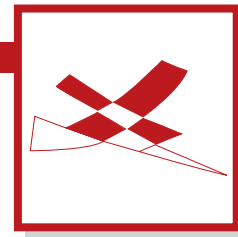


Psicopatologia dello sviluppo e anoressia infantile: continuità omotipica ed eterotipica*



MASSIMO AMMANITI, LOREDANA LUCARELLI,
SILVIA CIMINO, FRANCESCA D'OLIMPIO

Sapienza Università degli Studi, Roma
Università degli Studi, Cagliari - II Università degli Studi, Napoli

RIASSUNTO

Il presente studio longitudinale indaga un modello transazionale e di rischio multidimensionale nell'anoressia infantile basato su una prospettiva evolutiva e relazionale. Relativamente poche ricerche hanno analizzato i legami tra *failure to thrive* infantile e il successivo sviluppo di disturbi alimentari e pochi studi hanno esaminato gravità e decorso dei disturbi alimentari ad esordio precoce. In questo campo è emerso l'interesse del nostro gruppo di ricerca di condurre uno studio prospettico e di indagare le connessioni tra funzionamento emotivo-adattivo del bambino, rischio psicopatologico materno, e indicatori precoci di anoressia infantile.

Il campione è stato reclutato in un Ospedale Pediatrico; la diagnosi di anoressia infantile è stata posta sulla base di una valutazione clinica, utilizzando i criteri del DSM-IV e della Classificazione Diagnostica 0-3. I bambini sono stati esaminati da un'équipe di pediatri e di psicologi clinici; un primo aiuto sotto forma di consulenza medica e psicologica è stato fornito, ma non è stato applicato uno specifico trattamento. Allo stato attuale della ricerca *in progress*, N = 72 pazienti anoressici originali e le loro madri, confrontati con un campione di controllo selezionato per questo studio, sono stati esaminati dall'infanzia all'età scolare di 5-8 anni, attraverso interviste e valutazioni cliniche, che hanno indagato lo stato nutrizionale, il comportamento alimentare e il funzionamento emotivo del bambino e il rischio psicopatologico materno. Lo studio prospettico ha messo in luce che i bambini con diagnosi di anoressia infantile sono a rischio per difficoltà alimentari persistenti, problemi affettivo-relazionali quali ansia di separazione, sintomi ansioso/depressivi, comportamento oppositivo, fobia scolare e fobia sociale. Le loro madri presentano distress emotivo, sintomi ansioso/depressivi, somatizzazione e una difficile regolazione emotiva dei propri stati somatici, suggerendo l'impatto nel tempo della psicopatologia materna sullo sviluppo emotivo del figlio. Infine, i risultati sottolineano il contributo della ricerca longitudinale per mettere in luce la relazione tra anoressia infantile e disturbi alimentari ed emotivo-comportamentali nella fanciullezza, adolescenza ed età adulta.

Parole chiave: anoressia infantile, continuità omotipica ed eterotipica, psicopatologia materna.

SUMMARY

This prospective longitudinal study examines a transactional and multirisk model for infantile anorexia based on evolutive and relational theory. Only very little empirical information is available on the links between *failure to thrive* in infancy and the subsequent development of eating disorders and only a few studies have addressed the severity and the course of early feeding problems. Out of these studies emerged the interest of our research team to carry out a prospective study to examine the links among the emotional/behavioral functioning of the child, the maternal psychopathological risk, and the early indicators of infantile anorexia.

The sample was selected in a Pediatric Hospital; the diagnosis of infantile anorexia was made on the basis of a clinical evaluation, using the diagnostic criteria from the DSM-IV-TR and the Diagnostic Classification 0-3R. These children were seen by a team of pediatricians and clinical psychologists; a primary help in the form of medical and psychological advice was given, but no specific treatment method was applied. To date, N = 72 of the original anorexic patients and their mothers, paired with a control group chosen for this study, has been investigated from infancy to childhood at 5-8 yrs of age through parental interviews, medical reports and clinical assessment on maternal psychopathology and feeding and emotional/behavioral problems of their children. Our follow-up study showed that anorexic children are at risk for persistent eating disturbances, emotional/behavioral and internalizing problems such as separation anxiety, angry moods, uncooperative behavior, social and school difficulties. Furthermore, mothers of the original anorexic infants still show symptoms such as emotional distress, anxiety/depression, somatization and concern over their own eating regulation, suggesting the possible impact of maternal psychopathology on the child's socio-emotional development over time. Finally, the results point out the need for longitudinal research to shed light on the relationship of infantile anorexia to eating and emotional/behavioral disorders of later childhood, adolescence, and adulthood.

Key words: infantile anorexia, homotypic and heterotypic continuity, maternal psychopathology.

PSICHIATRIA
DELL'ETÀ EVOLUTIVA
E DELL'ETÀ ADULTA

Nº05
3:2008; 197-216

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, il termine di *continuità psicopatologica*, definita come possibilità di evoluzione di un determinato disturbo verso quadri clinici tra loro collegati da un sottostante processo psicopatologico, ha assunto un'importanza teorica e clinica sempre maggiore all'interno di un approccio di studio e di ricerca orientato in senso prospettico-evolutivo e centrato sull'osservazione del corso "normale" dello sviluppo psicologico, confrontato con lo sviluppo "patologico"¹⁻³. In quest'ottica ci si è posti la questione di verificare se nel passaggio tra psicopatologia dell'infanzia e psicopatologia dell'adolescenza siano implicati meccanismi evolutivi analoghi a quelli dello sviluppo tipico, ipotizzando che, alla base della psicopatologia dello sviluppo, esistano meccanismi che non possono essere indipendenti dall'organizzazione evolutiva. Comprendere il percorso che porta dalle prime disorganizzazioni funzionali verso un quadro patologico, implica uno studio attento dei fenomeni e dei compiti evolutivi che si intrecciano nel corso della crescita, quali la maturazione delle funzioni di sviluppo, cognitive e della regolazione emotiva, e l'influenza della qualità dell'ambiente affettivo dato dalle relazioni significative⁴⁻⁹.

Il campo di studio è reso ancora più complesso dalla focalizzazione della ricerca sui meccanismi di *continuità* e *discontinuità* psicopatologica nel ciclo di vita attraverso lo studio dei fattori coinvolti nelle differenti evoluzioni cliniche dei disturbi nel tempo¹⁰. Nell'ambito della continuità longitudinale, dunque, si cerca di individuare traiettorie evolutive di un disturbo all'interno del medesimo campo sindromico (*continuità omotipica*) e percorsi in cui il disturbo nella sua evoluzione si modifica in modo tale da essere inquadrato in differenti categorie nosografiche (*continuità eterotipica*)². Ad aumentare la complessità della ricerca su queste diverse tipologie della continuità contribuiscono sia la possibile co-occorrenza di due o più disturbi, sia la trasformazione da un quadro clinico ad un altro in relazione alle diverse fasi di sviluppo attraversate dal soggetto. Sulla base delle considerazioni evidenziate, il lavoro di ricerca che presentiamo in questo contributo vuole mettere in luce l'area della continuità e/o discontinuità nell'età evolutiva dei disturbi della sfera alimentare che hanno esordio nei primi tre anni di vita del bambino, focalizzandosi sul quadro clinico dell'anoressia infantile.

Il disturbo dell'alimentazione nell'infanzia è stato definito in tempi recenti dal DSM ed è incluso nell'ultima edizione del DSM-IVTR¹¹. I dati sulla prevalenza mostrano che difficoltà gravi dell'alimentazione infantile, quali il rifiuto intenso e persistente del cibo o il vomito ricorrente che si associano a difficoltà di accrescimento (*failure to thrive*) costituiscono circa il 4-14% delle visite ambulatoriali e circa l'1-5% dei ricoveri ospedalieri¹²⁻¹⁴; il difetto di crescita non organico (*non organic failure to thrive*), in assenza di una causa medica alla sua origine, ha un'incidenza di circa il 50-58% sul totale dei casi di *failure to thrive*¹¹.

Sul piano clinico sono evidenti le analogie fra le manifestazioni sintomatologiche del difetto di crescita (*failure to thrive*) e quelle del disturbo precoce dell'alimentazione, come messo in luce anche dalla frequente compresenza dei due. Studi recenti descrivono caratteristiche particolari di questi bambini per quanto



riguarda l'assunzione di cibo e il comportamento alimentare: nei primi anni di vita i bambini con difficoltà di accrescimento presentano un'assunzione di cibo significativamente inferiore rispetto ai bambini della stessa età che non presentano tale sintomatologia, sebbene le madri tendano ad alimentarli allo stesso modo, o anche maggiormente; rifiutano il cibo in misura maggiore; sembrano presentare risposte anomale ai bisogni interni di fame e sazietà, manifestano minori richieste di essere alimentati e maggiori difficoltà a regolare e stabilizzare i loro ritmi alimentari rispetto ai bambini non affetti da tale disturbo^{15,16}.

