

I disturbi del comportamento alimentare in soggetti maschi: aspetti clinici ed eziopatogenetici

di Raffaella Perrella, Mirco Giuseppe Legname

Abstract

Parlare di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nei maschi sembra essere, ancora oggi, un argomento inusuale poiché, da sempre, tali disturbi sono considerati una prerogativa del genere femminile. Evidenze cliniche dimostrano che i DCA stanno crescendo anche tra i giovani di sesso maschile preoccupati, come le ragazze, di un'immagine corporea che rispecchi le aspettative sociali e che consenta di strutturare, e mantenere, un canone estetico soddisfacente agli occhi propri ed altrui. Questo lavoro, pertanto, si propone di evidenziare come ormai i disturbi alimentari non costituiscano più un fenomeno radicato solamente nel mondo femminile, ma un fenomeno che si sta espandendo sempre più anche tra i giovani maschi, seppur con caratteristiche e tipologie diverse.

Introduzione

L'astinenza dal cibo, se pur con connotazioni diverse, è, sempre, stata presente nella vita dell'uomo. Il digiuno, nel corso della storia, ha assunto significati diversi: da quello di purificazione spirituale, culminante nell'ascetismo, a quello di strumento per vincere le passioni, per elevare lo spirito, per infondere forza al corpo, così come sosteneva il Cristianesimo. Col tempo la medicina ha iniziato ad attribuire al digiuno un significato sempre più patologico fino a che l'interpretazione psicopatologica ha assunto una dignità nosologica che ha condotto alla moderna definizione di Anoressia Nervosa (Caviglia, Cecere, 2007).

L'eccessiva assunzione di cibo ed il vomito erano presenti sin dai tempi dei romani anche se, inizialmente, tali comportamenti erano ritenuti, dai più noti medici dell'epoca, una importante pratica igienica. È solo nel XX secolo che queste condotte assumono una valenza patologi-

* *Presentato dall'Istituto di Psicologia.*

ca, fino ad essere diagnosticate come *Bulimia Nervosa* (Caviglia, Cecere, 2007).

L'eccesso alimentare e il digiuno – non quello obbligato dalla carestia, ma quello imposto a se stessi con un atto di volontà – hanno accompagnato l'uomo fin dalle origini della sua storia ma hanno assunto, di volta in volta, significati differenti.

Nel Medioevo una condizione in apparenza simile a quella che oggi chiamiamo *Anoressia Nervosa* (AN) prendeva la forma del digiuno ascetico, perseguito anche fino alla morte (Cuzzolaro, 2004).

Nel mondo sacro, il digiuno ha una storia di tutto riguardo come forma di purificazione personale o di ascesi. Tale pratica la si ritrova già nei Salmi babilonesi e nel campo della mitologia. Nell'Antico e nel Nuovo Testamento troviamo pubblici digiuni per placare la collera divina in concomitanza con catastrofi o guerre, o come strumento per sottomettere l'istinto alla fede, per vincere le passioni, per infondere forza al corpo.

Più tardi, con la diffusione del cristianesimo, il digiuno si sviluppò soprattutto come forma di ascetismo, quindi, come pratica purificatrice che libera dai condizionamenti della carne e avvicina a Dio (Heun, 1973, cit. in Vandereycken, Van Deth, 1995).

Per i primi seguaci di Gesù, nel II e III secolo, la forma più comune di ascetismo era proprio il digiuno, soprattutto nell'aspetto di rinuncia al vino e alla carne. Sarà poi nel IV secolo, con i Padri del deserto, e nel tardo periodo medioevale, con le sante digiunatrici, che si assisterà ad un ascetismo più rigoroso, con digiuni assai più drastici e protratti nel tempo.

Particolarmente originale risulta essere, invece, la spiegazione del medico Johann Ritter, secondo cui le digiunatrici sarebbero state in grado di alimentarsi con il flusso mestruale trattenuto, da cui il corpo avrebbe tratto il nutrimento necessario (Ritter, 1737, cit. Vandereycken, Van Deth, 1995).

