

I DISTURBI DELL'IMMAGINE CORPOREA

Cap.1 L'immagine corporea: definizione.

Si tratta di un costrutto multidimensionale caratterizzato dalle percezioni e dalle valutazioni dell'individuo circa il proprio aspetto fisico, riferendosi dunque all'immagine del corpo che appare nella propria mente. Secondo Slade, l'immagine corporea risulta avere una componente percettiva (come si visualizza il corpo), una attitudinale (cosa si pensa del proprio corpo), una affettiva (sentimenti verso il corpo) e una comportamentale (alimentazione, etc.) e ciò suggerisce come l'immagine del proprio corpo comprenda la persona nella sua globalità.

Secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale, bisogna distinguere tra due aspetti chiave dell'immagine corporea: la "body image evaluation" e la "body image investment". Il primo riguarda il grado di soddisfazione del proprio aspetto, riferendosi alla discrepanza tra percezione del proprio corpo e canoni estetici interiorizzati; il secondo si riferisce all'importanza psicologica (cognitiva e comportamentale) che gli individui danno al proprio corpo.

L'investimento può avvenire in due modi: 1) "saliienza motivazionale" della propria apparenza, cioè il valore che si dà all'amministrazione del proprio aspetto. Non è necessariamente una cosa negativa, se vista come una cura verso se stessi; 2) "saliienza dell'auto-valutazione" del proprio aspetto come parte integrante del senso del sé o del proprio valore. Questo è più disfunzionale perché porta a patologie dell'alimentazione e altri aspetti psicosociali.

L'insoddisfazione della propria immagine corporea rispecchia una scontentezza soggettiva e generale per il proprio corpo o per le dimensioni di alcune parti di esso. La discrepanza può portare ad un sentimento negativo verso se stessi e a conseguenti comportamenti nocivi per la salute, specie nella sua forma estrema. L'insoddisfazione può essere associata ad una distorsione dell'immagine corporea che, a sua volta, è strettamente legato a comportamenti alimentari disturbati. Tale distorsione è sia percettiva (sotto/sovra stima delle dimensioni) che emotiva (relativa alle emozioni evocate a partire dall'immagine corporea). Ovviamente l'insoddisfazione dell'immagine corporea non è legata solo a conseguenze negative, anzi, può rappresentare per qualcuno una spinta motivazionale per cambiare. Nell'analisi dei fattori implicati nello sviluppo della propria immagine, varie evidenze empiriche hanno sostenuto l'importanza delle variabili socioculturali. Il MODELLO TRIPARTITO DI INFLUENZA (I PARI, I GENITORI E I MASS MEDIA) rinforzerebbero l'attuale standard irrealistico di bellezza come sinonimo di estrema magrezza in particolar modo fra le adolescenti femmine mentre, per quanto riguarda la popolazione maschile, gli adolescenti che dichiarano di aver ricevuto commenti positivi da parte di madri ed amiche rispetto la loro immagine mostrano un livello più elevato di soddisfazione, mentre i commenti ricevuti da padri e amici sembrano influenzare maggiormente il tipo di strategie adottate per modificare il proprio corpo.

D'altro canto, nonostante alcuni studi confermino la relazione tra esposizione alle immagini di corpi proposti dai media e problemi correlati al peso, altre ricerche non hanno ottenuto lo stesso risultato. Questa discordanza nella letteratura ha portato a domandarsi sul perché alcune persone siano più sensibili agli effetti dei media e a tale riguardo, il Modello tripartito d'Influenza ipotizza come la famiglia, i pari e i media possano influenzare il livello di soddisfazione corporea tramite due processi di mediazione: l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza proposto dalla società e la tendenza al confronto sociale. Interiorizzazione dell'ideale di magrezza: gli ideali promossi dai media indicano l'incorporazione degli standard socioculturali al punto da farli diventare come principi interiori per il successivo comportamento. L'interiorizzazione dell'ideale di magrezza favorisce a sua volta l'insoddisfazione corporea perché questo ideale è inottenibile per la gran maggioranza delle donne. Secondo il Modello Tripartito, il livello di interiorizzazione degli standard di magrezza proposti dai media, insieme al confronto sociale, media la relazione tra influenze socioculturali e il livello di insoddisfazione corporea. È importante distinguere l'interiorizzazione da altri due costrutti, ugualmente collegati alla percezione dell'influenza dei fattori socioculturali: la consapevolezza degli standard di magrezza (semplice conoscenza di questi canoni) e la percezione delle pressioni socioculturali a raggiungere tali ideali di bellezza

(sensazione soggettiva di ricevere pressioni a modificare la propria immagine). Quest'ultima in particolare è associata al livello di insoddisfazione corporea attraverso l'interiorizzazione di questi ideali. Confronto sociale: secondo tale teoria, esiste una motivazione umana universale che spinge l'individuo a valutare le proprie capacità e caratteristiche attraverso il confronto con le persone, preferibilmente simili a sé. Diventa quindi un processo valutativo che implica la ricerca di informazioni e la formulazione di giudizi sul proprio sé dipende dal confronto con gli altri: confronto nel quale si impegnano più frequentemente persone insicure in aree per loro rilevanti. Festinger propone due tipi di confronto sociale: 1) "downward", noi con gli individui che percepiamo meno fortunati per di favorire il sentimento di valore personale; 2) "upward", dove ci paragoniamo con persone che percepiamo socialmente migliori di noi, confronto che può potenzialmente minacciare l'autovalutazione. Per quanto riguarda il rapporto tra influenze socioculturali e insoddisfazione corporea quindi, il meccanismo attraverso cui l'esposizione ai media influenza l'immagine corporea è il confronto sociale relativo all'aspetto fisico e poiché tale confronto porta la maggior parte delle persone a vedersi in difetto, tale confronto "upward" produce una valutazione negativa del proprio aspetto fisico che si manifesta nell'aumento dell'insoddisfazione, in particolare (secondo l'analisi della letteratura) nelle adolescenti femmine. In particolare i pari e le immagini mediatiche risultano essere però i più frequenti e importanti modelli estetici per il confronto dell'aspetto. Sicuramente grande rilevanza, insieme alle influenze socioculturali, la dimostra anche il livello di autostima dell'individuo, definita come il senso individuale del valore e dell'apprezzamento di sé. È generalmente considerata la componente valutativa del concetto di sé. Almeno due aspetti però vanno distinti: il valore che la persona assegna a se stessa (aspetto valutativo dell'atteggiamento verso se stessi) e il ruolo che svolge il bisogno di autostima (tendenza a ricercare valutazioni solo positive). Per quanto riguarda il rapporto tra insoddisfazione e autostima, le ricerche hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione negativa tra le due variabili che diventa particolarmente significativa nell'adolescenza, ovvero quando il confronto sociale acquista maggiore rilevanza. Le teorie eziologiche dello sviluppo di una bassa immagine corporea e di disordini alimentari sostengono che una bassa autostima possa essere il precursore del livello di insoddisfazione corporea sia in modo diretto, sia attraverso la mediazione di altre variabili, come l'eccessiva valutazione del peso e della forma corporea, sia in interazione con altre variabili, come ad esempio il perfezionismo. Secondo alcuni autori, donne con bassa autostima userebbero i canoni forniti dai media per spostare l'attenzione dalle aree di basso valore per il sé all'apparenza, cercando di incrementarla raggiungendo gli standard proposti. Secondo Tiggeman, non è la bassa autostima a rendere le adolescenti più vulnerabili ad un'alta insoddisfazione corporea, ma viceversa un'alta insoddisfazione corporea influisce sull'autostima. L'immagine corporea risulta centrale nell'auto-definizione delle adolescenti perché sono state socializzate a credere che l'aspetto fisico sia il punto di partenza per la valutazione del sé e per la valutazione che gli altri fanno di loro.

Cap. 2 Strumenti di assessment dell'immagine corporea.

Nella ricerca di strategie di assessment, l'interesse è stato orientato verso la misurazione degli atteggiamenti e gli orientamenti francamente patologici o comunque "negativi" verso il proprio corpo. La maggior parte degli strumenti si riferiscono alla distorsione dell'immagine corporea, intendendo in questo senso la presenza di biases sistematici nella valutazione e nel grado di soddisfazione del proprio corpo, che hanno comunque un impatto negativo sul funzionamento psicologico e sociale dell'individuo. Tali bias invalidanti rappresentano la caratteristica principale del DDC, che avvicinano quest'ultimo al DCA.

La condivisa distinzione tra l'esperienza percettiva delle dimensioni del proprio corpo e l'atteggiamento verso il proprio aspetto fisico ha portato allo sviluppo di un filone di ricerca sull'assessment della stima del peso e forme corporee, basato sulla misura delle percezioni e di una corrente orientata alla valutazione degli aspetti cognitivi e affettivi.

Il settore che si occupa dell'assessment dell'immagine corporea offre, quindi, tre differenti tipi di

misure: strumenti per la valutazione della distorsione percettiva, degli aspetti cognitivo-affettivi e del comportamento.

