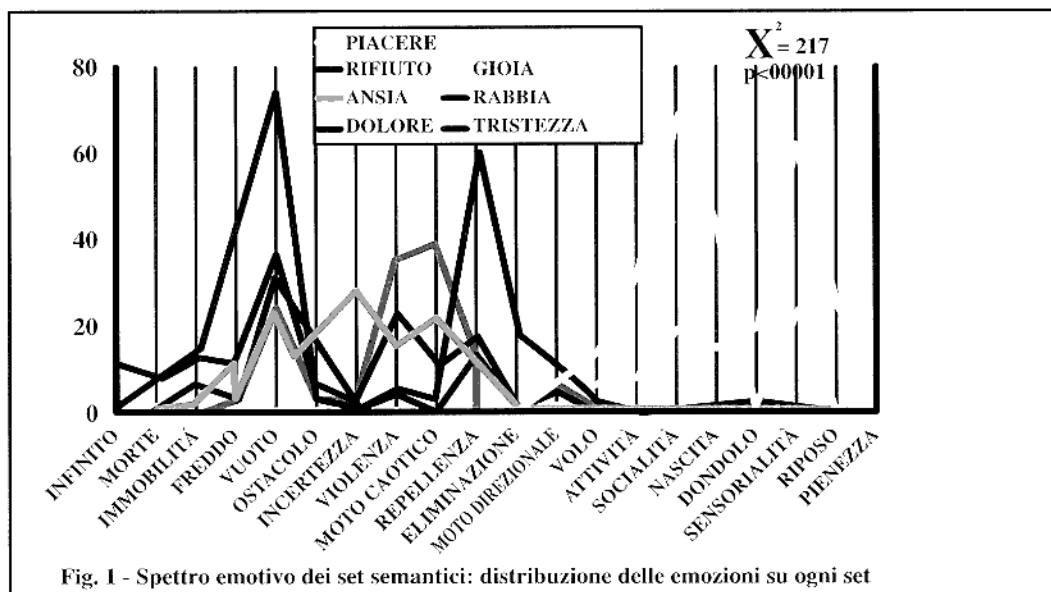
Nella tristezza invece è dominante la sensazione di vuoto (34%) e di mancanza.

Passiamo ora a considerare i profili semantici delle emozioni ricavati dalle immagini mentali riportate nelle autosservazioni.

E' stata fatta un'analisi del contenuto delle immagini (n° 811) identificando 1142 temi. I temi, essendo espressi in termini verbali, sono stati raggruppati in 20 set semantici e collocati su un piano semantico definito da due dimensioni (passività-attività, negatività-positività).

Il grafico di ogni emozione sul piano semantico è risultato molto caratteristico. La distribuzione è altamente significativa ($p < .00001$).

Come si può notare dalla Fig. 1, il nucleo semantico della tristezza è il vuoto: la maggior parte delle immagini esperite in questa emozione rappresenta condizioni di "mancanza". Mentre il rifiuto ha il suo elemento caratteristico nella repulsione, che, associata a rabbia, conduce ad una chiusura ostile. Questa



condizione può accentuare il senso di vuoto della tristezza, in quanto comporta isolamento volontario. Il dolore, esperienza emozionale estrema, aggiunge un connotato di sofferenza al mix di emozioni negative che in genere caratterizza i disturbi psichici.

Il vuoto, d'altra parte, può essere "riempito" da contenuti piacevoli, non sempre salutari, come il cibo in eccesso, le droghe, il gioco o gli acquisti compulsivi. Se, infatti, il canale di soddisfazione è unico, sorgono inevitabilmente dei problemi in quanto taluni comportamenti divengono prevalenti a scapito di altri, distruggendo la vita personale, lavorativa e relazionale della persona.

Il set semantico "pienezza" è tipico del piacere e della gioia (Fig. 1).

Il piacere legato al cibo ha probabilmente un ruolo notevole nel mantenimento della bulimia, dei binge eating (abbuffate) (Salvemini, 2001) e dell'obesità.

