# ISTITUTO FRANCO GRANONE C.I.I.C.S.

#### CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

#### CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA Anno 2015

### Il ruolo dell'ipnosi nel trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione

Candidata:

Irene Armato

**Relatore**:

Ch.mo Dott. Alessandro Calderoni

Ala mia Famiglia, E a Francesco "Quel che l'immaginazione coglie come cosa bella, quella dev'essere la verità".

John Keats

### Indice

In	Introduzione			
C	APITOLO I – I Disturbi dell'Alimentazione	1		
1.	Questioni diagnostiche: fenomenologia	1		
2.	Diagnosi di Anoressia Nervosa	3		
3.	Diagnosi di Bulimia Nervosa	6		
4.	Diagnosi di Disturbo da Alimentazone Incontrollata			
	(Binge Eating Disorder)	8		
5.	Origini remote dei Disturbi Alimentari	10		
	5.1 Radici biologiche e componenti genetiche	10		
	5.2 Fattori di rischio: familiari, individuali e socio-culturali	13		
	5.2.1 Il contesto socio-culturale: le immagini sociali dell'obesità e della magrezza	15		
6.	Fattori cognitivi coinvolti nella genesi dei Disturbi Alimentari			
	6.1 Il bisogno di controllo	17		
	6.2 Criticismo genitoriale	19		
	6.3 Perdita di controllo e stress nei DCA	20		
<b>C</b> .	APITOLO II – Psicoterapia dei Disturbi dell'Alimentazio	ne 23		
1.	Strategie e tecniche di intervento per il trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione	23		
	1.1. Intervento psicoeducazionale	24		
	1.2 Terapie di gruppo	25		
	13 Teranie psicognalitiche-psicodinamiche	27		

	1.4	Terapie familiari	29
	1.5	Terapie cognitivo-comportamentali	31
	1.6	Terapie strategiche e interazioniste	34
	1.7	Terapia interpersonale	36
	1.8	Terapia centrata sul corpo	37
	1.9	Farmacoterapia	38
	1.10	Indicazioni al ricovero ospedaliero	39
C	API	ΓΟLΟ III – Ipnosi e Disturbi dell'Alimentazione	43
1.	Con	cetti di base	43
2.	L'ip	nosi nel trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione	44
	2.1	Applicazioni nel trattamento dell'Anoressia Nervosa	44
	2.2	Applicazioni nel trattamento della Bulimia Nervosa	48
	2.3	Applicazioni nel trattamento del Binge Eating Disorder	53
3.	Con	clusioni	58
Bibliografia			VI
R	Ringraziamenti		

### Introduzione

Il presente lavoro nasce dall'intenzione di approfondire i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e i trattamenti sino ad oggi utilizzati per affrontarli.

Il primo capitolo si presenta come un rassegna diagnostica delle classificazioni attuali di questi disturbi, tra cui a livello fenomenologico ho approfondito l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder). In questo capitolo ho affrontato inoltre il tema delle radici biologiche e delle componenti genetiche dei Disturbi Alimentari, insieme ai fattori di rischio e all'influenza delle immagini sociali dell'obesità e della magrezza presenti nel contesto socio-culturale. Infine ho approfondito i fattori cognitivi coinvolti nella genesi di questi disturbi.

Nel secondo capitolo il lavoro prende forma indagando le diverse metodologie, tecniche e procedure di trattamento utilizzate ad oggi per curare i Disturbi dello spettro alimentare, dall'intervento psico-educazionale, alle indicazioni per il ricovero ospedaliero.

Nel terzo ed ultimo capitolo infine ho approfondito il ruolo dell'ipnosi e le sue applicazioni nel trattamento dei DCA, chiarificando qualche aspetto generale sulla tecnica, per giungere più nello specifico alla sua declinazione per la cura di questi disturbi. L'ipnosi terapia come metodologia di trattamento è stata da me approfondita nelle sue applicazioni sull'Anoressia Nervosa, sulla

Bulimia Nervosa e sul Binge Eating Disorder, poiché rappresenta una scoperta clamorosa in riferimento ai vantaggi che può fornire ai soggetti affetti da tutti quei disturbi che hanno a che fare con l'alimentazione: persone che nei casi più gravi non riescono ad avere una vita relazionale e affettiva normale, né ad avere un impiego lavorativo stabile, che sviluppano talvolta problemi da dipendenza, e nei casi più comuni invece sono persone che soffrono di disagi non sempre visibili, talvolta convivono con malesseri interiori e modalità inadeguate e disfunzionali di vivere le relazioni sociali. Tali conseguenze sono spesso il risultato della mancata cura di queste vittime.

L'obiettivo principale di questo lavoro è rappresentato dall'esigenza di raggiungere una maggiore comprensione circa l'utilità dell'intervento ipnotico per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, e dall'intenzione di sensibilizzare le persone alla conoscenza dei trattamenti esistenti in questo settore clinico al fine di renderle capaci di sviluppare le risorse per affrontare la malattia.

#### **CAPITOLO I**

#### I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

#### 1. Questioni diagnostiche: fenomenologia

I Disturbi dell'Alimentazione sono caratterizzati dalla presenza di grossolane alterazioni del comportamento alimentare (APA, 1996).

In ambito psicologico il processo diagnostico può assumere due diversi volti classificatori, un primo nosografico-descrittivo e un secondo interpretativo-esplicativo. Mentre nel primo caso il clinico diagnosta è limitato alla descrizione del fenomeno e al confronto tra il dato empirico e i sistemi di classificazione in uso; nel secondo si rivolge all'interpretazione del dato osservato, cercando di spiegare, con l'aiuto della teoria, la genesi e lo sviluppo dello specifico disturbo, per avvicinarsi poi anche all'ipotesi di intervento terapeutico (Faccio, 2001).

Secondo Caruso e Manara (1997), la diagnosi di natura descrittiva rappresenta da un lato il capolinea della diagnosi più prettamente psichiatricotradizionale, e dall'altro l'esordio della diagnosi interpretativa in ambito psicologico-clinico.

Attualmente il sistema di classificazione descrittivo maggiormente utilizzato è conosciuto come il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* o DSM dell'American Psychiatric Association, V edizione (2014). Come sottolineano Garner e Dalle Grave (2002), il manuale diagnostico fornisce una delineazione degli aspetti clinici migliore rispetto a quanto espresso negli schemi diagnostici precedenti, anche se non chiarifica i meccanismi di natura prettamente eziologica.

Secondo l'ultima versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali le patologie dello spettro alimentare vengono definite Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e sono caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale (APA, 2014).

Dei disturbi che appartengono a questa categoria ho posto l'attenzione in particolar modo su due principali disturbi dell'alimentazione (Eating Disorders): l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa. Nel DSM-IV veniva inclusa un'ulteriore categoria molto ampia ed eterogenea rappresentata dai Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (EDNOS), che costituivano una categoria che andava ad inglobare coloro che presentano DCA significativi in ambito clinico pur non soddisfacendo i criteri dell'anoressia o della bulimia nervosa (Garner et. al, 2002). Gli autori chiarificano, inoltre, come quest'ultima tipologia non sia di importanza clinica inferiore poiché il quadro riportato da questi pazienti può connotarsi in maniera così complessa e seria da risultare al pari dei due maggiori disturbi dell'alimentazione. Gli EDNOS oggi non vengono più riportati con questa sigla, nell'ultima versione del manuale diagnostico ma vengono definiti Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione Non Specificati.

Viene riconosciuta una grande importanza al Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder) che se nel DSM-IV rientrava nei Disturbi Non Altrimenti Specificati, nel DSM-5 è una categoria a sé e include tutti quegli individui che condividono alcuni aspetti che definiscono la bulimia nervosa ma nel contempo si servono in maniera saltuaria di quelle tipiche condotte compensatorie (es. vomito auto-indotto) presenti invece in misura costante nella bulimia nervosa (Garner et. al, 2002).

Come sottolinea Faccio (2001), spesso però l'uso della diagnosi etichetta il paziente distogliendo l'attenzione da ciò che vi è oltre la cornice clinica, l'intervento dell'autrice si prefigura, infatti, come rivolto a richiamare l'attenzione all'importanza del ruolo del clinico di guardare il paziente con i suoi stessi occhi, proprio per immedesimarsi nel problema e comprendere quale significato egli attribuisce al disagio che sta vivendo:

"Non si tratta in sostanza di cedere al bisogno di rassicurazione di chi ci sta di fronte fornendogli la risposta immediata. [...] viene da chiedersi a questo punto se il fatto di costruire il mondo di significati del paziente e di entrarvi anche solo per la durata dell'incontro con lui, non possa dischiudere agli occhi del diagnosta una realtà inattesa. I clinici definiscono sintomo, o segno di malattia, ciò che, per chi lo vive, è il proprio ed unico modo di esistere, il proprio progetto di cura, l'effetto di una terapia fai da te il cui obiettivo sta nel benessere che la persona desidera per se stessa" (Faccio, 2001, p.41).

E' sempre molto complesso descrivere uno stato dell'essere attribuendo ad esso l'idea di normalità o patologia; talvolta la psicopatologia sempre motivata alla ricerca dell'esatto, si impone di cogliere le sfumature, non sempre così evidenti, perché i cambiamenti che si prefigge di osservare sono spesso il risultato di continui riadattamenti dell'individuo all'ambiente (Montecchi, 2009). Così Montecchi sottolinea come le difficoltà dettate dall'intento di mantenere tutto ciò all'interno di categorie diagnostiche mediche emergano evidenti, e davanti a questo è necessario secondo l'autore accettare ugualmente il bisogno di farsi comprendere servendosi di una disciplina, cercando di comunicare attraverso una base condivisa: la nosografia ha proprio questo intento.

#### 2. Diagnosi di Anoressia Nervosa

L'esordio dell'Anoressia Nervosa si colloca in età post-puberale o adolescenziale e coinvolge per lo più le femmine, con un' incidenza del 95%; sono per la maggior parte ragazze che avvertono un disagio in riferimento al proprio corpo che va a dominare gran parte della loro esistenza (Faccio, 2001).

La diminuzione del peso corporeo rappresenta l'aspetto principale di questo quadro clinico: a prima vista, come indicato da Palazzoli (1995) le anoressiche mentali si mostrano sempre con tipiche manifestazioni. Palazzoli sottolinea come nei rapporti col medico, alcune appaiono educate ma fredde e scostanti, con un forte senso di controllo, mentre altre risultano logorroiche e false, con un atteggiamento che comunque mira al medesimo scopo di scoraggiare

il medico. Queste pazienti, continua l'autrice, non prendono consapevolezza del loro stato e così ribadiscono di stare bene, e non realizzando la condizione di malattia che le contraddistingue, risultano indifferenti alle proprie condizioni fisiche anche quando queste sono di natura molto grave.

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali chiarifica come questi soggetti arrivano all'osservazione medica solitamente su stimolazione della famiglia, soprattutto quando le condizioni fisiche tendono a divenire evidentemente gravi; qualora invece fossero loro stessi a richiedere un sostegno di natura professionale raramente accade per una preoccupazione ed un interesse sincero per le proprie condizioni, ma più che altro per il disagio rappresentato dalle conseguenze sia somatiche che psicologiche del disturbo (APA, 2014).

Come indicato nel DSM-5, le manifestazioni principali dell'Anoressia nervosa sono costituite da:

- A. rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale;
- B. intenso timore di acquistare peso unito a un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso;
- C. presenza di un'alterazione dell'immagine corporea per forma e dimensioni;

Il criterio A classificato dal Manuale diagnostico indica come campanello d'allarme il mantenimento del peso corporeo al di sotto di quello minimo normale in proporzione all'età e all'altezza. Qui il DSM-5 fornisce un limite per valutare se il soggetto soddisfa i criteri previsti, infatti è considerato sottopeso un individuo con un peso al di sotto dell'85% del peso normale per età e altezza.

La perdita di peso risulta grazie alla riduzione radicale della quantità di cibo assunta, inoltre possono essere attuate condotte di eliminazione (vomito autoindotto, uso non responsabile di lassativi e diuretici), esasperata ed eccessiva pratica di attività fisica, proprio con lo scopo di perdere peso (APA, 2014).

Il Manuale diagnostico inoltre rispetto al criterio B identificato nella "paura di diventare grassi" sottolinea come questo aumenti parallelamente alla

perdita effettiva di peso, e puntualizza la percezione e il valore attribuiti all'aspetto fisico e al peso che in questi soggetti risultano distorti (criterio C).

I soggetti che soffrono di Anoressia Nervosa hanno livelli di autostima che si costituiscono sotto la profonda influenza esercitata dal peso corporeo e dalla forma fisica: la perdita di peso è segno di conquista e di autodisciplina, mentre il suo incremento viene interpretato come incapacità di detenere il controllo, qualcosa di inaccettabile (APA, 2014). Come già accennato precedentemente, la maggior parte di questi pazienti con questo disturbo negano le conseguenze fisiche del loro stato mentale.

La nosografia descrittiva del DSM-5 individua alcuni sottotipi di questo disturbo che vengono a delinearsi nelle seguenti voci, e si distinguono in base alla presenza o assenza di episodi di regolari abbuffate o di condotte di eliminazione :

- Sottotipo con Restrizioni: perdita di peso come risultato di strategie quali dieta, digiuno, o sport eccessivo, in assenza di fenomeni come abbuffate o condotte di eliminazione;
- Sottotipo con Abbuffate/ Condotte di Eliminazione: soggetti che presentano regolarmente (frequenza almeno settimanale) episodi di abbuffate e/o condotte di eliminazione.

Come approfondito da Faccio (2001), nell'anoressica il digiuno diviene normalità e le poche volte che viene assunto del cibo questo viene accompagnato da una serie di rituali. I liquidi vengono gestiti diversamente a seconda dei casi, alcuni soggetti bevono molto, altri riducono al minimo indispensabile le quantità.

"[...] più è alto l'investimento affettivo nei confronti del cibo, più è lancinante il bisogno, più la rinuncia viene vissuta come una gloriosa vittoria nella continua lotta tra autoinganno e autoaffermazione" (Faccio, 2001, p. 43).

L'autrice delinea in maniera molto precisa come queste pazienti nascondano dietro una apparente iperattività, una sfera interna particolarmente depressiva tanto che risulta davvero complesso distinguere i diversi stati emotivi.

Comprendiamo dunque, come indicato da Faccio, che ciò che tiene in vita questo circolo in cui spesso si ritrovano anche comportamenti di natura bulimica seguiti da pratiche di eliminazione delle calorie assunte dal corpo, non è altro che la dissociazione soma/psiche. Quest'ultima, chiarifica l'autrice, pone la ragazza di fronte a una scelta straziante che ha due soli possibili esiti: la morte fisica o quella psichica.

Il DSM-5 descrive come l'evoluzione dell'Anoressia Nervosa sia piuttosto variabile, in alcuni casi può risultare necessario il ricovero ospedaliero per ripristinare il peso corporeo e gli eventuali squilibri di altra natura.

Il decorso clinico della malattia va dai 5 ai 10 anni ma non esistono parametri fissi di riferimento.

Tra i soggetti ricoverati i dati di mortalità indicati dal Manuale diagnostico sono maggiori del 10% e il decesso è dovuto alla denutrizione estrema, agli squilibri elettrolitici, e al suicidio.

#### 3. Diagnosi di Bulimia Nervosa

Questo disturbo è caratterizzato dalla presenza di abbuffate e dall' incapacità di prevenire l'aumento di peso progressivo dovuto anche all'utilizzo di metodi compensatori inappropriati (APA, 2014).

Come ricordato da Faccio (2001), l'età media di insorgenza è anche qui l'adolescenza, ad essere colpite da questo disturbo sono soprattutto le donne, il cui problema sorge spesso in seguito a problemi di anoressia nervosa, infatti i due aspetti sembrerebbero strettamente collegati l'uno con l'altro. La connessione si rifà, secondo l'autrice, al controllo del peso, mentre le differenze che si possono scorgere fanno capo al rapporto con il cibo che, seppur conflittuale, in entrambi i casi risulta differente.

