

I disturbi dell'alimentazione

I **disturbi del comportamento alimentare (DCA)**, sono disturbi caratterizzati dalla presenza di grossolane alterazioni del comportamento alimentare, associate costantemente a sindromi psicologiche o comportamentali.

Sono stati categorizzati sotto tre tipologie:

- **Anoressia nervosa**
- **Bulimia nervosa**
- **Disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati**, sindromi che non soddisfano tutti i criteri diagnostici delle sindromi precedenti (tra cui il **disturbo da alimentazione incontrollata** -*Binge eating disorder*-).

I disturbi dell'alimentazione

Gli studi ci dicono che circa il 40% delle persone vorrebbe dimagrire, si ritiene insoddisfatto del proprio corpo, si "mette a dieta" troppo spesso, e cerca modi per compensare eventuali eccessive mangiate (es., saltando il pasto successivo).

I comportamenti "disordinati" se ripetuti nel tempo, in alcune persone possono aumentare il rischio di sviluppare un disturbo alimentare vero e proprio.

Cosa fa sì che un "comportamento disordinato" resti tale e cosa, invece, lo fa evolvere in un disturbo dell'alimentazione?

Non esiste un'unica causa...

I disturbi dell'alimentazione

Cruciale dei DCA l'insoddisfazione per il proprio corpo.

Modello eziopatogenetico multifattoriale e probabilistico di tipo *biopsicosociale*.

Esistono diversi **fattori di rischio**:

- **Biologici**: quantità di grasso corporeo, patrimonio genetico, genere, struttura ossea

- **Psicologici**: concetto di sé, distorsioni nella valutazione e percezione del proprio corpo, paura di diventare grassi

- **Individuali**: personalità ossessive, perfezioniste, con necessità di controllo, difficoltà emotive, bassa autostima

- **Relazionali**: qualità rapporti familiari/amicali

- **Socioculturali**: modelli di bellezza proposti dai mass-media e condivisi dal gruppo dei coetanei; culture "occidentali"

I disturbi dell'alimentazione

Non è possibile considerare la cultura, anche nelle sue forme più estreme, come la causa di tali patologie, ma solo che essa fornisce la cornice di riferimento, *il pretesto razionale e culturalmente accettabile* entro cui situare il disturbo, che però ha sempre *cause profonde e di natura individuale*.

Solo in questo senso possiamo considerare i DCA una malattia sociale.

I disturbi dell'alimentazione

Il modello eziopatogenetico multifattoriale biopsicosociale ha carattere probabilistico.

Non sono tante cause, ma condizioni in grado di aumentare la probabilità che il disturbo si presenti.

La presenza di fattori di rischio elevati non determina *automaticamente* lo sviluppo di un disturbo alimentare, ma aumenta la probabilità che esso si manifesti.

Esistono condizioni dette **fattori scatenanti** (es., un lutto, una separazione, una situazione particolarmente stressante o anche semplicemente l'adozione di una dieta dimagrante eccessivamente sbilanciata dal punto di vista nutrizionale), che sono in grado di fare comparire per la prima volta un disturbo alimentare in quelle persone nelle quali i fattori di rischio sono molto elevati e i fattori di protezione molto bassi.

I disturbi dell'alimentazione

Prevalenza:

-Bulimia: 1-3%

-Anoressia: 0,5-1%

Età di comparsa bimodale:

-14 anni

-18/20 anni

Benché abbiano una estensione limitata, i disturbi alimentari pongono però un problema serio, in quanto determinano gravi rischi per la salute (in alcuni casi estremi anche la morte).

Quando l'anoressia o la bulimia si manifestano più in là nel tempo, diventa più difficile venirne fuori, dato che possono essere il risultato di un disagio psicologico più forte e dunque di più difficile risoluzione.

L'indice di massa corporea (BMI)

L'**Indice di Massa Corporea** detto anche IMC o **BMI** (*Body Mass Index*) è un numero che esprime il rapporto esistente tra il peso in chilogrammi di una persona ed il quadrato della sua altezza espressa in metri.

