

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
FACOLTA' DI PSICOLOGIA

CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN PSICOLOGIA CLINICA

TESI DI LAUREA

**METAFORE E COSTRUTTI COGNITIVI:
I SIGNIFICATI NEI DISTURBI ALIMENTARI**

RELATORE: PROF. PAOLO MICHIELIN
CORRELATORE: DOTT. GIANLUIGI LUXARDI

LAUREANDA: LAPIETRA FRANCESCA

ANNO ACCADEMICO:2007/2008

INDICE

Introduzione

Capitolo 1: METAFORE E DISTURBI ALIMENTARI

- 1.1 La malattia come metafora*
- 1.2 Le metafore concretizzate*
- 1.3 Le metafore incomplete*
- 1.4 L'Anoressia Nervosa e i suoi diversi significati nel tempo*
- 1.5 La Bulimia Nervosa e il diffondersi di nuove metafore*
- 1.6 Dati epidemiologici*
- 1.7 L'approccio multidimensionale*

Capitolo 2: COSTRUTTI COGNITIVI E DISTURBI ALIMENTARI

- 2.1 Cosa sono i costrutti cognitivi*
- 2.2 I costrutti cognitivi associati ai Disturbi del Comportamento Alimentare*

Capitolo 3: WORRY E DISTURBI ALIMENTARI

- 3.1 Il worry cognitivo come fenomeno psicopatologico*
- 3.2 Il worry e gli Eating Disorders*

Capitolo 4: UN'ANALISI PRELIMINARE

4.1 Spiegazione e obiettivo

4.2 Soggetti e procedura

4.3 Strumenti

4.4 Analisi dei dati

4.5 Risultati e conclusioni

Conclusioni

Ringraziamenti

INTRODUZIONE

In questo lavoro ho scelto di affrontare i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) attraverso una particolare chiave di lettura, quella dell'espressione e attribuzione di significati. Due sono i principali concetti cui ho fatto riferimento: la metafora e i costrutti cognitivi. Nel primo capitolo, il tentativo è stato quello di delineare un breve percorso bibliografico relativamente al rapporto tra la malattia e la metafora, dal punto di vista sociale e individuale. Nel primo paragrafo l'accento è stato posto sull'importanza del contesto socio-culturale nell'offrire una serie di significati attraverso cui le malattie vengono, da un lato, interpretate, nel tentativo di trovare ad eventi che terrorizzano, una qualche spiegazione che conferisca l'illusione della certezza e della prevedibilità (Susan Sontag, 1977, 1988), e dall'altro, manifestate, in quanto espressione di un malessere che trova nei fattori socio-culturali dei mezzi attraverso cui rendersi esplicito (Jaspers, 1964; Devereux, 1978; Russel, 1985; Gordon, 1991). Il secondo paragrafo è dedicato all'argomento delle cosiddette "metafore concretizzate" (Duesund e Skårderud, 2003; Skårderud, 2007) ovvero quelle situazioni in cui le metafore non sono esperite come espressioni indirette che mostrano qualcosa, e quindi mediate, ma sono esperite come rivelazioni dirette e corporee di una realtà concreta (Enckell, 2002). La metafora non è più il "come se", ma diventa l' "è"; perde il suo significato astratto per divenire un'esperienza immediata e concreta. Non c'è più una distinzione tra la metafora e l'oggetto o il fenomeno che è metaforizzato. Tali "metafore concretizzate" sarebbero secondo alcuni autori l'espressione di un deficit della funzione riflessiva, ovvero della capacità di formarsi rappresentazioni mentali, che sarebbe infatti compromessa nelle ragazze con DCA. Il legame tra corpo e psiche è allora quanto mai evidente nell'esperienza di queste ragazze che concretizzano le loro emozioni attraverso il corpo, così che i sintomi assumono per ognuna molteplici significati diversi. Nel terzo paragrafo il concetto di metafora è descritto attraverso l'ottica cognitivo-evoluzionista di Liotti (2001), che vede in essa il ponte tra la cosiddetta conoscenza implicita e quella esplicita, di noi stessi e del mondo. La prima è quella tacita del "sapere come", la seconda è quella del "sapere che", basata sul linguaggio. Le emozioni,

intese come esperienze soggettive, sono il correlato nell'uomo dell'innato “sapere come” entrare nelle relazioni sociali fondamentali. Quindi la conoscenza di sé-con-l'altro affiora prima di tutto e soprattutto come conoscenza delle emozioni. La conoscenza esplicita si divide in episodica, i significati specifici, e semantica, i significati generali che precedono gli episodi. Liotti sottolinea come sia di primaria importanza per l'essere umano il bisogno di rendere esplicite le conoscenze implicite relative a se stessi e al mondo. E il ponte attraverso cui questo passaggio avviene è costituito da processi di pensiero di tipo metaforico. Essi sono sostenuti dalla capacità di valutare e monitorare l'attività cognitiva (metacognizione), e dalla capacità di attribuire agli altri stati mentali (Teoria della Mente). Nella psicopatologia, il tentativo di conoscere se stessi e il mondo sul piano semantico, a partire da conoscenze implicite complesse che non riescono ad essere tradotte in codici verbali completi e compiuti, resterebbe quindi confinato al livello del pensiero metaforico. All'interno di un contesto che è sempre relazionale e interattivo le varie esperienze del soggetto potrebbero portare a diversi deficit metacognitivi, da cui derivano diverse psicopatologie, i cui sintomi sono detti “metafore incompiute” a sottolineare il blocco del passaggio dalla conoscenza implicita a quella esplicita. Il quarto paragrafo descrive l'Anoressia Nervosa nelle sue caratteristiche e nell'evoluzione dei significati da essa assunti nel tempo, quindi nei diversi contesti storico-culturali. Il quinto paragrafo è dedicato alla descrizione dell'altro diffuso disturbo alimentare, la Bulimia Nervosa e delle nuove forme di disagio espresse attraverso rapporti disfunzionali col cibo e col proprio corpo. Il sesto paragrafo offre alcuni dati epidemiologici. Infine il settimo paragrafo descrive l'approccio multidimensionale, che negli anni si è dimostrato essere il più adeguato al trattamento dei DCA, in quanto considera l'interazione di più fattori nella fenomenologia di tali complessi disturbi.

Al di là delle specifiche argomentazioni, si può considerare dunque la metafora come strumento cognitivo attraverso cui l'uomo attribuisce ed esprime significati.

Il secondo capitolo affronta il tema dei costrutti personali, considerabili, come le metafore, strumenti cognitivi attraverso cui dare senso alla realtà che ci circonda. Nel primo paragrafo viene illustrata la Teoria dei Costrutti Personali di Kelly (1955), che attraverso la metafora de “l'uomo come scienziato” descrive i fenomeni psicologici dal punto di vista dell'organizzazione e della modificazione della conoscenza. In tale prospettiva lo scopo finale

del Sistema dei Costrutti di ogni individuo è quello di aumentare la capacità predittiva. Questi concetti vengono ripresi e integrati con altri contributi teorici, in particolare il modello della “scopistica” di Parisi e Castelfranchi (1985), da Lorenzini e Sassaroli (2000), che delineano un modello della mente all'interno del quale trova spazio l'attuale ricerca, in ambito cognitivo, sui costrutti associati alle diverse psicopatologie. Il secondo paragrafo è dedicato ai costrutti cognitivi associati ai Disturbi Alimentari. La ricerca, svolta in Italia dal gruppo “Studi Cognitivi” di Milano, ha permesso di evidenziare alcuni costrutti che sarebbero non solo presenti, ma importanti predittori della sintomatologia di tali disturbi. Accanto a tali schemi disfunzionali d'interpretazione della realtà è stato messo in evidenza una modalità di pensiero attraverso cui tali credenze si manifestano nella mente dell'individuo, il rimuginio o “worry” patologico. Tale fenomeno cognitivo che rappresenterebbe lo stile cognitivo tipico dei soggetti ansiosi, è risultato essere significativamente presente nei soggetti con DCA. Il terzo capitolo è dedicato quindi a questo argomento, in generale e relativamente ai DCA.

Nel quarto capitolo, infine, viene descritta un'analisi preliminare svolta su un campione di pazienti del Centro Disturbi Alimentari di S. Vito al T. (PN), utilizzando un questionario, in corso di validazione, che valuta quanto la persona rimugini su pensieri e credenze che possono essere ricondotti ai otto costrutti cognitivi che sono stati individuati come tipici della sintomatologia sia ansiosa che caratteristica dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

CAPITOLO 1: METAFORE E DISTURBI ALIMENTARI

LA MALATTIA COME METAFORA

Nel libro intitolato “*Illness as metaphor*”, la scrittrice Susan Sontag (1977) si è focalizzata sull'influenza dell'immaginario comune costruito dalla società attorno alla malattia, le metafore socio-religiose associate alla malattia che da secoli caratterizzano la comunità umana. Essa scrive mosso dall'esigenza di liberare gli individui da stereotipi basati su metafore condivise, che hanno portato alla stigmatizzazione di coloro i quali sono stati colpiti da gravi malattie. La teoria argomentata nel suo libro, è che la malattia non è una metafora, nel senso che essa va considerata e vissuta come patologia legata a fattori esclusivamente medici e non caricata di significati metaforici di tipo moralistico. Le malattie prese in considerazione sono la tubercolosi e il cancro, e in un libro successivo l'AIDS, sulle quali si è riversata un'esuberante produzione di metafore, cariche di tenaci pregiudizi e dei fantasmi di antiche paure. Attraverso il linguaggio metaforico è stata veicolata, in forme sempre mutevoli, la nozione di malattia come “punizione” e come “colpa”. In questo scritto l'autrice illustra, per mezzo di una fitta rete letteraria, il repertorio delle più fertili mitologie elaborate nel tempo intorno alle malattie maggiormente temute.

Partendo dalla letteratura romantica dell'800 si osserva come la tbc sia stata concettualizzata, a differenza del cancro, come una malattia edificante e raffinata. La tbc è stata cioè colorita di significati spiritualistici, in quanto essa, dissolvendo la corporeità, spiritualizzava la personalità, espandeva la consapevolezza. Mentre “la persona che muore di cancro la si mostrava priva di qualunque capacità di trascendenza, umiliata dalla paura e dai tormenti” (Sontag, 1977); il cancro “avvizzisce”, esso è “degenerazione lunga e insidiosa”.

Una metafora che accomuna le due patologie è la passione. Nella TBC la febbre era un segno d'incendio interiore: l'immagine è quella di una “passione che consuma”, di “un amore malato”, una variante della malattia d'amore. Il cancro invece, negli anni in cui la scrittrice (che stava vivendo questa condizione) scrive, veniva descritto come malattia della “passione

insufficiente”, propria di persone inibite e represses.

