

35

ica,  
pato  
gia,  
anza  
nali  
cello  
logia  
latta  
Cim-  
laura  
cosi-  
appe  
genio

0.000

2.000  
2.000  
0.000  
2.000  
6.000  
6.000  
10.000  
6.000  
16.000  
14.000  
42.000  
76.000  
34.000  
30.000  
72.000  
76.000INTO  
ARIO  
OMA**Analisi di alcuni aspetti del comportamento orolimentare****VEZIO RUGGIERI \* e ANTONIA GUERRERA \*\* (Roma)**

Il comportamento orolimentare è stato studiato da diversi angoli concettuali. Alle ricerche fisiologiche sulla secrezione salivare, masticazione e sensibilità gustativa, si sono aggiunte indagini neurofisiologiche miranti ad esaminare il comportamento orolimentare istintivo inteso come un unico pattern integrato e modulato da aree encefaliche, prima tra tutte l'ipotalamica (nuclei laterali e mediali).

Come è noto anche la letteratura psicoanalitica ha esaminato questo comportamento istintivo sottolineando le componenti di piacere soggettivo legate a tale tipo di esperienza. FREUD (e la scuola ad orientamento analitico) ha messo in evidenza il ruolo fondamentale dell'oralità nello sviluppo psicofisico ed ha esaminato il problema dell'oralità in rapporto alla struttura di personalità, fornendo contributi interessanti per la riflessione psicologica. Ma questo studio ha finito per discostarsi dall'analisi puntuale della sequenza psicofisiologica propria del comportamento orale. Infatti il termine oralità per FREUD si riferisce ad una pulsione parziale che non è altro che un particolare aspetto della più generale esperienza del piacere definita come libido:

« Il primo organo che si presenta come zona erogena e avanza alla psiche una richiesta libidica è, fin dalla nascita, la bocca. All'inizio ogni attività è preposta ai bisogni di questa zona. Essa serve in prima istanza all'autoconservazione attraverso il nutrimento (...) però (...) nella caparbia ostinazione con cui il bambino continua a ciucciare si palesa un bisogno di soddisfacimento che, nonostante provenga e sia stimolato dall'assunzione di cibo, persegue tuttavia il piacere indipendentemente dalla nutrizione, per questo motivo deve e può essere chiamato sessuale » (FREUD, 1938).

\* Cattedra di Psicologia fisiologica - Università di Roma.

\*\* Psicologa.

In seguito, sempre nell'ambito della psicoanalisi, si è scoperta la relazione tra oralità e comportamenti di tipo aggressivo-distruttivo legati all'esperienza della masticazione. Alcuni autori, tra tutti la KLEIN (1952), hanno esaminato essenzialmente le rappresentazioni fantasmatiche dell'esperienza orale, sia di distruzione che di frustrazione (fame).

Il nostro interesse è collocare questa complessa tematica all'interno di una più precisa definizione descrittiva delle sequenze di comportamento oroalimentare. Ricordiamo infatti che, come per altri comportamenti istintivi (MORUZZI, 1973), nel comportamento oroalimentare si distinguono due fasi: appetitiva e consumatoria. La prima è caratterizzata da una « ricerca » dell'oggetto alimentare, con concomitanti sensazioni soggettive che vanno dalla semplice discostesia a franche sensazioni di fame. La fase appetitiva indica anche una condizione di preparazione alla successiva, la consumatoria, che nell'uomo adulto è legata essenzialmente al processo orale della masticazione e della digestione.

La prima fase è caratterizzata da uno stato di iperattivazione e cessa quando segnali legati alla seconda inibiscono il pacemaker ipotalamico. I principali segnali di stop sono: 1) il riempimento gastrico: i tensiocettori delle pareti gastriche inviano segnali afferenti attraverso il nervo vago; 2) variazioni di zucchero nel sangue circolante: un certo livello di concentrazione di glucosio ematico blocca direttamente l'ipotalamo; 3) stimoli gustativi a partenza dalla lingua (specie dolci, ANOCIUN, 1975), stimoli termici e tattili del cavo orale; 4) informazioni propriocettive di ritorno dell'attività dei muscoli masticatori.

Nella suzione dominano il quadro (anche se il pattern della suzione si realizza attraverso un peculiare schema motorio) le componenti sensoriali che agiscono sulla mucosa orale (sensazione di replezione della bocca, stimoli gustativi), mentre nell'uomo adulto acquista maggiore importanza l'informazione propriocettiva di ritorno della masticazione.

In altri termini la fase appetitiva prodotta dall'ipotalamo laterale cessa con la fase consumatoria, o, meglio ancora, è la fase consumatoria che invia segnali stop (inibizione retroattiva) allo ipotalamo. Lo schema fisiologico, dunque, con le due fasi appetitiva e consumatoria (quest'ultima con le forme della suzione e della masticazione) contribuisce a far comprendere in maniera più analitica la problematica orale dell'adulto.

A questo punto noi ipotizziamo la possibilità che l'adulto cosiddetto « orale » presenti delle modificazioni abbastanza costanti e caratteristiche della sequenza del comportamento oroalimentare. Noi riteniamo che oltre ai tratti più generali di personalità orale, secondo gli schemi di FREUD, ABRAHAM e altri, la problematica orale dell'adulto compaia ed acquisti rilevanza fenomenologica quando il soggetto, in rapporto ai diversi fattori inconsci (e non), non gestisce armonicamente la sequenza « bisogno-sod-

disfazione » della sfera alimentare. « Bisogno » che nel comportamento orale diventa lo starter (l'avviatore) della fase appetitiva, « soddisfazione » che nella fase consumatoria produce i segnali di stop.

