

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 2017

**“Ipnosi nei Disturbi dell’Alimentazione:
Neuroplasticità e Trattamento”**

Candidata

Dott.ssa Serena Lamberti

Relatori

Chiar.mo Prof. Rocco Iannini

Chiar.ma Dott.ssa Maria Sole Garosci

Indice

Indice	pag.2
Introduzione	pag.3
1° Capitolo: “I Disturbi dell’Alimentazione”	pag.4
Cosa sono i disturbi dell’Alimentazione	pag.4
Categorizzazione	pag.6
Anoressia Nervosa (AN)	pag.6
Bulimia Nervosa (BN)	pag.7
Binge Eating Disorder (BED)	pag.9
Cause Biopsicosociali	pag.10
2° Capitolo: “La Neuroplasticità e l’Ipnosi”	pag.15
Cos’è l’Ipnosi	pag.15
Ipnosi e Neuroplasticità	pag.18
Ipnosi come processo Neurobiologico	pag.21
L’Ipnosi come stato di “Partecipazione”: Aspetti Neurofisiologici Gerarchici	pag.22
Organizzazione dei sottosistemi	pag.28
3° Capitolo: “Il Trattamento dei Disturbi dell’Alimentazione con l’ Ipnosi”	pag.29
L’impiego dell’ipnosi nel trattamento dei DCA	pag.30
Alcune ricerche sui DCA	pag.31
Il monoideismo plastico durante l’ipnosi	pag.33
L’uso della Metafora	pag.34
Ipnosi come fenomeno dinamico	pag.35
Comunicazione Non Verbale e Disturbi Alimentari	pag.35
Psicoterapia nei DCA: Funzioni ed Obiettivi	pag.38
Psicoterapia in Anoressia Nervosa (AN)	pag.40
Psicoterapia in Bulimia Nervosa (BN)	pag.43
Psicoterapia nel Binge Eating Disorder (BED)	pag.44
Un intervento Multidisciplinare	pag.45
Bibliografia	pag.46

Introduzione

In questo lavoro, *“Ipnosi nei Disturbi dell’Alimentazione: Neuroplasticità e Trattamento”* si intende dimostrare, attraverso una riflessione compilativa, l’utilità dell’Ipnosi nella risoluzione delle problematiche correlate ai Disturbi dell’Alimentazione (DCA).

Nel primo capitolo *“I Disturbi dell’Alimentazione”* sono date alcune linee chiave riguardo la categorizzazione e le diagnosi nosografiche di tali disturbi, soffermandosi nello specifico su tre tipi di disturbi, l’Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN), ed il Binge Eating Disorder (BED).

A ciò si affianca l’approfondimento riguardante le cause e le variabili comportamentali che più facilmente potrebbero far suscitare i disturbi dell’alimentazione, ponendo l’attenzione sulle componenti biopsicosociali: cause biologiche, sociali, e psicologiche, nonché sullo stress.

Nel secondo capitolo *“La Neuroplasticità e l’Ipnosi”* si considera l’introduzione di nuovi studi effettuati sul concetto di neuroplasticità e si osserva come essa interagisca e sia intimamente connessa con la prassi dell’ipnosi.

Nello specifico si procede dapprima ad una definizione di ipnosi e di plasticità neuronale, partendo da alcuni fondamenti concettuali e metodologici della prospettiva evoluzionista. Ad esempio, si prende in considerazione l’ipnosi come processo neurobiologico, per arrivare a trattarla come *stato di partecipazione*, dipendente dagli aspetti neurofisiologici gerarchici e dall’organizzazione dei sottosistemi neurali. Si sottolinea nel contempo come tale plasticità possa essere applicata a più disturbi.

Nel terzo capitolo *“Il Trattamento dei Disturbi dell’Alimentazione con l’Ipnosi”* si esamina l’impiego dell’ipnosi nei disturbi dell’alimentazione, trattando la rilevanza del rapporto paziente-ipnologo ed il ruolo dell’applicazione del monoidesmo plastico, e di come essi, affiancati dall’uso della metafora, siano necessari per far sì che l’ipnosi stessa avvenga: il tutto messo in atto come fenomeno dinamico anche attraverso la comunicazione non verbale.

Infine, segue la trattazione delle funzioni e degli obiettivi durante la psicoterapia per i pazienti con DCA, per suggerire un intervento multidisciplinare completo, con più figure professionali, soprattutto in ambito clinico, che possa favorire la prestazione ottimale per ogni tipo di paziente con disturbi di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder (BED).

1° Capitolo

“I Disturbi dell’Alimentazione”

Cosa sono i Disturbi dell’Alimentazione

I Disturbi dell’Alimentazione (DCA) sono patologie caratterizzate da un’alterazione delle abitudini alimentari. Lo spettro dei DCA ha differenze diagnostiche fra i vari tipi di disturbi per ciò che concerne le tempistiche e le cause di insorgenza.

Il campo nosografico della psicopatologia dell’alimentazione a noi noto è diviso attualmente fra: Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), e Disturbi dell’Alimentazione Non Altrimenti Specificati (DANAS), detti anche atipici o parziali o sottosoglia.

Soffermandoci inizialmente sul disturbo dell’**Anoressia Nervosa** e della **Bulimia Nervosa** potremmo definirle come due sindromi che la nosografia psichiatrica più recente, a partire dal 1980, tiene distinte: infatti, i criteri diagnostici sono stati scelti in modo tale che la diagnosi di stato può essere, di volta in volta, solo l’una o l’altra.

AN e BN condividono, però, molti caratteri ed è frequente che la stessa persona passi, in momenti diversi della vita, dall’uno all’altro disturbo, mettendo in atto quella che è definita una “migrazione diagnostica”: in particolare, almeno il 50% dei soggetti che si ammalano di AN sviluppano sintomi bulimici.

Sul piano epidemiologico, secondo uno studio americano, condotto su un vasto campione di popolazione generale, nel genere femminile, la prevalenza “lifetime” dell’AN è 0,9% e quella della BN 1,5%; nel genere maschile, i valori sono, rispettivamente, 0,3% e 0,5% (Hudson,2007).

Per quanto riguarda le sindromi parziali o atipiche (**DANAS**), invece, potremmo definirle come i quadri clinici in cui si ritrovano alcuni, ma non tutti, i sintomi che la comunità scientifica ha convenuto di ritenere necessari per la diagnosi medica di Anoressia o di Bulimia. Costituiscono un campo vasto e poco definito, ma, tuttavia, una diagnosi di DANAS non implica necessariamente una gravità minore rispetto ad una diagnosi di AN o di BN.

Nell’ambito dei DANAS, va, inoltre, ricordato il caso speciale del Disturbo di Alimentazione Incontrollata: la Bulimia senza contromisure di compenso, in inglese “**Binge Eating Disorder**” (**BED**), quadro clinico che ha suscitato nell’ultimo decennio un interesse crescente, soprattutto per i suoi legami con l’Obesità (Cuzzolaro, 2007).

Inizialmente, nel 1990, fu proposto di considerare il BED come una sindrome autonoma:

Da una parte l'ICD-10, pubblicato nel 1992-3, non nomina ancora il BED e la diagnosi corrispondente a questo quadro clinico è solo quella generica di DANAS; dall'altra parte, invece, il DSM-IV, ha accolto in via provvisoria la nuova sindrome e ha indicato criteri diagnostici per la ricerca. La nuova categoria nosografica è accettata ufficialmente, ad oggi, con ogni probabilità, nel DSM-V anche se con qualche modifica nella definizione dei criteri per la diagnosi.

Detto ciò potremmo considerare i pazienti con BED come un sottogruppo particolare nella vasta popolazione degli individui sovrappeso che sembrerebbero distinguersi dagli altri per varie prerogative, ovvero:

- obesità in media più grave e ad esordio più precoce;
- ricorso più frequente e precoce a diete ipocaloriche ed indici più elevati di psicopatologia (depressione, abuso di sostanze, disturbi d'ansia, immagine negativa del corpo).

Un buon numero di persone obese, specialmente donne, e soprattutto quelle che si sono sottoposte a diete drastiche ripetute, si pensa possano presentare più facilmente un quadro BED. Secondo lo studio di popolazione già citato (Hudson, 2007), la prevalenza "lifetime" del BED è 3,5% fra le donne e 2% fra gli uomini.

Ci aiuta a meglio comprendere tali problematiche uno sguardo più analitico alla categorizzazione di ogni singolo disturbo.

Categorizzazione

Anoressia Nervosa (AN)

I soggetti che soffrono di Anoressia Nervosa hanno livelli di autostima che insorgono in relazione alla 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).

La maggior parte di questi pazienti con tale disturbo negano le conseguenze fisiche del loro stato mentale, infatti, come si legge nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V) (APA, 2014), essi 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, ciò raramente accadrebbe 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.

Dunque, in sintesi, le manifestazioni principali dell'Anoressia Nervosa secondo il DSM- V sono:

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

Come si nota, il criterio A indica come un campanello d'allarme il mantenimento del peso corporeo al di sotto di quello minimo normale in proporzione all'età e all'altezza, e 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 ed altezza.

Possono essere attuate, inoltre, 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).

Rispetto al criterio B identificato nella "paura di diventare grassi", si sottolinea come questa aumenti parallelamente alla perdita effettiva di peso, e si puntualizza la percezione ed il valore attribuiti all'aspetto fisico e al peso che in questi soggetti risultano distorti, come citato nel criterio C.

Si conclude, a tal punto, con alcuni sottotipi di tale disturbo distinti 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.*

Bulimia Nervosa (BN)

Questo secondo 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).

L'età media di insorgenza è l'adolescenza, ed 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. Le differenze che si possono scorgere fanno capo al rapporto con il cibo che, seppur conflittuale, in entrambi i casi risulta differente.

Sinteticamente, secondo il DSM-V (APA, 2014) si può illustrare la diagnosi di questo disturbo indicando come le sue manifestazioni principali siano:

A. episodi ricorrenti di abbuffate compulsive definiti dai due seguenti criteri:

- 1. l'assunzione di una quantità di cibo più grande di quella che assumerebbe la maggioranza degli individui in circostanze simili;*
- 2. 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.

Il Manuale diagnostico DSM-V procede col puntualizzare come i soggetti che soffrono di BN tendono a vergognarsi del loro modo di gestire il rapporto con il cibo, e cercano quindi di nascondere. 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-V l'autoinduzione del vomito (presente nell'80-90% dei soggetti bulimici in cura). E' questa tecnica, infatti, a consentire alla persona di ridurre sia la paura di ingrassare, sia la sensazione fisica di malessere generale.

Si conclude, dunque, mostrando alcuni sottotipi di tale disturbo con e senza condotte di eliminazione:

- *Con Condotte di Eliminazione: soggetti che presentano regolarmente vomito autoindotto e uso inadeguato di lassativi, diuretici.*

- *Senza Condotte di Eliminazione: assenza di vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici, ma presenti, invece, altri comportamenti compensatori inappropriati come il digiuno e lo sport eccessivo.*

Binge Eating Disorder (BED)

Il termine “Binge Eating Disorders” (BED) viene utilizzato da Garner e Dalle Grave (2002) in riferimento a quei soggetti che in seguito agli episodi di abbuffate, percepiscono un grave disagio, ma che, non ricorrendo a condotte compensatorie inadeguate, non possono essere classificati come aventi Bulimia Nervosa.

Si presuppone che vi sia una connessione particolarmente stretta tra l’obesità ed il BED, così come si evidenzia che l’insorgenza del comportamento alimentare incontrollato sia riscontrata solitamente durante la tarda adolescenza o agli inizi della terza decade, e spesso anche successivamente ad un regime di dieta alimentare che determini una importante perdita di peso corporeo (APA, 2014).

Tra le manifestazioni principali si verificano:

A. episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata (in media, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi);

Tra i criteri di ricerca sempre dei soggetti con tale disturbo:

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

Si comprende come i soggetti BED siano 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 ed ansia nei primi più che nei secondi, insieme a preoccupazioni, vulnerabilità e disgusto o disprezzo nei confronti del sé e delle proprie dimensioni corporee.

Cause Biopsicosociali

Ci si propone ora di illustrare in un'ottica bio-psico-sociale bibliografica l'insorgenza dei disturbi dell'alimentazione, analizzando alcune delle cause **biologiche, sociali, psicologiche**.

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.

Si potrebbe partire dal presupposto che esista una predisposizione innata dei disturbi dei DCA in ogni essere umano, che correla con le cause sociali, e, di conseguenza con le predisposizioni psicologiche tipiche di ogni singolo individuo, che, poi, interagendo fra loro contribuiscono in maniera processuale all'insorgenza ed al mantenimento nel tempo dei vari disturbi alimentari.

Per quanto riguarda le cause **biologiche**, da un punto di vista storico, accenniamo soltanto ad una review del 1985 di Spelt ed altri, in cui vennero trattati studi effettuati su gemelli in contesti sociali analoghi o fra loro diversi, ponendo l'attenzione su l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa. Si affermò che molti geni individuali, differenti, potessero esercitare le loro influenze attraverso un cambiamento del sistema nervoso centrale, dei recettori e delle vie metaboliche, in un'interazione con variabili ambientali e variabili psicologiche e analogamente si cercò di sperimentare se nei DCA i fattori di rischio familiari, come l'attaccamento ed il trauma, fossero correlati alla genetica individuale del singolo soggetto, e se da tale combinazione fattoriale potessero davvero presentarsi in seguito disturbi comportamentali ed emozionali persistenti (Bouchard et al., 2003).

