

Dissociazione e alessitimia in un campione di pazienti con disturbo del comportamento alimentare.

Marco La Marra¹, Walter Sapuppo², Giorgio Caviglia³

Sommario: Lo scopo del presente studio è stato quello di indagare i fenomeni dissociativi e le difficoltà relative al percepire, comprendere e descrivere verbalmente i propri e gli altrui stati emotivi (alessitimia) in un campione di 53 pazienti con diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare. Il campione reclutato è costituito da 14 soggetti con Anoressia Nervosa (AN), 15 con Bulimia Nervosa (BN), 12 con DCA Non Altrimenti Specificato (DCA NAS) e 12 con Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI). A tutti i soggetti è stato somministrato l'*Eating Disorder Inventory-2*, la *Dissociative Experiences Scale* e la Scala Alessitimica Romana. I dati emersi dalla nostra ricerca non disconfermano le relazioni riportate in letteratura tra i Disturbi del Comportamento Alimentare, i fenomeni dissociativi e le difficoltà relative all'espressione delle emozioni (alessitimia).

Abstract: The aim of this study has been to investigate the dissociative phenomena and the difficulties related to perceive, understand and describe the proper ones and other people's emotional states in a sample of 53 patients with Eating Disorders. The recruited sample is made by 14 Anorexia Nervosa (AN) patients, 15 with Bulimia Nervosa (BN), 12 with Eating Disorder Non Otherwise Specified (EDNOS) and 12 with Binge Eating Disorder (BED). To all subjects was administered the Eating Disorder Inventory-2, the Dissociative Experiences Scale and the Scala Alessitimica Romana. In according with literature, we confirm the relationships among Eating Disorders, the dissociative phenomena and Alexithymia.

Parole chiave: Disturbi del Comportamento Alimentare, Dissociazione, Alessitimia.

¹ Dipartimento di Medicina Sperimentale, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Seconda Università degli Studi di Napoli; ² Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, SPC-Napoli, ³ Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Psicologia, Seconda Università degli Studi di Napoli

Corrispondenza: Prof. Giorgio Caviglia, Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Psicologia, S.U.N, via Vivaldi n° 43 81100 Caserta (CE); e-mail: giorgio.caviglia@unina2.it

1. Introduzione

L'attuale campo nosografico della psicopatologia delle condotte alimentari si articola in Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (DCA NAS) (APA, 2000). Tra questi ultimi, compare una condizione definita Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI), caratterizzata da ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della Bulimia Nervosa.

Negli ultimi decenni, numerosi studi empirici hanno valutato la possibile associazione tra dissociazione e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) riscontrando, rispetto ai gruppi di controllo, la notevole incidenza di questo meccanismo di difesa negli individui affetti da una psicopatologia di tipo alimentare (Torem, 1986; Demitrack *et al.*, 1990; Everill *et al.*, 1995); solo recentemente (Eizaguirre *et al.*, 2004), è stato implementato lo studio sistematico relativo alla presenza di deficit associati all'identificazione e all'espressione delle emozioni (alessitimia) nei DCA.

La dissociazione è classicamente e fenomenologicamente definita come "l'interruzione della reciproca integrazione tra funzioni superiori di coscienza, identità, memoria, percezione dell'ambiente circostante e controllo dei movimenti del corpo" (APA, 2000).

Da un punto di vista psicodinamico, la dissociazione viene considerata come un meccanismo di difesa che agisce in modo da sottrarre contenuti psichici intollerabili alla memoria consapevole e di scinderli in una coscienza parallela. Vi è un'ampia evidenza empirica del fatto che la dissociazione si sviluppi in difesa da un trauma, permettendo di creare un compartimento in cui nascondere l'esperienza e il carico affettivo che si accompagna a essa, sotto la spinta anche di un bisogno autoconservativo, che consiste nel procrastinare il momento della dolorosa elaborazione. La dissociazione sembra, quindi, avere un potenziale patogeno significativo, in quanto può compromettere in maniera stabile la soggettività, e può modificare le possibilità di integrazione tra diverse aree cerebrali nonché rendere discontinuo il processo di registrazione ed elaborazione dei ricordi (Solomon, 2004; Krystal, 1996).

Il costrutto di alessitimia, sviluppatosi in campo psicosomatico fra gli anni '60 e gli anni '70 (Marty & M'Uzan, 1963; Sifneos, 1977), è caratterizzato da un insieme di caratteristiche cognitivo-affettive. Queste includono: una significativa difficoltà a identificare, distinguere e comunicare gli stati emotivi propri e altrui, uno stile di pensiero concreto e orientato verso la realtà esterna, povertà di immaginazione, mancanza di introspezione, scarsa attività onirica, conformismo sociale e tendenza a esprimere le emozioni attraverso l'azione (Taylor *et al.*, 1997; Todarello & Porcelli, 2002). L'ipotesi eziologica multifattoriale dei DCA vede l'alessitimia come un *deficit* della regolazione degli affetti. La mancata condivisione degli affetti, su cui il bambino costruisce le proprie esperienze di autoefficacia e consapevolezza, può determinare confusione ogni qual volta tenti di distinguere i suoi bisogni fisiologici (come fame e sazietà), dalle esperienze emotive e interpersonali.

