

**IPOCONDRIA E  
IMMAGINE CORPOREA**

**Vezió Ruggieri, Maria Castellano, Marilisa Fiocca**

## INTRODUZIONE

Nella presente ricerca intendiamo mettere a fuoco le relazioni ipotetiche tra atteggiamenti ipocondriaci e alcune modalità di costruzione dell' immagine corporea. Alla base di questa ipotesi c' è un particolare modello che inquadra il fenomeno ipocondria all' interno di processi psicofisiologici (Ruggieri, Castellano,1993). Questo modello si fonda su due pilastri fondamentali che sono quello del narcisismo e quello del ruolo del corpo nella produzione di segnali. Questi due pilastri concettuali sono, a loro volta, strettamente collegati tra loro. Abbiamo definito il narcisismo attraverso una rilettura psicofisiologica di alcuni concetti di Kohut: punto centrale di questa operazione è nell' enfasi posta sul processo di integrazione di diversi livelli esperienziali, di cui quello corporeo costituisce l' insostituibile asse centrale. La patologia narcisistica è il risultato di difficoltà nel processo di integrazione da parte dell' Io di diversi livelli di esperienze fisiche e psichiche (Ruggieri, Fabrizio, 1994). Per capire questo processo è necessario immaginare il corpo come una sorgente continua di eventi/informazioni che devono essere integrati dal Sistema Nervoso Centrale. Tali informazioni hanno un' azione sul Sistema Nervoso Centrale che può essere sia di tipo eccitatorio che inibitorio. In altro lavoro per esempio, a questo proposito, abbiamo messo in evidenza l'esistenza di patologie da carenza di segnali di stop (Ruggieri, 1987). In questo caso, per la mancanza di segnali corporei, (provenienti dalla cute, dai muscoli, etc.) non si avrebbe un abbassamento del livello centrale encefalico di eccitazione (ansia). Nello stesso lavoro abbiamo ipotizzato che tale meccanismo di regolazione dei livelli di eccitazione centrale da parte della periferia del corpo, possa essere appreso nelle precoci fasi di sviluppo e diventare però nel tempo un tratto relativamente stabile di personalità. Lo sfondo culturale più remoto di questa concezione è costituito dalle brillanti ricerche di Harry F. Harlow e collaboratori (1959) sulle scimmie Rhesus. Nel suo esperimento, Harlow costruì due surrogati di madre: uno fatto da un cilindro di fili di ferro, l' altro di legno , ricoperto di gommapiuma e rivestito di un tessuto spugnoso. L' ipotesi da verificare era quella di vedere se le scimmiette avrebbero orientato o meno il loro "attaccamento" sulla base della nutrizione. I risultati dell' esperimento verificarono che la variabile nutrizione non aveva alcun effetto sull' attaccamento preferito dalle scimmiette: tutte passavano la maggior parte della giornata " attaccate" alla "madre di stoffa". Inoltre, esposte a stimoli paurosi, tutte quante si aggrappavano alla "madre di stoffa" e mostravano in tal modo di tranquillizzarsi. Riportando il discorso attorno al nostro tema dell' ipocondria,