Il DSM (APA, 2014) ci guida nella diagnosi di questo disturbo indicando come le sue manifestazioni principali, che definiscono i criteri diagnostici della Bulimia Nervosa siano:

- A. episodi ricorrenti di abbuffate compulsive che si definiscono dai due seguenti criteri:
- 1. con l'assunzione di una quantità di cibo più grande di quella che assumerebbe la maggioranza degli individui in circostanze simili (l'episodio di abbuffata può iniziare in un luogo e concludersi in un altro, non deve avvenire necessariamente in un solo contesto, e non viene considerato tale il continuo "spiluccare" cibo durante la giornata);
- 2. con la sensazione di perdere il controllo, che si configura inizialmente come una percezione di estraniamento, e in seguito, nelle fasi più avanzate del disturbo, come una sensazione soggettiva di mancanza di controllo in particolare durante la crisi, un'incapacità di resistere all'impulso e di interrompere la crisi.
- B. frequente ricorso a inappropriati comportamenti compensatori per prevenire l'aumento di peso (vomito, abuso di farmaci, esercizio fisico eccessivo che quindi interferisce con altre attività, o viene svolto in luoghi e orari non consoni, e/o nonostante condizioni fisiche precarie);
- C. minimo di un episodio di abbuffata e comportamenti compensatori inappropriati alla settimana negli ultimi 3 mesi;
- D. autostima influenzata decisamente dal peso corporeo e dalla forma, che definiscono la valutazione di sé;
- E. la diagnosi non viene giustificata se il disturbo si presenta solo durante episodi di Anoressia Nervosa.

I sottotipi della Bulimia Nervosa esplicitati nel DSM-5 (APA, 2014) sono i seguenti:

- ✓ Con Condotte di Eliminazione: soggetti che presentano regolarmente vomito autoindotto e uso inadeguato di lassativi, diuretici.
- ✓ Senza Condotte di Eliminazione: assenza di vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici, ma presenti invece altri comportamenti compensatori inappropriati come il digiuno e lo sport eccessivo.

Il Manuale diagnostico procede col puntualizzare come i soggetti che soffrono di questo disturbo tendono a vergognarsi del loro modo di gestire il rapporto con il cibo, e cercano quindi di nasconderlo. Per questo motivo le crisi bulimiche avvengono generalmente in solitudine e in segreto. L'individuo può addirittura pianificare l'evento in modo da svolgere l'assunzione del cibo nel minor tempo possibile, una pratica che continua sino a quando non si percepisce di essere così pieni da "star male", o la sensazione di insoddisfazione rispetto al proprio corpo o al cibo. All'abbuffata infatti possono susseguirsi: umore depresso e spietata autocritica.

Tra i comportamenti compensatori più frequenti tesi a ridurre al minimo le conseguenze delle abbuffate viene segnalato dal DSM-5 l'autoinduzione del vomito (presente nell'80-90% dei soggetti bulimici in cura). Questa tecnica consente alla persona di ridurre sia la paura di ingrassare, sia la sensazione fisica di malessere generale.

" la bulimica è assorbita nella straziante peregrinazione tra l'eccesso e il difetto, l'unica possibilità di equilibrio è quella di bilanciare l'eccesso con un'adeguata eliminazione. [...] è come se il soggetto una volta rotto l'equilibrio di un adeguato rapporto con il cibo non riuscisse più a recuperare la posizione intermedia e venisse sbalzato su di un livello qualitativamente diverso dove le leggi di scambio sono all'insegna del tutto o nulla" (Faccio, 2001, p. 43).

L'autrice continua puntualizzando come in questi soggetti non sia presente il piacere di abbuffarsi, perché il loro approccio al cibo è caratterizzato da una sorta di neutralità affettiva, ed è solo in seguito all'episodio che possono emergere dei risvolti di tipo emotivo, dettati dal senso di colpa, piuttosto che dalla depressione, dall'angoscia, dalla rabbia, dalla perdita dell'autostima e dell'autocontrollo. Il soggetto tenta poi di placare questa tempesta di sentimenti attraverso i comportamenti riparatori esplicati precedentemente.

Il decorso clinico presenta durata variabile, dai 5-6 anni sino anche ai 15-20, ma data la frequenza delle ricadute, è molto complesso stabilirlo con precisione.

# 4. Diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorders)

Come sottolineato da Garner e Dalle Grave, il termine Binge Eating Disorders viene utilizzato in riferimento a quei soggetti che in seguito agli episodi di abbuffate, percepiscono un grave disagio ma non ricorrendo a condotte compensatorie inadeguate non possono essere classificati come aventi Bulimia Nervosa. Nel DSM-5 questo disturbo è stato incluso come categoria distinta di disturbo dell'alimentazione mentre nel DSM-IV veniva descritto nell'Appendice B tra appunto gli ENDOS.

Sembra, inoltre, che vi sia una connessione particolarmente stretta tra l'obesità e il Binge Eating Disorder (Faccio, 2001). Ho voluto pertanto soffermarmi su questa categoria.

L'insorgenza del comportamento alimentare incontrollato è riscontrata solitamente durante la tarda adolescenza o agli inizi della terza decade, spesso successivamente ad un regime di dieta alimentare che determini una importante perdita di peso corporeo (APA, 2014).

Come espresso dal DSM-5 le manifestazioni principali e i criteri di ricerca dei soggetti caratterizzati da questo disturbo sono:

- A. episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata (in media, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi),
  - accompagnati da percezioni di riduzione del controllo soggettivo;
  - B. alimentazione che si configura con almeno tre dei seguenti sintomi:
    - 1. mangiare molto più velocemente del normale
    - 2. mangiare sino a sentirsi spiacevolmente pieni
    - 3. mangiare grandi quantitativi di cibo anche in assenza di fame
    - 4. mangiare da soli per via dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando

- 5. sentirsi disgustato verso se stesso, depresso, in colpa per le abbuffate;
- C. disagio significativo rispetto al mangiare incontrollato;
- E. in assenza di regolari comportamenti compensatori inappropriati tipici della Bulimia Nervosa.

Il disagio necessario a una diagnosi di questo tipo comporta sensazioni di malessere spiacevoli durante e in seguito le abbuffate, insieme a sensi di colpa o depressione e alla preoccupazione rispetto alle conseguenze che necessariamente questi episodi avranno sulla forma e sul peso del corpo.

Il Manuale diagnostico, inoltre, chiarifica come questa sintomatologia non si riscontri esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa e nonostante possano verificarsi talvolta condotte inappropriate di eliminazione per ridurre le conseguenze dovute al mangiare senza controllo, queste non vengono messe in atto sistematicamente. La descrizione del DSM-5 prosegue definendo i soggetti affetti da questo disturbo come persone le cui abitudini alimentari unite al loro peso corporeo vanno ad influenzare pesantemente le relazioni con gli altri, in tutti gli ambiti della vita, e non consentono all'individuo di essere contento e soddisfatto di sé. Ponendo questi soggetti a confronto con altri aventi lo stesso peso ma diverse abitudini alimentari, emerge una maggiore depressione e ansia nei primi più che nei secondi, insieme a preoccupazioni, vulnerabilità e disgusto/disprezzo nei confronti del sé e delle proprie dimensioni corporee.

La ricerca futura dovrebbe fornire ulteriori precisazioni a riguardo.

#### 5. Origini remote dei Disturbi Alimentari

#### 5.1 Radici biologiche e componenti genetiche

Come si può notare, le patologie del comportamento alimentare hanno delle manifestazioni fisiche così eclatanti che risulta quasi automatico immaginare e domandarsi se alla base vi siano delle anomalie di natura organica (Bruch, 1977).

Bruch ricorda come negli ultimi decenni siano state indagate le funzioni metaboliche, le vie nervose e le componenti morfologiche.

"Il pensiero biologico moderno concepisce l'organismo come punto nodale di un intreccio oltremodo complesso di interazioni, rapporti e transizioni. Una parte di questo intreccio causale è interiore: i processi biochimici e fisiologici grazie ai quali il corpo rimane in vita e attivo; un'altra parte è esteriore e riguarda le azioni reciproche fra questo organismo e altre componenti del mondo vivente, come anche con i fattori ambientali inanimati. [...]un fattore di particolare rilievo per la comprensione dell'organismo vivente è che si tratta di un sistema aperto, nel quale materiali e informazioni vengono immessi dal di fuori" (Bruch, 1977, p. 41).

Un problema essenziale a riguardo è rappresentato dalla difficoltà che emerge nel valutare che tipo di responsabilità attribuire al determinismo genetico, e quale influenza esercitano invece le variabili ambientali nel dare origine ad uno specifico quadro psicopatologico (Montecchi, 2009). Uno dei metodi fondamentali che sono stati utilizzati per fornire maggiore chiarezza in tale ambito è stato quello sui gemelli monozigoti. Montecchi sottolinea, inoltre, che è stato rilevato che se tra gemelli monozigoti (cioè tra consanguinei che detengono la medesima costituzione genetica) emerge un'alta probabilità di sviluppare una specifica patologia che invece diminuisce tra gemelli dizigoti (cioè tra consanguinei che non condividono gli stessi geni), allora si può ipotizzare che i fattori genetici abbiano un preciso ruolo nell'eziologia del disturbo esaminato. L'autore procede richiamando all'attenzione come risulti impossibile una concordanza del 100% tra i gemelli monozigoti, perché questo significherebbe che la patologia è generata da uno specifico assetto genetico, quando invece esiste una profonda influenza anche da parte dell'ambiente nella genesi del disturbo. Montecchi riporta i risultati delle ricerche svolte in questo settore. Mentre alcuni studi individuano i seguenti valori:

- 50-52% per la concordanza monozigotica
- 10-11% per la concordanza dizigotica

in ricerche successive i dati sono notevolmente diversi, la concordanza varia dal 55% nei gemelli monozigoti al 7% in quelli dizigoti. Questi risultati dimostrano, secondo gli autori di queste ricerche, che esiste una predisposizione genetica all'origine dell'anoressia mentale che verrebbe poi a manifestarsi grazie all'influenza di determinati fattori ambientali. Sembrerebbe, inoltre, che i gemelli monozigoti, poiché vengono trattati indicativamente in modi simili, sarebbero orientati a coinvolgersi in maniera altrettanto uguale nelle dinamiche ambientali/familiari che sottostanno all'anoressia. Inoltre, l'autore chiarifica come, i gemelli monozigoti soffrano un'angoscia di separazione per cui se uno dei due si ammala, il cadere da parte dell'altro nello stesso tipo di disturbo, potrebbe rappresentare un modo per difendersi dalla minaccia della separazione, così l'anoressia mentale emergerebbe in età adolescenziale come un'alternativa alla crescita individuale e allo sviluppo della personalità.

Diversi studi coinvolti nell'individuazione del contributo della genetica allo sviluppo delle patologie di natura alimentare suggeriscono che vi sia un coinvolgimento anche delle funzioni ipotalamiche. Questo dato pone maggiore chiarezza rispetto al legame esistente tra questo tipo di patologia e il suo esordio in età puberale, poiché è proprio in questo periodo che l'ipotalamo si trova sottoposto a particolari e sensibili eventi endocrinologi tipici di tale fase. Come emerge dai risultati, una possibile debolezza dei sistemi ipotalamici rappresenterebbe una condizione favorevole in cui gli squilibri provenienti dall'esterno determinerebbero importanti conseguenze.

Studi più recenti ipotizzano invece, come riportato da Montecchi (2009), una familiarità nel disturbo anoressico, intesa come trasmissione intergenerazionale del disturbo, tuttavia il tipo di interazione presente tra questi fattori familiari e quelli ambientali rimane poco chiarificata.

"Secondo questi ricercatori sarebbe l'impronta genetica a fare da guida nei contatti con l'ambiente e nel processo di sviluppo individuale: i geni avrebbero, dunque, l'ultima parola. Gli stessi fattori genetici che predispongono ai disturbi da dipendenza come l'alcoolismo e la droga, rendono vulnerabili ai disturbi del comportamento alimentare, conseguenza del fatto che le abbuffate e il digiuno stimolano particolari centri nel cervello allo stesso modo delle droghe" (Montecchi, 2009, p. 82).

Viene infine segnalato dall'autore come, nonostante gli studi più recenti suggeriscano una ereditarietà genetica per l'insorgenza dei DCA, persistono ancora numerose incertezze a riguardo, anche se è piuttosto frequente trovare sorelle portatrici di DCA, o aventi DCA, come figli/e di madri con DCA passato o presente.

#### 5.2 Fattori di rischio: familiari, individuali e socio-culturali

I fattori di rischio rappresentano quelle condizioni che possono promuovere l'insorgenza delle patologie alimentari; le ricerche a riguardo hanno individuato i seguenti aspetti coinvolti (Montecchi, 2009):

- fattori familiari
- fattori individuali
- fattori socio-culturali.

Questi fattori possono trasformarsi, come enuncia Montecchi (2009), in situazioni potenzialmente patologiche, ma ciò può avvenire a condizione che si presentino diverse e molteplici variabili di rischio, data la complessità di una psicopatologia. L'autore prosegue sottolineando che laddove vengano rilevati in tempo utile questi aspetti, sarà possibile pianificare un intervento rivolto alla fortificazione delle risorse (individuali e familiari), evitando così un loro affievolimento.

E' da ricordare, chiarifica Montecchi, che questi fattori di rischio non vanno analizzati isolatamente, ma in stretta relazione tra loro e soprattutto in costante connessione con quelli che vengono definiti fattori protettivi (quelle caratteristiche ambientali e individuali con cui i soggetti entrano in relazione e dalle quali derivano le cure).

#### Tabella 1 Fattori di rischio familiari

• invischiamento; famiglie nelle quali a nessun componente permesso di avere spazi individuali e differenziati

- disimpegno
- inversione di ruolo genitori/figli
- lutti nella famiglia nucleare
- idealizzazione familiare
- ipercriticismo familiare (genitori-figli e viceversa)

Fattori di rischio genitoriali:

- madri che impongono ai figli i propri ritmi alimentari di vita;
- genitori iperprotettivi;
- genitori che negano la sofferenza;
- psicopatologie nei genitori (depressione, fobie, disturbi ossessivi, personalità borderline);

presenza di un disturbo alimentare o dell'area dell'oralità in almeno un componente della famiglia, soprattutto le madri, e i disturbi delle condotte: obesità, anoressia, alcolismo e abuso di farmaci.

Tratta da Montecchi F., (2009), p.124

#### Tabella 2 Fattori di rischio individuali

- prevalenza sesso femminile
- età di insorgenza: tra gli 8 e 12 anni
- difficoltà biologiche o psicologiche in gravidanza
- allattamento e svezzamento difficoltoso
- precoce sviluppo di deambulazione e linguaggio (questo dato fa ipotizzare che le difficoltà delle prime relazioni affettive induca ad un'accelerazione dello sviluppo comunicativo)
- intensità dell'attività sportiva (spesso sintomo ossessivo) o assenza di attività sportiva (soprattutto per i quadri clinici depressivi e psicotici)
- ottimo rendimento scolastico (prevalente nelle forme ossessive e isteriche) o

rendimento scarso (nelle forme depressive e psicotiche)

Rapporto con i genitori

 inversione del ruolo genitore-figlio (assunzione di un ruolo genitoriale da parte del figlio);

Tratta da Montecchi F., (2009), p. 125

#### Fattori di rischio socio-culturali

Come sottolinea Montecchi (2009), la patologia alimentare viene correlata anche a fattori di rischio culturali intesi come trasformazioni che influenzano lo sviluppo psicologico degli individui. Se fino al 1995 veniva confermata l'ipotesi che l'anoressia fosse un disturbo che coinvolgeva più che altro i ceti sociali medio-alti, e che la bulimia (molto più rara rispetto ad oggi), colpiva la tarda adolescenza e le giovani adulte; oggi si è verificato un cambio di prospettiva, per cui le famiglie coinvolte sono sempre più quelle appartenenti ai ceti socioeconomici medio-bassi, che, per quanto si sforzino di migliorare a livello sociale, rimangono ancorate ad una impossibilità di evoluzione culturale. La futura anoressica, in questi casi, introietta le fantasie evolutive della sua famiglia dalle quali viene "sotterrata".

