

L'esperienza anoressico/bulimica: vissuti di relazione e implicazioni di significato

di Floriana Grimaldi

Oltre a suscitare fervore in ambito scientifico, l'anoressia prima e la bulimia poi si sono imposte all'attenzione dei mass-media quale fenomeno "di costume", capace di evocare, nell'immaginario collettivo, l'affermazione e, al tempo stesso, la demonizzazione di quell'ideale di magrezza femminile cui sono associati stereotipi di genere, socialmente e culturalmente determinati. La (presunta) conoscenza del fenomeno è ormai così diffusa, da poter parlare, oggi, di "storie di ordinaria anoressia/bulimia", destinate ad un pubblico sempre più prolifico. Nonostante ciò, a fronte di una sconfinata letteratura sul fenomeno, l'indagine volta ad approfondire il significato soggettivo dell'anoressia e della bulimia, in relazione all'esperienza vissuta delle persone direttamente coinvolte, rimane un territorio ancora poco esplorato. In quest'ambito, l'interesse degli studiosi si sposta dalle "ragioni" sottostanti alla formazione dei sintomi – spesso espresse in termini di evidenze statistiche e di causalità lineare – alla ricerca del "senso" che i sintomi assumono in relazione all'identità personale e all'esperienza di Sé dei soggetti.

In questo lavoro, ho cercato di contribuire, in modo originale, allo studio dei disturbi alimentari, interrogandomi sul senso di un'esistenza, quella anoressico/bulimica, che si dispiega nella lotta incessante fra il nutrirsi e l'affamarsi e spostando quindi l'accento dal bisogno di definire la complessità del fenomeno, attraverso schemi fattuali ed oggettivanti, a quello di comprenderlo, alla luce dell'organizzazione di senso che esso assume per le persone che lo vivono. Il mio tentativo era di esplorare e

comprendere le implicazioni di significato che la scelta del disturbo alimentare ha in relazione alla costruzione di Sé, degli Altri e dei propri vissuti di relazione, analizzando i costrutti personali e i dilemmi implicativi (Feixas, Gutierrez) coinvolti nella formazione dei sintomi e che ne giustificano la resistenza al cambiamento, al fine di identificare snodi rilevanti per interventi terapeutici efficaci.

Nella prospettiva in cui mi pongo, di matrice fenomenologico-costruttivistica, i sintomi vengono considerati nel contesto della coerenza e dell'organizzazione interna del sistema di costrutti nucleari che definiscono il tipo di persona che il paziente ha scelto di essere, rispetto a sé e agli altri. Ho quindi cercato di comprendere quale funzione essi assolvano nel mantenimento della costruzione presente e del contesto relazionale in cui i pazienti si trovano, analizzando la rete di implicazioni che legano i sintomi ad aspetti positivi dell'identità personale e individuando, nella sua specifica organizzazione e struttura, concordanze, discordanze, similitudini e tipicità. Focalizzarsi sulle ragioni e sui modi di un cambiamento possibile, ma estremamente temuto e difficile da realizzare, si pone come obiettivo ancor più urgente nello studio e nella cura dell'anoressia/bulimia, dove in gioco è la sopravvivenza fisica, che mette in scacco familiari e terapeuti in un girotondo di ricatti, sacrifici, battaglie vinte e perse sul terreno dei grammi e delle calorie. E' un gioco astuto, dove i fini diventano mezzi e i mezzi fini e dove tutti i giocatori rischiano di rimanere intrappolati nella rete di resistenze che ciascuno impiega per preservare il proprio potere predittivo sugli eventi.

Ho condotto la ricerca con 16 soggetti di sesso femminile e di età compresa tra i 17 e i 33 anni e ospedalizzati perché sofferenti di un Disturbo del Comportamento Alimentare, secondo i criteri forniti dal DSM IV (APA). Di essi, il 38% soffre di Anoressia Nervosa, di cui il 50% di tipo Restrittivo (AN-R) e il 50% di tipo Binge-purging (AN-BP), il 50% soffre di Bulimia (BN) e, infine, il 12.5% manifesta un Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato (NAS). L'appartenenza dei soggetti al campione della ricerca risponde ad una metodologia di campionamento di tipo "a criterio",

