

La narrazione della confidenza con il cibo come nucleo interpretativo dei disturbi alimentari
Eating confidence narration as etiological hypothesis of eating disorders

Prof. Vincenzo Masini, Dir. Prepos S.A., Libera Università del Counseling, Lucca
Dott. Cristina Lencioni, Dip. Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Univ. Pisa

Riassunto:

L'analisi delle storie di disturbi alimentari conduce ad una nuova visione del rapporto con il cibo che genera il concetto di confidenza. Per "confidenza" si intende la tipologia di rapporto con il cibo nei termini di capacità di riconoscimento gustativo e di sazietà soggettive ma anche di complessità oggettiva dell'alimento.

Il concetto di confidenza deriva dalle ricerche sull'*intuitive eating* e sulle dimensioni di sazietà e di fame che si sovrappongono alle dimensioni psicologiche dei processi di dipendenza/rifiuto connettendole ai sistemi di gusto/disgusto. Quando questa regolazione dinamico-intuitiva salta, prende forma quel valore emozionale e simbolico del cibo che è considerato il nucleo centrale delle patologie del comportamento alimentare (DCA).

La assenza di confidenza si modula in diffidenza, pseudoconfidenza e malfidenza come sistemi generativi della anoressia nervosa, della bulimia (e *binge eating disorder*) e dell'ortoressia. Esse possono essere rappresentate infatti come espressione di eccesso di proiezione dinamica (anoressia), eccesso di sostituzione emozionale (bulimia e *binge eating disorder*), eccesso di diffidenza simbolica (ortoressia).

Se ci interroghiamo sui motivi per un cui un alimento piace o non piace possiamo rintracciare nella nostra storia le esperienze che hanno determinato l'innescò del gusto e del disgusto, della accettazione e del rifiuto. E questo processo è funzionale e fisiologico nella progressiva apertura ai molteplici tipi di cibi con cui ci nutriamo. Tanto più la nostra individuale esperienza alimentare si è estesa senza traumi, tanto più siamo aperti ai sapori: quando il riconoscimento del gusto non è possibile può innescarsi la patologia alimentare.

L'origine della diffidenza appare così come esito di un "imbroglio alimentare" che il paziente ha vissuto fin dai primi anni della sua vita, se non addirittura dallo svezzamento, e la comprensione degli equivoci generati dall'imbroglio alimentare si collega all'intera dimensione psicologica del paziente. L'essere malfidenti verso il cibo ed esercitare verso gli alimenti un rifiuto generalizzato è tipico di soggetti che hanno subito manipolazioni nel processo di mediazione affettiva che il cibo ha rappresentato. Per pseudoconfidenza si intende la ricerca di un sapore appagante ma indefinito di cui il paziente pensa di avere la certezza del ricordo. La pseudoconfidenza genera la pulsione a ripetere attività piacevoli, collegate a ricordi intensi, allettanti ma imprecisi che prendono il sopravvento.

Il concetto di modulazione della confidenza si spinge alla analisi dei cibi nella loro oggettività, ovvero nella predisposizione che i cibi complessi (alto numero di ingredienti e di processi di manipolazione e cottura) hanno di diminuire la riconoscibilità del sapore e la sensazione di sazietà, anche per l'interferenza con il sistema visivo. La ricerca sulla percezione visiva dei cibi, corroborata dalle ricerche sulla assenza di DCA nei non vedenti, ha mostrato la differenza tra soggetti con DCA e senza DCA nella valutazione visiva dei cibi semplici o complessi. Si apre dunque una nuova prospettiva di terapia narrativa dei disturbi alimentari attraverso la ricerca nelle (raccolta delle) storie alimentari, della presenza di un rapporto pertinente (confidenza) tra sapore, gusto, emozione e senso dell'alimentazione per la sopravvivenza.

English version summary

The analysis of stories about eating disorders lead to a new vision of the relationship with food that produces the concept of *confidence*. For confidence we mean the relationship with food in terms of ability to recognize subjective taste and satiety but also objective complexity of the food.

The concept of confidence has been derived from the research on intuitive eating and on the dimension of satiety/hunger that overlap with the psychological dimensions of the processes of addiction/denial systems connecting them to taste/distaste. When this dynamic-intuitive adjustment leaps, then takes place the emotional and symbolic value of food that is considered the core of the eating disorders

The lack of confidence can be translated in “disconfidece” (mistrust), “pseudoconfidence” and “badconfidence” as generative systems of anorexia nervosa, bulimia (and binge eating disorder) and orthorexia. They may in fact be represented as an expression of excess dynamic projection (anorexia), over-emotional exchange (bulimia and binge eating disorder), excessive symbolic distrust (orthorexia).

If we ask ourselves about the reasons for which we like and dislike a food, in our history we can find the experiences that led to the initiation of taste/distaste, acceptance/rejection. This process is functional and physiological in the progressive opening up to multiple types of foods. The more our individual food experience has been extended without trauma, the more we are open to different flavours: if the recognition of taste is not possible, eating disorders can be triggered.

Parole Chiave: Medicina Narrativa, Intuitive eating, Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivi della analisi delle storie di disturbi alimentari

Le malattie alimentari presentano una ampia gamma di definizioni¹. Dal punto di vista clinico includono il diabete e altre patologie come la celiachia, che conducono alla *sonetness*², termine che descrive la riduzione di capacità relazionali, fino ai comportamenti patologici della bulimia, anoressia e ortoressia.

Attraverso le narrazioni sui disturbi alimentari diventa possibile oggettivare il vissuto patologico dei pazienti³⁻⁶. La ricerca svolta attraverso le storie, conduce all'ipotesi che la radice del disturbo alimentare sia individuabile nella modulazione della "confidenza" con gli alimenti. Per "confidenza" si intende la tipologia di rapporto con il cibo nei termini di capacità di riconoscimento gustativo e di sazietà soggettive ma anche di complessità oggettiva dell'alimento. Infatti il mancato riconoscimento del sapore dipende anche dalla complessità degli ingredienti e dal numero dei processi di lavorazione degli alimenti di uso comune.