diciamo innanzitutto che ci riferiamo ad una dimensione e non ad una rigida categoria psichiatrica. In quanto dimensione, atteggiamenti ipocondriaci possono essere presenti in diversa misura in una popolazione di soggetti considerati da un punto di vista psichiatrico perfettamente normali. A questo punto formuliamo la nostra ipotesi circa l' ipocondria ricordando innanzitutto che l' operazione narcisistica fondamentale consiste nel dare coerenza e unità contestuale agli eventi corporei nei diversi livelli funzionali. Nell' ipocondria questo meccanismo sarebbe alterato per una difficoltà di tipo narcisistico (Ruggieri, Castellano, 1993) per la quale il soggetto non è in grado di operare l' integrazione e la sintesi di diverse attività corporee. A causa di questa ipotizzata difficoltà alcuni eventi somatici non sarebbero ben inseriti nei giusti contesti funzionali. Alcuni eventi corporei finirebbero per risultare decontestualizzati. Tali eventi finirebbero per assumere il ruolo di segnali negativi inquietanti, eventi mal interpretabili in una rappresentazione ordinata dei normali processi corporei. Questo fenomeno della regolamentazione narcisistica degli eventi corporei è strettamente legato, secondo il nostro modello, a quel fondamentale fenomeno psicofisiologico che chiamiamo di costruzione dell' immagine corporea (Ruggieri, D'Ippolito, Sapora,1993). A proposito di immagine corporea noi superiamo l' antica distinzione tra schema corporeo e immagine corporea con Fisher:"Non ha molto senso parlare di una semplice e unitaria immagine corporea o schema corporeo. L' organizzazione dell' esperienza corporea è multidimensionale. In ogni momento un individuo può simultaneamente controllare tanti differenti aspetti del suo corpo, come la sua posizione nello spazio, l' integrità dei suoi confini, il suo relativo rilievo nel campo percettivo totale, i cambiamenti nelle sue dimensioni apparenti, e così via". Per noi l' immagine corporea è una sorta di mappa corticale di tutti i livelli funzionali corporei che si traduce in immagine-rappresentazione che a sua volta organizza la stessa attività corporea. In altri termini la costruzione dell' immagine corporea avviene attraverso la sintesi e l' integrazione delle varie afferenze che, dalla periferia corporea, arrivano alla corteccia cerebrale (lobo parietale). Dunque l' immagine corporea costituisce uno specchio dell' attività della periferia corporea: ma tale attività è a sua volta modulata dalla stessa immagine corporea. Infatti, secondo la nostra ipotesi, il processo di costruzione dell' immagine corporea sarebbe circolare e produrrebbe una corrispondenza tra la rappresentazione dell' attività e l' attività stessa. Perciò l' immagine corporea assume un ruolo di "ponte"che si colloca tra periferia e centro (Ruggieri, D' Ippolito, Sapora,1993). Pertanto diciamo che quando alcuni segnali corporei, per un disordine di tipo narcisistico, non sono ben contestualizzati a livello dell'

immagine-rappresentazione del corpo stesso, finiscono con l' assumere il ruolo di eventi vaganti che rendono inquieta la stabilità omeostatica. Poiché la costruzione dell' immagine corporea si pone in una dinamica circolare rispetto al corpo, è possibile ipotizzare che l' immagine corporea non sia in grado di raccogliere e organizzare tutte le informazioni corporee. In altri termini, alcuni eventi corporei si sottrarrebbero a questo processo circolare che lega il corpo alla sua rappresentazione (immagine corporea). Quanto abbiamo finora affermato è però soltanto una cornice ampia. Nel presente lavoro intendiamo esaminare in modo più limitato solo un aspetto di questo complesso processo ipotizzato. Infatti, se la costruzione dell' immagine corporea è in gran parte il prodotto di sintesi di informazioni visive e cinestesiche provenienti dal corpo, ci chiediamo se ci sia un rapporto tra modalità dell' informazione sensoriale che esita nella costruzione dell' immagine corporea, e livelli delle diverse componenti/scale della dimensione ipocondriaca. A questo proposito ricordiamo brevemente che il nostro gruppo di lavoro ha elaborato un test che cerca di esaminare il peso che le informazioni sensoriali, tattili e visive delle diverse aree del corpo, hanno nella costruzione di mappe corticali centrali.

## **SOGGETTI**

Il gruppo era composto da 30 studentesse di Psicologia di età compresa tra i 20 e i 30 anni.