Si continuò, così, nelle ricerche e negli studi successivi soffermandosi sempre più sull'idea che i DCA "corressero in famiglia", per usare una frase di *Hilde Bruch* (1970). Egli a conferma che nei disturbi dell'alimentazione sarebbero stati di rilevante importanza i fattori e le variabili genetiche, ambientali e socioculturali fra loro integrate, dopo reiterate osservazioni sui gemelli e sulle famiglie, infatti, affermò definitivamente che i disturbi dell'alimentazione fossero ereditabili, anche se ovviamente i contributi della genetica differiscono considerevolmente da studio a studio.

Successivamente, si aggiunse anche la testimonianza di Plomin, nel 1990. Le sue ricerche genetiche fatte sia su gemelli omozigoti che eterozigoti gli permisero di dimostrare che un incrocio fra più geni sarebbe alla base della malattia alimentare e che quest'ultima verrebbe suscitata, poi, dalle variabili familiari e sociali. Si cominciò ad abbracciare, dunque, l'idea che ci fossero influenze genetiche sui disturbi comportamentali e del pensiero e ciò, come dichiarò egli stesso nel 2000 sarebbe stato definito "uno dei più drammatici cambiamenti nella storia moderna delle scienze comportamentali".

Se da una parte si fa strada la convinzione, confermata da alcune ricerche su i "geni candidati" o specifici che ci sia la possibilità di una genetica preesistente alla base della nascita dell'anoressia

nervosa e della bulimia nervosa ,dall'altra si comprende come il reale problema sia rappresentato dalla difficoltà che emerge nel valutare quale tipo di responsabilità attribuire al “determinismo genetico”, e quale influenza esercitano poi le variabili ambientali nel dare origine ad uno specifico quadro psicopatologico.

A tal proposito potremmo citare uno studio di Montecchi (2009) sui metodi fondamentali che sono stati utilizzati per fornire maggiore chiarezza in tale ambito con l'uso di ricerche sui gemelli monozigoti. 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 che si esamina. Lo stesso autore, tuttavia, contraddicendo se stesso, crede sia comunque impossibile una concordanza del 100% tra i gemelli monozigoti, perché ciò significherebbe che la patologia è generata da uno specifico assetto genetico, quando, invece, non può non esistere una profonda influenza anche da parte dell'ambiente nella genesi del disturbo, e ciò verrà supportato anche dall'interrelazione con le variabili sociali del contesto culturale.

Concludendo, si comprende come nonostante gli studi più recenti suggeriscano una ereditarietà genetica per l'insorgenza dei DCA, persistano ancora numerose incertezze a riguardo, data la difficoltà di scindere le cause biologiche dalle altre.

Per quanto concerne, invece, le cause **sociali**, nel trattare i fattori di rischio ambientali, familiari, e socio-culturali, che sono quelle condizioni che promuovono l'insorgenza delle patologie alimentari, va senz'altro approfondito il concetto di “cultura”, inteso come un sistema dinamico, sia esplicito che implicito, stabilito da un gruppo che partecipa per attitudini, norme e modo di pensare, che comunica col passare degli anni e tramanda attraverso le generazioni un pensiero potenziale relativamente stabile nel tempo (Matsumoto, 2004). A tal proposito, alcuni studi hanno esaminato non solo gruppi etnici differenti attraverso l'analisi di bambini e adolescenti (Franko, 2009), ma anche l'eventualità di scarse e malsane relazioni sociali e della famiglia stessa (Ghaderi, 2003), o particolari incesti affettivi familiari (Johnson, 2002). Interessanti sono gli studi sui fattori sociali che sembrano spingere verso un'idea di perfezione della propria immagine e suscitare nel contempo anche rischi di insoddisfazione corporea, incluso il peso (Thompson, 1999).

Una giusta rilevanza va data all'ipotesi di Binum (1987) riguardante l'aspetto socio-culturale che egli afferma sembra essersi evoluto di pari passo alle esigenze della società e a determinati canoni, giungendo alla conclusione che sintomi simili a quelli dei disturbi alimentari attuali potrebbero essersi presentati anche nel passato, secoli fa, pur se generati da esigenze ambientali diverse fra i diversi soggetti.

Dunque, da un punto di vista storico e socio-culturale, dopo il lavoro di Hilde Bruch nel 1970 (1973-1978), che sosteneva che i DCA fossero “disturbi in cui i fattori biologici, familiari e socioculturali giocassero ruoli eziologicamente importanti”, ciò che davvero catturò l’attenzione di molte ricerche eziologiche fu l’identificazione della struttura delle famiglie: lo scopo era di delineare una serie di variabili familiari che potessero indirizzare all’inquadramento dell’insorgenza dei disturbi alimentari. A rinforzare l’opinione che i fattori familiari costituissero terreno fertile per i disturbi d’alimentazione furono i self-report riferiti dai pazienti nel trattamento di Tozzi ed altri (2003), che provarono a riportare le cause di problemi alimentari soprattutto all’inizio dell’età adolescenziale e durante le prime mancanze affettivo-emotive familiari. L’ambiente familiare più che come vero fattore di rischio per lo sviluppo dei DCA deve essere inteso come un “correlato”.

La recente letteratura dei disturbi dell’alimentazione mette in evidenza che proprio le relazioni genitoriali abusive (Johnson, 2002), il basso livello di supporto sociale fra i membri delle famiglie (Ghaderi, 2003), le preferenze di cibo individuali formate probabilmente già in utero (Mennella et al., 2001), o durante la prima infanzia (Mennella, 1995) giocano un ruolo critico nel determinare le abitudini legate al cibo, abitudini che possono persistere, successivamente, nella vita adulta. Si comprende, quindi, come studiare le preferenze di cibo dei bambini sia importante per lo sviluppo dell’educazione alla nutrizione basilare e per i programmi di intervento successivi finalizzati al miglioramento delle abitudini relative al mangiare.

Riassumendo, va ribadito che i suddetti fattori sociali possono trasformarsi in situazioni potenzialmente patologiche, ma ciò può avvenire a condizione che si presentino diverse e molteplici variabili di rischio concatenanti, data la complessità e l’insorgenza di una psicopatologia. Laddove vengano rilevati in tempo utile aspetti patologici, sarà possibile pianificare un intervento rivolto alla fortificazione delle risorse, sia individuali che familiari, ricordando che i fattori di rischio sociali non vanno analizzati isolatamente, ma in stretta relazione tra loro e soprattutto in costante connessione con gli altri fattori, genetici e psicologici.

Per quanto riguarda le cause **psicologiche** ed i fattori cognitivo-comportamentali coinvolti nella genesi dei Disturbi Alimentari, si presume che da un punto di vista cognitivo, la sintomatologia dei disturbi alimentari, possa essere ridotta ad un’eccessiva preoccupazione per i temi della perfezione, dell’autostima, del “controllo”. Quest’ultimo è stato oggetto di riflessione, poiché i pazienti affetti da DCA ne sono continuamente alla ricerca, come afferma Sassaroli (2010), considerando la dimensione del controllo dovuto alla preoccupazione per il cibo, per il peso e la forma corporea. Infatti, imporsi delle limitazioni nel regime alimentare, aumenta, la sensazione soggettiva di detenere il controllo.

Responsabili sarebbero anche i mass-media che propongono una notevole quantità di cibo poco salutare nelle ore pomeridiane predisposte alla visione dei più piccoli, puntando alla loro probabile

futura scelta di acquisto, incrementando il peso e modificando indirettamente il loro comportamento: spingendolo verso la patologia (Halford, 2004).

Dovendo dare una spiegazione plausibile della costrizione di tali soggetti, possiamo notare come spesso essi facciano fatica a gestire le relazioni interpersonali, le reazioni interne, le emozioni negative e gli eventi quotidiani nel loro complesso, tanto da non riguardare più solo il corpo ma anche stati interni. Infatti, diversi studi hanno dimostrato come i soggetti affetti da AN, incapaci nel 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. A tal proposito Ruggiero e Sassaroli (2010) sottolineano come individui con disturbi del comportamento alimentare che avevano vissuto un'esperienza di abuso sessuale detenevano anche livelli più bassi di controllo personale percepito e la sensazione di non avere controllo sugli eventi era maggiormente presente nei casi di psicopatologia alimentare tra donne che avevano subito abusi.

Detto ciò, un altro fattore predisponente sembrerebbe essere il "*criticismo genitoriale*", in quanto crescere in un ambiente colmo di criticismo può minare molti aspetti della vita delle persone, infatti, come avviene per altri tipi di maltrattamento, un sistemico criticismo genitoriale non viene riconosciuto dalla persona che ne è il bersaglio, ma, piuttosto, ne limita l'autostima.

I bambini facenti parte di storie familiari con genitori particolarmente esigenti e tendenti al rimprovero, ad esempio, non avendo la capacità intellettuale di mettere in discussione la veridicità del criticismo dei loro genitori, interiorizzeranno automaticamente ed involontariamente la convinzione da parte dei genitori che essi non sono abbastanza bravi o che non riescono mai a fare qualcosa nel modo giusto.

Tale criticismo genitoriale è strettamente correlato alla continua "*compulsione*", 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. 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, attraverso continue umiliazioni o sensi di responsabilità eccessivi 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.

A tali fattori predisponenti si correla un ulteriore fattore: "*lo stress*", strettamente connesso con la paura di perdere il controllo. A tal proposito, fu Seyle (1936) a definire lo stress come la risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta ad esso rivolta.

Sembrerebbero emergere due diverse tipologie di stress che egli ha definito "*distress*", o stress negativo, ed "*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 emerge anche nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione. Le situazioni cariche di stress incidono negativamente sulla condotta alimentare, infatti, per esempio, 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 comportamenti compensatori: 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 cambiare la propria immagine.

Infine, ricordiamo 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 il controllo alimentare amplifica questa percezione.

Oggi, in seguito alle ricerche sui DCA, sappiamo come la fisiologia dell'organismo possa essere influenzata da molti fattori di tipo biopsicosociale ed emozionale fino allo sviluppo di uno stato di malattia, anche se la reazione emozionale di per se stessa non ha significato patogeno, ma, così come non ha un significato patogeno lo stress, entrambi vanno considerati come meccanismi fondamentali alla sopravvivenza, che se stimolati in maniera negativa acquistano un significato patogenetico, se espressi con modalità sbilanciate.

In conclusione, lo scopo è quello di indicare le variabili specifiche, le cause biopsicosociali, e cercare di riconoscere preventivamente gli individui predisposti ad assimilare queste influenze, ed, inoltre, stabilire quali processi emotivo-cognitivi mettere in atto per contribuire, in questo caso, a prevenire il rischio di disturbi alimentari comportamentali.

2° CAPITOLO

“La Neuroplasticità e l’Ipnosi”

Cos’è l’Ipnosi?

L’ipnosi è sia uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico, sia un rapporto medico-paziente durante i quali sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed il rapporto operatore-soggetto (F.Granone,1980).

Secondo la “Position Statement on Hypnosis” (2009) l’ipnosi non è di per sé una terapia, ma è una procedura psichiatrica specifica del rapporto medico-paziente; è inoltre uno stato suscitato di concentrazione focale con relativa riduzione della consapevolezza periferica.

Il fenomeno ipnotico non può prescindere dal rapporto relazionale medico-paziente. Possiamo dire che affinché si instauri l’ipnosi è necessario che siano presenti lo *stato d’ipnosi* ed il *rapporto ipnotico*, tra di loro inscindibilmente legati ed influenzatisi l’un l’altro.

Il rapporto contribuisce ad avviare ed a mantenere lo stato, e lo stato a sua volta influenza il rapporto, analogamente a quanto avviene in altre situazioni vitali, come per esempio, la collera: sia uno stato che un rapporto interpersonale, dove una cosa influenza e potenzia l’altra (Lapenta, 2015).

Secondo Franco Granone il grado massimo di profondità dell’ipnosi avviene quando tutto il rapporto tra medico e paziente viene ad essere costituito dal transfert emotivo, irrazionale, infantile. Se, dunque, l’ipnosi è transfert, possiamo affermare il concetto di normalità dell’ipnosi, nella stessa maniera che consideriamo normale avere rapporti interumani e provare sentimenti d’affetto, d’amicizia, d’amore (Lapenta, 2015).

L’ipnosi è caratterizzata dalla presenza del *Monoideismo Plastico*: una sola idea che si riverbera sul piano psicosomatico. Si tratta della possibilità creativa che ha una idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell’organismo con modificazioni, che siano percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie.

