



MY FIT FRIEND - Multilevel involvement of physical activity and sport actors in early detection and management of body image disorders among young people

TRAINING MANUAL



Co-funded by
the European Union

QUESTO MANUALE È STATO REALIZZATO CON LA COLLABORAZIONE DI TUTTI I PARTNERS DEL PROGETTO



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



IDEE IN FUGA
COOPERATIVA SOCIALE



Co-funded by
the European Union

Finanziato dall'Unione europea. Le opinioni espresse appartengono, tuttavia, al solo o ai soli autori e non riflettono necessariamente le opinioni dell'Unione europea o dell'Agenzia esecutiva europea per l'istruzione e la cultura (EACEA). Né l'Unione europea né l'EACEA possono esserne ritenute responsabili.



Indice

INTRODUZIONE	5
EPIDEMIOLOGIA	6
Terminologia epidemiologica	6
Epidemiologia generale dei disturbi alimentari	6
Anoressia nervosa (AN)	7
Dati locali	8
Bulimia nervosa (BN)	8
Dati locali	8
Bigorexia (dismorfia muscolare)	9
Dati locali	9
Impatto della pandemia di COVID-19	9
Dati locali	10
Conclusioni	11
CONTESTO FISIOLÓGICO	12
La base: Bilancio Energetico e Fame	12
Bilancio energetico: assunzione vs. spesa	12
Tipi di fame: biologica vs. edonica.....	13
Regolazione dell'appetito: il ruolo dell'ipotalamo e degli ormoni	13
Effetti fisiologici a lungo termine dei disturbi alimentari	16
Metabolismo basale e risparmio energetico	16
Impatto ormonale e metabolico	16
Cambiamenti della massa magra e muscolare.....	17
Effetti sulla densità ossea	17
Effetti sul sistema cardiovascolare	17
Sistema gastrointestinale	18
Sistema immunitario e infiammazione.....	18
Cervello e neuroplasticità.....	18
Disturbi del sonno	19
Conclusioni	19
CLASSIFICAZIONE	20
Informazioni generali	20
Anoressia nervosa	20
Criteri diagnostici (DSM-5 TR)	20



Presentazione clinica e specificatori	21
Bulimia nervosa	21
Criteri diagnostici (DSM-5 TR)	22
Presentazione clinica e specificatori	22
Bigorexia (dismorfia muscolare): il paradosso	22
Caratteristiche diagnostiche	23
Presentazione clinica	24
Conclusioni	25
IMMAGINE CORPOREA	26
Introduzione	26
Impatto del disturbo	26
Cos'è l'immagine corporea?	27
Come si sviluppa e viene influenzata l'immagine corporea	27
Fattori individuali	27
Influenze prossimali	28
Influenze distali	30
L'immagine corporea nel corso della vita: il continuum evolutivo	30
Fattori di rischio e di protezione per l'immagine corporea e i disturbi alimentari	31
Fattori di rischio	31
Protettivo Fattori	32
FARMACI PER MIGLIORARE LE PRESTAZIONI E L'ASPETTO (PAED)	33
Introduzione	33
L'influenza delle pressioni professionali e sociali	33
Farmaci per migliorare le prestazioni e l'aspetto (PAED)	33
Agenti dopanti tradizionali	34
Sostanze con effetti diretti sull'immagine corporea.....	35
Integratori alimentari	35
Farmaci per migliorare l'aspetto fisico (FAE) e l'immagine corporea	35
<i>Caso di studio: Anna, 25 anni</i>	36
<i>Caso di studio: Steven McRae, la prospettiva di un professionista</i>	36
Conclusioni	37
GESTIONE	38
Introduzione	38
Riconoscere i disturbi alimentari	39
Anoressia nervosa (AN).....	39



Bulimia nervosa (BN)	41
Bigorexia	42
Identificare i segnali d'allarme: le 10 domande chiave per i professionisti	44
Situazioni che richiedono attenzione immediata	45
Casi di studio	46
Strategie di supporto	46
Creare un ambiente di supporto ed empatia	46
Educare senza fare pressione	47
Incoraggiare l'aiuto professionale	48
Coinvolgimento della famiglia e delle reti di supporto	49
Promuovere un rapporto sano con il cibo e l'esercizio fisico	49
Sfida alle influenze sociali e mediatiche irrealistiche	49
Precauzioni	50
Conclusioni	50



INTRODUZIONE

I Disturbi dell'Immagine Corporea o Disturbi da Dismorfismo Corporeo (DDC) e i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano un gruppo complesso ed eterogeneo di condizioni caratterizzate da gravi alterazioni dei comportamenti alimentari, dei pensieri e delle emozioni legate al cibo, al peso o alla forma del corpo, con potenziali profonde conseguenze sul fisico e sulla salute. Spesso, cambiamenti visibili nel corpo possono precedere una diagnosi formale.

Pertanto, il ruolo delle persone coinvolte nel settore dello Sport e dell'Educazione Fisica è fondamentale.

Spesso, grazie all'attenta osservazione dell'aspetto fisico, dei livelli di attività fisica, della composizione corporea e delle abitudini alimentari, ci si trova in una posizione privilegiata per individuare precocemente i segni di Disturbi dell'Immagine Corporea e dei Disturbi Alimentari. Conoscere la classificazione di questi disturbi e le loro manifestazioni cliniche, spesso subdole, consente di migliorare il riconoscimento, la prevenzione e le strategie di supporto per le persone a rischio o affette da queste condizioni.

Sebbene ne esistano diversi tipi, questo manuale si concentrerà sull'anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN) e la bigoressia (detta anche dismorfismo muscolare), fornendovi le conoscenze necessarie per riconoscere potenziali problemi e comprenderne l'impatto.

EPIDEMIOLOGIA

Terminologia epidemiologica

L'epidemiologia è lo studio della distribuzione e dei fattori determinanti degli stati e delle malattie correlati alla salute all'interno di popolazioni specifiche.

Per comprendere appieno i dati epidemiologici è necessario avere familiarità con la terminologia specifica.

- **Incidenza:** si riferisce al numero di nuovi casi di un disturbo che si verificano in una popolazione durante un periodo di tempo definito, in genere un anno.
- **Prevalenza:** si riferisce alla percentuale di individui all'interno di una popolazione che sono affetti da un disturbo in un momento specifico. La prevalenza differisce dall'incidenza in quanto include sia i casi nuovi che quelli preesistenti, mentre l'incidenza conta solo i nuovi casi. La prevalenza è particolarmente utile per stimare il carico complessivo della malattia e aiuta a prevedere la domanda di servizi sanitari.

Epidemiologia generale dei disturbi alimentari

L'epidemiologia dei disturbi alimentari può essere particolarmente complessa e i dati disponibili possono spesso essere fuorvianti. Si ritiene che i dati epidemiologici sottostimino il reale impatto dei disturbi alimentari. Questa sottostima è dovuta a diversi fattori, tra cui la relativa rarità dei disturbi alimentari nella popolazione generale, la difficoltà a riconoscerli per mancanza di consapevolezza e sottovalutazione della gravità dei sintomi, la riluttanza delle persone colpite a cercare aiuto a causa di un senso di rifiuto o vergogna e l'assenza di registri ufficiali delle malattie. Pertanto, vi è un'urgente necessità di aumentare la consapevolezza della prevalenza e della diversità della tipologia dei disturbi dimorfici e dei disturbi alimentari tra i professionisti, in particolare coloro che lavorano a stretto contatto con adolescenti e giovani adulti, per promuovere l'identificazione precoce e il massimo impegno nel trattamento.

Storicamente, gli studi sulla prevalenza dei disturbi alimentari si sono concentrati sui paesi occidentali. Tuttavia, ricerche recenti indicano che i disturbi alimentari rappresentano ormai un problema globale significativo. Possono colpire individui di qualsiasi età, sesso o background socioeconomico.

Si osservano più comunemente nelle giovani donne di età compresa tra 15 e 25 anni, sebbene alcuni studi suggeriscano che l'anoressia nervosa si manifesti anche in età più precoci. Inoltre, vi sono prove crescenti che i giovani uomini e i giovani di genere non binario siano colpiti da disturbi alimentari più di quanto riconosciuto in precedenza. Il rapporto tra maschi e femmine per i disturbi alimentari è certamente in evoluzione, nonostante il fatto che molte ricerche non abbiano incluso un numero sufficiente di maschi per stabilire stime epidemiologiche affidabili. Studi recenti evidenziano che gli studenti che si identificano come bisessuali, queer o cross-gender hanno maggiori probabilità di diagnosi di disturbi alimentari e mostrano maggiori preoccupazioni riguardo al peso e alla forma del corpo rispetto agli studenti eterosessuali.

Nel complesso, gli atleti svolgono un'attività fisica più intensa rispetto ai non atleti e sembrano avere maggiori probabilità di risultare positivi ai disturbi alimentari, oltre ad essere meno propensi a cercare cure per questi ultimi.

Le attuali stime di prevalenza per tutti i disturbi alimentari classificati nel DSM-5 (*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione*) vanno dal 3,7% al 32,9% nelle donne e dallo 0,5% al 12,8% negli uomini. **Si stima che circa 20 milioni di persone in Europa vivano attualmente con disturbi alimentari** (van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidenza, prevalenza e mortalità di anoressia nervosa e bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 1 novembre 2021;34(6):515-524. doi : 10.1097/YCO.0000000000000739).

DCAs sono associati a un elevato carico di malattia e a un elevato rischio di mortalità. Le comorbilità sono comuni e includono altre condizioni psichiatriche come la depressione e il disturbo post-traumatico da stress, insieme a patologie organiche come complicazioni cardiovascolari, renali e muscoloscheletriche. Pertanto, è evidente una stretta correlazione tra DCAs e costi sanitari elevati, con ricoveri ospedalieri sia psichiatrici che non psichiatrici.

Anoressia nervosa (AN)

Per quanto riguarda l'anoressia nervosa, i tassi di incidenza più elevati si osservano tra le donne, in particolare tra i 10 e i 29 anni. La prevalenza una tantum in Europa è stimata al 4% nelle donne e allo 0,3% negli uomini (van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021 Nov 1;34(6):515-524. doi: 10.1097/YCO.0000000000000739). I tassi di incidenza variano significativamente in base alla popolazione studiata, ai metodi e ai criteri diagnostici. Ad

esempio, studi basati sulla popolazione hanno riportato tassi di incidenza di 120 ogni 100.000 tra le donne svedesi di età compresa tra 20 e 32 anni e di 200 ogni 100.000 tra le donne spagnole di età compresa tra 12 e 22 anni. Tendenze recenti indicano un aumento dell'incidenza nelle ragazze di età inferiore ai 15 anni e un potenziale secondo picco tra le donne in perimenopausa. Si stima che i tassi tra gli uomini siano 10-14 volte inferiori. Tuttavia, i tassi di incidenza e prevalenza tra gli uomini sono probabilmente sottostimati a causa dello stigma e della sottodiagnosi. Recenti risultati suggeriscono che tra gli uomini, specifiche sottopopolazioni, in particolare gli atleti coinvolti in sport incentrati sul corpo e sulla forza come ciclismo, corsa e wrestling, siano a maggior rischio di AN.

Dati locali

In Italia, le differenze tipiche di incidenza tra i sessi per l'anorexia nervosa sono riportate come 8/100.000 per le femmine e 0,02-1,4/100.000 per i maschi.

In Spagna, la prevalenza dell'AN nelle ragazze adolescenti è di circa l'1%, con un rapporto femmine-maschi di 9:1. L'età tipica di esordio è più comune tra i 13 e i 14 anni.

I dati nazionali della Turchia stimano il tasso di incidenza annuale dell'AN in circa 8 casi ogni 100.000 persone. La prevalenza nell'arco della vita tra le ragazze adolescenti in Turchia varia dallo 0,3% al 2,6%, mentre tra i ragazzi è compresa tra lo 0,1% e lo 0,3%. Circa il 95% dei casi di AN in Turchia si verifica nelle donne. L'età di insorgenza tipica in Turchia è compresa tra i 13 e i 20 anni, con un'età media di 17 anni.

Bulimia nervosa (BN)

Per la bulimia nervosa, sono disponibili meno studi. Il picco di incidenza si verifica tra le donne di età compresa tra 20 e 29 anni, sebbene alcuni casi possano manifestarsi anche in età più avanzata. I tassi di incidenza negli uomini sono considerevolmente inferiori. La prevalenza stimata della bulimia nervosa nell'arco della vita varia dallo 0,3% al 4,6% nelle donne e dallo 0,1% all'1,3% negli uomini (van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 1 novembre 2021;34(6):515-524. doi : 10.1097/YCO.0000000000000739).

Dati locali

In Italia, l'incidenza tipica della bulimia nervosa è di 12/100.000 per le donne e di 0,8/100.000 per gli uomini.

In Spagna, la prevalenza della BN tra le giovani donne (di età compresa tra 9 e 25 anni) è compresa tra lo 0,3% e il 2,9%, mentre tra gli uomini è compresa tra lo 0% e lo 0,4%. L'insorgenza avviene solitamente intorno ai 19-20 anni.

Una review esplorativa condotta in Turchia ha riportato una prevalenza di BN dello 0,8% tra adolescenti e giovani adulti, in linea con i tassi riscontrati in altri paesi. Uno studio condotto su 783 studenti universitari turchi ha rilevato che il 13,1% delle donne e il 9,2% degli uomini presentavano abitudini alimentari anomale che potrebbero includere comportamenti associati a BN. Sebbene la BN sia più diffusa tra le donne a livello

globale, in Turchia sono stati osservati tassi crescenti tra gli uomini, il che sottolinea la necessità di una consapevolezza e di interventi inclusivi di genere. La BN si manifesta tipicamente tra la tarda adolescenza e la prima età adulta, e gli studenti universitari (di età compresa tra 17 e 23 anni) sono identificati come un gruppo ad alto rischio in Turchia.