C'è poi la metafora della “punizione”, che ha accomunato tutti i tipi di malattia già dagli antichi Greci: come descritto nell'Iliade e nell'Odissea, la collera divina era spesso l'origine del male, per un errore commesso dal singolo o da un antenato o dalla comunità. Tale punizione poteva però essere meritata o gratuita, in quanto nel paganesimo la malattia era considerata come manifestazione del divino da interpretare, ma non necessariamente conseguenza di una colpa. Con l'avvento del Cristianesimo invece, tale concezione punitiva acquisisce un carattere più moralistico, la malattia diviene la giusta punizione ad un peccato. Nell'800 poi, si diffonde l'idea che la malattia sia strettamente connessa al carattere della persona. Apparentemente sembra che in questa concezione non ci sia più l'accezione moralistica di punizione, ma in realtà questa attribuzione di causa all'interiorità, all'io, si configura ancora più punitiva e moralistica. Accade che dall'essere espressione del carattere, la malattia arriva ad essere concettualizzata come conseguenza di questo: esso provoca la malattia in quanto non si è espresso. La persona è considerata allora responsabile, anzi colpevole, della propria malattia. Questo è presente sia nel mito della TBC che in quello del cancro, ma essendo la prima caratterizzata dai valori romantici dell'eccesso di passione, mentre il cancro è repressione delle emozioni, le immagini legate al cancro risultano più dure: il malato di cancro diviene uno sconfitto, verso il quale non si può che provare pietà, ma anche disprezzo. E il termine “sconfitto” mostra come la metafora della punizione sia strettamente connessa alla metafora militare, che secondo la scrittrice è particolarmente evidente nel caso del cancro. La terminologia utilizzata infatti è fortemente connotata in senso bellico: il cancro è un “invasore” contro cui la persona deve “lottare”; e anche le cure sono descritte come “bombardamento” di sostanze tossiche per “uccidere” le cellule tumorali. Nello scritto successivo “l'AIDS e le sue metafore” (1988), riprende questi argomenti analizzando le metafore e i miti connessi all'altra malattia propria della modernità, l'AIDS. Anche in questo caso viene messa in luce la concezione della malattia come punizione, essa è infatti paragonata alla peste, anch'essa epidemica e collegata al concetto della colpa espiabile solo con la morte. Ma nel caso dell'AIDS la colpa è aggravata dal fatto che si tratta di una malattia a trasmissione sessuale, dove quindi il peso del peccato, sempre all'interno di tale concezione moralistica della malattia, diventa più pesante. Essa ha a che fare con il Terzo

Mondo, i neri, gli stranieri, e con gli omosessuali, fantasmi dell'Occidente. L'AIDS si presta così a sollecitare le paure tipiche del mondo industrializzato, la paura del diverso, del deviante, dello straniero. Inoltre la diffusione di questa malattia rappresenta anche un attacco alla medicina che credeva di aver sconfitto le malattie infettive ed epidemiche.

L'obiettivo primario di Susan Sontag, nella stesura di questi due scritti, appare prima di tutto quello di condannare la tendenza moderna a “psicologizzare” ogni cosa, tra cui le malattie. Il bisogno d'interpretare è, secondo l'autrice, costantemente presente, e soprattutto nei confronti del cancro si cerca di dimostrare il nesso causale tra questo e le emozioni. Quanto più un evento, come il cancro, appare minare il senso di certezza e di controllo dell'uomo, tanto più forte si fa questa tendenza. La critica sta nel fatto di aver snaturato la malattia, anzi soprattutto alcune malattie, che sono poi quelle che più hanno terrorizzato l'umanità. Su di esse sono stati proiettati i più imponenti e radicati fantasmi caratterizzanti l'immaginario collettivo, e questo ha portato alla colpevolizzazione delle persone malate. Il bisogno di trovare una spiegazione ha avuto come conseguenza il considerare le malattie non per quelle che sono, ma come metafore di qualcos'altro, al servizio di esigenze che vanno ben oltre, anzi contro, il benessere dell'individuo che vive una malattia come il cancro o l'AIDS.

Il desiderio e la convinzione conclusiva dell'autrice è quello che un giorno la malattia, come il cancro, venga ri-naturalizzato e visto come un evento semplice e con una causa fisica unica. Come fa notare Giovanni Jervis (1992) ri-naturalizzare le malattie, cioè demistificarle, però, non dovrebbe essere un semplificare, ma un saper separare il piano della realtà da quello immaginario. Il cancro ha bisogno di un discorso capace di rispettarne la natura complessa, così come di spiegare le problematiche esistenziali che evoca. “Dobbiamo capire la realtà delle malattie che ci spaventano, e dobbiamo anche capire la natura dei nostri stessi spaventi” (Jervis, 1992).

Inoltre negli anni è stato ampiamente dimostrato quanto la maggior parte delle patologie siano rispondenti a modelli multifattoriali, nei quali cioè viene presa in considerazione l'interazione reciproca tra più fattori di ordine diverso nel comporre un fenomeno complesso come quello della malattia.

La polemica mossa dalla Sontag, giustificata dalla necessità di liberare le persone da una morale colpevolizzante, la quale risulta mossa dal bisogno umano di trovare un “perché”, una

spiegazione che conferisca un'illusione di certezza, mostra l'importanza del contesto socio-culturale da cui neanche un aspetto così individuale come la malattia può prescindere. La scrittrice ha dimostrato come la malattia sia intessuta dei significati condivisi socialmente, essa s'inscrive in un contesto specifico, caratterizzato da norme, valori, credenze. La necessità di spogliare i malati da uno stigma è un obiettivo indiscutibile, ma credere che la malattia possa essere estrapolata dal contesto è impossibile. La sua tesi è che la malattia non sia una metafora. E senza dubbio se metafora significa ridurre un fenomeno complesso ad una spiegazione ingenua, ad un'interpretazione semplicistica di un fenomeno così complesso, allo scopo di aumentare il senso di certezza e controllo, allora la malattia non è una metafora. Le patologie di cui scrive Susan Sontag non possono dunque essere considerate metafore “riduzioniste”, come “l'espressione della stanchezza di vivere” o “la manifestazione di una repressione d'istinti” o ancora “la conseguenza di un carattere passionale”, e non possono essere spiegate attraverso ipotesi lineari di causa-effetto, né di tipo “mitologico” né “naturalistico”. Nello stesso tempo però, anche voler considerare la malattia solo dal punto di vista medico, appare un tentativo riduzionistico. Occorre probabilmente una visione d'insieme, dove i diversi aspetti siano presi in considerazione, osservando l'interazione tra questi, ma mantenendo le dovute distinzioni.

Relativamente ai disturbi psichici va però fatto un discorso diverso. In entrambi i casi è insindacabile l'importanza del contesto. In un caso il contesto offre un sistema di significati attraverso cui le persone tentano di costruire interpretazioni, spesso producendo ipotesi che comportano conseguenze rischiose, come la colpevolizzazione del malato, ma che sono comunque il riflesso del contesto socio-culturale entro il quale s'inscrivono. Nel caso dei disturbi psicologici invece, oltre a ciò, si può osservare come tali significati sono inoltre usati dalla persona per manifestare un proprio malessere. In questo caso la malattia allora può essere considerata metafora, ovvero strumento che la persona prende in prestito dal sistema di significati condiviso per esprimere alcuni aspetti di sé.

Molti autori hanno argomentato tale ipotesi. Devereux (1978), ad esempio, parlava di “disturbo etnico”, ad indicare le diverse manifestazioni di comportamento deviante presenti in culture apparentemente molto distanti tra di loro. Secondo Devereux questi modelli di comportamento deviante diventano prevalenti in una particolare cultura e si strutturano

secondo schemi immediatamente riconoscibili da parte degli altri individui che vi appartengono. La persona che sviluppa un disturbo etnico soffre in forma acuta dei conflitti psicologici che pervadono la sua cultura, quindi è il contesto a suggerire la particolare forma assunta dalla devianza. Gordon (1991) ha ripreso questo concetto nel libro “Anoressia e bulimia. Anatomia di un' epidemia sociale” elencando le caratteristiche che fanno di un disagio psichico un disturbo etnico:

- ◆ il disturbo si verifica frequente nella cultura in questione, rispetto ad altri tipi di patologia psichica
- ◆ se esiste una certa continuità tra i sintomi del disturbo e le caratteristiche “normali” della cultura, il disturbo costituisce l’espressione, intensa e prossima al confine patologico, di forme precliniche
- ◆ il disturbo mostra conflitti fondamentali e tensioni psicologiche normalmente diffuse nella popolazione che però, a livello di singoli individui possono svilupparsi verso forme acute d’ansia e arrivare ad innescare meccanismi di difesa
- ◆ il disturbo è tappa finale comune per l’espressione del disagio psichico e di una grande varietà di problemi personali e di idiosincrasie
- ◆ i sintomi non solo sono l’estensione e l’esagerazione di atteggiamenti normali e ricorrenti, ma includono spesso comportamenti che, in situazioni normali, vengono considerati altamente positivi
- ◆ il disturbo è un disordine fortemente strutturato, un profilo di devianza, cioè un “modello di cattiva condotta” che dà la possibilità a chi lo attua di comportarsi in modo deviante e irrazionale pur rimanendo in un certo senso all’interno di ciò che è socialmente accettato
- ◆ il disturbo si fonda su comportamenti accettati ma costituisce al contempo un’espressione di devianza; provoca negli altri risposte ambivalenti: timore e rispetto, ma anche reazioni negative e tentativi di controllo della devianza. Il disturbo in questo modo acquista una certa notorietà all’interno della cultura e sviluppa un proprio modo di proporsi.

Già tra la fine degli anni '50 e l'inizio degli anni '60 Jaspers (1964) scriveva:

“un’ analisi delle condizioni sociali e storiche in cui vivono gli esseri umani mostra la

variabilità delle manifestazioni psichiche con il mutare di queste condizioni. Una storia della malattia è concepibile nel quadro della storia sociale e dell'evoluzione mentale. Essa mostra come cambia il quadro di malattie scientificamente identiche, soprattutto come abbiano il loro "Zeitstil" (stile particolare secondo i tempi), che insorge in determinate situazioni, mentre in altre quasi scompare."

Da queste parole emerge quindi come il nucleo della malattia, sempre uguale a se stesso, si manifesta in epoche diverse adattandosi e accettando il compromesso con la realtà storica, trasformandosi poi al suo variare. La malattia quindi è sempre funzione dello spazio che gli viene concesso: se cambia la definizione sociale della realtà e si modificano le leggi non scritte e i principi condivisi che dominano la vita associata, allora anche l'espressione del disagio sociale manifestato attraverso la malattia evolverà con esse e si ritaglierà una forma nuova. La funzione dei sintomi sembra quella di suggerire un modo attraverso cui esprimere e cercare una soluzione ad un malessere profondo.

