

## **DALL'OVERTRAINING ALLO SPORT ADDICTION**

### **Un excursus concettuale volto alla comprensione e alla differenziazione dei due fenomeni**

In questi ultimi anni si parla sempre più spesso delle cosiddette "new addictions", ovvero, comportamenti di dipendenza che, essendo socialmente accettati e pur non comportando l'uso di sostanze psicoattive, presentano degli effetti preoccupanti ed a volte persino devastanti.

In generale, è possibile considerare la dipendenza come una sindrome caratterizzata da segni e sintomi caratteristici, che si manifestano in soggetti che presentano un livello di vulnerabilità determinato da fattori biologici e psicosociali comuni; essa investe l'individuo a vari livelli, manifestandosi nella ricerca di una sostanza oppure nella reiterazione di un certo comportamento. Il soggetto è infatti assorbito completamente dall'oggetto della propria dipendenza perdendo così ogni riferimento affettivo, lavorativo e relazionale; A tal proposito, è utile considerare la differenza esistente tra il concetto di "dependance" e quello di "addiction" (Maddux e Desmond, 2000), in quanto se il primo indica la dipendenza fisica e chimica, il secondo fa riferimento al modo in cui la dipendenza crea invalidità rispetto agli altri settori di vita del soggetto; ciò permette di comprendere come si possa avere una modalità relazionale di tipo dipendente con un qualsiasi oggetto, senza che esso necessariamente agisca sull'organismo dal punto di vista chimico. Proprio perché ciò che viene abusato non è più una sostanza chimica, ma un comportamento, o un'attività, le dipendenze comportamentali non possono essere inserite nel DSM IV sotto la categoria diagnostica dei disturbi da abuso di sostanze, ma vengono definite con il generico termine di "Nuove Dipendenze" o "New Addictions" (Caforio, 1999); l'unica ad aver conquistato l'inserimento nel DSM, sotto la categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi non Altrove classificati, è la dipendenza da gioco d'azzardo, diventando così, per la comunità scientifica, un disturbo psichiatrico vero e proprio.

Tali dipendenze si insinuano in modo subdolo infatti, trattandosi spesso di comportamenti accettati socialmente, in alcuni casi essi vengono addirittura incoraggiati; tuttavia, seppur considerati normali abitudini della vita quotidiana, possono diventare, per alcuni individui, delle vere e proprie dipendenze, che sconvolgono ed invalidano l'esistenza del soggetto e del suo sistema di relazioni.

Secondo una classificazione proposta da Francisco Alonso-Fernandez (1999) le dipendenze si dividerebbero in "dipendenze sociali o legali" e "dipendenze antisociali o illegali". Nel primo caso l'oggetto è dato da droghe quali tabacco, alcol o farmaci, e da attività socialmente accettate come mangiare, lavorare, fare acquisti o fare sport; Nel secondo caso, invece, si fa riferimento alle dipendenze da droghe ed attività illegali.

L'autore, che ha proposto tale classificazione, ritiene che le nuove forme di dipendenza siano favorite dalla nuova civiltà che causa stress, vuoto e noia, portando alla ricerca di gratificazioni immediate.

Alla base delle nuove dipendenze sembrano, quindi, esserci incertezze, false speranze e sicurezze apparenti che generano falsi bisogni ed inquietudini, per le quali si è portati a costruire false immagini di noi stessi. Dipendere, infatti, significa avere bisogno di qualcuno o qualcosa per soddisfare una propria esigenza vitale, un benessere fisico o un equilibrio psicologico, tutto ciò diventa patologico se diminuiamo o perdiamo il controllo su noi stessi, compromettendo gravemente la qualità della nostra vita e quella altrui. Si parla di dipendenza patologica quando si instaura la reiterazione di comportamenti volti ad evitare ansia, panico o depressione, per riuscire a mettersi in relazione con gli altri, per mantenere un equilibrio psicofisico, o per sentirsi all'altezza delle situazioni di vita e di lavoro.

In questa prospettiva possiamo osservare quanto oramai sia assodato che l'esercizio fisico viene praticato più spesso per l'apparenza che per i suoi benefici legati al benessere (Miskin, Rodin, Silverstein, & Striegel-Moore, 1996), ed in maniera più grave ci si può riferire al fanatismo per lo sport ed al concetto di sovra-esercizio.