Comportamenti già noti ai romani erano l'eccessiva assunzione di cibo ed il vomito autoindotto. È stato ipotizzato che gli imperatori Claudio e Vitellio, entrambi dediti a frequenti digiuni, accompagnati da vomito ed eccessi nel bere, esibissero una qualche variante della *bulimia nervosa* (BN), sebbene non esista alcuna prova, nei loro casi, della presenza di una preoccupazione per la magrezza, componente essenziale della malattia contemporanea (Crichton, 1996). È probabile, piuttosto, che i loro eccessi riflettessero i modelli di comportamento sociale propri di un'aristocrazia oltremodo opulenta e decadente. È fondamentale segnalare che i resoconti più estesi sul vomito autoindotto, nelle culture antiche, sono da leggere alla luce delle raccomandazioni dei medici dell'epoca che sostenevano la rilevanza delle condotte eliminatorie periodiche, considerate come un'importante pratica igienica (Nasser, 1993).

Evidenze Cliniche

Rinunciare ad alimentarsi fino alle estreme conseguenze è visto, ancora oggi, come un problema esclusivamente femminile. Negli ultimi tempi, però, le statistiche descrivono il fenomeno dell'anoressia maschile in aumento, nonostante il rapporto sia ancora tutto sbilanciato in favore delle donne (10/1). I pazienti anoressici uomini rappresentano il 4,1% della popolazione. Tra i sintomi manifesti vi sono: depressione (36,6%), attacchi di panico (9,5%), alcolismo (3,4%), o nessun sintomo (35%) (Speranza, 2006).

Di anoressia maschile si parla poco e malvolentieri, quasi fosse un tabù: difficile far accettare ad un uomo l'idea di essere colpito da una malattia "da donne". Rispetto alle donne gli uomini tendono a negare il problema e, anche se ne prendono coscienza, non ne parlano apertamente.

L'immagine mediatica del maschio ideale non è incentrata sulla magrezza, come per le donne, ma sulla forma fisica. Non deve sorprendere, quindi, che la principale causa di perdita di peso nei maschi anoressici sia l'eccesso di esercizio fisico.

E mentre nelle donne il momento in cui si manifesta per la prima volta la malattia coincide con lo sviluppo sessuale, negli uomini avviene più tardi. Proprio la sessualità è un elemento fondamentale per indagare sulle differenze tra anoressia maschile e femminile. I maschi usano l'anoressia come uno strumento per arrivare più disinibiti al primo incontro con l'altro sesso; dimagrendo e raggiungendo il proprio ideale estetico, hanno la conferma del proprio valore. Diversamente le donne usano l'anoressia per mettere alla prova l'altro («amami a prescindere dal mio corpo, desiderami come persona») o per tenerlo a distanza attraverso la negazione della sessualità (Zappa, 2007).

Nell'esistenza anoressica maschile si vive in un presente che non ha radici nel passato e che non ha orizzonti di senso che si aprano al futuro. Nell'anoressia maschile si vive in un'esistenza divorata dal qui-ed-ora, da un presente senza fine.

In un'esperienza anoressica, sia maschile che femminile, il corpo si sostituisce a mano a mano della sua significazione fenomenologica, del suo essere cioè corpo vissuto, un corpo che parla, ma diviene un corpo che tende a oggettivarsi e a trasformarsi in un guscio vuoto che perde di significato e di trascendenza. Il corpo che tace, il corpo che non ha più parole per esprimere la propria sofferenza, il corpo che sembra solo capace di naufragare in un silenzio assoluto, è il corpo che esprime la propria autodistruttività. Sia nell'esistenza anoressica femminile sia in quella maschile, si è divorati da una perdita della dimensione del futuro che si esprime nel non-potere-divenire-adulti e nel non-volere-divenire-adulti (Zappa, 2007).

Il corpo e le sue problematiche emergono come un tema chiave dei

pazienti che presentano marcate condotte di restrizione alimentare e che si caratterizzano per l'insoddisfazione relativamente al proprio aspetto, per una bassa autostima, per una storia di sovrappeso od obesità precedente l'emergere delle problematiche legate al cibo e per la presenza di un'attività fisica eccessiva ed estenuante. Si tratta di caratteristiche sostanzialmente simili a quelle delle donne anoressiche (Crisp et al., 1986; Woodside et al., 2001). In molti casi compaiono preoccupazioni relative al proprio orientamento sessuale, forme di ritiro e di fobia sociale.

