

**ASSESSMENT DELLA PERSONALITA'  
IN SOGGETTI CON  
ANORESSIA NERVOSA:  
IL CONTRIBUTO DEL TEST DI  
RORSCHACH**

**Cristina Marogna, Silvia Salcuni, Laura Parolin**

DPSS

*Università degli Studi di Padova*

## **INTRODUZIONE**

L'anoressia nervosa è uno dei disturbi alimentari più diffusi nei paesi occidentali.

Viene definita secondo il DSM-IV (APA, 1994) in base ai seguenti criteri:

1. Rifiuto di mantenere il peso corporeo uguale o superiore al peso adeguato in base all'altezza e all'età (meno dell'85% di quello che sarebbe il peso atteso).
2. Forte paura di ingrassare o diventare davvero grassi, nonostante siano sotto peso.
3. Disturbo o errata valutazione del proprio peso o della propria forma fisica (dismorfofobia), oppure negazione delle serie conseguenze della propria mancanza di peso.
4. Amenorrea in fase post puberale, cioè assenza del ciclo mestruale per almeno tre mesi.

Molte sono state le ricerche che hanno rivolto la loro attenzione alla valutazione della personalità di questi soggetti, ma poche hanno utilizzato tra gli strumenti di assessment i metodi proiettivi, come TAT, ORT o Rorschach (Ferro, 1993; Faccio, 1999; Rossi, Schweizer, Colli, Ricci, Siani, Sigali, & Lanzi, 2000). Lo scopo del presente lavoro è -dopo una breve rassegna sull'argomento relativa alle diverse teorie che se ne sono occupate e alle differenti modalità di assessment- mostrare i primi risultati emersi dall'applicazione del test di Rorschach, somministrato, siglato e valutato con il Sistema Comprensivo di Exner (CS; Exner, 1993, 1995), ad un gruppo di ragazze, adolescenti e giovani adulte, diagnosticate affette da anoressia nervosa secondo i criteri del DSM-IV (APA, 1994).

## **BACK GROUND TEORICO**

In letteratura sono presenti diversi studi, sia in ambito più strettamente medico/psichiatrico che più strettamente psicologico.

La prospettiva medico-psichiatrica si è proposta come obiettivo principale l'analisi della comorbidità psichiatrica per l'anoressia e la bulimia nervosa in relazione all'asse I e all'asse II del DSM-IV.

In questa prospettiva si evidenzia come i disturbi dell'alimentazione costituiscono un fenomeno complesso e multifattorialmente determinato. Quando pazienti con disturbi dell'alimentazione e caratteristiche di comorbidità chiedono un trattamento, la concettualizzazione del caso viene ad essere ulteriormente complessa (O'Breien, & Vincent, 2003) e comporta una difficile definizione del trattamento ottimale dal punto di vista psicologico e farmacologico.

Sebbene alcuni articoli in letteratura individuino una relazione tra i disturbi dell'alimentazione, l'Asse I (depressione, disturbo ossessivo compulsivo e abuso di sostanze) e l'Asse II (disturbi di personalità) del DSM-IV, le conoscenze effettive e gli studi empirici sono molto limitati (Karwautz, Troop, Rabe-Hesketh, Collier & Treasure, 2003).

Tra i vari autori Western e Harnden-Fischer (2001) sottolineano l'utilità di mantenere separate le diagnosi in Asse I e in Asse II in relazione ai disturbi dell'alimentazione. Nel loro studio viene somministrata la SWAP 200 (Q-sort), per la descrizione della personalità di 103 pazienti in trattamento per anoressia

o bulimia nervosa, in cura presso esperti psichiatri e psicologi. Dall'analisi dei casi emergono tre categorie di pazienti: un gruppo ad alto livello di funzionamento-perfezionisti, un gruppo restrittivo-ipercontrollato ed un gruppo emotivamente sregolato-ipocontrollato. In base a questi risultati gli autori sollevano importanti domande rispetto alla comorbidità con l'Asse II che tenderebbe ad annullare l'importanza di specifiche caratteristiche appartenenti alle tre categorie di pazienti sopra riportate.

