

I disordini alimentari negli adolescenti omosessuali: un fenomeno trascurato

Articolo pubblicato: Graglia M. (2000), I disordini alimentari negli adolescenti omosessuali: un fenomeno trascurato, *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*,67,p. 195-200.

Riassunto

L'articolo esamina l'orientamento omosessuale come fattore di rischio per i disturbi alimentari nei maschi, specialmente per quelli che sviluppano la bulimia. Si analizzano le caratteristiche di questi pazienti, le difficoltà da parte dei professionisti nel diagnosticare i disordini alimentari e la censura degli stessi pazienti a riconoscersi "una malattia da femmine".

Parole chiave: omosessuale, disturbo alimentare, anoressia nervosa, bulimia nervosa, stigma.

Introduzione

A partire dai decenni settanta e ottanta i disturbi alimentari si sono imposti all'opinione pubblica e il numero di pubblicazioni, più o meno scientifiche, è andato sempre più crescendo negli ultimi anni. Sebbene la maggior parte dei disturbi si presenti nelle donne, si stima che il 5%-10% dei pazienti che soffrono di anoressia nervosa e il 10%-15% di bulimia sia di genere maschile (Wolf, 1991; Fairbun e Beglin, 1990; Carlat, Camargo e Herzog, 1997).

Proprio l'incidenza sessuale così sproporzionata induce a trascurare la popolazione maschile.

Fattori di rischio per i maschi e loro caratteristiche

In generale i maschi sono più soddisfatti del loro corpo e ricevono meno pressioni sociali per modificarlo; ciononostante i messaggi dei media riguardanti la dieta, l'ideale mascolinità e le alternative di chirurgia plastica sono sempre più rivolti anche a loro.

Se le riviste per le adolescenti dedicano numerosi articoli e spazi pubblicitari alla dieta e alle calorie, quelle per i maschi privilegiano il body building e la tonicità muscolare (Di Domenico e Andersen, 1988). I media quindi enfatizzano l'assenza di grasso nelle femmine e la prestanza fisica nei maschi.

La pubertà, che per i maschi inizia uno o due anni più tardi, incide in maniera diversa sull'immagine del proprio corpo. L'aumento subcutaneo di grasso avverte le femmine della pubertà, laddove è l'aumento della massa muscolare che segnala ai maschi il cambiamento. L'attenzione maschile quindi è rivolta alla mancanza o meno di muscolatura. Gli anoressici possono, infatti, presentare il fenomeno della "dismorfia muscolare" caratterizzata dalla percezione distorta della muscolatura, nonostante questa sia adeguata.

Sia i maschi che le femmine anoressiche sperimentano profondi cambiamenti fisici nel corso della malattia, quali la riduzione delle gonadotropine nel sangue, con una conseguente diminuzione della libido, dell'ormone luteinizzante e del testosterone.

I maschi preferiscono l'esercizio fisico all'uso di lassativi, che invece prevale nelle donne; gli episodi di abbuffate e il vomito autoindotto, pur essendo comuni a circa il 50% dei maschi anoressici, sono meno frequenti rispetto alle pazienti donna.

Gli anoressici e i bulimici mostrano molte somiglianze con le pazienti donna per quanto riguarda la presentazione clinica, eccezion fatta per l'amenorrea. Proprio l'assenza di questo sintomo, secondo alcuni autori, potrebbe contribuire al mancato riconoscimento dell'anoressia nei maschi.

Il profilo psicologico del maschio anoressico assomiglia a quello della controparte femminile nel manifestare sintomi depressivi e ossessivi. Le donne affette da bulimia presentano spesso depressione, abusi di sostanze, disordini di personalità (in specie il disturbo borderline, l'istrionico, il narcisistico e l'antisociale); un simile profilo di comorbidità psichiatrica è stato riportato per i maschi (Margo, 1987; Schneider e Agras, 1987; Vandereycken e Van der Broucke, 1984). Anche il corso della malattia e la sua prognosi sono simili in entrambi i sessi.