esplicitata da Patton nell'ambito dei criteri adottati per una ricerca qualitativa. Il criterio scelto, una diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare formulata secondo i criteri forniti dal DSM IV, è stato sufficientemente ampio e flessibile tale da consentire l'emergere di patterns di significati comuni pur all'interno di un'ampia variabilità. Esso rivela anche la scelta di aderire alla tesi di Guidano e Liotti nel considerare i Disturbi Alimentari come un continuum fenomenologico lungo il quale le diverse forme di disagio nel rapporto con il cibo e con il corpo si articolano e si succedono a partire da una sostanziale identità di senso e non come uno spettro di categorie definite e mutualmente escludentesi. Si osserva, infatti, come nella storia clinica di ciascun soggetto comportamenti di tipo anoressico e comportamenti di tipo bulimico tendano a confondersi per poi lasciarsi il passo e come, nella clinica in generale, le manifestazioni del disturbo non siano altrettanto definite e distinguibili come le etichette diagnostiche vorrebbero (Recalcati).

Ho adottato come tecnica di indagine quella **Griglie di Repertorio** e l'**Autocaratterizzazione**, ideate entrambe nell'ambito della Teoria dei Costrutti Personali di G.A. Kelly. Tali strumenti, oltre a consentire l'esplicitazione del sistema di significati personali attraverso cui il soggetto anticipa e valuta la propria esperienza; permettono di valorizzare il punto di vista delle persone coinvolte e il loro peculiare modo di esprimersi. La Griglia di Repertorio è una modalità strutturata d'indagine sui costrutti personali e sulla loro specifica organizzazione, che consente un'analisi sistematica, anche di tipo matematico, delle relazioni che intercorrono fra i costrutti, attraverso l'ausilio di procedure di elaborazione statistica coerenti con il tipo di conoscenza ottenibile. La griglia costruita ad hoc per l'indagine è costituita da una matrice formata da *14 elementi* e *14 costrutti*. Ho scelto gli elementi, rappresentativi di una sfera di esperienza e di rapporti dei soggetti, confrontando tra loro diverse ricerche svolte nell'ambito dei disturbi alimentari (Mottram ; Neimeyer, Khouzam ; Heesacker, Neimeyer ; Marsh, Stanley ; Button), prestando particolare attenzione alle esigenze dell'indagine:

- 5 sono elementi "reali", rappresentativi di persone significative nella vita del soggetto: madre, padre, fratello, partner, amica, scelti per esplorare quali costrutti siano implicati nella vita di relazione dei soggetti e come percepiscano se stessi rispetto agli altri con cui quotidianamente interagiscono;
- 4 sono elementi "Sé", per valutare la costruzione di Sé rispetto all'arco temporale e al proprio Sé Ideale: Io, Io da bambina, Io come sarò tra 10 anni e Io come vorrei essere;
- 3 sono elementi "possibilità": una persona che mi piace, una persona che non mi piace, una persona che mi può aiutare, per lasciare il soggetto libero di esprimere i propri costrutti senza rimanere troppo ancorato alla propria realtà quotidiana;
- 2 si riferiscono a "relazioni di ruolo": io come mi vedono gli altri, io come amica, per dare al soggetto la possibilità di dislocarsi e vedersi da altre prospettive e a me di confrontare i costrutti coinvolti nell'auto e nell'etero-percezione, problematiche da tutti riconosciute come centrali nei disturbi alimentari.

Ho raccolto 14 costrutti per intervista, i quali sono stati elicitati direttamente dai soggetti nel corso di un'intervista semi-strutturata della durata di circa un'ora, attraverso il metodo delle triadi (Kelly). In seguito, chiedevo ai soggetti di valutare tutti gli elementi lungo il continuum definito dalle polarità di ciascun costrutto, sulla base di una scala da 1 a 7, dove 1 indica il massimo grado di accordo con il primo polo del costrutto e 7 il massimo grado di accordo con il polo opposto. A tale tecnica ho scelto di affiancarne una meno strutturata, l'Autocaratterizzazione, che consente una maggiore apertura a significati inattesi, allo scopo di arricchire la complessità e la profondità dell'indagine. Una volta raccolti i protocolli di tutti i soggetti ho proceduto allo studio dei significati personali e delle costruzioni soggettive di ciascuna persona intervistata. In un secondo momento, coerente con la metodologia fenomenologica (Giorgi) i protocolli sono stati confrontati tra loro alla ricerca di "intercostrutti", ossia intersezioni e sovrapposizioni di significati condivisi, tipicità e strutture ricorrenti. Per ciò che concerne le Autocaratterizzazioni, ho focalizzato