È considerato un indice molto più attendibile del solo peso corporeo per definire le caratteristiche fisiche di una persona.

Per questo motivo viene di solito usato per la diagnosi delle patologie nutrizionali.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altezza (m)}^2}$$

- Normale se compreso fra 18,5 e 24,9
- A rischio anoressia se fra 17,5 e 18,5
- Verso l'obesità se si colloca fra 25 e 29.
- Valore patologico sotto 17,5 e sopra 29.⁷

Anoressia nervosa

L'identificazione dell'*anoressia nervosa* come entità clinica a sé stante risale al 1873.

Gull: "Le persone colpite da questa affezione appartengono in gran parte, al sesso femminile e sono principalmente di età compresa fra i 16 ed i 23 anni. L'ho saltuariamente riscontrata fra i maschi della stessa età. La signorina A.: età 17 anni [...] aveva perso 15 kg. All'epoca pesava 37 kg. Altezza 1,65. Amenorrea da circa 1 anno [...] Anoressia completa per i cibi animali e quasi completa per qualsiasi altro cibo [...] La paziente non lamentava alcun dolore, ma era irrequieta e attiva."

Anoressia nervosa

Ciò che contraddistingue l'anoressia nervosa è il rifiuto del cibo da parte della persona e la paura ossessiva di ingrassare.

Nelle forme più gravi possono svilupparsi malnutrizione, inedia, amenorrea ed emaciazione.

Hanno così tanta paura del cibo che negano lo stimolo della fame oppure tentano di ingannarlo (bevendo, ad esempio, notevoli quantità di acqua o mangiando grandi quantità di verdure o fibre).

Caratterizzata dal timore di perdere il controllo sul proprio peso, sul cibo e sul corpo.

Anoressia nervosa

Disturbo principalmente *femminile*: circa il 90% dei casi, infatti, si sviluppa nel sesso femminile.

L'età di esordio fra i 12 e i 25 anni (negli ultimi anni diversi casi dopo i 30 anni), con il momento più critico fra i 15 e i 19 anni.

La malattia quindi colpisce soprattutto gli adolescenti.

Uno dei sintomi principali che possiamo riscontrare nell'anoressica/o è la negazione della propria magrezza.

Nella fase iniziale dell'anoressia, la negazione della magrezza è il primo segnale forte del disturbo.

Tale dispercezione tuttavia permane anche successivamente, quando il paziente è in terapia consolidata.

Anoressia nervosa

- 1) *Comportamentale*: rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale per l'età e la statura
- 2) *Emotivo*: intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- 3) *Percettivo*: alterazione del modo di vedere il peso o la forma del corpo (*dismorfofobia*), oppure eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima.
- 4) *Cognitivo*: rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso.
- 5) *Fisico*: nelle femmine, dopo il menarca, amenorrea di almeno 3 cicli mestruali consecutivi

Criteri diagnostici

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV

- Rifiuto a mantenere il peso corporeo al livello minimo normale
- Paura ad aumentare di peso
- Amenorrea per almeno 3 cicli

Due sottotipi:

1. **Restrittivo**
2. **Bulimico**

Sottotipo con restrizioni

- la diminuzione di peso è ottenuta solo con la riduzione dell'apporto alimentare ed, eventualmente, con iperattività fisica
- ha prognosi più favorevole
- è caratterizzato da un atteggiamento ipercompiacente, ostinato, perfezionista e dalla presenza di sintomi ossessivo-compulsivi

Sottotipo con abbuffate e condotte d'eliminazione

- si presentano in associazione crisi bulimiche, vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici
- caratterizzato da maggior impulsività, frequente familiarità psichiatrica, in particolare quelli dello spettro depressivo, e riporta più spesso una storia di tentativi di suicidio.

Fenomenologia

Gli elementi che caratterizzano la personalità anoressica sono:

- il *perfezionismo* (cura minuziosa dei dettagli, forte orientamento ai risultati, in particolare quelli scolastici),
- il *controllo* (razionale)
- il *distacco emotivo*.

