

DALLO SCHEMA CORPOREO ALL'IMMAGINE CORPOREA: LA COMPLESSITÀ DEL VISSUTO CORPOREO

Nicola Lalli, 1997

© 1997 N. Lalli, Liguori Editore

Presente in: N. Lalli, *Lo spazio della mente – Saggi di psicosomatica*, 2a, Liguori Editore, Napoli 1997.

Il vissuto corporeo e specificatamente l'immagine corporea, sono strettamente interessati nel disturbo psicosomatico.

Dalla sterminata letteratura sull'argomento si evince la difficoltà ad utilizzare in maniera univoca alcuni termini come schema corporeo, immagine corporea e vissuto corporeo.

L'autore sulla base di considerazioni psicologiche, psicopatologiche e psicobiologiche propone una definizione nuova e circostanziata del problema.

Si parte dalla convinzione che nei primi mesi di vita l'Io è prevalentemente un Io somatico. Solo successivamente si formerà attraverso il rispecchiamento-riconoscimento dell'adulto un nuovo costruito che è l'immagine corporea. Nell'adolescenza emergerà infine l'immagine corporea idealizzata.

La validità e l'integrazione di questi vissuti costituiscono la normalità; il deficit o la conflittualità determinano la patologia nelle diverse forme cliniche.

Esamineremo successivamente la genesi e lo sviluppo del concetto proponendo un nuovo modello:

A) la storia

B) la percezione corporea: un concetto nuovo

I concetti di schema corporeo e di immagine corporea comportano numerosi quesiti che riguardano non solo *come ed in che modo noi percepiamo il nostro corpo, ma anche come ed in che modo gli altri ci percepiscono e quindi quale e quanta importanza abbiano, in questa costruzione, i fattori psicologici e sociali*: si pone pertanto complessivamente il problema del vissuto corporeo.

Per esprimere questa complessità vorrei riportare alcuni passi significativi di filosofi e psicologi che si sono occupati di questo problema.

James sostiene: «ogniqualevolta due persone si incontrano ci sono in realtà sei persone presenti. Per ogni uomo ce n'è uno per come egli stesso si crede, uno per come lo vede l'altro ed uno infine per come egli è realmente» (James W., 1890).

Merleau-Ponty afferma: «Il corpo è l'unico mezzo che io ho per andare al cuore delle cose» (Merleau-Ponty M., 1970).

Schopenhauer ne "Il mondo come volontà e rappresentazione" così si esprime: «Se gli uomini fossero teste d'angelo alate senza corpo, la filosofia non disporrebbe del punto di appoggio che le permette di oltrepassare il mondo empirico, non potrebbe lacerare il velo di Maya» (Schopenhauer A., 1819).

E Nietzsche infine in "Così parlò Zarathustra" afferma: «Dietro i tuoi pensieri e sentimenti, fratello, sta un possente sovrano, un saggio ignoto che si chiama Sé. Abita nel tuo corpo, è il tuo corpo. Ai disprezzatori del corpo voglio dire una parola. Essi non devono, secondo me, imparare o insegnare ricominciando daccapo, bensì devono dire addio al proprio corpo, e così ammutolire» (Nietzsche F., 1883-1885).

Questi brevi accenni evidenziano chiaramente come dietro il problema dello schema corporeo si nasconda il tema centrale dell'uomo. Il corpo come *ambiguità dell'essere e dell'avere, ma anche come possibilità di conoscere, di agire, il corpo come incontro con l'altro, il corpo come sessualità che implica l'acquisizione di una specifica identità, ma anche come ingombro, come malato, come intralcio nel rapporto con gli altri.*

Data la complessità del tema credo opportuno, in questa sede, offrire soltanto degli spunti di riflessione; e per dare una struttura a queste riflessioni, articolerò il discorso su due punti fondamentali:

I) Un aspetto teorico: come e perché nasce il concetto di schema corporeo e come e perché esso si modifica nel tempo.

II) Un'esatta definizione di questo concetto: non a caso ho parlato indifferentemente di schema e di immagine, ma come vedremo bisognerà introdurre un concetto nuovo e diverso che è la percezione corporea. Inoltre bisognerà chiarire se questi termini si riferiscono ad una esperienza univoca o invece sono conseguenza di *modelli concettuali diversi o di vissuti corporei diversi.*

Infine proporrò un modello interpretativo che si fonda sulla differenza fondamentale tra immagine corporea e percezione corporea, intese come entità diverse per genesi e funzione.

