

COPING E ALESSITIMIA NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: UNO STUDIO PILOTA.

Marchiol F.

Azienda per i Servizi Sanitari numero 6, Friuli Occidentale.

Luxardi G.L.,

Azienda per i Servizi Sanitari numero 6, Friuli Occidentale.

Amigo Vazquez I.

Facoltà di Psicologia, Università di Oviedo (ES).

In *Personalità/dipendenze* rivista quadrimestrale : 17, 2/3, 2011

Dai dati presenti in letteratura appare evidente l'importanza che il deficit alessitimico assume nel contesto dei disturbi del comportamento alimentare, come appare evidente l'utilizzo da parte delle ragazze anoressiche e bulimiche di strategie di coping deficitarie. Dati questi pilastri, ciò che ancora non è chiaro è in che modo alessitimia e strategie di gestione dello stress interagiscono con il sintomo alimentare, giocando un ruolo nella sua apparizione e mantenimento. Scopo di questo studio è di approfondire il tema mediante somministrazione a 37 pazienti con diagnosi DCA di tre test, l' *Eating Disorder Inventory* (EDI-2), la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) e il *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS).

Emerge evidente, innanzitutto, l'importanza che il deficit di simbolizzazione associato all'alessitimia gioca in diversi abiti della sintomatologia alimentare. Dall'altra parte, le alte correlazioni tra strategie di coping legate alle emozioni e sintomatologia alimentare riscontrate nelle pazienti con alti livelli di alessitimia, portano a ipotizzare l'esistenza di un meccanismo nel quale le tre variabili, una volta instauratasi l'interazione, si alimenterebbero a vicenda provocando la formazione di un circolo che mantiene il sintomo.

Parole chiave: disturbi alimentari, alessitimia, coping, emozione.

Data and literature clearly show the importance that the alexithymic deficit assumes in the context of eating disorders, as well as the use of deficit coping strategies by anorexic and bulimic girls. These pillars assumed, still unclear is how alexithymia and stress management strategies interact with the eating symptom, playing a role in its appearance and upkeep. The purpose of this study is to investigate the issue by the administration of three tests to 37 patients with diagnose of DCA: the *Eating Disorder Inventory* (EDI-2), the *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) and the *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS).

First of all, what clearly emerges is the importance that the symbolization deficit associated to alexithymia plays in different areas of eating symptoms. On the other hand, the high correlations between emotions-related coping strategies and eating symptoms found in patients with high levels of alexithymia, lead to hypotesize the existence of a mechanism in which the three variables, once the interaction is developed, would foster each other, causing the formation of a circle that maintains the symptom.

Keywords: Eating disorders, alexithymia, coping, emotions.

Introduzione

Negli ultimi anni l'interesse nei confronti dei disturbi del comportamento alimentare è aumentato e, nonostante l'incertezza e la variabilità che caratterizza vari aspetti del tema, alcuni fondamenti sono stati gettati. Tra questi, è ben riconosciuto il deficit delle pazienti a lavorare con le proprie emozioni, a riconoscerle e a scindere le attivazioni corporee dal sentimento. Tali difficoltà trovano una definizione nel termine Alessitimia (a=negativo, lexis=parole, thymos=emozione), coniato da Sifneos nel 1973 per identificare un elemento chiave delle patologie psicosomatiche; il concetto è stato successivamente approfondito e articolato dal gruppo di lavoro di Toronto che, tra gli altri contributi, ha fornito uno strumento valido per la valutazione del costrutto, la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS). La versione attuale, a 20 item, valuta tre fattori: (1) la difficoltà

nell'identificare i sentimenti, (2) la difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri e (3) il pensiero orientato all'esterno (Caretti, La Barbera) (Espina, 1998).

Diversi studi, sia su popolazione clinica che non clinica, si sono rivolti all'indagine della prevalenza di alessitimia nelle pazienti con disturbi del comportamento alimentare ed appaiono indubbi i livelli significativamente più alti alla TAS per le pazienti rispetto ai soggetti sani. Le scale del test che correlano con il disturbo sono le prime due, e dunque la difficoltà nell'identificare e descrivere i sentimenti e la difficoltà nella distinzione tra emozioni e percezioni fisiologiche. Tali deficit normalmente coesistono con buone capacità introspettive e comunicative in altri settori, che sottolineano la natura settoriale del disturbo. La terza scala, la presenza di un locus esterno, non correla con il sintomo, dato confermato da diversi studi (Carano, Totaro, Ranalli, Cicconetti, Mancini, Vizza, Mariani, 2011) (Eizaguirre, Ortego Saenz de Cebezòn, Martinez de Apellaniz, Mendez, 2001) (Speranza, Corcos, Loas, Stephan, Guilbaud, Perez Diaz, Venisse, Bizouard, Halfon, Flament, Jeammet, 2005) (Sureda, Valdès, Jòdar, De Pablo, 1999).

Correlazioni più specifiche sono state individuate tra il tipo di disturbo alimentare e una particolare scala alessitimica. Speranza (2005) osserva che pazienti anoressiche restrittive correlano con il secondo fattore del Test di Toronto, e dunque con la difficoltà nella descrizione dei sentimenti, mentre pazienti bulimiche presentano maggiori correlazioni con la prima, e dunque con la difficoltà nella loro identificazione (Eizaguirre & al., 2001) (Karukivi Hautala, Korpelainen, 2010) (Speranza & al. 2005) (Sureda & al., 1999).

