

# **Modalità immaginative in soggetti con disturbi alimentari e alcune implicazioni cliniche.**

M.R. Cerbone, G. Sacco

## **INTRODUZIONE**

Molti recenti studi hanno dimostrato l'importanza di approfondire lo studio sulle immagini mentali, al fine di conoscere meglio i processi cognitivi ed emotivi.

La *vividezza*, intesa come la combinazione tra la chiarezza e la vivacità, è stata la caratteristica più studiata delle immagini mentali, poiché è stata riconosciuta l'importanza della relazione tra il processo immaginativo e le ricadute che si possono avere nella clinica.

Per studiare la *vividezza*, bisogna prendere in considerazione sette differenti canali sensoriali: 1) il canale visivo, è la capacità di rappresentare immagini visive in immaginazione; 2) il canale acustico, è la capacità di rappresentare suoni in immaginazione; 3) il canale tattile, invece, è la capacità di rappresentare sensazioni tattili in immaginazione; 4) il canale cinestetico, è la capacità di rappresentare il movimento in immaginazione; 5) il canale olfattivo, è la capacità di rappresentare gli odori in immaginazione; 6) il canale gustativo, è la capacità di rappresentare i sapori in immaginazione, e in fine, 7) il canale corporeo, è la capacità di rappresentare le sensazioni corporee (come la fame, la sazietà, la stanchezza, etc.) in immaginazione.

Ed infine, la scala generale della *vividezza* che misura la capacità globale di immaginare.

## **IPOTESI DI RICERCA**

In questa nostra ricerca abbiamo studiato la distribuzione della *vividezza* immaginativa sui sette canali sensoriali in soggetti obesi.

Lo scopo del nostro lavoro è quello di verificare se esiste una differenza statisticamente significativa nella *vividezza* immaginativa sui sette canali sensoriali degli obesi. A tal fine abbiamo confrontato i nostri risultati con quelli della taratura italiana di riferimento (Sacco e Reda, 1998).

## **Il campione**

Il campione utilizzato per la nostra ricerca è composto da 46 soggetti, tali pazienti sono sottoposti ad un trattamento multidisciplinare che viene applicato nella pratica clinica al “*Centro per il Trattamento dell’Obesità*” presso il Presidio Ospedaliero “S. Maria della Pietà” Casoria (Napoli). Lo studio che presentiamo è il risultato di un lavoro di collaborazione tra chirurghi, endoscopisti e psicologi, che hanno provato ad affrontare un tema così controverso come la terapia dell’obesità. Non tralasciando l’importanza dell’integrazione delle relative professionalità, ci soffermeremo soprattutto sui risultati psicologici ottenuti.

Gli esaminati provengono dalla città di Napoli (Vomero, Centro Storico, Secondigliano), dalla provincia di Napoli (Casoria, Casavatore, Afragola, Cardito, Caivano, Arzano) e dalla città di Caserta.

Nello specifico il campione è composto da 11 maschi e da 35 femmine di età compresa tra i 18 e i 58 anni. L’età media dell’intero campione è di 31,61 anni con una deviazione standard di 10,88. L’età media delle 35 femmine, di cui il campione si compone, è di 32,43 con una deviazione standard di 11,13; invece per gli 11 maschi l’età media è di 29 con una deviazione standard di 10,07. Il campione da noi indagato risulta essere rappresentativo della popolazione dei grandi obesi: il peso medio iniziale è di 114,24 Kg con un BMI medio di 41,57; la storia di sovrappeso è iniziata principalmente nell’infanzia per il 73,9% dei soggetti esaminati ed è associata ad una familiarità per obesità (34,8%); anche lo sbilanciamento a favore del sesso femminile è simile a quello riportato da altri Autori sull’argomento.

I soggetti partecipanti allo studio pilota hanno iniziato molto presto nella loro vita a seguire diete, il 37% degli esaminati hanno utilizzato anfetamine per ridurre l’appetito andando poi incontro a svariati cicli di dimagrimento e di nuovo recupero di peso, con un peso finale del ciclo sempre maggiore di quello iniziale.