In generale la diagnosi di DCA nei maschi è più complicata per diverse ragioni: in primo luogo è più difficile per un uomo ammettere di avere un problema che è culturalmente associato alle donne; in secondo luogo i criteri diagnostici del DSM-IV TR (APA, 2004) sono tagliati, di fatto, sulla popolazione femminile ed anche i questionari più comunemente usati presentano molti item che sono poco applicabili alla popolazione maschile.

I comportamenti di disregolazione alimentare nei maschi sono socialmente più tollerabili e spesso considerati manifestazioni positive di forza vitale, il grande appetito degli adolescenti maschi, infatti, viene percepito di solito dalle madri come esempio della loro buona salute. La magrezza eccessiva viene riportata perlopiù a problematiche fisiche e mediche (Corson, Andersen, 2002). Da un punto di vista culturale è percepito come molto più strano un ragazzo che scelga di dedicare cura e attenzione alla scelta dei cibi, rispetto a come vengono percepiti gli stessi comportamenti in una ragazza. Gli uomini arrivano di norma al trattamento terapeutico per problematiche legate all'alimentazione in media sette anni dopo l'esordio della malattia, con evidenti e gravi ripercussioni sulla salute, mentre per le donne l'accesso allo specialista è decisamente molto più precoce e soprattutto a ridosso dell'emergere del problema.

Quanto il problema dell'insoddisfazione per il proprio corpo sia presente in larga misura anche nella popolazione maschile emerge anche dalle osservazioni degli psicologi sportivi. Tra gli atleti è diffusa una forte insoddisfazione per il proprio corpo. Molti atleti professionisti sono esposti al rischio di mettere in atto controlli patologici del peso. In molte, se non in tutte, le discipline sportive il corpo è oggetto di attenzione e cure perché è attraverso un corpo forte e plasmato, oltre che padrone delle tecniche, che si vincono le gare. In alcuni casi, però, il corpo diventa il centro assoluto dell'attenzione dell'individuo, non solo in funzione dell'obiettivo da raggiungere, ma perché diventa l'oggetto intorno al quale ruotano, in modo monotematico, pensieri, preoccupazioni, comportamenti e interessi della persona. In questi casi il controllo sul cibo, e sul corpo, prende una via differente rispetto a quella che caratterizza i comportamenti di regolazione e compensazione delle donne anoressiche e bulimiche: è quasi assente il ricorso al vomito autoindotto o ai lassativi, e il controllo ossessivo

su quantità e qualità del cibo si associa con la tendenza all'esercizio fisico compulsivo. Spesso è molto difficile distinguere quando l'esercizio fisico ripetuto ed estenuante faccia parte di uno schema meditato di potenziamento finalizzato alla gara e quando, invece, venga oltrepassata la soglia della funzionalità sportiva e si acceda all'area delle compulsioni. In questi casi l'esercitarsi in continuazione, fino alla soglia della resistenza fisica, assume la connotazione di un vero e proprio disturbo ossessivo-compulsivo. Anche l'uso degli steroidi può rientrare in questi meccanismi e, quando è associato alla tendenza ad eccedere negli esercizi e negli allenamenti, riflette spesso l'esigenza di un potenziamento della massa muscolare fine a se stesso e non allo scopo di migliorare la prestazione. Il confine tra l'uso dell'esercizio fisico finalizzato a migliorare la prestazione e l'abuso delle sostanze dopanti, a seguito della presenza di un disturbo dell'immagine corporea, è sottile (Blouin, Goldfield, 1995). Non solo nel caso degli atleti professionisti è stata individuata una relazione tra esercizio fisico e un disturbo dell'immagine corporea, ma anche tra coloro che frequentano le palestre per la semplice cura di sé e per interesse personale, per fitness. In sé il termine *fitness* indicherebbe uno stato di benessere psicofisico del corpo e della mente ma, rivolgendo l'attenzione alla pratica reale che avviene nelle palestre, ci si accorge che, pur essendo in relazione con il benessere, lo star bene non è certo coincidente con esso, ma è piuttosto la componente più appariscente e superficiale dello star bene. Un corpo è un *oggetto estetico*, che deve seguire requisiti o norme fissati dall'esterno, inserito in un continuo processo di valutazione, confronto, misura. Si tratta di un corpo sempre visto dall'esterno, attraverso gli occhi degli altri o attraverso l'immagine distante dello specchio: gli specchi che ricoprono le pareti delle palestre rimandano dall'esterno l'immagine, o molte immagini, riprese da più angolazioni, in un meccanismo di controllo ossessivo del corpo.