Difficoltà nell'identificare e nel comunicare i propri sentimenti, nel complesso, manifestano uno specifico stile cognitivo-emotivo, caratterizzato da una pervasiva difficoltà della paziente di afferrare, distinguere ed elaborare la componente simbolica delle emozioni: il sentimento. Tale deficit, in particolari situazioni di attivazione, provocherebbe la tendenza a focalizzare l'attenzione sul piano somatoviscerale, con la conseguente apparizione di sintomi somatici e comportamenti disadattativi utili alla regolazione dell'emozione, tra cui, appunto, i disturbi alimentari (Freedman & Lavander, 2002). Indagando quali aspetti della sintomatologia alimentare presentano un legame maggiore con l'alessitimia, Taylor e colleghi (1996) riscontrano un'alta correlazione tra il punteggio totale alla TAS-20 e le scale dell'Eating Disorder Inventory (EDI-2) di *Sfiducia Interpersonale*, *Consapevolezza Enterocettiva* e *Paura della Maturità*: il deficit di regolazione delle emozioni non sembra presentare un'associazione diretta con i comportamenti alimentari aberranti, come

dimostrato dalla mancanza di correlazione tra la TAS-20 e le scale dell'EDI di *Insoddisfazione Corporea*, *Impulso alla Magrezza* e *Bulimia*. L'alessitimia sembra giocare un ruolo su altri aspetti sintomatici, legati alla consapevolezza del sé e al piano relazionale, potendo costituire un fattore importante nello sviluppo della patologia (Carano & al., 2011) (La Marra, Sapuppo, Caviglia, 2009) (Quinton & Wagner, 2005) (Taylor, Parker, Bagby, Bourke, 1996).

In realtà, affermazioni di questo tipo non vengono universalmente accettate; aspetti problematici, difatti, sorgono nel momento in cui si cerca di identificare la relazione causale tra disturbo alimentare e alessitimia, e quindi quando si cerca di definire se le problematiche con il cibo e il corpo rappresentano la conseguenza di un deficit nel gestire le proprie emozioni o se l'alessitimia costituisce una sorta di meccanismo di difesa nei confronti dei comportamenti alimentari aberranti e di tutte le problematiche associate. I dati in letteratura sono molteplici sia a favore di un'ipotesi che dell'altra, ma una definizione univoca non viene riportata; Sureda e colleghi (1999) identificano livelli maggiori di alessitimia per le pazienti bulimiche rispetto ai controlli e, non essendo riconducibile tale differenza all'età, al tempo di durata della malattia o alla presenza di altri disturbi psichiatrici, sostengono l'ipotesi dell'alessitimia come tratto determinante il sintomo. Dall'altra parte, De Berardis e colleghi (2009), partendo dal presupposto secondo cui le donne presentano normalmente una propensione all'utilizzo di comportamenti alimentari sregolati per manipolare le esperienze emotive, ipotizzano che, quando questo comportamento viene attuato in maniera più pervasiva e severa, si associ ad alti livelli di alessitimia, che risulterebbe quindi secondaria. Gli autori corroborano l'idea di alessitimia secondaria (Freyberg) e dunque di meccanismo di difesa che protegge la persona dallo stress emotivo associato a situazioni di vulnerabilità intensa (De Berardis, Serroni, Campanella, Carano, Gambi, Valchera, Conti, Sepede, Caltabiano, Pizzorno, Cotellessa, Salerno, Ferro, 2009) (Quinton & Wagner, 2005) (Rodriguez, 1999) (Sureda & al., 1999).

Il tema correlato è quello relativo alle strategie di coping. Emerge chiara la quantità massiccia di difese messe in atto dalla paziente con disturbo alimentare davanti ad uno stato di attivazione, ma piuttosto complessa la relazione esistente tra patologia e gestione dello stress; non è chiaro se sono anoressia e bulimia a spingere verso una particolare strategia di regolazione dello stress o se è la modalità con la quale le situazioni vengono vissute che determina una maggiore possibilità di incorrere in disturbi di questo tipo, e se quindi il disturbo alimentare possa essere considerato di

per sé un meccanismo di coping. Ciò che è indubbia è la connessione tra tali strategie e il sintomo alimentare: studi longitudinali evidenziano che, in pazienti ricoverati, il miglioramento della patologia va pari passo con l'utilizzo di strategie di coping distinte; nello specifico si osserva, rispetto al momento di inizio del percorso di cura, che soggetti che si rimettono completamente dimostrano un minor utilizzo di strategie evitanti e di reazioni passive, oltre che una maggior ricerca di supporto sociale e di gestione attiva del problema (Bloks, van Furth, Callewaert, Hoek, 2004) (Turner, Bryant-Wauhg, Peveler, 2009).

L'evitamento e la ruminazione cognitiva sono le modalità di azione verso le quali le pazienti sono più propense, che si accompagnano ad una teatralizzazione ed enfattizzazione dei problemi. Alti appaiono i livelli di auto criticismo: davanti ad una situazione stressante la ragazza tende ad incriminarsi e ad incolparsi per la presenza della condizione stessa o per l'incapacità di controllarla, aspetto che viene ricondotto agli alti indici di insoddisfazione corporea tipici nelle pazienti con disturbi del comportamento alimentare (Lobera, Estebanez, Fernandez, Bautista, Garrido, 2009). A questo si accompagna una tendenza all'isolamento sociale, che rende difficoltosa la richiesta di aiuto all'altro per far fronte a situazioni di stress intenso, strategia che viene normalmente utilizzata dal soggetto sano (strategia orientata alla persona) (Endler & Parker) (Lobera & al., 2009). Tale isolamento porta a difficoltà nella comprensione del comportamento del vicino che, insieme ai pensieri egocentrici e pessimistici tipici, aumenta le distorsioni cognitive e diminuisce le capacità di pensiero logico (Guinzbourg, 2011).