Da sempre è stata sostenuta la reciproca influenza tra il corpo e la mente, il fisico e la psiche, ed è quindi riconosciuto che un malessere fisico può incidere sul nostro umore; ed è altrettanto noto che una certa instabilità psicologica, può ripercuotersi sul nostro fisico. Oggi, in particolar modo, si afferma l'importanza dell'esercizio fisico, promosso come metodo naturale di supporto alla salute, sia in termini di prevenzione che di intervento per ridurre numerose problematiche fisiche, psicologiche e sociali; tuttavia, lo sport può anche diventare un'ossessione dannosa per la salute stessa, ed è a questo punto che si parla di "dipendenza dallo sport", che trasforma un'attività sana in un'attività dannosa per la salute stessa.

Sulla base di queste premesse è opportuno sottolineare la differenza esistente tra un tipo di esercizio fisico sano ed equilibrato, rivolto ad un'adeguata cura di sé e un modo patologico di vivere lo sport, dove pratiche legate all'allenamento diventano totalizzanti e nel quale l'investimento sull'immagine è assoluto (Stevani, 2006).

Per riferirsi a questo fenomeno, nel tempo, sono stati coniatati termini nuovi come sport addiction, compulsive exercise o exercise dependance, per descrivere un tipo di attività fisica estrema, sia in frequenza che in durata, accompagnata da un'irresistibile coazione alla prestazione e da possibili crisi di astinenza (Morgan, 1979).

Spesso, tuttavia, ci si riferisce alla dipendenza da sport in termini di overtraining che, più adeguatamente significa "eccesso di training"; il termine viene, infatti, utilizzato per indicare una condizione clinica che andrebbe più correttamente definita come "Sindrome da Overtraining (OT)".

Molto spesso, infatti, si incorre nell'errore di utilizzare un metro meramente quantitativo per definire la dipendenza dallo sport, riferendosi con esso a tutti quei casi in cui è presente un ricorso eccessivo alla pratica sportiva, sovrapponendo il concetto alla definizione di "mania da sport", che potrebbe, eventualmente, evolvere in un abuso protratto della pratica sportiva.

Per tanto, al fine di potere progettare interventi mirati realmente efficaci per il trattamento del malessere del soggetto è fondamentale conoscere, e riconoscere, le particolarità che differenziano i due fenomeni, e quindi, una condizione di rischio potenziale da una dinamica patologica già presente.

### **La Sindrome Da Over-training**

La sindrome da sovrallenamento indica una situazione cronica e stabilizzata provocata da uno squilibrio tra le fasi di allenamento e recupero, tale da comportare una disfunzione del sistema neuro endocrino a livello ipotalamico. Essa è provocata da un allenamento troppo prolungato ed intenso, ed è caratterizzata da una riduzione della performance sportiva, e dalla necessità di un recupero che può richiedere da settimane a mesi di riposo; proprio per questo è possibile differenziarla sia dall'over reaching che è di breve durata, che dal comune "senso di fatica" che perdura uno o due giorni dopo un sovraccarico di allenamento.

Il quadro sintomatologico è complesso e caratterizzato da sintomi sia fisici che psichici; a livello fisico il soggetto sperimenta principalmente una diminuzione della forza, con catabolismo muscolare, fatica generalizzata, aumento della pressione e della frequenza cardiaca a riposo, difficoltà ad addormentarsi, insonnia, ingrossamento dei linfonodi, riduzione delle difese immunitarie, riduzione dell'appetito, sensazione di assoluta mancanza di risposta del corpo agli stimoli allenanti. A livello psicologico il soggetto va incontro a scarsa concentrazione e tendenza a distrarsi, mancanza di entusiasmo nei confronti dell'allenamento, umore instabile, irritabilità, abbassamento dell'autostima, poca determinazione e scarsa capacità di autovalutazione. Alla base di una tale condizione, nella maggior parte dei casi si trova un'errata metodologia di allenamento, in particolare l'insufficienza o la mancanza di sedute di recupero durante le fasi di allenamento, l'inesistenza di una periodizzazione dell'allenamento ma anche una cattiva alimentazione, un regime di vita non conforme alle norme sportive, l'uso di sostanze mediche pericolose, o problemi di carattere personale; in ogni caso si tratta di un eccesso di carico e quindi di una frequenza e una durata degli allenamenti troppo alta, accompagnata da assenza di variazioni. Esso è determinato, quindi, da uno squilibrio fra stress e recupero; infatti, il nostro organismo ha bisogno di mantenere costanti nel tempo alcuni indici fisiologici quali: la temperatura corporea, la glicemia e lo stato di acidità del sangue. Durante l'attività fisica, il corpo viene messo sotto stress perché questi parametri vengono modificati, e quindi deve adattarsi ed elevare le sue prestazioni, è chiaro che ciò non può avvenire in modo indiscriminato.

