

INDICE

RIASSUNTO	3
INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1.....	6
I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE:	6
ANORESSIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA.....	6
1.2 Anoressia nervosa	7
1.2.1 Cenni storici	7
1.2.2 Eziologia	8
1.2.3 Descrizione	9
1.2.4 Diagnosi e caratteristiche cliniche	10
1.2.5 Diagnosi differenziale.....	10
1.2.6 Decorso e prognosi	10
1.3 Bulimia Nervosa	12
1.3.1 Cenni Storici	12
1.3.2 Eziologia	13
1.3.3 Descrizione	13
1.3.4 Diagnosi e caratteristiche cliniche	14
1.3.5 Diagnosi differenziale.....	14
1.3.6 Decorso e prognosi	14
1.4 In sintesi	15
CAPITOLO 2.....	17
PSICOTERAPIA DELLA GESTALT	17
2.1 Dalla psicologia... ..	17
2.2 ...alla psicoterapia della Gestalt	18
2.3 Il confine di contatto	19
2.4 Il sé.....	22
2.4.1 La funzione-io.....	23
2.4.2 La Funzione-es.....	24
2.4.3 La funzione-personalità	25
2.5 La consapevolezza	26
2.6 Le interruzioni del ciclo di contatto	28
2.6.1 La Confluenza.....	29
2.6.2 L'Introiezione	29
2.6.3 La Proiezione	30
2.6.4 La Retroflessione	30
2.6.5 L'Egotismo	31

2.7 In sintesi.....	31
CAPITOLO 3.....	33
PSICOTERAPIA DELLA GESTALT NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	
ALIMENTARE	33
3.1 La psicoterapia della Gestalt e i Disturbi del Comportamento alimentare	33
3.3 Psicoterapia della Gestalt nell'Anoressia Nervosa	34
3.3.1 La confluenza nell'Anoressia Nervosa	34
3.3.2 L'introiezione nell'Anoressia Nervosa	35
3.3.3. La proiezione nell'Anoressia Nervosa.....	36
3.3.4 La retroflessione nell'Anoressia Nervosa.....	36
3.3.5 L'Egotismo nell'Anoressia Nervosa.....	38
3.4 Psicoterapia della Gestalt nella Bulimia Nervosa.....	39
3.4.1 La confluenza nella Bulimia nervosa.....	39
3.4.2 L'introiezione nella Bulimia Nervosa.....	40
3.4.3 La proiezione nella Bulimia Nervosa	41
3.4.4 La retroflessione nella Bulimia Nervosa	41
3.4.5 L'egotismo nella Bulimia Nervosa	42
3.5 In sintesi.....	43
CAPITOLO 4.....	44
RIFLESSIONI GESTALTISTICHE IN MERITO ALL' ANORESSIA NERVOSA E	
ALLA BULIMIA NERVOSA.....	44
4.1 La Confluenza.....	44
4.2 La Retroflessione	45
4.3 L'Introiezione	46
4.4 La Proiezione	47
4.5 In sintesi.....	48
CONCLUSIONI	50
BIBLIOGRAFIA	58
Pagine web consultate:.....	60

RIASSUNTO

Con questo elaborato si analizzeranno e valuteranno i due più importanti e frequenti disturbi del comportamento alimentare, Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, secondo l'ermeneutica della psicoterapia della Gestalt.

Nel primo capitolo si è introdotto il concetto di Disturbo del Comportamento Alimentare, prestando maggior attenzione soprattutto ad Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa.

Per entrambi, partendo da alcuni cenni storici, sono state approfondite le origini, le descrizioni, le diagnosi, anche differenziali, i decorsi e le prognosi dei disturbi, prendendo in considerazione diverse prospettive teoriche.

Si è così risalito all'origine traumatica dei disturbi, alle diverse metodiche messe in atto dai pazienti allo scopo di controllare il peso corporeo, alle diverse modalità di manifestazione delle malattie, giungendo alla formulazione di prognosi che nel caso dell'Anoressia Nervosa sono al quanto altalenanti ed infauste, mentre per la Bulimia Nervosa sono abbastanza buone (anche remissione completa).

Nel secondo capitolo si è fatta una rapida, ma a ogni modo, dettagliata introduzione alla psicoterapia della Gestalt, per introdurre il terzo capitolo si sono analizzati i due principali disturbi dell'alimentazione utilizzando un'ermeneutica tipicamente gestaltica.

Per entrambi i disturbi, infatti, si sono analizzate le resistenze in ogni dettaglio, cercando di farne risaltare le caratteristiche principali.

Nell'ultimo capitolo si sono considerate, sempre in ottica gestaltistica, quelle che sembrano essere le resistenze maggiormente adottate dai soggetti portatori dei due più frequenti disturbi dell'alimentazione.

Alla fine sembra trasparire il compito che spetta al terapeuta della Gestalt: lavorare sulla consapevolezza del paziente.

Nelle conclusioni sono stati riportati alcuni spezzoni *verbatim* di un colloquio psicoterapeutico per confutare le ipotesi sviluppate in precedenza.

INTRODUZIONE

È stata scelta questa particolare psicoterapia perché essendo tuttora relativamente giovane, infatti è stata fondata solamente nel 1951, offre ancora molte possibilità di lettura sia per disturbi psicologici, sia per i disturbi psichiatrici; non deve essere dimenticato, infatti, che i disturbi del comportamento alimentare sono dovuti prima a, o sfociano poi in, in molti casi, complessi sindromici psichiatrici che non vanno assolutamente posti in secondo piano.

La relativa giovane età della psicoterapia della Gestalt si offre pertanto a nuove interpretazioni di questi particolari disturbi, ciò è dimostrato anche dalla scarsità di materiale bibliografico inerente l'argomento, in commercio o presente all'interno delle riviste, che prediligono interpretazioni psicoanalitiche o cognitivo-comportamentali, più sicure e scientificamente più affidabili, a teorie nuove e ancora non dimostrate e che non offrono certezze di successo.

La scelta di questa psicoterapia è ricaduta inoltre sulla particolare fenomenologia che la regola. Infatti, se la fenomenologia pone al centro della sua ricerca l'*epokè* come luogo, il riconoscimento della intenzione come scopo, la sensazione come viaggio, in quanto mezzi per tornare al senso di sé e del proprio rapporto con il mondo, la Gestalt erge al centro del suo agire psicoterapeutico tre elementi che ne costituiscono il corpo pulsante e realizzano un *continuum* fenomenologico nei processi di crescita personale: il contatto, l'espressione, la creatività (fonte: <http://www.istiutuohermes.it/pre.asp>).

Il contatto emotivo costituisce un potente attivatore di conoscenza del proprio mondo interno e delle emozioni che ne costituiscono la tessitura; l'espressione delle proprie istanze emozionali realizza il prendere coscienza delle intenzioni contenute nel processo emotivo, quindi il riconoscere i profili del progetto in esse contenuto; la creatività rappresenta il processo attraverso cui il progetto si trasforma in azione, creando forme fino ad allora inesistenti nella propria vita.

L'uomo viene osservato *in toto*, nelle interazioni con l'ambiente, nelle relazioni interpersonali e nelle proprie relazioni interne, per questo la psicoterapia della

Gestalt può esser anche definita come terapia delle relazione “Io-Tu”, “Organismo/Ambiente”.

Queste sono le premesse che hanno dato luogo alle tesi che si sono sviluppate in questo elaborato, i disturbi del comportamento alimentare verranno valutati in base ai criteri diagnostici più psicologici riportati dai due principali manuali diagnostici, il DSM-IV (APA, 1994) e l’ICD-10 (OMS, 1993), e in base alle caratteristiche di relazionalità che i soggetti anoressico-bulimici sviluppano.

Nel primo capitolo verranno trattati Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, nel secondo capitolo si introdurrà la psicoterapia della Gestalt, nel terzo e quarto capitolo si proverà a valutare i due principali disturbi utilizzando l’ermeneutica gestaltistica, prendendo in considerazione tutte le interruzioni del ciclo di contatto prima, approfondendo poi solo quelle che sembrano più indicative per Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, cercando di fornire delle indicazioni terapeutiche. Nelle conclusioni verrà riportato *verbatim* un colloquio terapeutico di Margherita Spagnuolo-Lobb (1985) il cui obiettivo è quello di confermare le ipotesi supposte nei capitoli precedenti.

Nota dell’autore:

In questo elaborato il lettore incontrerà spesso l’utilizzo del condizionale; si è scelta questa forma grammaticale/verbale per due ordini di motivi:

1. trattando di psicopatologia (e più in generale di psicologia) è idea di chi scrive che l’utilizzo del condizionale permetta di non cadere nell’errore di usare il “potere” e il “dovere” ma il “potrebbe” e il “dovrebbe” quando il protagonista/soggetto è una persona;

2. la letteratura gestaltista in tema di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa è molto scarsa e molte valutazioni riportate alle pagine che seguono sono il frutto di riflessioni e di un ragionamento sulla bibliografia, che spesso non si basa su dati sperimentali certi.

CAPITOLO 1

**I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE:
ANORESSIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA**

1.1 I disturbi del comportamento alimentare

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) possono essere definiti come comportamenti disadattivi finalizzati al controllo del peso corporeo che danneggiano la salute fisica, il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.

Tali disturbi sono descritti nei due principali manuali diagnostici il *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder, DSM-IV* dell'American Psychiatric Association (APA, 1994), e *l'International Classification of Diseases, ICD-10* (OMS, 1993) della World Health Organisation, e vengono da entrambi così classificati:

1. Anoressia Nervosa (AN);
2. Bulimia Nervosa (BN);
3. Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder, BED);
4. Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (NAS)¹.

Lo sviluppo di questi disturbi è visto come un processo nel corso del quale la presenza di determinati fattori di rischio crea una predisposizione ad ammalarsi, per cui alcuni soggetti divengono più vulnerabili a un DCA (Vanderlinden, Vandereycken, 1998).

I fattori che determinano lo sviluppo di un DCA possono essere diversi e molteplici. In particolare, come spesso è riportato dagli stessi pazienti, sono soprattutto le situazioni stressanti e traumatiche i principali fattori scatenanti per il loro disturbo, tra cui ricordiamo:

- essere donna: infatti, una donna è molto più soggetta al culto della magrezza rispetto ad un uomo (l'incidenza è di 20 a 1, Kaplan, Sadock, 2001);

¹ Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) e i Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (NAS) non verranno trattati in questo lavoro.

- età compresa tra i 15 e i 35 anni;
- sottoporsi a diverse diete restrittive in condizioni di soprappeso;
- aver subito abusi o traumi in età infantile o adolescenziale (Vandereycken, 1998; Brusa e Senin, in ABA, 2000);
- essere cresciuti in una famiglia che non è stata in grado di trasmettere fiducia in se stessi e autostima, unitamente all'incapacità di elaborare le emozioni (Minuchin, Rosman, Baker, 1980);
- perdita di un familiare o di una persona cara;
- separazione dalla famiglia d'origine (per cause dovute a studio o lavoro);
- fine di una relazione affettiva.

Sembra che la concorrenza di 2 o più di questi fattori sia in grado di creare una predisposizione a soffrire di un DCA.

L'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN) sono malattie psicosomatiche molto complesse poiché interessano sia la psiche che il corpo; entrambe sono caratterizzate da un errato rapporto con il proprio corpo e il cibo (Recalcati, 1997).

1.2 Anoressia nervosa

1.2.1 Cenni storici

L'identificazione dell'Anoressia Nervosa come entità clinica a sé stante risale al 1873, anno in cui il medico inglese William Withney Gull e il letterato e medico francese Ernst Charles Lasègue, partendo da osservazioni compiute in ambienti ed esperienze diversi, approdarono alla medesima conclusione studiando un certo numero di giovani donne che inesorabilmente e a dispetto di qualsiasi tentativo di terapia (dell'epoca) cessavano di alimentarsi.

All'inizio fu Gull a prendersi il merito della scoperta della malattia, relegando Lasègue al ruolo di comprimario, infatti, Gull, ad un convegno del 1-XI-1873 andava affermando che essendo il francese giunto alle sue stesse conclusioni, non poteva che confermare le sue ipotesi e le sue conclusioni. Egli dava però a Lasègue il merito di aver attribuito alla malattia un nome più corretto del suo *Apepsia*, quello di *Anorexia* (Gull, 1873).

Entrambi i medici riportano gli stessi sintomi dei giorni nostri; Gull focalizza la

propria attenzione principalmente sull'irrequietezza, il bisogno di muoversi in continuazione, la resistenza alla cura e soprattutto alla totale mancanza di consapevolezza della malattia, senza però tener conto dell'eccitazione maniacale, e ipotizzando più volte la diagnosi di disturbo del nervo pneumogastrico. Lasègue invece di utilizzare solamente terminologie mediche preferì descrivere la malattia come una delle infinite variazioni delle *Isterie*, infatti, la chiama *Anorexia* invece che "*Inanizione Isterica*", anche se quest'ultima, come egli scrive "coglie meglio le caratteristiche principali del disturbo" (Lasègue, 1873, pag. 63).

Il termine *Anorexia* viene perciò assunto in generale allo scopo di descrivere uno stato patologico, senza avere alcun corrispondente fisiologico. "La conseguenza", scrive Lasègue, "è che possiamo esprimere solo le variazioni di massimo grado dell'inappetenza"(Lasègue, 1873, pag. 63).

Entrambi dicono che la malattia (ancora non si considerava l'Anoressia un disturbo) ha inizio da un forte trauma che nella maggior parte dei casi ha origini affettive, ma solo il francese lo ascrive tra le cause principali della malattia, il che lo porterà a dichiarare l'origine traumatica della malattia, e quindi a dire che, oltre alle cure mediche, le pazienti hanno bisogno anche di un "trattamento morale". La cosa curiosa è che, oltre a Gull, anche tutti i medici d'Inghilterra intervenuti al convegno ai quali era capitato di avere in cura pazienti che presentavano tale disturbo, avevano capito l'origine dolorosa di questa malattia, ma non avevano iscritto il trauma tra i fattori principali dello sviluppo. Solo nel 1878 Gull giungerà a dire "ritengo che la mancanza di appetito sia dovuta a uno stato mentale morboso" e ancora "ritengo che l'origine sia centrale e non periferica" (Gull, 1878, pag. 92).

1.2.2 *Eziologia*

All'origine della malattia sembrano partecipare molteplici fattori:

1. Fattori biologici: alcuni studi hanno confermato che l'uso di oppiacei riduce la fame.

La cachessia causa varie modificazioni biochimiche, alcune delle quali presenti anche nella depressione; essa inoltre causa l'amenorrea che riflette la diminuzione del livello di alcuni ormoni (luteinizzante, follicolo-stimolante, gonadotropo) (Kaplan, Sadock, 2001).

2. Fattori sociali: giacché la società attuale ripone molta enfasi sulla magrezza e

sull'esercizio fisico, le pazienti affette da AN trovano nel mondo esterno il sostegno per le loro pratiche. Si è inoltre scoperto che le famiglie, in cui vi sono figli che soffrono di AN, presentano elevati livelli di ostilità, caos, isolamento e bassi livelli di empatia e partecipazione.