Conclusioni

Pur con le limitazioni del protocollo di ricerca (campione ridotto e omogeneo, rilevazioni unicamente autosservative) penso che si possano trarre alcune conclusioni.

La sfera emozionale è spesso compromessa. La disfunzione emozionale di base nei problemi alimentari sembra riguardare la tristezza, con il suo vissuto primario, il senso di vuoto, che associandosi ad altre emozioni, come il rifiuto, il dolore o il piacere può portare a "soluzioni" disfunzionali diverse, riguardanti il comportamento alimentare, e non soltanto.

Infatti, anche se il problema alimentare è l'aspetto più evidente, talora drammatico, il disturbo è, in realtà, più generale. La terapia dovrebbe, quindi, mirare non solo alla normalizzazione alimentare ma anche portare a comprendere, modificare o accettare le situazioni che hanno creato sofferenza. In ogni caso è utile prevedere un intervento più specifico in presenza di una eventuale

depressione (Sibilia, Francioni, Borgo et al., 1983). La base depressiva dei disturbi alimentari potrebbe anche spiegare perché i farmaci più utili siano in sostanza gli antidepressivi, ed in particolare i serotonergici. Tuttavia, i farmaci sono un'altra risposta aspecifica, cioè non mirata a risolvere gli specifici problemi della persona.

Se passiamo dal piano delle generalizzazioni e delle teorie, su cui si muove la ricerca, al piano della clinica dove ogni individuo è diverso e richiede un intervento differente, le cose si fanno molto più complesse e difficilmente schematizzabili. Si rimanda, pertanto, ad una trattazione clinica (caso n° 15, Borgo, 1998).

Potrebbe, infine, rivelarsi utile per migliorare il controllo alimentare l'analisi di eventuali altre emozioni negative: ansia, rabbia o rifiuto (anoressia).

Un aspetto forse ancora non sufficientemente considerato è il ruolo giocato dal piacere nei disturbi alimentari e in particolare nell'obesità, favorendo eccessi alimentari invidenti (Sibilia, 2001).

Bibliografia

- Borgo, S. (1994). *Analisi didattica*. Roma: Melusina.
- Borgo, S. (1998). *La supervisione dei casi clinici*. Milano: McGraw-Hill.
- Borgo, S. (2001a). Autocontrollo. In S. Borgo, G. Della Giusta e L. Sibilia. *Dizionario di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Milano: McGraw-Hill.
- Borgo, S. (2001). Emozione. In S. Borgo, G. Della Giusta e L. Sibilia. *Dizionario di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Milano: McGraw-Hill.
- Bruch, H. (1973). *Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia nervosa e personalità*. Milano: Feltrinelli.
- Mitchell, J. e Fensome, H. (1992). Eating disorders. In L.A. Champion e M.J. Power (Eds.) *Adult psychological problems: An introduction*. London: Palmer Press.
- Patton, G.C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 18, 947-51.
- Power, M. e Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion*. Hove (UK): Psychology Press.
- Salvemini, V. (2000). Abbuffata. In S. Borgo, G. Della Giusta e L. Sibilia. *Dizionario di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Milano: McGraw-Hill.
- Sheperd, R. (Ed.). (1989). *Handbook of Psychophysiology of human eating*. New York: Wiley.
- Sibilia, L. (2001). La trappola delle diete. *Psicologia contemporanea*. 164: 58-64.
- Sibilia, L. e Borgo, S. (a cura di). (1983). *Comportamento alimentare e obesità*. Roma: Società Editrice Universo.
- Sibilia, L., Francioni, G., Borgo, S., Bollea, M.R. e Cairella, M. (1983). Depressione e autosfiducia quali fattori psicologici predittivi nel trattamento dietetico dell'obesità. *Alimentazione, Nutrizione e Metabolismo*, 4, 2.
- Wierzbicka, A. (1992). Talking about Emotions: Semantics Culture and Cognition, *Cognition and Emotion*, 3-4, 6, 285-320.