Italian Journal Of Legal Medicine
Bioethics, Medical Jurisprudence, Biopolitics And Forensic Sciences
Vol. 1, number 1, Dec. 2012

DEL PUENTE G. (*):

La Dismorfofobia: una (complicata) coabitazione tra psichiatria e chirurgia

Relazione presentata alle VI Giornate Di Studio GISDI: *"La medicina del piacere: tra benessere e danno alla persona"* . Sestri Levante (GE) 27 - 29 Ottobre 2011

(*)DINOG – Sezione di Psichiatria, Università Studi di Genova . Corresponding Author: Giovanni Del Puente g.delpue@unige.it

Riassunto:
La dismorfofobia è un disturbo dell'immagine corpora caratterizzato dall'eccessiva preoccupazione per un difetto nell'aspetto fisico, che può essere totalmente immaginario. Esso comporta una eccessiva ed esagerata tensione emozionale, un isolamento sociale e una deficitaria funzione nella vita di relazione e lavorativa.
In questo studio vengono analizzate le componenti psicologiche, sociali e culturali di questo disturbo ed i suoi rapporti con la chirurgia estetica.
Il disturbo di dismorfismo corporeo è una patologia poco studiata in quanto di solito chi ne è affetto si rivolge prevalentemente (e soprattutto primariamente) a dermatologi o a chirurghi plastici piuttosto che agli psichiatri.
Le persone con tale disturbo ricorrono spesso alla chirurgia estetica desiderose di correggere le proprie deformità, ma puntualmente non riescono mai ad essere soddisfatte e continuano la loro incessante ricerca di una illusoria perfezione
L'individuo contemporaneo deve far fronte all'incertezza determinata dal venir meno di riferimenti certi, quali famiglia, valori religiosi ed ideologici: egli è costantemente costretto ad impiegare imponenti quantità di risorse ed incessanti sforzi nella costruzione della propria identità.
Il corpo assume una rilevanza particolare, in quanto permette di ridefinire la propria identità. Esso diviene una costruzione chiaramente sociale e si trasforma in corpo "culturale"
Su questi presupposti la chirurgia plastica diviene strumento per costruire il Sé. Il soggetto si sottopone all'intervento chirurgico desiderato, convinto di migliorare istantaneamente la qualità della propria vita. Purtroppo ciò non avviene perché la caratteristica principale del soggetto dismorfofobico consiste proprio nella perenne insoddisfazione corporea.
Parole chiave: Dismorfofobia, Psichiatria, Chirurgia, Identità corporea

Abstract:
Dysmorphophobia: a (complicated) cohabitation between Psychiatry and Surgery.
Dysmorphophobia is a body image disturbance characterized by excessive preoccupation about a defect in physical appearance which may be entirely imaginary.
It involves excessive and exaggerated emotional stress, social isolation and a loss of function

in social life and work.
In this study the psychological, social and cultural components of this disorder and its relationship with cosmetic surgery are analyzed.
The dysmorphophobic disorder is a scarcely studied pathology since the patient firstly and most often turns to the dermatologist or to the plastic surgeon rather than to the psychiatrist.
People with this disorder often resort to cosmetic surgery eager to correct their deformities, but duly they can not ever be satisfied and continue their relentless pursuit of imaginary perfection.
The modern-day individual faces uncertainty determined by the elimination of sturdy references, such as family and religious and ideological values: he/she is continuously forced to spend huge amounts of resources and relentless efforts in the construction of his/her own identity. The construction of identity has taken the form of an unstoppable experimentation.
The body takes on special importance since it allows the individual to redefine his/her own identity. It becomes a clearly social construction and is transformed into a "cultural" body
On these assumptions, plastic surgery becomes a tool to build the self. The person undergoing the surgery desired, is convinced that he/she will instantly improve their quality of life.
Unfortunately, this does not happen because the main characteristic of the dysmorphophobic subject is the perpetual dissatisfaction with his/her body.
Keywords: Dysmorphophobia, Psychiatry, Surgery, Body identity