3. Fattori psicologici: l'AN è vista come una reazione alla richiesta adolescenziale, soprattutto posta alle donne, di aumentare l'indipendenza e l'attività sociale. Le preoccupazioni adolescenziali vengono sostituite con quelle per il cibo e l'ingrassare, quest'ultima vissuta come un'ossessione. Secondo alcuni psicanalisti (Bruch, 1978; Recalcati, Zuccardi Merli, 2006), questo tipo di paziente non è in grado di separarsi psicologicamente dalla madre, vive quindi il proprio corpo come abitato da una madre introiettata, invadente e non empatica. La deprivazione del cibo può allora rappresentare l'inconscia volontà di fermare la crescita dell'oggetto interno, tentando di distruggerlo. Alcune pazienti dicono di provare desideri orali avidi e inaccettabili, tali da dover essere sconfessati attraverso la proiezione. Tutto ciò può essere interpretato come il segnale del fallimento del processo di integrazione delle parti della personalità in sviluppo, nel processo di costruzione e individuazione dell'identità (Ferrari, 1994). L'aspetto alimentare può risultare espressivo di paure contenenti qualità alimentari: l'essere smembrati, divorati ed evacuati (Anzieu, 1976).

1.2.3 Descrizione

L'Anoressia Nervosa (AN) è un disturbo in cui la paziente (ci riferiremo sempre al femminile perché l'incidenza della casistica maschile è inferiore al 5%) rifiuta di mantenere il proprio peso corporeo entro i limiti inferiori al normale, è caratterizzata da un'intensa paura di aumentare di peso e da un'interpretazione errata del proprio corpo e della propria immagine, il che la conduce a negare il proprio stato di dimagrimento estremo. Il disturbo è maggiormente presente nelle donne che negli uomini e si sviluppa tra i 12 e i 25 anni, con un picco di frequenza tra i 14 e 18 anni (Kaplan, Sadock, 2001).

Gli episodi di AN, secondo il DSM-IV, si dividono in due tipi: il tipo con restrizioni, in cui la paziente riduce gradualmente l'assunzione di cibo, senza presentare abbuffate o condotte di eliminazione (vomito autoindotto o uso di lassativi e diuretici); il tipo con abbuffate/condotte di eliminazione, durante le quali il

soggetto presenta regolarmente abbuffate (soggettive) seguite da condotte di eliminazione.

1.2.4 Diagnosi e caratteristiche cliniche

I criteri diagnostici più ampiamente utilizzati oggi per la diagnosi di Anoressia Nervosa sono quelli descritti nell'*ICD-10* (OMS, 1993) (tab. 1) e nel *DSM-IV* (APA, 1994) (tab. 2).

1.2.5 Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale dell'Anoressia Nervosa è complicata dalla negazione dei sintomi da parte della paziente, dal segreto che circonda i bizzarri rituali relativi all'alimentazione e dalla resistenza a cercare un trattamento.

I disturbi depressivi e l'AN hanno numerose caratteristiche cliniche comuni, quali la depressione del tono dell'umore, le crisi di pianto, i disturbi del sonno, i pensieri ossessivi e occasionalmente pensieri suicidi; la differenza tra i due disturbi risiede nella diminuzione dell'appetito nel paziente depresso, mentre la paziente affetta da AN afferma di avere un appetito normale e di sentirsi anche affamata. Ancora, nella paziente affetta da AN è viva la preoccupazione di consumare cibi ipercalorici, cosa che non si riscontra in pazienti depressi.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale con la schizofrenia, si deve ricordare che, sebbene i pazienti schizofrenici possano avere deliri riguardanti il cibo, difficilmente si riferiranno al contenuto calorico del cibo stesso, come avviene nelle pazienti anoressiche.

In ultimo, l'AN deve essere distinta dalla Bulimia Nervosa (BN), dove il peso rimane nei limiti della norma e le abbuffate sono oggettive.

1.2.6 Decorso e prognosi

Il decorso dell'AN è assai variabile, ma in generale la prognosi non è buona (da guarigioni spontanee, a guarigioni mediante vari tipi di trattamento sino a casi il cui decorso prosegue con un graduale deterioramento che giunge fino al decesso dovuto alle complicazioni della denutrizione).

In coloro che sono riuscite a ritrovare un peso e una vita normale persiste la preoccupazione per il cibo e il peso corporeo, le relazioni sociali spesso continuano a

essere ancora povere e in molte si manifestano sintomi depressivi. Indicatori di sintomi favorevoli sono il ritorno della fame, nonché l'ammissione di questa e un miglioramento dell'autostima.

Il 30-50% dei casi di pazienti con AN ha alcuni sintomi della Bulimia Nervosa (BN), di solito i sintomi bulimici precedono quelli anoressici.

Criteria diagnostici ICD-10 per l'anoressia nervosa
<p>A. Vi è una perdita ponderale o, nei bambini, un'assenza dell'incremento ponderale che conduce a un peso corporeo almeno del 15% al di sotto di quello normale o atteso per l'età o la statura del soggetto.</p> <p>B. La perdita del peso è autoindotta mediante l'evitamento dei "cibi che fanno ingrassare".</p> <p>C. Vi è una percezione di se stesso come troppo grasso, con un terrore intrusivo della grassezza, per cui il soggetto si impone un limite del peso basso.</p> <p>D. È presente un disturbo endocrino diffuso, che coinvolge l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, il quale si manifesta nella donna come amenorrea e nell'uomo come perdita dell'interesse sessuale. Un'apparente eccezione è la perdita di sanguinamenti vaginali in donne anoressiche che seguono una terapia sostitutiva ormonale, in genere sottoforma di pillola contraccettiva.</p> <p>Note diagnostiche Le seguenti caratteristiche accreditano la diagnosi ma non sono elementi essenziali: vomito auto-indotto, purghe auto-indotte, esercizio fisico eccessivo, uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici. Se l'esordio è prepuberale, la sequenza degli eventi puberali è ritardata o persino arrestata (l'accrescimento cessa, nella ragazza i seni non si sviluppano e c'è amenorrea primaria; nei ragazzi i genitali rimangono infantili). Con la guarigione, la pubertà è spesso portata a completamento in maniera normale, ma il menarca si verifica più tardi.</p> <p>Anoressia atipica Ai ricercatori che studiano le forme atipiche di anoressia nervosa si suggerisce di decidere da soli il numero e il tipo dei criteri da soddisfare.</p>

Tab. 1, fonte: Kaplan, Sadock, 2001, pag. 724

Criteria diagnostici DSM-IV per l'anoressia nervosa
<p>A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al livello del peso minimo normale per l'età e la statura (p. es., perdita di peso che porta a mantenere un peso minimo corporeo al di sotto dell'85% di quello atteso; oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita, con la conseguenza che il peso corporeo rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto atteso).</p> <p>B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, anche se si è sottopeso.</p> <p>C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo; eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sull'autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di basso peso corporeo.</p> <p>D. Nelle donne dopo il menarca, amenorrea, cioè, assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorrea se i suoi cicli si manifestano solo a seguito della somministrazione di ormoni, p. es., estrogeni).</p> <p><i>Specificare il tipo</i></p> <p>Tipo con restrizioni: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).</p> <p>Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).</p>

Tab. 2, fonte: Kaplan, Sadock, 2001, pag. 721

1.3 Bulimia Nervosa

1.3.1 Cenni Storici

La sindrome della bulimia nervosa fu definita da Russel solo nel 1979, ma essa trova le sue origini nell'antica Grecia (dal greco *bous*: bue + *limos*: fame): il termine ha avuto per oltre 2000 anni un significato di costante fame patologica, accompagnata da un'eccessiva ingestione di cibi.

Già l'*Anabasi* di Senofonte (428 - 354 a.C.) presenta la bulimia come una condizione di fame estrema accompagnata da debolezza; Galeno (129 - 199 d.C.) elabora il tema dei sintomi bulimici: forte desiderio di cibo, collasso, pallore, estremità fredde, oppressione di stomaco e polso debole; il siriano (ma di derivazione greca) "Libro di Medicina" (200 - 500 d.C.) attribuì il *bolimos* e "*brama canina*" a debolezza di stomaco da freddo, fiacchezza e vuoto.

Da allora fino al XVIII sec. le descrizioni di casi identificati come bulimici sono rare o aneddotiche. In questo secolo James (1743) descrive una costellazione di sintomi facenti parte ad un disturbo detto *boulimos* (attacchi ripetuti di appetito insaziabile con esagerata ingestione di cibo e svenimento conseguente alle abbuffate, con la distinzione dall'"*appetito caninus*" in cui gli episodi di eccesso alimentare sono seguiti da vomito invece che da svenimenti). In seguito, prima Motherby (1785), poi Hooper (1831) distinguono 3 tipi di bulimia: il primo caratterizzato da un puro eccesso alimentare; il secondo dove l'abbuffata è seguita da vomito; e per ultimo quello in cui le crisi alimentari sono associate a perdita di coscienza.

Nel 1869 Blanchet parla della bulimia come di una vera e propria sindrome e la suddivide in 2 tipi: la *cynorexia* in cui il vomito è associato alle crisi alimentari, e la *licorexia* nella quale è presente un accelerato transito intestinale con rapide espulsioni.

E', in ogni modo, verso la fine del XIX sec. che la bulimia è stata associata a disordini della sfera emozionale e mentale (nevrosi e psicosi).

Avvicinandosi di più ai nostri giorni, sappiamo che fino al 1960 l'abbuffata era vista come un sintomo inserito in un insieme di disordini fisici e mentali, ma non come il nucleo di un complesso sindromico a sé stante. Fu proprio negli anni '60 del XX sec. che si inizia ad aprire la strada a quel "nuovo disturbo alimentare" che solamente nel 1980 verrà inquadrato nel DSM-III dell'APA con il nome di Bulimia

Nervosa (Habermas, 1989).

1.3.2 *Eziologia*

L'origine della malattia è da ricercarsi in molteplici fattori:

1. Fattori biologici: dal momento in cui ci si è accorti che gli antidepressivi sono utili nelle pazienti con Bulimia Nervosa, i ricercatori hanno ritenuto che la serotonina e la noradrenalina siano implicate nel disturbo (Kaplan, Sadock, 2001). Inoltre dato che dopo il vomito, le pazienti riferiscono di provare una sensazione di benessere, si è pensato che tale sensazione potesse essere mediata dall'aumento del livello delle endorfine (Kaplan, Sadock, 2001).

2. Fattori sociali: i soggetti affetti da Bulimia Nervosa sono solitamente persone votate al successo e pronte a rispondere alle pressioni sociali che inducono alla ricerca della magrezza. Le famiglie delle pazienti bulimiche presentano al loro interno una maggior frequenza di casi depressivi, le pazienti stesse risultano, a loro volta, affette da depressione; inoltre queste famiglie sono al loro interno meno unite e più conflittuali.

3. Fattori psicologici: le pazienti hanno varie difficoltà dovute alle esigenze adolescenziali, mancano del controllo del Super Io e dell'Io, come invece accade per i soggetti anoressici (Bruch, 1978), ma sono più espansive, colleriche e impulsive delle anoressiche. Le difficoltà dovute allo scarso controllo dell'impulsività sono indicate da una probabile, nonché possibile, dipendenza da sostanze (specialmente alcool), da relazioni sessuali autodistruttive, da episodi di *binge eating* (abbuffate) e le conseguenti condotte di eliminazione, se presenti (Kaplan, Sadock, 2001). Alcuni medici hanno osservato che le pazienti affette da bulimia usano il proprio corpo come oggetto transizionale durante i primi anni di vita. L'assenza di oggetti transizionali è dimostrata dalla difficoltà a separarsi dalle persone che si occupano di loro, e dall'ambivalenza nei riguardi del cibo.

1.3.3 *Descrizione*

La Bulimia Nervosa (BN) è un disturbo in cui le abbuffate della paziente sono associate a modalità inappropriate per impedire l'aumento di peso corporeo. Gli episodi ricorrenti di Bulimia Nervosa (BN) sono accompagnati dalla sensazione di perdita o mancanza di controllo, interrotta solamente da fattori esterni di tipo sociale

o dall'insorgenza di malessere fisico; l'abbuffata è spesso seguita da sensi di colpa, depressione o disgusto per se stessi.

Il soggetto bulimico presenta anche ricorrenti comportamenti compensatori (metodi per "liberarsi") come: vomito autoindotto, uso ripetuto di lassativi o diuretici, digiuno o eccessivo esercizio fisico.

La Bulimia Nervosa è più frequente dell'Anoressia Nervosa, e anche in questo caso l'incidenza è maggiormente preponderante nelle donne che negli uomini, ma ha un esordio più tardivo dell'Anoressia Nervosa, specialmente nell'adolescenza o nella prima età adulta (Kaplan, Sadock, 2001).

1.3.4 Diagnosi e caratteristiche cliniche

I criteri diagnostici più ampiamente utilizzati oggi per la diagnosi di Bulimia Nervosa sono quelli descritti nell'*ICD-10* (OMS, 1993) (tab. 3) e nel *DSM-IV* (APA, 1994) (tab. 4).

1.3.5 Diagnosi differenziale

Non è possibile porre diagnosi di Bulimia Nervosa (BN) se abbuffate e condotte di eliminazione si manifestano esclusivamente durante episodi di anoressia.

Ci si deve accertare che la paziente non presenti malattie neurologiche, epilettiche, tumori del Sistema Nervoso Centrale, sindrome di Klüvert – Bucy e la sindrome di Kleine – Levin (Kaplan, Sadock, 2001).

1.3.6 Decorso e prognosi

Nel complesso la Bulimia Nervosa (BN) sembra avere una prognosi migliore dell'Anoressia Nervosa, anche se non sono conosciuti gli esiti a lungo termine della malattia, mentre quelli a breve termine sono variabili. Infatti, nel breve termine circa il 50% delle pazienti è in grado di intraprendere il trattamento con miglioramento.

Si deve oltremodo segnalare che, durante la remissione, le pazienti non sono del tutto libere dai sintomi poiché la Bulimia è un disturbo cronico, caratterizzato da recidive e remissioni.

La prognosi dipende dalla gravità delle sequele delle condotte di eliminazione, ma si deve segnalare che in alcuni casi vi è la remissione spontanea e completa dei

sintomi in 1 o 2 anni.