Misure della percezione dell'immagine corporea

In passato si adoperavano alcune misure proiettive messe originariamente a punto per indagare lo sviluppo mentale, la personalità e la presenza di conflitti, ed impiegate anche per rilevare la presenza di distorsioni nella percezione i misure e forme corporee: disegno della figura umana. (ancora oggi usato per bimbi e adolescenti)

A oggi le principali procedure per valutare quanto una persona percepisca correttamente il proprio corpo sono due, a seconda dell'oggetto di stima: valutazione della stima del corpo nella sua interezza e valutazione della percezione di specifiche parti del corpo (body perception index). Nell'ambito del DCA, tradizionalmente le procedure prevedono che i partecipanti confrontino ripetutamente la propria immagine con un range di immagini distorte. Il testando, attraverso l'utilizzo di un'interfaccia grafica, aggiusta le forme corporee finché non ottiene l'immagine corporea che al meglio gli rappresenta se stesso. Il successivo confronto fra le discrepanze consente di ottenere una misura quantitativa della distorsione del soggetto rispetto la propria immagine corporea.

Nel Video Distortion Method, viene chiesto di aggiustare su uno schermo la propria immagine proiettata e distorta finché non ottiene una corrispondenza con l'immagine ritenuta reale (risposta cognitiva), alla quale vorrebbe assomigliare (risposta ottativa) e alla quale sente di assomigliare (risposta affettiva). La risposta cognitiva viene usata come misura della consapevolezza effettiva del soggetto rispetto le proprie misure, mentre la risposta ottativa può essere considerata come indicatore di insoddisfazione corporea. Occorre comunque verificare che il soggetto non abbia un generale disturbo della percezione facendogli stimare le misure di un oggetto qualunque.

Misure degli aspetti cognitivo-affettivi dell'immagine corporea: generalmente misurati attraverso questionari e rispetto alle misure delle percezioni, sembrano mostrare maggiore potere discriminante tra gruppi di pazienti. Gli strumenti messi a punto per questo tipo di valutazione prevedono solitamente l'uso di una serie di raffigurazioni del corpo che vanno dall'emaciato all'obeso e viene chiesto ai soggetti di indicare l'immagine che meglio li rappresenta e l'immagine alla quale vorrebbero corrispondere.

Gardner però ha messo in luce i limiti di questi strumenti, con particolare riferimento all'influenza che il numero di valutazioni richieste al soggetto può influenzare le sue risposte.

Inoltre l'uso di immagini non reali rende lo strumento poco incline a cogliere l'ampio range di variazioni che verrebbe invece percepito con l'utilizzo di figure reali. L'adattamento dello strumento consiste nella suddivisione di dieci immagini in cinque coppie che rappresentano altrettante possibili categorie di Indice di Massa Corporea. Altri studi utilizzano specificatamente scale a più ampio respiro: questo è il caso del Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire dove viene verificata la soddisfazione globale per il proprio aspetto, però il fatto che nel totale vadano a confluire i diversi punteggi relativi a ciascuna parte del corpo fa sì che il limite principale di questa scala sia quello di una misurazione che non tiene conto che alcuni attributi o zone corporee tendono ad influenzare in misura maggiore la soddisfazione globale per il proprio aspetto. Quindi bisognerebbe tener conto di questo aspetto, in particolare nelle persone affette da DCA o DDC.

L'uso della modalità di risposta su scala Likert, in alternativa alla dicotomica, non risolve comunque questo limite perché non viene espressa l'importanza in termini comparativi della frequenza o intensità rispetto il problema. Tra gli strumenti che includono una scala specificatamente volta alla misurazione dell'insoddisfazione corporea e che potrebbero rivelarsi efficaci è presente il Body Image Concern Inventory. La Scala di Insoddisfazione Corporea dell'Eating Disorder Inventory-2 è particolarmente utile nei DCA ma non per i pazienti affetti da DDC perché non fa riferimento ad aree ritenute difettose in questo disturbo. Comunque, tra gli strumenti specifici per il DDC è importante il Body Dismorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) e il Body Dismorphic Disorder Examination dove entrambi indagano la preoccupazione e la valutazione negativa del proprio aspetto fisico, l'eccessiva importanza data all'aspetto nella valutazione di se stessi, la tendenza ad

evitare situazioni sociali o pubbliche come conseguenza della preoccupazione per l'aspetto fisico e il controllo continuo del proprio corpo. In particolare, il BDDQ consiste in 9 item dicotomici (che sono successivamente stati trasformati in modalità Likert) messi a punto sulla base dei criteri diagnostici per il DDC e quindi volti a saggiare la presenza di preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto e l'eventuale impatto di tali preoccupazioni sulla vita quotidiana. In conclusione, rispetto all'assessment dell'immagine corporea, il panorama scientifico sembra essere caratterizzato da un'ampia diffusione di misure quantitative orientate alla misurazione di aspetti disfunzionali dell'esperienza che gli individui fanno e hanno del proprio aspetto fisico. Questa considerazione non sorprende, giacché la psicologia da sempre è orientata verso la comprensione e il trattamento di ciò che è deviante. Recentemente però, e in linea con la nascita della Psicologia Positiva, si è assistito a qualche timido tentativo di elaborazione di modelli teorici che spieghino la formazione di un'immagine corporea positiva.

Cap. 3. Il DDC

La denominazione è stata introdotta solo nel 1987 da Morselli, designando il termine Dismorfofobia (deriva dal greco, *dysmorphia*, parola che significa bruttezza specifica del viso). È definito dal DSM-IV-TR in base a tre criteri diagnostici:

- a) la persona dev'essere preoccupata per un difetto immaginario nell'aspetto fisico o, se presente una piccola anomalia, provare una preoccupazione di gran lunga eccessiva.
- b) la preoccupazione deve causare disagio e menomazione nel funzionamento sociale.
- c) la preoccupazione non è meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale.

Per la diagnosi, il paziente deve dimostrare una persistente convinzione di bruttezza personale o relativa ad uno specifico difetto fisico ed essere completamente certo che tali mancanze estetiche siano ovvie anche per gli altri. La preoccupazione dev'essere eccessiva e non facilmente trasferibile ad un'altra parte del corpo considerata difettosa.

Generalmente, i soggetti DDC vivono in situazioni di fortissimo disagio per la loro supposta deformità, descrivendo le preoccupazioni come “intese e dolorose”, finendo per passare molto tempo a pensare al loro difetto al punto che quest'ultimo diventi il nodo focale dell'intera esistenza. Tuttavia, molte persone hanno difficoltà nell'ammettere questo disturbo e le difficoltà da esso derivanti e anzi sostengono gli sforzi adoperati nel “camuffare” il difetto.

Sono spesso imbarazzate riguardo i propri sintomi e non ne parlano con nessuno. Questo può portare a una diagnosi formulata 10-15 anni dopo l'esordio del disturbo.

In terapia, non è utile domandare al paziente se “si sente preoccupato di qualche difetto immaginario” del suo aspetto fisico, in quanto il paziente ha scarso insight ed è quindi certo del suo difetto. Idem non chiedere se il paziente si sente “deforme” o “sfigurato” e inoltre non domandare se c'è qualcosa che non va nel paziente, perché potrebbe fraintendere descrivendo qualche malfunzionamento interno. Infine, l'ICD-10 richiede come ultimo criterio che il paziente abbia ricercato una consulenza medica (sebbene poi si rifiuti di accettarne le indicazioni). Ci sono dei comuni errori di diagnosi:

- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo di ansia sociale
- Agorafobia
- DOC
- Tricotillomania
- Schizofrenia o Disturbo Psicotico NAS

Nel 1987, il termine DDC ha sostituito quello di Dismorfofobia poiché si credeva che la percezione della bruttezza non fosse una fobia, quanto più una preoccupazione su una deformità percepita. Il DSM-III-R distingue dunque tra le varianti deliranti e non del disturbo, per cui fa diagnosi di DDC non psicotico qualora l'insight sia presente, mentre si parla di Disturbo Psicotico qualora sia assente. Fenomenologia: il DDC coinvolge un difetto minimo o addirittura non esistente del viso e della

testa prevalentemente rispetto ad altre parti del corpo, che diventa il focus centrale della preoccupazione. Un'altra comune preoccupazione però riguarda forma, dimensione o altri aspetti specifici di occhi, orecchie, bocca, labbra, denti e zigomi.

Generalmente si tratta di comportamenti compulsivi che hanno lo scopo di migliorare o esaminare in modo estenuante il difetto percepito. Comportamenti che includono il controllo del supposto difetto allo specchio o a qualsiasi superficie riflettente, il rituale di make-up e l'eccessivo pettinarsi i capelli.

Poiché la preoccupazione circa l'apparenza si riflette maggiormente nei contesti sociali, possono essere molto comuni atteggiamenti di evitamento, il che contribuisce al far sì che vengano sviluppati, insieme al DDC, stress, sintomi somatici, ansiosi, di fobia sociale e di rabbia-ostilità.

Inoltre, pazienti affetti da DDC tendono anche a sviluppare dei bias di riconoscimento, per cui tendono ad interpretare erroneamente espressioni degli altri riferite a sé come sprezzanti e ostili.

Questo aumenterebbe ulteriori ansie rispetto alla bruttezza e alla desiderabilità sociale.

