

- Fisher S.: *Body experience in fantasy an bahaviour*, Appleton Cent. Crofts, New York, 1970.
- Fisher S., Cliveland S.: *Body Image an Personality*, Dover Publications, New York, 1968.
- Freud S.: *Introduzione al Narcisismo*, Boringhieri, Torino, 1976, 15 - 61.
- Galimberti U.: *Il Corpo*, Feltrinelli, Milano, 1983.
- Gaddini R.: *Pieno, vuoto, identità*; Rivista di Psicoanalisi, 24, 241 - 257, 1978.
- Ganley R.M.: *Epistemologia, modelli familiari e Psicomatica: il caso del l'obesità*; Famiglia e Malattia Psicomatica, L. Onnis, NIS, Roma, 1988.
- Gardner R. M.; Martinez R.; Sandoval Y.: *Obesity and body image. An evaluation of sensory and non sensory components*. Psychological Medicine, 1987, 4, 927-932.
- Holleberg : *Terapia dell'Obesità*, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1967.
- Kernberg O.: *Sindromi marginali e Narcisismo Patologico*, Boringhieri, Torino, 1979.
- Kohut H.: *The Analysis of the self*, N.Y., International Univerity Press, 1971.
- Leuner H.: *Il Vissuto Immaginario Catatimico; tecnica psicoterapeutica del sogno*, Roma Città Nuova Ed., 1988.
- Lowen A.: *Il Narcisismo: l'identità rinnegata*, Feltrinelli, Milano, 1985.
- Lowen A., Lowen L.: *Espansione e Integrazione del Corpo*; in Bioenergetica, Astrolabio, 1979.
- Malagoli M., Rocchietta L.: *Famiglie Multiproblematiche*, NIS, Roma, 1987.
- Panagiotou N., Sheikh A.: *Immagini e inconscio*; Aggiornamenti di Psicoterapia e Psic. Clinica, N. unico, Genova 1979, 33 - 56.
- Rezzonico G.: *Terapia Comportamentale dell'obesità*. Milano 1977.
- Rodin J.: *Fattori psicologici nell'obesità*; Terapia del Comportamento, 3, 1984.
- Ruggieri V.: *Semeiotica dei Processi Psicofisiologici e Psicoterapici*, Il Pensiero Scientifico. Editore, Roma, 1987.
- Ruggieri V.: *Mente, corpo e Malattia*, Il Pensiero Scientifico. Ed., Roma, 1988.
- Ruggieri V., Guerreria A.: *Analisi di alcuni aspetti del comportamento oroalimentare*. Medicina Psicomatica, 1984 b, 29, 143 - 160.
- Ruggieri V., Sabatini N., Muglia G.: *Relationship between emotions and muscletension in oroalimentary behaviour*. Perceptual and Motor skills, 1985, 60, 75 - 79.
- Ruggieri V., Gentile M., Iannotti M., Massacesi R.: *Ruolo della temperatura cutanea e delle emozioni nell'obesità*. Attualità in Psicologia, 1987, 2, 41 - 51.
- Ruggieri V., Sapora L., Guarino A.: *Analisi del comportamento oroalimentari. (variabili psicofisiologiche e comportamentali)*. Lo Psicologo, 1989, n° 9 - 10, 55 - 61.
- Sabatini N., Ruggieri V., Milizia M.: *Barrier and penetration scores in relation to some objective and subjective somesthetic measures*. Perceptual and Motor Skills, 1984, 59, 195 - 202.
- Schilder P.: *Immagine del Sé e schema corporeo*, F. Angeli Ed., Milano, 1978.
- Sibilia L., Borgo S.: *Comportamento alimentare e obesità*, Soc. Ed. Universo, Roma, 1975.
- Vander H.J.: *Fisiologia dell'uomo*, Il Pensiero Sc. Ed., Roma, 1985.

## ULCERA GASTRICA E DUODENALE: UN APPROCCIO PSICOFISIOLOGICO

Veziò Ruggieri - Stella Daniele - Giuseppe Fucilli

L'approccio psicofisiologico al problema dell'ulcera gastrica e duodenale richiede un'integrazione di fattori etiopatogenetici biologici, psicologici e psicodinamici. Nella presente ricerca noi intendiamo esaminare il ruolo ipotetico che assumono nella patogenesi dell'ulcera alcuni aspetti dell'immagine corporea (percezione corporea e cathexis) e stili di contatto interpersonale.

