

## IL RISCHIO DI ANORESSIA E LE CONSEGUENZE DELL'ANORESSIA CRONICIZZATA

Anna Peloso

Neuropsichiatra infantile, già Professore Aggregato di Neuropsichiatria Infantile presso l'Università di Torino

Negli ultimi anni la relazione tra sport, esercizio fisico e disturbi alimentari ha ricevuto un'attenzione crescente, anche se la reale prevalenza dei disturbi alimentari nelle atlete è difficile da stimare in ragione della segretezza delle condotte alimentari patologiche e della importante negazione di malattia propria di questa patologia.

Per le atlete di sesso femminile è riconosciuto un rischio potenziale di sviluppare un disturbo alimentare nel 18-20% dei casi, contro il 5-9% dei controlli (Joy E et al, 2016\*); gli atleti maschi presentano una minore prevalenza di comportamenti alimentari disturbati o di disturbi alimentari rispetto alle femmine, ma maggiore rispetto ai non atleti.

La prevalenza dei disturbi dell'alimentazione aumenta con il livello di competizione e le/gli atlete/i, oltre ai disturbi dell'alimentazione di gravità clinica come l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e gli altri disturbi dell'alimentazione (DSM-5, 2015), possono presentare problemi alimentari subclinici, parziali o specifici come l'anoressia atletica (intesa paura di aumentare di peso o di diventare grassi anche se si è sottopeso, perdita di peso di almeno il 5% del peso corporeo, riduzione dell'introito calorico totale, pratica di esercizio fisico eccessivo e compulsivo) e la triade dell'atleta (amenorrea, osteoporosi e alimentazione disturbata tra le atlete di sesso femminile, in particolar modo in quelle che praticano sport di resistenza, ginnastica e balletto) (Quaderni del Ministero della Salute, n.29, settembre 2017, Appendice\*).

Nell'età tra 15 e 19 anni è cresciuta la percentuale dei disturbi alimentari nelle/gli atlete/i (Nagata JM et al, 2017\*) sia in rapporto all'ampliamento dei criteri diagnostici (DSM-5, 2015), che ad una maggiore consapevolezza della patologia (anoressia atletica, triade delle atlete) e ai cambiamenti culturali compresi gli sforzi della sanità pubblica per ridurre le condizioni di obesità.

Rispetto a questa popolazione ad alto rischio, nella letteratura specialistica sono evidenze condivise l'opportunità di identificare i fattori di rischio, di prevenire la comparsa dei sintomi e di riconoscere precocemente il problema.

“L'attività fisico-sportiva maggiormente associata all'insorgenza di disturbi dell'alimentazione è quella dei cosiddetti “lean sport” in cui è richiesta una determinata classe di peso o in cui si crede che un basso peso e un corpo magro possano conferire un vantaggio competitivo su base biomeccanica o relativa al giudizio sull'aspetto fisico” (Quaderni del Ministero della Salute, n.29, settembre 2017, Appendice\*).

Nel 2007 l'American College of Sports Medicine evidenziava le *discipline sportive “a rischio”*, in particolare potenzialmente rischiose per la triade femminile dell'atleta: sono compresi gli

sport in cui è valutata la prestazione individuale (per es. danza, pattinaggio artistico, ginnastica artistica), quelli di resistenza che favoriscono partecipanti con un basso peso corporeo (per es. corsa di lunga distanza, ciclismo, sci di fondo), quelli in cui l'abbigliamento per la competizione rivela la forma del corpo (per es. pallavolo, nuoto, tuffi, corsa), quelli che usano le categorie di peso per la partecipazione (per es. corsa cavalli, arti marziali, lotta, pugilato) ed infine quelli in cui la forma corporea pre-pubere favorisce il successo (per es. pattinaggio artistico, ginnastica artistica, tuffi).