l'analisi sulle dimensioni di significato impiegate dai soggetti per raccontarsi, evidenziando le somiglianze, opposizioni e implicazioni attraverso cui esse si chiariscono e si specificano. A tale scopo, di tutte le tecniche proposte dalla letteratura costruttivista (Armezzani, Guzzo) ho utilizzato: l'individuazione della frase soggetto, l'osservazione delle sequenze e delle transizioni e la collazione dei termini. Le relazioni di somiglianza, opposizione e implicazione individuate sono state quindi categorizzate sulla base di criteri di sovraordinazione, condensazione e ridondanza di significato.

Ho articolato l'analisi in quattro fasi:

1. *Analisi della struttura e dell'organizzazione del sistema di costrutti* , per valutare il grado di complessità e flessibilità del sistema stesso. Rispetto a tale analisi ho rivelato la tendenza, da parte dei soggetti intervistati, a *costringere* (Button) la complessità degli eventi entro un sistema di costrutti caratterizzato da *bassa complessità cognitiva* e adottato in modo rigido e polarizzato, un sistema costituito da poche dimensioni di significato poco differenziate tra loro, ma integrate e funzionalmente dipendenti, tali da costituire una rete di implicazioni che conduce ad aspettative difficilmente modificabili. La rigidità con cui tali costrutti vengono applicati rivela la tendenza ad attribuire a Sé e agli Altri ruoli fissi e predeterminati che prescindono dal contesto in cui si trovano e con cui interagiscono, sulla base di un pensiero "tutto o nulla". Tale processo di *restringimento* risponde ad un bisogno di validazione, predizione e controllo sugli eventi (Epting). La mancanza di prospettive molteplici e alternative attraverso le quali anticipare se stesse e gli altri e la rigidità con cui essi vengono ingabbiati in caratteristiche definite fanno sì che non esistano, nel loro mondo, sfumature di grigio né possibilità di "spaziare fra fatti e sogni" (Bannister e Fransella).
2. *Analisi dei Profili di costruzione del Sé* (Feixas, Cornejo).

Emerge un'immagine di Sé negativa, caratterizzata da bassa autostima e percezione di isolamento sociale: il Sé viene costruito come *diverso* sia da ciò che vorrebbe essere sia da ogni altra persona del proprio ambiente di relazione. Tale diversità si gioca sulle polarità semantiche della *fragilità/sicurezza* , *definizione/mancaza di definizione* , *accettazione/non accettazione* . Il Sé Ideale risulta altrettanto isolato rispetto agli altri significativi, ad indicare quella tendenza al perfezionismo da molti autori riconosciuta significativa in persone con un disturbo alimentare. Da ultimo, si rivela l'esistenza di una prospettiva di cambiamento futuro in positivo, desiderato e prospettato come meta da raggiungere. L'analisi delle dimensioni di significato rivela che a questa immagine di Sé corrisponde un estremo bisogno di conferme e validazioni da parte degli altri e la ricerca di parametri esterni di definizione della propria identità: l'uso di costrutti prevalentemente relazionali evidenzia la fondamentale importanza assunta dalle relazioni interpersonali, di cui il corpo diviene strumento attivo di gestione e controllo. Tale relazione è costruita sul bisogno di accettazione e validazione da un lato, risolto e tradotto attraverso l'essere *disponibili* verso gli altri, e il timore del giudizio e del delle invalidazioni dall'altro, risolto attraverso il controllo esercitato su di Sé. Nello scarto esistente fra il bisogno di accettazione e la consapevolezza della finzione, della mancanza di "autenticità", si inserisce la *sofferenza* delle persone intervistate, da tutte identificata con l'isolamento, l'estraneità, il senso di esclusione.

3. *Analisi delle dimensioni di significato sovraordinate e nucleari*

Ho individuato quei costrutti che, all'interno dell'organizzazione gerarchica della persona, svolgono una funzione di coordinamento e costituiscono le dimensioni principali su cui si fonda la costruzione di Sé (Chiari, Nuzzo).

