

Gaspare Jean

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e il ruolo di “Overeaters Anonymous” nel trattamento dei “Mangiatori Compulsivi” (MC).

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) costituiscono un capitolo a se stante delle psicopatie considerate dal DSM (1) e si sono arricchiti ultimamente della individuazione di nuovi quadri clinici (2) ; oltre alla anoressia e alla bulimia con o senza condotte di eliminazione (vomito procurato, purghe, clisteri, ecc) sono state descritte la “Drunkressia” (pazienti che per poter bere alcolici senza ingrassare riducono le calorie alimentari) l’”Ortoressia” (ossessione nel mangiar sano), la “Vigororessia” (ossessione per pratiche di body building) la “Diabulimia” (soggetti diabetici che riducono cibo e insulina ad libitum).

La compulsività nel mangiare o nel digiunare è un sintomo comune a tutti i DCA; invece Overeaters Anonymous (OA) (3) ritiene, a differenza della medicina “scientifica”, che il mangiare compulsivo sia una vera e propria malattia.

Mentre 20 anni fa circa avevo verificato che le sedute di OA erano anche frequentate da anoressiche, ora constato che gli affiliati a OA sono prevalentemente bulimiche con frequenti episodi di “binge eating” a cui segue un forte senso di colpa. Rari sono i maschi frequentatori di OA, anche se l’obesità e il non rispetto della dieta consigliata sono comuni ai due sessi.

Il programma di OA deriva dal programma dei 12 passi di Alcolisti Anonimi ed è basato sulle testimonianze degli affiliati a cui viene suggerito un percorso di maturazione psicologica, sociale e “spirituale” con l’obiettivo di raggiungere uno stile di coping tale da affrontare il proprio percorso esistenziale senza dover ricorrere “ad abbuffate” e un livello di empowerment tale da mantenere una disciplina di vita compatibile con il rispetto di una dieta regolare.

OA ritiene che la compulsione verso il cibo coinvolga tutta la persona non solo nella sua componente fisica, ma anche emozionale e spirituale; questa complessità è riconosciuta anche dalla medicina che ritiene che tutti i DCA siano patologie complesse, ad eziologia multifattoriale (genetica, organica, psicologica, sociale, culturale, ambientale), con notevoli implicazioni in termini di salute pubblica oltre che di sofferenza individuale e familiare.

Seguendo l’impostazione di OA analizzo le cause fisiche, emozionali e “spirituali” che portano un paziente ad essere considerato un MC.

CAUSE FISICHE

L’assunzione di cibo è un istinto necessario alla sopravvivenza ed è regolato dallo stimolo della fame; la fame deve essere distinta dall’appetito, che è il desiderio di mangiare, non solo dovuto alla fame ma anche legato ad abitudini socioculturali, palatabilità dei cibi, emozionalità (4).

A livello ipotalamico sono stati individuati sia un centro della sazietà che un centro della fame, in equilibrio attraverso una serie di stimoli nervosi ed ormonali e sottoposti all’influenza diretta o indiretta di numerosi neuro mediatori (5,6,7,8,9,10)

Il centro della fame è stimolato dalla vista (o dalla memoria) del cibo, dalle contrazioni gastriche, dalla ipoglicemia, dalla grelina (ormone prodotto da cellule pancreatiche e gastriche, in condizioni di digiuno) e dalla orexina (prodotta dall’ipotalamo stesso), dal neuro peptide Y (pure prodotto dall’ipotalamo). Il centro della sazietà è invece stimolato dalla diminuzione di glucagone (provocata da un aumento della glicemia), dalla distensione gastrica, da aminoacidi, dalla leptina (ormone secreto dal tessuto adiposo); particolare importanza è stata data in questi ultimi anni allo studio della leptina, codificata dal gene OB (gene dell’obesità) la cui mancanza è causa di obesità nei ratti; nella obesità umana sembra che la sua azione sia alterata, per cui anche in presenza di livelli normali di leptina il centro della sazietà non viene stimolato.