Le ricerche sull'*intuitive eating*⁷⁻⁸ analizzano le pratiche adattive alimentari connettendo la sfera psichica e la patologia sulla base dell'esplorazione di quattro concetti cardine⁹:

- capacità di riconoscere quando si ha fame e quando si è sazi
- permesso incondizionato di mangiare ciò che si desidera quando si è affamati
- mangiare per ragioni fisiche piuttosto che emotive
- basarsi sui segnali interni di fame e sazietà per stabilire quando e quanto mangiare

Il questionario di *intuitive eating* non consente però di esplorare i gradi di confidenza nel rapporto tra persona e alimentazione, si rende quindi necessaria l'applicazione del modello narrativo per lo studio del rapporto patologico con il cibo.

L'obiettivo perseguito dalla analisi delle storie è il superamento delle dimensioni psicologiche dei processi di dipendenza/rifiuto¹⁰⁻¹¹ (adesione all'immagine corporea reclamizzata, gelosia tra sorelle, anaffettività materna, rimproveri paterni, forzature verso il cibo ecc.) che compaiono come tratti paradigmatici nelle seguenti storie vere:

Franca: ...Ricordo che, per l'assenza dei miei genitori, a casa mia rimanevano a dormire mia zia o mio zio materni, i quali essendo molto giovani mi coccolavano tantissimo, ero la loro bambolina... Loro sono stati la mia ancora di salvezza, il mio appiglio, considerando i seguenti presupposti: una mamma un po' frustrata che mi ha allattato pochissimo al seno e con dolore, e un papà che non c'era mai e che per una sua educazione rigida non era capace di dimostrare amore.

Quando nacque mia sorella cominció la gelosia. Mi accorgevo che gli occhi erano puntati su di lei e non avevo più la mia "onnipotenza". Questa situazione mi ha portato a stare male fino a non voler più mangiare, perché volevo diventare piccola come mia sorella. Questo rifiuto del cibo mi ha portato ad avere sempre meno appetito e ad essere molto selettiva nei cibi. Forse era l'unico modo che avevo per attirare l'attenzione... Difatti il cibo è diventato col tempo il modulatore del rapporto con gli altri e delle mie emozioni. Alla scuola materna lasciavo sempre la pasta e per non farmi punire dalla maestra (che dava le bacchettate sulle mani se non si finiva di mangiare) mettevo il mio piatto sotto quello degli altri e me la cavavo sempre.

Luisa:... Io, che credevo di essere libera, ho scoperto un bel giorno di essere "schiava" del divertimento, di non poter più controllare la mia voglia di vivere sensazioni e situazioni sempre nuove. Forse inconsciamente lo facevo per riempire la testa di cose sempre nuove e non pensare

al passato...

Sta di fatto che un giorno ho avuto un'illuminazione: non mi piacevano più i posti in cui andavo, non mi divertivo più, la gente che avevo attorno era diventata noiosa, i complimenti dei ragazzi erano talmente scontati che non mi facevano effetto, non mi entusiasmava più niente. E così ho scoperto il cibo.

Maria:...Avevo e un gran desiderio di autonomia, ma...la mia famiglia decideva tutto per me, vivevo in una "gabbia dorata" dalla quale non era possibile uscire. Mi sentivo soffocare. Iniziai a mangiare tutto quello che trovavo: aprivo il frigo senza sapere nemmeno il perché, non avrei voluto farlo, ma... vedevo tutte quelle cose appetitose e mi sembrava che mi sarei potuta riappropriare in quel momento di tutte quelle emozioni, della libertà e di quel senso di pienezza che mi mancavano. In realtà non sentivo nemmeno il sapore di quello che mangiavo, mettevo in bocca, masticavo rapidamente e inghiottivo a più non posso, finché non dovevo smettere perché mi sentivo scoppiare. Avevo imparato a scegliere cibi più soffici perché facevo meno fatica a tirarli giù e anche liberarmene era più semplice. ...Dopo essermi ingozzata.. arrivavano i sensi di colpa: perché ancora una volta non ero riuscita a controllarmi? Perché ero così debole? Dove era finita la mia forza di volontà? Mi sarei strappata di dosso anche la pelle pur di liberarmi di tutte quelle sensazioni. Poi correvo a vomitare. Ormai avevo imparato benissimo: due dita in gola finché non iniziavano i conati e poi giù finché non mi ero svuotata del tutto. A volte provavo ad aspettare ma poi non ce la facevo, sentivo crescere il desiderio di liberarmi, di vuotarmi e iniziavo il rituale. Dopo il vomito mi sentivo di nuovo magra, all'inizio lo vivevo come una vera liberazione, dopo un po' a forza di vomitare iniziò la gastrite, sul viso comparvero primi capillari che si rompevano in seguito allo sforzo.... avevo paura di essere scoperta!! Non era più vita, mi sentivo sdoppiata, in balia delle mie emozioni.

Romina: Avevo 16 anni, al Liceo non ero una persona particolarmente brillante. Per ottenere dei bei voti ero costretta a stare ore e ore sui libri. Mia madre diceva che realizzarsi nella scuola e nel lavoro era " tutto" io facevo il massimo per soddisfarla, e del resto avere bei voti mi gratificava. A forza di studiare e studiare per il profitto, avevo poche e amiche e non avevo alcuna passione. Ero sempre stata normopeso, ma la vita troppo sedentaria mi aveva portato ad assumere forme "rotondeggianti"...ed era comparsa un po' di cellulite. Un giorno eravamo in un negozio del centro provo un paio di jeans skin e, presente mia mamma, non riesco ad indossarli. Lei mi dice che sono ingrassata per colpa delle troppe "schifezze" che mangiavo. Me lo dice con disprezzo...Mi sento morire. Iniziano le preoccupazioni. Senza dire niente a nessuno tento di mettermi a dieta. Nel giro di mesi perdo due, tre chili. E così, con la stessa determinazione con cui studiavo ore e ore mi metto "a dieta". Questa volta la dieta è severa. Ho fame.. ma devo tenere duro. Non vomitavo, perché ho il terrore del vomito. Prendevo purghe però. Riesco a dimagrire, ormai sono sottopeso, ma ancora non basta. Inizio a sentirmi stanca di tutto. Passa un anno, non ho più le mestruazioni, perdo i capelli. Nessuno sembra accorgersi di niente, i miei, le cosiddette amiche, hanno decisamente cose più importanti a cui pensare.

