



# Quando 'perfetto' non è abbastanza

Conseguenze negative  
del perfezionismo

a cura di  
Caterina Lombardo e Cristiano Violani

## INTRODUZIONE

*di Caterina Lombardo e Cristiano Violani*

Il perfezionismo è una caratteristica personale che si manifesta attraverso svariati comportamenti, credenze, stati d'animo, modi di affrontare la vita. Una delle caratteristiche centrali del perfezionismo è la cosiddetta «tirannia dei devo», ovvero la presenza di idee rigide, che indicano il giusto comportamento da mettere in atto e, spesso, la punizione per il fallimento. Rispettare queste regole dà valore alla persona, che «deve» essere sempre competente e all'altezza della situazione, raggiungere sempre risultati eccellenti e socialmente apprezzati in tutte le cose che fa. Per il perfezionista il valore di sé dipende da quanto si sente capace di rispondere a dei *dictat* auto o etero-imposti. Un'ulteriore caratteristica del perfezionismo è il bisogno di controllare l'incertezza, con conseguenti forti dubbi su quale sia l'azione giusta da compiere, quale sia il modo giusto di eseguire un compito, quale sia il giusto comportamento da tenere nelle varie circostanze, ecc. Ma queste non sono le uniche manifestazioni, infatti il perfezionismo riguarda vari aspetti dell'esperienza cognitiva, sensoriale, affettiva, normativa, relazionale e sociale.

Se il perfezionismo non è, di per sé un disturbo o una condizione clinica, ma una caratteristica personale, ci si può chiedere se vi siano ragioni per un interesse della psicologia clinica a questo costrutto. Le ragioni esistono e sono molteplici, alcune più generali, altre più specifiche.

La ragione più generale ha a che fare con la concezione della psicopatologia non più e non tanto (o forse non soltanto) come insieme di sindromi chiaramente definite da specifici criteri diagnostici di inclusione/esclusione, quanto come costellazione di caratteristiche che si delineano lungo dimensioni o spettri, che includono non solo manifestazioni francamente cliniche ma anche manifestazioni sub-cliniche o non cliniche dello stesso costrutto. In quest'ottica, accanto alla nosologia tradizionale e grazie a discussioni, dibattiti, e anche qualche forzatura, si è imposta un'ottica di tipo dimensionale, che sarà accolta almeno in parte nella quinta revisione di uno dei principali sistemi diagnostici categoriali: il DSM. Una psicopatologia *empirically grounded*, e volta a identificare quali condizioni interne ed esterne alla persona favoriscono il rischio psicopatologico e

quali proteggono le persone a rischio dal manifestare la forma di disagio per la quale sembrano «vulnerabili» non può trascurare lo studio di fattori personali come il perfezionismo, la cui associazione con il disagio è nota sin dai tempi di Janet e di Freud.

La ragione più specifica che giustifica l'interesse dello psicologo clinico verso questa caratteristica personale è che non solo essa sembra associarsi a molte condizioni cliniche, ma viene inclusa, nell'attuale DSM-IV-TR fra i criteri diagnostici del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOC-P). Gli individui con DOC-P, infatti, per mantenere una sensazione di controllo, prestano un'attenzione minuziosa alle regole e ai dettagli, sono eccessivamente accurati ed inclini alla ripetizione, controllano ripetutamente ciò che fanno in cerca di eventuali errori. «Il perfezionismo e gli standard di prestazioni elevati che essi si impongono, causano in questi individui malfunzionamento e disagio significativi. Possono impegnarsi talmente in ogni dettaglio di un progetto assolutamente perfetto che tale progetto non viene mai ultimato (Criterio 2)» (DSM-IV-TR).

Nel tentativo di fare il «punto della situazione» riguardo al ruolo di questa caratteristica personale come fattore di rischio per il disagio mentale – e quindi non solo come caratteristica centrale entro le manifestazioni del DOC-P – circa due anni fa abbiamo organizzato un convegno in cui abbiamo invitato dei ricercatori italiani che si occupano o si sono occupati di perfezionismo e uno dei più noti ricercatori internazionali, Randy Frost. In quella occasione sono stati discussi i principali temi e i problemi a cui cercano di rispondere i contributi raccolti in questo volume e che possono essere riassunti in una breve lista di domande:

- Cos'è il perfezionismo? Si tratta di un costrutto unitario o multidimensionale? E se è multidimensionale, quali sono le dimensioni principali che lo identificano?
- Si tratta di una caratteristica innata ed immutabile o appresa e modificabile?
- È una caratteristica personale associata ad alcune o a molte manifestazioni cliniche?
- Che ruolo ha nella psicopatologia: si tratta di un fattore di vulnerabilità o di un fattore di mantenimento?
- Se è un fattore di rischio, riguarda specifici disturbi o è generale, comune a più disturbi?

Questo volume raccoglie contributi di interesse specialistico per psicologi clinici e psicoterapeuti. Il primo capitolo inquadra il costrutto del perfezionismo da un punto di vista storico e concettuale, evidenziandone la natura multidimensionale. Il secondo capitolo affronta il tema della ereditabilità/apprendimento delle caratteristiche perfezionistiche. I capitoli tre, quattro e cinque descrivono la relazione fra le dimensioni del perfezionismo negativo e due delle manifestazioni tipiche del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), l'esperienza di Not Just Right, ovvero la

sensazione percettiva che le cose non siano a posto, che vadano migliorate e l'hoarding compulsivo, ovvero la tendenza ad accumulare «cose», anche inutili. Il sesto capitolo passa in rassegna gli studi che hanno evidenziato una relazione fra il perfezionismo e il disturbo depressivo. Il capitolo settimo affronta la relazione fra perfezionismo e insonnia e valuta quanto la depressione possa mediare questa relazione. I capitoli ottavo e nono affrontano la relazione fra perfezionismo e disturbi dell'alimentazione. Infine il decimo ed ultimo capitolo passa in rassegna gli studi che hanno evidenziato se e come sia possibile trattare il perfezionismo clinico e quali conseguenze il trattamento o il mancato cambiamento di questa variabile personale eserciti sui disturbi associati.

A partire dall'idea che il perfezionismo fosse un costrutto unitario, sono cresciute, nel tempo, le proposte multidimensionali. Come evidenziato sia nel primo che nel secondo capitolo, sembra però che due dimensioni generali sottendano tutte quelle indicate nella letteratura di ricerca:

- a. La dimensione del *Perfezionismo negativo* (nel linguaggio anglosassone definita Maladaptive Evaluative Concern), appresa o potenziata attraverso esperienze di punizione e caratterizzata dalla presenza di dubbi sulle azioni, preoccupazione di sbagliare, intolleranza dell'incertezza, adozione di standard elevati socialmente desiderabili ma non autodeterminati, la presenza di genitori ipercritici e svalutanti.
- b. La dimensione del *Perfezionismo positivo* (nel linguaggio anglosassone definita Positive Striving), appresa o potenziata attraverso esperienze di rinforzo e gratificazione e caratterizzata da adozione di standard elevati autodeterminati, desiderio di raggiungere obiettivi elevati per il piacere di farlo e non per la paura della punizione, capacità organizzative elevate, attribuzione realistica delle cause del successo e dell'insuccesso.

In generale, tutti i capitoli presentano una rassegna degli studi riguardo la relazione fra perfezionismo e disturbi mentali, considerando sia dati ottenuti con studi trasversali in popolazioni cliniche che dati relativi a popolazioni non cliniche, nonché i risultati, quando disponibili, di studi longitudinali. Il filo conduttore è l'interrogativo se si possa o meno evidenziare un'associazione specifica fra questa caratteristica personale e uno specifico disturbo mentale. Se dimostrata e suffragata da studi longitudinali quest'associazione potrebbe indicare che il perfezionismo agisce come fattore di rischio specifico. In realtà, la maggior parte delle rassegne e degli studi inclusi in questo volume non dimostra che il perfezionismo sia un fattore di rischio specifico, con la possibile eccezione dei disturbi dell'alimentazione.

Gli autori del terzo capitolo approfondiscono l'aspetto cognitivo delle credenze o dei *beliefs* disfunzionali del DOC evidenziando che i pazienti con DOC non sembrano differenziarsi dai pazienti con altri disturbi d'ansia rispetto alla misura di «Perfezionismo/Incertezza» e concludono, che il perfezionismo potrebbero essere inteso come un generico fattore di

vulnerabilità condiviso fra i disturbi d'ansia piuttosto che caratteristica di base sottostante alla sintomatologia ossessivo-compulsiva. Del resto anche gli studi relativi alle determinanti genetiche del perfezionismo e del DOC, descritti nel secondo capitolo, sembrano evidenziare il ruolo di vulnerabilità svolto da alcuni polimorfismi genetici e dei neuro mediatori dopamina e serotonina che, però, non sembrano esclusivi del DOC ma comuni a vari altri disturbi. Di contro, all'assenza di una relazione specifica del perfezionismo con la sintomatologia ossessivo-compulsiva e/o con particolari tipologie sintomatologiche identificate entro il DOC, l'esperienza di Not Just Right sembra invece ricoprire un ruolo rilevante all'interno del DOC, suggerendo che tale fenomeno possa costituire l'elemento peculiare di questo disturbo specificamente associato al perfezionismo e in particolare alle sue manifestazioni di intolleranza dell'incertezza. L'esperienza di Not Just Right nel DOC è anche il focus specifico del quarto capitolo che, però, affronta il tema dal punto di vista affettivo ovvero di quale esperienza emozionale possa spiegare quello che è stato anche definito bisogno di perfezione sensoriale. La logica seguita dagli autori porta a evidenziare come sia il senso di responsabilità personale da cui deriva l'emozione del senso di colpa a generare il bisogno di perfezione sensoriale e ad associarsi al perfezionismo negativo.

Per quanto riguarda l'*hoarding* compulsivo, benché sia stato proposto di considerare questo disturbo come una classe a sé nel DSM-V, al momento è incluso fra le manifestazioni del DOC. L'esame della letteratura attuale non permette di chiarire in modo univoco se il perfezionismo sia un fattore di rischio generale come per altre psicopatologie o se abbia un legame specifico con l'*hoarding*. Negli studi riportati, i sintomi di *hoarding* sembrano essere legati in generale al perfezionismo, ma non sono indipendenti dall'ansia, dalla depressione e dal DOC.

Nel caso della depressione gli studi mostrano che il perfezionismo negativo agisce come fattore capace di aumentare il rischio di sviluppare questo disturbo e talvolta evidenziano che, anche la mancanza di *Positive Striving* possa essere associata al disturbo depressivo, ma la relazione tra perfezionismo positivo e depressione non è ancora del tutto chiara. Gli studi finora condotti in questa cornice sembrano indicare che la relazione fra perfezionismo e depressione possa essere mediata (p.e. potenziata o attenuata) dall'azione di fattori come la ruminazione e l'autocritica. A sua volta è possibile che sia proprio l'umore depresso o l'esperienza frequente di emozioni negative a mediare la relazione fra perfezionismo e insonnia, che, come evidenziato anche dai pochissimi studi longitudinali disponibili, sembra scomparire quando si tiene conto del tono negativo dell'umore.

Fin qui sembrerebbe che il perfezionismo agisca o come fattore di vulnerabilità generale o come fattore di mantenimento comune a più disturbi. Tutt'altro, invece, emerge quando si considerano i Disturbi dell'Alimentazione (DA), dove per la prima volta viene evidenziata l'associazione

fra entrambe le dimensioni, sia negative che positive, del perfezionismo e l'intensità della sintomatologia. Sembra, infatti, ben documentato il fatto che sia le pazienti con DA che le ragazze reclutate in campioni di comunità per presentare alta sintomatologia di questi disturbi sembrano anche mostrare non solo alti livelli di *Maladaptive Evaluative Concern* ma anche alti livelli di *Positive Striving*. Non sono assenti, però, studi in cui questa associazione specifica non viene riscontrata, non ultimo quello condotto dagli autori del capitolo ottavo e qui riportato.