Noi supponiamo che il ruolo patogenetico di queste variabili sia strettamente legato agli atteggiamenti posturali concretamente assunti dai soggetti. Questa ipotesi è formulata alla luce di un modello psicofisiologico che non considera le attività della mente e del corpo come processi separati. Innanzitutto noi consideriamo lo stomaco e il duodeno come punti terminali (effettori muscolari e ghiandolari) di vie nervose che provengono da centri localizzati a diversi livelli del sistema nervoso centrale preposti a funzioni tra loro differenti. Il livello più alto è rappresentato dai centri e circuiti che modulano l'attività istintiva ed emozionale (per esempio ipotalamo e rinencefalo). Tali centri modulano, attraverso il sistema nervoso autonomo, l'attività degli organi periferici nel contesto del più ampio controllo dei processi istintivi ed emozionali, quali per esempio il comportamento oroalimentare e il comportamento aggressivo.

Il secondo livello di modulazione è di tipo riflesso.

A questo proposito ricordiamo che i recettori di tale attività riflessa sono localizzati in corrispondenza della parete gastrica dove sono collocati anche gli effettori (muscolatura liscia e cellule secretorie). In questo caso si parla di

12

riflessi visceri-viscerali perchè tanto i recettori che gli effettori sono collocati nei visceri. Ma la letteratura fisiologica (Kaizumi e Brooks 1967, Johansson, 1962) ha individuato anche riflessi somato-viscerali. Si tratta di archi riflessi in cui i recettori sono collocati in corrispondenza di organi del sistema somatico di relazione (per es. muscoli e cute) e gli effettori sono collocati in corrispondenza dei visceri. Per esempio la stimolazione della cute o di vie afferenti dai muscoli, possono produrre nell'animale decerebrato delle risposte a livello di organi interni modificando per esempio la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e l'attività del sistema digerente. Citiamo i riflessi somato-viscerali perchè, secondo noi, rappresentano un anello importante nella sequenza di eventi che possono avere un ruolo nella patogenesi dei disturbi gastrici e duodenali (Ruggieri, 1988). Il punto chiave è, ripetiamo, nel fatto che il sistema digerente viene ad essere l'effettore di riflessi a partenza dalla muscolatura somatica. Vedremo in seguito in quali particolari circostanze essi assumono il supposto ruolo di recettori riflessogeni.

Per quanto riguarda il primo punto, che si riferisce alla disregolazione encefalica, ricordiamo il lavoro di Jansson e Martinson (1966) che hanno mostrato un'inibizione della motilità gastrica, probabilmente per la prevalenza della componente neurovegetativa simpatica, in seguito alla stimolazione di un'area ipotalamica cosiddetta del comportamento di "attacco". I risultati in questa ricerca neurofisiologica non sono molto distanti dai fenomeni ipotizzati dal modello psicodinamico di Alexander (1964) che suggeriva la presenza in soggetti cosiddetti "orali", caratterizzati da un'iperattività tonica del sistema gastro-intestinale (con ipersecrezione gastrica), di comportamenti aggressivi parzialmente inibiti.

Ritornando ai riflessi somato-viscerali, una volta ipotizzata la possibilità che variazioni nella tensione miografica possono modificare l'attività gastrica, (per esempio la peristalsi o la vascolarizzazione della parete dello stomaco), costituendo il terreno favorevole per l'insorgenza di patologia ulcerosa, cerchiamo di comprendere in quali contesti psicofisiologici tali variazioni di attività muscolare possono comparire.