L’appetito inoltre appare influenzato da neuro mediatori:

- a) Serotonina ha un ruolo importante nella regolazione cerebrale dell'assunzione di cibo; i farmaci serotoninergici riducono la quantità di alimenti consumati, potenziando il senso di sazietà.
- b) Le catecolamine hanno un effetto anoressizzante ed aumentano il dispendio energetico.
- c) I recettori mu degli oppioidi controllano l'appetito e appaiono correlati ai processi edonistici provocati dalla assunzione di cibo.

Per il mangiatore compulsivo il piacere del cibo è legato soprattutto al senso di ripienezza gastrica; tuttavia possono esserci predilezioni per determinati alimenti; non sembra che l'appetizione alimentare sia particolarmente correlata ai 6 sapori fondamentali (amaro, dolce, salato, agro, acido, umami), quanto a particolari alimenti di cui i più noti sono i dolci (che potrebbero favorire il passaggio di tiramina, precursore della serotonina, attraverso la barriera emato-encefalica), i formaggi (ricchi di tiramina), il cioccolato che oltre ad essere dolce contiene teobromina.

L'integrazione tra sapori e piacere della ripienezza gastrica avviene a livello dell'insula e sembra che nelle persone con DCA ci sia una alterata reattività di questa area del cervello.

La bulimia non sempre è correlata all'obesità; in effetti ci sono pazienti che eliminano l'eccesso di cibo ingerito col vomito, con purganti o praticano una attività fisica frenetica; i bulimici non obesi sfuggono quindi facilmente ad una diagnosi anche se queste pratiche possono portare a patologie varie (ipopotassiemia, ipocalcemia, colonpatia da purganti, ecc).

In conclusione i progressi recenti nella comprensione della fisiologia della fame-sazietà sono stati molti, ma la loro applicazione diagnostica appare poco utile nello studio del paziente con DCA, anche se osservazioni aneddotiche segnalano turbe della attività della leptina o della orexina in soggetti obesi.

Invece la diagnosi dei DCA viene più utilmente puntualizzata dallo studio psicodiagnostico del soggetto, in quanto l'emozionalità, come sottolineato anche da OA, gioca un ruolo fondamentale nella assunzione ossessivo-compulsiva di cibo.

RAPPORTO TRA BULIMIA ED EMOZIONI

OA sottolinea lo stretto legame tra il mangiare compulsivo e le emozioni, in sintonia con quanto la medicina pensa a riguardo di tutte le dipendenze (11,12,13,14); infatti il ricorso a praticare una dipendenza viene interpretato sia come un tentativo di scoprire un proprio vissuto emotivo percepito con indeterminatezza e con paura, sia come tentativo di regolare una emotività spesso dolorosa, sia come tentativo di uscire da una sensazione di solitudine spesso dovuta ad incapacità a capire sé e gli altri. In altre parole le dipendenze possono essere anche interpretate come espressione di una emotività non mentalizzata praticata con lo scopo sia di ridurre i propri vissuti emotivi negativi sia per esaltare i propri vissuti emotivi positivi.

L'emozione può essere definita come un fenomeno affettivo (non razionale) di breve durata complesso che origina in regioni subcorticali del cervello (senza un'emozione) viene identificata nella corteccia prefrontale (emozione piacevole o spiacevole, debole o intensa) e suscita altre emozioni o azioni (nel nostro caso mangiare) (15).

Dalla letteratura di OA varie sono le descrizioni delle emozioni che precedono la compulsione a mangiare:

- a) senso di vuoto, di noia, di "attesa senza speranza";
- b) rabbia, risentimento verso qualcosa di indefinito;
- c) rimpianto di un mondo vagheggiato contrapposto al mondo reale pieno di inganni e falsità;
- d) rimpianto per un rapporto affettivo idealizzato ed irrealizzabile.

