



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Scienze Biomediche

Corso di Laurea Triennale in Scienze Motorie

Tesi di Laurea

**GINNASTICA RITMICA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
ALIMENTARE: ALLA RICERCA DELLA PERFEZIONE**

Relatore: Dott.ssa Rossella Oliva

Laureando: Enrica Jeni

N° di matricola: 2017592

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

Introduzione	3
Capitolo 1 – La ginnastica ritmica	5
1.1 La nascita della ginnastica ritmica	5
1.2 Gli attrezzi della ginnastica ritmica	6
1.3 Gli allenamenti delle atlete	7
Capitolo 2 – I Disturbi del Comportamento Alimentare	11
2.1 Cosa sono i Disturbi del Comportamento Alimentare	11
2.2 L'anoressia nervosa	12
2.3 I fattori di rischio	14
Capitolo 3 – Sport e Disturbi del Comportamento Alimentare	17
3.1 Ginnastica Ritmica: la ricerca della perfezione	18
3.2 Anoressia Nervosa: il perfezionismo clinico	19
3.3 Legame tra Perfezionismo, Anoressia Nervosa e Ginnastica Ritmica	21
Capitolo 4 – Il ruolo dell'allenatore	23
4.1 L'allenatore: i due possibili approcci	23
4.2 Le conseguenze dell'orientamento alla prestazione: un caso	25
4.3 Orientamento alle competenze: una risorsa per la prevenzione	27
Capitolo 5 – Considerazioni finali	29
Bibliografia e Sitografia	31
Ringraziamenti	37

INTRODUZIONE

La ginnastica ritmica è uno sport che richiede alle atlete una determinata forma fisica per raggiungere la massima prestazione agonistica. Ad alto livello, in particolare, questa disciplina esige un'atleta perfetta, sia nella prestazione che nell'aspetto, che si ponga e raggiunga obiettivi molto elevati, con lo scopo di eccellere. Evidenze recenti hanno messo in luce che praticare attività sportive caratterizzate da rigide richieste rispetto al peso e alla forma corporea, come la ginnastica, è associato ad un maggior rischio di sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nelle atlete (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010; Van Durme et al., 2012). Si ritiene che alcune caratteristiche psicologiche e di personalità possano giocare un ruolo come fattori di rischio per lo sviluppo di queste patologie. In particolare, un ruolo critico sembrerebbe essere giocato dal perfezionismo (Ravaldi et al., 2003), definito come la tendenza ad esigere da sé stessi o dagli altri una performance elevata, un tratto spesso associato a diversi quadri psicopatologici, tra cui l'Anoressia Nervosa.

La presente tesi si pone l'obiettivo di esplorare in modo critico il legame tra perfezionismo e DCA, nell'ambito della ginnastica ritmica. In particolare, verranno presentate le evidenze recenti sul tema e si discuteranno le proposte relative alle possibilità di formazione di allenatori e allenatrici come risorsa per la prevenzione dello sviluppo di queste patologie in chi pratica questa attività.

Capitolo 1 – La Ginnastica Ritmica

1.1 La nascita della Ginnastica Ritmica

La necessità di muoversi nasce con la vita. Attraverso il movimento la persona umana cresce, si evolve e si forma. Il linguaggio corporeo precede quello parlato e, attraverso i gesti e gli atteggiamenti, permette di conoscere sé stessi e gli altri in relazione all'ambiente circostante (Aparo et al., 1999). La ginnastica ritmica attraverso il linguaggio corporeo ha lo scopo di educare e coinvolgere emotivamente l'atleta.

La storia di questa disciplina sembra avere origini molto antiche. Testimonianze di raffigurazioni di donne in procinto di eseguire movimenti simili all'attuale sport arrivano dall'antico Egitto e da Sparta e Atene arrivano testimonianze scritte della danza con la palla praticata dalle donne. Infine, in Cina, alcune pratiche sportive erano solite coinvolgere l'utilizzo di aste, palle e bastoni, oggetti che richiamano i piccoli attrezzi usati attualmente nella pratica della ginnastica ritmica. Nonostante le antiche origini, questo sport comincia a delinearsi nella sua forma moderna durante l'umanesimo e, successivamente, tra il 1800 e il 1900, periodo durante il quale numerosi studiosi ed esponenti propongono diverse tipologie di ginnastica che costituiranno la ginnastica ritmica attuale. Tra questi studiosi, il fisiologo ed esponente della ginnastica nazionale francese Georges Demeny (1859-1917) propone una ginnastica, non troppo intensa e faticosa, finalizzata al risultato estetico e al benessere generale, attraverso l'ampiezza del movimento. Un altro importante contributo alla ginnastica ritmica venne dato poi dall'insegnante di arte drammatica, Francois Delsarte (1811-1871), il quale, attraverso il suo sistema gestuale, esalta grazia e portamento, importanti caratteristiche che oggi, insieme a qualità espressiva ed estetica, caratterizzano la ginnastica ritmica.

A partire dal XIX secolo, diverse teorie e studi consentono a questo sport di svilupparsi e formarsi completamente ma il passo fondamentale per l'affermazione della ginnastica ritmica come sport specifico fu quello fatto da Émile Jaques Dalcroze (1865-1950), professore di armonia al Conservatorio di Ginevra e compositore. Dalcroze propone un metodo chiamato "Euritmica"

che consiste nell'unione perfetta tra musica, corpo, mente e sfera emotiva e pone il corpo e il movimento alla base dei suoi rivoluzionari principi educativi. Successivamente, Rudolf Bode (1881-1970), sulla base della teoria di Dalcroze, crea un metodo in cui il movimento è vivo e fatto di alternanza tra tensione e distensione della totalità corporea. L'accompagnamento musicale è essenziale perché, attraverso l'azione motoria, raffigura i sentimenti che l'atleta vuole suscitare; anche i piccoli attrezzi vengono utilizzati come mezzi per l'esatta percezione del corpo, ma solo dopo essersi appropriati della tecnica di base a corpo libero (Aparo et al., 1999).

In Italia, la ginnastica ritmica nasce a Torino nel 1925, grazie al contributo dell'atleta Andreina Sacco Gotta, diplomata in educazione fisica e in composizione musicale. Andreina contribuisce alla stesura degli elementi essenziali della ginnastica ritmica, presentati per la prima volta alle Olimpiadi di Stoccolma nel 1912 e, in seguito, a quelle di Anversa nel 1920. Solamente nel 1948, con la prima competizione ufficiale in URSS, la ginnastica ritmica viene riconosciuta come sport agonistico.