Queste osservazioni cliniche suggeriscono una concettualizzazione dei problemi alimentari infantili secondo un'eziologia multifattoriale, che prenda in considerazione il complesso intreccio di fattori costituzionali e temperamentali, psicogeni e relazionali, che possono coesistere oppure presentarsi separatamente, determinando in modo costante influenze reciproche gli uni sugli altri¹⁷⁻²⁰.

Un modello "transazionale multifattoriale" viene proposto dalla classificazione clinico-evolutiva dei disturbi alimentari associati con difficoltà di accrescimento, proposta da Irene Chatoor, e inclusa nella revisione della *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-Revised: 0-3R*²¹, e nella recente pubblicazione, dell'American Psychiatric Association, *Age and Gender Consideration in Psychiatric Diagnosis: a Research Agenda for DSM-V*²².

La classificazione clinico-evolutiva di Chatoor si fonda su un modello diagnostico che prende in esame il disturbo del bambino in una prospettiva di sviluppo e relazionale, alla luce di risultati dell'*infant research*; tiene conto cioè delle connessioni evolutive dinamiche, durante i primi tre anni di vita, fra regolazione e stabilizzazione dei ritmi biologici, legame affettivo dell'attaccamento e processo di separazione-individuazione. L'alimentazione infantile è considerata un'attività privilegiata per la relazionalità emergente, una delle prime attività sociali ricorrenti; il *caregiver* fornisce nella relazione il supporto alle capacità autoregolatrici del bambino (*scaffolding*) e l'alimentazione crea un ritmo di reciprocità degli scambi che rappresenta la prima forma di dialogo che influenzerà successivamente i ritmi del dialogo verbale e dell'interazione sociale^{23,24}. Gradualmente, dai 9 mesi di vita, l'esperienza di intersoggettività tra la madre e il bambino comincia a caratterizzarsi in modo evidente come senso di differenziazione dall'altro; normalmente l'autonomia emergente e la spinta a padroneggiare le situazioni (*mastery*) si allineano con lo sviluppo dei comportamenti alimentari e della regolazione interna dei ritmi biologici. Le esperienze socio-affettive collegate all'alimentazione, durante i primi tre anni di vita, costituiscono dunque un organizzatore fondamentale non solo dei ritmi biologici, ma anche dello sviluppo del Sé²⁵⁻²⁸.

Il *Disturbo alimentare dell'anoressia infantile*^{21,22} diventa generalmente evidente fra i 6/9 e i 18 mesi di vita del bambino, prima dei tre anni di vita, durante la transizione verso l'alimentazione autonoma. I bambini con anoressia infantile manifestano un rifiuto alimentare persistente (da almeno 1 mese), non esprimono segnali chiari di fame/sazietà, non manifestano interesse per il cibo, mentre sono intensamente coinvolti nell'interazione con il *caregiver*; sono riferiti alla valutazione clinica per il loro deficit di accrescimento, in assenza di una causa medica, o di un evento traumatico che spieghi il disturbo.

M. AMMANITI - L. LUCARELLI
S. CIMINO - F. D'OLIMPIO

PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO
E ANORESSIA INFANTILE:
CONTINUITÀ OMOTIPICA ED ETEROTIPICA

Le ricerche sottolineano le interconnessioni fra la qualità del sistema di *caregiving* e l'anoressia infantile. È emerso che i bambini con un “temperamento difficile”, ossia irregolari e imprevedibili nei ritmi biologici, poco responsivi e collaborativi durante il pasto, sono più esposti a disturbi alimentari, soprattutto quando le caratteristiche problematiche di questi bambini interagiscono con un'inadeguata sensibilità materna e con una “vulnerabilità psicologica” delle loro madri. In particolare, tale vulnerabilità è riferibile al modo in cui il *caregiver* si rappresenta come figura di accudimento, vale a dire madri eccessivamente preoccupate di non essere una “buona madre” e che misurano la loro competenza genitoriale sulla base di quanto e come il figlio mangia^{18,28,29}. L'indagine clinica della personalità delle madri dei bambini con anoressia infantile rileva che la psicopatologia materna, come i disturbi affettivi e di personalità, possono interferire con le funzioni di *caregiving* e dar luogo a modalità relazionali imprevedibili e incoerenti nella comunicazione emotiva con il bambino, che si associano spesso a disturbi infantili nella regolazione fisiologica e nella stabilizzazione dei ritmi alimentari. Studi recenti evidenziano nelle madri di bambini con anoressia infantile, rispetto ai controlli, profili psicopatologici, caratterizzati da depressione, ansia, ostilità, sensibilità interpersonale, atteggiamenti alimentari disfunzionali (impulso alla magrezza, controllo dei comportamenti alimentari), anoressia e bulimia nervosa³⁰⁻³³.

Il nostro interesse per lo studio sulla *continuità psicopatologica* prende origine da precedenti ricerche nel campo dei disturbi alimentari dell'infanzia^{28,30,34,35}, e da una rassegna di alcune ricerche longitudinali da cui emerge l'importanza di indagare i disturbi alimentari ad esordio precoce in quanto possibili situazioni evolutive a rischio per lo sviluppo di disturbi psichiatrici in fasi successive del ciclo vitale, stimolando l'approfondimento degli aspetti diagnostici ed eziopatogenetici e delle conseguenze a breve e a lungo termine. La letteratura scientifica disponibile in questo campo può essere suddivisa in due principali filoni di ricerca: studi longitudinali *retrospettivi* e *prospettivi*. Gli studi *retrospettivi* evidenziano osservazioni cliniche interessanti, in termini di continuità nell'età evolutiva e di ripetizione tra le generazioni (adulto-genitore e figlio) dei disturbi nella sfera alimentare, tuttavia non emergono studi sistematici e consistenti dati di ricerca. Lavori clinici pionieristici, studiando gli esiti di diverse forme di anoressia in epoca infantile, hanno messo in luce i fallimenti del funzionamento materno in quanto *regolatore dell'equilibrio psicosomatico* del bambino³⁶. In questa direzione, le indagini retrospettive di Bruch³⁷ sui casi clinici di adolescenti anoressiche hanno messo in luce le risposte inappropriate delle loro madri, nelle fasi evolutive precoci, all'origine delle difficoltà nel differenziare stati somatici (fame-sazietà) dalle esperienze emotive e interpersonali. Altri autori, a partire da resoconti di casi clinici, hanno rintracciato disturbi della sfera alimentare nella storia delle madri di bambini con anoressia infantile e relazioni affettive disfunzionali, sia passate, sia attuali sottolineando la possibile continuità clinica dei disturbi alimentari; in particolare, un rifiuto alimentare infantile, associato a difficoltà nel processo di separazione-individuazione, può favorire la comparsa di un disturbo anoressico durante l'adolescenza^{18,38}. Altri studi, viceversa, hanno indicato che la frequenza di un'anoressia precoce negli antecedenti di



un'anoressia adolescenziale non è rilevante e comunque una forma sembra non precedere necessariamente l'altra; tra i criteri di differenziazione, va considerato, secondo Brusset³⁹, il dato sulla netta prevalenza del sesso femminile nell'età adolescenziale, non altrettanto consistente nell'età infantile. Brusset sottolinea comunque l'importanza di approfondire le implicazioni dell'anoressia in epoca infantile sull'organizzazione della personalità e gli effetti di conflitti nella relazione madre-bambino con le loro possibili ripercussioni in adolescenza.

Nell'ambito degli studi *prospettici*, una ricerca longitudinale in cui è stato esaminato un campione di oltre 800 soggetti dall'infanzia all'età giovane-adulta, esplorando una varietà di problemi alimentari, ha evidenziato che lo scarso appetito e il rifiuto alimentare sono predittivi di un disturbo anoressico adolescenziale, mentre le irregolarità del comportamento alimentare e la pica rappresentano dei fattori di "rischio" per la bulimia nervosa in adolescenza. Lo studio conferma inoltre che *pattern* conflittuali e intensamente oppositivi e mancanza di piacere nell'esperienza dell'alimentazione avevano caratterizzato i disturbi precoci della sfera alimentare^{40,41}. Altri studi prospettivi^{42,43}, su un arco di tempo limitato dall'infanzia all'epoca della prima scolarità, sembrano evidenziare la presenza di continuità sia omotipiche, sia eterotipiche; il rifiuto alimentare e un peso inferiore alla norma tendono a persistere in una percentuale di circa il 50-80% dei bambini, in associazione a difficoltà nella sfera psicosomatica, affettiva e relazionale.

Attualmente gli studi longitudinali *retrospettivi* e *prospettivi* sono ancora un numero troppo esiguo e perlopiù riportano osservazioni su casistiche cliniche; inoltre, non emerge sufficiente chiarezza sulle possibili traiettorie evolutive dei disturbi alimentari infantili e sulla comprensione del manifestarsi di costellazioni sintomatiche in altre aree nel corso dello sviluppo. Lo studio longitudinale che presentiamo si propone come un contributo per l'approfondimento in questo specifico campo di indagine. A tale scopo, abbiamo esaminato il quadro clinico dell'anoressia infantile, indagando un campione di bambini e le loro madri, mediante un follow-up a 5-8 anni di età. I risultati della valutazione longitudinale che riferiamo sono parte di una ricerca clinica più ampia sull'*assessment* diagnostico e il trattamento dei disturbi alimentari con esordio nei primi tre di anni di vita^{28,30,35,44}.