Alcune scuole psicologiche sostengono che all'inizio della compulsione esiste un trauma psichico (16); sta di fatto che col passare del tempo il mangiare diventa un obiettivo di per sé (autonomizzazione della dipendenza) tanto che anche emozioni piacevoli possono innescare la compulsione verso il cibo; in altre parole, un MC non sa gestire la propria gioia, soddisfazione, contentezza se non mangiando.

Il cibo diviene allora una modalità di gestione di uno stato psichico confuso con emozioni intense ma irriconoscibili. Perché il cibo?

A parte il fatto che è “a portata di mano” e immediatamente usufruibile, il cibo ha un valore simbolico (17) di premio (“se sarai bravo avrai la merendina) e di ricompensa (“chi non lavora non mangia”), valori appresi fin dall’infanzia.

Come in tutte le dipendenze, sia da sostanze che comportamentali, si attivano i circuiti cerebrali dopaminergici, legati alla gratificazione, cioè ad una emozione positiva, piacevole.

Va però notato che tutti i dipendenti sono caratterizzati dalla impulsività dei loro comportamenti e che la ricerca del piacere procurata dal cibo (come da tutte le droghe e comportamenti compulsivi) è veloce e facile da ottenere, ma altrettanto velocemente cessa lasciando un forte senso di colpa che può o deve essere attenuato dalla ripetizione dell’atto; invece nella persona senza comportamenti ossessivo-compulsivi verso il cibo i circuiti cerebrali deputati alla critica, alla razionalità hanno il predominio e sopprimono la ricerca di un piacere fugace a favore di un piacere più duraturo legato ad un livello di salute, di benessere, di bellezza più elevato; questo fenomeno è bene evidente nel gioco d’azzardo patologico: il giocatore sa che perderà del denaro, ma preferisce l’emozione immediata dell’azzardo al piacere di utilizzare più “intelligentemente” i propri soldi.

E’ importante sottolineare che i circuiti cerebrali deputati al controllo, alla critica, alla razionalità si sviluppano fino a 20 anni circa e che l’apprendimento di queste funzioni è possibile anche in età adulta data la plasticità del cervello; questo spiega l’efficacia di interventi psicoterapici e risocializzanti quali quelli proposti dai gruppi anonimi in tutte le dipendenze.

LIVELLO SPIRITUALE DELLE DIPENDENZE

Il livello spirituale delle dipendenze non è considerato dalla medicina “scientifica”, ma dalle associazioni anonime basate sui 12 passi; infatti fin dal primo passo si deve comprendere che la persona con dipendenze è “impotente” nei confronti della dipendenza e che la sua fragilità non gli permette altro che non “affidarsi ad un potere superiore” o “a Dio così come ognuno lo concepisce”. La maggioranza degli affiliati alle associazioni dei 12 passi riconosce nella forza del gruppo un potere superiore che permette di essere una persona sana definita da OA come “quella in cui corpo, mente e spirito sono in equilibrio”; questa persona “ha energie creative non bloccate da vergogna, colpa, autocommiserazione, odio, arroganza, aggressività, indifferenza” (3).

Questa concezione è nettamente dualistica (cartesiana) considerando il cervello separato concettualmente dalla mente-spirito. Questa visione non tiene evidentemente conto della problematicità apportata da recenti ricerche neurofisiologiche che tendono a definire la MENTE come quell’insieme di funzioni superiori del cervello di cui si ha coscienza: pensiero, intuizioni, razionalità, memoria, volontà. La mente quindi, sede della coscienza, fa parte della PSICHE insieme alle emozioni e all’inconscio.

In un incontro al Centro Padre Balducci di Fiesole (gennaio 2012) sulla spiritualità non religiosa, con la partecipazione di Alcolisti Anonimi (18) si è proposto che la spiritualità possa essere considerata “una via attraverso cui riesco a percepire qualcosa di me, del senso profondo della mia persona e della realtà delle cose”. Una concezione di questo tipo potrebbe essere compatibile anche con una ipotesi unitaria che consideri le funzioni mentali del cervello fonte di quegli atti che i gruppi anonimi definiscono “spirituali”; in altre parole i risultati delle ricerche in campo neurofisiologico permettono attualmente di spiegare tutta una serie di fenomeni senza ricorrere ad una dimensione metafisica, pur non potendola escludere (19).