1.2 Gli attrezzi della ginnastica ritmica

La ginnastica ritmica esalta la raffinata qualità del controllo motorio, la capacità di espressione e l'eleganza del gesto tecnico, inoltre, sollecita sia le capacità coordinative generali che specifiche con lo scopo di raggiungere abilità a corpo libero e con gli attrezzi sempre in movimento. Fune, cerchio, palla, clavette e nastro definiti anche "piccoli attrezzi", sono gli attrezzi utilizzati. L'accompagnamento musicale è la componente essenziale che conduce la ginnasta alla realizzazione dell'esercizio, con movimenti artistici e coreografici. L'espressività e la dinamicità dei gesti sono i due caratteri fondamentali per creare un connubio tra la musicalità del brano e i movimenti eseguiti dall'atleta. Ad oggi, la ginnastica ritmica è uno sport olimpico solo femminile e le competizioni possono essere individuali o di squadra, formata da cinque atlete che collaborano tra di loro con lo scambio di attrezzi, tutti uguali o di due tipologie diverse. Negli esercizi individuali, la ginnasta esegue gli elementi fondamentali del corpo libero (quali ad esempio salti artistici,

equilibri, rotazioni attorno all'asse longitudinale e onde) ed elementi di collegamento che enfatizzano la preparazione atletica e artistica della ginnasta. L'atleta può utilizzare un solo attrezzo e, a seconda delle caratteristiche sia della ginnasta che dell'attrezzo, le combinazioni eseguite variano.

Come riportato sopra, gli attrezzi utilizzati in questa disciplina sono cinque: fune, cerchio, palla, clavette e nastro. La fune è realizzata in canapa, alle due estremità presenta dei nodi e la sua lunghezza varia in base all'altezza della ginnasta; per utilizzare la fune l'atleta deve possedere caratteristiche specifiche, quali l'esplosività e la velocità di esecuzione per realizzare salti artistici di vario tipo. La fune stimola il senso del ritmo, le capacità spazio temporali e affina il dosaggio dell'energia, influenzando sulla coordinazione (Aparo et al., 1999). Il cerchio presenta un diametro tra gli 80 e i 90 cm, in base alla statura dell'atleta, pesa 300g ed è di plastica. Tra tutti è l'attrezzo che richiede maggior capacità di salto, equilibrio e di percezione dello spazio attorno al corpo. La palla è di gomma o materiale sintetico, può essere di qualsiasi colore, ha un diametro tra i 18 e i 20 cm e un peso di 400g. La sua forma dona eleganza all'esecuzione dei movimenti ma, richiede anche forza ritmica e destrezza. Le clavette hanno una lunghezza tra i 40 e i 50 cm con un peso di 150g, realizzate entrambe in materiale sintetico e, alla loro estremità, presentano un elemento sferico per facilitarne la presa, soprattutto successivamente all'esecuzione di lanci e rotazioni. Infine, il nastro è di seta, legato ad un'estremità a un bastone, di qualsiasi colore, largo tra i 4 e i 6 cm e lungo 6m per le ginnaste che gareggiano nella categoria senior, mentre per le ginnaste della categoria juniores può essere lungo anche 5m. Il nastro richiede capacità coordinative, propriocezione e velocità di esecuzione (Aparo et al., 1999).

1.3 Gli allenamenti delle atlete

Secondo Dietrich Harre (1969), l'allenamento è *“quell'insieme di metodiche per elevare la capacità di prestazione attraverso lo sviluppo delle qualità fisiche e psichiche e l'ottimizzazione dei gesti individuali o di gruppo”* (Aparo et al, 1999). L'allenamento, dunque, viene suddiviso in diverse fasi in base

all'età della ginnasta, alla preparazione della stessa e all'obiettivo da raggiungere. Più specificatamente, la preparazione è di quattro tipi: (i) fisica generale, utilizzata per sviluppare le basi fisiche generali, non considerando quelle specifiche legate allo sport; (ii) speciale o specifica, caratterizzata da tutti gli esercizi mirati allo sviluppo delle abilità specifiche della disciplina; (iii) tecnica, con l'utilizzo di attrezzi; (iv) la preparazione agli esercizi di gara, con sedute di allenamento mirate al miglioramento delle esecuzioni che verranno svolte nell'esercizio di gara.

L'allenamento che va proposto alla ginnasta dev'essere adatto sia all'età che all'obiettivo da raggiungere. In generale, si può creare la seguente suddivisione: tappa della preparazione iniziale (dai 6 agli 8 anni), tappa della preparazione fondamentale (dai 9 ai 12 anni), tappa della specializzazione (dai 13 ai 16 anni) e tappa del perfezionamento sportivo (alta maestria).

La prima fase è quella della formazione base, in cui vengono allenate le abilità coordinative, in quanto, altre abilità come la flessibilità dovrebbero essere innate. In questa tappa è importante che l'atleta si approcci agli attrezzi e agli esercizi base in forma ludica e multilaterale, supportata e guidata dall'allenatore. Le sedute di allenamento variano tra 2 e 4 volte a settimana e sono della durata di 60-90 minuti.

La tappa della preparazione fondamentale è essenziale al fine che la ginnasta si adatti a sostenere l'allenamento. È importante tenere in considerazione il fatto che l'atleta è soggetta a cambiamenti della forma fisica, che possono influire sulla prestazione e, dunque, l'allenamento va adattato di conseguenza. La bambina in questa fase è nella cosiddetta "età d'oro", periodo in cui flessibilità, rapidità d'esecuzione e destrezza nei movimenti sono assai semplici da apprendere. Il lavoro è improntato sull'apprendimento di nuove combinazioni leggermente più complesse di quelle apprese nella tappa precedente. Inoltre, la ginnasta sviluppa capacità intellettuale, sociale e affettiva, aspetti che subentrano nel miglioramento del *problem solving*, della capacità di cooperazione, di immaginazione, di integrazione e di controllo emotivo. In questa tappa l'atleta inizia a competere in gare individuali e di

squadra, le sedute di allenamento avvengono 5 o 6 volte a settimana per 180 minuti.

La terza tappa è quella di specializzazione in cui l'atleta perfeziona le sue qualità fisiche e, quindi, velocizza l'apprendimento di conoscenze tecniche con elementi di difficoltà maggiore e aumenta i carichi di lavoro sia per volume che per intensità, allenandosi dalle 3 alle 4 ore al giorno, tutti i giorni e, in alcuni casi, anche due volte al giorno. Nell'ultima tappa, del perfezionamento sportivo, infine, la ginnasta si allena per mantenere il livello raggiunto.

Ogni seduta di allenamento viene suddivisa in tre parti fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi previsti: (i) la fase preparatoria, (ii) la fase centrale e (iii) la fase conclusiva. La prima parte è dedicata ad esercizi di riscaldamento e stretching con lo scopo di preparare l'atleta alla fase principale, ovvero quella centrale, caratterizzata da diversi contenuti in base al periodo e alla preparazione tecnica. In particolare è caratterizzata dall'esecuzione di nuovi elementi e dal perfezionamento di quelli già appresi, nel periodo di gare, invece, la ginnasta si esercita nell'esecuzione dell'esercizio. Infine, l'ultima fase, di defaticamento, è detta anche cool down, ovvero una metodica con lo scopo di riportare l'organismo alle sue normali condizioni fisiologiche dal punto di vista sia strutturale che metabolico. Il defaticamento, solitamente, prevede una parte di stretching o di potenziamento dedicato a una particolare qualità fisica in cui la ginnasta risulta essere carente.

Da stages internazionali effettuati dalla Federazione Ginnastica d'Italia (FGI) per conoscere le metodiche di allenamento utilizzate dalle scuole di ginnastica ritmica più all'avanguardia, è stato possibile stilare un esempio di seduta bigiornaliera:

- Seduta giornaliera: 30' di riscaldamento e stretching, 1h e 30' di sbarra, secondo la progressione accademica diagonali di elementi a corpo libero, 2h di studio di combinazioni di gara con due attrezzi, ripetizioni (10-20) di elementi di rischio e allungamento e mobilità articolare massimale.