Criteria diagnostici ICD-10 per la bulimia nervosa
<p>A. Vi sono presenti episodi ricorrenti di iperalimentazione (almeno due volte alla settimana per un periodo di tre mesi) in cui grandi quantità di cibo sono consumate in brevi periodi di tempo.</p> <p>B. Vi è presente una persistente preoccupazione riguardante l'alimentazione e un forte desiderio o un senso di compulsione a mangiare.</p> <p>C. Il paziente tenta di mitigare gli effetti "ingrassanti" del cibo mediante una o più delle seguenti procedure:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) vomito auto-indotto; (2) purghe auto-indotte; (3) periodi alternati di digiuno; (4) uso di farmaci come anoressizzanti, estratti tiroidei e diuretici. Quando la bulimia si verifica in pazienti diabetici, essi possono decidere di tralasciare il loro trattamento insulinico. <p>D. Vi è la percezione di se stesso come troppo grasso, con un terrore intrusivo della grassezza (che conduce di solito a un deficit ponderale).</p> <p>Bulimia atipica Ai ricercatori che studiano le forme atipiche di bulimia nervosa, come quelle caratterizzate da un peso corporeo normale o eccessivo, si suggerisce di decidere da soli il numero e il tipo dei criteri da soddisfare.</p>

Tab. 3, fonte: Kaplan, Sadock, 2001, pag. 724

Criteria diagnostici DSM-IV per la bulimia nervosa
<p>A. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Assunzione in un periodo definito di tempo (p. es., un periodo di 2 ore), di una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili. (2) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (p. es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare la quantità e il tipo di cibo che si sta mangiando). <p>B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto; uso inappropriato di lassativi, diuretici, enteroclistmi, o altri farmaci; digiuno; o esercizio fisico eccessivo.</p> <p>C. Sia le abbuffate che le condotte eliminatorie inappropriate si manifestano, in media, almeno due volte alla settimana per 3 mesi.</p> <p>D. Il livello di autostima è indebitamente influenzato dalla forma e dal peso del corpo.</p> <p>E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.</p> <p><i>Specificare il tipo</i></p> <p>Tipo con condotte di eliminazione: nell'episodio attuale di bulimia nervosa, il soggetto ha presentato regolarmente episodi di vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.</p> <p>Tipo senza condotte di eliminazione: nell'episodio attuale di bulimia nervosa il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto, all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.</p>

Tab. 4, fonte: Kaplan, Sadock, 2001, pag. 728

1.4 In sintesi

Con questo primo capitolo si è voluto introdurre il concetto di Disturbo del Comportamento Alimentare, prestando maggior attenzione ad Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, disturbi alimentari che si riscontrano con una maggior frequenza nella popolazione.

Per entrambi, partendo da alcuni cenni storici, sono state approfondite le origini, le descrizioni, le diagnosi, anche differenziali, i decorsi e le prognosi dei disturbi, prendendo in considerazione diverse prospettive teoriche.

Si è potuto così risalire all'origine traumatica dei disturbi, alle diverse metodiche messe in atto dai pazienti allo scopo di controllare il peso corporeo, alle diverse modalità di manifestazione delle malattie, giungendo alla formulazione di prognosi che nel caso dell'Anoressia Nervosa sono al quanto altalenanti ed infauste, mentre per

la Bulimia Nervosa sono abbastanza buone (anche remissione completa).

Nel prossimo capitolo verrà introdotta la Psicoterapia della Gestalt, scuola teorica che sarà presa in considerazione per proporre una spiegazione e una cura ai disturbi alimentari trattati in questo primo capitolo: infatti l'obiettivo principale di questo elaborato è quello di considerare i Disturbi del Comportamento Alimentare utilizzando un'ermeneutica tipica della psicoterapia della Gestalt.

CAPITOLO 2

PSICOTERAPIA DELLA GESTALT

2.1 Dalla psicologia...

La Psicologia della Gestalt nasce nel 1912, anno in cui Wertheimer in un articolo descrive un processo percettivo unitario, chiamato *phi*, secondo il quale i singoli stimoli percettivi sarebbero integrati nel soggetto in una forma di continuità; in tal modo per l'organismo percettore l'insieme significativo sarebbe lo stimolo delle parti (Spagnuolo-Lobb, in Righetti, 2005b).

Da queste osservazioni deriva la legge gestaltica formulata da Koffka nel 1935, secondo la quale il tutto viene prima delle parti. Con tale legge si vuole spiegare come il soggetto tende a percepire in ogni situazione un insieme unitario, o a muoversi o agire con lo scopo finale di completare ciò che manca nella percezione, o nel percepito; se la fase di completamento fallisce il soggetto prova frustrazione e tensione (Köhler, 1922; Wertheimer, 1959).

Gli psicologi della Gestalt si sono interrogati sul perché uno stesso stimolo venga percepito in modo diverso a seconda che si focalizzi come contorno della figura una parte o un'altra della figura stessa, infatti, la figura organizzata diventa l'unità di misura della percezione.

Wertheimer individua così un'importante legge percettiva della Gestalt, la *Legge della gravidanza*, secondo la quale ciò che si percepisce contiene una struttura organizzata che è la migliore possibile.

È stato Kurt Lewin a portare la psicologia della Gestalt fuori dai laboratori, egli considera la realtà della vita quotidiana come il campo in cui l'individuo si muove per raggiungere i propri obiettivi (Spagnuolo-Lobb, in Righetti, 2005b).

Il campo percettivo viene visto come una sorta di sfondo, una specie di mappa mentale in cui di volta in volta emergono figure nuove, che ritornano in seguito nello sfondo per lasciare spazio ad altre figure, percepite più importanti per il raggiungimento dello scopo dell'organismo. Uno stesso oggetto può, infatti, assumere, a seconda degli scopi e dei bisogni del momento, significati diversi

(Lewin, 1935; Perls, Hefferline, Goodman, 1997).

Secondo Lewin obiettivi e figure sussidiarie sono organizzate dal soggetto in base agli obiettivi di rango più alto, quindi tutta l'attività cognitiva di un soggetto è improntata sul *problem solving*.

Il *problem solving* è una modalità percettiva di base dell'organismo che esplicita la legge della pregnanza di Wertheimer.

Goldstein (Goldstein, 1939; 1940) afferma che il comportamento è organizzato per coinvolgere sempre l'intero organismo, l'unico impulso del comportamento umano è quello di interagire con l'ambiente e organizzare quella interazione in schemi. Ciò introduce l'impulso all'auto-attualizzazione come unico vero impulso, che ha il compito di organizzare tutti gli altri pseudoimpulsi e comportamenti dell'organismo in modo gerarchico (ciò è molto simile a ciò che teorizza Maslow con la *Scala degli Impulsi* nel 1970).

2.2 ...alla psicoterapia della Gestalt

La Psicoterapia della Gestalt nasce a New York attorno al 1950 dalle intuizioni di uno psicanalista ebreo-tedesco, Friederick Perls, emigrato negli Stati Uniti durante il II conflitto mondiale, ed altri intellettuali statunitensi conoscitori della psicanalisi (tra i quali P. Goodman, L. Polster, I. From) che ne elaborarono le intuizioni.

La Psicoterapia della Gestalt si propone come una risposta a coloro che trovano la *Teoria dell'Io* di Freud insoddisfacente.

Perls (Perls, 1995) intuì che l'introiezione termina il proprio compito evolutivo fondamentale molto prima di quanto avesse teorizzato Freud, indicando nello sviluppo dentale (*fase dentale*) l'evidenza fisiologica di tutto ciò.

Secondo Perls, infatti, lo sviluppo dentale deve creare una capacità fisiologica e psicologica nel bambino: quella di riuscire a aggredire e destrutturare sia il cibo che la realtà, per poterli poi assimilare, se nutrienti, o rifiutare, se nocivi e non nutrienti (Perls, 1995). Dal momento in cui l'individuo è il soggetto che destruttura e ristrutturata, si apre per lui la possibilità concreta di vivere il proprio mondo con pienezza (Spagnuolo-Lobb, in Righetti, 2005b).

Affermando ciò, Perls sposta la nascita dell'aggressività in un momento evolutivo antecedente a quello teorizzato da Freud; in tal modo l'aggressività viene vista secondo un'ottica più positiva, diviene portatrice di sopravvivenza, di crescita fisica

ed esistenziale dell'organismo, attualizzando naturalmente l'impulso all'auto-realizzazione, cardine della psicologia della Gestalt.

Con il libro del 1945 *L'Io, la fame, l'aggressività* Perls vuole criticare la teoria sulla natura umana di Freud. Infatti, il padre della psicanalisi non avrebbe dato, a detta di Perls, il fondamentale rilievo alla capacità dell'Io di soddisfare i propri bisogni (la fame) attraverso un'attività autoaffermativa, in grado di consentirgli di rifiutare o accettare l'ambiente, a seconda che esso sia nocivo o nutriente.

Nella Psicoterapia della Gestalt si sostiene che ogni esperienza non può che avvenire al *confine di contatto* tra un organismo animale e il suo ambiente (Spagnuolo-Lobb, in Righetti, 2005b).

Il confine di contatto è il luogo in cui si dispone il Sé, la funzione dell'organismo umano che ne esprime la capacità/abilità di entrare in contatto con il proprio ambiente e di ritirarsi da esso.

Il processo di contatto permette all'individuo di imparare ad orientarsi nel mondo e di agire su di esso al fine di assimilare le novità e di crescere (Spagnuolo-Lobb, in Righetti, 2005b). Pertanto il confine di contatto diviene il luogo in cui è possibile mettere insieme la creatività con l'adattamento; è il modo con cui l'essere umano fa (o meno) contatto con il proprio ambiente a determinare la sua funzionalità psichica.

Ai paragrafi seguenti si introducono dei concetti base della psicoterapia della Gestalt che verranno poi ripresi nei capitoli successivi per "leggere" i DCA seguendo l'impostazione Gestaltica.

2.3 Il confine di contatto

Come detto in precedenza il confine di contatto è il luogo in cui è possibile mettere assieme la creatività e l'adattamento (Spagnuolo-Lobb, in Righetti, 2005b). Ma cosa vuol dire?

Il confine di contatto è "*la linea di demarcazione del contatto*" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 68, corsivo aggiunto), lo si può definire anche come "l'organo specifico della consapevolezza dell'azione, in contrasto con gli altri organi più interni del metabolismo... i quali funzionano in maniera conservativa senza bisogno di consapevolezza, intenzionalità, scelta o esclusione della novità" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 68).

In altre parole il contatto si sviluppa ogni qualvolta il mondo esterno entra in contatto con noi, provocandoci delle modificazioni sensoriali; per questo la Psicoterapia della Gestalt definisce l'organismo come "definizione di un campo organismo ambiente" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 68), poiché non esiste solo l'organismo che percepisce l'ambiente, che è lì e si fa percepire (in maniera corretta o erronea), ma esistono due entità che si compenetrano e si sviluppano assieme.

Lo scopo del confine di contatto è quello di semplificare il campo organismo/ambiente, poiché tutte le interazioni che si hanno tra organismo e ambiente, e viceversa, che hanno luogo nel contatto, e che continuano ad avvenire fintantoché si viene a stabilire un confine relativo, tendono sempre verso una struttura semplificata del campo.

La semplificazione della struttura avviene attraverso il cosiddetto *ciclo di contatto*, che si rinnova continuamente e avviene tra individuo e ambiente, creando in tal modo l'*adattamento creativo* (Giusti, Rosa, 2002).

L'adattamento creativo (o ciclo di contatto) si sviluppa in quattro fasi, descritte da Perls nel 1951, e tutte assieme formano il ciclo contatto e ritiro dal contatto, responsabile dell'adattamento creativo.

1^ Fase - Pre-contatto o contatto preliminare: l'organismo è mobilitato da uno stimolo interno o esterno, che permette di percepire bisogni e desideri; esso viene preparato per l'interazione: "E' il periodo in cui all'interno dell'organismo, da uno sfondo composto da Gestalt aperte, da bisogni organici, da sollecitazioni dell'ambiente, comincia ad emergere un bisogno" (Salonia, in Righetti, 2005a, pag. 34).

2^ Fase - Contatto: ha inizio quando l'ambiente comincia ad entrare nell'orizzonte percettivo dell'organismo e termina quando entrambi sono pronti per incontrarsi e realizzare le loro intenzionalità. In un primo momento, *momento di orientamento*, l'organismo mette a fuoco e simbolizza con maggiore chiarezza il proprio bisogno. In un secondo momento, *il momento della manipolazione*, vi è l'aumento della sensazione di non farcela a contenere l'azione e si percepisce con chiarezza il bisogno o il desiderio, l'organismo è pronto all'esperienza di contatto. Nel terzo ed ultimo momento, *continuum consapevolezza-direzione-eccitazione-azione*, il Sé si trova, in tutta la sua pienezza, al confine di contatto: "L'eccitamento

dell'appetito diventa lo sfondo e qualche "oggetto" o insieme di possibilità è la figura. Il corpo diminuisce. [...] C'è un'emozione. Si determinano la scelta e il rifiuto delle possibilità, l'aggressività nell'avvicinare e nel superare gli ostacoli, e l'orientamento e la manipolazione deliberati. Queste sono le identificazioni e le alienazioni dell'io" (Salonia, in Righetti, 2005a, pag. 35).

3^ Fase – Contatto finale o contatto pieno: l'individuo si fonde in una confluenza sana con l'oggetto desiderato, in un momento estremamente forte e pieno di contatto con l'ambiente. Questo è il momento in cui organismo e ambiente creano e sono assorbiti in una nuova Gestalt in cui si sovrappongono ed integrano: "organismo e ambiente perdono i propri confini e vivono pienamente l'esperienza del noi" (Giusti, Rosa, 2002, pag. 102). Laura Perls (L. Perls, in Righetti, 2005a) ritiene che in questo momento del ciclo di contatto, emergano coraggio per la nuova esperienza portata a termine, e timore per il divenire di una nuova esperienza successiva.

"Contro un sfondo di ambiente e corpo privi di interesse, la meta vivace è la figura in contatto. Tutta l'intenzionalità è rilassata e si determina un'azione unitaria spontanea di percezione, moto e sentimento. La consapevolezza è al suo stato più luminoso nella figura del Tu" (Salonia, in Righetti, 2005a, pag. 35).

4^ Fase - Ritiro o post-contatto: è la fase della digestione/assimilazione (Giusti, Rosa, 2002), precede l'integrazione dell'esperienza nella dimensione storica e di crescita, integrando l'esperienza nel bagaglio culturale dell'individuo.

Nel caso in cui la semplificazione, o ciclo ritiro-contatto, risulti essere difficoltosa, impedendo un buon contatto e incorrendo in situazioni di pericolo e frustrazione, entrano in gioco delle funzioni speciali della coscienza, che hanno il compito di "proteggere la superficie sensibile" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 71): "E' necessario che l'organismo abbia raggiunto il proprio scopo, abbia fiducia nella propria solitudine e nella propria capacità di instaurare nuovi contatti, e percepisca con fiducia l'ambiente. [...] Ciò che era non-me è divenuto parte di me, allargando in questo modo il confine dell'io. Inoltre matura nell'organismo il senso del legame, della lealtà, della responsabilità e della storia. E' attivata la funzione-personalità del sé che rende la persona consapevole di ciò che è diventata attraverso le varie esperienze di contatto (Salonia, in Righetti, 2005a, pag. 36).