Giorgia:.. C'è chi crede che l'anoressia nasca dalle modelle. Dicono che le ragazzine vogliono assomigliare alle divette della Tv. Dicono che è spirito di emulazione. Faccio outing, io sono un'ex anoressica e le modelle non c'entrano nulla. Sono un'ex anoressica che si è lasciata morire di fame consapevolmente. Non voleva apparire più bella, voleva soltanto scomparire.

Quale metodo migliore che dimagrire fino ad essere invisibile? Scientificamente ho smesso di mangiare. La mia non voglia di cibo coincideva come la mia voglia di scomparire da questo mondo. Un telo sulla mia vita e via. Era l'unica cosa che volevo veramente. Progressivamente le dosi di cibo sono diminuite, i vestiti sono diventati sempre più grandi, il cibo è poi diventato quasi nulla. Io non me ne accorgevo nemmeno. In poco tempo sono diventata uno scricciolo di 37 kg appena. Non mi sentivo bella e non mi sentivo nemmeno brutta. Non mi sentivo, stop. Non avevo voglia di far nulla. Il ciclo è scomparso, non me ne sono curata. Come fai a curarti del tuo corpo quando stai così male dentro? Come fai a pensare a mangiare quando l'unica cosa che vorresti veramente è scomparire?¹²

Giulio: ...la mia inquietudine e diffidenza non mi consentivano di capire cosa mi stava succedendo, non mi accorgevo di dimagrire fino a quando un mio amico non mi ha fatto notare che ero diventato schizzinoso in modo quasi maniacale... sperimentavo diffidenza verso molti tipi di cibi e li valutavo costantemente per le calorie che contenevano. Tutto era iniziato da quando la dietologa mi aveva insegnato il valore nutritivo di ogni alimento e questa consapevolezza era diventata una ossessione, avevo cominciato ad operare scelte sistematiche degli alimenti.

“Io ho il mio stile!” dicevo e mi appoggiavo a regole precise e imprescindibili, senza le quali non potevo valutare il significato degli alimenti. Ero diventato esperto di dietoterapie. Sapevo, e purtroppo so ancora, tutto su alimenti con elevato e basso indice glicemico, alimenti yin e alimenti yang, alimenti a polarità minus e alimenti a polarità plus. La mia vita era organizzata sulla base del rifiuto di zuccheri e sostanze dolcificanti, sulla scelta di proteine animali e vegetali e sulla funzione alimentare dei cereali, dei legumi, degli ortaggi e della frutta, ed anche sui processi di cottura dei cibi.

Passavo molto tempo a discutere con amici e parenti che non comprendevano e condividevano le mie scelte senza rendermi conto che gli alimenti non avevano per me più alcun gusto... era come se il concetto stesso di sapore fosse totalmente scomparso. L'ansia che mi divorava era totalmente localizzata nel fatto che tutto dipendeva dal cibo: la mia giornata cambiava a seconda di ciò che avevo mangiato. L'esito di un lavoro, di una relazione, anche di un rapporto sessuale, dipendeva dalle proprietà del cibo ingerito... anche la fortuna o la sfortuna erano legate al cibo...

Il metodo di analisi del cibo come narrazione emozionale

Dal punto di vista psicologico³ l'investigazione sui disturbi alimentari avviene sulla base della trasposizione degli schemi di accettazione/rifiuto sui sistemi di gusto/disgusto^{13,14} mediante processi di proiezioni, negazione e scissione. Sul piano della relazione con il paziente discende che i processi proiettivi di rabbia, o ansia, richiedano lo spegnimento della tensione interna del paziente attraverso la comprensione da parte del medico³. “Io la capisco!” è la frase che consente l'emersione della storia in cui si può individuare lo specifico emozionale che ha prodotto la **diffidenza** nei confronti del cibo.

La dipendenza da cibo scaturisce invece da processi di negazione, o rimozione, ed il paziente ha bisogno di consolazione mediante narrazioni. La ricerca di un sapore finalmente saziante implica una **pseudoconfidenza** con un cibo che non sazia il vuoto interiore associato all'abbandono ed alla rabbia vissuta dal paziente¹⁵.

La forte confusione interiore presente nell'atteggiamento alimentare ortoressico è esito di

scissioni. La mancanza di un pieno contatto con se stesso e con una personale storia mai compiutamente detta e raccontata si manifesta come **malfidenza** nei confronti del cibo. Ovviamente in ciascun paziente vi è un mix di negazioni, scissioni o proiezioni che hanno bisogno di essere esplorate nello specifico della sua storia alimentare/emozionale.

Il cibo costituisce fin dall'infanzia uno dei principali veicoli delle relazioni: dal latte materno, che sta alla base dell'intelaiatura delle relazioni di appagamento e benessere individuale fino all'agape conviviale, il cibo è gratificazione, relazione, sicurezza, memoria e identità¹⁶⁻¹⁸. Primariamente investito dalla tenerezza della suzione, o dall'aggressività del mordere, fino al rifiuto-ribellione nei confronti del sistema familiare mediante abbuffate compensatorie o digiuni di protesta.