Secondo il “Modello Fenomenologico dell’Ipnosi” di Rainville et al.(2006) possiamo riassumere la fenomenologia della trance ipnotica in cinque punti:

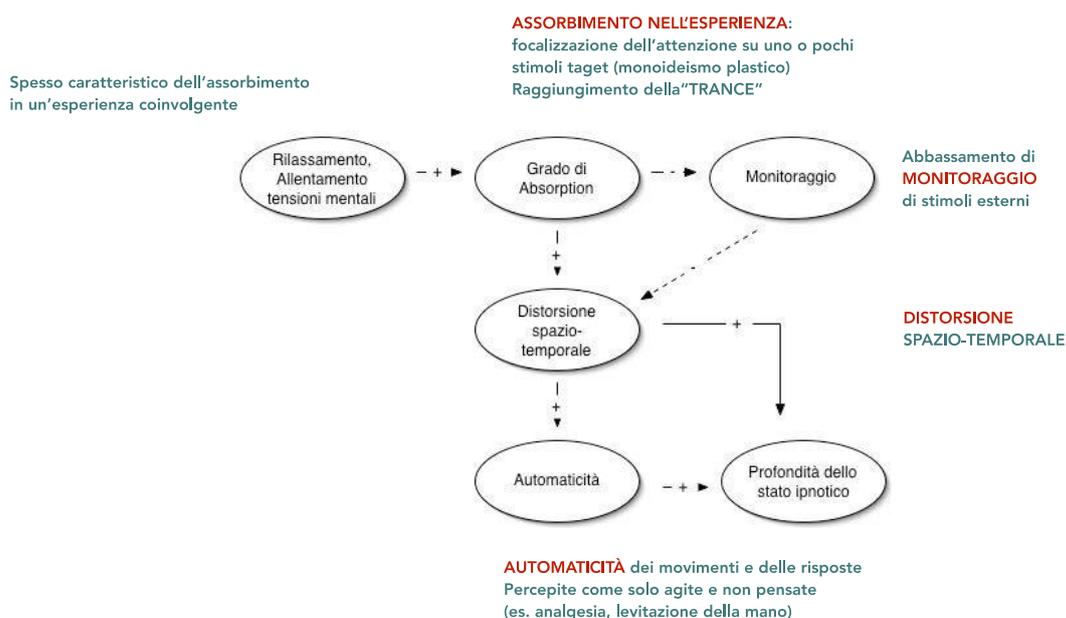
- 1) Rilassamento ed allentamento della distensione mentale basata sulla realizzazione di un rapporto di fiducia fra paziente ed ipnologo;
- 2) Assorbimento dell’Esperienza (Grado di Absorption) con raggiungimento della trance per focalizzazione dell’attenzione su uno o pochi stimoli target, monodeismo plastico;
- 3) Abbassamento del monitoraggio di stimoli esterni, della censura e del giudizio critico;
- 4) Distorsione spazio-temporale e della percezione del sè;
- 5) Automaticità dei movimenti e delle risposte percepite solo come agite e non pensate (per esempio, analgesia e lievitazione della mano) (Garosci, 2015).

L’induzione rende più labile il legame con l’ambiente esterno, a favore di una focalizzazione dell’attenzione sul mondo interiore, che avvia e sostiene la realizzazione del monodeismo plastico. La dinamica dell’induzione, in progressione, comprende la creazione della relazione, affermazioni verificabili, elaborazioni verbali e descrittive, affermazioni non verificabili.

MODELLO FENOMENOLOGICO DELL’IPNOSI

5 CARATTERISTICHE CHIAVE

(Rainville et al, 2006)



DOTT.SSA MARIA SOLE GAROSCI © CIICS 2017

La strategia induttiva comprende sia un obiettivo da raggiungere ben chiaro e definito, sia l'azione sottesa dall'obiettivo dovrà essere di possibile realizzazione per il soggetto per la sua costituzione psicofisica e per le sue potenzialità di apprendimento, nonchè l'idea da realizzare deve essere fatta propria dal soggetto.

L'induzione consiste nel passaggio dallo stato di coscienza "normale" a quello "modificato" secondo un livello definito ipnotico, e si può ottenere con vari modi e tecniche. Generalmente vengono evocate, da parte dell'ipnotista, emozioni, sensazioni, visualizzazioni, associazioni mentali nelle quali siano presenti elementi simbolici. Attraverso tali evocazioni, si creerà una certa intimità tra terapeuta e paziente, presupposto indispensabile per il successo dell'ipnosi. Attraverso il rilassamento ipnotico, le visualizzazioni, ed altri processi ancora, il soggetto vive nuove modalità espressive e di comunicazione, catarsi, e diversi modi di rapportarsi col corpo. L'induzione può venire svolta in modo verbale o non verbale: i percorsi avvengono gradualmente ed interessano nell'ordine l'area uditiva, quella visiva e quella cinestesica.

Una modalità utilizzabile per indurre lo stato ipnotico è quella denominata "rilassamento progressivo con visualizzazioni" e si esplica in 3 fasi:

-Contrazione-distensione: il soggetto viene addestrato ad apprendere la differenza tra tensione (legata alla contrazione muscolare) e rilassamento (assenza di attività muscolare).

-Contrazione-distensione visualizzata: il soggetto impara a rappresentarsi visivamente senza fare alcun esercizio di contrazione-distensione imparato nella fase precedente.

-Inventario corporeo: il soggetto deve orientare la sua mente sulle varie parti del proprio corpo, sperimentando le possibilità immaginative correlate a questa esplorazione.

La chiarezza di obiettivi, la condivisione di intenti e di contesto ottimale sono i presupposti fondamentali nella riuscita delle induzioni ipnotiche.

Ipnosi e Neuroplasticità

Secondo l'articolo "Hypnosis, Neuroplasticity, and the Plastic Paradox" di Norman Doidge (2015) la neuroplasticità è la capacità del cervello di cambiare, modificarsi in strutture e funzioni, in risposta all'esperienza. La neuroplasticità ha luogo nel cervello e non nella mente, ma viene attivata dalla mente. Si hanno molte conoscenze sulle possibilità di "cambiamento della mente", ma ciò che è nuovo è che l'attività della mente possa modificare il tessuto neurale del cervello. Da qui, il termine *Neuroplasticità*. Avvalersi di tale concetto può aiutarci ad indagare maggiormente come funziona il cervello in ipnosi, e quali siano i processi sottostanti al cambiamento terapeutico.

L'induzione ipnotica e l'ipnosi come possono promuovere la neuroplasticità cerebrale?

Quale relazione c'è l'ipnosi e la neuroplasticità?

Ernest Rossi, esperto di tali studi scientifici, è il primo a descrivere l'ipnosi come un aggancio alla neuroplasticità, come narra in "Psychobiology of Gene Expression: Neuroscience and Neurogenesis in Hypnosis and the Healing Arts" (Rossi, 2002), in cui descrive come il cervello in trance introduca stati neuroplastici.

E' difficile far comprendere come il nostro cervello sia plastico e ricco di risorse e di potenzialità inutilizzate: "la plasticità è come la neve su una collina in inverno"[Alvaro Pascal-Leone's Analogy (Doidge, 2007)].

Se desideriamo andare giù da questa collina una prima volta, perchè la collina è ricoperta da neve intatta (e perchè sappiamo che la neve sarà soffice, plastica e flessibile) noi potremmo prendere molte vie per scendere da quella collina. Comunque, ripetendo la discesa, soprattutto se accompagnata da ricompensa positiva, svilupperemo piste nella neve, ed eventualmente carreggiate, precisamente perchè la neve è plastica, flessibile e modellabile, e ci ritroveremo incapaci di allontanarci dal percorso iniziale.

Questa è una buona metafora per dimostrare il fatto che la plasticità cerebrale sia competitiva, ed una volta che costruiamo circuiti nel cervello, essi continueranno a fare ciò che sanno fare ed entreranno in competizione con altri circuiti potenziali, vie, e strade delle azioni da fare.

Così la plasticità può dare aumento inizialmente ai pensieri flessibili, e, di conseguenza, a comportamenti flessibili, che, dopo tempo, se ripetuti a lungo, genereranno anche pensieri rigidi.

In altre parole il cervello è sempre plastico, ma non se i nostri pensieri sono rigidi.

Molte delle condizioni che riguardano comportamenti rigidi come per esempio i disturbi dell'alimentazione, potrebbero pertanto essere frutto del "vizio" della neuroplasticità, dando vita a comportamenti o modi di pensare rigidi.

Sappiamo che è tanto più difficile disimparare qualcosa che impararlo.

Disimparare è difficile perchè ogni circuito si è consolidato nel cervello, e, pertanto, restio al cambiamento dal momento che la plasticità è competitiva.

Atteggiamenti e processi di apprendimento hanno un peso importante nell'ipnosi e non tutti i soggetti si avvicinano alla stessa con i medesimi atteggiamenti e non tutti hanno raggiunto gli stessi livelli di apprendimento.

Come per tutte le cose che si possono apprendere, anche in ipnosi avviene che le risposte soggettive non possono che essere diverse.

Tutti sono in grado di apprendere e realizzare questo stato, ma il grado e la profondità di apprendimento è diversa come in ogni altro apprendimento.

Tutti possiamo imparare a suonare il pianoforte, ma non tutti raggiungeremo gli stessi livelli di abilità.

Tutti possiamo imparare a leggere ed a scrivere, ma non tutti riusciremo ad ottenere un successo letterario riconosciuto.

Inoltre, rispetto alla realizzazione dello stato ipnotico non è possibile escludere certe predisposizioni legate alla costituzione organica ed ai diversi livelli di sensibilità viscerale, ereditaria o già acquisita attraverso, soprattutto, ad apprendimenti particolari avvenuti lungo il corso dello sviluppo ontogenetico.

Si potrebbe fare un esempio estrapolandolo dal *"The Brain That Changes Itself (Doidge, 2007)* riguardo alcuni problemi ed esecuzioni cerebrali basilari in cui una persona prova a cambiare un'abitudine e cominci realmente a svolgerla peggio. Potrebbe essere il semplice esempio di una persona che ha un certo accento di origine, e, che, non potendo ascoltare, per esempio, una parola chiaramente, prova a dire una parola in un modo nuovo, ma purtroppo approfondirà semplicemente l'accento che egli già ha e lo consoliderà in quel processo già esistente. Ciò accade perchè i neuroni che si attivano insieme processeranno insieme ed in tal modo creeranno la loro rete partendo dai loro assoni ad arrivare ad inviare segnali sinaptici, così come un violinista che ha mosso due dita attiva migliaia di neuroni quasi simultaneamente, ma come se fosse preso in una trappola neuronale; più proverà a separare i movimenti delle dita le une dalle altre, più peggiorerà e rientrerà nella medesima attivazione cerebrale. Una ragione per cui le abitudini sono così dure da rompersi è che i circuiti stabiliti come più forti, rigidi, con segnali più veloci e più

chiari, sono meglio definiti rispetto ai circuiti che non si sono assestati e sono più deboli. Essi hanno il vantaggio che contribuisce alla difficoltà di imparare “una nuova via”.

Pascual-Leone descrivendo il pianista che facendo solo pratica reale ha lo stesso profondo cambiamento di chi faccia pratica psichica fa chiarezza su come le tecniche di visualizzazione spesso usate dagli ipnotisti possano effettuare cambiamenti nel cervello.

A tal proposito, Erickson e Rossi (1976) sottolinearono l'aiuto da dare al paziente usando risorse personali cognitive per poter uscire dalla propria trappola, “riorganizzando” se stessi, e cercando nuove strade o cose da fare.

Alcune nuove scoperte fanno meravigliare sul se o meno l'ipnosi possa essere una strada che ponga il cervello in un stato di plasticità intensificata o almeno faciliti il cambiamento plastico che sembra accadere spontaneamente.

Secondo Norman Doidge (2015) risulta chiaro che esistano intensificati e diminuiti stati di neuroplasticità.

Hope e Sugarman mostrarono i più espliciti riferimenti per la plasticità dichiarando in primo luogo che “l'ipnosi è una abilità che aiuta il cambiamento della mente”, e si asserisce che “la catalessi sia definita come un processo di sviluppo plastico entro il sistema organico che c'è in noi”. Non riuscendo a dimostrarlo, essi fanno alcune osservazioni che sono di aiuto nella comprensione di come il cambiamento sia possibile in ipnosi, in termini cerebrali. Inoltre, da non sottovalutare, essi collegano la catalessi ipnotica all'orientamento della risposta degli organismi agli stimoli nuovi e ci ricordano di quando noi ci riorientiamo e siamo preparati a registrare “qualcosa che potremo comprendere come nuovo apprendimento”. Questo è quello che viene definito “il nostro metallo duro”, adattato alla novità che “necessariamente richiede uno spostamento a rendere la mente molto malleabile o più plastica”. Qui essi prestano attenzione più che al cambiamento della “mente” a quello del cervello stesso. Il processo plastico di catalessi, come essi lo descrivono, ha attributi di apertura all'apprendimento che va di pari passo con la plasticità infantile. Infatti, essi hanno discusso su come lo stesso stato cerebrale che concede curiosità ed affascina i bambini ad imparare, così, senza sforzo, sembra di essere presente in ipnosi. Questo collegamento con la catalessi per l'orientamento della risposta ad uno stimolo va bene con le osservazioni di Rossi e con quelle di Erickson, in quanto essa accade molto rapidamente nel cervello, come essi avevano messo in evidenza.

Si può ora avere un'intera nuova via di investigazione e comprensione dell'ipnosi e del cervello. Così come è stato mostrato nel “*The Brain That Changes Itself* (Doidge, 2007), novità forte che apre alla chimica del cambiamento neuroplastico.

Ipnosi come processo Neurobiologico

Da quanto illustrato fino ad ora, possiamo capire in che modo qui si intenda dicendo che l'ipnosi sfrutta il concetto di Neuroplasticità, cioè la capacità del cervello di modificarsi attraverso stimolazioni emotive (parole, immagini, musica) con ripercussioni corporee e comportamentali. La scoperta più interessante degli ultimi anni nell'ambito delle neuroscienze è stata sicuramente la dimostrazione che il pensiero, l'apprendimento e le esperienze di vita, in genere, sono in grado di apportare delle modifiche strutturali e funzionali al cervello agendo anche sull'espressione genica.

I processi di apprendimento determinano, infatti, delle modificazioni sinaptiche di cui non siamo consapevoli, ma di cui ci accorgiamo soltanto dell'effetto: nei disturbi dell'alimentazione, per esempio, si è in parte consci delle reazioni irrazionali, che però non possiamo controllare con l'uso dei procedimenti logici, perché sono controllati da procedimenti impliciti che vanno sostituiti da percorsi alternativi, anche evocabili con l'ipnosi.

