

Tesi

DISTURBI ALIMENTARI NELLO SPORT.

Introduzione.

Il mio elaborato finale a questo master, nasce dal mio personale interesse riguardo al tema dei disturbi alimentari e in particolare alla relazione tra disturbi alimentari e sport. Ho potuto constatare come in determinati sport, come ad esempio la danza, sia maggiormente presente il rischio di incorrere in disturbi alimentari. E' risaputo come il mito della perfezione del corpo, delle linee perfette, e in alcuni casi gli espliciti ed impliciti consigli di maestre di danza, incidano nella psiche delle ballerine fino a farle incorrere in condotte alimentari devianti e veri e propri disturbi di alimentazione. Così, avendo intrapreso questo corso non ho potuto fare a meno di approfondire questa relazione che all'epoca della mia partecipazione al mondo della danza mi era sembrata così chiara e nello stesso tempo inesorabilmente distruttiva. D'altra parte, negli anni anche la psicologia si è interessata a questo argomento e si è resa conto dell'alta incidenza di questi disturbi nel mondo sportivo e dunque dell'urgenza di trattare questo fenomeno sempre più in aumento. D'altro canto viviamo nella società dell'immagine, caratterizzata dall'apparire, dove il corpo e la sua esposizione e perfezione è il comandamento numero uno. Tutto ciò, ovviamente nell'ambiente sportivo o meglio in certi ambienti sportivi è tutto amplificato.

Non per niente, in questo elaborato, dunque esplicherò in un primo momento le varie classificazioni di disturbi alimentari presenti nel DSM-IV, concentrandomi in particolare sulle categorie di anoressia atletica, ortoressia e bigoressia, prettamente rivolte al mondo dello sport, ma non ancora presenti nel DSM-IV. Indicherò l'incidenza nel mondo sportivo di questi disturbi, e quali sport sono più a rischio. Inoltre, non si può fare a meno di trattare l'emergere negli ultimi anni di questi disturbi che hanno colpito anche l'universo maschile, in un primo momento lontano da questi fenomeni.

Analizzerò poi, come questi disturbi emergano in sport parallelamente opposti tra di loro: come la danza, dove il corpo deve essere il più possibile lineare e aggraziato; ma anche in sport come il body building, dove invece viene sottolineato un corpo forte e muscoloso.

Infine, descriverò quindi come sia fondamentale un lavoro di equipe tra allenatori, psicologi e operatori della salute e dietologi per affrontare questo genere di problematiche.

Classificazioni diagnostiche.

I disturbi alimentari (DA) rappresentano nei paesi industrializzati una vera e propria emergenza sanitaria. Al fine di inquadrare al meglio questi disturbi, è quindi indispensabile fare riferimento ai criteri diagnostici contenuti nel DSM-IV. Nel DSM-IV vengono riconosciuti tre tipi di DA: Anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN) ed i disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (DCA-NAS), tra questi è inserito per la prima volta il disturbo di alimentazione incontrollata (DAI). Quindi, riporto i criteri diagnostici che identificano i DA.

- **Anoressia Nervosa (AN).**

a) Rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo del peso normale per l'età e la statura o al di sopra di esso (per esempio perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto del 85% di quello atteso, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo di crescita, con la conseguenza che il peso risulta inferiore dell'85% di quello previsto):

b) Intensa paura di acquistare peso o ingrassare, anche quando si è in sottopeso.

c) Disturbo del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del proprio corpo, o eccessiva influenza della forma e del peso del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

d) Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Una donna è considerata amenorroica se i suoi cicli si presentano solo a seguito di somministrazioni di ormoni, per esempio estrogeni).

Specificare il tipo:

Tipo restrittivo: nell'episodio attuale di anoressia nervosa la persona non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (vomito autoindotto, abuso-uso di lassativi, diuretici o clisteri).

Tipo bulimico: nell'episodio attuale di anoressia nervosa la persona ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o clisteri).

- **Bulimia nervosa (BN).**

Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti punti: 1) mangiare, in un definito periodo di tempo (ad esempio 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso intervallo di tempo ed in circostanze simili; 2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad esempio, sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

b) Ricorrenti e inappropriate condotte di compenso per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso o uso improprio di lassativi, diuretici, enteroclismi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico compulsivo.

c) Abbuffate e condotte di compenso si manifestano entrambe, in media, almeno due volte la settimana per tre mesi.

d) I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo.

e) Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di anoressia nervosa.

Specificare il tipo:

Tipo purgativo: nell'episodio attuale di bulimia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri.

Tipo non purgativo: nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati quali digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri.

