

La psicoterapia ipnotica neoricksoniana nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

22 novembre 2015

Dr. Carlo Jamoletti



Euripide narra che Fedra si era innamorata perdutamente del casto Ippolito, il figlio che suo marito Teseo, re di Atene, aveva avuto dal precedente matrimonio con Antiope la regina delle Amazzoni. Fedra si strugge in silenzio ma, giorno dopo giorno, cade in depressione fino a non alimentarsi più.

Persefone, figlia di Demetra e di Zeus, era una vergine che, negando la propria sessualità, preferiva giocare con le amiche e raccogliere fiori. Rapita da Ade divenne, contro la sua volontà, sua sposa. Trascinata negli Inferi le venne offerta della frutta ed ella mangiò senza appetito solo sei semi di melograno.

Se la vicenda di Fedra ci ricorda come la deriva depressiva possa indurre una donna a non alimentarsi, quella di Persefone descrive alla perfezione l'indissolubile legame fra il rifiuto del cibo e quello della sessualità.



Il Cristianesimo medioevale era dominato dal disprezzo del corpo “abominevole rivestimento dell’anima”

La magrezza fisica, in quanto aspetto del corpo purificato, costituiva un requisito indispensabile nel cammino verso la santità.

Nel Medioevo l’ideale mistico-religioso era socialmente condiviso ed il digiuno che le giovani sante anoressiche mettevano in atto suscitava nei contemporanei ammirazione ed approvazione.



La scelta anoressica delle nostre Pazienti va inscritta, invece, in una ottica completamente laica e risponde primariamente al bisogno di diventare magre ed ossute per cancellare un corpo che rimanda ad una femminilità e ad una maternità che per loro è fonte di ansia e di angoscia.

“L’anoressia illumina le difficoltà d’ingresso in un mondo maschilista. La donna anoressica racchiude nel suo sintomo un modo di essere completamente opposto alla risposta flemmatica della sua sorella isterica dell’Ottocento. Non le si addicono i mancamenti, gli svenimenti...invece di cadere svenuta per “fragilità femminile” la donna anoressica oggi, perdendo quelle curve che definiscono la femminilità e il ciclo mestruale, elimina i segnali più espliciti delle sue capacità riproduttive. In sostanza defemminizza il suo corpo”

S. Orbach

- ✓ malattia come espressione di un conflitto
- ✓ “rappresentazione” attraverso il corpo di una dimensione psicologica non consapevole

L’interruzione del ciclo mestruale è una fuga dalla femminilità verso un ruolo tranquillizzante di bambina; l’ingresso nella fase adolescenziale porta nuovi compiti, nuove relazioni da stabilire, aspettative diverse e contrastanti da parte degli altri. La riduzione del peso, con la scomparsa delle forme femminili da poco manifestatesi ed il congelamento, effettivo e simbolico, della sessualità, realizza una regressione ad una fase infantile ben conosciuta e non conflittuale.

A. Crisp

Focault parlava di “corpi docili”, nel suo studio sugli strumenti di coercizione. La coercizione viene esercitata a livello dei movimenti, dei gesti, delle abitudini. Vengono creati schemi di docilità e “docile” è il corpo che per loro tramite può essere sottomesso, utilizzato, trasformato, perfezionato. Si tratta di un potere-senza-re, dove il controllo non ha bisogno di guardie armate, viene esercitato dal basso, incorporato nelle abitudini e nei modi di pensare di tutti i giorni.

Le autrici di scuola femminista affermano che la società occidentale incoraggia le donne a considerare il corpo come un oggetto da controllare e da utilizzare per valutare la propria adeguatezza agli standard sociali.

La “sorveglianza” sul corpo indica uno sguardo verso sè stessi come se si fosse un osservatore esterno ed ha più a che fare con il controllo che con la cura di sè.

L'internalizzazione degli standard culturali sul corpo porta la donna a pensare che coincidano con i propri desideri, riducendo la sua capacità di opporsi alla pressione a conformarsi.



Basta uno sguardo. Uno sguardo che sorveglia, uno sguardo che ciascun individuo, sentendolo pesare su di sè, finirà per interiorizzare al punto di essere l'osservatore di sè stesso.

Così ciascuno eserciterà questa sorveglianza dentro di sè e contro di sè.

N. Elias



Il nostro immaginario è profondamente intessuto di metafore che riguardano il cibo ed il corpo; da sempre l'alimentazione rappresenta una miniera di metafore per spiegare il mondo. Pensiamo al linguaggio: mangiare con gli occhi, nutrirsi di sapere, inghiottire un rospo, etc.

