

## Immagine corporea, sensibilità tattile al solletico e anoressia mentale

Abbiamo esaminato le modalità di costruzione dell'immagine corporea di un gruppo di quindici donne anoressiche confrontate con un corrispondente gruppo di controllo. Inoltre, abbiamo esaminato la sensibilità tattile al solletico in entrambi i gruppi. I risultati mostrano che le donne con Anoressia Mentale hanno un tipo di percezione delle proprie aree corporee nettamente più lento rispetto al gruppo di controllo mentre la percezione cinestetica è meno intensa in modo significativo da un punto di vista statistico. Inoltre le donne con Anoressia presentano una ridotta sensibilità al solletico anche questa significativamente minore in senso statistico. Questi risultati confermano le affermazioni cliniche della letteratura che sottolineano come questi pazienti tendono ad inibire l'esperienza corporea e di piacere.

### Parole Indice

Anoressia, Immagine corporea,  
Sensibilità tattile, Solletico

### INDIRIZZO PER CORRISPONDENZA

Prof. Vezio Ruggieri,  
Cattedra di Psicofisiologia Clinica,  
Università "La Sapienza",  
Via dei Marsi 78, 00100 Roma

*Pinus Vol. 1 n° 1 1997*

Vezio Ruggieri,  
Patrizia Marone,  
Maria Ernestina Fabrizio

*Cattedra di Psicofisiologia Clinica, Università "La Sapienza",  
Roma*

**L'**Anoressia Mentale è definita dal D.S.M. IV (1) da quattro criteri diagnostici: A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura; B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso; C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso; D. Nelle donne dopo il menarca, la comparsa di amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.

Nella presente ricerca intendiamo esaminare alcuni aspetti dell'esperienza corporea di donne anoressiche. Il termine esperienza corporea si riferisce a diversi processi psicofisiologici e psicologici: la costruzione dell'Immagine Corporea, la sensibilità tattile al solletico, il processo protomentale cosiddetto del Narcisismo. Secondo noi, in ognuno di questi processi la componente corporea svolge un ruolo centrale. Comunque si tratta di tre aspetti della psicologia della corporeità che si unificano nelle funzioni integrate dell'Io. Per esempio ciò che gli psicoanalisti chiamano Narcisismo è un processo di tipo psicofisico comune a tutti gli umani e si costruisce integrando le diverse funzioni di organi e sistemi con processi cosiddetti psicologici di nuova elaborazione. Un nucleo importante nel processo di elaborazione narcisistica è rappresentato dalla costruzione dell'immagine corporea. L'immagine corporea a sua volta è un processo di natura psicofisica, infatti nella costruzione dell'immagine corporea si assiste alla trasformazione di eventi di natura strettamente sensoriale in rappresentazioni di tipo mentale. Già con Fisher (2) abbiamo superato la distinzione tra schema (3) e immagine corporea. Infatti l'immagine si forma sulla base della sintesi di tutte le informazioni sensoriali visive, cinestetiche, propriocettive, vegetative, enterocettive, olfattorie, acustiche, ecc., che entrano a far parte, come frammenti di un puzzle, di un nuovo livello funzionale, quale quello dell'immagine mentale.

Prima di esporre alcune ipotetiche caratteristiche fisiologiche dell'immagine mentale, è opportuno considerare l'altro processo da noi studiato ci riferiamo all'esperienza tattile-sensoriale del solletico. Ci interessa mettere a fuoco questo fenomeno, del resto già ampiamente studiato in passato da alcuni di noi (4-7), più recentemente da altri in una diversa ottica (8), perché esso consente di esaminare in laboratorio, in modo quantificabile e misurabile, i vissuti soggettivi che possono scaturire da un'esperienza sensoriale elementare di tipo tattile (stimolazione tattile sfiorante della cute). Questo perché per noi il piacere rappresenta una grandezza psicofisiologica centrale nell'esperienza umana; essa costituisce il collante che mantiene unito l'impasto narcisistico della struttura dell'Io. In altra sede (9) ci siamo soffermati ad esaminare da un punto di vista strettamente fisiologico il fenomeno del piacere nelle sue diverse forme di piacere sessuale che abbiamo distinto in piacere da tensione, piacere da scarica motoria e piacere narcisistico; senza addentrarci in questo dibattito diciamo che l'esperienza tattile del solletico ci consente di studiare una forma di piacere fisico di breve durata in rapporto ai meccanismi fisiologici di eccitazione e di inibizione che sono diretta espressione della personalità psicobiologica del soggetto.

In altri termini, lo studio del solletico apre un'altra finestra sulla personalità psicofisica cioè su alcune funzioni integrate dell'Io e, quindi, sul processo narcisistico. Infatti l'esperienza del solletico si compone di tre fasi (6) e la prima, detta di latenza, è caratterizzata da sensazioni denotative. Proseguendo con la stimolazione cutanea si osserva la comparsa di una sensazione soggettiva di piacevolezza: è questa

