

# Il metodo Rorschach per la valutazione dell'obesità: studio clinico su un gruppo di donne obese

## *The Rorschach method for obesity assessment: clinical study on a group of obese women*

SABINA LA GRUTTA<sup>1\*</sup>, MARIA STELLA EPIFANIO<sup>1</sup>, NANCY MARIA IOZIA<sup>1</sup>, ANNA MARINO<sup>1</sup>,  
ROSA LO BAIDO<sup>2</sup>

\*E-mail: [sabina.lagrutta@unipa.it](mailto:sabina.lagrutta@unipa.it)

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche e della Formazione, Scuola delle Scienze Umane e del Patrimonio Culturale,  
Università di Palermo

<sup>2</sup>Clinica Psichiatrica e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Palermo

**RIASSUNTO. Scopo.** Lo scopo di questo studio è esplorare tramite il metodo Rorschach il profilo psicologico e personologico della donna con obesità. **Metodi.** Il test di Rorschach è stato somministrato a 10 donne con indice di massa corporea  $41,86 \pm 9,9$  kg/m<sup>2</sup> presso l'Ambulatorio per il trattamento chirurgico dell'obesità dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Palermo "Paolo Giaccone". **Risultati.** L'analisi quantitativa e qualitativa delle risposte al Rorschach rilevate nello studio evidenziano: limitato senso pratico e creativo nella gestione delle situazioni di vita quotidiana, controllo rigido delle emozioni, turbamento affettivo, senso di inadeguatezza; sufficienti l'esame della realtà e l'adattamento sociale. **Conclusioni.** Il metodo Rorschach può rappresentare lo strumento privilegiato per l'obesità, per il suo notevole valore proiettivo, perché permette di cogliere la sofferenza psichica della persona obesa, la rappresentazione e l'immagine del Sé, di individuare l'interazione tra stato psicofisico e investimenti emotivi.

**PAROLE CHIAVE:** obesità, metodo Rorschach, profilo psicologico.

**SUMMARY. Aim.** The purpose of this study is to explore through the Rorschach method the psychological and personological profile of the woman with obesity. **Methods.** The Rorschach test was administered to 10 women with body mass index of  $41.86 \pm 9.9$  kg/m<sup>2</sup> at the clinic for obesity surgical treatment at the University Hospital "Paolo Giaccone" of Palermo. **Results.** The quantitative and qualitative analysis of the Rorschach responses detected in the study show: limited practical and creative sense in managing daily life situations, rigid control of emotions, affective turmoil, sense of inadequacy; sufficient examination of reality and adaptation social. **Conclusion.** The Rorschach method can be the privileged instrument for obesity, for its remarkable projective value, because it allows to capture the psychic suffering of the obese person, the representation and the image of the self, to identify the interaction between psycho-physical state and emotional investments.

**KEY WORDS:** obesity, Rorschach method, psychological profile.

## INTRODUZIONE

L'obesità, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, è «una condizione caratterizzata da un aumento di peso corporeo per accumulo di grassi nel tessuto adiposo, in quantità eccessiva rispetto alle necessità fisiologiche dell'organismo, tale da influire negativamente sullo stato di salute»<sup>1</sup>. Essa viene definita e classificata sulla base dell'indice di massa corporea (BMI), il cui valore si ottiene dividendo il peso espresso in chilogrammi per l'altezza in metri ed elevata al quadrato (kg/m<sup>2</sup>). Quando il BMI assume un valore  $>30$  kg/m<sup>2</sup> siamo nell'area dell'obesità, la quale viene così distinta:

- obesità lieve o di primo grado: BMI 30-34,9 kg/m<sup>2</sup>;
- obesità moderata o di secondo grado: BMI 35-39,9 kg/m<sup>2</sup>;

- obesità estrema o di terzo grado: BMI  $>40$  kg/m<sup>2</sup>.

L'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" del 2016, a opera dell'Istituto Nazionale di Statistica, fornisce una chiara visione delle abitudini alimentari della popolazione italiana. Nello specifico si rileva che il 45,9% della popolazione di età  $\geq 18$  anni ha un peso ponderale in eccesso, di cui il 35,5% sovrappeso e il 10,4% obeso, mentre il 51% è in condizione di normopeso e il 3,1% è sottopeso. La percentuale di popolazione in eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età<sup>2</sup>.

Il valore di BMI è indispensabile nel definire una condizione di obesità, ma insufficiente per la comprensione della stessa nella sua totalità. L'obesità è, infatti, una sindrome complessa e multideterminata che coinvolge fattori genetici, metabolici, psicologici, socio-culturali.

Fattori genetici, squilibri ormonali o metabolici, incidenti vascolari, neoplasie, predisposizione familiare, costituiscono l'obesità endogena, mentre l'obesità esogena è caratterizzata dallo squilibrio tra apporto calorico e dispendio energetico, sedentarietà, fattori psicologici e sociali.

Alcuni fattori psicologici tipici della persona obesa riguardano la bassa competenza emotiva, insoddisfazione per il corpo, fragilità dell'autostima, sensazione di inefficienza. I fattori socio-culturali odierni fanno capo al ruolo dei mass media, alla pubblicizzazione ed enfattizzazione del connubio bellezza del corpo e valore personale, alla maggiore disponibilità di cibo ipercalorico, a famiglie che forniscono risposte inappropriate alle richieste alimentari del bambino<sup>3</sup>. Su quest'ultimo punto menzioniamo la forte influenza che hanno le precoci esperienze relazionali del bambino, in cui egli fa le prime esperienze alimentari, nel determinare i processi di integrazione psicosomatica e di regolazione degli affetti<sup>4-8</sup>.