Gli studi di neuroimaging come la Risonanza Magnetica Funzionale, la Tomografia a emissione di protoni, i Potenziali evocati, e gli studi elettroencefalografici hanno dimostrato che i correlati neurofisiologici della trance ipnotica sono da ricercarsi in primo luogo nelle strutture cognitive coinvolte nella regolazione degli stati di coscienza e degli stati attentivi (Garosci, 2015), ovvero strutture corticali e sottocorticali come il sistema limbico, ipotalamico, e sistema nervoso autonomo.

Questo vuol dire che l'ipnosi permette di riconciliare la relazione mente-corpo attraverso la capacità di poter controllare con la mente anche alcune funzioni somatiche inaccessibili alla volontà come il senso della fame, la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, il flusso emodinamico, la motilità gastro intestinale, ecc. (Sirigu, 2016).

L'Ipnosi come stato di "Partecipazione": Aspetti Neurofisiologici Gerarchici

I dinamismi che caratterizzano le interinfluenze fisico-psichiche devono trovare spiegazioni a livello neurofisiologico e biochimico. Quello che interessa è l'unità psicosomatica dell'organismo umano, per cui, tramite interventi prevalentemente psicologici, è possibile provocare cambiamenti somatici e viceversa.

F.Granone propone un'ipotesi sulle correlazioni neurofisiologiche e psicosomatiche:

"I livelli del nevrasse in cui avviene la correlazione psicosomatica in ipnosi, sono la corteccia cerebrale e la zona diencefalica del complesso ipotalamico.

E' risaputo, infatti, che ogni organo e tessuto ha la sua rappresentazione corticale e i centri corticali viscerali possono, per mezzo dei riflessi condizionati (Bykov) modificare l'attività dei visceri in senso sia eccitatorio, sia inibitore. Con l'ipnosi, noi suscitiamo assai spesso dei riflessi condizionati suggestivi, in cui allo stimolo fisico condizionante è sostituita l'immagine di esso, e l'effetto è identico. Perché ciò possa avvenire è necessario che tale immagine abbia una particolare forza, tanto da produrre un monoideismo suggestivo e limitare il campo della coscienza sino a raggiungere, nei gradi più avanzati, uno stato di dissociazione psichica.

Ciò avviene facilmente nei soggetti con iperattività e ipereccitabilità della zona diencefalo-mesencefalica. Questa, frenata e regolata dalla corteccia nelle sue funzioni, può, a sua volta, in determinate circostanze, far risentire la sua influenza su di essa (Disertori-Buscaino), in modo così intenso da limitare il campo della coscienza e facilitare quei riflessi inconsci psicosomatici, modificatori dell'lo organico e cellulare.

L'inconscio psichico può così mettere in movimento forze dell'inconscio biologico non solo attraverso i centri corticali viscerali, ma anche attraverso la zona diencefalo-mesencefalica (zona vegeto-emotiva).

Questa, attivata attraverso le collaterali delle vie sensitive e sensoriali, indipendentemente e prima della corteccia, potrebbe anche da sola scatenare sulla periferia somatica e viscerale influssi intensamente modificatori.

Dalla periferia e dagli introcettori degli organi si possono poi suscitare nella corteccia ancora vari riflessi, condizionati o no, sicchè essa potrà regolare il decorso successivo dei vari fenomeni periferici in via del tutto automatica e senza che il soggetto ne sia cosciente come avviene nel sonnambulismo ipnotico".

Ogni "modo di essere" di un soggetto, ogni suo "stato psicofisiologico", è per se stesso complesso ed implica diverse dimensioni, anche in base ai rapporti interpersonali, in linea con il modello biopsicosociale.

Nel prodursi dello stato ipnotico, per particolare rapporto interpersonale si intende che fra il soggetto e l'ipnotizzatore si crea un legame cooperativo tale attraverso il quale si suppone che il soggetto metta a disposizione dell'ipnotizzatore tutte le capacità che è in grado di attuare per realizzare i suggerimenti che gli vengono dati. Si viene a realizzare, cioè, un profondo rapporto di fiducia nel quale la critica è molto ridotta e a volte quasi esclusa.

La relazione fra ipnotizzatore ed ipnotizzato è una relazione molto stretta che fa pensare ad una sorta di danza fra i due.

Per l'ipnotizzato, l'ipnotizzatore, in certe condizioni di profondità di ipnosi, è l'unica realtà esistente al di fuori di sé stesso, l'unica con la quale mantenere attivato un canale di comunicazione, e con la quale tende a confondersi. E' attraverso la sua guida, i suoi suggerimenti, le sue suggestioni che realizza comportamenti e vissuti ed è tramite lui che conosce più profondamente se stesso sia sotto il profilo fisiologico che psicologico. E' sempre attraverso questa relazione, se l'ipnosi è impiegata a scopo terapeutico, che il paziente può imparare ad affrontare più adeguatamente i suoi problemi e a vincere/controllare certi disturbi.

Aumentare la partecipazione è, in termini psicologici, un processo di "dedifferenziazione" (Tart, 1977), ovvero è il ridurre l'atteggiamento critico fino all'eliminazione completa di tale modo di essere, è il rinunciare a caratterizzarsi come soggetto, e questo richiede motivazione, disponibilità, fede ed aspettative nella riuscita, ed è apprendere un modo più profondo di vivere il proprio corpo, le proprie emozioni, il proprio essere completo, le relazioni, e la natura.

Lo stato di partecipazione si può ottenere attraverso:

- 1) determinate procedure;
- 2) specifici atteggiamenti;
- 3) ed adeguati processi di apprendimento.

1) Con "**determinate procedure**" si intendono quei comportamenti attuati dall'operatore perchè si realizzi nel soggetto il cambiamento dello stato di coscienza.

Intanto, in termini generali, come suggerisce Tart, l'induzione di uno stato alterato di coscienza comporta due operazioni fondamentali; la prima consiste nell'eliminare la stabilizzazione dello stato di coscienza di base applicando delle forze di disgregazione, delle forze di scissione, delle azioni di carattere psicologico e/o fisiologico che frantumino i processi di stabilizzazione, sia interferendo con essi sia sottraendogli le energie.

Questa prima operazione è particolarmente difficile in quanto il sistema ordinario di coscienza è un sistema complesso che, come abbiamo visto, conta sistemi multipli di stabilità operanti simultaneamente.

Se la prima operazione ha successo, le forze disgreganti spingono le varie strutture e sottosistemi al limite della loro funzionalità stabile, e oltre, distruggono il sistema.

La seconda parte del processo di induzione consiste, allora, nell'applicazione durante il periodo disorganizzato, durante il periodo di transizione, delle forze o stimoli strutturanti, delle azioni psicologiche o fisiologiche, cioè, che ordinino strutture e sottosistemi del nuovo sistema desiderato.

Per rendere più concreta la struttura di uno stato di coscienza è possibile, tenendo conto delle attuali conoscenze psicologiche, riferirci ad alcuni ipotetici sottosistemi principali, intesi come raggruppamenti di strutture interconnesse.

Sono proprio le variazioni che presentano questi sottosistemi che caratterizzano i diversi stati discreti di coscienza:

- a) Modalità di percezione dell'ambiente esterno (Esterocezione);
- b) Modalità di percezione di ciò che avviene all'interno del corpo (Interocezione);
- c) Selezione percettiva rispetto ai nostri standard personali e culturali, selezione ed astrazione automatizzata dell'input sensoriale in modo da percepire soltanto ciò che è "importante" per noi (Elaborazione dell'Input);
- d) Memoria;
- e) Dinamismi inconsci: il classico inconscio psicoanalitico con l'aggiunta degli altri processi psicologici che hanno luogo al di fuori del nostro sistema ordinario di coscienza;
- f) Le nostre capacità e abitudini cognitive (valutazione, critica e senso logico);
- g) Emozioni;
- h) Vissuti di tempo e di spazio, collocazione di eventi nel loro ambito (parametri spazio-temporali);
- i) Senso di identità;
- l) Attività sia a livello muscolare che ormonale, sia verso il mondo esterno che verso l'interno del corpo (Output motore).

Facendo riferimento a questi sottosistemi si può intuire come lo stato di trance ipnotica sia diverso dallo stato ordinario di coscienza. Per esempio:

- a) rispetto all'esterocezione la percezione del mondo esterno può essere del tutto distorta, si possono non sentire più i rumori, si possono realizzare delle allucinazioni sia positive che negative, ecc;
- b) nei confronti della percezione del proprio corpo, dell'interocezione, si possono realizzare delle alterazioni dell'immagine corporea, analgesie circoscritte e generalizzate, parestesie, percezioni distorte di forme e di grandezze, alterazione dei parametri fisiologici avvertibili (battito cardiaco, ritmo respiratorio), percezioni di sensazioni corporee speciali, ecc.
- c)-f) i criteri di elaborazione dell'informazione in ingresso sono variati, la valutazione e la critica sono modificate, la logica del pensiero è alterata tanto da far accettare come reali illusioni, allucinazioni e la percezione di fenomeni conosciuti come improbabili nell'esistenza;
- d) si possono avere dei cambiamenti nella continuità della memoria (amnesie parziali e totali) ed una accentuazione nella capacità di ricordare com'è nell'affiorare di materiale inconscio nella analisi del profondo in stato ipnotico;
- e) rispetto all'inconscio il materiale in esso contenuto emerge con maggior facilità e le resistenze sono più facilmente vinte;

- g) si possono alterare le emozioni sia nella direzione dell'accentuazione che nella direzione opposta;
- h) il senso del tempo e dello spazio può essere completamente alterato;
- i) il senso di identità ingloba la voce dell'ipnotista (ordinariamente è la nostra "voce interiore" a dirci di fare una cosa, nell'ipnosi è la voce dell'ipnotista che assume questo ruolo essendo essa stessa inclusa dal soggetto come parte del suo "Io" (G.Tirone, 1983);
- l) infine, esiste la possibilità di alterare qualità e quantità dell'autocontrollo, di modificare attraverso l'intervento volontario alcune modalità di funzionamento dell'organismo finora esclusivamente demandate al sistema nervoso autonomo.

Le tecniche di induzione operano agendo su uno o più dei sottosistemi descritti per destabilizzare lo stato di coscienza ordinario e mantenerne e strutturarne un altro, quello ipnotico.

Tutte le azioni psicologiche e/o fisiologiche rivolte alle singole strutture o sottosistemi con lo scopo di destabilizzare lo stato sono utili; e, qui, si può citare brevemente, per esempio, le azioni tendenti a ridurre l'influenza dei disturbi esterni dell'ambiente silenzioso, luce attenuata, occhi chiusi, ed a permettere la massima distensione muscolare con una posizione comoda, ecc.

Tenendo conto che in stato di ipnosi il senso di identità include il parlare dell'ipnotista come parte stessa dell'io, può essere utile, nella comunicazione, usare la "prima persona"; (per esempio, non dire: ...le palpebre dei suoi occhi sono pesanti... ma ...le palpebre dei miei occhi sono pesanti...).

La struttura forte, "portante", quella da destabilizzare, è quella che comprende le nostre capacità ed abitudini cognitive: il senso critico, il senso logico e la capacità di valutazione (funzioni dell'emisfero sinistro).

Le azioni dell'ipnotista sono, allora, indirizzate, alla **riduzione della critica**.

Questa riduzione è una delle condizioni che caratterizzano lo "stato di ipnosi". Benché, comunque in ipnosi **non via sia accettazione a-critica dell'informazione**.

Dall'analisi dei diversi modi di induzione, emerge come, la riduzione della critica possa essere ottenuta con atti e procedure fondamentalmente riconducibili a *modalità di strutturare* la relazione ipnotista-soggetto, quale la *collaborazione empatica*.

Il soggetto si sente capito, limita allora volontariamente la sua critica, si lascia andare, assume un atteggiamento d'attesa, elimina le resistenze cosce, è disposto ad accettare tutti i suggerimenti dell'ipnotista, depone la sua fiducia in lui, si mette nelle sue mani, si da a lui, in una parola si lascia "perdere nella relazione".

2) Riguardo gli *“specifici atteggiamenti”* del soggetto nei confronti dell’ipnosi, sperimentazioni diverse hanno dimostrato che questi atteggiamenti hanno un ruolo determinante sul grado di realizzazione dello stato ipnotico (Barber et al. 1980). Le attitudini positive concepite come la facilità di realizzare dal soggetto quanto richiesto, facilitano la realizzazione dello stato ipnotico. Altrettanto, una motivazione positiva intesa come desiderio genuino da parte del soggetto di collaborare e di sperimentare lo stato ipnotico, facilita la realizzazione del medesimo.

Lo stesso vale per le aspettative positive intese come convinzione da parte del soggetto nel riuscire a realizzare quanto gli viene suggerito.

Al contrario, timori, idee sbagliate e pregiudizi nei confronti dell’ipnosi rendono lo stato ipnotico più difficile da realizzare; lo stesso, lo stato ipnotico è più difficile da realizzare se il soggetto ha, nel corso della sua vita, fino a quel momento, sviluppato scarse capacità ideoplastiche, e se al momento dell’induzione non ha motivazioni sufficienti alla disponibilità a collaborare.

Per aiutare il soggetto a superare pregiudizi nei confronti dell’ipnosi può essere utile dimostrargli il funzionamento del processo ideomotorio con una qualsiasi delle cosiddette “prove di suscettibilità” (pendolo di Chévreul, il barcollamento, ecc.).

Attitudini, aspettative e motivazioni positive facilitano il definirsi di quel rapporto interpersonale caratteristico dello stato ipnotico e consentono con più facilità l’attuarsi di quelle rappresentazioni mentali focalizzate (monoideismi) che sviluppano la fenomenologia ideoplastica.

