

## IL PIACERE NEL PROCESSO DECISIONALE E I DCA

Rosario Esposito, Lia Zecca, Valentina Imperatore, Sabrina Russo, Milena De Filippo, Rosaria Grassi, Rosa Cappelluccio, Daniela Caserta

Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli

### Riassunto

Molti studi dimostrano come la mancanza di autonomia personale possa essere una caratteristica dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Da un punto di vista individuale la mancanza di autonomia personale può essere considerata come difficoltà a prendere decisioni. Per il processo decisionale che prevede l'espressione di preferenze sembrano essere necessarie l'esperienza emotiva e il piacere. Il nostro obiettivo in questo lavoro di ricerca è stato quello di indagare l'esistenza, nella popolazione generale, di una correlazione tra difficoltà nel processo decisionale ed esperienza del piacere e verificare come tale correlazione si distribuisse rispetto alla sintomatologia clinica, con particolare riguardo ai problemi della condotta alimentare. Al fine di verificare l'ipotesi di ricerca, è stata selezionata e somministrata ad un campione casuale di persone (n= 125) una batteria composta dai seguenti strumenti: SCL-90, EDI-2; SHAPS. È emersa una correlazione positiva significativa tra difficoltà decisionale e anedonia o mancanza di piacere ( $r = .33$ ;  $p < .01$ ). Inoltre, più in particolare per quanto concerne il nostro oggetto di studio, è emersa una correlazione positiva significativa tra difficoltà decisionali e tendenza ai Disturbi del Comportamento Alimentare ( $r = .181$ ;  $p < .01$  con scala Bulimia dell'EDI-II e  $r = .261$ ;  $p < .05$  con scala Impulso alla magrezza dell'EDI-II). Effettuando però una correlazione parziale al fine di "depurare" queste correlazioni dall'effetto della variabile "depressione" (valutata con la scala depressione dell'SCL-90), le correlazioni risultanti non sono più significative. I risultati della nostra ricerca dimostrano che le correlazioni emerse, statisticamente significative, sono essenzialmente dovute allo stato depressivo più che ai Disturbi del Comportamento Alimentare di per sé.

**Parole chiave:** *disturbi alimentari, decisioni, anedonia, emozioni*

## PLEASURE IN DECISION MAKING AND EATING DISORDERS

### Abstract

Many researches show that a low personal autonomy could be an aspect of eating disorders. From an individual point of view a low individual autonomy could be considered as a difficulty in decision making. In the decision making process, which includes the expression of preferences, seems to be very important the emotional and the pleasure experience. In our research we aimed to assess the existence, in the general population, of a correlation between the difficulty in the decision making process and pleasure experience and verify how this correlation is distributed

in the clinical disorders, with special interest in eating disorders. To test our research hypothesis, we selected and gave to a random group of people ( $n=125$ ) a battery of the following instruments: SCL-90, EDI-2, and SHAPS. A significant positive correlation came out between the decisional difficulty and anhedonia or lack of pleasure ( $r=.33$ ;  $p<.01$ ). Moreover, with particular regard to our object of study, a positive significant correlation came out between decisional difficulties and vulnerability to eating disorders ( $r=.181$ ;  $p<.01$  with Bulimia scale of EDI-II and  $r=.261$ ;  $p<.05$  with impulse to be thin scale of the EDI-II). But, after making a partial correlation to “depurate” these correlations from the effect of the “depression” variable (valued by the depression scale of the SCL-90), the resulting correlations are not significant anymore. The results of our research show that the correlations that came out, statistically significant, are basically caused by a depressive mood rather than by the eating disorders.

**Key words:** *eating disorders; decision; anhedonia; emotion*

I Disturbi dell'alimentazione possono essere definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare e/o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, non secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico. Gli studi condotti nel corso degli anni hanno messo in evidenza come siano numerosi i fattori predisponenti all'insorgenza delle patologie a carattere alimentare. Le molteplici ricerche eseguite sembrano innanzitutto indicare l'esistenza di una predisposizione genetica e la presenza di molti fattori di rischio a carattere psicologico ed ambientale (Polivy e Herman 2002).