A tal proposito, dunque, il fenomeno dell'abbuffata sembrerebbe essere un tentativo di autoregolazione, da parte del paziente, che segue questo andamento:

1. si attiva un sistema motivazionale (Lichtenberg, 1989) (ad esempio il "Sistema dell'Attaccamento" con la richiesta di vicinanza o il "Sistema Avversativo" con l'attivazione della rabbia) in seguito ad un pensiero, a una sensazione, a una percezione o a un evento;
2. lo scopo del sistema motivazionale non può essere soddisfatto, sia per elementi strutturali di personalità, che per dati di realtà. L'attivazione emotiva dello scopo, che il soggetto non può soddisfare o gestire, crea profondo disagio;
3. nei pazienti affetti da DCA, che hanno una notevole difficoltà a riconoscere e gestire le emozioni negative, questa attivazione si traduce in comportamenti alimentari disfunzionali;
4. come tentativo di modulare/gestire l'emozione negativa, questi pazienti attivano il "Sistema della regolazione psicologica dei bisogni fisiologici".

In quest'ottica, dunque, la dissociazione permetterebbe al paziente con bulimia di "confondersi", per iniziare e continuare l'abbuffata, senza dover prendere coscienza delle conseguenze negative del suo comportamento (aumento di peso, senso di colpa, successivo disgusto di sé per aver mangiato troppo) e della contraddittorietà e inutilità dello stesso, rispetto ai propri obiettivi (Caviglia & Cecere, 2007). In quest'ottica, gli stati dissociativi diventano anche (oltre che un meccanismo di difesa) un meccanismo più complesso che permette il mantenimento del sintomo.

Lo scopo del presente studio è quello di indagare i fenomeni dissociativi e le difficoltà relative al percepire, comprendere e descrivere verbalmente i propri e gli altrui stati emotivi, in un campione di 53 pazienti con diagnosi di DCA. In particolare, ci proponiamo di valutare le relazioni che intercorrono tra i risultati ottenuti all' *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2, Garner, 1991), alla *Dissociative Experiences Scale* (DES, Bernstein & Putnam, 1986) e alla Scala Alessitimica Romana (SAR, Baiocco *et al.*, 2005) in un gruppo di pazienti che presentano rispettivamente le diagnosi di AN, BN, DCA NAS e DAI.

2. Materiali e Metodi

Hanno partecipato allo studio 53 soggetti, tutti di sesso femminile, reclutati presso l'Ambulatorio dei Disturbi del Comportamento Alimentare dei Distretti 26/27 della ASL CE1 e presso l'Unità Operativa per i Disturbi del Comportamento Alimentare dell'ASL Roma E.

L'età media dei soggetti è di 30.13 anni (Ds = 10.11 anni; età minima = 16 anni; età massima = 53 anni) di cui 14 (dai 18 ai 37 anni: M 25.57, Ds 6.94) con diagnosi di AN, 15 (dai 16 ai 34 anni: M 25, Ds 6) con diagnosi di BN, 12 (dai 17 ai 53 anni: M 38.83, Ds 9.83) con diagnosi di DCA NAS e 12 (dai 18 ai 53 anni: M 33.16, Ds 11.36) con diagnosi di DAI.

Il livello di scolarizzazione è medio alto, il 30% ha un diploma di licenza media inferiore, il 50% ha un diploma di licenza media superiore e il restante 20% ha conseguito un titolo universitario. Oltre alla diagnosi primaria di DCA,

nel nostro campione si riscontra una comorbidità psichiatrica pari al 37,73% (20 soggetti) con Disturbi dell'Umore e 11,32% (6 soggetti) con Disturbi d'Ansia.