Nell'astratto ed ipotetico soggetto non nevrotico, il comportamento orolimentare è un comportamento di tipo fasico legato a particolari stimoli esterni e/o interni che cessa con l'introduzione e l'assorbimento del cibo. Mentre nel soggetto nevrotico si ha, a nostro avviso, o 1) una sorgente continua di stimolazione interna, o 2) un insufficiente sistema di stop. In quest'ultimo caso si è creato probabilmente una sorta di ostacolo in un punto della sequenza descritta. Esaminando la gestione della sequenza orolimentare ricordiamo come sia possibile che la inibizione si collochi in diversi punti. La situazione estrema è quella di una completa rimozione orale, in cui l'inibizione è globale, collocandosi al punto di avvio di tutta la sequenza e si esprime con un totale rifiuto (anoressia). Si contrappone a questo l'altro quadro estremo della bulimia in cui si ha una continua attivazione senza capacità di stop. Tra questi due estremi ci sono delle situazioni intermedie in cui il soggetto costruisce dei *segnali di stop anticipati*. Tale processo di realizza, a nostro avviso, attraverso un uso particolare della struttura implicata nella fase consumatoria. Infatti noi pensiamo che per produrre lo stop in una sequenza continuamente attivata, il soggetto innalzi la tensione dei muscoli masticatori mettendo in atto un sistema a feedback per cui dal muscolo perviene al centro ipotalamico il segnale periferico di massima contrazione possibile. Esso serve ad impedire l'evoluzione plastica della sequenza masticatoria ed a ridurre, agendo retroattivamente, il livello di eccitazione nell'area ipotalamica.

Questa ipotesi fa parte di una più generale (RUGGIERI e coll., 1982) sul ruolo inibitorio a feedback del sistema muscolare e si fonda anche su alcuni interessanti dati di laboratorio. Infatti, ANOCHIN (1975) induceva sperimentalmente nel cane, attraverso una anastomosi nervosa, una secrezione salivare continua e imponente (fino a 9 litri al dì). L'animale riusciva, però, a ridurre la secrezione mordendo continuamente una catena. In questo caso l'informazione propriocettiva di contrazione isometrica dei masseteri fungeva da sistema inibitorio della secrezione salivare. Quindi i muscoli della masticazione possono assumere anche il ruolo di stop con un meccanismo a feed back. Ma la problematica della masticazione è articolata e ricca di implicazioni psicologiche relate specialmente al tema della demolizione e scomposizione dell'oggetto:

« ... la suddivisione di ABRAHAM di due stadi: annientare e prendere e nel successivo conservare e possedere. Nel primo stadio si tratta di incorporazione orale, (...) il secondo stadio è contraddistinto dalla com-

parsa dell'attività del mordere con fenomeni di ambivalenza ... » (FREUD, 1932).

Come è noto la letteratura specifica ipotizza che tale processo « distruttivo » non sia tollerato dal soggetto. Pertanto mentre da un lato il comportamento masticatorio è messo in moto, dall'altro si impone una sorta di inibizione del comportamento stesso.

Il reperto clinico fenomenologico per es. di « mandibole serrate » (tensione masseterica elevata), può, in questo contesto, indicare o una sorta di preparazione al mordere (con tutti i legami dell'aggressività orale) o costituire un sistema di inibizione del comportamento orale aggressivo. L'effetto è in ogni caso quello di inibire retroattivamente l'ipotalamo e i centri encefalici relati che avviano la fase appetitiva.

Per interpretare, dunque, il significato di una eventuale iperattività motoria è necessario analizzare il contenuto psicofisico e psicodinamico profondo. FREUD (1905) a questo proposito definisce la fase orale come « pregenitale cannibalesca ». Ma non è questo l'aspetto che intendiamo approfondire col nostro lavoro. Partiamo invece dall'ipotesi di poter rilevare fenomenologicamente o la tendenza ad un comportamento orale aggressivo o all'inibizione del comportamento stesso. Però il rapporto tra assunzione e demolizione del cibo è abbastanza complesso. Come fa rilevare PERLS (1971), normalmente l'assunzione del cibo nel cavo orale è seguita da una scomposizione (masticazione e digestione chimica sia del cavo orale che dello stomaco e degli altri distretti del tubo digerente) che ne consente l'assimilazione. In questo senso, dunque, una masticazione incompleta rende difficile l'assimilazione. Ma il cibo introdotto e non « digerito » o trasformato può essere espulso per così dire in extremis mediante il vomito (che esprime secondo le classiche teorie psicosomatiche (ALEXANDER, 1951) un « rifiuto » all'assunzione di ogni forma di « materiale » esterno sia fisico (cibo) che psicologico).

Tra queste due condizioni estreme di accettazione-rifiuto se ne pongono, come già detto, altre intermedie, quali la costrizione della laringe nel bolo isterico, etc. Interessante è però anche l'aspetto « costituzionale » evidenziato da PERLS (1971). Questo autore ha evidenziato una situazione in cui il soggetto tende a « trattenerne » materiale non digerito e non assimilabile. In questo caso è scarsa la masticazione e l'azione digestiva enzimatica, ma il materiale è, per così dire, depositato nella cavità gastrica senza essere neanche espulso (col vomito). Ma, a nostro avviso, un punto nodale della problematica orodimentare è nella difficoltà di passaggio dalla fase appetitiva alla consumatoria. Inoltre ricordiamo che nell'ambito della psicoanalisi è stata posta molta attenzione nell'individuare i fattori che continuamente provocano una accensione del

« bisogno » orale, cioè fattori di starter. Essi sarebbero da ricercare nella protoesperienza orolimentare. Gli psicanalisti cercano la causa profonda del conflitto tra i differenti starter, oltre che degli stop, del comportamento orolimentare che sono alla base di situazioni nevrotiche dell'adulto.

Inoltre noi pensiamo con PEARLS (1971) che i processi di assunzione di materiale dall'ambiente esterno, la scomposizione ed assimilazione successive, non si riferiscano soltanto alla sfera cosiddetta biologica ma si estendano anche a quella cosiddetta psicologica. Anche lo sviluppo psicologico si realizza infatti attraverso l'assunzione di « materiale » dal mondo esterno prelevandolo in questo caso dalla sfera psicosociale: valori, modelli, schemi di comportamento, relazioni interpersonali etc. Pertanto anche nell'individuo adulto, gran parte di questa modalità di interazione psicologica con l'ambiente ricalca schemi propri del comportamento orolimentare. Questo modello non è per certi versi molto distante da quello psicanalitico che sottolinea la radice psicofisiologica (*masticazione etc.*) dei processi psicodinamici che strutturano la personalità dell'adulto (nevrotico e non), anche se la psicanalisi mette maggiormente in evidenza come l'esperienza di suzione e di masticazione siano strettamente legate all'esperienza del piacere e dell'aggressività orale distruttiva. Ma, specie alcune scuole psicanalitiche di orientamento bioniano (IMBASCIAITI, 1983) sottolineano il ruolo fondamentale di categorie più astratte e generali dell'assumere, — trattenere — espellere, cioè dei processi definiti come protomentali.

