

La ricerca intervento nei disturbi dell'alimentazione: il vomiting

Barbara Giangrasso ¹

Abstract

Il lavoro proposto vuole ripercorrere le fasi che hanno portato all'individuazione di un nuovo disturbo dell'alimentazione: il *Vomiting*. Dopo una prima introduzione sui disturbi del comportamento alimentare descritti dal DSM-IV, verranno presentate le fasi della ricerca intervento che hanno portato alla identificazione del problema, alla definizione delle ipotesi, alla loro applicazione e alla valutazione degli effetti conseguenti al loro utilizzo. Il lavoro propone una chiave di lettura della terapia breve strategica come ricerca intervento, basata su criteri di circolarità e di flessibilità, dove il problema viene conosciuto attraverso la sua soluzione.

¹ *Psicoterapeuta affiliato al Centro di Terapia Strategica, sede di Firenze, Italia.*

I Disturbi dell'alimentazione

Il DSM-IV (APA, 1994) parla di *Anoressia Nervosa*, di *Bulimia Nervosa* e di *Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati*, includendo in quest'ultima classe tutti quei disturbi che non rientrano nei criteri diagnostici previsti dalle due precedenti categorie. Studi epidemiologici come quelli presentati da Striegel-Moore (1995) o da Tomori e Rus-Makovec (2000) indicano che i disturbi alimentari si manifestano maggiormente in giovani donne, sebbene possano svilupparsi anche in soggetti maschi (Rossi et al., 1997; Nelson, Hughes, Katz e Searight, 1999; Vagnoni et al., 1999). Attualmente, pare vi sia un forte incremento sia dell'incidenza che della prevalenza di *Bulimia Nervosa* e *Anoressia Nervosa* (Santonastaso et al., 1996; Rossi et al., 1997; Cotrufo, Beretta, Monteleone e Maj, 1998) e di *Disturbi da Alimentazione Incontrollata* (Cotrufo et al., 1998; Ramacciotti et al., 2000) anche nella popolazione italiana. La tendenza a seguire diete soprattutto nelle adolescenti femmine sembra essere sempre più diffusa (Vetrione e Cuzzolaro, 1996; Rossi et al., 1997; Vagnoni et al., 1999). In linea generale possiamo dire che i *Disturbi dell'Alimentazione* risultano essere presenti quando ci troviamo di fronte ad alterazioni del comportamento alimentare. Una delle caratteristiche che accomuna *Anoressia* e *Bulimia Nervosa* è rappresentata da un'alterazione della visione della propria immagine corporea e del proprio peso. L'insoddisfazione corporea è stata studiata sia come predittore dell'insorgenza di disordini alimentari (Attie e Brooks-Gunn, 1989; Graber, Brooks-Gunn, Paikoff e Warren, 1994) sia come elemento associato a comportamenti come il *dieting* (Huon, 1994) sia al reale sovrappeso (Davies e Furnham, 1986; Thompson, Coovert, Richards, Johnson e Cattarin, 1995).

Le caratteristiche diagnostiche dell'*Anoressia Nervosa* sono rappresentate dal rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale, dall'intensa paura di aumentare di peso, da un'alterazione dell'immagine corporea per forma e dimensioni del proprio corpo. Nel sesso femminile è presente anche amenorrea. Anche se la perdita di peso viene ottenuta attraverso la riduzione delle *quantità* di cibi ingeriti, a lungo andare si ha una riduzione anche della *qualità* degli stessi, accompagnata talvolta da condotte di eliminazione come il vomito autoindotto, l'uso inappropriato di lassativi e di diuretici, o la pratica eccessiva di attività fisica, allo scopo di perdere peso.

Gli altri criteri diagnostici per l'*Anoressia* sono caratterizzati dal timore di acquistare peso (paradossalmente proporzionale alla diminuzione reale del peso corporeo) e dalla distorsione della percezione corporea. Nei soggetti affetti da questo tipo di patologia, i livelli di autostima sono fortemente influenzati dalla forma fisica e dal peso corporeo, che sembrano accompagnarsi a restrizioni alimentari e ad una marcata sensazione generale di inadeguatezza (Button, Sonuga-Barke, Davies e Thompson, 1996; Fox, Page, Armstrong e Kirby, 1994). Anche la letteratura più recente mostra che una mancanza della stima di sé è legata sia alla

tendenza a seguire diete restrittive (Conner et al., 1996; Drobles et al., 2001), sia a fattori legati all'insorgenza di disturbi alimentari veri e propri (Canals, Carbajo, Fernández, Marti-Henneberg e Domenèch, 1996; Griffiths et al., 1999; Nelson et al., 1999; Oginska-Bulik e Juczynski, 2000; Drobles et al., 2001; Sirigatti e Giangrasso, 2001). Dai dati emersi fin qui dall'analisi dei criteri diagnostici per la determinazione dell'Anoressia Nervosa, possiamo sostenere che un elemento centrale risulti essere la percezione che i soggetti affetti hanno nei confronti dell'incremento di peso, vissuto come una vera e propria perdita delle proprie capacità di controllo (Nardone, Verbitz e Milanese, 1999).