Il disturbo, nei ragazzi come nelle ragazze, è caratterizzato dall'impulso alla magrezza, dall'intensa paura di acquisire peso anche quando marcatamente sottopeso, da alterazioni nell'immagine corporea e dalla marcata influenza del peso sull'autostima.

Manifestazioni associate sono l'eccessiva e compulsiva attività ginnica o sportiva, il continuo rimuginio su contenuti come il peso o il cibo, il bisogno di mantenere sotto controllo l'ambiente circostante, anche curando l'alimentazione degli altri familiari. In generale, ne deriva una modalità di pensiero e di funzionamento notevolmente impoverita. Può, inoltre, essere presente il disagio a mangiare in pubblico.

Per ciò che concerne la pratica sessuale emerge un aspetto di inibizione. Gli uomini anoressici dimostrano un certo grado di ansietà rispetto alla vita sessuale: mentre le anoressiche si defilano, gli uomini anoressici attivano delle relazioni sessuali, ma non le vivono bene.

Influenza dell'ambiente familiare

Se l'adolescenza è il luogo in cui il corpo viene vissuto come inadeguato, distorto, fuori controllo, la famiglia è il primo terreno su cui questa guerra con se stessi e il mondo viene agita, esibita, in forma condivisa o incompresa, è il primo pubblico per il quale la teatralità dei disturbi della condotta alimentare viene recitata. Infatti, la consumazione del cibo è uno dei rituali simbolicamente più potenti per la declinazione delle relazioni all'interno della famiglia.

L'ambiente familiare in cui il soggetto maschio con DCA è cresciuto ha sicuramente un ruolo centrale nella malattia. Come sottolineato da Bowlby (1989), la qualità dell'interazione madre-bambino è di fondamentale importanza per l'emergere di un senso di sé e per la propria identità personale, in quanto è da tale legame che il bambino sviluppa una concezione di sé più o meno equilibrata.

Si delineano, in particolare, due configurazioni familiari tipiche: la prima, più frequente, è caratterizzata da un padre poco presente e da una madre dominante e iperprotettiva; la seconda, è caratterizzata da una madre distante e da una figura paterna presente, ma con atteggiamenti di mascolinità molto stereotipati. A volte, sono padri che fanno abuso di alcol e che manifestano in famiglia comportamenti aggressivi. La qualità dell'interazione madre-bambino è di fondamentale importanza per l'emergere di un senso di sé e per la propria identità personale. Il neonato ha una percezione immediata di sé, veicolata primariamente dalle sensazioni corporee della qualità e quantità dell'interazione fisica con le figure di attaccamento. Quindi lo stile con cui la madre interagisce fisicamente con il bambino, la sua capacità di sintonizzazione fisica e affettiva, genera nel piccolo la qualità dell'esperienza e porta alla costruzione dei propri confini corporei (Bowlby, 1989). Nel caso dei soggetti con disturbo alimentare, la fatica nel discriminare le proprie sensazioni è in gran parte legata alla presenza di una figura di attaccamento ansiosa e intrusiva e, nello stesso tempo, oscillante, che fatica a sintonizzarsi con il bambino. Sono madri descritte come intrusive e incostanti, con uno stile di relazione confuso, indefinito e invischiato.

In molte famiglie l'immagine del femminile e del maschile è estremamente stereotipata. Valori come la competizione fisica, l'essere atletici e l'indipendenza sono considerati positivi ed auspicabili per i maschi; al contrario, per le femmine, i valori desiderabili sono la passività, la dipendenza, la remissività (Fassino et al., 2001). I ragazzi che sviluppano un disturbo alimentare non risultano conformi alle aspettative per la mascolinità, in quanto possiedono alcune delle caratteristiche che loro stessi, e le famiglie alle quali appartengono, considerano femminili: la dipendenza, la passività, il non essere atletici. Ciò è sufficiente a renderli isolati dal grup-

po e a renderli criticabili per tali caratteristiche fisiche e comportamentali (Strober et al., 1997; Braun et al., 1999).