Il cibo può essere tossico o curativo, può suscitare timori, diffidenza, fobie, può consolare, calmare eccitare, sedare, può essere considerato alla stregua di una droga e dare dipendenza sia nel senso dell'eccesso che nel rifiuto. L' analogia tra dipendenza da cibo e quella da droghe è stata validata da ricerche neurofisiologiche sul sistema dopaminergico e tramite l'utilizzo di tecniche di imaging cerebrale^{19,20}.

Il rapporto con il cibo è fisiologicamente regolato dalla fame e dal gusto/disgusto. Quando questa regolazione dinamico-intuitiva salta, prende forma un valore emozionale e simbolico del cibo che è considerato il nucleo centrale delle patologie del comportamento alimentare (DCA). La rappresentazione emozionale del cibo (accettazione e riconoscimento o rifiuto ed equivoco) conduce a squilibri psicologici che si manifestano nei DCA e non traggono giovamento né da restrizioni caloriche né da terapie dietetiche.

Inoltre le restrizioni nutrizionali delle diete sembra che possano essere un fattore predisponente all'insorgenza dei DCA, tanto che, tra gli adolescenti, ne aumentano da 5 a 18 volte il rischio²¹. Kinzl et al. affermano che le pazienti con bulimia nervosa hanno praticato diete prima di sviluppare il disturbo²². Infatti l'ambivalenza e la confusione emozionale presente nei soggetti predisposti ai DCA si rafforza e si estrinseca nell'oggetto dieta; questi soggetti non trovando soddisfazione o meglio compimento "emozionale", nonostante i risultati della dieta, tendono a polarizzare oltre misura l'attenzione sul cibo. Le diete sono incentrate sui contenuti calorici, sui cibi "salutari" e, solo marginalmente, su gusto/disgusto e per nulla sulla valenza emozionale degli alimenti tanto che la carenza di serotonina plasmatica indotta da alcuni tipi di diete, può indurre un disturbo dell'umore, concausa di DCA²³.

L'enigma fisiopatologico costituito dai DCA vede inserire tra le patologie psichiatriche dall'American Psychiatric Association, a metà degli anni '90²⁴ l'anoressia nervosa, bulimia e il *Binge eating disorder* (disturbo da episodi di iperalimentazione compulsiva),.

Oltre a queste 3 patologie, contemplate nel DSM IV, stanno emergendo nuove forme di disturbi alimentari come l'ortoressia^{25,26}(forma di attenzione abnorme alle regole alimentari, alla scelta del cibo e alle sue caratteristiche).

L'analisi della dimensione emozionale nel rapporto con il cibo può giungere ad un ulteriore approfondimento attraverso sintetiche narrazioni centrate sul vissuto del gusto in sintonia con i concetti dell'*intuitive eating* e nella prospettiva di comprendere la confidenza con il cibo. Attraverso le storie è possibile leggere nelle diverse patologie un eccesso di proiezione dinamica (anoressia), un eccesso di sostituzione emozionale (bulimia e *binge eating disorder*), un eccesso di diffidenza simbolica (ortoressia).

Marco:...il sapore della mortadella nostrale e dell'insieme di spezie che la insaporiscono, la cosiddetta Droga Regina, che ho assaggiato alcuni giorni fa ha fatto emergere il ricordo nitido

di scampagnate fatte da bambino... mi sono comparsi nella mente i visi delle persone ...non so se per il sapore della mortadella ma molto più probabilmente delle spezie usate come insaporitore della carne o della salsicce...

Emilia: ... sono gli odori che non mi piacciono... o gli abbinamenti tra cose... a me piace tutto... tranne il cervello, le interiora... ricordo un panino con la milza che mi dava il vomito, anche il nero di seppia... detesto i paciughi, cioè i cibi raffazzonati e prodotti da un insieme disordinato e non curato, non tritato bene. Ora che ci penso potrei definire "papponi" le cose che non riesco a mangiare. Se vedo che le persone hanno rispetto per il cibo, lo trattano bene, allora mangio volentieri. Detesto i papponi asciutti, amo il cibo vellutato.. morbido. Ricordo quando da piccola mi portavano al mare, sulla sabbia, e mi davano un panino asciutto che ingoiavo a fatica bevendo sorsi d'acqua ad ogni boccone...tutte queste cose mi danno idea di soffocamento... ho sempre avuto paura di morire soffocata...Io però riesco a mangiare anche ciò che non mi piace.

Laura:... il mio pasto preferito da piccola era il minestrone di verdura che mi preparava sempre mia nonna. Da piccola avevo smesso di mangiare e solo mia nonna aveva capito che non mi piaceva la carne e mi preparava il minestrone... che era l'unica cosa che mangiavo...Non passavo molto tempo con i miei genitori e stavo tutto il tempo con mio nonno che era una allevatore ed avevo assistito al mattatoio all'uccisione di maiali, di mucche, di agnelli... Avevo sentito l'odore del sangue e mi sembrava di riconoscere quel gusto in tutte le cose che mangiavo... dunque rifiutavo il cibo, mi ero ammalata ed avevo perso molti chili. Le minestre di mia nonna mi hanno alimentato e da allora sono diventata vegetariana... ancora oggi però quando mangio mi sembra di sentire quel sapore e quell'odore di sangue e riesco a mangiare solo se sono certa che chi ha cucinato non abbia contaminato il cibo con alimenti animali. Ad essere sincera non so che sapore abbia la carne, non lo saprei riconoscere se non attraverso il disgusto che mi genera.

Franca: non ricordo i sapori dei cibi della mia infanzia perché erano sempre consumati in fretta ed in silenzio intorno a quel tavolo di cucina in cui c'erano sempre liti o tensioni e noi dovevamo tacere e mangiare...mi ricordo bene il sapore del tiramisù che mia madre preparava quando era festa e venivano a pranzo tutti i parenti... erano giornate belle e mia madre era aperta ed affettuosa anche se voleva a tutti i costi che tutti mangiassimo il suo dolce... ricordo che dovevo prenderne una doppia porzione e così lei era contenta e sorrideva. Ancora oggi cerco nei dolci il sapore di quella pienezza di cui ho il ricordo nitido anche se non riappare mai nei dolci che mangio nelle mie abbuffate...