- **Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (DCA-NAS).**

Questa categoria include quei DA che non soddisfano i criteri di nessun altro specifico DA. Riporto alcuni esempi:

- a) Una persona di sesso femminile presenta tutti i criteri dell'anoressia nervosa pur in presenza di un ciclo mestruale regolare.
- b) Sono soddisfatti tutti i criteri dell'anoressia nervosa anche se, nonostante la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta ancora nei limiti della norma.
- c) Il soggetto mastica ripetutamente e sputa, senza deglutire, grandi quantità di cibo.

- **Disturbi dell'alimentazione incontrollata (DAI).**

- a) Ricorrenti abbuffate.
- b) Gli episodi di abbuffate sono associate a tre o più delle seguenti caratteristiche: 1) mangiare molto più velocemente del solito; 2) mangiare fino a quando non ci si sente spiacevolmente pieni; 3) mangiare grandi quantità di cibo senza essere affamati; 4) mangiare in solitudine per l'imbarazzo della grande quantità di cibo ingerito; 5) al termine dell'abbuffata sentirsi disgustati da se stessi, depressi o molto colpevoli.
- c) E' presente un elevato stress correlato alle abbuffate alimentari.
- d) Le abbuffate si presentano per almeno 2 giorni alla settimana, per un periodo di 6 mesi. Il metodo utilizzato per determinare la frequenza delle abbuffate alimentari differisce in questo caso da quello utilizzato per la bulimia nervosa; ulteriori ricerche dovranno stabilire una soglia di frequenza è quello di contare il numero di giorni in cui l'abbuffata alimentare si presenta o il numero complessivo di abbuffate alimentari.
- e) Le abbuffate non si associano regolarmente a condotte di eliminazione inappropriate (per esempio, abuso-uso inappropriato di lassativi, digiuno, attività fisica compulsiva) e non si osservano esclusivamente in occasione di bulimia nervosa.

Epidemiologia

Una recente revisione sulla prevalenza di incidenza dei DA (Hoek e van Hoeken, 2003) ha documentato una prevalenza (numero totale dei casi della popolazione) dello 0.3% per l'anoressia nervosa e rispettivamente dell'1% e dello 0.1% nelle donne e negli uomini affetti da bulimia nervosa. La prevalenza stimata del disturbo da alimentazione incontrollata è invece pari all'1%. L'incidenza (numero dei nuovi casi nella popolazione in un determinato periodo di tempo) è di 8 casi per 100.000 soggetti in un anno per la AN e di 12 casi per la BN. L'incidenza della AN è aumentata a partire dagli anni '70. Questi dati confermano la letteratura più accreditata sul tema (Abraham et al., 1993; Hergot et al., 1992; Williamson e Martin, 1999).

L'età di esordio cade fra i 10 ed i 30 anni. Sono in aumento i casi di esordio in età più tardiva e le forme croniche di soggetti con un'età superiore ai 40 anni.

I DA sono una patologia prevalentemente femminile: F: M = 9 : 1. Tuttavia anche nei maschi l'incidenza e la prevalenza sembrano essere in aumento, specie in alcune categorie di soggetti, come tratterò successivamente.

Eziologia

Oggi, si è concordi nel ritenere che i DA sono disturbi a eziologia multipla (Garner e Garfinkel, 1980; Garner e Bemis, 1982; Fichter, 1990; Bauer, 1998). Non per niente, il nucleo patogenico che caratterizza i DA (bassa autostima, depressione, sofferenza causata dalla mancata corrispondenza tra peso reale e peso ideale) è infatti determinato da un complesso insieme di fattori socioculturali, individuali e familiari.

Fattori predisponenti.

Predisposizione genetica, genere femminile, familiarità per sovrappeso e obesità, obesità infantile, storie di ripetute diete ed oscillazioni ponderali, alcune patologie croniche (diabete, mellito, fibrosi cistica, malattia di Crohn e colite ulcerosa, patologie tiroidee); gravidanza, tratti di personalità e problemi psicologici, caratteristiche familiari (invischiamento, scarsa definizione dei ruoli, incapacità di incoraggiare la separazione, la distinzione e l'autonomia); fattori socioculturali, come il mito della magrezza e del fitness, richiesta di prestazioni straordinarie, competizione, palatabilità e manipolazione industriale degli alimenti.

Fattori precipitanti.

Separazioni, perdite; malattie; alterazioni dell'omeostasi familiare; menarca vissuto come traumatico, esperienze sessuali; paura di perdere il controllo e la stima di sé; particolari attività sportive in cui la prestazione è correlata al basso peso corporeo e/o alla non maturità sessuale (danza, ginnastica artistica, equitazione ecc.(Garner et al., 1998); elevata competizione nel gruppo dei pari (scuola, palestra, gruppo di amici ecc);

Fattori di mantenimento.

Guadagni secondari legati alla malattia; posizione di potere in famiglia; evitamento di situazioni interpersonali/sexuali ansiogene; effetti di digiuno e della perdita di peso.

Fattori iatrogeni.