## **STRUMENTI**

Lo studio del comportamento nei confronti della malattia è stato effettuato attraverso l'I.B.Q., Illness Behaviour Questionnaire (Spence e Pilowsky, 1981), che si presenta come un test dimensionale. Le scale del questionario sono:

1. Ipocondria generale, che misura gli atteggiamenti fobici nei confronti della malattia.
2. Convinzione di malattia, che misura gli atteggiamenti del soggetto verso ogni sintomo e la sua certezza di avere una malattia fisica.
3. Percezione psicologica contro percezione somatica, in cui un punteggio basso indica la tendenza a somatizzare, mentre un punteggio alto indica la capacità di concettualizzare la malattia in termini psicologici.
4. Inibizione affettiva, che misura la difficoltà del soggetto ad esprimere sentimenti personali ad altri.
5. Disforia, che misura ansia e depressione.
6. Negazione, che valuta l'uso che il soggetto fa della malattia per negare gli altri suoi problemi.
7. Irritabilità, che misura gli attriti interpersonali.

L'esame dello schema corporeo è stato effettuato mediante il S.I.B.I.T.. Il Sensorial Integration Body Imagery Test di Ruggieri esplora la percezione corporea, più precisamente intende valutare il grado di integrazione corporea attraverso: a) la misura del tempo impiegato da un soggetto per percepire parti del proprio corpo suggerite dallo sperimentatore (latenza); b) la modalità percettiva utilizzata dal soggetto; c) l'intensità della percezione. In questo studio il test è stato utilizzato per le seguenti parti del corpo: il torace e l'addome.

Si chiedeva al soggetto di percepire prima il torace ed infine l'addome. In un secondo tempo si chiedeva al soggetto di dividere idealmente il torace in più porzioni (torace superiore, torace medio, torace inferiore) e percepire queste porzioni isolatamente. Infine, facendo immaginare al soggetto due righe verticali che percorressero queste tre fasce orizzontali, egli

doveva dividere il torace in 9 parti : parte inferiore sinistra, parte superiore centrale, parte mediana destra, parte inferiore mediana, parte inferiore destra, parte mediana sinistra, parte centrale mediana, parte superiore destra, parte superiore sinistra. Anche queste parti dovevano essere percepite isolatamente. La stessa suddivisione veniva effettuata anche per l' addome. Il soggetto era poi invitato a percepire nuovamente nella sua globalità il torace e l' addome.

## **PROCEDURA**

I due tests sono stati somministrati individualmente ed in modo randomizzato nel laboratorio di Psicofisiologia Clinica dell' Università "La Sapienza" di Roma.

Al momento della presentazione del Sensorial Integration Body Imagery Test, si spiegava al soggetto cosa significa il termine "percepire" leggendo le seguenti istruzioni: "si può percepire visivamente o cinestesicamente cioè sentire la presenza corporea (es. puoi vedere il tuo braccio o sentirne la presenza). Io le indicherò delle parti del corpo e lei risponderà non appena le vedrà o le sentirà dando la priorità, se le percepirà in entrambi i modi nel dire "la vedo e la sento, o la sento e la vedo", a seconda dell' ordine della percezione.

Userà inoltre una scala che va da 0 a 5 dove lo 0 indica nessuna percezione e il 5 la massima percezione possibile. Per esempio quando le suggerirò di percepire una parte del corpo, mi potrà rispondere: "la vedo 3 e la sento 2" che significa che prima l' ha percepita visivamente e poi l' ha percepita cinestesicamente con una minore intensità rispetto all' immagine. Se ha delle domande da farmi, le faccia ora perché poi useremo una cassetta che metteremo nel registratore e non potrò più rispondere".

Se il soggetto ancora non avesse capito, si poteva fare una prova facendogli chiudere gli occhi e dicendogli: "cerchi di percepire globalmente il suo braccio... Quando lo avrà fatto mi dica di sì... Lo ha visto o lo ha sentito?" In questo modo era possibile operare una correzione se il soggetto dimenticava la priorità o l' intensità.