A) La storia

Il concetto di schema corporeo nasce all'interno della neurologia, per spiegare alcuni disturbi singolari e di difficile comprensione, almeno per la neurologia associazionistica e localizzatrice dell'800.

Alla fine dell'ottocento alcuni autori propongono che a partire dalle varie sensazioni cenestesiche, o di altro genere si costituisce lo schema unitario del nostro corpo: schema che può essere alterato in particolari condizioni patologiche come l'arto fantasma, la somatoagnosia, eccetera. Questo vissuto del proprio corpo riceverà nomi diversi, a secondo delle diverse concezioni che, ripeto, rimangono fondamentalmente neurologiche. Pick lo chiamerà autotopognosia; Head modello o schema posturale; Von Bogaert immagine di Sé; Lhermitte immagine corporea, fino alla fortunata formulazione di Schilder di schema corporeo.

Il riferimento alla neurologia è importante per due motivi:

- 1) Da una parte è interessante sottolineare il tentativo dei neurologi di individuare quale delle sensazioni tattile, visiva, o cenestesica sia maggiormente implicata nella costruzione di questa gestalt;
- 2) Dall'altra che i tentativi di spiegare queste patologie sono tutti falliti, dando ragione a Charcot, che da tempo sosteneva che un disturbo come la somatoagnosia non era spiegabile solo in termini di lesioni cerebrali, ma che rimandava a problematiche di natura psicologica.

Sul primo punto dirò molto brevemente che si consolidarono due schieramenti: uno che sottolineava l'importanza delle sensazioni cenestesiche e propriocettive, l'altro invece delle funzioni visive. Nel primo caso si arriva alla formulazione più riduttiva di schema corporeo, nel secondo a quella più complessa di *immagine corporea*.

«In psicologia» afferma Lhermitte «per immagini si intende la riviviscenza di una percezione, di un ricordo. Ora ciò che si intende per immagine corporea, appare chiaramente come percezione, vale a dire una immagine attuale legata alle varie afferenze sensoriali cioè una immagine-ricordo (image-souvenir), in altri termini. E' ciò che si intende per immagine corporea comprende ad un tempo una *percezione* ed una *rappresentazione*» (Lhermitte M. J., 1942).

Questa immagine inoltre non è data una volta per tutte, ma si costruisce nel tempo. Dato fondamentale è però che questa immagine si struttura e si mantiene sotto il primato della *vista*: tutte le altre sensibilità sono sintetizzate e gerarchizzate dalla vista. Purtroppo nonostante l'interessante intuizione del neurologo francese, cioè che la vista ha una funzione privilegiata, ci si avvide che questa concettualizzazione non riusciva poi a spiegare due patologie che in qualche modo avevano stimolato l'elaborazione di tale concetto: l'arto fantasma e la somatoagnosia.

Infatti per quanto attiene all'arto fantasma è vero che il concetto di immagine corporea ha portato al superamento della concezione meccanicistica e banale che il fenomeno fosse dovuto alla stimolazione del moncone periferico, dall'altra però non ha risolto il problema. Come si evidenzia dal fatto che il *controllo della vista* riduce questo fenomeno anziché, come sarebbe logico, aumentarlo. Quindi sembra improponibile una spiegazione in termini di *ricordo-visione* dell'arto perduto.

Ma la situazione è ancora più evidente se consideriamo la somatoagnosia, ove il dato veramente importante non è il misconoscimento dell'emicorpo paralizzato, ma la nosoagnosia, cioè il disconoscimento della malattia. Quindi più che di una alterazione dell'immagine corporea ci troviamo di fronte ad un meccanismo difensivo di negazione della malattia.

Nei confronti quindi di queste due patologie, una teoria anche avanzata, come quella di *immagine corporea*, non riesce a fornire una spiegazione soddisfacente.

Ed è proprio il fallimento della spiegazione di fenomeni patologici così singolari, a rendere necessaria una ulteriore elaborazione del concetto di schema corporeo, che avviene intorno al 1924 con la teorizzazione di P. Schilder. Elaborazione che godrà di un successo enorme perché propone una visione più globale ed interdisciplinare, cercando di superare la scissione soma-psiche.

Schilder ritiene che lo schema corporeo si costituisce infatti non solo sulla base delle sensazioni (cenestesiche, tattili, ecc.), ma soprattutto mediante l'integrazione di queste sensazioni con i vissuti esistenziali ed emotivi del singolo soggetto.