Tali funzioni prendono il nome di *reazioni subnormali* e *reazioni supernormali*. Le prime hanno il compito di proteggere il confine desensibilizzandolo o

paralizzandolo nel senso motorio temporaneamente: si avranno allora panico, shock, svenimenti e amnesie (che possono produrre nevrosi). Le seconde devono smorzare la tensione esaurendo una parte dell'energia nell'agitazione del confine stesso: si origineranno quindi allucinazioni, pensieri ossessivi, rimuginii e agitazioni motorie (che possono portare a psicosi) (Perls, Hefferline, Goodman, 1997).

Al confine di contatto si verificano allora due diverse evoluzioni per far fronte alle situazioni di emergenza: il *cancellare* e l'*allucinare*, che sono “funzioni salutari temporanee” (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 72).

Quando queste due funzioni falliscono, vale a dire quando la frustrazione aumenta, si ha un aumento del pericolo che conduce alla formazione di un quadro nevrotico in cui le eccitazioni propriocettive vengono a costituire la minaccia più controllabile tra tutte quelle che vanno aggravandosi (Perls, Hefferline, Goodman, 1997).

Secondo la Psicoterapia della Gestalt, il quadro nevrotico avrebbe quindi questa conformazione: diminuzione della consapevolezza propriocettiva e della percezione con un'ipertonicità della muscolarità (Perls, Hefferline, Goodman, 1997). In altre parole, si ha un distacco dal confine di contatto seguito da un'agitazione motoria sostenuta.

Tutto ciò altro non è che “l'*autoregolazione dell'organismo*” (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 83) data dalla coscienza spontanea e dall'organizzazione, che, nel caso nevrotico, produce un eccesso di energia dovuta ad una situazione che è rimasta fissata senza avere una soluzione.

“E' compito del terapeuta indagare le proprietà strutturali di un individuo, accertare i rapporti delle totalità sussidiarie e determinare i confini del sistema che si sta trattenendo” (Lewin in Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 86), tutto ciò per fare in modo che sia il paziente con la propria energia a portare a termine la situazione incompiuta, e non il terapeuta con la propria.

2.4 Il sé

Secondo l'impostazione Gestaltista (Righetti, 2005a) il sé è il complesso sistema di contatti necessari per l'adattamento in un campo difficile, si può immaginare che esso si trovi sulla linea di demarcazione dell'organismo che non è isolata

dall'ambiente, ma che ne è in stretto contatto, e appartiene sia all'ambiente sia all'organismo. E' possibile quindi affermare che il Sé consiste nel processo della formazione della *figura/sfondo* nella situazione di contatto.

Ciò che permette di conoscere e definire il sé è il campo, processo relazionale che comprende sia la figura che lo sfondo. La psicoterapia della Gestalt a questo scopo introduce il concetto di "modo medio" di funzionamento del sé, il quale indica la posizione di confine in cui esso è collocato: mai solo attivo né solo passivo; ciò consente di pensare alla percezione come a qualcosa di funzionale solo quando è totalmente sul confine di contatto, riuscendo a cogliere sia i bisogni e/o i vissuti individuali che le richieste e/o le condizioni ambientali (Spagnuolo-Lobb, in Righetti, 2005a).

Il Sé è l'eccitazione, ovvero il sentire la formazione della figura/sfondo durante il contatto, durante la formazione incompiuta che tende a completarsi. Il Sé esiste laddove si verificano spostamenti nelle linee di demarcazione del contatto (Perls, Hefferline, Goodman, 1997; Giusti, Rosa, 2002), il Sé aumenta infatti dove è presente un conflitto o un contatto; al contrario, dove si presenta una consapevolezza, vale a dire dov'è avvenuto il contatto pieno e il conseguente ritiro, il Sé diminuisce.

Proprietà fondamentale del Sé è il suo esser spontaneo, la spontaneità è il sentimento di "scoprire-e-inventare" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 183) l'organismo/ambiente che si sta sviluppando.

Ciò comporta che il Sé non è consapevole di se stesso in senso astratto, ma è consapevole di se stesso, quando entra in contatto con qualcosa (Perls, Hefferline, Goodman, 1997).

Il Sé gestaltico presenta al suo interno delle strutture, che sono aspetti del Sé osservabili in semplice atto spontaneo: l'*Es*, l'*Io* e la *Personalità*.

2.4.1 La funzione-io

La *Funzione-io* è l'identificazione progressiva con le varie possibilità, la limitazione e l'intensificarsi del contatto attuale, essa è il comportamento motorio, l'aggressione, l'orientamento e la manipolazione (Perls, Hefferline, Goodman, 1997), infatti essa determina la capacità di entrare in contatto attraverso la volontà, la progettualità, la scelta.

Essa è come un motore che funziona sulla base dell'interscambio di tutte le altre

strutture del sé (Righetti, 2005a).

L'io è l'intenzionalità sana, la limitazione consapevole di alcuni interessi, percezioni e movimenti, per potersi concentrare altrove. Questa capacità di limitare i mezzi di contatto e di selezionare quali mezzi utilizzare per favorire al meglio un contatto, offre all'individuo la sensazione di dominare e utilizzare, invece che scoprire e inventare.

Tale sensazione è maggiormente percepita, quando l'individuo si trova in particolare stato di isolamento, quando cioè l'io emerge come struttura centrale del sé, in un particolare stato di concentrazione.

“L'io, la capacità di deliberare spontaneamente, mentre è sostenuta dalle sensazioni “dentro la pelle” e dal “chi sono io” agisce con esse in un tutto armonico. [...] La capacità di fare contatto con l'ambiente, chiamata funzione-io, non può rappresentare una realtà a se stante; essa è il modo in cui il sé crea il proprio adattamento creativo” (Righetti, 2005a, pag. 30).

La perdita della funzione-io determina l'instaurarsi di una serie di meccanismi nevrotici di funzionamento, che provocheranno una serie di interruzioni non funzionali per l'organismo, tali da condurlo alla perdita della capacità di orientarsi nel campo e di agire con direzionalità verso la meta prefissata. La perdita di confini è in genere attiva e intenzionale ed il modo in cui questa avviene è determinato dalla situazione del momento e dalle condizioni specifiche del campo organismo/ambiente in quel momento (Giusti, Rosa, 2002).

2.4.2 La Funzione-es

La *Funzione-es* rappresenta l'insieme delle funzioni interne, i bisogni vitali, le eccitazioni, soprattutto organiche, è quindi molto legata alla dimensione corporea; essa agisce a livello inconscio funzionando negli atti automatici: respirare, camminare, percepire le sensazioni di fame e sete, ci permette anche di guidare la macchina pensando ad altro. Esprime quindi la capacità di entrare in contatto attraverso i bisogni fisiologici, il vissuto corporeo e i contatti scontati (Righetti, 2005a).

Essa appare chiaramente quando si è in contatto con se stessi, in fase di massima concentrazione, in modo tale da permettere di percepire tutti gli istinti e le pulsioni che ci muovono.

È un sistema che funziona da autoregolazione, può venire bloccato da impedimenti esterni o interni, da disturbi che vanno ad intaccare le fasi di pre-contatto e contatto, fasi di cui l'es rappresenta sì un aspetto parziale, ma anche una parte essenziale (Giusti, Rosa, 2002).

“Il sé infatti può attivarsi in seguito ad un'eccitazione interna (data dall'emergere di un bisogno fisiologico appunto) o esterna (data da una pressione ambientale)” (Righetti, 2005a, pag. 30).

Se la funzione-es dovesse venir in qualche modo bloccata da impedimenti esterni o interni, provocherebbe una veloce e durevole interruzione del processo di contatto, tale da impedire la formazione stessa della funzione-io e della funzione personalità. La patologia derivante rientra così nel campo delle psicosi, in cui la funzione-es non può essere protetta dalla funzione-io che non ha trovato un modo per formarsi (Giusti, Rosa, 2002).

2.4.3 La funzione-personalità

Questa funzione riguarda l'immagine che il soggetto ha di se stesso, la propria immagine di sé (Ginger, 2004), che gli consente di riconoscersi come responsabile di ciò che egli sente e/o di ciò che egli fa, è quindi ciò che definisce il proprio senso di identità (Giusti, Rosa, 2002), riflette l'aspetto normativo della struttura psichica, accanto all'aspetto impulsivo (l'es) e all'aspetto regolativo (l'io) (Righetti, 2005a).

Essa è inoltre l'artefice della ristrutturazione e reintegrazione unitaria delle esperienze passate, e non è necessariamente in conflitto con la funzione-Es.

Generalmente la funzione-personalità fa parte dell'attività efficace del Sé nella fase del post-contatto.

Essa abbraccia le esperienze dell'identità della persona, e di tutta la sua individualità, in particolare nelle relazioni interpersonali.

“La funzione personalità esprime il quadro di riferimento e gli atteggiamenti di fondo della persona. [...] Essa rappresenta un concetto totalmente diverso da quello della psicoanalisi o dell'analisi transazionale: la personalità come aspetto normativo della struttura psichica, accanto all'aspetto impulsivo (es) e regolativi (l'io). Più che un sistema normativo, la funzione personalità esprime un adattamento sociale di tipo internazionale” (Righetti, 2005a, pp. 30-31).

Se la funzione-io viene persa si ha un disturbo della funzione personalità, la funzione-es sarà intatta, ma l'esperienza di contatto non potrà aver luogo comunque perché il bisogno percepito rimane isolato nel campo organismo/ambiente (Giusti, Rosa, 2002).

2.5 La consapevolezza

La *consapevolezza* è definita da Spagnuolo-Lobb nel 2004 come un “esserci pienamente, presenti ai sensi, all'*intenzionalità di contatto e alla carica d'eccitazione organistica che caratterizza la normalità*” (corsivo aggiunto).

Essa svolge la funzione dell'essere spontaneamente al confine di contatto, combattendo l'isolamento che la nevrosi cerca di mantenere attraverso la funzione protettiva della coscienza, funzione il cui compito è quello di fare in modo che le tensioni interne si esauriscano evitando il contatto attraverso l'isolamento.

Tale concetto può essere visto come una più moderna e attuale versione del pensiero socratico del “conosci te stesso”, in cui il potere intellettuale di conoscenza e controllo del sé viene sostituito da:

1. la capacità dell'essere umano di essere presente ai propri sensi, che rappresenta la condizione di normalità;
2. la direzione esperienziale data dall'intenzionalità del contatto;
3. la carica energetica che si deve avere e mantenere per esserci pienamente e costantemente al confine di contatto (Spagnuolo-Lobb, 2004).

Nella Psicoterapia della Gestalt l'esperienza viene opposta alla conoscenza, l'adattamento creativo (vale a dire la forza creativa dell'organismo) viene opposto alla sublimazione come unica possibilità di adattamento al mondo e alle sue incessanti richieste rivolte al Sé e alle sue funzioni.

La consapevolezza riguarda, pertanto, l'*esserci-con*, che deve essere inteso come la fondamentale qualità di esserci al confine di contatto.

È quindi possibile definire la consapevolezza come una qualità del contatto, il modo in cui il Sé è presente al confine di contatto, disponibile o meno al rischio che l'intenzionalità richiede ad ogni esperienza significativa. *La consapevolezza non è soltanto l'esperienza di sé, ma è l'esperienza di sé al confine di contatto* (Spagnuolo-

Lobb, 2004).

Il raggiungimento della consapevolezza di se stessi è lo scopo della Psicoterapia della Gestalt, l'obiettivo fa riferimento al contatto che gli individui hanno con se stessi, con gli altri e con gli oggetti circostanti (Giusti, Rosa, 2002).

In altre parole lo scopo è che la persona (il paziente) recuperi la propria spontaneità di essere nel mondo, le proprie capacità di scegliere liberamente (funzione-Io) sulla base di sicurezze corporee acquisite (funzione-Es) e di definizioni sociali, o relazionali, di sé (funzione-Personalità).

Polster e Polster nel 1986 identificarono 4 tipi di consapevolezza:

- *La consapevolezza delle sensazioni e delle azioni*, che riguarda il percepire attraverso tutti i sensi e l'esperire se stessi attraverso il movimento e/o l'espressione verbale.

- *La consapevolezza dei sentimenti*, che concerne l'essere consci sia dei sentimenti emozionali, sia di quelli fisici.

- *La consapevolezza di volere*, che fa riferimento alla capacità di sentire il desiderio che eventi futuri si realizzino.

- *La consapevolezza dei valori e delle valutazioni*, che riguarda unità più grandi di esperienze che includono la valutazione degli altri, delle questioni morali e degli accadimenti sociali (Giusti, Rosa, 2002).

Durante il processo terapeutico gestaltico la consapevolezza serve a formare il *sostegno specifico* e la *co-creazione del confine*, momenti terapeutici che si instaurano tra paziente e terapeuta.

Nel sostegno specifico si lavora a due livelli, il primo consiste nel selezionare le tecniche più adatte a sostenere il contatto nei diversi tipi di interruzione del paziente, è una fase che spetta solamente al terapeuta; il secondo, concerne il guardare come l'intenzionalità è mantenuta nella relazione terapeutica, al confine di contatto tra paziente e terapeuta.

Ogni seduta terapeutica viene concepita come un processo di contatto-ritiro dal contatto tra terapeuta e paziente. Il terapeuta realizza come e quando il paziente perde la spontaneità, sviluppando ansia; il paziente realizza da solo, in maniera intuitiva se il terapeuta vede il modo in cui egli fa o evita il contatto e in che misura è possibile per lui cambiare la percezione del confine e ripristinare la piena consapevolezza (Spagnuolo-Lobb, 2004).

La co-creazione è divisa in due fasi e rappresenta il vero e proprio momento terapeutico. Nella prima fase i due attori, paziente e terapeuta, attivano il Sé, il processo in atto viene sostenuto e iniziato dalla reciproca intenzionalità che è instaurata nell'esperienza di entrambi. Nella seconda fase sia il paziente sia il terapeuta sperimentano l'espansione del Sé al confine di contatto; questa fase si suddivide in quattro sottofasi: nella prima, *sottofase di orientamento*, la coppia ricerca le possibilità concrete di contatto; nella seconda, *sottofase manipolativa*, terapeuta e paziente accettano alcune possibilità, rifiutandone altre; nella terza, *sottofase del contatto finale*, l'obiettivo finale, il contatto, diventa figura: il Sé è pienamente presente al confine di contatto; nell'ultima, *sottofase del post-contatto*, sia terapeuta sia paziente si ritirano dal confine di contatto per lasciare che avvenga, in maniera consapevole, l'assimilazione delle novità, proprio come avviene nel ciclo di contatto (Spagnuolo-Lobb, 2004).

Bisogna evidenziare che il processo di consapevolezza, per la Psicoterapia della Gestalt, deve essere sempre riferito a quanto sta accadendo nel presente piuttosto che a quanto si riferisce al passato, che è solo ricordato. Ci si riferisce solo al presente perché è solo nel *qui ed ora* dell'esperienza che il sistema sensoriale e corporeo può assumere un significato dotato di senso (Giusti, Rosa, 2002).

