

Differenze di genere e rapporto con il proprio corpo in un gruppo di adolescenti

BLANCO S., BENEVENTO D., RAFFAGNINO R., REDA M. A.

Riassunto

Gli autori riferiscono i risultati preliminari di una indagine condotta su un campione di studenti, 269 maschi e 214 F, di varie Scuole Medie inferiori e superiori di Siena (età media 15 anni).

Vengono riferiti i risultati ottenuti nei patterns di comportamento alimentare valutato attraverso due tra i più utilizzati strumenti di valutazione dei Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP): Eating Attitude Test (EAT-40) ed Eating Disorder Inventory (EDI).

I risultati preliminari evidenziano alcune differenze di genere soprattutto in relazione alla accettazione del proprio corpo, una dimensione ritenuta essenziale in letteratura in relazione all'insorgenza dei disturbi alimentari.

Introduzione

Il progressivo e costante incremento, nei paesi industrializzati, del numero di soggetti affetti da Disturbi dell'Alimentazione (Anoressia Nervosa, cod. F50.0 (DSM-IV); Bulimia Nervosa, cod. F50.2), fa assumere a questa patologia la dimensione di una grave "malattia sociale" sia per la frequenza sia per le notevoli conseguenze economiche (ore lavorative perse dai genitori, esecuzione di esami di laboratorio, ripetuti controlli clinici, doctor shopping, spesso ripetute ospedalizzazioni, esami invasivi). I dati disponibili evidenziano che i Disturbi dell'Alimentazione si manifestano per lo più fra i 13 e i 18 anni, raramente oltre i 40 anni, e circa il 90% dei casi si sviluppano nel sesso femminile. Il tasso di prevalenza tra i soggetti adolescenti e giovani adulti di sesso femminile è dello 1-3% (DSM-IV, 1996).

Lo studio dei Problemi Alimentari costituisce, perciò, uno degli ambiti principali di indagine della letteratura internazionale. I recenti sviluppi stanno conducendo ad una crescente consapevolezza che l'alimentazione non può essere trattata come una mera funzione biologica, ma presenta implicazioni psicologiche con notevoli componenti emotive, cognitive e socio-culturali.

Il fatto che il cibo, nella nostra società, può diventare oggetto e mezzo di espressione di disagi psicologici e sociali e i contributi sia delle esperienze cliniche sia della ricerca, hanno condotto alcuni autori ad ipotizzare una unificazione delle problematiche alimentari in un'unica ampia categoria diagnostica, quella dei Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP) (Guidano, 1986; Reda, 1986).

L'alta incidenza di soggetti con problemi nella funzione alimentare, soprattutto adolescenti, e una netta prevalenza nei soggetti di sesso femminile, hanno stimolato l'interesse di studiosi e di ricercatori (Garfinkel e Garner, 1982; Striegel Moore et al., 1986; Felker e Stivers, 1994; Siever, 1994; Schneider, O'Leary, Jenkins, 1995; Icon, Fulkerson, Perry, Early Zald, 1995) al fine di identificare le componenti implicate nell'insorgenza della patologia, in modo da facilitare la progettazione e l'implementazione di programmi di prevenzione efficaci, in particolare in ambito scolastico.

Recenti ricerche hanno evidenziato una maggiore sensibilità verso questa categoria diagnostica anche degli omosessuali e dei soggetti che vivono in modo conflittuale la definizione del proprio ruolo sessuale (Schneider e Angrass, 1987; Schneider, O'Leary, Jenkins, 1995).

La soddisfazione o l'insoddisfazione verso il proprio corpo è stata considerata uno dei più importanti predittori dei Disturbi dell'Alimentazione in vari studi anche di tipo longitudinale, in cui si evidenziano differenze significative tra maschi e femmine (Garner, Garfinkel, Rorkert, Olmsted, 1987; Striegel Moore, Silberstein, Frensch, Rodin, 1989; Cattarin e Thompson, 1994; Davis, Durnin, Dionne, Gurvich, 1994).

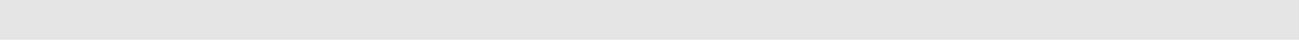
La questione sul perché le femmine sono più insoddisfatte del proprio corpo rispetto ai maschi è tuttora aperta e numerosi ricercatori tendono a sviluppare un maggior interesse per le variabili di tipo socio-culturali (Offman e Bradley, 1992). Nel mondo occidentale esiste una considerevole pressione verso l'immagine sociale di bellezza che si configura con un corpo magro e snello (Offman e Bradley, 1992), a cui sembrano risultare più sensibili i soggetti di sesso femminile che fanno di tutto per conformarsi a questo modello.

Alcuni studiosi hanno evidenziato che le femmine ricorrono più frequentemente al cibo rispetto ai maschi in risposta a stati emotivi spiacevoli, quali l'ansietà, la frustrazione, la depressione (Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch, Brownwill, 1997).

Il notevole incremento di studi sulle differenze di genere nelle alterazioni della funzione alimentare non sembra essere correlato ad una maggiore comprensione dei meccanismi che sottendono tale differente incidenza tra maschi e femmine.

Molte ricerche si dovranno ancora effettuare al fine di identificare in modo chiaro le variabili che possono spiegare il perché le femmine sono più sensibili dei maschi a questa patologia. Si tratta infatti di cogliere i vari elementi implicati in un gioco complesso e articolato in cui variabili soggettive si intrecciano a variabili socio-culturali e biologiche.

Tale comprensione appare essere un elemento essenziale per formulare programmi di prevenzione efficienti, efficaci e rispondenti alle reali esigenze della popolazione più a rischio.