Innanzitutto citiamo i comportamenti emozionali ed istintivi (Ruggieri, 1988) quali per esempio la rabbia, il comportamento orolimentare ed il comportamento sessuale (Ruggieri et al. 1985 a, 1985 b, 1987). Significative variazioni di tensioni compaiono anche nell'ansia, nello sforzo e nell'immobilizzazione. L'incremento di tensione muscolare è secondo noi una componente strutturale di quel fenomeno che Pribran (1975) ha chiamato attivazione. Questo autore distingue infatti tra arousal e attivazione. L'arousal sarebbe l'incremento di eccitazione che compare nel sistema nervoso centrale

in rapporto ai segnali di input mentre l'activation indicherebbe l'incremento di eccitazione che compare in rapporto alla "prontezza" di risposta. Noi ipotizziamo che l'attivazione (Ruggieri, 1984) sia caratterizzata anche da un aumento di attività isometrica della muscolatura somatica. Ma secondo noi anche l'immobilizzazione sarebbe caratterizzata da un aumento di tono muscolare in quanto, per produrre un'inibizione attiva del movimento, è necessario creare un controbilanciamento tonico dei muscoli agonisti ed antagonisti. Questi riferimenti ad un modello psicofisiologico sono secondo noi fondamentali per comprendere correttamente i risultati di alcune ricerche (Akerman et al. 1978, Hichse e Sawrey, 1978) che hanno evidenziato come l'immobilizzazione di animali di esperimento (ratti) produca la comparsa di ulcera gastrica. Se inquadriamo questi risultati alla luce del nostro modello, possiamo ipotizzare che le modificazioni gastriche possono essere indotte attraverso le vie riflesse somato-viscerali di soggetti con un incremento di tensione miografica provocata dalla immobilizzazione. L'immobilizzazione dunque creerebbe un incremento di tensione muscolare ed i muscoli, a loro volta, sarebbero il punto di partenza di un'attività riflessa che ha per effettore lo stomaco (e/o) il sistema gastroenterico. L'immobilizzazione è spesso presente in diversi conflitti psicofisiologici per esempio quello tra avvicinamento-evitamento (approach-avoidance).

In un'altra ricerca (Ruggieri, e Giustini, 1991) abbiamo ipotizzato che l'atteggiamento posturale possa essere considerato quasi un "tratto" psicofisiologico della personalità che "sintetizza" diversi aspetti quale lo stile di controllo delle emozioni e lo stile di contatto interpersonale. Noi ipotizziamo anche che l'atteggiamento posturale rappresenti una delle componenti principali nella costruzione dell'immagine corporea. Noi consideriamo l'immagine corporea come un "processo" che lega in modo circolare il sistema nervoso centrale alla periferia del corpo.

Per quanto riguarda lo stile di contatto interpersonale noi immaginiamo di porre il soggetto al centro di una serie di cerchi concentrici ideali ognuno dei quali costituisce una sorta di barriera che si riferisce ad aspetti specifici dell'interazione interpersonale. Le barriere prossime al soggetto sarebbero quella dell'intimità fisico-erotica e quella dell'intimità. Seguirebbero poi le "barriere spaziali" che, in accordo con la letteratura sulla comunicazione non verbale (Argyle, 1978), si riferiscono ad una reale distanza spaziale. Seguirebbero poi le barriere sociali. Inoltre sarebbero state evidenziate altre barriere quale quella verso il diverso e l'emotigeno. Interessante è anche il concetto che oltre ad erigere barriere, il soggetto può vivere una intensa situazione di conflitto: da una parte vorrebbe superare la barriera e dall'altra non si sente in grado di farlo. Il processo del "conflitto" in rapporto ad una barriera è ben diverso da quello che porta ad erigere barriere fortemente difensive.

Noi sottolineiamo il fatto che il processo psicofisiologico che porta ad erigere barriere, abbia una consistente componente fisica. La costruzione di una barriera non è per noi un evento puramente mentale ma presuppone sempre la elaborazione di "segnali" interpersonali di barriera che sono legati a particolari "atteggiamenti" corporei. Quest'ultimi costituiscono, secondo noi, dei veri e propri "tratti" di personalità. Come è ovvio, la produzione di atteggiamenti passa attraverso modificazioni delle tensioni muscolari (toniche) che non sempre diventano veri e propri gesti consapevolmente decodificabili.

Pertanto lo studio delle barriere secondo il nostro modello è strettamente collegato a quello delle possibili variazioni muscolari che possono essere alla base di riflessi somato-viscerali.

