

Francesco Riccardo
Samantha Pastore

SPORTE E STILI ALIMENTARI: ci sono comportamenti a rischio?

I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA)

Il corpo umano per poter funzionare bene necessita di un adeguato apporto di principi nutritivi, una miscela di nutrienti che sostanzialmente deve essere proporzionata al dispendio energetico al fine di evitare l'insorgenza di disturbi, a volte malattie vere e proprie, dell'organismo.

Proprio per la sua importanza, l'alimentazione è al centro della valutazione da parte di medici, nutrizionisti, dietologi, endocrinologi i quali, in prima battuta, tendono ad occuparsi di valutare lo stile alimentare della persona che presenta un quadro clinico di estrema magrezza o, all'opposto, di obesità, attraverso esami, più o meno invasivi, che tentano di determinare cosa "manca" a quell'organismo o cosa non funziona, per ripristinare i giusti valori e permettere di ripristinare un BMI (*Body Mass Index*) accettabile, in modo da prevenire stati morbosi.

A volte, questo solo tipo di approccio non basta in quanto il soggetto persiste nel mantenere un comportamento alimentare disfunzionale, anche quando i rischi per la salute sono evidenti. A questo punto, e purtroppo - come spesso accade - solo a questo punto, la valutazione viene sottoposta ad uno psicologo/psicoterapeuta, meglio se opportunamente formato nell'ambito dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA).

I DNA costituiscono oggi una delle patologie più preoccupanti dell'emisfero occidentale: si stanno diffondendo con notevole rapidità, stanno interessando fasce sempre più ampie di popolazione in termini di caratteristiche anagrafiche e sociodemografiche e stanno assumendo forme e caratteristiche sempre più diversificate e gravi. Secondo il DSM 5 (1) *"I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica e il funzionamento psicosociale"*.

I DNA sono patologie caratterizzate da una alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo. Insorgono prevalentemente durante l'adolescenza e colpiscono soprattutto il sesso femminile.

Nei DNA, in particolar modo nella AN e BN, esiste una scarsa consapevolezza del corpo o il diniego delle sue condizioni reali; la magrezza e l'esilità del corpo sono centrali nella valutazione di sé ed il peso e le forme sono percepite in modo distorto il più delle volte; o in modo eccessivo.

I pazienti affetti da un disturbo dell'alimentazione sono in generale pazienti difficili da trattare, per cui è fondamentale organizzare un progetto di cura a lungo termine, centrato sul paziente che preveda diversi livelli di intervento.

La complessità della cura deve prevedere una rete di servizi che collaborano e si integrano per il raggiungimento dell'obiettivo condiviso. Per ottenere l'integrazione dei servizi e dei livelli di cura per l'obiettivo terapeutico, è fondamentale che qualcuno si assuma il ruolo del *case-manager*, del garante cioè del progetto terapeutico.

EPIDEMIOLOGIA

La situazione epidemiologica nazionale conferma che l'AN, la BN e il DAI rappresentano un problema di salute pubblica di notevole interesse (2). Con un lavoro di revisione della letteratura scientifica in ambito epidemiologico, è stato evidenziato che l'incidenza (numero di nuovi casi di malattia, in una popolazione, in un determinato periodo di tempo) dell'AN è stimata per il sesso femminile in almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno, e fra lo 0.02 e 1.4 nuovi casi sempre per 100.000 persone nel sesso maschile.

L'incidenza della BN è stimata in almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone, in un anno per il genere femminile e di circa 0.8 nuovi casi per 100.000 persone, in un anno per il genere maschile. Sia per l'anoressia che per la bulimia nervosa, la fascia d'età per esordio è 15-19 anni, con una tendenza negli ultimi anni ad un esordio sempre più precoce. In un altro studio, il primo che ha stimato il tasso di incidenza dei DNA a livello nazionale condotto da Gigantesco e collaboratori, su un campione di pazienti di età compresa tra i 10 e i 19 anni, ricoverati nel lasso temporale 2004-2005 e non già ricoverati nel periodo compreso tra il 2001 e il 2003, il tasso è risultato pari a 22,8 per 100.000 fra le donne e 2,0 per 100.000 fra gli uomini; mentre in pazienti donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni il tasso d'incidenza era pari a 31,7 per 100.000 (3).

In età evolutiva, la possibilità nell'arco di vita che va da 0 a 18 anni di ammalarsi di AN, è stata stimata tra 0,2 e 1%, mentre quella della BN tra 0.5% e 3% (4). Considerando solamente la fascia adolescenziale (13-17 anni), il *National Institute of Mental Health* (NIMH), riportando i dati del *National Comorbidity Survey: Adolescent Supplement* (5) (ncs-a; Merikangas et al., 2010), indica, in questa fascia d'età, una prevalenza *lifetime* dei DNA (intesi come AN, BN, BED) del 2,7%.

MORTALITÀ

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sono patologie severe con rischio di gravi compromissioni cliniche e psichiatriche. Riguardano fasce di popolazione sempre più vaste, con un abbassamento all'età prepubere ed un interessamento anche del mondo maschile. Sono patologie di lunga durata che possono avere esiti diversi, con molti pazienti, soprattutto adolescenti, che guariscono in breve tempo con i trattamenti disponibili, mentre nel 20% della popolazione ammalata c'è una tendenza alla persistenza del disturbo, con conseguenze fisiche e psicopatologiche rilevanti (6).

I percorsi terapeutici di tali disturbi danno oggi risultati molto confortanti, ma la prognosi dipende da alcuni importanti fattori: la tempestività della diagnosi e del trattamento e la continuità delle cure, che non dovrebbero avere una durata inferiore ai due anni.

Molte persone purtroppo non arrivano alle cure, e in questo caso il rischio di un aggravamento della patologia o un esito infausto è molto alto (7). La prima ragione di questa difficoltà è legata al fatto che i DNA sono disturbi egosintoni, dove cioè non c'è consapevolezza di malattia e, quindi, la compliance può essere molto scarsa o addirittura assente. La seconda ragione è legata al fatto che non vi è una equità assistenziale nell'intero territorio nazionale e le strutture di cura sono diffuse in modo disomogeneo. Ciò determina spesso un ritardo nella diagnosi e, soprattutto, nell'intervento terapeutico. Un'altra ragione è la difficoltà da parte del primo livello di intervento (Medici di base e pediatri) a riconoscere e indirizzare i pazienti e le loro famiglie verso le strutture specializzate.

Il rischio di morte per una persona con diagnosi di anoressia nervosa è 5-10 volte maggiore di quello dei soggetti sani della stessa età e sesso. Il suicidio costituisce circa il 20% di tutte le cause di morte, mentre le complicanze mediche acute e croniche (soprattutto le infezioni, la deplezione di proteine e le alterazioni elettrolitiche) sono le cause più frequenti. Una maggiore età al momento della diagnosi sembra essere uno dei principali predittori di mortalità, assieme a un peso estremamente basso e alla presenza di problemi di alcolismo o diabete. La diagnosi di anoressia nervosa risulta maggiormente associata al rischio di suicidio rispetto alla diagnosi di bulimia nervosa o di un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato (8).