Nel complesso, la maggior parte dei contributi a questo volume evidenzia che il perfezionismo clinico sembra agire ora come fattore di rischio, ora come fattore di mantenimento ora come fattore di promozione di comorbidità e di ostacolo al cambiamento, benché, salvo alcune eccezioni, la sua influenza si eserciti in modo aspecifico, tanto da poter essere indicato come un fattore generale di vulnerabilità psicopatologica. Su questo tema, comunque, sono necessari ulteriori studi e specialmente studi longitudinali, ad oggi scarsi, capaci di evidenziare in modo chiaro come il perfezionismo agisca nel promuovere lo sviluppo di uno o più disturbi mentali o nel mantenerli. Sembra evidente, inoltre, che l'interazione con altri fattori di rischio possa determinare esiti differenti, come dimostrano i dati riportati nel capitolo ottavo dove alti livelli di perfezionismo negativo spiegano sintomi quali insoddisfazione corporea e forte desiderio di magrezza mentre alti livelli di perfezionismo negativo combinati con bassi livelli di perfezionismo positivo e con alti livelli di impulsività spiegano la presenza di sintomi di tipo bulimico. Lo stesso dicasi per gli studi riassunti nel capitolo sesto dove la relazione fra perfezionismo e depressione sembra interagire con altre variabili quali la ruminazione e l'autocritica.

Un altro ambito su cui la ricerca ha portato evidenze empiriche che, però, meritano ulteriori approfondimenti è la promozione del cambiamento, tema affrontato nell'ultimo capitolo, che rivede la letteratura attualmente disponibile nel tentativo di rispondere a domande quali:

1. Il perfezionismo è una caratteristica stabile o è modificabile? E se può essere cambiata, in che modo? Attraverso l'attivazione di quali processi?
2. Riducendo il perfezionismo, si riduce anche la sintomatologia ad esso associata? Si registra un abbassamento dei sintomi depressivi, dei sintomi dei DA, dell'ansia e delle preoccupazioni, dell'esigenza di raggiungere uno stato percettivo di *Just Right Experience*?
3. Se il perfezionismo non viene affrontato in modo diretto, quali sono le conseguenze sull'efficacia del trattamento del disturbo psicopatologico cui esso si associa? La sua presenza, è in grado di ostacolare il cambiamento e ridurre l'efficacia del trattamento? In caso contrario, se non agisce da ostacolo, il trattamento del disturbo principale produce cambiamenti indiretti anche sul perfezionismo?

I risultati degli studi esaminati, benché ad oggi sporadici e poco sistematici, evidenziano non solo che il perfezionismo può essere ridotto

attraverso interventi mirati a questo scopo, ma anche che trattare direttamente il perfezionismo clinico sembra produrre effetti positivi anche sulla sintomatologia associata: in seguito a un trattamento mirato ad affrontare e modificare le caratteristiche del perfezionismo non solo sembra ridursi la sintomatologia principale ad esso associata ma anche altri sintomi presenti in comorbilità.

Quindi, rispetto alle domande iniziali, considerate le evidenze esposte nei capitoli di questo volume, si può rispondere che:

- Il perfezionismo è una caratteristica personale che si sviluppa probabilmente grazie al contributo di fattori sia genetici che ambientali.
- Si tratta di un costrutto multidimensionale caratterizzato da due dimensioni sovraordinate, definite di *Positive Striving* l'una e di *Maladaptive Evaluative Concern* l'altra. La prima sembra essere associata al successo ma potrebbe costituire un fattore di rischio specifico per i disturbi dell'alimentazione se associata alla seconda, mentre quest'ultima sembra agire come fattore di rischio generale e di mantenimento comune a più disturbi.
- Si tratta di una caratteristica che, benché in parte determinata geneticamente, può essere modificata attraverso opportuni interventi professionali. Il cambiamento sembra produrre benefici non solo sul perfezionismo stesso ma anche sulla sintomatologia principale e secondaria ad esso associata.

Nel complesso i risultati incoraggiano da un lato ad approfondire l'aspetto della modificabilità dei tratti perfezionistici, dall'altro a includere componenti mirate ad affrontare questi tratti nei protocolli di intervento, quanto meno per quei disturbi per i quali è documentato che il perfezionismo giochi un ruolo.

1.

## IL PERFEZIONISMO: DEFINIZIONE CONCETTUALE

*di Randy O. Frost*

*Traduzione di Monica David e Caterina Lombardo*

### 1.1. INTRODUZIONE: SVILUPPO E INQUADRAMENTO DEL COSTRUTTO

Le teorie sul perfezionismo e sul suo ruolo nello sviluppo della psicopatologia si sono sviluppate da oltre cento anni. Uno dei primi teorici che si è occupato di perfezionismo è stato un contemporaneo di Freud, lo psicologo e fisico francese Pierre Janet (1857-1947). Secondo Janet gran parte della psicopatologia poteva essere classificata come psicoastenìa, una categoria di disturbi che includeva quelle che oggi sono considerate sindromi separate come i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore, i disturbi somatoformi e altri. Dal suo punto di vista la psicoastenìa era data da un deficit nei più alti livelli di funzionamento cognitivo e comprendeva problemi di attenzione, problemi motori e di adattamento (Pittman, 1987). Janet sosteneva che gli stadi coinvolti nello sviluppo della psicoastenìa fossero tre (Pitman, 1987). Il primo era lo «stato psicoastenico», che consisteva in un senso di incompletezza e di inadeguatezza in altre esperienze psicologiche e fisiologiche. In questo stadio, il soggetto prova un profondo senso di imperfezione e le proprie azioni non sembrano mai abbastanza corrette o complete. Non gli sembra mai di agire in maniera adeguata, sebbene il proprio operato appaia perfetto agli occhi di un osservatore esterno. Questo senso di imperfezione e di incompletezza lo tortura, portandolo in uno stato di incertezza e di indecisione, non soltanto riguardo le proprie azioni, ma anche riguardo alle proprie percezioni. Tale condizione può associarsi a profondi dubbi circa le proprie esperienze e persino depersonalizzazione e derealizzazione.

Nella prospettiva di Janet, dallo stato psicoastenico si passa a un secondo stadio, quello delle «agitazioni coatte». Una forma di agitazione coatta, che Janet definisce «manie mentali» o «manie dell'eccesso», deriva



dallo sforzo di superare il senso di incertezza. In questo stadio l'individuo è tormentato da così grandi dubbi sulla propria esperienza quotidiana che cerca di superare, sviluppando una tendenza alla perfezione sia nel pensiero che nelle azioni. Le agitazioni coatte possono provocare ogni forma di ansia. L'esatta natura dell'ansia non è ben determinata e varia in base alle circostanze, ma trae sempre origine da questo estremo bisogno di perfezione.

Dal punto di vista di Janet, lo «stato psicoastenico» e le «agitazioni coatte» erano stadi della psicopatologia che portavano ad uno stadio finale e più grave di psicoastenia, quello caratterizzato da «ossessioni e compulsioni», che egli definì in termini più generali rispetto a come vengono definite oggi. In questo stadio, le manie mentali si manifestano facilmente ed interessano tutte le aree della vita di un individuo. Sebbene il principale disturbo che si presenta in questo stadio sembra essere quello ossessivo-compulsivo, in realtà, ciò si verifica solo perché le idee patologiche e le manie mentali sono molto più correlate con l'ODC che con altri tipi di disturbi come quello alimentare, di panico, fobia sociale, ecc.

Il concetto di psicopatologia fornito da Janet contrasta con il più recente approccio descrittivo-tassonomico, che divide i disturbi in sindromi discrete piuttosto che sviluppare una singola definizione di patologia che sia anche quella principale. Lo stato psicoastenico e le agitazioni coatte possono causare anche altre forme di psicopatologia. L'importanza che Janet attribuisce al perfezionismo nella determinazione della psicopatologia anticipa i risultati odierni, secondo cui il perfezionismo è associato ad un'ampia varietà di disturbi psicopatologici.

Successivamente a Janet, il concetto di perfezionismo ha giocato un ruolo predominante nelle teorie psicoanalitiche della psicopatologia, in particolare per il disturbo ossessivo-compulsivo. Secondo Erwin Straus (1948) i soggetti ossessivi considerano il mondo come un luogo minaccioso e la probabilità che da ogni loro azione derivi un risultato catastrofico è molto alta. Mentre i soggetti normali imparano a convivere con l'incertezza per gli eventi futuri e con la consapevolezza di avere un ruolo importante nel determinarli, i soggetti ossessivi sono tormentati da questa possibilità. Una volta completata un'azione non si può più tornare indietro e, per loro, la possibilità che possa verificarsi un danno o un fallimento è intollerabile. Gli unici due modi per evitare questo tormento sono: evitare di agire o agire in maniera così perfetta da rendere impossibile qualsiasi risultato negativo. In queste circostanze nessuna azione, incluse quelle di routine, può essere portata a termine senza che sia stata sottoposta ad un esame minuzioso. Operazioni banali come lavarsi le mani devono essere analizzate e compiute con attenzione. Soltanto compiendo perfettamente ogni azione è possibile sfuggire alla «paralisi dell'azione». Solo le azioni perfette non meritano disapprovazione.

Per Karen Horney (1950) la psicopatologia insorge quando il comportamento è guidato da strategie finalizzate a difendersi dall'ansia piut-

tosto che dalla tendenza a ricercare la realizzazione di sé. Tra queste strategie si colloca lo stabilire degli standard morali ed intellettuali estremamente alti. Così un'immagine di sé idealizzata e perfezionistica garantisce un senso di valore personale, ma il constatare di non essere all'altezza di questa immagine può essere devastante. Un'immagine così idealizzata richiede un codice di condotta severo e moralistico. Alcune persone fanno esperienza di ciò che Horney chiama «tirannia del dovere», cioè tentano di ottenere la perfezione stabilendo una lista di rigidi *dictat* che indicano il giusto comportamento da mettere in atto e la giusta punizione per il fallimento.

Missildine (1963) introduce una ulteriore distinzione fra la persona perfezionista e la persona professionalmente competente, che trae soddisfazione e piacere profondi dal fare un buon lavoro. In quest'ultimo caso, il risultato positivo accresce la propria autostima. Il perfezionista, invece, non trae soddisfazione da un lavoro ben svolto ma ha sempre la sensazione che avrebbe potuto farlo meglio e che tutto ciò che non è svolto alla perfezione sia un vero e proprio fallimento. La momentanea depressione che ne deriva alimenta la speranza di poter fare meglio in futuro, finché il fardello non diventa troppo grande.

Missildine inoltre sostiene che aspettative genitoriali troppo alte portano i bambini a non sentire mai di aver fatto le cose abbastanza bene da essere accettate. Alcuni iniziano a pensare che sia necessario agire in modo impeccabile per essere amati, anziché essere accettati per come si è. Quello che il bambino ottiene con una prestazione solo adeguata è la promessa di accettazione se la prossima volta dimostrerà di far meglio. In questo modo i genitori favoriscono lo sviluppo di bambini sempre alla ricerca dell'eccellenza, ma nello stesso tempo ansiosi, insicuri incapaci di capire quale dovrebbe essere una performance sufficientemente buona. Hollender (1965) descrive così l'esperienza del bambino: «Se ci provassi con un po' più d'impegno, se facessi un po' meglio, se diventassi perfetto, i miei genitori mi amerebbero». Questo processo è così inconsapevole che i genitori non si rendono conto dell'effetto che le loro aspettative hanno sui figli. Da adulto, nessun grado di successo può essere soddisfacente per qualcuno che cresce in questo modo, e anche il più piccolo errore può causare grandi difficoltà. Nessun livello di realizzazione può far sentire il perfezionista una persona affermata. Ogni azione è guidata dalla paura del fallimento e seguita dalla pesante sensazione del «avrei potuto fare meglio».