Il nutrimento concreto non è altro che veicolo di nutrimento e sviluppo psicologico; è attraverso l'assunzione di cibo e del contatto fisico con la madre che si sviluppa la capacità di distinguere tra mondo interno e mondo esterno, tra sé e altro. Lo stesso Bion ci insegna che «proprio dalle esperienze emotive associate con l'alimentazione gli individui hanno estratto e poi integrato gli elementi che formano i sistemi deduttivi teoretici usati per rappresentare realizzazioni del pensiero»<sup>9</sup> (p.113).

I molteplici fattori citati sono fortemente connessi tra di loro e in misura diversa contribuiscono a determinare e/o mantenere l'obesità patologica. A tal proposito studi su famiglie e gemelli<sup>10</sup> hanno sostenuto l'ipotesi di un'influenza genetica responsabile delle anomalie metaboliche che facilitano l'insorgenza dell'obesità, in presenza di alta disponibilità di alimenti e di un cronico sedentarismo. Vi sono poi fattori individuali che possono contribuire all'eccessiva introduzione di cibo, si tratta solitamente di comportamenti impulsivi o compulsivi secondari a depressione o ansia. Anche alcuni farmaci possono, se utilizzati a lungo, facilitare l'insorgenza dell'obesità<sup>11,12</sup>.

Alla variegata eziopatogenesi dell'obesità corrisponde l'elevato numero di problematiche fisiche, psichiche e sociali correlate, che hanno un forte impatto sulla qualità della vita della persona.

L'eccessivo accumulo di massa grassa è potenziale causa di diabete mellito non insulino-dipendente, malattie coronariche, rischio di disturbi biliari, alcuni tipi di cancro (carcinoma dell'endometrio, colon, colecisti, prostata, reni, mammella), disordini muscoloscheletrici e respiratori (sindrome delle apnee da sonno e prevalenza di asma), dislipidemia (aumento dei trigliceridi e riduzione di colesterolo HDL, il cosiddetto colesterolo "buono"), ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica e infarto miocardico, ictus cerebrale<sup>13</sup>. Inoltre si rilevano alterazioni riguardo la fertilità e complicazioni di stati di gravidanza, bassi livelli di attività fisica, alterazione della postura, la riduzione dell'equilibrio e conseguente aumento del rischio di cadute<sup>14-16</sup>. Nota è l'ampia correlazione tra obesità e alcuni disturbi psichiatrici, quali "binge eating", "night eating", disturbi depressivi, disturbi d'ansia, disturbi di personalità borderline, evitante e dipendente<sup>17-21</sup>.

Nonostante la mole di condizioni connesse all'obesità, bisogna tenere in considerazione la presenza di alcune caratteristiche psicologiche frequenti nella persona obesa, quali cattivo riconoscimento di se stessi, immagine del corpo defor-

mata, svalutazione del corpo, scarsa capacità di "insight", incapacità di descrivere i propri stati affettivi, decifrare le proprie emozioni e conseguente difficoltà nel regolare la propria vita emotiva<sup>17,22-25</sup>.

La valutazione psicologica del paziente obeso non può limitarsi al qui e ora, ma deve procedere secondo una visione sia sincronica che diacronica al fine di definire trattamenti integrati, mirati ed efficaci. Focalizzarsi solo sulla riduzione ponderale, trascurando altre determinanti dell'obesità, aumenterebbe drasticamente la possibilità di fallimento a lungo termine del trattamento prescelto.

Uno dei trattamenti più efficaci nel determinare un'importante perdita di peso è la chirurgia bariatrica, o chirurgia dell'obesità, che si occupa principalmente del trattamento chirurgico dei pazienti affetti da obesità patologica (di II o III grado). Questa rappresenta ad oggi un efficace strumento di supporto alla necessità della persona obesa di perdere il peso in eccesso e di riuscire a mantenerlo nel lungo periodo. Tuttavia, come già affermato, la riduzione ponderale non rappresenta un'automatica e sicura remissione dell'obesità, in quanto il peso non è l'unico elemento a caratterizzarla. Innanzitutto è essenziale tenere conto delle indicazioni e controindicazioni previste dal piano sanitario per l'attuazione di un intervento di chirurgia bariatrica<sup>26</sup>.

Tra le indicazioni generali alla terapia chirurgica dell'obesità:

1. BMI >40 kg/m<sup>2</sup> (o BMI >35 kg/m<sup>2</sup> se già in presenza di patologie associate all'obesità);
2. età compresa tra 18 e 65 anni;
3. obesità di durata >5 anni;
4. dimostrato fallimento di precedenti tentativi di perdere peso e/o di mantenere la perdita di peso con tecniche non chirurgiche;
5. disponibilità a un prolungato follow-up post-operatorio.

Viceversa, le controindicazioni all'approccio chirurgico sono le seguenti:

1. obesità secondaria a causa endocrinologia suscettibile di trattamento specifico; soggetti affetti da neoplasia;
2. rischio operatorio/anestesiologico molto alto;
3. presenza di patologie gravi non legate all'obesità;
4. malattie psichiatriche severe e disturbi dell'alimentazione e della nutrizione che compromettono la compliance;
5. abuso di alcol o di droghe.