A questo punto noi riteniamo che l'esame anamnestico del comportamento orolimentare e delle abitudini alimentari (modalità di assunzione di cibo modalità di masticazione etc.) del modo di rapportarsi ad alcune grandezze psicosociali (assunzioni di valori, « accettazione rifiuto di relazioni etc.) oltre che di comportamenti cosiddetti patologici relativi all'alimentazione (bruciori di stomaco, frequenza del vomito etc.) possa evidenziare differenti stili nella gestione dell'oralità di soggetti normali. Infatti noi ipotizziamo che i diversi aspetti del comportamento orale non rappresentino eventi o abitudini casuali ma siano collegati tra loro perché strettamente relativi alle modalità di gestione della sequenza alimentare nelle sue fasi appetitiva e consumatoria (in rapporto ai segnali di starter e di stop).

Pertanto noi ci aspettiamo che l'analisi statistica delle risposte ad un questionario sul comportamento orolimentare metta in evidenza la presenza di alcuni fattori, cioè di raggruppamenti di item correlati tra loro perché accomunati da un'unica variabile (dimensione) che li sottende e ne spiega il significato psicologico.

I fattori che noi ipotizziamo sulla base dei presupposti teorici dell'oralità sono indicati nella sezione « materiale e metodo ». Però noi riteniamo anche possibile che l'analisi statistica enuclei fattori diversi da quelli previsti. Ciò che rende in ultima analisi aperta la nostra ipotesi è la mancanza, a quanto ci risulta, di specifiche ricerche in questo settore cui poter fare direttamente riferimento.

#### MATERIALE E METODO

Per la nostra ricerca abbiamo costruito un questionario sul comportamento orolimentare. Esso è composto di 70 items, ed è basato sull'ipotesi che sia possibile enucleare sperimentalmente e descrittivamente fattori che possono rappresentare degli stili di gestione dell'oralità. Tali stili sono ricavati dall'esame di comportamenti orali sia cosiddetti normali che patologici che vanno, per es., dai bruciori di stomaco, all'alimentazione compulsiva, alla manipolazione della fame, al concetto clinico di cibo come sostituto di bisogno affettivo, conflittualità rimossa, etc.

Nella formulazione degli items abbiamo fatto riferimento allo schema di PEARLS (1971).

La complessa natura delle risposte è determinata da fattori che supponiamo possano essere raggruppati in « aree » teoriche:

##### 1. area anamnestica:

essa consente di esaminare se il processo educativo orale è stato costante (items 1-8);

##### 2. « regolazione » orale:

a) voracità specifica: introiezione e ingestione non discriminativa né assimilativa: (items 9, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46).

b) disturbi psicosomatici (items 10, 11, 15, 16, 17, 20);

##### 3. aggressività orale:

a) componente masticatoria inibita (items 28, 29, 30, 31, 32).

b) componente masticatoria « espressa » 1) a livello del comportamento aggressivo del mordere (items da 47 a 54); 2) a livello « figurato » (items da 55 a 60);

##### 4. bisogno di introiettare:

(items da 61 a 70).

#### *Soggetti e procedura*

Il questionario è stato somministrato a 171 studenti universitari — 96 femmine e 75 maschi — residenti a Roma, tra i 20 e i 35 anni, ripartiti in due gruppi di età, dai 20 ai 30 anni: (donne 70 uomini 50); dai 30 ai 35 anni: (donne 26 uomini 25).

*Elaborazione statistica*

Per ogni item è stata calcolata la media, la varianza e la deviazione standard per avere un quadro della distribuzione delle risposte per ciascun item.

L'analisi fattoriale è stata effettuata mediante il programma BMDP4M che opera una rotazione ortogonale delle componenti principali, col metodo varimax, dei fattori con eigenvalue > 1.

L'analisi fattoriale ha individuato 4 raggruppamenti che in parte sono diversi dalle aree teoriche che avevamo ipotizzato.

Il *fattore A*, che denota uno stato di iperattivazione appetitiva;

il *fattore B* dell'attivazione appetitiva che si accompagna a risposte motorie (fase appetitivo-motoria);

il *fattore C* dell'ocalità conflittuale;

il *fattore D* del fumo.

I fattori con gli item relativi sono indicati nelle tabelle.

Nella nostra popolazione gli items 14, 24, 57, 59 hanno una frequenza superiore al 70%. Ne deriva che comportamenti diffusi sono la sensazione di disgusto, il senso di schifo, il dover « mandare giù » cose spiacevoli, e il cercare di variare i cibi.

Gli items meno rappresentati sono:

item 2: « è stato svezzato dopo i 4 mesi » pari all'8%;

item 20: « quando pone attenzione a ciò che mangia si sente disgustato, 7% »;

item 29: « trattiene a lungo il cibo in bocca », 8%;

item 32: « se mastica a lungo prova un senso di nausea », 7%;

item 54: usa dire spesso: « questo non è pane per i miei denti », 6%;

item 69: « ha paura di morire di fame », 9%;

item 70: « consuma in sogno lauti pasti » 6%.

Tuttavia alcuni di questi items ad alta o bassa frequenza entrano in alcuni fattori: l'item 24 entra nel fattore B mentre il 57 e il 59 nel fattore C.

Gli item 20, 29, 32, 54 entrano nel fattore C, l'item 70 nei fattori A e D.

La successione dei fattori da noi esposta tiene conto della sequenza fisiologica e non della rilevanza statistica espressa dalla quantità di varianza spiegata dal fattore (indicata peraltro in tabella):

il fattore A corrisponde al IV fattore,

il fattore B corrisponde al III fattore,

il fattore C corrisponde al I fattore,

il fattore D corrisponde al II fattore.