All’interno dell’ampio spettro in cui il binomio mente/corpo declina le sue innumerevoli forme, molti sono i punti in cui la traiettoria della Psichiatria intercetta quella della Chirurgia Plastica (e viceversa, ovviamente).
Tra questi punti di incontro il contributo che propongo è una riflessione sulla dismorfofobia. Di questo disturbo tento di analizzare le componenti psicologiche che lo sostengono ed i collegamenti che si vanno a sviluppare appunto con la chirurgia estetica; accennerò anche alla funzione svolta dalla dimensione culturale che lo modella. Concluderò infine con una brevissima testimonianza sul comportamento di un body builder.
La dismorfofobia è un disturbo dell'immagine corporea caratterizzato dall'eccessiva preoccupazione per un difetto nell'aspetto fisico; difetto che può essere totalmente immaginario, oppure presente in forma lieve. In entrambi i casi questa preoccupazione comporta una significativa ed esagerata partecipazione emotiva, la tendenza all’ isolamento e uno svilente impoverimento nella vita di relazione e in quella lavorativa o scolastica. L'immagine corporea rappresenta quindi la funzione mentale su cui va a svilupparsi il disturbo di dismorfismo corporeo. L’immagine corporea è una elaborazione multidimensionale, costituita non solo dall'immagine che abbiamo

nella nostra mente della forma e delle dimensioni del nostro corpo ma anche dai sentimenti che proviamo nei suoi confronti. In altre parole essa è la rappresentazione soggettiva che ogni persona possiede del proprio corpo. Termine coniato nel 1800, la dismorfofobia è stata inquadrata dal DSM-IV in base a questi 3 criteri diagnostici: A) preoccupazione per un supposto difetto fisico. Se è presente una piccola anomalia l'importanza che la persona le dà è di gran lunga eccessiva; B) la preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti; C) la preoccupazione non risulta meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale.
di solito chi ne è affetto si rivolge prevalentemente (e soprattutto primariamente) a dermatologi o a chirurghi plastici piuttosto che agli psichiatri.
Alcune rapide cifre: l'età di esordio si situa tra i 15 ed i 20 anni, le donne risultano essere più vulnerabili rispetto agli uomini (con rapporto di 2 a 1), i pazienti per la quasi totalità non sono sposati.
Si calcola che in Italia oltre 500.000 persone siano affette da dismorfofobia, ma che solo una piccola parte riceva una diagnosi corretta e che meno del 10% venga sottoposta ad un trattamento psichiatrico adeguato, per lo più per giunta in ritardo; infatti di solito chi ne è affetto si rivolge prevalentemente (e soprattutto primariamente) a dermatologi o a chirurghi plastici piuttosto che agli psichiatri.

Alcune ipotesi eziologiche

Le teorie psicoanalitiche suggeriscono come fattore eziologico l'impossibilità di liberarsi di alcuni aspetti del Sé disconosciuti e rinnegati che riaffiorano sotto forma del sintomo. La percezione somatica risulta distorta; il corpo è vissuto in modo disfunzionale, cioè come una entità separata dai propri vissuti interiori, che rimangono appunto sconosciuti, sepolti e non connessi all'esperienza corporea se non attraverso il sintomo. Il corpo diviene pertanto un elemento da modificare, un oggetto situato all'esterno del proprio Sé. Secondo una chiave di letture cognitivista le distorsioni delle immagini corporee sono invece schemi e interpretazioni falsati, alterazioni dei messaggi e delle informazioni provenienti dall'ambiente esterno, ma anche dei pensieri e delle percezioni provenienti dall'interno del soggetto.
L'esperienza clinica suggerisce l'esistenza di una alterazione nella percezione dell'immagine corporea in molti pazienti dismorfofobici. Sollecitati infatti a disegnare il proprio ritratto essi tendono a disegnare la parte corporea oggetto delle loro preoccupazioni in modo gravemente distorto, dalle dimensioni

sproporzionatamente grandi
e mettendo in netta evidenza il supposto difetto.
Dal punto di vista biologico l'efficacia degli antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina fa presumere un coinvolgimento del sistema serotoninergico.
Tale ipotesi viene inoltre confermata dal riscontro di notevoli affinità epidemiologiche, cliniche e di risposta alle terapie fra il Disturbo Dismorfofobico e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC).