Bigoressia (dismorfia muscolare)

I dati relativi alla Bigoressia, nota anche come Dismorfia Muscolare, sono ancora più scarsi e spesso inaffidabili. Non esistono tassi di incidenza ufficiali a causa dell'assenza di studi longitudinali. Come previsto, gli studi riportano costantemente una prevalenza più elevata tra ragazzi e uomini, con un picco di insorgenza che si verifica tipicamente nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. La prevalenza riportata è del 2,2% nei maschi e dell'1,4% nelle femmine (Mitchison D, Mond J, Griffiths S, Hay P, Nagata JM, Bussey K, Trompeter N, Lonergan A, Murray SB. Prevalenza della dismorfia muscolare negli adolescenti: risultati dello studio EveryBODY . Psychol Med. 2022 ottobre;52(14):3142-3149. doi : 10.1017/S0033291720005206).

Dati locali

In Spagna non esistono statistiche ufficiali specifiche sulla prevalenza della dismorfia muscolare. La popolazione più colpita è costituita principalmente da giovani maschi tra i 18 e i 35 anni. Tra le caratteristiche principali figurano un'eccessiva preoccupazione per la propria muscolosità, la distorsione dell'immagine corporea, l'esercizio fisico compulsivo e, in alcuni casi, l'uso di steroidi anabolizzanti.

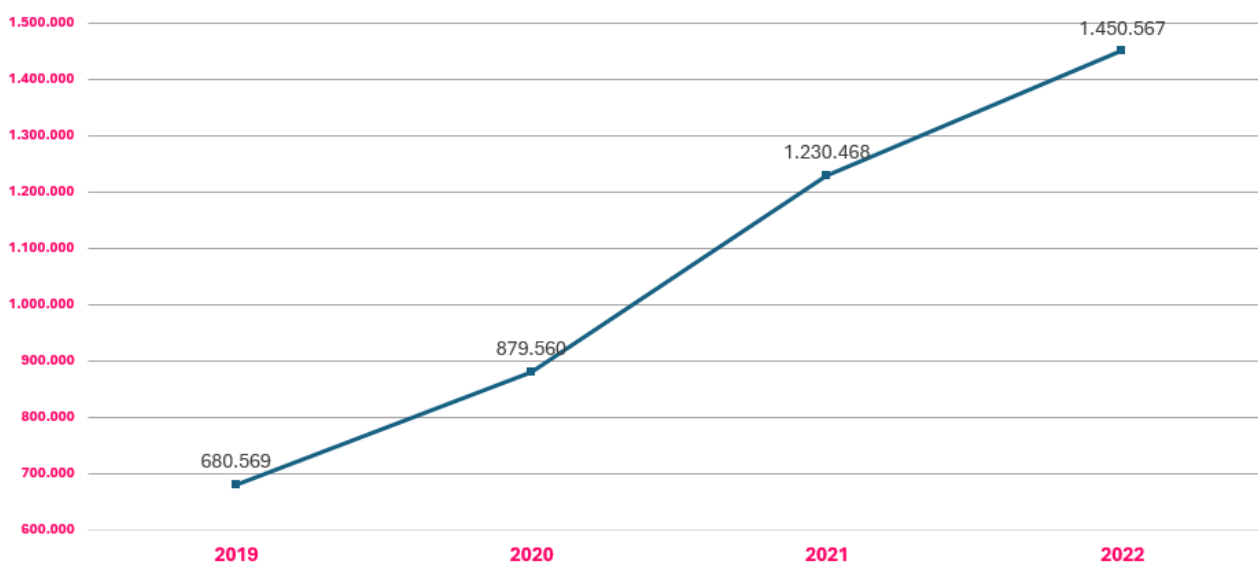
In Turchia, uno studio trasversale su 430 studenti universitari maschi ha rilevato che il 16,3% di quelli iscritti alle facoltà di scienze motorie e il 6% a quelle di infermieristica mostravano tendenze alla dismorfia muscolare. Tra i culturisti professionisti, universitari e amatoriali, gli studi hanno riportato tassi di prevalenza dei sintomi della dismorfia muscolare rispettivamente del 58,3%, dell'11,2% e del 5,7%.

Impatto della pandemia di COVID-19

La pandemia di COVID-19 sembra aver esacerbato significativamente i sintomi dei disturbi alimentari, portando a un forte aumento dei ricoveri ospedalieri in tutta Europa. Oltre a un aumento della prevalenza, i pazienti giovani presentano sintomi più gravi rispetto al periodo pre-pandemico. Diversi fattori hanno contribuito a questo deterioramento della salute mentale, tra cui l'interruzione delle routine quotidiane, l'interruzione dell'attività fisica regolare, le limitazioni della libertà personale, l'aumento del tempo libero, la riduzione delle interazioni sociali, la maggiore esposizione a contenuti online che scatenano l'ansia, il ridotto accesso alle reti di supporto e ai servizi sanitari e la diminuzione della sensazione di controllo.

Dati locali

In Italia, si stima che circa 3 milioni di persone soffrano di disturbi alimentari, pari a circa il 5% della popolazione. Il trend dei nuovi casi di disturbi alimentari (di ogni tipo) rilevati dai servizi territoriali è aumentato drasticamente dopo la pandemia.



National Survey Ministry of Health 2019-2023 (Edited by Laura Dalla Ragione Scientific Director of the CCM Project Ministry of Health DCA) Sole 24 ore Apr 4, 2023

Storicamente, in Italia i disturbi alimentari colpivano principalmente individui di età compresa tra i 14 e i 25 anni, manifestandosi in due momenti critici: la pubertà e il passaggio all'età adulta. Tuttavia, si osservano due tendenze recenti significative: l'abbassamento dell'età di insorgenza dei disturbi, con il 30% dei nuovi pazienti nel 2023 di età inferiore ai 14 anni, e un preoccupante aumento dei casi in età infantile, dove i bambini 8-9 anni mostrano sintomi tipicamente osservati negli adolescenti. Inoltre, si registra un aumento della popolazione maschile colpita, con il 10% dei casi tra i 12 e i 17 anni che riguarda i maschi.

Uno studio nazionale condotto in Portogallo durante il COVID-19 su 580 donne non ha mostrato differenze significative nell'Indice di Massa Corporea (IMC) nei cambiamenti generali della routine alimentare/di esercizio fisico, ma l'immagine corporea e i sintomi di abbuffate compulsive erano più elevati nei gruppi pre-obesità e obesità. Preoccupazione per la forma fisica, preoccupazione per il peso e abbuffate aumentavano significativamente con l'IMC. I cambiamenti alimentari più comuni includevano un aumento del desiderio di cibo confortante (fino al 71%) e spuntini tra i pasti (fino al 51%). I gruppi con IMC più elevato hanno riportato maggiori tentativi di controllare il peso attraverso l'esercizio fisico, ma anche maggiori interruzioni dell'attività fisica.

In Spagna, la pandemia ha portato a un netto aumento dell'incidenza dei DCA, dei ricoveri ospedalieri e della gravità dei disturbi tra gli adolescenti nel periodo 2020-2021. Le ragazze adolescenti, in particolare tra i 13 e i 17 anni, sono state identificate come il principale gruppo a rischio. L'influenza di genere ha giocato un ruolo importante a causa delle pressioni socioculturali e degli ideali relativi all'immagine corporea sulle donne. I disturbi alimentari sono considerati un problema di salute pubblica in crescita in Spagna a causa della loro elevata prevalenza, del decorso cronico e della mortalità associata. La durata media dei ricoveri

ospedalieri per i casi di AN è raddoppiata durante la pandemia (da 10,89 a 22,67 giorni). Comportamenti di restrizione alimentare sono stati osservati nel 95,7% dei casi ospedalizzati nel periodo 2020-2021 e l'esposizione ai social media è aumentata significativamente durante la pandemia (dall'11% al 65,2% dei pazienti). Per la BN, i comportamenti associati includevano condotte di eliminazione (39,1% dei casi nel periodo 2020-2021) ed esercizio fisico eccessivo (73,9%).

Conclusioni

I dati epidemiologici presentati evidenziano la natura crescente e complessa dei disturbi alimentari, evidenziandone l'impatto su diverse fasce demografiche e gli effetti esacerbanti di eventi globali come la pandemia di COVID-19. Per i professionisti delle Scienze Motorie/Sportive e dell'Educazione Fisica, queste informazioni sono preziose per l'identificazione e l'intervento precoci. Riconoscere la prevalenza, le specifiche tendenze demografiche e l'influenza di fattori come i social media e la partecipazione sportiva è fondamentale.

BACKGROUND FISILOGICO

La base: Equilibrio Energetico e Fame

Per comprendere le conseguenze fisiologiche dei disturbi alimentari, è essenziale comprendere innanzitutto i meccanismi fondamentali dell'equilibrio energetico e della fame.

Bilancio energetico: assunzione vs. spesa

Il bilancio energetico si riferisce al rapporto tra l'energia introdotta tramite cibo e bevande e l'energia spesa dall'organismo.

La spesa energetica comprende:

- **Metabolismo basale:** l'energia necessaria per le funzioni corporee di base a **riposo**. Il metabolismo basale (BMR) rappresenta la maggior parte del consumo energetico giornaliero e riflette l'energia necessaria per mantenere le funzioni fisiologiche di base come la respirazione e la regolazione della temperatura.
- **Attività fisica:** energia utilizzata durante il movimento e l'esercizio.
- **Termogenesi digestiva:** energia spesa durante la digestione, l'assorbimento e il metabolismo del cibo.

Il corpo umano funziona in modo ottimale quando l'apporto energetico è pari al dispendio energetico. Un bilancio energetico negativo si verifica quando l'energia introdotta è inferiore a quella consumata. Questo può accadere volontariamente – come nel caso di eccessive restrizioni dietetiche – o involontariamente.

Quando l'apporto energetico scende costantemente al di sotto del dispendio energetico, come nell'anoressia o nella vigoressia, questo squilibrio diventa cronico e profondo e il corpo entra in uno stato di bilancio energetico negativo. Questo squilibrio innesca meccanismi di emergenza adattativi che il corpo mette in atto per conservare energia, come la riduzione del metabolismo, il rallentamento delle funzioni non essenziali e la degradazione delle riserve di energia presenti nel tessuto muscolare; ciò può causare affaticamento, ipotermia e compromissione della funzionalità degli organi. Questi adattamenti, soprattutto se prolungati o estremi, possono portare a significativi deficit fisiologici nel tempo,

che vedremo tra poco. Come allenatore, imparare a riconoscere uno stato di equilibrio negativo persistente può davvero fare la differenza.

Al contrario, quando l'apporto energetico supera la spesa energetica, il corpo immagazzina l'energia in eccesso.

Tipi di fame: biologica vs. edonica

La fame non è solo un bisogno fisiologico, ha anche una componente psicologica:

- **Fame biologica:** è la regolazione interna dei bisogni corporei, un segnale fisiologico che indica la necessità di mangiare per mantenere l'equilibrio energetico. La corteccia prefrontale è coinvolta nelle decisioni consapevoli sull'assunzione di cibo in relazione alla fame biologica.
- **Fame edonica:** si riferisce al desiderio di mangiare per piacere piuttosto che per necessità. È fortemente influenzata da fattori psicologici e ambientali come emozioni, stress, umore e contesto sociale. Il sistema limbico, in particolare aree come l'amigdala e il nucleo accumbens, modula i comportamenti alimentari edonistici attraverso la segnalazione della dopamina, che rafforza gli aspetti gratificanti del cibo e svolge un ruolo nella regolazione delle emozioni e del piacere associati al cibo.

La corteccia prefrontale contribuisce a prendere decisioni consapevoli in merito al cibo, mentre il sistema limbico influenza le risposte emotive al cibo. Anche neurotrasmettitori come dopamina e serotonina influenzano il comportamento alimentare, soprattutto in relazione alla ricompensa e alla regolazione dell'umore.

L'interazione tra omeostasi (equilibrio biologico) ed edonismo (ricerca del piacere) è fondamentale per comprendere i comportamenti alimentari.

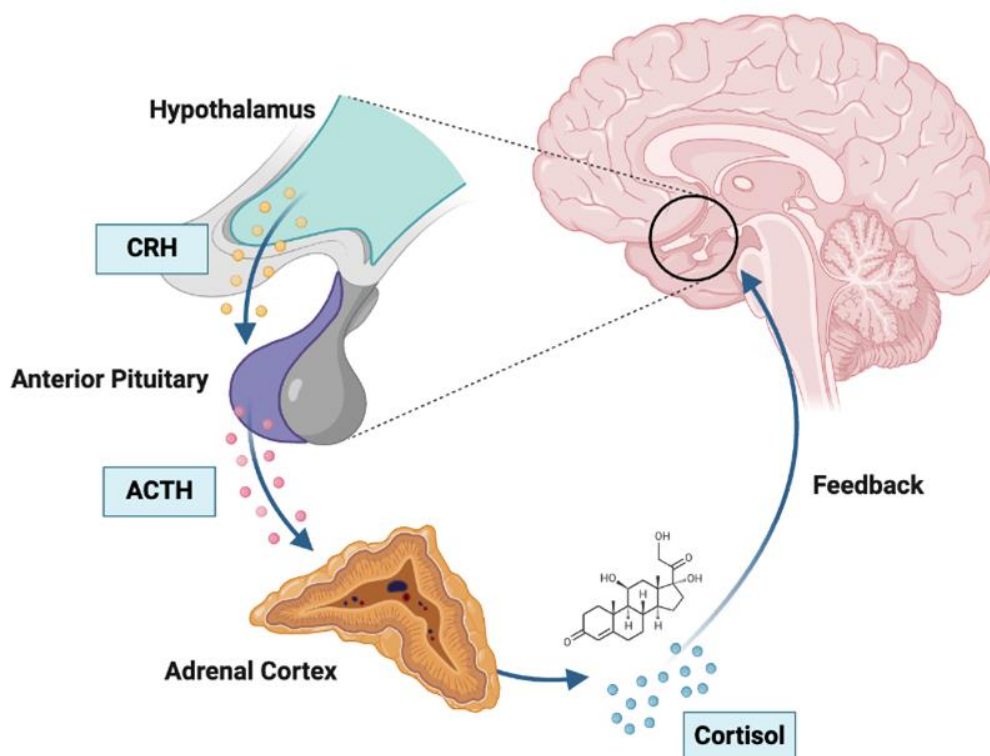
Regolazione dell'appetito: il ruolo dell'ipotalamo e degli ormoni

Per comprendere i disturbi alimentari, dobbiamo prima esaminare come viene regolato l'appetito. La regolazione della fame e della sazietà implica una complessa interazione tra cervello, sistema endocrino e tratto digerente.

