

Stima della conoscenza dei disturbi del comportamento alimentare nella popolazione universitaria di Padova. Uno studio pilota

Nicola Meda, Zakaria Achouri, Irene Slongo, Silvia Martignago, Federico Medea, Claudia Mistrorigo, Chiara Montanaro, Elisa Rossi, Francesco Visioli

Dipartimento di Medicina Molecolare, Università di Padova

Estimation of the knowledge of eating behavior disorders in the university population of Padua. A pilot study

Summary. Eating Disorders (EDs) are characterized by a complex multifactorial etiology, with several risk factors. The aim of this study was to identify and quantify the general and specific knowledge possessed in food psychopathology by university students of Padua. Particular attention was paid to risk factors for this category of psychiatric disorders. University students of Padua demonstrate a good general knowledge of EDs. The knowledge of risk factors for the development of these psychopathologies was very low. It should be noted that only one subject in the entire sample was aware of the existence of specialist centers for the treatment of EDs: more attention should be given to the onset of this type of disorder.

Introduzione

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono una realtà complessa e dalle molte sfaccettature^{1,2}. Questo si riflette nella difficoltà di trovare approcci terapeutici multidisciplinari (farmacologici, psicoterapeutici e dietetici) efficaci nella cura di queste psicopatologie. L'instaurarsi di queste condizioni è ancor di più difficile indagare: i DCA sono disturbi della psiche caratterizzati da eziologia multifattoriale, bio/psico/sociale, i cui fattori di rischio, seppur alcuni definiti in maniera chiara³, interagiscono tra loro in maniera non-lineare⁴. Il primo modo per prevenire lo sviluppo di disturbi alimentari conclamati sembrerebbe quello di aumentare il grado di conoscenza degli stessi. Teoricamente, individui con un grado di istruzione alto dovrebbe possedere più conoscenze riguardanti i DCA. Alcuni studi, tuttavia, indicano che questi disturbi siano prevalenti nella popolazione universitaria^{5,6}. Da un punto di vista di sanità pubblica questo è molto importante^{6,7}.

Abbiamo quindi preparato e distribuito un questionario per valutare, in una popolazione campione di studenti di Medicina dell'Università di Padova, il grado di conoscenza dei DCA e delle strategie di salute pubblica già in atto per il loro trattamento.

Metodi

Costruzione del questionario

Per l'indagine sono state scelte in totale 15 domande, ognuna basata su dati disponibili in letteratura, così suddivise in aree d'indagine o sottogruppi:

- 6 che indagano la conoscenza generale dei DCA;
- 6 che indagano la conoscenza più approfondita di alcuni aspetti dei disturbi sopracitati;
- 1 di indagine per stabilire a chi un universitario che crede di soffrire di DCA si rivolgerebbe per primo;
- 1 di indagine per stabilire quanti universitari abbiano finora rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria in ambito di salute mentale e per quale motivo;
- 1 di indagine sulla conoscenza dei fattori di rischio per lo sviluppo di un DCA.

Le risposte alle domande generali e specifiche si basano su un semplice "Vero o Falso". Viene comunque inserita l'opzione "Non so", per evitare che chi non conoscesse una determinata realtà fosse obbligato a porre una risposta. Questo ci consente di misurare, inoltre, il grado di "non conoscenza".

Le domande del questionario sono riportate nella Tabella I (2, 3, 4, 5, 7, 8 sono gli studi

a cui ci riferiamo per l'estrapolazione delle domande sottoposte).

Criteri di inclusione

I soggetti, i cui questionari sono stati presi in considerazione, sono inseriti nell'ambiente accademico patavino con diversi gradi di istruzione (da matricola universitaria a PhD) e ambienti di formazione. L'età minima rilevata è di 19 anni e la massima di 30. Il campione è risultato omogeneo per sesso, età e corso di laurea. La somministrazione delle domande è avvenuta in un unico momento prima di un incontro di sensibilizzazione sull'ortoressia nervosa, tenuto dall'associazione "Nutrimente" e organizzato dal gruppo studentesco "L'Ombra di Galileo".

Considerando il numero totale di questionari esaminati, questo varia tra i diversi sottogruppi (parte generale, specifica e speciale), in quanto sono state escluse eventuali parti che presentassero almeno una domanda senza risposta e tenute in considerazione le aree d'indagine complete (un questionario può non essere stato analizzato per l'area di conoscenza generale ma solo per la specifica, in quanto quest'ultima presentava tutti gli *item* completati).