Una volta azionato il registratore, la voce registrata sul nastro magnetico forniva le seguenti istruzioni:

"Si sieda comodamente sulla sedia, in modo che sia il più rilassato possibile. Ora chiuda gli occhi e cerchi di percepire il torace, globalmente, nel suo insieme. Quando lo avrà fatto mi dica di sì "; e così per tutte le altre parti del corpo. Non appena la voce del registratore

pronunciava la parte del corpo da percepire, si azionava un cronometro che veniva bloccato non appena il soggetto rispondeva “sì”.

Dopo ogni misura di latenza, si chiedeva al soggetto che tipo di modalità percettiva aveva utilizzato per percepire ogni singola area: se visiva, cinestesica, o doppia, visiva e cinestesica. Inoltre, venivano registrate le intensità della percezione per ogni modalità.

## **RISULTATI**

I punteggi medi e le deviazioni standard del test sull' immagine corporea, S.I.B.I.T. riferite alle latenze e alla percezione visiva e cinestesica del torace e dell' addome, percepiti sia globalmente sia analiticamente per sottodistretti, sono indicati nelle tabelle Ia, Ib, Ic, Id, Ie, If. Nella tabella II sono indicati i punteggi medi e le deviazioni standard delle scale relative all' IBQ, Illness Behaviour Questionnaire. Nella tabella III sono indicate le correlazioni di Pearson. Come si può osservare nella tabella III, l' Ipocondria Generale si correla positivamente con l' intensità della percezione visiva di 5 distretti toracici: superiore in toto, superiore mediano, mediano destro, inferiore e superiore destro. Inoltre è positiva la correlazione con la percezione visiva della regione ombelicale e della porzione sopraombelicale sinistra. La percezione cinestesica finale dell' addome globale e quella della parte sopraombelicale destra mostrano una correlazione negativa con questa scala. Interessante é l' assenza di correlazioni significative tra percezione cinestesica del torace (sia globalmente che in singoli distretti) e la scala dell' Ipocondria Generale.

La convinzione di malattia si correla positivamente con la percezione visiva di ben 10 parti: 5 del torace e 5 dell' addome. Inoltre si correla positivamente con la percezione cinestesica di 3 parti: 1 del torace e 2 dell' addome. Negativa é la correlazione soltanto con la percezione cinestesica della fascia inferiore del torace (-0.35).

Per quanto riguarda la Percezione Psicologica contro Somatica essa si correla positivamente con la percezione visiva di 5 parti del torace e 6 dell' addome; si correla positivamente con la percezione cinestesica della parte superiore destra del torace e negativamente con la parte inferiore mediana.

L' Inibizione Affettiva si correla positivamente con la percezione visiva di 4 parti del torace. Si correla negativamente con la percezione cinestesica della parte inferiore destra del torace e del torace globale (nella percezione finale), per quanto riguarda l' addome con la parte sottombelicale centrale.

Disforia e Negazione hanno un andamento parallelo con la crescita dell' intensità visiva . L' Irritabilità mostra correlazioni negative con la percezione visiva dell' addome globale , con la parte inferiore mediana del torace e con la parte ombelicale. Positiva é la correlazione con la parte sopraombelicale centrale e con la parte superiore e superiore mediana del torace.

L' Irritabilità mostra nelle correlazioni un comportamento che si diversifica dalle altre scale, infatti compaiono in prevalenza correlazioni negative tra l' intensità di percezione visiva di 2 aree addominali e 1 toracica.