Il concetto espresso da Jaspers utilizzando il termine "Zeitstil" è stato espresso da Russel (1985) col termine di "patoplasticità". Il disturbo è "plastico", adattabile, flessibile ai decorsi storici. La storia di una malattia è segnata da tappe e da modifiche che ne rendono diverso il quadro sintomatologico, ma la malattia rimane identica. La forma espressiva assunta dal disturbo è l'effetto del contesto specifico entro il quale s'inscrive. Esistono dei fattori patoplastici che contribuiscono a delineare la fenomenologia del malessere, ma non lo determinano. Essi hanno un'azione predisponente, modellante e formativa. Nel caso dell'Anoressia Nervosa Russel (1985) sottolinea come la ricerca e la pratica clinica abbiano permesso d'individuare dei fattori predisponenti o facilitanti che possono essere considerati fattori patoplastici: la pressione sociale offre messaggi contraddittori relativamente al ruolo della donna oggi, in quanto da un lato la si vorrebbe votata ai valori della famiglia e della casa, ma dall'altro le vengono richiesti anche i caratteri di autonomia e indipendenza-competitività che tradizionalmente sono sempre stati attribuiti all'uomo. Tale contraddizione crea un disagio psicologico in persone vulnerabili, amplificato dai messaggi mass-mediatici che impongono "l'essere-magro" come modello vincente. Questo culto della magrezza (che rappresenta l'ideale a cui aspirare, come simbolo di valori socialmente diffusi, quali il totale autocontrollo e dominio di sé, la massima efficienza fisica, la cura maniacale dell'apparire)

sembra essere un importante fattore patoplastico che conferisce forma e contenuto al disturbo. I Disturbi del comportamento Alimentare sono sindromi cosiddette “culture bounded” (“complesso sintomatologico endemico in una determinata area culturale sulla base di presupposti psicosociali ivi operanti in un dato periodo”- Garner, Garfinkel, Olmsted, 1983) , legate cioè a culture specifiche di alcuni Paesi: sono infatti disturbi frequenti nell'area dei Paesi ricchi e industrializzati. È stato osservato come le popolazioni che emigrano dai Paesi poco industrializzati verso le nazioni più ricche sviluppano disturbi alimentari esse stesse e anche i loro figli (Bryant-Waugh, Lask, 2000). Anoressia e bulimia appaiono legate a valori e conflitti specifici della cultura occidentale connessi soprattutto alla costruzione dell'identità femminile e al ruolo familiare e sociale della donna. Come descritto nel libro di E. Faccio (1999) si assiste ad uno scarto tra “identità femminile tipizzata” e “identità femminili percorribili”. L'identità è un costrutto fluido, soggetto a continui riadattamenti sulla base della coscienza soggettiva dell'esperienza fatta, che viene a sua volta modulata dalla percezione oggettuale che si ha di sé e delle proprie azioni. Come scriveva James (1743) nella ricomposizione dell'identità s'instaura un movimento dinamico tra il Sé esperienziale e soggettivo (l'Io come soggetto conoscente), e il Sé empirico e oggettivo (il Me come oggetto conosciuto). Inoltre c'è una forte interdipendenza tra l'immagine di sé e la percezione che gli altri dimostrano di avere (Berger, Luckmann, 1966). L'individuo interiorizza ciò che le altre persone gli riconoscono e cerca di rendere soggettivamente “vero” ciò che gli altri vedono in lui: le definizioni del sé sono processi interattivi, fatti di rimandi e di rispecchiamenti. Anche le aspettative degli altri su di sé agiscono come meccanismo retroattivo sulle auto rappresentazioni. Contesti, relazioni personali, modelli culturali e definizioni di ruolo concorrono quindi alla costruzione dell'identità.

L'identità sessuale femminile è un costrutto cognitivo, emotivo e comportamentale in cui s'interfacciano due processi:

- l'attribuzione di caratteristiche proprie del ruolo sessuale di appartenenza
- l'elaborazione individuale di queste caratteristiche in relazione a se stessi e agli altri (Salvini, 1993)

Affinché un individuo assuma e si riconosca nell'identità di genere corrispondente al genere sessuale cui è stato biologicamente assegnato, è necessario che egli ne condivida una certa

definizione sociale.

Esiste un insieme di caratteristiche psicologiche e comportamentali con cui gli individui identificano il sesso femminile, che sono coerenti tra loro e con le norme socialmente condivise in quel determinato contesto socio-culturale: l'identità tipizzata. Essa deve essere messa a confronto con la percezione soggettiva di quanto le attribuzioni ascritte all' "essere donna" siano state interiorizzate o corrispondano con quelle che si riconoscono a se stesse. Ogni individuo si confronta costantemente con le definizioni sociali e culturali dell'identità di genere. Elena Faccio scrive: “questa premessa pare necessaria per capire come al mutamento radicale delle attribuzioni femminili tipizzate avvenuto a partire dagli anni '60 non abbia fatto seguito un altrettanto accurata elaborazione individuale. Il tentativo disperato di adeguarsi all'evoluzione nei prototipi e negli stereotipi femminili ha condotto in definitiva alla sintesi d'identità poco “funzionali”, nelle quali il processo di tipizzazione e la sua interiorizzazione risucchiano energie alla fase di confronto personale con la propria, particolare realtà. Questo squilibrio a favore del “modello” d'identità porta a sacrificare nell'individuo tutte quelle dimensioni che potevano nascere quando il confronto era alla propria portata. Quando l'identità personale concepita per se stessi risulta “difficilmente percorribile” le prime avvisaglie dello scompenso solcano i canali dell'autostima, dell'autonomia, dell'insicurezza”. Nella costruzione dell'identità femminile il corpo occupa una posizione centrale e l'esperienza soggettiva del proprio corpo è mediata dal sistema culturale. Il corpo diviene non solo mezzo, ma anche fine per costruire la propria identità (Rosemary Serra, 2004).

La questione dell'identità quando si parla e si scrive di DCA riguarda non solo il discorso relativo all'identità di genere, ma più in generale anche il processo di costruzione dell'identità durante l'adolescenza. Infatti nella maggior parte dei casi tali disturbi insorgono durante questo complicato periodo di vita, caratterizzato da importanti mutamenti a livello fisico e psichico:

- inizia la maturazione fisica e sessuale, cambia la struttura corporea e di conseguenza cambia il modo di entrare in contatto con i propri impulsi e con i coetanei
- c'è il passaggio dal pensiero concreto al pensiero formale e insieme cresce la consapevolezza psicoemotiva
- aumenta il bisogno di autonomia dal nucleo familiare i cui valori vengono messi in

discussione e si assiste ad uno spostamento dell'idealizzazione dalle figure all'interno della famiglia a quelle esterne

- cambiano le fonti di gratificazione fisica ed emotiva
- i fondamenti del sé costituitosi durante l'età infantile vengono ricomposti in relazione alle nuove sfide personali e sociali

L'adolescente è quindi impegnato nella ridefinizione della propria identità, il che lo porta a nutrire nuove aspettative su come gli altri dovrebbero comportarsi in relazione alla propria identità.

Ogni aspetto dell'adattamento sociale e della personalità viene influenzato dalle percezioni che l'adolescente ha del proprio corpo e dell'impressione che produce sugli altri. L'immagine del proprio corpo è vissuta con maggior intensità non solo per le radicali modificazioni che esso subisce, ma anche perché aumenta la capacità introspettiva: il confronto con i coetanei e con un modello fisico ritenuto ideale si fa più intenso. Molti adolescenti inizialmente si trovano a vivere l'esperienza di un corpo estraneo, che non riconoscono più nelle sue rapide modificazioni. Importanti sono in questo momento gli atteggiamenti che gli "Altri significativi" mostrano riguardo a tali cambiamenti,: una battuta, un commento o qualsiasi affermazione, che agli occhi di chi la pronuncia può sembrare insignificante, ha nell'adolescente, impegnato nell'accettazione di se stesso, una risonanza amplificata e profonda, tale per cui quelle parole da quel momento rimbomberanno a lungo nella sua testa. L'accettazione del proprio corpo, sentirlo adeguato, è soprattutto in questo momento strettamente collegato alla sicurezza in se stesso, all'autostima, alla fiducia nelle proprie capacità. Questa è l'età critica in cui tali aspetti psicologici sono estremamente fragili e basta davvero poco per annichilirli.

LE METAFORE CONCRETIZZATE

Recentemente uno studioso norvegese, Finn Skårderud (2007), ha pubblicato un lavoro sulla concretezza dei sintomi nell'Anoressia Nervosa. In particolare egli parla di "metafore concretizzate", per descrivere il ruolo simbolico assunto dal corpo in questo disturbo. Per comprendere ciò che intende Skårderud, è necessario spiegare due concetti. Il primo è

l'"embodiment", termine che sembra, secondo l'autore, più adatto di "body", soprattutto all'interno del contesto dei DCA, perché qui non si tratta del corpo in sé, in quanto elemento fisico, ma si tratta di una posizione esistenziale in cui il corpo è un terreno soggettivo e intersoggettivo di esperienza. Il corpo non è quindi un oggetto meccanico che risponde a degli stimoli, ma è in costante interazione dialogica col mondo; il corpo è l'esperire, l'agire, il ricercare intenzionalmente nel mondo, il corpo è sempre esistenziale (Duesund e Skårderud, 2003).

L'altro elemento è la metafora, ovvero uno strumento attraverso cui il significato di un fenomeno viene compreso utilizzando un altro fenomeno, col quale c'è una relazione di somiglianza. Nell'uso del concetto di metafora Skårderud riprende il lavoro di due filosofi, Lakoff e Johnson (1980, 1999), i quali hanno voluto dimostrare come essa non sia solo un aspetto relativo al linguaggio, ma possa invece essere vista come modello del generale funzionamento della mente. La mente è secondo loro sempre "incarnata/incorporata" (*embodied*), cioè essa è sempre e inevitabilmente basata sulle percezioni e sulle esperienze senso-motorie. Infatti nelle metafore noi possiamo osservare chiaramente il fatto che esse si basino sulle percezioni della realtà fisica, come il suono, la gravità, ecc. Ad esempio la persona depressa si dice che "si sente giù" e il termine stesso di "depressione" si riferisce all'esperienza fisica della gravità, la quale organizza quindi il nostro sistema concettuale in "alto-basso" e "leggero-pesante". Questi due filosofi hanno tentato di ripristinare l'unione corpo-mente, persa ormai da secoli nel pensiero occidentale a partire dal dualismo cartesiano, poggiandosi soprattutto sulla "body philosophy" del fenomenologista Merleau-Ponty. Secondo quest'ultimo il corpo è in costante interazione col mondo, esso è oggetto e contemporaneamente soggetto, un'unità di esperito ed esperiente, un'intenzionale ricerca di un significato attraverso il movimento e l'attività (Merleau-Ponty, 1962).

Lakoff e Johnson distinguono inoltre le metafore in "metafore primarie" e "metafore complesse". Le prime sarebbero acquisite automaticamente e inconsciamente attraverso l'apprendimento neurale, e poi alcune potranno essere sviluppate in linguaggio e in convenzioni linguistiche di cui siamo consci e che usiamo consapevolmente, altre verranno espresse attraverso i gesti, l'arte e i rituali. Le seconde sono il risultato dell'intreccio tra le metafore primarie e i modelli culturali, i sistemi di credenze, la scienza. Esse costituiscono

una parte importante del nostro apparato concettuale, di come pensiamo e sentiamo. Date queste premesse dunque, il concetto di “metafore concretizzate” si riferisce a quelle situazioni in cui le metafore non sono esperite come espressioni indirette che mostrano qualcosa, quindi mediate, ma esse sono esperite come rivelazioni dirette e corporee di una realtà concreta (Enckell, 2002). Esse non funzionano come “rappresentazioni” in grado di contenere un'esperienza, ma come “presentazioni” esperite come fatti concreti “hic et nunc” e con le quali è difficile negoziare. La metafora quindi non è più il “come se”, ma diventa l' “è”; perde il suo significato astratto per divenire un'esperienza immediata e concreta. Non c'è più una distinzione tra la metafora e l'oggetto o il fenomeno che è metaforizzato.

