

QUARTO CONVEGNO DI TRAUMATOLOGIA CLINICA E FORENSE

11° Corso di Ortopedia, Traumatologia e Medicina Legale

**L'EVENTO TRAUMATICO:
DAL TRATTAMENTO CLINICO AL CONTENZIOSO**



PROGRAMMA

Presidenti Onorari

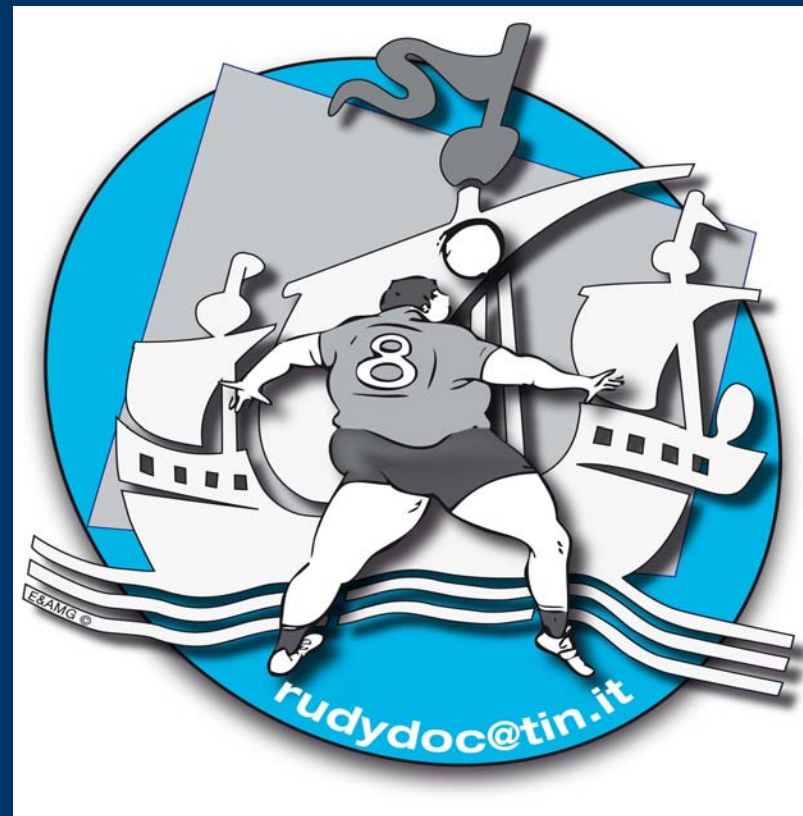
R. Del Signore, G. Soncini

Presidenti

G. Dell'Osso, F.M. Donelli, G. Varacca

15 - 16 Novembre 2013

Terme Zoja – Salsomaggiore Terme (PR)



Affilié à la FIMS
Association loi de 1901
j.o. n°41/8.10.1986

Groupement Latin et Méditerranéen de Médecine du Sport.
Grupo Latino y Mediterráneo de Medicina del Deporte.
Gruppo Latino e Mediterraneo di Medicina dello Sport.
Latin and Mediterranean Group of Sports Medicine.
Grupul Latin și Mediteranean de Medicină Sportivă.
Grup Llatí i Mediterrani de Medicina de l'Esport.

المجمع اللاتيني والمتوسطي للطب الرياضي

ΑΘΛΗΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΛΑΤΙΝΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΟΥ

חטיבת המדינות הלטיניות והים תיכוניות לרפואת ספורט

La bigorexia-over therapy: indicazioni e limiti

Rodolfo Malberti

The average man “feels like Clark Kent but longs to be like Superman”

Roberto Olivardia (2001, p. 254)