In uno studio, invece, i maschi differivano in maniera significativa dalle femmine per aver avuto meno relazioni sessuali nel periodo premorbo (Herzog, Bradburn e Newman, 1990), con una tendenza tuttavia ad una maggior attività sessuale per i bulimici, sebbene inferiore a quella delle bulimiche (Pope, Katz e Hudson, 1986). Secondo un'altra ricerca i maschi manifestano più ansia riguardo alla sessualità rispetto alle femmine e nell'80% dei casi crescono in famiglie che considerano il sesso un tabù (Fichter e Daser, 1987).

I maschi con l'anoressia non si conformano alle aspettative sociali circa la loro mascolinità: essere competitivi, fisicamente aggressivi, indipendenti e atleticamente competenti (Kearney-Cooke e Steichen-Asch, 1990). Fichter e Daser (1987) trovarono che gli anoressici vivevano se stessi, ed erano percepiti dagli altri, come più femminili rispetto agli altri maschi. L'apparenza di un ragazzo anoressico differisce molto dall'ideale mascolino e non trova riscontro nei modelli di alta moda maschili, come invece è per le anoressiche che ritrovano il loro ideale in passerella.

Negli anni '80 la diffusione delle immagini di ammalati di AIDS ha probabilmente mutato la valutazione della magrezza nei maschi, che tuttavia si dividono ancora tra chi vuole acquistare peso e chi vuole perderlo (Drewnowski e Yee, 1987); poche donne, viceversa, desiderano aumentare il loro peso.

Uno studio di Andersen e Mickalide (1983) suggerisce che molti maschi con anoressia possano avere un problema di produzione di testosterone, ma soprattutto gli autori concordano nell'ipotesi che seguire una dieta possa costituire un fattore di rischio, facilitando il disturbo nei soggetti più vulnerabili. Così gli sport che sottolineano la forma fisica come estremamente rilevante inducono gli atleti a ingaggiare diete particolarmente severe. Sport che selezionano gli atleti per il peso e la magrezza, come la lotta, fare il fantino, il body builder, il danzatore, il nuotatore e il vogatore, espongono pertanto i ragazzi più fragili.

L'orientamento omosessuale come un fattore di rischio

Nonostante la proporzione dei gay nella popolazione generale sia stimata variare tra il 3%-6%, nel gruppo dei maschi con disturbi alimentari gli omosessuali sono sovrarappresentati. Il 20% di maschi con disturbi alimentari ha infatti un orientamento omosessuale, in specie i bulimici (Herzog, Bradburn e Newman, 1990). Una proporzione considerevole di maschi anoressici invece sembra essere asessuale piuttosto che definito

nell'orientamento. Carlat e colleghi (1997) riportano, nel loro studio su 156 pazienti, che il 42% dei maschi bulimici si identifica come gay o bisessuale e il 58% degli anoressici come asessuale. Per quanto riguarda i disturbi psichici più comuni si sottolinea il disturbo depressivo maggiore (54%), l'abuso di sostanza (37%) e i disordini di personalità (26%). Molti pazienti poi hanno una storia familiare di disordini affettivi (29%) o di alcolismo (37%). Gli autori concludono che l'omosessualità, come la bisessualità, sia un fattore di rischio, specialmente per quelli che sviluppano la bulimia nervosa.

Esistono più ipotesi che spiegano l'orientamento omosessuale come fattore di rischio: Crisp (1967) ritiene, ad esempio, lo sviluppo dei disturbi alimentari una forma difensiva che permette all'adolescente di proteggersi dalla paura di un'identità sessuale definita; altri hanno suggerito l'intervento di una componente genetica che lega l'omosessualità ai disturbi alimentari. Inoltre alcuni studiosi concordano che l'enfasi sulla bellezza e l'apparenza fisica, che la comunità gay esalta, possa indurre i soggetti più fragili a sviluppare una disaffezione per il proprio corpo e quindi esporre maggiormente questi soggetti ai disordini alimentari. Alcune ricerche infatti dimostrano come la forma fisica sia un valore centrale per la strutturazione dell'autostima del giovane omosessuale (Schneider e Agras, 1987). I maschi infatti eterosessuali sono i più soddisfatti del proprio corpo, mentre i gay e le donne eterosessuali, che ricevono più pressioni ambientali, lo sono in misura minore (Siever, 1994). Herzog e colleghi (1990) notarono che gli omosessuali pesavano meno degli eterosessuali, erano meno soddisfatti della loro forma fisica e avevano punteggi più alti nella Scala dei Disordini Alimentari (EDI).