Un esempio della gravità di questo fenomeno è quello di Vince Foster, un deputato consigliere del presidente degli Stati Uniti (Blatt, 1995). Foster fu il primo del suo anno accademico a laurearsi in Legge ed era da molti considerato come un potenziale candidato alla Corte Suprema. Familiari e amici lo descrivevano come un pilastro forte, con un matrimonio stabile e una famiglia amorevole, tuttavia nel biglietto lasciato prima di suicidarsi egli espresse profonda angoscia per i fallimenti personali che agli altri

sembravano successi. Essendo stato implicato in uno scandalo con l'ufficio viaggi della Casa Bianca, pur avendo chiarito la sua posizione, visse come un tale fallimento il doversi giustificare per queste voci con il presidente che si suicidò.

Da genitore, un soggetto perfezionista tratterà i propri figli allo stesso modo, perché avere un figlio meno che perfetto sarebbe il riflesso della propria imperfezione. In questo modo, Missildine sostiene che il perfezionismo diventi un tratto familiare trasmesso attraverso le generazioni.

Hollender (1965), come Missildine, descrive i perfezionisti come incapaci di riconoscere affermazione o successo e ipotizza che siano guidati ad agire in maniera perfetta dall'autocritica piuttosto che da qualsiasi desiderio di acquisire padronanza o conoscenza. La stima di se stessi dipende da come gli altri li valutano, in questo modo devono sforzarsi continuamente per soddisfare quelle aspettative piuttosto che sviluppare un chiaro senso di sé o dei parametri più ragionevoli per valutare se stessi. Hollender continua sostenendo che questi standard irrazionali, sebbene possano derivare dai genitori, presto diventano parte dei criteri personali su cui si costruisce la propria autostima.

Hamachek (1978) distingue tra perfezionismo normale e nevrotico. I perfezionisti «normali» sarebbero coloro che traggono una sensazione di vero piacere dai propri sforzi intensi di agire in maniera perfetta e, cosa più importante, si sentono liberi di essere meno precisi a seconda della situazione. In altre parole, non si lasciano sconvolgere dagli errori grossolani. I propri sforzi danno loro un senso di soddisfazione. I perfezionisti «nevrotici», invece, non traggono mai piacere dai propri successi. Non pensano mai di aver fatto le cose abbastanza bene da poter giustificare la propria soddisfazione. Richiedono a se stessi un livello di perfezionismo che è impossibile ottenere. Come suggerisce Missildine, essi sono motivati dalla paura di fallire, piuttosto che dal piacere di un lavoro ben fatto. Sono costantemente in allerta contro possibili errori, e li evitano a qualsiasi costo.

Altri teorici psicoanalisti come Salzman (1968) hanno considerato il perfezionismo come centrale per la comprensione del disturbo ossessivo-compulsivo. Come sostiene Salzman, i soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo si sforzano di controllare le minacce, di ridurre il rischio di danni e di ottenere sicurezza tentando di non commettere mai errori.

Allo stesso modo, Mallinger (1984) sostiene che i soggetti ossessivi si scontrano con la concezione del proprio mondo come non-prevedibile e non pienamente sotto il proprio controllo. Uno dei modi principali in cui si configura questa lotta è lo sforzo di controllarsi non compiendo mai errori.

Alcuni esempi delle prime teorizzazioni sul perfezionismo si possono ritrovare anche nella letteratura sui disturbi dell'alimentazione. Hilde Bruch (1978) descrive le giovani donne con anoressia nervosa come soggetti protesi a eguagliare o superare le aspettative altrui su di loro. Solo se perfetta la ragazza con anoressia può sentirsi degna di stima.



2.

## LO SVILUPPO DEL PERFEZIONISMO TRA DETERMINANTI GENETICHE E APPRENDIMENTO

*di Francesco Di Nocera e Arturo Bevilacqua*

### 2.1. INTRODUZIONE

Perfezionisti si nasce o si diventa? Il dibattito natura-cultura riguarda tutti i costrutti psicologici. Dall'intelligenza all'aggressività, dalla personalità alla psicopatologia, l'interesse verso le determinanti biologiche o la possibilità del cambiamento attraverso l'apprendimento è da sempre un tema «caldo», soprattutto quando riguarda aspetti di particolare rilevanza sociale e quando una prospettiva è in grado di orientare decisioni politiche. Fortunatamente, il perfezionismo non è uno di questi argomenti scottanti ed è possibile affrontare il dibattito tra le due posizioni in maniera sicuramente più distesa. Inoltre, è forse il caso di sottolineare come, in generale, il dibattito stia progressivamente perdendo il significato ad esso attribuito in passato, mentre è ampiamente riconosciuta la reciproca influenza tra corredo genetico e ambiente nel determinare il comportamento.

Nonostante esista un interesse verso le determinanti genetiche del perfezionismo, un esame della letteratura rende piuttosto evidente come buona parte degli studi abbia privilegiato la componente di apprendimento rispetto a quella ereditaria. Inoltre, malgrado alcune analisi condotte su gemelli (p.e. Tozzi et al., 2004) abbiano evidenziato una parziale ereditabilità di alcune dimensioni del perfezionismo come Standard personali, Preoccupazione rispetto agli errori e Dubbi sulle azioni (Frost et al., 1990), è opportuno specificare che la maggior parte degli studi genetici presenti in letteratura non riguardano esattamente il perfezionismo, ma altri disturbi dei quali esso sembra rappresentare una manifestazione. Per questo motivo, i pochi dati in nostro possesso interpretabili come prove a favore o a sfavore dell'ereditabilità del perfezionismo (e della sua associa-

zione con specifici polimorfismi) derivano da studi nei quali il perfezionismo è indagato come sottodimensione di una sintomatologia psicologica più o meno complessa.

## 2.2. PERFEZIONISMO E STORIA DI APPRENDIMENTO

È evidente da quanto già detto nel primo capitolo di questo volume che il perfezionismo non è un «disturbo», quanto piuttosto una caratteristica personale spesso associata a varie condizioni psicopatologiche (come verrà approfondito nei capitoli successivi). Inoltre, è possibile ritenere che le due componenti principali del costrutto, definite «perfezionismo clinico» (o «nevrotico») e «perfezionismo sano» seguano ragionevolmente percorsi di sviluppo differente.

È proprio in funzione di questa distinzione che intendiamo affrontare la componente di apprendimento del perfezionismo. Nell'assumere l'esistenza delle due diverse dimensioni (positiva e negativa) del perfezionismo faremo riferimento al modello di Slade e Owens (Slade & Owens, 1998; Terry-Short et al., 1995). Secondo questo modello, il perfezionismo positivo sarebbe caratterizzato da una storia di apprendimento in cui l'impegno, i risultati più che soddisfacenti, l'organizzazione e il perseguimento del successo sono stati rinforzati positivamente. Il perfezionismo positivo sarebbe dunque una forma prevalentemente «normale» o «sana», che porta benefici all'individuo; sarebbe, inoltre, caratterizzato da alti livelli di organizzazione, alti standard personali e un evidente impegno per perseguire i propri obiettivi. Al contrario, il perfezionismo negativo sarebbe caratterizzato da una storia di apprendimento in cui la procrastinazione, la ruminazione, i ripetuti controlli sono stati rinforzati negativamente dall'evitamento di una valutazione o di una punizione temuta. Il perfezionismo negativo è dunque descritto come una forma patologica e malsana che reca svantaggi per l'individuo e si è dimostrato associato al nevroticismo, all'insoddisfazione, alle preoccupazioni eccessive rispetto al giudizio altrui, alla paura di fallire e a convinzioni irragionevoli sulle aspettative altrui («gli altri vogliono che io sia perfetto»).

I perfezionisti «sani» proverebbero dunque piacere e soddisfazione per gli sforzi compiuti e per l'obiettivo raggiunto. Al contrario, gli individui affetti da un perfezionismo «nevrotico» sentirebbero di non fare mai abbastanza e quindi non proverebbero soddisfazione per il livello di prestazione raggiunto.

La caratteristica fondamentale di questo modello è l'enfasi posta più che sul perfezionismo come caratteristica dell'individuo, al perfezionismo come caratteristica del comportamento. In altre parole, non è tanto importante distinguere tra perfezionisti e non perfezionisti, ma cosa accade

dopo che viene emesso un determinato comportamento definito perfezionistico. È da precisare che, naturalmente, ogni individuo, nella sua storia di apprendimento, è esposto a rinforzi sia positivi sia negativi per i suoi comportamenti. Quel che è importante, come in ogni altra considerazione sulla storia di apprendimento, è la predominanza di un tipo di rinforzo sull'altro e come tale predominanza sia in grado di determinare una connotazione degli eventi.

In questo senso, diventa cruciale la connotazione emotiva del comportamento in sé. Lo stesso comportamento, difatti, può essere associato a stati emotivi completamente opposti in funzione della natura (positiva o negativa) del conseguente (letteralmente, «ciò che segue» il comportamento target). Secondo Skinner (1969), difatti, l'ansia implica risposte emotive a uno stimolo negativo condizionato, l'anticipazione -invece- a un rinforzo positivo condizionato. Emettere un comportamento perfezionistico perché siamo «costretti» a farlo comporta una connotazione negativa. Al contrario, un comportamento perfezionistico «scelto» comporta una connotazione positiva (*ducunt volentem fata, nolentem trahunt*<sup>1</sup>, scriveva Seneca). È ovvio come per l'osservatore esterno non sia possibile riconoscere un comportamento dall'altro. Esattamente come non è possibile distinguere (a meno di non saperlo) se la pressione della leva da parte del ratto in una skinner-box è emessa per ottenere cibo o per evitare uno shock (Owens & Slade, 1998).

Dal punto di vista clinico è particolarmente interessante comprendere come viene determinata nell'individuo la sensibilità all'incerto (e, per converso, al bisogno di certezza) che caratterizza il perfezionismo patologico. Abbiamo osservato come questa possa dipendere da una storia di apprendimento in cui il comportamento perfezionistico è funzionale all'evitamento di una punizione. Ciò può accadere, per esempio, in contesti familiari in cui un individuo venga frequentemente «posto in condizioni di scegliere, rendendo fortemente prevedibile una critica o un insuccesso della decisione presa, o per converso sottolineando la totale imprevedibilità e ingovernabilità delle conseguenze» (Mosticoni, 2006, p. 48). Un esempio potrebbe essere rappresentato da un contesto familiare in cui un genitore svaluti sistematicamente (e suggerisca di ignorare) le regole imposte dall'altro, oppure in cui ci si attenda dall'individuo un certo tipo di comportamento in assenza di indicazioni precise<sup>2</sup>. In queste circostanze, l'individuo apprende la necessità di dover essere *certo* delle sue decisioni per non dover incorrere in una punizione. Naturalmente, questo comporta il consolidamento di un'attenzione a quegli aspetti della realtà in cui sia difficile (e in alcuni casi impossibile) prevedere gli esiti della propria azio-

---

<sup>1</sup> «Il fato guida chi vuole lasciarsi guidare e trascina chi non vuole» è una frase latina tratta dalle *Epistole a Lucilio* (107.11.5) di Seneca.

<sup>2</sup> A questo proposito, Mosticoni (2006) riporta il seguente esempio: «Non c'è bisogno che io ti dica che cosa fare, lo devi sapere da te».

ne e dunque deciderne il corso. Quando si presentano queste circostanze, l'individuo metterà in atto quei comportamenti che, collettivamente, consideriamo marcatori comportamentali del perfezionismo (e che, con relativa sicurezza, potrebbero essere adottati proprio per operationalizzare il perfezionismo): per esempio, impiegare un tempo irragionevole per eseguire un compito e/o prestare attenzione a particolari inessenziali per il raggiungimento dell'obiettivo. Questi comportamenti vengono messi in atto come tentativo da parte dell'individuo di ridurre la sensazione dell'incertezza e sono funzionali a evitare la «inevitabile» sanzione (critica, punizione, ecc.).