Caratteristiche cliniche

La caratteristica fondamentale del disturbo riguarda quindi la preoccupazione eccessiva per aspetti del proprio corpo o dell' intera persona fisica vissuti come deformi, a tal punto da non essere tollerati e da compromettere notevolmente la qualità della vita del soggetto.

A nulla servono le rassicurazioni esterne ed anche le esperienze positive, quali ad esempio l'essere oggetto di corteggiamento o il ricevere apprezzamenti gratificanti sul proprio aspetto, dal momento che queste ultime non sono in grado di sortire alcun effetto favorevole o di fornire efficaci rassicurazioni.

Le persone con tale disturbo ricorrono pertanto, con comprensibile frequenza, alla chirurgia estetica, desiderose di correggere la propria deformità; ma, con altrettanta comprensibile puntualità, non riescono mai a raggiungere la soddisfazione e continuano quindi la loro incessante ricerca di soluzione.

La sensazione di deformità o di difetto fisico può esprimersi con intensità e coloriture diverse, ora presentandosi come una semplice preoccupazione, ora come un'idea prevalente, ora come un tema ossessivo o ancora addirittura come una vera e propria convinzione delirante, manifestazioni che spesso possono susseguirsi nell'arco del tempo nello stesso paziente.

I pazienti dismorfofobici sono quasi sempre preoccupati di essere osservati, giudicati, discriminati se non derisi per via del loro aberrante difetto, a cui tentano di ovviare mimetizzandolo per mezzo di un abbigliamento particolare, o nascondendolo con le mani o con i capelli, o con forme, a volte anche esagerate e patetiche, di trucco.

Controllano spesso la loro immagine allo specchio con modalità che possono divenire compulsive oppure, al contrario, evitano qualsiasi superficie che possa

riflettere la loro immagine.

Altri comportamenti che possono presentarsi associati alla dismorfofobia sono: l'aggressività, frequentemente autodiretta, con la comparsa di comportamenti auto-lesivi, sino a raggiungere gesti suicidiari; l'acquisto compulsivo di prodotti di bellezza o di abiti; "Skin picking" (pulizia "impropria" della cute del volto attuata mediante lamette, aghi, forbici etc.; l'uso di tali strumenti spesso provoca gravi lesioni emorragiche, infezioni, cicatrici, che tuttavia non sono in grado di far recedere il paziente dal proseguire tali pratiche); "Doctor shopping" (cioè il ricorso continuo a consulenze con svariati professionisti, specialmente dermatologi, chirurghi estetici etc., affinché essi mettano in atto gli interventi estetici che il paziente "pretende" allo scopo di risolvere i suoi presunti difetti fisici); la ricerca continua infine di informazioni relative al presunto difetto fisico ed a tutte le possibili modalità correttive (la navigazione su Internet offre a questo proposito prospettive illimitate e anche, purtroppo, elementi di conferma delle proprie convinzioni).

La localizzazione delle presunte deformità fisiche può interessare sostanzialmente tutte le parti del corpo ed in particolare pelle, peli e capelli, naso e occhi, gambe e ginocchia, mammelle, labbra e volto, organi genitali.

La personalità premorbosa di questi soggetti è caratterizzata dalla presenza da una serie di tratti ossessivi e schizoidi.

Generalmente essi riferiscono di essere stati in adolescenza timidi, riservati, introversi, di aver partecipato raramente ad attività di gruppo e di aver avuto poche esperienze sessuali.

Sono presenti anche aspetti di perfezionismo e di notevole rigidità quali seguire diete rigide, evitare accuratamente sostanze ritenute (per lo più ingiustamente) nocive, sottoporsi ad estenuanti attività fisiche, imporsi norme di vita che ubbidiscono a timori ipocondriaci. Le famiglie di provenienza, di solito di buon livello sociale, hanno per lo più adottato nei loro confronti criteri educativi severi, limitando le loro attività sociali, ludiche e di gruppo.

Il disturbo di dismorfismo corporeo presenta un' elevata comorbilità con altri disturbi psichiatrici, soprattutto depressione, fobia sociale e disturbo ossessivo-compulsivo.