Comprendere questi meccanismi ci aiuta a capire perché i disturbi alimentari non sono solo una questione di forza di volontà, ma implicano complesse perturbazioni neurobiologiche.

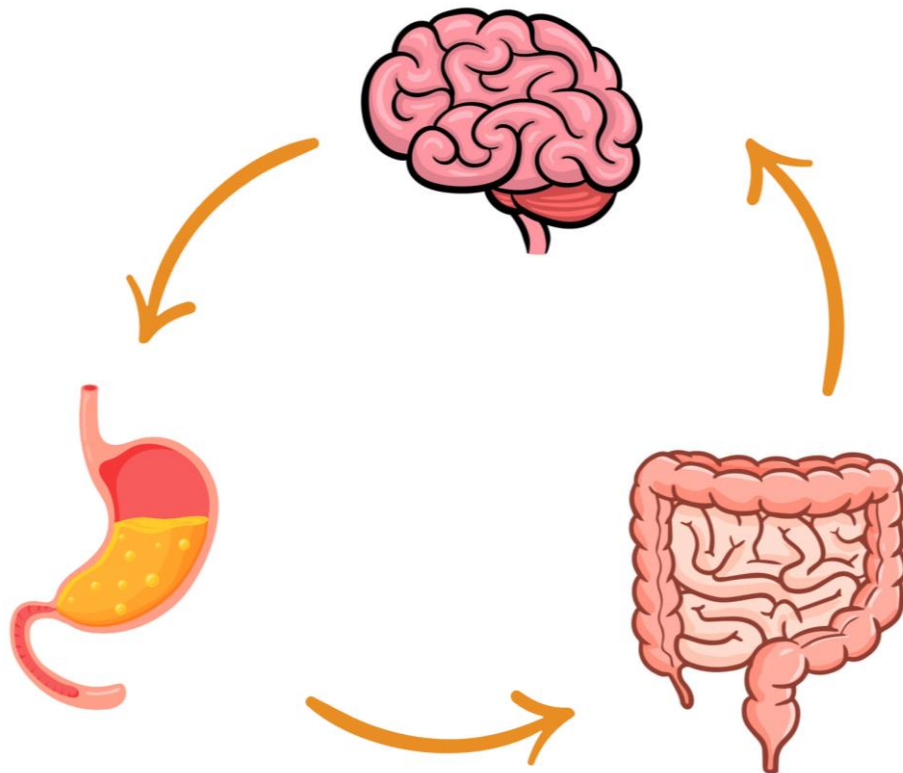
L' **ipotalamo** è la regione cerebrale chiave responsabile della fame e della sazietà. Al suo interno, abbiamo due gruppi principali di neuroni che controllano il comportamento alimentare: i **neuroni NPY/ AgRP**, che **stimolano la fame**, e i **neuroni POMC**, che

promuovono la sazietà. L'ipotalamo funge da centro di regolazione dell'appetito, ricevendo segnali da ormoni e nutrienti per gestirlo. Comunica con l'ipofisi e le ghiandole surrenali, formando l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), che è significativamente influenzato dallo stress.



Questi neuroni ricevono segnali dal corpo attraverso diversi **ormoni chiave** svolgono un ruolo cruciale nella regolazione dell'appetito:

- **Grelina:** prodotta nello stomaco, la grelina stimola l'appetito, con livelli che aumentano prima dei pasti e diminuiscono dopo. Viene spesso definita "l'ormone della fame".
- **Leptina:** secreta dal tessuto adiposo, la leptina segnala sazietà e informa il cervello sui livelli di energia immagazzinata.
- **Insulina:** prodotta dal pancreas, l'insulina regola la glicemia e favorisce la sazietà a lungo termine.
- **Colecistochinina (CCK):** rilasciata dal duodeno e dal digiuno, la CCK aiuta la digestione dei grassi e delle proteine e induce sazietà a breve termine, comunicando al cervello che sei sazio.



Il corpo invia costantemente segnali al cervello: dall'intestino, dal tessuto adiposo, dai muscoli. Il cervello elabora questi messaggi e decide se mangiare, riposare o muoversi. Nei disturbi alimentari, questa comunicazione è interrotta. Queste interruzioni contribuiscono a spiegare perché le persone con disturbi alimentari spesso sperimentano risposte emotive estreme al cibo. Il corpo dice " *Sto morendo di fame* ", ma il cervello, per ragioni psicologiche o biologiche, non risponde in modo appropriato. Nell'anoressia nervosa, gli studi mostrano un'alterazione della segnalazione della leptina, che può contribuire alla soppressione dei segnali di fame. Al contrario, le persone con disturbo da alimentazione incontrollata possono avere una risposta ridotta alla leptina, con conseguente difficoltà nel riconoscere la sazietà.

Oltre agli ormoni della fame, anche i **neurotrasmettitori** svolgono un ruolo cruciale nel comportamento alimentare. I tre principali sono serotonina, dopamina e cortisolo.

- **La serotonina** aiuta a regolare l'umore e il senso di sazietà. Nell'anoressia, si riscontrano alti livelli di serotonina, che possono contribuire ad ansia e a un eccessivo autocontrollo in relazione al cibo.
- **La dopamina** è collegata al sistema di ricompensa cerebrale. In disturbi come l'alimentazione incontrollata, questo sistema è spesso iperattivato, con

un'aumentata attività dopaminergica, che può far percepire i cibi ipercalorici come più appaganti, portando a un'alimentazione compulsiva. Il cibo non è solo carburante, è anche una fonte di piacere. Le persone possono mangiare compulsivamente non perché hanno fame, ma perché il loro cervello cerca piacere o sollievo. E nei disturbi alimentari restrittivi, il piacere è spesso sostituito da ansia o senso di colpa.

- **Il cortisolo**, l'ormone dello stress, è spesso elevato nei disturbi alimentari. Lo stress cronico può alterare la regolazione dell'appetito, aumentare il desiderio di cibi ad alto contenuto energetico e contribuire a una fame nervosa.

Effetti fisiologici a lungo termine dei disturbi alimentari

I disturbi alimentari possono avere effetti gravi e diffusi a lungo termine su vari sistemi dell'organismo.

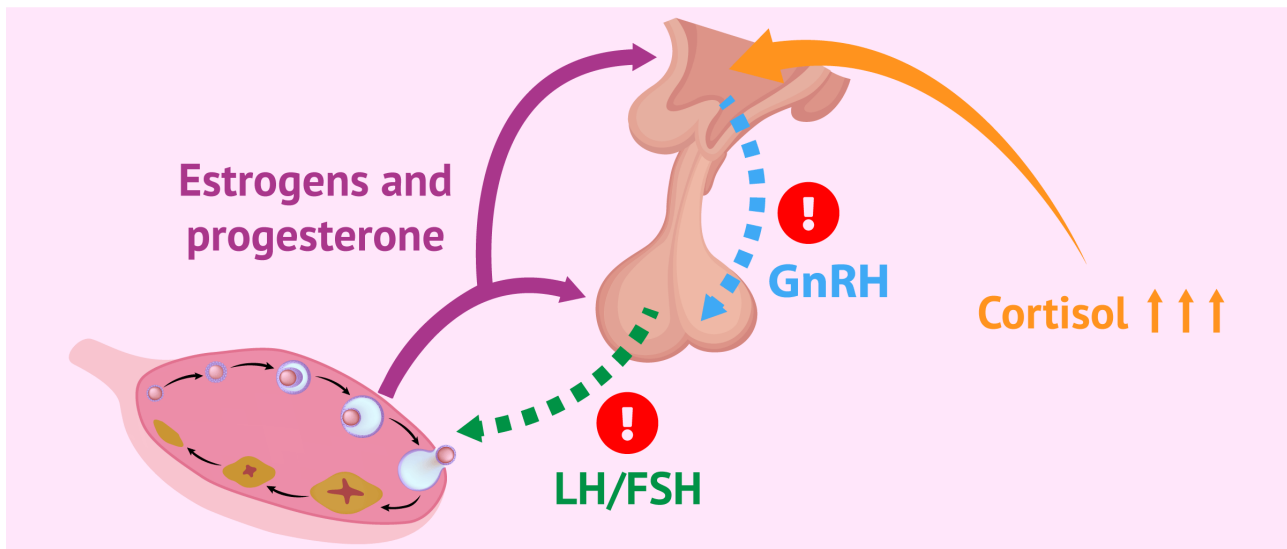
Metabolismo basale e risparmio energetico

In risposta alla restrizione calorica, il metabolismo basale spesso diminuisce, poiché l'organismo cerca di risparmiare energia. Questo adattamento può avere effetti sul sistema nervoso autonomo, con conseguenti bradicardia (rallentamento della frequenza cardiaca), ipotermia (bassa temperatura corporea) e ipotensione (bassa pressione sanguigna).

Impatto ormonale e metabolico

Il sistema endocrino è significativamente compromesso. La restrizione calorica e la riduzione del grasso corporeo possono alterare l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi:

- Inibizione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi (HPG)
- Riduzione di GnRH, LH e FSH
- Diminuzione degli ormoni anabolici
- Diminuzione degli estrogeni → amenorrea
- Anche la produzione dell'ormone tiroideo potrebbe diminuire, riducendo l'attività metabolica.
- I livelli di cortisolo spesso aumentano a causa dello stress cronico e della malnutrizione, contribuendo al catabolismo, all'ansia e ai disturbi del sonno



Cambiamenti della massa magra e muscolare

Quando il corpo entra in uno stato di restrizione energetica, come accade in molti disturbi alimentari, inizia a consumarsi. I muscoli, pur essendo essenziali per la forza e la salute metabolica, diventano una fonte di energia. Ciò comporta una perdita di massa magra e una riduzione della forza fisica e delle prestazioni fisiche.

Il paradosso è che anche chi sembra "in forma" può nascondere un profondo catabolismo muscolare. Un corpo tonico grazie a una bassa percentuale di grasso corporeo non è sempre un corpo sano. Per un allenatore è fondamentale guardare oltre l'aspetto esteriore e interrogarsi sulla reale condizione dell'atleta.

Effetti sulla densità ossea

Uno degli effetti più gravi e subdoli della restrizione energetica nei disturbi alimentari è la compromissione della salute delle ossa.

Quando l'organismo è in deficit, riduce la produzione di ormoni sessuali come gli estrogeni, essenziali per il mantenimento della densità ossea.

Inoltre, con un intestino rallentato e una dieta scorretta, diminuisce anche l'assorbimento del calcio.

Il risultato? Anche le ragazze molto giovani possono sviluppare osteopenia o addirittura osteoporosi precoce, con un rischio concreto di fratture da stress. Per chi si allena, questo è un campanello d'allarme da non ignorare.

Effetti sul sistema cardiovascolare

Il cuore, come qualsiasi muscolo, è affetto da malnutrizione. Bradicardia e ipotensione sono comuni adattamenti al deficit energetico. I pazienti possono manifestare sincope

(svenimento) o collasso, soprattutto durante lo sforzo. Nei casi gravi, possono verificarsi alterazioni strutturali del tessuto cardiaco e una riduzione della massa cardiaca. Inoltre, la deplezione elettrolitica può alterare la conduzione elettrica. Il prolungamento dell'intervallo QT, un'attività elettrica del cuore, aumenta il rischio di gravi aritmie o persino di morte improvvisa.

Sistema gastrointestinale

I disturbi alimentari possono causare una serie di problemi gastrointestinali:

- Gastroparesi: svuotamento gastrico lento, che provoca nausea e sazietà precoce.
- Dolore addominale, gonfiore, pesantezza.
- Stipsi cronica: dovuta alla lenta motilità intestinale.
- : Esofagite (infiammazione dell'esofago), gastrite e gravi squilibri elettrolitici sono comuni come conseguenze del vomito autoindotto o dell'abuso di lassativi. L'uso cronico di lassativi porta anche a danni intestinali e alla perdita del normale riflesso di evacuazione.

Questi sintomi non sono solo secondari: spesso alimentano un circolo vizioso di disagio fisico e ulteriori restrizioni

Sistema immunitario e infiammazione

Anche il sistema immunitario subisce profonde alterazioni nei disturbi alimentari.

In condizioni di anoressia, la grave malnutrizione provoca un crollo delle difese immunitarie, rendendo l'organismo più vulnerabile alle infezioni ricorrenti, anche quelle più banali.

In disturbi come la bulimia o il disturbo da alimentazione incontrollata, al contrario, si osserva uno stato di infiammazione cronica: le cellule adipose rilasciano citochine proinfiammatorie e si attivano processi di stress ossidativo.

Può verificarsi anche una disfunzione del microbiota intestinale, che svolge un ruolo fondamentale nella regolazione dell'immunità e del metabolismo, influenzando sulla guarigione muscolare e sulla resistenza allo sforzo.

Il risultato? Il corpo recupera più lentamente, è meno resistente allo sforzo e più esposto a problemi cronici.

Cervello e neuroplasticità

Anche la neuroplasticità ha bisogno di energia: è importante comprendere che "nutrire il cervello" è essenziale per una vera guarigione.

I disturbi alimentari possono causare cambiamenti strutturali e funzionali nel cervello:

- Riduzione del volume cerebrale: nei pazienti con anoressia nervosa si osserva atrofia soprattutto nella corteccia e nella materia grigia. Questa è una conseguenza diretta della mancanza di nutrienti essenziali per il metabolismo neuronale.
- Alterazioni nella connettività funzionale: tra aree emotive e cognitive.
- Deficit cognitivi: tra cui problemi di attenzione, memoria e flessibilità mentale.