Prescrizioni dietetiche; preparati ormonali per correggere l'amenorrea secondaria; gravidanze consentite in soggetti sottopeso dall'utilizzo di trattamenti di infertilità; rialimentazioni forzate o ricoveri ospedalieri non negoziate con il paziente.

DISTURBI ALIMENTARI NELLO SPORT.

Come emerso precedentemente, il mito della magrezza e il fitness sono un fattore di rischio per quanto riguarda i disturbi alimentari.

Non per niente, è presente un'alta incidenza dei disturbi alimentari nel mondo dello sport, e questo fenomeno è stato indagato a fondo, sono infatti emerse delle categorie specifiche per delineare questo problema. Le categorie poste in essere, non fanno parte delle categorie enucleate nel DSM-IV, come l'anoressia nervosa, la bulimia e i disturbi alimentari non altrimenti specificati; ma vengono classificati come disturbi alimentari atipici, ovvero disturbi che presentano alcuni sintomi in comune con i disturbi alimentari principali, ma che non rientrano perfettamente nelle categorie diagnostiche dei disturbi alimentari del DSM-IV.

Anoressia atletica.

Alcune pratiche sportive richiedono un particolare peso corporeo, una particolare forma corporea e un allenamento molto estenuante, al fine di ottenere una performance adeguata. Sembra plausibile che una certa pressione sociale alla magrezza (da parte di allenatori, ma anche familiari e più in generale della rete sociale di appartenenza) si associ nelle giovani atlete alla necessità di perseguire una performance sportiva elevata e ciò può portare a tentativi di acquisire una forma fisica irrealistica; così queste atlete sono portate a condurre diete croniche e un regime alimentare restrittivo. Negli ultimi trenta anni, sono giunte all'osservazione di specialisti, atlete che presentavano disturbi psico-fisici associati in modo specifico all'attività sportiva. 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 impreviste, erroneamente attribuiti a sforzo o ad errori di allenamento. Per cui è auspicabile una buona anamnesi e diagnosi precoce che riconosce la presenza di condotte alimentari anomale, pur non inquadrabili all'interno dei disturbi alimentari maggiori. L'associazione tra amenorrea, osteoporosi e disturbi della condotta alimentare è indicata come "triade della donna atleta" (Hobart e Smucker, 2000; Golden, 2002), secondo le indicazioni dell' American college of sport medicine, altri invece preferiscono la denominazione di anoressia atletica. 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 (Golden, 2002). 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 anoressia nervosa 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 (Beals e Manore, 2002). Secondo alcuni autori il disturbo sarebbe indotto primariamente da un elevato coinvolgimento in attività sportive. La pressione al dimagrimento, e soprattutto la pressione a ridurre la quota di grassi nella composizione della massa corporea, faciliterebbe in soggetti vulnerabili lo sviluppo di pratiche volte a modificare l'apporto calorico risultandone abitudini

alimentari profondamente alterate, anomalie nel ciclo mestruale, aumentato rischio di osteoporosi e fratture ossee ad esso conseguenti (Sanborn et al, 2000; Bass et al, 2001). La comparsa di queste anomalie, come deficit nutrizionali di alimenti essenziali quali vitamine, minerali, ioni può comportare gravi conseguenze su un corpo non ancora completato.

Discipline sportive potenzialmente rischiose per la triade femminile dell'atleta

- Sport in cui è valutata la prestazione individuale (es. la danza, il pattinaggio artistico e la ginnastica artistica).
- 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 e la corsa).
- Sport che usano le categorie di peso per la partecipazione (es. la corsa cavalli, le arti marziali e la lotta).
- Sport in cui una forma corporea pre-puberale favorisce il successo (il pattinaggio artistico, la ginnastica artistica e i tuffi).

Bigoressia.

La bigoressia o anoressia inversa, è un disturbo di alimentazione diverso dall'anoressia nervosa, infatti è caratterizzato dal fatto che l'immagine finale della persona disfunzionale è opposta a quella del soggetto affetto da anoressia. Infatti, la peculiarità di questo disturbo è la continua e ossessiva preoccupazione per quanto riguarda la massa muscolare, anche a discapito della propria salute (Giordano Invernizzi, 2006). Tratterò in seguito questo argomento in modo più approfondito, occupandomi del rapporto tra body builder e bigoressia e l'incidenza prevalentemente maschile di questo disturbo.

Ortoressia.

Negli ultimi anni, specialmente all'interno dell'ambiente sportivo si è diffuso un altro disturbo dell'alimentazione denominato ortorexia (dal greco orthos- corretto e orexis-appetito). Il primo a parlare di ortorexia è stato il dietologo Steve Bratman (2000).

