

XL. IL DISTURBO DI DISMORFISMO CORPOREO (*)

Il termine “*Dismorfismo*” deriva dal sostantivo greco “*Δυσμορφία*” che letteralmente significa “*Deformia*” cioè “*alterazione della forma*”, quindi con l’espressione “*Dismorfismo corporeo*” si suole indicare genericamente le alterazioni obiettive del normale aspetto dei vari segmenti corporei. Mentre, il timore ossessivo di avere particolari deformità o anomalie somatiche per una propria soggettiva penosa convinzione errata, su cui verterà la presente disquisizione, si suole indicare con il termine denotativo “*Dismorfofobia*” composto dall’unione dei due termini greci “*Δυσμορφία*” (“*Deformia*”) e “*φοβία*” (“*paura*”) introdotto in psichiatria da Enrico Morselli (1891) con la famosa pubblicazione dal titolo «*Sulla dismorfofobia e sulla tefefobia: due forme di pazzia con idee fisse*», in cui stabilisce che, essenzialmente, la “*Dismorfofobia*” «...consiste nell’insorgere e nello stabilirsi davanti alla coscienza dell’idea della propria deformità...» (1). Lo stesso Morselli (1894) nel «*Manuale di semeiotica delle malattie mentali*», pubblicato tre anni dopo, precisa che la “*dismorfofobia*” è costituita da un’«...idea ossessiva, desolante, della deformità corporea...» e che deve essere inclusa tra gli eccessi morbosi dell’“*istinto di integrità personale*”, il quale può apparire alterato sotto un duplice aspetto: I) «*Come sentimento primitivo o fondamentale di difesa dell’organismo contro il danno immediato delle lesioni meccaniche disintegrative o distruttive*», II) «*Come sentimento secondario o derivato di tutela dell’organismo contro i nocimenti degli agenti esterni e contro possibili mali dell’esistenza*» (2). Janet (1903) identifica la “*Dismorfofobia*” con la “*vergogna del proprio corpo*” riscontrabile sia come sindrome ossessiva che come sindrome delirante (3). Krepelin (1913) nell’ottava edizione del «*Trattato di Psichiatria*» include la “*Dismorfofobia*” fra le “*nevrosi ossessive*” e ne sottolinea la caratteristica di essere egodistonica (4) — cioè, di essere compulsiva e difforme al volere dell’individuo — e Tanzi e Lugaro (1923) nel «*Trattato delle malattie mentali*» la classificano fra le “*psicosi ossessive*” definendola come “*paura di essere e diventare deformi*” (5). Fenichel (1932) inquadra la “*Dismorfofobia*” dal punto di vista psicoanalitico prospettando, in sintesi, che la paura di essere brutti e di suscitare ripugnanza negli altri rivelerebbe il sentimento di colpa verso il proprio esibizionismo e, negli adolescenti in particolare, sarebbe causata dai sensi di colpa e dai timori relativi alla masturbazione (6). Infine, sia nel DSM-IV (1994) che nel DSM-IV-TM (2001) il disturbo in questione, indicato con l’espressione “*Body Dysmorphic Disorder*” (“*Corpo Deforme Disturbo*”) per intendere “*Disturbo da Deformità Corporea*”) (7), è definito secondo i seguenti tre parametri: a) “*La preoccupazione per un supposto difetto nell’aspetto fisico. Se è presente una piccola anomalia, l’importanza che il soggetto le dà è di gran lunga eccessiva*”; b) “*La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altri settori importanti*”; c) “*La preoccupazione non risulta meglio attribuibile ad altro disturbo mentale*”.

L’interpretazione della “*Dismorfofobia*”, ormai indicata preferibilmente con l’espressione “*Disturbo da Dismorfismo Corporeo*” (DDC), risulta irta di difficoltà perché il suo determinismo è estremamente polimorfo così da poter essere interpretato come sintomo nell’ambito della psiconevrosi ossessivo-fobica e della psicosi depersonalizzante o come dispercezione delirante o come delirio vero e proprio. Ma, in realtà, bisogna riconoscere l’esistenza di varie forme di DDC aventi diversa gravità e diverso significato psicopatologico. Tuttavia, prima di effettuare una discussione a riguardo, appare necessario esporre una rapida carrellata iconografica dei più noti “*Dismorfismi*” sia riguardante l’aspetto somatico generale sia riguardante, in particolare, i caratteri somatici sessuali primari e secondari, poiché proprio per un’alterata autostima dello schema corporeo implicanti quest’ultimi, spesso — se realmente sussiste una pur minima sfumata deformità reale, normalmente insignificante e trascurabile — si può instaurare un più o meno grave DDC.