Tali riflessi possono acquistare particolare significato ai fini della genesi di un processo morboso quale per esempio l'ulcera gastrica o duodenale, se l'atteggiamento posturale abituale, in rapporto alla costruzione di barriere interpersonali, richiede un livello di tensione muscolare particolarmente elevato. Inoltre, per comprendere ancor meglio la concretezza del concetto di barriera noi ricordiamo che la letteratura sulla comunicazione non verbale ha individuato delle differenze tra i soggetti nello scegliere la distanza ottimale da un manichino. Se infatti si invitano i soggetti ad avvicinarsi ad un manichino, si osserva che non tutti si pongono alla stessa distanza. La distanza tra soggetto e manichino, che può essere misurata in metri, è espressione diretta delle modalità con cui si instaurano barriere spaziali. Pertanto ci sembra che anche questo aspetto possa interessare la patogenesi dell'ulcera duodenale e gastrica proprio perchè ipotizziamo che la percezione della distanza ottimale e, ancor di più la produzione di atteggiamenti "distanzianti", siano in qualche modo relate a concrete variazioni di tensione muscolare.

A questo punto è necessario anche un breve cenno ai rapporti tra atteggiamenti posturali che producono tensioni muscolari specifiche ed immagine corporea. Secondo noi l'immagine corporea non è soltanto il risultato finale di una sintesi di afferenze (percezione corporea), che possono avere una particolare coloritura emotiva (cathexis), ma rappresenta anche una sorta di sistema di monitoraggio che tende a mantenere e a stabilizzare gli atteggiamenti corporei medesimi.

Pertanto l'immagine corporea per noi è "un processo" che, come un ponte, collega attivamente l'input con l'output. I centri che producono l'immagine corporea, a loro volta, renderebbero costanti e relativamente stabili gli atteggiamenti corporei attraverso la regolazione e modulazione del tono muscolare e dei gesti automatici.

In conclusione noi ipotizziamo che un gruppo di pazienti affetti da ulcera duodenale si differenzi da un gruppo di controllo nell'immagine corporea e nello

stile di contatto interpersonale, sulla base di un ipotetico ragionamento così articolato:

1) La letteratura ha osservato la comparsa di ulcera gastrica in situazioni sperimentali che limitano l'animale nella sua mobilità. L'immobilità svolgerebbe il suo ruolo ulcerogenetico attraverso l'attivazione di riflessi somato-viscerali.

2) Al di fuori della situazione sperimentale, nella vita quotidiana, i soggetti possono assumere, in rapporto a conflitti interiori che non intendiamo esaminare in questo contesto, degli stili relazionali interpersonali, che sono, secondo noi, strettamente relati ad atteggiamenti posturali che, anche se non si esprimono attraverso una esplicita "immobilizzazione", possono produrre degli incrementi di tensione miografica (distrettuale o generalizzata) capaci di evocare riflessi somato-viscerali. Quest'ultimi potrebbero costituire il "terreno" favorente l'insorgenza di patologia nel sistema digerente.

3) Gli atteggiamenti posturali sarebbero modulati nell'ambito del processo psicodisico cosiddetto dell'immagine corporea che si riferisce tanto all'input che all'output.

Dell'immagine corporea qui esamineremo la componente "autopercezione" ed "investimento affettivo" (cathexis) che sono il prodotto di un particolare processo di integrazione dell'input.

Si tratta dunque di un'ipotesi ampia la cui verifica prevede una serie articolata di indagini di cui la presente costituisce solo il primo passo. Essa esaminerà infatti alcuni aspetti dell'immagine corporea e stili di relazione interpersonali. Le successive ricerche si focalizzeranno essenzialmente sull'esplorazione delle tensioni miografiche relate a particolari atteggiamenti.

## METODO

### Soggetti

Il gruppo dei pazienti era composto da 30 soggetti (15 uomini e 15 donne) diagnosticato presso il dipartimento di gastroenterologia della II Clinica Medica dell'Università di Bari, di età tra i 40 e i 50 anni. Il gruppo di controllo era composto da un egual numero di soggetti, corrispondente al gruppo sperimentale per età, numero di uomini e di donne, estrazione socio culturale. I componenti di questo secondo gruppo non erano portatori di alcuna patologia conclamata.