Molte mentalità anoressiche hanno una buona cultura, ma è bassa la percentuale di coloro che hanno una mentalità scientifica, orientata ai numeri.

Ragionano spesso qualitativamente e ciò determina una visione del mondo in bianco e nero, senza toni di grigio.

Questi elementi sono solo la struttura esteriore che nasconde una estrema fragilità ed uno scarso senso di autostima.

Eziologia

Il motivo di innesco spesso è l'inizio di una dieta, che poi prosegue in modo sempre più ferreo.

Ma in molti casi l'esordio avviene in concomitanza di un trauma, in particolare di fronte a eventi che assumono un significato di distacco: un lutto, la rottura di una relazione, l'allontanamento di un familiare, un viaggio...

Comportamenti sospetti

- Riduzione delle porzioni
- Escludere certi cibi
- Saltare i pasti
- Rifiutare di mangiare con gli altri
- Andare in bagno subito dopo aver mangiato
- Parlare spesso di peso, forme e alimentazione
- «*Body checking*» (cioè pesarsi spesso, guardarsi in modo critico allo specchio, toccarsi alcune parti e confrontarsi con altre donne)
- Evitare di esporre il corpo
- Fare più esercizio fisico di quello richiesto

Bulimia nervosa

È caratterizzata dalla presenza di impulsi incontrollabili a mangiare esageratamente seguiti dagli stessi tentativi di controllare il peso messi in atto nell'anoressia.

Comuni all'anoressia sono anche la ricerca della magrezza e la paura di ingrassare, con la differenza che in queste pazienti il peso resta normale.

L'episodio bulimico è caratterizzato dall'atteggiamento compulsivo con cui il cibo è ingerito e non dal desiderio di mangiare un determinato alimento.

Bulimia nervosa

È frequente negli adolescenti e nei giovani adulti.

Colpisce prevalentemente soggetti di *sesso femminile* (90%).

Generalmente compare attorno ai 12-14 anni (tarda preadolescenza) o nella prima età adulta (18-19 anni).

Le abbuffate iniziano di solito durante o dopo un periodo di restrizioni dietetiche e sono vissute con estrema vergogna e disagio e spesso sono seguite da strategie compensatorie per prevenire l'aumento di peso (vomito, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo).

La sensazione peggiore provata da queste persone è l'incapacità di frenare l'impulso a compiere un'abbuffata, vale a dire la perdita di controllo.

Bulimia nervosa

Il decorso è cronico o intermittente con fasi di remissione alternate a fasi di ricomparsa delle abbuffate. Maggior frequenza di bulimia nervosa, disturbi dell'umore e abuso o dipendenza da sostanze nei familiari di primo grado di soggetti con bulimia nervosa. È importante considerare che le abbuffate sono quasi sempre secondarie alla dieta estrema e al digiuno e tendono a scomparire con la normalizzazione dell'alimentazione.

È dunque fondamentale che il soggetto possa lavorare con un'equipe di specialisti allo scopo di regolarizzare l'assunzione di cibo, dato che la diminuzione delle abbuffate provoca di per sé un aumento dell'autostima, una maggior fiducia nelle proprie capacità e la sensazione di poter in qualche modo combattere attivamente il disturbo.

Criteri diagnostici

DSM IV

-Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive

a) Assunzione di una quantità di cibo in un arco di tempo circoscritto superiore al normale

b) Senso di mancanza di controllo sull'atto del mangiare

-Comportamenti impropri di compenso per prevenire l'aumento di peso

-Valutazione del sé influenzata dalle forme e dal peso corporeo

2 sottotipi:

-con condotte di eliminazione

-senza condotte di eliminazione

Sottotipo con condotte di eliminazione

- vomito autoindotto, abuso di farmaci

Sottotipo senza condotte di eliminazione

- digiuno o eccessivo esercizio fisico, ma non presenta regolarmente vomito autoindotto o abuso di farmaci

Diagnosi differenziale tra anoressia e bulimia

- Nell'anoressia nervosa di tipo bulimico è presente amenorrea da almeno 3 mesi
- Il peso è inferiore a quello atteso

Continuum nei disturbi del comportamento alimentare: nel tempo si può passare da un quadro di *anoressia* a uno di *bulimia*.

