

II UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI

“FEDERICO II”



DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE

TESI DI DOTTORATO IN

SCIENZE DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

XXIII CICLO

**Il Test di Rorschach nella diagnostica
dei Disturbi del Comportamento Alimentare**

Ch. mo Prof.

F. Contaldo

Candidata

Dott.ssa F. Ricciardi Lo Schiavo

Anno accademico 2009/2010

*“So benissimo, comunque, che inevitabilmente
residuano aree oscure, inesplicabili, qualcosa
che sfugge a tutte le teorie: la faccia nascosta
della terapia – o della vita. Quella , forse,
nessuno può pretendere di illuminarla”*

(P. Bertrando)

All'amore che dono e ricevo

INDICE

INTRODUZIONE	p.2
CAPITOLO I – Cos’è il test e quali sono le sue indicazioni	“5
CAPITOLO II – Quali sono le sue modalità di somministrazione	“14
CAPITOLO III – Come si utilizza il Test di Rorschach	“19
3.1 – Quale può essere l’utilità del Rorschach nei DCA	“20
3.2 – Cosa sono i Disturbi del Comportamento Alimentare e la loro classificazione	“21
3.3 – Quali sono i test più utilizzati per diagnosticare i DCA	“34
CAPITOLO IV – Scopo del nostro lavoro	“41
CAPITOLO V – Discussione – Aspetti emersi nel Rorschach	“51
5.1 – Affettività	“63
5.2 – Rapporto con il sé	“66
5.3 – Organizzazione del pensiero	“69
5.4 – Controllo degli impulsi	“72
CAPITOLO VI – Analisi statistica dei risultati	“75
DISCUSSIONE DI UN CASO CLINICO	“79
CONCLUSIONI	“86
BIBLIOGRAFIA	“89

INTRODUZIONE

La mia esperienza con i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nasce con l'attività di volontariato, presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Università "Federico II" di Napoli, supervisionata dal Prof. Bellini che da anni si occupa, in ambito universitario, dei Disturbi Del Comportamento Alimentare. Ho iniziato a conoscere da vicino questa problematica che mi ha affascinato e incuriosito a tal punto che ho vinto il Dottorato in scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione. Successivamente sono stata supervisionata dal Prof. Di Pietro dopo il pensionamento del prof. Bellini ed infine dato il pensionamento anche di quest'ultimo, ho potuto concludere il mio lavoro con l'aiuto della dottoressa De Filippo, medico nutrizionista e con la supervisione del Prof. Contaldo.

Ho così potuto osservare da vicino cosa spinga queste persone a lasciarsi andare a tal punto da avvicinarsi, in alcuni casi, anche alla morte. Dopo diversi colloqui clinici ho iniziato a sentire l'esigenza di concretizzare ciò che stavo verificando con un Test appunto. Oltre ad essere una psicologa sono psicodiagnosta ed in particolare rorschachista. Trovo il Test di Rorschach un test molto affidabile che, a differenza degli altri test forse troppo standardizzati, considera maggiormente gli aspetti inconsci della personalità. E' un test più psicoanalitico e vista la complessità di queste persone non avrei potuto effettuare, secondo il mio modesto parere, nessun altro test così completo come il Rorschach (Ho un

master in psicodiagnosi presso il Gemelli Di Roma all'interno della Scuola clinica e psicodiagnostica del "Sacro Cuore").

Vorrei sottolineare che il mio è solo un tentativo di poter concretizzare quanto visto lungo il tragitto della mia esperienza. Non è mai troppo facile rendere in numeri ciò che è simbolico, psicologico e forse a volte così sconosciuto come la mente umana e ancor più per ciò che concerne le problematiche legate alla sfera alimentare. Nello stesso tempo però, non c'è molta bibliografia per ciò che riguarda la relazione tra disturbo del comportamento alimentare osservato attraverso il test di rorschach e così anche per questo ecco la motivazione della mia ricerca.

Il metodo rorschach che ho considerato, prende riferimento dal metodo Klopfer ed in particolare dal suo manuale introduttivo dedicato al Rorschach che è "*La tecnica Rorschach*" di Bruno Klopfer appunto ed Helen H. Davidson.

La prima parte del nostro lavoro, è costituita dal primo e dal secondo capitolo, dove cerco di chiarire cos'è il test di rorschach e le sue indicazioni e quali sono le modalità di somministrazione.

La seconda parte costituita dal terzo capitolo chiarisce come si utilizza il Test di Rorschach e quale può essere l'utilità del Test nei DCA. Inoltre cosa sono i Disturbi del comportamento alimentare e la loro classificazione. Nel terzo paragrafo, evidenziamo quali sono i test più utilizzati per diagnosticare i DCA.

Nella terza parte entriamo nel vivo della ricerca e mettiamo in luce lo scopo del nostro lavoro e nella discussione, osserviamo gli aspetti emersi nel Rorschach che nel dettaglio sono: Affettività, Rapporto con il Sé, Organizzazione del Pensiero, Controllo degli Impulsi.

La quarta ed ultima parte è dedicata alla raccolta dei dati, all'analisi statistica dei risultati, alla descrizione di un caso clinico, alla conclusione ed alla bibliografia.

CAPITOLO I

Cos'è il test e quali sono le sue indicazioni

Quella che oggi è conosciuta come la “Tecnica Rorschach”, fu presentata nel 1921 da Hermann Rorschach, uno psichiatra svizzero che riunì le sue macchie di inchiostro, le sue scoperte cliniche e le basi teoretiche delle sue indagini. Poche grosse macchie d'inchiostro vengono fatte cadere su di un foglio che viene ripiegato e l'inchiostro scorre su due facciate. Le forme sono relativamente semplici e selezionate fra migliaia di macchie sperimentali. Rorschach è stato il primo che oltre al contenuto, ha considerato aspetto formale e strutturale delle reazioni del soggetto alle forme non strutturate, in grado di rivelare aspetti della personalità di base del soggetto. (Klopfer B., H. H. Davidson, *La tecnica Rorschach. Un manuale introduttivo*, Giunti, 1971.)

La Rorschach Technique di Klopfer, da noi utilizzata, rappresenta una valida applicazione formale e dinamica di quel metodo reale che è la via maestra della psicologia. La tecnica di Rorschach fu ufficialmente presentata nel 1921 con la pubblicazione della monografia *Psychodiagnostik*, di Hermann Rorschach, giovane psichiatra, figlio di pittore e pittore anch'egli. In quest'opera racchiuse le sue macchie di inchiostro, selezionate fra migliaia di macchie sperimentali, le sue scoperte cliniche, le sue intuizioni psicologiche. Queste, furono talmente penetranti che, in breve tempo, divennero lo strumento più utilizzato nelle

operazioni psicodiagnostiche. Ancora oggi, le tavole sono in uso, e fanno parte dell'equipaggiamento standard per ogni psicologo e psichiatra. Il test di Rorschach è oggi uno strumento elettivo, in ambito psicodiagnostico, a livello internazionale, per formulare una buona *diagnosi strutturale*. La sua più vasta applicazione, si ha nel campo della salute mentale in istituzioni pubbliche e private e nella pratica professionale. La tecnica Rorschach ha contribuito alla comprensione di fenomeni quali la devianza minorile, l'alcolismo, la balbuzie, la schizofrenia, ha assunto un posto pregevole nella psicopedagogia, è riuscita a dare importanza all'efficacia della psicoterapia (Klopfer B. et al., 1971).

Le macchie sono dieci, ed ognuna ha le sue specifiche caratteristiche di forma, colore, chiaroscuro, spazi bianchi, etc., che tendono a provocare risposte particolari.

La tecnica Rorschach parte dall'idea che esista una relazione tra percezione e personalità. Il modo con cui ogni singolo individuo struttura ed organizza le tavole, riflette aspetti particolari della sua personalità. Le macchie d'inchiostro fungono da stimolo perché sono scarsamente strutturate, per cui non sollecitano risposte convenzionate, ma anzi permettono una gran varietà di risposte. Non esistono nel Rorschach risposte giuste o sbagliate, ma quello che lo psicologo dovrebbe far emergere, da una somministrazione del test, sono le motivazioni della persona in questione, le sue intime sollecitazioni, i suoi impulsi, la sua

capacità di controllo, il suo modo di affrontare i problemi, aspetti, insomma, della sua personalità. La tecnica Rorschach si propone non tanto di misurare un individuo, quanto di descriverlo, in relazione ad uno schema dinamico di funzioni interdipendenti o variabili. In situazioni di vita quotidiana, una persona potrebbe voler nascondere aspetti più intimi della propria personalità, per cui potrebbe comportarsi in una maniera più o meno accettata della società, nella situazione Rorschach, invece, una persona non sa quale sia la risposta corretta migliore. Dati significativi sono cosa la persona vede o non vede nelle macchie, come organizza il materiale, il tempo che impiega a vedere o non vedere, tutti aspetti che uno psicologo di larga esperienza clinica dovrebbe saper cogliere.

Sebbene la tecnica Rorschach possa cogliere molti aspetti della personalità è impossibile pensare che lì si possa raccogliere tutti in modo esauriente. Il Rorschach, però può risultare rivelatore, quando viene associato ad un buon colloquio clinico.

I vari aspetti della personalità, che emergono nel test, sono racchiusi in tre settori principali: aspetti cognitivi o intellettuali, aspetti affettivi o emotivi, aspetti di funzionamento dell'Ego.

Procedura del Test

La procedura del test si può rappresentare come una *cascata di eventi* (presentazione, raccolta del materiale, siglatura, interpretazione, comunicazione

dei risultati) che si susseguono secondo modalità ormai universalmente riconosciute. Dipenderà dalla capacità di inserire i contenuti emersi, l'efficacia dell'uso diagnostico del Rorschach. Il test comincia con la *somministrazione*, la prima ispezione delle tavole e la raccolta delle verbalizzazioni delle risposte; si continua con *l'inchiesta*, una seconda ispezione delle tavole, la ripetizione delle risposte da parte dell'esaminatore e l'accertamento di determinati vissuti che stanno alla base delle risposte come Collocazioni, Determinanti e Contenuti, si procede con la *siglatura*, cioè la trasformazione del materiale raccolto in simboli e l'organizzazione di questi in grafici e tabelle (Psicogramma), infine si fanno i rapporti tra i fattori e l'analisi quantitativa (Klopfer B. et al., 1971).

Lo scopo della *somministrazione* del test è riuscire ad ottenere il maggior numero possibile di risposte individualizzate ai fini della valutazione. L'esaminatore, da subito, dovrebbe creare un'atmosfera distesa e la persona dovrebbe sentirsi a suo agio, ai fini di ottenere un Rorschach maggiormente utilizzabile. E' consigliabile che le tavole possano essere viste dall'esaminatore e dal soggetto, è importante assumere una posizione che sia comoda per entrambi. Per quello che riguarda l'iniziale consegna al soggetto, non c'è una formula con cui presentare le tavole, perché la preparazione varia molto con l'età, l'esperienza e la cultura del soggetto.

La creazione di un'atmosfera di esame favorevole, cozza con il fatto che anche quando la persona si sentirà molto rilassata, il fatto di ricevere delle domande può essere percepita come disturbante da quest'ultima. Proprio per creare un'atmosfera maggiormente rilassante, l'esame viene diviso in quattro fasi, che comprende una fase per ottenere le risposte del soggetto, e tre fasi successive, utilizzate per chiarire il significato delle risposte per l'assegnazione della siglatura. Non è sempre, però, necessario utilizzarle tutte. Le quattro fasi sono la *prova vera e propria*, l'*inchiesta*, il *periodo analogico*, ed infine la *fase prova dei limiti*, se ne fa uso solo quando il soggetto non mostra di reagire ad alcuni stimoli della macchia (Klopfer B. et al., 1971).

1) Nella *prova vera e propria*, proprio perchè la prima fase, è ancora più importante creare un clima sereno e piacevole e mettere a proprio agio il paziente che si ha di fronte. Nel nostro caso, inoltre si tratta di pazienti particolari che in questa fase della loro vita stanno soffrendo molto, è quindi fondamentale stabilire un clima di fiducia ed empatia nonostante si tratti di una psicodiagnosi e non ancora di una presa in carico. Qui il soggetto fornisce le sue risposte alle tavole in modo spontaneo, senza alcuna sollecitazione da parte dell'esaminatore. Quest'ultimo scriverà tutte le risposte date, annotazioni riguardanti il tempo che decorre tra la presentazione della tavola e la prima

risposta del soggetto alla tavola; il tempo impiegato a condurre a termine la prova vera e propria;

2) Nell'*Inchiesta*, lo scopo è quello di determinare come il soggetto è arrivato alle sue risposte spontanee, questo dà l'opportunità di avere una nuova occasione di arricchire ciò che la persona ha espressamente detto.

3) Il *Periodo analogico*, è una fase facoltativa che dà l'opportunità di riempire le lacune delle fasi precedenti.

4) La fase *prova dei limiti* si utilizza solo quando il soggetto non mostra di reagire ad alcuni stimoli della macchia. E' successo nei casi presi da noi in considerazione solo per due pazienti che si trovavano in un momento di tale sofferenza da derealizzare la realtà perché non erano in grado di affrontare la loro difficoltà.

Interpretazione ed Analisi del test

Il protocollo Rorschach viene siglato allo scopo di fornire una descrizione in codice delle risposte del soggetto alle dieci tavole. Ciascuna risposta al Rorschach viene siglata secondo cinque caratteristiche: *Localizzazione*, cioè dove è stato visto il concetto, *Determinante*, cioè come è stato visto il concetto, quali caratteristiche della macchia l'hanno determinato, *Contenuto* del concetto, *Popolarità-Originalità*, cioè se quel concetto espresso è visto così da un gran numero di persone, oppure se è una risposta che si è verificata raramente,

Livello formale, cioè con quale grado di corrispondenza il concetto espresso dal soggetto viene riferito al materiale della macchia. Inoltre è importante considerare se la risposta viene data durante la prova vera e propria, allora si tratta di una *risposta principale*, se viene in luce durante l'inchiesta, si considera come una *risposta addizionale*. Vi sono cinque categorie principali per la siglatura della localizzazione: *globale*, *grandi dettagli comuni*, *piccoli dettagli comuni*, *dettagli rari* e *spazi bianchi* (Klopfer B. et al., 1971).