Soggetti, Materiali e Metodi

Soggetti

Il campione in esame è composto da 483 studenti frequentanti le Scuole Medie Inferiori e Superiori, suddivisi in 269 maschi e 214 femmine di età media di circa 15 anni (Tab. 1). Di questi 174 (81 M e 92 F) provengono dalla 2° e 3° media e i rimanenti (in numero di 309: 188 M e 122 F) da tre Istituti Superiori (Istituto Magistrale, Liceo Scientifico e Istituto Tecnico Industriale). Sono state testate 23 classi (8 medie inferiori e 15 medie superiori) su un totale di 68 classi (20 medie inferiori e 48 medie superiori). Tutti i soggetti appartengono alla zona urbana di Siena e quale indicatore delle classi sociali di appartenenza sono state prese in esame le professioni paterne e materne (Tab. 2).

Tabella 1 – Caratteristiche del campione e indicatori antropometrici

		Età		Altezza		Peso Reale		Peso Ideale	
Sesso	N. SS	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD
M	269	15,36 ^{ns}	1,67	172,92	9,76	64,64 ^{ns}	13,41	64,09 ^{ns}	11,28
F	214	15,06 ^{ns}	1,90	161,96	7,35	54,04 ^{**}	8,47	50,90 ^{**}	6,58
		ANOVA F=3,59				Maschi: t=0,76 - P = 0,45 ^{ns}			
		P = 0,059 ^{ns}				Femmine: t=5,33 - P<0,0001 ^{**}			
		Come ti consideri:							
		Grasso		Magro		Normale			
Sesso	N. SS	N. SS	%	N. SS	%	N. SS	%		
M	269	27	10,08%	42	15,73%	200	74,19%		
F	214	88	41,14%	18	8,57%	108	50,29%		
ANOVA		F=48,251 3	P<0,0001 ^{**}	F= 6,7980	P< 0,0094 ^{**}	F=38,800 7	P<0,0001 ^{**}		
Pensi di essere passato (o di trovarti attualmente) in una crisi personale profonda?									
		SI			NO				
Sesso	N. SS	N. SS	%	N. SS	%				
M	269	32	11,88%	237	88,12%				
F	214	50	23,56%	164	76,44%				
ANOVA		F= 11,3854; p<0, ,0008 ^{**}							

^{ns} = Non Significativo

^{*} = Significativo (p<0,05)

^{**} = Altamente Significativo (p<0,01)

Tabella 2 - Classi Sociali di Appartenenza

Classi Sociali		CL I		CL II		CL III		CL IV		CL V	
Sesso	Tot. SS	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
M	269	39	14,50 %	107	39,78 %	110	40,89 %	12	4,46%	1	0,37%
F	214	34	15,89 %	84	39,25 %	83	38,79 %	10	4,67%	3	1,40%
Chi-Square		c ² =0,3425 P<0,5584 ^{ns}		c ² =2,7696 P<0,0961 ^{ns}		c ² =3,7772 p<0,0520 ^{ns}		c ² =0,1818 p<0,6698 ^{ns}		c ² =1,0000 p<0,3173 ^{ns}	
Classi Sociali		CL I + CL 2				CL III + CL IV + CL V				Chi-Square	
Sesso	Tot. SS	Num.		%		Num.		%		c ²	p
M	269	146		54,28%		123		45,72%		1,9665	0,1608 ^{ns}
F	214	118		55,14%		96		44,86%		2,2617	0,1326 ^{ns}

Materiali

Ai tutti i soggetti del campione sono stati somministrati i due questionari di autovalutazione: l'*Eating Attitude Test (EAT-40)* e l'*Eating Disorder Inventory (EDI)*. Il formato di entrambe i tests è simile (Garner and Garfinkel, 1979). Gli items sono a scelta forzata e i soggetti possono optare fra sei risposte possibili: *sempre, molto spesso, spesso, talvolta, raramente, mai*. Lo scoring si effettua attribuendo un punteggio massimo di 3 alle risposte indicanti l'estremo disagio "anoressico o bulimico" ("sempre" o "mai" a dipendere dalla direzione della disfunzionalità); alla risposta immediatamente adiacente si attribuisce il punteggio 2 e 1 alla successiva. Alle tre scelte opposte alla direzione "anoressica o bulimica" non viene assegnato nessun punteggio (0). I punteggi delle subscale sono stati ricavati sommando i punti parziali degli items che costituiscono quella particolare scala. La traduzione italiana dell'EAT-40 da noi utilizzata è quella di Cuzzolaro e Petrilli (1988).

(Traduzione EDI).

Eating Attitude Test (EAT-40): fu sviluppato da Garner e Garfinkel (1979, 1980, 1982) originariamente come scala clinica per la valutazione di comportamenti alimentari abnormi e, in particolare, dell'Anoressia Nervosa (AN). Gli items riflettono gli atteggiamenti nei confronti di varie aree relative all'alimentazione (diete, eccessi bulimici e preoccupazione per il cibo)

In numerosi studi, l'EAT-40 ha dimostrato una significativa attendibilità e validità. L'essere stato utilizzato da numerosi ricercatori in ambiti culturali differenti da quello d'origine (Button e Whitehouse, 1981; Vandereycken e Vanderlinden, 1983; Steinhausen, 1985) lo hanno fatto diventare un test "culture-free" e, quindi, efficacemente somministrabile in indagini cliniche ed epidemiologiche.

