



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA

**Corso di Laurea Triennale in Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità
e delle relazioni interpersonali**

TESI DI LAUREA

**Disturbi del Comportamento Alimentare e Sport:
analisi dei fattori di rischio che predispongono gli atleti ai DCA.**

Relatrice

Prof.ssa Lea Ferrari

Laureanda: Caterina Massaferrò

Matricola: 2018003

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

INDICE

Abstract	5
Capitolo 1: Disturbi del Comportamento Alimentare	7
Capitolo 2: Sviluppo di DCA in atleti d'elite	9
Capitolo 3: Rischi del disturbo alimentare nella pratica sportiva	13
Capitolo 4: Prevenzione e percorso di cura per un atleta con DCA	21
Capitolo 5: Conclusione	25
Bibliografia	27

Abstract

Sport e Disturbi del Comportamento Alimentare: cosa succede se queste due situazioni vengono combinate insieme?

Abbiamo da una parte un'attività che prepara e costruisce il fisico e la psiche, mentre dall'altra un disturbo che compromette entrambe queste caratteristiche.

Lo scopo di questa tesi è far conoscere come lo sport può diventare un fattore di rischio per lo sviluppo dei DCA.

Innanzitutto, sono molti gli atleti che soffrono di disturbi alimentari: in particolar modo atleti d'élite, agonisti o atleti che praticano determinate attività che richiedono continuo monitoraggio della propria alimentazione e dell'aspetto fisico. Infatti, si è osservato che quanto più lo sport preso in considerazione risulti essere intenso e/o estetico, più questo rischio aumenta.

È stato osservato che la percentuale di sviluppo di DCA è alta negli atleti compresi in una fascia d'età che va dall'adolescenza al giovane adulto: di questi, le donne sono in percentuale maggiore rispetto agli uomini.

In conclusione, sport e disturbi del comportamento alimentare non sono una correlazione scontata: l'elaborato propone uno studio di diversa letteratura che osserva come la pratica sportiva correli con lo sviluppo di un comportamento alimentare patologico.

Capitolo 1

Disturbi del Comportamento Alimentare

Secondo la definizione del DSM-5 (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders), i disturbi alimentari sono caratterizzati da comportamenti inerenti all'alimentazione che portano ad un alterato consumo o assorbimento di cibo tali da compromettere significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale e vengono raggruppati in un'unica categoria diagnostica: "disturbi della nutrizione e dell'alimentazione". Negli ultimi anni la presenza di disturbi alimentari è significativamente aumentata, soprattutto nel mondo occidentale.

A seguire, verranno descritti brevemente i tre principali DCA presenti nel DSM-5.

Anoressia nervosa

Questo specifico disturbo alimentare si presenta come una restrizione per quanto riguarda l'assunzione calorica di cibo in relazione alle necessità fisiologiche dell'organismo, con una conseguente e significativa perdita di peso corporeo.

La persona che ne soffre prova intensa paura del possibile aumento di peso, mettendo così in atto condotte di restrizione ed eventuali condotte di eliminazione come, ad esempio, vomito autoindotto, diuretici, lassativi.

Bulimia nervosa

La persona che soffre di bulimia nervosa mette in atto episodi di abbuffate caratterizzati dall'ingestione di una quantità significativamente maggiore di cibo rispetto alla normale alimentazione in un determinato periodo di tempo molto contenuto. Questa prova, quindi, una sensazione di perdita di controllo: non riesce a smettere di mangiare, né a controllare cosa o quanto sta ingerendo.

Come nell'anoressia nervosa, anche chi soffre di bulimia nervosa, successivamente ad un episodio di abbuffata, per evitare l'aumento di peso tende a mettere in atto inappropriate e ricorrenti condotte compensatorie. Infatti, oltre alle condotte di eliminazione, queste comprendono anche l'eccessiva attività fisica e il digiuno.

Disturbi alimentari non altrimenti specificati (EDNOS)

Sono disturbi dell'alimentazione di severità clinica che non incontrano i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa o la bulimia nervosa; vengono definiti, quindi, sindromi parziali o disturbi sottosoglia. Di tutti i pazienti diagnosticati con DCA, tra il 50 e 60% viene valutato come EDNOS.

L'insorgenza di tali disturbi appena descritti avviene nella maggior parte dei casi tra adolescenza e giovane adultità ed è in percentuale superiore nelle donne rispetto agli uomini.