Rimanendo in questa linea di ricerca, un altro studio che analizza la relazione tra i disturbi dell'alimentazione ed i disturbi di personalità (Goldner, Srikameswaran, Schroeder, Livesley, & Birmingham, 1999) si avvale del Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP—BQ), somministrato a 136 donne (età 17-46 anni) per individuare 18 profili di personalità. Dall'analisi dei risultati sono stati individuati tre cluster di pazienti con le seguenti caratteristiche: soggetti con un'elevata presenza di fattori relativi alla compulsività e difficoltà interpersonali; soggetti che presentano fattori relativi a psicopatia, nevroticismo ed impulsività (questo gruppo sembra associato alla patologia borderline); soggetti che presentano più caratteristiche associate a disturbi di personalità rispetto alla popolazione normale. I cluster sono poi stati associati alla diagnosi DSM-IV e la maggior parte delle pazienti con anoressia nervosa sono rientrate nel primo cluster.

Altri studi si sono orientati verso l'analisi delle modalità con cui le pazienti anoressiche esprimono sentimenti ed emozioni nelle relazioni interpersonali: Geller, Cockell e Goldner (2000) hanno preso in esame l'inibizione dell'espressione di sentimenti negativi e l'orientamento interpersonale nelle donne anoressiche. In questo studio sono confrontate 21 donne con diagnosi di anoressia secondo i criteri del DSM-IV, con 21 donne che presentano una patologia psichiatrica. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di assessment per valutare l'inibizione dei sentimenti negativi e l'orientamento interpersonale: lo State-Trait Anger Expression Inventory (che valuta l'espressione o la non espressione della rabbia) ed il Silencing the Self Scale (SSS) che individua quattro schemi cognitivi relativamente alla repressione di bisogni e sentimenti al fine di proteggere le relazioni interpersonali. Le donne anoressiche, del campione, ottengono valori altamente significativi nei quattro schemi cognitivi (SSS) e nella non espressione della rabbia (State-Trait Anger Expression Inventory). Inoltre si evidenzia come l'inibizione nell'espressione dei sentimenti negativi e l'orientamento interpersonale sono significativamente correlati con gli aspetti cognitivi ed affettivi relativi all'insoddisfazione per l'immagine corporea e l'immagine di sé, nella dimensione del perfezionismo.

Dal punto di vista delle teorie psicologiche e del trattamento psicoterapeutico, l'anoressia è stata descritta secondo più prospettive e linee d'intervento.

Le terapie comportamentali, all'inizio del loro sviluppo, si proponevano di affrontare il disagio trattando l'emozione disturbante che sta alla base, in questo senso, per Dodet (1997), l'obiettivo si centra sulla modificazione della convinzione irrazionale distorta che ne rappresenta il fondamento e porta al mutamento dell'emozione e del comportamento disadattativo corrispondente. In una prospettiva cognitiva più attuale, la realtà non è più considerata come un ordine unico e valido per tutti ma come un insieme complesso costituito da più livelli conoscitivi individuali in continuo sviluppo; poiché non esiste un

ordine esterno unico per tutti, l'individuo viene ad essere considerato come espressione di un processo di autorganizzazione (Dodet, 1997). In questo senso la finalità terapeutica, secondo Dodet diventa il cogliere la coerenza interna del sistema con cui si interagisce, per riuscire a comprendere le capacità autoreferenziali e di autorganizzazione, in relazione al significato che il sistema esprime. In questa prospettiva i significati personali danno origine a specifiche organizzazioni del sé che vengono descritte secondo quattro manifestazioni psicopatologiche: le organizzazioni cognitive personali depresse, fobiche, ossessive e disturbi alimentari psicogeni (DAP).

Nella lettura cognitiva, Dodet (1997) evidenzia come nello studio dell'anoressia l'attenzione venga posta sulla percezione di sé del soggetto, che tende ad essere molto vaga e indefinita al punto da trovare consistenza solo nel rapporto con altri che hanno la funzione di rimandare un'immagine di conferma. Questo porta a sviluppare un bisogno di approvazione e di giudizio positivo e parallelamente al timore di essere disapprovati e giudicati negativamente. Da questa dinamica di accettazione e rifiuto deriva il sentirsi adeguati o inadeguati. Dal punto di vista familiare, nella psicologia cognitivista, l'organizzazione di significato dell'anoressia si sviluppa in un ambiente caratterizzato da una comunicazione ambigua e contraddittoria, dove la modalità relazionale esclude la possibilità di esprimere chiaramente ed autonomamente opinioni ed emozioni; pertanto l'unica possibilità diviene quella di confermare e condividere emozioni e opinioni altrui. Poiché nell'anoressia la percezione della propria immagine corporea è inaccettabile, viene ad amplificarsi il senso di disconferma che alimenta il vissuto di inadeguatezza e incapacità. La psicoterapia, nell'ottica cognitivista, diventa così un percorso che porta la persona ad essere meno dipendente dal giudizio e dall'approvazione altrui, sviluppando una progressiva differenziazione che porta ad un senso di sé più definito con confini più stabili, per diventare più autonoma ed indipendente.