Strategie di coping inadeguate centrate sulle emozioni vengono riconosciute fattore di rischio per il disturbo alimentare (Lodera & al., 2009); in particolare, nella paziente anoressica, si osserva una maggior tendenza all'evitamento dell'attivazione emotiva, mentre nella bulimica una maggior tendenza al controllo. La minor capacità di reinterpretazione degli eventi e la concomitante difficoltà nel riconoscere e controllare le emozioni, provocherebbe livelli maggiori di stress, con la conseguente formazione di un circolo che determinerebbe il mantenimento dello stato di attivazione. L'evitamento e il controllo non si riscontrano solamente per le situazioni che conseguono un'attivazione negativa, ma anche positiva: visto lo stato di confusione e le difficoltà di rappresentazione e riconoscimento dei propri stati interni, la ragazza tenderà ad evitare qualsiasi stato che possa provocare in lei tali complicazioni (Guinzbourg, 2011).

Il legame con l'alessitimia, e dunque con la difficoltà nella gestione dell'attivazione emotiva, sorge piuttosto spontaneo, ma dai dati presenti in letteratura non emerge chiara la relazione esistente tra disturbo alimentare, alessitimia e strategie di coping, in particolare a causa della scarsità dei dati che considerano le tre variabili congiuntamente.

Lo scopo di questa ricerca è, innanzitutto, replicare i dati già presenti in letteratura inerenti le differenze tra pazienti e normali alle scale dell'EDI e della TAS-20 e la loro correlazione.

In secondo luogo, si vogliono evidenziare le differenze legate alle modalità di gestione dello stress mediante uno strumento per il quale si riscontrano scarsi i dati in letteratura inerenti il suo utilizzo nel contesto dei disturbi alimentari, il Coping Inventory for Stressful Situation (CISS); tale questionario valuta l'utilizzo di strategie di *Manovra* (orientate al problema), *Emozione* ed *Evitamento* (costituita dalle sottoscale di *Distrazione* e *Diversivo Sociale*). Nello specifico, s'ipotizzano un utilizzo maggiore di strategie di *Evitamento* per le pazienti con problematiche alimentari, con differenze, però, per quanto riguarda la scala del *Diversivo sociale*, considerata la tendenza all'isolamento. Alti punteggi vengono anche ipotizzati per la strategia di *Manovra*, vista la tendenza alla rimuginazione delle pazienti; è necessario ricordare, difatti, che quando si parla di coping non ci si riferisce a tentativi di gestire una situazione stressante coronati da successo, quanto al tentativo messo in atto dall'individuo.

Si vuole indagare, inoltre, la relazione che il costrutto alessitimico possiede con le strategie di coping e in che modo agisce nella relazione tra disturbo alimentare e strategie di gestione dello stress. Nello specifico, ipotizzando una relazione tra modalità di coping e le scale dell'EDI legate ai comportamenti alimentari aberranti e all'insoddisfazione nei confronti del proprio corpo, è possibile che alti livelli di alessitimia determinino un mantenimento delle condotte e dei pensieri patologici con conseguente formazione di un circolo vizioso.

Partecipanti

Alla ricerca hanno partecipato un totale di 37 pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), 20 con diagnosi di Anoressia Nervosa (AN) e 17 con diagnosi di Bulimia Nervosa (BN). I partecipanti alla ricerca erano tutti di sesso femminile.

Le pazienti sono state individuate presso i centri di disturbi alimentari dell'Azienda dei Servizi Sanitari numero 4 (ASS 4), con sede a Udine, dell'ASS n.6, con sede a San Vito al Tagliamento, e dell'ASS n.2, con sede a Monfalcone.

La diagnosi di AN e BN è stata eseguita su osservazione clinica, in base ai criteri forniti dal DSM IV. Considerata l'alta comorbidità caratterizzante i DCA, sono state coinvolte nello studio pazienti che avessero come diagnosi primaria quella di AN o BN.

L'età delle pazienti andava dai 13 ai 51 anni, con media di 26 anni e 8 mesi.

Delle 30 pazienti che hanno fornito dati a proposito, il tempo dal quale soffrivano di disturbi legati al peso, al momento dell'analisi, era in media di 115 mesi (9 anni e 6 mesi). Considerando il gruppo complessivo, 19 rientravano in trattamento fino a un anno di tempo, 16 da più di un anno; le due pazienti rimanenti non hanno fornito dati in proposito. In totale, la media di mesi di trattamento era di 35 (2 anni e 11 mesi).

E' stato creato un gruppo di controllo, costituito da 30 partecipanti, per i quali fosse esclusa la presenza di un disturbo alimentare; di questi, solo 28 hanno portato a termine lo studio. Alla ricerca hanno preso parte 9 minori d'età, 10 studenti universitari delle facoltà di Economia, Matematica e Relazioni Pubbliche e 9 lavoratori, anch'essi tutti di sesso femminile. L'età dei partecipanti andava dai 15 ai 31 anni, con media di 22 anni e 6 mesi.

Ai partecipanti è stato richiesto di compilare il modulo di consenso informato, al fine di preservare il loro diritto alla riservatezza e di garantir loro la possibilità di ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento. Per i minori di età, sia i ragazzi che i genitori, hanno compilato e firmato un modulo apposito.

Materiale

Ai pazienti è stata richiesta la compilazione di tre test, la seconda edizione dell'Eating Disorder Inventory (EDI-2), la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e il Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).

