

G. MANGIARACINA - M. PISSACROIA - C. PRUNETTI

LA PRATICA CLINICA NEI DISTURBI ALIMENTARI E PONDERALI

BULZONI EDITORE, ROMA

**I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
NEI MASCHI**

Salvatore Blanco

Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Siena

Servizio Psicosociale ASL 7 – Carbonia (CA)

INDICE

INDICE	2
INTRODUZIONE	3
NOTE STORICHE SUI DCA NEI MASCHI.....	3
I DCA MASCHILI	9
<i>Epidemiologia</i>	9
<i>Popolazione a rischio</i>	10
<i>Eziologia e criteri diagnostici</i>	10
<i>I maschi con DCA</i>	12
<i>Differenze fra maschi e femmine</i>	14
CARATTERISTICHE CLINICHE DEI DCA NEI MASCHI	16
<i>L'Anoressia Nervosa maschile</i>	17
<i>La Bulimia Nervosa maschile</i>	19
<i>La "Reverse anorexia"</i>	19
IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI MASCHILI	22
UN CASO CLINICO	22
CONCLUSIONI.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31

INTRODUZIONE

Fino a pochi anni fa clinici e ricercatori hanno ritenuto i maschi affetti e trattati per Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in numero molto inferiore rispetto alle femmine; studi recenti, però, hanno dimostrato sia che il loro numero è più alto di quanto non si fosse finora creduto, sia che, negli ultimi anni, l'incidenza di queste patologie è in progressivo e costante aumento. Nel 1995, un articolo nel "*Los Angeles Times*" dal titolo "*Silence and Guilt*" dichiarò che solo negli Stati Uniti, su 9 milioni di persone affette da disturbi alimentari, oltre 1 milione erano di sesso maschile. L'anno successivo, un articolo del "*San Jose Mercury News*" scioccò i lettori: Dennis Brown, un famoso giocatore di football ventisettenne, rivelò di fare uso di lassativi e diuretici, e di provocarsi il vomito per controllare il proprio peso; dichiarò, inoltre, di aver subito interventi chirurgici a causa delle ulcere peggiorate negli anni come conseguenza delle sue abbuffate seguite da condotte di eliminazione. A causa dell'intervista fu rimproverato aspramente ed espulso dall'allenatore della squadra e dai dirigenti della Lega Nazionale del Football Americano (NFL), per avere messo in imbarazzo l'organizzazione con le sue infelici esternazioni.

La diagnosi di DCA nei maschi è tuttora problematica: i clinici, di solito, non si aspettano di trovarsi di fronte un paziente di sesso maschile e associano i suoi sintomi ad altre patologie. Inoltre, i criteri diagnostici dell'anoressia sono stati finora incentrati sul sesso femminile; basti pensare che uno dei più importanti sintomi della malattia è considerata l'alterazione del ciclo mestruale. Molti casi di anoressia maschile, quindi, non sono riconosciuti come tali e/o vengono diagnosticati con notevole ritardo, per cui l'incidenza di questa malattia risulta essere ancora sottodiagnosticata e sottostimata.

Per di più, il fatto che i disturbi alimentari siano stati considerati una patologia tipica del sesso femminile ha contribuito a creare e, tuttora, concorre a conservare un contesto culturale che non facilita nei maschi l'accettazione di una diagnosi di DCA; di conseguenza sono restii a richiedere un aiuto clinico e ad inserirsi in un programma di trattamento adeguato. In media, un maschio con disturbi alimentari inizia una terapia quando sono trascorsi circa sette anni dall'esordio della malattia, mentre per le femmine il tempo medio di latenza è soltanto di quattro anni circa. Per motivi simili, i maschi con il tumore della mammella tendono a recarsi nei centri specializzati molto tempo più tardi rispetto alle femmine (Woodside et al., 2001; Woodside, 2004).

L'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN) nei maschi non sono un fenomeno nuovo: sono state osservate oltre quattrocento anni fa; per di più, le prime descrizioni ben documentate di queste patologie riguardano anche individui di sesso maschile e risalgono a Richard Morton (1600) e a William Gull (1800). Da allora in poi i disturbi alimentari nei maschi sono stati trascurati, sottostimati e raramente riferiti; peggio ancora, i maschi con disturbi alimentari che richiedono un trattamento sono spesso respinti in quanto la maggior parte dei programmi terapeutici è riservata esclusivamente a pazienti di sesso femminile.

NOTE STORICHE SUI DCA NEI MASCHI

Le società umane sin dalle loro origini e nel corso dei secoli hanno valorizzato le varie tipologie corporee a seconda del contesto storico e culturale dominante. Dal punto di vista evolutivo, la struttura fisica è legata alla sopravvivenza della specie e, oggi, non si pensa all'importanza assunta in passato dal grasso nelle donne come sostegno per la gravidanza e l'allattamento, e negli uomini per lo svolgimento di lavori pesanti e per la difesa dagli ag-

gressori. Nella maggioranza delle culture umane dove le provviste di cibo erano carenti la grassezza è stata preferita alla magrezza sia nelle donne sia negli uomini. In queste società, il corpo pingue è stato oggetto d'ammirazione in quanto simbolo di ricchezza e la grassezza è stata incoraggiata e vista come uno status socio-economico auspicabile; ne sono dimostrazione i rituali arcaici diffusi in Africa, quali "*i riti per l'ingrasso*" o "*le capanne per l'ingrasso*" in cui le ragazze in pubertà venivano ipernutrite, prima di essere presentate alla comunità (Antonini, 2000). Vi sono state, però, alcune eccezioni come, per esempio, nel tardo Medioevo quando la magrezza fu ritenuta desiderabile: il corpo magro e i lineamenti sottili assunsero una valenza culturale, come sinonimo di bellezza, eleganza, purezza e giovinezza.

Inscindibilmente legato all'aspetto fisico, il cibo ha assunto significati che sono andati ben oltre la semplice funzione nutritiva, rivestendo implicazioni sociali, religiose, edonistiche e cliniche; il rito del pasto ha assunto le funzioni più disparate, tra cui quella di socializzare, di rafforzare l'appartenenza ad un gruppo, di rispettare le gerarchie sociali dando alla persona più importante per ceti, età, ruolo, il posto d'onore e la possibilità d'esser servita per prima. Al contrario, il digiuno ha suscitato in ogni epoca curiosità, ammirazione e timore, e l'astinenza volontaria dal cibo è stata vista alle volte con sospetto e diffidenza come manifestazione diabolica o patologica, altre come dimostrazione di grande forza d'animo e coraggio, usata per scopi politici, religiosi e autocelebrativi.

Gli atteggiamenti maschili riguardo al proprio corpo e al cibo sono stati, nel corso della storia, vari e diversi fra loro. Nell'antica Grecia si contrapponevano due differenti tipologie fisiche correlate allo stile di vita dominante: ad Atene, città dedita allo studio, alla filosofia e alla vita sociale, l'uomo medio era raffigurato come panciuto e corpulento, mentre passeggiava pigramente nell'agorà assaporando cibi raffinati o mentre dissertava su questioni filosofiche e politiche sui gradini dell'università; viceversa a Sparta, la cui cultura era fondata sui valori della forza fisica e della potenza militare, l'aspetto fisico esaltato era caratterizzato da una corporeità robusta, muscolosa, agile e predisposta alla lotta e alla guerra.

Durante l'impero romano, fra le classi sociali benestanti, il cibo perse il suo scopo nutrizionale per diventare una pratica edonistica; gli aristocratici si iperalimentavano fino a saziarsi per poi vomitare in un particolare ambiente della casa detto "vomitorium" e, una volta svuotato lo stomaco, ricominciare nuovamente ad abbuffarsi. Seneca, in un suo scritto, nel deplorare le stravaganze e gli eccessi alimentari esibiti nei banchetti li descrive come un ciclo continuo di abbuffate, vomito, nuove abbuffate, e via di seguito: "*Vomitano per mangiare e mangiano per vomitare*" (*Vomunt ut edant, edunt ut vomant*). Ciò nonostante, queste condotte alimentari non possono definirsi come bulimiche in quanto il vomito era provocato non per evitare di prendere peso, ma per ripulire lo stomaco e per poter gustare altre pietanze; i patrizi romani, amanti dei cibi gustosi e ricercati, esibivano con forme fisiche sovrabbondanti tutta la loro ricchezza e il loro potere. Tuttavia anche tra gli antichi romani la dieta era una pratica adottata per fini terapeutici e serviva a purificare il corpo dalla tossicità di alcuni alimenti e a rigenerarlo. Ippocrate, nel suo trattato sulla dietetica, la consigliava per scopi sia preventivi sia terapeutici, e secondo Plinio il Vecchio alcuni medici prescrivevano ai malati diete così rigide da farli quasi morire di fame, mentre altri tendevano a rimpinzare di cibo i loro pazienti.

Fra il II e il III sec. d.c., i seguaci dello Gnosticismo attuarono la prassi del digiuno per ragioni spirituali, considerando tutto il mondo materiale corrotto; al fine di purificarsi, praticavano un ascetismo radicale con l'astensione quasi totale dal cibo e da ogni bene terreno. In questo processo, l'uomo doveva staccarsi dagli elementi materiali della propria indivi-

dualità, riconoscendo che il proprio spirito è solamente una scintilla dell'Essere Supremo e a Lui identico, in altri termini di essere egli stesso Dio. L'ascetismo cristiano fondava le sue origini in Platone, secondo il quale l'anima, prigioniera del corpo, aspirava al suo ricongiungimento con il divino; soltanto con l'emancipazione dal mondo dei sensi, lo spirito poteva liberarsi e realizzare il suo potenziale divino attraverso la privazione dal cibo e da altre necessità terrene.

Il digiuno ascetico maschile ebbe la massima espressione nei Padri del deserto, monaci anacoreti che, in dissenso con l'opulenza e le frivolezze della chiesa di Roma, stabilirono di ritirarsi nei deserti dell'Egitto e della Palestina per dedicarsi totalmente alla preghiera e al Signore; si racconta che trascorressero anni in astinenza sessuale e nelle condizioni più dure con forti restrizioni di sonno, di cibo e di acqua. L'obbedienza alle regole del digiuno e la sobrietà riguardo al cibo aiutavano il monaco a spogliarsi del suo egoismo, del suo "io" carnale e diventavano il simbolo della trasfigurazione progressiva del suo essere fisico. In quegli stessi anni, papi, cardinali e vescovi non professavano la loro vocazione spirituale con la stessa severità dei Padri del deserto, e ci sono stati tramandati spesso raffigurati come grassi e panciuti, sovente impegnati a consumare ingenti quantità di cibi raffinati e di vino.

Il digiuno, come forma di penitenza per i peccati commessi, è una prassi molto antica; sia nei Salmi penitenziali Assiri e Babilonesi sia nell'Antico e nel Nuovo Testamento ritroviamo l'uso del digiuno come pratica per placare l'ira divina in concomitanza con calamità o guerre. Soprattutto nel cristianesimo, ma non solo, il cibo è stato associato al peccato e l'ingordigia di cibo alla tentazione del demonio. La frase "*voi vi umilierete*", usata nelle Scritture, indica il digiuno (Levitico 23:26-32) e il processo del digiuno è indicato come un mezzo per liberarsi dalle catene della debolezza con cui Satana ha legato il pianeta. Ancora oggi al nono mese del calendario islamico, tutti i fedeli si attengono per un mese ad un rigido periodo di astinenze alimentari e sessuali dall'alba fino al tramonto. Nel complesso e variopinto quadro del digiuno ascetico si possono individuare alcuni tratti comuni che ripropongono all'attenzione il valore che alcuni aspetti della nutrizione hanno assunto nelle culture umane: (a) la natura destabilizzatrice e sovvertitrice del digiuno in ogni comunità umana; (b) la funzione di espiatione dei peccati espletata dal digiuno; (c) il divieto di cibarsi di particolari tipi di alimenti, come alcune carni animali, presente presso molti popoli.

Molti secoli prima che Gull e Lasègue quasi contemporaneamente coniassero il termine "*anorexia*" e ne definissero le caratteristiche cliniche, il fervore religioso aveva portato uomini e donne a lunghi periodi di digiuno destando a volte la pubblica ammirazione, altre diffidenza e timori. Alcuni studiosi dei disturbi alimentari come Walter Vandereycken e Ron Van Deth (1984, 1989, 1994) hanno esaminato retrospettivamente e descritto molti dei casi di "*sante ascetiche*" o di "*padri del deserto*" come precursori delle moderne forme di anoressia restrittiva; come gli autori dimostrano nel loro scritto "*Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*", infatti, nelle narrazioni delle vicende di tali casi si possono riscontrare diversi elementi caratteristici della diagnosi di questa patologia.

Consapevoli del fatto che la nozione d'anormalità nei fenomeni psicologici dipende spesso dalla cultura e dal contesto storico in cui è osservato il modello comportamentale in questione, pur lungi dal voler associare semplicisticamente le forme d'inedia auto-indotta all'attuale anoressia nervosa, riteniamo utile descrivere altre forme di digiuno spontaneo maschile avvenute nei secoli scorsi, al fine di meglio comprendere questa patologia.

A cavallo fra il XIX e XX sec., i cosiddetti "*artisti del digiuno*" o "*scheletri viventi*" si servirono per scopi spettacolari dei loro prolungati digiuni e del loro estremo dimagrimento, esibendosi a pagamento nelle fiere, nei circhi e nelle piazze. La descrizione dei loro spettacoli in tutte le principali piazze d'Europa c'è giunta grazie agli innumerevoli e dettagliati resoconti fatti da scrittori e cronisti dell'epoca, e ciò perché la lotta dell'uomo contro l'istinto naturale ad alimentarsi colpiva l'immaginario popolare e rendeva questi spettacoli fra i più apprezzati. Una descrizione psicologica profonda sugli "*artisti della fame*" c'è stata offerta da Franz Kafka (1922) nella sua novella "*Un digiunatore*", in cui lo scrittore racconta della vita dei digiunatori, della loro atroce estraneità alla vita e dei loro spettacoli. Il racconto narra di un uomo che esercitava il mestiere del digiunatore; costui si asteneva dal cibo per circa quaranta giorni ed era sempre sorvegliato da alcuni guardiani. Era molto ammirato dalla gente, perché andava di moda, e i bambini erano molto felici di vederlo. Le abitudini della gente cambiarono e il digiunatore perse il suo pubblico. Continuò a lavorare in un circo, ma anche qui la gente non aveva più interesse per lui. Allorché perse tutto il suo pubblico, fu trovato morto dai guardiani del circo. Kafka ha portato all'attenzione del lettore la drammatica ambiguità della condotta del digiunatore, il quale di fronte allo sbalordimento degli spettatori sulla sua capacità di sopportazione della fame svela loro il segreto del suo digiuno. Spiega di essere costretto a digiunare perché non aveva mai potuto trovare un cibo che gli piacesse, e aggiunge che, se lo avesse trovato, non avrebbe fatto tante storie e si sarebbe rimpinzato come tutti gli altri. Nel narrarlo, mentre comunica il suo dramma, Kafka lo descrive con occhi spenti, ma che esprimevano ancora la ferma, anche se non più superba, convinzione di continuare a digiunare. Per Kafka, lo stupore degli spettatori nasceva dalla sensazione che in quegli uomini ci fosse qualcosa di strano, qualcosa d'equivoco e d'oscuro da capire, ma questo fatto incomprendibile non consisteva in un inganno dell'artista sul digiuno: il vero inganno del digiunatore si fondava sul fatto di presentare il suo dramma come una virtù, il suo digiunare come un'abilità, mentre il digiuno era per lui la cosa più facile e l'alimentarsi, viceversa, la cosa più difficile.

Le condotte degli "*artisti della fame*" presentano delle interessanti somiglianze con alcuni atteggiamenti dei pazienti anoressici. Ciò che colpisce è l'identificazione dell'individuo con l'atto del digiunare, nonché l'esaltazione per questa loro particolare caratteristica, sovente presente nei pazienti anoressici; costoro, di fronte alla fragilità del proprio Sé e all'indecifrabilità del proprio sistema sensoriale ed emozionale, trovano nel sintomo e nel controllo sull'ingestione di cibo un'esperienza di continuità e di coerenza del senso di esistenza di sé. Il racconto di Kafka oltre a rappresentare una descrizione storicamente attendibile del fenomeno degli artisti della fame, ci offre uno spaccato della personalità del digiunatore, un'estrema sensibilità verso le sfaccettature del suo animo e una minuziosa introspezione personale; la descrizione è tale da aver condotto molti studiosi a ravvisare in questo racconto le prove della patologia alimentare di cui probabilmente lo stesso scrittore soffriva.