Dei numerosi “*Dismorfismi*” riguardante l’aspetto somatico generale si mostrano le immagini di alcuni fra i più caratteristici: Fig. 1 (Esempio di “*turricefalia*”), Fig. 2 (Esempio di “*microcefalia familiare in sorelle oligofreniche*”), Fig. 3 (Esempio di “*megauricolia familiare in*

fratelli oligofrenici”), Fig. 4 (Esempio di “*disostosi cranio-facciale*”: “*Morbo di Crouzon*”), Fig. 5 (Esempio di “*macrocefalia con polidattilia*”), Fig. 6 (Esempio di “*disostosi mandibolo-facciale con atresia del condotto uditivo ed iperplasia mastoidea*”: “*Morbo di Franceschetti*”), Fig. 7 (Esempio di “*disostosi cranica grottesca*”: “*gargoilismo*”), Fig. 8 (Esempio di “*ipertricosi in sorelle schizofreniche*”). Quindi, si mostrano le immagini dei più frequenti “*Dismorfismi*” fra quelli riguardanti in maniera specifica i caratteri somatici sessuali primari e secondari: Fig. 9 (Esempio di “*acromegalia con ipertrofia testicolare*”), Fig. 10 (Esempio di “*macrosomia genitale e precocità di sviluppo sessuale in bambino di quattro anni*”), Fig. 11 (“*macrosomia genitale e precocità di sviluppo sessuale in bambino di sette anni*”), Fig. 12 (“*macrosomia genitale e precocità di sviluppo sessuale in bambino di nove anni*”), Fig. 13 (Esempio di “*distrofia adiposo-genitale in ragazzo di quattordici anni*”), Fig. 14 (Esempio di “*distrofia adiposo-genitale in ragazzo di quindici anni*”), Fig. 15 (particolare del “*micropene*” del ragazzo della Fig. 14), Fig. 16 (Esempio di “*ipoplasia testicolare ed iperplasia mammaria in ragazzo di sedici anni*”), Fig. 17 (Esempio di “*micropene in ragazzo ipogonadico di diciassette anni*”), Fig. 18 (Esempio di “*micropene in giovane ipogonadico di diciotto anni*”), Fig. 19 (Esempio di “*aspetto mascolino in donna ipersurrenalica con ipertrofia clitoridea*”), Fig. 20 (particolare del “*clitoride ipertrofico*” della donna della Fig. 19), Fig. 21 (Esempio di “*notevole ipertrofia clitoridea in donna pseudoermafrodita*”), Fig. 22 (Esempio di “*donna pseudoermafrodita con ipertrofia del clitoride pseudopenieno*”), Fig. 23 (Particolare del “*clitoride notevolmente ipertrofico della donna pseudoermafrodita*” della Fig. 22), Fig. 24 (Esempio di “*donna ermafrodita con micropene monorchide*”), Fig. 25 (Particolare del “*micropene monorchide*” della donna ermafrodita della Fig. 24), Fig. 26 (Esempio di “*donna ermafrodita*” con pene conifirme), Fig. 27 (Esempio di “*uomo ermafrodita monorchide e monovarico*”), Fig. 28 (Esempio di “*uomo con ginecomastia*”), Fig. 29 (Esempio di “*donna con capezzolo satellite*”: “*politelia*”), Fig. 30 (Esempio di “*donna con polimastia*”), Fig. 31 (Esempio di “*ipospadia glandeana*”), Fig. 32 (Esempio di “*ipospadia peniena*”), Fig. 33 (Esempio di “*ipospadia penoscrotale*”), Fig. 34 (Esempio di “*ipospadia scrotale*”), Fig. 35 (Esempio di “*epispadia peniena incompleta*”), Fig. 36 (Esempio di “*epispadia peniena completa*”), Fig. 37 (Esempio di “*fimosi peniena*”), Fig. 38 (Esempio di “*parafimosi peniena con reazione edematosa*”), Fig. 39. (Esempio di “*Aderenze glande-prepuziali*”), Fig. 39 e Fig. 40 (Esempi di “*incurvamento penieno*”), Fig. 41 (Simpatica caricatura di percezione dismorfofobica del proprio corpo *sine* “*Dismorfismo*”).