La forma da noi utilizzata è la versione integrale composta da 40 affermazioni. Il Questionario fornisce un punteggio totale e tre punteggi parziali (subscale: Digiuno, Bulimia, Controllo Orale). Il punteggio totale è compreso fra 0 e 120 e il punto di cutoff è stato fissato sia dagli Autori (Garner e Garfinkel, 1982) sia nella validazione della versione italiana (Cuzzolaro M. e Petrilli A., 1988) a livello 30 di punteggio totale.

Eating Disorder Inventory (EDI): sviluppato da Garner, Olmsted e Polivy (1983) valuta i tratti psicologici, comportamentali e sintomatici della Anoressia (AN) e della Bulimia Nervosa (BN). È composto da 64 affermazioni che riguardano dimensioni del comportamento alimentare o situazioni di vita associate all'alimentazione.

Di facile somministrazione, consente di individuare otto subscale clinicamente rilevanti nei Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP). Di queste tre valutano gli atteggiamenti e i comportamenti relativi all'alimentazione, al peso e alla forma fisica (*Drive for Thinness, Bulimia, Body Dissatisfaction*), e cinque riguardano costrutti più generali o tratti psicologici clinicamente rilevanti nei Disturbi Alimentari Psicogeni (*Ineffectiveness, Perfectionism, Interpersonal Distrust, Interoceptive Awareness, Maturity Fears*).

In particolare:

Drive for Thinness (DT): questa subscale indica l'eccessivo assillo per le diete, la costante preoccupazione per il peso e l'inseguire, in modo inflessibile e rigidamente, la "magrezza". Questo gruppo di items riflettono sia l'ardente desiderio di perdere peso sia la paura di guadagnarlo. Bruch (1973, 1978, 1982) ed altri autori hanno ritenuto questo aspetto come una delle caratteristiche cardinali dei Disturbi Alimentari. Le manifestazioni cliniche di un intenso bisogno di essere magri o la paura di ingrassare sono essenziali sia per la diagnosi di AN che di BN.

Bulimia (BU): valuta la tendenza a pensare continuamente al cibo e ad impegnarsi in episodi di iperalimentazione incontrollabile (abbuffate) a cui può seguire l'impulso a Condotte di Eliminazione (vomiti autoindotti o l'uso inappropriato di lassativi, diuretici, enteroclistmi). La presenza di abbuffate alimentari è una delle caratteristiche fondamentali della BN e consente di discriminare fra sottotipi di Anoressia Nervosa (Sottotipo con Restrizioni e Sottotipo con Abbuffate) (Beaumont et al., 1976; Russell, 1979; Casper et al., 1980; Garfinkel et al., 1980; DSM-IV, 1996). Episodi bulimici sono stati descritti in femmine senza una formale diagnosi di Disturbi Alimentari (Pyle, Mitchell and Eckert, 1981; Russell, 1979; Neuman e Mitchell, 1986), e alcuni studi hanno dimostrato che la bulimia è relativamente comune fra studentesse universitarie (Wardle, 1980; Halmi et al., 1981; Hawkins and Clement, 1980).

Body Dissatisfaction (BD): misura l'insoddisfazione per le proprie forme fisiche, e per le dimensioni di alcune regioni del corpo considerate esageratamente abbondanti (fianchi, cosce, glutei, stomaco). Sebbene l'insoddisfazione per il proprio corpo sia endemica nelle giovani femmine della cultura occidentale, nelle sue manifestazioni estreme è considerata una caratteristica centrale nei Disturbi Alimentari. Il disagio per il proprio corpo è stato concettualizzato come uno degli aspetti della "distorsione dell'immagine corporea" considerata un deficit basilico nell'AN (Garner e Garfinkel, 1981; Garner, Garfinkel e Bonato, 1987). Crisp (1977, 1980) ha suggerito che il fare diete, nell'Anoressia Nervosa, è una risposta all'insoddisfazione per la "grassezza" della pubertà e al significato simbolico che ciò ha per l'individuo. Questo fattore è generalmente considerato come la componente principale responsabile dell'inizio e, quindi, del mantenimento di comportamenti tendenti al controllo del peso.

Ineffectiveness (IN): valuta i sentimenti di generale inadeguatezza, di insicurezza, di mancanza di valore, di indegnità, di vuoto e la sensazione di mancanza di controllo sulla propria vita. Questo "sconvolgente senso di inefficienza" è stato considerato da vari autori come un disturbo fondamentale per la diagnosi di Disturbi Alimentari (Bruch, 1973; Selvini-Palazzoli, 1978; Strober, 1980; Wingate and Christie, 1978). Quantunque vi siano stati tentativi di interpretare questo costrutto in termini di "locus of control" (Garner et al., 1976; Hood et al., 1982), appare evidente che il concetto di "inefficienza" include un'autovalutazione negativa (riguardante il concetto di sé), componente non spiegata dal "locus of control" (Garner et al., 1982). Pur essendo stato concettualizzato come strettamente correlato ad una scarsa autostima o ad un'autovalutazione negativa, va oltre questi costrutti includendo sentimenti di vuoto e di solitudine. Alti punteggi in questa subscale riflettono un significativo deficit nell'autostima dovuto a intensi sentimenti di inadeguatezza.

Perfectionism (PE): misura il livello di convinzione personale che i propri successi debbano essere superiori alla norma. Indica la propensione a sviluppare aspettative personali eccessive per risultati superiori. Bruch (1978) ha suggerito che la lotta per il raggiungimento di standard perfezionistici di successo è un tema caratteristico nei Disturbi Alimentari. Questa autrice interpreta le tipiche performances accademiche “elevate” di questi pazienti come un “adattamento iperaccondiscendente” che crolla nel fronteggiare le sempre più incalzanti pressioni all’aver successo. Garner et al. (1982) hanno descritto il perfezionismo nell’AN come parte di uno stile di “pensiero dicotomico”. Le famiglie con membri affetti da AN sono state descritte come significativamente orientate verso il raggiungimento di standard elevati, esaltando l’enfasi che la nostra cultura dà all’aver successo (Kalucy et al., 1977; Dally, 1969; Bruch, 1973). Gli items misurano la convinzione che solamente i massimi livelli di prestazione personale sono accettabili e la certezza che gli altri significativi (genitori, amici, etc.) si aspettano dei risultati fuori dal comune.