Il soggetto ortoressico mette in atto delle regole eccessivamente rigide riguardo il campo alimentare e l'attività sportiva, che, se trasgredite, comportano un senso di colpa molto forte che porta di riflesso ad inasprire ulteriormente le regole stesse (soprattutto in ambito alimentare). In pratica, il disturbo è caratterizzato da una vera e propria ossessione per il mangiare sano, fino a eliminare dalla propria dieta intere categorie di alimenti considerate tossiche e impure; il tutto unito ad un'intensa attività sportiva. Mentre la preoccupazione degli anoressici e bulimici è la quantità di cibo ingerito; la preoccupazione degli ortoressici è rivolta alla qualità del cibo. I cibi maggiormente scelti da questi soggetti per nutrirsi sono vegetali crudi e cereali, o cibi biologici. Possono esservi poi altre manie associate che portano ad esempio ad evitare, nei luoghi pubblici, stoviglie contaminate (piatti, pentole, posate), oppure considerate tossiche, come quelle di alluminio

o di plastica, oppure chiedere un piatto di insalata con foglie non tagliate per non far perdere alla verdura le sue qualità nutritive. Nei casi più gravi il soggetto può arrivare a consumare un solo alimento (pane, pasta, mela, carote ecc.) o una sola categoria di alimenti (cereali, frutta, verdura ecc.)

Un'altra caratteristica dell'ortoressico è la conoscenza precisa di tutte le etichette dei cibi in vendita al supermercato: questi soggetti conoscono a memoria i componenti nutritivi di ogni genere di prodotto, per cui sanno benissimo, in termini assoluti ed in percentuale, quanti grassi totali, saturi e insaturi contiene quel determinato prodotto, il suo valore calorico, il contenuto di proteine, amido e zuccheri.

Queste condotte portano l'ortoressico a cambiare a poco a poco il suo stile di vita, isolandosi in un proprio stile standardizzato e dettato esclusivamente da regole precise e imprescindibili, difendendosi da chi non comprende le sue scelte, non condivide in pieno le sue idee.

Anche in questo caso l'eziologia è multipla. Innanzi tutto, le cause sono da ricercarsi nei ritmi forzati della società moderna e dei modelli di bellezza e salute rivolta più al consumismo che alla reale attenzione all'individuo. Per cui, motivazioni psicologiche, alimentari ed etiche supportate spesso da spinte commerciali; hanno creato modelli sociali differenti e scelte di norma di vita spesso in totale conflitto con un'esistenza sana ed equilibrata.

Incidenza dei disturbi alimentari nello sport e sport a rischio.

Due studi recenti hanno mostrato come oltre il 70% degli atleti di elite 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 (Oppliger et al., 1996; Torstveit & Sundgot-Borgen, 2005a). Altri studi hanno anche riportato una più alta frequenza di comportamenti alimentari non salutari nelle atlete che gareggiavano in sport che enfatizzano la magrezza o un basso peso corporeo (Rosendahl et al., 2009; Holm-Denoma et al., 2009). La prevalenza di comportamenti alimentari non salutari era del 10% per sport di resistenza, del 17% per sport che richiedono una classificazione del peso e del 42% per sport antigravitazionali (Rosendahl et al., 2009).

In questo contesto bisogna ricordare che mentre chi è affetto da anoressia e bulimia sono soprattutto preoccupati della propria forma fisica e dunque lo scopo è quello di raggiungere un corpo perfetto; nel campo sportivo a questa preoccupazione si aggiunge la preoccupazione per il raggiungimento di una prestazione sportiva il migliore possibile. Purtroppo, spesso si chiede ai giovani atleti di mantenere una percentuale di grasso corporeo molto inferiore alla norma rispetto all'età; ciò insieme alle pressioni di allenatori e genitori e alla preoccupazione riguardo la competizione porta i giovani atleti direttamente allo sviluppo di condotte alimentari disturbate. Uno studio ha rilevato che tra ragazzi bianchi, di età compresi tra 15 e 16 anni, la percentuale di grasso era intorno al 14-15%; nei corridori e nei lottatori era tra il 5 e il 7% e in ragazze delle scuole medie superiori era tra il 20 e il 22%. Ragazze che praticano sport a livello competitivo, come: la ginnastica, la corsa, lo sci, ma anche la danza o il pattinaggio artistico sono spesso costrette a ridurre a meno del 10% del grasso corporeo.

In generale, gli sport più a rischio di incorrere in disturbi alimentari sono:

- sport di endurance (ad esempio corse di lunga durata, triathlon, ciclismo, sci di fondo)
- sport estetici (danza, pattinaggio artistico, ginnastica artistica, nuoto sincronizzato)
- sport con categorie dei peso (lotta, arti marziali, pugilato) con una prevalenza soprattutto di disturbi di tipo bulimico
- sport che ricercano un basso peso corporeo (equitazione, ciclismo)
- sport che enfatizzano la massa muscolare (*body building*)
- sport in cui l'abbigliamento per la competizione rivela la forma del corpo (nuoto, pallavolo).