La buona notizia è che molte di queste alterazioni sono parzialmente reversibili con il recupero nutrizionale e la terapia.

Disturbi del sonno

Le persone con restrizione calorica spesso dormono poco e male. Il corpo, privato di energia, entra in uno stato di ipervigilanza metabolica: è come se fosse "in allerta", alla ricerca di cibo, e fatica ad entrare in una fase di sonno profondo. Pertanto, gli individui con disturbi alimentari spesso sperimentano insonnia iniziale o risvegli frequenti, che portano a un sonno leggero e non ristoratore. La restrizione calorica e i livelli di serotonina hanno tutti un impatto sul sonno. Inoltre, lo squilibrio neuroendocrino, soprattutto a livello dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, genera un aumento del cortisolo, l'ormone dello stress, che ostacola l'addormentamento.

Nei casi di bulimia e abbuffate, gli sbalzi glicemici e la digestione notturna possono disturbare ulteriormente il riposo.

Per un allenatore, osservare stanchezza cronica, difficoltà di concentrazione o scarso recupero post-allenamento può essere un segnale che il sonno, e quindi l'organismo, non funziona correttamente.

Conclusioni

I disturbi alimentari sono profondamente radicati nella neurobiologia, con l'ipotalamo, gli ormoni e i neurotrasmettitori che svolgono un ruolo cruciale nella regolazione dell'appetito e nel comportamento alimentare. Le alterazioni ormonali e metaboliche causate dai disturbi alimentari possono portare a gravi rischi per la salute. Per le persone coinvolte nel campo motorio/sportivo e nell'educazione fisica, la comprensione di questi meccanismi fisiologici è fondamentale. Il tuo ruolo nella diagnosi precoce e nell'invio appropriato a professionisti sanitari può cambiare la vita dei giovani con cui entri in contatto. Puoi contribuire allo sviluppo di strategie di trattamento migliori che si rivolgono sia alla mente che al corpo delle persone che lottano con i disturbi alimentari.

CLASSIFICAZIONE

Informazioni generali

I disturbi alimentari rappresentano un gruppo eterogeneo, che va dai modelli tipici della prima infanzia a quelli più caratteristici dell'adolescenza e della prima età adulta.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, Revisione del Testo (DSM-5 TR) fornisce l'attuale quadro diagnostico. I disturbi principali includono Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Bigoressia (Dismorfia Muscolare) e Disturbo da Alimentazione Incontrollabile, oltre a classificazioni più recenti come il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di Cibo (ARFID) e condizioni come l'Ortoressia Nervosa.

Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa (AN) è un grave disturbo alimentare caratterizzato da un modello alimentare restrittivo, da un'intensa paura di ingrassare, da un'immagine corporea distorta e dal rifiuto di mantenere un peso corporeo minimo sano.

Dal punto di vista fisiologico, l'AN è fortemente associata al grave bilancio energetico negativo e alle sue diffuse conseguenze discusse in precedenza, che colpiscono quasi tutti gli apparati, tra cui un significativo rallentamento metabolico, alterazioni ormonali che portano ad amenorrea e perdita di densità ossea, e problemi cardiovascolari come la bradicardia. Se non riconosciuta e trattata tempestivamente, l'AN durante la crescita può compromettere gravemente lo sviluppo fisico e psicologico, portando a disabilità e interruzione del processo di crescita, con conseguenze potenzialmente significative a lungo termine.

L'AN è stata storicamente associata al più alto tasso di mortalità tra i disturbi psichiatrici, con 5,1 decessi ogni 1000 persone all'anno e 1 individuo su 5 con AN deceduto si è suicidato (Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiologia dei disturbi alimentari: incidenza, prevalenza e tassi di mortalità. Curr Psychiatry Rep. 2012 agosto;14(4):406-14. doi : 10.1007/s11920-012-0282-y).

Criteri diagnostici (DSM-5 TR)

1. Restrizione graduale o rapida dell'apporto energetico rispetto al fabbisogno: ciò porta a un peso corporeo significativamente basso in base a età, sesso, percorso di

sviluppo e salute fisica. Il "peso significativamente basso" è definito come un peso inferiore al minimo normale o, per bambini e adolescenti, inferiore al minimo previsto.

2. Intensa paura di ingrassare o di diventare grassi, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche a fronte di un peso significativamente basso. Questa paura non si attenua con la perdita di peso; anzi, spesso si intensifica man mano che l'individuo perde ulteriore peso.

3. Alterazione del modo in cui il peso o la forma del corpo vengono percepiti: eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sull'autostima, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale basso peso corporeo. Gli individui con anoressia nervosa spesso negano la gravità del loro basso peso e possono considerare il loro deperimento come un segno di successo.

Presentazione clinica e specificatori

Il picco di esordio tipico si verifica in entrambi i sessi tra i 15 e i 19 anni; tuttavia, negli ultimi anni, si è osservata un'età di esordio più precoce, in concomitanza con la tendenza generale a una pubertà precoce. La presentazione clinica del disturbo nei preadolescenti può differire leggermente, spesso manifestandosi con un rapido declino dell'assunzione di cibo piuttosto che con un processo graduale, e i preadolescenti potrebbero non mostrare lo stesso livello di preoccupazione per l'immagine corporea, concentrandosi maggiormente su dolore addominale, nausea o sazietà precoce.

Bulimia nervosa

La bulimia nervosa (BN) è caratterizzata da ricorrenti episodi di abbuffate seguiti da comportamenti compensatori inappropriati per prevenire l'aumento di peso, come il vomito autoindotto, il digiuno, l'esercizio fisico eccessivo o l'abuso di lassativi, diuretici, clisteri o altri farmaci. A differenza dell'AN, gli individui con BN in genere mantengono un peso corporeo entro o al di sopra dei limiti di normalità.

Sebbene gli individui affetti da bulimia possano mantenere un peso normale, gli impatti fisiologici sono significativi, in particolare a causa dei comportamenti compensatori. Gli squilibri elettrolitici dovuti alle condotte di eliminazione sono un problema importante, con un rischio di aritmie cardiache; sono comuni anche problemi gastrointestinali come gastroesofagite e stipsi cronica. Anche lo stato infiammatorio cronico e la potenziale disfunzione del microbiota intestinale sono importanti fattori fisiologici da considerare.

La BN è spesso associata a depressione, ansia, disperazione e vergogna. Vi è un rischio aumentato di autolesionismo non suicidario, ideazione suicidaria e morte per suicidio, con un rischio di suicidio 8 volte superiore rispetto alla popolazione generale.

Criteri diagnostici (DSM-5 TR)

1. Episodi ricorrenti di abbuffate: un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti elementi:
 - o Mangiare, in un determinato periodo di tempo (ad esempio, nell'arco di 2 ore), una quantità di cibo decisamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso periodo di tempo e in circostanze simili.
 - o Una sensazione di perdita di controllo sull'eccesso di cibo durante l'episodio (ad esempio, la sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
2. Comportamenti compensatori ricorrenti e inappropriati per prevenire l'aumento di peso: tra queste rientrano il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi, diuretici, clisteri o altri farmaci, il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo.
3. Le abbuffate e i comportamenti compensatori inappropriati si verificano entrambi, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
4. L'autostima è eccessivamente influenzata dalla forma del corpo e dal peso.
5. Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante gli episodi di anoressia nervosa.

Presentazione clinica e specificatori

L'esordio della BN si verifica tipicamente nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. A differenza dell'AN, gli individui con BN potrebbero non mostrare segni visibili di grave perdita di peso, rendendo la diagnosi più difficile. I professionisti potrebbero osservare comportamenti di reticenza nei confronti del cibo o un'insolita preoccupazione per il peso e la forma del corpo, nonostante un aspetto normale.

Bigoressia (dismorfia muscolare): il paradosso

La bigoressia, o vigoressia, o dismorfismo muscolare, è una forma di disturbo dismorfico corporeo, la dismorfofobia, caratterizzata da un'ossessiva preoccupazione per l'idea che il proprio corpo sia troppo piccolo o non sufficientemente muscoloso. Viene spesso

informalmente definita anche "anoressia inversa" a causa della distorsione dell'immagine corporea.

Nonostante l'aspetto atletico, gli individui spesso praticano un'attività fisica eccessiva e seguono rigide abitudini alimentari. Possono seguire diete ipocaloriche e abusare di integratori o steroidi anabolizzanti.

Il paradosso risiede nel fatto che, nonostante l'aspetto muscoloso, gli individui con bigoressia mostrano spesso segni di deficit energetico, simili ad altri disturbi alimentari. Ciò può portare a catabolismo muscolare, riduzione della forza fisica e squilibri ormonali, anche se si sforzano di aumentare la muscolatura. Questa condizione è spesso misconosciuta in ambito sportivo. Può anche essere correlata al RED-S (Deficit Energetico Relativo nello Sport), in cui l'energia consumata è insufficiente a supportare quella spesa nell'attività sportiva, con conseguente compromissione delle funzioni fisiologiche, gli stessi tipi di alterazioni fisiologiche (che influenzano il metabolismo, la salute delle ossa, la funzione mestruale, l'immunità e la salute cardiovascolare) osservati nei disturbi alimentari classici. Il RED-S evidenzia il rischio di denutrizione, spesso carente di calorie, micronutrienti e grassi essenziali anche in individui che non soddisfano i criteri clinici per un disturbo alimentare, ma soffrono di deficit energetici simili.

Caratteristiche diagnostiche

(La bigoressia è classificata nel DSM-5 TR alla voce "Disturbi ossessivo-compulsivi e correlati" come specificatore del disturbo dismorfico corporeo).

1. **Preoccupazione per la muscolatura:** l'individuo è ossessionato dall'idea che il proprio corpo sia troppo piccolo, debole o non sufficientemente muscoloso, sebbene possa essere oggettivamente molto muscoloso. Questa preoccupazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
2. **Comportamenti ripetitivi o atti mentali:** l'individuo mette in atto comportamenti ripetitivi (ad esempio, esercizio fisico eccessivo, ore trascorse in palestra, sollevamento pesi eccessivo, controllo compulsivo della muscolatura allo specchio, cura eccessiva della persona, dermatillomania cioè disturbo ossessivo-compulsivo caratterizzato dalla tendenza a tormentare la pelle in modo ripetitivo, causando lesioni, abbronzatura eccessiva) o atti mentali (ad esempio, confronto del proprio corpo con quello degli altri) in risposta ai problemi di aspetto fisico.

3. **Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale** (ad esempio, un disturbo alimentare, in cui il problema riguarda principalmente il grasso corporeo e la perdita di peso).

Presentazione clinica

La bigoressia è più comunemente osservata negli uomini, sebbene possa colpire anche le donne, in particolare quelle che praticano sport di forza. Le caratteristiche principali includono:

- **Esercizio fisico eccessivo e compulsivo:** dare priorità all'allenamento rispetto ad altre attività della vita, il che porta a infortuni o isolamento sociale, con una visione idealizzata del lavoro nel fitness per giustificare e mantenere le attuali abitudini.
- **Percezione distorta di sé:** percepirsi come piccoli o inadeguati nonostante siano oggettivamente muscolosi, il che porta a una persistente insoddisfazione corporea e a una bassa autostima.
- **Disagio emotivo:** provare sentimenti di disperazione, depressione e ansia legati alla propria immagine corporea. Il peso emotivo può essere significativo, con una persistente insoddisfazione corporea nonostante la muscolatura visibile, che influisce negativamente sull'intimità a causa del disagio legato alla nudità e all'attività sessuale. Gli individui possono mettere in discussione lo scopo di un impegno continuo nonostante i risultati.
- **Isolamento sociale:** evitare assembramenti sociali, in particolare quelli che prevedono il consumo di cibo o in cui la propria immagine fisica potrebbe essere esposta o giudicata.
- **Pratiche alimentari rigide ed estreme:** aderire a diete estremamente restrittive volte a massimizzare l'aumento della massa muscolare e a minimizzare il grasso corporeo, con grandi quantità di proteine, e il rigoroso divieto di determinati alimenti.
- **Tensione finanziaria:** spendere somme eccessive di denaro in integratori, abbonamenti in palestra e alimenti specializzati, il che a volte può portare a difficoltà finanziarie.
- **Uso improprio di integratori e steroidi anabolizzanti:** alcuni autori hanno segnalato che la dismorfia muscolare può precedere in un'alta percentuale l'uso di steroidi.

Esiste una notevole preoccupazione a causa dei gravi rischi per la salute associati all'uso di queste sostanze:

- Effetti collaterali fisici tra cui acne, perdita di capelli, ginecomastia (negli uomini) e irregolarità mestruali (nelle donne).
- Sbalzi d'umore e irritabilità molto frequenti.
- Dopo l'interruzione di un ciclo possono manifestarsi sintomi di astinenza che possono portare a depressione e paura di perdere massa muscolare o i progressi ottenuti.

Conclusioni

Comprendere i criteri diagnostici e le manifestazioni cliniche di anoressia nervosa, bulimia nervosa e bigorexia è fondamentale per chi opera nel settore motorio/sportivo e nell'educazione fisica. La vostra posizione unica consente di individuare precocemente anche i più piccoli cambiamenti nell'aspetto fisico, nel comportamento e nel benessere emotivo. Riconoscendo questi segnali, potete svolgere un ruolo cruciale nell'indirizzare le persone verso un supporto medico e psicologico adeguato.

IMMAGINE CORPOREA

Introduzione

Per chi lavora nel settore motorio/sportivo e nell'educazione fisica, comprendere l'immagine corporea è fondamentale. Non si tratta di "solo estetica". È fondamentale ricordare come i segnali di allarme dei disturbi dell'immagine corporea non siano sempre visibili. L'ossessione per il fitness non equivale al benessere, e l'allenamento e la dieta possono essere usati come mezzi di controllo. Questo manuale si propone di fornirvi le conoscenze necessarie per riconoscere, comprendere e supportare adeguatamente i giovani che lottano con i disturbi dell'immagine corporea, aiutandovi a identificare i segnali di allarme, ad ascoltare in modo efficace e a sapere quando e dove indirizzare chi ha bisogno di aiuto.