Uno dei fattori sul quale molti studi si sono concentrati è la mancanza di autonomia personale che sembra caratterizzare questi pazienti (Bruch 1973; Minuchin 1974; Selvini Palazzoli 1981; Karwautz et al. 2003). Garner (1993) sostiene, ad esempio, che “*la maggior parte dei teorici dell'individuo e della famiglia ha sottolineato che l'anoressia nervosa spesso rappresenta una lotta evolutiva per l'autonomia, l'indipendenza e l'individualità*” (p.6). Ci siamo chiesti (Esposito 2005; Zecca et al. 2005; De Filippo et al. 2006) cosa volesse dire a livello individuale e cognitivo *mancanza di autonomia* ed abbiamo individuato nella *difficoltà a prendere decisioni* il suo corrispettivo. La mancanza di autonomia personale può verificarsi, pertanto, o perché è presente un sistematico impedimento del processo decisionale da parte dell'ambiente esterno, o perché vi sono alcuni deficit che impediscono, di fatto, un normale processo decisionale o, più semplicemente, una combinazione tra i due. La nostra attenzione si è concentrata su eventuali deficit che impediscono un normale processo decisionale. In particolare abbiamo visto che le decisioni possono basarsi su due tipi di processi: decisioni che prevedono la previsione di eventi ad esito incerto (uscire con l'ombrello oppure no) e decisioni che prevedono una preferenza (che tipo di pizza scegliere) (Legrenzi 1984; Rumiati 1990, 2001). Per le prime (previsione di eventi ad esito incerto) ci sono vari studi che dimostrano la difficoltà per i pazienti con DCA ad assumere questo tipo di decisioni (Davis et al. 2002; Cavedini et al. 2004); per le seconde (espressioni di preferenze), nonostante esse abbiano una forte rilevanza in ambito clinico (Carcione et al. 1999; Esposito 2005), non vi sono studi sufficientemente esaustivi. Tuttavia, considerato che per un processo decisionale implicante l'espressione di preferenze risultano fondamentali l'esperienza emotiva ed il piacere (Damasio, 1995), vi sono molti studi che sostengono le difficoltà dei pazienti con DCA nel riconoscere ed utilizzare le emozioni (Garner et al. 1983; Seddon e Walzer 1999; Zonnevillle-Bendek et al. 2001; Kucharska-Pietura et al. 2002) mentre resta controversa la difficoltà nell'esperienza del piacere, che da alcuni viene confermata (Ruggeri et al. 1997; Raffi et al. 2000) da altri no (Bydlowski et al. 2002).

Nel caso dei DCA l'ipotesi è che la difficoltà *nell'esperienza emotiva* e del *piacere* impedisca un normale *processo decisionale* basato sulle *preferenze*. In questo studio abbiamo voluto indagare l'esistenza, nella popolazione generale, di una correlazione tra difficoltà nel processo decisionale ed esperienza del piacere. Inoltre, era nostro obiettivo verificare come tale correlazione si distribuisse rispetto alla sintomatologia clinica, in particolare in relazione a problemi della condotta alimentare. L'ipotesi è che nei DCA una difficoltà nell'esperienza del piacere e delle emozioni impedisca un normale processo decisionale e porti ad una mancanza di autonomia interpersonale.

## Strumenti e metodologia

Le domande a cui volevamo dare una risposta erano se esistesse una correlazione tra difficoltà nel processo decisionale ed esperienza del piacere in un campione casuale di soggetti nella popolazione generale. Inoltre, volevamo conoscere se tali correlazioni venissero modificate a seconda del gruppo psicopatologico cui appartiene il soggetto, in particolare nei DCA. A tal fine abbiamo somministrato una batteria di test ad un campione di 125 soggetti (94 donne e 31 maschi), scelti in modo casuale, con età media di 30 anni, residenti in vari comuni della Campania, con diverso grado di scolarità e diversa attività lavorativa.

A tutti i soggetti sono stati somministrati nell'ordine i seguenti test: SCL 90 (Derogatis et al. 1970), scala di autovalutazione della sintomatologia psichiatrica in generale, l'item 46 di questa scala è stato usato per valutare le difficoltà decisionali; EDI-2 (Garner 1993) per la rilevazione di condotte alimentari disfunzionali; SHAPS (Snaith et al. 1995), per valutare le capacità edoniche (piacere).