La terapia cognitivo-comportamentale (Wilson, & Fairbun, 1997) si propone di modificare le distorsioni cognitive riguardanti l'aspetto corporeo e il peso, cambiare il regime alimentare patologico con normali abitudini dietetiche e accrescere una capacità di coping tale da resistere ai metodi purgativi e alle abbuffate. Tenendo presente il fatto che le conoscenze rispetto al trattamento dell'anoressia nervosa sono poche (Vitousek, 1991; Vitousek, & Frederic, 1994), è possibile evidenziare come il trattamento è focalizzato prevalentemente sull'uso di tecniche di rinforzo per il recupero del peso in pazienti ospedalizzati (Bemis, 1987); spesso la gestione del trattamento richiede sia la presa in carico ospedaliera sia ambulatoriale. L'obiettivo, nell'utilizzo delle strategie cognitivo-comportamentali, è di sconfiggere il pensiero disfunzionale che caratterizza l'anoressia nervosa per sostituire le restrizioni dietetiche patologiche con un modello alimentare sano.

Secondo l'orientamento psicoanalitico, diversi autori hanno posto l'attenzione su più aspetti di personalità della paziente anoressica: Sperling (1978) ha posto l'attenzione sulle modalità difensive onnipotenti che hanno come obiettivo il controllo al fine di difendersi da importanti problemi edipici puberali e post puberali. Il rifiuto del cibo diventa una modalità per esprimere apertamente l'aggressività. A livello di riflessioni teoriche, Masterson (1977) ha classificato le pazienti anoressiche come borderline, evidenziando come alla scissione dell'Io contribuiscano le relazioni d'oggetto di tipo borderline. Secondo Bruch (1973)

l'anoressia nervosa esprime una disperata *lotta struggimento (struggle)* per il rispecchiamento della propria identità. Nelle adolescenti con un senso paralizzante di inefficacia (Bruch, 1973), il controllo rituale de cibo e del peso fornisce un senso sostitutivo di fermezza e realizzazione (Goodsitt, 1985).

Nell'approccio della terapia familiare sistemica, Vandereycken (1997) afferma che la struttura della famiglia e le interazioni fra i componenti ed i contatti interpersonali nel contesto famigliare portano alla genesi dei disturbi del comportamento alimentare e queste dinamiche devono essere il nucleo centrale del trattamento (Minuchin 1978). Selvini Palazzoli (1963) ha visto nel rifiuto del cibo una questione puramente interpersonale che esprimeva un sintomo di interazioni familiari patologiche, a cui l'anoressica risponde con l'adattamento o con la fuga. Tali reazioni di adattamento o di fuga si manifestano in una fase critica del normale ciclo di vita della famiglia, che può portare ad un blocco nello sviluppo dell'adolescente e parallelamente nella famiglia. Il punto critico del trattamento, nelle pazienti adolescenti, si evidenzerebbe in quest'ottica proprio quando si avvicinano le tematiche di separazione-individuazione e su queste si deve orientare il trattamento.

Infine citiamo alcuni studi sull'assessment in con pazienti anoressiche, ambito psicodinamico: il risultati mostrano come il focus si sia spostato dal prendere in esame solo le difficoltà interpersonali, all'evidenziare le difficoltà nell'ambito dell'ideazione, incluso il test di realtà (Horiguchi & Sasaki, 1998). Nelle ricerche che hanno guidato l'assessment si è dimostrata determinante l'analisi dell'adattamento e dell'esame di realtà inteso come percezione errata della realtà ed attribuzione distorta di significati (Mormont, Frankignoul, & Michel, 2001; Rossi, Schweizer, Colli, Ricci, Siani, Sigali, & Lanzi, 2000; Horiguchi, & Sasaki, 1998; Bruch, 1973). Anche dal punto di vista dell'autostima, tramite l'uso di questionari e test proiettivi, le pazienti anoressiche presentano importanti caratteristiche attribuibili ad una immagine corporea distorta (Mormont, Frankignoul & Michel, 2001). Sempre dal punto di vista dell'assessment e nello specifico rispetto alla valutazione dei sintomi (segni), in letteratura viene indicato un collegamento tra alcuni sintomi, riportati dalle pazienti anoressiche, e l'organizzazione borderline di personalità (Muttini & Marocco, 2002).