Interpersonal Distrust (ID): questo fattore riflette un senso individuale di alienazione ed una generale avversione a formare relazioni strette. Misura, inoltre, la personale riluttanza ad esprimere pensieri o sentimenti agli altri. Ciò è da distinguere dal pensiero paranoide ed è correlato all’incapacità di formare attaccamenti o di sentirsi a proprio agio esprimendo agli altri le emozioni. Il bisogno di tenere gli altri a distanza è stato descritto come un importante tema psicologico nello sviluppo e nel mantenimento dei Disturbi Alimentari (Selvini-Palazzoli, 1978; Goodsitt, 1969,1977; Story, 1977; Strober, 1980).

Interoceptive Awareness (IA): questa subscale misura la confusione e il disorientamento nel riconoscere e, quindi, rispondere adeguatamente agli stati emozionali. Riflette, inoltre, l’incertezza e la mancanza di sicurezza nel riconoscere e nell’identificare accuratamente alcune sensazioni viscerali correlate alla fame e alla sazietà. Bruch (1962,1978) e Selvini-Palazzoli (1978) hanno descritto la confusione, la sfiducia e l’incapacità nel classificare sia gli stimoli emozionali sia quelli interolettivi come fondamentale per lo sviluppo e il mantenimento di AN e di BN (Garfinkel and Garner, 1982). Selvini-Palazzoli (1974) ha etichettato la profonda sfiducia delle pazienti anoressiche nei propri stati interni come una sorta “paranoia intrapsichica”.

Maturity Fears (MF): misura il desiderio personale di ritirarsi nella sicurezza degli anni della preadolescenza a causa delle sopraffacenti richieste di adultità. Crisp (1965, 1980) ha suggerito che la psicopatologia centrale dell’AN è un evitamento della maturità psicologica per mezzo del meccanismo dell’evitamento dei carboidrati.

Metodi

Dopo aver preso contatto con i Presidi delle varie Scuole, al fine di un’adesione formale alla ricerca, alcuni operatori si sono recati in quei plessi scolastici che avevano espresso interesse a collaborare.

Sono state così identificate, per sorteggio casuale, alcune classi scolastiche (23 su 68), nell’intento di avere un numero possibilmente simile di maschi e femmine.

La misurazione di alcuni indici antropometrici e a somministrazione delle prove sono state effettuate collettivamente classe per classe, durante le ore scolastiche, da due operatori, appositamente preparati a presentare i questionari e ad offrire, quando necessario, i relativi chiarimenti. La ricerca è stata presentata secondo uno schema uguale in ogni classe, sono state spiegate le finalità e l’importanza di una partecipazione seria alla compilazione delle prove, per ottenere dati il più possibile corrispondenti a ciò che effettivamente ogni soggetto vive e sente, proprio per impostare un programma di prevenzione e di aiuto efficace ed efficiente. Veniva inoltre ricordato che il questionario era completamente anonimo e i dati sarebbero stati sottoposti ad analisi statistica automatizzata.

Prima della compilazione del questionario ogni studente veniva pesato e misurato in una stanza dell'Istituto e i dati ottenuti vengono registrati sul questionario che avrebbe compilato. Il lavoro quindi veniva concluso in ogni classe nell'arco della mattina.

Analisi Antropometrica

I calcoli antropometrici utilizzati sono basati sulle Curve di Accrescimento sviluppate dal National Center for Health Statistics (NCHS) sulla base dei dati forniti dal Fels Research Institute and US Health Examination (Dibley M.J., Goldsby J.B., Staehling N.W., Trowbridge F.L., 1987). Queste Curve di Accrescimento sono raccomandate dalla World Health Organization (WHO) per uso internazionale (WHO Working Group, 1986).

Sulla base di informazioni quali il sesso, l'età, il peso e l'altezza è possibile calcolare vari indici, inclusi quelli correlati all'altezza per età (HA) e peso per età (WA). Questi indici possono essere espressi in termini di Punti-Z, percentili e percentuale di mediana relativi alla popolazione di riferimento menzionata precedentemente.

Tale analisi è stata utilizzata per valutare lo stato alimentare degli individui del nostro campione e quale screening per eventualmente identificare anormali stati nutrizionali. In tal modo ed in presenza di indici antropometrici bassi è possibile determinare la proporzione di individui che cade sotto il valore di cutoff. In particolare, gli indici WH e HA consentono di discriminare fra differenti processi fisiologici e biologici (Gorstein J., Sullivan K., Yip R., de Onis M., Trowbridge F., Fajans P., Clugston, 1994). Un basso WH è considerato un indicatore di deperimento (i.e., magrezza) ed è generalmente associato ad una perdita o ad una difficoltà a perdere peso. Un basso HA è considerato un indicatore di arresto dello sviluppo (i.e., bassa altezza) ed è frequentemente associato a basse condizioni economiche e/o a ripetute esposizioni a condizioni avverse.

Abbiamo espresso la distribuzione degli indici in Punti-Z, in quanto hanno, nella popolazione di riferimento, una distribuzione normale con Media di 0 e Deviazione Standard (SD) di 1. Il punto di cutoff raccomandato da WHO e altri per classificare bassi livelli antropometrici è di 2 unità di SD sotto la media di riferimento per i due indici. La proporzione della popolazione che cade sotto un punteggio Z di 2 è, di solito, confrontata con la popolazione di riferimento in cui il 2,3% cade al di sotto del cutoff. Il cutoff per livelli antropometrici molto bassi è normalmente superiore a 3 SD unità sotto la media.