A tutti i soggetti è stato somministrato, previo consenso informato, l'EDI-2, la DES e la SAR. L'EDI-2 è un questionario di autovalutazione utile per delineare e misurare, in modo preciso, alcuni tratti psicologici e gruppi di sintomi rilevanti per la comprensione e il trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Le scale che compongono il test, sono: *Impulso alla Magrezza* (IM), *Bulimia* (BU), *Insoddisfazione per il Corpo* (IC), *Inadeguatezza* (IN), *Perfezionismo* (P), *Sfiducia Interpersonale* (SI), *Consapevolezza Enterocettiva* (CE), *Paura della Maturità* (PM), *Ascetismo* (ASC), *Impulsività* (I) e *Insicurezza Sociale* (IS). La DES è una misura di tratto psicologico costruita utilizzando, come criterio operativo di dissociazione, l'assenza della normale integrazione di pensieri, sentimenti ed esperienze nel flusso della coscienza e della memoria (Fabbri Bombi *et al.*, 1996). La scala è composta da 28 item che forniscono una definizione delle esperienze dissociative, quali: depersonalizzazione, *déjà vu*, disturbi d'identità, derealizzazione, disturbi cognitivi, di memoria e della coscienza. Secondo gli autori della scala (Bernstein & Putnam, 1986), i soggetti che ottengono un punteggio uguale o superiore al *cutoff*, utilizzano la dissociazione come modalità difensiva. Più elevato è il punteggio, maggiore è l'utilizzo della dissociazione. La SAR operationalizza il costrutto dell'alessitimia e le scale che compongono il test sono: *Espressione Somatica delle Emozioni* (ESE), *Difficoltà ad Identificare le proprie Emozioni* (DIE), *Difficoltà a Comunicare agli altri le proprie Emozioni* (DCE), *Pensiero Orientato Esternamente* (POE), *Difficoltà ad essere Empatici* (EMP) e *Punteggio totale di scala* (TOT); quest'ultima scala, definibile come un indice generale di alessitimia, si ottiene sommando il punteggio ottenuto dal soggetto in ognuna delle altre 5 scale.

Per sottoporre ad analisi statistica la nostra ipotesi abbiamo sottoposto ciascuna variabile dipendente (punteggi riportati all'EDI-2, alla DES e alla SAR) ad un'Analisi della Correlazione mediante il calcolo dei coefficienti r di Pearson. Successivamente, per verificare la presenza di differenze statisticamente significative, abbiamo eseguito un'Analisi della Varianza Multivariata i cui fattori sono rappresentati dalla categoria clinica di appartenenza (AN vs. BN vs. NAS vs. DAI) e dai punteggi riportati alla DES e alla SAR. I confronti *post hoc* sono stati eseguiti utilizzando il test di Bonferroni. L'analisi dei dati è stata compiuta con l'ausilio del *package* statistico S.P.S.S. 17.0 per Windows.

3. Risultati

Nelle Tabelle 1, 2 e 3 sono riportate le statistiche descrittive contenenti le medie e le deviazioni standard relative ai punteggi ottenuti nelle diverse scale dell'EDI-2, della DES e della SAR.

Tabella 1. Statistiche descrittive: medie e deviazioni standard dei punteggi riportati all'EDI-2

EDI-2		N	Media	ds.	Minimo	Massimo
IM	AN	14	14,57	6,48	3	21
	BN	15	14,40	5,94	6	20
	DAI	12	13,25	5,46	5	21
	NAS	12	14,91	4,87	7	21
BU	AN	14	2,57	5,73	0	16
	BN	15	10,00	5,31	2	17
	DAI	12	8,50	3,63	0	12
	NAS	12	6,91	4,96	1	15
IC	AN	14	11,71	6,55	3	21
	BN	15	15,20	5,29	6	21
	DAI	12	16,50	7,39	7	27
	NAS	12	15,58	5,88	5	24
IN	AN	14	10,00	9,98	0	28
	BN	15	10,80	5,90	3	18
	DAI	12	9,66	5,72	3	17
	NAS	12	5,75	7,18	0	27
P	AN	14	9,00	5,40	2	18
	BN	15	6,80	4,36	3	14
	DAI	12	4,00	3,81	0	11
	NAS	12	5,50	2,84	2	11
SI	AN	14	9,42	5,19	2	18
	BN	15	6,60	4,56	2	14
	DAI	12	5,75	2,83	2	13
	NAS	12	4,75	4,88	0	13
Ce	AN	14	12,00	9,93	0	25
	BN	15	9,00	4,48	3	16
	DAI	12	11,50	7,57	1	20
	NAS	12	7,50	5,48	1	19
PM	AN	14	7,71	5,42	1	16
	BN	15	6,80	3,16	2	10
	DAI	12	6,41	2,39	2	12
	NAS	12	7,83	5,54	0	20
ASC	AN	14	8,00	5,20	3	19
	BN	15	7,40	2,74	4	11
	DAI	12	7,50	4,58	3	16
	NAS	12	7,83	3,83	2	15
I	AN	14	5,14	5,24	0	15
	BN	15	10,60	4,65	4	17
	DAI	12	10,50	6,65	1	17
	NAS	12	7,75	6,53	0	24
IS	AN	14	7,71	4,95	1	15
	BN	15	7,80	1,20	6	9
	DAI	12	8,6	3,17	3	13
	NAS	12	7,41	4,90	2	19

Tabella 2. Statistiche descrittive: medie e deviazioni standard dei punteggi riportati alla DES

		N	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo
DES	AN	14	15,74	9,25	5,00	28,21
	BN	15	32,14	18,02	10,36	53,60
	DAI	12	56,91	25,42	12,00	91,00
	NAS	12	24,57	17,22	7,85	61,78

