

# **COMPORAMENTI ALIMENTARI A RISCHIO NELLA POPOLAZIONE ADOLESCENTE – Analisi di una popolazione scolastica nel territorio Bolognese**

Lucia Cecchini<sup>§</sup>, Dina Guglielmi<sup>°</sup>, Barbara Pacelli\*, Paolo Pandolfi\*

§ Krysalis s.c.s. Immagine di sé – Comportamenti alimentari e stili di vita – Relazioni educative

° Dipartimento di Scienze dell'educazione - Facoltà di Psicologia – Università di Bologna

\* Area Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio – Dipartimento di Sanità Pubblica - Azienda USL Bologna

## **PREMESSA**

Nella vita di ciascun individuo, se l'infanzia rappresenta il momento tipico per l'apprendimento e lo sviluppo delle capacità cognitive e motorie, l'adolescenza diventa il periodo più importante per definire i modelli comportamentali e per assumere le responsabilità proprie dell'età adulta. L'adolescente, quindi, assume in sé tutte le caratteristiche della società a cui appartiene esprimendo all'eccesso pregi e difetti del contesto sociale in cui vive. In questo senso anche gli stili di vita ed i comportamenti dei nostri ragazzi spesso sono il segno di mode che, a volte, non indirizzano verso atteggiamenti virtuosi.

I disturbi della alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi della alimentazione non altrimenti specificati o atipici) sono un problema di rilevanza sociale in quanto minacciano la crescita e la salute di molti adolescenti.

L'eccessiva importanza attribuita all'alimentazione, al peso, alle forme corporee e al loro controllo è considerata la psicopatologia centrale sia dell'anoressia nervosa sia della bulimia nervosa.

Nella patogenesi dei disturbi del comportamento alimentare si individuano fattori di rischio socioculturali ed individuali.

L'evidenza scientifica sottolinea l'importanza di attuare interventi psicoeducazionali di prevenzione su tematiche mirate e rispondenti ai bisogni dei ragazzi, per orientare i giovani a forme di produzione di una cultura positiva che promuova auto-accettazione e aumento di consapevolezza dei fattori di rischio per sviluppare un miglior stile di vita.

Sulla base di tali premesse e data l'importanza dei dati che confermano la diffusione preoccupante tra i giovani dei problemi del comportamento alimentare e di stili di vita scorretti, l'Amministrazione Comunale di Casalecchio di Reno, in particolare l'Assessorato Politiche Sociali e Sanità sta realizzando nelle scuole medie superiori un progetto di educazione alla salute per un efficace intervento di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare che si colloca nell'ambito delle indicazioni dei Piani per la Salute attivati in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna. In questo senso va letto l'approfondimento conoscitivo che si è voluto realizzare nel corso dell'Anno Scolastico 2004-2005 e di cui, di seguito, si presentano i principali risultati.

## METODI E RISULTATI DELL'INDAGINE

Sono stati analizzati 873 questionari somministrati nelle classi I e II di tre scuole superiori (Liceo Scientifico, Istituto Alberghiero, Istituto Tecnico) del Comune di Casalecchio di Reno, durante l'anno scolastico 2004/2005. Tutti i questionari sono stati distribuiti e raccolti a cura del personale docente degli istituti coinvolti, che hanno seguito procedure tali da garantire l'anonimato degli alunni rispondenti. Il materiale, quindi, è stato informatizzato ed analizzato utilizzando il software SPSS vers. 11.5. La significatività statistica è stata valutata utilizzando test inferenziali (test  $\chi^2$ , test t, test Z), con un livello soglia  $\alpha$  pari a 0.01 e 0.05.

La distribuzione per età e sesso dei rispondenti è descritta nella tabella seguente:

Tab.1 Distribuzione dei rispondenti per Istituto, classe d'età e sesso

ISTITUTO	CLASSI ETA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Liceo Scientifico	13-14	79	124	203
	15-17	86	94	180
	d. m.*	1	3	8
	<b>totale</b>	<b>166</b>	<b>221</b>	<b>391</b>
Ist. Alberghiero	13-14	47	27	74
	15-17	54	45	99
	d. m.*	0	2	3
	<b>totale</b>	<b>101</b>	<b>74</b>	<b>176</b>
Ist. Tecnico	13-14	53	94	147
	15-17	60	94	154
	d. m.*	0	1	5
	<b>totale</b>	<b>113</b>	<b>189</b>	<b>306</b>
<b>TOTALE</b>		<b>380</b>	<b>484</b>	<b>873</b>

\* d.m.= dato mancante; indica il numero di questionari in cui non è riportata l'informazione sull'età ovvero sul sesso del rispondente

L'analisi dell'**indice di massa corporea (BMI<sup>1</sup>)** relativo ai rispondenti è utile per determinare la frequenza dei soggetti che sono in condizioni diverse dallo stato di normopeso. Nel nostro caso il 23,8% dei rispondenti risulta sottopeso, il 5,8% in sovrappeso e l'1,5% obeso.