la fase connotativa del solletico. La terza è una fase di adattamento in cui scompare la componente connotativa del piacere e resta soltanto la componente denotativa come nella latenza. In termini, la latenza, cioè il tempo che il soggetto impiega a percepire il piacere, si riferisce ai processi di inibizione e/o eccitazione che modulano le sensazioni periferiche. Si capisce come la modulazione della sensibilità tattile al solletico possa essere iscritta nei processi relati alla costruzione dell'immagine corporea. È necessario che nella costruzione dell'immagine mentale la confluenza delle sensazioni dalla periferia del corpo sia legata agli elementari meccanismi di tutto o niente infatti, secondo il tipo di informazione è modulata da un certo grado di eccitazione e inibizione. Tutte le informazioni giungono alla corteccia, alcune vengono filtrate, altre sono il prodotto di una selezione attiva dell'informazione periferica. Altrove abbiamo sostenuto che l'immagine mentale, in realtà, non è soltanto il prodotto finale dell'elaborazione delle afferenze periferiche ma rappresenta anche l'elemento dominante nella modificazione della periferia (9). Il lavoro psicofisiologico fondamentale di questo processo consiste anche nel produrre un'immagine aderente alla periferia del corpo ma che sia entro un certo grado abbastanza stabile. Perché la stabilità dell'immagine corporea per noi pensiamo, un elemento fondamentale dell'identità dell'Io. Il processo, dunque, di costruzione dell'immagine corporea deve, da una parte, sintetizzare gli elementi corporei e dare alla rappresentazione unitaria dall'altra, fare in modo che la propria stessa tenga a mantenere nel tempo, in modo relativamente stabile, gli stessi atteggiamenti che hanno contribuito a costituire l'immagine me-

Per far ciò, noi ipotizziamo, che il Sistema Nervoso Centrale, svolga un ruolo attivo di modulazione dell'attività corporea periferica. Il nostro modello, come abbiamo sostenuto altrove (9-11) è di tipo circolare: la corteccia cerebrale raccoglie le informazioni dalla periferia ma, attraverso vie e sistemi differenti, modula l'attività stessa della periferia in modo da renderla corrispondente alla rappresentazione centrale stessa. Abbiamo dato nome a questo modello, di concezione copernicana applicata ai rapporti tra S.N.C. e periferia. In altri termini i meccanismi di costruzione dell'immagine corporea intervengono attivamente sia sulle tensioni motorie ma anche a modulare le soglie di sensibilità alla periferia del corpo in modo da favorire o filtrare inibitoriamente il flusso di informazioni che raggiungono il Sistema Nervoso Centrale per una ulteriore elaborazione.

A questo punto è, però, molto importante osservare le differenze individuali nella costruzione dell'immagine corporea, infatti, i diversi soggetti possono utilizzare diversamente le informazioni provenienti dalla periferia: in virtù dei meccanismi di selezione delle informazioni e delle afferenze periferiche è possibile ipotizzare che alcuni soggetti privilegino il canale visivo, pertanto il loro corpo immaginato è un corpo "visto", mentre altri possono privilegiare le informazioni cinestesiche dando luogo ad un'immagine del corpo "sentito", oppure possono utilizzare in misura variabile entrambi i canali.

In precedenti ricerche (11) abbiamo iniziato ad esaminare le differenze individuali nella costruzione dell'immagine corporea, considerando il peso che le diverse informazioni sensoriali hanno in quella rappresentazione abituale di se stessi che

chiamiamo immagine mentale.

Inoltre nel processo di costruzione dell'immagine corporea intervengono anche processi di unificazione astratta, infatti sommando le informazioni provenienti dalla periferia, il soggetto giunge alla percezione del corpo come di una "unità" che è qualche cosa di più astratto rispetto alla semplice raccolta delle informazioni sensoriali provenienti dai singoli distretti. Nel costruire un'unità, il soggetto opera una sorta di salto funzionale che in qualche modo mette in ombra il singolo evento sensoriale (propriocettivo, cinestesico, ecc.), ma la percezione unitaria del corpo deve essere intesa in modo dinamico, infatti il soggetto può avere una rappresentazione globale di tutto il corpo o una rappresentazione di ampi distretti. Secondo noi, l'esperienza dell'immagine corporea va intesa come processo dinamico in cui si oscilla continuamente tra rappresentazioni globali e rappresentazioni parziali, o meglio, è interessante per noi capire come nel processo dell'immagine corporea convivono e/o si alternano rappresentazioni globali e rappresentazioni di sottounità e rappresentazioni distrettuali circoscritte. Mentre ci accingiamo a studiare l'immagine corporea da questo punto di vista, noi riteniamo che esistono delle differenze individuali. Alcuni privilegierebbero la rappresentazione globale, altri quella distrettuale.

In conclusione, possiamo dire che intendiamo esaminare l'immagine corporea non come una rappresentazione statica ma come un processo che all'origine è di natura strettamente sensorial-percettivo, che si trasforma strada facendo in rappresentazione globale con possibili sottoarticolazioni e che esistono delle differenze individuali nella dinami-

ca "rappresentazione globale" e "rappresentazione distrettuale". Da quanto detto emergono, dunque, delle possibili differenze individuali nelle modalità di processamento che portano alla costruzione dell'immagine corporea. Ora pensiamo che particolari differenze processuali possono essere comuni caratteristiche a soggetti portatori di diverse patologie o disagio psicofisico. Lo scopo del presente lavoro è di rilevare se ci sono degli elementi che accomunano le donne portatrici della problematica dell'Anoressia Mentale. È di particolare interesse verificare questa ipotesi perché come ampiamente mostrato dall'amplessima letteratura sull'argomento (9-25) la corporeità e la rappresentazione del corpo costituiscono l'elemento centrale di questo tipo di disagio psicofisico che si collegano ai disordini di natura alimentare.