Tabella 3. Statistiche descrittive: medie e deviazioni standard dei punteggi riportati alla SAR

		N	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo
ESE	AN	14	13,00	3,50	9	18
	BN	15	13,20	4,01	7	19
	DAI	12	12,91	4,46	7	19
	NAS	12	10,83	4,34	6	20
DIE	AN	14	17,85	4,75	11	24
	BN	15	19	1,30	18	21
	DAI	12	14,58	3,65	9	19
	NAS	12	11,58	4,07	6	19
DCE	AN	14	13,42	1,55	12	16
	BN	15	10,2	3,02	5	14
	DAI	12	11,25	3,76	5	17
	NAS	12	11	3,64	5	19
POE	AN	14	9,71	2,12	6	13
	BN	15	13,2	2,21	11	17
	DAI	12	11,58	2,46	7	16
	NAS	12	10,08	3,17	5	16
EMP	AN	14	9,42	2,34	7	14
	BN	15	12,4	1,91	9	14
	DAI	12	12,08	2,77	6	16
	NAS	12	11,75	3,07	8	18
TOT	AN	14	63,42	8,99	49	77
	BN	15	68	5,07	61	74
	DAI	12	62,41	8,81	41	71
	NAS	12	54,91	10,05	42	77

Dalla matrice di correlazione (Tabella 4) dei coefficienti r di Pearson, emergono correlazioni statisticamente significative tra la scala DES e alcune delle scale dell'EDI-2, quali IM, BU, IC, CE, ASC, I e IS.

Tabella 4. Correlazioni di Person tra le scale dell'EDI-2, della DES e della SAR

	IM	BU	IC	IN	P	SI	CE	PM	ASC	I	IS	DES	ESE	DIE	DCE	POE	EMP	TOT	
IM	1																		
BU	,384**	1																	
IC	,513**	,459**	1																
IN	,224	,328*	,309*	1															
P	,008	,263	,105	,366**	1														
SI	,346*	,154	,239	,545**	,435**	1													
CE	,382**	,409**	,306*	,705**	,477**	,667**	1												
PM	,330*	,264	,329*	,447**	,256	,494**	,453**	1											
ASC	,563**	,268	,429**	,292*	,209	,306*	,563**	,402**	1										
I	,210	,432**	,421**	,605**	,003	,377**	,465**	,434**	,217	1									
IS	,377**	,365**	,355**	,601**	,173	,426**	,601**	,545**	,453**	,546**	1								
DES	,356**	,387**	,362**	,232	-,160	-,027	,441**	,182	,440**	,483**	,442**	1							
ESE	,257	,316*	,282*	,534**	,228	,374**	,674**	,300*	,249	,593**	,465**	,662**	1						
DIE	,224	,064	-,004	,406**	,292*	,408**	,402**	,078	,043	,120	,307*	-,147	,256	1					
DCE	,049	-,209	-,198	,026	,090	,423**	,136	,095	,160	-,308*	,025	-,249	-,192	,059	1				
POE	,223	,411**	,200	,142	-,146	,059	,152	,300*	,104	,492**	,328*	,412**	,407**	,300*	-,138	1			
EMP	-,060	-,031	-,107	-,119	-,402**	-,010	-,194	-,157	-,120	,134	-,067	-,123	-,231	,081	,087	,159	1		
TOT	,290*	,221	,073	,455**	,109	,525**	,537**	,258	,184	,403**	,454**	,221	,558**	,745**	,269	,642**	,308*	1	

Da tali risultati, in particolare, si evince una marcata associazione tra dissociazione e alcuni tratti psicologici e gruppi di sintomi rilevanti per la diagnosi e il trattamento dei disturbi alimentari come la ricerca incessante della magrezza, la tendenza del soggetto a pensare, e ad avere, attacchi di incontrollabile sovralimentazione (abbuffate) ed un'eccessiva insoddisfazione per la forma in generale, e per la dimensione di quelle parti corporee che sono maggiormente coinvolte nei disturbi alimentari. Tale correlazione, inoltre, si evince anche con la scala CE che valuta il grado di confusione e di incertezza del soggetto, nel riconoscere e rispondere in modo preciso sia agli stati emotivi, sia a certe sensazioni viscerali collegate alla fame e alla sazietà. Inoltre, dalla suddetta tabella è possibile riscontrare correlazioni significative tra i punteggi ottenuti alla scala TOT della SAR e le scale IM, IN, SI, CE, I e IS dell'EDI-2.