Ma l'elaborazione di Schilder nonostante il successo di cui godrà a lungo, non riesce a chiarire un fatto fondamentale: come avviene il passaggio « ... dalla nozione neurologica di schema corporeo,

alla nozione psicologica di immagine del corpo in cui entra in gioco tutta l'esistenza del soggetto» (Martinelli R., 1974).

Gli studi psicoanalitici tradizionali non sembrano portarci molto lontano. Da una parte la concezione del corpo come primo oggetto narcisistico propone una visione monadica e senza alcun riferimento diacronico. Dall'altra la teorizzazione delle zone erogene non sembra poter spiegare la complessità dell'organizzazione del vissuto corporeo. Non si capisce infatti - come contesterà giustamente Nacht - in che modo l'immagine del corpo possa costituirsi come unità e presa di coscienza, partendo da una naturale ed iniziale frammentazione della stessa.

L'unico dato positivo rimane la spiegazione dell'arto fantasma in termini di *meccanismo difensivo*: la persistenza allucinatoria dell'arto mancante è un meccanismo difensivo di negazione per salvaguardare l'identità del soggetto.

Rispetto alla posizione psicoanalitica, quella fenomenologica di Merleau-Ponty sembra, per molti aspetti, più ricca ed avvincente.

Merleau-Ponty proponendo la fondamentale ambiguità del corpo, oscillante tra l'essere e l'avere, apre uno squarcio che supera sia la visione strettamente neurologica che quella psicologica astratta.

Merleau-Ponty cerca infatti una articolazione - nella dimensione fenomenologica - tra il biologico e lo psichico.

La struttura dell'essere al mondo è la *temporalità* ed è per una dimensione temporale che i processi fisiologici e psichici si articolano e si legano.

Ed è in questa ottica che Merleau-Ponty propone la spiegazione dell'arto fantasma: « ... il braccio fantasma è un vecchio presente che non si decide a diventare passato». Ma se questa proposizione è certamente interessante, meno condivisibile è la proposizione di Merleau-Ponty circa lo schema corporeo.

«Lo schema corporeo anziché essere il residuo della cenestesia, ne diviene la legge di costituzione ... l'unità senso motoria del corpo è per così dire di diritto, essa non si limita ai contenuti effettivamente

e casualmente associati nel corso della nostra esperienza, ma in un *certo modo li precede e rende appunto possibile la loro associazione*».

Questa concezione sembra richiamare strutture categoriali di tipo kantiano e rinnegando la storicità dell'individuo ovverosia dell'importanza *non tanto delle strutture, quanto piuttosto dei rapporti interpersonali ai fini dello sviluppo*, sembra riproporre un modello di tipo biologico.

Più interessanti sono i contributi delle varie scuole che sottolineano invece l'importanza delle relazioni oggettuali nella formazione del Sé e quindi anche nella formazione dell'immagine corporea.

Fisher e Cleveland sviluppano una teoria relativa all'immagine corporea che sposta il problema *dall'immagine* alla modalità con la quale *l'individuo percepisce i propri confini corporei*. Tramite tests proiettivi (Rorschach - Inkblot test) definiscono due modalità espresse mediante un punteggio: il punteggio di *barriera* (indice dei confini corporei stabiliti) e il punteggio di *penetrazione* (indice dei confini corporei fragili).

Questa visione che dà fondamentale importanza alle prime pratiche di socializzazione del bambino, pur nella schematicità, ha una sua importanza. Infatti questa concezione permette agli autori di passare dal concetto di *immagine corporea* al concetto di *confini corporei*.

«Porre l'accento sui confini corporei significa valorizzare la rappresentazione simbolica di un limite che ha funzione di - immagine stabilizzatrice - di "envelope" proiettivo per la persona ... L'immagine di un limite ha funzione capitale nella economia e nella organizzazione psichica. Essa non è dunque una funzione mentale (come lo schema corporeo dei neurologi), ma ha una funzione psicologica di stabilizzazione sia nel rapporto dell'individuo a se stesso, sia nel rapporto dell'individuo con l'altro (ricordiamo che il problema della funzione dei confini corporei è legato a quello della differenziazione soggetto-oggetto, attraverso i primi contatti corporei con la madre, e che sono i soggetti schizofrenici quelli in cui si è riscontrata una maggiore disintegrazione dei confini corporei stessi)» (Martinelli R., 1975).