2.6 Le interruzioni del ciclo di contatto

Fin dai primi istanti della vita un essere umano si trova avvolto in una continua esperienza dinamica di contatti, ma ogni esperienza di contatto può presentare anche delle deviazioni dalla sua spontaneità naturale (Spagnuolo-Lobb, in Righetti, 2005b), deviazioni che assumono anche il nome di *meccanismi di difesa* o di *evitamento del contatto* (in ambiente gestaltico vengono chiamate *resistenze*, con un significato fenomenologico diverso), che possono essere sani o patologici a seconda della loro intensità, della loro flessibilità, del momento in cui si attivano e della loro opportunità (Ginger, 2004).

Tali interruzioni dello spontaneo fluire del contatto implicano la perdita di funzioni dell'Io, che non consentono un libero dispiegarsi del sé, invalidando il ciclo di contatto e il suo andamento normale (Righetti, 2005a).

Ma possono essere considerati sani quando tutelano la persona e fanno in modo

che possa gestire il suo rapporto con la realtà in modo congruo ai desideri che emergono prioritariamente, e soprattutto quando diventano una salutare reazione di adattamento.

E' per questo che nella terapia della Gestalt, a differenza di altri approcci terapeutici, non vi è la tendenza ad attaccare, vincere o superare le resistenze, ma renderle più coscienti, più consapevoli, più adatte alla situazione del momento, e il terapeuta cercherà di evidenziarle, rendendole più esplicite (Ginger, 2004).

I meccanismi di difesa messi in evidenza dalla psicoterapia della Gestalt sono 5: *confluenza, introiezione, proiezione, retroflessione e egotismo*.

2.6.1 La Confluenza

La *confluenza* è la condizione in cui si verifica una mancanza di contatto, e il sé non può essere identificato. È un'interruzione di spontaneità nella fase del pre-contatto e determina un blocco nell'insorgenza del bisogno e dell'interesse dell'organismo per l'ambiente, non emerge, usando altre parole, la differenziazione tra organismo e ambiente (Righetti, 2005a).

Di norma la confluenza è seguita dal ritiro, che consente al soggetto di riconquistare il suo confine di contatto, ritrovando la sua identità personale;. Quando questo ritiro si dimostri un'operazione troppo difficile e complessa il funzionamento può essere qualificato come patologico (Ginger, 2004).

Sul piano sociale la confluenza impedisce qualsiasi confronto e qualsiasi contatto autentico, e dunque qualsiasi evoluzione sociale.

La confluenza si può superare solo mediante una differenziazione, che permetta agli individui di raggiungere la propria individualità (Giusti, Rosa, 2002).

2.6.2 L'Introiezione

L'*introiezione* si manifesta durante il contatto iniziale nella fase dell'orientamento, è in questo momento che l'organismo comincia a sentire il bisogno, ma esperienze passate falsificano la consapevolezza.

L'azione dell'introyettare è quella specifica modalità di contatto che, nel qui-e- adesso dell'interazione, fa sì che l'organismo viva il contatto in modo ridotto (Righetti, 2005a).

L'eccitazione che normalmente porta all'identificazione del bisogno e alla

manipolazione dell'ambiente da parte dell'individuo, non è sostenuta e diventa ansia.

L'introiezione diventa patologica quando tutte le norme, i principi, le idee e le abitudini che l'individuo trova nell'ambiente sono "ingoiati" interi, senza essere destrutturati e trasformati prima di essere assimilati (Giusti, Rosa, 2002).

In altre parole chi introietta impiega la propria energia incorporando passivamente ciò che l'ambiente gli fornisce, ciò dipende o dalla mancata capacità dell'individuo di discriminare o da un ambiente che gli è totalmente sfavorevole.

2.6.3 La Proiezione

La *proiezione* avviene nella fase della manipolazione, in questa fase l'individuo sente l'emozione ma essa è libera, e non è relativa al senso attivo del sé che si verifica nell'ulteriore comportamento volto all'esterno.

L'organismo sposta l'attenzione fuori di sé: il bisogno e l'energia ci sono, ma la persona non riesce a contenerli e allora li proietta fuori di sé, spostando fuori di sé ciò che non riconosce in se stessa (Righetti, 2005a).

La proiezione può essere qualificata patologica, quando è sistematica, quando cioè diviene una resistenza abituale e stereotipata, indipendente dal comportamento effettivo attuale degli altri. In questi casi si può arrivare, a livelli estremi, anche a deliri di persecuzione paranoici, in cui viene rimproverato al mondo intero l'aggressività che verso questo si prova (Giusti, Rosa, 2002)

2.6.4 La Retroflessione

La *retroflessione* è legata alla fase dell'azione, l'individuo non riesce fronteggiare i vari sentimenti che si possono presentare in una situazione particolare (amore, ira, pietà, dolore, paura, ecc.), egli ha paura di distruggere, o di essere distrutto. Ciò lo condurrà a sviluppare un sentimento di frustrazione in cui le energie impiegate per contrastarlo, vengono rivolte verso gli unici oggetti privi di pericolo disponibili nel campo, e cioè la propria personalità e il proprio corpo, in un'unica parola il proprio sé.

In altre parole l'energia dell'organismo è al massimo livello, ma non sente sostegno e si ritira, invece di essere spostata sull'ambiente ritorna all'organismo stesso, così da bloccare l'azione (Righetti, 2005a).

Una retroflessione sana segna l'educazione sociale, la maturità e il controllo di sé.

Essa diviene patologica, quando diviene cronica e anacronistica, sfociando in una inibizione permanente masochista delle pulsioni o, al contrario, nell'esasperazione delle soddisfazioni narcisistiche (Ginger, 2004).

2.6.5 *L'Egotismo*

L'*egotismo* è legato alla fase del contatto finale, quando, se tutte le predisposizioni per il contatto sono adeguatamente predisposte, si verifica l'interruzione del rilassamento del controllo o della sorveglianza.

Questo costituisce un rallentamento della spontaneità a causa di un'introspezione e di una cautela deliberata, in altre parole si tratta di un deliberato rinforzo del confine di contatto, o di una ipertrofia dell'io, di una consapevolezza incessantemente vigile sui propri processi di adattamento creativo al confine di contatto (Ginger, 2004).

In altre parole esso comporta un interesse finale per i propri limiti e la propria identità piuttosto che per ciò con cui ci si è esposti in contatto (Righetti, 2005a).

L'egotismo è sano, quando consente una chiusura selettiva attuata dall'individuo per la sua crescita nelle fasi in cui è richiesta una decisa separazione.

Esso diviene patologico quando il momento della separazione non viene affrontato, superato e sostituito dalla dimensione dell'interdipendenza, in cui il soggetto è sì autonomo, ma nella possibilità costante di poter scegliere per sé anche momenti di dipendenza e confluenza con gli altri (Giusti, Rosa, 2002).

2.7 In sintesi

In questo secondo capitolo si è voluto fare una rapida, ma a ogni modo, dettagliata introduzione alla psicoterapia della Gestalt.

Si sono affrontati tutti i principali punti dalle origini allo sviluppo della teoria del sé, dalla spiegazione di cos'è e come si forma il confine di contatto alla spiegazione di come opera la consapevolezza nella formazione dell'adattamento creativo della formazione del contatto pieno, senza tralasciare le interruzioni di contatto, resistenze che nel caso diventano patologici impediscono il raggiungimento del contatto pieno.

Tutto ciò è stato fatto con lo scopo di introdurre il prossimo capitolo, che cercherà di spiegare i due principali disturbi del comportamento alimentare, anoressia nervosa

e bulimia nervosa, secondo la psicoterapia della Gestalt.

Prendendo come riferimento questo particolare approccio terapeutico, si proverà a dare una diversa spiegazione e una nuova visione delle cause dell'insorgenza di questi disturbi, e sempre seguendo i dettami della Gestalt si cercherà di fornire una ipotesi terapeutica.

CAPITOLO 3
**PSICOTERAPIA DELLA GESTALT NEI DISTURBI DEL
COMPORAMENTO ALIMENTARE**

3.1 La psicoterapia della Gestalt e i Disturbi del Comportamento alimentare

Il cibo nella psicoterapia della Gestalt rappresenta la metafora dell'altro, ma soprattutto la metafora della relazione con l'Altro (con Altro si vuole intendere il mondo esterno, lo sfondo, come è definito dai teorici della Gestalt Therapy) (Perls, 1995): infatti i disturbi del circuito anoressico-bulimico (restrizione alimentare, digiuno, abbuffata, vomito, ecc.) vengono letti ed analizzati all'interno della dialettica "Io-Tu", quali espressione di una peculiare modalità di contatto con l'ambiente (Cannella, Cavaleri, 2002).

I soggetti che soffrono di disturbi dell'alimentazione, attraverso la loro sintomatologia, e rifiutando sostanzialmente il cibo, rigettano l'Altro, poiché, è ipotizzabile, abbiano sperimentato sin dalla loro infanzia una relazione insufficiente con ciò che proviene dall'esterno (lo sfondo, l'ambiente). Essi non riescono a fidarsi di ciò che deriva dalla realtà esterna, è, dunque, possibile ipotizzare che a livello evolutivo abbiano avuto un vissuto personale troppo poco sostenuto dalle figure di riferimento più importanti, che possono essere state inaffidabili o contraddittorie (Minuchin, Rosman, Baker, 1980).

In codeste situazioni, le loro esperienze e intenzioni precoci sono venute a scontrarsi con reazioni non appropriate delle figure di riferimento, favorendo la sperimentazione diffidente della vicinanza dell'Altro e provocando in essi il timore di sentirsi inadeguati, ingannati e imbrogliati dal mondo che li circonda, che potrebbe essere interpretata come un'invasione dei propri confini (Cannella, Cavaleri, 2002).

Tutto questo potrebbe comportare la formazione di strutture esperienziali nevrotiche e, nei casi più gravi, psicotiche per i soggetti anoressici, e borderline per i soggetti bulimici.

3.2 Valutazione dei disturbi del comportamento alimentare con il modello del “ciclo di contatto”

Utilizzando l’ermeneutica gestaltica del contatto, i soggetti affetti da disturbi dell’alimentazione potrebbero presentare principalmente delle difficoltà nella *sottofase del contatto*, più precisamente nel momento dell’orientamento dell’interruzione del ciclo di contatto (Cannella, Cavaleri, 2002).

La difficoltà che viene a delinarsi in questa interruzione determina un problema nella messa a fuoco del bisogno, di conseguenza l’organismo non può essere pronto per l’esperienza di contatto e quindi il Sé non può trovarsi in tutta la sua pienezza al confine di contatto, facendo ricorso alle diverse modalità di resistenza.

La mancata formazione del contatto, e quindi la difficoltà a gestire e ad orientare l’energia che occorre per compiere un’azione adeguata verso l’ambiente, può essere attribuita alla precoce mancanza di sostegno specifico da parte delle figure di riferimento, che non sono state in grado di far sviluppare nei soggetti un appropriato sentimento dei propri confini, essi provano perciò la sensazione di essere “piccoli” e di non sentirsi “adeguati” all’energia che sperimentano.

3.3 Psicoterapia della Gestalt nell’Anoressia Nervosa

Sia l’ICD-10 (OMS, 1993) che il DSM-IV (APA, 1994) riportano tra le varie cause che determinano l’Anoressia Nervosa l’errata percezione di se stessi come troppo grassi, il che conduce al terrore della grassezza o della forma del proprio corpo, tale da avere effetti negativi sull’autostima (si vedano le tabelle 1 e 2 punto C, pag. 15).

È possibile interpretare questo criterio diagnostico secondo l’ottica gestaltica, analizzando le interruzioni del ciclo di contatto (le resistenze) e come queste vengono attuate dai soggetti affetti da Anoressia Nervosa, poiché tra tutti quelli riportati dai due manuali diagnostici è il più psicologico.

3.3.1 La confluenza nell’Anoressia Nervosa

La confluenza impedisce qualsiasi confronto sociale e contatto autentico con l’ambiente, è possibile, quindi, che il paziente anoressico sperimenti questa

sensazione di distacco dagli altri, sentimento che è stato causato o ampliato (se già presente, seppur in forma ridotta) da sensazioni di inadeguatezza al campo in cui si vive, o da relazioni affettive non soddisfacenti.

L'atteggiamento che si sviluppa "è un aggrapparsi all'inconsapevolezza, come se si aggrappasse a qualche comportamento acquisito per trarne soddisfazione. [...] Ma dal momento che l'altro comportamento è ormai acquisito e abituale, non porta con sé nessuna soddisfazione consapevole ma solo un senso di sicurezza" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 256). Il continuo controllo del peso corporeo e delle calorie ingerite offrono, perciò, una sensazione di sicurezza che serve a combattere ciò che non si è in grado di controllare.

La difficoltà che si incontra con questo tipo di persona è quella di impedire che il "comportamento anoressico" acquisito, che ormai è divenuto abituale, possa essere cambiato, tale resistenza attuata è talmente forte da impedire ogni sensazione (Perls, Hefferline, Goodman, 1997), soprattutto quella della fame, che sembra essere completamente scomparsa. Ciò avviene perché il soggetto anoressico non riuscendo a separarsi dalla situazione nella quale si trova, blocca l'insorgenza del bisogno cercando di differenziarsi dall'ambiente (Righetti, 2005a), ambiente che sembra inglobarlo.

3.3.2 L'introiezione nell'Anoressia Nervosa

L'introiezione "opera uno spostamento della propria pulsione potenziale o del proprio appetito con quello di qualcun altro" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 257), nel caso specifico dell'Anoressia Nervosa questo "qualcun altro" è rappresentato dalla società che per prima ha fatto leva, anche involontariamente, sui difetti e le difficoltà che il soggetto incontra nelle relazioni con gli altri.

Il paziente anoressico mediante l'introiezione tende ad "inghiottire" (Ginger, 2004) interamente le idee, le opinioni e i canoni dell'ambiente in cui si trova, senza prima distruggerli e destrutturarli per poi dividerli, assimilando solamente gli introietti buoni (Giusti, Rosa, 2002).

Non destrutturando gli introietti il soggetto anoressico incorpora dentro di sé tutto quello che ha origine nell'ambiente, ciò provoca una grande confusione che distorce e impedisce la consapevolezza, e l'orientamento del bisogno. In questo modo egli non è in grado di concentrarsi sul proprio bisogno e si aggrappa a ciò che gli è stato

detto dagli altri (Righetti, 2005a).

In altre parole il soggetto anoressico all'inizio si uniforma alla società, la quale osservando con piacere i cambiamenti rafforza il messaggio, che non viene adeguatamente destrutturato, portando al mantenimento di adeguazione alla società da parte del soggetto.