Si evidenzia, infine, la presenza di relazioni significative tra dissociazione e alcuni tratti che contribuiscono a definire il costrutto dell'alessitimia quali la tendenza a esprimere le proprie emozioni, specie quelle di natura negativa, attraverso il proprio corpo (scala ESE) e la presenza di uno stile cognitivo caratterizzato da un pensiero aderente agli aspetti pratici della vita e poco interessato agli elementi simbolici (scala POE). Dall'Analisi della Varianza Multivariata (Tabelle 5 e 6) si evince che i quattro gruppi presentano differenze statisticamente significative nei punteggi riportati alla DES [$F_{(3, 49)} = 12.026$ $p < .05$] e nelle scale DIE [$F_{(3, 49)} = 11.134$ $p < .05$], DCE [$F_{(3, 49)} = 2.868$ $p < .05$], POE [$F_{(3, 49)} = 5.762$ $p < .05$], EMP [$F_{(3, 49)} = 4.001$ $p < .05$] e TOT [$F_{(3, 49)} = 5.590$ $p < .05$] della SAR. Dai confronti *post hoc* si evince che i soggetti con DAI presentano aspetti dissociativi maggiori rispetto ai soggetti con AN, BN e NAS (Tabella 7).

Tabella 5. Analisi della varianza eseguita sui punteggi riportati alla DES

	(I) diagn	(J) diagn	Differenza fra medie (I-J)	Errore std.	Sig.	
		Somme dei quadrati	Df	Media dei quadrati	F	Sig
DES	Fra gruppi	11808,291	3	3936,097	12,026	,000
	Entro gruppi	16037,194	49	327,290		
	Totale	27845,485	52			

Tabella 6. Analisi della varianza eseguita sui punteggi riportati alla SAR

		Somme dei quadrati	Df	Media dei quadrati	F	Sig
ESE	Fra gruppi	46,149	3	15,383	,929	,434
	Entro gruppi	810,983	49	16,551		
	Totale	857,132	52			
DIE	Fra gruppi	441,434	3	147,145	11,134	,000
	Entro gruppi	647,548	49	13,215		
	Totale	1088,981	52			
DCE	Fra gruppi	81,129	3	27,043	2,868	,046
	Entro gruppi	462,079	49	9,430		
	Totale	543,208	52			
POE	Fra gruppi	107,627	3	35,876	5,762	,002
	Entro gruppi	305,090	49	6,226		
	Totale	412,717	52			
EMP	Fra gruppi	76,484	3	25,495	4,001	,013
	Entro gruppi	312,195	49	6,371		
	Totale	388,679	52			
TOT	Fra gruppi	1155,757	3	385,252	5,590	,002
	Entro gruppi	3377,262	49	68,924		
	Totale	4533,019	52			

Tabella 7. Test di Bonferroni eseguito sui punteggi riportati alla DES

DES	AN	BN	-16,40800	6,72288	,110
		DAI	-41,17667*	7,11702	,000
		NAS	-8,83833	7,11702	1,000
	BN	AN	16,40800	6,72288	,110
		DAI	-24,76867*	7,00667	,005
		NAS	7,56967	7,00667	1,000
	DAI	AN	41,17667*	7,11702	,000
		BN	24,76867*	7,00667	,005
		NAS	32,33833*	7,38568	,000
		AN	8,83833	7,11702	1,000
		BN	-7,56967	7,00667	1,000
		DAI	-32,33833*	7,38568	,000

Le bulimiche, invece, presentano maggiori livelli di alessitimia rispetto ai NAS (Tabella 8.1). In particolare, i soggetti con AN hanno maggiori difficoltà a identificare le emozioni rispetto ai NAS e maggiori difficoltà a comunicarle rispetto ai BN. I soggetti con BN, inoltre, presentano maggiori difficoltà a identificare le emozioni rispetto a DAI e NAS (Tabella 8.2), un maggior pensiero orientato all'esterno rispetto agli AN e NAS e una mancanza di empatia maggiore rispetto agli AN (Tabella 8.3).

Tabella 8.1 Test di Bonferroni eseguito sui punteggi riportati alla scala TOT della SAR

Variabile dipendente	(I) diagn	(J) diagn	Differenza fra medie (I-J)	Errore std.	Sig.
TOT	AN	BN	-4,57143	3,08513	,869
		DAI	1,01190	3,26600	1,000
		NAS	8,51190	3,26600	,073
	BN	AN	4,57143	3,08513	,869
		DAI	5,58333	3,21536	,533
		NAS	13,08333*	3,21536	,001
DAI	AN	BN	-1,01190	3,26600	1,000
		DAI	-5,58333	3,21536	,533
		NAS	7,50000	3,38929	,190
	NAS	AN	-8,51190	3,26600	,073
		BN	-13,08333*	3,21536	,001
		DAI	-7,50000	3,38929	,190

Tabella 8.2 Test di Bonferroni eseguito sui punteggi riportati alle scale
DIE e DCE della SAR