L'opera di Kafka è impregnata dal desiderio di autodistruzione, dalla voglia di soffrire, di togliersi la vita, di trascendere con la propria morte la corporeità sentita come miserabile e d'impaccio; lo scrittore si logorò nella brama insaziabile di mettere a tacere un misterioso senso di colpa che costituì il suo insopportabile male. Kafka scelse di condurre una vita ascetica e austera, punteggiata da rapporti con le donne, principalmente epistolari, nei quali la sessualità rivestiva un'importanza marginale e, di solito, era preclusa ogni possibilità di contatto e di affetto, vissuti come orribili e incontrollabili.

È possibile rilevare numerosi comportamenti e tratti caratteristici della personalità dei maschi anoressico-bulimici anche dalle biografie di altri scrittori dell'800-900. George Gordon

Byron fu un eccentrico e accanito libertino; obeso da adolescente, negli anni successivi, dopo essersi sottoposto ad una rigorosa dieta, ottenne un drastico dimagrimento, di cui peraltro non fu mai soddisfatto. Limitò la sua dieta a pasti vegetariani e si sottopose a periodi d'isolamento ascetico, interrotti di tanto in tanto da abbondanti ingozzate a cui poneva rimedio con il vomito. Kafka e Byron vissero entrambi una rabbiosa ossessione per il proprio corpo. Byron la espresse nella sua ininterrotta ricerca di un fisico magro che lo portò, pur dimagrendo 60 kg in 4 anni, a sentirsi costantemente perseguitato dal terrore di ingrassare, nonostante si sottoponesse ad estenuanti esercizi fisici quotidiani. Kafka la manifestò nell'ammirazione per il digiunatore e nei suoi ricorrenti riferimenti al corpo magro, ossuto e ricurvo, da esibire all'altro nell'attesa di un cibo desiderato e sconosciuto, nonché nei suoi vissuti d'estraniamento dal corpo ossessivamente ricordati.

La biografia di James Matthew Barrie evidenzia un altro tratto abituale della personalità anoressica: il rifiuto della maturità e delle responsabilità che ne conseguono. I lettori possono gustare tra le righe delle sue opere l'esaltazione della leggerezza, leggerezza intesa sia in senso fisico sia in senso spirituale. La sua vita sembra ispirarsi al celebre romanzo "Peter Pan, il bambino che non voleva crescere" e, come l'eroe del suo romanzo, Barrie mantenne anche da adulto un aspetto e dei comportamenti adolescenziali. L'androgino Peter incarna l'immaturità, il modello di un complesso che affligge una consistente parte d'individui moderni (tanto che c'è stato chi ha definito il fenomeno "*sindrome di Peter Pan*"). È anche il simbolo svolazzante del sogno utopico come vita e come nulla. Quando gli morì inaspettatamente in un incidente il fratello maggiore David, Barrie aveva solo sette anni. La morte del figlio prediletto fece cadere la madre in una profonda depressione: James arrestò il suo sviluppo quasi a voler conservare per lei fuori del tempo l'immagine del ragazzo morto e provò a risollevarla vestendo i panni del fratello. Questa ossessiva relazione tra madre e figlio marcherà profondamente la vita di James. In molti dei suoi scritti, narrò di personaggi che si rifiutavano di crescere (Peter Pan) e di mangiare (Moirà); quest'ultima, nel romanzo "Little Mary", acquistò il potere prodigioso di guarire le persone, rivelò il segreto della sua facoltà che consisteva nel mangiare di meno. Moirà sosteneva che la gente soffre perché mangia troppo, infatti, quando si rimuove il peso dal proprio stomaco si ricomincia a pensare in modo sano.

Benché le prime descrizioni cliniche di queste patologie risalgano a Morton e a Gull e l'interesse per i disturbi dell'alimentazione come affezioni cliniche si sia diffuso nella seconda metà del XX sec, i problemi connessi alle condotte alimentari sono stati citati nei trattati medici in epoche ben più antiche.

Nell'Anabasi, Senofonte racconta di una fame incontrollabile che colpiva i soldati nelle operazioni di guerra e che i medici dell'epoca chiamavano "*Bulimia*"; secondo la descrizione tramandataci, non si trattava della moderna bulimia, ma etimologicamente di una "fame da bue" molto più somigliante al Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Ippocrate definì "*inappetentia*" l'inedia volontaria, e Galeno, in un commento al primo libro delle Epidemie di Ippocrate, scrisse che le persone che rifiutano il cibo e non assimilano nulla sono chiamate dai greci *anòrektous* oppure *asítous* (che significa coloro che non hanno appetito ed evitano il cibo). Quelli che invece, dopo aver ingurgitato gli alimenti, provano disgusto o avversione sono chiamati *apósítous*; quando costoro sono obbligati a mangiare, non hanno la forza di inghiottire, e anche se si sforzano, non riescono ad ingerire il cibo e sono costretti a rimetterlo. Il medico bizantino Alessandro da Tralle o Tralliano (525-605), nel capitolo intitolato "*Perì anoressia*" tratto dal suo manuale di medicina, afferma che l'*anoressia* (mancanza di appetito) è dovuta ad "*una discrasia o ad un eccesso di umori dello stomaco*". Come terapia propone la modifica degli umori, o con il vomito o con l'evacuazione in-

testinale. Nel caso che non si arrivasse allo scopo, si dovrebbe far uso di pozioni diluenti o purificanti, ma anche alcuni cibi sarebbero efficaci come il brodo di piccione o l'uva.

Nell'antichità le cause iatrogene dei disturbi dell'alimentazione furono ritenute esclusivamente di tipo organico; per trovare un accenno a fattori psicologici bisogna arrivare all'era moderna, quando il medico francese Joseph Raulin nella sua monografia (*Traité des affections vaporeuses du sexe*, 1758) identificò, in questi disturbi, il ruolo patogenico dello spirito e dei sentimenti, e sottolineò che anche i maschi erano soggetti alle "*affections vaporeuses*".

La prima descrizione clinica dell'anoressia è fatta risalire al 1689, quando il medico Morton parlò della "*consunzione nervosa*" che chiamò anche "*atrofia nervosa*" e la definì come "*una consunzione del corpo senza febbre, né tosse, né dispnea, ma accompagnata da perdita dell'appetito e da cattiva digestione*". Morton attribuì questa consunzione "*all'assunzione smodata di liquori insalubri e di aria malsana*" che recherebbe danni "*al sistema dei nervi*", non tralasciando neanche possibili cause emotive, "*la violenta passione della psiche*"; cita due casi clinici di cui uno maschile, quello del figlio del reverendo Steele che "*in seguito a studi eccessivi e a patemi d'animo gradualmente cadde in un'inappetenza quasi totale e successivamente in una atrofia universale*". Di conseguenza, giudicò che questa consunzione fosse nervosa, insita nell'intero "*habitus corporis*" e originata dal sistema nervoso morbosamente alterato. All'inizio del trattamento, Morton curò il ragazzo con preparati farmacologici e solo dopo il fallimento di questa terapia gli consigliò di abbandonare gli studi, di respirare aria di campagna, di andare a cavallo e di seguire una dieta a base di latte; questa seconda prescrizione portò a risultati assai più adeguati.

Altri due casi d'anoressia maschile furono documentati dai medici Robert Whytt (1764) e Robert William (1790) nelle loro rispettive opere "*A nervous atrophy*" e "*A remarkable case of abstinence*". Nel caso riferito da Whitt, un ragazzo quattordicenne si era ridotto pelle e ossa dal digiuno, cadendo preda di tanto in tanto di violenti attacchi di fame con abbuffate accompagnate da "*veloci digestion*". Così Willan descrisse il calvario di un uomo che nel giro di 78 giorni si concluse con la morte (Silverman 1989):

"... Il 21 gennaio del 1786 egli s'imbarcò in un rigido comportamento d'astinenza. Il paziente presto si ritirò dagli affari, prese alloggio in una dimora oscura, si astenne dal cibo solido e s'inumidiva appena le labbra con acqua leggermente insaporita con succo d'arancia. Beveva da un quarto a mezzo litro d'acqua al giorno. Egli andò di corpo nel secondo giorno e di nuovo al quarantesimo giorno del suo digiuno. Dopo tre giorni d'astinenza, il desiderio per il cibo lo abbandonò definitivamente. Per i primi cinquanta giorni fu capace di perseguire i suoi studi, che consistevano nel copiare la Bibbia a mano. Dal cinquantesimo al sessantesimo giorno la sua forza calò drasticamente, ma lui andava avanti credendo che il suo supporto fosse soprannaturale. Successivamente egli si trovava sempre più indebolito e indirizzato verso la morte. Fisicamente dava l'apparenza di uno scheletro, con i muscoli della faccia ritirati verso le ossa, il suo addome era concavo, l'ombelico sembrava essere ritratto, i suoi arti erano ridotti al massimo grado di sottigliezza ...".

La scoperta dell'Anoressia Nervosa nell'accezione diagnostico-clinica odierna è contesa da due famosi psichiatri dell'epoca vittoriana Gull e Lasègue, nonostante fosse già stata descritta dal meno noto Marcè dieci anni prima. Anche se il primo a descriverla in un articolo scientifico fu in realtà Gull nel 1868, l'esposizione più brillante per contenuto e forma c'è stata offerta nel 1873 da Lasègue. Quest'ultimo, nell'articolo intitolato "*De l'anorexie hystérique*" inserito negli "*Archives Générales de Médecine*", affermò: "*Lo scopo di quest'articolo è rendere nota una delle forme d'isteria della regione gastrica, abbastanza frequente da non essere, come troppo spesso accade, una generalizzazione artificiale di*

un caso particolare ... il termine anoressia poteva essere sostituito da inanizione isterica ... ho tuttavia preferito il primo termine perché si riferisce ad una fenomenologia meno superficiale, più delicata e anche più clinica”.

Nel concludere questi brevi riferimenti storici sui disturbi dell'alimentazione maschile può essere interessante, riflettendo sulla matrice ossessivo-compulsiva caratteristica dei maschi con DCA, citare il caso di Freud dell'*Uomo dei lupi*, in cui il paziente visse un periodo di perdita dell'appetito. Freud, nel descrivere questo giovane depresso e tormentato da molte ossessioni, interpretò il periodo anoressico come l'espressione precoce di un comportamento sessuale disturbato, specialmente nella fase orale o cannibalica. Nel non superamento della fase sadico- anale, nella conflittualità durante la pubertà per la scelta dell'oggetto sessuale, nelle paure di castrazione conseguenti alle fantasie edipiche di questo paziente, dal punto di vista psicodinamico, si possono riassumere a grandi linee molte delle problematiche del maschio con DCA.

I DCA MASCHILI

Epidemiologia

L'incidenza dell'anoressia nei maschi è stata generalmente stimata, nel passato, fra il 5-10% di tutte le persone colpite da questa patologia (Crisp e Burns, 1983), mentre la frequenza della bulimia è stata calcolata fra il 10-15% dei pazienti affetti. I disturbi alimentari nei maschi sono oggi una realtà epidemiologica in progressivo aumento. Venti anni fa, per anoressia e bulimia, l'incidenza era di un maschio per ogni 10-15 femmine; attualmente, i ricercatori riferiscono che vi è un maschio affetto per ogni quattro femmine con anoressia e uno per ogni 8-11 femmine con bulimia (Blake Woodside et al., 2001). I Disturbi da Alimentazione Incontrollata sembrano presentarsi con la stessa frequenza in entrambi i sessi, sebbene i maschi siano meno ansiosi e provino meno sensi di colpa dopo le abbuffate rispetto alle femmine.

Nello studio di Crisp e Burns (1983), l'età media d'esordio dell'AN maschile è stata calcolata a 17 anni e 2 mesi, mentre l'età media di richiesta di trattamento a 20 anni e 7 mesi; un'indagine di Sharp e coll. (1994) ha fornito dati statistici simili con età media d'esordio a 18,6 anni ed età media di richiesta di trattamento a 20,2 anni. Un gruppo di controllo di femmine ha mostrato un'età media d'esordio a 17,5 anni ed un'età media di richiesta di trattamento a 19,8 anni. La differenza fra maschi e femmine non è statisticamente significativa e gli autori concludono che quest'aspetto è simile fra i due sessi. Tuttavia, il confronto nei maschi fra le due latenze, di 3,6 anni (Crisp e Burns, 1983) versus 1,6 anni (Sharp et al., 1994), potrebbe suggerire che un incremento di conoscenze su questi disturbi ha portato ad un precoce riconoscimento e al conseguente trattamento della malattia.

Alcuni autori hanno mostrato che i DCA maschili sono prevalenti fra le classi sociali più elevate (per circa due/terzi) (Sharp et al., 1994). Molti pazienti con DCA presentano tratti ossessivi e di perfezionismo e Vandereycken e Van den Broucke (1984) trovarono un'alta incidenza di tratti schizoidi (30%), ossessivi (29%), passivi/dipendenti (15%) e antisociali (18%). Un confronto con un gruppo di pazienti femmine ha mostrato un'alta percentuale d'immaturità (30% contro 4%), tratti isterici/istrionici (25% contro 4%), e tratti antisociali (18% contro 1%), ma un uguale numero di tratti schizoidi (28%).

Popolazione a rischio

Particolari attività sportive sembrano esporre i maschi ad un maggior rischio di sviluppo di disturbi alimentari. Body builders, lottatori, nuotatori, podisti, canottieri, ginnasti e fantini tendono a sviluppare, con maggior frequenza, disordini alimentari a causa delle limitazioni ponderali rese necessarie dai loro sport (Andersen et al., 1995, 2000). Più in generale, la vulnerabilità riguarda tutte le professioni ove è richiesto perdere peso per avere successo, come ad esempio per ballerini, uomini di spettacolo, ecc. (Andersen, 1986, 1995); l'autore evidenzia, inoltre, che l'incidenza di DCA fra gli studenti maschi di medicina è molto maggiore che nella popolazione totale maschile.

L'alta incidenza di omosessuali e l'elevata frequenza d'individui incerti sulla propria identità di genere fra i pazienti maschi con DCA hanno indotto alcuni autori (Crisp, 1967, 1970, 1983; Anderson, 1990; Herzog et al., 1991; Carlat et al., 1997) ad ipotizzare che l'omosessualità maschile possa rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari. I maschi omosessuali esaminati hanno manifestato persistenti apprensioni per il proprio aspetto fisico nonché una connessione fra peso e autostima simili a quella delle pazienti femmine.

Eziologia e criteri diagnostici

Come le femmine, i maschi possono sviluppare sintomatologie sia anoressiche sia bulimiche. Numerosi maschi si descrivono come mangiatori compulsivi, ed alcuni possono sviluppare Disturbi da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder, BED). Non vi sono, al momento, elementi certi che provino una qualche differenza fra maschi e femmine nella genesi e nel mantenimento dei disturbi alimentari, e i pareri di clinici e ricercatori sono molteplici e fra loro spesso discordanti.

Dal punto di vista descrittivo, per l'Anoressia Nervosa, i criteri del DSM-IV includono un'intensa paura di ingrassare, una distorta autopercezione dell'immagine corporea, il rifiuto a mantenere un peso normale (meno dell'85% del peso previsto) e tre mesi consecutivi di amenorrea (American Psychiatric Association, 1994). Il criterio dell'amenorrea è stato oggetto di numerose critiche in quanto determina un pregiudizio di genere nella diagnosi di questa patologia, e sono state avanzate numerose proposte per eliminarlo. Russell, e Beumont (1987) hanno proposto di risolvere il problema modificando il criterio dell'amenorrea con quello di *“un disordine endocrino che ha la sua manifestazione clinica nell'amenorrea, o nel caso di soggetti di sesso maschile con una perdita dell'interesse sessuale e una mancanza di potenza”*. Altri autori suggeriscono che il criterio può essere eliminato del tutto per il fatto che la patologia non è meno grave nelle pazienti che hanno tutti i criteri diagnostici ad eccezione dell'amenorrea (Andersen e Holman, 1997).