Uno studio del 2016 ha mostrato, suddivise per disturbo, le sopravvivenze dal momento dell'esordio del disturbo. Il tasso di mortalità per l'AN era di 5,35, per la BN di 1,49, del BED di 1,50 e dell'EDNOS di 2,39. Lo studio ha messo in luce che i pazienti con AN muoiono prima rispetto a quelli con BN, BED o con un EDNOS (Disturbo del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificato). I più forti predittori di una morte precoce sono risultati essere: una diagnosi di AN, la cronicità del disturbo, una più tarda età di esordio e il non avere una relazione. La suicidalità è risultato un indicatore di morte precoce solamente nella BN. Dallo studio è inoltre emerso che la maggior parte dei pazienti con AN muoiono per cause naturali correlate alla loro condizione di pazienti affetti da un DNA (9).

GLI EFFETTI DEL LOCKDOWN SUI DNA

Sin dal suo esordio alla fine del 2019, la pandemia dovuta alla diffusione di SARS-CoV-2 ha causato oltre 2 milioni di morti nel mondo, di cui circa 100 mila in Italia, divenendo la più grave emergenza sanitaria del dopo guerra.

Le drastiche restrizioni sociali hanno avuto importanti ripercussioni psicologiche in molti individui (10, 11, 12) con manifestazioni particolarmente evidenti tra i più vulnerabili, come i pazienti affetti da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA). Eventi stressanti come quelli vissuti durante la pandemia sono infatti ampiamente riconosciuti come trigger di esordio e mantenimento di tali disturbi (13).

Uno studio condotto in Australia nel 2020 ha invece rilevato un aumento del 104% dei ricoveri ospedalieri dovuti all'anoressia nervosa in età pediatrica rispetto all'anno precedente (14). D'altra parte, i dati ottenuti su un cam-

Francesco Riccardo

Psicologo e psicoterapeuta, Analista Bioenergetico, Specialista in Psicologia dello Sport, collaboratore della Federazione Italiana Pesistica e docente federale, Docente della Scuola Nazionale dello Sport, Presidente dell'Associazione Psicologi Tecnici Sportivi (APTS).



Samantha Pastore

Psicologa e psicoterapeuta Analitico Transazionale certificata CTA, terapeuta EMDR. Sessuologa clinica. Esperta nei Disturbi del Comportamento Alimentare e in Psicodiagnostica clinica e giuridico-peritale, comitato scientifico dell'APTS.

pione di oltre 1000 individui statunitensi e olandesi hanno evidenziato un significativo aumento dei comportamenti disfunzionali tra i pazienti affetti da DNA, pratiche di restrizione nei casi di anoressia nervosa ed episodi di abbuffata nei casi di bulimia nervosa e disturbo da *binge eating* (5).

L'inasprimento dei sintomi e della psicopatologia, in particolare ansia e depressione, è stato inoltre associato alla ridotta capacità di autogestione e alla messa in atto di strategie di coping disadattative (16).

Particolarmente rilevanti sono i risultati del sondaggio COLLATE, condotto su un campione di oltre 5400 individui, di cui 180 affetti da DNA (17). Gli autori, infatti, hanno documentato un aumento della frequenza delle pratiche disfunzionali (restrizione, abbuffata e *purging*) non solo tra i pazienti con DNA, ma anche tra i soggetti non affetti dai disordini, un dato che suggerisce un potenziale mutamento del quadro epidemiologico dei disturbi alimentari causato dalla pandemia.

Tali evidenze appaiono coerenti con i dati raccolti all'interno del territorio nazionale. Il numero verde per la gestione delle emergenze legate ai DNA ha ad esempio riscontrato un incremento del 44% del numero di chiamate nel mese di aprile rispetto ai mesi gennaio/febbraio 2020, suggerendo non solo l'aggravamento dei sintomi di chi era affetto dai disturbi, ma anche la possibile emergenza di nuovi casi (dati non pubblicati). Secondo l'analisi, le richieste di aiuto sono pervenute prevalentemente da giovani pazienti affetti da anoressia nervosa e bulimia nervosa, in particolare da utenti di sesso femminile,

un dato in linea con la maggiore prevalenza di tali disturbi tra le giovani adolescenti. La stretta relazione tra aggravamento della sintomatologia e restrizione sociale risulta particolarmente evidente osservando il numero di chiamate post-lockdown (estate 2020), notevolmente ridotto rispetto al periodo del confinamento (-58%).

DISTURBI ALIMENTARI: IL RAPPORTO TRA SÉ E L'ALTRO

Il comportamento alimentare è il frutto dell'educazione familiare e sociale e, in molti casi, rappresenta un comportamento disfunzionale per fronteggiare lo stress alimentato da relazioni conflittuali con l'ambiente circostante nel tentativo di lenire l'angoscia, il vuoto affettivo, il sentimento di disintegrazione, come avviene per esempio in molte esperienze conflittuali e traumatiche. Per questo, è possibile trovare indicatori di disturbi del comportamento alimentare molto precocemente, nell'infanzia, fino a concludersi nell'adolescenza, quando intervengono altri fattori e stress psico-sociali, oltre ai cambiamenti dovuti alla maturazione puberale.

Lo sviluppo psichico della personalità è strettamente legato alla qualità dei legami sperimentati nelle prime fasi di vita; le prime esperienze infantili, infatti, influiscono sulla formazione dell'autostima e sulla percezione di sé in rapporto agli altri. È importante che i genitori siano in grado di svolgere la funzione protettiva nei confronti del proprio figlio, nonché quella di contenitore e di filtro dei vissuti emotivi provenienti dal bambino, per non

lasciarlo in balia di emozioni difficili da comprendere e da gestire. Educare il bambino a prendere contatto con tutte le proprie emozioni significa aiutare a sviluppare un senso di autoefficacia che gli permetterà col tempo di riconoscere ed esprimere i suoi bisogni e ciò che prova, dando loro importanza.

Nella pubertà e nell'adolescenza, le modalità dell'apparire corporeo sono molto vulnerabili, dati i profondi sconvolgimenti fisici legati alla crescita corporea e allo sviluppo sessuale, quando la comparsa di modificazioni fisiche tanto evidenti quanto rapide mettono in discussione il proprio vissuto corporeo. È allora che queste modalità dell'apparire corporeo si possono declinare nei modi dell'e-sasperato investimento sul proprio corpo (body-building, tatuaggi, piercing etc.) o nei diversi disturbi della condotta alimentare, dalle manie selettive dietetiche alla bulimia, all'anoressia.

I disordini alimentari sono vere e proprie disregolazioni affettive, che derivano dalla relazione con l'altro, dove il corpo diventa il mezzo che regola la dialettica tra la determinazione di sé e contemporaneamente dell'Altro.