La curiosità che ha guidato la nostra ricerca è motivata dai dati emersi dalla letteratura recente che sottolineano, oltre ai classici aspetti relativi alla distorsione corporea e delle relazioni oggettuali, un deficit a livello ideativo e di esame di realtà come principali caratteristiche nella struttura di questi pazienti (Horiguchi & Sasaki, 1998; Muttini & Marocco, 2002). L'obiettivo del presente lavoro è di mostrare i primi risultati relativi ad alcune caratteristiche di personalità di pazienti con anoressia nervosa (secondo i criteri DSM-IV; APA, 1994) rilevate attraverso l'applicazione del test di Rorschach, secondo il sistema Comprensivo Exner (CS; Exner, 1993,1995). Rispetto a tale metodo di analisi del Rorschach, si sta assistendo, negli ultimi anni anche in Italia, a una sempre maggiore diffusione grazie alle elevate caratteristiche di validità ed affidabilità dimostrate (Exner & Weiner, 1991; Anastasi & Urbina, 1987).

## IPOTESI

Alla luce della letteratura, si evidenzia come i pazienti con disturbi dell'alimentazione non manifestino solo difficoltà interpersonali, ma anche alcune difficoltà nell'abito dell'ideazione, incluso il test di realtà (Horiguchi & Sasaki, 1998). In accordo con la letteratura abbiamo analizzato i seguenti ambiti di funzionamento della personalità, così come raggruppati nei sommati strutturali del CS di Rorschach del nostro campione:

- Cluster relativo all'adattamento e all'esame di realtà → ci aspettiamo una percezione errata della realtà e un'attribuzione di significati distorta (Mormont, Frankignoul & Michel, 2001; Rossi, Schweizer, Colli, Ricci, Siani, Sigali & Lanzi, 2000; Horiguchi & Sasaki, 1998; Bruch, 1973);
- Cluster relativo all'identità corporea e all'autostima → ci aspettiamo la prevalenza nel campione di un'immagine corporea distorta (Mormont, Frankignoul & Michel, 2001);
- Cluster relativo alle capacità relazionali e alle rappresentazioni interene delle relazioni interpersonali → ci aspettiamo di evidenziare problemi di dipendenza o di isolamento più spiccati rispetto al gruppo di controllo (Horiguchi & Sasaki, 1998; Kerr & Noelle, 1997; Bruch, 1973; Selvini Palazzoli, 1963; Gordon, 1990);
- Relativamente a quadro totale di personalità e agli indici psicopatologici → ci aspettiamo di evidenziare un assetto di "sintomi" (segni) collegabile all'organizzazione borderline di personalità (Mattini, & Marocco, 2002).

## CAMPIONE

In questo studio sono stati confrontati, sugli andamenti delle variabili Rorschach selezionate nelle ipotesi, un gruppo sperimentale formato da pazienti affette da anoressia e un gruppo di controllo, prelevato *random* dalla popolazione italiana di riferimento.

*Gruppo sperimentale:* 40 donne italiane di età compresa tra 18 e 36 anni (media 24.83, ds 4.91) affette da anoressia nervosa, diagnosticata in secondo i criteri del DSM-IV (APA, 1994). Tutti i soggetti sono stati contattati in Nord Italia, presso centri specializzati per la diagnosi e la cura dei disturbi alimentari. I soggetti presentavano uno status socio economico medio alto (per altri dati di approfondimento si veda tabella 1).

*Gruppo di controllo:* 40 donne, casualmente estratte dal campione normativo italiano (Lis et al., *in press*), con età compresa tra 18 e 30 anni (media 26.10, ds 1.05), pareggiate per livello socio-economico.

Tabella 1: Caratteristiche descrittive del gruppo sperimentale di 40 donne anoressiche.