Tuttavia negli ultimi decenni l'alimentazione ha assunto una centralità che prima non aveva, allontanandosi dalla sua funzione principale che è quella connessa alla preparazione di ciò di cui ci nutriamo.

Parafrasando un consueto commento relativo al gioco del calcio, potremmo dire che abbiamo a che fare con una alimentazione parlata piuttosto che giocata. Peraltro è difficile spiegare tanto interesse per il cibo quando l'emergenza cibo è finita (per quanto riguarda il mondo occidentale, si intende).



Le idee di grasso e di magro sono diventati degli attrattori di significato che non necessariamente hanno con essi una relazione logica.

La scrittrice Susan Sontag afferma che le malattie, al di là della loro fenomenologia biologica, assumono talvolta una consistenza metaforica che finisce per caratterizzare la cultura di una società. La malattia, dice la Sontag, era per i Greci espressione della collera divina contro l'imprudenza degli uomini, con il Cristianesimo diventa punizione per un peccato.



Quali significati veicolano i disturbi alimentari?

Il successo da sfoggiare non è più l'oggetto ma ha a che fare con la capacità di gestire la propria forma fisica, migliorare la capacità di relazione, correggere le imperfezioni del corpo.

Nei disturbi alimentari si radicalizza il passaggio del cibo da valore d'uso a valore di consumo, per cui l'alimento diventa strumento, il gusto viene perduto e la sensorialità alterata, Come conseguenza abbiamo una drammatizzazione del rapporto con i consumi, caratterizzato da un'angoscia crescente nei confronti di ciò che ingeriamo.

L'ostentazione della salute va di pari passo con l'utilizzo del corpo come simbolo di status sociale. Il corpo è considerato qualcosa da correggere e trasformare a propria discrezione attraverso diete, attività fisica, cosmesi e chirurgia estetica.

L'imperativo è sempre quello dell'ottimizzazione di sé sempre e comunque, a qualsiasi età e a qualunque costo.

SALUTE, BELLEZZA E PERFORMANCE



L'anoressia rappresenta metaforicamente l'accettazione e nel contempo il rifiuto del nostro attuale modello di vita.

Accettazione perchè ne coglie alla lettera tutti gli imperativi: l'omologazione del corpo ai modelli propagandati dai media, l'ideologia della performance, le inquietudini salutiste.

Rifiuto perchè, allo stesso modo, prevede un ritiro dalla competizione sociale, una regressione all'infanzia, l'isolamento sociale, la tangibile impossibilità di rispondere alle aspettative.

Permette di mantenere l'atteggiamento remissivo proprio di chi è attento a non deludere nessuno, pur sviluppando un'incredibile aggressività nei confronti dei genitori e degli adulti in genere (oltre che di sé stessi), rifiutando il loro modello di vita, il loro cibo e, sostanzialmente, attentando alla vita della loro figlia. Il fatto che aggressore e vittima siano la stessa persona è assolutamente voluto.

Dal punto di vista nosografico, I disturbi del comportamento alimentare possiedono una loro specificità per gravità, incidenza, invalidazione psicologica e psichica. I pazienti spesso sono un melange di diversi quadri psicopatologici e molti di essi celano quadri di disturbi di personalità, assetti psicotici, quadri depressivi ed immane assetto di tipo ossessivo compulsivo. In generale, le caratteristiche depressive si osservano con maggiore frequenza nelle persone con episodi bulimici, mentre quelle ansiose sono più comuni in quelle con elevati livelli di restrizione.

“Un giorno lessi su una rivista che per stare bene in salute non bisognava mangiare sempre gli stessi cibi. Da quel giorno sono ossessionata dalla paura di non variare abbastanza la mia alimentazione. Non mangio, ad esempio, nello stesso giorno, grano tenero e grano duro. Lo stesso vale per l’olio: se condisco un cibo con l’olio di semi, per un altro alimento devo utilizzare, ad esempio, l’olio di mais o quello di girasole. Se mangio una pizza margherita, quel giorno mica posso mangiare nuovamente la mozzarella. Conosco quattordici tipi di cereali, e li prendo sempre in giorni diversi. Sono così fissata che quando il mio medico mi ha dato del Supradyn ho telefonato alla Roche per sapere che tipo di eccipiente conteneva. Quando ho scoperto che conteneva amido di mais non l’ho preso. Mica posso mangiare ogni giorno mais.”