L'SCL-90 (Self-Report Symptom Inventory) è una scala di autovalutazione della sintomatologia psichiatrica in generale; è composta da 90 items che riflettono le 9 dimensioni che sottendono la maggior parte dei sintomi che si osservano nei pazienti psichiatrici ambulatoriali: Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Sensitività (sentimenti di inadeguatezza personale ed inferiorità nel confronto con gli altri), Depressione, Ansia, Collera-Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo. Per rilevare le difficoltà decisionali è stato usato l'item 46 dell'SCL-90 "Difficoltà a prendere decisioni" che prevede una risposta lungo una scala di misurazione che va da 0 a 4 (in cui 0 corrisponde a "per niente" e 4 a "moltissimo").

L'EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2) è una scala che permette di rilevare la presenza di condotte alimentari disfunzionali ed è in grado inoltre di discriminare tra sottogruppi di pazienti (anoressici con restrizioni o con condotte di eliminazione, bulimici, soggetti con semplici preoccupazioni relative alla dieta e all'immagine corporea ma senza patologia conclamata, etc). È composta da 91 items che riflettono ben 11 dimensioni: Impulso verso la magrezza, Bulimia, Insoddisfazione per il corpo, Inadeguatezza, Perfezionismo, Sfiducia interpersonale, Consapevolezza enterocettiva, Paura della maturità, Ascetismo, Regolazione dell'impulso, Insicurezza sociale.

La SHAPS (Snaith-Hamilton Pleasure Scale) è una scala che permette di valutare le capacità edoniche del soggetto. E' composta da 14 items che esplorano: gli interessi, il mangiare e il bere, le interazioni sociali, le esperienze sensoriali.

L'insieme dei dati è stato analizzato attraverso lo Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 11.5. Abbiamo effettuato delle correlazioni bivariate di Pearson e delle correlazioni parziali.

## Risultati

È emersa una correlazione positiva significativa tra *difficoltà decisionale* (così come misurata dall'item 46 dell'SCL-90) e *l'anedonia o mancanza di piacere* (così come viene misurata dalla SHAPS) ( $r = .33$ ;  $p < .01$ ) che dimostrerebbe una tendenza ad avere difficoltà decisionali nei soggetti che mostrano difficoltà con l'esperienza del piacere.

Inoltre, per quanto concerne il nostro oggetto di studio, è emersa una correlazione positiva significativa tra *difficoltà decisionali* (così come misurata dall'item 46 della SCL-90) e *tendenza ai disturbi alimentari* ( $r = .181$ ;  $p < .01$  con scala Bulimia dell'EDI-II e  $r = .261$ ;  $p < .05$  con scala Impulso alla magrezza dell'EDI-II).

Effettuando però una correlazione parziale al fine di “depurare” queste correlazioni dall'effetto della variabile “depressione” (valutata con la scala depressione dell'SCL-90), le correlazioni risultanti non sono più significative (VEDI TABELLA 1)

Infine non è emersa alcuna correlazione significativa tra il punteggio totale ottenuto alla SCHAPS e la tendenza ai disturbi alimentari ( $r = .154$ ; n.s. con scala bulimia dell'EDI-II e  $r = .150$ ; n.s. con la scala impulso alla magrezza dell'EDI-II) (VEDI TABELLA 2).

## Discussione

In questo studio siamo partiti dall'ipotesi che alla base della mancanza di autonomia, caratteristica dei Disturbi del Comportamento Alimentare, vi siano difficoltà *nell'esperienza emotiva* e del *piacere*, che, di fatto, impediscono un normale *processo decisionale* che si basi sull'espressione di *preferenze*.

Tabella 1. *Correlazione tra decisione, piacere e problemi alimentari*

	SHAPS (piacere)	Impulso a dimagrire	Bulimia
<b>Difficoltà decisionali</b>	,331**	,261**	,181*

\*\* significativa a .01 \* significativa a .05

Nota: *Queste correlazioni “depurate” della variabile Depressione non risultano più significative*

Tabella 2. *Correlazione tra piacere e problemi alimentari*

	Impulso a dimagrire	Bulimia
<b>SHAPS (piacere)</b>	,150 n.s.	,154 n.s.