- Seduta pomeridiana: 20' di riscaldamento muscolare e stretching in forma libera, 2h di studio di combinazioni di gara con due attrezzi, ripetizioni (10-20) di elementi di rischio, potenziamento degli arti inferiori, esercizi per addominali e dorsali, allungamento e mobilità articolare massimale (Aparo et al., 1999).

Le ginnaste che eseguono queste tipologie di allenamento raggiungono il livello di élite con l'opportunità di poter prendere parte alla squadra Nazionale, le cui componenti si fanno chiamare "Le Farfalle" e gareggiano a livello Internazionale e Mondiale.

Capitolo 2 – I Disturbi del Comportamento Alimentare

2.1 Cosa sono i Disturbi del Comportamento Alimentare

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), secondo la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; American Psychiatric Association, APA, 2013), sono condizioni caratterizzate da “*un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale*”. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) questi disturbi comportano, tra tutti i disturbi psichiatrici, la più alta probabilità di morte nelle persone di età compresa tra i 12 e i 25 anni e l'età di esordio si colloca prevalentemente durante l'adolescenza.

Tra i disturbi del comportamento alimentare riportati dal DSM-5 (APA, 2013) i più frequenti sono Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da Alimentazione Incontrollata (o *Binge Eating Disorder*, BED).

Sommariamente, l'Anoressia Nervosa è caratterizzata da una restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità associate ad una intensa paura di aumentare di peso e dall'alterazione del modo in cui viene vissuto il peso o la forma del proprio corpo. La Bulimia Nervosa è caratterizzata da ricorrenti episodi di abbuffata, seguite da ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso. Infine, il BED consiste in ricorrenti episodi di abbuffata non associati alla messa in atto di condotte compensatorie come nella bulimia nervosa.

Nonostante la classificazione dei DCA del DSM-5 (APA, 2013) incoraggi l'idea che queste patologie siano tre tipologie distinte di disturbi, le considerazioni relative alle loro caratteristiche permettono di ampliare questa visione. Le persone che ricevono una diagnosi di DCA, infatti, sembrano condividere un nucleo psicopatologico centrale comune

caratterizzato dal controllo e da un'eccessiva valutazione del peso, dell'alimentazione e della forma del corpo, su cui si basa il giudizio del proprio valore (Dalle Grave et al., 2008). In linea con questa visione, Fairburn (2003) considera i DCA come disturbi facenti parte di un'unica categoria diagnostica. Bastandosi su questo principio, l'autore sviluppò infatti la cosiddetta Teoria Transdiagnostica (Fairburn, 2003). Questa teoria ha due importanti implicazioni: la prima, teorica, che riguarda i meccanismi comuni tra i DCA e la seconda, clinica, che riguarda il trattamento dei meccanismi comuni dei disturbi alimentari e non delle singole diagnosi. Dalla teoria transdiagnostica è stata successivamente sviluppata una terapia cognitiva comportamentale (CBT-E) basata su i meccanismi e le caratteristiche cliniche comuni ai DCA.

2.2 L'anoressia nervosa

Tra i DCA descritti nel DSM-5 (APA, 2013), l'anoressia nervosa, in particolare, rappresenta il disturbo con la più alta mortalità tra tutti i disturbi psichiatrici (Sullivan et al., 1995) e la prima causa di morte tra gli adolescenti.

Questa patologia è caratterizzata da una grave perdita di peso volontaria, ottenuta primariamente attraverso la restrizione dell'introito calorico. La persona riferisce una paura intensa di aumentare di peso o di ingrassare, che viene contrastata con l'ossessiva ricerca della magrezza.

Nel DSM-5 (APA, 2013) vengono elencati i tre criteri diagnostici dell'anoressia nervosa:

- (i) Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso¹ nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al

¹ Il basso peso corporeo viene definito dall'indice di massa corporea, dato dal rapporto tra il peso in chilogrammi e l'altezza in centimetri al quadrato. Le categorie definite in base al BMI sono le seguenti: <17, gravemente sottopeso; <18.5, sottopeso; compreso tra 18.5 e 24.9 normopeso; compreso tra 25 e 29.9 sovrappeso; compreso tra 30 e 34.9 obesità; >35 grave obesità.

minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo atteso;

- (ii) Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso;
- (iii) Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Questa patologia può essere di due tipi: (i) restrittivo, se la persona restringe l'assunzione di cibo ma, non si abbuffa o non mette in atto condotte di eliminazione; (ii) con abbuffate/condotte di eliminazione, se sono presenti episodi di abbuffate seguiti da mezzi di compenso (come uso di lassativi e diuretici).

L'anoressia nervosa insorge prevalentemente in ragazze e giovani donne, più frequentemente durante l'adolescenza e, in alcuni casi anche dopo i 40 anni (Attia & Walsh, 2022). La maggior parte delle persone affette da questo disturbo riporta un'alterazione del modo in cui viene percepita la forma del corpo, considerando un qualsiasi aumento di peso un fallimento, con conseguente ansia e preoccupazione. Caratteristica peculiare del quadro dell'anoressia nervosa è il tentativo di controllare il peso e l'alimentazione attraverso comportamenti quali il conteggio ossessivo delle calorie, l'organizzazione quotidiana dei pasti, nascondere e gettare via le pietanze o spendere molto tempo nella preparazione di ricette per altre persone. Infine, il controllo ossessivo del cibo è quasi sempre accompagnato da un'attività fisica eccessiva (Attia & Walsh, 2022).

Alcuni pazienti affetti da anoressia nervosa non presentano compromissioni evidenti a livello fisico ma la chiave per una corretta diagnosi risiede nell'identificare le modalità messe in atto per evitare l'aumento di peso (Attia & Walsh, 2022).

2.3 I fattori di rischio

L'eziologia dei DCA è multifattoriale. Ciò significa che diversi fattori interagiscono e concorrono allo sviluppo e al mantenimento di un disturbo alimentare. Tra questi esistono fattori predisponenti, che predispongono cioè la persona alla nascita del disturbo e, fattori scatenanti, che promuovono un cambiamento tale da originare un circolo vizioso che sviluppa e mantiene la malattia (Cuzzolaro, 2004).

I diversi fattori coinvolti nell'eziologia di questi disturbi sono riconducibili a caratteristiche di diverso tipo, individuali, genetiche, familiari e socio-culturali. Tra i fattori predisponenti individuali troviamo caratteristiche temperamentali e tratti di personalità, come tratti ossessivi (Thompson, 2000), impulsività, perfezionismo (Fairburn et al., 1999). Per quanto riguarda i fattori predisponenti a carattere familiare, diverse ricerche hanno evidenziato caratteristiche riguardanti lo stile genitoriale, quali la negazione dei bisogni emotivi, l'ostilità (Minuchin et al., 1978), o l'eccessivo controllo (Haworth Hoepfner, 2000). I fattori socio-culturali predisponenti comprendono invece l'esposizione e interiorizzazione degli ideali e l'enfasi su successo e magrezza. A questo proposito, Dakanalis (2012) enfatizza l'importanza del contesto occidentale nello sviluppo dei DCA, in particolare dei mass media. I media trasmettono infatti standard di bellezza riconducibili alla magrezza, influenzando l'immagine corporea e i comportamenti alimentari. Oltre al contesto culturale e mediatico, un ruolo è giocato anche da fattori ambientali quali l'ambiente scolastico, le relazioni con i pari, e lo sport. In particolare, un ruolo importante sarebbe giocato dagli sport che esigono standard elevati sia fisici che in termini di prestazione, come ad esempio, ginnastica ritmica, danza, lotta e pattinaggio artistico).