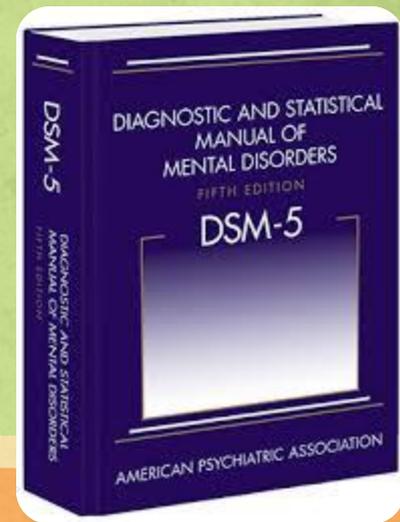


La classificazione del DSM-5 riconosce diverse categorie diagnostiche; in realtà quello che colpisce quando si incontrano persone affette da disturbi dell'alimentazione è la loro somiglianza.

In particolare, tutti i disturbi condividono la maggior parte delle caratteristiche cliniche.

In quasi tutti i pazienti è presente l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo e cioè la tendenza a giudicare il proprio valore in modo predominante o esclusivo in termini di peso e forma del corpo. Tale caratteristica è osservata solo in questi disturbi e per tale motivo è chiamata **psicopatologia specifica o centrale**.

L'espressione più caratteristica dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo è **l'estrema preoccupazione per il peso**.



Specifica: presente solo nei disturbi dell'alimentazione

Centrale: la maggior parte delle caratteristiche cliniche osservate negli individui con DA deriva direttamente o indirettamente da essa; per ottenere una remissione duratura dei DA è necessaria la sua modificazione.

Questo sistema di autovalutazione è disfunzionale per tre motivi:

- ✓ È rischioso valutare sè stessi in un solo dominio (se si fallisce nel controllare il peso o la forma del corpo crolla l'intero sistema di autovalutazione)
- ✓ Non si riesce mai ad avere successo, perchè non si è mai abbastanza magri o ad avere una forma del corpo perfetta
- ✓ La focalizzazione esclusiva sulla forma del corpo e sul peso marginalizza altre aree della vita, riducendo gli interessi dell'individuo solo al corpo ed elude inevitabilmente un impegno in altri domini importanti (relazioni interpersonali, lavoro, scuola...)



Un'altra espressione è la preoccupazione per la forma del corpo che spiega i continui comportamenti di check (es. misurare parti del corpo); a volte si manifesta un vero disprezzo nei confronti del proprio corpo, che si esprime evitando di guardarsi o di farsi guardare.

Altre espressioni della psicopatologia specifica sono il sentirsi grassa/o, la continua ricerca della magrezza e la paura di ingrassare che non si mitiga con la perdita di peso.

L'eccessiva valutazione del peso e della forma corporea spiega anche i comportamenti finalizzati a modificare il bilancio energetico: dieta ferrea, attività fisica eccessiva e compulsiva, vomito autoindotto e uso improprio di diuretici e lassativi.



Gli studi longitudinali che seguono i pazienti da tempo hanno osservato una frequente migrazione dei disturbi dell'alimentazione da una categoria diagnostica all'altra.

H. Bruch mette in evidenza la crisi del paradigma psicoanalitico e allarga l'angolo di osservazione dall'*intrapsichico* all'*interpersonale*, in particolare focalizzandosi sulle interazioni madre-bambino, sulle relazioni primarie in genere che, se non correttamente gestite, potrebbero determinare i prodromi del futuro disturbo alimentare.

Nel suo libro *Eating disorders*, pubblicato nel 1973, ipotizza che la causa dei disturbi alimentari sarebbe da attribuire ad una cattiva discriminazione delle sensazioni fisiche, dell'immagine del corpo; secondo questa studiosa alcune persone mangiano invece di adirarsi o di dare libero sfogo al loro dolore proprio perchè incapaci di operare una distinzione fra sensazioni corporee e reazioni emotive.

Per la Bruch la capacità di interpretare queste sensazioni come la fame non è innata e perchè il bambino impari a discriminare i propri bisogni occorre che la madre sappia interpretarli nel modo più congruo.

La Bruch rimane comunque ancorata ad un paradigma lineare, che presume che il comportamento di un individuo venga innescato da altri e si sofferma sugli accadimenti del passato del soggetto.