4. *Analisi del Dilemma Implicativi*

Per dilemma implicativo si intende la situazione per cui un paziente si sente diviso tra un cambiamento desiderato e la relazione positiva che i sintomi hanno con la definizione di Sé e con la propria identità personale (Feixas). Individuare un possibile dilemma implicativo coinvolto nella formazione e nel mantenimento dei sintomi anoressico/bulimici significa sottolineare la coerenza dei sintomi stessi, chiarificando la loro funzione di mantenimento della costruzione presente e della prevedibilità del contesto relazionale, e comprendere, inoltre, come il cambiamento possa per il paziente rappresentare una minaccia al proprio Sé nucleare. A questo proposito, l'analisi del Dilemma Implicativo, infine, individua nella relazione di senso tra **disponibilità** e **controllo** la funzione che i sintomi assumono nel mantenimento della costruzione presente. Il controllo è ciò che permette ai soggetti di fronteggiare l'ambiguità e l'incertezza rispetto a se stesse, cercando conferma e validazione esterne, ma, al tempo stesso, consente di sottrarsi ai giudizi e alle invalidazioni, mantenendo una titolarità sulla propria vita. Il corpo viene quindi investito di una duplice responsabilità: garantire, da un lato, l'accettazione, l'adeguatezza e la conferma e, dall'altro, la possibilità di non essere invasi, sopraffatti.

Alla luce dei risultati ottenuti, emerge l'ipotesi che l'anoressia/bulimia rappresenti per le persone intervistate quello che in termini kelliani si definisce **transizione di ostilità** , ossia l'estremo e continuo sforzo di estorcere prove validazionali ad un tipo di aspettativa sociale che è già stata riconosciuta fallita (Bannister, Fransella). La magrezza rappresenta l'unica modalità che i soggetti hanno per *autopreservarsi* . Vi si rimane ancorati a fronte della mancanza di prospettive alternative attraverso le quali anticipare Sé e gli Altri, poiché rinunciare a tale costruzione significherebbe, per queste persone, trovarsi di fronte al caos, all'imprevedibilità degli eventi, alla *mancanza di controllo sulla propria vita* . Scegliere l'anoressia/bulimia rappresenta il tentativo di dimostrare, in primo luogo a se stesse, che solo attraverso l'essere magre si ottiene la considerazione, il supporto, la validazione, le "cure" di cui hanno bisogno e,

al tempo stesso, significa costringere gli altri nel ruolo di giudici, critici e controllori. Su questa comune trama di significati, si può osservare una diversa sfumatura di senso, veicolata dall'uso prevalente del termine "volontà" da parte delle pazienti bulimiche, mentre tra le anoressiche prevale l'uso del termine " *libertà*". Entrambi rimandano agli inter-costrutti presi in considerazione, ma la scelta delle diverse espressioni linguistiche mette in luce aspetti differenti del modo in cui i due fenomeni sono vissuti. La bulimia, identificata con la *mancaza di volontà*, rimanda con maggior forza emotiva ad un senso di *colpa* e di *vergogna* verso se stessi, attribuito alla propria incapacità di affermare e, soprattutto, mantenere il controllo sulla propria vita; al tempo stesso evoca il bisogno di supporto, di conforto e d'approvazione da parte degli Altri. Negli scritti di persone anoressiche, invece, il termine *libertà*, soprattutto intesa come libertà di essere e di agire in modo autonomo e indipendente dal giudizio degli altri, allude e mette in maggiore risalto il *limite*, più che la mancanza, la *costrizione*, piuttosto che il bisogno, il movimento di *ritrazione*, piuttosto che la ricerca. I costrutti usati, in riferimento al Sé e alla malattia, sono ciò che maggiormente trova riscontro nella diversa modalità con cui il rapporto col corpo e col cibo viene gestito e vissuto (che si riflette poi nel diverso quadro sintomatologico), all'interno di una modalità comune di anticipazione degli eventi.