L'attenzione degli studiosi, infatti, si è spostata negli ultimi anni, dalla messa a fuoco della problematica alimentare all'analisi di componenti strutturali della personalità quali lo sviluppo maturativo narcisistico ed emozionale, per esempio analisi dell'ostilità di questi soggetti, analisi dell'inibizione della sessualità (26-29). Sulla base delle esperienze cliniche e delle ricerche sperimentali citate, riteniamo che un'analisi puntuale del rapporto tra problematica narcisistica, esaminata alla luce del modello di Kohut (30) modificato in chiave psicofisiologica (22, 31), immagine corporea e stile di gestione di esperienze micro-emozionali quali, per esempio, l'esperienza del solletico, possa rappresentare un importante contributo per l'approfondimento della problematica dell'anoressia.

In conclusione, noi ipotizziamo che esistono interessanti relazioni tra immagine corporea, problematica

narcisistica e forme di senso di piacere (solletico) e che tali relazioni possono assumere forme differenti tra i soggetti. La nostra ipotesi nel presente lavoro è che donne con Anoressia Mentale presentino modalità diverse rispetto ad un gruppo di controllo sia nella costruzione dell'immagine corporea che nella relazione della sensibilità tattile solleticabile e nell'interazione tra di esse.

## **PAZIENTI E METODI**

### **PAZIENTI**

Abbiamo esaminato trenta soggetti, di cui quindici donne con Anoressia Mentale (età media 22,2) e quindici di controllo (età media 22,7). I pazienti afferivano al II Policlinico di Napoli nella Sezione per Disturbi Alimentari.

Tutti i soggetti appartenevano allo stesso stato socio-economico e avevano una scolarità medio-superiore, ed erano destrimani.

### **STRUMENTI E PROCEDURE**

1) L'immagine corporea è stata valutata utilizzando il *Sensorial Integration Body Imagery Test* (11) che esplora come i soggetti costruiscono la loro immagine corporea utilizzando le afferenze sensoriali. I dati portano le informazioni riferite alla corteccia cerebrale (area parietale). Questo strumento valuta il grado di percezione corporea attraverso la misura del tempo impiegato (latenza) da un soggetto per percepire parzialmente il proprio corpo suggerite da una immagine registrata. In questa ricerca il test è stato utilizzato per le seguenti parti del corpo: tronco globale, torace, collo, braccia, gambe, glutei.

Prima di iniziare la somministrazione del test (S.I.B.I.T.) si fornivano ai soggetti le informazioni necessarie e si spiegava cosa si intende per perce-

ne del corpo e per modalità percettiva visiva o cinestesica cioè se immaginavano una parte del corpo o se la sentivano. Si procedeva poi azionando il registratore per dare le seguenti istruzioni: "cerchi di accomodarsi sulla sedia in modo che possa essere il più rilassata possibile. Ora, chiuda gli occhi e cerchi di percepire ciò che le nomino. Quando l'avrà fatto mi dica di sì". Appena la voce registrata pronunciava la parte del corpo da percepire, lo sperimentatore bloccava il registratore ed azionava un cronometro annotando il tempo di latenza, fino a quando il soggetto rispondeva sì. Subito si azionava il registratore per chiedere che tipo di modalità percettiva (visiva, cinestesica o entrambe) il soggetto aveva utilizzato e con quanta intensità (scala Likert da 0 a 5, dove 0 significa assenza di percezione, 1 intensità di percezione minima, e così via fino a 5 intensità di percezione massima). La somministrazione era randomizzata con un'unica eccezione rappresentata dal fatto che la prima struttura suggerita per ogni sequenza era sempre globale, ad es., si chiedeva al soggetto di percepire il torace globalmente, poi di dividere idealmente il torace in tre fasce orizzontali (superiore, medio, inferiore) e percepire queste porzioni sia isolatamente che simultaneamente. Infine facendo immaginare al soggetto due righe verticali che attraversassero le tre fasce orizzontali, dividere idealmente il torace in nove quadranti: quadrante superiore destro, quadrante superiore mediano, quadrante superiore sinistro, quadrante medio destro, quadrante medio mediano, quadrante medio sinistro, quadrante inferiore destro, quadrante inferiore mediano, quadrante inferiore sinistro. Anche queste parti dovevano essere percepite isolatamente, si chiedeva alla fine di percepire di nuovo il torace globale. La stessa procedura veniva effettuata anche

per l'addome, il dorso ed i glutei. Le parti da percepire erano suggerite in modo randomizzato.

2) La sensibilità tattile è stata studiata stimolando (con l'ausilio di un "macchinario per il solletico") la parte radiale dell'avambraccio sinistro, con un batuffolo di cotone di circa 3-4 gr. La stimolazione tattile è stata effettuata utilizzando "il macchinario per il solletico" (4-7) formato da una cassa rettangolare e da un braccetto metallico cilindrico, (lungo 37 cm.) in cui scorre un'asticella (lunga 22 cm.) piegata ad angolo retto. All'estremità dell'asticella è legato un batuffolo di cotone idrofilo di circa 3-4 gr. L'escursione dell'asticella è di circa 5 cm. e si verifica con movimenti ritmici (uno al secondo) longitudinali, che permettono al batuffolo di cotone di sfiorare la pelle provocando il "solletico".