Più recentemente (Melin A. et al, 2019\*) viene data particolare importanza ai bassi livelli di disponibilità energetica (LEA) soprattutto negli sport quali atletica leggera, corsa e decathlon; vengono evidenziati l'origine e gli effetti multifattoriali a carico di più aspetti ed apparati (sociali, psicologici, comportamentali, biologici); vengono enfatizzati programmi di prevenzione ed educativi al fine di attivare interventi precoci di cura delle conseguenze patologiche fisiche e psichiche e dato valore a "team" di esperti dell'ambito sportivo (medico, dietologo, psicologo...)

Si intende per *alimentazione disturbata* la presenza di condotte alimentari patologiche/disregolate e di condotte/comportamenti di controllo del peso finalizzati alla perdita di peso o al mantenimento di un fisico "snello" (Hobart & Smucker, 2000; Sudi et al, 2004): sono costituiti da dieta rigida, restrittiva, vegetariana/vegana, abbuffate, vomito autoindotto, uso eccessivo della sauna, uso di diuretici, lassativi, pillole dimagranti, farmaci per ridurre la fame.

Sono riconosciuti *fattori di rischio dell'alimentazione disturbata*: perfezionismo, tendenza al forte impegno, eccessiva compiacenza alle richieste altrui, tratti ansiosi e/o ossessivo compulsivi, età precoce d'inizio di un allenamento specifico, pressione ambientale a perdere peso, enfasi del corpo magro/snello, timore del fallimento, bassa stima di sé, insoddisfazione per il proprio corpo, critiche sul peso e sull'aspetto fisico, difetto di strategie/risorse di regolazione emotiva, eccessivo allenamento/strenuo esercizio fisico, elevati livelli di competizione, infortuni, pressioni delle compagne/membri del gruppo, comportamento dell'allenatore.

La pubertà e l'adolescenza rappresentano un fattore di rischio aggiuntivo poiché il corpo può svilupparsi in modo non conforme alla scelta della disciplina sportiva, in particolare se la scelta e la pratica sportiva sono iniziate molto precocemente: le atlete adolescenti possono temere i cambiamenti corporei rispetto alle dimensioni, alle proporzioni e all'aumento di peso e prevenire/impedire il cambiamento adottando comportamenti alimentari patologici. All'insoddisfazione corporea si può aggiungere la delusione rispetto ai risultati desiderati e non raggiunti, o al contrario il successo di una migliore prestazione associato a una perdita di peso può spingere l'atleta a persistere nella perdita di peso.

Rispetto al *riconoscimento precoce* della condotta alimentare patologica o al disturbo alimentare viene sottolineato il ruolo centrale dei tecnici, preparatori atletici/allenatori, medici, psicologi, dietologi, terapeuti sportivi: in quanto figure di riferimento è loro possibile individuare i primi segni, mantenuti nel tempo, quali insufficiente apporto nutrizionale, comportamenti alimentari disturbati, eccessivo aumento del tempo di allenamento. E' raccomandato che la prevenzione inizi a partire dai 9-11 anni e che nei tecnici vi sia la consapevolezza che le atlete tendono a non riportare/nascondere/negare le difficoltà alimentari per il timore di essere escluse.

#### *Anoressia nervosa cronica o anoressia nervosa grave e di lunga durata*

Circa il 20% delle persone affette da anoressia nervosa (AN) presenta un decorso persistente. Non ci sono anche accordi su quanto debba durare l'AN per essere classificata in questa categoria e in letteratura sono stati proposti in ordine di frequenza le seguenti soglie: >7 anni, > 10 anni, > 5 anni e 5-7 anni.

Oltre alla durata del disturbo alcuni AA ritengono sia necessaria la coesistenza di una o più delle seguenti caratteristiche: fallimento dei trattamenti terapeutici, peso corporeo estremamente basso, persistenti pattern comportamentali e cognitivi patologici, danneggiamento della qualità della vita, scarsa motivazione al cambiamento e gravità della sintomatologia. In questi casi l'AN si associa spesso a gravi danni fisici, psicologici e interpersonali che compromettono la qualità di vita e sono causa di costi elevati per i servizi sanitari. Le alterazioni organiche possono interessare tutti gli organi e gli apparati e sono legate alla malnutrizione per difetto e ai disordini idroelettrolitici conseguenti alle condotte di eliminazione.