In particolare, il presente studio prospettico si è proposto i seguenti obiettivi specifici:

- valutare, ad intervalli ripetuti di tempo, lo stato nutrizionale e i *pattern* di sviluppo del comportamento alimentare in un campione di bambini con diagnosi di anoressia infantile;
- individuare, ad intervalli ripetuti di tempo, l'evoluzione del funzionamento emotivo-comportamentale nel campione di bambini con diagnosi di anoressia infantile, confrontato con un campione di controllo non clinico;
- esaminare, negli stessi intervalli ripetuti di tempo, il profilo psicopatologico delle madri per indagare possibili interconnessioni tra il profilo psicopatologico materno e lo sviluppo emotivo del bambino.

METODOLOGIA

Campione

I soggetti partecipanti allo studio prospettico fanno parte di un campione più ampio di coppie di madri e di bambini che sono state reperite all'interno di un Ospedale Pediatrico romano, dove ai bambini è stata posta una diagnosi di anoressia infantile. In questo contributo *in progress* riporteremo i dati longitudinali relativi alle coppie madre-bambino che, pur avendo ricevuto una consulenza nutrizionale e psicologica al termine del processo diagnostico, non hanno seguito un trattamento psicoterapeutico specifico per vari motivi: trasferimenti del nucleo familiare, rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori, interruzioni precoci del trattamento (entro i primi tre incontri), spesso motivate dai genitori con un parziale miglioramento dello stato nutrizionale del bambino.

Il campione è costituito da 142 diadi madre-bambino, di cui 72 coppie in cui i bambini hanno presentato un quadro di anoressia infantile e 70 coppie con bambini senza disturbi fisici e/o psichiatrici e con un ritmo di accrescimento nella norma. Sono state effettuate tre sessioni di valutazione, durante 8 anni di indagine; la distribuzione del campione per età e genere dei bambini è riportata in tabella I.

Tabella I. Distribuzione del campione per età (anni, mesi) e genere dei bambini nei tre tempi di valutazione. Le deviazioni standard vengono riportate tra parentesi (in mesi).

	Campione clinico				Campione di controllo			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	N	Età	N	Età	N	Età	N	Età
Tempo 1	37	2,2 (5)	35	2,1 (4)	35	2 (4)	35	2,2 (4)
Tempo 2	37	5,1 (6)	35	5 (6)	35	5,1 (6)	35	5 (6)
Tempo 3	25	7,7 (6)	17	7,7 (5)	19	7,6 (5)	21	7,6 (6)

La prima sessione di valutazione, per il campione clinico, è stata condotta su richiesta delle famiglie a causa di un quadro di rifiuto alimentare e scarso accrescimento del bambino; nel corso di un *assessment* diagnostico, condotto da pediatri e psicologi clinici, le madri e i bambini sono stati valutati attraverso interviste cliniche, strumenti diagnostici e di osservazione diretta. La diagnosi di anoressia infantile, al Tempo 1, è stata posta da due clinici indipendenti ($k = 0,93$), sulla base dei criteri diagnostici del DSM-IV-TR¹¹ e della classificazione diagnostica 0-3R²¹.

Successivamente, le diadi madre-bambino sono state ricontattate telefonicamente, con cadenza biennale, ed invitate ad effettuare un *assessment* pediatrico e psicologico. Le diadi del campione di controllo sono state reperite grazie alla collaborazione di Nidi e Scuole per l'Infanzia del centro-sud Italia; previo consenso informato, le coppie madre-bambino sono state inserite all'interno del protocollo di ricerca longitudinale.



L'intervallo temporale tra le tre sessioni di valutazione ha una durata media di due anni; in particolare, tra la prima e la seconda osservazione l'intervallo temporale è compreso tra 1 anno e 7 mesi e 4 anni e 1 mese (intervallo temporale medio = 2 anni e 10 mesi, d.s. = 7 mesi) e tra la seconda e la terza somministrazione è compreso tra 1 anno e 5 mesi e 4 anni e 1 mese (intervallo temporale medio = 2 anni e 7 mesi, d.s. = 8 mesi).

In entrambi i gruppi l'età gestazionale di tutti i bambini ed il loro sviluppo psicomotorio si presentavano regolari. La maggior parte dei bambini nei due campioni ha avuto un allattamento al seno (gruppo clinico = 74%; gruppo di controllo = 78%). Inoltre, la maggior parte delle madri è coniugata (gruppo clinico = 90%; gruppo di controllo = 93%), con il figlio primogenito (gruppo clinico = 76%; gruppo di controllo = 81%), ed ha conseguito un Diploma di scuola secondaria superiore (gruppo clinico = 74%; gruppo di controllo = 70%), o Laurea (gruppo clinico = 13%; gruppo di controllo = 15%). Gran parte delle famiglie appartiene ad uno *status socio-economico* (SES) medio (gruppo clinico = 73%; gruppo di controllo = 79%), o medio-alto (gruppo clinico = 15%; gruppo di controllo = 20%).

Strumenti e procedure

Durante le tre sessioni di valutazione, a tutte le diadi madre-bambino del campione clinico e del campione di controllo, sono state applicate le seguenti procedure valutative:

- esame medico-strumentale effettuato dal pediatra e valutazione del livello di malnutrizione del bambino; in base ai criteri di Waterloo⁴⁵ e alle tabelle normative delle curve di crescita del National Center for Health Statistics⁴⁶, la malnutrizione del bambino è stata valutata a 4 livelli: 0 = nessuna; 1 = lieve, 2 = moderata, 3 = grave;
- valutazione dei *pattern* del comportamento alimentare del bambino effettuata da uno psicologo clinico attraverso un *Questionario sull'alimentazione del bambino*⁴⁷, con cui sono state esaminate le specifiche modalità alimentari del bambino (qualità e quantità dei cibi assunti abitualmente, durata dei pasti, atteggiamenti, motivazioni, interessi e preferenze verso il cibo e la situazione alimentare). Questo strumento prevede la compilazione di domande aperte e chiuse, relative alle funzioni di sviluppo del bambino e alle caratteristiche familiari in collegamento ad una serie di item volti ad indagare il comportamento alimentare e l'eventuale presenza di difficoltà in questa area evolutiva. Inoltre, si indaga la percezione del genitore relativa all'eventuale presenza di un problema dell'alimentazione, l'opinione che egli ha dell'alimentazione del bambino e quali siano gli aspetti e gli eventi che gli permettono di capire se il bambino presenta o meno dei *pattern* alimentari adeguati e soddisfacenti;
- valutazione del profilo psicologico e/o psicopatologico del bambino e della madre attraverso le seguenti procedure: a) *Child Behavior Checklist 1½-5 e 6-18*^{48,49}; b) *Eating Attitude Test-40*⁵⁰; c) *Symptom Checklist-90-Revised*⁵¹.

Valutazione del funzionamento emotivo-comportamentale del bambino: sono state utilizzate due versioni della *Child Behavior Checklist* (CBCL) di Achenbach e Rescorla^{48,49} in relazione all'età dei bambini, nelle tre fasi di valutazione. La *CBCL/11/2-5*⁴⁸ è un questionario report-form, composto da 99 item, che riguardano diverse aree del funzionamento emotivo-adattivo, quali attività, gioco, interesse, paure, aggressività, responsività affettiva, qualità dell'interazione con altri significativi e con i pari. Gli item convergono a definire due principali scale sindromiche: *Scala dei Problemi Internalizzanti* in cui sono inclusi problemi riferiti a stati emotivi, conflitti interni e sfera psicosomatica (reattività emotiva, ansia/depressione, lamentele somatiche, ritiro); *Scala dei Problemi Esternalizzanti* in cui vengono classificati problemi relativi alla sfera interattiva e sociale (problemi dell'attenzione, comportamento aggressivo).

La *CBCL/6-18*⁴⁹ è un questionario report-form, composto da 118 item, presentati sotto forma di affermazioni relative a comportamenti in varie aree, contesti e a problemi emozionali. In modo analogo alla *CBCL/11/2-5*, gli item convergono nel definire due principali scale sindromiche. Alla *Scala Sindromica Internalizzante* appartengono le sottoscale ansia/depressione, ritiro/depressione, lamentele somatiche; comprende, quindi, problemi di tipo emozionale caratterizzati da un comportamento pauroso, inibito, ipercontrollato, frequentemente associati a conflitti interni come comportamenti e stati emozionali di ritiro e inibizione; ed include inoltre difficoltà espresse nella sfera psicosomatica. Alla *Scala Sindromica Esternalizzante* si riferiscono le sottoscale del comportamento di rottura delle regole e del comportamento aggressivo, che indicano la presenza di disturbi della condotta caratterizzati da comportamenti oppositivi, difficoltà di regolazione emotiva e scarso controllo.