E’ possibile quindi apprendere un controllo emotivo delle proprie emozioni (20), gestendo quelle negative, ed utilizzando quelle positive; nel dipendente questo si realizza soprattutto con un più efficace controllo della IMPULSIVITA’ (11,13), in modo che si possa essere liberi di scegliere tra una emozione piacevole immediata, fugace e dannosa ed un piacere più tardivo e vantaggioso.

Il metodo dei 12 passi permette di apprendere il controllo della impulsività attraverso una ripetuta autoanalisi, rappresentata dalla testimonianza del proprio vissuto e attraverso il confronto tra affiliati.

COME AGISCE OA?

La capacità di individuare, riconoscere, gestire, modulare le proprie emozioni viene appresa nel corso dello sviluppo; se questo apprendimento è deficitario o ambivalente il paziente non riesce a gestire i propri impulsi emotivi e non riesce a decidere quale alternativa a lui più conveniente debba essere scelta. E' proprio durante l'adolescenza che i DCA compaiono o si manifestano, essendo questo un periodo dell'esistenza in cui pulsioni interne e aspettative sociali causano una tempesta emotiva caratterizzata da paure, angosce, disistima, depressione, difficoltà a socializzare, ecc. (11).

Per cercare di non essere sopraffatti, in assenza di uno stile di coping sufficientemente adeguato, questi pazienti si rivolgono a comportamenti alimentari incongrui coll'illusione di liberarsi di queste emozioni dolorose.

In seguito questi comportamenti si rendono autonomi e così persistono anche quando il soggetto matura e "dimentica" questo periodo angoscioso della propria esistenza; va ricordato peraltro che ho già segnalato che i circuiti cerebrali cortico-sottocorticali e fronto-parietali (legati al controllo della emotività) si sviluppano fino ai 20 anni e che, grazie alla plasticità del cervello, è possibile apprendere comportamenti differenti, anche in età adulta.

Nei gruppi anonimi, seguendo la guida indicata dai dodici passi, ognuno testimonia il suo vissuto esistenziale, relazionale ed emotivo; dapprima la testimonianza si limita ad illustrare le proprie sensazioni nei confronti del cibo, i sensi di colpa che prova dopo aver ceduto ad una abbuffata, il disagio che prova nelle relazioni interpersonali. Col progredire della frequenza si esaminano più a fondo le caratteristiche della personalità e si cerca di esprimere i tentativi fatti, sia con successo che con fallimenti, per modificare il proprio modo di agire e di rapportarsi agli eventi della vita. Si arriva così al dodicesimo passo che recita: "avendo ottenuto un risveglio spirituale abbiamo cercato di trasmettere questo messaggio ad altri..."; è essenziale quindi per il mantenimento dei risultati ottenuti aiutare altre persone che "sono ancora nel problema" non solo affiliandole al gruppo ma anche aiutandole nell'approfondire i vari passi.

Attualmente sta entrando in sanità il concetto di "*medicina narrativa*" (21) e quindi questo tipo di trattamento potrebbe essere etichettato come tale; però la narrazione non viene fatta davanti ad un professionista ma ad altre persone con dipendenza. Questo rapporto interpersonale è essenziale per apprendere altri comportamenti, altri stili di coping che permettano una miglior gestione della propria esistenza. Perché il gruppo facilita questi cambiamenti (22,23, 24)? Le recenti scoperte nel campo delle neuroscienze sembrano apportare nuovi spiragli per la comprensione di questi fenomeni; infatti Gallese (24) ipotizza che "il linguaggio connette tutte le possibili azioni all'interno di una rete ed espande il significato di esperienze individuali. Il linguaggio evoca la totalità delle possibilità per l'azione che il mondo ci richiede e struttura l'azione all'interno di una rete di significati interrelati".

