

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN INFANZIA E ADOLESCENZA: LINEE GUIDA CANADESI

Coordinatore

Vincenzo Toscano

Editors

Marco Caputo & Renato Cozzi

Sono state recentemente pubblicate le linee guida (LG) canadesi sul trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in età evolutiva (1).

Tra gli addetti ai lavori nel campo dei DCA è molto sentita l'esigenza di avere percorsi diagnostico-terapeutici omogenei e fondati su criteri di appropriatezza, in un ambito in cui domina la variabilità e la mancanza di evidenze scientifiche ancora convincenti, in una patologia che sta sempre più assumendo i caratteri di una vera epidemia sociale, con milioni di ragazzi affetti in tutto il mondo. A complicare ulteriormente il quadro clinico e le difficoltà diagnostiche, negli stessi pazienti affetti da DCA sono spesso presenti disturbi della personalità (2), dei quali non sempre si riesce a individuare quanto siano causa della patologia alimentare o quanto, parzialmente o totalmente, effetto della denutrizione e dei danni a livello fisico provocati dal vomito e dall'uso di diuretici e lassativi.

Nel DSM-IV, i DCA infantili e della pre-adolescenza non avevano un inquadramento in precise categorie diagnostiche, e venivano inclusi, spesso forzatamente, rientrare tra i DCA-NAS (Non Altrimenti Specificati); il DSM-V fornisce, invece, una classificazione accurata dei DCA in età evolutiva, soprattutto in fasi precoci dello sviluppo, focalizzando l'attenzione sui danni organici connessi alla carenza nutrizionale nel periodo della crescita (3).

Poiché tale patologia insorge nella quasi totalità dei casi in età evolutiva, **alla riduzione del peso si associa un arresto della crescita staturale e un mancato raggiungimento del picco di massa ossea**, che induce, a sua volta, oltre alla denutrizione e all'ipogonadismo secondario, una grave osteoporosi.

Alla luce di queste necessarie premesse, la prima considerazione critica che sorge spontanea, leggendo le LG canadesi, riguarda i criteri di inclusione/esclusione degli studi: si escludono, deliberatamente, "studi che si focalizzano sulla gestione medica e su esiti di tipo medico", nonché "studi che esaminano trattamenti medici, compresa la terapia nutrizionale". Inoltre, come criteri per la valutazione dell'esito si utilizzano "il peso corporeo (BMI), gli obiettivi di peso, la frequenza degli episodi di abbuffate/vomito, e i sintomi psicologici". Per questi ultimi, però, sono pochi gli studi presi in esame dove vengano utilizzati strumenti di misura validati sotto forma di *test* psico-diagnostici, dei quali pochi sono strutturati per queste fasce di età. Gli autori spiegano la loro scelta, attraverso la volontà di focalizzare su trattamenti psico-farmacologici e psicologici, considerando l'esito del peso come indirettamente rivelatore del miglioramento clinico generale. Stupisce questo tipo di scelta, molto opinabile, poiché in una buona parte dei DCA infantili non esistono né rilevanti cali di peso né ideazione sul peso e le forme corporee, quanto, piuttosto, un rallentamento delle curve di crescita, che presentano comunque una gravità sia dal punto di vista delle conseguenze fisiche che psicologiche. Inoltre, non va dimenticato che nei pazienti con DCA il peso corporeo da solo può essere, a volte, un elemento "confusivo" rispetto alla valutazione dell'esito, poiché i pazienti tendono spesso a falsificarlo e in DCA compulsivi, come la bulimia nervosa, può apparire nella norma, a fronte di una rilevante gravità clinica del disturbo.

Gli autori prendono in considerazione solo una parte dei DCA: anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID).

I quadri sintomatologici tipici, in realtà, **non si vedono quasi più**, sostituiti da una **migrazione diagnostica di una forma verso l'altra**, e la BN rappresenta spesso un'evoluzione dell'AN, presentandosi di solito a un'età meno precoce (4-5). Ad esse si associa una vasta gamma di altri disturbi, classificati nel DSM-V.

Tra i **DCA della prima infanzia**, assolutamente distinti da BN e AN, ricordiamo:

- **Pica**, consistente nell'assunzione protratta di sostanze non alimentari, con conseguenti deficit nutritivi e rischio di avvelenamento da sostanze tossiche;
- **Disturbo da Ruminazione**, nel quale il bambino rigurgita continuamente il cibo ingerito per re-ingerirlo e ri-masticarlo;
- **Disturbo della Nutrizione e della Condotta Alimentare della Prima Infanzia**, nel quale il bambino mangia in maniera inadeguata (es. alimentazione selettiva con piluccamento, atteggiamento svogliato e/o schizzinoso verso il cibo) e presenta un significativo calo di peso o ritardo della crescita, in assenza di condizioni mediche generali che lo giustifichino.