Luca: Secondo me le cose non sanno di nulla... non capisco tutta quella gente che si affanna ad andare a cena in quel ristorante o quell'altro. Anzi trovo odiose tutte le discussioni in cui si parla di cibo come se fosse il piacere più eccelso. Forse il mio disturbo alimentare dipende da un difetto dei miei organi di senso. Non sento i sapori dei cibi raffinati che gli altri declamano, mi sembrano tutti uguali e indistinti. Io mangio quello che mi basta e sono convinto che poche cose mi facciano davvero bene. Mi criticano perché dimagrisco ma non si rendono conto che sono le loro grandi mangiate a fare davvero schifo...

Il distanziamento culturale dall'intuitive eating

La lettura di storie che raccontano l'inesco di accettazione o rifiuto verso gli alimenti, pur corroborando le interpretazioni psicologiche, apre una finestra conoscitiva sui rischi delle nostre attuali abitudini alimentari. Non siamo più connessi alla cultura contadina ed ai suoi ritmi biologici, alle abbondanze e carestie, alla visione che l'eccesso alimentare sia connesso alla colpa (Tommaso D'Aquino inserì tra i 7 peccati capitali la gola) e il digiuno connesso alla virtù; il cibo non è più vissuto come nutrimento ma come libertà alimentare anarchica e deresponsabilizzata, il mangiare non appare più un processo collettivo di convivialità sociale ma è sostituito da un vissuto individuale legato a spazi, scenografie, simbologie, scansioni temporali, modalità disgiunte dai contesti familiari^{13,16,27}.

La storia del cibo presenta narrazioni di modelli archetipici³ attraverso i proverbi o i “detti famosi” che mostrano un progressivo distaccarsi dalla confidenza con i cibi:

Fa che il cibo sia la tua medicina e la medicina il tuo cibo (Ippocrate)

Si dice che l'appetito vien mangiando, in realtà viene a star digiuni (Totò)

Quando lo stomaco è pieno, è facile parlare di digiuno (San Girolamo)

La fame è il miglior condimento (Cicerone)

Non c'è uomo che non possa bere o mangiare, ma sono in pochi in grado di capire che cosa abbia sapore (Confucio)

Non riesco a sopportare quelli che non prendono seriamente il cibo (Oscar Wilde)

Il cibo è la forma più primitiva di conforto che io conosca (Sheila Graham).

L'uomo è ciò che mangia. (L. Feuerbach)

Detesto l'uomo che manda giù il suo cibo non sapendo che cosa mangia. Dubito del suo gusto in cose più importanti (Charles Lamb)

La scoperta di un piatto nuovo è più preziosa per il genere umano che la scoperta di una nuova stella (Anthelme Brillat-Savarin)

E' una superstizione insistere su una dieta particolare. Tutto alla fine è fatto degli stessi atomi chimici (Ralph Waldo Emerson)

La caratteristica della *nouvelle cuisine* è quello di svuotare il portafogli senza riempire lo stomaco (Philippe Bouvard)

Questi detti, ovvero assunti che appaiono come sintesi di narrazioni, mostrano l'invarianza della emozionalità nel cibo ed il suo un progressivo pervertirsi quando il riconoscimento istintivo del senso del cibo non funziona più.

Le nuove generazioni occidentali non hanno mai vissuto il cibo come bisogno di pura sopravvivenza ma come esperienza emozionale la cui funzione e simbologia è sempre più legata a contesti urbani e metropolitani privi di identità, storia, relazioni (basti pensare ai *fast-food*).

Disturbi alimentari e complessità/semplificati dei cibi

Se ci interroghiamo sui motivi per un cui un alimento piace o non piace possiamo rintracciare nella nostra storia le esperienze che hanno determinato l'inesco del gusto e del disgusto, della accettazione e del rifiuto. E questo processo è funzionale e fisiologico nella progressiva apertura ai molteplici tipi di cibi con cui ci nutriamo. Tanto più la nostra individuale esperienza alimentare si è estesa senza traumi, tanto più siamo aperti ai sapori: da quello del latte materno fino, con l'aggiunta dell'agrodolce, ai formaggi ed alla carne, oppure con l'aggiunta del sale alle verdure, con l'aggiunta di zuccheri ai dolci ed ai carboidrati, ecc...

L'ipotesi desunta dalle narrazioni sul tema dell'alimentazione e i suoi disturbi conduce ad uno scenario di investigazione più ampio e stimola l'individuazione di vie di uscita originali e sperimentali: **quando il riconoscimento del gusto non è possibile può innescarsi la patologia alimentare.**

I risultati di una ricerca condotta sulle storie di alimentazione in un campione di volontari ha confermato come il rapporto con i cibi non sia lineare ma legato alle emozioni, alle abitudini e alle tradizioni che conducono a riconoscere, e consolidare il riconoscimento, del sapore dei cibi.

Questo riconoscimento dipende sia dalla **semplicità** del cibo che dalla **confidenza** che le persone hanno con quel cibo. Per semplicità si intende la natura del sapore base di un alimento, per confidenza si intende la durata, la frequenza e il ricordo del rapporto con quel cibo. Più precisamente la natura del sapore può essere definita come il livello di stimolazione neuronale prodotto dalla combinazione di gusto, olfatto e stimolazione visiva prodotti da un cibo.

Il concetto di semplicità è tutt'altro che intuitivo poiché i cibi normalmente consumati sono composti da un minimo di 8-10 ingredienti ad un massimo di 60 e sono prodotti da processi alimentari multipli molto numerosi (anche una ventina).

