



La bigoressia o dismorfofobia muscolare: una nuova patologia emergente

Elena Ferrari, Maria Giovanna Ruberto

*Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense,
Università degli Studi di Pavia, Italia*

La bigoressia o dismorfofobia muscolare: una nuova patologia emergente

Recentemente gli uomini hanno dimostrato il crescente desiderio di possedere un corpo sempre più grande e muscoloso. La bigoressia o dismorfofobia muscolare è una nuova sindrome in cui gli individui (solitamente di sesso maschile), anche se visibilmente molto muscolosi, credono erroneamente di essere magri e di avere un fisico poco muscoloso. Questa alterata percezione corporea conduce ai comportamenti tipici di questa sindrome: passare la maggior parte del proprio tempo in palestra ad allenarsi, seguire un regime dietetico rigido, evitare le situazioni in cui il corpo viene messo in mostra, utilizzare sostanze anabolizzanti per gonfiare il proprio corpo. I casi di dismorfofobia sono destinati ad aumentare (per le pressioni esercitate dagli ambienti sportivi e dai mass media) ed è necessaria una approfondita comprensione del problema al fine di poter individuare i soggetti a rischio e di proporre loro un corretto iter terapeutico.

The bigorexia or muscle dysmorphia: a new emerging disease

Recently men have demonstrated an increasing desire to possess a bigger and more muscular body. The bigorexia or muscle dysmorphia is a syndrome in which individuals (usually male), although visibly very muscular, wrongly think they are thin and don't have a muscular figure. This altered body perception leads to typical behaviors of this syndrome: these individuals spend most of their time training in the gym, follow a strict diet, avoid situations in which the body is exhibited, use anabolic substances to inflate their body. Body dysmorphic disorder cases are bound to increase (because of sporting environments and media pressure) and requires a thorough understanding of the problem in order to identify those at risk and to offer them a correct therapeutic procedure.

Introduzione

La bigoressia, o dismorfofobia muscolare (chiamata anche bigoressia o anoressia inversa) è una patologia emergente caratterizzata dalla preoccupazione che il proprio corpo non sia abbastanza asciutto e muscoloso. Sembra essere quindi una nuova forma di disturbo della percezione della propria immagine corporea che colpisce principalmente gli individui di sesso maschile che praticano attività sportive come il body building, il football americano e il wrestling. Gli uomini affetti da tale

disturbo credono che il loro corpo sia troppo piccolo e sottile anche quando in realtà si tratta di un corpo normale o addirittura molto muscoloso. Un corpo di cui si vergognano e che li porta ad evitare ogni attività sociale e occupazionale, ad investire la maggior parte del proprio tempo in estenuanti allenamenti in palestra e a condurre un regime dietetico molto ferreo. Tutto ciò può portare a danneggiare la propria salute e in alcuni casi al consumo di sostanze anabolizzanti al fine di rendere il proprio corpo più grosso. È di difficile diagnosi e si colloca a cavallo tra i Disturbi dell'Alimentazione, il Disturbo da Dismorfismo Corporeo e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Scopo del lavoro

Scopo del seguente lavoro è quello di presentare questa nuova patologia emergente, patologia ancora poco conosciuta e sottostimata, prendendo spunto da alcuni degli studi effettuati negli ultimi anni e lasciando aperta la riflessione sugli aspetti non ancora del tutto chiariti come l'eziopatogenesi e l'iter terapeutico migliore per poter aiutare chi soffre di questo disturbo.

Materiali e metodi

Le nozioni e i dati presentati in questo lavoro sono stati individuati ricercando in Pubmed e i termini *bigorexia*, *muscle dysmorphia* e *body image disease*.