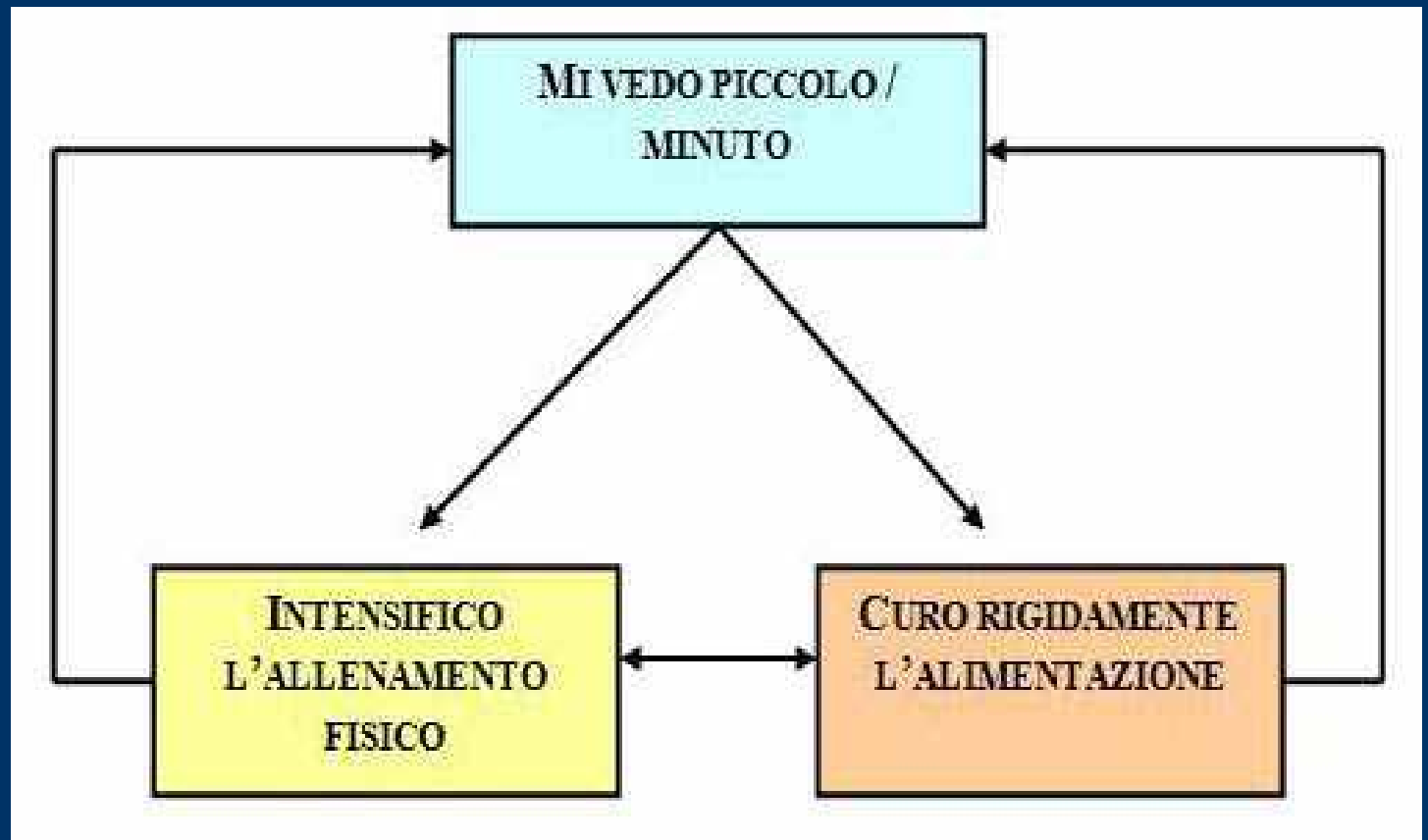


DEFINIZIONE e ANALISI DEL TERMINE

*Per **Dismorfia Muscolare (MD)** si intende una condizione di recente osservazione caratterizzata dalla preoccupazione, in persone visibilmente muscolose, di essere troppo magre e poco prestanti.*

*La **Dismorfia Muscolare**, secondo **Pope, Gruber, Choi, Olivardia and Phillips (1997, p. 550)** è una “preoccupazione cronica di non essere sufficientemente muscolati”*





*Attualmente, questo disturbo non è incluso del **DSM-IV-TR(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)** come categoria diagnostica a sé stante, ma si discute se debba essere inquadrato tra i **Disturbi dell’Alimentazione** o come sottotipo del **Disturbo da Dismorfismo Corporeo**, a sua volta contenuto nella categoria dei **Disturbi Somatoformi**, la cui caratteristica comune è la presenza di sintomi fisici non giustificati da una condizione medica generale, né dagli effetti diretti di una sostanza o da un altro disturbo mentale.*

*La Dismorfia Muscolare venne scoperta grazie agli studi condotti da Pope che nel libro **“The Adonis Complex”** la definì inizialmente **“Anoressia Inversa” (Reverse Anorexia)**, con riferimento al fatto che come la paziente anoressica si vedeva grassa, pur essendo magrissima, il soggetto affetto da tale patologia si vedeva sempre magro e non muscoloso anche quando aveva raggiunto un fisico molto muscoloso e atletico.*

*Successivamente Pope ribattezzò questa condizione come **“Dismorfia Muscolare” (MuscleDysmorphia)**, ossia un particolare tipo di disturbo da Dismorfismo Corporeo in cui la preoccupazione eccessiva non era limitata ad un’anomalia fisica specifica ma riguardava tutto il corpo.*

Termini per definire la Dismorfia Muscolare:

Bigoressia;

Vigoressia;

Sindrome di Adone;

Anoressia Inversa.



*In campo medico “**Bigoressia**” è una locuzione che fonde un termine inglese (big=grande) ed uno latino (orex=appetito), ad indicare la “fame di grossezza”, ovvero la smania di avere un corpo più muscoloso e più magro di quello che attualmente si abbia o si percepisca di avere.*

*La Dismorfia Muscolare viene anche definita “**Vigoressia**” (dal latino vigor=forza e orex=appetito), cioè fame, desiderio di essere forte e vitale.*

*Proprio per questa estensione dei suoi possibili significati, l'MD è stata ribattezzata anche “**Complesso di Adone**”.*

Adone infatti era un personaggio della mitologia greca, raffigurante l'ideale di bellezza maschile.



Adone e Venere- Tiziano 1541

Venere e Adone- Hendrick Goltzius 1614



www.settemuse.it

Hendrick Goltzius: Venere e Adone (1614)

EPIDEMIOLOGIA

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.

Leone James E.; Edward J. Sedory†; Kimberly A. Gray. 2005

La prevalenza del disturbo è calcolata intorno a **100,000 persone nel mondo e nella palestre 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.

Pope HG Jr, Phillips KA, Olivardia R. 2000

Il problema riguarda anche le donne.

In uno studio svolto nelle palestre di Boston (Massachusetts), il 33% delle intervistate ammetteva di utilizzare o aver utilizzato steroidi anabolizzanti.

Alcune donne evidenziavano una sindrome di dipendenza da tali sostanze, spesso a livello morboso.