Le indicazioni date al soggetto erano le seguenti: "Adesso questa macchina le stimolerà il braccio sinistro con un batuffolo di cotone. Lei dirà sì quando avverterà la sensazione di solletico, diversa dal semplice contatto cutaneo. Mi dirà no appena questa sensazione finirà, o sarà sostituita da un'altra sensazione. Se non avverterà nessun'altra sensazione, non dirà niente. La macchina continuerà a stimolarla fino alla fine del tempo". Il tempo di stimolazione totale era di 120 sec., le misure registrate erano 1) latenza: dall'inizio della stimolazione fino all'inizio della percezione del solletico; 2) percezione: dall'inizio della percezione del solletico fino alla sua modificazione. Quando la percezione del solletico non avveniva si assegnava al tempo di latenza un massimo di 120 secondi. I tempi delle varie fasi (latenza, percezione) venivano registrati azionando un cronometro che era bloccato appena si verificava una modificazione.

Tabella I Settori globali.

	Tronco					Torace					Addome					Dorso					Glutei			
	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.
Latenza	4,3	1,34	3,33	1,34	2,03*	4,46	1,68	3,13	0,91	2,6*	3,86	1,06	3	1,25	2,04*	3,66	1,29	2,53	0,83	2,8**	3,46	1,4	2,6	1,05
Int. visiva	1,8	1,52	1,8	1,52	0	1,13	1,5	2,2	1,56	-1,90	1,73	1,28	2,4	1,4	-1,35	1,46	1,59	2,73	1,66	-2,12*	1,86	1,84	2,33	1,17
Int. cinest.	1,06	1,38	2,4	1,68	-2,36*	0,467	1,3	1,06	1,438	-1,19	1	1,36	1,8	2,07	-1,24	0,333	1,04	2,06	1,94	-3**	1,46	1,35	1,53	1,59

S= Sperimentale; C= Controllo; \*p= <,05; \*\*p= <,01; D.S.= Deviazione Standard

## RISULTATI

Per quanto riguarda i punteggi medi ottenuti dalla somma di tutti i punteggi, abbiamo rilevato che il gruppo sperimentale presenta una latenza alla percezione dei distretti corporei maggiore rispetto al gruppo di controllo ed un'intensità visiva e cinestica nettamente inferiore (Latenza: gruppo sperimentale 3,60 D.S. 0,319; gruppo di controllo 2,70 D.S. 0,260 p<0,0001 t: 14,98. Intensità visiva: gruppo sperimentale 1,73 D.S. 0,368; gruppo di controllo 1,88 D.S. ,343 p<0,036 t: -2,12. Intensità cinestesica: gruppo sperimentale 0,77 D.S. 0,347; gruppo di controllo 1,59 D.S. ,411 p<0,0001 t: -10,56). In conclusione possiamo dire che tendenzialmente il gruppo sperimentale presenta una maggiore latenza ed un'intensità percettiva visiva e cinestesica inferiore, limitata però soprattutto

ad alcuni distretti. Abbiamo, inoltre, calcolato il rapporto tra la somma punteggi medi ad ogni singola parte del corpo e la somma dei punteggi medi ad ogni distretto globale. Il gruppo sperimentale non emerge differenze statisticamente significative, mentre nel gruppo di controllo si osserva una differenza significativa per l'intensità percettiva visiva (media dei punteggi globali: 2,41 D.S. 0,22; media dei punteggi distretti 1,88 D.S. 0,34; t: -3 p<0,004). Per quanto riguarda il confronto della percezione dei settori globali, ma e dopo la scomposizione analitica nelle varie aree del corpo, si osserva, per il gruppo sperimentale una differenza statisticamente significativa nella latenza alla percezione del torace globale che risulta maggiore prima della scomposizione in parti rispetto al dopo (Media del torace globale prima della scomposizione

Tabella II Latenza.

	Fasce orizzontali					Quadrante destro					Quadrante mediano					Quadrante sinistro								
	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t				
Superiore	3,6	1,05	2,86	1,35	1,65	3,26	,96	2,86	,91	1,16	3,6	1,12	2,66	1,11	2,2*	4,13	1,64	2,4	,91	3,57**				
Medio	4	1,46	2,4	,82	3,6**	3,6	,98	2,88	1,24	1,78	3,6	1,40	2,73	1,1	1,88	3,93	1,1	2,86	,74	3,1**	Torac			
Inferiore	3,93	1,22	2,8	1,14	2,6*	3,8	,56	2,86	,99	3**	4,06	1,48	2,6	1,40	2,7**	3,8	1,14	2,6	,98	3,07**				
Superiore	3,93	1,83	2,53	,91	2,6*	3,33	1,98	2,73	1,1	1,02	3,53	1,45	2,4	,82	2,6*	3,66	1,39	2,53	1,06	2,5*				
Medio	3,33	1,39	2,6	1,18	1,55	3,4	1,72	2,73	1,33	1,18	2,53	1,12	3,73	1,62	-2,3*	3,4	1,54	2,6	1,29	1,53	Addo			
Inferiore	3,26	1,58	2,46	,83	1,73	3,66	1,54	2,2	1,26	2,8**	3,66	1,29	2,73	1,43	1,87	3,33	1,44	2,73	,88	1,73				
Superiore	3	1,25	2,66	0,97	0,81	3,86	1,68	2,53	1,06	2,59*	4,06	1,66	2,33	0,97	3,47**	3,46	1,45	2,73	1,03	1,59				
Medio	3,46	1,24	2,46	0,99	2,4*	3,6	1,29	2,8	1,08	1,83	3,66	1,75	2,73	1,1	1,72	3,26	1,62	2,86	1,45	0,71	Dorsc			
Inferiore	3,46	1,35	2,6	0,98	2*	3,93	1,58	2,33	0,9	3,4**	3,6	1,76	2,93	1,48	1,11	3,4	1,63	2,6	1,24	1,5				
Superiore	3,26	1,75	2,8	0,86	0,92	3,86	1,76	2,46	1,35	2,4*	3,06	1,94	3	1,19	0,11	3,66	1,63	2,53	1,35	2,06*				
Medio	3,53	1,72	2,93	0,96	1,17	4,13	1,8	3,06	1,22	1,89	3,73	1,83	3,13	1,3	1,03	3,53	1,92	2,8	0,77	1,37	Glute			
Inferiore	3,6	1,92	3,2	1,14	0,69	3,66	1,87	2,73	1,03	1,68	4,13	1,4	2,8	1,52	2,49*	3,6	1,35	2,66	0,97	2,16*				