Gli studi sui disturbi alimentari nello sport non sono liberi da criticità. I problemi sono legati soprattutto a problemi metodologici, mancano spesso gruppi di controllo e la statistica è troppo esigua; inoltre ci sono problemi relativi alla variabilità relativa al tipo di sport e alla diagnosi, il più delle volte effettuata mediante questionari di autovalutazione. Comunque, tenendo conto di ciò gli studi hanno messo in rilievo la percentuale più alta di questi disturbi in atleti rispetto ai non atleti e che aumenta con il livello della competizione.

Detto ciò, è utile approfondire il problema descrivendo come in due mondi così apparentemente diversi come la danza e il body building siano presenti i disturbi alimentari, seppur con tipologie e modalità di attuazione diversa.

Danza e DCA.

La danza classica è sinonimo di arte e purezza, di ideali assoluti e di femminilità. La danza è una disciplina affascinante, che infonde magia. D'altro canto, come ben sappiamo può essere un forte fattore di rischio per il presentarsi di disturbi alimentari. La danzatrice, ma anche i ballerini sono tenuti ad avere un corpo esile proprio per ragioni di tecnica, ma l'equilibrio tra l'essere magri e l'incorrere in disturbi alimentari è sottilissimo, capita sovente che questo equilibrio venga rotto senza che ce ne si accorga. Chi pratica questa disciplina deve avere un forte senso di sé, viceversa si rischia di identificarsi con la pienezza, perdendo il senso dei propri limiti, oppure con il vuoto, annullandosi. Nella danza, spesso accade questo ci si identifica con un mito spesso irraggiungibile e si rischia di rovinarsi.

La patologia anoressica si colloca di solito nel periodo adolescenziale, periodo caratterizzato da grandi trasformazioni fisiche e psicologiche, dove il soggetto inizia a fare i conti con la propria identità corporea e con la propria sensualità e sessualità. Come sostiene la dott.ssa Dora Aliprandi dell'Aba, "il problema della danzatrice è rappresentato dalla necessità di presentare un'immagine corporea particolare, dovendo coniugare il mantenimento di un fisico androgino, prepubere, con le prestazioni atletiche. Così, si inizia ad avere la necessità di mantenere un corpo sottopeso mediante cibi particolari e integratori dietetici, e arrivano spesso ad assumere un terzo delle calorie che sarebbero in realtà loro necessarie". Sono per esempio molti i casi di danzatrici che riportano di mangiare solo una mela o uno yogurt al giorno. Per allieve di danza con DCA, è normale non mangiare, non nutrirsi correttamente, procurarsi il vomito o abusare di lassativi. Spesso, come riportato dalla dott.ssa Aliprandi, secondo le confidenze fatte dalle allieve di un'accademia in cui l'Aba fece un intervento, queste condotte erano suggerite proprio dalle insegnanti, come mezzo per risolvere i problemi di peso.

Purtroppo questo fenomeno è molto diffuso, ma anche molto nascosto. Basti per esempio pensare alla difficoltà incontrata da Michelle Warren e Linda Hamilton nel loro studio all'interno della

School of American Ballet. Lo studio consisteva in un monitoraggio di giovanissime allieve, durante il percorso accademico, ma negli anni, una percentuale considerevole, ritirò la partecipazione alla ricerca e non fu possibile elaborare dati sufficienti. Si dedusse che molte ragazze che iniziarono a presentare comportamenti a rischio, preferirono evitare di rispondere ai questionari per paura di essere scoperte e di essere allontanate dalla scuola (Linda H. Hamilton, J. Brooks-Gunn, Michelle P. Warren). D'altro canto, peculiarità dei disturbi alimentari è la negazione della malattia e la vergogna e ciò spinge le giovani donne a evitare di trattare certe tematiche per loro difficili da gestire. Dall'altro lato spesso vi è una fortissima pressione da parte del management accademico. Basti pensare al caso della Mariafrancesca Garritano (ex prima ballerina del Teatro della Scala), la quale in giornale inglese Observer ha dichiarato e denunciato il fatto che una ballerina su cinque soffre di anoressia e/o bulimia, raccontando il disagio vissuto sul suo corpo e sul corpo di altre danzatrici. Il risultato è stato il licenziamento nel giro di qualche mese per aver arrecato un danno all'immagine del Teatro della Scala. Dunque è importante indagare fino a che punto giovani danzatrici sono disposte a trasformare il proprio corpo per diventare professioniste, e quanto questo fenomeno sia conosciuto e avallato dal management delle accademie e delle scuole.