Tuttavia, non è semplice formulare una diagnosi di over training e proprio per questa ragione, in ambito sportivo, l'OT è molto sottovalutato, nonostante, tra la popolazione sportiva, il rischio di sovrallenamento sia elevato. La difficoltà di una diagnosi precoce fa sì che l'unica terapia consista nel riposo funzionale, che molto spesso viene percepito dall'atleta più come una condanna che non una necessità per il suo stesso benessere.

Tuttavia, a livello preventivo, non si può prescindere da una stretta collaborazione con il preparatore atletico e l'atleta, volta alla personalizzazione dell'allenamento per favorire un'appropriata modulazione dei rapporti tra volume, intensità dell'allenamento e tempo di recupero. Si rende, pertanto, utile una periodica valutazione clinico funzionale dello stato psicofisico dell'atleta e il ricorso a test volti a valutarne la prestazione. Il supporto psicologico è altresì fondamentale al momento della ripresa dell'allenamento per prevenire il rischio, frequente, di ricaduta post-pausa.

## **La Dipendenza Da Sport**

La medicina tradizionale affrontava il problema della dipendenza da sport seguendo una prospettiva di tipo fisiologico, a partire dalla quale l'attenzione veniva rivolta ad una condizione di sovrallenamento o overtraining (Cascua, 2004); tuttavia, nel 1995 De La Torre, compì un passo in avanti, sottolineando che la frequenza dell'allenamento non rappresenta un buon metro diagnostico per definire la presenza o meno della dipendenza da Sport, in quanto non fornisce alcun dato sulle importanti caratteristiche motivazionali, attitudinali ed emozionali del soggetto, e individuando tre tipologie di persone che si rapportano in modo non equilibrato, ma maniacale ed intenso, all'attività sportiva, ovvero: "sani nevrotici", che traggono un positivo miglioramento dalla pratica sportiva; "sportivi compulsivi", in cui l'attività fisica è un modo per sostenere una "precisa routine che conferisce un senso di controllo e di superiorità morale"; e soggetti con "dipendenza sportiva", per i quali l'attività fisica svolge una funzione regolatrice dell'umore e di uno squilibrio interno, rappresentando l'unico momento della giornata in cui ci si sente vivi e attivi, fino a condizionarne i ritmi di vita ed influenzarne le relazioni.

Oggi sappiamo che con il termine "dipendenza dallo sport" o "dipendenza dall'esercizio fisico", non si fa riferimento esclusivamente ad una condizione in cui è presente un abuso quantitativo della pratica sportiva, ma ad una condizione in cui esistono dei sintomi simili a quelli presenti in altri tipi di dipendenze.

Nello specifico, si parla di dipendenza sportiva primaria se risulta indipendente da altre patologie, mentre è secondaria, quando essa è associata a sottostanti disturbi alimentari, in cui l'esercizio fisico si configura come una modalità di controllo del peso e dell'immagine corporea. Inoltre, tale dipendenza risulta spesso correlata a fenomeni di DOPING, in cui può instaurarsi una dipendenza da sostanza vera e propria, andando a produrre, oltretutto, danni organici diagnosticabili solo a posteriori.

Mediante alcuni studi (Bomber D., Cockerill I.M., Rodgers S., Carroll D., 2003), basati sull'analisi della narrazione di atleti con tale problematica, sono state individuate le caratteristiche psicologiche principali che connotano la dipendenza dallo sport; tali risultati integrano e confermano i criteri diagnostici tradizionali validi per le dipendenze secondo il DSM-IV (APA, 2000).

Possono essere isolate quattro dimensioni generali riscontrabili in condizioni di dipendenza dall'esercizio fisico, e per poter sostenere che si è in presenza di questa sindrome non è necessario che i sintomi siano tutti presenti; alcune caratteristiche

associate, infatti, rappresentano tratti indicativi non sempre attivi in tutti i dipendenti dallo sport.

Tali dimensioni concernono:

- l'area psicologica, con incapacità a concentrarsi su un'attività a causa del pensiero ricorrente all'esercizio fisico;
- l'area sociale o lavorativa, con problemi sociali, familiari o lavorativi connessi alla pratica sportiva;
- l'area fisica, ovvero sovrallenamento o allenamento nonostante infortuni o parere medico contrario;
- l'area comportamentale, caratterizzata dalla presenza di comportamenti comportamento sportivi inflessibili, stereotipati o mirati all'auto-punizione.