L'approccio sistemico propone invece il paradigma circolare, teoria che mette al centro della propria osservazione le influenze reciproche tra le persone ed il ruolo del sintomo come mantenimento "omeostatico" di un sistema. Secondo il modello sistemico il paziente sviluppa un sintomo in relazione a disagi del sistema comunicativo, che vengono quindi espressi attraverso la malattia. La cura è rivolta all'intero sistema familiare, mirando a modificarne l'equilibrio.



Dinamica familiare legata allo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare:

- ✓ iperprotezione/disimpegno
 - ✓ mancanza di supporto nella ricerca di autonomia dei figli
 - ✓ comunicazione carente
-
- ✓ espressione dei sentimenti limitata
 - ✓ elevati livelli di conflitto e ostilità
 - ✓ elevata incidenza di disordini affettivi negli altri familiari

Una limitata capacità di elaborazione simbolica costringe nel tempo ad affidare al corpo il compito di rappresentare l'effetto delle proprie esperienze emotive. Un DA può essere inteso come il tentativo di stabilire un riparo, una soluzione ad esperienze di profonda angoscia determinate dalla difficoltà di elaborare le proprie esperienze emotive. Riuscire attraverso il controllo del cibo (e della fame) a ricondurre il corpo in proprio potere ristabilisce così un equilibrio almeno temporaneo; l'angoscia scompare e lascia il posto ad un senso di efficacia.



La scelta del vomito come sintomo bulimico si inserisce all'interno di strutture psicopatologiche che si intersecano con particolari strutture familiari. La patologia bulimica può essere considerata come una sostituzione del materno con un eccesso di cibo.

Nelle prime fasi dello sviluppo, è mancata a queste pazienti la funzione materna ordinatrice che ritma l'assunzione del cibo ed il soddisfacimento della fame, abituando il bambino a sopportare l'attesa e la rinuncia.

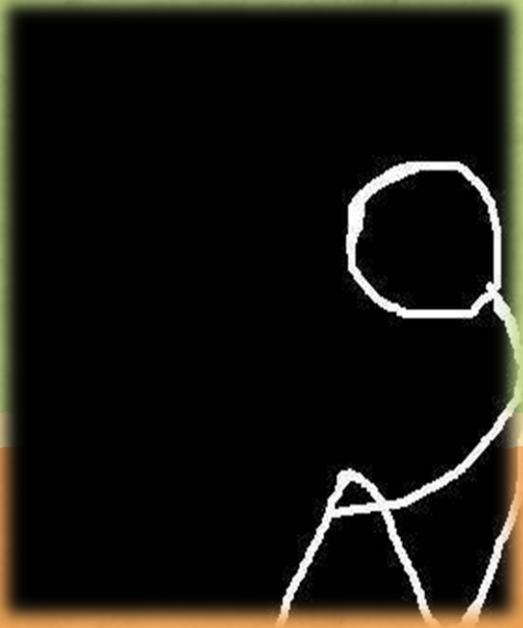
Attraverso l'alimentazione la madre insegna al piccolo a discriminare tra piacere e a tollerare frustrazioni; là dove questo elemento ordinatore appartenente alla funzione materna è stato sostituito da una totale accondiscendenza, da un dare sempre "tutto e subito" si pongono le basi per quello che sarà in seguito il comportamento bulimico.



I problemi scaturiti da tale atteggiamento si aggravano ulteriormente quando l'accondiscendenza è associata a regole contraddittorie impartite dai genitori, dietro le quali si nascondono tematiche affettive ambivalenti: desideri fusionali e tendenze espulsiuve rifiutanti, che saranno poi rappresentate dalla contraddittorietà del comportamento bulimico in cui coesistono un ingoiare e un espellere.



La ricerca disperata di magrezza è una condizione di ansia stabile, pervasiva, incessante, persecutoria di essere/diventare grasse. Soltanto la “fuga” verso la magrezza può attenuare questa ansia di proporzioni simili all’angoscia di frammentazione del Sè. Quando noi tentiamo di frenare questa fuga con il trattamento le pazienti diventano ancora più angosciate.



Quanto più la relazione terapeutica diventa profonda tanto più emergono dei sentimenti vissuti come vuoto, difettosità, bruttezza, colpa, mostruosità, inadeguatezza, diversità.

Come vengono allora recuperati il senso positivo di Sè e l'autostima?

La corsa verso l'ideale magrezza è il grande sogno, la cura magica che dovrà realizzare un nuovo Sè positivo, potente, onni-controllante, autosufficiente attraverso la rinascita in un nuovo corpo disincarnato senza più bisogni.

