

# I DISTURBI ALIMENTARI IN ETÀ EVOLUTIVA: APPROCCIO DIAGNOSTICO E STRATEGIE OPERATIVE DI INTERVENTO IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE. STUDIO OSSERVAZIONALE DI UNA POPOLAZIONE CAMPANA

*Eating disorders in developmental age: diagnostic approach and operative strategies of intervention in child neuropsychiatry. An observational study of a Campania population*

F. Salerno<sup>1</sup>, G. Catone<sup>2</sup>, A. Maiorano<sup>3</sup>, S. Mobilia<sup>3</sup>, M.P. Riccio<sup>2</sup>, S. Pisano<sup>2</sup>, A. Franzese<sup>3</sup>, A. Gritti<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UOC di Neuropsichiatria Infantile, DAI di Medicina Interna e Specialistica, Seconda Università degli Studi di Napoli; <sup>2</sup>Dipartimento Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva, Seconda Università degli Studi di Napoli; <sup>3</sup>Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università Federico II di Napoli; <sup>4</sup>Facoltà di Scienze della Formazione Università Suor Orsola Benincasa di Napoli

## RIASSUNTO

Il seguente lavoro si propone di evidenziare la frequenza e la rilevanza dei disturbi della condotta alimentare in età evolutiva attraverso un'analisi descrittiva di soggetti affetti presso il servizio di Neuropsichiatria Infantile della Seconda Università degli Studi di Napoli, nell'arco di tempo di un anno. Lo studio si propone inoltre di descrivere ed analizzare un esempio di modello diagnostico e di trattamento e di delineare eventuali fattori di gravità che debbano richiedere il ricovero in strutture di lunga degenza. Ciò che emerge è innanzi tutto la necessità di affinare strumenti diagnostici per l'età evolutiva, al momento carenti. Emerge inoltre la necessità di migliorare i percorsi di follow-up a lungo termine e di trattamento mediante la creazione di strutture territoriali dove venga effettuata una presa in carico multidisciplinare (pediatra, neuropsichiatra infantile, psicologo, educatore, dietista) e una differenziazione degli interventi.

## INTRODUZIONE

Con l'avvento della classificazione DSM-5 (APA, 2013) <sup>1</sup>, si assiste ad una generalizzazione dei disturbi alimentari che perdono alcune specificità età dipendente. Nel corso degli ultimi anni, tuttavia, si sta assistendo ad una sempre maggiore frequenza di insorgenza di disturbi della condotta alimentare in età precoce e non sempre è possibile evidenziare

## SUMMARY

The following paper aims to highlight the frequency and importance of eating disorders in developmental age through a descriptive analysis of subjects came at the service of Child Neuropsychiatry of the Second University of Naples, within the time of a year. The study also aims to describe and analyze an example model of diagnostic and treatment and to delineate any factors of clinical severity that should require admission to long-term care facilities. That which emerges first of all is the need to refine diagnostic tools for children and adolescents, currently lacking. It is also clear the need to improve the long-term follow-up and treatment through the creation of local structures where a multidisciplinary clinical management (with a pediatrician, child psychiatrist, psychologist, educator, dietitian) and differentiate interventions are made.

una continuità fra i disturbi alimentari precoci e quelli specifici di fasi della vita successive.

La conoscenza dei disordini alimentari ad esordio precoce è tuttora limitata; molto spesso non coinvolge gli specialisti (i pediatri, in questo caso) indispensabili per un'individuazione precoce dei bambini a rischio o di un esordio di una condizione francamente patologica.

## PAROLE CHIAVE

Disturbi alimentari - Presa in carico - Equipe-multidisciplinare

## KEY WORDS

Eating disorders - Taking charge - Multidisciplinary-equipe

Le manifestazioni dei disturbi alimentari sono molteplici e legate al grado di malnutrizione oltre alla compromissione delle funzioni vitali ed alle problematiche psichiatriche mentali (alterata percezione del corpo, eccessiva valutazione del peso e delle forme), pertanto necessitano di un approccio multidisciplinare integrato (neuropsichiatri infantili, pediatri, psicologi, dietisti, infermieri) <sup>2</sup>. Partendo da questo presupposto e dal fatto che "Il team di cura deve sviluppare l'attitudine ad elaborare per ogni singolo paziente un progetto coerente e condiviso, che reintegri la grave tendenza alla scissione che questi soggetti operano tra mente e corpo" <sup>3</sup>, il nostro lavoro è volto a proporre una modalità condivisa di diagnosi e di intervento sui disturbi della condotta alimentare in età evolutiva, partendo dall'analisi di una coorte di soggetti affetti.

## SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo dello studio è quello di evidenziare la frequenza e la rilevanza dei disturbi della condotta alimentare in età evolutiva attraverso un'analisi descrittiva di soggetti. In secondo luogo, lo studio si pone come obiettivo quello di descrivere ed analizzare l'organizzazione della struttura accogliente, fornendo un esempio di modello diagnostico e di trattamento, e di delineare eventuali fattori di gravità che debbano richiedere il ricovero in strutture di lunga degenza.

## PAZIENTI E METODI

Il campione comprende 54 soggetti, che hanno effettuato un ricovero in regime di Day Hospital presso l'UOC della NPI della Seconda Università di Napoli, per la presenza di un disturbo della condotta alimentare, nel periodo che va dal 01/01/2014 al 31/12/2014.

L'età è compresa fra i 20 mesi ed i 17 anni. I pazienti sono stati suddivisi in fasce d'età come segue: dai 14 mesi ai 6 anni (da 0 a 71 mesi – Fascia 1), dai 6 anni ai 10 anni (dai 72 mesi a 131 mesi – Fascia 2), dagli 11 anni in poi (dai 132 mesi – Fascia 3). Alla Fascia 1 appartengono, perlopiù, bambini che nelle prime fasi di vita hanno sofferto di patologie che hanno causato insulti al tratto oro-faringeo o a cui

sembra essersi "bloccato" il processo di svezzamento ed autonomia alimentare, per cui rifiutano il cibo a pezzi e continuano a nutrirsi con alimenti liquidi. Alla nostra osservazione mancano, in questa fascia di età, bambini segnalati per iperalimentazione.

I pazienti della Fascia 2 presentano una selettività e/o restrizione alimentare di frequente correlata a sintomatologia di tipo ansioso (paura di affogare, di vomitare etc), o insorta improvvisamente a seguito di un evento scatenante o cronica ma divenuta insostenibile rispetto alle esigenze nutrizionali e sociali. Rari sono i bambini segnalati per iperfagia, pur presentando in molti sovrappeso anche a causa di un'alimentazione selettiva ipercalorica.

Nella Fascia 3, si osservano disordini alimentari caratteristici, quali Anoressia e Bulimia, a volte all'esordio simili ad una condizione fobica o a disturbi somatici ma che nel tempo assumono le caratteristiche di un disturbo ben delineato.

I pazienti afferiscono alla NPI sia attraverso l'ambulatorio dedicato per i disturbi alimentari, sia attraverso il ricovero in regime diurno (che può essere richiesto dai nostri sanitari, previa visita ambulatoriale o direttamente dal Pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale).

L'iter diagnostico prevede:

1. osservazioni libere (incluse quelle nella "scuola in ospedale") e semistruzzate (sedute di gioco e reattivi di livello) che consentono una valutazione dello sviluppo psicoaffettivo (regolazione degli stati affettivi, linguaggio, motricità). Tali osservazioni consentono di approfondire le dinamiche relazionali all'interno della diade madre-figlio ma anche del bambino con altri adulti di riferimento ed i coetanei.
2. consultazione congiunta pediatrica e neuropsichiatrica, che consentono di approfondire lo sviluppo del bambino (attenzione, motricità etc), la nutrizione (quantità, qualità, modalità alimentari etc.), lo stato di salute generale (esecuzione di indagini strumentali, visita medica generale, valutazione dei parametri auxologici) e di proporre alcuni interventi psicoeducativi volti a modificare i pattern alimentari.
3. Osservazioni di pasto/pasto assistito: la modalità del pasto assistito, svolto dunque in presenza di

un genitore, viene riservata ai pazienti più piccoli di età (pazienti di Fascia 1 nel nostro campione); le osservazioni di pasto vengono invece riservate ai pazienti di fascia di età superiore. Al momento del pasto, infatti, appare fondamentale che il bambino venga seguito da personale specifico. Il pasto rimane un momento di grande conflittualità dove sembra giocare un ruolo "il controllo" di sé e dell'altro, pertanto demandare al personale specializzato (infermieri, dietiste) la gestione dell'alimentazione consente di supportare i genitori e rimodulare i ruoli all'interno del nucleo familiare.

4. stipula del patto alimentare: consente di aumentare l'input calorico giornaliero, preferendo assunzione consapevole di cibo, nel rispetto delle indicazioni nutrizionali (un aumento di circa 200-300 Kcal al ritmo di ogni due/tre giorni, al fine di evitare complicanze mediche).