L'EDI è una scala autosomministrata composta da 91 item che, mediante scala Likert a 6 punti, valuta alcuni sintomi comunemente associati ai disturbi alimentari e presentanti una rilevanza clinica. Le scale valutate sono: *Impulso alla magrezza, Bulimia, Insoddisfazione per il corpo, Inadeguatezza, Perfezionismo, Sfiducia interpersonale, Consapevolezza enterocettiva, Paura della maturità, Asceticismo, Impulsività e Insicurezza Sociale*.

La versione della Toronto Alexithymia Scale utilizzata è quella a 20 item; sulla base delle risposte fornite alla scala likert a 5 punti le pazienti potevano rientrare nella categoria *Alessitimiche* (61-100), *Borderline* (51-60) e *Non Alessitimiche* (20-50).

Il Coping Inventory for Stressful Situation è un questionario autoscoring volto a indagare aspetti multidimensionali del coping; è costituito da 48 item che, mediante scala Likert a 5 punti, valutano l'utilizzo delle strategie di *Manovra* (descrive il tentativo di ristrutturazione cognitiva o di modifica della situazione), *Emozione* (descrive le reazioni emotive orientate verso il Sé con lo scopo di ridurre lo stress) e di *Evitamento* (descrive le attività e i cambiamenti cognitivi volti a evitare la situazione stressante). Nella scala di *Evitamento* si distinguono due sottoscale, quella di *Distrazione* e quella di *Diversivo Sociale*. Sono presenti due versioni del questionario, una per gli adolescenti e una per gli adulti; nella versione per adolescenti due item sono stati riformulati per poter essere utilizzati con una popolazione più giovane (item 5 e 36). L'attribuzione dei punteggi è uguale nelle due versioni e il calcolo avviene mediante somma delle risposte fornite agli item corrispondenti a ogni singola sottoscala.

Analisi dei dati

I punteggi derivanti dai tre test sono stati analizzati mediante test di Student e analisi della correlazione di Pearson.

Attraverso confronto tra il gruppo di pazienti e il gruppo di controllo si è ricercata l'esistenza di una differenza inerente i comportamenti, i pensieri e le strategie considerate nello studio, al fine

di identificare quanto queste caratteristiche assumono rilevanza nel quadro alimentare patologico rispetto a quello normale. Le stesse analisi sono state condotte confrontando il gruppo di anoressiche con il gruppo di bulimiche.

In un secondo momento si è voluto investigare il peso che il costrutto alessitimico mantiene sulla patologia alimentare e sull'utilizzo di specifiche strategie di coping; per questo motivo le analisi sono state condotte suddividendo le pazienti non in base alla diagnosi ma in base al fatto che rientrassero nelle categorie *Borderline* e *Alessitimiche* o nella categoria *Non Alessitimiche*.

Infine, ulteriori studi t-test sono stati sviluppati confrontando coloro che rientravano nel trattamento per un periodo di tempo fino a un anno, con coloro che erano seguite da più di un anno, con lo scopo di controllare l'effetto della terapia sulle variabili considerate.

Analisi correlazionali sono state utilizzate per osservare la forza e la direzione dei legami tra le variabili oggetto di studio. Inizialmente sono state condotte con un livello di significatività allo 0,05, in un secondo momento è stato ridotto allo 0,01.

Risultati

La media dei punteggi totali al test EDI per le pazienti è emersa dell'88,65 (+/-47,88), contro una media di 32,75 (+/-20,61) per il gruppo di controllo; il t-test ha evidenziato tale differenza come significativa ($<0,001$). Differenze significative sono state riportate, inoltre, per tutte le 11 sottoscale. In un secondo momento si sono analizzati i punteggi allo stesso test confrontando pazienti anoressiche e bulimiche; non sono emerse differenze significative, se non per la scala *Bulimia* ($t=2,89$, $p = <0,05$), a conferma dei dati presenti in letteratura.

Per quanto riguarda la TAS-20, il 62% delle pazienti considerate rientrava nelle categorie *Alessitimica* o *Borderline*. La media dei punteggi totali al test per il gruppo di pazienti è emersa del 53,78 (+/-14,19), contro il 41,64 (+/-10,026) del gruppo di controllo. Il t-test ha evidenziato differenze significative per quanto riguarda il punteggio totale ($< 0,001$) e le prime due sottoscale (rispettivamente, la prima con una $p < 0,001$ e la seconda con $t = 2,72$, $p < 0,05$); a conferma dei dati presenti in letteratura non sono state riscontrate differenze significative per la terza sottoscala, riguardante la presenza di un locus esterno ($t = 0,68$, $p = 0,25$). Analisi correlazionali hanno

evidenziato un legame maggiore tra la sintomatologia anoressica e la seconda scala della TAS, (inerente la capacità nel comunicare le emozioni) ($r = 0,6$) e una correlazione maggiore tra la sintomatologia bulimica e sempre la seconda scala ($r = 0,74$). Tale dato si contrappone a quelli presenti in letteratura, che identificavano una correlazione maggiore per le pazienti anoressiche con il secondo fattore, per le pazienti bulimiche con il primo.

Per quanto concerne le strategie di coping, differenze significative non vengono riscontrate tra pazienti e controllo per il valore globale, ma, considerando le sottoscale, l'unica strategia che non riporta differenze è quella di *Distrazione* ($t=-0,13$, $p=0,55$) ed una differenza appena significativa viene riportata per l'*Evitamento* ($t=1,7$, $p=0,047$); differenze significative vengono dunque riscontrate per la *Manovra* ($t=2,95$, $p<0,05$), per l'*Emozione* ($<0,001$) e per il *Diversivo Sociale* ($t=3,065$ $p<0,05$).