Impatto del disturbo

Nella società ipermoderna il corpo è uno strumento di comunicazione per trasmettere la propria identità e la manipolazione corporea permette di raggiungere determinati obiettivi comunicativi.

In passato, le pubblicità e i media tradizionali hanno svolto un ruolo importante nello stabilire standard irrealistici di corpo e bellezza "ideali", finché di recente, i social media (SM), in particolare la natura altamente visuale di Instagram, Snapchat e TikTok, hanno rafforzato la sensibilità all'immagine corporea e supportato concetti legati alla salute, all'immagine corporea e allo sport, a volte diffondendo messaggi distorti che sono dannosi per adolescenti e preadolescenti.

L'insoddisfazione corporea colpisce preadolescenti, adolescenti e giovani in modi diversi. La pressione è diversa, ma i rischi sono simili.

I ragazzi tendono a subire pressioni socio-culturali che li spingono ad avere fisici più imponenti e muscolosi; uno studio sull'evoluzione delle figure maschili di azione nel corso di 30 anni, persino negli avatar dei videogiochi e nelle immagini iperrealistiche generate al computer, ha dimostrato che nel tempo sono diventati molto più muscolosi. Le ragazze sono sotto pressione per ottenere un corpo magro o ultra-magro. Tra oltre milleducento adolescenti, circa il 72% ha affermato di sentire un'enorme pressione per raggiungere un bell'aspetto. Naturalmente, c'è un aumento universale della pressione sulla bellezza e una diminuzione della fiducia in sé stesse delle ragazze con l'avanzare dell'età. Si stima che

solo il 4% delle donne in tutto il mondo si consideri bella (Helfert S, Warschburger P. The face of appearance-related social pressure: gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 17 maggio 2013;7(1):16. doi: 10.1186/1753-2000-7-16). Le immagini ritoccate con Photoshop stimolano nelle ragazze e nelle donne una "spinta alla magrezza". Le app offrono inoltre agli adolescenti la possibilità quasi costante di confrontarsi con immagini filtrate e curate di celebrità e coetanei.

Per quanto riguarda l'esercizio fisico, le immagini che ritraggono persone di bell'aspetto che fanno esercizio, con corpi sempre più tonici e definiti, e che mettono in risalto la muscolosità, sono particolarmente dannose; le foto "prima e dopo" danno l'impressione che un ideale sia raggiungibile attraverso la dieta o l'esercizio fisico, quando in realtà il corpo ideale promosso dai media non è fisiologicamente raggiungibile per la maggior parte delle persone.

Cos'è l'immagine corporea?

L'immagine corporea è il modo in cui un individuo percepisce il proprio corpo e le sensazioni che prova in conseguenza di questa percezione. Comprende il modo in cui ci si vede allo specchio o ci si immagina mentalmente, ciò che si pensa del proprio aspetto, come si pensa che gli altri ci vedano e come ci si sente rispetto al proprio corpo. L'immagine corporea è soggettiva; una persona può pesare 50 kg e sentirsi "grassa" o avere muscoli evidenti e non percepirsi mai come tale. Non è un fatto oggettivo.

Un'immagine corporea negativa, un'immagine corporea ideale irraggiungibile, possono portare a comportamenti come l'isolamento sociale dovuto all'imbarazzo per il proprio aspetto, l'evitamento di determinati esercizi a causa dell'insoddisfazione del proprio corpo, l'eccesso di esercizio fisico per "correggere" difetti percepiti, diete non sane o restrizioni alimentari.

Come si sviluppa e viene influenzata l'immagine corporea

Sono diversi i fattori che influenzano l'immagine corporea.

Fattori individuali

- *Tratti della personalità*: alcune caratteristiche individuali, come elevate aspettative ed eccessiva autocritica, abbinate a un temperamento ansioso o perfezionista, possono rendere una persona più vulnerabile a problemi di immagine corporea.

- *Autostima*: poiché l'autoimmagine del proprio corpo rientra nel termine generico di autostima, è correlata ai pensieri e alle sensazioni che una persona ha riguardo al proprio aspetto, alla propria forma fisica o alle proprie dimensioni. Un'autostima positiva funge da scudo contro le immagini negative del proprio corpo.
- *Esperienze passate*: commenti, giudizi, traumi o prese in giro. Una battuta negativa in adolescenza è sufficiente a innescare un eterno confronto con la propria immagine allo specchio.

L'immagine corporea si costituisce principalmente attraverso l'interiorizzazione di ideali di aspetto interiore, tutti influenzati dall'osservazione e dalle interazioni con gli altri. Esistono due tipi principali di influenze:

Influenze prossimali (influenze dirette e immediate) come:

- *Famiglia*: i commenti critici dei genitori sul peso o sulla forma fisica, sia rivolti al bambino che a sé stessi, possono avere un impatto significativo sull'immagine corporea del bambino. Il modello educativo, come l'eccessivo controllo genitoriale sull'alimentazione o le cattive abitudini alimentari, è cruciale. Al contrario, i genitori che rispettano la diversità corporea, evitano discussioni sul peso, promuovono un'alimentazione sana senza restrizioni e costruiscono una buona autostima hanno maggiori probabilità di avere figli con un'immagine corporea positiva. Anche i pasti in famiglia e le esperienze positive a tavola sono cruciali, mentre le relazioni disfunzionali portano a una diminuzione dell'autostima.
- *Coetanei*: prese in giro, bullismo o commenti critici da parte dei coetanei, ma anche la condivisione di foto e selfie sull'aspetto fisico, sono fattori di rischio significativi per problemi di immagine corporea. Inoltre, un ragazzo che riceve complimenti solo quando ha un fisico scolpito imparerà a usare il suo corpo come strumento di approvazione. D'altra parte, un senso di appartenenza e il supporto dei coetanei possono favorire un'immagine corporea più sana. L'influenza del gruppo dei coetanei può quindi indurre comportamenti sia positivi che negativi relativi all'immagine corporea.
- *Allenatori/Insegnanti sportivi*: allenatori e insegnanti esercitano un'influenza significativa sull'immagine corporea degli atleti, poiché contribuiscono a definire le aspettative relative alla composizione corporea e alle prestazioni. Uno stile di allenamento eccessivamente critico o focalizzato sul peso corporeo può contribuire

a un'immagine corporea negativa. Al contrario, un allenamento positivo e di supporto, che enfatizzi lo sviluppo delle competenze, l'impegno e la salute generale piuttosto che l'aspetto fisico, può promuovere un'immagine corporea più sana.

- *Utilizzo di media e social media:* i social media amplificano questo effetto attraverso immagini curate e filtrate, facilitando il costante confronto sociale e l'interiorizzazione di ideali di bellezza irrealistici. I like ed i commenti funzionano come misura di valore.

La ricerca di un sé digitale "perfetto" può portare ad ansia, depressione e insoddisfazione corporea.

Alcuni studi hanno indicato un'associazione tra l'uso dei social network e l'interiorizzazione di un ideale di magrezza/muscolosità, suggerendo che l'esposizione costante a ideali corporei irrealistici possa innescare insoddisfazione corporea e la necessità di modificare abitudini alimentari e di allenamento. Nello specifico, i disturbi dell'immagine corporea e l'uso eccessivo di Internet (EIU) possono ampiamente sovrapporsi a causa della condivisione di fattori di rischio e principi psicologici di base. Non va inoltre trascurato il fatto che l'età media di insorgenza dei disturbi negli ultimi anni si è notevolmente abbassata, colpendo i giovani a partire dai 13 anni, probabilmente anche a causa del progressivo abbassamento dell'età media di accesso ai social network. In particolare, diversi studi hanno evidenziato uno stretto legame tra l'insorgenza della bigoressia e l'avvento dei social media.

Le app rendono gli adolescenti molto consapevoli del peso corporeo, della forma fisica, dell'apporto calorico e dell'esercizio fisico, ma è necessario insegnare loro a filtrare le informazioni che ricevono dai mass media, per evitare l'impatto negativo che i media possono avere.

Gli individui con un'immagine corporea positiva tendono a valutare criticamente, filtrare e smontare le immagini irreali presenti nei media per proteggere la propria immagine corporea. Al contrario, gli adolescenti con bassi livelli di forma fisica potrebbero aumentare il livello di insoddisfazione corporea, che a sua volta aumenterà i sintomi dei disturbi alimentari. Molti soggetti intervistati affermano di aver abbandonato lo sport perché si sentono inadeguati, sia in termini di prestazioni che di aspetto, rispetto agli atleti che vedono sui media e sui social media; coloro che avevano meno fiducia nelle proprie capacità atletiche si definivano "meno in

forma" rispetto all'idea che avevano di un atleta. E sono soprattutto le ragazze ad abbandonare lo sport a causa della pressione competitiva.

Influenze distali Si tratta di influenze più ampie e sistemiche che modellano l'immagine corporea nel tempo:

- **Cultura:** gli ideali culturali di bellezza e forma fisica, spesso rafforzati dalle norme sociali, hanno un impatto significativo sull'immagine corporea. Culture diverse possono dare valore a diverse tipologie di corpo, influenzando ciò che viene considerato "attraente" o "sano".
- **Società:** le pressioni sociali legate al successo, allo status e all'accettazione di sé possono intrecciarsi con l'aspetto fisico, contribuendo all'insoddisfazione corporea. L'enfasi sulla magrezza per le donne e sulla muscolatura per gli uomini nelle società occidentali è un'influenza sociale pervasiva. Infatti, è possibile costruire un'immagine corporea positiva solo se si percepisce che il proprio aspetto fisico è accettabile per la società a cui si appartiene e per le persone che compongono il proprio ambiente sociale.

L'immagine corporea nel corso della vita: il continuum evolutivo

Lo sviluppo dell'immagine corporea è un processo dinamico influenzato da vari fattori nelle diverse fasi della vita.

- **Prima infanzia (3-6 anni):** i bambini iniziano a notare le differenze fisiche e ad associarle a genere, taglia e abilità. I bambini spesso imitano gli atteggiamenti degli adulti nei confronti dell'aspetto fisico. L'insoddisfazione precoce per il proprio corpo può essere innescata da commenti critici da parte di familiari o coetanei, anche in questa giovane età.
- **Tarda infanzia (7-11 anni):** i bambini acquisiscono maggiore consapevolezza degli ideali di bellezza sociali attraverso i media e le interazioni con i coetanei. Possono iniziare a confrontare il proprio corpo con quello degli altri ed esprimere preoccupazioni riguardo al peso o all'aspetto fisico. La pratica sportiva può influenzare positivamente l'immagine corporea, promuovendo un senso di competenza e valorizzando le capacità fisiche, ma può anche generare pressioni se l'attenzione è rivolta all'aspetto fisico.

- **Adolescenza (12-18 anni):** questo è un periodo critico a causa di rapidi e significativi cambiamenti fisici (pubertà), spesso vissuti come "disarmonici" e di una maggiore consapevolezza sociale. Gli adolescenti aumentano la tendenza al confronto, diminuiscono la tolleranza alla frustrazione e quindi sono altamente suscettibili all'influenza dei coetanei e ai messaggi mediatici sulle tipologie di corpo ideali. L'insoddisfazione corporea spesso aumenta, soprattutto tra le ragazze. Il corpo è un "campo di battaglia". I disturbi alimentari emergono frequentemente durante questa fase.
- **Giovane età adulta (19-25 anni):** mentre lo sviluppo fisico si stabilizza, gli individui affrontano nuovi ambienti sociali (ad esempio, università, lavoro) in cui persistono pressioni legate all'immagine corporea. L'enfasi sul mantenimento di uno "stile di vita sano" può talvolta mascherare comportamenti sottostanti legati a disturbi alimentari. Una maggiore indipendenza significa che i sintomi possono essere nascosti più efficacemente e che gli individui possono essere meno propensi a cercare aiuto o a rivelare le difficoltà. Spesso sono coinvolti nella gestione degli studi, del lavoro e delle pressioni sociali.
- **Età adulta (26+ anni):** i problemi legati all'immagine corporea possono persistere, influenzati dall'invecchiamento, dalla genitorialità, dalle esigenze di carriera e dai cambiamenti nei valori personali. Sebbene i disturbi alimentari abbiano meno probabilità di insorgere in età adulta, possono persistere fin dalle fasi precedenti. L'attenzione potrebbe spostarsi dal raggiungimento di un corpo "ideale" al mantenimento di salute e vitalità.

Fattori di rischio e di protezione per l'immagine corporea e i disturbi alimentari

Per una prevenzione e un intervento mirati è fondamentale comprendere i fattori che aumentano o diminuiscono il rischio di disturbi dell'immagine corporea e dell'alimentazione.

Fattori di rischio

- **Obesità infantile:** una storia di obesità infantile aumenta il rischio di sviluppare disturbi alimentari in età adulta.

- **Disturbi neuroevolutivi:** condizioni come il disturbo dello spettro autistico (ASD) e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) possono essere associati a tassi più elevati di disturbi dell'immagine corporea e disturbi alimentari.
- **Alessitimia:** difficoltà nell'identificare ed esprimere le emozioni, può portare a ricorrere al cibo o all'esercizio fisico come meccanismo di difesa.
- **Trauma infantile:** le esperienze traumatiche, tra cui abusi fisici, emotivi o sessuali, rappresentano fattori di rischio significativi.
- **Isolamento sociale:** la mancanza di sostegno sociale e la sensazione di isolamento dagli altri possono aggravare i disturbi del comportamento alimentare e i disturbi alimentari.
- **Esperienze di prese in giro/bullismo tra pari:** essere presi in giro dai coetanei per il proprio aspetto.
- **Partecipazione a sport con elevate esigenze estetiche:** sport come il balletto, la ginnastica, il pattinaggio artistico e il wrestling spesso mettono l'accento sulla magrezza o su specifiche tipologie di fisicità, aumentando il rischio.