Il numero totale di questionari raccolti è stato 162. Di questi 159 sono stati presi in considerazione per l'indagine sulla cono-

TABELLA I.

Domande (e risposte corrette) del questionario

Parte generale	% Corrette	% Errate	% "Non so"
1. I DCA colpiscono maggiormente le femmine? (Si)	62	11	27
2. I DCA sono più sviluppati nei paesi industrializzati? (Si)	83	2	15
3. Si può ottenere una remissione completa (scomparsa) dei sintomi di un disturbo alimentare? (Si)	43	25	32
4. Chi soffre di anoressia è sottopeso? (Si)	79	17	4
5. Chi è sottopeso soffre di anoressia? (No)	98	1	1
6. Si può morire per un DCA? (Si)	84	2	14
Parte specifica	% Corrette	% Errate	% "Non so"
7. L'ortoressia nervosa è ufficialmente classificata come DCA? (No)	18	49	33
8. Un soggetto con bulimia riesce a perdere peso per più di un mese senza riacquistarlo? (No)	40	7	53
9. L'ortoressia è associata all'anoressia nervosa? (Si)	29	15	56
10. Tra anoressia, bulimia e ortoressia, quest'ultima è la condizione psichiatrica più diffusa nella popolazione generale? (Si)	11	49	40
11. Esistono farmaci in grado di migliorare la qualità della vita di chi soffre di DCA? (Si)	49	10	41
12. Chi si occupa di nutrizione umana è maggiormente esposto al rischio di sviluppare ortoressia rispetto alla popolazione generale? (Si)	21	44	35
Parte speciale			
A. Se lei soffrisse di un DCA a chi chiederebbe aiuto?			
B. Lei ha mai rinunciato a una prestazione in ambito di salute mentale? Se sì, indichi l'ordine delle motivazioni: paura del giudizio altrui, difficoltà economiche, nessuno era disponibile/faceva al caso mio, posso cavarmela da solo/a			
C. Ordini dal più grave al non influente i seguenti fattori rischio per lo sviluppo di un DCA: praticare sport per controllare il peso, aver subito un abuso sessuale, aver seguito una dieta, aver sofferto di un disturbo ossessivo-compulsivo, aver fatto/fare uso di droghe (1. dieta, 2. DOC, 3. sport, 4. abuso, 5. droga)			

scienza dei fattori di rischio (3 risultavano non validi prima della selezione), 151 per indagare eventuali rinunce a prestazioni in ambito di salute mentale, 147 per conoscere a chi uno studente, nell'ipotesi soffrisse di DCA, si rivolgerebbe, 150 per sondare la conoscenza dei DCA nel nostro campione attraverso la parte specifica e generale.

Variabili di interesse

Sono state ricavate le percentuali di risposte (corrette/errate/non so) per ogni singola domanda. Da queste è stata calcolata la media per le aree d'indagine generale e specifica, in modo da avere una visione "cumulata" della distribuzione di risposte corrette all'interno dei diversi sottogruppi d'indagine. Per la parte speciale sono state calcolate le varie percentuali di risposta riguardanti: la

prima persona a cui si chiederebbe aiuto in caso di sofferenza per DCA; i motivi per cui il soggetto ha rinunciato alle cure in ambito di salute mentale; la conoscenza dei fattori di rischio. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, particolare attenzione è stata data a ciò che il campione credeva fosse il maggior RF per il successivo sviluppo di un DCA.

Risultati

Parte generale e specifica

Abbiamo rilevato quindi le percentuali di risposte date corrette, sbagliate e segnate come "non so", per ogni singola domanda inclusa nella parte generale e nella parte specifica. I risultati sono stati riportati in Tabella I. Abbiamo ritenuto tuttavia più esplicitiva un'esposizione grafica dei risultati cumulati.

Sono stati costruiti due grafici a barre, uno per la parte generale e uno per la parte specifica. Le medie percentuali successivamente riportate, e il minimo e massimo dentro cui si collocano (per i quali viene riportata anche la domanda che ha segnato tali valori percentuali), si riferiscono alla probabilità che una persona risponda – correttamente, in maniera errata o etichettando come "non so" – a una domanda di una determinata categoria. A tal proposito, inizialmente, veniva considerata la domanda "L'ortoressia nervosa è ufficialmente classificata come DCA?" come appartenente alla parte generale. Tuttavia all'analisi ci si è resi conto che la distribuzione percentuale delle risposte a questa domanda era tipica della parte specifica (si veda oltre). È quindi stata considerata come una domanda che richiedesse una

conoscenza più approfondita rispetto alle prime sei e la si è considerata nella successiva categoria (parte speciale).