Ottenuta la riduzione della critica del soggetto, sono indispensabili, a questo punto, quelle azioni che aiutano il soggetto stesso a strutturare il nuovo stato di coscienza, lo aiutino a mantenerlo, e lo aiutino ad “agirci dentro”; lo aiutino, essendo questo uno stato di partecipazione, ad essere più profondamente in se stesso, ad apprendere a vivere più profondamente se stesso.

3) “Apprendere” vuol dire “stabilire nuove connessioni ed associazioni” fra stimoli e risposte nell’ambito delle possibilità concesse dal nostro organismo ed è questo che si intende con *“adeguati processi di apprendimento”*.

Apprendere è anche acquisire modalità nuove di comportamento non solo a livello senso-motorio e cenestesico, è la “formazione di nuove sintesi, di strutture fra elementi o avvenimenti risultanti dalla attività al contempo recettiva e reazionale dell’organismo” (Fraisie, Piaget et al. 1973).

Lo strutturarsi delle nuove sintesi da luogo a diversi effetti a livello delle performances e delle reazioni osservabili; le modalità dell’apprendimento sono l’apprendimento per esercizio e l’apprendimento per tranfert (Fraisie-Piaget et al. 1973).

“In entrambi i casi la modificazione risulta dall’esperienza anteriore, ma nel primo caso si tratta dell’esperienza anteriore di una medesima situazione, mentre nel secondo caso si tratta dell’esperienza anteriore di una situazione più o meno diversa da quella presente al momento in cui si manifesta la modificazione di reazione; si nota in aggiunta, che se nel secondo caso, la modificazione di risposta può essere attribuita all’esperienza anteriore di una situazione più o meno diversa dalla situazione attuale, è tuttavia nel corso della ripetizione di questa stessa situazione che si osserva la modificazione” (Fraisse, Piaget et al., 1973).

“Generalmente, infatti, l’acquisizione non è realizzata in una prova, cioè dopo una sola presentazione della situazione ed una reazione unica; ma si stabilisce *progressivamente*, poichè ogni prova o ripetizione della situazione arrecano un miglioramento della performance, fino a che si consideri questa abbia raggiunto un livello di efficienza sufficiente. La ripetizione, sia della situazione che della reazione, appare come una condizione necessaria ad un gran numero di acquisizioni, quando il grado di complessità della situazione o della reazione è un pò elevato” (Fraisse, Piaget et al. 1973).

Possono, allora, essere di aiuto all’ipnotista, in questa fase, per quanto concerne l’attuazione di processi di apprendimento, gli studi sui processi fondamentali dell’apprendimento, quali, per esempio, il condizionamento classico (Pavlov) ed il condizionamento operante (Skinner).

Organizzazione dei sottosistemi

Uno stato discreto di coscienza è un sistema dinamico e le sue componenti cambiano continuamente, ma il suo modello organizzatore generale che costituisce la sua natura rimane stabile perchè le interazioni possibili fra le strutture componenti i sottosistemi vengono controllate e limitate da almeno quattro processi di stabilizzazione:

- a) una stabilizzazione a carico;
- b) una stabilizzazione a feedback negativo;
- c) una stabilizzazione a feedback positivo;
- d) una stabilizzazione per limitazione.

- a) La stabilizzazione da carico consiste nel tenere l'attenzione e la consapevolezza e le altre energie psicologiche (i nostri pensieri ed i nostri sentimenti) rivolti verso esperienze che cadono entro un ambito prescritto; focalizzando così gran parte o tutta la nostra attenzione e la nostra energia psichica verso le strutture desiderate; il che corrisponde a mantenere la mente occupata con gli aspetti approvati della realtà di consenso.

“Le attività ordinarie, quotidiane, ripetitive, eseguite dalle persone, costringono la loro energia negli aspetti noti della loro realtà sociale, cosicchè impediscono loro di divenire consapevoli della realtà non ordinaria” (Don Juan & Carlo Castaneda).

- b) Attraverso la stabilizzazione a feedback negativo viene corretto il funzionamento di strutture e sottosistemi erranti quando si staccano troppo dalla gamma normale che assicura la stabilità; in tal modo, se si comincia a pensare a certi argomenti o si ha un certo tipo di esperienza, si può diventare ansiosi e ritirarci da quel campo.
- c) Attraverso il feedback positivo vengono rafforzate le attività e/o fornite esperienze remunerative quando le strutture e i sottosistemi funzionano nell'ambito dei limiti desiderati. Si pensi ad un progetto per utilizzare una fonte di energia alternativa nell'attuale contesto storico, e giudichiamo che questo sia un bene, le nostre strutture interiorizzate di valore sociale attivano il nostro sistema di ricompensa.
- d) La destabilizzazione limitante si riferisce ai processi che non permettono ad altre strutture e sottosistemi di superare certi limiti.

L'azione degli ansiolitici costituisce un buon esempio impedendo alle emozioni di superare una certa intensità e viene limitata la possibilità di sviluppare forti emozioni che potrebbero destabilizzare la nostra coscienza.

Una particolare azione psicologica potrebbe indurre simultaneamente diversi tipi di stabilizzazione. Considerati i detti processi di stabilizzazione come resistenze ai cambiamenti dello stato di coscienza, si può indurre uno stato di trance ipnotica anche nei pazienti con disturbi di alimentazione.

3° Capitolo

“Il Trattamento dei Disturbi dell’Alimentazione con l’Ipnosi”

L’ipnosi è efficace nel trattamento di importanti sofferenze che si esprimono in forma di abitudini alimentari (Griffiths, Hadzi-Pavlovic & Channon-Little, 1994 Griffiths, 1995), ed ha dimostrato efficacia nei programmi che mirano alla perdita di peso (Steyer & Ables, 2009);

Essa può fare leva sulle capacità di cambiare stato mentale tipiche delle persone con disturbo alimentare (Vanderlinden, Spinhoven, Vandereyken, & van Dyck, 1995), e, più specificamente, è efficace su diversi aspetti connessi ai disturbi alimentari, come la frequenza di comparsa dei sintomi (restrizione, evacuazione, abbuffate) e le preoccupazioni per il proprio peso corporeo, senso di inefficacia personale e consapevolezza corporea (Griffiths, 1995).

Nell’ipnosi il soggetto sperimenta un senso di benessere a livello mentale con sensazione di tranquillità, di controllo emotivo e di serenità. Viene provato un certo grado di distacco dalla realtà. Molte persone erroneamente temono di perdere il *controllo* durante l’ipnosi e di essere pertanto esposte a qualche forma di rischio o pericolo. In persone con disturbi di alimentazione, così come a tutti i soggetti, è importante spiegare che in condizioni d’ipnosi non si perde davvero il controllo sulla realtà, benché ingenuamente si possa avere avuto questa idea.

Si diviene più efficienti e si riesce a distaccarsi dall’ambiente quel tanto che basta per mantenere il controllo e la sicurezza ma dirottando tutte le risorse mentali all’interno di se stessi per produrre sensazioni più piacevoli ed utili e per costruire immagini di tipo plastico.

Per quanto riguarda l’importanza dell’applicazione dell’ipnosi in campo clinico, è anche vero che, da quando l’insegnamento della comunicazione ipnotica si è reso disponibile anche per il personale non medico (infermieri, ostetriche, ecc.), si è assistito ad un positivo incremento dell’applicazione di tale presidio sanitario negli ospedali (Regaldo, 2015).

L'impiego dell'ipnosi nel trattamento dei DCA

Il cibo, oltre ad essere una fonte di nutrimento, è un canale attraverso cui possono esprimersi alcune necessità emotive; riveste un alto valore simbolico e può sostituire l'amore, il sesso, il piacere, e può essere un mezzo per fuggire da emozioni e pensieri sgradevoli, per evitare la sofferenza psichica.

Attraverso l'ipnosi è possibile mettere a fuoco alcuni aspetti significativi delle proprie abitudini alimentari ed eventualmente intervenire per modificarli.

Nei casi in cui si senta il desiderio di ottenere una forma fisica diversa, è possibile agire su tutti quegli aspetti emotivi che ne ostacolano il raggiungimento, infatti, attraverso gli strumenti ipnotici è possibile riconoscere, inquadrare e ristrutturare il proprio modo di vivere alcune situazioni sensibili.

Altre volte il desiderio di regolare l'alimentazione può derivare da condizioni mediche che richiedono di cambiare le proprie abitudini in tempi più o meno brevi. L'ipnosi ha una naturale tendenza a potenziare l'elasticità mentale della persona e questa risorsa, come abbiamo visto, si rivela preziosa quando è necessario intervenire su abitudini che sembravano ormai consolidate.

Inoltre, l'ipnosi può essere utilizzata nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare per indagare e decodificare i fattori causali del disturbo, i fattori che lo creano, che lo mantengono ed i punti su cui agire per generare il cambiamento desiderato. Per esempio, se il cibo viene utilizzato dall'obeso per risolvere tutti i problemi della sua esistenza in maniera inadeguata ed esagerata.

Il peso ed i chili in più possono rappresentare la protezione, la difesa e nello stesso tempo il nemico contro cui bisogna lottare; oltre a non riconoscere la sensazione di sazietà e di pienezza, l'obeso condivide con l'anoressica e la bulimica una deformazione della propria immagine corporea.

Il sovrappeso rappresenta un guscio protettivo e nello stesso tempo dà una sensazione di forza.

Nell'anoressia invece siamo di fronte ad un ideale ascetico portato all'estremo. Il rifiuto dell'anoressica di mangiare è un no alla fisicità e a tutte le esigenze del corpo.

Nella bulimica il desiderio di mangiare appare autonomo, irresistibile, compulsivo, il cibo spesso rappresenta amore, sicurezza, soddisfazione del bisogno e la presenza del vomito indica l'ambivalenza, il rigetto ed il rifiuto dell'oggetto d'amore.

Con l'ipnosi si possono elaborare traumi emotivi che possono avere dato origine ad un rifiuto del proprio corpo, e si possono cambiare gli atteggiamenti sbagliati nei confronti del cibo, togliere ansia, e sanare sensi di colpa, di abbandono o di tristezza.

Inoltre, si può agire sulla percezione del cibo inducendo un senso di sazietà, creando associazioni estremamente negative con i cibi più spesso oggetto di tentazione e suscitandone di positive nei confronti di alimenti (come le verdure) che facilitano la perdita di peso (nel caso la persona sia effettivamente sovrappeso).

Alcune ricerche sui DCA

Una ricerca di un team dell'Università di Pittsburgh ha rilevato che chi soffre di anoressia ha un livello eccessivo di *dopamina* nel cervello. La dopamina è un mediatore chimico, usato per la trasmissione nervosa fra i neuroni, che è coinvolto, nell'assunzione di cibo e nella ricerca del piacere. Un altro mediatore i cui livelli sono anomali è la *serotonina*.

Entrambe le sostanze sono legate al senso di appetito, all'umore, al controllo degli impulsi che sono alterati sia in chi soffre di bulimia che di anoressia.

Usando delle strumentazioni per la visualizzazione del cervello si è appurato che chi soffre di bulimia e anoressia in modo alternato mostra un'iperattività di alcuni recettori della serotonina che sono associati con un particolare tipo d'ansia conosciuto come "evitamento della sofferenza". Lo studio è stato pubblicato su *Archives of General Psychiatry*.

Questo tipo di atteggiamento di per sé non è necessariamente negativo; chi ha questa inclinazione tende, infatti, ad essere accurato, preciso e scrupoloso, cosa che in certi lavori è altamente apprezzato.

L'indagine scientifica più interessante al riguardo proviene da uno studio condotto dalla Japan's Hiroshima University e pubblicato su "the British Journal of Psychiatry".

Gli scienziati hanno reclutato 13 uomini e 13 donne e hanno sottoposto loro dei test in cui il compito era di leggere due serie di parole.

La prima serie consisteva in parole sgradevoli riguardanti il proprio corpo; l'altra invece era costituita da espressioni neutre. Ad ognuno dei partecipanti è stato chiesto di dare una valutazione delle parole lette in termini di quanto le trovassero piacevoli o disturbanti.

Nello stesso tempo, gli studiosi avevano modo di osservare quali parti del cervello si attivassero.

Il risultato ha messo in evidenza che nelle **donne**, le parole sgradevoli suscitavano una reazione in una regione primitiva del cervello, nota come amigdala: una parte che si attiva quando l'individuo avverte un senso di minaccia.

Al contrario, negli **uomini**, sempre in relazione alle parole di cattivo gusto, si attivava la corteccia prefrontale mediale, associata all'organizzazione delle informazioni.

Questa differenza indica che gli uomini non si sentono minacciati da parole riguardanti le parole relative all'immagine del proprio corpo, mentre le donne sì.

L'aspetto più rilevante di questa indagine è la scoperta del *coinvolgimento dell'amigdala*; una constatazione che apre una nuova prospettiva di guarigione attraverso l'impiego di una tecnica che consenta un "dialogo" con questa parte primitiva del cervello: l'ipnosi.

Esiste una maggiore o minore suscettibilità a sviluppare ipnosi. Sono importanti i fattori legati all'ambiente in cui la si attiva, la personalità del paziente e quella dell'ipnotizzatore.

Nell'ambito di questa forma di approccio un ruolo importante sono le aspettative reali ed implicite di entrambi i soggetti, terapeuta e paziente, e dal grado di empatia che si stabilisce tra i due.