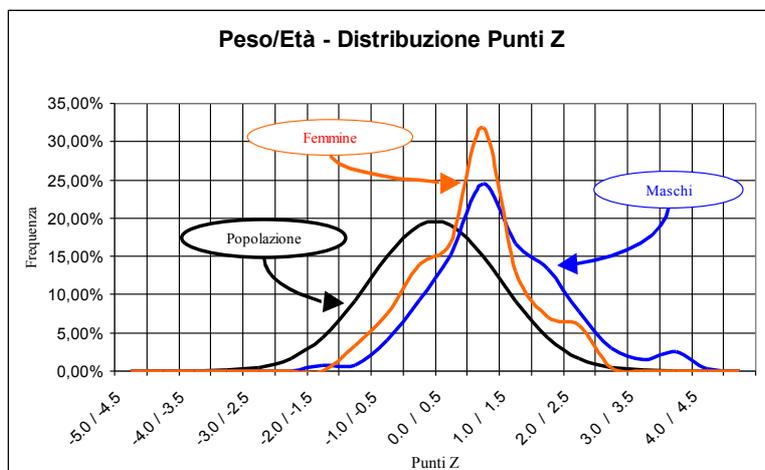
Abbiamo preferito l'uso dei Punti Z, rispetto ai percentili e alla percentuale di mediana, in quanto hanno la proprietà statistica di essere normalmente distribuiti e quindi di avere una maggiore capacità di discriminare la proporzione di una popolazione che cade fra i valori antropometrici estremi.

Il coefficiente di asimmetria (*Skewness*) con valori da 0 a 0,25 indica una distribuzione simmetrica, da 0,25 a 0,50 una modestamente asimmetrica e valori superiori a 0,50 una distribuzione asimmetrica. Se la curva di frequenza di una distribuzione ha una "coda" più lunga a destra del massimo centrale si dice positivamente asimmetrica. Se è vero il contrario si dice negativamente asimmetrica. Il grado di altezza raggiunto da una distribuzione in relazione alla distribuzione normale è detta *Kurtosis*: una distribuzione di altezza relativamente notevole è detta leptocurtica (platicurtica quando è piuttosto bassa e piatta, e mesocurtica se normale).

Un limite clinico di riferimento utilizzato per stabilire se un soggetto è sottopeso è quello di ritenere tale un soggetto con un peso corporeo al di sotto dell'85% di quello normale per sesso, età, peso, altezza. Data l'impossibilità di determinare un peso minimo standard adeguato e applicabile a tutti i soggetti del campione di pari età ed altezza, per facilitare l'individuazione di individui "sottopeso" ci è sembrato opportuno utilizzare l'Indice di Massa Corporea (Body Mass Index, BMI), calcolato come rapporto fra peso in Kg e quadrato dell'altezza espressa in metri e ponendo come limite minimo un BMI minore od uguale a 17,5 Kg/m² (ICD-10, 1995; DSM-IV, 1996).

Analisi Statistica

Figura 1 - Distribuzione Punti Z - Altezza/Età



Aspetti Antropometrici

Altezza/Età: Il nostro campione si discosta lievemente, verso valori più elevati, dalle medie

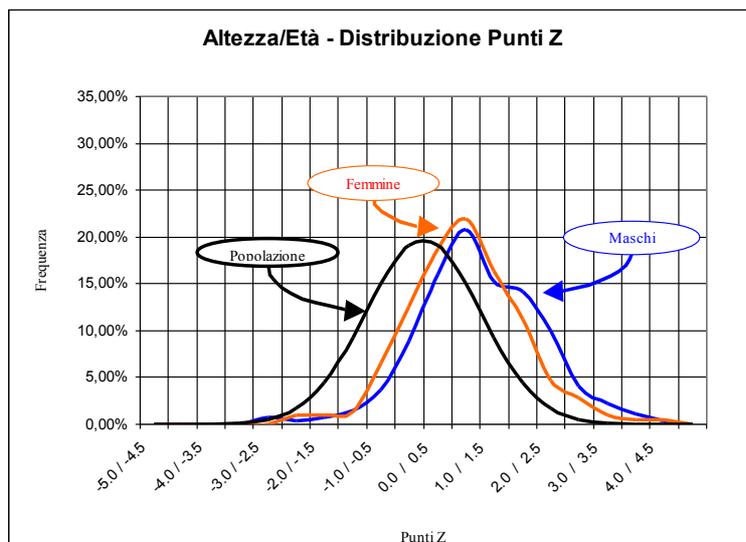


Figura 2 - Distribuzione Punti Z - Peso/Età

della popolazione per quanto concerne i valori medi di riferimento, la distribuzione delle femmine presenta una asimmetria positiva (Skewness = 0,51), mentre quella dei maschi una modesta asimmetria negativa (Skewness = -0,28). La percentuale di casi di cutoff, per i maschi è di 1,86% (< 2 SD) e di 0,74% (< 3 SD) per un totale di 7 soggetti; per le femmine è di 1,87% (< 2 SD) e di 0,00% (< 3 SD) per un totale di 2 soggetti (Tab. 3).

