

Dismorfismo Corporeo e Disturbo Ossessivo-Compulsivo: le somiglianze

Sebbene per molti anni il Dismorfismo Corporeo sia stato considerato un disturbo di tipo somatoforme (ossia relativo ad aspetti somatici), oggi ricercatori e clinici di tutto il mondo sono piuttosto concordi nel ritenerlo appartenente alla sfera ossessivo-compulsiva.

Fin dagli anni Novanta del Novecento, studiosi quali Hollander, Cohen e Phillips hanno approfondito le somiglianze fra disturbo Ossessivo-Compulsivo e Dismorfismo Corporeo, trovando in entrambi la presenza di pensieri intrusivi e ossessivi, timori legati a tali pensieri e comportamenti conseguenti, in genere ripetitivi e a contenuto ritualistico (ossia comportamenti piuttosto stereotipati, con poche variazioni nel tempo e attuati allo scopo di contenere l'ansia o altre emozioni collegate ai pensieri intrusivi di base). Phillips, in particolare, ha trovato la presenza di una comorbilità significativa (quasi il 40%) fra disturbo ossessivo-compulsivo e dismorfismo corporeo. Nel suo studio, in altre parole, quasi il 40% delle persone con dismorfismo corporeo rispondevano anche ai criteri per il disturbo ossessivo compulsivo (soffrivano, quindi, di DOC al momento dello studio o ne avevano sofferto in periodi precedenti della loro vita).

Un'altra caratteristica condivisa fra i due disturbi consiste nella rispondenza alle terapie, sia psicologiche, sia farmacologiche. Entrambi rispondono bene alle farmacoterapie basate su ricaptatori della serotonina (SSRI, farmaci della categoria dei serotoninergici) e alle psicoterapie basate su tecniche quali *l'esposizione con prevenzione della risposta* (tecnica di tipo comportamentale che prevede, in estrema sintesi, l'esposizione al pensiero o alla situazione temuta in assenza di emissione del comportamento compulsivo).

Ma nella pratica, quali sono i meccanismi e i sintomi che accomunano il Disturbo Ossessivo-Compulsivo al Dismorfismo Corporeo? Occorre innanzitutto capire, anche se in estrema sintesi, come si manifestano questi due disturbi. Il **Disturbo Ossessivo-Compulsivo**, come dice la parola stessa, è composto da aspetti ossessivi e compulsivi. In altre parole, una persona affetta da DOC manifesta sia ossessioni sia compulsioni. Le ossessioni sono pensieri ripetitivi, di tipo intrusivo, che generalmente la persona vede come *egodistonici* (non appartenenti a sé, indotti da qualcosa). Un esempio tipico di ossessione è il pensiero ricorrente di molte persone di poter commettere violenza sui propri cari, pur non volendolo fare. In genere, i pazienti dicono: *“Non farei mai del male alla mia famiglia, ma ho paura di farne, perché il pensiero di poterlo fare mi perseguita continuamente”*. Frasi del genere nascondono la presenza di un'ossessione, o pensiero intrusivo egodistonico. Dato che pensieri di questo tipo provocano senso di colpa, vergogna e timori (di poter impazzire, perdere il controllo, essere violenti, ecc), è possibile con il tempo che si sviluppino compulsioni, che altro non sono che strategie comportamentali o cognitive per gestire le emozioni e i sentimenti derivati dal pensiero intrusivo. Una persona che ha paura di poter far del male ai propri cari, per esempio, potrebbe sviluppare la compulsione di mettere alla prova le proprie reazioni in particolari situazioni. Per esempio, quando è a tavola con i propri cari, potrebbe cercare di capire se ha l'impulso di afferrare un coltello con intenti violenti. Questa è tecnicamente una *compulsione*, perché è un comportamento messo in atto per capire se l'ossessione di fare del male ai propri cari possa davvero concretizzarsi. Esistono innumerevoli forme di DOC, ma l'esempio appena fatto è emblematico: ogni DOC comprende un aspetto ossessivo e uno compulsivo.

Nel **Dismorfismo Corporeo** si assiste a qualcosa di simile: il pensiero intrusivo ossessivo in questo caso è rappresentato dalla convinzione di avere un difetto fisico grave ed evidente (relativo al proprio naso, alla forma o alla grandezza delle mani, a qualche caratteristica dei capelli, ecc). Come nel DOC, è possibile che questo pensiero intrusivo non lasci quasi mai la persona, e che gli produca sentimenti di vergogna, inadeguatezza e timori sulla critica e sul giudizio altrui. Come nel caso del DOC, invariabilmente con il tempo si sviluppano comportamenti ripetitivi, che possono

assumere la forma di veri e propri rituali. Nel caso di una persona che veda un grave difetto nel proprio naso, per esempio, una probabile compulsione potrebbe essere quella di guardarsi ripetutamente allo specchio, anche per ore. Nel caso di una persona che vede difetti nei propri capelli (per esempio: non abbastanza folti), la compulsione potrebbe essere quella di pettinarsi molte volte al giorno.

Come nel caso del DOC, anche nel Dismorfismo le compulsioni hanno uno scopo: contenere i sentimenti e le preoccupazioni derivate dall'aver una certa ossessione.

Due, invece, sono le differenze significative fra questi due disturbi. La prima risiede nella qualità delle ossessioni. Nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo il contenuto delle ossessioni è caratterizzato dalla paura per sé (aver lasciato il gas acceso di notte, la possibilità che possano entrare ladri in casa, ecc) o per gli altri (poter far del male agli altri, in modo volontario e non). Nel Dismorfismo, invece, il contenuto delle ossessioni riguarda maggiormente l'essere brutti o avere delle parti di sé sgradevoli, che possano essere giudicate male dagli altri.

La seconda differenza risiede nell'egosintonia delle ossessioni. Laddove, come già spiegato in precedenza, nel DOC le ossessioni sono tipicamente egodistoniche (la persona, per esempio, ha paura di poter perdere il controllo e far del male ai propri cari, ma sa di non volerlo fare), nel Dismorfismo invece le ossessioni sono più *egosintoniche*. Le persone dismorfofobiche sono davvero convinte di avere un difetto fisico grave e invalidante, e non percepiscono quindi tale pensiero come indotto dall'esterno, ma come frutto di loro valori e convinzioni.