Numerosi studiosi hanno meditato sulla questione del perché un numero minore di maschi sono diagnosticati affetti da disturbi alimentari. Scott (1986) ha prospettato alcune spiegazioni; la prima dipende dal fatto che i clinici, avendo trattato pochissimi casi di queste patologie nei maschi, non hanno sufficienti conoscenze per fare un'accurata diagnosi. Inoltre, il DSM-IV, includendo come criterio diagnostico l'amenorrea, esclude da questa patologia la popolazione maschile e, infine, alcuni clinici (Selvini Palazzoli, 1986) hanno sostenuto che i disturbi alimentari sono, nei pazienti maschi, secondari ad altre patologie psichiatriche. A tutto ciò, inoltre, ha contribuito il fatto che i maschi anoressici si mimetizzano dietro le loro attività sportive (Crisps, Burns, e Bhat, 1986).

Un importante fattore da tenere in considerazione è l'influenza esercitata dai mass-media sull'immagine corporea attraverso i modelli che vengono quotidianamente propinati ad uomini e donne di tutte le età. Nonostante i media diano molta enfasi ai disturbi alimentari, i maschi eterosessuali sono ancora educati a credere che questi disturbi riguardino esclusivamente il sesso femminile o gli omosessuali e non loro; infatti, in generale, la pubblica opinione li ritiene ancora "una patologia da ragazze". Comunemente, si parte dal presupposto che l'aspetto, il peso e le diete siano preoccupazioni esclusivamente femminili: gli articoli sulle riviste, i programmi televisivi, i film, i libri e anche la letteratura sugli interventi terapeutici si occupano dei disturbi alimentari come patologie riguardanti esclusivamente il sesso femminile. L'immagine mediatica del maschio ideale non è incentrata sulla magrezza come succede per le donne, ma punta soprattutto sulla forma fisica e sui muscoli a tutti i costi. Non sorprende, quindi, che la principale causa di perdita di peso nei maschi anoressici sia l'eccesso di esercizio fisico.

DiDomenico e Andersen (1988) evidenziarono che i giornali indirizzati principalmente alle donne includevano articoli e suggerimenti su come perdere peso (per esempio, diete, conteggio delle calorie, ecc.), mentre quelli indirizzati agli uomini davano minor spazio ai problemi delle diete e maggior spazio a consigli sulle tecniche d'allenamento e di sviluppo della massa muscolare (per esempio, fitness, body building e tonificazione dei muscoli). Nemeroff, e coll. (1994) hanno suggerito che anche i maschi possono recepire dai media messaggi che riguardano la dieta, i modelli ideali di mascolinità e informazioni riguardanti la chirurgia plastica.

Vivere in una cultura che enfatizza le diete e l'aspetto esteriore è un possibile fattore di rischio. I maschi che fanno gli indossatori e quelli che partecipano ai "reality show" inducono gli altri maschi a paragonare se stessi con i cosiddetti modelli fisici ideali. La perdita di peso e i programmi d'allenamento, come pure gli interventi di chirurgia estetica, il cui scopo è scolpire la muscolatura, possono portare alla stessa insoddisfazione per il corpo che affligge le donne che leggono i rotocalchi di moda e vedono i film e gli show TV che danno risalto solo a persone esteticamente perfette. Nel 2004, i ricercatori dell'University of Central Florida hanno pubblicato uno studio che pone l'accento sul fatto che quei maschi abituali fruitori di programmi televisivi commerciali con attori muscolosi si sentono infelici e insoddisfatti del loro fisico; gli autori sostengono che questa cultura dell'uomo muscoloso può essere associata ai disturbi alimentari e all'abuso di steroidi. Molto è stato detto e scritto sugli effetti della bambola Barbie sull'immagine corporea delle ragazze. Attualmente, negli Stati Uniti, è stato immesso nel mercato un personaggio d'azione "Wolverine": se fosse a grandezza naturale, i suoi bicipiti misurerebbero 82 cm circa.

L'eziologia dell'anoressia maschile è stata ed è controversa; per esempio, Crisp e Burns (1983) hanno ipotizzato che essa sia correlata a problemi dell'identità di genere in una personalità premorbosa, in quanto il maschio medio desidera essere più grande e più forte rispetto alle donne che preferiscono essere magre e minute.

Altre indagini hanno sostenuto che fra i maschi omosessuali vi è una significativa percentuale di soggetti con DCA. Gli studi di Woodside (2004) non hanno affrontato quest'aspetto e l'autore ha affermato che sarebbero necessarie ulteriori ricerche per escludere che gli omosessuali possano semplicemente essere più propensi a richiedere un trattamento, senza necessariamente soffrire di questo disturbo più frequentemente degli eterosessuali; infatti, questi ultimi potrebbero pensare che richiedere un trattamento per DCA li possa far passare per omosessuali, anche se non lo sono.

Alcuni studi hanno ritenuto l'omosessualità un fattore di rischio nei maschi, ma non nelle femmine. Ricerche condotte all'interno della subcultura omosessuale e su maschi affetti da anoressia e bulimia hanno evidenziato una diretta relazione fra conflitti emozionali e identità di genere nei maschi, ma non nelle femmine. Gli omosessuali maschi danno una maggiore enfasi all'aspetto corporeo e alla sua forma estetica, e questa focalizzazione sull'immagine fisica potrebbe accrescere nei maschi la vulnerabilità all'insoddisfazione corporea e ai disordini alimentari. Silberstein e coll.(1989), in uno studio su studenti universitari maschi di cui 71 omosessuali e 71 eterosessuali, e Siever (1996), in uno studio su studenti maschi del college di cui 59 omosessuali e 62 eterosessuali, hanno riferito che gli omosessuali maschi studiati generalmente hanno riportato più alti punteggi nei test psicometrici al fattore *"insoddisfazione per il corpo"*, e hanno considerato l'aspetto fisico più centrale nel loro senso di sé rispetto agli eterosessuali esaminati. Yager e coll.(1988) hanno riferito che 48 studenti maschi omosessuali hanno esibito una maggiore prevalenza di comportamenti bulimici e paura di aumentare di peso rispetto al gruppo di controllo di eterosessuali maschi. Herzog e coll. (1991) hanno riferito che 27 pazienti maschi con disturbi alimentari hanno dichiarato isolamento sessuale, inattività e conflitti omosessuali con frequenza significativamente superiore rispetto ad un gruppo di femmine affette dalla stessa patologia. Carlat e coll. (1997) affermarono che *"vi è un'innegabile evidenza che i maschi bulimici hanno una più alta prevalenza di omosessualità rispetto alle femmine equivalenti, e l'omosessualità funge da fattore di rischio per la bulimia nei maschi"*. I maschi con bulimia, oltre ad avere una maggiore prevalenza di omosessualità, riferiscono frequenti cali di libido. Quantunque la diminuzione di libido possa essere secondaria al dimagrimento, le femmine con bulimia non mostrano un parallelo calo d'interesse sessuale. Questi studi, tuttavia, si riferiscono a campioni di numero troppo esiguo per poter sostenere differenze statisticamente significative. Nell'insieme, è preferibile semplicemente notare che numerosi studi riferiscono di una più alta incidenza di bulimia e di altri disturbi alimentari nei maschi omosessuali rispetto agli eterosessuali. Più in generale, è stato notato in pazienti maschi con disordini alimentari un elevato tasso di omosessualità o di problemi relativi all'identità di genere. In base a questi dati, l'identità di genere sembra assumere un ruolo importante: quasi il 50% dei soggetti anoressici dichiara, infatti, di essere incerto circa la propria identità sessuale.

Sokol (1998) ha posto l'accento sulla duplice tendenza della società occidentale che è, da un lato, quella di considerare quasi affascinanti i DCA femminili e, dall'altro, di beffarsi dei soggetti maschi con questa patologia. L'autore aggiunge che l'anoressia è meno visibile nei maschi, in quanto costoro possono conservare un certo volume di massa muscolare anche quando sono divenuti magri. Secondo l'autore, gli esiti dell'anoressia sono più gravi e pericolosi per i maschi, poiché costoro, nell'impegnarsi a raggiungere valori di peso minimi, perdono più muscoli e tessuti delle femmine; queste ultime, nel dimagrire, restano prive prevalentemente di adipe, che è qualcosa di cui si può restare carenti per qualche tempo senza gravi conseguenze.

I maschi con DCA

In passato sono stati descritti solo casi sporadici di maschi con Disturbi del Comportamento Alimentare, e sino agli anni '60 la teoria psicoanalitica li aveva esclusi concettualmente dall'osservazione. Per esempio, Hilde Bruch, dagli anni '40 pioniera degli studi su queste patologie, li aveva considerati atipici (Bruch, 1973). Molteplici, però, sono stati i fattori che hanno contribuito all'esclusione degli uomini dalle ricerche sul comportamento alimentare e dalle patologie ad esso collegate. Negli ultimi anni, numerosi ricercatori e clinici stanno

cercando di rilevare nei maschi, oltre a specifici fattori di rischio, particolari caratteristiche personologiche alla base dei DCA.

Crisp e Burns (1983), in un loro studio, hanno riportato che il 44% dei pazienti maschi erano iperattivi durante la malattia e che il 42% praticavano attivamente sport prima dell'esordio. Yates (1992) confrontò un gruppo di maratoneti con uno di maschi anoressici e trovò affinità socioculturali e caratteristiche di personalità simili. I maratoneti mostravano una bizzarra preoccupazione per il cibo e anche quando raggiungevano una massa corporea del 95% con solo 5% di grasso nel corpo, continuavano ad essere insoddisfatti. È importante, tuttavia, considerare che il dimagrimento funzionale di certi atleti è differente dai soggetti che soffrono di DCA, poiché non vi è presenza di psicopatologia.

Un'altra caratteristica dei maschi anoressici è la riduzione dell'interesse sessuale e il decremento dei livelli di testosterone. Beumont (1976, 1995) ha monitorizzato i livelli di testosterone in alcuni pazienti durante il periodo di dimagrimento e ha notato una funzione testicolare ridotta, mentre riacquistato il peso normale si è assistito ad una normalizzazione dei livelli di testosterone. Per quanto riguarda i bassi livelli di testosterone che possono essere considerati l'equivalente maschile del requisito dell'amenorrea del DSM-IV, Scott (1986) ha suggerito che l'evidenza mostra che, nei maschi, la riduzione dell'attività endocrina è dovuta parzialmente alla malnutrizione, mentre nelle femmine può essere indipendente dalla perdita di peso.

La sessualità dei pazienti maschi è stata sottoposta a numerose e accurate indagini. Crisp e Burns (1983) hanno messo in evidenza l'indifferenza per la diminuzione dello stimolo sessuale manifestato dai pazienti maschi in contrasto all'ambivalenza delle femmine riguardo alle mestruazioni. Alcuni pazienti, temendo di essere omosessuali, diminuirono l'interesse sessuale per mitigare le loro paure di omosessualità. Andersen (1986) ha individuato nella limitazione delle esperienze sessuali una fonte di notevole stress per i maschi adolescenti. Herzog trovò che i pazienti anoressici maschi sperimentavano isolamento affettivo, inattività sessuale e conflitti omosessuali, ed ipotizzò che le pressioni culturali e l'omosessualità maschile potessero essere fattori di rischio per lo sviluppo di DCA. È inquietante notare che molti di questi pazienti affermano di sentirsi meglio una volta che il digiuno prolungato li ha debilitati a tal punto da annullarne le pulsioni sessuali: la malattia, quindi, sembra diventare un modo per risolvere dolorosi conflitti interiori legati alla loro sessualità. I maschi anoressici mostrano, spesso, un considerevole grado d'ansietà che riguarda le loro attività sessuali.

Andersen (1986) ha argomentato che essere biasimati per la mancanza di controllo sul cibo e presi in giro per essere obesi, spesso, porta i maschi a mettersi a dieta; l'autore ha sostenuto che le modificazioni delle misure del corpo e dell'aspetto finalizzate al miglioramento dell'autostima è il fattore motivazionale più forte per mettersi a dieta mostrato dai maschi. Altri fattori motivazionali proposti includono il desiderio di essere più attraenti per il sesso opposto, le richieste di un superiore di perdere peso per un avanzamento di carriera, motivi medici e il tentativo di evitare l'invecchiamento.

Altri studi hanno trovato che i maschi con disturbi alimentari tendono ad avere uno stile di personalità passiva-aggressiva e hanno avuto, durante la crescita, da parte dei loro pari atteggiamenti di rifiuto verso il loro corpo. I ricercatori hanno sostenuto che gli anoressici maschi hanno spesso personalità dipendenti ed evitanti, e tendono a non adeguarsi alle aspettative culturali della mascolinità quali competitività, muscolosità/forza, aggressività fisica, indipendenza e abilità sportiva (Kearney-Cooke e Steichen-Asch, 1990). Gli autori hanno, inoltre, asserito che i maschi con DCA sono inclini ad avere relazioni molto strette

con le proprie madri; la maggior parte di costoro riferivano relazioni interpersonali problematiche con i coetanei, sostenevano di avere avuto meno possibilità di entrare nella squadra sportiva e lamentavano di essere stati derisi dai loro pari per l'aspetto corporeo, di cui loro stessi si vergognavano.

Differenze fra maschi e femmine

Il quesito se il sesso femminile è a più alto rischio di quello maschile per i disturbi alimentari, e se così fosse, per quale motivo, è stato oggetto d'indagine e innumerevoli dibattiti. Sfortunatamente in letteratura vi sono pochi studi controllati su maschi affetti da Anoressia e Bulimia. Scott (1986) ha suggerito che i maschi adolescenti sono meno a rischio di anoressia a causa dell'età d'inizio della pubertà. Le femmine hanno lo sviluppo fisico che precede quello emozionale, con una conseguente tensione psicologica che le rende più vulnerabili; l'autore ha anche affermato che i maschi possiedono un ulteriore fattore di protezione che li salvaguarda: la mancanza di forti spinte socioculturali alla magrezza.

Per alcuni autori, l'età d'esordio dei DCA nei maschi, di solito, è maggiore e più spesso questi hanno una storia d'obesità e sovrappeso. I maschi eterosessuali non sono esposti alla stessa intensa pressione culturale ad essere magri che donne e ragazze sopportano. Una rassegna dei rotocalchi popolari e degli show TV ha mostrato che le donne sono incitate a fare diete e ad essere magre per sentirsi bene con se stesse, per avere successo a scuola e nel lavoro, e per affascinare gli amici e il proprio partner. I maschi, invece, sono sollecitati ad essere forti e influenti, a modellare il proprio corpo e a farlo così possente da competere con successo, ad accumulare potere e ricchezza, e a difendere e proteggere le loro fragili e magre compagne.

Nonostante la letteratura abbia riportato numerose analogie fra maschi e femmine con AN, Halperin (1996) ha sostenuto che non vi sono elementi conclusivi sulla loro relazione; l'autore ha supposto che le femmine si sottopongono a drastiche diete per dimagrire, mentre i maschi, solitamente, s'impegnano in esagerati esercizi fisici come metodo privilegiato per perdere peso. Una ricerca ha sostenuto che i maschi anoressici mostrano un profilo psicologico, affine a quello femminile, che è caratterizzato da un senso d'inadeguatezza interpersonale e dall'incapacità a controllare le proprie emozioni (DeAngelis, 1997). Anderson (1999) riferisce che quantunque l'AN possa apparire identica in entrambe i sessi, il suo decorso presenta importanti differenze. Quando i pazienti di entrambe i sessi sono gravemente ammalati, eccessivamente dimagriti, con livelli elettrolitici anormali e altre complicanze mediche, appaiono molto simili e richiedono un trattamento analogo; ma quando guariscono dal punto di vista medico e i loro sintomi sono scomparsi, la storia di vita individuale di ciascuno rivela palesi differenze fra i sessi nella predisposizione, nel decorso e nell'esordio. Anderson prospetta che i maschi anoressici si **differenzino** dalle femmine in alcune delle aree principali del mettersi a dieta. Il primo aspetto riguarda il perché i maschi si mettono a dieta; l'autore sostiene che differentemente dalle femmine, le quali si mettono a dieta perché si sentono grasse, i maschi fanno la dieta perché sono stati sovrappeso fino ad un certo punto della loro vita. In secondo luogo, i maschi più spesso delle femmine fanno la dieta per conseguire nello sport i traguardi stabiliti o per evitare alcuni tipi di danni specifici del loro sport che potrebbero essere collegati all'aumento di peso. Per terza cosa, vi è una maggiore prevalenza di maschi che fanno la dieta per sfuggire a possibili problemi di natura medica, specialmente quelli che hanno visto soffrire di questi mali i propri genitori. Anche i problemi di autostima si presentano diversamente nei maschi; costoro possono pensare che fare diete ed esercizi fisici permetterà loro di sentirsi più virili e, perciò, più *"in control"*, condizione che, credono, li porterà ad un maggior rispetto da parte di amici e conoscenti (Anderson, 1990, Anderson e DiDomenico, 1992).