Il genitore valuta il bambino su una scala a tre livelli a seconda che il comportamento non sia presente (0 = raramente o mai), sia qualche volta presente (1 = qualche volta), o si verifichi molto frequentemente (2 = spesso o sempre). I coefficienti di coerenza interna delle Scale CBCL sono soddisfacenti e la validità di questi strumenti è supportata dalla capacità di discriminare accuratamente tra popolazioni *referred* e *non-referred* di soggetti in età evolutiva^{48,49}.

Valutazione del profilo sintomatologico materno: l'*Eating Attitudes Test* – EAT-40⁵⁰ è uno strumento self-report che consente di identificare, nella popolazione adulta, preoccupazioni eccessive sui comportamenti alimentari e l'immagine del corpo; è composto da 40 item, raggruppati in tre sottoscale: dieta/digiuno, bulimia/preoccupazioni per il cibo e controllo orale. Un punteggio totale elevato agli item che compongono l'EAT-40 indica insoddisfazione per la propria immagine corporea e desiderio di magrezza, preoccupazione per l'effetto negativo dei comportamenti alimentari sul peso e rigido auto-controllo sull'alimentazione. Questo strumento presenta una soddisfacente attendibilità (coefficiente *alpha* da 0,79 a 0,94), è stato validato su un campione di pazienti adulti con diagnosi di anoressia nervosa, ed è spesso utilizzato per rilevare la presenza di disturbi alimentari in popolazioni non-cliniche⁵²⁻⁵⁴.

La *Symptom Checklist-90-Revised* – SCL-90-R⁵¹ è uno strumento self-report di sintomi psichiatrici, composto da 90 item e interpretato sulla base di nove scale – *somatizzazione, ossessione-compulsione, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo* - e

di tre Indici Globali (*Global Severity Index*, *Positive Symptom Distress Index*, *Positive Symptom Total*) che identificano il livello di gravità del disagio psichico. Questo strumento offre l'opportunità di valutare dimensioni della sintomatologia riferibili a differenti categorie diagnostiche e può intercettare *cluster* di sintomi associati a specifiche condizioni psicopatologiche (ad es., disturbi affettivi e di personalità). La coerenza interna per le nove dimensioni sintomatiche della SCL-90-R è soddisfacente (coefficiente *alpha* compreso tra 0,77 e 0,90) e, in diversi studi su campioni clinici e non clinici, sono stati verificati alti livelli di validità di costruito, convergente e discriminante⁵¹.



RISULTATI

Valutazione dello stato di malnutrizione dei bambini

Per indagare nel tempo l'eventuale cambiamento del livello di malnutrizione, in relazione all'età dei bambini e alle tre sessioni di valutazione, è stata eseguita un'analisi non parametrica nel campione clinico. Il test di Kendall per misure ripetute ha evidenziato una differenza significativa tra i tre tempi di valutazione ($\chi^2(2) = 62,99$; $p < 0,001$). I ranghi medi suggeriscono una diminuzione della malnutrizione dalla prima alla seconda valutazione (ranghi medi = da 2,83 a 1,73) ed un ulteriore decremento nella terza sessione di valutazione (rango medio = 1,43). Nella seconda valutazione solo 10 bambini presentano lo stesso rango di malnutrizione della prima rilevazione, mentre 32 bambini migliorano il grado di malnutrizione (test di Wilcoxon, $z = 5,06$; $p < 0,001$). Anche nella terza sessione di valutazione si osserva la medesima tendenza, con 12 bambini con un livello inferiore di malnutrizione rispetto alla precedente rilevazione, 27 bambini che mantengono lo stesso livello e solo 3 bambini che presentano un lieve peggioramento (dal livello 0 al livello 1) dello stato di malnutrizione (test di Wilcoxon, $z = 2,36$; $p < 0,018$). Inoltre, a ulteriore conferma del parziale miglioramento del livello di malnutrizione, nessun bambino presenta un livello severo di malnutrizione durante la terza sessione di valutazione.

I bambini del campione di controllo, dallo *screening* effettuato dal pediatra di base, non hanno evidenziato alcun livello di malnutrizione in nessuno dei tre tempi di rilevazione.

Valutazione dei pattern alimentari dei bambini

È stato rilevato, nel campione clinico, che una percentuale elevata (82%) dei pazienti anoressici al Tempo 1 sono ancora problematici nel loro comportamento alimentare al Tempo 2. In particolare, presentano: ritardo nell'acquisizione dei *pattern* di alimentazione autonoma (uno dei pasti avviene con il biberon, perlopiù vengono imboccati dal genitore durante il pasto), alimentazione selettiva, paura e diffidenza verso nuovi cibi. Al Tempo 3, sebbene la maggior parte dei pazienti anoressici originali si alimenti in modo autonomo, questi bambini continuano a presentare difficoltà alimentari (74%), con *pat-*

tern selettivi a casa e a scuola, modalità di assunzione dei cibi rigide e poco flessibili, lunga durata dei pasti, conflittualità familiari legate al momento del pasto, paura e diffidenza verso cibi nuovi, fobie alimentari sia a casa, sia a scuola. I genitori dei bambini più grandi spesso riferiscono di accettare ed assecondare le modalità alimentari del bambino, pur definendole inadeguate, per evitare situazioni di contrasto e di conflitto. Nella figura 1 è riportato l'andamento nel tempo delle caratteristiche disfunzionali del comportamento alimentare dei bambini con anoressia infantile.

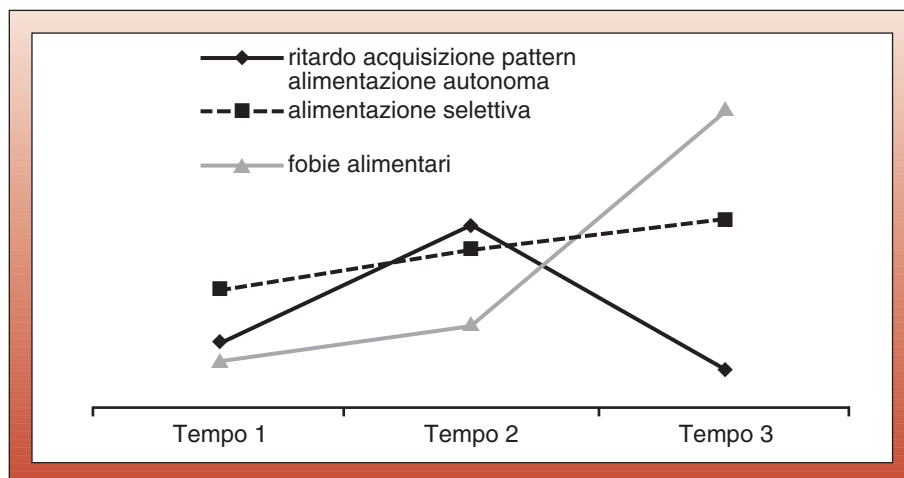


Figura 1. Evoluzione dei pattern alimentari dei bambini anoressici.

Valutazione del funzionamento emotivo-comportamentale dei bambini

Preliminarmente, al fine di escludere che la selezione/mortalità del campione, nella terza sessione di valutazione, fosse avvenuta sulla base delle caratteristiche del funzionamento emotivo-comportamentale del bambino (bambini più o meno problematici), sono state eseguite alcune analisi di controllo sul punteggio totale dei questionari *Child Behavior Checklist 1 1/2-5* e *6-18* e sul totale delle Scale Internalizzanti ed Esternalizzanti. Le analisi della varianza miste a tre fattori (gruppo: clinico vs. controllo; partecipazione alla terza sessione: presente vs. assente; tempo: prima vs. seconda sessione) non hanno evidenziato effetti significativi legati alla partecipazione alla terza sessione e alle sue interazioni.

Come già precisato nella sezione degli strumenti, sono state utilizzate due versioni della *Child Behavior Checklist (CBCL)* in relazione all'età dei bambini: *CBCL/1 1/2-5* e *CBCL/6-18*. In accordo con quanto suggerito dagli stessi autori della *CBCL*^{48,49}, per confrontare i valori ottenuti nelle due versioni, i punteggi totali (Punteggio Totale della Scala, Totale delle Scale Internalizzanti ed Esternalizzanti), emersi nelle tre sessioni di valutazione, sono stati standardizzati. Sui punteggi così calcolati sono state condotte analisi della varianza miste, con il gruppo a due livelli (clinico vs. controllo) e il tempo a tre livelli (prima, seconda e terza valutazione).