# 5.2.1 Il contesto socio-culturale: le immagini sociali dell'obesità e della magrezza

Le variabili socio-culturali detengono un ruolo importante in riferimento ai modelli patogenetici dell'anoressia nervosa, soprattutto grazie alle ricerche svolte in anni recenti; ciò è dettato dall'esposizione alla pressione sociale verso la dieta che consentirebbe di avvicinarsi a quell'ideale di magrezza che ha messo maggiormente a rischio le donne di sviluppare i disturbi del comportamento alimentare (Garner et. al, 2002). Come sottolinea Garner e Dalle Grave, la forma

del corpo, nel corso degli anni, ha aderito sempre di più all'idea estetica del magro come norma e nello stesso periodo sono anche aumentati notevolmente i casi di DCA. Il timore di essere o diventare grassi, che orienta verso l'adozione di una dieta, è presente già nelle bambine e cresce sempre di più man mano che si avvicina l'adolescenza. Numerose ricerche hanno evidenziato come i problemi di disordine alimentare siano molto meno diffusi nelle società che danno inconsapevolmente un valore meno acceso e ossessivo all'aspetto fisico e al peso (Giappone, Cina, Egitto).

Gli autori, inoltre, sottolineano come l'idealizzazione della magrezza nei paesi occidentali è stata promossa anche grazie ai mezzi di comunicazione di massa (media), che hanno attribuito questi disturbi alle classi sociali elevate, all'intelligenza, all'autodisciplina e al fitness; tutto ciò dimostra come la nostra società sia caratterizzata non solo dall'ammirazione per la magrezza, ma anche dal disprezzo dell'obesità (un pregiudizio, quest'ultimo, considerato fattore di rischio potenziale per l'insorgenza del disturbo alimentare).

"Data la profonda pressione culturale sulle donne perché seguano una dieta, è forse pertinente chiedersi perché non tutte sviluppino l'anoressia nervosa o un qualche disturbo dell'alimentazione. Lo studio dei fattori protettivi contro l'espressione di questi disturbi è un campo estremamente interessante però, purtroppo, del tutto inesplorato" (Garner et. al, 2002, pp. 17-18).

Lo stato di obesità come quello di magrezza è una manifestazione del corpo che definisce quell'immagine con la quale ci offriamo agli altri (Brusset, 1979). Brusset ritiene che qualunque sia la motivazione sottesa a questo stato, esso influisce sulle relazioni interpersonali. Secondo l'autore l'idea dell'obesità come rappresentazione di forza e salute è un concetto appartenente al passato e alla magrezza vengono attributi significati che richiamando l'idea della morte, la rendono sgradevole e angosciosa. Lo sciopero della fame per l'anoressica rappresenta secondo Brusset un mezzo di protesta, la sua sopravvivenza mentale è infatti resa possibile solo a condizione di una distruzione corporea, unica via per il mantenimento del proprio valore, integrità e identità. In contrasto con ciò che visivamente si può cogliere dello stato di anoressia, che richiamerebbe un piano di

intervento terapeutico, il soggetto coinvolto in questo disturbo pretende di poter procedere nel suo percorso, sottolineando di non aver bisogno di aiuto:

"[...] con tutto il suo aspetto sembra dire <<aiutatemi>> mentre invece, verbalmente dice <<Non lascerò che mi aiutate>> [...]questi due messaggi si situano a diversi livelli di comunicazione e l'uno invalida l'altro" (Brusset, 1979, p. 29).

#### 6. Fattori cognitivi coinvolti nella genesi dei Disturbi Alimentari

#### 6.1 Il bisogno di controllo

"Da un punto di vista cognitivo la sintomatologia dei disturbi alimentari può essere ridotta a un'eccesiva preoccupazione per i temi della perfezione, dell'autostima e del controllo e a un singolare nesso tra tali credenze cognitive e le condotte alimentari" (Sassaroli, Ruggiero, 2010, p.8).

Nell'ambito delle indagini dei disturbi alimentari lo studio del controllo è stato oggetto di riflessione, poiché i pazienti affetti da DCA ne sono continuamente alla ricerca (Sassaroli et. al., 2010). La dimensione del controllo, nei soggetti con disordini alimentari, è manifestata dalla preoccupazione per l'alimentazione, per il peso e la forma corporea, e come sottolineato da Sassaroli e Ruggiero le limitazioni che questi individui si impongono nel regime alimentare aumentano la loro sensazione soggettiva di detenere controllo. La spiegazione più plausibile, proseguono gli autori, della costrizione di questi soggetti, è che probabilmente per loro rende la vita più controllabile, soprattutto se sono persone che fanno fatica a gestire le relazioni interpersonali, le reazioni interne e gli eventi quotidiani nel loro complesso. E' da considerare che questa modalità di soddisfare il loro bisogno umano di controllo, limitando la vita e focalizzandola sulla dimensione corporea e sul tema dell'alimentazione, in realtà risulta poco efficace poiché li condanna a un'esistenza di solitudine e di patologia. Il controllo di cui gli autori parlano non è solo un atteggiamento nei confronti del cibo e del corpo, ma riguarda anche stati interni ed eventi esterni, quindi comprende la vita nel suo

complesso. La dieta costituisce un mezzo efficace ed invitante per impadronirsi del controllo, la cui ricerca può essere anche dovuta ad una certa incapacità di regolare autonomamente le proprie emozioni negative. Infatti, diversi studi hanno dimostrato come le persone anoressiche, incapaci e spaventate dal dover organizzare i propri stati interni negativi, esercitino un controllo materiale su determinati aspetti della realtà esterna, tra cui la quantità di cibo ingerito o il peso e la forma corporea.

Inoltre, sottolineano gli autori, è anche possibile che vi sia una correlazione tra il senso di controllo percepito effettivamente dai soggetti, e la loro credenza cognitiva di controllo. Uno studio ha dimostrato come individui con disturbi del comportamento alimentare che avevano vissuto un'esperienza di abuso sessuale detenevano anche livelli più bassi di controllo personale percepito; la sensazione di non avere controllo sugli eventi era maggiormente presente nei casi di psicopatologia alimentare tra donne violentate, soprattutto se la violenza era stata più grave.

Nonostante ciò, nel complesso sono scarse le ricerche condotte sul ruolo che il bisogno di controllo in termini cognitivi svolge nei DCA.

#### 6.2 Criticismo genitoriale

"Un'analisi cognitiva esaustiva consente di definire la persona colpevolizzante come un soggetto che persegue lo scopo di modificare e controllare il comportamento, gli atteggiamenti e le convinzioni altrui usando rimproveri, essendo convinta di sapere ciò che è bene e ciò che è male per gli altri. [...] Crescere in un ambiente colmo di criticismo può minare molti aspetti della vita delle persone. Come avviene per altri tipi di maltrattamento, un sistemico criticismo genitoriale non viene riconosciuto dalla persona che ne è il bersaglio, ma limita l'autostima. I bambini non hanno la capacità intellettuale di mettere in discussione la veridicità del criticismo dei loro genitori. Piuttosto, essi interiorizzano la convinzione da parte dei genitori che essi non sono abbastanza bravi, che non riescono mai a fare qualcosa nel modo giusto" (Sassaroli et. al., 2010, pp. 95-97).

Come dedotto dall'analisi di Sassaroli e Ruggiero, tra disturbo alimentare e criticismo genitoriale è presente un nesso ben riconoscibile. Gli autori hanno

sottolineato come tra pazienti con patologie alimentari si possono ritrovare storie familiari con genitori particolarmente esigenti e tendenti al rimprovero in tema di costruzione dell'identità autonoma. Come già accennato in precedenza, i soggetti affetti da un disturbo alimentare inseguono un bisogno di controllo che attuano attraverso la gestione del cibo e del peso corporeo, queste modalità di controllo forniscono una convinzione di capacità di organizzazione della vita che riduce gli stati ansiosi, ma in realtà il controllo che ricercano questi individui è di tipo assoluto, e perciò impossibile da raggiungere (Sassaroli et. al., 2010).

Gli autori ipotizzano che questo bisogno compulsivo di controllo possa essere connesso al criticismo genitoriale. Infatti, un ambiente impregnato di un clima di criticità non solo promuove il perfezionismo già tipico dei soggetti in questione, ma giustifica anche la loro sensazione di detenere un controllo insufficiente. Il genitore che funziona colpevolizzando continuamente il figlio, in fondo si sostituisce a lui decidendo cosa sia corretto o meno per lui, anche in questioni che non richiedono direttamente il suo intervento di natura autorevolenormativa. In tal modo, sottolinea Sassaroli, il genitore non consente al figlio né di costruire le proprie preferenze né di organizzare l'ambiente che lo circonda. Il risultato che a livello personale affiora nel figlio è un senso generale di incapacità, che può coinvolgere l'aspetto più prettamente cognitivo oppure quello più di natura affettivo-emotiva, maturando di conseguenza un'idea di impossibilità di gestione ottimale degli stati interni negativi. Invece, è da richiamare all'attenzione come sia proprio la capacità del genitore di attribuire autonomia emotiva al figlio la via per trasmettergli la sicurezza e la funzionalità del legame che li unisce; proprio perché un genitore incapace di riflettere sugli aspetti connessi all'esperienza mentale del bambino, non lo aiuta a costruire una sua identità indipendente e compromette la sua capacità riflessiva, intesa quest'ultima come la capacità di costruire una teoria della mente e di saper quindi descrivere le emozioni.

Come infine suggeriscono Sassaroli e Ruggero, la percezione di autoefficacia emotiva va a promuovere una sensazione di controllo sugli eventi che invece non si origina in presenza di scarsa o quasi assente autoefficacia.

Un altro modo, secondo gli autori, per indagare il ruolo svolto dal criticismo genitoriale nella psicopatologia dei disturbi alimentari è rappresentato dall'indagine di due tipi di conseguenze emotive che possono essere originate da rapporti di tipo colpevolizzante con i genitori:

- l'umiliazione

- il senso di responsabilità.

Umiliazione e criticismo presenti nell'ambito della patologia alimentare, spiega Sassaroli, sono connessi tra loro, anche se non viene delineata in maniera chiara la precisa implementazione dell'umiliazione in questo processo. E' necessario comunque sottolineare, anche in assenza di dati avvalorati, che questa appartiene proprio allo standard emotivo tipico dei soggetti che soffrono di disturbi di origine alimentare e che richiede un'ulteriore indagine.

Rispetto al tema della responsabilità, l'autore si rifà un po' allo spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi per spiegare il nesso teorico tra questa e i disturbi dell'alimentazione. Viene indicato, infatti, come la responsabilità ipertrofica per altro considerata una credenza fondante l'ossessività, costituisca l'idea di essere probabilmente la causa di un danno arrecato all'altrui persona o a sé, o di non essere stati in grado di evitare conseguenze dannose quando invece questo sarebbe stato possibile.

I risultati di numerose ricerche, riportati da Sassaroli (2010), suggeriscono un elevato senso di responsabilità in individui aventi un disturbo alimentare, poiché tali soggetti giudicano i pensieri non voluti circa la sovralimentazione al pari di un'assunzione reale di cibo, e tenderebbero inoltre a giudicare il pensiero sul cibo e sull'aumento di peso come moralmente inaccettabile. Questa credenza è evidentemente connessa ad un senso di responsabilità ipertrofica, seppur all'interno della dimensione del perfezionismo tipica di questi pazienti, e può comparire almeno in una parte di soggetti affetti da DCA.

#### 6.3 Perdita di controllo e stress nei DCA

Richiamando l'attenzione ancora una volta sul tema del controllo, è da evidenziare come lo stress e la psicopatologia del timore di perdere il controllo siano strettamente connessi tra loro (Sassaroli et. al., 2010). Seyle (1936)

definisce lo stress come la risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta ad esso rivolta. L'autore ha posto in evidenza due diverse tipologie di stress che ha chiamato *distress* o stress negativo e *eustress* o stress positivo. Il primo si ha quando stimoli stressanti instaurano un malessere tale da incrinare e/o abbattere le difese psicofisiche, mentre il secondo si manifesta quando uno o più stimoli allenano la capacità di adattamento psicofisica individuale, è una forma di energia utilizzata per poter più agevolmente raggiungere un obiettivo.

Quando un individuo ha la sensazione di perdere il controllo in presenza di un evento stressante, può interpretare questo come una sua incapacità di gestire e padroneggiare in generale la propria vita. La connessione tra stress e perdita di controllo è evidente anche nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione. Studi empirici hanno dimostrato che le situazioni cariche di stress incidono negativamente sulla condotta alimentare; una personalità perfezionista come quella della maggior parte dei soggetti affetti da DCA che entra in contatto con un' evento stressante tenderebbe a reagire innescando un'alimentazione anormale, e se avente una bassa autostima potrebbe provare sentimenti di insoddisfazione e fallimento con la percezione di errori alimentari e di imperfezioni nei riguardi del proprio aspetto corporeo.

Alcune ricerche (Sassaroli, Ruggiero, 2010) inoltre, hanno dimostrato l'ipotesi che a fronte di una situazione stressante, il modo con cui gli individui percepiscono lo stress va ad influenzare anche la loro tendenza a rifiutare il proprio corpo, e tutto ciò può indurre pensieri legati alla dieta. Questo suggerisce che lo stress può innescare una condizione in cui il soggetto percepisce di aver perso il controllo, e può essere la chiave che trasforma l'insicurezza generale nel desiderio di ridurre il proprio peso corporeo. Sassaroli e Ruggiero, infine, ricordano che i disturbi alimentari possono essere definiti tenendo ben presente come la loro dimensione intrinseca di mancanza d'autostima, cerca di essere compensata illusoriamente attraverso la strategia del controllo del cibo al fine di sentire di avere padronanza della propria vita, proprio perché le restrizioni alimentari amplificano questa percezione.

"Il loro scopo essenziale è comprimere il proprio mondo, rendendo la vita più gestibile e controllabile" (Sassaroli et. al., 2010, p. 16).

E' evidente come lo stress abbia un peso significativo nella genesi delle patologie di natura alimentare, per questo ho dedicato l'intero capitolo successivo all'indagine dello stress come conseguenza del trauma e al ruolo che questo possiede nell'influenzare l'eziologia di questo disturbo.

#### **CAPITOLO II**

#### PSICOTERAPIA DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Nel seguente capitolo illustrerò le strategie d'intervento di maggiore efficacia dimostrata per il trattamento dei Disturbi dello spettro Traumatico-Dissociativo, e nello specifico dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Di questi approfondirò in particolar modo una metodologia di trattamento chiamata EMDR (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari).

## 1. Strategie e tecniche di intervento per il trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione

In riferimento alle strategie e metodologie che possono essere utilizzate in un percorso di trattamento di Disturbi del Comportamento Alimentare, vengono qui proposte numerose tecniche d'intervento che appartengono alla categoria degli interventi di dimostrata efficacia. Tra le opzioni terapeutiche maggiori ritroviamo: l'intervento psicoeducazionale, le terapie di gruppo, le terapie psicoanalitiche-psicodinamiche, le terapie familiari, le terapie cognitivo-comportamentali, le terapie strategiche e interazioniste, la terapia interpersonale, quella centrata sul corpo, le farmacoterapie e l'eventuale ricovero ospedaliero.

Faccio (2001) sottolinea come sia complesso decifrare quale sia la tipologia d'intervento più adeguata da preferire poiché risulta difficile stabilire quale strategia di trattamento possa essere considerata migliore di qualcun'altra. Tuttavia sembra essere presente tra i terapeuti un certo consenso, sottolineato dall'autrice, volto a collegare l'intervento cognitivo-comportamentale con la terapia familiare e il sostegno psicoeducazionale oltre che informativo e nutrizionale in abbinamento al supporto corporeo.