La scelta di un intervento chirurgico per obesità va attentamente ponderata tenendo conto di complicanze, a breve e a lungo termine, a cui è possibile andare incontro. Ad oggi, le conoscenze di tipo psicopatologico e psicometrico possedute sui predittori di esito della chirurgia bariatrica sono agli inizi e constano di dati spesso contraddittori. Allo stesso modo non esiste ancora un accordo sufficientemente condiviso sugli strumenti da utilizzare nella valutazione psicosociale preoperatoria dei candidati alla chirurgia dell'obesità<sup>27,28</sup>. In linea di massima bisognerebbe escludere i pazienti con un'importante psicopatologia, che potrebbe essere peggiorata dall'intervento, e selezionare i soggetti con disturbi psichici conseguenti all'obesità per i quali la chirurgia può avere effetti positivi. È spontaneo porsi delle domande sulla relazione obesità-psicopatologia in termini temporali e se è possibile parlare di una relazione lineare di causa ed effetto tra i due.

A fronte della complessità della patologia sono necessarie la conoscenza di fattori psicologici che possono essere alla base di pattern comportamentali delle persone obese e la comprensione delle loro caratteristiche di personalità. Ricordiamo che la personalità si va formando a partire dalla nascita e assume dimensioni stabili nel tempo. Si tratta di modalità durature di percepire, rapportarsi o pensare a se stesso e all'ambiente<sup>29</sup>. Valutare la personalità del soggetto obeso significa avere una visione generale dei fattori che hanno determinato e sostenuto l'obesità nel *lì e allora* e nel *qui e ora*. A tal proposito il metodo Rorschach<sup>30</sup> può essere un valido ausilio nella messa a punto di un efficiente protocollo di valutazione della persona obesa. Il metodo Rorschach permette di comprendere il modo in cui i soggetti percepiscono il proprio corpo, le relazioni con l'ambiente esterno e l'affettività che questi presentano, l'emotività connessa con le reazioni allo stress, il modo in cui distorsioni percettive e cognitive sono connesse con la riduzione del peso<sup>31-34</sup>.

Sulla base di queste premesse, il presente studio intende indagare il profilo psicologico della donna adulta con diagnosi di obesità sottoposta a chirurgia bariatrica o che si avvia a essa tramite il metodo Rorschach. L'attenzione nei confronti del sesso femminile deriva da un'analisi del contesto che rivela una maggiore richiesta delle donne ad affrontare un intervento di chirurgia bariatrica, dato attribuibile all'odierna cultura occidentale che promuove la "magrezza" come indice di perfezione, bellezza e desiderabilità. Lo stigma sociale dato dall'assenza di un corpo "perfetto" colpisce le donne molto più degli uomini, a parità di sovrappeso, compromettendo in tempi più rapidi la loro qualità della vita<sup>35,36</sup>.

## METODI

### Descrizione dello strumento

Il metodo Rorschach è un metodo proiettivo che valuta le caratteristiche della personalità. La prova consiste in 10 tavole sulle quali sono rappresentate delle macchie, alcune monocromatiche, nelle quali compare solo il colore grigio o nero (I, IV, V, VI, VII), altre sono bicromatiche, compare anche il colore rosso (II, III). Le ultime tre sono policromatiche, ovvero caratterizzate dalla presenza di più colori (VIII, IX, X). Le clesografie hanno un ordine di presentazione preciso e preconstituito<sup>37</sup>.

La consegna è quella originaria di Rorschach: «le mostrerò alcune tavole, lei dovrebbe dirmi che cosa potrebbe essere. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, può dare tutte le risposte che vuole, non ci sono limiti di tempo». Le caratteristiche oggettive variano nelle tavole, per la qualità della forma, il colore, la sfumatura, il rapporto figura-sfondo<sup>38</sup>. Lo stimolo non strutturato e ambiguo permette un atto percettivo complesso, che consente una sua strutturazione percettiva aderendo da un lato al grado di obiettività e dall'altro alla propria soggettività. Il processo di risposta è, quindi, di tipo percezione-associazione<sup>39</sup>, si basa sulla capacità del soggetto di produrre delle associazioni mediante i principi della buona forma o teoria percettiva della Gestalt. Un sistema di codifica, indici e formule delle risposte del soggetto permette di rilevare il suo funzionamento mentale<sup>40</sup>.

### Soggetti

Hanno partecipato allo studio 10 donne afferenti all'Ambulatorio di Chirurgia dell'Obesità AOUP "Paolo Giaccone", del-

l'Università di Palermo. Per il loro reclutamento sono stati considerati i seguenti criteri di inclusione: età compresa tra i 24 e i 55 anni, BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, insorgenza della patologia da almeno 10 anni; e i seguenti criteri di esclusione: presenza di disturbi psichiatrici severi (per es., disturbi psicotici), obesità conseguente a squilibri metabolici e ormonali, obesità conseguente all'assunzione di farmaci.

Il gruppo presenta un'età media di 40 $\pm$ 8,9 anni e un numero di anni di istruzione pari a 10,5 $\pm$ 4,28 corrispondente a un livello di istruzione media inferiore di primo grado. Il BMI medio è di 41,86 $\pm$ 9,9 kg/m<sup>2</sup> all'interno di un range che va da un minimo di 32 kg/m<sup>2</sup> a un massimo di 63,67 kg/m<sup>2</sup>.

