

Antonio Scarinci e Roberto Lorenzini

DISTURBO DI DISMORFISMO CORPOREO

Assessment, diagnosi e trattamento

INDICE

- 7 PREFAZIONE (Giovanni Maria Ruggiero)
- 9 INTRODUZIONE
- PARTE PRIMA**
- 15 CAPITOLO PRIMO
 Le trasformazioni fisiologiche correlate all'identità nell'adolescenza:
 implicazioni per il BDD
- 47 CAPITOLO SECONDO
 Lo stile cognitivo
- 59 CAPITOLO TERZO
 Il funzionamento psicosociale e la qualità della vita
- 65 CAPITOLO QUARTO
 La diagnosi
- PARTE SECONDA**
- 73 CAPITOLO QUINTO
 Strumenti di valutazione del BDD
- 85 CAPITOLO SESTO
 Indicazioni e linee guida per l'intervento. L'efficacia della terapia
 cognitivo comportamentale
 APPENDICE – Terapia del delirio dismorfofobico
- 145 CAPITOLO SETTIMO
 Casi clinici
- 159 BIBLIOGRAFIA

Prefazione

Una rapida ricognizione tra le librerie presenti online permette di capire rapidamente che non esistono in italiano manuali sul disturbo di dismorfismo corporeo. Il volume di Scarinci e Lorenzini copre dunque una lacuna importante.

Il disturbo in oggetto è esplorato nei dettagli e al tempo stesso è trattato con concisa semplicità, un bel segno di rispetto nei confronti del lettore.

Il volume inizia con un'analisi dello sviluppo del disturbo nell'adolescenza, età di grandi cambiamenti e crisi che può essere vissuta con disagio proprio per quanto riguarda la valutazione del corpo e può portare a idee del tutto distorte e patologiche. Gli autori applicano il modello cognitivo al disturbo. Esso appare come una generale difficoltà a fare i conti con una discrepanza tra i propri scopi, aspettative, bisogni, desideri e la realtà sia interiore sia esterna. Questa discrepanza viene espressa in un aspetto molto concreto: come si pensa sia il proprio corpo e come si vorrebbe che fosse. Tale discrepanza può essere così forte da far percepire al soggetto imperfezioni e malformazioni inesistenti.

Dopo aver definito e spiegato il disturbo, gli autori proseguono illustrando il processo di assessment, e passano in esame gli strumenti di valutazione più utilizzati, per poi proporre una terapia cognitivo comportamentale, qui illustrata attraverso schede a uso del terapeuta e numerosi casi clinici.

Al centro dell'intervento viene posta la rielaborazione cognitiva delle distorsioni, la critica degli errori più gravi di valutazione del proprio corpo, accanto a un processo di accettazione del sé che costituisce il vero problema sottostante all'espressione sintomatologica.

I due autori danno molto rilievo agli interventi di ristrutturazione cognitiva e alla ricostruzione e rilettura della storia di vita, intesa come sequenza di esperienze dolorose in cui si apprende a evitare, a controllare e a ipercompensare patologicamente stati mentali ritenuti insopportabili. Nel caso del dismorfismo, il luogo mentale insopportabile è l'immagine di un sé imperfetto, che viene metaforicamente espresso come malformazione corporea. La consapevolezza

Disturbo di dismorfismo corporeo

che l'immagine corporea non rappresenta l'unica qualità che definisce l'identità e l'accettazione dell'identità stessa costituiscono il passo decisivo della terapia. Scarinci e Lorenzini offrono numerosi strumenti al terapeuta per accompagnare i pazienti lungo questo difficile percorso.

Giovanni Maria Ruggiero

Direttore di Psicoterapia cognitiva e ricerca,
Scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitiva di Milano
Responsabile ricerca di Studi cognitivi,
Scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitiva di Milano
Didatta SITCC

Introduzione

Il dottor Carlo Biagioli, giovane psichiatra, inizia a lavorare nel servizio pubblico. Siamo negli anni Ottanta, il cammino verso la terra promessa da Basaglia è appena iniziato. Come per gli ebrei provati dall'esodo, c'è il rischio di rimpiangere il periodo della schiavitù in Egitto. Per non cedere ai momenti di fatica e di sconforto e rendere i nuovi arrivati consapevoli di quale fosse l'inferno da cui si cercava di scappare, il primario faceva visitare loro il manicomio di Siena dove aveva lavorato. Il giro dei reparti dedicati a famosi psichiatri del passato era una consuetudine (la fama dello psichiatra cui era dedicato il reparto era direttamente proporzionale alla gravità dei pazienti che conteneva, e il verbo «contenere» non è utilizzato a caso).

Personaggi bizzarri, comportamenti stranissimi attirano l'attenzione e l'interesse di un giovane entusiasta, convinto che riuscirà a spiegare tutto e tutto guarirà. Biagioli nell'attraversare corridoi lunghi e tenebrosi resta sorpreso nel vedere tra i pazienti «pericolosi» un ragazzino di una ventina d'anni. Sembrava un collegiale, curato nel vestire, educato nel comportamento, assorto in pensieri filosofici o forse in preghiere. Nulla faceva sospettare violenza, pericolosità e neppure follia.