In una ricerca, Woodside (2001), uno studioso del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Toronto, ha esaminato e confrontato 62 maschi e 212 femmine affetti da DCA con un gruppo di controllo di 3.800 maschi senza disturbi alimentari. Sebbene le femmine con DCA fossero più del doppio rispetto ai maschi, questi ultimi erano in numero maggiore rispetto a quelli attesi; ciò suggerisce che l'incidenza dei DCA nei maschi è maggiore di quella stimata (1 maschi: 8 femmine). In termini di sintomi e d'insoddisfazione per il proprio corpo e per la propria vita, sono state rilevate minime differenze fra maschi e femmine. Entrambe i sessi soffrivano di quote simili d'ansia, depressione, fobie, attacchi di panico e alcol dipendenza, ed entrambi erano più insoddisfatti su come andavano le cose nella loro vita, rispetto ai maschi del gruppo di controllo senza DCA. Sulla base dei propri dati, Woodside sostenne che i suoi studi confermavano l'assunto che l'Anoressia e la Bulimia sono patologie che si manifestano sostanzialmente in modo simile nei maschi e nelle femmine.

Margo (1987) ha riportato che l'iperattività era la sola differenza statisticamente significativa rilevata in un suo studio che confrontava maschi e femmine anoressici, con il 62% dei maschi che esibivano comportamenti iperattivi rispetto soltanto al 26% delle femmine. Yates e coll. (1983, 1992) hanno sostenuto che la corsa compulsiva può essere considerata una manifestazione sintomatica dell'anoressia nei maschi e, per quanto possa essere classificata semplicemente come un sintomo del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, che vi è una significativa corrispondenza fra le due sintomatologie tale da giustificare successive ricerche.

L'umore depresso è stato trovato con alta frequenza sia nel gruppo delle femmine sia in quello dei maschi e sono stati rilevati comportamenti ossessivi in più della metà dei pazienti nei due gruppi (Sharp et al., 1994).

Alcuni autori hanno sostenuto che vi sono differenze nella percezione del corpo fra gli adolescenti dei due sessi. Le femmine sono più frequentemente insoddisfatte del loro peso e percepiscono più spesso se stesse in sovrappeso rispetto ai loro coetanei maschi di relativo peso simile. In una ricerca effettuata nell'Università della Pennsylvania (1993), ad un gruppo d'individui d'entrambe i sessi fu mostrata una serie di sagome umane e fu chiesto loro di scegliere la figura che credevano fosse più loro somigliante; ad ogni partecipante fu domandato, inoltre, di scegliere la sagoma che ritenevano rappresentasse il loro fisico ideale. Furono riscontrate rilevanti differenze: le femmine avevano la tendenza a scegliere sagome che erano più larghe di quanto loro erano, e a prediligere una figura ideale che era sottile in modo non realistico; i maschi, al contrario, tendevano a vedere se stessi più minuti di quanto in realtà non fossero e scelsero una figura ideale più larga.

Halperin (1996) ha suggerito che, a differenza delle ragazze, i coetanei maschi costruiscono l'immagine del loro corpo attraverso la partecipazione ad attività sportive e di gruppo, attività che fungono da rinforzo esterno per l'accettazione del proprio corpo. Kearney-Cooke e Steichen-Asch (1990), nella loro indagine sul rapporto fra immagine corporea e disturbi alimentari, trovarono che, sin dalla nascita, i ragazzi sono indottrinati a sapere "*che cosa significa essere un uomo*". Di conseguenza, sviluppano la convinzione che ciò imponga di possedere un certo set di attitudini e di comportamenti che includono indipendenza, preoccupazione per la carriera, competitività, forza fisica, aggressività e coraggio. Quando il giovane maschio trova difficoltà a conseguire questi scopi, sviluppa un senso d'isolamento emotivo quale esito del comportamento problematico.

In un'altra indagine condotta fra gli studenti di un college, il 13% dei maschi percepirono se stessi in sovrappeso mentre l'11% lo erano realmente. Nel gruppo delle femmine, no-

nonostante una proporzione simile fosse, di fatto, in eccesso di peso, il 50% di loro si percepì in sovrappeso. Non sorprende, perciò, che più femmine rispetto ai maschi si sottopongano a diete dimagranti, e si potrebbe ipotizzare che queste differenze percettive e un peso ideale più alto possano fungere da fattori protettivi che preservano i maschi dall'impegnarsi in diete dimagranti. Ciò potrebbe, in seguito, proteggerli dallo sviluppare disordini alimentari, per quanto i maschi che si sottopongono a diete corrono lo stesso rischio di sviluppare disordini alimentari delle femmine.

È interessante notare che quando viene chiesto alle donne di esprimere un desiderio magico, di solito, aspirano ad una perdita di peso. Alla stessa domanda, i maschi rispondono che desiderano denaro, potere, sesso e uno stile di vita di successo; solitamente percepiscono il loro corpo in modo reale, e se hanno preoccupazioni per il loro aspetto fisico è perché vorrebbero essere robusti e più muscolosi e non esili e magri come le donne. I maschi di solito identificano la magrezza con la debolezza e la fragilità, caratteristiche che disperatamente cercano di evitare. La preoccupazione per l'immagine corporea sembra essere una delle variabili più importanti per l'individuazione dei disturbi alimentari. Alcuni studiosi hanno sostenuto (Wertheim et al, 1992) che l'impulso alla magrezza è il più importante predittore di condotte finalizzate al dimagrimento, anche più rilevante delle variabili familiari.

In ambito preventivo e clinico, ha suscitato un particolare interesse la ricerca delle differenze nei fattori di rischio fra maschi e femmine. Alcuni fra gli aspetti che più frequentemente sono stati rilevati nei pazienti maschi, sono i seguenti:

- da bambini sono stati grassi o in sovrappeso;
- hanno una storia di diete. Il mettersi a dieta è una delle cause più influenti che favoriscono l'esordio dei disturbi alimentari in entrambe i sessi, e uno studio sostiene che il 70% circa degli studenti delle scuole superiori si sono sottoposti a diete per migliorare il proprio aspetto fisico (Weltzin, 2001);
- praticano degli sport che richiedono un fisico magro. Podisti, maratoneti e fantini sono a più alto rischio rispetto ai giocatori di calcio e agli atleti che fanno sollevamento pesi. I lottatori, poiché devono dimagrire rapidamente prima di un incontro agonistico in una categoria di peso inferiore, possono correre un particolare rischio di scompenso psicopatologico. I body builders sono più vulnerabili se "svuotano" completamente il corpo delle riserve di grasso e di fluidi per raggiungere una definizione muscolare più elevata;
- fanno una professione o un lavoro che richiede un corpo magro. Modelli, attori e animatori televisivi sembrano essere a più alto rischio rispetto alla popolazione generale;
- alcuni maschi con disturbi alimentari, ma in nessun modo tutti, sono membri di comunità di omosessuali, dove gli uomini sono giudicati per il loro fascino fisico nello stesso modo in cui le donne sono valutate nelle comunità eterosessuali.

CARATTERISTICHE CLINICHE DEI DCA NEI MASCHI

Numerosi ricercatori hanno sostenuto che le manifestazioni sintomatiche dei disturbi alimentari nei maschi sono clinicamente simili a quelle delle femmine (Schneider e Argas, 1987). Gli individui a rischio possono condurre un'esistenza normale, senza scompensi psicopatologici; ciò nonostante, in presenza di un evento scatenante, possono sviluppare

un Disturbo del Comportamento Alimentare. I fattori scatenanti rientrano spesso nelle normali crisi del ciclo di vita che ogni individuo deve affrontare, ma che, per le persone a rischio, possono essere affrontate solo con grande difficoltà e sovente con lo sviluppo di sintomi. Tra i più frequenti fattori scatenanti, troviamo: fallimenti relazionali, cambiamenti del ruolo sociale e lavorativo, perdite affettive, malattie personali o di un familiare.

L'Anoressia Nervosa maschile

Il tipico maschio anoressico viene descritto, da alcuni autori, come un soggetto depresso, ipersensibile, con forti sensi di colpa e scarsa autostima. L'ambiente familiare nel quale egli cresce ha un ruolo centrale nello sviluppo della malattia: un padre poco presente e una madre dominante e intrusiva sono quasi una costante nella vita degli anoressici. La figura paterna, in particolare, è spesso caratterizzata da atteggiamenti culturali di mascolinità molto stereotipata (per esempio, eccessiva indulgenza sul consumo di alcolici, ecc.).

Crosscope-Happel e coll. (2000) hanno sostenuto che l'AN è un problema patologico serio con un'incidenza tale che negli Stati Uniti può colpire, nell'arco di un anno, oltre un milione di maschi. Come accade per tutto lo spettro dei Disturbi del Comportamento Alimentare maschili, l'AN è difficilmente diagnosticata a causa della concezione erronea che solamente le femmine possono andare incontro a questo disturbo. Per di più, il numero dei maschi potrebbe essere inesatto per il fatto che questi non sono propensi a rendere pubblico di essere affetti da una patologia tipicamente femminile o frequente tra gli omosessuali.

I pazienti con Anoressia Nervosa sono classificati dal DSM-IV in tipo Con Restrizioni e Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione. I restrittivi perdono peso esclusivamente con diete e/o esercizi fisici, gli altri hanno episodi di abbuffate e/o possono regolarmente auto-indursi vomito e abusare di diuretici, lassativi o clisteri. Uno studio (Sharp et al., 1994), su 24 maschi con anoressia confrontati con un gruppo di controllo di femmine, concorda con alcune ricerche precedenti nel reputare che le abbuffate e il vomito auto-indotto si presenta generalmente in circa la metà dei maschi con anoressia rispetto ad un terzo del gruppo delle femmine. Gli esercizi fisici eccessivi sono più frequenti e l'abuso di lassativi è meno frequente nel gruppo dei maschi rispetto a quello delle femmine. Il profilo psicopatologico dei maschi con anoressia è più o meno simile a quello delle femmine, con sintomi depressivi e ossessivi comuni in entrambe i gruppi, che possono essere sia i fattori causali sia le conseguenze del dimagrimento.

Quantunque le pubblicazioni su quest'argomento diventino sempre più numerose, vi è tuttora una conoscenza insoddisfacente di questo disturbo nel sesso maschile. I maschi anoressici sembrano manifestare una considerevole quota d'ansietà nei confronti dell'attività sessuale e delle relazioni sociali. Fichter e Daser (1987) misero a confronto maschi e femmine anoressici e trovarono che i primi manifestarono un'apprensione significativamente maggiore per la sessualità; gli autori osservarono che l'80% dei pazienti maschi studiati erano cresciuti in famiglie che consideravano i rapporti sessuali oggetto di tabù.

Osservazioni simili su pazienti maschi, riguardo ad ansia di natura sessuale e a bassi livelli d'attività sessuale, sono state riferite da numerosi autori. Burns e Crisp (1984) trovarono che i maschi anoressici studiati manifestavano un esplicito sollievo alla diminuzione del loro impulso sessuale durante la fase acuta della malattia. In una ricerca di Herzog e coll. (1989), i pazienti maschi anoressici differirono significativamente dalle femmine per quanto concerneva le esperienze sessuali; i maschi, anche prima dell'esordio della patologia, erano significativamente meno disposti ad avere rapporti sessuali, o ad essere coinvolti in relazioni affettive sessualizzate, rispetto al gruppo di controllo di femmine.

Una ricerca di Andersen e Mickalide (1983) ha mostrato che un elevato numero di maschi con anoressia potrebbe avere persistenti o preesistenti problemi nella produzione di testosterone. I maschi con anoressia mostrano un graduale declino nelle loro capacità riproduttive al progredire della malattia piuttosto che l'on/or/off della riproduzione femminile.

Un'alta percentuale di omosessualità e di confusione nell'identità di genere è stata riportata fra i maschi anoressici; tale incidenza, stimata come elevata, è di circa il 21% (Anderson, 1990; Crisp, 1983). I maschi omosessuali hanno mostrato continue preoccupazioni per il proprio corpo e manifestato una relazione fra aspetto fisico e autostima simile a quella delle pazienti femmine. I maschi anoressici più giovani hanno una maggiore confusione, rispetto alla norma, sulla propria identità sessuale e possono essere presi in giro dai propri pari per il loro sovrappeso o per la loro mancanza di controllo sul cibo. Una ricerca fra maschi anoressici preadolescenti ha evidenziato che la paura di diventare grassi e ridicoli è un frequente fattore scatenante, anche se vi possono essere altre variabili di personalità e/o disturbi psicopatologici, quali disordini ossessivo-compulsivi e disturbi d'ansia.

L'ossessione di perdere peso è un tratto abituale alla base dei comportamenti anoressici in entrambe i sessi, ma nei maschi vi sono altri fattori che fanno ipotizzare l'anoressia maschile come una sindrome caratteristica. In primo luogo, dall'esame dell'anoressia maschile si riscontrano i soliti sintomi inclusi la perdita di peso, la preoccupazione per la dieta, la perdita del desiderio sessuale e il disagio per il proprio corpo. I criteri diagnostici sono simili nei due sessi: digiuno autoindotto, paura di ingrassare dovuta alla perdita di controllo sul cibo e disordini nell'attività ormonale del sistema riproduttivo. Come nelle femmine vi è un'alta percentuale il cui esordio avviene durante gli anni dell'adolescenza. Tuttavia, vi sono delle caratteristiche atipiche che rendono peculiare e difficoltosa la diagnosi di anoressia maschile; queste includono differenze nel peso prima della malattia, le modalità d'esordio e i bisogni psicologici. Mentre la maggior parte delle femmine è normopeso prima dell'inizio della dieta, i maschi anoressici nel complesso sono sovrappeso. I maschi anoressici sono più interessati ad accrescere la definizione muscolare e ad evitare un corpo flaccido, e meno determinati a raggiungere un peso preciso.

Kearney-Cooke e Steichen-Asch trovarono che i maschi anoressici tendevano ad essere introversi e chiusi nei rapporti con i genitori. Questi autori conclusero che *"nella loro cultura valori quali l'aggressione fisica, la competizione, l'essere atletici e l'indipendenza sono considerati desiderabili nei ragazzi, mentre la dipendenza, la passività, l'inibizione dell'aggressione fisica, l'essere minuti sono più appropriate per le ragazze. I ragazzi che, in seguito, svilupperanno l'anoressia non sono conformi ai modelli di mascolinità, sono più dipendenti, passivi, e non atletici, tratti che possono portare a sentimenti d'isolamento e disprezzo per il corpo"*.

Sono stati individuati tre sottogruppi di anoressia maschile sulla base dell'età d'esordio: (a) ad esordio precoce (prepuberale 11-13 anni); (b) ad esordio tipico (adolescenziale 13-19); (c) ad esordio adulto (dopo i 19 anni). Tutti e tre i sottogruppi condividono caratteristiche di ossessività, di perfezionismo e di bassa autostima. L'identità sessuale è un aspetto rilevante che regola nei maschi anoressici le motivazioni per il digiuno autoindotto.

Nei maschi l'anoressia può evolvere in forme bulimiche in cui il craving fisiologico e i bisogni emozionali non soddisfatti vanno incontro a periodi di rituali di abbuffate e di comportamenti d'eliminazione alternati a rigidi digiuni. I casi di anoressia-bulimia hanno visto coinvolti giovani maschi che, mancando di fiducia in se, cercavano di strappare l'approvazione dei loro pari maschi attraverso la conquista di un fisico sportivo magro e snello. Mentre le ragazze cercano di raggiungere un peso preciso, i maschi che divente-

ranno anoressici hanno in mente un modello da imitare (uno sportivo, una rock star, ecc.), quando cominciano la dieta.

In genere, i recenti studi che si sono concentrati sul decorso dell'AN maschile e sulla frequenza di diagnosi di commorbidità psichiatrica hanno mostrato notevoli analogie in entrambe i sessi.