Metà delle anoressiche presenta un comportamento bulimico.

Binge eating disorder (BED)

Spesso correlato con l'obesità.

Comportamento alimentare di tipo *bulimico*, caratterizzato da episodi di abbuffate ricorrenti e reiterate nel corso della giornata e associato alla sensazione di perdere il controllo dell'atto del mangiare.

Si distinguono dai bulimici per l'assenza di:

1. Dieta ferrea
2. Comportamenti di compenso
3. Valore estremamente positivo attribuito alla magrezza

Blocco delle emozioni: le piccole abbuffate allontanano da stati emotivi intollerabili come l'ansia o la rabbia.

Il soggetto vede solo gli aspetti positivi del cibo introdotto a breve termine e non vede gli effetti negativi a lungo termine, si concentra solo sull'immediato e non sul dopo.

Criteri diagnostici

- Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive
- Tali abbuffate suscitano disagio e sofferenza
- Le abbuffate capitano in media 2 giorni a settimana per almeno 3 mesi
- Non sono associate alla messa in atto di comportamenti compensatori

Principali fattori di rischio

- Idealizzazione della magrezza
- Denigrazione sociale dell'obesità
- Influenze dei mass-media
- Influenza della famiglia
- Influenza dei coetanei
- Familiarità per disturbi dell'alimentazione
- Familiarità per altri disturbi psichiatrici
- Disturbi dell'umore
- Disturbo ossessivo compulsivo
- Dipendenza da alcool
- Familiarità per obesità
- Ambiente familiare problematico

Principali fattori di rischio e comorbidità*

- Disturbi dell'umore
- Disturbi d'ansia
- Disturbi di personalità
- Tratti di personalità
- Bassa valutazione di sé
- Perfezionismo
- Estrema ricerca del controllo
- Intolleranza alle emozioni

*presenza contemporanea nella stessa persona di più patologie che tra loro non presentano alcun nesso causale

Principali fattori di perpetuazione

Guadagni secondari legati alla malattia: richiamo dell'attenzione su di sé, evitamento di situazioni sessuali e sociali angosciose, etc.

Effetti del digiuno e della perdita di peso che tendono a perpetuare i sintomi per via di un feedback negativo:

- accentrano la concentrazione sul cibo, il corpo e il mangiare
- aggravano le distorsioni nella percezione dell'immagine corporea e dei segnali interni
- scatenano crisi bulimiche che a loro volta aumentano l'ansia e la paura di perdere

Prognosi

Il decorso va da un singolo episodio benigno che si risolve spontaneamente fino alla malattia cronica con elevata mortalità.

Non sono attendibili studi con follow-up inferiore a 4 anni.

Il tasso delle ricadute è superiore al 10%, e recidive possono capitare anche a molti anni di distanza, collegati a un evento stressante.

La mortalità è attorno allo 0,5% all'anno. Le percentuali medie di guarigione sono attorno al 35%.

La malattia dura in media più di 6 anni.

Dopo la guarigione dai sintomi dei disturbi alimentari possono persistere disturbi dell'immagine corporea e della sessualità.

Lo sport e i disturbi del comportamento alimentare

La *triade dell'atleta*:

- Amenorrea
- Disturbi dell'alimentazione
- Osteoporosi

Inoltre, fra le atlete:

- Bulimia: 3-8%
- Anoressia: 1-3%

Cresce anche la percentuale dei maschi che hanno disturbi alimentari.

Se si tiene conto non solo della disciplina ma anche del livello agonistico, si scopre che maggiore è il livello agonistico, maggiore è la presenza sia di disturbi alimentari sia di comportamenti alimentari disordinati.

Occorre distinguere tra una pratica sportiva che possiamo chiamare **fattore di rischio** da una che possiamo invece includere nei **fattori di protezione**.

Lo sport e i disturbi del comportamento alimentare

Una popolazione a rischio per l'insorgere di DCA sono gli atleti.