Risultati

Cenni storici

Il desiderio di aumentare la propria forza fisica e di migliorare l'aspetto esteriore è antico, ma è solo nel diciannovesimo secolo che, grazie ad attrezzi sempre più precisi, si è arrivati a poter programmare un allenamento con dei risultati costanti. La nascita del *body building* risale a quando il sollevamento di carichi progressivi venne accettato come metodo di allenamento e quando gli atleti si resero conto che avrebbero potuto avere numerosi vantaggi (anche economici) mostrando il proprio corpo muscoloso in pose statuarie. Dopo la seconda guerra mondiale il *body building* divenne sempre più popolare, furono girati diversi film (come *Le fatiche di Ercole* con Steve Reeves e *Pumping Iron* con Arnold Schwarzenegger) e nacquero federazioni e riviste specializzate. A partire dagli anni novanta anche in Italia è stata osservata la rapida diffusione delle attività volte all'incremento della muscolatura, in particolare tra i gruppi giovanili maschili [1]. Il primo a descrivere il problema della *bigorexia* fu Harrison G. Pope, Professore di psichiatria all'università di Harvard, nel suo libro *The Adonis Complex*. Il titolo del libro deriva dal fatto che il mito greco di Adone rappresenta un esempio di perfetta mascolinità. In un primo momento il disturbo venne definito *anoressia inversa* (*reverse anorexia*) per il fatto che la paziente anoressica si vede sempre grassa pur essendo magrissima, mentre il *bigoressico* si vede sempre magro e non abbastanza muscoloso anche quando ha raggiunto un fisico molto atletico. Il disturbo venne poi ribattezzato *dismorfofobia muscolare* [2-3].

Classificazione, aspetti clinici, eziopatogenesi

Attualmente la dismorfofobia muscolare non è inclusa nel DSM IV come categoria diagnostica a sé stante e si discute se debba essere classificata tra i Disturbi dell'Alimentazione o come sottotipo del Disturbo da Dismorfismo corporeo [4]. Caratteristica principale è, come nel disturbo da dismorfismo corporeo, la preoccupazione relativa al proprio corpo (rivolta non solo ad un particolare difetto ma al proprio aspetto fisico in generale). Come i disturbi alimentari che si possono definire classici (anoressia, bulimia), si caratterizza per la presenza di una percezione di alterazioni della sfera sensoriale e dello schema cognitivo con continua ideazione sulle forme corporee [5]. Nonostante ciò numerosi autori hanno suggerito che la bigorexia possa rientrare nello spettro dei disturbi ossessivi-compulsivi (l'ossessione è rappresentata dal pensiero sul proprio corpo, sui propri muscoli e la compulsione dalle ore passate in palestra, dal tempo passato a guardarsi allo specchio o dal controllo esagerato dell'alimentazione (ortorexia) [6].

La preoccupazione principale dei soggetti affetti da dismorfofobia muscolare non è quanto magri possano diventare piuttosto quanto grossi e muscolosi. In genere interessa uomini giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 23 anni circa che praticano sport in cui lo scopo degli allenamenti è proprio quello di aumentare la propria muscolatura e la propria forza come il football, il wrestling e il body-building [7]. La prevalenza del disturbo è calcolata intorno a 100,000 persone nel mondo e nella palestra si aggira attorno al 10% dei frequentatori, ma con grande probabilità è sottostimata dal momento che non è così semplice riconoscere chi ne è affetto [8].

I principali sintomi sono:

- dispercezione corporea ovvero preoccupazione patologica rispetto ad un corpo ritenuto non sufficientemente asciutto e muscoloso (in casi estremi si arriva a farsi impiantare protesi nei pettorali per raggiungere la forma ideale;
- comportamento di addiction nei confronti dell'esercizio fisico: il bigoretico è schiavo dell'allenamento al punto da passare in palestra tutto il proprio tempo libero, perdendo di vista lavoro, amici, famiglia;
- possibile abuso di sostanze anabolizzanti per incrementare la massa muscolare e migliorare le proprie prestazioni fisiche;
- comportamento alimentare disturbato fino ad arrivare all'ortorexia ovvero all'applicazione di ferree regole alimentari. Si tratta di un piano alimentare molto rigido e sbilanciato, ricco di proteine e povero di grassi e con un preciso calcolo delle calorie assunte.