Su 10 partecipanti, 2 presentano un'obesità di I grado, 4 un'obesità di II grado e 4 un'obesità di III grado. Si registra familiarità genetica dell'obesità in 3 soggetti e si tratta di un'influenza paterna, nei restanti 7 la familiarità genetica è assente. L'insorgenza della patologia si verifica durante l'infanzia in 6 persone del gruppo di studio, dopo i 25 anni in una persona e dopo la gravidanza in 3 persone. Nell'anamnesi storica di 2 donne è stata rilevata una diagnosi di disturbo d'ansia. In 7 hanno effettuato un intervento bariatrico di bendaggio gastrico, mentre 3 non hanno esperienze di chirurgia bariatrica.

Le caratteristiche del gruppo di studio sono riportate nella Tabella 1.

## Metodo e tecniche

In un primo momento è stato effettuato il reclutamento delle donne in base ai criteri di inclusione ed esclusione prefissati, successivamente sono state informate sugli scopi dello studio e, previo consenso informato, è stato somministrato il test di Rorschach. Quest'ultimo è stato svolto nel corso di uniche sedute individuali ed eseguito da esaminatori adeguatamente formati e addestrati, ovvero psicologi clinici e psicoterapeuti a orientamento psicoanalitico, psichiatri psicoanalisti, coadiuvati da psicologi clinici e specializzandi in psichiatria, entrambi psicoterapeuti in formazione.

La raccolta del protocollo, l'inchiesta, la prova supplementare di scelta, la siglatura e lo spoglio sono stati effettuati secondo le indicazioni contenute nei manuali di Passi Tognazzo<sup>37</sup>, Böhm<sup>41</sup> e Castellazzi<sup>42</sup>.

## Analisi statistica

È stata effettuata un'analisi quantitativa degli indici Rorschach (media e deviazione standard) con l'aiuto del software Statistical Package for Social Sciences (SPSS 20,0, SPSS Inc. Chicago, IL, USA) e un'analisi qualitativa delle risposte verbalizzate. Al fine di una valutazione e discussione accurata dei dati medi del gruppo di studio, si è tenuto conto del profilo psicodiagnostico di ogni partecipante.

## RISULTATI

### Analisi quantitativa

- Tempo di risposta: 12,9 $\pm$ 5,16 min.
- Numero di risposte conferite: 19,3 $\pm$ 5,39.
- Localizzazioni: globale= 65 $\pm$ 21,7%; dettaglio= 29 $\pm$ 21,2%.

Età (anni)	40 ± 8,9
Istruzione (anni)	10,5 ± 4,28
Indice di massa corporea (kg/m <sup>2</sup> )	41,86 ± 9,9
Obesità	
I	2
II	4
III	4
Familiarità genetica	
Assente	7
Presente	3
Insorgenza	
Infanzia	6
Dopo i 25 anni	1
Dopo la gravidanza	3
Bendaggio gastrico	
Assente	3
Presente	7

	Gruppo di studio (media ± DS)	Valori normativi (25-75 centile)
Risposte	19,3 ± 5,39	14-23
G%	65 ± 21,7	37-61
D%	29 ± 21,2	33-56
F%	82 ± 9,6	56-76
F+%	79 ± 13,3	74-92
M	3 ± 2	0-2
FC	1,7 ± 1,3	0-2
CF	0,2 ± 0,4	0-2
C	0,2 ± 0,4	-
Cho	1 ± 0,5	-
A%	49 ± 0,1	35-55
U%	21 ± 8	9-21
Anat%	20 ± 8,2	0-8
Ban%	26 ± 1,3	20-36

- Risposte forma: forma= 82±9,6%; buona forma= 79±13,3%.
- Risposte movimento: 3±2.
- Risposte colore: forma-colore= 1,7±1,3; colore-forma= 0,2±0,4; colore puro= 0,2±0,4. Risposte di chiaroscuro: 1±0,5.
- Contenuti: animali= 49±0,1%; umani= 21±8%; anatomici= 20±8,2%.
- Frequenza: banali= 26±1,3%; originali= 5±4,3%.

I dati sopra citati sono stati confrontati con i valori medi e normativi degli indici Rorschach disponibili nel manuale di siglatura di Passi Tognazzo (Tabella 2)<sup>37</sup>.

Dai protocolli somministrati constatiamo che 5 partecipanti presentano un tipo di risonanza intimo coartativo, 1 coartato, 2 introversivo, 2 ambiguo. L'indice di realtà è plastico in 6 soggetti, ipoplastico in 3 e iperplastico in 1. Tra i fenomeni particolari, 6 persone sperimentano uno choc colore e 5 uno choc sessuale.

Con l'ausilio del manuale di siglatura e d'interpretazione psicoanalitica di Castellazzi<sup>42</sup> è stato possibile misurare ulteriori indici riportati in Tabella 3.

### Analisi qualitativa

Gli choc colore si manifestano con tempi di reazione ritardati alle tavole II, III, VIII, IX e con le seguenti verbalizzazioni: "non so", "oddio cos'è? Non saprei definirla", "i colori! Non so associarlo a niente".

Risposte che esprimono choc sessuale di fronte alla tavola VI, tavola della sessualità: "non so. Non mi ispira niente",

	Gruppo di studio	Valori normativi
Indice lambda	1,5	0,59
Indice di affettività	32%	33%
Indice di impulsività	61%	35%

"non mi piace come figura, non riesco a delinearla", "nulla...a cosa somiglia?".

Alla prova supplementare di scelta, la tavola IV è considerata la peggiore da 7 persone del gruppo, mentre maggiore variabilità si riscontra nella valutazione della tavola considerata migliore, ovvero 3 citano la tavola IX, 3 la tavola X, 2 la tavola VIII, 1 la tavola II.