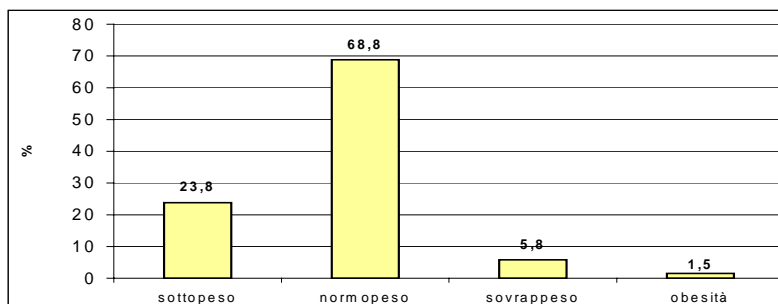


Grafico 1 Distribuzione percentuale delle classi di BMI tra i rispondenti

È emersa una relazione statisticamente significativa tra BMI e scuola di appartenenza ( $p < 0.01$ ): i sottopeso sono più frequenti nell'Istituto Tecnico (26%), seguono il Liceo (24,6%) e l'Alberghiero (17,8%).

<sup>1</sup> Body Mass Index, è una misura sintetica che si calcola dividendo il peso espresso in Kg per la statura al quadrato espressa in metri. Il BMI permette di classificare il soggetto all'interno di quattro classi: *sottopeso* (BMI  $\leq 18$ ), *normopeso* (BMI compreso tra 18,5 e 24,9), *sovrappeso* (BMI compreso tra 25 e 29,9) e *obeso* (BMI  $\geq 30$ ). Le misure dell'altezza e del peso sono state autodichiarate dai rispondenti al questionario.

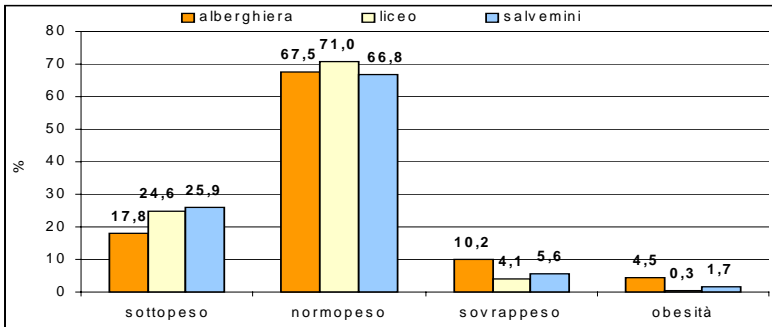


Grafico 2 Distribuzione percentuale delle classi di BMI all'interno di ciascun Istituto

Un'associazione altrettanto significativa è stata osservata tra le classi di BMI e sesso ( $p < 0.05$ ): i sottopeso sono più frequenti nelle femmine (29,5% vs 17,6%), condizione questa già nota in letteratura.

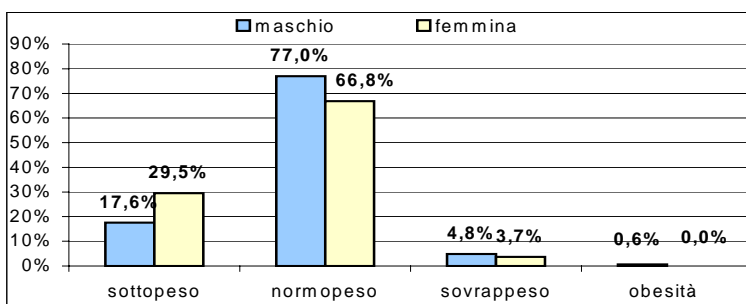


Grafico 3 Distribuzione percentuale delle classi di BMI tra maschi e femmine

Il **grado di conoscenza** dei disturbi correlati ad uno scorretto comportamento alimentare e delle patologie a esso correlate è stato valutato attraverso un questionario delle conoscenze<sup>2</sup>. Il punteggio medio ottenuto al questionario è stato complessivamente pari a 19,3 (su un totale massimo di 35 punti).