Le caratteristiche della Bulimia Nervosa sono rappresentate da abbuffate e inappropriati metodi per arginare l'aumento del peso corporeo conseguente al comportamento alimentare di abbuffata. I soggetti colpiti da questo tipo di disturbo alimentare presentano livelli di autostima estremamente altalenanti, legati in particolar modo alla percezione che hanno del proprio aspetto fisico. La crisi bulimica viene descritta come caratterizzata da un'abbuffata, durante la quale la persona riesce ad ingerire in un lasso di tempo specifico una quantità di cibo considerevolmente più ampia rispetto ad un normale comportamento alimentare. In quel lasso di tempo la persona dovrebbe riferire anche una sorta di perdita del controllo sul proprio comportamento. La Bulimia Nervosa è altresì connotata dai frequenti ricorsi a condotte di eliminazione che vanno dal più usuale vomito autoindotto (presente nell'80-90% dei casi) all'utilizzo di lassativi o diuretici. Spesso accade però che la condotta compensatoria assuma carattere di prevalenza rispetto alla connotazione che aveva inizialmente. In altre parole: l'abbuffata non viene più eseguita per il piacere che dà il mangiare, bensì per poter arrivare ad indursi il vomito, che diviene il vero effetto ricercato, la vera fonte di piacere (APA, 1994) o, in altri termini, la "qualità emergente" del disturbo (Nardone, Verbitz, Milanese, 1999). Il DSM-IV riporta tra le attività compensatorie anche l'esercizio fisico intenso ed il digiuno nei giorni successivi l'abbuffata. Quest'ultimo elemento ha preso gradualmente una connotazione di "qualità emergente" ampiamente riconosciuta, divenendo parte integrante dei disordini alimentari che il manuale diagnostico classifica come Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati.

Le qualità emergenti

Come possiamo notare dalla breve trattazione esposta, non sempre le descrizioni dei disturbi specifici risultano chiare, soprattutto a livello di diagnosi differenziale delle sottoclassi di patologie. Un elemento che ostacola la diagnosi differenziale è rappresentato dalla presenza di *condotte di eliminazione* tra i criteri previsti sia per il sottotipo bulimico, sia per quello anoressico, sia in un certo qual modo per i Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati. Lo stesso Manuale Diagnostico specifica come in alcuni casi esistano qualità emergenti che, nascendo da una

matrice di base di tipo standard come Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, si strutturano come disturbo a sé stante. Una volta costituitesi come tali, queste qualità emergenti divengono qualcosa che non ha più a che fare con ciò che inizialmente le ha prodotte. Si tratta del susseguirsi di diete e abbuffate per ciò che concerne il Disturbo da Alimentazione Incontrollata ormai riconosciuto ufficialmente (APA, 1994), o dell'emesi autoindotta per ciò che concerne quello che è stato definito dalla terapia breve strategica *Vomiting* (Nardone, Verbitz, Milanese, 1999; Nardone, 2003).

La ricerca intervento nei disturbi alimentari

Partendo dalle premesse teoriche sopra esposte, cercheremo in questa parte del lavoro di esplicitare le fasi attraverso cui si è evoluto il concetto di *Vomiting* e le caratteristiche che hanno accompagnato lo sviluppo di tale costrutto, sia a livello teorico che pratico. Il percorso attraverso cui si è arrivati a formulare l'ipotesi dell'esistenza di una patologia legata alla scorretta alimentazione che si focalizza sul comportamento di emesi autoindotta, si è concretizzato attraverso un tipico processo di ricerca intervento. L'approccio alla patologia della terapia breve strategica si traduce in operazioni quali: definizione del problema e degli obiettivi della terapia, individuazione del sistema percettivo-reattivo del paziente e delle tentate soluzioni che mantengono il problema, costruzione dell'ipotesi di intervento e applicazione delle prime manovre.

La pratica clinica ha portato ad individuare un'ulteriore tipologia di disturbo del comportamento alimentare che, nascendo e strutturandosi sulle psicopatologie già citate, ha acquisito una connotazione di qualità emergente fino a strutturarsi come patologia a sé stante. Prima che queste teorizzazioni divenissero operative, un paziente che presentava un disturbo dell'alimentazione, veniva innanzi tutto incasellato tra le classiche patologie conosciute. Nel caso in cui il problema fosse caratterizzato dal vomito autoindotto, veniva trattato come sottotipo specifico di anoressia e/o bulimia nervosa con condotte di eliminazione. Le strategie di soluzione del problema, nonché i protocolli di intervento, non si potevano però adattare alla situazione specifica.