In accordo con il modello multifattoriale, è la co-occorrenza di alcuni di questi fattori predisponenti e la presenza di fattori scatenanti che potrebbe portare una persona a sviluppare un DCA (Rampelli et al., 2012). Interessante notare che tra i fattori precipitanti, due di questi riguardano (i)

l'intraprendere una dieta (Ostuni & Luxardi, 2003) e (ii) affrontare i cambiamenti fisici della pubertà, come l'aumento di peso, le trasformazioni morfologiche e, nelle ragazze, la comparsa del menarca (Fairburn et al., 1999). Nello sport praticato ad alti livelli, capita che ragazze nel periodo della pubertà e adolescenza vengano sottoposte a intense sessioni di attività motoria e cambiamenti dal punto di vista nutrizionale, al fine di raggiungere obiettivi molto elevati, sia a livello tecnico che estetico.

Capitolo 3 – Sport e Disturbi del Comportamento Alimentare

Come anticipato nel capitolo precedente, l'ambiente sportivo potrebbe costituire un terreno fertile per lo sviluppo di comportamenti disfunzionali legati al rapporto con corpo e cibo. Nonostante lo sport venga solitamente associato ad una percezione di maggior benessere, alcune discipline, che richiedono una determinata idoneità fisica, in termini di prestazione e di aspetto, potrebbero costituire un contesto di rischio per lo sviluppo di insoddisfazione e inadeguatezza legate al corpo (Stecchi, 2022).

Uno recente lavoro di Martines e Sundgot-Borgen (2013) ha fornito un supporto a questa ipotesi. I due studiosi hanno infatti condotto uno studio per valutare la presenza di DCA in una popolazione di atleti. Per raggiungere questo scopo hanno somministrato sia un questionario self-report che interviste cliniche a studenti atleti di élite e studenti non atleti. I risultati dello studio hanno evidenziato una maggiore presenza di DCA negli atleti d'élite adolescenti rispetto agli adolescenti non atleti. In accordo con quanto emerso in ricerca, diversi autori concordano con la tesi che lo svolgimento di attività sportiva, durante l'adolescenza, potrebbe costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dell'immagine corporea (Lombardo et al., 2002). In questo periodo, infatti, la forma del corpo cambia e, di conseguenza, in alcuni casi possono emergere per la persona difficoltà a percepire il proprio corpo come adeguato, nel paragone costante con uno standard ideale e con il corpo dei pari. Inoltre, durante l'adolescenza si pongono le basi per lo sviluppo della propria immagine corporea, definita come *“l'immagine che abbiamo nella nostra mente della forma, dimensione, taglia del nostro corpo e i sentimenti che proviamo rispetto a queste caratteristiche e rispetto alle singole parti del nostro corpo”* (Slade, 1998). L'adolescente che pratica sport, oltre a vivere questa fase di cambiamento come tutti i suoi coetanei, è portato ad un confronto costante con il proprio corpo e la sua forma al fine di raggiungere obiettivi elevati e migliorare le sue prestazioni.

3.1 Ginnastica ritmica: la ricerca della perfezione

La ginnastica ritmica è uno sport definito “estetico” che richiede cioè lo sviluppo di specifiche qualità fisiche, capacità coordinative, una tecnica precisa e particolari doti psicologiche (Piazza, 1999). Il Codice di Punteggio emanato dalla Federazione Ginnastica d’Italia (FGI), inoltre, esige un determinato livello di perfezione, in cui la ginnasta deve saper dominare contemporaneamente la tecnica dell’attrezzo e del suo corpo, attraverso un’esecuzione che deve risultare leggera e facile. Il Codice di Punteggio evidenzia non solo i caratteri tecnici ma anche dei requisiti fisici e psicologici che l’atleta deve possedere per risultare idonea allo sport. La ginnasta, dunque, dovrebbe avere arti lunghi rispetto il tronco e un peso di circa 10kg al di sotto dell’altezza oltre i 100cm (Berlutti et al., 1991). Inoltre, l’atleta deve possedere una predisposizione mentale all’allenamento, una capacità di autocontrollo, concentrazione, volontà e ambizione (Piazza, 1999).

Gli allenatori scelgono ragazze con una forma fisica adeguata e che presentano le caratteristiche imposte dal Codice di Punteggio sia per un lavoro ben mirato dell’atleta, sia per un’esigenza estetica intesa come la ricerca di stile, di eleganza e di artisticità (Piazza, 1999).

Alla ginnasta è quindi richiesto di dominare l’esercizio attraverso le sue qualità fisiche, tecniche e coordinative (Piazza, 1999), la capacità espressiva e la sua personalità esecutiva. A questo scopo, il lato estetico, oltre a quello tecnico, deve integrarsi al gesto sportivo per fare in modo che la ginnasta possa raggiungere un livello elevato.

Durante l’esecuzione della coreografia in gara, infatti, alla ginnasta viene assegnato un punteggio in base all’aspetto estetico e al modo in cui interpreta la musica utilizzata per l’esercizio. L’atleta, inoltre, viene valutata anche sulla base della posizione delle differenti parti del corpo, la cui visione è permessa dal body aderente con o senza gonnellina che modella tutto il corpo. I capelli devono essere raccolti in una pettinatura ordinata, in modo tale che la ginnasta si presenti perfetta ai giudici (Cetola, 2019).

Sulla base di ciò, da un lato, gli allenatori sono portati a scegliere ragazze che abbiano una forma fisica adeguata e che presentino le caratteristiche imposte dal Codice di Punteggio sia per permettere un lavoro ben mirato con l'atleta, sia per un'esigenza estetica che comprenda la ricerca di stile, di eleganza e di artisticità (Piazza, 1999). Dall'altro, le atlete si ritrovano alla ricerca costante di una perfezione, non solo nella performance ma anche nel controllo del proprio corpo e aspetto, affrontando grandi pressioni, date dal livello della competizione, unita alla frequenza e all'intensità degli allenamenti.

3.2 Anoressia Nervosa: il perfezionismo clinico

Come anticipato nel Capitolo 2, i DCA sono patologie multifattoriali, la cui origine è cioè legata alla co-occorrenza di fattori di diversa natura. Tra i fattori predisponenti relativi alla sfera psicologica troviamo tratti della personalità, tra cui figura il perfezionismo.