**RISULTATI***Fattore A*

Come si può osservare nella tabella (Tab. 1) tutti gli item che vanno dal 21 al 70 si riferiscono ad uno stato di ipereccitabilità appetiti-

TABELLA 1. — *Fattore A.*

Item		r
4	« Durante l'infanzia le facevano seguire una dieta rigida per quanto riguarda la quantità? »	0,33
7	« Durante l'infanzia l'hanno indotta, contro i suoi gusti, a consumare cibi che riteneva cattivi? »	0,33
17	« Si sente 'pesante' dopo i pasti? »	0,31
21	« Mangia con avidità? »	0,66
22	« Se ha tempo a disposizione si concede il piacere di stare a tavola più a lungo mangiando lentamente? »	0,33
27	« Le piace una pietanza abbondante? »	0,48
28	« Quando mangia un panino lo strappa a piccoli morsi? »	0,42
33	« Quando è l'ora di pranzo è impaziente di cominciare a mangiare? »	0,43
34	« Basta la vista e il profumo del cibo per farle venire un forte desiderio di mangiare? »	0,34
35	« Di solito ha molto appetito? »	0,46
36	« Ha bisogno di molto cibo per sentirsi sazio? »	0,58
37	« È goloso? »	0,29
63	« Quando si sente insoddisfatto cerca di mangiare qualcosa? »	0,38
65	« Quando è nervoso senza sapere perchè, cerca di mangiare qualcosa? »	0,25
70	« Le capita spesso in sogno di consumare lauti pasti? »	0,25
varianza spiegata		3,33

$$\bar{X} = 6,45 \quad SD = 3,21$$

va: « mangia con avidità » item 21, « si concede di stare a lungo a tavola » item 22, « le piace una pietanza abbondante » item 27, « è impaziente di mangiare » item 33, « basta l'odore e la vista del cibo per aver voglia di mangiare » item 34, « ha molto appetito » item 35, « ha bisogno di molto cibo per saziarsi » item 36, « è goloso » item 37; inoltre attivano il distretto orale anche stati psicofisiologici quali la depressione e l'ansia (item 63 e 65) e rappresentazioni orali compaiono anche nel sogno (item 70).

Quindi possiamo dire che il processo definito da questo fattore è anche quello della fase appetitiva che non si risolve nel comportamento della fase consumatoria della masticazione, ma che conserva atteggiamenti



consumatori di carattere suzionale. Questo dato è sottolineato dalla correlazione negativa con l'item 28 « mangia un panino a piccoli morsi », sintomo, dunque di una condizione in cui l'articolazione del mordere è negativamente correlata. Ciò appunto indica una tendenza ad evitare risposte motorie di masticazione organizzate. Quindi se l'azione di starter del comportamento appetitivo è estremamente facilitata (odori, vista del cibo) manca lo stop esercitato su questo stesso comportamento dalla organizzazione della risposta motoria.

Potremo ricondurre questo fattore ad una prevalenza nell'uomo adulto di atteggiamenti che rievocano in qualche modo comportamenti suzionali e di voracità specifica. I soggetti definiti da questo fattore sono stati abituati, per quanto riguarda la loro educazione alimentare « ad una dieta rigida per quantità » (item 4) e « sono stati costretti a mangiare cibi ritenuti sgradevoli » (item 7).

Inteessante ma ben comprensibile è il dato psicosomatico dell'item 17, « mi sento pesante dopo i pasti », presente in questo fattore, dal momento che l'ingestione di alimenti non è accompagnata da un'adeguata operazione demolitoria (per la non correlazione o addirittura per la correlazione negativa con gli items della masticazione).

#### *Fattore B*

In questo fattore sono presenti alcuni items comuni al precedente, che indicano uno stato di ipereccitabilità orale appetitiva (item 33 « impaziente di mangiare », item 34 « l'odore e la vista del cibo, etc », l'item 37 « è goloso ») però, a differenza del fattore precedente compare qui la tendenza a risolvere l'ipereccitazione orale in comportamenti motori di tipo masticatorio: item 42 « usa spesso mangiar caramelle », item 43 « mastica caramelle », item 44 « mastica gomma », item 48 « si morde le labbra » (Tab. 2).

Inoltre si osserva come ci sia anche la tendenza al passaggio da un comportamento motorio fasico esplicito proprio della masticazione, alla iperattività motoria di tipo isometrico « stringe i denti per non piangere » dell'item 52 e « ha voglia di gridare e non riesce ad aprire la bocca » dell'item 51. In questo caso la contrazione dei muscoli che non produce movimento della mandibola ha però, secondo il nostro modello, il ruolo retroattivo di inibizione della area ipotalamica (nucleo laterale) che è il centro di avviamento del comportamento oro alimentare. Questo effetto motorio retroattivo si estende oltre che al comportamento orale appetitivo anche al piangere e al gridare. Che il piangere e il gridare siano correlati è ovvio ma è interessante la relazione tra questi due

TABELLA 2. — Fattore B.

Item		r
6	« Durante l'infanzia la costringevano a mangiare di più? »	- 0,25
12	« Le è capitato di non riuscire a vomitare? »	0,35
15	« Sente spesso un nodo alla gola? »	0,37
24	« Cerca di variare la qualità dei cibi? »	0,30
33	« Quando è l'ora di pranzo è impaziente di cominciare a mangiare? »	0,30
34	« Basta la vista o l'odore del cibo per farle venire un forte desiderio di mangiare? »	0,25
37	« È goloso? »	0,29
38	« Per mangiare si attiene ad orari prestabiliti? »	- 0,28
42	« Usa mettersi spesso in bocca caramelle? »	0,52
43	« Quando mangia caramelle, le mastica? »	0,43
44	« Le piace masticare gomma americana? »	0,32
48	« Le capita spesso di mordersi le labbra? »	0,35
51	« Le capita di aver voglia di gridare o di trovarsi nell'impossibilità di aprire la bocca? »	0,25
52	« Qualche volta stringe i denti per non piangere? »	0,45
63	« Quando si sente insoddisfatto cerca di mangiare qualcosa? »	0,54
65	« Quando è nervoso senza sapere perché, cerca di mangiare qualcosa? »	0,61
67	« Quando è 'irritato' con qualcuno o per qualcosa, cerca di mangiare? »	0,61

varianza spiegata 3,64

 $\bar{X}$  - 8,19

SD - 3,41

comportamenti e il comportamento orale (items 51, 52 e 48). Questo dato ci riporta alla condizione neonatale in cui il pianto e il grido compaiono spesso come « segnale di fame » (oltre che di dolore), il comportamento emozionale è in quella fase strettamente relato all'esperienza oro-alimentare e maggiormente all'esperienza oro-alimentare frustrata: per frustrazione intendiamo la non risposta, o la risposta inadeguata al malessere omeostatico segnalato (cibo insufficiente o male introdotto) (SEGAL, 1975).