Le preoccupazioni tipiche di questo disturbo possono essere molto stressanti e difficili da controllare, in modo da essere in grado di diminuire significativamente il funzionamento psicosociale e deteriorare la qualità della vita dei pazienti. L'età di insorgenza non pare influire sugli aspetti clinici che non sembrano differire tra adolescenti e adulti, così come è uguale nella suddivisione del sesso, anzi, uomini e donne DDC hanno più somiglianze che differenze: sono molto simili in termini di caratteristiche demografiche, cliniche (es. l'età di esordio) e sono altresì analoghi in termini di psicopatologia associata e storia dei trattamenti. I due generi si differenziano però per due aspetti: gli uomini sono più soggetti ad un abuso di alcool e alla sua dipendenza, celibi e maggiormente preoccupati per la loro costituzione corporea (sottotipo di DDC denominato Dismorfia Muscolare). Le donne sono più preoccupate per seno, capelli, pelle, addome e naso mentre gli uomini per capelli, orecchie e naso.

Negli uomini il DDC tende ad essere maggiormente associato a disturbi psichiatrici, probabilmente dovuto a fattori culturali in quanto è di solito meno accettabile che gli uomini desiderino profondi cambiamenti nel loro aspetto fino a ricercare la chirurgia. Girombelli e Dèttore (2007): le femmine indipendentemente dallo Stato di appartenenza, denotano sempre una maggiore insoddisfazione del proprio corpo rispetto agli uomini (USA → tonicità e muscolatura; Cina → testa e volto; Italia → costituzione "mediterranea").

Dismorfismo muscolare: sottotipo di DDC che riguarda prevalentemente i maschi che perseguono costantemente il conseguimento del "fisico perfetto". Da qui il nome iniziale di "anoressia inversa" dove il maschio si vede gracile persino se ha un fisico possente e muscoloso. L'impulso verso la magrezza con "assenza" di tessuto adiposo, tipico dell'anoressia, viene sostituito dal desiderio di avere muscoli enormi sempre in assenza di grasso. (N.B. Nella società sono presenti degli stereotipi che influenzano i soggetti con dismorfismo muscolare, per esempio gli action toy che propongono soggetti maschili con un'inverosimile massa muscolare).

Le persone classificate solitamente in questa sindrome praticano ore ed ore di body building e sono caratterizzate inoltre da un forte isolamento: sviluppano atteggiamenti sociali che portano ad evitare gli altri a causa di un pervasivo senso di inadeguatezza. Criteri diagnostici:

- persona preoccupata che il corpo non sia sufficientemente magro e muscoloso.

Comportamento associato ad intense ore di allenamento ed eccessiva attenzione per la dieta.

- La preoccupazione deve causare disagio clinicamente significativo o interferisce nel funzionamento sociale, tanto che l'individuo rinuncia spesso ad importanti attività sociali per il bisogno compulsivo di seguire scrupolosamente il regime continuando ad allenarsi, seguendo una dieta e impiegando sostanze ergoenergetiche, malgrado la consapevolezza dei danni che arrecano.
- Il fuoco principale della preoccupazione si riflette sull'essere troppo piccoli o inadeguatamente muscolosi.

Comorbilità psichiatrica Depressione: alta percentuale di co-presenza col DDC. L'inizio della depressione può avvenire sia contemporaneamente che successivamente all'inizio del disturbo, anche se in alcuni studi recenti risulta che l'esordio del DDC avvenga più precocemente rispetto alla depressione. L'alta comorbilità dei due disturbi ha fatto ipotizzare una condivisione

dell'eziopatogenesi e vadano considerati come parti dello spettro dei disturbi affettivi (così è indicato anche nel DSM-III-R).

Resta però non chiaro se la depressione sia un risultato del disturbo oppure giochi un ruolo nello sviluppo del DDC. Alcuni studi rilevano che il DDC possa essere eziologicamente legato al quadro depressivo ma non costituisce semplicemente un sintomo di esso perché può persistere anche dopo la remissione del disturbo dell'umore. Fobia sociale: esistono alcuni studi che supportano la relazione tra i due disturbi, mostrando che l'evitamento sociale è frequentemente osservato nei pazienti con DDC. Nella più recente indagine però, l'associazione tra DDC e fobia sociale in un'analisi longitudinale non sono apparsi tanto stretti in quanto la remissione del primo non predice quella della seconda, né viceversa. Abuso di sostanze e dipendenza: statisticamente, le preoccupazioni in seguito al DDC può portare i pazienti a un trascorso di abuso di sostanze o di dipendenza. DCA: in alcuni casi, i sintomi delle due malattie sono molto simili; infatti l'Anoressia nervosa e la Bulimia, proprio come il DDC, hanno come nucleo la preoccupazione dell'aspetto e un'immagine distorta del proprio corpo. L'età di esordio e il corso della malattia è simile nei due disturbi, ma si differiscono tuttavia nella suddivisione nel sesso. Vi sono altre differenze: le persone anoressiche, a differenza dei pazienti DDC, hanno un aspetto emaciato e secondariamente sono generalmente focalizzate solo sul peso corporeo globale, invece nel DDC è più spesso legato a parti specifiche del corpo (soprattutto facciali). Disturbi di personalità: ci sono pochi studi al riguardo, ma i dati relativi a quest'associazione ne dimostrano la rilevanza. Per esempio, un individuo con DDC può mettere in atto potenti comportamenti di evitamento in seguito alle sue preoccupazioni per l'aspetto, così soddisfacendo i criteri per il disturbo evitante di personalità.

Relazione tra DDC e DOC

Il DDC è comunemente considerato come strettamente collegato al DOC ed è pertanto ritenuto un disturbo dello spettro ossessivo-compulsivo, perché ne condivide diverse caratteristiche (come paure ossessive-compulsive e rituali compulsivi). Inoltre il DDC condivide col DOC una simile suddivisione legata al genere, un precoce età di esordio e uno sviluppo cronico del disturbo. Oltretutto, va considerato che il DDC risponde farmacologicamente agli stessi tipi di trattamenti impiegati nel DOC: inibitori della ricaptazione della serotonina; il fatto che tutti i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo rispondano al trattamento con i serotoninergici, non è un argomento potente di somiglianza tra tutti questi disturbi, poiché questi farmaci vengono impiegati nel trattamento di altri disturbi.

Il DOC sembra essere il disturbo più comune nei parenti di pazienti con DDC e comunque una somiglianza tra i due disturbi. Per quanto riguarda il funzionamento psicosociale, DDC e DOC presentano livelli di alterazione in tutte le aree di funzionamento, specie se i due disturbi sono in comorbidità. Tuttavia sono presenti alcune differenze:

1. il primo aspetto che differenzia il DDC dal DOC, anche se in modo non del tutto dicotomico, è il fatto che il DDC sembra fondarsi soprattutto sulle emozioni negative del disgusto e della vergogna (presenti anche nel DOC), piuttosto che l'ansia caratteristica del DOC. Il legame di comorbidità tra DDC e fobia sociale costituisce un'ulteriore dimostrazione della base socialfobica caratterizzante il DDC, che appare essere una peculiarità tipica del disturbo sebbene altrove sia stato rilevato che anche il DOC abbia strette associazioni con aspetti socialfobici in tutte le sue modalità di presentazione.
2. il secondo elemento caratterizzante il DDC è lo scarso insight rispetto al DOC, in quanto il disturbo può raggiungere un carattere delirante più spesso che nel DOC. lo scarso insight quindi, appare tipico del DDC e probabilmente è connesso alla sua eziologia, anche se può arrivare ad intensità deliranti (ciò è dimostrato a maggior ragione dal fatto che gli SSRI sono funzionali sia in casi di DDC psicotico che DDC non psicotico).
3. I soggetti DDC sono meno accurati nel riconoscimento di espressioni del volto, tendendo a costituire bias di erronea interpretazione; lo scarso insight e le idee di riferimento comuni nel DDC potrebbero spiegare i bias di riconoscimento delle emozioni rispetto alle espressioni di rabbia.

La centralità degli elementi socialfobici e delle emozioni del disgusto-vergogna può indirizzare verso l'elaborazione di trattamenti più specifici al DDC. Da un lato infatti, possono e devono essere presi in considerazione gli interventi miranti a rinforzare l'immagine e la stima di sé in generale, oltre ad incrementare le capacità sociali, superando tramite esposizione eventuali fobie più specifiche di tipo interpersonale.