Il perfezionismo in alcuni casi può essere inteso come una caratteristica socialmente desiderabile, associata alla capacità di raggiungere obiettivi e una buona soddisfazione personale. Molti autori però distinguono un perfezionismo "sano" da un perfezionismo definito "patologico o clinico" (Burns, 1993; Hamacheck, 1978). Questa distinzione contrappone una tendenza ad eccellere, salutare e promotrice di un sano funzionamento, dalla consuetudine a stabilire elevati standard di performance impossibili da raggiungere, associati alla paura del fallimento e alla preoccupazione di commettere errori (Burns, 1993). Questa modalità di fare esperienze può portare la persona a ipercriticare il proprio comportamento (Frost et al., 1990) e a vivere in un costante stato di ansia causato dal bisogno di migliorare di più (Hamacheck, 1978). Il perfezionismo così inteso è un tratto comune a varie psicopatologie, come ansia, disturbo ossessivo-compulsivo e DCA, in particolare anoressia nervosa (Strober, 1991). Nel caso specifico del DCA, evidenze recenti sostengono che il perfezionismo e gli strumenti di controllo finalizzati a raggiungere degli standard elevati,

possano avere ripercussioni nel rapporto con l'alimentazione, portando a mettere in atto comportamenti di compenso e digiuno (Broks, 2020).

Halmi e colleghi (2000) hanno confermato questa ipotesi mettendo in luce il ruolo di questo tratto della personalità come fattore di rischio nello sviluppo e nel mantenimento dell'anoressia nervosa. I risultati indicano infatti, che le persone affette da anoressia nervosa ottengono un punteggio più elevato nelle scale che indagano il perfezionismo rispetto a gruppi di controllo di persone non affette da un disturbo del comportamento alimentare.

Secondo Strober (1991) sarebbero tre i tratti della personalità perfezionista implicati nello sviluppo di un disturbo alimentare. In particolare:

- bassa ricerca della novità: tendenza a cimentarsi in poche attività e a concentrarsi solo su quelle in cui si è certi di raggiungere una performance perfetta;
- eccessivo evitamento del danno: tendenza all'evitamento di situazioni in cui si potrebbe apparire imperfetti e potrebbero essere commessi errori, per paura di ricevere critiche negative;
- dipendenza dalla ricompensa: necessità di ricevere feedback di approvazione da parte degli altri.

Più recentemente Broks (2020), approfondisce questi concetti, facendo riferimento ai DCA e in particolare all'anoressia nervosa, come una battaglia tra corpo e anima (*Questo bizzarro disturbo potrebbe essere interpretato come una battaglia tra corpo e anima?*). Attraverso uno studio sull'anoressia nervosa, l'autore giunge ad identificare il digiuno come uno strumento di controllo finalizzato al raggiungimento di standard elevati nel perseguire un ideale, che porta poi al disgusto e disprezzo di sé quando questi standard non riescono ad essere raggiunti. In altre parole, Broks ritiene che nell'anoressia nervosa emerga un forte conflitto tra ciò che vuole la mente e ciò che richiede il corpo. L'autore legge quindi l'Anoressia Nervosa come *“la manifestazione di una mentalità perfezionista bloccata in una dimensione di esperienza che penetra il nucleo stesso dell'essere umano, ossia il corpo”* (Broks, 2020).

3.3 Legame tra Perfezionismo, Anoressia Nervosa e Ginnastica Ritmica

Sulla base di quanto esposto finora emerge il fatto che uno sport come la ginnastica ritmica, in cui viene richiesto il raggiungimento di standard elevati, non solo a livello prestazionale ma anche estetico, associato ad una tendenza al perfezionismo possa rappresentare un terreno fertile per lo sviluppo di un DCA.

In alcuni casi, infatti, il desiderio delle ginnaste di migliorare le loro prestazioni attraverso il dimagrimento è incentivato dagli allenatori, dai genitori e dalle compagne di squadra, con le quali tende spesso ad esserci un confronto su questo tema e sulla prestazione sportiva (Krentz & Warschburger, 2011). Sundgot-Borgen e Torstveit (2010) e Rodriguez (2009) affermano che le ginnaste ritengono i cambiamenti corporei dovuti alla crescita indesiderati e deleteri per la prestazione e che una perdita di peso dovuta alla dieta può inizialmente migliorare le prestazioni, costringendo l'atleta a proseguire questo percorso ritrovandosi inconsapevolmente in un circolo vizioso difficile da interrompere. Il controllo eccessivo richiesto, sia rispetto alla performance che al proprio aspetto, potrebbe esporre l'atleta alla ricerca di una perfezione che, assieme ad altri fattori, potrebbe contribuire all'instaurarsi di un quadro di disturbo alimentare (Miazzi, 2022).

Tra le evidenze a supporto di questa tesi, lo studio condotto da Donti e colleghi (2021) ha esaminato il rapporto tra il perfezionismo, ginnastica ritmica e DCA. Le atlete di età compresa tra i 13 e i 15 anni sono state sottoposte a dei test, suddivisi in due parti: una prima parte, per raccogliere informazioni su età, peso, altezza, dettagli sugli allenamenti e sulle competizioni; una seconda parte che comprendeva una batteria di test relativa agli atteggiamenti alimentari (*Eating Attitudes Test 26*, EAT-26; Garner & Garfinkel, 1979), il perfezionismo sportivo (*Sport Perfectionist Questionnaire*, SPQ; Madigan et al., 2016) e la desiderabilità sociale (*Social Desirability Scale*; Reynolds; 1982). Quattordici ginnaste vennero scartate dal progetto (a causa di un punteggio elevato nella scala di

desiderabilità sociale). Delle restanti 89, 41 gareggiavano a livello internazionale e 48 a livello ricreativo. È stato osservato che le ginnaste di livello internazionale hanno ottenuto, in percentuale, dei risultati più alti nei EAT-26 e SPQ, rispetto alle ginnaste di livello ricreativo, evidenziando come un allenamento intenso e improntato al raggiungimento di standard elevati e della perfezione, siano associati ad una maggiore presenza di comportamenti alimentari disfunzionali e ad un maggior perfezionismo a livello sportivo. Inoltre, una tendenza all'evitamento dell'errore è stato evidenziato in entrambi i gruppi di ginnaste.

In conclusione, atlete di ginnastica ritmica sembrerebbero avere un rischio più elevato di avere un rapporto dannoso con il corpo e con il cibo rispetto ad atlete di altri sport o a non atlete (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010; Van Durme et al., 2012). In particolare, nella pratica sportiva agonistica, la ricerca della perfezione, dal punto di vista estetico e tecnico, potrebbe colludere con alcuni aspetti della cultura dell'immagine e favorire quindi la creazione di un terreno fertile per lo sviluppo di questi disturbi (Cuzzolaro, 2004; Ostuzzi & Luxardi, 2003).

Capitolo 4 – Il ruolo dell’allenatore

L’allenatore gioca un ruolo importante nel rapporto della ginnasta con il proprio corpo e con gli standard richiesti dalla ginnastica ritmica. Come discusso nel Capitolo 3 il perfezionismo può svolgere un ruolo dicotomico nella prestazione di un atleta e la comprensione del significato duale di questo importante fattore da parte dell’allenatore può aiutare e condurre la ginnasta a un miglioramento della prestazione preservando il benessere psicofisico (Latham, 2023).