Grazie quindi alla testimonianza fatta in gruppo si genera un senso di familiarità, una relazione empatica con il gruppo, l'impressione soggettiva di essere parte di una più larga comunità sociale, composta da individui simili a noi; questo favorisce l'imitazione di comportamenti di persone che ammiriamo (22). Sempre secondo Gallese questi fenomeni sono possibili grazie alla creazione di circuiti neuronali funzionalmente simili a quelli sottesi ai neuroni specchio; il gruppo potrebbe quindi essere concepito come "spazio condiviso che consente di apprezzare, esperire e comprendere le azioni che osserviamo e le sensazioni ed emozioni che riteniamo esperite dagli altri" (24).

RISULTATI RIFERITI DA OA

A mia conoscenza mancano osservazioni fatte da operatori sanitari sui risultati ottenuti attraverso la frequenza dei gruppi OA; questo a differenza di AA dove invece le indagini sull'efficacia del metodo e sulla comparazione con altre modalità di intervento sono numerose.

I membri di OA invece hanno compiuto analisi circa il decorso osservato colla frequenza ai gruppi, risultati presentati alla convention di OA a Rimini nel 2011 (25).

a) *Caratteristiche Demografiche*. Gli affiliati ad OA sono per il 90,5% femmine, prevalentemente giovani, single o conviventi, con grado di istruzione medio-alto e generalmente occupati; il 55% dei pazienti è stato indotto alla frequenza di OA da una alimentazione compulsiva senza condotte di eliminazione (vomito procurato, uso di purganti, esercizio fisico sfrenato); queste sono presenti invece nel 39,4% dei casi; il 35,7% dei frequentatori di OA ha inoltre problemi ossessivi nei confronti dell'alimentazione o dell'aspetto corporeo.

b) *Efficacia del programma*. Il 76% degli affiliati si presenta in sovrappeso (mediamente 24 Kg); oltre il 50% è dimagrito in media di 12 Kg, con evidente riduzione delle complicanze legate alla obesità. I rari soggetti in sottopeso (circa 8 Kg rispetto al peso forma) hanno acquistato con la frequenza in media 4 Kg. Il miglioramento recepito della propria "salute mentale-emotiva" e del rapporto in confronto al cibo è stato dell' 88% ; parallelamente sono migliorati i rapporti familiari, l'autostima e "l'attività spirituale".

c) *Storia prima di OA* Generalmente le persone iniziano a frequentare OA "sua sponte", essendone venuto a conoscenza attraverso la stampa o per passa-parola. Malgrado che la maggior parte dei pazienti fosse in cura presso medici o servizi sanitari, rarissimi sono stati i professionisti che sono a conoscenza dell'esistenza o dell'efficacia della associazione OA. E' importante notare che il 36,5% dei membri OA ha frequentato o continua a frequentare altri gruppi di auto-aiuto basati sui 12 passi: in particolare CoDA, AlAnon, AA.

CONCLUSIONI

Sarebbe peraltro opportuno che anche operatori sociali e sanitari si occupassero della valutazione dei risultati ottenibili con questo metodo; ritengo però necessario modificare i metodi di valutazione utilizzati generalmente in medicina (variazioni del peso, diminuzione delle complicanze e risultati di esami di laboratorio) dando invece maggior valore al diario dietetico che può meglio analizzare le modificazioni ottenute sugli aspetti ossessivo-compulsivi dell'assunzione di cibo.

OA, come tutti i gruppi anonimi, non comporta spese particolari per il SSN e quindi può concorrere a quel contenimento dei costi necessario per garantire la sostenibilità di un sistema sanitario universale ed esigibile.

Penso che i possibili legami tra il metodo dei 12 passi e le neuroscienze (che ho qui cercato di evidenziare) favoriscano l'accettazione di OA presso i servizi sanitari pubblici.