SETTORI GLOBALI	TAB.Ia		TORACE		ADDOME					
	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.				
LAT.	4.9	4.0			4.4	6.6				
INT.VISIVA	1.600	1.453			2.000	1.819				
INT.CINES.	3.133	1.570			3.400	1.276				
LATENZA	TAB.Ib		TORACE		ADDOME					
	FASCE	ORIZZ.	QUADR.	DESTRO	QUADR.	MEDIANO	QUADR.	SINISTRO		
	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.		
SUPERIORE	3.8	3.9	3.9	6.4	3.8	4.0	3.5	6;5		
MEDIO	4.0	5.0	3.5	3.4	3.7	8.2	4.7	6.3	TORACE	
INFERIORE	5.7	10.3	5.1	9.3	4.2	6.0	2.8	2.5		
SUPERIORE	3.0	3.3	2.9	3.2	3.1	4.2	3.8	5.8		
MEDIO	2.7	2.8	3.7	4.6	2.6	3.2	3.6	4.8	ADDOME	
INFERIORE	3.4	4.5	4.6	9.3	2.6	2;7	3.1	3.1		
INTENSITA'	TAB.Ic		TORACE		ADDOME					
	VISIVA FASCE	ORIZZ.	QUADR.	DESTRO	QUADR.	MEDIANO	QUADR.	SINISTRO		
	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.		
SUPERIORE	2.567	1.455	2.833	1.440	2.800	1.584	2.400	1.545		
MEDIO	2.000	1.597	2.567	1.478	2.867	1.814	2.100	1.539	TORACE	
INFERIORE	2.367	1.520	2.367	1.542	2.000	1.661	2.467	1.383		
SUPERIORE	2.367	1.790	2.467	1.479	2.700	1.745	2.300	1.368		
MEDIO	2.600	1.940	2.200	1.375	3.233	1.633	2.367	1.245	ADDOME	
INFERIORE	2.500	1.717	2.467	1.502	2.433	1.612	2.467	1.306		
INTENSITA'	TAB.Id		TORACE		ADDOME					
	CINEST. FASCE	ORIZZ.	QUADR.	DESTRO	QUADR.	MEDIANO	QUADR.	SINISTRO		
	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.		
SUPERIORE	2.800	1.518	2.333	1.936	2.233	1.851	2.200	1.730		
MEDIO	2.267	1.574	1.900	1.807	3.433	1.654	1.300	1.368	TORACE	
INFERIORE	2.400	1.754	1.967	1.732	2.667	1.626	1.833	1.724		
SUPERIORE	2.733	1.639	1.600	1.589	2.933	1.530	1.900	1.689		
MEDIO	3.267	1.680	1.867	1.697	3.267	1.680	1.767	1.832	ADDOME	
INFERIORE	3.200	1.518	2.067	1.929	3.000	1.722	1.833	1.877		
SETT.	TAB.Ie		TORACE		ADDOME					
	GLO.FIN. LATENZA		INT.VISIVA		INT.CINEST.					
	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.				
TORACE	4.2	5.7	2.667	1.988	3.633	1.377				
ADDOME	3.3	3.3	3.133	1.814	3.233	1.755				
DIVISIONE	TAB.If		TORACE		ADDOME					
	SOTDIS. LATENZA		INT.VISIVA		INT.CINEST.					
	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.	MEAN	St.dev.				
3 PARTI	4.2	6.8	3.233	1.547	1.400	1.545			TORACE	
9 PARTI	5.6	5.9	3.767	1.040	0.633	1.189				
3PARTI	3.5	5.5	3.333	1.322	1.433	1.794			ADDOME	
9 PARTI	5.1	7.6	3.500	1.253	1.000	1.640				
Legenda: vedi testo.										
SCALE IBQ	TAB.II									
	MEAN	St.dev.								
IPOCONDRIA	2.36	2.22								
CONVINZIONE	1.50	1.19								
P.PS./SOM.	2.73	0.69								
INIBIZ.AFFETT.	1.76	1.61								
DISFORIA	2.96	1.44								
NEGAZIONE	2.13	1.33								
IRRITABILITA'	1.36	1.49								
Legenda: le scale del test I.B.Q. sono: Ipocondria generale, Convinzione di malattia, Percezione psicologica contro somatica, Inibizione affettiva, Disforia, Negazione, Irritabilità.										