Tale fenomeno chiamato appunto “metafore concretizzate” rappresenta, secondo molti autori, un deficit della funzione riflessiva, ovvero la capacità di formarsi rappresentazioni mentali. Ci sarebbe quindi una difficoltà nell'uso delle metafore, le quali hanno una funzione simbolica, ovvero attraverso di esse la persona può rappresentarsi il mondo interno e il mondo esterno. Skårderud compie un interessante lavoro di ricerca nel quale cerca di dimostrare come il concetto di “metafore concretizzate” sia particolarmente pertinente al caso dell'Anoressia Nervosa; attraverso questo concetto sarebbe possibile descrivere e comprendere aspetti centrali di tale psicopatologia. Lo studio effettuato è una ricerca qualitativa con dieci anoressiche adulte, pazienti del ricercatore. I dati sono ricavati da un'intervista di ricerca e dalla trascrizione delle sedute di psicoterapia, che è di tipo psicodinamico, ma integrata con diversi elementi dell'approccio cognitivo. Attraverso l'analisi dei testi sono emerse due principali categorie di “body metaphors”, così chiamate perché si riferiscono a un dominio dell'esperienza fisica che è collegato all'esperienza emozionale e cognitiva: le “metafore specifiche” e le “metafore composte”. Le prime si riferiscono ad un particolare dominio dell'esperienza sensomotoria, che si collega all'esperienza cognitiva ed emotiva; le seconde sono basate sulla combinazione di più metafore specifiche, quindi in esse ci sono più domini diversi dell'esperienza fisica che interagiscono con quella cognitiva ed emotiva.

Metafore specifiche

- vuoto/pienezza → collegamento metaforico tra il mangiare come atto di riempimento di sé e la sensazione di sentirsi oppressi; “troppo” non si riferisce solo alla fisica quantità di cibo, ma anche al problema di dover affrontare difficoltà emotive e

cognitive. Questo sentirsi “troppo” induce il bisogno di svuotarsi, lo stomaco così come la mente

- purezza → la purezza del cibo è in genere associata ai pochi grassi e alle poche calorie. Per alcune ragazze la purezza si associa anche all'assunzione di pochi cibi e che siano singoli, non mescolati. Quest'abitudine permette di avere la certezza e il controllo di quello che viene assunto, e questo si associa al desiderio di semplificazione della vita
- spazialità → questa categoria si riferisce alla concreta sensazione di occupare uno spazio e metaforicamente si collega alla sensazione di poter “prendersi” uno spazio emozionalmente e nelle relazioni
- pesantezza/leggerezza → la sensazione di sentirsi pesanti fisicamente è strettamente connessa alla sensazione di sentirsi oppressi, così come la sensazione fisica di leggerezza si associa alla sensazione di sollievo
- solidità → il contatto fisico con la solidità del corpo rappresentata dalla possibilità di sentire la durezza delle ossa e dei muscoli, si associa nelle parole delle ragazze alle sensazioni di certezza e predicibilità, quindi alla riduzione dell'ansia
- rimozione → questa categoria si riferisce a quei casi in cui la riduzione del peso corporeo si associa metaforicamente alla sensazione di liberarsi di qualcosa di negativo. In molte delle ragazze che sviluppano un disturbo anoressico è presente un forte desiderio e un tentativo di cambiamento. Essendo il corpo umano un importante strumento di comunicazione con gli altri e con se stessi riguardo ad aspetti che vanno molto al di là della corporeità in se stessa, l'anoressica potrebbe allora impegnarsi nel cambiamento del proprio corpo nel tentativo di cambiare se stessa. Diventare più magra si associa allora al cambiamento dell'identità, alla possibilità di liberarsi di qualcosa di negativo per aprire la strada ad una nuova costruzione di sé.

Metafore composte

- controllo → tipicamente le ragazze anoressiche utilizzano il controllo dell'appetito come strumento per aumentare il senso di autocontrollo
- vulnerabilità/protezione → alcune ragazze descrivono il loro disturbo alimentare come uno strumento usato per far fronte alla sensazione di vulnerabilità provata nell'aprirsi

al mondo emotivo e relazionale, per cui scelgono di chiudere fisicamente la bocca e il corpo per proteggersi. Inoltre esso viene descritto come strategia per porre dei limiti tra l'interno e l'esterno, nella paura di essere “invase e danneggiate dagli altri”

- valore di sé → la maggior parte delle ragazze anoressiche considerano il cibo una ricompensa, associata all'impegno, al duro lavoro, alla qualità della performance. La scarsa autostima fa sì che la persona non si reputi degna di niente di buono, che è qui concretizzato nel cibo.

Dall'analisi delle affermazioni delle pazienti emerge chiaramente il forte legame esistente tra la sfera fisica e quella cognitiva ed emozionale. Le sensazioni sono concretizzate, nell'hic et nunc. Inoltre emerge la possibilità di un processo metaforico bidirezionale: le esperienze corporee possono indurre esperienze cognitive ed emozionali, come il fatto che sentirsi più affamate e non ceder induca un senso di soddisfazione personale, ma anche le emozioni possono indurre sensazioni corporee, come il sentirsi più pesanti fisicamente nelle situazioni ad elevato impatto emotivo negativo.

Le diverse categorie di “body metaphors” si riferiscono al carattere polisemico dell'”embodiement” nell'anoressia. La diversa lettura del corpo anoressico mostra l'importanza del contesto socio-culturale. Le pazienti mostrano nei loro discorsi la presenza di più di una metafora, specifica e/o composta. Questo dimostra che non c'è una relazione univoca tra il sintomo e il significato. La negazione del cibo può assumere significati diversi, anche opposti, nello stesso momento. Le metafore individuate quindi, si riferiscono ad una ricca diversità di significati della fame auto-imposta, basati su una varietà di esperienze corporee.

Da molti studi è emersa la presenza di questa scarsa capacità di pensiero astratto e la ridotta funzione riflessiva nelle ragazze con DCA. Essa è stata chiamata in modi diversi dai vari autori, “equivalenza psichica” (Bateman e Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2002), “concretismo” (Buhl, 2002), “atteggiamento concreto” (Miller, 1991), ma si riferisce sempre allo stesso fenomeno, ovvero la difficoltà nel distinguere l'interno dall'esterno.

Le pazienti anoressiche sono scarsamente consapevoli del legame metaforico tra i loro concreti sintomi e le sottostanti emozioni, così come tra tali sintomi e il sottinteso senso di sé poco definito e molto fragile. Sembra che, al posto di utilizzare il pensiero metaforico in modo critico, esse “siano utilizzate” e “possedute” dalle interazioni di corpo e mente

(Skårderud, 2007).

Campbell ed Enckell (2002) hanno proposto che le “metafore concretizzate” possano essere viste come “sforzi di restituzione”: la presentazione concreta può essere una reazione alla minaccia di frammentazione interiore, ed un tentativo di mantenere una configurazione mentale coesa, anche se concreta. Diverse forme di stress possono minacciare l'integrità del sé, e attraverso la concretizzazione la persona cerca di sostenere il proprio senso di sé provando a rafforzare l'esperienza dell'essere piantato nel proprio corpo. Quindi la concretizzazione del processo metaforico descritto da questo autore indica la presenza di un'organizzazione del sé vulnerabile o distorta nell'Anoressia Nervosa.

LE METAFORE INCOMPIUTE

Conoscenza implicita e conoscenza esplicita

Non solo all'interno dell'orientamento psicodinamico, di cui Skårderud è esponente, ci si è interessati della metafora e del pensiero metaforico. Infatti anche Liotti, che si pone all'interno dell'approccio cognitivo-evoluzionista, ha descritto, nel libro “Le opere della coscienza” (2001), il ruolo della metafora nel funzionamento della mente umana. In questa prospettiva teorica c'è un'integrazione tra l'idea evoluzionista per cui l'uomo ha delle disposizioni innate che riguardano non solo i bisogni primari, ma anche le forme basilari d'interazione sociale, da cui emergono diversi sistemi motivazionali interpersonali, e l'idea di base del cognitivismo, cioè il fatto che il lavoro mentale è primariamente rivolto alla costruzione e all'organizzazione della conoscenza. Le due principali opere della coscienza sono la conoscenza di sé e la conoscenza intersoggettiva. La conoscenza di sé appare nell'esperienza soggettiva come dialogo interiore e si struttura all'interno di una memoria autobiografica in cui gli eventi narrati hanno un “me stesso” unitario e invariante. La coscienza di sé espressa nella memoria autobiografica, e la conoscenza di sé racchiusa nella memoria, ma non necessariamente presente alla coscienza, sono in continuità tra loro. La relazione sociale, basata sulla comunicazione pre-verbale che regola lo scambio emozionale, è filogeneticamente ed ontologicamente, la pre-condizione di ogni esperienza cosciente (Liotti, 1994). Su questa base teorica si basa la necessità di ricercare nell'intersoggettività, più che nelle dinamiche

pulsionali intrapsichiche, il senso cui tendono i processi mentali come quelli, simili alla costruzione delle metafore, implicati nella genesi dei sintomi di alcuni disturbi emozionali (Liotti, 2001).

A partire dal momento in cui, nell'intersoggettività, iniziamo a sviluppare le nostre capacità linguistiche, la conoscenza che abbiamo di noi stessi e del mondo si ripartisce in due categorie: la prima che non utilizza il linguaggio è stata variamente chiamata procedurale o tacita o implicita, la seconda, che è invece fondata sul linguaggio, è detta dichiarativa o proposizionale o esplicita.

La conoscenza o memoria implicita si riferisce al “sapere come”, il quale è costituito da schemi senso-motori ed emozionali che prescindono dal linguaggio, cioè non hanno collocazione diretta nei contenuti della coscienza esprimibili nel linguaggio o rappresentabili con immagini mentali richiamate dalle parole. Una parte della conoscenza implicita è a base innata, un'altra richiede l'apprendimento. Essa può affiorare alla coscienza, ma non richiede per il suo funzionamento né la coscienza né l'autocoscienza. La conoscenza implicita innata dimostra la sua esistenza sia nel neonato (che per esempio “sa” come sorridere), ma in alcuni casi, per manifestarsi richiede invece, la maturazione dell'organismo (solo con la maturazione l'essere umano mostra di “sapere” come assumere posture che hanno valore sessualmente seduttivo). Le emozioni, scrive Liotti, intese come esperienze soggettive, sono il correlato nell'uomo dell'innato “sapere come” entrare nelle interazioni sociali fondamentali, interazioni da cui dipendono la sopravvivenza e l'adattamento. Quindi secondo la prospettiva cognitivo-evoluzionista è sbagliato identificare le emozioni primarie con quelle del neonato perché molte forme, a base innata, del “sapere come” esprimere segnali emozionali e come reagire a quelli altrui, necessitano della maturazione dell'organismo.

La conoscenza di sé in quanto vivo e vitale agente immerso in un mondo interpersonale, conoscenza che è contenuta nell'ambito del “sapere come”, affiora alla coscienza soprattutto e primariamente come conoscenza delle emozioni.

La conoscenza o memoria esplicita si riferisce al “sapere che”. Essa si rende esplicita attraverso un lessico, e non solo attraverso azioni ed emozioni. Questa conoscenza è ulteriormente suddivisa in conoscenza o memoria semantica e conoscenza o memoria episodica. Quando la conoscenza dichiarativa, combinando aspetti dell'uno e dell'altro tipo di

memoria, riguarda narrazioni della propria vita, si parla di memoria autobiografica. La memoria semantica contiene i significati generali, quella episodica gli episodi specifici. Ci sarebbe un primato temporale ed epistemologico, nel corso dell'ontogenesi, della conoscenza semantica su quella episodica, così come quella implicita precede quella esplicita. La conoscenza e la memoria del bambino piccolo sono dunque ancora prive di episodi quando già contengono significati generali, “regole del mondo”, pronti ad essere rivestiti di parole non appena venga raggiunta la necessaria competenza linguistica (Liotti, 2001).