<b>Status:</b> 3 sposate (7,5 %) 37 single (92,5%)
<b>Impiego</b> 31 studentesse (77,5 %) 4 impiegate (10%) 3 operaie (7,5 %) 2 disoccupate (5 %)

## **STRUMENTI: IL TEST DI RORSCHACH**

Tra gli strumenti psicodiagnostici, il test di Rorschach è uno dei metodi più utilizzati per l'indagine della personalità (Exner, 1986, 1991; Lerner, 1998; Lis, Zennaro, 1997; Weiner, 1996; Anastasi, & Urbina, 1997), pur essendo uno dei più dibattuti (Meyer, 1999; Viglione & Hilsenroth, 2001; Viglione & Taylor, 2003).

Il test di Rorschach è utile per identificare aspetti della personalità meno facilmente ricavabili dall'osservazione e dal contatto diretto con il paziente, permettendo così di migliorare la valutazione diagnostica (Wainer, & Exner, 1991). Con l'introduzione del Sistema Comprensivo (Comprehensive System; CS) di Exner (1991, 1993, 1995), il Rorschach non viene più considerato come un metodo proiettivo in senso stretto, ma come un compito di problem-solving, in cui viene valorizzato l'aspetto percettivo e cognitivo oltre che quello proiettivo. Le caratteristiche psicometriche relative alla validità di tale strumento includono la possibilità di discriminare variabili di tratto e di stato nella personalità dei soggetti, rispetto al costrutto di riferimento (Exner, 1995; Viglione, & Hilsenroth, 2001).

I punteggi del CS rappresentano un sommario di comportamenti di problem-solving, raccolti in condizioni standardizzate, che riflettono le modalità con cui i soggetti svolgono il compito decisionale implicito nel processo di risposta alla macchia (Viglione & Hilsenroth, 2001; Viglione & Taylor, 2003; Gacono, Loving, & Bodholt, 2001).

## **ANALISI DEI DATI**

Il test di Rorschach è stato somministrato e valutato secondo il Sistema Comprensivo di Exner (1993) a tutti i soggetti del gruppo sperimentale, e il gruppo di controllo è stato estratto dal campione normativo italiano di questo strumento (Lis et al., *in press*). Successivamente, relativamente alle medie delle variabili Rorschach di interesse, sono stati applicati dei T-test per campioni indipendenti e calcolati i *d di Cohen* (tabella 2A e 2B), mentre rispetto alle frequenze degli indici strutturali (Exner, 1995) è stata scelta la statistica del  $\chi^2$  (tabella 3).

## **RISULTATI**

Verranno ora mostrate le tabelle relative agli andamenti delle variabili del CS Rorschach, nel confronto tra il gruppo di 40 pazienti anoressiche e il gruppo di controllo (N=40).

Tabella 2A: Confronto tramite T-test per campioni indipendenti dell'andamento tra le variabili Rorschach del gruppo sperimentale (N=40) e del campione normativo italiano (N= 40) e d di Cohen.

	<i>Var.</i>	<i>Anoressiche</i> (N = 40)		<i>Camp. Nor.</i> (N. = 40)		<i>T-test</i>		<i>d Cohen</i>	
		<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>T</b>	<b>sig.</b>	<b>d</b>	<b>Effect size</b>
<b>Esame di Realtà e Aspetti Ideativi</b>	XA %	.64	.12	.76	.11	4.59	.000	-1.04	***
	X - %	.33	.14	.21	.11	-4.1	.000	.95	***
	Xu %	.21	.11	.27	.13	2.1	.032	-.49	**
	X+%	.42	.15	.48	.11	2.1	.034	-.45	**
	Wsum6	14.5	11.2	9.9	8.4	-2.1	.039	.46	**
	DR2	.48	1.0	.15	.42	-1.9	.049	.42	**
	M-	1.4	1.4	.00	.89	-2.9	.005	1.14	***
	FQxu	4.7	2.7	6.9	4.9	2.4	.016	-.54	**
	FQx-	7.2	4.5	5.2	3.2	-.25	.027	.50	**
	FQxo	8.7	3.5	11	3.4	2.9	.028	-.65	**
	D	8.6	5.1	11.2	6.1	2.1	.042	-.46	**

Effetto:

Small :  $\geq .15$  and  $< .40$  \* Medium:  $\geq .40$  and  $< .75$  \*\* Large  $\geq .75$  and  $< 1.10$  \*\*\*