**TAB. III**

**INTENSITA' VISIVA**

<b>Ipocondria</b>		<b>Convinzione</b>		<b>Psic/Somatica</b>		<b>Inibizione Aff.</b>		<b>Disforia</b>		<b>Negazione</b>		<b>Irritabilità</b>	
superiore	0,376	9 parti tor.	0,457	9 parti tor.	0,388	superiore	0,362	su/me/inf	0,438	sup.med.	0,35	superiore	0,443
sup. med.	0,47	med. dx	0,447	infer. sin.	0,356	infer.sin.	0,428	mediana	0,451	med.dx	0,475	sup.med.	0,351
med. dx	0,48	centr. med.	0,425	sup. med.	0,392	med. dx	0,382	9 parti torace	0,406	sup.sin.	0,525	infer.med;	-0,484
inf. dx	0,499	sup. dx	0,463	infer. med.	0,493	infer.dx	0,472	infer;dx	0,371	9 parti addome	0,462	addome	-0,473
sup. dx	0,404	sup. sin.	0,469	cent.med.	0,408			9 parti add	0,419	sopr.cent.	0,459	ombelicale	-0,454
sopr. sin.	0,351	ombelicale	0,392	addome	0,434			sopr.sin.	0,396			sopr.cent.	0,476
omb. centr.	0,436	sopr. dx	0,563	sopraomb.	0,478			omb.cent.	0,505				
		omb. dx	0,447	omb. dx	0,475								
		sopr. sin.	0,431	sopr.sin.	0,458								
		omb.sin.	0,494	sott.dx	0,368								
				omb. sin.	0,395								

**INTENSITA' CINESTESICA**

<b>Ipocondria</b>		<b>Convinzione</b>		<b>Psic/Somatica</b>		<b>Inibizione Aff.</b>		<b>Disforia</b>		<b>Negazione</b>	
sopr.dx	-0,37	superiore	0,361	infer.med.	-0,39	infer.dx	-0,37	omb.dx	0,405	so/om/sot	0,379
addome	-0,38	inferiore	-0,35	super.dx	0,378	torace glob.	-0,38				
		sopr.cent.	0,415			sott.cent.	-0,41				
		sopr.sin.	0,35								

Legenda: vedi testo.

## CONCLUSIONE E COMMENTO

In conclusione possiamo dire che i nostri risultati confermano ampiamente l'ipotesi dell'esistenza di relazioni tra alcuni aspetti della costruzione dell'immagine corporea e atteggiamenti ipocondriaci. Le relazioni tra percezione corporea e ipocondria sono differenti se ricordiamo che nello studio della costruzione dell'immagine corporea, da noi effettuato attraverso il S.I.B.I.T. (Ruggieri, Galati, Lombardo, 1993, Ruggieri, Marone, Fabrizio, 1997) abbiamo considerato modalità differenti di percezione corporea: 1) la percezione globale di alcuni distretti del corpo legata prevalentemente ad operazioni di sintesi percettiva di sub-unità distrettuali; 2) la percezione focalizzata su distretti di minore ampiezza dovuta ad operazioni di scissione di parti, di separazione tra aree somatiche effettuata attraverso una diversa focalizzazione attentiva; 3) la percezione di ampie aree (percezione globale) che è diversa se avviene dopo una fase di esperienza percettiva analitico-distrettuale. Ad una osservazione superficiale emerge che la relazione tra alcuni aspetti della costruzione dell'immagine corporea e atteggiamenti ipocondriaci investe prevalentemente la modalità percettiva visiva e meno, o solo in minor misura, quella cinestesica. Questo discorso è particolarmente evidente per quasi tutte le scale del test I.B.Q. tranne che per l'Irritabilità. Come descritto nei risultati, il punteggio d'ipocondria cresce parallelamente alla percezione visiva di alcuni distretti toracici. In altri termini, quanto più un soggetto percepisce visivamente singoli distretti toracici o un torace "diviso" in parti, tanto più alto è il punteggio di Ipocondria Generale! Appare dunque più chiaro il legame tra Ipocondria Generale e tendenza ad una percezione distrettuale visiva parcellizzata del torace. In altri termini se il soggetto "vede troppo" singoli distretti toracici ed addominali tende ad avere anche alti punteggi di ipocondria generale. Inoltre la percezione cinestesica globale finale dell'addome (dopo la percezione dei singoli distretti) è negativa. Pertanto per quanto riguarda la percezione globale dell'addome, un'elevata percezione cinestesica si accompagna ad una ridotta ipocondria generale. Si potrebbe quasi pensare che il soggetto possa ridurre la sua ipocondria spostando l'attenzione sulla percezione globale cinestesica dell'addome.