4.1 L’allenatore: i due possibili approcci

L’allenatore è la principale figura di riferimento dell’atleta, non ha solo il ruolo di insegnante sportivo ma anche quello di educatore che trasmette alcuni valori umani e sociali fondamentali della vita quotidiana: il rispetto verso il prossimo, la responsabilità, l’accettazione delle regole, l’inclusione e la cooperazione. Il rapporto tra allenatore e atleta deve fondarsi su dei principi reciproci, quali la fiducia, l’onestà e la passione. Se questi mancano si rischia di compromettere la finalità dell’allenamento, la salute e il benessere psicofisico dell’atleta (Nutini, 2022).

Il legame che si crea tra atleta e allenatore è complesso e unico nel suo genere, ma vi sono quattro componenti alla base di questo rapporto: la vicinanza, l’impegno, la complementarità e il co-orientamento (Bargnani & Brunoro, 2023). La vicinanza è l’insieme delle emozioni e dei pensieri legati al senso di fiducia, rispetto, apprezzamento reciproco, onestà e supporto. L’impegno è definito come l’intenzione da parte di entrambi di mantenere nel tempo questa relazione, coltivandola assieme. La complementarità è la cooperazione per raggiungere assieme gli obiettivi. Il co-orientamento è il grado di congruenza tra atleta e allenatore, essenziale per lavorare in sincronia. Inoltre, l’allenatore può relazionarsi con la ginnasta attraverso due approcci differenti: uno positivo, basato su un orientamento alle competenze e feedback positivi, e uno negativo, fondato su un orientamento alla prestazione e feedback negativi (Bargnani & Brunoro, 2023).

L'orientamento alle competenze prevede un allenamento con l'obiettivo del miglioramento personale e dell'acquisizione di abilità da parte dell'atleta, in cui vengono valorizzati i progressi, l'impegno e la collaborazione tra compagni. Inoltre, nel contesto di questo approccio, il successo è determinato dallo sforzo e dalla dedizione, mentre la sconfitta è un'occasione per imparare dagli errori e migliorare. I feedback utilizzati con l'approccio orientato alle competenze sono finalizzati non solo a una correzione adeguata del movimento e al miglioramento della performance ma anche a evidenziare gli aspetti positivi dell'esecuzione. Alcuni esempi di feedback di questo tipo comprendono: "brava nel complesso, prova a tenere tesa la gamba", "puoi farcela!", "bel salto, prova solo a migliorare l'arrivo", "non preoccuparti, si può sbagliare, ripetilo che puoi farcela". In questo modo la ginnasta si sente a suo agio e viene stimolata e motivata a migliorare l'esecuzione e la performance senza mettere in discussione il suo valore di persona.

Nell'orientamento alla prestazione invece, il focus è sulla competizione, vengono valorizzati i risultati e le prestazioni, rimproverando gli errori e mettendo in risalto esclusivamente le atlete più abili.

L'allenatore con questo tipo di approccio utilizza i feedback diversi dal precedente, come ad esempio: "così non va bene, ci sei o ci fai?", "non sei capace", "lo stai facendo male". Questi feedback sono usati in modo inadatto, non rivolti al miglioramento della performance ma, piuttosto finalizzati a sottolineare l'errore tecnico e mortificando l'atleta, facendola sentire inadeguata e non motivata. Spesso l'allenatore con approccio negativo, tende a rivolgersi all'atleta, non solo per questioni relative alla performance sportiva ma anche per ciò che concerne la sfera più personale, caratteriale e fisica, sottolineandone le eventuali imperfezioni. Alla ginnasta che non raggiunga gli standard richiesti potrebbe essere richiesto di affrontare carichi di lavoro sempre più estremi e provvedimenti dietetici esasperati, strumentali al raggiungimento di una migliore performance (Bagnani & Brunoro, 2023). Il rimedio proposto potrebbe così favorire la comparsa di conseguenze negative non solo

nell'allenamento (come l'overreaching² e l'overtraining³), ma soprattutto nel benessere psicofisico, favorendo un'attenzione maggiore verso il cibo, un atteggiamento ipercritico e un'insoddisfazione rispetto al proprio corpo, aspetti questi legati a un rischio maggiore di insorgenza di DCA.

4.2 Le conseguenze dell'orientamento alla prestazione: un caso.

Come riportato nel paragrafo precedente, quando l'approccio è finalizzato solo alla vittoria e alla perfezione si rischia di tralasciare aspetti importanti per la salute fisica e mentale dell'atleta.

Lo scorso Novembre, la procura di Brescia ha aperto un dossier sulle violenze psicologiche denunciate da alcune ginnaste della Nazionale Italiana di ginnastica ritmica subite dalle allenatrici. Le atlete hanno praticato a livello agonistico in diverse società di ginnastica ma ciò che accomuna le loro storie è l'aver fatto esperienza di un sistema di rigide regole, il costante controllo del peso e i commenti subiti in merito allo stesso, se non corrispondeva a ciò che avrebbe dovuto secondo queste regole. Di seguito alcune testimonianze riportate da diverse testate giornalistiche.

Giulia Galtarossa ha fatto parte della Nazionale Italiana di ginnastica ritmica dal 2008 al 2011. Racconta di essere stata costretta ad abbandonare "*perché aveva tre chili in più*". La ex ginnasta dichiara che le allenatrici e lo staff la sottoponevano ad un assiduo controllo del peso accompagnato da commenti umilianti.

Sara Branciamore, ex campionessa italiana nel 2013 racconta che il cibo che mangiava veniva razionato dall'allenatrice, che mangiava di nascosto e che successivamente attuava condotte di eliminazione attraverso il vomito, soprattutto prima di essere pesata, più volte al giorno (Silvestri, 2022).

² L'overreaching è anche definito functional overtraining ed è caratterizzato da un calo progressivo della funzionalità a livello del sistema neuromuscolare.

³ L'overtraining o sindrome da sovrallenamento è una condizione di affaticamento cronico dato da allenamenti intensi e troppo ravvicinati.

Anna Basta, ex ginnasta della Nazionale dal 2016 al 2020 racconta che lei e le sue compagne venivano pesate più di una volta al giorno, insultate pesantemente e costrette a digiunare. Anna dichiara anche di aver fatto uso di lassativi per dimagrire più velocemente e che, tutt'ora, soffre di disturbi alimentari.

Nina Corradini, compagna di squadra di Anna Basta, conferma la vicenda e afferma di aver subito insulti, soprattutto durante il controllo del peso; racconta poi che tendeva a restringere l'alimentazione, faceva uso di lassativi e a volte si privava anche solo di un bicchiere d'acqua per evitare di aumentare il peso o il gonfiore.

In queste dichiarazioni si pone l'accento sulle conseguenze di contesti di allenamento in cui diventano comuni i tentativi di controllare il peso e il corpo, a seguito di commenti ricevuti, attraverso la restrizione alimentare o i mezzi di compenso, come vomito e lassativi. Le testimonianze delle atlete danno supporto quindi alla possibilità che un approccio incentrato sul raggiungimento della perfezione possa favorire un rapporto sfavorevole con il cibo e con il corpo. Come scritto da Trisha Gura, in riferimento alle ginnaste viste ai Giochi Olimpici di Pechino, il rischio di sviluppare un DCA come l'anoressia nervosa rischia di diventare molto alto negli atleti a causa di forti *“pressioni psicologiche, allenamenti e ossessiva ricerca della forma perfetta”* (Gura, 2008).