### Procedura

Le diverse prove cui i soggetti si sottoponevano erano randomizzate. Per misurare lo stile di contatto interpersonale si somministrava un questionario di 90 item che esplorava i comportamenti di un contatto esibiti dai soggetti in diversi contesti e situazioni psicofisiologiche e psicologiche (Ruggieri et. al. 1984). Questo questionario consta di 9 fattori che si riferiscono a diverse aree di contatto, dall'intimità fisico-erotica all'interazione sociale. Per ogni area si calcolano separatamente punteggi di rifiuto e di conflitto nel contatto. Il fattore dell'intimità è composto di item del tipo "abitualmente non abbraccio gli altri" o del tipo "non sopporto che gli altri mi tocchino mentre parlo". Per quanto riguarda la barriera nel contatto fisico-erotico gli item per esempio sono del genere "non amo il bacio nell'intimità sessuale" oppure "soffro se si accarezza una parte del mio corpo". Il conflitto nell'intimità fisico-erotica è caratterizzato da conflitti espressi da item che indicano un misto di desiderio, di piacere e di difficoltà in comportamenti intimi. La barriera spaziale è caratterizzata da item che si riferiscono alla tendenza a stabilire un'ampia distanza spaziale interpersonale, del tipo "non amo che qualcuno mi si avvicini troppo". La barriera sociale è composta da item del tipo "non amo incontrare gente" etc.

Esiste inoltre un fattore definito "Barriera sociale con problematica sessuale" ed un altro definito "Barriera verso il diverso e l'emotigeno" che si riferiscono a barriere elevate nei confronti di soggetti "diversi" sia fisicamente che emotivamente. Item di questo fattore si riferiscono a caratteristiche negative fisiche (per esempio il cattivo odore prodotto da una persona) o psicologiche (per esempio particolari condizioni di sofferenza di un soggetto). Infine il questionario considera anche un fattore di "Buon Contatto" che si riferisce in termini positivi a tutte le aree del contatto interpersonale considerate.

Per misurare la distanza spaziale di un soggetto reale da un manichino dando le seguenti istruzioni:

*"Pensa a questo manichino come ad una persona qualsiasi; non è importante nè il sesso che tu gli attribuisca nè il tipo di relazione che vuoi stabilire; avvicinarti come per incontrarlo".*

Il soggetto era posto a circa 4 m dal manichino, di fronte, e ad un segnale dello sperimentatore il soggetto si muoveva nella direzione del manichino per fermarsi a quella che considerava la distanza "ottimale". In quel momento si misurava la distanza, in metri, tra il manichino e il soggetto.

La misura della percezione corporea era effettuata mediante un test che chiedeva al soggetto di valutare quantitativamente l'intensità con cui soggettivamente percepiva le diverse aree del proprio corpo (Ruggieri et. al., 1983).

TAB. 1

	GR. SPERIMENTALE	GR. CONTROLLO	t STUDENT
<b>PERCEZIONE CORPOREA</b>			
Totale	71.4 (47.8)	113 (70.3)	2.63
Frontale	28.4 (28.9)	51.5 (45.2)	2.23
Dorsale	43 (31.4)	61.4 (39.2)	1.96
Destra	37 (27.1)	55.7 (35.7)	2.03
Sinistra	32.5 (25.8)	57.7 (35.6)	3.03
<b>BODY CATHEXIS</b>			
	82 (18.4)	68.5 (15.9)	2.97
<b>DISTANZA MANICHINO</b>			
	65.1 (41.8)	44.5 (15.9)	2.06
<b>BARRIERA SPAZIALE</b>			
	10.1 (2.6)	8.5 (2.9)	2.14
<b>BARRIERA INTIMITA' (fisico erotica)</b>			
	8.6 (3)	6.9 (3.1)	2.34

Media e deviazione standard delle variabili esaminate che presentano differenze significative ( $p < 0.05$ ) tra i due gruppi. t di Student per campioni indipendenti.

La misura della Cathexis corporea era effettuata attraverso il test di Fisher e Cleveland (1968) che valuta il grado di accettazione-rifiuto di diverse aree del corpo. Un alto punteggio al Body Cathexis indica un alto rifiuto verso il proprio corpo.