La Bulimia Nervosa maschile

Sebbene la frequenza delle abbuffate nei due sessi sia quasi del tutto simile (Brownell, 1995), i maschi mostrano di rispondere con minore auto-ostilità alle abbuffate rispetto alle femmine, e questo può rendere le condotte d'eliminazione meno attraenti. Perciò non sorprende che il vomito autoindotto è 4-5 volte più frequente tra le femmine rispetto ai maschi. Può essere difficile identificare con precisione la frequenza delle abbuffate nei maschi, poiché questi ultimi possono avere una soglia più alta per definire un pasto come scorpacciata, o ammettere meno facilmente delle femmine di abbuffarsi e/o vomitare.

L'età media d'esordio per i maschi è stata riportata fra i 18 e i 26 anni, contro i 16-18 nelle femmine. Tuttavia, sono necessari studi più ampi per confermare che l'età d'esordio è più tarda nei maschi.

I maschi bulimici appaiono sessualmente più attivi rispetto a quelli anoressici sia nella fase premorboza sia durante malattia (Pope et al., 1986), e secondo alcuni studi riportati dall'*American Journal of Psychiatry*, su un campione esaminato di 135 uomini affetti da bulimia nervosa, il 27% era costituito da omosessuali e bisessuali, il che fa ipotizzare una qualche relazione che lega il disturbo alla natura dell'orientamento sessuale.

Un profilo di commorbidità psichiatrica simile è stato riferito per maschi e femmine con bulimia, i pazienti di entrambi i sessi hanno un'alta prevalenza di depressione, ansia, abuso di sostanze e disturbi di personalità (borderline, istrionici, narcisistici e antisociali).

Nel caso dei Disturbi da Alimentazione Incontrollata (DAI), si calcola che fino alla metà di tutte le persone obese, d'entrambe i sessi, soddisfa i criteri diagnostici e non vi sono specifiche differenze di genere degne di nota nell'esordio e nelle manifestazioni cliniche.

La "Reverse anorexia"

Recentemente, nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), è stata individuata una nuova sindrome che sta attirando l'attenzione di studiosi e ricercatori e sta invadendo il mondo maschile. Tale sindrome, chiamata "*Reverse Anorexia*" (RA) (Pope et al., 1993), "*bigorexia*", "*bigameraria*" (Taylor, 1985) e "*complesso di Adone*", interessa prevalentemente persone di genere maschile e più in particolare gli individui che sono affascinati dal conseguimento del "fisico perfetto" e che sono spinti da un travolgente impulso per una massa muscolare magra. Da qui il nome di "*anoressia inversa*" nel senso di un'analogia "speculare" con le caratteristiche proprie dell'AN; è una sorta di anoressia al contrario e riguarda la fissazione, appunto, di una muscolatura esagerata, ed è una dispercezione (una visione alterata) del corpo assolutamente uguale e contraria a quella dell'anoressica classica (che nella maggior parte dei casi è femmina). Mentre l'anoressica si vede grassa, anche se pesa 30 chili, viceversa, il maschio affetto da Reverse Anorexia si vede gracile persino se ha un fisico possente e muscoloso da Rambo. La RA ha dato l'opportunità ai ricercatori di valutare il giusto ruolo che occupa lo sport nella soddisfazione/insoddisfazione per la propria immagine corporea.

Questo tipo di dismorfia muscolare potrebbe essere concettualmente inserito nel Disturbo di Dismorfismo Corporeo, ma molti autori hanno notato come in realtà il comportamento di queste persone assomigli in maniera straordinaria a quello tipico dei pazienti con anoressia nervosa (AN) e hanno suggerito l'ipotesi che l'impulso verso la magrezza con "assenza" di tessuto adiposo, tipico dell'AN, venga sostituito dall'impulso verso muscoli enormi e sempre da "assenza" di tessuto adiposo (Pope et al., 1988). Richiamano tale immagine i cartoni animati che rappresentano eroi ipermuscolosi che combattono con avversari della loro stessa taglia. Chi si sta occupando di questo fenomeno, ha fatto notare che i cosiddetti action toys (giocattoli d'azione), che raffigurano soggetti maschili (per lo più in azioni di combattimento) e che rappresentano "ideali medi", stanno cambiando le loro misure: il petto da 112 è passato a 140 cm, la vita da 81 a 91 cm, i bicipiti da 30 a 69 cm.

Gli individui classificabili in questa sindrome, di solito, praticano assiduamente e compulsivamente il body building, che è uno sport individuale in forte ascesa e che ha lo scopo di accrescere la massa muscolare. La RA è caratterizzata da sintomi quali: (a) aspetto esterno: magrezza anche in soggetti molto muscolosi; (b) impulso irrefrenabile all'aumento della massa muscolare; (c) frequenza compulsiva di esercizio fisico; (d) eccessive restrizioni dietetiche; (e) frequente uso di steroidi anabolizzanti.

Una delle categorie più studiate in merito a questi disturbi dell'immagine corporea è stata quella dei culturisti. Si è spesso constatato (Olivardia et al., 2000; Blouin e Goldfield, 1995; Andersen et al. 1995) che questi soggetti, oltre al sintomo principale presentano, se paragonati a gruppi di controllo, anche disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, tendenza all'isolamento sociale, alti livelli di perfezionismo, elevato narcisismo, tratti ossessivo-compulsivi, bassa autostima, paura della maturità ed elevata aggressività. Inoltre, soprattutto i culturisti agonisti risultano sovente dipendenti dall'uso di steroidi anabolizzanti e vari tipi d'integratori vitaminici. Questi dati confermerebbero per gli autori un disturbo di personalità sottostante la sintomatologia, come si evidenzia sia nel vissuto interiore del culturista, eccessivamente sensibile alle critiche altrui, ansioso nei rapporti sociali, con bassa autostima e bisogno d'attenzioni su di sé, sia nei suoi agiti all'esterno, come si desume dalla tendenza ad esplosioni di aggressività e dall'uso smodato di droghe anabolizzanti. La scelta del body-building da parte di questi soggetti è poi indicativa di un'attenzione ossessiva su se stessi: il body-building è lo sport individualistico per eccellenza, perchè non richiede il monitoraggio continuo di un allenatore e si può praticare in solitudine; ha inoltre come scopo primario la "*costruzione del corpo*" da realizzare giorno dopo giorno, è insomma uno sport prettamente d'autocompiacimento che appaga nel praticante i suoi bisogni.

La limitata letteratura disponibile riguardo alla RA riporta che i culturisti mostrano elevati livelli d'insoddisfazione nei confronti della propria immagine corporea. Blouin e Goldfield (1995) hanno effettuato un importante esperimento che ha confrontato pesisti, corridori e sportivi che praticavano arti marziali in rapporto ad alcune variabili standardizzate come l'insoddisfazione corporea, l'impulso alla magrezza e l'impulso all'aumento della massa muscolare. È risultato che i pesisti riportavano una maggiore insoddisfazione per il proprio corpo rispetto agli altri sportivi. Tale insoddisfazione li portava ad assumere comportamenti bizzarri, come quello di indossare abiti molto pesanti anche in estate per nascondere la corporatura, secondo loro sempre troppo minuta. Queste persone utilizzano la RA come meccanismo di compensazione della percezione di sé ("*Mi sento sempre piccolo e fragile*"). Viene così perseguita tenacemente la forma a "V" della parte superiore del corpo, l'aspetto muscoloso, il peso moderato e la virtuale assenza di grasso corporeo.

Per dare un'idea delle limitazioni alla vita quotidiana causate da tale disturbo, basti pensare che quelli che ne sono colpiti passano molte ore a potenziarsi in palestra, si vergognano

a farsi vedere d'estate in costume sulla spiaggia, anche se sono obiettivamente muscolosi, si attengono in maniera maniacale ad una dieta ferrea iper-proteica ricorrendo talvolta a metodi compensativi per perdere peso (digiuno, vomito, uso di lassativi, esercizio fisico) e fanno infine spesso uso ed anche abuso di steroidi anabolizzanti, ignorando i rischi che tali assunzioni possono comportare. Non è un caso, per di più, che questa distorfa corporea abbia visto un rapido aumento negli anni '90, quando un'attività come il body building ha visto crescere il numero di appassionati e le attenzioni per il rimodellamento corporeo hanno portato al boom della chirurgia plastica e dei cosmetici.

Harrison Pope Jr (2000), uno dei ricercatori che per primi hanno studiato questo disturbo, ha affermato che l'ossessione dell'individuo si concentra sull'aumento della massa muscolare e la diminuzione di quella grassa. L'individuo con tale distorfa si impegna in una strenua quanto vana rincorsa verso un ideale fisico iper-mesomorfo; ciò nonostante non rimane mai soddisfatto dei risultati, si vede invece sempre smilzo, flaccido e gracile, da qui il nome "*anoressia alla rovescia*" per sottolineare la specularità con le distorsioni dell'immagine corporea proprie dell'anoressia. Per Pope tale disturbo è la ripresentazione dell'ossessione per le fattezze corporee dell'anoressia, solo espressa in una nuova forma; con un semplice ma efficace paradigma si potrebbe dire che il focus dell'ossessione non è più la paura d'ingrassare ma il timore di non essere abbastanza grossi.

Klein (1985) ha sottolineato che le persone con RA sono caratterizzate da un forte isolamento; come gli individui con AN sono coinvolti in un processo sociale che li porta ad evitare gli altri, a causa di un pervasivo senso d'inadeguatezza. Per compensare la loro insicurezza, questi individui intensificano l'attività fisica diretta a scolpire i muscoli in modo da apparire più "minacciosi", in una sorta di circolo vizioso. Inoltre, sebbene aspirino ad esibire un alto grado di sicurezza, la loro autostima tende ad essere piuttosto bassa e la loro "corazza" è utilizzata per proteggersi dal confronto con il mondo esterno. Silverman (2004) richiama l'attenzione sui cambiamenti avvenuti negli ultimi decenni riguardo ai ruoli sessuali e sostiene che si è passati da un modello di cultura patriarcale ad uno, quello odierno, egualitario, in cui l'intraprendenza delle donne induce il genere maschile a forti interrogativi circa il significato della loro mascolinità; in conseguenza di ciò, è come se, improvvisamente, sentissero il bisogno di marcare in modo inequivocabile i generi sessuali.

Antonini (2000), rifacendosi alle formulazioni di Kohut (1980), ipotizza alla base un disturbo di personalità sviluppatosi in seguito ad alcune carenze delle figure genitoriali nella relazione con il bambino, soprattutto per ciò che concerne l'appagamento dei suoi bisogni. Per esemplificare tali inadempienze basti pensare al fatto che i bambini, a causa dei cambiamenti avvenuti nella società, ormai da almeno due generazioni, passano sempre meno tempo con i genitori, e sempre di più con altre agenzie educative come la scuola, le domestiche e la televisione. Basandosi sul fatto che il body building rappresenta lo sport individualistico per eccellenza, dove è completamente assente la figura di un allenatore o dei compagni di squadra, l'autore sostiene l'ipotesi di una struttura deficitaria del Sé che spinge questi individui a manifestare disturbi di personalità (ipersensibilità alle offese e al giudizio altrui, ipocondria, bisogno d'attenzione). I soggetti affetti da RA, in altre parole, nello sviluppo della loro personalità esibiscono scompensi che li spingono alla ricerca ossessiva, nella gara e nella competizione, di ciò che non hanno vissuto nella loro prima infanzia con i genitori, ossia l'accettazione degli astanti, la realizzazione di bisogni esibizionistici e grandiosi. Secondo quest'ipotesi i problemi manifestati dal genere maschile nei confronti del proprio corpo vanno ricercati in una struttura inadeguata della personalità.

Altre ipotesi chiamano in causa la perdita, nella società odierna, dei rituali d'iniziazione sessuale. Tali rituali, soprattutto in adolescenza, hanno sempre avuto un effetto strutturan-

te e stabilizzante sull'identità di genere, e la loro mancanza procurerebbe nei maschi un vuoto d'identità. Questi individui cercherebbero, così, altri modi per curare la ferita procurata dalla virilità perduta. In altre parole gli individui affetti da questo disturbo metterebbero in atto un vero e proprio comportamento ossessivo (il "*gonfiarsi*", appunto) in sostituzione di alcuni riti antichi per ribadire la propria mascolinità. L'insoddisfazione verso il proprio corpo e il bisogno di ridefinire i ruoli sessuali sono solo alcune peculiarità dei soggetti colpiti dalla sindrome. Spesso la causa è da ricercare negli anni dell'adolescenza, quando i ragazzi che sono derisi per la loro eccessiva magrezza o per il loro sovrappeso si convertono, a causa della loro fragilità, ad una frenetica attività sportiva rinunciando, tra l'altro, alla famiglia e agli amici. È dimostrato da molti studi che sin dalle scuole elementari i maschi sentono meno la necessità di diete rispetto alle femmine, ma sono ugualmente insoddisfatti della loro immagine corporea (Drewnowskie e Yee, 1987).

IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI MASCHILI

Una difficoltà relativa al trattamento precoce dei DCA è legata al fatto che, essendo tali problemi ritenuti prevalentemente femminili, i maschi, riluttanti ad ammettere che ne sono affetti, richiedono l'intervento solo nelle fasi più gravi della malattia. Per di più, la maggior parte dei programmi di trattamento e i gruppi di supporto sono stati progettati per il sesso femminile e sono frequentati esclusivamente da donne. I maschi raccontano di essersi sentiti a disagio e fuori posto nelle discussioni sulla scomparsa del ciclo mestruale, su argomenti socio-culturali femminili, su annunci pubblicitari diretti alle donne e su argomenti simili. Ciò nonostante, come per il sesso femminile, i maschi hanno bisogno di un aiuto professionale per riprendersi e, quando portano a termine un trattamento effettuato da professionisti competenti, hanno un buon risultato. Essere maschi non incide negativamente sull'esito del trattamento una volta che l'individuo s'impegna in un programma efficace ben condotto.

Un primo passo accorto consiste in due valutazioni: la prima tratta di un consulto medico per identificare i problemi fisici che contribuiscono o sono conseguenti dai disturbi alimentari; il secondo riguarda un intervento psicoterapeutico finalizzato ad identificare e modificare i problemi psicologici sottostanti i comportamenti alimentari disfunzionali. Il trattamento psicoterapeutico dei disturbi alimentari maschili, così come di quelli femminili, deve procedere per obiettivi intermedi, in relazione alla fase sintomatologica e al grado d'insight.

Per quanto riguarda la prognosi, essa può essere negativa a causa di comportamenti violenti durante l'infanzia, d'assenza nell'adolescenza di fantasie e attività sessuali, di lunga durata della malattia e di forte perdita di peso.

UN CASO CLINICO

Michele, ventisei anni omosessuale e studente universitario fuoricorso in Medicina, aveva perso negli ultimi sei anni circa 45 chili, passando da 110 a 65 Kg (altezza 180 cm e IMC=20, normopeso). La sua famiglia è composta dal padre, dalla madre e da tre sorelle d'età maggiore. Era stato ricoverato un anno prima, a seguito di un tentato suicidio, in gravi condizioni fisiche e con tutti i parametri vitali alterati. Per quattro anni, oltre a sottoalimentarsi, abbuffarsi e provocarsi il vomito, aveva fatto jogging e palestra per sei-sette ore al giorno. La mattina prima di andare all'università, poi finite le lezioni e la sera, dopo cena, anche fino a mezzanotte. Ammise, disperato, che non riusciva più a fermarsi. Aveva un fisico atletico, ma si vedeva piccolo, flaccido e gracile nonostante la muscolatura perfetta guadagnata in ore quotidiane d'attività fisica. S'imponeva di mangiare solo carne e verdure, niente carboidrati, soprattutto niente dolci. Il corpo e la prestanta fisica erano diventati un'ossessione. Non riusciva più a studiare da

quanto il pensiero della dieta e dell'attività fisica impegnava la sua giornata. Era persino arrivato a far uso, di tanto in tanto, anche di cocaina e d'anabolizzanti.