Nei casi specifici riguardanti pazienti affetti da DDC è stato osservato con notevole frequenza che, durante il decorso del disturbo, nel medesimo paziente si possono alternare fasi ossessivo-fobiche a vere e proprie fasi deliranti (Phillips, 1991) (8) e, con significativa frequenza, è stata rilevata la coincidenza di ansietà e di depressione endogena, (Brawman-Mintzer e Coll., 1995) (9), di compulsività, di panico con o senza agorafobia (Phillips e Diaz, 1997) (10), di depressione reattiva, di squilibrio dell’emotività, di ritiro sociale e di perdita dell’interesse a destare piacere negli altri (Hollander e Aronowitz, 1999; Cohen e Coll., 2000; ecc.) (11). Inoltre, in casi di pazienti affetti da DDC è stata riscontrata la concomitanza di disturbi del comportamento alimentare (Buvat e Buvat-Herbaur, 1978; Castle e Morkell, 2000; ecc.) (12) e di abuso di droghe (Veale e Coll. (1996) (13); Oosthuizen e Coll., 1998; ecc.) (14). Hollander e Coll. (1993), in base alla condivisione di particolari caratteristiche, hanno potuto individuare tre gruppi di pazienti affetti da DDC con analoghi “*Disturbi di Personalità*” in percentuali significative: precisamente il 10% con personalità “*schizotipica*”, “*schizoide*” e “*paranoide*”; il 12% con personalità “*istrionica*”, “*narcisistica*”, “*antisociale*” e “*borderline*”; il 16% con personalità “*evitante*”, “*dipendente*” ed “*ossessivo-compulsiva*” (15). In pazienti affetti da DDC Neziroglu e Coll. (1996) hanno riscontrato la concomitanza di personalità “*autofrustrante*” e “*borderline*” nel 76% e di personalità “*evitante*” ed “*ossessivo-compulsiva*” nel 82% dei casi (16); Veale e Coll. (1996) hanno riscontrato la concomitanza di personalità “*narcisistica*” e “*borderline*” nel 6% dei casi, la personalità “*istrionica*” nell’8% dei casi, la personalità “*dipendente*” nel 12% dei casi, la personalità “*passivo-aggressiva*” nel 16% dei casi, la personalità “*ossessivo-compulsiva*” nel 28% dei casi e la

personalità “*evitante*” e “*paranoide*” nel 38% dei casi; ecc. (17). Meno numerose risultano le ricerche svolte ad indagare in che percentuale i pazienti affetti da “*Disturbo da Dismorfismo Corporeo*” fanno ricorso alla chirurgia estetica. A riguardo, è nota la ricerca di Sarwer e Coll. (1998) dalla quale si evidenzia che solo il 15% dei pazienti che richiedono interventi di chirurgia plastica risulta affetto da “*Disturbo da Dismorfismo Corporeo*”(18). Tuttavia, da oltre vent’anni ad oggi non sono mancati studiosi (Baldaro e Coll., 1983; Ohjimi e Coll., 1988; Pertschuk e Coll., 1998; Rohric, 2000; Sarwer e Crerand, 2002; ecc.) che hanno prospettato l’esigenza di eseguire accurate indagini psichiatriche preoperatorie, estese a tutti i pazienti prenotati per essere sottoposti ad interventi di chirurgia estetica allo scopo di prevenire eventuali incresciosi scompensi psicopatologici nel prosieguo post-operatorio (19). Infatti, in pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia estetica, oltre all’insorgenza di un’ingente gamma di svariati disturbi mentali (Vergel e Ulusahin, 2001) (20), è stata evidenziata l’insorgenza di DDC commisto a diverse categorie di “*disturbi di personalità*” (Birtchnell, 1988; Cunningham e Coll., 1996; Cunningham e Feinmann, 1998; ecc.) (21).

In ultima analisi, da quanto esposto si deduce che il DDC, originariamente indicato con il termine denotativo “*Dismorfofobia*”, consiste in un sentimento ossessivo di insoddisfazione dell’aspetto del proprio corpo, spesso per soprastima di reali lievi “*dismorfismi*” o di reali modeste disarmonie somatiche — a volte transitorie come quelle caratteristiche del periodo adolescenziale (Tomkiewicz e Finder, 1967; Liberman, 1974; Braddock, 1982; ecc.) (22) — o, addirittura, per scarsa fiducia nel proprio modo di mostrarsi agli altri dal punto di vista dell’aspetto fisico, ma può consistere anche in persistente “*convinzione delirante*” di essere portatore di deformità fisica del tutto inesistente, “*convinzione delirante*” che deve, però, essere distinta dai veri e propri deliri di deformità e di trasformazione corporea, tipici delle sindromi dissociative, che dovrebbero essere considerati come disturbi psicotici “*pseudo-dismorfofobici*”. Per la diagnosi differenziale contribuisce decisamente il fatto che i pazienti affetti da sindromi dissociative — i quali riferiscono con impassività emotiva di avvertire la strana percezione cenestesica d’incombente deformazione corporea, sintomo denominato “*segno di Mauz*” fin dal 1930, allorché è stato segnalato dallo psichiatra tedesco Friedrich Mauz (23) — non hanno alcun interesse a ricorrere alla chirurgia estetica poiché non avvertono la minima preoccupazione affettivo-emotiva di dover porre fine alla strana dispercezione introspettiva. Mentre, nei pazienti affetti da “*Disturbo da Dismorfismo Corporeo*” il timore di avere un difetto fisico è talmente preoccupante da indurre a richiedere fastidiosi interventi di chirurgia plastica che, a volte, possono anche risultare inutili (Corbella e Rossi, 1966; Noto Campanella e Zuccoli, 1968; Hay, 1970; Vallat e Coll., 1971; Andreasen e Bardach, 1977; Bezoari e Falcinelli, 1977; Crips, 1981; Marks e Mishan, 1988; De Leon e Coll., 1989; Vitiello e De Leon, 1990; ecc.) (24).