Le femmine hanno riportato punteggi significativamente superiori a quelli ottenuti dai maschi ( $p < 0.001$ ), denotando una maggiore conoscenza rispetto ai maschi.

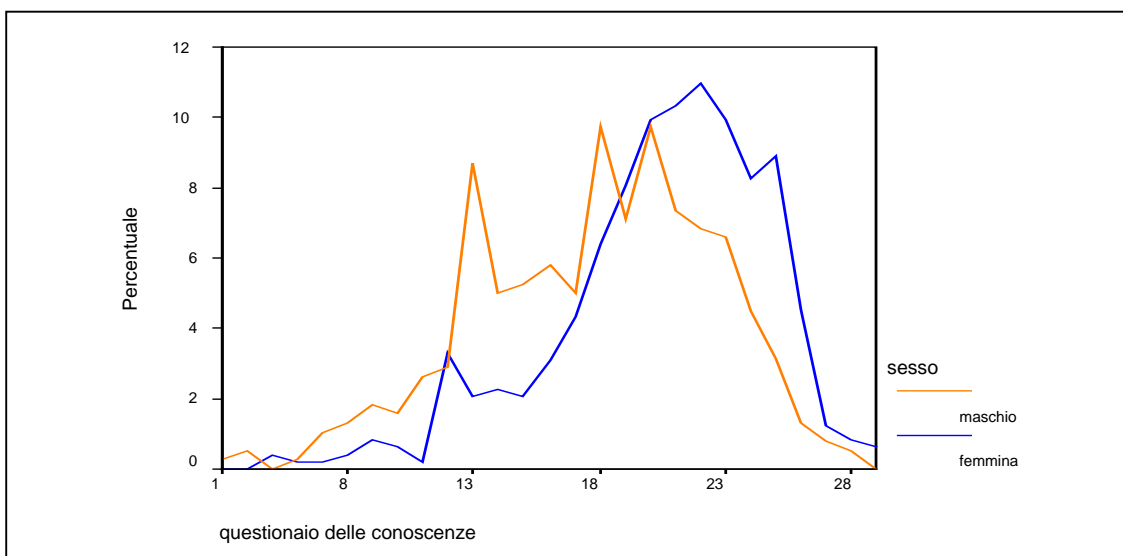


Grafico 4 Distribuzione percentuale dei punteggi del questionario delle conoscenze

<sup>2</sup> Questionario valutativo del grado di conoscenza dei disturbi correlati ad uno scorretto comportamento alimentare e delle patologie ad esso correlate.

L'8,9% dei rispondenti è a **rischio di anoressia**, secondo il punteggio ottenuto dai rispondenti al questionario Eating Attitude Test EAT40<sup>3</sup>.

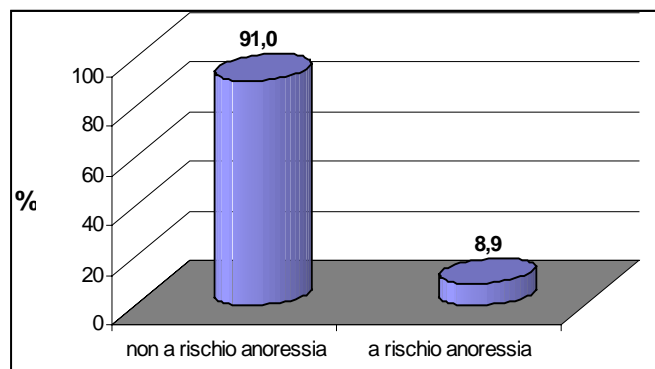
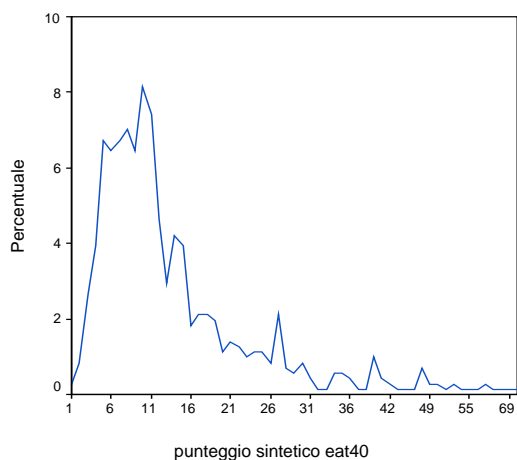