Questa teorizzazione mi sembra interessante perché pur partendo da una metodologia diversa, è molto simile a quanto affermato nel mio lavoro "Per un modello teorico-clinico dello sviluppo

psichico": «Alla nascita l'Io è prevalentemente somatico, ovverosia trae la sua forza prevalentemente a livello tattile e cenestesico, come avveniva anche nella precedente situazione endouterina, ma con una differenza fondamentale. La cesura dalla nascita, imponendo la rottura dell'omeostasi e quindi l'inevitabile "vissuto" del non essere più in simbiosi, fa del neonato una entità separata e divisa, che deve lottare per mantenere questa nuova situazione. Nuova situazione che ha alcuni aspetti in comune con quella precedente: la culla e le braccia dell'A.S., segnalano queste diversità, ma anche questa continuità, nel cambiamento. La fantasia di sparizione contro la nuova realtà: la luce, ed il recupero del ricordo della precedente esperienza endouterina, fanno sì che si costituisca la "sensazione" di un contenitore.

Questo contenitore rappresenta l'abbozzo dell'apparato psichico, ovverosia dell'apparato che contiene i nuovi vissuti.

Ma questa sensazione interna di contenitore è estremamente fragile; pronta a lacerarsi, come spesso si infiamma la pelle di un bambino.

Perciò questa immagine-sensazione interna, deve trovare supporto e fortificarsi sulla base delle successive esperienze tattili; la pelle che già nel liquido amniotico ha rappresentato il principale mezzo di comunicazione e di osmosi, anche dopo la nascita continua ad essere luogo privilegiato che focalizza le attenzioni e le cure degli adulti nei confronti del bambino. In questo modo, il fragile Io si consolida, sempre che ci sia una dinamica oggettuale valida, che deve passare attraverso le comunicazioni, le emozioni e gli affetti che la pelle raccoglie e trasmette al bambino. Così l'Io primario somatico, tende a strutturarsi come Io-pelle. Ovverosia una struttura che è sempre più psichica, ma che ha ancora nel somatico la sua base».

«Se le modalità di rapporto interpersonale sono valide, lo scambio continuo, osmotico tra l'Io e l'esterno rendono sempre più questo Io-pelle, un Io libidico, ovverosia un Io capace di investimento sessuale ed ove la "pelle" si è trasformata in una duplice qualità psichica: la ricettività e la resistenza» (Lalli N., 1991).

Schonfeld che si occupa dell'adolescenza, si interessa ovviamente anche alla trasformazione dello schema corporeo.

L'autore ritiene che esso nasce da un contesto psicosociale ed assolve ad una precisa funzione nell'economia psichica e nel processo di adattamento dell'individuo all'ambiente, *perdendo così ogni connotazione di struttura neurologica integrativa di dati sensoriali*.

A parte questo dato, a me sembrano rilevanti due osservazioni dell'autore circa l'importanza dei fattori sociali nella costruzione dell'immagine corporea dell'adolescente: «Come i genitori reagiscono ai mutamenti a livello corporeo e come il ragazzo interpreta queste reazioni. Fin dall'infanzia la madre comunica al bambino le sue attitudini nei confronti del corpo di lui attraverso il modo di stringerlo, di nutrirlo, di toccarlo; più tardi la sua approvazione o disapprovazione può essere espressa verbalmente. Il bambino costruisce, dunque, fin dai primi mesi di vita, l'immagine del proprio corpo facendo rientrare in essa la valutazione di quelli che si prendono cura di lui».

Un secondo aspetto è che l'adolescente costruisce una *immagine ideale* « ... osservando il proprio corpo con quello dei pari, identificandosi con persone che egli fisicamente ammira, recuperando le indicazioni che il suo ambiente culturale dà sulla bellezza e la prestanza fisica» (Martinelli R., 1975).

Da questi accenni molto sintetici, risulta chiaramente come il concetto di schema o immagine corporea si sia progressivamente evoluto attraverso una concettualizzazione che ha integrato fattori biologici, psichici e sociali

Bisogna quindi tener conto di tutta una serie complessa di parametri per cercare di delineare questo concetto così complesso.

B) La percezione corporea: un concetto nuovo

Ritengo che motivo di confusione sia l'equiparazione tra immagine e percezione corporea che corrispondono a geni e dinamiche molto diverse. Bisogna definire quindi il concetto di percezione corporea. E per questo bisogna partire da una ipotesi di fondo. Nell'uomo esistono due fondamentali e distinti vissuti relativi al corpo: la percezione corporea e l'immagine corporea. Vissuti che debbono

essere distinti sia per la diversa genesi, sia per il significato e la diversa importanza in ordine alla psicopatologia.