A titolo esemplificativo proponiamo l'analisi di alcuni alimenti comuni che abbiamo sottoposto al campione di ricerca: Spaghetti alla carbonara: 11 ingredienti (acqua, farina, sale, uova, parmigiano, carne di maiale, sale, pepe, grasso di maiale, coloranti, additivi chimici). Operazioni unitarie di preparazione: molitura, ebollizione, pastorizzazione, cagliatura, frittura, emulsione, stagionatura, salamoia, affumicamento, cottura.

Pizza margherita: 13 ingredienti (acqua, farina, sale, olio, lievito, pomodori pelati, zucchero, sale, mozzarella, additivi chimici, basilico). Operazioni unitarie di preparazione: molitura, pastorizzazione, scottatura, cottura forno, cagliatura, lievitazione, spremitura.

Hamburger *fast food*: 37 ingredienti (aceto di vino, acqua, amido modificato, aromi, burro, cetrioli, cipolla, concentrato di pomodoro, concentrato di proteine del latte, crema di latte, cumino, farina, farina di semi di carrube, formaggio, gomma di guar, grassi idrogenati, insalata, latte pastorizzato, lievito, maionese, olio, olio di palma, olio di semi di girasole, pomodori, proteine del latte, sale, sciroppo di glucosio, senape, siero di latte concentrato, spezie, succo di limone concentrato, tuorlo di uova fresche pastorizzate, uova fresche pastorizzate, zucchero, zucchero caramellato, carne di maiale, carne di manzo, pancetta, semi di cumino). Operazioni unitarie di preparazione: molitura, ebollizione, pastorizzazione, cagliatura, frittura, emulsione, cottura, stagionatura, salamoia, affumicamento, frollatura, cottura alla piastra, marinatura.

Risultati della ricerca sulla confidenza con i cibi

La confidenza determina la minore o maggiore riconoscibilità di uno specifico sapore legato alle abitudini, alla cultura, alla memoria, alla reperibilità di uno specifico cibo. La **confidenza** è l'esatto contrario della **diffidenza** dell'ortoressico, della **malfidenza** dell'anoressico e della **pseudoconfidenza** del bulimico.

L'esplorazione narrativa di tali categorie di rapporto con il cibo sgretola progressivamente le false credenze sulla alimentazione umana per ricentrare l'attenzione sulla formazione dell'esperienza del gusto. L'origine della diffidenza appare così come esito di un "imbroglio alimentare" che il paziente ha vissuto fin dai primi anni della sua vita, se non addirittura dallo svezzamento, e la comprensione degli equivoci generati dall'imbroglio alimentare si collega all'intera dimensione psicologica del paziente. L'essere malfidenti verso il cibo ed esercitare verso gli alimenti un rifiuto generalizzato è tipico di soggetti che hanno subito manipolazioni nel

processo di mediazione affettiva che il cibo ha rappresentato. La sensazione di essere stati rifiutati, e la interpretazione delle giustificazioni del rifiuto come manipolazioni, conduce ad un rifiuto generalizzato di sé, della propria crescita e l'emersione di una volontà perversa di annullamento. Per pseudoconfidenza si intende la ricerca di un sapore appagante di cui il paziente pensa di avere la certezza del ricordo. Ma tale sapore è indefinito e diventa rintracciabile nei cibi complessi come effetto della liberazione massiccia dei neurotrasmettitori cerebrali. La dopamina liberata satura i centri del piacere. Non è dunque un effettivo riconoscimento gustativo ma solo una esaltazione complessiva dei recettori.

La pseudoconfidenza genera la pulsione a ripetere attività piacevoli, collegate a ricordi intensi, allettanti ma imprecisi che prendono il sopravvento. La dopamina, che collega il sistema limbico (le emozioni) con l'ippocampo (la memoria) sale oltre i limiti, rompendo i freni inibitori: la funzionalità dei lobi frontali, responsabili del controllo e della forza di volontà, è ridotta in chi soffre di dipendenza.

I meccanismi di dipendenza dal cibo evidenziano come particolari cibi, i cosiddetti *junk food*, tendono a creare dipendenza in chi li assume. Esperimenti condotti su animali hanno dimostrato che gli animali nutriti *ad libitum* con cibi grassi e molto elaborati (*cheesecake*, pancetta e salsicce) perdono l'abilità di riconoscere la sazietà e continuano a mangiare. L'analisi del cervello di questi animali mostra come i cibi troppo complessi alterino l'equilibrio chimico nei "circuiti di ricompensa", le parti del cervello che gestiscono la dopamina²⁰. L'alto numero di ingredienti e dei processi di preparazione aumenta il gusto ma diminuisce la riconoscibilità del sapore e satura i recettori.

Nella diffidenza viene proiettato sul cibo un alone tossico stressante che alza il livello del cortisolo ed interferisce con i livelli di endorfine e dopamina stimolando i meccanismi di evitamento del cibo a seguito di una sensazione di sazietà e di disgusto. Tale sensazione si estende all'insieme di percezioni corporee e stimola la necessità di eliminazione della tossicità attraverso fatiche fisiche esercitate in modo compulsivo. Il punto di arrivo del processo stressogeno è il *break down* nervoso della ascisi anoressica, ovvero della sazietà assoluta. Tale sublimazione è incompatibile con la vita.

Nella malfidenza ortoressica, infine, i soggetti con regimi alimentari restrittivi, sviluppano una preoccupazione stressante nei confronti del cibo che però non evolve in sensazione di sazietà. In essi lo stimolo della fame è tenuto sotto controllo dalla ansia di non contaminazione. Il bisogno di purificazione attiva un conflitto bilanciato tra *stress* da dopamina naturale per necessità alimentare e *stress* da dopamina di controllo sul precedente *stress*. Nell'ortoressico si attua un circuito di paradossale *intuitive eating*, ovvero la ricerca di una alimentazione adattiva completamente mentalizzata.

