

L'anoressia nei maschi: le acquisizioni recenti

Adriana Ramacciotti
Istituto di Neuroscienze - Firenze

Questioni diagnostiche e cliniche

Prima che la diagnosi di Anoressia Nervosa entrasse a fare parte della Medicina è possibile rintracciare nella storia rappresentazioni sociali e culturali di soggetti che, per scelta, si astenevano dal cibo.

L'ascetismo sia nella donna che nel uomo ha avuto inizialmente, connotazioni religiose e, possiamo ritrovare nel Cristianesimo, l'essenza della dottrina ascetica, soprattutto per quanto riguarda le figure maschili, negli eremiti, nei padre della chiesa e del deserto.

Essenza relativamente semplice, che è quella di resistere ad ogni costo ai desideri e i bisogni del corpo per preservare la purezza dell'anima eterna, temporaneamente imprigionata nel corpo e, senza i condizionamenti del corpo, poter avvicinarsi a Dio.

Altri significati potevano accompagnare questa dottrina: il digiuno come mortificazione del corpo, come unificazione tra cristiani o come solidarietà per nutrire i poveri, o come riconciliazione con Dio per far sì che potesse elargire fertilità, abbondanza, redenzione, o come espressione di dolore per la sofferenza di Cristo, oppure come giusto cammino verso il paradiso evitando quindi di esserne cacciati come chi come Adamo ed Eva avesse infranto la regola del digiuno.

Non troveremo però nei diversi personaggi coinvolti nella storia del digiuno quella paura a volte delirante di ingrassare, quel rapporto problematico con il corpo che è stato considerato specifico dei disturbi del comportamento anoressico.

Le prime descrizioni mediche di anoressia risalgono a Richard Morton (1689) il quale alla fine del seicento scrisse un'opera: *Phthisiologia seu*

Exercitationes de Phthisis, che viene considerata il primo resoconto medico di anoressia nervosa. L'anoressia viene considerata come consunzione nervosa, causata da tristezza e ansia di cura.

L'autore aveva descritto due casi: una femmina e un maschio di 16 anni, figlio di un reverendo, il ministro Steele.

Tra la fine del Seicento e la fine del Settecento sono stati descritti tre casi di anoressia maschile.

Successivamente fino al 1930 la triade anoressia, amenorrea, dimagrimento spiegava questa perdita di peso autoindotta con l'alternarsi di spiegazioni o puramente biologiche: ricordiamo Simmonds che l'attribuiva all'insufficienza ipofisaria, oppure puramente psicologiche: un disordine psichico come sosteneva Janet.

Negli anni sessanta, grazie al contributo fondamentale della Bruch (1974), Crisp (1976) e Russell (1979) si colloca al primo posto, come tratto psicopatologico fondamentale, la paura morbosa di ingrassare, accompagnata dal disturbo dell'immagine corporea, dal disturbo della percezione cognitiva delle sensazioni interne e dal sentimento di inadeguatezza e incapacità.

Infine oggi la quarta versione del manuale diagnostico dell'Associazione Psichiatrica Americana del 1994 dà all'anoressia una collocazione differenziata con criteri specifici che sono:

A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).

B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.

C. Alterazione nel modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di

autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi (Una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per. es. estrogeni).

Specificare il sottotipo:

Con Restrizione: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Con Abbuffate/Condotte d'Eliminazione: nell'episodio attuale d'Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte d'eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Questa evoluzione storica psicopatologica fa riferimento fondamentale all'anoressia nelle donne e come si può osservare nell'ultima classificazione diagnostica compare l'amenorrea e non compare un criterio equivalente nel maschio.

La decima revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali ICD-10 (1992) propone invece la disfunzione endocrina in entrambi i sessi come criterio diagnostico:

1. Un peso corporeo che è almeno il 15% al di sotto di quello atteso (perso o mai raggiunto), o un indice di massa corporea di Quetelet di 17,5 o meno.

I pazienti in età pre-puberale possono non subire il previsto incremento ponderale durante il periodo di accrescimento.