Alcuni autori ipotizzano che i conflitti omosessuali precedano l'esordio di un disturbo alimentare nel 50% dei pazienti maschi (Scott, 1986; Dally, 1969; Crisp, 1967). Inoltre i cambiamenti endocrini (diminuito livello di testosterone) nei maschi anoressici possono avere un ruolo nel diminuire i conflitti di ordine sessuale, inibendo il desiderio erotico.

Un'altra ricerca rileva che la maggior parte dei maschi con disturbi alimentari suscita reazioni negative da parte dei pari: sono infatti gli ultimi ad essere scelti nei giochi sportivi, spesso canzonati per il loro stato fisico e loro stessi imbarazzati rispetto al loro corpo (Kearney-Cooke e Steicheen-Asch, 1990).

Per la nostra cultura, la muscolatura, l'aggressività, la competenza atletica, la competitività e l'indipendenza generalmente sono considerate desiderabili per i maschi; al contrario la dipendenza, la passività, l'inibizione dell'aggressività, la debolezza, sono considerate come più appropriate alle femmine. I ragazzi che svilupperanno disturbi alimentari tendono ad

essere non conformi alle aspettative culturali sulla mascolinità, sono più dipendenti, passivi e poco atletici, tratti questi che possono condurre all'isolamento e al disprezzo del proprio corpo.

Se l'orientamento lesbico sia un fattore protettivo rimane da indagare. Tendenzialmente le lesbiche sono meno scontente dei loro corpi e del resto la comunità lesbica pone meno enfasi sull'immagine fisica

I livelli di stigma: “una malattia da femmine”

Se le donne anoressiche sono circondate da un'aura mistica non è così per le bulimiche e per i maschi con disturbi alimentari. I maschi gay che soffrono di disturbi alimentari sono gravati da un doppio stigma: primo, essere maschio e avere un disturbo alimentare che tipicamente affligge le donne; secondo, avere un orientamento omosessuale.

I ragazzi che soffrono di disturbi alimentari spesso esitano a cercare aiuto per paura di rivelare una malattia “da donne” o “da omosessuali”. Del resto le stesse famiglie, nel cercare aiuto per i figli, possono vedersi rifiutate da quei centri che trattano solo femmine. D'altra parte, qualora il ragazzo venisse accettato, potrebbe ritrovarsi come unico maschio in un gruppo di donne, rischiando di diventare un oggetto transferale.

Lo stigma verso un gay con disturbi alimentari agisce a più livelli: lo stigma sociale, l'autobiasimo per soffrire di una malattia atipica, l'ignoranza o gli errori diagnostici da parte dei professionisti e, in quei paesi dove la copertura assicurativa è privata, il rischio di non essere risarciti per una malattia considerata inesistente.

Essere omosessuale tuttavia può essere sia fonte di autocensura che di orgoglio, a seconda del contesto sociale e dell'ideale dell'io. Certo è che i sintomi alimentari sono fonte di ulteriore stigma.

Il risultato dello stigma è la sottodiagnosi e il trattamento inadeguato; il fenomeno non viene cioè considerato come problema, vista la difficoltà a riconoscerlo a se stessi e quella degli stessi professionisti a diagnosticarlo. Paradossalmente essere HIV positivo, come disse un cliente, può essere meno stigmatizzante che avere un disturbo alimentare. Nella comunità gay infatti la sindrome da immunodeficienza acquisita sollecita la solidarietà e costituisce un problema condiviso; non così i disordini alimentari.

Implicazioni terapeutiche: prevenzione e prognosi

La valutazione medica richiede un *assessment* sui cambiamenti ormonali e il funzionamento sessuale, proprio perché numerosi studi hanno dimostrato che il testosterone negli anoressici decresce in funzione della perdita di peso (Andersen, Wirth, Strahlman, 1982).