Analizzerò di seguito le diverse strategie e tecniche di intervento conosciute ad oggi per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Negli ultimi anni la quantità di opzioni disponibili volte al trattamento di questo genere di disordini è cresciuto sensibilmente, ciò può essere ricondotto alla

clamorosa accuratezza che caratterizza gli studi svolti in quest'ambito (Garner, Dalle Grave, 2002).

Gli autori sottolineano inoltre come recentemente abbia assunto sempre maggiore importanza il concetto di "integrazione", elemento considerato fondamentale soprattutto nel campo della psicoterapia. Con questo termine si intende indicare la combinazione di più approcci terapeutici anche nell'unione di diversi orientamenti teorici. Solo di recente però è stato possibile, come indicato dagli autori, attuare questa proposta, date le difficoltà a livello sia pratico che teorico. Nonostante ciò, gli studi che sono stati effettuati circa le modalità di trattamento dei DCA insieme alla conoscenza nella sfera clinica di questo genere di disturbi e alle ricerche empiriche portate avanti negli anni, sottolineano l'importanza della selezione dei trattamenti (Garner et al., 2002).

#### 1.1 Intervento psicoeducazionale

Questa tipologia di trattamento dovrebbe essere presa in considerazione per le pazienti colpite da bulimia nervosa in forma lieve. Questo approccio è stato notevolmente integrato nella terapia cognitivo-comportamentale, tuttavia non costituisce un fattore essenziale al cambiamento (Garner et al., 2002).

"Inoltre, non si conosce ancora se l'integrazione dell'intervento psicoeducativo possa determinare un miglioramento più rapido nelle pazienti che seguono la terapia interpersonale" (Garner et al. 2002, p. 79).

Gli autori sottolineano comunque che questo tipo di intervento può risultare utile se integrato con altre tipologie di trattamento, e può configurarsi come: gruppi psicoeducativi, letture educative, manuale di auto-aiuto. Modalità meno costose rispetto ad altri tipi di trattamento, e che possono rivelarsi sufficienti per soggetti con sintomi alimentari di scarsa importanza clinica.

Come sottolineato da Garner e colleghi, questa metodologia è fondata sull'idea che i soggetti sofferenti di DCA hanno anche spesso delle conoscenze erronee rispetto alle cause che generano e mantengono la loro sofferenza. Le pazienti potrebbero essere meno portate a mantenere le credenze che procurano il

comportamento autodistruttivo se fossero adeguatamente informate circa gli studi scientifici sino ad ora condotti in riferimento ai loro disturbi. La strategia educativa si preoccupa proprio di questo, si propone di trasmettere l'idea che la possibilità di migliorarsi appartiene alla paziente, e questo ha l'obiettivo di aumentare i livelli motivazionali riducendo quelli difensivi (Garner et al., 2002).

E' di fondamentale importanza per comprendere questo approccio comprendere che tale tipologia di intervento si fonda sulla possibilità e l'induzione nel paziente alla collaborazione, il soggetto è infatti considerato responsabile e avente razionalità all'interno della relazione (Garner et al., 2002).

Infine, gli autori sottolineano, come già enunciato in precedenza, l'economicità di questa strategia terapeutica, che può essere considerata un primo intervento iniziale eventualmente integrabile con altre tecniche.

#### 1.2 Terapie di gruppo

Nella terapia di gruppo diffusasi negli anni Settanta vengono inglobati secondo Faccio (2001): gli interventi di educazione all'alimentazione, gli incontri circa gli effetti del condizionamento sociale, le lezioni di ginnastica per migliorare la consapevolezza del corpo, i gruppo di workshop e quelli di auto-aiuto (selfhelp). Mentre le pazienti anoressiche si sono rivelate poco adatte a condurre questo genere di terapia, diversamente accade per la patologia bulimica. Questo poiché secondo Hall (1985) il trattamento a gruppo può essere utile solo con pazienti non neganti il loro disturbo, ma interessati all'indagine delle motivazioni che stanno alla base della loro sofferenza, con soggetti apprezzabili socialmente dagli altri membri del gruppo, con soggetti in cui l'intervento individuale o di altro genere possa essere poco consigliabile. Nel caso dell'anoressia nella maggior parte dei casi questi presupposti non sussistono, anzi, spesso sono pazienti così introiettive da rimanere chiuse in se stesse, il loro egocentrismo non le conduce a condividere i propri pensieri/credenze con altre persone, per tali motivi non riescono a trarre beneficio dalle relazioni che una terapia di gruppo potrebbe fornire (Faccio, 2001).

Come già enunciato, diversamente accade per la patologia bulimica, per cui questo genere di trattamento risulta essere efficace, soprattutto se in abbinamento con una terapia individuale. Infatti, questo tipo di intervento sembra produrre i cambiamenti prospettati, e per questo gli vengono attribuiti alcuni meriti tra cui:

- il gruppo consente un ridimensionamento della sofferenza per mezzo della sua universalizzazione e condivisione;
- favorisce un aumento dell'autostima per la scoperta in sé di capacità di ascolto e di comprensione altrui;
- permette una presa di coscienza dei propri comportamenti, influenze e reazioni verso l'altro e gli altri in modo molto più naturale e diretto di quanto succeda nella terapia a due.

Tratta da Faccio E., (2001), p. 164.

La terapia di gruppo fortifica le abilità di socializzazione, favorendo l'apprendimento attraverso l'identificazione e il riflesso dell'esperienza di altri soggetti, migliorando quindi la sfera intrapsichica/interpersonale (Faccio, 2001).

Tra gli esempi di terapie di gruppo si possono ricordare i gruppi di auto aiuto e l'intervento psicoeducazionale nella formula del gruppo.

I gruppi di auto-aiuto rappresentano dei piccoli gruppi di persone accomunate dalla possibilità di condividere situazioni e difficoltà simili. Cercano insieme di superare un bisogno, un problema, per raggiungere dei miglioramenti reciprocamente. Qualora fossero inserite figure professionali queste mantengono una posizione periferica rispetto al gruppo, per consentire a quest'ultimo di affrontare il percorso autonomamente aumentando le capacità di comprendere, affrontare e padroneggiare meglio i problemi, e aiutando tutti i partecipanti ad essere maggiormente efficaci diventando persone capaci di domandare aiuto ma anche di fornirlo.

Come sottolineato da Marconi (1999), condividere delle esperienze con persone che possono aver vissuto ed eventualmente superato gli stessi problemi, può rafforzare l'autostima, l'auto-efficacia, e l'ottimismo verso la riuscita, oltre a far acquisire un maggiore controllo esterno sugli eventi. Il gruppo, come indicato

dall'autrice, deve però essere paritario, dove ciascun membro è responsabile in ugual misura degli scopi raggiunti dall'intero insieme di persone. Infine, come indicato dall'autrice, ciascun soggetto nota che vi può essere una sintonia tra il dare e il ricevere, e verbalizzando a qualcun altro le stesse strategie usate per favorire il cambiamento personale, le fortifica.

Nell'intervento di tipo psicoeducazionale di gruppo lo scopo invece è quello di rendere consapevoli i pazienti dell'erroneità delle loro credenze, al fine di, attraverso un'educazione nutrizionale, fornirgli le cognizioni necessarie al cambiamento. Nell'intervento educativo-informativo si fanno presente ai pazienti i possibili danni bio-fisiologici delle loro condotte alimentari nella speranza che questi ne comprendano la disfunzionalità. In questo progetto medico e psicoterapeuta si alternano proprio per fornire una consulenza il più possibile chiara e completa dell'argomento, rendendo anche il paziente protagonista attivo della terapia (Faccio, 2001).

Nonostante la validità di questo intervento, l'autrice sottolinea come, ad oggi in Italia sono ancora limitate le strutture che possono praticare questo tipo di progetto terapeutico.

#### 1.3 Terapie psicoanalitiche-psicodinamiche

Le terapie psicoanalitiche-psicodinamiche vengono contraddistinte per l'importanza che danno al processo di crescita individuale, un percorso a cui si arriva gradualmente attraverso l'analisi del profondo compiuta all'interno della relazione con l'analista. Durante questo processo i pazienti sviluppano generalmente diverse resistenze, che rendono talvolta lungo e complesso il lavoro (Faccio, 2001). L'autrice sottolinea come Gabbard (1992) introduce quattro principi che stanno alla base della terapia psicoanalitica, li riporto di seguito:

 a) evitare di caricare l'intervento di aspettative eccessive rispetto agli obiettivi connessi alla modificazione del comportamento alimentare;

- b) evitare di enunciare prematuramente le interpretazioni derivanti dalla terapia;
- c) controllare con attenzione le dinamiche controtransferali;
- d) valutare le distorsioni cognitive.

In riferimento al primo punto, il consiglio esposto dall'autrice fa riferimento all'evitare di investire eccessivamente sulla modificazione del sintomo poiché questo accanimento andrebbe a discapito di una sana alleanza terapeutica. Pertanto, il problema va ricercato più che nel rapporto col cibo, nell'area emotivo-affettiva (Faccio, 2001).

Rispetto al secondo punto l'autrice sottolinea come Gabbard ritenga che l'interpretazione affrettata degli stati profondi della paziente, potrebbero venire da lei interpretata come una forma di invadenza rispetto a quei confini che definiscono la sua esperienza personale. D'altra parte però non è utile un atteggiamento completamente neutrale, il giusto equilibrio va ricercato attraverso la comunicazione empatica senza cadere nell'intrusione. Detto questo quindi, l'interpretazione analitica dovrebbe essere proposta quando si percepisce che la paziente sia nelle condizioni per riceverla e sostenerla, mantenendo un certo riguardo della dimensione personale altrui (Faccio, 2001).

Il controtransfert rappresenta il rischio a cui il terapeuta è esposto, di introiettare le paure e le angosce dei genitori e delle altre figure professionali che si occupano della paziente circa il peso corporeo di quest'ultima. Infatti, il condizionamento che si origina da questi movimenti controtransferali intaccherebbe la possibilità di svolgere in completa tranquillità e concentrazione il percorso di esplorazione degli aspetti psicologici della paziente (Faccio, 2001).

Infine, rispetto all'ultimo punto, è da sottolineare come il terapeuta dovrebbe rendersi capace di migliorare le capacità di osservazione e percezione della paziente di modo da indagare quelle credenze patogene che stanno alla base del disturbo e che hanno determinato le distorsioni dell'immagine corporea. Per questo motivo inoltre è consigliabile che il terapeuta detenga la necessaria attenzione a non farsi coinvolgere eccessivamente dalla sofferenza controtransferale (Faccio, 2001).

#### 1.4 Terapie familiari

L'obiettivo fondamentale di questo tipo di terapia sta nel ricercare il miglioramento individuale passando attraverso un intervento diretto alla famiglia del paziente. A tal proposito, infatti, l'eventuale modificazione dei sistemi relazionali presenti all'interno della famiglia, se all'origine del comportamento anomalo del paziente, ne determineranno una sua variazione. (Faccio, 2001).

"Per poter realizzare tutto ciò il terapeuta deve entrare a far parte del campo delle interazioni familiari, deve crearsi lo spazio di leader del sistema terapeutico e sfidare in tal modo i modelli interattivi stereotipati della famiglia, sostenendo a turno i vari membri del sistema e definendo i confini tra i sottosistemi. Ogni membro deve sentirsi partecipe in prima persona, esporre i propri punti di vista o le obiezioni rispetto a quanto viene detto dagli altri. Si cercherà in tal modo non tanto di evitare discussioni, quanto di impedire i giochi di alleanza e di rimanervi intrappolati" (Faccio, 2001, p. 157).

Tra gli autori più noti di programmi di intervento basati sull'approccio familiare ritroviamo Selvini Palazzoli. Nella versione più recente della sua tecnica, l'anoressia viene interpretata come esito di dinamiche organizzative familiari patogene o comunque distorte, interpretate e classificate tali sulla base di sei criteri riportati di seguito:

- 1. interazione genitoriale in stallo;
- 2. coinvolgimento della figlia (futura anoressica) in questa interazione;
- 3. avvicinamento della figlia verso il papà;
- 4. avvio della dieta alimentare come metodo di distinzione dalla figura materna (se dapprima rappresenta un tentativo di manifestare e detenere il controllo, più tardi diventerà uno strumento di ribellione);
- 5. le emozioni provate per il padre si riducono a solo rancore, che determina un regime alimentare sempre più rigido e dannoso;
- 6. i componenti della famiglia utilizzano delle dinamiche relazionali che non consentono alla paziente di sottrarsi dallo stato di patologia (Faccio, 2001).

Durante i primi colloqui con la famiglia, il terapeuta cerca di indagare i motivi che hanno portato il sistema familiare ad attraversare gli stadi appena enunciati. L'autrice Selvini sottolinea come sia necessario informare i genitori della loro eventuale responsabilità nell'insorgenza del disturbo, così da maturare in loro la collaborazione necessaria. Successivamente, sottolinea l'autrice, è indicato enunciare i giochi familiari sottostanti alle relazioni che coinvolgono i componenti della famiglia, tanto da attivare in questo modo un certo effetto terapeutico che porterà ad un cambiamento di queste dinamiche al fine di modificare anche la condotta patogena (Faccio, 2001).

Ma questo modello non è l'unico esistente nell'ambito della terapia familiare, esistono infatti numerosi approcci che in generale vengono ad accomunarsi per la loro strutturazione in tre fasi: la prima si focalizza sul disturbo alimentare e sulla preparazione da fornire ai genitori affinchè divengano capaci di reagire adeguatamente alle condotte disturbate della figlia (uscire dalla fase di stallo grazie all'alleanza terapeutica, certo questo richiede una buona percentuale di consapevolezza), una seconda fase di interpretazione delle dinamiche intra/inter personali (la paziente viene quindi indotta a maturare un certo grado di indipendenza e di libertà di scelta entrando maggiormente in contatto con i propri bisogni e imparando anche a comunicarli), e infine una terza fase in cui la paziente viene incoraggiata a perpetuare nel lungo termine gli obiettivi raggiunti, anche con l'aiuto di una famiglia il cui assetto è stato largamente modificato e riadattato (Faccio, 2001).

La terapia familiare sembra connotarsi positivamente per i casi di anoressia nervosa, le pazienti stesse dichiarano che il loro malessere potrebbe derivare da dinamiche familiari confuse e difficili. Diversi studi condotti da Vandereycken e collaboratori nel 1997 dimostrarono che quanto più le pazienti si avvicinavano alla patologia bulimica, tanto più questo tipo di approccio terapeutico perdeva di efficacia. L'autore sottolinea alcuni casi in cui è sconsigliabile appellarsi alla terapia familiare: nei casi di separazione coniugale o divorzio poiché la terapia potrebbe essere intesa come una modalità di riappacificazione; nei casi in cui uno dei due genitori sia affetto da una patologia psichica di notevole gravità clinica; nei casi di abuso intrafamiliare o molestie che possono essere state agite da parte

di un genitore; nei casi in cui il clima familiare è così negativo che la presenza del terapeuta (estraneo a tutti gli effetti) potrebbe causare uno scontro aperto. In tutti questi casi descritti è consigliabile adottare misure terapeutiche differenti all'approccio familiare (Faccio, 2001).

In conclusione Faccio sottolinea come qualunque tipo di intervento familiare si scelga di proporre, è necessario che venga promossa la consapevolezza della patologia familiare e la collaborazione genitoriale.

A poco servirebbe colpevolizzare, è più produttivo enfatizzare invece la possibilità di collaborare insieme, gli uni con gli altri, i genitori, i fratelli, le sorelle, che possono essere chiamati a partecipare agli incontri terapeutici, perché anche la loro visione del problema può rendere più chiara l'ipotesi creatasi nell'ambito dell'osservazione clinica (Faccio, 2001).