Le analisi hanno mostrato un effetto significativo dell'interazione Gruppo X



Tempo sia sul Totale della Scala ($F(2,160) = 16,4; p < 0,001$), sia sul Totale delle Scale Internalizzanti ($F(2,160) = 15,99; p < 0,001$) ed Esternalizzanti ($F(2,160) = 7,9; p < 0,001$). I confronti condotti con il test di Duncan hanno evidenziato lo stesso andamento per il *Punteggio Totale* e per il *Totale delle Scale Internalizzanti*: è emerso un incremento nel tempo del punteggio del campione clinico nelle tre sessioni di valutazione e un decremento nella terza sessione di valutazione nei bambini del campione di controllo. In tutti gli intervalli temporali, i bambini del campione clinico presentano punteggi superiori rispetto al campione di controllo ($p < 0,001$, per tutti i confronti). Inoltre, per quanto riguarda il *Totale delle Scale Esternalizzanti*, nei bambini con diagnosi di anoressia infantile, si evidenzia un incremento dei punteggi nella seconda sessione di valutazione (età media: 5 anni), che si mantiene stabile nella terza sessione (età media: 7 anni). Nei bambini del campione di controllo i punteggi rimangono stabili nel tempo e sempre significativamente inferiori rispetto al campione clinico.

Per evidenziare eventuali differenze tra le singole sottoscale della CBCL sono state condotte analisi separate in relazione all'età dei bambini e alle diverse versioni utilizzate dello strumento. In particolare, per evidenziare eventuali differenze tra i bambini nelle prime due sessioni di valutazione (CBCL/1^{1/2}-5), sono state eseguite analisi della varianza miste sulle *Scale Internalizzanti* ed *Esternalizzanti*, considerando il gruppo (clinico vs. controllo) come fattore indipendente e il tempo (prima vs. seconda sessione) come misura ripetuta.

Le analisi hanno evidenziato un'interazione significativa Gruppo X Tempo nelle *Sottoscale Internalizzanti*: *reattività emotiva* ($F(1,140) = 11,78; p < 0,001$), *lamentele somatiche* ($F(1,140) = 6,92; p < 0,01$) e *ritiro* ($F(1,140) = 8,22; p < 0,01$) e nelle *Sottoscale Esternalizzanti*: *problemi di attenzione* ($F(1,140) = 7,28; p < 0,01$) e *comportamento aggressivo* ($F(1,140) = 5,45; p < 0,05$). I confronti post-hoc indicano per tutte le scale lo stesso *pattern*, con un punteggio più elevato per i bambini del campione clinico, che aumenta significativamente nella seconda sessione; mentre per i bambini del campione di controllo il punteggio rimane stabile nel tempo ed è significativamente inferiore. Per la sottoscala *ansia/depressione* si evidenzia un effetto del Gruppo, dove i bambini del campione clinico hanno un punteggio maggiore rispetto ai bambini del campione di controllo ($F(1, 140) = 46,326, p < 0,001$). La tabella II riporta le medie e le deviazioni standard del campione clinico e di controllo nelle prime due sessioni di valutazione.

Tabella II. Medie (deviazioni standard) nelle Sottoscale della CBCL al Tempo 1 e al Tempo 2 di valutazione.

		Campione Clinico		Campione di Controllo	
		Tempo 1	Tempo 2	Tempo 1	Tempo 2
CBCL	<i>Reattività emotiva</i>	6,7 (4,6)	8,5 (2,7)	2,3 (1,8)	2 (1,6)
	<i>Ansia/depressione</i>	5,6 (3,5)	5,9 (2,3)	3,3 (2,2)	3,3 (2,3)
	<i>Lamentele somatiche</i>	6,8 (4,6)	9 (3,2)	2,1 (1,6)	2,7 (1,9)
	<i>Ritiro</i>	5,8 (3,7)	7,8 (2,7)	1,6 (1,4)	2 (1,7)
	<i>Problemi di attenzione</i>	4,7 (2,1)	5,8 (1,8)	2,3 (1,3)	2,5 (1,5)
	<i>Comportamento aggressivo</i>	14,6 (5,9)	17,1 (8,3)	8,5 (4,4)	8,3 (5,5)

Infine, un'analisi della varianza multivariata condotta sulle sottoscale della CBCL/6-18 nella terza sessione, con il gruppo ed il genere come variabili *between*, ha messo in evidenza che i bambini del campione clinico hanno un punteggio superiore rispetto ai bambini del campione di controllo ($F(8,73) = 96,9$; $p < 0,01$) nelle sindromi internalizzanti (*ritiro, lamentele somatiche, ansia/depressione*) ed esternalizzanti (*comportamento di rottura delle regole e del comportamento aggressivo*) (tabella III), mentre non si evidenziano effetti del genere, o della sua interazione, con altre variabili.

Tabella III. Medie (deviazioni standard) nelle Sottoscale della CBCL al Tempo 3 di valutazione.

		Campione Clinico	Campione di Controllo
CBCL	Ritiro	18,3 (2,6)	2,5 (2,8)
	Lamentele somatiche	6,2 (3,2)	1,2 (1,3)
	Ansia/depressione	12,2 (1,9)	1,6 (2,6)
	Comp. rottura delle regole	7,8 (2,9)	1,4 (1,1)
	Comportamento aggressivo	9,1 (3,7)	1,8 (1,9)

Valutazione del profilo sintomatologico delle madri

In primo luogo, per escludere che la selezione/mortalità del campione nella terza sessione fosse avvenuta sulla base del funzionamento psicologico e/o psicopatologico materno, sono state eseguite alcune analisi di controllo sui punteggi totali degli strumenti *Eating Attitude Test-40*⁵⁰ e *Symptom Checklist-90-Revised*⁵¹. Tutte le analisi della varianza miste a tre fattori (gruppo: clinico *vs.* controllo; partecipazione alla terza sessione: presente *vs.* assente; tempo: prima *vs.* seconda sessione) non hanno evidenziato effetti legati alla partecipazione alla terza sessione né alle sue interazioni.

Per indagare la presenza e l'andamento dei punteggi relativi allo *status* psicopatologico materno sono state condotte analisi della varianza multivariata mista sui punteggi ottenuti dalle madri nell'EAT-40 e nella SCL-90-R, utilizzando il gruppo come variabile indipendente e le tre sessioni di valutazione come misure ripetute. Le analisi sono state effettuate sul punteggio totale dell'EAT-40 e sui tre indici globali di *distress* della SCL-90-R; successivamente, dopo aver evidenziato differenze significative nei punteggi globali, sono state condotte analisi sulle singole sottoscale dei due strumenti valutativi. Per le analisi statistiche, i dati grezzi sono stati trasformati nella loro radice quadrata, dopo una valutazione iniziale della simmetria, della curtosi, della varianza e delle medie delle distribuzioni.

Le analisi sull'EAT-40 hanno mostrato un effetto significativo dell'interazione Gruppo X Tempo ($F(2,158) = 11,03$; $p < 0,001$). Il test di Duncan ($p < 0,01$ per tutti i confronti) ha evidenziato che le madri del campione di controllo hanno punteggi inferiori rispetto alle madri dei bambini con diagnosi di anoressia infantile, in tutte le sessioni di valutazione e, nella terza sessione di valutazione, mentre i punteggi delle madri del campione di controllo



decregono significativamente, i punteggi delle madri del campione clinico aumentano. Le analisi condotte sulle sottoscale *dieta/digiuno* e *controllo orale* hanno mostrato un medesimo *pattern* di risultati: il campione delle madri di bambini con diagnosi di anoressia infantile presenta punteggi significativamente maggiori rispetto al campione di controllo nelle tre sessioni di valutazione (*dieta/digiuno*: $F(2,158) = 3,56$; $p < 0,001$; *controllo orale*: $F(2,158) = 4,55$; $p < 0,05$); inoltre, la sottoscala *bulimia/preoccupazione per il cibo* presenta un effetto principale del gruppo ($F(1,79) = 280,5$; $p < 0,001$), dove le madri dei bambini anoressici evidenziano punteggi più elevati rispetto alle madri di controllo.

Le analisi sugli indici globali della SCL-90-R mostrano un'interazione significativa Gruppo X Tempo nel *Global Severity Index* ($F(2,158) = 18,09$; $p < 0,001$) e nel *Positive Symptom Total* ($F(2,158) = 32,6$; $p < 0,001$): le madri dei bambini con diagnosi di anoressia infantile hanno punteggi più elevati e stabili nel tempo rispetto al campione di controllo; mentre le madri del campione di controllo manifestano una significativa diminuzione dei punteggi in entrambi gli indici nella terza sessione di valutazione (Duncan test, $p < 0,01$). Infine, nell'indice *Positive Symptom Distress Index*, le analisi hanno mostrato un effetto principale del gruppo ($F(1,79) = 167,8$; $p < 0,001$) ed un effetto principale del tempo, con una diminuzione del punteggio nella terza sessione valutativa in entrambi i gruppi ($F(2,158) = 6,8$; $p < 0,05$, Duncan test $p < 0,05$).