Lo sport, ad un livello elevato, soprattutto in discipline nelle quali l'accento viene posto sulla snellezza, può portare alla fissazione verso un basso peso corporeo, e ne possono derivare disturbi del comportamento alimentare.

Fattori socio-culturali: raggiungimento di un peso ideale ai fini della prestazione (spesso inferiore a quello ottimale per la struttura fisica).

L'**anoressia nervosa** trae origine da gravi problemi psicologici, l'**anoressia atletica** nasce dalla convinzione che leggerezza equivalga a successo.

Ancora non ci sono criteri ufficiali per definirla.

Unisce l'anoressia da **esercizio fisico compulsivo** e il disturbo da insoddisfazione corporea (*dismorfofobia*).

Lo sport e i disturbi del comportamento alimentare

Studi recenti sull'assunzione di calorie in vari sport:

<i>Sport</i>	<i>Campione</i>	<i>BMI</i>	<i>Ass. giornaliera di kcal/kg</i>
Valori consigliati a sportivi	Uomini 15-24 a	23	42-46
	Donne 15-24 a	21,5	39-42
Sport di resistenza	24 donne	18,5	42
Corse di fondo	33 donne	19,0	37
	14 amenorroiche	18,0	33
Sport estetici	22 donne	16,0	36
Ginnastica ritmica	12 donne	16,0	35
Ginnastica artistica	11 donne	19,0	38
Balletto	10 donne	19,0	33
	10 amenorroiche	18,5	30
Sport tecnici	13 donne	19,5	38
Sport con categorie di peso	11 donne	21,0	38
Culturismo	4 donne	21,5	26
	8 uomini	28,5	37
Judo	4 uomini	26,0	37
Sport con la palla	21 donne	21,5	41
Pallavolo	9 donne	22,0	33
Pallamano	8 donne	22,0	34 ₃₁
Hockey	9 donne	22,5	35

Lo sport e i disturbi del comportamento alimentare

Fattori specifici DCA

Desiderio di perdere peso

Ereditarietà

Rischio di insorgenza di disturbi alimentari

Caratteristiche individuali (perfezionismo, impulsività)

Caratteristiche della famiglia

Base comune

Forte insoddisfazione per il proprio corpo

Adesione a ideali fisici (sia nei termini di aspetto che di prestazione) socialmente condivisi ma irrealistici

Pratica sportiva all'interno di un contesto caratterizzato da una eccessiva enfasi sui risultati

Fattori specifici doping

Desiderio di aumentare la massa muscolare

Tendenza a non considerare i rischi futuri

Rischio di uso di doping

Caratteristiche individuali (tendenza a giustificare il proprio comportamento)

Pressioni esterne all'uso di sostanze illecite

Anoressia atletica

A volte l'atleta è inconsapevole che l'ammontare delle calorie introdotte è insufficiente a colmare le calorie spese per produrre lavoro.

Il problema deriva dal credere che la perdita di peso migliorerà la prestazione.

Si parla di **anoressia atletica**, quando sono presenti gli atteggiamenti caratteristici della malattia:

- rifiuto del cibo
 - abuso di lassativi
 - vomito autoindotto
- per controllare il proprio peso.

L'anoressia non è una diretta conseguenza dello sport: chi ne soffre ha spesso dei disagi psicologici preesistenti.

Anoressia atletica

La percentuale di atleti affetti da anoressia atletica non è ben conosciuta, ma le stime arrivano fino al 50% per atleti di élite o di sport ad alto rischio, tra cui:

- **sport "estetici"** (es., ginnastica, danza): uno scarso peso corporeo favorisce l'esecuzione dei movimenti. Inoltre esiste la convinzione che con un corpo snello si possa ottenere un punteggio maggiore da parte della giuria.

- **sport di resistenza** (es., corsa): uno scarso peso corporeo, o più precisamente una minore percentuale di grasso corporeo, porta ad un miglioramento della capacità di resistenza.

- **sport con classi di peso** (es., sollevamento pesi, lotta): diminuendo il peso si può ottenere un vantaggio, se gli avversari nella classe di peso immediatamente inferiore sono relativamente più deboli.