Si ipotizza che un altro fattore familiare implicato nell'insorgenza dell'anoressia maschile sia un eccesso di aspettative sul figlio da parte dei genitori: le aspettative convergono sul piano prestazionale, sociale ed estetico. Queste famiglie sono spesso inefficaci nel risolvere i conflitti e i problemi: le questioni dolorose sono, anzi, sottaciute e «si fa finta di niente».

Le mamme sono molto efficienti su un piano pratico, materiale, ma emotivamente fredde ed anaffettive, mentre i padri sono fisicamente ed emotivamente assenti. Tuttavia, i genitori nutrono molte aspettative di riuscita e di successo sui propri figli, addestrati ben presto a fare "i bravi". I bambini imparano precocemente a non mostrare dubbi, paure e ansie, mentre le imperfezioni vengono nascoste. Spesso tali famiglie ci appaiono isolate, non appoggiate ad una rete familiare o amicale di relazioni.

Si ipotizza che un altro aspetto critico possa essere il gioco di potere tra i sessi: il maschio anoressico può voler tentare, attraverso il digiuno e l'abnegazione, di essere più forte della donna di casa. Questa battaglia viene completamente spostata sul peso e sul corpo, tanto che si dice che gli anoressici «cambiano tutto per non cambiare niente»: si fissano sulla questione corpo per produrre enormi cambiamenti di ristrutturazione relazionale.

Influenza dei fattori socio-culturali

Alcune variabili socio-culturali, così come evidenziato per i fattori individuali e familiari, possono influire sull'aumento e sulla diffusione dell'anoressia e della bulimia nella popolazione. Negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione dei media per il corpo maschile; un esempio è costituito dal proliferare delle riviste dedicate alla cura del corpo e alla bellezza maschile, assai vicine per struttura, tipo e temi affrontati, a quelle dedicate alle donne. I nuovi standard di bellezza maschile enfatizzano un corpo energico e muscoloso. I mass-media costituiscono il mezzo maggiormente idoneo a trasmettere l'ideale socio-culturale del corpo e della perfetta forma fisica. L'immagine maschile, diffusa da televisioni, cinema e pubblicità, è diventata molto più muscolosa che in passato. I più esposti all'influenza di queste immagini sono, in modo abbastanza prevedibile, gli adolescenti, i quali, per essere meglio accettati da una società come la nostra, che bada molto al fattore estetico, tendono ad adeguarsi ai modelli da essa proposti. Questi fenomeni coinvolgono anche i bambini: già a 5/6 anni, alla richiesta di scegliere un'immagine corporea ideale, i bambini tendono a dare la preferenza ad immagini di corpi che rispondono al tipo mesomorfo, ben proporzionato e con corporatura media, rispetto al tipo ectomorfo (ma-

gro) o endomorfico (grasso), scegliendo per lo più le strutture muscolari caratterizzate da un buon sviluppo del petto e dei muscoli delle braccia, spalle larghe, vita stretta e forma affusolata nella parte inferiore del corpo (Mishkind et al., 1986).

L'aspetto sostanziale dell'identità personale, nei soggetti con disturbo del comportamento alimentare, è la non-definizione, o meglio, la definizione di sé sempre in rapporto a parametri esterni, in particolare in rapporto alle aspettative delle persone affettivamente significative o in rapporto ad un'immagine ideale che la persona sviluppa in modo del tutto indipendente dai suoi autentici bisogni e desideri. Avere una percezione vaga e indefinita di sé vuol dire tendere ad avere prevalentemente una lettura esterna dei propri stati mentali, fisici ed emozionali. Una delle prime conseguenze di questo aspetto individuale è la presenza di una profonda vulnerabilità al giudizio esterno. La capacità di leggere le proprie esigenze, i propri bisogni, il proprio stato interno dal punto di vista fisiologico, affettivo e cognitivo è, in questi soggetti, estremamente ridotta.

Reverse Anorexia

Un punto chiave per la ricerca sui DCA nei maschi è stata la messa a punto del concetto di *reverse anorexia* (anoressia inversa). A partire dall'osservazione che anche gli uomini mostrano sempre più elevati livelli di preoccupazione per la propria immagine corporea, è stato individuato un sottogruppo di bodybuilders che mostravano un disturbo dell'immagine corporea con alcune caratteristiche particolari (Pope et al., 1993; Pope et al., 1997).