E' ovvio che i due vissuti variamente si integrano fra di loro: e per questo vengono confusi o considerati come analoghi. Ma per comprendere il concetto di percezione corporea, bisogna introdurre alcuni concetti teorici di riferimento.

Durante la gravidanza, il feto nel rapporto con il liquido amniotico sviluppa un investimento libidico legato appunto a questa situazione di rapporto. Alla nascita emerge la pulsione di morte come fantasia di sparizione con una dinamica ben precisa: da un lato tende a far scomparire il mondo esterno materiale, dall'altro attiva come immagine-ricordo la precedente situazione endouterina. Questa unione di carica libidica e di fantasia di sparizione costituisce la vitalità e si concretizza nella possibilità di dar luogo ad una prima immagine-ricordo, continuando successivamente a produrre *immagini interne che sono sempre immagini legate a situazioni di rapporto*.

La vitalità è quindi una dinamica biologica, psichica e relazionale ad un tempo. Nei primi mesi essa è estremamente fragile e quindi ha bisogno del supporto di valide relazioni oggettuali onde permettere la strutturazione di un apparato psichico sempre più valido, cioè sempre più capace di affrontare nel tempo i successivi rapporti e le connesse separazioni senza fantasie di sparizione contro l'oggetto. Ovverosia acquisire la capacità di rapportarsi - percepire - separarsi - ricordare. La percezione corporea è la percezione del nostro corpo vivente e finito (cioè con dei confini ben definiti) vissuto come *integro e vitale*.

Ora mentre la vitalità è legata alla carica pulsionale libidica unita alla fantasia di sparizione, la costruzione dell'Io è legata alla possibilità di avere validi rapporti interpersonali che possano soddisfare il desiderio del bambino.

La patologia della percezione corporea si determina quando c'è una distorta situazione relazionale che costringe il bambino ad operare un continuo meccanismo di scissione, il che comporta

inevitabilmente una diminuzione o una perdita della *vitalità*, e quindi l'incapacità di mantenere la propria integrità.

Se vogliamo riferirci alla terminologia fenomenologica potremmo dire che la situazione normale corrisponde al vissuto del "corpo che sono" (Leib), quella patologica al vissuto del "corpo che ho" (Korper).

Questa percezione del corpo, positiva o negativa che sia, accompagna costantemente l'uomo nella sua vita; in alcuni momenti importanti esso può assumere un ruolo determinante in ordine al vissuto psichico: in modo particolare nel periodo dell'adolescenza.

La percezione corporea è quindi un vissuto che ha una genesi precoce e ben precisa. a differenza dell'immagine corporea che si forma invece più tardivamente (nei primi anni di vita) e che si costruisce sulla base delle esperienze *percettive* dei corpi altrui vissuti dal soggetto nei diversi rapporti oggettuali. Se le immagini sono la rappresentazione mentale di percezioni, non è concepibile che possano essere le sensazioni interne a formare l'immagine corporea.

Le percezioni interne non costituiscono immagine, bensì sono le percezioni esterne che danno luogo ad immagini e *queste si basano prevalentemente sulla vista e sull'udito* (sembra interessante il collegamento con il significante di De Saussure che è appunto 'immagine interna più suono').

Ma perché questo accada sono necessari diversi passaggi ed apprendimenti da parte del bambino.

Infatti dapprima il bambino deve cominciare a riconoscere l'unità delle persone che gli sono vicine, pur nei loro cambiamenti.

Poi il bambino deve imparare a riconoscere le correlazioni tra immagini esterne ed espressioni mimiche dell'altro; ovverosia percepire l'intenzione dell'altro oltre la facciata. E deve collegare questa percezione con le proprie sensazioni interne affettive.

E' da questa associazione-fusione che si crea l'immagine corporea, che chiaramente è strettamente correlata con lo sviluppo psichico complessivo del soggetto.

Evidente che in questa ottica è importante non solo come il bambino si sente e si vede, ma anche e soprattutto come gli altri lo vedono, lo apprezzano e lo giudicano.

Non è necessario (oltre che è impossibile) postulare uno stadio dello specchio (Lacan) per comprendere come si costituisce l'Io. L'Io si sviluppa sulla base della sua vitalità e nella relazione di rispecchiamento di Sé negli altri.

In altri termini l'immagine corporea è il frutto di un riflesso di Sé attraverso gli altri. In genere è nell'età adolescenziale che questa immagine diventa stabile e definitiva.