La difficoltà nel prendere le decisioni sembra, comunque, comune anche ad altre patologie psichiatriche, come ad esempio, nel disturbo ossessivo-compulsivo e nella depressione. Nel disturbo depressivo, tuttavia, le difficoltà decisionali sembrano caratterizzare periodi circoscritti all'episodio depressivo, mentre, nel caso dei DCA, la difficoltà a decidere sembra essere un tratto stabile nel tempo non correlato all'esordio del disturbo stesso. Per quanto riguarda il disturbo ossessivo-compulsivo, Cavedini et al. (2004) dimostrano come sia pazienti con anoressia nervosa, sia pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, abbiamo difficoltà nel processo decisionale rispetto ad un gruppo di soggetti normali. Nel compito assegnato (compito che prevede una previsione ad esito incerto) i pazienti con DOC effettuavano decisioni svantaggiose a causa di una strategia deliberata in accordo con la loro patologia, mentre i pazienti con AN non sembravano adottare alcuna strategia. Per questi ultimi la mancanza totale di una strategia potrebbe essere dovuta a deficit del processo decisionale che, nel caso di decisioni che implicano una preferenza, potrebbero essere le difficoltà nell'esperienza emotiva e del piacere. Nonostante la difficoltà ad esprimere preferenze basate sull'esperienza del piacere sia ritenuta importante per i DCA (Carcione et al. 1999; Esposito 2005), gli studi che approfondiscono questo aspetto sono scarsi.

Pertanto abbiamo voluto indagare, innanzitutto, l'esistenza di una correlazione tra difficoltà nel processo decisionale ed esperienza del piacere nella popolazione generale. Inoltre, abbiamo voluto verificare come tale correlazione si distribuisse rispetto alla sintomatologia clinica, in particolare in relazione a problemi della condotta alimentare. L'ipotesi è che nei DCA una difficoltà nell'esperienza del piacere e delle emozioni impedisca un normale processo decisionale e porti ad una mancanza di autonomia interpersonale.

In questo modo abbiamo cercato di replicare una ricerca della Bydlowski et al. (2002) utilizzando però uno strumento diverso che valutasse le difficoltà nell'esperienza del piacere. La Bydlowski, nell'ambito di un progetto di ricerca più ampio, ha somministrato a 70 pazienti la Scales for Physical and Social Anhedonia (Chapman et al. 1976) e ha scoperto come i soggetti affetti da DCA siano significativamente più anedonici (mancanza di piacere) dei soggetti di controllo. Tuttavia, in questo studio, si è visto che depurando i dati dalla variabile depressione, tale correlazione non è più significativa. Considerando la mancanza di significatività come un problema di strumenti, abbiamo voluto replicare la ricerca utilizzando però un altro strumento per valutare le difficoltà nell'esperienza del piacere: la scala SHAPS (Snaith et al. 1995), uno strumento che prevede 14 items quali ad esempio: "Di solito provo piacere nei miei hobby o passatempi", "Di solito provo piacere nel leggere un libro, una rivista o un giornale", "Di solito mi fa piacere vedere un bel paesaggio o una bella veduta". Dai dati emersi in questo studio è stata riscontrata una correlazione positiva che si annulla, così come per la ricerca della Bydlowski et al. (2002), se si considera la variabile depressione.

Considerati i risultati del nostro studio, così come quelli dello studio della Bydlowski et al. (2002), sembra necessario o rivedere l'ipotesi iniziale, che cioè la difficoltà nell'esperienza del piacere insieme alla difficoltà nell'esperienza emotiva sia alla base delle difficoltà decisionali e, quindi, della mancanza di autonomia nei DCA, oppure cercare strumenti più adatti. Ciò anche in considerazione del fatto che, sia la SPSA usata dalla Bydlowski et al. (2002) che la SHAPS utilizzata in questo studio, sono stati ideati per finalità diverse.

Riteniamo che la continua ricerca di integrare le ipotesi cliniche (il rapporto tra esperienza del piacere, decisioni e autonomia nei DCA) con la ricerca di validi strumenti che possano confermare tali ipotesi, possa portare ad una sempre maggiore definizione dei costrutti clinici alla base dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