A seconda dell'età sono state compilate le seguenti scale: Ch-EAT-26 (*Children's Eating Attitude Test*) (età < a 14 anni), EAT- 26 (*Eating Attitudes Test*) (età > a 14 anni), EDI-2 (*Eating Disorder Inventory*) (età > 10 anni), BUT (*Body Uneasiness Test*), CDI (*Children's Depression Inventory*) (età > 11 anni). I sanitari hanno completato un questionario per la diagnosi di Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID), tradotto da Bryant-Waugh (2013).

Ai bambini più piccoli sono state somministrate le scale di sviluppo Griffith's ed ai genitori è stato chiesto di compilare questionari finalizzati a meglio comprendere le difficoltà comportamentali eventualmente associate (*Child Behavior Check List*).

Per monitorare l'introito alimentare è stato richiesto di compilare un diario alimentare, dove vengono segnalati gli alimenti assunti nel corso dei pasti (3/5 giorni, a seconda della compliance del paziente). Qualora il bambino sia troppo piccolo, il diario alimentare è stato redatto dalla madre.

La diagnosi è stata posta in riferimento al DSM-IV-TR e riclassificata secondo i criteri del DSM-5; tuttavia per alcuni pazienti, soprattutto quelli nella Fascia 1 e 2, è stata assegnata una diagnosi in base alla Classificazione O-3R (2005) <sup>4</sup> o alla Classificazione Great Ormond Street – GOS - (1995) <sup>5,6</sup>.

## RISULTATI

### Caratteristiche demografiche

Sono stati valutati 54 soggetti, di età compresa tra i 20 mesi e i 17 anni (M = 137 mesi, DS ± 51,19 mesi); le caratteristiche dei pazienti sono riassunte nella Tabella I. Di fatto, in età evolutiva, la percentuale di pazienti maschi decresce <sup>7</sup> all'aumentare dell'età e questo trend viene rispettato anche nel nostro campione. Si può rilevare, comunque, che la frequenza dei disturbi alimentari nel sesso maschile è più elevata in età evolutiva rispetto a quella adulta. La modalità di accesso alla struttura è riportata nella Figura 1. 3/54 soggetti (5,26%) hanno interrotto l'iter diagnostico precocemente (1 M di Fascia 1; 2 F di Fascia 3).

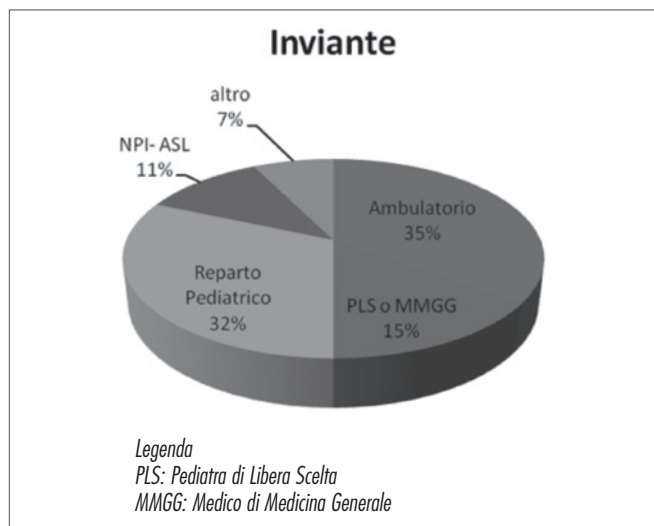
### Caratteristiche cliniche

Nella Tabella II vengono riportate le categorie diagnostiche, nell'ambito del disordine alimentare, attribuite al nostro campione, secondo DSM-5, a cui viene comparata la classificazione GOS. È da precisare che in 4 dei bambini più piccoli è stata posta diagnosi secondo la Classificazione O-3R.