Le aree fondamentali del Rorschach permettono di identificare le sfumature più sottili delle dinamiche interne, dei problemi affettivi e delle energie che si hanno a disposizione e quanto si utilizzano. Queste sono:

Area del movimento. Quella che attira un maggiore interesse perché compare un vissuto, quello appunto del movimento, che proviene totalmente dall'esperienza personale. Il movimento, infatti, a differenza delle altre aree, non è ben presente nello stimolo, per cui esso è genuinamente proiettato. Le risposte di movimento comprendono quelle risposte, nelle quali il soggetto ha visto, nelle macchie, qualche azione, espressione, posizione. Il movimento può essere attribuito a esseri umani ("M"), viene usato per siglare quei concetti che comprendono qualsiasi tipo di azione, posizione od espressione umana, sia che la riguardi intera, o parti di figura, ad animali ("FM"), viene usato per siglare quei concetti che attribuiscono un'azione animale o a parti di animali viventi anche se si tratta

di caricature, disegni o ornamenti, si usa anche per animali addestrati a compiere movimenti di tipo umano, o a oggetti inanimati (“m”), viene usato per siglare quei concetti che si riferiscono a forze meccaniche o forze astratte della natura. Quest’area si può denominare anche area delle energie, perché in essa convergono le informazioni sugli aspetti energetici della personalità (energie mature, riflessive, oppure energie di tipo istintuale-conflittuale). Si ritiene che le risposte “*M*” rappresentino la stima delle energie più mature, governate dall’io, le risposte “*FM*”, invece evidenziano le energie più instabili, quelle legate a pulsioni da soddisfare immediatamente, attribuibili all’Es, le risposte “*m*”, indicano la presenza di forze minacciose per l’equilibrio generale e vissute con tensione. Le risposte “*m*” comprendono *Fm*, *mF*, e *m*. La siglatura *Fm* implica la percezione di movimento di cose inanimate in un concetto che ha una forma ben definita e riconoscibile, come <<bandiere che ondeggiano al vento>>. La siglatura *mF* viene usata per concetti con una forma semidefinita, come <<fiamme che guizzano nell’aria>>. La siglatura *m* viene usata per concetti che si riferiscono a forze astratte, nelle quali la forma è completamente indefinita (Klopper B. et al., 1971).

Area del colore. Mostra il tipo di investimento degli affetti, delle emozioni che sono socialmente accettati, che si possono controllare, oppure impulsivi che

vanno subito soddisfatti. Può essere concepita come l' "area dell'espressione delle energie".

Area della tridimensionalità e della prospettiva. Permette di identificare eventuali livelli di angoscia. Vengono raggruppate le risposte sui vissuti del chiaroscuro utilizzato per la costruzione di oggetti tridimensionali.

Area della superficie e dello pseudocolore. Dà informazioni sulle relazioni della persona con l'oggetto (dipendente, depressivo, autonomo, ecc.)

Area della forma. Consente di assumere informazioni sul funzionamento intellettuale della persona e dà alcune informazioni sulla forza dell'io. Le risposte a quest'area vanno ricercate per ultime nell'inchiesta.

La valutazione di questi parametri fornisce preziose informazioni finalizzate ad un'eventuale percorso psicoterapico oppure se la persona è povera negli aspetti energetici e strutturali di personalità e di intelligenza, un percorso meno destrutturante della personalità, come ad esempio un sostegno psicologico.

CAPITOLO II

Quali sono le sue modalità di somministrazione

Il paziente a cui somministriamo il Test non ha un tempo standardizzato nella produzione della risposta, può sentirsi libero di impiegare tutto il tempo che vuole; persone particolarmente ansiose impiegheranno meno tempo nella produzione della risposta e viceversa persone depresse o psicotiche tendenti alla derealizzazione (che consiste nel deformare la realtà e ritirarsi in un mondo appartenente soltanto a se stessi) impiegheranno più tempo.

Si presentano al soggetto le 10 macchie d'inchiostro una alla volta, si comunica che potrà vederla in ogni verso e vederci tutto ciò che vuole; non ci sono infatti risposte giuste o sbagliate né standardizzate. Ci sarà poi una seconda presentazione dove lo psicologo farà delle domande relative alla posizione, al contenuto, alla forma, al colore etc.. al fine di comprendere meglio ciò che intende esplicitare il paziente e poter meglio elaborare il test.

Le dieci macchie di inchiostro infatti hanno specifiche caratteristiche: forma, colore, chiaroscuro, spazi bianchi, contenuti, etc.. Ogni macchia tende a provocare risposte particolari. Queste proprietà danno ad ogni macchia un carattere specifico, che diventa a poco a poco familiare allo studioso del Rorschach. Questa dimestichezza aiuta a capire le reazioni dei soggetti alle

macchie, perché forma una specie di sfondo sul quale le singole variazioni individuali vengono poste in risalto. (Klopfer B. et al., 1971).

Il modo nel quale ogni singolo soggetto organizza o struttura le macchie d'inchiostro nel processo percettivo riflette aspetti fondamentali della sua dinamica psicologica. Le macchie essendo relativamente ambigue o scarsamente strutturate, si prestano a funzionare da stimolo, non sollecitano risposte apprese attraverso l'esperienza ma permettono una grande varietà di risposte.

Tale test dà la possibilità di far emergere le motivazioni, gli impulsi, le capacità di controllo, la reazione ai problemi ed altri aspetti della personalità; in quanto test proiettivo si basa su un livello più inconscio dove l'individuo non si rende conto di ciò che dice e non ha norme culturali dietro alle quali nascondersi (L. K. Frank, *Projective Methods for the Study of Personality*, 1939). La parte di una macchia che una persona interpreta nella sua risposta, che cosa si vede o cosa non si vede, il modo di organizzare il materiale, il tempo che impiega per vedere quello che sceglie di vedere, sono tutti dati significativi per l'interpretazione di alcuni tratti della personalità. La persona nella situazione Rorschach, non sa quale sia la risposta corretta o migliore e senza volerlo e senza saperlo, rivela se stesso, anche quella parte di sé di cui non ha consapevolezza. Gli aspetti della personalità che il Rorschach va ad individuare sono:

- 1) aspetti cognitivi o intellettuali;
- 2) aspetti affettivi o emotivi;
- 3) aspetti del funzionamento dell'Ego.

Tra gli aspetti cognitivi o intellettuali individuiamo:

- a) La capacità ed efficienza intellettuale, che individua il livello intellettuale, il rendimento inferiore o superiore al livello di capacità misurato dal test di intelligenza, l'efficienza intellettuale intralciata o meno da interferenze emotive, la capacità verbale ed il livello di vocabolario.
- b) il tipo di comprensione, che individua il modo con cui la persona affronta i problemi, se lo fa in modo logico o disordinato, metodico o confuso, se il pensiero è induttivo o deduttivo, se organizza bene il materiale, se è capace di arrivare direttamente al centro delle questioni o gira ansiosamente attorno a questioni marginali.
- c) il potere di osservazione, cioè se la persona è capace di osservare le cose evidenti, se trascura le minuzie, se vede le cose all'interno di una certa complessità.
- d) L'originalità di pensiero, che individua se il paziente è capace di concezioni originali, se ha capacità creative e se le creazioni sono basate sulla realtà o sono assurde.

e) La produttività, cioè se le idee sono nella media o sopra la media, se la persona risponde con facilità, se dà risposte ricche.

f) L' ampiezza di interessi, individua se gli interessi della persona sono variati, limitati o ricchi e diversificati, se si concentrano in profondità, se ha interessi particolari.

Tra gli aspetti affettivi o emotivi individuiamo:

g) La tonalità emotiva generale, individua se si tratta di un tono emotivo spontaneo, depresso, coartato, se la persona si mostra ansiosa, passiva, chiusa, oppure autoassertiva e aggressiva, se ha degli obiettivi a cui tende, come risponde a brusche situazioni emozionali, se è confidente o pessimista nei confronti della possibilità di assicurarsi l'affetto di cui ha bisogno, se è realistica, se è autosufficiente o dipendente.

h) Il sentimento di sé, individua qual è la risposta del soggetto alle sollecitazioni interiori, se si trova a suo agio con se stesso, se accetta o meno i suoi impulsi, se mostra con evidenza di sentirsi inferiore.

i) I rapporti con gli altri, evidenzia se la persona ha piacere ad avere contatto con gli altri, se sta bene in mezzo alla gente, se è in generale ostile alla gente e poco a suo agio, se invece evita il contatto.

l) Il modo di reagire a stress emotivi, cioè come la persona affronta le situazioni o cerca di evitarle, se si lascia prendere dal panico o si controlla, se riesce a

riprendersi, come reagisce a situazioni nuove, se le affronta con disinvoltura o con disagio.

m) Il controllo degli impulsi emotivi, se lo fa in modo eccessivamente rigido, oppure lascia libero sfogo all'impulsività incontrollata, se le sue emozioni arrivano a raggiungere tonalità progressive, oppure la persona è capace di una genuina spontaneità, se è capace di tatto e prudenza.

Infine tra gli aspetti del funzionamento dell'Ego:

n) La forza dell'Ego, che evidenzia se la persona dimostra di vivere una realtà sana, come e se si giudica, se ha fiducia in se stesso e se sente il bisogno di una terapia di sostegno o di una psicoterapia.

o) Le zone conflittuali, dove siamo in grado di comprendere se la persona ha un buon equilibrio sessuale, se c'è qualche confusione nell'identificazione e nel ruolo sessuale, se c'è la presenza di conflitti nell'atteggiamento verso l'autorità, nel bisogno di dipendenza, nella passività e nell'autoaffermazione.

p) Le difese, individua di quali difese si tratti e se sono poche o molteplici, rigide o articolate (B. Klopfer, H.H Davidson. *La Tecnica Rorschach. Un manuale introduttivo*, Giunti, 1971).

CAPITOLO III

Come si utilizza il Test di Rorschach

L'utilizzo del test di Rorschach in letteratura è davvero molto vasto, si ha applicazione nel campo della salute mentale in istituzioni pubbliche e private e nella pratica professionale, fino ad arrivare tutt'oggi a nuove possibilità di applicazione. Molti campi della ricerca sono stati stimolati ed aiutati da questa tecnica. Il Rorschach ha arricchito gli studi sugli aspetti evolutivi della percezione, ha ampliato la conoscenza delle funzioni intellettuali, ha approfondito l'analisi del comportamento in occasione di situazioni frustranti. Ha contribuito alla comprensione di deviazioni della personalità quali la delinquenza minorile, l'alcolismo, la balbuzie, la schizofrenia; ha assunto una posizione fondamentale nella psicopedagogia; è riuscito a far luce sull'efficacia della psicoterapia; ha favorito un nuovo approccio allo studio delle interrelazioni tra cultura e personalità. Una testimonianza della validità del Rorschach è data dal fatto che in quasi tutti i paesi del mondo si usa, ed è dal punto di vista internazionale il metodo più importante nel campo delle tecniche proiettive (Klopfer B. et al., 1971).

3.1 Quale può essere l'utilità del Rorschach nei DCA

Il nostro interesse è rivolto all'applicazione del Test di Rorschach nei disturbi alimentari. Abbiamo scelto di utilizzare tale test sia perché lo troviamo di una notevole importanza proiettiva e sia perché non c'è una vera e propria ricerca in tal senso. L'applicazione del test di Rorschach per i DCA infatti in passato è stata valutata soprattutto per ciò che concerne la scala di Barriera e Penetrazione (Fisher e Cleveland, 1958; Fisher, 1970) che è uno strumento di valutazione a valenza descrittiva basata sui contenuti delle risposte, ideata come tecnica utile nello studio dell'immagine corporea dell'individuo. È importante ricordare che il suo fondamento teorico, in base al quale l'immagine del corpo e l'immagine di sé sono in continua interazione, ci indica che questo strumento è utile perché fornisce non solo delle informazioni sulla stabilità o fragilità dei confini corporei dell'individuo, ma anche preziose indicazioni sulla sua identità in generale. Il problema dell'immagine del corpo diviene in Fisher e Cleveland quello dei limiti dell'immagine corporea. Gli autori sono partiti dal presupposto che le proprietà ascritte da un individuo ai contorni degli oggetti individuati nelle macchie del Rorschach, rispecchino il modo in cui egli percepisce i confini del proprio corpo.

3.2 Cosa sono i Disturbi del Comportamento Alimentare e la loro classificazione

Sono ormai numerose le osservazioni epidemiologiche secondo cui i disordini del comportamento alimentare sono in considerevole aumento nel mondo occidentale. L'atto del mangiare nasconde sempre più l'aspetto legato alla necessità del nutrimento, per mettere invece in primo piano il livello simbolico e rappresentativo. Nelle società del benessere non si mangia più pressati dall'insostenibilità dello stimolo della fame, ma in funzione di un ideale di controllo dei bisogni del corpo. All'interno di questi cambiamenti, dove il cibo è divenuto l'oggetto consumistico per eccellenza, i disturbi della condotta alimentare ci mettono di fronte ad uno dei paradossi più allarmanti della società contemporanea: il nutrimento si è trasformato in malessere, talvolta addirittura in strumento di morte. Sono sempre più numerose, purtroppo, le persone, spesso giovani donne, che ingaggiano con il cibo una battaglia in cui viene coinvolta la propria esistenza, in un circolo vizioso dove esiste l'incontrollabile spinta al rifiuto ed una compulsiva tendenza al divoramento senza fine. In ogni disturbo del comportamento alimentare, il cibo finisce con l'assorbire interamente il pensiero e condiziona ogni attività, ogni scelta, ogni progettualità.

Nonostante gli innumerevoli sforzi è molto difficile lavorare con questa problematica perché c'è sempre qualcosa di impercettibile. Ciò d'altronde

succede perché quasi per definizione, i pazienti con DCA sfuggono e talvolta si sottraggono ad una relazione vera e propria. Anche se i sintomi, come vedremo, sono piuttosto stereotipati, dietro questa apparente semplicità, si nasconde invece una grande diversità e complessità; da una parte per ciò concerne i pazienti e le personalità così diverse tra di loro, dall'altra ovviamente per la diversificazione dell'intervento terapeutico. Proprio per questa complessità è stato difficile trovare delle caratteristiche del Rorschach che fossero per così dire uguali, universali. Con qualche sforzo siamo riusciti ad ottenere questa categorizzazione che più tardi vedremo nel dettaglio, credendo di poter così aiutare la ricerca data la gravità e la numerosità dei casi in aumento di DCA, non dimenticandoci però mai della storia personale del paziente che è a sé stante e diverso da qualunque altro.

Per disturbo del comportamento alimentare si intende una situazione in cui il rapporto con il proprio corpo e con il cibo viene alterato, in modo tale da dominare in maniera anomala ed ossessiva tutte le azioni della propria giornata.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, ideato e realizzato dall'American Psychiatric Association (DSM IV-TR, APA, 1994) è il risultato di una task force di esperti che, ancora dopo oltre 30 anni dalla sua nascita, continuano ad aggiornarlo secondo le nuove ricerche o i nuovi riscontri che via

via emergono. Esso tende a raggruppare essenzialmente in due sindromi, l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, l'insieme dei disturbi dell'alimentazione. Caratteristica fondamentale comune ad entrambe le sindromi è la presenza di un'alterata percezione del peso e della propria immagine corporea; l'aspetto tipico dell'anoressia nervosa è il rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale. Si tratta di quelle giovani che in maniera improvvisa o graduale, iniziano una dieta dimagrante che inesorabilmente diventa sempre più rigida, con l'esclusione progressiva di intere categorie di alimenti, fino al digiuno pressoché completo. Nello specifico:

L'Anoressia è un disturbo caratterizzato da una ricerca “fanatica” della magrezza in rapporto ad un'opprimente paura di ingrassare.