3.

## PERFEZIONISMO E NOT JUST RIGHT EXPERIENCE (NJRE) NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

*di Marta Ghisi, Gioia Bottesi, Caterina Novara e Claudio Sica*

### 3.1. IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) all'interno del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) è classificato tra i disturbi d'ansia ed è caratterizzato dalla presenza di ossessioni e di compulsioni. Le ossessioni sono persistenti e ricorrenti pensieri intrusivi che la persona valuta disturbanti, o in contrasto con i propri valori e quindi generano ansia in chi le sperimenta. I contenuti delle ossessioni possono riguardare dubbi o indecisioni, preoccupazioni relative a possibili contaminazioni, timori di poter essere responsabile di danni a sé o agli altri. Le compulsioni sono comportamenti manifesti o azioni mentali ripetitivi ed eccessivi, che l'individuo mette in atto nel tentativo di prevenire il verificarsi delle conseguenze temute e, quindi, di ridurre l'ansia provocata dalla presenza e dall'interpretazione delle ossessioni. La persona, nonostante si renda conto dell'irrazionalità e dell'eccesso di tali compulsioni, e pur tentandovi, non riesce a resistere dall'eseguirle. Le differenti tipologie di comportamenti compulsivi possono riguardare: eccessive attività di controllo e ricontrollo, esagerati lavaggi o evitamento di oggetti ritenuti contaminati, neutralizzazioni mentali, o comportamenti volti a raggiungere ordine e simmetria.

Il DOC è un'invalidante patologia con una prevalenza nella popolazione adulta di circa il 3% (Jenike, 2001), che ha gravi implicazioni sulla vita sociale, affettiva e lavorativa della persona che ne soffre (Bobes et al., 2001; Koran, 2000).





### 3.2. DOMINI COGNITIVI DEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Le teorie più accreditate del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) ne concettualizzano sviluppo e mantenimento in termini di «strutture cognitive»; l'adozione di tale approccio permette una maggiore comprensione dei fattori di vulnerabilità e di quelli di ricaduta, favorendone il cambiamento (Foa & Kozak, 1986; Rachman, 1998).

Secondo i modelli cognitivi del DOC, il significato che la persona attribuisce al pensiero ossessivo si configura come un elemento cruciale nella patogenesi delle ossessioni; gli individui a rischio sarebbero, infatti, predisposti allo sviluppo del disturbo poiché in possesso di particolari domini cognitivi rigidi e persistenti, definiti *beliefs*, che verrebbero ad attivarsi in seguito alla comparsa improvvisa ed indesiderata di una qualche intrusione mentale. Tale attivazione fa sì che il pensiero intrusivo stesso venga interpretato in maniera errata: queste interpretazioni disfunzionali spingono l'individuo ad attuare tentativi volti al controllo dell'ossessione o alla neutralizzazione del disagio che ne deriva, spesso tramite l'esecuzione di rituali compulsivi. Quindi, il significato erroneo attribuito al pensiero intrusivo riveste un ruolo di centrale importanza, conferendo al contenuto dell'ossessione una salienza ed una persistenza eccessive e disfunzionali (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG], 2003).

L'OCCWG, un gruppo internazionale di ricerca formato dalla maggior parte degli studiosi che si sono occupati del DOC sul piano scientifico da un punto di vista cognitivista, ha individuato e definito sei beliefs caratteristici del pensiero ossessivo-compulsivo. Tali costrutti appartengono al piano delle assunzioni o credenze e si rifanno al livello strutturale degli schemi e dei processi impliciti (OCCWG, 1997). Di seguito vengono descritti i sei domini cognitivi:

- Responsabilità esagerata (*Inflated responsibility*). Fa riferimento alla nozione di responsabilità, intesa in maniera sovradimensionale: si manifesta attraverso un insieme di convinzioni di base in parte implicite, secondo cui l'individuo interessato sarebbe dotato di un grado particolare di responsabilità nel prevenire o causare effetti negativi nel mondo reale o morale. Non riuscire ad evitare situazioni dannose, quindi, è vissuto come una colpa personale oggettiva.
- Importanza dei pensieri (*Over-importance of thoughts*). Tale dominio concerne convinzioni secondo cui la sola presenza o formulazione di un pensiero ha implicazioni sul piano reale; esso include fenomeni come il «pensiero magico» e la «fusione pensiero-azione» (*thought-action fusion*).
- Controllo dei pensieri (*Excessive concern about the importance of controlling one's thoughts*). Ci si riferisce in questo caso a meta-cognizioni sul funzionamento del controllo che gli individui possono esercitare sulla propria attività mentale: l'idea essenziale è che le persone siano dotate di un'elevata capacità di controllare il pensiero spontaneo e che siano inol-

«automatizzazione», legato alla sensazione di non essere a posto, o Not Just Right Experience (Coles, Frost, Heimberg & Rhéaume, 2003; Coles, Heimberg Frost & Steketee, 2005). Come dimostrato da alcune recenti ricerche (Coles et al., 2003; 2005) i soggetti con DOC riferiscono frequentemente la sgradevole sensazione che le cose non siano esattamente come dovrebbero essere (*not just right experiences*) e mettono in atto condotte ossessive fino a quando questa sensazione non si riduce. Infine, approfondiremo, dal punto di vista sperimentale, il rapporto tra emozione di colpa e NJRE. La nostra ipotesi è che la colpa sia responsabile della sensibilità che i pazienti con DOC mostrano per la NJRE.

#### 4.2. IL DOC SECONDO LA PROSPETTIVA COGNITIVISTA

In un'ottica cognitivista come è noto la mente è descritta come un sistema di scopi e conoscenze che regolano le reazioni emotive, l'attività mentale e la condotta (Miceli & Castelfranchi, 1995). I sintomi psicopatologici (anche quando appaiono bizzarri e irragionevoli, come per esempio nel caso di ossessioni e compulsioni) possono essere considerati espressione di attività finalizzate al raggiungimento di un obiettivo, insito nella mente del paziente, alla stregua di qualsiasi altra attività.

È possibile distinguere due approcci cognitivisti al DOC (Tallis, 1995a). Il primo ricorre a spiegazioni in termini di disfunzioni neuropsicologiche e cognitive di base. Rientrano in questa prospettiva gli studi sull'*underinclusion*, cioè la tendenza ad iper-categorizzare l'esperienza, i deficit delle funzioni esecutive e della memoria visuo-spaziale (Reed, 1985; Tallis, 1995a e b; Galderisi, Amida & Maj, 1996; Dèttore, 2003). Particolare attenzione ha ricevuto l'ipotesi del deficit mnestico. Negli ultimi anni numerose ricerche sperimentali (Radomsky & Rachman, 1999) hanno rilevato, però, che nei pazienti ossessivi non vi è un deficit di memoria, ma piuttosto scarsa fiducia nelle proprie capacità mnestiche e che tale sfiducia si accentua drasticamente in caso di controlli ripetuti (van den Hout & Kindt, 2003). Un secondo approccio si muove, invece, sul piano delle spiegazioni che Dennet (2001) definirebbe personali, vale a dire, le spiegazioni che fanno riferimento alle intenzioni dell'individuo. Si ritiene, infatti, che l'attività ossessiva sia finalizzata al raggiungimento degli scopi del paziente e sia regolata dalle rappresentazioni che egli ha di se stesso e della realtà. Spiegare le ossessioni e le compulsioni, quindi, è un'operazione concettualmente identica a quella che si compie tutti i giorni quando si cerca di comprendere la condotta di altre persone o di noi stessi. Se si usa il piano di spiegazione personale, allora è possibile descrivere il profilo interno dell'attività ossessiva attraverso uno schema messo a punto da Mancini (2005). Lo schema, illustrato con una esemplificazione clinica nella

Figura 4.1., è una evoluzione del paradigma di analisi di base della terapia cognitiva (evento, antecedente, interpretazione, conseguenze emotive e comportamentali) e comprende cinque parti:

- *Evento critico*, ovvero la situazione che innesca l'attività ossessiva. L'evento può essere un fatto concreto, come aver toccato un oggetto o aver pronunciato una frase, oppure un pensiero, ad esempio, pensare ai vantaggi che deriverebbero dalla morte di una persona cara o un'immagine, ad esempio a contenuto omosessuale, o una sensazione, ad esempio di sporco, o anche un'emozione, come la rabbia.
- *Prima valutazione*: è l'interpretazione che il paziente fornisce dell'evento in base ai propri scopi. In questa parte dello schema, quindi, è possibile individuare gli scopi che regolano la condotta ossessiva e cioè lo scopo di prevenire una colpa per irresponsabilità, caso più frequente, o lo scopo di prevenire una contaminazione da parte di sostanze disgustose (Mancini, 2005; Mancini, Perdighe, Serrani & Gangemi, 2009). In questa sede ci focalizzeremo sul primo scopo.
- *Tentativi di soluzione di primo ordine*: in questa parte vi è tutto ciò che il paziente fa, intenzionalmente o automaticamente, per fronteggiare, prevenire o neutralizzare la minaccia percepita, ovvero il problema che per lui è posto dall'evento critico. Fra le attività intenzionali ritroviamo gli evitamenti, i controlli, le neutralizzazioni.
- *Seconda valutazione*: dopo aver messo in atto le condotte tese a fronteggiare la minaccia, il paziente valuta criticamente la sua preoccupazione, la propria condotta, vale a dire i sintomi, e le loro conseguenze. Generalmente la critica del paziente è proprio per l'esagerazione delle proprie preoccupazioni e provvedimenti messi in atto, ma anche per i danni, o meglio per la responsabilità dei danni, che la sua attività procura a se stesso o agli altri. In questa parte dello schema, dunque, si osserva un conflitto tra gli scopi che producono le condotte sintomatiche e gli scopi che regolano la valutazione successiva alla messa in atto delle condotte.
- *Tentativi di soluzione di secondo ordine*: questa parte riguarda le condotte che il paziente mette in atto al fine di contenere la sua preoccupazione e la sua attività ossessiva. In questa parte dello schema si osserva infatti come, coerentemente con le valutazioni critiche sulla propria condotta (seconda valutazione), i soggetti cercano di contenere i sintomi. I pazienti ossessivi utilizzano diversi modi per cercare di contenere il disturbo, e alcuni di essi sono funzionali, ma due sono altamente controproducenti e contribuiscono al mantenimento del disturbo. La prima modalità è *di contrasto* e consiste nel tentativo di sopprimere i pensieri ossessivi e di bloccare le compulsioni (Mancini, 2005), mentre la seconda modalità che Mancini definisce *più di prima*, consiste in condotte tese prevenire l'evento critico. Le condotte messe in atto per contenere i sintomi, però hanno spesso l'effetto paradossale di aumentarli in quanto i sintomi vengono criticati per le loro conseguenze esistenziali, ma non viene mes-

so in discussione o abbandonato lo scopo iniziale di prevenire la minaccia di colpa o di contaminazione. La ricostruzione del profilo interno del disturbo illumina bene le determinanti cognitive del paradosso che si osserva nei pazienti con DOC, ovvero la messa in atto di condotte che si dichiara di non volere e che producono grave disagio, da parte di soggetti che possiedono lo scopo e il potere di interromperle. La spiegazione del conflitto è infatti in gran parte riconducibile al fatto che i tentativi di contenere i sintomi, in particolare *di contrasto* e *più di prima*, contribuiscono pesantemente al mantenimento del disturbo creando un circolo vizioso nel quale i tentativi di soluzione di secondo ordine rafforzano i tentativi di soluzione di primo ordine (Mancini & Perdighe, 2010).