Per la parte generale si è riscontrato che la media di risposte corrette è del 75%, con un minimo del 43% ["Si può ottenere una remissione completa (scomparsa) dei sintomi di un disturbo alimentare?"] e un massimo del 98% ("Chi è sottopeso soffre di anoressia?"); la media di risposte sbagliate si attesta al 10%, con un minimo dell'1% ("Chi è sottopeso soffre di anoressia?") e un massimo del 25% ["Si può ottenere una remissione completa (scomparsa) dei sintomi di un disturbo alimentare?"]; la media di risposte segnate come "non so" è del 15%, con un minimo dell'1% ("Chi è sottopeso soffre di anoressia?") e un massimo del 32% ["Si può ottenere una remissione

completa (scomparsa) dei sintomi di un disturbo alimentare?"]. (Fig. 1A).

Nella parte specifica è stato calcolato che la media di risposte corrette si attesta al 28%, con un minimo dell'11% ("Tra anoressia, bulimia e ortorexia, quest'ultima è la condizione psichiatrica più diffusa nella popolazione generale?") e un massimo del 49% ("Esistono farmaci in grado di migliorare la qualità della vita di chi soffre di DCA?"); la media delle risposte errate è del 30% con un minimo del 7% ("Un soggetto con bulimia riesce a perdere peso per più di un mese senza riacquistarlo?") e un massimo del 49% ("Tra anoressia, bulimia e ortorexia, quest'ultima è la condizione psichiatrica più diffusa nella popolazione generale?"). Per le risposte indicate come "non so" la media si poneva, tra un minimo del 33%

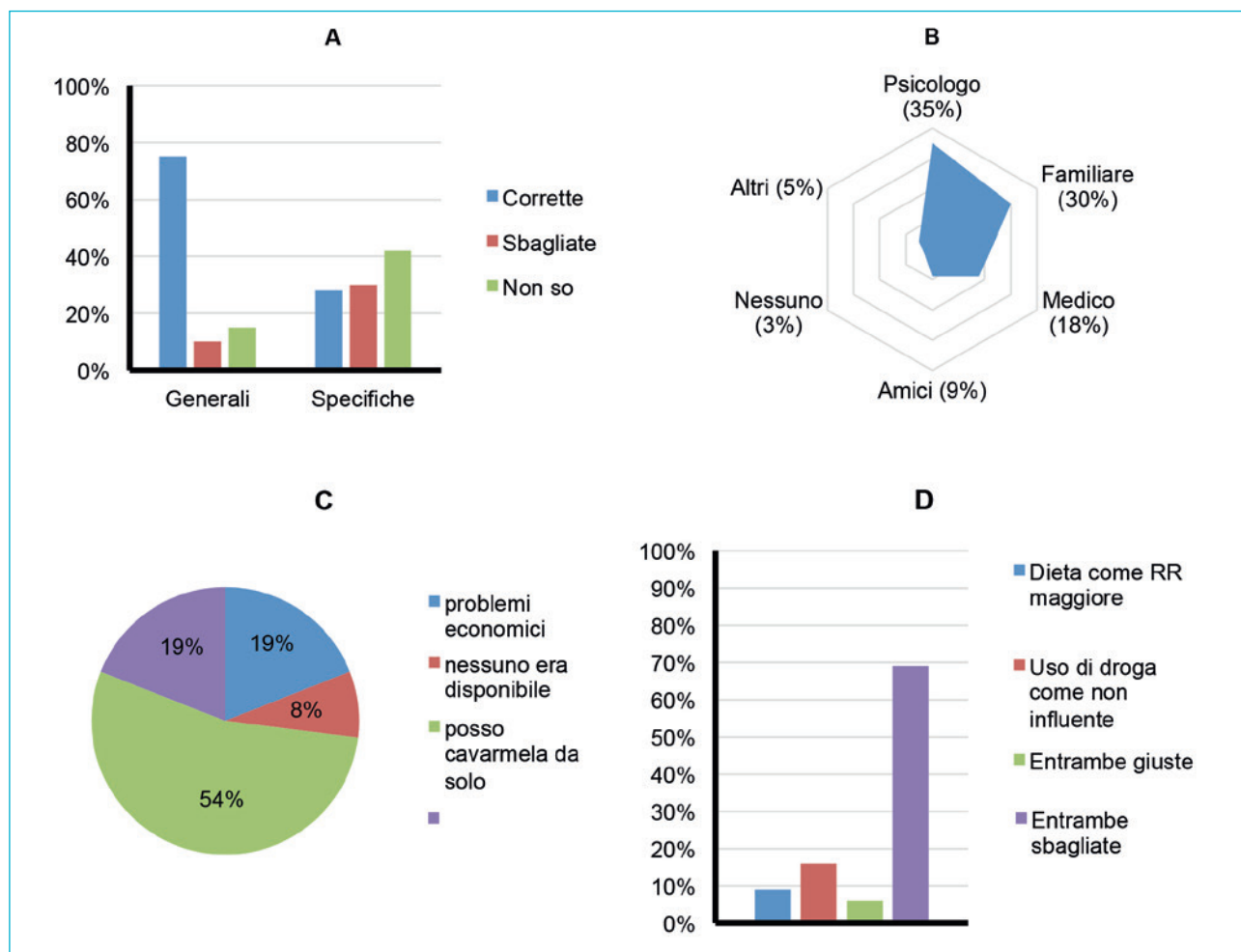
("L'ortorexia nervosa è ufficialmente classificata come DCA?") e un massimo del 56% ("L'ortorexia è associata all'anoressia nervosa?"), al valore di 42% (Fig. 1A).