Infatti, come riconosciuto e sostenuto dalle ricerche, i disturbi dell'alimentazione sono più frequenti nella popolazione femminile: il DSM riporta una prevalenza a 12 mesi per l'anoressia nervosa del 0.4%, mentre, per quanto riguarda la bulimia nervosa, una prevalenza a 12 mesi da 1 a 1.5%. Per questi dati, il confronto con la popolazione maschile mostra un rapporto 10:1, enfatizzata ulteriormente dal fatto che sono ancora poche le ricerche sui disturbi alimentari condotte su un numero più ampio di campioni maschili.

Capitolo 2

Sviluppo dei DCA in atleti d'élite

Come accertato dalle ricerche, i disturbi alimentari possono coinvolgere anche gli atleti d'élite.

Negli ultimi 25 anni, infatti, vi sono stati diversi studi che hanno indagato questa patologia in ambito sportivo. I primi risultati dimostravano che gli atleti con un fisico più snello ottenevano migliori piazzamenti: i podi negli sport che richiedevano un corpo magro e con una massa grassa minima erano ottenuti dagli atleti che rispondevano ai requisiti fisici dell'attività.

Questa tendenza venne però ribaltata quando nuovi studi iniziarono ad identificare performance peggiori per gli atleti che presentavano un IMC (Indice di Massa Corporea) basso.

Per alcune attività fisiche gli atleti d'élite, maschi e femmine, si allenano rigidamente ed hanno una vita competitiva che può esporli a diverse minacce per la loro salute. Le abitudini alimentari di uno sportivo possono sembrare strane, o addirittura estreme, per chi non è atleta: si tiene sotto controllo l'apporto calorico, i cibi della dieta e la performance sportiva in base al peso: tutto questo, solitamente, sotto l'osservazione di un nutrizionista sportivo qualificato. Tutte queste cose vengono poi accompagnate dall'idea di dover mantenere una buona salute, enfatizzando cosa mangiare piuttosto di capire cosa eliminare dalla dieta, permettendo, quindi, un miglioramento della prestazione senza danneggiare corpo e mente. Una estremizzazione di queste abitudini porta, però, allo sviluppo di un vero e proprio disturbo alimentare.

Quindi, lo sport può giocare sia un ruolo protettivo, sia di rischio per i DCA dovuti a fattori biologici (genetici), psicologici (insoddisfazione corporea), di natura socioculturale (la pressione dei pari), di personalità (determinazione, ossessione) ed esperienza (traumi ed infortuni, specializzazione sportiva precoce, istruzione sportiva).

I primi studi sugli atleti dimostrarono (come i primi studi sulla popolazione generale) che i Disturbi del Comportamento Alimentare fossero limitati solamente al genere femminile. Col proseguire delle ricerche, questo problema è stato identificato in percentuale minore anche nel genere maschile.

I successivi studi indagarono in che rapporto questa patologia si presentasse tra popolazione generale ed atleti: le ricerche che si sono soffermate unicamente su questionari self-report dimostrarono che non vi era differenza nel rischio di sviluppare DCA tra i due gruppi (Coelho et al. 2010). Altri studi che prevedevano un questionario self-report ed una parte di test clinico per diagnosi di DCA dimostrarono che 3 ricerche su 5 presentavano un maggior rischio nelle atlete (Byrne & McLean, 2002; Sundgot-Borgen, 1993; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

In sintesi: la ricerca, ad oggi, ha evidenziato come gli atleti d'élite siano a rischio maggiore di sviluppare una patologia riguardante l'alimentazione rispetto alla popolazione generale. Questo pericolo aumenta per gli atleti che praticano attività che richiedono determinati standard fisici per poter svolgere al meglio le performance sportive.

L'attività sportiva, in ambito di disturbi della nutrizione, può giocare un ruolo sia protettivo se vissuto in modo salutare (protettivo per l'immagine corporea, per l'autostima e la stabilità emotiva), sia di rischio, perché ci si preoccupa del proprio peso e della forma fisica e di conseguenza ci si limita nell'assunzione di cibo per compensare una forte insoddisfazione corporea.

Per alcuni atleti il DCA può essere legato al loro sport, mentre in altri casi questi non sono correlati e la problematica nasce da altre circostanze.

Correlazione Sport e DCA

Il legame tra questi due nasce quando, nella pratica sportiva, gli atleti sentono la pressione di dover diminuire il grasso corporeo, perdere peso, mantenere un sottopeso ottimale o puntare ad un fisico minuto e magro. Gli sport che di base prevedono una corporatura magra sono quelli più a rischio.