Lo « stringere i denti per non piangere » dell'item 52, in un trasferimento all'adulto servirebbe ad inibire non solo il pianto che rappresenta un momento intermedio in questa sequenza (segnalazione del malessere

re), ma il disquilibrio omeostatico (fame) che l'ha originato. È chiaro che qui non abbiamo dati sperimentali per inferire sul « trasferimento » semantico della percezione di malessere da fame ad altre condizioni di malessere più elaborate e complesse sottolineate dalla letteratura specie analitica. Possiamo fare un richiamo alle fantasmaticizzazioni di svuotamento della KLEIN (1952) o all'aspetto sadico-orale insito nel mordere e stringere i denti di ABRAHAM (1924).

Allo stesso modo l'item 15 « sento un nodo alla gola » presente in questo fattore, rappresenta un punto di passaggio tra pianto e comportamento orale, meglio tra inibizione del pianto e inibizione del comportamento orale. Interessante è infine ricordare che questi soggetti riferiscono di « non essere stati costretti a mangiare di più » (item 6), però non sappiamo se questo dato si riferisca ad una educazione libera per l'alimentazione. Probabilmente lo è, dal momento che « non si attiene ad orari prestabiliti per mangiare » (item 38), perché è anche possibile che questo item alluda alla mancanza di una forse desiderata « iperpressione » nell'alimentazione, nel senso di incoraggiamento.

Un ulteriore commento va fatto per l'item 15 « sento un nodo alla gola ». Se infatti il nodo alla gola è legato in parte all'esperienza del piangere, può essere anche espressione di un « rifiuto » a deglutire. È strano che in questo fattore non compaiano items propri del « rifiuto » e che anzi compaia l'item in cui si afferma di non riuscire a vomitare. Per cui ci sembra più corretto interpretare questo fattore come espressione di una più profonda insoddisfazione orale e che i sistemi di inibizione (« mordere le labbra ») agiscano immediatamente su comportamenti emozionali con lo scopo ultimo di inibire l'area centrale di attivazione dell'oralità. Questo è documentato anche dal fatto che situazioni emozionali (depressione, irritazione e aggressività espresse dagli items 63, 65, 67) attivano in questo fattore risposte di tipo orale (assunzione di cibo) documentando che sensazioni di « rabbia » o infelicità che possono portare al pianto sono strettamente relate (o provenienti da o trasferite) all'esperienza orolimentare.

### Fattore C

In questo fattore evidenziamo 3 elementi interessati (Tab. 3):

1) Il primo si riferisce ad aspetti conflittuali dell'oralità, infatti compaiono: a) sia item, come il 35, di *mancanza* di attivazione orale appetitiva (in questo caso con significato assolutamente opposto a quello dei precedenti fattori) indicato dalla correlazione negativa  $-0.36$  dell'item « di solito ho molto appetito »; dall'item di significato opposto

TABELLA 3. — *Fattore C.*

Idem		r
a) <i>semplicità alimentare:</i>		
4	« Durante l'infanzia le facevano seguire una dieta rigida per quanto riguarda la quantità? »	0,31
6	« Durante l'infanzia la costringevano a mangiare di più? »	0,44
7	« Durante l'infanzia l'hanno indotta, contro i suoi gusti a consumare cibi che riteneva cattivi? »	0,52
8	« Durante l'infanzia, l'hanno indotta, contro i suoi gusti a rinuciare a cibi che riteneva buoni? »	0,37
b) <i>inibizione e conflitto:</i>		
10	« Avverte spesso un senso di nausea? »	0,56
11	« Ha tendenza a vomitare? »	0,37
12	« Le è capitato di non riuscire a vomitare? »	0,33
13	« Ha paura di vomitare? »	0,30
15	« Sente spesso un nodo alla gola? »	0,35
16	« Ha frequenti bruciori di stomaco? »	0,49
20	« Quando pone attenzione a ciò che mangia si sente disgustato? »	0,37
25	« Mangia con gusto? »	0,44
29	« Le capita di trattenerlo a lungo il boccone senza masticarlo? »	0,40
30	« È pigro nel masticare? »	0,31
32	« Se mastica a lungo il cibo, fino a ridurlo in poltiglia, proverebbe una sensazione di nausea? »	0,30
35	« Di solito ha molto appetito? »	- 0,36
c) <i>controllo motorio dell'oralità:</i>		
48	« Le capita spesso di mordersi le labbra? »	0,30
49	« Ha la sensazione di aver qualche volta i denti e le mascelle serrate? »	0,46
50	« Le fanno male i muscoli delle mascelle? »	0,46
51	« Le capita di aver voglia di gridare e di trovarsi nella impossibilità di aprire la bocca? »	0,38
52	« Qualche volta stringe i denti per non piangere? »	0,36
53	« Se subisce un torto e non può reagire, si trova a digrignare i denti? »	0,39
54	« Nel suo modo di parlare usa la frase: 'questo non è pane per i miei denti'? »	0,25
55	« Ha mai pensato di qualcuno col quale mantiene rapporti che è un essere disgustoso? »	0,34
56	« Le viene spesso in mente la frase: 'l'idea di doverlo fare mi rivolta'? »	0,39
57	« Ha mai dovuto mandar giù cose spiacevoli? »	0,35
59	« Le capita di usar spesso l'espressione: 'che schifo! '? »	0,30

 $\bar{X} = 9,30$ 

SD = 4,49

varianza spiegata

4,59

« mangia con gusto » (item 25), che a sua volta si contrappone all'item 30 « è pigro nel masticare ». Per l'item precedente il 29 « se masticasse a lungo avrebbe un senso di nausea », ci spiega che l'atto della masticazione come comportamento orale demolitorio è quello che genera conflitto e disgusto.

L'esistenza di questo conflitto è documentata anche dalla tendenza a vomitare (item 11) e dalla paura di vomitare (items 12 e 13). Così come coerente è l'item del disgusto che compare se « si pone attenzione a ciò che si mangia, al prodotto cioè della « demolizione ».