Parte speciale

Alla richiesta di indicare a chi gli studenti si rivolgerebbero per chiedere aiuto se pensassero di soffrire di un DCA, lo psicologo è stato indicato dal 35% del campione; un familiare per il 30% e un medico per un 18%; sotto i 10 punti percentuali si pongono "gli amici" (9%) "altri" (5%), tra cui nutrizionista, figure religiose) e "nessuno" per un 3%. (Fig. 1B). Venne successivamente richiesto ai soggetti di ordinare le motivazioni per cui hanno rinunciato ad almeno una prestazione professionale in ambito di salute mentale, qualora questo fosse mai accaduto. Nel nostro

FIGURA 1.

A) Distribuzione delle domande: generali e specifiche. B) A chi il soggetto chiederebbe aiuto se pensasse di soffrire di un DCA. C) Perché alcuni individui rifiutano un aiuto professionale in ambito di salute mentale. D) Conoscenza dei fattori di rischio.



campione l'82% dei soggetti non ha mai rinunciato alla suddetta. Del restante 18% riportiamo la motivazione indicata come la più influente per l'avvenuta rinuncia: il 54% dichiara "posso cavarmela da solo"; il 19% per "problemi economici"; un altro 19% non riporta alcun ordine e l'8% sceglie l'opzione "nessuno era disponibile/faceva al caso mio". Si riporta per completezza che nessuno (0%) ha selezionato come motivazione "paura del giudizio altrui" (Fig. 1C). L'ultima area investigativa è quella riferita alla conoscenza dei fattori di rischio (RF) per lo sviluppo di un DCA. Si è richiesto al campione di ordinare i possibili fattori di rischio dal più grave (numerato con un 1) al non influente (5). Ponevamo quindi "aver seguito una dieta" come primo fattore di rischio (RR = 18 (3)) e come non influente "aver fatto/fare uso di droghe" (si veda sempre (3)). Solo il 6% è stato in grado di indicare correttamente entrambe le opzioni nell'ordine reale, il 9% ha indicato la dieta come fattore di rischio più grave e il 16% la droga come non influente sullo sviluppo successivo di un DCA; il restante 68% non è a conoscenza dei fattori di rischio per lo sviluppo della psicopatologia alimentare (Fig. 1D). Infine abbiamo analizzato a quale RF i soggetti intervistati attribuiscono maggior gravità: abbiamo verificato che il 52% pone come primo RF "aver sofferto di un disturbo ossessivo-compulsivo".