Con il seguente esempio clinico sarà esemplificato l'applicazione dello schema ad un caso clinico (da Mancini, 2005). Maria aveva 40 anni, sposata da 12 e con un figlio di 10. Da circa otto anni soffriva di un grave disturbo ossessivo-compulsivo. La sua mente era ossessionata dall'idea di poter contrarre una malattia contagiosa. All'inizio, la malattia temuta era la sifilide, poi divenne l'AIDS e successivamente furono alcuni tipi di cancro, quelli che lei immaginava più devastanti e dolorosi e che avevano portato a morte molti suoi familiari. L'idea ossessiva compariva spesso ed in modo intrusivo, a volte a seguito di banali stimoli, come sfiorare qualcuno per la strada, altre volte, invece, quando rientrava in casa, anche in assenza di stimoli attuali ma al ricordo di stimoli incontrati durante il giorno. L'idea ossessiva era accompagnata da notevole ansia ed era seguita da un'attività mentale protratta e marcatamente ruminativa, centrata, per l'appunto, sulla possibilità di essersi contagiata e sulle conseguenze tragiche che ne sarebbero seguite. L'immagine che la turbava di più era quella del suo corpo disgustosamente disfatto dal male. Quasi sempre, alle ruminazioni, si accompagnavano lavaggi che ripeteva compulsivamente più e più volte, anche per molte ore. Erano presenti massicci evitamenti di tutte quelle situazioni capaci, a suo avviso, di suscitare l'idea ed il timore del contagio. Spesso ricorreva all'aiuto del marito sia negli evitamenti sia nei lavaggi; gli chiedeva, soprattutto, di controllare se era riuscita effettivamente ad evitare e se aveva eseguito bene i lavaggi. Maria era critica nei confronti dei suoi timori, che considerava esagerati ed anche dannosi. Il disturbo a suo avviso, minava gravemente la qualità della sua vita, imprigionandola in una rete inestricabile di evitamenti e lavaggi, e rovinava anche la vita del marito e del figlio. Temeva, in particolare, di poter rendere ossessivo il figlio. Si sforzava di contrastare l'intrusione dei pensieri ma senza successo. Cercava anche di bloccare le ruminazioni ed i rituali, ma anche in questo caso senza alcun risultato.



5.

## PERFEZIONISMO E HOARDING COMPULSIVO

*di Randy O. Frost e Jessica Lund*

*Traduzione di Monica David e Caterina Lombardo*

### 5.1. INQUADRAMENTO DEL COSTRUTTO

Il perfezionismo si associa ad un'ampia varietà di disturbi soprattutto ansia, depressione e disturbi alimentari (Flett & Hewitt, 2002). Tra i disturbi d'ansia, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è stato fortemente associato al perfezionismo per oltre cento anni. Il perfezionismo ricopre un ruolo importante nelle prime teorizzazioni di Janet (1903, come citato in Pitman, 1987) circa il disturbo ossessivo-compulsivo. Janet assegna al perfezionismo un ruolo centrale nelle prime due fasi dello sviluppo di questo disturbo. Da allora diversi studiosi hanno sottolineato questa associazione. Più recentemente l'Obsessive Compulsive Cognitions Working Group ha incluso il perfezionismo tra i sei maggiori domini cognitivi del DOC insieme con l'Importanza del pensiero, la Responsabilità, il Bisogno di controllare i pensieri, la Sopravvalutazione del pericolo e l'Intolleranza dell'incertezza (Frost & Steketee, 2002). La ricerca evidenzia l'associazione fra perfezionismo e un'ampia varietà di sintomi di DOC come il checking (ovvero le attività di controllo continuo), le paure di contaminazione e i comportamenti di lavaggio, i dubbi sulle azioni compiute o da compiere, l'esperienza del *not just right* (Coles, Frost, Heimberg & Rhéaume, 2003; Frost, Novara & Rhéaume, 2002; Moretz & McKay, 2009).

Nel tentativo di comprendere meglio il disturbo ossessivo-compulsivo ne sono stati studiati i diversi sottotipi (Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger & Leckman, 2008). Il sottotipo più chiaro e che più si distingue è l'*hoarding compulsivo*, ovvero la tendenza ad accumulare compulsivamente e non riuscire a disfarsi di una grande quantità di cose (Frost & Hartl, 1996). Il risultato di questo comportamento è uno spazio vitale disordinato, che interferisce con la salute, la sicurezza e il funziona-

mento dell'individuo. L'hoarding è caratterizzato da un inusuale e forte attaccamento alle cose che rende estremamente difficile il disfarsene, regalarle o venderle, un eccessivo accumulo di cose e una grave disorganizzazione che si riflette in un disordine rilevante (Frost & Hartl, 1996).

Fino a poco tempo fa l'hoarding compulsivo era un fenomeno poco conosciuto e poco studiato e si pensava fosse un sottotipo di DOC. Tuttavia, recenti ricerche hanno valutato se l'hoarding compulsivo sia o meno una forma di DOC o piuttosto una condizione separata (Pertusa et al., 2010). I sintomi di hoarding e le persone che ne soffrono sono diversi rispetto ai sintomi dei pazienti ossessivo compulsivi nell'aspetto fenomenologico e neurobiologico e, inoltre, rispondono al trattamento, il che suggerisce che l'hoarding possa essere distinto dal DOC. Ciò ha portato a proporre l'inclusione nel DSM-V del disturbo di hoarding compulsivo come un disturbo separato dal DOC (Mataix-Cols et al., 2010).

Considerare l'hoarding compulsivo come un disturbo distinto ha anche portato a sviluppare modelli esplicativi specifici. Frost e Hartl (1996) hanno proposto un modello cognitivo comportamentale dell'hoarding secondo il quale esso è associato a specifici fattori di vulnerabilità e a deficits nell'elaborazione delle informazioni, così come a particolari credenze. Più specificamente il modello indica come fattori di vulnerabilità la storia familiare, la presenza di altri disturbi in comorbilità e di difficoltà di tipo cognitivo come deficits nell'elaborazione delle informazioni, problemi di attenzione, categorizzazione e presa di decisioni, nonché fattori legati all'attaccamento emotivo ai beni e alle credenze circa i beni e la necessità di acquistare e conservare gli oggetti. Tra le variabili cognitive quella che risulta rilevante in questo modello è il perfezionismo. Le persone che accumulano compulsivamente mettono in atto, spesso, un grande sforzo per evitare o nascondere gli errori. Ad esempio una paziente si rifiutò di gettare la propria carta riciclata perché pensava che non fosse avvolta abbastanza bene da evitare le critiche delle persone che l'avrebbero raccolta, mentre un'altra abbandonò ogni tentativo di pulire la cucina dal momento che non era in grado di farlo rispettando i propri standard perfezionistici (Frost & Steketee, 2010). È stato ipotizzato che il perfezionismo sia la ragione sottostante la tendenza delle persone ad accumulare anche i problemi, rimandando di affrontarli per evitare di prendere decisioni (Frost & Hartl, 1996). Evitando una decisione, si evita anche qualsiasi tipo di errore derivante dal fare la scelta sbagliata.

Mentre sono stati studiati altri aspetti del modello cognitivo comportamentale dell'hoarding compulsivo, relativamente pochi studi hanno esaminato il perfezionismo. Questo capitolo passa in rassegna le evidenze presenti riguardo la relazione tra perfezionismo e hoarding compulsivo.



6.

## IL PERFEZIONISMO NEL DISTURBO DEPRESSIVO

*di Chiara Baglioni, Cristiano Violani e Caterina Lombardo*

### 6.1. INTRODUZIONE

Il disturbo depressivo è la malattia mentale più diffusa nel mondo; negli Stati Uniti, si stima che ogni anno più di 19 milioni di Americani adulti soffrano di depressione e che i costi diretti e indiretti del disturbo siano superiori ai 30 bilioni di dollari (Lopez et al., 2006). Inoltre, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) denuncia la continua crescita del disturbo depressivo nella popolazione americana e mondiale. In Europa la stima della prevalenza e dei costi della depressione è simile a quella americana. In Italia, il 13% di pazienti che si rivolgono al medico di base riporta un disturbo depressivo (p.e. Berardi et al., 2002).

La depressione è un disturbo eterogeneo e con corso variabile, la cui diagnosi include un cambiamento rilevante dell'umore, caratterizzato da tristezza o da irritabilità e accompagnato da cambiamenti psicofisiologici come perdita di appetito, disturbi del sonno, perdita del piacere sessuale, perdita della capacità di provare piacere nel lavoro o nelle relazioni sociali, idee suicidarie, rallentamento nel parlare e nell'azione. Oltre alla elevata prevalenza e gravità del disturbo, la depressione ha anche un carattere ricorrente, per cui chi ne ha sofferto una volta, può rimanere molto vulnerabile e presentare nuovamente il problema a distanza di tempo. Il disturbo depressivo è, tra l'altro, spesso associato ad altri disturbi psicologici e i suoi effetti comportano un notevole deterioramento nel funzionamento psicosociale, compromettendo aree importanti della vita.

Molti studi hanno valutato le caratteristiche psicologiche e di personalità che si associano alla depressione e che possono facilitare lo sviluppo dei sintomi con lo scopo di contribuire a comprendere l'eziologia del disturbo. Tra queste caratteristiche, attualmente, il perfezionismo viene

ritenuto un fattore predisponente del disturbo depressivo. Beck (1976), per primo, nella sua classica teoria cognitiva della depressione, mette in evidenza che tra le assunzioni disfunzionali tipiche delle persone con depressione si distingue una tendenza a pensare di dovere essere perfetti in qualsiasi compito o comportamento spesso accompagnata da una tendenza a considerarsi come non capaci o non adatti.

## 6.2. IL RUOLO DELLE DIMENSIONI DEL PERFEZIONISMO NELLA DEPRESSIONE VALUTATO ATTRAVERSO LA MULTIDIMENSIONAL PERFECTIONISTIC SCALE DI FROST E COLLABORATORI (1990)

Nel 1990, Frost e collaboratori hanno trovato in un campione di 72 studentesse universitarie una relazione significativa tra le dimensioni di Preoccupazioni per gli errori e Dubbi sulle azioni e la presenza di sintomi depressivi (Frost et al., 1990). In uno studio successivo del 1993, lo stesso gruppo di ricerca ha trovato che elevati punteggi alla Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961) correlavano significativamente con punteggi più alti nelle scale di Preoccupazione per gli errori, Dubbi sulle azioni e Critiche genitoriali in un campione non-clinico composto da 553 studenti universitari (Frost et al., 1993). In generale, si è trovata una correlazione significativa e positiva tra punteggi elevati nelle dimensioni della scala di Frost et al. (1990), che costituiscono il cosiddetto perfezionismo negativo (soprattutto le scale di Preoccupazione per gli errori e di Dubbi sulle azioni), e punteggi elevati al BDI in numerosi studi sia su campioni di studenti (p.e. Frost et al., 1990; Frost et al., 1993; Lynd-Stevenson & Hearne, 1999; Kawamura et al., 2001; Enns, Cox & Clara, 2002; Di Bartolo, Li & Frost, 2008) sia su campioni clinici (Norman et al., 1998; Enns & Cox, 1999; Enns, Cox & Berger, 2001; Sassaroli et al., 2008). Inoltre, Frost et al. (1990) hanno suggerito che un tipo di depressione specifico, caratterizzato da una accentuata tendenza all'autocritica, possa essere maggiormente associato a tratti di personalità caratterizzati dalla presenza di un elevato livello di perfezionismo negativo.

Di Bartolo, Li e Frost (2008) hanno suggerito che il perfezionismo associato alla presenza di sintomi depressivi possa essere definito un perfezionismo passivo, in quanto caratterizzato da una tendenza a procrastinare le azioni per evitare che queste conducano a dei fallimenti.