Devono, inoltre, essere presenti sintomi di astinenza, e quindi, desiderio persistente e tentativo infruttuoso di controllare o ridurre l'attività fisica praticata, correlato ad un disagio fisico o psicologico in relazione alla riduzione o cessazione delle abitudini di allenamento. Caratteristiche comportamentali tipiche dei soggetti dipendenti sono aumento del grado di tolleranza al numero degli esercizi fisici, quindi eccesso di attività fisica, allenamento solitario, in quanto la presenza di compagni potrebbe compromettere la qualità dell'allenamento; inganno circa i risultati ottenuti durante l'attività fisica; motivazioni ossessive che guidano l'attività sportiva, ad esempio, controllo dell'umore, del sonno e del peso. Presenza di disturbi alimentari, quali anoressia o bulimia, o di comportamenti di controllo alimentare, per esempio diete e assunzione di integratori. In particolar modo viene descritta una nuova forma patologica, "Anoressia inversa" (Pope, H. G. jr., Philips K., Katz D. L., & Hudson J. I. 1993), che colpisce circa il 10% dei body builder e dei sollevatori di peso (Andersen et al., 1995; Raval di et al., 2003); con questa espressione ci si riferisce a soggetti che, intimoriti dalla possibilità di diventare troppo magri e sottosviluppati dal punto di vista muscolare, cercano di mantenere il massimo controllo del loro corpo, spesso attraverso il sovraesercizio, l'iperattività, uso di diete sbilanciate e mediante l'uso di droghe e sostanze chimicamente prodotte (Olivardia, 2001; Kanajama, Gruber, Pope & Hudson, 2001).

Già negli anni '80, dalle ricerche di Epling, Pierce e Stefan (1983), emersero prove che dimostravano come la partecipazione ad uno sport o ad un'intensa attività fisica, modificando i normali meccanismi energetici, potesse giocare un ruolo nello sviluppo e nel mantenimento dei disordini alimentari; venne condotta una ricerca su animali mostrando come l'assunzione di cibo fosse ridotta in seguito all'esercizio e che tale restrizione alimentare aumentava con l'incremento dell'attività fisica. I topolini dello studio avevano la possibilità di accedere al cibo per un tempo limitato di 60- 90 minuti al giorno ed un libero accesso ad una ruota per correre; si osservò che circa il 90% dei topolini giovani e il 70% di quelli più anziani, progressivamente, incrementò il tempo passato sulla ruota, diminuendo quello passato a mangiare, talvolta, addirittura, correvano fino alla morte. Epling e collaboratori affermarono che una sotto-alimentazione ed un sovra-esercizio si rinforzano reciprocamente, contribuendo ad offrire importanti spunti di riflessione circa la possibilità per cui i meccanismi biologici che sottostanno al collasso dei normali meccanismi energetici, quando vi è una forte restrizione di cibo, sono associati ad un esercizio molto intenso.

È evidente, quindi, che le persone colpite sentono una vera e propria schiavitù fisica, con sintomi precisi assimilabili alla dipendenza da sostanze chimiche, quali nausea, mal di testa, senso di vertigine, vomito, sviluppano aggressività, ansia ed atteggiamenti patologici.

Alcune ricerche hanno sottolineato il ruolo dei meccanismi neurobiologici implicati nella trasformazione dello sport in un “farmaco” che, a giuste dosi, può aiutare a superare disagi psicologici cronicizzati su basi organiche, come ansia e depressione, ma che allo stesso tempo può trasformarsi in una droga in grado di produrre veri e propri sintomi di astinenza fisica.

Recentemente è stato evidenziato il ruolo svolto dal sistema dopaminergico mesolimbico, nei fenomeni di dipendenza: sembrerebbe che esso abbia un ruolo mediatore sia per la gratificazione, rinforzo positivo, che gli aspetti motivazionali della sospensione, quindi nel rinforzo negativo proprio del fenomeno astinenziale.

Una delle ipotesi avanzate è quella secondo cui lo sport, soprattutto quello aerobico, sia in grado di attivare dipendenza in virtù della sua capacità di sostenere l’alta disponibilità di dopamina, implicata nella sensazione di appagamento e soddisfazione, e beta-endorfine, dall’effetto simile agli oppioidi esogeni. Pertanto, in seguito all’interruzione dell’attività sportiva, il cervello della persona dipendente, percepisce l’abbassamento e/o la mancanza di queste sostanze chimiche al suo interno e scatena sintomi di astinenza del tutto simili a quelli provati dalle persone dipendenti da sostanze.