S= Sperimentale; C= Controllo; \*p= <,05; \*\*p= <,01; D.S.= Deviazione Standard

**Tabella III Intensità visiva.**

	Fasce orizzontali					Quadrante destro					Quadrante mediano					Quadrante sinistro					
	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	
Superiore	1,86	1,40	2,13	1,64	-,47	1,73	1,53	2	1,55	-,47	1,86	1,64	2,33	1,49	-,81	1,53	1,30	1,86	1,59	-,62	Dorso
Medio	1,8	1,37	2	1,55	-,37	2	1,64	2	1,73	0	2,06	1,48	1,46	1,72	1,02	1,86	1,40	1,73	1,79	,22	
Inferiore	1,53	1,59	1,44	1,66	-,24	1,73	1,38	2,13	1,80	-,68	1,73	1,22	1,86	1,59	-,25	1,6	1,45	1,93	1,48	-,62	
Superiore	1,46	1,59	2,33	1,44	-1,55	2,06	1,62	1,66	1,49	,702	1,6	1,40	1,8	1,82	-,33	1,46	1,80	2,93	1,43	-2,46*	Torace
Medio	1,46	1,59	1,53	1,50	-,118	1,6	1,76	1,66	1,23	-,12	1,93	1,79	1,26	1,43	1,12	1,2	1,69	1,66	1,44	-,81	
Inferiore	1,8	1,74	2,13	1,64	-,54	1,93	1,90	1,8	1,47	,21	1,8	1,89	2,2	1,47	-,64	1,86	1,80	1,73	1,33	,23	
Superiore	2,06	1,66	1,8	1,52	,45	2,06	1,75	1,73	1,58	,54	1,06	1,62	1,86	1,50	-1,39	1,86	1,68	1,6	1,40	,47	Addome
Medio	2,13	1,30	2,46	1,68	-,60	2,13	1,30	1,46	1,18	1,46	,86	1,50	2,26	1,94	-2,2*	1,46	1,59	2,2	1,20	-1,41	
Inferiore	1,8	1,82	1,26	1,33	,91	1,53	1,59	2,13	1,35	-1,10	1,33	1,58	1,93	1,58	-1,03	1,53	1,64	1,8	1,42	-,47	
Superiore	2,53	1,24	1,93	1,62	1,13	1,66	1,75	1,86	1,64	-,32	2,33	1,83	1,26	1,28	1,84	1,06	1,28	2,53	1,35	-3,04**	Glutei
Medio	2,46	1,35	1,93	1,53	1	2,06	1,28	1,53	1,35	1,10	1,46	1,59	1,8	1,61	-,56	1,66	1,49	1,8	1,32	-,25	
Inferiore	2,53	1,35	1,53	1,55	1,87	1,53	1,84	2,06	1,66	-,83	1,46	1,45	2,26	1,33	-1,56	1,2	1,52	2,06	1,71	-1,46	

S= Sperimentale; C= Controllo; \*p= <,05; \*\*p= <,01; D.S.= Deviazione Standard

zione in parti: 4,53 D.S. 1,5; media del torace globale dopo la scomposizione in parti: 3,6 D.S. 1,5; F 4,69 p<0,05). Abbiamo confrontato i due gruppi nella percezione simultanea delle tre fasce orizzontali (superiore, media e inferiore) osservando i seguenti risultati: è presente una differenza statisticamente significativa nella percezione cinestesica del "torace in tre parti" che è "sentito" con intensità maggiore nel gruppo di controllo rispetto al gruppo sperimentale (media gruppo di controllo: 1,4 D.S. 1,5. media gruppo sperimentale: 0,4 D.S. 0,91: t: -2,10

p<0,044;) e nella percezione del "dorso in tre parti" che è "visto" con un'intensità maggiore nel gruppo di controllo rispetto al gruppo sperimentale (media gruppo di controllo: 2,80 D.S. 1,32; media gruppo sperimentale: 1,73 D.S. 1,32 p< 0,039 t: 2,15). Nella Tabella I sono indicati i punteggi medi totali dei due gruppi relativamente alla latenza, all'intensità visiva e all'intensità cinestesica riferite alle aree corporee percepite globalmente (tronco, torace, addome, dorso, glutei; vedi Tab. I). Come si può osservare, le differenze