E' evidente che un precoce disturbo della percezione corporea inevitabilmente finisce per influenzare negativamente l'immagine del corpo: ma il fatto che i due vissuti siano interattivi non deve farli confondere.

Ed è soprattutto in quella fase che giustamente viene definita di seconda nascita - ovverosia la adolescenza - che queste problematiche possono riaffiorare e prendere diverse strade.

Sicuramente possiamo affermare che una distorta percezione corporea o della propria immagine corporea si manifesta sempre con un disagio psichico più o meno grave, più o meno evidente.

E' quasi la regola che negli adolescenti, quando l'immagine corporea tende a definirsi, il disagio psichico è molto spesso collegato al proprio corpo vissuto come non adeguato, ingombrante, pieno di difetti, comunque non corrispondente a ciò che si vorrebbe. Questo vissuto non costituisce necessariamente una patologia, ma può rappresentare solo una crisi momentanea. E per comprendere questa crisi adolescenziale dobbiamo inserire un terzo elemento che è l'*immagine corporea idealizzata*. Ovverosia oltre la percezione corporea che è collegata alla vitalità e l'immagine corporea che è collegata alla integrazione delle relazioni oggettuali (rispecchiamento empatico), esiste anche una immagine corporea interna che potremmo definire ideale o idealizzata e che è legata fondamentalmente a valori sociali e culturali: struttura questa più labile e meno importante delle prime due.

Come ben sappiamo la crisi adolescenziale fisiologica spesso è incentrata su di un vissuto negativo ed insoddisfacente della propria immagine corporea che ci fa comprendere che la conflittualità avviene tra l'immagine corporea, retaggio diacronico delle relazioni oggettuali e quella ideale che viene acquisita tramite il gruppo di appartenenza.

Nella maggior parte dei casi questa conflittualità si estingue per la fusione delle immagini quando l'adolescente, attraverso un cammino più o meno lungo, finisce con l'accettare una nuova specifica identità che è quella sessuale che segna il superamento dell'identificazione ed il passaggio ad una ulteriore fase evolutiva.

Questa dinamica ci permette di cogliere due aspetti fondamentali della correlazione tra percezione corporea, immagine corporea e immagine idealizzata, e proporre una ipotesi di fondo.

Intanto possiamo affermare che l'immagine corporea idealizzata è quella meno importante e significativa proprio perché più tardiva e più legata a stereotipi sociali e culturali. Tanto che nella crisi fisiologica puberale, l'eventuale conflittualità con l'immagine corporea precedente viene rapidamente superata.

Ma questo avviene se esiste una solida, anche se non ancora ben definita, immagine corporea ed una sana percezione corporea.

Se invece una delle due, o peggio ancora ambedue, sono deboli o mal adattate il conflitto non solo è più complesso, ma può non risolversi affatto.

Sono i casi dove l'immagine idealizzata tende a prevalere o sostituire quella di base (perché debole o deficitaria) e ci troviamo di fronte alla patologia conclamata dell'adolescente che deve disperatamente identificarsi, *per imitazione*, con modelli più o meno falsi, imitandone spesso gli aspetti più negativi.

Questa constatazione ci porta a proporre due ipotesi basilari.

Da una parte può esserci una alterazione della percezione corporea o dell'immagine corporea o di ambedue. Dall'altra questa alterazione può essere più o meno grave: ovverosia effetto di un conflitto o di una difettualità di base.

Molto sinteticamente possiamo ipotizzare tre livelli di patologia.

Un primo livello riguarda una alterazione della percezione corporea: alterazioni più o meno gravi e che si riscontrano in varie psiconevrosi e nella depressione.

Questa errata percezione corporea è spesso legata a fattori conflittuali.

Un secondo livello è l'associazione con una concomitante alterazione dell'immagine corporea che nei casi più gravi può giungere fino a livelli di dispercezione delirante (l'anoressia psicogena).

Un terzo livello riguarda una frammentazione, più che una alterazione, dell'immagine corporea fino a giungere ad un dissolvimento dei confini dell'Io: è quanto osserviamo nelle psicosi schizofreniche.

Per un approfondimento rimando ai miei lavori sull'anoressia e sull'obesità, per il rapporto tra percezione, immagine corporea e patologia. Per quanto riguarda la patologia psicosomatica possiamo ritenere che c'è una alterazione, non tanto della percezione corporea, quanto piuttosto dell'immagine corporea.