*Il 56% delle utilizzatrici inoltre riportava **sintomi ipomaniacali** durante l'uso di steroidi ed il 40% evidenziava **sintomi depressivi** durante l'astinenza da essi.*

*Ma il dato forse più interessante è che tutte - sia le utilizzatrici che le altre - evidenziavano diverse rare sindromi psichiatriche, quali **rigidi regimi dietetici** (definiti dagli Autori "**Eating Disorder Bodybuilder Type**") e cronica **insoddisfazione per il proprio aspetto fisico** (la già citata "**Muscle Dysmorphia**").*

CLASSIFICAZIONE

Attualmente, l'MD non è inclusa nel DSM-IV come categoria diagnostica a sé stante e si discute se debba essere classificata

*o tra i **Disturbi dell'Alimentazione***

*o come sottotipo del **Disturbo da Dismorfismo corporeo***

*o come appartenente ai **Disturbi Ossessivo-Compulsivi**.*

Come per i Disturbi Alimentari che si possono definire classici (Anoressia, Bulimia), l'MD si caratterizza per la presenza di una percezione di alterazioni della sfera senso-percettiva e dello schema cognitivo con continua ideazione sulle forme corporee.

Come afferma Pope (citato in Pope, Menard, Fay, Olivardia, & Phillips, 2005, p.395-400), nonostante i sintomi tipici dell'Anoressia Nervosa e quelli dell'Anoressia Inversa siano comparabili, il gruppo di sintomi tipici dell'MD sarebbe stato collocato dai ricercatori come un sottotipo dei Disordini Dismorfici del Corpo all'interno dello spettro somatoforme.

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).

Alla base di questo spostamento vi sarebbe infatti la consapevolezza che i Disturbi Alimentari non sarebbero una caratteristica fondamentale del disturbo, ma solo secondaria (Olivardia, 2001).

Nonostante ciò numerosi autori (Chung, 2001; Maida & Armstrong, 2005) hanno suggerito che l'MD potesse rientrare nello spettro dei Disturbi Ossessivo-Compulsivi in cui l'ossessione sarebbe rappresentata dal pensiero sul proprio corpo e muscoli e la compulsione dalle ore passate in palestra, dal tempo passato a guardarsi allo specchio e dal controllo esagerato dell'alimentazione (Ortoressia).

L'MD può essere considerata:

Nello spettro dei Disturbi Alimentari;

Nello spettro Ossessivo-Compulsivo;

Come un sottotipo del Disturbo Dismorfico del Corpo.



Senza dubbio la società moderna contribuisce in larga misura a generare la ricerca del corpo ideale e l'immagine corporea è largamente influenzata da quello che la cultura considera esteticamente bello.

*(Cattarin, et al. 2000
Dohnt & Tiggerrman 2005)*

L'immagine corporea può essere patologicamente distorta.
Se tale distorsione rappresenta un disturbo a sé stante si parla di **DISTURBO da DISMORFISMO CORPOREO**.

...se invece fa parte del quadro clinico di disturbi psichiatrici non primitivamente legati all'immagine corporea si parla genericamente di **DISTURBO dell'IMMAGINE CORPOREA**

(White, 2000)

Regina: Mago dello specchio magico, sorgi dallo spazio profondo, tra vento e oscurità io ti chiamo. Parla! Mostrami il tuo volto!

Specchio: Che vuoi conoscere mia Regina?

Regina: Specchio, servo delle mie brame, chi è la più bella del reame?

Specchio: Bella, tu sei bella oh mia Regina, ma attenta: al mondo una fanciulla c'è, vestita sol di stracci, poverina, ma ahimè, assai più bella è di te!

Regina: Guai a lei! Dimmi il suo nome!

Specchio: Ha la bocca di rose, e ha d'ebano i capelli, come neve è bianca.

Regina: Biancaneve!



La Regina di Biancaneve, lo Specchio
e la Dismorfofobia

Bigorexia Nervosa?

(Pope, Katz, & Hudson, 1993)

Also known as:

Muscle dysmorphia (Phillips, O'Sullivan, & Pope, 1997)

Reverse anorexia (Pope, Katz, & Hudson, 1995)

Body dysmorphic disorder (Phillips & Castle, 2001)

Megorexia nervosa (Kessler, 1998)