# 1.5 Terapie cognitivo-comportamentali

La terapia cognitivo-comportamentale rappresenta una tipologia di trattamento che è risultato particolarmente efficace per la bulimia nervosa e come fondamento teorico per l'anoressia nervosa. Costituisce un tentativo proposto a coloro le cui caratteristiche (età, sintomatologia) non consiglierebbero una terapia familiare. Ideata da Fairburn e collaboratori, predilige alcune pratiche standard riportate di seguito: 1. Automonitoraggio dell'assunzione/espulsione del cibo e delle emozioni correlate; 2. Autocontrollo del peso corporeo; 3. Consigli volti a normalizzare la condotta alimentare patogena; 4. Riorganizzazione cognitiva volta a mitigare le credenze patogene che sostengono il mantenimento del disturbo (Garner, Dalle Grave, 2002).

Questo tipo di terapia, sostengono gli autori, risulta particolarmente utile anche per quei soggetti che in condizioni di obesità scandiscono la loro quotidianità con abbuffate costanti.

Rispetto all'anoressia questo intervento promette soddisfacenti risultati in termini di efficacia, anche se non se ne può ancora parlare a causa di dati attuali ancora poco significativi (Garner et al., 2002).

"Molte sono le aree sovrapponibili tra l'applicazione della terapia cognitivo comportamentale all'anoressia e alla bulimia nervosa. Entrambe si focalizzano sulle assunzioni sottostanti della paziente secondo le quali il peso, le forme corporee o la magrezza possono servire come unico o predominante referente per inferire il valore personale o il valore di sé" (Garner et al., 2002, p. 81).

Tra le credenze distorte che caratterizzano sia il disturbo dell'anoressia nervosa sia quello della bulimia nervosa, troviamo la paura di ingrassare, anche se rispetto a quest'ultima l'obiettivo della terapia viene enunciato alla paziente come volto ad un aumento di peso di tipo lieve, così da rassicurarla, mentre per la prima è necessario condurre la paziente ad una crescita significativa del valore di peso corporeo, nonostante le resistenze e le difese che senz'altro ella metterà in atto (Garner et al., 2002). Gli autori sottolineano inoltre che in quest'ultimo caso è necessario ai fini della terapia definire una certa collaborazione e alleanza per favorire il cambiamento.

Gli interventi cognitivi hanno l'obiettivo di integrare, quando necessario, anche alcuni aspetti della terapia familiare e di quella interpersonale, ai fini di affrontare le credenze e le riflessioni patogene che mantengono viva l'intenzione di procedere nel comportamento alimentare disturbato, e anche per favorire l'elaborazione dei pensieri disfunzionali, i conflitti interpersonali, i sentimenti di inefficacia e i timori legati alla crescita psicosociale (Garner et al., 2002).

Nei casi in cui sia possibile applicare la terapia cognitivo-comportamentale, tra gli obiettivi che si propongono vi è la modificazione della distorsione cognitiva che ha per oggetto il peso e l'aspetto fisico (area cognitiva), e la modificazione del comportamento grazie a metodi di condizionamento che inducono nel paziente una risposta diversa da quella patologica che solitamente mette in atto (area comportamentale), tutto ciò è volto a condurre il paziente ad adottare delle condotte alimentari più adeguate evitando quelle di eliminazione (Faccio, 2001).

Le tecniche behavioriste hanno detenuto un significativo utilizzo tra gli anni Sessanta e gli anni Settanta, definendo come fondamentale la costruzione di un rapporto terapeutico di alleanza e collaborazione in modo da rendere chiari e ben precisi gli obiettivi da perseguire tra i quali:

-pasti più considerevoli,

- acquisto graduale di peso corporeo,
- valutazione dei successi/insuccessi raggiunti (Facco, 2001).

Per raggiungere tali obiettivi, prosegue l'autrice, vengono utilizzate alcune tecniche tra cui: il rinforzo positivo o negativo (incoraggiare i comportamenti positivi e inibire quelli negativi attraverso un sistema di premi e punizioni), la desensibilizzazione sistematica (con esposizione allo stimolo che produce la risposta patologica sino ad estinguerla), e l'esposizione allo stimolo con prevenzione della risposta (soprattutto nei pazienti con tendenza al vomito autoindotto) che viene attuato fornendo al soggetto il pasto e poi evitando la condotta di eliminazione aiutando la paziente a mitigare il suo disagio, proponendo attività piacevoli, e rendendo difficile l'accesso al bagno (Faccio, 2001).

Per rendere possibile il raggiungimento del primo obiettivo di ristrutturazione cognitiva è di fondamentale importanza, continua l'autrice, fornire al soggetto un intervento prima di tipo educativo-informativo, in cui vengono spiegati i meccanismi assimilativi reali del corpo umano, per poi procedere con la promozione di una maggiore presa di consapevolezza da parte della paziente degli aspetti cognitivi distorti che conducono al comportamento patologico, ai fini di migliorare le risposte disfunzionali (Faccio, 2001). In seguito, continua l'autrice, vengono fornite alla paziente conversazioni utili affinchè ella possa modificare le convinzioni erronee che detiene rispetto al proprio peso e al proprio aspetto fisico oltre alla timore costante di perdere il controllo tipica del funzionamento di queste pazienti.

La terapia cognitivo-comportamentale può essere attuata a livello sia individuale che gruppale (Faccio, 2001).

La terapia ambulatoriale è consigliata sino a quando sono visibili miglioramenti della sintomatologia, qualora invece la condizione clinica della paziente peggiorasse significativamente è necessario indirizzare ad un intervento più radicale quale per esempio l'ospedalizzazione (Garner, Dalle Grave, 2002).

#### 1.6 Terapie strategiche e interazioniste

Questo modello conduce l'attenzione sul tema del cambiamento, spostandosi quindi dalla visione della diagnosi e della patologia, a quella dei significati personali che il soggetto attribuisce al suo disagio (Faccio, 2001).

L'autrice sottolinea dunque come le patologie del comportamento alimentare possano essere suddivise sulla base delle visioni personali specifiche dei pazienti circa la patologia. Per esempio, alcune anoressiche ritengono che il loro disordine sia riconducibile ad un contesto familiare disorganizzato, e la loro patologia rappresenta l'unica strada percorribile in tale situazione, l'anoressia rappresenta un porto di attenzioni e conferme che risultano essere gli unici vantaggi riconoscibili. Queste anoressiche vengono definite dall'autrice "sacrificanti".

E' evidente come in questo genere di pazienti il comportamento anoressico è veicolato dalla consapevolezza, dalla volontà, e non è incontrollato. Il sintomo perde le caratteristiche che lo definiscono tale (Faccio, 2001).

#### L'autrice prosegue:

"Una volta che la messa in atto di un determinato comportamento sia sottoposta al potere ingiuntivo delle prescrizioni del terapeuta, esso perde la connotazione trasgressiva e riprovevole di un tempo, diventa meno carico, meno appetibile. Tutto questo concorre alla sua attenuazione. Il percorso terapeutico delle pazienti diventa a questo livello del tutto simile a quello previsto per il trattamento delle rimanenti tipologie di anoressia" (Faccio, 2011, p. 160).

Esiste poi un'altra tipologia di anoressiche, le "astinenti", che sono coloro che identificano il loro disturbo non come frutto di una sofferenza personale, ma come difesa da tutto ciò che concerne la sfera emotiva. Il clinico in questi casi consiglierà il cosiddetto "epistolario serale", una sorta di diario in cui ogni sera la paziente dovrà dedicare qualche riga al terapeuta con il quale instaurerà una relazione significativa ed emotiva (Faccio, 2001).

Solo più tardi, sottolinea l'autrice, verrà avviato l'intervento terapeutico sul cibo, che renderà malleabile la credenza tipica di questi soggetti per cui "o tutto o niente".

In questo modo sottolinea Faccio (2001), si insegna a inserire all'interno del rigoroso comportamento alimentare una trasgressione di piccola entità, che servirebbe a rafforzare le regole che irradiano la condotta dell'individuo ma anche il suo controllo totale su se stesso.

Le terapie strategiche e interazioniste volte alla cura della patologia bulimica spostano invece l'attenzione sul possesso del sintomo. Infatti è bene con questi pazienti attivare un percorso di regime alimentare in cui qualora trasgrediscano dovranno ripetere il loro errore per cinque volte, di modo che il loro desiderio di trasgredire venga inibito a tal punto da condurre il soggetto a non sbagliare (Faccio, 2001).

Diversamente accade, sottolinea l'autrice, con le "vomitatrici", il cui intervento è rivolto laddove possibile a condurre alla presa di coscienza della perversione che caratterizza il rapporto con il cibo. Infatti il "vomiting" costituisce una pratica a valenza erotica come il carattere compulsivo tipico dell'abbuffata, una sorta di perversione nei confronti del cibo. Qualora tale presa di coscienza non fosse realizzabile, la via terapeutica conduce alla pratica di manipolazione della piacevolezza, soprattutto se la paziente non ha intenzione di cambiare il suo comportamento, e se è stata condotta alla terapia obbligata dalla famiglia. In questi casi, dunque, il terapeuta si camuffa da "esperto del piacere" suggerendo alla paziente le modalità per aumentare l'idillio scatenato dagli episodi di abbuffata. Emergono consigli sul cibo, sui luoghi in cui consumarlo, riducendo così il compimento degli episodi di questo tipo solo laddove ne valga la pena (in tal modo le abbuffate possono ridursi da cinque a uno solo al dì). Questa modalità rappresenta l'unica strategia, in questi casi, grazie alla quale la paziente può percepire il terapeuta come alleato e non come nemico (Faccio, 2001).

#### 1.7 Terapia interpersonale

La terapia interpersonale non si concentra direttamente sui problemi di carattere alimentare. Era stata proposta inizialmente come cura per la depressione, con il tempo venne suddivisa in tre processi tra cui il primo volto al riconoscimento dei problemi interpersonali che hanno rappresentato fattori di rischio nell'insorgenza dei Disturbi Alimentari, il secondo concerne l'accordo terapeutico volto alla cura di questi problemi interpersonali, il terzo ed ultimo affronta invece il problemi che fanno capo alla conclusione terapeutica (Garner, Dalle Grave, 2002).

Gli autori riportano le ricerche di Fairburn del 1991 che dimostrarono come questa tipologia di terapia risultò meno efficace delle terapie cognitivo-comportamentali, anche se è da sottolineare che durante i periodi di controllo periodici le pazienti sottoposte alla terapia interpersonale risultarono migliorate significativamente, è questo risultato si manteneva nel tempo (efficacia a lungo termine). Inoltre i risultati di questa ricerca dichiarano che coloro che ricevettero entrambi i trattamenti, sia l'interpersonale sia il cognitivo-comportamentale, erano migliorati in misura maggiore rispetto ai pazienti sui quali venne effettuato solo quest'ultimo (Garner et al., 2002).

In ogni caso, entrambi questi tipi di terapia sono da considerarsi la prima scelta per la cura della bulimia nervosa, anche se gli autori ritengono che il trattamento cognitivo-comportamentale sia da ritenere di primaria importanza, data la rapidità della sua efficacia sulla diminuzione della sintomatologia.

"Allo stato attuale delle nostre conoscenze non esiste alcuna base empirica per suggerire che la terapia interpersonale debba essere applicata in modo preferenziale alle pazienti che hanno prevalentemente conflitti interpersonali precedenti lo sviluppo del disturbo dell'alimentazione. A nostro parere la terapia interpersonale dovrebbe essere considerata un'alternativa per le pazienti con bulimia nervosa che non rispondono alla terapia cognitivo comportamentale e quando i conflitti interpersonali predominano [...]. Nel trattamento dell'anoressia nervosa molti ingredienti della terapia interpersonale sono già integrati nel trattamento cognitivo comportamentale a lungo termine" (Garner et al., 2002, p. 83).

#### 1.8 Terapia centrata sul corpo

La terapia centrata sul corpo è stata ideata al fine di migliorare il funzionamento psichico, passando attraverso la corporeità. L'obiettivo è quindi quello di riabilitare psicologicamente intervenendo sul disturbo che i pazienti con disordini alimentari detengono circa l'immagine corporea (Faccio, 2001). L'autrice riporta l'intervento di Vandereycken (1987) in cui suggerisce quattro scopi principali che accomunano tutte le strategie terapeutiche centrate sul corpo, le riporto di seguito:

- a. Ricostruzione di un'immagine di sé realistica (favorire la consapevolezza dell'inadeguatezza delle proprie condizioni corporee, e condurre ad accettare i cambiamenti volti alla guarigione);
- b. Domino degli impulsi, delle tensioni e dell'iperattività ( cercare di mutare alcuni comportamenti disfunzionali sui quali il paziente rimane fissato);
- c. Sviluppo delle abilità sociali (insegnando a prendere consapevolezza delle proprie emozioni esprimendole attraverso il corpo);
- d. Acquisizione della capacità di apprezzare il proprio corpo (insegnare a rilassarsi e a riappropriarsi del proprio corpo).

E' evidente che il tipo di intervento e gli obiettivi da prefissare vanno adeguati alle caratteristiche e alla soggettività del paziente, infatti, nonostante nella globalità il trattamento viene considerato di gruppo, il terapeuta alla fine di ciascun incontro interviene singolarmente per consigliare gli esercizi (di rilassamento e di respirazione) più indicati per ciascuno (Faccio, 2001).

L'autrice richiama l'importanza di motivare sempre l'utilità degli esercizi proposti al fine della loro buona riuscita, soprattutto sottolineando la relazione esistente tra l'esercizio stesso e i benefici che questo apporterà.

Anche se risulta complesso comprendere il ruolo di influenza che ha la terapia sul miglioramento dell'immagine corporea a causa dei limiti metodologici testistici, è possibile dichiarare grazie alle testimonianze riportate dalle pazienti, che in più occasioni sono riuscite a migliorare il rapporto con il loro corpo e a

sviluppare tendenze meno conflittuali nei confronti di se stesse, di saper ascoltare i segnali che derivano dal corpo e quindi anche il piacere derivante da questo.

Infine, l'autrice sottolinea come l'obiettivo di questo intervento non stia tanto nel portare i soggetti a compiere certi movimenti in maniera corretta, quanto più nell'educarli ad entrare in armonia con la propria corporeità.

# 1.9 Farmacoterapia

Elena Faccio (2001) ci riporta la seguente domanda: "I disturbi alimentari rispondono ai trattamenti farmacologici?". Poiché tali disturbi determinano conseguenze che abbracciano anche il campo neurochimico e del sistema nervoso centrale, negli ultimi anni si è cercato di individuare quali potrebbero essere i farmaci più adeguati a tal proposito. Per l'anoressia nervosa ritroviamo i neurolettici, gli antidepressivi, e la ciproeptadina. Quest'ultima si è dimostrata capace di ridurre notevolmente il dimagrimento favorendo l'aumento di peso corporeo e riducendo i sintomi depressivi. (Faccio, 2001).

Nel complesso comunque la farmacoterapia non si è rivelata nel tempo clamorosamente efficace con queste pazienti e non dovrebbe essere utilizzata in esclusiva. Come appena esplicitato, tra i benefici occasionali che possiamo riscontrare vi sono: diminuzione degli stati d' ansia e di depressione, miglioramento dei problemi a livello gastrico, anche se è da sottolineare che questi progressi sono tipici solo di una piccola parte di pazienti, come enunciato dallo studio riportato da Garner e colleghi di Garfinkel e Garner (1982) (Garner et al., 2002).

Rispetto alla bulimia, Faccio (2001) sottolinea come farmaci quali antidepressivi triciclici, soprattutto se utilizzati nel breve termine, risultino di significativa efficacia.

Secondo Garner e Dalle Grave (2002), la terapia farmacologica, per quel che riguarda il trattamento di pazienti bulimiche o con Disturbo da Alimentazione Incontrollata, dovrebbe essere preso in considerazione solo qualora queste falliscano con il trattamento cognitivo-comportamentale esplicitato in precedenza.