La ragazza anoressica cerca la magrezza per realizzare un nuovo Sè positivo da sostituire al Sè negativo ma anche per distruggere il suo corpo reale che contiene il Sè negativo.

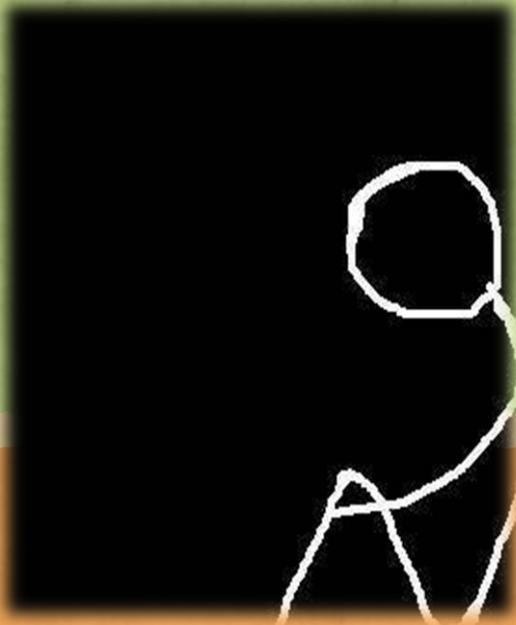


Il senso di vuoto è un'esperienza fenomenologica ricorrente nei DA; diversi Autori ritengono che questa possa rappresentare una sorta di strategie di evitamento in situazioni di marcata sofferenza soggettiva.

Come fare se lo stimolo temuto è rappresentato dalle proprie emozioni? Si prova a rimpiazzare le emozioni negative con dolore fisico (autolesionismo), stordimento (abuso di alcol e/o sostanze), euforia (compiere azioni pericolose) o gratificazioni fisiche (rapporti sessuali promiscui).

Questo meccanismo trova molta affinità con il ricorso alle abbuffate; la comparsa di un'emozione negativa intensa porta a ricorrere al cibo come mezzo per bloccarla e non percepire più nulla.

*"finestra emozionale stretta" per i pazienti affetti da
BED*



L'immagine corporea

Concetto sviluppato dai neurologi ai primi del Novecento per descrivere la sintomatologia dell'arto fantasma.

Fu Schilder nel 1935 a usare per primo il termine immagine corporea per indicare l'incontro di input percettivi, contesto socio-culturale ed elaborazione psicologica.

Il disturbo dell'immagine corporea viene considerato dalla Bruch come il primo sintomo dell'anoressia; la *dispercezione corporea* rappresenta in qualche modo lo "zoccolo duro" della psicopatologia del DA.

Un aspetto che colpisce è che riguarda soltanto il proprio Sè corporeo, mentre rispetto al corpo altrui la percezione rimane corretta anche in stadi avanzati della malattia.



In un certo senso si potrebbe dire che il corpo viene trattato alla stregua di un oggetto interno. Ma è un oggetto interno mai veramente integrato, in fondo sempre vissuto come estraneo, alienato da Sè; vi è una proiezione dell'oggetto cattivo sul corpo che diventa nemico da controllare attraverso la restrizione o l'evacuazione.

Il lavoro terapeutico è quello di diminuire il terrore paralizzante di fronte alle emozioni, in particolare i vissuti inerenti il corpo, aprendo spazi al loro riconoscimento, pensabilità e rappresentazione.

I vissuti emotivi temuti possono essere allora sperimentati in una relazione affettiva e protetta.



STORIE

Data la multifattorialità della patogenesi dei disturbi del comportamento alimentare il loro trattamento deve essere necessariamente di tipo integrato.

Per permettere ai pazienti di identificare le dinamiche sottostanti ai sintomi, di potenziare l'efficacia delle strategie di coping rispetto alla patologia e di modificare il proprio vissuto rispetto al corpo sono state utilizzate tecniche di ipnosi indiretta.

Il rationale dell'ipnosi è quello di poter fornire ai pazienti un comportamento alternativo; inoltre possono essere modificate anche le immagini, le associazioni di idee ed i messaggi comunemente presenti nei processi di pensiero di questi soggetti.



Quando i pazienti sono in grado di provare sensazioni di rilassamento e di calma vengono proposte induzioni per aumentare la fiducia in sè ed il senso di sicurezza, particolarmente deficitari in questo tipo di soggetti.



L'incorporazione delle tecniche ipnotiche caratteristiche dell'approccio neoericksoniano può avere importanti vantaggi per quel che riguarda le esperienze dissociative e l'espressione di esperienze corporee positive.