La costruzione e l'organizzazione progressiva di strutture semantiche della memoria è considerata dal cognitivismo clinico come il fulcro e l'essenza stessa dell'attività mentale (Guidano e Liotti, 1983). Quindi per avvicinarsi alla comprensione della psicopatologia è necessario studiare:

- eventuali disconnessioni tra conoscenza episodica e conoscenza semantica di sé
- eventuali ostacoli ai processi per cui la conoscenza implicita può divenire almeno parzialmente esplicita e dunque entrare nella sintesi mentale dei significati generali riguardanti sé e il mondo (Liotti, 2001).

Secondo Liotti, la dissociazione tra conoscenza semantica e conoscenza episodica si sviluppa nel contesto delle relazioni di attaccamento, e la sua natura va compresa nell'ambito delle dinamiche intersoggettive (piuttosto che in quello dei meccanismi di difesa). Bowlby (1980; 1988) fu il primo a studiare la psicopatologia in termini di fallimento nelle interconnessioni dinamiche tra i sistemi di memoria e a riflettere sulle conseguenze psicopatologiche dell'impossibilità di confutare conoscenze semantiche erranee su di sé e sugli altri significativi, data l'indisponibilità alla coscienza di memorie episodiche rilevanti in grado di confutare tali errori di giudizio globale. Secondo Bowlby i ricordi episodici negativi nell'interazione coi genitori vengono tagliati fuori dalla coscienza perché questa è occupata da conoscenze semantiche idealizzate dei genitori stessi. Ma questo rifiuto del ricordo sarebbe legato a pressioni interpersonali più che alla necessità della coscienza di proteggersi dall'angoscia generata da pulsioni inaccettabili. L'idealizzazione dei genitori allora, non sarebbe una difesa da pulsioni aggressive verso i genitori (teorie psicodinamiche), ma un effetto del gioco congiunto di pressioni interpersonali e della disposizione innata nel bambino a cercare conforto, aiuto e guida nelle figure d'attaccamento. Tali argomentazioni sono

attualmente suffragate dalla ricerca empirica che utilizza l' "Adult Attachment Interview (AAI) (Main, 1995). Il modo di concepire l'attaccamento del genitore si riflette nel modo che questi ha di accudire il figlio, e il figlio riflette, nel suo comportamento e nel suo modo di conoscersi in rapporto al genitore, l'esperienza relazionale cui è esposto. Quindi, il grado di successo nel lavoro mentale che conduce alla conoscenza di sé dipende in ampia misura dal tipo di relazione che l'individuo ha stabilito con le figure d'attaccamento.

La conoscenza episodica di sé-con-l'altro è, come la conoscenza semantica, una conoscenza dichiarativa. Il linguaggio interviene continuamente nel determinare congruenza o incongruenza tra questi due aspetti della conoscenza di sé e degli altri. Nella nostra mente si svolge un interscambio continuo tra ricordi episodici e sintesi di significato, e tale interscambio è mediato dal linguaggio e dal pensiero concettuale.

La metafora come ponte tra conoscenza implicita e conoscenza esplicita

La parola "metafora" significa "portare oltre" (dal greco φέρειν-μέτα): veicolare il significato di un termine al di là del suo ambito usuale, in modo da illuminare il significato di un altro termine con il quale viene creata una relazione di somiglianza. La metafora quindi ha un argomento (topic), che viene meglio identificato grazie ad un veicolo di somiglianza (vehicle). Ciò che argomento e veicolo hanno in comune, e che dev'essere esplorato per coniare o comprendere la metafora, è chiamato sfondo (ground). Paivio (1979), sulla base di numerosi studi di psicolinguistica cognitiva, ha suggerito che l'esplorazione della conoscenza di sfondo (ground) che conduce alla comprensione delle metafore avviene scandagliando il doppio codice, verbale e non-verbale (o dichiarativo e non-dichiarativo) con cui è rappresentata la nostra conoscenza di noi stessi e del mondo. Il processo di confronto tra conoscenze semantiche (implicante le attività dell'emisfero cerebrale dominante) e conoscenze non lessicali (implicante le funzioni dell'emisfero non dominante), che può essere indagato sperimentalmente ed è alla base del processo di comprensione delle metafore, è verosimilmente anche il processo con cui si costruiscono i prodotti del pensiero metaforico (Liotti, 2001).

Come già descritto nel paragrafo precedente, Lakoff e Johnson (1982), analizzando le più comuni metafore utilizzate nella vita quotidiana, hanno mostrato come quelle fra esse che ci permettono di tradurre in parole la tacita esperienza delle emozioni hanno a che fare con

sensazioni propriocettive, riguardanti gli stati viscerali o l'orientamento e il movimento del corpo nello spazio. Ad esempio “oggi sono giù” ha come topic il mio umore e come vehicle “giù”. Lo sfondo conoscitivo (ground) che permette di comprendere la metafora riguarda la memoria propriocettiva del sentimento e dell'umore che accompagnano la testa china e il corpo accasciato.

In generale, afferma Liotti (2001), tutta la nostra conoscenza verbale delle emozioni, degli affetti e dell'umore implica processi mentali simili alla costruzione e comprensione delle metafore, il cui sfondo è un'esperienza sensoriale, spesso propriocettiva o enterocettiva. Quindi, il corpo, con le sue sensazioni soggettive e con i suoi atteggiamenti visibili, è lo sfondo dei veicoli di significato metaforico, grazie al quale possiamo meglio inserire le nostre tacite esperienze emotive nelle sonore mappe della realtà permesse dal linguaggio.

Etimologicamente la maggior parte dei termini con cui indichiamo le emozioni erano in origine metafore riferite a sensazioni, movimenti, atteggiamenti, costituenti chimici. Ad esempio, “vergogna” viene dal latino “verecundia” derivante dal verbo “vereri” che indica l'atteggiamento di rispetto implicante l'inchino (Liotti, 2001).

Tuttavia il solo denominare un'emozione è un processo semplice e diretto, è sufficiente che il bambino sia esposto ad una comunità di parlanti per apprendere che un certo stato emozionale ha un certo nome. Quindi divenire attraverso la parola più coscienti dell'emozione non implica processi di pensiero di tipo metaforico. Invece, comprendere e descrivere a fondo il senso compiuto di una sequenza intricata di emozioni, o esplorare attentamente l'insieme di eventi comunicativi che ne sono alla base, richiede operazioni mentali complesse, le quali implicano la produzione e la comprensione di metafore. Liotti (2001) sottolinea come l'esperienza emotiva non consista tanto nel periodico emergere di stati mentali semplici e discreti (cioè tra loro discontinui), quanto in un continuo fluire che si svolge in un complesso e mutevole ambiente interpersonale. In risposta a tale mutevole complessità, emozioni diverse si possono sovrapporre ed articolare fra loro mutando di qualità ed intensità, e costituendo intricati stati mentali dei quali non è sempre facile estrarre un significato. Per dare senso a tortuose esperienze emozionali complesse, è probabile che si debba sempre fare ricorso ad operazioni mentali di tipo metaforico.

Oltre che per dare senso, nella costruzione della conoscenza semantica ed episodica di sé e

degli altri, agli stati emozionali complessi, il pensiero metaforico è essenziale anche per comunicarli ai propri interlocutori attraverso la mediazione della parola, che necessariamente deve aggiungersi all'espressione corporea quando si voglia condividere un'articolata e particolare esperienza soggettiva (Davitz e Mattis, 1964). Forse per questo, fa notare Liotti (2001), il bambino tra i 3 e i 5 anni usa molto la comunicazione metaforica, mentre successivamente, quando le metafore inizialmente create si sono ormai cristallizzate in significati "letterali" condivisi, la produzione di metafore decresce.

Il processo di creazione e di comprensione delle metafore costituisce dunque, secondo l'autore, una sorta di ponte conoscitivo fra la dimensione tacita e quella dichiarativa di noi stessi. Lo sfondo delle metafore più importanti della conoscenza di sé è fornito prevalentemente da sensazioni e atteggiamenti corporei connessi alla fisiologia innata dell'emozione. Liotti (2001) specifica il fatto che le metafore di cui è intessuta la nostra vita mentale hanno spesso come sfondo nodi semantici o conoscenze episodiche anziché aspetti della conoscenza tacita. Non tutte le metafore sono ponti (nel senso di attraversamento) tra conoscenza tacita ed esplicita, ma quelle che lo sono ci mostrano come avvenga il passaggio tra questi due grandi ambiti dell'autoconoscenza.

Come dimostra il pensiero di tipo metaforico che è alla base del sogno, il cervello umano costruisce continuamente metafore, tuttavia è possibile che la mente cosciente non rifletta sulle metafore che produce al fine di coglierne il significato.

Per "vedere da vicino" una metafora, generata dal proprio o altrui cervello, per comprenderla a fondo, è necessario, secondo l'autore, l'impegno delle capacità metacognitive e un'adeguata Teoria della Mente (TdM). Nella definizione di Flavell (1979) sono metacognizioni tutte le conoscenze e i processi cognitivi coinvolti nella valutazione, nel monitoraggio o nel controllo della cognizione. Con il termine TdM s'intende l'insieme delle conoscenze e delle capacità che permettono ad un individuo di attribuire agli altri, per inferenza, stati mentali (idee, credenze, sentimenti, desideri, progetti) che, invisibili, guidano il comportamento visibile.

Metacognizione e TdM implicano la capacità di monitorare i processi che si svolgono nella mente, abilità che si sviluppa gradualmente nel bambino e che ha come matrice generativa, la situazione interattiva, mediata dai sistemi motivazionali dell'attaccamento-accudimento (Liotti, 2001).

Per comprendere una metafora, bisogna sospendere l'adesione al significato letterale delle parole e osservare, nella coscienza, il sovrapporsi delle conoscenze che costituiscono lo sfondo (ground) alle conoscenze relative al veicolo e al soggetto, fino al comparire di un nuovo significato (Liotti, 2001). Tutto ciò implica uno sforzo di monitoraggio metacognitivo, una concentrazione dell'attenzione e un impegno della memoria operativa che, secondo quanto c'insegna la neuropsicologia contemporanea, fanno supporre un'attività particolarmente intensa nelle reti neurali della corteccia frontale (Shallice, 1988; Siegel, 1999).

Liotti descrive le differenze esistenti tra le spiegazioni psicoanalitiche e quelle cognitive riguardo alla costruzione dei sintomi basata su processi di tipo metaforico. La classica spiegazione offerta dalla psicoanalisi si basa sull'ipotizzare una dinamica intrapsichica, indipendente da ogni realtà relazionale fattuale e traumatica (Liotti, 2001). Una tale dinamica è basata sull'ipotesi di una contrapposizione tra pulsioni e fantasie inconsce e difese mentali. Rappresentazioni simboliche del materiale mentale rimosso possono affiorare alla coscienza, ed entrare così nella costituzione del sintomo riferito dal paziente.