2. La perdita di peso è auto-indotta mediante l'evitamento dei cibi che fanno ingrassare, ed uno o più dei seguenti:

- (a) vomito auto-indotto;

- (b) purghe auto-indotte;
 - (c) esercizio eccessivo;
 - (d) uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici.
3. È presente una distorsione dell'immagine corporea, sotto forma di una specifica psicopatologia per cui il terrore di diventare grasso persiste come un'idea prevalente intrusiva e il paziente si impone un limite di peso basso.
 4. È presente una disfunzione endocrina diffusa riguardante l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, che si manifesta nelle donne come amenorrea e nei maschi come perdita dell'interesse sessuale e della potenza (un'eccezione apparente è la persistenza di sanguinamento vaginale in donne con anoressia che seguono una terapia sostitutiva ormonale, in genere sotto forma di pillola contraccettiva). Vi possono anche essere elevati livelli di ormone somatotropo, aumentati livelli di cortisolo, modificazioni nel metabolismo periferico dell'ormone tiroideo e anormalità della secrezione insulinica.
 5. Se l'esordio è pre-puberale, la sequenza degli eventi puberali è rimandata, o persino arrestata (l'accrescimento cessa; nelle ragazze i seni non si sviluppano, e c'è un'amenorrea primaria; nei ragazzi i genitali rimangono infantili).

Con la guarigione la pubertà è spesso portata a completamento in maniera normale, ma il menarca si verifica più tardi.

Tale difficoltà diagnostica insieme alla riluttanza dei maschi a trattarsi poiché il disturbo è considerato essenzialmente femminile, spiega anche se parzialmente, la scarsità di studi e di campioni in confronto con le femmine. Infatti la popolazione maschile con anoressia, secondo le attuali statistiche, oscilla tra 10-20% di tutti i casi.

Un'altra questione aperta è se la psicopatologia e il quadro clinico in maschio e femmina siano uguali oppure se nell'uomo alcuni quadri subclinici o sottosoglia possano essere considerati anoressici.

Si tratta ad esempio della popolazione di sportivi, in particolare di una modalità eccessiva, al limite della sopportabilità fisica, di fare l'attività fisica come nel caso dei cosiddetti corridori compulsivi (obligatory runners) che corrono non per la piacevolezza e il benessere psicofisico, ma perché non possono fare a meno di correre tutti i giorni, anche in situazioni climatiche avverse, anche se tale attività interferisce o altera i loro impegni familiari e sociali, anche quando patiscono dei dolori fisici, fratture o pneumopatie che controindicherebbero il correre, sviluppando spesso tendiniti o severe patologie muscolari.

Altre categorie di sportivi che possono sviluppare disturbi alimentari sono i jockey, i nuotatori, i vogatori, e i pugili.

Relativamente a quest'ultima si è constatato che la tipica perdita di peso del pugile può oscillare tra 2 e 12% entro le 2 o 48 ore prima della competizione.

È comune che non mangino né bevano, o utilizzino diuretici, sauna o indumenti di gomma.

Essenzialmente diversi pugili hanno dei cicli di drammatica perdita di peso, la quale, di solito, è seguita da un recupero o addirittura da un aumento maggiore del peso.

Questi cicli si possono ripetere circa 30 volte a stagione.

Brownell ha osservato che i pugili con tali cicli hanno il tasso metabolico più basso di un 14%, per cui la diminuzione del peso occorre più lentamente, mentre l'aumento occorre più rapidamente, il che porta ad avere una maggiore difficoltà di perdere peso col proseguire della loro carriera, oltre a favorire tali cicli.

Altri gruppi a rischio sono i modelli, i ballerini ed anche gli assistenti di volo.

Dieta, iperattività, autoprostrazione

La relazione tra sport e disturbi alimentari può riassumersi come segue:

(I) Aspetti di uno sport che attirano soggetti con disturbi del comporta-

mento alimentare o con rischio di svilupparlo: siccome esiste una maggiore prevalenza di disturbi alimentari negli sport che enfatizzano la magrezza, la *domanda di magrezza* in un particolare sport è considerata un fattore di rischio.

Sport che hanno una maggiore domanda di magrezza attraggono individui che hanno disturbi alimentari o sono a rischio di svilupparli.

Sacks (1990) suggerisce che alcune anoressiche sono attratte da tali sport tipo corsa a distanza o ginnastica artistica per nascondere la loro malattia.