Stanghellini e Ambrosini (18) considerano i disturbi del comportamento alimentare disturbi dell'identità, in cui il legame con il proprio corpo è molto labile. Chi soffre di questi disturbi non riesce a dare senso alle proprie sensazioni ed emozioni, il proprio corpo è come estraneo, "a pezzi", fatto di parti tra loro sconnesse; queste persone hanno bisogno "di misurazioni" oggettive per avvertire il proprio corpo (peso, taglia).

Una caratteristica quasi sempre presente in chi soffre di un disturbo alimentare è l'alterazione dell'immagine corporea che può arrivare ad essere un vero e proprio disturbo. La percezione che la persona ha del proprio aspetto, ovvero il modo in cui nella sua mente si è formata l'idea del suo corpo e delle sue forme sembrano influenzare la sua vita più della sua immagine reale. Spesso chi soffre di anoressia non riesce a giudicare il proprio corpo in modo obiettivo; l'immagine che rimanda allo specchio è ai loro occhi quella di una persona con i fianchi troppo larghi, con le cosce troppo grosse e con la pancia troppo "grande". Per le persone che soffrono di bulimia nervosa, l'angoscia può essere ancora più forte per il fatto che perdere il controllo sul cibo fa percepire il peso corporeo (che molto spesso è normale) come eccessivo.

Sia nell'anoressia che nella bulimia nervosa la valutazione di sé stessi dipende in modo eccessivo dal peso e dalla forma del proprio corpo.

Il corpo diventa il punto di confronto e contatto con l'Altro, la fenomenologia che lo caratterizza è data dall'intreccio fra esposizione e attenzione all'immagine corporea. Da un lato, è necessario che il corpo aderisca a parametri estetici, come dimostrato dai continui messaggi veicolati dai mass media e dai canali social, tali da rendere solo in questo modo una possibile una co-percezione positiva di sé, dall'altro l'eventuale disconferma è percepita sempre come fallimento personale e si trasforma automaticamente in una percezione negativa del proprio corpo, generando l'alterazione del comportamento alimentare (19). Inoltre, in una persona che si fa "corpo" (20), ogni disconferma è avvertita in modo totalizzante, come riguardasse l'intera vita e l'intero Sè, producendo la dolorosa amplificazione del senso di squalifica personale. Ecco perché l'attenzione e la consapevolezza delle opinioni altrui su di sé e le conseguenti paure di essere rifiutati, mal giudicati o esclusi, è tipica della persona che sviluppa un comportamento alimentare bulimico: "la bulimica moderna mangia per se stessa, ma vomita per gli altri" (21).

Soffrire di un disturbo dell'alimentazione sconvolge la vita di una persona e ne limita le sue capacità relazionali, lavorative e sociali. Per la persona che soffre di un disturbo dell'alimentazione, tutto ruota attorno al cibo e alla paura di ingrassare. I pensieri legati al cibo assillano la persona anche quando non è a tavola, ad esempio a scuola o sul lavoro; portare a termine un compito molto difficile perché nella testa sembra che ci sia posto solo per i pensieri su cosa si "deve" mangiare, sulla paura di ingrassare o di avere una crisi bulimica, anche andare al ristorante o partecipare ad un compleanno o semplicemente ad andare in pizzeria sono occasioni che diventano difficili da vivere poiché sono cariche di ansia legate al cibo.

Nelle famiglie di origine sia delle pazienti anoressiche che di quelle bulimiche viene a mancare l'accoglienza dei vissuti emozionali. Le persone che sviluppano un disturbo anoressico iniziano, dunque, a prendere le distanze dal mondo emotivo, si convincono di "doversela cavare da sole" e diventano rigide perfezioniste; le persone che svi-

lupperanno caratteristiche bulimiche cercano, invece, nel cibo un sollievo per stati emotivi spiacevoli che non sono in grado di gestire. Riguardo le famiglie dei soggetti affetti da DAI, diversi autori hanno evidenziato un'interazione genitoriale di tipo ambiguo e contraddittorio in cui si alternano momenti di comprensione e momenti di assenza e in cui ci sono ricorrenti "squalifiche" o "disconferme" genitoriali, che attaccano duramente l'autostima e l'autonomia dei figli (22).

La famiglia è un punto di partenza fondamentale per aiutare sia la persona con disturbo del comportamento alimentare, sia l'intero nucleo familiare, spesso vittima (ed a volte implicitamente carnefice) delle conseguenze della malattia a modificare, attraverso un processo di cambiamento che riguarda tutti i membri della famiglia, il decorso e l'esito della malattia.

DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Il DSM-5 (23) presenta un capitolo sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione, oppure da comportamenti inerenti all'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale. Sono forniti criteri diagnostici per la pica, il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da *binge-eating*.

ANORESSIA NERVOSA

Il termine anoressia deriva dal greco "anorexia" e significa letteralmente "mancanza di appetito".

Definizione non del tutto appropriata in quanto il nodo centrale dell'anoressia nervosa non è il fatto di non sentire la fame (che anzi spesso è solo negata), ma un desiderio patologico di essere magre. Le persone che soffrono di anoressia nervosa hanno pensieri e preoccupazioni costantemente rivolti al controllo del cibo e del corpo.

Le persone che soffrono di anoressia nervosa nonostante la magrezza evidente sono incapaci di vedersi magre o comunque hanno un'immagine corporea alterata. Anche la loro autostima è strettamente legata al peso e alla forma del corpo: la perdita di peso è considerata una conquista ottenuta grazie all'autodisciplina e al rigido controllo. Caratteristiche psicologiche frequenti:

- depressione
- perfezionismo
- bassa autostima
- difficoltà interpersonali
- paura di crescere

CRITERI DIAGNOSTICI DELL'ANORESSIA NERVOSA SECONDO IL DSM-5

A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria

evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso

B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso

C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

Specificare il sottotipo:

- Tipo restrittivo: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo
- Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi)

Specificare il livello attuale di gravità:

Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

- Lieve: Indice di massa corporea $\geq 17 \text{ kg/m}^2$ (quadrato altezza)
- Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2
- Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2
- Estremo: Indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$

BULIMIA NERVOSA

La Bulimia Nervosa (che etimologicamente significa "fame da buie") si caratterizza per la presenza di "abbuffate" a cui seguono comportamenti di compensazione per cercare di evitare l'aumento di peso.

- Crisi bulimica => episodio in cui una persona ingerisce, spesso senza sentirne il sapore, grandi quantità di cibo perdendo letteralmente il controllo sul suo comportamento alimentare.
- Se ne possono avere anche più di una nell'arco della giornata.
- Preferenza per i dolci ed i cibi ad alto contenuto calorico o di grassi.
- Alcune persone possono perdere talmente il controllo sulla propria alimentazione da ingerire cibi avariati, crudi, o miscugli di qualsiasi composizione.