Un'ulteriore analisi della varianza multivariata mista è stata condotta su sei dimensioni della SCL-90-R – *somatizzazione*, *sensibilità interpersonale*, *depressione*, *ansia*, *ostilità* e *psicoticismo* – con il gruppo come variabile indipendente e i tre tempi di valutazione come misure ripetute. Le analisi hanno mostrato un effetto di interazione su: *somatizzazione* ($F(2,158) = 13,28$; $p < 0,001$), *sensibilità interpersonale* ($F(2,158) = 8,43$; $p < 0,001$), *depressione* ($F(2,158) = 8,78$; $p < 0,001$), *ansia* ($F(2,158) = 8,64$; $p < 0,001$) e *psicoticismo* ($F(2,158) = 11,03$; $p < 0,001$), dove le madri dei bambini con anoressia infantile presentano punteggi più elevati delle madri del campione di controllo e stabili nel tempo; le madri del campione di controllo presentano invece un decremento significativo dei punteggi nella terza sessione di valutazione. In particolare, per quanto riguarda la sottoscala *ostilità*, le analisi hanno evidenziato un effetto principale del gruppo ($F(1,79) = 137,8$; $p < 0,001$), dove le madri dei bambini con anoressia infantile mostrano punteggi più elevati rispetto al campione di controllo. La tabella IV riporta le medie non trasformate dell'EAT-40 e della SCL-90-R (scale totali e sottoscale) per gruppo e tempo di osservazione.

Nelle figure 2, 3, 4 e 5 sono riportati gli andamenti, nelle tre sessioni di valutazione, dei punteggi nelle scale internalizzanti ed esternalizzanti dei bambini del campione clinico e di controllo e i punteggi dello *status* psicopatologico delle rispettive madri. I punteggi, a scopo di chiarezza grafica, sono stati convertiti in Punti T. Dall'osservazione dei Grafici si evidenzia che i bambini del campione clinico mostrano nel tempo un incremento delle difficoltà di regolazione emotiva, più marcato nelle sindromi internalizzanti, mentre nei bambini del campione di controllo si può osservare l'andamento inverso, con

un decremento dei punteggi, più evidente per i problemi internalizzanti. Inoltre, le madri dei bambini con diagnosi di anoressia infantile al Tempo 1, presentano nel tempo un profilo psicologico “a rischio”, in cui persistono e peggiorano sintomi ed affetti depressivi, somatizzazione e difficoltà personali nella regolazione emotiva della sfera alimentare.

Tabella IV. Medie (deviazioni standard) nelle Scale totali e nelle singole Sottoscale dell'EAT-40 e della SCL-90-R relative alle tre sessioni di valutazione.

		Campione Clinico			Campione di Controllo		
		Tempo 1	Tempo 2	Tempo 3	Tempo 1	Tempo 2	Tempo 3
EAT-40	Punteggio Tot.	46 (19,4)	44,6 (19,7)	54 (27)	8,1 (7,4)	8,4 (7,7)	5,4 (3,2)
	Dieta/digiuno	15,5 (7,7)	14,9 (7,9)	18,7 (10,7)	3,05 (5,2)	3,2 (5,1)	1,4 (1)
	Bulimia/preocc. per il cibo	6,3 (4)	6,2 (3,9)	7,5 (4,8)	0,3 (0,8)	0,3 (0,8)	0,2 (0,5)
	Controllo orale	7,5 (3,8)	7,1 (3,6)	8,2 (4)	1 (2,3)	1,2 (2,4)	0,5 (0,9)
SCL-90-R	Global Severity Index	1,1 (0,6)	1,1 (0,6)	1,1 (0,6)	0,13 (0,4)	0,1 (0,04)	0,06 (0,05)
	Positive Symptom Distress Index	1,8 (0,4)	1,8 (0,4)	1,7 (0,4)	1,1 (0,16)	1 (0,1)	1,02 (0,1)
	Positive Symptom Total	53,26 (19)	53,6 (20,4)	56,2 (20)	11 (3,7)	9,7 (3,1)	5,8 (4,7)
	Somatizzazione	1,2 (0,8)	1,2 (0,8)	1,3 (0,8)	0,16 (0,1)	0,14 (0,1)	0,09 (0,1)
	Sensibilità interpersonale	0,98 (0,6)	1 (0,6)	1 (0,5)	0,11 (0,1)	0,11 (0,1)	0,1 (0,08)
	Depressione	1,5 (0,7)	1,5 (0,7)	1,5 (0,6)	0,13 (0,1)	0,12 (0,1)	0,1 (0,1)
	Ansia	1,14 (0,8)	1,1 (0,7)	1,1 (0,7)	0,12 (0,1)	0,1 (0,1)	0,1 (0,1)
	Ostilità	0,92 (0,6)	0,9 (0,6)	0,8 (0,6)	0,13 (0,2)	0,1 (0,2)	0,06 (0,1)
	Psicoticismo	1,00 (0,78)	1,01 (0,8)	1,05 (0,7)	0,17 (0,14)	0,15 (0,1)	0,07 (0,1)

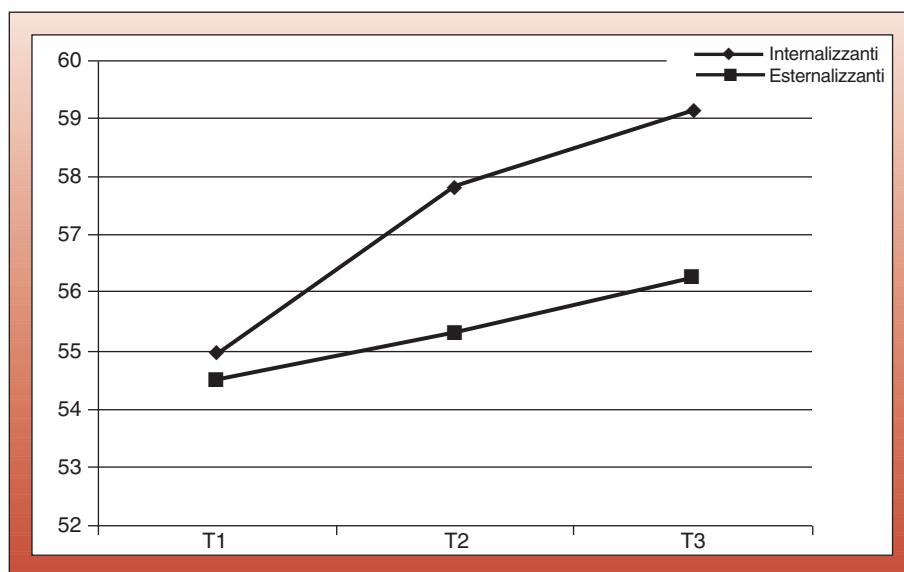


Figura 2. Punteggi Internalizzanti ed Esternalizzanti dei bambini del campione clinico al Tempo 1, 2 e 3.

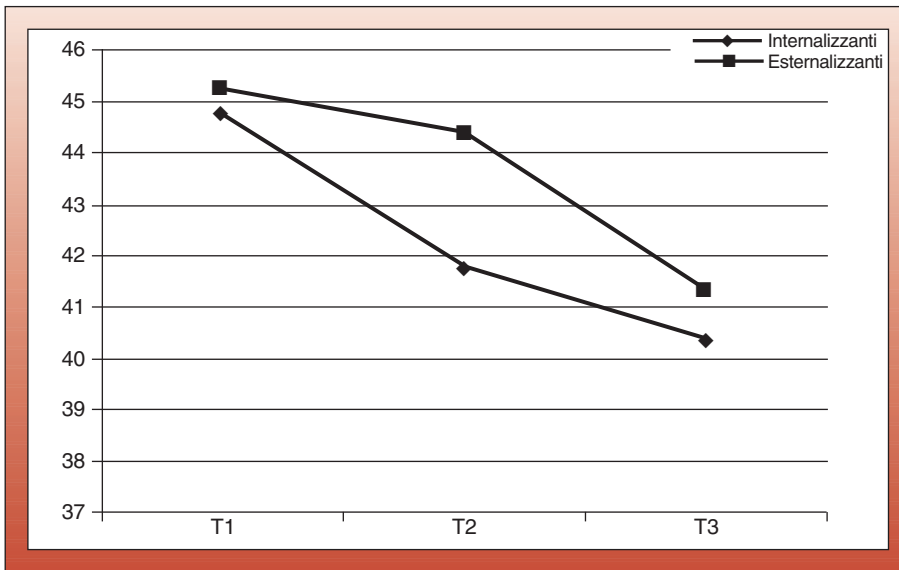


Figura 3 Punteggi Internalizzanti ed Esternalizzanti dei bambini del campione di controllo al Tempo 1, 2 e 3.