Per quanto riguarda il paziente, vanno considerate le capacità che Hilgard chiama di "*involvement*" cioè di partecipazione totale, intensa di tutta la persona a particolari esperienze motivazioni, e aspettative; tra quelli riferibili all'ipnotista ci sono la capacità di comprendere i bisogni del soggetto, essere sicuri, chiari e semplici, e sentirsi parte dell'altro entro certi limiti.

Il monoideismo plastico durante l'ipnosi

In termini pratici il monoideismo plastico può essere generato con una procedura:

- il primo passo è riuscire ad entrare in contatto e ad avere la fiducia del paziente sin da abbassare la sua capacità critica;
- il secondo passo è aiutarlo a costruire un'immagine del fenomeno che vogliamo ottenere;
- il terzo passo è rendere evidente il fenomeno al soggetto stesso.

Diventa, pertanto, impossibile disgiungere il monoideismo plastico dal procedimento induttivo.

In alcuni casi il monoideismo plastico viene ottenuto semplicemente con le parole: chi conduce l'ipnosi suggerisce immagini utilizzando in maniera semplice ed aggettivi adatti al soggetto che si trova di fronte. In altri casi il fenomeno può essere evocato creando più facilmente immagini se alla parola si aggiunge anche il contatto fisico (quando questo sia opportuno e concesso): l'ipnotista riesce in maniera più efficace a far concentrare l'attenzione sulla parte del corpo dove si vuole ottenere l'effetto. Tali procedure sono definite "tecniche d'induzione" (Regaldo, 2015).

Il concetto di "rappresentazione mentale focalizzata" viene in sostituzione a "immagine mirata" impiegato da Barber.

Esiste una differenza irriducibile tra il mondo, la realtà e l'esperienza che noi ne facciamo (Vaihinger et al. 1967).

Ciascuno di noi si crea una rappresentazione del mondo in cui vive, ed è in funzione di questa rappresentazione che regola il proprio comportamento. Noi non agiamo direttamente sul mondo ma attraverso la rappresentazione che ci siamo costruiti.

Non esistono due persone che abbiano le stesse esperienze e siccome il modello che ci creiamo della realtà è il risultato dell'insieme dei significati che abbiamo dato a tutte le nostre esperienze non può esistere una realtà globale oggettiva uguale per tutti.

La nostra rappresentazione del mondo regola in misura notevole l'esperienza del mondo che avremo in futuro, il modo in cui lo percepiremo e le scelte che ci sembreranno possibili in situazioni d'azione.

Il mondo ce lo rappresentiamo attraverso i nostri organi di senso (vista, udito, tatto, gusto ed olfatto); Bandler e Grinder (1979) hanno osservato che persone diverse si rappresentano le cose in modo diverso e le modalità di rappresentazione sono riconducibili ai tre sensi principali: vista, udito e la sensibilità tattile (cenestesia) (Schultz et al. 1968).

Ogni persona pensa a livello conscio, utilizzando prevalentemente uno di questi sistemi rappresentativi; questo significa che internamente genererà certe immagini visive, oppure proverà certe sensazioni, oppure parlerà a se stessa udendo certi suoni.

Schultz (1968) suddivide i soggetti in tipi misti-ottici-acustici e motori e suggerisce al terapeuta di proporre al soggetto immaginazioni di “formule” in accordo con il tipo di rappresentazione del medesimo.

La pratica clinica conferma come sia estremamente più agevole entrare in sintonia con l’altro, con tutto quanto questo comporta per la realizzazione dello stato ipnotico, se come operatori, scoperto il canale conscio di rappresentazione del soggetto, ci uniformiamo a questo nel comunicare con lui.

L’uso della Metafora

Le metafore sono spesso utilizzate in ipnosi ed hanno funzione efficiente a livello immaginativo; esse, infatti, sono immagini, paragoni abbreviati, e trasferimento di significati per l’accostamento di due termini con dei tratti in comune.

A tal proposito, è necessario effettuare fra similitudine e metafora una differenziazione che si regge su presupposti pragmatico-cognitivi, in quanto, la similitudine è fondata sulla percezione statica delle affinità e differenze che legano due entità, mentre, la metafora si basa su un meccanismo di natura dinamica, che produce una qualche forma di funzione, o di compresenza, tra i due enti raffrontati.

Si possono ricordare varie tipologie di metafora:

- le *metafore strutturali*, per cui un concetto è metaforicamente strutturato nei termini di un altro, ed un dominio concettuale concreto viene compreso in un co-dominio concettuale astratto (per esempio, il tempo è denaro);
- le *metafore di orientamento*, in quanto la maggior parte dei nostri concetti fondamentali sono organizzati come metafore di orientamento spaziale (per esempio, su-giù, destra-sinistra, dentro-fuori, profondo-superficiale, ecc);
- le *metafore ontologiche*, per cui l’esperienza degli oggetti fisici e delle sostanze fornisce una base per la comprensione, selezionando parti della nostra esperienza e considerandole come unità discrete o uniformi (per esempio, la mente è una macchina), e dunque, gli eventi e le azioni sono concepiti come oggetti, le attività sono concepite come sostanze, e gli stati sono concepiti come contenitori.

Può capitare che alcune metafore strutturali siano basate su metafore di orientamento ed ontologiche, così come un unico concetto metaforico di base si poggi su diverse mappature metaforiche.

Ipnosi come fenomeno dinamico

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificata collegato ad una particolare condizione psicosomatica e caratterizzato da particolari attivazioni corticali. E' uno stato mentale contraddistinto dalla prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle criticointellettive, da fenomeni d'ideoplasia controllata e da condizioni fisiologiche di attivazione cerebrale bilaterale. Va, quindi, considerata un processo per lo più dinamico e non statico o passivo. E' uno stato diverso rispetto a quello che normalmente contraddistingue la veglia, il sonno o la meditazione (Maria Sole Garosci, 2015).

Le modificazioni dello stato di coscienza si realizzano come conseguenza diretta del trasferimento di risorse mentali dalla parte logica e critica a quella immaginativa per consentire la realizzazione, come già detto prima, del monoideismo plastico, cioè la realizzazione d'immagini che sembrano così reali da acquisire potenza plastica e produrre effetti fisici. Lo stato di coscienza così depauperato di risorse deve in qualche modo modificarsi.

Le principali modificazioni soggettive di coscienza che accompagnano l'ipnosi si dividono in modificazioni possibili spontaneamente (autogene) e in modificazioni possibili solo con la guida dell' ipnotista.

Comunicazione Non Verbale e Disturbi Alimentari

Nella relazione paziente-terapeuta non si verbalizza tutto ciò che si pensa.

Siamo spesso consapevoli del messaggio che vogliamo trasmettere con le parole, mentre è molto più difficile controllare la comunicazione non verbale. E', dunque, per questo motivo che quest'ultima è, in genere, più autentica ed affidabile della comunicazione verbale. La lettura della comunicazione non verbale ci consente di ottenere un gran numero di informazioni su intenzioni comportamentali, sul come e sul che cosa la persona ha intenzione di fare nell'immediato futuro, sulle valutazioni, sul come la persona valuta il contenuto della comunicazione, sulle emozioni e sugli stati d'animo, se ci sta dando informazioni a cui credere o meno.

Una delle tecniche ipnotiche utilizzate per by-passare la comunicazione verbale ed avere accesso a contenuti non-coscienti è **l'esplorazione ideodinamica dell'inconscio**, in cui soggetto e terapeuta attribuiscono a determinati segnali ideomotori una risposta non-verbale (tipicamente SI-NO).

I segnali ideomotori per essere tali non devono essere eseguiti volontariamente, in quanto l'obiettivo in questa tecnica è quello di rivolgere le domande direttamente all'inconscio.

Solitamente, le risposte "sì", "no", "non so/non voglio rispondere", "sono associate ai movimenti delle dita di una mano. Il movimento ideomotorio genuino non è espresso, in maniera netta con una completa estensione del dito, ma come una sorta di breve scatto involontario. Ponendo la persona in ipnosi è possibile rivolgere domande direttamente all'inconscio, ottenendo una risposta non verbale attraverso i movimenti delle dita. E' così possibile interrogare l'inconscio sui vissuti traumatici, farli emergere, situarli nel tempo e riformularli al fine, per esempio, di far vivere al paziente il trauma da un punto di vista diverso.

Harmann (Walsh, 2010) propone l'utilizzo dei segnali ideomotori nel trattamento *dell'obesità* attraverso una serie di domande standardizzate si può utilizzare l'esplorazione ideodinamica dell'inconscio per far emergere le cause del mangiare troppo. Le prime domande sono solitamente esplorative :

"Vuoi conoscere il significato dei tuoi problemi di peso?";

"Voglio sapere se vuoi veramente aiutarti su questo problema. Vuoi veramente superare il tuo eccesso di peso?";

"C'è una motivazione sottostante la tua tendenza a mangiare troppo?".

A tal punto, se la risposta non verbale è affermativa, si esplorano alcune aree che potrebbero spiegare il comportamento:

"Ti stai identificando con qualcun altro come causa dell'obesità, stai provando ad essere come qualcun altro?";

"La tua obesità è causata da un evento passato?";

"C'è un conflitto connesso al tuo problema, mangi troppo per una frustrazione o qualcosa di simile?";

"Sei sovrappeso per renderti poco attraente in modo tale da evitare uomini o donne e le relazioni sessuali?";

"Sei sovrappeso perchè hai una cattiva stima di te?".

Secondo Walsh è anche possibile integrare le tecniche di esplorazione ideodinamica dell'inconscio con la terapia degli stati dell'Io per affrontare *l'anoressia nervosa* (Walsh, 2008; Vanderlinden, 1990).

L'esplorazione ideodinamica dell'inconscio può essere impiegata come metafora che permette al paziente di ampliare la sua efficacia nella soluzione del problema.

Walsh (2008) ha studiato l'utilizzo di questa tecnica in un campione di 24 soggetti con anoressia nervosa basandosi sull'evidenza osservativa e dai reports dei pazienti stessi.

Secondo l'autore è possibile utilizzare i segnali ideomotori nei casi di anoressia nervosa anche per agire sulla percezione del corpo.

Le persone con anoressia nervosa tendono a percepire diversamente il proprio corpo, vedendolo come "grasso" anche nei casi di estrema magrezza.

Vanderlinden e Vandereycken (Brown, 1999) hanno prodotto uno studio su 50 persone *con bulimia* che hanno ottenuto ottimi risultati ad un follow up di due anni. Il 50% ha avuto, infatti, un miglioramento completo, il 30% un miglioramento significativo e solo il 20% non ha avuto miglioramenti.

La prima fase era caratterizzata dall'insegnamento delle tecniche di autoipnosi e da tecniche più cognitive come l'utilizzo del diario per tracciare il proprio comportamento alimentare e le emozioni durante ogni pasto.

Si suggeriva alle pazienti di fare tre pasti al giorno ed erano resi loro noti tutti gli svantaggi del comportamento bulimico e tutti i vantaggi di non adottare tale comportamento, agendo così sul rapporto costi-benefici; questo tipo di intervento può essere enfatizzato anche durante l'ipnosi, combinandolo con la progressione di età, nel quale si chiede di immaginare un futuro dove la persona non ha più un comportamento bulimico e vive una vita di salute.

L'utilizzo dei segnali di esplorazione ideodinamica dell'inconscio entrano in gioco in un secondo momento, ovvero quando si vogliono esplorare le cause sottostanti la bulimia. In alcuni casi, infatti, il comportamento bulimico è causato da eventi traumatici sottostanti, come le relazioni traumatiche, una violenza fisica o sessuale o un abbandono. In questo tipo di approccio, il terapeuta utilizza i segnali ideomotori per negoziare con le parti responsabili della bulimia. In questi casi di emersione del trauma, possiamo avere una forte abreazione e liberazione della persona, mentre nella terza fase si pratica una progressione d'età e rinforzo dell'Io (Igor Vitale, 2015).

Psicoterapia nei DCA: Funzioni ed Obiettivi

La psicoterapia ha funzione di aiutare, o insegnare, al soggetto a realizzare esperienze diverse, come:

- modificare la percezione del mondo esterno, o l'alterazione dell'immagine corporea,
- alterare i parametri fisiologici, le emozioni o ottenere cambiamenti nella continuità della memoria;
- alterare la qualità dell'autocontrollo modificando alcune funzionalità dell'organismo che in passato erano considerate al di fuori di ogni controllo volontario, come nel caso del sistema nervoso autonomo;
- accentuare la capacità di ricordare, riportando alla memoria fatti ed esperienze che si pensavano cancellate.

Gli **obiettivi** sono la funzione trasformativa, lo sviluppo del sè creativo sul lato utile della vita, le compensazioni adeguate, l'accrescimento dell'autostima, la modifica del finalismo, la restituzione della libertà, un migliore autocontrollo, le nuove possibilità di collegamento intrapsichico e relazionale.

Spesso il sintomo esprime un conflitto inconscio, ma anche un finalismo, ed ogni inferiorità d'organo risponde ad influenze psicologiche e parla il linguaggio dell'organo che esprime l'atteggiamento verso i problemi (Adler, 1912).

Il meccanismo del sintomo si può inquadrare nella conversione (Deutsh e Semrad, 1959; Freud, 1901), intendendo per conversione il processo per cui un'idea insopportabile è resa innocua mediante la trasformazione della qualità di eccitazione ad essa collegata in qualche forma di espressione a livello fisico (Freud, 1894).