I profili di personalità tradizionalmente descritti nei pazienti dismorfofobici (che sono considerati sensibili, timidi, introversi, riservati e socialmente evitanti)

sono caratterizzati da alti livelli di nevroticismo, introversione, ansia ed evitamento sociale. Si è pure evidenziata una continuità tra dismorfofobia e disturbi deliranti, spiegabile col fatto che in questi i pazienti la consapevolezza di malattia risulta sempre compromessa, se pur in diversa misura.

Infine è opportuno distinguere il dismorfismo corporeo dalla attenzione, se pur spesso eccessiva ma comunque non patologica, che molti individui oramai riservano alla cura del proprio corpo, desiderosi di aderire ai canoni estetici imposti dalla società. Sono, queste ultime persone, dotate di una buona autostima e nelle quali il difetto che intendono correggere non rappresenta un ostacolo al funzionamento della loro vita, né una ossessionante preoccupazione quotidiana.

L' esordio è nella maggior parte dei casi graduale; il soggetto inizia banalmente a percepire la presenza di una anomalia fisica, che più o meno rapidamente si trasforma per lui in una vera e propria fonte di preoccupazione.

Il disturbo ha generalmente un andamento cronico se non viene trattato.

Il trattamento farmacologico verte essenzialmente sull'impiego di farmaci antidepressivi SSRI . Tuttavia nelle forme più gravi, con livello di consapevolezza di malattia scarso o del tutto assente, può essere necessario il ricorso a farmaci antipsicotici.

Una lettura sociologica

Si impone a questo punto una lettura sociologica, essenziale per inquadrare in maniera precisa la dismorfofobia nelle sue varie e variegate componenti, coerentemente alla constatazione che i fattori sociali e culturali giocano un ruolo fondamentale nel suo sviluppo.

Partiamo pertanto analizzando il concetto di identità.

L'identità è una dimensione psichica complessa, una sintesi tra: l'immagine che possediamo di noi stessi e degli altri; la nostra appartenenza ai diversi ruoli sociali; l'immagine che gli altri hanno di noi e che ci rimandano quando interagiscono con noi, oppure quando ci ignorano o ci evitano; le differenti percezioni che abbiamo di noi stessi e dei nostri ruoli.

Bauman (2004) sottolinea come, in seguito allo sgretolarsi di riferimenti tradizionali come la famiglia e il lavoro, oggi l'identità abbia perduto quegli

ancoraggi sociali che in passato la facevano apparire ed avvertire come naturale, predeterminata e non negoziabile.

Il principale elemento trainante alla base di questo processo è stata la "liquefazione" delle strutture e delle istituzioni sociali. La modernità è così passata da una fase solida ad una fase liquida. I fluidi non sono in grado di mantenere una forma: in modo analogo gli individui contemporanei, anch'essi soggetti allo stato fluido, sono costantemente costretti ad impiegare imponenti quantità di risorse e incessanti sforzi nella costruzione della loro identità. La costruzione dell'identità ha assunto la forma di una continua ed inarrestabile sperimentazione. "Le identità sono vestiti da indossare e mostrare, non da mettere da parte e tenere al sicuro .." (Bauman, 2003)

Da quest'ultima analisi emerge come la costruzione dell'identità sia divenuta una vera e propria sfida per l'attore sociale post moderno. Egli tenta di esprimere un percorso biografico lineare e coerente, ma deve far fronte all'incertezza determinata dal venir meno di riferimenti certi. Che si tratti di famiglia o di lavoro è chiaro che l'esistenza viene avvertita come un valore dipendente, ormai, da altri fattori che sono al di fuori del proprio controllo individuale.