**Tabella IV Intensità cinestesica.**

	Fasce orizzontali					Quadrante destro					Quadrante mediano					Quadrante sinistro					
	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	S.	D.S.	C	D.S.	t	
Superiore	0,73	0,88	2,06	1,94	-2,4*	1,4	1,4	1,8	1,65	-0,71	0,86	1,06	1,4	1,95	-0,92	1,53	1,64	1,53	1,55	0	Dorso
Medio	0,73	1,33	1,8	1,47	-2*	0,26	0,59	1,8	1,78	-3,16**	1,4	1,59	2,33	1,63	-1,58	0,46	0,99	2,46	1,8	-3,75**	
Inferiore	0,86	1,3	1,33	1,63	-,86	0,66	1,17	1,6	1,54	-1,85	0,93	1,33	2,13	1,8	-2,06*	1,06	1,38	1,2	1,61	-0,24	
Superiore	0,33	0,9	1,06	1,48	-1,63	0,66	1,17	1,26	1,62	-1,15	0,86	1,12	2,13	1,59	-2,51*	0,93	1,38	1,26	1,62	-0,6	Torace
Medio	0,33	0,9	1,4	1,5	-2,3*	0,33	1,73	1,66	-2,980,6		1,18	2	1,69	-2,62*		0,8	1,32	1,73	1,48	-1,81	
Inferiore	0,86	1,35	1,26	1,66	-0,72	0,13	0,51	1,6	1,63	-3,3**	0,86	1,12	0,93	1,43	-0,14	0,46	0,99	1	1,3	-1,25	
Superiore	0,6	1,18	1,2	1,69	-1,12	0,46	1,06	1,26	1,83	-1,46	,66	1,29	2,06	1,87	-2,38*	0,73	0,88	1,26	1,75	-1,05	Addome
Medio	0,66	1,39	1,53	1,99	-1,37	0,53	0,99	1,93	1,53	-2,97**	1,86	1,76	1,66	1,58	0,32	0,66	1,04	0,86	1,8	-0,37	
Inferiore	1,26	1,33	2,2	2,04	-1,48	0,8	1,26	1,2	1,52	-0,78	1,06	1,43	1,53	1,59	-0,84	1	1,06	1,06	1,53	-0,13	
Superiore	0,13	0,51	1,46	1,59	-3**	0,86	1,35	2,26	1,66	-2,52*	0,86	1,24	1,73	1,43	-1,76	0,73	1,33	1,6	1,68	-1,56	Glutei
Medio	0,46	1,12	1,4	1,72	-1,75	0,6	1,29	2,26	1,62	-3,1**	0,8	1,37	1,53	1,8	-1,25	0,86	1,5	1,06	1,38	-0,37	
Inferiore	0,6	1,2	2	1,69	-2,5*	1	1,13	1,26	1,66	-0,51	0,93	1,03	2,06	1,83	-2,08*	1	1,36	1,73	1,53	-1,38	

S= Sperimentale; C= Controllo; \*p= <,05; \*\*p= <,01; D.S.= Deviazione Standard

nella percezione globale dei distretti compaiono soltanto per il dorso, dove il gruppo sperimentale presenta una più elevata latenza e una inferiore intensità visiva e cinestesica. Numerose differenze statisticamente significative compaiono, invece, nella percezione delle sottoaree di ogni distretto.

Nelle Tabelle I, II, III e IV sono indicati i punteggi medi, la deviazione standard della latenza, dell'intensità visiva e cinestesica globale e dei singoli distretti sia del gruppo delle anoressiche che di quello di controllo; nelle stesse Tabelle, sono indicate le *t* di Student per campioni indipendenti per il confronto tra i due gruppi, per ognuno dei punteggi considerati.

- Punteggi relativi alla latenza:

Per quanto riguarda la latenza (Tab. II) il gruppo sperimentale mostra dei tempi di latenza significativamente maggiori rispetto al gruppo di controllo in ventiquattro aree (Tab. I e II).

Non compaiono differenze statisticamente significative nei tempi di latenza della regione dorsale sinistra, del settore glutei sia a fasce che globalmente, del torace globalmente e in altri singoli quadranti (Tab. I e II).

- Percezione visiva:

Per quanto riguarda l'intensità visiva (Tab. III), non compaiono differenze statisticamente significative tra i due gruppi nella quasi totalità delle aree esaminate, con l'esclusione del quadrante superiore sinistro del torace, del quadrante mediano medio dell'addome e del quadrante superiore sinistro dei glutei. In tutti e tre i quadranti, la percezione visiva è più intensa per il gruppo di controllo.

- Percezione cinestesica:

Per quanto riguarda l'intensità cinestesica (Tab. IV), le differenze statisticamente significative compaiono solo per alcuni distretti (Dorso: fascia su-

periore e media, quadrante medio superiore, quadrante destro medio, quadrante sinistro medio. Torace: fascia media, quadrante mediano: zona superiore e quadrante destro: zona media superiore. Addome: quadrante medio superiore, quadrante destro medio. Glutei: fascia superiore inferiore, quadrante mediano: inferiore, quadrante destro: zona inferiore e media). In tutti i distretti del gruppo sperimentale presenta un livello di intensità cinestesica inferiore rispetto al gruppo di controllo.

In conclusione possiamo dire che globalmente il gruppo sperimentale presenta una maggiore latenza e un'intensità percettiva visiva e cinestesica inferiore, limitata per lo più ad alcuni distretti.

Per quanto riguarda la sensibilità al solletico i punteggi medi del gruppo sperimentale e di controllo sono rispettivamente per la durata del solletico nel gruppo sperimentale: media = 43 D.S. 39,72 gruppo di controllo: media = 63,30,17 *t*: -1,9 *p* < 0,01.