I **DCA riscontrabili in età evolutiva**, in soggetti di età < 14 anni sono invece sostanzialmente sovrapponibili a quelli di adolescenti e giovani per la maggior parte delle caratteristiche. Tuttavia, quando appaiono nel bambino o nel pre-adolescente, hanno sfumature cliniche distinte dall'adulto e non soddisfano quasi mai i criteri diagnostici stabiliti dal DSM-V per AN e BN (6). Si finisce così, molto spesso, col ricorrere alla categoria dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione con altra specificazione o senza specificazione, favorendo difficoltà e ritardi nella comprensione diagnostica, con ripercussioni anche gravi sulla salute fisica e mentale del giovane interessato.

Fra i DCA riscontrabili in età evolutiva ricordiamo, inoltre:

- **Disturbo Emotivo di Evitamento del Cibo** o FAED (*Food Avoidance Emotional Disorder*), che si presenta con una clinica molto simile all'AN, per gravità della perdita di peso e delle conseguenze mediche;
- **Alimentazione Selettiva** (*Selective Eating*), altro disturbo abbastanza diffuso, in cui il bambino ha altezza e peso normali e non presenta preoccupazioni per il peso o le forme corporee, ma sceglie in maniera molto selettiva i cibi che assume, spesso limitandoli a quattro-cinque categorie alimentari, prediligendo soprattutto i carboidrati. Il problema più manifesto di questi bambini, spesso fisicamente sani, è rappresentato dal disagio sociale e da vissuti di vergogna, che diventano ancora più evidenti quando, durante l'adolescenza, aumentano le occasioni di convivialità e le relazioni affettive, amicali e sociali in genere. Solo allora potrà essere formulata da parte loro una domanda d'aiuto terapeutico;
- **Disfagia Funzionale**, che comporta difficoltà di deglutizione e paura di vomitare o di soffocare, in assenza di cause organiche: spesso questi bambini hanno visto qualcuno vomitare, fare fatica a deglutire o quasi soffocare, cosa che ha prodotto in loro ansie e paure profonde molto diverse da quelle alla base dell'AN, ma altrettanto difficili da trattare;
- **Sindrome da Rifiuto Pervasivo**, caratterizzata da rifiuto ostinato di mangiare, bere, camminare, parlare, prendersi cura di sé. Non è ancora chiaro se questo disturbo si debba considerare una forma estrema di disturbo post-traumatico o una psicosi infantile, ma la prognosi è sicuramente molto grave.

In riferimento alla **diagnosi** e al trattamento dei DCA a insorgenza precoce, dovrebbero essere definiti **criteri specifici**, quali per esempio quelli riguardanti la soglia della gravità sintomatologica, che dovrebbe essere fissata, rispetto a quella per gli adulti, a un livello inferiore e più sensibile, correlato alla fascia di età, permettendo un'identificazione precoce del disturbo e un intervento tempestivo, al fine di prevenire l'esacerbazione della sintomatologia.

Le **caratteristiche psicologiche** tipiche del DCA dovrebbero essere osservate e tenute in considerazione anche in assenza di un diretto *self-report* da parte del paziente e dovrebbero essere raccolte informazioni da genitori e familiari, allo scopo di definire un quadro completo della condizione psico-fisica. Trattandosi spesso di bambine in età pre-puberale, non è valutabile la presenza di alterazioni del ciclo mestruale (criterio non più presente nella classificazione del DSM-V); inoltre, l'insoddisfazione per le forme corporee e la paura di ingrassare sono frequentemente assenti e raramente verbalizzate in maniera esplicita, come avviene invece nell'adolescente. La riduzione del peso può non raggiungere valori < 85% del peso normale per l'età, ma si manifesta con rallentamento o blocco della crescita. Acquistano importanza fondamentale, quindi, tutti quei segnali che risultano secondari nell'adulto, quali la lentezza nel mangiare, la selettività nella scelta dei cibi, lo sminuzzamento degli stessi, l'iperattività fisica, un uso frequente del bagno in particolare dopo i pasti e, soprattutto, il cambiamento psicologico che va di pari passo con la perdita di peso, con sbalzi d'umore, insofferenza e irrequietezza non presenti in precedenza. Alcuni autori concordano nel riportare, tra i bambini affetti da DCA, un'aumentata incidenza di altre affezioni psichiatriche, come depressione o disturbo ossessivo-compulsivo, nonché Disturbi di Ansia da Separazione o Fobia Sociale.