- **sport di tipo tecnico** (es., atletica leggera, salto in alto e in lungo, equitazione)

Anoressia atletica

È comune credere che la prestazione in questi tipi di sport dipende anche dal peso corporeo, che quindi deve essere mantenuto sotto controllo.

Da questi studi si arriva alla conclusione che le donne che praticano sport a livello agonistico nei quali viene richiesta magrezza o un determinato peso corporeo, rischiano di sviluppare disturbi alimentari e dismenorrea più delle donne che praticano altri sport o non praticano sport.

Il motivo è che la prestazione in questi tipi di sport dipende anche dal peso corporeo, che quindi deve essere mantenuto sotto controllo.

Criteria di diagnosi (secondo Sundgot-Borgen, 1993)

Criteria assoluti:

- Una perdita di peso che porta ad un peso corporeo del 5% inferiore al peso minimo normale per una data età e statura
- La mancanza di malattie organiche o d'altri disturbi che possano spiegare la perdita di peso
- Timore eccessivo di ingrassare
- Rifiuto di alimentarsi (restrizione dell'apporto energetico a meno di 1200 kcal al giorno)
- Disturbi gastroenterici

Criteria di diagnosi (secondo Sundgot-Borgen, 1993)

Criteria relativi:

- Alterazione dello schema corporeo
- Comportamento diretto ad eliminare cibi solidi e fluidi ingeriti (vomito auto-indotto, lassativi, diuretici, etc.)
- Attacchi di voracità
- Disturbi mestruali (oligomenorrea/amenorrea).
- Pubertà ritardata
- Forzata iperattività fisica

Segnali di comportamento anoressico negli atleti

- Diminuzione del peso fino a quello inferiore al peso ideale di gara, che rimane costante anche fuori della stagione di gara
- Continui commenti sul proprio essere grassi anche se il peso è al di sotto della norma
- Insoddisfazione per il proprio aspetto (cosce, glutei, anche) e per proprio peso corporeo, dei quali si parla continuamente
- Azioni rituali e continua preoccupazione per gli alimenti, le diete ed il numero di calorie
- Tentativi di evitare ogni occasione di mangiare insieme agli altri (ad esempio, con i compagni di squadra)
- Riferire di sensi di colpa dopo avere mangiato
- Rifiuto di mangiare quantità maggiori per aumentare di peso
- Allenamento forzato, anche al di là della quantità di allenamento stabilita
- Senso di vertigine, disturbi dell'equilibrio
- Cambiamenti frequenti d'umore senza una ragione evidente
- Bere continuamente limonate leggere o acqua
- Lamentele frequenti di stitichezza
- Ritenzione idrica, non spiegabile con l'edema premestruale
- Amenorrea; fratture da stress

Segnali di comportamento bulimico negli atleti

- Ampie e ripetute oscillazioni del peso in periodi brevi di tempo
- Autocritiche crescenti per il proprio aspetto ed il proprio peso
- Occuparsi eccessivamente del peso, del volume e della composizione del corpo
- Non mangiare con gli altri e rubare alimenti
- Nessuna "orgia" di cibo in presenza di altre persone
- Paura di non riuscire a smettere di mangiare
- Estremo interesse per le abitudini alimentari altrui
- Assentarsi regolarmente poco dopo mangiato, soprattutto dopo avere mangiato grandi quantità di cibo
- Occhi arrossati, soprattutto dopo essere andati nella stanza da bagno, nella doccia, alla pattumiera, etc.
- Cattivo odore dopo avere vomitato
- Masticare gomma nella stanza da bagno, nella doccia
- Fasi d'eccessiva restrizione d'assunzione di calorie e/o attività sportiva eccessiva
- Uso eccessivo di lassativi e diuretici
- Mangiare quando si è di cattivo umore (ad es., per solitudine)
- Problemi personali o familiari di alcool o droga
- Oligomenorrea

Conseguenze negative per la salute degli atleti

Gli atleti che mantengono costante un peso basso assumono meno energia del quanto sarebbe necessario per garantire un apporto sufficiente di tutti i nutrienti, e a lungo termine questo porta ad una sottoalimentazione.