Fattori protettivi

- **Partecipazione sportiva incentrata sulla salute e sulle prestazioni:** coinvolgimento in sport che pongono l'accento su abilità, impegno, lavoro di squadra e salute generale piuttosto che sull'aspetto fisico.
- **Capacità di adattamento e regolazione delle emozioni:** strategie efficaci per gestire lo stress e le emozioni senza ricorrere ad alimentazione disordinata o a esercizi compulsivi.
- **Forte rete di supporto sociale:** avere una rete di familiari e amici che offrono incoraggiamento e accettazione anziché concentrarsi sull'aspetto fisico, e offrono anche supporto emotivo.

FARMACI PER MIGLIORARE LE PRESTAZIONI E L'ASPETTO FISICO (Performance and appearance-enhancing drugs PAEDs)

Introduzione

Per secoli, l'ideale di una "mente sana in un corpo sano" (*Anima sana in corpore sano*) è stato centrale per il benessere umano, un concetto reso popolare dagli antichi Greci e Romani, che avevano persino "farmacisti e fisioterapisti" nelle loro palestre. Tuttavia, in tempi moderni, questo focus si è leggermente spostato. L'enfasi si è spostata sempre più verso il diventare "più duri, più competitivi, più veloci, più forti" piuttosto che semplicemente sani. Questa pressione, soprattutto all'interno della cultura dello sport e del fitness, ha creato un "bisogno" di scorciatoie, portando all'aumento del consumo di farmaci per migliorare l'aspetto fisico e di altre pratiche potenzialmente dannose per la salute. Per le persone impegnate nel settore motorio/sportivo e nell'educazione fisica, comprendere queste tendenze è fondamentale per supportare il benessere globale degli individui sotto la loro guida.

L'influenza delle pressioni professionali e sociali

Diversi fattori contribuiscono a questo cambiamento e al crescente utilizzo di metodi per migliorare l'aspetto fisico:

- **Pressioni professionali:** In diversi ambiti agonistici, atleti e professionisti sono tenuti a mantenere le massime prestazioni per periodi prolungati e a svolgere attività fisicamente sempre più impegnative. Queste esigenze possono indurre gli atleti a cercare supporti esterni.
- **Social media e moda:** l'influenza pervasiva dei social media e della moda mette a dura prova caratteristiche fisiche come peso, altezza e indice di massa corporea (BMI) in relazione ai mutevoli standard sociali di salute e bellezza. La "soluzione" spesso promossa include farmaci, iniezioni, interventi chirurgici e l'adesione a pratiche malsane.

Farmaci per migliorare le prestazioni e l'aspetto (PAED)

Questo concetto va oltre lo sport e l'esercizio fisico; le persone potrebbero desiderare di migliorare il proprio corpo non solo per migliorare le prestazioni, ma anche per

raggiungere obiettivi estetici, sociali, culturali e professionali. Alcuni esempi sono gli stimolanti cognitivi per lo studio, gli steroidi per aumentare l'ipertrofia muscolare e gli integratori per mantenere il fisico desiderato.

Il doping è definito come l'uso di sostanze o metodi proibiti con l'intento di migliorare le prestazioni atletiche. Negli ultimi 20 anni, gli organismi antidoping e i ricercatori hanno esaminato attentamente l'uso del doping nello sport d'élite, ma rimangono molti interrogativi quando si tratta di sport dilettantistici, sport di massa e sport ricreativi, soprattutto per quanto riguarda i farmaci per migliorare l'aspetto piuttosto che quelli per migliorare le prestazioni. L'uso di sostanze per scopi estetici o non regolamentati non è, di per sé, considerato doping, soprattutto quando gran parte del loro utilizzo avviene al di fuori dell'ambito sportivo, ed è quindi scarsamente disciplinato. Vi è una crescente normalizzazione di queste sostanze, soprattutto tra i giovani adulti, e l'uso di modulatori selettivi del recettore degli androgeni (SARM), peptidi sintetici e microdosaggi ormonali si basa spesso su forum non scientifici.

Inoltre, molti farmaci per il miglioramento dell'immagine, come gli steroidi androgeni anabolizzanti, possono essere facilmente acquistati online, dando vita a un consistente mercato nero, ma sono di qualità scadente e contraffatti. Il mercato nero dei farmaci contraffatti crea una situazione di imprevedibile incertezza e rappresenta una notevole minaccia per la salute individuale e pubblica.

Molte di queste sostanze causano rischi significativi: epatotossicità, infertilità, ginecomastia, alterazioni cardiovascolari, atrofia testicolare, acne grave e, persino, morte. Sono stati segnalati anche casi di dipendenza psicologica, irritabilità, impulsività, ecc. Peggio ancora, l'uso di integratori alimentari è legato a un aumento di atteggiamenti permissivi nei confronti del doping.

L'uso di farmaci che migliorano le prestazioni e l'aspetto fisico (PAED) sembra essere associato a diversi disturbi psicopatologici la cui prevalenza non è chiara, in particolare disturbi da uso di sostanze, livelli più elevati di attività fisica, un maggior numero di diagnosi di disturbi psichiatrici, disturbi dell'immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare.

Agenti dopanti tradizionali

Molte sostanze sono presenti nell'elenco delle sostanze vietate dall'Agenzia mondiale antidoping, ma continuano a essere utilizzate.

- **Steroidi androgeni:** che promuovono la crescita muscolare e il rapido recupero;
- **Ormone della crescita:** utilizzato per ridurre il grasso corporeo e aumentare la massa magra;
- **Eritropoietina:** aumenta la capacità di trasporto dell'ossigeno;
- **Stimolanti come l'efedrina e le anfetamine:** usati per aumentare la concentrazione e la resistenza alla fatica.

Sostanze con effetti diretti sull'immagine corporea

L'attenzione è meno rivolta alle prestazioni e più all'aspetto, spesso influenzato da ideali fisici irrealistici.

- **Steroidi anabolizzanti:** utilizzati al di fuori degli sport competitivi;
- **Diuretici:** per ridurre la ritenzione idrica e migliorare la definizione muscolare;
- **Lassativi:** per perdere peso rapidamente;
- **Soppressori dell'appetito:** sostanze vietate in diversi Paesi.

Integratori alimentari

Gli integratori occupano una posizione ambigua: sono legali, pensati per integrare l'alimentazione; tuttavia, sono scarsamente regolamentati e alcuni hanno composizioni poco chiare o sono addirittura contaminati. Psicologicamente, gli integratori agiscono come indicatori di un impegno verso la ricerca di un corpo ideale, e vengono utilizzati non per i loro effetti, ma come un rituale negli ambienti focalizzati sul fisico.

Tra questi troviamo le proteine del siero del latte, la creatina, la caffeina, la beta-alanina, ecc.

L'uso di integratori proteici offre alcuni benefici in termini di prestazioni, in particolare l'aumento della massa muscolare e la riduzione dei tempi di recupero; tuttavia, la maggior parte delle persone non ha bisogno di integratori proteici; il frequentatore medio di palestra, ad esempio, non si allena a sufficienza per ottenere benefici dall'assunzione. Esistono persino prove che un'assunzione di proteine superiore a 1,5 g/kg/giorno abbia effetti negativi (omeostasi, funzionalità renale, funzionalità epatica, cardiopatia coronarica).

Farmaci per migliorare l'aspetto fisico (AEDs) e immagine corporea

Considerando che i farmaci per il miglioramento dell'aspetto fisico sono sostanze utilizzate per alterare il proprio aspetto fisico, spesso con l'obiettivo di migliorare la forma

del corpo, la massa muscolare o ridurre il grasso, il consumo di AEDs è correlato a sentimenti di inadeguatezza corporea, bassa autostima o persino percezioni errate come dismorfismo muscolare. I farmaci per migliorare l'aspetto fisico raramente seguono una logica puramente strumentale: esiste una profonda dimensione emotiva legata al desiderio di alterare il corpo, altri individui li usano come forma di compensazione psicologica dopo esperienze di bullismo, fallimento relazionale e pressione sulle prestazioni (sia sessuali, sportive che professionali). Esiste anche una dimensione comunitaria.

Caso di studio: Anna, 25 anni

Anna, 25 anni, studentessa universitaria, segue i fitness Influencers su Instagram e TikTok, rappresenta un esempio comune nel mondo del fitness. Frequenta regolarmente la palestra e assume una quantità significativa di integratori proteici, caseina e caffeina per sviluppare la massa muscolare e aumentare la resistenza. Pur assumendo sufficienti proteine dai pasti e non avendo carenze proteiche né praticando allenamenti ad alta intensità, ritiene che l'assunzione di integratori sia essenziale per "essere in forma".

Anna crede nei vantaggi degli integratori, ma ci sono

- **Senso di appartenenza e motivazione:** *sente di allinearsi a ciò che fanno gli altri per raggiungere i propri obiettivi di fitness, il che aumenta il suo senso di appartenenza e la sua motivazione, rendendola più impegnata nell'allenamento e nella condivisione delle esperienze.*
- **Credenze errate:** *questa pratica è associata allo sviluppo di credenze errate riguardo all'immagine corporea, come ad esempio "se non prendo questi integratori non potrò avere un corpo desiderabile".*
- **Impatto finanziario:** *l'uso degli integratori ha un impatto finanziario notevole sul suo budget mensile.*
- **Rischio di escalation:** *esiste un rischio maggiore che, se non riesce a raggiungere i suoi obiettivi, possa passare a sostanze più potenti.*

Caso di studio: Steven McRae, la prospettiva di un professionista

Steven McRae, un ballerino di fama, offre una prospettiva emotivamente toccante sulle conseguenze di richieste fisiche estreme e di carenza di energia. Si è rotto il tendine d'Achille durante un'esibizione dal vivo e parla apertamente dei suoi anni di lotta contro gli infortuni, di sforzi continui e di ignoranza dei segnali d'allarme. Ha descritto di vivere in un "costante stato di esaurimento" e di essere "fortemente carente di energia". McRae è ora



diventato un fervente sostenitore di cambiamenti nel mondo del balletto. È interessante notare come, nonostante abbia aumentato la sua massa muscolare e la sua forza post-infortunio, alcuni critici sostengono che ora sia un "ballerino meno interessante e meno elegante". Questo evidenzia la complessa interazione tra capacità fisiche, ideali estetici e le pressioni a cui sono sottoposti i professionisti.

Conclusioni

I casi di studio sottolineano il ruolo cruciale che le persone coinvolte nel settore motorio/sportivo e nell'educazione fisica svolgono nel comporre una sana immagine corporea e guidare corrette pratiche di allenamento. È essenziale riconoscere le sottili influenze delle richieste professionali, della cultura dei pari e del comportamento sociale che possono portare a scelte non salutari. Promuovendo ambienti che diano priorità alla salute olistica, a un'alimentazione equilibrata e a aspettative realistiche, educatori e formatori possono aiutare le persone a sviluppare un rapporto sostenibile e sano con il proprio corpo e l'attività fisica, mitigando i rischi associati ai disturbi dell'alimentazione.

GESTIONE

Introduzione

Come descritto in precedenza, negli ultimi anni l'incidenza dei disturbi alimentari è in crescita.

È fondamentale ricordare che i Disturbi dell'immagine corporea e i Disturbi del comportamento alimentare sono spesso difficili da riconoscere a causa della scarsa consapevolezza dei soggetti colpiti, della sottovalutazione della gravità dei sintomi e della frequente ambivalenza nei confronti del trattamento. L'alto tasso di co-occorrenza con altre condizioni psichiatriche complica ulteriormente la diagnosi. Solo una piccola percentuale di coloro che soffrono di Disturbi dell'immagine corporea e del comportamento alimentare riceve una diagnosi e un trattamento appropriati, evidenziando la necessità di una maggiore consapevolezza tra tutti i professionisti che interagiscono con i pazienti, in particolare adolescenti e giovani adulti. Questi disturbi non colpiscono solo il singolo individuo, ma coinvolgono anche l'intero sistema familiare, richiedendo un approccio completo, soprattutto quando l'esordio avviene nell'infanzia o nell'adolescenza.

Comprendere le manifestazioni iniziali, l'evoluzione dei sintomi e il profondo impatto di anoressia nervosa, bulimia nervosa e bigioressia è fondamentale. L'attenta osservazione dei singoli individui e il rapporto di fiducia e ascolto, in particolare in contesti sportivi ed educativi, vi pongono in una posizione unica. Per questi soggetti, l'attività fisica non è l'obiettivo, ma il mezzo per raggiungere la perdita di peso o un sovrasviluppo muscolare. Riconoscendo i segnali sottili e manifesti di questi disturbi, potete svolgere un ruolo cruciale nel facilitare l'invio tempestivo di pazienti a professionisti sanitari, contribuendo così a migliorare i risultati per le persone colpite. Promuovere un'immagine corporea sana e un rapporto sano con il cibo e l'attività fisica, dare priorità alle prestazioni e al benessere rispetto agli ideali estetici e promuovere una comunicazione aperta sono passi fondamentali per le persone a rischio o che lottano con Disturbi dell'immagine corporea e Disturbi Alimentari. Riconoscere la natura multiforme di questi disturbi e la potenziale coesistenza di condizioni psichiatriche vi consentirà di fornire un supporto più olistico ed efficace ad atleti e studenti.

Riconoscere i disturbi alimentari

I disturbi alimentari rappresentano un gruppo eterogeneo di condizioni che possono manifestarsi in modo diverso a seconda dell'età.

Anoressia nervosa (AN)

Comportamenti iniziali: gli individui con AN di solito limitano l'assunzione di cibo aderendo a diete spesso "autogestite" volte alla perdita di peso, caratterizzate da un apporto calorico ridotto, dall'eliminazione di carboidrati e grassi, dal digiuno intermittente o da porzioni ridotte. I pazienti spesso giustificano le loro restrizioni alimentari sostenendo intolleranze o allergie, o segnalando malessere o gonfiore dopo aver mangiato determinati alimenti.