I criteri proposti per la diagnosi della dismorfofobia muscolare sono i seguenti:

- l'individuo è ossessionato dalla convinzione che il suo corpo dovrebbe essere più magro e muscoloso. Notevole quantità di tempo è dedicata al sollevamento pesi e le fissazioni sulla propria dieta sono comuni.
- Almeno 2 dei seguenti 4 criteri dovrebbero essere presenti:
 - l'attenzione incontrollabile a perseguire il proprio allenamento e comportamento alimentare fa sì che la persona perda il proprio lavoro e o si isoli;
 - circostanze che comportano l'esposizione del corpo sono preferibilmente evitate, se l'evitamento non è possibile, si prova un disagio e una preoccupazione significativa;
 - le prestazioni nelle aree lavorative e sociali sono influenzate dal presunto deficit corporeo;
 - gli effetti potenzialmente negativi del regime di allenamento non riescono a scoraggiare l'individuo a perseguire le pericolose pratiche.
- A differenza dell'anoressia nervosa, in cui la persona è preoccupata di essere in sovrappeso, o di altri disturbi dismorfici del corpo, in cui la preoccupazione è rivolta verso altri aspetti fisici, l'individuo con dismorfismo muscolare crede che il suo corpo non sia sufficientemente magro o muscoloso.

In questi pazienti l'autostima dipende dalla forma fisica, giudicata non soddisfacente. L'insoddisfazione, l'ansia e la perdita dell'autostima che derivano dalla convinzione di essere poco muscolosi spingono questi soggetti ad allenarsi sempre di più. Questa condizione, se protratta, implica una compromissione della propria vita socio lavorativa: molti individui arrivano ad evitare tutte le situazioni, anche quelle intime, in cui il corpo potrebbe essere esposto e, nel caso l'evitamento non fosse possibile, le vivono con forte disagio. Le attività ricreative, sociali e lavorative sono sacrificate per lasciare spazio all'allenamento o per evitare di trasgredire le rigide regole dietetiche.

Le principali complicanze mediche si possono ricondurre a una serie di fattori. Prima di tutto gli allenamenti estenuanti possono portare ad uno stato di sovrallenamento senza adeguati tempi di recupero per cui si arriva ad uno stato critico di astenia, affaticabilità e turbe del ritmo cardiaco. Inoltre ci possono essere tendiniti, problemi alle articolazioni, calo di peso corporeo e indebolimento del sistema immunitario. Si possono trovare poi alterazioni a carico di prolattina, cortisolo e ormone adrenocorticotropo (ACTH) e complicanze legate al regime alimentare poco equilibrato. L'assunzione di ormoni androgeni e di farmaci anabolizzanti può portare a gravi complicanze renali, epatiche e a carico del sistema endocrinologico e riproduttivo.

Spesso la bigorexia si associa a depressione, tentativi di suicidio, abuso di sostanze, disturbi di personalità (soprattutto di tipo narcisistico e/o ossessivo compulsivo) [9-10].

L'eziopatogenesi di questa patologia non è del tutto nota. Si suppone che sia focalizzata attorno a tre determinanti principali, non del tutto indipendenti l'una dall'altra [11]. Il primo ad essere tirato in causa è il fattore genetico: ci sarebbe un fattore biologico predisponente per cui alcune persone sarebbero particolarmente inclini per natura a sviluppare patologie di questo tipo (con forte connotazione ossessivo-compulsiva); la seconda causa è di ordine psichico e interessa la bassa autostima dei soggetti affetti da questa patologia: spesso il giovane adulto bigoretico è stato un bambino esile, magrolino e cagionevole, deriso dagli amici e dai compagni di scuola oppure ultraprotetto dai genitori che ha ora trovato un modo per rivalersi, per difendersi e proteggersi creando una specie di corazza muscolare. Tale corazza assume ambivalenze difensive e narcisistiche, esprimendo un disagio psichico altrimenti non elaborabile e riferibile verosimilmente a problematiche identitarie; la terza spiegazione invece richiama la società odierna e le pressioni esercitate dai mass media nel proporre un modello di corpo perfetto. Inoltre il maschio di oggi, per costruirsi un ruolo soddisfacente, si aggrappa all'idea del successo che un corpo muscoloso sembra garantire, divenendo quindi la muscolatura un simbolo della dominanza e del controllo del maschio [12]. Non è ancora chiaro quale sia l'iter terapeutico più efficace; inoltre è spesso molto difficile convincere chi soffre di questo disturbo ad iniziare una terapia e le conseguenze psicologiche e sociali restano a lungo misconosciute e non trattate.