In conclusione, un metodo di allenamento orientato alla performance, focalizzato sulla vittoria come unica possibilità e sui mezzi più veloci per raggiungerla, mettendo in campo restrizioni dietetiche, allenamenti intensi, critiche e punizioni nel caso in cui questa non venisse raggiunta, rischia di costituire un terreno fertile per lo sviluppo di patologie come i DCA e, allo stesso tempo, di favorire il *drop-out*, cioè l'abbandono dell'attività sportiva in chi non riesce a raggiungere gli standard, avendo a sua volta importanti ripercussioni sulla salute mentale delle atlete (Lecchi, 2021).

4.3 Orientamento alle competenze: una risorsa per la prevenzione

Al pari di tutti gli altri sport la ginnastica ritmica coinvolge il rispetto per la persona, la celebrazione del talento e del benessere e condivide molti valori, tra i quali il divertimento, il rispetto per sé stessi e gli altri, il gioco di squadra, la lealtà, l'onestà e la fiducia (Carta dei Valori della Ginnastica, 2019).

L'allenatore ha il compito di trasmettere questi valori alle atlete fin dall'inizio del loro percorso, a prescindere dal livello e dal ruolo che ricoprono. Il ruolo dell'allenatore, dunque, non è solo quello dell'addestramento tecnico alla disciplina sportiva, per portare alla vittoria l'atleta ma anche e soprattutto quello di fungere per i propri allievi da modelli di riferimento che abbiano un'attenzione particolare al benessere e alla salute di chi allenano. Inoltre, visto che spesso l'allenatore è chiamato a decidere per l'atleta, che per ragioni anagrafiche e di maturità ha bisogno di essere supportata nel fare nel suo migliore interesse, è essenziale che le decisioni vengano attentamente considerate, non solo sul piano prestazionale ma anche su quello della salute.

L'atleta ha bisogno, quindi, di un allenatore con personalità e determinazione, capacità comunicative, che sia disponibile a prendersi cura di lei, che abbia un'elevata competenza tecnica ma, soprattutto, una forte motivazione ad allenare e che ponga il massimo rispetto verso le sue atlete (Dispense per moduli didattici della FGI, 2012). In questi termini l'allenatore sarà in grado di aiutare l'atleta a crescere dal punto di vista sportivo e allo stesso tempo personale, curandone la salute psicofisica e aiutando ad affrontare le difficoltà durante il loro percorso, soprattutto quelle legate alla crescita che possono influenzare l'andamento sportivo. In questo modo, l'allenatore che orienta il proprio approccio alla competenza e non alla performance, potrebbe spostare l'attenzione dalla mera ricerca della perfezione, tecnica ed estetica, alla competenza dell'atleta. L'orientamento alla competenza potrebbe costituire una preziosa risorsa nella prevenzione di situazioni potenzialmente dannose

per la salute mentale e fisica, magnificando aspetti protettivi e diminuendo l'impatto dei fattori di rischio.

Capitolo 5 – Considerazioni finali

La ginnastica ritmica è uno sport estetico centrato sull'eleganza e la tecnica. Alla ginnasta è richiesto di esprimersi attraverso il suo corpo e riuscire ad affascinare i giudici e il pubblico esclusivamente attraverso di esso. L'atleta, però, prima di essere tale è una persona che durante la pubertà e la crescita, potrebbe dover affrontare dei momenti di difficoltà legati ai diversi cambiamenti, a livello estetico e psicologico, che caratterizzano questo periodo della vita. Per questo motivo è importante che l'allenatore si presenti alle atlete non solo come la figura che ha il compito di allenarle e accompagnarle alle competizioni ma anche come una persona sulla quale poter contare e chiedere aiuto in caso di necessità. In questo modo si può creare una relazione fondata sul rispetto reciproco e sulla fiducia, due aspetti fondamentali per lavorare bene e in sincronia e raggiungere gli obiettivi che ci si pone, insieme.

Considerata l'elevata percentuale di casi di DCA in atlete che gareggiano ad alto livello è importante che gli allenatori siano anche consapevoli e preparati nel riconoscere potenziali campanelli d'allarme per lo sviluppo di un DCA e sappiano indirizzare la ginnasta a cure adeguate, laddove ce ne fosse bisogno. In ottica preventiva, dato il ruolo centrale del perfezionismo nello sviluppo di DCA, sarebbe importante impostare un allenamento che non valorizzi la ricerca della perfezione, né a livello estetico né prestazionale. La ginnasta dovrebbe essere accompagnata a valorizzare il suo corpo nell'ottica di strumentalità funzionale, ovvero avere un corpo sano per muoversi e fare qualunque tipo di attività, e non ricercare la magrezza e forme corporee irreali. Lo scopo dovrebbe essere quello di trovare un equilibrio tra lo sport e la vita quotidiana, per permettere alla ginnasta di crescere in un ambiente favorevole alle sue capacità, di aumentare la sua autostima, di fare esperienze e di raggiungere i suoi obiettivi, rispettando sé stessa, i suoi bisogni e i suoi tempi.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013), “Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)”, *American Psychiatric Publishing*

Aparo M., Cermelj S., Piazza M., Rosato M.R., Sensi S. (1999), “Ginnastica Ritmica”, *Piccin nuova libreria*.

Attia E. & Walsh B. T. (2022), “Anoressia nervosa: disturbi psichiatrici”, *Manuale MSD Edizione Professionisti*.

Berlutti, Caldarara, Cecere, Giampietro & Spada (1991), “Caratteristiche antropometriche, composizione corporea e maturazione biologica di ginnaste ritmico-sportive di elevato livello agonistico”, *Rivista Gymnica Ed. FGI*.

Broks P. (2020), “Unholy anorexia. Medieval mystics starved the body to feed the soul. Understanding this perfectionist mindset could help treat anorexia today”, *Edited Nigel Warburton, Aeon*.

Burns D. D. (1993), “The ten steps to self-esteem”, *Editore William Morrow e Co*.

Cuzzolaro M. (2004), “Anoressie e Bulimie, troppo o troppo poco: un’epidemia dei nostri tempi”, *Bologna, Il Mulino*.

Dakanalis A., Clerici M., Di Mattei V. E., Caslini M., Favagrossa L., Prunas A. & Zanetti M. A. (2012), “The role of cultural factors on eating and body –related disorders”, *In A. Fiorillo (Eds.), New directions in Psychiatry, Rome, RM: Pacini*.

Dalle Grave R., Calugi S. & Marchesini G. (2008), “Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome”, *Comprehensive psychiatry*.

Dietrich H. (1969), “Teoria dell’allenamento -Indicazione di una metodica generale dell’allenamento”, *Sportverlag di Berlino*.

Donti O., Donti A., Gaspari V., Pleksida P. & Psychountaki M. (2021), "Are they too perfect to eat healthy? Association between eating disorder symptoms and perfectionism in adolescent rhythmic gymnasts", *Eating behaviors*.

Fairburn C. G., Cooper Z., Doll H. A. & Welch, S. L. (1999), "Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons", *Archives of General Psychiatry*.

Fairburn C. G., Cooper Z. & Shafran R. (2003), "Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment", *Behaviour research and therapy*.

Frost R. O., Marten P., Lahart C., & Rosenblate R. (1990), "The Dimensions of Perfectionism", *Cognitive Therapy and Research*.