2) L'esperienza alimentare negativa è sottolineata anche dal trasferimento semantico: « ho rapporti con gente che considero disgustosa » (item 55), « l'idea di doverlo fare mi rivolta » (item 56), « mando giù cose spiacevoli » item 57, dice spesso « che schifo! » item 59. Quindi il senso di nausea è legato al fatto che il soggetto è costretto ad « ingerire cibo » e « introietti » di cui non avverte alcuna piacevolezza. Diciamo che questi sono items di conflitto in cui il soggetto tenta di « mettere dentro » ma contemporaneamente inibisce questa introiezione di materiale fisico e psichico sgradevole. In questo contesto si inserisce anche l'item 15 del « nodo alla gola » come difesa-rifiuto del cibo (delle relazioni col pianto vedi fattore precedente). Inoltre in questo fattore un ruolo determinante è giocato dalla educazione alimentare della prima infanzia che evidenzia un misto di forzature (item 4, 6) « costretto a mangiare rigidamente e di più » e frustrazioni orali, item 7 e 8 « ha rinunciato a cibi ritenuti buoni ».

3) Il terzo dato è intimamente connesso con i precedenti. Compaiono infatti numerosi items che si riferiscono all'attività tonica dei muscoli masticatori che sono costantemente in uno stato di ipercontrattura: « mi fanno male i muscoli delle mascelle », « non posso aprire la bocca », « sento i denti e le mascelle serrate » (items 50, 51, 49); risulta inoltre una risposta motoria all'ansia dagli items « stringe i denti per non piangere » « digrigna i denti » degli items 52 e 53 in cui il controllo motorio retroattivo dello stop della aree di attivazione è continuo (vedi introduzione).

L'item 54 « questo non è pane per i miei denti » ribadisce la tendenza al rifiuto conflittuale dovuto alla incapacità di demolire e incorporare. Infine, è anche possibile individuare una relazione tra il digrignare i denti e il mordere intesi come comportamento aggressivo-orale (sadismo di Abraham) degli items « se subisce un torto digrigna i denti » (53) e « le capacità di mordersi le labbra » (48). In altri termini la sequenza dovrebbe essere la seguente: a) stimolo che provoca risposta aggressiva

della tensione e inibisce retroattivamente la sorgente della stimolazione. Qui allora il sistema motorio sarebbe uno specchio del comportamento aggressivo orale ed il *conflitto* da noi individuato sarebbe tra attitudine suzionale e masticazione distruttiva demolitiva. Questo fattore deve essere sempre confrontato con il fattore precedente ed esaminato non isolatamente. Ci pare ovvio sottolineare qui la presenza di un item chiaramente somatopsichico dei « bruciori » allo stomaco che è la risultante della conflittualità. Interessante è che non è sufficiente la componente suzionale per indurre tale disturbo dal momento che esso non compare negli altri fattori.

In conclusione, questo fattore evidenzia la conflittualità tra schemi orali. Infatti accanto ad items che indicano un prevalere della fase appetitiva e suzionale esistono items che rappresentano false soluzioni motorie dal momento che il distretto orale è attivato nel comportamento del mordere aggressivo. In altri termini qui non « si mastica caramelle, etc » (cioè non si passa da una fase appetitiva ad una masticatoria come nel fattore B, ma si inibisce il comportamento del mordere aggressivo. Il dato centrale è però il conflitto accettazione-rifiuto (vomito-paura del vomito etc.) con continua presenza di nausea e logici e meritati bruciori di stomaco).

#### *Fattore D*

Il quarto fattore è il più chiaro e monotematico (Tab. 4). Basta l'osservazione degli items per rilevare come tutti si riferiscano al comportamento del fumare. Si associano a questi alcuni items del comportamento di *fictio oralis* non legati ad alcuna ingestione di cibo quali il masticare la gomma americana. Anche qui l'educazione alimentare ha un certo ruolo (dieta rigida per quantità). È importante la necessità di « stimolare » le mucose orali: « cibo piccante » ben si associa allo stimolo irritativo del fumo. È coerente anche il fumare come risposta sostitutiva degli items 64, 66, 68.

L'ultimo item che rappresenta una spia della problematica orale di tipo alimentare « rimossa » segnala con una certa frequenza di « consumare lauti pasti in sogno ».

#### CONCLUSIONI

Con la nostra ricerca intendevamo mettere in evidenza la presenza

## Comportamento oroalimentare

157

TABELLA 4. - *Fattore D.*

Item		
4	« Durante l'infanzia le facevano seguire una dieta rigida per quanto riguarda la quantità? »	0,25
22	« Se ha tempo a disposizione si concede il piacere di stare a tavola più a lungo mangiando lentamente? »	- 0,34
23	« Preferisce mangiare cibi piccanti? »	0,26
39	« Fuma? »	0,85
40	« Ha provato a smettere di fumare? »	0,49
41	« Si è sentito 'insoddisfatto' se ha provato a smettere di fumare? »	0,35
44	« Le piace masticare gomma americana? »	0,30
64	« Quando si sente 'insoddisfatto' cerca di fumare? »	0,82
66	« Quando è nervoso senza sapere perché, cerca di fumare? »	0,85
68	« Quando è 'irritato' con qualcuno o per qualcosa, cerca di fumare? »	0,85
70	« Le capita spesso in sogno di consumare lauti pasti? »	0,26
		varianza spiegata 4,32
	$\bar{X} = 4,06$	$SD = 2,73$

nostri risultati sembrano confermare questa ipotesi. Per interpretare i nostri dati ricordiamo che il comportamento oroalimentare si compone, come del resto tutti i comportamenti istintivi omeostatici, di una fase appetitiva e di una fase consumatoria e che gli stili alimentari altro non sono che modalità particolari assunte da queste sequenze.

Innanzitutto sono importanti in questo processo gli stimoli starter di avviamento che eccitano il nucleo ipotalamico laterale e l'amigdala dorso mediale (g) (FONBERG, 1972) e stimoli di stop che inibiscono, agendo sull'ipotalamo ventromediale e amigdala laterale, la stessa sequenza.

In questa nostra ricerca non abbiamo preso volutamente in considerazione i fattori e i segnali cosiddetti starter, ma ci siamo fermati sulla fenomenologia del comportamento cercando anche di individuare possibili differenze nel sistema di stop.