La pratica clinica in terapia breve strategica impone che, secondo un'ottica di ricerca intervento, ad ogni seduta venga eseguito un processo di verifica degli effetti dell'applicazione dei protocolli, al fine di poter aggiustare il tiro e modificare l'approccio al problema stesso. Questo graduale processo, costituito da formulazione di ipotesi, valutazione degli effetti e verifica degli obiettivi, ha portato ad individuare una nuova patologia a sé stante, incentrata sul piacere legato puramente al vomito autoindotto. Questo aspetto del problema rappresenta la caduta della rappresentazione funzionale che veniva attribuita a questo atto fino ad allora.

L'emesi, a lungo andare, finisce quindi per divenire il vero e proprio effetto ricercato. La persona si abbuffa non tanto per il piacere dato dal mangiare, ma per poter vomitare. Sebbene inizialmente il vomito rappresenti quella che in terapia breve strategica viene definita tentata soluzione (in altri termini un modo per non ingrassare pur mangiando grandi quantità di cibo), con il passare del tempo esso acquisisce, come ogni cosa che viene ripetuta per tante volte, la connotazione di massimo piacere. Il susseguirsi dei due processi (mangiare e vomitare) diviene una sorta di rituale irresistibile (Laborit, 1982; Nardone, Verbitz, Milanese, 1999).

L'individuazione di un disturbo alimentare specifico quale il *Vomiting* è la prova di come in terapia breve strategica si arrivi alla conoscenza del problema attraverso la sua soluzione. Di seguito vengono riportate in dettaglio tutte le fasi che hanno caratterizzato e che continuano a caratterizzare, ogni trattamento terapeutico legato al *Vomiting*.

La prima fase è quella di **individuazione del problema e definizione degli obiettivi**. In terapia il processo si focalizza sulla definizione del problema del paziente attraverso:

- Indagine sulle tentate soluzioni
- Risposte del paziente
- Domande strategiche
- Utilizzo di parafrasi

La fase di **formulazione di ipotesi** per il cambiamento in terapia prevede la creazione di ipotesi sulla strategia da applicare. Queste sono valutate e verificate attraverso l'utilizzo di parafrasi e metafore. Sempre in questa fase assistiamo alle prime ipotesi sulla scelta del tipo di prescrizioni da indicare al termine della seduta. Ci troviamo in una fase estremamente flessibile, per cui il terapeuta in ogni momento, in base ad un nuovo elemento, può cambiare il tipo di strategia da applicare.

La fase di **applicazione delle ipotesi per il cambiamento** avviene attraverso l'utilizzo di manovre applicate direttamente in seduta, attraverso le prescrizioni date al termine della seduta e con la sostituzione delle tentate soluzioni disfunzionali al problema con altre che siano funzionali.

La fase di **valutazione degli effetti** viene distinta in due parti, in base al momento in cui essa viene effettuata:

1. Durante lo svolgimento della seduta: dopo ogni manovra e dopo ogni fase della ricerca intervento. Attuata concretamente attraverso la valutazione delle risposte del paziente nei confronti di:

- Domande strategiche
Parafrasi
Metafore

2. Nella seduta successiva: una valutazione più generale (anche se ancora siamo a livello di valutazione formativa) tesa a valutare gli effetti delle prescrizioni.

Come è facilmente intuibile, entrambi i tipi di valutazione formativa si ripetono in continuazione nel corso della terapia.

Le prime applicazioni delle fasi sopra esposte hanno portato alla creazione di protocolli specifici di trattamento per il Vomiting, al cui interno sono state anche individuate tre diverse sottotipologie di pazienti (*trasgressive inconsapevoli, trasgressive consapevoli ma pentite, trasgressive consapevoli e compiaciute*). Per ognuna di queste sono stati individuati protocolli di intervento specifici, ma tutte e tre sono caratterizzate dal comune piacere rappresentato dal “vomitare” (Nardone, Verbitz e Milanese, 1999; Nardone, 2003).