Infine, per prospettare un efficace procedimento terapeutico nei confronti del DDC si deve tenere presente che tale disturbo, sostanzialmente, consiste in “*una credenza errata, non conforme alla realtà, di essere in svantaggio relazionale per una presunta, o enfaticizzata, deformazione somatica, di cui il pensiero erroneo suscita abnorme ansia anticipatoria ad ogni imminente situazione di confronto relazionale, quasi come si verifica nell’imminenza di un’attesa catastrofe*”. Quindi, il problema terapeutico fondamentale è quello di riuscire a rimuovere la specifica falsa credenza ansiogena con tecniche di psicoterapia comportamentale del tipo “*Thought stopping*” (“*Pensiero respinto*”) associata a farmacoterapia di sostegno con “*Meprobamato*” (MPB) (400 mg. x 2 die), noto tranquillante che agisce a livello limbico e talamico senza provocare dipendenza, al contrario degli ansiolitici benzodiazepinici. Tuttavia, nei casi in cui sussiste effettivamente un significativo “*dismorfismo corporeo*” obbiettivamente apprezzabile, la terapia più efficace è senza dubbio costituita dalla correzione chirurgica, naturalmente previo nulla osta del consulente psicologo che avrà effettuato un accurato studio della personalità del paziente.

(*) Relazione svolta da F. Liggio al “*Workshop di andro-sessuologia*” promosso dall’ “*ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA RICERCA IN SESSUOLOGIA (A.I.R.S.)*” (Palazzo Doria, Valmontone – Roma, 14 maggio 2005.