L'esordio della bulimia nervosa si verifica di solito in seguito ad una dieta ipocalorica o ad un rapido dimagrimento

(che può anche essere un episodio di anoressia nervosa) a volte associati ad eventi stressanti o ad un vero e proprio trauma emotivo. Se all'inizio la crisi bulimica può essere saltuaria o occasionale, col passare del tempo può diventare una compulsione a cui è difficile sottrarsi.

Nelle persone che soffrono di bulimia nervosa, l'attenzione e l'insoddisfazione nei confronti del proprio corpo e dell'aspetto fisico può assumere un'importanza eccessiva ed assoluta. La stima di sé è fortemente legata al corpo e ogni modificazione fisica può essere vissuta come una frustrazione e come una perdita di controllo sul proprio corpo.

Le conseguenze emotive di una crisi bulimica possono essere diverse; in alcuni casi le persone riferiscono di provare un temporaneo sollievo e senso di piacere. Gli studi mostrano un effetto delle crisi bulimiche nella regolazione degli stati emotivi negativi, che spiegherebbe in parte la 'dipendenza' dal cibo in chi soffre di questo disturbo.

Criteria diagnostici della bulimia nervosa secondo il DSM-5

A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

- Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
- Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)

B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta a settimana per 3 mesi

D. I livelli di autostima sono inappropriatamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo

E. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) o *Binge Eating Disorder* (BED) si caratterizza per la presenza di crisi bulimiche in assenza di comportamenti di compensazione inappropriati per il controllo del peso.

Rispetto agli altri pazienti con disturbi dell'alimentazione, i soggetti con DAI hanno mediamente un peso maggiore, una maggiore frequenza di sovrappeso o obesità, una età di esordio più varia (che può essere a qualsiasi età, mentre per anoressia nervosa e bulimia nervosa è soprattutto in età adolescenziale), una maggiore prevalenza anche nelle persone di sesso maschile.

Spesso le persone con DAI si rivolgono ai centri per il trattamento dell'obesità, ma rispetto ai pazienti con obesità riportano una maggiore presenza di sintomi psichiatrici, in particolare depressione, disturbi d'ansia e di personalità.

CRITERI DIAGNOSTICI DEL DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA SECONDO IL DSM-5

A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)

B. Le abbuffate sono associate con tre (o più) dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale
2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno
3. Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
4. Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando
5. Sentirsi disgustato di se stesso, depresso o assai in colpa dopo l'abbuffata

C. È presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate

D. Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta a settimana per 3 mesi

E. Le abbuffate non sono associate con l'attuazione ricorrente di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa e non si verificano esclusivamente durante il decorso della bulimia nervosa o dell'anoressia nervosa

Specificare il livello attuale di gravità:

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle crisi bulimiche (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale:

- Lieve: 1-3 crisi bulimiche per settimana
- Moderato: 4-7 crisi bulimiche per settimana

- Grave: 8-13 crisi bulimiche per settimana
- Estremo: 14 o più crisi bulimiche per settimana

Usare il cibo per gestire uno stato emotivo può produrre nell'immediato un senso di benessere e rilassamento ma, se applicato con regolarità, può condurre ad un abbassamento del livello di benessere psicofisico, dovuto da una parte alla scarsità ed eseguità nella scelta degli stimoli gratificanti e dall'altra al non riconoscimento di stati emotivi come ad esempio l'ansia, la tristezza e il nervosismo a cui far corrispondere una risposta più adeguata del cibo alla risoluzione di eventuali problemi (24).

Un *locus of control* interno, in cui predomina la percezione che la propria vita sia regolata da qualcosa al di fuori del proprio controllo, potrebbe portare a credere di non avere le risorse per controllare gli stimoli ambientali per gestire stati emotivi negativi, che pertanto potrebbero essere vissuti come intollerabili (25).

Il DSM-5 ha raggruppato, inoltre, in un'unica categoria i disturbi dell'alimentazione (*eating disorders*) e i disturbi della nutrizione (*feeding disorders*). I Disturbi della nutrizione comprendono la pica, la ruminazione, il disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo.

COSA ACCADE NEL MONDO SPORTIVO?

I disturbi alimentari non si limitano, in senso stretto, alle categorie descritte nel DSM-5, ma esistono diverse sfumature degli stessi che rispecchiano, nondimeno, una sofferenza della persona; tra queste sfaccettature, non ancora categorizzate, troviamo, ad esempio, la Bigoressia, l'Ortoressia, e l'Anoressia atletica/Triade della donna atleta.

Questi comportamenti alimentari sembrano non destare "preoccupazione" solo per il fatto di non rientrare in quadri clinici morbosi codificati e di essere "socialmente accettabili e condivisi".

I disturbi alimentari negli sportivi sono problematiche che spesso vengono confuse con atteggiamenti di

coerenza con la tipologia di attività sportiva svolta dall'atleta e spesso sfuggono all'occhio "non esperto", salvo presentarsi con evidenti sintomatologie legate al peso o alla forma del corpo.

Nel mondo dello sport talvolta lo schema alimentare viene applicato in modo disfunzionale e inflessibile per ottenere, in ottica perfezionistica, un'ottima performance, oppure per mantenere un'immagine corporea perfetta (26), spesso solo un inganno ai danni della reale immagine di Sé, della propria identità (27).

Ci sono diverse ragioni per le quali si possa pensare che gli atleti siano più a rischio di sviluppare una problematica alimentare:

- Forma fisica e/o peso influenzano direttamente la prestazione
- Competitività e orientamento alla performance rappresentano una spinta a comportamenti perfezionistici orientati ad alti standard di prestazione
- L'età adolescenziale come periodo nel quale ha inizio un'attività sportiva di tipo agonistico è anche l'età in cui insorge più frequentemente un DNA.





L'identificazione dei DNA nel mondo dello sport risulta molto difficile, in primo luogo perché molti comportamenti a rischio (come l'attività intensa e le diete restrittive) sono socialmente considerate "normali" e, in secondo luogo, per l'impossibilità, almeno allo stato attuale, di individuare una metodologia di studio adeguata: mancanza di gruppi di controllo, esiguità della casistica, variabilità di tipi di attività sportiva, inaffidabilità dei soggetti intervistati che tendono a nascondere i propri comportamenti. Questi sono alcuni ostacoli descritti in una revisione della letteratura curata da Hildebrandt (28), nella quale ciononostante sono riportati dati interessanti sulle manifestazioni cliniche correlate ai DNA in giovani atleti. A ciò si aggiunge la poca disponibilità da parte delle organizzazioni sportive, soprattutto di élite, ad indagare il problema, probabilmente la paura di rompere un tabù, di facilitare l'emersione di una "problematica" ignorata, nascosta. Comunque sia, probabilmente la prevalenza di Disordini Alimentari è più alta negli atleti - in particolare di genere femminile - che nei non-atleti, e la frequenza è maggiore negli sport che enfatizzano fattori quali la magrezza e il mantenimento di un certo peso. È un dato di fatto acquisito che le atlete dedite a sport estetici presentano una maggiore preoccupazione per il peso e comportamenti alimentari disfunzionali più gravi rispetto alle atlete praticanti sport di squadra e anaerobici (29).