La *cronicizzazione del disturbo alimentare*, patologia complessa a eziologia multifattoriale, caratterizzata da sintomi alimentari, psicologici e sociali assai gravi e invalidanti, dipende dall'organizzazione della personalità del soggetto affetto, dalla rapidità del riconoscimento e dell'avvio dell'intervento terapeutico poiché la prognosi correla con la tempestività della diagnosi e la continuità delle cure e con l'offerta dei servizi di cura: facilità di accesso, continuità delle cure, approccio multidisciplinare, specialisti competenti.

La maggioranza degli studi non è ancora in grado di dimostrare l'efficacia dei *programmi di prevenzione*, ma vi è concordanza che debbano essere sport, sesso, età specifici, estesi a tutti i professionisti che si occupano di sport, nella consapevolezza che la diagnosi e l'intervento precoci (prevenzione secondaria) correlano con evoluzioni prognostiche favorevoli.

Le conseguenze dell'anoressia cronicizzata comportano gravi alterazioni nutrizionali, ormonali e metaboliche; deficit dei processi cognitivi e di apprendimento legati alla

malnutrizione; alterazioni importanti dello sviluppo della personalità e l'organizzarsi di patologie/disturbi della personalità che sostengono il disturbo alimentare, alterano e impoveriscono le relazioni sociali, l'iter scolastico e le possibilità lavorative. Si assiste cioè a gravi deformazioni e mutilazioni dello sviluppo della personalità e delle competenze evolutive e adattive.

L'intervento di cura comporta ripetuti ricoveri (2-3 volte/anno), prolungati periodi di day-hospital della durata di molti mesi, il soggiorno, anche ripetuto, in strutture riabilitative dedicate con durata di almeno 6-12 mesi

### **ANORESSIA CRONICA: ALTERAZIONI DI ORGANI E APPARATI**

da: Quaderni del Ministero della Salute, n 17/22, luglio agosto 2013 "Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione"

<p><b>APPARATO GASTRO-ENTERICO</b> atrofia della mucosa gastrica, reflusso esofageo, esofagiti, erosioni e ulcere esofagee con rischio di perforazione, ernia iatale, compromissione della funzionalità epatica, epatomegalia, steatosi epatica, stipsi, lesioni coliche infiammatorie, melanosi da uso improprio di lassativi antrachinonici, atrofia e ulcerazioni superficiali della mucosa intestinale secondarie all'uso improprio di lassativi. Come conseguenza della stipsi megacolon, ectasia del plesso emorroidario e prolasso rettale. È stata riportata la sindrome dell'arteria mesenterica superiore (vomito, dolore addominale e perdita di peso), dovuta alla compressione della terza porzione del duodeno da parte del plesso mesenterico a seguito della perdita di pannicolo adiposo</p>
<p><b>APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO</b> bradicardia sinusale, ipotensione arteriosa, riduzione della massa ventricolare, diminuzione del volume cardiaco, prolasso delle valvole mitrale e tricuspide, versamento pericardico, aritmie, collasso cardiocircolatorio, alterazioni elettrocardiografiche caratteristiche</p>
<p><b>APPARATO SCHELETRICO</b> osteoporosi, con conseguente rischio di deformazioni ossee e fratture più frequenti a carico del femore, delle vertebre, delle coste e dello sterno, talvolta così gravi da causare una condizione di invalidità permanente</p>
<p><b>A LIVELLO POLMONARE</b> pneumotorace spontaneo, enfisema per lo sforzo del vomito, pneumotorace mediastinico e polmonite ab ingestis</p>
<p><b>A LIVELLO RENALE</b> insufficienza funzionale, nefropatia ipopotassiemica, calcolosi (da ipercalciuria legata all'osteoporosi)</p>
<p><b>ALTERAZIONI METABOLICHE</b></p>