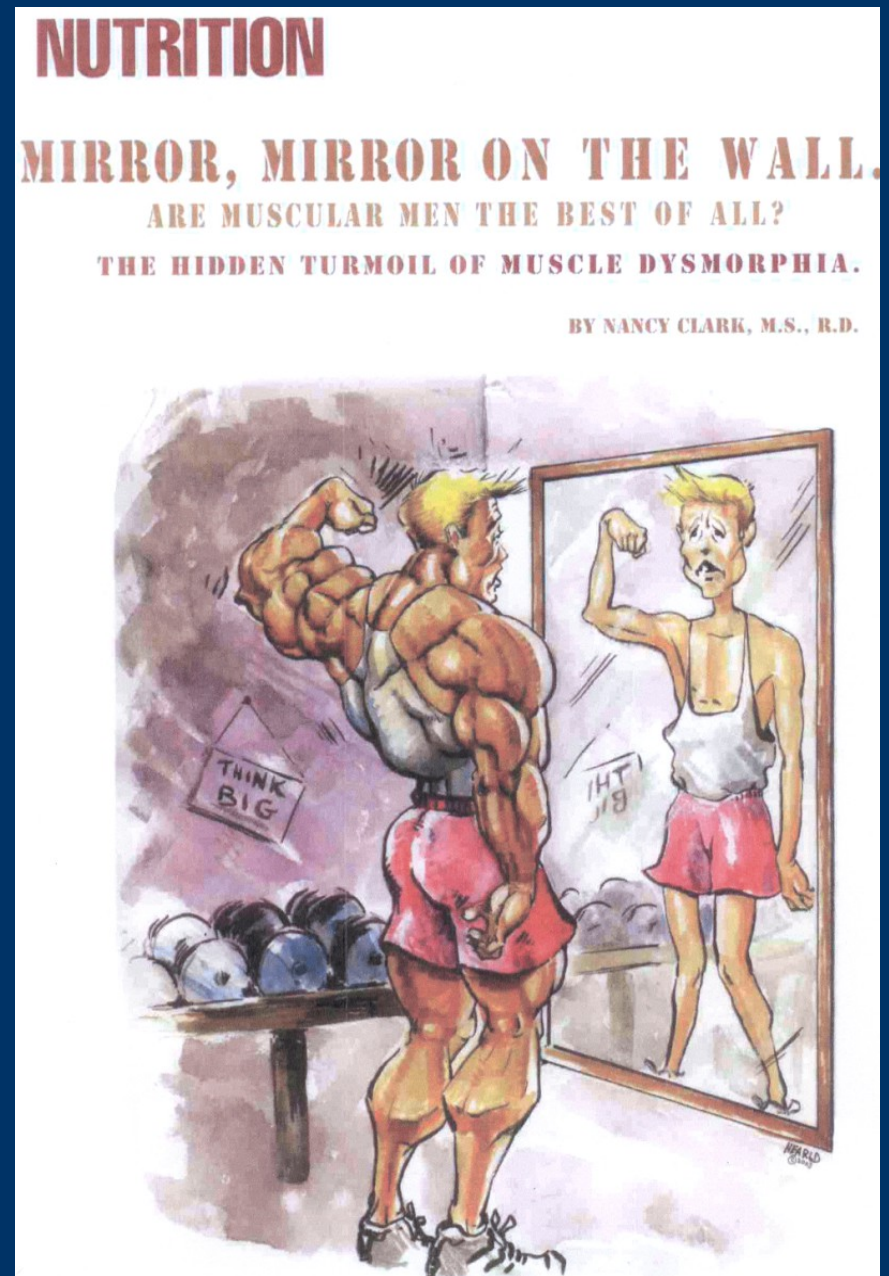
Machismo nervosa (Connan, 1998)

Adonis complex (Pope, Olivardia, & Phillips, 2000)

All the above references are cited in Sabo, D., et al, 1995

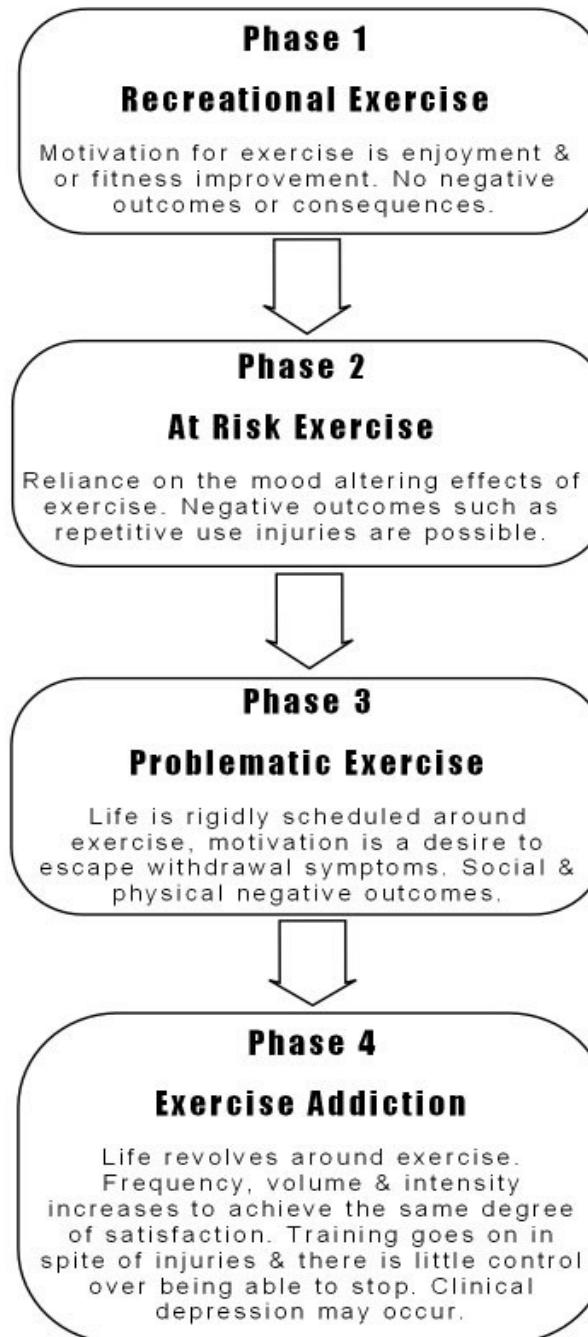
This phenomenon is also known in the research world as:

- Adonis Complex
(Pope et al., 2000)
- anorexia nervosa in reverse
- reverse anorexia nervosa
- bigorexia
(Olivardia, 2001)
- bigamerexia
(Taylor, 1985)
- megorexia nervosa
(Kessler, 1998)
- machismo nervosa
(Connan, 1998)
- herculism
(Degn, 1990)
- muscle dysmorphia
(Phillips, O'Sullivan, & Pope, 1997)
- the Drive for Muscularity
(McCreary & Sasse, 2000)



Clark, N.(2004).

PHASES OF EXERCISE ADDICTION



STORIA



La idea del hombre típico, musculoso y disciplinado se originó primordialmente **en las épocas de guerra.**

Ejemplo de esto fueron **los espartanos**, quienes cultivaban el culto al cuerpo como una forma de preparación para la batalla y para el mantenimiento físico.