Tra fattori di rischio di sviluppo di Disordini Alimentari negli atleti si riportano l'entità della pressione esercitata dal team sul raggiungimento di una adeguata conformazione fisica, utile al conseguimento di apprezzabili risultati

sportivi, l'intensità dell'ansia da prestazione nel momento della competizione (30), il livello di autostima (31) e di perfezionismo (32).

BIGORESSIA

Definita anche vigoressia, *reverse anorexia* o complesso di Adone (33), la bigoressia non è meno grave né meno pericolosa dei codificati DNA, è solo meno conosciuta proprio perché se ne parla ancora poco; trattasi di un mondo sconosciuto, spesso frainteso, perché un fisico tonico e muscoloso è più facile che venga interpretato come sinonimo di buona salute.

Il termine bigoressia, dall'inglese *big* = grande e dal latino *orex* = appetito, può essere tradotto come "fame di grossezza", ovvero il desiderio di possedere un corpo sempre più muscoloso. Colpisce entrambi i sessi, ma sembra prevalere nei maschi.

Questo comportamento alimentare comporta una percezione di Sé gracile spingendo le persone ad alterare significativamente il loro stile alimentare, con assunzione di integratori e ricorrendo talvolta, anche all'uso di sostanze anabolizzanti.

Si tratta di una vera e propria patologia che porta ad una cronica insoddisfazione per il proprio aspetto fisico e ad un ossessivo timore di perdere i propri muscoli e il proprio stato di perfetta forma, magari raggiunto dopo anni di allenamenti, diete e sacrifici.

Non è da trascurare poi il deleterio e dannosissimo abuso di integratori alimentari come proteine, creatina, che favoriscono, appunto, la crescita muscolare o il suo man-

tenimento, e nei casi estremi steroidi anabolizzanti, GH, e quant'altro (34). Questo comportamento patologico può portare a disturbi dell'umore, a stati di angoscia e alterazioni dei rapporti sociali fino ad una sorta di auto-isolamento, una "chiusura" nel loro mondo fatto di allenamento, dieta, riposo.

Il nucleo di fondo di questo comportamento alimentare consiste nella non accettazione di Sé, della propria immagine corporea, anche quando questa non desta alcun allarme sul piano della salute. Tale difficoltà ad "accettarsi e sentirsi" porta queste persone alla ricerca di una nuova immagine, emulata, socialmente appetibile, alimentando l'illusione che solo "perfezionando" il corpo riusciranno ad "essere visti" dagli Altri, riconosciuti ed apprezzati, gestendo in tal modo, o illudendosi di riuscirci, la loro ansia sociale, la loro carente stima di Sé, la loro labile identità. Tutto ciò rappresenta un inganno vero e proprio, in quanto una corsa senza fine verso un obiettivo, la "perfezione" appunto, irraggiungibile se non attraverso un'esperienza "delirante", una fantasia legata ad una immagine idealizzata che avrà, come spesso accade tra gli sportivi del mondo del body building e del fitness in genere, come giudice uno "specchio severo" o, nel caso di competizioni, delle persone che valutano "la bellezza dell'armonia dello sviluppo muscolare" secondo criteri arbitrariamente fissati (35).

Nel 2018, su *American Journal of Men's health* è stata pubblicata una ricerca: "Is There Any Relationship Between Body Image Perception, Eating Disorders, and Muscle Dysmorphic Disorders in Male Bodybuilders?"; l'obiettivo era quello di determinare la correlazione tra il disturbo dell'immagine corporea e il disturbo alimentare in 120 bodybuilders maschi (62 agonisti e 58 non agonisti) reclutati presso quattro centri di bodybuilding in Ankara, Turchia. I dati emersi mostrano che i bodybuilders hanno alta sintomatologia sia per i disturbi alimentari sia per disturbi di dismorfia muscolare.

Ortoressia

Il termine Ortoressia (36) deriva dal greco 'orthos' (sano, corretto) e 'orexis' (fame, appetito); è stato coniato nel 1997 dal medico nutrizionista britannico Steven Bratman, che per primo diagnosticò questo particolare disturbo alimentare proprio su se stesso. Nel suo libro scrive: "tutti sanno che bisogna mangiare bene, ma un sorprendente numero di persone ha cominciato a farlo in modo ossessivo. È qui che comincia la malattia." Ma chi è l'ortoressico? Molto semplice: colui che è letteralmente ossessionato dalla composizione chimico-biologica degli alimenti, nonché dalla componente calorica in termini soprattutto di grassi e zuccheri, colui che perde ore nei supermercati confrontando spasmodicamente etichette di prodotti alla ricerca disperata di quello "più dietetico o più sano", colui che si priva senza rimorso, ma anzi con grande gratificazione per la propria "coerenza", di cene ed uscite con amici, anche della classica pizza domenicale o del party di compleanno del migliore amico, terrorizzato dalla possibilità di dover mangiare qualcosa che non rientri nel proprio stile alimentare impeccabile.

La sostanziale differenza tra ortoressia, bulimia ed anoressia è che l'attenzione, nella prima, è rivolta esclusivamente alla qualità del cibo, piuttosto che alla quantità, come avviene per le altre due patologie menzionate.

I sintomi più comuni sono:

- Necessità di conoscere ogni singolo ingrediente contenuto negli alimenti
- Necessità di programmare ogni pasto
- Paura di contaminare il proprio corpo
- Disgusto nel riempire il proprio corpo con sostanze non naturali
- Desiderio continuo di depurarsi
- Severità con se stessi e senso di colpa quando si trasgredisce alla dieta
- Disgusto per le persone che mangiano in modo normale
- Difficoltà di relazione con chi non condivide le proprie idee sul cibo
- La dieta si impoverisce tanto da riportare talvolta gravi danni sul piano nutrizionale.

Può essere presente una distorsione cognitiva rispetto alle proprie forme corporee o la negazione dei segni corporei di malattia e si può osservare la tendenza a negare o a non riconoscere emozioni, sentimenti e conflitti.

L'individuo ortoressico può inoltre presentare tratti ossessivi, una sostanziale rigidità psicologica, perfezionismo clinico e bisogno di controllo.

L'ortoressico finisce spesso con il consumare il proprio pasto in solitudine, godendo per il fatto che la scelta dello stile alimentare sia quella giusta e salutare, senza il rischio di sentirsi "guardato e giudicato" da altri, incurante del significato socio-relazionale di un pasto quando condiviso con amici e/o colleghi di lavoro.

Spesso gli individui con questo disturbo si sentono superiori agli altri, per il fatto di mangiare solo cibi naturali e assolutamente sani.

Anche questo comportamento alimentare è possibile ritrovarlo tra la popolazione sportiva, se non altro per il fatto che l'ossessione riguarda appunto la qualità dei cibi, le sue componenti in termini di carboidrati, lipidi e proteine, all'interno di un'idea consolidata che per ottenere uno stato di forma ideale bisogna "mangiare pulito".