Discussione

Dai dati rilevati si evince una buona conoscenza generale dei DCA nella popolazione universitaria padovana. Risulta invece assai carente la conoscenza più dettagliata di queste psicopatologie; non è tuttavia da ritenersi grave, data la specificità delle domande poste e considerando che, in media, nelle 6 domande, il 42% ha segnato "non so" (quindi non presentava "credenze" errate). Nella parte speciale abbiamo individuato come il nucleo familiare, per vicinanza al malato e supporto emotivo, sia l'ambiente elettivo su cui puntare per una sensibilizzazione sul riconoscimento dei primi segni di un possibile DCA. È di fondamentale importanza, tuttavia, rendere il più noto possibile

l'esistenza di un iter per la presa in carico del paziente nei centri specializzati di cura DCA (ampiamente distribuiti sul territorio veneto). Infatti solo un soggetto ha specificato che si rivolgerebbe ai centri specifici predisposti sul territorio per la cura della psicopatologia alimentare, mostrando come nella popolazione universitaria di Padova non ci sia la conoscenza delle possibilità di cura offerte dai servizi psichiatrici territoriali (nonostante proprio in sede padovana sia ubicato il centro regionale per la cura dei DCA).

Riteniamo ancor più allarmante che, tra gli studenti universitari, quasi 1 su 5 abbia rinunciato ad almeno una prestazione in ambito di salute mentale. Ancor più grave consideriamo che la prima motivazione riportata dal 54% di questi sia "posso cavarmela da solo". Crediamo che questo evidenzi come, generalmente, non venga posta la salute mentale sullo stesso piano di quella fisica ma, anzi, si possa arrivare a sminuire la valenza della prima. La restante parte, di cui vogliamo ora considerare il 38% ("problemi economici" e "nessuno era disponibile/faceva al caso mio") risultava, a nostro giudizio, non informata (entrambi i gruppi) riguardo ai servizi offerti dall'università, come SAP – Servizio di Assistenza Psicologica –, gratuitamente e con numerosi professionisti al loro interno.

Infine si vuole porre l'attenzione sulla conoscenza dei RF: si è notato come meno del 10% degli universitari sia stato in grado di attribuire il maggior RR alla dieta rispetto agli altri fattori. Non essere a conoscenza che una scelta comportamentale (relativamente comune) come seguire una dieta può avere risvolti psicopatologici, ipotizziamo giochi un ruolo fondamentale nell'aumento dell'incidenza di questi disturbi verificatosi negli ultimi decenni. L'opinione di circa metà del campione è che il "DOC" sia il fattore più grave nello sviluppo dei DCA. Questa falsa credenza ci porta a ipotizzare come si preferisca attribuire a cause genetiche, o a disturbi già instaurati, il maggior rischio per ulteriori patologie psichiatriche piuttosto che considerare le nostre scelte comportamentali (seguire una dieta-drastica-per dimagrire) come prime cause

eziologiche delle malattie mentali in ambito alimentare.

I principali limiti di questo studio pilota riguardano la scarsa numerosità (peraltro paragonabile a quella di altri studi effettuati in popolazioni universitarie) e il fatto che i partecipanti abbiano volontariamente partecipato a una conferenza introduttiva, portando a un possibile *self-selection bias*. Riteniamo tuttavia che i risultati dell'indagine siano sufficienti a sensibilizzare il medico di medicina generale a porre attenzione nel comunicare con gli studenti con cui interagisce e a sensibilizzarli sulla disponibilità di presidi socio-sanitari atti a regolare il loro approccio ai regimi dietetici.

Bibliografia

- Moore CF, Sabino V, Koob GF, et al. *Neuroscience of compulsive eating behavior*. *Front Neurosci* 2017;11:469.
- Herranz Valera J, Acuna Ruiz P, Romero Valdespino B, et al. *Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study*. *EWD* 2014;19:469-72.
- Patton GC, Selzer R, Coffey C, et al. *Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years*. *BMJ* 1999;318:765-8.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Arlington, USA: American Psychiatric Association 2013.
- Yu Z, Tan M. *Disordered eating behaviors and food addiction among nutrition major college students*. *Nutrients* 2016;8: pii: E673.
- Brytek-Matera A, Fonte ML, Poggiogalle E, et al. *Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students*. *EWD* 2017;22:609-17.
- Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, et al. *The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders*. *Eur Eat Disord Rev* 2017;25:432-50.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al. *Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies*. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:724-31.
- Stice E, Mazotti L, Weibel D, et al. *Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment*. *Int J Eat Disord* 2000;27:206-17.