I soggetti attuano una loro finalità inconscia di protezione dall'interno rispetto, cioè, a quell'angoscia derivante dal senso di inferiorità affermando in modo passivo un'istanza di dominio, salvando la propria autostima in quanto il sintomo somatico li deresponsalizza dallo scacco esistenziale. Il Sè creativo del paziente con sintomi psicosomatici o fobici è in realtà attivo ma volge la sua funzione verso il lato non utile della vita (Marocco Muttini, 1983).

L'ipnosi ha **funzione** di rafforzare maggiormente l'Io del paziente, di garantire sperimentare realmente sensazioni di tranquillità che si inseriscono nello schema fobico iniziando a destrutturarne la forza, il potere creativo del paziente, ovvero la capacità di sperimentare la sensazione di pace in stato ipnotico dinanzi allo stimolo unitamente alla possibilità di risperimentare tale sensazione in ogni situazione simile. Sviluppa una dimensione di coraggio

nall'affrontare le cause chiave che hanno prodotto il sintomo, ed il rafforzamento delle proprie capacità di fare autoriferimento.

E' necessario, dunque, aggredire le ansie minori con l'ipnosi, in modo da avere da subito a disposizione quella energia che si libera dalla neutralizzazione di queste ed in questo senso è utile parlare di "dimensione incoraggiante" il percorso di cura.

E' utile la gerarchizzazione rispetto alla gravità delle situazioni ansiogene, presentando inizialmente quelle meno stressanti durante lo stato di trance, cercando di spezzare il rituale su cui corre la vita del paziente; proporre una suggestione rispetto ad un sogno tranquillante che innescherà modificazioni somatico-viscerali per esaminare i problemi con serenità.

Nei DCA è necessario è, dunque, necessario individuare il sintomo, la struttura di personalità, individuare la funzione svolta dal sintomo, come il controllo delle angosce, identità, senso di sicurezza, ecc.. Porre attenzione alla regressione, rafforzamento dell'Io, rilassamento, progressione, suggestione post-ipnotica, miglioramento dispercezione corporea, riconoscimento e attuazione delle proprie risorse.

Il sintomo del DCA esprime la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea, ricca di contenuto emozionale; tale idea è dotata di una forza, di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado di suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerali e comportamentali. Ciò potrebbe essere paragonato ad un monoideismo plastico, forse inconsapevole.

Attraverso l'ipnosi, con la creazione di un monoideismo plastico si ha l'opportunità di riconoscere in sé nuove capacità creative da cui attingere.

Bisogna, dunque, rinunciare al sintomo al favore delle risorse e favorire il passaggio da inadeguatezza ad adeguatezza, da gabbia a libertà (Condelli, 2017).

Il tipo di induzione, dunque, dovrà essere in rapporto:

- alla personalità e alle reazioni del paziente,
- alle finalità desiderate,
- alla situazione,
- alla personalità del terapeuta.

Ed i successivi **risultati** ottenibili dipenderanno dalle motivazioni, dalla disponibilità, dalla capacità di apprendimento del paziente, dal rapporto terapeuta/paziente, e dall'abilità del terapeuta. Il fallimento induttivo potrebbe venire a presentarsi se non è stato definito con chiarezza l'obiettivo da raggiungere; se c'è incapacità del soggetto a trasformare l'idea in azione; da errori di comunicazione dell'operatore e/o da mancata comprensione del soggetto, da

disaccordo conscio o inconscio sul merito o sugli scopi delle indicazioni date dall'operatore, da disaccordo conscio o inconscio sui metodi applicati ed i fini proposti; da impossibilità per il soggetto di realizzare le indicazioni ricevute, come per incapacità strutturale, per inadeguatezza dei dati forniti o perché antitetiche alla propria personalità e non inseribili nella propria formazione mentale.

Psicoterapia in Anoressia Nervosa (AN)

L'anoressia viene considerata dal paziente come l'unica possibilità di dar spazio, luogo, e tempo, fuori dal tempo, alla propria identità. Il corpo diventa mezzo di rivalsa e ricerca di sicurezza su un ambiente vissuto soggettivamente come pericoloso, in cui pesa l'insicurezza naturale dell'essere umano, in cui pare non esservi altro modo di esistere se non perdersi nella trasparenza: dimagrire all'eccesso per non sentire il peso del non poter essere.

Il comportamento di chi si infligge la fame rappresenta un tentativo di essere unici e speciali, con un attacco al falso senso di sé, promosso da aspettative genitoriali, unito all'affermazione di un nascente vero Sé (Gabbad, 2000).

Sembrerebbe esserci una disfunzione precoce con le figure di attaccamento, sottolineando l'evidenza di comportamenti contraddittori e incongrui nel genitore in risposta ai conflitti emotivi; è stato riscontrato in alcuni casi clinici che il cibo veniva offerto come ricompensa o rassicurazione, oppure ancora come castigo venendo negato.

Secondo Bruch (1973) la preoccupazione riguardo al cibo ed al peso è una manifestazione, relativamente tardiva, emblematica di un disturbo più profondo del concetto di Sé. Molti pazienti con anoressia nervosa hanno la ferma convinzione di essere completamente impotenti ed inefficaci. La malattia spesso si presenta in persone che hanno trascorso tutta la loro vita cercando di compiacere i loro genitori, diventando improvvisamente negativiste durante l'adolescenza. Nel primo rapporto madre-figlio si instaura già nel momento del primo nutrimento una mancanza di autonomia, che verrà mantenuta e porterà la persona a tenere sotto controllo le funzioni del proprio corpo.

Durante lo sviluppo l'essere umano va incontro a modificazioni corporee che assumono un ruolo rilevante non solo per la struttura fisica, quanto anche per quella sfera emotiva che consentirà la formazione del vero Sé.

Un falso Sé può nascere se il bambino riceve solo presenza fisica ma non emotiva, impedendo di conoscere e riconoscere i propri bisogni, e diventando una persona compiacente in riferimento

alle istenze esterne, costruendo una falsa personalità con conseguente sensazione di vuoto (Winnicott, 1958). Con una madre onnipotente, ciò che viene maggiormente negato è il proprio corpo (Kestenberg, 1974).

Per tali pazienti è fondamentale riconoscere:

- la struttura di personalità,
- quale funzione svolge il sintomo come finta sicurezza, il controllo delle ansie interne, l'identità, le emozioni e le proiezioni sul cibo,
- il fattore scatenante, gli eventuali abusi pregressi, le mete funzionali (il pensare che se sia magri fino alla morte si vinca su ogni cosa, ecc.)
- nonchè evitare di parlare di cibo e di peso, considerando che spesso un soggetto anoressico arriva in terapia sotto spinta dei familiari, dunque, non sarà possibile applicare subito l'ipnosi, ma dare al paziente il tempo di accedere ad una visione di Sè che può anche fare a meno dell'identificarsi con l'anoressia.

Solo a tal punto sarà possibile utilizzare l'ipnosi, ovvero dopo aver esplorato ogni singolo elemento nel rapporto terapeutico.

L'ipnosi sarà vissuta come una prima sperimentazione di uno stato di rilassamento, per iniziale gradualmente ad abbandonare la dimensione del controllo, e provare un primo e nuovo senso di tranquillità e di controllo di Sè attraverso un mezzo che non sia più il cibo o l'astenersi da esso.

L'ipnosi sarà vissuta come sedazione dei primi stati ansiosi emergenti in una prima fase di guarigione dal sintomo con l'aumento del peso; o come mezzo per frenare l'entrata nella fase bulimica, perchè quando il paziente comincerà a nutrirsi emergeranno in modo molto forte tutti i desideri di mangiare a dismisura, e si passa dall'eccesso di controllo alla perdita di controllo.

Essa è l'opportunità di creare immagini e di progettazione futura, per far accedere il paziente alla sue capacità creative ed al suo Sè creativo.

Secondo Kroger e Fezler (1976) c'era una suggestione posticipata nella quale il cibo era associato a memorie piacevoli; secondo Crasilneck e Hall (1975) bisognava motivare l'assunzione di cibo.

Esplen (2003) propose di fornire ai pazienti immagini di ambienti confortevoli, rassicuranti e contenitivi; è un approccio non direttivo perchè il paziente sceglie l'immagine utilizzabile nella fase di psicoterapia per permettere al paziente di poter avere quello spazio interiore in cui esprimere i suoi autentici disagi, protetto da sè stesso, dunque, scoprire che si è in grado di creare una nuova modalità di difesa senza bisogno di rinunciare al cibo.

Gross (1984) suggerì un miglioramento della dispercezione corporea, per cui vengono mostrate al paziente foto del proprio corpo mentre è in ipnosi e poi viene richiesto di creare un'immagine più sana di sé. In una seconda fase viene chiesto al paziente di disegnare se stesso e si focalizza con il paziente sui punti definibili più noiosi, andando ad indagare il significato profondo della rappresentazione.

Nash e Baker (1993) consigliarono di disegnare la propria immagine corporea su una lavagna immaginaria, unitamente alla tecnica di regressione d'età per chiarire le origini della distorsione della propria figura; ciò veniva indagato sia tramite la ipnoterapia durante la fase di trance ed in seguito mediante delle sedute di psicoterapia ed 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, e tale processo, in genere, creava molta ansia nel paziente che veniva constatata utilizzando delle suggestioni di calma e di relax.

Psicoterapia in Bulimia Nervosa (BN)

Vanderlinden e Vandereycken (1990) hanno usato un trattamento basato su tre fasi:

-Nella *prima* fase alle pazienti viene insegnato ad andare in autoipnosi e viene richiesto di tenere un diario alimentare per riportare le emozioni durante i pasti, con richiesta di ordine nell'assunzione di cibo per tre pasti al giorno ad ore stabilite, una lista dei vantaggi della guarigione e degli svantaggi del disturbo. Tali saranno gli aspetti da enfatizzare nell'ipnosi, unitamente ad una immagine del futuro in cui potrebbero non essere più bulimiche.

-Nella *seconda* fase si presta attenzione all'esplorazione di eventi traumatici, per cui sarà necessario negoziare con la parte del Sè che è responsabile del disturbo.

-Nella *terza* fase si lavora su la regressione d'età ed il rinforzo dell'io in ipnosi; la continuità del trattamento nel tempo fino ad un periodo di 5 anni di "affect-bridge" che è una potente tecnica di regressione introdotta da Walkins nel 1971, e l'obiettivo di questa tecnica è quello di utilizzare una sensazione emotiva come un ponte attraverso il tempo per permettere ad un soggetto in trance ipnotica di regredire fino ad un evento sensibilizzante iniziale (ISE-Initial Sensitizing Event), e questo consente al paziente di collocare l'esperienza traumatica nel passato affinché perda il suo potere destabilizzante nel presente.

Kraft e Kraft suggerirono il programma dell'Hypnobeavioural Treatment (HPT), diviso in due fasi e che si distribuisce nell'arco di due settimane:

-Nella prima fase si propone di monitorare le abitudini alimentari, con tre sessioni di ipnoterapia sulla modificazione del comportamento.

-Nella seconda fase in quattro sedute settimanali il paziente viene incoraggiato ad esercitare il controllo sul proprio cibo di abbuffate/espulsioni; si creano suggestioni per rinforzare le abitudini alimentari, per aumentare l'autostima e l'interazione sociale; ci 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 scale di Goldberg (1972).

Psicoterapia nel Binge Eating Disorder (BED)

Anbar e Savedoff (2006) proposero la Tecnica AWP, utilizzata in ipnosi unitamente ad un supporto cartaceo ed informatico e che si avvale della dissociazione ipnotica usando la scrittura automatica, e viene, dunque, chiesto al paziente in trance ipnotica di scrivere davanti ad un supporto informatico, 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 ad informazioni che non sarebbero accessibili attraverso l'uso della parola. Tale tecnica si è mostrata efficace per la risoluzione del Binge Eating portando alla luce le cause psicologiche sottostanti i sintomi del paziente, lavorando su rilassamento, stati ansiosi, lavoro sull'autostima, rafforzamento delle difese dell'Io, progressione, individuazione delle risorse, ed entità.

Ricordiamo in generale che lavorando con soggetti con DCA avremo a che fare con le loro difficoltà ad affrontare la vita tramite risorse utili, perciò ogni loro sintomo va trattato con cura e rispetto. Sapendo che il sintomo per il paziente svolge una funzione di supporto sarà necessario un lungo lavoro terapeutico basato sull'ascolto, per una piena integrazione delle varie parti di Sè e per una percezione e consapevolezza della propria identità.

L'ipnosi indagherà lo stile di vita del paziente, il riconoscimento dei traumi, l'acquisizione di una consapevolezza corporea, lavoro sui sentimenti di colpa e di vergogna, e come ruolo educativo, ma è pur vero che potrà essere applicata come strumento solo se si considererà il paziente come una persona, ed il suo disturbo come una sua modalità comunicativa.

Un intervento Multidisciplinare

Scopo dell'intervento terapeutico-riabilitativo è non solo il recupero funzionale biologico e psicopatologico, ma soprattutto il recupero di abilità e performance funzionali individuali e relazionali con l'ambiente, come pure quello occupazionale e lavorativo, il miglioramento della qualità di vita. Le caratteristiche di cronicità e comorbidità, i costi elevati in termini di disabilità e il grave impatto complessivo sulla qualità della vita impongono di assumere una prospettiva di tipo sia terapeutico che riabilitativo, tanto per il Binge Eating quanto per tutti i DA. È indispensabile prevedere percorsi terapeutici interdisciplinari e multidimensionali, spesso lunghi e articolati, che affrontino sintomi, cause e complicanze di queste malattie, nel setting di cura di volta in volta più adeguato. Il trattamento terapeutico-riabilitativo migliore spesso consiste, secondo le linee-guida più recenti, in un "team approach" multidimensionale affidato al lavoro integrato delle stesse figure professionali: medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori ed infermieri. Gli operatori devono avere buona conoscenza delle competenze rispettive ed un linguaggio condiviso per consentire un'efficace interazione tra le varie figure professionali. Non basta la semplice somma di figure professionali diverse: è indispensabile creare un linguaggio ed una cultura comuni all'interno dell'équipe assistenziale al fine di ottenere una vera integrazione funzionale delle diverse competenze.