«Perché sta qui? E come mai non è stato ancora dimesso», pensò tra sé il giovane psichiatra e chiese al primario il motivo della sua presenza in quel reparto. Si sentì rispondere che Marcellino era tra i pazienti più gravi. In quel momento in realtà non stava pregando. Osservava il suo mignolo destro e lo confrontava con il sinistro perché era certo che fosse storto. Si era fissato così da quando la fidanzatina lo aveva lasciato. Secondo il primario erano state tentate tutte le cure e non c'era nulla da fare. Prima o poi Marcellino si sarebbe ucciso. Questa sì che suonava come una follia alle orecchie del giovane psichiatra.

Tre anni dopo, durante un soggiorno sul lago di Bolsena, mentre gli altri — pazienti, operatori e bagnanti — stavano chiassosi sulla riva, Marcellino si incamminò deciso verso il largo, camminando senza nuotare. Il corpo fu ritrovato tre giorni dopo a Capodimonte, l'antico borgo che si protende verso il lago.

Sono passati alcuni decenni, il dottor Biagioli è ormai in pensione, ma il disturbo di dismorfismo corporeo sovente conduce ancora al suicidio e la sua diffusione e gravità sono tutt'oggi sottovalutate.

I pazienti chiedono aiuto a specialisti diversi da coloro che si occupano di salute mentale e i casi trattati, non sempre con successo, non sono numerosi.

Anche la letteratura internazionale, che solo negli ultimi anni è cresciuta, non fornisce indicazioni univoche sull'eziologia e il trattamento.

A conferma di questi dati, di recente, Wilhelm, Phillips e Steketee (2013) hanno pubblicato un interessante e pregevole manuale di trattamento, dove vengono evidenziate le criticità che si incontrano con questi pazienti, segnalate, peraltro, da molti altri autori (Mian e Gerbino, 2009).

Il retroterra teorico e clinico dell'approccio utilizzato per analizzare le dinamiche psicopatologiche è quello cognitivo comportamentale. L'importanza dei contributi forniti sia dal modello standard, sia dagli ultimi sviluppi di terza generazione ha ricadute significative nell'approccio clinico e nell'intervento terapeutico, anche se va sottolineato il limite di una mancanza di adeguate e sistematiche verifiche empiriche per il disturbo di dismorfismo corporeo in grado di raccogliere e unificare le osservazioni cliniche.

Ci auguriamo, pertanto, che i contenuti di questo lavoro suscitino vivaci reazioni, anche critiche, e interesse, così che il faticoso cammino della scienza, che procede per ipotesi e confutazioni, possa essere avviato per formulare se non altro alcune linee guida per l'intervento, basate su studi clinici randomizzati.

La prima parte del volume è dedicata al momento esistenziale, con particolare riferimento all'adolescenza, periodo in cui è più frequente lo scompenso, e alla cultura dell'apparire, che è terreno fertile per lo sviluppo del disturbo. Ampi sono i riferimenti alla letteratura internazionale e alla ricerca. Vengono analizzati inoltre gli ingredienti cognitivi ed emotivi che caratterizzano il disturbo e compromettono il funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree importanti della vita dei soggetti che intrattengono il disturbo.

Il problema diagnostico assume un ruolo di particolare rilievo, dal momento che si tratta di un disturbo situato al crocevia nosografico tra i disturbi somatoformi, i disturbi alimentari, le ossessioni e il delirio. Il disturbo di dismorfismo corporeo prende qualcosa da ciascuno di essi e lo ricombina in una forma assolutamente caratteristica. Pertanto, la diagnosi differenziale, il decorso e la comorbidità sono considerati con particolare attenzione.

La valutazione e l'intervento sul disturbo è l'argomento della seconda parte del volume, che presenta, oltre a una panoramica degli strumenti più diffusi e utilizzati, alcune nostre proposte originali. L'assessment rappresenta una fase fondamentale in ogni trattamento, per capire il funzionamento del paziente, la dinamica dello

scompenso, i fattori di mantenimento della patologia e per costruire una buona alleanza terapeutica. In modo particolare, l'assessment assume notevole rilevanza proprio nel trattamento del paziente con BDD (*body dysmorphic disorder*), che arriva spesso in terapia senza una grande motivazione e senza consapevolezza di malattia.

Viene quindi preso in considerazione l'intervento psicoterapeutico, definito in termini strategici e con ampi riferimenti alle tecniche da utilizzare. Questa parte contiene anche degli strumenti, concepiti ad uso del terapeuta, destinati al supporto sia del paziente sia dei suoi familiari.

Infine, un ultimo capitolo riporta alcuni casi clinici in cui emerge lo sforzo, spesso solo parzialmente efficace, di lenire il dolore e la sofferenza di persone eccessivamente preoccupate da difetti nell'aspetto fisico, che vengono percepiti come orribili e che procurano disagio e menomazioni nel loro funzionamento sociale e lavorativo. A volte gli altri cercano di attribuire a questi difetti il significato di piccole anomalie, ma così facendo non comprendono fino in fondo l'importanza che invece rivestono per chi vede queste piccole anomalie come il segno di una drammatica deformità.