Tabella 2B: Confronto tramite T-test per campioni indipendenti dell'andamento tra le variabili Rorschach del gruppo sperimentale (N=40) e del campione normativo italiano (N= 40) e d di Cohen

	Var.	Anoressiche (N = 40)		Camp. Nor. (N. = 40)		T-test		d Cohen	
		Media	SD	Media	SD	T	sig.	d	effetct
<b>Immagin e di sé e relazioni interper sonali</b>	FD	.50	.75	.90	1.1	2.1	.046	-.44	**
	Hx	1.6	1.6	.56	1.1	-3.8	.001	.75	***
	Afr	.45	.19	.56	.25	2.1	.035	-.49	**
	PER	1.5	1.7	.83	1.2	-2.2	.029	.49	**

Effetto:

Small :  $\geq .15$  and  $< .40$  \* Medium:  $\geq .40$  and  $< .75$  \*\* Large  $\geq .75$  and  $< 1.10$  \*\*\*

Come si può notare dalle tabelle 2A e 2B, il gruppo di soggetti affetti da anoressia mostra evidenti differenze rispetto al gruppo di controllo per alcune variabili relative agli aspetti ideativi e dell'esame di realtà (tabella 2A) e per gli aspetti relativi alla percezione di sé e delle relazioni interpersonali (tabella B).

Gli indici della Mediazione -processo di "traduzione" dello stimolo dalla modalità visiva alla modalità di pensiero- mostrano nelle pazienti anoressiche un sostanziale mal funzionamento dell'esame di realtà. Gli indici XA% , X+% e Xu%, sia come valori in senso assoluto (Exner, 2001) sia nel confronto col campione di controllo, mostrano gravi problemi dell'esame di realtà che fanno pensare a una disfunzione tale da giustificare processi di pensiero patologici e incapacità di effettuare un'adeguata interpretazione degli eventi e dei significati. X-%, che focalizza l'attenzione sulla percentuale di risposte che mostrano una forma distorta al test, supera il cut-off di .25, indicativo di una distorsione che avviene per più di un quarto delle volte in cui il soggetto si trova a "leggere" la realtà. L'approccio è fortemente impoverito e tende a essere piuttosto economico (D); non emerge, inoltre, nessun particolare tipo di "originalità" positiva nei meccanismi mediativi (Xu% inferiore al gruppo di controllo).

Il cluster dell'ideazione nel CS contiene indici relativi alla modalità secondo la quale "ciò che è stato tradotto dall'input (mediation) viene trasformato in concetto (idea)" (Exner, 1991). È la forma di pensiero che esprime la capacità del soggetto di usare simboli e concetti, esplicitando il significato che hanno per lui. Le pazienti anoressiche mostrano, rispetto al gruppo di controllo una spiccata presenza di attività di pensiero "delirante" (M-) e di processi di pensiero distorti, che appaiono non tanto superiori nella frequenza di comparsa, quanto piuttosto nella "profondità" del deterioramento (Wsum6;

DR2 elevate indice di una compromissione profonda della comunicazione e dei significati). Nel complesso gli andamenti ideativo/mediativi mostrano un quadro caratterizzato da difficoltà nella capacità di giudizio, nel prendere decisioni e una discontinuità del ragionamento.

Nella tabella 2B, gli aspetti della percezione di sé che risultano differenti dal gruppo di controllo, vanno nella direzione di una minore capacità introspettiva (FD), che ci indica come queste pazienti siano in difficoltà a cogliere se stesse e la loro malattia, con tutti i correlati fisiologici che essa comporta. Inoltre, emergono, nell'approccio relazionale, aspetti di forte proiezione (Hx), molto rari nei campioni normativi, e di rigidità intellettuale-infantilismo (PER), che potrebbero portare questi soggetti a percepire in modo errato e distorto dal proprio punto di vista, i comportamenti e gli atteggiamenti altrui attribuendo a questi significati irrealistici. Sembra inoltre presente una tendenza a evitare gli stimoli a forte impatto emotivo (Afr inferiore al gruppo di controllo e basso in valore assoluto; Exner, 1991), cercando così di meglio controllare gli aspetti affettivi che sembrano essere, se stimolati, malamente controllabili (si veda tabella 3).