Cap. 4 Teorie eziopatogeniche

L'emisfero destro appare dominante nella regolazione delle emozioni e dell'immagine corporea, com'è dimostrato dai casi di DDC secondario a lesioni del lobo temporale destro. A ciò si può aggiungere uno squilibrio emisferico nelle reti di elaborazione dei volti, in seguito ad una attenuazione sul lato sinistro delle regioni prefrontali e latero-temporali che potrebbe portare a bias nella percezione di particolari visivi. Non va trascurata un'attività dell'insula, dell'amigdala e del giro frontale superiore che mediano reazioni di disgusto e di avversione nelle percezioni visive. Alterazioni anche nei circuiti fronto-striati sembrano essere forse presenti, in base agli studi derivanti dalla fenomenologia ossessivo-compulsiva, dai deficit neurocognitivi, dagli studi di neuroimmagini e da esiti di interventi neurochirurgici in pazienti refrattari ai trattamenti consueti. Eventuali disfunzioni nella corteccia dorso-occipitale, nella giunzione temporo-parieto-occipitale destra, nel giro fusiforme, nel lobulo parietale inferiore, nel giro inferiore frontale destro e/o nella corteccia prefrontale dorso-laterale potrebbero far sorgere delle distorsioni, tipiche dei soggetti DDC, nella percezione dei volti e del corpo. L'alterato funzionamento della corteccia prefrontale dorso-laterale potrebbe contribuire all'incapacità di correggere le distorsioni percettive, generate da altri sistemi mal funzionanti, mantenendo un circolo vizioso di continui fraintendimenti. Inoltre problemi nella corteccia prefrontale ventro-mediale, responsabile dell'inibizione delle risposte limbiche a stimoli avversivi, potrebbe dare conto dell'incapacità dei pazienti DDC di inibire le loro reazioni di disgusto e ansia innescate dai difetti corporei percepiti ed eventualmente anche tramite la mediazione dell'amigdala.

Quando i soggetti DDC pensano al proprio corpo e aspetto, un'insufficienza del giro paraippocampico destro potrebbe far sorgere autovalutazioni negative circa il proprio aspetto, distorsioni interpretative negative e idee di riferimento. I circuiti fronto-occipito-temporali, maggiormente attivati sul lato sinistro, potrebbero mediare la tendenza distorta a un'elaborazione visiva mirata ai particolari, piuttosto che globale e olistica. Le anomalie nel fronto-striato potrebbero contribuire alla disfunzione esecutiva e alla natura intrusiva e ripetitiva dei pensieri ossessivi e dei comportamenti compulsivi nel DDC.

Teorie psicosociali: in linea generale, persone affette da questo disturbo riportano di avere un background familiare non favorevole ed esperienze infantili non propizie che hanno scatenato in loro insicurezza e rifiuto insieme alla paura di non essere amati. Vari autori associano a questo quadro la nascita del disturbo, che ha portato i soggetti a sottolineare quanto l'aspetto fisico fosse più rilevante al pari di tutti gli altri valori. È anche possibile che un particolare commento relativo ad una parte del corpo possa scatenare il disturbo (es. "somigli a tua sorella") se la persona è precedentemente stata ansiosa/preoccupata per il suo aspetto. Di conseguenza il DDC avrà esordio tra i 12/14 anni ma può diventare patologica solo per un limitato numero di soggetti. Facendo riferimento alla teoria di Neisser, secondo cui l'individuo frammenta il sé in sé percepito e sé ideale e avviene continuamente un processo di paragone tra le due componenti, il risultato di tale processo in un soggetto DDC può portare ad una discrepanza tra i due che porta ad un alto livello di insoddisfazione.

In definitiva, le persone frequentemente le persone si paragonano con i loro ideali di riferimento arrivando a sentirsi poi inadeguati e conseguentemente insoddisfatti di sé. È anche possibile che i soggetti DDC siano stati da bambini soggetti a numerosi lodi per il loro aspetto fisico, così rinforzando l'idea che quest'ultimo abbia grande rilevanza.

È molto importante un'analisi approfondita dell'autostima, resa possibile con la cosiddetta Teoria della Discrepanza del sé (Higgins), che prende in considerazione tre domini di base di convinzioni

relative al sé: il sé reale; il sé ideale; il sé normativo (attributi che una persona dovrebbe avere) e a seconda di come si sviluppa la discrepanza fra i tre domini, si attivano emozioni diverse. In questo contesto teorico, viene ripresa la distinzione di Gilbert fra “vergogna interna” e “vergogna esterna” per riferirsi alle fenomenologie del DDC. Se prevale

1. vergogna esterna: le preoccupazioni sono associate al proprio sé e sono relative a come si crede che gli altri ci pensino.
2. Vergogna interna (più frequente): autosvalutazione e sensazione di essere personalmente negativi. In soggetti DDC sono preoccupati perché sentono di non soddisfare i propri standard estetici interni. Ciò comporta una discrepanza tra sé reale e sé ideale, dove quest'ultimo è irrealistico ed è accompagnato dalla paura di non raggiungere mai tali standard.

Ci sono tre teorizzazioni complessive del DDC.

Modello di Cash: in questo modello, si prevede che nella formazione della patologia ci siano innanzitutto influenze storiche e di sviluppo che condizionano la formazione dell'immagine corporea e inoltre anche tratti di personalità predisponenti, quali ad esempio l'autostima, il bisogno di approvazione sociale, atteggiamenti, etc. Secondariamente ci sono processi ed eventi prossimali che intervengono interagendo con i precedenti fattori nei suoi aspetti di investimento (importanza data al proprio aspetto) e di valutazione (giudizi e convinzioni personali relativi al proprio aspetto). Tali sistemi guidano l'attenzione che il soggetto pone su eventi attivanti esterni o interni circa il proprio corpo, che a loro volta attivano dialoghi interni comprendenti pensieri automatici e forti associazioni emotive, spesso caratterizzate dalle classiche distorsioni e per fronteggiare tali situazioni attivanti, il soggetto pone in atto processi di autoregolazione e aggiustamento, come l'evitamento o il mascheramento.

Modello di Neziroglu e collaboratori: si rifà ad un processo di innesco del tutto simile a quello degli stati fobici, secondo cui in momenti di stress, ogni persona è geneticamente predisposta a sviluppare un disturbo di una particolare classe e nella fattispecie, i pazienti DDC sarebbero biologicamente vulnerabili ai disturbi d'ansia. Le esperienze precoci focalizzate sul sesso (abuso, violenza, etc.) possono predisporre l'individuo a provare emozioni negative quando osservano alcune parti del corpo. In linea con la teoria bifattoriale dello sviluppo delle fobie, queste ultime si sviluppano per condizionamento classico e si mantengono per condizionamento operante (soprattutto per mezzi di rinforzo negativi): nel DDC, quando la persona viene traumatizzata per il suo aspetto fisico, ciò porta a reazioni emotive sgradevoli (Stimolo Incondizionato) che viene associato all'emozione negativa (Risposta Condizionata). Inoltre il DDC viene mantenuto per condizionamento operante, in quanto le emozioni negative sono ridotte mediante comportamenti impulsivi che indeboliscono le emozioni negative. Dunque, il comportamento serve a ridurre l'ansia e diviene quindi potente fonte di rinforzo di tali comportamenti.

Modello di Veale e collaboratori: preoccupazioni mantenute a causa della considerazione del sé come “oggetto estetico”, nel senso di un'autoconcentrazione estrema sull'immagine distorta. Il processo dell'attenzione selettiva dunque aumenta la consapevolezza dell'immagine e di specifiche caratteristiche di questa, favorendo la ruminazione e un conseguente umore alterato. Per fronteggiare tali contenuti egodistonici, i pazienti DDC emettono comportamenti attentivi, “di sicurezza”, o meglio di “sottomissione” che comprenderebbero l'evitamento, camuffaggio e comportamenti compulsivi.

La distorsione dell'attenzione selettiva sarebbe probabilmente conseguenza dell'impiego di una prospettiva da osservatore piuttosto che una strategia focalizzata sul campo (i pazienti sono concentrati sui commenti personali interni piuttosto che sugli eventuali feedback positivi esterni) e quindi essi si fondano sulla loro sensazione soggettiva. Ovviamente, sono presenti alcuni fattori di rischio che contribuiscono, come il temperamento, fattori di vita avversi, precedenti difetti dermatologici, segni fisici, orientamento sessuale, etc.

Tutti e tre i modelli pongono in rilievo le esperienze precoci di vita e l'apprendimento sociale nello sviluppo delle convinzioni e degli atteggiamenti relativi all'immagine corporea.

Cap. 5, Il DDC: trattamento.

È riconosciuto che trattamento farmacologico elettivo comprende l'uso di inibitori della ricaptazione della serotonina (SRI), mentre i trattamenti psicologici che si sono dimostrati efficaci utilizzano tecniche cognitivo-comportamentali. Tuttavia, una delle maggiori difficoltà consiste nell'indurre il paziente ad accettare di tentare il trattamento farmacologico e/o psicoterapeutico, senza impegnarsi in altri interventi di miglioramento dell'aspetto fisico.

Cosa deve fare il clinico: dare quante più possibili informazioni sul DDC, sottolineando la sua natura patologica e la relativa esistenza di specifici trattamenti. NON rassicurare il paziente sul fatto che il suo aspetto è normale, perché potrebbe essere controproducente a livello terapeutico.