Per meglio capire il fenomeno è utile prendere in considerazione degli studi scientifici. Fassino, direttore del centro per i Disturbi del comportamento alimentare all'ospedale Le Molinette di Torino, sostiene che le danzatrici hanno un rischio 3-6 volte superiore rispetto alla popolazione generale; mentre la bulimia si riscontra in un range che varia dal 2 al 12%. Inoltre, l'essersi dedicati alla danza nell'infanzia e nell'adolescenza aumenta il rischio di andare incontro a bulimia dopo la fine dell'attività. Il campanello di allarme, il segno oggettivo di un disturbo alimentare in agguato è l'assenza del ciclo mestruale per almeno tre mesi. Il corpo delle giovani ballerine come detto prima deve essere snello e leggero, il loro peso ideale è stimato intorno il 75% del peso corporeo dato per l'età e l'altezza. Come prima emerso, un altro fattore di rischio risiede all'interno dell'ambiente delle scuole di danza anche quelle di alto livello. «Le insegnanti dicono di tutto - racconta Claudia Ravaldi, psichiatra dell'università di Firenze -. Spesso il messaggio di non mangiare non è verbale, ma passa comunque (Corriere del Sera, 2009). In alcuni casi, poi, si chiede espressamente alle ballerine di prendere diuretici prima degli spettacoli». Varie sono le condotte di insegnanti che si pongono come fattore di rischio per i disturbi alimentari:

- Sicuramente il sottoporre le ragazze alla prova peso ogni mese e tener conto del peso nelle valutazioni agli esami di danza che si tengono ogni anno. Questo spinge le ragazze a periodi di astinenza dal cibo in vista della prova peso e ad abbuffate subito dopo la fine della lezione in cui era prevista la prova peso.
- Sicuramente, il continuo lavaggio del cervello e le continue umiliazioni davanti all'intera classe di danza sono nocivi. Il dire *Sei diventata una botte...* piuttosto che *un pallone gonfiato...* piuttosto che *Se il ballerino ti prende nella presa, lo schiacci....* non aiuta.
- Sicuramente essere di fronte ad uno specchio enorme indossando body e calzamaglia non aiuta. E sottolineare ogni santo giorno, per anni, quanto si è grassi, che si ha la cellulite che balla mentre si fanno gli esercizi... non aiuta! E parliamo di ragazze con un indice di massa corporea assolutamente nella norma. Il metro di giudizio della danza, infatti, è molto più restrittivo di quello sociale. Quindi, dire che una ragazza del genere è obesa è assolutamente inappropriato. Ma sentirselo dire ogni giorno per anni e anni, non aiuta

Dunque, è necessario un intervento mirato per scardinare questo sistema che sembra ormai consolidato.

Body building e disturbi alimentari.

Quando si trattano i disturbi alimentari, sovente si fa riferimento alle donne; tuttavia negli ultimi anni sono in forte aumento i casi di disturbi alimentari al maschile e purtroppo concerne il mondo sportivo.

Ad una positiva costruzione dell'identità e di un alto livello di autostima, ottenute lavorando sulla costruzione di un corpo sano ed una mente e una psiche in equilibrio, si contrappongono tutte le forme di patologie che concernano una distorta visione dell'immagine corporea. L'uomo non è esente da tali forme di disagio, così come le donne un'eccessiva preoccupazione per la forma fisica o un'ossessiva ricerca di un modello corporeo che rientri nei canoni dettati dai mass media, possono portare entrambi alle forme di patologia prima enucleate.

Il disturbo alimentare al maschile viene definito con il termine "bigoressia" o "Anoressia riversa", prima accennato. Mentre la donna anoressica si vede grassa nonostante sia magrissima; il soggetto bigoretico si vede esile anche se muscoloso. Il primo a descrivere il problema della bigoressia è stato Harrison G.Pope, professore di psichiatria all'università di Harvard, nel suo libro *The Adonis Complex*. Questo termine deriva dal mito di Adone, che rappresenta il mito della perfetta mascolinità. Il desiderio di aumentare la propria forma fisica è antico, ma è solo nel diciannovesimo secolo con la nascita di attrezzi sempre più precisi, che si è arrivati a 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 varie pose statuarie. Dopo gli anni novanta, si è notevolmente diffusa la pratica di attività sportive volte all'incremento della propria muscolatura (2009).

E' dunque importante chiarire gli aspetti clinici di questa patologia e l'eziopatogenesi.