Grafico 5:  
a) Distribuzione percentuale del punteggio sintetico dell'EAT 40

b) Classificazioni dei rispondenti rispetto alla dicotomizzazione del punteggio ( $\leq 30 / > 30$ )

La percentuale di femmine a rischio è significativamente maggiore rispetto ai maschi: tra le femmine il 12% è, secondo il punteggio ottenuto all'EAT40, a rischio di anoressia, contro il 5% dei maschi.

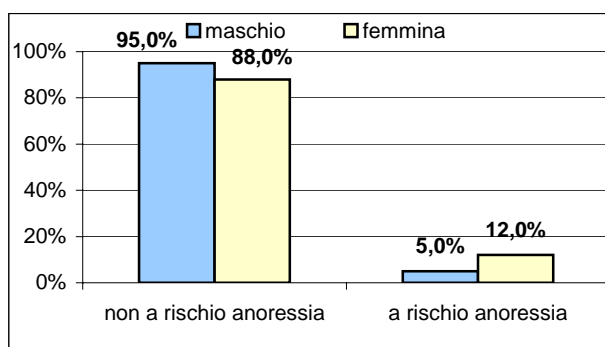


Grafico 6 Percentuale di maschi e femmine a rischio

Sono state analizzate anche le risposte ad un questionario (EATING DISORDER INVENTORY –2 - EDI-2) che indaga su otto dimensioni (più 3 provvisorie) clinicamente rilevanti per i disturbi dell'alimentazione<sup>4</sup>: Impulso alla magrezza, Bulimia, Insoddisfazione corporea, Inadeguatezza,

<sup>3</sup> L'Eating Attitude Test (EAT) sviluppato da Garner e Garfinkel nel 1979 è il primo e uno tra i più usati strumenti di valutazione dei disturbi dell'alimentazione. La versione originale dell'EAT è composta da 40 item (EAT40). Ne esiste anche una versione italiana validata (Cuzzarolo e Petrilli, 1988). Ciascun item è valutato in base alla frequenza (sempre, molto spesso, spesso, talvolta, raramente, mai) con cui il soggetto sperimenta quel comportamento o quel sintomo. Il punteggio massimo è 3 per la risposta *sempre*, 2 per *molto spesso*, 1 per *spesso*; le altre risposte valgono 0 (sezione 2). Il punteggio può variare da 0 a 120 ed i punti più alti corrispondono ad una maggiore compromissione. Un punteggio inferiore a 30 indica assenza di anoressia.

<sup>4</sup> **IMPULSO ALLA MAGREZZA**: ricerca incessante a diventare magri, eccessiva preoccupazione per la dieta e il peso corporeo

**BULIMIA**: tendenza ad avere attacchi di incontrollabile sovralimentazione

**INSODDISFAZIONE PER IL CORPO**: insoddisfazione per la dimensione di quelle parti corporee che sono maggiormente coinvolte nei disturbi dell'alimentazione (pancia, fianchi, cosce, natiche): è un aspetto del disturbo

Perfezionismo, Sfiducia interpersonale, Consapevolezza enterocettiva, Paura della maturità, Ascetismo, Impulsività e Insicurezza sociale.

Il questionario è stato costruito e validato per diagnosticare il livello di rischio nei differenti disturbi legati all'alimentazione specificatamente per le femmine adolescenti. Di conseguenza i punteggi dei maschi non sono direttamente paragonabili con i livelli di rischio di riferimento. È tuttavia possibile confrontare i punteggi ottenuti tra maschi e femmine (graf.7).