La pressione viene effettuata dall'allenatore, dal team e/o dall'ambiente sportivo; in caso contrario, è l'atleta stesso a crearsi degli obiettivi pericolosi da raggiungere.

Correlazione indiretta Sport e DCA

In questi casi, gli atleti utilizzano i sintomi del disturbo per alleviare la pressione e l'ansia associata alla performance sportiva; quindi, la cura che si prevede debbano affrontare non coinvolge lo sport in primo piano.

Sport e DCA non correlati

In questo caso, lo sportivo avrebbe incontrato un disturbo alimentare anche se non fosse stato un atleta, a causa di vissuti esterni allo sport che ne hanno aumentato la predisposizione ad uno sviluppo di questa patologia.

Capitolo 3

Rischi del disturbo alimentare nella pratica sportiva

Come abbiamo appreso nei capitoli precedenti, lo sviluppo del Disturbo della Condotta Alimentare è multifattoriale.

Abbiamo osservato, come fattori di rischio generali, la possibile predisposizione, che può essere di origine biologica, psicologica e/o socioculturale. Inoltre, abbiamo descritto: i fattori scatenanti che ne accrescono il rischio di sviluppo, come episodi traumatici; i commenti negativi che coinvolgono il peso e la forma fisica degli individui e, come ultimo, i fattori perpetuanti, riconosciuti nel bisogno di approvazione del coach o degli altri atleti, nella sensazione di successo dovuta ai primi miglioramenti della performance ed alle conseguenze psicologiche del digiuno.

Approfondiamo ora quelli che sono, invece, i rischi specifici dello sport nello sviluppo di un'alimentazione patologica.

Personalità

Gli atleti che presentano tratti psicologici orientati verso l'alto rendimento, tendenze ossessivo compulsive, ansia, determinazione, perfezionismo e con bassa autostima risultano essere più vulnerabili allo sviluppo di questo disturbo.

Inizio precoce della pratica sportiva

Iniziare un determinato sport da giovanissimi pone il rischio che con lo sviluppo, nel periodo della pubertà, il corpo cambi e raggiunga forme non adatte per l'attività svolta, creando così complicazioni psicologiche nel soggetto: esso, piuttosto che cambiare sport, mette in pratica comportamenti disfunzionali per cambiare la propria apparenza.

Eventi traumatici/infortuni

Pur essendo un pericolo anche per i non atleti, alcuni eventi sono caratterizzati solo come rischio specifico per lo sport. Gli atleti d'élite costretti a star fermi dagli allenamenti a causa di un infortunio, di solito sperimentano un aumento di peso indesiderato che, nello stato di fermo e nel successivo rientro in campo, alzano il rischio di condotte alimentari scorrette.

Comportamento del coach

Gli allenatori sono un punto di riferimento per i propri atleti.

Il loro comportamento può influenzarli, tanto da avere il potere di ridurre o aumentare il rischio di DCA.

Un loro atteggiamento sbagliato, come particolari richieste sulle performance sportive ed il peso corporeo, può essere un grande fattore di rischio per gli sportivi: può creare stress ed ansia per la propria immagine corporea, può condurli verso diete estreme e verso un'ossessione per il peso e la paura di ingrassare. Inoltre, un loro elogio di comportamenti ossessivi verso l'allenamento, erroneamente tradotti come sforzo e dedizione, può rinforzare gli atteggiamenti sbagliati degli atleti.

Un allenatore democratico funge da fattore protettore, mentre una relazione unidirezionale del coach verso gli atleti aumenta i rischi.

Genere

Per quanto riguarda i rischi di genere, un approfondimento è da fare per i maschi: si è osservato che più che la spinta verso la magrezza, i disturbi alimentari si sviluppino a causa della dismorfia muscolare. La ricerca di un corpo muscoloso porta questi soggetti, oltre ad intraprendere diete estreme e sovrallenamenti, ad uso ed abuso di anabolizzanti e steroidi, sostanze illegali e di azzardo per la salute

(ad oggi, non si conosce ancora la correlazione tra sostanze dopanti e DCA e se queste siano un rischio o una conseguenza dei disturbi alimentari).