SCHEDA 6.1

INTERVISTA SEMISTRUTTURATA Si chiede al paziente di riferire: affermazioni teoriche, episodi specifici, sensazioni ed emozioni, interpretazioni e significato.
Che tipo di rapporto aveva con i genitori quando era piccolo/a?
Riesce a darmi alcuni aggettivi che descrivano il rapporto che aveva con sua madre/padre?
Ricorda un episodio specifico che possa esemplificare questi aggettivi?
Mi può descrivere i modi di fare e le richieste rispetto a: esplorazione, autonomia/distacco, sonno, cibo, tempo libero, sessualità?
Da parte delle sue figure d'attaccamento vi erano delle manifestazioni affettive esplicite nei suoi confronti.
Le emozioni venivano manifestate o controllate?
I bisogni e le esigenze a chi venivano esplicitati?
Quanto si sentiva accettato/ta e cosa faceva per esserlo?
Quanto tempo le dedicavano i suoi genitori?
Quali erano le attività di interazione?
Come e quanto si comunicava in famiglia?
Quali erano le regole educative?
Che cosa faceva arrabbiare i suoi genitori?
Che cosa apprezzavano i suoi genitori?
Veniva lodato? E se sì, per cosa veniva lodato?
Cosa si aspettava e cosa pensava dei suoi genitori?
Cosa pensavano e cosa si aspettavano i suoi genitori da lei?
Ricorda qualche particolare delusione?
Ricorda di essersi particolarmente sorpreso in qualche circostanza?
In quali momenti specifici si è sentito protetto?
È mai stato maltrattato?
Ha mai avvertito indifferenza nei suoi confronti?
Ricorda episodi in cui è stato sostenuto?
Che relazione avevano i suoi genitori?
Che relazione avevano con gli altri figli?
Qual era l'atteggiamento dei suoi genitori nei confronti del mondo e degli altri?
Oggi qual è il suo rapporto con i suoi genitori?
Che importanza attribuisce a queste vicende nel suo sviluppo.

SCHEDA 6.2

SCHEDA ABCDE				
A Evento attivante Interno (ricordo, immagine, pensiero, ecc.). Esterno (telefonata di un amico, incontro con il partner, ecc.).	B Pensiero Cosa significa. Cosa ho pensato. Che valutazione ho fatto.	C Emozione e comportamento Cosa ho provato. Come mi sono sentito. Cosa ho fatto.	D Pensiero alternativo Come posso vederla in altro modo.	E Emozione e comportamento Come mi sento dopo. Cosa ho fatto dopo.

SCHEDA 6.3

ATTENTION TRAINING TECHNIQUE	
	Tempo
Focalizzi l'attenzione sui suoni che provengono dall'interno della stanza.	2/3 minuti
Focalizzi l'attenzione sui suoni che provengono dall'esterno della stanza.	2/3 minuti
Dal focalizzare i suoni interni, passi a focalizzare i suoni esterni.	Alternare: 30 secondi i suoni interni, 30 secondi i suoni esterni. Tutto per 3 minuti.
Focalizzi sia i suoni esterni sia i suoni interni.	2/3 minuti

SCHEDA 6.4

RIPETIZIONE DI TITCHENER			
<i>Ripeta una parola ad alta voce (ad esempio «limone»)</i>	Cosa succede nella mente	<i>Ripeta una parola ad alta voce (ad esempio «limone»)</i>	Cosa succede nella mente
Due o tre volte		30 secondi	
<i>Ripetere ad alta voce la parola «difettato»</i>		<i>Ripeta ad alta voce la parola «difettato»</i>	
Due o tre volte		30 secondi	

SCHEDA 6.5

FIGURE AMBIGUE	
<p>Immagini di essere in un processo in cui lei sia il testimone principale. La sua testimonianza risulterà fondamentale per la sentenza di innocenza o colpevolezza dell'imputato. Cosa vede nella figura a fianco?</p>	

SCHEDA 6.6

EVITAMENTO E ILLUSIONE DI CONTROLLO	
<p>Passare così tanto tempo davanti allo specchio è utile?</p>	
<p>La fa sentire come vorrebbe?</p>	
<p>La aiuta a stare bene?</p>	
<p>È vantaggioso evitare di esporsi?</p>	
<p>Cosa potrebbe accadere se, almeno per una volta, non lo facesse?</p>	

SCHEDA 6.7

EURISTICHE CONFIRMATORIE	
<p>Provi a ribaltare la prospettiva che la spinge a cercare conferme e cerchi di essere attento a tutto ciò che è contrario a quello che pensa.</p>	
<p>Quali prove sono contrarie a ciò che lei pensa?</p>	
<p>È sicuro che il suo ragionamento sia corretto dal punto di vista logico?</p>	
<p>Quali errori potrebbe aver compiuto?</p>	
<p>Quali informazioni le sfuggono?</p>	
<p>È sicuro di aver valutato bene tutti gli elementi del problema?</p>	
<p>Come può vederla diversamente?</p>	