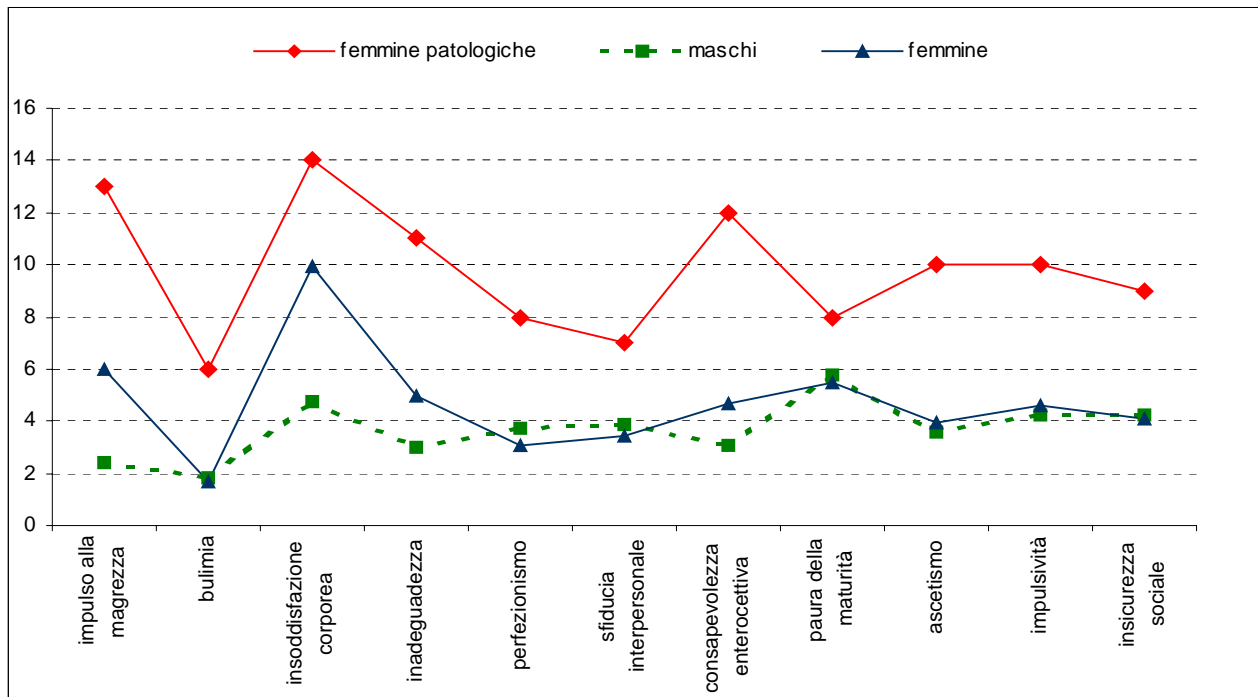


Grafico 7 Punteggi medi ottenuti nelle otto sottoscale del questionario EDI-2 – Confronto tra maschi, femmine e valori delle femmine patologiche

È emerso dall'analisi dei dati che le femmine riferiscono atteggiamenti che si avvicinano di più alla soglia patologica rispetto ai maschi nell'*Impulso alla magrezza*, nell'*Insoddisfazione corporea*, nell'*Inadeguatezza*, nel *Perfezionismo*, e nella *Consapevolezza enterocettiva*. Tuttavia i risultati ottenuti dal campione complessivo risultano significativamente al di sotto della soglia patologica.

dell'immagine ed è uno dei maggiori fattori responsabili dei comportamenti relativi al controllo del peso in pazienti con disturbi dell'alimentazione

**INADEGUATEZZA:** sentimento di insicurezza, inutilità, vuoto e mancanza di controllo sulla propria vita; è fortemente correlato con la bassa stima di sé

**PERFEZIONISMO:** convinzione che soltanto modelli molto elevati di performance personali sono accettabili e l'opinione che gli altri si attendano risultati eccezionali

**SFIDUCIA INTERPERSONALE:** sentimento di alienazione e di riluttanza a formare relazioni strette e di esprimere agli altri pensieri o sentimenti

**CONSAPEVOLEZZA ENTEROCETTIVA:** confusione ed incertezza nel riconoscere e rispondere in modo preciso agli stati emotivi

**PAURA DELLA MATURITÀ:** desiderio di rifugiarsi nella sicurezza dell'infanzia, associata a paure delle esperienze psicologiche e biologiche associate al peso adulto

**ASCETISMO:** tendenza a cercare valore attraverso il perseguimento di ideali spirituali quali l'autodisciplina, l'autolimitazione e il controllo dei bisogni del proprio corpo. È espresso nel concetto di dieta come purificazione, magrezza come virtù e digiuno come atto di penitenza

**IMPULSIVITÀ:** tendenza all'imprudenza, all'ostilità e alla distruttività nelle relazioni interpersonali

**INSICUREZZA SOCIALE:** convinzione che le relazioni sociali siano difficili, insicure, deludenti e in generale di bassa qualità

Limitatamente ai soggetti risultati a rischio di anoressia (secondo il questionario EAT40) si osserva, rispetto all'*insoddisfazione corporea*, che indica un fattore predisponente a comportamenti alimentari a rischio, che le femmine delle tre scuole in esame hanno ottenuto un punteggio significativamente superiore alla soglia di rischio patologico ( $p < 0.01$ ).