"A prescindere da ciò noi condividiamo le raccomandazioni secondo cui i farmaci non dovrebbero essere la terapia di prima scelta nella bulimia nervosa per almeno quattro motivi: 1) gli interventi psicologici hanno un'alta efficacia; 2) in molti studi sui farmaci sono state riportate elevate percentuali di drop-out; 3) il farmaco può presentare effetti collaterali; 4) ci sono dati che suggeriscono un'elevata frequenza di ricaduta con un uso discontinuo dei farmaci" (Garner et al., 2002).

Gli autori sottolineano inoltre come in uno studio del 1999 di Whittal e colleghi, viene evidenziato che la terapia cognitivo-comportamentale ha dimostrato talvolta risultati migliori rispetto a quelli ottenuti con la farmacoterapia. Tra i farmaci consigliati per il trattamento della bulimia viene enunciata la fluoxetina anche se come già sottolineato, gli antidepressivi triciclici possono essere una buona soluzione per coloro che non rispondono alla fluoxetina; tuttavia, va dichiarato che questi farmaci vanno utilizzati con cautela proprio a causa dei rischi che comportano, tra i quali: la frequenza di drop-out, la letalità da overdose.

Concludendo, nella gran parte dei casi di anoressia nervosa l'intervento con l'uso di psicofarmaci non è necessariamente utile. Diversamente avviene per la bulimia nervosa, anche se la farmacoterapia non può essere considerata il trattamento principe. Il tasso elevato di drop-out tipico di questi pazienti durante la terapia che utilizza i farmaci come intervento esclusivo, dimostra che il miglior modo per orientare il paziente alla farmacoterapia è quello di operare contemporaneamente una psicoterapia di dimostrata efficacia (Garner et al., 2002).

#### 1.10 Indicazioni al ricovero ospedaliero

L'ospedalizzazione mira alla riabilitazione a livello nutrizionale e al risolvimento delle difficoltà fisiche, alla cura della sofferenza psicologica che alimenta il disturbo. E' quindi necessario richiedere ed ottenere l'aiuto e la fiducia della paziente per mantenere alti i livelli di motivazione al trattamento. Difficilmente questo tipo di intervento viene richiesto per allontanare la paziente da quella rete di relazioni sociali che si presume siano la causa del mantenimento

delle sue difficoltà e che quindi ostacolano il trattamento (Garner, Dalle Grave, 2002).

Gli autori enunciano brevemente le caratteristiche che contraddistinguo i trattamenti day-hospital e l'ospedalizzazione, li riporto di seguito:

- 1) ristabilire il peso o comunque limitarne la perdita;
- 2) interrompere gli episodi di abbuffate, vomiting, condotte di eliminazione (abuso di lassativi);
- 3) gestire i casi di depressione, con eventuali condotte di autolesionismo, suicidio, tossicodipendenza.

L'anamnesi del paziente può costituire una perla importante per prendere le decisioni necessarie circa l'intervento da consigliare al paziente, anche quelle che riguardano un eventuale ricovero ospedaliero. Per questo motivo la raccolta delle informazioni va curata sino ai particolari, chiarificando sia lo stato fisico del paziente sia le sue condizioni psicosociali (Faccio, 2001).

E' di fondamentale importanza analizzare se la paziente è in condizioni così allarmanti da richiedere un'ospedalizzazione totale o se è sufficiente un intervento parziale (Garner et al., 2002). Gli autori sottolineano che, nei casi più comuni, l'ospedalizzazione è breve e specifica, con l'obiettivo di migliorare le condizioni mediche del paziente in abbinamento alla psicoterapia. Tra le situazioni che gli autori ritengono dimostrative di un 'ospedalizzazione parziale o totale, vi è quella in cui la paziente a seguito del trattamento ambulatoriale non ha riportato miglioramenti e per questo necessita di un contenimento maggiore che può venire offertogli proprio dall'ambiente ospedaliero.

Esistono alcuni criteri enunciati da Vandereycken (1987) e in seguito riconfermati da Della Grave (1997) la cui combinazione condurrebbe il clinico a consigliare il ricovero, li riporto di seguito:

- a) Criteri medici che comprendono, in particolare, una seria e potenziale minaccia alla vita:
  - Severa, acuta o irreversibile perdita di peso (più del 30% al di sotto del peso normale);
  - Pericolose alterazioni dei segni vitali (ipotensione posturale, bradicardia, ipotermia) e del bilancio elettrolitico (ipokalemia);
  - Infezioni intercorrenti in paziente cachettico;
  - Tendenza a tentativi di suicidio;
- b) Criteri psicosociali che riguardano una situazione di vita seriamente disturbata che possa essere allo stesso tempo, causa e conseguenza del disturbo alimentare e per questo crei un circolo vizioso nel quale il paziente è imprigionato:
  - Marcato disturbo familiare inaccessibile al trattamento;
  - Isolamento sociale abnorme con evitamento di contatti sociali o incapacità negli studi o nel lavoro;
- c) Criteri psicoterapeutici, specialmente in pazienti con maggior durata della malattia:
  - Precedente fallimento del trattamento, mancanza di motivazione o rifiuto di iniziare una terapia in regime di non ricovero;
  - Necessità di un intensivo approccio psicoterapeutico che possa indurre un cambiamento altrimenti raggiungibile in un lasso di tempo molto lungo.

Tratta da Faccio E., (2001), p. 142

Affinchè l'esito del trattamento sia positivo è necessario che il paziente aderisca alla terapia che gli viene proposta, infatti l'obbligo al ricovero ospedaliero rappresenta un'alternativa attuabile esclusivamente nei casi in cui vi sia un reale rischio per la vita del soggetto in esame (Faccio, 2011).

"In alternativa al ricovero ospedaliero esistono formule parziali di intervento quali il dayhospital oppure l'utilizzo di presidi nutrizionali in regime ambulatoriale. Anche queste soluzioni consentono un'assistenza e un monitoraggio medico-nutrizionale altamente qualificato senza comportare il distacco totale dal proprio ambiente. A loro sfavore muove tuttavia la possibilità di recidiva dei comportamenti sintomatici nei periodi di dimissione" (Faccio, 2011, p. 144).

Il trattamento in day-hospital o ospedalizzazione parziale costituisce una modalità che si può definire preferibile alla terapia ambulatoriale, inoltre rappresenta un allacciamento tra quest'ultimo e il trattamento ospedaliero. Questo genere di interventi propongono insieme alla supervisione dei pasti anche la possibilità di accedere ad una psicoterapia, oltre ad essere decisamente meno costosi di un'ospedalizzazione totale (Garner et al., 2002).

A seguito della terapia giornaliera, il day-hospital non prevede il soggiorno notturno, è chiaro che, come enunciato dagli autori, per le pazienti che presentano condizioni tali da richiedere un continuo monitoraggio e non sembrano rispondere positivamente o affatto ai trattamenti parziali è consigliabile ancora mantenere il trattamento ospedaliero (Garner et al., 2002).

#### **CAPITOLO III**

#### IPNOSI E DISTURBI DELL' ALIMENTAZIONE

#### 1. Concetti di base

L'utilità terapeutica dell'ipnosi per ciascun individuo varia a seconda di alcuni fattori. Per prime le capacità personali del soggetto, da quella attentiva (portare l'attenzione su qualcosa di specifico) a quella immaginativa (capacità di creare immagini e suggestioni), per giungere a ciò che concerne il rapporto tra ipnotista e ipnotizzato, infatti è fondamentale per la realizzazione di un intervento ipnotico che si sia instaurata la fiducia nei confronti del terapeuta.

Le modalità che vengono utilizzate per realizzare l'ipnosi sono diverse a seconda dell'utilità per ciascun professionista, alcuni sistemi sono più tecnici e strutturati, altri sono meno rigidi e più portati a concentrarsi sull'espressione spontanea dell'individuo. Viene scelto un metodo piuttosto che un altro a seconda del tipo di soggetto in esame e del tipo di obiettivo da raggiungere. E' risaputo che indipendentemente dal livello di direttività dell'approccio utilizzato, l'immagine mentale proposta sarà utile solo nella misura in cui diventa rilevante per il soggetto. Pertanto è fondamentale il modo in cui il soggetto si relaziona nei confronti di tale suggestione, affinchè l'immagine realizzata possa essere utile per lui (Yapko, 2003).

Il linguaggio metaforico ha la capacità di chiarificare il problema del paziente, rappresentandolo sotto una luce nuova che consente di comprenderne maggiormente il significato, e allo stesso tempo ha il pregio di aiutare il soggetto a vederne la strada della soluzione. Il risultato dell'intervento varierà naturalmente da persona a persona, come sottolineato da Lynn e Kirsch (2006), e questo dipende da diversi fattori tra cui per esempio lo stato d'animo, la concentrazione e la motivazione del paziente.

# 2. L'ipnosi nel trattamento dei Disturbi dell' Alimentazione

Diversi studi tra cui quello di Torres (2000) rilevano come le tecniche ipnoterapeutiche siano solitamente più efficaci nei pazienti altamente suggestionabili e soprattutto quando sono utilizzate in combinazione con altri approcci terapeutici. Nel caso dell'ipno-terapia applicata ai disturbi alimentari, questa tecnica dovrebbe agire sugli aspetti della condotta alimentare, sul comportamento, sulle relazioni famigliari e sull'individuo congiuntamente.

### 2.1 Applicazioni nel trattamento dell' Anoressia Nervosa

Gli autori Kraft e Kraft (2009) hanno individuato all'interno della letteratura scientifica sull'argomento una serie di trattamenti che si sono rivelati efficaci nel trattamento sia della Anoressia Nervosa che della Bulimia Nervosa. I trattamenti vengono suddivisi in interventi comportamentali, secondo approccio psicodinamico, oppure utilizzando una combinazione di questi due. Kraft e Kraft hanno osservato che questi orientamenti terapeutici non si escludono vicendevolmente e che gli psicoterapeuti possono scegliere di usare unitamente le diverse strategie per lo stesso paziente. Di seguito vengono riportati i principali studi da loro individuati che si sono mostrati più efficaci già nei decenni scorsi.

Kroger e Fezler (1976) raccomandavano l'utilizzo della terapia comportamentale unitamente all'ipnosi al fine di aiutare il paziente anoressico a riprendere peso e questo risultato veniva raggiunto usando la suggestione postipnotica nella quale il cibo era associato a memorie piacevoli.

Similarmente Crasilneck e Hall (1975) hanno trattato 70 pazienti anoressici con l'ipnoterapia e hanno riportato che più di metà di questi hanno avuto una buona guarigione. Essi davano a questi pazienti suggestioni dirette per aumentare e motivare l'assunzione di cibo, e una volta che i pazienti raggiungevano un peso normale, usavano l'ipno-analisi per andare ad agire sui conflitti psicologici che sottostavano all'anoressia nervosa.

Un approccio inusuale è stato usato da Erickson (Bliss e Erickson, 1990), che ha usato il cibo come una punizione. L'autore ci ha fornito un racconto dettagliato di una ragazzina 14enne anoressica di nome Barbie la cui assunzione di cibo giornaliera consisteva in un cracker e un bicchiere di ginger-ale al giorno. Durante una seduta con la paziente e sua madre, Erickson notò che ogni qual volta si rivolgeva a Barbie, la mamma rispondeva al posto suo, rendendo evidente come quest'ultima esercitasse un grande controllo sulla figlia, e ciò interferiva con la sua autonomia. Alla terza seduta la madre si lamentò di non aver potuto dormire perché la figlia aveva piagnucolato tutta la notte. La paziente concordò col terapista che si meritava di essere punito per questo, e la punizione consisteva nel mangiare un uovo. Alla madre era richiesto di nutrirla con questo alimento. Allo stesso tempo, Erickson era stato molto critico con la madre facendole notare che rispondeva alle domande al posto della figlia, e questo accompagnò la figlia a vedere la mamma sotto un altro punto di vista. L'autore utilizzò in seguito una serie di strategie che includevano l'uso di lunghe ed elaborate storie e un largo uso di metafore. Erickson inoltre chiese alla paziente di spiare i comportamenti alimentari della madre e se avesse fallito in questo, ciò avrebbe comportato altre punizioni alimentari. La madre e la figlia si diedero degli obiettivi realistici per il raggiungimento del peso programmato. Il trattamento, continua l'autore, ebbe un rilevante successo: Barbie raggiunse il peso prestabilito e riuscì ad assumere pasti normali durante il giorno. Un follow-up svolto 14 anni dopo mostrò che la paziente aveva avuto una guarigione eccellente, e che stava per sposarsi.

Kraft e Kraft riportano inoltre uno studio del 1984 in cui era stata trattata da Gross una ragazza adolescente di 15 anni che era scesa drammaticamente di peso da 46 Kg a 22 Kg. Al suo ricovero in ospedale le sue dita erano blu e si agitava in modo costante. Le venne insegnato ad andare in auto-ipnosi per 15 minuti al giorno e questo ebbe effetti benefici nel ridurre la sua iperattività. Nelle sessioni di ipno-terapia veniva incoraggiata a immaginare se stessa in un bellissimo luogo di sua invenzione, lei scelse la spiaggia come suo scenario ideale, così questo luogo veniva poi utilizzato come metafora per la regolazione delle sue funzioni corporee. La regolarità del flusso delle onde, spiega l'autore, era associata al ritmo del suo battito cardiaco e alle peristalsi del suo tratto gastrointestinale. Grazie a questo metodo la paziente riusciva ad assimilare un Kg alla settimana sino al

raggiungimento del peso di 45 Kg. E durante questo periodo divenne più calma e fu capace di iniziare ad esplorare alcune delle cause sottostanti alla sua patologia.

Esplen (2003) ha sottolineato l'importanza di usare immagini tratte dalla natura per fornire ai pazienti ambienti confortevoli, rassicuranti e contenitivi. La sua tecnica include l'uso di immagini-guida senza che l'attenzione venga focalizzata sul sintomo prevalente. L'autrice descrive tre pazienti e tutti hanno un misto di sintomi legati all'anoressia e alla bulimia. Questo approccio è psicodinamico e differisce in modo consistente da alcuni approcci menzionati in precedenza. E' un approccio di tipo non direttivo. Il grande vantaggio di questo tipo di trattamento sta nel concentrarsi unicamente sui problemi che stanno alla base del disordine alimentare e questo dà al paziente una migliore consapevolezza della sua situazione famigliare. Il sintomo sottostante si placa senza agire su di lui direttamente. Le immagini usate dal Esplen includono prati, fiumi, il calore del Sole, luoghi familiari dove in passato i pazienti si sono sentiti sicuri. La terapista costruisce un ambiente protettivo e contenitivo e questo incoraggia i pazienti a esprimere i propri sentimenti più profondi in modo spontaneo.

Kraft e Kaft riportano un ulteriore interessante studio che dimostra il cambiamento e il miglioramento della dispercezione corporea (Gross, 1984). Nel corso dell'ipnosi venivano mostrate alla paziente foto del suo corpo emaciato e le veniva poi richiesto di immaginare una raffigurazione di stessa più sana. In un secondo momento veniva chiesto alla paziente di disegnare se stessa e in questo caso il terapista si concentrava su particolari aree di distorsione dell'immagine corporea riferite al disegno. Venne dimostrato come tendenzialmente i pazienti anoressici disegnano se stessi con dei fianchi molto ampi.

Gross descrive il caso di una paziente 17enne di nome Cathy che incominciò a perdere peso in seguito a commenti da parte del suo fidanzato sulla misura delle sue cosce. La ragazza dimagrì da 58 Kg sino ad arrivare a 36 Kg. A questo punto venne ricoverata. Cathy, spiega l'autore, aveva un'immagine corporea di sé distorta, infatti era convinta di avere delle cosce e dei fianchi esageratamente grossi nonostante nella realtà risultassero decisamente magri. Era inoltre molto preoccupata dal fatto di poter prendere peso. Nel corso della ipnoterapia, le veniva chiesto di guardare la foto che le era stata scattata al ricovero in

ospedale, di immaginarsi nel futuro e di pensare a se stessa come al suo idolo cinematografico. Il terapista in seguito le suggerì di toccare le proprie gambe e gradualmente lei cominciò a vedere il suo corpo in maniera più realistica. Allo stesso tempo cominciò a riprendere peso e nel periodo di quattro mesi raggiunse 53 Kg, riuscendo a stabilizzarlo e mantenerlo per tre anni.