ANORESSIA ATLETICA E TRIADE DELLA DONNA ATLETA

L'anoressia atletica (AA) viene inclusa tra i disordini del comportamento alimentare, poiché si tratta di un *pattern* di alimentazione anomalo, che può portare a seri disturbi alimentari clinicamente rilevabili, pur mantenendo una propria singolarità.

L'AA presenta la riduzione della massa corporea (comprendente sia la massa grassa che quella magra) e ciò avviene per migliorare la prestazione e non per un'eccessiva preoccupazione come tipicamente accade nelle pazienti che soffrono di anoressia nervosa (AN). Nell'AA, l'attuazione di diete rigide e/o di allenamenti eccessivi è spesso raccomandata dagli allenatori al fine di raggiungere un equilibrio dei macronutrienti consono alla durata temporale e all'intensità dell'esercizio fisico richiesto da ogni disciplina sportiva. Nell'AN, la perdita di peso è legata esclusivamente ad

una dispercezione della propria immagine corporea ed ad una volontà di ridurre il proprio peso corporeo; nell'AA, invece, la perdita di peso è sia legata alla diminuzione degli apporti calorici assunti, ma anche al volume e all'intensità dell'allenamento; nei casi in cui le atlete dovessero mantenere un peso molto basso per tutto l'anno (tipicamente il loro peso corporeo subisce delle oscillazioni), aumenterebbe il rischio di sviluppare disturbi alimentari degni di attenzione clinica.

Solitamente, questi disturbi insorgono in modo insidioso e possono decorrere inosservati per molto tempo, maggiormente classificati come "stress da competizione". Il sintomo di esordio è l'amenorrea, che si accompagna nel tempo ad osteoporosi, causa a volte di fratture ossee improvvise e imprevedute, erroneamente attribuite a sforzo o ad errori di allenamento.

L'associazione tra amenorrea, osteoporosi e disturbi della condotta alimentare è indicata come "triade della donna atleta" (37), secondo le indicazioni dell'*American College of Sport Medicine*.

Comunque, questo disturbo è causato da uno sbilanciato apporto calorico rispetto al consumo energetico e può comportare importanti e gravi conseguenze di natura medica, manifestandosi più spesso in sport che enfatizzano un fisico snello e leggero (38).

Ad oggi, non è nota la reale prevalenza di questa particolare sindrome clinica. Tuttavia, in uno studio condotto negli Stati Uniti su oltre 500 giovani atlete, in cui è stata rilevata una prevalenza del 3,3 % di AN e del 2,3 % di bulimia nervosa, le irregolarità mestruali erano riferite da circa il 31 % delle atlete che non facevano uso di contraccettivi ormonali, mentre lesioni ossee senza causa violenta erano riferite da circa il 35 % del campione totale (39).

Tra le discipline sportive potenzialmente rischiose per la triade della donna atleta si evidenziano:

- Sport in cui è valutata la prestazione individuale sul piano estetico/qualitativo (es. la danza, il pattinaggio artistico e la ginnastica artistica, ritmica).
- Sport di resistenza che favoriscono partecipanti con un basso peso corporeo (es. le corse di lunga distanza, il ciclismo e lo sci di fondo).
- Sport il cui l'abbigliamento per la competizione rivela la forma del corpo (es. la pallavolo, il nuoto, i tuffi).
- Sport che usano le categorie di peso per la partecipazione (es. sport da combattimento).

ALCUNE RICERCHE SULL'INCIDENZA DEI DISTURBI ALIMENTARI NELLO SPORT

Uno studio ha mostrato come oltre il 70% degli atleti di élite che gareggiano in sport che comportano una classificazione in base al peso stessero seguendo una dieta e adottassero *comportamenti alimentari inappropriati* per perdere peso, prima della competizione (40).

In un altro studio, è stata rilevata la presenza della Triade sia in atlete che in non atlete. Lo studio in questione fornisce indicazioni circa la prevenzione di questo disturbo in tutte le donne fisicamente attive, a maggior ragione se giovani atlete (41).

Gli obiettivi di un altro studio erano quelli di esaminare la prevalenza di anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), anoressia atletica (AA) e disturbi alimentari non altrimenti specificati (EDNOS) negli atleti norvegesi d'élite sia maschi che femmine ed inoltre e in un campione rappresentativo della popolazione norvegese generale. La prevalenza di disturbi alimentari è più alta negli atleti che nei non atleti, più alta nelle atlete che negli atleti maschi e più comune tra coloro che gareggiano in sport dipendenti dalla magrezza e dal peso rispetto ad altri sport (42).

Un recente studio (43) aveva come obiettivo di valutare l'immagine corporea e lo sviluppo di DNA in un campione di adolescenti coinvolti in sport con caratteristiche diverse (agonistico, tempo libero, sensibili a categorie di peso) in confronto ad un gruppo di controllo. È emerso che:

- Gli atleti che praticano sport a livello competitivo hanno riportato una maggiore soddisfazione per l'immagine del corpo rispetto ai gruppi di controllo.
- Le ragazze che praticano sport amatoriali sensibili al peso hanno riportato una maggiore preoccupazione per il sovrappeso e maggiore tendenza a sviluppare DNA rispetto a quelle che praticano sport amatoriali meno sensibili al peso.
- I ragazzi che praticano sport amatoriali legati al peso hanno riportato una maggiore spinta allo sviluppo della muscolosità rispetto a quelli che partecipano a sport amatoriali meno dipendenti dal peso.
- Non è stata osservata alcuna interazione tra genere e sensibilità al peso nel gruppo di sportivi c.d. agonistici.
- Gli adolescenti coinvolti in uno sport competitivo hanno dimostrato una maggiore soddisfazione dell'immagine corporea e non sembravano presentare un rischio maggiore di DNA rispetto al gruppo di controllo.

I risultati di questa ricerca sono opposti ad altri studi che hanno concluso che la prevalenza dei disturbi alimentari è maggiore negli atleti rispetto ai non atleti.

Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che la maggior parte degli studi in cui sono state osservate associazioni tra disturbi alimentari e la partecipazione a uno sport sono stati fatti con atleti d'élite. In questo studio non è stata operata questa distinzione.

Nel 2020, è stato pubblicato un articolo (44) il cui tema era quello di monitorare i Disturbi Alimentari in atleti di élite e di come prevenire l'insorgenza di un DNA.

La ricerca ha messo in evidenza che gli atleti di élite si collocano prevalentemente all'interno dello spettro dei disturbi alimentari, non avendo tutti i criteri per essere identificati come un DNA.

Conseguenze dei Disturbi Alimentari:

- Disidratazione e Squilibri elettrolitici
- Carenze nutrizionali
- Problemi gastrointestinali (dentale, gengivale, sanguinamento, ulcerazione, gonfiore, stitichezza)
- Problemi di salute mentale (depressione, ansia, disturbi della personalità, abuso di sostanze, autolesionismo e ideazione suicidaria).