Si tratta, quindi, di soggetti in continua lotta con i propri impulsi alimentari, che hanno, fino a questo momento cercato di controllarle quasi esclusivamente con presidi medici.

## **Le procedure e gli strumenti**

I soggetti sono stati sottoposti alla somministrazione del test dal 27/04/01 al 6/09/01. Successivamente alla fase di somministrazione si è proceduto alle elaborazioni statistiche e all’analisi dei dati dei 46

soggetti mediante un computer. Il test è stato somministrato in un solo incontro. Abbiamo utilizzato la versione italiana rivista del *Questionnaire upon Mental Imagery* (QMI) di Sheehan (1967), il test si compone di sette scale, ognuna delle quali è formata da cinque item, che indagano le immagini mentali attraverso i sette canali sensoriali (visivo, uditivo, cutaneo, cinestetico, gustativo, olfattivo e organico). Il QMI misura l'inibizione della *vividezza*, in altre parole, alti punteggi al *Questionnaire upon Mental Imagery* indicano un basso livello di *vividezza*.

Quindi abbiamo elaborato i nostri dati e confrontato le medie del nostro campione, sia per ogni singola scale che per quella totale, con le medie della popolazione di riferimento.

QMI Scale	Media N (199)	Ds	Media N (46)	Ds
Visiva	8.54	3.20	8.74	3.47
Acustica	9.08	2.87	8.89	3.67
Tattile	9.58	3.35	10.28	5.27
Cinestetica		3.00	10.30	4.35
Olfattiva	9.79	3.45	10.17	4.78
Gustativa	8.52	2.88	9.39	4.38
Organica	9.23	3.52	8.96	3.97
Totale	63.70	16.45	66.74	22.87

*Media e deviazione standard del nostro campione N (46) confrontati con la media e la deviazione standard del campione di riferimento N (199) (Sacco e Reda, 1998).*

Per il confronto tra le medie del nostro campione e quello della popolazione abbiamo utilizzato la distribuzione “Z”, perché il nostro campione ha una numerosità superiore a 30.

Secondo l'ipotesi nulla non ci sono differenze tra le medie del nostro campione e quelle della popolazione, invece secondo l'ipotesi alternativa esiste una differenza, tra le medie del nostro campione e quelle della popolazione, statisticamente significativa. Il livello di significatività scelto è dello 0.01, l'ipotesi alternativa è bidirezionale, pertanto lo Z critico è di 2.58, quindi per rifiutare l'ipotesi nulla e accettare l'ipotesi alternativa lo Z trovato dovrà essere maggiore dello Z critico.

Nel nostro caso abbiamo trovato che:

<i>scale</i>	<i>significatività</i>	<i>decisione</i>
visiva	NS (non significativa)	
acustica	NS	
tattile	NS	
cinestetica	0.01	gli obesi hanno un mag. vividezza
olfattiva	NS	
gustativa	NS	
organica	NS	
totale	NS	

### **Conclusioni**

La nostra ipotesi è stata verificata solo in parte, infatti esiste negli obesi del nostro studio pilota una differenza statisticamente significativa nella *vividezza* immaginativa solo sul canale cinestetico. I risultati del nostro studio preliminare ci permettono di ipotizzare che potrebbe essere interessante verificare l'utilità di applicare le tecniche immaginative con gli obesi, per fargli acquisire una maggiore abilità immaginativa del canale cinestetico.

### **Riferimenti bibliografici**

**Sacco, G. & Ruggieri V.** (1997 – 1998). Mental Imagery and Symptoms Patterns. *Imagination, Cognition and Personality*, Vol. 17(4) 313-321, 1997-1998.

**Sacco, G. & Reda, M.** (1998). The Italian Form of the Questionnaire upon Mental Imagery (QMI). *Journal of Mental Imagery*, Vol. 22(3&4) 213-228, 1998.

#### **NOTA:**

Gli Z trovati sono:

visivo	Z= 0.42
acustico	Z= -0.45
tattile	Z= 1.43
cinestetico	Z= 3.14*
olfattivo	Z= 0.74
gustativo	Z= 2.07
organico	Z= -0.52
totale	Z= 1.25