Peso/Età: Anche per quanto concerne la distribuzione dei pesi medi il nostro campione si discosta leggermente dai valori normativi. Il coefficiente di asimmetria della distribuzione dei maschi (Skewness = 0,39) mostra una modesta asimmetria positiva, mentre quello delle femmine (Skewness = 0,04) descrive una distribuzione perfettamente simmetrica. La distribuzione di altezza nel gruppo delle femmine appare essere leptocurtica. La percentuale di casi di cutoff, per i maschi è di 0,74 (< 2 SD) e di 0,00% (< 3 SD) per un totale di 2 soggetti; nessun individuo nel sottogruppo delle femmine (Tab. 3).

BMI: la percentuale di casi di cutoff (valori < 17,5 Kg/m²) è di 18,96% per i maschi (51 soggetti) e di 16,36% (35 soggetti) per le femmine (Tab. 3).

Età e Peso Reale: Il nostro campione risulta omogeneo per quanto concerne l'età media dei due sottogruppi (maschi e femmine) (Tab. 1) e la distribuzione per classi sociali (Tab.2). Né sono emerse differenze significative nella distribuzione dei soggetti fra le clas-

Lo scoring dei due questionari, i rispettivi punteggi totali e il calcolo delle subscale dell'EDI sono stati effettuati per mezzo di una procedura automatizzata appositamente messa a punto dagli Autori.

Le significatività statistiche sono state calcolate per mezzo del software SPSS versione 6 per Windows; i tests statistici utilizzati sono stati: One-Way ANOVA, Paired-Samples T Test e Chi-Square.

Risultati

si sociali più elevate (Classi I e II) e le ultime tre (III, IV e V). In accordo con la norma, i maschi sono risultati mediamente più alti e di maggior peso.

Problematiche Schema Corporeo

Rapporto Peso Reale - Peso Ideale: Mentre nei maschi non vi è differenza significativa fra peso reale e peso ideale, nelle femmine i valori medi sono risultati significativamente differenti ($t=5,33$; $p<0,0001$) con una discordanza media di 3,17 Kg.).

Item: "Ti consideri grasso, magro o normale?": Come riportato nella tabella n. 1, il 74,19% dei maschi si sente normale in rapporto al 50,29% delle femmine ($F=38,80$; $p<0,0001$). Differenze significative fra maschi e femmine sono emerse dalle altre risposte: si "considerano grassi" il 10,08 dei maschi e il 41,14% delle femmine ($F=48,25$; $p<0,0001$) e si "considerano magri" il 15,73% dei maschi in rapporto all'8,57% delle femmine ($F=6,80$; $p<0,0094$).

Item: "Pensi di essere passato (o di trovarti attualmente) in una crisi personale profonda?": Nelle risposte dei due sottogruppi vi è una differenza altamente significativa ($F=11,38$; $p<0,008$). Hanno dato risposte affermative l'11,88% dei maschi in rapporto al 23,56% delle femmine (Tab. 1).

Questionari di Autovalutazione

EAT-40: In considerazione che il punto di discriminazione normalità-patologia (cutoff) è stabilito a 30, dal momento che il punteggio minimo dei soggetti anoressici è di circa 33 e quello massimo dei soggetti normali 23 (Cuzzolaro e Petrilli, 1988), ci è sembrato plausibile individuare una fascia a punteggio "sospetto" ($\Rightarrow 20$ e < 30) per diagnosi precoci ed interventi di prevenzione di individui a rischio (adolescenti, soprattutto di sesso femminile).

Nel nostro campione sono state trovate differenze significative nei punteggi totali medi fra maschi e femmine ($F=30,33$; $p<0,0001$). Nei due sottogruppi non vi sono differenze significative sia nei punteggi medi "sospetti" ($\Rightarrow 20$ e < 30) sia oltre il punto di cutoff (Tab. 4); 25 maschi (9,29%) e 45 femmine (21,03%) rientrano nella fascia "a rischio" e 4 maschi (1,49%) e 24 femmine (11,21%) hanno un punteggio superiore al cutoff (Tab. 4).

EDI: I due sottogruppi (Maschi e Femmine) presentano differenze altamente significative nei punteggi medi totali ($F=30,3287$; $p<0,0001$) (Tab. 5). All'analisi statistica delle subscale si sono verificate differenze significative nei fattori: *Interpersonal Distrust (ID)* ($F=43,57$; $p<0,0001$), *Body Dissatisfaction (BD)* ($F=36,10$; $p<0,0001$), *Ineffectiveness (IN)* ($F=3,94$; $p<0,05$) e *Interceptive Awareness (IA)* ($F=7,57$; $p<0,007$).

Risultati simili ed in particolare per le subscale DT, BD e IA sono stati riportati da Garner (1990); in una popolazione di studenti universitari non pazienti i punteggi dei soggetti maschi sono significativamente più bassi di quelli delle femmine. I nostri risultati sono anche congruenti con quelli riferiti da Rosen, Silberg e Gross (1988) e Poster (1990). Rosen e coll. hanno testato un grosso campione di studenti non pazienti fra i 14 e i 18 anni con dei punteggi medi significativamente più alti nelle femmine che nei maschi alle subscale DT, BD e IA.