Il sistema di confidenza con il cibo mette in atto una equilibrata formazione del desiderio di percezione del sapore che non attiva solo il sistema gustativo ma fa entrare fortemente in gioco anche il sistema visivo. La visione di un alimento condiziona notevolmente le aspettative di gusto, le proiezioni sul piacere o i processi di rifiuto, tanto è vero che i DCA sono pressoché sconosciuti tra i non vedenti²⁸⁻³³. La prevalenza del sistema visivo influenza le altre caratteristiche sensoriali tanto è vero che le persone, quando devono identificare un alimento, reagiscono più al suo colore che al suo aroma. Alcuni esperimenti hanno addirittura dimostrato come molti soggetti non sappiano distinguere l'aroma di cibi che dovrebbero essere riconosciuti immediatamente (carne, pesce, verdura), quando sono costretti ad utilizzare solo l'aroma per riconoscerli (cibi ridotti in purea e fatti assaggiare a persone bendate). A questo scopo, per

validare il concetto di confidenza, è stato costruito un test visivo con la rappresentazione fotografica di cibi e sottoposto all'attenzione di due gruppi, con e senza DCA.

La raccolta di storie di vita alimentare (precedentemente presentate in sintesi ridotta) mostrava come le persone senza DCA avessero un rapporto più immediato con il cibo ed una preferenza per i cibi semplici. Le persone con DCA invece manifestavano una crescente emozionalità problematica di fronte alla visione dei cibi in funzione della loro crescente complessità e cioè una minore confidenza.

Il test di comparazione tra i tipi di risposta alla visione di alcuni piatti ha mostrato la differenza di risposta tra soggetti con DCA e senza DCA. Di seguito alcuni esempi di risposta con a fianco l'alimento presentato e tra parentesi il numero degli ingredienti.

Soggetti **con** disturbi alimentari:

1. Da giovane la spolpavo ora la snobbo per motivi etici e salutari (5) bistecca con insalata
2. A volte mi piace a volte no, ha un sapore forte che non sempre mi ci va (5) bistecca con insalata
3. Non mi piace mi obbligavano a mangiarlo fin da piccola (8) pesce al forno
4. Non la mangio quasi mai (11) pasta alla carbonara
5. Non mi piace (11) pasta alla carbonara
6. Bene o male è sempre carne, poi è banale (12) spezzatino con piselli
7. Mi piace, d'estate lo mangio, forse non mi piace la foto? (12) spezzatino con piselli
8. Mi piace ma mi da problemi (12) spezzatino con piselli
9. La adoro (13) pizza
10. Mi piacciono ma so che fanno male (22) melanzane parmigiana
11. Le mangio d'estate, molto volentieri a volte mi "convogliono" (22) melanzane alla parmigiana
12. Mi piacciono e le mangio spesso anche se sono pesanti (22) melanzane parmigiana
13. Se fatto bene è buonissima ma la foto è squallida (22) melanzana parmigiana
14. E' il mio piatto preferito, mi piace sempre e lo mangio spesso (37) hamburger del fast food

Soggetti che **non** presentano disturbi alimentari:

15. Uno dei miei piatti preferiti (5) bistecca con insalata
16. E' proprio gustosa (5) bistecca con insalata
17. Mi piacciono e lo mangio spesso (8) pesce al forno
18. Fatta bene è buonissima (11) pasta alla carbonara
19. Mi piace tantissimo (11) pasta alla carbonara
20. Non lo mangio quasi mai, però mi fa venire l'acquolina (12) spezzatino con piselli
21. Mi piace come lo fa mia madre (12) spezzatino con piselli
22. Mi piace (12) spezzatino con piselli
23. Mi piace solo se sono in un ristorante (13) pizza
24. Non mi piacciono molto (22) melanzane parmigiana
25. Mi piacciono veloci e saporite (22) melanzane parmigiana
26. Mi piacciono, ma non le desidero (22) melanzane parmigiana
27. Non le mangio quasi mai perché non le so cucinare!!! (22) melanzane parmigiana
28. Lo trovo pesante e immangiabile (37) hamburger del fast food

Questo dato indica una importante novità: il rapporto con i cibi è problematico nei soggetti con DCA non solo in ragione di disturbi psicologici ma anche in funzione della complessità degli

alimenti, a conferma di quanto affermato dalle ricerche sull'*intuitive eating*^{34,35}. I soggetti senza DCA presentano affermazioni emozionali verso la visione di cibi non complessi mentre, al crescere della complessità, danno risposte più dinamiche o simboliche. Al contrario i soggetti con DCA mostrano affermazioni emozionali verso i piatti con maggior complessità (affermazioni simbolico-cognitive: 1, 2, 3, 7, 23, 26; dinamico-interattive: 4, 8, 10, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 26, 28; emozionali: 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 21).

Narrazione e terapia

Le evidenze rintracciate attraverso le storie indicano che:

- 1) Il disturbo alimentare è un sintomo dei problemi psicologici del paziente ma è anche causato dalla caduta di contatto pertinente (confidenza) tra sapore, gusto, emozione e senso della alimentazione per la sopravvivenza.
- 2) Gli alimenti complessi (alto numero di ingredienti e di processi di lavorazione) hanno minor riconoscibilità gustativa e probabilmente facilitano l'insorgenza di disturbi.
- 3) Le storie alimentari sono un importante strumento per la rieducazione a riconoscere il gusto. Le storie possono condurre a riconoscere il sapore dei cibi semplici ed accrescere la consapevolezza della complessità degli ingredienti e del numero dei processi di trasformazione che rendono taluni cibi (*fast food, junk food*) "appetitosi" ma che in realtà sottendono la potenzialità drammatica di indurre dipendenza.
- 4) Tanto più un cibo è complesso, in ragione del numero degli ingredienti, degli additivi coloranti e dei processi di preparazione, tanto più è potenzialmente pericoloso per il possibile contribuire alla focalizzazione sul cibo di qualche disturbo psicologico.