Dal punto di vista psicodinamico, c'è una bibliografia molto vasta ma cercherò di sottolineare gli aspetti che secondo il nostro punto di vista è più importante osservare. Secondo la Bruch, l'anoressia è “un tentativo di cura si sé, per sviluppare attraverso la disciplina del corpo un senso di individualità e di efficacia interpersonale”. Inoltre l'autrice ritiene che la preoccupazione circa il cibo e il peso si manifesta piuttosto tardi ed è emblematica di un disturbo più fondamentale del concetto di sé. Molti pazienti anoressici, infatti, sono

fermamente convinti della loro impotenza e incapacità, spesso esperiscono il corpo come separato dal Sé, come se appartenesse ai genitori.

Secondo la Bruch le origini evolutive del disturbo vanno ricercate in una relazione disturbata tra l'infante e la madre; per l'esattezza, la madre sembra prendersi cura della bambina in funzione dei propri bisogni piuttosto che di quelli della bambina, di conseguenza quando i segnali della bambina non ricevono risposte di conferma o convalida, ella non può sviluppare un sano senso di sé.

Piuttosto la bambina si esperisce come un'estensione della madre e non come un centro autonomo per suo stesso diritto. Manca infatti in questi pazienti il senso di autonomia, perché è difficile crescere e sentirsi indipendenti.

Ecco allora che, in età adulta, il comportamento della paziente anoressica può essere letto come un tentativo frenetico di ottenere ammirazione e conferma come persona unica e speciale con attributi straordinari. Ma la sua falsa buona condotta, sempre secondo la Bruch, è ispirata ad un perfezionismo che mira all'approvazione degli altri, che rinforza la paura di essere spontanei (Bruch H., *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 1978). Ciò interferisce con la capacità di identificarsi e riconoscere i propri sentimenti. aspetti che ci appaiono evidenti nell'analisi dei contenuti del rorschach e nelle reazioni al colore.

La malattia infatti sembra deviare nella direzione di un senso di competizione rispetto ad essere la “più magra” o la “più straordinaria”.

Anche E. e J. Kestemberg e S. Decobert (1972) nel volume *La faim et le corps* sostengono, sulla base della loro esperienza clinica, che nell'anoressia è sempre presente un vissuto di natura fusionale con la madre e che le imago materna e paterna presentano caratteristiche di onnipotenza. Nella fase adolescenziale, continuano, il conflitto è tale da suscitare un'angoscia responsabile di una regressione massima ai livelli pregenitali.

A tal proposito Boris parla di un nucleo costituito da un'intensa avidità, all'interno del quale i desideri orali sono talmente inaccettabili al punto di doverli gestire proiettivamente.

Attraverso l'identificazione proiettiva, la rappresentazione di sé avida e richiedente viene trasferita sui genitori; questi ultimi, in risposta al rifiuto di mangiare, diventano ossessionati dalla preoccupazione che la paziente mangi e, di conseguenza, diventano loro quelli che hanno dei desideri. Qualsiasi atto inerente il ricevere cibo o amore mette l'anoressico a confronto col fatto che non può possedere quel che desidera, la soluzione migliore, quindi, è non ricevere nulla da nessuno.

A livello inconscio, in realtà, il paziente invidia le cose buone possedute dalla madre ma, al tempo stesso, riceverle ne accrescerebbe l'invidia. Questa rinuncia

fa sì che si senta l'oggetto del desiderio altrui, l'oggetto dell'invidia e dell'ammirazione degli altri che l'ammirano per il suo autocontrollo.

I criteri diagnostici del DSM IV (Il manuale diagnostico di classificazione delle patologie psichiatriche) secondo cui è possibile parlare di anoressia vera e propria sono i seguenti:

- 1) Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo per l'età e la statura.
- 2) Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- 3) Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.
- 4) Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi.

L'associazione con altri disturbi psicopatologici può determinare anche una doppia diagnosi. Alcuni soggetti possono soddisfare i criteri per l'episodio Depressivo Maggiore, ma un episodio di questo genere è riscontrato in pazienti con digiuno prolungato, infatti si deve valutare una vera e propria depressione solo successivamente il recupero del peso. Lo stesso Freud, nella minuta G. diretta a Flies (1895), aveva stabilito un nesso tra anoressia e malinconia, oltre

ad averla iscritta, in seguito, nella patologia isterica e averla correlata alle perversioni del carattere. Manifestazioni frequenti in questi pazienti che già riscontriamo nella fase anamnestica riguardano: disagio nel mangiare in pubblico, sentimenti di inadeguatezza, bisogno di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, rigidità mentale, ridotta spontaneità nei rapporti interpersonali, perfezionismo, espressività emotiva talvolta eccessivamente repressa.

La bulimia nervosa invece è caratterizzata da ricorrenti episodi di “abbuffate” seguiti dall'adozione di mezzi inappropriati per controllare il peso (vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno, iperattività fisica): il soggetto viene preso da profondo disgusto, nausea, vergogna; si associano sentimenti di colpa e disperazione..

Questi sono disturbi che colpiscono purtroppo molte persone e non solo adolescenti.

Nello specifico:

*La **Bulimia**.* I pazienti afflitti da questo disturbo hanno generalmente un peso corporeo relativamente normale e c'è la presenza di abbuffate e di uso di purganti.

Inoltre il paziente bulimico assume un comportamento dominato dagli impulsi, irresponsabile e indisciplinato, del tutto antitetico rispetto a quello del paziente anoressico, improntato alla rigida autodisciplina e coscienziosità.

Da un punto di vista psicodinamico si può dire che mentre il paziente anoressico è caratterizzato da una maggiore forza dell'Io e da un maggiore controllo del Super Io, il paziente bulimico invece può soffrire di una incapacità generalizzata di posticipare la scarica degli impulsi a causa di un Io indebolito e di un Super Io debole.

Dal punto di vista delle relazioni interpersonali, invece, si può dire che mentre il paziente anoressico tende a ritirarsi da queste ultime, il paziente bulimico le utilizza come strumento per ricevere danno o punizione da fonti esterne.

Secondo Mintz, questo bisogno di punizione origina da un'aggressività inconscia diretta verso le figure genitoriali che viene poi spostata sul cibo cannibalescamente distrutto.

In effetti, un elemento comune nella storia evolutiva di queste pazienti è l'assenza di un oggetto transizionale che aiutasse il bambino a separarsi psicologicamente dalla madre.

Sicché questa lotta evolutiva finalizzata alla separazione può essere inscenata utilizzando il corpo stesso come oggetto transizionale: in questo senso

l'ingestione di cibo rappresenta il desiderio di simbiosi con la madre, mentre l'espulsione di cibo rappresenta un tentativo di separazione (dalla madre).

Come nel caso dei pazienti anoressici, le madri dei bulimici si rapportano ai figli come se questi ultimi fossero estensioni di se stesse; ovvero vengono utilizzate come oggetti Sé per convalidare il Sé del genitore.

Ecco che l'ingestione e l'espulsione di cibo possono diventare introiezione e proiezione di intrometti cattivi o aggressivi.

Da un punto di vista psicodinamico si può dire che mentre il paziente anoressico è caratterizzato da una maggiore forza dell'Io e da un maggiore controllo del Super Io, il paziente bulimico invece può soffrire di una incapacità generalizzata di posticipare la scarica degli impulsi a causa di un Io indebolito e di un Super Io debole.

Dal punto di vista delle relazioni interpersonali, invece, si può dire che mentre il paziente anoressico tende a ritirarsi da queste ultime, il paziente bulimico le utilizza come strumento per ricevere danno o punizione da fonti esterne.

I criteri diagnostici del DSM IV secondo cui è possibile parlare di bulimia vera e propria sono i seguenti:

- 1) Ricorrenti abbuffate.

- 2) Mangiare in un definito periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
- 3) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio.
- 4) Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- 5) Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe, in media, due volte alla settimana per tre mesi.
- 6) I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- 7) L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

I disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri definiti per le sindromi conclamate vengono classificati come disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (DANAS).

Nello specifico:

Si parla di diagnosi di **Danas** o Disturbo del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Precisato quando:

- 1) Una persona, spesso di sesso femminile, presenta tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa pur in presenza di un ciclo mestruale regolare.
- 2) Sono soddisfatti tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa anche se, nonostante la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta ancora nei limiti della norma.
- 3) Vengono soddisfatti tutti i criteri della Bulimia Nervosa, ad eccezione del fatto che le abbuffate e le condotte di compenso hanno una frequenza inferiore a due episodi per settimana per tre mesi.
- 4) Una persona di peso normale si dedica regolarmente ad inappropriate condotte di compenso (vomito autoindotto, iperattività fisica o abuso-uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri) dopo aver ingerito piccole quantità di cibo.
- 5) Il soggetto mastica ripetutamente e sputa, senza deglutire, grandi quantità di cibo.

Proprio per questo motivo è molto difficile individuare questa problematica ma, nello stesso tempo nel momento in cui si riconosce è anche meno complesso lavorare a livello terapeutico con queste persone che hanno un quadro psicopatologico più accessibile rispetto agli altri disturbi presi da noi in considerazione.

Il **BED** o “*Binge Eating Disorder*” o “*disturbo da alimentazione incontrollata*” è un disturbo caratterizzato dalla presenza di “abbuffate” non accompagnate però da strategie per compensare l’ingestione di cibo in eccesso. Le persone che manifestano questo disturbo assumono, in un tempo limitato, quantità di cibo esagerate, con la sensazione di perdere il controllo dell’atto del mangiare. Queste situazioni si ripetono anche più volte la settimana anche in momenti in cui non si ha una sensazione fisica di fame. A differenza dalla bulimia, non si riscontra il circolo vizioso tra i tentativi di restrizione, l’abbuffata e i comportamenti eliminativi. Il problema principale sembra consistere in una difficoltà a controllare l’impulso ad alimentarsi. Il disturbo da alimentazione incontrollata è correlato all’obesità anche se tale caratteristica non è necessaria per la diagnosi di BED. Il BED è presente nel 30% circa dei casi di soggetti obesi che richiedono una cura per la loro situazione e nel 2-3% di tutti i soggetti obesi. La difficoltà ad inquadrare questa situazione è legata alla definizione di abbuffata e ai fattori che possono favorirne la persistenza. L’abbuffata, così come avviene nella bulimia nervosa, viene definita dalla sensazione di perdita di controllo, dal senso di colpa e dai pensieri negativi che la accompagnano. Nei soggetti BED è frequente la presenza di un quadro psicologico problematico caratterizzato dalla depressione, dall’insoddisfazione corporea e da un comportamento alimentare variamente disturbato. Negli obesi BED i disturbi

dell'umore e altri quadri psicopatologici sembrano essere presenti in circa l'80% dei casi.

I Criteri diagnostici del DSM IV secondo cui è possibile parlare di BED sono i seguenti:

- 1) Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un'abbuffata compulsiva è definita dai due caratteri seguenti.
- 2) Mangiare in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in circostanze simili e nello stesso periodo di tempo
- 3) Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- 4) Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati ad almeno tre dei seguenti caratteri:
 - Mangiare molto più rapidamente del normale;
 - Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di troppo pieno;
 - Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame;
 - Mangiare in solitudine a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite;
 - Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo.

5) Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio.

6) Le abbuffate compulsive avvengono, in media, almeno due giorni la settimana per almeno sei mesi.

Tale comportamento incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per due giorni alla settimana per un periodo di sei mesi.

Il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di anoressia o di bulimia nervosa.

3.3 Quali sono i test più utilizzati per diagnosticare i DCA.

Si tratta prevalentemente di test psicometrici quali : EDI 2, EI ed EAT 26, (Garner et al., 1984). Punteggi numerici dei test possono essere utilizzati per identificare i pazienti da sottoporre a specifici interventi terapeutici, la ripetizione dei test nel tempo e la valutazione delle differenze nei punteggi, consente di osservare in maniera semplice gli effetti della terapia nei singoli casi.

L'*EDI-2* (Cooper Z, et al., 1989), è uno strumento per l'autovalutazione di sintomi comunemente associati all'anoressia e alla bulimia nervosa. Nei settings clinici fornisce informazioni sul trattamento da adottare e sul procedere della valutazione. Tenendo conto dell'eterogeneità nella psicopatologia associata ai disturbi dell'alimentazione, i profili individuali possono essere comparati con i dati normativi di pazienti appartenenti a gruppi clinici e non

clinici.

Le sottoscale di questo test identificano non solo elementi psicopatologici ma preoccupazioni per ciò che concerne l'alimentazione anche in campioni non rappresentativi e quindi non patologici, idonee in una fase di consultazione. L'ansia rispetto a ciò che si mangia infatti, riguarda anche soggetti a cui non è stato diagnosticato alcun tipo di disturbo alimentare. Tali sottoscale, indagano sugli aspetti sintomatici essenziali alla diagnosi ma anche su tratti di personalità, selezionati da un'ampia gamma di voci formulate da clinici specialisti dei disturbi alimentari.

Impulso alla magrezza: misura la preoccupazione di ingrassare e la presenza di un comportamento di restrizione dietetica. Alti punteggi indicano un perseguire in modo eccessivo una condizione di magrezza o una paura patologica di acquistare peso. Molte pazienti anoressiche o bulimiche presentano un alto punteggio a questo item ma anche soggetti a dieta estrema, senza un vero disturbo psicopatologico. Questo item fornisce informazioni di valore generico.

Bulimia: indaga sulle condotte di binge eating e purging. Discrimina inoltre il sottotipo bulimico da quello anoressico. Fornisce informazioni di valore relativo al comportamento a carattere specifico (Andersen AE., 1985).

Insoddisfazione per il proprio corpo: valuta il grado di scontentezza relativo a specifiche parti del corpo che generalmente sono oggetto di intensa auto-

osservazione nei DCA. Fornisce informazioni circa il valore di percezione-consapevolezza di sé come oggetto totale o parziale (Bellini O. et al., 2002).

Inadeguatezza: determina la misura in cui il soggetto vive la propria incapacità di far fronte agli eventi e tenerli sotto controllo. Viene correlata a bassi livelli di autostima e sicurezza in se stessi. Fornisce informazioni circa la consapevolezza-percezione del proprio Sé mentale (Bellini O., Scarnecchia M. *Il lavoro della cura con la paziente anoressica. Il metodo integrato*. Milano, Franco Angeli, 2002).

Perfezionismo: si riferisce alle aspettative personali molto elevate e al bisogno di produrre prestazioni ineccepibili, associate da molti autori alla personalità delle anoressiche. Fornisce informazioni circa il modello dell'IO ideale (Bellini O. et al., 2002).