Tabella 1

	μ DCA	μ CONTROLLI	μ t e di p
Tot EDI	88,65 (+/-47,88)	32,75 (+/-20,61)	$p < 0,001$
Tot TAS	53,78 (+/-14,19)	41,64 (+/-10,026)	$p < 0,001$
1 Scala TAS	21,57 (+/-7,054)	13,46 (+/-4,89)	$p < 0,001$
2 Scala TAS	15,38 (+/-5,29)	12,14 (+/-4,14)	$t = 2,72$ $p < 0,05$
3 Scala TAS	16,84 (+/-5,22)	16,036 (+/-4,092)	$t = 0,68$ $p = 0,25$
Tot CISS	150,027 (+/-14,28)	148 (+/-18,54)	$p = 0,64$
Manovra	51,22 (+/-8,29)	57,28 (+/-6,75)	$t = 2,95$ $p < 0,05$
Emozione	55,43 (+/-10,51)	42,25 (+/-10,49)	$p < 0,001$
Evitamento	43,38	48,46	$t = 1,7$

	(+/-9,55)	(+/-13,089)	p <0,05
Distrazione	21,081 (+/-5,55)	22,071 (+/-7,15)	t = -0,13 p =0,55
Diversivo Sociale	13,94 (+/-4,49)	17,57 (+/-4,7)	t =3,065 p <0,05

Medie e valori t nel confronto tra gruppo di pazienti e gruppo di controllo

In un secondo momento sono state divise le pazienti in due gruppi, coloro che seguivano il trattamento fino a un anno di tempo, e coloro in trattamento da più di un anno, al fine di tenere sotto controllo l'effetto della terapia; la media dei punteggi totali all'EDI per le pazienti in trattamento da più di un anno era di 73 (+/-38,32), contro una media di 98 (+/-53,35) delle ragazze in cura da meno di un anno; nonostante la differenza non sia significativa, il valore si avvicina alla soglia critica (t=1,53, p=0,067). Differenze significative sono state individuate per i punteggi totali alla TAS-20 (<0,001), e dei valori che, sebbene non raggiungano la significatività, vi si avvicinano, per la scala della *Manovra* (t=1,44 p=0,08), della *Distrazione* (t=1,55 p=0,065) e del *Diversivo Sociale* (t=1,50 p=0,071).

Analisi correlazionali sono state condotte, considerando il gruppo complessivo delle pazienti, tra le diverse sottoscale dell'EDI e della TAS-20 ed emergono correlazioni significative tra i primi due fattori del test per l'alessitimia e tutte le sottoscale dell'EDI, ad eccezione della scala *Paura della Maturità e Perfezionismo*, con valori come riportati in tabella.

Tabella 2

¹	TOT ALEX	1 ALEX	2 ALEX	3 ALEX
Impulso alla magrezza	0,5 (*)	0,42 (*)	0,44 (*)	0,36 (*)
Insoddisfazione per il corpo	0,36 (*)	0,36 (*)	0,37 (*)	0,13
Paura della Maturità	0,19	0,19	0,035	0,035
Bulimia	0,39 (*)	0,3 (*)	0,33 (*)	0,31 (*)
Inadeguatezza	0,45 (*)	0,4 (*)	0,5 (*)	0,17
Consapevolezza Enterocettiva	0,67 (*)	0,7 (*)	0,66 (*)	0,22
Perfezionismo	-0,096	0,0075	-0,031	-0,24
Sfiducia Interpersonale	0,62 (*)	0,54 (*)	0,73 (*)	0,21
Impulsività	0,48 (*)	0,34 (*)	0,54 (*)	0,31
Ascetismo	0,4 (*)	0,42 (*)	0,48 (*)	0,041
Insicurezza Sociale	0,54 (*)	0,47 (*)	0,62 (*)	0,22 (*)

Correlazioni tra le scale della TAS e le scale dell'EDI per il gruppo di pazienti

In un secondo momento, le pazienti sono state suddivise tra coloro che rientravano nelle categorie *Borderline* e *Alessitimiche* e coloro che rientravano nella categoria *Non Alessitimiche*. Confrontando i punteggi ottenuti al test EDI, per il gruppo di pazienti *Alessitimiche* è emerso un

¹ (*): livello di significatività allo 0,05

(*)(*): livello di significatività allo 0,01

valore medio di 102,56 (+/-51,28), contro quello di 63,14 (+/-27,82) delle pazienti *Non Alessitimiche*: il t-test evidenzia differenze significative, oltre che per il valore totale (<0,001), anche per le singole sottoscale, ad eccezione della *Paura della Maturità* e del *Perfezionismo*. Come facilmente intuibile, differenze significative sono state identificate per il punteggio totale della TAS e le tre sottoscale, oltre che per le strategie di *Manovra* ed *Emozione* (rispettivamente, $t = 2,52$, $p < 0,05$ e $t = 1,96$, $p < 0,05$).

Sempre in base a tale distinzione, sono state condotte analisi correlazionali tra le scale dell'EDI e le scale del CISS, con valori significativi emersi con direzione negativa tra diverse sottoscale dell'EDI (*Inadeguatezza*, *Impulsività* e *Insicurezza Sociale*) e la strategia di *Manovra*, sempre con direzione negativa tra sottoscale dell'EDI e strategie di *Evitamento*, spiegate dalla sottoscala del *Diversivo Sociale*; infine, sono emerse correlazioni con direzione positiva tra diverse scale dell'EDI e la strategia di *Emozione*.

