

# Disturbi del comportamento alimentare in età pre-scolare: variabili cliniche e temperamentali

*Eating disorders in pre-school age:  
clinical and temperamental variables*

A. GAGLIANO\*, V. CIGALA\*, L. NOTARBARTOLO\*\*, G. NOTO\*\*, T. CALARESE\*,  
E. GERMANÒ\*, C. CEDRO\*\*\*, M. ROCCELLA\*\*, F. CALAMONERI\*

\*U.O.C. Neuropsichiatria Infantile, Università di Messina; \*\*Cattedra di Neuropsichiatria  
Infantile, Università di Palermo; \*\*\*Facoltà di Psicologia delle Relazioni Educative,  
Università di Messina

PAROLE CHIAVE. – Disturbi del comportamento alimentare - Bambini - Età pre-scolare -  
Variabili cliniche - variabili temperamentali

KEY WORDS. – *Eating disorders - Children - Pre-school age - Clinical variables -  
Temperamental variables*

## Summary

**Objective.** *The objective of this paper is to explore the association between specific maternal characteristics, maternal perceptions of child temperament, and feeding behaviours of preschool-age children with eating disorders.*

**Aim and methods.** *A sample of mothers and their children (12 couples with children aged 2-6 years; mean age 4.1, SD 1.77) in which children presented an eating disorder not due to a medical condition have been examined.*

**Results.** *The results of the statistic analyses providing different elements of reflection.*

**Conclusions.** *The authors underline the importance of a multidimensional and integrated approach to eating disorders in early childhood and suggest that the feeding of young children is fundamentally a relational and multisystemic process.*

## Introduzione

Appare in aumento la richiesta di visita neuropsichiatrica per bambini in età pre-scolare che si nutrono in modo scorretto e adottano comportamenti alimentari

atipici (rifiuti, restrizioni, estrema selettività, eccesso di dolci, ecc.). Tali condizioni possono anche generare ricadute sullo stato nutrizionale (magrezza o obesità patologiche). Si stima che la prevalenza dei disturbi alimentari nei primi anni di vita possa riguardare fino al 35%-40% della popolazione infantile<sup>4,5</sup>. La letteratura recente ha preso in esame la molteplicità dei fattori implicati nella genesi di tali disturbi, quali ad esempio le caratteristiche temperamentali del bambino e della madre, la qualità della relazione madre-bambino durante lo sviluppo dei *patterns* di nutrizione, le atipie anatomo-funzionali del bambino, i problemi delle condotte alimentari dei genitori<sup>2,7,9,12,14</sup>. Anche le pratiche genitoriali di nutrizione scorrette, come atteggiamenti coercitivi e svalutanti, sono state messe in relazione con i disturbi dell'alimentazione di bambini in età pre-scolare<sup>16</sup>. Più in generale, interazioni disfunzionali con l'ambiente di accudimento che si protraggono nel tempo ed una cattiva qualità della relazione di attaccamento possono incrementare i disordini del comportamento alimentare<sup>6</sup>. Peraltro i correlati emotivi delle condotte di nutrizione rappresentano nel bambino un'esperienza affettiva fondamentale per lo sviluppo della relazione con le figure di accudimento e pertanto per lo sviluppo cognitivo ed emotivo e per l'organizzazione e la rappresentazione del sé<sup>15,17</sup>.

Con il presente lavoro ci siamo proposti di evidenziare l'associazione tra i disturbi alimentari precoci, con riferimento all'età prescolare, ed alcune delle variabili connesse al sistema relazionale madre-bambino ed al *caregiving* all'interno delle condotte di nutrizione.