Sfiducia Interpersonale: indica la tendenza ad evitare relazioni interpersonali intime e l'inibizione dell'espressione di bisogni ed emozioni. Fornisce informazioni sulla capacità di tollerare, riconoscere e relazionarsi con l'altro da Sé (Bellini O. et al., 2002)

Consapevolezza enterocettiva: valuta la capacità di riconoscere le sensazioni corporee specialmente quelle connesse con la fame e con la sazietà. Fornisce informazioni circa la relazionalità con il proprio corpo nel senso di aver raggiunto la consapevolezza delle proprietà del proprio corpo.

Paura della Maturità: riconosce la tendenza dei soggetti a cercare sicurezza ed a perpetuare comportamenti ed atteggiamenti infantili. Alti punteggi a questo item, vengono associati alla percezione che le esigenze dell'età adulta sono sentite come opprimenti e con un forte desiderio di regressione alla sicurezza dell'infanzia. Fornisce informazioni circa la presenza di un'Identità stabile capace di equilibrio tra esperienze del qui ed ora e spinte regressive.

Ascetismo: segnala la tensione verso valori e mete considerati molto elevati, a costo del sacrificio e della mortificazione del proprio corpo. Mette in evidenza una forte tendenza a ricercare il valore attraverso l'autolimitazione, l'autodisciplina, la negazione di sé, il sacrificio ed il controllo degli stimoli corporei. Succede che si rinunci alle gratificazioni fisiche in favore del controllo dei bisogni orali. Fornisce informazioni circa la presenza profondi meccanismi di scissione.

Impulsività: misura la mancanza di controllo e le tendenze aggressive. Fornisce informazioni circa la forza dell'Io.

L'Eating Attitude Test (EAT-26) misura i sintomi e le preoccupazioni caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione.

Rispetto ad altri test, è in grado di poter dare spiegazioni anche per ciò che concerne il gruppo di pazienti non anoressiche e le rispettive madri che

potrebbe avere comunque degli squilibri alimentari nonostante non rientrino nei DCA. Si tratta di persone preoccupate per il proprio peso e la propria forma fisica, che cercano di perdere peso attivamente ma che non destano preoccupazione.

Le sottoscale sono: il fare la dieta che misura i comportamenti di evitamento del cibo e la percezione distorta del proprio corpo, sentito come insoddisfacente ed in soprappeso.

La Bulimia che indaga sulla presenza di comportamenti bulimici e sulla preoccupazione per il cibo.

Il Controllo orale che testimonia l'assenza di comportamenti bulimici ed è correlata ad un'effettiva carenza ponderale.

L'EI che è stato sviluppato specificamente per lo studio del comportamento alimentare nei pazienti obesi, utile per le scale a cui fa riferimento. La restrizione alimentare: comporta due stadi opposti; nella prima il soggetto blocca le proprie sensazioni alimentari e domina il suo comportamento (atteggiamento tipico della fase-dieta), la seconda comporta la perdita di controllo e la disinibizione con crisi iperfagiche, compulsive e bulimiche.

La disinibizione: perdita del controllo alimentare che tende a stimolare l'assunzione di una quantità di alimenti maggiore di quella necessaria. Essa può

trovare la causa originaria dal senso di colpa che scaturisce dal modello morale spesso imposto dalla famiglia di origine.

La fame: concerne la difficoltà a distinguere tra l'aver fame e l'essere sazio. Fornisce informazioni circa l'elaborazione del senso di colpa e della ambivalenza.

Altri test che vengono somministrati sono i seguenti:

Body Attitudine Test (BAT), strumento che valuta la presenza e il grado d'insoddisfazione corporea: in particolare l'attenzione per la taglia corporea (BAT-1), la mancanza di familiarità con il proprio corpo (BAT-2) e il confronto con gli altri (BAT-3).

Inoltre l'MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) che andrebbe a considerare i principali aspetti della personalità.

Il Test del Disegno della figura Umana che confronta il rispecchiamento della propria immagine.

Infine l'Eating Disorder Examination (EDE) costituisce un utile e affidabile strumento psicometrico. Recentemente tradotta in italiano (Mannucci e Coll., 1996), è un'intervista semistrutturata che fornisce diagnosi categoriali di disturbi del comportamento alimentare secondo i criteri del DSM-IV. Unitamente ad un

punteggio complessivo (indice di gravità) consente di determinare punteggi relativi a quattro aree psicopatologiche connesse con il comportamento alimentare: restrizione, preoccupazione per il cibo, preoccupazione per il peso e preoccupazione per il proprio corpo.

CAPITOLO IV

SCOPO DEL NOSTRO LAVORO

Noi utilizziamo il Test di Rorschach in modo tale da restituirlo ai pazienti con una diagnosi e lo inseriamo all'interno di una ricerca anamnestica che considera storia personale, familiare, diagnosi, sesso, età e IMC. L'IMC è il rapporto tra il peso in kg e l'altezza al quadrato. Un indice minore di 18,5 indica una situazione di sottopeso, come osserviamo per la maggior parte dei casi presi da noi in considerazione negli anoressici. Un peso accettabile, che viene spesso considerato come una situazione di normopeso è compresa tra 18,5 e 25. Un eccesso ponderale, che viene considerato già un sovrappeso è compreso tra 25 e 29,9. Un'obesità lieve è compresa tra 30 e 34,9; un'obesità moderata tra 35 e 39,9; una grave è superiore ai 40. Riassumendo ecco il grafico:

Classificazione	IMC
Sottopeso	<18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sovrappeso	25-29,9
Obesità lieve	30-34,9
Obesità moderata	35-39,9
Obesità grave	>40

Tabella 1: Classificazione IMC

Per i casi presi da noi in considerazione abbiamo 21 anoressici di età compresa tra i 13 ed i 28 anni, 3 maschi e 18 femmine di cui 15 con un imc molto grave compreso tra 13 e 15, d'altronde la diagnosi stessa di anoressia prevede un imc

molto basso. 3 pazienti hanno un imc di 13, 8 pazienti hanno un indice di 14, 4 pazienti hanno un imc di 15, 3 pazienti hanno un imc di 16 e soltanto, 3 hanno un imc di 17 che rientra quasi in una situazione di normopeso ma che è comunque al limite.

N° pazienti	Livello IMC
3	13
8	14
4	15
3	16
3	17
Tot pazienti anoressici: 21	Livello IMC Medio: 15

Tabella 2: Livelli IMC riscontrati nel totale dei pazienti Anoressici

I pazienti **Bulimici** da noi osservati sono **18** di età compresa tra i 14 ed i 23 anni, 5 maschi e 13 femmine con un imc compreso tra 15 e 25 (2 pazienti con un imc di 15, che non rientra in una diagnosi anoressica a causa delle innumerevoli volte che vomitavano in un giorno, 3 pazienti con imc di 18, 4 con imc 20, 2 con un indice di 22, 2 con imc 24, 5 con imc 25). Si osserva come per questi pazienti ci sia un bmi che rientra in un indice di normopeso. Questo perché nonostante si vomiti e si arrechino una serie di problematiche fisiche, l'organismo assume tutti i nutrienti di cui ha bisogno immediatamente, quindi ancor prima del vomito.

Ciò evidenzia come per altre diagnosi, che anche qui l' imc non è come per l'anoressia, un chiaro indice di diagnosi.

N° pazienti	Livello IMC
2	15
3	18
4	20
2	22
2	24
5	25
Tot pazienti bulimici:18	Livello IMC Medio: 20

Tabella 3: : Livelli IMC riscontrati nel totale dei pazienti Bulimici

Dei 14 casi di **Danas**, c'è un imc normopeso, tranne in alcuni casi. Ciò dimostra l'utilità di inserire queste persone in un quadro diagnostico danas appunto perché, a differenza delle pazienti anoressiche, non c'è una preoccupazione da parte dei medici circa il peso. La preoccupazione può riguardare invece lo psicologo dato che spesso questi pazienti hanno difficoltà nella sfera affettiva e con se stessi, ciò in realtà rispecchia la problematicità riguardo l'accettazione, aldilà del peso, della propria immagine corporea. L'età è compresa tra i 15 ed i 28 anni, 1 solo maschio e 13 femmine. Abbiamo per questi pazienti un imc compreso tra 18 e 28 (5 pazienti con imc 18, da non sottovalutare poiché al limite anoressia almeno per ciò che concerne il peso poi è ovvio che dal punto di

vista mentale hanno una struttura differente dagli anoressici, 2 con imc 9, 2 con un indice di 21, 1 con imc 24, 3 con imc 25, 1 con imc 28).

N° pazienti	Livello IMC
5	18
2	19
2	21
1	24
3	25
1	28
Tot pazienti danas: 14	Livello IMC Medio: 23

Tabella 4: Livelli IMC riscontrati nel totale dei pazienti DANAS

I pazienti **Bed** sono prevalentemente obesi, a volte anche gravi che superano un bmi di 45, ciò però non vuol dire che ogni paziente obeso debba necessariamente essere con diagnosi bed, è invece quasi sempre vero che il paziente bed sia anche obeso. Per i casi presi da noi in considerazione che in totale sono **15** si tratta sempre di un'obesità grave. L'età è compresa tra i 16 ed i 26 anni, con una prevalenza di maschi rispetto alle altre diagnosi, abbiamo infatti 6 maschi e 9 femmine Abbiamo 4 pazienti con un indice di 30, 3 pazienti con un imc di 32, 2 con un imc di 38, 2 con un imc di 40 e 2 gravissimi con un indice di 45. In particolare per una, si tratta di una paziente di 22 anni, che negava e disconosceva il suo problema tanto da continuare a mangiare senza pensare alle conseguenze che provocava al suo organismo. In realtà questa finta

preoccupazione, tipica dei Bed, nasconde invece una difficoltà a comprendersi e volersi bene. Si mangia perché si ha fame di amore, un amore difficile da trovare in se stessi e quindi negli altri. Ciò che accomuna i pazienti bed e quelli bulimici è da una parte la scarsa motivazione che non è altro che fame di attenzione e di amore e dall'altra il senso di colpa che prevale su tutti gli altri sentimenti dopo che si è mangiato. La differenza è che il bulimico cerca di controllarlo vomitandolo e dopo sentendosi “meglio”, il bed invece non vomita e quindi continua ad avere il senso di colpa dentro di sé che si sedimenta e così diventa un vortice in cui più si mangia, più si ingrassa e più si continua a mangiare senza riuscire assolutamente a controllare lo stimolo.

N° pazienti	Livello IMC
3	32
2	40
4	30
2	38
2	40
2	45
Tot pazienti bed: 15	Livello IMC Medio: 37,5

Tabella 5: Livelli IMC riscontrati nel totale dei pazienti BED

I pazienti di controllo normopeso sono 20 ed hanno un IMC compreso tra il valore 19 e 25.

N° pazienti	Livello IMC
2	19
3	20
4	21
2	22
3	23
4	24
2	25
Tot pazienti normopeso: 20	Livello IMC Medio: 22

Tutti gli altri test citati hanno sicuramente una validità statistica e considerano alcuni aspetti importanti della personalità del paziente. Ma la differenza con il Test di Rorschach è che nessun altro test, come questo, è in grado di conoscere l'inconscio ed il profondo in maniera così dettagliata. Proprio perchè è un test proiettivo, il paziente può dire liberamente ciò che vede senza sentirsi giudicato come può succedere nel dare risposte comuni autosomministratesi (nei test sotto forma di questionario) e nello stesso tempo, durante la restituzione, può conoscere aspetti inconsci della sua personalità che forse chissà anche lui fino a quel momento ignorava.

A questo proposito è importante chiarire cosa si intende per restituzione al paziente.

La restituzione della diagnosi è un evento particolarmente delicato, poiché esiste di fatto anche la possibilità che essa possa essere inutile o addirittura dannosa. Ciò può avvenire non solo quando si comunicano dei dati il cui contenuto il paziente non può utilizzare, ma anche ove tali contenuti siano forniti con un tipo di comunicazione non idonea a quello specifico paziente.

(Del Corno F., Lang M., *La relazione con il paziente*, 1989).

Una corretta restituzione può in taluni casi modificare l'ipotesi diagnostica che il paziente aveva di se stesso e del mondo, e dei relativi convincimenti radicati e persistenti.

Si devono contemplare diversi tipi di restituzione, esistendo quindi una tecnica di restituzione. Pur nelle inevitabili varianti e specificità che ogni caso richiede, possiamo delineare, alcuni modelli generali.

Dal punto di vista della struttura ne possiamo distinguere due tipi:

1) Ricostruttive: sono restituzioni più globali, cioè delle informazioni che tendono a fornire al paziente una lettura integrata delle vicende affettive e relazionali nella sua vita e nei relativi nessi.

2) Mirate: sono focalizzate, almeno inizialmente, su un aspetto specifico che si ritiene opportuno mettere in evidenza o in quanto determinante nella situazione attuale o addirittura, in taluni casi, evidenziabile in modo persistente e ripetitivo in tutto l'arco della vita del paziente.

Da un altro punto di vista la tecnica restitutiva può essere:

- 3) Identificatoria: il diagnosta compie uno sforzo attivo per comunicare essendosi messo nei panni del paziente.
- 4) Disidentificatoria: il diagnosta decide di assumere una precisa distanza, relativamente al comportamento e ai vissuti del paziente.

Quanto ai contenuti la restituzione può confermare o tendere a modificare, quelle che sono le ipotesi diagnostiche del paziente su se stesso. Dal punto di vista pratico, esistono restituzioni che si traducono in un processo complesso, magari articolato in più sedute, con una continua verifica di quanto il paziente ha la possibilità di capire ed elaborare, utilizzando gli stessi possibili fraintendimenti come ulteriore materiale esplicativo delle difficoltà evidenziate nel corso della psicodiagnosi.

Alcune volte la restituzione può essere un passaggio intermedio in cui si prospetta al paziente una serie di sedute di osservazione. Le sedute di osservazione possono permettere di accertarsi dell'effetto che la restituzione ha avuto sul paziente (...).

Nel caso in cui la problematica di un paziente sia l'allarme relativo alla presenza di determinati sintomi psichici, si ritiene opportuno non occuparsi affatto di

restituire esaustivamente elementi diagnostici, limitandosi a evidenziare il significato funzionale della sintomatologia.

Esistono casi in cui la restituzione consiste nel chiarire ed evidenziare che la situazione di conflitto con cui si è presentato alla consultazione è conseguenza in quel determinato momento di una diagnosi erronea dei suoi bisogni.

In altri casi la restituzione può essere apparentemente molto più semplice nella sua formulazione o molto più limitata nel tempo.

Bisogna comunque sempre tenere in considerazione il fatto che tradurre in categorie un'attività clinica di tal tipo può risultare a volte troppo riduttivo e schematico. (...).