BIBLIOGRAFIA

- APA (1994), *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, A.P.A., Washington, DC, 4rd Ed. (trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-IV*, Masson, Milano, 1994).
- ARMEZZANI M., GUZZO R., MARIO O. (1994), *L'Autocaratterizzazione. Prospettive e metodi ermeneutici nello studio della personalità*, Francisci editori, srl, Padova.
- BANNISTER D., FRANSELLA F. (1971), *Inquiring Man. The Psychology of Personal Constructs*, Penguin Books, Harmondsworth (trad. it. *L'uomo ricercatore*, Martinelli, Firenze, 1986).

- BEAIL N. (1985), *Repertory grid technique and personal construct applications in clinical and educational setting*, Croom Helm, London.
- BELL R.C. (1998), *Gridstat. A Program for Analysing the Data of a Repertory Grid*, University of Melbourne.
- BIERI J. (1955), Cognitive complexity-simplicity and predictive behavior, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, pp.263-286.
- BONARIUS H. (1977), *The interaction model of communication: Through experimental research towards existential relevance*, in Landfield AW., Cole J.K. (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation 1976: Personal Construct psychology*, University of Nebraska Press, Lincoln, NE, vol. 26, pp. 291-393.
- BUTTON E. (1983), Construing the anorexic, in Addams-Webber J., Mancuso J. (Eds.), *Applications of personal construct theory*, San Diego, CA: Academic Press, pp. 305-316.
- BUTTON E. (1985), *Eating disorders: A quest for control?*, in Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health*, London: Croom Helm, pp.153-168.
- BUTTON E. (1990), Rigidity of construing of self and significant others and psychological disorder, *British Journal of Medical Psychology*, 63(4),345-354.
- BUTTON E. (1997), *Construing people or weight? An eating disorders group*, in R. Neimeyer, G. Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy casebook*, New York, US: Springer Publishing Co, pp. 230-244.
- CHIARI G, NUZZO M.L. (1984), *Crescita e cambiamento della conoscenza individuale. Psicologia dello sviluppo e psicoterapia nella prospettiva costruttivista*, Franco Angeli Editore, Milano.
- EPTING F.R. (1984), *Personal Construct Counseling and Psychotherapy*, Wiley, New York (trad. it. *Psicoterapia dei costrutti personali*, Martinelli, Firenze, 1990).
- FEIXAS G., CORNEJO-ALVAREZ J.M. (1996), *Manual de la tecnica de rejilla mediante el programa RECORD v.2.0.*, Ediciones Paidós, Barcellona (trad. it. *Manuale per lo studio delle griglie di repertorio con il programma 'GRIGLIA'*, Vita e Pensiero, Milano, 1998).

- FEIXAS G., GUTIERREZ L.A. (2000), *Multicentric Dilemma Project* , Universitat de Barcelona e Universidad de Salamanca.
- FRANSELLA F., BANNISTER D. (1977), *A manual for Repertory Grid Technique* ,Academic Press, London (trad. it. *La tecnica delle griglie di repertorio* , Giuffrè editore, Milano, 1990).
- GIORGI A. (1992), Description versus Interpretation: competing alternative strategies for qualitative research, *Journal of Phenomenological Psychology* , 23,2.
- GUIDANO V.F., LIOTTI G. (1983), *Eating disorders* , in Guidano, V.F., Liotti, G., Cognitive processes and emotional disorders, The Guilford Press, New York, pp.276-306.
- HEESACKER R., NEIMEYER G. (1990), Assessing object relations and social cognitive correlates of eating disorder, *Journal of Counseling Psychology* , 37(4), 419-426.
- MARSH M., STANLEY R. (1995), Assessment of self and others during treatment for anorexia nervosa, *Journal of Constructivist Psychology* , 8, 97-116.
- MOTTRAM M. A. (1985), Personal construct in Anorexia, *Journal of Psychiatric Research* , 19(2-3), 291-295.
- NEIMEYER G., KHOUZAM N. (1985), A repertory grid study of restrained eaters, *British Journal of Medical Psychology* , 58(4), 365-367.
- PATTON M.Q. (1990), *Qualitative evaluation and research methods* , (2nd. ed.), Sage Publications, Newbury Park, CA.
- RECALCATI M. (1998), *Il trattamento dell'anoressia-bulimia nel piccolo gruppo monosintomatico* (a cura di Galimberti F.), UNIPRESS, Padova.
- SLATER P. (1977), *The Measurement of Interpersonal Space by Grid Technique* , vol. 1, Wiley, London.