Negli atleti di alto livello è considerato problematico soprattutto l'apporto di ferro, di calcio e di vitamina D.

Nelle praticanti ginnastica artistica e nelle ballerine, la quantità di questi micronutrienti che viene assunta non raggiunge il 67% dei livelli raccomandati.

Un'alimentazione carente in generale, una diminuzione del contenuto osseo di minerali e la tendenza a fratture da stress può portare ad un'interruzione della carriera sportiva.

Conseguenze negative per la salute degli atleti

Lo scarso consumo di carne, di latte e latticini a lungo andare porta all'anemia, osteoporosi, oligomenorrea e amenorrea.

Nel caso che si presentino contemporaneamente disturbi alimentari, amenorrea ed osteoporosi si parla di "*triade atletica*".

Le persone anoressiche mostrano spesso una temperatura corporea bassa, un abbassamento della pressione arteriosa, accumulo di acqua nei tessuti, alterazioni nella crescita dei capelli e delle unghie e variazioni nell'emogramma*.

Nel caso dell'anoressia nervosa, il dimagrimento può arrivare ad un punto tale che si incorre nella morte per fame.

*determinazione percentuale dei vari tipi cellulari di leucociti (globuli bianchi) presenti nello striscio di sangue periferico. In condizioni patologiche i rapporti numerici tra i vari tipi di leucociti possono variare. A seconda dell'elemento cellulare numericamente aumentato si parla di: neutrofilia, eosinofilia, basofilia, linfocitosi, monocitosi.

Conseguenze negative per la salute degli atleti

Anche la bulimia nervosa può condurre alla morte.

Le cause possono essere dovute ad una profonda alterazione del bilancio degli elettroliti, come quella che viene provocata dalla ripetizione quotidiana di vomito provocato, associata all'abuso di purganti e diuretici.

A causa del vomito di succo gastrico acido le persone bulimiche soffrono spesso di infiammazioni dell'esofago, di lesioni dentarie e di gonfiore delle ghiandole salivari.

Diagnosi precoce e prevenzione

È rilevante riconoscerne correttamente i primi segni e prenderli sul serio.

Se vengono rilevati, l'atleta deve confrontarsi con essi ed essere inviato a specialisti qualificati.

È necessario che l'atleta sia cosciente di quanto è importante, per la sua salute e la sua capacità di prestazione sportiva, una alimentazione che copra il suo fabbisogno di energia, ricca di carboidrati e varia.

Per controllarne l'applicazione è opportuno controllare l'apporto di calorie e di nutrienti, eventualmente sotto forma di un diario alimentare giornaliero, la cui valutazione dovrebbe essere affidata a degli specialisti in alimentazione.

Prognosi

L'anoressia atletica non deve essere confusa con l'anoressia nervosa, si presenta solo in persone predisposte verso di essa, che del resto si trovano anche in ambiente sportivo.

Rispetto all'anoressia nervosa, che non sempre può essere curata anche con un trattamento psicoterapeutico, l'anoressia atletica è talvolta di natura transitoria, fuori dalla stagione di gara, al più tardi alla fine della sua carriera sportiva, l'atleta ritorna ad un comportamento alimentare "normale".

La prognosi di recupero di un peso corporeo normale è molto buona, in quanto, a differenza dall'anoressia nervosa la perdita di peso corporeo non è riconducibile a profondi problemi cronici.

La remissione è possibile anche senza ricorrere ad un medico, anche se, in ogni caso, senza un aiuto qualificato le possibilità di guarigione sono molto scarse.

Però non si debbono sottovalutate le conseguenze sulla salute, soprattutto sulla densità delle ossa, di una sottoalimentazione protratta per vari anni.

Esercizio fisico compulsivo

L'esercizio fisico compulsivo rientra in una categoria a parte: è una strategia per perdere peso, e il peso si perde più facilmente se si associa un'attività fisica alla dieta.