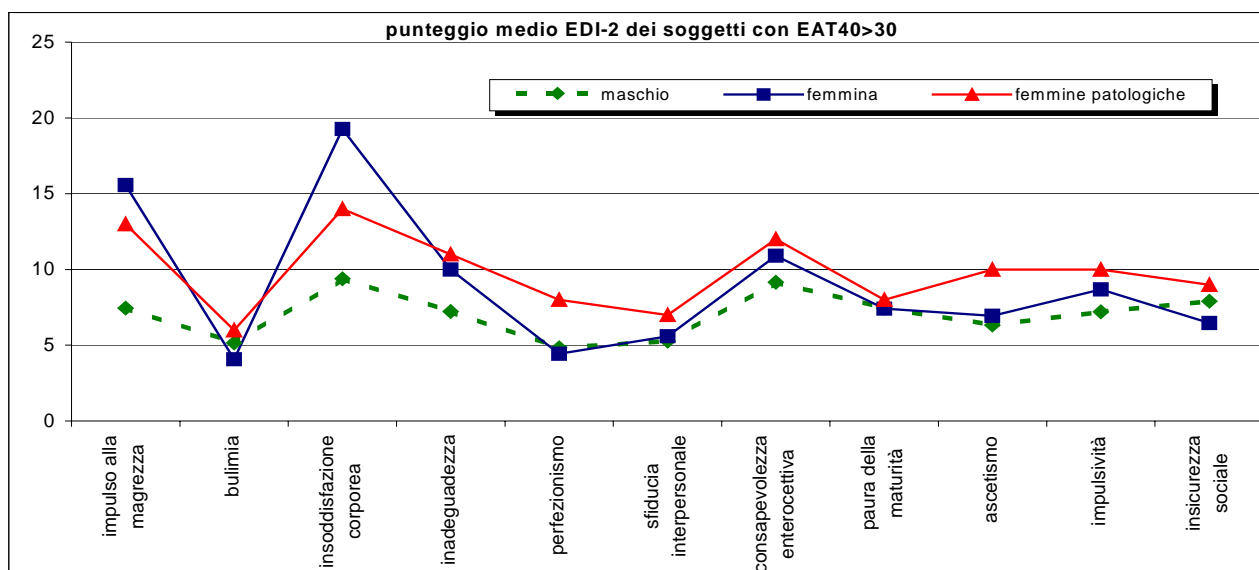


Grafico 8 Punteggi medi ottenuti dai soggetti con EAT40>30 nelle otto sottoscale del questionario EDI-2 – Confronto tra maschi, femmine e valori delle femmine patologiche

Le femmine hanno ottenuto punteggi che non differiscono significativamente dal livello di rischio patologico nell'*impulso alla magrezza*, nell'*inadeguatezza*, nella *consapevolezza enterocettiva* e nella *paura della maturità*. Per le restanti scale i punteggi delle femmine sono significativamente più bassi.

Per quanto riguarda il confronto tra maschi e femmine le due sottoscale per le quali le femmine hanno ottenuto punteggi significativamente più elevati sono l'*impulso alla magrezza* e l'*insoddisfazione corporea*.

I due grafici di seguito analizzano i punteggi ottenuti per i maschi e le femmine tenendo in considerazione le classi di BMI alle quali appartengono i rispondenti.

Per le sottoscale dell'*impulso alla magrezza*, *insoddisfazione corporea* e *inadeguatezza*, si osserva una relazione diretta tra punteggio e livello di BMI: all'aumentare del BMI aumenta il punteggio della sottoscala.