La relazione tra la depressione e le dimensioni di Standard personali e Organizzazione che costituiscono il cosiddetto perfezionismo positivo sembra essere invece meno chiara. Tre diverse relazioni sono state proposte in letteratura. In primo luogo, Frost e collaboratori (1990) hanno trovato che punteggi alti nella scala di Standard personali correlavano positivamente



sia con una scala di efficacia sia con misure di depressione, suggerendo una relazione complessa tra perfezionismo positivo e psicopatologia. Nello studio pubblicato nel 1993, però, sempre il gruppo di Frost ha trovato che le scale del Perfezionismo positivo correlano solo con una scala di Affettività positiva e invece non hanno relazioni significative né con la scala di Affettività negativa né con il BDI (Frost et al., 1993). Stesso risultato, ovvero nessuna relazione tra perfezionismo positivo e depressione, è stato riportato anche da Norman et al. (Norman et al., 1998) su un campione di 123 pazienti con depressione, ansia o disturbo ossessivo-compulsivo e da Enns e Cox (Enns & Cox, 1999) su un campione di 145 pazienti con depressione. Il terzo tipo di risultato riportato in letteratura si riferisce a una relazione significativa, ma negativa, tra perfezionismo positivo e depressione. Lynd-Stevenson e Hearne (1999) trovano che punteggi elevati nella scala di Organizzazione sono associati con una minore presenza di sintomi depressivi. Stesso risultato, ma relativo a entrambe le scale di Organizzazione e di Standard personali, viene riportato da Kawamura e collaboratori (2001) su 209 studenti universitari e da Enns, Cox e Clara (2002) in uno studio in cui attraverso equazioni strutturali gli autori testano un modello nel quale il perfezionismo positivo è negativamente correlato con elevati punteggi al BDI. Coerentemente con questi ultimi dati, Di Bartolo, Li e Frost (2008) suggeriscono che la presenza di elevati livelli di perfezionismo positivo sia da ritenersi un fattore protettivo per la salute mentale.

Riassumendo, mentre l'associazione tra perfezionismo negativo e depressione sembra essere un dato stabile, la relazione tra perfezionismo positivo e depressione o psicopatologia in generale non è ancora del tutto chiara. Il perfezionismo positivo è stato descritto come possibile fattore ambivalente nei confronti della depressione, sia di rischio che di protezione, o come solo fattore di protezione per la salute mentale o come fattore non correlato con la depressione. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi con più sistematicità nel comprendere il possibile ruolo del perfezionismo positivo nella depressione. È possibile che le due dimensioni di Standard personali e Organizzazione si comportino in maniera differente. Questo spiegherebbe, almeno in parte, perché Frost e colleghi (1990) trovano che la scala di Standard personali correla significativamente anche con misure di depressione, mentre nello studio condotto da Lynd-Stevenson e Hearne (1999) la scala di Organizzazione risulta negativamente correlata con la presenza di sintomi depressivi. Le differenze tra le singole dimensioni del perfezionismo dovrebbero essere approfondite anche rispetto al perfezionismo negativo in quanto la loro conoscenza potrebbe aiutare a comprendere in maniera più approfondita le caratteristiche specifiche del disturbo. In uno studio di Sassaroli e collaboratori (2008), per esempio, gli autori hanno trovato che i pazienti con depressione presentavano punteggi elevati nelle scale di Preoccupazione per gli errori, Critiche genitoriali e Aspettative dei genitori, ma non nella scala di Dubbi sulle azioni.



7.

## LA RELAZIONE TRA PERFEZIONISMO E INSONNIA

*di Gemma Battagliese, Luca Mallia, Chiara Baglioni,  
Randy O. Frost, Cristiano Violani e Caterina Lombardo*

### 7.1. L'INSONNIA

L'insonnia è definita come una difficoltà a iniziare e a mantenere il sonno o come un sonno non ristoratore, accompagnata da una compromissione del funzionamento diurno, che persiste da almeno quattro settimane (DSM-IV-TR) (APA, 2000). È uno dei disturbi del sonno più diffusi nei paesi occidentali e comunemente presenti nella popolazione generale, approssimativamente per il 10% nella sua forma cronica, e per il 30% nelle forme transitorie e occasionali (e.g. Ohayon, 2009).

Questo disturbo ha un impatto negativo sia sul benessere psicologico che sulla qualità di vita degli individui (Kyle et al., 2010; Zammit et al., 1999) e può agire come fattore predisponente all'insorgenza di altri disturbi psicologici (Smith et al., 2005). Può presentarsi infatti come un disturbo primario ma risulta anche molto frequentemente associato ad altre condizioni mediche e patologie psichiatriche (Morin, 2010).

L'insonnia è stata tradizionalmente concettualizzata come sintomo di altri disturbi psicopatologici e diverse condizioni cliniche quali, ad esempio, disturbi dell'umore e disturbi d'ansia, presentano alterazioni della quantità e qualità del sonno (Ford & Kamerow, 1989; Riemann, 2007; Tsuno, Besset & Ritchie, 2005; Staner, 2010). Tuttavia, nella pratica clinica, non è facile operare una diagnosi differenziale tra insonnia ed ansia (disturbo d'ansia generalizzato, GAD) o depressione, data la sovrapposizione di sintomi, come per esempio sonno disturbato, stanchezza, diminuzione del livello di energie, minore concentrazione, tra queste condizioni. In questi casi è dunque difficile determinare se l'insonnia sia la causa o la conseguenza di un'altra condizione e per tal motivo è preferibile parlare di comorbidità tra le due (Morin, 2010). Questo cambiamento di paradigma

si rifletterà anche nella prossima edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-V), nel quale verrà eliminata la distinzione attualmente presente nel DSM-IV-TR (APA, 2000) tra insonnia primaria e secondaria (per cui il disturbo del sonno è generalmente legato eziologicamente ad un'altra patologia, e può pertanto risultare la conseguenza di un problema psichiatrico, medico, di abuso di sostanze o di un altro disturbo del sonno), in favore di una diagnosi di disturbo d'insonnia, per la quale dovranno essere specificate le eventuali concomitanti condizioni di comorbidità mediche e psichiatriche (Reynolds & Redline, 2010). Per quanto riguarda l'associazione del disturbo d'insonnia cronica con la depressione, per esempio, possiamo osservare che i sintomi d'insonnia compaiono almeno un anno prima rispetto all'episodio depressivo per questo è più appropriato il termine comorbidità rispetto a insonnia secondaria (McCrae & Lichstein, 2001; Lichstein, 2006). Questo nuovo approccio identifica l'insonnia e la depressione come due entità diagnostiche indipendenti ognuna con differenti caratteristiche cliniche e decorso (Staner, 2010).

Negli ultimi anni, la relazione tra insonnia e altri disturbi psicopatologici ha ricevuto una maggiore attenzione poiché è stato evidenziato che essa non è un semplice sintomo di depressione o di altre condizioni cliniche ma può essere un predittore o un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di queste ultime e in modo particolare per la depressione (Pigeon et al., 2008; Riemann & Vodeholzer, 2003; Riemann, 2009). I risultati di un recente lavoro di meta-analisi (Baglioni et al., 2011) indicano che le persone con insonnia e senza alcun sintomo depressivo hanno un rischio due volte superiore di sviluppare un disturbo depressivo rispetto alle persone senza alcun problema di sonno.

Le recenti teorie eziologiche dell'insonnia primaria (p.e. Morin, 1993; Perlis et al., 1997; Harvey, 2002; Lundh & Broman, 2000; Espie, 2002; Espie et al., 2006) concordano nel ritenere l'insonnia un disturbo multi-determinato alla cui insorgenza e al cui mantenimento concorrono molteplici fattori, alcuni di tipo predisponente, altri di tipo scatenante, altri ancora che ne spiegano il mantenimento (p.e. Spielman & Glowinsky, 1991 e 1997; Espie et al., 2006).

Uno dei fattori di predisposizione e di mantenimento dell'insonnia primaria sono elevati livelli di arousal fisiologico, cognitivo ed emozionale. A supporto di questa ipotesi esistono studi neuroendocrini, neuroimmunologici, elettrofisiologici e di neuroimmagine che dimostrano che i pazienti con insonnia presentano elevati livelli di arousal sia durante la notte che durante il giorno (Riemann, 2009).

L'arousal emozionale associato alle difficoltà di sonno potrebbe spiegare il ruolo dell'insonnia come fattore di rischio per la depressione. L'instaurarsi di un disturbo d'insonnia potrebbe essere facilitato dalla presenza di elevati livelli di emozionalità negativa che a loro volta aumenterebbero la probabilità di sviluppare un disturbo depressivo clinicamen-

te rilevante. I risultati di molti studi sia trasversali (Johnson et al., 2006; Tsuno et al., 2005) che longitudinali (Ford & Kamerow, 1989; Pigeon et al., 2008; Szklo-Coxe et al., 2010) suffragano questa ipotesi. Ad esempio, gli studi longitudinali dimostrano che la presenza e la persistenza di insonnia costituisce un fattore di rischio per la successiva comparsa di disturbi dell'umore (p.e. Ford & Kamerow, 1989; Pigeon et al., 2008) e che la presenza di sintomi di insonnia per un periodo maggiore di due settimane predice un maggiore rischio di sviluppo di un disturbo depressivo nei tre anni successivi (Riemann & Voderholzer, 2003). Inoltre, un recente studio trasversale (Johnson et al., 2006), condotto su un campione di adolescenti, indica che il 73% dei partecipanti con insonnia riferiva che un disturbo d'ansia ne aveva preceduto l'insorgenza; inoltre, nel 69% dei casi il disturbo depressivo insorgeva solo successivamente al disturbo di insonnia. Poiché insonnia e depressione probabilmente condividono dei circuiti neurali comuni (p.e. i nuclei colinergici REM-on), non si può escludere che la frequente esperienza di stati negativi dell'umore nelle persone con insonnia cronica costituisca una base psicologica di vulnerabilità generale, in grado di aumentare la probabilità di insorgenza di una qualunque forma di disagio. I sintomi di insonnia, infatti, sono presenti anche in molti dei principali disturbi mentali, non solo nella depressione (p.e. nel disturbo ossessivo-compulsivo, nel disturbo post-traumatico da stress, nei disturbi dell'alimentazione: Smith et al., 2005). Inoltre alcuni studi recenti hanno applicato la terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia a pazienti con insonnia associata a depressione e i risultati hanno evidenziato come un miglioramento del disturbo del sonno rifletta un miglioramento anche del disturbo depressivo (p.e. Manber et al., 2008; Taylor et al., 2007).

## 7.2. IL RUOLO DEL PERFEZIONISMO NELL'EZIOLOGIA DELL'INSONNIA

Come è stato evidenziato nei capitoli precedenti, il perfezionismo è considerato una variabile importante per l'eziologia e il mantenimento di vari tipi di psicopatologia (Flett & Hewitt, 2002). Molti studi ne hanno indagato il ruolo come fattore di vulnerabilità in molte patologie psichiatriche, incluse quelle discusse in questo capitolo, ovvero depressione (p.e. Enns, Cox & Pidlubny, 2002; Zuroff et al., 2000; questo tema è stato approfondito nel capitolo precedente), disturbo d'ansia (p.e. Kawamura et al., 2001; Flett, Greene & Hewitt, 2004; la relazione fra il perfezionismo e il DOC è stata affrontata nel terzo, nel quarto e nel quinto capitolo) e insonnia (p.e. Lundh & Broman, 2000; Vincent & Walker, 2000).

Il perfezionismo è uno dei fattori di vulnerabilità indicati fra le caratteristiche di personalità capaci di agire come fattori predisponenti o come

fattori precipitanti il disturbo d'insonnia (Lundh & Broman, 2000; van de Laar et al., 2010). I pazienti insonni hanno una tendenza a preoccuparsi eccessivamente e ad avere dubbi sulle proprie azioni e non si sentono competenti nello svolgimento di determinati compiti. Queste caratteristiche di personalità sono tipicamente associate al perfezionismo e alla tendenza a porsi obiettivi elevati e allo sforzo per raggiungerli (p.e. Frost et al., 1990). L'importanza di queste ultime caratteristiche è stata enfatizzata anche per l'insonnia cronica (Lundh et al., 1994; Vincent & Walker, 2000; Jansson-Fröjmark & Linton, 2007; Avezedo et al., 2010).