Se il Disordine alimentare si associa a bassa energia si può avere soppressione dei processi fisiologici, con conseguente compromissione della salute ossea, della funzione mestruale, dello stato endocrino, metabolico ed ematologico, della crescita e dello sviluppo, del benessere psicologico e dei sistemi cardiovascolare, gastrointestinale e immunologico.

Le conseguenze a lungo termine sono particolarmente critiche soprattutto per l'atleta adolescente, influenzando la densità minerale delle ossa e di conseguenza la statura, lo sviluppo neurologico e del sistema riproduttivo.

Conseguenze sulla prestazione possono derivare da un allenamento interrotto o meno efficace dovuto a:

- aumento delle malattie e degli infortuni
- riduzione della capacità di allenamento, recupero e adattamento
- menomazioni acute nel giorno della competizione a seguito di un'alimentazione inadeguata (ad esempio, riduzione della coordinazione, concentrazione, umore, forza e resistenza).

La prevalenza stimata di Disordini Alimentari e/o dei Disturbi Alimentari negli atleti varia dallo 0% al 19% negli uomini e dal 6% al 45% nelle donne. Nel complesso, vi è una maggiore prevalenza negli atleti rispetto ai non atleti, ma le richieste specifiche dello sport e le caratteristiche individuali dell'atleta portano a un'ampia variazione nella prevalenza di Disordini Alimentari e/o dei Disturbi Alimentari in sport diversi.

Non ci sono dati sufficienti nella popolazione dei Paratleti.

Un ambiente in cui vi è pressione a perdere o aumentare di peso e/o a mantenere un controllo meticoloso della composizione corporea può contribuire a una maggiore prevalenza di Disordini Alimentari e/o dei Disturbi Alimentari.

Uno studio tedesco (45) ha avuto come obiettivo di studiare la patologia del disturbo alimentare negli atleti adolescenti d'élite tedeschi. I dati sono stati ricavati dallo studio sulla gestione dello stile di vita e della salute dei giovani atleti olimpici tedeschi,

1138 atleti adolescenti che gareggiano in 51 discipline sportive olimpiche. In questo campione, i ricercatori hanno valutato il peso corporeo, il comportamento per il controllo del peso, l'accettazione del corpo e nel complesso sono stati esaminati i sintomi principali di disturbi alimentari, quali depressione e ansia.

I gruppi ad alto rischio comprendevano:

- atleti che gareggiavano in sport dipendenti dalla categoria di peso
- atleti ad alto livello di affettività negativa
- atlete
- atleti di sesso maschile che gareggiano in sport di resistenza, tecnici o di potenza.

Gli atleti che gareggiano in discipline dipendenti dalla categoria di peso hanno riportato un uso diffuso di comportamenti compensativi per influenzare il peso corporeo. Gli atleti che hanno segnalato una patologia del disturbo alimentare hanno mostrato livelli più elevati di depressione e ansia rispetto agli atleti senza patologia del disturbo alimentare.

CONCLUSIONI

Al termine di questo lavoro, che non ha la pretesa di essere esaustivo riguardo la tematica trattata, è possibile definire la questione degli stili alimentari adottati dagli sportivi una "zona d'ombra" nello scenario della salute psico-fisica. Le ragioni sono varie a seconda del tipo di sport e del livello degli atleti, nonché del sesso e dell'età; una cosa è certa: oltre ad educare i giovani ad adottare stili alimentari sani, non assoggettati in maniera rigida alla performance, bisognerebbe educare gli allenatori in primis, che si trovano in una posizione privilegiata di osservatori sul campo di queste ragazze e ragazzi che cercano di inseguire i loro obiettivi, spesso il sogno nel cassetto, e sono disposti a tutto, a fare sacrifici che, come accade con l'alimentazione disfunzionale, a volte li espongono a problematiche serie dal punto di vista della salute fisica e mentale.

Molti atleti hanno testimoniato la drammaticità di vivere l'esperienza terrificante del rapporto col cibo, con

i duri allenamenti, il rapporto con i loro allenatori che non vedevano, o non erano in grado di vedere, o, peggio, non volevano vedere, anzi sostenevano tali comportamenti indicandoli come l'unica strada possibile per "performare". Una esperienza che in molti ha lasciato delle ferite sia sul piano fisico che mentale (46).

Tanti sono gli atleti, che hanno abbandonato l'attività agonistica, anche tra i più talentuosi, perché non ce la facevano più a rispettare diete severe sin dall'adolescenza, un'età in cui queste ragazze e ragazzi si "affidano" completamente agli allenatori, spesso lasciando la famiglia per vivere nei Centri Tecnici Federali. Altri, in ragione anche della loro personalità, delle loro strategie di coping e della capacità di resilienza, hanno continuato la loro attività lottando con se stessi e con la voglia di abbandonare tutto, incoraggiati però dai successi e dalle medaglie.

In Italia, non ci sono studi strutturati sulla popolazione sportiva, soprattutto riguardo all'eccellenza, per cui è difficile capire quanto il fenomeno legato ai Disturbi Alimentari sia diffuso, cosa ha comportato e comporta sul piano della salute e della performance, gli eventuali danni procurati agli atleti sul breve e lungo periodo.

Nell'autunno 2022, due ex atlete della Nazionale Italiana di ginnastica artistica, Nina Corradini e Anna Basta avevano denunciato presunti abusi psicologici, privazione di cibo, insulti subiti durante gli anni di allenamenti. La Procura federale della Federginnastica, il 4 gennaio 2023, deferisce il CT Emanuela Maccarani e la sua aiutante Olga Tishina. L'addebito nei loro confronti è quello di aver adottato, nel periodo compreso fino all'estate 2020, "metodi di allenamento non conformi ai doveri di correttezza e professionalità, ponendo in essere pressioni psicologiche e provocando in alcune ginnaste l'insorgere di disturbi alimentari e psicologici" (fonte Sky TG24, 04 gen 2023- 14:34).

Al di là di questo evento di cronaca, che comunque ha innescato una reazione a catena spingendo altre atlete a rivelare le pressioni, gli abusi subiti, l'aspetto rilevante è rappresentato

dall'assenza di studi in grado di fotografare il fenomeno, mentre invece, nel caso ci fosse una evidenza significativa, sarebbe opportuno tracciare delle linee guida finalizzate a prevenire alcuni comportamenti a rischio, come fatto in altre Nazioni.

Infatti, in uno studio svolto negli USA dalla National Athletic Trainer's Association (47) è emersa la necessità di presentare raccomandazioni per la prevenzione, il rilevamento e la gestione completa del disordine alimentare negli atleti, le cui stime di prevalenza hanno variato fino a 62% tra le atlete e fino a 33% tra gli atleti.