I materiali ed i metodi quindi considerano ogni diagnosi all'interno di tale inquadramento. Lo studio del campione ha preso in considerazione 66 pazienti (22 maschi e 44 femmine) afferenti al II Policlinico di età compresa tra i 13 ed i 28 anni con i diversi disturbi alimentari che nello specifico sono: 1) Anoressia (21 pazienti), 2) Bulimia (18 pazienti) 3) Danas (14 pazienti) 4) Disturbo di tipo BED (15 pazienti). Abbiamo poi preso in considerazione 20 pazienti di controllo con nessuna problematica alimentare evidente di età compresa tra i 14 e i 25 anni. Per questi pazienti non c'è nessun problema particolare riferito alle quattro categorie prese da noi in considerazione e in quanto ancora in una fase

psicodiagnostica, non inquadrabili in un quadro psicopatologico alterato. Si trattava di giovani volenterosi che mi hanno aiutato nella ricerca, all'interno dell'ambulatorio della dottoressa Boschi che effettuavano diete senza però avere alcun problema né di tipo psicologico né legato all'alimentazione: sono infatti per la maggior parte persone normopeso.

CAPITOLO V

Discussione

Aspetti emersi nel Rorschach

Il protocollo Rorschach viene siglato allo scopo di fornire una descrizione in codice delle reazioni del soggetto alle dieci tavole. La siglatura di un protocollo Rorschach consiste nel classificare le risposte verbali del soggetto in relazione ai diversi aspetti delle macchie (Klopfer B., Davidson H.H., *La Tecnica Rorschach. Un manuale introduttivo*. Giunti, 1971).

La siglatura della *localizzazione* consiste nel classificare la risposta data dal paziente in relazione all'area della macchia utilizzata nell'interpretazione. Vi sono cinque categorie principali per la siglatura della localizzazione: globale, grandi dettagli comuni, piccoli dettagli comuni, dettagli rari e spazi bianchi. Le localizzazioni si riferiscono al tipo di approccio intellettuale e riflettono il modo con cui il paziente è in grado di mettere insieme più insieme di dati contemporaneamente: in maniera deduttiva od induttiva, approssimativa o meticolosa, con o senza considerazione degli aspetti ovvi (Klopfer B. et al., 1971).

Fare uso di molte risposte globali (almeno il 30%) riflette la capacità di organizzare il materiale, di mettere in relazione fra loro i dettagli, di avere

interessi astratti e teorici. Nei pazienti anoressici c'è una buona capacità di organizzare il materiale e di mettere in relazione le parti in un tutto. Nei pazienti bulimici e bed invece, c'è più difficoltà in questo senso. Anche se, c'è da dire che questo scarso interesse nello stabilire relazioni fra i singoli fatti dell'esperienza potrebbe indicare un atteggiamento ambizioso non sostenuto da reale capacità. Per questi pazienti è infatti importante un invio ad una psicoterapia proprio per conoscere e portare alla luce potenzialità offuscate dalla problematicità del sintomo.

L'uso di Globali tagliate, cioè di risposte globali con l'esclusione di un particolare, può essere l'indizio di un atteggiamento critico, che spinge a tralasciare ciò che non sembra pertinente al paziente, oppure al contrario ipercritico, che tende ad interferire sul buon funzionamento mentale. L'utilizzo di Globali amputate si ritrova in quasi tutti i pazienti. Ciò dimostra come, aldilà della diagnosi, ci sia da parte dei pazienti una difficoltà ad utilizzare pienamente le risorse interiori intellettive che si hanno a disposizione. Ancora una volta, questo dato è significativo nella psicodiagnosi per un invio a psicologo o psicoterapeuta che prenda in carico il paziente.

Le Risposte di Grande Dettaglio comune, vengono annotate dall'esaminatore quando il soggetto nella sua risposta adopera un'area relativamente grande, ben

delimitata rispetto al resto della macchia, dallo spazio, dal chiaroscuro o dal colore.

Le Risposte di Piccolo dettaglio o addirittura piccolissimo, vengono annotate quando un soggetto adopera nel suo concetto un'area relativamente piccola, ma chiaramente definita nello spazio, nel chiaroscuro e nel colore. La percentuale di risposte D e d% indica, in generale, un interesse verso il particolare, lo specifico. Ciò può significare una forma di intelligenza pratica per la risoluzione di problemi anche nel quotidiano. Ma nello stesso tempo, una grande abbondanza di risposte di dettaglio, può significare che la persona si sente insicura e cerca sicurezza tenendosi saldamente attaccata alle cose più palesi. Una percentuale superiore al 15% è associata a pedanteria, bisogno di essere precisi ed esatti. Questo tipo di risposta, nei casi presi da noi in considerazione è sempre presente negli anoressici. Gli anoressici infatti, come già in precedenza dicevo, controllano la loro difficoltà affettiva mostrandosi sempre perfetti, sempre esatti. A livello intellettuale sono persone che vanno benissimo a scuola, sono i primi ad ogni gara, se lavorano hanno sempre note di merito dal proprio capo. Un perfezionismo ed una precisione che in realtà nasconde una profonda sofferenza che si rivela anche come preoccupazione ansiosa nei confronti delle relazioni interpersonali. Ma nello stesso tempo ciò indica una grande sensibilità percettiva e quindi una grande intelligenza.

Le Risposte di Spazi bianchi (S), vengono annotate quando c'è un'inversione della figura con lo sfondo e lo spazio bianco costituisce la localizzazione del concetto stesso. Nell'interpretazione si riferiscono ad una tendenza oppositiva nella sfera intellettuale. Nei pazienti bed che hanno una difficoltà in tal senso, si riscontra questa tendenza oppositiva nella sfera cognitiva che è indice di una forte conflittualità con gli aspetti intimi della propria personalità. Talvolta bisogna dirlo, un numero limitato di S può indicare forza dell'Ego e desiderio di autoaffermazione (Klopfer B. et al., 1971).

La siglatura delle *determinanti* consiste nel classificare ogni risposta in base agli aspetti del materiale della macchia che hanno determinato la risposta. Le quattro categorie sono: forma, movimento, chiaroscuro, colore. Si riferiscono agli aspetti emozionali della personalità.

Le risposte di Forma (F) sono quelle nelle quali il concetto è stato determinato dalla forma o dal contorno della macchia. Le siglature F, si riferiscono al diverso controllo intellettuale riscontrabile in una persona. L'F% indica il grado di autocontrollo del soggetto, la sua capacità di far fronte alle situazioni senza sentirsi troppo coinvolto. Quanto più è alta tanto più l'individuo è impersonale e distaccato. Per i pazienti bed, anoressici e bulimici presi da noi in

considerazione, spesso c'è un'alta percentuale che indica appunto tale incapacità a padroneggiare le situazioni emotive e a distaccarsene per non sentirsi coinvolti. Questo accade meno spesso nei pazienti danas che hanno un quadro psicopatologico meno grave e una capacità di riconoscere le proprie emozioni e quindi farle percepire agli altri ed essere, allo stesso tempo, distaccati se necessario. D'altra parte però, un'alta percentuale di F in un protocollo con un certo numero di risposte di movimento, chiaroscuro o colore normale, indica una personalità ricca. Una percentuale di F molto alta può indicare un alto grado di costrizione o di mancanza di spontaneità, come succede in alcuni pazienti anoressici.

Le risposte di movimento (M, FM, e m) comprendono quelle risposte nelle quali il soggetto ha visto qualche tipo di azione, espressione o di posizione. Comprendono anche quelle forze naturali o meccaniche o movimenti astratti.

Le tre categorie principali sono: movimento umano, movimento animale, movimento di cose inanimate.

Nel movimento umano (M) si comprende qualunque tipo di azione, posizione od espressione umana. Il punto di vista interpretativo è molto complesso. Si riferisce ad atteggiamenti e modi di sentire della persona nei confronti della propria realtà interiore, il concetto che ha di se stessa, i conflitti e le tensioni, le

fantasie e le pulsioni istintive. Una buona percezione di questi aspetti indica che l'individuo accetta se stesso e le sue fantasie, sa mantenere ottime relazioni oggettuali. E' una persona intelligente, integrata, creativa. Soltanto in qualche paziente danas abbiamo riscontrato tali capacità. Un adulto intelligente e ben integrato dovrebbe darne almeno tre.

Nel movimento animale (FM) si comprendono quei concetti che attribuiscono un'azione animale o parte di animale vivente, anche se si tratta di caricature, disegni o ornamenti. A differenza delle risposte M, si riferiscono alla parte meno matura, più inconscia, istintiva e forse anche meno accettabile dal soggetto. Si tratta di impulsi che richiedono una gratificazione immediata e che avrebbero bisogno di un controllo. Questo spesso si verifica per i pazienti da noi considerati bed e qualche volta anche per i pazienti bulimici. Quando un soggetto non da risposte di questo genere, l'interpretazione è che l'individuo tende a reprimere i suoi impulsi più primitivi, perché forse non riesce ad accettarli. Questo tipo di atteggiamento lo riscontriamo nei pazienti anoressici.

Nel movimento di cose inanimate (m) si comprendono quei concetti che si riferiscono a forze meccaniche o astratte della natura. Nell'interpretazione, se sono presenti in numero superiore ad uno o due, indicherebbero la presenza di tensioni e conflitti. Sono forze interiori o esterne che l'individuo non è in grado di controllare e che potrebbero minacciare l'Ego. L'assenza però di queste

risposte in un soggetto conflittuato potrebbe rappresentare un rischio. Per molti pazienti, aldilà della diagnosi abbiamo osservato questo tipo di risposte.

Le risposte di chiaroscuro comprendono quelle risposte nelle quali l'ombreggiatura più chiara e più scura delle zone acromatiche e cromatiche suggerisce al soggetto un effetto di superficie o di struttura (Fc, cF, c); un effetto di tridimensionalità (FK, in senso diffuso kf o k); un effetto tridimensionale proiettato in due dimensioni (fk, kF, k).

Nell'interpretazione, queste risposte indicano il modo di rispondere ai propri bisogni affettivi, di appartenenza e di avere relazioni umane soddisfacenti. Inoltre riflettono il modo con cui la persona si dispone di fronte a questi bisogni e la difficoltà nel padroneggiarli.

Le risposte di superficie o struttura (Fc, cF, c) si riferiscono a quanto la persona è consapevole dei suoi bisogni di affetto e di dipendenza. Nello specifico le risposte Fc rivelano consapevolezza ed accettazione dei propri e degli altrui bisogni affettivi. I bisogni affettivi sono anche espressi come desiderio di approvazione da parte degli altri. Un numero ottimale di queste risposte è indice di tatto, sensibilità. Un numero troppo alto potrebbe indicare dipendenza dagli altri, uno scarso numero o addirittura mancante significa mancanza di accettazione di bisogni affettivi, incapacità a provare questi bisogni. Anche

risposte cF indicano un bisogno quasi primitivo di dipendenza. Le risposte c invece hanno a che fare con una base ancora più primitiva, “animalesca”, un bisogno di affetto infantile, non differenziato, di tipo essenzialmente fisico.

Le risposte c indicano ancora di più un bisogno di affetto infantile.

Le risposte FK, ovvero prospettiva o profondità differenziata vengono annotate quando le ombreggiature più chiare e più scure indicano la presenza di una distanza tra gli oggetti. Quando una persona dà una risposta di questo tipo, significa che fa uno sforzo per dominare l'ansia e renderla dominabile. Una buona capacità di adattamento è molto utile per un invio ad una psicoterapia.

Molti pazienti danas ed anoressici hanno dato questo tipo di risposta.

Nelle risposte KFe K ovvero profondità indifferenziata o diffusione incerta, il chiaroscuro è visto come elemento diffuso e la forma è semidefinita (KF) o indefinita (K). Nell'interpretazione, queste risposte si riferiscono a stati ansiosi determinati dalla frustrazione di bisogni affettivi, nei confronti dei quali l'individuo non adopera difese efficienti. Tutti noi possiamo soffrire di una certa ansia in seguito ad una frustrazione di un bisogno affettivo. Ma se un individuo dà più di tre risposte di questo genere si pensa ci sia una difficoltà superiore nella sfera dei bisogni affettivi. Questo succede per tutti i casi presi da noi in considerazione ma in particolare per i bulimici e i bed.

Le risposte Fk, kF e k sono le siglatura che contrassegnano risposte che fanno riferimento ad un effetto tridimensionale proiettato su di un piano bidimensionale, ad esempio quelle che fanno riferimento ai raggi X o alle mappe topografiche. Si usa Fk quando la forma è ben definita, kF quando è meno definita, k quando la forma non è proprio presa in considerazione.

Queste risposte indicano l'esistenza di stati ansiosi in riferimento ai bisogni affettivi che il soggetto cerca di soffocare razionalizzandoli. Il soggetto, spesso nel nostro caso, l'anoressico, che dà più risposte Fk è più capace di padroneggiarli attraverso la forma di difesa che è la razionalizzazione.

Le Risposte di Colore comprendono quei concetti in cui il soggetto nel dare una risposta adopera il colore appunto. Le categorie principali sono: risposte *cromatiche* o C, dove vengono usati i colori e le risposte *acromatiche* o C', dove vengono usati come colore alcuni elementi delle macchie non colorati (bianchi, grigi, neri).

Nelle risposte cromatiche si usa FC, quando si associa il concetto con una forma ben definita al colore. Si usa C, quando non c'è elemento formale o è trascurato.

Nell'interpretazione, le risposte di Colore si riferiscono alla reattività della persona agli stimoli esterni, la reazione alla situazione emozionale e quindi alle relazioni interpersonali.

Quando un paziente dà una risposta FC vuol dire che ha una reattività alle situazioni emozionali spontanea, genuina, risponde in modo appropriato alla richiesta emotiva e ha una buona capacità ad intrattenere rapporti con gli altri. Un uso forzato del Colore indica una certa tensione nelle relazioni sociali. Una risposta FC arbitraria (F/C) data in modo superficiale, indica invece che la persona non si sente implicato sentimentalmente nelle situazioni. Spesso pazienti danas e anoressici hanno questa difficoltà.

Quando un soggetto dà una risposta CF e associa quindi il colore ad una forma non ben definita, ciò denota un tipo di reattività alle sollecitazioni sociali, non controllata, ma adeguata e genuina. Il soggetto poiché sovrainvestito dallo stimolo, diventa impulsivo e ha difficoltà a controllarsi. Ciò avviene per alcuni pazienti danas presi da noi in considerazione.

Le risposte C, dove la forma è praticamente ignorata, indicano un'emoività incontrollata. Ciò avviene per tutti i pazienti bed e bulimici presi da noi in considerazione.

Le Risposte di Colore Acromatico (FC', forma definita C'F, forma indefinita, C', forma non definita), sono quelle nelle quali nel formare i concetti il soggetto usa gli elementi acromatici (il grigio, il nero, il bianco come colori). Nell'interpretazione ciò indica che se il soggetto ha dato molte risposte di colore associate a risposte acromatiche è recettivo al colore, ha quindi una reattività

molto varia alle macchie. Se invece ha dato poche risposte cromatiche e in più queste acromatiche ha una reattività incera nelle stimolazioni esterne.

Le Risposte di Contenuto sono tante. C'è una valutazione quantitativa che permette di classificarle:

H, Figure Umane, globali o quasi globali.