## RISULTATI

I valori medi e le deviazioni standard di tutte le misure effettuate, tanto del gruppo sperimentale che in quello di controllo sono indicate nella tabella I.

Nella stessa tavola sono indicati anche i valori di *t* di Student per campioni indipendenti per valutare la differenza delle medie dei due gruppi.

Come si può osservare compaiono differenze statisticamente significative nei punteggi

1) di percezione corporea. I soggetti portatori di ulcera presentano punteggi di percezione inferiori rispetto al gruppo di controllo. Essi si riferiscono tanto alla percezione totale che alla percezione delle metà destre e sinistre del corpo. Le differenze sono significative anche per quanto riguarda la percezione delle porzioni anteriori del corpo ( $p < .01$ ).

2) di cathexis corporea. I soggetti portatori di ulcera hanno un punteggio più alto di Body Cathexis, che sta ad indicare una minore accettazione del proprio corpo da parte di questi soggetti. La differenza è statisticamente significativa ( $p < .01$ ).

3) di distanza dal manichino. La distanza è maggiore nei soggetti portatori di ulcera ( $p < .01$ ).

4) di Barriera del questionario del contatto interpersonale. I soggetti portatori di ulcera duodenale presentano un più alto livello di barriera spaziale ed un più alto livello della barriera nell'intimità fisico-erotica. Le differenze sono statisticamente significative ( $p < .01$ ).

## COMMENTO

I nostri risultati confermano le supposte differenze negli stili di contatto interpersonale del gruppo di pazienti con ulcera duodenale e del gruppo di controllo.

I primi presentano infatti una più elevata barriera spaziale ed una più alta barriera dell'intimità fisico-erotica. Anche la distanza dal manichino che rappresenta un altro aspetto del contatto interpersonale è più elevata nel gruppo dei pazienti con ulcera duodenale. Il nostro concetto psicofisiologico di barriera ci consente di considerarlo come un indicatore dell'interazione soggetto-

ambiente. Il soggetto, nel modulare la distanza interpersonale, produce dei segnali non verbali che si esprimono attraverso modificazioni dello sguardo e degli atteggiamenti posturali. Pertanto noi ipotizziamo che un alto livello di barriera in soggetti portatori di ulcera duodenale può essere relato alla presenza di specifici e concreti atteggiamenti posturali. Noi ipotizziamo anche che l'atteggiamento posturale, che modula la distanza interpersonale, è il risultato di cambiamenti nella tensione muscolare ottenuta attraverso un innalzamento dell'attività miografica tonica. Considerando il problema dei rapporti interpersonali come un processo psicofisiologico che coinvolge anche la postura con modificazioni dell'attività tonica muscolare, noi possiamo collegare i nostri risultati a quelli della letteratura che ha messo in evidenza come l'immobilizzazione posturale di animali da esperimento (quali scimmie e ratti) possa avere un ruolo nella genesi di un processo ulcerogenetico.

Nella introduzione noi abbiamo anche ipotizzato che un innalzamento nella tensione muscolare, possa produrre, attraverso l'attivazione di riflessi somato-viscerali, modificazioni nel sistema gastro-enterico che possono costituire il terreno per l'insorgenza di ulcera.

In conclusione possiamo dire che degli stili di contatto interpersonale degli ulcerosi, innalzando le barriere fisiche e psicologiche, modulano concretamente la distanza interpersonale, probabilmente innalzando il livello di tensione muscolare a riposo, riproducendo alcune caratteristiche degli atteggiamenti dell'immobilizzazione. In questo contesto emerge anche, nel gruppo dei pazienti, un basso livello di percezione corporea. I soggetti ulcerosi presentano anche un basso livello di accettazione corporea.

Ulteriori ricerche dovranno esaminare approfonditamente le interazioni tra grandezze così come alcuni aspetti dell'ipotesi dovranno essere verificati attraverso lo studio dei punteggi miografici.

## SUMMARY

*We have examined some aspects of Body Image, the distance from a manikin and the interpersonal contact style of 15 male and 15 female patients with duodenal ulcer. Patients showed lower Body Perception and Cathexis lower spatial distance from manikin and higher Spatial Barrier and Barrier of physical erotic intimacy, with respect to the subjects of the control group. A wide discussion about a psychophysiological model is made.*