Secondo Lundh e Broman (2000), nell'insonnia sono coinvolti processi che interferiscono con il sonno, ovvero tutti i processi che agiscono aumentando i livelli di arousal psico-fisiologico e processi di interpretazione del sonno, ovvero quei processi cognitivi di checking e attribuzione di significato agli eventi che precedono l'addormentamento. La considerazione iniziale da cui parte la teoria riguarda il fatto che spesso l'inizio dell'insonnia è preceduto da un evento stressante. Ma dato che non tutte le persone che sono esposte a stimoli stressanti sviluppano poi un disturbo di insonnia, si può assumere che esista una serie di fattori di vulnerabilità che predispongono alcuni soggetti a reagire con uno stile di sonno non adattivo agli stressors. Tali variabili predispongono l'organismo a rispondere con l'innescamento di meccanismi che interferiscono con il sonno e con l'interiorizzazione di processi non funzionali diretti a interpretare le anomalie del sonno. Il perfezionismo sembrerebbe correlare con alti livelli di stress e arousal, i quali sono stati associati con una più lunga latenza del sonno e al contrario una più breve durata totale del tempo di sonno.

I tratti di personalità e i fattori psicologici non sono soltanto singoli fattori di predisposizione dell'insonnia, ma giocano un ruolo fondamentale anche nel mantenimento del problema di sonno (van de Laar et al., 2010). Le persone con insonnia mostrano segni di alto nevroticismo e tratti associati con il perfezionismo (Lundh et al., 1994): tendono a preoccuparsi in modo eccessivo per la propria salute, si preoccupano di non commettere errori e hanno una bassa autostima. Inoltre, sembrano essere più introversi e più inclini a esprimere emozioni negative (van de Laar et al., 2010). Nell'ipotesi di Kales e colleghi (1976) la caratteristica principale dei pazienti insonni è la tendenza a internalizzare i conflitti, piuttosto che esternalarli attraverso comportamenti apertamente aggressivi. Questo processo di internalizzazione porta a uno stato di costante arousal emozionale, che provoca un'attivazione fisiologica, che può interferire con l'inizio o il mantenimento del sonno, rendendo il soggetto incapace di dormire (Kales et al., 1976). La maggior parte degli studi che hanno esaminato questa relazione, descrive un'associazione tra tratti di personalità e insonnia, ma rimane da spiegare come certe caratteristiche personali siano sì predisponenti ma possano anche essere causate dall'insonnia. È noto, infatti, come l'insonnia causi disfunzioni diurne che teoricamente possono condurre a

insicurezza, problemi a gestire le attività e le relazioni sociali. Questi problemi nel funzionamento diurno possono condurre il paziente a preoccuparsi eccessivamente dei propri errori e a impegnarsi in modo esagerato nei normali compiti quotidiani.



8.

## PERFEZIONISMO E ALTRE CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

*di Caterina Lombardo, Gemma Battagliese,  
Monica David, Cristiano Violani e Randy O. Frost*

### 8.1. INTRODUZIONE

I Disturbi dell'Alimentazione (DA) sono considerati la terza forma più comune di disturbo cronico nelle giovani donne tra i 14 e 19 anni (Reijonen, Pratt, Patel & Greydanus, 2003). Hanno ottenuto l'attenzione dei media e della letteratura scientifica, molto probabilmente a causa della loro rilevanza clinica e sociale e dell'alto rischio di morte ad essi associato (Fairburn & Harrison, 2003). Nella fase attuale di revisione di uno dei principali sistemi diagnostici internazionali, il DSM, anche i criteri diagnostici utilizzabili per riconoscere i DA sono in fase di cambiamento ma, con riferimento al sistema al momento in vigore, ovvero il DSM-IV-TR, possiamo identificare tre sindromi principali:

1. L'Anoressia Nervosa (AN) caratterizzata da sottopeso, amenorrea (cioè assenza del ciclo mestruale) da almeno tre mesi (nel DSM-V entrambi questi criteri non saranno più considerati criteri identificativi ma criteri di gravità), rifiuto di mantenere un peso adeguato ed eccessiva preoccupazione di essere grassi o di ingrassare; autostima dipendente dalla forma fisica e dal peso; nel DSM-V questa diventerà ragionevolmente la categoria dei disturbi di tipo restrittivo.
2. La Bulimia Nervosa (BN) caratterizzata da ricorrenti episodi di abbuffate e condotte di compenso che si verificano almeno due volte alla settimana per tre mesi; rifiuto di mantenere un peso adeguato; eccessiva preoccupazione di essere grassi o di ingrassare; autostima dipendente dalla forma fisica e dal peso; nel DSM-V ragionevolmente questa diventerà la categoria dei disturbi binge-purge e la frequenza delle abbuffate e delle condotte di compenso diventerà il criterio usato per valutare la gravità del disturbo.

3. La classe dei disturbi non altrimenti specificati (Eating Disorders Not Otherwise Specified, EDNOS), che raccoglie le manifestazioni cliniche che non rientrano nelle due precedenti categorie.

L'obesità non è considerata una forma di disagio mentale, dal momento che essa, nonostante si associ a volte a forme varie di sofferenza psicologica, deriva, in molti casi, da cause metaboliche, endocrine, genetiche. Il DSM-IV-TR contempla, però, un sottogruppo di manifestazioni cliniche associate ad obesità e definite Binge Eating Disorder (BED). Il BED è, per il momento, incluso fra gli EDNOS e descritto nella sezione «Disturbi» proposti per lo studio ulteriore (cioè quella sezione del DSM che comprende alcuni quadri clinici sulla cui esistenza si è ragionevolmente concordi ma per i quali servono ulteriori ricerche cliniche che ne dimostrino la fenomenologia, la prevalenza, l'incidenza, il decorso, ecc.). Nel DSM-V il BED costituirà una sindrome a sé, con chiari criteri di identificazione diagnostica.

Oltre alle manifestazioni cliniche conclamate e diagnosticabili sulla base di specifici criteri definiti dai sistemi diagnostici internazionali, sono riconoscibili anche alcune forme di comportamento alimentare disturbato che non rientrano in nessuno dei criteri precedentemente enunciati ma che risultano di interesse clinico in quanto nei giovanissimi predicono lo sviluppo di disturbi alimentari veri e propri e, quando permangono, sono comunque segni di disagio che meritano ulteriori approfondimenti.

Le cause identificate all'interno del modello etiologico multifattoriale e probabilistico condiviso dalla maggior parte dei clinici e dei ricercatori che si occupano di questi temi (p.e. Ponton, 1996; Fairburn & Harrison, 2003) sono tante e sfaccettate. Diversi processi, sociali, psicologici e biologici, sono stati indicati come fattori di rischio eziologici o come fattori di promozione della comorbidità con altri disturbi, nonché come fattori che ostacolano il trattamento o il mantenimento dei risultati raggiunti con il trattamento (Fairburn & Harrison, 2003; Pratt & Phillips, 2003; Podar & Hannus, 1999).

Il modello etiologico in questione identifica una serie di condizioni interne ed esterne alla persona in grado di aumentare (*fattori di rischio*) o ridurre (*fattori di protezione*) la probabilità che si manifesti un DA. La natura probabilistica del modello permette di ipotizzare che ciascuno di questi fattori possa agire contemporaneamente agli altri, aumentando o riducendo la probabilità di insorgenza del disturbo ma che nessuno, da solo, costituisca una causa sufficiente. Inoltre, è possibile prevedere che, anche nella popolazione non clinica siano individuabili le caratteristiche sociali, culturali, personali e gli stili di vita che predispongono (fattori di rischio) o proteggono (fattori protettivi) nei confronti di questo tipo di disturbi. Anche la presenza di manifestazioni parziali o subcliniche che possono non diventare mai disturbi veri e propri è spiegabile attraverso questo modello eziologico.





9.

## PERFEZIONISMO E CRITICISMO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI DISTURBI ALIMENTARI E AL LORO TRATTAMENTO

*di Sandra Sassaroli, Gabriele Caselli e Giovanni M. Ruggiero*

### 9.1. INTRODUZIONE

Come è stato evidenziato nei capitoli precedenti, il perfezionismo patologico o clinico è una caratteristica psicologica multiforme e non riducibile a una sola dimensione. Esso costituisce uno dei fattori indicati come predisponenti per i Disturbi dell'Alimentazione (DA) da numerosi autori (p.e. Bastiani, Rao, Weltzin & Kaye, 1995; Davis, 1997; Fairburn & Harrison, 2003; Sassaroli, Romero, Ruggiero & Frost, 2008; Vohs, Bardone, Abramson & Heatherton, 1999).

Probabilmente la preoccupazione per gli errori è il fattore cognitivo più rilevante da un punto di vista clinico per lo sviluppo dei disturbi alimentari (DA), anche se i risultati non sono in grado di invalidare le altre definizioni di perfezionismo, come quella tridimensionale di Hewitt e Flett (1991) o perfezionismo clinico concettualizzato da Shafran, Cooper e Fairburn (2002). I soggetti con DA interpretano come evento insopportabile qualsiasi imperfezione fisica in relazione al peso o all'immagine corporea, poiché il forte desiderio di essere perfetti, impeccabili li porta a percepire il minimo errore come irrimediabile (Hewitt & Flett, 1991). Per poter tenere alta la propria autostima essi tendono a voler controllare l'ansia derivante dal non commettere errori per essere perfetto.

In termini cognitivisti, il perfezionismo è stato concettualizzato come caratterizzato da un giudizio dicotomico del tipo tutto-o-nulla sulle proprie prestazioni o sulle proprie qualità personali, per il quale i frutti dei propri sforzi siano considerati privi di valore quando non siano giudicati completamente perfetti. Il che non avviene mai. L'individuo perfezionista non si concede mai un apprezzamento dei propri successi. L'attenzione è posta sugli ostacoli esistenti nel raggiungere uno scopo piuttosto che nel

riconoscere le difficoltà superate e si associa allo sviluppo di atti compulsivi di ricerca continua e correzione continua di errori e imperfezioni.

Hamachek (1978), come si è visto altrove in questo testo, individua come nucleo centrale del perfezionismo patologico la paura del fallimento e dell'errore. Inoltre, Burns (1980) ha evidenziato come i perfezionisti nevrotici non siano in grado di accontentarsi e di provare piacere nel raggiungere un successo parziale o, in alcuni casi, quasi totale. Per loro, non raggiungere totalmente i propri obiettivi equivale ad un fallimento totale come persone. Secondo Post (1982), tratti perfezionistici di personalità non sono collegati a una storia evolutiva di trascuratezza o maltrattamenti infantili. Tuttavia, i perfezionisti spesso descrivono un ambiente familiare in cui si è stati costretti a crescere troppo in fretta, rinunciando alla soddisfazione dei bisogni affettivi legati all'infanzia, un ambiente di deprivazione emotiva in cui i genitori erano riluttanti ad essere «fisicamente affettuosi». Essi riferiscono, inoltre, di essere stati scoraggiati o delusi nel momento in cui hanno cercato attivamente un conforto, un incoraggiamento emotivo o fisico da parte dei propri genitori. Al posto dell'affettività fisica, questi genitori avrebbero valorizzato la stima razionale e legata al raggiungimento di determinati standard nel comportamento, educazione, studio, e così via.