## Bibliografia

- Bruch H (1973). *Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*, Basic Books, New York. Tr. It. *Patologia del comportamento alimentare*. Feltrinelli, Milano 1977.
- Bydlowski S, Corcos M, Consoli SM, Paternità S, Laurier C, Chambry J, Gwenolè Loas G, Jeammet P (2002). Anhedonia and emotional awareness: facts and perspectives in eating disorders. *Ann. Med. Interne*, (153), suppl. al n° 7, 2S52-2S61.
- Carcione A, Nicolò G, Semerari A (1999). *Deficit di rappresentazione degli scopi*. In: Semerari A (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cavedini P, Bassi T, Ubbiali A, Casolari A, Giordani S, Zorzi C, Bellodi L (2004). Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa. *Psychiatry Research* 127, 259-266.
- Chapman LJ, Chapman LP, Raulin ML (1976). Scales for Physical and Social Anhedonia, *Journal Abnormal Psychology*, 85:374.
- Damasio AR (1995). *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*, Grossett/Putnam, New York. Tr. It. *L'errore di Cartesio*. Adelphi, Milano.
- Davis C, Levitan RD, Muglia P, Bewell C, Kennedy JL, (2004). Decision-making deficits and overeating: a risk model for obesity. *Obesity Research* 12, 929-935
- De Filippo M, Grassi R, Cappelluccio R, Caserta D, Zecca L, Imperatore V, Russo S, Esposito R (2006). *Processi decisionali ed esperienza del piacere nei disturbi del comportamento alimentare*, relazione presentata al XIII Congresso Nazionale SITCC "Nuvole e Orologi, scienza romantica e prove di efficacia", Napoli 27-29 ottobre 2006.
- Derogatis LR, Covi L, Lipman RS, Rickels K (1970). Dimensions of outpatient neurotic pathology: comparison of a clinical versus empirical assessment. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 34 (2), 164-171.
- Esposito R (2005). *Psicopatologia del Processo Decisionale nei Disturbi Alimentari*. In: Aquilar F, Del Castello E, Esposito R (a cura di), *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia*, Franco Angeli, Milano.
- Garner DM, Olmsted MP, Polivy J (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal Eating Disorders* 2,15-30.
- Garner DM (1993). *Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Karwautz A, Nobis G, Haidvogel M, Gattermayer H, Bingöl CW, Wagner G, Friedrich M (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European child and adolescent psychiatry* 12, 128-135.
- Kucharska-Pietura K, Nikolaou V, Masiak M, Treasure J (2002). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *Eating Disorder* 35, 42-47.
- Legrenzi P (1984). *Introduzione*. In: Simon H A, *La ragione nelle vicende umane*, Il Mulino, Bologna.
- Minuchin S (1974). *Families and Family Therapy*, Harvard University Press, Cambridge MA Tr. It. *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma 1976.
- Polivy J, Herman CP (2002). Causes of eating disorders. *Ann. Rev. Psychol.* 53, 187-213.
- Raffi AR, Rondini M, Grandi S, Fava GA (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine* 30, 727-731.
- Ruggeri V, Marone P, Fabrizio ME (1997). Immagine corporea, sensibilità tattile al solletico e anoressia mentale. *Cibus*, International University Press, vol. 1 (1).
- Rumiati R (1990). *Giudizio e decisione*. Il Mulino, Bologna.
- Rumiati R (2001). *Psicologia della decisione*. Il Mulino, Bologna.
- Seddon K, Waller G (2000). Emotional processing and bulimic Psychopathology: age as a factor among

*Il piacere nel processo decisionale e i DCA*

- non clinical women, *Eating Disorder* 28: 364-369.
- Selvini Palazzoli M (1981). *L'anoressia mentale*. Feltrinelli, Milano.
- Snaith RP, Hamilton M, Morley S, Humayan A, Hargreaves D, Trigwell P (1995). A scale for assessment of hedonic tone, The Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *Br. J. Psychiatry*, 167 (1), 99-103.
- Zecca L, Cappelluccio R, Caserta D, Grassi R, De Filippo M, Russo S, Imperatore V, Esposito R (2005). *I pazienti con disturbi alimentari sanno decidere?*, relazione presentata alle Giornate Capresi di Terapia Cognitivo-Comportamentale, "Per una terapia cognitiva integrata: approcci farmacologici e psicoterapeutici a confronto" organizzato dalla SITCC, Capri 4-6 novembre 2005.
- Zonnevijlle-Bendek MJS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT, van Elburg A, van Engeland H (2001). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child & Adolescent Psychiatry* 11, 38-42.

*Indirizzo per la corrispondenza:* Dott. Rosario Esposito, Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Napoli, Viale Privato Villa Camaldoli 55/57 Napoli. Cell. 347 7858036 - email [rosaverde@libero.it](mailto:rosaverde@libero.it)