Come per i disturbi alimentari, anche nella bigoressia la caratteristica principale è la presenza di una percezione di alterazioni della sfera senso percettiva e dello schema cognitivo con continua ideazione sulle forme corporee (Dalla Ragione L. e al., 2009). In genere interessa uomini giovani e adulti di età compresa tra i 15 e i 23 anni circa che praticano sport in cui lo scopo degli allenamenti è quello di aumentare la propria muscolatura e la propria forma come il football, wresling e body building (JamesEl et al., 2005). La prevalenza del disturbo è calcolata intorno a 100.000 persone nel mondo, e nelle palestre si aggira intorno al 10% dei frequentatori, ma con grande probabilità è sottostimata dal momento che non è così facile riconoscere chi ne è affetto (Pope HG et al., 2000)

I principali sintomi sono:

- Dispercezione corporea, ovvero preoccupazione patologica rispetto a un corpo ritenuto non sufficientemente muscoloso e asciutto (si arriva a farsi impiantare protesi nei pettorali per raggiungere una forma fisica ideale);
- comportamento di addiction nei confronti dell'esercizio fisico (il soggetto bigoretico passa in palestra tutto il proprio tempo libero, fino a perdere di vista familiari, lavoro e amici).
- comportamento alimentare disturbato (dieta iperproteica, bevono pochissima acqua per mantenere il proprio fisico estremamente asciutto; si arriva fino all'ortoressia).
- Evitano le situazioni in cui il proprio corpo è esposto, in quanto provano estremo disagio e una preoccupazione significativa.

Dunque, in questi soggetti l'autostima dipende dalla forma fisica, giudicata non soddisfacente. L'insoddisfazione e la bassa autostima spingono l'individuo ad allenarsi sempre di più. Questa condotta se protratta può portare a gravi complicanze mediche, gli allenamenti estenuanti possono portare ad un sovrallenamento senza adeguati tempi di recupero per cui si arriva ad uno stato tipico di astenia, affaticabilità e turbe del ritmo cardiaco. Inoltre si possono presentare tendiniti, problemi alle articolazioni, calo del peso corporeo e indebolimento del sistema immunitario. Si possono trovare alterazioni a carico della 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 bigoressia si associa a depressione, tentativo di suicidio, abuso di sostanze e disturbi di personalità (soprattutto di tipo narcisistico e/o ossessivo-compulsivo) (Pope et al., 2005; Hildebrandt et al., 2005). Inoltre, queste condotte portano ad una compromissione della propria vita socio-lavorativa, anche per il fatto che questi soggetti evitano le situazioni (anche intime) in cui il proprio corpo viene esposto. Le attività sociali, lavorative e ricreative vengono evitate per lasciare spazio all'allenamento o per non trasgredire alle regole dietetiche.

Per quanto riguarda l'eziopatogenesi non è ancora del tutto nota, ma può essere ricondotta a tre determinanti principali, interdipendenti tra di loro (Stevani J., 2005). Il primo fattore è quello genetico, ci sarebbe un fattore biologico predisponente per cui alcune persone sarebbero inclini per natura a sviluppare patologie di questo tipo. La seconda causa è di ordine psichico e interessa la bassa autostima dei soggetti affetti da questa patologia, il soggetto bigoretico ha creato una specie di corazza muscolare che assume valenze difensive e narcisistiche, esprimendo un disagio psichico altrimenti non elaborabili e riferibile a problematiche identitarie. La terza spiegazione 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 la muscolatura un simbolo della dominanza e del controllo del maschio.

Conclusioni e possibili interventi.

Lo sport è benessere e per raggiungere il benessere è necessario un equilibrio tra psiche e soma.

Come ho avuto modo di descrivere, spesso questo equilibrio viene rotto anche da condotte alimentari disfunzionali. Per cui, essendo disturbi a eziologia multipla, al fine di ovviare a queste problematiche o intervenire in modo opportuno qualora si presenti un disturbo di questo tipo, è auspicabile un lavoro di equipe tra psicologi dello sport, allenatori, nutrizionisti e nel caso si presenti la necessità endocrinologi. In prima analisi, è di fondamentale importanza informare in modo accurato gli allenatori e gli atleti riguardo i disturbi alimentari, la loro incidenza e far comprendere il ruolo degli allenatori in questo contesto. E' innanzitutto necessario capirne i primi segnali al fine di intervenire per tempo. Dal punto di vista psicologico, è utile per esempio somministrare test come l'Eating Disorder Inventory 2. Nonostante siano molte le tipologie di disturbi alimentari ci sono delle tematiche di fondo che sono presenti in ognuno di essi, come la percezione della propria corporeità, il bisogno specie negli sportivi di essere perfetti e soddisfare le aspettative altrui, ecc. . Dunque, per programmare un intervento bisogna concentrarsi su queste tematiche fondamentali come il rapporto con la propria corporeità, lavorare sull'idea di perfezione, delle aspettative degli altri; sulla aggressività repressa; sull'instaurarsi di un atteggiamento mentale adulto e indipendente; sondare le carenze affettive della persona per poi fondare le basi per relazioni interpersonali nuove e maggiormente stimolanti; affrontare il tema del piacere e della sessualità, che non è contaminazione della propria purezza, ma è fiducia e vuol dire crescere; affrontare il tema del controllo verso sé e verso il mondo. Una modalità di intervento utile in tal senso potrebbe essere il training motivazionale per il controllo alimentare (Gerin-Birsa, 2003) proposto dalla dott.ssa Gerin-