In questa vacanza di ruoli il corpo umano ha assunto una rilevanza particolare in quanto luogo dove poter costruire stabilmente la propria biografia e strumento attraverso il quale attuare sia le pratiche individuali (diete , fitness, palestra, ecc.) sia le pratiche sociali (ingegneria genetica, chirurgia plastica, scienza dello sport) ad esso riferite ."Il corpo è la nostra parte più conformista, quella in cui si imprime in maniera indelebile il marchio della cultura e della classe di appartenenza. Esposto com'è alle pressioni congiunte della pubblicità e della moda e prima ancora agli imperativi spesso contraddittori del potere, della morale e dell'efficienza, il nostro corpo ci appartiene solo in parte" (Pasquinelli, 1987). Boni definisce il corpo post moderno un corpo "a rischio", ovvero un corpo su cui va costantemente ridefinita e rinegoziata la propria identità. Attraverso le varie opzioni che si offrono al nuovo protagonista sociale è ormai possibile controllare totalmente il proprio corpo. Appare evidente come la corporeità sia pertanto una costruzione nettamente prodotta e controllata socialmente. E la forma e l'aspetto fisici rappresentano l'adesione visiva e immediata alla definizione sociale di corporeità.

Il sistema cultura quindi alimenta in forma diffusa e impalpabile i prodromi della dismorfofobia, inducendo (in persone più vulnerabili) l'angosciosa

sensazione di non essere sufficientemente belle o di poter essere disapprovate, condizione configurabile spesso con una situazione preclinica.

Ma ecco che avviene il miracolo: con l'ausilio della chirurgia estetica questo corpo, dapprima unicamente fonte di grande sofferenza e invalidante freno all'espressione del Sé, si trasforma nella propria carta vincente. Finalmente il soggetto non teme più il giudizio sociale perché sa di essersi conformato a ciò che gli altri, la società, il mondo intero si attendono da lui: può liberarsi trionfalmente dalle stigmate che lo condannavano all'emarginazione. Su questi presupposti la chirurgia plastica si candida come potente strumento attraverso cui costruire il Sé; lo stesso che un tempo prendeva gradualmente ma radicalmente forma intorno ai valori, ormai tramontati, della famiglia e della società. Il soggetto si sottoporrà all'intervento chirurgico desiderato, convinto di migliorare istantaneamente la qualità della propria vita. Purtroppo questa speranza non si realizza assolutamente, perché la caratteristica principale del soggetto dismorfofobico consiste proprio nella perenne e patologica insoddisfazione corporea, a cui fa seguito la sua costante ed inesausta ricerca di una irraggiungibile perfezione.

Questo ci aiuta a comprendere la facilità con cui questi pazienti possono sviluppare una reiterata ripetitività con cui si rivolgono alla chirurgia estetica. Questo rischio impone di scoprire quanto prima il paziente dismorfofobico differenziandolo dalla persona che, magari anche per fini discutibili o troppo superficiali, richiede una correzione chirurgica di parti del proprio corpo in modo tuttavia consapevole ed egosintonico. Difficile risulta comunque questa individuazione sia per il mimetismo della dismorfofobia, per la sua ambiguità emotiva, per la convinzione ormai ampiamente diffusa a livello dei media che un intervento chirurgico possa restituire la fiducia in sé stessi e la felicità, per la labilità e la fluttuazione del confine tra dismorfofobia e attenzione fisiologica, anche se eccessiva, all'aspetto del proprio corpo coerente con i dettami sociali e culturali.

L'immagine corporea idealizzata, cioè la percezione corporea collegata a valori sociali e culturali che vengono appresi tramite le relazioni sociali e l'esposizione ai mass media, diviene la meta, ma anche la chimera, la fascinazione che ammalia inesorabilmente verso cui si è condannati a tendere senza sosta.

Liberato dalla sua funzione strumentale tradizionale, legata al lavoro manuale, il corpo si è trasformato in corpo "culturale", è divenuto oggetto di nuove

attenzioni e aspirazioni, volte tutte alla sua cura e al suo miglioramento, andando ad inseguire l'immagine corporea idealizzata. Grazie ai modelli fisici che dominano sugli schermi e nei magazine, il corpo perfetto e levigato, è diventato un prodotto di cui molti vogliono impossessarsi. In questo desiderio c'è spesso la ricerca di una gratificazione narcisistica: quella di sentirsi belli e affascinanti come i divi del cinema e della televisione, di assaporare finalmente il senso di benessere e di sicurezza che (nel loro immaginario) deriva dall'avere un corpo aitante e dal poterlo esibire senza imbarazzo e senza timidezze. Negli uomini questa ricerca di un fisco eccezionalmente vigoroso è stata spesso ricondotta al desiderio di esibire la propria potenza sessuale; tuttavia questa si rivela essere una spiegazione erronea o quanto meno insufficiente dal momento che molti culturisti, per aumentare la massa muscolare, assumono anche sostanze che hanno l'effetto di ridurre se mai proprio la potenza sessuale.