La spiegazione di tipo cognitivo, invece, è che, non una difesa stia cercando di contrastare una pulsione aggressiva ed una relativa fantasia inconscia, ma piuttosto sia in corso nella mente della persona un tentativo di conoscere se stesso sul piano semantico a partire da conoscenze implicite complesse che non riescono ad essere tradotte in codici verbali completi e compiuti, per cui il tentativo resta confinato al livello del pensiero metaforico. Nella prospettiva cognitivo-evoluzionista la considerazione dei meccanismi di difesa nella genesi e nel mantenimento dei sintomi è messa in ombra, ed è invece dato risalto a quanto nelle esperienze concrete di relazione, può ostacolare i processi di regolazione dell'emozione e di organizzazione-sviluppo della conoscenza esplicita a partire da quella implicita. La natura delle conoscenze implicite coinvolte nella genesi dei sintomi psicopatologici, e del loro ostacolo a divenire esplicite, è ricondotta alla vita emozionale ed interpersonale. Il bisogno di rendere esplicite le conoscenze implicite pertinenti ad importanti forme d'interazione (attaccamento, competizione, sessualità, accudimento) è considerato primario, finalizzato al rinnovarsi di incontri intersoggettivi che tale conoscenza esplicita richiedono, e non secondario al soddisfacimento di altre pulsioni (Liotti, 2001). Quindi in tale prospettiva, sono

i deficit della TdM e delle capacità metacognitive riconducibili a passate e presenti condizioni intersoggettive, oppure l'intricata complessità delle emozioni e delle relazioni, piuttosto che i meccanismi di difesa, ad essere ritenuti i responsabili del fallimento dei processi volti a rendere esplicito ciò che della nostra esperienza e memoria emozionale è rimasto implicito. Il motivo per cui una persona non riesce a completare all'interno dei propri abituali scambi interpersonali, le metafore che il suo cervello genera a partire dalla conoscenza implicita, viene ricercato nella dinamica delle relazioni interpersonali passate e presenti, organizzate a livello tacito dai Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI), che ostacolano l'esercizio delle capacità metacognitive e della TdM.

Gli SMI sono cinque (Sistema dell'attaccamento, agonistico, di accudimento, sessuale, cooperativo) e possono essere definiti come principi organizzatori a base innata delle interazioni sociali, aventi un preciso attivatore ed una precisa meta. Per esempio il Sistema dell'attaccamento è attivato da fatica, dolore, solitudine, percezione di vulnerabilità personale; ed è disattivato dal conseguimento della vicinanza protettiva alla persona disponibile a fornire aiuto e conforto, che è la meta, oppure dall'impossibilità protratta di conseguire tale meta, il che inibisce il sistema con conseguente stato mentale di distacco emozionale. Le prime operazioni degli SMI, riguardanti la regolazione del comportamento interpersonale, sono estranee alla coscienza, avvolte nel silenzio del corpo; poi le operazioni successive raggiungono la coscienza nella forma delle emozioni (Liotti, 2001).

Tale incapacità di rendere esplicito ciò che è implicito, di tradurre alcuni processi mentali impliciti in conoscenza semantica compiuta di sé-con-l'altro, si struttura in sintomi chiamati da Liotti (2001) "metafore incompiute", a sottolineare questo blocco del processo di passaggio, dalla conoscenza implicita a quella esplicita, a livello metaforico. Ad esempio nei disturbi ansioso-fobici, in cui paure esasperate di restare soli in luoghi sconosciuti (agorafobia) e di restare bloccati in luoghi da cui è difficile fuggire (claustrofobia) convergono ad organizzare la sintomatologia, le metafore incompiute sembrano indicare un'insofferenza alle emozioni di legame e di separazione. La metafora è incompiuta perché il paziente non riconosce che i sintomi descrivono la propria modalità implicita di formare e interrompere i legami affettivi (Guidano e Liotti, 1983; 1985), ma li considera come conseguenza di una malattia fisica o mentale incombente, totalmente egodistonica rispetto

rispetto all'insieme di significati ed autodescrizioni esplicite che costituiscono la conoscenza dichiarativa di sé-con-l'altro. Diversi tipi di metafore incomplete caratterizzano allora diversi tipi di disturbi psicopatologici.

Anche nei Disturbi Alimentari, scrive Liotti (2001), metafore incomplete sono suggerite da alcuni aspetti della trama di agiti corporei che caratterizzano le diverse sindromi anoressiche e bulimiche. Ad esempio l'indursi il vomito potrebbe essere collegato ad un pensiero metaforico latente del tipo “fuori da me queste cose (emozioni, pensieri, desideri) schifose!”.

Per concludere allora, nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, la disposizione a costruire una conoscenza dichiarativa di sé-con-l'altro che riguardi i contenuti dell'altrui mente è primaria e assoluta. Dall'attuazione progressiva, che comincia nei primi mesi di vita e prosegue fino al quarto anno, di questa disposizione innata a riconoscere all'altro una mente, deriva anche la possibilità di riconoscere in sé l'operare di una mente. Lo sviluppo della TdM e della metacognizione a partire da tale disposizione, può essere plasmato ma anche ostacolato dall'esperienza concreta che si svolge nel contesto relazionale in cui la conoscenza di sé-con-l'altro prende forma e si accresce, attraverso l'esercizio degli SMI. In condizioni avverse, i processi di costruzione della conoscenza semantica a partire dalla conoscenza emozionale tacita riguardante gli scambi affettivi, processi che implicano l'uso del pensiero metaforico, possono subire ostacoli e arresti. Diversi tipi di esperienze interpersonali non ottimali possono coincidere con diversi tipi di deficit metacognitivi, e da ciò derivano le diverse forme che la psicopatologia assume. Diversi tipi di temperamento e di vulnerabilità emotiva, la cui base è innata, potrebbero coincidere con contesti interpersonali problematici, nel determinare non solo esperienze relazionali non ottimali, ma anche deficit metacognitivi. Alcuni tra questi deficit possono riguardare un ostacolo ai processi mentali metaforici con cui le informazioni emozionali vengono tradotte in conoscenza esplicita delle proprie e altrui emozioni. Ne deriverebbe l'incapacità di sviluppare sufficientemente la conoscenza semantica di alcune classi di emozioni, cosicché questa insufficienza, coniugata la necessità primaria di conoscere sé-con-l'altro, viene a riflettersi nella costituzione di alcuni sintomi psicopatologici, che appaiono allora come metafore incomplete (Liotti, 2001).

L'ANORESSIA NERVOSA E I SUOI DIVERSI SIGNIFICATI NEL TEMPO

Il primo caso di Anoressia Nervosa, testimoniato dalla letteratura medica, risale al 1689, quando il medico Richard Norton descrive il rifiuto volontario da parte di una giovane donna. Questa sindrome attraversa la nosografia medica tra il '600 e l'800 sotto varie spoglie: viene descritta come “melanconia”, “isteria”, o anche strane definizioni come “malattia inglese a vapori” (emanati da un utero posto a contatto con gli organi gastrointestinali o retroverso). Nel 1873 Charles Lasègue in Francia parlava di “anoressia isterica” e in Gran Bretagna William Gull di “anoressia nervosa” classificandone i sintomi principali: rifiuto volontario del cibo, grave perdita di peso, amenorrea, iperattività. La prima storia clinica in cui vennero descritti aspetti molto simili alla sintomatologia osservabile ai giorni nostri è quella di Nadia, una ragazza descritta nei primi anni del '900 da Pierre Janet, come un caso di ossessione della vergogna del corpo. Gli psichiatri francesi P. Janet e Jean Charcot, diedero un importante contributo agli studi sui disturbi alimentari: il primo ipotizzò che il rifiuto del cibo fosse dovuto a forti conflitti psichici alla cui base vi era il bisogno di raggiungere un'identità autonoma; il secondo classificò questo disturbo come una forma di psicoastenia determinata da una difficoltà nell'accettare l'identità di genere e da esperienze traumatiche precoci. Negli ultimi anni molti autori hanno evidenziato connessioni tra comportamenti di sante e donne medioevali e l'esperienza del corpo nella psicopatologia della moderna anoressia. Probabilmente due sono i principali motivi che hanno spinto molti studiosi ad analizzare i testi sulla vita di queste donne: in primo luogo la loro agiografia costituisce una rara fonte di conoscenza della psicologia femminile dell'epoca, che è molto meno ricostruibile storicamente rispetto a quella maschile; la seconda ragione è legata alla specificità del disturbo alimentare e al suo particolare andamento nel tempo. Infatti, come abbiamo detto, i DCA sono “culture bounded”, quindi l'analisi storica delle sue modificazioni può offrire una chiave di lettura per comprendere le ragioni della sua elevata incidenza in epoca contemporanea. Dall'analisi dei testi relativi alle vite delle Sante medioevali emergono alcune analogie:

- la necessità di frustrare i bisogni del corpo
- il piacere tratto dalla privazione
- un senso di onnipotenza e di sicurezza nelle proprie capacità

- l'aspirazione alla perfezione
- il raffronto continuo con un'immagine ideale di sé
- il rifiuto della normalità del vivere
- i comportamenti purgativi
- le punizioni corporali auto inflitte
- il rifiuto di riprendere ad alimentarsi nonostante l'evidente stato di denutrizione
- l'iperattività fisica
- l'insonnia
- l'instabilità emotiva
- le distorsioni percettive
- un fortissimo bisogno di controllo accompagnato da un altrettanto radicato senso di colpa in caso di "cedimento"
- un blocco della sessualità agita, sostituita da idealizzazioni e fantasie

Leggendo questo elenco si può notare il fatto che manca un aspetto fondamentale nelle anoressiche di oggi, ovvero l'intensa paura d'ingrassare.

Inoltre nonostante le analogie, sono diversi i significati che uno stesso comportamento assume nei differenti contesti: nelle parole delle mistiche la negazione estrema della corporeità appare come una ricerca verso l'assoluto, mentre nelle parole delle pazienti di oggi il corpo diventa la prigione, l'ossessione, il centro intorno al quale si gioca la partita dell'identità (Dalla Ragione Laura, 2005). Nei comportamenti delle Sante medioevali il rifiuto di ascoltare i propri bisogni corporali è finalizzato al raggiungimento della totale spiritualità per arrivare quindi ad un pieno contatto con Dio; nel momento dell'estasi non c'è spazio per i pensieri ossessivi relativi al cibo, né per le preoccupazioni relative al corpo, il corpo scompare affinché tutto lo spazio sia a disposizione del Divino. La ragazza anoressica invece non riesce mai a liberarsi completamente del proprio corpo, che è continuamente oggetto dei suoi pensieri, oggetto delle sue auto imposizioni, oggetto delle sue regole ferree, oggetto della sua ricerca d'identità. In questo disturbo l'identità acquista valore e viene ritrovata solo a patto di sottostare a regole a cui nessuna persona saprebbe reggere, rispondendo a canoni estetici che esasperano quelli diffusi nel suo contesto. Tutto è vissuto nella tensione alla perfezione, tutto è preso alla lettera e perseguito caparbiamente.

Oltre al tema del corpo che come abbiamo visto assume significati diversi, è stato evidenziato come ulteriore punto di contatto anche il tema del nulla, ovvero la ricerca del vuoto attraverso la negazione degli stimoli corporei. Ma anche in questo caso i significati sono diversi: nelle Sante la negazione della corporeità è un mezzo per avvicinarsi all'Assoluto, mentre nelle ragazze anoressiche rappresenta un disperato tentativo di riconoscere la propria identità nella corporeità. Il senso del nulla che pervade queste ragazze oggi equivale ad uno svuotamento identitario e ad una perdita dei confini del Sé, i temi del nulla e del vuoto interiore assumono i contorni di una difficoltà profonda e strutturale a trovare un proprio posto nel mondo; nelle mistiche il Sé è assolutamente posizionato nella ricerca di contatto con Dio senza che emerga una qualche incertezza della propria identità (Dalla Ragione, 2005).