Michele si presentò al primo colloquio con modalità comportamentali, a prima vista, adeguate e ben curate nella persona. L'attitudine generale era in linea di massima mite, o fors'anche sottomessa, con una sfumatura di disponibilità assoluta, senza poter nascondere una forte quota d'ansia. Già al primo impatto si andò cogliendo nettamente l'ambivalenza insita nel comportamento generale, con un'inadeguata mescolanza tra bisogno di piena collaborazione ed una corazzata e diffidente resistenza. Ne conseguì una certa incongruità generale che si coglieva nella postura, nei movimenti rigidi e talora non ben integrati col tono di voce ed i contenuti che esprimevano. La mimica era poco mobile, talora sembrava simulata, come se indossasse una maschera teatrale per l'occasione specifica del colloquio. Trasmetteva la sensazione di un continuo "arrière-pensée", come se esistessero due modalità di vissuto, una di superficie che utilizzava per il rapporto attuale ed una sottostante impenetrabile, ma immediatamente in contatto con la prima con la quale interferiva.

Michele riferì che i disturbi veri e propri erano cominciati a 22 anni in concomitanza della scoperta da parte della madre delle sue menzogne sugli esami universitari. Aveva sempre raccontato ai genitori di essere in regola con gli esami, di avere ottenuto degli ottimi voti e di aver cominciato a scrivere la tesi di laurea, che a breve avrebbe conseguito; per essere ancor più convincente aveva contraffatto il libretto universitario. Tuttavia, le premesse del malessere risalgono ad un anno prima, a 21 anni, in corrispondenza della rottura della sua prima relazione affettiva omosessuale. La relazione era durata circa un anno ed era stato lasciato dal compagno per le sue continue scenate di gelosia. Sin dall'adolescenza, Michele aveva anche avuto rapporti affettivi eterosessuali di tipo spirituale, solamente però per nascondere alla famiglia e agli amici la sua omosessualità ed avere una parvenza di "normalità".

Descrisse così il suo incubo quotidiano: *"Uno dei momenti peggiori è svegliarmi la mattina con il terrore ingiustificato di salire sulla bilancia e trovarmi un po' più pesante del giorno prima ... altre cose che non sopporto sono ... assistere alle altrui abbuffate e poi contemplare il mio piatto d'insalata scondita, rifiutare qualunque cosa mi venga proposta rispondendo - No, grazie, non mi va - come un ammalato ... provare terrore ed ansia ogni qualvolta assumo anche solo 10 calorie in più di quelle che avevo previsto ... essere osservato da qualcuno che mi dice - Sei troppo magro - ... non avere la forza di muovermi, litigare con mia madre che mi assilla per farmi mangiare e che urla di non poterne più ... sentire dentro il senso di colpa per aver generato preoccupazioni alla mia famiglia ... sentirmi solo con la mia magrezza incompresa ... è assurdo, ma nel mio caso è stato così: l'anoressia mi ha reso estremamente felice, la bulimia intensamente infelice. Attraverso i miei occhi vuoti d'anoressico ho visto per la prima volta la vita in un'ottica totalmente diversa, nuova ... ho vissuto esperienze indimenticabili, mi sono sentito per la prima volta desiderato. Attraverso i miei occhi gonfi e pieni di lacrime di bulimico ho visto infinite volte precipitare il mio cibo ed i miei sogni nel water, trascinati dallo scarico ... sono ammattito a causa della cefalea, ho visto il mio corpo cambiare non so quante volte, ho visto trasformarsi un atto comune come quello di mangiare in qualcosa di diabolico ... ho passato notti insonni a rimpinzarmi di nascosto e giorni interi con un lancinante senso di colpa. A differenza dell'anoressia, la bulimia è riuscita a farmi sentire malato, diverso, annullato, e a farmi vergognare ogni qualvolta venivo scoperto ... mi sento umiliato".*

Riguardo ai problemi di anoressia, Michele affermò di non aver mai preso coscienza della malattia: *"Io non ho mai avuto coscienza d'essere anoressico, avevo raggiunto un obiettivo, essere oltremodo magro e muscoloso, non potevo chiedere di meglio. Chiedevo semplicemente di esserlo ancora di più ... provavo piacere nel sentire al tatto la consistenza delle ossa e dei muscoli, soddisfazione nel provare sfinimento fisico in palestra e tornare in seguito a casa per mangiare solo una barretta dietetica con un bicchiere di succo d'arancia, gioia nell'ammirarmi in qualunque superficie riflettente e scoprire puntualmente il mio volto scavato ed il mio stomaco cavo con l'addome a tartaruga, che spiccava sotto le costole in evidenza. Mi sentivo talmente appagato da me stesso da non avere il tempo e le facoltà per capire che la situazione mi era sfuggita di mano".*

La madre, pur così furente col figlio per le menzogne sugli esami universitari da non rivolgergli la parola da mesi, fu la prima ad allarmarsi e a prendere provvedimenti. *“Non solo assisteva quotidianamente ai miei pasti ipocalorici, ma veniva spesso avvicinata da persone che, dopo avermi visto, le chiedevano se fossi malato per via del pallore dipinto sul volto e dell’eccessiva magrezza. Non era il primo caso in famiglia, ecco perché fui recuperato prima che la situazione degenerasse ulteriormente. E comunque la bulimia può essere taciuta e nascosta, l’anoressia no”.*

Impacciato nei movimenti, non presentava turbe di coscienza di rilievo. A tratti confuso, si riorientava rapidamente nel tempo e nello spazio e nelle persone, il campo di coscienza era sufficientemente esteso e comprensivo, senza gravi restringimenti, e la coscienza permetteva slittamenti e spostamenti temporali adeguati. La coscienza di sé sembrava nella norma e non si sono evidenziate, durante i colloqui, alterazioni del sentimento di proprietà degli atti di conoscenza; non depersonalizzazione auto-allo o somatopsichica. La memoria sembrava, nei termini elementari, in ordine. Gli eventi immediati, recenti e attuali erano ricercati con caparbietà e precisione. I contenuti mnesici erano sistemati in schemi temporali esatti, non vi è stato rattappimento della susseguenza temporale e storica degli eventi, non sono emerse paramnesie, non confabulazione, non aspetti dismnesici o di deformazione di nessun tipo. Abbastanza prevedibilmente, gli eventi che precedevano, coincidevano e riguardavano le abbuffate e il vomito auto-indotto erano invece riferiti con scarsa precisione, come in mezzo ad uno sfumato pittorico, come annebbiati, ma alla fine ordinati e sistemati in gruppi di eventi. Si comprende, da quanto detto, che l’attenzione non presentava sostanziali disfunzioni: le risposte erano adeguate, parlava opportunamente se interrogato, ma prendeva iniziative autonome nel racconto, con una buona tensione attiva verso la situazione e le argomentazioni: non vi erano, insomma, segni rilevanti d’ipoprosessia.

Descrisse così il suo passato: *“Da adolescente ero in sovrappeso, ho passato anni della mia vita vegetando in un corpo spesso oggetto di scherno da parte dei miei coetanei. Poi, un giorno, ho deciso che volevo cambiare le cose. Dopo soli 6 mesi mi sono ritrovato a pesare 30 kg in meno, ad indossare taglie piccole, a non essere riconosciuto da persone che appena qualche mese prima mi salutavano. All’epoca ho cominciato a frequentare clandestinamente il mondo gay, sentivo il bisogno di vedere confermato ciò che ero, di sentirmi finalmente desiderato, di dare sfoggio di me nei locali, di indossare jeans e magliette attillati, di essere attore e non più sempre e solo spettatore, di sentirmi vivo insomma. Mi sentivo vivo fuori, sì... senza capire quanto rapidamente stesse avanzando la morte interiore”.*

L’unica persona in famiglia a conoscenza dell’omosessualità di Michele era una sua sorella, più grande di due anni, con la quale aveva sempre avuto un rapporto confidenziale. Qualche anno prima, la sorella una sera gli chiese *“se si sentisse diverso”*; alla sua ammissione, gli confidò di averlo saputo da anni, ma *“di aver sempre conservato il beneficio del dubbio”*. Di comune accordo decisero di non parlarne con nessun altro in famiglia, e ciò rimase e rimane un loro segreto.

Ricorda di aver preso coscienza della propria omosessualità in adolescenza: *“La coscienza vera e propria del mio essere gay è scaturita a 14-15 anni, quindi molti anni prima dei problemi alimentari. Quando guardavo dei film mi sentivo attratto dagli interpreti maschi e non dalle attrici ... così ho realizzato, pian piano, che qualcosa girava diversamente da come avrebbe dovuto. Le ragazze non mi erano mai interessate e già da anni coltivavo pensieri insoliti per alcuni miei coetanei. Però, semplicemente, non era ancora il tempo di comprenderne la natura.”.*

Il linguaggio, come si coglieva durante il colloquio, appariva corretto, ma non del tutto scorrevole e talora ridondante, con frequente presa d’iniziativa, ricapitolazioni e richiami, addirittura richiami all’ordine dell’interlocutore se aveva l’impressione che questi lasciava l’argomento inconcluso. Il lessico era buono, corrispondente al livello culturale personale e dell’entourage familiare; i legami associativi a tutti i livelli, grammaticale, sintattico e logico, erano in ordine. Accettabile dunque la fluency del discorso, non vi erano aspetti di deviazione, di deragliamento o d’iperinclusività, non sono state rilevate espressioni psicologiche o neologistiche, non stereo-

tipie o palilalie. Sul piano strettamente formale il linguaggio sembrava appropriato, ma a dire il vero qualche segno d'intoppo, di scucitura dell'apparato logico e comunicativo, una certa singolare prosodia (impressione di modalità declamante), davano alla comunicazione una sfumatura stridente, un pò innaturale, come di una persona che viveva in un mondo suo, distaccato, in modo eccessivamente autonomo. Talora si notavano complesse e ricercate modalità lessicali, tecnicismi, giochi di parole o frasi costruite ed elaborate, finalizzate a divertire o ad impressionare l'interlocutore.

La percezione appariva nel complesso normale e, a detta di Michele, non risultava fossero mai esistiti fenomeni dispercettivi né quantitativamente né qualitativamente, non fatti illusori, non percezioni senza oggetto, quindi non allucinazioni, né pseudoallucinazioni, a parte le percezioni corporee anomale. Non sono risultate percezioni deliranti, fenomeni di diffusione o furto del pensiero, iperallusività, ripetizione sonora del pensiero, commento degli atti, colloquio di voci, allucinazioni imperative, esperienze d'influenzamento. In sintesi non vi sono stati fenomeni appartenenti alla sindrome d'azione esterna o all'automatismo mentale.

L'affettività aveva un'apparenza alquanto inadeguata e recitante e sembrava svolgersi in un'atmosfera poco genuina che pareva seguire un copione prefissato. Alle magniloquenti espressioni di gravità delle abbuffate e del conseguente vomito-autoindotto, come fatto in sé, non sembravano corrispondere sottolineature emotive, quasi che egli parlasse dei disturbi alimentari in generale, non dei propri. Gli eventi, emotivamente rilevanti connessi ai suoi problemi psicopatologici sembravano scuoterlo poco: il coinvolgimento era limitato, i vissuti di rimorso per le abbuffate erano formali, l'argomento era distanziato e raffreddato. Tuttavia, non c'era dubbio che il livello ansioso doveva essere notevole, e doveva essere sempre stato così: si trattava di un'ansia vissuta come esperienza interiore astenizzante e bloccante, e sembrava che ogni richiesta d'aumento di prestazioni interpersonale e sociale producesse la risposta astenica, determinando una componente d'inerzia e di rinuncia che limitava criticamente ogni tipo di rendimento sociale.

Era esistito, a suo tempo, il perseguimento di alcuni modelli di tipo sportivo (body building), ma la loro tenuta è stata scarsa anche per il basso livello di tolleranza alla frustrazione. Esisteva, di fondo, sommersa dalla recita disinvolta e grandiosa, un certo grado di depressione che era difficile dire se legata, in termini reattivi, ad una gravosa situazione generale e alla specifica situazione dei disturbi alimentari, o ad una struttura inerte, priva di spinte, tendenzialmente con uno scialbo e scuro colorito del tono dell'umore proprio della sua struttura temperamentale. Proprio per ovviare a questa struttura, come dire a questa impostazione astenica e depressiva, era risultato per lui utile l'uso sporadico di cocaina e quello più frequente di steroidi. In ogni caso non si rilevava propriamente un quadro depressivo conclamato, nè rallentamento psicomotorio.

Sin dai primi colloqui sono emerse numerose insicurezze: paura del buio, delle altezze, dell'isolamento e così via; tuttavia non vi erano fobie strutturate, non claustro nè agorafobie, non sentimenti di panico. Invece, esisteva un quadro di stato da allarme generale, che investiva la cenestesi, la sfiducia nel proprio corpo, il senso di precarietà generale e di bisogno di conferma e rassicurazione. Su questa sorta d'inerzia genericamente legata ad un senso di sé instabile e fluttuante si basava la grande dipendenza del paziente, che andava dal bisogno ambivalente di costanti rassicurazioni fino alla dipendenza da ipervalutazioni esterne e, saltuariamente, da sostanze.

Raccontò con apparente sofferenza e tristezza il suo percorso patologico e le sue pene alimentari: *“La dieta cominciò con molta serenità: mangiavo un pò di tutto, in quantità inferiore, facendo una moderata attività fisica di tanto in tanto. Successivamente, lo scorrere del tempo divenne inversamente proporzionale alla quantità di cibo assunta quotidianamente: più passava il tempo, più si accorciava la lista degli alimenti concessimi, senza contare che l'attività fisica era stata drasticamente intensificata (fastidiosissime applicazioni di elettrostimolazione alla massima potenza, ore in palestra in piena estate, camminate chilometriche ogni sera, uso frequente di anabolizzanti e cocaina). Ricordo che una volta caddi nel panico per aver mangiato qualche*

cosa in più e, non soddisfatto di averne vomitato una parte poco prima, andai di corsa a fare jogging, fino a quando mi sentii sfinito. Il numero di alimenti assunti era ristrettissimo, avevo abolito qualunque tipo di condimento, compresi olio e zucchero, non bevevo più di un bicchiere d'acqua al giorno per non sentirmi gonfio, evitavo di uscire a cena fuori, mi rimpinzavo di lassativi per avere, il giorno dopo, il ventre del tutto piatto. Sono stati mesi d'indescrivibili privazioni e sforzi dei quali, ora, forse non sarei più capace".

Parlando della sua omosessualità, Michele riteneva che vi fosse una qualche relazione fra il suo essere gay e i suoi disturbi alimentari: *"Riflettendo su me stesso e sulla mia esperienza, sono arrivato ad ipotizzare che questa mania di magrezza che si sviluppa in alcuni di noi potrebbe essere l'esternazione di una componente femminile che risiede nella nostra psiche e che ci distingue dal maschio medio che non aspira tanto ad essere magro come una donna, quanto piuttosto a metter su massa muscolare in palestra. Per maschio medio non intendo necessariamente l'eterosessuale, visto che anche tra i gay ci sono moltissimi ragazzi palestrati. Probabilmente io e molti altri abbiamo palesato il nostro desiderio di bellezza in chiave più femminile, non so".*

L'ideazione, nei suoi aspetti formali, non presentava processi rilevanti di accelerazioni o di rallentamento. Si poteva, invece, notare una certa vischiosità nel modo prolisso, circostanziato e ridondante di procedere nella narrazione. Non mancava in questa un certo grado di ripetitività ossessiva che, anche se non raggiungeva il livello propriamente ossessivo-compulsivo, si avvicinava nella rimuginazione e nell'insicurezza associata ad una sorta di continuo bisogno di conferma; necessità evidente dall'attenzione estrema posta ai movimenti mimici dell'interlocutore e dall'ipercompiacenza, con estrema prontezza a aderire agli "statements" del terapeuta. Non si sono evidenziati convincimenti di pensiero erroneo o distorsioni della coscienza della realtà o perdite del "reality test", che potessero far pensare a strutture deliranti. Esisteva, invece, nettamente una situazione di "idea prevalente" riguardo alle preoccupazioni per il proprio aspetto fisico che ci portava nel centro del nucleo patologico del paziente.

