

Valutazione psicodiagnostica dell'obesità. Rorschach e chirurgia bariatrica.

Psychodiagnostic evaluation of obesity. Rorschach and bariatric surgery



Suarato V, Galletta D, Mastrola AM, Micanti F.

# L'obesità nel DSM 5 e PDM-2

Con il termine obesità si intende un aumento del peso corporeo dovuto all'accumulo di grasso nel tessuto adiposo in eccesso rispetto alle esigenze fisiologiche dell'organismo ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}_2$ ) tali da determinare un **rischio per la salute**.

L'obesità è una patologia molto frequente e in costante aumento e diversi sono i fattori causali che la caratterizzano, e quindi è necessario sviluppare un **modello integrato** che tenga conto dei fattori neurobiologici, metabolici, psicologici e socio-culturali nel processo di anamnesi / diagnosi e trattamento di questi pazienti.

Nel **DSM 5** l'obesità non è più inclusa tra i disturbi mentali, tuttavia rileva una elevata incidenza di comorbidità con disturbo da binge-eating, disturbo depressivo e bipolare e schizofrenia, con le quali propone un'attenta diagnosi differenziale.

Anche il **PDM-2** non la include tra i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, sebbene ne sottolinei la sovrapposizione con il "disturbo da abbuffate" e con disturbi d'ansia, dell'umore e del controllo degli impulsi.

# L'immagine corporea e la cognitivtà

L'immagine corporea (IC) è un costrutto **multidimensionale**, un ponte tra gli studi neurologici, psichiatrici e psicologici, caratterizzato dalle percezioni e dalle valutazioni dell'individuo in merito al proprio aspetto fisico (Cash e Puzinsky, 2002); esso trova origine nel concetto di schema corporeo, cardine per alcuni paradigmi di studio nel campo delle neuroscienze, che potremmo sintetizzare come la rappresentazione cognitiva della posizione e dell'estensione del corpo nello spazio finalizzata alla costruzione dell'azione.

La prima formulazione del concetto di IC viene attribuita a Schilder (1935) e si compone, oltre che della rappresentazione mentale derivante dalle percezioni, anche di investimenti personali e significati socioculturali, caratteri che denotano l'immagine del corpo come una strutturazione totalitaria che accorpa gli atteggiamenti, i vissuti, i sentimenti, **i modi di pensare il corpo**.

In seguito, nel 1988, Slade la descrive più precisamente come la rappresentazione soggettiva che ogni persona ha del proprio corpo (Slade, 1994).

Secondo Slade (1994) l'immagine corporea risulta il condensato di quattro componenti:

**percettiva** (ad esempio, come la persona visualizza la taglia e la forma del proprio corpo),

**attitudinale** (cosa pensa la persona, cognitivamente, del proprio corpo)

**affettiva** (i sentimenti verso il corpo)

**comportamentale** (alimentazione, attività fisica, ecc.).

Dall'analisi della letteratura più recente, emerge la presenza di una relazione lineare tra l'indice di massa corporea ( $\text{kg/m}^2$ ) e l'insoddisfazione corporea, per cui **all'aumentare del sovrappeso si assiste anche ad un aumento del livello di preoccupazione per la propria immagine corporea**, quasi in modo indifferente per sesso e fascia d'età. "Il problema maggiore nello studio dei disturbi dell'IC è la mancanza di presupposti teorici univoci in luogo di articolazioni complesse influenzate da innumerevoli variabili di difficile gestione." (Carta, Zappa, et al. 2008)

## OBIETTIVO

Lo scopo di questo studio pilota è stato quello di esplorare, attraverso il test di **Rorschach**, con il metodo Comprehensive Exner, variabili statistiche salienti, al fine di:

- differenziare e confrontare differenti DCA in **comorbidità con l'obesità**,
- delineare chiaramente un piano di diagnosi, intervento e prognosi, più funzionale, in vista di una possibile operazione di **chirurgia bariatrica**
- Identificare costrutti utili a definire la dimensione dell'**Immagine corporea e le sue distorsioni**, in modo da orientare il percorso psicoterapeutico pre e post intervento
- evitare o quanto meno contenere i fenomeni di possibile **weight regain** in linea con le linee guida della SICOB

## MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto su una selezione di 70 soggetti, di età media di circa 35 anni, affetti da obesità grave.

Il campione non omogeneo per disturbo alimentare associato è stato selezionato all'interno di un campione più ampio di afferenze presso la clinica psicodiagnostica e neuropsicologica e chirurgia dell'obesità dell'AOU Federico II di Napoli.

Ogni paziente è stato sottoposto a colloqui clinici, rorschach, MMPI-2 short form e batteria specifica per il disturbo alimentare.

A fini esplorativi, considerato solo test di Rorschach, secondo la **metodologia Exner**, corroborato da una lettura degli stessi protocolli secondo la metodologia integrata **Klopfer- Rizzo**, per una analisi qualitativa e proiettiva degli stessi

## RISULTATI

I dati emersi dallo studio dello structural summary e costellazioni, ci hanno fornito informazioni su:

- presenza di uno stile di coping caratterizzato da **fluttuazioni emotive**, che **interferiscono con l'attività di pensiero, attenzione e concentrazione nei processi decisionali** ( $M = 0$   $WSumC > 3,5$ ) e quindi orientate per il 55% dei soggetti all'extratensione e per il resto all'ambitendenza ( $M = WSumC$ ); una tendenza alla parcellizzazione ( $H+A < Hd+Ad$ ) che rimanda alla tendenza ad identificarsi e relazionarsi con oggetti interni/esterni scissi e parcellizzati, ed una **deficitaria o comunque altrettanto scissa e parcellizzata immagine di sé**.