## Materiali e metodi

Sono state valutate 12 coppie madre-bambino consecutivamente afferite all'ambulatorio di NPI del Policlinico di Messina per la presenza di disordini della condotta alimentare in assenza di una causa organica. Il gruppo comprendeva: a) 10 soggetti che presentavano una restrizione significativa dell'apporto di cibo con comportamenti alimentari atipici (ipofagia, selettività estrema, rifiuto dei solidi) e con peso pari o inferiore al 3° centile; b) 2 soggetti che avevano un eccesso di alimentazione con iperfagia e/o alimentazione irregolare e smodata e con peso pari o superiore al 90° centile. I bambini (4 femmine e 8 maschi) avevano un'età compresa tra i 2 e i 6 anni (età media 4,1, DS 1,77). Tutti frequentavano la scuola materna. Le madri avevano un'età compresa tra 29 e 48 anni (media 35,5, DS di 5,96) e un livello di scolarità che variava dalla licenza media alla laurea.

Il protocollo di studio prevedeva l'analisi delle condotte alimentari, dei problemi psicopatologici e degli aspetti temperamentali dei bambini e delle madri. Sono stati usati i seguenti strumenti:

**Questionario sulle condotte alimentari.** Consta di 43 *items* ed esplora i comportamenti alimentari del bambino dall'allattamento fino al comportamento assunto rispetto al cibo in ambiente domestico e a scuola. Si tratta di uno strumen-

to originale elaborato dal nostro gruppo di ricerca ed utilizzato presso l'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico di Messina, con lo scopo di facilitare l'individuazione delle condotte connesse all'alimentazione e la presenza di comportamenti alimentari disfunzionali. Il questionario deve essere compilato dal *caregiver* che si occupa in maniera prevalente della gestione dell'alimentazione del bambino.

**CBCL (*Child Behavior Check-list*)**<sup>1</sup>. Consente di indagare i problemi comportamentali del bambino tra i 4-16 anni e permette di suddividere i comportamenti problematici in esternalizzanti (comportamenti aggressivi e turbe della condotta) ed internalizzanti (ritiro sociale, tendenza alla somatizzazione, ansia/depressione). Il questionario è stato compilato dalla madre per tutti i soggetti del gruppo.

**QUIT (*Questionari Italiani Temperamento*) scala 3-6 anni**<sup>3</sup>. Lo strumento è stato messo a punto per studiare il temperamento infantile dalla nascita fino agli 11 anni. Per i pazienti del nostro campione è stato utilizzato il questionario per la fascia di età 3-6 anni. Il questionario è stato compilato dalla madre.

***Adult Temperament Questionnaire***<sup>8</sup>. Il questionario è stato compilato dalla madre con riferimento a se stessa. Esplora nove categorie comportamentali: livello di attività, adattabilità, livello di soglia sensoriale, risposte a nuove situazioni, distraibilità, intensità della risposta, persistenza, umore positivo e negativo. Tuttavia, dal momento che il QUIT prevedeva lo studio solo di 5 delle 9 categorie temperamentali originarie, per rendere i profili comparabili, sono state utilizzati per la madre solo i punteggi relativi alle 5 dimensioni studiate nei figli (Attività, Orientamento Sociale, Inibizione alla Novità, Attenzione e Umore).

**SCL-90-R (*Self-Report Symptom Inventory*)**<sup>11</sup>. È una scala di autovalutazione di disturbi psico-affettivi nell'adulto ed è stata applicata alle madri dei soggetti del gruppo. Esplora la presenza di sintomi emotivo-affettivi e comportamentali; i sintomi sono raggruppati in 10 sottoscale che indagano diverse aree psicopatologiche: somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità, depressione, ansia, collera-ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo, sonno.

**EAT-40 (*Eating Attitude Test*)**<sup>13</sup>. È una scala che valuta le abitudini alimentari di soggetti adulti attraverso un questionario ed esplora il rapporto con il cibo e l'idea del sé corporeo in rapporto all'introduzione del cibo. È stata applicata alle madri dei soggetti del gruppo.

Gli stessi strumenti sono stati applicati ad un gruppo di controllo, costituito da 12 coppie madre-bambino, parificate per età, sesso e livello culturale, nelle quali i bambini non avevano mai presentato condotte alimentari disturbate e le madri non avevano mai sofferto di turbe dell'alimentazione. In tutte le coppie di controllo tanto i bambini che le madri erano in condizione di normo-peso.

