

# Su alcuni aspetti delle dismorfofobie

Giuliano Turrini, Parma

L'immagine del corpo può essere considerata un territorio di confine tra mondo interno e mondo esterno, tra lo spazio del sé e quello degli oggetti, tra l'individuale e il sociale. Alla sua formazione concorrono aspetti propriocettivi e posturali, impulsi libidici, reminiscenze arcaiche provenienti dall'inconscio, individuale e collettivo (dunque anche archetipiche); perché il mondo, come dice Jung (1), si struttura fuori come pure dentro di noi, a partire dalla profondità dei processi psichici.

(1) C.G. Jung, «Psicologia analitica e concezione del mondo», in *La dinamica dell'inconscio, Opere*, vol. 8, Torino, Boringhieri, 1976.

Ma ad essa concorre anche l'immagine che al soggetto viene rimandata dalla realtà esterna; come dice Schilder « un'immagine corporea è sempre in qualche misura la somma delle immagini corporee della comunità ... »(2). Gli altri, dunque, i loro sguardi, il loro giudizio, le loro reazioni, come uno specchio senza fine, immenso eppure mutevole. Perché l'immagine del corpo si modifica continuamente; lo stesso abbigliamento, la foggia dei capelli, il trucco, o anche solo l'igiene personale, possono cambiarla, sia pure entro certi limiti.

(2) F. Schilder, *Immagine di sé e schema corporeo*, Milano, Angeli, 1984.

Disturbo strano, la dismorfofobia; questo « sentimento di bruttezza o di difetto fisico che il paziente percepisce come evidente agli altri, sebbene il suo aspetto fisico sia entro la norma » come la definì per primo Morselli (3), relativo a parti del corpo esterne e visibili o potenzialmente visibili (spesso il volto), che la nosografia psichiatrica inquadra come sindrome autonoma solo quando

(3) E. Morselli, «Sulla dismorfofobia e sulla talefobia», in *Bollettino accademico medico*, Genova, 6, 1886.

compare al di fuori di una psicopatologia definita (schizofrenia, nevrosi ossessiva, depressione primaria) (4), il cui esordio si colloca quasi sempre nel periodo adolescenziale. Non di rado ne sortisce la richiesta di un intervento di chirurgia plastica; il confine tra l'oggettività e la soggettività è spesso fluttuante, incerto, e tende a definirsi nell'ambito dell'incontro tra due menti, quella del paziente e quella del chirurgo, al quale può essere demandato il giudizio di realtà, con la possibilità di relazioni collusive o addirittura di una manipolazione reciproca. Non voglio qui discutere del valore delle angosce di castrazione nelle nevrosi, e del loro equivalente (quelle di smembramento) nelle psicosi; mi limito solo a rammentare come esse compaiano in relazione ad ogni intervento chirurgico, e come quindi il chirurgo possa diventarne protagonista nelle fantasie del paziente, configurandosi come colui che ha peggiorato la situazione provocando un danno irrimediabile; e dunque, almeno potenzialmente, un persecutore. Talora si tratta di vaghi sentimenti di inadeguatezza fisica, ipertrofizzazioni di qualche modestissima imperfezione (un naso un po' storto, una cute non del tutto liscia, le orecchie lievemente a sventola, ecc.); talaltra si giunge ad una convinzione assoluta della propria deformità, percepita come tanto evidente da non poter non suscitare negli altri derisione o disgusto. Sempre gli altri, comunque, il cui giudizio è temuto e al tempo stesso ricercato ansiosamente, negli sguardi, negli atteggiamenti o anche nelle parole, nell'ambivalenza di una domanda che sta tra due desideri: quello di una conferma delle proprie paure e quello di una rassicurazione indulgente almeno sulla esiguità dell'anomalia; e naturalmente nessuna risposta è capace di dare sollievo, nemmeno l'indifferenza, che può addirittura aumentare l'incertezza alimentando angosce paranoide.

Si tratta di un delirio? Di una fobia o di un'ossessione? Oppure di una idea prevalente? Sono interrogativi che la psichiatria e la psicopatologia si sono posti da tempo, senza che la risposta sia stata univoca (5).

Il meccanismo psicodinamico fondamentale sembra comunque risiedere nella proiezione. E, in questo senso, la dismorfofobia acquisterebbe una peculiare collocazione

(4) C.S. Thomas, «Dysmorphophobia: a question of definition», in *British journal of psychiatry*, 144, pp. 513-516, 1984; G.G. Hay, «Dismorpho-phobia», in *British journal of psychiatry*, 116, p. 339, 1970.

(5) C.S. Thomas, «Dysmorphophobia: a question of definition», *op. cit.*; G.G. Hay, «Dysmorphophobia», *op. cit.*; M. Schacter, «Nevroses dysmor-

phiques et delire ou conviction delirante de dysmorphie», in *Ann. Med. Psychol.*, 1/5, p. 723, 1971.

(6) P. Benassi, G. Turrini, "Aspetti psicopatologici e clinici nei rapporti tra psicossomatica e dismorfofobie», in *Rivista sperimentale di freniatria*, Cl, p. 1036, 1977.