La soddisfazione che ne deriva è di tipo masochistico (Perls, Hefferline, Goodman, 1997), attuato attraverso un comportamento che tende ad "adattare l'ambiente in modo creativo all'interno della struttura dell'infliggere dolore a se stessi con l'approvazione delle proprie false identificazioni. Intensificando l'identificazione e rivolgendosi ulteriormente contro il sé, l'individuo (anoressico) si abbandona all'adattamento sadico" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 258), al controllo del dolore e di tutto ciò che lo circonda.

3.3.3. La proiezione nell'Anoressia Nervosa

La proiezione è la resistenza con cui l'organismo attribuisce all'ambiente gran parte di sé, invadendolo e proiettandovi ciò che varrebbe per se stesso, questo disturbo del contatto ha anche una valenza positiva importante per la crescita dell'organismo: la capacità del soggetto di prevedere ed anticipare i comportamenti degli altri, permettendo di spostare il proprio punto di vista, identificandosi con l'altro nella rappresentazione che questo ha del mondo (Giusti, Rosa, 2002).

Nei pazienti anoressici questo meccanismo viene messo in atto anche quando la situazione non lo richiederebbe. Infatti, per i soggetti indicati, la condizione di estrema magrezza in cui versano è vista, secondo loro, dalla società con piacere, perché loro vedono le loro forme, "ridotte ai minimi termini", come qualcosa di bello, forse rappresentante la bellezza pura.

La soddisfazione che ne risulterebbe, sarebbe una soddisfazione fittizia, in quanto la sensazione di compiacimento che proviene dall'ambiente non esiste nella realtà, ma esiste solamente nella loro immaginazione, per usare le parole di Perls: "la soddisfazione sta nel fatto di agire come in sogno" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 259).

3.3.4 La retroflessione nell'Anoressia Nervosa

La retroflessione inibisce la capacità di fronteggiare le situazioni ambientali ostili

al sé che si presentano (traumi psicologici gravi, mancanza di empatia all'interno della famiglia, separazione affettiva, ecc.), anche sottoforma di sentimenti; il paziente anoressico risulterà quindi essere frustrato e impegnerà le proprie energie “contro gli unici oggetti privi di pericolo disponibili nel campo, e cioè la propria personalità e il proprio corpo” (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 260).

Questo può verificarsi perché normalmente la retroflessione è quel processo che permette di riformare se stessi, correggendo un approccio sbagliato con il campo, lo sfondo o la situazione in cui l'individuo viene a trovarsi (ad esempio il rapporto con gli altri visto conflittuoso a causa della propria immagine corporea, che non rispetterebbe l'immagine di sé sviluppata dal paziente anoressico).

Chi utilizza la retroflessione come resistenza cerca di annullare il proprio errore, nel caso specifico del paziente anoressico, l'errore in questione, è quello di credere di non essere come gli altri si aspettano che essi siano, rimpiangendo il fatto di “aver invaso l'ambiente” (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 260), compiendo una specie di annullamento: smette, infatti, di assumere la quasi totalità degli alimenti e, per quelle poche eccezioni, la quantità di cibo che viene assunta è di molto inferiore per contenuto calorico a quello che servirebbe per mantenere un peso accettabile; tende a non uscire più di casa, a lasciare le amicizie iniziando una pericolosa tendenza all'isolamento, tendenza che si ripropone anche nello sviluppo di caratteristiche caratteriali molto chiuse, rigide e conservatrici.

Infatti, “l'ambiente tangibile dell'individuo che retroflette consiste soltanto di lui stesso, [...] se è la paura di distruggere (l'ambiente esterno) che ha fatto insorgere la sua angoscia, *egli adesso tortura il proprio corpo e produce delle malattie psicosomatiche*” (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 260, corsivo aggiunto).

Si deve inoltre aggiungere che chi retroflette sembra lavorare al proprio fallimento: si sa di anoressiche che mantengono uno stretto, seppur deviato, rapporto con il cibo, conservando e collezionando ricette, cucinando manicaretti per gli amici e nascondendo cibo tra i vestiti, in borsa e per casa; questo processo è così “scaltramente controllato da dare risultati secondari che raggiungono l'originaria intenzione inibita” (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 260), con lo scopo di non ferire i familiari o gli amici.

La “soddisfazione anoressica” che si ottiene dalla retroflessione si può osservare in una pulsione di tipo erotico (Perls, Hefferline, Goodman, 1997), nel caso dei

pazienti anoressici, però, la pulsione erotica risulta essere deviata. Infatti se la “masturbazione è un genere di stupro” (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 261), allora è possibile affermare che la non nutrizione tipica dei soggetti anoressici, è una forma di violenza (stupro) contro il proprio corpo, e la soddisfazione appartiene alla “propria mano aggressiva” (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 261), mano che dovrebbe nutrire, mentre il piacere fisico risulta essere irrilevante: i pazienti anoressici non hanno attività sessuale poiché non provano alcuno stimolo sessuale (Kaplan, Sadock, 2001).

3.3.5 *L'Egotismo nell'Anoressia Nervosa*

L'egotismo è un modo per evitare il contatto finale in cui l'io diventa ipertrofico e il confine di contatto s'irrigidisce notevolmente (Giusti, Rosa, 2002).

Questo tipo di comportamento determina la consapevolezza deliberata di un tentativo di annientamento dell'elemento incontrollabile e sorprendente, il meccanismo messo in atto è la fissazione, ovvero l'astrazione del comportamento che viene controllato fino allo spasmo (Perls, Hefferline, Goodman, 1997).

Nei pazienti anoressici questa interruzione potrebbe spiegare la creazione di pratiche rituali prima e durante il pasto (comportamento pascolare²), soprattutto il controllo forsennato delle calorie assunte, ma anche nella vita sociale quotidiana e nella vita privata.

In questo modo l'individuo anoressico dà prova della sua potenza, della sua capacità di controllare l'ambiente, ottenendone una soddisfazione vanitosa, anche se in realtà cerca solo di tenere lontano la confusione che prova (Perls, Hefferline, Goodman, 1997). La confusione è data dalla mancata comprensione del bisogno iniziale, ma, attraverso riti controllati e ormai divenuti abituali, non viene più avvertita; per questo sembra che il paziente anoressico basti a se stesso.

Il metodo per raggiungere la soddisfazione è quello di “incasellarla”: circoscrivendo un comportamento che è stato acquistato ed è privo di pericoli, potendo così regolare la quantità di spontaneità da utilizzare nelle varie situazioni di contatto (Perls, Hefferline, Goodman, 1997).

² Il comportamento pascolare è il comportamento tipicamente tenuto dai soggetti anoressici quando devono mangiare in presenza di altre persone. Essi, mettendo in atto tale prassi, tendono a ritardare la consumazione del pasto e, quando questa faticosamente ha inizio, spezzettano il cibo e lo distribuiscono ordinatamente sul piatto, con lo scopo di ritardare, se non addirittura di non iniziare il pasto stesso.

3.4 Psicoterapia della Gestalt nella Bulimia Nervosa

Il DSM-IV (APA, 1994) riporta tra le varie cause che determinano la Bulimia Nervosa gli episodi di abbuffate che si verificano con la sensazione di perdere il controllo e uno scarso livello di autostima influenzato dal peso e dalla forma del corpo (si veda la tabella 4 punti A(2) e D, pag. 19).

È possibile valutare questo criterio diagnostico secondo l'ottica gestaltica, analizzando le interruzioni del ciclo di contatto (le resistenze) e come queste vengono attuate dai soggetti affetti da Bulimia Nervosa. Tale criterio diagnostico, che tra tutti quelli riportati dai due manuali diagnostici è il più psicologico (infatti nell'ICD-10 (OMS, 1993) i criteri diagnostici riportati sono prettamente di tipo medico, si veda la tabella 3, pag. 19).

3.4.1 La confluenza nella Bulimia nervosa

La confluenza, impedendo il confronto sociale e il contatto autentico con l'ambiente per l'assenza del confine di contatto, fa in modo che il sé perda la propria identità, è possibile allora che il paziente bulimico provi questa mancanza del sé e della propria identità (Righetti, 2005a) e per compensarla inizi ad ingoiare tutto ciò che trova, con la speranza di poter ripristinare ciò che in quel particolare momento di dolore, di frustrazione, o di abbandono alle proprie emozioni ingestibili, è andato perduto o risulta mancante.

E' come se, nella confluenza, il soggetto sentendosi completamente invaso dall'ambiente diventasse un tutt'uno con quest'ultimo; questa "fusione", che porta ad una mancanza di consapevolezza, impedirebbe al soggetto di riconquistare il confine di contatto, non riuscendo a "ritrovare la sua identità personale contrassegnata dalla singolarità e dalla differenza" (Ginger, 2004, pag. 143).

Questa resistenza potrebbe altresì svilupparsi a causa dell'evitamento del ricordo (Giusti, Rosa, 2002); essa potrebbe insorgere dopo esperienze sociali negative, che hanno visto il soggetto rifiutato dai familiari o dai suoi pari (Minuchin, Rosman, Baker, 1980; Vandereycken, 1998), dal momento che il ricordo di questi momenti rinnoverebbe la sofferenza che comporterebbe l'insorgenza di un'ansia molto forte, il suo evitamento interromperà la continuità dell'esperienza dolorosa (Giusti, Rosa,

2002) lasciando però il soggetto bulimico in una condizione di stallo tra l'esperienza di contatto finale e il conseguente ritiro, cioè l'elaborazione del dolore, e il non contatto con il conseguente mancato ritiro.

La condizione di non ritiro diverrebbe uno stato cronico, in cui mancherebbe la differenziazione tra il sé e l'ambiente (Giusti, Rosa, 2002), che provocherebbe il ciclo abbuffata-metodi compensatori nella speranza di ritrovare ciò che si è smarrito nel campo.

3.4.2 *L'introiezione nella Bulimia Nervosa*

L'introiezione “avviene durante l'eccitazione, per una abituale inibizione al bisogno. L'organismo ha incorporato degli «oggetti» appartenenti all'ambiente; questi apprendimenti impediscono o distorcono la consapevolezza e l'orientamento”. Allora “l'organismo non è in grado di concentrarsi sulla sua esigenza, ha paura di andare nel vuoto” (Righetti, 2005a, pag. 42).

In altre parole, accade che il soggetto bulimico verrebbe sorpreso da un bisogno immediato ed impellente: essere riconosciuto dalla società; non riuscendo a soddisfarlo, andrebbe alla ricerca di qualcosa che possa soddisfare questo incremento repentino dell'eccitazione che provoca un sentimento frustrante di vuoto, che trova sollievo nel cibo; durante l'abbuffata, l'assunzione di grande quantità di cibo in poco tempo il cui scopo reale sembra essere il riempimento del sentimento di vuoto provato, il soggetto perde la consapevolezza di quello che sta facendo; in questa fase la velocità di introiezione è talmente elevata che, anche a causa della gran quantità di oggetti (cibo) assunti non è possibile una corretta masticazione (distruzione e destrutturazione), impedendo di distinguere tra gli oggetti buoni e quelli cattivi, bloccandone l'assimilazione.

In questo caso l'introiezione diverrebbe patologica poiché tutto, idee e principi sociali compresi, verrebbe “inghiottito” quasi per intero.

Lo scopo finale dell'introiezione bulimica sembra quasi essere quello di cercare di mantenere o aumentare la propria autostima attraverso l'introiezione dei più svariati e numerosi oggetti esterni.

“In modo nevrotico colui che introietta viene a patti con il proprio appetito frustrato” (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 257), il quale sembra da un lato chiedere di voler dimagrire per essere socialmente accettato, dall'altro però, forse il

suo lato vero, vuole essere accettato per quello che è, senza dover cambiare.

Ne deriverebbe una soddisfazione masochistica che, come nel caso dell'Anoressia Nervosa, consiste nell'adattare nel modo più creativo possibile l'esigenza ambientale (essere magri per piacere), alla propria esigenza personale (essere riconosciuti per quello che si è), tale adattamento si verifica con il vomito autoindotto, il digiuno forzato per alcuni giorni e l'assunzione spontaneo di purganti o prodotti diuretici.

3.4.3 La proiezione nella Bulimia Nervosa

Per i soggetti bulimici la proiezione assume una valenza invasiva per il mondo esterno, attribuendovi parte di sé e parte della propria energia che risulta essere in eccesso.

Infatti se durante l'abbuffata viene sperimentata la sensazione di perdita di controllo, nei momenti immediatamente successivi, l'individuo cerca di ripristinare l'energia, dissipando, in vario modo, quella in più che ha accumulato.

La posizione iniziale di ambiente che contiene e che entra in contatto con l'organismo viene ribaltata, ora è l'organismo che dà all'ambiente i propri contenuti (non viene utilizzato il termine ridare perché gli oggetti non vengono restituiti nella stessa forma in cui vengono introiettati inizialmente, ma essi sono restituiti modificati nella forma e in parte nella sostanza), infatti il vomito indotto volontariamente sembra essere una manifestazione di protesta verso tutti quelli che non l'hanno accettato e non lo sanno accettare così com'è³.

In tutto questo circuito vizioso, fatto di abbuffate e repentini "svuotamenti", si può osservare la volontà del soggetto bulimico di uniformarsi con il resto della società, ma anche la ricerca del mantenimento della propria individualità, di essere voluti e apprezzati per come si è, anche brutti, ciò che egli restituisce al mondo infatti non rappresenta la sua parte migliore.

3.4.4 La retroflessione nella Bulimia Nervosa

La retroflessione oltre a inibire la capacità di fronteggiare le ostilità ambientali, permette di riformare se stessi, correggendo un approccio sbagliato al campo (Perls, Hefferline, Goodman, 1997).

³ Il vomito autoindotto è una prassi presente anche nell'Anoressia Nervosa. La differenza principale è che negli episodi bulimici la pratica viene espletata per eliminare tutto quello che viene assunto in più, mentre negli episodi anoressici il vomito viene causato per svuotare ed eliminare quello che non c'è.

Nel caso proprio della Bulimia Nervosa l'approccio sbagliato, l'errore, può essere identificato nella volontà di voler essere esattamente come gli altri ci vorrebbero, il che conduce all'abbuffata iniziale. In seguito, la persona bulimica, accorgendosi che questa sua credenza è erronea e comprendendo che il comportamento attuato è sbagliato, cerca di annullarlo. L'unica maniera, la più immediata che trova, è dunque quella di auto-provocarsi il vomito.

La soddisfazione del soggetto bulimico che retroflette consiste nella pulsione erotica deviata che il soggetto si procura. Nella Bulimia Nervosa si presentano due forme di violenza verso il proprio corpo: la prima sarebbe rappresentata dall'abbuffata, lo riempire senza criterio fino a scoppiare; la seconda invece consisterebbe nello svuotare quello che si è riempito in precedenza.

Anche in questo caso la soddisfazione apparterebbe alla "propria mano aggressiva" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 261), mano che nel caso specifico è doppiamente aggressiva, perché prima riempie in modo doloroso e poi, in modo altrettanto doloroso, o forse più, svuota.