Se, oltre all'Ipocondria Generale, passiamo ad analizzare i rapporti tra le altre scale del test e le modalità percettive della costruzione dell'immagine corporea, ci rendiamo conto che è difficile individuare un'unica linea di tendenza ed un unico schema funzionale.

Si ha una tendenza a confermare l'andamento generale anche nella Disforia e nella Negazione dove la correlazione tra punteggio di queste scale e percezione cinestesica si riferisce soltanto a poche aree. Molto omogeneo è il punteggio di Inibizione Affettiva. In questo caso è facile ipotizzare, secondo il nostro modello, che l'Inibizione Affettiva vada di pari passo con la carenza di informazioni di tipo cinestesico-muscolare-cutaneo provenienti dal corpo. Tale carenza di informazioni sarebbe espressione diretta di un meccanismo di inibizione che coinvolge anche quei distretti somatici che sono alla base del vissuto dell'affettività. Il nostro modello, infatti, presuppone una stretta relazione tra cambiamenti corporei e vissuti emozionali-affettivi, pertanto l'Inibizione Affettiva è anche una inibizione degli eventi corporei. I nostri dati hanno rilevato la presenza di una stretta interazione fra esperienze ipocondriache ed un'immagine corporea costruita prevalentemente su informazioni corporee di tipo visivo, mentre per la maggior parte delle scale le

correlazioni negative si riferiscono alle informazioni di tipo cinestesico. Si ha quasi l' impressione che la costruzione dell' immagine corporea su base visiva supplisca in qualche modo all' esperienza cinestesica, specialmente nei soggetti portatori di ipocondria. Ritorna pertanto il nostro modello, esposto già in precedenti ricerche (Ruggieri, Castellano, 1993), secondo cui il fenomeno ipocondriaco sarebbe in qualche modo legato ad una carenza di chiari segnali prevalentemente cinestesici provenienti dal corpo. Secondo questo modello la indeterminatezza di questi segnali sarebbe produttrice di un' ansia relata alla propria esperienza corporea. Unica vistosa eccezione a questa tendenza generale è rappresentata da una scala in particolare: quella dell' Irritabilità che mostra una correlazione negativa con l' informazione visiva corporea. Per interpretare questo dato, sottolineiamo innanzitutto il fatto che la percezione visiva, oltre che essere il prodotto di una sintesi di afferenze, è anche una sorta di controllo sull' esperienza stessa. In mancanza di segnali corporei diretti cinestesici l' informazione visiva diventa una sorta di controllo che si fa garante diretto dell' esistenza del corpo. Se, dunque, l' immaginazione visiva circa il corpo si correla negativamente con la scala dell' Irritabilità, si può ipotizzare che quest' ultimo processo derivi proprio dalla percezione del pericolo di non esistenza che può emergere in rapporto alla scarsità di segnali visivi. In un' estrema sintesi rileviamo che: 1) sono emerse correlazioni significative tra le scale I.B.Q. ed alcune modalità di costruzione dell'immagine corporea, e sono più fortemente rappresentate quelle visive (sia per il torace, sia per l' addome); 2) le informazioni cenestesiche correlate sono meno numerose, spesso negative e si riferiscono maggiormente a singoli distretti. Quando si riferiscono alla percezione globale riguardano l' addome nell' Ipocondria Generale (correlazione negativa), nell' Irritabilità (negativa); il torace globalmente nell' Inibizione Affettiva (negativa). Ciò vuol dire che quanto più cresce la problematica ipocondriaca, tanto meno, si percepiscono cenestesicamente il torace e l' addome; 3) terzo elemento interessante é che spesso per alcune scale compaiono delle contraddizioni: nel contesto di una maggioranza di correlazioni positive compaiono correlazioni di segno opposto. Pertanto in questa ricerca ci limitiamo a segnalare l' esistenza di queste numerose correlazioni. Sono indispensabili ulteriori e più approfondite ricerche per mettere meglio a fuoco il significato di queste relazioni. Resta comunque l'ipotesi generale che la presenza di segnali corporei, che sono alla base di un vissuto di ipocondria, possano comparire in rapporto ad una modalità, efficace o meno, di sintesi dell' informazione sensoriale corporea che dà luogo all' immagine corporea.