La condizione di reverse anorexia è caratterizzata da una patologica paura di essere troppo 'piccoli'. Uomini muscolosi e con un fisico evidentemente molto più sviluppato della norma, hanno la percezione soggettiva di essere troppo magri e sottosviluppati e, quindi, mettono in atto le più svariate strategie compensatorie per far fronte a quello che percepiscono come un problema. Il tempo e l'attenzione che viene dedicata a frequentare le palestre per esercitarsi e sviluppare i diversi distretti corporei, in modo da modificare la loro situazione fisica, invade sempre più gli spazi disponibili, inducendo, in molti casi, notevoli limitazioni nella vita sociale e lavorativa. Questa condizione si presenta in associazione con stati d'ansia, disturbi dell'umore e abuso di steroidi anabolizzanti. È, indubbiamente, un problema con la propria immagine che – dal punto di vista del vissuto soggettivo – presenta interessanti affinità con quanto accade alle donne, ma anche delle ovvie differenze. Nelle donne, infatti, il problema è ritenersi in sovrappeso e, quindi, l'obiettivo di tutte le strategie di intervento sul corpo è indurre una massiccia perdita di peso. Negli uomini, al contrario, il problema è ritenersi sottopeso. Questo induce l'incremento

dell'attività fisica al fine di aumentare sempre più il volume della massa muscolare (Page, Allen, 1995) e non, ovviamente, della quantità di grasso (Mangweth et al., 2004).

Differenze di genere nei DCA

A differenza dell'anoressica che vuole essere magrissima, il soggetto maschio vuole che il proprio corpo sia una massa di muscoli distribuiti e sviluppati in modo perfetto. In entrambi i tipi di soggetti l'attenzione per il corpo è associata ad ansia e preoccupazione e in entrambi i casi sono presenti tematiche di ipercontrollo ed iperfocalizzazione ossessiva su temi quali alimentazione – qualità, quantità, modalità – confronto con gli altri e con un ideale astratto di perfezione irraggiungibile.

Una differenza radicale tra soggetti femmine con DCA e soggetti maschi è il livello dell'autostima. Mentre, infatti, le pazienti anoressiche hanno generalmente una stima personale molto bassa e una valutazione costantemente negativa del proprio corpo, i maschi tendono ad avere buona autostima, alta valutazione del proprio corpo e percezione particolarmente positiva del proprio valore.

Una dimensione spesso studiata nelle ricerche è la possibile correlazione tra la presenza di disturbi alimentari e l'omosessualità. Non è semplice definire il tipo di correlazione tra le due dimensioni. Non è agevole capire se l'omosessualità possa essere considerata un fattore di rischio per i disturbi del comportamento alimentare o, viceversa, i disturbi del comportamento alimentare un fattore di rischio per l'omosessualità, oppure se sia necessario individuare un'ulteriore dimensione sottostante da cui possano derivare entrambi questi aspetti. Attraverso appositi studi (Russell, Keel, 2001) è stato rilevato come negli omosessuali il livello dei disturbi alimentari fosse più alto, suggerendo agli autori della ricerca l'ipotesi che l'omosessualità potesse essere considerata un fattore di rischio specifico per i disturbi alimentari nella popolazione maschile. In questa direzione sembrano andare anche altre ricerche che hanno sottolineato come l'incidenza dei disturbi del comportamento alimentare nei maschi sia maggiore tra gli omosessuali o negli individui che vivono in modo conflittuale la definizione del proprio ruolo (Herzog et al., 1984; Schneider, Agras, 1987).

Conclusioni

Dall'analisi di quanto affermato in precedenza, è possibile evidenziare che i DCA non costituiscono un fenomeno radicato esclusivamente nel genere femminile. La diffusione e l'evoluzione di tali disturbi interessa anche i giovani di sesso maschile sebbene, ad oggi, non esistano studi che possa-