Tabella 3: Confronti tramite  $\chi^2$  dell'andamento delle frequenze delle variabili Rorschach del gruppo sperimentale (N=40) e del campione normativo italiano (N= 40).

Variabile	Anoressiche (N = 40)		Campione normativo (N = 40)		$\chi^2$ crit. = 3.84	
	N	%	N	%	$\chi^2$	Sig.
Xu%>.20	22	55	31	77,5	4.52	.033
X- %>.15	35	87,5	26	65	5.59	.018
X- %>.20	30	75	21	52,5	4.38	.036
X- %>.30	25	62,5	12	30	8.49	.004
XA%>.90	6	15	1	2,5	3.91	.048
XA%<.70	26	65	14	35	7.20	.014
CF+C>FC+2	8	20	2	5	4.11	.043

Dalla tabella 3 si evince, infine, una conferma di quanto precedentemente esposte rispetto al funzionamento dell'esame di realtà, e un'ulteriore informazione relativa ad una pesante difficoltà nel gestire e modulare

l'affettività ( $CF+C>FC+2$ ), che in questi soggetti appare irruente e mal controllata, rispetto al gruppo di controllo.

## CONCLUSIONE

Il profilo medio della struttura di personalità delle nostre 40 donne affette da anoressia, risulta essere complesso.

I cluster di personalità individuati dal test di Rorschach confermano, rispetto alle ipotesi individuate, una fragilità spiccata relativa ai processi di pensiero, spesso distorti al punto di alterare il funzionamento quotidiano dell'esame di realtà e l'interpretazione degli eventi, le relazioni interpersonali. Molti aspetti primitivi relativi alla sfera affettivo-relazionale, come un'affettività scarsamente controllata, una predisposizione all'evitamento delle situazioni ad altro coinvolgimento emotivo, e una rigidità infantile nel attribuire le corrette interpretazioni alle azioni altrui, possono interferire con una adeguata vita relazionale.

Concludendo, quindi, troviamo conferme per quanto riguarda le ipotesi relative al disturbo del pensiero e della comunicazione, che sembra un deficit primario rispetto alle problematiche relazionali evidenziate, permeate da questa sostanziale "mispercezione" della realtà e del significato degli eventi. Le caratteristiche relative a una percezione di sé e del proprio corpo distorte o irrealistiche, non sembrano emergere dal confronto con il gruppo di controllo. A livello affettivo sembra possibile affermare, non tanto un isolamento attivo, quanto piuttosto la presenza di aspetti di evitamento delle situazioni emotive-relazionali e, al momento del contatto con tali situazioni, l'emergere di una cattiva modulazione dell'affettività. Questi dati, interpretati a livello dinamico difensivo, potrebbero far pensare che i soggetti affetti da anoressia del nostro gruppo, affetti da un grave disturbo del pensiero, tendano a evitare situazioni relazionali e emotivamente cariche, nelle quali forse percepiscono di perdere il controllo sulla modulazione affettiva. Il quadro, che fa intravedere la possibile difficoltà "all'aggancio" terapeutico per questa tipologia di pazienti, suggerisce un assetto strutturale con caratteristiche collegabili all'organizzazione borderline di personalità.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, Washington DC.
- Anastasi, A., Urbina, S. (1997). *Psychological testing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bemis, K. (1987). The present status of operant conditioning for the treatment of anorexia nervosa, *Behavior Modification*, 11, 432-464.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Basic Books, New York.
- Dodet, M. (1997). *Il modello cognitivo post-razionalista* in Caruso, R., Manara, F. (cur.), *I disturbi del comportamento alimentare*, FrancoAngeli Editore, Milano.