Evoluzione del disturbo (adolescenza): gli adolescenti con AN possono controllare costantemente il proprio peso e la propria forma fisica davanti allo specchio. Inizialmente, la perdita di peso può essere fonte di empowerment, portando a un maggiore senso di benessere e autoefficacia. I soggetti possono sviluppare false convinzioni come che controllare il proprio corpo possa aiutarli a fronteggiare emozioni negative, bassa autostima, inadeguatezza e un ambiente percepito come caotico, affermando così la propria forza e capacità.

Il desiderio di perdere peso spesso si trasforma nella paura di ingrassare. Questa paura porta ad ansia e senso di colpa dopo aver mangiato, con conseguente instabilità dell'umore. Gli individui con AN possono sviluppare comportamenti compulsivi per gestire l'ansia ed evitare eventi imprevedibili, come il controllo ossessivo del peso, il controllo del corpo, il conteggio delle calorie e rigidi rituali dei pasti (ad esempio, tagliare il cibo in piccoli pezzi, cuocere a lungo, mangiare molto lentamente). Aumentare di peso può significare perdere il controllo della propria identità e autonomia. I sensi di colpa dopo aver mangiato sono spesso alleviati attraverso comportamenti eliminatori come l'eccessivo esercizio fisico (iperattività motoria), il vomito autoindotto o l'abuso di lassativi e/o diuretici.

AN in preadolescenza: i preadolescenti con AN spesso negano preoccupazioni relative alla forma del corpo e al peso, riportando invece mancanza di appetito o dolore addominale. Possono presentare una maggiore presenza di disturbi del neurosviluppo o una pregressa psicopatologia (ad esempio, ARFID, depressione, ansia, disturbo ossessivo-compulsivo), ma mostrano una rapida perdita di peso che porta a un intervento medico più tempestivo. I segnali d'allarme includono crescita rallentata, variazioni dell'indice di massa corporea

(BMI), nausea ripetuta o dolore addominale. I fattori familiari (schemi relazionali difficili, ipercontrollo reciproco, commenti critici) e la vittimizzazione da parte dei coetanei sono cruciali. Se non riconosciuta e trattata tempestivamente, l'AN può influire negativamente sullo sviluppo fisico e psicologico, portando a disabilità e interruzione del processo di crescita, con conseguenze potenzialmente significative a lungo termine.

Popolazioni ad alto rischio di anoressia nervosa: i danzatori o gli sport agonistici che richiedono il controllo del peso e della forma fisica sono a maggior rischio. Sono a maggior rischio anche i soggetti affetti da malattie croniche che richiedono restrizioni dietetiche (ad esempio, diabete di tipo 1, fibrosi cistica, malattie infiammatorie intestinali, celiachia).

Complicanze e mantenimento: una perdita di peso estrema può compromettere la crescita e portare a cicli mestruali irregolari nelle ragazze. Tutti i sintomi tendono a peggiorare con l'ulteriore perdita di peso e il deterioramento della salute fisica e mentale. Le persone con AN spesso non riconoscono la loro condizione ed evitano di cercare aiuto. Se cronici, i sintomi possono diventare parte dell'identità dell'individuo, soprattutto se il disturbo è percepito come "ego-sintonico".

Segnali di allarme per genitori/professionisti dello sport: I genitori potrebbero notare la tendenza a nascondere il cibo o a evitare i pasti con gli altri. Altri segnali includono il tagliare il cibo in pezzi molto piccoli o il riorganizzare costantemente il cibo nel piatto, il frequente saltare i pasti con scuse come "non ho fame", "ho già mangiato" o "disturbi gastrointestinali" e rigidi rituali di preparazione del cibo. Un'ampia percentuale di individui con anoressia nervosa mostra un'eccessiva attività fisica, che di solito precede l'insorgenza del disturbo e potrebbe quindi essere considerata uno dei primi segnali da intercettare.

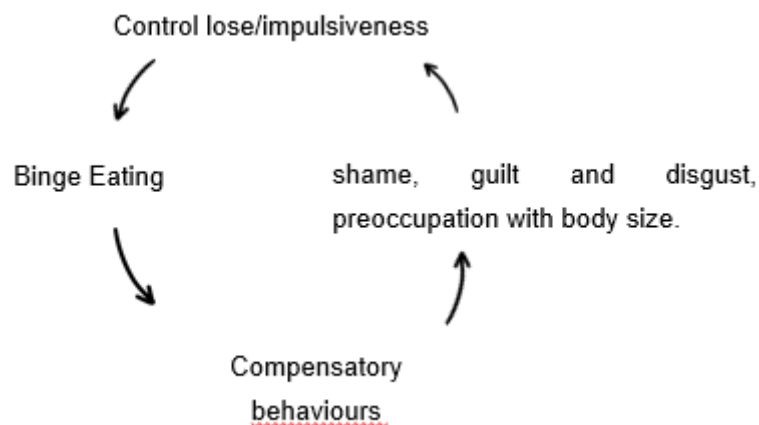
Possono emergere segni indiretti di comportamenti compensatori, come visite prolungate al bagno dopo i pasti o attività fisica eccessiva, movimenti compulsivi ed esercizio fisico eccessivo anche in caso di affaticamento. Sono comuni anche cambiamenti emotivi e comportamentali, inclusi sbalzi d'umore e disturbi del sonno. Ulteriori osservazioni includono ritiro sociale, progressivo isolamento da famiglia, coetanei e contesti sociali, intensa dedizione alla scuola e allo sport (spesso con prestazioni inizialmente conservate e un progressivo declino nelle fasi finali), bassa tolleranza al fallimento. Possono essere presenti problemi di idratazione, come eccessiva assunzione di acqua o disidratazione intenzionale. Possono verificarsi scelte di abbigliamento insolite, da abiti eccessivamente coprenti (fasi iniziali) a abiti minimi per favorire la perdita di calore (fasi successive).

L'amenorrea o irregolarità mestruali nelle ragazze, oltre due anni dopo il menarca, sono indicatori fisici significativi.

Aspetti psicologici e cognitivi: i clinici osservano comunemente alessitimia (scarso riconoscimento e regolazione degli stati emotivi), dipendenza e autocritica, spesso legate a difficoltà nel processo di separazione-individuazione. Bassa autostima e difficoltà di autoaffermazione sono comuni. L'evitamento della transizione dall'infanzia all'età adulta è frequente, spesso manifestandosi come desiderio di mantenere un corpo infantile e asessuato. Le relazioni genitore-figlio, in particolare con le madri, possono essere caratterizzate da inversione di ruolo e dinamiche di controllo. Può esistere un conflitto interiore tra una parte sana e una "parte anoressica" che mantiene i sintomi (ad esempio, voci interne che guidano e controllano il comportamento). Le relazioni tra pari sono spesso di dipendenza, con separazioni e distacco emotivo che causano un disagio significativo.

Bulimia nervosa (BN)

Segnali di allarme per genitori/professionisti dello sport: Le abbuffate e i comportamenti compensatori possono diventare compulsivi e ossessivi, spesso nascosti (ad esempio, mangiare di notte, frequenti visite in bagno dopo i pasti). I genitori potrebbero notare la mancanza di cibo dalla dispensa. Le abbuffate sono seguite da vergogna, senso di colpa e disgusto, associati alla preoccupazione per le dimensioni del corpo. Gli individui con BN sperimentano una perdita di controllo e impulsività. Come quelli con AN, gli individui con BN temono di aumentare di peso e sono fortemente motivati a perdere peso, nonostante un aspetto normale. Poiché sono tipicamente normopeso o sovrappeso, il disturbo può passare inosservato e non trattato per lungo tempo.



Le complicazioni legate alle condotte di eliminazione includono erosione dentale, ipertrofia delle ghiandole salivari, callosità o abrasioni alle mani (ad esempio, il segno di Russell),

danni alle unghie, afte e significativi squilibri elettrolitici. Sono comuni anche problemi ormonali e gastrointestinali come mestruazioni irregolari, disturbi endocrini, gonfiore, disfagia o reflusso acido.

Comorbidità psichiatriche e complicazioni cliniche: la BN è spesso associata a disturbi psichiatrici.

Bigoressia

Fattori determinanti: gli individui con Bigoressia sono spesso guidati da una precoce insoddisfazione corporea (sentirsi "magri" o "deboli" durante l'infanzia), da una percezione distorta di sé, da una bassa autostima e dalla ricerca della muscolatura che può fungere da strategia di coping per l'ansia legata al corpo. Il confronto sociale con i coetanei popolari può portare a un rinforzo positivo in seguito a risultati visibili rapidi, ottenendo ammirazione e rispetto dai coetanei maschi, dal desiderio di essere percepiti come più attraenti dalle ragazze e da un senso di controllo acquisito dal sollevamento pesi.

Segnali di allarme per genitori/professionisti dello sport:

- Immagine corporea distorta: una convinzione persistente e irrazionale di avere un corpo troppo piccolo, debole o sottosviluppato, anche quando è oggettivamente muscoloso. Questa distorsione è simile all'AN, ma si concentra sulla muscolatura.
- Attenzione ossessiva all'aspetto fisico: i pensieri sono dominati da preoccupazioni relative al fisico, alle dimensioni dei muscoli e alla definizione. Questo porta a frequenti controlli del corpo allo specchio, a confronti con gli altri e a provare angoscia se l'aspetto desiderato non viene mantenuto. D'altra parte, alcuni individui evitano situazioni in cui il loro corpo potrebbe essere esposto, provando disagio per la nudità e l'attività sessuale a causa della vergogna del proprio corpo.
- Esercizio fisico eccessivo e sollevamento pesi: gli individui seguono routine di allenamento rigide e intense, trascorrendo spesso diverse ore al giorno in palestra. Le scelte di allenamento sono spesso incentrate sull'estetica, influenzate dalla cultura del bodybuilding e caratterizzate da una mentalità rigida in cui gli allenamenti meno intensi sono visti come fallimenti. Irritabilità e frustrazione sorgono quando non si riesce a completare una routine pianificata. I soggetti affetti da bigoressia possono continuare ad allenarsi nonostante dolore, infortuni o esaurimento, dando priorità all'aumento muscolare rispetto alla salute, ovvero al principio "nessun dolore, nessun guadagno".

Questo comportamento compulsivo può portare alla sindrome da sovrallenamento, all'affaticamento e a danni articolari e muscolari a lungo termine.

- Diete iperproteiche e uso di integratori: un'ossessione per il controllo alimentare, ispirata dalle riviste di fitness e dai culturisti professionisti, in particolare dall'aumento dell'assunzione di proteine per la crescita muscolare fino a 3 g di proteine per kg di peso corporeo, dai pasti ogni poche ore, anche quando non si ha fame, dai cicli comuni di "bulking" (alto contenuto di proteine e carboidrati per alimentare la crescita muscolare) e "cutting" (restrizione quasi totale di carboidrati per migliorare la definizione muscolare), monitorando ogni grammo di carboidrati. La preparazione dei pasti è meticolosa per controllare i nutrienti ed evitare cibi "sporchi". Ciò può comportare un uso eccessivo di frullati proteici, creatina e vari integratori, con conseguenti sprechi di denaro. Questo regime alimentare intenso spesso interferisce con la vita quotidiana, ma è percepito come necessario per raggiungere il fisico ideale.
- Atteggiamenti verso l'uso di steroidi: l'uso di sostanze illegali come steroidi sono spesso normalizzate nella cultura delle palestre, con una certa diffidenza nei confronti dei consigli medici, ritenendo che sopravvalutino i rischi o non abbiano una reale conoscenza, affidandosi piuttosto alla ricerca online per l'autoeducazione e la giustificazione dell'uso delle sostanze. I soggetti bigoressici credono che gli steroidi non siano peggiori di diete o stili di vita non salutari. Dopo l'interruzione del ciclo, possono manifestarsi sintomi psicologici come depressione e pensieri suicidi, con un'intensa paura di perdere massa muscolare o di non progredire senza un uso continuativo.
- Impatto sulla qualità della vita e costo emotivo: la bigoressia può portare a un importante isolamento sociale, evitando le occasioni di mangiare fuori o di partecipare a riunioni sociali per attenersi a una dieta rigorosa, difficoltà finanziarie dovute a grandi somme spese in integratori (ad esempio, proteine in polvere, bruciagrassi), amicizie limitate. A causa del poco tempo o delle poche energie rimaste per mantenere le relazioni, e del conflitto tra lavoro e vita privata, dato che l'allenamento ha la precedenza, c'è una costante preoccupazione per il cibo, l'allenamento e l'aspetto, con la vita che ruota attorno alla palestra.

Identificare i segnali d'allarme: le 10 domande chiave per i professionisti

Ecco 10 domande chiave per guidare le tue osservazioni e le conversazioni:

1. Qual è il loro rapporto con l'allenamento e l'attività fisica?

Cosa ti piace di più dell'allenamento? Qual è il tuo obiettivo personale? Ti capita mai di allenarti quando sei stanco o malato?

Cercare segnali di esercizio fisico eccessivo, compulsivo o rigido. Quando il soggetto non riesce a stare fermo, è un segnale importante. L'allenamento non è una risorsa, ma un obbligo o una compensazione per abbuffate o "scivolate". Potrebbero verificarsi cambiamenti inaspettati nel comportamento sportivo; alcuni individui potrebbero aumentare le sessioni di allenamento, fino al sovrallenamento e all'isolamento, mentre altri potrebbero smettere di frequentare le sessioni di allenamento e provare vergogna.

2. Come reagiscono ai cambiamenti del loro corpo?

Alcuni individui osservano un forte disagio o una sorta di fissazione per piccoli cambiamenti. Molti soggetti si pesano più volte al giorno. Se il peso cambia, l'umore cambia. Questo è un segnale da tenere d'occhio: " *Voglio vedere le ossa/la definizione*".