Il body builder, immagine esasperata di questa aspettativa, appare quotidianamente impegnato nella progettazione del proprio corpo attraverso tutta una serie di pratiche quali: restrizioni alimentari, diete particolari, estenuanti esercizi fisici, utilizzo di anabolizzanti , ecc... Egli cura e modifica il proprio corpo secondo l'immagine corporea ideale che ha elaborato e radicato nella sua mente nel corso dello sviluppo. Tuttavia questa immagine è sottoposta ad una vera e propria distorsione dal momento che il body builder parte dalla sensazione di abitare un corpo inadeguato, quindi in pratica da una percezione dismorfofobica. Il problema è che tale convinzione rafforza e reitera proprio quelle condotte sbagliate e pericolose di cura del corpo, invece di indurre i soggetti se mai a modificare il criterio con il quale guardare alla propria fisicità.

Concludo con un brevissimo richiamo alle convinzioni espresse da un giovane body builder (raccolte e riportate nella tesi di laurea di Valentina Bognanni), capaci di sintetizzare in modo drammaticamente chiaro le considerazioni che ho appena proposto.

Ha 25 anni, lavora come impiegato. Motiva così la propria scelta:" I modelli sulle riviste, i loro muscoli. Da piccolo mi prendevano in giro perché ero magro, molto magro. Poi ho capito che facendo palestra avrei potuto cambiare e assomigliare a quelli delle pubblicità. Anche le ragazze a scuola, mica guardavano i tipi come me" Come vediamo sembra riproporre soprattutto motivazioni di carattere sociale: i modelli sulle riviste, il giudizio dei coetanei, sia maschi che femmine.. Afferma di allenarsi tutti i giorni per almeno 3 ore.

"Non posso saltare nemmeno una giornata: Sto male. Mi sento flaccido. E' come un rito per me. Poi ti abitui. Ognuno ha le sue droghe." Egli in un certo senso appare consapevole della dismorfofobia che abita la sua mente: "Continui a vederti magro e rachitico. Ad esempio la settimana scorsa ho avuto la febbre e ho dovuto saltare due volte l'allenamento. Non riuscivo più a guardarmi allo specchio. Mi sentivo uno sfigato, flaccido. I miei muscoli erano spariti, ma gli altri mi dicevano di no, che non era così". Applica una distorsione alla percezione del proprio corpo. Il sintomo dismorfofobico spiega in maniera esaustiva il tentativo di controllo e di onnipotenza che spesso guida questi soggetti, tesi ad accentuare sempre di più i propri sforzi a partire da un'immagine di sé che non si rivela mai all'altezza delle loro aspettative. A tal proposito egli non esclude la possibilità di ricorrere alla chirurgia estetica: "Ho letto che in America fanno un'operazione per rendere più grossi i polpacci. Praticamente ti aprono e ti infilano degli innesti. Ecco io la farei. I polpacci sono il mio punto debole e se non si gonfieranno a dovere me la faccio, anche se mi fa un po' paura.. Alla fine non c'è niente di male nel farlo: per essere bello uno dovrebbe fare qualunque cosa"

Bibliografia

Bauman Z. Intervista sull'identità 2003, Laterza, Bari-Roma

Bauman Z. Amore liquido 2004, Laterza, Bari-Roma

Bognanni V. La dismorfofobia tra psiche e cultura Tesi di Laurea, Università di Genova,A.A. 2010-2011

Boni F. Il superleader 2008, Meltemi, Roma

Pasquinelli C. Le ambiguità del corpo in Bourdieu P. (a cura di) Il corpo tra natura e cultura 1987, Franco Angeli, Milano

Stagi L. Anticorpi. Dieta, fitness e altre prigioni 2008, Franco Angeli, Milano

Stagi L. Lavori in corpo. Pratiche ed estetiche di identità 2010, Franco Angeli, Milano.