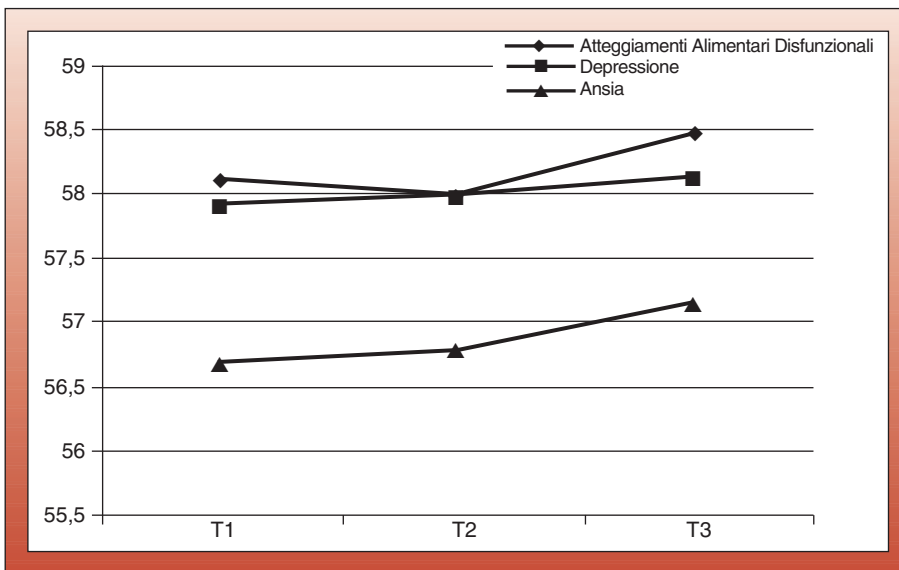


Figura 4. Punteggi del profilo psicopatologico (atteggiamenti alimentari disfunzionali, depressione, ansia) nelle madri dei bambini anoressici al Tempo 1, 2 e 3.

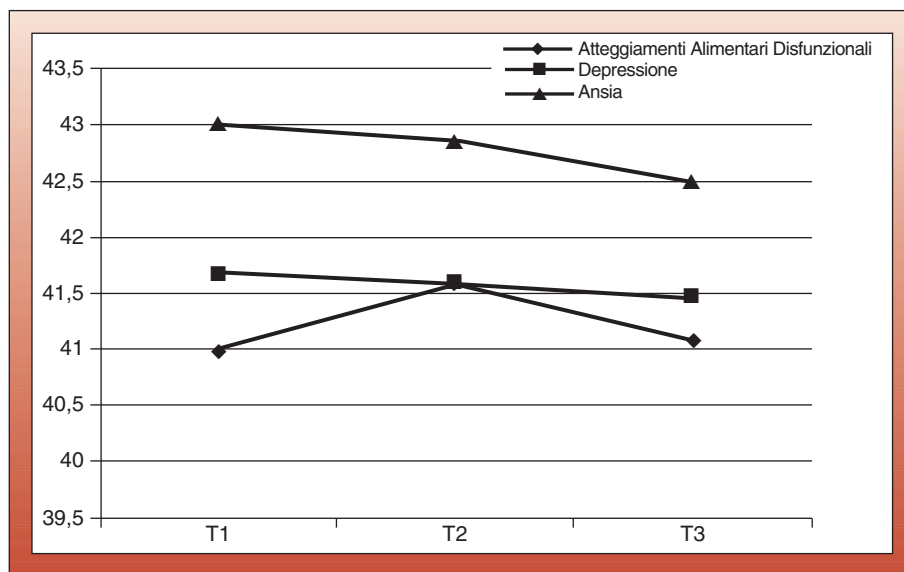


Figura 5. Punteggi del profilo psicopatologico (atteggiamenti alimentari disfunzionali, depressione, ansia) nelle madri dei bambini di controllo al Tempo 1, 2 e 3.

DISCUSSIONE

In relazione al primo obiettivo del nostro studio longitudinale, che ha valutato il cambiamento nel tempo dello stato nutrizionale dei bambini con diagnosi di anoressia infantile, è emerso, nell'intervallo temporale indagato, un parziale, ma consistente miglioramento del *failure to thrive*; infatti, al Tempo 3 (~7 anni) nessun bambino presenta un livello severo di malnutrizione. Possiamo dunque considerare che con l'acquisizione, da parte del bambino, dei comportamenti di alimentazione autonoma, si presenti meno centrale il conflitto interattivo diadico nel momento del pasto, riconosciuto come particolarmente elevato tra le madri e i bambini con anoressia infantile ed associato al rifiuto alimentare durante i primi tre anni di vita^{28,30,31,33,35}.

Persistono, tuttavia, livelli lievi-moderati di malnutrizione che trovano spiegazione in specifiche caratteristiche alimentari problematiche che i genitori dei bambini più grandi hanno descritto nel corso delle interviste durante le sessioni di follow-up, in particolare un ritardo nell'acquisizione dei pattern di alimentazione autonoma nei bambini più piccoli, modalità selettive e poco flessibili verso i cibi, diffidenza verso nuovi alimenti e comparsa di fobie alimentari, nei bambini più grandi.

Rispetto al secondo obiettivo dell'indagine, un'analisi più approfondita sull'evoluzione del funzionamento emotivo-comportamentale conferma la difficile regolazione emotiva dei bambini con diagnosi di anoressia infantile, espressa da un incremento significativo dei problemi internalizzanti ed esternalizzanti. In particolare, *ansia/depressione* aumentano in modo significativo nelle successive sessioni di valutazione, laddove i bambini del gruppo di controllo mostrano un decremento significativo nell'intervallo temporale considerato. Anche i punteggi più elevati nei *comportamenti aggressivi e di rottura delle regole* evidenziano



un disagio ancora persistente nei bambini con storia di anoressia infantile nella sfera della regolazione emotiva e nello sviluppo di processi di mentalizzazione. Tale disagio, in tutte le fasi di valutazione, si esprime prevalentemente attraverso sintomi internalizzanti, che mettono in luce come una precoce difficoltà emotiva si stabilizzi nel tempo, manifestandosi attraverso persistenti stati affettivi di ansia, depressione e ritiro sociale. Inoltre, i risultati mostrano nei bambini del campione clinico, rispetto ai bambini di controllo, un incremento significativo di problemi nell'area somatica, che sembrano indicare come il corpo, nei bambini con una storia di anoressia infantile, continui ad essere implicato nella loro difficile regolazione emotiva.

I risultati della nostra ricerca sono in linea con alcuni recenti studi prospettico-evolutivi, dove è stata evidenziata la continuità di problematiche affettive nei bambini in epoca scolare con storia di rifiuto alimentare e *failure to thrive*, caratterizzate da: ansia di separazione, lamentele somatiche, iperattività e comportamenti oppositivi, sintomi depressivi, sintomi ossessivo-compulsivi, fobia scolare e fobia sociale^{42,43,55-57}.

L'analisi del terzo obiettivo del nostro studio prospettico ha offerto un contributo ulteriore attraverso la valutazione condotta in parallelo sui profili sintomatici della madri dei bambini con storia di anoressia infantile, in cui sono state considerate dimensioni che, nella letteratura scientifica, sono risultate più frequentemente associate ai disturbi della sfera alimentare in età evolutiva, ossia ansia e depressione materna, atteggiamenti alimentari disfunzionali (preoccupazioni eccessive per il peso e l'immagine corporea, pattern alimentari restrittivi) e disturbi alimentari materni^{28,30,31,33,35}. È emerso come le madri del campione clinico di bambini con storia di anoressia infantile presentano un *distress* emotivo che rimane stabilmente elevato in tutte e tre le fasi di valutazione, mostrando in particolare una sostanziale stabilità dei punteggi nel tempo in dimensioni disfunzionali della sfera alimentare e nelle dimensioni di *depressione, ansia, sensibilità interpersonale, psicotismo*. Questi risultati avvalorano l'ipotesi che profili di personalità disfunzionali delle madri dei bambini con anoressia infantile possano costituire un significativo fattore di rischio per il funzionamento emotivo-comportamentale del bambino e per la stabilizzazione di comportamenti alimentari disadattivi durante l'età evolutiva.

Infine, vogliamo sottolineare che nel nostro studio longitudinale non sono emerse differenze significative tra i bambini esaminati rispetto al genere, confermando, in linea con altre ricerche, come prima dell'età adolescenziale non emerga una chiara e netta prevalenza dei disturbi della sfera alimentare nel genere femminile^{39,58,59}; è obiettivo del nostro studio prospettico *in progress* la verifica nel tempo di questo risultato.

CONCLUSIONI

In sintesi, il miglioramento nel tempo del *failure to thrive* infantile, rispetto all'arco di età indagato, non esprime un miglioramento del profilo di sviluppo globale nell'organizzazione di personalità dei bambini con una storia di anoressia infantile. Piuttosto, in assenza di un intervento psicoterapeutico

mirato, si verificano traiettorie evolutive problematiche e difficoltà persistenti nei processi di sviluppo somatico, affettivo e relazionale, con disagio emotivo del bambino sia nell'area internalizzante, sia nell'area esternalizzante, ed emerge un quadro ancora complesso nel percorso evolutivo di questi bambini. I risultati longitudinali indicano, inoltre, che il disagio dei bambini continua a presentarsi associato a profili di personalità "a rischio" delle madri rispetto ad alcune dimensioni disfunzionali probabilmente interconnesse, quali sfera psicosomatica, ansia e depressione.