## BIBLIOGRAFIA

- Fisher S., Cleveland S. E., *Body Image and Personality*, Princeton, Van Nostrand, 1958
- Kohut H., *Narcisismo e analisi del sé*, Boringhieri, Torino, 1976
- Illness Behaviour Questionnaire*, Spence e Pilowsky, 1981
- Ruggieri V., *L'esperienza estetica, fondamenti psicofisiologici per un'educazione estetica*, Roma, 1997
- Ruggieri V., *Semeiotica di processi psicofisiologici e psicosomatici*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1987
- Ruggieri V., Castellano M.: *Rapporti tra le dimensioni del narcisismo e dell' ipocondria: un' ipotesi psicofisiologica*, in "Attualità in psicologia", n. 4, pp. 21-27, 1993
- Ruggieri V., D' Ippolito A., Saporà L.: *un trattamento integrato dell' obesità*, in "Realtà e prospettive in psicofisiologia", Ed. Scient. A.S.P.I.C., anno III, num.5/6/7, pp. 13-32, maggio 1993
- Ruggieri V., Fabrizio M. E., *La problematica corporea nell'analisi e nel trattamento dell'anoressia mentale*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1994
- Ruggieri V., Galati D., Lombardo G., *Processi di costruzione dell' immagine corporea*, in "Realtà e prospettive in psicofisiologia", n. 5/6/7, pp.71-90, maggio 1993
- Ruggieri V., Marone P., Fabrizio M. E., *Immagine corporea, sensibilità tattile al solletico e anoressia mentale*, Cibus, n. 1, pp. 11-21, Aprile 1997
- Ruggieri V., Sera G.P., *La Percezione corporea nell' organizzazione dell' attitudine posturale e del movimento*, in "Perceptual and Motor Skills", 1996, n. 82, pp.307-312
- Schrier A.M., Harlow H.F., Stollnitz F., *Behaviour of non human primates*, 2, 463-493, Academic Press, New York, 1965 in Canestrari R., *Psicologia generale e dello sviluppo*, vol. I, CLUEB, Bologna, 1984

## SUMMARY

Abbiamo esaminato la relazione tra il fenomeno Ipocondria, considerata come una dimensione e non come categoria patologica, e il modo di costruire l'immagine corporea in 30 donne, studentesse di Psicologia, di età compresa tra i 20 ei 30 anni.

Gli strumenti utilizzati sono stati:

- 1) S.I.B.I.T.
- 2) I.B.Q.

I risultati hanno mostrato interessanti relazioni tra il fenomeno Ipocondria esplorato da diverse scale e i canali percettivi privilegiati nella costruzione dell'immagine corporea. In particolare è emerso che i punteggi delle diverse scale del test sull'Ipocondria, tendono a crescere in rapporto all'intensità della percezione del corpo di tipo visivo. I dati sono stati interpretati alla luce di un modello psicofisiologico integrato.