Tutto il processo provocherebbe nel soggetto un sentimento di frustrazione, che comunque non gli impedirebbe di assumere atteggiamenti provocatori (libidinosi) verso il prossimo e di mantenere una vita lavorativa, e sessuale, attiva e non priva di gratificazioni (Kaplan, Sadock, 2001).

3.4.5 L'egotismo nella Bulimia Nervosa

"L'egotismo è un tentato annientamento dell'elemento incontrollabile" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 261), nel caso della Bulimia Nervosa l'elemento incontrollabile è rappresentato dal campo, campo che durante le abbuffate verrebbe inglobato nel soggetto in modo ingovernabile, con la totale perdita di autocontrollo.

La soddisfazione diretta consisterebbe nel circoscrivere gli atteggiamenti ormai consolidati e abitudinari, abbuffata e successivi pratiche compensatorie, per "regolare la quantità della spontaneità. Ogni esercizio di questo tipo di controllo deliberato alimenta la sua vanità (e il suo disprezzo nel confronto del mondo)" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 262).

In altre parole, ogni qualvolta il bulimico mette in pratica il ciclo abbuffata-metodi compensatori, tenderebbe ad isolarsi dal mondo, ad odiarlo, ad odiare soprattutto quelle figure che hanno contribuito alla creazione del suo comportamento.

A lungo andare la poca quantità di consapevolezza di sé, che ancora sarà presente, risulterà essere sufficiente per non fare al proprio Io delle richieste impossibili, trasformando il soggetto bulimico in una “personalità libera” (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pag. 262), tutto sommato ben adattata al campo (Perls, Hefferline, Goodman, 1997).

3.5 In sintesi

In questo terzo capitolo si sono analizzati i due principali disturbi dell'alimentazione utilizzando un'ermeneutica tipicamente gestaltica.

Per entrambi i disturbi, infatti, si sono analizzate le resistenze in ogni dettaglio, cercando di farne risaltare le caratteristiche principali, caratteristiche che sono state prese dalle definizioni diagnostiche che vengono riportate dai due principali manuali diagnostici DSM-IV (APA, 1994) e ICD-10 (OMS, 1993).

Ogni resistenza è stata valutata con lo scopo di scoprire quali siano le origini psicologiche di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, fatto ciò, nel prossimo capitolo, si cercherà di osservare quali siano le resistenze più rappresentative di ogni forma morbosa per poi metterle a confronto nel capitolo successivo.

CAPITOLO 4
**RIFLESSIONI GESTALTISTICHE IN MERITO ALL'ANORESSIA
NERVOSA E ALLA BULIMIA NERVOSA**

In base a quanto affermato nei capitoli precedenti ora si procederà valutando le sole resistenze che, a nostro avviso, sono maggiormente rappresentative di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa per poi cercare di fare un confronto.

Le resistenze considerate sono: confluenza (par. 4.1) per entrambi i disturbi, retroflessione per l'Anoressia Nervosa (par. 4.2), introiezione (par. 4.3) e proiezione (par. 4.4) per la Bulimia Nervosa.

4.1 La Confluenza

La confluenza è l'esatto opposto della consapevolezza, ovvero la spontaneità di essere nel mondo, la propria capacità di scegliere liberamente sulla base di sicurezze corporee acquisite e di definizioni sociali, o relazionali, di sé.

Impedendo qualsiasi contatto autentico con l'ambiente, la confluenza ostacola anche la forza creativa dell'individuo che è la sua unica possibilità di adattamento al mondo.

Infatti sia i soggetti anoressici che i soggetti bulimici sperimentano una costante sensazione di inadeguatezza nei confronti del campo, il quale (bisogna ricordare che nel campo agiscono anche gli agenti sociali, che sono i veri promotori dei disturbi del comportamento alimentare nei soggetti presi in considerazione) ha contribuito inizialmente a tale situazione rifiutando l'individuo.

Tale resistenza provocherebbe un blocco dell'esperienza di contatto, in particolare svilupperebbe, nel soggetto anoressico, la tendenza al continuo e ripetuto controllo di se stesso, soprattutto del proprio peso corporeo; mentre, nel soggetto bulimico, essa determinerebbe la mancata differenziazione tra il sé e l'ambiente, che sfocia nel ciclo abbuffata-metodi compensatori. Il blocco che verrebbe a formarsi, unito alle caratteristiche di controllo, determinerebbe nei soggetti anoressico-bulimico una sorta di coercizione a ripetere, che al lungo andare verrebbe assunta come un

atteggiamento o un comportamento giusto da tenere, in quanto offrirebbe riparo e protezione dal campo.

La difficoltà maggiore, dunque, in questi tipi di pazienti è quella di far capire loro di essere portatori di un disturbo che, se non curato, potrebbe anche, nei casi più infausti, condurre alla morte.

Utilizzando un'ermeneutica gestaltista, è possibile affermare che il compito principale dello psicoterapeuta della Gestalt è quello di cercare di far in modo che i soggetti riconquistino la spontaneità di essere al confine di contatto, ritrovando la consapevolezza del qui e ora dell'esperienza, attraverso il sostegno specifico e la co-creazione del confine.

4.2 La Retroflessione

La retroflessione ha gli stessi esordi sia per l'anoressia che per la bulimia. Infatti, facendo risalire gli esordi dei due disturbi alle diverse situazioni ambientali difficoltose che i soggetti incontrano nella loro esistenza, sembra che questa resistenza abbia conseguenze simili per entrambi i disturbi, ma essa è maggiormente implicata nel disturbo anoressico che nel disturbo bulimico.

È possibile affermare ciò poiché il soggetto anoressico crede, di più del soggetto bulimico, di aver invaso l'ambiente e di non essere stato accettato per niente da quest'ultimo. Allora egli comincerebbe un'opera di annullamento del proprio confine di contatto, del proprio sé, opera che si manifesterebbe nella mancanza quasi completa di alimentazione, nella marcata tendenza all'isolamento, che lo condurrebbe in poco tempo ad assumere comportamenti e atteggiamenti rigidi e conservatori.

Tutto questo sarebbe simile ad una tortura verso il proprio corpo e soprattutto verso il proprio sé, l'individuo anoressico potrebbe non accusare solamente il campo per non averlo accettato, ma accusare anche se stesso, il che lo porterebbe in breve tempo a cercare una soluzione per evitare la sensazione di inadeguatezza. La soluzione può consistere allora nell'investire di energie negative il proprio corpo e il proprio mondo interno tralasciando il campo, portandolo all'auto-distruzione.

Questo processo produrrebbe un piacere morboso che consentirebbe alla malattia di prendere possesso del sé del soggetto anoressico, sino a condurlo alla morte,

all'auto-distruzione appunto.

Nel soggetto bulimico tutto questo accade, ma avviene in modo più consapevole, la stessa adozione dei metodi compensatori è la dimostrazione che vi è un, seppur leggero, investimento di energia nel campo, alla ricerca del confine di contatto, tale ipotesi è dimostrata appunto dai metodi compensatori, che anche se, in alcuni casi dolorosi (vomito auto-indotto) rappresenterebbero un tentativo di ritorno alla normalità, tentativo che nel caso di soggetti anoressici non è neanche preso in considerazione.

4.3 L'Introiezione

Nell'introiezione la capacità di distinguere i propri bisogni risulta essere deficitaria, allora si usano e si fanno propri i bisogni degli altri. Non riuscendo a capire quali siano i bisogni altrui, il soggetto sperimenta improvvisamente un'incredibile sensazione di vuoto proveniente dal campo, la paura che il vuoto possa impossessarsi di lui lo costringe a introiettare (ingoiare) tutto quello che trova a portata di mano, la richiesta di riempimento del vuoto è tanto pressante e opprimente che non c'è tempo per scegliere cosa è meglio introiettare e cosa no.

Questa resistenza, nel caso proprio della Bulimia Nervosa, assume una valenza connotativa maggiore, perché la sensazione di vuoto è quella che il soggetto bulimico sperimenta ogniqualevolta deve confrontarsi con il campo e le sue richieste continue, richieste che non riuscirebbe a percepire come bisogno necessario, ma solo come un bisogno "utile".

Proprio il non riuscire a distinguere i bisogni determinerebbe, quindi, l'incapacità di selezionare ciò che è necessario da ciò che non lo è, in altre parole si formerebbe la perdita di controllo, con il risultato che si introietta tutto il possibile sperando che nel disordine che si viene, così, a creare si possa trovare il bisogno mancante.

La sensazione di confusione, che l'individuo bulimico proverebbe a questo punto, sarebbe dovuta alla mancata masticazione che determina la distruzione e la destrutturazione degli introietti, con la conseguenza che questi non vengono poi assimilati. Alla fine di tutto il bisogno risulta essere ancora insoddisfatto e la sequenza si ripete.

Il soggetto bulimico incapace di riconoscere, selezionare, destrutturare e

assimilare i bisogni avrebbe bisogno di un aiuto per farlo, ma la sua autostima, che seppur bassa è ancora presente, lo conduce a continuare nella sua ricerca forsennata, senza però giungere ad alcuna soluzione.

Nell'Anoressia Nervosa l'introiezione si sviluppa in maniera simile, ma il non riconoscimento del bisogno non determinerebbe la ricerca di una soddisfazione disperata nel campo. Essa verrebbe ricercata nel compiacere il campo in tutto e per tutto attraverso l'estremizzazione degli introietti assunti senza essere destrutturati, ma verrebbero comunque assimilati nella loro integrità, da qui il continuo dimagrimento nella speranza di piacere al campo.

4.4 La Proiezione

L'invasione del campo (proiezione), da parte del soggetto bulimico, è la conseguenza dell'introiezione violenta e veloce, l'energia sviluppata dal bisogno non riconosciuto e soddisfatto, deve essere in qualche modo dissipata, per questo la proiezione è l'immediata conseguenza dell'introiezione.

L'invasione del campo è determinata dalla mancata assimilazione, questa provoca una sensazione contraria al vuoto introiettivo. L'energia di questa nuova sensazione risulta essere tanto elevata da risultare difficile da contenere, il soggetto bulimico allora, nella speranza di abbassarla, cerca di svuotarsi.

In questa situazione, il controllo non viene completamente perso, da qui deriverebbe il vomito auto-indotto, esso non viene completamente perso perché per provocarsi il vomito bisogna sentire che qualcosa non va, si deve allora percepire un bisogno. A differenza dell'introiezione, il soggetto bulimico, nella proiezione, riuscirebbe a capire qual è il bisogno del momento e lo soddisfa, per svuotarsi bisogna provocarsi il vomito.

Con il vomito si desidera rovesciare nel campo tutto quello che si è introiettato in precedenza, è come se il soggetto bulimico fosse smanioso di mostrare al campo cosa questo gli ha fatto assumere, per cercare di soddisfare una richiesta impossibile. Infatti, il vomito porta con sé soprattutto il suo aspetto determinato dalla sua forma, dal suo non essere digerito, dall'impeto nello sforzo di uscire, dalla sua energia.

Esiste una sostanziale differenza tra la proiezione bulimica e quella anoressica che si determina nel fatto che l'invasione del campo da parte del soggetto bulimico

sarebbe una richiesta stessa del corpo, mentre per il soggetto anoressico non vi sarebbe richiesta corporea, non vi è un reale bisogno, ma solo l'impedimento della soddisfazione di un bisogno.

4.5 In sintesi

In questo ultimo capitolo si sono considerati quelle che sembrano essere le resistenze maggiormente adottate dai soggetti portatori dei due più frequenti disturbi del comportamento alimentare.

Alla fine sembra trasparire il compito che spetta al terapeuta della Gestalt. Egli dovrebbe effettuare un'opera di "contenimento" del paziente condividendone le angosce, incoraggiandolo a sperimentare il nuovo, definendone il repertorio comportamentale attraverso una limitazione degli agiti autodistruttivi e disadattivi, che dovrebbe essere fatta con la sua presenza chiara, congrua e cordiale evitando una vicinanza fisica ed emotiva eccessiva (Cannella, Cavalieri, 2002).

Il percorso terapeutico dovrebbe seguire l'andamento di una freccia evolutiva che, partendo da una iniziale situazione percettiva in cui l'Organismo si definisce capace di contenere l'energia necessaria per raggiungere l'Ambiente, arriverà ad una situazione percettiva più avanzata, in cui l'organismo potrà fidarsi dello scambio con l'ambiente (Spagnuolo-Lobb, 1990).

Tutto questo avviene grazie al ritrovamento della consapevolezza nel malato, consapevolezza che servirà a formare i due momenti terapeutici fondamentali: il sostegno specifico, in cui il terapeuta seleziona le diverse tecniche necessarie a sostenere il contatto nei diversi tipi di interruzione del paziente; e la co-creazione del confine di contatto, che consiste nel tenere sempre sotto controllo come l'intenzionalità è mantenuta nella relazione terapeutica, al confine di contatto tra terapeuta e paziente.

In quest'ottica tutte le sedute terapeutiche devono essere viste e concepite come un continuo processo di contatto e di ritiro dal contatto. Il compito del terapeuta è quello di realizzare perché e quando il paziente perde la propria spontaneità, sviluppando ansia. Il compito del paziente, compito che deve fare in assoluta autonomia, è quello di intuire se il terapeuta capisce il modo in cui egli fa o evita il contatto, definendo in che misura può cambiare la percezione del confine ripristinando la consapevolezza (Spagnuolo-Lobb, 2004).

È proprio questa la difficoltà che si trova incontrando questi tipi di pazienti, essi non essendo consapevoli della loro situazione rifiutano l'aiuto terapeutico, rifiutano soprattutto la collaborazione che il terapeuta offre loro, risultando chiusi e ostili.

CONCLUSIONI

In quest'ultima parte verranno presi *verbatim* alcuni pezzi di trascrizione di un caso clinico di trattamento dei disturbi del comportamento alimentare condotto da Margherita Spagnuolo-Lobb (1985).

L'obiettivo finale è quello di ottenere una conferma filo-narrativa di quanto esposto nella mia tesi.

Infatti, durante la trascrizione l'autrice aggiunge proprie osservazioni, motivando in chiave gestaltica gli interventi e spiegando il perché questi sono stati fatti e con quale scopo.

La terapeuta verrà abbreviata utilizzando M., mentre la paziente verrà abbreviata utilizzando V., che altro non è se non l'abbreviazione del nome proprio.

All'inizio M. pone alcune domande a V. per permetterle di ambientarsi cercando di creare un clima terapeutico di sicurezza e fiducia, senza tralasciare quello che però è l'obiettivo principale: orientare V. verso la consapevolezza di sé, partendo da quello che già sa.

...