Criteri:

1. Frequenza e durata dell'attività fisica molto intensa
2. Seguire programmi rigidi di allenamento anche con eccessiva fatica o infortunati
3. Conseguenze negative su: benessere, rapporti interpersonali, qualità della vita professionale.

È un meccanismo di compenso in alcune forme di anoressia o bulimia, ma può anche essere considerata una variante dell'anoressia.

Esercizio fisico compulsivo

Eisler e LeGrange (1990) ipotizzano che sia l'esercizio fisico compulsivo sia l'anoressia siano causati da un terzo disturbo mentale, cioè un disturbo ossessivo compulsivo, che aumenta la probabilità che la persona adotti rigidi programmi di controllo del peso e/o di allenamento ed esercizio fisico, in cui si innesca un circolo vizioso che si autoalimenta e che esce dal controllo volontario della persona che lo mette in atto.

Studi su animali:

- L'esercizio fisico eccessivo inibisce la fame e riduce il valore rinforzante del cibo.
- Il deperimento organico che ne segue si associa a un ulteriore aumento dell'attività.

Criteri diagnostici

Il soggetto svolge una quantità ingiustificata di attività sportiva.

Poiché per la salute non è necessario ammazzarsi di sport, resterebbe un'unica giustificazione: la prestazione.

In realtà le prestazioni di questi soggetti non sono per nulla eccezionali e l'enorme mole di sport che svolgono non viene finalizzata alla prestazione sportiva, essendo già completamente dirottata verso il dimagrimento.

A differenza che nel vero sportivo di resistenza, anche quando sembra arrivare a livelli interessanti, il suo livello di fatica non porta mai all'esaurimento o allo sfinimento perché ciò che conta è comunque conservare la possibilità di agire più a lungo, di lavorare ancora.

L'alimentazione non viene vista in funzione dello sport, ma è lo sport che viene visto come pre-requisito al cibo.

Principali fattori che facilitano comportamenti alimentari scorretti

- prima colazione assente o carente
- spuntino mattutino assente o eccessivamente pesante
- pranzo scarso e frettoloso
- cena abbondante
- spuntino dopocena
- scarso consumo di frutta e verdura
- abuso di bibite e prodotti confezionati
- tendenza ad alimentarsi davanti alla TV e per NOIA

Principali fattori di prevenzione

- Alimentarsi in modo corretto promuove quindi uno stile di vita salutare e aumenta il benessere sociale psichico e fisico
- Acquisire una maggiore consapevolezza del rapporto tra emozioni e cibo
- Offrire spunti di riflessione su alcuni fattori di rischio e di mantenimento dei disturbi alimentari (fattori culturali, pregiudizi su obesità e magrezza)
- Fornire cenni sul contenuto e sulle funzioni degli alimenti ed elementi di educazione alimentare
- Stimolare una buona accettazione di sé, del proprio corpo e della propria immagine

Principali fattori di prevenzione

- Evitare di pesarsi regolarmente, soprattutto in gruppo e di commentare il peso corporeo e la figura.
- Se per migliorare la prestazione è inevitabile una moderata riduzione di peso, ma è opportuna la consulenza di uno specialista in alimentazione ed il peso da raggiungere non deve essere troppo basso.
- È bene che una moderata riduzione dell'energia assunta avvenga sotto forma di incremento del consumo di ortaggi, insalata, frutta con una contemporanea riduzione dell'assunzione di grassi.
- Va evitato di digiunare, di fare diete molto restrittive e calcoli delle calorie, come vanno vietate tutte quelle misure, come purghe e lassativi, dirette a "fare il peso", prima delle gare.

Come comunicare con chi ha DCA

Comitato Olimpico USA:

- Non sopravvalutare gli effetti positivi di uno scarso peso corporeo sulla prestazione sportiva.
- Mettere in risalto il ruolo svolto da un'alimentazione corretta e completa per la capacità di prestazione e la carriera dell'atleta.
- Porre obiettivi realistici per quanto riguarda il peso da raggiungere, i metodi e la velocità della riduzione del peso.
- Non parlare mai in termini positivi di diuretici e lassativi.