Dopo un primo periodo di diete e di restrizioni, nel mondo gay, Michele conobbe il suo secondo compagno: *"Uscendo con lui, non sono mancate le occasioni per raccomandarmi di restare magro com'ero, altrimenti le cose sarebbero cambiate".* L'esordio vero e proprio della bulimia, Michele lo fece cadere in corrispondenza di un viaggio a Londra col "fidanzato", durante il quale, per la prima volta dopo tanto tempo, mangiò quello che voleva senza alcuna moderazione: bastò questo per far riscoprire al suo corpo il piacere dei cibi, dolci, grassi e salati che fossero. Finito il viaggio, si trovò combattuto tra il desiderio incontrollabile di lasciarsi andare ai piaceri alimentari vissuti a Londra ed il terrore di ingrassare e di essere abbandonato da lui. Cominciò così, ogni sera, a mangiare regolarmente un pacchetto di biscotti. Tenerlo nello stomaco, però, era impossibile, ed iniziò a ficcarsi due dita in gola. Da allora la pratica venne ripetuta, diventando per anni la principale valvola di sfogo delle sue frustrazioni, delle sue paure, del suo stress, dei suoi momenti sottotono. *"Nonché la mia condanna all'infelicità".*

Il rapporto di questo figlio, unico maschio, con la madre è stato vissuto con modalità invadenti: la vischiosità reciproca si sviluppava intorno a questa relazione critica. Nel vissuto del paziente, alla madre che rovesciava sul figlio richieste compensatorie, rispetto ad una serie di frustrazioni emotive, personali e sociali, corrispondeva la risposta del figlio; risposta che, nel negarle una dipendenza assoluta, era espressa con l'ambivalenza evidente in un senso di sorda ribellione e di rodente recriminazione. All'interno di questa relazione primitiva, invischiata, d'amore e odio, si era sviluppata un'identità incerta e oscillante, e la formazione di un inarrivabile ideale dell'io; perciò, nell'impossibilità di produrre le prestazioni sociali e di studio pretese dalla madre, e nella corrispondente incapacità di riconoscere e comunicare questa impossibilità, dopo un tentativo di costruire un modello ideale autonomo e non madre-dipendente, quello sportivo, nettamente fallito, si delineava l'unica soluzione possibile, la menzogna patologica e l'esibizione di un curriculum di studi inventato. La figura paterna era marginale e aveva avuto poca rilevanza nella vita di Michele, sia perché il padre, ingegnere chimico, aveva sempre lavorato all'estero con brevi rientri di qualche giorno l'anno e sia perché durante i temporanei periodi di permanenza in famiglia non si era mai occupato dell'educazione dei figli.

Il momento inevitabile della rivelazione della falsa narrazione, il momento della resa dei conti, non è stato tollerato da Michele; troppo invischiata e quindi carica d'angoscia la relazione, troppo intensa la dipendenza, troppo violento il sentimento di trovarsi scoperto, carico di vergogna, rifiutato e disprezzato dalla sua principale figura d'attaccamento, per poter essere gestiti da una psiche vulnerabile e fragile. Michele visse il colloquio in uno stato di totale confusione ed estraneità; l'incontro durò pochi minuti che a lui sembrarono interminabili e si concluse con la madre gelida che con disprezzo gli disse: *"Da oggi ho un figlio di meno"*. E, di fatto, da quel giorno, la madre interruppe ogni rapporto con lui e non gli rivolse più la parola, fino a quando non si accorse che il figlio aveva sviluppato una patologia alimentare.

Cominciò a subentrare, dal momento "della resa dei conti", uno stato confusionale, con un restringimento quasi crepuscolare della coscienza, e perdita del sentimento di proprietà degli atti, con eccitamento psicomotorio violento mirante a deviare l'oggetto dell'insopportabile situazione; di questo Michele conservava tracce mnesiche appannate e frammentarie, via via corrette e ricostruite attraverso numerose rinarrazioni successive. L'attenzione si concentrò ossessivamente sul cibo e sull'aspetto fisico e Michele, interrotti del tutto gli studi, iniziò il suo tragico percorso di restrizioni alimentari, abbuffate, vomito autoindotto ed estenuanti esercizi fisici. Quando la condizione confusionale si attenuava, emergeva un'insopportabile angoscia, con un vissuto anomalo e falso d'imperturbabilità, e tentativi ingenui di nascondere, più che agli altri, a se stesso il terribile ricordo. Nella quotidianità di Michele è stata sempre presente l'ansia, ma vissuta come esperienza interiore astenizzante e bloccante, di fronte all'aumento di richiesta di prestazioni sociali, con esperienza di perdita del sentimento di proprietà dei propri atti di conoscenza, una sorta di confusione psicogena, accompagnata da intenso sentimento d'autoinsufficienza e inadeguatezza.

Al di là dei Disturbi del Comportamento Alimentare, non v'è dubbio che questo caso ci sollecita riflessioni relative ad un'area specifica della psicopatologia, che è quella della pseudologia fantastica o menzogna patologica. Quello di Michele è uno di quei casi in cui, attraverso la menzogna, o il racconto di cose mai avvenute, si manipola una situazione di studio, di posizione sociale, dalle grandi cose fino a quelle irrilevanti, avventure galanti, o eventi anche inimportanti in cui l'individuo è protagonista. In quest'elaborazione fantastica, talora, l'individuo può procedere fino a conseguenze straordinarie (avvocati e medici senza laurea e così via), ma più spesso i nodi vengono al pettine fino a creare il crollo dell'impalcatura pseudologica e la rivelazione della menzogna, scoperta che fa cadere tutta una serie d'elementi che, tenuti in piedi dal puntello della menzogna, crollano tutti assieme. Nella pseudologia fantastica si può andare dalla piccola menzogna autoelogiativa che ogni persona può usare, dallo spaccone, fino al mitomane, per giungere alle pericolose creazioni di realtà di vita basate sul nulla, come quella, nel nostro caso, di studenti che narrano sistematicamente in casa gli esami dati, falsificando i libretti universitari, fino alla tragica scoperta dell'inganno. Non è neppure esatto presentare la cosa come vera simulazione o menzogna, che comporta una precisa coscienza dell'io e uno scopo preciso della menzogna, come nel caso dei millantatori a scopo di truffa, dato che talora queste pseudologie fantastiche si posano sul filo del rasoio tra consapevole e inconsapevole, e talora queste menzogne sono sintoniche e disappropriate rispetto alla coscienza dell'io.

Dato che il fulcro di queste situazioni è sempre quello, anche se a livelli diversi e in dimensioni diverse, di porsi in una luce migliore e più brillante di quella reale, se si vuole meglio comprendere questo stato psicopatologico, non si può che ricorrere al costrutto d'Organizzazione di Significato Personale di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP) (Guidano, 1988, 1992; Reda, 2001; Arciero, 2002; Blanco e coll, vedi capitolo *"Formazione, manifestazioni e psicoterapia dei Disturbi del Comportamento Alimentare nell'ottica Costruttivista"*). Si tratta di personalità con un'emotività pervasiva ed eccessiva mirante all'approvazione o alla ricerca d'accettazione e d'attenzione. Non sempre ciò comporta seduttività o apertura verso gli altri, anzi spesso queste qualità tendono ad indebolirsi a causa del malumore e delle astiose pretese che nascono in queste situazioni. Spesso per ottenere il risultato, questi tipi di personalità possono "drammatizzare", cioè metter in scena qualcosa, inventare una sceneggiatura, mentire, raccontare storie (pseudologia fantastica), per porre su se stessi l'attenzione richiesta o porsi nella situazione desiderata. Assai più frequentemente, questo comportamento è diretto verso persone a cui

l'individuo è legato (più spesso genitori e coniugi) o verso persone su cui è diretto un interesse sessuale o sentimentale, e si può manifestare in una grande gamma di situazioni sociali e professionali; in taluni casi la neocostruzione di situazioni è stabile e dura a lungo, in molti altri casi l'espressione emotiva è invece labile e superficiale. Questi individui hanno un eloquio eccessivamente impressionistico e privo di dettagli. Vengono espresse, con acume, opinioni convincenti, ma le ragioni sottostanti sono di solito vaghe e generiche, senza fatti e dettagli di supporto. Per esempio, un individuo con questo tipo di personalità può affermare che una certa persona è un essere umano meraviglioso, ma è del tutto incapace di fornire esempi specifici di qualità positive che supportino quest'opinione. Gli individui con questo disturbo sono caratterizzati da autodrammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni. Comunque, le loro emozioni spesso sembrano accendersi e spegnersi troppo rapidamente per essere vissute in modo profondo, cosa che può portare gli altri ad accusare l'individuo di simulare questi sentimenti. Esiste un elevato grado di suggestionabilità, e le opinioni e i sentimenti vengono facilmente influenzati dagli altri e da momentanei entusiasmi. Possono essere eccessivamente fiduciosi, specialmente nei confronti di figure con forte autorità, a cui attribuiscono la risoluzione totale dei loro problemi. Tendono a seguire le impressioni e a adottare rapidamente convinzioni, e spesso considerano le relazioni più intime di quanto non lo siano in realtà, descrivendo quasi ogni conoscente come "*il mio più caro amico*". È evidente che questo quadro personologico si basa sulla "malleabilità" dell'identità personale e sulla possibilità della mente di falsificare la realtà ogni volta che si presenta una situazione di conflitto impercorribile e insostenibile. La coscienza di sé può essere manipolata alterando i mezzi di comunicazione, da quelli somatici (con disturbi somatoformi), a quelli ancorati agli organi di relazione, sensorialità e motilità (con i disturbi di conversione), o, in modo più complesso all'alterazione della coscienza e della memoria (stati confusionali psicogeni, stati crepuscolari), o, crescendo nella scala della complessità funzionale, a tecniche e attitudini recitanti o infine, alla menzogna.

Nel nostro caso, Michele aveva recitato una parte con una sceneggiatura che comportava la menzogna degli esami sostenuti e della laurea, allo scopo preciso di controllare la madre attraverso la manipolazione, manifestando nello stesso tempo, com'è d'uso in questi casi, una marcata dipendenza dalla stessa. È accaduto qui ciò che è tipico di questa personalità: il fluttuare di un vissuto intensamente intollerante, frustrato dalle situazioni dove la gratificazione è in procinto di cadere e si prevede con ciò il disprezzo e il crollo dell'ideale dell'io, ha fatto sì che la capacità di contatto venisse meno e lasciasse il campo a reazioni emotive catastrofiche e a valanga. In questo caso, l'azione residua adrenergica e stimolante della cocaina e l'uso degli anabolizzanti possono avere, con i loro effetti confusivi ed eccitanti, non certo causato ma favorito la reazione psichica.

Il comportamento delle ore precedenti l'incontro "rivelatore" con la madre fu del tutto coerente con l'insieme del vissuto: ore confuse, caotiche, fatte d'incontri, di cambi di luoghi, d'assunzione di cocaina, d'impacciate telefonate al "fidanzato", un andirivieni affaccendato che dimostrava l'inizio della perplessità psicogena nell'appressarsi del momento critico (la scadenza della menzogna), e il tentativo scoordinato di dilazionarlo e di immergerlo in un'atmosfera caotica. D'altra parte, una situazione di menzogna patologica come questa, conclusasi con la patologia alimentare, e questo così acuto rovesciamento dalla dipendenza all'autodistruzione, non può spiegarsi senza aggiungere un altro elemento della struttura psichica di Michele che è quella della dissociazione, fenomeno non infrequente negli scompensi delle personalità di tipo Disturbi del Comportamento Alimentare.

Queste situazioni di pseudologia fantastica, con menzogna patologica non mitomane legata a situazioni di scissione dissociativa, connesse ad una certa ottusa chiusura, priva della scherzosa giocosità superficiale del mitomane, legate spesso, com'è proprio il nostro caso, ad un senso di sé instabile, sono ovviamente esposte al crollo del sistema narrativo, che avviene di solito in modo subitaneo, globale e catastrofico. In questi casi, si creano situazioni psicopatologiche acute pericolose, con reazioni implosive, fughe incontrollate, suicidi e attacchi auto o etero-distruttivi verso le stesse persone in funzione delle quali era stata costruita la situazione pseudologica. Occorre tenere presente che, in queste personalità, la pseudologia è non tanto

una malattia quanto uno stile di vita. Si va dalla modesta menzogna, al folkloristico mitomane, al millantatore allegrone, al cupo e sinistro auto-distruttore, come nel caso di Michele.

Ma un'altra considerazione, non meno importante, va fatta per comprendere la struttura psichica di Michele, che parte da una domanda che viene da porsi. Quale era la situazione di conflitto insostenibile che, come abbiamo sottolineato, sottende sempre la menzogna patologica? E quale la sua gravità specifica per creare, al momento della dissoluzione una psicopatologia così funesta? Sarebbe certo ingenuo pensare che fosse il desiderio di mostrare che egli era bravo e aveva sostenuto gli esami. In realtà qui la menzogna aveva un significato vitale ed essenziale: serviva a sanare un'intollerabile ferita dell'immagine di sé ed a sostenere l'autostima, corrosa e sfiancata dal confronto con l'io ideale, e pressata da un'identità instabile e schiacciante. Il suo senso di sé, legato al rapporto simbiotico e soffocante con la madre, era alla totale dipendenza delle richieste fortemente ambivalenti di lei. Il significato profondo dell'inganno di Michele si coglie nelle sue parole: *"Le bugie rispondevano all'esigenza d'essere come pensavo che mia madre desiderasse che io fossi"*, e probabilmente, aggiungiamo noi, come la madre realmente sognava che egli fosse. L'inarrivabilità del modello, l'esigenza assoluta di recuperare l'accettazione materna e la parallela impossibilità di ottenerla, collegata a profondi sentimenti d'invidia e gelosia, hanno creato il bisogno della menzogna e l'intolleranza della rivelazione. Si è andata, così, configurando una dimensione istrionica non per sentirsi importante, ma per raggiungere le prestazioni richieste dalla madre e guadagnare la sua totale approvazione, condizioni necessarie alla propria *"sopravvivenza emotiva"*. Non si può dimenticare, a questo proposito, l'intensa componente d'invischiamento profondo in questo legame ambivalente, fatto d'odio, di bisogno, d'intimità. I sogni di grandi successi erano la regola, così come l'intensa competitività e la rovente aggressività verso il padre, su cui Michele riusciva a trionfare tramite la collusione con la madre. Collusione tormentosa e tirannica da parte della stessa madre, che usava, nel vissuto di Michele, modalità passivo-aggressive e vittimistiche per ancorare a sé il figlio, favorendo, così, in lui lo sviluppo di un senso di sé instabile.

La caduta della menzogna e della pseudocostruzione, indispensabile per mantenere la propria autostima, ha scatenato una forte angoscia di fronte al terrore che questa situazione comportava; ha slentizzato, in sostanza, il polo distruttivo dell'ambivalenza verso la madre ed ha creato la pressione travolgente diretta a farlo fuggire nella malattia, risolvendo così il conflitto intollerabile con la madre. Ciò in una situazione di stato di coscienza confusionale o, nella migliore delle ipotesi, con un restringimento del campo di coscienza di tipo crepuscolare.

L'intervento psicoterapeutico, finalizzato a stabilizzare in Michele il senso di sé indefinito e fluttuante, è stato particolarmente impegnativo e non privo di ostacoli. Durante il processo terapeutico, così il paziente descrisse le sue difficoltà e i risultati ottenuti, fino a quel momento: *"Crescendo ed affrontando il mondo, mi sento senza dubbio più forte, ma nel corso di questa guerra contro la malattia, le battaglie sono vinte una volta da me ed una volta dal mio tremendo nemico; ci sono fasi in cui i vecchi problemi sembrano prendere il sopravvento sulla mia determinazione ad uscirne, ma il tutto si esaurisce in poco tempo ... l'anoressia è ormai scomparsa, anche perché non sarei più capace di costringermi a digiuni così prolungati. Al contrario, la bulimia ciclicamente si ripresenta, ma non le ho più permesso, dopo l'ultima grave ricaduta, di succhiare le mie energie riducendomi ad uno straccio. Quanto più riesco ad essere in pace con me stesso, tanto più mi sento forte contro la malattia"*.

Anche dopo la scomparsa della sintomatologia, Michele ha continuato ad avere un rapporto conflittuale con il proprio aspetto fisico. Infatti, non ha mai pienamente accettato *"la sua corporatura non esile e tendente al robusto"*: *"Alterno periodi d'assoluta indifferenza a fasi in cui non penso ad altro che al mio corpo; succede spesso, nel corso dell'anno, che sfoghi per certi periodi di tempo le mie ansie con il cibo, ingrassando, e quando decido di rimettermi a stecchetto è perché non mi piaccio più. Tornato al peso che ritengo giusto per me, riesco ad accettarmi e a vivere più sereno, finché non ingrasso di nuovo. È chiaro che non ho ancora un buon rapporto con il mio corpo, forse perché cambia così spesso che non ho mai il tempo di abituarci a lui. Trovato un equilibrio con il cibo, forse arriverò anche ad un compromesso tra la mia fisicità e la mia autostima"*.