Variabile dipendente	(I) diagn	(J) diagn	Differenza fra medie (I-J)	Errore std.	Sig.
TOT	AN	BN	-4,57143	3,08513	,869
		DAI	1,01190	3,26600	1,000
		NAS	8,51190	3,26600	,073
	BN	AN	4,57143	3,08513	,869
		DAI	5,58333	3,21536	,533
		NAS	13,08333*	3,21536	,001
	DAI	AN	-1,01190	3,26600	1,000
		BN	-5,58333	3,21536	,533
		NAS	7,50000	3,38929	,190
	NAS	AN	-8,51190	3,26600	,073
		BN	-13,08333*	3,21536	,001
		DAI	-7,50000	3,38929	,190
DIE	AN	BN	-1,14286	1,35091	1,000
		DAI	3,27381	1,43011	,158
		NAS	6,27381*	1,43011	,000
	BN	AN	1,14286	1,35091	1,000
		DAI	4,41667*	1,40794	,017
		NAS	7,41667*	1,40794	,000
	DAI	AN	-3,27381	1,43011	,158
		BN	-4,41667*	1,40794	,017
		NAS	3,00000	1,48410	,292
	NAS	AN	-6,27381*	1,43011	,000
		BN	-7,41667*	1,40794	,000
		DAI	-3,00000	1,48410	,292
DCE	AN	BN	3,22857*	1,14117	,040
		DAI	2,17857	1,20807	,465
		NAS	2,42857	1,20807	,300
	BN	AN	-3,22857*	1,14117	,040
		DAI	-1,05000	1,18934	1,000
		NAS	-,80000	1,18934	1,000
	DAI	AN	-2,17857	1,20807	,465
		BN	1,05000	1,18934	1,000
		NAS	,25000	1,25367	1,000
	NAS	AN	-2,42857	1,20807	,300
		BN	,80000	1,18934	1,000
		DAI	-,25000	1,25367	1,000

Tabella 8.3 Test di Bonferroni eseguito sui punteggi riportati alle scale
POE ed EMP della SAR

Variabile dipendente	(I) diagn	(J) diagn	Differenza fra medie (I-J)	Errore std.	Sig.
POE	AN	BN	-3,48571*	,92727	,003
		DAI	-1,86905	,98163	,377
		NAS	-,36905	,98163	1,000
	BN	AN	3,48571*	,92727	,003
		DAI	1,61667	,96641	,604
		NAS	3,11667*	,96641	,013
	DAI	AN	1,86905	,98163	,377
		BN	-1,61667	,96641	,604
		NAS	1,50000	1,01869	,884
	NAS	AN	,36905	,98163	1,000
		BN	-3,11667*	,96641	,013
		DAI	-1,50000	1,01869	,884
EMP	AN	BN	-2,97143*	,93800	,016
		DAI	-2,65476	,99300	,061
		NAS	-2,32143	,99300	,141
	BN	AN	2,97143*	,93800	,016
		DAI	,31667	,97760	1,000
		NAS	,65000	,97760	1,000
	DAI	AN	2,65476	,99300	,061
		BN	-,31667	,97760	1,000
		NAS	,33333	1,03048	1,000
	NAS	AN	2,32143	,99300	,141
		BN	-,65000	,97760	1,000
		DAI	-,33333	1,03048	1,000

4. Conclusioni

Come affermano recenti studi (Beato, 2003; Hallings-Pott *et al.*, 2005), i fenomeni dissociativi, ricoprono un ruolo significativo per la genesi, lo sviluppo e il mantenimento di una psicopatologia di tipo alimentare. In particolare, in uno studio condotto su 30 pazienti affette da DCA, Torem (1986), utilizzando la DIS-Q (*Dissociation Questionnaire*), riscontrò che 12 di esse presentavano stati dell'Io dissociati. Sanders (1986), autore di una nuova scala per misurare la dissociazione, la scala PAS (*Perceptual Alteration Scale*), evidenziò come alcune studentesse universitarie che praticavano abbuffate, riportavano un più alto grado di fenomeni dissociativi, rispetto ai gruppi di controllo composti da ragazze normali. Demitrack *et al.* (1990) studiarono le esperienze dissociative di 30 pazienti affette da DCA, confrontandole con 30 donne normali, scoprendo così che le pazienti presentavano livelli decisamente più alti di fenomeni dissociativi rispetto al gruppo di controllo; questo risultato fu replicato da Covino *et al.* (1994), i quali riscontrarono che le pazienti affette da BN riportavano punteggi più alti alla DES, rispetto al gruppo di controllo. Rosen e Petty (1994), in uno studio condotto su 142 studentesse, sottolinearono come il trattamento degli individui affetti da DCA dovrebbe comprendere una componente didattica per insegnare alle pazienti a riconoscere la loro tendenza alla dissociazione. Everill *et al.* (1995), riportarono correlazioni significative tra i