L'**eziopatogenesi** dei DCA è ormai riconosciuta essere di tipo multi-fattoriale: alcuni studi preliminari sembrano dare indicazioni sulla possibile concomitanza di fattori genetici; altri confermano che la presenza di familiari di primo grado con problemi alimentari o con psico-patologie conclamate (soprattutto disturbi d'ansia e disturbi dell'umore) rappresenti un forte fattore di rischio di sviluppo precoce di DCA (7), con alcuni tratti di personalità del paziente predisponenti, quali ossessività, rigidità, perfezionismo, umore disforico, consapevolezza enterocettiva alterata, ridotta flessibilità e problemi neuro-cognitivi riguardo all'elaborazione globale delle informazioni.

Per i DCA a insorgenza precoce, in preoccupante aumento, occorre considerare anche i **fattori di diffusione**, riconducibili ai cambiamenti socio-antropologici della nostra epoca storica, in cui il cibo e la magrezza hanno acquisito contemporaneamente un valore fondamentale nella costituzione dell'identità personale.

Certamente condivisibile, e fondata su criteri di forte evidenza, è l'indicazione delle LG canadesi riguardante la **terapia familiare** (*Family Based Therapy, FBT*), mentre altri approcci terapeutici, compresa la **terapia cognitivo-comportamentale** (*Cognitive Behavioural Therapy, CBT*), sono sostenute da minori evidenze in età precoce, anche perché sono state strutturate, soprattutto, per pazienti di età più matura. La FBT, però, va inserita, quando possibile, in un modello di trattamento inter-disciplinare, multi-dimensionale, che tenga conto della complessità dei quadri clinici e delle condizioni psico-sociali, comprese quelle in cui è la famiglia stessa a costituire un elemento critico e spesso di mantenimento del disturbo (8).

Oltre alla complessità psicologica, i DCA in età evolutiva si associano a un maggiore rischio di **conseguenze** che la malnutrizione può avere a **livello organico**, con gravi complicanze mediche connesse con lo sviluppo psico-fisico. Non sono necessari esami ematochimici o strumentali per confermare la diagnosi, prettamente clinica, ma è necessario ricorrere a essi per valutare la gravità del quadro organico e le conseguenze non solo della malnutrizione, ma anche delle pratiche compensatorie.

Per questo motivo, la **riabilitazione** deve essere di tipo **psico-nutrizionale**, in un *setting* terapeutico integrato multi-disciplinare. Negli anni si è sempre di più fatta strada la necessità di un approccio inter-disciplinare, che permetta di portare avanti di pari passo cura del corpo e della mente, e si sta sottolineando l'importanza del monitoraggio delle condizioni fisiche per condizionare in senso positivo il decorso del DCA (9-10). Il soggetto denutrito, infatti, con un BMI troppo basso e alterazioni idro-elettrolitiche importanti, non potrà essere sottoposto con successo a una psicoterapia, seppure ben condotta. Il nostro retaggio culturale cartesiano, che porta a scindere il corpo dalla mente, ci fa dimenticare che il cervello è un organo, ed è un organo molto dispendioso, poiché ha un grande fabbisogno energetico per poter svolgere le proprie funzioni e, nello stato di *deficit* nutrizionale, quando il corpo deve darsi delle priorità per la propria sopravvivenza, costruire un pensiero può essere un lusso che il soggetto, spesso, non può permettersi.

Al di là della conferma dell'utilità della FBT nel trattamento dei DCA in età evolutiva (11), senza sottovalutare la CBT che ancora rappresenta il *gold standard* per il trattamento della maggior parte dei DCA, le LG canadesi, a mio parere, rivelano un difetto di fondo. Hanno voluto valutare in maniera parziale una patologia che, per definizione, è multi-fattoriale, escludendo un elemento sostanziale come la valutazione del danno organico. Alla fine della stesura delle LG, in realtà, si rileva un minimo "pentimento", e si suggerisce la stesura di altre LG che studino questi elementi. Il danno organico in età evolutiva rappresenta un rischio maggiore di conseguenze anche a lungo termine, e condiziona sensibilmente l'adesione a terapie più prettamente psicologiche. Inoltre, anche nell'indicazione dei percorsi terapeutici si confrontano prevalentemente i ricoveri ospedalieri, spesso estremamente prolungati, con le terapie ambulatoriali. Poco spazio è riservato ai *setting* di tipo residenziale, pur riconoscendone il livello di efficacia. Nulla si dice sulla diagnosi precoce, su cui invece le LG NICE (9) si soffermano con insistenza, né sulla prevenzione, e i tre anni che vengono considerati in relazione ai livelli di trattamento sono, in realtà, un tempo eccessivo in una patologia dove la diagnosi precoce, preferibilmente entro il primo anno dall'esordio, rappresenta un elemento che fa un'enorme differenza sulla prognosi.