Nelle ultime sedute, Michele, ripensando alla malattia e al tentativo di utilizzarla come soluzione, ci espresse alcune sue riflessioni, ritenendosi ora più consapevole dei propri processi interiori: *“Bisogna capire se vale davvero la pena precipitare in un vero e proprio inferno per qualche chilo in meno. Consiglio di porsi dei limiti, oltrepassati i quali, è meglio chiedere aiuto, gridare la propria angoscia in famiglia e a chi ti vuole bene. Vorrei anche dire che è giusto avere cura del proprio corpo, perché fa parte del rispetto di sé, ma non si deve mai chiedere troppo a se stessi. E il confine oltre il quale c'è quel 'troppo' va individuato. Un corpo sano è bello ed attraente, uno denutrito e scheletrico non lo è. Bisogna essere un pò psicologi di se stessi ... e una cosa fondamentale: non cercare mai la soluzione ai problemi nelle storie d'amore, perché non si può mai amare davvero qualcuno se prima non si ama se stessi. È utile anche, una volta infilati in quello che io chiamo 'tunnel', lavorare su se stessi per schermarsi dagli attacchi esterni, non odiare chi cerca di darti una mano, né condannare chi non riesce a farlo nel modo giusto. Si rischia di restare ancora più soli di quanto si sia già .. Infine bisogna essere coscienti, sempre, che uscire da tutto questo si può. Così come entrarci”.*

Alla conclusione della terapia, alla domanda del terapeuta se oggi si sente finalmente più sereno e che cosa chiede a se stesso per il suo futuro, sorridendo Michele risponde: *“In tutta sincerità, posso dire di non essere sereno. Finalmente apprezzo le piccole cose della vita molto più di prima e sono molto maturato, riesco a non demonizzarmi come una volta se per un periodo ho qualche chilo in più, ma convivo ancora con una forte paura del presente e del domani, con i miei conti in sospeso, con la mia insicurezza. Essere pienamente sereni in queste condizioni è dura ... Chiedo a me rispetto per me stesso, coerenza con quello che vorrei per la mia vita, forza contro gli attacchi esterni, più tempo per sorridere, la possibilità di dimostrare alla mia famiglia quanto la amo, accettarmi man mano sempre di più, avere la capacità di impormi per migliorare in qualche modo la mia esistenza, aiutare chi è ancora nel tunnel, essere meno sprovveduto e meno solo. Insomma, mi chiedo di continuare ad essere sempre più me stesso, man mano sempre migliore. E magari... perché no? Un po' più fortunato”.*

CONCLUSIONI

Quantunque i DCA rimangano una patologia che colpisce prevalentemente il sesso femminile, questi disturbi sono piuttosto frequenti fra i maschi, così che anche se riguarda solamente il 5% dei pazienti, centinaia di migliaia di giovani ne sono affetti, costituendo, perciò, un grave problema sanitario. Come abbiamo avuto modo di osservare in precedenza, il numero dei maschi affetti può essere sottostimato sia perchè questi disturbi possono essere non riconosciuti o non diagnosticati, sia a causa della loro riluttanza a richiedere un trattamento per dei disturbi ritenuti tipicamente femminili. Questo atteggiamento potrebbe essere, oggi, modificato attraverso campagne di informazione e di sensibilizzazione più efficaci.

Le differenze di genere rilevanti, emerse sinora dagli studi su anoressia e bulimia, includono un'alta incidenza d'omosessualità, un più tardivo esordio della malattia nei maschi bulimici, e un più alto livello di obesità premorbo nei maschi rispetto alle femmine. Le pressioni sociali per la magrezza hanno un impatto minore nei maschi; tuttavia, la crescita dell'industria del fitness e l'esplosione di riviste maschili di lifestyle e fitness possono essere cruciali, dando un'ulteriore spinta alle diete e focalizzando l'attenzione sul corpo. Questa ulteriore attenzione sul peso e sul grasso corporeo, e la pressione alla dieta potrebbero essere sperimentate come minacciose dai maschi obesi o dai maschi di sottoculture focalizzate sul corpo quali il body building e altri sport agonistici. Sono necessarie nuove ricerche per identificare eventuali trattamenti di particolare efficacia per i maschi, come pure strategie preventive, che abbiano influenza sulla vulnerabilità maschile a sviluppare comportamenti alimentari disfunzionali.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC.
- Andersen A. E. (1983). *Anorexia nervosa and bulimia: Diagnosis and comprehensive treatment*. *Comprehensive Therapy*, 9 (11), 9-17.
- Andersen A. E. (1986). *Males with eating disorders*. *New Directions for Mental Health Services*, 32, 39-46.
- Andersen A., Cohn, L., Holbrook, T. (2000), *Making Weight: Men's Conflict with Food, Weight, Shape & Appearance*. Gurze Books.
- Andersen A.E. and Holman J.E. (1997), *Males with eating disorders: challenges for treatment and research*, *Psychopharmacol Bull*, 33(3):391-7
- Andersen A.E. and Mickalide A.D. (1983), *Anorexia nervosa in the male: An underdiagnosed disorder*. *Psychosomatics*, 24, 1067-1075.
- Andersen R.E. (1995). *Eating Disorders in Males*. In K. Brownell, K. & Fairburn, C.G., (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Andersen R.E., Barlett S.J., Morgan G.D. and Brownell K.D. (1995). *Weight loss, psychological and nutritional patterns in competitive male body builders*. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 49-57.
- Andersen R.E., et al. (1995). *Weight loss, psychological and nutritional patterns in competitive male body builders*. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 49-57.
- Anderson A. E. (1990). *Diagnosis and treatment of males with eating disorders*. In A.E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Anderson A. E. (1999). *Eating disorders in gay males*. *Psychiatric Annals*, 29(4), 206212.
- Anderson A. E. and DiDomenico L. (1992). *Diet vs. shape content in popular male and female magazines: A dose relationship to the incidence of eating disorders?* *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 283-287.
- Antonini S., *Analisi dei fattori storici, socio-culturali e psicodinamici nei disturbi alimentari maschili*. Ricerca dell'Università "La Sapienza", Roma. 1999- 2000.
- Arciero G., *Studi e dialoghi sull'identità personale*, Boringhieri ed., Torino, 2002.
- Bardwick J: *The psychology of women: A Study of Bio-Cultural Conflicts*. New York: Harper & Row 1971.
- Barrie J. M., *Little Mary* [in, *The Plays of J. M. Barrie in One Volume*. Edited by A. E. Wilson], London, Hodder and Stoughton, 1942.
- Barrie J. M., *Peter Pan. Il bambino che non voleva crescere*, Feltrinelli, Milano, 2003.
- Beumont P.J. V., George G.C., Pimstone B.L., and Vinik A.I., *Body weight and the pituitary response to hypothalamic releasing hormones in patients with anorexia nervosa*, *J Clin Endocrinol Metab* 1976, 43: 487-496
- Beumont, P.J.V. (1995). *The clinical presentation of anorexia and bulimia nervosa*. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (pp. 151-158). New York: Guildford Press.

- Blake Woodside D., Garfinkel P. E., Lin E., Goering P., Kaplan A. S., Goldbloom D. S., and Kennedy S. H., *Comparisons of Men With Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women With Eating Disorders in the Community*, Am J Psychiatry 2001 158: 570-574.
- Blouin A., Goldfield G.S., *Body image and steroid use in male bodybuilders*. International Journal of Eating Disorders 1995;18;159-65.
- Brownell K.D.: *Eating disorders in athletes*. in Brownell KD and Fairburn CG. *Eating disorders and Obesity* 1995; 191-198.
- Bruch H., *Eating disorders. Obesity. Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books, New York, 1973 (Traduzione italiana: *Patologia del comportamento alimentare*. Feltrinelli, Milano, 1977).
- Burns T. and Crisp A.H. (1984), *Outcome of anorexia nervosa in males*. British Journal of Psychiatry, 145, 319-328.
- Carlat, D.J.; Camargo, C.A.; Herzog, D.B. (1997): *Eating disorders in males: a report on 135 patients*. Am. J. Psychiatry 154, 1127-1132.
- Crisp A.H., Burns T., *The clinical presentation of anorexia nervosa in males*. Int J Eat D; 1983; 2 (4): 5-10.
- Crisp, A.H. (1967). *Anorexia Nervosa*. Hospital Medicine, 1, 713-718.
- Crisp, A.H. (1970). *Anorexia nervosa, "feeding disorder," "nervous malnutrition," or "weight phobia?"*, World Review of Nutrition and Dietetics, 12, 452-504.
- Crisp, A.H. (1983). *Some aspects of the psychopathology of anorexia nervosa*. In P.L. Darby et al, (Eds.), *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*. New York: Alan Liss
- Crisp, A.H., Burns T., Bhat A.V. (1986). *Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis*. British Journal of Medical Psychology, 59, 123-132.
- Crosscope-Happel, C., Hutchins, D.E., Getz, H.G., Hayes, G.L. (2000). *Male anorexia nervosa: A new focus*. Journal of Mental Health Counselling, 22(4), 365-370.
- DeAngelis T. (1997). *Body-image problems affect all groups*. APA Monitor.
- DiDomenico L. and Andersen,A..E., (1988). *Sociocultural considerations and sex differences in anorexia nervosa*. In A. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York:Brunner/Mazel.
- Drewnowski, A., and Yee, D.K. (1987). *Men and body image: Are males satisfied with their body weight?*, Psychosomatic Medicine, 49, 626-634.
- Fichter M.M. and Daser C. (1987), *Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males*. Psychological Medicine, 17, 409-418.
- Freud, S. (1901-1914) *Casi Clinici*. Tr. It. Newton Saggi 1994.
- Guidano V.F., *Il Sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Guidano V.F., *La complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Hall A, Delahunt JW, Ellis PM. *Anorexia nervosa in the male: Clinical features and follow-up of nine patients*. J Psychiatr Res, 1985; 19:315-321.
- Halperin E. N. (1996), *The role of socialization in male anorexia nervosa: Two cases*. Child Psychiatry and

Human Development, 26(3), 159-168.

Herzog D.B., Brotman A.W., Bisgaier A.L.: *Anorexia nervosa and bulimia nervosa*. In: Lazare A, ed. *Outpatient Psychiatry Diagnosis and Treatment*. 2nd ed. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1989: 398-415.

Herzog D.B., Newman K.L., Warshaw M. (1991), *Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males*, J Nerv Ment Dis, Jun;179(6):356-9.

Herzog, D.B., et al. (1984). *Sexual conflict and eating disorders in 27 males*. American Journal of Psychiatry, 141, 989-990.

Kafka, F. (1922) *Un digiunatore*. In: *Il messaggio dell'imperatore* (raccolta di saggi kafkiani). Adelphi 1981.

Kearney-Cooke A. and Steichen-Asch P. (1990), *Men, body image, and eating disorders*. In A. E. Anderson (Ed.), *Males and eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Klein A.M., *Pumping iron*. Society 1985;22:68-75.

Kohut, H. (1977) *La guarigione del Sè*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1980.

Lasegue, C., *On Hysterical Anorexia*, Med. Times & Gaz., 2:265-266; 367-369, 1873.

Margo J.L. (1987). *Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients*. British Journal of Psychiatry, 151, 80-83.

Morton, T. (1694) *Phthisiologia, or a treatise of consumptions. Wherein the difference, nature, causes, signs, and cure of all sort of consumptions are explained*. Samuel Smith & Benjamin Walford, London.

Nemeroff, C.J., Stein R.I., Diehl N.S., Smilack K.M. (1994). *From the Cleavers to the Clintons: Role choices and body orientation as reflected in magazine article content*. International Journal of Eating Disorders, 16, 167-176.

Olivardia R., Pope H.G. Jr, Hudson J.I. (2000), *Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study*. Am J Psychiatry 157(8):1291-1296.

Pope H. G. Jr., Phillips K. A., Olivardia R., *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*, Free Press, New York , 2000.

Pope H.G., Katz, D.L., Hudson, J.I. (1993) *Anorexia Nervosa and "Reverse Anorexia" among 108 male bodybuilders*. Comprehensive Psychiatry, 34(6), 406-409.

Pope H.G.; Hudson J.I.; and Jonas J.M., *Bulimia in men: A series of fifteen cases*. Journal of Nervous and Mental Disorders 174:117-119, 1986

Reda M.A., *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Carocci Ed. Roma, 2001.

Russell, J. and Beumont, P.J.V. (1987). *The endocrinology of anorexia nervosa*. In P.J.V. Beumont, G.D. Burrows & R.C. Casper (Eds.), *Handbook of Eating Disorders, Part 1, Anorexia and Bulimia Nervosa* (pp. 201-232). Amsterdam: Elsevier.

Schneider, J.A., and Agras, W.S. (1987). *Bulimia in males: A matched comparison with females*. International Journal of Eating Disorders, 6, 235-242.

Scott, D.W. (1986). *Anorexia nervosa in the male: A review of the clinical, epidemiological and biological findings*. International Journal of Eating Disorders, 5, 799-819.

Selvini Palazzoli M. *L'anoressia mentale*, Milano, Feltrinelli, 1981.

- Senofonte (390-367 a.C.) *Anabasi*. Ed. It. BUR (sezione Classici), Milano, 1978.
- Sharp C., Clark S., Dunan J., Blackwood D., and Shapiro C. (1994). *Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases*. International Journal of Eating Disorders, 15, 125-134.
- Siever, M. (1996). *The perils of sexual objectification: sexual orientation, gender, and socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders*. In C. Alexander (Ed.) *Gay and lesbian mental health: A sourcebook for practitioners*. New York: Harrington Park Press.
- Silberstein L.R., Mishkind M.E., Striegel-Moore R.H., Timko C. and Rodin J.(1989), *Men and their bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men*, Psychosomatic Medicine, Vol 51, 3, 337-345.
- Silverman E., In: King B., *Social Antropology*. Cambridge 2004;2:105-207.
- Silverman J.A., Louis Victor Marcé, 1828-1864: *Anorexia nervosa's forgotten man*, Psychological Medicine, 19:833-835, 1989.
- Sokol M., *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 37(5):564-565, 1998.
- Taylor, W. N. (1985), *Hormonal Manipulation: A new era of monstrous athletes*. Jefferson, N. C.: McFarland.
- Vandereycken W. and Van den Broucke S., *Anorexia nervosa in males. A comparative study of 107 cases reported in the literature (1970 to 1980)*, Acta Psychiatr Scand. 1984 Nov;70(5):447-54.
- Vandereycken W. and van Deth R.: *From Fasting Saints to Anorexic Girls: The History of Self-Starvation*. New York, New York University Press, 1994 (trad. italiana: *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*. Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995).
- Vandereycken W. and van Deth R.: *Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue?* Psychol Med 1989; 19:837-845.
- Vandereycken, W. and Van der Broucke, S. (1984). *Anorexia nervosa in males*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 70, 447-454.
- Weltzin T. (2001), *Male Eating Disorders*, Journal of Employee Assistance, Sept/Oct, 10.
- Wertheim E.H., Paxton S.J., Maude D., Szmukler G.I., Gibbons K., Hiller L., *Psychosocial predictors of weight loss behaviors and binge eating in adolescent girls and boys*. Int J Eat Disord.1992; 12 :151–169.
- Woodside D. B., *Assessing and Treating Men With Eating Disorders*, Psychiatric Times, 2004, Vol. XXI, Issue 3.
- Woodside D.B., Garfinkel P.E., Lin E., Goering P., Kaplan A.S., Goldbloom D.S. et al. (2001). *Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community*. American Journal of Psychiatry, 158 (4), 570-574.
- Yager J., Kurtzman F., Landsverk J., Wiesmeier E. (1988), *Behaviors and attitudes related to eating disorders in homosexual male college students*, Am J Psychiatry, Apr;154(4):495-7
- Yates A., Leehey K., Shisslak C.M., *Running - An analogue of anorexia?*, N Engl J Med, 1983; 308:251-255.
- Yates, A., Shisslak, C.M., Allender, J., Crago, M., Leehey, K.: *Comparing Obligatory Runners to Nonobligatory Runners*, Psychosomatics 33(2):180-189, 1992.