punteggi ottenuti ad una scala sulla dissociazione e la frequenza delle abbuffate e studiarono il legame tra dissociazione e disturbi alimentari in un gruppo clinico di donne bulimiche e in un gruppo non clinico composto da studentesse universitarie: nel gruppo clinico emergeva una correlazione significativa tra sintomi dissociativi e frequenza delle abbuffate, invece, nel gruppo non clinico, venne riscontrato che quando vi erano episodi bulimici, questi erano associati a esperienze dissociative. In uno studio relativo a 103 pazienti affette da DCA, Dalle Grave *et al.* (1995) riscontrarono, in tale campione, sia la netta prevalenza di sintomi dissociativi rispetto al gruppo di controllo (il 20% delle donne con disturbi alimentari riportava alti livelli di sintomatologia dissociativa) che una correlazione tra dissociazione e DCA, soprattutto nelle pazienti che presentavano una componente bulimica. Vanderlinden e Vandereycken (1998), indagarono la relazione tra esperienze traumatiche e fenomeni dissociativi in un gruppo di 98 pazienti affette da DCA. Vennero prese in considerazione, perché considerate gravemente traumatiche, le seguenti situazioni: violenza sessuale (intra ed extra familiare), maltrattamenti fisici, completa trascuratezza affettiva o abbandono durante l'infanzia e perdita di un familiare stretto. La percentuale complessiva di prevalenza del trauma generale risultò del 28% e il 20% di queste riportava violenze sessuali subite nell'infanzia. In particolare, le pazienti anoressiche del Sottotipo con Abbuffate/Condotte di Eliminazione, le pazienti bulimiche e quelle con disturbi atipici presentavano percentuali di esperienze traumatiche nettamente più alte rispetto alle anoressiche di tipo restrittivo. Questi dati dimostrano dunque l'esistenza di una stretta relazione tra la presenza di un'esperienza traumatica e il tipo di patologia alimentare, ricordando la frequente associazione tra traumi e dissociazione (Nijenhuis, 2004; Caretti & Craparo, 2008). I dati emersi dalla nostra ricerca non disconfermano le relazioni riportate in letteratura tra i Disturbi del Comportamento Alimentare, i fenomeni dissociativi e le difficoltà relative all'espressione delle emozioni (alessitimia). Come affermano Taylor *et al.* (1997), le persone affette da disturbi alimentari sono fondamentalmente alessitimiche, in quanto presentano *deficit* nel riconoscimento dei propri stati interni (fame, sazietà, senso di vuoto), nell'esplorazione del proprio mondo interiore e nella competenza necessaria per riconoscere ed esprimere le proprie emozioni. La mancanza d'informazioni sul proprio stato di benessere e sui propri desideri e bisogni, ostacola la creazione di confini stabili con gli altri incrementando, di conseguenza, la dipendenza dall'ambiente esterno per avere conferme e sicurezze (op. cit.). La dipendenza, infatti, costituisce un tratto fondamentale nelle persone affette da disturbi alimentari: la psicopatologia, se da un lato può configurarsi come una inconscia rivendicazione della propria autonomia dalla famiglia, dall'altro tende a ricreare rapporti simbiotici con le figure di riferimento (Bruch, 1987; Humphrey & Stern, 1988). Anche se l'"analfabetismo emotivo" non risulta essere esclusivamente correlato alle abbuffate, ai disturbi dell'immagine corporea o a una ricerca ossessiva della magrezza, esistono tuttavia evidenze empiriche del fatto che il costrutto dell'alessitimia sia legato a tratti psicologici tipici delle persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare. In particolare, la mancanza di consapevolezza enterocettiva, caratterizzata da confusione e incertezza nel riconoscere e rispondere in modo preciso sia agli stati emotivi, sia

a certe sensazioni viscerali collegate alla fame e alla sazietà (Garner, 1991), può essere ricondotto ad un errato riconoscimento delle proprie emozioni e sensazioni. La confusione relativa al funzionamento delle emozioni e alle percezioni del proprio corpo, è stata ripetutamente descritta come elemento importante nello sviluppo e nella persistenza dei casi di AN e BN (Garner & Bemis, 1985). In questo modo, il corpo assume una funzione vicariante, in quanto condensa nell'agito anoressico-bulimico contenuti psichici difficilmente comunicabili e scarsamente mentalizzati. Oggi tale *deficit* può essere concettualizzato anche all'interno della teoria del codice multiplo della Bucci (1984; 1997; De Coro & Caviglia, 2000), secondo cui gli schemi emotivi comprendono elementi subsimbolici (insiemi di sensazioni sensoriali, viscerali e cinestesiche) e simbolici (immagini e parole) legati fra loro da connessioni referenziali, la cui qualità è riflessa nei discorsi e nella narrativa degli individui. L'alessitimia implica l'assenza totale o la parziale disconnessione referenziale e, per questa ragione, le emozioni risultano collegate molto debolmente con le immagini e con le parole, venendo così vissute come elementi subsimbolici, quali: sensazioni somatiche, percezioni o impulsi agiti poco differenziati. Secondo le moderne teorie biopsicosociali, tali *deficit* possono essere spiegati - a livello dei fattori eziopatogenetici - da fattori ambientali relazionali precoci quali, in particolare, l'incapacità del *caregiver* di facilitare - attraverso la Funzione Riflessiva - un *pattern* di attaccamento sicuro nei propri figli, determinando un'insufficiente maturazione della mentalizzazione e della regolazione emotiva (Fonagy & Target, 2001; Schore, 2001; Caretti & La Barbera, 2005).