L'analisi fattoriale ha evidenziato 4 fattori: un fattore A si caratterizza per forti componenti appetitive in cui è facile ipotizzare o soglie di pacemaker particolarmente basse, legate probabilmente a fattori di perso-

nalità da intendersi in senso psicodinamico e psicoanalitico del termine o ad una stimolazione continua o infine alla mancanza di un adeguato sistema di stop. A proposito di quest'ultimo elemento si rileva come manchino in questo fattore items che individuano il passaggio dalla fase appetitiva a quella consumatoria della masticazione, che, secondo il nostro modello, rappresenta il migliore e più adeguato sistema di stop. Non ci addentriamo qui nei fattori psicodinamici che « bloccano » passaggio. Si ha dunque l'impressione che i segnali di stop siano rappresentati soltanto dagli stimoli tattili, orali (e gustativi) di cibo introdotto in grandi quantità. Questa modalità è proprio della fase neonatale per cui abbiamo definito questo fattore come « suzionale » nel senso che riecheggia nell'adulto il protocomportamento alimentare (fase pregenitale cannibalica, stadio dell'incorporazione, FREUD, 1905).

Il successivo fattore B che abbiamo definito « eccitazioni appetitive di stop motori supplementari », si caratterizza per alcuni tentativi di bloccare il pacemaker ipotalamico che risulta nel fattore precedente particolarmente attivato anche in forma cronica. I sistemi di stop sono rappresentati: 1) da attività masticatoria prolungata non legata all'assunzione di cibo in grande quantità, come masticare la gomma americana o il masticare caramelle; 2) da un ipertono muscolare legato sia ad attività come « mordersi le labbra », sia a vere e proprie contrazioni isometriche nella muscolatura delle aree dell'assunzione del cibo e della masticazione (« stringe i denti », etc.). (Per il ruolo di stop svolto dalla muscolatura di questa area vedi l'introduzione).

Interessante è in questo ambito anche il legarsi di problematiche oroalimentari con comportamenti aggressivi orali emozionali (« mordersi le labbra », « stringere i denti per non piangere ») (stadio sadico orale).

Il fattore C è caratterizzato da conflittualità nella sfera oroalimentare. Manca qui la componente appetitiva presente negli altri fattori che è sostituita da atteggiamenti chiaramente inibitori (mancanza di appetito). In fondo l'esperienza oroalimentare è considerata negativamente ed emerge l'incapacità ad operare delle scelte che vadano nella direzione o del rifiuto esplicito (vomito) o della scomposizione e assimilazione del cibo. Questa « coabitazione » cronica con un'esperienza sgradevole è trasferita anche sul piano semantico e definisce situazioni che vanno oltre la sfera strettamente alimentare (« mandar giù cose spiacevoli », « mantenere rapporti con gente che ritiene isgustosa », etc). Infine l'attivazione orale è inibita da contrazioni isometriche croniche come nel fattore precedente legati a comportamenti emozionali.

L'ultimo fattore è rappresentato dall'abitudine al fumo che stranamente non si correla con gli altri comportamenti orali. Noi pensiamo che si tratti di un cortocircuito orale.



Ulteriori ricerche dovrebbero approfondire anche altri aspetti di questo ampio settore. Nel nostro lavoro abbiamo esaminato sostanzialmente gli aspetti comportamentali dell'oralità, accennando soltanto agli aspetti fantasmatici che secondo noi rappresentano un anello importante nello sviluppo dei processi psicofisiologici in senso lato (IMBASCIAI, 1983).

### RIASSUNTO

Sulla base del modello psicofisiologico abbiamo elaborato un questionario per studiare il comportamento orodimentare di 171 studenti (maschi e femmine) di psicologia.

L'analisi fattoriale ha enucleato quattro fattori: a) dell'iperattivazione appetitiva; b) dell'attivazione motorio appetitiva; c) dell'oralità conflittuale; d) del comportamento dei fumatori.

La discussione dei risultati conferma l'ipotesi psicofisiologica.

### SUMMARY

On the basis of a psychophysiological model we have elaborated a questionnaire in order to examine the oral-alimentary behavior of 171, male and female, psychology students.

The factorial analysis singled out 4 factors: a) appetitive hyperactivation; b) motor appetitive activation; c) conflictual orality; d) smoking behavior.

A discussion of the results confirms the psychophysiological hypothesis.

### RÉSUMÉ

Nous avons élaboré, selon un modèle psychophysologique, un questionnaire pour étudier le comportement oro-alimentaire de 171 étudiants de psychologie.

L'analyse factorielle a déterminé 4 facteurs: a) hyperactivation appétitive; b) activation motrice appétitive; c) oralité conflictuelle; d) facteur de fumeurs.

Nous avons fait aussi une discussion de nos résultats que confirme l'hypothèse psychophysologique.

### BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM K. (1924): *Contributi dell'eroticismo orale alla formazione del carattere*, in Opere, Boringhieri, Torino, 1975, vol. I, p. 190 e segg.
- ALEXANDER F.: *Medicina psicosomatica*, Edizione Universitaria, Firenze, 1951.
- ANOCHEV P. K.: *Biologia e neurofisiologia del riflesso condizionato*, Bulzoni, Roma, 1975, pp. 56-57.

- FONFRA E.: *Control of emotional behaviour through the hypothalamus and amygdaloid complex*, in *Physiology, Emotion and Psychosomatic illness*, Elsevier, Amsterdam, 1972.
- FREUD S. (1905): *Tre saggi sulla teoria della sessualità*, in *Opere*, Boringhieri, Torino 1970, vol. IV, p. 506.
- FREUD S. (1932): *Introduzione alla psicoanalisi*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, 1980, vol. 11, p. 207.
- FREUD S. (1938): *Compendio di psicoanalisi*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, 1980, vol. 11, p. 580.
- IMBASCIATI A.: *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1983.
- KLEIN M. (1952): *Scritti 1921-1958*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, 1978.
- MORUZZI G.: in *Venturini R. Livelli di vigilanza*, Bulzoni, Roma, 1973, pp. 163-205.
- PERLS F., HEMPERLINE R. F., GOODMAN P.: *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*, Astrolabio, Roma, 1971.
- RUGGIERI V., SABATINI N., BERGERONE C.: *La somatizzazione*, in corso di stampa.
- SEGAL H.: *Introduzione all'opera di Melanie Klein*, Martinelli, Firenze, 1975, p. 31.