<p>ipoglicemia, iper o ipo-colesterolemia, chetosi, chetonuria, iperazotemia e iperuricemia, alterazioni elettrolitiche importanti, riduzione delle proteine plasmatiche, alterazioni del metabolismo epatico</p>
<p><i>ALTERAZIONI EMATOLOGICHE</i>  anemia normocitica normocromica, anemia macrocitica da deficit di vitamina B12, anemia microcitica e ipocromica sideropenica, leucopenia con riduzione di neutrofili e linfocitosi, trombocitopenia, riduzione della ferritina, linfocitopenia nelle forme estreme di malnutrizione</p>
<p><i>ALTERAZIONI DELL'APPARATO MUSCOLARE</i>  ipotrofia e miopatia con localizzazione prevalente ai cingoli scapolare e pelvico</p>
<p><i>ALTERAZIONI DEL SN CENTRALE E PERIFERICO</i>  ampliamento degli spazi subaracnoidei e dei ventricoli cerebrali, ipometabolismo dei nuclei caudati e delle aree frontali. E' spesso presente polineurite da deficit di vitamina B12 e/o di tiamina che causa dolore e può compromettere la deambulazione</p>
<p><i>ALTERAZIONI ENDOCRINE</i>  estese a tutte le ghiandole. La manifestazione più precoce è rappresentata dall'amenorrea; nei maschi l'ipogonadismo si può manifestare con riduzione dei livelli di testosterone e/o ridotta produzione e vitalità degli spermatozoi. Ridotta funzionalità tiroidea</p>
<p><i>PATOLOGIA PSICHIATRICA</i>  disturbi depressivi, d'ansia, di personalità, da dipendenza da alcool e sostanze</p>
<p><i>FUNZIONAMENTO INTERPERSONALE, SOCIALE, SCOLASTICO E LAVORATIVO</i>  gravemente compromesso</p>

## **Bibliografia**

American College of Sports Medicine, Sawka MN, Burke LM, Eichner ER, Maughan RJ, Montain SJ, Stachenfeld NS. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and fluid replacement. Med Sci Sports Exerc 2007; 39: 377-390.

American Psychiatric Association, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione, DSM-5, Raffaello Cortina Editore, 2015.

Broomfield C, Stedal K, Touyz S, Rhodes P. Labeling and defining severe and enduring anorexia nervosa: a systematic review and critical analysis. Int J Eat Disord 2017; 50: 611-623.

Hobart JA, Smucker DR. The female athlete triad. Am Fam Physician 2000; 1; 61: 3357-3364.

\*Joy E, Kussman A, Nattiv A. 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. Br J Sports Med 2016; 50: 154–162.

\*Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, n. 29, settembre 2017

\* Melin AK, Heikura IA, Tenforde A, Mountjoy M. Energy availability in athletics: health, performance and physique. Int J Sport Nutr Exerc Metab 2019; 29: 152-164.

\*Nagata JM, Carlson JL, Kao JM, Golden NH, Murray SB, Peebles R. Characterization and correlates of exercise among adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Int J Eat Disord 2017; 50: 1394-1403.

Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, n 17/22, luglio agosto 2013

Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry 2002; 159: 1284-1293.

Sudi K, Ottl K, Payerl D, Baumgartl P, Tauschmann K, Müller W. Anorexia athletica. Nutrition 2004; 20: 657-661.

Wonderlich S, Mitchell JE, Crosby RD, Myers TC, Kadlec K, Lahaise K, Swan-Kremeier L, Dokken J, Lange M, Dinkel J, Jorgensen M, Schander L. Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: a clinical overview. Int J Eat Disord 2012; 45: 467-475.

\* L'articolo completo è disponibile nella sezione "ARTICOLI DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA IN ORIGINALE"