Rispetto alle **terapie psico-farmacologiche**, ne vengono sottolineate limitazioni e rischi. In realtà, esse non trovano molte indicazioni, soprattutto nella AN, a fronte di rischi di complicanze, soprattutto cardio-vascolari, in pazienti spesso fortemente debilitate, e con un grosso limite nella scelta terapeutica legato all'età, per cui spesso il loro utilizzo è *off-label*. Gli psico-farmaci sono per lo più utilizzati con funzione ausiliaria nella terapia dei DCA (12), nelle comorbilità psichiatriche, ed esistono evidenze soddisfacenti solo per l'uso della fluoxetina nella BN (13).

In **Italia** abbiamo strutturato ottimi **percorsi diagnostico-terapeutici**, che precisano anche i livelli di trattamento consigliati per ogni tipo di situazione patologica e che privilegiano i servizi territoriali in prima battuta, poi le terapie residenziali e semi-residenziali e, in ultimo, il ricovero ospedaliero, che non ha finalità riabilitative ma deve essere un presidio salva-vita (14). La criticità è rappresentata dalla disomogeneità nell'offerta di servizi sul territorio nazionale, passando da Regioni, come l'Umbria o la Lombardia, che presentano tutti i livelli di assistenza, ad altre Regioni che hanno a malapena un ambulatorio, spesso con una sola figura professionale. Questo è l'elemento su cui occorrerà lavorare in futuro e su cui effettivamente tutti i nostri gruppi di lavoro stanno cercando di indirizzare le decisioni di politica sanitaria. Posso testimoniare, con un certo orgoglio, che nel nostro Servizio Regionale, individuato dal Ministero della Salute come capofila in Italia per il trattamento dei DCA, abbiamo ospitato spesso esperti da tutto il mondo che vengono proprio per studiare il nostro modello. Abbiamo pubblicato, già nel 2013, una revisione delle LG regionali, pubblicate già nel 2001, collaborando con il Ministero della Salute e delle politiche giovanili per i progetti di prevenzione e cura (10).

Quello che noi osserviamo, lavorando sul campo, è l'estrema variabilità e mutevolezza di questi disturbi, che richiedono continuamente un adeguamento dei nostri approcci terapeutici e rappresentano una sfida costante al nostro bisogno di certezze.

Bibliografia

1. Couturier J, Isserlin L, Norris M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescent with eating disorders. *J Eating Dis* [2020, 8: 4](#).
2. Marucci S, Dalla Ragione L, De Iaco G, et al. Anorexia nervosa and comorbid psychopathology. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets* [2018, 18: 316-24](#).
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-V (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association, [2013](#).
4. Fairburn CG, et al. The natural course of bulimia nervosa and DAI in young woman. *Arch Gen Psychiatry* [2000, 57: 655-9](#).
5. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behav Res Ther* [2003, 41: 509-28](#).
6. Watkins B, et al. Reliability and validity of the child version of the Eating Disorder Examination: a preliminary investigation. *Int J Eat Disord* [2005, 38: 183-7](#).
7. Bellodi L, Cavallini MC, Bertelli S, et al. Feeding and eating morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* [2001, 158: 563-9](#).
8. Lowes J, Tiggeman M. Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *Br J Health Psychiatry* [2003, 8: 135-47](#).
9. National Institute for Clinical Excellence. Eating disorder: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. [2004](#).
10. Regione Umbria. Linee guida regionali per la diagnosi e il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. GR [n 5/2013](#).
11. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* [2010: CD004780](#).
12. Greetfeld M, Cuntz U, Voderholzer U. Pharmacotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Fortschr Neurol Psychiatr* [2012, 80: 9-16](#).
13. Romano S, Halmi K, Sarkar N, et al. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* [2002, 159: 96-102](#).
14. Ministero della Salute. Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, [n. 17/22 luglio-agosto 2013](#).