5. Bibliografia

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-IV-TR*. Tr. it. Milano: Masson, 2002.

Baiocco, R., Giannini A. M., Laghi F. (2005). *Scala Alessitimica Romana*. Trento: Erikson.

Beato, L., Rodríguez Cano, T., & Belmonte, A. (2003). Relationship of Dissociative Experiences to Body Shape Concerns in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 38-45.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 12, 727-735.

Bruch, H. (1987). The changing picture of an illness: Anorexia Nervosa. In J. L. Sacksteder & D. P. Schwartz, Y. Akabane (a cura di), *Attachment and the Therapeutic Process*. Madison: International University Press.

Bucci, W. (1984). Linking words and things: basic processes and individual variation. *Cognition*, 17, 137-153.

Bucci, W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Tr. it. Roma: Fioriti.

Caretti, V., & Craparo G. (2008) (a cura di). *Trauma e psicopatologia*. Roma: Astrolabio.

Caretti, V., & La Barbera D. (2005) (a cura di). *Alessitimia, valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio.

Caviglia, G., & Cecere F. (2007). *I disturbi del comportamento alimentare. L'approccio multidisciplinare per un intervento efficace*. Roma: Carocci.

Covino, N. A., Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Franko, D. L., & Frankel F. H. (1994). Hypnotizability, dissociation, and bulimia nervosa: an outpatient study. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 3, 455-459.

Dalle Grave, R., Rigamonti, R., & Todisco P. (1995). Trauma and dissociative experiences in eating disorders. *Documento presentato alla Quinta Conferenza Annuale di Primavera della Società Internazionale per lo Studio della Dissociazione*, Amsterdam.

De Coro, A., & Caviglia G. (2000). *La valutazione dell'attività referenziale*. Roma: Kappa.

Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brandt, H. A., & Gold P. W. (1990). Relation of clinical variables dissociative phenomena in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1184-1188.

Eizaguirre, A. E., Saenz de Cabezon, A. O., Ochoa de Alda, I., Olariaga, L. J., & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 2, 321-331.

Everill, J. T., Waller, G., & Macdonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 127-134.

Fabrizio Bombi, A., Bertin, I., Cristante, F., & Colombo, G. (1996). Un contributo alla standardizzazione della Dissociative Experiences Scale (DES) di Bernstein e Putnam. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 219, 39-46.

Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2*. Tr. it. Firenze: Organizzazioni Speciali.

Garner, D. M., & Bemis K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (a cura di), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.

Hallings-Pott, C., Waller, G., Watson, D., & Scragg P. (2005). State dissociation in bulimic eating disorders: an experimental study. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 37-41.

Humphrey, L. L., & Stern S. (1988). Object relations and family system in bulimia: a theoretical integration. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 337-350.

Lichtenberg, J. D. (1989). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995.

Krystal, J. H., Bennett, A., Bremner, J. D., Southwick, S. M., & Charney D. S. (1996). Recent development in the neurobiology of dissociation: implication for Post Traumatic Stress Disorder. In L. K. Michelson, W. J. Ray (a cura di), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum Press.

Marty, P., & De M'Uzan M. (1963). Le pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 1345-1356.

Nijenhuis, E. R. S. (2004). *La dissociazione somatoforme*. Tr. it. Roma: Astrolabio, 2007.

Rosen, E. F., & Petty, L. C. (1994). Dissociative states and disordered eating. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 266-275.

Sanders, S. (1986). The perceptual alteration scale: a scale measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 95-102.

Schore, A. N. (2001). The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 22 (1-2), 201-269.

Sifneos, P. E., Apfel-Savitz R., & Frankel F. H. (1977). The phenomenon of 'alexithymia'. Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 47-57.

Solomon, H. M. (2004). Self creation and the limitless void of dissociation: the "as if" personality. *Journal of analytical psychology*, 49, 635-656.

Taylor, G. J., Bagby R. M., & Parker J. D. A. (1997). *I disturbi della regolazione affettiva*. Tr. it. Roma: Fioriti, 2000.

Todarello, O., & Porcelli, P. (2002). *Medicina psicosomatica. Valutazione scientifica, integrazione organizzativa e costi sociali*. Milano: Franco Angeli.

Torem, M. S. (1986). Covert multiple personality underlying eating disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 357-368.

Vanderlinden, J., & Vandereycken W. (1997). *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Tr. it. Roma: Astrolabio Ubaldini.

Ricevuto: 6 aprile 2009. **Revisionato:** 23 ottobre 2009. **Accettato:** 10 novembre 2009.