Risposte alla tavola paterna (tavola IV): "un'assurdità!", "un corpo umano, una persona stesa sulla barella coricata", "un brutto insetto, uno scarafaggio o una cosa del genere", "l'uomo nero", "un film da spavento", "vulcano in piena che scoppia", "lo sterno con i polmoni".

Risposte alla tavola materna (tavola VII): "niente!", "non riesco a capire", "non so, non mi ispira nulla", "puzzle, tante tessere non composte", "forse qualche parte del corpo", "ma li fanno apposta?!, non ci vedo nulla".

I contenuti animali più frequenti sono: farfalle, uccelli, gatti, conigli, orsi, roditori, elefanti. I contenuti umani riguardano principalmente: angeli, donne, ballerine. Tra le risposte anatomiche vi sono: lo sterno, i reni, i polmoni, lo scheletro, la colonna vertebrale.



## DISCUSSIONE

L'elevata proporzione di risposte globali, rispetto alla media e a discapito delle risposte dettaglio, suggerisce l'uso di un pensiero fortemente astratto e fantasioso non curante degli aspetti concreti della vita quotidiana che, al contrario, vengono affrontati con un carente "spirito pratico", come segnalato dal basso numero di risposte dettaglio. Vi è una scarsa creatività, indicata dalla rarità delle risposte originali, che insieme al mancato impiego delle risorse intellettive disponibili non consente la gestione produttiva e pratica dell'obesità, sostenendo il suo mantenimento nel tempo.

Tra le risorse possedute dalle donne obese vi sono quelle psico-affettive, messe in rilievo dal numero medio di risposte movimento. Da un'attenta valutazione dei protocolli notiamo però che le risposte movimento sono riscontrabili nelle donne con un tipo di risonanza intimo ambiguo, quindi con una migliore capacità di reagire affettivamente all'ambiente. Elemento caratteristico nella rappresentazione di sé di tali donne è la porosità dei limiti, invero il ricorso massiccio alle risposte forma esprime lo sforzo di ricercare un involucro contenente e adeguate frontiere tra il fuori e il dentro di sé. In più, il dato è espressione di distacco, difesa dalle emozioni, le quali vengono sottoposte al controllo di meccanismi di difesa rigidi.

È presente un adeguato funzionamento cognitivo, come indicato dal valore delle risposte di buona forma, che garantisce l'esame di realtà, a cui si correla la prevalenza dell'indice di realtà plastico riscontrato nella maggior parte delle donne appartenenti al gruppo di studio. Oltre al buon esame di realtà, si osserva un sufficiente adattamento intellettuale e sociale, messo in luce della media di risposte banali, risposte con contenuto animale, come farfalle, uccelli, gatti, conigli, orsi, roditori, elefanti, e con contenuto umano, tra cui angeli, donne, ballerine.

Dall'analisi qualitativa delle risposte con contenuto animale si nota il riferimento ad aspetti femminili e al peso, le farfalle sono piccole e leggere al contrario degli orsi e degli elefanti. Anche l'immagine dei roditori richiama la questione del peso e del cibo, di fatto la caratteristica principe di questi mammiferi è l'abilità di rosicchiare e mangiare un'ampia varietà di cibo.

La dimensione femminile si ritrova anche nei contenuti umani, donne e ballerine, sottolineando il forte valore proiettivo del metodo adottato e nuovamente la leggiadria tipica delle ballerine che si contrappone alla massa corporea delle persone con obesità.

Significativa è la presenza di risposte contenenti forme anatomiche, quali sterno, reni, polmoni, scheletro, colonna vertebrale, sinonimi di fantasie polarizzate sul corpo, vissuto come principale modalità espressiva. Questo tipo di indice Rorschach segnala che il corpo è sperimentato come oggetto alienato dall'Io anziché essere integrato nell'immagine globale che si ha di sé. Le verbalizzazioni alla tavola IV (tavola paterna) e alla tavola VII (tavola materna), indicano un turbamento relativo al rapporto con le figure genitoriali.

Il prevalere delle risposte forma-colore sulle risposte colore-forma e le risposte colore puro sottolinea nuovamente la tendenza della donna obesa a porre un controllo sulle manifestazioni affettive. Bisogna segnalare che, osservando i singoli protocolli, le risposte colore-forma e colore puro si riscontrano con maggior rilievo nelle donne con tipo di risonanza intimo ambiguo.

L'indice chiaroscuro ottenuto dal gruppo di partecipanti comunica il loro vissuto di disagio, il senso di inadeguatezza e il bisogno di sostegno.

In linea con i dati fino ad ora esposti, l'elevata frequenza del tipo di risonanza intimo coartativo, nella maggior parte del gruppo di studio, ribadisce il controllo dell'affettività, una debole risonanza affettiva e delinea personalità rigide particolarmente tendenti alla pedanteria.

Gli indici Rorschach tratti dal manuale di siglatura di Castellazzi<sup>42</sup> ci danno ulteriori informazioni sul funzionamento psichico delle persone con obesità. L'indice lambda con valore >1 esprime uno stile cognitivo che ha difficoltà a entrare in contatto con situazioni conflittuali, la predisposizione a dilazionare il coinvolgimento emotivo di fronte a realtà complesse. L'indice di affettività inferiore alla media evidenzia il ritiro dalle emozioni, una fuga nel mondo della razionalità. Infine l'indice di impulsività, superiore alla media, mostra l'assenza di controllo pulsionale. È possibile affermare che il cibo rappresenta un contenitore inadeguato degli stati affettivi intensi e il modo per tamponare disagi affettivi e relazionali.