Nell'interpretazione, l'insistenza su certe parti del corpo può indicare una certa ansia e difficoltà. Sono spesso persone che tendono ad intellettualizzare. Vedere invece parti del corpo, direttamente od indirettamente sessuali nel significato, è indice di una difficoltà. La percezione di profili può significare che la persona è ansiosa (Klopfer B. et al., 1971).

Il contenuto può rivelare una difficoltà sessuale, in particolare una problematica legata all'identificazione sessuale. Se un soggetto è sessualmente confuso può non essere capace di determinare se le figure siano di genere maschile o femminile. In particolare ci è capitato di osservarlo nelle anoressiche e nei danas. Ricordo un ragazzino anoressico di 14 anni che quando doveva definire di che genere si trattasse entrava in ansia. Si trattava di una persona tormentata dalla paura di crescere che viveva con molta ansia la sua crescita poiché la madre temeva che avesse problemi di genere.

Informazioni valide per ciò che concerne il contenuto le da inoltre l'attività che stanno svolgendo le persone viste nelle macchie. Se sono viste mentre si azzuffano, discutono o si assalgono, possono rivelare sentimenti ostili nel soggetto. Ciò è stato osservato nei bed. Ricordo in particolare una paziente che non riusciva a vedere mai azioni pacifiche, vedeva violenza e litigi, specchio della rabbia che viveva questa ragazza, spesso denunciata e un paio di volte anche arrestata. Praticava spesso furti e litigava in continuazione. Soffriva per una situazione conflittuale in famiglia e l'unico modo forse per farsi ascoltare era quello di provocare danni. Spesso questo tipo di paziente ha aggressività che non si incanala soltanto nell'alimentazione ma anche all'esterno con atti illeciti. Persone percepite come belle, brutte o minacciose possono essere una percezione dei propri sentimenti anche se sono repressi consapevolmente. Gli anoressici vedono spesso persone belle, ballerine, dame del 1800, perché sono alla ricerca di un bello assoluto che cercano di raggiungere e che sentono di non riuscire ad ottenere. Vedono gli altri belli e continuano a dimagrire perché solo così si sentiranno migliori anche se in realtà continuano a soffrire molto e a non raggiungere mai quel perfezionismo ambito.

Le Risposte riferite agli Animali indicano la presenza di potenziali risorse adattive nella persona. Vedere però animali feroci come leoni e tigri indica che il soggetto ha tendenze aggressive (come succede per i pazienti bed); vedere

animali docili, come cani e pecore, può mostrare atteggiamenti di dipendenza (come negli anoressici).

Le Risposte con contenuto anatomico, geografico e scientifico sono ancora una volta intellettualizzazioni da parte del soggetto che nasconde spesso le proprie vere sensazioni talvolta paure. Negli anoressici rivela gravi preoccupazioni circa il proprio corpo. Gli anoressici presi da noi in considerazione vedono ossa, ma anche organi e radiografie. Maggiormente che per le altre diagnosi, la preoccupazione corporea è molto forte per questi pazienti.

Dall'insieme di tutte queste caratteristiche precedentemente considerate abbiamo creato quattro grandi aspetti che contraddistinguono i quattro disturbi enunciati (Anoressia, Bulimia, Danas e Bed). Nel dettaglio sono: Affettività, Rapporto con il sé, Organizzazione del pensiero e Controllo degli impulsi.

5.1 Affettività

Evidenzia il rapporto con la propria tonalità emotiva e con le relazioni interpersonali affettive. Cioè come si reagisce alle proprie e alle altrui emozioni.

Questa é:

Coartata. In questa voce rientrano le persone che hanno un tipo di tonalità emotiva chiusa. Ciò vuol dire che il paziente risponde a situazioni emozionali

chiudendosi in se stesso piuttosto che esternando proprie emozioni e sensazioni agli altri. Si tratta di persone emotivamente rigide e controllate, che hanno un'eccessiva ansia sociale, spesso si ritrova nella personalità schizoide e schizotipica. Un'alta percentuale di F, senza molte M o Fc e FC, indica rigidità, coartazione appunto e quanto più è alta tanto più indica che l'individuo è impersonale e distaccato. In genere, queste persone hanno nei confronti delle macchie colorate, uno "shock al colore" proprio perché la loro difficoltà emerge nel momento in cui vengono sollecitati dall'ambiente, un problema quindi che compare nelle relazioni interpersonali. Quando le risposte acromatiche superano quelle cromatiche nel rapporto di 2 ad 1, significa che l'esperienza che il soggetto ha fatto dell'ambiente esterno è stata così traumatizzante, che si è chiuso in se stesso, per paura di essere urtato e ferito. Questa è l'ipotesi del "bambino scottato" (Klopfer B. et al., 1971).

Libera. In questa voce rientrano le persone che hanno un tipo di affettività libera da vincoli ma anche incontrollata. La persona è come se volesse dimostrarsi indipendente e anaffettivo, non bisognoso degli altri, ovviamente ciò è il tentativo di difendersi da qualcosa che provoca paura e che quindi si cerca di mascherare mostrandosi freddo all'esterno. Questo tipo di affettività l'abbiamo riscontrata soprattutto nel BED, questa caratteristica viene accostata alla loro difficoltà nel controllare i propri impulsi. Nelle macchie, la notevole presenza di

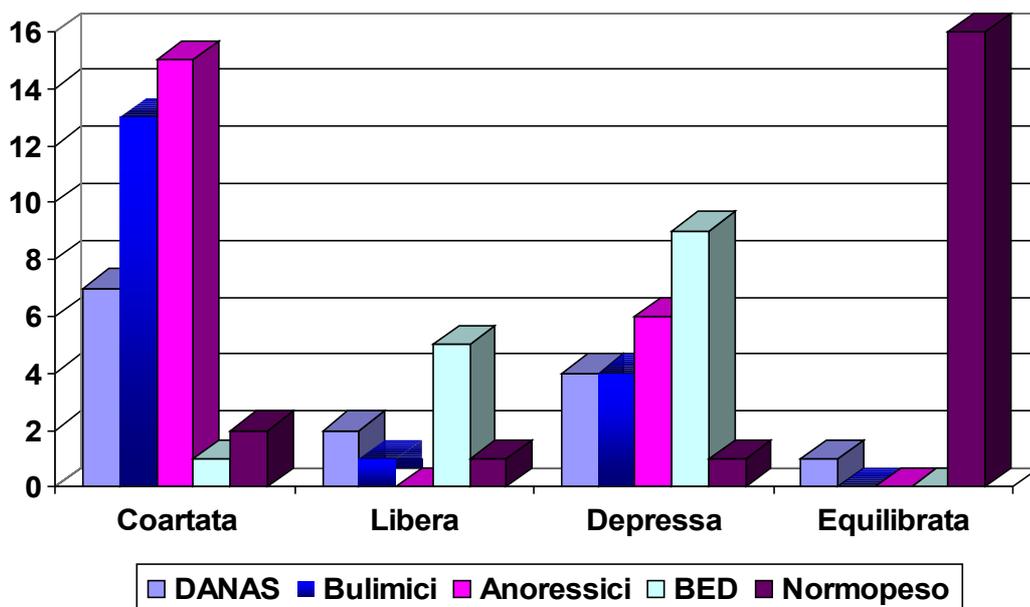
Risposte di Forma fa notare che c'è un Ego non sufficientemente maturo, la persona non investe sugli altri perché non è ancora in grado di accettare se stesso, i suoi impulsi e le sue fantasie. Così come la quasi assenza di Risposte di Chiaroscuro, indica incapacità di bisogno di appartenenza e nello stesso tempo inadeguatezza nel riuscire ad avere rapporti umani soddisfacenti (Klopper B. et al., 1971).

Depressa. In questa voce rientrano le persone che hanno un tono emotivo generale tendenzialmente pessimista. L'incapacità di porsi degli obiettivi, nelle macchie è dimostrato dallo scarso interesse a stabilire relazioni fra i singoli fatti dell'esperienza. La scarsità di Risposte Globali, indica una difficoltà a risolvere i problemi di ogni giorno, un'assenza di aspirazioni che ovviamente viene considerata come un pericolo per la persona. La presenza di Risposte chiaroscurali è indice del bisogno di dipendenza di queste persone ma spesso anche incapacità nel dimostrarlo.

Equilibrata. Una persona che ha un tipo di affettività del genere, vuol dire che ha la capacità di essere sollecitata emozionalmente nelle relazioni interpersonali né chiudendosi in se stessa ma anzi interagendo, né reagendo in maniera spropositata nel momento in cui si è stimolati. Ha un Ego sufficientemente maturo da aver costruito la propria indipendenza e quindi maturità nei rapporti

con gli altri. Ritroviamo questa caratteristica nei pazienti di controllo ma non in quelli sperimentali che invece hanno una problematica alimentare

Affettività nei DCA



5.2 Il Rapporto col Sé.

Ha a che vedere con i propri impulsi e le proprie insicurezze, paure, con la propria realtà interiore. Può essere:

Critico. Un rapporto verso se stesso è critico se la persona non si trova a suo agio con le proprie emozioni e con le sollecitazioni interiori. Spesso non accetta i suoi impulsi e mostra con evidenza di sentirsi inferiore agli altri. Nelle macchie l'uso di Globali amputate può essere indizio proprio di questo atteggiamento

così ipercritico verso se stessi. Così come l'uso di numerose risposte di Dettaglio indica la volontà di tenersi attaccato alle cose più evidenti proprio perché si è insicuri. La presenza di Movimento inanimato (m), indica conflitti e tensioni che minacciano l'Ego della persona, tale rapporto con se stessi è indice di pericolo per la persona. Nei disturbi alimentari abbiamo riscontrato un rapporto del genere ma mentre nel BED, la persona è insicura ma si pone nei confronti degli altri come piena di sé, nelle altre diagnosi c'è come una chiusura verso l'esterno, si ha paura degli altri perché in realtà si ha paura di se stessi.

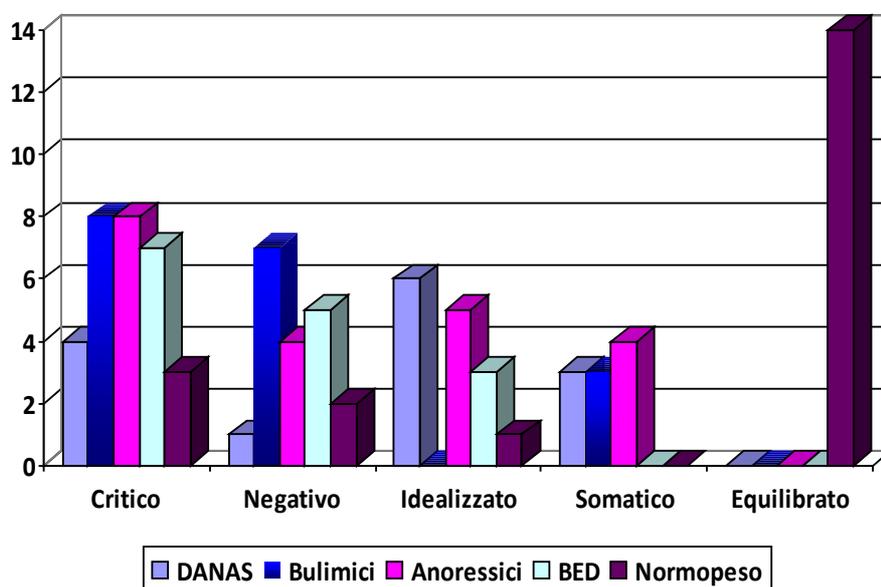
Negativo. Quando una persona ha un rapporto con se stesso di questo genere vuol dire che c'è un bisogno di affetto e rispondenza verso gli altri che è sovrabbondante e ciò può minacciare il resto della personalità. Se $FK+Fc$ è minore di un quarto di F, c'è quindi una negazione od una repressione dei bisogni affettivi che può costituire un handicap per il buon adattamento generale. Un rapporto con se stesso negativo è indice di una costrizione nevrotica, cioè di mancanza di spontaneità. Quando la percentuale di F si avvicina al 50% il soggetto può essere controllato e represso e non riesce a far emergere realmente le sue emozioni interiori, i suoi reali sentimenti che invece appaiono soltanto come negativi.

Idealizzato. Chi ha un rapporto con se stesso di questo tipo è una persona che non si rende conto realmente delle proprie capacità, che ha aspettative superiori

alle sue reali capacità. La presenza di S (Spazi bianchi) è indice di una desiderabile presenza di autoaffermazione che non sempre riesce a trovare riscontro nella realtà. Un rapporto con se stessi di questo genere è suscitato dalla difficoltà a sentire interiormente le proprie emozioni ed i propri impulsi e quindi a poterli autoaccettare. Ciò è dimostrato nel Rorschach dall'esigua presenza di FM. Si tratta di persone che hanno nei confronti di se stesse e nei confronti degli altri un approccio poco realistico ma piuttosto fantastico.

Somatico. Le persone che hanno un rapporto di questo genere hanno una struttura della personalità molto simile ad un rapporto idealizzato. Nelle macchie per ciò che concerne i contenuti c'è però da aggiungere che questi pazienti vedono prevalentemente contenuti anatomici. Ciò è il tentativo di darsi della arie da intellettuali nascondendo le proprie vere sensazioni. Tali risposte rivelano gravi preoccupazioni dell'individuo circa il proprio corpo. Nei disegni tale difficoltà risulta evidente nel momento in cui ci si rappresenta senza corpo, con una fisicità diversa rispetto agli altri oppure con le mani nascoste.

Rapporto con il Sé nei DCA



5.3 L' Organizzazione del pensiero

Evidenzia come la persona percepisce la realtà e come la organizza. Può essere: **Disorganizzata**. La persona che ha un tipo di pensiero disorganizzato dimostra di avere difficoltà nel percepire in maniera sana la realtà. Una persona incapace, come emerge nelle macchie di mettere in relazione i dettagli, di avere interessi astratti e teorici, incapace di organizzare il materiale. Nel Rorschach le localizzazioni si riferiscono in genere al tipo di approccio intellettuale. Una persona con un'organizzazione del pensiero disorganizzata non in possesso di

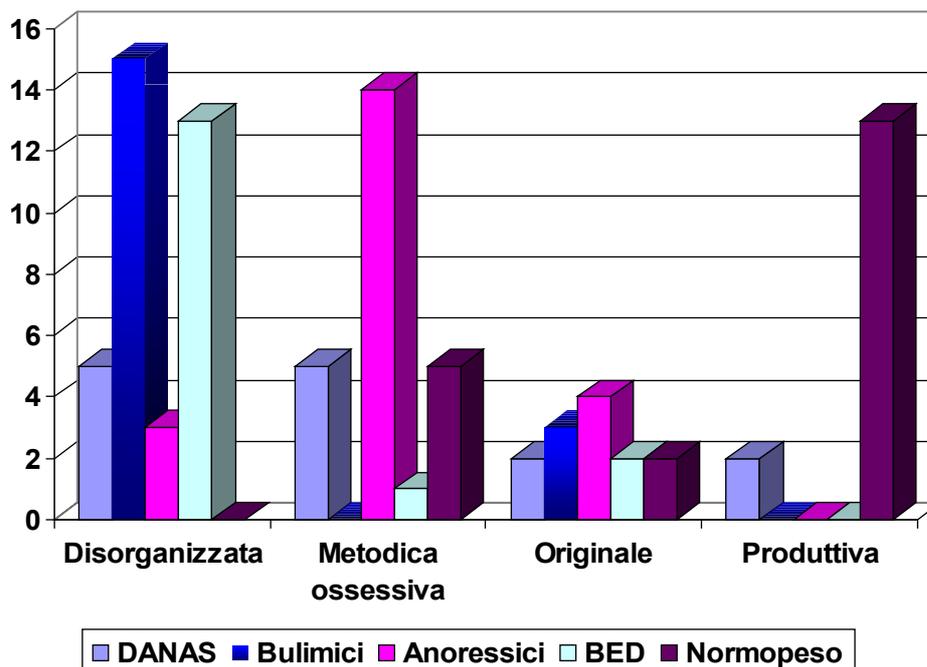
alcune capacità come essere deduttivo o induttivo, approssimativo o meticoloso, non considera gli aspetti ovvi e meno ovvi (Klopfer B. et al., 1971).