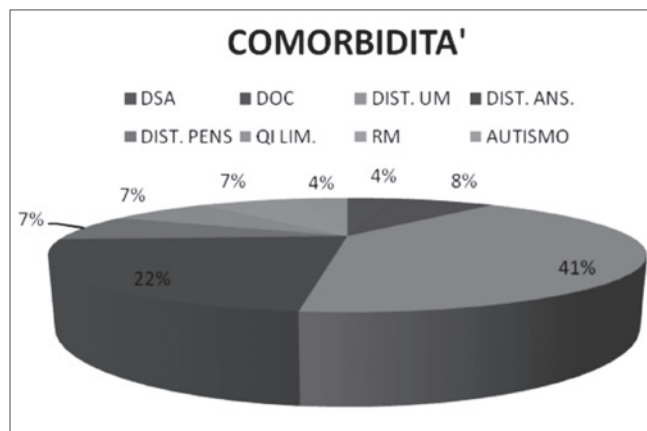
Per quanto concerne la comorbidità, il 50% dei soggetti presenta in associazione un altro disturbo psichiatrico come specificato nella Figura 2. Nel nostro campione si conferma la presenza, come riportato in letteratura, di un'elevata associazione con disturbi d'ansia e dell'umore <sup>8</sup>.

**TAB. I.** Caratteristiche demografiche della popolazione.

Sesso	Fascia 1 (Età < 6 anni)	Fascia 2 (6-10 anni di età)	Fascia 3 (Età > 11 anni)	N. totale (%)
M (%)	7/9 (78%)	4/10 (40%)	8/35 (23%)	19/54 (35,2%)
F (%)	2/9 (22%)	6/10 (60%)	27/35 (77%)	35/54 (64,8%)
TOTALE (%)	9/54 (16,67%)	10/54 (18,54%)	35/54 (64,81%)	54



**Fig. 1.** Distribuzione di provenienza della popolazione inviata in struttura.



**Fig. 2.** Distribuzione percentuale delle comorbidity associate al disturbo dell'alimentazione nella popolazione (Disturbo specifico dell'Apprendimento; Disturbo Ossessivo-Compulsivo; Disturbo dell'Umore; Disturbo d'Ansia; Disturbo del Pensiero; funzionamento cognitivo limite; ritardo mentale; autismo).

Per quanto concerne i risultati delle scale specifiche somministrate, sono risultate positive e dunque indicative di compromissione patologica, il BUT nel 51,6%, il Ch-EAT-26/EAT-26 nel 50% ed il CDI solo nel 29,41%. Tale dato contrasta con la percentuale di comorbidity di disturbi dell'umore rilevata dall'osser-

vazione clinica e conferma una scarsa consapevolezza dei bisogni affettivi dei pazienti.

Il 46,3% del campione presentava BMI uguale o inferiore al 25° pc per l'età. L'input calorico all'ingresso variava dalle 400 Kcal circa a 1300 Kcal. Questo ultimo valore è frequente nei bambini più piccoli a cui

**TAB. II.** Diagnosi della popolazione.

Diagnosi	Fascia 1	Fascia 2	Fascia 3	Totale (54)
Cl. 0-3R				
603- AN	11,11% (1)			
604- Avv. cibo	22,22% (2)			
606-DA ass. tr.	11,11% (1)			
DSM-5				
AN	—		54,29% (19)	35,18% (19)
ARFID	55,5% (5)	80% (8)	25,71% (9)	40,74 (22)
D N/A NAS	—	20% (2)	20% (7)	16,67%(9)
GOS				
Aliment. selettiva	44,44% (4)	30% (3)	5,71 (2)	16,67% (9)
AN	11,11% (1)	—	54,29 (19)	37,03% (20)
Disfagia funzion.		50% (5)	2,7% (1)	11,11 (6)
FAED		20% (2)		3,07% (2)

*Legenda:*  
 AN: anoressia infantile  
 Avv.cibo: avversione verso il cibo di una certa consistenza o caratteristica  
 DA ass. tr.: Disturbo alimentare associato a traumi del tratto gastrointestinale  
 AN: anoressia nervosa  
 ARFID: Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo  
 D N/A NAS: Disturbi della Nutrizione o dell'alimentazione non altrimenti specificati  
 FAED: Food Avoidance Emotional Disorder

è possibile fornire un tale introito calorico mediante l'uso del biberon, magari anche nel sonno.

### Modalità di gestione e di intervento

18/54 (33%) soggetti sono stati ricoverati presso il reparto di pediatria, dove l'equipe ha valutato ad integrazione eventuali presidi medici (infusione venosa, alimentazione enterale etc). I parametri che hanno portato a tale scelta sono legati ad alterazioni organiche: bradicardia, ipotensione arteriosa, disidratazione, versamento pericardico, rifiuto acuto e pervasivo ad alimentarsi anche se in una condizione di parziale compenso clinico. In particolare, sono giunti a ricovero 2/9 (22% relativo, 4% della popolazione totale) soggetti di Fascia 1; 16/54 (45,71% relativo, 29,6% della popolazione totale) soggetti di Fascia 3; in alcuni casi è stato necessario procedere, all'alimentazione enterale tramite sondino naso-gastrico. È da segnalare che nessuno bambino di Fascia 2 è stato ricoverato.