La presenza significativa dello choc colore conferma la repressione nevrotica delle proprie reazioni affettive, mentre lo choc sessuale un vissuto di rifiuto, disagio o conflittualità con la femminilità e sessualità genitale.

Già nel 1941 Bruch<sup>43</sup> aveva individuato una marcata confusione nel campo della sessualità nelle prove di Rorschach di persone obese, le quali interpretavano le figure simmetriche come "un uomo e una donna", "un bambino e una bambina", a differenza di altri pazienti. Inoltre, gli choc alla tavola della sessualità, la VI, potrebbero essere espressione della difficoltà delle persone obese di guardarsi, farsi guardare e la sensazione di essere sgraditi agli altri, così come affermano le donne durante la somministrazione dei test di Rorschach.

Come ricorda Bohm<sup>41</sup>, il significato più generale dello stupore al simbolismo sessuale è quello di angoscia legata alla sessualità, che a sua volta può determinare un aumento dello stato depressivo e riduzione della stima di sé con utilizzo di meccanismi difensivi primitivi immaturi e scarsamente adattivi (rimozione, scissione, diniego). È stato dimostrato che persone obese si servono in modo patologico di difese che comportano l'allontanamento dalla realtà con l'evitamento dei conflitti, l'autosvalutazione insieme a una drastica riduzione dell'espressione diretta dell'aggressività<sup>44</sup>.

Dai dati finora emersi possiamo affermare che le donne obese, pur mantenendo un'intelligenza produttiva e un rendimento considerevole, presentano una frastagliata capacità di esprimere le emozioni in maniera simbolica. Riprendendo Molinari e Riva<sup>45</sup> si potrebbe ipotizzare che, scrollata dal simbolico, l'attività psichica refluisce nel corpo e l'obesità potrebbe rappresentare un canale sintomatico preferenziale per una sofferenza psichica che altrimenti non troverebbe sfogo. Le donne obese manifestano tratti alestitimici, riscontrabili nelle affermazioni con cui riferiscono le loro relazioni attuali, rispondono in maniera fredda e distaccata, non risultano in grado di esprimere nient'altro se non i propri problemi fisici. Il cibo si configura come risposta materiale al disagio emotivo e interpersonale<sup>46,47</sup>. Di fatto, analizzando le storie delle pazienti è emerso che esse sono ricorse al cibo per colmare un vuoto interiore dovuto a relazioni del tutto insoddisfacenti; in alcune pazienti le identificazioni con l'altro costituiscono una struttura complessa, in quanto il padre e la

madre sono ciascuno allo stesso tempo oggetto d'amore e di rivalità.

Il ricorso al cibo per tamponare delle sofferenze interiori ha fatto sì che le pazienti trasformassero il loro corpo mediante un pasto eccessivo non gustato ma divorato, finendo col sentirsi intrappolati in un corpo che non riconoscono più come il proprio. Si riferiscono al proprio corpo come qualcosa di estraneo, non si identificano con questo oggetto antiestetico e ingombrante in cui si sentono confinati<sup>48</sup>. Il cibo rappresenta fonte di sostegno, conforto, soddisfazione per i soggetti e la risposta immediata al controllo delle emozioni.

## CONCLUSIONE

In questo lavoro abbiamo individuato caratteristiche specifiche e condivise delle donne con obesità, adoperando una prospettiva psicoanalitica e rispettando le dinamiche individuali del funzionamento psichico di ognuna di loro. La somministrazione del test di Rorschach, secondo l'interpretazione analitica di Passi Tognazzo<sup>37</sup>, Bohm<sup>41</sup> e Castellazzi<sup>42</sup>, apre un varco nel mondo emotivo e affettivo della persona ed è un valido strumento per la comprensione della personalità dei soggetti con obesità, del modo in cui essi si percepiscono e si relazionano con il mondo esterno, senza il compito di fornire diagnosi nosografiche ma dare informazioni e comprensione delle dinamiche e del funzionamento psicologico della persona in senso lato<sup>49</sup>.

A nostro avviso, il metodo Rorschach è lo strumento privilegiato per l'obesità perché ha una considerevole importanza proiettiva capace di bypassare la consapevolezza del paziente e ottenere un profilo psicologico il più veritiero possibile, senza il rischio che la persona con obesità dia una visione positiva e conformistica di sé in accordo con il suo sistema difensivo<sup>44</sup> e con lo scopo di essere un buon candidato alla chirurgia bariatrica. Inoltre, il metodo Rorschach permette di individuare l'interazione tra stato psicofisico e investimenti emotivi, tra mondo interno ed esterno, di valutare la rappresentazione e l'immagine del Sé, in più coglie la sofferenza psichica della persona con obesità e il modo in cui questa viene perseverata e fronteggiata. Esso potrebbe essere usato opportunamente per il controllo dell'affettività e conseguente modifica, impiegando le tavole parallele.

Il metodo Rorschach necessita di personale qualificato per la somministrazione e siglatura, poiché si tratta di uno strumento molto complesso e sofisticato, i cui indici assumono un certo valore e significato in base alla loro relazione, per tale motivo può essere fuorviante una lettura dei dati solo da un punto di vista quantitativo e nomotetico. Allo stesso modo l'analisi da un punto di vista qualitativo deve essere effettuata con molta cautela per non arrivare a conclusioni arbitrarie.

In merito al presente studio, sarebbe utile un ampliamento degli indici di interpretazione e del gruppo di partecipanti, facendo un confronto tra i profili psicologici in base al grado di obesità e l'aver svolto o meno un intervento di chirurgia bariatrica.