Il counseling alimentare ha come obiettivo quello di rieducare il paziente all'*intuitive eating* cioè al meccanismo spontaneo e innato di regolazione del comportamento alimentare che assicura l'assunzione dei cibi di cui un individuo ha bisogno per mantenersi in forma.

E' stato visto che gli individui che si alimentano in base a questo principio tendono a mantenere un peso corporeo adeguato per la loro struttura fisica in quanto sono in maggiore sintonia con le necessità del loro corpo. Queste persone tendono inoltre ad essere meno a rischio di abbuffate, consumo ossessivo di certi cibi, diete estreme o continua necessità di mangiare qualcosa.

La raccolta di storie sulla confidenza con i cibi e sul loro riconoscimento gustativo può diventare un utile esercizio terapeutico per ristabilire l'equilibrio alimentare.

Bibliografia

1. Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. Eur J Intern Med. 2011; 22(2):153-60.
2. Corposanto C. Celiachia, malattia sociale. Salute e Società, Milano: Angeli.. 2011.
3. Masini V. Medicina Narrativa. Milano: Ed F. Angeli. 2005.
4. Masini V. Narrative medicine e medicine alternative nella percezione degli studenti di medicina (in coll. con Masini Daniele). Salute e Società, Milano: Ed Franco Angeli. 2005.
5. Masini V. Psichiatria narrativa e counseling relazionale. Salute e società. Ed. Franco Angeli 2010; 34.
6. Masini V (in coll.). Narrative medicine e medicine complementari nella percezione degli studenti di medicina, in Secondulfo D, Medicina/Medicine. Le cure "altre" in una società che cambia Salute e società. Ed. Franco Angeli 2010; 23.
7. C Carper JL, Fisher JO, & Birch, LL. Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. Appetite. 2000; 35, 121-129.
8. Tylka TL, Wilcox JA. Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct? Journal of Counseling Psychology. 2006;53 (4): 474-485.

9. Tyłka TL. Development and Psychometric Evaluation of a Measure of Intuitive Eating. *Journal of Counseling Psychology*. 2006; 53 (2): 226–240.
10. Fox JR, Power MJ. Eating disorders and multi-level models of emotion: an integrated model. *Clin Psychol Psychother*. 2009; 16(4):240-67.
11. Lilenfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2006 ;26(3):299-320.
12. <http://it.answers.yahoo.com/question/index?qid=20090614023538AA2RtZn> (accesso il 23 marzo 2011).
13. Pollan M. *Il dilemma dell'onnivoro*. Milano: Adelphi. 2008.
14. Romaneschi L. Il (dis)gusto degli altri. La narrazione sociale delle cucine etniche nel campo gastronomico italiano. In: Neresini F e Rettore V: a cura di, *Cibo, cultura e identità*.. Roma: Carrocci. 2009.
15. Masini V. *Dalle Emozioni ai sentimenti*, (edizione rivisitata). Edizioni PREPOS. 2009.
16. Poulain JP. *Alimentazione, cultura e società*, Bologna: Il Mulino. 2008.
17. Birkenbihl VF. *Segnali del corpo: come interpretare il linguaggio corporeo*. Milano: Angeli. 2007.
18. Cavanna D, Stagi L. *Sul fronte del cibo. Salute e Società*. Milano: Angeli. 2009;3.
19. Johnson A, Chan R, Valdez J, Ragland JD. Images of desire: food-craving activation during fMRI. *Neuroimage*. 2004;23(4):1486-93.
20. Johnson PM and Kenny P J. Addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats: Role for dopamine D2 receptors. *Nat Neurosci*. 2010; 13(5): 635–641.
21. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based study over three years. *BMJ*. 1999; 318: 765-768
22. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Mangweth B, Biebl W. Binge eating disorders in females: a population-based investigation. *Int J Eat Disord*. 1999;25(3):287-92.
23. Smith KA, Fairburn CG, Cowen PJ. Symptomatic relapse in bulimia nervosa following acute tryptophan depletion. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(2):171-6.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSM IV)*.4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994;327–352.
25. Mathieu J. What is orthorexia? *J Am Diet Assoc*. 2005;105(10):1510-1512.
26. Strand E. A new eating disorder? *Psychol Today*. 2004;37(5), 16,1/3 p.
27. De Martino E, *La fine del mondo: contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Torino: Einaudi.1977.
28. Sharp CW. Anorexia nervosa and depression in a woman blind since the age of nine months. *Can J Psychiatry*. 1993;38(7):469-71.
29. Berthout A, Sellam M, Denimal F, Lalau JD, Milazzo S. The eye and anorexia nervosa. A case report.. *J Fr Ophthalmol*. 2007;30(6):e15.
30. Fernández-Aranda F, Crespo JM, Jiménez-Murcia S, Krug I, Vallejo-Ruiloba J. Blindness and bulimia nervosa a description of a case report and its treatment. *Int J Eat Disord*. 2006;39(3):263-5.
31. Touyz SW, O'Sullivan BT, Gertler R, Beumont PJ. Anorexia nervosa in a woman totally blind since birth. *Br J Psychiatry*.1988; 153:248-50.
32. Yager J, Hatton CA, Ma L. Anorexia nervosa in a woman totally blind since the age of two. *Br J Psychiatry*. 1986;149:506-9.
33. McFarlane AC. Blindness and anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*. 1989;34(5):431-3.
34. Tribole E, Resch E. *Intuitive eating: A recovery book for the chronic dieter*. New York, St. martin.1995.
35. Schwartz SH. Value priorities and behavior: applying of theory of integrated value systems. In C. Seligman, JM Olson, & MP Zanna (Eds.). *The Psychology of Values: The Ontario Symposium*, Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1996; (8):1–24.