Dedicarsi a considerare l'eccessiva preoccupazione del paziente per i difetti percepiti e come questa sia per lui causa di disagio rilevante e disfunzione psicosociale. Le mete prevedono di attenuare le preoccupazioni del paziente per l'aspetto, alleviare sofferenza e depressione e aiutarlo a vivere un'esistenza più piacevole e produttiva. Inoltre, spiegare che, in base alla letteratura, i trattamenti estetici non sono quasi mai efficaci nel DDC, anzi, in taluni casi possono portare a peggioramenti. Va sottolineato che i SRI sono efficaci anche nel DDC delirante (ciò però non significa che allora siano funzionali gli antipsicotici), nei bambini e negli adolescenti con DDC. Tuttavia i clinici tendono ad usare SSRI, serotoninergici più specifici della clomipranina perché ha maggiori effetti collaterali e più elevata tossicità. I trattamenti con SRI diminuiscono le ossessioni e viene dunque impegnato meno tempo nelle compulsioni o nei comportamenti di sicurezza, con un miglioramento sul controllo di entrambi; diminuisce anche lo stress e può esservi un effetto positivo anche sull'insight, che porta al conseguente indebolimento delle idee sopravvalutate. Si parte con dosi più basse che vengono man mano elevate, raggiungendo il dosaggio pieno dopo 5-9 settimane di trattamento. La risposta ai farmaci è lenta e può non comparire anche per 12, 14-16 settimane. Il miglioramento può avvenire dopo sei mesi ma viene consigliato di continuare la farmacoterapia per diversi anni, se non addirittura per tutta la vita, a causa delle varie ricadute di diversi pazienti. L'interruzione del SRI dev'essere fatta molto lentamente a causa dell'elevato rischio di ricaduta (87%). gli effetti collaterali generalmente associati sono comunemente affaticamento- attivazione, insonnia, sintomi gastrointestinali, nausea, blocco, sogni vividi o vertigini che col tempo tendono a svanire e non avviene nessun tentativo di suicidio. Esistono pochi dati circa una terapia elettroconvulsiva e talora viene rilevato solo un alleviamento dei sintomi depressivi. Può essere implicata anche la neurochirurgia, ma solo in mancata risposta di farmacoterapia e TCC oppure in pazienti molto gravi e a rischio suicidio.

Nella psicoterapia, il trattamento impiegato è quello TCC, all'interno del quale i pazienti lavorano per cambiare i propri pensieri e comportamenti maladattivi relativi al DDC. Gli elementi fondamentali della terapia risiedono nei suoi aspetti cognitivi e comportamentali: l'aspetto cognitivo si fonda sulla ricostruzione cognitiva con lo scopo di rilevare le distorsioni, mentre l'aspetto comportamentale si concentra sui comportamenti problematici (come ad esempio l'evitamento sociale) per sostituirli con altri più sani. La ristrutturazione cognitiva è efficace nel caso in cui si vogliono eliminare le convinzioni erronee tipiche del paziente DDC, dove uno degli errori di pensiero principali è la personalizzazione, in cui identificano il loro sé attraverso l'idea di del proprio apparire, tralasciando tutti gli altri valori. In questo caso i pazienti vengono aiutati a focalizzarsi su tutte le altre loro caratteristiche per sviluppare un bilanciato punto di vista di se stessi. L'auto-monitoraggio è utilizzabile per ogni comportamento indesiderato in quanto viene chiesto di tenere un diario per incrementare la consapevolezza.

Per questo tipo di disturbo, la TCC prevede una combinazione di esposizione (in vivo o immaginativa) e tecniche di prevenzione della risposta. Per esempio, in pazienti che presentano l'evitamento sociale, l'esposizione è il focus della terapia e prevede il confronto con situazioni temute in modo graduale o meno che scatenano pensieri ossessivi. Durante ogni esposizione, i pazienti devono quantificare (mediante scala: Unità Soggettive di Disagio) l'ansia provata; le tecniche di prevenzione invece comprendono lo smettersi di controllarsi in ogni specchio. Il tutto solitamente si conclude con le procedure di prevenzione della ricaduta dove i pazienti vengono

incoraggiati ad identificare eventuali pericoli nascosti in grado di far ricomparire il DDC (impiego di booster session prevede una serie di sedute che fungono da spinta motivazionale).

Nel campo del DDC, sono state scritte due opere particolarmente rilevanti in ambito cognitivo-comportamentale appartenenti a Clairborn e Pedrick e a Wilhelm. Nel primo libro, una prima parte è dedicata all'introduzione della sindrome, segue un capitolo mirato alle tecniche di rilassamento e poi viene affrontato il tema centrale del mutare i pensieri automatici che influenzano l'immagine corporea. Dopo la successiva trattazione delle tecniche di esposizione e prevenzione della risposta, introducono un'altra classica procedura TCC: la habit reversal che inizia con lo sviluppo della consapevolezza dell'abitudine, dove viene richiesto al paziente l'automonitoraggio relativamente a quando, dove e in quali circostanze mette in atto l'abitudine disadattiva (es. skin picking), al fine di sostituire l'abitudine vecchia con una nuova ("risposta competitiva") integrando il tutto con esercizi di rilassamento. I successivi capitoli sono dedicati alla modificazione dell'autostima e nell'ultimo capitolo viene trattata l'importanza dell'aiuto di familiari e conviventi.

Il secondo libro, scritto dalla Wilhem, propone una serie di tecniche: addestramento alla consapevolezza, ristrutturazione cognitiva, esposizione e prevenzione della risposta, HR, prevenzione della ricaduta, individuazione e modificazione di convinzioni e schemi e interventi sull'autostima. Inserire una procedura specifica: "mirror retraining" che si tratta di un mix di riaddestramento percettivo (focalizzazione sul complesso dell'aspetto e non su un singolo particolare), desensibilizzazione e mindfulness. In questa tecnica occorre uno specchio in grado di riflettere l'intero volto o il corpo; il paziente deve posizionarsi di fronte tale specchio e, nel momento in cui si vede allo specchio, anziché focalizzarsi soprattutto sul particolare che non gli piace, deve descriversi senza usare termini dispregiativi e cercando di essere quanto più oggettivi possibili. All'inizio questo esercizio può essere molto ansiogeno, ma con le ripetizioni l'ansia diminuirà sempre di più. Tuttavia, se l'ansia è troppo forte, ci si può posizionare un po' più lontani dallo specchio per poi gradualmente avvicinarsi. Tuttavia, ci potrebbe essere una forte limitazione a causa di uno scarso insight e/o ideazione sopravvalutata: un paziente del genere potrebbe prendere il trattamento come "accettazione d'essere brutto" e abbassando dunque la compliance terapeutica. Un'altra terapia utile è l'approccio compassionevole: il paziente può imparare a contrastare i pensieri negativi facendo pratica nel generare un affetto compassionevole e caldo verso se stesso, imparando ad essere empatico rispetto al proprio disagio. La meta fondamentale è quello di raggiungere un tono emotivo caldo nel momento in cui si elaborano pensieri alternativi, per non facilitare un attacco nei propri confronti e dunque l'autosvalutazione.

Terapia secondo il paradigma della narrazione: composto da 4 stadi dove dapprima vi è una mappatura delle influenze del problema per personificarlo (es. in che modo sta influenzando la sua immagine di sé?; individuazione dei cosiddetti "esiti unici", cioè qualsiasi sentimento che contraddice la storia dominante (es. come ha fatto in quell'occasione allora a superare il problema?); stadio del Restorying, cioè ricreare una storia nuova per empowerment (es. Quali qualità sono necessarie per superare questo problema?); assegnazione di compiti pratici oppure narrativi (es. lettera al proprio corpo).

Cap. 6, Il DDC: un manuale cognitivo-comportamentale di trattamento.

Essendo il DDC considerabile un disturbo dell'immagine corporea ma al contempo facente parte dello spettro del DOC, è necessario che nell'intervento si applichino terapie valide per entrambi i disturbi. Non esistono protocollo universali, bensì le decisioni riguardanti la scelta, la modificazione e la sequenza delle tecniche derivano da un'approfondita concettualizzazione del caso.

Tecniche comportamentali: i comportamenti associati al DDC sono un importante fattore di stress per il paziente, oltre al fatto che creano/esacerbano e mantengono il disturbo stesso. Di conseguenza, è importante che il trattamento sia mirato alla riduzione delle compulsioni e i comportamenti disfunzionali.

1. Esposizione/Prevenzione della Risposta: è la principale tecnica comportamentale e comporta l'indurre il paziente a porsi deliberatamente e in modo sistematico a situazioni che evita o tollera,

guidandolo al contempo a non impegnarsi nei comportamenti compulsivi. A seconda del livello di insight e del funzionamento del paziente, non è raro che gli esercizi debbano essere calibrati, perché il tentare esposizioni con scarsa probabilità di riuscita può involontariamente indebolire la compliance. Per evitare ciò, il terapeuta deve costruire una gerarchia formale di situazioni che inducono disagio (12-16 item: “quali sono le situazioni in cui solitamente si sente a disagio come conseguenza delle sue preoccupazioni per l'aspetto?”).

2. Esperimenti comportamentali: spesso prevedono che il paziente affronti una situazione precedentemente evitata o stressante, però a differenza dell'esposizione in cui la meta principale è la saturazione, lo scopo fondamentale è “mettere alla prova” delle ipotesi elaborate dal paziente.