Nonostante l'esiguo gruppo di studio, è stato possibile pervenire a significative conclusioni, come il limitato senso pratico e creativo nella gestione delle situazioni di vita quotidiana, di conseguenza dell'obesità e dei fattori connessi; il controllo delle emozioni; il dilazionare il coinvolgimento

emotivo di fronte a realtà complesse; la sensazione di disagio e un Io fragile; l'assenza di controllo pulsionale che trova riscontro nel modo in cui le persone obese si alimentano. L'iperalimentazione assume la funzione simbolica di barriera protettiva che difende la persona dai sentimenti di vuoto e disvalore, superati illusoriamente riempiendosi di cibo e aumentando il proprio volume corporeo. Inoltre lo studio evidenzia i punti di forza nel funzionamento psicologico delle donne obese, come il buon esame della realtà e l'adattamento sociale.

Le conclusioni esposte devono pertanto essere sottoposte a una lettura più ampia e critica, inserite all'interno di un contesto valutativo più dettagliato che tenga conto di tutte le variabili personali che caratterizzano la persona con obesità. Per la riduzione o remissione del grado di obesità è sicuramente necessario modificare le abitudini alimentari disfunzionali ma ancor di più gestire la dimensione emotivo-affettiva e la relazione tra mondo interno ed esterno. Le emozioni giocano un ruolo fondamentale nel processo di costituzione della salute in quanto hanno funzioni di organizzazione, motivazione e adattamento nel processo di sviluppo dell'individuo e proprio per la loro natura conoscitiva, comunicativa e adattativa sono processi psichici di integrazione che collegano il mondo interno e quello interpersonale della mente umana<sup>50</sup>. Bisogna far emergere e sostenere le risorse intellettive e psico-affettive che ogni persona obesa possiede e favorire uno stile comportamentale maggiormente adattivo e pratico di fronte agli eventi stressanti e all'obesità in senso lato. Il processo conoscitivo degli aspetti psicologici permette di valorizzare il sistema interattivo in cui la persona vive e agisce, attraverso cui costruisce il suo modo di dar senso agli eventi e dà vita ad azioni finalizzate, con vari gradi di consapevolezza<sup>51</sup>. Di conseguenza la comprensione delle dinamiche alla base dei pattern comportamentali del paziente obeso è un'asse centrale per la programmazione di futuri interventi preventivi e riabilitativi, mirati non solo al controllo dei comportamenti alimentari disfunzionali, ma anche alla ristrutturazione delle credenze irrazionali su se stessi e sulle proprie competenze, alla gestione flessibile dell'affettività, al ristabilire un equilibrio emotivo tra interno ed esterno, rendendo il paziente protagonista attivo del suo trattamento. Di fronte alla multifattorialità dell'eziologia e la molteplicità degli interventi terapeutici è auspicabile, nella scelta di questi ultimi, tener conto sia delle caratteristiche psicologiche condivise dalla popolazione obesa sia di quelle del singolo individuo, per una loro efficienza ed efficacia a lungo termine.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report on a WHO Consultation. Geneva: WHO Technical Report Series 894, 2000.
2. Istituto Nazionale di Statistica. Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà. Anno 2016. <https://www.istat.it/it/archivio/202040> [ultimo accesso 8 gennaio 2018].
3. Tovar A, Vaughn AE, Fallon M, et al. Providers' response to child eating behaviors: a direct observation study. *Appetite* 2016; 105: 534-41.
4. Sartorio A, Marazzi N. Obesità infantile: un problema "in crescita" (a rischio elevato di persistenza in età adulta). In: Molinari E, Castelnuovo G (eds). *Clinica psicologica dell'obesità. Esperienze cliniche e di ricerca*. Milano: Springer, 2012.
5. Dreyfus M. Psychological approach to obesity in children and