QUESTIONARIO O.A.

Nome      
Età      
Sesso      
Scolarità    

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. E' stata/o allattata/o artificialmente?   | SI | NO |
| 2. E' stata/o svezzata/o prima dei quattro mesi?   | SI | NO |
| 3. Durante l'infanzia la facevano mangiare ad orari fissi?   | SI | NO |
| 4. Durante l'infanzia le facevano seguire una dieta rigida per quanto riguarda la quantità?              | SI | NO |
| 5. Durante l'infanzia le hanno detto di non mangiare troppo?   | SI | NO |
| 6. Durante l'infanzia la costringevano a mangiare di più?  | SI | NO |
| 7. Durante l'infanzia l'hanno indotta, contro i suoi gusti, a consumare cibi che riteneva cattivi?       | SI | NO |
| 8. Durante l'infanzia l'hanno indotta, contro i suoi gusti, a rinunciare a cibi che riteneva buoni?      | SI | NO |
| 9. Voleva essere la/il bambina/o buona/o che mangia tutto?   | SI | NO |
| 10. Avverte spesso un senso di nausea?   | SI | NO |
| 11. Ha tendenza a vomitare?  | SI | NO |
| 12. Le è capitato di non riuscire a vomitare?  | SI | NO |
| 13. Ha paura di vomitare?  | SI | NO |
| 14. Vomitando ha provato un notevole disgusto?   | SI | NO |
| 15. Sente spesso un nodo alla gola?  | SI | NO |
| 16. Ha frequenti bruciori allo stomaco?  | SI | NO |
| 17. Si sente "pesante" dopo i pasti?   | SI | NO |
| 18. Quando consuma il pasto si concentra su di esso?   | SI | NO |
| 19. Ha l'abitudine di leggere mentre mangia?   | SI | NO |
| 20. Quando pone attenzione a ciò che mangia si sente disgustato?   | SI | NO |
| 21. Mangia con avidità?  | SI | NO |
| 22. Se ha tempo a disposizione si concede il piacere di stare a tavola più a lungo mangiando lentamente? | SI | NO |
| 23. Preferisce mangiare roba piccante?   | SI | NO |

- 24. Cerca di variare spesso la qualità dei cibi? SI NO
- 25. Mangia con gusto? SI NO
- 26. Avverte i diversi sapori che possono essere presenti in una pietanza? SI NO
- 27. Le piace una pietanza abbondante? SI NO
- 28. Quando mangia un panino lo strappa a piccoli morsi? SI NO
- 29. Le capita di trattenere a lungo il boccone senza masticarlo? SI NO
- 30. E' pigra/o nel masticare? SI NO
- 31. Se masticasse a lungo il cibo, fino a ridurlo in poltiglia, proverebbe una sensazione di disgusto? SI NO
- 32. Se masticasse a lungo il cibo, fino a ridurlo in poltiglia, proverebbe una sensazione di nausea? SI NO
- 33. Quando è l'ora di pranzo è impaziente di cominciare a mangiare? SI NO
- 34. Basta la vista ed il profumo del cibo per farle venire un forte desiderio di mangiare? SI NO
- 35. Di solito ha molto appetito? SI NO
- 36. Ha bisogno di molto cibo per sentirsi sazia/o? SI NO
- 37. E' golosa/o? SI NO
- 38. Per mangiare si attiene a orari prestabiliti? SI NO
- 39. Fuma? (se risponde NO a questa domanda salti le domande: 40, 41, 64, 66, 68). SI NO
- 40. Ha provato a smettere di fumare? SI NO
- 41. Si è sentita/o "insoddisfatta/o" se ha provato a smettere di fumare? SI NO
- 42. Usa mettersi spesso in bocca caramelle? SI NO
- 43. Quando mangia caramelle, le mastica? SI NO
- 44. Le piace masticare gomma americana? SI NO
- 45. Le piacciono alimenti semisolidi? SI NO
- 46. Le piacciono alimenti liquidi? SI NO
- 47. Le sembra di tenere spesso le labbra serrate? SI NO
- 48. Le capita spesso di mordersi le labbra? SI NO
- 49. Ha la sensazione di avere qualche volta i denti e le mascelle serrate? SI NO
- 50. Le fanno male i muscoli delle mascelle? SI NO
- 51. Le capita di aver voglia di gridare e di trovarsi nella impossibilità di aprire bocca? SI NO

52. Qualche volta stringe i denti per non piangere? SI NO
53. Se subisce un torto e non può reagire, si trova a digrignare i denti? SI NO
54. Nel suo modo di parlare usa la frase: "questo non è pane per i miei denti"? SI NO
55. Ha mai pensato di qualcuno col quale mantiene rapporti che è un "essere disgustoso"? SI NO
56. Le è mai venuta in mente la frase: "l'idea di doverlo fare mi rivolta"? SI NO
57. Ha mai dovuto "mandar giù" cose spiacevoli? SI NO
58. Mantiene vecchi rapporti anche se da essi non trae più alcun vantaggio? SI NO
59. Le capita spesso di usare l'espressione: "che schifo"? SI NO
60. E' soddisfatta/o di se stessa/o? SI NO
1. In particolari circostanze può essersi sentita/o insoddisfatta/o o depressa/o. Come descriverebbe la sensazione di questi momenti:
- mi manca qualcosa SI NO
2. - mi sento svuotata/o SI NO
3. Quando si sente insoddisfatta/o:
- cerca di mangiare qualcosa SI NO
4. - cerca di fumare (non risponda a questa domanda se ha risposto NO alla domanda 39) SI NO
5. Quando è nervosa/o senza sapere perchè:
- cerca di mangiare qualcosa SI NO
6. - cerca di fumare (non risponda a questa domanda se ha risposto NO alla domanda 39) SI NO
7. Quando è arrabbiata/o con qualcuno o per qualcosa:
- cerca di mangiare SI NO
8. - cerca di fumare (non risponda a questa domanda se ha risposto NO alla domanda 39) SI NO
9. Ha paura di morire di fame? SI NO
10. Le capita spesso in sogno di consumare lautissimi pasti? SI NO