Metodica (Ossessiva). Le persone con un'organizzazione del pensiero del genere hanno una capacità a mettere in relazione i dettagli ma la grande abbondanza di dettagli grandi e piccoli significa che la persona è insicura e cerca la sua sicurezza tenendoci saldamente attaccata alle cose più evidenti. Una percentuale superiore al 15%, viene associata spesso a pedanteria, al bisogno di essere precisi, esatti, corretti, che rappresenta una tendenza verso un tipo di personalità ossessiva. L'interesse verso particolari non comuni è sicuramente indice di intelligenza ma il volerli cercare fin nel più minimo dettaglio è sicuramente un indice patologico. Questa struttura si ha con una grande frequenza nei pazienti anoressici che come sappiamo hanno un grande perfezionismo.

Originale. Il fatto di avere interesse verso il non comune in questa tipologia dimostra la capacità del soggetto nel cogliere il particolare ma è anche indice di una rispondenza ricca all'ambiente, e vivo interesse verso ciò che non è comune. Ciò può essere indice di rischio nel momento in cui la persona vive nella sua realtà autistica, derealizzando. La presenza inoltre di DW, cioè di risposte globali confabulatorie (nelle quali si utilizza un dettaglio per dare una spiegazione di tutta la macchia), dimostra una debolezza nella percezione della realtà, una tendenza a troppo generalizzare, senza prestare la dovuta attenzione ai dettagli più evidenti.

Produttiva. Una persona con un'organizzazione del pensiero del genere, vuol dire che è in possesso di qualsiasi insieme di dati: può essere deduttivo o induttivo, approssimativo o meticoloso, con o senza considerazione degli aspetti più ovvi. Nel Rorschach è in grado di dare risposte di tipo Globale sapendo mettere in relazione i dettagli dandogli un senso completo ed avere interessi astratti e teorici. Ma è in grado nello stesso tempo di dare anche risposte di dettaglio, interessato al particolare, allo specifico ed al concreto. Questo interesse può essere interpretato come una forma di intelligenza applicata, pratica, di buon senso, per la soluzione dei problemi di ogni giorno.

Organizzazione del pensiero nei DCA



5.4 Il Controllo degli impulsi

Evidenza come la persona controlla i propri impulsi che poi ovviamente ha a che vedere con ciò che prova interiormente. Questo può essere:

Rigido. Le persone con un'organizzazione del pensiero del genere hanno una capacità a mettere in relazione i dettagli ma la grande abbondanza di dettagli grandi e piccoli significa che la persona è insicura e cerca la sua sicurezza tenendoci saldamente attaccata alle cose più evidenti. Una percentuale superiore al 15%, viene associata spesso a pedanteria, al bisogno di essere precisi, esatti, corretti, che rappresenta una tendenza verso un tipo di personalità ossessiva.

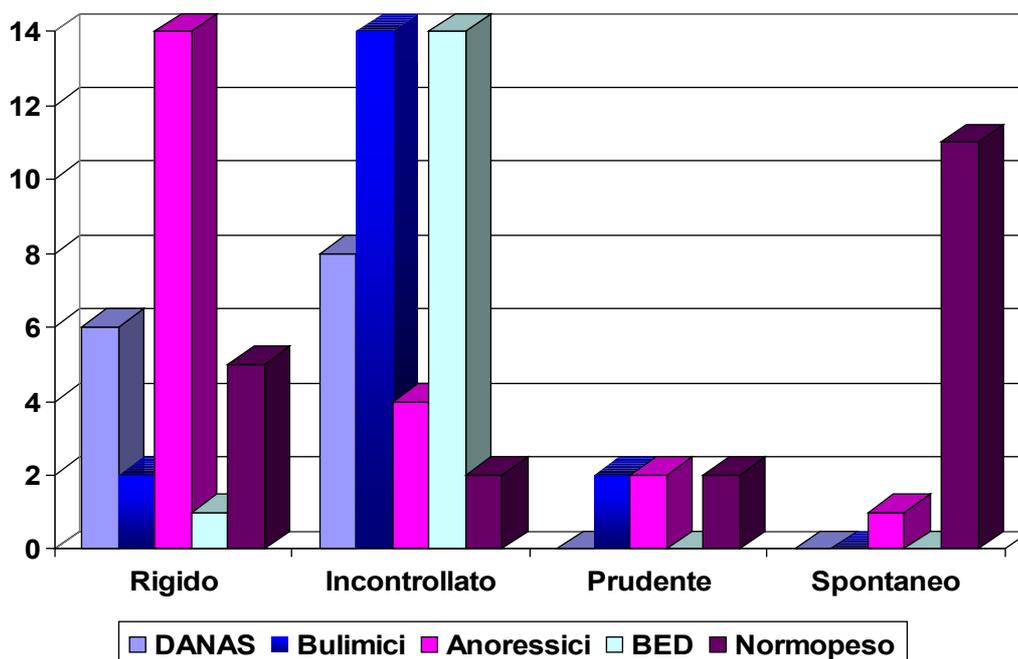
L'interesse verso particolari non comuni è sicuramente indice di intelligenza ma il volerli cercare fin nel più minimo dettaglio è sicuramente un indice patologico **Incontrollato**. La persona che dà molte risposte di tipo FM ed m, mette in evidenza la sua parte meno matura, meno conscia, e qualche volta meno accettabile, degli impulsi istintivi. Si tratta di impulsi che richiedono una gratificazione immediata e perciò avrebbero bisogno di un controllo. La persona, in particolare il paziente bed, non controlla il bisogno di mangiare perché tende a reprimere quelli che invece sono i suoi impulsi più primitivi. Nei confronti dell'ambiente, il fatto che spesso queste persone diano risposte di colore puro oppure determinate soltanto dal Colore (C), indica un'emotività esplosiva ed incontrollata appunto. L'individuo esterna soltanto reazioni di questo genere ma non le sue vere reazioni emozionali, non si sente quindi tranquillo circa il suo bisogno di approvazione ed è perciò inibito nell'espressione delle sue emozioni. Molto frequente nei pazienti a cui è stato somministrato il Test.

Prudente. Quando nel Test di Rorschach la persona dà Risposte FC, si mostra capace d'integrare il colore in un concetto di forma definita. Ha una reattività alle situazioni emozionali pronta, ma controllata. Questa reattività indica la capacità, di reagire in modo appropriato alla richiesta emotiva in una certa situazione e la capacità di intrattenere buoni rapporti con gli altri. Ciò è indice di

un buon adattamento e si ritrova in una buona percentuale di pazienti di controllo normopeso.

Spontaneo, Genuino. La persona è capace di genuina spontaneità. Quando nel rorschach dà risposte di tipo CF, non riesce ad integrare il colore con una forma ben definita. E' un tipo di reattività alle sollecitazioni sociali, non controllata, ma adeguata e genuina. Lo stimolo però influenza così fortemente il soggetto, che questi diventa impulsivo. Perciò questa voce può essere considerata in senso positivo in quanto dimostra spontaneità, ed in senso negativo perché dimostra scarso controllo.

Controllo degli impulsi nei DCA



CAPITOLO VI

Analisi statistica dei risultati

Vediamo qui di seguito le percentuali legate ai quattro aspetti della personalità che abbiamo trovato che sono: l'**Affettività**, il **Rapporto con il sé**, l'**Organizzazione del Pensiero**, il **Controllo degli impulsi**. Ho dedicato nel V capitolo ampio spazio alla descrizione di questi aspetti. Riassumendo ecco le percentuali:

Negli ANORESSICI

L'**Affettività** è coartata nel 75 % dei pazienti e depressa nel 25 %.

Il **Rapporto con il sé** è critico nel 40 % negativo nel 20 % idealizzato nel 25 % somatico nel 15 %

L' **Organizzazione del pensiero** è disorganizzata nel 10 % metodico-ossessiva nel 80 % originale nel 10 %

Il **Controllo degli Impulsi** è rigido nel 70 % incontrollato nel 20% prudente nel 10%

Nei BULIMICI

L' **Affettività** è coartata nel 68,4% libera nel 5,3%, depressa nel 26, 3%

Il **Rapporto con il sé** è critico nel 42,1 % negativo nel 36,8% somatico nel 21,1 %

L' **Organizzazione del pensiero** è disorganizzata nel 78,9 % originale nel 21,1 %

Il **Controllo degli Impulsi** è rigido nel 15,8 % incontrollato nel 73,7% prudente nel 10,5%

Nei **DANAS**

L' **Affettività** coartata 50% libera 14,3 %, depressa 28,6 % equilibrata 7,1 %

Il **Rapporto con il sé** critico 28,6 % negativo 7,1% idealizzato 42,9 % somatico 21,4 %

L'**Organizzazione del pensiero** disorganizzata 35,7 % metodico-ossessiva 35,7 % originale 14,3 % produttiva 14,3 %

Il **Controllo degli Impulsi** è rigido nel 50 % incontrollato nel 35,7% prudente nel 14,3%

Nei **BED**

L' **Affettività** è coartata nel 6,7% libera nel 33,3 %, depressa nel 60 %

Il **Rapporto con il sé** è critico nel 46,7% negativo nel 33,3% idealizzato nel 20 %

L' **Organizzazione del pensiero** è disorganizzata nell'86,7% metodico-ossessiva nel 13,3%

Il **Controllo degli Impulsi** è rigido nel 6,7% incontrollato nel 93,3%

Nei **NORMOPESO**

L' **Affettività** è coartata nel 10% libera nel 5%, depressa nel 5% equilibrata nell'80%

Il **Rapporto con il sé** è critico nel 10% negativo nel 10% idealizzato nel 5% equilibrato nel 75 %

L' **Organizzazione del pensiero** è metodico-ossessiva nel 25% originale nel 10% produttivo nel 65 %

Il **Controllo degli Impulsi** è rigido nel 25% incontrollato nel 10% prudente nel 10% spontaneo nel 55 %

Per tutte e quattro le categorie da noi identificate nel Test di Rorschach il risultato è statisticamente significativo (il coefficiente di Pearson è significativo allo 0,001).

Per ciò che concerne l'Affettività in tutte e quattro le diagnosi il chi-test è 87,6.

Per il Rapporto con il sé per tutte e quattro le diagnosi il chi-test è 79,8.

Per l'Organizzazione del Pensiero in tutte e quattro le diagnosi il chi-test è 86,1

Per il Controllo degli Impulsi per tutte e quattro le diagnosi il chi-test è 73,5

Per ciò che concerne l'età che è simile per tutte e quattro le diagnosi da noi individuate il risultato è statisticamente significativo ($p > 0,05$)

L'imc è significativamente diverso per le quattro categorie identificate ($p > 0,05$)

L'imc dei pazienti Anoressici è significativamente diverso da quello dei pazienti Bulimici, Danas, Bed e Normopeso.

L'imc dei pazienti Bulimici è significativamente diverso da quello dei pazienti Anoressici e Bed.

L'imc dei pazienti Bulimici è significativamente diverso da quello dei pazienti Anoressici e Bed.

L'imc dei pazienti di controllo Normopeso è significativamente diverso da quello dei pazienti Anoressici e Bed.

DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Decido di riportare questo caso clinico in quanto più degli altri evidenzia una corrispondenza tra i dati anamnestici e quelli emersi dal Test di Rorschach.

E. è una giovane ragazza di 17 anni che è giunta da noi dietro consiglio della nutrizionista, preoccupata della perdita di peso eccessiva e soprattutto del perpetuare una dieta ipocalorica nonostante questa diminuzione.

Fin dalla prima volta che conosco E., subito mi rendo conto del comportamento perfezionistico che porta: è molto magra ed alla moda, ha sempre i capelli in ordine, esibisce un abbigliamento curatissimo, con colori ed accessori abbinati (al secondo colloquio con anello, bracciale, orecchini e fermaglio di Hallo Kitty). Ciò ovviamente fa parte della volontà di un'adolescente di essere sempre alla moda e portare gli accessori dell'ultimo grido, ma, anche in accordo con i dati psicodiagnostici, fa trasparire con evidenza, l'impossibilità per E. di essere scorretta, non in ordine, non estremamente precisa. Nei due colloqui che hanno preceduto la somministrazione dei test, sembra che la ragazza abbia difficoltà a far trasparire le sue emozioni, sembra soltanto concentrata ad eseguire nel modo più corretto possibile, il compito assegnatole.

Durante il I colloquio, apprendo la sua difficoltà a mangiare, mangia un po' tutto ma in piccolissime quantità, aggiungerà inoltre di bruciare molto facendo lo step a casa. Nel secondo incontro invece, mi dirà che va meglio, che sta iniziando a

mangiare di più e che ha ridotto anche l'attività fisica. Non so però quanto stia portando la negazione di un Falso Sé, tipico di questo Disturbo Alimentare.

Per ciò che concerne la vita privata di E., apprendo che è fidanzata da un anno con un ragazzo un po' più grande di lei che, insieme alla famiglia, si preoccupa molto di questa situazione, afferma che fino a settembre andava bene con lui ma, nel momento in cui ha iniziato a dimagrire, sono iniziati i primi problemi. Quando le chiedo come fosse prima di settembre mi dice grassottella, afferma che voleva dimagrire un po' ma anche se non lo comunica, sembra aver perso il controllo della situazione dato che, da che voleva dimagrire un po', ha perso poi 20 chili.

Per cercare di avere maggiori informazioni sul tratto di personalità che ha a che vedere con il perfezionismo, tipico ripeto dell'Anoressia Restrittiva, le chiedo come vada a scuola, con un po' di difficoltà e timidezza e un po' di insistenza da parte mia, ammette di essere la più brava della classe, dice di studiare molto ma, giustifica l'azione, dicendo che è al liceo classico dove si studia molto.