Per quanto riguarda le correlazioni tra la percezione del "solletico" e la percezione delle diverse aree del corpo, nel gruppo di controllo, si sono avuti i seguenti risultati significativi:

- durata del solletico con: intensità cinestesica al torace globale (,623)
  - durata del solletico con: intensità cinestesica ombelicale destra (-,623)
  - durata del solletico con: intensità visiva ombelicale sinistra (,55)
- Nel gruppo delle donne anoressiche le correlazioni significative tra la durata del solletico e la percezione delle diverse aree del corpo sono:
- durata del solletico con: intensità cinestesica al torace inferiore destro (,623)



- durata del solletico con: intensità cinestesica al torace inferiore destro ( ,515)
- durata del solletico con: intensità cinestesica sopraombelicale centrale ( ,657)
- durata del solletico con: intensità cinestesica al dorso inferiore sinistro ( ,849)
- durata del solletico con: int. cinest. al dorso inferiore destro ( ,577)
- durata del solletico con: intensità cinestesica al dorso mediano sinistro ( ,576)
- durata del solletico con: intensità cinestesica al dorso centrale mediano ( ,718)
- durata del solletico con: intensità visiva al dorso superiore mediano ( ,643)
- durata del solletico con: intensità visiva al dorso mediano destro ( ,529) intensità cinestesica ai glutei inferiori sinistri ( ,852)

Il livello di significatività per i dati sopra esposti è 0,05.

## CONCLUSIONI

Sulla base dei nostri risultati possiamo dire che il gruppo delle donne anoressiche mostra delle differenze rispetto al gruppo di controllo nella modalità di percezione delle informazioni sensoriali utilizzate nella costruzione dell'immagine corporea. Questa ipotesi sarebbe documentata dalla presenza del più elevato punteggio di latenza. Inoltre, l'intensità della percezione cinestesica è, nel gruppo sperimentale, particolarmente bassa sia considerando la somma delle informazioni sensoriali provenienti dai diversi distretti che dalla grande maggioranza dei singoli distretti.

Questi risultati sono coerenti con la problematica di queste pazienti che ruota intorno alla negazione della propria corporeità. Interessante è che

la negazione non si riferisce ad un processo di natura esclusivamente psicologico o mentale. Essa passa attraverso una concreta modalità di inibizione dell'informazione sensoriale. Questi dati sono coerenti, inoltre, con la ridotta sensibilità al solletico propria delle pazienti anoressiche esaminate. Anche in questo caso prevale l'inibizione che investe preventivamente una microesperienza piacevole.

È interessante sottolineare che il gruppo delle donne anoressiche si differenzia dal gruppo di controllo anche per quanto riguarda le correlazioni tra sensibilità al solletico ed immagine mentale. Infatti nel gruppo di controllo esistono solo poche correlazioni statisticamente significative: a) percezione cinestesica del torace globale e durata dell'esperienza del solletico ad indicare che la capacità di percepire uno stimolo piacevole è legato alla capacità di percepire una struttura (torace globale); b) percezione cinestesica della porzione ombelicale destra e durata della sensibilità al solletico: tale correlazione significativa è negativa ed è attualmente, secondo noi, di difficile interpretazione; c) percezione visiva ombelicale sinistra e durata della sensibilità al solletico: anche questa correlazione, per poter essere interpretata, richiede ulteriori chiarimenti. Nel gruppo delle donne anoressiche non compaiono nessuna delle correlazioni del gruppo sperimentale: non compaiono correlazioni tra sensibilità tattile e percezione di aree globalmente considerate, mentre singole porzioni vicine tra loro quali le aree inferiori del torace, dei glutei e del dorso percepite cinestesicamente si correlano positivamente con la durata del solletico. Le tre zone costituiscono praticamente un'unica fascia e, quindi, possiamo dire che c'è una certa coerenza: la percezione di una fascia costituita dalle porzioni inferiori del

torace di destra e sinistra e quella dell'addome, incuneata tra le due, consentono una maggiore tolleranza alla stimolazione tattile piacevole. Si tratta però sempre di aree vicine quanto a localizzazione, ma sempre percepite in modo separate. L'altro dato estremamente interessante che emerge dalle correlazioni è il rapporto tra tolleranza al solletico e percezione cinestesica di tutti i quadranti delle regioni posteriori del corpo. Correlazioni queste estremamente coerenti in senso spaziale e quanto a modalità (cinestesica), ma anche in questo caso si tratta di percezioni di singole aree e non di distretti più ampi.

Quest'ultimo dato va considerato alla luce del primo risultato da noi esaminato e cioè che la percezione cinestesica del gruppo delle anoressiche è nettamente inferiore a quella del gruppo di controllo. E quindi possiamo facilmente sostenere che per queste donne la sensibilità dell'esperienza piacevole cresce di pari passo con la sensibilità cinestesica. In conclusione possiamo dire che siamo in presenza di un meccanismo centrale di inibizione che interviene sia a modificare alcune forme particolari di sensibilità tattile cioè quelle piacevoli che a ridurre il peso dell'informazione cinestesica della costruzione dell'immagine corporea. Questo concetto dell'inibizione, anche se non in termini strettamente psicofisiologici, è particolarmente sottolineato dalla letteratura. Esso si applica sia alla percezione del corpo che ad esperienze piacevoli quali la sessualità (22).

Nel presente lavoro cerchiamo di cogliere le connessioni tra processi di costruzione dell'immagine corporea che rappresenta la componente esperienziale di base e singole esperienze fasiche di piacere inteso come evento di breve durata legato a stimolazioni esterne.