El pedagogo **Pestalozzi**, en el **siglo XVII** tomó la idea de buscar hombres completos no solamente fuertes físicamente y resistentes a la fatiga sino al mismo tiempo animosos y audaces, a la par que un sentido justo del bien, el deber y la abnegación.

Sin embargo el mérito de ser el creador del movimiento fisioculturista moderno se le atribuye a **E. Desbonet** quien inició la gimnasia de los órganos y fue quien introdujo el uso de las series y las repeticiones a los ejercicios, así como las visualizaciones de la ejecución correcta delante del espejo.

Por su parte, en la misma época, **Eugenio Sandow** desarrolló la práctica de las poses plásticas.

A partir de estos dos pioneros, el físico culturismo se diferenció en dos ramas distintas: **la escuela francesa**, formada principalmente por médicos, la cual se caracterizaba por la búsqueda del desarrollo integral del hombre, y **la escuela americana**, formada principalmente por harterófilos, basada en el desarrollo de la musculatura.

Por último el establecimiento de una metodología del entrenamiento se debe a **Marcel Rouet** quien se fundamentaba en los conocimientos científicos de su época y fue quien consideró por primera vez el término culturismo para referirse a esta práctica deportiva.

**(CARLOS FERNANDO GUTIÉRREZ CASTRO
ROBERT FERREIRA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA INSTITUTO UNIVERSITARIO DE EDUCACIÓN FÍSICA
MEDELLÍN 2007)**

“Las primeras anotaciones sobre la dependencia al ejercicio aparecen en los trabajos de **Baekeland (1970)**, privación del ejercicio y efectos en los patrones de sueño.

Glasser (1976) “adicción positiva”,

luego desarrollado por **Suchs y Pargman (1979 – 1984)**, acuñándose entonces el término **“adicción al correr”**.

“adicción negativa” (Morgan 1979)

“fanatismo por el fitness” (Little, 1992)

“corredores obligados” (Yates, Lee Hey y Shisslak, 1983)

“ejercicio mórbido” (Chalmers, Catalán, Day y Fairburn, 1985)

“ejercicio compulsivo o dependencia primaria al ejercicio “(Hauck y Blumenthal, 1992)”

*(CARLOS FERNANDO GUTIÉRREZ CASTRO
ROBERT FERREIRA*

*UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA INSTITUTO UNIVERSITARIO DE EDUCACIÓN FÍSICA
MEDELLÍN 2007)*

Nel **1689** fu il medico francese **Ricard Morton** il primo a parlare di “**consunzione nervosa**”.

Nel **1860 Louis Victor Marcé** descrisse un disordine gastrico prevalentemente manifesto nelle donne e i suoi studi furono ripresi, quasi contemporaneamente, da **Charles Lasegue** che, nel **1873**, a Parigi definì il disturbo: “**anoressia isterica**”, mentre a Londra **William Gull** lo definiva “**anoressia nervosa**”.

Freud compreso, parla di “**anoressia nervosa**” o di “**anoressia isterica**”.

Night Eating Syndrome - NES (Disturbo da alimentazione notturna)

1955 Stunkard, Grace e Wolff. 1999 studiato da **Birketvedt** anche dal punto di vista neuroendocrino.

1966 la stilista inglese Mary Quant affida a Lesley Hornby il lancio della minigonna. 17 anni e un fisico da preadolescente, privo delle formosità femminili fino ad allora tanto decantate: nome d'arte “**Twiggy**” ovvero “**grissino**”.

1979 che **Russell** denominò per la prima volta **la bulimia** come patologia non necessariamente legata all'anoressia

Nel **1993 Harrison Pope**, psichiatra presso il Mc – Lean Hospital di Belmont, Massachusetts, descrisse un disturbo chiamato **Dismorfismo Muscolare**.

Pope, Katz e Hudson (1993) descrissero una condizione che definirono **"anoressia reverse"**.

1997 il dietologo statunitense **Steve Bratman** definisce l' **"ortoressia"** su un numero di Yoga Journal.

2000, "The Adonis Complex": Pope HG Jr., Phillips K. A., Olivardia R.

DIAGNOSI

Gli strumenti per la rilevazione della Dismorfia Muscolare (MD) sono scarsi, soprattutto a causa delle difficoltà inerenti la sua classificazione ed i suoi criteri diagnostici.

Al momento infatti, non essendoci una classificazione precisa non esiste nemmeno alcuno strumento specifico di valutazione.

Tuttavia, ad oggi sono tre gli strumenti chiave per individuare possibili casi di MD:

Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS):
scala selfreport relativa alla Soddisfazione per l'Aspetto Muscolare
(Mayville, Williamson, White, Netemeyer, & Drab, 2002)

Le sottoscale che compongono il questionario sono:

- 1. Dipendenza da bodybuilding;*
- 2. Verifica dei comportamenti legati alla muscolatura;*
- 3. Uso di sostanze;*
- 4. Atteggiamento nei confronti degli infortuni;*
- 5. Soddisfazione muscolare.*

Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI-ITA):
(Hildebrandt, Langenbacher, & Schlundt, 2004)

L'MDDI presenta 3 sottoscale:

- 1. Motivazione verso lo sviluppo della massa muscolare;*
- 2. Compromissione delle attività sociali;*
- 3. Intolleranza verso il proprio aspetto*

Muscle Disorder Inventory (MDI):
Grieve (2007)

Lo strumento è composto da cinque sottoscale:

- 1. Comportamenti legati alla dieta;*
 - 2. Misure corporee e simmetria;*
 - 3. Dipendenza da Body-Building;*
 - 4. Uso di supplementi;*
 - 5. Protezione fisica.*
-
-

... inoltre

Bodybuilder Image grid (BIG):

*La griglia ha due versioni:
la BIG originale (BIG-O) e la scala BIG (BIG-S).*

BodyBuilding Dependence scale (BDS):

*criteri di **Veale e Morgan***

...e nel contesto diagnostico italiano

*Muscle Disorder Inventory (MDI) e il
Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)
Cella et al. (2005)*

*Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI-ITA) ed il
Bodybuilder Image grid (BIG)
Dèttore e Santarnecki (2012)*

Critères de la dépendance à l'exercice (D. Veale, 1991²⁶)

1. Réduction du répertoire des exercices physiques conduisant à une activité physique stéréotypée, pratiquée au moins une fois par jour.
2. L'activité physique est plus investie que tout autre.
3. Augmentation de la tolérance de l'intensité de l'exercice, d'année en année.
4. Symptômes de sevrage avec tristesse lors de l'arrêt (volontaire ou contraint) de l'exercice physique.
5. Atténuation ou disparition des symptômes de sevrage à la reprise de l'exercice.
6. Perception subjective d'un besoin compulsif d'exercice.
7. Réinstallation rapide de l'activité compulsive après une période d'interruption.
8. Poursuite de l'exercice physique intense en dépit de maladies physiques graves causées, aggravées ou prolongées par le sport. Négligence des avis contraires donnés par les médecins ou les entraîneurs.
9. Difficultés ou conflits avec la famille, les amis ou l'employeur liés à l'activité sportive.
10. Le sujet s'oblige à perdre du poids en suivant un régime, pour améliorer ses performances.

La définition des addictions selon Goodman :

A/ Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.

B/ Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C/ Plaisir ou soulagement pendant sa durée.

D/ Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

E/ Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :

1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.

5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.

6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.

7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.

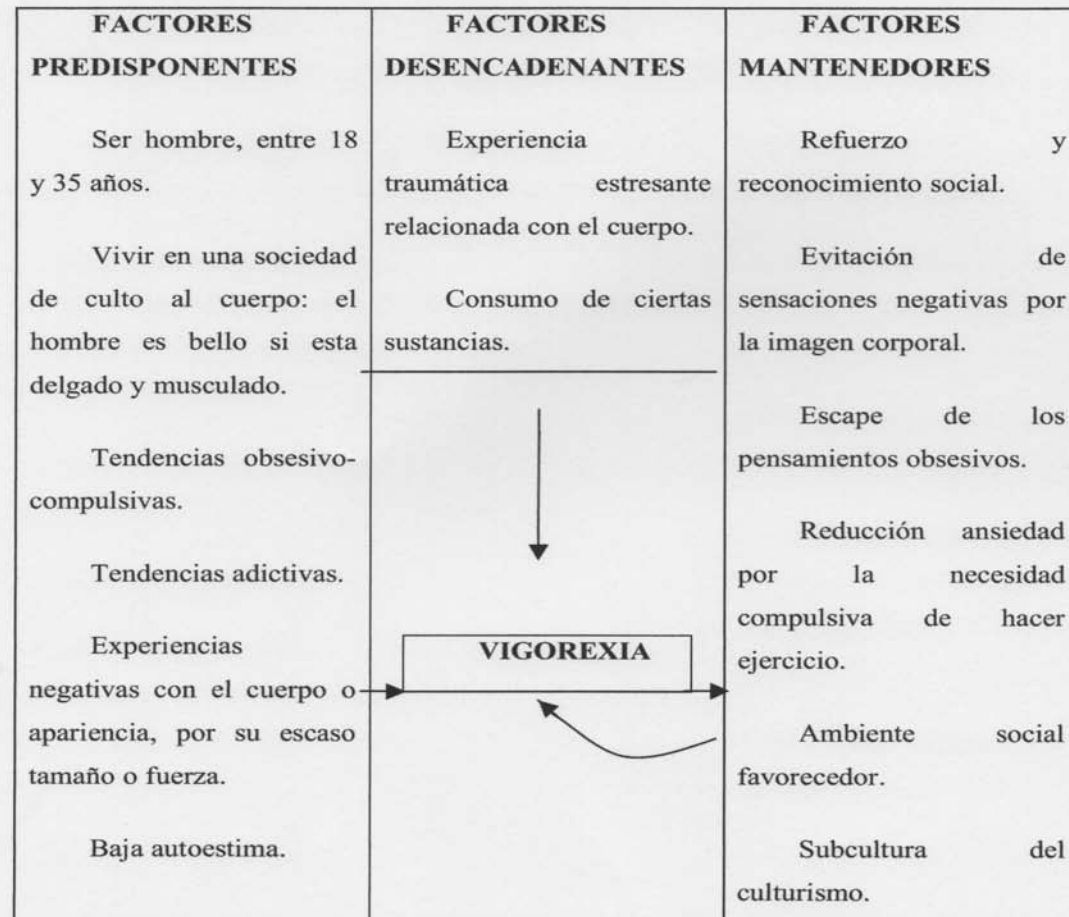
8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.