Tabella 3 - Indicatori Antropometrici: Altezza, Peso, BMI per Età (Punti Z)

HAZ		Height for Age Z score		% casi Cutoff				Skewness	Kurtosis
Sesso	N. SS	Media	SD	< 2 SD		< 3 SD			
				N. SS	%	N. SS	%		
M	269	0,52	1,13	5	1,86 %	2	0,74 %	-0,28	3,7
F	214	0,24	1,04	4	1,87 %	0	0,00 %	0,51	4,13
M+F	483	0,39	1,10	9	1,86 %	2	0,41 %	0,04	3,69
WAZ		Weight for Age Z score		% casi Cutoff				Skewness	Kurtosis
Sesso	N. SS	Media	SD	< 2 SD		< 3 SD			
				N. SS	%	N. SS	%		
M	269	0,50	1,03	2	0,74 %	0	0,00 %	0,39	3,42
F	214	0,08	0,84	0	0,00 %	0	0,00 %	0,04	4,77
M+F	483	0,31	0,97	2	0,41 %	0	0,00 %	0,42	3,62
BMI		Indice di Massa Corporeo: (Peso ^{Kg})/(Altezza ^m) ²		casi Cutoff < 17,5 Kg/m ²				Skewness	Kurtosis
Ses- so	N. SS	Media	SD	N. SS	%				
M	269	21,68	4,47	51	18,96%				
F	214	20,65	3,31	35	16,36%			0,33	0,17
M+F	483	21,2	4,03	86	17,81%			0,766	1,133

Tabella 4 – EAT-40 - Punteggi Totali e Cutoff

EAT-40	Punti < 20				Punti =>20 e < 30				Punti => 30 (Cutoff)				Punti Tot.			
	Sesso	Num. SS	% SS	Media	SD	Num. SS	% SS	Media	SD	Num. SS	% SS	Media	SD	Num. SS	% SS	Media
M	240	89,22%	10,18^{**}	4,11	25	9,29%	22,96^{ns}	2,23	4	1,49%	37,25^{ns}	3,30	269	100,00%	11,77^{**}	6,28
F	145	67,76%	11,82^{**}	4,59	45	21,03%	24,02^{ns}	2,86	24	11,21%	39,79^{ns}	8,91	214	100,00%	17,63^{**}	10,61
M+F	385	79,71%	11,00	4,35	70	14,49%	23,49	2,55	28	5,80%	38,52	6,10	483	100,00%	14,70	8,44
ANOVA	^{**} F=12,9115 – p<0,0004				^{ns} F=2,5693 – p<0,1136				^{ns} F=0,3102 - p<0,5823				^{**} F=30,329 – p<0,0001			

Tabella 5 - EDI: Subscale e Punteggi Totali

EDI		DT		BU		BD		IN		PE		ID		IA		MF		Tot.	
Sesso	N. SS	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD
M	269	1,21^{**}	2,02	0,93^{ns}	1,33	4,88^{**}	3,74	8,25[*]	2,69	3,77^{ns}	3,04	3,71^{ns}	2,74	1,77^{ns}	2,18	5,90^{ns}	3,82	30,44[*]	9,39
F	214	5,55^{**}	5,42	1,02^{ns}	1,41	10,96[*]	7,89	9,22[*]	2,80	4,04^{ns}	3,35	4,47^{ns}	4,35	3,16^{ns}	3,65	5,63^{ns}	3,47	44,06[*]	19,09
M+F	483	3,38	3,72	0,98	1,37	7,92	5,82	8,74	2,75	3,91	3,20	4,09	3,55	2,47	2,92	5,77	3,65	37,25	14,24
ANOVA		^{**} F=43,5629		^{ns} F=0,1410		^{**} F=36,1023		[*] F=3,9434		^{ns} F=0,2209		^{ns} F=1,5075		^{ns} F=7,5739		^{ns} F=0,1676		^{**} F=30,3287	
		P<0,00001		P<0,7079		P < ,00001		P<0,0491		P<0,6392		P<0,2217		P<0,0068		P<0,6829		P<0,00001	

Discussione

Per quanto concerne le caratteristiche antropometriche, in generale, il nostro campione non mostra degli scostamenti significativi rispetto ai valori normativi di riferimento della popolazione sia per l'altezza sia per il peso. In particolare, nel campione femminile la distribuzione dei pesi è perfettamente simmetrica e non sono stati evidenziati casi di cutoff al di sotto di 2 unità di SD. Alcuni valori relativi all'Indice di Massa Corporea, moderatamente inferiori al limite minimo, sembrano riflettere la classica crescita disarmonica degli adolescenti piuttosto che indicare un sottogruppo di soggetti sottopeso. Da un punto di vista antropometrico si può perciò affermare che il campione in esame non presenta anormali stati nutrizionali.

Nonostante ciò oltre il 40% delle femmine si considerano "grasse" in confronto al 10% dei maschi e si riscontra una marcata differenza fra sessi relativamente al peso reale dei soggetti e a quello da loro desiderato (peso ideale); le femmine mediamente vorrebbero pesare 3,17 Kg in meno, mentre i maschi percepiscono di essere per la maggior parte normopeso. Questi risultati appaiono essere in sintonia con quanto divulgato dalla letteratura in cui si riscontra la presenza di alterazioni della immagine corporea nei soggetti femminili, in direzione di una valutazione del proprio corpo come grasso rispetto ad una immagine sociale legata alla magrezza. (Offman e Bradley 1992).

Questa differenza appare ancora più evidente ai risultati dei questionari. Nell'EAT-40 hanno un punteggio superiore al cutoff 24 femmine (11,21%) e 4 maschi (1,49%) e si trovano nella "fascia a punteggio sospetto" (Punteggi fra 20 e 30) 45 femmine (21,03%) e 25 maschi (9,29%). Il 32,24% del sottogruppo di femmine esaminato si troverebbe perciò in una fascia "a rischio" in rapporto al 10,78% dei maschi.

Sono state riscontrate differenze di genere significative sia nel punteggio totale dell'EDI sia in alcune delle subscale. Un fattore valuta gli atteggiamenti ed i comportamenti relativi all'alimentazione, al peso e alla forma fisica (*Body Dissatisfaction*) e tre riguardano costrutti più generali o tratti psicologici clinicamente rilevanti nei Disturbi Alimentari (*Interpersonal Distrust, Ineffectiveness, Interoceptive Awareness*).