Copyright © *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*
ISSN: 0020-7144 print / 1744-5183 online



EFFICACY OF HYPNOTHERAPY IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS

MARIANNE BARABASZ

Washington State University, Pullman, Washington, USA

Research revealing that women with bulimia demonstrate high levels of hypnotizability (Barabasz, 1991; Covino, Jimerson, Wolfe, Franko, & Frankel, 1994; Pettinati, Horne, & Staats, 1985) has spurred particular research interest in its use in the treatment of bulimia. In 1988, Vanderlinden and Vandereycken reviewed the status of research on the use of hypnosis in the treatment of bulimia and anorexia. They observed that most studies employed a multidimensional approach and noted that the findings were frequently anecdotal, reflected clinical observation, had small sample sizes and frequently did not provide follow-up data. Other limitations cited were failure to report or inadequate reporting of client characteristics, assessment procedures, hypnotic inductions, and the specific hypnotic suggestions/scripts employed. These are limitations that would prevent the treatments from being labeled efficacious. Unfortunately, 18 years later, many of these criticisms remain unaddressed.

Griffiths identifies a goal and provides a script for the hypnotic suggestions employed.

The aims of the positive suggestion in hypnosis are: 1) to enhance self control over bingeing and purging; 2) to reinforce changes in eating habits; 3) to reinforce advice on establishing normal eating habits given in Stage 1; 4) to increase control over problem situations which precipitate bingeing and purging; 5) to enhance self-esteem and relaxation and 6) to encourage increasing participation in social situations which may have previously been avoided. (p. 34)

Barga and Barabasz (in press) compared CBT and CBT plus hypnosis (CBT+Hyp) in the treatment of women with bulimia. Thirty women participated in the study and were alternately assigned to treatments so that each treatment group originally had 15 participants who met *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition (*DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994) criteria for bulimia. Participants were recruited over a 2-year period. Due to attrition, the total number of treatment completers included in treatment comparisons and pre- and postfollow-up analyses was 14 (CBT+Hyp: $n = 8$; CBT: $n = 6$).

Data on binge frequency and compensatory behavior frequency were collected at pretreatment, posttreatment, and 3-month follow-up with the EDE-Q and the WBSS. Body shape concern and weight concern were assessed at these times via the EDE-Q. Repeated measures MANOVAs showed a statistically significant effect from pretreatment to posttreatment for both groups on all variables and statistically significant lower binge frequency at posttreatment among the CBT+Hyp group than among the CBT group. Between-treatment nonparametric analyses revealed significantly less binge frequency and compensatory behavior frequency at posttreatment among the CBT+Hyp group than among the CBT group. Within-treatment analyses conducted with the CBT+Hyp participants indicated statistically significant improvement on all measures from pretreatment to posttreatment and pretreatment to 3-month follow-up.

HYPNOTHERAPY IN THE MANAGEMENT OF OBESITY AND WEIGHT REDUCTION

Bolocofsky, Spinler, and Coulthard-Morris (1985) compared the effectiveness of a behavioral treatment and a behavioral treatment plus hypnosis on weight loss.

Both treatments resulted in a significant weight loss from initial to final sessions. The behavioral plus hypnosis group demonstrated a significant additional amount of weight loss at 8-month and 2-year follow-ups. Little additional change was demonstrated by the behavioral group. The authors concluded that “hypnosis may have served as an effective motivator for subjects to continue practicing the more adaptive eating behaviors acquired during treatment” (p. 40).

Kirsch, Montgomery, and Saperstein (1995) conducted a meta-analysis of studies comparing CBT with and without hypnosis. The results of their meta-analysis indicated that “hypnosis substantially enhanced treatment outcome, so that the average client receiving cognitive-behavioral hypnotherapy showed greater improvement than at least 70% of the clients receiving nonhypnotic treatment” (p. 214).

HYPNOTHERAPY IN THE MANAGEMENT OF ANOREXIA

Early in treatment hypnosis interventions were specifically designed to enhance the client's personal sense of power, to increase capacity for autonomous functioning, to support the therapeutic alliance, to provide a sense of ego support that leads to mastery and expectations for success.

Corrections in body-image distortion were seen as closely associated with the issue of integration or an appropriate and mature sense of personal identity. The use of hypnosis to explore negative affect and distorted attitudes toward eating was discussed. When body imagery and general identity integration were improved, clients' general capacity for mastery was enhanced.