- Exner, J. (1991). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. 2. Interpretations (2nd ed.)*. New York: John Wiley & Sons.
- Exner, J. (1993). *The Rorschach Comprehensive System: vol.1: Basic foundations (2th Edition)*, Wiley, New York.
- Exner, J. (1995). *The Rorschach Comprehensive System: vol. 2: Interpretation (2th Edition)*, Wiley, New York.
- Faccio, E. (1999). Il disturbo alimentare: modelli, ricerche e terapie, Carocci Editore, Roma.
- Ferro, P., Cocciante, Q. (1993). Rorschach test in mental anorexia: A study of 10 patients / Il Rorschach nell'anorexia mentale: studio di 10 casi. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 60 (4-5), 327-336.
- Gacono, C.B, Loving, J.L., Bodholt, R.H. (2001). The Rorschach and psychopathy: toward a more accurate understanding of the research findings. *Journal of Personality Assessment*, 77(1), 16-38.
- Geller, J., Cockell, S., Goldner, E.M. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 28 (1), 8-19.
- Goldner, E.M., Srikameswaran, S., Schroeder, M.L., Livesley, W.J., Birmingham, C.L. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders, *Psychiatry-Research*, 85 (2), 151-159.
- Goodsitt, A. (1985). *Self psychology and treatment of anorexia nervosa* in D. M. Garner & P. E. Garfinkel (ed.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* New York, Guilford Press, pp.55-82.
- Horiguchi, T., Sasaki, T. (1998). Rorschach study of borderline personality disorder: construction of borderline personality disorder index, *Journal of Mental Health*, 44, 69-74.
- Karwautz, A., Troop, N.A., Rabe-Hesketh, S., Collier D.A., Treasure, J.L. (2003). Personality disorders and personality dimension in anorexia nervosa, *Journal of Personality Disorders*, 17 (1), 73-85.
- Kerr, A., Noelle, P. (1997). Distinguishing anorexic and bulimic personality structures using the Rorschach, *Dissertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 58, 2125.
- Lis, A., Zennaro, A. (1997). *Metodologia della ricerca in Psicologia clinica*. Roma: NIS la nuova Società Scientifica.
- Masterson, J. (1977). *Primary anorexia nervosa in borderline adolescent – an object relations review*, in *Borderline Personality Disorder: The Concept, The Syndrome, The Patient*, P. Horticollis (ed.), International Universities Press, New York.
- Meyer, G.J. (1999). The convergent validity of MMPI and Rorschach scales: an extension using profiles scores to define response character styles on both methods an a re-examination of simple Rorschach response frequency. *Journal of Personality Assessment*, 78(1), 104-144.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Mormont, C., Frankignoul, A., Michel, A.(2001). Le transsexualism el l'anorexia mentale: emprise et tyrannie de la subjectivite, *Pratiques Psychologiques*, 3, 25-36.
- Muttini, C., Marocco, (2002). Bulimia e falso sé, *Minerva Psichiatrica*, 43 (1), 1-10.

- O'Brien, K.M., Vincent, N.K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa : nature, prevalence and causal relationships, *Clinical-Psychology-Review*, 23 (1), 57-74.
- Rossi, G., Schweizer, K., Colli, C., Ricci, M., Siani, S., Sigali, S., Lanzi, G. (2000). Rorschach e anoressia nervosa: studio di 27 casi, *Minerva Psichiatrica*, 41, 205-221.
- Selvini Palazzoli, M. (1963). *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, Feltrinelli Editore, Milano.
- Sperling, M. (1978). *Anorexia nervosa (part 4)*, in *Psychosomatic Disorders in Childhood*, O. Sperling (ed.), Aronson, New York, pp. 129-173.
- Vandereycken, W. (1997). *Le terapie familiari* in Caruso, R., Manara, F. (cur.), *I disturbi del comportamento alimentare*, FrancoAngeli Editore, Milano.
- Viglione, D. J., & Taylor, N. (2003). Empirical support for interrater reliability of Rorschach Comprehensive System coding. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 111-121.
- Viglione, D.J., Hilsenroth, M.J. (2001). The Rorschach: facts, fictions, and future. *Psychological Assessment*, 13(4), 452-471.
- Vitousek , K., Daly, J., Heiser, C. (1991). Reconstructing the internal world of the eating disordered individual: Overcoming denial and distortion in self-report, *International Journal of Eating Disorders*, 10, 647-666.
- Vitousek , K., Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 137-147.
- Weiner, I.B. (1996). Some observations on the validity of the Rorschach Inkblot Method. *Psychological Assessment*, 8, 206-213 (tr. it: Alcune osservazioni sulla validità del metodo delle macchie di inchiostro di Rorschach. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 221, 3-14, 1997).
- Weiner, I.B., Exner J.E. (1991). Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 56, 453-465.
- Westen, D., Harned-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II, *American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 547-562.
- Wilson, G.T., Fairbun, C.G. (1997). *Le terapie cognitivo-comportamentali* in Caruso, R., Manara, F. (cur.), *I disturbi del comportamento alimentare*, FrancoAngeli Editore, Milano.