Emerge ancora una volta il tema centrale del disturbo alimentare: la ricerca disperata dell'identità che non riesce a sostenersi. Laura Dalla Ragione (2005) scrive: "l'identità, qualunque essa sia, presuppone comunque una dimora, un luogo dell'Io che, pur riflettendone le molteplici sfaccettature, i mutamenti e le stratificazioni psichiche, rappresenti l'unicità di una biografia; una dimora dalla quale si può sempre traslocare o alla quale si può sempre ritornare, portandosi però dietro, ogni volta, il bagaglio accumulato attraverso le stagioni di vita".

Nel **DSM IV** (1994) vengono descritti i criteri diagnostici dell'Anoressia Nervosa:

- rifiuto di mantenere il peso corporeo ad un livello minimo considerato normale in base all'età e alla statura o al di sopra di esso
- intensa paura di aumentare di peso anche se sottopeso
- disturbi nel modo di sentire il peso e le forme corporee, influenza del peso e delle forme corporee sulla valutazione di sé o diniego della gravità della perdita di peso attuale
- amenorrea cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi

e le due sottocategorie:

Tipo restrittivo: durante l'episodio di anoressia nervosa il soggetto non presenta frequenti episodi di abbuffate compulsive o di comportamenti purgativi

Tipo bulimico purgativo: durante l'episodio di anoressia nervosa il soggetto presenta frequenti episodi di abbuffate compulsive o di comportamenti purgativi

Le caratteristiche principali dell'Anoressia Nervosa descritte da Riccardo Dalla Grave (1996) sono:

1. Intensa paura d'ingrassare - Nelle prime fasi del disturbo è presente il forte desiderio di dimagrire il quale viene presto affiancato e superato dal terrore di ingrassare.

2. La fame globale – Il termine anoressia indurrebbe a pensare che tali ragazze non sentano fame, in realtà tale stimolo non viene eliminato. Infatti la fame sperimentata è molto acuta ed il riuscire a non cedere a tale bisogno aumenta il senso di controllo. Inoltre la denutrizione porta ad un aumento dei pensieri relativi al cibo, attorno al quale inizia a ruotare ogni aspetto della propria vita.

3. Abbuffate compulsive, vomito e lassativi - Molte ragazze anoressiche vanno incontro ad episodi di abbuffata conseguenti alla restrizione calorica. A questi fanno seguito condotte compensatorie come il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi e diuretici, e l'aumento della restrizione calorica e dell'attività fisica.

4. La negazione della malattia e il disturbo dell'immagine corporea - Nella fasi iniziali della malattia, nonostante la severa perdita di peso, quasi tutte le ragazze affette da anoressia sostengono che si sentono bene e che non c'è nulla di cui preoccuparsi. Inoltre affermano di sentirsi normopeso o addirittura "grasse" soprattutto in alcune parti del loro corpo dimostrando una profonda alterazione dell'immagine corporea.

5. L'iperattività fisica e la negazione della fatica - Molte ragazze affette da anoressia presentano una marcata iperattività fisica finalizzata a bruciare calorie per evitare d'ingrassare. Normalmente l'attività fisica è praticata in solitudine, seguendo una regolare e rigida sequenza e con delle caratteristiche ossessive. Se non riescono a fare l'attività stabilita si sentono estremamente in colpa, così come quando mangiano qualcosa in più del prestabilito. Le regole che le ragazze anoressiche si auto impongono sono estremamente rigide e il minimo "sgarro" provoca in loro profondi sentimenti negativi come il senso di colpa o di fallimento o d'incapacità. Il loro comportamento per ciò che riguarda sia il cibo che l'attività fisica possono essere descritti come comportamenti di "debito": ci si guadagna il diritto di ingerire un certo quantitativo di calorie svolgendo un determinato numero di esercizi, e al contrario si dovrà pagare l'indulgenza di aver mangiato qualcosa in più

eseguendone una quantità extra.

6. L'amenorrea - La perdita di peso comporta la scomparsa del ciclo mestruale, che di solito ritorna col recupero ponderale. Alcune ragazze divengono amenorroiche appena iniziano la dieta, prima di essere sottopeso, e per molte non ritorna nonostante il recupero del peso. Tale fenomeno è dovuto al fatto che il funzionamento dell'ipotalamo, da cui dipende la secrezione degli ormoni sessuali, è influenzato da fattori psicologici oltre che biologici.

7. Isolamento sociale, euforia, depressione - Nella maggior parte dei casi le ragazze affette da anoressia con il progredire della malattia riducono gradualmente le proprie attività ed interessi, i quali rimangono limitati all'attività fisica, all'adempimento dei compiti scolastici e alla dieta. Relativamente al tono dell'umore generalmente si ha una fase iniziale detta "luna di miele", in cui l'anoressica si sente bene con se stessa, si sente leggera, non è mai stanca, sente e si concentra meglio, il tono dell'umore è elevato. Questo stato di benessere iniziale sembra sia dovuto sia ai rinforzi cognitivi ("riesco a controllare la mia alimentazione mentre gli altri non ci riescono") sia a modificazioni biologiche neuroendocrine non ancora ben note. Ed esso a sua volta rinforzerà l'uso di pratiche restrittive in quanto ha l'impressione di aver trovato il modo per sentirsi bene con se stessa, per accrescere l'autostima, per risolvere il suo malessere. Col progredire della malattia però questo stato di euforia lascia gradualmente il posto alla comparsa dei sintomi depressivi: umore depresso, disperazione, sensi di colpa, autosvalutazione, irritabilità, diminuita capacità di concentrazione, disturbi del sonno. Questi sintomi sono una conseguenza della perdita di peso, infatti in genere regrediscono col recupero ponderale, e inoltre sono stati osservati in soggetti sottoposti a digiuno in condizioni sperimentali.

8. Ansia - I soggetti anoressici mostrano comunemente una sintomatologia ansiosa, soprattutto legata alla denutrizione. Tra le caratteristiche centrali ci sono la paura di certi cibi, la preoccupazione per le situazioni sociali che implicano il mangiare, il timore che il proprio corpo venga osservato.

9. La sessualità - Con il progredire della malattia le ragazze anoressiche perdono del tutto l'interesse nella sessualità ed evitano qualsiasi possibile incontro con il sesso opposto. Se hanno esperienze sessuali tendono a non provare piacere e a viverle con estremo disagio. Questa perdita d'interesse è secondaria alla denutrizione, ma può permanere nonostante il

recupero ponderale.

10. Perfezionismo e autostima - Le ragazze che sviluppano un disturbo di tipo anoressico sono spesso accomunate da alcune caratteristiche psicologiche: un elevato perfezionismo, una scarsa capacità di relazioni sociali, una bassa autostima, un basso senso di autoefficacia percepita. In molti casi si assiste ad un notevole cambiamento del loro carattere: da bambine sempre ubbidienti, sorridenti e disponibili, ad adolescenti arrabbiate, nervose, ostili e oppositive.

Una caratteristica spesso presente nelle anoressiche è la regolazione dell'autostima e del valore personale principalmente in riferimento a standard esterni di apparenza e prestazione. Le alte aspettative nei confronti delle proprie auto-affermazioni sembrano derivare dal desiderio di essere approvata dagli altri.

11. Complicazioni fisiche nell'anoressia nervosa – Esse comprendono squilibri elettrolitici, metabolici, gastrointestinali, cardiopolmonari, renali, osseo-muscolari, a livello dermatologico, dentale, immunologico ed ematologico, endocrino.

In casi estremi queste complicazioni possono portare alla morte. Nella maggior parte dei casi esse regrediscono col recupero del peso e di un'alimentazione adeguata. Va però sottolineato che esistono alcuni aspetti che ci si può portare dietro per tutta la vita: tra questi, primo tra tutti è il problema dell'osteoporosi, alcune ragazze possono continuare ad avere complicazioni a livello osteoarticolare pur avendo recuperato uno stile di vita adeguato; poi ci possono essere difficoltà a livello della fertilità; può esserci inoltre una mancata crescita del seno se l'amenorrea è iniziata durante il periodo dello sviluppo; infine, la maggior parte delle ragazze che hanno sofferto di anoressia continueranno ad avere vari tipi di difficoltà a livello gastrointestinale.

LA BULIMIA NERVOSA E IL DIFFONDERSI DI NUOVE METAFORE

Il concetto di bulimia ha radici storiche profonde: già ai tempi dei Greci era un termine utilizzato per indicare una fame ai limiti dell'umano, una "fame da bue" (E. Faccio, 1999). Come per l'Anoressia, le prime descrizioni accurate, che risalgono a partire dalla metà del '700, si accompagnano ad interpretazioni eziologiche di natura organica. Nelle varie

definizioni del fenomeno i sintomi descritti sono sempre considerati come segni di qualcos'altro: epilessia, tumori cerebrali, malattie dismetaboliche, handicap mentali.

L'eziologia organica ha prevalso fino alla fine del XIX secolo, poi evidenze cliniche hanno portato ad un riorientamento della sindrome verso i quadri delle patologie psichiche. I sintomi sono stati così attribuiti a disturbi come l'isteria o nevrosi o psicosi. Alcuni studiosi però hanno fatto notare che questi quadri sintomatologici risultano diversi rispetto a quello che oggi s'intende col termine di Bulimia Nervosa. Habermas (1989) afferma che è solo dagli anni '30 che compaiono dei casi di bulimia non più presente in forma di semplice sintomo, ma di sindrome caratterizzata da:

- il bisogno ricorrente di consumare grandi quantità di cibo (nelle descrizioni precedenti era episodico)
- la paura morbosa d'ingrassare
- l'uso del vomito autoindotto o di lassativi per evitare gli effetti ingrassanti del cibo

La bulimia nervosa, originariamente conosciuta in Nord America come “bulimia”, è arrivata all'attenzione medica a partire dalla metà degli anni '70, quando furono pubblicati alcuni studi sulla “bulimaressia” o “sindrome delle abbuffate-purghe” tra gli studenti dei campus universitari americani (1976). Il disturbo è stato poi considerato più attentamente nel 1979 quando il professor Gerald Russel pubblica “Bulimia nervosa: un'inquietante variante dell'anoressia nervosa”.

Ad ogni modo, come per l'anoressia nervosa, non è possibile stabilire una data precisa di esordio del disturbo, in quanto si tratta di processi in divenire.

Il **DSM IV** (1994) elenca i criteri diagnostici per la Bulimia Nervosa:

A. episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un'abbuffata compulsiva è definita dai due caratteri seguenti:

- mangiare, in un periodo di tempo circoscritto, una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe
- senso di mancanza di controllo sull'atto del mangiare durante l'episodio

B. ricorrenti comportamenti di compenso volti a prevenire l'aumento di peso

C. abbuffate compulsive ed uso improprio di mezzi di compenso avvengono in media due volte a settimana per tre mesi

D. la valutazione di sé è inappropriatamente è influenzata dalle forme e dal peso corporeo

E. il disturbo non si riscontra soltanto negli episodi di anoressia nervosa

e le due sottocategorie:

Tipo purgativo: il soggetto ha l'abitudine di provocarsi il vomito o quella di usare in modo inadeguato lassativi e diuretici

Tipo non-purgativo: il soggetto usa latri comportamenti impropri di compenso, come il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo

Che cos'è un'abbuffata compulsiva

Fairburn C. G. è uno dei maggiori autori che si è occupato dello studio della bulimia.