All'interno di ogni comunità sportiva esiste una aspettativa di forma e dimensione corporea particolare come il giocatore di pallacanestro alto, il jockey basso e secco, il corsista magro, la ginnasta snella e piccola.

Anche la componente di *attività* di un determinato sport attira particolari soggetti così come la resistenza o *il training di resistenza esagerato*.

(II) Lo sport come causa o fattore scatenante di disturbi alimentari:

Alcuni Autori come Epling e Pierce (1996) suggeriscono che l'esercitazione esaustiva è causa di soppressione dell'appetito con la conseguente diminuzione dell'assunzione di cibo.

Gli autori chiamano *Anoressia Attiva* la sindrome di self starvation a base biologica che è scatenata da dieta e attività fisica.

Tale sindrome avviene quando diminuisce l'incorporazione di cibo e questa riduzione comporta un aumento dell'attività fisica.

L'aumento dell'attività fisica causa ulteriore diminuzione dell'incorporazione di cibo e così via dando luogo ad un meccanismo di feedback negativo.

Nell'uomo sia la dieta che l'attività fisica sono ampiamente determinati da fattori socioculturali.

Negli animali invece la dieta è funzione della disponibilità di cibo e l'attività fisica è legata alla stimolazione dell'ambiente.

Si è visto che diversi animali esposti ad una significativa riduzione dell'assunzione calorica invece di diminuire la loro attività fisica l'aumentavano.

Esempio un modello di laboratorio che ha utilizzato topi. Oppure è stata descritta questa sindrome in maialini, ma anche in pecore e capre che subito dopo lo svezzamento sviluppano una sindrome di deperimento diminuendo il consumo di cibo e sviluppando iperattività fisica muovendosi incessantemente nel recinto. Alcuni autori addirittura hanno proposto un modello genetico.

Dieta ed attività fisica che innescano questo circuito di starvation sono anche due valori che la cultura occidentale stimola.

I mass media promuovono questi valori, spesso imposti da stilisti e/o sportivi che vengono osservati e assecondati da tutti, determinando standard particolari di bellezza.

Mentre prima si considerava che la donna era più influenzata dalle indicazioni alla dieta e il maschio da quelle relative all'attività fisica, allo sviluppare tono muscolare, oggi esiste omogeneità per entrambi su parametri di bellezza più legati alla magrezza, al corpo secco e duro, tonico con il contorno di una scarsa muscolatura, da raggiungere preferibilmente con l'uso di integratori, mito degli anni '90.

Sviluppo psicosessuale

Oltre al circuito a base biologica di autoprostrazione dovuto al digiuno e all'iperattività; altri fattori risultano più importanti, come l'andamento dello sviluppo psicosessuale, all'interno di un ambito familiare con delle particolari dinamiche.

Lo sviluppo dell'autonomia e dell'identità separata dalle figure genitoriali inizia fin da piccoli e i percorsi sono diversi nell'uomo e nella donna.

Tra 12 e 18 mesi sia maschi che femmine sono coinvolti nei processi di identità di genere e, simultaneamente, nei processi di svezzamento e autoalimentazione.

La bambina essendo del medesimo genere della madre, nello stesso momento che si identifica con essa deve prenderne distanza per raggiungere autonomia e individualità.

A causa di questa somiglianza di genere, la bambina ha l'illusione di essere tutt'uno con la madre, per cui ci sono più possibilità di confusione e quindi una maggiore difficoltà nei processi di autonomia e separazione, nella femmina rispetto al maschio.

Nel maschio invece delle difficoltà nei processi di autonomia e separazione, ci sono maggiori difficoltà nello sviluppo dell'identità del genere.

Per il bambino, lo stesso che nelle femmine, è sempre la madre il primo oggetto di identificazione.

Successivamente ha luogo un processo di disidentificazione con la madre e d'identificazione col padre nei primi 2 o 3 anni di vita (Stoller 1968).

Il padre ha un ruolo importante come presenza fin da piccolo. Stoller sosteneva che il padre serve da corazza protettiva al bambino contro gli impulsi materni di prolungare la simbiosi madre-bambino.