Risk factors for EDs in athletes	
General risk factors	
Biology and genetics	Genetics, age, pubertal status,
Psychology	Body dissatisfaction, low self-esteem, personality traits, negative affects
Socio-cultural	Eating disorders in the family, peer pressure, influence of media, bullying
Physical and/or sexual abuse	
Sport-specific risk factors	Weight cycling and dieting pressure, personality, early start of sport-specific training, traumatic events including injuries, coaching behaviour, rules and regulations in sports
Gender-specific risk factors	Drive for muscularity, anabolic androgenic steroid use, homosexuality

Figura 1: riassunto dei fattori di rischio per i Disturbi del Comportamento Alimentare negli atleti (Solfrid Bratland-Sanda & Jorunn Sundgot-Borgen, 2013).

Pur essendo molti i rischi che si possono valutare ed osservare, sono molte anche le situazioni che rendono l'identificazione del disturbo alimentare in un atleta d'élite difficile:

- *stereotipo del corpo sportivo:* abbiamo tutti uno stereotipo di come dev'essere il fisico ed il peso di un'atleta in determinati sport e proprio a causa di questo, la difficoltà nel riconoscere la patologia aumenta, perché non ci si accorge di quando un corpo è malato se compete in uno sport che prevede determinate caratteristiche.

- *Bisogno di soddisfare*: gli atleti tendono a nascondere il proprio disagio, per timore di creare dispiaceri al coach ed al team sportivo e conseguentemente di perdere il proprio ruolo.
- *Sintomi vs. caratteristiche desiderate*: molti allenatori ed atleti credono che la perdita di peso e la riduzione del grasso corporeo possano portare ad un miglioramento della performance, ma la pressione nel dimagrire o mantenere una certa linea di peso aumenta il rischio che l'individuo sviluppi il disturbo. Quindi, bisogna essere in grado di distinguere tra i possibili sintomi di un'alimentazione patologica e le caratteristiche fisiche desiderate. È sbagliato assumere che una buona performance sportiva sia sinonimo di essere in buona salute, senza andare oltre nell'indagine per un disturbo alimentare.
- *Problemi di genere*: i DCA si presentano anche negli atleti maschi, ma in percentuali estremamente ridotte, sia perché vi sono pochi studi su questa popolazione, sia perché i soggetti maschili sono meno inclini a raccontare i loro sintomi per evitare di venir additati per avere un disturbo che erroneamente viene definito “da donna”.

Un'iniziale perdita di peso può momentaneamente migliorare le performance sportive, creando un'iniziale eccitazione psicologica e fisiologica nell'atleta dovuta ad una iper-regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene: questo produce più cortisolo, adrenalina e noradrenalina come conseguenza del digiuno. Oltre a ciò, l'iniziale perdita di peso migliora la capacità massima d'ossigeno e la performance aerobica, ma, come descritto in letteratura, solo in un breve periodo di tempo.

Questi risultati, che all'atleta sembrano positivi, bastano per motivarlo a continuare nel comportamento errato, rafforzando il disturbo. Una dieta restrittiva mantenuta nel lungo periodo di tempo porta, successivamente, ad un progressivo deterioramento delle performance sportive attraverso diversi meccanismi, come: la deplezione del glicogeno, la quale causa una prematura riduzione delle capacità fisiche, psicologiche e mentali; l'aumento del lattato circolatorio che produce frequenti dolori muscolari

e crampi dovuti alla disidratazione; la perdita di massa grassa che provoca una riduzione della forza muscolare e della performance aerobica.

In seguito, nell'atleta iniziano ad instaurarsi dei comportamenti che hanno, come unico effetto, quello negativo di far progredire il disturbo: essi non assumono cibo di cui non conoscono le calorie o che è stato preparato da altri, tendono a non mangiare in presenza di altre persone o se non sono affamati, iniziano ad osservare la quantità di cibo ingerita dai presenti e si obbligano ad assumerne di meno, autogiudicandosi predominanti o unici in termini di forma, peso e controllo dell'alimentazione.

Ancora, imparano ad utilizzare le condotte di compensazione, comuni nei DCA e molto pericolose, che hanno due funzioni principali: compensare un episodio bulimico (binge eating) e ridurre l'apporto di calorie derivanti dall'assunzione di cibo. Nonostante questo, diversi studi hanno dimostrato che le condotte di eliminazione sono relativamente inefficaci per il controllo del peso; ad esempio, l'induzione del vomito tende ad eliminare solo una parte del cibo ingerito, mentre l'assunzione di diuretici o lassativi aumenta soltanto il rischio di disidratazione (Marwan El Ghoch, Soave F., Calugi S., Grave R., 2013).