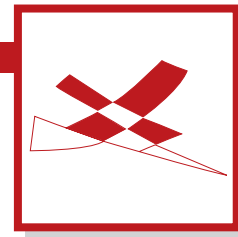
Risultati ulteriori del nostro studio longitudinale, condotti su tempi maggiori e in fase di realizzazione, potranno chiarire meglio i possibili meccanismi implicati nell'evoluzione dell'anoressia infantile in un quadro di disregolazione emotiva che continua a coinvolgere il corpo, la mente e gli affetti e sembra rappresentare un fattore di vulnerabilità e di rischio a lungo termine nell'organizzazione della personalità.

Lo studio *in progress* mette in evidenza il contributo che può essere offerto dagli studi longitudinali per comprendere la continuità nel tempo dei sintomi nella sfera alimentare e il loro cambiamento in differenti fasi evolutive con l'attivazione di altri sistemi motivazionali, che possono rendere più complessa l'espressione psicopatologica. In particolare, studi prospettici di *follow-up* possono far luce sulla relazione tra disturbi alimentari dell'infanzia, dell'adolescenza e dell'età adulta, e sul rischio di altri quadri clinici, spesso associati ai disturbi della sfera alimentare in adolescenza e in età adulta, come i disturbi d'ansia, i disturbi depressivi e di personalità.

Bibliografia

1. Ammaniti M. Editoriale. *Psicologia clinica dello sviluppo* 2007; 2: 195-7.
2. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 837-44.
3. Siracusano A, Niolu C, Vella G. Continuità e discontinuità dei disturbi psicopatologici tra età adulta ed età infantile: aspetti teorici e meccanismi. *NÓOς* 1998; 1: 63-89.
4. Ammaniti M. La diagnosi in età infantile. In: Ammaniti M, ed. *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2001.
5. Ammaniti M, Sergi G. Diagnosi e valutazione clinica in adolescenza. In: Ammaniti M, ed. *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2002.
6. Carlson EA, Sroufe AL. Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods*. New York: John Wiley & Sons; 1995.
7. Cicchetti D. Development and psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and method*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006.
8. Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods*. New York: John Wiley & Sons; 1995.
9. Weiss B, Garber J. Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology* 2003; 15: 403-30.
10. Rutter M, Rutter M. *Developing minds: challenge and continuities across the lifespan*. New York: Basic Books; 1993.
11. American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione. Text Revision (DSM-IV-TR)*. Tr. it. Milano: Masson; 2002.

12. Dahl M, Sundelin C. Early feeding problems in an affluent society. *Acta Paediatr* 1986; 75: 370-9.
13. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Palmerus K. Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Inf Mental Hlth J* 1996; 17: 334-47.
14. Lyons-Ruth K, Zeanah CH, Benoit D. Disorders and risk for disorder during infancy and toddlerhood. In: Mash J, Barkley RA, eds. *Child Psychopathology*. New York: Guilford Press; 1996.
15. Drewett RF, Kasese-Hara M, Wright C. Feeding behavior in young children who fail to thrive. *Peer Reviewed Journal* 2003; 40: 55-60.
16. Kasese-Hara M, Wright C, Drewett R. Energy compensation in young children who fail to thrive. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 449-56.
17. Benoit D. Difficoltà di accrescimento e disturbi alimentari. In: Fava Vizziello G, ed. *Manuale di salute mentale infantile*. Tr. It. Milano: Masson; 1996.
18. Chatoor I. Feeding and other disorders of infancy or early childhood. In: Tasman A, Kay J, Lieberman J, eds. *Psychiatry*. Philadelphia: WB Saunders; 1996.
19. Maldonado-Durán JM. Infant and toddler mental health: models of clinical intervention with infants and their families. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
20. Ramsay M. Feeding disorder and failure to thrive. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 1995; 4: 605-16.
21. Zero To Three. *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised Edition*. Washington, DC: Zero To Three Press; 2005.
22. Chatoor I, Ammaniti M. A classification of feeding disorders in infancy and early childhood. In: Narrow W, First M, Regier D, Sirovatka P, eds. *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Press Inc.; 2007.
23. Kaye K. *La vita mentale e sociale del bambino*. Tr. it. Roma: Il Pensiero Scientifico; 1989.
24. Stern DN. *Le interazioni madre-bambino*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1998.
25. Cimino S, Lucarelli L. La classificazione dei disturbi alimentari nella prima infanzia: prospettive diagnostiche e di ricerca. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2001; 68: 543-60.
26. Lucarelli L. Disturbi dell'alimentazione. In: Ammaniti M, ed. *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2001.
27. Chatoor I, Ganiban J. The diagnostic assessment and classification of feeding disorders. In: Del Carmen-Wiggins R, Carter A, eds. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. Oxford-New York: Oxford University Press, Inc.; 2004.
28. 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 Coll Nutr* 2004; 23: 259-71.
29. Hagekull B, Bohlin G, Rydell A. Maternal sensitivity, infant temperament and the development of early feeding problems. *Inf Mental Hlth J* 1997; 18: 92-106.
30. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. Transmission intergenerazionale: troubles alimentaires de l'enfance et psychopathologie maternelle. *Devenir* 2004; 16: 173-98.
31. Chatoor I, Ganiban J, Hirsh R, Borman-Spurrell E, Mrazek DA. Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 743-51.
32. Patel P, Wheatcroft R, Park RJ, Stein A. The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2002; 5: 1-19.
33. Stein A, Woolley H, Murray L, et al. Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants. A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 157-62.
34. Lucarelli L, Ambrozzi AM, Cimino S, D'Olimpio F, Finistrella V. Feeding disorders in infancy: an empirical study on mother-infant interactions. *Minerva Pediatr* 2003; 55: 243-53.
35. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S. Infantile anorexia: a follow-up study on maternal and child psychopathology. *Relazione al Symposium "An International Symposium on the Treatment of Feeding Disorders"*, 53rd Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Diego, California, October 24-29; 2006.



36. Kleisler L. Conduites alimentaires déviantes du bébé. A. L'anorexie mentale. B. La rumination ou mérycisme. C. Les vomissements psychogènes. In: Lebovici, S, Diatkine, R, Soulé, M, eds. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant e de l'adolescent. Paris: Presses Universitaires de France, Quadrige; 1985.
37. Bruch H. Patologia del comportamento alimentare. Tr. it. Milano: Feltrinelli Editore ; 1993.
38. Sanchez-Cardenas M, Mammari N, Venisse J. Anorexie de l'adolescence et du nourrisson: a propos de quelques points de rapprochement possibles (Anorexia in early age and in adolescence: some possible common elements). *Psychiatrie de l'enfant* 1994 ; 37: 153-78.
39. Brusset B. L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente. Tr. it. Roma: Borla Edizioni; 1979.
40. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 112-7.
41. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1434-40.
42. Jacobi C, Agras S, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 76-84.
43. Timini S, Douglas J, Tsiftopoulos K. Selective eaters: a retrospective case note study. *Child Care Health Dev* 1997; 23: 265-78.
44. Lucarelli L, Cimino S. Disturbi alimentari infantili: percorsi di valutazione clinica in un Reparto di Pediatria. *Infanzia e Adolescenza* 2003; 2: 96-105.
45. Waterlow J. Classification and definition of protein-calorie malnutrition. *MNJ* 1972; 3: 556-69.
46. National Center For Health Statistics: NCHS Growth Chart. Monthly Vital Statistics Report 1976; 25: suppl. (HRA): 76-1120.
47. Chatoor I. Questionario Anamnestico del Bambino. Manoscritto non pubblicato. George Washington University, Washington DC; 1999.
48. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, Burlington VT; 2000.
49. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, Burlington VT; 2001.
50. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273-9.
51. Derogatis LR. SCL-90-R Symptom Checklist-90-R Administration, scoring, and procedures Manual. Minneapolis, MNV: National Computer Systems; 1994.
52. Button EJ, Whitehouse A. Subclinical anorexia nervosa. *Psychol Med* 1981; 11: 509-16.
53. Cuzzolaro M, Petrilli A. Validazione della versione italiana dell'EAT-40. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 1988; 55: 209-17.
54. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1980; 10: 273-9.
55. Reif S, Beler B, Villa Y, Spirer Z. Long term follow-up and outcome of infants with non-organic failure to thrive. *Israel J Med Sci* 1995; 31: 483-9.
56. Sturm L, Drotar D. Prediction of weight for height following intervention in three-year-old children with early histories of non-organic failure to thrive. *Child Abuse Negl* 1998; 13: 19-28.
57. Stice E, Agras WS, Lawrence DH. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *Int J Eat Disord* 1999; 25: 375-87.
58. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry* 2002; 3: 394-400.
59. Matsumoto H, Takei N, Kawai M, et al. Difference of symptoms and standardized weight index between patients with early-onset and late-onset anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 66-71.

**La ricerca presentata in questo contributo è stata realizzata grazie al contributo della Fondazione in memoria della Signora Teresa del Din.*