Sono stati effettuati calcoli di confronto mediante test non parametrici (U di Mann-Whitney) e calcoli di correlazione.

## Risultati e discussione

Sono emerse differenze significative ( $p < 0,01$ ) tra i due gruppi per alcune delle variabili esaminate. La prima delle variabili che differiva in modo statisticamente significativo era l'epoca di svezzamento (Fig. 1): l'età media espressa in mesi era di 5,2: (DS 0,75) per il gruppo clinico e di 6,0 (DS 0,30) per il gruppo di controllo. Si evidenziava pertanto nel campione esaminato che uno svezzamento precoce era connesso all'insorgenza di successive problematiche alimentari. Si sono inoltre rilevate differenze significative nel punteggio totale della CBCL (Fig. 2): la media del gruppo clinico era di 43,6 (DS 38,33) mentre quella del gruppo di controllo era di 9,3 (DS 5,95). I bambini del gruppo clinico avevano punteggi mediamente più elevati, seppure non sempre significativamente patologici, alla scala che valuta la presenza di turbe comportamentali. In particolare, nella scala Esternalizzante si evidenziava una media di 56,6: (DS 8,33) per il gruppo clinico e di 42,3 (DS 1,86) per il gruppo di controllo. I disordini alimentari si accompagnavano pertanto nel nostro campione ad atteggiamenti di tipo aggressivo-impulsivo.

Sono state rilevate inoltre differenze significative nella dimensione Ritmicità dell'*Adult Temperament Questionnaire* (media 4,6, DS 0,81 per il gruppo clinico e 3,5, DS 0,31 per il gruppo di controllo) (Fig. 3). Sono emerse infine differenze significative anche nelle scale di valutazione della sfera psico-affettiva e del comportamento alimentare delle madri ( $p < 0,01$ ). Alla SCL-90-R le madri dei bambini del gruppo clinico hanno ottenuto un punteggio medio di 68,5 (DS 34,45) mentre quelle dei bambini di controllo hanno ottenuto un punteggio medio di 19,3 (DS 17,07) (Fig. 4). Per ciò che concerne, invece, l'EAT nelle madri del gruppo clinico si è eviden-

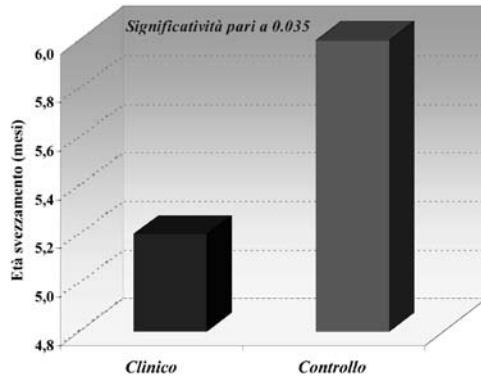


Fig. 1. Confronto tra i valori medi dell'età di Svezzamento espressi in mesi del gruppo clinico e di controllo.

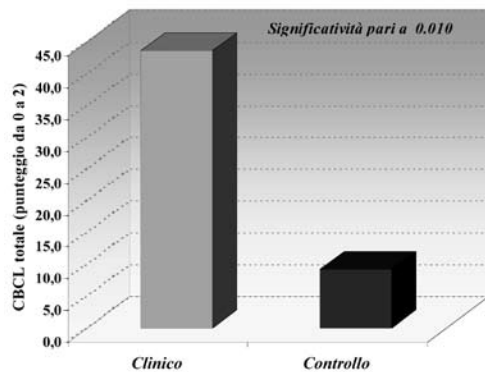
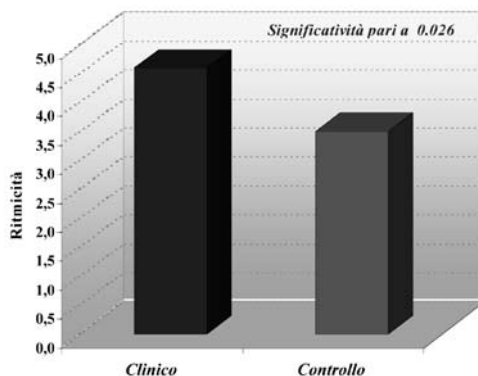