3. Programmazione delle attività: è importante coinvolgere il paziente in qualche forma di programmazione comportamentale, al fine di diminuire e prevenire un ulteriore abbassamento dell'umore. Indipendentemente dall'attività, la meta è quella di facilitare il ritorno del paziente alla partecipazione alla routine.

Tecniche cognitive: le convinzioni relative all'aspetto rappresentano un rilevante fattore contribuente il DDC e, in generale, i tipi fondamentali di cognizioni riscontrate è costituito da ossessioni e convinzioni disfunzionali che attribuiscono un'importanza eccessiva all'aspetto.

Le ossessioni sono esperite come intrusive, mentre le convinzioni disfunzionali rappresentano il significato attribuito alle ossessioni. È importantissimo essere molto cauti nelle prime fasi del trattamento perché, in seguito allo scarso insight di molti pazienti DDC, non è raccomandabile che si mettano direttamente in discussione le credenze del paziente, in quanto può paradossalmente portare alla convalida delle convinzioni erronee del paziente.

1. Tecnica della Freccia Discendente: aiuta ad identificare le specifiche assunzioni e convinzioni relativamente all'aspetto, oltre a ciò che quest'ultimo significa per lui (fondamentale). Innanzitutto il paziente e il terapeuta identificano i pensieri del primo relativamente a una determinata situazione; una volta fatto questo, il terapeuta pone una serie di domande su quel particolare pensiero al fine di appurare lo specifico significato che il paziente vi attribuisce, continuando a sondare per individuare i significati più profondi della situazione, a livello sia delle convinzioni che degli schemi.

2. Identificazione delle distorsioni cognitive: le distorsioni cognitive si riferiscono agli errori nel pensiero che si verificano nell'elaborazione dell'informazione. Comuni distorsioni cognitive sono il perfezionismo, il pensiero tutto-o-nulla, etc. e i pazienti dovrebbero essere incoraggiati ad identificarli coscientemente, in modo da saperle affrontare al meglio.

3. Domande socratiche: consistono nel guidare il paziente mediante una serie di domande tese a portarli a scoprire da soli la disfunzionalità delle loro convinzioni. Il razionale sta nel fatto che indurre gli stessi pazienti a determinare la natura disfunzionale delle loro convinzioni porta ad un'accettazione di convinzioni razionali alternative.

4. Tecnica del Continuum: porre le convinzioni lungo un continuum giova a dimostrare ai pazienti che esistono molte gradazioni fra poli opposti dello spettro all'estremo fisico e che la maggior parte delle persone NON si pone ai poli estremi. In ogni caso, lo scopo di questo esercizio è quello di dimostrare che esiste un continuum di bellezza, ed è utile chiedere al paziente un esempio di persona che può essere posta a ciascuno dei due poli del continuum (rappresentazione grafica). Una volta tracciato il continuum, sebbene la persona si sia posta verso il polo basso, ciò costituisce un importante passo nel tentativo di mettere in discussione il suo concetto tutto-o-nulla relativo all'aspetto.

5. Avendo il focus sull'aspetto fisico, talvolta il paziente ha difficoltà a prestare attenzione a potenziali valori alternativi. Una volta identificati altri possibili valori alternativi però, il terapeuta può suggerire al paziente che ha a disposizione 100 punti che devono essere suddivisi. A questo punto giova creare una rappresentazione visiva dei valori del paziente sotto forma di grafico a torta ed è interessante che spesso, nel complesso, i pazienti non assegnano mai un valore così elevato alla bellezza.

6. Metodo dell'inchiesta: tecnica adatta per mettere in discussione la sopravvalutazione da parte dei pazienti. Consiste nel procurarsi una foto della persona DDC e quindi mostrarla ad altre persone, domandandone un parere oppure invitandole a valutare il livello generale di bellezza. Prima di far

ciò però, si chiede al paziente di fare una stima di come pensa che gli altri avrebbero risposto, per poi confrontare le previsioni del paziente con i risultati ottenuti.

Per quanto efficace, questo metodo dev'essere usato con cautela, in presenza del terapeuta e solo sporadicamente, per assicurarsi che non diventi un ulteriore comportamento compulsivo. Da impiegarsi solo negli stadi avanzati del trattamento.

Tecniche Emotive: i sistemi cognitivi e comportamentali sono spesso accompagnati da forti emozioni e sentimenti, di cui le principali sono disgusto, ansia e depressione.

1. Mindfulness: il paziente viene incoraggiato ad assumere un determinato atteggiamento quando si trova ad affrontare pensieri spiacevoli relativi al proprio aspetto. Più precisamente, gli viene insegnato ad assumere un atteggiamento non giudicante rispetto ai propri pensieri e, oltre a non essere giudicanti, i pazienti vengono incoraggiati ad agire in modo efficace, cioè rimanendo focalizzati su ciò che viene richiesto in una data situazione, ponendo in azione i comportamenti necessari per operare con successo. Infine le persone sono istruite ad essere “consapevoli di una sola cosa alla volta”, quindi apprendono come restare centrati su di un pensiero o su di un'emozione alla volta.

2. Regolazione emotiva: il terapeuta aiuta il paziente a creare una lista di cose che, se attuate, generano sensazioni positive. Per quanto possa essere simile alla programmazione delle attività, differisce in quanto lo scopo di tali attività è quello di produrre specificatamente emozioni positive e non generare comportamenti funzionali.

3. Tolleranza dello stress: talvolta è meglio concentrarsi su come rendere il paziente più tollerante verso lo stress insegnandogli esercizi per “placare i sensi”. Talvolta è meglio dirigere le proprie risorse nell'affrontare le proprie esperienze emotive, invece che volere a tutti i costi unicamente il cambiamento.

Considerazioni speciali: impegno nel trattamento: a seconda del livello di insight circa le proprie convinzioni, può essere più o meno difficile impegnare il paziente a lavorare sul proprio DDC, perché talvolta sostengono che il loro stress sia dovuto unicamente alla presenza del difetto fisico e quindi ritengono che l'unica soluzione sia quello di eliminare quest'ultimo. Di conseguenza, tali soggetti possono svalutare l'importanza del trattamento ed è essenziale non contrastare il paziente relativamente alla sua concettualizzazione del problema. Per ovviare a questo, è utile la tecnica del grafico a torta, facendogli esprimere tutti i potenziali fattori che l'avrebbero portato a questo esito. Ciò porta il paziente a identificare che nella sua vita esistono anche altre cose che gli arrecano sofferenza. Inoltre, un'ulteriore strategia è quella di creare un contratto formale che consiste nell'impegnarsi, da parte del paziente, a lavorare sugli altri aspetti per alcune sedute prima di giungere alla conclusione che correggere l'aspetto fisico sia l'unico modo per raggiungere il sollievo.

In conclusione, lo scopo della TCC è quello di ridurre/eliminare i comportamenti, i pensieri e le emozioni disfunzionali che interagiscono per creare, mantenere e/o esacerbare i sintomi DDC.

Cap. 7, Immagine corporea e DCA

L'alterazione dell'immagine corporea fu considerata tra i sintomi chiave dei DCA e in particolare dell'AN per la prima nel 1962 da Hilde Bruch, definendola la caratteristica patognomica più importante del disturbo. Pochi anni dopo il concetto viene introdotto anche per la bulimia e anche per il DAI, in quanto anche i pazienti che ne sono affetti danno molta importanza al peso e alle forme corporee.

Al di là delle diverse manifestazioni dei differenti DCA, quindi ad oggi, viene ampiamente riconosciuto che in tutte le patologie del DCA è presente una qualche alterazione del modo di esperire la propria immagine. Ovviamente, non necessariamente tutte le persone affette da DCA e in tutte le caratteristiche diagnostiche che le rappresentano sono presenti simultaneamente un modo alterato di stimare le proprie misure corporee, un'elevata insoddisfazione, uno stress invalidante causato dall'esperienza negativa del proprio corpo e la tendenza ad attuare comportamenti o evitare situazioni per ridurre l'ansia. Gli autori del settore concordano nel definire la multidimensionalità di

costruito, composto dalle componenti percettive e cognitive-affettive e comportamentali: la componente percettiva si riferisce alla capacità di percepire accuratamente peso, forme e misure corporee; la soddisfazione per il proprio aspetto fisico e l'emozione che l'esperienza del proprio corpo genera sono considerate la componente affettiva e la componente cognitiva si riferisce al grado in cui peso e forme corporee influenzano la valutazione della propria persona. In letteratura, non è offerta una chiara definizione circa il livello di distorsione dell'immagine corporea a causa di risultati fra loro divergenti. Al di là dell'ampiezza della distorsione e delle differenze osservate in questo aspetto tra i pazienti con il medesimo DCA, la letteratura sembra ritenere che la non esatta percezione delle proprie misure sia una manifestazione più che una causa. Ancora non è chiaro se l'errata stima delle proporzioni sia dovuta a deficit percettivi o sia un tipo di bias cognitivo nell'elaborazione delle informazioni relative al sé. Modelli recenti ritengono che individui con elevati livelli di insoddisfazione e di internalizzazione degli standard di bellezza attuali sono particolarmente predisposti ad andare incontro a bias cognitivi nell'elaborazione di informazioni relative al corpo. Secondo questa teoria affettivo/cognitiva, questi individui non si vedono realmente "grassi", quanto più pensieri, emozioni ed azioni li portano a dichiarare di vedersi tali, quindi l'origine della sovrastima sembra essere affettivo/cognitiva più che sensoriale.