NOTE E RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- (1) Cfr. Moerselli E.: «*Sulla dismorfofobia e sulla teleofobia*», Bollettino dell'Accademia di Genova, 6,185, 1891.
- (2) Cfr. Morselli E.: «*Manuale di semeiotica delle malattie mentali*», Vallardi, 1894.
- (3) Cfr. Janet P.: «*Les obsession et la psychasténie*», Alcan, Paris, 1903.
- (4) Cfr. Kraepelin E.: «*Psychiatrie*», VIII Auflage, Barth, Leipzig, 1913.
- (5) Cfr. Tanzi E., Lugaro B.: «*Trattato delle Malattie Mentali*», S.E.I, Milano, 1923.
- (6) Cfr. Fenichel O.: «*Spezielle Psychoanalytische Neurosenlehre*», Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1932.
- (7) Cfr. American Psychiatric Association: «*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*», Fourth Edition (DSM-IV TM), A.P.A. Press, Washington, 2001.
- (8) Cfr. Phillips K.A.: «*Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness*», Am. Psychiatry, 148, 1138, 1991.
- (9) Cfr. Brawman-Mintzer O., Lydiard R.B., Phillips K.A., Morton A., Czepowicz V., Emmanuel N.: «*Body Dysmorphic disorder in patients*», American Journal Psychiatry, 152,1665, 1995.
- (10) Cfr. Phillips K.A., Diaz S.F.: «*Gender differences in body dysmorphic disorder*», Journal Nerv. Meent. Dis., 185, 570, 1997.
- (11) Cfr. Hollander E., Aronowitz B.R.: «*Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder*», Journal Clin. Psychiatry, 60, 27, 1999; Cohen L.J., Kingston P., Bell A., Kwon J., Aronowitz B., Hollander E.: «*Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder*», Compr. Psychiatry, 41, 4, 2000; ecc.
- (12) Cfr. Buvat J., Buvat-Herbaur M.: «*Dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobies dans l'anorexie mentale a propos de 115 cas des deux sexes, II : les dysmorphophobies dans l'anorexie mentale*», Ann. Med. Psychol., 136, 563, 1978; Castle D.J., Morkell D.J.: «*Imagined ugliness: a symptom which can become a disorder*», Med. J. Aust., 173, 205, 2000.
- (13) Cfr. Veale D., Gournay K., Dryden W., Boocock A. Shah F., Wilson R.: «*Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioral model and pilot randomised controlled trial*», Behav. Res. Ther., 9, 717, 1996.
- (14) Oosthuizen P., Lambert T., Castle D.J.: «*Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables*», Aust. N. Z. J. Psychiatry, 32, 129, 1998.
- (15) Cfr. Hollander E., Cohen L.J., Simeon D.: «*Body dysmorphic disorder*», Psychiatric Ann., 23, 359, 1993.
- (16) Cfr. Neziroglu F., McKay D. Todaro J., Yaryura-Tobias J.A.: «*Effect of cognitive-behavior therapy on person with BDD and comorbid axis TT diagnosis*», Behav. Ther., 27, 67, 1996.
- (17) Cfr. la nota 13.
- (18) Cfr. Sarwer D.B., Wadden T.A., Pertschuk L.A.: «*Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients*», Plast. Reconstr. Surg., 101, 1644, 1998.
- (19) Cfr. Baldaro B., Ercolani M., Manisali M., Hunt N.P., Feinmann C.: «*Indagini psicosomatiche nella programmazione di chirurgia plastica del naso: follow-up psicométrico di 130 casi*» in «*Terapia in psicosomatica*», Athena, Torino, 1983; Ohjimi H., Shioya N., Ishigooka J.: «*The role of psychiatry in aesthetic surgery*», Aesthetic Plast. Surg., 12, 187, 1988; Pertschuk M.J., Sarwer D.B., Wadden T.A., Whitaker L.A.: «*Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients*», Aesth. Plast., Surg., 22, 20, 1998; Rohrich R.J.: «*The who,when, and why of cosmetic surgery: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation?*», Plast. Reconstr. Surg., 106,1605, 2000; Sarwer D.B., Crerand C.E.: «*Psychological issues in patient outcomes*», Facial Plast. Surg., 18, 125, 2002; ecc.
- (20) Cfr. Vergel S., Ulusahin A., Aesth. Plast. Surg., 25, 474, 2001.
- (21) Cfr. Cunningham Feinman C. «*Psychological assessment of patients requesting orthognatic aurgery and the relevance of body dysmorphic disorder*» Br. J. Orthod., 25, 293, 1998.
- (22) Cfr. Tomkiewicz S., Finder J.: «*La dismorphophobie de l'adolescent caracteriel*», Rev. Neuropsychiatr. Infant., 15, 939, 1967; Liberman R.: «*A propos des dysmorphophobies de l'adolescent*», Rev. Neuropsychiatr. Infant., 22, 695, 1974; Brabcock L.E.: «*Dysmorphophobia in adolescence: a case report*», Br. J. Psychiatry, 140, 199, 1982; ecc.
- (23) Cfr. Mauz F.: «*Prognostik der endogenen Psychosen*», Thieme Verlag, Berlin, 1930.
- (24) Cfr. Corbella T., Rossi L.: «*Aspetti clinici e nosografici delle dismorfofopsie*», Il Lav. Neuropsichiat., 43, 47, 1966; Noto Campanella F., Zuccone E.: «*In tema di dismorfofobia*», Neuropsichiatra, 24, 475, 1968; Hay H.: «*Dysmorphophobia*», Brit. Journal of Psychiatry, 116, 399, 1970; Vallat J.N., Leger J.M., Destruhaut J., Garoux R.: «*Dysmorphophobia: syndrome ou symptome?*», Ann. Med. Psychol., 2, 45, 1971; Andreasen N.C., Bardach J.: «*Dysmorphophobia: symptom or disease?*», Am. Journal Psychiatry, 134,673, 1977; Bezoari M., Falcinelli D.: «*Immagine del corpo e relazioni oggettuali. Note sulla dismorfofobia*», Rass. Stut. Psichiat., 66, 489, 1977; Crips A.H.: «*Dysmorphophobia and the search for cosmetic suegery*», Brit. Med. Journal, 282, 1099, 1981; Marks J., Mishan J.: «*Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: a pilot study of exposure therapy*», Brit. 152, 674, 1988; De Leon J., Bott A., Simpson C.: «*Dysmorphophobia: body dyamorphic disorder or delusional disorder, somstic subtype?*», Compr. Psychiatry, 30, 457, 1989; Vitiello B., De leon J.: «*Dysmorphophobia misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder*», Psychosomatics, 31, 220, 1989.