La presenza paterna può essere di tipo diverso. Secondo Ogden (1989) per lo sviluppo dell'identità di genere è innanzitutto la madre che trasmette al bambino le possibilità d'identificazione in relazione a come lei ha vissuto il rapporto sia con il proprio padre che con il suo partner.

Attualmente si tende a dare al padre un ruolo più positivo e strategico fin da quando il bambino è piccolo.

Il ruolo del padre è stato legato alle funzioni dell'Io, alla posticipazione della gratificazione, all'intelligenza, alla percezione, poiché fin dai 18 mesi il bambino percepisce suo padre come un importante oggetto affettivo. Alterazioni del rapporto padre-bambino possono dar luogo a problemi di identità di genere e/o limitare lo sviluppo delle capacità di simbolizzazione.

In questa prospettiva ci sono state diverse interpretazioni del fenomeno anoressico: ambivalente desiderio di rimanere in una relazione infantile e dipendente dalla madre; starvation come un desiderio di uccidere la madre incorporata e rimuovere il grasso associato alle forme femminili (Falstein et al. 1956), oppure anoressia per uscire dal conflitto adolescenziale matu-

rativo, specificamente riguardo ai sentimenti ed ai comportamenti sessuali (Crisp e Toms 1972).

Nei maschi con anoressia sono stati descritti sia la presenza di disturbi di identità, così come una maggiore incidenza del disturbo alimentare in maschi omosessuali ed anche una maggior frequenza di episodi di violenza fisica nell'infanzia.

Diversi studi si sono incentrati sull'ansia sessuale e la paura nei confronti delle relazioni ed attività sessuali, così come una diminuzione dell'interesse.

Crisp (1983) ha osservato che l'incertezza di genere sessuale era presente frequentemente all'inizio del quadro anoressico del maschio, mentre Hasan e Tibbet (1977) hanno sottolineato la "paura della mascolinità" come caratteristica essenziale dell'anoressia maschile.

Conclusione

Ricapitolando nella clinica dell'anoressia maschile restrizione e iperattività fisica sono due elementi essenziali.

Come nelle donne i maschi sono sottoposti all'influsso dei mass-media con valori relativi di magrezza e bellezza.

A differenza delle donne le forme anoressiche con uso di lassativi o vomito sono infrequenti, così come non c'è una forte tendenza alla magrezza.

Sono invece presenti difficoltà nei processi di identità del genere e tendenze omosessuali.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC, 1994.

Brownell, K.D., Steen, S.N., Warren, M.P. (1987) Weight regulation practices in athletes: Analysis of metabolic and health effects. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19, 546-556.

- Bruch H. (1974). *Eating Disorders*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Crisp A.H., Toms D.A. (1972). Primary Anorexia Nervosa or weight phobia in the male: report on 13 cases. *British Medical Journal*; 1:334-338.
- Crisp A.H., Burns J., Bhat A.V. (1976). Primary Anorexia Nervosa In the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. *British Journal Medical Psychology*. 15; 523-534.
- Crisp A.H., Burns J. (1983). The clinical presentation of Anorexia Nervosa in males. *International Journal of Eating Disorders*. 2: 5-10.
- Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali ICD-10. Masson, 1992.
- Epling W.F., Pierce WD (1996) An Overview of Activity Anorexia. In: *Activity Anorexia Theory, reserarch, and treatment*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Falstein, E.J., Feinstein, S.C., & Judas, I (1956)Anorexia Nervosa in the male child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, 751-772.
- Hasan, M.K. & Tibbetts, R.W. (1977) Primary anorexia nervosa (weight fobia) in males. *Postgraduate Medical journal*, 53, 146-151.
- Morton R. (1689) *Phtisiologia, seu Exercitationes de Phthisi*. London: S. Smith.
- Ogden, T (1989) Misrecognitions and the fear of not knowing. *The Psychoanalytic Quaterly*, 57, 643-666.
- Russell, G.F.M. (1979) Bulimia Nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicina*, 9, 429-448.
- Sacks M.H. (1990) Psychiatry and sport. *Annals of Sports medicine*, 5, 47-52.
- Stoller R. (1968) *Sex and gender (Vol 1)* New York: Science House.