Le prime evidenze circa l'imperfetta correlazione tra peso effettivo e soddisfazione corporea arrivano nella metà degli anni ottanta. La letteratura degli ultimi vent'anni ha portato numerose conferme circa l'associazione tra insoddisfazione corporea e disturbi del comportamento alimentare, fino a rilevare come l'atteggiamento verso il proprio corpo sia un predittore più forte dello sviluppo di DCA rispetto all'errata percezione delle proprie misure.

Stice supporta inoltre un modello che lega la pressione verso la magrezza da parte dei familiari, amici e media all'internalizzazione di un ideale di bellezza sottile e ad una eccessiva importanza a peso e forme corporee nella valutazione di se stessi. Secondo l'autore, queste componenti rappresentano la "piattaforma" dell'immagine corporea negativa, la quale va a sua volta ad aumentare la probabilità che si sviluppino tre manifestazioni della patologia alimentare: la restrizione alimentare, l'abbuffata e l'affettività negativa. Tuttavia, l'ampia diffusione dell'insoddisfazione corporea nella popolazione non clinica suggerisce come DCA non possano essere etimologicamente riconducibili alla mera presenza di un'insoddisfazione corporea. Altre componenti cognitivo-affettive dell'immagine corporea sembrano infatti giocare un ruolo cruciale. Nello specifico, è l'associazione tra una marcata insoddisfazione per l'aspetto fisico e un'eccessiva importanza attribuita ad esso nel giudicare il proprio valore che rende conto dei DCA.

Trattamento nell'alterazione dell'immagine corporea nei DCA: la terapia cognitivo-comportamentale proposta da Cash può essere utilizzata con qualsiasi disturbo o patologia medica nella quale l'immagine corporea risulta alterata e può essere applicata sia a casi singoli che a casi di gruppo. Nella prima fase è presente una valutazione globale dell'immagine corporea e dell'esperienza del soggetto al riguardo, per raccogliere eventuali feedback su come gestire il trattamento. Successivamente vengono spiegati eloquentemente i principi della terapia che si sta per affrontare, sia in modo diretto (il clinico argomenta) che in modo indiretto (vengono fornite delle dispense) e le informazioni acquisite costituiranno un framework per il paziente su cui orientarsi per individuare le sue esperienze critiche durante la vita, visto che gli viene richiesto di mantenere un diario. Sempre in questa fase vengono individuati eventi precipitanti, idee e credenze erranee. Segue una fase di esposizione e desensibilizzazione, al fine di facilitare i pazienti all'esposizione ad eventi stressanti, grazie all'insegnamento di tecniche di rilassamento (respirazione diaframmatica). Successivamente, si dedica una fase alla presa di consapevolezza delle convinzioni personali che guidano pensieri, stati d'animo e comportamenti disadattivi, quindi viene introdotto il concetto secondo cui questi pensieri sono il perno dell'alterazione dell'immagine, chiedendo al paziente di argomentare le convinzioni che hanno reso particolarmente insostenibile una qualche esperienza. In base a ciò sarà condotto un dialogo socratico per portare il paziente a definire la veridicità o la falsità delle sue convinzioni e questo sarà usato in seguito per rinforzare l'evidente complicazione che le convinzioni del paziente hanno provocato. A questo punto, il clinico introduce una serie di situazioni dove viene richiesto di individuare e correggere gli errori. In questa fase viene introdotta

la tecnica “fermati, guarda e ascolta, dove il soggetto è chiamato a fermare il dialogo interiore negativo, guardare gli eventi attivatori e individuare gli errori cognitivi che stanno producendo reazioni emotive disfunzionali e ascoltare nuove affermazioni relative al sé che possano correggere gli errori. Nella penultima fase, vi è la correzione dei comportamenti disadattivi (compulsivi o evitanti) e nell'ultima un aumento delle attività positive, per migliorare la qualità del rapporto che il paziente ha con la propria immagine.

Tecnica centrale della terapia per l'immagine corporea sta nell'esposizione ripetuta e prolungata che, nei termini dell'apprendimento, diminuisce la reattività negativa, prevedendo il rinforzo negativo che si otterrebbe attraverso l'evitamento. Nei termini della teoria cognitiva, descrivere il proprio corpo in modo preciso e neutrale può facilitare una rivalutazione del corpo e ridurre l'importanza attribuita a peso e forme corporee.

Cap.8, L'immagine corporea e sessualità.

È chiaro che l'immagine corporea abbia una rilevante influenza sull'attività e sul funzionamento sessuale, in particolare nei soggetti che si auto-obiettificano, ovvero che tendono a definire il proprio sé nei termini in cui il loro corpo appare agli altri, piuttosto che in base a ciò che tale corpo può fare o a come si sente. Poiché queste persone sono cronicamente consapevoli che il proprio corpo è in mostra, tendono ad essere costantemente propense a monitorare il proprio aspetto.

Il concetto di schemi di sé sessuali si riferisce alla rappresentazione cognitiva di sé come soggetto sessuale e sessuato: schemi di sé positivi sono caratterizzati da apertura, calore, franchezza e fascino mentre quelli negativi sono definiti da inesperienza, atteggiamenti conservatori ed eccessiva auto-consapevolezza. Atteggiamenti negativi verso il proprio corpo sono associati a un aumento dell'avversione sessuale, che a sua volta risulta essere legata ad un adattamento sessuale negativo. Probabilmente l'immagine corporea non agisce direttamente sull'adattamento sessuale; piuttosto un atteggiamento negativo verso il corpo può aumentare la probabilità dell'auto-consapevolezza corporea e dello spectating, cioè quell'eccessiva focalizzazione sul proprio corpo e sul proprio funzionamento sessuale che, oltre a rendere il soggetto “spettatore” della propria prestazione sessuale, costituisce una fonte di distrazione cognitiva che ostacola un adeguato funzionamento sessuale.

Un'immagine corporea negativa è significativamente associata a un aumento dell'avversione sessuale portando a due alternative comportamentali: lo spectating e l'evitamento. In base all'analisi, gli uomini tenderebbero a concentrarsi maggiormente sulla prestazione (fondamentalmente sull'erezione), mentre le donne sarebbero maggiormente preoccupate per il loro corpo. Se non avviene distrazione cognitiva, in seguito alla focalizzazione sul corpo, non vi è un effetto negativo sulla risposta sessuale, anzi, in assenza di quest'ultima, la consapevolezza e la focalizzazione sul proprio corpo può costituire un mezzo per aumentare l'attivazione sessuale (basi fondamentali per la terapia Sensate Focus, SF).

Disturbo dell'identità di genere: il corpo dovrebbe corrispondere all'identità di genere che abbiamo accettato intrapsichicamente affinché ci sia armonia tra il sé corporeo e il sé psichico.

Ciò non accade nel Disturbo dell'Identità di Genere, dove (secondo i criteri diagnostici del DSM-IV-TR):

- una forte e persistente identificazione col sesso opposto;
- persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso;
- l'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale;
- l'anomalia causa disagio clinicamente significativo e compromettente.

Tale condizione può esordire in età evolutiva precoce, nell'adolescenza e nell'età adulta. In questo caso, il corpo è ostile alla crescita personale, ostacola l'intimità e le relazioni con gli altri divenendo così una prigione in cui il soggetto si sente solo intrappolato. A questa forte percezione corporea riguardante tutte le parti corporee corrisponde una “carenza percettiva che riguarda specificatamente le aree dei genitali”, a dimostrazione dell'incongruità, la dissonanza percettiva di