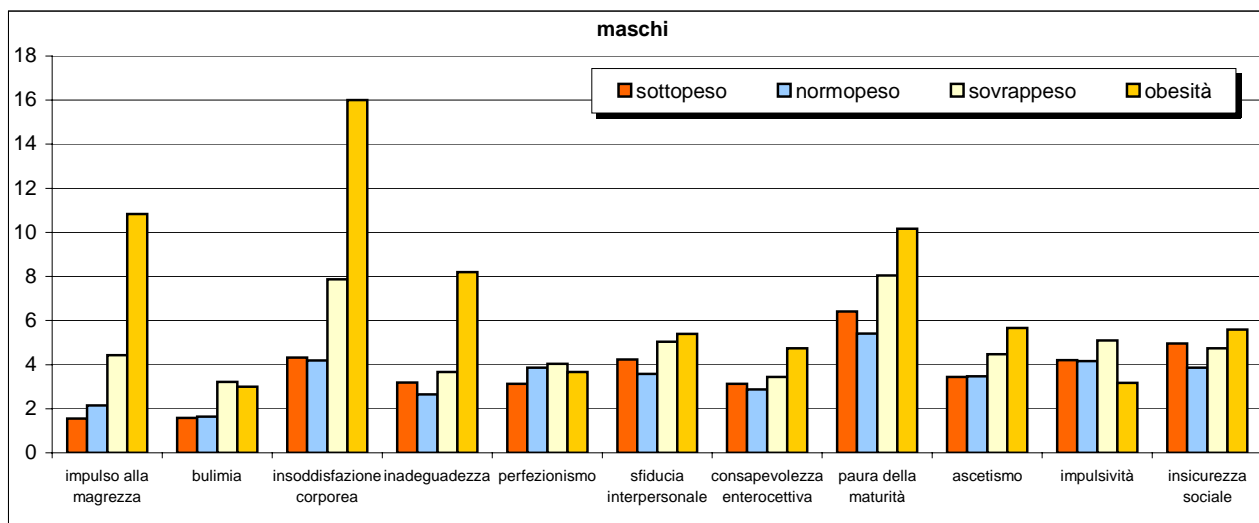


Grafico 9 a) Punteggi medi ottenuti al questionario EDI-2 per classe di BMI- Maschi

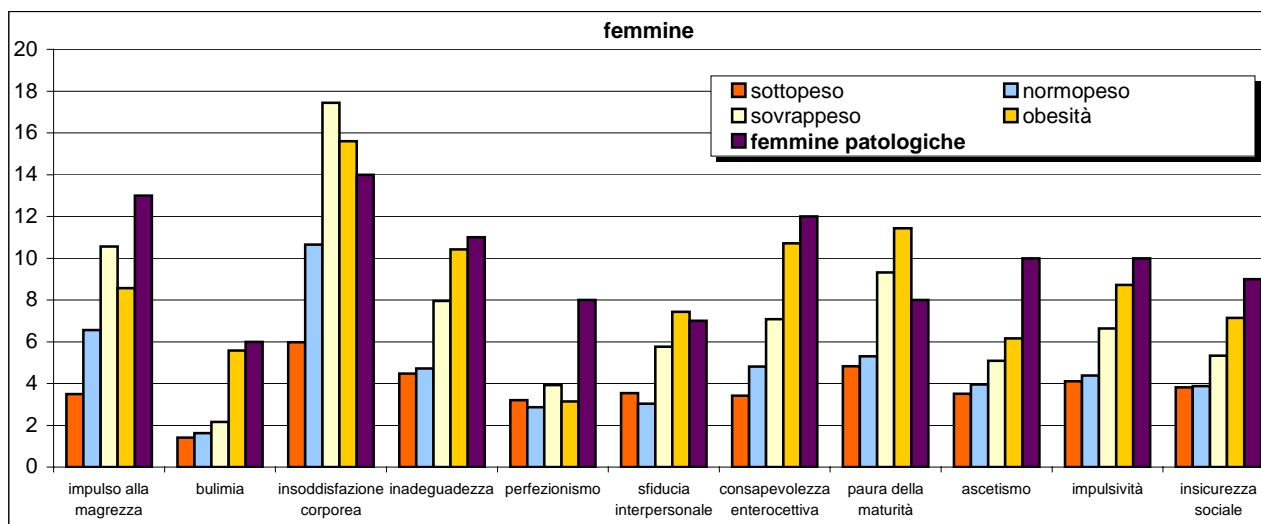


Grafico 9 b) Punteggi medi ottenuti al questionario EDI-2 per classe di BMI- Femmine