- Basso rischio suicidario ( $S-CON < 8$ ) che tuttavia non esclude il rischio stesso di atti dimostrativi e/o suicidari

- l'area dello stress e controllo degli impulsi che mostra un generale **scarsa capacità** di prendere decisioni e svolgere azioni volte a far fronte a richieste interne o esterne, associate ad organizzazioni di personalità **non mature**, con tendenza ad **evitare situazioni complesse e scarsamente capaci di relazioni interpersonali** ( $D < 0$ ;  $Adj.D -1$ ;  $CDI > 3$ ;  $Lambda > 0,99$ )

- La frequenza di elevazione della variabile chiave  $CDI (> 3)$  indica una possibile **incompetenza sociale, problemi interpersonali e coping inefficace**;  $DEPI (> 5)$  indica un **trend depressivo** e un maggiore interesse clinico per l'area affettiva; mentre **DEPI e CDI**, attivati simultaneamente indicano la presenza di disturbi dell'umore legati alle **relazioni interpersonali e alla demoralizzazione generale**.

## CONCLUSIONE

Ciò che emerge dalla lettura dei dati emersi dal test di Rorschach, emerge che il test può essere utile per identificare specifiche caratteristiche di personalità, che consentono inferenze circa l'associazione diretta tra loro e la condizione clinica di obesità, piuttosto che con DCA specifici.

Non solo nella sua valutazione più prettamente statistica, ma anche nella sua valenza prettamente proiettiva

Sembra quindi che l'obesità, come condizione clinica critica, sia più frequentemente associata non solo al disturbo da alimentazione incontrollata, in quanto disturbo diagnosticabile secondo il DSM-5 e PDM-2, ma anche a tratti e organizzazioni della personalità, non necessariamente associati a uno specifico DCA ma caratterizzati da:

-incompetenza sociale,

-interferenze in termini di capacità di pensiero, pianificazione e decisione che influiscono negativamente anche sulla percezione della propria immagine corporea

-umore orientato alla depressione, emotività scarsamente controllata e incline all' extratensione

-cattivo riconoscimento di se stessi, immagine del corpo deformata, 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.

L'importanza di rilevare queste caratteristiche, permette di orientare più efficacemente il percorso post intervento contro il **weight regain** . Focalizzarsi solo sulla riduzione ponderale, trascurando altre determinanti dell'obesità, aumenterebbe drasticamente la possibilità di fallimento a lungo termine del trattamento prescelto.

Per cui è necessaria la conoscenza di fattori psicologici che possono essere alla base di pattern comportamentali delle persone obese e la comprensione delle loro caratteristiche di personalità, verso una visione generale dei fattori che hanno determinato e sostenuto l'obesità nel lì e allora e nel qui e ora orientando il percorso di sostegno psicologico e riabilitazione verso :

- l' incremento del senso di **autoefficacia** e strategie di **coping**
- lo sviluppo di strategie per ritrovare un **equilibrio emotivo-affettivo**
- strutturare nuovi modi di **percepire, rapportarsi o pensare** a se stesso e all'ambiente

**obesity**



- Freire, C. C., Zanella, M. T., Segal, A., Arasaki, C. H., Matos, M. I. R., & Carneiro, G. (2020). [Associations between binge eating, depressive symptoms and anxiety and weight regain after roux-en-y gastric bypass surgery](#). Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2020 Jan 2
- Voorwinde, V, Steenhuis, I H, Janssen, I M, Monpellier, V M, & van Stralen, M M (2020) – [Definitions of long-term weight regain and their associations with clinical outcomes](#). Obesity Surgery, 30(2), 527-536
- Baig, SJ, Priya, P, Mahawar, KK, & Shah, S (2019) – [Weight regain after bariatric surgery—a multicentre study of 9617 patients from Indian Bariatric Surgery Outcome Reporting Group](#). Obesity surgery, 29(5), 1583-1592
- Busetto, L, Dicker, D, Azran, C, Batterham, RL, Farpour-Lambert, N, Fried, M, ... & Schindler, K (2017) – [Practical recommendations of the obesity management task force of the European Association for the Study of obesity for the post-bariatric surgery medical management](#). Obesity facts, 10(6), 597-632
- Lauti, M, Lemanu, D, Zeng, IS, Su'a, B, Hill, AG, & MacCormick, AD (2017) – [Definition determines weight regain outcomes after sleeve gastrectomy](#). Surgery for Obesity and Related Diseases, 13(7), 1123-1129
- Karmali, S, Brar, B, Shi, X, Sharma, AM, de Gara, C, & Birch, DW (2013) – [Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review](#). Obesity Surgery, 23(11), 1922-1933
- Livhits, M, Mercado, C, Yermilov, I, Parikh, JA, Dutson, E, Mehran, A, ... & Gibbons, MM (2011). [Patient behaviors associated with weight regain after laparoscopic gastric bypass](#). Obesity Research & Clinical Practice, 5(3), e258-e265