D'altra parte anche il crescente disagio sociale, legato anche alla attuale crisi economica, rende obsoleta e poco operativa la vecchia definizione di salute (stato di benessere fisico, psicologico e sociale); il British medical Journal ha lanciato una serie di proposte (26) secondo cui la salute è "la capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive, cui la vita inevitabilmente espone". I gruppi anonimi di auto-aiuto, tra cui OA, favoriscono indubbiamente la capacità umana di adattarsi ed adeguarsi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) APA- Mini DSM-IV Masson Ed, Milano 1996, pag281
- 2) Anoressia e bulimia; disturbi psicologici in continuo aumento www.agenpart.it 4.4.2013
- 3) Overeaters Anonymous-Italia- "Overeaters Anonymous" Roma, 2004
- 4) Corriere della Sera- Dizionario della Salute- "Appetito" 20.5.2013
- 5) Rosemberg I.H. "Nutrition and Nutritional Requirements" In: Harrison's "Principles of internal Medicine" 12° Ed. McGraw-Hill, New York,1992, pag 403.
- 6) Olefsky J.M. "Obesity" In. Harrison's "Principles of internal Medicine" 12° Ed., McGraw-Hill, New York, 1992, pag 411.
- 7) Leptina- www.diabetes.diabetesjournal.org/cgi/abstract/46/12/2119.
- 8) S.Diego School of Medicine- "Segnali di fame mal interpretati dal cervello". [www.dadnet .it](http://www.dadnet.it) 5.6.2013

- 9) Chamberlain S.R. e coll. "Binge eating: sotto esame il sistema che causa disturbi della alimentazione". www.droganews.it 13.5.20.
- 10) Satpute A.B. e coll. "The functional neuronal architecture of self-report of affective experience". *Biol. Psychiatry*, 73, 631, 2013.
- 11) Salvi P.L. "Salute psicologica: i giovani, l'alcol, le emozioni". www.alcolnews.it 5.10.2012
- 12) NEUROFAST- "7 paesi europei studiano l'influenza del cervello sui comportamenti alimentari, le dipendenze e lo stress" www.globusmagazine.it 15.5.2013
- 13) di Molfetta M. - "Alessitimia e dipendenze patologiche" www.cufrad.it/news.php/id_news=15741.
- 14) Borgna E. - "Le emozioni ferite" Ed. Feltrinelli, Milano, 2009.
- 15) Evans D. - "Emozioni. La scienza del sentimento" . Ed: Il Sole-24 ore, Milano 2009
- 16) Correale A. - "Disfarsi di Sé. Angoscia Borderline e uso di sostanze" www.psiche-spi.it/incontrarsi/odiarsi/3/seconde_bozze maggio 2013.
- 17) Campione G. - "Le dipendenze patologiche indice della disforia e paranoia del mondo moderno" www.alcolnews.it 21.3.2013.
- 18) Divizia A. "La spiritualità non religiosa. Alcolisti Anonimi e il movimento dei dodici passi" Quaderni del Centro Padre Balducci di Fiesole. Gennaio 2012.
- 19) Boncinelli E. - "Mi ritorno in mente. Il corpo, le emozioni, la coscienza". Ed. Amazon, Milano, 2013.
- 20) Cottraux J. - "Psicoterapie per il cervello" *Mente e Cervello*- N° 102, giugno 2013, pag. 94.
- 21) Benedetti F. - "Il caso di G.L.. La medicina narrativa e le dinamiche nascoste della mente". Ed. Carocci, Roma, 2013.
- 22) Sgorbissa F. - "Desiderare per imitazione" *Mente e Cervello*, N.96, Dicembre 2012, pag.74.
- 23) Mariani U e Schiralli R. - "Le emozioni che fanno crescere". Ed A.Mondadori, Milano, 2007.
- 24) Gallese V. - "Neuroscienze e fenomenologia". Treccani, Terzo Millennio. In corso di Stampa. it.wikipedia.org/wiki/vittoriogallese
- 25) Overeaters Anonymous Italia - "Primo sommario dell'indagine sui membri". Documento interno presentato alla convention di Rimini 2011.
- 26) Milano G. - "Che cosa significa essere in buona salute". www.saluteinternazionale.info 21.3.2013.