9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

F/ Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

D'après Aviel Goodman, 1990

2.5-Modelo explicativo (Modelo hipotético de factores implicados en el desarrollo de la vigorexia según Baile, 2005)



Critères de dépendance au body-building

(D. Smith, 1998)

1. *Je m'entraîne même quand je suis malade ou grippé.*
 2. *Il m'est arrivé de continuer l'entraînement malgré une blessure.*
 3. *Je ne raterais jamais une séance d'entraînement, même si je ne me sens pas en forme.*
 4. *Je me sens coupable si je rate une séance d'entraînement.*
 5. *Si je rate une séance, j'ai l'impression que ma masse musculaire se réduit.*
 6. *Ma famille et/ou mes amis se plaignent du temps que je passe à l'entraînement.*
 7. *Le body-building a complètement changé mon style de vie.*
 8. *J'organise mes activités professionnelles en fonction de mon entraînement.*
 9. *Si je dois choisir entre m'entraîner et travailler, je choisis toujours l'entraînement*
-
-

SINTOMI, SEGNI E COMPLICANZE *CLINICHE*



**DISPERCEZIONE CORPOREA
ADDICTION NEI CONFRONTI DELL'ESERCIZIO FISICO
ABUSO DI SOSTANZE ANABOLIZZANTI
COMPORTAMENTO ALIMENTARE DISTURBATO > ORTORESSIA**

INSODDISFAZIONE

ANSIA

DEPRESSIONE > DISTIMIA

TENTATIVI DI SUICIDI

NARCISISMO

DISTURBI OSSESSIVO COMPULSIVO

STATO DI OVERTRAINING

ASTENIA

ARITMIE

PATOLOGIE CARDIACHE >>> INFARTO MIOCARDICO

TENDINOPATIE > TENDINITI > TENDINOSI > ROTTURE TENDINEE

PATOLOGIE MUSCOLARI >>>> ROTTURE

SOVRACCARICO ARTICOLARE

FRATTURE DA STRESS

INDEBOLIMENTO SISTEMA IMMUNITARIO

***ALTERAZIONE PROLATTINA, ACTH, CORTISOLO > REGIME ALIMENTARE
POCO EQUILIBRATO***

***COMPLICANZE RENALI, EPATICHE, CARDIACHE, ENDOCRINE E DEL
SISTEMA RIPRODUTTIVO LEGATE ALL'ASSUNZIONE DI ORMONI
ANDROGENI E FARMACI ANABOLIZZANTI***

TERAPIA



Spesso le persone con sospetto di Dismorfia Muscolare (MD) non cercano un trattamento appropriato perché non si considerano malate. Alcune ammettono di avere paura nell'assumere sostanze e di essere vittime dell'esercizio ossessivo tuttavia il problema più grande è quello di convincere i soggetti bigoessici a farsi aiutare.

Per prima cosa tali individui dovranno superare l'ignoranza relativa al problema e ai sentimenti associati di vergogna e all'imbarazzo.

Allenatori atletici, educatori fisici e professionisti nella cura della salute avranno quindi la responsabilità di aiutare gli sportivi con sintomi evidenti di MD **a riconoscere la differenza tra l'entusiasmo relativo all'alzare i pesi e i vantaggi dati dal miglioramento fisico e l'ossessione autodistruttiva.**

La **Harvard Eating Disorders Center** afferma: " Uno studente può negare il problema

o

essere furioso per il fatto che avete scoperto il suo segreto e si sentirà minacciato dalla vostra attenzione. Gli atleti, in particolare, possono sentirsi spaventati che la loro partecipazione nello sport venga minacciata dalla vostra preoccupazione. Date loro tempo e spazio per respirare una volta che avete sollevato il problema." Dunque la problematica dell'atleta dovrebbe essere affrontata con il massimo rispetto, comprensione ed empatia.

Un elenco di tecniche proposte del Centro per aiutare gli atleti è disponibile in Tabella 1.3.

Tabella 1.3. Tecniche usate dai preparatori atletici sugli atleti con MD

Rassicurare l'atleta che il parlare delle sue sensazioni gli darà beneficio;

Ricordare all'atleta che gli altri condividono le stesse idee riguardo l'apparenza fisica;

Incoraggiare l'atleta ad evitare di saltare a conclusioni affrettate riguardo ciò che gli altri potrebbero pensare;

Dissuadere l'atleta dal pensare al tutto o al niente;

Rifiutare l'idea che l'immagine negativa dell'atleta non può essere cambiata;

Modificare l'immagine che i media tentano di inculcare alle persone;

Supportare l'atleta in modo che questi si focalizzi su rinforzi positivi e non negativi.

farmaci antidepressivi da soli o in associazione con una terapia
cognitivo- comportamentale
e ciò sembrerebbe portare ad un decremento della sintomatologia della Dismorfia
Muscolare
e del Disturbo da Dismorfismo Corporeo (BDD).

In accordo con Dawes e Mankin (2004) "il successo dell'intervento richiede un
approccio

multidisciplinare che combini professionalità mediche, nutrizionali e psicologiche.

La conoscenza di un gruppo di supporto locale e professionale che lavori con i pazienti
che hanno un Disturbo Dismorfico come AN o anche MD, dovrebbe dunque permettere loro
di avere riferimenti che consentano loro di ricercare i trattamenti adeguati"

(Dawes & Mankin, 2004, 24- 25).

BIBLIOGRAFIA



American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM IV-TR)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

Baird, A. L. & Grieve, F. G. (2006). Exposure to male models in advertisements leads to a decrease in men's body satisfaction.

North American Journal of Psychology, 8, 115- 121.

Bratman S., Knight D., *Health Foodies*, Broadway Books, 2000

Bratman S: Orthorexia Nervosa. Overcoming the Obsession with Healthful Eating. New York, Broadway Books, 2000.

Cafri, G., Roehrig, M., & Thompson, J. K. (2004). Reliability assessment of the somatomorphic matrix. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 597-600.

Cafri, G., & Thompson, J. K. (2004). Measuring male body image: A review of the current methodology. *Psychology of Men & Masculinity*, 5, 18-29.

Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, 215-239.

Cattarin J.A., Thompson J.K., Thomas C., & Williams R.(2000). Body image, mood, and televised images of attractiveness: The role of social comparison. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 220-239.

Cella Stefania, Mara Iannaccone and Paolo Cotrufo. Muscle Dysmorphia: A Comparison Between Competitive Bodybuilders and Fitness Practitioners *Journal of Nutritional Therapeutics*, 2012, 1, 12-18

Carlos Fernando Gutiérrez Castro, Robert Ferreira. Vigorexia: estudio sobre la adicción al ejercicio. Un enfoque de la problemática actual. Monografía para optar al título de especialista en Educación física: Actividad Física y Salud Universidad de Antioquia Instituto Universitario de Educación Física. Medellín 2007

Chung B. Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspect Biol Med*. 2001;44:565–574.

Dawes J, Mankin T. Muscle dysmorphia. *Strength Cond J*. 2004;26:24–25.

Dèttore, D., & Santarnecchi, E. (2012). Muscle Dysmorphia in different degrees of bodybuilding activities: Validation of the Italian version of Muscle Dysmorphia Disorder Inventory and Bodybuilder Image Grid. *Body image*, vol. 9 (pp. 396-403).

- Ferrari Elena, Maria Giovanna Ruberto. La bigoressia o dismorfofobia muscolare: una nuova patologia Emergente. Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia 125(2):373-377**
Comunicazione presentata all'adunanza del 26 marzo 2012
The Body, the Soul, and the Secret Battle for Males
Copyright © 2009 Dr. Garrett Gilchrist and Faith & Fitness Magazine
- Goodman A., *Addiction: definition and implications.* British Journal of Addiction, 1990, 85, 1403-1408**
- Muñoz R. y Martínez A.. Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? Trastornos de la Conducta Alimentaria 5 (2007) 457-482**
- Grieve F. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eat Disord*, 15 (1), 63-80.**
- Grieve, F., Wann, D., Henson, C., & Ford, P. (2006). Healthy and unhealthy weight management practices in collegiate men and women. *Journal of Sport Behavior*, 29, 229- 241.**
- Hildebrandt T, Schlundt D, Langenbucher J, Chung T.**
Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 127-35.
- Hildebrandt, T., Lagenbucher, J., & Sclundt, D.G. (2004). Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1, 169-181.**
- Leone James E.; Edward J. Sedory†; Kimberly A. Gray. Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *Journal of Athletic Training* 2005; 40(4):352–359**
© by the National Athletic Trainers' Association, Inc
www.journalofathletictraining.org
- Mayville, S. B., Williamson, D. A., White, M. A., Netemeyer, R. G., & Drab, D. L. (2002). Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: A self-report measure for the assessment of Muscle Dysmorphia symptoms. *Assessment*, 9, 351-360.**
- Murray SB, Rieger E, Hildebrandt T, et al. A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image* 2012; 9: 193-200.**
- Olivardia R. Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harv Rev Psychiatry* 2001; 9: 254-59.**
- Olivardia R, Pope HG Jr, Hudson, JI. Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case – control study. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1291-96.**
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991;148:1138–49.**
-
-

- Phillips KA, Castle DJ. Body dysmorphic disorder. In: Castle DJ, Phillips KA, editors. Disorders of body image. Petersfield (UK): Wrightson Biomedical; 2002. p. 101–20.
- Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis 2000;188:170–5.**
- Phillips KA, Diaz S. Gender differences in body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis 1997; 185:570–7.
- Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession. New York: The Free Press; 2000.**
- Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. Body Image 2005; 2: 395 – 400.
- Pope HG Jr, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 bodybuilders. Compr Psychiatry 1993; 34: 406-409.**
- Pope HG Jr, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle Dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. Psychosomatics 1997; 38: 548-57.
- 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.**
- Harrison G. Pope, Jr., Roberto Olivardia, Amanda Gruber, and John Borowiecki Evolving Ideals of Male Body Image as Seen Through Action Toys. Int J Eat Disord. 1999 Jul; 26(1):65-72.
- Stevani J. Muscoli e lacrime. Rivista psicologica contemporanea 2007;199:18-25.**
- Ricciardelli L., McCabe M., 2004. Body image and eating problems in boys and men. In J.K. Thompson (Ed.), Handbook of eating disorders and obesity (pp.606-634). New York: Wiley
- Sundgot-Borgen J. Eating disorders among female athletes. Phys Sportsmed 1987; 2: 89-95.**
- Tiggemann M. Body-size dissatisfaction: individual differences in age and gender, and relationship with self-esteem. Pers Individ Dif. 1992;13:39-43.
- Valleur Marc, Dan Velea. Les addictions sans drogue(s). Revue toxibase n° 6 - juin 2002**
- Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. Body Image 2004;1:113–25.
- Veale D, Boocock A, Gournay K, et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. Br J Psychiatry 1996;169:196–201.**
- Veale M.D., Psychological aspects of staleness and dependence on exercise, International Journal of Sports and Medecine, 1991, 12 (Suppl 1), 19-22.
- White C.A. (2000): Body image dimensions and cancer: a heuristic behavioural model, Psychooncology 9: 183-192 (2000)**
-
-

Los Vigoréticos

presentan dismorfia
corporal
depresión
obsesión
con el

peso
la talla
la figura

Y
CONTROLARLOS
puede llegar
a ser
lo más
IMPORTANTE
para SUS

VIDAS



“Qui a honte de manger a honte de vivre”

Proverbe français



...ciao walter



www.rodolfomalberti.com



Graxie