A proposito del rapporto con i genitori, dice che va tutto bene, ciò conferma la sua intenzione, sebbene inconscia, nel non volere crollare, nell'apparire unica e perfetta incapace di provare emozioni negative e talvolta non corrette.

E. è stata sottoposta al Test di Rorschach che affronta con spirito collaborante, e con molta anzi troppa riflessività, chinandosi totalmente sulla figura, volendo

trovare tutti i dettagli in modo da non farsi sfuggire il particolare, perché ciò significherebbe non adempiere per bene al compito. Quasi si infastisce quando la fermo perché avrebbe continuato, probabilmente per ancora molto tempo, a cercare quei dettagli nascosti, quelli che le altre persone non guarderebbero, ma che lei invece vuole a tutti i costi trovare. E. ha dato 31 Risposte Principali, numero piuttosto conforme alla media, che però rappresenta comunque una certa produttività, ma anche un bisogno ossessivo di quantità. Il test è durato circa un'ora e mezza, con tempi di latenza che si aggirano intorno ai 15", tempo conforme alla media che non indica una forzatura ed è significativo della capacità riflessiva della ragazza.

Per quanto riguarda il suo approccio intellettuale, nella vita di tutti i giorni, è capace di mettere in relazione fra loro i dettagli, di avere interessi astratti e teorici (Presenza di 7 W), ma nello stesso tempo, l'utilizzo di 3 Globali Amputate, può essere l'indizio di un atteggiamento critico, che spinge la ragazza a tralasciare ciò che non le sembra pertinente e che può diventare ipercritica con la potenzialità di interferire sul buon funzionamento mentale.

La grande abbondanza di Dettagli grandi e piccoli (18), significa insicurezza ed è per questo che talvolta si tiene saldamente attaccata alle cose più evidenti, ma soprattutto pedanteria, bisogno, come già dicevo sopra, di essere corrette, esatte, precise, che è indice di una tendenza all'ossessività. Il suo desiderio di

autoaffermazione e di emergere sempre come la prima, compare grazie alla presenza di 2 Risposte S (di spazio bianco).

Le determinanti, si riferiscono agli aspetti emozionali della personalità. E. dà il 32% di Risposte F che rappresenta il suo controllo intellettuale, ciò vuol dire che è una ragazza piena di sentimenti, spontanea e creativa che però talvolta tende ad autocontrollarsi ed a non far emergere i suoi reali sentimenti.

Nei confronti invece degli atteggiamenti e modi di sentire nei confronti della realtà interiore della propria esperienza, il concetto che ha di se stessa, i conflitti e le tensioni che si accompagnano all'autoaccettazione, le fantasie e le pulsioni istintive, E. sembra viverle molto ad un livello inconscio, sembra reprimere tali impulsi primitivi, perché non riesce ad accettarli.

Per ciò che concerne invece come si comporta nei confronti dei bisogni affettivi di appartenenza, la ragazza sembra in grado di avere buone relazioni con gli altri, infatti è altruista e solidale ma spesso sembra non considerare i suoi bisogni e desideri che invece hanno molto a che fare con un bisogno di appartenenza di tipo primitivo e abbastanza immaturo, un profondo desiderio di dipendere dagli altri.

Per quanto riguarda invece la reattività alle sollecitazioni dell'ambiente, E. sembra averla pronta ma controllata, reagisce in modo appropriato alla richiesta emotiva, ha una buona capacità ad intrattenere buoni rapporti con gli altri, che è

segno di un buon adattamento ma anche di un controllo troppo forte. L'uso forzato del colore, indica una certa tensione nelle relazioni sociali, che però come dicevo poc'anzi, ha difficoltà a riconoscere.

Per quanto riguarda i Contenuti, E. dà risposte diversificate e questo dato, insieme ad altri in nostro possesso, è indice di spiccata intelligenza, curiosità e sensibilità. Il fatto però che dia risposte di contenuto geografico, anatomico e scientifico, vuol dire che sta cercando di darsi delle arie da intellettuale che è poi in realtà un modo per nascondere le sue vere emozioni e sensazioni.

Considerando il contenuto delle singole tavole, molto importante è ciò che emerge alla Tavola VII (Tavola Materna), dove compare con chiarezza la rigidità dell'interiorizzazione dell'immagine materna (statua), e il conflitto nel vederla come due immagini diverse ma speculari, tale idea, viene sostenuta anche dall'altra immagine che vede E.: due profili di donna, che rappresenta, nell'immaginario, proprio l'ambiguità che vive in questo rapporto. Ma alla tavola IX, che è sempre materna compare anche l'elemento fragile e bello come un corallo e trasparente come una cascata. C'è un'angoscia paranoide quando vede, a questa tavola, due occhi in realtà nemmeno troppo definiti.

Il rapporto piuttosto ambiguo e conflittuale emerge anche con il Paterno. Alla Tavola IV Emanuela vede 4 piedi, 2 grandi e 2 piccoli e sebbene sappia dare una risposta articolata e giustificata per la parte fragile, debole, piccola (i 2 piedini di

una ballerina), non riesce a trovare una risposta adeguata per i 2 piedoni, la parte che forse rappresenta maggiormente il rapporto edipico che quindi ha a che fare maggiormente con l'inconscio.

Riassunto in accordo con i nostri dati E. ha un'affettività coartata, e quindi un tipo di tonalità emotiva chiusa. Ciò vuol dire che la paziente risponde a situazioni emozionali chiudendosi in se stessa piuttosto che esternando le proprie emozioni e sensazioni agli altri.

Il rapporto con se stessa per E. è complesso indice sicuramente della fase evolutivo-adolescenziale che sta vivendo ma è un rapporto prevalentemente somatico. E. ha infatti una struttura della personalità molto simile ad un rapporto idealizzato. Nelle macchie vede prevalentemente contenuti anatomici. Ciò è il tentativo di darsi delle arie da intellettuali nascondendo le proprie vere sensazioni.

L'organizzazione del pensiero di E. è metodica-ossessiva cioè, come sappiamo, significa che è insicura e cerca la sua sicurezza tenendosi saldamente attaccata alle cose più evidenti. Vi è nel suo profilo, una percentuale superiore al 15% che viene associata a pedanteria, al bisogno di essere precisa, esatta, corretta, che rappresenta una tendenza verso un tipo di personalità ossessiva. L'interesse verso particolari non comuni è sicuramente indice di intelligenza ma il volerli cercare fin nel più minimo dettaglio è sicuramente un indice patologico.

Il controllo degli impulsi in E. è rigido ciò significa che ha una capacità a mettere in relazione i dettagli ma la grande abbondanza di dettagli grandi e piccoli significa che è insicura e cerca la sua sicurezza tenendosi saldamente attaccata alle cose più evidenti. Il non lasciarsi andare con spontaneità ai propri impulsi è sicuramente un indice preoccupante.

CONCLUSIONI

Nel nostro studio abbiamo utilizzato il Test di Rorschach in modo tale da restituirlo ai pazienti con una diagnosi ed inserirlo all'interno di una ricerca anamnestica che considera storia personale, familiare, diagnosi, sesso, età ed IMC, che indica il rapporto tra il peso in kg e l'altezza al quadrato del paziente.

Si è cercato attraverso un approfondito studio del Test che è rispetto ad altri proiettivo e quindi considera maggiormente gli aspetti inconsci della personalità, di identificare quattro categorie di riferimento che potessero sintetizzare gli aspetti appunto delle quattro diagnosi riferite ad un quadro alimentare alterato.

Le quattro diagnosi sperimentali considerate sono: l'Anoressia, la Bulimia, il Danas (o disturbo non altrimenti specificato) e il Bed (o Binge Eating Disorder).

Si è pensato di confrontare queste quattro categorie diagnostiche con 20 soggetti di controllo afferenti all'ambulatorio di nutrizione senza alcuna problematica legata alla sfera alimentare. Ciò al fine di poter meglio evidenziare le aree problematiche dei nostri pazienti.

La ricerca sottoposta ad analisi statistica, ha prodotto buoni risultati. I quattro aspetti della personalità che abbiamo identificato che sono l'Affettività, il Rapporto con il sé, l' Organizzazione del Pensiero ed il Controllo degli impulsi hanno infatti una significatività per le quattro categorie diagnostiche identificate.

Ho dedicato nel V capitolo ampio spazio alla descrizione di questi aspetti. Ma

forse può essere utile ribadire le sottocategorie identificate. L'affettività è: coartata, libera, depressa ed equilibrata. Abbiamo potuto riscontrare, attraverso questa categoria la chiusura emozionale negli anoressici e talvolta nei danas e la componente invece depressiva e talvolta incontrollata nei bed e nei bulimici.

Il rapporto con il Sé è: critico, negativo, idealizzato e somatico. Qui per tutti pazienti c'è una problematicità scaturita da una conflittualità riguardante la criticità e la negatività del proprio essere. Per alcuni pazienti anoressici e bed c'è un rapporto idealizzato che è una sorta di rifugio da un corpo e da un'anima che non si accetta per come è.

L'Organizzazione del pensiero è: disorganizzata, metodico-ossessiva, originale, produttiva.

Nei Bed e nei Bulimici è disorganizzata perchè come spesso abbiamo osservato c'è un'incapacità a prendersi cura di sé ed ad organizzare la propria vita appunto.

Negli anoressici e talvolta nei danas invece è ossessiva e metodica perchè controllare le proprie cose, le proprie azioni è un po' come controllare la propria vita.

Il Controllo degli Impulsi è rigido, incontrollato, prudente, spontaneo. Negli anoressici è rigido, nei bed e nei bulimici è invece incontrollato. Il controllo dei propri istinti infatti è il rispecchiamento delle proprie emozioni.

Bisogna nello stesso tempo riconoscere gli aspetti critici della ricerca che riguardano l'esiguità dei campioni di riferimento. Questo è avvenuto in quanto il Test di Rorschach è lungo sia per ciò che concerne la somministrazione sia per l'interpretazione. E' un test inoltre che può essere effettuato soltanto da uno specialista esperto. Nello stesso tempo però, come ho ribadito più volte, è a mio parere l'unico in grado di individuare aspetti così profondi della personalità di un individuo. Questo aspetto è molto importante perché ogni psicodiagnosi dovrebbe essere un valido aiuto per la presa in carico di una psicoterapia; avere fin dall'inizio strumenti per poter iniziare una relazione terapeutica è fondamentale. Queste caratteristiche da noi messe in rilievo in un modo più strutturato ed organizzato potranno essere utili nel momento in cui si fa un Test di Rorschach a pazienti con un disagio legato all'alimentazione.

Per concludere, vorrei ringraziare ogni singolo paziente per aver aiutato con spirito collaborativo la mia ricerca. Anche se solo per pochi incontri, ricordo ogni singola persona, ogni singolo sguardo e spero che ricordarmi dell'altro sarà una costante nella mia professione.

BIBLIOGRAFIA

AA. VV. DSM IV R. MASSON, pp.625-637, Milano 1983

AUSIN BS. *Prevention research in eating disorders: Theory and new directions. Psychol. Med.* 2000; 30:1249-1262.

Baldascino A.G. Tesi di specializzazione in Psicologia Clinica presso la
“Federico II” di Napoli

*La pesantezza del vuoto dietro il fragile “riparo” dell'anoressia: riflessioni
attraverso un caso*

clinico. Anno accademico 2006/07

Battistini NC., Bedogni G. *Impedenza Bioelettrica e Composizione Corporea.*
Milano, 1998

Bellini O., Boschi V., Falconi C., Papa A., Siervo M. *Application of the Scoff,*
Eating Attitude test

26 and Eating Inventory (TFEQ) Questionnaire in Young women Seeking Diet-
terapy”.

Eating and Weight Disorders vol.10 (2), pp.67-80, Jun 2005.

Bellini O., Boschi V., Matrone G., Ricciardi Lo Schiavo F., Siervo M. *Why do*
normal weight

young women look for Diet-Therapy? Finding from a pilot study in a clinical
and Non-clinical

population. Eating and Weight Disorders pp,86-94, Jen. 2007

Bellini O., Scarnecchia M. *Il lavoro della cura con la paziente anoressica. Il metodo integrato.* Milano, Franco Angeli, 2002

Bersani G. *Il disturbo del comportamento alimentare, Il pensiero scientifico,* Roma, 1994

Bruch H. *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale,* Feltrinelli, Milano, 1978

Brusa L., Senin F. *Trauma, abuso e perversione. Problemi teorico-clinici nel trattamento di pazienti anoressico-bulimiche,* Franco angeli, Milano, 2000

Brusset B. *Psicopatologia dell'anoressia mentale,* Borla, Roma, 2002

Caviglia G., Cecere F., *Disturbi della condotta alimentare. Diagnosi e Terapia.* Franco Angeli, Milano, 2007

Chodorow N., *La funzione materna. Psicanalisi e sociologia del ruolo materno.* La Tartaruga, Milano, 1991

Del Corno F., Margherita Lang M., *La relazione con il paziente,* 1989

Fairburn CG., Beglin Sj. *Studies of the epidemiology of bulimia nervosa.* Am J Psychiatry 1990;147

(4): 401-8

Ficeto T., *La relazione padre-figlia nell'anoressia mentale*, Edizioni scientifiche Magi, Roma, 2001

Fisher e Cleveland, *Body Image and Personality*, Ed. Nostrand 1958;

L. K. Frank, *Projective Methods for the Study of Personality*, The Journal of Psychology, 1939

Freud S., *L'io e i meccanismi di difesa*, in Opere, vol I, Boringhieri, Torino, 1978

Garner DM., *Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)*, O.S. Firenze, 1995

Gatti B., *L'anoressia mentale*, in Trattato di Psicoanalisi (a cura di A.A. Semi), Milano, Cortina, 1989

Giannakoulas A., Fizzarotti Selvaggi S., *Il counselling psicodinamico*, Borla, Roma, 2003

Kestemberg E e J., e S. Decobert *La faim et le corps*, PUF, Parigi, 1972

Klopfer B., Davidson H.H. *La Tecnica Rorschach. Un manuale introduttivo*. Ed Giunti, O. S. Firenze, 1971

Mitchell JE, Pyle RL: *Characteristic of bulimia*. In Je Mitchell (Ed): *Anorexia nervosa and bulimia: diagnosis and treatment*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1985

Pasetti A., Trillo M.R., *Dipendenza e affrancamento in anoressia e bulimia*, Franco angeli, Milano, 2004

Petrelli D., *L'esperienza del vuoto nei disturbi alimentari in adolescenza*, in S.M.G. Adamo N., Valerio P., (a cura di), *I disturbi dell'alimentazione in adolescenza*. La città del Sole, 1994

Recalcati M., Zuccardi Merli U., *Anoressia, bulimia e obesità*. Bollati Boringhieri, Torino, 2006

Tedeschi D., Tirelli M., Mosconi A., *Anoressia e bulimia. I paradossi dell'adolescenza interpretati da una grande psichiatra francese*, Franco angeli, Milano, 2006

Selvini Palazzoli M. *L'anoressia mentale*, Milano, Feltrinelli, 1987