Di conseguenza, si arriva ad un punto in cui si presentano i sintomi dell'astinenza di cibo, dovuti alla continua perdita di peso: preoccupazione per i pensieri che riguardano il cibo ed il mangiare, irritabilità, frequenti cambi d'umore, disturbi del sonno, ritiro sociale, debolezza, malessere gastrointestinale, intolleranza al freddo, concentrazione ridotta. Questi, comportano effetti negativi nelle funzioni psicosociali e sono tutti sintomi che in ambito sportivo mettono a rischio i risultati delle performance e degli allenamenti.

Quindi, le complicazioni mediche e psicologiche dipendono: dalla severità e dalla durata e frequenza della restrizione calorica, ammontato, valutazione e composizione del peso perso e dal bilancio elettrolitico indotto dalla dieta insieme alle condotte eliminatorie/compensatorie.

Conseguenze mediche

Si sono osservati problemi cardiovascolari, gastrointestinali, endocrini, riproduttivi, scheletrici, renali e del sistema nervoso centrale, oltre che la registrazione di una correlazione dei DCA con stress e depressione. Aumenta il rischio di frequenti infortuni e fratture ossee dovuti ad una riduzione della densità ossea per la limitazione dell'apporto nutritivo necessario in base al consumo di energia. Degli studi hanno analizzato anche la presenza di atrofia muscolare nei soggetti affetti da anoressia nervosa. Inoltre, i disturbi alimentari presentano rischio di mortalità: è stato osservato un rapporto 5:1000 per i soggetti affetti da Anoressia Nervosa, 3:1000 per gli EDNOS ed un 1.7:1000 per chi soffre di Bulimia Nervosa (Arcelus et al., 2011).

Conseguenze sulla performance

Il tipo di conseguenze dipende: dal tipo di disturbo alimentare e dalla durata e severità dello stesso. Oltre a ciò, in comune a tutti i DCA vi sono come conseguenze: la stanchezza prematura, l'aumento di crampi muscolari (dovuto, ad esempio, a colpi di calore), difficoltà motoria, problemi nella coordinazione, disturbi elettrolitici che portano ad un deterioramento della funzione muscolare e nel tempo la perdita della massa muscolare (con conseguente perdita di potenza e forza).

Quindi, un allenamento eccessivo e compulsivo è difficile da identificare, specialmente negli atleti d'élite, abituati a seguire un ritmo sostenuto di attività fisica. Il dubbio di una possibile presenza di un disturbo del comportamento alimentare viene quando l'atleta riporta affaticamento, perdita di peso, insonnia e deterioramento nella performance sportiva.

Inoltre, nelle femmine è stata osservata una "Athlete triad syndrom" che accende l'allarme di un possibile DCA: problemi mestruali, bassa capacità energetica, ridotta densità minerale nelle ossa. Si ipotizza esista anche una "Male athlete triad syndrom", ma non è stato ancora approfondito l'argomento.

Physical/medical characteristics	Psychological/behavioral characteristics
Low energy availability	Restrictive eating and/or bingeing and purging (some have secretive eating)
Irregular menstruation	Anxiety, both related and unrelated to sport performance
Noticeable weight loss or constant weight fluctuation	Depression
Excessive training	Avoidance of eating and eating situation
Frequent injuries and lengthened recovery	Dissatisfaction with body image
Overuse injuries and stress fractures	Extreme performance orientation
Muscle weakness, cramps, or both	Self-critical, especially concerning body weight, composition, and performance
Fatigue beyond that normally expected in training and competition	Low self-esteem, poor coping skills, compulsiveness, perfectionism, and self-critical
Symptoms of overtraining (can also be psychological)	Mood swings
Gastrointestinal problems (i.e., constipation, bloating, diarrhea)	Claims of feeling fat despite being thin
Hypothermia	Compulsive and excessive training, also when injured
Dehydration	Insomnia
Electrolyte abnormalities	Resistance to weight gain or weight maintenance recommended by sport support staff
Dental and gum problems	Excessive use of the restroom
Cardiac arrhythmias, anemia	Substance abuse-whether legal, illegal, prescribed, or over-the-counter drugs, medications, or other substances
Skeletal demineralization	Bathroom visits immediately following meals
Delayed growth	Reduced social activities
Hypogonadism, Hypercortisolemia	Poor concentration, fatigue
Reduced endothelium-dependent vasodilatation	
Infertility (lasting?)	
Possible increased breast, cervical, ovarian cancer risk	
Elevated plasma cholesterol, triglycerides, and low density lipoprotein (LDL)	

Figura 2: tabella delle caratteristiche fisiche/mediche e psicologiche/comportamentali dei disturbi alimentari negli atleti (Monica K. Torstveit and Jorunn Dundgot-Borgen, 2014).