Birsa che ho avuto modo di studiare in questo master. Il training in questione è adatto per gli atleti che hanno problemi di controllo del proprio regime alimentare. Si affianca al lavoro del dietologo, estetista, massaggiatore, istruttore di palestra. E' adatto anche ai non sportivi che si affacciano al mondo dello sport senza una adeguata spinta motivazionale, non è adatto a soggetti che soffrono di Disturbo alimentare grave e conclamato come l'anoressia o bulimia. Si effettua in palestre con una saletta insonorizzata o comunque al riparo di suoni e rumori. Le sedute possono essere individuali o di gruppo per la durata di 1 h o 1 h e mezzo così composto:

- Conoscenza, motivazione al trattamento, test sui disturbi alimentari come l'EDI-2, grado di ansia, stress ecc;
- Compilazione di un diario di un diario giornaliero dei consumi alimentari associati a stati d'animo e pensieri;
- Training cognitivo sui problemi della persona;
- Rilassamento progressivo guidato con musica;
- Visualizzazione immaginativa guidata;
- Riflessioni e conclusioni;
- Ogni settimana verranno proposte liste di controllo dello stimolo ed altre strategie per mantenere il regime alimentare ed allentare la tensione.

Lo scopo del training è insegnare alla persona a conoscere meglio il suo corpo, a gratificarlo ed a mantenerlo in forma attraverso la potenzialità della sua mente, apprendendo semplici tecniche di rilassamento e visualizzazione che gli permetteranno di poter affrontare meglio lo stress di ogni giorno e l'ansia.

In conclusione, sottolineo quindi come sia importante avere la consapevolezza di questo problema che infligge molte persone e che ormai sembra trasversale, in quanto colpisce uomini e donne, adolescenti ma anche adulti. Come persone che operano nel mondo sportivo si deve avere la sensibilità a questo problema per riconoscerlo, affrontarlo e combatterlo.

Bibliografia.

Bass M, Turner L, Hunt S. (2001): Counseling female athletes application of the stages of change model to ovoid disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis. Psychological reports; 88: 1153-1160.

Bealska, Manore MM (2002): Disorders of the female athlete triad among collegiate athletes. International Journal of sport nutrition e exercise metabolism; 12: 281-293.

Bratman S, Knight D, Health food junkies, Broodway books, New York, 2000.

Corriere della sera; Anoressia, una minaccia che si muove a passo di danza: colpisce le ballerine da 3 a 6 volte in più delle altre ragazze; 24-05-2009 (p.47).

Dalla Ragione L., Scopetta M., Giganti D'argilla: I disturbi alimentari maschili, Il Pensiero Scientifico Editore, Torino, 2009.

Disturbi correlati al comportamento agito: la bigoressia ovvero la reverse anorexia ed i suoi affetti sulla capacità matrimoniale. In: Dipendenze psicologiche e consenso matrimoniale. Libreria Editrice Vaticana, Roma; 2009.

Golden NH. (2002): A review of the female athlete triad (amenorrhea, osteoporosis and disordered eating). *International Journal of adolescent medical health*, 14: 9-17.

Hamilton Linda H, J Brooks- Gunn, Michelle P. Warren; Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. *International Journal of eating disorders*.

Hildebrandt T., Schlundt D, Lagenbacher L. et al. Presence of muscle dysmorphia among male weightlifters. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences Paris* 2006; 47: 27-135.

Holm- Denoma JM, Scaringi V, Gordon KH, Van Orden KA, Joiner TE JR. eating disorder symptoms among undergraduate varsity athletes, club athletes, Independent Exercisers, and none exercisers. *Int J eat Disord* 009:42 (1): 47-53.

James EL, Edward JS, Kimberly AG. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders *J. of athlete training* 2005; 40 (4): 352-359.

Invernizzi G., *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, Terza edizione; Milano, MC Graw Hill, 2006.

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.

Pope HG JR; Philips KA, Olivardiar. *The Adonis complex. The Secret Crisis of male body obsession* NY: the Free Press, New York, 2000.

Pope CG, Harrison GP, Menard W et al. Clinical features of muscle dysmorphia among male dysmorphic disorder. *Body Image*, 2005; 2: 395-400.

Rosendnht J, Bormann B, Achenbrennerk F, Streuss B. Dieting and disordered eating in German high school athletes and non athletes. *Scand J Med Sci Sport*,2009: 19(5): 731-739.

Sanborn, CF; Horea M; Silmers BJ, Dieringer KI (2000): Disordered eating and the female athlete triad. *Clinics e Sport, Medicine*; 19:119-213.

Stevani J. Muscoli e lacrime. *Rivista psicologica contemporanea*, 2005; 2: 395-400.

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.