Anche i dubbi sulle azioni, le critiche e le aspettative dei genitori appartengono allo stesso dominio del perfezionismo maladattivo. Infatti, le critiche e le aspettative dei genitori sono legate alla tendenza perfezionistica di ritenere che l'amore dei genitori dipenda dalla capacità di soddisfare le loro aspettative (Frost, Lahart & Rosenblate, 1991). La dimensione dei dubbi sulle azioni è altamente correlata con il timore degli errori nel perfezionista patologico, nel fobico sociale, e nel disturbo ossessivo-compulsivo (Antony, Purdon, Huta & Swinson, 1998; Dunkley et al., 2000, Frost & Steketee, 1997; Parker, 1997; Stöber, 1998). Per quanto riguarda le dimensioni degli standard personali e dell'organizzazione, queste dimensioni sono considerate come appartenenti al dominio del perfezionismo non patologico o adattivo. Per tale motivo, spesso non sono utilizzati nella ricerca clinica (Frost, Marten, Lahart & Rosenblat, 1990; Stöber & Jorman, 2001). In particolare, la dimensione di standard personale non era in grado di discriminare i perfezionisti patologici dalle persone che semplicemente tendono a raggiungere un'elevata competenza e desiderano il successo (Brown, Heimberg, Frost, Makris, Juster & Leung, 1999; Frost et al., 1990; Hamachek, 1978; Parker, 1997). Infatti, le persone competenti stabiliscono standard elevati, ma accettano di commettere piccoli errori nelle loro prestazioni, e ciononostante riescono ad essere soddisfatti.

Nel 2002 Shafran, Cooper e Fairburn hanno recuperato la concettualizzazione unidimensionale del perfezionismo intesa come «la ricerca eccessiva di determinati scopi personali autoimposti in almeno un ambito significativo per la persona, nonostante le conseguenze negative» (p. 778). Come è facilmente rilevabile, in questa definizione sono riprese le compo-

nenti degli standard personali, simili alla dimensione omonima di Frost, Marten, Lahart e Rosenblat (1990). Questo punto di vista, applicato al dominio del cibo e del corpo, suggerisce che la psicopatologia cognitiva del disturbo dell'alimentazione includa componenti di perfezionismo sia legate agli standard elevati che al timore degli errori. Frost et al. (1990) hanno suggerito che effettivamente nei DA la dimensione degli standard personali elevati sia legata al perfezionismo patologico disadattivo (Di Bartolo et al., 2004). Questo è un dato molto importante e differenzerebbe il perfezionismo patologico nei DA da quello presente in altri disturbi, come il disturbo ossessivo. Solo nei DA la dimensione degli standard elevati guadagnerebbe una funzione patologica.

Dunkley, Blankstein, Masheb e Grilo (2006) hanno prodotto una sorta di modello riassuntivo che comprende solo due dimensioni globali di perfezionismo, nelle quali però è contenuto l'intero contenuto concettuale dei modelli precedenti: la dimensione parzialmente adattativa che coinvolge il perseguimento di standard elevati (che però possono diventare disadattivamente troppo elevati) e una dimensione disadattiva in cui la preoccupazione per i propri errori è rilevante.

Passando al modello tridimensione di Hewitt e Flett (1991), nei DA il perfezionismo legato all'ambito sociale è in relazione con la preoccupazione di essere più magri, di avere un disturbo dell'immagine corporea e a comportamenti alimentari disordinati (Hewitt, Flett & Ediger, 1995). Invece il perfezionismo orientato verso se stessi è stato associato a sintomi di tipo anoressico (Cockell, Hewitt, Seal, Sherry, Goldner, Flett & Remick, 2002; Hewitt et al., 1995).



## NOTE SU AUTORI E CURATORI

*Caterina Lombardo*, professore associato presso «Sapienza - Università di Roma», coordina il corso integrato di Psicodiagnostica e Psicopatologia del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia della Salute, Clinica e di Comunità, insegna Psicodiagnostica dello Sviluppo presso il Corso di Laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo, dell'Educazione e del Benessere. Svolge attività di ricerca sui disturbi dell'alimentazione, sui disturbi del sonno e sui fattori di rischio e di mantenimento comuni a questi disturbi. Ha pubblicato l'adattamento italiano della Multidimensional Perfectionism Scale di Frost.

*Cristiano Violani*, professore ordinario presso «Sapienza - Università di Roma», insegna Psicologia della Salute presso il Corso di Laurea Magistrale in Psicologia della Salute, Clinica e di Comunità e presso il Corso di Laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo, dell'Educazione e del Benessere. È vicepresidente vicario della Facoltà di Medicina e Psicologia e presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia della Salute, Clinica e di Comunità. Svolge attività di ricerca sul sonno e sulla promozione della salute in ambiti sanitari.

---

*Chiara Baglioni*, dottore di ricerca in Psicologia, svolge attività di post-dottorato presso il Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia del Policlinico di Freiburg (Germania) supportata da fondi di ricerca europei (European Community's Seventh Framework Programme, People, Marie Curie Actions, Intra-European Fellowship, FP7-PEOPLE-IEF-2008, grant agreement n. 235321). La sua attività di ricerca, testimoniata da pubblicazioni internazionali e nazionali, si concentra sullo studio dell'insonnia e della relazione tra insonnia, emozioni e altri disturbi psichiatrici.

*Gemma Battagliese*, dottore di ricerca in Psicologia Cognitiva, Psicofisiologia e Personalità presso «Sapienza - Università di Roma»; specializzanda in Psicoterapia Cognitiva. I suoi principali interessi di ricerca riguardano i fattori di rischio e di mantenimento dei disturbi del sonno e dell'alimentazione.

*Arturo Bevilacqua*, professore ordinario presso «Sapienza - Università di Roma», coordina il corso integrato di Neuroscienze del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia della Salute, Clinica e di Comunità. Insegna Fondamenti di Neurobiologia e Genetica del Comportamento presso il Corso di Laurea Triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche dello Sviluppo, dell'Educazione e del Benessere, e Neurofisiologia dello Sviluppo presso il Corso di Laurea Triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche per l'Analisi dei Processi Psicologici nello Sviluppo e nella Salute. Svolge attività di ricerca sui meccanismi cellulari della plasticità neuronale nei mammiferi e sugli aspetti genetici del disturbo ossessivo-compulsivo.

*Gioia Bottesi*, dottoranda in Psicologia Sociale e della Personalità presso l'Università degli Studi di Padova, psicologa e specializzanda in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale presso l'Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale (ITCC) di Padova. Svolge attività di ricerca sul fenomeno del Not Just Right Experience nel disturbo ossessivo-compulsivo e sulle abilità di inibizione della risposta motoria e di decision making in pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo, gioco d'azzardo patologico e dipendenza da alcool.

*Gabriele Caselli* è psicologo e psicoterapeuta cognitivo, ricercatore presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva «Studi Cognitivi» e professore a contratto dell'Università di Pavia. È socio corrispondente della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC). Autore di pubblicazioni scientifiche nazionali e internazionali su processi cognitivi coinvolti nel mantenimento di disturbi psicologici e terapia cognitiva.

*Monica David*, dottoranda di ricerca in Psicologia Cognitiva, Psicofisiologia e Personalità presso «Sapienza - Università di Roma». Svolge attività di ricerca sui fattori di rischio e di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione.

*Francesco Di Nocera* è ricercatore presso la Facoltà di Medicina e Psicologia («Sapienza - Università di Roma»). Svolge attività clinica come psicologo-psicoterapeuta presso il servizio di consulenza psicologica del Dipartimento di Psicologia.

*Randy O. Frost*, professore di Psicologia Clinica presso la Harold Edward and Elsa Siipola Israel School of Psychology dello Smith College di Northampton e coordinatore dell'Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, svolge attività clinica e di ricerca su temi che riguardano il perfezionismo, il disturbo ossessivo-compulsivo, l'hoarding compulsivo. È autore di una delle più usate scale di Perfezionismo Multidimensionale, nonché di centinaia di pubblicazioni scientifiche.

*Amelia Gangemi*, professore associato di Psicologia Generale, presso il Dipartimento di Scienze Cognitive dell'Università di Messina, insegna Psicologia Cognitiva presso il Corso di Laurea Triennale in Scienze della Comunicazione e presso il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Cognitive e Psicologiche. Docente di Psicologia dei Processi Cognitivi, per la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC e SPC (Roma). Svolge attività di ricerca sull'influenza che gli stati emozionali e motivazionali hanno sui processi di ragionamento, e sul modo in cui tali stati contribuiscano al mantenimento di alcuni disturbi d'ansia, quali il disturbo ossessivo-compulsivo. Sempre nell'ambito della psicopatologia, sta indagando il ruolo che il ragionamento ha nei disturbi psicologici, elaborando una nuova teoria sul loro sviluppo e mantenimento: la Hyper-Emotion Theory.

*Marta Ghisi*, ricercatrice presso l'Università degli Studi di Padova, insegna Psicologia Clinica presso il Corso Triennale della Facoltà di Psicologia. Psicologa e psicoterapeuta, si occupa dei disturbi d'ansia, in particolare del disturbo ossessivo-compulsivo e del disturbo post-traumatico da stress, del ruolo del fenomeno del Not Just Right Experience e delle abilità di inibizione della risposta motoria in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, di tricotillomania e di validazione di questionari; è membro di diverse associazioni scientifiche italiane ed estere e autrice di articoli e comunicazioni scientifiche nazionali e internazionali.

*Jessica Lund* è studentessa di Psicologia presso lo Smith College. Ha lavorato con Randy O. Frost su numerosi progetti di ricerca relativi al perfezionismo e all'hoarding compulsivo.

*Luca Mallia*, dottore di ricerca in Psicologia, è assegnista di ricerca presso l'Università di Roma «Foro Italico». La sua attività di ricerca, testimoniata da pubblicazioni internazionali e nazionali, si concentra sullo studio dei comportamenti di rischio per la salute.

*Francesco Mancini*, direttore delle Scuole di Psicoterapia Cognitiva della Associazione di Psicologia Cognitiva e della Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl, è professore a contratto di Psicologia Clinica presso «Sapienza - Università di Roma» e presso l'Università dell'Aquila. Il suo interesse di ricerca prevalente riguarda il senso di colpa e il disturbo ossessivo-compulsivo. Su questi argomenti ha pubblicato diverse ricerche.

*Caterina Novara*, ricercatrice presso l'Università degli Studi di Padova, insegna Psicologia Clinica presso il Corso di Laurea Triennale di Scienze Psicologiche della Personalità e delle Relazioni Interpersonali. Svolge attività di ricerca sui disturbi d'ansia e in particolare sul disturbo ossessivo-compulsivo e post-traumatico da stress. Nello specifico si occupa dei

fattori di rischio e di mantenimento sia di natura cognitiva che comportamentale. È autrice di diversi articoli scientifici nazionali e internazionali ed è membro di associazioni scientifiche.

*Giovanni Maria Ruggiero*, psichiatra e psicoterapeuta cognitivo, è direttore della Scuola di Specializzazione post-laurea in Psicoterapia Cognitiva «Psicoterapia Cognitiva e Ricerca», è didatta presso la Scuola di Specializzazione post-laurea in Psicoterapia Cognitiva «Studi Cognitivi» ed è socio didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC). È autore di una ventina di pubblicazioni scientifiche su riviste referate e di alcuni libri sul trattamento cognitivo dell'ansia e dei disturbi alimentari.

*Sandra Sassaroli*, psichiatra e psicoterapeuta cognitiva, svolge attività clinica e didattica in ambito cognitivo dall'inizio degli anni '80, è direttore della Scuola di Specializzazione post-laurea in Psicoterapia Cognitiva «Studi Cognitivi», è didatta presso la Scuola di Specializzazione post-laurea in Psicoterapia Cognitiva «Psicoterapia Cognitiva e Ricerca» ed è socio didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC). È autrice di una ventina di pubblicazioni scientifiche su riviste referate e di alcuni libri sul trattamento cognitivo dell'ansia e dei disturbi alimentari.

*Claudio Sica*, professore associato all'Università degli Studi di Firenze, insegna presso i corsi triennali e magistrali della Facoltà di Psicologia. Psicologo e psicoterapeuta, membro di diversi gruppi di ricerca italiani ed esteri, si occupa di disturbi d'ansia e più in generale di psicopatologia, di sviluppo e validazione di questionari, di ricerca cross-culturale e di disturbi di personalità. Pubblica regolarmente in riviste estere ed italiane.