La chiave è stabilire una rete di professionisti qualificati e competenti che possano gestire con abilità gli interventi attraverso programmi di screening per la diagnosi precoce e sviluppare iniziative educative per la prevenzione. La gestione degli atleti è complessa e richiede una collaborazione interdisciplinare tra medici, dietisti, psicoterapeuti, preparatori atletici certificati e allenatori. Il preparatore atletico certificato, l'allenatore, è in una posizione unica per svolgere un ruolo significativo come caregiver, sostenitore informato del paziente ed educatore e dovrebbe essere preparato ad agire di conseguenza.

bibliografia

1. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. American Psychiatric Association, 2013.
2. Dorini LM, Nizzoli U, et al. (2017), "Manuale per la cura e la prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione e delle Obesità (DA&O), SISDOCA. SICS Milano.
3. Gigantesco A, Masocco M, Picardi A, Lega I, Conti S & Vichi M, 2010
4. Hoek, van Hoeken, 2003; Favaro, Ferrara, Santonastaso, 2004; Hudson et al., 2007; Preti et al., 2009
5. Merikangas KR et al. (2010), Lifetime Prevalence of Mental Disorders in u.s. Adolescents: Results from the National Comorbidity Study - Adolescent Supplement (ncs-a), Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49, 980-989.
6. Steinhausen HC (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry 159 (8):1284-1293. doi:10.1176/appi.ajp.159.8.1284.
7. Broomfield C, Stedal K, Touyz S, Rhodes P (2017) Labeling and defining severe and enduring anorexia nervosa: A systematic review and critical analysis. Int J Eat Disord 50 (6):611-623. doi:10.1002/eat.22715
8. Quaderni del Ministero della Salute n.17/22
9. Fichter MM (2016), Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study; Int J Eat Disord 2016; 49:391-401. doi.org/10.1002/eat.22501
10. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, and Rubin GJ. 2020. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 395, 912-920
11. Mukhtar S. (2020). Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. Int J Soc Psychiatry 66, 512-516.
12. Weissman RS, Bauer S, and Thomas JJ. (2020). Access to evidence based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. Int J Eat Disord 53, 369-376.
13. Haddad C, Zakhour M, Bou Kheir M, Haddad R, Al Hachach M, Sacre H, and Salameh P. (2020). Association between eating behavior and quarantine/confinement stressors during the coronavirus disease 2019 outbreak. J Eat Disord 8, 40.
14. Haripersad YV, Kannegiesser-Bailey M, Morton K, Skeldon S, Shipton N, Edwards K, Newton R, Newell A, Stevenson PG, and Martin AC. (2021). Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. Arch Dis Child 106, e15.
15. Termorshuizen JD, Watson HJ, Thornton LM, Borg S, Flatt RE, MacDermod CM, Harper LE, van Furth EF, Peat CM, and Bulik CM. (2020). Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands. Int J Eat Disord.
16. Baenas I, Caravaca-Sanz E, Granero R, Sanchez I, Riesco N, Testa G, Vintro-Alcaraz C, Treasure J, Jimenez-Murcia S, and Fernandez-Aranda F. (2020). COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. Eur Eat Disord Rev 28, 855-863.
17. Philippou A, Meyer D, Neill E, Tan EJ, Toh WL, Van Rheenen TE, and Russell SL. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. Int J Eat Disord 53, 1158-1165.
18. Stanghellini G, Ambrosini A. (2010). "Psicopatologia e femminilità". Rivista Comprendere 20, pp.174-175.
19. Arciero G & Bondolfi G. (2012). "Sé, identità e stili di personalità". Torino: Bollati Boringhieri
20. Liccione D. (2019). "Psicoterapia cognitiva neuropsicologica. Nuova edizione ampliata, rivista e aggiornata.", Bollati Boringhieri Torino
21. Girard R. (2009). "Anoressia e desiderio mimetico". Trad. Claudio Tarditi. Lindau Torino
22. Loredio C, Costa E, (a cura di) (2007) Disturbi della condotta alimentare. Diagnosi e Terapia. Franco Angeli.
23. American Psychiatric Association, 2013. Ed. italiana a cura di Massimo Biondi. Raffaello Cortina ED.
24. Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H & Fairburn CG. (2013). "In patient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial". Psychotherapy and Psychosomatics, 82(6), 390-398.
25. Montesi L, ElGhoch M, Brodosi L, Calugi S, Marchesini G, & Dalle Grave R (2016). "Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach." Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity Targets and Therapy 9: 37-46.
26. Byrne S & McLean N, 2001. "Eating disorders in athletes: A review of the literature". Journal of Science and Medicine in Sport, 4(2), 145-159.
27. Riccardo Francesco, "L'inganno della perfezione corporea. Compendio di psicologia per personal trainer", Calzetti & Mariucci 2012
28. Hildebrandt T, Langenbucher J, & Schlundt D G (2004). Muscularity concerns Amongmen: Development of attitudinal and perceptual measures. Body Image, 1, 169-181.
29. Buckley WR, Yesalis CE, Friedl KE, Anderson WA, Streit AL, & Wright JE (1988). Estimated prevalence of anabolic steroid use among male high school seniors. Journal of the American Medical Association, 260, 3441-3445
30. Sundgot-Borgen J, Torstveit MK (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in general population. Clin J Sport Med; 14:25.
31. Williamson D, Netemeyer R, Jackman L, Anderson DA, Funchsch C, & Rabalais J (1995). Structural equation modeling of risk factors for the development of eating disorder symptoms in female athletes. International Journal of Eating Disorders, 17, 387-393.
32. Engel S, Johnson C, Powers PS, Crosby RD, Wonderlich SA, Wittrock DA et al. (2003). Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. Eating Behaviors, 4, 333-343.
33. Thompson RA & Sherman R (1993b). Reducing the risk of eating disorders in athletes. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 1, 65-78.
34. Harrison Pope, Katharine A Phillips, Roberto Olivardia. The Adonis Complex. Simon and Schuster, 2000.
35. Mosley, PE (2009). Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. European Eating Disorders Review, 17(3), 191-198
36. Riccardo F, "L'inganno della perfezione corporea". Calzetti e Mariucci, 2012.
37. Bratman S, 2004. "Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating". Ed. Broadway.
38. Nattiv A et al. - American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad - Med Sci Sports Exerc. 2007 Oct;39(10):1867-82.
39. Golden NH (2002): A review of the female athlete triad (amenorrhea, osteoporosis and disordered eating). International Journal of adolescent medical health, 14: 9-17.
40. Bealska Manore MM (2002): "Disorders of the female athlete triad among collegiate athletes". International Journal of sport nutrition e exercise metabolism; 12: 281-293.
41. Opplinger RA, Case HS, Horswill CA, Landry GL, Scaelter AC. American college of sports medicine position stand. "Weight loss in wrestlers". Med Sci Sports Exerc 1996; 28(6): 9-12.
42. Torstveit MK, Sundgot-Borgen J (2005a). "The female athlete triad exists in both elite athletes and controls". Med Sci Sport Exerc 2005b; 37 (9): 1449-1459.

sitografia

1. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=1>
2. <http://www.quadernidellasalute.it/portale/quaderni/archivio>