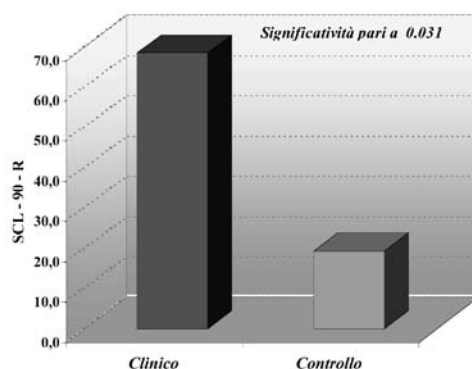
Fig. 2. Confronto tra i valori medi della CBCL totale nel gruppo clinico e di controllo.

ziato un punteggio medio di 14,6 (DS 18,11) mentre in quelle del gruppo di controllo il punteggio medio era di 5,0 (DS 0,89) (Fig. 5). Nel complesso pertanto le madri dei bambini del gruppo patologico differivano dalle madri dei bambini del gruppo di controllo nella variabile temperamentale Ritmicità e nell'organizzazione psicoaffettiva che appariva più disturbata. Differivano inoltre significativamente nelle abitudini connesse all'alimentazione e nell'approccio al cibo che appariva più disorganizzato e conflittuale.

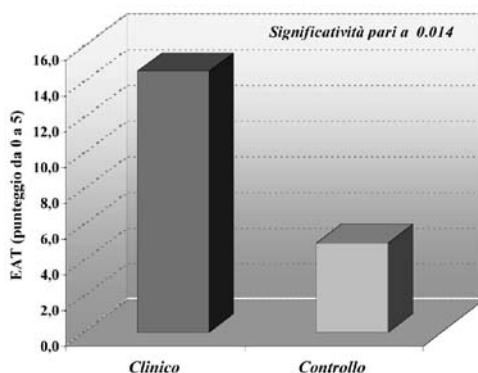
I calcoli di correlazione tra le variabili relative al bambino e quelle relative alla madre hanno evidenziato la presenza di alcuni rapporti significativi ( $p < 0,01$  o  $p < 0,05$ ). Il primo riguarda gli aspetti temperamentali e psico-affettivi della coppia madre-bambino. In particolare si è rilevata una correlazione negativa tra l'umore della madre (*Adult Temperament Questionnaire*) e l'emozionalità positiva del bambino (QUIT). Il dato esplicita che alle madri in cui prevalgono gli stati d'animo negativi corrispondono bambini con una emozione positiva bassa. Un'altra variabile temperale materna, il livello di Attenzione, si correla con le condotte alimentari dei bambini, nel senso che a madri con più bassi livelli di attenzione corrispondono bambini con condotte alimentari distorte. Nell'ambito delle attitudini alimentari materne, esplorate con l'EAT, si sono evidenziate correlazioni



**Fig. 3.** Confronto tra i valori medi della dimensione Ritmicità nel gruppo clinico e di controllo.



**Fig. 4.** Confronto tra i valori medi dell'SCL-90-R nel gruppo clinico e di controllo.



**Fig. 5.** Confronto tra i valori medi dell'EAT nel gruppo clinico e di controllo.

positive con il punteggio totale alla CBCL, tanto alla scala Internalizzante che Esternalizzante. Tali correlazioni sottolineano come, nel nostro campione, a madri con rapporto atipico con il cibo corrispondono bambini con aspetti comportamentali problematici, espressi sia con sintomi esternalizzanti che internalizzanti. In relazione alla variabile comportamentale materna dell'allattamento al seno, questa appare correlata più con le variabili comportamentali che con le condotte alimentari successive: è emersa infatti una correlazione negativa tra allattamento al seno ed i punteggi alla CBCL che appaiono più bassi nei bambini che hanno ricevuto l'allattamento materno. In particolare l'allattamento materno nei bambini del nostro gruppo era correlato a punteggi più bassi alla scala internalizzante della CBCL.