M. – Che cosa fai adesso? Il tremore al braccio?

V. – Sì.

M. – È sempre solo il sinistro?

V. – Sì.

M. – Il destro?

V. – No. Il destro è... calmo.

M. – Mmmm... Interessante questa cosa: il sinistro trema e il destro no.

V. – Sì, interessante.

M. – Che cosa ti interessa di questo?

V. – Niente (sorride).

M. – Niente?

V. – No.

M. – Allora, che cosa ti interessa?

V. – Niente.

M. – Allora non è interessante.

V. – Cioè, può essere interessante, però il braccio può fare quello che vuole.

M. – Diglielo.

V. – (Rivolta al braccio sinistro) Puoi tremare...

M. – "... non me ne frega niente..."

V. – Non me ne frega niente... assolutamente.

M. – Puoi dire all'altro: "puoi stare calmo, non me ne frega"?

V. – Puoi stare calmo, puoi fare quello che vuoi... tanto... non mi interessa.

M. – Che cosa ti interessa?

V. – Perché non mi interessa?

M. – No; che cosa non ti interessa?

La Spagnolo-Lobb spiega che la nevrosi è anche una modalità del paziente per offuscare il proprio essere interessante per evitare l'esperienza dell'esporsi, in precedenza vissuta negativamente. Gli interventi mirano a ripristinare la consapevolezza di ciò che V. fa per non essere interessante. Questa è solo il primo passo per arrivare alla consapevolezza più profonda delle paure relative al suo corpo e dei processi di scelta (di rifiuto, di abbandono – più che di distorsione in questo caso – dal contatto) adottati in precedenza per un giusto motivo, ma di cui adesso resta solo l'effetto, deleterio per le esigenze di cambiamento e di crescita della persona.

...

M. – Continua a dirmi qualcos'altro.

V. – Sento le mascelle molto grandi.

M. – Poi? Come sono le tue mascelle?

(Pausa di silenzio)

V. – Non molto lisce.

M. – Questo è interessante?

V. – Sì, ma non mi piacciono.

M. – Ah! Tu hai delle mascelle interessanti che non ti piacciono.

V. – Esatto.

M. – Io ti ho chiesto se sono interessanti e tu mi hai detto di sì.

V. – Non sono interessanti.

M. – È la seconda volta che ti chiedo “sono interssanti?” e tu dici di sì e poi dici che non te ne frega niente.

(Lunga pausa di silenzio)

M. – È così?

V. – Mi sento divisa... cioè, forse... mi confonde la sensazione.

M. – Uhm.

V. – Mi è venuto il desiderio... di saperne di più.... Su di me, sul mio corpo in particolare. E poi subito dopo, come se non è interessante...

M. – E così ti confondi.

V. – Certo.

M. – Hai tutta la mia approvazione.

Questa è una risposta “terapeutica”, in quanto porta un messaggio metaforico di proattività e uno di empatia profonda. Il primo risponde all’esigenza proattiva di V. di essere confermata. Nel suo processo di crescita, infatti, il bambino ha bisogno di essere confermato dalla figura che in quel momento è un modello significativo per lui, al fine di portare a compimento la spinta verso l’autonomia. Il secondo messaggio è dato dagli aspetti relazionali della comunicazione. L’empatia profonda è data non solo dal “mettersi nei panni” di V., ma anche dal rispondere direttamente a V. secondo la modalità relazionale che lei sta elicitando (e di cui pertanto ha bisogno).

V. – Mi succede di provare interesse per alcune parti del mio corpo e per altre niente.

(Pausa di silenzio).

Ad esempio, ho avuto molto interesse... per il mio seno... e per il ventre (si tocca il ventre).

Prima era solo la parte inferiore...

M. – L’addome.

V. – Sì. (Sospira). Ora invece l’interesse sembra anche salito.

M. – Salito a quale parte?

V. – Allo stomaco.

M. – Uhm.

V. – Mi piace starci attenta.

M. – Uhm. Ti va di dirci che cosa fa il tuo stomaco?

(Pausa di silenzio).

V. – Aiuta a digerire (sorride), provoca qualche crampo...

M. – Hai crampi adesso?

V. – Sì.

M. – Hai fame?

V. – No.

(Pausa di silenzio).

V. – In genere... mi aiuta... a livello fisico a sentirmi bene.

 Mi sento bene quando il mio stomaco è piatto.

M. – Piatto vuol dire vuoto?

V. – Sì. Poi lo uso come segnale d'allarme.

...

La conversazione continua con l'introduzione da parte della terapeuta di un panino nella scena. V. reagisce con ansia, mentre M. continua a elogiare le caratteristiche benefiche e la bontà del panino che comincia nel frattempo a mangiare. A questo punto M. si commuove, questo è il segnale del contatto di M. con il dolore di V. nel suo rapporto con il cibo.

Questo è un esempio dell'uso della consapevolezza del terapeuta nel processo di cambiamento. Infatti, attraverso la commozione è possibile: 1) capire fino in fondo l'esistenza di V.; 2) capire il punto in cui lei si blocca (le resistenze attuate e quando entrano in gioco), il suo *impasse*; 3) sapere la direzione organistica del cambiamento di V., la sua intenzionalità; 4) sapere dove vuole fermarsi.

...

M. – È strano, ma mi commuovo, non so. Strano... secondo te, come mai?

V. – È vita...

M. – È vita?

V. – Anche... il panino.

M. – Per te no?

V. – No. No.

...

M. – Non vuoi la vita?

V. – No. Non voglio il panino.

M. – Vuoi qualcos'altro?

V. – No.

...

M. – Ma perché non lo mangi?

...

M. – Questo è l'impasse: hai fame e non vuoi il panino.

V. – Mmm.

M. – Come vedi, la cosa non mi impedisce di continuare a mangiare il panino.

...

Questa è una comunicazione di supporto: permette a V. di non confondersi con giochi autopunitivi del tipo “io faccio male agli altri. Il mio rifiuto del cibo ferisce (o uccide!) chi mi vuol bene”. Queste credenze apprese (nel senso che appartengono al modello introiettato) sono molto comuni nel quadro dei disturbi alimentari e fanno parte del processo disfunzionale di contatto della introiezione, che è alla loro base. L'introeiezione acritica del cibo è il processo opposto alla sana destrutturazione dentale dello stesso.

...

V. – Eh. Ho due impulsi: di prendere quel panino e buttarlo.

M. – E l'altro?

V. – E l'altro di dirti “Tu non hai fame, non ne hai bisogno in questo momento”.

M. – Io preferisco la prima.

V. – Lo faccio?

M. – Fallo.

(V. lancia il panino lontano).

M. – Dì qualcosa al panino.

V. – Va' via, non ti voglio davanti a me!

M. – Continua.

V. – Non ho bisogno di te, posso farne anche a meno. Non mi dai niente.

M. – Continua, vai bene.

V. – Non mi hai dato mai niente. Io... non mi servi... a me non servi... no.

...

M. – Non trattenere niente. La tua bocca stringe, il labbro superiore stringe. Questo è un linguaggio del corpo: significa che stai trattenendo qualcosa. Che cosa vuoi dire?

Lo scopo di questa comunicazione è quella di “dare respiro” alla profondità dei contenuti, permettendo a V. di “risalire” ogni tanto in superficie, può darle uno strumento di compressione e di rispetto del linguaggio del suo corpo.

M. prova a questo punto a proporre un esperimento a V.: esprimere con lo stesso linguaggio con cui fino ad ora ha espresso il dolore e rifiuto per il cibo, la sana ribellione, come primo gradino della destrutturazione, e quindi dell’assimilazione, del cibo.

...

V. – Io sono più forte... perché posso anche buttarti... evitarti. Sono io che decido.

M. – Riesci a fare Bvrrrrr?

(Pausa di silenzio).

M. – Concentrati e fai questo Bvrrrr.

V. – No!

M. – Vuol dire che ti sentiresti meno forte se lo facessi. Puoi dire “non voglio”?

V. – Non voglio (con tono poco convincente).

M. – Però pensi che vuoi farlo.

V. – Lo so.

...

M. – Ti voglio suggerire un’immagine: pensa di essere una neonata... li hai visti i neonati, no?

V. – Sì.

M. – ... e di rifiutare il latte. Quando un neonato è sazio, ad un certo punto fa “Bvrrrr!!” per buttare il latte.

...

V. – Non so come emettere...

...

V. – Come si fa?

M. – Immagina di essere una neonata. Lo stai immaginando?

...

La descrizione dei dettagli della fantasia amplifica la consapevolezza. Per questo, quando il paziente ha difficoltà ad entrare nell'emozione, può essere utile fargli descrivere in dettaglio quello che sente, vede, ecc.

...

M. – Hai già mangiato piccola V.?

V. – Sì.

M. – Però è stato troppo questo latte; e non ti è neanche piaciuto.

(V. piange e tossisce).

M. – Vai bene, stai iniziando. Non copriti la bocca, butta il latte. Il latte si butta quando non è buono.

(M. si avvicina a V. E la sostiene con le braccia. V. piange e ha conati di vomito).

...

M. – Non ci piangere su. Il latte si butta; le cose non buone si buttano.

...

M. – Fin quando non si butta quello brutto, non si può vedere quello buono.

Facciamo una cosa: dai l'addio a questo latte brutto e buttalo.

...

V. – Non volevo (tra i singhiozzi)... non volevo...

M. – Ma tu non volevi buttarlo! Non era buono.

V. – Mi ha fatto male.

...

M. – Sono veramente contenta che tu l'abbia buttato.

...

Tutti gli interventi sono finalizzati alla co-creazione del confine di contatto, con lo

scopo di superare le varie resistenze nel momento stesso in cui queste vengono a presentarsi.

L'obiettivo ultimo, la creazione e il mantenimento della consapevolezza, è costruito e strutturato mediante piccoli passaggi che servono a far capire, al paziente, quali sono i suoi bisogni, ma soprattutto come fare a superare i propri blocchi (resistenze) in maniera costruttiva e duratura.

Quando lo psicoterapeuta della Gestalt si trova a dover lavorare con un paziente anoressico o bulimico, si accorge di dover lavorare con una persona le cui capacità relazionali sono scarse o completamente assenti.

Credo, che prima di iniziare il ciclo terapeutico, lo psicoterapeuta della Gestalt debba cercare di instaurare un rapporto privilegiato e di fiducia con il soggetto che gli permetta di comprendere meglio quali siano le resistenze impiegate e come agire su di esse, lavorando assieme al paziente stesso.

Lo scopo è quello di fare in modo che il paziente ristabilisca autonomamente la consapevolezza, attraverso un sostegno mirato al riconoscimento delle resistenze e al loro superamento, ricostituendo in tal modo anche il riconoscimento dei propri bisogni.

Il tutto può essere fatto mediante la sperimentazione, cioè l'apporto da parte del terapeuta, di piccoli esperimenti che il paziente fa su stesso, che hanno lo scopo di far sperimentare al soggetto la propria capacità di riconoscimento del bisogno, e in seguito, il mantenimento della consapevolezza, una volta che questa è stata recuperata.

BIBLIOGRAFIA

- ABA – Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, bulimia e i disordini alimentari, Brusa L., Senin F. (a cura di), *Trauma, abuso e perversione. Problemi teorico-clinici nel trattamento di pazienti anoressico-bulimiche*, FrancoAngeli, Milano 2000.
- Anzieu D., *Il gruppo dell'inconscio*, Borla, Roma 1979.
- APA – AMERICA PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Amanual of Mental Disorder*, Whashington, DC, American Psychiatric Assosiation, 1994; trad. it., *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1996.
- Bruch H., *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2003.
- Cannella G., Cavaleri P., *Dalla bocca alla persona. L'esperienza anoressica e bulimica in gruppo*, Quaderni di Gestalt, n. 34/35, 2002, pp. 25-39.
- Ferrari A. B., *Adolescenzala seconda sfida*, Borla, Roma 1994.
- Ginger S., *La Gestalt. Terapia del con-tatto emotivo. Seconda edizione*, Edizioni Mediterranee, Roma 2004.
- Giusti E., Rosa V., *Psicoterapie della Gestalt. Integrazione dell'Evoluzione Pluralistica*, ASPIC Edizioni Scientifiche, Roma 2002.
- Goldstein K., *The Organism*, American Book Company, Boston 1939.
- Goldstein K., *Human Nature in the Light of Psychopathology*, Harvard University Press, Cambridge 1940.
- Gull W. W., Lasègue E. C., *La scoperta dell'anoressia*, Bruno Mondadori, Milano 1998.
- Habermas T., *The Psychiatric History of Anonexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Weight Concerns and Bulimia Synptoms in Early Case Reports*, Int J Eat Disord, 1989, pp. 259-273.
- Kaplan H. I., Sadock B. J., *PSICHIATRIA – Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. Ottava Edizione*, vol. 2, Centro Scientifico Internazionale srl, Torino 2001.

- Koffka K., *Principles of Gestalt Psychology*, Harcourt-Brace, New York 1935.
- Köhler W., *Zur Theorie der Stroboskopischen, Psychologische Forschung*, n. 3, 1922.
- Lewin K., *A Dynamic Theory of Personality*, McGraw-Hill Book Company, New York 1935.
- Minuchin S., Rosman B. L., Baker L., *Famiglie psicosomatiche: l'anoressia mentale nel contesto familiare*, Casa Editrice Astrolabio, Roma 1980.
- Perls F., *L'io, la fame, l'aggressività*, FrancoAngeli, Milano 1995 (Ed. or. 1969).
- Perls F., Hefferline R. F., Goodman P., *Teoria e Pratica della Terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della personalità umana*, seconda edizione, Casa Editrice Astrolabio, Roma 1997.
- Recalcati M., *L'ultima cena: Anoressia e Bulimia*, Mondadori, Milano 1997.
- Recalcati M., Zuccardi Merli U., *Anoressia, Bulimia e Obesità*, Bollati Boringhieri, Torino 2006.
- Righetti P. L., *Ogni BAMBINO MERITA UN ROMANZO. Lo sviluppo del sé dell'esperienza prenatale ai primi tre anni di vita*, Carrocci Faber, Roma 2005a.
- Righetti P. L. (a cura di), *PSICOTERAPIA DELLA GESTALT. Percorsi teorico-clinici*, UPSEL DOMENEGHINI EDITORE, Padova 2005b.
- Spagnuolo-Lobb M., *L'uso della consapevolezza in un caso di disturbo alimentare*, Quaderni di Gestalt, n.1, 1985, pp. 77-91.
- Spagnuolo-Lobb M., *Il sostegno specifico nelle interruzioni di contatto*, Quaderni di Gestalt, 10/11, 1990, pp. 13-23.
- Spagnuolo-Lobb M., *La Consapevolezza nella prassi Post-Moderna della Gestalt Therapy*, Gestalt, Società Français de Gestalt ed., vol. XV, n. 27, 2004.
- Vanderlinden J., Vandereycken W., *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*, Casa Editrice Astrolabio, Roma 1998.
- Wertheimer M., *Productive Thinking*, New York, Harper & Row, 1959; trad. it. Giunti Barbera, Firenze 1965.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Genève, World Health Organization, 1993; trad. it. *ICD-10 Decima revisione della classificazione internazionale della sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Masson, Milano 1994.

Pagine web consultate:

<http://www.istiutuohermes.it/pre.asp>

<http://www.psychomedia.it/pm/answer/eatdis/marine11.htm>

<http://web4health.info/it/answers/ed-treat-gestalt.htm>