Performance-related consequences
Decreased nerve conduction velocity
Decreased muscle contraction rate
Decreased reaction time
Atrophy and loss of lean body mass
Decreased strength and power
Decreased aerobic endurance
Decreased blood flow to skeletal muscle
Decreased delivery of oxygen to muscle
Increased recovery time
Impaired oxidative metabolism in skeletal muscle
Increased number of training days missed due to musculoskeletal injuries or infections
Decreased self-esteem, fear of failure
Decreased concentration
Light-headedness
Fatigue

Figura 3: presentazione delle possibili conseguenze delle performance legate a DCA (Monica K. Torstveit and Jorunn Dundgot-Borgen, 2014).

Capitolo 4

Prevenzione e percorso di cura per un atleta con DCA

La maggior parte della letteratura utilizzata per questo elaborato suggerisce come primo lavoro nella prevenzione la formazione degli allenatori su quali siano i disturbi alimentari e i rischi che comportano agli atleti, sia capire la complicata connessione tra il peso, la dieta e la performance per facilitare il riconoscimento di un DCA in modo da intervenire tempestivamente. Infatti, gli allenatori presentano spesso capacità insufficienti nell'identificazione di un eventuale DCA e sono i primi che tendono a minimizzare il problema, agendo soltanto quando il disturbo compromette la performance sportiva.

Il target su cui lavorare non si ferma soltanto ai coach, ma coinvolge atleti, personale di supporto e parenti.

Alla base di tutto, un buon rapporto coach-atleta crea già un ambiente sicuro dove confrontarsi, ma sono diverse le ulteriori condotte che gli allenatori possono prendere in considerazione per creare un contesto ed un clima che diminuiscano la probabilità che i soggetti più vulnerabili sviluppino patologie alimentari.

Questi possono essere: sfatare miti e fraintendimenti dell'associazione tra energia/nutrienti assunti, dieta, peso, composizione corporea e performance atletica; insegnare ad apprezzare questa relazione; ricordare e sottolineare i limiti dell'uso della misurazione del grasso corporeo; evitare di pesare gli atleti in luogo pubblico (azione che si consiglia possano compiere solo dietisti e psicologi).

Dai ricercatori viene anche consigliato a coach, dietisti e psicologi l'utilizzo di questionari facilmente somministrabili ed interpretabili, per i quali non serve uno specifico training; infatti, essi aiutano a capire il quadro generale di ogni sportivo in correlazione ai DCA. Tra questi, Alan Currie & Jeanette Crosland (2009) suggeriscono l'utilizzo del questionario di screening SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food - Morgan et al., 1999), il quale, attraverso 5 semplici domande, aiuta a mettere in evidenza la presenza di un'alterazione generica del comportamento alimentare.

SCOFF Questionnaire		
Do you make yourself Sick because you feel uncomfortably full?	Yes	No
Do you worry you have lost Control over how much you eat?	Yes	No
Have you lost more than One stone (7kg) in a three-month period?	Yes	No
Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin?	Yes	No
Would you say that Food dominates your life?	Yes	No

Figura 4: questionario di screening SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food), Morgan et al., 1999).

Normalizzare l'alimentazione è un processo che risulta essere più complicato nel mondo sportivo che nella popolazione generale, per questo, sono necessari programmi di prevenzione specifici, per l'ambiente in cui vengono applicati e distinti, per età e sesso dei soggetti che vengono osservati.

La prevenzione nella nutrizione coinvolge le buone pratiche di alimentazione e promuove l'assunzione corretta di cibo nel supporto dell'allenamento e della competizione, attraverso diete che devono rispettare determinati criteri: mantenere una buona salute fisica e mentale, permettere l'assunzione di dosi adeguate di tutti i nutrienti, far corrispondere l'apporto di calorie al fabbisogno energetico. Frequentemente, questo equilibrio non viene soddisfatto dagli atleti che incorrono così nello sviluppo di un DCA.