La dipendenza da sport è, quindi, una vera e propria patologia che colpisce soggetti non professionistici che hanno come passione un determinato sport; dal punto di vista fisico, il primo intervento concerne la diminuzione, o la temporanea sospensione dell’attività sportiva, ma, ovviamente, in relazione alle caratteristiche qualitative che contraddistinguono la dipendenza dallo sport, e sottolineando che esistono delle componenti psicologiche che tendono ad alimentare questo tipo di problematica, è indispensabile individuare e risolvere le cause psicologiche ad esso sottostanti, ad esempio, se il problema è l’autostima, si potrebbe pensare ad un lavoro volto a promuovere la comprensione dell’autostima come un fenomeno basato su valori esistenziali e morali piuttosto che sui risultati che otteniamo. Pertanto, se è di fondamentale importanza promuovere la conoscenza di ciò che è giusto e non giusto dell’allenamento, di quelli che sono i benefici e quelli che sono i rischi, in primo luogo bisogna procedere indagando quale sia il significato che il soggetto dà al proprio corpo e, di conseguenza, allo sport, per poter poi favorire e supportare la costruzione di una corretta immagine corporea di Sé.

Si tratta, quindi, di aiutare il soggetto nella identificazione e nel potenziamento degli aspetti positivi del Sé allo scopo di produrre dei cambiamenti sia a livello di auto-percezione che relativamente alle norme culturali che regolano l’immagine corporea, per poter, così, determinare la modifica dei comportamenti alimentari inadeguati.

È chiaro, a questo punto, la prudenza diagnostica con la quale bisogna procedere per evitare di confondere un’intensa attività con la dipendenza; identificare lo sport addiction con una condizione di over training è quindi limitativo, in quanto la

dipendenza da sport non necessariamente comporta over reaching o over-training, perché non sempre la costanza nella pratica sportiva coincide con un'attività estenuante, ovvero non è semplicemente un problema quantitativo e certamente non è soltanto un problema di abuso di sport, ma si connota soprattutto per alcune caratteristiche psicologiche distintive.

Il primo passo per capire il problema consiste nella valutazione delle motivazioni sottostanti la pratica sportiva eccessiva, quindi indagare qual è il significato che il soggetto dà allo sport, per poi procedere alla valutazione comportamentale, prestando attenzione ad alcuni atteggiamenti che possono rivelare un comportamento inadeguato, come: l'impossibilità a resistere all'impulso di mettere in atto un certo comportamento; la sensazione crescente di tensione prima dell'inizio dell'atto e di perdita di controllo durante i ripetuti, e fallimentari, tentativi di ridurre o abbandonare il comportamento e, quindi, la sua reiterazione nonostante la consapevolezza che lo stesso possa causare o aggravare problemi di ordine sociale, finanziario, psicologico o psichico; infine, l'agitazione o l'irritabilità in caso di impossibilità a dedicarsi al comportamento.

## Bibliografia

Alonso-Fernandez F. (1999). *Le altre droghe*. Roma: E.U.R.

American Psychiatric Association, (2000). DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition, Text Revision). Washington DC.

Andersen, A. E., Barlett, S. J., Morgan, G. D., & Brownell, K. D. (1995). *Weight loss, psychological and nutritional patterns in competitive male body builder*. International Journal of Eating Disorders, 18, 49-57.

Bomber D., Cockerill I.M., Rodgers S., Carroll D. ( 2003). *Diagnostic criteria for exercise dependence in women*. British Journal of Sports Medicine, 37, 393-400.

Cascia S., 2004, *Lo sport fa davvero bene alla salute? Quali sport scegliere: benefici e rischi*. Edizioni Red, Milano.

De la Torre J., 1995. *Mens sana in corpore sano, or exercise abuse? Clinical consideration*. In Bulletin of the Menninger Clinic, 59, 15-31.

Epling, W. F., Pierce, W. D., & Stefan, L. (1983). *A theory of activity-based anorexia*. International Journal of Eating Disorders, 3, 27-43.

Maddux JF, Desmond DP. *Addiction or dependence? Addiction* 2000;95(5):661-5.

Miskin, M. E., Rodin, J., Silverstein, L. R., & Striegel-Moore, R. H. (1996). *The embodiment of masculinity*. American Behavioural Scientist, 29(5), 545-562.

Morgan, W. P. (1979). *Negative addiction in runners*. Physician Sportmedicine, 7, 57-70.

Pope, H. G. jr., Philips K., Katz D. L., & Hudson J. I.(1993). *Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders*. Compr Psychiatry, 34, 406-409.

Stevani, J. (2006). *Muscoli e lacrime*. Psicologia contemporanea, 199, 18-25.