(7) Mi riferisco, naturalmente, alla forma psicotica dell'ipocondria o *ipocondria ma/or*.

tra ipocondria e paranoia. Come nella ipocondria, sono aspetti parziali del corpo che vengono erotizzati e oggettivizzati, così da accogliere la proiezione di parti scisse del sé; e il corpo oggettivizzato può risparmiare al pensiero situazioni penose (6). Ma come nella paranoia dagli altri non si può prescindere; essi vedono, osservano, paragonano, criticano, giudicano, fino ad assumere connotazioni persecutorie. E mentre l'ipocondriaco e il paranoico cercano di coinvolgerli nelle proprie fantasie rispettivamente di malattia e di persecuzione, lamentandosi di non essere creduti, il dismorfofobico pare lamentarsi dell'opposto: che gli altri gli credono fin troppo, a tal punto gli risulta chiaro che a loro non sfugge la sua deformità.

Ma per tutti, in questa economia della sofferenza in cui la difesa è insorta e mantenuta per evitare la frammentazione del sé, i persecutori sono necessari. Per l'ipocondriaco (7), che sembra sperare nella conferma di una malattia (perché qualunque malattia reale è meno terrorizzante della fantasia di malattia) ma al tempo stesso la teme (perché l'organo curato e magari guarito non può più essere trattato come indipendente, estraneo all'immagine corporea), tant'è che in questo caso il fantasma deve essere ricostituito, nello stesso organo sotto forma diversa o in un altro organo; per il paranoico, al quale nulla potrà mai dimostrare l'inconsistenza delle sue convinzioni, che comunque travalicano sempre il dato oggettivo; per il dismorfofobico, che partecipa di entrambe le categorie di persecutori (interni ed esterni).

Nell'adolescenza le dismorfofobie sono frequenti, anche se non di rado transitorie. Si tratta di un periodo della vita in cui più marcata può essere la dissociazione cronologica tra sviluppo fisico e sviluppo psicologico; l'adolescente valuta la propria maturazione (sessuale soprattutto) basandosi in larga parte sugli aspetti esterni del corpo, e ne percepisce le modificazioni fisiologiche — spesso disarmoniche — come se avessero un carattere duraturo. L'immagine corporea (soprattutto nella pubertà e anche nella media adolescenza) si modifica rapidamente, persino tumultuosamente; al contempo, col finire del 'perbenismo' del periodo della latenza, compaiono fantasie sessuali e impulsi aggressivi. Ciò provoca una sensazione

di minaccia, di perdita di controllo, talora fino al punto di sentirsi in balia del proprio corpo.

Il conflitto centrale dell'adolescenza è un conflitto di separazione. Il cammino verso l'individuazione comporta il distacco dagli oggetti primari, quasi una rima di frattura che allontana il soggetto dalla stabilità delle transazioni familiari.

L'evoluzione meno favorevole può andare verso l'instaurarsi di situazioni psicotiche con la regressione a fantasie fusionali, ove l'onnipotenza sia salva, e la minaccia della separazione evitata. E sebbene la valutazione delle psicosi adolescenziali debba enfatizzare soprattutto la discontinuità, tenendo presenti sia criteri evolutivi che l'epoca di comparsa dei sintomi e la costellazione familiare (8), è fuori di dubbio che, proprio in questo periodo dello sviluppo, sindromi meno gravi di quelle di tipo schizofrenico possono essere apprezzate anche nel loro valore di difesa contro il « panico organismico » (9) e contro la perdita di coesione del sé.

Anche la malattia psicosomatica rappresenta una alternativa alla frantumazione psicotica; ma qui lo stadio di regressione è più arcaico e la rimozione degli oggetti ancor più completa che non nell'ipocondria, l'individuo è come privo dell'inconscio, la capacità immaginativa è spenta configurando un'attività mentale descritta come « pensiero operativo » (10).

Nella dismorfofobie, al contrario, il linguaggio della mente e il linguaggio del corpo coesistono, a favore del primo (11); e proprio ciò testimonia la sopravvivenza della capacità a simbolizzare, definendo un livello di regressione meno arcaico, ove l'energia è più fluente e la scissione meno radicale. Persino gli aspetti paranoicali del disturbo possono essere intesi in un significato difensivo verso un'angoscia più profonda, legata agli aspetti ipocondriaci: come se, nel rinforzare i persecutori esterni, si allontanasse la minaccia ben più temibile dei persecutori interni. La stessa sede delle dismorfofobie, in un'area tutto sommato accessibile alla relazione, non pare casuale: perché nel ruolo centrale esercitato dagli altri è in fondo compreso un riconoscimento della realtà oggettuale (sebbene percepita come ostile), e quindi una istanza di differenziazione dall'oggetto primario, un argine alla nostalgia fusionale.

(8) Ping-Nie Pao, *Disturbi schizofrenici*, Milano, Cortina, 1984.

(9) Nell'accezione di Ping-Nie Pao, in op. cit.

(10) P. Marty, M. de M'Uzan, C. David, «L'investigation psychosomatique», in P.KF., Paris, 1963.

(11) G. Turrini, P. Benassi, « Dymorphognosis in relation to psychosomatics », In *Atti 3° Congresso della Società Internazionale di Medicina Psicosomatica*, Roma, Pozzi, 1975.

Come se, in altri termini, l'investimento libidico su parti del proprio corpo (costituite come oggetti parziali, ricettacolo di fantasmi persecutori proiettivamente attivati) potesse permettere una periferizzazione del conflitto, ostacolando la tentazione narcisistica e, anche, attenuando l'angoscia a favore della vergogna, sentimento di certo meno destrutturante, meno arcaico, più legato alla sessualità edipica, quindi a potenzialità di separazione e individuazione.