3. Che rapporto hanno con il cibo? Evitano cibi o situazioni legate al cibo?

Ci sono alimenti che eviti sempre? Come ti senti dopo aver mangiato? Come è cambiata la tua alimentazione negli ultimi mesi?

Nota eventuali scuse ricorrenti per non mangiare o evitare i pasti in compagnia. Si verifica una perdita di spontaneità e di vita sociale. " *Mangio solo se mi sono allenato abbastanza*".

4. Parlano spesso del loro corpo in termini negativi?

Ti è mai capitato di guardarti allo specchio e di non trovare quello che vedi?

Ascoltate le frequenti autocritiche o espressioni di insoddisfazione per il loro aspetto. " *Non mi piacerò mai*".

5. Sono ipercritici verso sé stessi?

Osservare le tendenze generali al perfezionismo e l'espressione di un duro giudizio su sé stessi, al di là dell'immagine corporea. Usano, senza flessibilità, app per contare calorie, passi e grassi, tramite smartwatch e dispositivi fitness indossabili,

perché il monitoraggio fornisce loro sicurezza. Questi soggetti si confrontano costantemente con gli altri in termini di risultati estetici: alcuni si coprono ed evitano lo specchio, mentre altri ostentano il proprio corpo con un iper-investimento narcisistico.

6. Mostrano ansia quando non si allenano?

Come ti senti quando non puoi allenarti?

Prestare attenzione all'irritabilità o allo stress se si salta un allenamento pianificato.

" Non riesco a smettere, se salto un giorno mi sento male ".

7. Cercano costantemente conferme?

Osserva se chiedono spesso rassicurazioni sul loro aspetto o sui loro sforzi. Questi soggetti possono sviluppare la sensazione di *"non essere degni "* se non migliorano, difficoltà a gestire la frustrazione o le mancanze. Sono presenti oscillazioni emotive legate al corpo, con reattività emotiva ai commenti (*" Hai perso peso!" , "Sei più robusto"*), con giornate buone/cattive in base al numero sulla bilancia, forti sensi di colpa dopo aver mangiato o, al contrario, un'intensa gratificazione dopo l'allenamento.

8. Sono molto influenzati dai social media?

Cercare un coinvolgimento eccessivo con account "fitness" con messaggi estremi e linguaggio tossico o il confronto con i contenuti dei social media postato dagli influencer è considerato il termine di paragone ideale.

9. Hanno comportamenti rigidi o rituali?

Ciò potrebbe comportare rigide regole alimentari, specifiche routine di esercizi o comportamenti di ipercontrollo.

10. Sono disposti a parlare o si chiudono in sé stessi?

Nota un crescente isolamento sociale o una certa riluttanza a parlare dei propri sentimenti o abitudini. Spesso usano frasi come *"Non voglio diventare grosso, devo definire me stesso"*.

Situazioni che richiedono attenzione immediata

- Perdita di peso significativa
- Sospetto uso di farmaci per migliorare le prestazioni
- Ritiro sociale e scolastico

- Discorsi autolesionisti o di stampo depressivo

bisogna guardare solo agli estremi, la differenza tra salute e ossessione può essere sottile. I segnali più pericolosi sono spesso i più lievi e costanti, come clienti apparentemente "normali" con comportamenti sottili e meno visibili, che fanno riferimento ad allenamenti rigorosi ma "sani", a un'alimentazione controllata, ma "senza eccessi".

Casi di studio

Caso di studio n.1

Sofia è una ragazza di 17 anni che frequenta la palestra per cui lavora attualmente. È visibilmente sottopeso, si allena tutti i giorni della settimana (e forse anche nei weekend) e sembra molto determinata e dedita, passando la maggior parte del tempo sul tapis roulant. La sua famiglia è preoccupata, ma impotente.

Caso di studio n.2

Max è un ventunenne che passa diverse ore in palestra. Mangia solo cibo "sano", conta proteine e calorie, usa integratori "leggeri", ma anche anabolizzanti. Non si sente mai abbastanza forte.

Cosa hanno in comune questi due casi?

In entrambi i casi, l'identità è interamente centrata sull'aspetto fisico. Dietro l'apparenza di corpi diversi, si cela la stessa dinamica con schemi simili:

- Controllo ossessivo
- Usare il corpo per regolare le emozioni
- Bassa autostima mascherata da determinazione
- Identità incentrata sul peso/prestazione

Strategie di supporto

Creare un ambiente di supporto ed empatia

- **Creare un clima accogliente:** promuovere un'atmosfera inclusiva e non giudicante in palestra o in classe. È importante offrire uno spazio sicuro in cui i giovani si sentano ascoltati e compresi.

- **Evitate commenti e osservazioni sprezzanti sul corpo e sul peso:** gli adolescenti con disturbi dell'immagine corporea spesso provano vergogna e riservatezza riguardo alla loro condizione.
Criticare le abitudini alimentari, l'attività fisica o i problemi di immagine corporea di un giovane può rafforzare il senso di inadeguatezza e la resistenza a farsi aiutare. Ancora peggio è minimizzare o ridere del problema. Piuttosto, offri supporto in modo empatico. Invece di dire "*Non dovresti morire di fame*" o "*Hai un bell'aspetto!*", prova con frasi neutre come "*Ho notato che ultimamente sembri molto stressato per il tuo corpo. Sono qui per supportarti*". Riconoscere le difficoltà senza giudicare aiuta a costruire le basi per la fiducia e, infine, la guarigione.
- **Fornire ascolto attivo e convalida dei sentimenti:** questo può aiutare a costruire fiducia e incoraggiare chi soffre di disturbo bipolare e disturbi alimentari ad aprirsi riguardo alle proprie difficoltà. Usate frasi di supporto come: "*È normale sentirsi così...*"
- **Valorizzare la diversità corporea:** promuovere l'idea che un corpo sano può avere forme e dimensioni diverse, evitando il confronto diretto. Rassicurare che la salute non è determinata esclusivamente dal peso o dall'aspetto.
- **Parla di forza, salute ed equilibrio:** sposta la narrazione dall'aspetto al benessere generale e alla forma fisica funzionale, concentrandosi sulle prestazioni, sui livelli di energia e sulle competenze, incoraggiando nel frattempo la motivazione intrinseca.
- **Attività creative:** Incoraggiare gli adolescenti a esprimere i propri pensieri attraverso la scrittura di un diario o attività creative può aiutarli ad articolare le proprie difficoltà in modo non conflittuale.
- **Scegli il momento giusto:** mai alla fine dell'allenamento o davanti ad altre persone
- **Tecniche di dialogo:** usa domande aperte e non forzare la fiducia, sii empatico, non inquisitorio. Lascia spazio: anche il silenzio comunica!

Educare senza fare pressione

- **Fornire informazioni accurate e adatte all'età:** può essere utile informare sulle conseguenze fisiche e mentali dell'AN, della BN e della bigoressia, ma è necessario farlo con cautela.
- **Cose da evitare:**
 - soluzioni semplicistiche come "*mangia di pi!*".

- soluzioni aggressive come il divieto, il controllo e la punizione.
- **Evitate di parlare di fatti schiacciati e usate esempi con cui sia possibile identificarsi:** sommergere un adolescente di informazioni può indurlo a chiudersi in sé stesso. Utilizzare discussioni delicate e appropriate alla sua età, ed esempi di vita reale, può rendere le informazioni più facilmente comprensibili.
- **Coinvolgere attraverso metodi interattivi (video, discussioni, role models)**
- **Discutere l'influenza dei media e gli standard corporei irrealistici:** è importante investire in un'educazione critica sul corpo, sulla salute e sull'aspetto fin da piccoli e promuovere un pensiero critico sugli ideali corporei imposti.

Incoraggiare l'aiuto professionale

L'identificazione precoce e il conseguente trattamento appropriato sono fondamentali poiché l'AN e gli altri disturbi dell'immagine corporea sono condizioni potenzialmente letali.

Questi disturbi richiedono spesso un intervento professionale che include terapia, monitoraggio medico, supporto nutrizionale e talvolta farmaci, spesso utilizzati in combinazione tra loro, come descritto e convalidato da un'ampia letteratura. Incoraggiare la persona a cercare aiuto da uno psichiatra, uno psicologo o un nutrizionista specializzato in disturbi alimentari è essenziale.

Diversi approcci terapeutici, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la terapia di accettazione e impegno (ACT) e la terapia familiare (FBT), si sono dimostrati efficaci. Inquadrare la terapia come un mezzo di cura di sé piuttosto che come una punizione può ridurre la resistenza; educare gli adolescenti sui benefici di queste terapie e consentire loro di essere coinvolti nella scelta del proprio percorso di cura può aumentare la loro disponibilità a partecipare.

Evitate di proporre soluzioni "fai da te" ma offrite contatti.

"Hai mai pensato di parlarne con qualcuno?", "Conosco un centro di consulenza, se vuoi...", "Vuoi parlarne un'altra volta?"

Come descritto in precedenza, l'attività fisica sarebbe fondamentale per recuperare nei soggetti con disturbi alimentari "precoci" e bigorexia tutti gli effetti benefici dell'attività sportiva, altrimenti non percepiti e goduti. Inoltre, anche la fisioterapia supervisionata rientra tra gli interventi ottimali per i disturbi alimentari, con potenziali benefici sull'aumento di peso e sul miglioramento delle condizioni generali; non solo non

influisce negativamente sulla salute di questi individui, ma fornisce anche effetti benefici sia sulla sintomatologia che sulla salute psicofisica. Ad esempio, l'allenamento con i pesi e l'esercizio a bassa intensità hanno prodotto un miglioramento della forza muscolare e dell'indice di massa corporea (BMI) grazie all'aumento della massa muscolare scheletrica.

Coinvolgimento della famiglia e delle reti di supporto

Familiari, insegnanti e amici intimi svolgono un ruolo fondamentale nel sostenere il percorso di recupero di un giovane.

Genitori e tutori possono trarre beneficio dalla consulenza familiare o dai gruppi di supporto per imparare ad affrontare le conversazioni sui disturbi di personalità e sui disturbi alimentari, fornendo rinforzi positivi senza favorire comportamenti dannosi. Allo stesso modo, educare la rete familiare sui disturbi può creare un solido sistema di supporto con alternative socialmente apprezzate per la costruzione dell'identità.

Le scuole possono anche implementare programmi che promuovano l'autostima e la body positivity per creare un ambiente di supporto per tutti gli studenti.

Promuovere un rapporto sano con il cibo e l'esercizio fisico

Spostare l'attenzione dall'immagine corporea al benessere generale può essere utile. Incoraggiare abitudini alimentari equilibrate e un'attività fisica moderata come metodi per mantenersi in salute, piuttosto che raggiungere un fisico ideale, aiuta a ridurre la pressione a conformarsi a standard corporei irrealistici.

Professionisti e mentori della salute dovrebbero porre l'accento sull'alimentazione intuitiva, che incoraggia gli individui ad ascoltare i segnali di fame e sazietà del proprio corpo. L'esercizio fisico dovrebbe essere concepito come un modo per ottenere piacere e benessere mentale, piuttosto che come un mezzo per alterare l'aspetto fisico. Fornire piani alimentari strutturati, ma flessibili e routine di allenamento può aiutare chi sta guarendo da disturbi dell'immagine corporea a ritrovare un senso di normalità e controllo, senza regole rigide.

Sfida alle influenze sociali e mediatiche irrealistiche

Aiutare gli adolescenti ad analizzare criticamente e a mettere in discussione le influenze esterne può aiutarli a sviluppare una percezione di sé più sana. Insegnare competenze di media literacy può migliorare la loro capacità di riconoscere e mettere in discussione standard e immagini di bellezza e fitness irrealistici e dannosi.

Incoraggiare una visione realistica e diversificata delle tipologie di corpo attraverso l'esposizione a modelli di ruolo positivi può rivelarsi efficace anche per i feed in modo da includere informazioni positive sul corpo.

Le scuole e le organizzazioni possono realizzare campagne che celebrino la diversità corporea e sensibilizzino i giovani sui pericoli delle immagini modificate digitalmente.

Precauzioni

- **Non lasciarti sopraffare:** Lavorare sul disagio altrui comporta il rischio di sentirsi sopraffatti. È importante riconoscere il proprio coinvolgimento. Non fare diagnosi, non trattare, non diventare un "confidente esclusivo", ma parla con colleghi o referenti. Non sostituisci il medico, ma puoi fungere da ponte. Mantieni sempre chiari i confini professionali e cerca di utilizzare momenti di supervisione o di decompressione.
- **Riconosci quando stai facendo la differenza** osservando i piccoli cambiamenti: il giovane ti contatta più spesso, inizia a usare un linguaggio diverso, ti ringrazia per "esserci stato" e accetta di parlare con uno specialista.
- **Giovani adulti:** per i giovani adulti (dopo l'adolescenza), i disturbi alimentari possono essere mascherati da uno "stile di vita sano". Vanno incontro a una maggiore indipendenza e responsabilità, il che può rendere più facile nascondere i sintomi. Potrebbero essere meno propensi a cercare aiuto o a rivelare le difficoltà nella gestione degli studi, del lavoro e delle pressioni sociali. I professionisti che lavorano con questa fascia d'età dovrebbero essere particolarmente attenti ai cambiamenti più sottili ed essere pronti ad avviare conversazioni delicate.

Conclusioni

Comprendendo le complessità dello sviluppo dell'immagine corporea, riconoscendo i fattori di rischio e protettivi e osservando attivamente i segnali d'allarme, puoi contribuire in modo significativo all'identificazione precoce e al supporto delle persone che lottano con disturbi dell'immagine corporea e disturbi alimentari. Il tuo intervento può cambiare la loro vita. Creare un ambiente che promuova la salute, la funzionalità e la diversità corporea, piuttosto che rigidi ideali estetici, è fondamentale. Il tuo approccio empatico e la tua conoscenza possono guidare le persone verso percorsi più sani, garantendo che la pratica dell'attività fisica contribuisca realmente a una "mente sana in un corpo sano".



Co-funded by
the European Union