Nash e Baker (1993) hanno trattato 36 donne affette da Anoressia Nervosa e hanno riportato che in follow-up effettuati a distanza di 6 mesi e 12 mesi, il 76% delle pazienti che avevano ricevuto un trattamento misto di ipnoterapia e psicoterapia riportavano una remissione dei sintomi. Di coloro che invece avevano ricevuto esclusivamente il trattamento di psicoterapia erano solo il 53% a dimostrare segni di guarigione. Ai pazienti veniva chiesto di disegnare la propria immagine corporea su una lavagna immaginaria, e veniva inoltre impiegata la tecnica della regressione d'età per chiarire le origini della distorsione della propria figura. Ciò veniva indagato sia tramite la ipnoterapia durante la fase di trance e in seguito mediante delle sedute di psicoterapia e orientate all'insight. Durante le sedute di ipnoterapia i pazienti venivano incoraggiati a cancellare e ridisegnare le parti del loro corpo che erano particolarmente distorte. Questo processo in genere creava molta ansia nel paziente che veniva contrastata utilizzando delle suggestioni di calma e relax.

Kraft e Kraft (2009) proseguono il lavoro riportando alcuni studi in cui l'ipnoterapia veniva usata per andare a correggere i difetti nella maturazione sessuale. Una particolare importanza riveste lo studio di Thiessen (1983) che usando un approccio Ericksoniano si serve del racconto del "Brutto Anatroccolo" come metafora per agevolare una salutare maturazione sessuale. La trasformazione del "Brutto Anatroccolo" (utilizzato come marcatore) in cigno, ha un potente effetto sul paziente. Nell'ipnosi il simbolo del cigno rappresenta una sequenza di importanti cambiamenti correlati allo sviluppo naturale dell'adolescente che diventa donna adulta. Questa metafora suggerisce che la paziente è in grado di diventare un bellissimo cigno e che questa trasformazione che porta alla maturità sessuale rappresenta per lei un obiettivo desiderato. Thiessen descrive il caso di una paziente di 22 anni che mostrava i tipici sintomi dell'anoressia nervosa, che includevano tratti di perfezionismo, riserbo,

ambivalenza legata alla maturazione, e rifiuto di accettare la propria identità femminile. Come frequentemente riportato in questi pazienti, i suoi problemi erano inestricabilmente connessi con una struttura famigliare di elevata complessità. Inoltre la paziente mostrava sintomi bulimici come le abbuffate, l'induzione al vomito e l'uso di pillole lassative. Durante i 5-6 mesi di terapia l'attenzione è stata rivolta ad alcuni importanti fattori psicodinamici, ad esempio le aspettative eccessivamente elevate da parte del padre nei suoi confronti, una figura materna con tratti negativi, e un accadimento traumatico riguardante lo sviluppo della propria identità sessuale accaduto all'età di 7 anni. Questi fattori psicodinamici avevano giocato un importante ruolo nello sviluppo del suo disordine.

Usando la storia del "Brutto Anatroccolo" durante l'ipnosi, prosegue l'autore, la paziente fu in grado di ritornare al peso corporeo normale. Alla fine del trattamento fu inoltre capace di trattenersi dalle abbuffate e di mantenere un peso equilibrato per i successivi mesi in cui vennero effettuati i follow-up.

#### 2.2 Applicazioni nel trattamento della Bulimia Nervosa

Nella letteratura in merito, Kraft e Kraft (2009) hanno riportato alcuni studi in cui l'ipnoterapia veniva usata per curare i sintomi bulimici.

Un numero considerevole di ricerche ha riportato la correlazione significativa tra Bulimia Nervosa e ipnotizzabilità (ad esempio Barabasz, 2007). L'alta capacità dissociativa tipica dei pazienti bulimici rappresenta un grande vantaggio nei trattamenti di ipnoterapia. Essi esperiscono di frequente la distorsione del tempo, l'amnesia e la sensazione di avere sotto controllo i cicli di abbuffate/espulsione.

Vanderlinden e Vandereycken (1990) hanno usato un trattamento basato su tre fasi. Nel loro studio su 50 giovani donne (età media 24 anni; range 20-30), il 50% delle pazienti dopo due anni dall'ospedalizzazione era andato incontro a completa guarigione, il 30% mostrava evidenti miglioramenti e il restante 20% non aveva avuto benefici dal trattamento. La prima fase di questo ha l'obiettivo di preparare il paziente al cambiamento. Dopo aver insegnato alle pazienti ad andare

in auto-ipnosi, viene a loro chiesto di tenere un diario accurato delle proprie condotte alimentari e di riportare le proprie emozioni prima, durante e dopo ciascun pasto; considerata la natura caotica di questo disordine, le pazienti venivano incoraggiate ad assumere tre pasti al giorno ad orari prestabiliti. Inoltre veniva loro richiesto di fare una lista di tutte le conseguenze negative del proprio disturbo e dei possibili vantaggi connessi alla guarigione. Nell'ipnosi i terapisti enfatizzavano entrambe queste caratteristiche positive e negative. Questo approccio può essere combinato con la progressione d'età nella quale alle pazienti viene chiesto di immaginare un tempo futuro dove non sono più bulimiche e vivono una vita sana.

La seconda fase del trattamento include un'esplorazione dei fattori sottostanti che possono essere stati responsabili della bulimia. Eventi traumatici nella vita delle pazienti possono includere relazioni incestuose, stupro, violenza o abbandono. Gli autori hanno notato che un modo efficace di portare alla luce gli eventi traumatici consiste nel riferirsi e negoziare con la parte del Sé responsabile della bulimia, nel modo che il paziente trova più appropriato.

Nell'ultima fase gli autori preparano i pazienti per questa importante transizione usando la progressione d'età e il rinforzo dell'Io in ipnosi. Gli autori sottolineano anche l'importanza della continuità del trattamento nel tempo fino a un periodo di 5 anni, e consigliano al terapista di rimanere disponibile nei confronti del paziente per un periodo esteso.

E' importante notare che per indagare i meccanismi psicologici responsabili della bulimia, la tecnica della regressione di età o quella della "affect-bridge" aiutano a rilevare più facilmente i traumi e le dinamiche famigliari disfunzionali. In particolare la tecnica della "affect-bridge" è una potente tecnica di regressione introdotta da Watkins nel 1971, e l'obiettivo di questa tecnica è quello di utilizzare una sensazione emotiva come un ponte attraverso il tempo per permettere a un soggetto in trance ipnotica di regredire fino a un evento sensibilizzante iniziale (ISE= Initial Sensitizing Event). Questo consente al paziente di collocare l'esperienza traumatica nel passato affinchè perda il suo potere destabilizzante nel presente.

Kraft e Kraft nel lavoro di review riportano in seguito un'ulteriore tecnica comportamentale di trattamento per la Bulimia Nervosa che prevede l'utilizzo dell'ipnoterapia messa a punto da Griffiths (1995). Il programma dell'Hypnobehavioural Treatment (HPT) è diviso in due fasi e si distribuisce nell'arco di due settimane. Nella prima fase ai pazienti viene richiesto di monitorare le proprie abitudini alimentari e gli vengono dati consigli per poter regolare l'assunzione di cibo durante il giorno. In questa fase i pazienti hanno tre sessioni di ipnoterapia che si concentrano sulla modificazione del comportamento. La seconda fase comprende 4 sedute settimanali durante le quali il paziente viene incoraggiato a esercitare il controllo sul proprio ciclo di abbuffate/espulsioni. Durante l'ipnosi il terapista fornisce suggestioni per rinforzare le abitudini alimentari, aumentare l'autostima e aumentare l'interazione sociale. Ai pazienti vengono inoltre dati strumenti che si possono utilizzare per avere maggiore controllo su situazioni che precedentemente li hanno portati a mettere in atto condotte di abbuffata/espulsione. Questo trattamento usato da Griffiths si focalizza soltanto sulla modificazione del comportamento e non pone attenzione alle componenti emotive sottostanti alla bulimia. Il follow-up effettuato nel corso dei due anni successivi, ha riportato una significativa riduzione delle condotte di abbuffata/espulsione, tuttavia va sottolineato che nei pazienti non vi è stato un generale cambiamento riguardo allo stato generale di salute o riguardo ai livelli di depressione misurati attraverso la scala di Goldberg (1972).

Proseguendo nel lavoro di revisione gli autori riportano un'altra tecnica di tipo comportamentale (Stimulus Control Technique) che può essere utilizzata per ridurre la sintomatologia bulimica servendosi dell'ipnoterapia. In questo trattamento usato da diversi autori tra cui Kroger e Fezler (1976) e Coman (1992), i pazienti sono incoraggiati ad assumere pasti a orari prestabiliti per aumentare l'intervallo tra le condotte di alimentazione e espulsione. Durante le sessioni di ipnosi viene utilizzata un'immagine-guida per stabilire e controllare la routine di assunzione del cibo. Questo dà anche l'opportunità ai pazienti di alimentarsi in modo normale. I pazienti sono incoraggiati a godere del gusto del cibo e di conseguenza a imparare a rilassarsi dopo il pasto, facendo una passeggiata o

leggendo un libro, e ciò ha l'effetto di interrompere i cicli di abbuffata/espulsione.

Corman raccomanda di utilizzare l'ipnosi per rafforzare queste condotte salutari che sono state acquisite, al fine di fornire al paziente un controllo sulla propria condotta alimentare.

Anche l'autrice Barabasz (1990) ha utilizzato questa tipo di tecnica ponendo una particolare attenzione sull'aumento della consapevolezza nel paziente. Al paziente venivano date delle forti suggestioni post-ipnotiche nelle quali il terapista spingeva il paziente a considerarsi l'unica persona che aveva davvero il controllo sulle proprie condotte alimentari.

Una variante di questo approccio a carattere comportamentale è stato descritto da Holgate (1984), durante l'ipnosi il terapista chiedeva al paziente di immaginarsi mentre camminava lungo la spiaggia o in campagna, questo veniva usato sia per il rilassamento che come modo per controllare il Binge Eating Disorder. Al paziente veniva chiesto di visualizzare una scena nella quale era tentato di abbuffarsi, e veniva incoraggiato ad andare via da questa situazione. In seguito il terapista incoraggiava il paziente a sentirsi orgoglioso e soddisfatto di riuscire a esercitare un controllo sulle proprie condotte alimentari. L'ipnotista promuoveva il mantenimento dei pattern alimentari salutari e adattivi tramite dei successivi follow-up.

Holgate ha dichiarato di aver usato in modo efficace questo tipo di approccio per la cura di un'insegnante di 25 anni affetta da bulimia nervosa, riscuotendone successo.

Kraft e Kraft riportano inoltre il caso descritto da Torem (1987) basato sulla terapia centrata sul Sé in combinazione all'ipnoterapia. Torem descrive il trattamento di una studentessa 17enne che soffriva di bulimia nervosa. In un primo tempo veniva chiesto alla paziente di tenere un diario giornaliero dove lei era chiamata a riportare i suoi comportamenti alimentari e le sue riflessioni che precedevano e seguivano i cicli di abbuffata ed espulsione. Dopo dieci giorni si potè notare un significativo cambiamento nella sua calligrafia e un aumento di confusione e ansia. In un particolare aggiornamento del diario, la paziente descrisse quella parte di sé che era responsabile del proprio comportamento

bulimico e la sua tendenza all'autosabotaggio. L'autore ha quindi usato la tecnica dell'ipno-analisi per rivolgersi in modo diretto alla parte dell'Io della paziente responsabile del disordine alimentare: a questa parte dell'Io veniva poi richiesto di comunicare direttamente con il terapista.

Torem ha sottolineato il valore di questo trattamento per curare i pazienti sofferenti di bulimia nervosa.

Kraft e Kraft descrivono infine, nel loro lavoro di revisione della letteratura, l'approccio di terapia di gruppo adottato da Degun-Mather (1995). In questo modello veniva trattato un gruppo di 5 pazienti da parte di due co-terapisti, il programma durava 12 settimane e ogni sessione aveva una durata di 60 minuti e una cadenza settimanale. Questo tipo di programma era altamente strutturato. Nella prima sessione i pazienti erano invitati a compilare dei questionari per misurare la gravità del disordine alimentare, quali l'Eating Disorder Inventory (Garner & Olmsted, 1984) e la Eating Inventory (Stunkard, 1983). A ogni paziente venivano dati alcuni minuti per descrivere i propri sintomi e in seguito veniva specificato che il gruppo sarebbe stato mutualmente supportivo e che loro non sarebbero più stati soli. Nella seconda sessione ogni paziente stabiliva i propri obiettivi personali usando il Goal Attainment Evaluation Plan (Vanderlinden, Norre & Vandereycken, 1989). Nella terza sessione a ogni paziente veniva dato un grafico per monitorare i propri comportamenti alimentari durante l'intero programma. I pazienti venivano incoraggiati ad assumere tre pasti al giorno. Dalla quarta alla dodicesima sessione i terapisti continuavano a monitorare il comportamento alimentare dei propri pazienti con una particolare attenzione alle cause scatenanti i cicli di abbuffata/espulsione. I co-terapisti inoltre rafforzavano le strategie di coping dei pazienti. A turno veniva chiesto a ognuno di loro di discutere i propri problemi individuali, le strategie di coping e le problematiche connesse alle dinamiche famigliari. Il gruppo di ipnosi veniva usato per affrontare le situazioni difficili e sviluppare il controllo sull'abbuffata per percepirla come meno urgente. Inoltre veniva utilizzata la tecnica della progressione d'età per far sì che i pazienti sperimentassero il raggiungimento degli obiettivi preposti. I risultati del trattamento indicano che il 60% dei pazienti trattati con questa tecnica ha avuto una efficace guarigione. Nell'ultima sessione i pazienti venivano

rassicurati sul fatto che se avessero in futuro avuto bisogno di un ulteriore sostegno emotivo, avrebbero potuto proseguire con un percorso di psicoterapia individuale.

Questa review dimostra chiaramente che l'ipnoterapia è un efficace strumento dei disordini alimentari ed è inoltre una tecnica che non richiede l'utilizzo di nessuna forma di medicalizzazione. E' stato rilevato come molti pazienti affetti da disordini alimentari abbiano un passato di abusi sessuali o psicologici avvenuti nel periodo dell'infanzia. I pazienti che soffrono di queste patologie sono fortemente invischiati in dinamiche famigliari disfunzionali e complesse, per questa ragione, molti terapisti usano la tecnica della regressione d'età con lo scopo di mettere in relazione le emozioni negative e l'immagine corporea all'abuso. Questo trauma può essere anche trattato con un approccio comportamentale o con la terapia centrata sul Sé.

Risulta evidente dalla revisione di Kraft e Kraft come le problematiche alimentari possano essere trattate con differenti approcci, da quelli più strettamente comportamentali che si focalizzano sul cambiamento dei pattern comportamentali legati all'alimentazione, a quelli più a carattere psicodinamico che pongono una maggiore attenzione ai problemi responsabili del sintomo piuttosto che al sintomo stesso.

Infine, altri autori hanno combinato l'ipno-terapia all'approccio comportamentale oppure all'approccio psicodinamico.

L'utilizzo combinato dell'approccio comportamentale e di quello psicodinamico costituisce un'evoluzione nel trattamento dei disordini alimentari. L'ipno-terapia si presenta come una forma rapida ed economicamente vantaggiosa di trattamento di queste patologie, che si può utilizzare in autonomia oppure unitamente ad altri approcci terapeutici.