I valori sono riportati nella tabella.

Tabella 3

	Manovra	Emozione	Evitamento	Distrazione	Diversivo Sociale
Impulso alla magrezza	-0,057	0,62 (*)	-0,29	0,013	-0,37
Insoddisfazione per il corpo	-0,38	0,41 (*)	-0,43 (*)	-0,15	-0,43 (*)
Paura della maturità	0,085	0,19	0,21	0,48 (*)	-0,24
Bulimia	-0,39	0,55 (*)	-0,28	0,18	-0,62 (*)
Inadeguatezza	-0,43 (*)	-0,47 (*)	-0,7 (*)	-0,27	-0,67 (*)
Consapevolezza Enterocettiva	-0,34	0,68 (*)	-0,58 (*)	-0,12	-0,72 (*)
Perfezionismo	-0,12	0,41 (*)	-0,43 (*)	-0,22	-0,36
Sfiducia Interpersonale	-0,32	0,7	-0,69 (*)	-0,21	-0,78 (*)
Impulsività	-0,62 (*)	-0,11	-0,49 (*)	0,82 (*)	-0,32
Ascetismo	-0,34	0,7 (*)	-0,64 (*)	-0,18	-0,69 (*)
Insicurezza Sociale	-0,42 (*)	0,81 (*)	-0,68 (*)	-0,29	-0,63 (*)

Correlazioni tra scale dell'EDI e scale del CISS per il gruppo di pazienti Alessitimiche

Discussione

Come emerge dai risultati, il costrutto alessitimico appare centrale nel contesto dei disturbi del comportamento alimentare; a conferma dei dati presenti in letteratura sono state identificate differenze significative alla TAS-20 sia per i punteggi globali che per le prime due sottoscale, cioè per la difficoltà nel riconoscere i propri sentimenti e nel descriverli. Non vengono riportate differenze per la terza sottoscala, la presenza di un locus esterno.

Difficoltà nella capacità di identificare i propri sentimenti e difficoltà nella loro comunicazione sono aspetti che vanno di pari passo e che, nella loro complessità, possono portarci a ipotizzare un deficit generale dell'individuo di simbolizzazione dei propri stati interni, sia emotivi, che viscerali, con conseguenze significative su diversi domini della persona, come confermato dalle alte correlazioni tra le scale della TAS e quelle dell'EDI. Agganciandoci alla teoria del Codice Multiplo della Bucci (Bucci, 1997), e dunque pensando all'alessitimia come a una difficoltà nel legame referenziale tra aspetti sub simbolici (attivazioni viscerali, cinestesiche, emotive, ecc.) e simbolici (parole, immagini) costituenti gli schemi della persona, è in questo contesto che il sintomo trova spiegazione. Ad assumere una valenza particolare è innanzitutto il corpo: davanti ad una forma di attivazione, data l'assenza o la disconnessione referenziale caratterizzante i pazienti con alti livelli di alessitimia, non vengono attivate immagini e parole, ma si osserva la messa in atto di comportamenti alimentari aberranti e forme di pensiero legati all'insoddisfazione e alla magrezza. La difficoltà della paziente nel crearsi una rappresentazione mentale dell'attivazione, che raggiunge il culmine massimo nella difficoltà di trasmissione dell'esperienza mediante la parola, porta la ragazza alla scarica della tensione mediante la via somatica. Non si parlerà, dunque, solamente di un'espressione delle emozioni sul piano corporeo, ma di una vera e propria esperienza *vissuta* mediante il corpo (Bucci, 1997) (Ostuzzi & Luxardi, 2009). Sulla base

di tali premesse, non sorprende la correlazione riscontrata tra alessitimia e le scale dell'EDI di *Bulimia*, *Impulso alla Magrezza* e *Insoddisfazione per il proprio corpo*, correlazioni non precedentemente riportate in letteratura. Inoltre, le uniche due scale dell'EDI che correlano con la terza alessitimica (ossia la presenza di un locus esterno) sono l'*Impulso alla magrezza* e la *Bulimia*: non possedendo altre forme di gestione dell'esperienza a causa del deficit nella loro rappresentazione, l'individuo controllerà le tensioni, ricercherà sicurezza e controllo in elementi esterni al sé, e dunque attraverso la dieta e i meccanismi di compenso. E' importante non dimenticare la valenza particolare che il corpo assume nel corso dell'adolescenza, fase di massima incidenza del disturbo: la ragazza tende a identificare se stessa, le proprie capacità e la propria autostima con la propria immagine, che diventa plasmabile e controllabile (Riva, 2007).

Il deficit di simbolizzazione non si manifesta solamente nel rapporto con il cibo e con il corpo, ma trova le sue conseguenze anche sul piano relazionale: possedere alti livelli di alessitimia implica delle difficoltà nel determinare i confini del sé, e quindi un deficit d'interazione che viene anche sostenuto, nel caso specifico dei disturbi alimentari, dall'incapacità di ricorrere all'altro sociale nel tentativo di far fronte a stati di stress, come emerge dai risultati al CISS. L'incapacità delle pazienti di tradurre in parole le proprie esperienze, che sono la più elevata forma di simbolizzazione posseduta dall'uomo, e dunque di comunicarle, rende difficoltosa la capacità di governare l'intorno sociale, di raccogliere e fornire informazioni sul sé, pensieri e intenzioni.