Sebbene l'insoddisfazione per il proprio corpo sia endemica nelle giovani femmine della cultura occidentale, un alto punteggio è considerato una caratteristica centrale nei Disturbi Alimentari. Il nostro campione femminile mostra un più rilevante disagio per il proprio corpo manifestando così una maggior propensione a sviluppare alterazioni nella percezione dell'immagine corporea. Oltre all'insoddisfazione per le proprie forme fisiche esse mostrano una particolare apprensione per le dimensioni di alcune regioni del corpo considerate esageratamente abbondanti (fianchi, cosce, glutei, stomaco). Per di più questo fattore è generalmente considerato come la componente principale responsabile dell'inizio e, quindi, del mantenimento di comportamenti tendenti al controllo del peso.

Un altro fattore che differenzia i due gruppi riguarda, nelle femmine, i sentimenti di generale inadeguatezza, di insicurezza, di mancanza di valore, di indegnità, di inefficienza e la sensazione di mancanza di controllo sulla propria vita. Esse sembrano essere caratterizzate da una più scarsa autostima e da una autovalutazione negativa con conseguenti sentimenti di vuoto e solitudine. Va notato che un numero maggiore di femmine ha dichiarato di essere passate (o di trovarsi attualmente) in una crisi personale profonda (il 23,56% delle femmine in rapporto all'11,88% dei maschi).

Le femmine del nostro campione sembrano mostrare anche una maggiore difficoltà a formare relazioni strette, con una certa riluttanza ad esprimere pensieri o sentimenti agli altri. Ciò può condurre a serie difficoltà nel formare attaccamenti e nell'esprimere agli altri le

proprie emozioni con un conseguente bisogno di tenere gli altri a distanza e senso personale di alienazione.

Un ultimo tratto di differenza riguarda una maggiore confusione e un disorientamento nel riconoscere, nel classificare e, quindi, nel rispondere adeguatamente agli stati emozionali e agli stimoli interocettivi. Le femmine sembrerebbero riflettere una maggior incertezza e una mancanza di sicurezza nel riconoscere e nell'identificare accuratamente alcune sensazioni viscerali correlate alla fame e alla sazietà.

Alla luce dei risultati della nostra indagine e in considerazione dell'alta percentuale di soggetti "a rischio", in particolare fra le adolescenti di sesso femminile, appare necessario implementare nell'ambito scolastico un programma di educazione sanitaria sulle problematiche emerse. Tale progetto deve altresì tenere conto delle differenze emerse fra i sessi per cui, essendo l'adolescenza un periodo critico per un esordio di patologie di tipo Disturbi Alimentari, ad una corretta educazione alimentare va affiancato un programma di addestramento a gestire le proprie emozioni intense e profonde che vengono spesso confuse provocando un rapporto difficile con il proprio corpo.

Un progetto di prevenzione oltre che evitare a molti adolescenti un percorso di inutile sofferenza personale si tradurrebbe anche in un notevole risparmio economico per le famiglie e per il Servizio Sanitario Nazionale.

Bibliografia

- Di Nepi e De Pascale, (1987) *Dieta? Il senno di prima*. Newton Compton Editor
- Dibley M.J., Goldsby J.B., Staehling N.W., Trowbridge F.L. Development of normalized curves for the international growth reference: historical and technical considerations. *Am. J. Clin. Nutr.* 1987;46:736-48.
- Franzoi S. E. e Shield S. A. (1984) The body system scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of personality assessment* 48, 173-174.
- Garfinkel P. E., Garner D. (1982) *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Brunner Mazel New York.
- Gordon A. R. (1990) *Anorexia and Bulimia. Anatomy of social epidemic*. Oxford (trad. It. Anorexia e Bulimia. Anatomia di una epidemia sociale. Raffaello Cortina editore. Mi 1991
- Gorstein J., Sullivan K., Yip R., de Onis M., Trowbridge F., Fajans P., Clugston G. Issues in the assessment of nutrition status using anthropometry. *Bull WHO* 1994 (in press).
- Guidano V. F., (1986) "A system, process-oriented approach cognitive therapy. In Dobson K. S. (Ed.) "Handbook of cognitive-behavioral therapies". Guilford New York
- Herzog D. B, Norman D. K, Gordon C., PePOSE M. (1984) Sexual conflict and Eating Disorder in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, 141 989-990.
- Herzog D. B., Newman K. L. E Warshaw M., (1991) Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. *Journal of nervous and Mental disease*, 179, 356-359.
- Herzog D., Norman D., (1985) Subtyping Eating Disorders. *Compr. Psychiatry* 26, 379-380.
- Meneghelli A., Adami G. F., Gandolfo P., Scopinaro N. (1995) "Body image" e peso corporeo nel paziente con obesità grave. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, vol. 1, n.1 pag. 5-14.
- Offman H. J. e Bradley S. J., (1992) Body image of children and adolescent and its managements: an overview. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37,417-422.
- Reda M. A., (1986) *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Ed. NIS, Roma.
- Rodin J., Silberstein L. R., Strigel-Moore R. H., (1985) Women an weight: A normative discontent. In *Nebraska symposium on motivation* vol. 32
- Schneider J. A. e Agras W. S. (1987) Bulimia in males: a matched comparison with females. *International Journal of eating disorders*, 6, 235-242.
- Siever H. D., (1994) Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and clinical Psychiatry* 62, 252-260.
- Strigel-Moore R. H., Silberstein L. R., Rodin J., (1986) Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
- WHO Working Group. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bull WHO* 1986;64:929-41.
- Wolf P., De Blassie R., (1983) A comparison of holistic and behavioral group approaches in facilitating weight loss, personally change and self-concept change in adult women. *Journal of obesity e weight regulation*, 2, 195-202.