Per quanto concerne la terapia farmacologica, nell'11% dei casi è stata proposta una terapia con psicofarmaci: 6 soggetti di Fascia 3 - 14,28% del gruppo - e 1 soggetto di Fascia 2; 1/7 soggetti ha rifiutato la terapia proposta. Il trattamento è stato monoterapico (olanzapina/aripiprazolo/acido valproico) ad eccezione di un paziente (Risperidone e Sertralina) data la comorbidità con un Disturbo Ossessivo Compulsivo.

Qualora i pazienti non abbiano raggiunto, nel corso del ricovero un adeguato introito alimentare è stata prescritta la somministrazione di integratori calorici al fine di raggiungere un input giornaliero corrispondente al fabbisogno. L'integratore è stato proposto a 2/9 soggetti di Fascia 1, 1/10 soggetti di Fascia 2 e a 15/35 soggetti di Fascia 3. Tutti i pazienti di Fascia 1 e 2, e 1 solo paziente di Fascia 3, hanno rifiutato l'assunzione dell'integratore. Tale elemento potrebbe essere attribuito ad un divieto di accesso all'area orale a qualsiasi alimento o surrogato per i soggetti in età di latenza; per i prepuberi ed adolescenti, invece, il cibo ha una valenza negativa, per cui è più facile accettare un nutrimento/farmaco, a volte sgradevole al gusto, che consente di limitare l'alimentazione ad una funzione vitale (assumere costituenti quali lipidi, carboidrati, proteine etc) piuttosto che associarla ad un piacere.

Al termine dell'approfondimento diagnostico, a 5/35 soggetti (età > 11 anni) (14,3% relativo, 8,7% della popolazione totale) è stato proposto l'invio presso centri di riabilitazione intensiva residenziale, scelti e contattati con i familiari.

### DISCUSSIONE

Dall'analisi dei dati presentati nel lavoro, nella nostra popolazione si rileva una predominanza di disordini alimentari nella fase della pubertà, dove si rilevano anche indici di maggiore gravità (BMI basso, rifiuto alimentare, complicanze fisiche e necessità di ricovero), rispetto ai più piccoli. Si può ipotizzare, tuttavia, che sia proprio la presenza di complicanze mediche ad attivare l'ambiente e a spingere i familiari a richiedere l'aiuto di specialisti. Molto spesso le difficoltà alimentari nei più piccoli sono considerate legate a fasi transitorie di sviluppo, pertanto non viene considerato utile un approfondimento psicodiagnostico né da parte dei familiari che dei pediatri. Nella nostra casistica mancano completamente i bambini obesi (in una regione come la Campania dove vi è un'elevata frequenza di obesità pediatrica) poiché questi di solito vengono indirizzati, dai medici invianti, verso ambulatori pediatrici specifici volti a seguire i pazienti da un punto di vista nutrizionale a cui si può associare un supporto psicologico. Di rado gli specialisti responsabili di tali servizi si rivolgono alla neuropsichiatria infantile per un consulto, di solito qualora vi siano problematiche comportamentali molto gravi.

Nel corso del follow-up annuale, è stato riscontrato in alcuni pazienti con diagnosi di "Anoressia Nervosa," una modifica del quadro sintomatologico con la comparsa di abbuffate senza condotte di eliminazione. Una delle due adolescenti che ha abbandonato la consultazione presentava un quadro sintomatologico che lasciava ipotizzare una condizione clinica di Bulimia Nervosa. Anche in letteratura è descritta una maggiore frequenza di drop out, in tale categoria diagnostica che, in associazione con la minore frequenza in età evolutiva di questi disturbi e la poca "urgenza" che possono attivare, potrebbero essere alla base della carenza di dati nella nostra casistica. Inoltre, nel campione osservato, in presenza di iperfagia con eventuali condotte di eliminazione, non

venivano soddisfatti i criteri specifici per una diagnosi di Binge Eating Disorder (BED) o Bulimia Nervosa, per cui veniva attribuita la diagnosi di Other Specified Feeding and Eating Disorders (OSFED).