Inoltre emergeva una correlazione positiva tra allattamento al seno e la dimensione temperamentale del bambino Orientamento Sociale; questo dato consente di inferire che nel campione esaminato i bambini allattati al seno per più tempo erano quelli con un migliore orientamento sociale (Tab. I). Rispetto alle variabili espresse dall'EAT si sono evidenziate correlazioni positive con il punteggio totale della CBCL e con le scale Internalizzante e Esternalizzante della stessa (Tab. II).

Ciò significherebbe che tanto più le madri si rapportano all'alimentazione in modo atipico tanto più i figli manifestano aspetti problematici del comportamento ed un ridotto orientamento sociale.

Da quanto esposto si può inferire che i disordini alimentari, soprattutto in età precoce, non costituiscono un problema isolato e specifico, ma sembrano

**Tab. I.** Correlazioni esistenti tra l'allattamento materno ed alcuni indici psico-comportamentali (CBCL, Internalizzante) e temperamentali (orientamento sociale).

	Indici psico-comportamentali bambino		Aspetti temperamentali bambino
	CBCL	Internalizzante	Orientamento sociale bambino
<b>Allattamento al seno</b>	- 0,963**	- 0,876*	+ 0,870*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

**Tab. II.** Correlazioni esistenti tra i punteggi all'EAT materni ed alcuni indici psico-comportamentali e temperamentali del bambino.

	Indici psico-comportamentali bambino			Aspetti temperam. bambino
	CBCL	Estern.	Intern.	Orientamento sociale bambino
<b>EAT</b>	+ 0,990**	+ 0,969*	+ 0,998**	- 0,883*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

legati ad una distorsione più globale del percorso di sviluppo. In particolare è interessante notare che le difficoltà materne nel rapporto con l'alimentazione non hanno ricadute dirette e specifiche sulle condotte alimentari ma si correlano a problematiche più ampie, che coinvolgono cioè l'intera area comportamentale e psico-affettiva del bambino. Di contro, una variabile positiva come l'allattamento al seno non appare protettiva isolatamente sulle condotte legate all'alimentazione, ma globalmente sull'assetto comportamentale e psico-affettivo del bambino. Queste evidenze suggeriscono che le problematiche alimentari potrebbero in alcuni casi essere parte in una distorsione più ampia dell'equilibrio psico-affettivo del bambino o scaturire da pattern interattivi globalmente disfunzionali tra la madre e il bambino. C'è peraltro da chiedersi quanto le correlazioni emerse tra caratteristiche materne e infantili non siano il frutto di una reciprocità interattiva tra il *caregiver* ed il bambino, all'interno della quale risulta difficile stabilire la direzione del rapporto di causalità tra i comportamenti atipici del bambino e l'equilibrio psico-affettivo materno. L'ambiente materno ha certamente una potente influenza sullo sviluppo psico-affettivo di un individuo, ma è contemporaneamente vero che aspetti del bambino a forte impronta costituzionale, come il temperamento ed i comportamenti più legati al piano biologico come quelli alimentari, sono in grado di modificare l'ambiente materno.

### Conclusioni

In accordo con quanto già suggerito da altri autori <sup>210</sup>, il presente lavoro propone una lettura multidimensionale dei disturbi precoci dell'alimentazione che prenda in considerazione diverse variabili come le caratteristiche temperamentali e psicocomportamentali del bambino e della madre e la qualità della relazione che madre e bambino organizzano intorno ai comportamenti di nutrizione ed alimentazione. In linea con le precedenti riflessioni si potrebbe concludere che nelle problematiche alimentari in età precoce si realizza una condizione interattiva disfunzionale caregiver-bambino per la quale non vanno ricercate le atipie dei singoli ma piuttosto quelle di una *diade* che perde la possibilità di gestire in modo armonico l'atto del nutrire e dell'essere nutrito.