Garner D. M. & Garfinkel P. E. (1979), "The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa", *Psychological medicine*.

Gura T. (2008), "Schiave del Digiuno", *Mente & Cervello*, Gedi Ed., Milano.

Halmi K., Sunday S., Strober M., Kaplan A., Woodside B., Fichter, M., Treasure J., Berrettini W. & Kaye W. (2000), "Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior", *American Journal of Psychiatry*.

Hamachek D. E. (1978), "Psychodynamics of Normal and Neurotic Perfectionism", *Psychology: A Journal of Human Behavior*.

Haworth-Hoeppner S. (2000), "The critical shake of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders", *Journal of Marriage and Family*.

Krentz E. M. & Warschburger P. (2011), "Sports-related correlates of disordered eating in aesthetic sports", *Psychology of Sport and Exercise, Volume 12, Issue 4*.

Lombardo C., Lucidi F., Devoto A., Russo P. M., Tavella S., Pirritano M. & Violani C. (2002), “Pratica sportiva e fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione”, *Movimento*.

Madigan D. J., Stoeber J. & Passfield L. (2016a), “Perfectionism and changes in athlete burnout over three months: Interactive effects of personal standards and evaluative concerns perfectionism”, *Psychology of Sport and Exercise*.

Madigan D. J., Stoeber J. & Passfield, L. (2016b), “Perfectionism and attitudes towards doping in junior athletes”, *Journal of Sports Sciences*.

Martinsen M. & Sundgot-Borgen J. (2013), “Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls”, *Medicine and science in sports and exercise*.

Miazzi G. (2022), “Relazione tra immagine corporea e performance sportiva: studio esplorativo su un gruppo di atlete praticanti ginnastica ritmica”, *Tesi di laurea magistrale in Scienze e Tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata, Università degli Studi di Padova*.

Minuchin S., Rosman B. L. & Baker L. (1978), “Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context” *Cambridge, MA: Harvard University Press*.

Ostuzzi R. & Luxardi G. L. (2003), “Figlie in Lotta con il Cibo: Un aiuto per i genitori, le ragazze, gli insegnanti e gli amici”, *Baldini & Castoldi*.

Rampelli E. & Nespica M.L. (2009-2010), “Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Atti del seminario. I Giorni Dispari – The Odd Days- Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare”. *Todi*.

Reynolds W. M. (1982), “Development of reliable and valid short forms of the Marlowe- Crowne Social Desirability Scale”, *Journal of Clinical Psychology*.

Rodriguez N. R., Di N. M. & Langley, S. (2009), “American College of Sports Medicine position stand. Nutrition and athletic performance”, *Medicine and Science in Sports and Exercise*.

Slade P. (1988), “Body Image in Anorexia Nervosa”, *The British Journal of Psychiatry*.

Stecchi F. (2022), “Inseguono il mito della perfezione, ma a quale prezzo?”, *GDL Psicologia dello Sport dell’Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi del Veneto*.

Strober M. (1991), “Disorders of self in anorexia nervosa: an organismic-developmental paradigm”, In Johnson, C. (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa*, New York: Guilford.

Sullivan P. F. (1995), “Mortality in anorexia nervosa”, *American Journal of Psychiatry*.

Sundgot-Borgen J. & Torstveit M. K. (2010), “Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports”, *Scandinavian journal of medicine & science in sports*.

Thompson J. (2000), “Eating Disorders: The Journal of the Health Visitors’ Association”, *Community Practitioner*.

Van Durme K., Goossens L. & Braet C. (2012), “Adolescent aesthetic athletes: A group at risk for eating pathology?”, *Eating Behaviors*.

Baldini V., Baroni M., Bellano R., Bevilaqua C., Costa N., Francescon G., Furlan T., Massetani M., Pigano M., Restelli T., Rovere A., Saccuman L. & Zanforlini L. (2012), “Dispense per i moduli didattici 1-2-3-5-6”, *Federazione Ginnastica d’Italia Centro Didattico d’Italia*. www.federginnastica.it

Brunoro E. G. & Bargnani A. C. (2023), “Il legame fra atleta e allenatore”, *Gazzetta psicologi dello sport*. www.psicologidelloport.it

Cetola D. S. (2019), “Modello prestativo – Ginnastica Ritmica”, *Chinesiologia sportiva*. www.chinesiologiasportiva.page/modelli-prestativi/ginnastica-ritmica

“Federazione Ginnastica d’Italia – Ritmica”, *Federazione Ginnastica d’Italia*, www.federginnastica.it

“La Carta dei Valori della Ginnastica” (2019), *Ginnastica Ritmica Padova*. www.ginnasticaritmica.padova.it

Latham Z. (2023), “Il perfezionismo nello Sport”, *Comitato Italiano di Scienze Motorie*. www.scienzemotoriecism.org

Lecchi R. (2021), “Perché hai smesso di fare sport? Il drop out sportivo giovanile”, *Centro studi di psicologia dello sport*. <https://centrostudipsicologiadellosport.it>

Nutini V. (2022), “L’importanza dell’allenatore: ruolo, funzione e responsabilità”, *Scienze Motorie*. www.scienzemotorie.com

Redazione Sport (2022), “Nina Corradini-ginnastica, la denuncia: l’allenatrice ci umiliava per non farci mangiare”, *Corriere della sera*. www.corriere.it

Silvestri G. (2022), “Ritmica, fiume di dichiarazioni. Le testimonianze si allargano ad altre discipline”, *Ginnasticando*. <https://ginnasticando.it>

RINGRAZIAMENTI

Questo viaggio è finito.

Dopo tre anni sono riuscita a raggiungere il mio obiettivo, a volte con molte difficoltà e non sempre motivata ma, grazie alla dedizione ho dato tutta me stessa e posso dire di avercela fatta.

Vorrei ringraziare tutte le persone che in questi tre anni mi sono state vicine: in primis i miei genitori che mi hanno sempre sostenuta in tutte le mie scelte, che mi hanno aiutata ad affrontare le mie difficoltà e a superare gli ostacoli più difficili.

Alla mia mamma, che ha sempre creduto in me e che anche se spesso non trova le parole giuste, il suo affetto e i suoi abbracci contano più di mille parole.

Al mio papà, il mio sostenitore numero uno, che ad ogni difficoltà ha sempre avuto una parola di incoraggiamento e con il quale basta uno sguardo per intendersi.

A mia sorella, la persona più forte che conosco, che nonostante tutti gli ostacoli è sempre andata avanti a testa alta e nonostante la distanza che ci separa so che è sempre qui con me.

A Christian, persona dolce e sensibile, con il quale condivido tutte le mie insicurezze e fragilità, i miei sorrisi, le mie paranoie e le mie gioie. Al ragazzo che fa parte della mia vita da un anno ma, nonostante il poco tempo è riuscito a stravolgere il mio modo di vedere tante cose e di affrontare le difficoltà; che nonostante non sia affatto facile starmi accanto nei momenti di crisi ha sempre trovato il modo giusto per strapparmi un sorriso e per sollevarmi il morale.

Infine, un grazie anche a me stessa, per aver trovato il coraggio di affrontare tutte le complessità e di non aver mai mollato la presa, riuscendo a raggiungere anche questo traguardo.