Al fine di individuare quanto la sintomatologia fosse sostenuta dal deficit di simbolizzazione, il gruppo di pazienti DCA è stato suddiviso non per categoria diagnostica, ma in relazione al fatto che le pazienti rientrassero nelle categorie *Borderline* e *Alessitimiche* o nella categoria *Non Alessitimiche*. Oltre ai punteggi più alti alle scale dell'EDI per il primo gruppo, differenze sostanziali si osservano per quanto riguarda le strategie di coping; pazienti con bassi punteggi alla scala di Toronto manifestano una maggiore tendenza all'utilizzo di strategie di *Manovra*, mentre pazienti *Alessitimiche* manifestano una maggior tendenza all'uso di strategie di *Emozione*.

Per quanto riguarda la strategia di *Manovra*, le ipotesi iniziali prevedevano un maggior uso di tale processo per le pazienti DCA rispetto ai soggetti sani; vista la tendenza alla rimuginazione, si pensava a un tentativo di affronto cognitivo al problema, che non apportava però necessariamente risultati sostanziali. In realtà, a disconferma delle ipotesi iniziali, i punteggi non sono emersi differenti per le pazienti *Non Alessitimiche* rispetto ai controlli, ma

significativamente più bassi per il gruppo delle pazienti *Alessitimiche*; quest'ultimo aspetto assume chiarezza considerando i deficit introspettivi e di simbolizzazione della paziente, che rendono difficoltosi dei processi di ristrutturazione cognitiva o azioni dirette al problema (Bloks, van Furth, Callewaert, Hoek, 2004) (Guinzbourg, 2011) (Turner, Bryant-Wauhg, Peveler, 2009).

Pazienti che raggiungono alti livelli alla TAS-20, dall'altra parte, si caratterizzano per l'uso massiccio di strategie legate all'*Emozione*. L'utilizzo di strategie deficitarie centrate sulle emozioni da parte delle ragazze anoressiche e bulimiche è un dato più volte citato in letteratura: le pazienti sperimenterebbero un tentativo di controllo o di evitamento dell'attivazione emotiva, al fine di controllare o evitare l'azione dello stressor (Guinzbourg, 2011). E' necessario, però, considerare che un tentativo di controllo necessita di una rappresentazione dell'attivazione, aspetto deficitario nelle pazienti alessitimiche. Conseguentemente, il tentativo di controllo possiede elevate possibilità di fallire, e un fallimento non fa altro che aumentare il livello di stress percepito dalla ragazza, che, riprendendo la debole connessione tra attivazione subsimbolica e rappresentazione simbolica, verrà scaricato mediante il corpo. Difatti, le analisi correlazionali tra scale dell'EDI e del CISS riportano delle correlazioni piuttosto significative, con direzione positiva, tra sintomatologia alimentare e scala dell'*Emozione*, correlazioni che non vengono riportate per il gruppo di pazienti *Non Alessitimiche*. A queste si associano punteggi più elevati all'EDI, indice di una pervasività maggiore del sintomo associato al deficit di simbolizzazione. La messa in atto del sintomo da una parte e la difficoltà nella gestione della situazione dall'altra, aumenterebbero i livelli di stress, determinando la formazione di un circolo vizioso dove sintomo alimentare, strategie legate alle *Emozioni* e alessitimia si alimentano a vicenda.

Aiutare la paziente a gestire i propri stati di attivazione, insegnare l'utilizzo di strategie differenti nell'affrontare uno stress, mediante affronto diretto o richiesta di un supporto sociale, possono rompere in maniera graduale questo circolo, con conseguente miglioramento della sintomatologia alimentare e del quadro generale della paziente.

Osservazioni su pazienti in terapia da più di un anno, riportano una tendenza maggiore all'utilizzo di strategie di *Manovra* e una maggiore ricerca di supporto sociale rispetto ai pazienti in trattamento da meno tempo; a questo si associano una sintomatologia, come riportata dall'EDI, meno pronunciata (media di 98 contro una media di 73 per le pazienti in cura da più di un anno) e livelli di alessitimia più bassi (62 contro 43). Inoltre, assume importanza rilevante

aiutare la paziente a migliorare le sue capacità di simbolizzazione, nella creazione di schemi emotivi completi e solidi; vivere le proprie attivazioni sub simboliche, associarvi immagini (simboli non verbali) e parole (simboli verbali), permette di evidenziare, da una parte, gli schemi emotivi problematici, dall'altra una ristrutturazione degli stessi per formazione di nuove connessioni referenziali.

Conclusioni

Questo studio si proponeva di individuare le relazioni tra sintomatologia alimentare, alessitimia e strategie di coping; i dati emersi forniscono degli indici inerenti l'importanza che il saper individuare e comunicare le proprie emozioni, ed essere in grado di costruirsi degli schemi emotivi caratterizzati da buoni legami tra tutti gli elementi che lo compongono, hanno sulla sintomatologia alimentare e sulla capacità di gestione dello stress.

Quando parliamo di disturbo alimentare ci riferiamo a un quadro che va aldilà del piano effettivamente legato al corpo e al cibo, ma che racchiude deficit in vari ambiti, tra cui quello relazionale, del pensiero astratto, del funzionamento cognitivo e, appunto, della modalità di gestione degli eventi di vita. Se consideriamo il fatto che, attuando su un terreno evidentemente già minato, sono presenti una serie di eventi scatenanti che determinano l'insorgenza del disturbo stesso, è possibile guardare ad anoressia e bulimia come essi stessi dei meccanismi di difesa, ipotesi che assume un certo livello di coerenza con i dati precedentemente riportati.