### Riassunto

**Obiettivo.** Obiettivo del presente lavoro è evidenziare l'associazione tra i disturbi alimentari precoci in età prescolare ed alcune delle variabili connesse al sistema relazionale madre-bambino ed al *caregiving* all'interno delle condotte di nutrizione.

**Materiali e metodi.** 12 coppie madre-bambino (4 femmine/8 maschi di età compresa tra i 2 e i 6 anni; età media 4,1; DS 1,77) consecutivamente afferite

all'ambulatorio di NPI per la presenza di disordini della condotta alimentare non dovuti a condizioni mediche, sono state confrontate con un gruppo di controllo.

**Risultati.** Sono emerse differenze significative ( $p < 0,01$ ) tra i due gruppi per alcune delle variabili esaminate.

**Conclusioni.** Gli autori sottolineano l'importanza di un approccio multidimensionale ed integrato alle problematiche alimentari in età precoce dal momento che il comportamento alimentare nei bambini è fondamentalmente un processo relazionale multisistemico.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Achenbach TM. *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile*. Burlington; University of Vermont - Department of Psychiatry 1992.
- <sup>2</sup> Ammaniti M, Ambrozzi AM, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. *Malnutrition and Dysfunctional Mother-Child Feeding Interactions: Clinical Assessment and Research Implications*. J Am College Nutrition 2004;3:259-71.
- <sup>3</sup> Axia G. *QUIT, Questionari Italiani del Temperamento, bambini da 3 a 6 anni*. Trento: Erickson 2002.
- <sup>4</sup> Benoit D. *Feeding disorders, failure to thrive, and obesity*. In: Zeanah CH. *Handbook of Infant Mental Health*. New York-London: The Guilford Press 2000.
- <sup>5</sup> Chatoor I. *Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment*. Child Adolesc Psychiat Clin North America 2002;11:163-83.
- <sup>6</sup> Chatoor I, Ganiban J, Colin V, Plummer N, Harmon RJ. *Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1998;37:1217-24.
- <sup>7</sup> Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurrel E, Mrazek DA. *Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2000;39:743-51.
- <sup>8</sup> Chess S, Thomas A. *The New York longitudinal scales adult temperament questionnaire test manual*. Scottsdale, Arizona: Behavioral-Developmental Initiatives 1998.
- <sup>9</sup> Coulthard H, Blissett J, Harris G. *The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: a selective review of the literature*. Eat Behav 2004;5:103-15.
- <sup>10</sup> Davies WH, Satter E, Berlin KS, Sato AF, Silverman AH, Fischer EA, et al. *Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder*. J Fam Psychol 2006;20:409-17.
- <sup>11</sup> Derogatis LR. *SCL-90-R: Administration, scoring and procedure manual-II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research 1992.
- <sup>12</sup> Feldman R, Keren M, Gross-Rozval O, Tyano S. *Mother-Child touch patterns in infant feeding disorders: relation to maternal, child, and environmental factors*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2004;43:1089-97.
- <sup>13</sup> Garner DM, Garfinkel PE. *EAT-40, Eating Attitudes Test*. In: Conti L. *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*. Firenze: SEE 1979.
- <sup>14</sup> Lucarelli L, Ambrozzi AM, Cimino S, D'Olimpio F, Finestrella V. *Feeding disorders in infancy: an empirical study on mother-infant interactions*. Min Ped 2003;55:243-53.
- <sup>15</sup> Sanders LW. *Adaptive relationships in early mother-child interaction*. J Am Acad Child Psychiat 1964;3:231-64.
- <sup>16</sup> Sanders MR, Patel RK, Le Grice B, Shepherd RW. *Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters*. Health Psychol 1993;12:64-73.
- <sup>17</sup> Stern DN. *La rappresentazione dei modelli di relazione*. In: Stern DN. *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Cortina 1998.