Noi consideriamo gli attuali r come primi rilievi che richiedono riori approfondimenti. Tra que posto importante richiede l'ana confronto della costruzione dell' gine corporea tra diverse culture

#### BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders, 4° ed. (DSM-IV) Washington, D.C.: 597.
2. Fisher S. Development and structure of body image. London Erlbaum; 1975.
3. Schilder P. Immagine di sé e immagine corporea. Milano: F. Angeli ed. 1911-150.
4. Ruggieri V, Milizia M, Romano M. The effect of body image on tactile sensitivity: a study of pregnancy. *Perceptual and Motor Skills*, 1979; 49: 555-563.
5. Ruggieri V, Milizia M, Sabatini MT. Body Perception in relation to skin tone at rest and tactile sensitivity. *Perceptual and Motor Skills* 1983; 56: 799-806.
6. Ruggieri V, Milizia M. Tickle perception as micro-experience of pleasure: phenomenology on different parts of the body and relation to cerebration. *Perceptual and Motor Skills* 1983; 56: 903-914.
7. Ruggieri V, Milizia ME, Angeli M. Relation to cutaneous (tickle) and pleasure by dermatopathic subjects. *Perceptual and Motor Skills*. 1983; 56: 903-910.
8. Newman B, O'Grady MA, Ryan C, Thomas NS. Pavlovian conditioning of tickle response of human subjects: delay and delay conditioning. *Perceptual and Motor Skills*, 1993; 77: 779-785.
9. Ruggieri V. *Mente Corpo Malattia*. Il Pensiero Scientifico Ed. 1988; 94.
10. Ruggieri V. *Scienze Psicofisiologiche e Psicosomatiche*. Il Pensiero Scientifico Ed. 1987; 10.
11. Ruggieri V, Galati D, Lombardo G. Processi di costruzione dell'immagine corporea. *Realtà e Prospettive in Psicologia*. Roma: Ed. Scientif. A.S.P.I. 5/6/7: 71-90, 1993.
12. Allebeck: In *Body image assessment in anorexia nervosa patients and in students by means of video-distortion reality study*. *J Psychosom Res* 36(1): 89-97.
13. Bowden PK, Touyz SW, Rodriguez Hensley R. Distorting patients or

- ting instrument? Body shape disturbate in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry*, 1989; 155: 196-201.
14. Bruch H. Patologia del comportamento alimentare. Milano: Feltrinelli 1993: 31-47.
  15. Ford KA, Dolan BM, Evans C. Cultural factors in the eating disorders: a study of body shape preferences of arab students. *J Psychosom Res* 1990; 34: 501-507.
  16. Hamilton K, Waller G. Media influences on body size estimation in anorexia and bulimia: An experimental study. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 837-884.
  17. Meerman, Freeman, Touyz. In Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video-distorsion: A reliability study. *J Psychosom Res* 1992; 36(1): 89-97.
  18. Miscz JS. The Body Image Detection Device versus subjective measures of weight dissatisfaction: A Validity comparison. *Addic Behav*, 1992; 17(2): 125-136.
  19. Molinari E. Body size estimation in anorexia nervosa. *Perceptual and Motor Skills Vol.* 1995; 81: 23-31.
  20. Probst M, Van-Coppenolle H, Vandereycken W, Goris M. In Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video-distorsion: A reliability study. *J Psychosom Res* 1992; 36(1): 89-97.
  21. Rozin P, Fallon A. Body Image, attitude to weight, and dispercptions of figure preferences of the opposite sex: a comparison of men and women in two generations. *J Abnormal Psychol* 1988; 97: 342-345.
  22. Ruggieri V, Fabrizio ME. La problematica corporea nell'analisi e nel trattamento dell'anorexia mentale. Roma: Ed. Universitarie Romane 1994: 71-100.
  23. Seebach EE, Norris RC. A Brunswikian-model for body image research in patients with eating disorders. Fifth Biennial Conference on Adolescent Research. *J Adolesc Res* 1989; 4(3): 299-318.
  24. Vandereycken W, Probst M, Van-Bellinghen M. Treating the distorted body experience of anorexia nervosa patients. *J Adolesc Health*, 1992; 13(5): 403-405.
  25. Williamson DA, Cubic BA, Gleaves DH. Equivalence of body image disturbance in anorexia nervosa and Bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 1993; 102(1): 177-180.
  26. Ruggieri V, Guerrera A. Analisi di alcuni aspetti del comportamento oro-alimentare. *Med Psicosomatica* 1984; 29: 143-160.
  27. Ruggieri V, Massacesi R. Obesità, stili oro-alimentari, ostilità e contatto interpersonale. Dati non pubblicati, 1986.
  28. Ruggieri V, Fabrizio ME. Schemi gestuali nell'anorexia mentale. Atti del VI Convegno di studio sull'obesità, Terni 4-5 Nov. 1993 pp. 254.
  29. Ruggieri V, Fabrizio ME. Riabilitazione posturale nell'anorexia mentale. Atti del III Convegno "Patologie da Alimentazione e Nutrizione" Roma 23-25 Marzo 1994: 134.
  30. Kohut H. The Analysis of the self. New York: International University Press, 1971: 12-143.
  31. Ruggieri V, Fabrizio ME, D'Ippolito A, Sapore L. Analisi del contatto interpersonale e del narcisismo nell'anorexia mentale, Atti del VII Convegno di Studio sull'Obesità, Terni 19-20-21 Ottobre 1995: 51-59.