- adolescents in a multidisciplinary consultation. *Ann Pediatr* 1993; 40: 305-12.
6. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
  7. Taylor GJ. Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. Madison: International Universities Press, 1987.
  8. Stern DN. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books, 1985.
  9. Bion WR. Learning from experience. London: Heinemann, 1962.
  10. Farooqi S, O'Rahilly S. Genetics of obesity in humans. *Endocr Rev* 2006; 27: 710-8.
  11. Verhaegen AA, Van Gaal LF. Drug-induced obesity and its metabolic consequences: a review with a focus on mechanisms and possible therapeutic options. *J Endocrinol Invest* 2017; 40: 1165-74.
  12. Domecq JP, Prutsky Gk KF, Lababidi MH, et al. Drugs commonly associated with weight change: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100: 363-70.
  13. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900,000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009; 373: 1083-96.
  14. Haslam D, Sattar N, Lean M. ABC of obesity. Obesity – time to wake up. *BMJ* 2006; 333: 640-2.
  15. Duvigneaud N, Matton L, Wijndaele K, et al. Relationship of obesity with physical activity, aerobic fitness and muscle strength in Flemish adults. *J Sports Med Phys Fitness* 2008; 48: 201-10.
  16. Hue O, Simoneau M, Marcotte J, et al. Body weight is a strong predictor of postural stability. *Gait Posture* 2007; 26: 32-8.
  17. La Grutta S, Iozia NM, Alabastro V, Lo Baido R. The clinical psychologist in bariatric surgery: the experience of Palermo. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 2015; 1 Suppl 1a: 138-9.
  18. Lykouras L, Michopoulos J. Anxiety disorders in obesity. *Psichiatrike* 2011; 22: 307-13.
  19. Kress AM, Peterson MR, Hartzell MC. Association between obesity and depressive symptoms among US Military active duty service personnel. *J Psychosom Res* 2006; 60: 263-71.
  20. Alix D, Klein B, Walsh T. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behav* 2004; 81: 359-74.
  21. Stunkard AJ, Faith MS, Allison K. Depression and obesity. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 330-7.
  22. Fabricatore AN, Wadden TA. Psychological aspects of obesity. *Clin Dermatol* 2004; 22: 332-7.
  23. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eat Behav* 2003; 3: 341-7.
  24. Golay A, Hagon I, Painot D, Rouget P, Allaz AF, Morel Y. Personalities and alimentary behaviors in obese patients. *Patient Educ Couns* 1997; 31: 103-12.
  25. Molinari E, Riva G. Psicologia clinica dell'obesità. Torino: Bollati Boringhieri, 2004.
  26. Forestieri P, Alkilani M, Amenta E, et al. Linee guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia. Napoli: Edises, 2008.
  27. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasnicki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg* 2006; 16: 567-73.
  28. Castelnovo G, Pietrabissa G, Cattivelli R, Villa V. Preoperative psychological evaluation of bariatric surgery candidates: recommendations for clinical and health psychologists. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 2015; 1 Suppl 1a: 136-7.
  29. American Psychiatric Association. DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Cortina, 2014.
  30. Rorschach H. Psychodiagnostik. Bern: Hans Huber, 1921.
  31. Elfhag K, Rossner S, Lindgren T, Andersson I, Carlsson AM. Rorschach personality predictors of weight loss with behavior modification in obesity treatment. *J Pers Assess* 2004; 83: 293-305.
  32. Elfhag K, Carlsson AM, Rössner S. Subgrouping in obesity based on Rorschach personality characteristics. *Scand J Psychol* 2003; 44: 399-407.
  33. Clerici M, Albonetti S, Papa R, Penati G, Invernizzi G. Alexithymia and obesity. Study of the impaired symbolic function by the Rorschach test. *Psychother Psychosom* 1992; 57: 88-93.
  34. Clerici M, Papa R, Basile R, Invernizzi G. The experience of the corporal self and the Rorschach test in severe obesity under medical-surgical treatment. *Ann Med Psychol* 1990; 148: 483-94.
  35. Eusebi P, La Ferla T. Disturbi del comportamento alimentare nei maschi: l'importanza della distorsione dell'immagine corporea. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2010; 16: 150-6.
  36. Cuzzolaro M, Temperilli F, Basso MS. Chirurgia bariatrica. Valutazione psicologico-psichiatrica. In: Basso N, Silecchia G (eds). *Collana Monografica della Società Italiana di Chirurgia*, 26. Torino: UTET, 2006.
  37. Passi Tognazzo D. Il metodo Rorschach. Bologna: Giunti, 1998.
  38. Freilone F, Fratianni B. Lezioni di psicodiagnostica proiettiva. Genova: Frilli, 2008.
  39. Chabert C. Psicopatologia e Rorschach. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1998.
  40. Scafidi Fonti GM. Il metodo Rorschach. In: Scafidi Fonti GM, La Grutta S, Trombini E (eds). *Elementi di psicodiagnostica. Aspetti teorici e tecnici della valutazione*. Milano: Franco Angeli, 2015.
  41. Bohm E. Manuale di psicodiagnostica di Rorschach. Per psicologi, medici e pedagogisti. Bologna: Giunti, 1998.
  42. Castellazzi VL. Il test di Rorschach. Manuale di siglatura e d'interpretazione psicoanalitica. Roma: LAS, 2004.
  43. Bruch H. Obesity in childhood and personality development. *Am J Orthopsychiatry* 1941; 11: 467-74.
  44. La Grutta S, Di Blasi M, La Barbera D, et al. Meccanismi di difesa in un gruppo di persone con obesità. *Minerva Psichiatri* 2013; 54: 239-46.
  45. Molinari E, Riva G. Psicologia clinica dell'obesità. Ricerche e interventi. Torino: Bollati Boringhieri, 2004.
  46. Lo Coco G, Gullo S, Scrima F, Bruno V. Obesity and interpersonal problems: an analysis with the interpersonal circumplex. *Clin Psychol Psychother* 2012; 12: 390-8.
  47. Gockel R. Donne che mangiano troppo. Quando il cibo serve a compensare disagi affettivi. Milano: Feltrinelli, 1992.
  48. Bruch H. Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità. Milano: Feltrinelli, 1977.
  49. Affatati V, Grattagliano I, Todarello O, Catanese R. Utilizzo del test di Rorschach nella diagnosi di disturbo dell'identità di genere e nella valutazione dell'idoneità alla riassegnazione chirurgica del sesso. *Riv Psichiatri* 2012; 47: 337-44.
  50. Epifanio MS, Arcidiacono I, Lo Baido R, et al. La valutazione psicologica nei contesti della salute. In: Scafidi Fonti GM, La Grutta S, Trombini E (eds). *Elementi di psicodiagnostica. Aspetti teorici e tecnici della valutazione*. Milano: Franco Angeli, 2015.
  51. Scafidi Fonti GM, La Grutta S, Trombini E, et al. La diagnosi e i suoi modelli. In: Scafidi Fonti GM, La Grutta S, Trombini E (eds). *Elementi di psicodiagnostica. Aspetti teorici e tecnici della valutazione*. Milano: Franco Angeli, 2015.