Discussione

La dismorfofobia muscolare è una patologia emergente. Le pressioni sugli uomini per apparire più muscolosi e asciutti hanno promosso un aumento di quei disturbi psicocomportamentali spesso legati all'anoressia e alla bulimia nervosa. Gli atleti sono particolarmente suscettibili allo sviluppo di disordini della percezione dell'immagine corporea soprattutto per le pressioni esercitate dall'ambiente sportivo e dalla moda che promuove i muscoli e la forza. I professionisti dell'area sanitaria dovrebbero quindi diventare più sensibili a queste problematiche e imparare a riconoscerne i segni e i sintomi. Tale compito è spesso arduo in quanto alcuni fattori specifici del mondo della sport ne ostacolano la rilevanza: l'atleta spesso ha paura di chiedere aiuto, inoltre è spinto a compiacere i desideri degli allenatori, di amici e genitori. Ogni sport persegue i propri ideali corporei da raggiungere per ottenere le mi-

giori performance. È necessario quindi utilizzare ogni mezzo diagnostico possibile per rilevare i casi più a rischio, in prima battuta questionari quali l'Eating Attitude Test [13], l'Eating Disorder Inventory-2 [14], l'Exercise Orientation Questionnaire [15] e il Multidimensional Body Self Relation Questionnaire [16-17]. Utile inoltre potrebbe essere il ricorso ad approfondite interviste cliniche e a protocolli di screening con esami medici tradizionali all'inizio della stagione atletica per valutare variabili che potrebbero essere predittive di un disturbo di questo tipo [5]. È quindi necessario, vista l'importanza che giorno dopo giorno sta assumendo questa patologia, che gli studiosi continuino in futuro a monitorare e documentare l'incidenza della bigoressia nella popolazione e cerchino di trovare la corretta terapia farmacologica e psicoanalitica per far fronte a tale disturbo.

Bibliografia

1. Disturbi correlati al comportamento agito: la bigoressia ovvero la reverse anorexia ed i suoi effetti sulla capacità matrimoniale. In: Dipendenze psicologiche e consenso matrimoniale. *Libreria Editrice Vaticana*, Roma, IT, 2009.
2. Pope HG Jr, Gruber AJ, Choi PYL et al. Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 1997;38:548-557.
3. Kanayama G, Pope HG Jr. Gods, men, and muscle dysmorphia. *Harv Rev Psychiatry* 2011;19(2):95-98.
4. Babusa B, Tury F. Nosological classification and assesment of muscle dysmorphia. *Psychiatric Hung* 2011;26(3):158-166.
5. Dalla Ragione L, Scopetta M. Giganti d'argilla: i disturbi alimentari maschili, *Il Pensiero Scientifico Editore*, Torino, IT, 2009.
6. Chung B. Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Persp in Biol and Med* 2002;44:565-574.
7. James EL, Edward JS, Kimberly AG. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *J of Athl Traini* 2005;40(4):352-359.
8. Pope HG Jr, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. NY: *The Free Press*, New York, NY, 2000.
9. Hildebrandt T, Schlundt D, Lagenbacher L et al. Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. *Compreh Psych* 2006;47:127-135.
10. Pope CG, Harrison GP, Menard W et al. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image* 2005;2:395-400.
11. Stevani J. Muscoli e lacrime. *Rivista psicologica contemporanea* 2007;199:18-25.
12. Tucker R, Watkins PL, Cardinal BJ. Muscle dysmorphia, gender role stress and sociocultural influences: an exploratory study. *Res Q Exerc Sport* 2011;82(2):310-319.
13. Gardner DM, Olmstead M, Bohr Y et al. The Eating Attitude Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-878.
14. Gardner DM. *The Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual*. *Psychological Assesment Resources*, 1991;4:1-5.
15. Yates A, Edman JD, Crago M. Using an exercise-based instrument to detect sign of eating disorder. *Psychol Res* 2011;105:231.
16. <<www.body.images.com>>.
17. Brown TA, Cash TF, Mikulka PJ. Attitudinal body-image assesment: kactor analysis fo the Body-Self Relation Questionnaire. *J Press Assess* 1990;55:135-144.