È essenziale, peraltro, definire con chiarezza i confini dell'operato di ogni professionista perché la confusione dei ruoli è un fattore d'insuccesso terapeutico. Per quanto i protocolli rappresentino una guida, il piano di cura deve essere disegnato "ad personam" e continuamente ricalibrato per tutta la durata del percorso terapeutico, in base alle resistenze ed alle eventuali non risposte ai vari interventi nei diversi setting. Il "case manager", figura essenziale all'interno del team, sarà l'operatore, per esempio, psichiatra o internista-nutrizionista, più adatto, in base al quadro clinico prevalente in quel soggetto ed in quella fase del trattamento: sarà lui il punto di riferimento e di coordinamento per il paziente, i familiari e gli altri operatori. Sono stati e sono ancora frequenti, e non di rado tragici, gli errori dovuti a ignoranza e sottovalutazione delle complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione e dell'Obesità.

Altrettanto pericolose sono le gestioni troppo peso-centrate, con atteggiamenti ingenui verso la psicopatologia delle persone con anoressia, bulimia, e Binge Eating. È opinione confortata dall'esperienza oltre che da una letteratura scientifica crescente che uno stesso team (che abbia, naturalmente, le competenze necessarie) possa affrontare, in un setting di lavoro che abbia caratteristiche strutturali e funzionali adeguate, pazienti con malnutrizione sia per eccesso che per difetto (Anoressia, Bulimia, BED), con le ovvie modulazioni dei programmi (Donini, 2010).

Bibliografia

A

APA (American Psychological Association) (2014).

Ackard et al. (2003) "Alimentazione e preoccupazione del peso nei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.

Adler (1912) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".

Anderson-Fye (2009) "Influenze culturali sull'immagine del corpo ed i disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief.

Archibald et al (2002) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.

B

Barber et al. (1980) "Ipnotismo, immaginazione, potenzialità umane" Piccin-Padova in "Ipnosi: Un potenziale dell'uomo- Introduzione al suo impegno in psicoterapia" Tirone (1983).

Beauchamp e Moran (1982) "Sviluppo del gusto nel bambino e preferenze alimentari: il ruolo dell'Esposizione" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.

Binum (1987) "Influenze culturali sull'immagine del corpo ed i disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief.

Bouchard et al (2003) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.

Bowlby (1980, 1973, 1969) "Neuroscienze Cliniche del Comportamento" di Carlo Blundo. Masson-Elsevier (2011).

Brown (1999). Medical hypnosis in preterm labour: a randomized clinical trial report of two pilot project.

Bruch Hilde (1970) "Disturbi dell'Alimentazione" in Consensus: Obesità e Disturbi dell'Alimentazione. Indicazioni per i diversi livelli di trattamento. Criteri Diagnostici. Eating Weight Disorder (2010). Roma: Editrice Kurtis.

Bruch (1973) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".

C

Canino (2008) "Influenze culturali sull'immagine del corpo ed i disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief.

Cheek e Rossi (1995) "Mind-body therapy: ideodynamic healing in hypnosis" Norton, New York.

Collier (2003) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.

Condelli (2017) "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".

Crasilneck e Hall (1975) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".

Cuzzolaro (2007) "Disturbi dell'Alimentazione" in Consensus: Obesità e Disturbi dell'Alimentazione. Indicazioni per i diversi livelli di trattamento. Criteri Diagnostici. Eating Weight Disorder (2010). Roma: Editrice Kurtis.

D

Davison et al. (2000) "Alimentazione e preoccupazione del peso nei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.

Deutsh e Semrad (1959) Freud (1901) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".

Doidge N. (2015) "Hypnosis, Neuroplasticity, and the Plastic Paradox" in American Journal of Clinical Hypnosis. Routledge (2015).

Doidge, N. (2007). The brain that changes itself: Stories of personal triumph from the frontiers of brain science. New York, NY: Penguin Books.

Donini (2010) "Disturbi dell'Alimentazione" in Consensus: Obesità e Disturbi dell'Alimentazione. Indicazioni per i diversi livelli di trattamento. Criteri Diagnostici. Eating Weight Disorder.2010. Roma: Editrice Kurtis.

DSM-IV (IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, American Psychiatric Association) DSM Masson, Milano (1996-2014).

DSM-IV-TR (IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, American Psychiatric Association) Masson, Milano, 2002.

DSM V(V Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, American Psychiatric Association)Masson (2012).

E

- Edelman (1992) "Neuroscienze Cliniche del Comportamento" di Carlo Blundo. Masson-Elsevier 2011.
- Elman (2006) "La classificazione dei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L., & Rossi, S. (1976). Hypnotic realities. New York, NY: Irvington.
- Esplen (2003) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".

F

- Fairburn et al (2001) "Controversie e Domande nella valutazione in corso, trattamento e ricerca nel settore dei Disturbi Alimentari in Infanzia ed in Adolescenza" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor in Chief.
- Field (2001) "Alimentazione e preoccupazione del peso nei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Field (2008) "Dieta e disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Foppiani (2017) "Dalla Metafora alla Narrazione" in "Trattato d'Ipnosi e altre modificazioni di coscienza".CLEUP (2015).
- Fraisse, Piaget et al. (1973) "Trattato di psicologia sperimentale"-Apprendimento e Memoria. Einaudi-Torino.
- Franko (2009) "Alimentazione e preoccupazione del peso nei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Freud (1894) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".

G

- Gabbad (2000) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".
- Gardner e Dalle Grave (2009) "Le Variabili psicologiche associate alla perdita di peso nei pazienti obesi che richiedono un trattamento presso Centri Medici" in Journal of the American Dietetic Association, 2009. Il Quovadis. Bologna. 2010-2016.
- Garosci Maria Sole (2015) "Trattato d'Ipnosi e altre modificazioni di coscienza".CLEUP (2015).
- Ghaderi (2003) "Terapia Cognitivo-Comportamentale per i disturbi dell'alimentazione" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Goldberg (1972) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".
- Granone (1980) "Trattato d'Ipnosi e altre modificazioni di coscienza".CLEUP (2015).
- Griffiths et al. (1994-1995) "Umore, Emozioni e Disturbi Alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Gross (1984) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".

H

- Habermas, (2005) "Introduzione e presentazione" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Halford, (2004) "Sviluppo del gusto nel bambino e preferenze alimentari: il ruolo dell'Esposizione" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Hendy e Raudenbush (2000) "Sviluppo del gusto nel bambino e preferenze alimentari: il ruolo dell'Esposizione" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Hewitt(1997)"Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.
- Hilgard (2011) "The British Journal of Psychiatry"- Japan's Hiroshima University.
- Hope et al. (2015) "Hypnosis, Neuroplasticity, and the Plastic Paradox" in American Journal of Clinical Hypnosis. Routledge (2015).
- Hypnosis, Neuroplasticity, and the Plastic Paradox, Norman Doidge. University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada Columbia University, New York, New York, USA.
- Hudson (2007) "Disturbi dell'Alimentazione" in Consensus: Obesità e Disturbi dell'Alimentazione. Indicazioni per i diversi livelli di trattamento. Criteri Diagnostici. Eating Weight Disorder.2010. Roma: Editrice Kurtis.

I

- ICD-10 (International Classification Disease)-OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) (1994).
- Iannini Rocco (2016) "Appunti di Ipnosi in prospettiva PNEI"

J

- Jacobi (2005) "Prevenzione:Stato attuale e teoria basilare" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor in Chief.
- Jimerson (1992) "La classificazione dei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Johnsons (1985) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.

K

- Kestemberg (1974) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".
- Klump et al. (2001) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.
- Kremers et al (2003) "Sviluppo del gusto nel bambino e preferenze alimentari: il ruolo dell'Esposizione".
- Kroger e Fezler (1976) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".

L

- Lapenta (2015) "Trattato d'Ipnosi e altre modificazioni di coscienza".CLEUP (2015).
- Levine (2006) "Alimentazione e preoccupazione del peso nei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.

M

- Marocco Muttini (1983) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".
- Matsumoto, (2004)"Influenze culturali sull'immagine del corpo ed i disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief.
- McCabe e Ricciardelli, 2004 "Alimentazione e preoccupazione del peso nei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- MacLean (1973) "Neuroscienze Cliniche del Comportamento" di Carlo Blundo. Masson-Elsevier 2011.
- Mennella (2001) "Sviluppo del gusto nel bambino e preferenze alimentari: il ruolo dell'Esposizione" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Montecchi F. (2009) "Il cibo-mondo, persecutore minaccioso" Franco Angeli, Milano (2009).

N

- Nash e Baker (1993) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".
- Nelson (2009) "Alimentazione e preoccupazione del peso nei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Neumark-Sztainer, (2008) "Alimentazione e preoccupazione del peso nei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.

P

- Paxton (1999) "Alimentazione e preoccupazione del peso nei disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Plomin (2003) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.
- Plomin (2010) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.
- "Position Statement on Hypnosis" (2009) in "Ipnositerapia e Psicoterapia-Una storia da riscrivere".
- Presnell et al. (2004) "Dieta e disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief
- Psychobiology of Gene Expression: Neuroscience and Neurogenesis in Hypnosis and the Healing Arts(Rossi, 2002).

R

- Rainville et al. (2006) "Evidenze neuroscientifiche di trance ipnotica: evoluzione storica e applicazioni" G.Vercelli
- Regaldo (2015) "Trattato d'Ipnosi e altre modificazioni di coscienza". CLEUP 2015.
- Rossi, E. L. (2002). Psychobiology of gene expression: Neuroscience and neurogenesis in hypnosis and the healing arts. New York, NY: W.W. Norton.

S

- Sassaroli, Ruggiero (2010) "Il ruolo dell'ipnosi nel trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione".
- Seyle H. (1936) "A Syndrome produced by diverse nocuous agents". Nature, London n.138.
- Sirigu (2016) "L'ipnosi clinica come mezzo di accesso al network psiconeuroendocrinoimmunitario: applicazioni in ambito ospedaliero"-2016.
- Somma M. (2015) "Struttura dell'Induzione".
- Spelt et al. (1995) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.
- Stein (1994) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.
- Stein (2001) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.
- Stern (1985) "Neuroscienze Cliniche del Comportamento" di Carlo Blundo. Masson-Elsevier 2011.
- Steyer & Ables (2009) "Umore, Emozioni e Disturbi Alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Stice (1998) "Dieta e disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Striegel-Moore,(2008). "Disturbi dell'Alimentazione" in Consensus:Obesità e Disturbi dell'Alimentazione.Indicazioni per i diversi livelli di trattamento.Criteri Diagnostici.Eating Weight Disorder.2010.Roma:Editrice Kurtis.

T

- Tart (1977) "Stati di coscienza" Astrolabio-Roma in "Ipnosi: Un potenziale dell'uomo-Introduzione al suo impegno in psicoterapia" Tirone (1983).
- Tirone (1983) "Ipnosi: Un potenziale dell'uomo-Introduzione al suo impegno in psicoterapia"-CST-Torino.
- Tozzi et al. (2003) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.
- The Brain That Changes Itself (Doidge, 2007).
- Thompson, (1999) "Influenze culturali sull'immagine del corpo ed i disturbi alimentari" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief.
- Threasure (2007) "Controversie e Domande nella valutazione in corso, trattamento e ricerca nel settore dei Disturbi Alimentari in Infanzia ed in Adolescenza" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor in Chief.
- Truby, (2003) "Sviluppo del gusto nel bambino e preferenze alimentari: il ruolo dell'Esposizione" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.

V

- Vaihinger et al. (1967) "Trattato d'Ipnosi e altre modificazioni di coscienza".CLEUP 2015.
- Vanderlinden (1990-1995) "The use of hypnosis in the treatment of bulimia nervosa".
- Vanderlinden e Vandereycken (1990) "Le origini traumatiche dei disturbi alimentari" Astrolabio, Roma.
- Vereecken et al. (2004) "Sviluppo del gusto nel bambino e preferenze alimentari: il ruolo dell'Esposizione" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Vitale Igor (2015) "Trattato d'Ipnosi e altre modificazioni di coscienza".CLEUP (2015).

W

- Wade (2010) "Controversie e Domande nella valutazione in corso, trattamento e ricerca nel settore dei Disturbi Alimentari in Infanzia ed in Adolescenza" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor in Chief.
- Walkins (1971) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".
- Walsh 2008 Hypnotic alteration of body image in the eating disordered. American journal of clinical hypnosis.
- Walsh (2010) "Rapid remission of anorexia nervosa and unconscious communication".
- Walsh e Cheek (2010) "Removal of subconscious resistance to hypnosis using ideomotor questioning techniques".
- Wardle (2003) "Sviluppo del gusto nel bambino e preferenze alimentari: il ruolo dell'Esposizione" in "The Oxford Handbook of Eating Disorder". Editor in Chief.
- Wilksch, (2009) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief.
- Winnicott (1958) in "Ipnosi nei Disturbi del Comportamento Alimentare".
- Wisotsky (2003) "Influenze Genetiche sull'Eating ed il Disturbo Eating" in "The Oxford Handbook of Eating Disorders". Editor-in- Chief. Edited by W.Stewart Agras.