Il lavoro terapeutico con un gruppo maschile, formato sia da eterosessuali che da omosessuali, può favorire nel ragazzo un senso di sollievo per non “essere l’unico”, diminuendo il senso di solitudine e di isolamento. Il genere del terapeuta e il suo orientamento sessuale possono essere fattori importanti, in specie nelle fasi iniziali (Waller, Katzman, 1998).

La prognosi è simile a quella delle femmine, con una analoga mortalità: il 90% dei pazienti migliorerà entro i 3-5 anni e il 10% andrà incontro a sensibili peggioramenti o alla morte; non si sospettano comunque differenze tra gay e eterosessuali. L’attività sessuale premorbosa, fantasticata e reale, sembra essere un fattore prognostico positivo (Burns, Crisp, 1984).

La prevenzione primaria è un’area che resta inesplorata e che tuttavia potrebbe iniziare la sua opera dall’educazione nella comunità gay, lavorando ad esempio sul rendere consapevoli dell’influenza dei media. Una maggiore conoscenza dei fattori di rischio, come l’essere sovrappeso, omosessuale e praticare sport o hobby particolari, può aiutare il professionista a focalizzare la sua attenzione sui soggetti problematici.

Conclusioni

I disturbi alimentari rimangono un disturbo a prevalenza femminile, tuttavia il 10-15% di incidenza maschile non è un dato da trascurare, in special modo se si considera che possa essere sotto-diagnosticato e sotto-curato per la difficoltà di questi pazienti a richiedere aiuto.

Il crescente interesse per l’apparenza fisica nel mondo maschile in generale e in quello omosessuale in particolare, può contribuire ad aumentare il numero di tali pazienti.

Ricerche future sul legame tra l'orientamento sessuale e i disturbi alimentari potranno guidare la prevenzione e le strategie trattamentali.

BIBLIOGRAFIA

Andersen A. E., Mickalide A. D. (1983), Anorexia nervosa in the male: An underdiagnosed disorder, *Psychosomatics*, 24: 1067-1075.

Andersen A.E., Wirth J.B., Strahlman E.R. (1982), Reversible weight-related increase in plasma testosterone during treatment of male and female patients with anorexia nervosa, *International Journal Eating Disorders*, 1: 74-83.

Burns T., Crisp A. H. (1984), Outcome of anorexia nervosa in males, *British Journal of Psychiatry*, 145: 319-328.

Carlat J. D., Camargo C. A., Herzog D. B. (1997), Eating disorders in males: A report on 135 patients, *American Journal Psychiatry*, 154: 1127-1132.

Crisp A. (1980), *Anorexia nervosa: Let me be*, New York, Grune Stratton.

Crisp A. H. (1967), Anorexia nervosa, *Hospital Medicine*, 1: 713-718.

Dally P. (1969), *Anorexia nervosa*, London, Heinemann Medical Books.

Di Domenico L., 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., Yee D. K. (1987), Men and body image: Are males satisfied with their body weight? *Psychosomatic medicine*, 49: 626-634.

Faurbun C. G., Beglin S.J. (1990), *Studies of the epidemiology of bulimia nervosa*. *American Journal of Psychiatry*, 147: 401-408.

Fichter M.M., Daser C. (1987), Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males, *Psychological medicine*, 17: 409-418.

Herzog D., Bradburn I, Newman K. (1990), Sexuality in males with eating disorders, in Andersen A.E., *Males with eating disorders*, New York, Bruner/Mazel.

Kearney-Cooke A., Steichen-Asch P. (1990), Men, body image, and eating disorders, In A. Andersen, *Males with eating disorders*, New York, Bruner/Mazel.

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

Pope H.G., Katz D.L., Hudson J.I. (1986), Bulimia in men: A series of fifteen cases, *The Journal of nervous and Mental Disease*, 174: 117-119.

Schneider J. A., 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.

Siever M.D. (1994), Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders, *Journal Consulting Clinical Psychology*, 62: 252-260.

Vandereycken W., Van der Broucke S. (1984), Anorexia nervosa in males, *Acta Psychiatrica scandinavica*, 70: 447-454.

Waller G., Katzman M.A. (1998), Female or male therapists for women with eating disorders? A pilot study of experts' opinions, *International Journals Eating Disorders*, 23: 117-123.

Wolf N. (1991), *The beauty myth*, New York, William Morrow.