È questo il momento in cui il team sportivo deve agire per limitare il progredire del disturbo ed avviare un percorso di cura, partendo dalla somministrazione di metodi di misurazione adatti. Tenendo in considerazione che spesso gli atleti tendono a raccontare sintomi che non sono correlati al disturbo, i professionisti devono capire quali dei metodi di valutazione sia il migliore per analizzare la situazione. Questi, possono essere di tipo: self-report, osservazionale, checklist di sintomi, test standardizzati sui pasti, interviste cliniche (es. EDI_Eating Disorder Inventory; EAT_Eating Attitudes Test).

Una volta indagato l'attuale stato della patologia, l'intervento suggerito dai ricercatori è quello multidisciplinare: coinvolgere nel percorso di cura medici, medici sportivi, nutrizionisti, psicologi, psichiatri e fisioterapisti. Inoltre, più giovane è l'atleta, più viene coinvolta la famiglia.

Tra i primissimi interventi vi è quello dello psicologo e dello psichiatra, i quali attraverso la terapia analizzano le situazioni che hanno condotto il soggetto a sviluppare DCA, iniziando un percorso verso la guarigione. Nonostante si sappia che un percorso con uno psicoterapeuta sia un importante tassello, gli atleti tendono a sentirsi ambivalenti a riguardo, soprattutto nei confronti di un disturbo alimentare. In diverse interviste gli atleti hanno affermato di non fidarsi di chi intende trattare la loro patologia legata al cibo, perché percepiscono uno stigma sui disturbi mentali che contrasta con l'identità di atleta, portando l'individuo stesso a percepire una discrepanza tra l'io col disturbo e l'io atleta.

A dimostrazione di ciò, uno studio di Karin de Bruin (2017) evidenzia come solo il 17% degli sportivi seguiti in terapia per DCA ha affermato che l'intervento di psicologi e psichiatri ne ha facilitato il recupero. Molti, raccontavano di essersi sentiti incompresi, soprattutto da chi consigliava uno stop dagli allenamenti e dalle gare.

Riguardo questo argomento, vi sono situazioni nelle quali, consultato il medico, l'atleta può continuare la pratica sportiva: questo è il caso degli atleti che hanno un disturbo del comportamento alimentare diverso dall'anoressia nervosa. Si lavora sull'imparare ad allenarsi per sé stessi; infatti, per molti individui, partecipare all'allenamento è un fattore motivazionale che assume il carattere di prima risorsa per avere stima di sé.

Altre situazioni, invece, obbligano uno stop dell'atleta: solitamente, chi viene fermato presenta un DCA specifico per anoressia nervosa, sottolineando che la sua salute non deve essere sottomessa allo sport. In questo caso, l'atleta viene considerato come infortunato ed è importante che continui comunque a presenziare fisicamente nell'ambiente sportivo - soprattutto se facente parte di una squadra - in modo da mantenere il legame col team, il quale si è dimostrato essere un punto centrale nel supporto del percorso

di cura. Però, la problematica che potrebbe presentarsi in uno sport di squadra è il contagio interno, soprattutto se prima della diagnosi del disturbo si nota un leggero miglioramento nella performance dovuto all'iniziale perdita di peso.

Il desiderio di star bene e poter tornare ad allenarsi e gareggiare è un fattore molto importante, un obiettivo che motiva l'atleta nel proprio percorso di riabilitazione, ed è paradossale come lo sport che li ha portati allo sviluppo del DCA, sia esso stesso motivo di recupero. Quindi, la domanda sorge spontanea: quando possono tornare ad allenarsi gli atleti che, a causa del disturbo, sono stati costretti ad interrompere l'attività?

Le diverse prese di posizione a riguardo non raggiungono un accordo su quando il soggetto sia ritenuto guarito. Spesso si indaga la situazione attraverso una valutazione della salute dello sportivo per poi decidere se farlo tornare in pieno regime di allenamenti e competizioni, prendendo la decisione dopo aver consultato tutto il team di supporto.

I criteri di guarigione dovrebbero essere indagati per la specifica popolazione sportiva, senza utilizzare i criteri per la popolazione generale. Questi fattori prevedono: la stabilità medica, la stabilità nutritiva ed un significativo contenimento del disturbo alimentare per poter iniziare il graduale ritorno agli allenamenti.

In conclusione, negli studi osservati, il periodo di guarigione stimato prevede un tempo che può variare dai 2 mesi ai 2 anni.