cui sono vittime queste persone che sentono di essere in un modo, ma il loro corpo e la loro natura ricorda che sono in un altro. Affinché si crei un'identità occorre che la persona elabori e posseda un'autorappresentazione e che questa venga confermata con l'esperienza quotidiana. In quest'ottica, nei transessuali si creerebbe sin dalla primissima infanzia un rilevante conflitto tra esperienze legate alle informazioni che partono dalla struttura sessuale biologica e i pattern comportamentali, anch'essi altrettanto corporei nella loro espressività. Dunque il bambino ancor prima dei due anni, avvertirebbe un'incoerenza tra "vissuto viscerale" e "vissuto propriocettivo" da un lato e "vissuto relazionale" dall'altro, relativi al proprio sesso biologico. Non bisogna trascurare che i DCA possono essere in comorbilità e devono venire attentamente inquadrati, in quanto talora l'ossessione di modificare il proprio corpo può essere legata a temi dismorfofobici tipici di tale disturbo. Tradizionalmente, l'insoddisfazione per il proprio corpo è stata riconosciuta come una tendenza tipica delle donne occidentali ma più recentemente è stata osservata una crescente insoddisfazione anche nelle popolazioni omosessuali. Una larga parte della letteratura empirica è concorde nel ritenere che i maschi gay siano caratterizzati da più alti livelli di insoddisfazione corporea rispetto ad altri gruppi di diverso orientamento sessuale. Altre ricerche hanno evidenziato che le lesbiche riferiscono maggiore soddisfazione per il proprio corpo rispetto sia ai maschi gay che alle femmine eterosessuali, mentre i maschi eterosessuali sembrano più soddisfatti rispetto la propria forma fisica. In particolare, confrontati con campioni di maschi eterosessuali, i gay sono risultati più inclini a sviluppare disturbi alimentari, probabilmente anche dettato dal fatto che un maggiore coinvolgimento con la cultura gay si accompagna ad un maggiore rifiuto del proprio corpo. Le pressioni avvertite all'interno della comunità omosessuale volte ad essere fisicamente attraenti e uniformati all'ideale del corpo maschile potrebbero incidere negativamente anche in termini di diminuzione dell'autostima. La letteratura empirica propone due spiegazioni per questo fenomeno: l'auto-oggettificazione e la non conformità di genere. Con ciò non si intende che i maschi gay e le femmine eterosessuali presentino livelli di insoddisfazione più elevati perché entrambi desiderano essere attraenti agli occhi degli uomini, tanto più essi si sforzano di essere conformi all'immagine maschile di bellezza per poter instaurare relazioni con partner maschili. Per poter spiegare inoltre la preoccupazione dei gay relative all'immagine corporea si può fare riferimento al minority stress model di Meyer, secondo il quale "i gay, così come i membri di altre minoranze, sono soggette allo stress cronico della stigmatizzazione", con specifico riferimento a fonti di stress come l'omofobia interiorizzata (immagine corporea negativa come esito della propria vergogna), l'aspettativa di stigmatizzazione dall'esterno, eventuali pregiudizi e violenza. In ogni caso, lo stress di appartenere ad una minoranza può esporre i gay al rischio di sviluppare preoccupazioni per l'immagine corporea. È stimato che il 20% dei maschi con DCA ha un orientamento omosessuale.

Cap.10, Immagine corporea e disturbi dello sviluppo sessuale.

Tutto ciò che è ambiguità sessuale è generalmente considerata una condizione problematica se non patologica. Le uniche forme di intersessualità ben definite in medicina sono i portatori di deficit 5alfa reduttasi, per i quali è stato descritto uno "stato di genere": questi individui (46, XY) nascono con genitali interni maschili mentre quelli esterni sono femminili. Possono essere descritti come individui femmine con clitoride ingrossato oppure come soggetti maschi aventi micropene, tuttavia alla pubertà i genitali esterni virilizzano considerevolmente.

Il normale sviluppo dell'apparato genitale è fondamentale per un normale accrescimento psicofisico nel bimbo, sia esso maschio o femmina. Un disturbo nel meccanismo di differenziazione può portare ad ambiguità dei genitali. La differenziazione dei genitali esterni ed interni, secondo il codice genetico, avviene tra l'ottava e la 12 settimana di gestazione e il normale sviluppo avviene attraverso un processo a tappe: alla fecondazione si determina il sesso genetico, rispettivamente sulla base del genotipo 46, XX o 46 XY. Il corredo cromosomico condiziona il sesso gonadico determinando lo sviluppo della gonade maschile o femminile. Tuttavia, per raggiungere la mascolinizzazione è necessario il cromosoma Y. Gli ormoni sessuali secreti dalle gonadi

determinano il sesso fenotipico, identificabile sulla base del tratto urogenitale.

Fenotipo maschile: regredire le strutture mulleriane mediante un fattore antimulleriano, mentre devono essere mantenute le strutture Wolffiane che producono testosterone. In risposta alla stimolazione degli androgeni, continua l'accrescimento del pene e la mascolinizzazione degli organi interni dipende dal diidrotestosterone.

Fenotipo femminile: in assenza della gonade maschile e quindi mancando la produzione dell'ormone antimulleriano, si sviluppano utero, tube e ovaie.

Nell'intervento chirurgico, importante sarà la valutazione dell'anatomia e delle strutture genito-urinarie esterne ed interne. Il trattamento chirurgico sarà suddiviso in: esplorazione chirurgica a scopi diagnostici, chirurgia escissionale del tessuto inappropriato, chirurgia ricostruttiva. La scelta del sesso definitivo, in presenza di ambiguità alla nascita, necessita di un insieme di indagini endocrinologiche, genetiche e anatomiche. L'identificazione della corretta assegnazione del sesso precedentemente era presa nella pubertà, attualmente sono i genitori e i medici a decidere, ponendo poca attenzione a come si sente l'individuo. I criteri però più importanti che influenzano la decisione sono: grado di funzionalità anatomica e sessuale, possibilità di sviluppo puberale spontaneo e possibile fertilità. Si ritiene che dovrebbe avvenire entro i primi due anni di vita in modo da permettere lo sviluppo di un'identità sessuale non ambigua.

Cap 11, Immagine corporea e condizioni sfiguranti.

Fino a pochi anni fa, l'unico approccio alle deformità fisiche era quello di tipo medico (l'operazione riduce lo stress ma non si associa ad un miglioramento nel vissuto sociale), senza prendere in considerazione l'aspetto psicologico. Gli autori sostengono all'unanimo che soggetti affetti da deturpazioni visibili utilizzerebbero inadeguatamente le proprie abilità sociali, determinando un'incapacità nelle situazioni di natura interazionale rispetto alle persone prive di problemi, in quanto presentano una più marcata attenzione verso il proprio corpo e verso il modo in cui appaiono.

Le conseguenze estetiche della deturpazione sono state considerate caratteristica secondaria finché l'attenzione non è stata spostata sulla qualità della vita delle persone sfigurate e sulla valutazione psicologica di esse. L'importanza di esaminare sia l'aspetto visibile che invisibile della deturpazione è stata definita a causa della pressione socio-culturale dei media circa l'importanza dell'attrattività fisica come caratteristica vincente. Il grado di disadattamento infatti dipenderebbe dal modo di giudicare l'impatto della propria deformità sull'ambiente sociale a carico della persona deturpata, piuttosto che da misurazioni oggettive. La visibilità di uno sfregio dunque non è poi così importante nel determinare un cattivo adattamento, quanto più è l'autopercezione della deturpazione stessa ad incidere sull'autostima.

La persona sfigurata è quindi attenta all'effetto che fa sugli altri è questo talvolta è oggettivamente negativo, in quanto le varie preoccupazioni correlate portano ad alienarsi per difendersi dalle conseguenze della propria deformità. La condizione delle persone sfigurate influenza il processo di costruzione, ricostruzione e mantenimento di un'immagine corporea positiva e questo è strettamente correlato all'autostima. Un volto sfigurato produce uno stimolo sociale negativo (fissare, evitare, avanzare domande o commenti inopportuni) e in particolare porta alla costruzione di una profezia che si autoavvera, elaborando le informazioni e comportandosi in modo tale da confermare le proprie convinzioni. Lo stigma sociale è dato tanto dalle credenze circa l'estetica e la sua importanza nella società, quanto dai feedback confusi e negativi che inviano le persone con deformità in risposta agli altri. In termini di immagine corporea, le persone sfigurate vivono talvolta l'essere guardati come forma di aggressione o di rifiuto, non permettendo ulteriori interpretazioni. Fenomeno dell'attenzione selettiva: tendenza a focalizzarsi su feedback che confermano la visione negativa di sé. È stato dimostrato che le persone sfigurate che attuano strategia di coping positive, sperimenterebbero difficoltà minori ed affronterebbero meglio il problema, mentre le strategie di coping negative, rappresentate da comportamenti disadattivi sembrerebbero indice di peggior andamento della propria deformità. Dunque, nella riabilitazione di pazienti sfigurati non si può

prescindere dall'insegnamento di strategie di coping basate sulle emozioni. La terapia cognitivo-comportamentale ed in particolare le tecniche di esposizione, training assertivo e il miglioramento delle social skills, il problem solving in situazioni sociali e la ristrutturazione cognitiva, insieme ad un intervento mirato al miglioramento del supporto sociale costituiscono l'intervento d'elezione. Nello specifico, gli interventi si concretizzerebbero sulla risoluzione dei pensieri negativi aumentando quelli positivi e migliorando le capacità di comunicazione nelle situazioni sociali, le quali non dovrebbero essere evitate. Inoltre, il supporto sociale emergerebbe come un ulteriore fondamentale fattore positivo. Un esempio è l'esperienza del "Changing Faces", volontari che si prestano per le persone aventi come preoccupazione principale il proprio aspetto. Viene dapprima fornito un questionario per definire la baseline e poi vengono stabiliti degli obiettivi personali, anche se quello dell'associazione è puramente di innalzare l'autostima. All'interno è presente un gruppo di lavoro in cui esprimere e discutere le proprie e le emozioni altrui, al fine di avere un confronto con persone aventi in comune lo stesso problema. Nel terzo focus d'intervento vengono valutate le abilità sociali e viene quindi fatto un training portando particolare enfasi sulla capacità di gestire domande e commenti sull'immagine esteriore. Infine, vengono fornite diverse strategie di coping (reach out).

www.unidocs.it - Appunti e dispense per superare i tuoi esami universitari

www.unidocs.it - Appunti e dispense per superare i tuoi esami universitari