no confermare – o meno – l'indipendenza di tale patologia tra i due sessi o, al contrario, la assoluta omogeneità. La concordanza delle caratteristiche cliniche evidenzia l'esistenza dei DCA come patologia primaria anche negli uomini, patologia spesso sottostimata in virtù degli stereotipi culturali e per l'assenza di criteri diagnostici adeguati. Tuttavia è fondamentale sottolineare che la letteratura risulta carente di studi che indaghino le variabili psicologiche dei maschi affetti da DCA e il rapporto di tali soggetti con la patologia.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV TR)*, Milano, Masson 2004.
- A. Blouin, G. S. Goldfield, *Body image and steroid use in male bodybuilders*, «International Journal of Eating Disorders» 18, 1995, pp. 159-65.
- J. Bowlby, *Una base sicura*, Milano, Raffaello Cortina 1989.
- D. L. Braun, S. R. Sunday, A. Huang, K. A. Halmi, *More Males Seek Treatment for Eating Disorders*, «International Journal of Eating Disorders» 25, 1999, pp. 415-424.
- G. Caviglia, F. Cecere, *I disturbi del comportamento alimentare*, Roma, Carocci 2007.
- P. W. Corson, A. E. Andersen, *Body image issues among boys and men*, In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practise*, New York 2002, pp. 192-199.
- P. Crichton, *Were the Roman Emperors Claudius and Vitellius Bulimic?*, «International Journal of Eating Disorders» 19, 1996, pp. 203-7.
- A. H. Crisp, T. Burns, A. V. Bhat, *Privacy anorexia nervosa in the male and the female: a comparison of feature and prognosis*, «British Journal of Medical Psychology» 59, 1986, pp. 123-132.
- M. Cuzzolaro, *Anoressie e bulimie*, Bologna, Il Mulino 2004.
- S. Fassino, G. Abbate-Daga, P. Leombruni, F. Amianto, G. Rovera, G. G. Rovera, *Temperament and character in Italian men with anorexia nervosa: a controller study with the temperament and character inventory*, «Journal of Nervous and Mental Disease» 189, 2001, pp. 788-794.
- D. B. Herzog, D. K. Norman, C. Gordon, M. Pepose, *Sexual conflict and eating disorders in 27 males*, «American Journal of Psychiatry» 141, 1984, pp. 989-990.
- B. Mangweth, A. Hausmann, T. Walch, A. Hotter, C. I. Rupp, W. Biebl, J. I. Hudson, H. G. Pope, *Body Fat Perception in Eating-Disordered Men*, «International Journal of Eating Disorders» 35, 2004, pp. 102-108.
- M. E. Mishkind, J. Rodin, L. RL. Silbertein, R. H. Striegel-Moore, *The embodiment of masculinity: cultural, psychological and behaviour dimensions*, «American Behaviour Scientist» 29, 1986, pp. 545-562.
- M. Nasser, *A Prescription of Vomiting: Historical Footnotes*, «International Journal of Eating Disorders» 13, 1993, pp. 129-31.

- R. M. Page, O. Allen, *Adolescent perceptions of body weight and weight satisfaction*, *Perceptual and Motor Skills* 81, 1995, pp. 81-82.
- H. G. Pope, A. J. Gruber, P. Choi, R. Olivardia, K. A. Ohillips, *Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder*. *Psychosomatics*, «Journal of Consultation Liaison Psychiatry» 38, 1997, pp. 548-557.
- H. P. Pope, D. L. Kats, J. L. Hudson, *Anorexia nervosa and reverse anorexia among 108 male bodybuilders*, «Comprehensive Psychiatry» 51, 1993, pp. 375-382.
- C. J. Russell, P. K. Keel, *Homosexuality as a specific risk factor for eating disorder in men*, «International Journal of Eating Disorders» 31, 2001, pp. 300-306.
- J. Schneider, W. S. Agras, *Bulimia in males: a matched comparison with females*, «International Journal of Eating Disorders» 6, 1987, pp. 235-242.
- A. M. Speranza, *Anoressia maschile in aumento*, «Il Quotidiano», 2006.
- M. Strober, R. Freeman, C. Lambert, J. Diamond, W. Kaye, *Males with anorexia nervosa: a controlled study of eating disorders in first-degree relatives*, «Journal of Counseling Psychology» 50, 1997, pp. 276-286.
- W. Vandereycken, R. Van Deth, *Dalle sane ascetiche alle ragazze anoressiche*, Milano, Raffaello Cortina 1995.
- D. B. Woodside, P. E. Garfinkel, P. Goering, A. S. Kaplan, D. S. Goldblom, S. H. Kennedy, *Comparison 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, 2001, pp. 570-574.
- L. E. Zappa, *Narciso a tavola. L'anoressia nervosa nel maschio*, Milano, Franco Angeli 2007.