#### 2.3 Applicazioni nel trattamento del Binge Eating Disorder

Nella ricerca condotta da Anbar e Savedoff (2006) gli autori descrivono un ragazzo di 16 anni di nome David a cui sono state insegnate due techiche: l'Automatic Word Processing (AWP) e la tecnica dell'auto-ipnosi nel trattamento

del Binge Eating Disorder. Il disturbo di questo paziente era correlato inoltre ad altre forme di malessere, tra cui ansia, insonnia, emicranie, nausee e disturbi gastrointestinali. Egli è stato in grado di ridurre la sua ansia prendendo consapevolezza che quest'ultima era originata dalla sua paura di fallire. Il paziente è stato inoltre capace attraverso l'AWP di sviluppare nuove strategie cognitive che gli hanno permesso di risolvere il suo disturbo alimentare. Gli altri sintomi associati si sono attenuati attraverso l'impiego dell'autoipnosi. L'AWP è nota come tecnica che si avvale dell'ipnosi unitamente a un supporto cartaceo/informatico. Tra i primi fautori di questa metodologia troviamo Erickson (1937). L'AWP si avvale della dissociazione ipnotica usando la scrittura automatica, viene quindi chiesto al paziente in trance ipnotica di scrivere davanti a un supporto informatico (nella versione più moderna), e questo consente al materiale psicologico di emergere più rapidamente. L'area cerebrale che controlla la scrittura automatica sembra avere un accesso più diretto e facilitato al materiale inconscio rispetto ai centri di controllo del linguaggio. Quindi la scrittura automatica consente di arrivare a informazioni che non sarebbero accessibili attraverso l'uso della parola. Questa tecnica si è mostrata quindi una tecnica efficace per la risoluzione del Binge Eating portando alla luce le cause psicologiche sottostanti i sintomi del paziente. E l'autoipnosi ha permesso al paziente di acquisire gli strumenti per raggiungere il cambiamento desiderato della sua condotta alimentare.

David soffriva di comportamento alimentare compulsivo, tale condotta aveva origine nella sua infanzia, precisamente a 6 anni, e aveva portato il paziente ad aumentare fortemente di peso. Alla prima visita egli aveva ammesso di essere abituato a consumare grandi quantità di cibo. Il ragazzo riportava di essere soggetto a maggiori abbuffate quando era sotto stress per le sue preoccupazioni scolastiche, o per il suo essere impacciato nei movimenti. Inoltre riportava che spesso era ansioso quando doveva andare in posti nuovi, ed era turbato dai piccoli cambiamenti che si possono trovare negli oggetti di uso quotidiano (es. la diversa consistenza di una carta igienica nuova). David arrivato in terapia pesava 108 Kg, e non mostrava avere altre patologie correlate oltre al peso. Sebbene un nutrizionista gli avesse prescritto una dieta, il paziente non era riuscito a seguirla e

aveva continuato a prendere peso. Lo psicologo gli aveva insegnato delle strategie per controllare la propria impulsività alimentare, unitamente alla meditazione per aiutarlo a prendere sonno. Tuttavia questi strumenti non si sono rilevati per lui sufficientemente efficaci, nonostante l'impegno del paziente. E' stato quindi ipotizzato che i suoi sintomi fossero correlati a difficoltà nella gestione dello stress. Per esempio il Binge Eating e le emicranie si intensificavano verso la fine dell'anno scolastico, quando egli era maggiormente stressato. Inoltre la nausea e i disturbi gastrointestinali si intensificavano durante le giornate scolastiche e quando pianificava di visitare posti nuovi. David concordava sull'ipotesi che lo stress potesse essere all'origine dei suoi sintomi. Si è quindi pensato che attraverso l'immaginazione ipnotica il paziente potesse imparare a rilassarsi e ad affrontare in modo più efficace le situazioni stressanti.

Nei primi 45 minuti di seduta introduttiva sono state date al paziente indicazioni sul concetto di ipnosi, e delle istruzioni in riferimento alla tecnica di induzione ipnotica. In particolare gli fu spiegato come queste modalità possano agire utilizzando l'immaginazione per ottenere dei cambiamenti a livello corporeo. Per esempio gli fu indicato di immaginare le sue mani come due magneti giganti che si attraevano l'un l'altro e gli si fece notare come queste si unissero da sole quasi in modo automatico.

Egli poi immaginava di avere un secchio pieno di sabbia in una mano, mentre nell'altra un palloncino, e in 15 secondi il braccio che teneva la sabbia ha cominciato a diventare sempre più pesante scendendo lentamente verso il basso, mentre l'altro braccio legato al palloncino ha cominciato a elevarsi e lievitare. Il paziente disse che aveva sentito le sue mani muoversi da sole.

Infine durante l'ipnosi gli è stato richiesto di raggiungere un luogo sicuro per lui, e gli è stato in seguito fornito un segnale di ancoraggio utilizzando con le dita il gesto della pistola (pollice e indice tesi). Questo simbolo sarebbe poi stato usato dal paziente per rilassarsi quando non era in ipnosi.

David è stato incoraggiato ad utilizzare l'ancoraggio per entrare in autoipnosi nel momento precedente l'addormentamento con funzione di rilassamento e con la finalità di rinforzare la pratica, per almeno due settimane. Inoltre l'ancoraggio veniva da lui utilizzato anche per contrastare le ansietà e i momenti di stress.

Al termine della seconda sessione di trattamento il paziente era in grado di utilizzare il luogo sicuro e il gesto di ancoraggio per rilassarsi in modo rapido. Un mese dopo alla terza sessione David riportava che le sue auto-ipnosi quotidiane l'avevano aiutato per contrastare la maggior parte dei suoi sintomi. Inoltre il paziente aveva raggiunto la consapevolezza che spesso le sue preoccupazioni risultavano essere esagerate rispetto alla realtà.

David era interessato ad acquisire una maggiore comprensione del suo disturbo ansioso attraverso l'ipnosi, perciò accettò di utilizzare l'AWP. Il ragazzo e il terapista si sedevano ciascuno davanti a una tastiera connessa a un singolo display. A David veniva detto che gli sarebbe stata insegnata la tecnica per permettere al suo inconscio di interagire con il suo terapista attraverso la scrittura. L' inconscio veniva a lui definito come una parte della sua mente della quale normalmente non era consapevole. Inoltre gli veniva segnalato che lui sarebbe potuto essere inconsapevole di ciò che veniva discusso nell'interazione scritta e che avrebbe potuto scegliere se ricordare o meno i contenuti scritti, e se rileggere o meno ciò che era stato scritto.

La tecnica dell'AWP prevedeva che David chiudesse i suoi occhi immaginandosi nel suo posto preferito, gli veniva detto che una volta che il suo inconscio fosse stato pronto a digitare, i suoi occhi si sarebbero aperti di loro spontanea volontà, e che il suo inconscio sarebbe stato in grado di leggere il display e di controllare ciò che David scriveva. Gli veniva ricordato che mentre il suo inconscio era impegnato a scrivere, il suo compito sarebbe stato quello di focalizzare il suo posto preferito. Mentre il paziente chiudeva gli occhi per dieci secondi il terapista scriveva: "Ciao sei l'inconscio di David?", una volta aperti gli occhi il paziente ha digitato "Sì".

Durante una sessione di AWP durata 65 minuti, David è il terapista hanno comunicato unicamente attraverso il display.

Subito dopo la sessione di AWP David ha dichiarato di non voler leggere nulla di ciò che era stato scritto, e di non ricordare di aver scritto. Un mese dopo, il paziente tuttavia chiese di visionare i contenuti della conversazione e fu sorpreso delle proprie risposte. Dopo 5 mesi di trattamento David usava la tecnica dell'auto-ipnosi quotidianamente per rilassarsi, non assumeva più grandi quantità di cibo e non aveva il desiderio di farlo. Aveva perso l'8% del suo peso corporeo totale, inoltre riportava di aver viaggiato due ore per arrivare ad un parco divertimenti, stupendosi di vedersi meno ansioso tanto da riuscire ad andare sulle montagne russe. Aveva trovato nuovi amici a scuola e ciò lo attribuì all'essere diventato più ottimista, infine anche i suoi risultati scolastici erano migliorati.

Il paziente di questo studio, proseguono gli autori, ha usato la sua interazione con il terapista e il rilassamento indotto dall'auto-ipnosi per ridurre la sua ansia e aumentare l'autostima. Questi risultati contribuirono a ridurre il Binge Eating e i sintomi a esso associati.

Aver rivelato al paziente che il suo inconscio sarebbe stato in grado di guidarlo verso la risoluzione dei sintomi ha probabilmente rafforzato la sua autostima contribuendo al successo della terapia. Il miglioramento delle relazioni sociali del paziente potrebbe essere considerato un rinforzo emotivo capace di aiutarlo nel risolvimento dei suoi sintomi.

Infine, come espresso da Mantle (2003), i disturbi alimentari potrebbero essere dei comportamenti appresi, che giocano un importante ruolo nella vita di questi pazienti. Mentre l'ipnosi ha la funzione di mettere in evidenza le cause psicologiche sottostanti il comportamento di Binge Eating, delle nuove e più salutari abitudini devono sostituire quelle vecchie e disadattive. L'ipnosi, prosegue l'autore, può servire per potenziare altre tecniche di trattamento più tradizionali come la dieta alimentare, la raccomandazione di seguire pasti regolari e quella di evitare cibi non salutari e che generano dipendenza.

Studi futuri sono necessari per delineare le combinazioni terapeutiche maggiormente efficaci.

#### 3. Conclusioni

In conclusione di questo lavoro vorrei sottolineare come, attraverso questa mia ricerca, abbia approfondito e compreso maggiormente come i Disturbi Alimentari costituiscano una sfera clinica specifica che sfrutta la corporeità come strumento di manifestazione della sofferenza.

Per abbinare il trattamento più adeguato è necessario considerare diverse variabili fondamentali nella diagnosi del paziente, tra cui le eventuali origini biologiche e componenti genetiche, la struttura psicologica e il funzionamento della personalità, la rete sociale che caratterizza la sua vita. Così, nel processo terapeutico vanno considerati non solo gli aspetti biologici, ma anche quelli psicologici e sociali.

Infine la mia attenzione si è posta sul trattamento di questi disturbi, e in particolare sull'utilizzo dell'ipnosi, un metodo terapeutico capace di agire sulla patologia e sulle cause sottostanti a questa, ma anche sulla vita quotidiana del soggetto che può essere ritenuta in parte disfunzionale e avente un ruolo nel promuovere il suo malessere. Infatti, il soggetto viene educato a utilizzare delle tecniche di autoipnosi, volte al rilassamento e all'autocontrollo che possono portare all'adozione di comportamenti più sani per lui. Questa tecnica consente inoltre di potenziare le risorse adattive per l'individuo in visione delle esperienze future che dovrà affrontare. Come già esplicitato all'interno del mio lavoro, il programma terapeutico dell'ipnosi è capace di attivare un processo di consapevolezza delle cause sottostanti il disturbo, mitigando anche eventuali stati di colpa, sensazioni di perdita del controllo, vergogna, ecc., sentimenti che vengono trasformati in stati dell'essere maggiormente sani e funzionali per il soggetto, facendolo sentire più sicuro e fiducioso nelle proprie risorse.

Nei casi affetti da Disturbo del Comportamento Alimentare, ritroviamo l'incapacità da parte del paziente di esprimere la propria sofferenza se non attraverso il corpo, l'emotività è talvolta frammentata e tali soggetti mancano di autostima, autoefficacia, e fiducia nelle relazioni con il prossimo, soprattutto se all'origine del disturbo vi sono esperienze di abuso infantile.

A questo proposito è possibile osservare come l'ipnosi rappresenti un efficace metodo di cura dei pazienti affetti da questo disturbo. Il trattamento con l'ipnosi consente a questi soggetti di entrare in contatto con il proprio mondo emotivo, potenziando le proprie capacità di esprimere ciò che sentono e provano, al fine di rielaborare i contenuti disfunzionali che nutrono la patologia, entrare in contatto con il proprio inconscio, e imparare ad apprezzare gli aspetti positivi della vita.

Così, vengono condotti verso una rivalutazione del sé, verso una visione più accettabile del proprio passato, e una più positiva del futuro, rafforzando gli aspetti sani e promuovendo la guarigione.

# **Bibliografia**

- American PsychiatricAssociation, *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 2014.
- American PsychiatricAssociation, *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1996.
- Anbar R., Savedoff A., Treatment of Binge Eating with Automatic Word Processing anf Self-Hypnosis: a Case Report, American Journal of Clinical Hypnosis, Jan, 2006.
- Barabasz M., Hypnosis in the treatment of Eating Disorders: In healing from within: The use of Hypnosis in women's healt care, American Psychological Association, 2000.
- Berge J.M., Loth K., Hanson C., Croll-Lampert J., Neumark-Sztainer D., Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach, Journal of Clinical Nursing, n°21, Febb, 2011.
- Bruch H., *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano, 1977.
- Brusset B., L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente, Borla, Roma, 1979.
- Faccio E., *Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie*, Carocci, Roma, 2001.

- Garner D. M., Dalle Grave R., *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*, Positive Press, Verona, 2002.
- Gossens L., Braet C., Van Durme K., Decaluwé V., Bosmans G., *The Parent-Child Relationship as Predicotr of Eating Pathology and Weight Gain in Preadolescents*, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, col. 41(4), Mar, 2012.
- Kraft T., Kraft D., *The place of Hypnosis in Psychiatry, part 3: The application to the treatment of Eating Disorders*, Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, col 37(1), May, 2009.
- Manara F., Caruso R., *I disturbi del comportamento alimentare*.

  Proposte attuali per la pratica clinica, Franco Angeli, Milano, 1997.
- Montecchi F., *Il cibo-mondo, persecutore minaccioso*, Franco Angeli, Milano, 2009.
- Palazzoli M. S., L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare, Feltrinelli, Milano, 1995.
- Sayle H., A Sindrome produced by diverse Nocuous agent, n.138, 1936.
- Sassaroli S., Ruggiero G. M., *I disturbi alimentari*, Laterza, Roma, 2010.
- Schmidt U., Humfress H., Treasure J., The Role of General Family Environment and Sexual and Physical Abuse in the Origins of

- Eating Disorders, European Eating Disorders Review, Vol 5(3), Sep, 1997.
- Torres G., Pedro H., The use of Hypnosis in posttraumatic stress disorders, eating disorders, sexual disorders, addictions, depression and psychosis: An eight-year reviw (part two), Australian Journal of Clinical Hypnoterapy and Hypnosis, Sep, 2000.
- Tùry F., Wildmann M., Szentes A., *Tandem Hypnosis with Identical Bulimic Twins: Case Report*, American Journal of Clinical Hypnosis, col. 53(4), Apr, 2011.
- Van Der Kolk B. A., Mcfarlane A. C., Weisaeth L., Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili, Magi, Roma, 2004.
- Vanderlinden J., Vandereychen W., Le origini traumatiche dei disturbi alimentari, Astrolabio, Roma, 1998.

# Ringraziamenti

A conclusione di questo mio lavoro, desidero ringraziare alcune persone il cui sostegno è stato per me prezioso.

Il Dott. Alessandro Calderoni con stima e riconoscenza.

Un ringraziamento ai miei genitori che mi hanno sostenuto in questo percorso.

Un grazie alla Dott.ssa Elisabetta Audino per la sua disponibilità e il suo sostegno che non sono mai venuti a mancare.

Un grazie a una persona che prima fra tutti mi ha insegnato a tirar fuori le mie qualità vincenti, e a dare il meglio di me. Che mi ha aiutata ad accettarmi per come sono senza chiedermi di cambiare, che mi ha sostenuto nelle difficoltà e nei momenti in cui tutto sembrava crollare. Un grazie per Lui, che con il suo amore mi rende migliore come essere umano, e mi rende capace di immaginare una me più completa ogni giorno di più. Grazie Francesco.

E infine un grazie per me, che nonostante le difficoltà e la fatica sono riuscita a realizzare qualcosa di buono, che ho imparato a fare delle mie paure la mia forza, che ho conquistato finalmente una grande amica, la migliore, e con un po' di coraggio ho compreso che sono io.

Grazie a tutti voi.