Nonostante non fosse uno degli scopi principali dello studio, risulta interessante pensare alle relazioni causali esistenti tra queste variabili: sono le problematiche alessitimiche che generano il disturbo? O l'alessitimia si sviluppa come un meccanismo di difesa conseguente patologie quali anoressia e bulimia? Ancora, anoressia e bulimia possono essere considerate di per sé come strategie di coping?

Si tratta di domande alle quali non è possibile dare risposta basandoci sui dati qui presentati; difatti, uno dei limiti fondamentali della ricerca è il numero limitato del campione, che impedisce di sviluppare analisi più approfondite che guardino alla relazione causale tra le variabili considerate. Prospettiva futura, sulla base dei risultati interessanti emersi da questo studio pilota, è quella di aumentare la quantità di soggetti coinvolti, al fine di raggiungere un numero

sufficientemente adeguato da poter condurre analisi più approfondite che entrino nel dettaglio delle relazioni tra disturbo alimentare, alessitimia e strategie di coping. Si vuole, in questo modo, aumentare il livello di conoscenza sul tema delle problematiche alimentari, che risulta tanto complesso quanto diversificato nelle sue caratteristiche e nelle sue dinamiche. La conoscenza dei fattori che hanno portato allo sviluppo di anoressia e bulimia e la conoscenza dei fattori che ne determinano il mantenimento, sono aspetti utili nella costruzione di un percorso terapeutico adeguato, centrato sulla persona e sulle sue caratteristiche individuali.

Bibliografia

Bloks, H., van Furth, E., Callewaert, I., Hoek, H.W. (2004) Coping Strategy and Recovery in Patients with a Severe Eating Disorder. *Eating Disorders*, 12, 157-169.

Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17 (2), 151- 172.

Carano A., Totaro E., Ranalli C., Cicconetti A., Mancini L., Vizza M., Mariani G. (2011). Alessitimia e disturbi del comportamento alimentare. *E-noos*, 1, 7-16.

Caretti, V., La Barbera, D. Alessitimia. Valutazione e trattamento. Casa editrice Astrolabio.

De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Carano, A., Gambi, F., Valchera, A., Conti, C., Sepede, G., Caltabiano, M., Pizzorno, A.M., Cotellessa, C., Salerno, R.M., Ferro, F.M. (2009). Alexithymia and Its Relationship with Dissociative Experiences, Body Dissatisfaction and Eating Disturbances in a Non-Clinical Female Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 471-479.

De La Rubia, J.M., Retamales Rojas, R. (2000). Estudio de validación de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española, 3 (2).

Espina, A. (1998). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En:

Personalidad, procesos cognitivo y psicoterapia. Un enfoque constructivista. Garcia, Garrido y Rodriguez Editores.

Eizaguirre, A.E., Saenz de Cabezón, A.O., Ochoa de Alda, I., de Apellaniz, M., Méndez, A.A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17 (1), 139-149.

Guinzbourg, M., (2011). Similarities and Differences Among the Anorexia, Bulimia and EDNOS Categories. *Rorschachiana*, 32, 27-45.

Karukivi M., Hautala L., Korpelainen J., Haapasalo-Pesu K.M., Liuksila P.R, Joukamaa M., Saarijärvi S. (2010). Alexithymia and Eating disorder Symptoms in Adolescents. *Eating Disorders*, 18 (3), 226-238.

La Ferlita, V., Bonadies, M., Solano, L., De Gennaro, L., Gonini, P. (2007). Alessitimia e Adolescenza: studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di 360 adolescenti italiani. *Infanzia e adolescenza*, 6 (3), 131-144.

La Marra, M., Sapuppo, W., Caviglia, G. (2009). Dissociazione e alessitimia in un campione di pazienti con disturbo del comportamento alimentare. *Research in Psychotherapy: Psychopathology*, 1-2 (12).

Lobera I.J., Estebanez S., Santiago Fernandez M.J., Bautista E.A., Garrido O. (2009). Coping Strategies in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 220-226.

Ostuzzi R., Luxardi G.L. (2009). Le metafore della bulimia. *Salute e società*, 3, 123-141.

Quinton, S., Wagner, H.L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163-1173.

Riva, E. (2007). L'autostima allo specchio. La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. Franco Angeli Edizioni.

Rodriguez, J.O. (1999). Alexitimia: una Revision. *Revista de la Asociación Española de*

Neuropsiquiatria, 72 (11), 587-596.

Sirigatti S., Stefanile C., Lera S. (2009). CISS. Coping Inventory for Stressful Situations.

Standardizzazione e validazione italiana. Giunti Editore. Organizzazioni Speciali.

Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stephan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., Venisse, J.-L.,

Bizouard, P., Halfon, O., Flament, M., Jeammet, P. (2005). Depressive Personality

Dimensions and Alexithymia in Eating Disorders. *Psichiatry Research*, 135, 153-163.

Sureda B., Valdes M., Jodar I., de Pablo J. (1999). Alexithymia, type A behaviour and bulimia

nervosa. *European Eating Disorders Review*. 7 (4), 286-292.

Taylor, G., Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Bourke, M.P. (1996). Relationship between

alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of*

Psychosomatic Research, 41 (6), 561-568.

Treasure, J., Schmidt U., Van Furth, E. (2008). I disturbi dell'alimentazione. Diagnosi, clinica,

trattamento. Società editrice il Mulino.

Turner, H., Bryant-Waugh, R., Peveler, R. (2009). An approach to sub-grouping the eating

disorder population: adding attachment and coping style. *European Eating Disorders*

Review. 17 (4), 269-280.