Ciò che innanzitutto l'autore sottolinea è l'importanza della definizione di abbuffata compulsiva che troppo spesso è stata ed è confusa con un "sovralimentazione quotidiana".

L'elemento discriminante è la sensazione di perdita di controllo, la persona compie l'azione in modo automatico. Inoltre l'assunzione di cibo avviene in segreto, molto velocemente ed è accompagnata da un'evidente agitazione.

Le persone si differenziano molto per la frequenza delle abbuffate, la durata e il tipo di cibo ingerito.

Quando si chiede alle persone che hanno abbuffate compulsive : "Cosa mangi quando ti abbuffi?", le risposte tipiche sono due. La prima si riferisce al tipo di cibo: "cibo dolce", "cibo che riempie", ecc. La seconda si riferisce al loro atteggiamento nei confronti del cibo: "cibo proibito", "cibo che ingrassa", ecc. In genere quindi, come per le ragazze anoressiche che hanno episodi di abbuffata compulsiva, i cibi prescelti nella maggior parte dei casi sono quelli generalmente evitati. Fairburn fa notare il fatto che probabilmente la composizione delle abbuffate compulsive sia cambiata negli anni: tra la fine degli anni '70 e gli anni '80 si consumavano più carboidrati perché erano i cibi più avversati a livello mediatico, mentre negli anni '90 il bersaglio sono diventati i grassi. Ancora una volta risulta evidente come il contesto socioculturale offra i mezzi attraverso cui manifestare disagi il cui nucleo però rimane invariato.

Per quanto riguarda le calorie generalmente un'abbuffata ne contiene dalle 1.000 alle 2.000, ma in un quarto dei casi può superare queste cifre anche di molto. Non bisogna poi dimenticare che esistono le cosiddette abbuffate soggettive, che sebbene non rientrino nei

criteri diagnostici del DSM IV, rappresentano un importante elemento di disagio in quanto dalla persona sono percepite come tali perché caratterizzate dalla perdita di controllo.

➤ Le abbuffate non variano solo da persona a persona, ma anche in uno stesso individuo

Prima e dopo un'abbuffata compulsiva

Diversi sono i percorsi che possono portare a problemi di abbuffate compulsive:

1. Spesso la bulimia nervosa è preceduta dall'anoressia nervosa, che a sua volta è preceduta da una dieta

dieta → anoressia → abbuffate compulsive → bulimia

2. Altre persone possono essere state nell'infanzia o essere attualmente sovrappeso oppure obese, quindi si sottopongono a diete restrittive che conducono facilmente alle abbuffate

sovrappeso/obesità → dieta → abbuffate compulsive

3. Alcune persone riferiscono di essersi sovralimentate fin da piccole, di aver fatto diete in risposta a questo, e che le diete hanno peggiorato le cose: hanno continuato a sovralimentarsi sviluppando però un senso della perdita di autocontrollo

sovralimentazione nell'infanzia → dieta → abbuffate compulsive

4. Può esserci infine il caso di alcune persone con problemi nel controllo degli impulsi che sviluppano un problema di abbuffate compulsive senza passare attraverso una dieta restrittiva. Alla base c'è l'uso di un comportamento impulsivo per alleviare la tensione

Questi sono i percorsi più comuni, ma ovviamente ce ne sono altri, e alcune persone ne seguono una combinazione.

Gli episodi di abbuffata compulsiva possono essere scatenati da vari elementi:

- ✓ sensazioni spiacevoli → stanchezza, tristezza, rabbia, noia, solitudine
- ✓ sentirsi grassi
- ✓ guadagnare peso
- ✓ essere costantemente a dieta → la maggior parte delle persone con abbuffate compulsive mangiano molto poco, e questo provoca delle pressioni fisiologiche e psicologiche che spingono a nutrirsi, e per coloro che soffrono di abbuffate diventa poi molto difficile smettere

- ✓ rompere la regola dietetica → le regole alimentari che le persone con DCA s'impongono sono estremamente rigide, questo fa sì che al minimo “sgarro” scatti il pensiero dicotomico, un pensiero disfunzionale detto anche del “tutto o nulla” o del “tanto ormai”: la persona impegnata in una dieta rigida vivrebbe una minima deviazione dalla regola dietetica come un fallimento totale, così la trasgressione condurrebbe alla totale disinibizione (“tanto ormai ho fallito”) e quindi a mangiare non solo oltre il limite prefissato del “nulla”, ma molto di più, fino al limite opposto del “tutto”
- ✓ tempo non programmato → la mancanza di programmi per la giornata sembra rendere le persone inclini ad abbuffarsi, mentre avere una routine costituirebbe una protezione
- ✓ essere soli → manca il vincolo sociale
- ✓ tensione premestruale → questa comporta una serie di sensazioni che aumentano il rischio di abbuffata (gonfiore, tensione, tristezza, irritabilità)
- ✓ bere alcolici → l'alcol riduce la capacità di resistere ai desideri immediati, indebolisce la capacità di giudizio e può aumentare la tristezza

Dopo un'abbuffata compulsiva le iniziali sensazioni di sollievo e di riduzione di ansia o tristezza, vengono repentinamente sostituite da spiacevoli sensazioni di vergogna, disgusto, colpa. E' frequente che ci si senta depressi perché incapaci di controllarsi, o che aumenti l'ansia legata al terrore di aumentare di peso. Inoltre queste sensazioni negative possono essere esacerbate dalle conseguenze fisiche come la stanchezza o il mal di stomaco. Il senso di colpa legato alla paura di aumentare di peso può portare a comportamenti compensatori estremi.

Vergognarsi di aver fame

Per anni il problema della bulimia è stato sottovalutato sia dalle persone che ne soffrivano sia da chi avrebbe dovuto capirne i segnali, e questo a causa della credenza diffusa che tali persone non soffrissero di un DCA perché normopeso. Si è trovato negli anni '80 che la bulimia nervosa era associata alla percentuale più bassa di richiesta di aiuto professionale tra tutti i problemi studiati (ansia, DOC, depressione). Le ragioni di questa scarsa richiesta di trattamento sono molte:

- questi problemi sono associati a sentimenti di vergogna e colpa, quindi è difficile che

la persona renda manifesto un problema che per lungo tempo ha cercato di nascondere

- la persona crede e spera che il disturbo passerà da sé
- molti pensano che il proprio problema non sia così grave da richiedere un trattamento
- la persona può temere (perché questo effettivamente accade) che il medico banalizzi il suo problema o non sia in grado di dare un aiuto adeguato

Da questo punto di vista quindi la bulimia rappresenta un problema molto più insidioso dell'anoressia, perché la persona riesce a tenerlo nascosto anche quando le condizioni sono ormai molto gravi.

E' triste osservare come di fronte a problemi così importanti come l'anoressia e la bulimia, uno venga meno considerato rispetto all'altro solo perché la persona non raggiunge il livello di “pelle e ossa” che tanto attrae la morbosità di molta gente. In questo diverso atteggiamento nutrito nei confronti dei due disturbi è possibile notare l'influenza del contesto socioculturale nel dare forma alle manifestazioni del malessere: i valori diffusi nella società occidentale idealizzano la magrezza e l'autocontrollo, quindi verso l'anoressia, accanto ad un atteggiamento di preoccupazione, si assiste spesso anche ad una sorta di ammirazione di fondo. Quante volte una ragazza nella fase iniziale dell'anoressia si sente dire da molte coetanee o donne più adulte, di fronte ad un banchetto imbandito di ogni tipo di alimento, con una non troppo velata invidia tipicamente femminile: “cavoli, ma come fai? magari ce l'avessi io tanta forza di volontà”. Ed è all'interno di questo stesso contesto che si comprendono i sentimenti di vergogna e di colpa nutriti da quelle ragazze che invece “non hanno tanta forza di volontà”. Sembra che oggi ci si debba vergognare di avere voglia di qualcosa da mangiare, quasi di dire “ho fame”. Ed è così che probabilmente si sviluppa in molte ragazze e in molte donne un senso d'incapacità, di non essere all'altezza non solo dei canoni estetici, ma anche degli ideali, imposti come scopi da dover raggiungere, di totale controllo di sé. Sentirsi non in grado di soddisfare questi standard può portare alla reazione comprensibile di abbuffarsi, come succede quando si trasgredisce la regola dietetica del “nulla” e ci si lascia andare fino ad arrivare al limite opposto del “tutto” : “se non sono in grado di controllarmi, non sono perfetta, allora è inutile che ci provi perché tanto non ne sono capace”. Forse l'attenzione crescente che, negli ultimi anni, si sta dando ai DCA, che hanno assunto dimensioni preoccupanti, ha permesso di ridurre alcuni di questi aspetti come “l'ammirazione verso

l'anoressia”, ma rimane comunque prevalente l'atteggiamento di disprezzo verso la mancanza di autocontrollo così come tutti gli altri aspetti che caratterizzano la cultura occidentale e che hanno offerto a questi disturbi il terreno per svilupparsi e per ritagliarsi un loro spazio che è perfettamente coerente al contesto entro cui s'inseriscono. Questo non vuole certo essere una colpevolizzazione della società odierna, sia perché sono molti i fattori che concorrono all'esordio di questi disturbi, sia perché le persone non sono soggetti passivi che subiscono le influenze dell'ambiente, ma sono attivi costruttori della realtà in cui vivono ed elaborano in maniera soggettiva le norme e i valori condivisi di un dato contesto. Tale riflessione è solo un'ulteriore conferma all'evidenza di come ogni periodo storico abbia la propria patologia che ricalca ed estremizza gli aspetti normalizzati di un certo contesto socioculturale.

I metodi di compensazione

■ Dieta:

Come già descritto più sopra, seguire una dieta gioca un ruolo chiave nell'iniziare e nel mantenere un problema di abbuffata compulsiva. La dieta è uno dei fattori principali che rendono vulnerabili all'abbuffata, ma è anche la risposta a questo episodio, cosicché si crea un circolo vizioso che si autoalimenta.

Esistono tre tipi di dieta: - evitare di mangiare

- limitare le quantità

- evitare certi cibi

Questi tre tipi di dieta rappresentano delle restrizioni rigide e severe. La rigidità con cui sono vissute rende gli obiettivi delle “doverizzazioni” che vanno seguite alla lettera, cosicché il non raggiungimento o il raggiungimento “non perfetto” di questi obiettivi viene vissuto come un fallimento. E' chiaro che una dieta ferrea ed estrema implica delle minime deviazioni dalla regola, e quindi i “fallimenti” saranno inevitabili. E questo renderà ulteriormente più probabile l'abbuffata, alimentando così il circolo. Inoltre lo stare a dieta è dimostrato che aumenta la frequenza dei pensieri sul cibo e l'alimentazione.

■ Vomito autoindotto:

Questo un altro metodo per non aumentare di peso. Spesso viene considerato più facile rispetto alla dieta. Invece di dover controllare il bisogno di mangiare possono cedervi senza ingrassare. Ma questo comporta un alto prezzo, soprattutto per due motivi. Uno è che