## CONCLUSIONI - MESSAGGI CHIAVE

- I disturbi della alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi della alimentazione non altrimenti specificati o atipici) sono un problema di rilevanza sociale in quanto minacciano la crescita e la salute di molti adolescenti. Uno studio condotto nel corso dell'Anno Scolastico 2004-2005 sulle prime e seconde classi di tre scuole superiori del Comune di Casalecchio di Reno, ha contribuito a meglio definire le criticità dei comportamenti alimentari a rischio nei soggetti adolescenti.
- Dal calcolo dell'indice di massa corporea (BMI) negli 873 questionari somministrati, si evidenzia che il 23% dei rispondenti è in una situazione di sottopeso, il 5,8% è in sovrappeso. L'obesità interessa l'1,5% degli alunni rispondenti. Un'associazione significativa è stata osservata tra le classi di BMI e il sesso dei rispondenti: i sottopeso sono più frequenti nelle femmine (28,1% vs 18,3%).
- Secondo il punteggio ottenuto da un questionario validato che misura il rischio di anoressia (EAT-40), l'8,9% dei rispondenti risulta a rischio di anoressia e la percentuale di femmine a rischio è significativamente maggiore rispetto ai maschi (12% vs 5%).
- Le femmine riferiscono atteggiamenti che si avvicinano di più dei maschi ad una soglia patologica (senza però raggiungere tali livelli) nell'Impulso alla magrezza, nell'Insoddisfazione corporea, nell'Inadeguatezza, nel Perfezionismo, e nella Consapevolezza enterocettiva.
- Si conferma l'importanza diagnostica degli strumenti adottati e si sottolinea l'utilità di intervenire precocemente, specie nelle femmine, al fine di evitare l'evoluzione verso condizioni fortemente patologiche. L'indagine enfatizza il ruolo che ha il contesto sociale in cui vivono gli adolescenti.

## BIBLIOGRAFIA

- Littleton H. L., Ollendick T., (2003) Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clin.Child Fam.Psych.Rev.*, 6 (1), 51-56
- Shapiro J. R. e Andersen D.A. (2003) The effect of restraint, gender, and Body Mass Index on the accuracy of Self-Reported Weight *Int. J. Eat. Disord* 34, 177-180.
- Stice E. et al. (2003) Adverse effects of social pressure to be thin on Young Women: an experimental investigation of the effects of "Fat Talk". *Int. J. Eat. Disord.* 34, 108-117
- Celio A. et al. (2003) Are adolescents Harmed when asked risky weight control behavior and attitude questions? Implication for consent procedures. *Int. J. Dis.*, 34, 251-254
- Hermes S.F., Keel P.K. (2003) The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal. *Int. J. Dis.*, 33, 465-467
- Dalle Grave R. School-Based Prevention programs for Eating Disorders. Achievements and opportunities. *Dis. Manage Health Outcomes* 2003; 11 (9): 579-59
- Stice E., Chase A., Stormer S., Appel A. A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *Int. J. Dis.*, 2001 Apr;29(3): 247-62
- Stice E., Trost A., Chase A. Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *Int. J. Eat. Disord.*, 2003 Jan;33(1):10-21
- Rosen D.S., Neumark-Sztainer D. (1998) Review of options for primary prevention of eating disturbances among adolescents. *Society for adolescents medicine* 23(6) 354-363
- McClelland L., Crisp A. (2001) Anorexia nervosa and social class. *Int. J. Eat. Disord.*, 29, 150-156
- Stewart D.A. et al. (2001) Modification of eating attitudes and behaviour in adolescent girl: a controlled study. *Int. J. Eat. Dis.*, 29, 107-118
- Dalle Grave R. et al. (2001) Middle school primary prevention program for eating disorders: a controlled study with a twelve-month follow-up. *Eat. Dis.*, 9, 327-337
- Garner D.M. (1997) The 1997 Body Image survey result. *Psychology Today*, (pp 30-84) gennaio-febbraio 1997
- Leccardi C. (1995). Growing up in southern Italy: Between tradition and modernity. In: *Growing up in Europe*. (eds. L. Chisolm, P. Brüchner, H.-H. Krüger, and M. du Bois-Reymond). Berlin-New York: Walter de Gruyter.
- Leccardi C. (1997). Youth and social change in the Italian Mezzogiorno. In: *Jovens em mudança: Actas do Congresso Internacional "Growing up between centre and periphery"*, Lisboa, 2-4 de Maio de 1996 (eds. J. Machado Pais and L. Chisholm). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Garner D. M. (2001) *Eating Disorder Inventory – 2 – Manuale – edito da Organizzazioni speciali*