Concludendo questa trattazione sulla ricerca intervento applicata ad uno specifico disturbo psicologico, ci preme sottolineare due fondamentali aspetti della ricerca in terapia breve strategica:

- La circolarità del processo di formulazione di ipotesi di intervento e della loro valutazione che, si all’interno della seduta che tra una seduta e l’altra, si sussegue in ogni momento della terapia;
- La flessibilità del processo, caratterizzata da una continua valutazione degli effetti di strategie e manovre applicate, in modo che, se necessario, si possa tornare in qualunque momento alla fase di formulazione delle ipotesi di intervento.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. APA, Washington, DC.
- Attie, I. e Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25, 70-79.
- Button, E.J., Sonuga-Barke, E.J.S., Davies, J. e Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.
- Canals, J., Carbajo, G., Farnández, J., Marti-Henneberg, C. E Domenèch, E. (1996). Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. *Adolescence*, 31(122), 443-450.
- Conner, M., Martin, E., Silverdale, N. e Grogan, S. (1996). Dieting in adolescence: An application of the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 1, 315-325.
- Cotrufo, P., Beretta, V., Monteleone, P. e Maj, M. (1998). Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 112-115.
- Drobes, D.J., Miller, E.J., Hillman, C.H., Bradley, M.M., Cuthbert, B.N. e Lang, P.J. (2001). Food deprivation and emotional reactions to food cues: implications for eating disorders. *Biological Psychology*, 57, 153-177.
- Fox, K., Page, A., Armstrong, N. e Kirby, B. (1994). Dietary restraint and self-perceptions in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 17, 87-96.
- Graber, J.A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R.L. e Warren, M.P. (1994). Prediction of Eating Problems: An 8-Year Study of Adolescent Girls. *Developmental Psychology*, 30(6), 823-834.

- Griffiths, R.A., Beumont, P.J.V., Giannakopoulos, E., Russell, J., Schotte, D., Thornton, C., Touyz, S.W. e Varano, P. (1999). Measuring Self-Esteem in Dieting Disordered Patients: The Validity of the Rosenberg and Coopersmith Contrasted. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 227-231.
- Huon, G.F. (1994). Dieting, binge eating, and some of their correlates among secondary school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 159-164.
- Labroit, H., (1982). *L'elogio della fuga*. Mondadori, Milano.
- Lee, M-Y (1997). The study of solution-focused brief family therapy: Outcomes and issues. *American Journal of Family Therapy*, 25(1), 3-17.
- Nardone, G. (2003). *Al di là dell'amore e dell'odio per il cibo*. BUR, Milano.
- Nardone, G., Verbitz, T., Milanese, R., (1999) *Le prigionie del cibo - Vomiting Anoressia Bulimia: La terapia in tempi brevi*. Ponte alle Grazie, Milano.
- Nelson, W.L., Hughes, H.M., Katz, B. e Searight, H.R. (1999). Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. *Adolescence*, 34(135), 621-633.
- Oginska-Bulik, N., e Juczynski, Z. (2000). Psychological characteristics of women with overweight and obesity. *The 14th Conference of the European Health Psychology Society. Models of Health and Illness Behaviour*. Leiden, The Netherlands.
- Ramacciotti, C.E., Coli, E., Passaglia, C., Lacorte, M., Pea, E. e Dell'Osso, L. (2000). Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*, 94, 131-138.
- Rossi, G., Ballottin, U., Bonera, S., Citterio, A., Martelli, T., Ricci, M., Scelsa, B., Tebaldi, C., Vercelli, P., Zambrino, C.A. e Lanzi, G. (1997). Aspetti epidemiologici dei disturbi dell'alimentazione. Studio su una coorte di 904 adolescenti. *Minerva Psichiatrica*, 38, 67-78.
- Santonastaso, P., Zanetti, T., Sala, A., Favaretto, G., Vidotto, G. e Favaro, A. (1996). Prevalence of Eating Disorders in Italy: A Survey on a Sample of 16-Year-Old Female Students. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 158-162.
- Sirigatti, S. (1994). La ricerca sui processi e i risultati della psicoterapia. *Scienze dell'Interazione*, 1(1), 117-130.
- Striegel-Moore, R.H. (1995). Psychological factors in the etiology of binge eating. *Addictive Behaviors*, 20(6), 713-723.
- Thompson, J.K., Coovert, M.D., Richards, K.J., Johnson, S. e Cattarin, J. (1995). Development of Body Image, Eating Disturbance, and General Psychological Functioning in Female Adolescents: Covariance Structure Modeling and Longitudinal Investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 221-236.
- Tomori, M. e Rus-Makovec, M. (2000). Eating Behavior, Depression, and Self-esteem in High School Students. *Journal of Adolescent Health*, 26, 361-367.
- Vagnoni, V., Carusi, G., Fioravanti, S., Ricci, C., Antonini, A., Muscella, O., Bruni, S., Di Gaspare, G., De Bartolomeis, G., Di Santo, I. e Felicioni, E. (1999). I comportamenti e gli atteggiamenti alimentari nell'adolescenza. *Minerva Psichiatrica*, 40, 231-236.
- Vetrione, G. e Cuzzolaro, M. (1996). La spinta a dimagrire in un gruppo di studentesse provenienti da famiglia di classi sociali medio-basse. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 63, 665-676.

Indirizzo per richiesta di ristampe:

Barbara Giangrasso

Centro di Terapia Strategica, Firenze, Italia

mb-amadori@libero.it