Capitolo 5

Conclusione

Lo scopo di questo elaborato è quello di far conoscere i DCA anche sotto il punto di vista sportivo, sottolineando come sia una grande problematica per gli atleti d'élite.

In questa tesi sono stati evidenziati i pericoli in cui incorrono i soggetti che soffrono di questa patologia: dall'individuazione del disturbo alla cura dello stesso, fino al ritorno in campo.

Per quanto questo sia un argomento che ad oggi coinvolge molti individui, sono numerosi i lavori e le ricerche che si possono ancora fare nell'ambito dei disturbi alimentari.

Uno studio di Byrne & McLean (2002) ha determinato una differenza assente tra atleti e non atleti per quanto riguarda l'insoddisfazione corporea, la quale risultava di livelli tendenzialmente bassi in entrambi i gruppi, contrariamente alle ricerche su campioni di popolazione generale che hanno sempre correlato la presenza di una patologia alimentare all'insoddisfazione corporea. Vengono suggeriti, quindi, da diversi autori, analisi approfondite su questo argomento, indagando la possibile correlazione sopra citata sulla popolazione sportiva.

Molti ricercatori hanno sottolineato la carenza di studi longitudinali sui DCA in ambito sportivo; quindi, manca ancora un monitoraggio delle variazioni dei soggetti in un prolungato periodo di tempo per comprendere come nell'atleta si sviluppa, si mantiene e si cura questa patologia.

Come per la popolazione generale, anche nell'ambiente sportivo sono limitati gli studi che indagano i disturbi alimentari nei soggetti maschi. Vengono suggerite indagini su una possibile triade maschile composta da: deficit energetici, bassi livelli di testosterone e ridotta massa ossea. Inoltre, si consiglia esaminare il dismorfismo muscolare che solitamente colpisce gli atleti maschi, come un possibile disturbo alimentare.

Infine, vi è un serio bisogno di lavorare con il team sportivo che segue gli atleti d'élite, per una formazione sui comportamenti patologici di tipo ossessivo nei confronti del cibo e su come prevenire e/o agire su questi tempestivamente: dalla conoscenza si deve passare all'azione.

In conclusione, possiamo concordare che il problema non è l'essere atleta, ma essere un atleta d'élite in uno sport che esalta l'eccessiva magrezza per raggiungere risultati migliori nelle performance, unito a scarse conoscenze sull'alimentazione salutare e dalla mancanza di un team formato in grado di accompagnare lo sportivo nella dieta, in modo da evitare o limitare lo sviluppo di un Disturbo del Comportamento Alimentare.

Bibliografía

1. AP (Karin) de Bruin, *Athletes with eating disorder symptomatology, a specific population with specific needs*, in “Current Opinion in Psychology”, 2017, 16:148-153.
2. Bratland-Sanda S., Sundgot-Borgen J., *Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment*, in “European Journal of Sport Science”, 2013, 13:5, 499-508, DOI: 10.1080/17461391.2012.740504.
3. Byrne S., McLean N., *Elite Athletes: Effects of the Pressure to be Thin*, in “Journal of Science and Medicine in Sport”, 2002, 5 (2): 80-94.
4. Currie A., *Responding to eating disorders in sport – UK guidelines*, in “Nutrition & Food Science”, 2009, Vol.39 No.6, DOI 10.1108/00346650911002940.
5. Marwan El Ghoch, Soave F., Calugi S., Dalle Grave R., *Eating Disorders, Physical Fitness and Sport Performance: A Systematic Review*, in “Nutrients”, 2013, 5, 5140-5160, doi:10.3390/nu5125140.
6. Toledo-Hinarejos, M.; León-Zarceño, E.; Cantón-Chirivella, E. *El rol del deporte en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria: una revisión de la literatura más reciente (2015- 2020)*, in “Journal of Sport and Health Research”, 2023, 15(1):116.<https://doi.org/10.58727/jshr.88671>.

7. Torsteveit M.K., Sundgot-Borgen J., *Eating Disorders in Male and Female Athletes*, in “Sports Nutrition”, 2014, 1st Edition. Chapter 42.

8. Trattner Sherman R., Thompson R.A. *Athletes and Disordered Eating: Four Major Issues for the Professional Psychologist*, in “Professional Psychology: Research and Practice”, 2001, Vol.32, No. 1,27-33, Copyright 2001 by the American Psychological Association, Inc. 0735-7028/01/S5.00 DOI: 10.1037//0735-7028.32.1.27.