Secondo molti autori, la ridefinizione dei criteri per la diagnosi dei disordini alimentari avrebbe dovuto portare ad una riduzione del numero di soggetti a cui veniva attribuita diagnosi di disturbo alimentare non specifico, ma evidentemente in età evolutiva alcuni criteri potrebbero risultare ancora di difficile applicazione, sia per le condotte restrittive che per le abbuffate. Per tale ragione in parallelo alla diagnosi secondo il DSM-5 si è scelto di applicare i criteri della scala GOS, che in fase di latenza sembrano definire in modo più completo le diverse forme di disordini alimentari. Di fatto, la diagnosi di Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID) potrebbe rischiare di divenire, come i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS) per il DSM-IV, una categoria molto rappresentata ma poco specifica. L'uso di altre categorie diagnostiche (classificazione 0-3R e GOS) sembra utile, inoltre, per la possibilità di individuare forme precoci di Anoressia, altrimenti poco identificabili secondo il DSM-5.

Infine, il nostro campione conferma la presenza di un'elevata frequenza di comorbidità con i disturbi dell'umore, che possono essere sia interpretati come un effetto della malnutrizione sia avere un'importanza prospettica vista la presenza di dati clinici che confermano l'evoluzione di disordini alimentari precoci in disturbi dell'umore, in fasi successive della vita.

La presa in carico di un bambino affetto da un disordine alimentare richiede un'equipe multidisciplinare (pediatra, neuropsichiatra infantile, psicologo, educatore, dietista) che possa condividere le idee, nel rispetto della preparazione e background culturale dei singoli. È auspicabile la presenza nel territorio di strutture che possano avere la possibilità di differenziare gli interventi e stabilire un percorso diagnostico/terapeutico idoneo a ciascuno. Molte sono le critiche che possono essere mosse ad una struttura sanitaria che possa pretendere di prendere in carico soggetti di età molto diversa fra loro con condizioni cliniche per niente comparabili. Ipotizzare una struttura di questo tipo potrebbe servire ad accogliere ed identificare le problematiche alimentari, anche più precoci, per

consentire un'adeguata presa in carico qualora sia necessario presso centri specialistici.

## CONCLUSIONI

Da questa analisi descrittiva del campione preso in esame si può affermare la necessità di affinare strumenti diagnostici per l'età evolutiva, che sono al momento carenti.

Dai dati emersi, si evince che la nostra attività clinica è "limitata" a condizioni di una certa gravità per cui pochi sono gli interventi volti alla prevenzione ed all'individuazione precoce di bambini a rischio.

Inoltre, carente è il follow-up a lungo termine e la presa in carico terapeutica, attraverso percorsi psicoterapeutici sia individuali o di gruppo che familiari, indispensabili nella gestione dei disturbi alimentari in età evolutiva. Per i più piccoli, infine, sarebbe opportuno ipotizzare la formazione di terapisti della riabilitazione, quali logopedisti o psicomotricisti, con i quali sviluppare strategie di intervento atte a favorire una maggiore integrazione dello schema corporeo con un accesso all'oralità senza che questo venga percepito come un'intrusione.

## Bibliografia

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (5<sup>th</sup> edition)*. Arlington: American Psychiatric Association 2013 (trad. It Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- 2 Nicholls D, Hudson D, Mahomed F. *Managing anorexia nervosa*. Arch Dis Child 2011;96:977-82.
- 3 Maestro S, Baroncelli GI, Ghione S, et al. *I disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*. Prospettive in Pediatria 2013;41;74-83.
- 4 National Center for Infants Toddlers and Families (2005). *Zero to three* (trad. It. *Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo dell'infanzia*. 1° revision, Giovanni Fioriti Editore 2008).
- 5 Bryant-Waugh R, Lask B. *Eating disorders in children*. J Child Psychol Psychiatry 1995;36:191-202.
- 6 Nicholls D, Chater R, Lask B. *Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence*. Int J Eat Disord 2000;28:317-24.



<sup>7</sup> Gonzales A, Kohn MR, Clarke SD. *Eating disorders in adolescents*. Aust Fam Physician 2007;36:614-9.

<sup>8</sup> Brooks SJ, Rask Andersen M, Benedict C, et al. *A debate on*

*current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model?* BMC Psychiatry 2012;12:76.

**CORRISPONDENZA**

Filomena Salerno, UOC di Neuropsichiatria Infantile, Ed. 11/A Il Policlinico di Napoli, via Pansini 5, 80131 Napoli - Tel. +39 081 5666693/6692 - Fax +39 081 5666694 - E-mail: [filomena.salerno@alice.it](mailto:filomena.salerno@alice.it)